



CENTRUL PENTRU POLITICI
ȘI SERVICII DE SĂNĂTATE



ASISTENȚA MEDICALĂ COMUNITARĂ

*OPINIA ASISTENȚILOR MEDICALI COMUNITARI
ASUPRA CONDIȚIILOR DE MUNCĂ, ACTIVITĂȚII PROFESIONALE
ȘI NEVOILOR DE FORMARE*

BUCUREȘTI

2021

ASISTENȚA MEDICALĂ COMUNITARĂ

*OPINIA ASISTENȚILOR MEDICALI COMUNITARI
ASUPRA CONDIȚIILOR DE MUNCĂ, ACTIVITĂȚII PROFESIONALE
ȘI NEVOILOR DE FORMARE*

AUTORI:

DANIEL CIUREA
DANA FĂRCĂȘANU
OANA MOTEA
LIDIA ONOFREI

CUPRINS

1. Introducere	7
2. Context	7
3. Acoperirea cu asistență medicală comunitară la nivel național	8
4. Populația deservită în asistența medicală comunitară	10
5. Condițiile de muncă.....	11
5.1. Forma de angajare	11
5.2. Locul de muncă, condițiile de lucru și dotarea disponibilă	12
5.3. Relațiile de muncă	14
5.4. Propuneri de îmbunătățire a condițiilor de muncă sugerate de asistenții medicali comunitari .	14
6. Colaborarea cu alți profesioniști și instituții de la nivel local și județean	18
6.1. Percepția asupra nevoii de colaborare cu alți profesioniști de la nivel local și județean	19
6.2. Motivele și modalitățile de colaborare cu medicul de familie	20
7. Responsabilitățile, atribuțiile și activitatea asistenților medicali comunitari	21
7.1. Activitățile asistenților medicali comunitari conforme cu reglementările în vigoare	21
7.2. Activități derulate de asistenții medicali comunitari conexe sau suplimentare atribuțiilor reglementate	24
7.3. Activitatea de raportare a asistenților medicali comunitari	26
7.4. Activități derulate de asistenții medicali comunitari în contextul epidemiei SARS-CoV2 ...	27
8. Opinia asistenților medicali comunitari asupra nevoilor de formare și instruire	28
8.1. Exercițarea profesiei. Formarea de baza, specializarea și educația medicală continuă	28
8.2. Nevoile de formare și instruire exprimate de asistenții medicali comunitari	32
8.2.1. Analiza temelor și subiectelor de formare în funcție de scorul obținut	32
8.2.2. Analiza temelor EMC în funcție de scorul combinat al subiectelor	34
8.2.3. Ierarhizarea temelor de formare de către asistenții medicali comunitari	35
8.3. Preferințele asistenților medicali comunitari privind modalitatea de formare	37
8.4. Propunerile asistenților medicali comunitari privind propria formare și dezvoltare profesională	41
9. Concluzii	42
10. Recomandări	45
11. Anexe	49
11.1. Anexa 1 - Dotarea trusei medicale de asistență medicală comunitară pe județe	49
11.2. Anexa 2 - Lista temelor și subiectelor clinice și generale / non-clinice	51
11.3. Anexa 3 - Analiza subiectelor de formare în funcție de preferință	53

ABREVIERI

AMC	Asistent medical comunitar sau Asistență Medicală Comunitară, după caz
AMCMSR	Aplicație software de colectare de date despre asistență medicală comunitară din România
CPSS	Fundația Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate din România
DSP	Direcția de Sănătate Publică Județeană
DGASPC	Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
EMC	Educație medicală continuă
HG	Hotărâre de Guvern
IEC	Informare, educare, comunicare
MF	Medic de familie
MS	Ministerul Sănătății
OAMGMAMR	Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România
OUG	Ordonanța de Urgență a Guvernului
SARS CoV2	Virusul cauză al pandemiei COVID-19 din 2020
UAT	Unitate administrativ teritorială
UNICEF România	Fondul Națiunilor Unite Pentru Copii, Reprezentanța din România

1. Introducere

Incluziunea socială a tuturor copiilor stă la baza mandatului UNICEF în România; toți copiii au dreptul la servicii de sănătate, protecție socială și educație de calitate. În acest context, UNICEF, împreună cu partenerii de la nivel central și local, promovează din anul 2010 o abordare inovatoare – pachetul minim de servicii integrate la nivel comunitar. Inițiat și pilotat în perioada 2010 - 2014 în 32 de localități rurale din opt județe din regiunile Nord-Est și Sud-Est prin intervenția intitulată "Niciun Copil Invizibil", modelul a fost dezvoltat ulterior în 45 de comunități rurale și urbane din județul Bacău. Evaluările independente anuale au demonstrat eficacitatea și cost-eficiența intervenției, a beneficiilor incontestabile pentru cei mai vulnerabili copii și familiile acestora, și astfel pachetul minim de servicii integrate la nivel comunitar/pachetul minim de servicii sociale a fost extins la nivel național în anul 2020¹.

Pachetul minim de servicii sociale este universal și obligatoriu, incluzând servicii comunitare în domeniul sănătății, protecției sociale și educației, cu o componentă activă de prevenire. În mod concret, pachetul minim de servicii presupune ca în fiecare comunitate să existe cel puțin un asistent social/lucrător social, asistent medical comunitar și un consilier școlar. Acestora li se pot adăuga, în funcție de nevoile persoanelor din comunitate, potrivit legii, mediatori sanitari și mediatori școlari. Membrii echipei mixte, cu excepția consilierului școlar, trebuie să își desfășoare activitatea în proporție de cel puțin 66% din timpul de lucru pe teren, inclusiv la domiciliul beneficiarilor, în vederea asigurării accesului acestora la serviciile publice sociale, de educație și de sănătate. Pachetul minim de servicii include servicii de bază și de informare, educare, comunicare (IEC) în domeniul sănătății, educației și protecției sociale, precum identificarea situațiilor care pot genera marginalizare sau excluziune socială, evaluarea acestora, furnizarea de informații, consiliere, însoțire, asistență și monitorizare. Furnizorii serviciilor din pachetul minim colaborează cu alți profesioniști de la nivel local și județean, cu organizațiile nonguvernamentale și alți parteneri din comunitate.

Modelul dezvoltat și promovat de UNICEF se încadrează între prioritățile în domeniu ale Guvernului României, fiind sinergic altor inițiative și proiecte în domeniul serviciilor comunitare integrate, finanțate în perioada 2014-2020 din Fondurile Europene Structurale și de Investiții pentru România, Granturile SEE și Norvegiene, Programul de Cooperare Româno-Elvețian.

2. Context

Accesul la servicii de sănătate începe în comunitate, unde asistenții medicali comunitari - membrii ai echipei care furnizează pachetul minim de servicii, au un rol major, alături de medicii de familie. În particular în perioada pandemiei SARS CoV2, asistența medicală comunitară și-a dovedit valoarea adăugată, asistenții medicali comunitari (AMC) participând direct la activitățile de informare și educare a populației, de prevenire și control a extinderii epidemiei în comunitățile lor.

În contextul extinderii la nivel național a pachetului minim de servicii, UNICEF și-a propus să vină în întâmpinarea decidenților de la nivel local și național, să genereze evidențe asupra nevoilor de educație medicală continuă și instruire a asistenților medicali comunitari, și a inițiat astfel o cercetare cantitativă privind percepția asistenților medicali comunitari asupra propriilor nevoi de formare și instruire. Odată cu investigarea nevoilor de educație medicală continuă, în cadrul cercetării au fost luate în considerare și activitatea profesională și condițiile de lucru, așa cum sunt percepute de asistenții medicali comunitari, inclusiv opinia asupra propriilor nevoi în contextul epidemiei SARS CoV 2, care să le întărească capacitatea de răspuns în comunitate, în beneficiul copiilor vulnerabili și familiilor acestora.

¹ Legea nr. 231/2020 pentru completarea Legii asistenței sociale nr. 292/2011 instituie pachetul minimal de servicii sociale pentru copil și familie

Inițiativa a beneficiat de sprijinul direct al Ministerului Sănătății, iar studiul a fost încredințat fundației Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate. Cercetarea s-a adresat asistenților medicali comunitari din toată țara, și s-a desfășurat în perioada iunie - septembrie 2020.

Instrumentul de cercetare utilizat a fost un chestionar cu 86 de întrebări grupate în secțiuni tematice, disponibil online. Secțiunile tematice se referă la locul de muncă și activitatea profesională, colaborarea cu alți furnizori de servicii comunitare, relația cu comunitatea, beneficiarii de care asistenții medicali comunitari se ocupa în mod direct, condițiile de lucru (echipamente și consumabile), studiile profesionale și formarea continuă, temele generale și specifice (clinice) pe care le percep ca necesare și importante, inclusiv modalitatea de formare/instruire (față în față și online).

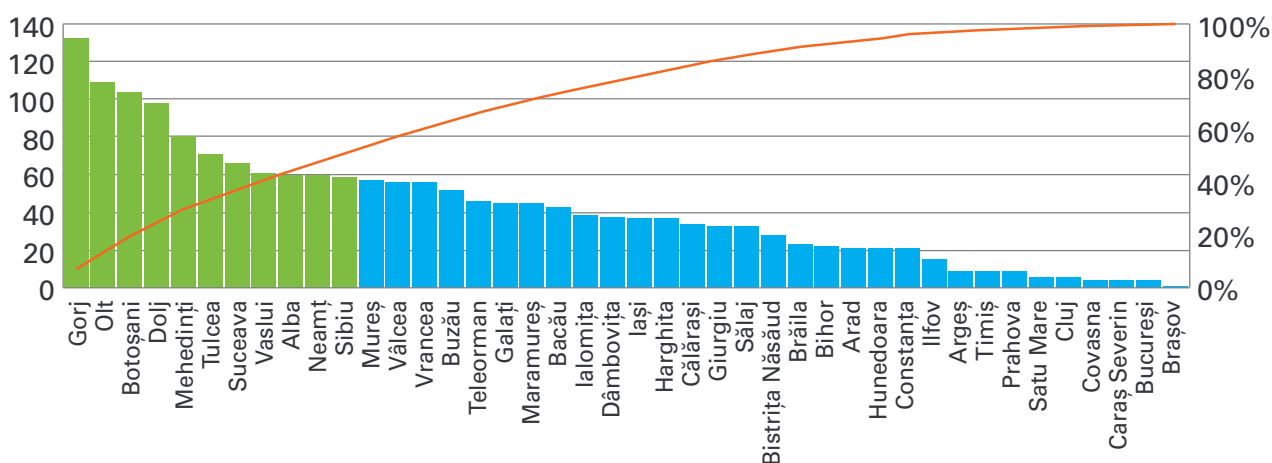
Studiul, reprezentativ la nivel național, a avut o rată de răspuns de 78% (1,366 de asistenți medicali comunitari dintr-un total de 1,754 de AMC existenți la nivel național conform statisticilor Ministerului Sănătății). În rândul respondenților s-au aflat 90% femei și 10% bărbați, cei mai mulți asistenți medicali comunitari situându-se în grupa de vârstă 40-49 de ani (43%), vârsta medie a respondenților fiind de 41 de ani. Marea majoritate a asistenților medicali comunitari (80%) activează în mediul rural. Cele mai relevante rezultate sunt prezentate în prezentul raport. Studiul integral este disponibil la cerere; analize secundare suplimentare pot fi de asemenea realizate din baza de date existentă.

Rezultatele cercetării pot sprijini autoritățile centrale și locale, alte instituții sau organizații interesate de domeniu în elaborarea de programe de formare și instruire, în planificarea de investiții și intervenții care pot contribui substanțial la dezvoltarea în continuare a asistenței medicale comunitare în România, în beneficiul celor mai vulnerabili copii și a familiilor acestora.

3. Acoperirea cu asistență medicală comunitară la nivel național

Datele Ministerului Sănătății arată o variabilitate substanțială în distribuția celor 1,754 de asistenți medicali comunitari existenți la nivel național², cu diferențe semnificative între județe.

Figura 1
Distribuția AMC pe județe (număr persoane)



Principiul care a stat de la început la baza dezvoltării asistentei medicale comunitare a vizat deservirea, cu precădere, a populațiilor considerate vulnerabile. În România, majoritatea oamenilor expuși riscului de sărăcie sau de excluziune socială locuiesc în zonele rurale. Conform Atlasului Zonelor Rurale Marginalizate și al Dezvoltării Umane Locale din România, comunitățile rurale marginalizate sunt distribuite în toate județele și regiunile

² 1 Ianuarie 2020

țării, dar între județe se înregistrează discrepanțe considerabile. Vaslui are cea mai mare rată de marginalizare rurală din țară, de aproximativ 23% (aproape de patru ori mai mare decât media națională), alături de alte opt județe (Iași, Covasna, Brașov, Botoșani, Galați, Bacău, Sibiu și Mehedinți), marginalizarea rurală existând fiind de 9 - 15% din totalul populației rurale. Cu precădere în aceste județe, în comunitățile rurale marginalizate, pachetul minim de servicii trebuie să devină o prioritate. În prezent, furnizorii de servicii AMC nu se concentrează neapărat în județele cu cele mai multe comunități marginalizate sau vulnerabile. Dintre județele menționate anterior, doar județele Botoșani, Mehedinți, Vaslui și Sibiu se poziționează între primele județe cu cei mai mulți AMC.

Practic, un sfert din județele țării (11 județe) concentrează jumătate din personalul AMC existent în sectorul public. Municipiul București are o situație aparte. Chiar dacă este cea mai bogată unitate administrativ teritorială, nu este lipsit de grupuri populaționale vulnerabile. Numărul AMC care practică în capitală este redus (4 persoane), mai ales raportat la populația municipiului și, mai important, la populația la risc. Dacă se face abstracție de județul Brașov, care dispune de un singur asistent medical comunitar, raportul dintre județul cu cei mai mulți și județul cu cei mai puțini asistenți este foarte mare, de 33:1 (tabelul 1).

Aproximativ 50% dintre asistenții medicali comunitari sunt concentrați într-un sfert din județele țării.

Variabilitatea între județe se menține și din perspectiva disponibilității resurselor umane din asistența medicală comunitară la numărul de locuitori. Ierarhizarea județelor în baza acestui indicator alternativ de acces la servicii arată ca ordinea județelor se schimbă într-o anumită măsură. Județul Gorj rămâne pe primul loc, fiind cel mai bine acoperit județ al țării cu servicii AMC. Județul Tulcea devine substanțial mai bine poziționat în baza acestui indicator, urcând șase poziții în ierarhie și ajungând pe locul doi. Similar, județul Vrancea urca în ierarhie, fiind între primele 10 județe. Alte județe evoluează în sens opus. Spre exemplu, Suceava este un județ care pierde dramatic din rangul ocupat în baza numărului de AMC disponibili, ajungând să fie poziționat sub media pe țară dacă se ține cont și de mărimea populației rezidente în județ.

Tabelul 1. Indicatori ai acoperirii cu (accesului la) servicii de asistență medicală comunitară pe județe (ianuarie 2020)

Județ	Nr. AMC	Județ	Nr. AMC/100.000 loc
Gorj	132	Gorj	42.3
Olt	109	Tulcea	37.0
Botoșani	104	Mehedinți	33.5
Dolj	98	Olt	28.0
Mehedinți	80	Botoșani	27.6
Tulcea	71	Alba	18.5
Suceava	66	Vrancea	17.6
Vaslui	61	Vaslui	16.4
Alba	60	Vâlcea	16.1
Neamț	60	Dolj	15.8
Sibiu	59	Sălaj	15.7
Mureș	57	Ialomița	15.3
Vâlcea	56	Sibiu	14.7

Vrancea	56	Teleorman	14.0
Buzău	52	Neamț	13.7
Teleorman	46	Buzău	12.7
Galați	45	Giurgiu	12.5
Maramureș	45	Harghita	12.3
Bacău	43	Călărași	12.1
Ialomița	39	Mureș	10.7
Dâmbovița	38	Suceava	10.6
Harghita	37	Bistrița-Năsăud	10.1
Iași	37	Maramureș	9.8
Călărași	34	Galați	9.0
Giurgiu	33	Brăila	8.0
Sălaj	33	Dâmbovița	7.8
Bistrița-Năsăud	28	Bacău	7.4
Brăila	23	Hunedoara	5.5
Bihor	22	Arad	5.1
Arad	21	Iași	4.7
Constanta	21	Bihor	3.9
Hunedoara	21	Constanta	3.1
Ilfov	15	Ilfov	3.1
Argeș	9	Covasna	2.0
Prahova	9	Satu Mare	1.8
Timiș	9	Argeș	1.6
Cluj	6	Caras-Severin	1.5
Satu Mare	6	Timiș	1.3
Mun. București	4	Prahova	1.3
Caras-Severin	4	Cluj	0.8
Covasna	4	Mun. București	0.2
Brașov	1	Brașov	0.2

4. Populația deservită în asistența medicală comunitară

Numărul de beneficiari asistați de un asistent medical comunitar este în majoritatea cazurilor mai mare decât normativul în vigoare de 500 de persoane. Atât numărul de beneficiari asistați, cât și structura acestora pe grupe de vârstă au un grad de variabilitate însemnat în rândul asistențelor medicale comunitare, cu un maximum de 12,000 beneficiari și o medie de 921 de persoane. Distribuția numărului de beneficiari, pe unele categorii relevante este prezentată de figura 2, linia roșie indicând mediana distribuției.

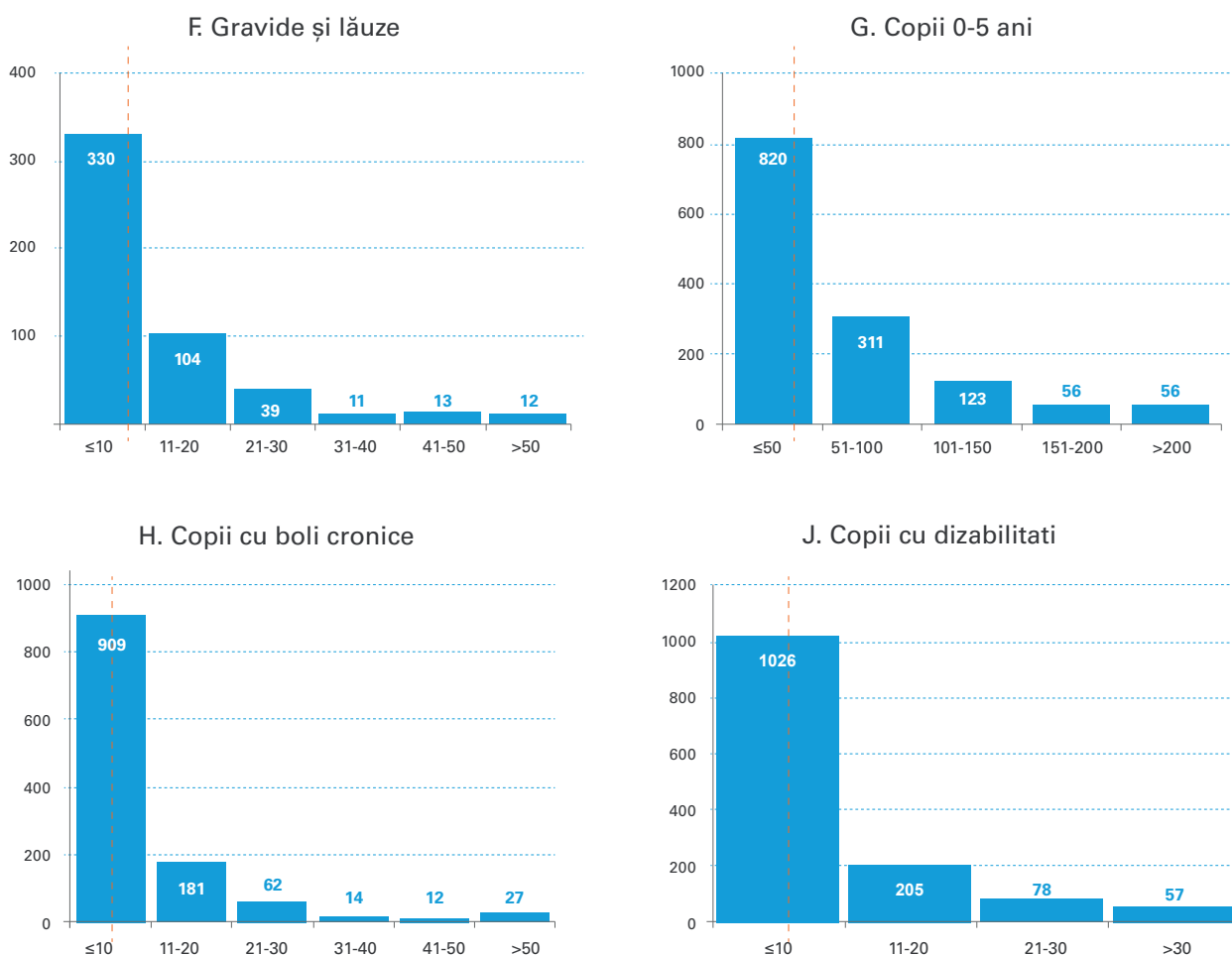
Un asistent medical comunitar îngrijește în medie 16 gravide și lăuze, și se ocupă în medie de 200 de nou-născuți, copii și adolescenți. Media copiilor 0-5 ani este de 69, dar majoritatea AMC îngrijesc sub 50 astfel de copii.

Numărul mediu de copii cu dizabilități este de 10, marea majoritate având sub 10 astfel de beneficiari în grijă.

Numărul mediu de copii cu boli cronice este 12, dar majoritate AMC raportează sub 10 copii.

Numărul mediu de adulți și vârstnici cu boli cronice este de 319, dar majoritatea AMC indica sub 250. Numărul mediu de adulți și vârstnici cu dizabilități este de 73, majoritatea AMC raportând sub 50 astfel de beneficiari.

Figura 2. Distribuția numărului de beneficiari / asistent medical comunitar; (câteva categorii)



Număr de beneficiari estimat de către respondenți

5. Condițiile de muncă

5.1 Forma de angajare

Cea mai mare parte a asistenților medicali comunitari (88% - 1,201 persoane), sunt angajați pe perioadă nedeterminată de către unitățile administrativ teritoriale, în baza unui contract de muncă. Nu sunt diferențe sau particularități notabile între județe din perspectiva formei de angajare.

Un număr de 97 de asistenți medicali comunitari (7%) sunt angajați în cadrul programului "Crearea și implementarea serviciilor comunitare integrate pentru combaterea sărăciei

și a excluziunii sociale”, care își propune dezvoltarea și pilotarea pentru 28 de luni a serviciilor comunitare integrate în 139 de comunități rurale și mic urbane cu tip de marginalizare peste medie și severă. Proiectul este implementat în parteneriat de către Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Sănătății și Ministerul Educației și Cercetării, finanțat cu fonduri europene, inclusiv pentru salariile asistenților medicali comunitari angajați prin proiect.

Un procent de 4% dintre asistenții medicali comunitari (57 de persoane) funcționează în baza unui contract de muncă pe perioadă determinată, deși prevederile legale stipulează angajarea AMC cu contracte de muncă pe perioadă nedeterminată.

5.2 Locul de muncă, condițiile de lucru și dotarea disponibilă

Marea majoritate a asistenților medicali comunitari (9 din 10 persoane) consideră că pregătirea lor profesională de bază este în concordanță cu cerințele locului de muncă.

Locația unde asistenții medicali comunitari își desfășoară activitatea de bază atunci când nu se deplasează în teren este diferită, dar marea majoritate (7 din 10 persoane) sunt în sediul primăriei. Alternativele sunt cabinetul medicului de familie (8%), centrul comunitar integrat (3%), sau o altă locație neprecizată (12%).

Ponderea asistenților medicali comunitari care declară ca nu au un sediu fix (8%) nu este neglijabilă și nici neimportantă. Din perspectiva condițiilor minimale, decente de muncă, contează foarte mult dacă AMC are acces sau nu la un spațiu dedicat pentru activitatea de birou, dacă beneficiază sau nu de o stație de muncă la standarde adecvate echipare și dotare (figura 3).

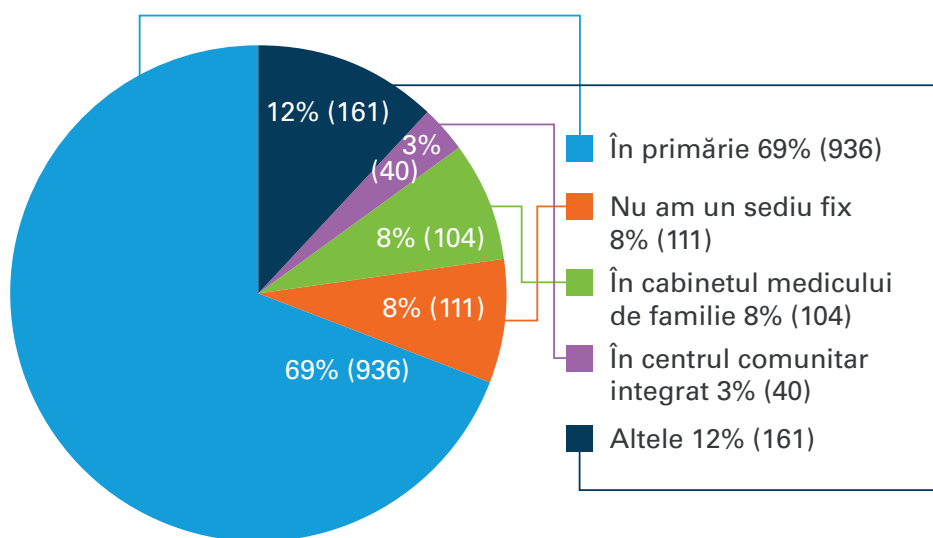


Figura 3

Locația activității de bază al asistenților medicali comunitari

Există asistenți medicali comunitari care au semnalat faptul că își desfășoară efectiv activitatea în afara sediului Primăriei (de exemplu, la sediul medicului de familie), dar că sunt obligați să se deplaseze zilnic la sediul primăriei parcurgând un număr substanțial de kilometri, de două ori pe zi, doar pentru a semna în condica de prezență. Această dinamică nu pare a fi cea mai eficientă, fiind recomandabil ca eventualele bariere în relaționare și cerințele formale să fie constructiv identificate și soluționate la nivel local.

Un aspect menționat constant ca problematic de către asistenții medicali comunitari este accesul la un mijloc de transport pentru munca de teren, fie el mașină, bicicleta, ATV etc., precum și nedecontarea cheltuielilor pentru combustibil, pe care îl plătesc ei înșiși, pentru a putea vizita beneficiarii sau pentru a îi transporta pe aceștia la un consult de specialitate, sau la comisii de specialitate.

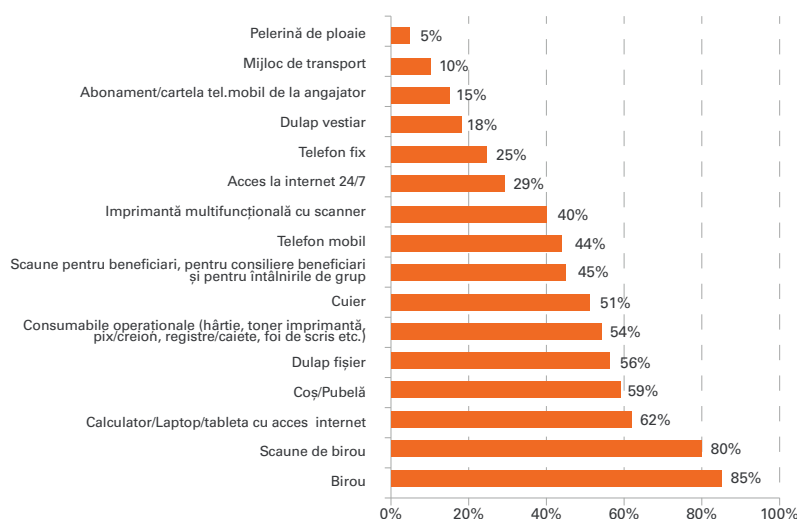
Baremul minim de dotare cu bunuri și echipamente nemedicale, ca și standardul minim de

dotare pentru trusa medicală de asistență medicală comunitară, prevăzute de normativele în vigoare (Hotărârea de Guvern 324/2019, pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară), nu sunt respectate în practică. Asistenților medicali comunitari le lipsesc dotările minimale, precum: un birou propriu (15%) sau scaune pentru ei și beneficiarii serviciilor lor (20%).

Doar unul din zece asistenți medicali comunitari are acces la un mijloc de transport.

Aproximativ 4 din 10 asistenți medicali comunitari nu au un calculator, laptop sau tabletă cu acces la internet și doar 30% au acces la internet 24 ore pe zi, 7 din 7 zile (figura 4).

Figura 4
Dotări existente la capitolul birou, birotica și conectivitate (%)



Nici standardul minim de dotare pentru trusa medicală de asistență medicală comunitară nu este respectat. De exemplu, tensiometru cu stetoscop lipsește din dotarea a 95% dintre asistenții medicali comunitari (figura 5). Deși asistenții medicali comunitari au atribuții numeroase și diverse specificate de normativele în vigoare, precum și atribuții suplimentare nemedicale, formalizate sau nu în fișa postului, resursele și instrumentele de lucru de care dispun aceștia sunt extrem de reduse.

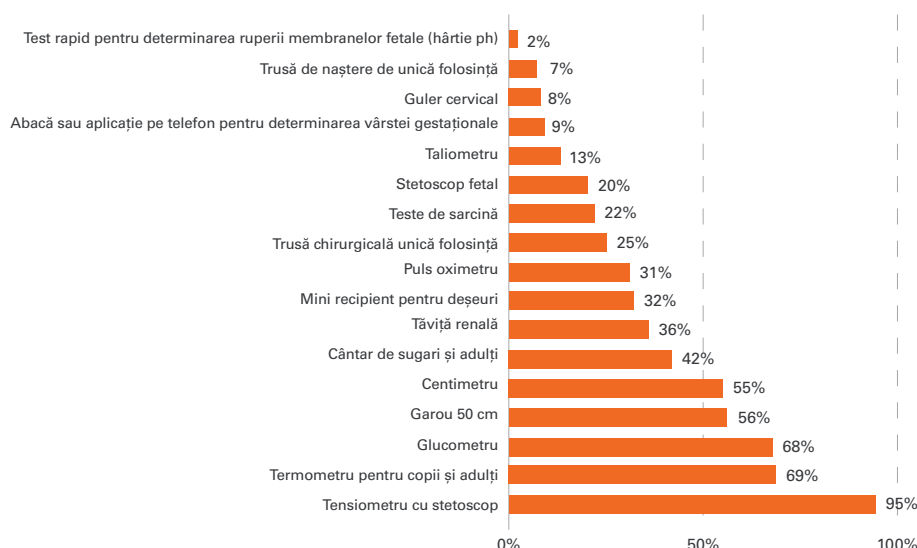


Figura 5
Echipamente și bunuri medicale care lipsesc din trusa medicală de asistență medicală comunitară (%)

Lipsurile raportate de AMC sunt similare și la capitolul consumabile medicale necesare pentru activitatea zilnică.

Totuși, sunt județe care se preocupă de bunurile și echipamentele nemedicale și medicale necesare desfășurării în condiții optime a activității de asistență medicală comunitară. Acestea sunt Tulcea, Alba, Maramureș și Galați în timp ce la polul opus se regăsesc București, Giurgiu, Cluj, și Mehedinți. Analiza pe județe a situației dotării trusei medicale

poate fi utilă decidenților și angajatorilor asistenților medicali comunitari, pentru completarea trusei medicale conform standardului în vigoare.

Prin natura profesiei, AMC sunt expuși unor riscuri ce derivă din interacțiunea cu diferitele tipuri de beneficiari și alți membri ai comunității, cu nivele de educație sau socio-economice diverse. Printre riscurile profesionale percepute de către asistenții medicali comunitari se regăsesc teama de agresiunea fizică sau verbală, sau contractarea unor boli infecțioase sau parazitare (elocventă pentru sărăcia din comunitățile dezavantajate).

5.3 Relațiile de muncă

Trei dimensiuni au fost identificate prin analiza de conținut în ceea ce privește bariere în activitatea cotidiană menționate de către asistenții medicali comunitari: barierele privind relația cu beneficiarii, relația cu angajatorul (unitatea administrativ teritorială) și relația cu alți profesioniști de la nivel local sau județean.

Din perspectiva **relației cu beneficiarii**, asistenții medicali comunitari menționează probleme legate de complianța pacienților la tratamente (de exemplu pacienți cu tuberculoză sau probleme de sănătate mentală), cereri de a efectua tratamente în afara indicației medicului, dar și dificultățile în a relaționa eficient cu persoanele violente, alcoolice, recalcitrante, rezolvarea unor cazuri de beneficiari fără acte de identitate, sau eșecul în a convinge unele familii să își vaccineze copii. În perioada epidemiei SARS CoV2, unii membri ai comunității au avut rezerve în relația cu asistenții medicali comunitari de teama contractării bolii (COVID-19).

Din perspectiva **relației cu angajatorul**, asistenții medicali comunitari menționează în cea mai mare măsură lipsa asigurării resursele necesare pentru desfășurarea activității de teren și a unui spațiu de lucru optim. Alți asistenți medicali comunitari menționează interdicții sau alte sarcini de serviciu, percepute ca fiind nepotrivite cu profilul lor profesional.

“Nu am fost lăsată să administrez tratament în baza rețetei pentru că persoana nu era considerată vulnerabilă de către primar.”

În unele cazuri sunt menționate tensiuni existente în relația cu superiorii ierarhici.

Din perspectiva **relației cu alți profesioniști de la nivel local sau județean**, există asistenți medicali comunitari care menționează probleme legate de relația suboptimală cu medicul de familie, cu medicul de expertiză a capacității de muncă, sau din alte specialități medicale, sau cu referentul social/asistentul social din Primărie. Alte bariere sunt dificultățile întâmpinate în obținerea unor drepturi sociale pentru beneficiari eligibili sau dificultatea de a facilita internarea unor cazuri medico-sociale, sau a persoanelor vulnerabile dar neasigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

“Dispozitivele intrauterine au fost distribuite de DGASPC gratis, dar nu am găsit medic specialist care să ofere consultație gratuită beneficiarilor mei.”

5.4 Sugestii de îmbunătățire a condițiilor de muncă exprimate de asistenții medicali comunitari

Sugestii de îmbunătățire a condițiilor de muncă s-au primit de la 47% dintre respondenți (646 dintre cei 1366 respondenți incluși în eșantion). Cea mai mare parte a asistenților medicali comunitari au inclus în răspunsurile lor mai mult de o recomandare. Ca urmare, orice mențiune aparținând unei anumite teme a fost contabilizată ca atare în cadrul analizei calitative de conținut, indiferent dacă era vorba de o temă singulară în cadrul unui răspuns sau era însoțită de alte de mențiuni, încadrabile în alte teme (în cazul unui răspuns complex).

De departe tema cea mai frecvent menționată de către asistenții medicali comunitari (240 respondenți), este aceea a **dificultăților legate de transport**, în condițiile în care unele comune au peste 10,000 de locuitori deserviți de un singur asistent medical comunitar. Ei se deplasează fie în comunități aflate uneori în zone greu accesibile, fie merg să-

și viziteze beneficiarii în sate sau cătune ce pot fi situate la distanțe destul de mari de centrul comunei. Un AMC menționa ca trebuie să parcurgă și 15 km până la beneficiarii săi dintr-un sat al comunei. Asistenții medicali comunitari subliniază că transportul le este necesar și că să ajungă prompt atunci când le este semnalată o urgență, cu atât mai important fiind rolul lor în comunitățile lipsite de medic de familie și în cazul urgențelor survenite în afara orelor de program, în condițiile în care medicul face naveta. Nu în ultimul rând se menționează **nevoia de a transporta beneficiari vulnerabili**, vârstnici, persoane cu dizabilități, copii mici care nu s-ar califica pentru transport medical asistat în situații neurgente, precum sunt consultațiile la medicul de familie, la specialist sau prezentarea la comisia de evaluare.

Așteptările AMC privind facilitarea transportului sunt diverse: decontarea combustibilului în cazul în care sunt dispuși să își folosească mijlocul de transport proprietate personală, acces la mașină primăriei atunci când este nevoie, acces la mașină de serviciu sau alt mijloc de transport (ATV, scuter, moped, sau bicicleta, după caz) și în câteva cazuri se solicită acoperirea de către angajator a abonamentelor pentru mijloacele de transport în comun.

“Ne trebuie mașina pentru deplasare sau măcar decontarea combustibilului deoarece momentan facem totul din resurse proprii sau pe jos. Nu reușim astfel să ducem la îndeplinire toate nevoile, când trebuie. Amânăm ce nu considerăm urgențe.”

“Ar fi foarte bine să primim echipament de protecție, mașină, lucrând în mai multe sate, în cazul meu 7 sate, peste 10 mii locuitori.”

Au fost înregistrate 181 de mențiuni privind **lipsa materialelor și consumabilelor necesare** pentru activitatea zilnică a profesioniștilor comunitari, în marea majoritate fiind vorba de materialele de baza necesare pentru activitatea medicală, de consumabile elementare pe care adesea AMC le cumpără din propriul buzunar. Nu sunt incluse aici răspunsurile ce vizează specific echipamentul individual de protecție necesar în practica zilnică și, mai ales, în context pandemic. Acest aspect este abordat

mai jos din perspectiva sănătății și securității la locul de muncă.

O nevoie stringentă pentru 136 de asistenți medicali comunitari este aceea de a avea trusa medicală bine pusă la punct, cu dotările necesare activității zilnice de monitorizare sau depistarea precoce a unor boli cronice în rândul beneficiarilor la risc (ex. hipertensiune arterială, diabet zaharat), pentru aplicarea tratamentelor indicate de medici, etc. Deși trusa medicală este reglementată prin HG 324/2019, numeroși respondenți menționează fie că nu au truse, fie că le lipsesc din acestea elemente esențiale pentru munca lor de zi cu zi, dar și cele necesare pentru acordarea primului ajutor în situații acute (e.g. medicația de primă urgență, de exemplu pentru intervenția rapidă în caz de accidente anafilactice).

Asistenții medicali comunitari au nevoie și de **echipamente de IT de birou și conectivitate la internet** pentru a-și îndeplini activitatea, având inclusiv atribuțiuni care depind în mod direct de accesul la astfel de echipamente – pentru raportări în aplicația online AMCMSR.gov.ro. În aceste condiții, există 47 de asistenți medicali comunitari care au nevoie de un calculator, laptop sau tabletă, 23 respondenți care au afirmat că nu au acces la o imprimantă, 10 persoane au probleme în a accesa internetul și 15 respondenți au menționat nevoia unui telefon mobil de serviciu.

“Să fim dotați cu materiale sanitare, nu să cumpăr din bani mei și un șampon antiparazitar pentru copii din comunitate. Când vine vorba de dotări medico-sanitare angajatorul spune că nu poate procura iar DSP sau Ministerul nu asigură. Cum să ne desfășurăm activitatea? Din 2009 de la descentralizare până în 2016 luna octombrie activitatea mi-am desfășurat-o pe bani mei, inclusiv cu rechizite, iar din octombrie 2016 când ne-a preluat SPAS-ul și până în prezent avem tot ce ne trebuie, mai puțin dotările medico-sanitare.”

“Dotarea cu cele necesare activității să se facă prin DSP-uri, pentru că la primării nu au formare medicală și nu realizează importanța cerințelor și sunt și fonduri insuficiente.”

“La triajul epidemiologic dacă tot mergem și găsim copiii cu probleme ar fi bine să putem și rezolva acele probleme, să avem soluții să le oferim părinților.”

“Să primim cele necesare pentru buna desfășurare a activității noastre (birou ,scaune, materiale necesare pentru tratamente – ace, seringi, dezinfectant, feșe, pansamente, rivanol, betadină, garou, termometru, tensiometru, laptop, abonamente telefonie mobilă. Nu avem nici hârtie pentru imprimantă sau ustensile de scris.”

“Norocul meu este că lucrez la un centru comunitar și beneficiaz de anumite aparate. În rest, colegele mele din județ nu primesc nimic de la primării.”

Una dintre problemele grave cu care se confrunta unii asistenți medicali comunitari este lipsa **spațiului de lucru dotat adecvat**, conform mențiunilor a 87 dintre respondenți. Se pare că lipsa unui spațiu de lucru adecvat este destul de răspândită, în mare măsură și din cauza faptului că primării nu înțeleg natura specială a muncii asistentului medical comunitar, nu realizează că acesta are nevoi specifice de dotare. Este nevoie de un spațiu care să servească pe post de birou, cu dotările minim necesare, dar și cu rol de cabinet unde beneficiarul sa poate fi primit în condiții igienice și civilizate, consiliat în condiții de confidențialitate, sa i se aplice tratamente în condiții de siguranță, etc. Este cumva surprinzător că uneori nu exista un mobilierul minimal, precum un simplu scaun pentru beneficiari, un birou, un dulap. În cazul comunităților cu sate distanțate, AMC sugerează organizarea unor puncte de lucru pentru ei, iar în unele cazuri se promovează idea dezvoltării unor centre comunitare.

“Eu nu dispun de materiale pentru îngrijiri medicale decât dacă le cumpăr; tableta, internetul mi le asigur din resurse proprii și din anumite donații de la asociații nonguvernamentale.”

“Am nevoie de calculator sau laptop, de imprimantă, scanner pentru transmiterea online a lucrărilor, acestea fiind posibile doar cu acordul medicului de familie, de la imprimanta acestuia. Și asta când nu are pacienți.”

“E nevoie de un calculator/laptop propriu la care sa am acces tot timpul, având în vedere că un calculator este folosit de mai multe persoane din primărie.”

Asistenții medicali comunitari menționează frecvent **condițiile de sănătate și securitate a muncii**. Mai ales în contextul epidemic actual, nevoia asigurării echipamentelor de protecție este menționată frecvent (39 mențiuni directe). O alta temă emergentă din analiza calitativă este cea a **echipamentului adecvat pentru munca în teren** (ex. pelerine, cizme, umbrele, genți), ca și cea a **siguranței personale**, la care ar trebui sa contribuie mai mult poliția locală, în opinia asistenților medicali comunitari, mai ales în interacțiunea cu beneficiari cu istoric de violență, afecțiuni psihice, alcoolism.

Asistenții medicali comunitari consideră că ar trebui să nu beneficieze de spor pentru condiții de muncă periculoasă și se așteaptă ca să se *“respecte drepturile bănești conform legilor în vigoare, inclusiv sporul de 7%, respectarea legii 82/17 iunie 2020”*.

Profesioniștii menționează și alte aspecte ce se pretează la îmbunătățire, aspecte precum lucrul în echipă, mărimea echipei - recrutarea de noi colegi AMC sau mediatori sanitari (12 respondenți) și colaborarea mai bună cu alte cadre medicale, în special cu medicii de familie (21 de respondenți).

Nu în ultimul rând este de menționat tema relației cu primăria (30 cazuri), nevoia percepută de AMC ca autoritatea locala sa le acorde *“mai mult sprijin”* sa aibă un *“grad mai mare de implicare”* în susținerea activității lor.

Analiza tematică efectuată arată că **soluțiile propuse de respondenți pentru amendarea dificultăților** cu care se confrunta acest segment de servicii sunt diverse (tabelul 2)

Tabelul 2. Soluții identificate de către asistenții medicali comunitari pentru îmbunătățirea situației/ depășirea barierelor din activitatea de zi cu zi (întrebare deschisă).

Cadrul legislativ

- Cadru legislativ care să fie pus în practică mai ușor;
- Legislație clară privind activitatea de asistență comunitară și respectarea ei;
- Legea asistenței medicale comunitare să permită înființarea de centre teritoriale de telemedicină, și prioritate la programările pentru consultații la medicii specialiști pentru beneficiarii noștri vulnerabili;
- Legislație privind accesul la anumite date despre beneficiari din alte surse decât cele culese de AMC din catagrafie;
- Reglementări privind accesul la informații medicale de la medicul de familie pentru persoanele cu boli cronice;
- Medicii de familie să trimită asistenții medicali comunitari la beneficiarii vulnerabili, să facă cunoscută lista pacienților cronici și cu boli rare.

Resurse financiare

- Alocarea sumelor necesare cheltuielilor pentru materiale sanitare, consumabile, etc. să fie tot de la Ministerul Sănătății;
- Suplimentarea bugetului pentru investiții (spațiu de lucru cu dotări adecvate, materiale, consumabile, echipamente, mijloace transport, etc.);
- Personal suplimentar;
- Salarizare nediscreționară.

Facilitarea colaborărilor cu alți profesioniști de la nivel local și județean

- Acorduri scrise de colaborare între primărie – poliție – DSP;
- Adresa oficială către medicii de familie în care să fie specificat și să îi oblige să lucreze și să respecte asistentul medical comunitar, să sprijine, să participe la acțiunile de promovare a sănătății împreună cu AMC;
- Respectarea eticii profesionale din partea medicilor și tratarea cu respect și a persoanelor vulnerabile și fără venituri;
- Sprijin mai mult de la DSP care coordonează activitatea de asistență medicală comunitară, sprijin din partea MS;
- Comunitatea și UAT să ne aprecieze mai mult munca, primăriile și membri comunității să înțeleagă și să respecte activitatea AMC.

Sprijin tehnic

- Existența / nominalizarea unui medic coordonator;
- Prezența și prezentarea de informații de către specialiști în diverse domenii – obstetrică, pediatrie, planificare familială, asistență socială, poliție, igiena, vaccinări;
- Formarea continuă a personalului, prin cursuri gratuite;
- Disponibilitatea materialelor IEC (de exemplu: broșuri privind vaccinarea).

Infrastructura fizică

- Înființarea de centre pentru persoanele vârstnice;
- Înființarea de centre de permanență;
- Înființarea de centre comunitare integrate.

6. Colaborarea cu alți profesioniști și instituții de la nivel local și județean

Rețeaua de relații profesionale ale asistenților medicali comunitari este complexă prin natura atribuțiilor acestora și a nevoilor beneficiarilor. Sunt numeroase instituții și mulți profesioniști care pot contribui la îndeplinirea unor atribuții de serviciu, a unor obiective profesionale privind performanța la locul de muncă și rezultatele obținute la nivel de comunitate. Opinia asistenților medicali comunitari privind gradul de interacțiune cu fiecare dintre profesioniștii sau instituțiile identificate ca având legătură cu activitatea lor și care există în raza geografică de activitate a fiecărui respondent, au servit la generarea unui scor global (Figura 6).

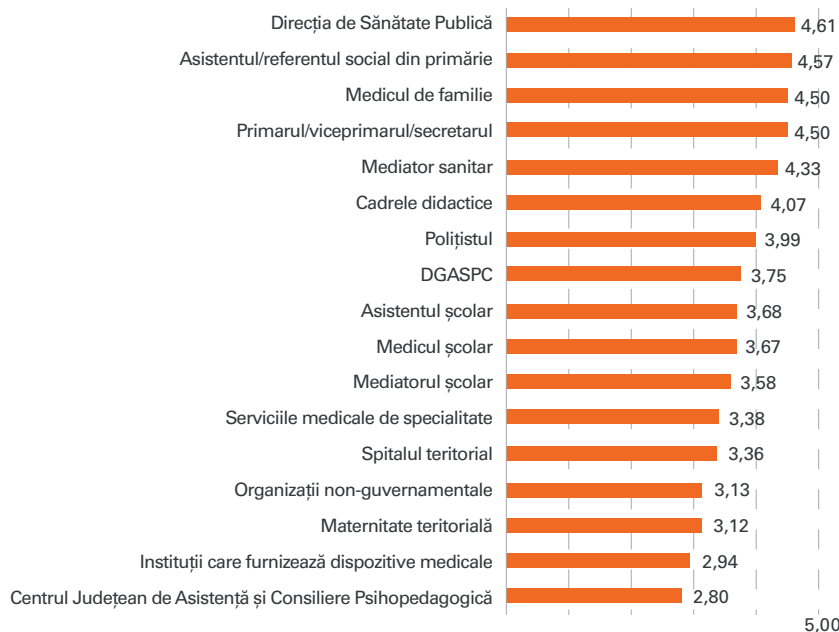


Figura 6
Harta relațională în asistența medicală comunitară

Intensitatea relațiilor profesionale pe care asistentul medical comunitar o are în rândul instituțiilor din domeniul medical este cea așteptată. Scorul maxim, este atribuit Direcției de Sănătate Publică Județeană (DSP) și medicului de familie. Colaborarea cu mediatorul sanitar este considerată importantă, de asemenea, alături de asistentul/lucrătorul social din primărie și primarul/viceprimarul/secretarul, dar și de cadrele didactice.

Scoruri medii s-au obținut pentru colaborarea în domeniul medical cu medicul școlar, cu furnizorii de servicii medicale de specialitate, dar și cu spitalul teritorial, alături de poliție, DGASPC și asistentul școlar.

Relațiile profesionale cele mai reduse se dovedesc a fi cele cu maternitatea teritorială, cu instituțiile care furnizează dispozitive medicale, cu organizațiile non-guvernamentale active în comunitate sau județ, precum și cu Centrul județean de asistență și consiliere psihopedagogică.

„Este importantă colaborarea cu medicul de familie; fără medic nu ne putem face activitatea corect.”

„Nu există un contract cadru între noi și medicii de familie, dar există o colaborare foarte bună.”

Modelul pachetului minim de servicii integrate la nivel comunitar, dezvoltat de UNICEF și extins la nivel național prin Legea 231/2020 care instituie pachetul minim de servicii sociale pentru copil și familie, a pus un accent extrem de important pe colaborarea profesioniștilor de la nivel local, precum și pe colaborarea echipei comunitare cu profesioniștii și instituțiile de la nivel județean, care asigură sprijinul profesional, dar și supervizarea activității de la nivel local. Pachetul minim de servicii sociale nu poate avea rezultate cost-eficace decât în condițiile în care echipa mixtă de la nivel comunitar beneficiază de sprijinul și supervizarea metodologică a profesioniștilor și instituțiilor de la nivel județean.

Investiții substanțiale în formarea, motivarea și crearea unui model de lucru bazat pe

planificare, colaborare, supervizare, monitorizare și evaluare a echipelor comunitare mixte împreună cu profesioniști și reprezentanți ai instituțiilor relevante de la nivel județean (DGASPC, DSP, Inspectoratul Școlar, etc) sunt necesare pentru succesul extinderii la nivel național a pachetului minim de servicii sociale.

6.1 Percepția asupra nevoii de colaborare cu alți profesioniști de la nivel local și județean

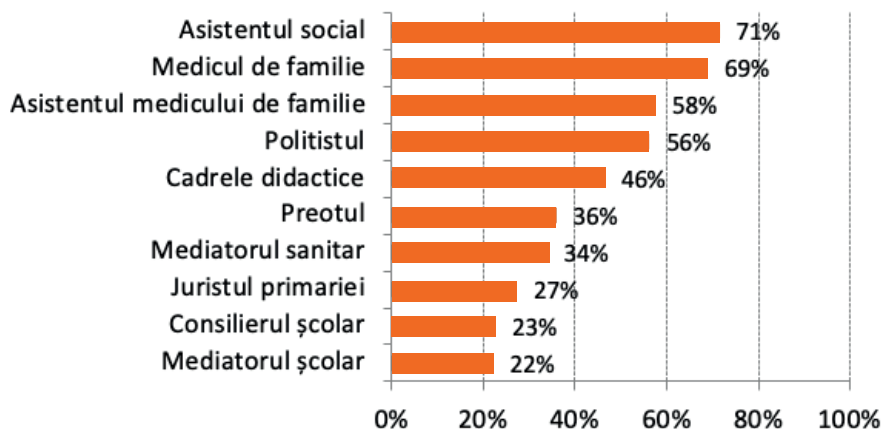


Figura 7
Profesioniști cu care asistenții medicali comunitari consideră că au nevoie să colaboreze îndeaproape

Asistenții medicali comunitari consideră că pentru a-și *îndeplini mai bine responsabilitățile profesionale* trebuie să colaboreze în primul rând cu asistenții sociali/lucrătorii sociali din primărie, dar și cu furnizorii de asistență medicală primară, cu cadrele didactice, mediatorii sanitari. Asistenții medicali comunitari identifică corect mai mult de un profesionist cu care și-ar dori să lucreze în mod integrat în comunitățile lor.

Șapte din zece asistenți medicali comunitari percep o nevoie de colaborare mai strânsă și, implicit, un potențial insuficient valorificat de colaborare în sistem integrat cu asistentul social (71%). Colaborarea mai bună cu medicul de familie este identificată ca important de 69% dintre asistenții medicali comunitari. Imediat în ierarhie urmează asistentul medicului de familie și polițistul local, nominalizați de ceva mai mult de jumătate dintre cei chestionați.

În opinia asistenților medicali comunitari, în echipa comunitară este nevoie de personal suplimentar; asistenții medicali comunitari identifică ca prima opțiune (foarte frecventă) nevoia unui al doilea coleg asistent medical comunitar, urmat de un mediator sanitar.

*„Să ne facem cunoscuți, la această dată anumite pârgii ale statului nu știu ce este acel AMC.....
Să fim considerați cadre medicale*

Să fim respectați în comunitate

Încrederea și sprijinul autorităților în activitatea noastră.

Un cadru legislativ clar și aplicabil și o mai bună colaborare a DSP-ului cu primăriile

Colaborare și cursuri cu sprijinul DSP-urilor

O mai bună colaborare cu medicul de familie

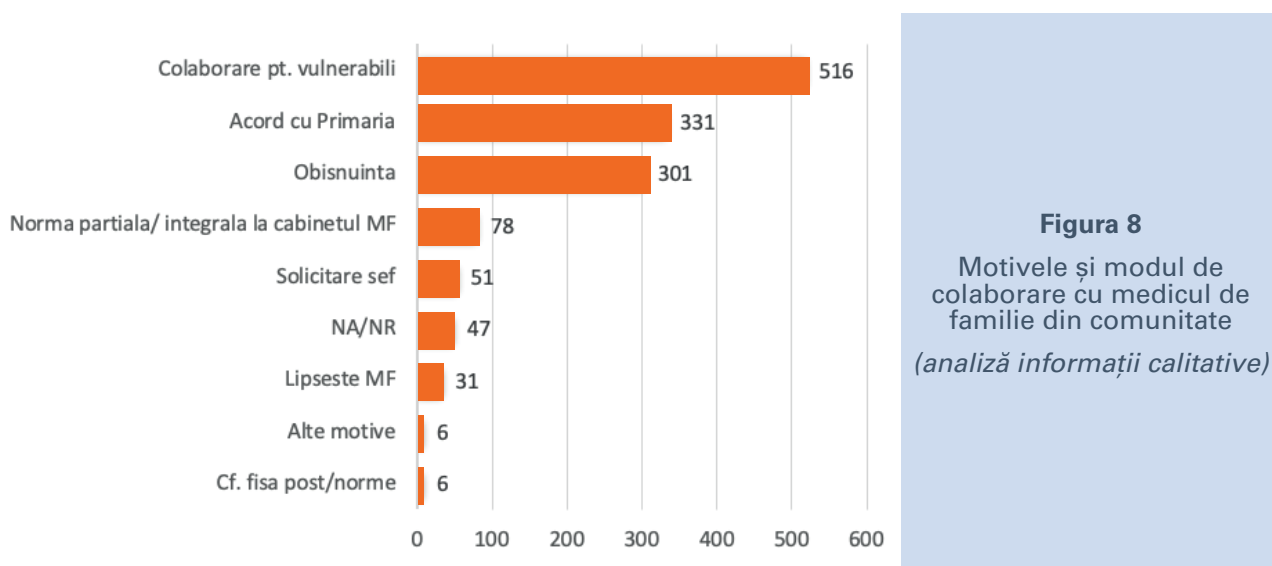
Condiții mai bune materiale, pentru a ne desfășura activitatea.

Să ni se asigure transport, un spațiu al nostru de birou, dotări necesare activității noastre, vouchere de vacanță, salarii cu sporuri de risc și spor de COVID pentru că noi am fost în teren, am făcut toate anchetele epidemiologice pe care le-am trimis la DSP, am izolat persoanele venite din străinătate, am informat medicul de familie, i-am monitorizat pe cei fără medic de familie ... Și noi suntem tratați ca niște câini comunitari când este vorba de bani!!! Noi am ridicat rețetele la MF, le-am cumpărat și dus la bătrânii imobilizați la domiciliu ...”

6.2 Motivele și modalitățile de colaborare cu medicul de familie

Motivul colaborării cu furnizorul/furnizorii de servicii de asistență medicală primară din comunitate sunt diverse. 4 din 10 asistenți medicali comunitari (39%) colaborează cu medicul de familie pentru rezolvarea nevoilor de servicii medicale ale beneficiarilor din grupurile vulnerabile. Forma de colaborare generată de nevoia rezolvării problemelor medicale ale beneficiarilor este similară și celor care apreciază că și-au creat, practic, o cutuma din relația cu medicul de familie, anume cei ce au răspuns 'așa ne-am obișnuit' (22,8%). Practic, 6 din 10 asistenți medicali comunitari (61,9%) apelează la medicul de familie pentru nevoile medicale ale beneficiarilor pe care îi au în grijă (figura 8).

Pentru 29% dintre asistenții medicali comunitari, colaborarea cu medicul de familie este facilitată de implicarea autorității publice locale, fie ca urmare a unui acord formalizat între primărie și medic (25,1%), fie pentru că asistentul medical comunitar este mandatat de către primar/ superiorul ierarhic să colaboreze cu medicul de familie.



În relativ puține cazuri (5,9%), asistenții medicali comunitari se afla în contract cu medicul de familie, într-o formă de angajare cu normă parțială sau completă. Un număr redus de asistenți medicali comunitari nu au furnizat un răspuns la întrebarea privind motivele colaborării cu medicul de familie (3,4%, 47 persoane).

Principala modalitate prin care asistenții medicali comunitari colaborează cu medicii de familie este reprezentată de întâlniri periodice, în care discută despre problemele de sănătate din comunitate sau ale unor beneficiari vulnerabili (66%).

Aproximativ 6% dintre asistenții medicali comunitari însoțesc sau trimit la cabinetul medicului de familie persoane vulnerabile pentru a fi consultate, iar 8,7% dintre AMC declară că fac doar vizite în teren pentru administrarea tratamentelor și/sau monitorizarea pacienților, la recomandarea medicului. 15,5% dintre asistenții medicali comunitari colaborează cu medicul de familie în toate formele menționate anterior (tratamente conform indicațiilor medicale, vizite la domiciliul beneficiarilor, însoțirea/referirea pacienților la cabinetul medicului).

Mai puțin de 2% dintre asistenții medicali comunitari chestionați au afirmat că nu colaborează cu medicul de familie, ori pentru că nu au medic de familie în comunitatea lor ori pentru că această colaborare este inconstantă și dificilă, inițiată la insistențele asistentului medical comunitar, pentru rezolvarea unor probleme punctuale ale beneficiarilor (figura 9).

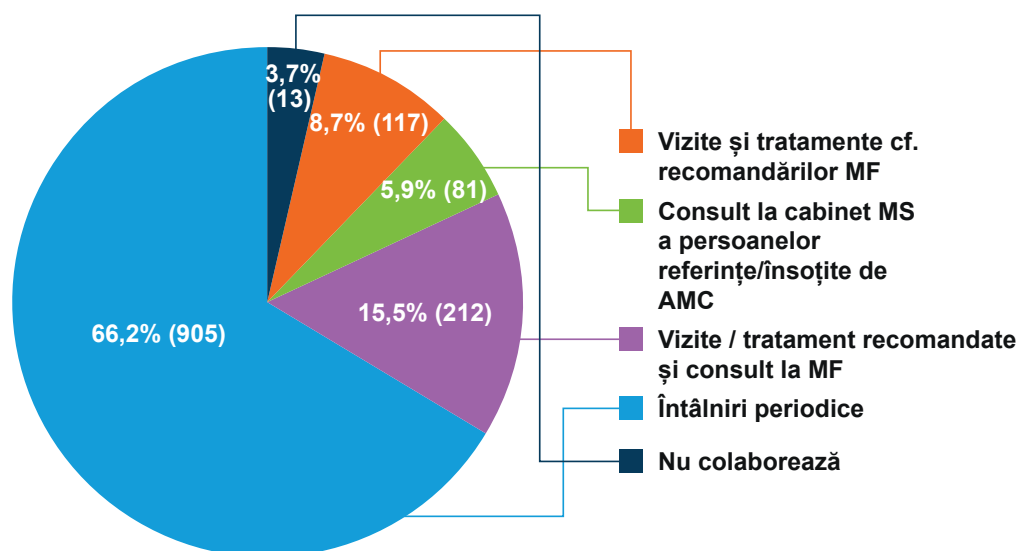


Figura 9
Modalitățile concrete de colaborare cu medicul de familie din comunitate

7. Responsabilitățile, atribuțiile și activitatea asistenților medicali comunitari

Opiniile asistenților medicali comunitari privind activitatea desfășurată, raportată la atribuțiile din fișa de post, au fost solicitate folosind ca opțiune de colectare a răspunsurilor o scala de tip Likert cu 5 alternative de răspuns.³

Majoritatea, asistenții medicali comunitari (9 din 10) consideră că atribuțiile lor profesionale sunt reflectate de fișa postului în foarte mare măsură (foarte mult -60,6%) sau în mare măsură (mult- 29,6%). Un procent semnificativ de asistenți medicali comunitari consideră că activitatea lor zilnică corespunde cu atribuțiile din fișa de post foarte mult (55,8%) sau mult (33,6%).

Opinii negative privind realismul atribuțiilor incluse în fișa postului, mai precis dacă atribuțiile le reflectă activitatea au fost exprimate de un număr redus de asistenți medicali comunitari (14 persoane).

7.1. Activitățile asistenților medicali comunitari conforme cu reglementările în vigoare

Asistenții medicali comunitari au evaluat propria activitatea pe care o desfășoară prin prisma atribuțiilor stabilite de reglementările în vigoare⁴; evaluarea s-a realizat pe o scală Likert cu 5 categorii de răspunsuri (foarte mult/mult/mediu/puțin/foarte puțin). Rezultatele sunt detaliate în tabelul 3.

Tabelul 3. Activitățile asistenților medicali comunitari conform reglementărilor în vigoare (auto-raportare, %)

Tip de activitate	Foarte mult	Mult	Mediu	Puțin	Foarte puțin	NA
Realizează catagrafia populației	61.8	26.1	8.8	1.2	0.7	1.5
Sprrijină înscrierea persoanelor pe listele medicilor de familie	54.8	27.0	13.0	3.1	0.7	1.4
Facilitează accesul persoanelor vulnerabile la serviciile medicale	61.9	28.6	6.8	0.8	0.1	1.8

³ Foarte mult/ Mult /Mediu/ Puțin/Foarte puțin

⁴ Hotărârea de Guvern nr. 324/2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară

Participă la implementarea programelor și acțiunilor de sănătate publică	53.1	31.5	11.6	1.3	0.7	1.8
Furnizează servicii de prevenire și promovare a sănătății	63.4	27.1	6.6	0.9	0.1	1.9
Furnizează servicii medicale de profilaxie primară, secundară și terțiară membrilor comunității	49.6	33.8	11.3	3.0	0.5	1.8
Informează, educă și conștientizează membrii colectivității locale privind un stil de viață sănătos	69.0	24.6	4.0	0.5	0.1	1.8
Administrează tratamente, în limita competențelor profesionale	46.0	26.2	18.4	4.2	3.2	2.0
Supraveghează și participă la administrarea tratamentului bolnavilor din evidențele speciale (prematuri, anemici, boli rare, TBC etc.)	34.6	26.6	19.8	9.9	6.8	2.3
Realizează managementul de caz în cazul bolnavilor cu boli rare	15.2	19.3	24.1	16.5	20.9	4.0
Realizează managementul de caz în cazul bolnavilor cu tulburări psihice	17.6	22.6	26.5	15.0	14.6	3.7
Identifică și notifică autorităților competente cazurile de violență domestic/abuz	36.3	30.3	19.0	7.5	4.5	2.4
Participă la aplicarea măsurilor de prevenire și combaterea eventualelor focare de infecții	58.0	28.2	9.0	2.0	0.7	2.1
Efectuează triajul epidemiologic în unitățile școlare	66.7	14.3	7.3	4.0	5.3	2.4
Identifică, evaluează și monitorizează riscurile de sănătate publică din comunitate	58.8	26.7	10.3	1.0	0.4	2.8
Întocmesc evidențele necesare și completează documentele în exercitarea atribuțiilor de serviciu	60.6	27.1	7.7	1.5	0.9	2.3
Raportează activitatea în aplicația on-line AMCMSR.gov.ro	75.8	13.4	5.4	0.9	2.0	2.4
Activitate în sistem integrat, management de caz în colaborare cu ceilalți profesioniști din comunitate	42.8	29.6	15.4	5.1	3.4	3.7
Participă la realizarea planului comun de intervenție a echipei comunitare integrate	39.5	32.6	14.9	5.3	4.2	3.4
Colaborează cu alte instituții și organizații, inclusiv cu organizațiile neguvernamentale	32.2	28.6	20.7	8.7	6.4	3.4

Pentru o imagine de ansamblu asupra modului în care asistenții medicali comunitari își desfășoară activitatea în comunitate, s-a calculat pe baza răspunsurilor respondenților un scor mediu pentru fiecare dintre activitățile ce le revin în responsabilitate (figura 10).

„Ultimul punct din fișa postului, „altele...”, le cuprinde pe toate...”

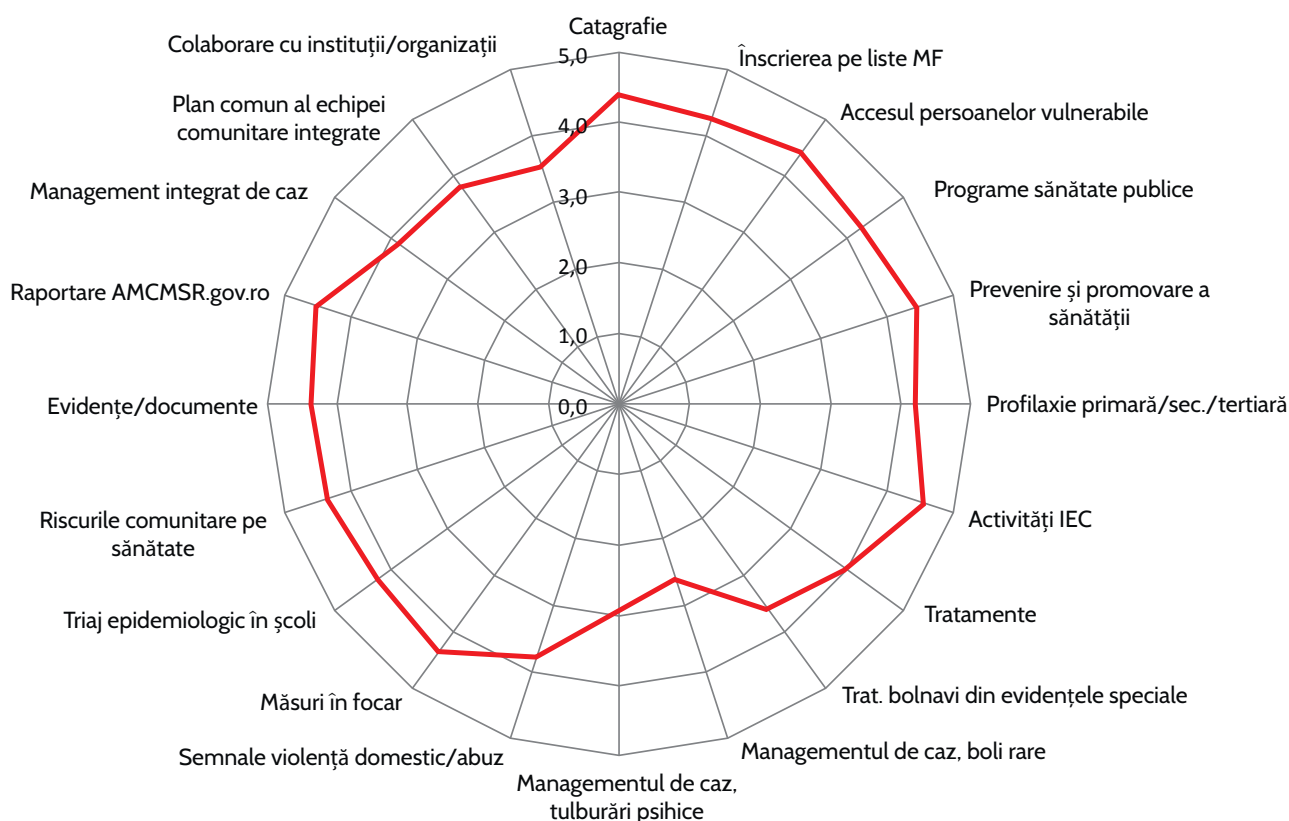
„Mă ocup de calcularea consumului materialelor după niște formule matematice foarte grele, cu foarte multe zecimale, de predarea către angajator de documente care încalcă regulamentul GDPR, multe altele...”

Asistenții medicali comunitari alocă un timp de lucru crescut activităților IEC (de informare/educare/comunicare) precum și raportării în sistemul centralizat dedicat monitorizării activității de asistență medicală comunitară AMCMSR.gov.ro.

Există, însă, alte atribuții importante pentru beneficiari, dar și pentru punerea în practică a pachetului minim de servicii sociale, cărora asistenții medicali comunitari le dedică o

parte relativ mai mică de timp, ca de exemplu (a) managementul integrat de caz, (b) lucrul în sistem integrat (planul comun al echipei comunitare integrate, (c) colaborarea cu alte instituții și organizații, (d) beneficiari cu patologii specifice (tulburări de sănătate mentală, pacienți din evidențele speciale, pacienții cu boli rare) (e) semnalarea cazurilor de violență domestică sau abuz.

Figura 10. Scoruri sintetice ale gradului de încărcare, pe categorii de activități reglementate desfășurate de către asistenții medicali comunitari



Este important de reiterat faptul că pachetul minim de servicii comunitare integrate/pachetul minim de servicii sociale, chiar dacă este pus în practică în comunități la nivel național, nu poate conduce la rezultate de succes, măsurabile, dacă la nivel local, județean și central, paradigma modelului de lucru în comunitate, precum și relația cu personalul și instituțiile relevante de la nivel județean nu se transformă radical.

Doar un model de management integrat al cazului, de abordare integrată în comunitate a problemelor unui beneficiar vulnerabil, cu sprijinul direct și necondiționat al resurselor

umane specializate, al profesioniștilor care există la nivel județean dar nu neapărat și la nivel local, poate produce o schimbare cu rezultate remarcabile, în condițiile în care toate studiile de la nivel național precum și literatura de specialitate internațională recunosc determinanți multifactoriali ai condiției de vulnerabilitate, marginalizare, excluziune socială și sărăcie.

Și din perspectiva cost-eficienței și eficacității, sprijinul (supervizarea) echipei comunitare de către specialiștii de la nivel județean (care la rândul lor trebuie să colaboreze între ei DSP, DGASPC, Inspectoratul Școlar), sunt importante pentru utilizarea eficientă a puținelor resurse existente în comunități.

Exemple în favoarea colaborării echipelor mixte comunitare cu (și supervizării de către) instituțiile de la nivel județean, precum și a beneficiilor din colaborarea instituțiilor de la nivel județean, sunt nenumărate. De exemplu, asistenții medicali comunitari declară cu prioritate activități de informare/educare/comunicare cu beneficiarii lor. De la identificarea diferitelor nevoi locale de educație pentru sănătate, la planificarea acțiunilor, validarea calității informațiilor transmise, monitorizarea și evaluarea rezultatelor, este necesară colaborarea directă cu specialiștii Direcțiilor de sănătate publică județene, altfel activitățile locale IEC pot fi lipsite de cost-eficacitate. Un alt exemplu este problema sarcinilor la minore, cu care România se confruntă în ultimii ani din ce în ce mai mult. Domeniul se află în responsabilitatea/ la intersecția sectoarelor de sănătate și asistență socială, și afectează direct sistemul de educație, prin părăsirea timpurie a școlii. Colaborarea instituțiilor de la nivel județean, reflectată în intervenții coordonate la nivel local/comunitar, pot identifica intervenții și acțiuni de prevenire a acestui fenomen.

7.2. Activități derulate de asistenții medicali comunitari conexe sau suplimentare atribuțiilor reglementate

Asistenții medicali comunitari declară că responsabilitățile pe care le au în cadrul unităților administrativ teritoriale unde sunt angajați se extind cu mult peste reglementările în vigoare privind activitatea de asistență medicală comunitară; atribuțiile suplimentare le revin ca urmare a deciziilor primarului, fie că acestea sunt sau nu formalizate.

Nemulțumirea unor asistenți medicali comunitari cauzată de depășirea competențelor prin atribuții suplimentare alocate de angajator transpare explicit, ca și relația de muncă pe alocuri tensionată cu reprezentanții autorității publice locale.

Natura activităților suplimentare este una foarte diversă, fie că sunt, fie că nu sunt incluse în fișa postului.

Un inventar sinoptic comprehensiv privind activitățile desfășurate dincolo de ceea ce menționează reglementările în vigoare (normele metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară) este inclus în tabelul 4. Asistenții medicali comunitari sunt frecvent implicați în activități de asistență socială, dar în egală măsură și într-o paletă foarte largă de activități conexe sau fără nicio legătură cu pregătirea lor profesională, sau cu nevoile beneficiarilor de care se ocupă.

Tabelul 4. Alte activități derulate de asistenții medicali comunitari (întrebări deschise)

Asistența medicală în situații particulare și acțiuni conexe atribuțiilor din fișa de post
<ul style="list-style-type: none">- Asigurarea primului-ajutor/asistență medicală la meciuri de fotbal sau alte evenimente sportive, la evenimente organizate de primărie, în perioada de caniculă, iarnă grea, perioada de iarmaroc, la spectacole, alegeri, examene școlare etc.;- Asigurarea primului-ajutor în comunitate/asistarea urgențelor, inclusiv în afara programului de lucru și în weekend, mai ales în comunitățile lipsite de medic de familie;- Facilitarea accesului la tratamentul prescris de medicul de familie sau medicului specialist, prin sprijinirea circuitului documentelor (obținerea rețetelor de insulină de la cabinetele de specialitate, preluarea cardurilor de la beneficiari și obținerea rețetelor compensate, depunerea documentelor la farmacie și, frecvent, distribuirea medicamentelor la domiciliul pacienților);- Activități specifice CMI (cabinetului medical individual al medicului de familie) atunci când colaborează cu acesta sau când este angajat al acestuia;- Programarea telefonică a beneficiarilor pentru consultații de specialitate;- Însoțirea, inclusiv uneori transportul cu vehiculul personal a unor beneficiari (sugari, persoane cu handicap, alte persoane vulnerabile) pentru consult la medicul de familie, medicul specialist, spital sau la comisii de evaluare;- Anchetă alimentară la grădiniță, bilanțuri anuale la copii din clasa a VIII-a;- Participarea la organizarea și derularea de campanii de donare de sânge;- Consilierea psihologică a beneficiarilor;- Toaleta persoanelor imobilizate la pat, și uneori, curățenie în locuințele unor beneficiari;- Monitorizarea și asigurarea calității surselor de apă potabilă din satele comunei.
Activități logistice
<ul style="list-style-type: none">- Achiziționarea de medicamente și alimente pentru persoanele greu deplasabile sau nedepasabile, pentru persoane vârstnice;- Distribuirea de alimente și produse din POAD (Programul Operațional Ajutorarea Persoane Dezavantajate);- Ridicarea vaccinurilor de la DSP;- Întocmirea documentației, aprovizionarea cu lapte praf de la DSP pentru distribuire la medici familie; distribuirea laptelui praf către beneficiari.
Activități de voluntariat
<ul style="list-style-type: none">- Distribuirea de ajutoare alimentare și nealimentare de la Crucea Roșie către beneficiari cu probleme medico-sociale identificate cu ocazia catagrafiei;- Sprijin în obținerea unor drepturi sau ajutoare (mașină de spălat, cărucior pentru persoane cu dizabilități);- Sprijin pentru persoane vârstnice (prin derularea unor acțiuni la Centrul pentru persoane vârstnice sau identificarea unei persoane dispuse să pregătească o masă caldă contra cost pentru vârstnici singuri).
Activități relevante din punct de vedere al asistenței sociale pentru echipa mixtă de la nivel comunitar
<ul style="list-style-type: none">- Preluarea atribuțiilor asistentului social atunci când acesta lipsește temporar sau permanent;- Completarea dosarelor privind diverse beneficii sociale (alocații de stat, dosar de încadrare în grad de handicap și însoțire, alocație, ajutorului de lemne, tichetelor de grădiniță, alocația de susținere a familiei, stimulent de inserție, rechizite școlare, bani de liceu, burse studentești, etc.);- Consilierea populației pentru întocmirea dosarelor de beneficii sociale; completarea a diverse cereri (ajutor social, cereri alocație complementară, a altor documente) pentru persoanele vulnerabile;- Anchete sociale cu sau fără asistentul social (persoane cu handicap, copii cu părinții plecați în străinătate, cu minorii din comunitate care se afla la asistenți maternali sau în centre de plasament, anchete pentru alocația pentru susținerea familiei -ASF sau venitul minim garantat -VMG), conform dispozițiilor primarului;

- Asistență în obținerea actelor de identitate, inclusiv prin însoțirea beneficiarilor la instituțiile relevante;
- Anchete sau documente solicitate de judecători;
- Monitorizarea asistenților personali;
- Monitorizarea cazurilor de copii aflați în atenția DGASPC; transferarea dosarelor de alocație de stat din alt județ;
- Înscrierea la grădiniță sau la școală a copiilor de etnie roma;
- Asistență în achitarea facturilor de apă, canalizare, energie electrică ale beneficiarilor nedepasabili.

Alte activități administrative, la dispoziția angajatorului

- Permanență în afara programului de lucru, inclusiv în afara orelor de program și în weekend; strângerea de semnături cu ocazia alegerilor locale, participarea la diverse sondaje de opinie pe teritoriul comunei
- Anunțarea locuitorilor pentru a se prezenta la primărie; implicare în încasarea pe teren a impozitelor, activități legate de SSM, nomenclatorul stradal, derogări în vămi; șofer al mașinii Primăriei, întreținere spații verzi; recensăminte locale, inclusiv identificarea și recensământul animalelor; distribuirea de tomberoane în vederea colectării deșeurilor;
- Activități desfășurate în comun cu organele de poliție;
- Activitate de secretariat și registratură: înregistrarea de cereri, multiplicarea de documente, îndosariere, numerotare, arhivare documente și dosare, comunicare/transmitere de documente către alte instituții;
- Întocmirea de referate, elaborarea de documente administrative diverse;
- Activități în toate compartimentele Primăriei, inclusiv la Camera Agricolă, completare în Registrul agricol, în REVISAL, în electoral, ajutor pentru serviciul de contabilitate al UAT/unității administrative teritoriale.

7.3. Activitatea de raportare a asistenților medicali comunitari

În materie de raportare a activității, asistenții medicali comunitari au atribuții reglementate, inclusiv privind protejarea datelor cu caracter personal, și a datelor cu caracter medical ale beneficiarilor. Obligațiile de raportare prevăd *raportări curente și rapoarte de activitate*, inclusiv raportarea activității în aplicația dedicată asistenței medicale comunitare (AMCMSR.gov.ro).

Raportarea activității către Direcțiile de sănătate publică județene: 7 din 10 asistenți medicali comunitari (67%) raportează lunar, pe hârtie către coordonatorul de program din DSP, în timp ce 1 din 10 asistenți medicali comunitari (circa 9%) declară că raportează zilnic către DSP. Este posibil ca aceștia din urmă să fi răspuns în contextul actual (epidemia SARS CoV2), când transmiterea unor informații și date poate fi solicitată zilnic. Este posibil de asemenea ca în unele județe/localități să existe o comunicare permanentă (benefică) între DSP și AMC, în cadrul unor acțiuni în derulare. Este puțin probabil, însă, ca raportarea sistematică, standardizată a activității de asistență medicală comunitară să fie solicitată zilnic de oricare dintre Direcțiile de sănătate publică. La extrema opusă, 8% dintre asistenții medicali comunitari declară că raportează anual către DSP sau că nu raportează deloc, iar 9% dintre respondenți nu au răspuns/nu au avut răspunsuri valide la aceasta întrebare (figura 11).

Platforma națională online de colectare a datelor (AMCMSR.gov.ro) este utilizată de către marea majoritate a asistenților medicali comunitari (93%), care lucrează într-o formă sau alta cu platforma. Aderența la soluția de raportare online prin platforma națională AMCMSR.gov.ro este ridicată, peste jumătate dintre asistenții medicali comunitari (58%) folosind zilnic acest sistem de raportare (din perspectivă proprie) și de colectarea a datelor într-un sistem informațional dedicat (din perspectivă sistemică/nivel național).

	Zilnic (%)	Săptămânal (%)	Lunar (%)	Trimestrial (%)	Anual (%)	Nu raportează (%)	NA (%)	Total (%)
Primărie	34	9	27	5	8	8	9	100
Coordonator DSP	9	4	67	5	3	3	10	100
AMCMSR.gov.ro	58	11	22	2	1	3	4	100
Alte instituții/persoane	2	2	5	4	3	52	32	100

Figura 11
Frecvența raportărilor activității de asistență medicală comunitară în funcție de beneficiarii raportării (%)

Raportarea către autoritățile publice locale:

Asistenții medicali comunitari raportează către autoritățile publice locale și DSP sensibil egal (83%, respectiv 88%). Însă, dat fiind modul de relaționare diferit cu cele două instituții, periodicitatea raportării diferă. Asistenții medicali comunitari comunică cu primăria mai degrabă zilnic (33%) sau lunar (27%). Un procent de 8% dintre asistenții medicali comunitari afirmă ca nu transmit raportări către primărie, explicațiile plauzibile fiind de la încrederea / colaborarea permanentă a AMC cu personalul UAT, până la dezinteresul autorității locale privind activitatea AMC/o relație posibil disfuncțională.

„Raportez către angajator lunar, deși aceste raportări le efectuăm pe platforma și la DSP, raportarea lunară în copie la angajator a registrelor de activitate zilnică, efectuarea consumurilor de materiale la sfârșitul fiecărei luni, tabele greoaie din punct de vedere contabil cu consumul inclusiv a fiecărui gram de vata, spirt, dezinfectant...”

7.4. Activități derulate de asistenții medicali comunitari în contextul epidemiei SARS-CoV2

Evaluarea rapidă a situației copiilor și familiilor, cu accent pe categoriile vulnerabile, în contextul epidemiei de SARS CoV2 din România⁵, realizată în patru runde succesive în perioada aprilie-iunie 2020 de către UNICEF și partenerii săi, este unul dintre puținele studii care au analizat impactul epidemiei SARS CoV2 asupra copiilor și familiilor acestora, cu accent pe categoriile vulnerabile. În toate cele patru runde ale evaluării rapide, principalele dificultăți identificate la nivelul comunităților au fost limitarea accesului la servicii medicale, apărute pe fondul limitării activității cabinetelor medicilor de familie, precum și dificultățile de acces la medicamente, alimente, produse de igienă.

Asistenții medicali comunitari au fost implicați într-o serie de activități specifice contextului epidemic, la solicitarea autorităților locale sau DSP (tabelul 5). Activitatea menționată de asistenții medicali comunitari cel mai frecvent este asigurarea accesului la medicamente și alimente, prin distribuirea la domiciliu a acestora, pentru persoanele aflate în izolare, carantină, sau pentru persoanele vârstnice cu risc crescut de îmbolnăvire.

Tabelul 5. Activități de prevenire a răspândirii îmbolnăvirii cu SARS-CoV2 derulate de asistenții medicali comunitari (întrebări deschise)

- Identificarea și monitorizarea persoanelor bolnave de COVID-19, a persoanelor aflate în autoizolare, a celor revenite din străinătate;
- Informare, educare, consiliere despre măsurile de prevenire și control a epidemiei (e.g. importanța purtării măștii, igiena mâinilor, păstrarea distanței fizice, importanța autoizolării);
- Procurarea și distribuirea de alimente și medicamente la domiciliul persoanelor izolate, în carantină sau a celor cu risc crescut de îmbolnăvire;

⁵ Evaluare rapidă a situației copiilor și familiilor, cu accent pe categoriile vulnerabile, în contextul epidemiei de Covid-19 din România, disponibil la <https://www.unicef.org/romania/ro/cercet%C4%83ri-%C8%99i-rapoarte>

- Procurare și distribuție de măști și mănuși;
- Desfășurarea de anchete sociale pentru persoanele izolate la domiciliu pentru distribuția de alimente;
- Raportarea regulată privind persoanele aflate în izolare și carantină;
- Participare la evacuarea persoanelor cu risc în vederea găzduirii în centre de carantină;
- Activitate în centrele de carantină; recoltarea de probe biologice, termometrizare, etc;
- Participarea la activitățile de triaj în punctele de frontieră;
- Activități de pază în primărie și patrulare în comunitate;
- Documentare asupra reglementărilor (studierea regulată a Monitorului Oficial pe durata pandemiei).

Există o anumită variabilitate în rândul asistenților medicali comunitari ceea ce privește percepția rolului și atribuțiilor lor în perioada pandemiei, atribuită de o parte dintre respondenți lipsei materialelor de protecție necesare atribuțiilor ce le-au fost alocate, sau unei comunicări deficitare cu DSP sau autoritățile locale în perioada de început a epidemiei.

8. Opinia asistenților medicali comunitari asupra nevoilor de formare și instruire

8.1. Exercițarea profesiei. Formarea de baza, specializarea și educația medicală continuă

Formarea de bază ca asistent medical

Profesia de asistent medical este reglementată⁶. Există două alternative de studii profesionale de bază pentru obținerea calificării sau diplomei de asistent medical: școala postliceală sanitară sau colegiu (3 ani) și facultatea de asistență medicală (4 ani). În sistemul medical românesc lucrează, în acest moment, asistenți medicali, inclusiv asistenți medicali comunitari pregătiți în liceele sanitare, în școli sanitare postliceale, în colegii și facultăți de profil. Până în anul 1991, formarea personalului mediu sanitar era asigurată prin liceul sanitar, cu durata de 5 ani. În anul 1990 a fost înființat învățământul postliceal sanitar, cu durata de 3 ani, și asistenții medicali care terminaseră doar liceul sanitar au avut posibilitatea de a face cursuri suplimentare pentru echivalarea studiilor. Începând cu anul 2007 (odată cu intrarea în Uniunea Europeană), asistenții medicali au opțiunea obținerii licenței (studii universitare de scurtă durată, care pot fi continuate cu studii de master sau doctorat).

Varianta studiilor la școală postliceală este cea mai frecvent întâlnită. În România sunt peste 100 de școlii postliceale sau colegii pentru asistenți medicali, majoritatea dintre ele fiind particulare. Înscrierea și absolvirea școlii postliceale sanitare sau colegiului se poate face doar cu diploma de absolvire a liceului, fără diploma de bacalaureat. Pe de altă parte, înscrierea la facultatea de asistență medicală nu se poate face decât cu diploma de bacalaureat. Sunt mai mult de 10 universități unde există facultăți de asistență medicală, majoritatea fiind de stat. Începând cu 2017, prin modificarea Legii Educației Naționale, absolvenții școlilor sanitare postliceale cu diplomă de bacalaureat pot continua studiile în învățământul superior medical la programele de licență de „asistent medical generalist”.

Asistenții medicali comunitari sunt majoritatea absolvenți ai școlii sanitare postliceale (95%, din care 1% colegiu). Un procent de 3% dintre asistenții medicali comunitari declară

⁶ OUG nr. 144 din 28 octombrie 2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, moașă și asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România

că au absolvit facultatea și 2% liceul sanitar. Durata declarată a studiilor este de 3 ani pentru 90% dintre respondenți, ceea ce este consistent cu faptul că 95% dintre asistenții medicali comunitari au declarat că au absolvit o școală postliceală sanitară sau un colegiu sanitar. Duratele de studii mai mari declarate pot include cursuri de echivalare de studii sau specializări ulterioare. Majoritatea asistenților medicali comunitari (98%) au diplomă de bacalaureat.

Programe de specializare

Există un program de specializare în asistență medicală comunitară.

După absolvirea studiilor profesionale de bază, asistenții medicali pot urma programe de specializare. Cursurile de specializare pot fi cursuri de reconversie profesională sau cursuri de dezvoltarea de abilități profesionale complementare specialității de bază. Programele de specializare în vederea reconversiei profesionale au ca scop dobândirea de noi titluri oficiale de calificare (igienă și sănătate publică, nutriție, balneofizioterapie, laborator sau radiologie și imagistică medicală). Programele de specializare în vederea dezvoltării profesionale au ca scop dobândirea de cunoștințe teoretice și abilități practice impuse de schimbarea condițiilor de muncă (un nou loc de muncă, un nou tip de activitate, un nou aparat de explorare etc.). Programele de specializare sunt creditate de Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR).

Programele de specializare pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali se organizează de către Ministerul Sănătății, prin Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

Marea majoritate a asistenților medicali comunitari (93%) sunt asistenți de medicină generală. 7% dintre asistenții medicali comunitari au urmat programe de specializare, după cum urmează: 2.3% pediatrie, 1.8% obstetrică-ginecologie, 1.7% igienă și sănătate publică, sub 1% balneofizioterapie.

Dreptul la liberă practică /autorizarea exercitării profesiei

Absolvenții școlilor postliceale și ai facultăților de asistență medicală pot profesa ca asistent medical numai după ce obțin certificatul de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), în urma aplicării procedurii de recunoaștere a calificării profesionale. Certificatul se reînnoiește anual pe baza unui număr minim de credite EMC (educație medicală continuă). Numărul anual de credite EMC necesar pentru reautorizarea exercitării profesiei este, în prezent, de 30 de credite EMC.

Doar 8 asistenți medicali comunitari (0.6%) au declarat că nu au aviz de liberă practică obținut de la OAMGMAMR. Fără acest aviz asistentul medical comunitar nu își poate exercita profesia. Este posibil ca lipsa avizului de liberă să reflecte o situație temporară (până la obținerea avizului dacă este foarte recent angajat sau până la reînnoire). O altă posibilitate ar fi ca aceste persoane să nu fie angajate pe post de asistent medical ci pe un alt post din organigrama UAT și să fie printre puținii asistenți medicali comunitari salariați direct de UAT și nu de către Ministerul Sănătății prin Direcția de Sănătate Publică (transferuri către UAT). Oricum, situația trebuie clarificată la nivelul angajatorilor/unităților administrativ-teritoriale.

Programele de formare continuă

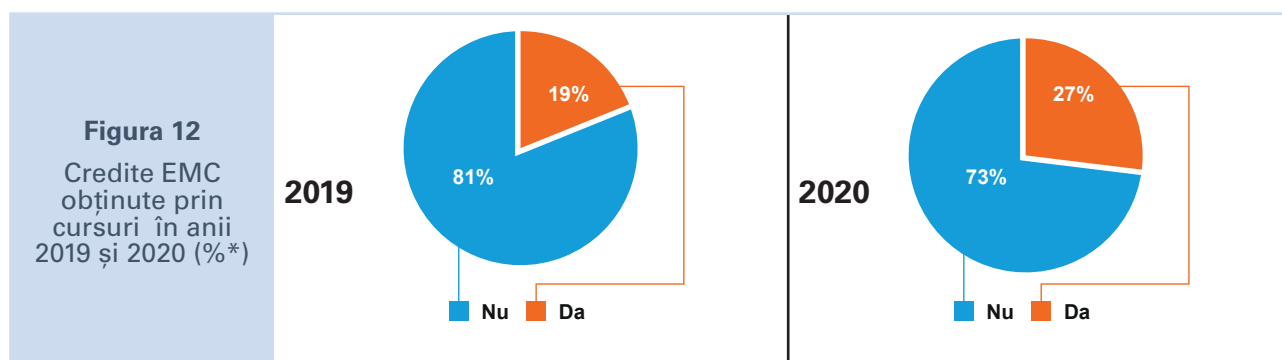
Formele de educație medicală continuă sunt creditate de către OAMGMAMR. Conform Normelor OAMGMAMR, educația medicală continuă (EMC), reprezintă întreaga arie de experiențe menite să conducă la învățare și care implică actualizarea cunoștințelor și a abilităților profesionale, îmbunătățirea nivelului de competențe, însușirea de noi cunoștințe, deprinderi și abilități necesare în exercitarea profesiei.

Formele de educație medicală continuă care pot fi creditate de către OAMGMAMR sunt: (1) cursuri de EMC; (2) ateliere de lucru/practică; (3) stagii practice; (4) școli de vară/iarnă; (5) cursuri EMC la distanță (on-line , eLearning); (6) manifestări științifice (mese rotunde, conferințe, simpozioane congrese); (7) publicații de materiale științifice medicale; (8) abonamente la publicații științifice de specialitate creditate; (9) cercetare și proiecte științifice; (10) programele de învățământ (masterat, doctorat, specializare, cursuri pentru dobândirea de noi competențe, formarea de formatori certificarea ca formator, programul special de revalorizare). Fiecare dintre formele de EMC prezentate este creditat cu un număr de credite EMC de către OAMGMAMR.

Creditele EMC nu se pot reporta de la un an la altul, reînnoirea anuală a avizului de liberă practică presupune participarea anuală la una sau mai multe dintre formele de educație medicală continuă de mai sus, până la asigurarea unui număr minim de 30 credite EMC (cu excepția înscrierii într-un program de specializare, masterat, doctorat unde numărul mare de credite este și multianual).

În anul 2019, 8 din 10 asistenți medicali comunitari declară că au urmat cursuri ca formă de creditare EMC, ceilalți care au declarat că au aviz de liberă practică urmând, probabil, alte forme de educație medicală continuă dintre cele prezentate anterior ca fiind creditate de către OAMGMAMR.

În anul 2020, un procent surprinzător de ridicat de asistenți medicali comunitari (73%) au participat la cursuri EMC în prima jumătate a anului (chestionarul a fost completat în iulie 2020), în contextul restricțiilor severe din perioada primului val al epidemiei de SARS CoV2 (figura 12).



* % de răspunsuri "nu" include și non-răspunsurile

Temele cursurilor de educație medicală continuă la care au participat asistenții medicali comunitari sunt foarte variate, aparținând atât categoriei temelor medicale/clinice cât și a celor neclinice (tabelul 6).

Un număr surprinzător de mare de asistenți medicali comunitari nu a indicat tema/temele cursului/cursurilor la care a participat (550 de persoane pentru anul 2019, reprezentând 40% din numărul total de respondenți).

Pentru anul 2020, 3 din 4 asistenți medicali comunitari (1013 persoane reprezentând 74% dintre respondenți) nu au indicat tematica cursurilor la care au participat, deși 73% dintre ei declară că au participat la cursuri de educație medicală continuă în anul curent. Neprecizarea temei cursurilor poate ridica semne de întrebare asupra numărului de asistenți medicali comunitari care au urmat cu adevărat cursuri de educație medicală continuă în prima jumătate a anului 2020 față de cele declarate.

Temele de curs indicate pot fi privite din două perspective ale procesului de educație medicală continuă: pe de o parte, temele de curs pot reflecta oferta de cursuri existentă la nivelul județului, iar asistenții medicali comunitari optează pentru un curs sau altul, iar pe de altă parte tematica cursurilor poate reflecta domeniile în care aceștia resimt nevoia de dezvoltare profesională sau perfecționare.

Doar 28 de asistenți medicali comunitari au participat la cursuri pe tema epidemiei SARS CoV2.

UNICEF și-a bazat întotdeauna programele de instruire pentru asistenții medicali comunitari și pentru echipele de profesioniști care furnizează servicii comunitare integrate pe evaluări aprofundate ale nevoilor de formare și instruire resimțite/exprimate de către beneficiarii cursurilor. Un alt model utilizat, dezvoltarea de programe de formare pentru consolidarea colaborării și comunicării între echipele comunitare și instituțiile de la nivel județean, a fost cel al dezvoltării temelor de curs pe baza studiilor calitative, analizelor de situații pentru identificarea modalităților de colaborare/comunicare, a barierelor și cauzelor deficiențelor, astfel încât cursurile să adreseze problemele identificate. Analiza sistematică a nevoilor este necesară pentru toate programele de formare; prezentul studiu analizează nevoile de formare și instruire resimțite de către asistenții medicali comunitari.

Tabelul 6. Temele menționate de asistenții medicali comunitari privind cursurile EMC din anii 2019 și 2020 (întrebări deschise)

Tema cursului	2019 (număr)	2020 (număr)
Prim-ajutor, resuscitare, anafilaxie, intoxicații, urgențe medico-chirurgicale	282	86
Infecții asociate asistenței medicale, igienă, asepsie, antisepsie	112	46
Diabet	99	18
Stresul și managementul epuizării profesionale	82	24
Mama și copilul	76	19
Boli infecto-contagioase (inclusiv TB, hepatite, HIV)	64	19
Planuri de îngrijiri, nursing	59	21
Legislație generală și specifică, etică	51	9
HTA, AVC, boli coronariene	51	2
Comunicare/consiliere	44	40
Obezitate, alimentație, stil de viață	43	6
Psihiatrie	34	2
Farmacologie (generală, anumite clase de medicamente)	30	21
Donare sânge/afereza/transfuzii	29	-
Malpraxis și strategii de gestionare a erorilor medicale	28	1
Cancer	26	17
Boli pulmonare	23	5
Vaccinare	21	3
Managementul calității, siguranța pacientului, management sanitar, etică	21	8
Osteo-muculo-articulare, inclusiv ortopedie	21	4
Îngrijiri paliative, terapia durerii	19	21
Gestionarea deșeurilor medicale	11	4
Boli renale	11	-
Dermatologie	7	-
Neurologie	6	4
Genetică și embriologie	6	-
Bolile digestive	5	14
Covid-19	-	28
Anemie	-	13
Alte categorii de cursuri	106	28
NU, nu am participat la cursuri	35	54
NR – lipsă răspuns	550	1013

8.2. Nevoile de formare și instruire exprimate de asistenții medicali comunitari

Asistenții medicali comunitari au fost invitați să aprecieze cât de necesare sunt anumite teme clinice și non-clinice pentru activitatea pe care o desfășoară. Pentru fiecare temă au fost definite subiecte (sub-teme). Temele și subiectele enumerate în chestionar au fost selectate din multiple surse, tematici și programe de curs dezvoltate de diferite instituții și organizații:

- Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, care a dezvoltat un Standard Educațional pentru Asistentul Medical Comunitar, în anul 2011;
- Planuri de învățământ pentru anul universitar 2019-2020, pentru specialitatea de asistență medicală generală, de la mai multe universități din România;
- Programele de formare și instruire derulate anterior de către UNICEF și parteneri în domeniu (Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate) sau de către alte instituții și organizații în cadrul programelor finanțate cu fonduri europene, norvegiene, elvețiene, etc;
- Tematici ale unor cursuri de educație medicală continuă oferite, la data studiului, pe internet.

Lista temelor și subiectelor astfel constituită a fost verificată cu specialiști cu experiență în domeniu. Pentru fiecare temă în parte au fost constituite sub-teme (subiecte majore), care ar putea să constituie, fiecare în parte, subiectul unui curs de sine stătător, de durată mai scurtă (Anexa 2).

Studiul a investigat percepția asistenților medicali comunitari cu privire la utilitatea practică a acestor teme pentru activitatea pe care o desfășoară, în vederea elaborării de oferte de cursuri de instruire și educație medicală continuă care să răspundă nevoilor. Întrebarea formulată „pentru activitatea dumneavoastră de zi cu zi, apreciați cât de necesară este aprofundarea următoarelor teme/subiecte” a avut o scală cu cinci opțiuni de răspuns („foarte mult/ mult/mediu/ puțin/foarte puțin”).

Marea majoritate a asistenților medicali comunitari au răspuns cu „foarte mult” și „mult” la fiecare dintre temele prezentate. Practic, nu există excepții, toate temele și subiectele fiind apreciate ca fiind „foarte mult” necesare sau „mult” necesare. Această percepție, influențată de problemele practice și situațiile pe care asistenții medicali comunitari le întâlnesc în activitatea de zi cu zi, este puternic ilustrativă pentru nevoia foarte mare de formare pentru fiecare dintre temele prezentate. Analiza detaliată a temelor propuse pentru instruire și formare, în funcție de preferința cea mai frecvent exprimată este detaliată grafic în Anexa 3.

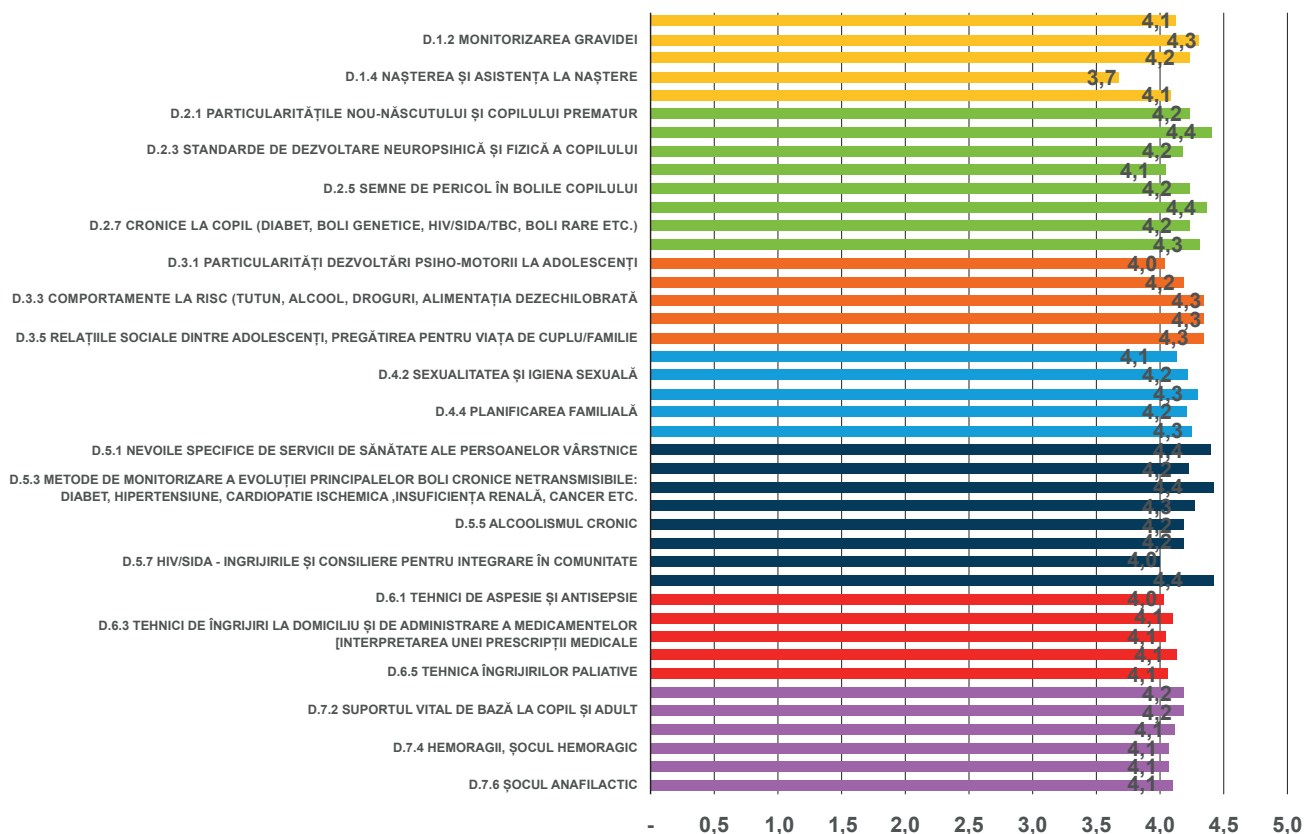
8.2.1. Analiza temelor și subiectelor (sub-temelor) de formare în funcție de scorul obținut

Pentru a avea o imagine cantitativă a temelor identificate ca importante/prioritare/necesare, răspunsurile la fiecare subiect au fost notate cu un scor (1-foarte puțin, 2-puțin, 3-mediu, 4-mult, 5-foarte mult). Scorurile combinate (media scorurilor) ale tuturor răspunsurilor, pentru fiecare subiect, sunt prezentate grafic în continuare.

În secțiunea de teme clinice, scorul cel mai mic a fost 3,7 pentru subiectul „Nașterea și asistență la naștere”, iar scorul cel mai mare a fost de 4,4 pentru mai multe subiecte: D.2.2 Alăptarea exclusivă la sân 0-6 luni, Alimentație mixtă, Alimentație complementară, Suplimentare cu micro-nutrienți (fier/vitamina D, iod); D.2.6 Febra, bolile diareice acute, infecțiile căilor respiratorii superioare, pneumoniile, bronșiolita, bolile infecțioase; D.5.1 Nevoile specifice de servicii de sănătate ale persoanelor vârstnice; D.5.3 Metode de monitorizare a evoluției principalelor boli cronice netransmisibile: diabet, hipertensiune, cardiopatie ischemică, insuficiență renală, cancer etc.; D.5.8 Adulți și vârstnici cu dizabilități (figura 13). Asistenții medicali comunitari percep toate temele și subiectele ca necesare pentru aprofundare, în diferite programe de formare. Scorurile sunt mari pentru toate subiectele clinice și sunt foarte apropiate unele de altele, variind între 4,0 și 4,4 (din

maxim 5), cu o singura excepție, pentru subiectul „Nașterea și asistența la naștere”, care are un scor de 3,7.

Figura 13. Scorul subiectelor de formare și educație medicală continuă - teme clinice

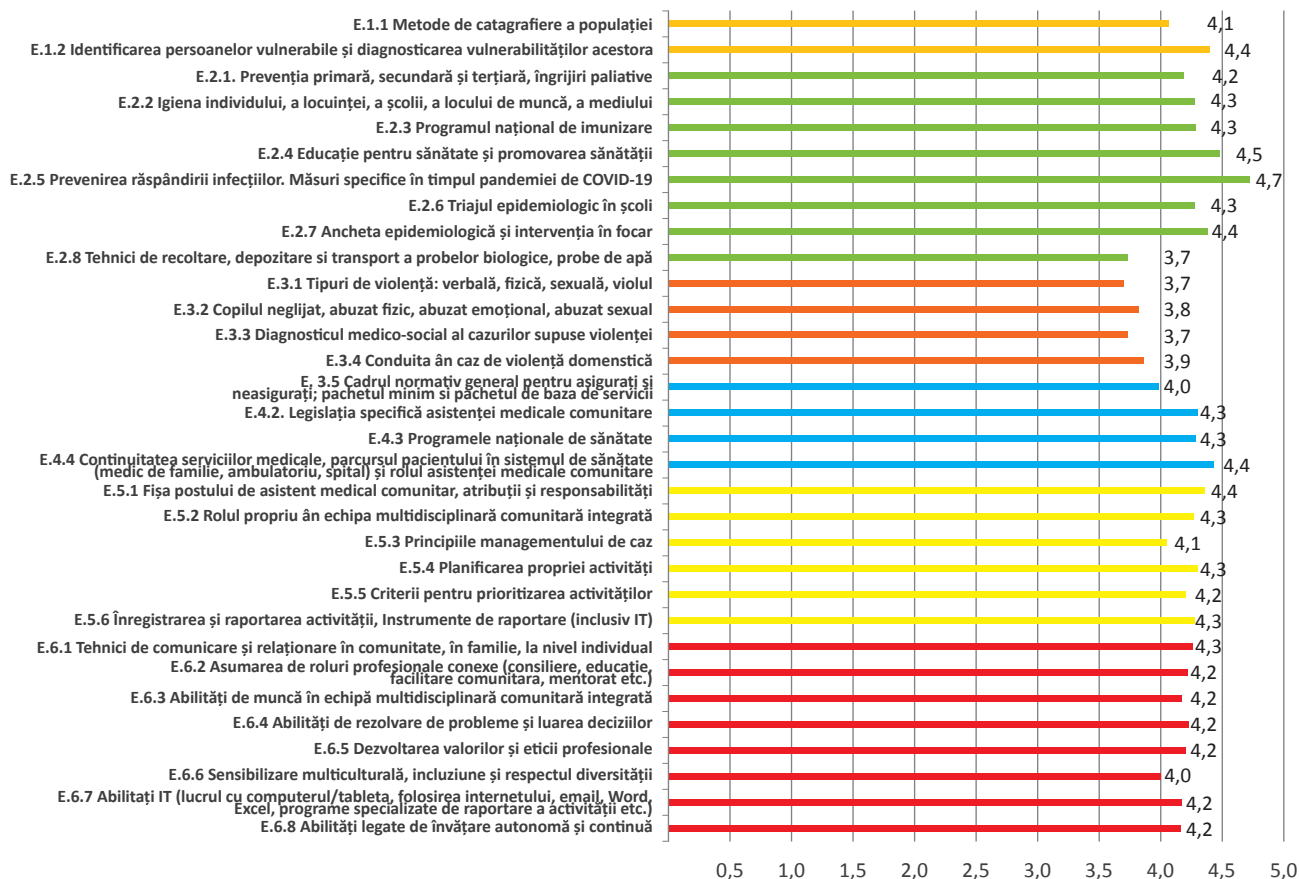


Percepția nevoii aprofundării subiectelor generale, non clinice, este de asemenea foarte mare, și variază între 3,7 și 4,7 (figura 14). Scorul cel mai mare obținut pentru prevenirea răspândirii SARS-COV2 reflectă faptul că, deși chestionarul a fost aplicat în luna iulie 2020, într-o perioadă cu trend descrescător al epidemiei SARS CoV2, asistenții medicali comunitari resimt lipsa unei formari adecvate în domeniul prevenirii răspândirii infecțiilor și controlului epidemiei SARS CoV2.

Scorul cel mai mic a fost 3,7 pentru câteva subiecte: E.2.8 Tehnici de recoltare, depozitare și transport a probelor biologice, probe de apă; E.3.1 Tipuri de violență: verbală, fizică, sexuală, violul; E.3.3 Diagnosticul medico-social al cazurilor supuse violenței.

Scorul cel mai mare (4,7) pentru subiectele clinice și generale (non clinice) a fost obținut de tema "Prevenirea răspândirii infecțiilor; măsuri specifice în timpul pandemiei SARS CoV2."

Figura 14. Scorul subiectelor de formare și educație medicală continuă - teme generale/non-clinice

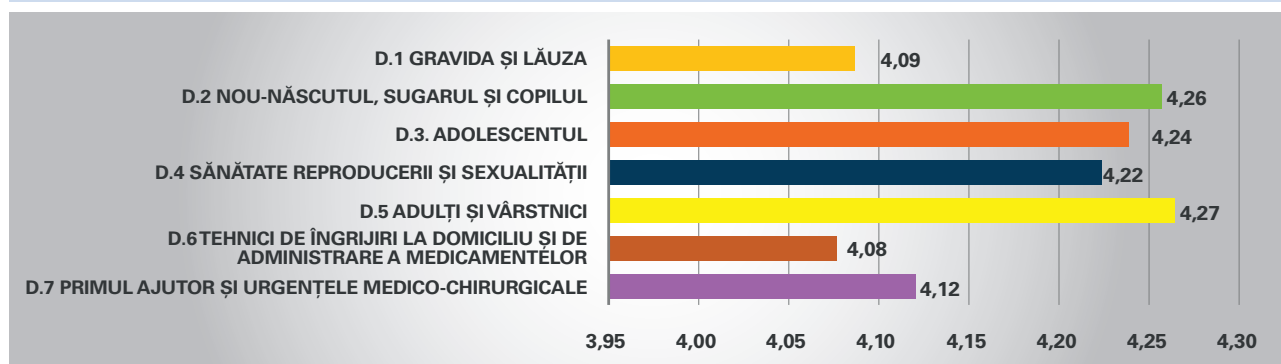


8.2.2. Analiza temelor EMC în funcție de scorul combinat al subiectelor (sub-temelor)

Dacă se face media scorurilor tuturor subiectelor aparținând unei teme se poate afla scorul temei respective. Se poate astfel identifica preferința asistenților medicali comunitari pentru teme mai largi, care pot constitui tematica unui curs de mai lungă durată. Pentru subiectele clinice grupate în teme clinice, scorul combinat pentru fiecare temă variază între 4,08 și 4,27 (figura 15).

Pe primul loc, cu cele mai multe puncte, se află tema D.5 Adulți și vârstnici, apoi tema D.2 Nou-născutul, sugarul și copilul, iar pe ultimele două locuri se află temele D.1 Gravidă și lăuza, respectiv D.6 Tehnici de îngrijiri la domiciliu și de administrare a medicamentelor⁷.

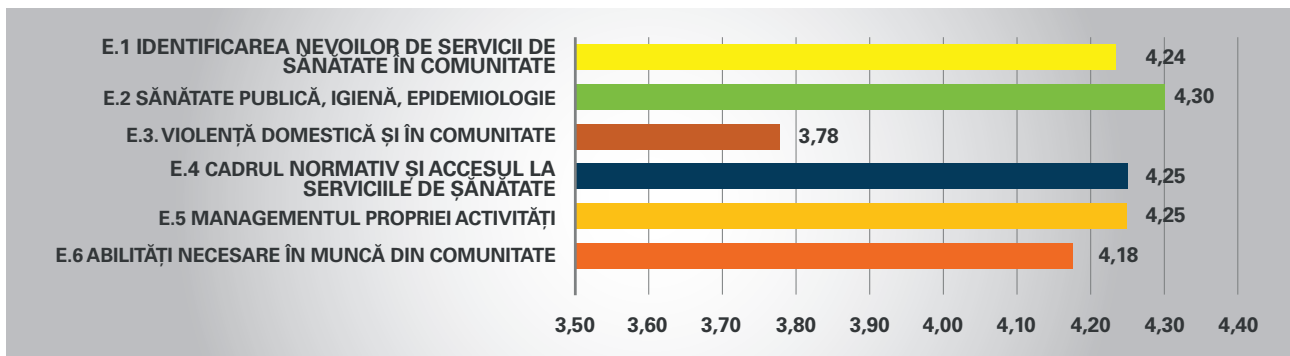
Figura 15. Scorul combinat al temelor clinice de formare și educație medicală continuă



În mod similar se poate calcula scorul combinat al temelor generale, non-clinice (figura 16). Astfel, după cum se vede din graficul de mai jos, cel mai mare scor combinat a fost obținut de tema E.2 Sănătate Publică, Igienă, Epidemiologie (4,30), urmată de teme E.2 cadrul Normativ și accesul la serviciile de sănătate (4,25) și E.1 identificarea nevoilor de servicii de sănătate în comunitate (4,24). Pe ultimul loc, cu cele mai puține puncte, este tema E.3 violența domestică și în comunitate (3,78).

⁷ Lista temelor și sub-temelor/ subiectelor se regăsește în Anexa 2

Figura 16. Scorul combinat al temelor generale/ non-clinice, de formare și educație medicală continuă



N.B. Este important de reținut faptul că aceste scoruri reprezintă mediile preferințelor exprimate pe fiecare subiect în parte (din fiecare temă), nu exprimarea directă a preferinței pentru fiecare temă.

Acesta este și motivul pentru care valoarea acestor scoruri este mai mică decât valoarea scorurilor prezentate anterior, pentru fiecare subiect în parte.

8.2.3. Ierarhizarea temelor de formare de către asistenții medicali comunitari

Un alt mod de a explora percepția asupra celor mai importante teme de formare și educație medicală continuă este ierarhizarea acestora în ordinea preferințelor.

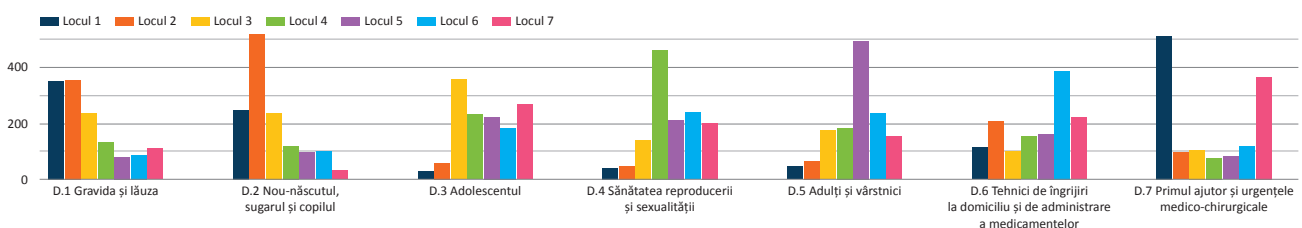
Analiza temelor generale/non-clinice

Asistenții medicali comunitari au fost invitați să ierarhizeze primele cele mai importante teme/subiecte de formare pe care le consideră prioritare pentru activitatea lor (locul 1-cel mai important/necesar), pentru ambele categorii de teme (clinice și generale/non-clinice). Rezultatele sunt prezentate grafic în două moduri: histograme ale răspunsurilor, care indica răspunsul cel mai frecvent pentru fiecare întrebare (figura 17), și ierarhizarea răspunsurilor în funcție de scorul combinat (figura 18).

Sunt teme pe care marea majoritate a respondenților le indică hotărât pe un loc anume, de exemplu locul 1 aparține temei „primul ajutor și urgențele medico-chirurgicale”, locul 2 temei „nou-născutul, sugarul și copilul”. Tema „gravida și lăuza” este indicată în egală măsură pe locul 1 și pe locul 2, în timp ce tema „primul ajutor și urgențele medico-chirurgicale”, deși este indicată de majoritatea pe locul 1, este, în același timp, indicată de mulți și pe ultimul loc, 7.

Figura 17. Ierarhizarea temelor clinice (număr de respondenți pe categorii de teme clinice)

D.8 Clasificați, faceți un „top”, de la Locul 1 (cel mai necesar) la Locul 7 (cel mai puțin necesar) al temelor clinice de mai jos, în funcție de cât de necesar este un curs cu cea temă pentru îmbunătățirea activității dumneavoastră. ATENȚIE!!! - NU MARCAȚI MAI MULTE TEME PE ACELAȘI LOC! De exemplu, nu pot fi două teme pe Locul 1! Maxim o bifă pe verticală (pe coloană)!

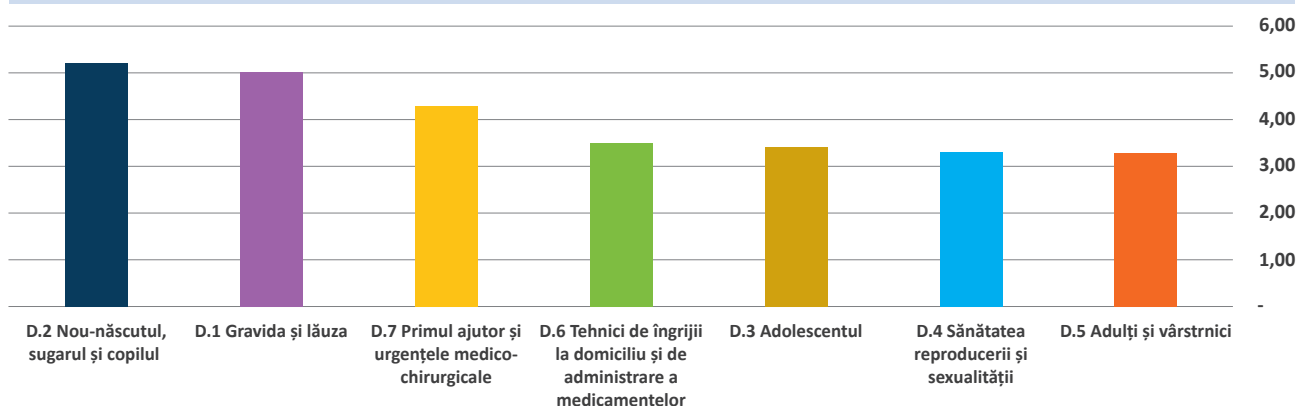


Aceleași teme pot fi analizate diferit (calcularea scorului combinat pentru fiecare temă, prin codificarea răspunsurilor (loculului 1 i se alocă 7 puncte, loculului 2 i se alocă 6 puncte, ... loculului 1 i se alocă 1 punct). În urma calculării mediei punctelor pe fiecare

Întrebare, fiecare temă primește un scor. Reprezentarea grafică a scorurilor indică ordinea temelor:

- Locul 1 – Nou născutul, sugarul și copilul
- Locul 2 – Gravida și lăuza
- Locul 3 - Primul ajutor și urgențele medico-chirurgicale
- Locul 4 – Tehnici de îngrijire la domiciliu și de administrare a medicamentelor
- Locul 5 – Adolescentul
- Locul 6 – Sănătatea reproducerii și sexualității
- Locul 7 - Adulți și vârstnici

Figura 18 Ierarhizarea temelor clinice în ordinea importanței (locul 1 – cel mai important)



După cum era de așteptat, există diferențe între cele două clasificări, după gradul de importanță, respectiv după ierarhie.

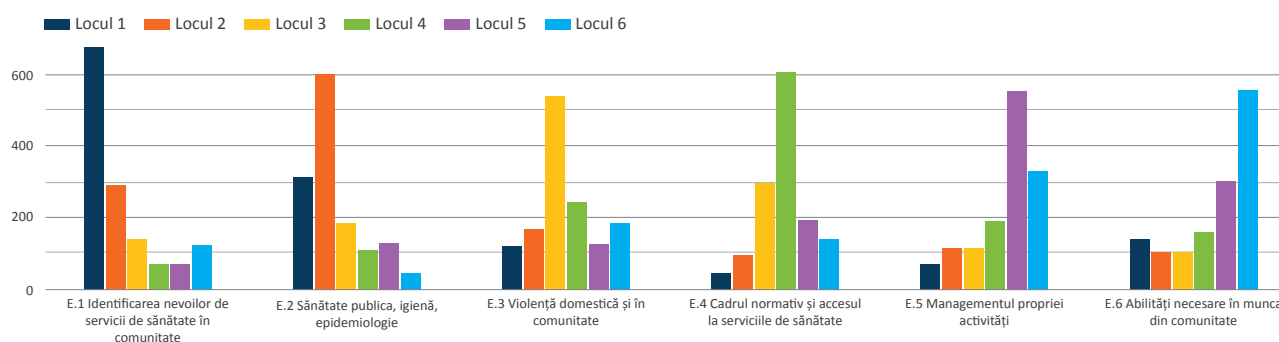
Este important de notat însă că ambele analize/ interpretări indica trei teme ca fiind prioritare: (1) nou născutul, sugarul și copilul; (2) gravida și lăuza; (3) primul ajutor și urgențele medico-chirurgicale.

Analiza temelor generale/non-clinice

Abordarea analizei este similară celei pentru temele clinice (figura 19). În cazul temelor generale, atât ierarhizarea din histogramele răspunsurilor, cât și ierarhizarea în funcție de scorurile răspunsurilor este identică, astfel:

- Locul 1 - Identificarea nevoilor de servicii de sănătate în comunitate
- Locul 2 - Sănătate publică, igienă, epidemiologie
- Locul 3 - Violența domestică în comunitate
- Locul 4 - Cadrul normativ și accesul al serviciile de sănătate
- Locul 5 - Managementul propriei activități
- Locul 6 - Abilitați necesare în munca din comunitate

Figura 19. Ierarhizarea temelor generale/non-clinice (număr de respondenți pe categorii de teme clinice)



8.3. Preferințele asistenților medicali comunitari privind modalitatea de formare

În particular în contextul restricțiilor datorită contextului epidemiei COVID-19, inclusiv a măsurilor de distanțare fizică, este importantă opinia asistenților medicali comunitari asupra metodelor alternative de instruire și educație medicală continuă; în acest sens, studiul a colectat și analizat opiniile asistenților medicali comunitari privind aspecte legate de instruire și formare, astfel încât rezultatele să poată ghida, îndruma furnizorii de instruire, formare și educație medicală continuă în organizarea viitoarelor programe.

Formarea tradițională (față în față) versus formarea la distanță

Majoritatea asistenților medicali comunitari (56%) preferă cursurile față în față, 24% dintre ei optând pentru cursurile combinate (față în față și online) și doar 20% dintre asistenți medicali comunitari preferă cursuri exclusiv la distanță. Pe de altă parte, puțini asistenți medicali comunitari au participat la cursuri la distanță în ultimii doi ani, deci opinia exprimată împotriva cursurilor online nu se bazează pe experiența personală, directă. Această informație este valoroasă pentru organizarea cursurilor EMC, din perspectiva preferinței reduse a asistenților medicali comunitari față de cursurile online.

În ceea ce privește perioada de timp preferată pentru un curs față în față, 54% dintre asistenții medicali comunitari preferă cursurile organizate în zilele lucrătoare ale săptămânii (luni-vineri), 12% optează pentru cursuri organizate sâmbătă și duminică, și 34% nu au exprimat preferințe. Preferința asistenților medicali comunitari pare diferită de organizarea tradițională a cursurilor, care, în mare parte, au loc la sfârșit de săptămână.

În ceea ce privește formarea la distanță, puțini asistenți medicali comunitari (34% din totalul persoanelor care au răspuns la această întrebare), declară că au participat la această formă de instruire sau educație profesională în 2019 și/sau 2020.

Durata optimă pentru un curs față în față, este pentru 44% dintre asistenții medicali comunitari de o zi, în timp ce 23% preferă un curs cu durată de două zile, 18% un curs cu durata de 3 zile și numai 15% preferă un curs cu durata de o săptămână. Preferința asistenților medicali comunitari pentru cursuri de scurtă durată este justificată de unii respondenți prin încărcătura mare de activitate și preferința să petreacă sfârșitul de săptămână cu familia.

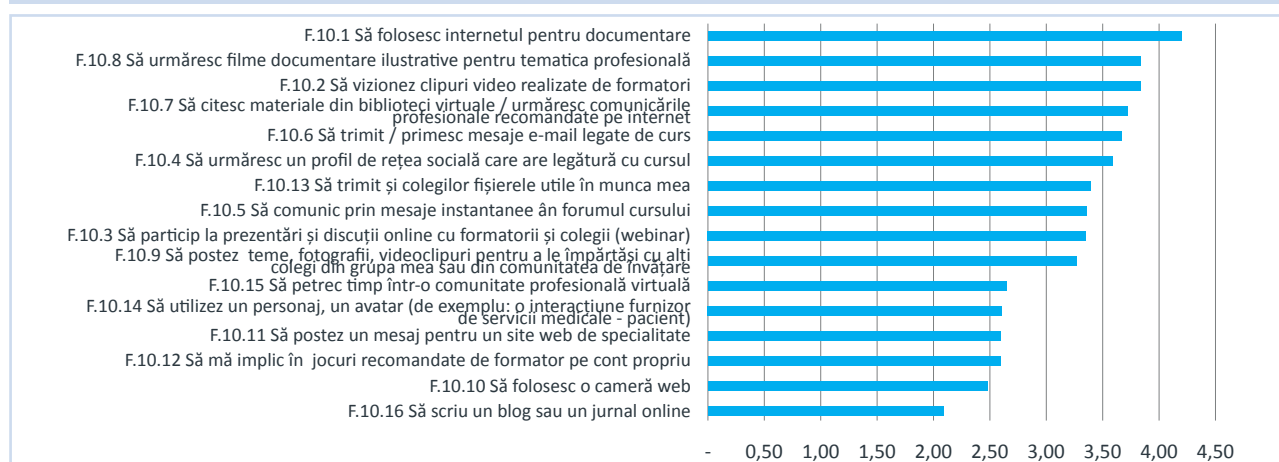
În ceea ce privește categoriile de activități de instruire și formare preferate de asistenții medicali comunitari, mai mult de 75% preferă o abordare practică a instruirii și formării. Activitățile preferate de respondenți sunt sesiunile de pregătire practică (33%), schimb de bune practici cu alți asistenți medicali comunitari (25%), sau schimb de bune practici cu echipe comunitare mixte, multidisciplinare (18%). Unul din patru asistenți medicali comunitari preferă cursuri teoretice (24%).

Pentru cursurile online, modalitatea preferată de către asistenții medicali comunitari este combinația între cursul sincron (în timp real) și asincron (40%); pe locul doi se situează cursul pe platformele de eLearning, în format asincron (35%), iar pe locul trei se situează cursurile

sincrone, online, în timp real (25%). Marea majoritate a asistenților medicali comunitari nu doresc renunțarea la interacțiunea cu un formator, preferând cursurile combinate.

Având în vedere modalitățile foarte variate de comunicare și de formare existente astăzi în mediul online, au fost investigate preferințele respondenților față de acestea (figura 20). Preferințele majoritare sunt, mai degrabă, cele pasive: documentarea / lectura pe internet și vizionarea de clipuri educaționale. Pe de altă parte, în ultimii 15 ani, odată cu dezvoltarea și diversificarea formelor de învățământ la distanță, inclusiv de tip MOOC (Massive Open Online Courses⁸), accentul se pune pe implicare, pe colaborare, pe comunitate profesională, pe forum, pe feedback rapid de la cei care au aceleași interese de studiu, lucru în echipa pe internet, biblioteci deschise de soluții la care fiecare poate contribui, astfel încât rolul de “cursant” este interschimbabil cu acela de “furnizor” de materiale educaționale sau de soluții utile comunității profesionale. Acest aspect merită promovat și asistenții medicali comunitari să fie încurajați și capacitați pentru a deveni mai activi în propria comunitate profesională, în special prin intermediul canalelor online.

Figura 20. Preferințele asistenților medicali comunitari în folosirea internetului pentru documentare și formare



Asistenții medicali comunitari preferă pentru cursurile online, sincrone (prezentare video pe internet sau întâlnire sau discuție video, în direct, online, pe internet, sub formă de webinar, online interactiv) tot zilele de lucru ale săptămânii (luni-vineri), ideal dimineața.

Majoritatea asistenților medicali comunitari preferă ca la un curs la distanță să învețe singuri, în ritmul propriu (45%). 29% dintre ei preferă să fie ghidați de un formator / mentor, sau în grup, împreună cu alți colegi (figura 21). Acest rezultat este în corelație cu preferințele exprimate pentru învățarea individuală, pasivă, pe internet, prezentate mai sus. Pe de altă parte, este în contradicție cu preferința exprimată de 43% dintre respondenți pentru schimburi de bune practici cu alți asistenți medicali comunitari sau cu echipe comunitare multidisciplinare .

În prezent, aproximativ jumătate dintre asistenții medicali comunitari ar putea să participe în condiții adecvate, la întâlniri sau cursuri online (figura 22). Pentru a putea participa la cursuri online, asistenții medicali comunitari trebuie să aibă la dispoziție infrastructura necesară. Din acest motiv au fost întrebați în ce măsură dispun de spațiu sau birou în care să se izoleze pe timpul cursului. Două treimi dispun de un spațiu adecvat unui curs online, au internet stabil și cu viteză bună pentru transmisie video, iar 75% declară că au acces la un calculator sau o tabletă funcțională. De asemenea, tot două treimi dintre respondenți au declarat că au internet stabil și cu viteză bună pentru transmisie video. Pe de altă parte, doar jumătate (49,2%) dintre respondenți au răspuns afirmativ la toate trei condițiile, concomitent.

⁸ https://www.researchgate.net/publication/322962714_Massive_Open_Online_Courses

Figura 21. Modul de învățare în cursurile la distanță

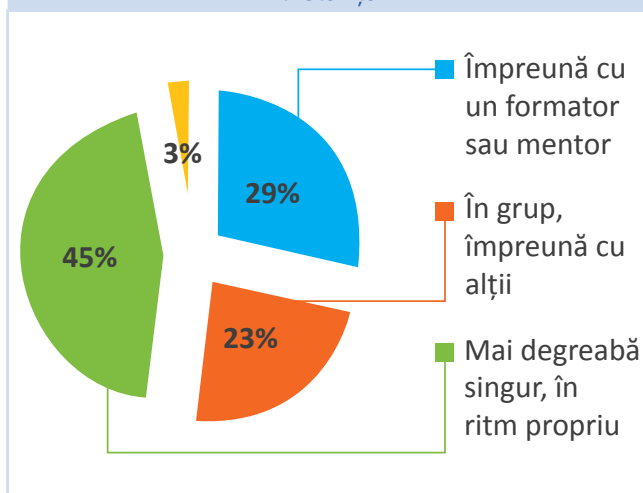
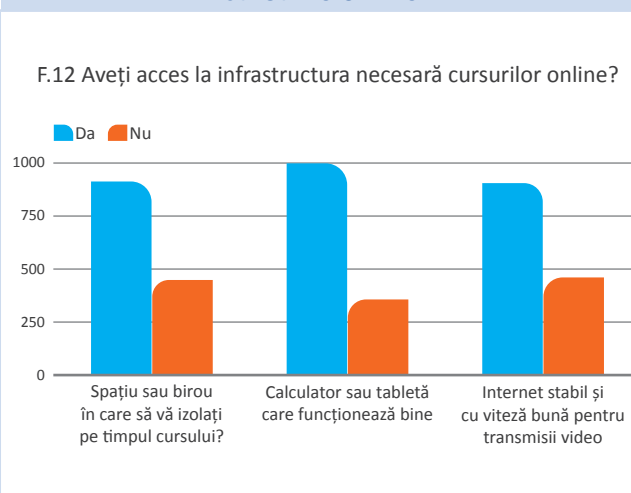


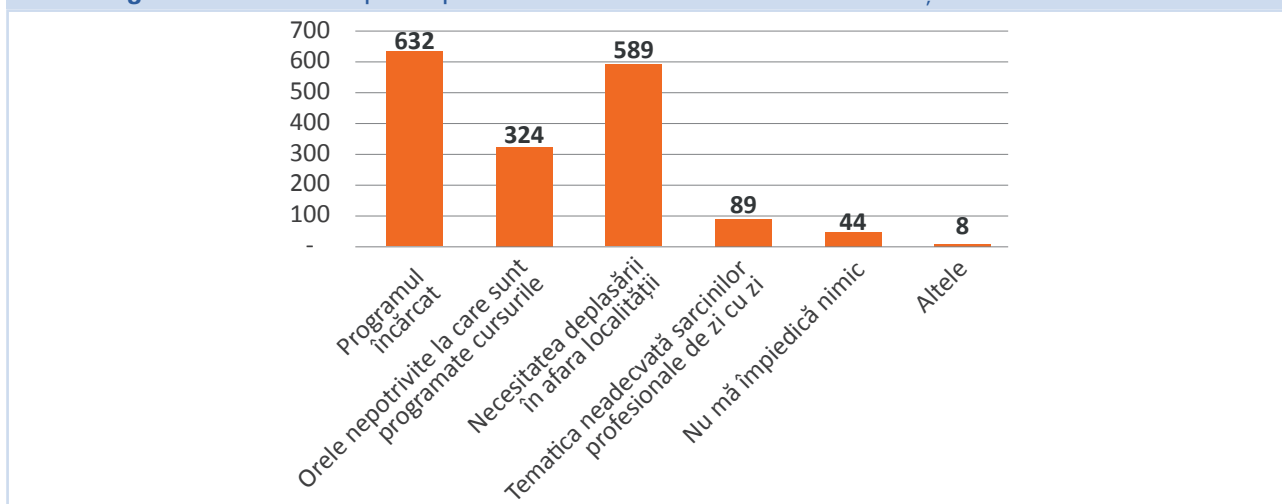
Figura 22. Accesul la infrastructură pentru cursurile online



Foarte puține bariere au identificat asistenții medicali comunitari care să îi împiedice să participe la cursuri de instruire sau educație medicală continuă, indiferent de modalitatea de formare. Barierele identificate cel mai frecvent sunt programul de lucru foarte încărcat, necesitatea deplasării în afara localității, zilele/orele nepotrivite la care sunt programate cursurile sau tematica neinteresantă pentru activitatea curentă (figura 23).

Este interesant de remarcat că majoritatea acestor situații pot fi prevenite prin programarea de cursuri online combinate, sincron și asincron.

Figura 23. Bariere în participarea la cursuri de instruire sau educație medicală continuă



Percepția privind avantajele și dezavantajele formării online

Doar 1% (14 persoane) dintre asistenții medicali comunitari au declarat că nu văd avantaje legate de formarea online sau că le displace metoda, sigura argumentare menționată fiind 'lipsa emoției'. Cea mai mare parte a respondenților au ales să nu dea un răspuns la întrebarea privind avantajele formării online (971 persoane, 71%), iar un procent de respondenți de circa 10 ori mai mic au afirmat explicit că nu se pot pronunța legat de avantajele formării online, întrucât nu au beneficiat de astfel de experiențe (100 persoane, 7,3%). Cel mai frecvent, asistenți medicali comunitari care s-au pronunțat în favoarea formării online, pe baza experienței cu astfel de cursuri, apreciază ca 'totul a fost bine', că 'nu exista nemulțumiri' (12 persoane, circa 1% dintre respondenți).

Printre aspectele considerate importante pentru un curs la distanță, 73 de asistenți medicali comunitari (5,3%, reprezentând 19,9% din răspunsurile non-nule) au indicat unul din următoarele aspecte: calitatea prestației formatorilor, tehnica de predare, explicațiile la întrebări, promptitudinea răspunsurilor și asigurarea interactivității cursului, structurarea concisă și la obiect a tematicii, noutatea informațiilor transmise, valoarea din perspectiva practica și exemplele folosite (ex. 'proba practica pe manechin', 'probe practice'), suportul de curs și diversitatea participanților ('participanți din mai multe zone').

79 de asistenți medicali comunitari cu opinii explicit formulate (5,8%) au menționat că avantaj al formării la distanță diversitatea tematică oferită de cursuri online, faptul că au "putut alege tematica" așa încât să își aprofundeze cunoștințele teoretice și practice în domeniile unde resimțeau această nevoie. Un număr redus de asistenți medicali comunitari au menționat explicit teme care îi interesează; diversitatea subiectelor preferate este mare:

- Factorii comportamentali de risc (alimentația corectă, regim igieno-dietetic, evaluarea consumului propriu de alcool, stilul de viață sănătos și factorii de risc pentru diabet) și din mediu ('aerosoli', stresul la locul de muncă);
- Bolile cronice (HTA, diabet, cancerul de col uterin și la sân, boala Parkinson, hernia de disc, etc.), profilaxia bolilor infecțioase, vaccinarea, igiena mâinilor și îngrijirea corectă a nou-născutului;
- Rolul asistentului medical în urgențele medico-chirurgicale și tehnici/abilități de prim ajutor și intervenție în situații de urgență (traumatisme, plăgi, resuscitare cardiorespiratorie, arsuri, intoxicații acute și cronice, înec, tratament cu anticoagulante, soc anafilactic.);
- Tehnicile de comunicare cu pacientul ('asertiva', 'terapeutică') și abordarea beneficiarilor violenți.

Un alt criteriu important în favoarea cursurilor la distanță pentru asistenții medicali comunitari privește timpul alocat pentru parcurgerea cursurilor. Sunt respondenți care apreciază în mod deosebit flexibilitatea pe care le-o oferă formarea online, faptul că pot urma cursul în timpul liber, necondiționat de un program orar anume (21 persoane, 1,5% din total eșantion, 5,5% din respondenții efectivi). Un număr de 28 de asistenți medicali comunitari (2% din total grup interviuat sau 7,1% dintre respondenții efectivi) au apreciat că formarea online le oferă o folosire mai eficientă a timpului cursul fiind "scurt și la obiect se parcurge mai repede".

Alte aspecte percepute ca pozitive (în favoarea formării la distanță) exprimate de personalul AMC, în ordinea descrescătoare a frecvenței cu care diversele teme au fost menționate recurent sunt:

- Confortul și comoditatea pe care le oferă parcurgerea cursului de acasă, unde sunt 'condiții mai bune de concentrare' (21 persoane);
- Oportunitatea de învățare în ritm propriu, cursurile putând fi revăzute, subiectele aprofundate și asimilate în mod adaptat propriului ritm de învățare cu asimilarea materiei parcurse optimizată raportat la stilul propriu (17 persoane);
- Abordarea relaxată a învățării, lejeritatea cu care se poate asimila informația, fără presiune, cursurile urmând astfel 'ușor de înțeles, ușor de parcurs, pe înțelesul tuturor';
- Evitarea deplasării, posibilitatea respectării distanțării fizice necesare în contextul epidemic actual, dar și eficiența financiară prin anularea unor cheltuieli pe care le-ar presupune participarea la curs în persoană.

Asistenții medicali comunitari consideră printre dezavantajele formării la distanță:

- Dificultățile legate de infrastructura folosită și conectivitate (logare dificilă, întreruperea conexiunii internet), calitatea sunetului (microfonie);
- Interactivitatea limitată cu lectorii și alți participanți, probabil pentru că lectorului îi este mai greu să coordoneze intervențiile audienței, de unde și riscul de 'nerespectare a priorității de a vorbi' și nemulțumirea că este "mai dificil de obținut și explicații și clarificări";
- Volumul mare de informații și complexitatea informațiilor transmise și caracterul mai degrabă teoretic al cursurilor, cu imposibilitatea de a participa efectiv la aplicațiile practice prezentate;

- Caracterul solicitant din punct de vedere psihic și vizual pentru cursanți;
- Oferta limitată de subiecte de interes asigurate prin cursurile la distanță disponibile: 'Nu am găsit cursuri pe teme de interes pentru activitatea mea', 'Am făcut cursul pentru ca îmi trebuiau credite'. 'Paleta de cursuri este redusă, sunt foarte puține cursuri noi'.

8.4. Propunerile asistenților medicali comunitari privind propria formare și dezvoltare profesională

Doar 25% dintre asistenții medicali comunitari au răspuns activ la solicitarea de a furniza "alte sugestii privind formarea sau activitatea asistenților medicali comunitari", și aproximativ jumătate dintre asistenții medicali comunitari au menționat explicit că nu au alte sugestii privind propria formare sau dezvoltare profesională. Rata mică de răspuns poate fi explicată prin faptul asistenții au avut anterior în chestionar posibilitatea de a sugera soluții de îmbunătățire a asistenței medicale comunitare și nu au mai simțit nevoia să se pronunțe și în legătură cu participarea la programe de formare. Sugestiile referitoare la activitatea de pregătire profesională sunt grupate tematic în tabelul 7.

Tabelul 7. Propunerile asistenților medicali comunitari privind propria formare și dezvoltare profesională (întrebări deschise)

<p>Modalitatea de formare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Există o preferință pentru cursurile tradiționale, dar nu o percepție negativă despre formarea la distanță/online - Unii asistenți medicali comunitari doresc formare doar în grupuri AMC, alții în grupuri mixte, împreună cu asistenții medicului de familie și/sau mediatorii sanitari.
<p>Abilități de lucru pe computer, utilizare aplicații inclusiv în mediu online, etc - critice pentru formarea la distanță</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultatea operării în aplicația online raportată de unii asistenți ar putea indica un nivel redus de cunoștințe ITC al unora, după cum reiese și din coroborarea următoarelor opinii. Indiferent dacă se coroborează sau nu, nevoia de cursuri pe teme ITC rămâne valabilă: - „simplificarea aplicației AMCMSR în vederea unei gestionari mai bune a indicatorilor” - „să participăm la curs de folosire a calculatorului” - „cursuri de comunicare și informatică” - „pregătire mai aprofundată în munca pe calculator”
<p>Aplicabilitate practică, cu implicații asupra alegerii subiectelor și a metodelor de formare</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Caracterul practic</i> este cea mai frecvent identificată temă în răspunsurile deschise la această întrebare. Este vorba de caracterul practic al formării, fie el hrănit de cursuri, fie prin schimburi de experiență între colegi, fie prin accesul la perioade/stagii de formare organizate în spitale. „Schimburi de experiență cu alte echipe și facilități privind transportul la beneficiar.”
<p>Tematica – anumite teme sunt subliniate de participanți, dar, în general, deschiderea este mare.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ofertă extinsă de cursuri, să poată alege ceea ce consideră relevant pentru practica lor. - Subiecte sugerate: igienă și epidemiologie, consiliere psihologică, comunicare, neonatologie, psihologie, boli cronice, boli rare, urgențe - cu practica în secțiile respective, cancerul de col uterin, îngrijirile la domiciliu, prim ajutor; - „Anual, cursuri pe anumite domenii de activitate: medicina internă, chirurgie, îngrijiri paliative, oncologie, din toate domeniile de activitate medicale”
<p>Materiale de suport - dorite de asistenții medicali comunitari</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Punerea la dispoziție de materiale informative (pliante, manuale), îți trebuie bani să le poți cumpăra pe toate” - „Aș dori foarte multe cărți de specialitate, îmi place foarte mult să citesc și să învăț tot ce apare nou”

Gratuitatea formării

- „Să nu mai plătim cursurile an de an, și acoperirea cheltuielilor de deplasare în cazul în care sunt organizate la distanțe mari” (față de localitatea de reședință; s-a sugerat la peste 50 km)

Periodicitate, frecvența

- Minim anuală, preferabil lunară, după unii „cursuri cât mai dese”
- Asistenții medicali comunitari sunt interesați și dispuși să participe la întruniri lunare cu medicul coordonator din DSP sau specialist din spitale, astfel de întruniri tehnice fiind privite ca având rol formativ.

9. CONCLUZII

Toți copiii au dreptul la servicii de sănătate, protecție socială și educație de calitate, în particular copiii vulnerabili și familiile acestora.

Pachetul minim de servicii sociale, incluzând servicii comunitare în domeniul sănătății, protecției sociale și educației, cu o componentă activă de prevenire, poate deveni una dintre cele mai eficiente și cost-eficiente intervenții ale României moderne în combaterea sărăciei și excluziunii sociale, dacă este pus în practică cu prioritate în comunitățile vulnerabile și în mediul rural și dacă este adaptat nevoilor locale și revizuit/îmbunătățit cu regularitate pe baza evaluărilor periodice ale rezultatelor obținute.

La data studiului, echipa mixtă prevăzută de lege (asistent medical comunitar, asistent social/lucrător social și consilier școlar) există într-un număr redus de comunități, iar activitatea membrilor este încă în mare parte sectorială și limitat sprijinită, coordonată, supervizată de profesioniștii și instituțiile relevante de la nivel județean (din perspectiva activităților integrate).

Asistenții medicali comunitari sunt parte esențială a echipei comunitare care furnizează sau trebuie să furnizeze servicii integrate celor mai vulnerabili beneficiari și, în acest context, cercetarea la nivel național asupra condițiilor de muncă, activității profesionale și nevoilor de formare ale acestora a venit natural în întâmpinarea nevoii generării de evidențe care trebuie să stea la baza intervențiilor și investițiilor pe termen scurt, mediu și lung pentru extinderea la nivel național a serviciilor de asistență medicală comunitară.

La momentul studiului, numărul de asistenți medicali comunitari este foarte diferit de la un județ la altul, cu o singură persoană în Brașov și 132 în județul Gorj (Ministrul Sănătății, 2020). Un număr de 11 județe din țară (25%) cumulează 50% din totalul forței de muncă în asistența medicală comunitară.

Numărul de beneficiari ai asistenților medicali comunitari este, în unele cazuri, substanțial mai mare decât normativul în vigoare de 500 de persoane. Sunt asistenți medicali comunitari care declară că deservește comunități cu o populație de peste 10,000 de locuitori, din care aproximativ jumătate au cel puțin o vulnerabilitate. În ceea ce privește unii dintre beneficiarii direcți ai programelor UNICEF (gravidele, copiii 0-5 ani, copiii cu dizabilități), numărul declarat de beneficiari este rezonabil; majoritatea asistenților medicali comunitari îngrijesc sub 10 gravide și lăuze, sub 50 de copii 0-5 ani și sub 10 copii cu dizabilități.

Alte categorii cu nevoi deosebite, îngrijite de un asistent medical comunitar sunt raportate astfel: sub 10 copii cu boli cronice, sub 50 de adulți și vârstnici cu dizabilități și în jur de 250 adulți și vârstnici cu boli cronice. Este de semnalat că aplicațiile IT existente pentru monitorizarea numărului de beneficiari ai AMC nu pot furniza imaginea reală a acoperirii populației cu servicii de asistență medicală comunitară. Aplicația AMCMSR.gov.ro, care înregistrează beneficiarii și serviciile AMC, acoperă doar o parte din populație, doar în localitățile unde există asistent medical comunitar și unde este realizată catagrafia populației. Această aplicație este, în prezent, într-un proces de revizuire care îi va conferi

valențe noi în monitorizarea cazurilor. Aplicația AURORA este centrată pe copil și este folosită într-un număr limitat de localități. Sistemul IT reglementat prin legea 231/2020 pentru monitorizarea furnizării pachetului minim de servicii urmează să fie dezvoltat și poate constitui o soluție excelentă pentru contabilizarea beneficiarilor și a serviciilor pe acest segment al asistenței comunitare. Asigurarea interoperabilității dintre aceste aplicații va putea întregi tabloul acoperirii cu servicii AMC a populației țării.

Majoritatea asistenților medicali comunitari sunt încadrați cu contract de muncă pe perioadă nedeterminată (88%) sau în programul național cu finanțare europeană, în responsabilitatea ministrelor de linie (sănătate, muncă și protecție socială, educație).

Condițiile de muncă și dotările existente pentru prestarea activității sunt insuficiente în opinia tuturor respondenților. De departe, tema cea mai frecvent menționată este, aceea a lipsei mijlocului de transport către beneficiari sau cu beneficiarii la serviciile specializate, și lipsa decontării combustibilului în cazurile frecvente când se deplasează cu beneficiarii cu propriile autoturisme. Dotările minimale din categoriile birou, comunicații (inclusiv telefon), acces la internet, computer, ca și echipamente și consumabile din trusa medicală lipsesc în mare parte, deși sunt reglementate legal. Motivația frecvent menționată este lipsa de resurse la nivelul unităților administrativ teritoriale sau lipsa de interes a autorităților locale pentru activitatea de asistență medicală comunitară.

Intensitatea relațiilor pe care AMC le stabilește cu terții diferă substanțial de la un caz la altul și/sau în funcție de instituție. Colaborarea asistenților medicali comunitari cu profesioniști sau instituții de la nivel local și/sau județean are o mare variabilitate, depinzând de relațiile și contextul local, și nu este niciodată declarată ca fiind foarte bună, sistematică, bazată pe ghiduri sau proceduri clare, cu responsabilități bine definite. Cum era de așteptat, între instituțiile din domeniul sănătății cel mai bine poziționați sunt Direcția de sănătate publică Județeană, și în unele cazuri, medicul de familie. Dar relația profesională cu medicul de familie, neclar reglementată, are o variabilitate mare de la o colaborare foarte bună, la lipsa completă a acesteia. Un scor mediu este alocat colaborării cu poliția, DGASPC, asistentul școlar, medicul școlar, serviciile de specialitate medicale sau de protecție, spitalul teritorial.

7 din 10 asistenți medicali comunitari (71%) își doresc o colaborare mai bună cu asistentul social/lucrătorul social și 69% dintre ei doresc o relație profesională mai strânsă cu medicul de familie. Peste jumătate dintre asistenții medicali comunitari nu au formalizată nici o formă de colaborare cu alți profesioniști sau instituții, și doar 34% dintre ei au formalizată colaborarea cu medicul de familie.

Activitățile specifice de asistență medicală comunitară se încadrează, dar nu se limitează la prevederile din fișa postului, și nici fișa postului nu este neapărat concordantă cu prevederile legale în vigoare. Activitățile cele mai frecvente sunt cele de IEC (informare/educare/comunicare), catagrafie a populației pentru identificarea beneficiarilor vulnerabili, facilitarea accesului persoanelor vulnerabile la serviciile medicale, întocmirea de evidențe necesare în exercitarea atribuțiilor de serviciu, raportarea activității în aplicația on-line AMCMSR.gov.ro.

A fost investigat gradul de implicare AMC în activitatea practică zilnică pe liniile atribuțiilor trasate prin prevederile HG nr. 324/2019. Activitățile din HG care se regăsesc cel mai mult, sunt: Informează, educă și conștientizează membrii colectivității locale cu privire la menținerea unui stil de viață sănătos, Raportează activitatea, Furnizează servicii de prevenire și promovare a sănătății. Activitățile din HG care se regăsesc cel mai puțin, sunt: Supraveghează și participa la administrarea tratamentului bolnavilor din evidențele speciale - prematuri, anemici, boli rare, TBC etc., Colaborează cu alte instituții și organizații, inclusiv cu organizațiile neguvernamentale, Realizează managementul de caz în cazul bolnavilor cu tulburări psihice, Realizează managementul de caz în cazul bolnavilor cu boli rare.

Din relatările majorității asistenților medicali comunitari, responsabilitățile lor pe plan local se extind mult peste ceea ce stipulează reglementările în vigoare, fie că aceste activități sunt sau nu formalizate. Pe lângă activitățile din domeniul asistenței sociale,

asistenții medicali comunitari derulează o gamă foarte largă de activități birocratice. Din majoritatea răspunsurilor transpare un grad de nemulțumire a asistenților medicali comunitari cauzată de depășirea de competențe prin decizia angajatorului, și, câteodată, și o relație tensionată cu reprezentanții autorității publice locale.

Asistenții medicali comunitari au fost activ implicați și în activitățile legate de contextul epidemic din 2020 (epidemia SARS CoV2). Ei declară cel mai frecvent implicarea în informarea și educarea beneficiarilor, asigurarea accesului prin distribuția la domiciliu de alimente și medicamente, monitorizarea respectării măsurilor pe timp de epidemie, sau în activitățile de teren (de la vamă la centrele de carantină). Cu o anumită variabilitate de la persoană la persoană, au răspuns celor mai diverse sarcini, inclusiv raportarea zilnică a situației epidemiologice din comunitatea lor. Este de notat, însă, că doar 7% dintre asistenții medicali comunitari afirmă ca au participat la vreun fel de instruire legată de epidemia SARS CoV2.

Opinia asistenților medicali comunitari exprimă nevoia de instruire și formare permanentă, prin cursuri de educație medicală continuă. Din lista cuprinzătoare de teme clinice și generale (non-clinice), marea majoritate a asistenților medicali comunitari au răspuns cu "foarte mult" și „mult” la fiecare dintre temele prezentate. Practic, nu există excepții, toate temele și subiectele de formare sunt apreciate ca fiind „foarte mult” necesare sau „mult” necesare. Acesta percepție este justificată de activitatea curentă, de problemele practice și situațiile pe care asistenții medicali comunitari le întâlnesc în activitatea de zi cu zi.

Categoriile de subiecte grupate în teme arată, prin scorurile calculate, ierarhia temelor considerate ca primă prioritate; între temele clinice, locul 1 este ocupat de îngrijirea nou-născutului, sugarului și copilului mic, locul 2 de starea de gravidie și lăuzie, locul 3 de tema primul ajutor și urgențele medico-chirurgicale, locul 4 de tehnicile de îngrijire la domiciliu și de administrare a medicamentelor, locul 5 de sănătatea adolescentului, locul 6 de sănătatea reproducerii și sexualității, și locul 7 de sănătatea și îngrijirile vârstnicilor și adulților.

Între temele neclinice/generale, ierarhia nevoilor de formare aduce pe primul loc tema identificării nevoilor de sănătate în comunitate, urmată de sănătate publică, igienă și epidemiologie, violența domestică și în comunitate, cadrul normativ și accesul la serviciile de sănătate, managementul activităților de asistență medicală comunitară și abilitățile necesare în munca din comunitate.

Ca modalități preferate de instruire și formare, majoritatea asistenților medicali comunitari (56%), preferă cursurile față în față, în timp ce numai 20% preferă cursuri făcute exclusiv la distanță. Această informație este valoroasă pentru organizarea viitoarelor cursuri EMC, din perspectiva lipsei de preferință a asistenților medicali comunitari față de cursurile online. Sunt preferate sesiunile de formare de 1-3 zile susținute în timpul de lucru al săptămânii.

În ceea ce privește formarea la distanță, în 2019 și 2020 doar 34% dintre asistenții medicali comunitari au participat la formare prin cursuri la distanță. Avantajele enumerate ale formării online sunt diversitatea tematica oferită, flexibilitatea timpului folosit pentru parcurgerea cursurilor, confortul și comoditatea, oportunitatea de învățare în ritm propriu, abordarea relaxată a învățării, evitarea deplasării. La capitolul dezavantaje ale formării online, sunt enumerate dificultățile legate de infrastructura IT și de comunicații necesară, de interactivitatea limitată cu lectorii și alți participanți, de volumul mare de informații și complexitatea acestora, precum și de caracterul mai degrabă teoretic al cursurilor, cu imposibilitatea de a participa efectiv la aplicațiile practice prezentate. Modalitatea de formare la distanță preferată este combinația de curs online sincron cu cel asincron (40% dintre respondenți).

Barierile identificate de către asistenții medicali comunitari cu privire la participarea la cursuri, indiferent de forma de organizare, sunt: programul încărcat, necesitatea deplasării în afara localității, zilele/orele nepotrivite la care sunt programate cursurile.

Datele și evidențele rezultate din prezenta cercetare (analiza opiniei asistenților medicali

comunitari privind activitatea profesională, condițiile de muncă și nevoile de formare) sunt reprezentative la nivel național, informative și valide, putând contribui la nivel central, județean și local, ca și pentru orice altă instituție sau organizație activă în domeniu, la luarea de decizii privind investițiile și intervențiile necesare pentru dezvoltarea asistenței medicale comunitare la nivel național.

10. RECOMANDĂRI

Activitatea de asistență medicală comunitară este esențială pentru asigurarea accesului populației vulnerabile la servicii de sănătate, în special la servicii preventive, precum și la serviciile din pachetul minim de la nivel comunitar. În comunitățile vulnerabile sau marginalizate, și în general, în mediul rural, nu există niciun furnizor public de servicii de sănătate, cu care autoritățile locale și județene să intervină în cazul unei situații speciale de sănătate publică sau a unei urgențe epidemiologice (cum este cazul prezentului context epidemiologic COVID), în condițiile în care medicii de familie sunt asimilați unor furnizori privați de servicii de sănătate. În acest context, trebuie subliniat caracterul public și universal al asistenței medicale comunitare. Activitatea AMC trebuie să fie de colaborare sau complementară medicului de familie, dar nu subordonată acestuia. Activitatea medicilor de familie este ținută pe persoanele asigurate și înscrise pe liste, iar pentru cei neasigurați, vulnerabili, beneficiari doar ai pachetului de bază, neexistând alternative locale în afară de AMC. Activitatea MF este centrată pe cabinet și nu pe munca în teren, în comunitate. Acest lucru este o realitate care se poate constata ușor și nu există perspectiva imediată să se schimbe.

Acoperirea cu servicii de asistență medicală comunitară AMC la nivel național și accesul populației la acestea

Identificarea comunităților vulnerabile. Este la îndemâna autorităților județene, în colaborare cu direcțiile de sănătate publică județeană și cu autoritățile locale să identifice și să prioritizeze populațiile defavorizate, cu nevoi neacoperite și să elaboreze, în fiecare județ, lista comunităților sau grupurilor populaționale în care ar trebui angajați asistenți medicali comunitari. Astfel s-ar putea pune la dispoziția Ministerului Sănătății informația necesară pentru o mai bună planificare a accesului la servicii de sănătate a zonelor sau grupurilor populaționale defavorizate, respectiv finanțarea acestui sector de servicii, evitând-se astfel angajările oportuniste, în salturi, la discreția autorităților locale rurale. Un proces bine planificat ar putea contribui și la o calitate mai bună a resurselor umane cooptate în sistem.

Numărul real mediu de beneficiari este un indicator important în aprecierea încărcării AMC și a accesului populației la aceste servicii. Numărul mediu de beneficiari pentru un asistent se dovedește, prin acest studiu, a fi mai mare decât norma legală în vigoare. Informatizarea și gestionarea electronică a listei de beneficiari și a listei de servicii poate face mai ușor de gestionat un număr mai mare de beneficiari, iar dezvoltarea sistemului informațional reglementat de Legea 231/2020 este salutară. Pe de altă parte este necesar să fie continuate eforturile de informatizare a asistenței medicale comunitare și crearea unui sistem informațional mai vast, care să permită analiza și optimizarea furnizării de servicii de către AMC, pentru toate categoriile de persoane vulnerabile și pentru toate serviciile, de la pachetul minim reglementat de Legea 231/2020, până la serviciile specializate acordate persoanelor vulnerabile, care, în prezent, sunt contabilizate doar pe hârtie.

De asemenea, ar putea fi necesară regândirea normativului de persoane asistate, care să se bazeze nu doar pe numărul de persoane asistate, dar și pe gradul de vulnerabilitate al acestora, pe "mix-ul" de persoane vulnerabile din diferite categorii.

Relația AMC cu angajatorul și condițiile de muncă

Pentru a fi eficienți, asistenții medicali comunitari trebuie să aibă toate mijloacele necesare, în primul rând condiții transport, comunicații și trusă medicală. De aceea se recomandă prioritizarea rezolvării problemelor legate de transportul în interes de serviciu, telefonia mobilă, internetul mobil și asigurarea trusei medicale și a consumabilelor, care, de altfel, sunt reglementate prin lege (HG 324/2019)

Rezolvarea problemei celor 8% AMC care nu au birou, având în vedere că, din perspectiva condițiilor minimale, decente de muncă, contează foarte mult dacă AMC are acces sau nu la un spațiu dedicat pentru munca sa de birou, dacă beneficiază sau nu condiții de muncă la standarde adecvate de echipare și dotare.

Creșterea ponderii coordonării operaționale a AMC prin sistemul medical (coordonator județean din DSP, medic de familie), și diminuarea și echilibrarea coordonării de către primărie, care pot deturna activitatea AMC către activități nemedicale.

Colaborarea AMC cu alți actori

Colaborarea relativ slabă a AMC cu unii specialiști din sectorul medical, alții decât medicul de familie, nu vine în susținerea activității sale. Ar trebui investigate soluții de a potența colaborarea cu medicii specialiști, maternitatea și spitalul din zona, mai ales în contextul în care AMC ar putea avea rolul de monitorizare a primirii serviciilor necesare de către persoanele vulnerabile, mai ales cele cu dizabilități. Ar fi utilă eliminarea barierelor în comunicare cu aceștia, acolo unde ele există, ca și conștientizarea celorlalți actori din sectorul de sănătate asupra rolului important al AMC. Rolul AMC este mult prea important în teren ca să nu fie suficient de bine promovat în cadrul sistemului, prin realizările reușite de AMC prin activitatea de zi cu zi. Consecutiv, este de așteptat ca un efect important să fie și augmentarea auto-încrederii, a stimei de sine și a motivației interne a personalului medical comunitar.

Responsabilitățile și activitatea AMC

Ministerul Sănătății este finanțatorul activității celei mai mari părți a personalului AMC disponibil în sistem, așa că, dincolo de reglementările promovate privind domeniul asistenței medicale comunitare, este necesar ca autoritatea centrală să propună un model de fișă de post pentru AMC, sau, alternativ, un ghid pentru elaborarea fișei de post a AMC, care să fie la îndemâna primarilor.

Formarea de bază și formarea continuă a AMC

În ceea ce privește formarea, pentru AMC este nevoie de specializare poate chiar mai mult decât pentru alte domenii medicale. AMC lucrează singuri în teren și trebuie să ia decizii imediate. Pe lângă aspectele medicale propriu-zise, AMC necesită cunoștințe de administrație sanitară și activitate socială. Implementarea unei modalități unitare de specializare a AMC după absolvirea școlii/colegiului este o urgență. Specializarea de asistență medicală comunitară este legiferată, iar curriculum-ul de specializare este, în acest moment, în faza de dezvoltare, sub coordonarea Ministerului Sănătății.

În privința formării medicale continue, cele trei teme clinice prioritare identificate de studiu, respectiv: "Nou născutul, sugarul și copilul", "Gravida și lăuza" și "Primul ajutor și urgențele medico-chirurgicale", pot fi luate în considerare pentru prima etapă (pe timp scurt) de dezvoltare de cursuri de educație medicală continuă pentru asistenții medicali comunitari. La fel și pentru primele trei teme non clinice prioritare identificate, respectiv: "Identificarea nevoilor de sănătate în comunitate", „Sănătate publică, igienă, epidemiologie”, „Violența domestică și în comunitate”.

Subiectele, atât cele clinice, cât și cele non clinice, pot fi predate, fiecare, sub forma unui curs scurt, de câteva ore, sincron sau, mai degrabă, asincron, care se poate tine/accesa

online, în timpul săptămânii, astfel încât să se întrunească cele mai favorabile condiții (evidențiate de acest studiu) pentru ca asistenții medicali comunitari să poată participa și să se pună la curent cu noțiunile care simt că le lipsesc cel mai tare în activitatea de zi cu zi. Modalitatea cea mai bună de acoperire a nevoii pe termen mediu este de a dezvolta un număr de cursuri scurte dintre cele mai dorite/necesare și de a le oferi ca EMC creditată, respectând preferințele asistenților cu privire la zilele și intervalele orare pentru desfășurarea cursurilor și/sau a examenărilor.

Formarea față în față

Conform rezultatelor studiului, cursul ideal organizat față în față are o durată de o zi, se ține într-o zi de lucru a săptămânii (luni-vineri), și are, pe lângă componenta teoretică întotdeauna necesară, și o componentă practică importantă, inclusiv prin împărtășirea experienței altor asistenți medicali comunitari. Pe de altă parte, acest tip de curs este destul de greu de realizat, pentru că asistenții medicali comunitari sunt răspândiți în special în zona rurală a României și, pentru a ajunge la locația cursului organizat față în față, le va lua foarte mult timp și efort pentru transport. Aceste cursuri s-ar putea organiza optimizat, în grupe de 15-25 de persoane, în locații centrale față de aria de răspândire a grupului, eventual în capitala de județ.

Mai ales pentru asistenții medicali comunitari tineri, fără experiență, creșterea gradului lor de pregătire și prin scurte stagii de practică organizate în unități spitalicești din vecinătate ar putea fi o soluție creativă, eficientă, acceptată și chiar dorită de unii AMC. Secții relevante pentru activitatea lor ar putea fi cele de pediatrie, maternitate, îngrijiri paliative, etc. În acest mod s-ar crea o conexiune mai bună între AMC și medicii specialiști, în avantajul beneficiarilor vulnerabili, iar activitatea AMC ar putea fi mai bine înțeleasă de către medici. Acest tip de practică ar putea fi reglementat prin norme legislative, pentru a asigura obligativitatea lui.

Trebuie să înceapă să se țină cont de preferința exprimată de AMC, normală în opinia autorilor studiului, de a fi organizate cursuri EMC în timpul săptămânii. Acesta este în opoziție cu marea majoritate a cursurilor EMC propuse în general în sistemul sanitar, în care cursurile sau testările sunt organizate în zilele de sâmbătă și duminică.

Formarea la distanță

Conform rezultatelor studiului, cursul ideal organizat online este unul combinat, sincron (webinar cu formatorul) și asincron (videoclipuri și lectura pe internet), organizat într-o zi din săptămâna de lucru (luni-vineri), de preferință dimineața, să fie curs EMC creditat, să fie parte din sarcinile de serviciu și inclus în fișa de post, cu teme / cursuri diverse din care fiecare AMC să poată alege, să conțină o parte practică importantă și schimburi de experiență și să încurajeze programatic și progresiv colaborarea online a cursanților și implicarea în viața online a comunității.

Este necesară sprijinirea asistenților medicali comunitari care vor să participe la cursuri online pentru accesul la condițiile minime de dotare pentru participarea la un curs online: birou, computer și internet. Prioritizarea dotării personalizate a asistenților medicali comunitari cu mijloacele tehnice necesare pentru participarea la cursuri online.

Literatura de specialitate este scumpă, iar resursele financiare ale AMC sunt reduse. Unii AMC nu au capacitatea de a selecta din multitudinea resurselor tehnice potențial disponibile. De aceea, poate ar fi utilă compilarea unei mini-biblioteci online a AMC – un gen de “repository” pentru asistența medicală comunitară - eventual într-o secțiune a unei aplicații dedicate, care să includă resurse tehnice relevante de orice natură (manuale, prezentări, studii și articole relevante, acces la reviste de specialitate, instrumente de lucru, tutoriale, materiale video, materiale informative pentru pacienți, resurse de dezvoltare personală pe teme relevante precum comunicarea, managementul timpului, etc.).

În ultimii 15 ani, odată cu dezvoltarea și diversificarea formelor de învățământ la distanță, inclusiv de tip MOOC (Massive Open Online Courses), accentul se pune pe implicare, pe

colaborare, pe comunitate profesională, pe forum, pe feedback rapid de la cei care au aceleași interese de studiu, lucru în echipa pe internet, biblioteci deschise de soluții la care fiecare poate contribui, astfel încât rolul de “cursant” este interschimbabil cu acela de “furnizor” de materiale educaționale sau de soluții utile comunității profesionale. Acest aspect merita promovată și asistenții medicali comunitari să fie încurajați și capacitați pentru a deveni mai activi în propria comunitate, în special prin intermediul canalelor online.

Aplicațiile informatice de la nivel comunitar

La momentul studiului există câteva aplicații informatice care funcționează la nivel comunitar prin contribuția nemijlocită a personalului din teren (AMCMSR, AURORA, aplicațiile de la cabinetele medicilor de familie) sau care au ca funcție principală monitorizarea serviciilor comunitare (aplicațiile din cadrul DSP și DGASPC din fiecare județ). De asemenea, este în lucru un sistem național legiferat prin Legea 231/2020 pentru monitorizarea furnizării pachetului minim de servicii. Pentru toate aceste aplicații este necesară asigurarea interoperabilității, pentru a face posibilă realizarea următoarelor deziderate: catagrafia populației și estimarea nevoii de servicii comunitare, estimarea acoperirii cu servicii comunitare a populației, estimarea nevoii de asistenți medicali comunitari în fiecare localitate, asigurarea furnizării serviciilor comunitare integrate, asigurarea unui management de caz eficace și a monitorizării serviciilor furnizate populației, și în special grupurilor vulnerabile.

Pe de alta parte, în lumina analizelor cercetării curente este probabil un moment bun de trecere către valorificarea superioară a sistemului existent în sensul: a. reducerii poverii raportărilor nenecesare de la orice nivel al sectorului către diverși beneficiari, inclusiv prin actualizarea legislației, dacă este nevoie; b. acoperirea nevoilor de informație de la nivel județean sau regional în mod eficient, pe cât se poate prin stabilirea unor sisteme de acces pe niveluri de interes, la date sau rapoarte, în cadrul platformei existente AMCMSR.ro sau a unor extensii conexe; c. valorificării la maxim a datelor colectate prin analize cu utilitate programatică, cu scop de planificare/previzionare și/sau de cercetare a impactului pe sănătate sau economic al activităților implementate și, nu în ultimul rând; d. diseminării informațiilor generate pe baza datelor colectate, atât pentru asigurarea informării transparente a populației și a altor actori instituționali privind activitatea sectorului, cât și pentru împuternicirea, mobilizarea/motivarea furnizorilor de servicii de asistență medicală comunitară și conștientizarea acestor generatori de date primare că aparțin unui grup profesional valoros.

11. Anexe

11.1. Anexa 1 - Dotarea trusei medicale de asistență medicală comunitară pe județe⁹

Județ	Număr respondenți	Tensiometru cu stetoscop	Stetoscop fetal	Centimetru	Taliometru	Abacă sau aplicație pe telefon pentru determinarea vârstei gestaționale	Glucometru	Puls oximetru	Termometru pentru copii și adulți	Trusă chirurgicală de unică folosință	Trusă de naștere - unică folosință	Cântar de sugari și adulți	Tăviță renală	Mini recipient pentru deșeu	Garou 50 cm	Test rapid pentru determinarea ruperii membranelor fetale (hârtie ph)	Teste de sarcină	Guler cervical
Alba	46	96%	22%	63%	17%	9%	87%	74%	91%	35%	7%	41%	48%	63%	78%	4%	65%	13%
Arad	15	100%	20%	53%	20%	0%	93%	60%	73%	20%	13%	33%	20%	13%	60%	0%	7%	7%
Argeș	5	80%	0%	60%	0%	0%	20%	20%	100%	0%	0%	40%	0%	40%	40%	0%	20%	0%
Bacău	30	93%	10%	63%	7%	13%	63%	53%	60%	17%	7%	63%	57%	47%	57%	7%	17%	7%
Bihor	16	88%	6%	56%	6%	6%	63%	13%	63%	6%	0%	38%	13%	19%	25%	0%	88%	0%
Bistrița-Năsăud	23	91%	9%	30%	4%	4%	52%	26%	52%	13%	4%	26%	30%	4%	57%	0%	4%	0%
Botoșani	71	94%	28%	75%	20%	14%	83%	35%	77%	20%	17%	70%	48%	30%	70%	3%	44%	31%
Brăila	21	100%	57%	90%	14%	0%	67%	38%	76%	19%	14%	71%	67%	57%	76%	5%	5%	5%
București	5	100%	0%	0%	0%	0%	20%	0%	40%	0%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Buzău	45	96%	20%	49%	13%	4%	82%	33%	67%	33%	9%	47%	49%	47%	67%	4%	24%	7%
Călărași	31	84%	10%	39%	6%	6%	74%	10%	55%	6%	0%	35%	26%	23%	23%	0%	6%	3%
Caraș-Severin	3	100%	0%	100%	0%	0%	33%	33%	100%	0%	0%	0%	67%	33%	100%	0%	0%	0%
Cluj	1	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Constanța	18	72%	11%	50%	17%	6%	44%	11%	89%	22%	6%	33%	33%	22%	50%	0%	0%	17%
Covasna	3	100%	33%	100%	0%	0%	67%	0%	100%	67%	0%	33%	0%	0%	100%	0%	33%	0%
Dambovița	38	95%	5%	45%	3%	0%	66%	16%	68%	39%	0%	26%	21%	34%	50%	0%	8%	0%
Dolj	56	96%	23%	61%	14%	9%	71%	39%	70%	30%	4%	59%	30%	29%	48%	4%	14%	13%
Galați	30	97%	40%	67%	13%	17%	80%	57%	87%	43%	10%	43%	63%	53%	63%	0%	20%	3%
Giurgiu	22	95%	0%	32%	5%	0%	82%	9%	45%	14%	0%	14%	5%	9%	32%	0%	9%	0%
Gorj	137	95%	6%	32%	4%	2%	89%	18%	62%	12%	0%	23%	9%	26%	39%	1%	59%	3%

⁹ Conform HG 324/2019

Județ	Număr respondenți	Tensiometrul cu stetoscop	Stetoscop fetal	Centimetru	Taliometru	Abacă sau aplicație pe telefon pentru determinarea vârstei gestaționale	Glucometru	Puls oximetru	Termometru pentru copii și adulți	Trusă chirurgicală de unică folosință	Trusă de naștere - unică folosință	Cântar de sugari și adulți	Tăviță renală	Mini recipient pentru deșeuri	Garou 50 cm	Test rapid pentru determinarea ruperii membranelor fetale (hârtie ph)	Teste de sarcină	Guler cervical
Harghita	19	100%	37%	58%	32%	16%	47%	11%	47%	16%	0%	47%	21%	26%	37%	11%	11%	11%
Hunedoara	20	95%	30%	40%	5%	10%	55%	25%	40%	10%	10%	55%	25%	20%	40%	0%	5%	0%
Ialomița	31	97%	13%	32%	10%	3%	42%	19%	48%	16%	3%	23%	32%	23%	29%	0%	42%	0%
Iași	27	96%	4%	37%	7%	7%	59%	15%	44%	7%	0%	26%	7%	19%	30%	0%	7%	7%
Ilfov	11	91%	0%	27%	9%	0%	36%	18%	55%	18%	0%	36%	18%	9%	18%	0%	0%	9%
Maramureș	28	100%	25%	86%	21%	7%	79%	50%	96%	39%	7%	57%	61%	32%	82%	0%	18%	18%
Mehedinți	70	94%	11%	43%	9%	13%	30%	17%	51%	13%	6%	24%	19%	9%	21%	3%	10%	3%
Mureș	26	92%	23%	50%	19%	8%	81%	31%	62%	46%	19%	50%	38%	38%	65%	0%	15%	12%
Neamț	36	94%	33%	58%	3%	6%	81%	31%	72%	42%	6%	58%	44%	39%	67%	0%	36%	8%
Olt	84	99%	17%	52%	23%	8%	46%	24%	82%	31%	4%	33%	35%	25%	71%	1%	7%	14%
Prahova	15	100%	40%	67%	13%	7%	67%	40%	80%	13%	7%	40%	67%	60%	73%	0%	13%	7%
Sălaj	30	87%	13%	47%	13%	10%	63%	17%	67%	10%	3%	23%	33%	27%	47%	0%	7%	10%
Satu Mare	5	100%	20%	60%	40%	20%	60%	40%	100%	40%	0%	60%	40%	40%	80%	0%	20%	20%
Sibiu	51	100%	29%	45%	10%	20%	65%	35%	65%	33%	12%	24%	45%	31%	76%	0%	10%	2%
Suceava	37	100%	30%	78%	11%	11%	65%	86%	62%	24%	8%	41%	49%	41%	73%	3%	5%	5%
Teleorman	44	98%	9%	48%	5%	0%	55%	18%	61%	25%	5%	23%	20%	25%	41%	5%	5%	7%
Timiș	7	86%	29%	71%	29%	0%	57%	29%	71%	57%	29%	57%	57%	43%	71%	0%	14%	0%
Tulcea	61	95%	48%	87%	23%	31%	92%	49%	84%	43%	26%	82%	75%	56%	80%	2%	26%	11%
Vâlcea	53	98%	17%	66%	8%	2%	70%	23%	79%	32%	8%	45%	38%	38%	66%	0%	9%	6%
Vaslui	44	93%	32%	77%	34%	18%	61%	45%	80%	34%	18%	64%	50%	36%	61%	0%	11%	7%
Vrancea	51	96%	31%	69%	16%	10%	78%	25%	84%	24%	8%	59%	57%	51%	69%	2%	16%	6%
Total	1366	95%	20%	55%	13%	9%	68%	31%	69%	25%	7%	42%	36%	32%	56%	2%	22%	8%

11.2 Anexa 2 - Lista temele si subiectelor clinice și generale /non-clinice

(prezentate asistenților medicali comunitari pentru a-și exprima preferința/ nevoia de formare de formare și instruire)

Rezultatele preferințelor asistenților medicali comunitari pentru fiecare temă și subiect de mai jos sunt prezentate grafic în Anexa 3.

Teme clinice	Teme generale (non clinice)
<p>D.1 Gravida și lăuza (vezi anexa 3, grafic 2) D.1.1 Gravditatea D.1.2 Monitorizarea gravidei D.1.3 Identificarea semnelor de pericol în cazul unei sarcini patologice D.1.4 Nașterea și asistență la naștere D.1.5 Lehuzia fiziologica și lehuzia patologica</p> <p>D.2 Nou-născutul, sugarul și copilului D.2.1 Particularitățile nou-născutului și copilului prematur D.2.2 Alăptarea exclusiva (0-6 luni), Alimentație mixta, Alimentație complementara, Suplimentare cu micro-nutrienți (Fe, vit D, Iod) D.2.3 Standarde de dezvoltare neuropsihică și fizică a copilului D.2.4 Examenle medicale profilactice la vârste nodale D.2.5 Semne de pericol în bolile copilului D.2.6 Febra, Bolile diareice acute, Infecțiile căilor respiratorii superioare, Pneumoniile, Bronșiolita, Bolile infecțioase D.2.7 Bolile cronice la copil (diabet, boli genetice, HIV/SIDA/ TBC, boli rare etc.) D.2.8 Copii cu dizabilități</p> <p>D.3 Adolescentul D.3.1 Particularitățile dezvoltării psiho-motorii la adolescenți D.3.2 Sănătatea mintală și tulburările de comportament D.3.3 Comportamente la risc (tutun, alcool, droguri, alimentația dezechilibrată și riscul de obezitate, riscul de comportament violent, randament școlar) D.3.4 Comunicarea cu adolescenții, relația cu familia D.3.5 Relațiile sociale dintre adolescenți, pregătirea pentru viață de cuplu/familie</p>	<p>E.1 Identificarea nevoilor de servicii de sănătate în comunitate E.1.1 Metode de catagrafiere a populației E.1.2 Identificarea persoanelor vulnerabile și diagnosticarea vulnerabilităților acestora</p> <p>E.2 Sănătate Publică, Igienă, Epidemiologie (vezi anexa 3) E.2.1 Prevenția primară, secundară și terțiară, îngrijiri paliative E.2.2 Igiena individului, a locuinței, a școlii, a locului de muncă, a mediului E.2.3 Programul național de imunizări E.2.4 Educație pentru sănătate și promovarea sănătății E.2.5 Prevenirea răspândirii infecțiilor. Măsuri specifice în timpul pandemiei de COVID-19 E.2.6 Triajul epidemiologic în școli E.2.7 Ancheta epidemiologică și intervenția în focar E.2.8 Tehnici de recoltare, depozitare și transport a probelor biologice, probe de apă</p> <p>E.3 Violența domestică și în comunitate E.3.1 Tipuri de violență: verbală, fizică, sexuală, violul E.3.2 Copilul neglijat, abuzat fizic, abuzat emoțional, abuzat sexual E.3.3 Diagnosticul medico-social al cazurilor supuse violenței E.3.4 Conduita în caz de violență domestică</p> <p>E.4 Cadrul normativ și accesul la serviciile de sănătate E.4.1 Cadrul normativ general pentru asigurați și neasigurați; pachetul minim și pachetul de baza de servicii E.4.2 Legislația specifică asistenței medicale comunitare E.4.3 Programele naționale de sănătate E.4.4 Continuitatea serviciilor medicale, parcursul pacientului în sistemul de sănătate (medic de familie, ambulatoriu, spital) și rolul asistenței medicale comunitare</p>

D.4 Sănătatea reproducerii și sexualității

D.4.1 Pubertatea

D.4.2 Sexualitatea și igiena sexuală

D.4.3 Infecțiile cu transmitere sexuală

D.4.4 Planificarea familială

D.4.5 Depistarea cancerului genito-mamar

D.5 Adulți și vârstnici

D.5.1 Nevoile specifice de servicii de sănătate ale persoanelor vârstnice

D.5.2 Diagnosticul gradului de dependență și stabilirea planului de îngrijiri

D.5.3 Metode de monitorizare a evoluției principalelor boli cronice

netransmisibile: diabet, hipertensiune, cardiopatie ischemică, insuficiența renală, cancer etc.

D.5.4 Bolnavul psihic cronic, tehnici de comunicare și relaționare

D.5.5 Alcoolismul cronic

D.5.6 TBC - prevenție, tratamentul strict supravegheat

D.5.7 HIV/SIDA - îngrijire și consiliere pentru integrare în comunitate

D.5.8 Adulți și vârstnici cu dizabilități

D.6 Tehnici de îngrijiri la domiciliu și de administrare a medicamentelor

D.6.1 Tehnici de asepsie și antisepsie

D.6.2 Realizarea unui pansament în raport cu topografia zonei și tipul de leziune

D.6.3 Tehnici de îngrijiri la domiciliu și de administrare a medicamentelor

[Interpretarea unei prescripții medicale

D.6.4 Administrarea medicamentelor (oral, IV, IM, intra-auricular, instilații nazale, oculare etc.)

D.6.5 Tehnica îngrijirilor paliative

D.7 Primul ajutor și urgențele medico-chirurgicale

D.7.1 Modalități de identificare a semnelor vitale și diagnostic clinic al stării de urgență

D.7.2 Suportul vital de baza la copil și la adult

D.7.3 Traumatisme, fracturi, entorse

D.7.4 Hemoragii, socul hemoragic

D.7.5 Înec, arsuri, insolăție, hipotermie, intoxicații

D.7.6 Șocul anafilactic

E.5 Managementul propriei activități

E.5.1 Fișa postului de asistent medical comunitar, atribuții și responsabilități

E.5.2 Rolul propriu în echipa multidisciplinară comunitară integrată

E.5.3 Principiile managementului de caz

E.5.4 Planificarea propriei activități

E.5.5 Criterii pentru prioritizarea activităților

E.5.6 Înregistrarea și raportarea activității, Instrumente de raportare (inclusiv IT)

E.6 Abilități necesare în munca din comunitate

E.6.1 Tehnici de comunicare și relaționare în comunitate, în familie, la nivel individual

E.6.2 Asumarea de roluri profesionale conexe (consiliere, educație, facilitare comunitară, mentorat etc.)

E.6.3 Abilități de muncă în echipă multidisciplinară comunitară integrată

E.6.4 Abilități de rezolvare de probleme și luarea deciziilor

E.6.5 Dezvoltarea valorilor și eticii profesionale

E.6.6 Sensibilizare multiculturală, incluziune și respectul diversității

E.6.7 Abilități IT (lucrul cu computerul/tableta, folosirea internetului, email, Word, Excel, programe specializate de raportare a activității etc.)

E.6.8 Abilități legate de învățare autonomă și continuă

11.3. Anexa 3 - Analiza subiectelor de formare în funcție de preferință

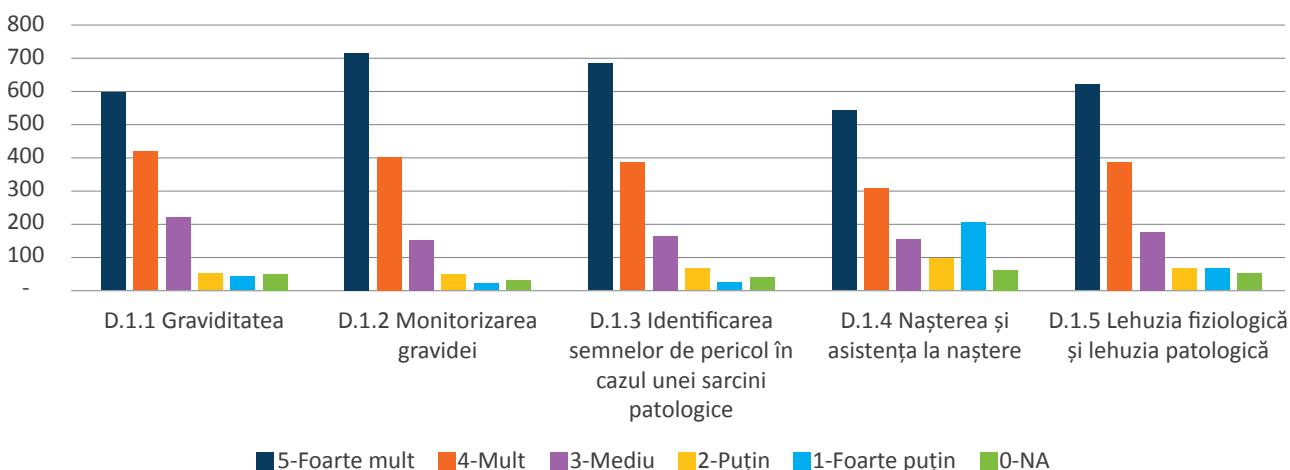
(cea mai frecvent exprimată)

Lista detaliată a temelor și a subiectelor aferente fiecărei teme este prezentată în Anexa 2.

1. SUBIECTE CLINICE

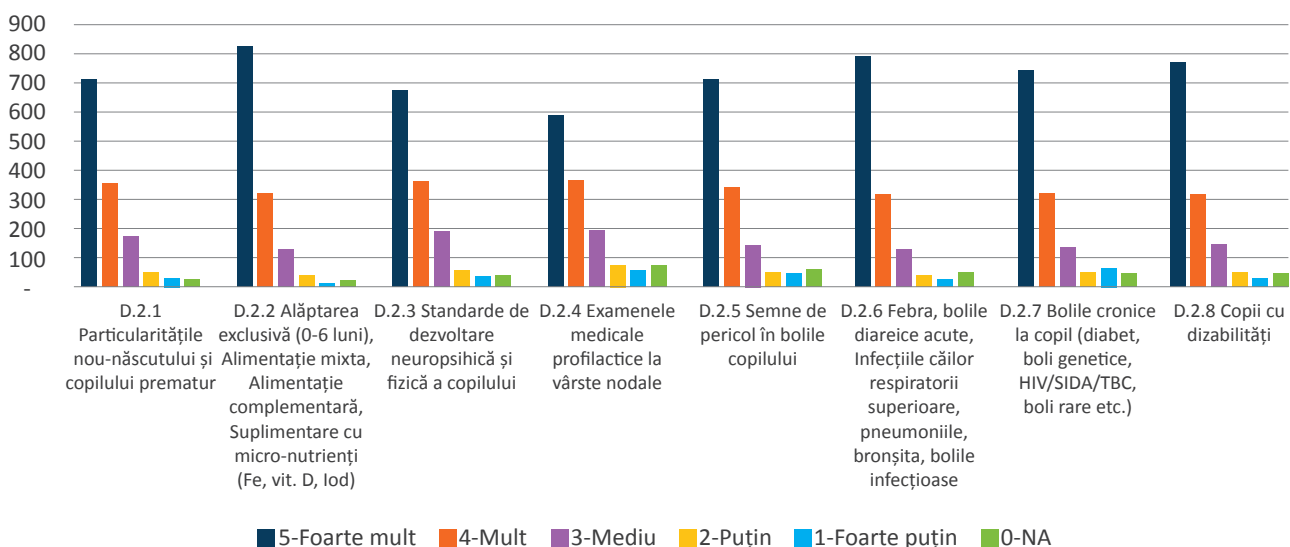
Aprecierea importanței/ nevoii de instruire pe tema "Gravida și lăuza"

D.1 Gravida și lăuza

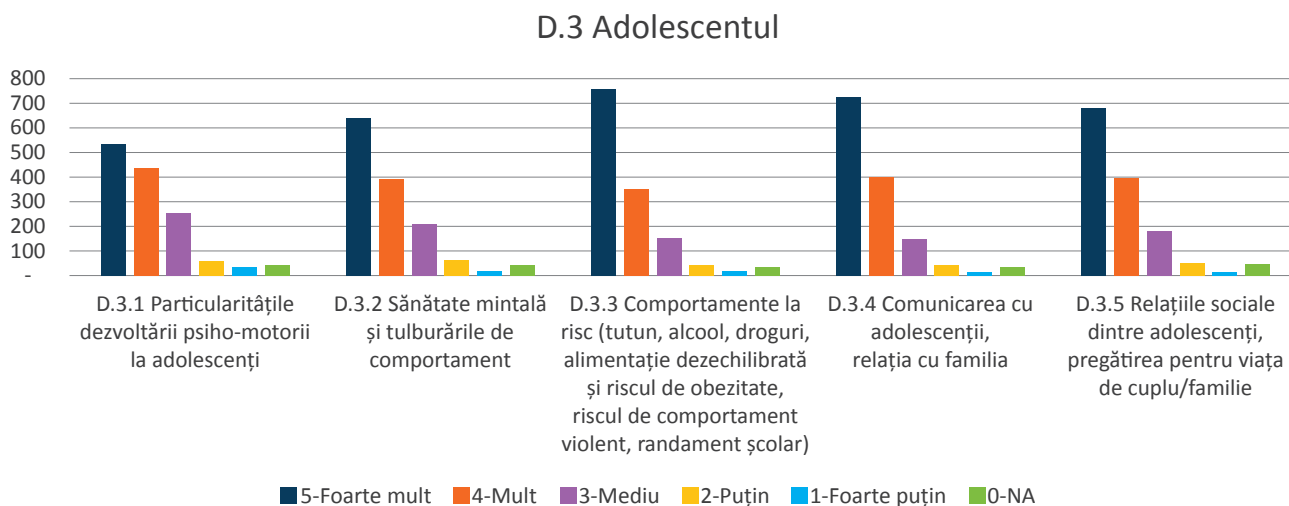


Aprecierea importanței/ nevoii de instruire pe tema "Nou-născutul, sugarul și copilul"

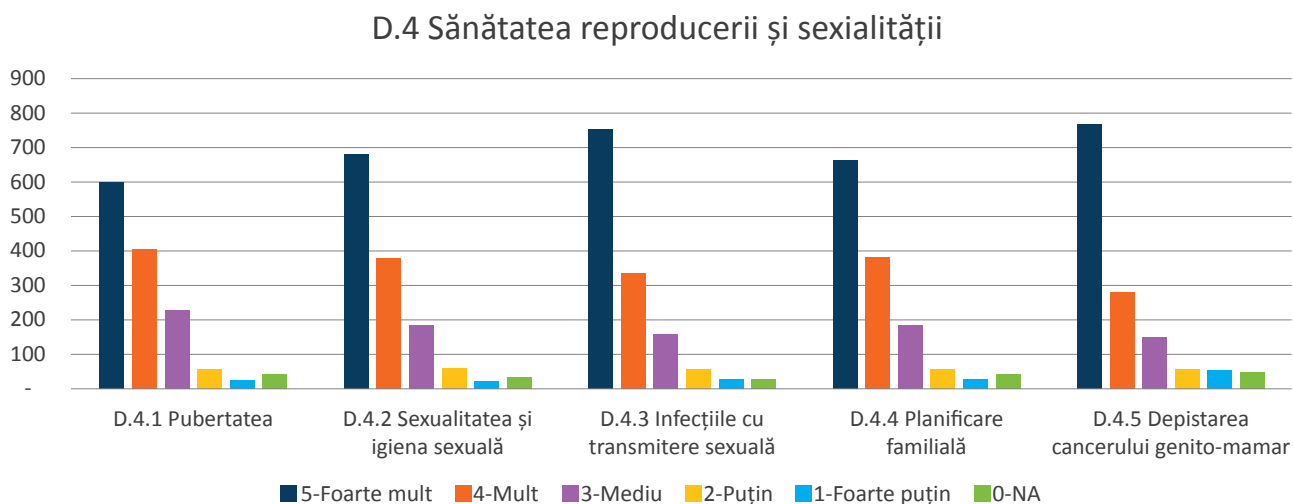
D.2 Nou-născutul, sugarul și copilul



Aprecierea importanței/ nevoii de instruire pe tema “Adolescentul”

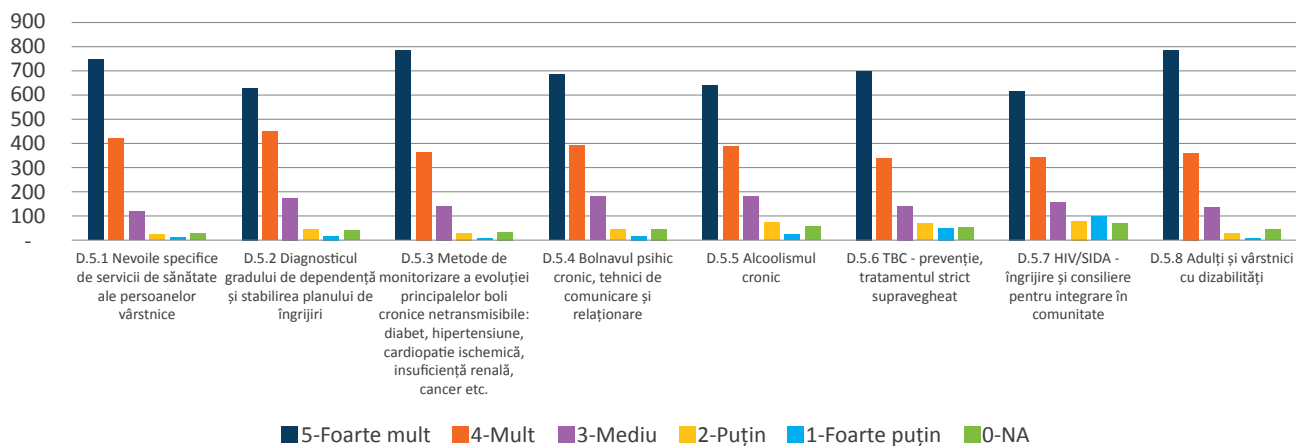


Aprecierea importanței/ nevoii de instruire pe tema “ Sănătatea reproducerii și sexualității”



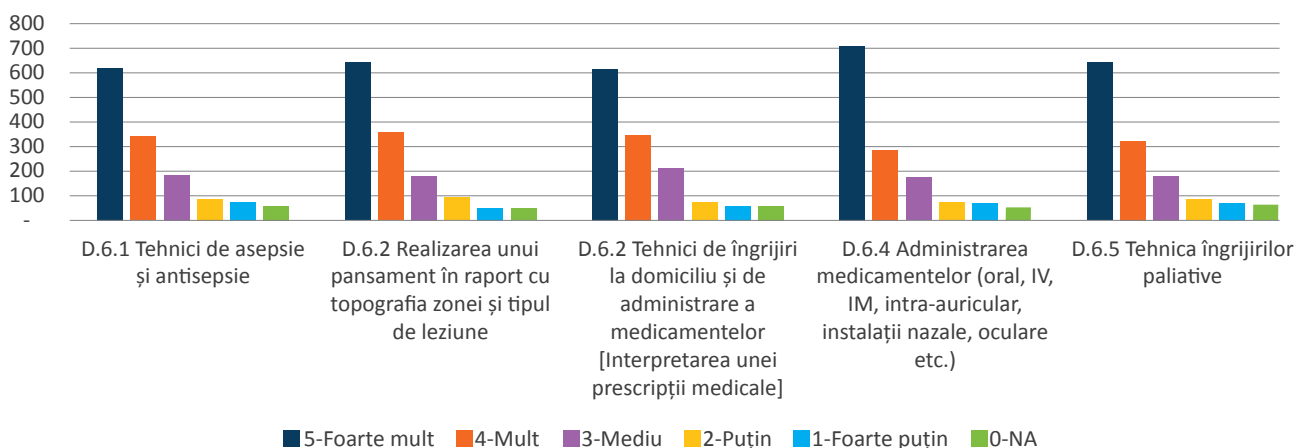
Aprecierea importanței/ nevoii de instruire pe tema “Adulți și vârstnici”

D.5 Adulți și vârstnici

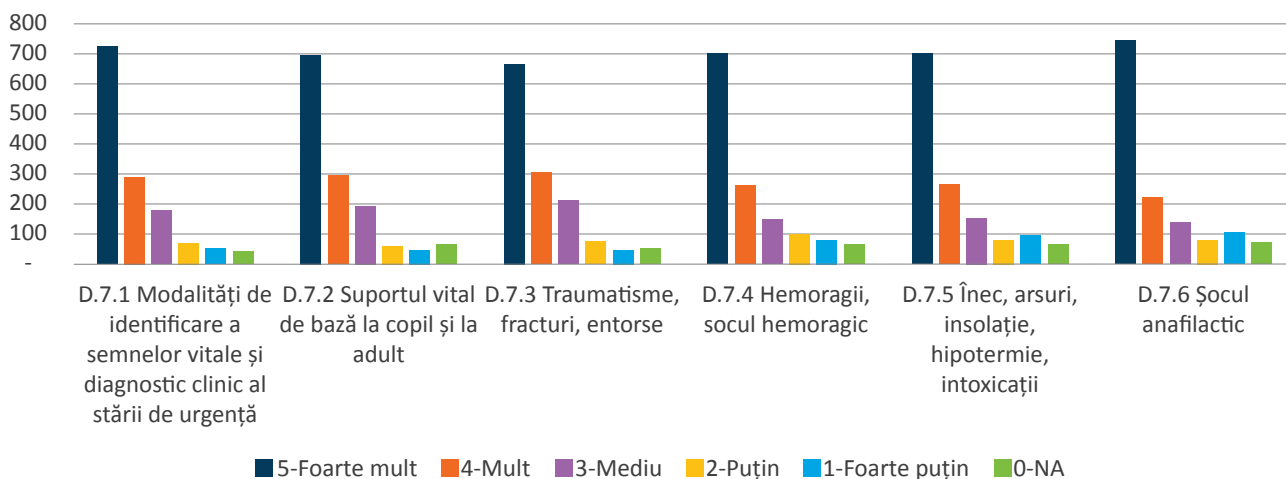


Aprecierea importanței/ nevoii de instruire pe tema “Tehnici de îngrijiri la domiciliu și de administrare a medicamentelor”

D.6 Tehnici de îngrijiri la domiciliu și de administrare a medicamentelor



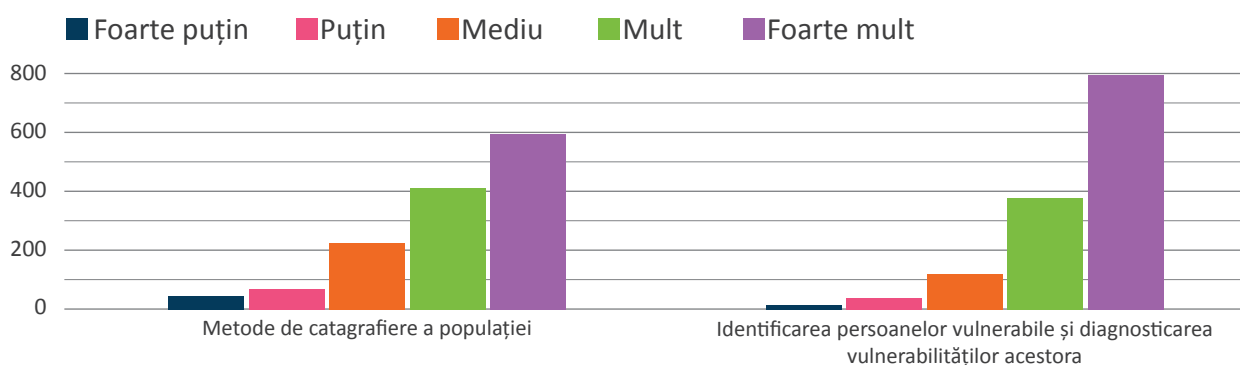
Aprecierea importanței/ nevoii de instruire pe tema “Primul ajutor și urgențele medico-chirurgicale”
D.7 Primul ajutor și urgențele medico-chirurgicale



2. SUBIECTE GENERALE (NON-CLINICE)

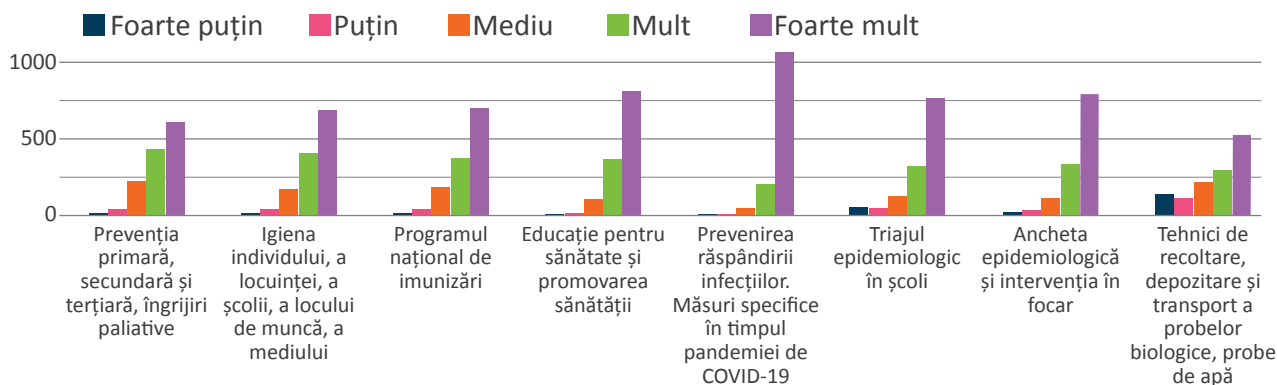
Aprecierea importanței/ nevoii de instruire pe tema “Identificarea nevoilor de servicii de sănătate în comunitate”

E.1 Identificarea nevoilor de servicii de sănătate în comunicate



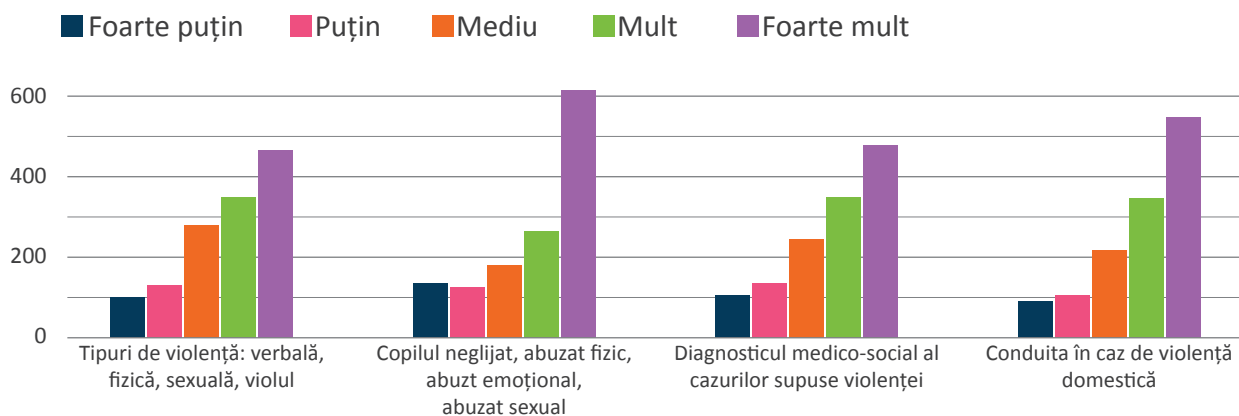
Aprecierea importanței/ nevoii de instruire pe tema “Sănătate publică, igienă, epidemiologie”

E.2 Sănătate publică, igienă, epidemiologie



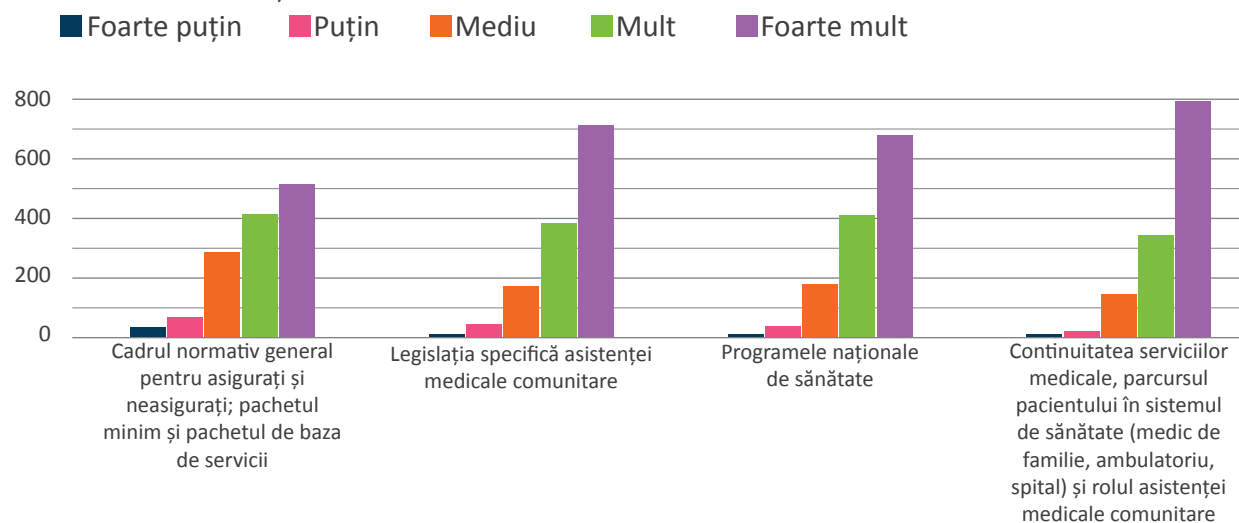
Aprecierea importanței/ nevoii de instruire pe tema “Violența domestică și în comunitate”

E.3 Violența domestică și în comunitate



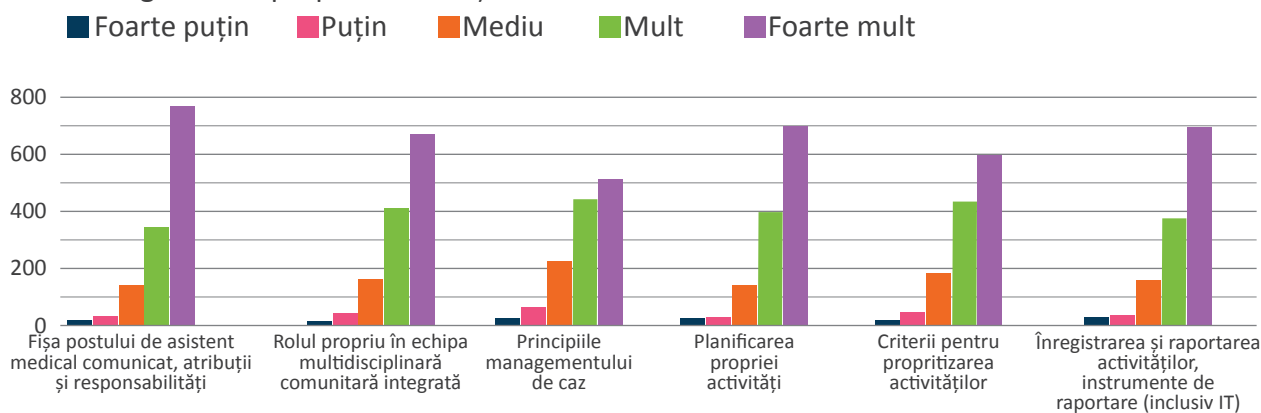
Aprecierea importanței/ nevoii de instruire pe tema “Cadrul normativ și accesul la serviciile de sănătate”

E.4 Cadrul normativ și accesul la serviciile de sănătate



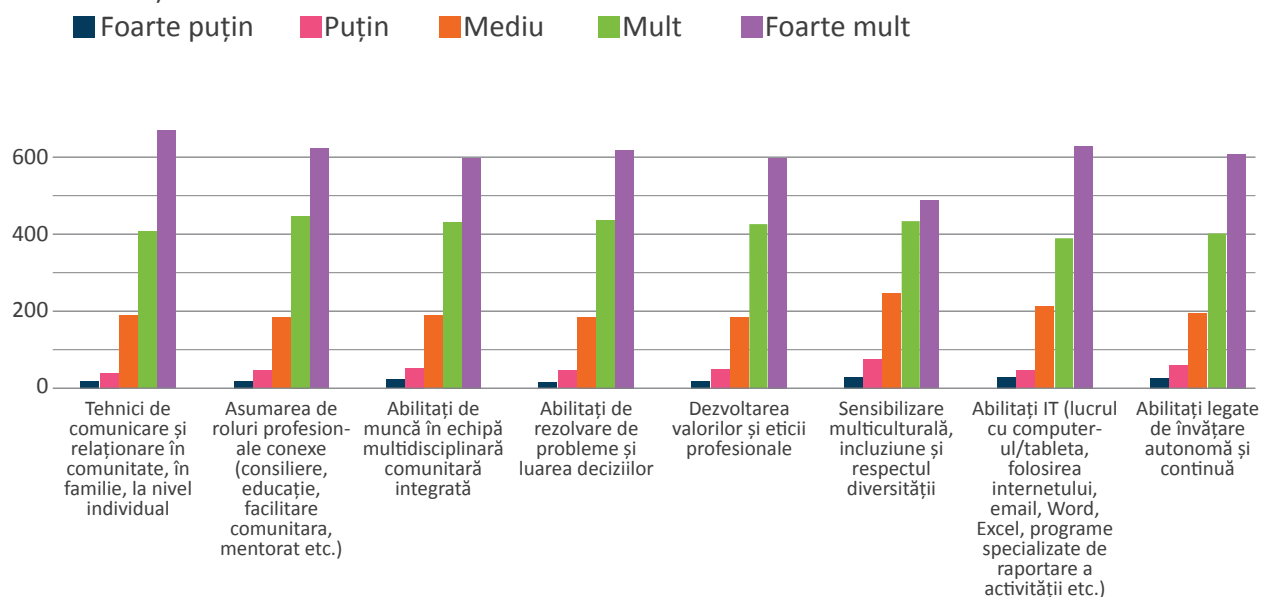
Aprecierea importanței/ nevoii de instruire pe tema “Managementul propriei activități”

E.5 Managementul propriei activități



Aprecierea importanței/ nevoii de instruire pe tema “Abilități necesare în munca din comunitate”

E.6 Abilități necesare în munca din comunitate



UNICEF în România
Bd. Primăverii 48A,
Sector 1, București
Tel.: +40 21 201 78 72
Fax: +40 21 317 52 55
E-mail: bucharest@unicef.ro
<https://www.unicef.org/romania/>

unicef 

pentru fiecare copil