

Principiile medicinei de familie și aplicarea lor în Republica Moldova

A. Bologa

Department of Family Medicine, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University

Corresponding author: 069080065. E-mail: anabologa879@gmail.com

Manuscript received March, 2012; revised April 30, 2012

Principles of Family Medicine and their practical application in the Republic of Moldova

Family medicine is the medical specialty which provides continuous health care, encompassing for individual and family. Although the principles are the same, family medicine, family doctor skills depend on the location of the medical cabinet, the prevalence of disease in the territory, the resources available and the proximity to other medical centers and hospitals differ on the preparation of physicians worldwide. This study included 100 primary consultations to primary care provider, of which 50 consultations into a CMF type, and 50 in the CMF model. The results obtained have demonstrated significant differences in some bins in terms of the degree of compliance and application of the principles in the daily practice of the specialty.

Key words: family medicine, principles, practice.

Принципы семейной медицины и их практическое применение в Республике Молдова

Семейная медицина — медицинская специальность, которая обеспечивает постоянное медицинское обслуживание, всеобъемлющее для индивидуума и семьи. Хотя принципы семейной медицины являются те же, необходимые навыки семейного врача, зависят от местоположения медицинского кабинета, распространенности заболевания на территории, имеющихся ресурсов и близости к другим медицинским центрам и больницам, также различаются по подготовке врачей во всем мире. Это исследование включает 100 первичных консультаций у семейного врача, из которых 50 консультаций в типичном Центре Семейных Врачей и 50 в образцовом Центре Семейных Врачей. Полученные результаты продемонстрировали существенные различия в некоторых ячейках с точки зрения степени соблюдения и применения принципов в повседневной практике по специальности.

Ключевые слова: семейная медицина, принципы, практика.

Introducere

Medicina de familie este specialitatea medicală care oferă îngrijirea continuă a sănătății, atotcuprinzătoare pentru individ și familie. Aceasta integrează științele biologice, clinice și comportamentale. Domeniul de aplicare al medicinei de familie cuprinde toate vârstele, sexele, fiecare sistem de organe și orice entitate a bolii [1]. Medicii de familie oferă o gamă largă de servicii de îngrijire medicală în probleme acute, cronice și preventive. În plus, ei oferă îngrijire preventivă, inclusiv controale de rutină, evaluări de risc pentru sănătate, imunizare și teste personalizate de consiliere pentru menținerea unui stil de viață sănătos. Medicii de familie, de asemenea, gestionează boli cronice, adesea coordonează îngrijirile oferite de alte subspecialități [2]. Asistența medicală primară echivalează cu evantaiul integral de activități specifice medicinei generale, care privesc atât omul sănătos, cât și pe cel bolnav în perioada debutului afecțiunii. Figura-cheie în sistemul asistenței medicale primare este medicul de profil general. Unitatea oferă asistență calificată a unui bun profesionist de profil general familiei în întregime, cu implicarea în diverse probleme de viață, ce pot influența sănătatea. Asistența de familie este nucleul sistemului de ajutor medico-social primar [3]. Medicina de familie a fost implementată, practic, în cadrul reformelor din sistemul ocrotirii sănătății [4]. Medicul de familie, prin poziția sa în sistemul actual de sănătate, este un adevărat nucleu de stocare și prelucrare a informațiilor, deoarece primește și trimite informații în toate direcțiile [5]. MF au abilități speciale în tratarea pacienților cu mai multe probleme de sănătate și co-morbidități. Un medic generalist bun va trata pacienții ca popor și ca populație [6].

Pe lângă obiectul și metodele sale, medicina de familie are și niște fundamente care îi conferă nu numai utilitate ci și particularitate incontestabilă în cadrul medicinei contemporane [7].

Cu toate că principiile medicinei de familie sunt aceleași, deprinderile necesare medicului de familie depind de amplasarea cabinetului medical, de prevalența bolilor în teritoriu, de resursele disponibile și de apropierea de alte centre medicale și, respectiv, pregătirea medicilor generaliști diferă pe plan mondial. În multe țări, medicii generaliști sunt pur și simplu nonspecialiști [4].

Principiile specialității conform EURACT:

1. Management al asistenței primare.
2. Îngrijire centrată pe pacient.
3. Abilități de rezolvare a problemelor specifice.
4. Orientare spre comunitate.
5. Abordare comprehensivă.
6. Abordare holistică.

Trei domenii de aplicare:

- a. Sarcinile clinice:
 - capacitatea de a gestiona domeniul larg de plângeri, probleme și boli, așa cum sunt prezentate;
 - coordonare și urmărire pe termen lung.
- b. Comunicarea cu pacienții:
 - capacitatea de a structura consultul;
 - a furniza informații accesibile și a explica procedurile și concluziile;
 - a înțelege esența problemei în concordanță cu emoțiile diferite.
- c. Managementul practicii:
 - a oferi accesibilitate corespunzătoare și disponibilitate pacienților;
 - a organiza în mod eficient, dota financiar, gestiona, practica și a colabora cu echipa;
 - a coopera cu personalul de îngrijire medicală primară și cu alți specialiști [8].

Pacientul are nevoie de asistență diferită în diferite zone geografice și, în consecință, conținutul practicii medicului de familie variază. De exemplu, cunoștințele și competențele utile pentru un medic de familie în mediul urban pot varia de cele necesare unui medic de familie care practică în mediul rural. De asemenea, domeniul de aplicare al practicii medicului de familie se modifică în timp. Competențele și abilitățile sunt menținute prin instruire și aplicarea cunoștințelor în practică, iar calificarea este obținută prin formarea medicală continuă. Acest flux continuu de informații

medicale conferă, de asemenea, medicului de familie o posibilitate pentru evaluarea noilor tehnologii medicale [1].

MF trebuie să fie capabil să lucreze interdisciplinar cu alți profesioniști din domeniul sănătății, cum ar fi asistentele medicale, lucrătorii din domeniul social și psihologii, și să nu urmeze acest exemplu: «Un medic de familie care lucrează singur, e ca un instalator care vrea să repare o conductă fără instrumente» [9, 10] (tab. 1).

Tabelul 1

Reguli simple pentru secolul XXI în sistemul de îngrijire a sănătății

Abordare actuală	Reguli noi
<ul style="list-style-type: none"> • Îngrijirea se bazează în principal pe vizite • Autonomie profesională, variabilitatea regulilor • Controlul profesional al îngrijirii • Luarea deciziilor se bazează pe formare și experiență • A nu face nici un rău este o responsabilitate individuală • Secretul este necesar • Sistemul reacționează la nevoi • Reducerea costurilor este solicitată • Se acordă prioritate rolului profesional mai curând decât sistemului 	<ul style="list-style-type: none"> • Îngrijirea se bazează pe relații de vindecare continuă • Îngrijirea este personalizată în funcție de nevoile și valorile pacientului • Pacientul este sursa de control • Decizia luată este bazată pe dovezi • Securitatea este o proprietate de sistem • Transparența este necesară • Nevoile sunt anticipate • Deșeurile sunt în scădere continuă • Cooperarea între clinicieni este o prioritate

Material și metode

Pentru realizarea studiului dat, s-a elaborat un chestionar în baza principiilor de bază a specialității Medicina de Familie (EURACT). Chestionarul include un șir de întrebări grupate pe compartimente. Fiecare întrebare din chestionar are două opțiuni de răspuns "Da" și "Nu". Studiul a fost realizat prin metoda observațională. Am asistat la procesul de lucru al medicilor de familie din două Centre ale Medicilor de Familie (CMF). Au fost observate 50 de consultații din CMF tip, în perioada de vară, luna iulie 2011 și 50 de consultații din CMF model în perioada de toamnă, septembrie 2011. Criteriul de bază de includere în studiu a fost caracterul primar al consultației. Chestionarele au fost completate în timpul consultațiilor de către observator (tab. 2).

le tratamentului cu pacienții. Astfel, în CMF tip alternativele se discută doar în 14 cazuri din 50, spre deosebire de CMF model, în care acest raport este de 46 la 4 consultații primare (fig. 1, 2).

Tabelul 2

Descrierea centrelor studiate

Criterii	CMF tip	CMF model
Data fondării	01.01.2008	12.12.2000
Nr. total al populației deservite	9517	15294
Copii	1574	3126
Populația aptă de muncă	5994	9980
Populația asigurată	6203	11744
Invalizi	600	403
Nr. de medici	6	10
Vârsta medie a medicilor	47 ani	34-35 ani
Nr. sălilor de examinare	6	5

Rezultate obținute

Elemente ale contactului primar

În rezultatul studiului s-au obținut următoarele date: gradul de programare a pacienților în CMF tip a constituit 10 pacienți din 50, iar în CMF model – 46 din 50 (fig. 1). În figura 2 este reprezentat nivelul în care medicul de familie discută alternative-

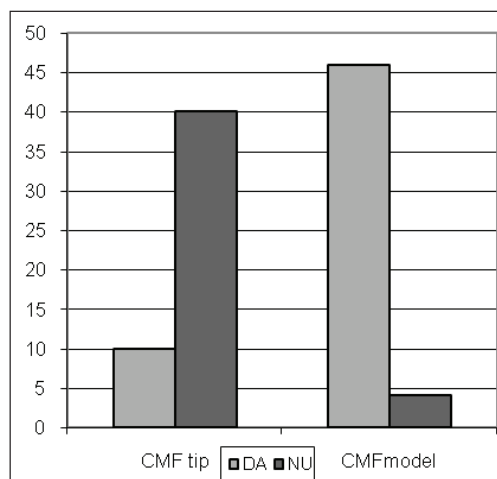


Fig. 1. Programarea pacienților.

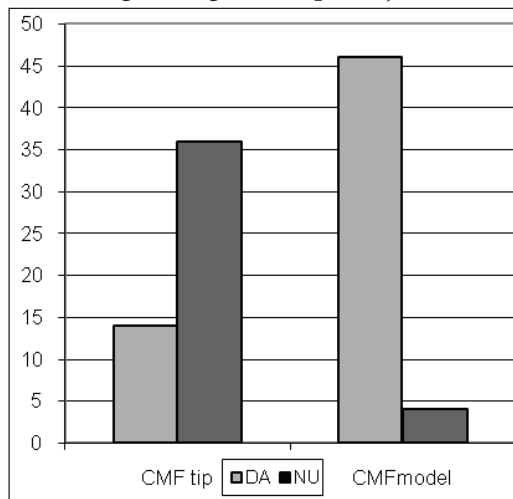


Fig. 2 Discutarea alternativelor.

Îngrijirea centrată pe pacient

Au fost înregistrate diferențe mai puțin evocatoare referitor la continuitatea asistenței medicale primare, dar, totuși, în centrul model numărul de cazuri, în care medicul de familie deservește pacienți de pe lista altui medic sau de pe lista altei instituții, prevalează. În CMF model aceasta se atestă în 14% cazuri, iar în CMF tip – în 6% cazuri (fig. 3, 4).

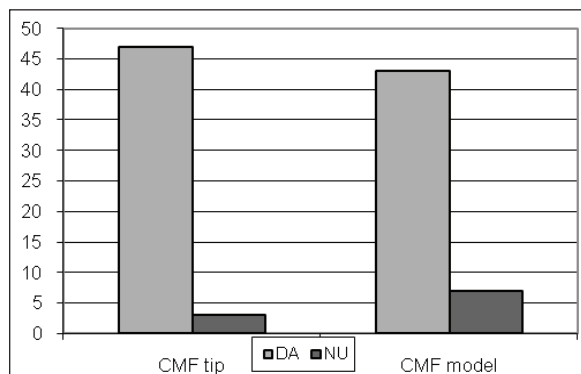


Fig. 3 Continuitatea asistenței medicale (pacientul este de pe lista medicului).

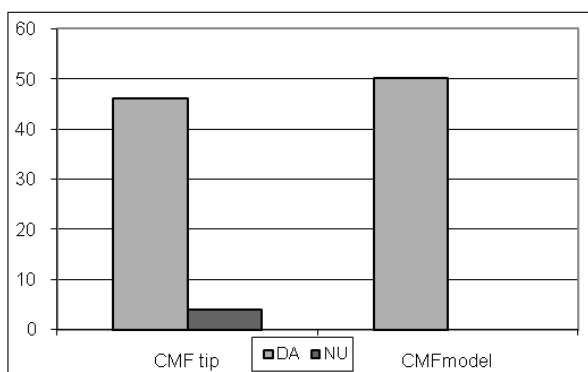


Fig. 4 Efectuarea examenelor profilactice.

Abordare comprehensivă

În figura 4 sunt prezentate datele referitor la nivelul de efectuare a examenelor profilactice în două CMF evaluate. În CMF model, la acest compartiment, rezultatele pozitive sunt în 100% cazuri, iar în CMF tip sunt în 9,2% cazuri.

Abilități de rezolvare a problemelor specifice

S-au obținut rezultate cu o diferență evidentă în centrele de cercetate, la compartimentul respectării etapelor consultului medical. Astfel, în CMF tip examenul fizic deplin la adresarea primară se efectuează în 14 cazuri din 50, iar examenul fizic focalizat, la adresarea secundară, în 44 de cazuri din 50. În CMF model examenul fizic deplin la adresarea primară se efectuează în 43 de cazuri din 50, iar examenul fizic focalizat la adresarea secundară – în toate 50 de cazuri (fig. 5, 6).

Abordare holistică

De asemenea, date semnificative s-au obținut la evaluarea gradului de aplicare a abordării holistice în practica cotidiană a medicului de familie. Figura 7 reflectă diferența dintre centrele evaluate, astfel în CMF tip rezultatul afirmativ s-a înregistrat în 14 cazuri din 50, iar în CMF model, în numărul total de cazuri (fig. 7).

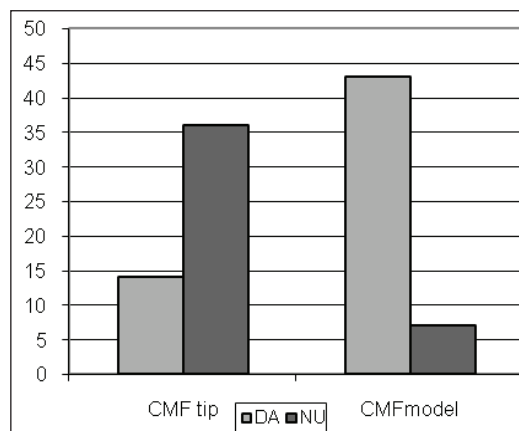


Fig. 5. Efectuarea examenului fizic deplin la adresarea primară.

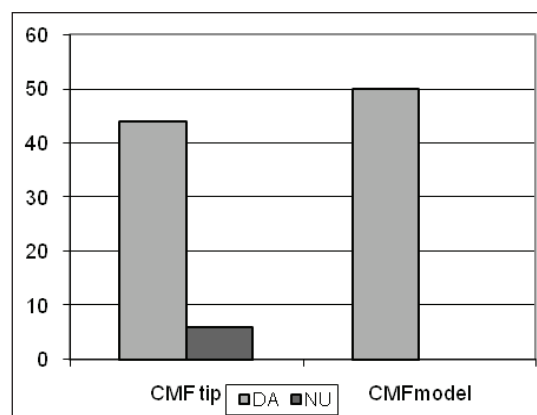


Fig. 6. Efectuarea examenului fizic focalizat la adresarea secundară.

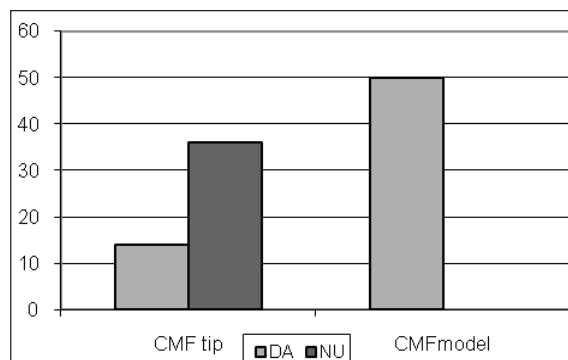


Fig. 7. Luarea în considerație a influenței bolii asupra stării psihice și mintale.

Concluzii

1. Practica cotidiană a medicilor de familie din CMF tip și CMF model diferă la mai multe compartimente.
2. Compartimentele cu cele mai semnificative diferențe sunt: programarea pacienților, discutarea alternativelor, continuitatea asistenței medicale, efectuarea examenelor profilactice, efectuarea examenului fizic deplin la adresarea primară și a celui focalizat la adresarea secundară, abordare holistică.
3. Diferențele înregistrate sunt influențate de dimensiunea lotului, dotarea centrelor, gradul de pregătire profesională a medicilor.

Bibliografie

1. The American Board of Family Medicine, I. Definitions & Policies. [cited; Available from: <https://www.theabfm.org/about/policy.aspx>.
2. Physicians, A.A.o.F. Family Medicine, Scope and Philosophical Statement. 2012 [cited; Available from: <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/scopephil.html>.
3. Congresul I al Medicilor de Familie din Republica Moldova "Medicina de Familie - veriga primordială a reformării sistemului de sănătate", 14.09.2000.
4. Haq WV Cynthia, Hunt Vincent, Mull Dennis, et al. Family practice development around the world. *Family Practice*. 1996;13(4).
5. Enachescu V, Pirvulescu VN, Florea L, ș. a. Medicina de Familie, curs universitar. Craiova: E.M. Universitară. 2006;231.
6. Leck AL. What is a good GP? *British Medical Journal*. 1987;351-2.
7. Restian A. Bazele Medicinii de Familie. Bucuresti: Editura Medicală, 2001;536.
8. Practice. E.E.A.o.T.i.G. GP core competencies. 2012 [cited; Available from: http://gpcurriculum.co.uk/international/european_definition_gp.htm.
9. Larochelle R. Force de première ligne. Au fil des événements. 2006.
10. Kahn NB. The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community. *Annals of Family Medicine*. 2004;2.

Eficiența utilizării carnetului medical perinatal în serviciul de asistență perinatală

L. Bologan, *I. Bologan, V. Loghin, T. Roabeș, E. Mecineanu

Department of Obstetrics and Gynecology
Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
20, Melestiu Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +373079665662. E-mail: ionbologan@mail.ru

Manuscript received March, 2012; revised April 30, 2012

The impact of using the medical perinatal card in perinatal care service

The Republic of Moldova's goal is to reduce the maternal and perinatal morbidity and mortality by improving the quality of care and by increasing accessibility to qualitative health care by the general population. The government of Moldova and the Ministry of Health has shown the responsibility of improving maternal and child health, as well as assuring pregnancy and birth without risk through implementation of new technological costs to be effective. Ministry of Health Order No 139 of May 28, 2002 "On the approval of medical records in primary evidence health care institutions" and implementing Form 113/e "Medical Perinatal Card" is one of the most important moments for reaching success. The Medical Perinatal Card is one of the basic sources of information about perinatology services in Moldova, which is an obligatory standard for antenatal care. After an analysis of 200 Perinatal Medical Cards (this is one of the important mechanisms for making a decision of treatment during pregnancy, birth, and the period of confinement) of four main components: perinatal counseling service, obligatory and optional programs of investigation, and gravidogram compartment and collecting data of birth, newborn, breast feeding, postnatal period to assess the quality of evidence for medical documentation, showed that the degree of completion of perinatal medical notebook does not fulfill the National Perinatal Guidelines and requires improved implementation of Medical Perinatal Card as an obligatory standard for antenatal care; the more active implication and increase responsibility of medical workers towards evidence of medical documentation.

Key words: pregnancy, medical perinatal card, medical documentation.

Эффективность применения перинатальных медицинских карт в деятельности перинатологических служб

Республика Молдова стремится к сокращению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности путем улучшения качества и увеличения доступности к качественному медицинскому обслуживанию населения. Правительство Республики Молдовы и Министерство Здравоохранения продемонстрировали свою приверженность к улучшению здоровья матери и ребенка путем внедрения в медицинскую практику новых рентабельно-эффективных технологий. Приказом Министерства Здравоохранения № 139 от 28 мая 2002 г. «Об утверждении форм первичного медицинского учета в здравоохранительных учреждениях» является одним из ключевых моментов успеха. Медицинская перинатальная карта является одним из основных источников информации в деятельности перинатологических служб в Республике, обязательным стандартом для дородового наблюдения. Во время исследования, после анализа 200 медицинских перинатальных карт (это один из ключевых механизмов принятия решений при ведении беременности, родов и в послеродовом периоде), для оценки качества ведения медицинской документации по четырем основным компонентам: перинатальное консультирование, программа обследования и эволюция беременности, представленная графически – gravidogramмой, роды и послеродовый уход, было установлено, что степень заполнения медицинских перинатальных карт не соответствует рекомендациям национальных перинатальных гидов. К сожалению, на сегодня можем констатировать, что предложенная для внедрения данная технология не нашла должного места и мы должны усилить реализацию данной рентабельно-эффективной технологии путем повышения ответственности медицинских работников за заполнение медицинской документации при ведении беременных.

Ключевые слова: беременность, перинатальная медицинская карта, медицинская документация.
