

ACCESUL LA ÎNGRIJIRILE DE SANATATE

CODUL DE DEONTOLOGIE MEDICALĂ al Colegiului Medicilor din România

(Aprobat prin Hotărârea Adunării Generale Naționale a Colegiului Medicilor din România nr. 3/04.11.2016, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 981 din 07.12.2016)

CAPITOLUL I - Principiile fundamentale ale exercitării profesiei de medic

Art. 1 Scopul și rolul profesiei medicale

Întreaga activitate profesională a medicului este dedicată exclusiv apărării vieții, sănătății și integrității fizice și psihice a ființei umane.

Art. 2 Nediscriminarea

Actul profesional și întreaga activitate a medicului se vor exercita, respectiv desfășura fără niciun fel de discriminare, inclusiv în ceea ce privește starea de sănătate sau șansele de vindecare ale pacientului.

Art. 3 Respectul demnității ființei umane

În toate situațiile actul profesional, în oricare formă sau modalitate s-ar desfășura, se va face cu respectarea strictă a demnității umane ca valoare fundamentală a corpului profesional.

Art. 4 Primordialitatea interesului și a binelui ființei umane În toate deciziile cu caracter medical, medicul va trebui să se asigure că interesul și binele ființei

LEGEA nr.46 din 21 ianuarie 2003 a drepturilor pacientului

(M.Of. nr. 51/29 ian. 2003)

CAPITOLUL I - Dispoziții generale

Art. 1

- a) prin pacient se înțelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate;
- b) prin discriminare se înțelege distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale;
- c) prin îngrijiri de sănătate se înțelege serviciile medicale, serviciile comunitare și serviciile conexe actului medical;
- d) prin intervenție medicală se înțelege orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare;
- e) prin îngrijiri terminale se înțelege îngrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci când nu mai este posibilă îmbunătățirea prognozei fatale a stării de boală, precum și îngrijirile acordate în apropierea decesului.

Art. 2 Pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale.

Art. 3 Pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nici o discriminare.

CAPITOLUL VI - Drepturile pacientului la tratament și îngrijiri medicale

Art. 29

(1) În cazul în care furnizorii sunt obligați să recurgă la selectarea pacienților pentru anumite tipuri de tratament care sunt disponibile în număr limitat, selectarea se face numai pe baza criteriilor medicale.

(2) Criteriile medicale privind selectarea pacienților pentru anumite tipuri de tratament se elaborează de către Ministerul Sănătății și Familiei în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi și se aduc la cunoștința publicului.

Art. 30.

(1) Intervențiile medicale asupra pacientului se pot efectua numai dacă există condițiile de dotare necesare și personal acreditat.

(2) Se exceptează de la prevederile alin. (1) cazurile de urgență apărute în situații extreme.

Art. 31 Pacientul are dreptul la îngrijiri terminale pentru a putea muri în demnitate.

Art. 32 Pacientul poate beneficia de sprijinul familiei, al prietenilor, de suport spiritual, material și de sfaturi pe tot parcursul îngrijirilor medicale. La solicitarea pacientului, în măsura posibilităților, mediul de îngrijire și tratament va fi creat cât mai aproape de cel familial.

Art. 33 Pacientul internat are dreptul și la servicii medicale acordate de către un medic acreditat din afara spitalului.

Art. 34

(1) Personalul medical sau nemedical din unitățile sanitare nu are dreptul să supună pacientul nici unei forme de presiune pentru a-l determina pe acesta să îl recompenseze altfel decât prevăd reglementările de plată legale din cadrul unității respective.

(2) Pacientul poate oferi angajaților sau unității unde a fost îngrijit plăți suplimentare sau donații, cu respectarea legii.

Art. 35

(1) Pacientul are dreptul la îngrijiri medicale continue până la ameliorarea stării sale de sănătate sau până la vindecare.

(2) Continuitatea îngrijirilor se asigură prin colaborarea și parteneriatul dintre diferitele unități medicale publice și nepublice, spitalicești și ambulatorii, de specialitate sau de

medicină generală, oferite de medici, cadre medii sau de alt personal calificat. După externare pacienții au dreptul la serviciile comunitare disponibile.

Art. 36 Pacientul are dreptul să beneficieze de asistență medicală de urgență, de asistență stomatologică de urgență și de servicii farmaceutice, în program continuu.

Exemplu din Italia pandemia CoVid 2

Elena Copaciu

8 ore

Prof Grasselli, coordonatorul rețelei de unitati de terapie intensiva din nordul Italiei despre experienta primelor 16 zile cu Covid19! Rezumat

"12.5% din bolnavii testați pozitiv CV sunt admiși în terapie intensivă; aprox 88% ventilați mecanic- 500 de paturi de terapie intensiva din 800 ocupate cu cazurile Covid. Capacitatea de internare ICU a crescut cu 1/3 prin realocarea urgentelor si transformarea de ex a unor centre de trauma in Covid units.

10% din testele pozitive din primele zile au fost la personalul medical si sunt acum carantinati, majoritatea asimptomatici sau cu febra. Dupa instituirea echipamentelor PPE nu au mai apărut cazuri noi la personalul ICU.

Organizarea de spital din zona rosie a presupus desemnarea unor "centre hub" - de ex cele cu posibilități ECMO și unitate de boli infecțioase(15) și Covid units(peste 100), unitati dedicate pentru izolare sau cohortare("cohort Covid ICUs), pentru că nu toate spitalele au posibilitatea de izolare in camere individuale cu presiune negativă; unitățile au "clean" și "dirty" circuits distincte. S-a creat o rețea - Covid ICU network, cu unități legate 24/24 de hub, centrul de coordonare fiind contactat in legatura cu alocarea fiecarui nou caz si consiliere pentru deciziile medicale, daca este cazul. Centrele acestea raspund cam la 100 telefoane pe zi.

S-au oprit operatiile de cronici, se opereaza doar urgente, personalul de la anestezie lucreaza acum in aceste reanimari. Realocare de tip "disease ICU hubs". Nr de prezentari in serviciile de urgenta a scazut dramatic!..

Protocolul de admisie presupune triaj in Dept de Urgență și alocare pentru: oxigenoterapie, CPAP sau intubație traheală și ventilație mecanică invazivă(ventilație protectivă și inclusiv spitalele cu mai mică experiență la tratat ARDS au învățat să lucreze repede cu tabelele PEEP/FiO2).

In primele zile s-au epuizat repede sursele de oxigen!

Dintre pacienții selectați pt CPAP: 20-30% se ameliorează și sunt scoși de pe CPAP, 25% fail- dar se decide de comun acord a nu se escalada suportul de fc vitale, 50% intubați traheal și ventilați mecanic invaziv.

Tinerii(unii) tolerează bine hipoxemie pana la 70-80% saturație si rămân eupnoici, dar există cazuri cu deteriorare bruscă și necesar de VM invazivă.

Parametrii ventilatori sunt in medie PEEP 14 cmH2O și FiO2 0.6. Complianța pulmonară este bună, răspund la PEEP și recrutare. 1/3 necesită poziție pronă cu răspuns bun la proning. Pt mulți pacienți primele 7 zile se parcurg în regim controlat(cu sedare și, eventual, curarizare).

Sevrarea(conf experienței din China) este lungă, durata VM cam 20 de zile. În China au fost pacienți ventilați și 28 de zile.

In primele zile vârsta medie a celor decedați este de peste 80 de ani, acum estimată la 65 de ani. Sunt și cazuri internate cu ARDS la tineri, chiar 20 de ani, cu "low comorbidities".

Nu steroizi, nu plasma de la cazuri vindecate, retrovirale- "compassionate use".

Capacitatea de diagnostic trebuie mărită, chiar dacă acum se pot recunoaste cei pozitivi pe criterii clinice. Au fost și pacienți cu teste negative din exudat, mai ales forme cu afectare de căi aeriene inferioare, la care prelevatul traheo bronșic a fost pozitiv.

ECMO- selecție foarte riguroasă pe criterii etice! Se estimează 20-30 de zile de ventilație mecanică per caz cu risc de a bloca resursele de VM.

Proгноza regională este de aprox 2000 de cazuri critice in urmatoarele 2 saptamani. Plafonarea nr de cazuri noi pare si efectul măsurilor de limitare a circulației populației("containment"). Dar guvernanții par greu de convins că face parte din soluție.

AVOID SPREAD! AVOID CROWDING!

Este esențial mai ales ca grupele vulnerabile: vârstnici, imunodeprimați, cei cu comorbidități să evite locuri aglomerate! Educația întregii populații este decisivă!"

Grazie professore Grasselli!

Accesați

<http://siteresources.worldbank.org/INTROMANIAINROMANIAN/Resources/HealthSectorPolicyNoteRomanian.pdf>