

SĂNĂTATE

Ci^{ic} Labs

ANUL 1

2019-2020

VOLUMUL 5:

SĂNĂTATEA MAMEI ȘI A COPILULUI



Code for
Romania

Bine ai venit în Civic Labs, locul în care tratăm România cu inovație.

România are multe probleme, toate importante și pe care nu le putem rezolva de pe o zi pe alta. În loc să ne oprim și să nu mai încercăm, în Civic Labs ne propunem să încercăm mai bine. Îndrăznim să numim inovație lucruri care nu par explicit legate de tehnologie, precum cercetarea și validarea problemelor, dar care încă sunt prea rar întâlnite și fără de care nu se mai poate continua. Ai în față un program care privește într-un mod nou nevoile reale ale societății și care va atrage cu sine un mod mai bun de a pune tehnologia la dispoziția societății civile, dar și un mod mai bun de a face CSR.

Un program al



Code for
Romania

Susținut de



Fundația
Vodafone
România



CUPRINS

8 DESPRE

Detalii despre metodologia Civic Labs și aria cercetată

11 ACTORI

Lista stakeholderilor și rolul fiecăruia în ecosistem

25 PROBLEME

Principalele blocaje identificate în cadrul cercetării

67 SOLUȚII

Descrierea soluțiilor identificate

90 ECHIPA

Echipa care rezolvă problemele României prin puterea tehnologiei

CIVIC LABS: GENERATORUL DE TEHNOLOGIE CIVICĂ

Tehnologia este, credem noi, unul dintre motoarele de schimbare socială. Pentru a putea activa forța acestuia am creat Civic Labs, instrumentul esențial pentru a produce această schimbare, strategic și cu rezultate pe termen lung, în șase arii cheie pentru România.

IMPLICARE CIVICĂ	TRANSPARENȚĂ	GRUPURI VULNERABILE
EDUCAȚIE	MEDIU	SĂNĂTATE

DE CE ESTE NEVOIE DE CIVIC LABS?

- Pentru că majoritatea ONG-urilor nu au capacitatea de a face cercetare și nici know-how-ul pentru a defini o soluție tehnică optimă într-un timp scurt. În contextul unor cicluri tradiționale de CSR care se bazează de cele mai multe ori pe call-uri scurte cu concurență mare, se aleg soluții tehnice care nu au premisele necesare să fie de succes.
- Pentru că mecanismele de finanțare obișnuite nu permit celui care implementează să învețe să fie autonom, ci doar îi dau resurse pentru a rezista în următoarele 12 luni. Odată ce se termină finanțarea, proiectele intră în „comă indusă” pentru că implementatorul nu își mai permite să le mențină active.
- Pentru că sunt prea multe momente în care se spune că nu știm de unde să ne apucăm să schimbăm ceva sau că suntem prea mici sau că sunt prea multe probleme ca să poți să produci o schimbare reală, strategică.

DE CE SĂ AM ÎNCREDERE ÎN CIVIC LABS?

Civic Labs funcționează pentru că este bazat pe colaborare. Încă de la primele sale etape - de cercetare și de identificare a problemelor unui domeniu - aduce împreună toți stakeholderii implicați - experți, instituții, companii, societate civilă - pentru a-i face parte din proces și a-i cointeresa să contribuie și pentru a nu duplica eforturi.

Civic Labs funcționează pentru că oferă soluții la cheie:

- Când o soluție este publicată pe platforma Civic Labs ea este rezultatul unor luni de cercetare calitativă și cantitativă făcută de oameni de cercetare în zeci de interviuri în profunzime, cu seturi de date analizate și măcinate în detaliu, cu prototipuri testate și validate cu beneficiari și utilizatori reali.
- Când un finanțator decide să deschidă un call public de finanțare pentru o soluție din Civic Labs, știe clar care va fi rezultatul, cum trebuie să arate, cum trebuie să se comporte și cum trebuie să producă un impact pozitiv.
- Când implementarea unei soluții este preluată de un ONG, acesta din urmă are susținerea, documentarea și suportul tehnic oferit de Code for Romania. Singurul lucru de care va avea nevoie în continuare este finanțarea dezvoltării tehnice.

Civic Labs funcționează pentru că aduce inovație și în standardul de lucru, nu doar un vocabular la modă:

- Ajutăm societatea civilă să implementeze proiecte digitale corecte, care să soluționeze probleme reale, care vin însoțite de un ghid de implementare și de sprijin specializat pe parcursul proiectului.
- Ajutăm finanțatorii să investească în aceste proiecte digitale având siguranța unei soluții bine gândite, cu indicatori de succes măsurabili, cu sprijin în monitorizare și evaluare. În același timp, îi ajutăm pe finanțatori să evite posibilitatea de a plăti cât nu face sau de a se trezi că, la anul, îi costă mai mult să repare sau să reconstruiască.

CE GĂSEȘTI ÎN **CIVIC LABS:** SOLUȚII LA CHEIE



**PROBLEME
VALIDATE**



**PROTOTIPURI
HIGH FIDELITY
TESTATE CU
UTILIZATORII**



**USER FLOWS &
USER STORIES**



**SPECIFICAȚII
TEHNICE**



**BUGET DE
DEVELOPMENT
TEHNIC**

CE URMEAZĂ DUPĂ CIVIC LABS

FIECARE SOLUȚIE ARE NEVOIE DE

**Una sau mai multe
organizații
non-profit care să
administreze
produsul**

**Unul sau mai mulți
finanțatori care să
acopere efortul de
dezvoltare tehnică și
punere în funcțiune a
soluției**



Code for Romania dezvoltă pro-bono, cu sprijinul comunității sale de voluntari, o parte dintre soluții, în limita a șase produse dezvoltate concomitent.



Adopția oricărei soluții din Civic Labs vine cu câteva obligații menite să asigure calitatea și sustenabilitatea produselor:

- un set clar de standarde de livrare a codului, a căror respectare va fi verificată de echipa Code for Romania,
- livrarea codului în format open source în repositoryul public Civic Labs în scopul reutilizării,
- supravegherea dezvoltării tehnice de către echipa Code for Romania.

TRANSPARENȚA ESTE UN EFORT COMUN

Anual aflăm din media despre cifrele îngrijorătoare care ne plasează ca țară pe poziții codage în multe domenii. Situația în cazul sănătății mamei și a copilului pare să fie extrem de gravă și este unul dintre acele domenii în care stăm poate cel mai prost dintre toate țările din Uniunea Europeană. Rata cezarienelor, numărul de mame adolescente, numărul de avorturi, numărul de sarcini nemonitorizate etc, toate ne arată că modul în care funcționează acum sistemul este departe de a fi funcțional. Iar rușinea de a fi ultimii în aceste clasamente ne face să uităm că în spatele tuturor numerelor acestea se află mame în situații dificile, copii care trăiesc în sărăcie lucie, adolescente speriate, organizații neguvernamentale care depun eforturi uriașe să le sprijine, programe excelente, dar doar pe hârtie, și un sistem viciat de practici nocive devenite din excepții reguli.

O imagine neagră și dezolantă, dar care poate fi schimbată cu dedicare și cu soluții bine implementate exact acolo unde pot elimina cauza și nu doar trata simptome. În paginile ce urmează veți descoperi o radiografie a unui domeniu foarte vast, prin care am încercat să identificăm punctele cele mai dureroase pentru toți actorii implicați, pentru a putea reveni cu o serie de concepte de soluții digitale care să vină în sprijinul schimbării pe care ne-o dorim cu toții.

Olivia Vereha
Program Lead & UX Architect



46
ore de interviuri



22
probleme depistate



141
ore de incubare



13
soluții depistate



650
ore de prototipare

SĂNĂTATEA MAMEI ȘI COPILULUI ÎN ROMÂNIA

La ce se referă "Sănătatea mamei și copilului" în contextul prezentului raport? Acesta a fost definit ca orice acțiune întreprinsă în direcția nașterii unui copil, adică perioada preconcepțională, procesul fecundației, perioada de graviditate, nașterea, și inclusiv perioada postnatală până când nou-născutul atinge vârsta de un an. Nu a existat o limitare a domeniilor de interes, ci mai degrabă, dacă un factor a jucat un rol semnificativ în oricare dintre etape, acesta a fost inclus indiferent de subdomeniul de care aparținea. Din acest motiv în raport se regăsesc o varietate mare de teme: medicale, sociale, culturale, discriminare, etc. Scopul acestora este de a prezenta o imagine cât mai clară și completă a acestui domeniu. Raportul nu pretinde că a tratat exhaustiv acest domeniu, ci că se regăsesc în el cele mai importante aspecte descoperite și validate atât de date cât și de specialiști.

Chiar dacă reformele sistemului de sănătate românesc au fost multe și au avut o abordare diversă, cu un succes mai mic sau mai mare, acestuia în momentul de față îi lipsesc resursele (atât materiale cât și umane) pentru a asigura servicii la standarde europene, nu doar atunci când vine vorba despre sănătatea mamei și copilului.

Conform Euro Health Consumer Index 2018, România ocupă penultimul loc în clasarea sistemului de sănătate (locul 34 din 35). În raport, principalele probleme menționate au fost discriminarea grupurilor minoritare, o "structură a sistemului medical depășit și ratele mari ale costurilor tratării în regim spitalicesc comparativ cu tratamentul ambulatoriu" (Euro Health Consumer Index 2018).

Ratele mari ale sarcinilor la adolescente, ale cezarienelor, ale mortalității infantile și materne, ale discriminării instituționale a categoriilor marginalizate, dificultățile accesării serviciilor de sănătate pentru anumite grupuri și fragmentarea datelor disponibile la nivel național sunt doar câteva dintre barierele pe drumul către îmbunătățirea serviciilor atât la nivel instituțional cât și la unul uman.

Ne aflăm într-un punct critic pentru acest domeniu, în care atât mamele din comunitățile defavorizate, cât și mamele din mediul urban mic și urban mare se confruntă cu o serie de provocări, de naturi și cauze diferite, dar de o gravitate destul de ridicată.

Cele mai profunde probleme le remarcăm în grupurile vulnerabile, unde mamele nu își cunosc drepturile, nu fac vizite regulate la medic, iar educația pentru sănătate este un lux de care nu au parte. Accesul la metode contraceptive și pregătirea necesară pentru graviditate nu le sunt la îndemână, iar sistemul nu face față situației curente. Deși există modele de succes implementate în România, ele au un impact la nivel local și, ca urmare a subfinanțării sau a capacității reduse a implementatorilor de scalare a acestor programe, ele nu ajung să depășească aproape niciodată granițele județelor în care au fost inițiate, cu excepția programelor conduse de organizații mari cu acoperire regională sau națională.

Medicalizarea excesivă a sarcinii și reglementarea actuală a medicinei de familie a construit un gol uriaș între aceștia și paciente, iar istoricul medical și comunicarea dintre entitățile medicale cu care o gravidă intră în contact pe perioada sarcinii și în primul an de viață al copilului este o îndatorire care revine tot mamei, în lipsa unei comunicări eficiente în interiorul sistemului.

Nu în ultimul rând, insistăm și asupra fenomenului născut odată cu accesul la informații, răspândirea de informații false sau nocive, insuficient documentate sau eronat prezentate influențează puternic mamele, conducându-le spre comportamente distructive pentru ele și copilul lor, în absența unor surse credibile, generate de autorități în domeniu, suficient de populare în mediul digital.

Soluțiile de tehnologie care pot veni în sprijinul rezolvării și remedierii a unora dintre aceste probleme sunt accesibile, dar majoritatea acestora presupun și o participare activă din partea personalului medical, nu doar al mamei. Soluțiile pe termen scurt și mediu sunt cele de investiție în creșterea capacității ONG-urilor de a scala programele care au dat rezultate până în prezent, coroborat cu o presiune constantă asupra mediului instituțional - singurul care poate cere și în același timp implementa soluții sistemice, pe termen lung.



ACTORI



A. AUTORITĂȚI PUBLICE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Ministerul Sănătății este cel care prin organismele sale și prin reglementările, procedurile și dotările (materiale sau umane) sale are cel mai mare impact asupra domeniului sănătății mamei și copilului. Ministerul Sănătății se compune din mai multe nivele, atât de diagnostic și intervenție cât și de implementarea de programe regionale sau naționale de informare a publicului cu privire la probleme de sănătate la nivel național. Acesta se diferențiază în mai multe tipuri de unități și de tratament, incluzând aici medicina de familie, rețeaua națională a unităților spitalicești, serviciul medical de urgență precum și tipuri de tratament ambulatoriu sau cu internare (sau supraveghere) în diferitele unități medicale. Acesta are în subordine diferitele specializări medicale, cum ar fi cea de obstetrică și ginecologie sau neonatologie.

SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF) are drept scop crearea și dezvoltarea cadrului organizatoric necesar pentru promovarea intereselor cu caracter profesional, științific, legislativ, juridic, și promovarea intereselor economice, pentru dezvoltarea unor raporturi instituționalizate cu autoritățile publice, cu alte organizații similare din țară și străinătate, cu societatea civilă, pentru realizarea de activități și inițiative care promovează dezvoltarea și afirmarea specialității de medicina familiei.

SNMF este cea mai mare și mai puternică societate profesională medicală din România și dorește să contribuie la asigurarea continuității și coerenței politicii de asistență medicală primară/de familie.

Structura SNMF este extrem de complexă. Fiecare județ din România are o asociație locală de medicina familiei. Fiecare asociație locală este o

entitate independentă din punct de vedere juridic, astfel încât SNMF este de fapt o structură federativă. Asociațiile locale sunt afiliate SNMF printr-un document numit protocol de afiliere semnat de ambele părți. Obiectivele SNMF, prevăzute ca atare în statut reflectă de fapt activitatea acestora de până în prezent și proiectele viitoare.

Este instanța care ar trebui să ofere cel mai mare sprijin și primul nivel de contact pentru acei cetățeni care se gândesc să își întemeieze o familie. Să ofere informații de natură medicală, psihologică sau procedurală în care să sprijine parcursul concepției, sarcinii, nașterii și mai apoi asigurării de condiții de sănătate optimă atât pentru părinți cât și pentru copii.

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI ȘI MOAȘELOR DIN ROMÂNIA

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România este o organizație profesională și de reglementare, cu rol de a elabora norme și reguli de practicare a profesilor de asistent medical generalist, moașă și asistent medical, astfel încât profesioniștii să asigure pacienților servicii de calitate, în condiții de siguranță și securitate.

Ordinul autorizează exercitarea profesiei, îi înregistrează în baza sa de date pe toți asistenții medicali generaliști, moașele și asistenții medicali din România și, de asemenea, judecă abaterile de la regulile de etică și deontologie.

Controlul și supravegherea exercitării profesiilor de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical sunt realizate de Ministerul Sănătății și de Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), autorități competente române, în conformitate cu atribuțiile prevăzute de reglementările legale în vigoare.

Aceasta asigură legătura și trecerea de la un proces fiziologic normal (cum este nașterea) la actul medical al nașterii. Acest organism asigură atât servicii prenatale cât și în timpul nașterii (dacă acesta este o naștere spontană) dar și informații și suport după naștere. Multe moașe profesioniste au o specializare dublă ce le permite activarea într-un cadru spitalicesc, respectiv cea de asistentă medicală.

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Misiunea de bază a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS) este de a oferi un sistem de asigurări sociale de sănătate eficient, pus permanent în slujba asiguratului și a interesului public.

Conceptul fundamental pe care se clădește sistemul de asigurări sociale de sănătate are la bază principiul descentralizării și autonomiei în conducere și administrare, în scopul acordării unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat, prin solidaritate și subsidiaritate în constituirea și utilizarea fondurilor. Sistemul asigurărilor sociale de sănătate reprezintă, astfel, principalul sistem de finanțare al ocrotirii și promovării sănătății populației, care oferă un pachet de servicii de bază ce cuprinde investigații și servicii medicale, servicii de îngrijire a sănătății, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale.

Conform prevederilor legii-cadru care guvernează sistemul de asigurări sociale de sănătate, principalul obiect de activitate al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate îl reprezintă asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România.

Finanțarea asistenței medicale din România este asigurată în principal din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, completată cu sume din bugetul de stat, venituri proprii ale Ministerului Sănătății, precum și veniturile proprii ale populației. Bugetul Fondului național unic de asigurări

sociale de sănătate, este aprobat anual de Parlamentul României, ca anexa la Legea bugetului de stat.

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI

Este instituția publică din România aflată în subordinea consiliilor județene respectiv în subordinea consiliilor locale la nivel de sectoare în municipiul București, care oferă asistență și sprijin pentru copii, familie, persoane singure, persoane vârstnice, persoane aflate în nevoie, abuzate, marginalizate sau cu dizabilități și oricărei persoane aflate în nevoie. Această instituție este responsabilă pentru protecția socială a grupurilor defavorizate (cum ar fi în acest caz al mamelor adolescente, al mamelor din diferite comunități etnice defavorizate, etc) precum și de serviciul responsabil pentru protecția copilului în caz de abandon (fie el în unități medicale sau în alte circumstanțe).

AUTORITATEA NAȚIONALĂ PENTRU PROTECȚIA DREPTURILOR COPILULUI ȘI ADOPTIE (ANPDCA)

Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție funcționează ca organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, în subordinea Ministerului Muncii și Justiției Sociale.

Misiunea Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție (ANPDCA) este de a monitoriza respectarea drepturilor tuturor copiilor și de a lua toate măsurile pentru a contribui la crearea unei societăți demne pentru copii, implicând în acest proces autoritățile administrației publice locale și centrale, societatea civilă, părinții și copiii. Are competențe în domeniul protecției și promovării drepturilor copilului, în domeniul prevenirii separării copilului de părinți și al protecției speciale a copilului separat temporar sau definitiv de părinți, în domeniul adopției precum și în cel economico-financiar adiacent acestor domenii.

INSTITUTUL NAȚIONAL PENTRU SĂNĂTATEA MAMEI ȘI A COPILULUI

Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și a Copilului "Alessandrescu-Rusescu" (INSMC), parte a Ministerului Sănătății, este o unitate medicală de referință în domeniul sănătății mamei și copilului, în domeniile pediatrie, obstetrică-ginecologie, dar și cercetare.

INSMC este cunoscut ca fiind una dintre unitățile care ofera asistență medicală zi și noapte în unități spitalicești și ambulatorii; ca unitate de învățământ medical superior (obstetrica-ginecologie, neonatologie și pediatrie), specializare și perfecționare postuniversitară, precum și învățământ pentru personalul mediu; cercetarea științifică (în domeniul sănătății mamei și a copilului) este un obiectiv major al activității INSMC.

De asemenea este organul tehnico-metodologic al Ministerului Sănătății în cele 2 domenii (sănătatea mamei și copilului) și implicat în educația pentru sănătate (promovarea sănătății). În plus, institutul este și coordonatorul unor programe naționale de sănătate a mamei și a copilului.

MEDIATORI SANITARI

Programul de mediere sanitară a fost conceput pentru a îmbunătăți starea de sănătate a comunității rome precum și accesul lor la servicii medicale. Conform statisticilor oficiale, minoritatea romă este al treilea cel mai mare grup etnic (3.2% din populație). Comparativ cu populația generală, etnici rome au rate mai crescute de mortalitate infantilă, o speranță de viață mai scăzută la naștere precum și rate de imunizare (vaccinare) mai scăzute ale copiilor. În același timp este minoritatea cea mai expusă la discriminările din sistemul de sănătate.

Scopul programului este de a facilita comunicarea dintre comunitățile rome și personalul medical și de a crește eficiența programelor de intervenție

asupra sănătății publice. Mediatorii de obicei sunt femei de etnie romă cu un nivel mediu de educație, care au fost recomandate de către comunitatea locală, aprobate de specialiștii medicali, și care au promovat un curs de pregătire de bază.

Principalele lor responsabilități includ medierea relației dintre specialiștii medicali și membrii comunității, colectarea de date cu privire la starea de sănătate a comunității, facilitarea accesului la servicii de sănătate a comunității române, educație pentru sănătate și suport pentru intervenții de sănătate publică în comunitățile române.

Programul a fost instituționalizat în 2002 în contextul Strategiei Naționale de Îmbunătățire a Situației Romilor. Până în anul 2008 s-au format aproximativ 600 de mediatorii care lucrează cu comunitățile române de pe întreg teritoriul țării.

B. ORGANIZATII INTERNAȚIONALE ȘI ORGANISME EUROPENE

COMISIA EUROPEANĂ

Comisia Europeană este organul executiv al Uniunii Europene, independent din punct de vedere politic. Este responsabilă cu elaborarea de propuneri de noi acte legislative și cu punerea în aplicare a deciziilor Parlamentului European și ale Consiliului UE.

Comisia propune noi acte legislative, gestionează politicile UE și alocă fonduri europene, garantează respectarea legislației Uniunii Europene precum și reprezintă Uniunea Europeană pe scena internațională.

Cu privire la problemele de sănătate publică, UE vine în completarea politicilor naționale de sănătate, sprijinind guvernele statelor membre să

atingă obiective comune, să pună în comun resurse și să depășească provocări comune. UE elaborează norme și standarde europene pentru produse și servicii medicale și oferă finanțare pentru proiecte de sănătate din întreaga Uniune.

Politica UE în domeniul sănătății se concentrează pe protejarea și îmbunătățirea sănătății populației, pe accesul tuturor europenilor la asistență medicală modernă și eficientă și pe coordonarea reacției la amenințările grave la adresa sănătății care implică mai multe țări din UE. De asemenea, pentru UE sunt importante măsurile de prevenire a bolilor și reacția adecvată la apariția bolilor. Măsurile de prevenire includ, printre altele, vaccinarea, combaterea rezistenței la antimicrobiene, acțiunile împotriva cancerului și etichetarea alimentară responsabilă.

Există două agenții create special pentru a sprijini guvernele naționale în chestiuni legate de sănătate. Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor evaluează și monitorizează amenințările emergente la adresa sănătății, pentru a coordona reacțiile. Agenția Europeană pentru Medicamente gestionează evaluarea științifică a calității, siguranței și eficienței tuturor medicamentelor din UE.

ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂȚĂȚII

Organizația Mondială a Sănătății a fost înființată pe 7 aprilie 1948, de ziua mondială a sănătății. În momentul de față aceasta numără peste 7000 de angajați din peste 150 de țări cu birouri regionale aferente în acestea, 6 birouri regionale și sediul central din Geneva.

Dincolo de specialiștii medicali, specialiști de sănătate publică, oameni de știință și epidemiologi, Organizația Mondială a Sănătății are în subordine și angajați specializați în managementul administrativ, financiar și al sistemelor informatice, precum și experți în domeniile de statistica sănătății, economie și intervenție medicală de urgență.

Misiunea Organizației Mondiale a Sănătății este de a asigura un acces mai bun la servicii de sănătate la peste 3 miliarde de oameni din care: pentru un miliard de oameni să ofere asigurare medicală universală, pentru un milion de oameni să asigure intervenții medicale de urgență, iar pentru un alt miliard de oameni să asigure un acces mai bun la servicii de sănătate.

Pentru asigurarea medicală universală se concentrează pe îmbunătățirea accesului și calității intervenției primare; muncă pentru a ajuta sustenabilitatea financiară și protecția financiară; îmbunătățirea accesului la produse și servicii medicale de bază; pregătirea forței de muncă din domeniul sănătății și consultare cu privire la politicile de lucru; asigurarea participării oamenilor la serviciile naționale de sănătate; îmbunătățirea monitorizării datelor și a informațiilor.

Pentru asigurarea intervențiilor medicale de urgență acesta se concentrează pe: pregătirea pentru urgențe prin identificarea, controlul și managementul riscurilor; prevenirea urgențelor și ajutor pentru dezvoltarea uneltelor necesare de intervenție din timpul epidemiilor; identificarea și răspunsul la urgențe medicale acute; asigurarea de suport medical de bază în situații de criză.

Pentru asigurarea de servicii de sănătate acesta lucrează în vederea adresării determinantilor sociali; promovarea abordării intersectoriale a problematicii sănătății precum și prioritizarea politicilor și reglementărilor de sănătate.

UNICEF



UNICEF este fondul de dezvoltare ONU destinat programelor pentru copii, cu o prezență semnificativă în România unde activează ca organizație non-guvernamentală îndeosebi pe partea de elaborare de politici și studii academice, precum și consultare în elaborarea de acte normative. În România, UNICEF lucrează împreună cu Guvernul, Parlamentul, autorități

locale, societatea civilă, sectorul privat, parteneri naționali și internaționali și cu mass media pentru a asigura accesul tuturor copiilor la educație timpurie de calitate și la școală, pentru protejarea și monitorizarea drepturilor copilului, pentru protecție socială și pentru mobilizarea de resurse în beneficiul copiilor.

THE INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION EUROPEAN NETWORK

Parte a rețelei Planned Parenthood Federation, acesta este biroul regional al zonei Europene. Rețeaua IPPF EN și partenerii lor sunt activi în peste 40 de țări atât din Europa cât și din Asia Centrală pentru a ajuta toate persoanele, dar în special pe cele care suferă de excludere socială, pentru a trăi cu demnitate și pentru a avea access la drepturi reproductive și sexuale. Acest access este esențial pentru a atinge Scopurile de Dezvoltare Durabilă ale Națiunilor Unite în toate țările.

Asociațiile membre sunt organizații independente care întrepătrund acțiuni pentru populațiile locale, în special pentru cele marginalizate. Lucrează cu tineri pentru a asigura că au toate informațiile și aptitudinile necesare pentru a-și gestiona sănătatea și pentru a se angaja în relații intime sau sexuale împlinitoare. Aceștia asigură servicii de bază, cum ar fi distribuția de metode contraceptive, servicii de sănătate maternală, programe de prevenție HIV/SIDA, acces la servicii sigure și legale de avort, și suport pentru victimele violenței sexuale sau a violului.

C. ORGANIZAȚII DIN SOCIETATEA CIVILĂ

WORLD VISION

Este o organizație internațională cu misiunea de a proteja drepturile copiilor și are o prezență semnificativă în România. Organizația este prezentă în România din 1990 și desfășoară programe în sectorul 5 din București și în următoarele județe: Constanța, Cluj, Dolj, Iași, Ialomița, Vâlcea și Vaslui. În cadrul proiectelor lor au lucrat cu peste 350.000 de copii și adulți din 200 de comunități rurale, în cadrul a 154 de proiecte. Multe dintre aceste programe vizează protecția socială a grupurilor marginalizate în special a femeilor și copiilor din zone defavorizate.

SOS - SATELE COPIILOR

Este o organizație internațională prezentă și în România cu rol în prevenirea abandonului familial și în întărirea familiilor. Are misiunea de a oferi îngrijire copiilor care au rămas fără sprijinul părinților și de a-i proteja pe cei care sunt în prag de abandon sau de a deveni orfani. Cu o experiență de peste 25 de ani în România și un număr de peste 65.000 de beneficiari, aceasta susține familiile vulnerabile, promovează drepturile copiilor pentru care asigură suport psiho-emoțional și educație.

SALVAȚI COPIII

Este o organizație internațională cu sucursală în România. Funcționează în regim independent, după un schimb inițial de bune practici. Salvați Copiii România derulează programe de consiliere individuală și de grup pentru copiii victime ale violenței, dar și programe de educație privind prevenirea violenței la copii în școli, inspectorate și DGASPC. Finanțarea este obținută la nivel național, fără susținere directă de la organizația centrală. Deși există programe cadru la nivel global în care organizația din România colaborează,

Salvați Copiii activează uneori ca organizație expert pentru DGASPC în stabilirea nevoii minorului de consiliere.

Organizația, în cei peste 29 de ani de activitate, are peste 1.900.000 de copii care au fost implicați în programele și campaniile Salvați Copiii. Organizația are filiale în 11 județe (Argeș, Caraș-Severin, Constanța, Dolj, Hunedoara, Iași, Mureș, Neamț, Suceava, Timiș, Vaslui), peste 6.000 de membri și 2.500 de voluntari activi. În 2018 a cuprins în programele de educație, protecție și informare 313.386 copii, 21.622 cadre didactice, asistenți sociali, alți specialiști și 45.265 de părinți.

Ariile de intervenție includ: sănătate, educație, protecție, drepturile copilului, advocacy și strângere de fonduri. Pe partea de sănătate, organizația și-a propus să sprijine acele familii care întâmpină greutăți în creșterea copiilor. În această zonă se concentrează pe reducerea mortalității infantile, educația pentru sănătate (incluzând educația sexuală, nutriție, și sănătate emoțională) și prevenirea și reducerea tuberculozei.

ASOCIAȚIA SAMAS

Este o organizație non-profit, care a dezvoltat singura rețea națională de educatori perinatali (din rândul asistenților medicali și moașelor), specializați în educația prenatală și postnatală, în nutriția mamei și copilului. Obiectivele asociației pe termen lung sunt: creșterea ratei de alăptare exclusivă, informarea corectă a mamelor despre procesul nașterii, îmbunătățirea stării de sănătate a mamei, dar și a bebelușului, printr-o nutriție echilibrată atât în timpul sarcinii, cât și postnatal.

Asociația SAMAS oferă cel mai extins program de sănătate și suport pentru mame și sugari în primele 1.000 de zile, înainte și după naștere, atunci când pot fi puse bazele unei vieți sănătoase a viitorului adult. Activitatea educatorului SAMAS este inspirată din modelul occidental de

educație și sprijin al gravidelor și proaspetelor mame. În țări precum Franța, Germania, Austria sau Elveția, peste 70% din mame apelează la servicii similare.

Educatorul SAMAS este aproape de comunitate în cele 5 centre SAMAS din țară: București, Timișoara, Iași, Pitești, Bistrița, dar și în alte orașe, echipe de educatori perinatali oferind cursuri, consiliere și sfaturi gravidelor și mamelor.

SOCIETATEA DE EDUCAȚIE CONTRACEPTIVĂ ȘI SEXUALĂ

Societatea de Educație Contraceptivă și Sexuală (SECS) este o organizație neguvernamentală, care militează pentru promovarea și respectarea accesului liber la informații, educație și servicii de calitate în domeniul sănătății reproducerii. Are o istorie de peste 25 de ani și este membru al The International Planned Parenthood Federation European Network.

În ultimii 10 ani SECS a jucat un rol major în Programul Național de Planificare Familială și a sprijinit crearea unei rețele coerente de susținători ai sănătății reproducerii în România și în special al planificării familiale. A dezvoltat și a testat programe de creștere a accesului la serviciile de planificare familială pentru populația din mediul rural. A implementat cu ajutorul fondurilor europene un proiect de distribuție de contraceptive prin intermediul comunității, pentru populația de etnie romă. Prin intermediul acestuia, SECS a evidențiat bariere în accesul contraceptivelor (cum ar fi costurile asociate, lipsa documentelor și procesul îngreunat de obținere a actelor). A dezvoltat curricula pentru instruirea de bază privind planificarea familială a doctorilor de familie și a asistentelor și a instruit peste 7000 de participanți.

TERRE DES HOMMES

Asociația Terre des Hommes este o organizație înființată în anul 1960 în Elveția și care activează în România de la începutul anilor 1990, având ca scop îmbunătățirea sistemului de protecție a copilului și implementarea de reforme în asistența socială. Terre des Hommes derulează un proiect de pregătire online, Child Hub, dedicat specialiștilor din domeniul protecției copilului.

ASOCIAȚIA DREAM PROJECT

Asociația Dream Project este un ONG care activează în comunități de mame vulnerabile, cu o atenție sporită mamelor minore, pentru care oferă sprijin, consiliere și cursuri de calificare pentru a le ajuta să devină independente financiar. Organizația derulează, de asemenea, acțiuni de prevenire a sarcinilor în rândul adolescentelor, educația sexuală și emoțională și promovează accesul egal pe piața muncii a familiilor vulnerabile. Dream Project a implementat în România conceptul Dodo Baby Box, un trusou oferit la naștere mamelor vulnerabile care conține obiecte vitale pentru primele săptămâni de viață ale copilului. Unul dintre programele organizației, denumit "Nu ești singură – program pentru mame adolescente" oferă mamelor adolescente ședințe de psihoterapie și grupuri de suport.

SEXUL VS BARZA

Sexul vs Barza e un program de educație sexuală pentru tineri care a înregistrat mult succes în rândul adolescenților. Canalul de Youtube asociat acestui proiect are peste 104.000 de abonați și conține peste 100 de videoclipuri pe teme de educație sexuală și pentru sănătate. Alături de Salvați Copiii România, organizația oferă un serviciu gratuit de consiliere pentru tineri adulți și, în paralel derulează campanii de advocacy pentru a introduce educația sexuală în școală și pentru a crea servicii de sănătate reproductivă adecvate.



PROBLEME



ACCESUL LA LEGISLAȚIE:

PROBLEMA 1

Date despre sănătatea mamei și a copilului sunt fragmentate la nivel național

Sursele de date despre sănătatea mamei și a copilului sunt fragmentare la nivel național și unde acestea există, nu sunt ușor accesibile. Deși se colectează date la nivelul sistemului de sănătate, multe dintre acestea (în afara programelor naționale de sănătate) sunt colectate și raportate cu scopul de a finanța serviciile de sănătate. Astfel, focusul acestora este restrâns și nu oferă suficiente informații pentru a putea informa programe de sănătate. Din aceste date, în schimb, de multe ori lipsesc cazurile de "mame invizibile" sistemului, cum ar fi mame care nu au acces la servicii de sănătate perinatală. Acestea, neaccesând servicii medicale, nu apar în statisticile naționale, iar ele sunt doar uneori subiectul unor cercetări de nișă din mediul academic sau nonguvernamental.

Mai mult, datele publice nu sunt ușor accesibile, necesitând în multe cazuri solicitări de informații publice care îngreunează procesul de a identifica în timp real probleme și a oferi un context pentru entitățile interesate să dezvolte programe bazate pe dovezi. Sursele de date utilizate în această cercetare au oferit informații din ani diferiți și indicatori definiți de fiecare organizație în parte, care nu sunt standardizați. Organizațiile internaționale precum Organizația Mondială a Sănătății, UNICEF, EuroStat, Comisia Europeană oferă o serie de date. La nivel național, Centrul Național de Statistică Medicală și Informatică în Sănătate Publică, Centrul de Cercetare și Evaluare a Serviciilor de Sănătate au alte date disponibile, dar în număr redus. Acestea se publică în scurte rapoarte sau grafice care acoperă un număr limitat de aspecte. Studii de cercetare făcute pe populațiile de interes sunt efectuate în context academic de un număr limitat de

cercetători, care în general prezintă rezultate pe analize complexe în jurnale științifice, și mai puțin descrieri pe larg ale acestor probleme în populația generală. Instituții publice cum ar fi Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și a Copilului București prezintă rapoartele studiilor de cercetare întreprinse cu multe detalii informative, însă multe dintre acestea nu au mai fost reluate de mult timp (cum ar fi Studiul Sănătății Reproducerii care a fost publicat în anul 2004). De real ajutor sunt studii dezvoltate la nivel mai mic de către organizații non-profit, care reușesc să surprindă contexte specifice dar informative ale unor situații cu care se confruntă mamele și copiii în România (spre exemplu studiul World Vision Mothers for Life. Life for Mothers). Însă aceste tipuri de studii nu sunt agregate sau centralizate pentru o mai ușoară identificare de către cei care doresc să înțeleagă acest domeniu.

Strategia Națională Privind Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei 2015-2020 sugerează de asemenea că nu există date la nivel individual sau studii recente care să ofere informații suficiente pentru a dezvolta programe pentru îmbunătățirea sănătății reproductive (*Background Study for the National Strategy on Social Inclusion and Poverty Reduction 2015-2020*).

PROBLEMA 2

Mame sau viitoare mame din comunități vulnerabile nu își cunosc drepturile sau au resurse limitate de acțiune atunci când acestea nu sunt respectate.

Interviurile conduse cu experți au sugerat că sunt mame în comunități vulnerabile care nu își cunosc toate drepturile pe care le au în momentul în care sunt însărcinate. Pentru acestea, nu există surse oficiale și ușor de accesat și înțeles, care să le ghideze prin modul în care legislația în vigoare le protejează în momentul în care ele iau rolul de mamă sau viitoare

mamă. Aceste rezultate au fost identificate și în alte studii în comunități vulnerabile în România (*Mothers for life. Life for Mothers - 2016 - World Vision International*).

Conform legislației existente, o femeie însărcinată beneficiază de asigurare de sănătate, chiar dacă aceasta nu era asigurată înainte de sarcină (Conform legii 95/2006, Titlul VIII Capitolul II, secțiunea 1, Articolul 224). Cu toate acestea, există femei care fie nu cunosc acest aspect, fie nu au mecanismele necesare pentru a beneficia de acest drept. Astfel, modul în care aceste femei beneficiază sau nu de aceste drepturi este de multe ori legat de implicarea medicului de familie din comunitate, care în unele cazuri sprijină femeile cu informații sau chiar și ajutor logistic pentru accesarea acestor servicii.

"Mărturiile medicilor de familie despre atitudinea de tip Răspund-numai-dacă-sunt-întrebat cu privire la serviciile de îngrijire prenatală în zonele rurale

"Mamele minore sunt înregistrate de către medicul lor de familie și sunt ținute sub observație în timpul sarcinii, nou-născuții lor sunt și ei înregistrați. Ținut sub observație înseamnă că are acces la servicii dar numai când și dacă vine la medic... Medicul de familie nu ar trebui să meargă la ea acasă și să zică: hai, te rog. Și deși sunt asigurate deoarece sunt minore, multe dintre ele nu primesc aceste servicii pentru că nu vin la cabinetul medicului. Și după, vine când e gravidă deja în nouă luni și este pe punctul să nască. De ce nu a venit până acum? Lipsa informațiilor, rușine, sărăcie, nu are haine cu care să se îmbrace, nu are cu ce să ajungă până acolo, cine știe!? Și la prima vizită îi fac trimitere la laborator, una la un consult ecografic și un consult la un ginecolog. Cu fiecare dintre aceste trei trimiteri ea trebuie să se deplaseze. Cel mai apropiat spital, Maternitatea Botoșani, este la 70 - 80 km distanță. Nu are banii de transport deci nu o să meargă. Mai mult de atât, ea nu o să vină pentru un al doilea consult pentru că tot ce fac eu este să îi dau chestii neraliste de făcut și nu soluții reale la problema ei." (Sursă: Raportul calitativ al Băncii Mondiale desfășurat în

perioada iulie-august în pregătirea raportului "Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020")

Dincolo de drepturile legate de asigurarea de sănătate, femeile însărcinate beneficiază de program ajustat la locul de muncă sau ajustarea atribuțiilor pentru a nu pune sănătatea acestora și a sarcinii în pericol (Codul Muncii; Legea 202/2002; Legea 154/2015). În cazul femeilor care lucrează la negru, a celor care simt că nu pot negocia cu angajatorul și/sau sunt principalele persoane care contribuie financiar în familie, de frica pierderii locului de muncă se expun la riscuri semnificative din punct de vedere al sănătății sarcinii. În special în comunități mai mici, unde nu sunt multe locuri de muncă disponibile, această problemă este amplificată. Acestea nu au mecanismele necesare pentru a putea raporta aceste cazuri, cu convingerea că nu va avea repercusiuni negative asupra lor. Mai mult, nu există programe sau mecanisme care să susțină femeile însărcinate sau recent devenite mame să aibă o voce împotriva acestor abuzuri.

PROBLEMA 3

Rata crescută a mamelor adolescente

Procentajul sarcinilor nedorite este de peste 50% în rândul tinerelor cu vârsta de sub 20 ani, care rămân însărcinate; iar sarcina timpurie, când aceasta nu este dorită poate conduce la abandonul nou-născutului, abandon școlar sau chiar excludere socială în cazul mamei (*Background Study for the National Strategy on Social Inclusion and Poverty Reduction 2015-2020*). Conform statisticilor oficiale, în anul 2017 în România au fost înregistrate 383 de nașteri ale căror mame aveau vârsta între 10 și 14 ani (mai mult de o treime din totalul celor înregistrate în toate cele 28 de țări din UE pentru același grup de vârstă); iar 12,641 de nou-născuți din același an aveau mame cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani (*Eurostat- Live births by mother's year of birth (age reached) and birth order 2019*). Astfel, România se află în topul țărilor cu cele mai multe mame adolescente din Uniunea Europeană. Interviuurile care

au fost realizate în cadrul acestei cercetări susțin aceste date, iar cei care ne-au răspuns la întrebări ne-au sugerat că aceste tinere mame provin de cele mai multe ori din comunități defavorizate.

Cercetările în acest domeniu în Europa sugerează faptul că rata adolescentelor care devin mame este mai crescută în țările unde tinerele nu au acces la educație sexuală, contraceptivele nu sunt oferite în mod gratuit, și în cele unde este nevoie de consimțământul părinților pentru o intervenție de întrerupere de sarcină (*Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services*). În România, potrivit legii 289/2009 - Art 220, persoanele care au vârsta de 15 ani pot legal consimți pentru actul sexual (vârsta consimțământului scade la 13 ani dacă actul nu implică penetrare) însă pot accesa servicii de sănătate reproductivă doar de la vârsta de 16 ani, conform legii 95/2006 - Art 650. În plus, tinerele care rămân însărcinate, de multe ori nu identifică sarcina decât în stadii avansate ale acesteia, sau evită să o discute cu părinții până când aceasta este vizibilă.

Barometrul European asupra accesului femeilor la contraceptive moderne plasează România la finalul clasamentului, cu cele mai problematice politici publice în acest sens (*Barometer of Womens` s Access to Modern Contraceptive Choice*). În ceea ce privește educația sexuală în școli, nu există un program național coerent în acest sens, care să ajungă la populația largă de tineri din România, în special la cei din comunități defavorizate care au un acces mai scăzut la informații. Până la data redactării acestui raport singura prevedere în acest sens este cea din legea 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, în care se specifică în secțiunea a III-a, articolul 46, obligativitatea derulării sistematice în unitățile școlare "de programe de educație pentru viață, inclusiv educație sexuală pentru copii, în vederea prevenirii contactării bolilor cu transmitere sexuală și a gravidității minorelor" (*Legea 272/2004 - Art 46*). La finalul anului 2018, un grup parlamentar a propus modificarea acesteia în așa fel încât să prevadă o unitate de timp, de cel puțin o dată pe semestru,

modificare care până în prezent nu a fost adoptată. Societatea de Sănătate Contraceptivă și Sexuală (SECS) care depune eforturi considerabile în acest sens, a raportat în anul 2016 un număr de 400 de tineri ca beneficiari ai sesiunilor organizate de educație nonformală în acest domeniu (*Societatea de Educație Contraceptivă și Sexuală (SECS) - Raport Anual 2016*). Similar acesteia, alte organizații dezvoltă astfel de programe însă intervențiile sunt fragmentare și limitate geografic. Mai mult, acestea sunt dependente de finanțare de multe ori internațională, care variază considerabil și rezultă în programe care de multe ori nu au sustenabilitate în timp. În acest context, problema accesului la educație sexuală este extrem de limitată, cu atât mai mult în rândul tinerelor.

Nu în ultimul rând, aceste mame tinere tind să fie supuse mai mult decât populația generală la cezariene, deși rata generală a cezarienelor în România este peste mediile europene. Un studiu dezvoltat în cadrul maternității Bucur a raportat că 62% dintre adolescentele care au născut între 2013 și 2015 în această locație au trecut printr-o cezariană, în timp ce 9% dintre acestea erau la a doua procedură de acest tip, iar 1% la a treia. (*Implicații psihosomatice ale sarcinii la adolescente în Maternitatea "Bucur", 2017*)

PROBLEMA 4

Stigmatizarea mamelor singure și a mamelor adolescente

Efectele impactului pe care sarcina în perioada adolescenței o are asupra tinerelor mame depinde de statutul mamei înainte de sarcină și sistemele de sprijin care există în comunitate. O tânără mamă care provine dintr-un mediu dezavantajat va resimți acest context într-un mod amplificat (*Discrimination against and living conditions of Roma women in 11 EU Member States, 2014*). Interveniurile pe care le-am dezvoltat au relevat faptul că în rândul mamelor adolescente, acestea ajung să își întrerupă educația din

motive logistice sau din pricina stigmatizării. În comunitățile urbane cu un nivel al educației mai crescut, sarcina unei adolescente este primită de către familie ca o rușine și uneori se încearcă ascunderea acesteia sau, acolo unde este posibil, conduce la decizia de a întrerupe sarcina. Situația nu este mai simplă nici când vine vorba de relația cu școala, dacă acestea au o sarcină vizibilă, iar stigmatizarea lor în cadrul instituției de învățământ le face să renunțe la studii. Bullying-ul din partea colegilor sau chiar și stigmatizarea din partea cadrelor didactice joacă un rol important în decizia acestora.

În special în comunitățile mici, mai ales din mediul rural, mamele singure (chiar dacă nu sunt adolescente) se confruntă și ele cu stigmatizarea. Dacă o femeie are un copil în afara unei căsătorii sau în afara unei relații stabile este considerată o problemă morală, iar tinerele mame trebuie să gestioneze și impactul emoțional al acestei perioade, asociat cu atitudinile celor din jur. Tot în comunitățile mici, mamele adolescente sau cele singure, din cauze stigmatizării și marginalizării, deseori întârzie să acceseze servicii medicale din motivul îngrijorărilor legate de confidențialitate. Acestea preferă să întârzie accesarea unui act medical decât să riște dezvăluirea situației lor la nivel de comunitate. (*Mothers for life. Life for Mothers* - 2016 - World Vision International)

PROBLEMA 5

Suportul din comunitate pentru mamele care lucrează este limitat

Mamele care au mai mulți copii se confruntă cu dificultăți în gestionarea activităților, iar sprijinul din partea comunității este esențial, în lipsa altor sisteme de suport instituționale. Însă mamele beneficiază de suport foarte diferit, în funcție de contextul de viață. Fie că este vorba despre o angajare formală sau muncă informală (cum ar fi agricultura de subsistență) acestea

trebuie să găsească soluții pentru copiii lor. În unele situații, când resurse precum familia extinsă sau vecinii sunt accesibile, aceștia preiau acest rol. Însă în multe alte cazuri, singura soluție este ca acești copii să rămână singuri acasă o parte din timp.

În cazul femeilor însărcinate, care au un copil sau mai mulți acasă, o problemă o reprezintă și accesarea serviciilor medicale, mai ales dacă ele locuiesc în zone în care au acces dificil la servicii medicale în proximitatea casei. Spre exemplu, o femeie însărcinată care locuiește în mediul rural și trebuie să ajungă la un spital de obstetrică și ginecologie pentru monitorizarea sarcinii, are dificultăți în a găsi soluții pentru copiii rămași acasă. Și uneori, dacă aceste soluții nu există, poate ajunge la întârzierea accesării serviciilor medicale.

Un alt aspect este presiunea pusă pe mame pentru a se întoarce pe piața forței de muncă. Chiar și în cazul în care este vorba despre primul copil, există o presiune socială ca mama să se întoarcă la locul de muncă înainte de termen. Motivul cel mai des menționat de cei intervievați fiind frica mamei de a pierde contactul cu lumea profesională. În societățile puternic tehnologizate rata schimbărilor profesionale se accelerează și ea, deci mai puține persoane își permit o absență mai lungă. O perioadă de timp mai lungă înseamnă mai multe schimbări în domeniu care trebuie învățate și internalizate. Motivele extrinseci de cele mai multe ori au de-a face cu resursele materiale limitate și dorința mamei de a depăși izolarea socială intervenită odată cu concediul maternal sau de creștere a copilului (mai ales în cazurile unde partenerul sau grupul social extins nu oferă suport în creșterea acestuia). O altă sursă de presiune pot fi angajatorii care pot pune presiuni directe pe mame pentru a se reîntoarce mai repede la locul de muncă (astfel scutindu-i pe ei de niște cheltuieli survenite cu persoana care înlocuia mama plecată în concediu). Mai mult, deși mamele sunt protejate legal prin obligativitatea angajatorului de a le primi pe aceeași poziție la încetarea concediului de maternitate, multe mame se confruntă cu dificultăți în reluarea aceleiași poziții profesionale. De multe ori aceste

mecanisme sunt indirecte, lăsând mama fără posibilitatea de a contesta legal această situație.

PROBLEMA 6

Lipsa de sprijin pentru grupuri informale care pot interveni în comunitățile dezavantajate

La nivelul unor comunități, există persoane cu inițiativă care sprijină informal femeile și copiii din comunitate. Fie că aceștia au o experiență non-formală, sau s-au format prin programe de mediatori comunitari sau prin programe ale organizațiilor non-profit, aceștia sunt oameni din comunitate care cunosc problemele locale și ar avea potențial să inițieze și să sprijine programe locale.

Organizația World Vision, spre exemplu, are astfel de programe în comunitățile în care lucrează (cum este programul "Mothers for life. Life of Mothers"). Organizația și-a propus susținerea programelor integrate de servicii medicale maternale, a planningului familial și să reducă ratele mari de mortalitate maternă, sarcinile nedorite și avorturile, în special în rândul adolescentelor. Programul a avut o durată de 30 de luni și a fost implementat în trei județe, 30 de comunități rurale cu o rată ridicată de sărăcie. Programul a inclus educarea a peste 15,000 de femei și a 230 de specialiști medicali, precum și implicarea autorităților locale și naționale cu competențe în tematica sănătății mamei și copilului. Însă, astfel de inițiative ar trebui susținute la nivel național, pentru a oferi sprijin atât logistic, informațional cât și financiar acestor persoane. Chiar dacă programele sunt la o scară mai redusă, ele pot avea un impact major la nivelul comunităților locale unde se dezvoltă.

PROBLEMA 7

Folosirea redusă a metodelor contraceptive și rata ridicată a avorturilor

Barometrul European al accesului femeilor din Europa la metode contraceptive moderne plasează România pe ultimele locuri din Europa când vine vorba despre politicile naționale referitoare la accesul la contracepție modernă. Studii în comunități rurale dezavantajate au identificat faptul că întreruperile de sarcină au rămas una din principalele metode de evitare a sarcinilor nedorite (*Mothers for life. Life for Mothers*, 2016, World Vision International). Tot aceleași studii raportează că femeile în general cunosc și înțeleg parțial faptul că avorturile pot conduce la complicații și ar trebui evitate. În ceea ce privește cunoștințele despre serviciile de planificare familială, studiul mai sus menționat a raportat faptul că femeile tinere, fără copii, în general nu au auzit despre astfel de servicii. Și în general, chiar dacă se cunoaște despre servicii de planificare familială, existența cabinetelor de planificare familială și modul lor de accesare nu este cunoscută în detaliu. De asemenea, faptul că medicii de familie nu mai distribuie gratuit contraceptive, iar femeile trebuie să și le achiziționeze din farmacie, a redus utilizarea acestora în comunitățile defavorizate. Potrivit Asociației Medicilor de Familie, din 2016 până în prezent, programul național prin care medicii de familie puteau distribui gratuit contraceptive a dispărut, iar medicii nu mai primesc la cerere contraceptive.

Interviurile întreprinse de noi au subliniat faptul că deși orice persoană cu vârsta de peste 16 ani are acces la serviciile de planificare familială și poate chiar beneficia în anumite cazuri de contracepție gratuită, foarte puține cupluri de tineri în relații stabile le accesează, spre exemplu. Aparent, cuplurile accesează aceste servicii mai mult în cazul în care întâmpină probleme de fertilitate. Astfel, în interviuri a reieșit tema că în România, planificarea familială nu este mereu un proces calculat, iar multe

sarcini pur și simplu se întâmplă. Mai mult, un subiect care nu este deseori abordat, este cel a femeilor care au parteneri necooperanți cu privire la contracepție. Fie că ei refuză să folosească mijloace contraceptive și nu sunt interesați de acest aspect, fie în unele cazuri chiar le interzic femeilor să folosească ele metode alternative de contracepție, aceasta necooperare conduce la incidența crescută a sarcinilor nedorite.

Conform Strategiei Naționale privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020, numărul programelor care vizează intervenții în sănătatea reproducerii a Ministerului Sănătății au scăzut gradual din 2008, precum și bugetele aferente. Reglementările, metodologiile și instrumentele programelor Ministerului Sănătății sunt depășite, incluzând aici criteriile pentru accesul la servicii de sănătate a reproducerii gratuite a grupurilor vulnerabile, managementul informației cu privire la metode contraceptive și distribuția acestora precum și lista anticoncepționalelor gratuite. Cabinetele din rețeaua medicilor de familie care ofereau servicii în sănătatea reproducerii s-au destructurat ca urmare a lipsei de recompensare, training, bugete și lipsa interesului față de program a factorilor de decizie atât la nivel de județe cât și național. Nu există programe susținute în domeniul sănătății reproducerii pentru medicii de familie. Doar câțiva dintre medici de familie - mult mai puțini decât ar fi nevoie pentru a asigura o acoperire națională - au fost de acord să distribuie contraceptive gratuite. Iar eficacitatea acestui program are și el de suferit ca urmare a bugetelor mici și inconsistența în procurare și distribuție (*Background Study for the National Strategy on Social Inclusion and Poverty Reduction 2015-2020*).

PROBLEMA 8

Lipsa sprijinului pentru medicina primară și rolul redus al medicilor de familie în asigurarea sănătății comunităților

Deși medicii de familie sunt puncte cheie de acces spre sistemul medical și de multe ori singura resursă în sănătatea comunităților rurale defavorizate geografic, aceștia nu au un rol central în oferirea serviciilor de sănătate. Acest fapt se identifică și din observarea suprautilizării serviciilor spitalelor, pentru cazuri care ar putea fi adresate de către medicina de familie, sau care se agravează datorită lipsei prevenției primare și secundare (*State of Health in the EU - Romania - Country Health Profile, 2017*). România are una dintre cele mai mici alocări pentru bugetul de sănătate la nivel European (983 euro per capita), iar medicina primară primește cea mai mică finanțare din acest procent (*Health at a glance: Europe 2018 - State of Health in the EU Cycle, 2018*).

De asemenea, România se confruntă cu un deficit de personal medical la nivel național, iar acesta este puternic resimțit în medicina de familie, în special în comunitățile mai izolate geografic sau defavorizate social, care duc lipsă de personal medical. Tinerii medici sunt în general mai interesați de o carieră într-un mediu urban, pe specialități medicale spitalicești, în loc să se confrunte cu dificultățile unei meserii de medic de familie într-o comunitate rurală.

Un medic de familie are alocate 15 minute pentru a gestiona o consultație, iar în ceea ce privește sănătatea mamei și a copilului acest timp este deseori insuficient pentru a adresa și întrebările femeilor și a le ghida pe parcursul sarcinii. Cu atât mai mult cu cât acest timp include și o procedură administrativă complicată pentru a deconta serviciile la Casa de Asigurări de Sănătate sau diferite rapoarte pentru programele naționale de sănătate. Astfel, timpul efectiv de interacțiune între o mamă și sistemul medical în medicina primară este semnificativ redus. De asemenea,

dotarea cabinetelor limitează semnificativ procedurile care pot fi făcute în medicina primară, medicii de familie făcând de multe ori doar legătura formală între pacient și diferite specialități medicale (prin trimiteri).

Vizitele la domiciliu, deși fac parte din atribuțiile medicului de familie, variază semnificativ de la medic la medic, la fel și relația și comunicarea cu pacienții. Modul în care medicul este acceptat de către comunitate, discriminarea percepută de pacienți pe criterii etnice sau sociale și comunicarea cu pacienții, sunt criterii care favorizează sau defavorizează modul în care comunitățile accesează aceste servicii. Această variație la nivel local conduce la creșterea disparităților în sănătate, unele comunități fiind puternic dezavantajate. În același timp, nu există mecanisme sau un sistem de evaluare al calității serviciilor oferite de către medicii de familie și/sau modul în care aceștia aplică protocoalele medicale legate de serviciile oferite mamelor și copiilor (Background Study for the National Strategy on Social Inclusion and Poverty Reduction 2015-2020).

PROBLEMA 9

Lipsa totală sau întârzierea procesului de monitorizare a sarcinilor

Conform cadrului legal, toate sarcinile trebuie înregistrate și monitorizate de către medicii de familie. Acestea se raportează către Casa de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății. Cu toate acestea, deși există factori motivatori pentru sistemul de sănătate de a înregistra aceste sarcini, o mare parte din sarcini sunt nemonitorizate. În special în comunitățile defavorizate, atât confirmarea sarcinii cât și primele contacte cu sistemul medical apar târziu în timpul sarcinii, deseori în contextul unei sarcini care manifestă probleme. Unele femei, care nu au avut simptome ale unei sarcini cu probleme, chiar iau primul contact cu sistemul medical la momentul nașterii. Costurile asociate cu investigațiile medicale (costuri formale cât și informale) sunt factori în întârzierea acestui proces,

împreună cu lipsa de informații, barierele geografice, relația cu medicul de familie și accesarea fragmentară a serviciilor de obstetrică și ginecologie.

Carnetul Gravidei este un document care ajută femeile să navigheze perioada sarcinii, unde se înregistrează toate momentele cheie și procedurile monitorizării unei sarcini. Acesta trebuie completat și oferit viitoarelor mame cât de timpuriu se poate în timpul unei sarcini și completat cu istoricul ei de către medicul de familie. Acesta este ulterior completat cu informații de la medici specialiști. Însă, potrivit interviurilor derulate, în contextul slabei utilizări a acestuia, mamele care au acces redus la informații alternative rămân să navigheze sarcina doar cu informații primite de la familie și cercul social.

PROBLEMA 10

Interacțiunea dificilă cu sistemul medical și lipsa unor servicii centrate pe pacient

Timpul redus de interacțiune și dificultățile de comunicare cu personalul medical nu sunt prezente doar în medicina primară, după cum am descris anterior. Acestea se regăsesc poate uneori mai puternic, în serviciile specializate de obstetrică-ginecologie și neonatologie. Mai mult, lipsa unui proces orientat mai puțin către patologie (boală) și mai mult către pacient reduce accesarea serviciilor medicale de către mame. Iar dacă acestea le accesează, nu reușesc deseori să înțeleagă sau să participe într-un mod eficient la deciziile medicale.

Din nou, există o variabilitate mare în cadrul sistemului, cu personal medical care își alocă mai mult timp pentru a comunica și sprijini pacientele, care contrastează cu personalul medical care tratează femeile cu superioritate, folosesc jargon medical (termeni medicali) care nu este înțeles de către ele sau le prezintă anumite decizii medicale unilateral, într-un mod care le conduce către acea decizie. Spre exemplu, rata

cezarienelor în România este cea mai mare din Europa (38,3% - sau 383 din 1000 de nașteri - Conform Organizației Mondiale a Sănătății 2013, *Caesarean sections per 1000 live births* - World Health Organization), iar informațiile din interviuri au susținut că acestea sunt uneori promovate și recomandate de către membrii ai sistemul medical.

Dinamica între pacient și sistemul medical are implicații multiple, pentru grupuri diferite de persoane. Pentru o proporție din populație care beneficiază de suficiente resurse, accesarea serviciilor medicale private este o opțiune, unde simt ca beneficiază de condiții mai bune și în unele cazuri o interacțiune mai bună cu sistemul medical. În rândul anumitor grupuri sociale, a devenit populară și o mișcare de naștere la domiciliu, într-un sistem paralel sistemului medical. Această mișcare vine ca un răspuns la procesul de medicalizare a nașterii din sistemul existent și în unele cazuri este însoțită și de dorința de a nu vaccina nou-născutul. Aceștia accesează informal serviciile unei moașe care face această intervenție neoficial, asistând mamele să nască acasă. Însă, în aceste cazuri, orice complicații care apar la naștere nu pot fi adresate rapid și ajung să depindă de serviciile de urgență. Mai mult, fără obținerea certificatului constatator al nașterii (care se obține doar de la unitate spitalicească), acești părinți au dificultăți să aplice pentru un certificat de naștere.

Pentru alte grupuri sociale, experiența cu sistemul medical poate conduce la reducerea interacțiunilor cu acesta (și amânarea îngrijirilor medicale) sau la experiențe problematice cu sistemul medical.

PROBLEMA 11

Barierele geografice în accesarea serviciilor medicale în timpul sarcinii și nu numai

După cum menționam, barierele geografice în accesarea serviciilor medicale sunt relevante, în special în cazul comunităților rurale care se află departe de un centru medical. Însă această problemă nu este strict legată

de distanță, deoarece există comunități care se află relativ în proximitatea unui centru medical, însă nu au infrastructura necesară accesării acestor servicii. Spre exemplu, există comunități localizate aproape de centre urbane care însă nu au transport în comun eficient și uneori nu au nici măcar semnal la telefon. În cazul comunelor mai dispersate, în care cabinetul medicului de familie se află în alt sat, unele femei trebuie să meargă pe jos kilometri buni pentru a ajunge și la acesta.

În cazul nașterilor, femeile din comunități dezavantajate geografic fie trebuie să își găsească o metodă de a se afla în mediul urban în perioada respectivă (ceea ce nu este accesibil majorității), fie să vorbească cu un vecin sau cineva din cercul social care deține mașină să le transporte la spital când se declanșează travaliul, fie să folosească serviciile de urgență (salvarea). În unele cazuri salvarea nu este o experiență preferată de femeile care au alte alternative deoarece acestea pot întârzia și/sau le pot duce pe femei la alte spitale decât cel la care și-au monitorizat sarcina (dacă există spitale multiple). Cu toate acestea, alte grupuri preferă să acceseze serviciile de ambulanță dacă nu au resurse să ajungă la un spital, când se acutizează anumite probleme, ceea ce duce la suprautilizarea acestor servicii la nivel național.

Conform raportului Strategiei Naționale privind Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei 2015-2020, problema distanței este o barieră semnificativă și pentru accesarea serviciilor de monitorizare a sarcinii, cum ar fi analize de laborator sau ecografia.

“Părerile ale Medicilor de Familie despre serviciile medicale oferite persoanelor nevoiașe

Studiul calitativ, desfășurat în Iunie 2014, pentru acest raport ilustrează părerile medicilor de familie despre oferirea de servicii medicale persoanelor nevoiașe și populațiilor vulnerabile, așa cum au fost acestea exprimate de către reprezentanții asociațiilor profesionale:

“Oamenii vin la noi, dar nu sunt informați, și de obicei nici nu ajung la timp. Cu toate acestea ei ne solicită atenția și încep să se plângă și să zică: ce ar trebui să fac? o să mor! Și ce dacă, le răspund, sunt destui preoți, lasă-mă în pace. Nu mai suport, oamenii ne solicită prea tare, fără respect sau să se gândească la noi. Ei ne confundă, pe noi, medici de familie cu educație universitară cu sanitarii comunitari. Confundă merele cu nuci. Ca să ne înțelegem, la momentul actual Casa de Asigurări mă forțează să am grijă doar de pacienții asigurați pentru că doar așa sunt plătit. Și ca să fiu sincer, nu am timpul, având în vedere salariile mici, să-i tratezi pe neasigurați...cei vulnerabili. Din când în când, mai fac muncă de binefacere pentru că oamenii mă știu și nu vreau să mă scuipe în față sau să arunce cu pietre după mașină. Dar, ei, comunitatea, nu se gândesc că relația noastră ar trebui să fie complementară...

În cazul celor asigurați sunt plătit de casa de asigurări, în cazul celor vulnerabili, desigur, pot furniza servicii dar numai și dacă comunitatea le cere și plătește o anumită sumă, să zicem, suficient cât să se angajeze o asistentă suplimentară sau chiar un al doilea medic... Bineînțeles că medicii de familie ar trata oamenii vulnerabili sau pe cei neasigurați dacă ar fi recompensați pentru asta. Hai să zicem, colegului senior care are doar pacienți blonzi cu ochii albaștri, să se dea 2 lei per punct, dar dă-i 100 de lei per punct pentru un țigan. Atunci bineînțeles că aș trata comunitatea de țigani din zona mea, dar nu altfel... furnizorului trebuie oferită o răsplată. (dintr-o discuție de grup cu reprezentanții Facultății Medicilor de Familie, Asociația Medicilor de Familie și Asociația Angajaților Medicinii de Familie din județul Botoșani.)

“Dacă pacienții pot să aleagă între medicii de familie, și eu pot spune la fel: nu vreau să-l înscriu pe listele mele. Ba mai mult, dacă persoana nu este asigurată, nici nu poate fi înscrisă pe liste. Mai demult era posibil, dar acum Casa de Asigurări îi taie de pe listă și eu nu sunt plătit. (Interviu cu reprezentantul Facultății Medicilor de Familie, județul Arad)” (Sursa: *Studiul calitativ al Băncii Mondiale cu privire la Raportul de Strategie Națională Privind Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei 2015-2020*)

PROBLEMA 12

Prevalența plăților informale ca bariere ale îngrijirii medicale

Plățile informale sunt o problemă bine-cunoscută a sistemului medical românesc. Această "moștenire" a sistemului socialist este un indicator atât al unei relații pacient - medic neprofesioniste cât și a subfinanțării sistemului medical. Argumentul cel mai des întâlnit dincolo de cel utilitar, de a avea parte de o îngrijire medicală mai bună este aceea că, nici pacienților nu li se pare că personalul medical este recompensat corespunzător pentru efortul depus zi de zi. Acesta contribuie la cultura "atențiilor" sau a "plicurilor" ca un mecanism de compensare încetățenit, și care (cel puțin la o parte dintre cadrele medicale) este așteptat, ceea ce întărește acest obicei, pacienților fiindu-le frică de consecințele ne-oferirii acestor mici "atenții". Această problemă așa cum este ea raportată de către observatori străini este una sistemică și de amploare, cu care pacienții din România se întâlnesc la toate nivelurile instituționale. (*The European Commission - Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector, Romania: Where corruption begins before birth. Recent gains are only the beginning - EuroNews, Patients are denied care because of corruption in Romania - The Lancet*)

Această practică acționează ca barieră în oferirea unui tratament mai ales a pacienților din mediile defavorizate care sunt și cei care au deseori cea mai mare nevoie de acestea. Pentru a exemplifica, este greu de imaginat cum o fată însărcinată din mediul rural ar putea să își planifice parcursul nașterii într-un mediu medical, chiar și în cazul în care costurile medicale ar fi subvenționate în totalitate de stat. Asta datorită costurilor "ascunse" din acest proces. controalele și nașterea presupun de cele mai multe ori deplasarea în primul centru urban, sunt costuri aferente petrecerii a câtorva zile în mediu spitalicesc, suplimentarea mâncării și a medicamentelor, dar mai ales plățile informale pentru asistente și doctori.

Chiar dacă acestea nu sunt solicitate explicit de către personalul medical într-o formă care să condiționeze actul medical, expectanțele create la nivel de societate cu privire la oferirea de plăți informale pot acționa ca bariere indirecte. Toate acestea în condițiile în care din interviurile avute cu medicii de familie am aflat că pentru mulți dintre pacienții lor din medii defavorizate plata unui simplu bilet de transport în comun pentru a se deplasa la "primul spital mare" este deja în afara posibilităților lor financiare.

PROBLEMA 13

Existența discriminării instituționalizate

Asimetria de putere între personalul medical și pacient este mai puternic resimțită în rândul grupurilor dezavantajate social. Fie că este vorba despre sărăcie, asocierea cu anumite minorități etnice sau cele cu un statut educațional mai scăzut, acestea se resimt în interacțiunea cu sistemul medical. Comunicarea deficitară și atitudinea unor membri ai comunității medicale este una dintre principalele probleme, care afectează modul în care aceste femei accesează servicii medicale înainte, pe parcursul și după sarcină.

Având în vedere că sistemul sanitar se confruntă cu probleme semnificative în ceea ce privește lipsa de personal, dotarea deficitară a unităților medicale și concurența dintre cadrele medicale, rămân puține resurse disponibile pentru a avea o comunicare medic-pacient eficientă și care să ajute pacientul să ia decizii medicale informate. Sarcina și nașterea sunt deja puternic medicalizate, iar considerentele istorice determină din start o atitudine autoritară față de pacienți. Această situație se agravează în condițiile în care medicul percepe pacientul ca pe o persoană de un statut social mai scăzut sau ca membru al unei minorități etnice sau culturale. Diferențele de resurse și de abordare culturală determină o atitudine și mai autoritară a profesioniștilor medicali, a căror răbdare în

aceste cazuri este mai scăzută și care consideră această atitudine necesară pentru un management de caz (din punctul lor de vedere), eficient și rapid.

Femeile rome fac parte din minoritatea etnică cea mai marginalizată din Europa, iar în cazul asocierii cu un statut socioeconomic scăzut, acestea se confruntă cu o discriminare multiplă. O analiză recentă a cercetărilor existente realizată la nivel european (studii din România nu au fost incluse din cauza absenței acestora) a sugerat faptul că acestea se confruntă cu o interacțiune diferită în maternități, comparativ cu alte grupuri sociale, și anume: comunicare deficitară, refuzarea tratamentului sau întârzierea acestuia până femeii non-rome sunt tratate (*Discrimination against childbearing Romani women in maternity care in Europe: a mixed-methods systematic review*, 2017). Din interviurile realizate în cercetarea noastră, s-au identificat astfel de interacțiuni și în România. Spre exemplu, unele informații sugerează că femeile rome se simt discriminate în interacțiunea cu personalul medical și se confruntă cu atitudini negative, comunicare deficitară și uneori segregare, atât în relație cu medicul de familie cât și cu personalul serviciilor de urgență, secțiilor de obstetrică-ginecologie și maternități. Una dintre probleme este faptul că acestea nu își cunosc drepturile. În interviurile pentru această cercetare, au ieșit la suprafață anumite atitudini instituționale care generează și întrețin un cerc vicios. Pentru a exemplifica, multe femei din categorii marginale, de etnie romă sau pur și simplu sărace nu sunt asigurate medical. Conform legislației în vigoare acestea devin automat asigurate medical după examenul de constatare al sarcinii. În momentul în care acestea se duc la spital pentru a li se confirma sarcina, acestea sunt refuzate pe motiv că nu sunt asigurate medical, și fără această adeverință nu au acces la serviciile medicale compensate. Multe dintre femei nu își permit un consult ginecologic independent, pentru a putea cere trecerea în registrul celor asigurați, și astfel sarcina rămâne nemonitorizată. Anumite organizații guvernamentale din țară intervin în această problemă prin oferirea consultului ginecologic de constatare a

sarcinii gratuit, oferă această adeverință și în anumite cazuri chiar însoțesc pacienta la spital pentru a intermedia relația cu personalul medical (și să le aducă la cunoștință că ceea ce fac limitează drepturile cetățenești și, în consecință, este ilegal). Mai mult, unele maternități au saloane în care se regăsesc doar femei care sunt încadrate ca având sarcini nemonitorizate, medicii raportând că ele sunt separate din cauza riscului pe care l-ar putea impune asupra celorlalți pacienți. Însă întâmplător sau nu, acestea toate provin din medii dezavantajate și deseori sunt femei romă care provin din medii defavorizate. Astfel, apare o segregare între femeile spitalizate pentru perioada post-naștere, pe considerente medicale, care poate afecta experiența acestora cu sistemul medical.

Un exemplu de bune practici în acest sector îl reprezintă mediatorii sanitari, un program fondat în anul 2002 de către fundația Romani CRISS, cu scopul de a deveni un model de intervenție socială în comunitățile romă. Obiectivele acestui program sunt, printre altele, de mobilizare socială, de facilitare a comunicării dintre comunitățile de romi și unitățile medicale, de facilitare a accesului populației romă la servicii medicale. În ciuda istoriei dificile a acestui program care a trecut din administrarea Ministerului Sănătății în cea a autorităților locale, mediatorii sanitari au continuat să își îndeplinească rolul de legătură între pacienți și medici, să crească nivelul de educație pentru sănătate, să colecteze date despre sarcină și imunizare în aceste comunități și să crească nivelul de acces la servicii medicale pentru aceștia. Programul mediatorilor sanitari a obținut pe parcursul timpului rezultate foarte bune. De exemplu, în intervalul decembrie 2009 - aprilie 2010, 91% dintre aceștia au derulat programe de conștientizare, 87% dintre ei au contribuit la imunizarea copiilor, 85% dintre ei au contribuit la construirea și consolidarea relațiilor dintre personalul medical și pacienții din comunitățile romă, 71% au monitorizat activ starea de sănătate a pacienților iar 44% au colectat date. În 2009 în România existau peste 600 de mediatorii sanitari care au deservit peste 650.000 de beneficiari (*Roma health mediation in Romania: case study. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (Roma Health Case Study Series, No. 1).*

PROBLEMA 14

Dificultăți în identificarea surselor credibile de informații

Pentru ca trăim în era informației afirmația de mai sus poate părea contra intuitivă. Există, cu adevărat, o multitudine de surse, cu toate acestea nu există surse credibile, oficiale, și curatoriate cu privire la sarcină și naștere în România.

Suprainformarea poate fi o problemă la fel de gravă ca lipsa de informare pentru că îngreunează procesul decizional al individului, mai ales dacă acesta nu are unelte necesare pentru a face o evaluare și selecție a tipurilor de informații. Deși sunt mai multe forumuri de specialitate, grupuri de suport de Facebook și portaluri întregi cu articole despre sănătatea mamei și copilului sau despre sarcină, conținutul acestora nu este de cele mai multe ori monitorizat și acestea au parte doar de o evaluare superficială.

Această problemă se manifestă în multiple forme din care pentru a exemplifica vom prezenta câteva situații. Grupurile de suport de pe diversele platforme de socializare (cum ar fi Facebook), deși au un efect psihologic de susținere (inițial) se pot transforma în grupuri de presiune și conformism la trenduri care nu au fost validate științific, cu riscuri medicale considerabile atât fizic cât și psihic. Faptul că aceste grupuri sunt compuse din mămici care "sunt în aceeași situație" și care prezintă cazuri individuale unde o metodă sau abordare a avut efecte pozitive, nu înseamnă că acestea sunt generalizabile sau transferabile la un alt caz. Din cercetările noastre, pe aceste grupuri fenomenul de "bullying" este destul de răspândit, în care persoanele cu păreri diferite de majoritate sunt marginalizate sau drepturile de postare sunt suspendate. Faptul că nu există specialiști medicali și doar părerile cele mai vocale se aud în aceste comunități, poate conduce la propagarea unor informații ne-validate științific sau medical.

Un alt efect care a existat înaintea erei informatice, dar care a fost amplificat de către acesta este auto-medicația. A lua un tratament medicamentos "după ureche" sau la recomandarea unor persoane nespecializate poate avea efecte dezastruoase pentru sănătatea pacientului. Această problemă atinge în special partea din populație care are un acces la servicii medicale de specialitate mai restrâns (deci este mai prevalent în mediul rural) și la persoanele din medii defavorizate, care din motive economice sau de accesibilitate (de cele mai multe ori) nu au cum să beneficieze de părerea unui specialist.

În același timp, acest fenomen este puternic influențat de către diferite mișcări sociale sau politice care (cel puțin din punct de vedere medical) induc publicul în eroare. Spre exemplu mișcările de tip anti vaccinare au luat o amploare alarmantă inclusiv la noi în țară, urmărind trendurile din străinătate fără ca acestea să aibă un fundament științific. Ce este și mai periculos este că aceste grupuri încearcă să discrediteze informațiile prezentate de specialiștii care încearcă să infirme mituri (de multe ori prin atacuri la persoană, sau discreditare personală).

Conform raportului de Strategie Națională Privind Incluziunea Socială și Reducerea Sărăciei 2015-2020: *"Există o scădere drastică a acoperirii naționale a procesului de imunizare. Acoperirea vaccinărilor de tip DTP365 au scăzut de la 99% în 2001 la 89% în 2013. Au existat epidemii de rubeolă și pojar în România la sfârșitul anului 2011 și 2012. Având în vedere numerele mari de adulți tineri care au fost infectați cu rubeolă, această epidemie a afectat un număr mare de femei însărcinate, ceea ce a condus la un număr mare de copii născuți cu sindrom de rubeolă congenital. Conform experților Organizației Mondiale a Sănătății, acoperirea vaccinărilor în rândul copiilor nu este suficient de mare pentru a opri răspândirea pojarului. În general, lipsa datelor dezagregate (cu excepția vârstei, sexului și locației geografice) face imposibilă identificarea grupurilor susceptibile și deci a unei intervenții targetate. În timp de medicii de familie și alți specialiști spun că publicul are un nivel redus de acceptare al vaccinării, Ministerul Sănătății și corpurile ei tehnice*

ar trebui să lucreze la a asigura un nivel mai crescut al acoperirii vaccinărilor obligatorii și ar trebui să inițieze campanii de informare a publicului țintite spre a crește încrederea publicului general în beneficiile și avantajele pe termen lung ale imunizării”.

PROBLEMA 15

Rata cezarienelor este foarte ridicată, iar procesul nașterii este medicalizat

Rata cezarienelor în România (din datele care ne stau la dispoziție în momentul de față, care sunt incomplete) este de peste 40% (în anumite zone atingând și procentul de 60-70%) în condițiile în care Organizația Mondială a Sănătății recomandă ca rata cezarienelor să nu depășească 10-15% din totalul nașterilor, indiferent de populație. (motivul principal fiind că după ce rata cezarienelor depășește 15% nu există dovezi științifice că ar avea un efect asupra mortalității la naștere sau a mortalității infantile). Toate acestea într-un context în care în România, legal vorbind, nu există posibilitatea cezarienei "la cerere".

Procedural, această problemă este rezolvată prin diagnosticul unui ginecolog, care poate să recomande efectuarea din varii motive medicale (cu temei mai mult sau mai puțin solid) a unei nașteri prin cezariană. Există în schimb o recompensare disproporționată și care are ca efect secundar încurajarea cezarienelor. Casa Națională de Asigurări decontează aproximativ de două ori suma, pentru o cezariană, față de cea alocată pentru o naștere spontană. Un alt efect care întărește acest fenomen este conveniența efectuării unei cezariene, care se poate programa și durează aproximativ 45 de minute. În comparație cu nașterea spontană unde numai travaliul poate să dureze în unele cazuri până la 12 ore.

În cazul nașterilor spontane, atitudinea personalului medical tinde să fie una dominantă și autoritară în majoritatea cazurilor, iar mamei i se

transmite ideea că ei știu ce este cel mai bine pentru ea și copilul său. Multe dintre deciziile pe care mama trebuie să le ia au loc în timpul travaliului, moment în care aceasta este foarte vulnerabilă. Chiar și atunci când mamele optează pentru naștere spontană, la apariția unor semne de oboseală sau slăbiciune în timpul travaliului, medicii obstetricieni recomandă frecvent cezariana. În momentul nașterii, ginecologul dă nou-născutul neonatologului, care face toate testele necesare.

Unele mame (preponderent în mediul urban și în cazul femeilor cu resurse financiare) preferă sistemul privat pentru naștere pentru că au confortul psihologic că au plătit un serviciu care li se va livra la cel mai înalt standard. Însă, tot din discuțiile cu experți a reieșit că în cazul în care există complicații majore pacienta va fi transferată la spitalul de stat, deoarece acesta este dotat corespunzător și pentru preluarea cazurilor grave sau atipice.

În ultima perioadă alternativele de naștere au început să devină din ce în ce mai populare și în România. Mai ales în rândul cuplurilor cu venituri și educație ridicate. Nașterea acasă, în apă, folosind diferite tehnici mai vechi sau mai noi, deși reprezintă o alternativă la soluția medicalizată a sistemului, vine cu riscuri specifice foarte crescute (cel puțin din punct de vedere medical), în cazul apariției unor complicații culpabilitatea juridică asupra sănătății mamei și copilului este asumată de către profesioniștii medicali prezenți. În comunitatea medicală părerea generală legată de acest subiect este că se apelează la nașteri în medii nemedicalizate doar în cazuri de forță majoră, inclusiv pentru a limita riscurile legale la care se supun aceștia.

PROBLEMA 16

Problema competiției medicale și lipsa mediului cooperant în spitale

Personalul medical nu este orientat către oameni, pentru că se confruntă cu lipsa de resurse, supraîncărcare, competiția de la locul de muncă și dificultățile de interacțiune cu pacienți cu un statut educațional mai scăzut. Atitudinea patriarhală, precum și directivă a personalului medical nu lasă multe opțiuni mamei. Personalul medical este adesea mai atras de cazuistica medicală interesantă sau rară, din curiozitate profesională.

Lipsa resurselor din spitale, competiția acută dintre cadrele medicale și inegalitățile dintre diferitele specializări rigidizează relațiile dintre medicii care lucrează în același spital. Adesea comunicarea dintre ei este inexistentă în afara cazurilor care necesită intervenție - se comunică doar punctual, pe fișă și își delimitează clar atribuțiile și responsabilitățile. În acest fel se pierde o oportunitate importantă pentru a asigura o abordare integrativă care să potențeze și multiplice capitalul de cunoaștere al celor doi specialiști (un exemplu clasic ar fi cooperarea dintre un ginecolog și un neonatolog).

Această atitudine nu se rezumă la ce se întâmplă în cazul nașterii, ci și pe întreg parcursul sarcinii. În momentul în care femeia află de sarcină, primește confirmarea sarcinii de la un medic de obstetrică ginecologie, la stat sau privat în funcție de posibilitățile financiare. La medicul de familie și la ginecologie primește trimiteri la laborator și la genetică. Mai târziu, neonatologii descoperă că ecografiile făcute de unii medici obstetricieni se concentrează uneori mai mult pe trăsăturile fătului și compoziția fotografică, astfel încât părinții să poată pleca cu prima fotografie acasă. Uneori lipsesc măsurătorile membrilor sau observații cu privire la circumferințele fătului. Înregistrările făcute de medicii de familie nu sunt vizibile decât pe hârtia de trimitere sau pe fișa fizică a medicilor

obstetricieni, Casa de Asigurări înregistrând pe alte coduri diagnosticul, fără să facă transparent istoricul medical al pacientului diferitelor specializări medicale.

Această situație este îngreunată mai departe de faptul că majoritatea comunicării dintre diferitele specialități medicale sunt bazate pe fișe fizice, completate cu pixul, care sunt purtate de la o instanță medicală la alta de către pacient, acesta fiind singurul responsabil pentru transmiterea informațiilor dintr-o parte în alta. Lipsa unor sisteme digitale care să transparentizeze managementul de caz al pacientului, întărește în continuare percepția segregată dintre diferitele specializări medicale.

PROBLEMA 17

Lipsa consilierii psihologice de specialitate în cazul pierderii sarcinii și pentru sarcinile de risc

Discuțiile despre sănătatea mentală, deși ocupă un loc proeminent în cultura globală, în România încă sunt considerate teme care sunt aproape tabu, de subiecte extrem de intime și personale despre care nu se vorbește. Deși în țările mai dezvoltate problemele de sănătate mentală au un loc la fel de important ca cele de sănătate fizică, acestea fiind abordate integrat, în România abia în ultimii ani se face tranziția către aceasta. Problemele de sănătate mentală sau de natură psihologică sunt stigmatizate și există o atitudine culturală de rezistență care spune că dacă ai o problemă de această natură, chiar dacă se cere ajutor de specialitate pentru asta, nu se vorbește despre ea. Dar de cele mai multe ori aceasta atitudine este cea care oprește oamenii din a cere ajutor.

Se estimează că 1 din 10 femei (10-15% din totalul sarcinilor) va experimenta o pierdere spontană de sarcină, riscul cel mai mare fiind în primul trimestru (*Genetic causes of precocious spontaneous abortion*, 2018). Aceste femei de multe ori nu au sprijinul psihologic pentru a prelucra

această traumă atât psihologică cât și fizică (impactul fiind și mai mare dacă sarcina a fost programată și/sau apare într-o sarcină mai înaintată) cu excepția cazurilor în care solicită contra cost consiliere din partea unui psiholog sau psihoterapeut. În contextul cultural românesc, dacă un cuplu pierde o sarcină, aceasta ar afecta mai mult femeia și în acest caz bărbatul asigură de cele mai multe ori mecanismul de suport. În anumite condiții, în funcție de comunitatea despre care vorbim, femeile mai în vârstă din familia extinsă asigură acest rol. Cu toate acestea din punct de vedere psihologic nu este nici un motiv pentru care această pierdere nu ar afecta la fel ambii parteneri. Suportul psihologic de specialitate în acest caz este identic cu cel al pierderii unui membru de familie, și specialiștii recomandă trecerea ambilor parteneri prin stadiile doliului pentru a putea integra și depăși (într-un mod cât mai sănătos) această situație.

Toate aceste considerente creează un climat psihologic închis pentru femeile sau cuplurile care trec prin această situație, ne-oferindu-le minimul de suport sau empatie, atitudinea generală fiind una de rușine și de multe ori de autoculpabilizare. Din punctul de vedere al politicilor publice o astfel de măsură ar fi necesară având în vedere impactul major pe care o asemenea experiență o are asupra dorinței viitoare de a avea copii și deci automat și asupra demografiei țării.

PROBLEMA 18

Depresia post-natală este sub-diagnosticată și nu există resurse suficiente pentru tratarea acesteia

Depresia postnatală este o problemă serioasă care are implicații și consecințe considerabile atât pentru sănătatea mamei cât și pentru cea a copilului. Din statisticile existente rata depresiei postnatale poate ajunge și la 25-30% din totalul femeilor care nasc (*Personality Traits and Postnatal Depression: The Mediated Role of Postnatal Anxiety and Moderated Role of Type of Birth*, 2019). Deși acest subiect nu este unul de noutate în

comunitatea medicală, nici măcar în cazul publicului larg, încă există o rezistență la acceptarea și tratarea acesteia.

Din această cauză, informațiile cu privire la această condiție sunt limitate și de multe ori rezervate specialiștilor din domeniu. Chiar dacă o femeie reușește să identifice ca posibilă cauză a stărilor rele depresia postnatală, aceasta are relativ puține resurse la dispoziție pentru a ameliora simptomele acestora fără un consult de specialitate și intervenție terapeutică (în cazurile severe chiar medicamentoasă). Cu cât mergem spre comunități mai dezavantajate cu atât o să constatăm că aceste cunoștințe, sunt mai reduse (sau chiar inexistente). Deci cele mai expuse persoane la a avea depresie postnatală netratată sunt persoanele din comunitățile dezavantajate.

Din discuțiile pe care le-am avut cu experți, unul dintre factorii cu care corelează această problemă este slaba susținere a femeii de către partener sau cercul social extins. O altă cauză agravantă a depresiei a fost discutată ca fiind schimbarea bruscă a stilului de viață, solicitarea fizică și emoțională crescută precum și incertitudinile legate de noul rol. Un sistem de suport corespunzător poate limita dacă nu chiar evita cu totul depresia postnatală, deoarece singura preocupare a noii mămici devine bebelușul (nu și treburile domestice), mai ales la în primele săptămâni de viață al acestuia.

În România datele cu privire la diagnosticarea acestui fenomen sunt foarte limitate, fiind puține la număr și fragmentate.

PROBLEMA 19

Implicarea partenerilor este scăzută și responsabilitatea îngrijirii nou-născutului este percepută ca fiind exclusiv a mamei

Deși cadrul legal există (conform Legii 46/2003) foarte puțini parteneri participă la naștere. În primul rând vorbim de o abordare istorică patriarhală în care rolurile de gen au o structură "tradițională". În această percepție creșterea, și implicit nașterea, copiilor este o atribuție care revine femeii. Tatăl având un rol autoritar, rece, și de cele mai multe ori este instanța pedepselor. Deși această perspectivă culturală nu este exclusivă anumitor medii o găsim cu precădere în grupuri sociale rezistente la schimbare, în mediul rural și în medii cu o educație mai scăzută. Chiar dacă există multiple avantaje pentru a avea partenerul prezent la naștere (se arată că prezența acestuia reduce nivelele de stres și anxietate ale femeii care naște, partenerul poate să fie mai preocupat de starea psiho-emoțională a mamei decât de starea ei medicală, prezența partenerului pune bazele unei implicări mai mari în creșterea copilului, etc.), acesta se întâmplă rareori în România. Dincolo de motivele culturale prezentate mai apar și bariere instituționale și/sau procedurale. De exemplu, partenerul nu poate să fie prezent la naștere deoarece nu există destul spațiu în sală de nașteri, pentru că există riscul ca acesta să fie purtător de agenți patogeni, pentru că încalcă dreptul la intimitate al celorlalte paciente prezente sau pur și simplu pentru a "nu incomoda procesul sau personalul medical".

Aceste bariere pe de altă parte acționează ca întăritori ai lipsei de implicare a majorității bărbaților și îi descurajează și pe cei care si-ar fi dorit să participe inițial, dar au văzut că acest proces este complicat și greu.

Mai departe, trecând de momentul nașterii, când vine vorba despre implicarea partenerului în creșterea copilului paradigma dominantă este

tot una istorico-culturală în care "femeia se ocupă de casă, iar bărbatul asigură venitul necesar familiei" (chiar dacă participarea femeilor în piața forței de muncă este una comparabilă cu a bărbaților).

Aceste diferențe de gen se observă și în solicitarea concediilor de creștere a copilului (legal vorbind ambii parteneri au drepturi egale - și bărbații pot să solicite concediu paternal) care sunt dominate în proporție covârșitoare de către femei. Cercetările noastre indică din punct de vedere cultural o "rușine" asociată concediului paternal, mai ales când grupul de referință sunt bărbații români.

Dincolo de asta atragem atenția asupra fenomenului de "*triple burden*" în care femeile au un rol triplu (angajată, gospodină și mamă) pe când, vorbind dintr-o perspectivă tradițională, bărbații de multe ori au doar rolul de angajat (respectiv "cel care aduce banii în casă").

Femeile care doresc să nască au și problema echilibrării acestei tranziții din câmpul forței de muncă către rolul de mamă și apoi reîntoarcerea în câmpul forței de muncă. Acest proces poate să fie anevoios, depinzând în mare parte de cât de informată este viitoarea mamă cu privire la drepturile și obligațiile pe care le are în această situație (din cercetările noastre reiese că o mare parte dintre ele nu își cunosc drepturile), de bunăvoința angajatorului precum și, într-o măsură mai mică, de domeniul de activitate. Presiunile care pot să apară sunt cele de tratament preferențial al femeilor însărcinate (pentru care există cadrul legal și medical întemeiat), dar cărora nu li se permite aceasta, sau se permite diferențiat, din cauza costurilor suplimentare din partea angajatorului (angajarea unei noi persoane pe perioadă determinată pentru a acoperi lipsa persoanei însărcinate). În cazul în care viitoarea mamă lucrează într-un domeniu cu multe schimbări și cu un grad de competitivitate ridicat, presiunile tind să fie interne, aceasta simțind că nu poate să plece de la locul de muncă mai devreme sau nu poate să stea întregul concediu de creșterea copilului acasă, deoarece nu o să poată să țină pasul cu schimbările și cererile locului de muncă.

PROBLEMA 20

Rata abandonului la naștere este ridicată

Conform raportului de activitate al Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție, numărul copiilor abandonați în maternități și unități sanitare în anul 2018 a fost de 751 de copii, adică o rată de 3,9 copii abandonați la 1000 de nașteri. Această rată este într-o ușoară scădere în comparație cu anul precedent, dar România se menține pe locurile fruntașe din regiune. Este dificilă o comparație statistică reală deoarece numai unele țări țin statistici naționale privind acest fenomen și există o diferență de date în funcție de grupul de vârstă al copilului și a definiției utilizate pentru abandon.

Conform aceluiași raport, din cei 751 de copii abandonați 520 au fost părăsiți în maternități iar 205 în secții de pediatrie (*Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Adopție - Raport Anual 2018*).

Cauzele cel mai des menționate în literatura de specialitate ca motive ale abandonului tind să coreleze puternic cu statutul economic. Incapacitatea de a oferi condiții potrivite pentru creșterea unui copil (fie aici vorba despre, hrană, haine, locuință, căldură sau acceptare în cadrul familiei) este factorul care determină cel mai des abandonarea acestora în spitale. Ceea ce explică și procentul mai mare de abandon în mediul rural (61%).

Conform specialiștilor medicali unul din aspectele care facilitează abandonul este cadrul procedural anevoios și deficitar.

De cele mai multe ori mama se prezintă la spital când este pe punctul de a naște, fără acte de identitate, iar după naștere aceasta părăsește spitalul lăsând copilul în urmă. Dacă în mediile urbane mici și în rural autoritățile mai au o șansă să identifice mama, în urbanul mare aceasta devine aproape imposibilă. Întreaga procedură de constatare este una reactivă în

care autoritățile iau la cunoștință abandonul, anunță poliția și serviciile de protecție socială. Care încearcă să identifice mama, respectiv care vor lua în grijă copilul. Un alt factor care determină abandonul nou-născuților în spitale este dacă acesta se naște prematur sau cu condiții medicale cronice. Având în vedere încărcarea sistemului de protecție socială și numărul mic de asistenți maternali, de multe ori, acești copii sunt ținuti în secțiile spitalelor până la găsirea mamei sau până la intervenția serviciilor sociale.

Deși de multe ori experiența asistentelor din spitale le permite identificarea riscului crescut de abandon, acestea (cel puțin procedural) nu pot face nimic în acest sens. Din discuțiile noastre cu experți au reieșit informații că în unele cazuri asistentele încearcă să prevină abandonul prin acordarea de sprijin moral și emoțional sau stând de vorbă cu mamele pe care le suspectează că urmează să își abandoneze copilul.

Cu toate acestea situația este una în care procedurile, atribuțiile și responsabilitățile diferitelor autorități sunt slab trasate. Fără existența unor reguli și responsabilități clare și la fel fără pedepse pentru nerespectarea acestora. De multe ori în practică bunăstarea acestor copii (atât fizică cât și psihologică) depinde într-o foarte mare măsură de empatia persoanelor de la spital sau a persoanelor din cadrul serviciilor de asistență socială. În focus grupurile avute cu experți au reieșit mai multe cazuri în care asistentele din cadrul spitalelor au decis să adopte copiii abandonați în spital.

PROBLEMA 21

Anumite categorii de mame nu au documente

Pacienții nedocumentați sunt o problemă care oglindește incluziunea (sau lipsa acesteia) sistemului de protecție socială. Deși această problemă este una răspândită pe mai multe domenii aici facem referire doar la domeniul

medical. Dincolo de ratele mari ale analfabetismului, analfabetismul funcțional și lipsa generală de documente mai ales în comunitățile defavorizate devin o problemă în momentul interacțiunii cu autoritățile statului. Dacă un individ nu este luat în evidență, respectiv nu are acte de identificare, acest lucru îi limitează puternic capacitatea de a beneficia de îngrijire medicală, prin prisma faptului că acesta nu poate să devină asigurat al Casei Naționale de Asigurări.

Deși conform legilor în vigoare o femeie neasigurată, dar gravidă, dacă se prezintă la medic și se constată sarcina primește automat statutul de asigurat prin prisma condiției sale medicale de gravidă, această informație nu este cunoscută în majoritatea comunităților defavorizate, ei fiind cei mai afectați și primii care ar trebui să beneficieze de asigurare.

Lipsa documentelor duce la o serie de alte probleme atât procedural cât și social. Dacă o femeie însărcinată nu are documente de identificare, aceasta nici nu are posibilitatea de a avea un medic de familie (deoarece este neasigurată), ceea ce duce la o "invizibilitate" în sistemul medical. Deoarece aceasta relație presupune o anumită atitudine și poziționare față de sistemul medical, în timp, lipsa accesului a pus bazele unei neîncrederi nu atât în profesioniștii medicali cu care această persoană intră în contact, cât față de întreg sistemul de sănătate. Acestea se percep la periferia sistemului sau în afara lui în totalitate.

PROBLEMA 22

Procedurile de reproducție asistată sunt complexe și relativ inaccesibile

Tehnicile reproductive asistate, (sau reproducerea asistată medical) este un termen general care se referă la proceduri medicale în care gameții feminini și masculini sunt manipulați in vitro cu scopul obținerii unei sarcini. Una dintre cele mai importante tehnici de reproducere asistată este Fertilizarea In Vitro (FIV).

În România bazele reproducerii asistate medicale au fost puse în 1996, în Timișoara, astfel România devenind a 18-a țară la nivel mondial care a reușit să folosească această tehnică cu succes.

Statistic vorbind, ratele de fertilitate ale României sunt scăzute, cu o rată de 1.64 copii născuți per femeie în 2017 (Fertility Rate, Total (Births per Woman) - Romania). Rata fertilității este în scădere din anii 90 (cu o creștere minoră în ultimii ani) și multe familii aleg să nu facă copii sau să aibă un singur copil. În timp ce Uniunea Europeană, fertilizarea in vitro este din ce în ce mai populară, în România doar 5000 de cupluri apelează la această procedură pe an (în comparație cu 40.000 în Franța).

În 2011 Ministerul Sănătății a lansat pentru prima dată programul de fertilizare in vitro și transfer embrionar. Programul a avut un buget total de 4 milioane de lei în 2011 și un număr de 296 de proceduri de fertilizare in vitro completate la clinici membre ale programului. În acel moment Ministerul Sănătății deconta o singură procedură de fertilizare in vitro per cuplu în două etape: 4920 lei pentru procesul de fertilizare (colectare ovulară și seminală, fertilizare și transfer embrionar) și 1230 lei după terminarea procedurii și confirmarea sarcinii. Programul a fost oprit în 2013 și reluat în 2015.

Din punct de vedere legal, în momentul de față România nu are o legislație specifică pentru fertilizarea in vitro și aceasta este reglementată de către legea 71/2011 și ordinul 860 din 12 iulie 2013 precum și de mai multe directive europene (23/2004 a Parlamentului European din data de 31 martie 2004, directiva Comisiei Europene 17/2006 și 86/2006) cu privire la donarea și transplantul de organe, țesuturi și celule de origine umană.

Programul național de fertilizare in vitro și transfer embrionar se adresează cuplurilor infertile, definite ca acele cupluri care nu reușesc să conceapă un copil pe cale naturală după cel puțin un an de activitate sexuală neprotejată. Dincolo de asta, cuplurile trebuie să fie diagnosticate

de către un specialist în obstetrică-ginecologie, cu competențe în reproducere asistată medical.

Lista criteriilor de selecție este specificată în ordinul de ministru 386/2015. Există șase criterii de eligibilitate după cum urmează: cuplul are nevoie de o recomandare din partea unui expert specializat în reproducere asistată medical, ambii parteneri trebuie să fie asigurați medical, vârsta pacientei trebuie să fie între 24 și 40 de ani, indicele de masă corporală trebuie să fie cuprins între 20 și 25 și rezerva ovariană conform testului AMH să aibă o valoare minimă de cel puțin 1,1 ng/ml.

În 2016, Ministerul Sănătății a alocat în jur de 2 milioane de lei pentru programul de fertilizare, ceea ce practic acoperă costurile pentru aproximativ 330 de proceduri. În același timp numărul estimat al fertilizării in vitro în România este de aproximativ 2000/an. Menționăm și faptul că datele despre fertilizările in vitro sunt raportate de către clinicile din România în regim voluntar către organismele internaționale (cum ar fi Societatea Europeană de Reproducere Umană și Embriologie, ESHRE), nu există o autoritate națională care să centralizeze date clinice și care să colecteze statistici despre calitate (Nahman, 2016).

Cu toate acestea participarea clinicilor la programul național este limitat de către o rată de succes de peste 30%. În România activează 22 centre de fertilizare in vitro, conform ESHRE, la nivelul anului 2017.

Mai mult ajutorul financiar acordat de stat nu acoperă costurile tratamentelor hormonale necesare pentru hiperstimularea ovariană, nici alte teste medicale pentru diagnosticarea infertilitatii sau proceduri destinate măririi șanselor de a rămâne însărcinată.

Prin programul național de fertilizare in vitro și transfer embrionar doar o procedura de FIV este decontată pe când în alte țări precum Belgia, Franța sau Germania numărul acestora este de până la 6 proceduri pentru cei cu

asigurare medicală. Acest fapt ridică în sine niște considerente etice deoarece cuplurile care au o fertilizare in vitro eșuată și nu își pot permite o altă procedură pot simți că dreptul lor fundamental la procreere este limitat.

O componentă socială a acestei probleme se trage din considerentele religioase, având în vedere că 85% sunt creștini ortodocși, iar în momentul de față Biserica Ortodoxă Română este foarte reticentă când vine vorba de forme de fertilizare asistate ("Fertilizarea in Vitro, Atac Împotriva Vieții Și Familiei." Doxologia, Irina Nastasiu, 2019), considerând folosirea ovocitelor sau a spermei de la donatori o formă de adulter, iar reducția embrionilor o formă de avort.

De curând, Codul Muncii a fost modificat pentru a promova procedurile de fertilizare in vitro. Din 23 aprilie 2019 angajatele care aleg această procedură au acces la 3 zile de concediu plătit. Pentru a accesa beneficiile pacientele trebuie să prezinte o cerere de concediu și o scrisoare medicală de motivație. Momentan nu există sancțiuni pentru angajatorii care refuză să ofere acest concediu.

PROBLEMA 23

Numărul vaccinurilor este insuficient

În literatura de specialitate imunizarea este văzută ca "piatra de temelie" a asistenței medicale primare. Acesta este principalul instrument de prevenire primară a bolilor și una dintre măsurile cele mai eficiente din punct de vedere al costurilor în materie de sănătate publică. Imunizarea prin vaccinare este una din principalele metode de luptă împotriva bolilor grave, a celor care pot fi prevenite și împotriva bolilor contagioase.

Impactul acestora este clar vizibil dacă ne uităm la indicatorii de sănătate a populației pe o perioadă destul de lungă (cum ar fi o perioadă de 50 de ani). Putem observa că boli precum variola și poliomielita au dispărut complet din Europa, și multe alte boli au fost aproape eliminate.

Pe 12 septembrie 2019 Comisia Europeană și Organizația Mondială a Sănătății au organizat primul Summit mondial privind vaccinarea, scopul acesteia fiind accelerarea acțiunilor la nivel mondial pentru combaterea bolilor care pot fi prevenite prin vaccinare. În cadrul acestui Summit, directorul general al Organizației Mondiale a Sănătății, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus a declarat că: *“După mulți ani de progrese, ne aflăm într-un moment critic. Rujeola revine puternic, în timp ce 1 din 10 copii nu profită încă de vaccinurile esențiale ale copilăriei. Putem și trebuie să revenim pe drumul cel bun. Acest lucru poate fi realizat numai asigurându-ne că oricine poate beneficia de puterea vaccinurilor – și numai dacă guvernele și partenerii investesc în imunizare ca drept universal și ca bun social. Acum este momentul să intensificăm eforturile de sprijinire a vaccinării ca element central al sănătății pentru toți.”* (*“Vaccinare: Comisia Europeană Și Organizația Mondială a Sănătății Își Unesc Forțele Pentru a Promova Beneficiile Vaccinurilor”*, Comisia Europeană, Reprezentanța în România, 2019).

Pe plan mondial, în anul 2018, conform raportului “Immunization Coverage” al Organizației Mondiale a Sănătății, aproximativ 86% din nou născuți (adică aproximativ 116,3 milioane de bebeluși) au primit vaccinul DTP3 (diftero-tetano-pertussis). Pentru a atinge imunizarea la efectiv (sau imunizarea în masă) aceasta trebuie să se administreze la un minim de (în funcție de boală) 90-95% din totalul populației. În 2018, 129 de țări au atins o rată de imunizare de minim 90% a vaccinului DTP3.

În România această rată pentru anul 2018 era de 82% în comparație cu alte țări din regiune, Serbia 95%, Bulgaria 92%, Macedonia de Nord 91%, Republica Moldova 88%, Muntenegru 87%, România 82%, Bosnia Herzegovina 75% și Ucraina 50% (“DTP3 Coverage.” PHCPI, 2018).

Din păcate, România nu este clasată favorabil nici la alte categorii de boli, rubeola, rujeola și sindromul rubeolic congenital (SRC) care pot fi prevenite prin vaccinare. Toate țările din regiunea OMS Europa au programe de imunizare pentru aceste boli. În perioada ianuarie 2017 - mai 2018 treizeci

de țări din UE au raportat un total de 13475 cazuri de rujeolă. Rata media în UE în 2017 a fost de 2,2 la 100,000 locuitori, cu variații largi între diferitele țări. România a raportat cel mai mare număr de cazuri noi și cea mai mare rată de incidență (28,4 cazuri la 100,000).

Scepticismul legat de eficiența vaccinurilor este în momentul de față un trend internațional. Acesta se datorează în principiu datorită acceptării scăzute de riscuri minime, lipsa de informații publice solide, diferențe în abordarea de evaluare și implementare de vaccinuri noi, controversele din mass-media și diferite acțiuni de propagandă. România din păcate nu face notă discordantă chiar dacă are o rată a vaccinărilor mai mică decât țările vecine.

Conform Eurobarometrului special 488 cu privire la "Atitudinea europenilor față de vaccinare", România prezintă rate mai scăzute de încredere și de informare în comparație cu restul europenilor. Mai mult, românii prezintă rate mai mici de încredere în surse de informații disponibile, față de media europeană, având o singură categorie de surse în care au o încredere mai mare decât media europeană când vine vorba de vaccinuri, acesta fiind cea de prieteni și familie.

Conform unui document elaborat de către Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile, când vine vorba despre acoperirea vaccinală cu 2 doze de RRO (rubeolă-rujeolă-oreon) la vârsta de 5 ani (și respectiv vârsta de 14 ani) situația națională este următoarea:

La vârsta de 5 ani: într-un singur județ (Giurgiu) acoperirea vaccinală a fost peste 95%; în 25 de județe acoperirea a fost între 81,2% și 94,6%; în 16 județe acoperirea a fost sub 80%. Valoarea cea mai mare a fost atinsă în județul Giurgiu (98,9%) iar valoarea cea mai mică a fost atinsă în județul Ilfov (61,1%).

La vârsta de 14 ani: Un singur județ (Giurgiu) cu valoare peste 95%; 8 județe unde acoperirea vaccinală sa situat între 80,3% și 88%; 33 de județe unde acoperirea sa situat sub 80%; Valoarea cea mai mare a fost raportată în județul Giurgiu (97,6%), iar cea mai mică în municipiul București (38,9%).

După cum am menționat anterior aceste valori nu sunt suficiente pentru a efectua imunizarea la efectiv (sau în masă) și astfel aceste valori pun în pericol întreaga populație a țării. Poate și mai îngrijorător decât asta este motivul pentru care Românii nu au ratele de vaccinare pentru RRO comparabile cu restul țărilor europene.

Conform raportului "*Acoperiri vaccinale cu 2 doze RRO la varsta de 5 ani sau cu DT la varsta de 14 ani*", lansat în 2018 de către Institutul Național de Sănătate Publică din România, principalele motive sunt de ne reprezentare (54,9% din totalul copiilor nevaccinați corespunzător vârstei) lipsa vaccinului (14,7%), refuz general pentru toate vaccinurile (1%), refuz la a doua doză RRO (6,2%), refuz la dT (3,9%), contraindicații medicale temporare sa definitive (8,5%), nașteri/plecat în străinătate (9,6%) sau omisiune (1,1%). Valorile sunt relativ similare între mediul urban și rural.



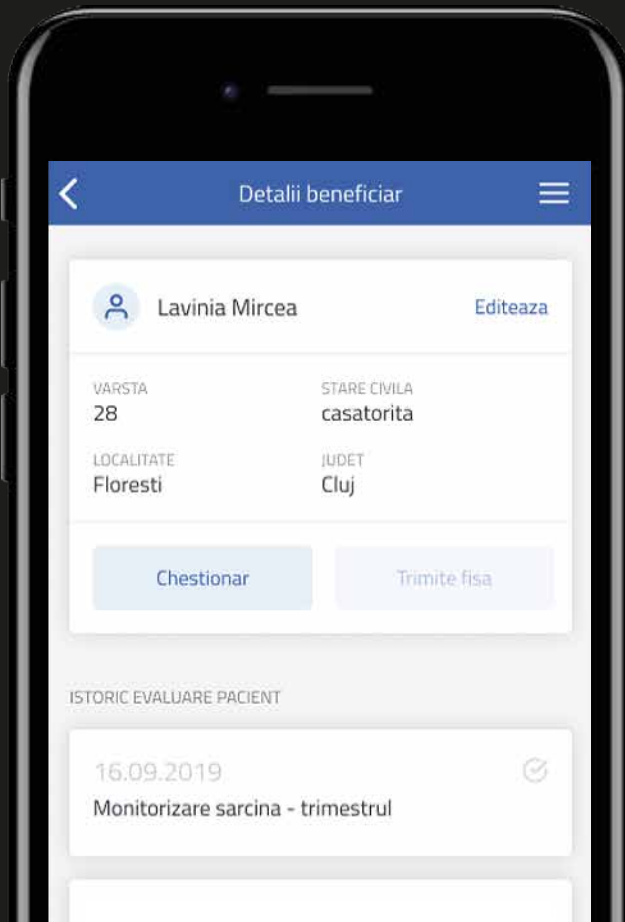
SOLUȚII





Case File

Monitorizarea mamelor
din comunitățile defavorizate



PROBLEME REZOLVATE

- Barierele geografice în accesarea serviciilor medicale în timpul sarcinii și nu numai
- Lipsa totală sau întârzierea procesului de monitorizare a sarcinilor
- Lipsa de sprijin pentru grupuri informale care pot interveni în comunitățile dezavantajate

DESCRIERE SOLUȚIE

Mamele din comunitățile defavorizate ajung la medic cel mai adesea abia în momentul nașterii. De multe ori, medicul o vede prima dată pe aceasta când este deja în travaliu și nu are la dispoziție niciun fel de istoric medical al acesteia. De asemenea, pe parcursul sarcinii nimeni nu monitorizează evoluția acesteia în timp ținând cont de condițiile de trai.

Case file este un sistem de management al cazurilor, în care asistenții sociali, comunitari, mediatorii sau ONG-urile își pot crea cont și menține jurnale despre mamele din comunitățile în care activează. La fiecare vizită, asistentul răspunde la câteva chestionare simple prin care evaluează starea pacientei. Fiecare mama ar putea avea astfel o fișă online cu răspunsurile la aceste evaluări recurente, fișă care poate fi transmisă și medicului atunci când acesta o vede prima dată la momentul nașterii.

SCHIMBĂRI

- Scăderea numărului de sarcini nemonitorizate și colectarea de date din teren, din comunitățile defavorizate;
- Sistem de management de informații securizat pentru asistenții comunitari și sociali;
- Menținerea unui istoric al mamelor pentru a le fi de folos în momentul unor intervenții de ordin medical.



Help for Health

Sprijin complet pentru mame
și copii cu boli grave



Bine ai venit!

Prin Help for Health creăm o platformă de găzduire gratuită pentru cei care au nevoie de cazare pe durata tratamentului și nu au posibilitatea financiară de a închiria o locuință. Pe lângă această nevoie, adresăm și alte probleme cu care pacienții se confruntă - nevoia de deplasare în străinătate, de colectare de fonduri pentru deplasare și de a comunica cu clinici din străinătate, precum și de a naviga prin hățișul

PROBLEME REZOLVATE

- Mame sau viitoare mame din comunități vulnerabile nu își cunosc drepturile sau au resurse limitate de a acționa atunci când acestea nu sunt respectate.
- Lipsa de sprijin pentru grupuri informale care pot interveni în comunitățile dezavantajate

DESCRIERE SOLUȚIE

În cazul copiilor internați pe perioade foarte lungi, aparținătorii care nu locuiesc în același oraș cu cel în care este tratat au nevoie de cazare, iar aceasta este un cost pe care mulți dintre ei nu și-l permit. Lucrurile sunt cu atât mai complicate atunci când părinții au nevoie de ajutor pentru a-și trata copilul în altă țară. Nevoile de deplasare în străinătate, de colectare de fonduri pentru deplasare și de a comunica cu clinici din străinătate, precum și de a naviga prin hățișul legislativ, alături de sprijin în a găsi un loc sigur pentru ei într-o țară diferită sunt foarte mari.

Prin Help for Health creăm o platformă prin care orice părinte poate solicita sprijin în strângerea de fonduri, în găsirea unor clinici potrivite, consiliere juridică și psihologică și găzduire gratuită pentru cei care au nevoie de cazare pe durata tratamentului și nu au posibilitatea financiară de a închiria o locuință. Gazdele își pot marca disponibilitatea de cazare în platformă (se înscriu voluntar și sunt validați) iar pacienții și aparținătorii pot găsi online cazare temporară în orașele în care au nevoie.

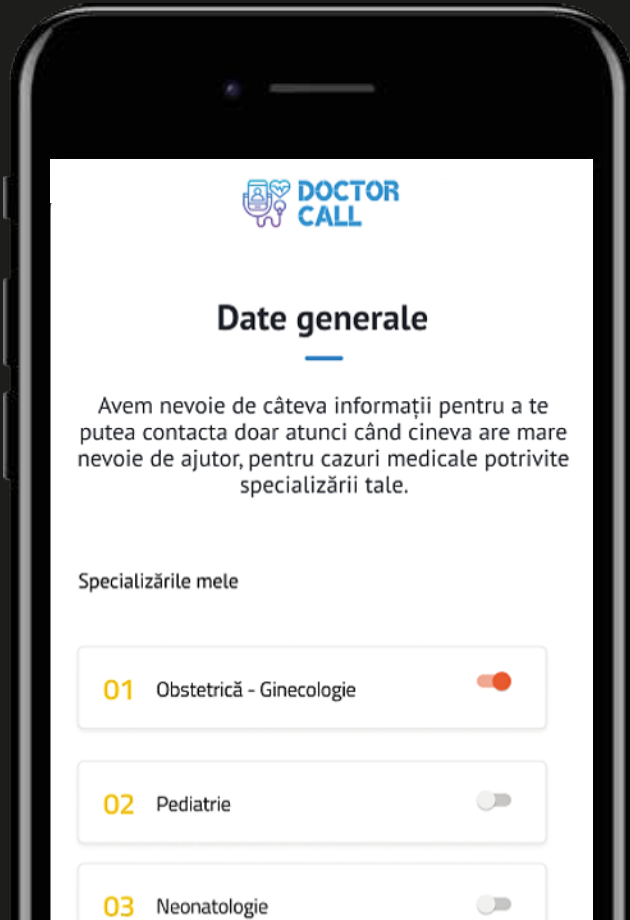
SCHIMBĂRI

- Șanse mai mari pentru mamele și copiii din medii defavorizate de a beneficia de tratamente greu accesibile;
- Crearea unei comunități de sprijin cu ajutorul românilor din diaspora pentru părinții care au nevoie de ajutor în situații dificile de sănătate.



Doctor Call

Consultații de la distanță
și consiliere pentru cei vulnerabili



PROBLEME REZOLVATE

- Barierele geografice în accesarea serviciilor medicale în timpul sarcinii și nu numai
- Lipsa totală sau întârzierea procesului de monitorizare a sarcinilor
- Lipsa de sprijin pentru grupuri informale care pot interveni în comunitățile dezavantajate

DESCRIERE SOLUȚIE

Doctor Call este o platformă în care medicii se pot înscrie voluntari pentru o anumită regiune și unde își marchează disponibilitatea de deplasare sau de a fi contactați de asistenți sau ONG-uri pentru a evalua starea de sănătate a unui pacient (mama sau copil). Baza de date cu medici va fi organizată pe specializări pentru o navigare ușoară, iar sistemul de apelare la serviciile unui medic va fi customizat după preferințele acestuia (text, telefon, e-mail). Acest sistem facilitează comunicarea dintre asistenți și doctori, iar mamele pot fi ajutate punctual pentru a putea preveni probleme de sănătate din timp.

SCHIMBĂRI

- Acces la servicii de sănătate și la sfaturi din partea unor medici specialiști;
- Reducerea barierelor geografice și prevenirea unor probleme medicale care pot apărea în timpul sarcinii.



MediRide

Soluție de ride-sharing pentru
mamele din comunități defavorizate

The image shows a smartphone screen displaying the MediRide app interface. The app has a white background with a blue header bar. The header bar contains the MediRide logo (a blue car icon) and the text "MediRide". Below the header bar, there is a blue bar with the text "Date despre pasager". The main content area is white and contains several form fields:

- A question: "Câți pasageri au nevoie de transport?" followed by a text input field containing the number "1".
- A question: "Numele pasagerului:" followed by a text input field containing "Ioana Petrencu".
- A question: "Unde trebuie să ajungă:" followed by a text input field containing "Spitalul Universitar Iași".
- A section titled "Alte detalii pe care vrei să le comunici șoferului" followed by a text area containing the text: "Pasagera trebuie să ajungă la spital la doctorul Vlădeanu. Am nevoie să o ajutați să intre în spital și să ajungă la cabinetul acestuia."

PROBLEME REZOLVATE

- Barierele geografice în accesarea serviciilor medicale în timpul sarcinii și nu numai
- Suportul din comunitate pentru mamele care lucrează este limitat
- Lipsa de sprijin pentru grupuri informale care pot interveni în comunitățile dezavantajate

DESCRIERE SOLUȚIE

Deși mamele din zone defavorizate au dreptul legal la asistență medicală, acestea nu pot ajunge adesea la medic. Motivul este distanța foarte mare de primul spital sau de centrul medical de care au nevoie pentru problemele lor, corelat cu lipsa resurselor financiare necesare pentru a se deplasa.

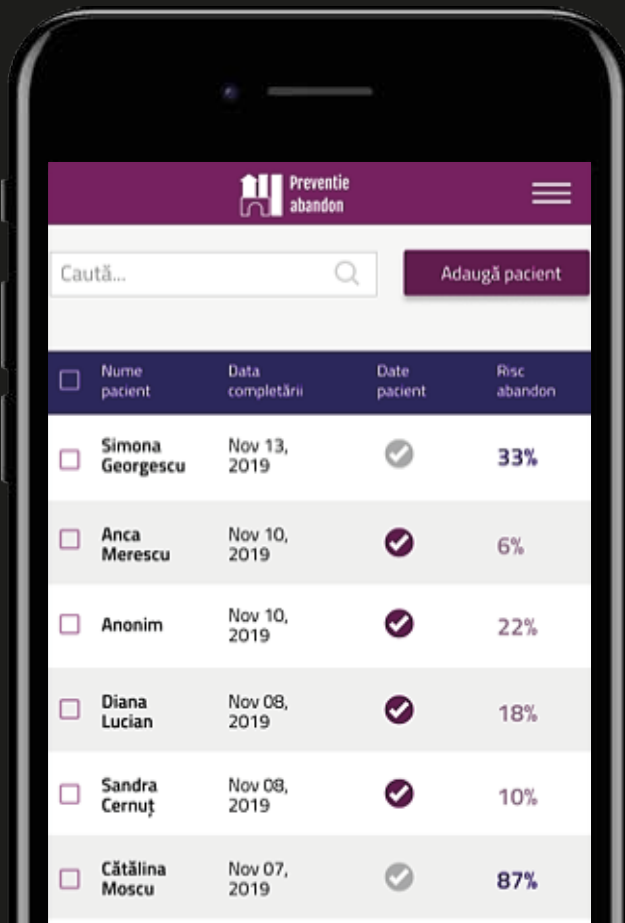
MediRide este o aplicație mobilă de tip ride-sharing, gratuită pentru mame (și alți pacienți) din zonele defavorizate. Aplicația poate fi utilizată de către asistenți sociali, asistenții comunitari sau alte ONG-uri care derulează programe într-o anumită zonă. Șoferii se pot înscrie în aplicație și pot să răspundă la comenzi plasate de asistenți pentru a transporta mamele însărcinate la medic.

- Creșterea implicării comunității în ajutorarea mamelor din medii defavorizate sau a mamelor singure;
- Eliminarea parțială a barierelor geografice de accesare a serviciilor medicale.



Prevenție Abandon

Aplicație pentru identificarea
și consilierea mamelor cu risc de abandon



PROBLEME REZOLVATE

- Mame sau viitoare mame din comunități vulnerabile nu își cunosc drepturile sau au resurse limitate de a acționa atunci când acestea nu sunt respectate.
- Rata abandonului la naștere este ridicată

DESCRIERE SOLUȚIE

În prezent practicile care fac referire la abandonul nou-născuților în unitățile spitalicești sunt reactive. Mecanismele de asistență socială intră în funcțiune abia când abandonul deja a avut loc și nu există o procedură unitară de abordare a mamelor chiar dacă ele dau indicii că ar fi în poziție de risc de abandon. Astăzi, rămâne la latitudinea fiecărui angajat al spitalului care intră în contact cu gravida să decidă dacă o consiliază sau îi evaluează non-formal gradul de risc.

O aplicație cu formulare de evaluare care pot fi aplicate femeilor însărcinate care ajung în spital pentru a putea depista acele cazuri cu risc mare de abandon al copilului după naștere. Aceste evaluări ar putea fi aplicate fie de personalul medical (asistentele) de asistenții sociali sau de ONG-uri. Scopul evaluărilor este de a putea genera un mecanism proactiv de prevenire a acestor cazuri, sau, dacă ele nu pot fi prevenite, de a informa mama cu privire la opțiunile pe care le are cu privire la soarta copilului ei. Aplicația ar conține formulare simple cu întrebări pentru mame, care calculează un scor de risc pe baza unor indicatori predefiniți. În același timp, conține și informații de ordin legislativ și nu numai, pe care medicul, asistentul sau voluntarul le poate transmite mamei pentru a o ajuta să ia decizia corectă.

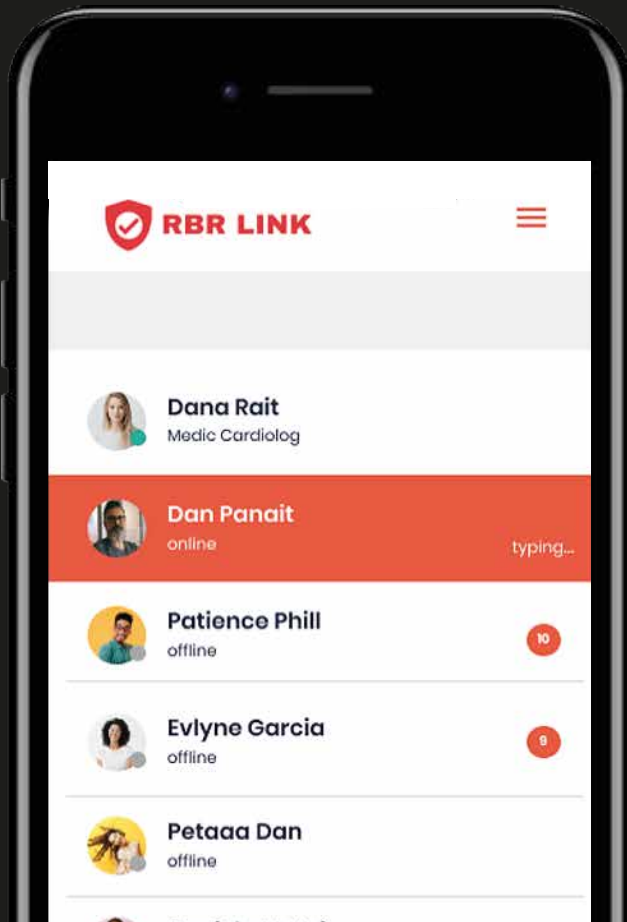
SCHIMBĂRI

- Identificarea și consilierea mamelor care prezintă risc ridicat de abandon
- Sprijinirea mamelor aflate în dificultate în a-și înțelege drepturile, opțiunile și ajutarea acestora să ia decizii informate
- Reducerea ratei de abandon la naștere din spitale



Rețea pentru boli rare

Sistem securizat de comunicare
între medici specialiști și părinți



PROBLEME REZOLVATE

- Interacțiunea dificilă cu sistemul medical și lipsa unor servicii centrate pe pacient
- Barierele geografice în accesarea serviciilor medicale în timpul sarcinii și nu numai

DESCRIERE SOLUȚIE

Odată ce nou-născuții sunt stabiliți și pot pleca acasă împreună cu mama, comunicarea dintre părinte și medic se realizează prin canale agreate de ambele părți (telefon, e-mail, sms). Medicii nu au un sistem centralizat prin care să poată urmări în timp aceste cazuri după ce ele părăsesc spitalul, iar părinții care se află la sute de kilometri depărtare uneori nu au mereu disponibilitatea financiară de a ajunge la același medic de fiecare dată când copilul pare să nu evolueze conform cu parcursul descris de medic. Există și o a doua problemă, sprijinul emoțional de care au nevoie acești părinți și copiii lor pe care nu au de unde să îl primească din afara familiei, acolo unde aceasta există.

Crearea unei rețele de comunicare închise cu două componente: una care să permită medicilor să ia legătura direct cu părinții la intervale regulate pentru a monitoriza starea copiilor. Platforma ar permite și transmiterea securizată de documente medicale între doctor și pacient (părinte/copil). A doua componentă ar permite crearea unei comunități de părinți din toate colțurile țării și nu numai, părinți care se confruntă cu aceleași probleme și care se pot sprijini reciproc. Aplicația ar trebui să fie disponibilă pe web, iar introducerea părintelui în sistem poate fi făcută fie de către medic sau la cerere de către părinte, după o validare a cazului său.

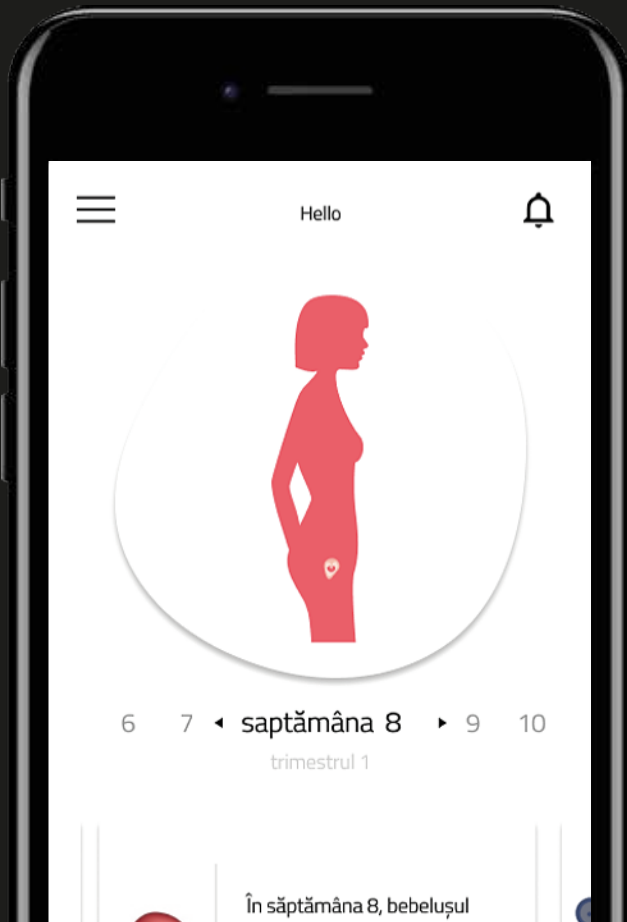
SCHIMBĂRI

- Mamele cu copii care suferă de boli rare vor putea să rămână în contact cu medicii specialiști chiar dacă nu sunt în același oraș;
- Medicii vor putea monitoriza starea pacienților și între consultații prevenind astfel potențiale situații în care copiii ar dezvolta alte probleme de sănătate;
- Crearea unui canal de comunicare securizat care are grijă de datele pacienților și ale medicilor.



Asistent de sarcină

Aplicație de sprijin
și informații corecte pentru părinți



PROBLEME REZOLVATE

- Dificultăți în identificarea surselor credibile de informații
- Depresia post-natală este sub-diagnosticată și nu există resurse suficiente pentru tratarea acesteia

DESCRIERE SOLUȚIE

Atât în perioada sarcinii cât și în primul an de viață al copilului mamele au nevoie de ajutor specializat pentru a putea lua cele mai bune decizii pentru ele și copilul lor. Perioada este una foarte stresantă pentru o tânără mamă, de aceea are nevoie de consiliere permanentă pentru a putea beneficia de o sursă sigură de informare pe subiectul maternității.

Un app mobil care conține informații și checklisturi pentru tânăra mamă pe perioada sarcinii, dar și imediat după. Aplicația include sprijin atât pentru mamă cât și pentru partenerul de viață, pe lângă informațiile care țin de sănătatea sa și a copilului și informații de ordin legislativ (acte necesare, proceduri etc). Aplicația oferă și o opțiune de salvare a unui istoric (un fel de jurnal al mamei unde să poată înregistra informații, scan-uri de documente etc) pentru a le putea accesa foarte ușor când are nevoie de ele în relația cu medicul de familie sau cu alți medici specialiști sau organe ale legii.

SCHIMBĂRI

- Părinții vor avea acces la informații utile, corecte și explicate pe înțelesul lor pentru a putea naviga perioada sarcinii și a primului an de viață al copilului;
- Asistentul ajută mamele să identifice corect evoluția bebelușului și să se sfătuiască cu medicii atunci când este necesar.



Pregnancy fact checker

Aplicație de sprijin
și informații corecte pentru părinți



PROBLEME REZOLVATE

- Dificultăți în identificarea surselor credibile de informații

DESCRIERE SOLUȚIE

Pe rețelele sociale și pe website-urile dedicate publicului feminin există foarte multe informații contradictorii, neverificate, periculoase pentru mamele aflate la prima sarcină sau pentru cele ușor influențabile.

Forumurile și grupurile de discuții sunt dominate cel mai adesea de cele mai vocale dintre membrele acestora și de multe ori mamele nu intra în dezbateri pe subiecte și asimilează informație eronată cu potențial impact negativ asupra sa și a copilului.

Pregnancy Fact Checker este un chatbot pentru Facebook și website-uri de verificare a informațiilor legate de sarcină și creșterea copilului. Structurat ca un sistem simplu de frequently asked questions mamele pot încărca știri, citate, informații descoperite online sau auzite pentru a primi un verdict direct la un medic, asistent, moașă etc. Baza de date a aplicației se va construi în timp pe baza inputului din partea mamelor care verifica informații în sistem.

SCHIMBĂRI

- Reducerea impactului miturilor și a informațiilor false care circulă online cu privire la sarcină și creșterea copilului.



Online Scheduler & Doctor Database

Sistem de programări și de trimiteri
pentru medicii de familie

+ Adauga o programare

Date generale

Pacient

Diana Constantin

Numar de telefon

0756789100

Adresa

Strada Frumoasă, nr. 8

Consultații programate

26 apr
2020

Dr. Constantin Barbulescu

Medicina de familie

12:25

Motivul programarii

Interpretare analize

Trimitere

-

Schimbă data

Anulează

PROBLEME REZOLVATE

- Lipsa sprijinului pentru medicina primară și rolul redus al medicilor de familie în asigurarea sănătății comunităților
- Interacțiunea dificilă cu sistemul medical și lipsa unor servicii centrate pe pacient
- Problema competiției medicale și lipsa mediului cooperant în spitale

DESCRIERE SOLUȚIE

Medicii de familie au la dispoziție 15 minute per pacient. Munca lor este extrem de birocratică și de foarte multe ori pierd timp pe proceduri inutile sau din cauză că nu au instrumente de productivitate la îndemână.

Monitorizarea și comunicarea cu pacienții pe care îi au în grijă, în cazul de față, a gravidelor și a nou-născuților, este realizată ad-hoc, prin telefon, mesaje text sau SMSuri, fără a avea nici un serviciu automatizat. În același timp, medicii de familie, trimit pacienții la aceiași doctori pe care îi cunosc de ani buni fără a avea acces la o bază de date de medici disponibili.

Propunem construirea unui sistem pentru programările automate la cabinet în funcție de nevoile pacientului și de disponibilitatea calendarului medicului. Sistemul ar fi configurat și cu opțiunea de transmitere de notificări automate pentru pacienți și cu o bază de date de medici specialiști pe problematica sarcinii, nașterii și a copilului în primul an de viață care să fie disponibilă tuturor medicilor de familie.

SCHIMBĂRI

- Medicii de familie vor avea mai mult timp la dispoziție pentru consult și pentru interacțiunea cu tinerele mame și vor avea acces la informații despre medici specialiști la îndemână.



Sistem securizat de comunicare pentru medici

Platformă securizată de contact
și comunicare pentru personalul medical



Dan Panait

Medic Specialist

Afibrinogenemie
congenitală

Contactează-l în chat



Resurse de acest autor

Proceduri non invazive în

PROBLEME REZOLVATE

- Lipsa sprijinului pentru medicina primară și rolul redus al medicilor de familie în asigurarea sănătății comunităților
- Problema competiției medicale și lipsa mediului cooperant în spitale
- Barierele geografice în accesarea serviciilor medicale în timpul sarcinii și nu numai

DESCRIERE SOLUȚIE

Dacă lipsa medicilor din regiuni defavorizate este o problemă mare în general, lipsa medicilor specializați pe boli rare este una prezentă indiferent de zonă. În România, 75% dintre pacienții cu boli rare sunt copii, iar aceste afecțiuni se manifestă de foarte devreme. Pentru nou-născuții cu probleme foarte grave de sănătate, primele câteva ore din viață sunt cruciale pentru supraviețuirea lor. De aceea este foarte important ca medicii să aibă la dispoziție și alt personal medical calificat să se ocupe de cazuri atât de specifice.

Crearea unei baze de date cu medici specializați și a unui canal direct de comunicare pentru aceștia pentru a putea permite medicilor să îi consulte de urgență. Baza de date poate fi disponibilă pe o platformă securizată unde medicii pot face schimb și transfer de documente în siguranță, iar în timp tot în această platformă se poate construi și o bibliotecă de resurse disponibile tuturor medicilor cu lucrări de specialitate, articole academice și alte informații utile despre toate tipurile de boli rare specifice nou-născuților.

SCHIMBĂRI

- Medicii ginecologi, neonatologi și restul personalului medical din spitalele din întreaga țară vor avea acces la o bază de date pe doctori ultra specializati care să îi poată ajuta în intervenția timpurie în cazuri dificile.



Community Resource App

Aplicație de suport
pentru mamele aflate în dificultate

Ai nevoie de ajutor?

Dacă ai nevoie de sprijin aici este locul în care îl poți găsi. Poate ai nevoie de cineva să stea câteva ore cu cei mici până rezolvi câteva drumuri sau poate ai nevoie de cineva să te ajute cu o mașină pentru a transporta câteva lucruri. Indiferent de ce îți trebuie, solicită sprijin de la alte mame ca și tine!

ile



Servicii

Toate categoriile



Locuri c

Toate cate

Babysitting în timpul săptămânii

PROBLEME REZOLVATE

- Suportul din comunitate pentru mamele care lucrează este limitat
- Stigmatizarea mamelor singure și a mamelor adolescente
- Barierele geografice în accesarea serviciilor medicale în timpul sarcinii și nu numai
- Implicarea partenerilor este scăzută și responsabilitatea îngrijirii nou-născutului este percepută ca fiind exclusiv a mamei

DESCRIERE SOLUȚIE

Suportul din comunitate pentru mamele care lucrează este limitat. Mamele care au mai mulți copii se confruntă cu dificultăți în gestionarea activităților, iar sprijinul din partea comunității este esențial, în lipsa altor sisteme de suport instituționale. Însă mamele beneficiază de suport foarte diferit, în funcție de contextul de viață. Fie că este vorba despre o angajare formală sau muncă informală (cum ar fi agricultura de subsistență) acestea trebuie să găsească soluții pentru copiii lor.

Un sistem de tip bancă de resurse cu matching de nevoi unde mamele se pot ajuta între ele, fie că vorbim despre resurse materiale pentru mame (scutece, lapte praf, haine etc) fie că vorbim de micorservicii (asistența în stat cu copilul atunci când ele au nevoie de un babysitter etc). Soluția este community driven și localizată, pentru a facilita construirea de grupuri de mame cu impact pozitiv de ajutor și de susținere, pentru a elimina zgomotul inutil din grupurile sociale destinate mamelor și pentru a încuraja cooperarea și sprijinul în special pentru mamele singure cu situații dificile.

SCHIMBĂRI

- Creșterea gradului de implicare al comunității în sprijinirea mamelor aflate în dificultate
- Construirea unor rețele de suport pentru părinții care au nevoie de sprijin

ECHIPA



Olivia Vereha
Program Lead &
UX Architect



Alexandra Brînzaniuc
Research &
UX Architect



Adelina Nicolov
UX/UI Designer



Radu Sofrone
UX/UI Designer



Bogdan Ivănel
Lead Researcher



Raul Rîtea
Program Assistant &
Researcher



Dragoș Costache
Researcher



Radu Ștefănescu
Software Architect



Irina Borozan
Tech Researcher



Oana Despan
Program Assistant



Codru Vrabie
Consultant



Cristiana Nistor
Research Consultant

Un program al



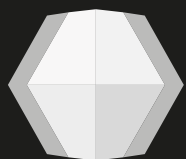
**Code for
Romania**

Susținut de



**Fundația
Vodafone
România**





**Code for
Romania**

**UPGRADING ROMANIA
ONE APP AT A TIME**

Civic Labs