

RAPORT

CU PRIVIRE LA IMPLEMENTAREA
DE CĂTRE REPUBLICA MOLDOVA
A PREVEDERILOR REZOLUȚIEI
CU PRIVIRE LA CONSOLIDAREA
ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE CA O
COMPONENTĂ A TRATAMENTELOR
INTEGRATE PE PARCURSUL VIEȚII

(adoptată la cea de a 67-a Adunare
Mondială a Sănătății din 24 mai, 2014)





RAPORT

CU PRIVIRE LA IMPLEMENTAREA
DE CĂTRE REPUBLICA MOLDOVA
A PREVEDERILOR REZOLUȚIEI
CU PRIVIRE LA CONSOLIDAREA
ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE CA O
COMPONENTĂ A TRATAMENTELOR
INTEGRATE PE PARCURSUL VIEȚII
(adoptată la cea de a 67-a Adunare Mondială
a Sănătății din 24 mai, 2014)

Chișinău, 2019

PRINT
CARO

Acest raport a fost realizat în cadrul proiectului „Evaluarea progresului înregistrat de Republica Moldova în consolidarea îngrijirilor paliative și contribuirea la integrarea acestora în sistemul de sănătate din Republica Moldova”, implementat de Oficiul Avocatului Poporului (OMBUDSMAN) cu suportul financiar al Fundației Soros-Moldova / Departamentul Sănătate Publică.

Informațiile prezentate și concluziile emise în cadrul acestui raport aparțin în exclusivitate autorilor și nu sunt împărtășite neapărat de Fundația Soros-Moldova.

Coordonarea elaborării prezentului Raport a fost efectuată de către Avocatul Poporului (Ombudsmanul), **Mihail Cotorobai**.

Autori:

Rodica Gramma, master în management și legislație în sănătate, reprezentantul Republicii Moldova la Comitetul de Bioetică a Consiliului Europei și membră a Biroului Comitetului, consultant al Oficiului Avocatului Poporului în domeniul dreptului la sănătate.

Svetlana Rusu, Oficiul Avocatului Poporului

Elena Cernăuțeanu, Oficiul Avocatului Poporului

Carolina Cazaciuc, Oficiul Avocatului Poporului

Mulumiri speciale se aduc **Lilianeii Gherman**, Departamentul Sănătate Publică al Fundației Soros-Moldova, **Vitalie Slobozian**, Departamentul Sănătate Publică al Fundației Soros-Moldova, echipei Școlii de Management în Sănătate publică.

De asemenea, autorii aduc mulțumiri participanților din instituțiile medico-sanitare publice în studiul calitativ și cantitativ, dar și în cadrul vizitelor de monitorizare realizate de echipa de autori.

Toate drepturile sunt protejate. Conținutul Raportului poate fi utilizat și reprodus în scopuri nonprofit și fără acordul prealabil al Oficiului Avocatului Poporului cu condiția indicării sursei de informație.

Se distribuie gratuit

Tiraj: 125 ex.



LISTA ABREVIERILOR

AMDM	– Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
AMP	– Asistența medicală primară
AOAM	– Asigurarea Obligatorie de Asistență Medicală
AP	– Avocatul Poporului
APL	– Autoritatea publică locală
APpDC	– Avocatul Poporului pentru Drepturile Copilului
AVC	– Accident vascular cerebral
CAPCS	– Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate
CNAM	– Compania Națională de Asigurări în Medicină
CS	– Centrul de Sănătate
FAOAM	– Fondul Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală
IMS	– Instituții medico-sanitare
IMSP	– Instituții medico-sanitare publice
ÎP	– Îngrijiri paliative
ÎPP	– Îngrijiri paliative pediatrie
MS	– Ministerul Sănătății
MSMPS	– Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
OAP	– Oficiul Avocatului Poporului
OMS	– Organizația Mondială a Sănătății
ONG	– organizație non-guvernamentală
RTI	– Reanimare și Terapie Intensivă
UE	– Uniunea Europeană
USMF	– Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

CUPRINS

LISTA ABREVIERILOR	3
I. INTRODUCERE	5
II. METODOLOGIA APLICATĂ.....	7
III. CONTEXT GENERAL ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE	10
3.1. Cadru internațional.....	10
3.2. Asistența paliativă în Republica Moldova	13
3.3. Managementul durerii. Accesul la analgezice opioide	16
3.4. Abordarea intersectorială	20
3.5. Asistența medicală comunitară	22
3.6. Particularități în organizarea asistenței paliative la copii	24
IV. ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ LA NIVEL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ	27
4.1. Cadrul normativ.....	27
4.2. Atitudinea medicilor de familie față de prestarea serviciilor de îngrijire paliativă	29
4.3. Finanțarea îngrijirilor paliative în cadrul AMP	33
4.4. Conclucrarea intersectorială	35
4.5. Managementul durerii în practica medicilor de familie	41
4.6. Acordarea asistenței paliative copiilor de către medicul de familie	44
V. ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ OFERITĂ LA NIVEL DE SPITAL	46
5.1. Cadrul normativ.....	46
5.2. Finanțarea îngrijirilor paliative la nivel spitalicesc	47
5.3. Evaluarea asistenței paliative prestate în spitalele raionale	49
5.4. Asistența Paliativă în Spitalul Clinic Municipal nr.4 din Chișinău.....	59
5.5. Asistența paliativă pediatrică la nivel de instituții spitalicești	61
VI. ÎNGRIJIRI PALIATIVE OFERITE DE ORGANIZAȚII NON-GVERNAMENTALE.....	65
6.1. Instituții tip hospice	65
6.2. Îngriiri paliative la domiciliu.....	67
VII. RESURSE UMANE ÎN ASISTENȚĂ PALIATIVĂ.....	73
7.1. Cadru general.....	73
7.2. Instruirea universitară	74
7.3. Instruirea specialiștilor cu studii medii.....	75
7.4. Formarea continuă	76
7.5. Cunoștințe și abilități actuale pentru prestarea de îngrijiri paliative	77
CONCLUZII	80
RECOMANDĂRI.....	82
ANEXE.....	85

I. INTRODUCERE

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), o funcție importantă a sistemului de ocrotire a sănătății este răspunderea acestuia la așteptările și necesitățile populației, care urmează a fi abordate într-o manieră echitabilă în contextul drepturilor omului la viață și sănătate. Datele studiilor¹ realizate de Oficiul Avocatului Poporului (OAP) în anul 2016 și, repetat, în anul 2018, arată că societatea Republicii Moldova își dorește intervenții suplimentare pentru garantarea dreptului la sănătate. Mai mult ca atât, este atestată o creștere a ponderii respondenților care au expus această opinie (71,6% în 2018 față de 61% în anul 2016).

Pe parcursul ultimilor ani, către OAP au fost adresate petiții din partea populației cu manifestarea nemulțumirii față de anumite lacune sau deficiențe în sistemul de sănătate. Din aceste considerente, dreptul la sănătate și accesul la serviciile de sănătate au fost declarate de către Avocații Poporului drept una din prioritățile de activitate, acest subiect fiind inclus în Programul de Dezvoltare Strategică pentru anii 2018-2022 a instituției².

În procesul de analiză a cazurilor parvenite, prin adresare directă sau preluate prin autosesizare, OAP a identificat carențe în accesibilitatea, disponibilitatea și calitatea serviciilor medicale pentru diferite grupuri de pacienți. O situație specială, destul de gravă, a fost constatată în asistența acordată pacienților terminali și acordarea îngrijirilor paliative în Republica Moldova. În special aceste carențe au fost elucidate în anul 2017 în cazul Niculinei Bulat³, mediatizat larg în surse media. Avocatul Poporului s-a sesizat din oficiu pe acest caz și a elaborat Raportul special privind rezultatele investigării realizate prin prisma standardelor din domeniul drepturilor omului, care a fost prezentat public și înaintat autorităților competente pentru întreprinderea de acțiuni concrete întru îmbunătățirea situației⁴. Acest caz a scos în evidență mai multe probleme sistemice: conlucrarea defectuoasă a structurilor la nivel comunitar; lipsa colaborării intersectoriale în monitorizarea pacientului aflat în stare terminală; organizarea insuficientă a serviciilor necesare asistenței unor astfel de pacienți, etc.

OMS (2002) definește îngrijirea paliativă ca o abordare de îmbunătățire a calității vieții pacienților și familiilor acestora, care face față problemelor asociate cu boala amenințătoare de viață, prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea corectă și tratamentul durerii și al altor probleme fizice, psihosociale și spirituale⁵.

¹ Percepții asupra drepturilor omului în Republica Moldova. Disponibil la: https://www.md.undp.org/content/moldova/ro/home/library/effective_governance/percep_ii-asupra-drepturilor-omului-in-republica-moldova.html

² <http://ombudsman.md/sites/default/files/document/attachments/strategieoapr.pdf>

³ <https://www.zdg.md/stiri/stiri-sociale/avocatul-poporului-despre-cele-zece-zile-in-iad-ale-niculinei-bulat-cinci-urgente-fara-spitalizare-nicio-vizita-a-medicului-si-nicio-responsabilitate>

⁴ www.ombudsman.md

⁵ Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Connor S.R., PhD, Sepulveda Bermedo M.C. (eds.). World Health Organisation, 2014. Disponibil la: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

Prin semnarea Rezoluției Adunării Generale pentru Sănătate „*Consolidarea îngrijirilor paliative, ca o componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții*”, aprobată în 2014, Republica Moldova și-a asumat responsabilitatea de a implementa prevederile acesteia. În conformitate cu Rezoluția, sistemele de sănătate trebuie să asigure accesul la îngrijirea paliativă ca parte integrantă a dreptului la îngrijire medicală continuă. Documentul listează măsurile necesare a fi implementate obligatoriu la nivel de țară pentru consolidarea îngrijirii paliative, de la formularea și implementarea unor politici naționale care integrează serviciile de îngrijiri paliative în fluxul continuu al asistenței medicale la toate nivelurile, cu accent pe asistența primară, comunitară și pe îngrijirile la domiciliu, pînă la dezvoltarea unui model cost-eficient de abordare multi-sectorială a asistenței acordate. Rezoluția impune obligația statului să asigure resurse financiare și umane (personal instruit) pentru dezvoltarea și oferirea acestui serviciu, politici adecvate pentru asigurarea accesului la medicamentele esențiale necesare controlului durerii și altor simptome.

În acest context, OAP și-a propus realizarea unei cercetări cu privire la organizarea, dezvoltarea, finanțarea, furnizarea și accesul la asistența paliativă în Republica Moldova prin prisma angajamentelor asumate de Republica Moldova.

Scopul principal al acestui studiu a fost de a evalua, la nivel de țară, gradul de implementare a prevederilor Rezoluției Adunării Generale pentru Sănătate „*Consolidarea îngrijirilor paliative, ca o componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții*”, aprobate în 2014, precum și de a identifica problemele și lacunele care împiedică dezvoltarea adecvată a acestui serviciu în Republica Moldova, pentru înaintarea recomandărilor către autoritățile competente, reieșind din rolul instituției și atribuțiile ce rezidă din Legea 52/2014 cu privire la Avocatul Poporului (Ombudsmanul).

Astfel, au fost analizate actele normative care vizează asistența paliativă, pentru a înțelege gradul de acoperire a acestui domeniu de cadrul legal și normativ în vigoare, precum și lacunele rămase. Un aspect aparte a fost dedicat situației ce ține de asigurarea cu medicamente necesare pentru managementul durerii (opioide).

A fost analizată asigurarea accesului echitabil la servicii de îngrijire paliativă pentru diferite grupuri de vârstă ale populației (copii și adulți) și tipuri de patologii (oncologice și neoncologice), inclusiv accesul la medicația esențială pentru controlul durerii; existența și gradul abordării intersectoriale a pacientului paliativ; a fost analizată posibilitatea oferirii asistenței paliative continue centrate pe pacient la toate nivelele de îngrijire (primar, secundar și terțiar).

Evaluarea situației a fost realizată prin abordarea bazată pe drepturile omului cu accent pe următoarele aspecte: accesibilitate (geografică, informațională, financiară), disponibilitate, acceptabilitate pentru diferite grupuri de pacienți, calitate.

II. METODOLOGIA APLICATĂ

Subiectele analizate în acest studiu au avut la bază prevederile Rezoluției Adunării Generale pentru Sănătate „*Consolidarea îngrijirilor paliative, ca o componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții*”, aprobate în 2014.

În procesul evaluării au fost analizate datele disponibile din sursele oficiale, inclusiv date statistice, rapoarte publice, documente de politici etc. Totodată, prin demersuri oficiale din partea Avocatului Poporului au fost solicitate și colectate informații de la Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Compania Națională de Asigurări Medicale, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Centrul de Excelență în Medicină și Farmacie „Raisa Pacalo”, Agenția Națională de Asistență Socială.

A fost realizată analiza cadrului legal și actelor normative în vigoare care vizează asistența paliativă, care reglementează structura, organizarea și finanțarea acestui serviciu la fiecare etapă, traseul pacientului și asigurarea cu medicamente și consumabile la toate etapele de asistență medicală; nivelul de asigurare a echității și cost-eficacității fondurilor disponibile pentru acest serviciu.

În cadrul acestei evaluări, în perioada mai-august 2019, datele au fost colectate prin metode cantitative (analiza datelor statistice, aplicare de chestionare) și calitative (analiza cadrului normativ în vigoare, interviuri individuale și discuții în grupuri, vizite de monitorizare) pentru a măsura dimensiunea fenomenului și a înțelege cauzele și impedimentele care împiedică dezvoltarea și funcționarea unui serviciu integrat și continuu de îngrijire paliativă. Astfel, datele au fost colectate cu ajutorul instrumentelor de cercetare corespunzătoare, pe domenii după cum urmează:

ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ, realizat în parteneriat cu Școala de Management în Sănătate Publică.

Studiul cantitativ – A fost efectuat pe un eșantion de 342 medici de familie, stratificați conform mediului de reședință, 50% urban (65% municipiu vs. 35% centru raional) și 50% rural. Pentru a determina volumul eșantionului a fost utilizată formula pentru studiile descriptive:

$$n = \frac{Nt^2Pq}{N\Delta x^2 + t^2Pq}$$

unde

n – volumul eșantionului reprezentativ;

t – factorul de probabilitate, care este egal cu 1,96 pentru o probabilitate de 95%;

P și q – probabilitate și contraprobabilitatea de apariție (sau neapariției) a fenomenului cercetat.

În cazurile în care nu avem date despre fenomenul cercetat, se constată că „**n**” este maxim, când produsul „**Pq**” este maxim or, ținând seama de faptul că $0 \leq P \leq 1$ și $q = 1 - P$, produsul este maxim, atunci când $P = q = 0,5$.

Δ – eroare limită admisă, valoarea maximă acceptată este 5%, deci $\Delta x=0,05$
N – volumul colectivității generale este de 1722 medici de familie, conform datelor statisticii naționale.

După aplicarea formulei a fost obținută valoarea de 311, la care a fost adăugată rata de non-răspuns – 10% (31) și astfel a fost obținută cifra finală de 342 de medici de familie. Medicii au fost contactați direct în oficiile medicilor de familie, centre de sănătate, precum și la ședințele societății profesionale.

Instrumentul aplicat: chestionar elaborat de către autori, ce conține întrebări deschise și închise (*Anexa nr.1*).

Studiu calitativ – Realizarea discuțiilor în focus – grup. Au fost efectuate 10 ședințe în focus grupuri, ce au inclus circa 200 de participanți. Trei focus-grupuri au fost efectuate în zona urbană (municipii), în altele șapte discuții în grup au fost invitați lucrători medicali atât din centre rationale, cât și din satele adiacente. La discuții au participat medici de familie și asistente ale medicilor de familie. Ședințele au fost realizate, reieșind din distribuția geografică, în 3 regiuni ale țării: nord (Bălți, Soroca), centru (Orhei, Călărași, Criuleni, Ialoveni, Chișinău), sud (Cahul, Ceadâr-Lunga, Comrat).

Instrumentul aplicat: ghidul de interviu (*Anexa nr.2*).

ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ, realizat în parteneriat cu Școala de Management în Sănătate Publică.

Studiu cantitativ – A fost efectuată chestionarea a 34 manageri de spitale rationale, cu aplicarea unei grile pentru evaluarea asistenței paliative acordate în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești de nivel raional (*Anexa nr.3*).

Studiu calitativ – realizarea interviurilor în profunzime cu 7 manageri ai instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești de nivel raional.

Vizite de monitorizare – Echipa OAP a efectuat vizite în instituții medico-sanitare publice spitalicești de nivel raional – spitale rationale (SR) (Orhei, Călărași, Criuleni, Ialoveni, Cahul, Comrat), cât și de nivel municipal (Spitalul municipal Bălți, Spitalul municipal nr.4 Chișinău, Spitalul Clinic Municipal de Copii nr. 3 „V.Ignatenco”) și de nivel republican (Institutul Mamei și Copilului, Institutul Oncologic, Institutul de Ftiziopulmonologie „Chiril Draganiuc”). În cadrul monitorizării au fost realizate discuții cu managerii, personalul implicat în prestarea serviciilor de asistență paliativă, au fost documentate condițiile, infrastructura și dotarea secțiilor destinate îngrijirii paliative.

ASISTENȚA PALIATIVĂ SPECIALIZATĂ – HOSPICE OFERITĂ DE ONG-uri

Vizite de monitorizare – Echipa OAP a realizat vizite în instituțiile specializate pentru prestarea serviciilor de îngrijire paliativă – Hospice Gloria; Hospice Zubrești și Hospice Isacova.

În cadrul monitorizării au fost realizate discuții cu managerii, personalul implicat în îngrijirea paliativă, au fost documentate condițiile, infrastructura și dotarea instituțiilor respective pentru prestarea unor astfel de îngrijiri.

ASISTENȚA SOCIALĂ

Vizite de monitorizare – Echipa OAP a realizat întâlniri în teritorii cu reprezentanți ai direcțiilor/departamentelor de asistență socială din raioanele Comrat, Călărași, Cahul.

În cadrul monitorizării au fost realizate discuții pentru a determina nivelul de implicare a personalului din asistența socială în îngrijirea paliativă și realizarea abordării intersectoriale a pacientului terminal.

ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU – ORGANIZAȚII NON-GVERNAMENTALE

Studiu calitativ – Au fost realizate interviuri individuale cu reprezentanți ai asociațiilor obștești Angelus Moldova și Hospices of Hope Moldova, pentru a înțelege modalitatea de organizare a activității în acest domeniu, căile și posibilitățile de finanțare, asigurarea cu consumabile și medicamente, problemele și barierele cu care se confruntă, precum și doleanțe care ar contribui la îmbunătățirea accesului și asistenței oferite pacienților paliativi din țara noastră.

III. CONTEXT GENERAL ÎN ÎNGRIJIRI PALIATIVE

3.1. Cadru internațional

OMS estimează că anual în lume aproximativ 20 de milioane de persoane au nevoie de servicii de îngrijiri paliative la sfârșitul vieții, și un număr aproximativ egal de persoane ar avea nevoie de îngrijiri paliative în ultimul an de viață, însemnând un total de 40 de milioane de persoane. Se estimează că din totalul de 20 de milioane de persoane care ar avea nevoie de îngrijiri paliative la sfârșitul vieții, doar 14% dintre aceștia o primesc, circa 80% trăiesc în țări slab dezvoltate sau în curs de dezvoltare, 67% sunt cu vârsta peste 60 de ani, iar 6% – sunt copii^{6,7}.

Comitetul ONU pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale, în Comentariul General nr.14, subliniază că „*Statele au obligația să respecte dreptul la sănătate prin... a nu refuza sau limita accesul egal al tuturor persoanelor... la servicii de sănătate preventive, curative și paliative*”. Dreptul la sănătate este recunoscut ca drept fundamental al omului în Constituția OMS, precum și în câteva instrumente internaționale, cum sunt: Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale; Convenția împotriva torturii și altor tratamente cu cruzime, inumane sau degradante, Convenția privind drepturile copilului și Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități. În cazul pacienților care prezintă durere severă, eșecul statului de a asigura îngrijiri paliative poate fi considerat și un tratament crud, inuman sau degradant. Astfel, accesul la îngrijiri paliative este o obligație legală, așa cum tratatele internaționale o recunosc. În același context Asociația Europeană pentru Îngrijiri paliative, Asociația Internațională pentru Îngrijiri Paliative, Alianța Internațională pentru Îngrijiri Paliative și Observatorul pentru Drepturile Omului colaborează pentru a promova accesul la îngrijiri paliative ca drept fundamental al omului.

Fiind un drept garantat de Legea Supremă⁸, dreptul la sănătate și-a găsit valoarea într-un șir de legi și acte normative naționale la baza cărora a stat respectarea drepturilor fundamentale ale omului și a demnității ființei umane în domeniul ocrotirii sănătății. Astfel, pe parcursul ultimilor ani, dreptul la sănătate în Republica Moldova este abordat prin prisma standardelor internaționale, punându-se accent pe drepturile pacientului⁹, care derivă de la drepturile fundamentale ale omului la viață și sănătate. Acestea includ atât drepturile sociale: accesibilitate, echitate și calitate în obținerea asistenței medicale, precum și drepturi individuale care presupun respectarea pacientului ca ființă umană, a demnității și integrității sale în procesul de acordare a asistenței medicale.

⁶ World Health Organization (WHO), 10 facts on palliative care [online]. Disponibil la: <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en/>

⁷ Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Connor SR, Sepulveda-Bermedo MC (Eds). World Health Organization (2014). Worldwide Palliative Care Alliance: Hospice House, London;

⁸ Articolul 36 alineatul (1) din Constituția Republicii Moldova;

⁹ Articolul 5 din Legea nr.263/27.10.2005 „Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului”;

În această ordine de idei, în 2014, în cadrul Adunării Generale a OMS a fost adoptată Rezoluția „*Consolidarea îngrijirilor paliative, ca o componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții*”¹⁰. Prin semnarea acestei Rezoluții, Republica Moldova și-a asumat angajamentul pentru asigurarea accesului populației la îngrijiri paliative ca parte integrantă a dreptului la asistență medicală continuă.

Conform Rezoluției, sistemele naționale de sănătate trebuie să includă îngrijirile paliative în fluxul continuu de asistență medicală. Îngrijirile paliative nu trebuie considerate o opțiune suplimentară, dar trebuie asigurate în paralel cu tratamentele potențial curative și trebuie adaptate la nevoile fizice, psiho-sociale și spirituale complexe ale pacienților, familiilor acestora și îngrijitorilor, pe măsură ce boala evoluează.

Îngrijirea paliativă este o abordare interdisciplinară și presupune asigurarea îngrijirilor de bază, adică satisfacerea nevoilor individuale ale pacientului, oriunde ar fi acesta: la domiciliu sau în spital. Acest fapt presupune crearea unui mecanism clar de abordare intersectorială, cu asigurarea continuității asistenței pacientului paliativ, prin o manieră holistică și multiprofesională, pentru asigurarea suportului și îngrijirii totale a pacientului și familiei acestuia, reieșind din necesitățile lor specifice.

Conform recomandărilor internaționale¹¹ eligibile pentru îngrijirea paliativă trebuie să fie considerate următoarele grupuri de pacienți:

- persoane care traiesc cu boli cronice și leziuni care le amenință viața, rezultate în urma unor accidente sau traumatisme severe;
- copii sau adulți cu boli sau malformații congenitale grave, care duc la dependență de tratamente de susținere a vieții sau îngrijire de lungă durată pentru realizarea activității cotidiene uzuale;
- copii sau adulți cu dizabilități intelectuale sau de devoltare, care suferă de boli severe care le amenință viața;
- persoane de orice vârstă cu boală acută severă și care le amenință viața (ex.: traumatisme severe, leucemie acută, accident vascular etc.), unde vindecarea și reversibilitatea este un scop realist, dar unde boala în sine sau tratamentele asociate aduc cu sine o suferință semnificativă și o calitate scăzută a vieții;
- persoane care trăiesc cu boli cronice progresive (boala vasculară periferică, distrofiile neuro-musculare, cancer, insuficiență renală sau hepatică, AVC cu deficit funcțional sever, boala cardiacă sau pulmonară avansată, fragilitate cauzată de vârsta avansată, dezordini neurodegenerative și diferite forme de demență);

¹⁰ Resolution WHA67.19. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 19–24 May 2014; Disponibil la: http://www.studiipaliative.ro/wp-content/uploads/2013/09/Rezolutia-OMS-2014_RO.pdf

¹¹ Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Third Edition. National Consensus Project for Quality Palliative Care. USA, 2013. http://www.nationalconsensusproject.org/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf

- pacienți în faze terminale a unor maladii severe precum: demența, cancer, SIDA, accident vascular cu dizabilitate gravă, atunci când nu există șanse pentru recuperare sau stabilizare și pentru care îngrijirea paliativă intensivă este unicul obiectiv al asistenței oferite acestora.

Conform Asociației Europene pentru Asistență Paliativă, există trei nivele de acordare a Îngrijirii Paliative¹²:

- *Abordare paliativă* care poate fi asigurată la domiciliul pacientului de către medicii de familie sau de către medicii generalişti, care își desfășoară activitatea în AMP sau în secțiile de spital sau centrele rezidențiale.
- *Suport specializat pentru Îngrijirea Paliativă* este asigurat de echipe de voluntari, echipe de îngrijire la domiciliu, echipe mobile de spital.
- *Îngrijire Paliativă de specialitate* va fi acordată la necesitate, în unitățile cu paturi, echipe de îngrijire la domiciliu, centre de zi.

Accesul la îngrijiri paliative este limitat sau inexistent în multe țări, mai ales în cele în curs de dezvoltare. Astfel, dezvoltarea globală a Îngrijirilor Paliative, este clasificată, țară după țară, și divizată în șase grupe, după cum urmează:

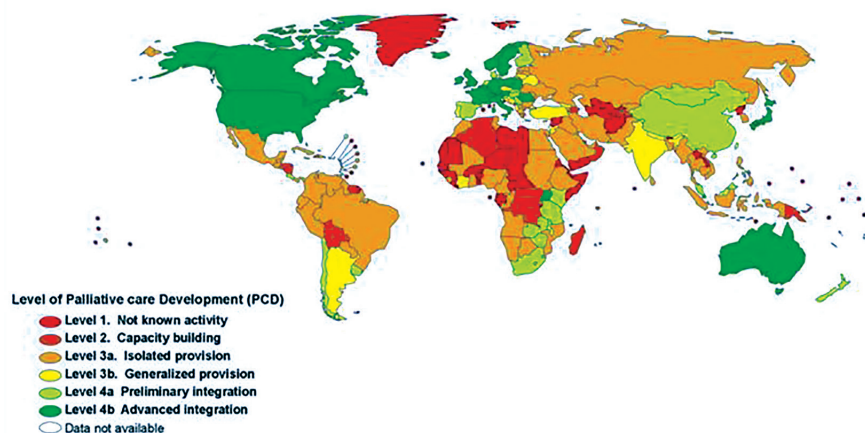


Figura 1. Cartografierea nivelurile de dezvoltare a asistenței paliative la nivel global¹³

- Grupul 1 – Țările care nu au nici o activitate cunoscută de îngrijire paliativă.
- Grupul 2 - Țările cu activitate de consolidare a capacității de a oferi îngrijire paliativă.

¹² Connor S.R., Sepulveda Bermedo M.C., World Health Organization (WHO), Worldwide Palliative Care Alliance WPCA Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014. Disponibil la: <http://www.thewhpc.org/images/resources/policy-statements/WPCA%20policy%20defining%20palliative%20care%202011.pdf>

¹³ Lynch Th., Connor St., Clark D. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. In: *Journal of Pain and Symptom Management*, June 2013, 45 (6):1094–1106. Disponibil la: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(12\)00334-X/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(12)00334-X/fulltext)

- Grupul 3 (a) – Țările care asigură serviciu de îngrijire paliativă izolat.
- Grupul 3 (b) – Țările care asigură generalizat serviciu de îngrijire paliativă.
- Grupul 4 (a) – Țările în care serviciile de Îngrijire Paliativă se află la etapa de integrare preliminară în furnizarea serviciilor în masă.
- Grupul 4 (b) – Țările în care serviciile de Îngrijire Paliativă se află într-un stadiu avansat de integrare și furnizare în masă.

Conform acestei clasificări, Republica Moldova face parte din grupul 3(a), serviciul de Îngrijire Paliativă fiind asigurat în mod izolat¹⁴. Din cei aproximativ 25 000 – 27 500 de bolnavi de la noi din țară, care nu mai au șanse de supraviețuire, și care necesită Îngrijire Paliativă pe final de viață anual, conform unui studiu publicat în 2014, doar circa 10% beneficiază de acest serviciu¹⁵.

3.2. Asistența paliativă în Republica Moldova

Fiind parte integrantă a sistemului de sănătate, medicina paliativă vine întru garantarea drepturilor sociale ale pacientului la asistență medicală, or *pacientul are dreptul la reducere a suferinței și atenuare a durerii, provocate de o îmbolnăvire și/sau intervenție medicală, prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei medicale și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii în sănătate, precum și de îngrijire terminală demnă de o ființă umană*¹⁶.

În Republica Moldova asistența paliativă este organizată pentru prima dată în anul 2000, la nivel de servicii non-guvernamentale, și doar mult mai târziu este oferită prin sectorul public. Primul serviciu specializat de îngrijiri paliative în sectorul public – **Echipa mobilă de îngrijiri paliative de spital** – a fost creat în anul 2008 în cadrul Institutului Oncologic, cu suportul Fundației Soros-Moldova, fiind creat serviciul specializat de asistență paliativă.

„Politica Națională de Sănătate”, aprobată prin Hotărârea Guvernului R. Moldova nr. 886 din 06 august 2007, a permis și impulsionat inițierea dezvoltării serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova.

Ulterior, au fost efectuate eforturi conjugate pentru elaborarea cadrului legislativ și normativ adecvat, care să permită înființarea și implementarea serviciilor medicale și sociale comunitare și de îngrijire la domiciliu, cu eliminarea barierelor de orice caracter în calea accesului la aceste servicii.¹⁷

În perioada decembrie 2005 – iunie 2006, cu susținerea Fundației Soros-Moldova, a fost efectuat un studiu care a avut drept scop evaluarea nevoilor de îngrijire paliativă în Republica Moldova¹⁸.

¹⁴ Buta G., Bradu A., Pogoneț V., Carafizi N., Ignat R., Curocichin Gh. Îngrijirile paliative în Republica Moldova – realitate și perspectivă. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2018, nr. 1-2(75-76), pp. 24-29;

¹⁵ Gherman L., Pogoneț V., Soltan V., Isac V. Palliative Care in Moldova. In: *Journal of Pain and Symptom Management*, February 2018, Supplement, 55(2): S55–S58. Disponibil la: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30396-2/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(17)30396-2/fulltext)

¹⁶ Articolul 5 alineatul (1) litera (d),(p) din Legea nr.263/27.10.2005 „Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului”;

¹⁷ Punctul 185 din Politica Națională de Sănătate;

¹⁸ Palliative Care Needs Assessment in Republic of Moldova 2005-2006. Disponibil la: <http://www.thewhpc.org/resources/item/palliative-care-needs-assessment-in-republic-of-moldova-2005-2006>

Conform studiului:

- 1) 23 567 de pacienți pe an, este un număr minim de luat în calcul la planificarea serviciilor de îngrijire paliativă la nivel național, iar cifra de 25 000 pacienți pe an, ar fi mai realistă.
- 2) Peste 50 la sută din nevoile de îngrijire paliativă sunt concentrate în 2 municipii și 11 raioane. Acestea pot fi utilizate ca locuri de plecare pentru dezvoltarea serviciilor.
- 3) Peste 60% dintre pacienții cu îngrijire paliativă sunt în aria rurală.

Studiul a descris barierele existente în dezvoltarea serviciului de asistență paliativă și a oferit recomandări practice pe termen scurt, mediu și lung. Urmare a lansării rezultatelor studiului, a fost constituit un grup de lucru național compus din experți în îngrijiri paliative, oficiali guvernamentali și lideri academici pentru a dezvolta un plan național de implementare a îngrijirii paliative. Astfel a fost elaborată și aprobată „*Concepția de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative și un plan de acțiuni pentru dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova*”, care a fost aprobat de Ministerul Sănătății în iunie 2008¹⁹. Ulterior, în anul 2009 a fost elaborat și aprobat Regulamentul de organizare și funcționare a serviciilor de îngrijire paliativă, însă, din cauza schimbărilor politice din guvern și a priorităților concurente concomitente, planul nu a fost pus în aplicare în volum deplin.

Prin *Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017* statul și-a asumat obligația pozitivă de promovare a asistenței medicale integrate și de asigurare a continuității serviciilor medicale prin sporirea rolului și a autorității asistenței medicale primare în sistemul național de sănătate, inclusiv prin dezvoltarea serviciilor de îngrijiri comunitare și la domiciliu²⁰.

Republica Moldova a integrat, totuși, îngrijirea paliativă în sistemul de sănătate începând cu anul 2010, când, după un lung șir de dezbateri, a fost aprobat Standardul Național de Îngrijiri paliative²¹. În paralel, Ministerul Sănătății a aprobat normele revizuite pentru personalul medical din spitale și costurile estimate pentru furnizarea de îngrijiri paliative.

În scopul de a asigura accesul echitabil al populației la servicii de îngrijiri paliative, de a spori calitatea și prelungi viața celui bolnav, în anul 2015 Ministerul Sănătății a aprobat *Regulamentul cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative*²², care descrie modul de organizare a serviciilor; drepturile și responsabilitățile beneficiarilor și a prestatorilor de servicii de îngrijiri paliative. Astfel, serviciile de **îngrijiri paliative** pentru pacienții eligibili și familiile acestora pot fi oferite **în următoarele structuri:**

¹⁹ Ordinul Ministerului Sănătății nr. 234 din 09.06.2008 Privind dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative în R. Moldova;

²⁰ Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.1471/24.12.2007;

²¹ Standardul Național de Îngrijire Paliativă, Chișinău 2010. Disponibil la: http://89.32.227.76/_files/15098Standardi%2520Na%25C5%25A3ional%2520de%2520%25C3%25E8ngrijiri%2520Paliative.pdf

²² Ordinul Ministerului Sănătății nr.1022 din 30.12.2015 cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative;

- a) hospice;
- b) secții cu paturi de îngrijiri paliative din cadrul instituțiilor medico-sanitare spitalicești;
- c) servicii de îngrijiri paliative la domiciliu;
- d) centre de zi;
- e) cabinete de consultații de îngrijiri paliative în ambulatoriu;
- f) echipele mobile specializate de îngrijiri paliative din cadrul instituțiilor medico-sanitare spitalicești (echipe interdisciplinare).

Îngrijirile paliative la domiciliu sunt prestate de către prestatori autorizați, contractați de CNAM. Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu sunt oferite de echipe interdisciplinare specializate sau de structuri rezidențiale, pentru pacienții cu deplasare dificilă²³.

Chiar dacă aceste servicii pot fi contractate de către instituțiile medico-sanitare, acestea nu prestează astfel de îngrijiri. Studiul a determinat că îngrijiri paliative la domiciliu sunt prestate la moment doar de către reprezentanții sectorului neguvernamental și doar un singur spital are echipă mobilă (IMSP Cahul), creată cu suportul unei finanțări externe (Hospice of Hope Moldova).

Beneficiari de îngrijiri paliative sunt pacienții de toate vârstele, cu maladii cronice în stadiu avansat și alte boli cu pronostic limitat, care au speranța de viață sub 12 luni, cu simptome necontrolate, suferință psihoemoțională sau spirituală semnificativă și/sau prezintă un anumit nivel de dependență²⁴.

În discuțiile cu reprezentanții asistenței medicale primare am determinat că mulți medici de familie confundă îngrijirea medicală la domiciliu cu *serviciul de asistență paliativă la domiciliu*. Practic, în toate raioanele monitorizate în cadrul studiului a fost confirmat faptul că pacienții care necesită îngrijiri paliative beneficiază de îngrijiri la domiciliu oferite de echipa medicului de familie.

Potrivit *Regulamentului cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu*²⁵, îngrijirea medicală la domiciliu presupune „*orice activitate de îngrijire medicală prestată la domiciliul pacientului de către lucrătorul medical cu instruire în domeniu, care contribuie la îmbunătățirea stării acestuia; îngrijirile medicale la domiciliu includ intervențiile medicale prestate conform Standardului național de îngrijiri medicale la domiciliu*”.

Prestatorii îngrijirilor medicale la domiciliu pot fi instituțiile medico-sanitare, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, cu drept de prestare a îngrijirilor medicale la domiciliu. Cerința de bază este că astfel de servicii vor fi acordate la recomandarea medicului de familie și/sau medicului specialist de profil din cadrul secțiilor spitalicești și specializate de ambulator, inclusiv la adresarea directă a beneficiarului către prestator²⁶.

²³ Standardul 8 din Standardul Național în Îngrijiri Paliative, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.884/30.12.2010;

²⁴ Hotărîrea Guvernului R.Moldova nr.1387 din 10 decembrie 2007 „Cu privire la aprobarea Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medical”;

²⁵ Ordinul Ministerului Sănătății nr.855/29.07.2013 „Cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu”;

²⁶ Punctul 7 din Ordinul Ministerului Sănătății nr.855/29.07.2013 „Cu privire la organizarea îngrijirilor medi-

Prestatorii oferă îngrijiri paliative la domiciliu persoanelor cu maladii incurabile, în stadii terminale, conform recomandării medicului de familie (bilet de trimitere), inclusiv în cazurile când îngrijirile paliative la domiciliu sunt recomandate de către medicii specialiști de profil”²⁷.

Pe parcursul ultimilor 10 ani au fost aprobate un șir de acte normative, ghiduri și protocoale în asistența paliativă, la care sunt făcute referiri în prezentul raport.

Organizarea Serviciului de îngrijiri paliative în Republica Moldova, conform informației oferite de MSMPS, este reglementată prin:

- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 884 din 30.12.2010 „Cu privire la aprobarea Standardului Național de îngrijiri paliative”;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1022 din 30.12.2015 „Cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative”;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 219 din 30.03.2016 „Cu privire la aprobarea Ghidului în îngrijiri paliative (cu particularități în TB, HIV, pediatrie)”;
- Protocolul Clinic Național 133 Îngrijiri paliative – dispnee, stare terminală;
- Protocolul Clinic Național 134 Îngrijiri paliative – patologia gastrointestinală;
- Protocolul Clinic Național 135 Îngrijiri paliative – durerea în cancer;
- Protocolul Clinic Național 136 Îngrijiri paliative – escare;
- Protocolul Clinic Național 279 Îngrijiri paliative la copil (anul 2017).

Este necesar să menționăm că aceste protocoale au fost elaborate în anul 2011 și necesită să fie actualizate, iar durerea este vizată doar în cazul pacienților de cancer.

3.3. Managementul durerii. Accesul la analgezice opioide

Durerea este un simptom frecvent întâlnit în rândurile persoanelor care sunt în stări care necesită îngrijiri paliative. Prevalența durerii este covârșitoare, în special, în ultimile luni de viață, iar intervenția promptă și medicația adecvată asigură declinul durerii și calitatea vieții suferindului. O durere necalmată este un factor esențial care erodează demnitatea persoanei. Managementul adecvat al durerii și simptomelor este o componentă de bază al îngrijirilor paliative.

Conform estimărilor OMS, anual zeci de milioane de pacienți suferă de durere cronică moderată sau severă și, în final, decedează neavând acces la medicamente opioide, printre care sunt pacienții cu cancer în faza terminală; pacienți cu traumatisme urmare a traumelor sau violențelor; pacienții care suferă de maladii cronice.

Cheia succesului în managementul durerii ține de implementarea și respectarea a trei principii generale („triunghiul OMS”):

- elaborarea politicilor naționale pentru un management adecvat al durerii;
- disponibilitatea și accesibilitatea analgezicelor opioide;
- instruirea pacienților, medicilor și managerilor²⁸.

cale la domiciliu”;

²⁷ Punctele 133, 134 din Ordinul Ministerului Sănătății nr.596/404 din 21.07.2016 „Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”;

²⁸ Studiul „Accesibilitatea și disponibilitatea la analgezicele opioide în Republica Moldova: impedimente legale și regulatorii”, Chișinău, 2015;

Legislația ce reglementează circulația substanțelor narcotice, psihotrope și a precursorilor are un scop nobil și, în același timp, foarte dificil: pe de o parte, trebuie să protejeze individul și societatea de impactul drogurilor, iar pe de altă parte, să permită utilizarea în scopuri medicale (în special, pentru calmarea durerii) a analgezicelor opioide, asigurând o bună accesibilitate a pacientului și, totodată, evitând traficul sau abuzul lor.

Analgezicele opioide sunt medicamente care necesită un regim special de securitate, evidență, prescriere și asigurare a trasabilității. Aceste aspecte sunt reglementate prin convenții internaționale și legislația națională. Această dublă misiune asigură principiul "echilibrului". Problema este că "balanța" deseori este înclinată în defavoarea pacientului și, în acest caz, anumite modificări în cadrul legal devin indispensabile.

Republica Moldova este parte la Convenția unică a ONU asupra stupefianțelor din anul 1961²⁹, iar prevederile stipulate în tratatele încheiate se transpun în actele normative naționale.

Orice pacient are dreptul legal la reducerea suferinței și atenuarea durerii, provocate de o îmbolnăvire și/sau intervenție medicală, prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei medicale și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii de sănătate³⁰. În acest context, deținerea analgezicelor opioide, conform indicațiilor medicale, este un drept incontestabil al pacientului.

În Republica Moldova, „regimul drogurilor” sau stipulările ce-i pot fi referite sunt reflectate de un șir de acte normative, precum:

- Legea nr. 382 din 06.05.1999 privind circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor;
- Hotărârea Guvernului R.Molova nr.1088 din 05.10.2004 „Cu privire la aprobarea tabelelor și listelor substanțelor narcotice, psihotrope și precursorilor acestora, supuse controlului”;
- Hotărârea Guvernului R.Molova nr.79 din 23.01.2006 „Privind aprobarea Listei substanțelor narcotice, psihotrope și a plantelor care conțin astfel de substanțe depistate în trafic ilicit, precum și cantitățile acestora”;
- Hotărârea Guvernului R.Molova nr.128 din 06.02.2006 „Cu privire la aprobarea Cerințelor tehnice față de încăperile și obiectivele în care se păstrează substanțe narcotice, psihotrope și/sau precursori”;
- Hotărârea Guvernului R.Molova nr.216 din 27.02.2006 „Privind tranzitul pe teritoriul Republicii Moldova al substanțelor narcotice, psihotrope și precursorilor”;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr.71 din 03.03.1999 „Cu privire la păstrarea, evidența și eliberarea produselor și substanțelor stupefiante, toxice și psihotrope”³¹;

²⁹ În vigoare pentru Republica Moldova din 17 martie 1995;

³⁰ Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, nr. 263 din 27 octombrie 2005, art. 5 lit.e);

³¹ Acest ordin este învechit și depășit și necesită a fi abrogat, conform unor studii realizate în domeniu;

- Ordinul Ministerului Sănătății nr.960 din 01.10.2012 „Cu privire la modul de prescriere și livrare a medicamentelor”;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr.260 din 26.06.2008 „Cu privire la aprobarea standardului „Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA”;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr.187 din 29.02.2012 „Cu privire la aprobarea instrucțiunii privind administrarea morfinei orale”.

În conformitate cu prevederile **Legii cu privire la circulația substanțelor narcotice, psihotrope și a precursorilor**, doar cetățenii străini au dreptul de a transporta substanțe stupefiante și psihotrope conform prescripției medicale, când tranzitează un teritoriu străin³². Considerăm că, cadrul național instituie un impediment potențial în calea accesului la medicația opioidă și libera circulație a cetățenilor Republicii Moldova.

Odată cu semnarea Acordului de Asociere Republica Moldova-Uniunea Europeană și liberalizarea regimului de vize, cetățenii Republicii Moldova, la necesitate, pot călători atât în scop de serviciu, la odihnă, dar și la tratament sau pentru consultații medicale în orice instituție medicală de peste hotare. Eventual orice persoană căreia îi este prescrisă medicație cu analgezice opioide sau psihotrope poate beneficia de acest drept. Considerăm că este necesar de a opera modificări în prevederile Legii nr. 382/1999 „Cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor”, pentru a asigura dreptul pacienților din Republica Moldova de a transporta peste hotarele țării substanțe stupefiante și psihotrope, conform prescripției medicale, pentru uz personal.

Potrivit recomandărilor OMS, medicilor, la toate nivelurile de asistență medicală, trebuie să li se permită să prescrie și să aplice medicamentele supuse controlului în baza licenței generale, fără a fi nevoie de vreo autorizare suplimentară.

În Republica Moldova opioidele se procură centralizat prin program național. Prescrierea analgezicelor opioide este efectuată conform indicațiilor medicale de către orice medic din instituțiile medico-sanitare, indiferent de subordonare și forma de proprietate în baza căreia ele activează, în conformitate cu Ordinul MS nr.960 din 01.10.2012³³. Analgezicele opioide se prescriu în cantități necesare pentru durata tratamentului de pînă la 30 de zile. Emiterea unei prescrieri pentru același pacient înainte de expirarea duratei tratamentului de 30 de zile, dar nu mai devreme decât expirarea termenului de valabilitate a rețetei precedente este interzisă³⁴.

Medicul poate emite o nouă prescripție pentru același pacient, înainte de expirarea duratei tratamentului de 30 de zile, dar nu mai devreme decât expi-

³² Legea cu privire la circulația substanțelor narcotice, psihotrope și a precursorilor, nr. 382 din 06.10.1999, art.19 alin. (1) și (2);

³³ Anexa nr.1 la Ordinul Ministerului Sănătății nr.960 din 01.10.2012 „Cu privire la modul de prescriere și eliberare a medicamentelor”, pct.1;

³⁴ Legea cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor, nr. 382 din 6 mai 1999, art. 16

rarea termenului de valabilitate a rețetei precedente, în cazul epuizării cantității prescrise, sau dacă pe parcursul tratamentului apar modificări în starea de sănătate a pacientului, care impun schimbarea dozei sau a medicamentelor. Rețeta se prescrie nemijlocit de medic, cu aplicarea semnăturii și parafeii acestuia, indicînd numărul fișei medicale a bolnavului. Pe un formular de rețetă nr.2 se permite de a prescrie numai un medicament din aceste grupe. Validitatea rețetei pentru medicamentele cu conținut de substanțe stupefiante și psihotrope, aflate sub control internațional pe teritoriul țării, este de 10 zile. Termenul redus al valabilității rețetei pentru acest tip de medicamente presupune prezentarea neîntîrziată a pacientului la farmacie pentru procurarea medicamentului necesar. Aceste restricții la fel, pot fi considerate un obstacol potențial în accesul pacientului la medicamente opioide.³⁵

Prescrierea unei cantități de opioide necesară tratamentului de până la 30 zile poate fi calificată ca o barieră potențială în accesul la opioide: pacienții care efectuează tratament cu medicamente supuse controlului, pentru o perioadă mai mare, sunt nevoiți să viziteze frecvent medicii și farmaciile. Considerăm că aceste norme nu facilitează accesul la analgezicele opioide și pot fi considerate ca potențiale bariere.

Deciziile privind tratamentul, precum și prescrierea medicamentelor țin nemijlocit de competența și abilitățile profesionale ale medicului, care se conduce de datele ghidurilor clinice bazate pe dovezi. Astfel, Protocolul clinic național „Îngrijiri paliative – durerea în cancer”³⁶, recomandă pentru medicație în cazul durerii medii sau severe: antagoniști ai NMDA – Ketamina, forma farmaceutică – tablete, sau Fentanil, forma farmaceutică – emplastru. Aceste două produse medicamentoase, conform clasificăției ATC sunt anestetice, dar și analgezice opioide. Concomitent, se interzice eliberarea din farmacii direct bolnavilor de ambulator și staționar a medicamentelor anestetice³⁷.

Așadar, atestăm o normă contradictorie, care poate fi o barieră potențială în calea accesibilității la analgezicele opioide pentru pacienții cu dureri severe. În particular, menționăm că medicamentele sunt admise pentru utilizare în practica medicală doar cu autorizarea Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale, alte condiții legislația în vigoare nu impune.

Prin urmare, considerăm că este necesar de a revizui Ordinul Ministerului Sănătății nr. 960/2012 pentru asigurarea accesibilității pacienților cu durere medie sau severă la tratament paliativ cu anestetice – analgezice opioide. Totodată, este necesar de a include în Lista medicamentelor esențiale un compartiment separat dedicat medicamentelor utilizate specific în îngrijirile paliative.

Prescrierea stupefiantelor și psihotropelor pe formulare speciale de rețetă nu contravine practicii internaționale. Procedura de prescriere a substanțelor supuse controlului a fost revizuită, formularul de rețetă, potrivit Ordinului MS

³⁵ Ordinul Ministerului Sănătății nr.456/2011;

³⁶ Ordinul Ministerului Sănătății nr.960/2012;

³⁷ Idem;

nr. 960/2012 nu conține copii, și nu are alte grade de protecție decât număr și serie. De facto, formularul de rețetă nr.2, de culoare roz, are 2 copii de culoare verde și respectiv culoare galbenă, precum și hologramă. Mai atestăm faptul că asigurarea cu formulare de rețetă ține de obligațiile conducătorului instituției medico-sanitare, iar cadrul normativ nu stabilește procedura de asigurare cu astfel de formulare.

NB! În cadrul unei vizite de monitorizare la un Centru de Sănătate ne-a fost menționat ca problemă faptul că managerul nu a distribuit medicilor de familie rețete roz.

Urmare a evaluării cadrului normativ național în contextul practicii țărilor europene, putem constata că prevederile în vigoare ce țin de prescrierea opioidelor produc distorsiuni în activitatea IMS, obstacole în calea accesului pacienților la medicația opioidă. Astfel, determinarea necesarului anual de stupefiante, conform unor norme provizorii calculate la „un pat anual”, neadmiterea depășirii normelor de consum „pentru un pat” contravin principiilor contemporane ale medicinei bazate pe dovezi. Mai mult, restricțiile privind stocurile de formulare de rețete speciale în instituțiile medicale, limitarea dreptului medicilor de a dispune de rețete, efectuarea controalelor trimestriale vizând raționalitatea prescrierii și utilizării stupefiantelor, la fel constituie impedimente în asigurarea accesului la medicația opioidă. În acest context considerăm că este necesară revizuirea metodologiei privind determinarea necesității substanțelor supuse controlului internațional ca DDD (*Doză Zilnică Definită*) și, în special, revizuirea Ordinului MS nr. 71/1999.

Normele³⁸ care reglementează mărimea stocului de formulare speciale de rețete, accesul restricționat la formularele de rețetă, necesitatea solicitării unui formular de rețetă specială pentru fiecare pacient care necesită analgezice opioide, precum și obligativitatea unei comisii instituționale de a verifica trimestrial raționalitatea prescrierii și utilizării medicamentelor stupefiante – sunt reguli depășite și constituie bariere semnificative pentru accesul pacienților la medicația opioidă necesară și, totodată, contravin bunelor practici internaționale.

În condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală, descentralizării și trecerii la autonomie a instituțiilor medico-sanitare publice, implementării mecanismului de evaluare și acreditare a instituțiilor medico-sanitare, aceste prevederi sunt considerate ca norme restrictive și necesită a fi revizuite.

Îmbunătățirea accesibilității și disponibilității medicamentelor de calitate, sigure, cost-eficiente este un obiectiv major al sistemului de sănătate. Pentru a atinge obiectivul propus și a asigura accesibilitatea și disponibilitatea la analgezicele opioide, este necesar de a ajusta cadrul normativ la bunele practici europene, prin excluderea impedimentelor legislative și regulatorii identificate în cadrul revizuirii cadrului normativ național.

³⁸ Ordinul Ministerului Sănătății nr.71/1999, punctele 8,9,10, 11;

3.4. Abordarea intersectorială

Nevoia de servicii de îngrijiri paliative este constant ascendentă este cauzată de creșterea prevalenței bolilor netransmisibile și a îmbătrânirii populației. În cazul bolilor netransmisibile, nevoia ar putea fi redusă prin depistarea precoce și controlul adecvat pentru prevenirea complicațiilor. Creșterea cererii de servicii de îngrijiri paliative, corelată cu constrângerile financiare, impun o abordare sustenabilă din punctul de vedere al sănătății publice³⁹. Această situație impune o reconfigurare a serviciilor, pentru a integra îngrijirile paliative în serviciile de sănătate existente și pentru implicarea în parteneriat a comunităților în sprijinirea persoanelor care au nevoie de îngrijiri paliative.

În acest context OMS recomandă statelor semnatare dezvoltarea parteneriatului între diferite sectoare pentru realizarea de cercetări operaționale în îngrijirile paliative, inclusiv dezvoltarea unor modele cost-eficiente de îngrijire. Facilitarea parteneriatelor de colaborare între programele de **îngrijiri paliative**, hospice-uri comunitare și o gamă largă de alte medii de furnizare a serviciilor medicale este unul din scopurile normelor de îngrijire paliative stabilite în *Carta Albă*⁴⁰.

Asigurarea unor servicii de îngrijiri paliative calitative poate fi realizată doar prin intermediul unei colaborări intersectoriale, bine planificate prin realizarea parteneriatului dintre stat, societatea civilă și comunitate. Aceasta presupune ca toți actorii, a căror activitate are impact direct sau indirect asupra sănătății populației să își asume responsabilități clar formulate, în scopul de a asigura eficiența maximă a eforturilor intersectoriale depuse în comun pentru o sănătate mai bună.

Dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative a fost inclusă drept prioritate în *Programul de activitate a Guvernului Republicii Moldova pentru anii 2016-2018*⁴¹. Prin urmare, întru implementarea acestei priorități, acțiuni concrete au fost stabilite în mai multe documente de politici naționale.

Astfel, în scopul de a promova asistența medicală integrată și de a asigura continuitatea serviciilor medicale pentru soluționarea problemelor de sănătate ale populației a fost planificată elaborarea *Programului național de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative încă în anul 2016*⁴².

Dezvoltarea parteneriatelor public-privat pentru serviciile de îngrijiri paliative constituie una din acțiunile prevăzute în *Planul național de acțiuni pentru anii 2016-2020 privind implementarea Strategiei naționale de prevenire și control*

³⁹ Rezoluția OMS „Consolidarea îngrijirilor paliative, ca o componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții”, 4 aprilie 2014;

⁴⁰ *Carta Albă* a fost concepută pentru a oferi îndrumare și recomandări pentru furnizorii de servicii, părțile implicate și factorii de decizie. Primul proiect de *Carta Albă* a fost prezentat la o conferință oncologică în februarie 2008 în timpul președinției Slovene a Uniunii Europene; <http://www.studiipaliative.ro/wp-content/uploads/2013/09/1white-paper-standards.pdf>

⁴¹ <http://www.e-democracy.md/files/parties/program-activitate-guvern-moldova-2016-2018-ro.pdf>

⁴² Hotărârea Guvernului R.Moldova nr.1471 din 24.12.2007 „Cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017”;

al bolilor netransmisibile pe anii 2012–2020⁴³, avînd ca obiectiv asigurarea accesului echitabil la servicii medicale calitative, cu accentul pe asistența medicală primară.

Tot în anul 2016 Ministerul Sănătății, în colaborare cu autoritățile administrației publice locale, urmau să evalueze necesitățile în îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijiri geriatrice și paliative pentru dezvoltarea unui sistem integrat de furnizare a serviciilor de asistență socială, îngrijire la domiciliu și îngrijire paliativă, care să coreleze mai eficient serviciile medicale și sociale pentru vîrstnici⁴⁴,

Politica Națională de Sănătate pentru anii 2007–2021⁴⁵ servește drept instrument de abordare sistemică a problemelor de sănătate și de integrare a eforturilor intersectoriale de ameliorare a calității vieții și sănătății populației pe parcursul întregii vieți, îndeosebi în perioadele cu un risc sporit pentru sănătate: începutul vieții, perioada adolescenței și vîrsta înaintată. Documentul subliniază că ameliorarea și fortificarea parametrilor de sănătate a populației pot fi realizate doar prin intermediul intervențiilor multidisciplinare și intersectoriale, necesară fiind implicarea tuturor sectoarelor sociale, ale căror politici și programe au impact asupra sănătății publice. În document se accentuează că obținerea performanțelor în sistemul de sănătate este determinată de reușita exercitării celor patru funcții de bază: dirijarea, finanțarea, generarea de resurse și prestarea serviciilor.

Apreciem faptul că planul de acțiuni al Programului de activitate al Guvernului din anul 2019⁴⁶ prevede asigurarea dezvoltării moderne a serviciilor comunitare, geriatrice, paliative și de reabilitare.

3.5. Asistența medicală comunitară

Asistența medicală comunitară este o latură mai puțin cunoscută și respectiv mai puțin dezvoltată a sistemului medical din Moldova. Deși, politicile statului au fost orientate să acorde „o atenție deosebită elaborării cadrului legislativ și normativ adecvat, care va permite înființarea și implementarea serviciilor medicale și sociale comunitare și de îngrijire la domiciliu, cu eliminarea barierelor de orice caracter în calea accesului la aceste servicii”⁴⁷, rețeaua de asistență comunitară medicală încă nu este pe deplin popularizată. Întru promovarea asistenței medicale integrate și facilitarea accesului populației la servicii medicale, în special a păturilor vulnerabile din regiunile rurale, s-a considerat importantă “dezvoltarea serviciilor de îngrijiri comunitare și la domiciliu”⁴⁸ și chiar “perfecționarea

⁴³ Hotărârea Guvernului R.Moldova nr.403 din 06.04.2016 „Pentru aprobarea Planului național de acțiuni pentru anii 2016–2020 privind implementarea Strategiei naționale de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii 2012–2020”, acțiunea 3.2.3;

⁴⁴ Hotărârea Guvernului R.Moldova nr.406 din 02.06.2014 „Cu privire la aprobarea Programului pentru integrarea problemelor îmbătrînirii în politici”, acțiunea 21.1;

⁴⁵ Hotărârea Guvernului R.Moldova nr.886 din 06.08.2007 „Cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate”;

⁴⁶ https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/program_de_guvernare_0.pdf

⁴⁷ Pct.185 din Politica Națională de Sănătate aprobată prin Hotărârea Guvernului R. Moldova nr.886 din 06.08.2007;

⁴⁸ Pct.65, lit.(f) din Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008–2017, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.1471/24.12.2007;

*mecanismelor de plată pentru alte categorii de servicii de sănătate nou-introduse: îngrijiri la domiciliu, îngrijiri paliative etc.*⁴⁹.

Având în vedere faptul că domeniul îngrijirilor paliative, inclusiv la domiciliu, cuprinde o gamă largă de servicii (medicale, de nursing, psihologice/emoționale spirituale și sociale) pentru pacienții eligibili și familiile acestora⁵⁰, prestarea acestor servicii impune formarea unei echipe interdisciplinare specializate.

Serviciile medicale sunt asigurate de către un medic calificat, licențiat în medicina generală și specializare îngustă/perfecționare în îngrijiri paliative. Acestea cuprind: decizia de preluare în îngrijire, evaluarea inițială, stabilirea planului de tratament, reevaluarea și monitorizarea, supervizarea medicală, transferul, externarea/scoaterea din evidență, comunicarea și educarea pacienților și familiei/îngrijitorului, instruirea personalului, cercetare.

Serviciile de nursing sunt asigurate de către asistenți medicali calificați instruiți în îngrijiri paliative minim 6 săptămâni și supervizați minim 3 luni de către asistenta coordonatoare.

Acestea cuprind: observarea/evaluarea pacientului, întocmirea și adaptarea continuă a planului de îngrijire, comunicarea cu pacientul/familia/îngrijitorul și echipa, educarea pacientului și familiei, controlul activității infirmierilor/voluntarilor, consilierea familiei înainte și după deces, educație.

Serviciile sociale sunt asigurate de asistenții sociali calificați cu instruire de minim 4 săptămâni în îngrijiri paliative și supervizare de minim 3 luni de către asistenta coordonatoare. Acestea includ: evaluarea psiho-socială, participarea la stabilirea și implementarea planului de îngrijire, consiliere, relația cu alte servicii, educația, apărarea drepturilor pacientului/familiei; participarea la planificarea externării, sprijin pentru organizarea serviciilor funerare, suportul familiei în perioada de doliu; participarea la selectarea voluntarilor, supervizarea.

Serviciile de suport spiritual/religios sunt asigurate de clerici (sau persoane cu experiență și calificare similară) instruiți în îngrijirea paliativă minim o săptămână. Acestea includ: consiliere, rugăciune, servicii și ritualuri religioase specifice, ascultare activă, meditație, participare la servicii funerare.

Serviciile de consiliere și asistență psiho-emoțională sunt oferite de către fiecare membru al echipei interdisciplinare pentru individ/familie/grup, intervenție în caz de criză, consilier pînă și după decesul pacientului. Pentru probleme psihologice complexe se va asigura accesul la profesioniști calificați. Aceștia trebuie să aibă instruire în îngrijiri paliative de 4 săptămâni.

Serviciile de voluntari includ munca directă cu pacienții și familiile acestora, activități administrative. Voluntarii beneficiază de instruire și supervizare din partea unui coordonator.

Îngrijirile paliative implică importante resurse umane pentru asigurarea accesibilității, continuității și calității îngrijirii medicale.⁵¹

⁴⁹ Pct.63 lit.(e) din Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.1471/24.12.2007;

⁵⁰ Standardul 7 din Standardul Național în Îngrijiri Paliative, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.884/30.12.2010;

⁵¹ Idem, Standardul 10;

Nu mai puțin importante sunt garanțiile financiare pe care Statul le oferă la nivel de asistență medicală comunitară. Metoda de plată pentru îngrijirile medicale comunitare și la domiciliu este plata „*per vizită*”⁵², iar numărul vizitelor de îngrijiri medicale se stabilește de către prestator, în funcție de necesitățile pacientului, în baza evaluării permanente a acestuia. La contractarea prestatorului de către CNAM, durata de prestare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este stabilită în contractul de prestare a acestora⁵³.

Costul unei vizite de îngrijire medicală paliativă prestată la domiciliu de echipa mobilă în anul 2012 a fost stabilit în mărime de 69,30 lei⁵⁴, ulterior acesta a fost majorat ajungând în anul 2016 la suma de 171,0 lei, totodată fiind stabilit aparte și costul unei vizite la domiciliu în sumă de 91,44 lei⁵⁵.

Considerăm că este necesar de reevaluat aceste costuri, luând în calcul modificarea prețurilor și indicele inflației.

3.6. Particularități în organizarea asistenței paliative la copii

Copiii, fiind o categorie specială și foarte vulnerabilă, beneficiază de protecție specială din partea Statului, dreptul la ocrotirea sănătății fiind garantat de Constituția Republicii Moldova⁵⁶. Totodată statul recunoaște dreptul copilului la folosirea celor mai bune tehnologii de tratament și recuperare, profilaxie a bolilor⁵⁷.

La nivel internațional, dreptul copilului de a se bucura de cea mai bună stare de sănătate posibilă și de a beneficia de serviciile medicale și de recuperare este garantat de Convenția cu privire la drepturile copilului⁵⁸.

În momentul în care copilul obține statut de pacient, vulnerabilitatea lui crește, iar concomitent apare vulnerabilitatea și disperarea familiei acestuia. De aceea, cu referire la îngrijirea paliativă acordată unui copil, statul este obligat să dezvolte un mecanism specific, prin care să asigure suport sigur familiei, or „îngrijirea paliativă pediatrică începe din momentul stabilirii diagnosticului și continuă indiferent dacă copilul beneficiază sau nu de tratament curativ”⁵⁹.

Deși la baza îngrijirii paliative a copiilor și adulților stau principii asemănătoare, totuși există diferență dintre serviciile prestate acestor două categorii de pacienți. Copiii pot suferi din cauza diferitor maladii complicate, care nu se întâlnesc la adulți. Iar maladiile care se atestă la persoane de toate vârstele, la copii se pot manifesta diferit din cauza particularităților anatomice și fiziologice. Mai mult, organismul copilului în fază de creștere și dezvoltare poate modifica manifestările și decurgerea bolii. Astfel, orice îngrijire medicală speci-

⁵² Punctul 55 din Ordinul Ministerului Sănătății nr.1592/594 din 28.12.2018 „Privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2019”;

⁵³ Punctul 18 din Ordinul Ministerului Sănătății nr.855/29.07.2013 „Cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu”;

⁵⁴ Ordinul Ministerului Sănătății nr.60 din 25.01.2012 „Cu privire la îngrijiri medicale paliative”;

⁵⁵ Ordinul Ministerului Sănătății, nr.1000 din 24.12.2015 „Cu privire la aprobarea costurilor pentru anul 2016”;

⁵⁶ Articolele 50, 36 din Constituția Republicii Moldova;

⁵⁷ Articolul 4 din Legea privind Drepturile Copilului, nr.338/15.12.94;

⁵⁸ Articolul 24 al Convenției Internaționale cu privire la Drepturile Copilului, nr.1989/20.11.1989;

⁵⁹ Publicația OMS „Cancer pain relief and palliative care in children”, 1998;

alizată, inclusiv îngrijirea paliativă, trebuie să se adapteze, ținând cont de necesitățile sugariilor, copiilor și ale adolescenților⁶⁰.

La moment, reglementările cu referire la îngrijirile paliative pediatrice în Republica Moldova sunt prevăzute doar în Protocolul Clinic Național PCN – 279, aprobat de MS în anul 2017, elaborat cu suportul Fundației Soros-Moldova⁶¹, în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind Îngrijirile Paliative Pediatriche și servește drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. În anul 2019 acest document urmează să fie revizuit, așa cum este prevăzut și pentru celelalte protocoale clinice că trebuie revizuite o dată la fiecare 2 ani.

La nivel de asistență medicală primară

Documentul stabilește etapele procesului de asistență medicală primară pentru copii în paliatie. Copiii cu maladii incurabile vor fi luați la evidență cât mai precoce, astfel că îngrijirea paliativă va începe odată cu diagnosticarea bolii și va continua indiferent dacă copilul beneficiază sau nu de tratament curativ.

Evaluarea va fi efectuată în funcție de vârsta și statutul neuro-cognitiv și va fi urmată de elaborarea, de comun acord cu pacientul și familia, a unui plan de acțiune ce va fi revizuit periodic, în funcție de evoluția bolii și necesității. În funcție de maladie, nivelul de control al simptomelor, gravitatea bolii la moment, necesitatea investigațiilor suplimentare sau terapia curativă, se va aprecia necesitatea internării copilului și instituția ce va acorda îngrijirea paliativă. Se va lua în considerație dorința pacientului și a familiei.

În scopul de a ghida psihic, psihologic și spiritual pacientul și a familia acestuia, precum și în vederea soluționării problemelor sociale, spirituale, practice, medicul de familie va folosi resurse comunitare (asistent social, psiholog, preot, voluntari, prieteni etc.). Medicul de familie asigură supravegherea activă a tratamentului de susținere a pacientului în condiții de ambulator, conform indicațiilor medicale și recomandărilor incluse de către medicul specialist în îngrijiri paliative și sau medicul curant din staționar. De asemenea, medicul de familie va asigura comunicarea și continuitatea îngrijirilor paliative în mediile de îngrijire instituțională și la domiciliu, va organiza îngrijirea de tip „respiro” în mod planificat sau de urgență.

La nivel de asistență medicală spitalicească

Îngrijirea paliativă este destinată copiilor cu maladii incurabile progresive sau amenințătoare de viață și cu speranță de viață redusă, precum și familiilor lor. Pacienții vor fi identificați cât mai precoce pentru a putea asigura o abordare clinică complexă. Fiecare pacient va fi evaluat în particular și luată decizia în mod individual, în scopul de a obține cele mai bune rezultate clinice. Evaluarea va fi efectuată conform vârstei copilului și statutului neuro-cognitiv. Vor fi, de asemenea, apreciate așteptările pacientului și familiei referitoare la obiectivele îngrijirii. Metodele de tratament vor fi discutate cu pacientul și aparținătorii, iar internarea va fi planică sau de urgență, coordonată cu instituția care referă.

⁶⁰ Ghid în îngrijiri paliative (cu particularități în TB, HIV, Pediatrie), Chișinău 2017; file:///C:/Users/ASUS/Downloads/GHID%20in%20ingrijiri%20Paliative_ro_final_IJ.pdf

⁶¹ Ordinul Ministerului Sănătății nr. 329 din 28.04.2017 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Îngrijiri paliative la copii”;

Tratamentul paliativ în staționar poate avea drept scop furnizarea serviciului tip respiro aparținătorilor, managementul simptomelor greu de controlat sau necontrolate în condiții de domiciliu, supraveghere permanentă, tratament imposibil în condiții de ambulator din diverse motive etc. și se va asigura în contextul respectării valorilor culturale, religioase ale pacientului și familiei. Totodată, se va asigura supravegherea activă, permanentă a pacienților pe parcursul aflării în staționar, cu scop de prevenire și înlăturare a suferinței. Va fi asigurată interacțiunea dintre cadrele medicale din diferite servicii implicate în îngrijire, coordonată internarea și externarea pacientului, precum și transferul către altă instituție. Copiii referiți sau cei adresați direct vor fi înregistrați și luați la evidență cu stabilirea coordonatorului de caz și recomandarea nivelului de îngrijiri paliative potrivite. Pacientul va rămâne în îngrijirea serviciilor uzuale (medic de familie etc.) sau va fi orientat către serviciile de îngrijiri paliative pediatrice (ÎPP) specializate în funcție de severitatea simptomelor, suferința emoțională sau lipsa suportului/rețelei sociale.

Evaluarea inițială/reevaluarea și documentarea în cadrul serviciului de îngrijiri paliative este una interdisciplinară, efectuată în timp optim, în funcție de vârstă și nivelul neuro-cognitiv. Reevaluarea va fi efectuată la intervale de timp regulate prestabilite sau la necesitate. Evaluarea va fi documentată în fișa pacientului și urmată de elaborarea planului interdisciplinar de acțiuni. Elementul esențial este comunicarea și includerea pacientului și a familiei în procesul de evaluare și luarea deciziilor. Furnizarea de servicii specializate de îngrijiri paliative presupune activitatea unei echipe interdisciplinare multiprofesionale.

Copiii au nevoie de servicii specializate furnizate de personal specializat în pediatrie. Serviciile de îngrijiri paliative, vor asigura continuitatea îngrijirilor între diferite nivele și pe parcursul întregii perioade de boală, starea terminală și perioada de doliu. Continuitatea îngrijirii, va contribui la evitarea erorii și suferinței inutile a pacienților afectați de o boală incurabilă. Echipa pentru îngrijiri paliative colaborează cu îngrijitorii profesionali și informați pentru a asigura coordonarea, comunicarea și continuitatea îngrijirii paliative în mediile de îngrijire instituțională și la domiciliu. Prevenirea crizelor și a transferurilor inutile este un rezultat important al îngrijirilor paliative. Coordonarea eficientă se obține cel mai bine prin intermediul coordonatorului de caz. Rolul echipei interdisciplinare de îngrijiri paliative de la acest nivel este de a oferi suport pentru: dezvoltarea de noi servicii și creșterea gradului de acoperire cu necesarul de servicii în republică, educarea și formarea resurselor umane necesare serviciilor de paliative, cercetarea în vederea dezvoltării și promovării domeniului îngrijirilor paliative.

Studiul realizat prin monitorizarea instituțiilor medico-sanitare și discuțiile avute cu responsabilii acestora, atât la nivel de asistență medicală primară, cât și cel spitalicesc, ne-au făcut să concluzionăm că îngrijirile paliative pediatrice în Republica Moldova sunt dezvoltate insuficient, fiind, în mare parte, limitate doar la asistența oferită în cadrul Institutului Oncologic și o organizație non-guvernamentală (Hopsice Angelus).

IV. ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ LA NIVEL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

4.1. Cadrul normativ

Rezoluția OMS din anul 2014 stabilește drept factori de succes în implementarea îngrijirilor paliative: abordarea multidisciplinară și multisectorială, adaptarea la specificul cultural, social și economic și integrarea în sistemele de sănătate existente, cu accent pe asistența primară și comunitară – inclusiv pe îngrijirile la domiciliu. În zonele cu resurse limitate, unde numărul de persoane care au nevoie de servicii este ridicat și numărul asistentelor medicale și al medicilor este redus, abordarea de succes este prin asigurarea serviciilor cu îngrijitori comunitari instruiți sau voluntari, sub îndrumarea personalului medical profesionist.

Conform ghidului OMS, nu este nici fezabil și nici necesar, pentru majoritatea bolnavilor care necesită serviciu de îngrijire paliativă, ca acesta să fie furnizat de către alți medici, decât cei din AMP desigur, cu condiția că asigurarea cu acești specialiști este suficientă.⁶² Astfel, medicul de familie, joacă un rol esențial în furnizarea de îngrijiri paliative, deoarece este cel mai apropiat de comunitate și cel mai accesibil pentru pacient. În plus, vizitele la domiciliu sunt posibile de realizat de către medicii de familie în comparație cu alți medici, care sunt angajați în activitatea spitalicească. Medicii de familie pot construi un raport strâns cu pacientul și familia, deoarece majoritatea pacienților își cunosc medicii de familie de ani de zile și sunt conștienți de posibilitățile și istoricul acestor pacienți, cunosc resursele disponibile pentru ei. Prin urmare, medicii de familie sunt în măsură să ofere sprijin și îngrijire maximă cu resursele disponibile. Pacienții paliativi ar trebui să fie urmăriți continuu de către medicii de familie, care pot comunica și coordona cu alți profesioniști din domeniul medical, precum și cu familia acestora/îngrijitorii, cu privire la situația actuală a pacientului, inclusiv, pot participa în soluționarea unor probleme ale acestuia. Totodată, medicul de familie poate face referiri relevante către alte niveluri de asistență medicală și alte resurse. În acest caz, medicii de familie pot oferi îngrijire extinsă celor care o necesită, prin coordonarea cu alte resurse, cum ar fi, asistenții medicali, fizioterapeuții și asistenții sociali.

Asistența medicală primară constituie asistența medicală esențială, care este universal accesibilă pentru indivizii și familiile din comunitate, se acordă prin metode acceptate de ei, cu participarea lor deplină, la un cost pe care comunitatea și țara poate să și-l permită⁶³. Astfel, aliniindu-se Declarației de la Alma-Ata, urmare Conferinței Internaționale privind Asistența Medicală Pri-

⁶² World Health Organization (WHO), Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers, 2018. Disponibil la: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1>

⁶³ Declarația de la Alma-Ata (Kazahstan) din 1978 [https://www.who.int/publications/Almaata_declaration_en.pdf](https://www.who.int/publications/ Almaata_declaration_en.pdf)

mară, Republica Moldova a întreprins mai multe măsuri pentru a consolida asistența medicală primară. Un prim pas în acest sens a fost modificarea structurală și organizațională a sectorului primar de asistență medicală prin care s-a instituit funcția de medic de familie și s-a implementat principiul liberei alegeri a medicului de familie⁶⁴.

Volumul asistenței medicale, acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzut în *Programul Unic de Asigurări Obligatorii de Asistență Medicală*⁶⁵, care cuprinde lista maladiilor și stărilor ce necesită asistență medicală finanțată din mijloacele asigurării obligatorii de asistență medicală.

Conform *Programului Unic*, asistența medicală primară acordată de medicul de familie include⁶⁶:

- *servicii medicale curative*, care includ monitorizarea tratamentului și a evoluției stării de sănătate a bolnavilor cronici, inclusiv a persoanelor cu dizabilități și/sau ținute la pat, conform planului de recuperare, și modificarea acestuia în funcție de evoluția parametrilor clinico-paraclini, cu consultarea în caz de necesitate a medicului specialist;
- *asistența medicală la domiciliu*, inclusiv în cazul urgențelor medico-chirurgicale acordată în limitele competenței medicului de familie și în conformitate cu actele normative în vigoare copiilor în vârstă de 0-5 ani aflați sub tratament pentru diferite afecțiuni, bolnavilor în fază terminală sau cu afecțiuni grave care necesită examinare, supraveghere și tratament.

În scopul implementării politicilor și strategiilor sus menționate, au fost aprobate *Regulile de organizare a asistenței medicale primare*⁶⁷ care stabilesc două tipuri de servicii:

1. **Servicii de bază**, care includ, pe lângă multe altele, monitorizarea bolilor cronice, supravegherea medicală activă pentru cele mai frecvente boli cronice, prescrierea tratamentului și/sau a regimului igienico-dietetic, coordonarea evaluărilor periodice efectuate de medicii specialiști de profil; prescrierea tratamentului medicamentos și a dispozitivelor medicale, inclusiv a medicamentelor și a dispozitivelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală; îndreptarea pacienților, prin bilet de trimitere, la investigații de laborator și instrumentale, la consultația medicilor de altă specialitate decât cea de medicină de familie, la internare pentru acordarea asistenței spitalicești.
2. **Servicii medicale extinse**, care pot fi furnizate la nivel de asistență

⁶⁴ Hotărârea Guvernului R.Moldova nr.668/17.07.97 „Cu privire la aprobarea concepției reformării sistemului asistenței medicale din Republica Moldova în condițiile economice noi pentru anii 1997-2003”; Hotărârea Guvernului R.Moldova nr.1134/09.12.1997 „Cu privire la dezvoltarea asistenței medicale primare”;

⁶⁵ Aprobare prin Hotărârea Guvernului R.Moldova nr.1387 din 10.12.2007;

⁶⁶ Hotărârea Guvernului R.Moldova nr.1387 din 10.12.2007 „Cu privire la aprobarea Programului Unic de Asigurări Obligatorii de Asistență Medicală”, pct.14 alin. (2) lit.(f) și (j);

⁶⁷ Hotărârea Guvernului R.Moldova nr.988 din 10.10.2018 „Privind aprobarea Regulilor de organizare a asistenței medicale primare”, pct.38;

medicală primară în anumite condiții de organizare, precum servicii medico-sociale: îngrijiri la domiciliu, îngrijiri paliative.

Având în vedere că medicul de familie este primul nivel de contact al pacientului, acestuia i-a fost atribuit rolul de coordonator al echipei sale în procesul de îngrijiri paliative, astfel încât imediat după diagnosticarea și evaluarea persoanei, acesta să intervină pentru *comunicarea diagnosticului și evoluției bolii, comunicarea cu familia și cei apropiați, clarificarea unor aspecte legate de obținerea drepturilor pentru persoanele cu diagnostic oncologic, sprijin în luarea deciziilor privind terapia recomandată și tratarea simptomelor cauzate de boală și tratament*⁶⁸. Medicii de familie sunt obligați să informeze pacienții privind oportunitatea de prestare a serviciilor de îngrijiri paliative în instituțiile medico-sanitare din teritoriul administrativ⁶⁹.

Astfel, finanțarea serviciilor de îngrijiri paliative, potrivit Standardului Național de Îngrijiri paliative⁷⁰ se face din *Programul Unic*, gestionat de CNAM, de Casa Națională de Asigurări Sociale; din Bugetul de Stat și al unităților administrativ-teritoriale, precum și din alte surse de finanțare în condițiile legii (împrumuturi nerambursabile naționale și internaționale, donații, granturi, sponsorizări etc.).

4.2. Atitudinea medicilor de familie față de prestarea serviciilor de îngrijire paliativă

În cadrul discuțiilor în focus-grupuri cu personalul medical și administrația din sectorul AMP, am determinat că majoritatea dintre ei sunt convingși că îngrijirile de acest gen nu există *de facto* în Republica Moldova, iar faptul că acestea au fost puse pe umerii medicilor de familie a fost un pas greșit.

De asemenea, mulți participanți la discuții au menționat că au preponderent în supraveghere pacienți bolnavi oncologici. În studiul cantitativ realizat am identificat că majoritatea medicilor de familie au indicat că au experiență în prestarea serviciului de îngrijire paliativă. În mediul urban, șapte din zece medici au avut pacienți cărora le-au oferit îngrijire paliativă, iar în mediul rural aproape toți medicii au avut pacienți în paliație în experiența lor de muncă.

Medicii de familie au menționat că pe parcursul ultimilor cinci ani, au oferit serviciu de îngrijiri paliative, în mediu, la circa 5 pacienți aflați în fază terminală. Au predominat maladiile oncologice – 90,9% cazuri, boli ale sistemului nervos central – 64,3% cazuri și boli ale sistemului endocrin – 43,8% cazuri, predominând complicațiile diabetului zaharat.

Volumul mare de atribuții la realizarea asistenței medicale primare, în opinia medicilor de familie, face practic imposibilă abordarea holistică a pacienților în paliație. Aceștia consideră că pacienții paliativi sunt o categorie specifică,

⁶⁸ Punctul 8 din Ordinul Ministerului Sănătății, nr.1022 din 30.12.2015;

⁶⁹ Ordinul Ministerului Sănătății nr.1570 din 27.12.2013, „Cu privire la organizarea asistenței medicale paliative”;

⁷⁰ Ordinul Ministerului Sănătății nr.884 din 30.12.2010 „Cu privire la aprobarea Standardului Național de îngrijiri Paliative”;

care pe lângă tratamentul bolilor cronice au nevoie de mult mai multă atenție și supraveghere. Medicii de familie susțin că, în mare parte, actele ministeriale emise pentru serviciile medicale extinse se referă la îngrijirile și tratamentul cronic, pe când paliatia este considerată ca „... Ceva mult mai complex, ei au nevoie de îngrijire zilnică, durată mai mare de îngrijire, iar tratamentul pentru bolile cronice nu este relevant paliativei”. [FG1].

În mai multe discuții ne-au fost aduse exemple pentru a ne demonstra că asistenta medicului de familie nu întotdeauna poate face față necesităților unui pacient paliatic. O asistentă medicală ne-a explicat: „Am avut un pacient care avea nevoie de cateterizare a vezicii urinare. Eu nu mă apuc să fac așa ceva! În condiții de casă? Rudele nu vroiau să îl ducă la spital, că nu aveau cu ce... și îmi cereau mie să fac! Nu înțelegeau că eu nu pot face așa ceva!” [FG3]

În cadrul cercetării cantitative, mai mult de jumătate din totalul de respondenți (74,3%) consideră că rolul medicului de familie în îngrijirea paliativă este doar de a prescrie medicația necesară, fără a oferi și alte servicii de paliatie. De această părere sunt majoritatea respondenților din mediul rural și jumătate dintre respondenții din mediul urban. Doar o treime din totalul de respondenți (34,5%) consideră că medicul de familie, trebuie să fie principala persoană care să ofere asistență complexă, activă atât pacientului, cât și familiilor lor (fig. 4.1).

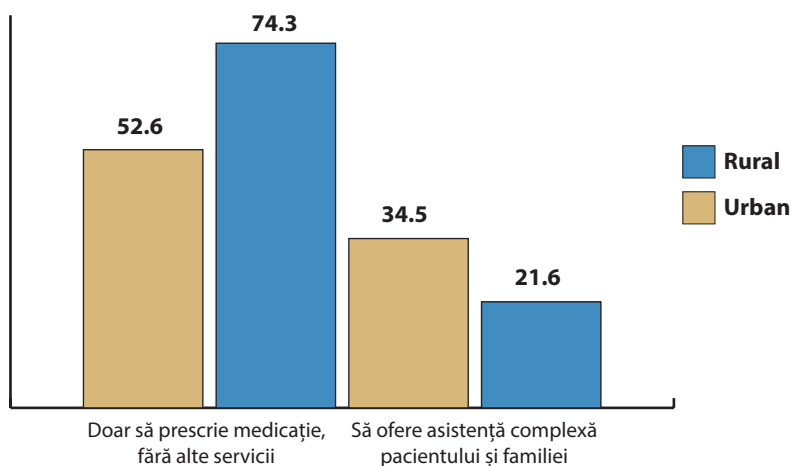


Figura 4.1. Opinia medicilor cu referire la rolul lor în prestarea asistenței paliative (%)

Medicii de familie incluși în studiu au indicat diferit spectrul de implicare în asistența pacientului terminal. Majoritatea au indicat obligația care o au în prescrierea tratamentului antidolor și controlul simptomelor. Din figura 4.2 observăm că implicarea medicului de familie în alte aspecte ale îngrijirii paliative este mult mai redusă.

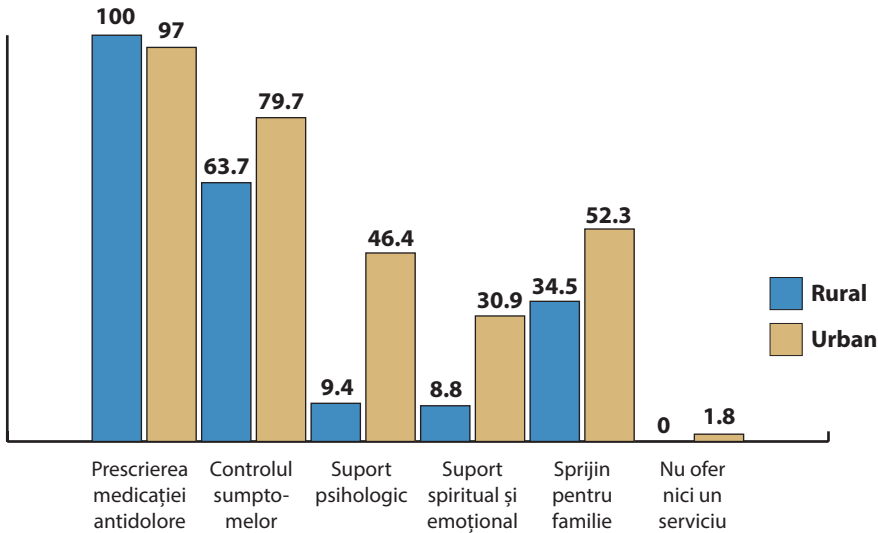


Figura 4.2. Capacitatea de a satisface necesitățile pacientului luat în îngrijire paliativă, (%)

Dacă majoritatea medicilor de familie pot asigura controlul simptomelor la pacienții aflați în paliatie, suportul psihologic, însă, este oferit doar de jumătate dintre medicii din mediul urban, iar în mediul rural doar un medic din zece poate oferi acest serviciu pacientului aflat în paliatie. Acordă suport spiritual și emoțional pacientului luat în îngrijire paliativă doar o treime dintre medicii de familie din mediul urban, pe când în mediul rural doar unul din zece medici pot satisface această necesitate. Este evidentă disparitatea capacităților în oferirea serviciului de îngrijiri paliative dintre medicii de familie din mediul urban, în raport cu cei din mediul rural.

Medicii de familie care au indicat că nu oferă servicii de paliatie au recunoscut următoarele cauze: „Nu îmi sunt clare serviciile pe care trebuie să le ofer familiei” (33,3%), „Simt că nu am competențele necesare ca să asist un pacient în paliatie” (33,3%) și „Nu am suficient timp” (66,6%).

Printre multitudinea de bariere enumerate de medicii de familie se regăsește insuficiența de asistente medicale, inclusiv instruite în domeniul paliatiei. În multe localități ne-a fost menționat că acoperirea cu asistente medicale este de 50-60%, fapt ce dublează munca personalului medical existent. Majoritatea au relatat că e foarte greu de găsit persoane care să dorească să efectueze astfel de îngrijiri, deoarece, de obicei, în această profesie sunt femei și este „greu să lucrezi cu acești oameni, mulți sunt singuratici, nu au pe nimeni, sunt anxioși, uneori chiar agresivi”. [FG2]

Printre pacienții în paliatie deseori se regăsesc persoane țintuite la pat, care necesită un volum enorm de muncă fizică din partea asistentei medicale. În cadrul unei discuții, un medic a recunoscut: „Acești pacienți trebuie spălați, ridi-

cați! Asistentele medicale au un volum mare de lucru, nu reușesc să ofere îngrijiri calitative la domiciliu. Sunt epuizate fizic și moral...”[FG4]

Un medic de familie, în mediu, oferă unui pacient aflat în îngrijire paliativă, de la o oră până la două ore pe săptămână. Este timpul mediu, indicat de către majoritatea medicilor de familie incluși în cercetarea cantitativă. În mediul urban 59,6% dintre medici oferă acest timp, și mult mai mulți din mediul rural – 89,5%. Un medic din zece, oferă pacientului aflat în paliație, doar treizeci de minute pe săptămână. 2 – 3 ore, oferă 16,4% dintre medicii de familie din mediul urban, și doar 1,1% din cel rural. Mai mult de trei ore pe săptămână oferă pacienților 11,1% medici din mediul urban, și doar 1,2% din cel rural (fig.4.3).

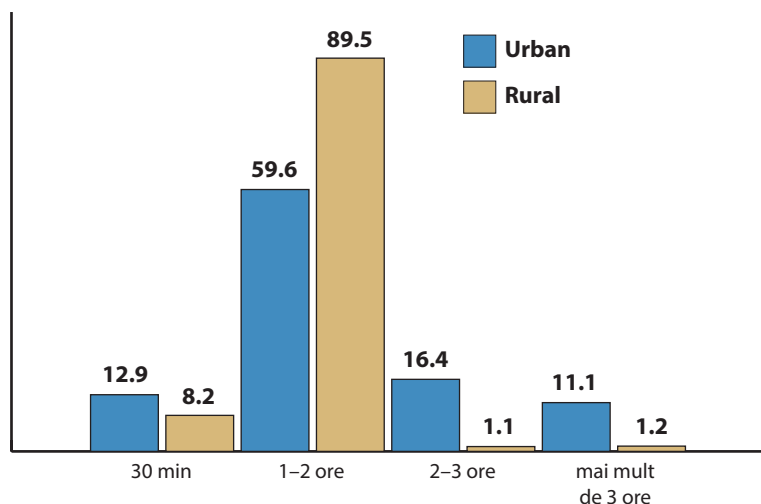


Figura 4.3. Timpul mediu pe săptămână acordat unui pacient în paliație (%)

Analizând cele expuse, putem afirma că medicii de familie monitorizează pacienții luați în serviciu de îngrijire paliativă, însă timpul acordat unui pacient timp de o săptămână nu este suficient pentru a le satisface necesitățile, cu atât mai mult de a le acoperi pe toate simultan. La fel, se observă o disparitate între timpul acordat unui pacient din mediul urban, vizavi de cei din mediul rural. Doar 2,3% dintre medicii de familie din mediul rural oferă pacientului aflat în paliație mai mult de două ore pe săptămână, pe când în mediul urban, ponderea e de 27,5%.

Acordarea serviciilor în îngrijiri paliative la domiciliu este în strânsă legătură cu medicina primară, unde medicul de familie este coordonatorul echipelor specializate și promotorul serviciilor paliative. Însă, pe partea ce ține de resursele umane în prestarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu, s-a constatat o insuficiență acută de asistenți medicali, iar cu referire la domeniul paliației, numărul acestora este sub necesarul standardului. Predomină un deficit de cadre în rândul asistenților medicali, demotivați de remunerarea muncii raportată la activitatea realizată – îngrijirile paliative.

Majoritatea asistenților medicali sunt femei și le este greu să îndeplinească servicii de nursing/brancardieri având în vedere raportul dintre numărul de pacienți la domiciliu și gravitatea stării acestora.

4.3. Finanțarea îngrijirilor paliative în cadrul AMP

Atât medicii de familie, cât și asistenții medicali care au participat la discuții, în majoritatea cazurilor au indicat același fapt, precum că ei realizează, *îngrijiri la domiciliu și nu paliative și* că în îngrijirile la domiciliu predomină pacienții oncologici.

Din datele oficiale prezentate de către CNAM cu privire la volumul contractat și executat de servicii medicale paliative în perioada 2014-2019, a fost constatat că doar în anul 2016 a fost contractat un singur Centru de Sănătate (IMSP CS Cimișlia) cu 200 vizite în sumă de 34 200 lei.

Numărul vizitelor la domiciliu în majoritatea cazurilor variază, de regulă, acestea depind de numărul contractat de CNAM pentru acordarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu, în unele localități s-a indicat chiar, că CNAM condiționează numărul vizitelor. În cadrul discuțiilor s-a menționat „*per an sunt necesare în jur de 620 vizite la domiciliu, însă condiționați de CNAM oferim doar 415 vizite*”. [FG10]

Un medic de familie ne-a explicat cum stau lucrurile în Centrul de Sănătate unde activează: „*Avem circa 108 vizite contractate de Centrul de Sănătate pe an de către CNAM... CNAM-ul achită doar pentru 5 cazuri/an pentru îngrijiri paliative, Astfel că, aceste 108 vizite trebuie să le distribuim la 5 pacienți. Dacă există necesitate de mai mulți pacienți, Centrul de Sănătate nu poate acoperi. Planificarea nu se face, reiese din ceea ce oferă CNAM-ul...*” [FG8]

Cu referire la costul unei vizite și consumabile pentru îngrijirile paliative la domiciliu, medicii de familie consideră că acestea sunt calculate neechitabil și sunt insuficiente. Un manager de Centru de Sănătate ne-a reproșat: „*Credeți că e normal costul de 137 lei per vizită și asta cu tot cu salarizarea lucrătorului medical și medicația?*”.

Cu referire la cheltuielile necesare pentru consumabile un medic de familie a recunoscut: „*...Pacienții de multe ori, doresc ceva palpabil, de exemplu pampers, unguente ori alte consumabile palpabile, pe care noi nu le putem da...*” [FG5].”

Cu referire la stome, responsabilii din domeniul medical au invocat, că „*oncologii repartizează stomele cum vor ei, de multe ori acestea sunt de calitate joasă*”. [FG9]

Insuficiența de consumabile (stome, scutece) a fost invocată de majoritatea interlocutorilor. „*Este foarte problematic de a repartiza, spre exemplu, cele 700 de stome acordate de Institutul Oncologic pentru 35 de pacienți pe an, în timp ce unii pacienți au nevoie de câte 3 pe zi. Respectiv, toate cheltuielile rămân pe seama familiei*.” [FG10]

Opinia a majoritatea responsabililor în acest sens este că: „*Sistemul de asigurări în medicină este monopolist și condiționează prestarea serviciilor medicale, inclusiv în îngrijiri paliative! Ar trebui să existe și alternative*.” [FG4]

În discuțiile cu personalul din AMP a fost invocat faptul că nu cunosc costurile pentru îngrijiri paliative stabilite la nivel național. A fost menționat faptul că, chiar dacă aceste costuri există, ele trebuie revizuite și ajustate la cheltuielile reale. *„La stabilirea costului, nu se ia în considerație vârsta bolnavilor, patologia etc. Și acest cost e mai mare decât pentru tratamentul cronicilor”* [FG2].

Medicii de familie ne-au relatat nemulțumiți că nu este prevăzută o remunerare aparte pentru vizitele la domiciliu pentru pacientul în paliativ. Aceste vizite sunt considerate din cele planificate pentru pacienții cronici. Totuși, ei sunt convingși că astfel de vizite consumă mult mai mult timp și efort. Totodată, ei consideră că limita de doar 36 vizite per pacient pe an este una incorectă și nejustificată.

În mediu, vizitele la domiciliu se reduc la 2-3 vizite pe săptămână, pe parcursul a trei luni, ceea ce în opinia responsabililor: *„Nu e corect, deoarece acest număr de vizite este insuficient pentru un pacient paliativ, aici este nevoie de îngrijire zilnică. Pe un pacient cu boală cronică îl poți lăsa o zi fără supraveghere medicală, însă pe un pacient paliativ nu, și consumabile trebuie mai multe”*.

Conform contractului cu CNAM este prevăzută remunerarea doar pentru asistenta medicală, care efectuează vizite la domiciliu și primește un adaos la salariu de circa 2000 lei, prevăzut pentru 36 vizite, care sunt obligatoriu de efectuat în 3 luni. Restul lunilor din an, CNAM-ul nu acoperă, iar pentru a beneficia în continuare de *îngrijiri paliative*, pacientul doar poate fi referit de către medicul de familie la spital sau hospice. *În acest context, o asistentă medicală a medicului de familie, implicată nemijlocit în asistența unui pacient terminal ne-a relatat:*

„Este foarte greu să îngrijești astfel de pacienți. Familia te vede ca pe o salvare și ajunge că mă terorizau deja. A fost de ajuns să îi vizitez de 2 ori și apoi au început să mă telefoneze de 2-3 ori pe zi, să mă aștepte să vin zilnic, să îmi ceară permanent ajutor. Eu nu reușeam să îmi fac treburile mele de serviciu, eram implicată foarte mult doar cu acest pacient. Dar a fost și mai grav când s-au terminat acele 36 de vizite plătite, însă ei tot așteptau ajutor. Cine să meargă? Din ce bani să le cumpăr consumabilele? Că CNAM deja nu mai plătește nimic! Cum să le explic? Ei apoi se plâng, încep să facă scandal... Și mi-i tare jale de ei, dar te consumi... nu mai vreau să iau așa vizite! Nici banii ceea nu-mi trebuie!” [FG6]

Un alt medic de familie ne-a relatat: *„În cazul în care numărul vizitelor contractate de CNAM expiră, îngrijim voluntar pacientul, la bună voință, dar mai rar, căci avem multe altele de făcut. Mai trebuie de ieșit și în zilele de odihnă sau extraprogram de muncă și știți că nimeni nu ne plătește. Dacă vedem că pacientul în scurt timp va deceda, ne înțelegem cu un hospice, îi rugăm să-l ia dacă au posibilitate”*. [FG3]

În cadrul discuțiilor am identificat o problemă în asigurarea cu punji pentru stome a pacienților. Unii medici de familie recunoșteau că primesc pungile pentru stome prin ajutoare umanitare, alții confirmau că le primesc centralizat de la Institutul de Oncologie. Însă, această repartizare nu corespunde niciodată cu

necesitățile reale pe care le determină ei în teritoriu. Mai mult chiar, se întâmplă deseori că pungile sunt de diferite dimensiuni, fapt ce face dificilă utilizarea lor de către toți pacienții. În câteva Centre de Sănătate a fost confirmat că stomele sunt procurate din sursele proprii, însă, totodată, a fost menționat, că acestea sunt cheltuieli foarte esențiale pentru bugetul AMP. Mulți medici de familie recunoșteau că nu cunosc situația cu privire la necesitatea sau asigurarea cu stome, acest fapt lăsându-l în totalmente pe umerii rudelor pacientului terminal. În linii generale, la acest capitol, echipa a sesizat o lacună semnificativă, remarcând o lipsă de implicare a sectorului de AMP în asigurarea cu pungi pentru stome a pacientului cu astfel de necesități.

Studiu de caz – Bune practici

Centru de Sănătate Cahul

În subordinea Centrului de sănătate a fost deschis un Centru pentru pacienții imobilizați la pat „Avicena”. Este un centru, dezvoltat în cadrul unui proiect cu finanțare externă, iar la finalizarea proiectului, s-a transmis în gestiunea CS Cahul. Centrul este dotat cu mașini de spălat, cabinet de proceduri și echipamente pentru fizioproceduri. Centrul este amplasat alături de organizații din domeniul asistenței sociale, fiind într-o colaborare strânsă în asistența pacienților gravi, țintuiți la pat, în situații vulnerabile. În cadrul Centrului activează o asistentă medicală, salarizată din bugetul CS, din contul vizitelor la domiciliu. Pentru anul de referință CS Cahul are 857 de vizite contractate de CNAM. Totuși, nu se face o distincție clară între îngrijirea paliativă oferită la domiciliu și asistența medicală la domiciliu.

4.4. Conlucrarea intersectorială

• Echipa de îngrijiri paliative

Pacientul aflat în îngrijire paliativă necesită o abordare complexă. Iar pentru a-i satisface toate necesitățile cu care acesta se confruntă este necesară o abordare multiprofesională cu un stil de lucru interdisciplinar. Conform Standardului Național de Îngrijiri paliative, serviciile de îngrijiri paliative sunt acordate de către o echipă interdisciplinară: „Structura minimă a echipei interdisciplinare include: medic, asistent medical, asistent social.” (capitolul IX „Echipa interdisciplinară”, Standardul 12)

Cu regret, în cadrul studiului am constatat frecvent că îngrijirile paliative sunt percepute de către personalul din asistența medicală primară mai mult ca simple vizite la domiciliu. În mediul urban, doar doi medici din zece lucrează în echipa de îngrijiri paliative, ponderea fiind de – 21,1%, pe când în mediul rural, practic, nici unul.

Studiul a elucidat cu cine *de facto* colaborează medicii de familie atunci, când oferă servicii de îngrijire paliativă și cu cine cred ei că ar trebui să colaboreze, pentru a presta servicii medicale integrate și calitative. Din datele obținute observăm că dorința de colaborare intersectorială în asistența paliativă este mult mai mare față de realitatea constatată în prestarea acestui serviciu.

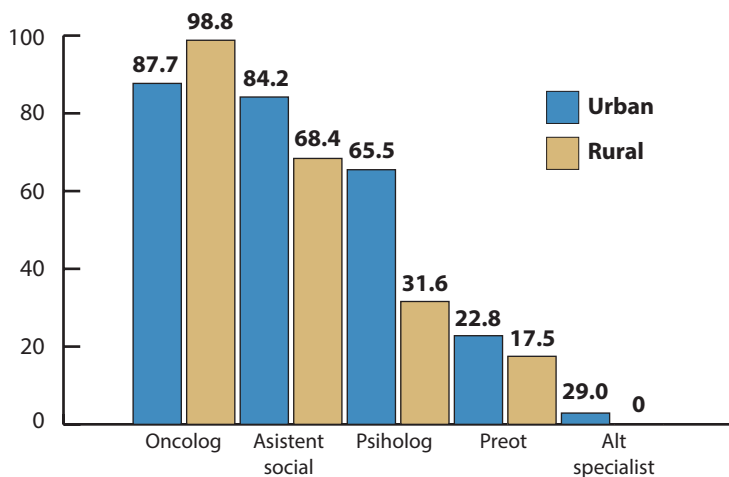


Figura 4.4 Opinia medicilor de familie cu referire la dorința de colaborare în îngrijirea paliativă (%)

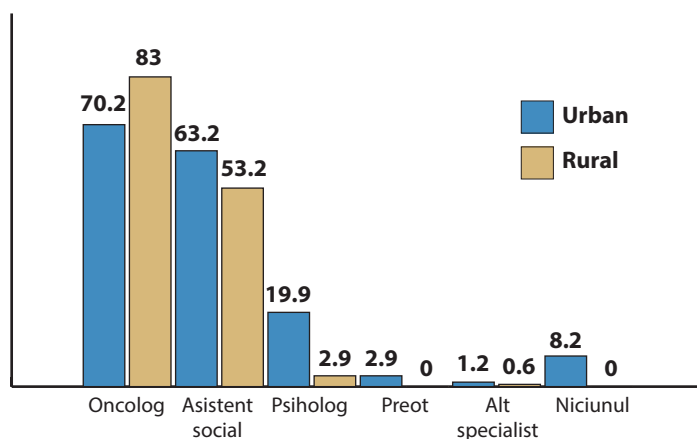


Figura 4.5 Colaborarea în prezent a medicilor de familie în îngrijirea paliativă (%)

Alți medici specialiști

Majoritatea medicilor de familie, atât din mediul urban (87,7%), cât și din cel rural (98,8%), consideră că ar trebui să colaboreze cu medicul oncolog. Conform datelor colectate, majoritatea medicilor de familie (70,2% în mediul urban și 83% în rural), într-adevăr, au indicat colaborarea cu medicul oncolog la un nivel înalt.

O rată foarte joasă de colaborare a fost indicată cu referire la alt specialist, de exemplu gastrolog, pulmonolog, chirurg sau cardiolog (0,9% din totalul de respondenți) și un număr foarte mic de medici indică dorința sau necesitatea de avea astfel de colaborare (2,9%).

Asistența socială și autoritățile locale

Consideră că ar trebui să colaboreze cu asistentul social majoritatea medicilor de familie din mediul urban – 84,2% și mai mult de jumătate dintre medicii de familie din mediul rural – 68,4%. Colaborarea cu acest specialist se observă la mai mult de jumătate dintre respondenți (63,2% în urban și 53,2% în mediul rural).

La fel, în cadrul discuțiilor s-a menționat frecvent conlucrarea defectuoasă cu asistenții sociali. Pe de o parte, este o problemă legată de factorul uman, lipsa cadrelor, dar pe de altă parte, se remarcă o lacună serioasă la nivel de conținutul documentelor elaborate la nivel de minister. În cadrul unei discuții cu medicii de familie ne-a fost relatat: „Ordinele și indicațiile venite de sus, se bat cap în cap, nu este o delimitare clară a atribuțiilor asistenților sociali în procesul de asistență paliativă, și mereu e un ping-pong care și ce trebuie să facă”. [FG5]

În cadrul vizitelor de monitorizare a fost constatată o diferență esențială în gradul de colaborare dintre medicina de familie și serviciul local de asistență socială. Dacă în unele raioane era confirmată o colaborare bună, în altele subiectul colaborării se reducea doar la informarea asistentului social despre existența unui pacient, fără activități coordonate în comun.

Majoritatea asistenților medicali au invocat că lucrătorii sociali nu conlucrează. O asistentă dintr-un oficiu al medicului de familie ne-a recunsocut: „Lucrătorii sociali nici nu vor să audă de noi atunci când încercăm să le spunem că ei trebuie deja să facă anumite acțiuni, motivînd că au mult de lucru” [FG6].

„Cred că vă referiți la echipele interdisciplinare, care ar trebui să se ocupe de acești pacienți, nu sunt, nu am auzit ca ele undeva să fie. Nu știu dacă au instruire asistenții sociali, dar să știți că ne-ar ajuta mult, nici asistenți comunitari nu avem, cred că în sate sunt. Și noi suntem foarte încărcăți, la acești pacienți scriem doar medicamente antidolore și cam asta...” [FG7].

Există localități unde lucrătorii sociali se implică doar dacă sunt bine dispuși sau sunt în relații prietenoase cu asistenții medicali, și aceștea îi roagă să-i ajute.

În procesul de monitorizare au fost realizate discuții și cu reprezentanți din cadrul serviciilor sociale din localități teritoriale. Am constatat că majoritatea dintre aceștea nu sunt informați despre esența îngrijirilor paliative. Un asistent social ne-a relatat: „M-am informat despre ce este paliatia din Internet, după ce m-ați telefonat... înainte de a ne întâlni cu voi. Dar noi nu avem așa persoane și atribuțiile noastre țin de asistența socială, adică să le ducem pensia, să-i ajutăm cu cărbuni etc.” [FG3]

Neomogenitatea și incoerența în stabilirea unei colaborări dintre aceste două sectoare importante în organizarea asistenței paliative trezește îngrijorare cu privire la calitatea și continuitatea îngrijirilor prestate.

Psihologul și preotul

Cu psihologul colaborează doar doi din zece medici de familie din mediul urban – 19,9%, iar în mediul rural doar 2,9% dintre respondenți. Totodată, dorința de colaborare din partea medicilor de familie este mult mai mare (65,5% în mediul urban și 31,6% – rural).

În această privință medicii ne-au relatat: „*Mai recomand pacienților consultația psihologului, în raion este centru comunitar de sănătate mintală, dar pacientul și neamurile lui, nu vor să plece, consideră că îl fac nebun, și după asta se strică relațiile între noi...*”[FG1].

„*Știu că asistentul social se duce la așa pacienți, eu le dau forma 027 pentru îngrijire la domiciliu, dar cu psihologul nu conlucrez, nici nu avem, le dau eu pastile dacă au nevoie...*”[FG7].

„*Pacientul refuză, ori rudele lui refuză consultația psihologului, avem centru comunitar de sănătate mintală, și des fac trimiteri încolo. Cu asistentul social conlucreăm, dar când îndeplinim fișa de îngrijiri la domiciliu a pacientului, nu ne ducem împreună la el, fiecare când are timp...*”[FG4].

Cu preotul colaborează doar 2,9% dintre medicii de familie din mediul urban și nici unul din mediul rural, cu toate că practic doi medici din zece (22,8% dintre medicii din mediul urban și 17,5% dintre medicii din mediul rural) au indicat dorința de a colabora cu acest specialist.

Din totalul de respondenți incluși în studiu, doar – 1,2%, au indicat colaborare cu toți actorii menționați mai sus și doar 18,7% au menționat că ar colabora cu toți actorii enumerați mai sus, pentru a oferi serviciu de paliativ pacientului eligibil.

Analizând datele colectate, observăm că medicii de familie din mediul urban au o conlucrare mai bună cu alți profesioniști în vederea prestării serviciului de paliativ, în comparație cu cei din mediul rural. Iar acest lucru se evidențiază și prin faptul că ponderea medicilor care au menționat că lucrează în echipa de îngrijiri paliative, în mare parte sunt cei din mediul urban.

Implicarea comunității

Un alt aspect problematic evidențiat în cadrul discuțiilor cu personalul medical din cadrul Centrelor de Sănătate vizitate se referă la implicarea insuficientă a comunității, rudele nu totdeauna doresc sau nu au posibilitate să îngrijească de aceste persoane. Din spusele respondenților „*la început, când s-au planificat aceste tipuri de îngrijiri s-a dorit să se creieze o conlucrare, se preconizau să fie asistenți medicali comunitari, dar nu a mers, nu există așa ceva la moment, trebuie să facem noi tot lucrul*”. [FG3].

În cadrul vizitelor am constatat că nici administrația publică locală nu se implică în acest domeniu. Din spusele respondenților „*ei ridică mâinile sus și ne spun că nu au cu ce ne ajuta, poate să ajute doar atunci, când persoana a decedat și nu are cine să o înmormânteze*”.

În opinia tuturor responsabililor la nivel comunitar, serviciile paliative trebuie să fie redirectionate către hospice-uri sau servicii specializate aparte. Nu este înțeleasă și acceptată abordarea comunitară a acestui subiect.

• Conlucrarea cu instituțiile spitalicești

Un subiect aparte al cercetării l-a constituit referirea pacienților către instituțiile medico-sanitare spitalicești.

Unii medici au menționat că pacienții refuză internarea, alții au recunoscut că „Pot trimite pacientul în spital doar în cazul diagnosticului de cancer”. [FG7]

Am fost surprinși să constatăm că mulți medici de familie nu cunosc că în spitalul din același raion sunt prevăzute paturi pentru *îngrijiri paliative*. Unii medici de familie au menționat că referă la spital pacienții pentru *îngrijiri paliative*, însă este un rând de așteptare. Uneori, în caz de necesitate, au trimis pacienți și la IMSP nr. 4 din Chișinău.

Circa 78% dintre medicii de familie incluși în cercetare fac trimiterea pacienților în secțiile de îngrijire paliativă, după anumite indicații (fig.4.6). Cel mai des, medicii de familie fac bilet de trimitere pacienților în secția de îngrijire paliativă la înrăutățirea stării generale a acestora. O treime dintre medicii de familie, indică internarea pacienților pentru corijarea tratamentului și a dozelor de opioide. Doar doi din zece medici de familie trimit pacienții pentru internare în secțiile de îngrijire paliativă, pentru a lăsa „loc de respiro” familiei. Și tot doi din zece medici de familie, trimit pacientul în secție pentru tratament simptomatic.

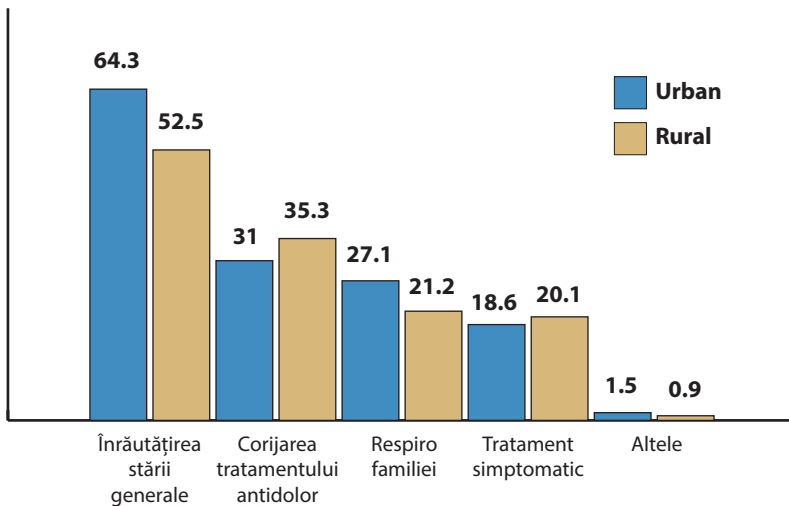


Figura 4.6. Conlucrarea AMP cu secțiile spitalicești de îngrijire paliativă, (%)

Este important de menționat situația depistată într-un raion inclus în studiu, unde ne-a fost relatat că în secția pentru *îngrijiri paliative* sunt admiși pacienți doar cu 4 stări grave: intoxicație canceroasă, dispnee acută, durere puternică și escare. Pacienți aflați în paliație, dar care nu au una dintre aceste stări, nu sunt acceptați pentru spitalizare.

Ne-au fost relatate și alte cazuri de refuz neargumentat pentru internare primit de către medicul de familie din partea instituțiilor spitalicești.

Studiu de caz identificat în cadrul vizitelor în teritoriu

O tânără cu dizabilitate severă, infectată cu HIV, dependentă de scaun rulant, eligibilă pentru îngrijiri paliative era îngrijită de tatăl acesteia. Pentru a oferi „respiro” îngrijitorului și a asigura pacienței respect pentru demnitatea sa umană și creșterea calității vieții acesteia, medicul de familie s-a adresat la spital, în secția de boli cronice, unde sunt prevăzute paturi pentru îngrijiri paliative. Spitalul a refuzat internarea din cauza statutului HIV, persoana fiind direcționată în secția de boli infecțioase. În secția respectivă i s-a comunicat însă că nu au locuri disponibile, dar nici nu au paturi prevăzute pentru paliative.

În cele din urmă persoana a fost referită la psihiatru, după care a fost internată într-un Spital de psihiatrie.

Totodată, circa o pătrime din respondenți (24,6%) au recunoscut că nu au trimis niciodată pacienții în secția de îngrijiri paliative, invocând următoarele motive: cel mai des, refuzul pacienților sau rudelor pentru spitalizare; opinia proprie precum că serviciul de îngrijiri paliative este mai eficient la domiciliu, lipsa transportului pentru a transfera pacientul în secția de îngrijiri paliative, în special în regiunile rurale etc. (fig.4.7).

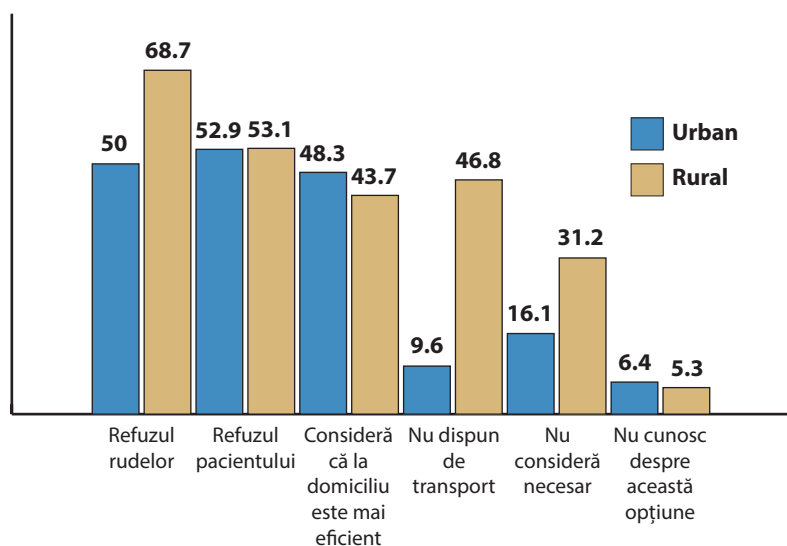


Figura 4.7. Cauzele netrimiterii pacientului în staționar (%)

Medicii de familie, care au participat la cercetare au fost rugați să dea o apreciere activității secțiilor de îngrijire paliative. Mai mult de jumătate dintre respondenți – 62%, au indicat că este „o secție cu specialiști calificați, oferă servicii de calitate”. Circa a patra parte din totalul medicilor – 26,3%, au indicat că „asistența în această secție lasă de dorit”, iar, practic, un medic din zece (11,7%) a menționat că nu știe nimic despre activitatea acestor secții.

Astfel, putem concluziona că studiul a determinat o colaborare insuficientă

dintre sectorul AMP și cel spitalicesc, cu un grad redus de comunicare intersec-torială și lipsă de schimb de informații.

Servicii specializate de îngrijiri paliative

Mulți reprezentanți din cadrul instituțiilor de medicină primară consideră că ar fi necesar de reconfigurat sistemul de îngrijiri paliative, creând mai multe centre de zi și hospice-uri specializate în îngrijiri paliative. În special medicii din raioanele de nord au menționat că nu există nici un hospice în regiune, unde ar putea fi referiți pacienții.

Unii medici de familie consideră că în hospice-uri nu este promovat con-ceptul de *îngrijiri paliative*, diferența ține doar de faptul că se oferă mai mult consumabile.

Totodată, foarte puțini medici de familie au putut să confirme că cunosc date de contact ale vreunui Hospice, pentru a-l putea recomanda pacienților în paliație.

4.5. Managementul durerii în practica medicilor de familie

Managementul adecvat al durerii și simptomelor este componentul de bază în oferirea serviciului de îngrijiri paliative, și este asigurat, inclusiv de către medicul de familie.

Conform datelor colectate, doar doi medici din zece, din totalul incluși în cercetare, fac evaluarea durerii la pacienții luați în serviciu de îngrijire paliativă (fig. 4.8). Cel mai des pentru evaluarea durerii medicii de familie folosesc scala de la 1 la 10.

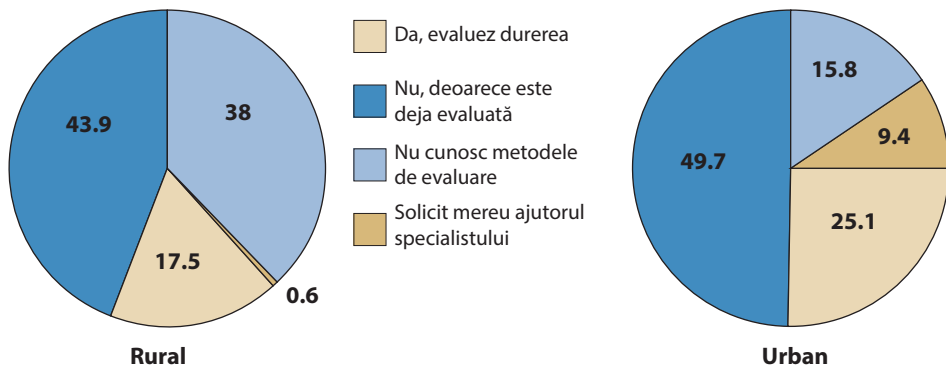


Figura 4.8. Evaluarea durerii de către medicii de familie, (%)

Aproximativ jumătate dintre medicii de familie, nu fac evaluarea durerii la paci-enții pe care îi au în serviciu de îngrijire paliativă, deoarece pacientul vine deja cu tratamentul antidolor indicat de la specialist oncolog. Iar pe parcurs, cori-jarea tratamentului se face prin creșterea dozelor medicamentelor antidolore, fără a evalua repetat pragul durerii. Un medic din zece în mediul urban (15,8%) și mai mult de o treime dintre medicii de familie din mediul rural (38%) nu cunosc metodele prin care se face evaluarea durerii.

Dacă în mediul urban 9,4% dintre respondenți au menționat că cer ajutorul specialistului, pentru a evalua durerea pacientului aflat în paliativă, în mediul rural doar 0,6% dintre medici apelează la această opțiune.

Doar doi medici din zece au specificat că ei sunt cei care primii indică tratament cu opioide pacientului aflat în îngrijire paliativă. Restul medicilor de familie consideră că unicul specialist abilitat să inițieze tratamentul la acești pacienți, este doar medicul oncolog (fig.4.9). Respondenții care au oferit un alt răspuns, au menționat că inițiază tratamentul sfătuindu-se cu medicul oncolog sau cu un alt specialist.

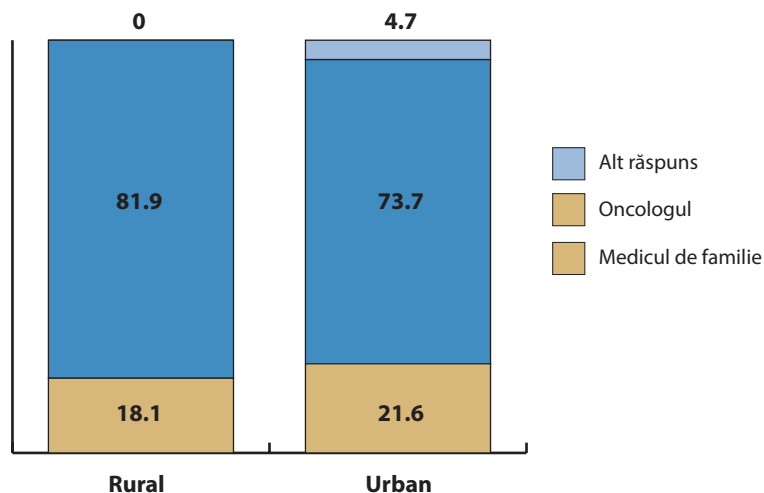


Figura 4.9. Inițierea tratamentului cu opioide, (%)

Dintre medicii care refuză să inițieze tratamentul cu opioide, majoritatea consideră că *acest drept este* atribuit doar specialistului oncolog (mediul urban – 84,3%, în mediul rural – 58,5%). O altă cauză invocată de către medici este frica de reacții adverse și lipsa instruirii în acest domeniu. Dacă în mediul urban, doi medici din zece au asemenea temeri, atunci în mediul rural, le-au indicat aproximativ jumătate dintre medici (fig.4.10). Aproximativ un medic de familie din zece, percepe ca barieră în prescrierea medicației antidolore, probabilitatea ca pacientul să nu administreze corect tratamentul, iar acest fapt s-a reflectat și în momentul expunerii respondenților, vizavi de frica de reacții adverse la opioide, prin administrare incorectă a acestora, sau supradozaj.

Este de menționat că drept temei pentru indicațiile tratamentului opioid servesc prevederile Ordinului MSMPs al Republicii Moldova nr.960 din 01.10.2012, „Cu privire la modul de prescriere și eliberare a medicamentelor”⁷¹, care expres prevede dreptul de prescriere a opioidelor, și acesta nu este limitat doar la medicul oncolog. Astfel, cele descrise mai sus ne demonstrează că medicii de familie interpretează greșit funcțiile pe care le au în acest sens, or

⁷¹ Modificat prin Ordinul nr.265 din 31.03.2017, publicat în Monitorul Oficial la 21.04.2017;

medicul de familie trebuie să inițieze tratamentul cu opioide și să-l corijeze, ori de câte ori este necesar. Totodată, putem presupune ca unul din motivele informării slabe a medicilor cu privire la acest subiect și accesul redus sau chiar imposibil la documentele necesare pe pagina web oficială a MSMPS.

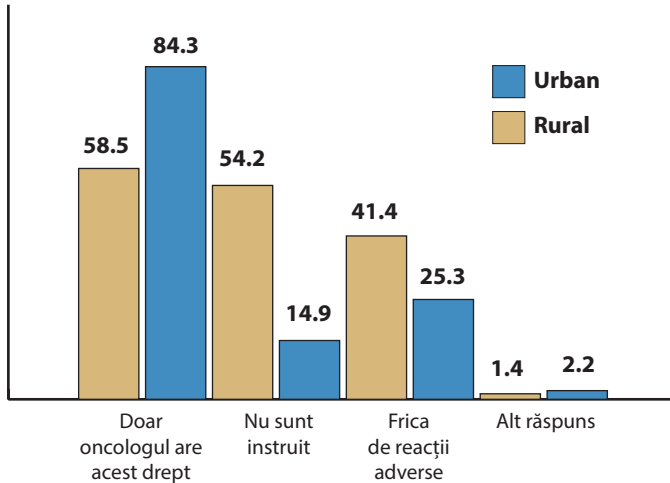


Figura 4.10. Cauzele neacceptării inițierii tratamentului cu opioide, (%)

În cadrul discuțiilor în focus-grupuri, chiar dacă unii medici de familie consideră că nu văd o problemă să prescrie opioide, afirmând că au fost instruiți suficient, în același timp, o mare parte au manifestat reticența și evitare de a prescrie opioide. Mulți medici de familie au recunoscut că nu prescriu opioide, deși cunosc că au dreptul de a prescrie, deoarece nu doresc să-și asume responsabilitatea, atât față de pacient și rudele lui, cât și „*au frică de organele de drept*”.

Un medic de familie ne-a explicat: „...*Eu doar nu pot să prevăd când o să decedeze pacientul incurabil. Dacă locuiește departe, îi prescriu medicamente opioide și pentru 2-3 săptămâni... Așa cer rudele! Ca să nu vină zeci de kilometri fiecare 2 zile. Dar el poate deceda și a doua zi! Astfel rămân cu multe medicamente nefolosite, iar asta chiar este o problemă! Nu știu cum să fac să fie corect...De aceea cam evităm...*” [FG10, medic din mediul urban, 47 ani].

În același timp, unii medici de familie au recunoscut că pacienții întâmpină probleme în accesul la opioide, în special acolo unde lipsește medicul oncolog în raion sau în perioadele când acest specialist este plecat sau este în concediu.

Putem constata că medicii de familie nu percep siguranța profesională în prescrierea opioidelor, fapt ce duce la omiterea sau evitarea prescrierii acestora.

Am observat că medicii sunt influențați de „miturile despre tratamentul cu morfină”. Mulți ne-au relatat următoarele:

„...*Mi-i frică de reacțiile adverse care ar putea să apară la pacient după prima doză de morfină, după asta pacientul refuză să-l folosească, iar eu nu am cu ce să substituie, și eu foarte greu îl conving că trebuie să folosească opioide, ei consideră că după asta repede vor muri...*” [FG3, medic din mediul rural, 57 ani].

„...Eu încep să prescriu morfina târziu, pentru că ea scurtează viața pacientului și inhibă centru de respirație, iar ei des mor în somn...” [FG4, medic din mediul rural, 63 ani].

„...Mi-i frică să prescriu doze mari de opioide, eu nu am instruirea necesară...” [FG8, medic din mediul urban, 41 ani].

„...Dacă voi începe să prescriu de la început morfină, cu timpul vatrebui să măresc doza, pentru că organismul se deprinde și nu reacționează, iar eu ca medic nu voi avea cu ce lucra ca să cupez durerea...” [FG1, medic din mediul rural, 55 ani].

Din cele expuse mai sus, putem deduce că temerile medicilor de familie, vizavi de cuparea sindromului dolo, cel mai des sunt legate de administrarea morfinei și miturile despre morfină. Un aspect al acestei probleme, ține de faptul că medicii nu au instruirea, competența necesară în domeniul cupării sindromului dolo. Ei consideră că trebuie să inițieze tratamentul cât mai târziu posibil de la debutul bolii, obligatoriu cu forma injectabilă a morfinei, deoarece pacienții foarte repede vor dezvolta deprindere și vor solicita doze mari de preparat. Ei se tem că pacienții vor deceda din cauza stopului respirator, provocat de inhibarea centrului respirator, de către morfină.

Cele expuse reprezintă greșeli în interpretarea cupării sindromului dolo cu opioide, de către medicii de familie, ceea ce este cea mai importantă barieră în managementul durerii în momentul prestării serviciului de îngrijire paliativă. Lipsa specialistului oncolog, care ar putea să ajute medicii de familie în ajustarea dozelor este un alt aspect important de luat în considerare.

Un subiect foarte important care trebuie de luat în considerare este și abordarea insuficientă de către medici a durerii non-oncologice, pentru care nu există algoritme și nici un protocol clinic național.

În majoritatea discuțiilor realizate cu medicii de familie am constatat că la nivel de asistență medicală primară nu sunt realizate estimări adecvate a necesităților de opioide.

4.6. Acordarea asistenței paliative copiilor de către medicul de familie

Cu referire la îngrijirile paliative pediatrice, majoritatea medicilor de familie au menționat că nu au în supraveghere copii care ar beneficia de îngrijiri paliative sau dacă și au existat astfel de cazuri, ei oricum nu au avut vreo implicare: „Acolo părinții își bat capul, noi nu tare ne implicăm” [FG7].

Din discuțiile realizate cu medicii de familie, îngrijiri paliative la domiciliu pentru copii nu se realizează: „Nici nu avem copii în paliative, poate la Institutul Oncologic să fie copii, da noi nu avem... Părinții ne întreabă unde se poate de adresat și noi le spunem să meargă la hospice direct”. [FG3]

Totuși, fiind întrebați dacă știu unde ar putea referi pacienții minori pentru îngrijiri paliative, majoritatea medicilor de familie au răspuns că nu dețin asemenea informație, cu excepția celor din raionul Orhei care au menționat insti-

tuția din satul Isacova, raionul Orhei (Hospice Angelus), însă foarte vag, fără a cunoaște date de contact sau procedura de referire.

Studiu de caz

Pacient – copil de 3 ani, diagnosticat cu cancer, i se administrează injecții de opioide în număr de circa 40 săptămînal. Asistența medicală primară nu gestionează cazul, pacientul fiind totalmente în îngrijirea membrilor familiei."

V. ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ OFERITĂ LA NIVEL DE SPITAL

5.1. Cadrul normativ

În cadrul sistemului de sănătate, spitalele au un loc special, fiind cei mai mari consumatori de resurse, fiind cel mai bine dotate cu echipamente și tehnologii medicale, având potențial de a oferi îngrijiri de sănătate de înaltă calitate și complexitate. În termeni generali, orice spital are misiunea de a oferi servicii medicale necesare pentru soluționarea problemelor de sănătate ale pacienților.

Programul Unic de Asigurări Obligatorii de Asistență Medicală formulează asistența spitalicească drept „cazul rezolvat care include, de regulă și în corespundere cu actele normative în vigoare, consultații și investigații pentru stabilirea diagnosticului, tratament medical sau chirurgical, îngrijire, medicamente, consumabile, materiale sanitare, cazare și alimentație, acordată în cazurile justificate din punct de vedere medical și epidemiologic și în situațiile în care pacientul necesită servicii de îngrijiri paliative prestate în condiții de hospice sau secții de îngrijiri paliative și de echipe mobile specializate în îngrijiri paliative din cadrul instituțiilor medico-sanitare spitalicești”⁷².

Conform aceluiași act normativ „asistență paliativă medicală acordată pacientului se oferă atunci când obiectivul clinic primar sau scopul tratamentului este optimizarea calității vieții pacientului cu o patologie activă și avansată care limitează viața acestuia”⁷³.

Prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.1570 din 27.12.2013 „Cu privire la organizarea asistenței medicale paliative, conducătorii instituțiilor medico-sanitare publice raionale”, începând cu 01.01.2014 au fost obligați să desfășoare paturi de îngrijiri paliative, reieșind din numărul populației deservite, cu asigurarea condițiilor necesare pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative.

În anul 2015 a fost aprobat un nou *Nomenclator al instituțiilor medico-sanitare spitalicești*⁷⁴. Conform acestuia, 30 paturi de îngrijiri paliative sunt prevăzute în Spitalul Clinic Municipal nr.4 din Chișinău (spital specializat în îngrijiri paliative) și 30 de paturi în Spitalul de Psihiatrie mun.Bălți. Celelalte instituții medico-sanitare spitalicești au prevăzute paturi pentru îngrijiri cronice și acute.

Standardele de evaluare și acreditare pentru prestatorii de îngrijiri paliative au fost stabilite de Consiliul Național de Acreditate în anul 2015⁷⁵.

Cerințele de bază menite să asigure desfășurarea serviciilor de îngrijiri paliative de calitate obligatorii pentru prestatorii de asemenea servicii sunt prevăzute în Standardul Național în Îngrijiri paliative (2010). Conform Standardului, admiterea/internarea beneficiarilor pentru îngrijiri paliative se face în baza

⁷² Hotărârea Guvernului R.Moldova nr.1387/1012.2007 „Cu privire la aprobarea Programului Unic de Asigurări Obligatorii de Asistență Medicală”;

⁷³ Idem;

⁷⁴ Ordinul Ministerului Sănătății nr.466/11.06.2015 „Cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare spitalicești”;

⁷⁵ http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/activitate_evaluare_acreditare/ingrij_paliative1.pdf

biletului de trimitere, eliberat de medicul de familie. Serviciile specializate de îngrijiri paliative pentru pacienții eligibili și familiile acestora sunt acordate în unitățile cu paturi de îngrijire paliativă unde „se asigură asistență în regim de spitalizare, pentru pacienții eligibili, inclusiv oferă servicii de tip „respiro” (plasmament temporar)”⁷⁶.

La planificarea serviciilor de către instituțiile spitalicești se va lua în considerare normativul de 8 paturi la 100 000 de locuitori, cu minim 5 paturi pe secție. Numărul mediu de zile pe an per pacient este prevăzut de 30 zile.

Standardul descrie cerințele obligatorii cu privire la structura și dotarea secției de îngrijiri paliative și anume: izolarea secției respective de celelalte secții de staționar, din cauza specificului de îngrijire paliativă; accesul aparținătorilor trebuie să fie permis și posibil, fără a traversa secțiile de tratament activ; secția trebuie să fie dotată cu un grup sanitar propriu; secția trebuie să fie adaptată necesităților pacienților, care să le permită accesul facil în grupurile sanitare, saloane etc., inclusiv pentru pacienții în scaune cu roțile.

În toate spațiile în care au acces pacienții, trebuie să fie instalate sisteme de alertă sonoră și vizuală, pentru a permite apelarea personalului de către pacienți. De asemenea secția trebuie să includă grup sanitar pentru personal, sală de tratament, spațiu de depozitare a materialelor și aparaturii medicale și echipamente medicale, încăpere pentru alimente, pentru depozitarea lenjeriei curate și murdare, pentru depozitarea deșeurilor menajere și a a deșeurilor contaminate/periculoase, spațiu pentru recreiere, consiliere și întâlnire cu vizitatorii.

Totodată este obligatoriu să existe o cameră cu safeu conectat la semnalizarea centralizată pentru păstrarea opioidelor, psihotropelor și o cameră frigorifică special amenajată pentru păstrarea provizorie a trupurilor.

Salonul pentru pacienții în paliație trebuie să aibă o suprafață de minim 6 m² și să fie dotat cu paturi reglabile cu accesorii (de preferat cu somieră din 3 bucăți, cu mecanism hidraulic și comandă electrică). Este important ca paturile să aibă saltele ce previn apariția escarelor, cu suprafața lavabilă, paravane despărțitoare, noptieră pentru fiecare pat, măsuță mobilă pentru fiecare pat, fotoliu medicinal lavabil, dulapuri pentru obiectele personale ale pacienților, chiuveță. Grupul sanitar pentru pacienți trebuie să includă veceu adaptabil necesităților, dușuri adaptabile cu accesorii pentru persoanele cu dizabilități, elevator pentru mobilizarea pacienților, precum și spațiu pentru spălarea, dezinfectarea, uscarea și depozitarea urinelor.

5.2. Finanțarea îngrijirilor paliative la nivel spitalicesc

Unul dintre factorii principali care determină funcționarea durabilă a sistemului de sănătate și creează condiții favorabile de satisfacere a necesităților și a cererii populației în servicii medicale de calitate și volumul adecvat este finanțarea.⁷⁷

⁷⁶ Standardul 8 din Standardul Național în Îngrijiri Paliative;

⁷⁷ Hotărârea Guvernului R.Moldova nr.1471 din 24.12.2007 „Cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare

Pentru anul 2019 contractarea asistenței medicale spitalicești prevede suma de 376 222,0 mii lei⁷⁸.

Unitatea de măsură a activității spitalicești de scurtă durată este *cazul tratat*. Cazurile tratate cronice sunt cazurile prestate de profilele: geriatrie, reabilitare și îngrijiri paliative. Unul din criteriile obligatorii pentru contractarea de către CNAM în programul de îngrijiri cronice este, amplasarea fizică separată delimitată a secției îngrijiri cronice cu angajarea/instruirea medicului reabilitolog/specialist cu pregătire în îngrijiri paliative, cu specificarea tarifului per zi pentru activitate de îngrijiri paliative în condiții de spital/hospice.

Pentru anul 2011⁷⁹ costul unei zile/pat a constituit – 93,0 lei, în anul 2012⁸⁰ costul stabilit al unei zile/pat era de 214,40 lei.

Din informația prezentată de CNAM cu privire la instituțiile spitalicești contractate pentru servicii de îngrijiri paliative, inclusiv numărul de zile-pat prestate în perioada anilor 2014-2019 se constată o micșorare a costului per zi/pat, după anul 2016, și aceasta în condițiile în care anual este atestată o creștere a prețurilor și tarifelor la mărfurile de consum⁸¹.

Tabelul 5.1. Numărul IMSP-ilor și tipul serviciilor contractate pentru prestarea îngrijirilor paliative din FAOAM

Anul	Nr. instituțiilor spitalicești contractate de CNAM pentru îngrijiri paliative	Costul unei zile/pat, lei	Nr. total zile/pat prestate	Cheltuieli totale din FAOAM, lei
2014	33	242,00	23 970	5 800 740,00
2015	35	302,10	34 018	10 276 837,80
2016	41	351,00	47183	16 561 233,00
2017	40	331,00	50 422	16 689 682,00
2018	41	343,25	49 037	16 801 057,75
2019		343,25		

Cu referire la Spitalul de Psihiatrie Bălți s-a constatat că a fost contractat de CNAM pentru **îngrijiri paliative** doar în anii 2014 și 2015, deși conform Ordinului Ministerului Sănătății nr.466/11.06.2015 sunt prevăzute 30 de paturi pentru aceste servicii. Administrația Spitalului a confirmat că secția pentru îngrijiri paliative a fost lichidată în anul 2016 din cauza neconformității condițiilor cu prevederile Standardului. Respectiv, prestarea îngrijirilor paliative în această instituție a fost stopată.

Din rezultatele studiului cantitativ observăm că majoritatea spitalelor (97%)

tare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017”;

⁷⁸ Ordinul Ministerului Sănătății nr.1592-A din 28.10.2018 „Privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anii 2019 -2026”;

⁷⁹ Ordinul Ministerului Sănătății nr.875/27.12.10 „Cu privire la aprobarea costului unui caz asistat de îngrijiri medicale paliative prestate în condiții de staționar/hospice”;

⁸⁰ Ordinul Ministerului Sănătății nr.60/25.01.2012 „Cu privire la îngrijiri paliative medicale”;

⁸¹ www.statistica.gov.md;

sunt asigurate cu medicamente și consumabile necesare pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative din mijloacele fondurilor de asigurări obligatorii de asistență medicală destinate în acest scop, 6% dintre spitale raportează și alte surse – donații de caritate, organizații nonguvernamentale etc., iar în 1 (3%) spital a confirmat că folosește mijloacele fondurilor de asigurări obligatorii de asistență medicală cu altă destinație.

La întrebarea dacă există o finanțare și din Fondul Național de Asigurări Sociale pentru astfel de servicii, răspunsul a fost unul unanim: „Nu, din fondul CNAS nu avem nici o susținere, dacă mai avem noroc ne mai ajută ONG-urile cu ajutoare umanitare”.

În cadrul discuțiilor realizate cu managerii de spitale ne-a fost relatat că unul dintre barierele pentru dezvoltarea acestui domeniu este faptul că sunt contractate puține cazuri de îngrijiri cronice, inclusiv îngrijiri paliative, secțiile nu sunt rentabile și personalul medical nu este motivat pentru a se recalifica.

La fel ca și responsabilii din medicina primară, cei din spitalicească indică asupra faptului că fondatorul, care de regulă este autoritatea publică locală nu contribuie nici într-un mod la dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative.

5.3. Evaluarea asistenței paliative prestate în spitalele raionale

Pentru a relata cât mai amplu situația cu referire la asistența paliativă organizată la nivel de instituții spitalicești au fost aplicate două instrumente de colectare a datelor: completarea unei grile- chestionar de către managerii tuturor instituțiilor spitalicești raionale și observarea directă prin vizite aleatorii în teritoriu cu interviuri individuale cu unii manageri de spitale.

Disponibilitatea asistenței paliative la nivel raional

În urma vizitelor efectuate în circa 8 instituții spitalicești raionale din țară nu a fost identificată nici o secție de îngrijiri paliative separată. Forma de organizare a serviciilor de îngrijiri paliative în spitalele raionale este amplasarea paturilor de îngrijiri paliative în cadrul secțiilor de boli cronice, îngrijiri paliative și geriatrie, în număr de la 1 până la 10 paturi. În 3 spitale raionale aceste paturi sunt amplasate paralel și în alte secții, iar un spital ne-a raportat că are așa paturi doar în alte secții.

Într-o instituție spitalicească am observat 2 saloane cu inscripții „Asistență paliativă”, fapt ce este o practică stigmatizantă și o încălcare a confidențialității pacientului.

Separarea pacienților-beneficiari de îngrijiri paliative de pacienții cronici se face prin acordarea saloanelor libere. Un medic din secție ne-a explicat: „Ne străduim pur omeneste să punem bolnavul într-un salon aparte”.

În unele instituții medicale responsabilii au invocat că nu au nevoie de multe paturi, deoarece pacienții nu doresc să se interneze și preferă îngrijirile la domiciliu, lângă rude și familie. Într-o instituție managerul a comunicat că au redus numărul paturilor pentru îngrijiri paliative de la 10 la 3, deoarece nu erau

solicitări. Alți manageri au invocat că medicii de familie ezită să refere pacienții în spital. În același timp, în unele instituții a fost remarcată suprasolicitarea serviciilor de îngrijiri paliative. În asemenea cazuri, conform spuselor unui șef de secție: „dacă este rând la cronici, atunci pacienții paliativi au prioritate la spitalizare”.

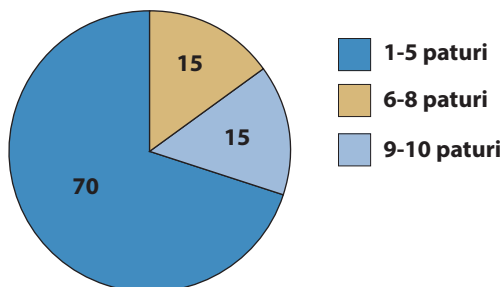


Figura 5.1 Modul de organizare a serviciilor paliative la nivel de spitale raionale, distribuție în cadrul secțiilor de boli cronice, (%)

Cu referire la amplasarea paturilor de îngrijiri paliative împreună cu paturile pentru pacienții cronici și geriatrici, opiniile managerilor implicați în studiu s-au divizat. Unii manageri consideră că „Sunt suficiente pe deplin 7-8 paturi pentru îngrijiri paliative amplasate în cadrul secțiilor de îngrijiri cronice” și că „Specialiștii din asistența pacienților cronici sunt suficienți pentru a acorda îngrijire pacientului aflat în paliativ”. În același timp, mulți manageri consideră că: „Este necesar de a deschide o secție specializată de îngrijiri paliative”; „Pacienții la îngrijiri paliative sunt muribunzi, ei deseori necesită îngrijire specială, iar comasarea cu pacienții cronici duce la depresie”; „Într-o secție specializată serviciul ar fi mult mai calitativ”.

Datele acumulate din grila aplicată ne-au arătat că utilizarea paturilor de îngrijiri paliative din instituțiile spitalicești raionale a fost estimată de către manageri după cum urmează: sunt suprasolicitate, fiind o listă lungă de așteptare (24%); solicitate insuficient (50%) și utilizate suficient (26%).

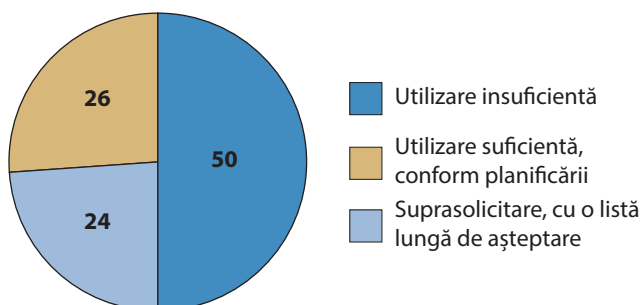


Figura 5.2 Aprecierea gradului de utilizare a paturilor de îngrijiri paliative la nivel de spitale raionale (%)

Saloanele prevăzute pentru îngrijiri paliative, de regulă, sunt mici și nu sunt adaptate specificului îngrijirilor unui pacient terminal. Numărul de paturi într-un „salon paliativ” variază în mediu între 2-4 paturi.

Din datele colectate prin grila aplicată am constatat suprafața oferită pentru un pat în paliatiție. Astfel, suprafața declarată pentru un pat paliativ în instituție este de: 4 m² – în 14 spitale (41%); 5 m² – în 2 spitale (6%); 6 m² – în 9 spitale (26%); 7 m² – în 3 spitale (9%); 8 m² – în 5 spitale (15%); 9 m² – în 1 spital (3%).

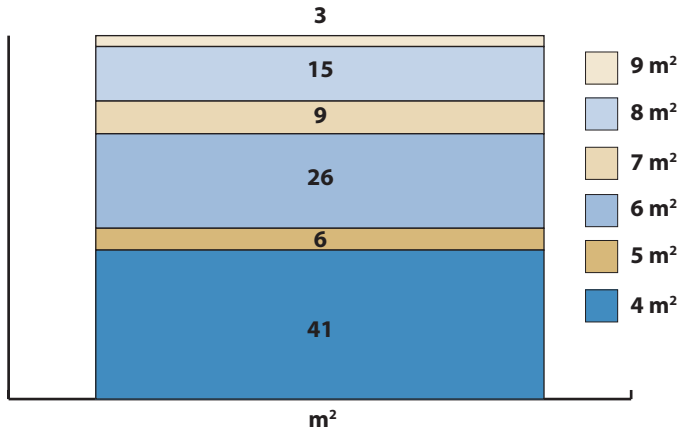


Figura 5.3 Suprafața acordată pentru un pat paliativ la nivel de spitale raionale (%)

La general secțiile nu sunt dotate cu paturi funcționale/reglabile conform standardului cu accesoriile prevăzute (somieră din 3 bucăți, mecanism hidraulic și comandă electrică). Mai mult ca atât, paturile nu au saltele ce previn apariția escarelor, cu suprafața lavabilă.

În majoritatea saloanelor vizitate nu existau paravane despărțitoare, nopțiere pentru fiecare pat, măsuțe mobile pentru fiecare pat, fotolii medicinale lavabile, dulapuri pentru obiectele personale ale pacienților, chiuvete.

Majoritatea secțiilor vizitate nu sunt dotate cu un grup sanitar propriu și nu sunt adaptate necesităților pacienților astfel încât să le permită accesul facil în grupurile sanitare, inclusiv pentru pacienții în scaune cu rotile. În nici o instituție medicală vizitată nu au fost observate sisteme de alertă sonoră și vizuală instalate în saloane, pentru a permite apelarea personalului de către pacienți.

De asemenea nu toate secțiile sunt dotate cu echipamente medicale relevante îngrijirilor paliative (ex.: infuzomate).

Grupurile sanitare pentru pacienți, de regulă includ WC-uri și cabine de duș, neadaptate pentru această categorie de pacienți. Nu au fost identificate elevatoare pentru mobilizarea pacienților, precum și spațiu aparte pentru spălarea, dezinfectarea, uscarea și depozitarea urinelor, toate accesoriile medicale fiind ținute în odăile unde se află grupurile sanitare. Majoritatea instituțiilor medicale spitalicești vizitate nu dispun de camere frigorifice special amenajate pentru păstrarea provizorie a cadavrelor.

Doar într-o instituție medico-sanitară publică de nivel raional există o echipă mobilă specializată în îngrijiri paliative (Cahul), aceasta fiind formată din personal propriu. Aceasta este organizată și finanțată la moment din sur-

sele ONG Hospices of Hope, cu intenția de a trece ulterior la contractare de la CNAM.

Ce ține de existența unui ambulatoriu de îngrijiri paliative în cadrul spitalului raional, niciunul din acestea nu-l are ca structură cu dotare, în conformitate cu Standardul Național de Îngrijiri Paliative.

Din discuțiile realizate cu managerii spitalelor am observat o rezistență la ideea organizării serviciilor paliative de ambulator și al echipei mobile. Mulți manageri consideră că astfel de servicii nu sunt necesare la nivel de raion: „*La moment, serviciul de îngrijiri paliative nu necesită organizarea unui ambulator.*”; „*Nu este necesitate în așa ambulatoriu.*”; „*Echipele mobile nu pot acoperi cele mai extremale situații de ajutor paliativ.*”

Majoritatea sunt de părerea că aceste servicii ar trebui orientate în responsabilitatea asistenței medicale primare: „*Un asemenea ambulatoriu ar fi de real folos în cadrul medicinei primare.*”; „*În condiții de ambulator asistența paliativă trebuie să fie asigurată de medicul de familie.*”; „*Cred că echipe mobile specializate ar fi necesare în cadrul medicinei primare.*”

O mare parte dintre manageri recunosc lacune în posibilitățile de organizare a acestor servicii la un nivel adecvat din cauza „*Lipsei de spațiu, lipsei de specialiști instruiți pentru îngrijiri paliative.*”; „*Achitarea serviciilor – echipe mobile specializate – nu acoperă cheltuielile – benzina, mașina, șofer; trebuie echipe bine pregătite, gata 24/24 ore să acorde asistență.*”

Această atitudine negativă din partea managerilor cu referire la organizarea serviciilor de asistență/îngrijire paliativă ne indică deficiențe în perceperea adecvată a organizării acestui serviciu, rolului fiecărui actor, precum și lacune serioase în instruirea și informarea managerilor în domeniul managementului îngrijirilor paliative conform recomandărilor internaționale și naționale.

Atitudinea față de modalitatea organizării unui ambulatoriu de îngrijiri paliative în cadrul spitalului și față de impactul acestuia asupra acoperirii cu servicii de îngrijiri paliative la nivel de raion este una pro în minoritate, argumentele fiind: „*de acord, în caz când instituția dispune de spații și specialiști*”; „*este necesar de organizat, va micșora numărul pacienților internați – respectiv se micșorează cheltuielile*”; „*trebuie de organizat în toate spitalele, pe lângă secțiile de îngrijiri cronice*”; majoritatea fiind contra, venind cu următoarele contraargumente: „*în condiții de ambulator asistența paliativă trebuie să fie asigurată doar de medicul de familie*”; „*nu este necesitate în așa ambulatoriu*”; „*lipsă de spațiu adecvat, lipsă de specialiști instruiți pentru îngrijiri paliative*”.

Accesibilitatea îngrijirilor paliative prestate în secțiile spitalicești

Internarea în spital a pacienților de regulă se face prin biletul de trimitere de la medicul de familie. Din informația expusă în grila-chestionar, rezultă că pacienții ajung în spital pe pat paliativ la îndreptarea medicului de familie (100%), a medicului oncolog (85%), a medicului curant (35%), la cererea rudelor (41%) și prin intermediul serviciului de asistență medicală de urgență (6%).

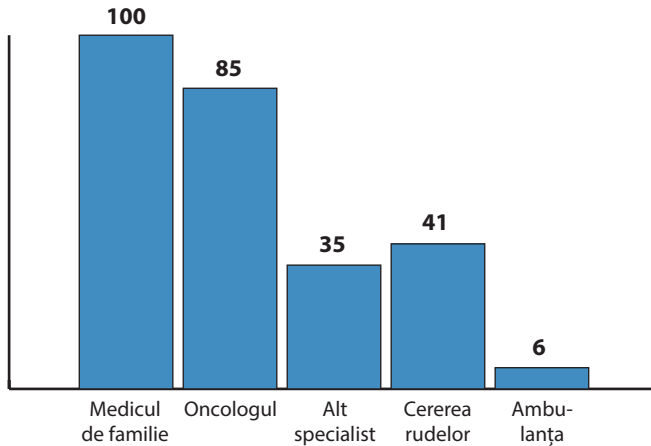


Figura 5.4 Modul de internare a pacienților pentru îngrijiri paliative (%)

Totuși, unii responsabili din cadrul instituțiilor spitalicești au invocat tendința medicilor de familie de a ezita referirea către instituțiile spitalicești, pentru a evita efectuarea investigațiilor medicale de bază a pacienților, și îndrumându-i pe aceștia să beneficieze de asistența medicală urgentă pentru internare. Respectiv, toate cheltuielile pentru investigațiile medicale sunt suportate de instituțiile medicale spitalicești.

Totodată a fost invocat faptul că medicii de familie nu indică în biletele de trimitere faptul că pacientul are nevoie anume de îngrijiri paliative. Un medic ne-a explicat „*ei scriu în secțiunea recomandări, pur și simplu pentru „tratament boli cronice”*”.

Din grilele completate de către managerii spitalelor observăm că unii dintre ei consideră că există o legătură permanentă cu nivelul de asistență medicală primară prin crearea unei liste de așteptare în baza solicitărilor medicului de familie (79%), pe când alții afirmă că nu există nici o conlucrare, medicul de familie face îndreptarea și pacientul se adresează direct la spital pentru asistență paliativă (21%).

Pacienții cu durere în cancer sunt trimiși prin bilet de trimitere din localitățile teritoriale de la medicul de profil, care de regulă este oncologul.

La întrebarea dacă populația raionului cunoaște despre accesul la serviciile de îngrijiri paliative, o mare parte dintre manageri au afirmat că populația cunoaște, dovadă fiind și adresările frecvente din partea rudelor pacienților gravi și incurabili (70%), care merg de sine stătător la medicul de familie și cer bilet de trimitere. Totuși, fiecare al cincilea manager (21%) consideră că populația nu cunoaște despre serviciile de îngrijiri paliative disponibile, iar un manager din zece este convins că populația cunoaște, însă nu apelează la acest serviciu.

Potrivit afirmațiilor managerilor de spitale, în mediu, numărul de spitalizări per an a pacienților în îngrijiri paliative ajunge la 500-600 de pacienți. Reieșind din datele oferite în grilele aplicate, observăm tendința de creștere a numărului

lui pacienților care au beneficiat de asistență paliativă la nivel de spitale raionale pe parcursul ultimilor ani.

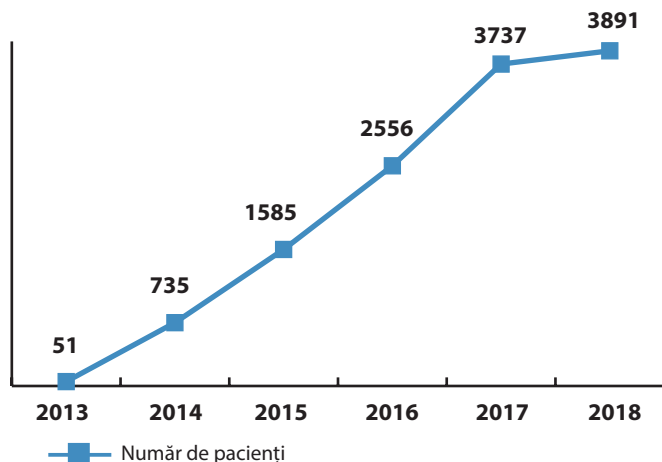


Figura 5.5 Numărul pacienților care au profitat de îngrijiri paliative la nivel de spitale raionale (abs.)

Prioritar sunt internate pentru paliatie persoanele cu boli oncologice, deoarece, după spusele unor respondenți „*chiar cei de la CNAM au dat neoficial indicații ca pentru serviciile paliative să fie internate doar persoanele oncologice*”.

Astfel, din grilă observăm că pacienții oncologici sunt acceptați de către toate instituțiile spitalicești (100%), pe când doar în 70% dintre instituții sunt acceptați pacienții neoncologici incurabili, de obicei cei transferați din alte secții ale spitalului.

Termenul de spitalizare pentru pacienții paliativi este de 30 zile per an, ceea ce, în opinia lucrătorilor medicali, este „un nonsens”. Drept exemplu servește cazul unui pacient eligibil pentru *îngrijiri paliative* care a fost internat timp de 40 zile, conform necesităților. CNAM-ul a achitat doar 30 zile, cheltuielile pentru următoarele 10 zile au fost suportate transferând persoana dată în categoria de „pacient cronic”. Un șef de secție a recunoscut: „*Pur omenește, nu putem să-i lăsăm în drum, să îl dăm afară dacă vedem că suferă și îi transferăm pe pat pentru geriatrie sau la bolile cronice*”.

Prin urmare, în caz de necesitate stringentă atunci, când se depășește acest termen (30 zile), prestatorii de servicii sunt nevoiți să identifice soluții pentru acoperirea cheltuielilor pentru următoarele zile, încercând să evite de sine stătător barierele impuse de sistem.

Studiu de caz:

Pacient/persoană fără adăpost, fără poliță de asigurare, a fost internat de urgență pe timp de iarnă pe pat cronic, deși necesita îngrijiri paliative. Această persoană a beneficiat de tratament ca pacient cu boală cronică, până la stabilizarea stării de sănătate, din contul spitalului.

Managerul instituției ne-a relatat: *„De obicei, persoanele social-vulnerabile nu prea sunt monitorizate și vizitate de către medicii de familie, iar din această cauză ei ajung în stare gravă/decompensată la spitale, deja pentru îngrijiri paliative. Medicina primară nu contribuie la prevenirea acestor situații... toate complicațiile trebuie să le rezolvăm noi, pe când trebuie de lucrat la prevenire...”*

În unele spitale am identificat cazuri când există un spectru îngust de stări care sunt admise pentru internarea pacientului în paliativ și anume: escare, dispnee, sindrom algic și intoxicații canceroase. Personalul medical recunoaște că spectrul este foarte restrâns și necesită a fi extins. Aceasta constatare indica faptul ca personalul medical nu cunoaște și, astfel nu respectă actele normative în vigoare.

Cu referire la echipele multidisciplinare care, conform Standardului, trebuie să existe în instituțiile medico-sanitare spitalicești unde nu există secție separată pentru îngrijiri paliative, s-a constatat că acestea lipsesc. Majoritatea managerilor invocă insuficiență de personal, în general: *„Personalul care îl avem în aceste secții se referă mai mult la îngrijirile cronice, nu paliative, nu mai vorbim despre imposibilitatea angajării unui psiholog sau kinetoterapeut!”*;

Un alt manager ne-a relatat la acest subiect: *„Avem un deficit mare de asistente medicale, aproximativ 27 de funcții vacante. La moment nu avem medici instruiți în paliativ, deoarece cel care a fost instruit se află în concediu de îngrijire a copilului”*.

În altă instituție am determinat că din 22 de asistente medicale necesare activează doar 10. Din acest motiv, secția nouă prevăzută pentru îngrijiri cronice/paliative, renovată deja de un an de zile, nu poate fi deschisă.

O altă problemă invocată ar fi insuficiența mijloacelor de transport pentru echipele mobile, *„dacă avem o mașină la tot spitalul, cum să mergem?”*.

Un exemplu bun în acest sens poate servi experiența Spitalului Raional Cahul, care cu suportul financiar extern (Fundația Hospices of Hope) a creat o asemenea echipă. Am constatat că doar în această instituție este angajat un asistent social și se face o abordare interdisciplinară a pacientului paliativ. Proiectul a dotat echipa cu un automobil, ceea ce facilitează semnificativ accesul la pacienți.

Asigurarea calității îngrijirilor paliative din spitalele raionale

Fiind rugați să dea o apreciere calității serviciului de îngrijiri paliative din cadrul spitalului condus, 22 de manageri (60%) au afirmat că acesta corespunde necesităților și este conform standardelor în vigoare; nu corespunde standardelor și necesităților populației – consideră 12 respondenți (40%), dintre care 3 persoane (8%) au avut și alte opinii (nu corespunde finanțării contractate).

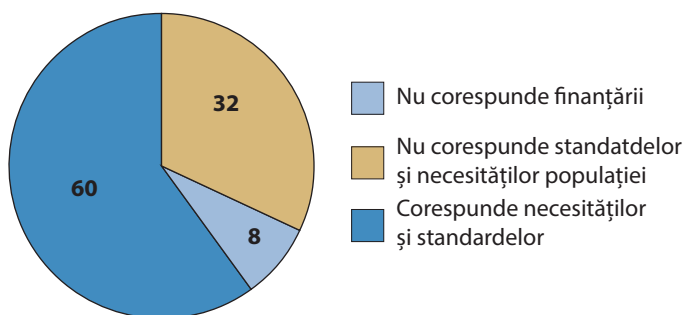


Figura 5.6 Aprecierea calității îngrijirilor paliative oferite la nivel de spitale raționale (%)

În cadrul discuțiilor realizate cu managerii și personalul secțiilor unde sunt prestate îngrijiri paliative am abordat subiectul nivelului de respectare a Standardului Național de Îngrijiri Paliative. Cu toate că rata celor care au raportat o calitate conformă a serviciilor este înaltă – (60%), doar în câteva cazuri, în cadrul discuțiilor realizate, a fost afirmat că „Standardul Național de Îngrijiri Paliative este implementat pe deplin în cadrul spitalului” și „Pacienții beneficiază de aceste servicii și în majoritate sunt satisfăcuți”. În mare parte a cazurilor, însă, ne-a fost relatat că „Standardul este parțial implementat, trebuie modificat, ajustat la realitățile actuale”; „Nu există specialiști pregătiți în număr suficient, atât medici, cât și asistente medicale”; „Protocoloalele clinice naționale actuale și Standardul Național de Îngrijiri Paliative, pe unele poziții nu sunt în concordanță”.

Această divergență în opinii se observă și în răspunsurile la alte întrebări din cadrul studiului cantitativ. Jumătate dintre managerii instituțiilor spitalicești (50%) consideră că standardele sunt implementate. Practic fiecare al patrulea (24%) dintre respondenți consideră că sunt implementate parțial sau în combinație cu alte protocoale, iar 26% dintre manageri au recunoscut că standardele nu sunt implementate în instituțiile lor.

Unul dintre principiile de bază al îngrijirilor paliative este abordarea holistică a pacientului. Astfel, consilierea psihologică, suportul spiritual, sunt momente esențiale în îngrijirea specifică a acestor pacienți. Din studiul realizat am identificat că în mai mult de jumătate (59%) dintre instituțiile medicale spitalicești raionale lipsește specialistul psiholog; practic, într-o treime dintre instituții (35%) există un psiholog angajat, dar care nu are formare în asistență paliativă; și doar în 2 instituții (6%) activează un specialist psiholog cu formare specială în asistență paliativă, care oferă nemijlocit consiliere pacientului și familiei acestuia.

Cu referire la gradul de acoperire cu medicamente și consumabile necesare pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative, am determinat o acoperire satisfăcătoare în 74% de cazuri, pe când în 26% cazuri este remarcată o acoperire parțială cu medicamente și consumabile (9 instituții).

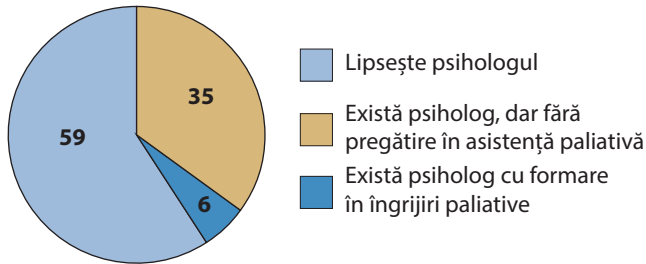


Figura 5.7 Existența serviciului de consiliere psihologică a pacienților în îngrijire paliativă la nivel de spitale raionale (%)

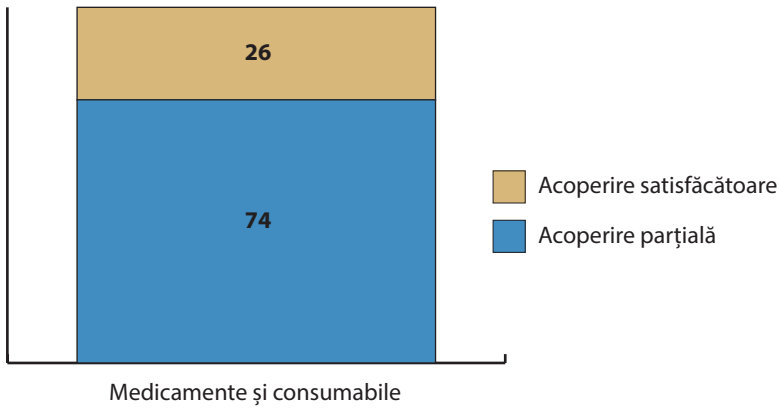


Figura 5.8 Gradul de acoperire cu medicamente și consumabile pentru acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la nivel de spitale raionale (%)

Personalul din secțiile cu paturi paliative ne-a confirmat faptul că există o asigurare suficientă cu opioide. Totuși nu am putut identifica nici un spital de nivel raional care să aibă în stoc opioide în pastile. Medicii lucrează doar cu formă injectabilă a opioidelor. La întrebarea noastră cu referire la refuzul de a lucra cu forma tabletară, nu am putut primi careva explicații clare, motivul fiind invocat precum că „Așa s-au deprins...” sau că „Nu cunosc că pot avea și forme tabletare a opioizilor”.

Necesarul în analgezice opioide pentru anul următor este estimat anual în primul semestru de șeful serviciului de îngrijiri paliative, în conformitate cu *Recomandările metodice „Estimarea necesităților de opioide utilizate în îngrijirea paliativă”*.

Necesarul anual este transmis de instituția medicală până la data de 1 mai a anului de gestiune în adresa MSMPs, care transmite necesarul subdiviziunilor responsabile pentru planificarea și organizarea procedurilor de achiziție centralizată.

Personalul administrativ al spitalelor prin grilele-chestionar a fost rugat să identifice barierele pe care le sesizează la moment pentru prestarea unor servicii calitative în domeniul asistenței paliative. Din răspunsurile primite au

fost evidențiate următoarele bariere în organizarea serviciilor de îngrijiri paliative în cadrul instituției: lipsa personalului calificat în îngrijiri paliative (62%); lipsa spațiului pentru a respecta standardele în vigoare (50%); lipsa fondurilor, finanțării adecvate (32%); lipsa colaborării cu asistența medicală primară (18%); lipsa medicamentelor și consumabilelor (18%), altele (9%), unde sunt enumerate finanțarea per caz limitată la doar 30 zile/an, atunci când solicitările pacientului și rudelor sunt pentru perioade mai îndelungate; sunt contractate puține cazuri de către CNAM; personalul medical nu este motivat pentru a se recalifica; lipsa suportului din partea societății, nu este dezvoltat voluntariatul în acest domeniu etc.

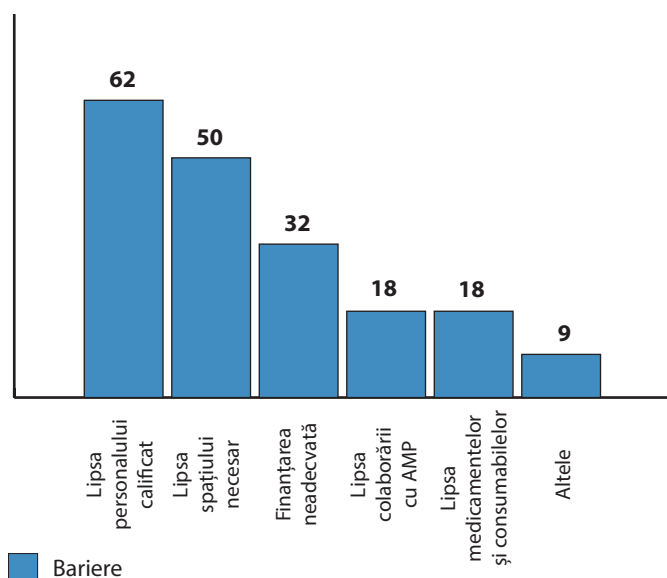


Figura. 5.9 Bariere în organizarea serviciului de îngrijiri paliative la nivel de spitale raionale (%)

Trebuie de menționat că aceste bariere ne-au fost enumerate și în cadrul discuțiilor realizate cu managerii sau personalul secțiilor unde sunt oferite îngrijirile paliative. Un medic ne-a relatat cu regret că: „În prezent nu există conlucrare adecvată la nivel de raion pentru asigurarea continuității acordării serviciilor de îngrijiri paliative calitative pentru pacienții din teritoriu și celor externați din spital, fapt ce influențează grav calitatea asistenței acestor pacienți.”

În partea ce ține de consimțământul persoanelor fără discernământ pentru tratament, toți responsabilii au indicat că acesta este oferit de rude. La întrebarea cum se procedează atunci, când pacientul nu are rude, a fost menționat că: „Dacă nu-s, așa-i tratăm fără consimțământ, semnează pentru protecția datelor și gata”.

5.4. Asistența Paliativă în Spitalul Clinic Municipal nr.4 din Chișinău

Acest spital este unica instituție medico-sanitară spitalicească din țară, care dispune de o secție separată pentru îngrijiri paliative.

Echipa OAP a realizat o vizită în aceasta instituție, în al cărei cadru a fost constatat că edificiul instituției este foarte vechi și este considerat „*monument istoric*”. Infrastructura spitalului nu corespunde standardelor actuale de organizare a unei instituții spitalicești pentru persoane cu necesități speciale, cum sunt cele care necesită îngrijiri paliative.

Condițiile din secție sunt absolut neadaptate pentru pacienți în îngrijiri paliative. Secția pentru îngrijiri paliative este amplasată într-un bloc separat cu două nivele, însă nu dispune de elevator pentru mobilizarea pacienților și nu este adaptată necesităților de mobilitate a acestora, fapt ce îngreunează activitatea personalului medical. Deși există cameră de baie și scaun adaptabil pentru pacienți, din observațiile de la fața locului am concluzionat că aceasta nu este utilizată conform destinației sau se utilizează rar. Potrivit afirmațiilor personalului din cadrul instituției pe timp de vară pentru igiena pacientului, de regulă, se utilizează șervețele umede de unică folosință.

De asemenea, lipsește spațiul pentru spălarea, dezinfectarea, uscarea și depozitarea urinelor. Veceul la fel nu corespunde necesităților acestor categorii de pacienți. Odăile nu au sistem de ventilare și în interior persistă un miros greu de suportat.

Secția are capacitatea de 30 paturi, care din spusele responsabililor „*sunt mereu ocupate*”. La momentul vizitei erau internați 32 pacienți. Fluxul anual este de circa 600 de pacienți.

Numărul de paturi în saloane variază între 4-7 paturi. Lipsesc paravanele despărțitoare între paturi. Pacienții în stări terminale, aflându-se în situații delicate sau jenante, sunt expuși unor situații umiltoare, fără a dispune de condiții elementare de respect al demnității și intimității persoanei.

Din cauza supraaglomerării saloanelor, pacienții sunt nevoiți să suporte strigătele/gemetele de durere ale altor pacienți din același salon.

Majoritatea paturilor nu corespund standardelor, doar câteva din ele au mecanisme electrice de mobilitate. Însă și acestea nu sunt conectate la electricitate, din insuficiență de prize în salon. Lipsesc saltele speciale pentru prevenirea apariției escarelor. Lipsesc saltele speciale per pat/pacient, precum și sistemele de alimentare cu oxigen la fiecare pat.

Conform managerului instituției, în secție sunt internați pacienți cu boli cronice (cancer, insuficiență cardiacă, fracturi ale sistemului osos etc.). Beneficiarii ai spitalului sunt pacienți de pe tot teritoriul țării, referiți de către specialistul de profil de la locul de trai.

De regulă, există o listă de așteptare pentru internare, care depinde în mare parte de externarea bolnavilor. Îngrijirile paliative sunt acordate doar pe termen de 30 zile per pacient pe an la costul contractat de CNAM.

La expirarea termenului de 30 zile, dacă persoana mai necesită îngrijiri paliative, din spusele managerului „*se oferă asistența contra plată, în sumă de 343 lei zi/pat*”.

În cazul în care persoana nu are rude, uneori achită autoritatea publică locală. „*Pentru perioada rece a anului avem indicația, prin demers, ca să acordăm ajutor persoanelor fără loc de trai, dar este ceva general, fără specificarea în îngrijiri paliative*”, a explicat managerul instituției.

În cadrul secției pentru îngrijiri paliative activează 3 medici cu experiență de muncă, însă fără specializare în paliative. Doar un singur medic a avut instruire în cadrul unui program specializat. Din numărul necesar de cinci asistente medicale activează doar trei și trei infirmiere. Asistentele medicale au beneficiat de instruire în domeniul îngrijirilor paliative la Brașov, România. În instituție lipsesc psihologii și brancardierii.

Managementul durerii se face de către medicul din instituție de profil reanimatolog-anesteziolog. Opioidii au doar în formă injectabilă, explicația primită fiind că „*medicii sunt obișnuiți să lucreze doar cu injecții*”. Nu se fac solicitări pentru opioidii în pastile. Achizițiile se fac prin CAPCS. Conform afirmațiilor, spitalul alege formele de opioidii din lista propusă de către CAPCS.

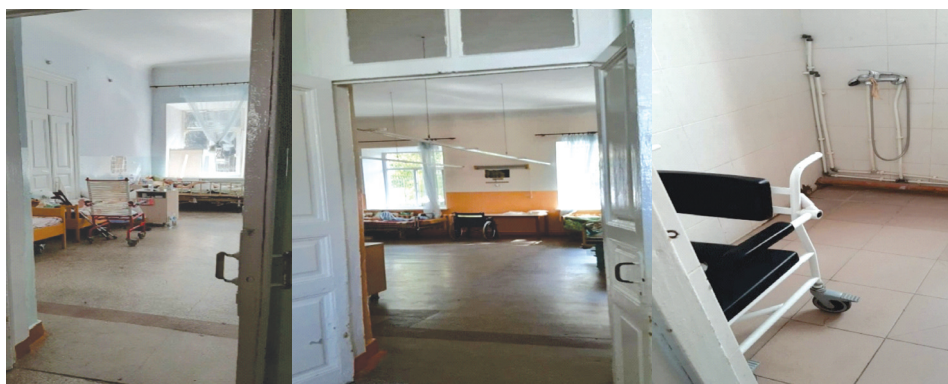
Este atestată insuficiența acută de consumabile/stome. „*Se cerșește de la Hospices of Hope. Cele oferite de Institutul Oncologic sunt insuficiente sau nu corespund*”, ne-a spus un medic din secție.

Planificarea de consumabile și dispozitive se prezintă către CAPCS, care le procură centralizat. Dispozitivele medicale sunt insuficiente, iar cele existente nu sunt adaptate cerințelor în îngrijiri paliative. Managerul ne-a explicat situația: „*Aparatul de ultrasonografie datează din 2005, iar un aparat Roentghen lipsește, serviciul fiind externalizat*”.

De asemenea nu există cameră frigorifică specială amenajată pentru păstrarea provizorie a cadavrelor. Mai mult ca atât, persoanele decedate sunt scoase pe ușa centrală a spitalului în văzul pacienților și al rudelor acestora/ vizitatorilor.

Echipa a constatat lipsa unei baze de date a pacienților, dezagregată pe categorii de boli, evoluția acestora la fiecare etapă de tratament, inclusiv pe vârstă și sex.

Potrivit administrației Spitalului, instituția a fost supusă procedurii de acreditare în anul 2018, care a fost condiționată din cauza anumitor neconformități.



5.5. Asistența paliativă pediatrică la nivel de instituții spitalicești

Cu toate că în nota informativă a MSMPS este menționat că spitalele raționale internează pacienți cu probleme de îngrijire în secțiile de pediatrie din raion, la necesitate, în cadrul studiului am determinat că în cadrul instituțiilor medico-sanitare spitalicești raionale nu se prestează servicii de îngrijiri paliative pentru copii. Managerii instituțiilor ne-au menționat că finanțare separată pentru copii în îngrijiri paliative nu există, iar CNAM-ul contractează serviciile pentru îngrijiri paliative, fără o delimitare dintre maturi și copii. Astfel nu există o modalitate de calculare a necesităților și consumabilelor pentru copiii în paliație. Totodată a fost invocată și situația de lipsă a echipei interdisciplinare special create și instruite pentru îngrijiri paliative la copii, existând doar asistența oferită în cadrul Institutului Oncologic. De asemenea am constatat că nici o instituție spitalicească nu are angajat psiholog specializat în paliație pediatrică.

IMSP Institutul Mamei și Copilului

Din informația prezentată de CNAM⁸², rezultă că IMSP Institutul Mamei și Copilului a fost contractat pentru boli cronice pediatrice, începând cu anul 2016, conform tabelului:

Tabelul 5.1. Zile/pat contractate de CNAM la IMSP Institutul Mamei și Copilului

Anul	2016	2017	2018
Zile/pat	209	2091	699

În cadrul vizitei la această instituție s-a constatat că nu sunt prevăzute paturi speciale pentru îngrijiri paliative. Administrația instituției a menționat că la moment în țara noastră nu există o reglementare clară a conceptului de *îngrijiri paliative* pediatrice. De asemenea, nu există o definiție și delimitare clară a copiilor eligibili pentru paliație și cei aflați în terapie intensivă.

„Există copii care necesită doar menținere, conectare la un aparat de ventilare artificială. Respectiv, la noi sunt internați în terapie intensivă, pe când ei sunt pentru *îngrijiri paliative*”, ne-a relatat un reprezentant al administrației instituției.

Totodată, a fost menționată creșterea anuală a numărului copiilor care necesită asistență paliativă, fiind atât cu maladii oncologice, cât și neoncologice.

La momentul vizitei patru copii incurabili se aflau în *îngrijiri paliative*, fiind internați în secția Reanimare și Terapie Intensivă, conectați la aparate de ventilare pulmonară. Medicii din secție au confirmat că *acești copii sunt îngrijiți luni în șir*, circa un an și mai mult fiecare. Această stare a lucrurilor creează foarte multe probleme în activitatea secției, care are destinația de a acorda asistență copiilor aflați în stări acute, cu risc pentru viață. Conectarea permanentă a patru aparate de ventilare artificială la copii aflați în stări incurabile, crează impedimente serioase în asigurarea cu astfel de echipament atunci când sunt

⁸² Nota informativă oferită de CNAM cu privire instituțiile spitalicești contractate pentru servicii de îngrijiri paliative pediatrice, inclusiv numărul de zile-pat prestate în perioada aa.2014-2019;

aduși mai mulți copii odată în stări grave, care necesită conectare la aparate de menținere a funcțiilor vitale.

Un medic din secția Terapie Intensivă ne-a explicat: „*Acești copii stau cu anii conectați la aparate, ca pacienți pentru îngrijiri paliative, însă au specific de terapie intensivă. Astfel, în cazul în care este necesar de conectat urgent un alt pacient la un astfel de aparat, spitalul nu poate face față*”.

Costul unui caz în paliatie contractat de CNAM este de 343 lei, însă având în vedere că de obicei asemenea copii sunt internați în secția terapie intensivă, cheltuielile pentru caz depășesc cu mult această sumă.

Reprezentanții instituției au accentuat despre colaborarea defectuoasă cu alte instituții medicale spitalicești în cazurile de referire a copiilor incurabili: „*Ar fi bine să fie transferați după o perioadă la un hospice pentru copii, însă nu există așa posibilitate la moment. Ceea ce este posibil la moment, părinții refuză, deoarece consideră că aici, la spital, vor fi îngrijiți mai bine. Dar noi suntem spital de nivelul 3, avem alt nivel de asistență medicală...*”

Administrația instituției ne-a oferit detalii cu referire la starea gravă a lucrurilor ce țin de finanțarea pentru asistența acestor copii. Deoarece nu sunt prevăzute mecanisme de contractare și finanțare a cazurilor paliative, instituția a înaintat demers către CNAM de a considera cazurile ca pacienți cronici. CNAM-ul însă a refuzat achitarea, considerându-le nevalide, din motiv că un caz cronic poate fi internat maximum 30 de zile, după care trebuie să urmeze externarea și, doar după o anumită perioadă, internarea repetată. Desigur, medicii din IMC nu pot externa copilul conectat la aparatul de menținere a funcțiilor vitale. Pe de o parte, nu există nici o instituție medicală unde ar putea fi transferați acești copii, pe de altă parte, externarea copilului ar însemna deconectarea de la aparat, ce înseamnă eutanasiu – acțiune interzisă de legislația în vigoare. Respectiv, acești copii rămân conectați luni de zile în secțiile Terapie Intensivă a spitalului, toate cheltuielile fiind asigurate de spital, ziua/pat fiind considerată la prețul 982 lei. Însă, aceste cheltuieli se reflectă în sume considerabile ca deficit în bugetul instituției, care nu are alte surse suplimentare decât achitarea cazului tratat de la CNAM. Administrația spitalului ne-a oferit cifre concrete cu referire la situația pentru spitalizarea a 10 copii cu stări necesare de îngrijire paliativă (ex.: amiotrofie spinală, chist medular, stare vegetativă, pneumofibroză, anomalii de dezvoltare a sistemului respirator etc.), cu vârste între 3 luni și 13 ani, care au fost internați pe perioade de la câteva luni până la 1 an și jumătate. Cheltuielile pentru aceste 10 cazuri ajung la suma de circa 127 mii lei, care nu sunt validate, la moment, de către CNAM din motivul menționat mai sus.

Astfel, din cauza lipsei unor reglementări clare sau a unui mecanism de contractare și finanțare a cazurilor de paliatie pediatrică din partea CNAM, este afectat grav bugetul și întreaga activitate a unei instituții foarte importante din sistemul de sănătate pediatric din țară.

Cu toate acestea, administrația instituției ne-a asigurat că sunt foarte inte-

resați să deschidă o secție separată pentru *îngrijiri paliative*, cu personal separat, bine instruit în domeniu, cu mecanisme clare de finanțare și contractare din partea CNAM, ceea ce ar aduce la normalitate activitatea spitalului în întregime.

IMSP Spitalul de Copii Municipal din Chișinău „V. Ignatenco”

Deși această instituție a fost acreditată la 30 noiembrie 2018 pentru prestarea serviciilor de paliatie (2 paturi), acestea nu au fost incluse în contractare de către CNAM. Și în această instituție, ca și în cazul IMC, sunt prestate astfel de servicii, copiii fiind internați sub diferite „umbrele” – fie în secția de Boli cronice sau în Reanimare și Terapie Intensivă (RTI).

Administrația instituției ne-a împărtășit problemele serioase cu care se confruntă în raportarea acestor cazuri. Chiar dacă din anul 2017 paturile paliative din această instituție au fost incluse în nomenclator și au fost prestate astfel de servicii unui număr concret de pacienți, CNAM a refuzat validarea acestora. Drept dovadă, ne-a fost prezentat demersul instituției din 01.08.2018 către CNAM pentru a fi validată și achitată suma de **200 mii de lei** pentru cazurile cronice (care includeau și copii aflați în îngrijire paliativă). Administrația solicită achitarea acestei sume suplimentar contractului inițial, deoarece cazurile cronice nu au fost incluse în contract, însă instituția a fost nevoită să spitalizeze și să acorde asistență acestor copii. Cu regret, din partea CNAM a fost primit un răspuns vag, prin care este refuzată rambursarea acestor bani, din lipsă de mijloace financiare. Astfel de situații crează probleme grave de ordin financiar pentru instituție, care este nevoită să achite aceste cheltuieli din contul altor linii de buget, fiind afectată activitatea adecvată a spitalului.

Problema cea mai gravă, în interpretarea reprezentanților managementului instituției, este că până în prezent nu există un mecanism de raportare/finanțare a cazurilor cronice/ paliatie elaborat de CNAM. Dacă raportarea cazurilor acute se raportează prin sistemul DRG și, respectiv, sunt validate și finanțate, *atunci lucrurile stau mult mai rău la capitolul bolilor cronice și paliatie.*

Instituția este deschisă și dorește să presteze servicii de *îngrijiri paliative*, dar în condițiile în care CNAM va indica clar în contractul pentru anul 2020 modalitatea de raportare și finanțare a acestor cazuri.

La momentul vizitei în secția RTI se aflau 3 pacienți în tratament paliativ. La fel, și în această instituție am constatat utilizarea frecventă a aparatelor de ventilare artificială din secția RTI pentru copiii aflați în *îngrijiri paliative*. Spitalul este dotat cu 2 aparate de ventilare artificială. La acel moment la unul dintre aceste aparate era conectat un copil eligibil pentru *îngrijiri paliative* (doar pentru menținerea artificială a respirației). Un medic din secție ne-a confesat: „În atare situație un copil internat de urgență, cu șanse de supraviețuire, nu poate fi conectat la aparatul respectiv, ceea ce nu este corect. Au fost cazuri când 3 copii erau conectați la 2 aparate, 2 copii fiind conectați timp de o lună de zile”.

Din acest considerent, solicitarea specialiștilor este ca *pacienții eligibili pen-*

tru îngrijiri paliative să fie internați și menținuți fie într-o secție separată, fie într-un centru specializat. Lipsa la nivel național a unei instituții specializate, care să asigure prestarea serviciilor de îngrijiri paliative pediatrice, este o problemă de stringență majoră în viziunea personalului medical implicat în discuții.

Administrația instituției ne-a explicat situația inechitabilă în care se află: „Costul pentru caz tratat îl stabilește CNAM. Dintre toate spitalele pentru copii, acestui spital i se achită cel mai puțin. Nu știm din ce considerente! Cheltuielile fiind aceleași, CNAM-ul achită diferit! Respectiv, asemenea cazuri a copiilor în tratament paliativ, reprezintă o povară financiară pentru instituție. Mai mult ca atât, durata îndelungată a spitalizării pacientului influențează indicatorii de performanță a instituției. Indicatorul etalon care ar trebui de atins este 6,5 zile. Având copii în perioade îndelungate, trebuie să scriem explicații la minister pentru indicatori depășiți... Dar ce să facem? Să îi alungăm din spital? Un alt indicator al spitalului îl constituie mortalitatea. Desigur, copiii incurabili spitalizați la noi, stau aici până la urmă... Aceasta ne influențează semnificativ statistica, dar și imaginea instituției. Nimeni nu ia în calcul că facem asistență paliativă”

Îngrijorarea managerilor spitalului este determinată de faptul că personalul medical din instituție implicat în asistența copiilor incurabili este suprasolicitat, fără instruire în domeniu îngrijirilor paliative.

IMSP Institutul Oncologic

Potrivit CNAM, Institutul Oncologic a fost contractat pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative, începând cu anul 2016.

Tabelul 5.2. Zile/pat contractate de CNAM la IMSP Institutul Oncologic

Anul	2016	2017	2018
Zile/pat	261	510	695

Copiii cu cancer sunt internați pentru îngrijiri paliative în cadrul secției de pediatrie. Șefa secției respective are instruire în paliative.

VI. ÎNGRIJIRI PALIATIVE OFERITE DE ORGANIZAȚII NON-GVERNAMENTALE

6.1. Instituții tip hospice

AO „Gloria”, Ceadâr-Lunga

Hospice-ul a fost deschis în anul 2013 cu suportul financiar al Asociației „Wort und Tat” din Germania și are o capacitate de 19 paturi, care sunt permanent ocupate. La momentul vizitei erau cazați 21 de beneficiari. Pacienții sunt cazați câte 2-3 în salon.

Resursele umane care asigură activitatea hospice-ului constituie în mediu 24 persoane, dintre care 6 asistente medicale, 6 infirmiere și 1 medic cu profil terapeutic.

Personalul medical este permanent instruit de către „curatorul lor din Germania”.

Odată cu deschiderea acestuia au realizat activități de promovare activă în rândurile Centrelor de Sănătate și a IMSP-ilor din întreg teritoriul Republicii Moldova. Despre lansare, au anunțat MF, secțiile de internare din spitale și Institutul Oncologic.

Din cele relatate de reprezentanta hospice-lui, aici predomină pacienții oncologici „deoarece cea mai mare suferință este durerea oncologică”. Celelalte categorii de pacienți constituie circa 3-4 %.

Managementul durerii este efectuat de medicul terapeut din cadrul hospice-lui.

Perioada de internare în hospice se decide individual pentru fiecare pacient, în funcție de necesitățile acestuia. Spre exemplu, un pacient se află în hospice deja de 6 luni.

„Sunt pacienți care se simt o perioadă mai bine și solicită să fie externați, unde stau un pic cu familia, apoi se întorc”, ne-a relatat un medic din instituție.

Potrivit reprezentanților instituției, cheltuielile pentru asigurarea activității sunt suportate de fondatorul din Germania și doar pentru o mică parte (vizite la domiciliu) din FAOAM. Conform datelor oficiale, prezentate de CNAM, contractarea acestui hospice a început în anul 2015 pentru îngrijiri paliative prestate de echipa mobilă și pentru servicii în condiții de staționar, cheltuielile totale constituind:

Tabloul 6.1. Servicii contractate de CNAM la Hospice „Gloria”, Ceadâr-Lunga

Anul	2015	2016	2017	2018	2019
Lei	419 235,30 lei	422 694 lei	414 103,60 lei	431 312,65 lei	431 312,65 lei

Hospice Zubrești, satul Zubrești, raionul Strășeni

Asociația Obsteasca „Prosperare” Zubrești și-a început activitatea în 2006 cu suportul financiar al statului american Carolina de Nord. Hospice-ul furnizează servicii de îngrijiri la domiciliu și îngrijire în unități cu paturi, având capacitatea de 15 paturi.

În cadrul instituției activează 5 asistente medicale și 2 medici. Din spusele angajaților instituției pacienții oncologici predomină, însă mai au și beneficiari cu AVC și ciroză.

La moment, majoritatea cheltuielilor pentru serviciile prestate de instituție, inclusiv remunerarea personalului sunt acoperite din contractarea cu CNAM.

Potrivit celor relatate în cadrul discuțiilor, CNAM-ul contractează hospice-ul pentru prestarea serviciilor de îngrijiri medicale paliative în condiții de staționar cu număr zile-pat, spre exemplu, în anul 2018 constituind circa 4400 zile/pat, pentru 329 de pacienți. Limita per pacient constituie 30 zile pe an, iar costul unei zile-pat constituia 331 lei.

Am fost informați că managementul durerii nu se face în cadrul instituției. Doza de opioide este stabilită doar de către oncolog și pacientul este internat deja cu această doză stabilită. Un medic ne-a explicat: „Dacă între timp trebuie de majorat doza, medicul din hospice coordonează cu oncologul acest pas. Rudele vin cu fiolele de morfină, eliberate deja de medicul de familie, la prescrierea oncologului. Personalul medical doar administrează opioidele”.

Hospice Isacova, satul Isacovca, raionul Orhei

Casa Angelus, reprezintă primul Centru de Îngrijiri paliative Pediatriche, deschis în vara anului 2017, în satul Isacova, raionul Orhei, de către Hospice Angelus Moldova. Misiunea Centrului Casa Angelus este de a oferi asistență medico-socială, pe o perioadă de cel puțin 14 zile, copiilor cu maladii incurabile progresive și avansate, cu posibilitatea reinternării.

Casa Angelus are capacitatea să interneze până la 15 copii, în caz de necesitate, împreună cu un aparținător. Serviciile oferite de Centrul Casa Angelus sunt în totalitate gratuite, destinate copiilor din întreaga republică. Au început activitatea cu 3 copii, luați din îngrijiri la domiciliu din Chișinău.

În cadrul instituției activează un medic cu 0,5 funcție; 0,5 psiholog-pedagog; 0,5 kinetoterapeut; 5 asistente medicale și 5 infirmiere. Personalul medical a beneficiat de instruire de la specialiști din România și Germania.

În anul 2018 au beneficiat de serviciile instituției 110 pacienți.

Predomină pacienți cu paralizie cerebrală și sindrom Rett. Managerul instituției ne-a explicat: „Copiii cu probleme de sănătate mentală nu pot fi plasați în Hospice, pentru că medicii nu fac față la asemenea pacienți. Acest tip de pacienți necesită o îngrijire mult mai specifică și ar fi necesară o secție paliativă în spitalul cu profil psihiatric”.

Copiii sunt plasați în saloane inclusiv cu părinți. Vârsta pacienților variază de la 1-22 ani. Cel mai mic pacient a fost de 1,8 luni, cu tumoare pe creier, care a decedat în cadrul hospice-lui.

Potrivit reprezentanților hospice-lui: *„Medicii de familie nu prea cunosc cum să facă referirea la Hospice și nici specificul îngrijirilor paliative”.*

În același timp, deoarece medicii de familie nu redau corect informația despre hospice-uri, deseori părinții confundă serviciile și au așteptări exagerate de la hospice. La internare, Centrul anunță părinții printr-un acord că ei nu oferă servicii de resuscitare sau ventilare. Și părinții au nevoie de psiholog, pentru a face față situației.

În cadrul discuției cu medicul ne-a fost relatat: „De la debutul bolii, părinții trebuie să fie bine informați despre starea reală a copilului și șansele de supraviețuire. Se impune o mai bună comunicare cu medicina primară.”

În cadrul instituției nu se face managementul durerii: Echipa OAP a primit următoarea explicație: „Opioidे nu avem, nu prescriem și nu facem managementul durerii. Pacienții vin cu medicația lor”

CNAM-ul finanțează 90 de zile/an/pacient , câte 30 de zile concomitent. Există cazuri când pacientul a avut nevoie de îngrijiri mai mult de 90 zile, fiind utilizate finanțările sponsorilor.

Personalul instituției a menționat că suma oferită de CNAM (**343** lei zi/pat) este insuficientă, ar fi de dorit să fie alocate cel puțin **600 lei** pentru zi/pat.

Personalul este mereu stresat, este o muncă cu o încărcătură emoțională foarte puternică, însă remunerarea este mică pentru a motiva angajații să rămână. Chiar dacă condițiile de muncă sunt bune, cu banii oferți de la CNAM, este imposibil de a oferi o remunerare adecvată a personalului. Din banii oferți de la CNAM pentru zi/pat, se achită și întreținerea clădirii, alimentarea copiilor cazați și alte necesități.

În cazul când sunt internați copii foarte gravi, centrul acceptă mai puțini copii, pentru ca personalul să reușească să ofere servicii calitative. Astfel, remunerarea zi/pat este insuficientă și a fost sugerată ideea de a identifica un mecanism de achitare per serviciu/caz. Remunerarea slabă induce riscul că personalul să renunțe, în genere, să activeze și atunci instituția nu va mai putea presta serviciile respective.

6.2. Îngrijiri paliative la domiciliu

Contractarea ONG-lor de către CNAM pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative în perioada anilor 2014-2019 este descrisă în tabelul următor:

Tabelul nr. 6.2. Contractarea ONG-ilor pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative din FAOAM

Anul	Numărul ONG-uri contractate pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative		Nr. total de zile-pat prestate (hospice)	Cheltuieli pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative, lei		
	echipă mobilă la domiciliu	unitati cu paturi (hospice)		inclusiv la:		totale, lei
				echipa mobilă la domiciliu, lei	unități cu paturi (hospice), lei	
2014	8	1	4 270	1 199 800,56	1 033 340,00	2 233 140,56
2015	10	2	5 163	1 965 865,00	1 559 742,30	3 525 607,30
2016	9	2	4 555	2 273 103,00	1 598 805,00	3 871 908,00
2017	8	3	5 977	2 699 594,80	1 978 387,00	4 677 981,80
2018	8	3	10 429	3 252 139,20	3579754,25	6 831 893,45
2019	9	3	10 429			

Notă: Costul contractat din FAOAM pentru serviciile de ÎP este unic pentru toți prestatorii de servicii (IMSP, CS, ONG și hospice), conform tabelului nr.1

Echipa OAP a realizat discuții cu reprezentanții organizațiilor non-guvernamentale cu privire la condițiile și barierele care le percep în prestarea serviciilor de paliatie.

Fundația Hospice Angelus Moldova

Motto-ul organizației este că „Omul are dreptul să-și trăiască viața și să moară în condiții decente”. Serviciile de *îngrijiri paliative* la domiciliu sunt prestate în Chișinău și în raza de 50 km de la capitală.

Administrația organizației consideră că sistemul sănătății din Republica Moldova practic nu participă suficient în oferirea unor îngrijiri paliative adecvate în țară.

Printre cele mai importante probleme de care se confruntă ONG-urile care activează în domeniul îngrijirilor paliative a fost menționată, în primul rând, finanțarea inadecvată din partea CNAM, care procură aceste servicii, atât pentru vizitele la domiciliu cât și zile/pat.

A fost exprimată convingerea precum că ONG-rile ar avea un mare potențial ca să presteze un număr mai mare de servicii, vizite, dar acestea sunt limitate în contractele cu CNAM. De ex: Hospice Angelus pentru 2018 a solicitat de la CNAM 11.000 vizite, fiind capabili să acorde aceste vizite la momentul respectiv, având personal suficient, însă CNAM a contractat doar 6000 vizite. Pentru 2019 CNAM a contractat același număr de vizite – 6000 vizite, la fel ca în 2018.

Din banii oferiți de CNAM, prestatorul de servicii nu își permite să remunereze la nivel corespunzător personalul angajat, să îi trimită la instruire peste hotare, sau să procure anumite utilaje necesare. Ca rezultat, Fundația Hospice Angelus a pierdut din personalul calificat, din lipsa posibilității de remunerare. Desigur că, în primul rând, au avut de suferit pacienții care necesită aceste vizite.

Fundația mai poate acoperi aceste servicii doar datorită evenimentelor de caritate organizate, adițional surselor de la CNAM. Bani achitați de CNAM constituie circa ¼ din bugetul necesar.

Ne-a fost oferit exemplul Norvegiei, unde suma se alocă per necesitățile pacientului în paliativă, nefiind stabilită o sumă fixă.

O altă problemă gravă menționată este asigurarea cu consumabile. Fiecare ONG își găsește surse financiare ca să procure aceste consumabile, sau mai primește din ajutoare umanitare. În ultima perioadă însă este neclar cum ajung ajutoarele umanitare în R.Moldova, la cine și cum sunt distribuite.

De exemplu: Casa Angelus (s. Iscova) necesită multe scutece pentru copii gravi, circa 5-6 per copil/zi. Din banii alocați de CNAM, nu sunt asigurați în totalitate, se procură și din banii donați. Alte consumabile cum ar fi: scaun cu rotile, paturi funcționale, scaune pentru veceu, cârje/bastoane, nu pot fi procurate din banii de la CNAM.

Cu referire la stome, Institutul Oncologic a procurat o singură dată stome centralizat din banii alocați de stat, câțiva ani în urmă, apoi s-a făcut o altă planificare, stomele fiind distribuite prin medicina primară. Însă nu s-a luat în calcul părerea specialiștilor în domeniul stomaterapiei și mărimile pungilor procurate nu întotdeauna corespund.

Anterior, toate pungile pentru stomă erau distribuite direct către Hospice Angelus, care deservea și le distribuia pacienților, fiind unicul ONG cu specialist în stomaterapie. A fost deschis chiar un cabinet de stomaterapie, cu medic instruit peste hotare și o asistentă medicală instruită. Hospice Angelus, deservea pacienți de pe întreg teritoriu Republicii Moldova. Stomele erau distribuite conform unui grafic stabilit, săptămânal, fiind eliberate direct pacientului, rudei sau în timpul efectuării vizitei la domiciliu.

Circa 2 ani în urmă, a fost schimbat acest mecanism, stomele fiind distribuite pacienților de către medicii de familie, prin rețetă, eliberate din farmacia Centrului de Sănătate, având ca scop să asigure accesul mai rapid la acestea. Însă pentru un pacient cu stomă este uneori dificil să meargă pentru o rețetă la medicul de familie, iar medicul de familie nu eliberează altcuiva această rețetă. În final, pungile se dovedesc a fi nepotrivite. Hospice Angelus asigură pacientul cu punga potrivită, chiar până la domiciliu. Această problemă necesită soluționare urgentă, deoarece pentru un pacient stomizat punga este o necesitate vitală.

Cu referire la colaborarea cu instituțiile publice, administrația organizației consideră că și aici sunt anumite rezerve și se poate de colaborat mult mai bine.

A fost remarcată o mare reticență din partea medicilor de familie pentru implicarea în îngrijirile paliative. Mai mult chiar, se consideră că unii medici de familie intenționat nu referă pacienții la Hospice, ba chiar denigrează imaginea acestuia.

A fost confirmată încă odată situația precum că mulți medici de familie refuză să prescrie opioide, fapt ce poate fi considerat un act de tortură din

partea medicilor. În loc de morfină medicii de familie prescriu alte 4 preparate (antiinflamatoare nesteroidiene), care nu îi ajută. Medicamentele sunt prescrise necontrolat, fără a lua în calcul că trebuie prescris un opioid și că au dreptul să o facă, în comparație cu un ONG.

Cauzele reticenței/nedorinței de a prescrie opioide pot fi mai multe (indiferența, necunoașterea etc.), însă a fost expusă opinia precum că ar trebui de elaborat niște măsuri de penalizare a medicului pentru astfel de situații, atunci când nu-și îndeplinesc obligațiile.

Ne-au fost aduse argumente clare cu privire la colaborarea foarte proastă cu spitalele din Chișinău, în special convingerea că Spitalul municipal Nr. 4, trebuie închis, pentru că nu corespunde nici unui standard. Hospice Angelus nu trimite pacienți la acest spital, deoarece au avut conflicte cu rudele sau pacienții care erau indignați ca i-au referit la acest spital cu condiții dezastruoase.

O problemă identificată este și faptul că până în prezent în țară nu există un Hospice conform standardelor internaționale. În ultimii 20 de ani în Republica Moldova au fost dezvoltate doar acte normative bune în domeniul îngrijirilor paliative, cu contribuția inclusiv a Asociației Naționale de Tratament Paliativ și Hospice Angelus, în colaborare cu MSMPS, însă nu sunt create instituțiile care să corespundă acestor prevederi.

A fost expusă dezaprobarea totală a situației actuale din spitalele raionale, în care paliatia este împreună cu paturile cronice și reabilitarea. Este o problemă și de ordin etic. Paliatia, înseamnă pacient cu pronostic de viață până la 12 luni, pe când bolnavii cronici sunt pacienți cu pronostic de viață mai lung. În reabilitare sunt pacienții după un infarct, ictus, fractură, care, după reabilitare, se întorc acasă, la viața cotidiană. Cum pot fi spitalizați în aceleași condiții pacientul de la reabilitare cu cel de la paliatie, care moare? Nu se poate de comparat îngrijirea paliativă pentru un pacient muribund și pentru unul în reabilitare. Persistă o implicare emoțională enormă.

A fost dată o apreciere negativă procesului de conlucrare dintre spitale și medicina de familie la nivel de raion, deoarece medicii de familie nu vor să refere pacienții la spital, considerînd că CNAM nu va achita cazul și vor pierde banii de pe acel pacient, ceea ce denotă o lipsă de cunoaștere a acestui serviciu.

O altă problemă a organizațiilor neguvernamentale implicate în îngrijirile paliative este prescrierea medicamentelor compensate pentru pacienți. Prescrierea medicamentelor compensate în Republica Moldova se face doar de către medicul de familie. Astfel, ONG-ul trimite pacientul paliativ la medicul de familie, pentru ca acesta să îi prescrie preparatul recomandat. Acolo pacientul înfruntă supărarea medicului de familie, care apare din cauza colaborării proaste cu acest medic, care nu recunoaște ONG-ul și recomandările acestuia și chiar denigrează activitatea organizației.

Recomandările și doleanțele expuse:

1. Este necesar de sesizat autoritățile la toate nivelurile, Parlament, Guvern, ministere, CNAM cu privire la starea gravă a lucrurilor în domeniul îngri-

- jirilor paliative. Avem nevoie de un plan/program național cu finanțare adecvată care să presupună și crearea serviciului de îngrijire paliativă..
2. Autoritățile consideră că este suficientă implicarea medicinei de familie în oferirea îngrijirii paliative, însă avem dovezi solide că acești specialiști nu pot face față situației reale. Este nevoie de creat un serviciu bine organizat la nivel raional, cu o echipă instruită, care să aibă un transport pentru a merge la domiciliul pacientului, să desfășoare activitatea în comun cu medicul de familie, spitalul, asistența socială etc.
 3. Specialistul în paliative are nevoie de o formare foarte specifică, aceasta este profesie și trebuie recunoscută la noi în țară ca specialitate aparte, la nivel de program de formare prin rezidențiat. Noi avem astăzi un număr foarte mic de persoane formate în acest domeniu, iar asistența care se acordă astăzi pacienților în faze terminale, în țara noastră, este departe de conceptul adevărat al îngrijirilor paliative.

Hospices of Hope Moldova

Hospices of Hope Moldova (reprezentanța organizației internaționale Hospices of Hope din Marea Britanie) este o organizație de caritate care susține dezvoltarea serviciilor de îngrijire paliativă în Republica Moldova din anul 2008. Începând cu anul 2017 Hospices of Hope Moldova, a inițiat dezvoltarea unei Rețele Naționale de Servicii de Îngrijire Paliativă pentru a oferi gratuit, servicii de asistență medico-socială persoanelor care suferă de boli incurabile.

La moment sunt susținute echipele mobile din 4 organizații non-guvernamentale (Ocnița, Taraclia, AO „Aripile Speranței”, Orhei, AO „Angelus Soroca”) și o echipă mobilă din cadrul unei instituții medico-sanitare publice (Spitalul Raional Cahul). Echipa mobilă, formată din medici, asistenți medicali, asistenți sociali și psihologi oferă servicii de asistență medicală, socială și de asistență psiho-emoțională pacienților, care sunt în ultimul stadiu al unei boli incurabile. Proiectul asigură echipa mobilă beneficiază de susținere financiară integral, medicamente, consumabile, inclusiv punji pentru stomă. Fiecare echipă a primit câte un automobil, destinat pentru efectuarea vizitelor la domiciliu. Proiectul a organizat instruirea personalului implicat în echipele mobile.

Din problemele pentru desfășurarea activității, multe au fost menționate și în discuția avută cu reprezentanții Fundației Angelus. De asemenea a fost menționată subfinanțarea și refuzul CNAM de a contracta numărul de vizite necesare. De exemplu, AO „Angelus Soroca”, pentru anul 2018 a solicitat 1020 vizite, pe când CNAM le-a acceptat doar 937 vizite, fără explicații. La fel, AO „Aripile Speranței”, Orhei pentru anul 2019 a solicitat contractarea a 5000 vizite, însă au fost contractate doar 1382 vizite echipa mobilă și 1088 vizite medicale.

A fost confirmat de asemenea faptul că fără o finanțare suplimentară, doar pe banii oferiți de CNAM, aceste organizații nu ar putea supraviețui. De exemplu, pentru activitatea desfășurată de AO „Angelus Soroca” 427 913,25 lei vin de la CNAM și 470 500 lei de la Fundația Hospice of Hope (cu ponderea 52,4%

din bugetul total al organizației). Pentru AO „Aripile Speranței”, Orhei lucrurile stau și mai grav. Cheltuielile avute pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative au fost acoperite din suma contractului CNAM pentru ambele tipuri de vizite – 400 022 lei și suportul oferit de Hospice of Hope – 670 000 lei

Reprezentanții ONG-urilor implicate au recunoscut că sumele prevăzute de CNAM nu satisfac deloc necesitățile existente în prestrarea serviciilor. Costul unei vizite paliative la domiciliu (echipa mobilă) – **181,40 lei**, costul unei vizite medicale la domiciliu – **137,25 lei**. Costul vizitei se repartizează respectiv: pentru procurarea medicamentelor – 11%; salariul – 55%; alte cheltuieli – 34%. Totodată, pentru anul 2018 AO „Angelus Soroca” a achitat chiria încăperii în suma de circa 3000 lei/lună, iar AO „Aripile Speranței”, Orhei a achitat pentru chirie câte 6000 lei lunar plus serviciile comunale. Implicarea autorităților locale lipsește.

A fost expusă convingerea că activitatea ar fi foarte dificilă fără suportul din exterior, doar pe banii contractați cu CNAM.

VII. RESURSE UMANE ÎN ASISTENȚA PALIATIVĂ

7.1. Cadru general

Pentru ca accesul la îngrijiri paliative să fie unul fiabil și să aibă continuitate este important ca statul să-și dezvolte politicile de sănătate astfel, încât formarea profesională în îngrijiri paliative să rămână o obligație, care să garanteze calitatea și profesionalismul actorilor implicați în oferirea serviciilor paliative, ori *asigurarea educației în îngrijirile paliative (inclusiv în privința aspectelor etice) la nivelul pregătirii de bază a medicilor și asistenților medicali și a personalului sanitar la toate nivelurile, trebuie să fie în concordanță cu rolurile și responsabilitățile în cadrul serviciilor, precum și ca parte a dezvoltării resurselor umane.*⁸³

Este important, ca Statul să asigure personalului din sistemul de sănătate o formare profesională în îngrijiri paliative și controlul durerii în cadrul pregătirii de bază și post-bază prin: *adoptarea schimbărilor necesare în curricula de învățământ pentru profesiile de sănătate (medicină, nursing, farmacie, psihologie etc.) și asistența socială, pentru a se asigura ca toți profesioniștii din sănătate dobândesc cunoștințe de bază cu privire la îngrijirea paliativă și sunt capabili să o furnizeze, indiferent la ce nivel lucrează în sistemul sanitar; susținerea implementării și dezvoltării de programe educaționale post-universitare și de specializare în îngrijiri paliative, astfel încât pacienții cu situații complexe să poată primi îngrijirea adecvată, precum și prin asigurarea disponibilității cursurilor de formare profesională continuă în îngrijiri paliative pentru personalul din sănătate.*⁸⁴

În conformitate cu prevederile din Politica Națională de Sănătate, programele de pregătire a cadrelor din domeniul sănătății, educației și asistenței sociale vor include în mod obligatoriu aspecte ale îngrijirii persoanelor cu nevoi speciale⁸⁵.

Nu am identificat acte normative care să prevadă instruirea în domeniul paliatologiei a altor specialiști decât cei medicali.

Conform Standardului Național de Îngrijiri paliative⁸⁶, instruirea este parte integrantă a îngrijirii paliative și va fi asigurată la un nivel corespunzător pentru profesioniști, voluntari, pacienți, familii, îngrijitori și public. Prestatorii de servicii de îngrijiri paliative au nevoie de instruire, care să cuprindă tematica specifică respectivă.

Odată cu dezvoltarea domeniului de îngrijiri paliative în Republica Moldova

⁸³ Consolidarea îngrijirilor paliative, ca o componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții Raportul Secretariatului OMS; COMITETUL EXECUTIV EB134/28 Sesiunea 134 20 decembrie 2013 Agenda provizorie, cap.15.5;

⁸⁴ Carta de la Praga: se solicita guvernelor să aline suferința și să recunoască îngrijirea paliativă ca pe un drept al omului Asociația Europeană pentru Îngrijiri Paliative (EAPC), Asociația Internațională pentru Îngrijiri Paliative (IAHPC), Alianța Internațională pentru Îngrijiri Paliative (WPCA) și Observatorul pentru Drepturile Omului (Human Rights Watch – HRW) colaborează pentru a promova ca drept al omului accesul la îngrijiri paliative;

⁸⁵ Hotărârea Guvernului R.Moldova nr.886/06.08.2007 „Privind aprobarea Politicii Naționale de Sănătate”, pct.185;

⁸⁶ Capitolul VIII, Resurse umane și instruire, Standardul 11

au fost prevăzute indicații clare de a asigura instruirea medicilor de familie, asistenților medicali comunitari/asistenților medicali de familie în domeniul îngrijirilor paliative, pentru obținerea competențelor în domeniul îngrijirilor paliative și prestarea serviciilor de îngrijiri paliative în conformitate cu standardele în vigoare⁸⁷.

7.2. Instruirea universitară

Începând cu anul de studii 2016 – 2017 în curricula Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” a fost inclusă disciplina – Medicina Paliativă. Acest fapt s-a realizat în cadrul Proiectului „Fortificarea resurselor umane în domeniul Îngrijirii Paliative în Republica Moldova”, susținut de Fundația Soros-Moldova. Implementarea și coordonarea acestei discipline, etapa universitară a fost atribuită Centrului Universitar de Simulare în Instruirea Medicală. Scopul cursului este familiarizarea studenților cu principiile de bază în asistența paliativă; managementul durerii acute și cronice în paliatie; managementul simptomelor în medicina paliativă; managementul echipei multidisciplinare în asistența paliativă; aspecte psiho-sociale, cultură, religie și spiritualitate în asistența paliativă și etica aplicată sau comunicarea în asistența paliativă.

Disciplina reprezintă o combinație de cursuri teoretice și practice aplicându-se instruirea medicală prin simulare.⁸⁸ Este salutar faptul că modulul de instruire de 40 de ore în medicină paliativă, a devenit unul obligatoriu în programul universitar pentru studenții din anul V de la facultățile de medicină 1 și 2.

Analizând datele obținute în cadrul studiului cantitativ realizat cu medicii de familie, observăm că dintre participanții la cercetare, au beneficiat de instruire în domeniul îngrijirilor paliative mai puțin de jumătate dintre medicii de familie din mediul urban (41,5%) și, practic, doar un medic din zece (12,9%) din mediul rural a fost instruit în domeniul paliatiei.



Figura 7.1. Rata medicilor de familie instruiți, (%).

⁸⁷ Ordinul MSMPs nr.1022 din 30.12.2015, punctul 2, subpunctul 2;

⁸⁸ <http://www.cusim.md/news/67-medicina-paliativ-o-nou-disciplin-n-aria-curicular>

Din persoanele care au afirmat că au primit instruire în asistența paliativă, *din mediul urban*, 21,1% au fost instruiți în cadrul curiculei universitare, 19,7% au fost instruiți în cadrul rezidențiatului și 84,5% – în cadrul cursurilor de educație medicală continuă. În mediul rural, în cadrul curiculei universitare au fost instruiți doar 4,5%, 18,1% au fost instruiți în cadrul rezidențiatului și 77,2% în cadrul cursurilor de educație medicală continuă. Până la momentul studiului rămâneau fără instruire mai mult de jumătate (58,5%) dintre medicii de familie din mediul urban și aproape toți medicii de familie din mediul rural (87,1%).

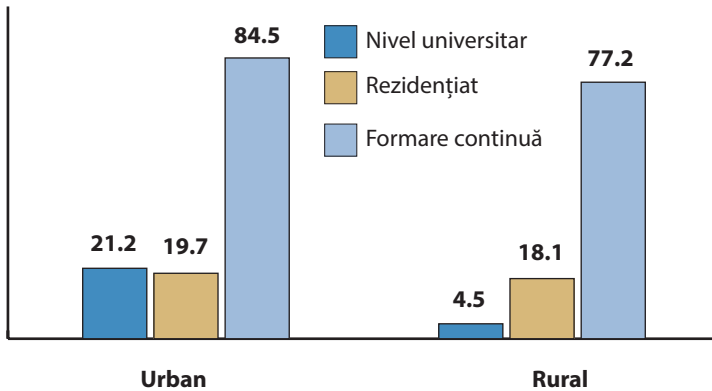


Figura 7.2. Sursa instruirilor în paliatie a medicilor de familie, (%).

Din datele acumulate de la alte universități din Republica Moldova, precum Universitatea Pedagogică „I. Creangă” (Facultatea de Psihologie), Universitatea de Stat din Moldova (Facultatea Asistență Socială) nu am putut identifica cursuri în domeniul asistenței pacientului paliatic și abordarea holistică a acestui de către specialiștii non-medicali.

7.3. Instruirea specialiștilor cu studii medii

Informații cu referire la desfășurarea instruirilor cadrelor medicale cu studii medii în domeniul îngrijirilor paliative au fost solicitate de la Centrul de Excelență în Medicină și Farmacie „Raisa Pacalo”.

Din cele prezentate de instituția vizată s-a constatat că instruirea specialiștilor medicali cu studii postsecundare și postsecundare netertiare în baza planurilor de învățământ din 2016, prevedea formarea competențelor profesionale în domeniul îngrijirilor paliative prin studierea disciplinei „*Îngrijiri paliative*” la programul de formare profesională „Medicină”, calificarea *asistent medical – 60 ore*; iar la programul de formare profesională *îngrijirea bolnavilor*, calificarea *Asistent medical-90 ore*.

Totodată, s-a menționat că anual formarea competențelor profesionale în domeniul îngrijirilor paliative este asigurată de cadrele didactice cu specializări în domeniul respectiv la aproximativ 300 elevi (la anul 2 și 5 de studii).

Instruirea teoretică în cadrul disciplinei „*Îngrijiri paliative*” este realizată în cadrul instituției, iar instruirea practică se desfășoară în cadrul Centrului Uni-

versitar de Simulare în Instruirea Medicală și la patul bolnavului, în parteneriat cu agentul economic: IMSP Institutul Oncologic și IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 4.

La moment în cadrul instituției menționate, există echipe de voluntari, care în parteneriat cu IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 4 și IMSP Institutul Oncologic, acordă îngrijiri paliative în afara orelor de curs (îngrijirea medicală, comunicarea cu pacienții, activități extradidactice cu ocazia zilelor mondiale, etc.)

Menționăm că Curricula la Centrul de Excelență în Medicină și Farmacie „Raisa Pacalo” a fost elaborată cu suportul Fundației Soros-Moldova, pilotată 1 an, și apoi introdusă în toate colegiile medicale din țară.

7.4. Formarea continuă

Formarea continuă în domeniul medical și farmaceutic este obligatorie pe parcursul întregii activități profesionale și este organizată sub diverse forme de instruire reglementate de MSMPS.⁸⁹

În Republica Moldova, instruirile în domeniul paliativilor au fost inițiate, în special, începând cu anul 2013, fiind organizate din surse ale donatorilor, însă fiind sporadice. Cursurile au fost oferite atât medicilor de familie, cât și medicilor-oncologi și asistentelor medicale. În perioada 2015-2016 cu suportul Fundației Soros Moldova a fost dezvoltat un proiect de fortificare a capacităților de instruire a USMF „Nicolae Testemițanu”. Au fost dezvoltate curricule la nivel universitar (anul 5 de studii), rezidențiat Medicina de Familie și curs de formare continuă pentru medicii de familie.

În perioada 2013–2017 au fost instruite 2054 de persoane, dintre care 1851 (90,1%) medici și 205 (9,9%) asistente medicale. Evaluarea structurii medicilor în funcție de specialitate atestă că 92% din instruiți sunt medici de familie, 5% – oncologi, 3% – interniști sau de alte specialități, 1,5% – medici-șefi și manageri, 0,5% – medici în îngrijiri paliative. În plan teritorial, au fost cuprinse instituțiile medico-sanitare din toate unitățile administrative teritoriale. Persoanele instruite activează la nivel de CS (91%), la nivel de spital raional (8%) și la alte nivele de acordare a asistenței medicale (1%).⁹⁰

În același timp, consideră că ar avea nevoie de instruire specială în domeniul îngrijirilor paliative mai mult de jumătate – 69% dintre respondenții din mediul urban și aproape toți cei din mediul rural – 94,2%. Or un factor important în prestarea oricărui serviciu îl constituie cunoștințele, pentru a avea capacitatea de a oferi acest serviciu în conformitate cu standardele în vigoare.

Pentru anul 2019 planul de formare continuă a medicilor și farmaciștilor include 37 de cursuri noi, printre care cursul de îngrijiri paliative în asistența medicală primară, oferită medicilor de familie.⁹¹

⁸⁹ Articolul 121, alineatul (10) din Codul Educației al Republicii Moldova;

⁹⁰ Buta G., Bradu A., Pogoneț V., Carafizi N., Ignat R., Curocichin Gh. Îngrijirile paliative în Republica Moldova – realitate și perspectivă. Disponibil la https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/24-29_1.pdf

⁹¹ https://msmps.gov.md/sites/default/files/program_emc_2019.pdf

Totuși, din discuțiile avute cu medicii de familie am identificat că mulți nu cunosc despre cursurile de instruire în *îngrijiri paliative* din cadrul USMF.

De exemplu, în cadrul unei discuții un medic a explicat: „*Pacienții și rudele lor nu știu ce înseamnă îngrijire paliativă, nici eu nu știu cum corect să le lămuresc, dar înțeleg ce e asta și le acord ajutor din ceea ce cunosc din practică. Ar trebui să plec la perfecționare ca să știu mai multe, dar nu știu unde pot învăța aceasta...*” [FG7, medic, 60 ani].

Studiul a determinat că în multe raioane funcția de oncolog este suplinită de alți specialiști care nu au pregătirea profesională necesară, în special în ceea ce ține de managementul corect al durerii cronice.

Nu am putut identifica surse relevante care să conțină prevederi referitoare la subiectul instruirii continue în domeniul asistenței paliative pentru copii.

Deoarece asistența paliativă este un domeniu care necesită o abordare complexă, se cere o evaluare a necesităților de instruire prin prisma cerințelor de reformă și al domeniului paliativ per ansamblu, or acesta cere o implicare civică activă și a altor actori, decât a celor din domeniul medical așa cum sunt psihologii, asistenții sociali, voluntarii etc.

Cu regret constatăm că unele entități juridice, care au un rol important la realizarea serviciilor de îngrijiri paliative, după cum este Agenția Națională de Asistență Socială, până în prezent nu au avut instruire pentru asistenții sociali în îngrijiri paliative. Potrivit răspunsului ANAS din 29.08.2019, pentru nivelul de formare continuă a asistenților sociali nu este disponibil nici un program de instruire în domeniul paliatologiei și nu sunt dezvoltate/aprobate programe specifice de instruire în domeniul paliativ pediatric.

7.5. Cunoștințe și abilități actuale pentru prestarea de îngrijiri paliative

Medicii de familie

Conform datelor colectate în cercetarea cantitativă, majoritatea respondenților din mediul urban – 90,1%, cât și din cel rural – 93,6%, au menționat că întâlnesc bariere în prestarea serviciului de îngrijire paliativă. Cel mai des au fost raportate bariere legate de cunoștințe în domeniul îngrijirilor paliative. Cea mai frecventă barieră întâlnită de către medicii de familie este lipsa instruirii, acest aspect a fost menționat de jumătate dintre respondenți din mediul urban și practic de toți din mediul rural.

În cadrul unor discuții în focus grup un medic a recunoscut: „*este greu să deservesc acești pacienți pentru că nu am cursuri de perfecționare pe îngrijiri paliative, dar pacienți de aceștia sunt mulți, de aceea mă strădui să asigur rețetele pentru medicamentele antidolore necesare, și să dau sfaturi de îngrijire rudelor*” [FG7, medic, 54 ani].

Un alt medic a confirmat aceeași situație: „*Ofer acest serviciu, bazându-mă pe practica pe care o am, dacă aș fi instruit în acest aspect, cred că actul medical ar avea de câștigat.*” [FG4, medic, 45 ani].

O altă barieră menționată de către medicii de familie (53,8%) este lipsa abi-

lității de a comunica cu pacientul în faza terminală. Iar o treime dintre respondenți, din totalul care a fost inclus în cercetare, consideră ca barieră în prestarea serviciului, lipsa abilității de a comunica pacientului un diagnostic grav și pronosticul nefavorabil, ori acest lucru este inevitabil atunci când se oferă serviciu de paliativ. Cele descrise mai sus, ne confirmă faptul că medicii de familie nu cunosc recomandările din domeniu în vigoare⁹².

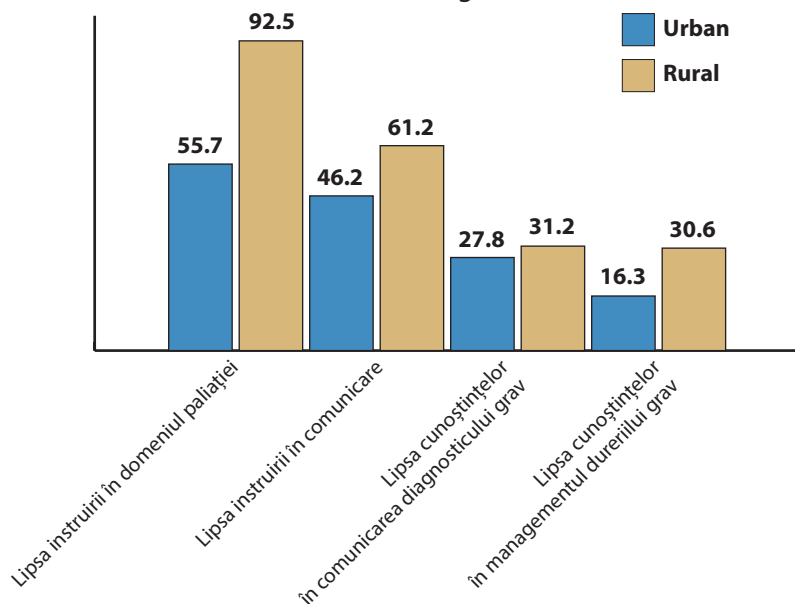


Figura 7.3. Bariere raportate vizavi de prestarea serviciului de îngrijire paliativă, domeniul cunoștințe (%).

În cadrul unei discuții un medic de familie ne-a relatat: „...Pacientul care are o boală incurabilă, este mai puțin receptiv, ori deloc nu vrea să discute cu noi, iar eu nu știu cum corect să vorbesc cu el, să înțeleagă că doresc să-l ajut. Eu îi prescriu doar medicamente antidolore, dacă aș trece perfecționare, cred că mi-ar fi mai ușor cu așa pacienți...” [FG4, medic, 62 ani].

Starea emoțională neplăcută, pe care o simt în momentul prestării serviciului, a fost menționată frecvent ca o barieră serioasă în prestarea serviciilor paliative de către jumătate dintre medicii de familie. În cadrul discuțiilor în focus grupuri medicii ne-au relatat următoarele:

„Suferințele sunt diferite, cea a familiei și cea a pacientului, nu știu cum să fac față, uneori am și eu nevoie de consiliere.” [FG2, medic, 40 ani].

„Primele vizite pe care le fac la domiciliu, când nu poate veni la primire, are ochii plini de speranță, iar eu nu știu cum să mă comport, nu mă pot detașa, mă doare sufletul.” [FG6, medic, 49 ani].

„...Mi-i frică că ar putea citi pe fața mea deznădejde...” [FG8, medic, 62 ani].

⁹² „Ghidul privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților”, aprobat prin Ordinul MSMPS nr.425 din 20 martie 2018;

„...Nu-i pot explica pacientului de ce nu-i dau alt tratament, dar îi propun stupefiante, îmi vine să plâng, nu pot lucra cu așa pacienți...”[FG3, medic, 46 ani].

„...Mi-i greu să stăpânesc emoțiile, când știi că săptămâna trecută era într-un fel, iar azi este cu un diagnostic incurabil, nimeni nu m-a învățat cum să depășesc starea sufletească.”[FG4, medic, 38 ani].

Lipsa experienței în domeniu reprezintă o barieră pentru o treime dintre medicii de familie din mediul urban, pe când în mediul rural, doar un medic din zece consideră lipsa experienței, o dificultate în oferirea acestui serviciu. Iar acest aspect, poate fi legat de grupul cadrelor tinere, cu stagiul de până la 10 ani, care preponderent activează în mediul urban.

Personalul instituțiilor spitalicești

Din relatările managerilor de instituții spitalicești raionale rezultă, prezența personalului instruit, cu certificare specială în domeniul asistenței paliative, în număr de la 1 până la 5 specialiști se declara în 20 de spitale (59%); în 8 spitale personalul implicat în acordarea serviciilor paliative are doar niște formări de scurtă durată (23%); în 6 spitale nimeni din personalul implicat în asistența paliativă nu are certificare specială în domeniu (18%).

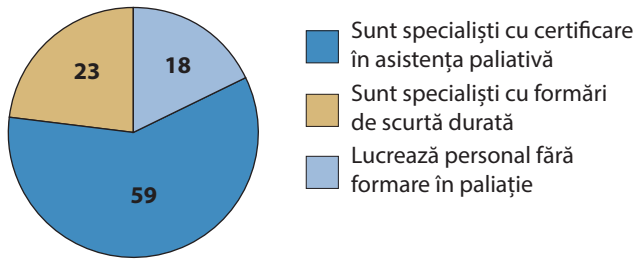


Figura 7.4. Calificarea personalului medical implicat în asistența paliativă la nivel de spitale raionale (%)

Totodată, menționăm că o marte parte dintre manageri (62%) au indicat printre barierele care împiedică prestarea îngrijirilor medicale de calitate lipsa personalului calificat.

CONCLUZII

1. Studiul a determinat un **risc înalt de încălcare a drepturilor omului**, determinat de **accesul limitat și servicii insuficiente de îngrijire paliativă** la toate nivelele de asistență. Or, Statului îi revine obligația de a dispune de un număr suficient de bunuri și servicii în domeniul sănătății, iar acestea, la rândul său, să fie accesibile fiecărei persoane din punct de vedere geografic, economic, echitabil și prin o informare amplă. Accesul limitat și serviciile insuficiente de îngrijire paliativă reflectă lipsa unei politici naționale de dezvoltare a serviciilor de îngrijire paliativă în Republica Moldova și de integrare a acestora în sistemul de sănătate al Republicii Moldova.
2. Studiul a determinat o **abordare fragmentară** în oferirea asistenței paliative din **lipsa planificării strategice de organizare și finanțare a serviciilor de îngrijire paliativă**, neținând cont de necesitățile reale ale populației și asigurării continuității asistenței oferite.
3. Studiul constată că, în mare parte, îngrijirile paliative în Republica Moldova sunt interpretate primordial în contextul asistenței oferite pacientului oncologic, iar **pacienții cu maladii non-oncologice, în special copiii au acces extrem de limitat la îngrijirea paliativă**.
4. Deși abordarea multisectorială este o condiție obligatorie pentru organizarea îngrijirilor paliative conform recomandărilor internaționale, cercetarea a determinat că îngrijirile paliative sunt puse doar în responsabilitatea asistenței medicale, alte sectoare fiind deloc/foarte slab implicate (asistența socială și psihologică, clerul, voluntari etc.).
5. Studiul a identificat **lacune și bariere în managementul durerii** pacienților paliativi, în special la nivel de asistență medicală primară. Doar 1/5 din medicii de familie intervievați evaluează durerea și inițiază tratamentul cu opioide ceea ce reduce substanțial accesul populației la medicamente utilizate în controlul durerii, în mod special a celor din mediul rural. În atare circumstanțe constatăm o încălcare gravă a dreptului pacientului **la evitarea suferinței**. Mai mult, în cazul pacienților care prezintă durere severă, **eșecul statului de a asigura îngrijiri paliative adecvate poate fi considerat și un tratament crud, inuman sau degradant**.
6. **Asigurarea cu medicamentele opioide se realizează fără o planificare adecvată** bazată pe necesități reale (DCI (denumiri de medicamente), cantități, forme). La nivel național a fost determinat un proces neclar de evidență și planificare a procurării și distribuirii medicamentelor opioide. Nu este clar algoritmul sau modalitatea de calculare a cantității acestor medicamente, dar și pentru evidența stocurilor de medicamente.
7. Cercetarea a determinat **lacune serioase în procesul de finanțare a serviciilor de îngrijiri paliative**. Costurile contractate de către CNAM

nu acoperă cheltuielile reale (consumabile, transport, salarizare personal, parafarmaceutice etc.). Totodată, deși numărul furnizorilor de îngrijiri paliative este insuficient, aceștia sunt contractați la capacitate redusă. Acest fapt poate duce la reducerea numărului de prestatori care este și așa extrem de mic și descurajează apariția noilor prestatori.

8. Cercetarea a constatat **condiții neconforme standardului național de îngrijiri paliative** în IMSP-urile care oferă asistență paliativă spitalicească. Au fost *determinate cazuri de încălcare gravă a demnității umane a pacientului* la prestarea asistenței paliative (secția de îngrijiri paliative a SCM nr.4). Instituția este contractată de către CNAM pentru prestarea îngrijirilor paliative, deși nu este acreditată pentru oferirea acestora.
9. Cercetarea relevă o **insuficiență acută de personal instruit** pentru prestarea unor servicii adecvate de îngrijire paliativă la toate nivelele de asistență medicală, atât la personalul cu studii superioare, cât și cel medical mediu și inferior. **Nu există programe de instruire în asistența paliativă pentru personalul medical inferior și specialiștii din domeniile non-medicale** (asistența socială, psihologie, clerici etc.). Programul de instruire pentru personalul medical nu acoperă îngrijirea paliativă pediatrică.
10. **Nu există date oficiale** privind numărul persoanelor care necesită îngrijire paliativă, numărul celor care au beneficiat de îngrijiri paliative, numărul de persoane cărora li s-a asigurat controlul adecvat al durerii și numărul celor care au nevoie, numărul paturilor destinate pentru îngrijire paliativă și baza de date a actualilor furnizori de servicii paliative. Totodată, **nu este cunoscut volumul finanțării pentru îngrijirile paliative oferite la diverse nivele de asistență.**
11. Nu este asigurată continuitatea oferirii asistenței paliative. Studiul atestă lipsa comunicării intra și intersectoriale (asistența socială, comunitară) privind asistența și evidența pacientului în paliative.
12. Nu există un concept cu privire la traseul pacientului pediatric care are nevoie de îngrijire paliativă.

RECOMANDĂRI

GUVERNULUI

1. Declararea îngrijirilor paliative ca prioritate în programul de activitate al Guvernului, cu inițierea unor acțiuni concrete pentru asigurarea accesului nelimitat tuturor pacienților cu boli terminale sau limitatoare de viață și familiilor lor la servicii de îngrijiri paliative specializate, care să răspundă nevoilor pacienților.
2. Întreprinderea măsurilor necesare pentru accelerarea implementării angajamentelor asumate la a 67-a Adunare Mondială a Sănătății cu privire la consolidarea îngrijirilor paliative ca o componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții.

MSMPS

1. Elaborarea/adoptarea unui document de politică publică/strategie cu privire la dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative și de integrare a acestora în sistemul de sănătate a Republicii Moldova, cu elaborarea unui Plan de acțiuni care să conțină, actori responsabili pentru măsurile planificate, resurse financiare adecvate, cu stabilirea de indicatori de monitorizare și evaluare a implementării planului și bugetelor.
2. Revizuirea cadrului normativ existent cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative (Standardul Național de Îngrijiri Paliative, protocoalele clinice naționale etc.) pentru asigurarea unei abordări multisectoriale, conform recomandărilor internaționale astfel, încât să se asigure integrarea acestora atât în sistemul de sănătate, cât și în cel al asistenței sociale și comunicarea continuă intra și intersectorială cu excluderea limitelor stabilite per/pacient/an.
3. Crearea unei structuri specializate la nivel național și teritorial, care ar putea fi finanțată atât din fondurile CNAM, cât și din fondurile alocate pentru domeniul social, cu implicarea nemijlocită a APL. Aceasta va deține o bază de date dezagregate pe vârstă, gen, tipul maladiei, etc., care să ofere informații relevante privind necesitățile reale ale populației (copii, adulți) de îngrijiri paliative, pentru planificarea strategică de servicii paliative, inclusiv financiară, medicație și consumabile.
4. Dezvoltarea și susținerea instituțiilor de tip hospice, inclusiv pediatrie, conform recomandărilor internaționale, cu identificarea mecanismului de finanțare a acestora.
5. Dezvoltarea și susținerea unei instituții pediatrie/secției spitalicești de asistență paliativă pediatrică separată pentru copii cu maladii oncologice și non-oncologice, cu pregătirea adecvată a personalului specializat, atât medical cât și non-medical.
6. Revizuirea cadrului normativ în domeniul păstrării, evidenței și eliberării

analgezicelor opioide pentru a asigura respectarea dreptului pacientului la evitarea suferinței prin eliminarea barierelor restrictive care împiedică accesul la medicamentele cu regim special.

MSMPS/CNAM

1. Asigurarea unui mecanism clar și adecvat de finanțare, care să prevadă revizuirea periodică și ajustarea costurilor acoperite de CNAM la cheltuielile reale astfel, încât prestatorii să poată oferi servicii calitative, centrate pe necesitățile beneficiarului.
2. Bugetarea și contractarea distinctă (separată) pentru serviciile de îngrijire paliativă în baza necesităților reale existente.
3. Revizuirea mecanismului de contractare de către CNAM a instituțiilor spitalicești pediatrice pentru asistența paliativă oferită copiilor cu maladii incurabile non-oncologice, spitalizați permanent, dependenți de aparate medicale pentru menținerea funcțiilor vitale.
4. Asigurarea transparenței și a informării continue a populației referitor la serviciile de îngrijiri paliative contractate în țară.

CNAM

1. Contractarea exclusiv a furnizorilor de îngrijiri paliative care dispun de certificate de acreditare, eliberate de autoritatea competentă de acreditare.

MSMPS/Consiliul municipal Chișinău/APL/ conducătorii IMSP CS/CMF

1. Asigurarea implementării prevederilor normative privind organizarea serviciilor de îngrijiri paliative și asigurarea dezvoltării altor tipuri de îngrijiri paliative (îngrijiri la domiciliu, echipe mobile specializate, centru de zi etc.) pentru asigurarea accesului tuturor pacienților și familiilor lor la asemenea servicii.
2. Identificarea posibilităților de transferare a secției de îngrijiri paliative/paturilor din instituțiile care nu corespund Standardului Național de Îngrijiri Paliative în instituții care dispun de condiții adecvate pentru astfel de servicii, în vederea asigurării respectării demnității umane a pacientului muribund.
3. Obligarea managerilor instituțiilor medicale spitalicești care prestează servicii de paliative să prevadă fonduri pentru instruirea de bază și continuă a întregului personal implicat în această activitate.

MSMPS/AMDM

1. Actualizarea listelor naționale a medicamentelor esențiale și compensate, astfel încât să cuprindă medicamentele necesare în îngrijirea paliativă, în conformitate cu Lista Medicamentelor Esențiale recomandată de Organizația Mondială a Sănătății.

MSMPS/USMF „N. Testemițanu”

1. Dezvoltarea și inițierea unor cursuri obligatorii în managementul durerii pentru medicii de familie și personalul din secțiile spitalicești cu paturi paliative, inclusiv pediatrie. Elaborarea unor indicatori concreți pentru monitorizarea prescrierii opioidelor, inclusiv în forma tabletată.
2. Revizuirea curriculei de învățământ pentru toate profesiile din sănătate (nursing, farmacie, pediatrie).
3. Recunoașterea asistenței paliative ca specialitate, care trebuie să fie inclusă în programul de formare la nivel de instruire medicală (rezidențiat) și specializare pentru personalul medical mediu.

MECC/instituțiile de învățământ, care pregătesc specialiști în domeniul asistenței sociale, psihologiei, etc.

1. Revizuirea curriculei de învățământ cu includerea programelor de instruire inițială în domeniul îngrijirilor paliative pentru personalul non-medical (asistenți sociali, psihologi) pentru asigurarea drepturilor omului la respectarea demnității umane.

MECC /MSMPS/Agenția Națională de Asistență Socială

1. Inițierea programelor de instruire în domeniul asistenței paliative, inclusiv pediatrie, pentru formarea continuă a asistenților sociali.

ANEXE

ANEXA 1

Chestionar pentru medicii de familie

1. Activați în mediul: 1. Municipiu 2. Centru raional 3. Sat (rural)
2. Ce vârstă aveți?
1) <30 ani 2) 31-40 ani 3) 41-50 ani 4) 51-60 ani 5) >61ani
3. Ce stagiu de muncă aveți în calitate de medic de familie:
1) <5 ani 2) 5-10 ani 3) 10-20 ani 4) > 20 ani
4. Care este numărul de populație aflat în evidența Dvs. _____ persoane.
5. Este această populație concentrată într-o singură localitate?
1. DA 2. NU

Dacă ați răspuns cu NU, indicați în câte localități este dispersată. Încercuiți o singură variantă.

2 3 4 5 mai mult de 5

6. Aveți experiență în prestarea serviciului de Îngrijire Paliativă?
1. DA 2. NU 3. Alt răspuns _____

Dacă ați răspuns cu DA, câți pacienți ați supravegheat și ce maladii au prevalat la pacienții Dvs aflați în Îngrijire Paliativă, ultimii 5 ani?

-
7. Aveți instruire în domeniul Îngrijirilor Paliative?
1. DA 2. NU

Dacă ați răspuns cu DA, unde ați fost instruit (*pot fi mai multe răspunsuri*):

1. Educație universitară
2. Educație postuniversitară (rezidențiat)
3. În cadrul cursurilor de educație medicală continuă
4. Altele _____

8. Considerați că ați avea nevoie de instruire specială în domeniul Îngrijirilor Paliative?
1. DA 2. NU 3. Nu știu, nu sunt sigur

9. Lucrați în echipă de Îngrijiri paliative?
1. DA 2. NU 3. Alt răspuns _____

10. Dați o apreciere rolului medicului de familie în oferirea Îngrijirilor Paliative? *Alegeți un singur răspuns.*
1. Trebuie să fie principala persoană care să ofere asistență pacientului în paliatie, oferă asistență complexă, activă atât a pacienților cât și familiilor lor.
 2. Trebuie doar să prescrie medicația necesară, fără alte servicii paliative.
 3. Nu trebuie să fie implicat în asistența pacientului terminal.
 4. Alt răspuns _____
11. Care din necesitățile pacientului luat în Îngrijiri Paliative aveți capacitate de a le satisface? *Alegeți unul sau mai multe variante de răspuns.*
1. Prescrierea medicației antidolore
 2. Controlul simptomelor
 3. Suport psihologic
 4. Suport spiritual și emoțional
 5. Sprijin pentru familie
 6. Nu ofer servicii nici pentru o necesitate a pacientului în paliatie.
 7. Altele _____
12. Dacă ați răspuns cu „Nu ofer servicii nici pentru o necesitate a pacientului în paliatie”, indicați cauzele:
1. Nu consider necesar să ofer acest serviciu și familie
 2. Nu am suficient timp
 3. Nu îmi sunt clare serviciile pe care să le ofer familiei
 4. Simt că nu am competențele necesare ca să asist un pacient în paliatie
 5. Altele _____
13. Cu cine ar trebui să colaboreze medicul de familie în cazul prestării serviciului de Îngrijiri paliative? *Alegeți unul sau mai multe variante de răspuns.*
1. Medicul oncolog
 2. Psiholog
 3. Asistent social
 4. Preotul
 5. Alt specialist _____
14. În practica dumneavoastră cu cine dintre acești specialiști colaborați atunci când prestați servicii unui pacient în paliatie? *Alegeți unul sau mai multe variante de răspuns.*
1. Medicul oncolog
 2. Psiholog
 3. Asistent social
 4. Preotul
 5. Alt specialist _____
 6. Cu niciunul dintre ei

15. Care sunt barierele pe care le întâlniți, în vederea prestării serviciului de Îngrijiri paliative? *Alegeți unul sau mai multe variante de răspuns.*
1. Lipsa instruirii în domeniul Îngrijirilor Paliative
 2. Lipsa experienței în prestarea acestui serviciu
 3. Lipsa abilității de a comunica un diagnostic grav și prognostic nefavorabil pacientului
 4. Lipsa abilității de a comunica cu pacientul în faza terminală
 5. Numărul mare de populație aflat în evidența
 6. Lipsa cunoștințelor și experienței în inițierea tratamentului în sindromul dolo
 7. Stare emoțională neplăcută
 8. Nu întâlnesc bariere
 9. Altele _____
16. Dacă oferiți asistență palitivă, cît timp vă ia în mediu pe săptămână un singur pacient aflat în Îngrijiri paliative? *Alegeți o singură variantă de răspuns.*
1. 30 min. 2. 1h-2h 3. 2h-3h 4. mai mult de 3h
17. Cum preferați să faceți monitorizarea pacientului aflat în îngrijiri paliative? *Alegeți unul sau mai multe variante de răspuns.*
1. La momentul prescrierii medicamentelor antidolo
 2. Activ la domiciliu de _____ pe săptămână
 3. Implic asistenta medicală prin vizite la domiciliu
 4. Doar când sunt chemat la domiciliu
 5. Prin discuții telefonice cu pacientul
 6. Prin discuții cu rudele pacientului
 7. Nu monitorizez pacienții în paliație
18. Cine inițiază tratamentul antidolo cu opioide pacientului aflat în îngrijiri paliative? *Alegeți o singură variantă de răspuns.*
1. Eu personal
 2. Doar medicul oncolog
 3. Alt răspuns _____
19. În caz dacă nu acceptați să inițiați tratamentul antidolo cu opioide, care este motivul? *Alegeți unul sau mai multe variante de răspuns.*
1. Nu sunt instruit în acest domeniu
 2. Frica de reacții adverse
 3. Consider că doar specialistul ar trebui să inițieze tratamentul cu opioide
 4. Alt răspuns _____
20. Faceți evaluarea durerii pacientului aflat în Îngrijiri paliative? *Alegeți un singur răspuns.*
1. Da, prin metoda _____
 2. Nu, deoarece nu cunosc metodele prin care se evaluează durerea

3. Pacientul luat în Îngrijiri paliative are deja indicat tratamentul antidolor de la specialist și nu necesita evaluarea durerii
 4. Solicit întotdeauna ajutorul specialistului pentru evaluarea durerii
21. Dați o apreciere calității și barierelor managementului durerii care îl oferiți în asistența paliativă acordată. *Alegeți unul sau mai multe răspunsuri:*
1. Avem toate medicamentele antidolore necesare suficiente necesităților pacienților, le prescriu fără probleme la indicații.
 2. Nu avem toate medicamentele antidolore necesare necesităților pacienților, nu le pot prescrie la indicații.
 3. Lipsa unei farmacii în localitatea în care locuiește pacientul este o barieră serioasă pentru accesul acestuia la medicamentele antidolore.
 4. Mă abțin să prescriu opioide din frica că pacientul nu va administra corect tratamentul.
 5. Altele _____
22. Obișnuiți să faceți trimitere în secția de îngrijiri paliative a spitalului raional a pacientului aflat în necesitate de paliativă?
Alegeți un singur răspuns.
1. DA, întotdeauna fac așa îndreptări (vezi întrebarea 23)
 2. NU (vezi întrebarea 24)
 3. Alt răspuns _____
23. Dacă ați răspuns cu DA, Vă rog să prioritizați numerotând de la 1 la 5, unde 1 este „cel mai des” în ce caz referiți pacientul pentru internare în secția de îngrijiri paliative.
- Pentru tratament
 - Pentru corijarea tratamentului și dozei pentru opioide
 - Pentru a lăsa loc „de respiro” familiei
 - La înrăutățirea stării generale
 - Altele _____
24. Dacă ați răspuns cu NU, alegeți cauza. *Pot fi unul sau mai multe variante de răspuns.*
1. Nu cunosc despre această posibilitate
 2. Nu consider necesar
 3. Pacienții de cele mai multe ori refuză internarea din motive personale
 4. Rudele pacientului refuză internarea acestuia
 5. Nu dispun de transport pentru transportarea pacientului la spital.
 6. Consider că serviciu de Îngrijiri paliative la domiciliu este mai eficient.
 7. Alt răspuns _____
25. Dați o apreciere activității secției de îngrijiri paliative din spitalul raional. *Alegeți un singur răspuns.*
1. Nu cunosc despre activitatea acestei secții
 2. Asistența în această secție lasă de dorit

3. Este o secție cu specialiști calificați, oferă servicii calitative.

4. Alt răspuns _____

26. Orice sugestie cu referire la prestarea serviciului de Îngrijiri Paliative la nivelul Asistenței Medicale Primare este binevenită din partea Dvs și ne va fi de folos pentru elucidarea problemelor la acest capitol, pentru elaborarea unor recomandări de fortificare a acestui serviciu.

VĂ MULȚUMIM

ANEXA 2

Ghidul de interviu pentru medicii de familie

1. Care sunt barierele pe care le întâlniți, în vederea prestării serviciului de îngrijiri paliative?
 - După părerea Dvs ce sunt Îngrijirile Paliative? Care este rolul Dvs în oferirea îngrijirilor Paliative?
 - Care sunt barierele (greutățile, dificultățile, impedimentele) pe care le întâmpinați în oferirea serviciului de îngrijire paliativă?
2. Care sunt barierele pe care le întâlniți, în prestarea serviciului de îngrijiri paliative, familiei/apartenenților pacientului aflat în îngrijirea Dvs?
 - Care din serviciile Îngrijirilor Paliative, le oferiți familiei pacientului?
 - Care sunt barierele pe care le întâlniți, atunci când oferiți acest serviciu familiei?
3. Care sunt barierele pe care le întâlniți în asigurarea controlului durerii și altor simptome asociate bolii, atunci când oferiți serviciului de îngrijiri paliative?
 - Care sunt dificultățile pe care le întâmpinați la inițializarea tratamentului antidolor, și în particular cu opioide, a pacientului aflat în îngrijiri paliative?
 - Factorii nemedicali, care influențează managementul adecvat al durerii și simptomelor în oferirea serviciului de îngrijiri paliative, sunt o barieră în prestarea serviciului?
4. Empatia este o barieră în oferirea serviciului de îngrijiri paliative?
 - Ce este empatia?
 - Empatia, este o barieră în oferirea serviciului de îngrijiri paliative?
5. Ce bariere întâlniți în evaluarea inițială și pe parcurs a nevoilor sociale și psiho-emoționale ale pacientului și familie acestuia în vederea prestării serviciului de îngrijiri paliative?
 - Nevoile psiho-emoționale ale pacientului și familiei acestuia creează bariere în oferirea serviciului de îngrijiri paliative?
 - Ce bariere întâlniți în vederea satisfacerii necesităților psiho-emoționale ale pacientului și ale familiei acestuia, în contextul îngrijirilor paliative?
6. Care sunt barierele legate de comunicare, pe care le întâlniți în prestarea serviciului de îngrijiri paliative. Comunicarea unui diagnostic grav și prognostic nefavorabil pacientului, comunicarea cu pacientul în faza terminală?
 - Comunicarea este o barieră în prestarea serviciului de îngrijiri paliative?
 - Comunicarea cu pacientul în faza terminală, comunicarea unui diagnostic grav și prognostic nefavorabil pacientului constituie bariere în prestarea serviciului de îngrijiri paliative?

ANEXA 3

Grila de evaluare a accesibilității și calității serviciilor de îngrijiri paliative din cadrul spitalelor rationale

Numărul populației raionului _____ locuitori

Numărul de paturi în spital preconizate conform normativelor în vigoare

I. Disponibilitatea serviciului de ÎP

1. Modul de organizare a serviciilor de îngrijiri paliative (marcați cu "x" sau introduceți text)

1. Secție separată de îngrijiri paliative (ÎP) cu un număr de ____ paturi
2. Paturi de ÎP în număr de _____ în cadrul secției de boli cronice
3. Paturi de ÎP în număr de _____, plasate în alte secții, precum: _____
4. Nu există paturi de îngrijiri paliative în spital, deoarece _____

2. Există echipe mobile specializate în îngrijiri paliative din cadrul spitalului? (marcați cu "x" sau introduceți text)

1. Nu _____
2. Da, în număr de _____, finanțate din fondurile _____

3. În cazul când sunt echipe mobile specializate în îngrijiri paliative din cadrul instituțiilor medico-sanitare spitalicești, acestea sunt formate din (marcați cu "x" sau introduceți text):

1. Personalul propriu _____
2. Personalul altei organizații de îngrijiri paliative care intervin la solicitare _____
3. Alt răspuns _____

4. Există ambulatoriu de îngrijiri paliative din cadrul spitalului? (marcați sau introduceți text)

1. Nu _____
2. Da, cu _____ paturi, finanțate din fondurile _____

II. Accesibilitatea serviciului

5. Selectarea beneficiarilor de servicii de îngrijiri paliative se efectuează (pot fi mai multe răspunsuri, marcați cu "x" sau introduceți text):

1. În ordinea de înregistrare în lista de așteptare, în baza trimiterii de la medicul de familie
2. În ordinea de înregistrare în lista de așteptare în baza trimiterii de la medicul specialist de profil
3. Alt răspuns _____

6. Pacienții sunt internați în spital pe pat paliativ după îndreptarea (pot fi mai multe răspunsuri, marcați cu "x" sau introduceți text)

1. Medicului de familie
 2. Medicului specialist de profil
 3. Medicului currant din spital
 4. La cererea rudelor
 5. Alt răspuns _____
7. Cîți pacienți au profitat anual de îngrijiri paliative?
- | | | | | |
|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 1. 2018 _____ | 3. 2016 _____ | 5. 2014 _____ | 7. 2012 _____ | 9. 2010 _____ |
| 2. 2017 _____ | 4. 2015 _____ | 6. 2013 _____ | 8. 2011 _____ | 10. 2009 _____ |
- 8. Indicați acoperirea/folosirea patului paliativ per an _____%**
- 9. Dați o apreciere pentru utilizarea paturilor paliative din instituția dată (marcați cu "x" sau introduceți text):**
1. Sunt suprasolicitate, este o listă lungă de așteptare
 2. Sunt solicitate insuficient
 3. Alt răspuns _____
- 10. Enumerați criteriile de selectare ale beneficiarilor de îngrijiri paliative, aplicate în instituția dată: (pot fi mai multe răspunsuri, marcați cu "x" sau introduceți text)**
1. Pacienți gravi, incurabili transferanți din alte secții ale spitalului
 2. Pacienții oncologici în faze terminale
 3. _____
 4. _____
 5. _____
- 11. Descrieți conlucrarea spitalului în domeniul îngrijirilor paliative cu medicina de familie (marcați cu "x" sau introduceți text):**
1. Nu există nici o conlucrare, medicul de familie face îndreptarea și pacientul se adresează direct la spital pentru asistență paliativă
 2. Medicii de familie din raion nu cunosc despre acest serviciu și nu îndreaptă pacienți
 3. Există o legătură permanentă dintre spital și medici de familie prin crearea unei liste de așteptare în baza solicitărilor medicilor de familie
 4. Alt răspuns _____
- 12. Considerați că populația raionului cunoaște despre accesul la aceste servicii? (marcați cu "x" sau introduceți text)**
1. Da, avem frecvent adresări de sine stătător din partea rudelor pacienților gravi și incurabili
 2. Nu, populația nu cunoaște
 3. Populația refuză apelarea la acest serviciu
 4. Alt răspuns _____

III. Calitatea serviciului

13. Cum sunt implementate în instituție standardele cu privire la organizarea asistenței paliative? _____

14. Care este suprafața acordată pentru un pat paliativ în instituție? ____m²

15. Numărul de paturi de îngrijiri paliative la 1 medic _____

16. Numărul de paturi de îngrijiri paliative la 1 asistent medical pe tură ____

17. Aveți personal instruit (cu certificare specială) în domeniul asistenței paliative? (marcați cu "x" sau introduceți text)

1. Da, avem personal specializat în îngrijiri paliative _____ medici,
_____ asistente
2. Personalul implicat are doar niște formări de scurtă durată
3. Nu, personalul implicat în asistența paliativă nu are certificare specială în domeniu
4. Alt răspuns _____

18. În asistența pacientului în paliație este oferită consilierea psihologică? (marcați cu "x")

1. Nu avem specialist psiholog în spital
2. Avem psiholog în spital, dar nu are formare în asistență paliativă
3. Da, avem psiholog cu formare specifică în paliație care oferă consilierea pacientului și a familiei

19. Asigurarea cu medicamente și consumabile necesare pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative se efectuează din (marcați cu "x" sau introduceți text):

1. Mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală destinate în acest scop
2. Mijloacele FAOAM cu altă destinație _____
3. Alt răspuns _____

20. Apreciați gradul de acoperire cu medicamente și consumabile necesare pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative (marcați cu "x" sau introduceți text):

1. Avem o acoperire satisfăcătoare cu tot ce este necesar pentru prestarea serviciilor de ÎP _____
2. Este o acoperire doar parțială, avem insuficiență în
 - a) _____
 - b) _____
 - c) _____
3. Nu avem medicamente și consumabile necesare pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative _____

21. Dați o apreciere calității serviciului de ÎP din cadrul spitalului dumneavoastră (marcați cu "x" sau introduceți text):

1. Conform standardelor în vigoare, corespunde necesităților
2. Nu corespunde necesităților populației deoarece
3. Nu corespunde standardelor deoarece
4. Alt răspuns _____

22. Numiți barierele percepute în organizarea serviciului de ÎP în instituția dumneavoastră (pot fi mai multe răspunsuri, marcați cu "x"):

1. Lipsa personalului calificat în ÎP
2. Lipsa spațiului pentru a respecta standardele în vigoare
3. Lipsa fondurilor
4. Lipsa colaborării cu asistența medicală primară
5. Lipsa medicamentelor și consumabilelor
6. Altele (specificați) _____

ANEXA 4

Plan-interviu în profunzime

I. Disponibilitatea serviciului de ÎP

- 1. Modul de organizare a serviciilor de îngrijiri paliative:** Care este opinia Dvs. despre eficiența serviciilor de îngrijiri paliative acordate în cadrul secției de îngrijiri cronice în comparație cu o secție specializată de îngrijiri paliative la nivel de spital raional?
- 2. Echipe mobile specializate în îngrijiri paliative din cadrul spitalului**
Considerați prezența acestora în spital ca o modalitate de îmbunătățire a calității serviciilor de îngrijiri paliative? – Argumente „pro”, argumente „contra”.
- 3. Ambulatoriu de îngrijiri paliative din cadrul spitalului**
Cum vedeți modalitatea organizării unui asemenea ambulatoriu și care ar fi impactul acestuia asupra acoperirii cu servicii de îngrijiri paliative la nivel de raion? – Argumente „pro”, argumente „contra”.

II. Accesibilitatea serviciului

- 1. Care este calea optimă pentru selectarea beneficiarilor de servicii de îngrijiri?**
- 2. Dați o apreciere ce ține de utilizarea paturilor de îngrijiri paliative din instituția dată, reieșind din modul de amplasare în cadrul secțiilor de îngrijiri cronice în comparație cu o secție specializată în acest domeniu** – Argumente „pro”, argumente „contra”.
- 3. Conlucrarea spitalului în domeniul îngrijirilor paliative cu medicina de familie:** Care ar fi modalitățile de asigurare a continuității acordării serviciilor de îngrijiri paliative calitative pentru pacienții din teritoriu și celor externați din spital?
- 4. Gradul de informare a populației raionului despre accesul la serviciile de îngrijiri paliative:** Ce modalități de promovare a serviciilor de îngrijiri paliative le considerați oportune la nivel de raion?

III. Calitatea serviciului

- 1. Implementarea Standardului Național de Îngrijiri paliative (Ordinul Nr. 884 din 30.12.2010)**
Considerați acest standard implementat în cadrul instituției dvs.?
- 2. Personalul instruit (cu certificare specială) în domeniul asistenței paliative – o necesitate sau o opțiune pentru instituția dvs?**
- 3. Consilierea psihologică în asistența pacientului în cadrul serviciilor de**

îngrijiri paliative. Considerați eficientă consilierea acordată de către un psiholog neinstruit în îngrijiri paliative?

- 4. Asigurarea cu medicamente și consumabile necesare pentru prestarea serviciilor de îngrijiri paliative** Care sunt criteriile de planificare a necesității în servicii de îngrijiri paliative și a estimării cantităților de medicamente și consumabile necesare pentru acest scop?
- 5. Opinia dvs față de o eventuală regionalizare a acordării serviciilor de îngrijiri paliative vis-a-vis de actuala modalitate de organizare a prestării acestor servicii la nivel de spitale raionale** – Argumente „pro”, argumente „contra”.