

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUȚIA PUBLICĂ
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMIȚANU"**

Cu titlu de manuscris
CZU: [614.253:614.21+342.7](478)(043.2)

RODICA GRAMMA

**MANAGEMENTUL ETICII ÎN INSTITUȚIILE
MEDICO-SANITARE PENTRU RESPECTAREA
DREPTURILOR OMULUI ÎN PRESTAREA
SERVICIILOR DE SĂNĂTATE**

SPECIALITATEA 331.03 MEDICINĂ SOCIALĂ ȘI MANAGEMENT

Teză de doctor habilitat în științe medicale

Autor:



Rodica Gramma

CHIȘINĂU, 2025

©Rodica Gramma, 2025

Cuprins

ADNOTARE	6
Lista tabelelor	9
Lista figurilor.....	10
Lista abrevierilor	14
INTRODUCERE	15
1.ORGANIZAREA ETICII ÎN INSTITUȚII – FUNDAMENTE TEORETICE ȘI VIZIUNI CONTEMPORANE	28
1.1. Dezvoltarea unei instituții morale	28
1.1.1. Natura obligațiilor morale ale organizațiilor.....	28
1.1.2. Responsabilitatea morală a instituțiilor medico-sanitare.....	31
1.1.3. Construirea relațiilor morale ale unei instituții	34
1.2. Evoluția procesului de instituționalizare a eticii.....	40
1.2.1. De la etica scolastică la etica aplicată.....	40
1.2.2. Etica în afaceri aplicată în instituțiile medico-sanitare.....	47
1.2.3. Valorile etice reflectate prin drepturi fundamentale ale omului.....	49
1.3. Managementul eticii unei organizații	57
1.3.1. Organizarea eticii – parte a managementului organizațional	57
1.3.2. Instrumente și mecanisme de instituționalizare a eticii	63
1.4. Sinteză la capitolul 1.....	68
2. MATERIALE ȘI METODE.....	69
2.1. Caracteristica generală a cercetării	69
2.1.1. Cercetarea realizată.....	69
2.1.2. Metode de cercetare.....	70
2.1.3. Baze bibliografice accesate	72
2.1.4. Review-ul literaturii	73
2.2. Cercetarea cantitativă	74
2.2.1. Aplicarea chestionarului pentru angajații instituțiilor medico-sanitare	74
2.2.2. Aplicarea chestionarului în rândul membrilor comitetelor de bioetică.....	80
2.2.3. Aplicarea grilei de evaluare a comitetului de etică/bioetică instituțional	82
2.3. Componenta calitativă a cercetării	84
2.3.1. Interviu în profunzime individuale semi-structurate.....	84
2.3.2. Focus grupuri.....	85
2.4. Sinteză la capitolul 2.....	87

3. UN MEDIU ETIC PENTRU RESPECTAREA DREPTUIILOR OMULUI.....	88
3.1. Aprecierea eticii ca prioritate în organizație	88
3.1.1. Coduri de etică și valori promovate în instituții.....	88
3.1.2. Instruirea etică a angajaților	101
3.2. Cultura, climatul și comportamentul etic	110
3.2.1. Rolul climatului în stabilirea eticii organizației	110
3.2.2. Gestionarea comportamentului etic în cadrul organizației	120
3.3. Sinteze la capitolul 3	126
4. REDUCEREA RISCULUI DE PREJUDICII ÎN INSTITUȚII	127
4.1. Siguranță și satisfacție la locul de muncă.....	127
4.1.1. Organizarea siguranței etice în instituție	127
4.1.2. Satisfacția angajaților – condiție pentru comportamentul lor etic.....	134
4.2. Prevenirea sindromului de ardere profesională	147
4.3. Recunoașterea greșelii	153
4.4. Condiții pentru utilizarea rațională a medicamentelor	160
4.5. Sinteza la capitolul 4	165
5. DECIZII BAZATE PE VALORI ETICE.....	166
5.1. Influențe asupra procesului de adoptare a deciziilor morale	166
5.1.1 Valori și conflicte morale în procesul decizional	166
5.1.2. Decizii influențate de loialitatea dublă a angajaților.....	176
5.2. Percepția modelului de manager etic.....	187
5.2.1 Imaginea managerului	187
5.2.2. Factorii ce afectează încrederea angajaților	191
5.3. Sinteze la capitolul 5	197
6. COMITETELE INSTITUȚIONALE DE BIOETICĂ	198
6.1. Rolul și structura comitetelor de etică/bioetică	198
6.2. Membrii comitetului.....	212
6.3. Sinteza la capitolul 6	220
7. RESPECT PENTRU AUTONOMIA ȘI DEMNITATEA PACIENTULUI	221
7.1. Respectarea dreptului de a fi informat	221
7.1.1. Organizarea procesului de comunicare cu beneficiarii	221
7.1.2. Situații particulare în comunicarea cu pacientul	226
7.2. Libertatea alegerii și de a consimți	233
7.2.1. Respectarea autonomiei prin acorduri informate standardizate	233

7.2.2. Prevederea situației de refuz al pacientului	240
7.3. Condiții pentru protejarea confidențialității și intimității pacientului	246
7.4. Sinteză la capitolul 7.....	254
8. EVALUAREA ETICĂ A INSTITUȚIILOR MEDICO-SANITARE –AUDITUL ETIC.....	255
8.1. Rolul, scopul și funcția unui audit etic	255
8.2. Organizarea procesului unui audit etic	260
8.3. Sinteză la capitolul 8.....	265
CONCLUZII GENERALE	266
RECOMANDĂRI PRACTICE	271
BIBLIOGRAFIE	272
ANEXE.....	293
Chestionar pentru angajații instituțiilor medico-sanitare	293
Chestionar pentru evaluarea comitetului instituțional de etică/bioetică	302
Chestionar pentru membrii comitetului instituțional de etică/bioetică.....	304
Ghid pentru discuții în focus grupuri.....	307
Ghid pentru interviuri individuale	308
Analiza drepturilor pacientului prin prisma drepturilor fundamentale ale omului.....	309
Aprecierea valorilor după profesia respondenților, % și valori absolute	310
Aprecierea valorilor după specialități, % și cifre absolute	311
Aprecierea valorilor după stagiul de muncă a respondenților, % și cifre absolute.....	312
GRILĂ PENTRU EVALUAREA NIVELULUI DE ORGANIZARE A CONTEXTULUI ETIC ȘI DE RESPECTARE A DREPTURILOR OMULUI ÎN INSTITUȚIILE MEDICO-SANITARE...	313
STUDIU DE CAZ	322
Declarația privind asumarea răspunderii	330
Curriculum Vitae	332

ADNOTARE

Rodica Gramma

Managementul eticii instituțiilor medico-sanitare pentru respectarea drepturilor omului în prestarea serviciilor de sănătate

Teză de doctor habilitat în științe medicale, Chișinău, 2025

Structura tezei: introducere, 8 capitole, concluzii și recomandări, bibliografie (275 surse), 11 anexe, 270 pagini text de bază, 146 figuri, 8 tabele. Rezultatele sunt publicate în 50 de lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: cultură etică, siguranță etică, climat etic, etica organizațională, instituționalizarea eticii, programe etice, leadership etic, etica afacerilor, decizii etice, managementul eticii, comitete de etică, audit etic, drepturile pacientului, dreptului omului, loialitate dublă, responsabilitate morală.

Scopul lucrării: Evaluarea pluridimensională a managementului eticii instituțiilor medico-sanitare din sistemul sănătății al Republicii Moldova pentru a determina nivelul de asigurare a condițiilor necesare pentru respectarea drepturilor omului în procesul de organizare și prestare a serviciilor.

Obiectivele cercetării: (1) Studiarea teoriilor managementului eticii în organizații și a experienței internaționale în instituționalizarea eticii. (2) Evaluarea contextului etic al instituțiilor medico-sanitare prin prisma valorilor drepturilor omului. (3) Analiza factorilor care influențează procesul de luare a deciziilor în instituții (4) Identificarea nivelului de respectare a drepturilor omului în organizarea serviciilor în instituțiilor medico-sanitare. (5) Identificarea instrumentelor pentru procesului de instituționalizare a eticii. (6) Elaborarea grilei de audit etic și a recomandărilor pentru aplicarea instrumentelor etice pentru a reduce riscul de încălcare a drepturilor omului în instituțiile medicale.

Noutatea și originalitatea științifică: 1. Formularea inovativă a conceptului de management al eticii aplicat pentru instituțiile medico-sanitare. 2. Propunerea instrumentelor pentru instituționalizarea eticii în instituțiile medico-sanitare. 3. Propunerea valorilor drepturilor fundamentale ale omului ca reper pentru analiza contextului etic organizațional al instituțiilor medico-sanitare din țară. 4. Diferențierea conceptului de drepturi ale pacientului de cel al drepturilor omului aplicate în îngrijirea medicală. 5. Identificarea factorilor care influențează procesul de decizie etică a lucrătorilor medicali și a riscului loialității duble în instituțiile medico-sanitare. 6. Propunerea conceptului de audit etic aplicat în instituțiile medico-sanitare.

Problema științifică soluționată în teză: Studiul prezintă o direcție nouă, fundamentată științific, în analiza mediului etic al instituțiilor medico-sanitare din Republica Moldova ca precondiție pentru respectarea drepturilor omului. Instrumentele propuse pentru instituționalizarea eticii în managementul instituțiilor medico-sanitare sunt soluții inovative pentru reducerea riscului de violare a drepturilor pacienților și angajaților în prestarea serviciilor și creșterea calității actului medical.

Semnificația teoretică: Teza reprezintă un studiu comprehensiv a procesului de administrare a instituțiilor medico-sanitare din perspectiva dimensiunii etice, care este promovată ca context necesar a fi asigurat pentru respectarea drepturilor omului în cadrul prestării serviciilor medicale, concentrându-se pe instrumentele eficiente care trebuie aplicate pentru instituționalizarea eticii.

Valoarea aplicativă: Rezultatele acestui studiu pot constitui bază pentru implementarea unui set nou de criterii de calitate pentru a fi aplicate în procesul de evaluare și acreditare a instituțiilor medico-sanitare, din țară. Instrumentele etice propuse în teză pot servi ca suport metodologic pentru managerii instituțiilor medico-sanitare interesați în dezvoltarea unui mediu etic, creșterea calității serviciilor medicale și reducerea riscului de violare a drepturilor omului în instituțiile care le gestionează.

Implementarea rezultatelor științifice: Rezultatele cercetării au fost integrate în procesul didactic (dezvoltare de cursuri noi) din cadrul USMF "Nicolae Testemițanu"; au fost aplicate în dezvoltarea criteriilor CNEAS de acreditare a instituțiilor medico-sanitare; au fost implementate în activitatea practică a IMSP Spitalul Clinic Municipal "Sfânta Treime".

АННОТАЦИЯ

Родика Грамма

Управление этикой медицинских учреждений для соблюдения прав человека при оказании медицинских услуг

Диссертация доктор хабилитат медицинских наук, Кишинев, 2025 г.

Структура диссертации: диссертация состоит из введения, 8 глав, выводов и рекомендаций, библиографии (275 источников), 11 приложений, 270 страниц основного текста, 146 фигур, 8 таблиц. Результаты опубликованы в 50 научных работ.

Ключевые слова: этическая культура и безопасность, этический климат, организационная этика, институционализация этики, этические программы, этическое лидерство, деловая этика, этические решения, управление этикой, комитеты по этике, этический аудит, права пациента, права человека, двойная лояльность, моральная ответственность.

Цель исследования: Многомерная оценка управления этикой медико-санитарных учреждений системы здравоохранения Республики Молдова для определения уровня обеспечения условий, ведущих к соблюдению прав человека в процессе предоставления медицинских услуг.

Задачи исследования: (1) Изучить теории управления этикой в организациях и международный опыт институционализации этики. (2) Оценка этического контекста медико-санитарных учреждений через призму ценностей прав человека. (3) Анализ факторов, влияющих на процесс принятия решений (4) Определение уровня соблюдения прав человека при организации медицинских услуг. (5) Выявление инструментов для организации процесса институционализации этики. (6) Разработка сетки этического аудита и рекомендаций по применению инструментов этики для снижения риска нарушения прав человека при предоставлении медицинских услуг.

Новизна и научная оригинальность: 1. Инновационная формулировка концепции управления этикой применительно к медико-санитарным учреждениям. 2. Предложение инструментов институционализации этики в медико-санитарных учреждениях. 3. Предложение ценностей фундаментальных прав человека в качестве ориентира для анализа организационного контекста медико-санитарных учреждений страны. 4. Разграничение концепции прав пациента от концепции прав человека, применяемых в медицинской помощи. 5. Выявление факторов, влияющих на процесс принятия этических решений медицинскими работниками и риск двойной лояльности. 6. Предложение концепции этического аудита медицинских учреждений.

Научная проблема, решаемая в диссертации: Исследование представляет новое научно обоснованное направление в анализе этической среды медико-санитарных учреждений Республики Молдова как предпосылку для соблюдения прав человека. Предлагаемые инструменты для институционализации этики в управлении учреждений являются инновационными решениями для снижения риска нарушения прав и повышения качества услуг.

Теоретическая значимость: Диссертация представляет собой комплексное исследование процесса управления медико-санитарными учреждениями с точки зрения этического измерения, которое предлагается как необходимый контекст для обеспечения прав человека при предоставлении медицинских услуг, с акцентом на эффективные инструменты и механизмы, которые необходимо применять для институционализации этики.

Прикладное значение: Результаты исследования могут быть использованы для внедрения нового набора критериев качества для аккредитации медико-санитарных учреждений страны. Этические инструменты предлагаются в качестве методической поддержки для руководителей, заинтересованных в повышении качества услуг и снижении риска нарушений прав человека.

Внедрение научных результатов: Результаты исследования были интегрированы в учебный процесс (разработка новых курсов) ГУМФ им. Николая Тестемицану; были применены при разработке критериев НСОАЗ (CNEAS) для аккредитации медицинских учреждений; внедрены в практическую деятельность Муниципальной Блницы «Sfânta Treime».

SUMMARY

Rodica Gramma

Ethics management in healthcare institutions for respecting human rights in the provision of health services

Thesis of doctor habilitat in medical sciences, Chisinau, 2025

Structure of the thesis: the thesis consists of introduction, 8 chapters, conclusions and recommendations, bibliography (275 sources), 11 annexes, 270 pages of basic text, 146 figures, 8 tables. The results are published in 50 scientific papers.

Keywords: ethical culture, ethical safety, ethical climate, organizational ethics, institutionalization of ethics, ethics programs, ethical leadership, business ethics, ethical decisions, ethics management, ethics committees, ethical audit, patient rights, human rights, dual loyalty, moral responsibility.

The goal of the study: Multidimensional evaluation of the ethics management of healthcare facilities in the health system of the Republic of Moldova to determine the level of ensuring the conditions that lead to the respect of human rights in the organization and provision of health services.

Research's objectives: (1) To study the ethics management theories and the international experience in the institutionalization of ethics. (2) Evaluating the ethical context of healthcare facilities through the lens of human rights values. (3) Analysis of factors that influence the decision-making process in institutions (4) Identification of the level of respect for human rights in the organization of healthcare services. (5) Identification of ethical tools for organizing the process of institutionalization of ethics. (6) Development of the ethical audit grid and recommendations for the application of ethics management tools to reduce the risk of human rights violations in the provision of healthcare services.

Scientific novelty and originality: 1. Innovative formulation of the ethics management concept applied to healthcare facilities. 2. Proposing the specific tools for the institutionalization of ethics in healthcare facilities. 3. Proposing the values of fundamental human rights as a benchmark for the analysis of the organizational ethical context in the healthcare facilities of the country. 4. Differentiating the concept of patient rights from that of human rights applied in patient care. 5. Identifying the factors that influence the ethical decision-making process of medical workers and the risk of double loyalty. 6. Proposing the ethical audit concept for healthcare facilities.

The scientific problem solved in the thesis: The study presents a new direction, scientifically based, on the analysis of the ethical environment of healthcare facilities in the Republic of Moldova as a precondition for the respect of human rights. The tools proposed for the institutionalization of ethics in the management of medical institutions are innovative solutions for increasing quality and reducing the risk of violating the patients' rights and employees in provision of medical services.

Theoretical significance: The thesis represents a comprehensive study of the management process of healthcare facilities from the perspective of the ethical dimension, which is promoted as a necessary context to ensure respect for human rights in the provision of medical services, focusing on the effective tools and mechanisms that should be applied for the institutionalization of ethics.

Applicative value: The results of this study can form the basis for the implementation of a new set of quality criteria to be applied in the process of evaluation and accreditation of healthcare facilities in the country. The ethical tools proposed in the thesis can serve as methodological support for managers of healthcare facilities interested in increasing the quality of medical services and reducing the risk of human rights violations in the institutions that manage them.

Implementation of the scientific results: The research results were integrated into the teaching process (development of new courses) within the "Nicolae Testemițanu" SUMPh; were applied in the development of the CNEAS criteria for accreditation of healthcare institutions; were implemented in the practical activity of the IMSP "Sfânta Treime" Municipal Clinical Hospital.

Lista tabelelor

Tabelul 1	Tipurile teoretice ale climatului etic	58
Tabelul 2	Vârsta participanților	78
Tabelul 3	Numărul participanților la ședințele în focus grupuri	86
Tabelul 4	Factori etiologici în dezvoltarea burnoutului	148
Tabelul 5	Estimarea indicatorilor asociați cu raportarea ‘Interesul instituției’. Analiza multivariată	182
Tabelul 6	Estimarea indicatorilor asociați cu raportarea ‘Interesul CNAM’. Analiza multivariată.	183
Tabelul 7	Estimarea indicatorilor asociați cu raportarea ‘Tratamentul inutil’. Analiza multivariată.	184
Tabelul 8	Estimarea indicatorilor asociați cu raportarea ‘Interesul companiei farmaceutice. Analiza multivariată.	186

Lista figurilor

Figura 1	Diversitatea relațiilor unei instituții medico-sanitare	35
Figura 2	Locul responsabilității sociale în activitatea instituției medicale	38
Figura 3	Interacțiuni relaționale în diferite domenii ale eticii aplicate	46
Figura 4	Partenerii managerului în organizarea eticii în instituție	66
Figura 5	Repartizarea respondenților după tipul de instituție, %	77
Figura 6	Repartizarea respondenților după profesie, %	77
Figura 7	Repartizarea respondenților după specialități, %	77
Figura 8	Repartizarea respondenților după vârstă, %	78
Figura 9	Mediana vârstei respondenților după grupurile profesionale	79
Figura 10	Reprezentarea respondenților cu funcții manageriale, %	79
Figura 11	Repartizarea respondenților după tipul de instituție, %	81
Figura 12	Repartizarea respondenților după specialități, %	81
Figura 13	Tipul instituțiilor respondente, %	83
Figura 14	Factorii care determină impactul codului de etică asupra comportamentului	88
Figura 15	Prezența codului de etică, %, opinia respondenților	89
Figura 16	Prezența codului de etică după tipul instituției, % , c.a.	89
Figura 17	Cunoștințe despre codul de etică instituțional după stagiul de muncă, %	90
Figura 18	Cunoașterea valorilor instituției de către angajați, opinia respondenților, %	93
Figura 19	Cunoașterea valorilor, opinia respondenților, după tipul instituției, %, c.a.	94
Figura 20	Cunoașterea valorilor, opinia respondenților, după profesie, %, c.a.	95
Figura 21	Cunoașterea valorilor, opinia respondenților, după stagiul de muncă, %	96
Figura 22	Sursa de informare a respondenților despre valorile etice ale instituției, %	97
Figura 23	Implicarea DRU în promovarea valorilor instituționale, %, c.a.	98
Figura 24	Nimeni nu i-a informat despre valorile instituției, după tipul instituției, %	99
Figura 25	<i>Nimeni</i> nu i-a informat despre valorile instituției, după specialitate, %	100
Figura 26	Competențe etice, adaptată după Menzel	102
Figura 27	Aprecierea capacității angajaților de a face analiză etică, %	103
Figura 28	Aprecierea capacității de a face analiză etică, după tipul instituției, % , c.a.	104
Figura 29	Aprecierea nivelului propriu de cunoștințe necesare în decizia etică, %	105
Figura 30	Aprecierea nivelului propriu de cunoștințe în domeniul eticii, după profesii, %	106
Figura 31	Aprecierea nivelului de cunoștințe în domeniul eticii, după specialități, %, c.a.	106
Figura 32	Autoevaluarea cunoștințelor în domeniul eticii, %	107
Figura 33	Autoevaluarea cunoștințelor în domeniul eticii, după specialități, %	107
Figura 34	Autoevaluarea cunoștințelor în domeniul eticii, după profesie, %	108
Figura 35	Formarea medicilor în domeniul eticii, %	109
Figura 36	Formarea prin instruire la locul de muncă” după tip instituție, %, c.a	110
Figura 37	Selectarea valorilor ce caracterizează instituția, opinia angajaților,%	112
Figura 38	Valorile negative selectate, după stagiul de muncă a respondenților,%	113

Figura 39	Percepția competiției nesănătoasă și conflictelor de interese, %,	114
Figura 40	Percepția competiției nesănătoase, după tipul instituției, % , c.a.	114
Figura 41	Diferențe în perceperea subculturilor în organizație, %,	115
Figura 42	Diferențe în perceperea climatului în organizație, după specialități, %, c.a.	116
Figura 43	Aprecieri modulului de management al moralității în instituție, după funcție, %	117
Figura 44	Aprecieri modulului de management al moralității în instituție, după gen, %	118
Figura 45	Aprecieri modulului de management al moralității, după profesie, %, c.a.	119
Figura 46	Aprecieri modulului de management al moralității, după stagiu, %, c.a.	120
Figura 47	Cultura etică, după Kaptein.	121
Figura 48	Aprecieri măsurilor realizate pentru a promova comportamentul etic, %	122
Figura 49	Finalitatea unui caz de comportament neetic, opiniile angajaților, %	124
Figura 50	Finalitatea cazului de comportament neetic, după profesie, %, c.a	124
Figura 51	Finalitatea cazului de comportament neetic, după stagiu, %, c.a.	125
Figura 52	Finalitatea cazului de comportament neetic, după specialitate, %, c.a.	126
Figura 53	Deschiderea managerilor de a discuta problemele etice cu angajații, %, c.a	130
Figura 54	Discutarea problemelor etice în conferințe, %, c.a.	131
Figura 55	Aprecieri ”demn de urmat” oferită corpului managerial, după profesii, %.	133
Figura 56	Recunoașterea problemelor etice la locul de muncă, %	133
Figura 57	Recunoașterea problemelor etice, după profesie, %	134
Figura 58	Disponibilitatea de a raporta problema etică după specialități, %, c.a.	135
Figura 59	Opinii cu privire la imaginea instituției unde activează, %.	136
Figura 60	Aprecieri imaginii instituției, după tipul instituției, %, c.a.	137
Figura 61	Evaluarea satisfacției angajaților de către management, opinia respondent., %	139
Figura 62	Evaluarea satisfacției angajaților, opinia respondenților după profesii, %, c.a.	140
Figura 63	Evaluarea satisfacției angajaților, opinia după tipul instituției, %, c.a.	140
Figura 64	Evaluarea satisfacției angajaților, opinia după specialități, %, c.a.	141
Figura 65	Factorii care determină decizia de a abandona activitatea medicală, %	141
Figura 66	Atitudinea față de raportarea greșelii de către respondenți, %.	156
Figura 67	Atitudinea față de raportarea greșelii, după tipul instituției, %, c.a.	156
Figura 68	Atitudinea față de raportarea greșelii, după profesia respondenților, %, c.a.	157
Figura 69	Atitudinea față de raportarea greșelii, după specialitatea respondenților, %, c.a.	157
Figura 70	Tradițiile instituției față de greșeală, după tipul instituției %, c.a	158
Figura 71	Tradițiile instituției față de greșeală, după profesia respondenților %, c.a	159
Figura 72	Tradițiile instituției față de greșeală, după specialitatea respondenților %, c.a.	160
Figura 73	Asigurarea IMSP spitalicești cu farmacologi clinicieni, %	163
Figura 74	Opinia respondenților despre respectarea valorilor instituției, %	168
Figura 75	Prezența problemelor de ordin etic în relațiile profesionale ale responden., %	170
Figura 76	Probleme etice în relațiile cu aparținătorii, după tipul instituției %, c.a.	170
Figura 77	Dileme bioetice în activitatea practică a respondenților, %	171

Figura 78	Probleme etice legate de valori religioase, după tipul instituției %, c.a.	172
Figura 79	Percepția influențelor necorespunzătoare, după profesii, %, c.a	173
Figura 80	Aprecieri influențelor necorespunzătoare după vârsta respondenților, %	174
Figura 81	Perceperea influențelor necorespunzătoare, după tipul instituției, %, c.a.	174
Figura 82	Perceperea influențelor necorespunzătoare, după specialitate, %, c.a	175
Figura 83	Dileme în luarea deciziilor legate de drepturile pacientului, opinia respon., %	176
Figura 84	Perceperea conflictelor de interese, după profesii, %	178
Figura 85	Perceperea conflictelor de interese, după tipul instituției, %, c.a.	179
Figura 86	Percepția conflictelor de interese, după stagiul de muncă, %.	180
Figura 87	Percepția conflictelor de interese, după specialități, %, c.a.	180
Figura 88	Influența condițiilor economice asupra deciziilor medicilor, %	183
Figura 89	Atitudini față de comportament neetic sau greșeala unui coleg, %	185
Figura 90	Aprecieri comportamentului managerului, după profesie, %, c.a	189
Figura 91	Aprecieri comportamentului managerului, după tipul instituției, %, c.a.	190
Figura 92	Aprecieri negativă a comportamentului managerilor, după stagiul, %	191
Figura 93	Transparența în comportamentul managerului, după profesie, %, c.a.	193
Figura 94	Transparența în comportamentul managerului, după tipul instituției, %, c.a.	193
Figura 95	Favoritismul în comportamentul managerului, după tipul instituției, %, c.a.	194
Figura 96	Perceperea favoritismului, după stagiul de muncă, %	194
Figura 97	Perceperea favoritismului, după profesie, %	195
Figura 98	Discuții cu administrația dedicate problemelor de etică, %	196
Figura 99	Frecvența discuțiilor etice cu administrația în dependență de specialitate, %, c.a	196
Figura 100	Utilitatea comitetului instituțional de etică/bioetică, opinia angajaților, %	200
Figura 101	Utilitatea comitetului de bioetică, opinia angajaților după tipul instit., %, c.a.	200
Figura 102	Utilitatea comitetului de bioetică, opinia după specialități, %,c.a.	201
Figura 103	Atitudinea față de comitetul de bioetică, după profesie, %, c.a.	202
Figura 104	Importanța comitetelor, opinia membrilor comitetelor, %	202
Figura 105	Apelarea angajaților la consultarea comitetului instituțional de bioetică, %	203
Figura 106	Apelarea angajaților la consultarea comitetului, după tipul instituției, %, c.a.	203
Figura 107	Apelarea angajaților la consultarea comitetului, după specialitate, %, c.a.	204
Figura 108	Informarea angajaților despre activitatea comitetului, după tipul %, c.a.	205
Figura 109	Cazuri discutate de comitetele de bioetică, raportarea instituțiilor, %	207
Figura 110	Rolul comitetului de bioetică, opinia membrilor și administrației, %	208
Figura 111	Nivelul de implicare a comitetului în consultanța de etică clinică, %	210
Figura 112	Satisfacția față de calitatea de membru a comitetului, %	214
Figura 113	Implicarea membrilor în activitatea comitetului de bioetică, %	214
Figura 114	Aprecieri competenței membrilor comitetului de bioetică, %	215
Figura 115	Aprecieri competenței membrilor comitetului, după tipul instituției, %	216
Figura 116	Instruirea membrilor comitetelor instituționale de bioetică, %	218

Figura 117	Necesitatea instruirii în domeniul eticii, opinia membrilor comitetelor, %	219
Figura 118	Preferința membrilor comitetelor pentru modalitatea de instruire, %	219
Figura 119	Apresiasi procesului de comunicare din instituție, %	222
Figura 120	Apresiasi procesului de comunicare, după tipul instituției, %	223
Figura 121	Apresiasi procesului de comunicare, după specialități, %	224
Figura 122	Percepția timpului alocat comunicării cu pacientul, după tipul instituției, %, c.a.	225
Figura 123	Percepția timpului alocat comunicării cu pacientul, după specialități, %, c.a.	226
Figura 124	Comunicarea cu pacientul alolingv, după profesii, %, c.a.	229
Figura 125	Existența procedurii de comunicare cu pacientul alolingv, %, c.a.	230
Figura 126	Dificultăți etice în comunicarea diagnosticului grav, opinia respondenților, %	231
Figura 127	Dificultăți etice în comunicarea diagnosticului grav, după specialități, %	232
Figura 128	Dificultăți etice în comunicarea diagnosticului grav, după stagiul de muncă, %	232
Figura 129	Disponibilitatea de a raporta problema etică după specialități, %, c.a.	234
Figura 130	Tipuri de acorduri informate aplicate în instituțiile medico-sanitare din țară, %	235
Figura 131	Acorduri informate aplicate, după tipul instituției, %	236
Figura 132	Apresiasi calității acordului informat, după tipul de instituție, %, c.a.	239
Figura 133	Apresiasi acordurilor informate, după tipul instituției, %, c.a.	240
Figura 134	Probleme în colectarea acordurilor informate, după specialitate, %, c.a.	240
Figura 135	Discutarea detaliată a refuzului cu pacientul, %, c.a.	242
Figura 136	Prezența procedurii în caz de refuz al pacientului, opinia respondenților, %	243
Figura 137	Aplicarea procedurii de refuz a pacientului, după tipul instituției, %, c.a.	244
Figura 138	Aplicarea unei proceduri pentru delegarea deciziei pacientului, %	245
Figura 139	Apresiasi riscurilor de încălcare a confidențialității, %	248
Figura 140	Apresiasi riscurilor de încălcare a confidențialității, după profesii, %, c.a.	249
Figura 141	Apresiasi riscurilor de încălcare a confidențialității, după tipul instituției, %	250
Figura 142	Apresiasi riscurilor de încălcare a confidențialității, după specialități, %	250
Figura 143	Dificultăți în păstrarea confidențialității, după specialități, %, c.a.	252
Figura 144	Dificultăți în păstrarea confidențialității, după tipul instituției, %, c.a.	253
Figura 145	Conexiunile auditului etic, adaptat după Ojasoo.	257
Figura 146	Modelul procesului de audit etic.	264

Lista abrevierilor

AMM - Asociația Medicală Mondială

AMP – Asistența medicală primară

AIS – Acord informat standardizat

CNAM – Compania Națională de Asigurări Medicale

CtEDO – Curtea Europeană pentru Drepturile Omului

c.a. – cifre absolute

DRU – departament resurse umane

II – Interviu individual

IMSP – Instituție medico-sanitară publică

FG – Focus-grup

MS – Ministerul Sănătății

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

ONU -Organizația Națiunilor Unite

PCN – Protocol Clinic Național

RM – Republica Moldova

UNESCO – Organizația Națiunilor Unite pentru Educație, Știință și Cultură

URM – Utilizarea rațională a medicamentelor

USMF „Nicolae Testemițanu” – Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

INTRODUCERE

Actualitate

Astăzi, se discută tot mai mult, despre responsabilitatea morală pe care trebuie să și-o asume autoritățile și instituțiile medico-sanitare față de comunitățile implicate sau afectate de deciziile lor [1]. Ca urmare, cerințele crescânde ale publicului față de calitatea actului medical generează o implicare crescândă a eticii în sănătate, atât la nivel de sistem, cât și de instituții [2, 3]. Etica în cadrul instituțiilor medico-sanitare nu se reduce numai la declararea formală a unor valori și postulate, principii teoretice sau prevederi din legi. Aceasta înseamnă a fi parte integrată în activitatea zilnică, în deciziile de management și normele comportamentale. Etica unei instituții este parte componentă a strategiei de dezvoltare a organizației, a politicilor instituționale și strategiilor de management pe termen mediu și lung, fiind cheia în rezolvarea conflictelor dintre grupurile care interacționează într-un mediu multidimensional, reprezentat de mai mulți actori implicați în prestarea serviciilor medicale [4]. Cu alte cuvinte, etica unei instituții presupune aplicarea practică a unui set de instrumente de decizie, utile în stabilirea strategiei instituțiilor, în rezolvarea conflictelor într-un mediu de relații profesionale și consumatori, cu identificarea unui echilibru între interesele grupurilor, de la personalul inferior și tehnic până la administrație, consumatori și societate în ansamblu [5, 6, 7].

În același timp, valorile de bază ale eticii sunt, practic, identice cu valorile general-umane și cele promovate de drepturile fundamentale ale omului. Respectul pentru viața și demnitatea ființei umane, toleranța, compasiunea, echitatea, dreptatea și justețea, nediscriminarea etc. – sunt valorile morale eterne, care necesită a fi aplicate în practica zilnică a lucrătorilor din instituțiile medico-sanitare. Ar fi corect să recunoaștem că, fără o abordare prin acțiuni și cadru regulatoriu eficient, multe dintre aceste valori pot rămâne la nivel idealist teoretic, în formă declarativă, fără a fi preluate ca linii directorii în deciziile practice ale unor angajați.

Totodată, conținutul valoric stă la baza relațiilor zilnice din activitatea unei instituții medico-sanitare, care este foarte complexă și multidimensională, și implică o listă amplă de parteneri și beneficiari. La baza acestor relații sunt norme și valori, drepturi și obligații integrate în deciziile de management. Conținutul și forma acestor conexiuni interumane influențează direct calitatea actului medical prestat de către angajații instituției medico-sanitare și, respectiv, satisfacția celor care sunt parte a acestor interacțiuni, atât prestatorii de servicii, cât și beneficiarii nemijlociți. Managerii instituțiilor medico-sanitare vor tinde mereu spre atingerea unui standard înalt de calitate și satisfacție în realizarea actului medical, aceasta fiind condiția obligatorie în planificarea dezvoltării și profitului instituției, menținerea unei imagini benefice și rezistență la competitivitatea evidentă în organizarea

pieței serviciilor medicale [8]. Astfel, pe lângă aspectele financiare în organizarea activității unei instituții, nu mai puțin important este prevederea componentelor morale ale comportamentului angajaților, precum și a factorilor care determină deciziile acestora în activitatea profesională zilnică [9, 10].

Literatura de specialitate propune o abordare mult mai diferențiată a procesului de management al organizațiilor, identificând noi instrumente și mecanisme de organizare și monitorizare a vieții și activității unei instituții, din perspectiva aspectelor și problemelor etice apărute la nivel de relații profesionale [5, 11]. Astfel, recunoscând locul prioritar al eticii în buna organizare și guvernare a instituțiilor medico-sanitare, treptat, din cadrul managementului general, se desprinde o ramură nouă, care începe să se ocupe nemijlocit de elaborarea și aplicarea unor instrumente și mecanisme de monitorizare, prevenție și soluționare a problemelor și conflictelor de ordin etic din instituție, pentru creșterea calității serviciilor și, respectiv, a satisfacției beneficiarilor. *Managementul eticii* devine una dintre disciplinele managementului general și începe să se ocupe de elaborarea unor instrumente de conducere, care contribuie la dezvoltarea etică a unei organizații, precum și a metodelor utilizate spre a determina direcțiile strategice de dezvoltare ale unei organizații pentru creșterea satisfacției beneficiarilor / consumatorilor de servicii [12, 13, 14].

Pentru un manager nu este suficient doar să își dorească a avea angajați corecți cu comportament etic. Acest imperativ poate rămâne la nivel de declarații, atât timp cât în instituție nu sunt create condiții și mediu pentru promovarea valorilor etice și a unui climat și culturi etice. Recunoscând locul prioritar al eticii în buna organizare și guvernare a instituțiilor medico-sanitare, înțelegem necesitatea organizării unor acțiuni concrete, dedicate eticii în instituție. Acest domeniu, numit *management al eticii* în organizații, ține de implementarea nemijlocită a instrumentelor manageriale ce ar contribui la dezvoltarea etică a unei organizații. În același timp, valorile de bază ale eticii sunt practic identice cu valorile general-umane și cele promovate de drepturile fundamentale ale omului. Ar fi corect să recunoaștem că, fără o abordare prin acțiuni și cadru regulatoriu eficient, multe din aceste valori pot rămâne la nivel idealist teoretic, în formă declarativă, fără a fi preluate ca linii directorii în deciziile practice zilnice ale angajaților.

În literatura de specialitate sunt propuse un șir de instrumente specifice necesare pentru realizarea unui management al eticii organizațiilor [10, 16]. Trebuie să recunoaștem că, managerii instituțiilor medico-sanitare se confruntă cu problema implementării canoanelor etice și cu necesitatea de a monitoriza permanent respectarea acestora în colectivele care le conduc [15]. Satisfacția

beneficiarului, dar și cea a prestatorului de servicii, sunt preocupările esențiale ale managerului instituției medico-sanitare, care va avea nevoie de suport relevant pentru a face față provocărilor activității medicale contemporane, condiționate de fonduri limitate, cerințe înalte din partea populației, criză de resurse umane și permanentă luptă pentru supraviețuire în condiții de competiție [15]. Anume aceste condiții sunt provocările de bază ale managerilor din sistemul de sănătate autohton, care se află în stare de tranziție de mai bine de 30 de ani. Schimbarea esențială a mecanismului de finanțare cu trecerea la sistemul de asigurări medicale, migrarea masivă a specialiștilor, care creează lipsa de cadre medicale în instituțiile din țară, fonduri limitate pentru dezvoltarea infrastructurii – sunt circumstanțele unui context complicat, în care managerii trebuie să identifice prioritățile, fără a permite derogarea de la valorile morale ale profesiei medicale și drepturile fundamentale ale pacientului.

Astfel, prin această cercetare se realizează o analiză amplă care identifică contextul care influențează acțiunile și procesul de luare a deciziilor în instituțiile medico-sanitare din țară, ce țin de valorile profesiei medicale, dar și din perspectiva obligatorie de respectare a drepturilor omului, care este un imperativ al societății contemporane. Deoarece aceste două dimensiuni sunt foarte apropiate după intenție și conținut valoric, ideea acestei lucrări este de a le combina pentru a găsi o abordare unificată și a propune instrumente eficiente comune de instituționalizare a eticii și implementare a managementului eticii, ca parte componentă a managementului instituțiilor medico-sanitare.

Scopul cercetării realizate

În cadrul cercetării efectuate am realizat o evaluare pluridimensională a managementului eticii instituțiilor medico-sanitare din sistemul sănătății al Republicii Moldova pentru a determina nivelul de asigurare a condițiilor care duc la respectarea drepturilor omului în procesul de organizare și prestare a serviciilor de sănătate.

În conformitate cu scopul abordat au fost formulate următoarele ***obiective***:

- 1) Studiarea teoriilor managementului eticii în organizații și a experienței internaționale în procesul de instituționalizare a eticii în instituțiile medico-sanitare.
- 2) Evaluarea contextului etic al instituțiilor medico-sanitare pentru conformitatea respectării principiilor și valorilor drepturilor fundamentale ale omului.
- 3) Analiza factorilor care influențează procesul de luare a deciziilor etice în instituțiile medico-sanitare.

4) Identificarea nivelului de respectare a drepturilor omului în organizarea și prestarea serviciilor în instituțiile medico-sanitare.

5) Identificarea instrumentelor etice eficiente pentru organizarea și promovarea procesului de instituționalizare a eticii în instituțiile medico-sanitare.

6) Elaborarea grilei de audit etic și a recomandărilor pentru aplicarea instrumentelor de management al eticii în instituțiile medico-sanitare pentru a reduce riscul de încălcare a drepturilor omului în organizarea și prestarea serviciilor de sănătate.

Ipoteza de cercetare

Stabilirea scopului și obiectivelor cercetării a avut la bază ipoteza că, procesul de instituționalizare a eticii în instituțiile medico-sanitare este foarte mult influențat de abordările paternaliste specifice societății secolului trecut, cu o aplicare scăzută a principiilor managementului contemporan. Etica în instituțiile medico-sanitare este percepută la un nivel formal și teoretizat și mai puțin la nivel de implementare practică, prin instrumente care ar promova postulatele declarate. Totodată, am formulat și a doua ipoteză a cercetării, precum că, aplicarea unui management al eticii în instituțiile medico-sanitare cu dezvoltarea instrumentelor eficiente, ar promova valorile și principiile etice cu o relaționare directă cu cele ale drepturilor fundamentale ale omului, care sunt esențial a fi respectate pentru prestarea unor servicii calitative.

La etapa actuală, procesul de evaluare a activității instituțiilor medico-sanitare din țară, inclusiv și pentru acreditarea acestora, este foarte puțin focusat pe aprecierea nivelului de respectare a drepturilor omului, fiind formulate doar câteva criterii generale, care nu elucidează în esență acest domeniu. În același timp, la nivel internațional, tot mai frecvent se discută despre importanța unor instrumente instituționale obligatorii prin care ar fi asigurate condițiile necesare pentru respectarea drepturilor fundamentale ale omului în contextul actului medical [18], în special, aplicarea celor 14 drepturi internaționale ale pacientului [17, 19, 20]. În același timp, studiile recente la nivel național, dar și informațiile frecvente din mass media elucidează un nivel redus de satisfacție a beneficiarilor de servicii medicale și un șir de probleme legate de nemulțumirea pacienților de calitatea serviciilor medicale acordate în instituțiile medico-sanitare publice din țară [21, 22]. Astfel, a devenit evidentă necesitatea unei cercetări prin care a trebuit de identificat situația reală cu privire la asigurarea contextului etic în instituțiile medico-sanitare din țară și nivelul de asigurare a drepturilor pacientului, pentru a înțelege cauza lacunelor și condițiile necesare de soluționare a acestora la nivel managerial.

Noutatea și originalitatea științifică

Lucrarea realizată este un studiu în premieră pentru Republica Moldova prin aplicarea conceptului de *management al eticii*, ca parte a managementului organizațional al instituțiilor medico-sanitare din țara noastră, reieșind din particularitățile contextului național cultural și legislativ, precum și a conceptului de *instituționalizare a eticii*, aplicat instituțiilor medico-sanitare în baza modelului *eticii afacerilor*, dezvoltat și implementat tot mai larg în organizații la nivel internațional. A fost realizată o analiză comparativă a instrumentelor și mecanismelor manageriale, propuse la nivel internațional pentru asigurarea aspectului etic și legal al relațiilor profesionale din cadrul organizațiilor, identificând specificul acestora în contextul activității instituției medico-sanitare, drept bază fiind luate principiile eticii afacerilor, valorile drepturilor fundamentale ale omului alături de valorile tradiționale ale canoanelor eticii profesionale.

În premieră pentru sistemul de sănătate din Republica Moldova, au fost abordate aspectele organizaționale, cultura organizațională și climatul etic al instituțiilor, ca condiții obligatorii pentru asigurarea drepturilor universale ale omului, atât ale angajaților, cât și ale pacienților, noțiunile-cheie analizate fiind *cultura etică* și *siguranța etică*. În acest context, noțiunea de satisfacție devine importantă nu doar pentru domeniul managementului calității, dar și cel al eticii și legislației. Angajații cu un comportament etic în instituție vor fi mult mai dispuși spre realizarea corectă a atribuțiilor de funcție, ceea ce va influența pozitiv satisfacția beneficiarilor de servicii medicale, care vor percepe respectarea deplină a drepturilor lor. Cercetarea evidențiază în detalii logica acestei interconexiuni și rolul managerului în organizarea și monitorizarea permanentă a contextului etic al instituției care o conduce.

La nivel național, în instituțiile spitalicești și de asistență medicală primară, în premieră, au fost identificate lacunele în organizarea aspectului etic și legal al procesului de prestare a serviciilor de sănătate în instituții prin prisma celor 14 drepturi fundamentale ale pacientului, care reiese din conceptul drepturilor fundamentale ale omului. Menționăm că, în lucrare se face, într-un mod original, o diferențiere clară, argumentată științific, între *conceptul de drepturi ale pacientului* și cel al *drepturilor omului aplicate în îngrijirea medicală*, ultimul fiind promovat pe larg la nivel internațional. Valorile drepturilor fundamentale ale omului sunt identificate cu cele descrise în postulatele etice, fiind clar explicat narativul precum că *contextul etic al unei organizații asigură respectarea drepturilor omului*.

Un subiect inovativ al cercetării este analiza factorilor care influențează procesul de decizie a angajaților în realizarea activității medicale, în premieră fiind analizat riscul apariției *fenomenului loialității duble* a lucrătorilor medicali și, respectiv, apariția unor comportamente nedorabile (incorecte din punct de vedere moral și/sau legal), care ar fi contrare beneficiului pacientului și ar viola anumite drepturi fundamentale ale acestuia. Prezența acestor situații și măsurile de remediere și prevenție a lor este prezentată argumentat în lucrare.

Lucrarea include o cercetare amplă a activității comitetelor instituționale de bioetică, care au fost create în anul 2004 și nu au fost supuse niciodată niciunei evaluări la nivel național.

În premieră pentru Republica Moldova este abordat conceptul *auditului etic* aplicat instituțiilor medico-sanitare, fiind elaborate criteriile de evaluare pentru a determina contextul etic al activității angajaților, dar și nivelul de respectare a drepturilor omului în organizarea și prestarea serviciilor medicale în cadrul instituțiilor. Ulterior, setul de criterii elaborat a fost utilizat în procedura de evaluare a calității în procesul de acreditare a instituțiilor medico-sanitare din țară, fiind incluse în standardele Consiliului național de Evaluare și Acreditare în Sănătate (CNEAS).

Problema științifică importantă soluționată

În cadrul studiului realizat a fost demonstrată științific interconexiunea dintre procesul de instituționalizare a eticii și nivelul de respectare a drepturilor omului în instituțiile medico-sanitare din țară, determinând instrumentele specifice acestui domeniu, necesare pentru îmbunătățirea managementului instituțiilor.

În lucrare se demonstrează, în baza unor dovezi, că abordările tradiționale formale ale rolului și locului eticii în instituțiile medicale sunt ineficiente pentru a asigura un comportament dezirabil din partea angajaților, care ar duce la indicatori înalți ai satisfacției beneficiarilor. Se identifică conexiunea directă dintre neregularitățile și neconsecvențele în respectarea drepturilor fundamentale ale omului, atât ale pacienților, cât și ale angajaților, și conținutul *culturii* și *siguranței etice* din instituție – noțiuni noi promovate la nivel conceptual în managementul organizațional.

Sunt identificate și științific fundamentate instrumentele și mecanismele manageriale, care trebuie implementate în instituțiile medico-sanitare pentru a instituționaliza etica ca domeniu aplicativ și, respectiv, pentru a reduce riscul încălcării unor drepturi fundamentale, cu creșterea satisfacției atât a angajaților, cât și a beneficiarilor de servicii de sănătate. Astfel, rezultatele acestui proiect de cercetare vor putea fi aplicate pentru promovarea imperativului îmbunătățirii continue a calității serviciilor de sănătate, fiind ajustate la așteptările populației, dar și la standardele internaționale care

reiese din protejarea drepturilor fundamentale ale omului, declarate prin documente elaborate de OMS, comitete ONU, Consiliul Europei, CtEDO etc. Cercetarea situației reale din instituțiile medico-sanitare din țară, în baza unei metodologii științific argumentate, din perspectiva eticii organizaționale și a valorilor drepturilor fundamentale ale omului, a identificat nivelul de implementare a instrumentelor *managementului eticii instituționale*, ceea ce ne-a dat posibilitatea să formulăm recomandări practice spre îmbunătățirea acestui domeniu. Totodată, a fost elaborată o grilă de audit etic și, respectiv, un set înnoit de criterii, pentru a putea fi aplicate în procesul de acreditare a instituțiilor medico-sanitare.

Semnificația teoretică și valoarea aplicativă a lucrării

Cercetarea reprezintă un studiu comprehensiv al procesului de administrare a instituțiilor medico-sanitare din perspectiva organizării și asigurării dimensiunii etice, care este promovată ca context obligatoriu necesar pentru promovarea și respectarea drepturilor omului în cadrul prestării serviciilor medicale. Studiul evidențiază *managementul eticii* în instituție ca un domeniu nou evidențiat, parte componentă a managementului organizațional, cu instrumentele sale practice proprii, care trebuie să fie aplicate de către managerii instituțiilor medico-sanitare pentru a instituționaliza etica în procesul de administrare a instituției.

Rezultatele acestui studiu pot constitui bază pentru implementarea unui set nou de criterii de calitate pentru a fi aplicate în procesul de evaluare și acreditare a instituțiilor medico-sanitare, atât spitalicești, cât și cele de asistență medicală primară.

Grila de audit etic, elaborată în cadrul acestei cercetări, poate servi ca un instrument practic de evaluare a dimensiunii etice a instituției, posibil de utilizat de către fiecare manager interesat de a cunoaște lacunele și problemele de ordin etic în cadrul instituției care o administrează și, respectiv, de a iniția acțiuni strategice de remediere a acestora pentru îmbunătățirea calității serviciilor prestate de către angajații săi. Astfel, rezultatele cercetării pot servi drept reper pentru elaborarea politicilor instituționale legate de satisfacția angajaților, performanțele instituției și creșterea calității serviciilor.

Concluziile și recomandările cercetării vor putea fi utilizate pentru îmbunătățirea activității instituțiilor medico-sanitare din țară, devenind parte componentă a cursurilor de formare continuă în domeniul managementului organizațional dedicate managerilor din domeniul sănătății, precum și în instruirea studenților și rezidenților în cadrul cursurilor dedicate aplicării drepturilor omului în activitatea medicală.

Sinteza metodologiei de cercetare

Cercetarea realizată include un studiu amplu al conceptelor și teoriilor contemporane cu privire la etica organizațională și instrumentele manageriale recomandate pentru asigurarea unui comportament dezirabil al angajaților la locul de muncă, factorii care influențează valorile asumate și deciziile luate în activitatea profesională. În special, a fost făcut un studiu al evoluției conceptului de etică medicală, în contextul provocărilor dictate de progresul științifico-tehnologic în domeniile biomedicale, creșterea așteptărilor și cerințelor pacienților față de serviciile medicale, aplicarea principiilor relațiilor de afaceri în activitatea instituțiilor medico-sanitare, unde noțiunea de profit și cost-eficiență devine tot mai des aplicată și chiar esențială în organizarea serviciilor medicale. Un obiectiv separat al cercetării a fost îndreptat spre analiza valorilor promovate de conceptul drepturilor fundamentale ale omului aplicat în procesul de prestare a serviciilor medicale, ca fiind obligativitatea esențială a instituțiilor medico-sanitare și una din responsabilitățile de bază a managerilor. În total s-a făcut referință la 275 surse bibliografice, inclusiv acte normative de nivel internațional și național.

Studiul a inclus trei dimensiuni, realizate în mod consecutiv, și anume: (1) documentarea și analiza amplă a bibliografiei relevante domeniului de cercetare, (2) cercetarea cantitativă și (3) cercetarea calitativă. A fost realizat un studiu de tip observațional, descriptiv, selectiv și transversal.

Pentru realizarea obiectivelor au fost identificate mai multe populații-țintă din care au fost formate 3 eșantioane reprezentative. Astfel, pentru cercetarea cantitativă au fost incluși în studiu: 1070 de angajați ai instituțiilor medico-sanitare spitalicești și din AMP (publice și private) – manageri, medici și asistente medicale, personal non-medical (eșantionul 1); 134 de membri ai comitetelor de bioetică (eșantionul 2). A fost colectată grila de evaluare a comitetelor de bioetică de la 80 de instituții medico-sanitare - 36 de instituții de AMP și 44 spitale, dintre care 2 instituții private (eșantionul 3). Respectiv, au fost elaborate trei instrumente de cercetare - chestionare, aplicate, respectiv, în fiecare eșantion calculat (anexele 1-3). Chestionarele au fost transpuse în formular *google.forms* pentru a crește accesul la cercetare a tuturor angajaților instituțiilor medico-sanitare din țară, a oferi posibilitatea unui răspuns anonim deschis și pentru micșorarea riscului de influență din partea superiorilor. Chestionarele au fost diseminate în format online prin intermediul administrațiilor și departamentelor de resurse umane (120 de instituții), asociațiile profesionale (6 asociații) și printr-o rețea de socializare. Trebuie să menționăm că, completarea chestionarului online nu a permis să păstrăm reprezentativitatea participanților în studiu, conform raportului existent la nivel de țară dintre specialități, tipul de instituții, precum și dintre ratele personalului cu studii medii și superioare. Astfel,

printre respondenți am determinat rata crescută a medicilor (aproape 2/3 din eșantionul analizat), ceea ce vine în contradicție cu distribuția acestor categorii în populația cercetată, unde numărul asistentelor medicale este de 2 ori mai mare. În același timp, acest fapt semnalează sensibilitatea crescută a medicilor față de problema abordată, ultimii având mai multe responsabilități față de pacienți și administrație. Nu este exclus faptul ca participanții, din motive diferite (de exemplu: îngrijorarea că ar putea fi identificați), au schimbat datele privind funcțiile lor în cadrul instituțiilor.

Prelucrarea statistică a datelor a inclus calcularea indicatorilor statisticii descriptive cu ajutorul programelor Microsoft Excel, Epi Info7.2.5 și mediului de programare *Python*.

Componenta calitativă de cercetare a inclus două metode: interviuri individuale aprofundate și discuții în focus grupuri. Au fost realizate 50 de interviuri individuale cu manageri de spitale de nivel republican, raional și municipal; manageri de instituții AMP; angajați ai instituțiilor medico-sanitare. Totodată, au fost realizate 7 ședințe în focus grupuri unde participanți au fost: membrii comitetelor de bioetică, angajați ai instituțiilor medico-sanitare spitalicești și din AMP. Atât discuțiile în interviuri individuale, cât și discuțiile în focus grupuri au fost realizate în baza unor *Ghiduri de interviu* (anexele 4-5). Fiecare ședință a durat între 30 și 90 de minute. Pentru prelucrarea datelor acumulate prin studiul calitativ a fost aleasă metoda *analizei fenomenologice* cu punctarea subiectelor majore. Aceasta a permis identificarea problemelor-cheie și înțelegerea modului în care prioritățile și convingerile personale influențează deciziile, atitudinile și acțiunile participanților la studiu [34].

Aprobarea rezultatelor științifice: Rezultatele studiului au fost prezentate la următoarele foruri științifice din țară și de peste hotare: Conferința științifică internațională „Interesul superior al copilului: abordare socioculturală, normativă și jurisprudențială”, USM Chișinău (30 septembrie – 1 octombrie 2022); Seminarul ”Medicină și Teologie”, Secțiunea ”Impactul medicinei contemporane asupra profesioniștilor din domeniu”. Universitatea ”Babeș-Bolyai” Cluj Napoca, România (4-5 aprilie, 2022); Conferința internațională ”Valorile etice în societatea actuală” Universitatea Transilvania din Brașov, România (5-8 mai, 2022); Conferința Clujeană de Medicină Legală. Ed.a V-a. România (29 septembrie - 02 octombrie, 2022); Forumul de Responsabilizare Socială în Sănătate. Chișinău (30 septembrie, 2022); A XVII-a Conferință Națională de Bioetică cu participare internațională UMF ”Gr.T. Popa” Iași, România (8-10 decembrie, 2022), Conferința ”Medicină și Teologie” Ediția XXII-a. Universitatea ”Babeș-Bolyai” Cluj Napoca, România (4 aprilie 2023); Conferința de Dermatologie Zilele „Gh. Năstase”, UMF ”Gr.T. Popa” Iași, România ediția 2023 (29 martie - 1 aprilie 2023); Conferința internațională ”Valorile etice în societatea actuală” Universitatea

Transilvania din Braşov, România (4-6 mai, 2023); Conferinţa EHMA 2023 "Health Management sustainable solutions for complex systems", Roma, Italia (5-7 iunie, 2023); Congresul Naţional de Anestezie şi Terapie Intensivă 2023, Chişinău (7-9 septembrie 2023); A XVIII-a Conferinţă Naţională de Bioetică, UMF "Gr.T. Popa" Iaşi, România (7-9 decembrie 2023); Conferinţa naţională cu participare internaţională: „*Dimensiuni private şi publice în drept medical*”. USM, Chişinău (14 decembrie 2023); A XIX-a Conferinţă Naţională de Bioetică cu participare internaţională UMF "Gr.T. Popa" Iaşi, România (5-7 decembrie, 2024); Forumul "Ziua Europeană a Drepturilor Pacientului" 18 aprilie 2024.

Teza a fost discutată şi aprobată la şedinţa Şcolii de Management în Sănătate Publică IP USMF „Nicolae Testemiţanu” (proces verbal nr. 4 din 11.10.2024) şi la şedinţa Seminarului ştiinţific de profil 331 Sănătate Publică, specialităţile: 331. 03. Medicina sociala şi management; 331.04. Modul sănătos de viaţă (proces verbal nr. 13 din 12.11.2024).

Prezentarea rezultatelor cercetării

La tema cercetării au fost publicate 50 de lucrări ştiinţifice şi metodico-didactice, dintre care: o monografie "*Valori, etică şi drepturi în managementul instituţiilor medico-sanitare*"; 5 capitole în carte de specialitate colectivă "*Etica Sănătăţii Publice*" (Chişinău); 7 articole în reviste din bazele de date Web of Science şi SCOPUS (inclusiv 5 cu IF); 7 articole în reviste ştiinţifice din străinătate recunoscute; 1 articole în revistele ştiinţifice din Registrul Naţional al revistelor de profil; 4 articole în culegeri ştiinţifice naţionale; 2 articole în culegeri ştiinţifice internaţionale; 1 teză în lucrările conferinţelor ştiinţifice internaţionale (peste hotare); 4 ghiduri pentru lucrătorii medicali: "*Ghidul privind aplicarea procedurii de comunicare şi consiliere a pacienţilor*", "*Aplicarea drepturilor omului în sănătatea publică. Drepturile consumatorilor de droguri injectabile şi ale persoanelor care trăiesc cu HIV*", "*Medicina Paliativă*", "*Etica Cercetării Biomedicale*"; 2 capitole în "*Drepturile Omului în îngrijirea pacienţilor. Ghid pentru practicieni*" (SUA); 2 capitole în ghidul pentru medicii de familie: "*Reducerea stigmei şi discriminării persoanelor care trăiesc cu HIV*", 1 manual pentru managerii instituţiilor medicale "*Managementul resurselor umane în sănătate: aspecte juridice*" şi un manual pentru studenţi "*Drepturile Omului în Sănătate*"; 1 capitol în manualul "*Managementul calităţii în instituţiile spitaliceşti*"; 3 suporturi de curs "*Bioetica medicală în Sănătatea Publică*"; "*Drepturile Omului în Sănătate*" şi în limba engleză "*Health and Human Rights*"; 1 compendium pentru studenţii de la medicină "*Ştiinţele comportamentului*" (eng.); 9 studii naţionale: "*Un management mai bun al resurselor umane în sănătate: schimbarea profesiei*"; "*Finanţarea*

instituțiilor medicale din țară: lacune legislative și administrative”; ”Studiu de evaluare a politicilor domeniul malpraxis-ului medical și asigurarea respectării drepturilor pacienților”; ”Evaluarea procesului de organizare și coordonare a serviciilor de sănătate din RM în condițiile pandemiei COVID-19”; ”Evaluarea polipragmaziei și utilizării raționale a medicamentelor în instituțiile medicale publice”; ”Accesul la serviciile esențiale de sănătate în pandemia COVID-19”; ”Respectarea drepturilor omului în prestarea serviciilor de AMUP”; ”Lucrătorii medicali originari din RM care locuiesc și activează în România”; ”Inegalități în sănătate” în ”Raportul Național pentru Dezvoltare Umană 2016”; o Procedura Standard de Operare privind mecanismul de asigurare a asistenței medicale persoanelor reținute și aflate în detenție provizorie, aprobată prin Ordinul Inspectoratului General de Poliție (2019).

Sunt obținute 2 certificate de inovator și 9 acte de implementare în practică.

Implementarea rezultatelor științifice:

Rezultatele studiului dat au fost implementate în activitatea didactică și științifică a Școlii de Management în Sănătate Publică în perioada 2016-2020, prin predarea cursurilor de ”Drepturile omului în sănătate”; ”Standarde de calitate pentru respectarea drepturilor omului”; ”Bioetica”; ”Integritatea în instituțiile medico-sanitare”, destinate managerilor din domeniul sănătății. În 2021 rezultatele cercetării au stat la baza dezvoltării cursului de ”Drepturile omului în sănătate” în cadrul catedrei de Medicină Legală, USMF ”Nicolae Testemițanu” destinat studenților de la diferite facultăți. Rezultatele acumulate sunt puse în practică prin activitatea de bioetician inițiată în cadrul IMSP Spitalul Clinic Municipal ”Sfânta Treime” din Chișinău. Grila de audit dezvoltată în cadrul cercetării a fost preluată de către Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate pentru elaborarea standardelor și criteriilor de evaluare a calității în instituțiile medico-sanitare din țară.

Sumarul capitolelor tezei

Capitolul 1 al lucrării este dedicat fundamentării teoretice a noțiunii de *instituție morală*. Sunt prezentate argumente științifice ale procesului de instituționalizare a eticii, analiza evoluției termenului de etică, de la abordarea scolastică, teoretizată, la cea aplicativă, practică, ceea ce a dus la apariția domeniilor noi, precum bioetica, etica cercetării, etica sănătății publice. Totodată, este efectuată conexiunea dintre teoriile contemporane ale *eticii afacerilor (etica businessului)* și activitatea instituțiilor medico-sanitare. Cercetarea include abordarea conceptelor domeniului drepturilor omului, identificând tangențele și valorile comune cu cele ale canoanelor eticii profesionale tradiționale. Acest capitol este dedicat analizei teoriilor cu privire la *managementul eticii*

în organizații, identificând acest domeniu ca unul separat în cadrul managementului organizațional. Instituționalizarea eticii este evidențiată ca una din prioritățile activității manageriale, fiind demonstrată importanța instrumentelor acestui proces pentru dezvoltarea instituției morale, dar și respectarea drepturilor omului.

În *capitolul 2* este descrisă metodologia cercetării realizate, care a fost împărțită în componenta cantitativă și calitativă. Sunt descrise strategia de eșantionare, structura eșantioanelor, caracteristicile eșantioanelor și metodele de culegere a datelor primare, instrumentele de colectare a datelor, metodele de analiză, limitările și alte particularități ale cercetării, atât pentru studiul cantitativ (chestionare), cât și pentru cel calitativ (interviuri individuale și focus grupuri)

Capitolul 3 are în vizor analiza contextului organizațional care trebuie să asigure condițiile necesare pentru ca angajații să adopte un comportament corect care, ulterior, va implica și respectarea valorilor și principiilor promovate de domeniul drepturilor omului. Este efectuată o analiză a conceptelor de cultură, climat și comportament etic, prin care se demonstrează necesitatea organizării mediilor etice în instituțiile medico-sanitare. Cercetarea identifică locul și rolul codurilor de etică ca instrumente necesare procesului de instituționalizare a eticii. O analiză separată este realizată asupra procesului de instruire a angajaților în domeniul eticii și percepția acestora față de propriile cunoștințe și abilități de a face față problemelor etice din practica profesională zilnică.

Capitolul 4 a fost formulat reieșind din imperativul că o instituție etică este aceea în care este implementat, în mod obligatoriu, principiul etic "Nu dăuna!" și sunt reduse la minim riscurile de prejudicii și daune aduse unui pacient. Dar, totodată, acest principiu se analizează și din perspectiva angajaților. Este reflectată esența dreptului la siguranță și calitate, atât din perspectiva celor 14 drepturi ale pacientului, cât și a siguranței etice a lucrătorilor medicali. Este analizat sensul noțiunii de satisfacție a angajaților, ca condiție obligatorie pentru ca lucrătorii medicali să se simtă protejați, în procesul de acordare a asistenței medicale, astfel acordând servicii sigure și calitative. Sunt aduse argumente științifice în favoarea unor intervenții strategice manageriale, care ar trebui să includă acțiuni concrete pentru depistarea, raportarea, prevenirea și soluționarea riscurilor care duc la scăderea calității serviciilor prestate de către angajați, precum este: fenomenul de ardere profesională, polipragmazia, prezența erorilor în prestarea serviciilor – fenomene cu încărcătură morală înaltă, care pot prejudicia atât angajații cât și pacienții.

Capitolul 5 este dedicat studiului procesului de prioritizare a valorilor în luarea deciziilor în instituție, atât din perspectiva angajaților, cât și a managerilor. În special, am examinat factorii care

pot influența acest proces, creând fenomenul de *loialitate dublă*, care a fost determinat, sub diferite forme, în rândul participanților la cercetare. A fost efectuată analiza rolului imaginii managerului, ca model de urmat în instituție și ca instrument important în procesul de instituționalizare a eticii. Argumentele teoretice sunt completate cu rezultatele cercetării realizate în rândul respondenților, cu referire la valorile care le influențează comportamentul profesional, conflictele morale care apar pe parcursul activității practice a angajaților din instituțiile medico-sanitare, precum și factorii ce influențează încrederea angajaților.

Capitolul 6 descrie rolul și locul comitetelor instituționale de etică/bioetică. Cercetarea identifică specificul activității acestor comitete și problemele și provocările cu care se confruntă, atât din perspectiva angajaților instituțiilor medico-sanitare, cât și în opinia membrilor acestor comitete.

Capitolul 7 include analiza dimensiunii principale din activitatea clinică a unei instituții, unde se intercalează domeniul drepturilor omului cu valorile etice și comportamentele angajaților. Sunt descrise prevederile drepturilor omului aplicate în domeniul sănătății, care presupun: respectarea autonomiei, libertății deciziei, confidențialității, informării pacientului. Este realizată o analiză amplă a contextului instituțional, care trebuie să fie suficient pentru a asigura protejarea acestor condiții din partea angajaților. Sunt aduse dovezi bine argumentate cu privire la organizarea procesului de comunicare în instituția medico-sanitară, inclusiv reieșind din prevederile cadrului normativ național. În mod special, este descrisă situația cu privire la implementarea modelului de *acord informat standardizat* și a *formularului de refuz*, cu demonstrarea importanței acestor instrumente pentru respectarea drepturilor pacientului, cât și a valorilor eticii medicale.

Capitolul 8 analizează conceptul de *audit etic*, ca domeniu nou și instrument utilizat în managementul eticii în instituție, necesar în evaluarea riscurilor etice și în elaborarea măsurilor preventive și corective. Sunt analizate măsurile de evaluare, care sunt practicate în instituțiile medico-sanitare din țară, fiind explicată necesitatea de a implementa proceduri de evaluare mult mai ample. Este propusă *Grila de audit etic*, elaborată de către autorul cercetării, cu scop de evaluare a nivelului de conformitate a instituției cu principiile de respectare a drepturilor fundamentale ale omului. Grila este disponibilă managerilor interesați să inițieze o evaluare în instituțiile care le conduc și reprezintă partea inovativă a acestei lucrări. În cadrul cercetării, Grila de audit etic a fost aplicată în evaluarea unei instituții medico-sanitare din țară care este prezentată în lucrarea prezentă ca Studiu de caz (anexa 11).

1. ORGANIZAREA ETICII ÎN INSTITUȚII – FUNDAMENTE TEORETICE ȘI VIZIUNI CONTEMPORANE

1.1. Dezvoltarea unei instituții morale

1.1.1. Natura obligațiilor morale ale organizațiilor

A fi responsabil, din punct de vedere moral, înseamnă a răspunde pentru acțiunile sale și pentru orice prejudiciu cauzat de aceste acțiuni. Responsabilitatea morală poate fi percepută la nivel *individual*, ceea ce înseamnă că fiecare persoană este responsabilă pentru a face ceea ce este corect. Totodată, astfel de responsabilitate este atribuită și la nivel de *grup, colectivitate*, adică o responsabilitate comună, colectivă, care se referă la aranjamente adecvate pentru abordarea prejudiciului larg și a faptelor greșite asociate cu acțiunile grupurilor. Rămâne deschisă întrebarea cu privire la modul în care noțiunea de responsabilitate morală, atribuită indivizilor, ar putea fi aplicată grupurilor și membrilor acestora, în parte.

Ca practică socială, precum și subiect de investigație filozofică, responsabilitatea morală a fost rezervată, în primul rând, acțiunilor care au loc în contextul relațiilor interpersonale. Problemele de responsabilitate morală apar, de obicei, în relații cum ar fi cele dintre prieteni, membri ai familiei, colegi de muncă, profesioniști și clienții acestora, studenți și profesori. În același timp, printre daunele colective, de care sunt responsabili anumite grupuri din țările cu economii avansate, se consideră înfometarea în lumea a treia, bolile industriale, oprimarea pacienților din spitalele psihice, întârzierile în disponibilitatea medicamentelor noi, care ar putea salva vieți etc. [23].

În prezent, sunt duse multiple discuții cu referire la responsabilitatea morală a organizațiilor, ca agenți morali, precum și natura obligațiilor morale pe care le putem proiecta asupra organizațiilor. O organizație este formată din indivizi care activează în cadrul unor scopuri comune, dar care reprezintă, în același timp, interese și medii variate. Poate oare fi atribuită responsabilitatea morală unei organizații, în același sens literal în care persoanele pot fi responsabile moral pentru ceea ce fac? Sunt expuse argumente și opinii precum că, ar trebui de destins modul în care o organizație poate fi privită, ca un agent moral, de forma de evaluare morală a membrilor acesteia [24].

Unii autori consideră că, organizația nu poate acționa în mod intenționat, deoarece acesteia îi lipsesc atributele de bază ale conexiunii minte-corp, care permite acțiunea intenționată pentru o ființă umană. Deciziile corporative pot fi luate numai de oameni, iar aceștia dețin controlul asupra propriilor acțiuni și nu sunt controlați de corporație, respectiv, nu sunt acțiunile corporației. De exemplu, dacă un copac cade, acesta nu este responsabil pentru cădere. Însă responsabilitatea pentru rezultat este a

celui care ține fereastră în mână [25]. La fel, pot fi interpretate și cazurile de acțiune amorală atribuite unei organizații, atunci când responsabilitatea este a unor angajați concreți. Când organizațiile sunt implicate în cauzarea unor prejudicii sau acțiuni apreciate de către societate ca fiind amorale, este mult mai probabil ca aceste efecte să fie din cauza neglijenței sau a neatenției unor angajați, decât rezultatul unor încălcări conștiente sau abuzuri intenționate din partea organizației. Este puțin probabil că o organizație are o intenție activă de a face rău. Însă, este mult mai probabil să existe, la unul din niveluri, o lipsă de conștientizare a riscului, o lipsă de îngrijorare, sau poate un grad de iresponsabilitate din partea celor care conduc organizația [26].

Chiar dacă, în astfel de cazuri, pentru membrii organizației poate fi mai dificil să anticipeze prejudiciul, responsabilitatea de a anticipa acțiunile dăunătoare și de a recunoaște lacunele existente, rămâne pe seama administrației, care reprezintă organizația ca structură și care ar trebui să își asume responsabilitatea pentru rezultate, inclusiv și cele negative. De exemplu, am putea considera amoral faptul că anumiți angajați ai unei organizații sunt implicați în acte de corupție, estorcarea de bani de la beneficiarii serviciilor prestate în cadrul instituției. Pe lângă lipsa de integritate a angajaților respectivi, organizația va purta responsabilitate morală în fața societății, care are așteptări pentru un comportament etic al angajaților acestei instituții. Implementarea instrumentelor și mecanismelor care ar face imposibile sau ar reduce actele de corupție din instituție ține de responsabilitatea directă a administrației.

Într-un astfel de context, organizația ar putea fi văzută ca având un echivalent moral de răspundere civilă, în care este intenția de a trage la răspundere pe cel care a avut un comportament incorect, dar și de a înțelege lacunele care au stat la baza acțiunilor dăunătoare [26].

În mod logic, orice organizație are obligația de a-și organiza mediul intern spre minimizarea posibilităților de prejudicii sau insatisfacție a persoanelor din interior, cât și celor din exterior, implicând măsuri rezonabile pentru a împiedica abuzuri, comportamente neadecvate sau alte acțiuni negative. Astfel, organizația poartă responsabilitate morală justificată, din punct de vedere etic, pentru structurile și procesele sale. Angajații nu se pot justifica moral pentru un prejudiciu adus indicând, pur și simplu, responsabilitatea organizației. În același timp, acțiunilor individuale ale persoanelor, inacceptabile, din punct de vedere moral, nu înseamnă automat nevinovăția organizației. Cu toate că, fiecare persoană dintr-o organizație este responsabilă pentru propriul său comportament, membrii comunităților și organizațiilor sunt parțial (mai mult sau mai puțin) responsabili pentru

comportamentul colegilor săi. Deci, pentru a înțelege și a schimba comportamentul unui individ, trebuie să înțelegem și să încercăm să schimbăm mediile organizațiilor cărora le aparțin.

Totuși, acțiunile unei organizații nu se reduc doar la acțiunile indivizilor care participă la ele. O organizație complexă, ca persoană juridică, posedă o structură de decizie internă, care realizează o subordonare și o sinteză a intențiilor și acțiunilor diferitor persoane fizice, transformându-le în acțiune cu adevărat colectivă. În acest sens, este important de menționat două elemente importante în luarea deciziei interne: (1) prezența unei ierarhii procedurale, prin care se stabilește modul în care subdiviziunile din cadrul organizației se implică în luarea deciziilor și modul prin care deciziile colective sunt ratificate în numele întregii organizații și (2) prezența unui sistem clar diferențiat prin care se asigură divizarea responsabilităților, puterii de decizie și procedura de comunicare internă și externă [23].

Administrația instituției nu numai că organizează și canalizează eforturile individuale într-un mod care produce o acțiune colectivă, dar trebuie să ofere și continuitate activității organizației. Prin decizii manageriale vor fi stabilite anumite politici și urmărită îndeplinirea unor obiective concrete, chiar dacă membrii organizației se schimbă. Într-o organizație corect structurată, odată cu plecarea unui angajat, nu se formează în vid, dar sunt dezvoltate mecanisme care permit compensarea imediată și completarea eforturilor pentru realizarea obiectivelor instituției. Astfel, entitatea apare ca un organism integru, o structură cu propria viață, care poate fi pe deplin apreciată ca agent moral, responsabil pentru realizarea unor promisiuni declarate societății prin obiectivele și țințele asumate public. Prejudiciile aduse de acțiunile sau inacțiunile organizațiilor complexe variază de la acceptarea condițiilor de muncă periculoase, poluarea mediului, până la implementarea coruptă sau neglijentă a unui program guvernamental, de exemplu. Aceste condiții sunt suficiente pentru a apela la responsabilitatea morală a organizațiilor respective. Însă, în același timp, trebuie să fim conștienți că, organizațiile tind să acționeze din propriile motive organizaționale, care reflectă obiectivele grupului sau instituției în cauză. Mai mult chiar, se poate întâmpla ca motivele și obiectivele personale ale membrilor unui colectiv să fie diferite de cele declarate de către reprezentanții oficiali ai organizației. Uneori administrația/factorii de decizie la nivel instituțional, în procesul de luare a deciziilor organizaționale, pot accepta anumite motive, fie cu conotații morale, cât și non-morale. O astfel de trăsătură a procesului decizional în cadrul organizațiilor poate permite aplicarea condiției de învinuire a acestora, din perspectiva moralității acțiunii.

Importanța responsabilităților morale în organizație este, de obicei, promovată și dictată prin cultură. În același timp, companiile pot fi, de asemenea, o sursă de prejudiciu pentru membrii/angajații săi, în special atunci când le impun anumite sarcini sau solicitări. În cele mai multe cazuri, aceste prejudicii ar fi compensate de anumite avantaje aferente, în așa fel încât să nu fie tratate ca daune, cu adevărat, dar mai degrabă ar fi costuri necesare pentru calitatea de membru/angajat, suportate de bunăvoie [27].

Kevin Gibson (1995) afirmă că o corporație este mai mult decât o colecție de indivizi și, în mod distinctiv, o organizație are ceea ce numim cultură. Gibson apreciază compania ca o entitate organică, care reacționează și se schimbă odată cu schimbarea circumstanțelor. Angajații sunt selectați doar în urma unei evaluări a modului în care valorile și comportamentele lor se potrivesc cu cele ale organizației. De obicei, misiunea declarată a organizației nu reflectă cel mai bun interes direct al oricărui angajat în parte, însă, aceasta este orientată spre supraviețuirea pe termen lung și beneficiul organizației în sine. Prin urmare, organizația este mult mai mult decât un simplu colectiv de indivizi, având o viață proprie, care se manifestă, în special prin cultura sa - obiceiurile, tradițiile, sistemele de valori, normele comportamentale și modul de a face afaceri, care sunt specifice sau chiar unice pentru fiecare organizație în parte. Cultura corporativă creează climatul moral al unei organizații și va afecta nemijlocit modul în care angajații se comportă la locul de muncă [26, p.764].

1.1.2. Responsabilitatea morală a instituțiilor medico-sanitare

Instituțiile medico-sanitare trebuie să se supună unor legi și reguli acceptate la nivel de societate. Respectarea principiilor democratice, deschiderea și transparența față de populație, inclusiv cu implicarea în anumite procese de decizie, fac parte din responsabilitatea unei instituții medico-sanitare. Totuși, organizațiile care oferă servicii medicale și angajații lor se confruntă cu probleme care nu sunt abordate sau acoperite, în mod adecvat, de principiile eticii medicale și nici cele ale eticii clinice. Prima categorie de probleme le includ pe cele care decurg din influența contextului organizațional asupra comportamentului individual. Pe când problemele din a doua categorie apar din multitudinea și complexitatea responsabilităților instituțiilor medico-sanitare, fapt ce iscă frecvent tensiuni între aceste responsabilități. De exemplu, în timp ce medicii au responsabilități față de pacienții lor, organizațiile au responsabilități față de întreaga populație, precum și față de angajați, furnizori și alte părți interesate. Toate aceste relații presupun respectarea strictă a unor standarde și reglementări [28].

Responsabilitatea morală a instituțiilor medico-sanitare implică multe aspecte sensibile. Mai întâi de toate, aceste instituții există pentru a face ceva pozitiv, cu un scop moral intrinsec, cum este furnizarea de îngrijire medicală. Această funcție implică prezența unor valori morale înalte și amplifică așteptările și cerințele populației față de instituțiile medico-sanitare, atribuindu-le un grad mult mai mare de responsabilitate decât altor entități, publice sau private [25].

Totodată, domeniul de îngrijire a sănătății se caracterizează printr-un sistem propriu de reglementare etică - coduri, jurăminte și norme profesionale - care impun anumite limite comportamentale angajaților din acest domeniu. În același timp, instituțiile medico-sanitare, ca agenți economici, gestionează fonduri și sunt interesate în dezvoltare, micșorare de cheltuieli și acumulare de beneficii instituționale. Însă, acolo unde există interes financiar, va crește și riscul unor acțiuni mai puțin morale. Începând cu anii '60 ai secolului trecut, asistența medicală a fost apreciată ca industrie și, treptat, devine un "complex medical industrial", în care activitatea terapeutică este în competiție cu interesele profitabile din prestarea serviciilor. Devine o obișnuință aplicarea principiilor de piață în gestionarea serviciilor de sănătate, calcularea cost-eficienței și eliminarea cheltuielilor inutile. Totuși, aceste obiective trebuie acceptate doar prin prisma unor analize morale, altfel apare riscul de compromitere a valorilor fundamentale ale activității medicale și apariției fenomenului de "mâini murdare" în organizarea serviciilor de sănătate. În special, aceasta se referă la situațiile când angajații sunt nevoiți să procedeze amoral, fiind impuși de condițiile, în care își desfășoară activitatea profesională, organizate de către instituția în care activează [29]. Astfel, angajații ajung în situații de dilemă morală și dublă loialitate [30, pp.63-76].

Este în comun stabilit că acțiunile lucrătorilor medicali trebuie mereu să fie centrate pe pacient, prioritar fiind valorile precum: competența, compasiunea, încrederea, respectul demnității. În mod separat, este accentuată importanța respectării de către orice lucrător medical a libertății și autonomiei pacientului, prin luarea în comun a deciziilor ce țin de conduita clinică, deoarece, procesul de decizie cu referire la tratament este realizat de către personalul medical doar printr-un schimb de informații și înțelegerea reciprocă a valorilor. În același timp, pacienții trebuie să aibă încredere în instituția medico-sanitară și angajații acesteia, să fie siguri că li se vor oferi îngrijiri adaptate nevoilor, dându-li-se prioritate față de alte interese. O instituție medicală trebuie să pledeze mereu pentru o imagine bună în societate, ceea ce este important, atât din punct de vedere financiar (atrageră de pacienți, investitori), cât și din punct de vedere al prestigiului profesional pe care toți

angajații îl simt și se pot mândri că fac parte din echipa respectivă. Pacienții vor aprecia și vor alege instituțiile cu un rating mai mare, cu dotare și condiții de calitate și cu personal calificat și corect.

La rândul său, managementul instituției este interesat ca lucrătorii medicali să ofere îngrijire neconflictuală, orientată spre pacient. Pe lângă condițiile și contextul unor acțiuni etice, care trebuie organizate și menținute într-o instituție medicală, nu mai puțin importante sunt și „competențele etice” ale angajaților, cum ar fi: conștientizarea etică, luarea deciziilor etice, reflecția etică și capacitatea de a recunoaște problemele etice și de a respecta valorile și normele morale. Competența etică poate fi apreciată ca un comportament și acțiuni etice, solicitând unui angajat cunoașterea legislației, a valorilor, a principiilor și a codurilor etice care (împreună cu politicile și procedurile organizaționale) permit unui lucrător medical să recunoască și să abordeze cu încredere problemele etice cu care se confruntă în activitatea practică zilnică [31]. Astfel, pentru a asigura o calitate înaltă a serviciilor prestate în instituția medico-sanitară pe care o gestionează, un manager va trebui să se asigure de gradul înalt de competență etică a angajaților săi, precum și de dezvoltarea lor profesională continuă [32].

Organizarea și oferirea asistenței medicale, la fel ca și alte aspecte ale vieții sociale, ar trebui să decurgă în conformitate cu principiile etice universale, respectând ființa umană și drepturile fundamentale. Astfel, instituțiile medico-sanitare ar trebui să desfășoare acțiuni sau să adopte decizii care ar pune în aplicare reală valorile universale precum: justiție, echitate, solidaritate și egalitate. Este important de a nu admite situații de discriminare sau marginalizare a unor grupuri ori indivizi pe motiv de oarecare apartenență, de a distribui resursele în manieră echitabilă și justificată moral, de a stabili scopuri comune în promovarea sănătății și a dezvoltării sociale. Un comportament responsabil, din punct de vedere social, contribuie la protejarea și promovarea imaginii unei instituții, ceea ce duce la creșterea competitivității acesteia. Totodată, pentru a crește gradul de responsabilitate etică a angajaților, managerii instituțiilor medico-sanitare trebuie să le dezvolte încrederea și să le delege dreptul de a fi „avocații” pacienților lor. Angajații trebuie implicați activ în procesul de creare, discuție și îmbunătățire a ghidurilor instituționale care se referă la organizarea procesului de îngrijire medicală și la bunăstarea pacientului [33].

Este cert faptul că, furnizarea serviciilor de asistență medicală ar trebui să difere esențial de activitatea companiilor comerciale. De George (1982) descrie responsabilitatea morală a spitalelor, invocând trei niveluri: (1) responsabilitatea față de un individ, (2) față de un grup de persoane și (3) față de societate. Astfel, spitalul are responsabilitate morală față de beneficiarii săi din extern (pacienți

și familiile lor), cât și față de persoanele angajate (intern). De George face, de asemenea, distincție clară dintre responsabilitatea morală a unui medic, ca specialist, și responsabilitatea morală a unui medic în rolul sau de angajat al unui spital. De exemplu, dacă spitalul devine un loc pentru experimente eugenice sau pentru exterminare rasială, poate fi o obligație morală a tuturor angajaților să se disocieze de spital, chiar dacă nu sunt responsabili pentru adoptarea politicilor în cauză sau nu sunt direct implicați în implementarea acestora. Responsabilitatea morală a unui spital include organizarea serviciilor conform necesităților populației, prestarea serviciilor performante cu echipamente de ultimă oră și de calitate adecvată, angajarea cadrelor calificate [34]. Aceste responsabilități trebuie preluate, în modul respectiv, de către angajații instituției. Astfel, pentru managerii instituțiilor din sistemul de sănătate devine prioritar procesul de identificare a pârgghiilor prin care în organizație să fie promovate valorile declarate ale instituției (inclusiv și responsabilitățile asumate), pentru ca să fie acceptate implicit în comportamentele zilnice ale angajaților, iar misiunea organizației să devină scop comun real spre care ar tinde fiecare angajat de diferit nivel. Calitatea actului medical trebuie să fie atât prioritatea fiecărui lucrător medical, cât și a instituției medicale, per ansamblu. Este important ca, mecanismele de penalizare pentru eșecurile sau prejudiciile întâmplare să fie analizate ca o problemă a instituției, cu recunoașterea lacunelor în organizare și administrare, fără a fi plasate pe umerii unui singur angajat, identificat ca fiind unicul vinovat. Aprecierea responsabilității morale a instituției medicale va duce la responsabilizarea unificată a tuturor membrilor organizației, la consolidarea culturii organizaționale și a climatului moral.

1.1.3. Construirea relațiilor morale ale unei instituții

Instituțiile medico-sanitare, fiind în autonomie financiară și în relații contractuale de prestare de servicii, vor desfășura activitate similară unei organizații de afaceri, pentru a putea supraviețui și a se menține pe piața serviciilor. Problemele etice, care apar în aceste componente, sunt mult mai aproape domeniului de *etica în afaceri* (*business ethics* – eng.), decât celui de etica medicală/clinică [35, 36, 37]. Astfel, devine important de a analiza complexitatea etică a echilibrării obiectivului de organizare a unei asistențe de calitate, oferite pacienților, cu alte obiective importante, cum ar fi sustenabilitatea financiară a instituției, bunăstarea personalului și responsabilitatea publică. Unii autori [38] identifică trei categorii principale de probleme etice în instituțiile medicale:

- (i) probleme etice apărute în activitatea clinică, ca urmare a deciziilor luate în alte părți/departamente ale organizației;
- (ii) probleme etice în activitatea clinică cu implicații organizaționale de anvergură;

(iii) probleme etice legate, în mod specific, de aspectele de afaceri ale organizațiilor din domeniul sănătății.

Fiind o structură foarte complexă, instituția medico-sanitară implică mult mai multe componente precum sunt: relația cu angajații, organizarea serviciilor, satisfacția beneficiarilor, gestionarea fondurilor etc. (Figura 1)

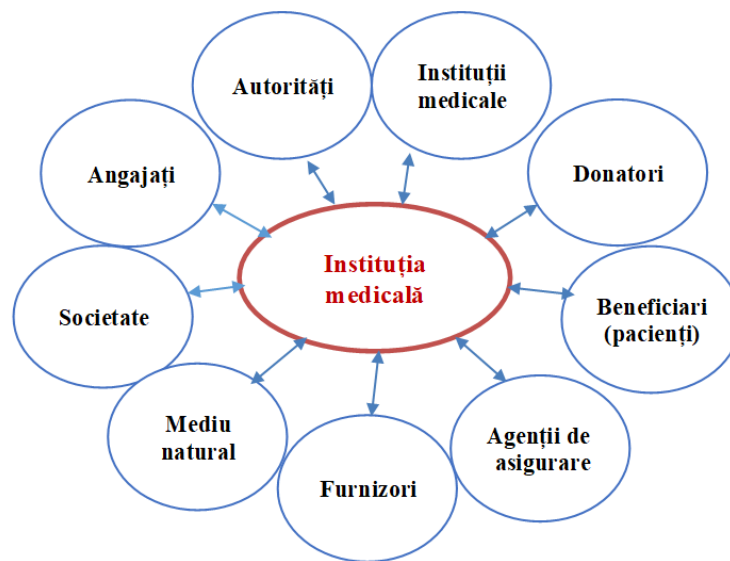


Figura 1. Diversitatea relațiilor unei instituții medico-sanitare [30, p.87].

Winkler și Gruen formulează patru principii etice care trebuie aplicate de către managementul instituției medicale în realizarea activităților pe fiecare dintre dimensiunile și rolurile care le are [28]:

1. Serviciile medicale trebuie oferite cu compasiune.
2. Angajații trebuie tratați cu respect.
3. Trebuie de acționat în spirit public.
4. Resursele trebuie cheltuite rezonabil.

Problema esențială care poate apărea în aplicarea acestor principii este faptul că, uneori, acestea vor avea nevoie de decizii pentru a le oferi o prioritizare. Spre exemplu, pentru a acționa „în spirit public” și a asigura accesul echitabil și nediscriminatoriu pentru toate grupurile de pacienți, instituției i se va propune să deschidă un tip de servicii dedicate doar unui grup minoritar de pacienți, cu o maladie specifică. În același timp, această investiție va solicita foarte multe resurse și spitalul va trebui să reducă din accesul și calitatea generală a serviciilor oferite pentru întreaga populație deservită. Respectiv, managerul instituției va trebui să analizeze decizia respectivă inclusiv și din perspectiva cheltuielilor rezonabile.

Astfel, procesul de luare a deciziilor în administrarea unei instituții sanitare este complex și pluridimensional, fiind necesar de a fi analizate toate laturile și efectele unor acțiuni, atât pe termen imediat, cât și în timp. Relațiile care le construiește o instituție medicală pot fi analizate prin patru perspective [35] și anume:

1. Instituția ca prestator de servicii medicale de calitate, în relație cu beneficiarii;
2. Instituția – angajator responsabil în relație cu angajații;
3. Instituția ca actor social care acționează în spirit și beneficiu public;
4. Instituția ca agent economic în relația cu furnizorii, donatorii și agențiile de asigurări.

Fiecare dintre aceste perspective de relaționare a unei instituții medico-sanitare își are particularitățile sale, care trebuie luate în considerare în procesul de decizie.

Instituția medico-sanitară ca prestator în relație cu beneficiarii

Acțiunile lucrătorilor medicali trebuie mereu să fie centrate pe pacient, prioritare fiind valorile precum competența, compasiunea, încrederea, respectul demnității. În mod separat, este accentuată importanța respectării libertății și autonomiei pacientului, de către orice lucrător medical, prin luarea în comun a deciziilor ce țin de conduita clinică, printr-un schimb de informații și înțelegerea valorilor pacientului. Această relație trebuie să fie bazată pe încredere în instituția medico-sanitară și profesioniștii acesteia, pe convingerea că li se vor acorda servicii sigure și de calitate, de către personal calificat și onest.

Desigur, o instituție cu o cultură organizațională etică și valori morale înalte va avea o imagine bună în societate. Drept punct de reper vor fi deciziile și acțiunile administratorilor instituției în cazurile concrete, când se identifică careva conflicte și probleme etice în activitatea clinică practică, nemijlocit în relațiile dintre personalul medical și pacienți. Pentru a crește gradul de responsabilitate etică a angajaților, managerii instituțiilor medico-sanitare trebuie să le dezvolte încrederea și să le delege dreptul de a fi „avocații” pacienților lor. Angajații trebuie implicați activ în procesul de creare, dezbateri și îmbunătățire a ghidurilor instituționale care se referă la organizarea procesului de îngrijire și la bunăstarea pacientului [33, 39 p.69-103].

Instituția medico-sanitară angajator responsabil în relație cu angajații

Instituțiile medico-sanitare sunt locuri de muncă a sute și mii de angajați, unde sunt desfășurate relații bine determinate în actele normative în vigoare. Relațiile dintre angajator și angajați sunt înrădăcinate în mișcarea sindicală și în drepturile lucrătorilor care, la nivel internațional,

se regăsesc în prevederile unor tratate și convenții dedicate dreptului la muncă și odihnă, iar la nivel național sunt reflectate prin drepturile constituționale și prevederile Codului Muncii.

Angajatorul are obligația de a oferi salarii echitabile, de a garanta condiții de muncă sigure și adecvate, condiții de odihnă, de a stabili recompense în baza unor principii corecte. Este important de a evita hărțuirea, persecuția și discriminarea angajaților la locul de muncă, de a crea condiții pentru a le permite să își exprime opiniile. Satisfacția înaltă a angajaților la locul de muncă trebuie să fie percepută de către manageri ca un indicator important pentru asigurarea calității actului medical, fiindcă un angajat nemulțumit va avea o motivare mai scăzută de a se implica pe deplin în realizarea responsabilităților sale. Nemulțumirea și insatisfacția angajaților crește riscul calității joase a serviciilor prestate și a creșterii nemulțumirii și insatisfacției beneficiarilor. Organizațiile ar trebui să își responsabilizeze angajații prin crearea și menținerea unui climat etic. O astfel de împuternicire este o condiție pentru ca angajații să își asume responsabilitatea pentru acțiunile lor [40].

Managerii trebuie să fie conștienți de numărul mare de dileme și probleme etice care se pot întâlni în activitatea zilnică a personalului medical din instituție și trebuie să realizeze activități strategice, care ar reduce riscul apariției unor astfel de probleme. Ei trebuie să implementeze instrumente care ar sta la dispoziția angajaților pentru a le oferi consultanță, când este necesar.

Instituția medico-sanitară - structură socială

În contextul societății actuale, nu este suficient ca o instituție medicală să răspundă doar de calitatea tehnică a serviciilor sale, oferind prețuri competitive sau implementând tehnologii avansate. Este la fel de important de a manifesta respect față de beneficiarii săi, față de angajați și de societate [41]. Comitetul Internațional de Bioetică al UNESCO a elaborat un *Raport privind responsabilitatea socială și sănătatea* în care a abordat conceptul de *responsabilitate socială* în contextul furnizării de îngrijiri medicale și al asigurării dreptului la acces la servicii de sănătate, sugerând o nouă paradigmă în guvernarea spitalelor [42].

De fapt, termenul de „responsabilitate socială” a apărut recent, în contextul eticii companiilor și instituțiilor private, ca modalitate de definire a îndatoririlor morale pe care aceste companii le au față de societățile în care sunt stabilite, dincolo de constrângerile și obligațiile determinate de lege. Aceasta este extinsă de la indivizi la grupuri și comunități, instituții private, publice și corporații, în măsura în care acestea produc efecte benefice sau dăunătoare pentru lucrători, furnizori, clienții, persoane interesate sau mediul înconjurător. Astfel, instituțiilor și corporațiilor le este atribuită nu doar o personalitate juridică, dar și una morală. În domeniul sănătății, responsabilitatea socială

corporativă presupune o obligație etică care impune instituțiile medico-sanitare să facă ceva benefic în probleme precum furnizarea de îngrijiri medicale de calitate tuturor celor care au nevoie [43].

Pentru a realiza acest ideal, instituțiile medico-sanitare ar trebui să definească obiective (misiunea) și programe sociale care să integreze principiile etice atât în planificarea strategică, cât și în activitatea lor zilnică [44]. Am putea spune că, responsabilitatea socială apare în spațiul de interconexiune a performanței unei instituții medico-sanitare cu valorile unei societăți, fiind reprezentat grafic prin următoarea schemă (Figura 2).



Figura 2. Locul responsabilității sociale în activitatea instituției medicale [30, p.118].

Instituția medico-sanitară ca agent economic

Evoluția modelului de finanțare a sistemelor de sănătate și trecerea la sistemul de asigurare obligatorie în medicină, precum și dezvoltarea tot mai intensivă a sectorului privat în sănătate, transformă instituțiile medico-sanitare în agenți economici. Serviciile medicale sunt prezentate ca ofertă, care au un preț și care sunt cumpărate de către companiile/agențiile de asigurări medicale sau de către persoane, în mod individual. Un manager va trebui să își prezinte instituția ca furnizor de servicii și să dezvolte relații contractuale cu asiguratorii, agenți economici pentru aprovizionare cu medicamente, produse alimentare, materiale și lucrări de construcție etc. Instituția va trebui să devină competitivă pe piața serviciilor medicale, pentru a putea „vinde” cât mai multe servicii, la un preț cât mai avantajos. Chiar dacă instituțiile publice sunt nonprofit, banii acumulați în sold sunt necesari pentru dezvoltarea instituției, pentru remunerare suplimentară a personalului și îmbunătățirea infrastructurii, ceea ce, în mod direct și indirect, va crește satisfacția angajaților, dar și a beneficiarilor de servicii – pacienții și rudele acestora. Astfel, interesul de a acumula fonduri este un interes la fel de mare pentru instituțiile publice, cât și pentru cele private [30, p.119-121].

Problema costurilor și a calității asistenței medicale este mereu în centrul discuțiilor. Piața serviciilor medicale s-a extins, fiind în creștere cerința consumatorului pentru tehnologii medicale avansate, confort, condiții decente oferite în instituție etc. Acest lucru a impus directorii să adopte strategii și obiective operaționale pentru a asigura supraviețuirea organizațională. Managerii, fiind în realitățile unui nou model economic de furnizare a serviciilor și a unei competitivități tot mai evidente,

trebuie să fie în permanentă căutare a posibilităților de dezvoltare a instituției, dar și de supraviețuire. Devine importantă permanenta căutare a posibilităților de a reduce cheltuielile, atunci când costurile sunt în permanentă creștere, de a eficientiza serviciile și a îmbunătăți calitatea, în condițiile de insuficiență de personal în poziții critice și așteptări tot mai mari de la beneficiari [35, 45]. O preocupare aparte devine partea legală a interacțiunii dintre pacient și furnizor, atunci când trebuie de gestionat cazurile de malpraxis, fiind necesară implicarea juriștilor instituției [46, 47].

Astfel, în căutarea soluțiilor pentru beneficiul material al instituției, trebuie de menținut un echilibru dintre aspectul moral și economic al activității, prin prisma următoarelor principii [37]:

- asistența medicală nu trebuie privită doar ca o afacere;
- trebuie să funcționeze la un standard moral mult mai înalt decât alte sectoare ale economiei;
- sectorul sănătății nu e locul de funcționare a regulilor pieței libere.

„Clientul” instituțiilor medico-sanitare este pacientul care, de cele mai multe ori, apelează după ajutor, fiindcă este bolnav, vulnerabil, poate fi disperat, îngrozit, confuz și neajutorat. Astfel, asistența medicală nu poate fi egalată cu oricare altă afacere. Mai mult, există o oarecare ambiguitate cu privire la cine este, totuși, clientul spitalului – plătitorul (asiguratorul) sau pacientul. În afacerile standard, clientul este atât consumatorul, cât și plătitorul pentru produsul sau serviciul primit. În asistența medicală, beneficiarul îngrijirii nu întotdeauna este și plătitorul, iar interesele acestor părți pot intra în conflict, iar diferiți angajați ai instituției pot oferi prioritate diferită acestor interese [48].

Procesul de industrializare a activității medicale induce riscul unor situații de comportament neetic, unde dorința profitului și a beneficiilor încalcă anumite principii morale și normele unui comportament etic așteptat de la instituția medicală. Cum ar fi, de exemplu, cazurile de efectuare a intervențiilor chirurgicale inutile cu scopul de a crește veniturile, sponsorizarea nedeclarată a unor cercetări farmaceutice, conflictele de interese financiare în activitatea clinică și în cercetare etc. Medicii trebuie să decidă dacă ar trebui să utilizeze tratamente noi și scumpe sau să respecte solicitările șefilor de a reduce costurile pentru tratament; să colaboreze cu reprezentanții unei companii farmaceutice sau a unui centru privat pentru unele beneficii/remunerări personale etc. [36].

Totodată, instituția este impusă să acționeze în limitele unui cadru normativ pentru păstrarea confidențialității, a diversității, a echității și a incluziunii etice [37]. Un manager va înțelege că neconformitățile în aceste domenii vor afecta grav reputația instituției, ceea ce se va răsfărânga asupra veniturilor, iar cheltuielile pentru acoperirea prejudiciilor sau a costurilor pentru avocații necesari în litigiile inițiate vor ruina bugetul instituției.

1.2. Evoluția procesului de instituționalizare a eticii

1.2.1. De la etica scolastică la etica aplicată

Etica (sau gândirea morală) se ocupă de studierea comportamentului uman, în special față de alte ființe umane, înaintând totalitatea normelor de conduită morală și a principiile care o pot reglementa. Filosofii discută despre etică de cel puțin 2500 de ani, începând cu timpurile lui Socrate și Platon. Treptat, societatea umană a transformat convingerile etice în chestiuni juridice, adică ceea ce era doar o normă morală, este ulterior trecută într-o lege, regulament sau regulă. Comportamentul etic al unei persoane este rezultatul percepției acțiunii prin prisma aprecierii de a fi ”corectă” sau ”greșită”. Această percepție se bazează pe norme, îndatoriri, valori și trăsături de caracter individuale. Totodată, comportamentul etic depinde de capacitatea de a recunoaște existența problemelor etice, de a analiza lucrurile din perspectiva etică [49, 50].

Etica este un domeniu foarte larg, complex și se ocupă de aspectul substanțial, de conținut, al limbajului moral. Filosofii, într-o manieră metaetică, au căutat mereu să exploreze teme foarte complexe și profunde legate de natura moralității, căutând înțelesul noțiunilor morale și existența adevărilor morale. Totodată, prin abordarea unor teorii ale eticii normative, precum sunt cele deontologice, a virtuții, a grijii etc., filosofii au încercat să identifice criteriile și normele unui comportament corect, principiile morale potrivit cărora putem descrie o acțiune drept *corectă* sau *greșită* și modul în care standardele morale de bază sunt atinse și justificate [14, 51].

Pe parcursul anilor, cuvântul „etică” capătă semnificații diferite în diverse contexte sociale. Pentru specialiștii în filosofie, etica va rămâne a fi interpretată ca o ramură a filosofiei. În același timp, tot mai mult se discută despre *etică aplicată*, prin care teoria etică se aplică la o serie de subiecte relevante pentru un anumit domeniu de studiu (de exemplu, etica afacerilor, etica administrației publice, etica jurnalismului, etica cercetătorului etc.). Etica aplicată apare ca un nivel următor în evoluția eticii teoretice, în care se trece de la teorie la dispute morale aplicate în practică. Etica aplicată încearcă să apropie teoria filosofică de viața cotidiană, să înțeleagă provocările unei lumi în transformare rapidă, să clarifice felul în care o schimbare sau alta sunt dezirabile, să determine măsura în care convingerile morale pot fi justificate, sunt compatibile unele cu altele, precum și cu principiile morale acceptate de o societate [50, 52].

Ca disciplină distinctă, *etica aplicată* sau *etica practică* [53] se cristalizează la începutul anilor '70, când apar un șir de publicații dedicate acestui domeniu [54]. Astfel, prin definiție, *etica aplicată* apare ca o ramură a eticii dedicată problemelor morale, practicilor și politicilor din viața personală,

profesională, în aplicarea tehnologiilor sau în procesul de guvernare [53]. Spre deosebire de conceptele eticii tradiționale care, într-o manieră deseori foarte scolastică, sunt preocupate de probleme pur teoretice, cum ar fi, de exemplu, dezvoltarea unui criteriu general a „ceea ce este universal corect”, etica aplicată își are punctul de plecare din provocările practice, încercând să găsească soluții și răspunsuri la situații concret apărute [55].

Progresul științific actual a inițiat situații cu încărcătură morală fără precedent, ceea ce a impus dezvoltarea domeniului eticii aplicate, solicitându-i o flexibilitate ajustată la evoluția rapidă a lucrurilor. Implementarea tehnologiilor contemporane inițiază întrebări foarte complexe, cum ar fi, de exemplu, cele legate de locul inteligenței artificiale în viața cotidiană. Moralitatea societății trebuie să se ajusteze la posibilitățile și contextul nou apărut, în care aplicarea tehnologiilor depășește capacitatea de analiză etică tradițională [56]. Perspectivele transplantologiei, problemele legate de tehnologiile de fertilizare artificială, ingineria genetică și tentativele de clonare umană impun societatea să își revadă radical canoanele etice stabilite de secole. De exemplu, prima naștere a unui copil conceput prin tehnologii de fertilizare artificială a generat o rezistență puternică în societatea secolului trecut. Teologi, filosofi și chiar medici puneau la îndoială corectitudinea acestei proceduri, din perspectivă morală și religioasă. Astăzi, această metodă este înalt apreciată de majoritatea societății, fiind considerată o normă, alături de multe alte proceduri medicale prestate în sute și chiar mii de instituții medicale din lume. Dacă, inițial, societatea discuta atitudinile față de această procedură, ulterior disputele etice se vor limita la procesul de realizare, dar nu vor mai pune la îndoială aspectul etic al însăși aplicării acestei tehnologii. Astfel, reflecția etică este un proces continuu în domeniul sănătății, în discuție fiind puse valori precum sănătatea, viața, demnitatea, integritatea și autonomia etc., care stau la baza relațiilor într-o societate democratică [30, p.26-46].

Totodată, trebuie să menționăm că, analiza etică a activităților din domeniul sănătății se extinde pe un teren foarte larg, începând de la relația nemijlocită dintre lucrător medical și pacient, rudele acestuia, aspectele deontologice ale relațiilor intercolegiale, particularitățile cercetării biomedicale, până la provocările și responsabilitățile în fața comunității, în special din moment ce instituțiile medico-sanitare sunt privite ca structuri interesate de profit, în condiții de competitivitate. Dezvoltarea de noi domenii științifice biomedicale și introducerea tehnologiilor și a metodelor de tratament inovatoare inițiază subiecte etice emergente, discutate tot mai frecvent în literatura profesională, la nivel național și internațional [57, 58].

Întrebările etice din activitatea medicală afectează toate părțile interesate – manageri ai autorităților din sănătate, furnizori de servicii medicale și pacienții, precum și societatea în întregime. În aceste condiții, etica devine o necesitate indispensabilă în procesul de îngrijire și tratament, precum și în luarea deciziilor administrative și dezvoltarea politicilor de sănătate. Toate aceste domenii solicită analize etice amănunțite, fiind surse de dileme și conflicte de ordin etic unde, deseori, cele patru principii ale eticii medicale propuse de Beauchamp și Childress (autonomie, non-dăunării, beneficiului și justeței) [59] nu sunt suficiente pentru a formula soluții.

Etica, ca domeniu strict filosofic, începe să fie integrată tot mai mult în practică, fiindu-i cerute răspunsuri concrete la situații reale. Etica aplicată trece de la abordările normative și dezvoltă instrumente practice, care o fac deja parte indispensabilă a procesului de activitate cotidiană. [60] Treptat, noțiunea de „filosof etician” începe să fie înlocuită cu cea de „expert moral”, acesta fiind considerat specialistul care și-a folosit cunoștințele de filosofie pentru a vorbi cu autoritate despre chestiuni practice, aplicative. Tot mai multe surse științifice descriu astăzi rolul și locul eticianului în activitatea unei instituții medico-sanitare. Această specialitate este implementată în spitalele din SUA încă în a doua jumătate a secolului trecut și, pe parcursul ultimilor 20 de ani, este tot mai frecvent întâlnită în țările cu economii dezvoltate [61, 62, 63].

Începând cu a doua jumătate a secolului trecut, etica în relație cu științele biomedicale începe a se ramifica în sub-domenii mult mai înguste, dar și prin o manieră mult mai aplicabilă (bioetica, etica cercetării, etica clinică). Principiile și canoanele scolastice ale eticii hipocratice încep să fie interpretate în contextul unei aplicări practice. Totodată, aspectele etice ale domeniului biomedical încep a fi pe larg descrise și interpretate de diferite structuri și asociații profesionale internaționale. În special, menționăm codurile și declarațiile aprobate de Asociația Medicală Mondială (AMM) cum sunt, de exemplu, Declarația de la Geneva [64] adoptată în 1948; Codul Internațional de Etică Medicală [65] adoptat în 1949; Declarația de la Helsinki [66] adoptată în 1964. Pe lângă aceste documente fundamentale, AMM are adoptate peste 100 de documente politice cu referire la anumite probleme specifice de natură etică, inclusiv cu referire la instruirea medicală [67].

Sistemul de valori și principii promovate în domeniul eticii medicale într-o manieră teoretică, a avut, în esență, scopul de a reglementa alegerile morale și profesionale făcute de către medic în relația cu pacienții și colegii săi de breaslă. Totuși, practica medicală contemporană, în contextul progresului biotehnologic și declarării tot mai evidente a drepturilor fundamentale ale pacienților, s-a confruntat cu rigiditatea teoretică și chiar canonică a acestui domeniu. Etica medicală a avut nevoie

de o schimbare spre flexibilitate, cu asumarea atribuțiilor eticii aplicate. Astfel, prin aplicarea nemijlocită a eticii în practica clinică (așa-numita activitate „la patul bolnavului”), s-a evidențiat o ramură separată a eticii aplicate și anume – *etica clinică*, înțeleasă ca o abordare structurată a luării deciziilor etice în medicină. Aceasta este identificată pentru a ajuta la ghidarea alegerilor privind îngrijirea medicală, soluționarea disputelor etice și medierea conflictelor în cazuri clinice [68].

Etica clinică se bazează pe presupunerea că persoanele cu o varietate de perspective profesionale (sau personale) au o miză morală egală în îngrijirea pacientului și trebuie să-și facă vocea auzită în luarea deciziilor cu referire la tratament în cazuri de dilemă sau în cazuri complexe din punct de vedere etic. Acest concept este formulat inițial de către eticienii americani și este insistent promovat în ultimele decenii prin modelul asistenței medicale oferite în echipe complexe [45]. Atunci când în tratamentul sau în îngrijirea pacientului sunt implicați numeroși clinicieni și personal al spitalului, pot apărea cazuri de comunicare inadecvată, conflicte între aparținători sau dezacorduri între membrii familiei cu privire la tratamentele propuse. Aceste situații pot crea impedimente în implementarea planurilor de asistență pentru fiecare pacient, implicând probleme de consimțământ informat, luarea deciziilor cu referire la viață și moarte, durere și suferință, precum și probleme legate de comunicare, dezvăluirea adevărului etc. [48].

La mijlocul secolului trecut, se desprinde o nouă ramură filosofică, cu tangență nemijlocită la etica medicală tradițională – *bioetica* sau *etica vieții*, care este promovată ca spațiu de reflecție și preocupare pentru impactul progresului rapid al științelor biomedicale asupra moralității unei societăți. Subiectul bioeticii devine valoarea vieții în orice manifestare și la orice nivel de dezvoltare. Într-o definiție simplă, scopul principal al bioeticii este de a proteja viața ca fenomen natural, abordând subiecte mult mai largi, decât cele analizate tradițional de teoriile eticii medicale, tratând probleme morale inițiate de evoluțiile științelor biologice, în genere [57, 69, 70].

Putem spune că, bioetica, prin o abordare interdisciplinară (făcând o compliantă dintre etică, filosofie, medicină și drepturi) depășește cu mult limitele eticii teoretice, încercând să găsească răspunsuri la situațiile practice, neordinare, care apar în rezultatul noilor condiții impuse de progresul tehnico-științific [56]. Astfel, unii termeni discutabili, cum ar fi „conceperea vieții”, pot fi împărtășiți atât de etica medicală, cât și de bioetică. De exemplu, problema „începutului vieții” este atât un concept discutat filosofic și religios, cât este și un eveniment biologic. La prima apariție, fiind atribuită domeniului bioeticii, definiția „începutului vieții” are un sens practic pentru etica medicală, atunci când se analizează problemele legate de drepturile omului. Acest lucru devine evident atunci

când se apelează la normele legislative și aspectele sociale ale avortului, în special când este acceptat avortul în etape tardive ale sarcinii [71]. De exemplu, în legislația unor țări se consideră că, embrionul devine subiect al drepturilor omului după a 12-a săptămână de gestație, în timp ce alte culturi se bazează pe credința religioasă că „*viața începe de la concepție*”. Aceste diferențe rezultă în varietatea mare a culturii și legislației privind avorturile în regiunile geografice și țările lumii [72]. Din punct de vedere al eticii medicale, medicul ar trebui să manifeste corectitudine și empatie pentru femeia însărcinată, fiind loial deciziei acesteia de a naște sau de a avorta, prin respectarea deplină a dreptului ei de a decide. În același timp, din punct de vedere bioetic, ar trebui să ne întrebăm asupra dreptului viitorului copil de a se naște și cum ar trebui calificată viața la etapa de dezvoltare intrauterină. Astfel, bioetica își extinde întrebările peste simpla relație medic-pacient (femeia însărcinată), încercând să găsească argumente pentru protecția vieții unui individ nenăscut și a dreptului lui de a se naște [56].

Distincția dintre domeniile eticii medicale și cel al bioeticii provine din identificarea părților-cheie implicate în actul de evaluare etică. Din perspectiva eticii medicale, aceste părți vor fi reprezentate de furnizorul de asistență medicală (lucrătorul medical), pe de o parte, și de pacientul, rudele sau colegii, pe de altă parte. În analiza bioetică, valoarea de bază este *viața* sub orice formă (inclusiv animală), preocupările de bază fiind protecția și respectul pentru demnitatea acesteia. În plus, bioetica reflectează nu numai asupra valorii vieții individuale, recunoscută legal, ci și asupra oricărei forme, care nu este recunoscută ca individ (ex.: embrioni), sau asupra drepturilor în dezvoltarea vieții în perspectivă (ex.: clonarea și modificarea genetică) [57, 69]. Astfel, bioetica este centrată pe individ, abordând vulnerabilitatea vieții pacientului în contextul îngrijirii medicale, valoarea și respectul vieții umane de la concepție (embrion uman, avort, fertilizare artificială, experimente cu celule embrionare etc.), până la moarte (demnitatea morții, eutanasia, moartea asistată medical, sprijinul la sfârșitul vieții etc.). De asemenea, subiectele bioeticii includ probleme legate de inginerie genetică, identificarea riscurilor pentru individualitatea și unicitatea ființelor umane, clonarea umană și utilizarea țesuturilor și organelor pentru transplant [58, 73-75].

Un alt domeniu specific al eticii aplicate în domeniul sănătății este cel al *eticii cercetării*, care apare ca parte componentă a bioeticii și, totodată, include multiple reglementări normative, ajungând să fie susținută de un cadru normativ amplu. La nivel internațional, sunt dezvoltate ghiduri, coduri etice și reglementări pentru cercetare prin care valorile general-umane, promovate de drepturile fundamentale ale omului (viața, demnitatea umană, integritatea, egalitatea, libertatea, respectul, nediscriminarea etc.), devin obligatorii pentru acceptarea cercetării biomedicale [66, 76]. Acest

domeniu al eticii vine cu recomandări practice concrete în organizarea cercetărilor biomedicale, precum: evaluarea raportului risc/beneficiu, asigurarea calității științifice etc. [77, 78, 79]. Sunt formulate cerințe stricte pentru acceptarea etică a unei cercetări pe subiecți umani [77, 80, 81]. O instituție în care se realizează studii clinice trebuie să se asigure că participanții în studii clinice sunt conștienți de riscurile asumate, iar cercetătorii sunt suficient de precauți și onești [82].

Un teren separat de reflecție etică cu aplicare practică nemijlocită este cel al *eticii sănătății publice*. Ca domeniu de studiu, etica sănătății publice încearcă să înțeleagă și să clarifice principiile și valorile care ghidează deciziile în domeniul de sănătate publică. Acțiunile cu impact asupra sănătății publice sunt, de obicei, efectuate de guverne, autorități și agenții statale și sunt îndreptate spre populație. Totodată, valorile care stau la baza deciziilor autorităților pot fi total diferite de cele care ghidează acțiunile centrate pe individ în medicina clinică (bioetica și etica medicală), care sunt axate spre respectarea autonomiei, individualității, demnității și a integrității acestuia. Drept câmp de practică, etica sănătății publice reprezintă aplicarea nemijlocită a unui cadru etic pentru realizarea unor funcții precum: analiza alternativelor și a consecințelor pentru acțiunea planificată; soluționarea dilemei prin a decide care acțiune încorporează cele mai bune rezultate și echilibrează beneficiile pentru părțile implicate (interesele comunitare și individuale) [83].

În același timp, aspectele morale, care ar trebui luate în considerare într-o evaluare etică a intervențiilor de sănătate publică, includ: producerea beneficiilor și prevenirea prejudiciilor; protecția grupurilor minoritare de marginalizare și stigmatizare; distribuirea justificată și echitabilă a beneficiilor; prevenirea abordărilor utilitariste în elaborarea politicilor de sănătate; respectarea autonomiei individuale și libertății în acțiune; respectarea și îndeplinirea drepturilor universale ale omului; respectarea vieții private și a confidențialității [84, 85].

Făcând o comparație între ramurile etici aplicate în domeniul sănătății și biomedicinii, putem să concluzionăm că, oricât de aproape ar părea aceste concepte, sunt evidente diferențele în interacțiunile relaționale între părțile implicate. Acestea țin de normele și valorile morale care ghidează deciziile etice, împreună cu actorii implicați în fiecare dintre aceste domenii (Figura 3).

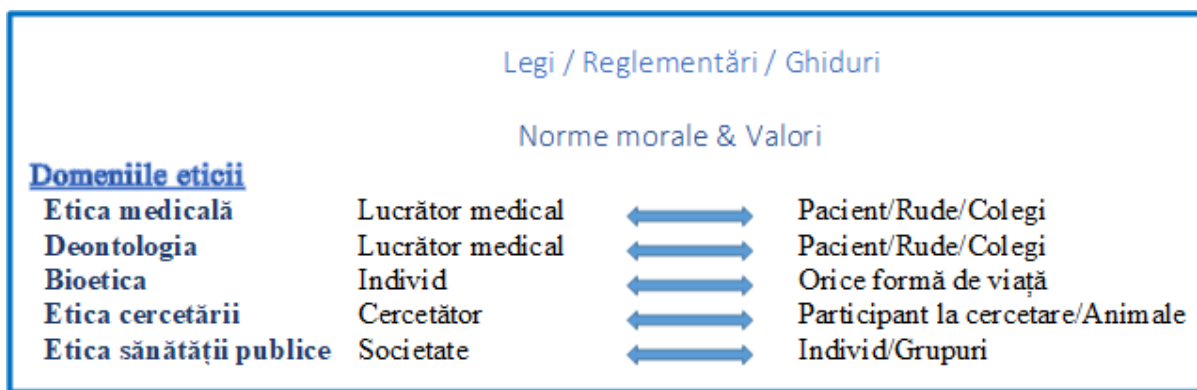


Figura 3. Interacțiuni relaționale în diferite domenii ale eticii aplicate [30, p.41].

Aplicarea principiilor eticii în domeniile medicale depinde foarte mult de prioritățile care sunt puse la baza analizei etice și care vor influența deciziile morale ulterioare luate de către lucrătorii medicali. Analizele din perspectiva eticii și a deontologiei medicale, a bioeticii, a eticii cercetării sau a eticii sănătății publice, pot duce la concluzii diferite, uneori chiar contradictorii. Din acest motiv, este mereu necesară o abordare comprehensivă și multidimensională a cazurilor de dilemă etică, pentru a evita deciziile unilaterale, care pot induce riscul lezării unor valori sau interese ale părților implicate într-o problema etică. Respectiv, managerii instituțiilor medico-sanitare trebuie să cunoască și să înțeleagă esența și valoarea eticii aplicate în domeniile sănătății și în biomedicină, principiile acestora fiind necesar a fi stabilite la baza politicilor și a strategiilor inițiate la nivel instituțional sau comunitar. Instituțiile sanitare, prin complexitatea activității pe care o realizează, se confruntă zilnic cu probleme care au tangențe directe cu fiecare dintre domeniile eticii, de la respectarea canoanelor și a principiilor eticii hipocratice până la dileme cu privire la valoarea vieții și demnitatea morții. Trebuie de înțeles și de luat în considerare aspectele etice și particularitățile fiecărei situații problematice, apărute în ceea ce privește protejarea drepturilor și a valorilor individuale, precum și păstrarea moralității societății, în general, prin respectarea și promovarea principiilor bioetice la nivel instituțional. Uneori, devine foarte complicat să fie realizate simultan aceste condiții, deoarece ar putea avea prea multe puncte de divergență. Scopul primordial al managerilor ar trebui să fie imaginea unei instituții cu valori înalt morale, în care sunt protejate atât interesele individuale ale pacientului, cât și valorile general-umane ale unei societăți. Astfel, devine evident că, aplicarea principiilor promovate de drepturile omului în îngrijirea pacienților pare a fi cea mai potrivită și obiectivă soluție.

1.2.2. Etica în afaceri aplicată în instituțiile medico-sanitare

În pofida ipotezelor altruiste cu referire la furnizarea istorică a îngrijirilor medicale, arhitectura contemporană a asistenței medicale este încadrată în economie. Profitabilitatea devine importantă, dacă organizația dorește să își dezvolte capacitatea de a înlocui echipamentele și instalațiile învechite, să implementeze tehnologii inovative, să lărgască gama de servicii necesare pentru a îmbunătăți starea de sănătate a pacienților. Pentru directorii instituțiilor medico-sanitare rămâne o provocare de a obține profitabilitate, fără a afecta esența umanistă a domeniului de asistență medicală [41, 86].

Procesul de industrializare și dezvoltarea intensă a afacerilor, în condițiile unei concurențe de piață tot mai dure, impun liderii de organizații să acorde o atenție tot mai mare eticii la locul de muncă și aprecierii modului în care angajații ar trebui să acționeze, inclusiv și în situații de criză, confuzie sau conflict. Această dimensiune în activitatea instituției este evaluată prin principiile unui domeniu special al eticii aplicate – *etica afacerilor* sau *etica în afaceri (etica businessului)*, o noțiune apărută în secolul al XX-lea, care definește că o afacere trebuie să fie realizată în conformitate cu un cod de conduită morală, în ale cărui limite creșterea și profiturile ar trebui să se obțină într-o manieră responsabilă, din punct de vedere social și legal. Organizațiile devin responsabile pentru deciziile lor față de părțile interesate, interne și externe, precum și față de societate, în genere. Etica în afaceri vizează toate componentele activității organizației, de la strategiile luate în sălile de ședințe, modul în care se aplică politicile de resurse umane, tipul relațiilor încheiate cu furnizorii, până la tehnicile de vânzare și practicile de evidență și contabilitate. Etica în afaceri este relevantă pentru comportamentul angajaților organizației și pentru conduita organizației în ansamblu [36, 37, 87].

Conceptul de *etica în afaceri* presupune aprecierea a ceea ce este *corect* sau *greșit* la locul de muncă, cu privire la efectele produselor/serviciilor prestate sau în relațiile stabilite cu părțile interesate și partenerii. Etica în afaceri a ajuns să fie considerată o disciplină de management, mai ales de la apariția mișcării de *responsabilitate socială* în anii '60, odată cu conștientizarea publicului a rolului afacerilor în a ajuta la cultivarea și menținerea unor practici etice în societate. Mișcările de conștientizare socială au ridicat nivelul așteptărilor față de întreprinderi, pentru a-și folosi influența financiară și socială masivă în abordarea unor probleme sociale precum: sărăcia, criminalitatea, protecția mediului, egalitatea în drepturi, sănătatea publică și îmbunătățirea educației. Un număr din ce în ce mai mare de oameni au afirmat că, deoarece afacerile obțin profit din utilizarea resurselor țării, aceste afaceri sunt datorare să lucreze pentru îmbunătățirea societății. Mulți cercetători, școli de afaceri și manageri au recunoscut această circumscripție mai largă, iar în planificarea și operațiunile

lor au înlocuit cuvântul „acționar” cu „părți interesate”, adică să includă angajații, clienții, furnizorii și comunitatea mai largă [88]. Respectiv, deoarece instituțiile medico-sanitare sunt prestatori de servicii, dictate de condițiile cost-eficacității și eficienței, intră în relații cu agenți economici și le sunt asumate responsabilități morale, noțiunea de *etică în afaceri* devine tot mai des folosită în aprecierea moralității deciziilor instituționale [89].

Weber (2001) menționează că, în contextul prestării serviciilor medicale, atunci când este necesar de a fi luate careva decizii la nivel organizațional, se percep anumite conflicte dintre interesele majore, valori și beneficii, care pot fi divizate în patru domenii separate. În primul rând, este domeniul *drepturilor fundamentale ale omului*, care trebuie respectate fiecărui individ, indiferent de poziție, statut sau merite. În cel de al doilea rând, este *interesul personal al indivizilor* care depinde de alegerile fiecăruia, deciziile individuale asupra ceea ce este considerat *bine* personal și ceea ce își dorește. În cel de al treilea rând, se evidențiază *interesul organizației*, care, în mod normal, este determinat de către administrația instituțiilor. Și, al patrulea domeniu este cel *al beneficiului public*, care se reflectă asupra bunăstării comunității în care organizația activează [35].

Etica afacerilor va avea drept scop primordial evaluarea permanentă a relațiilor dintre aceste patru domenii și determinarea priorităților pentru fiecare caz analizat separat. De exemplu, un posibil conflict de interese apărut la angajații instituției va necesita o clarificare dintre interesul personal și cel al organizației. În același timp, o înțelegere corectă a cerințelor față de organizație pentru respectarea drepturilor pacienților va solicita o analiză și înțelegere detaliată a relației dintre drepturile individuale și interesele organizației. Același principiu poate fi aplicat și în analiza problemelor legate de respectarea drepturilor angajaților. Natura responsabilității sociale și față de mediul unei organizații va implica relaționarea dintre interesele acesteia și beneficiul pentru o pătură largă a comunității sau chiar a întregii societăți.

Totuși, se determină o tendință generală în relațiile dintre aceste domenii. Susținem argumentele aduse de Weber [35, p.17-21] în stabilirea unor principii ale eticii afacerilor în sănătate și anume:

1. *Interesele organizației au prioritate asupra intereselor personale.* Dacă există un conflict dintre interesul personal al unui sau câțiva indivizi și interesul sau beneficiul instituției, acesta din urmă este considerat prioritar. Preferințele individuale trebuie respectate, dar aceasta nu poate fi considerată o prioritate etică de valoare înaltă.

2. *Drepturile individuale sunt prioritare intereselor organizației.* Nici un fel de beneficii ale organizației nu pot pune în risc violarea drepturilor fundamentale ale omului. Respectarea drepturilor este baza activității indivizilor și a organizației în întregime.

3. *Beneficul comunității trebuie să fie prioritar intereselor organizației.* Dacă efortul unei organizații de a avea anumite beneficii induce un risc pentru binele comunității, angajamentul pentru un bine comun trebuie să fie prioritar. Responsabilitatea organizațională față de binele societății trebuie să fie considerată de o importanță prioritară.

4. *Interesul comunitar este considerat prioritar în relație cu interesul personal.* În cazul în care există un conflict dintre interesul unui individ și beneficiul unei comunități, se va considera prioritar binele majorității, dar cu respectarea non prejudicierii individului.

5. *Drepturile individuale au prioritate față de interesele personale.* O persoană prin interesele sale nu poate pune în risc violarea drepturilor individuale ale altor persoane. Drepturile fundamentale sunt esențiale în stabilirea priorităților în procesul de luare a deciziilor. Important este de a face o distincție clară dintre drepturi fundamentale ale persoanei și interese și scopuri personale ale individului, chiar dacă uneori este dificil de a face această separare.

Din punct de vedere al eticii, afacerea unei instituții medico-sanitare, fie privată sau publică, depășește cu mult un business în orice domeniu. Calitatea care trebuie asigurată în prestarea serviciilor medicale trebuie să fie un standard obligatoriu, care va trebui analizată, atât prin prisma investițiilor și cost-eficienței, drepturilor fundamentale ale omului, dar și a unor indicatori măsurați de societate și de partenerii economici (agenții de asigurare, furnizori etc.). Un manager va trebui mereu să găsească compromisuri și abordări particularizate, pentru a face față acestor provocări și a proteja imaginea, dar și beneficiul instituției sale.

1.2.3. Valorile etice reflectate prin drepturi fundamentale ale omului

Valorile de bază ale eticii medicale sunt, practic, identice cu cele promovate de drepturile fundamentale ale omului. Nediscriminarea, respectarea autonomiei și libertății individuale, confidențialitatea și protejarea demnității pacientului – sunt principii cruciale în exercitarea profesiei medicale, atât din punct de vedere etic, cât și legal, impunând o atitudine egală și corectă față de fiecare persoană, protecția vieții private a pacienților și respectarea autonomiei acestora. Valorile general-umane precum: compasiunea, empatia, corectitudinea, toleranța, se manifestă prin normele și categoriile eticii generale – virtutea, binele, datorita, responsabilitatea, cinstea, demnitatea etc., fiind ulterior protejate riguros prin prevederile unui cadru normativ adoptat la nivel internațional și

național, pornind de la tratatele ONU, Convenția Europeană pentru Drepturile Omului și deciziile CtEDO, până la prevederile Constituției Republicii Moldova [20].

Drepturile omului sunt drepturile pe care le posedă fiecare ființă umană, obținute la naștere, și care îi aparțin indiferent de naționalitate, locul de reședință, sex, origine națională sau etnică, culoare, religie, limba, dizabilitate sau orice alt statut. Ele sunt inerente tuturor ființelor umane, ceea ce înseamnă că niciun om, oriunde s-ar afla, nu poate fi vreodată lipsit de drepturile sale, în orice circumstanțe și indiferent de motiv [20]. Unul dintre fondatorii conceptului de drepturi ale omului, așa cum le înțelegem astăzi, a fost John Locke (1632-1704), care afirma că nimeni nu ar trebui să dăuneze viața, sănătatea, libertatea sau proprietatea altei persoane. Ulterior, Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), introduce conceptul de „contract social” (1762), prin care se înțelege că omul și-a schimbat dreptul la autoprotecție cu un șir de drepturi mult mai subtile, ceea ce a devenit baza societății civile. Devine clar că, pentru a supraviețui cu succes, societățile democratice moderne trebuie să găsească un consens pentru conviețuire. Adică, deși diferite grupări sociale, de exemplu, asociații religioase și politice, au concepte diferite, ele oricum pot conveni asupra unor principii fundamentale pentru conviețuire. Membrii societății trebuie să fie tratați în mod egal, iar resursele ar trebui alocate în funcție de nevoile fiecăruia sau a grupurilor. Astfel, apare noțiunea de „justiție socială”, care a culminat cu *Declarația americană de independență* (1776) și *Declarația franceză a drepturilor omului și cetățeanului* (1789). Esența declarațiilor a fost că toți „oamenii se nasc și rămân liberi și egali în drepturi” [90, 91].

Declanșarea Celui de-al Doilea Război Mondial (1941-1945) a creat premisele pentru următoarea schimbare majoră în evoluția drepturilor omului. Odată cu înființarea Organizației Națiunilor Unite (1945), oamenii doresc să se asigure că niciodată nimănui nu i se va refuza pe nedrept dreptul la viață, libertate etc. Procesele desfășurate la Nuernberg (1947) și Tokyo (1946) au introdus conceptele de crime „împotriva păcii” și „împotriva umanității”, care au impus necesitatea dezvoltării unor soluții esențiale. Declarația Universală a Drepturilor Omului (1948) a stat la baza dezvoltării ulterioare a unui sistem de acorduri și tratate internaționale, care vizează diferite domenii ale conviețuirii societății și care trebuie să fie bazat pe valori general-umane unanim acceptate [20].

În contextul acestor schimbări, cetățenii statelor cu vector democratic încep să își ceară tot mai insistent protejarea drepturilor și libertăților, în special, acolo unde se identifică un grad înalt de vulnerabilitate, cum ar fi relațiile dintre pacienți cu personalul medical. Literatura contemporană elucidează un șir de scandaluri legate de medici implicați în prejudicierea intenționată a pacienților,

urmare a unor decizii sau cercetări cu conținut neetic și chiar inuman [92, pp. 88-112]. De exemplu, descoperirea vaccinului contra varicelei de către medicul englez Edward Jenner (1796), care a injectat unui copil de opt ani puroiul colectat din pustula unei bovine infectate cu varicelă. Ulterior, copilul a fost expus intenționat la varicelă, pentru a stabili imunitatea dobândită – o metoda care puțin probabil că ar fi fost acceptată astăzi. Medicul prusac Albert Neisser (1898) a injectat serul de la pacienții cu sifilis la pacienții spitalizați cu alte maladii, fără a-i informa despre experiment și fără a le solicita consimțământul. Doar atunci când unul dintre pacienți a fost infectat cu sifilis, Neisser a concluzionat că vaccinarea nu a reușit [80, 92].

La mijlocul secolului trecut, societatea a început să manifeste neîncredere față de intenția medicilor în raport cu pacienții săi, devenind cunoscute ororile și cruzimea acțiunilor în care au fost implicați. Sfințenia canonică și deseori intangibilă a profesiei de medic, care a fost promovată pe parcursul secolelor, a început să fie pusă la îndoială, devenind publice tot mai multe cazuri în care medicii acționau în defavoarea sau chiar prejudiciul evident adus pacienților săi. De exemplu, până în anul 1942 partidul nazist avea mai mult de 38 de mii de medici germani care au ajutat în realizarea programelor eugenice. În anii '30, au fost considerați „inamici ai rasei” și sterilizați circa 400 de copii (numiți *bastarzii din Renania*), fiind născuți de femei germane, ai căror tați erau soldați africani francezi (din timpul Primului Război Mondial). Sterilizarea femeilor era făcută forțat, prin o operație periculoasă și dificilă pentru acele timpuri – legarea trompelor uterine, iar a bărbaților – prin vasectomie. În 1939 în Germania a fost lansat programul „Acțiunea T4”, cel mai cunoscut program al eugeniei naziste, în cadrul căruia au fost omorâte zeci de mii de persoane considerate „nedemne” de a trăi. Printre indicațiile pentru sterilizare era și diagnosticul indicat de medici-naziști printr-un singur cuvânt – „evreu” sau „țigăni” [85, pp. 352-353]. Ulterior, în cadrul Tribunalului de la Nuernberg, vor fi audiați și condamnați 23 de medici implicați în experimentele groaznice pe deținuții din lagărele de concentrare naziste [93].

Este important de menționat că, medicii acuzați în cadrul acestui Tribunal nu și-au recunoscut vina, invocând că nu exista un cadru normativ clar pentru diferențierea experimentelor legale de cele ilegale. Aceasta a pornit un val de schimbări ideologice la nivel mondial, unde dezvoltarea ideii drepturilor omului în raport cu științele biomedicale și etică a devenit mai puternică ca niciodată. Este elaborat Codul de la Nuernberg (1947), care va fi la baza actelor normative internaționale ulterioare pentru reglementarea domeniului de cercetări care implică subiecți umani. Codul include zece principii care trebuie luate în considerare de către cercetători/medici, atunci când se realizează o

cercetare pe subiecți umani, care trebuie, în mod obligatoriu, să satisfacă prevederile conceptelor morale, etice și legale [77, 94].

Cu toate că principiile Codului s-au regăsit ulterior în legi internaționale, multe cercetări, realizate în a doua jumătate a secolului trecut în SUA și Europa, au continuat să provoace îngrijorări etice serioase. Zeci de cercetări efectuate de către medici s-au transformat în scandaluri publice de anvergură, urmare cărora societatea a devenit tot mai sceptică față de profesia medicală și și-a cerut tot mai insistent respectarea drepturilor [80, 92]. Cei care au atras atenția publicului asupra stării scandaloase a lucrurilor au fost doi avertizori; Henry Beecher (1904-1976), anesteziolog și cercetător, și medicul englez Maurice Pappworth (1910-1994). În perioada 1962-1970 ei au publicat cazuri de cercetare abuzivă din multe spitale și instituții, inclusiv studii realizate de către cercetători cu renume, finanțate din surse prestigioase și publicate în reviste medicale cu renume. Inițial, medici cercetători din diferite țări au reacționat agresiv la scandalurile inițiate de cei doi autori însă, până la urmă, țările au acceptat adevărul declarat de ei [95]. Drept urmare, societatea începe să înainteze, tot mai insistent, către autoritățile internaționale solicitarea de a fi asigurați cu privire la beneficiul actului medical în care sunt implicați și protecția contra agresivității acestuia. Este logică apariția întrebărilor precum: *Cine e vinovat de abuzurile admise? Mai putem avea încredere în medici? Cine și cum ne protejează în fața unor acțiuni agresive și periculoase?* Ca urmare, la nivel național și internațional, au început să fie dezvoltate ghiduri, coduri etice și reglementări prin care să fie protejați subiecții umani în relația cu instituțiile medicale. În același timp, contextul impus de progresul tehnico-științific în biomedicină demonstrează că doar codurile de conduită morală nu reușesc să ofere îndrumări adecvate pentru luarea deciziilor etice, fiind dificil de aplicat un context idealist filosofic asupra activității clinice practice, când este vital necesar a lua decizii, cu plasare concretă a poverii unei responsabilități către o anumită parte a disputei etice. Anume în acest context, devine evidentă necesitatea de a apela la prevederile legale expuse de domeniul drepturilor omului, care au ca scop de a proteja valorile unei societății democratice [19].

Conexiunea dintre valorile drepturilor omului cu cele ale eticii medicale a fost descrisă și de către Beauchamp și Childress autorii celor patru principii ale eticii medicale – autonomie, non-dăunarea, beneficiu și justeță. Ei propun noțiunea de „moralitate comună”, prin aceasta fiind înțeles ansamblul de norme pe care le împărtășesc toate „persoanele serioase din punct de vedere moral”. Astfel, se propune trecerea la un nou nivel de înțelegere a aspectului etic al acțiunii medicale, prin determinarea normelor moralei comune [59, p.3]. Pentru a face acest concept mai explicit, autorii îl

leagă de discursul privind drepturile omului, în încercarea de a arăta că există cu adevărat norme pe care „toate persoanele serioase din punct de vedere moral” le împărtășesc. De exemplu, este de neimaginat că o persoană cu intenții morale nu va accepta principiul non-dăunării, care va putea fi considerată drept o normă general acceptată. Totuși, aceasta poate fi aplicată în practică în contextul altor norme acceptate de fiecare individ în parte, ceea ce poate detorsiona, într-un fel sau altul, realizarea principiului de non-dăunare. Din acest motiv, este important ca întreaga societate să aibă un set de norme, acceptate identic de toți membrii din moralitatea comună – care ar induce contextul unic de realizare a principiului non-dăunării [96].

În special, realizarea principiilor etice se confruntă cu dileme în condițiile unor decalaje enorme între păturile sociale, în ceea ce privește accesul (fizic și financiar) la îngrijire medicală și calitatea neuniformă a serviciilor de sănătate. Lucrătorii din domeniul sănătății nu sunt în stare să schimbe sisteme politice sau structura economică care prezintă, de multe ori, impedimentele în asigurarea echitabilă a serviciilor de sănătate și inițiază dileme de ordin etic. Însă, responsabilitatea umanitară a lucrătorilor medicali ar trebui să îi determine să se simtă obligați să acționeze împotriva abuzurilor, acțiunile lor îndreptate direct spre respectarea valorilor și drepturilor individului bolnav [20, 91].

La începutul anilor 2000 tot mai insistent începe a fi promovat conceptul *drepturilor omului în îngrijirea pacientului*, care se referă la aplicarea teoretică și practică a principiilor generale ale drepturilor omului în contextul îngrijirii pacientului, în special în cadrul interacțiunilor dintre pacienți și furnizori de servicii medicale. Prin acesta se aplică principiile drepturilor universale la un context concret. Acest concept este o reîncadrare a dreptului internațional al drepturilor omului, precum și a instrumentelor constituționale, într-o abordare coerentă care vizează protecția și promovarea sănătății atât personale, cât și comunitare. Drepturile omului aplicate în sănătate largesc conținutul actului medical față de viziunea îngustă a furnizării de îngrijiri medicale [17, 105].

Astfel, conceptul *drepturilor omului în îngrijirea pacienților* derivă din demnitatea umană universală și inerentă, mai degrabă, decât din drepturile pacienților ca participanți la o tranzacție de consum. Acest concept include drepturile-cheie ale pacientului la libertatea și securitatea persoanei; confidențialitate; informație; integritatea corporală; viață; cel mai înalt standard de sănătate posibil; libertatea de tratamente inumane și degradante; participarea la politici publice; nediscriminare și egalitate [20, 106]. În același timp, acest concept include prevederea că toți lucrătorii din domeniul sănătății au drepturi individuale de bază, inclusiv drepturile civile, constituționale și statutare ale

fiecărei persoane (dreptul la muncă și protecție socială, la condiții decente pentru muncă, la întâlniri și asociații pașnice, la un proces echitabil), precum și drepturi profesionale specifice: dreptul la îmbunătățirea cunoștințelor profesionale, dreptul la independență profesională, dreptul de a refuza acordarea asistenței [107].

Drepturile omului este un domeniu care impune responsabilități și obligații mai degrabă statului, decât indivizilor. De exemplu, statul are obligația să se abțină de la discriminarea rasială, și să „interzică și să pună capăt” discriminării care interferează cu „dreptul la sănătate, îngrijire medicală, securitate socială și servicii sociale”. În mod similar, statele au obligații de a proteja drepturile lucrătorilor în relațiile cu angajatorii [108, p. 4-5]. Totodată, autoritățile publice ar trebui, în mod obligatoriu, să asigure protejarea dreptului la mediu sănătos, apa curată, alimentația adecvată, educație – condiții prealabile pentru ca indivizii și comunitățile să se dezvolte. Furnizorii de servicii din domeniul sănătății ar trebui să fie implicați în asigurarea acestor drepturi [19, p.231].

Drepturile fundamentale sunt încorporate în fiecare domeniu al eticii, iar fiecare reglementare și normă din domeniul sănătății poate fi analizată pentru conformitatea cu standardele actuale de etică [19, 105]. În același timp, categoriile de etică medicală reflectă particularitățile atmosferei morale în practica medicală și joacă un rol-cheie în reglementarea legală a relațiilor profesionale. Astfel, convingerile și principiile etice sunt transformate, treptat, în chestiuni juridice, adică norma morală este trecută într-o lege, act sau regulă care stă la baza activității unei comunități. Mai mult chiar, teoriile etice încep să fie aplicate în practică prin o serie de acte normative [109].

Codurile de etică sunt percepute ca norme obligatorii și chiar ajung să aibă putere juridică, exemplu fiind *Codul deontologic al lucrătorului medical și farmacistului din Republica Moldova*, care a fost aprobat prin hotărâre de Guvern [110]. Astfel, orice situație de ordin etic devine imposibilă de analizat fără a nu evidenția și momentele de încălcare a drepturilor fundamentale ale omului, aceste două domenii fiind puternic interconectate. Obligațiile lucrătorilor medicali, stipulate în codurile de etică/deontologice, sunt o reflectare directă a valorilor promovate de domeniu drepturilor omului.

În literatura din domeniu se determină o diferență conceptuală în definirea asistenței de sănătate, percepute la nivel de sistem de sănătate, și a îngrijirii pacientului, ca individ [17, 106]. La prima vedere aceasta pare a fi neînsemnată însă, în esență, aceasta schimbă viziunea asupra formei de prestare a serviciilor de sănătate, unde centrarea pe pacient devine un scop esențial. Reieșind din noțiunile general acceptate, inclusiv și cea oferită de OMS, serviciile de sănătate sunt furnizate în scopul promovării, menținerii, monitorizării sau restabilirii sănătății. Este o apreciere reieșind mai

mult din interesele sănătății publice, unde se gestionează, în mod prioritar, cu indicatori generali, statistici, care reflectă sănătatea populației [105]. Pe când, conceptul de îngrijire a pacientului evidențiază pacienții ca agenți fundamentali și beneficiarii finali ai serviciilor. Accentul pe pacienți, deși nu este exclusiv, este în concordanță cu modul în care principiile drepturilor omului ajută la identificarea și abordarea vulnerabilităților și respectarea necesităților individuale ale fiecărui om în parte, care contactează cu prestatorii de servicii de sănătate. Serviciile de sănătate trebuie oferite în beneficiul pacientului, în conformitate cu înțelegerea sensului acestei noțiuni de către beneficiarul serviciilor prestate [17, 20].

Din drepturile fundamentale ale omului au fost formulate separat *drepturile pacientului*. În anul 2002 *Active Citizenship Network*, (*Rețeaua spiritului cetățenesc activ*), împreună cu un grup de asociații partenere europene, au propus Carta Europeană a Drepturilor Pacienților, care include 14 drepturi fundamentale ale pacientului: (1) dreptul la măsuri preventive, (2) dreptul la acces la servicii de sănătate (3) dreptul la informare, (4) dreptul de a consimți, (5) dreptul la libera alegere, (6) dreptul la viață privată și confidențialitate, (7) dreptul pentru respectarea timpului pacientului, (8) dreptul standardelor de calitate, (9) dreptul la siguranță, (10) dreptul la inovație, (11) dreptul la tratament personalizat, (12) dreptul la evitarea suferinței și durerii nejustificate, (13) dreptul la reclamație, (14) dreptul de a fi despăgubit/compensat [17, 106].

Cu toate că Carta nu este obligatorie din punct de vedere juridic, acest document a avut un impact istoric asupra legislației și politicilor la nivel internațional. În anul 2007, Comitetul Economic și Social European a aprobat un aviz de inițiativă privind drepturile pacienților, în care a salutat, în mod explicit, Carta Europeană a Drepturilor Pacienților. Cu toate acestea, se consideră că abordarea privind drepturile pacienților are limitări fundamentale și diferă de cea a drepturilor omului în îngrijirea pacienților. În primul rând, drepturile pacienților se leagă de un cadru de consum, adică sunt legate de calitatea de consumator de servicii a unei persoane. Însă, drepturile consumatorilor nu sunt inerente pacienților pentru că sunt oameni, dar pentru că sunt parte a unei relații bazate pe principiile teoriei economice fiind, într-un fel, niște drepturi contractuale. Ceea ce este imposibil de afirmat despre drepturile fundamentale ale omului. În același timp, drepturile pacienților omit drepturile altor părți interesate, concentrându-se exclusiv asupra pacienților, atunci când drepturile omului se aplică tuturor. Analiză comparativă a drepturilor pacientului cu drepturile fundamentale ale omului recunoscute la nivel internațional este prezentată în Anexa 6.

Drepturile pacienților pot să ajungă să fie chiar lipsite de sens și supuse unor interpretări manipulatorii, dacă nu sunt ajustate la principiile generale ale drepturilor omului. De exemplu, drepturile pacienților la inovare, poate fi invocat într-o manieră abuzivă pentru a justifica un sistem de monopol asupra produselor farmaceutice, în schimbul investițiilor în cercetare și dezvoltare de medicamente inovatoare, iar dreptul la liberă alegere, poate fi aplicat pentru alegerea unui medic, cât și pentru o justificare a publicității controversate a produselor farmaceutice.

Pactul internațional pentru drepturile economice, sociale și culturale [111] în articolul 12 stipulează dreptul fiecărei persoane la cel mai înalt standard de sănătate care poate fi atins. În timp ce dreptul la sănătate este uneori înțeles că se concentrează doar pe garanții pozitive pentru realizarea progresivă a disponibilității, accesibilității, acceptabilității și calității asistenței medicale pentru toți, el încorporează, de asemenea, garanții negative pentru asigurarea libertății de abuz și discriminare în furnizarea de servicii de sănătate. Comitetul pentru Drepturi Economice, Sociale și Culturale emite numeroase observații relevante cu referire la realizarea dreptului la sănătate [112], printre care:

- Dreptul la accesibilitatea asistenței medicale nu ar trebui să afecteze dreptul de a trata cu confidențialitate datele personale despre sănătate [punctul 12 litera (b)].
- Toate unitățile de sănătate, bunurile și serviciile trebuie să respecte etica medicală, precum și să fie concepute pentru a respecta confidențialitatea (paragraful 12).
- Obligația statelor „de a se asigura că medicii și alți profesioniști din domeniul sănătății îndeplinesc codurile de conduită etice adecvate” (punctul 35).
- Dreptul de a accesa asistența medicală fără discriminare, „în special pentru cele mai vulnerabile și marginalizate grupuri ale populației” - minoritățile etnice, persoanele cu dizabilități, cei care trăiesc cu HIV/SIDA (punctul 12).

Astfel, devine evident că managerii instituțiilor medico-sanitare trebuie să fie familiarizați cu principiile drepturilor fundamentale ale omului pentru a înțelege și organiza corect respectarea acestora în instituție. Promovarea unor coduri și valori etice, organizarea unor medii etice și sigure, asigurarea unor condiții nediscriminatorii, accesibilitate și calitate echitabile – toate acestea sunt precondiții pentru prevenirea încălcării drepturilor fundamentale ale omului. De aceea, drepturile omului ar trebui să devină un subiect de educație continuă a furnizorilor de servicii medicale, factorilor de decizie politică și oficialilor guvernamentali.

1.3. Managementul eticii unei organizații

1.3.1 Organizarea eticii – parte a managementului organizațional

Instituțiile medico-sanitare sunt structuri foarte complexe, în care zilnic se realizează o multitudine de relații cu diferiți actori. De exemplu, zilnic apar probleme și dileme legate de etica clinică, ce include în sine complexitatea relației medic-pacient, începând cu luarea deciziei de a accepta sau refuza/întrerupe tratamente, susținerea vieții, relația cu rudele persoanei bolnave etc. [41]. În același timp, atât spitalele publice, cât și cele private sunt instituții care gestionează fonduri, sunt interesate de imaginea lor în societate, de aceea trebuie să abordeze subiecte ce țin de etica în afaceri, etica managerului, etica în relațiile cu angajații, etica în relațiile cu partenerii externi, precum și responsabilitatea asumată față de societate, în special când vorbim despre instituțiile publice. În funcție de situații, în cadrul instituțiilor medico-sanitare de asemenea pot apărea subiecte legate de etica cercetării, etica religioasă etc.

Științele actuale dezvoltă teorii care ar identifica relațiile de cauză-efect pentru a „concepe” organizația astfel, încât aceasta să fie bine coordonată și să sporească eficiența. În acest context, trebuie de considerat faptul că, activitatea organizației depinde de foarte mulți factori precum: structura și conținutul mediului intern, tehnologiile aplicate, prezența specialiștilor necesari, scopul și obiectivele stabilite, dimensiunea parteneriatelor dezvoltate etc. Interrelațiile dintre toți acești factori ar trebui să se bazeze pe niște principii și valori acceptate de comun acord și anume acestea sunt subiectul de analiză al eticii organizaționale. O bună relație și colaborare dintre toate părțile componente înseamnă o performanță crescută a organizației [89].

Autorii Victor și Cullen (1988) au fost primii care au dezvoltat un model pentru contextul etic informal al organizațiilor, definindu-l ca *climat etic* – acele aspecte ale climatului de muncă care determină ceea ce constituie comportamentul etic la locul de muncă [120].

În tabelul 1 este prezentată tipologia teoretică bidimensională propusă de Victor și Cullen pentru climatul etic, dezvoltând un model teoretic cu nouă factori, care este redus ulterior, în baza analizei, la un model cu cinci factori. Prima dimensiune reprezintă criteriile etice pentru procesul de luare a deciziei în organizație. Cea de a doua dimensiune include punctul de analiză folosit în decizia etică. Criteriile etice aplicate în tabel reiese din cele trei teorii morale, cel mai frecvent aplicate în evaluarea etică. Aceste criterii reprezintă forme distincte care influențează deciziile etice în organizație.

Tabelul 1. Tipurile teoretice ale climatului etic [120, pp.104-105].

Punct de analiză				
Criterii etice		Individual	Local (colectiv)	Cosmopolit (societate)
	Egoism	Interes personal	Profitul organizației	Eficiența
	Bunăvoință	Prietenie	Spirit de echipă	Responsabilitate socială
	Principii (deontologic)	Moralitate personală	Proceduri și reguli în organizație	Legi și Coduri profesionale

Astfel, în *climatul bazat pe egoism* raționamentul moral va reieși din maximizarea „interesului propriu” fie la nivel personal, fie la nivel social. La nivel individual, deciziile sunt influențate de preferințele individuale, local – de organizație, cosmopolit – de interese sociale.

În *climatul etic bazat pe bunăvoință* raționamentul moral va reieși din maximizarea interesului superior al membrilor organizației. La nivel de indivizi, decizia se referă la dezvoltarea prietenilor, fără a ține cont de apartenența la organizație, pe când la nivel local se exercită o influență „colectivă” care există în mediul de lucru (echipele de lucru). La nivelul cosmopolit, analiza este influențată de forțele externe (opinia societății), care ghidează comportamentul responsabil social.

Deciziile etice în *climatul de tip deontologic* (principii) se concentrează pe respectarea anumitor principii care guvernează comportamentul uman. La nivel individual, o astfel de decizie va fi personală pentru fiecare membru al colectivului. La nivel local (organizațional), decizia este influențată de regulile și reglementările care există în cadrul organizației, iar la nivel cosmopolit de analiză, o decizie etică bazată pe criterii deontologice va fi influențată de legi și acte normative.

Analizând tabelul autorilor Victor și Cullen prin dimensiunea punctului de analiză observăm că, la nivel individual, climatul etic e susținut de sursa individuală a standardelor privind raționamentul etic; la nivel local este susținut de normele acceptate de grup, iar la cel cosmopolit – de norme care favorizează sursele externe de raționament etic. Sunt evidențiate cinci dimensiuni climatice: (1) grija; (2) legea și codul; (3) reguli; (4) instrumente și (5) independență. Adică, într-un climat plin de grijă se va pune accent pe bunăstarea celorlalți. Organizațiile ghidate de legi și coduri se vor conduce de standarde și principii externe, iar un climat orientat spre reguli se va referi la principiile interne. Într-un climat instrumental, interesul personal este norma, iar într-un climat independent criteriile vor fi furnizate de standardul individual de judecată morală [120].

Vorbind despre procesul de organizare a aspectelor morale la nivel organizațional, este logic să abordăm conceptul *de instituționalizare a eticii*, care trebuie înțeles ca *managementul eticii* unei organizații. Acest concept are o reflectare tot mai largă în literatura de specialitate dedicată managementului organizațional. Tot mai frecvent se aduc argumente în favoarea faptului că, etica ar trebui să devină un domeniu fundamental de politică în cadrul organizațiilor [97]. Dacă la sfârșitul secolului trecut se discuta despre domeniul emergent al *eticii organizaționale* [10, 11, 88], astăzi tot mai mult se abordează subiectul *organizării eticii*, decât cel al *eticii organizațiilor*. În etica organizațională scopul este de a dezvălui dimensiunile normative și problemele vieții organizaționale și, în multe cazuri, de a face organizațiile să se conformeze mai bine cu raționamentul normativ al unor noi politici elaborate. Însă, lucrurile capătă o altă perspectivă, atunci când punem etica la bazele elaborării unei politici organizaționale. Acest proces constă în transpunerea unor norme de natură morală în cadrul organizațiilor, presupunând prezența unor mecanisme (politici, proceduri prin care organizațiile internalizează normele morale) și instrumente (implementarea de activități specifice precum instruire, audit etic, deliberări morale etc.), prin care aspectele morale devin parte integrantă din activitatea organizațiilor și a membrilor acestora [13, 39].

Rossouw și van Vuuren formulează cinci moduri de gestionare a eticii în organizație – *moduri de management al moralității* (MMM), adică strategii predominante (preferate) ale organizațiilor de a-și gestiona etica. Aceasta reprezintă decizia pe care o iau liderii organizației de a ignora etica și de a acționa *lipsit de etică* sau de a se ocupa activ, într-un mod concret, de etică în organizație. În opinia acestor autori, este posibil să se observe atât rezultate calitative, cât și cele cantitative ale strategiei organizației (adoptată conștient sau nu) cu referire la etică. Se disting cinci moduri de management al moralității în organizații – *imoralitate, reactivitate, conformare, integritate și aliniere totală* [98].

(1) Modul imoralității

În acest mod de gestionare a eticii dimensiunea etică a vieții organizației este total ignorată. Perceperea comună a angajaților se rezumă prin sloganuri cum ar fi „*Trăim într-o lume de lupi*” (aluzie la concurență oarbă, care nu are timp de considerente morale); „*Supraviețuiește cel mai adaptat*” (concurența nu se face cu mânuși morale); „*Pe băieții cu obraz îi găsești la rând*” (comportamentul etic e disprețuit); „*Băieții drăguți vin pe locul doi*” (o proclamație conform căreia este imposibil să fii și etic, și de succes în afaceri); „*Puțin am greșit, dar nu este grav*” (deși comportamentul lipsit de etică este greșit, poate fi acceptat de societate); „*Când ești la Roma, fă ca romanii*” (dacă este o normă să acționezi neetic într-un anumit mediu, de ce să fii diferit?) etc. În

acest mod organizațiile urmăresc maximizarea profitului cu orice preț – tot ceea ce contează este doar rezultatul final profitabil, fără sensibilitate la așteptările etice din partea partenerilor sau a părților implicate în colaborare. Managerii și angajații pot fi descriși ca „moral muți”. Orice încercare a unui angajat de a pune sub semnul întrebării dimensiunea etică a unor decizii, va fi zădărnicită de presiunea celor din jur, fiind susținută afirmația că „scopul scuza mijloacele”.

De obicei, organizațiile în care persistă modul imoral se străduie să nu fie descoperite, înțelegând că ar fi neacceptate de societate. Intenția de a schimba ceva poate veni odată cu declanșarea unor scandaluri și nemulțumirea publică. Angajații organizațiilor cu așa mod de management pot dezvolta o disonanță cognitivă severă, dacă percep comportamentul neetic în cadrul organizației în contradicție cu propriile lor sisteme de valori. Multe persoane, fiind în astfel de situații, vor dori să plece către medii de lucru mult mai favorabile. În același timp, partenerii organizației – clienții, furnizorii și comunitatea locală pot experimenta sentimente similare de disonanță și nemulțumire, ceea ce îi determina să întrerupă colaborarea cu organizația respectivă. Pentru a supraviețui, organizațiile vor trebui să-și regândească structura valorică internă, altfel se vor autodistrage.

(2) Modul reactiv

În organizațiile cu acest mod de gestionare a eticii managerii își dau seama că ceva trebuie de făcut pentru a evita riscurile unui comportament neetic al angajaților, însă le lipsește competența etică. Asemenea organizații au convingerea naivă că o etalare a managementului moral (prezența unui set de valori morale declarate) este suficientă pentru a crea un context adecvat pentru adoptarea unui comportament etic din partea angajaților. Pot fi adoptate coduri etice, într-o manieră formală, însă la nivel instituțional nu se face nimic pentru a le implementa. În organizație nu există careva instrumente de management al eticii, propriu-zis. Administrația va delega aceste responsabilități doar unor structuri separate, cum ar fi, de exemplu, comitetele de etică. Implementarea eticii rămâne la nivel de „vitrină” – arată frumos și „strălucitor” doar din exterior, fără a atrage atenție conținutului interior. Declarând anumite angajamente de comportament etic, managementul acestor organizații/instituții speră să evite litigii și înstrăinarea partenerilor. Totuși, comportamentul lipsit de etică va prevala în continuare. De exemplu, se poate declara adoptarea formală a unui cod de etică. Însă, este posibil ca acesta să rămână pe un raft, fără ca angajații să cunoască elementele acestui document și să-i aplice conținutul în activitatea zilnică [30, pp. 132-134].

Problema cea mai mare a modului reactiv este decalajul dintre ceea ce se declară și ceea ce este cu adevărat, acțiunile nu sunt aliniate la afirmațiile expuse. Acest lucru poate duce la o problemă

serioasă de credibilitate din partea tuturor părților interesate, ceea ce poate duce la pierderi financiare. Angajații nemulțumiți pot să înceapă a povesti public despre practicile neetice, ceea ce poate afecta imaginea instituției și provoca scandaluri. Astfel de provocări pot impune organizația să inițieze careva schimbări în favoarea managementului eticii.

(3) Modul de complianță sau de conformitate etică

În acest mod de gestionare a eticii se observă o angajare conștientă a organizațiilor în monitorizarea performanței lor etice. Codul etic este aplicat prin măsuri corective, disciplinare și penalizări. Scopul managerial este de a preveni comportamentul care afectează reputația organizației. Se poate opta nu doar pentru penalizarea încălcărilor, dar și pentru recompensarea și stimularea celor care respectă codul de conduită.

Responsabilitatea managementului etic este atribuită unei funcții dedicate, care poate fi creată special în acest scop (un birou de etică), sau poate fi delegată unei funcții de management existente în organizație (managementul calității, managementul resurselor umane sau auditul intern). Totuși, accentul se pune mai degrabă pe regulile care trebuie respectate din frica pedepsei, decât pe o acceptare comună a valorilor etice în comportamentul zilnic. Partea slabă a acestui mod este riscul că printre angajați poate apărea convingerea că *ceea ce nu este interzis – este permis*. Pot exista cazuri când regulile nu cuprind toată complexitatea situației. Angajații, neavând alte repere, riscă să ia decizii incorecte. Respectarea oarbă a regulilor subminează autonomia morală și responsabilitatea personală a angajaților, precum și capacitatea de a face față problemelor neabordate în codul de etică. În încercarea de a oferi îndrumări fără ambiguitate, sunt emise tot mai multe directive. Aceste reguli pot deveni atât de numeroase, încât pentru angajați devine dificil să le țină evidența. Respectiv, acestea pot avea un impact foarte mic asupra comportamentului real.

(4) Modul integrității etice

Strategia managerială specifică acestui mod începe cu o diagnoză cuprinzătoare a culturii etice, se promovează discutarea aspectelor etice ale vieții organizației, se aplică modelul liderilor morali. Responsabilitatea pentru comportamentul etic devine un efort colectiv împărtășit de toți angajații, care discută despre dimensiunea etică a muncii lor. Este important exemplul dat de conducerea instituției, care are angajament față de valorile etice ale organizației. Este organizat un proces de comunicare continuă și un program permanent de instruire a angajaților privind luarea deciziilor morale. Există sisteme de evaluare și recompensare a performanței etice. Acest mod implică și un șir de riscuri, dintre care este abuzul din partea angajaților de autonomia morală care li se

deleagă. În organizațiile mari activează mulți oameni, ceea ce implică diferențe semnificative în valorile individuale și diferențe morale. O discreție mare acordată angajaților implică riscul unor comportamente neetice. Aceasta poate impune necesitatea de a reveni la obligativitatea unor reguli.

(5) Modul alinierii totale

În acest mod de gestionare, responsabilitatea pentru organizarea eticii nu mai este limitată la structură etică specială, dar dispersată în întreaga organizație și la toate nivelurile ei manageriale. O asemenea organizație nu se va concentra pe pedepsirea comportamentelor neetice, nici pe recompensarea celor etice, dar pe celebrarea *eroilor organizației* – personalități ale domeniului care întruchipează viziunea, scopul și angajamentele morale ale organizației. Se creează modelul/idealul unui comportament moral, către care tind toți membrii organizației. Deși o funcție sau o structură dedicată managementului eticii va rămâne în organizație, responsabilitatea majoră a acesteia va fi de a împuternici managerii de la toate nivelurile să integreze etica în repertoriul lor de acțiuni manageriale. Etica nu mai este privită doar ca un aspect suplimentar al organizației, dar ca parte integrantă. Fiecare angajat este împuternicit să prevină, să dezvăluie și să înfrunte un comportament neetic. Organizația este mereu interesată de modul în care este percepută în relațiile cu partenerii și consumatorii. De aceea, va fi menținută o comunicare bilaterală continuă, în care organizația ascultă nevoile și așteptările părților interesate și oferă transparență performanțelor sale economice, sociale și de mediu.

Provocarea acestui mod de management este de a menține mereu comportamentul etic la nivel ridicat. Acesta, fiind acceptat ca normă, treptat poate duce la scăderea vigilenței pentru monitorizare, considerându-se de prisos sublinierea importanței aspectului etic. Astfel, în loc să fie monitorizat și gestionat, discursul etic poate scădea, fiind lăsat la voia întâmplării. Totodată, etica devine aproape o a doua natură pentru membrii organizației și se poate omite instruirea adecvată a noilor angajați cu privire la cultura și valorile instituționale. În timp, acest lucru poate crea subgrupuri în organizație, apărute la diferite etape, cu asumarea unui angajament mai mic față de cultura etică a organizației decât a celor care au lucrat inițial la constituirea modului alinierii totale.

În același timp, încrederea în capacitatea membrilor organizației de a acționa doar cu integritate poate duce la dispariția unor reguli și proceduri documentate, care au fost concepute inițial pentru a proteja compania împotriva eșecurilor morale. Absența unor astfel de rigori și cerințe scrise poate induce, treptat, o „relaxare morală” în organizație. Dispersarea responsabilității manageriale de coordonare a eticii poate duce și la lipsa sau insuficiența acesteia. De aceea, este important de a

menține o funcție dedicată în instituție, care să-și asume responsabilitatea pentru coordonarea continuă și planificarea strategică a performanței etice corporative.

Modelele de management al moralității propuse de Rossouw și van Vuuren [98] sunt oferite pentru a face diferența în abordările existente ale organizațiilor de a-și gestiona etica. Un manager poate determina modul de gestionare a eticii în organizația sa printr-o analiză internă, aplicarea unor instrumente de diagnostic cantitativ și calitativ, a unui audit etic (de exemplu, chestionare, focus grupuri, interviuri aprofundate, analize de documente etc.), care i-ar putea oferi informații ample și suficiente pentru a formula concluzii.

1.3.2. Instrumente și mecanisme de instituționalizare a eticii

Managementul eticii se ocupa de elaborarea acelor instrumente de conducere care contribuie la dezvoltarea etică a unei organizații, precum și a metodelor care pot fi utilizate spre a determina în ce direcție ar trebui să se dezvolte organizațiile. Acest domeniu presupune descrierea și analiza situației etice curente, determinarea situației dezirabile și decizia asupra măsurilor care trebuie luate pentru a o atinge, în perfectă concordanță cu celelalte forme de management [12]. Totodată, pentru organizarea eticii unei instituții este necesar de creat o ”infrastructură etică” [39, pp.71-72], prin care ar putea fi dezvoltat și menținut un model înaintat de management al moralității, cum ar fi cel al conformității, integrității etice și cel al alinierii totale [98].

Literatura de specialitate recomandă organizațiilor să adopte un *program de etică* bine repartizat în timp și cu responsabilități distribuite. Astfel, programele de etică, denumite și *de conformitate, integritate, valori comune* sau *de conduită responsabilă*, pot fi definite ca sistem formal de control organizațional conceput pentru a crea o cultură etică, a împiedica comportamentul neetic și pentru a-l promova pe cel etic [99].

Procesul de guvernare și gestionare a performanței etice a unei organizații prin intermediul unui program de etică se bazează pe patru piloni, și anume: (1) instituționalizarea eticii; (2) evaluarea riscului etic; (3) dezvoltarea standardelor etice; și (4) raportarea și dezvăluirea performanței etice. Astfel, mediul în care există organizațiile este un determinant important al comportamentului etic. Instituționalizarea eticii are ca scop integrarea standardelor etice în strategiile și operațiunile unei organizații și construirea unei culturi organizaționale cu ajutorul unui program etic [100]. Totodată, un program de etică cuprinde anume măsuri și instrumentele tangibile și explicite pe care organizațiile le adoptă pentru a gestiona etica.

Deoarece comportamentele neetice includ mai multe aspecte, este important ca și programul de etică să fie dezvoltat comprehensiv. Sunt propuse mai multe componente ale programelor de etică [12, 14, 99], precum:

1) *dezvoltarea propriilor coduri de etică* – documente distincte și formale care conțin un set de prescripții elaborate de o organizație pentru a ghida comportamentul în diferite probleme în relația dintre manageri și angajaților, între colegi, părțile interesate externe și/sau societatea în general;

2) *organizarea instruirilor și a comunicării în materie de etică* – realizate în formă continuă, programată, de către persoane bine pregătite în domeniile vizate, în special în materie de etică;

3) *implementarea politicilor de responsabilitate* – documente aprobate la nivel de instituție cu referire la diferite domenii interne ce presupun riscul unui comportament neetic, cum ar fi, de exemplu, politica de confidențialitate, politica de siguranță a pacienților etc.;

4) *activități de monitorizare și audit* – capacități existente în instituție sau invitate din exterior care ar măsura climatul etic, dar și ar putea evalua cultura etică existentă în instituție, pentru a propune măsuri corective și dezvoltarea și/sau îmbunătățirea programului etic;

5) *politici de investigare și corectare a comportamentelor neetice și a neconformităților* – prevederi clare, cunoscute de fiecare angajat, cu referire la faptul că comportamentele neetice pot fi depistate și analizate, cu urmările deciziilor finale luate de echipele care le investighează; stabilirea clară a rolului și activității comitetului de etică instituțional;

6) *canal de raportare a problemelor de etică* – linie verde de asistență etică, site web, o adresă de e-mail sau o aplicație pe care angajații o pot folosi pentru a raporta și a împărtăși probleme etice;

7) *o persoană dedicată consultării etice - un ofițer/birou de etică* – de obicei, intern, numit și birou de conformitate, ombudsman, consultanță și expertiză în etică sau platformă de etică;

8) *promovarea unor modele de comportament etic* – implementarea modelului de leadership etic, promovarea eroilor instituției, pentru a stabili reperele clare pentru comportamentul dezirabil spre care ar trebui să tindă fiecare angajat;

9) *politici de promovare și stimulare a unei culturi și comportamente etice* – politici separate prin care vor fi evidențiate și puse în valoare comportamentele etice ale angajaților, astfel ca în instituție să predomină atmosfera motivației și a stimulării și nicidecum a penalizărilor;

10) *verificarea integrității înainte de angajare* – componentă de care se ocupă, de obicei, serviciul resurse umane, prin aplicare de chestionare, interviuri sau solicită pretendentului la angajare

anumite documente suplimentare (caracteristica sau recomandare de la serviciul precedent). Totuși, chiar dacă persoana va indica o reputație impecabilă, asta nu exclude riscul unui comportament neetic.

Pentru a avea o instituție integră cu angajați cu comportament corect, este important de atras o atenție deosebită organizării tuturor acestor componente ale programului etic, într-o manieră continuă, pe toată perioada de angajare a persoanelor, începând cu prima zi de muncă. Angajarea personalului în implementarea standardelor etice trebuie să fie o prioritate a managerilor de toate nivelurile și parte componentă a politicilor, strategiilor și planificărilor curente din instituție.

Totuși, acest lucru nu este ușor de implementat. Un studiu realizat de către un grup de autori din România pe un eșantion de 244 de organizații, dintre care 100 de companii, 44 de instituții publice centrale și 100 de ONG-uri cu statut de utilitate publică, a avut ca scop identificarea mecanismelor și instrumentelor de instituționalizare a eticii în organizațiile incluse [39]. Autorii cercetării au analizat rezultatele pornind de la modelului integrat al managementului eticii dezvoltat de Jeurissen, care consideră că procesului de instituționalizare a eticii are patru tipuri posibile de abordări: abordarea bazată pe reguli, abordarea bazată pe valori, abordarea bazată pe dialogul cu partenerii și abordarea bazată pe dialogul social [101]. Studiul menționat a determinat că în organizațiile din România există foarte puține reglementări, mecanisme și instrumente utilizate în managementul eticii, fiind constatată o etapă inițială de dezvoltare a acest domeniu. Circa 70% dintre respondenți au declarat că instrumentele folosite în organizația din care fac parte sunt centrate pe codul de etică, se constată o frecvență slabă a derulării programelor de management al eticii în instituție. Doar 21% dintre respondenți au confirmat că organizația raportează activitățile de management al eticii într-un raport specific. Numai 35% dintre organizații pot afirma cu adevărat că au programe complexe de instituționalizare a eticii, implementează o paletă mai largă de activități, nu doar codul de etică. Despre instituționalizarea eticii se discută, în special, la nivel de conducere și mai puțin între colegi. Precaritatea demersurilor de implementare a unor programe de management al eticii sunt doar preocupările managerilor și mai puțin al angajaților [39]. Pe parcursul următoarelor capitole vom descrie rezultatele acumulate în instituțiile medico-sanitare din Republica Moldova, care, de asemenea, demonstrează multe lacune și neconformități în organizarea eticii instituționale.

Este cert că activitățile de management al eticii în organizație nu pot fi realizate doar de o singură persoană și nici de o singură structură sau departament. Aceste activități trebuie să aibă o continuitate și periodicitate planificată, fiind interconectate cu alte activități (cum ar fi resursele umane sau asigurarea calității) și distribuite în responsabilitățile tuturor structurilor instituționale, care

trebuie să își aibă determinat rolul său. În figura 4 sunt indicați actorii instituționali implicați nemijlocit în managementul eticii în organizație.



Figura 4. Partenerii managerului în organizarea eticii în instituție.

Analizând responsabilitățile fiecărei structuri implicate, am elaborat și propunem un pachet de responsabilități specifice activității de funcție a fiecărui actor instituțional [30, p. 221-226].

Departamentul Resurse umane, împreună cu *juristul* instituției, vor trebui să își asume un șir de atribuții pentru asigurarea unui comportament etic, și anume:

- Verificarea și aprecierea nivelului de integritate a persoanelor nou-angajate;
- Elaborarea și implementarea unui cod de etică instituțional;
- Dezvoltarea și promovarea unor politici cu privire la comportamentul angajaților și stabilirea prevederilor clare ce se referă la comportamentul neetic, cum ar fi hărțuirea sexuală, avansuri, conflicte de interese, regimul cadourilor, favoritism, date private etc.;
- Organizarea instruirilor în domeniul eticii, integrității, comunicării asertive, legislației etc.;
- Prevederea penalităților pentru comportamente neetice și elaborarea unor strategii de motivare și stimulare a comportamentelor etice;
- Organizarea unui canal de comunicare cu angajații, bazat pe încredere și confidențialitate;
- Realizarea unor acțiuni concrete pentru reducerea și prevenirea surmenajului și apariția sindromului de ardere profesională (*burnout*);
- Monitorizarea și evaluarea satisfacției angajaților.

Serviciul comunicare (relații cu publicul) va fi responsabil de următoarele aspecte etice:

- Organizarea unui proces de comunicare intern, cu promovarea și diseminarea misiunii și a scopului și a valorilor instituției pentru fiecare angajat, indiferent de nivel de activitate;
- Promovarea modelelor de comportamente etice;
- Promovarea imaginii instituției și dezvoltarea sentimentului de apartenență instituțională;
- Monitorizarea permanentă, prin canale accesibile de comunicare, a feedback-ului beneficiarilor pentru evaluarea satisfacției. Acestea ar putea fi sub formă de invitație prin e-mail, mesaj telefonic sau în scris pentru a oferi apreciere serviciilor; disponibilitatea unei linii deschise de comunicare (linie verde, boxă pentru scrisori) sau chestionarea satisfacției (pe pagina web) etc.

Organizarea activităților de management a eticii instituționale reprezintă o parte din responsabilitățile *departamentului de Management al calității*, care are în atribuțiile sale dezvoltare de proceduri și algoritme pentru un comportament standardizat în diferite situații importante, în special, atunci când acestea țin de luarea unor decizii etice, cum ar fi procedurilor cu privire la:

- procesul de informare și comunicare: comunicarea cu pacientul și cu rudele, comunicarea cu pacientul alolingv, comunicarea în situații de conflict etc.;
- procesul de avizare: obținerea acordului informat de la pacient și consimțământul reprezentanților legali, elaborarea acordurilor informate standardizate etc.;
- păstrarea confidențialității și a datelor cu caracter privat;
- protejarea siguranței și a securității pacientului, raportarea greșelii etc.
- colectarea și raportarea datelor privind satisfacția beneficiarilor etc.

Comitetele de etică și consultantul / specialistul pe probleme etice fac parte din instrumentele nemijlocite destinate organizării eticii în instituție și identificarea problemelor și riscurilor de ordin etic, propunând soluții și menținerea unui dialog cu angajații aflați în diverse situații de dilemă etică.

Este cert faptul că programele de etică sunt vital necesare pentru a construi o cultură etică în instituție. Însă, constrângerile de timp și buget pot împiedica organizațiile să adopte simultan toate componentele unui astfel de program. Desigur, în mod ideal, ar trebui să fie implementat programul în întregime, prin toate părțile sale componente, deoarece acestea sunt focusate pe diferite dimensiuni ale vieții organizației – de la educarea fiecărui angajat și dezvoltarea competențelor etice la nivel individual, până la schimbări esențiale făcute la nivel de politici și structuri instituționale. Un manager ar trebui să evalueze resursele valabile (umane și materiale), dar și necesitățile instituției pentru părțile programului de etică, care pot fi implementate treptat.

1.4. Sinteză la capitolul 1

Scopul acestui capitol a fost de a prezenta instituțiile medico-sanitare ca actori morali, fiindu-le atribuită responsabilitate socială, ca parte componentă a unei comunități și față de care societatea înainteaște așteptări și cerințe foarte înalte [6, 23, 24]. Pe de o parte, obligația lor profesională este de a servi spre binele oricărui pacient, pe de altă parte, aceste instituții sunt structuri cu relații contractuale – financiare și legale – față de furnizori, angajați, companii de asigurări etc. [10, 11]. Astfel, abordările clasice, prin prisma eticii scolastice tradiționale, nu mai pot face față condițiilor actuale de existență a instituțiilor medico-sanitare [16]. Pentru a ține instituțiile medico-sanitare atașate la normele morale profesionale și pentru a preveni deraparea sub influența unor presiuni de ordin material, financiar sau de oricare altă natură, care ar putea duce la violarea unor drepturi, este important ca managerii să înțeleagă esența și valoarea eticii aplicate în practica instituțională [19]. Drept soluție sunt propuse principiile *eticii afacerilor*, care abordează problemele instituției prin prisma a patru domenii: drepturile fundamentale ale omului, interesul personal al indivizilor, interesul organizației, și cel al beneficiului public [35, 37].

Instituțiile medico-sanitare, prin complexitatea activității pe care o realizează, se confruntă zilnic cu probleme de inter-relaționare, atât pe interior (pacienți, angajați), cât și în exterior (furnizori, comunitate, autorități etc.) [1, 3]. Diversitatea problemelor începe de la respectarea canoanelor hipocratice, până la distribuirea echitabilă a fondurilor, asigurarea accesului nediscriminatoriu, prevenirea erorilor și asigurarea siguranței, confidențialitatea informației etc. Multe din ele se pot transforma în costuri inutile și pierderi pentru instituție. Un manager trebuie să înțeleagă particularitățile fiecărei situații problematice apărute. Pentru aceasta va avea nevoie de suportul unor structuri instituționale cu responsabilități specifice și va trebui să dezvolte instrumente eficiente care ar permite instituționalizarea eticii în organizația care o conduce [12, 13, 14].

Managementul eticii în instituție ar însemna integrarea standardelor etice în strategiile și operațiunile organizației. Pentru atingerea performanței etice a instituției va fi nevoie de construirea unei culturi organizaționale cu ajutorul unui program etic comprehensiv, cu componente bine gândite și structurate, ajustate la particularitățile instituției [15]. Este important de a determina obiectiv modul existent de gestionare a eticii în organizație pentru a elabora și implementa măsurile realiste, care ar permite promovarea și respectarea drepturilor omului în prestarea actului medical, păstrarea imaginii unei instituții cu valori înalt morale, în care angajații doresc muncească, în care sunt protejate atât interesele individuale ale pacientului, cât și valorile general-umane ale societății.

2. MATERIALE ȘI METODE

2.1. Caracteristica generală a cercetării

2.1.1. Cercetarea realizată

A fost efectuat un studiu observațional, descriptiv, selectiv și transversal.

Studiul a fost realizat în perioada ianuarie 2022 – decembrie 2023 și include următoarele etape:

1. Definirea problemei de cercetare. Studiul realizat este o continuare logică a activității profesionale și de cercetare, realizate de către autoare pe parcursul ultimilor 25 de ani de activitate profesională în domeniul managementului sanitar, eticii, bioeticii, legislației medicale și protecția și promovarea drepturilor omului. Această etapă a inclus analiza amplă a bibliografiei pentru asigurarea unei înțelegeri a domeniului studiat, identificarea teoriilor, metodelor și tehnicilor de cercetare etc.

2. Formularea ipotezelor și determinarea designului studiului. Această etapă a fost realizată în temeiul analizei comparative a scopului stabilit cu rezultatele analizei bibliografice. Pe parcursul desfășurării cercetării, au fost verificate și completate ipotezele formulate. La această etapă au fost stabilite instrumentele de cercetare pentru obținerea datelor.

3. Colectarea datelor. Cercetarea a inclus atât componenta calitativă (interviuri individuale aprofundate și discuții în focus grupuri), cât și cea cantitativă (chestionare). Colectarea datelor s-a realizat prin utilizarea următoarelor instrumente de cercetare: chestionare pentru angajații instituțiilor medico-sanitare; chestionar adresat membrilor comitetelor de etică din instituțiile medico-sanitare, grila de evaluare a comitetului de etică/bioetică instituțional, ghidul pentru focus grup și grila pentru interviu individual. Studiul a fost aprobat la Comitetul de Etică a Cercetării al Universității de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu" (aviz nr.1 din 16.02.2022). Acumularea datelor a avut loc în perioada martie – august 2022.

4. Analiza și prelucrarea statistică a rezultatelor și argumentarea lor științifică.

Prelucrarea datelor a inclus verificarea lor cantitativă, calitativă, codificarea și gruparea. În cadrul analizei datelor au fost determinate următoarele statistici: mărimi relative cu intervale de încredere, indicatori ai tendinței centrale etc. Statistica descriptivă pentru datele discrete a fost realizată prin estimarea frecvențelor absolute și a celor relative, completate cu intervale de încredere de 95% (CI95%). Pentru efectuarea analizei multivariate, variabilele dependente fiind dihotomice, a fost aplicată regresia logistică cu estimarea coeficientului B, Eroarea Standard (S. E.), statistica Wald, grade de libertate (df), raportul șanselor (OR, Exp(B), precum și intervalul de încredere pentru

raportul șanselor. Datele colectate au fost prelucrate prin intermediul softului IBM SPSS Statistics, versiunea 27 Statistics Professional Authorized User License și Python, versiunea 3.12.3, ultimul permițând obținerea o analiză statistică reproductibilă.

Pentru variabilele numerice au fost estimate următoarele statistici descriptive: valoarea minimală, valoarea maximală, valoarea medie cu abaterea standard, valoarea medianei cu abaterea intercuartilă.

Pentru variabilele dihotomice au fost estimate frecvențele absolute, frecvențele relative, completate cu 95% intervale de încredere pentru frecvențele relative. Vizualizarea a fost realizată prin intermediul graficelor *barplot* (diagramă cu bare) și *heatmap* (hartă de căldură).

Pentru totalitatea testelor statistice aplicate în cadrul lucrării, valoarea prag (α) a fost considerată valoarea 0.05.

5. Elaborarea concluziilor și recomandărilor

În baza rezultatelor acumulate au fost elaborate concluzii și recomandări practice, care au fost prezentate prin publicații și prezentări la numeroase evenimente științifice de nivel internațional și național. În rezultatul cercetării efectuate, autoarea a elaborat grila de audit etic care poate servi drept instrument eficient de evaluare a managementului eticii instituțiilor medicale din Republica Moldova.

2.1.2. Metode de cercetare

Pe parcursul realizării cercetării au fost aplicate un șir de metode de cercetare de analiză-sinteză a diverselor aspecte ale componentelor sistemului, ale funcțiilor și proceselor, ale factorilor de influență a funcționalității, ale reglementărilor etc, acestea fiind combinate în dependență de obiectivele stabilite. Rezultatele analizei și sintezei au fost folosite ca informații în baza cărora au fost întocmite ulterior întrebări pentru metoda de chestionare.

▪ Analiza istorică

Este o modalitate de cercetare care implică analiza evenimentelor și situațiilor în evoluția lor istorică. Această metodă a fost folosită de cercetătoare în evidențierea etapelor de dezvoltare a eticii ca domeniu, de la teoriile scolastice la abordările practice ale eticii contemporane aplicată în diferite domenii, cu evidențierea particularităților eticii medicale, a cercetării biomedicale și bioeticii; determinarea particularităților de dezvoltare a conceptului de drepturi fundamentale ale omului până la aplicarea contemporană a acestora în domeniul îngrijirilor medicale; aprecierea evoluției legislației în domeniu drepturilor omului aplicate în sănătate; punerea în evidență a aspectelor evolutive a conceptelor de instituție morală, management organizațional, cu identificarea premiselor necesare

pentru apariția unui domeniu nou – cel al managementului eticii instituțiilor bazat pe conceptul eticii afacerii (businessului).

- Analiza sistemică

Prin această metodă orice problemă trebuie să fie prezentată ca fiind sistemică, cu indicarea interacțiunilor și a consecințelor fiecărei decizii particulare, bazată pe argumentarea și formularea clară a scopurilor finale. În lucrare, abordarea sistemică ca metodologie de cercetare s-a aplicat asupra analizei consacrate sistemului de valori morale care stau la baza deciziilor, managementului organizațional cu toate părțile sale componente, sistemului normativ care asigură realizarea activității medicale și prestarea serviciilor de sănătate în conformitate cu valorile dictate de drepturile omului.

- Metoda transferului de concepte

În cadrul cercetării au fost aduse argumente bazate științific prin care se adoptă conceptele eticii afacerilor în domeniul eticii organizaționale și managementului instituțiilor medico-sanitare. Totodată, conceptul de drepturi ale omului este ajustat și transferat asupra specificului activității de îngrijire a pacienților.

- Meta-analiza

Prin aceasta au fost realizate comparațiile rezultatelor obținute din studii diferite, pentru evaluarea relevanței diverselor conexiuni dintre studii multiple. Prin meta-analiză a fost selectată modalitatea de căutare, de selecție sau de excludere a studiilor, formulate deciziile cu privire la datele incomplete și alegerea celei mai bune metode de analiză a datelor.

- Analiza dinamicii fenomenelor și proceselor

O condiție importantă a analizei ca metodă generală de studiu este necesitatea examinării oricăror fenomene și procese ținând cont de dinamica lor. Pentru a realiza analiza dinamicii, este necesar de a construi șirul dinamic de caracteristici a fenomenului sau procesului. Șirul dinamic se construiește în funcție de timp și poate fi de moment și de interval. În prezenta cercetare, analiza dinamicii a fost pe larg aplicată în scopul evidențierii procesului de instituționalizare a eticii, precum și a diferitelor părți componente a acestuia – instrumentele analizate separat: coduri, valori, comitete de etica, instruirii etc. Această metodă a fost aplicată pentru evidențierea nivelului de realizare a drepturilor pacientului (informare, confidențialitate, siguranță etc.)

- Metoda inductivă și cea deductivă

Cu ajutorul acestor metode au fost formulate raționamentele științifice, au fost analizate legăturile dintre cauză și efect, cu identificarea cauzalității unor fenomene determinate în cadrul

cercetării atât cantitative, cât și cele calitative realizate. Deducția a stat la baza formulării concluziilor pe tot parcursul lucrării.

- Metodele statistice

Prin aplicarea multiplelor metode și modalități de culegere a datelor, sistematizare, calculare și comparare a indicatorilor statistici a fost posibilă formularea concluziilor privind fenomenele și procesele supuse analizei. Printre aceste metode enumerăm următoarele: observarea statistică. (asigură autenticitatea și exactitatea datelor, deplinătatea lor, obținerea lor în timp util, eficiența procesului de observare și unitatea de formă a culegerii datelor); prelucrarea și sistematizarea datelor statistice (include metode de prelucrare și modalități de prezentare a datelor: seriile statistice, tabele, graficele etc.); analiza legăturilor dintre variabile (analiza corelațională).

2.1.3. Baze bibliografice accesate

A fost realizat un studiu bibliografic amplu în domeniu, prin review-ul narativ al surselor bibliografice, studierea articolelor relevante pentru identificarea altor publicații de interes. Cercetările publicațiilor au fost disponibile în limba engleză și în limba română. Analiza literaturii a fost efectuată după tipul „state-of-the-art” (descrierea stadiului de cunoaștere în domeniul cercetării), dar și prin trecerea în revistă a teoriilor inovative și abordărilor de ultimă oră din domeniul managementului organizațional și a procesului de instituționalizare a eticii, precum și a celui de aplicare a drepturilor omului în îngrijirile de sănătate. Totodată, a fost făcută o evaluare a studiilor și rapoartelor oficiale de nivel internațional pe subiecte relevante, cu analiza datelor, inclusiv, aplicând și metoda de analiză calitativă a conținutului, analiză comparativă.

Principalele baze de date prin care a fost realizată căutarea și selectarea de articole și resurse bibliografice au fost următoarele: Repositoryul USMF ”Nicolae Testemițanu”, PubMed Central, *MEDLINE*, *Scholar Google*, *Research Gate*, *The Directory of Open Access Journals*, *BioMed Central*, *PLOS – Public Library of Science*, *FreeBookCentre*, *HINARI*. Totodată, au fost accesate paginile oficiale specializate, care oferă resurse online specifice precum este cea a portalurilor *Human Rights in Patient Care*, *Journal of Medical Ethics*, *HEC Forum*, *Journal of Business Ethics* etc.

În procesul de căutare au fost utilizate următoarele *cuvinte-cheie*: cultură etică, siguranță etică, climat etic, etica organizațională, instituționalizarea eticii, programe etice, leadership etic, etica afacerilor, decizii etice, managementul eticii, comitete de etică, audit etic, drepturile pacientului, dreptul omului, loialitate dublă, responsabilitate morală.

2.1.4. Review-ul literaturii

Pentru a amplifica nivelul de cunoaștere a problemei cercetării a fost efectuată o analiză amplă a conceptelor teoretice și științifico-practice descrise în literatura de specialitate de peste hotare, precum și de către autori autohtoni. Astfel, au fost analizate 275 de surse bibliografice.

Studiul s-a referit și la analiza aprofundată a evoluției conceptului de etică, de la abordările teoretico-filosofice [49, 51], până la instituirea noțiunilor de etică aplicată [50, 52-55], bioetică [56-58, 69, 74, 75, 92], etica cercetării. [76-82] A fost analizat conceptul de responsabilitate morală și aplicarea acestuia asupra activității instituțiilor medico-sanitare [23-27, 44].

Documentarea bibliografică s-a referit și la fundamentele teoretice și viziunile actuale cu privire la procesul de organizare a eticii în instituții [8, 12, 13, 14, 33, 39, 62], și la modurile de management al moralității în organizații. [97-98] În special, ne-am focusat spre cele în care există relațiile dintre prestator de servicii-beneficiar [15, 16, 29, 32], cu particularizarea specificului activității instituțiilor medico-sanitare [2, 3, 6, 10, 28, 40, 86, 88, 101].

O componentă separată a fost dedicată eticii organizaționale [11, 38, 124], climatului și culturii organizaționale [7, 115, 118, 123], ca precondiții pentru asigurarea unui mediu etic, favorabil pentru asigurarea respectării drepturilor omului. Au fost studiate abordările internaționale cu privire la asigurarea satisfacției angajaților [9, 220, 224] și rolul acestei componente asupra calității actului medical și, respectiv, asupra satisfacției și siguranței beneficiarilor [133, 134, 227, 228, 260].

Totuși, focusul prioritar al cercetării bibliografice a fost îndreptat spre conceptele moderne cu privire la instrumentele și mecanismele existente în instituțiile medico-sanitare pentru organizarea eticii [12, 13, 14, 99] și definirea conținutului noțiunii de *management al eticii* și *audit etic*. Au fost studiate abordările contemporane cu privire la organizarea procesului de luare a deciziilor în activitatea clinică [135, 136, 157, 229] și bazele teoretice ale unei instituții morale [34, 44, 50] cu fundamentarea aplicării eticii afacerilor în contextul specific al activității instituțiilor sanitare. [35, 36, 37, 45, 87, 89, 126, 275]. Totodată, studiul s-a bazat și pe analiza detaliată a conceptele teoretice și prevederile cadrului normativ internațional și național cu referire la drepturile fundamentale ale omului aplicate în contextul actului medical, responsabilitățile instituțiilor medico-sanitare și obligațiile prestatorilor de servicii pentru asigurarea calității serviciilor medicale și respectarea drepturilor pacienților [20, 76-80, 91, 201, 203]. O analiză comparativă. în mod separat. a fost făcută pentru evidențierea diferenței dintre conceptul drepturilor pacienților și cel de drepturi fundamentale ale omului aplicat în îngrijirea pacienților [17, 19, 105, 172, 173].

2.2. Cercetarea cantitativă

2.2.1. Aplicarea chestionarului pentru angajații instituțiilor medico-sanitare

Metoda de determinare a eșantionului

Formula pentru determinarea dimensiunii eșantionului, bazată pe metoda de eșantionare aleatorie simplă:
$$n = (Z^2 * p * (1 - p)) / E^2$$

Unde:

- n este volumul eșantionului,
- Z este scorul Z (valoarea corespunzătoare nivelului de încredere dorit). Pentru un nivel de încredere de 95%, scorul Z este 1,96,
- p este proporția estimată a populației care are caracteristica de interes (stabilită la 0,5 dacă este necunoscută),
- E este marja de eroare sau precizia, exprimată ca zecimală (de exemplu, 0,03 pentru o marjă de eroare de $\pm 3\%$).

În plus, pentru populația finită, dimensiunea eșantionului necesită ajustare, folosind următoarea formulă:
$$n_{adj} = n / (1 + (n - 1) / N)$$

Unde:

- n_{adj} este dimensiunea ajustată a eșantionului pentru o populație finită.
- N este dimensiunea totală a populației.

Aplicarea corecției pentru rata non-răspuns nu este una obligatorie, deoarece au fost acceptate doar chestionarele completate fără valori lipsă, deoarece în chestionarul în *google forms* fiecare întrebare a fost obligatorie,

Designul cercetării nu este complex, nu au fost folosite tehnici de clasterizare, stratificare etc., fiind aplicată metoda de eșantionare simplă aleatorie. Astfel *deff* (*design effect*) este considerat ca fiind egal cu 1.

Determinarea eșantionului

Conform datelor oficiale oferite de Anuarul Agenției Naționale de Sănătate Publică (2022) în sistemul sănătății activează:

- în instituții medico-sanitare spitalicești publice – 4486 medici și 10 235 asistente medicale
- în asistența medicală primară – 2244 medici și 5884 asistente medicale

Total per republică în anul 2022 activau 22 849 de medici și asistente medicale.

Deoarece nu au fost disponibile date cu referire la angajații instituțiilor private, am crescut numărul *populației generale studiate* la cifra estimativă de 23 000 de persoane (medici și asistente).

La marginea de eroare $\pm 3\%$ și frecvența așteptată la nivel de 50%, eșantionul reprezentativ a trebuit să fie constituit din nu mai puțin de **1020 de respondenți**.

Calcululele au fost efectuate prin intermediul mediului de programare Python.

```
[1] import math

# Datele necesare pentru efectuarea calculului
population_size = 23000 # dimensiunea populației
p = 0.5 # proporția estimată
E = 0.03 # marja de eroare
Z = 1.96 # scorul Z pentru un nivel de încredere de 95%

# Calculăm volumul eșantionului folosind formula
n = (Z**2 * p * (1 - p)) / (E**2)

# Ajustare pentru populația finită
n_adj = n / (1 + (n - 1) / population_size)

# Afișăm volumul calculat a eșantionului
n_adj
```

1019.8388697800041

Diseminarea chestionarului online a permis fiecărui reprezentant din cohorta medicilor sau asistentelor medicale să aibă șanse egale de a participa în studiul dat (eșantionare aleatorie simplă). Acesta modalitate de interacțiune cu respondenții, totodată, a exclus posibilitatea de influență din partea cercetătorului, luând în considerație specificul unor întrebări sensibile ale temei abordate.

Instrumentele de cercetare

Chestionarul (Anexa 1) a fost elaborat de către cercetătoare, în urma unei analize ample a studiilor cu scopuri apropiate realizate în cadrul altor cercetări în domeniu. Astfel, la baza formulării chestionarului s-au aflat numeroase surse bibliografice și studii întâlnite în literatura de specialitate pe tematica managementului eticii și a comportamentului etic al angajaților în instituțiile medico-sanitare sau din domeniul auditului etic.

Chestionarul a fost transpus în formular *google.forms* (<https://forms.gle/qcdxU1Bduy6tDzRn9>) și ulterior diseminat preponderent prin departamentele de resurse umane ale instituțiilor medico-sanitare (circa 120 instituții), asociațiile profesionale (6 asociații), precum și prin o rețea de socializare (Facebook). Chestionarul conține un preambul prin care au fost explicate scopul și condițiile cercetării, conformitatea cu principiile eticii cercetării.

Participanții au fost asigurați de confidențialitatea participării și faptul că nu vor fi înregistrate careva date personale (răspuns anonim).

Chestionarul a fost structurat în mai multe părți, în conformitate cu obiectivele cercetării. În acest sens au fost formulate 57 de întrebări cu referire la dilemele etice cu care se confruntă angajații în instituție, căile și posibilitățile de soluționare a acestora, aprecierea climatului organizațional și factorii care îl determină, instrumentele etice existente în instituție, precum și aprecierea condițiilor și nivelului de respectare a drepturilor pacientului în procesul de prestare a serviciilor medicale. Pentru a facilita procesul de înțelegere a conținutului unor întrebări, au fost incluse mici explicații prin definirea termenilor utilizați în chestionar, cum ar fi, de exemplu, termenul de *dublă loialitate*.

Chestionarul a inclus variabile nominale (cu variante de răspuns închise, răspunsuri unice sau multiple, precum și cu varianta de răspuns deschis. Pentru întrebările de tip închis a fost aplicată scala de evaluare de 5 puncte și matrice cu variante unice de răspuns sau cu răspunsuri multiple. În același timp, respondenților li s-a dat posibilitatea unor răspunsuri proprii, prin includerea opțiunii de răspuns deschis – *Altele*. Pentru a măsura atitudinile sau percepțiile angajaților au fost aplicate și câteva întrebări cu diferențial semantic (de exemplu, aprecierea imaginii instituției sau a imaginii managerului). Totodată, chestionarul a inclus și o întrebare deschisă separată prin care respondenților li s-a solicitat să formuleze propuneri și sugestii pentru îmbunătățirea managementului eticii în instituția în care lucrează. Pretestarea chestionarului a fost efectuată pe 5 persoane angajate în instituții medico-sanitare, dintre care 2 manageri de instituții spitalicești.

Chestionarul a fost completat de **1070 de respondenți**, care au reprezentat populația angajaților din diferite instituții medico-sanitare din Republica Moldova. În studiu au fost invitați angajații instituțiilor medico-sanitare care au cel puțin un an de activitate profesională.

Caracteristica participanților în cercetare

Analiza datelor a arătat că mulți respondenți au fost din sectorul spitalicesc (81,6%), dintre care 42,1% sunt angajați ai spitalelor republicane și 19,4% angajați ai spitalelor municipale, cu o mică diferență a numărului participanților din instituțiile spitalicești de nivel raional – 17,5%. Un număr mult mai mic de respondenți au fost angajații instituțiilor spitalicești private 2,6%. Angajații instituțiilor AMP au constituit 18,3%, dintre care 10% au fost din mediul rural (Figura 5).

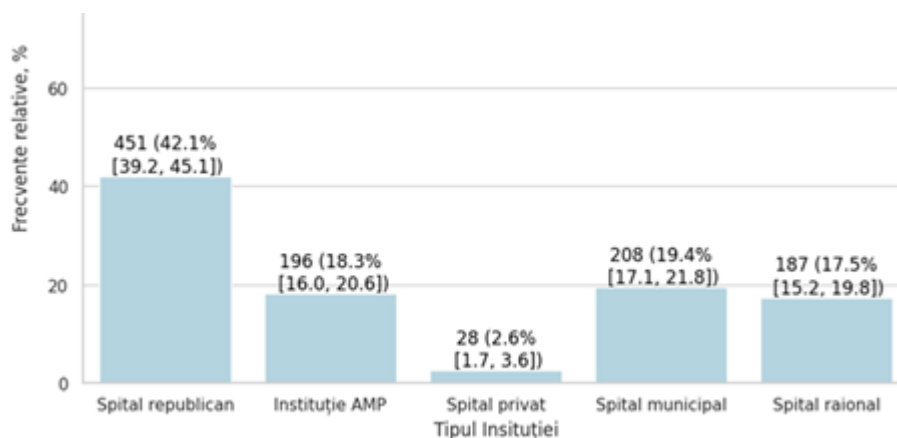


Figura 5. Repartizarea respondenților după tipul de instituție, %.

Medicii au constituit 2/3 dintre respondenți – 64,5% (CI95% 61.6, 67.3), personalul mediu – 31,8% (CI95% 29.0, 34.6), iar personalul non-medical – 3,7% (CI95% 2.7, 5.0).

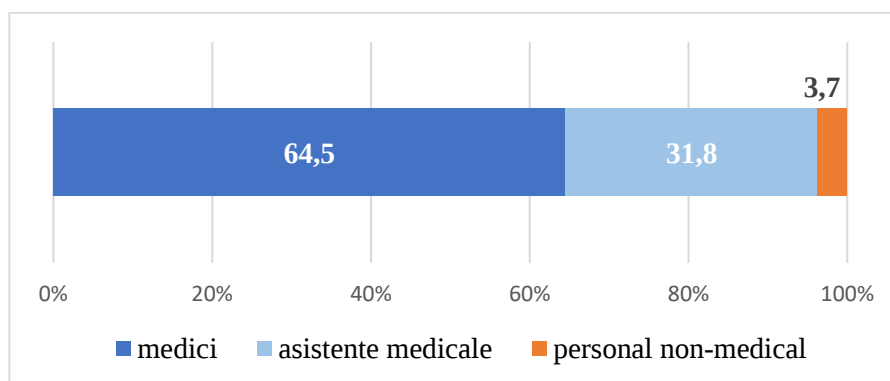


Figura 6. Repartizarea respondenților după profesie, %.

Analizând specialitățile respondenților, observăm că numărul specialiștilor din domeniul chirurgical, 27,7% (CI95% 25.0, 30.4), este aproape cu cel al respondenților de profil terapeutic – 24,4% (CI95% 21.9, 27.0), urmat de respondenții din AMP – 16,9% (CI95% 14.8, 19.3), obstetricieni ginecologi – 11,1% (CI95% 9.3, 13.1), pediatri – 10,0% (CI95% 8.3, 11.9) și oncologi – 5% (CI95% 3.9, 6.5). Personalul non-medical a constituit 4,9% (CI95% 3.7, 6.3) (Figura 7).

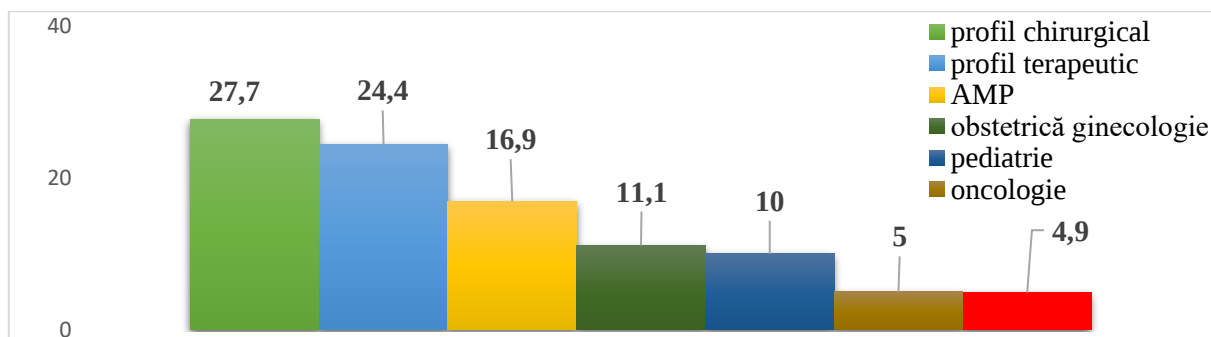


Figura 7. Repartizarea respondenților după specialități, %.

Practic, $\frac{3}{4}$ dintre respondenți au fost de gen feminin 76,8% (CI95% 74.2, 79.3), ceea ce corespunde și cu caracteristica generală a profesiei medicale, care este practică de un număr mai mare de femei decât bărbați.

Cel mai tânăr respondent a fost de vârsta de 21 de ani, pentru asistente medicale și de 24 de ani pentru medici, iar cei mai în vârstă participanții aveau 68 de ani, în cazul asistentelor medicale, și 73 de ani, în cazul medicilor (Figura 8).

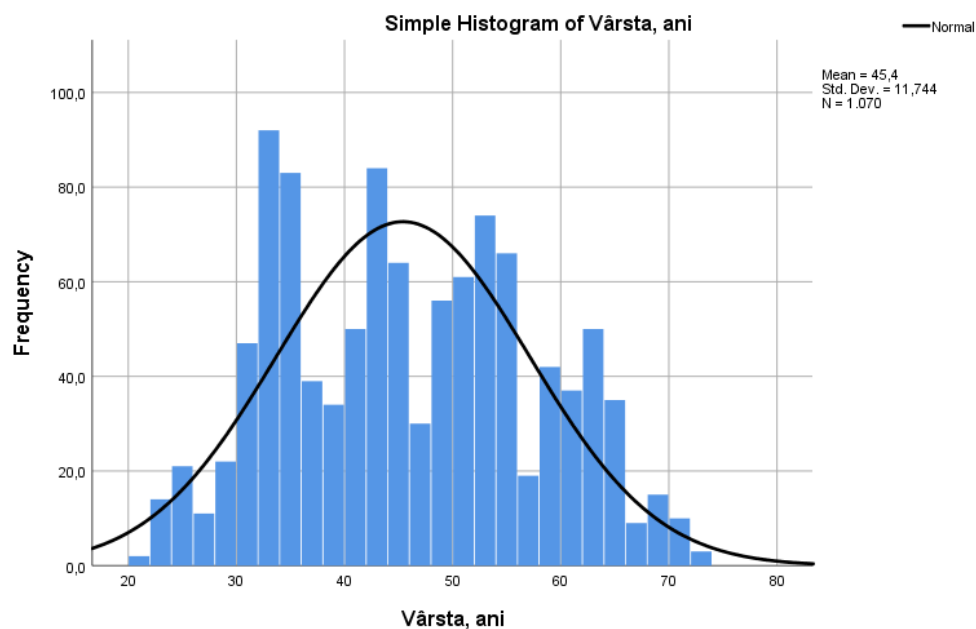


Figura 8. Repartizarea respondenților după vârstă, %.

Mediana vârstei respondenților după grupurile profesionale nu diferă semnificativ, fiind de 45 ani pentru asistente, 44 de ani pentru medici și 43 ani pentru personalul non-medical (Tab. 2 și Fig.9).

Tabelul 2. Vârsta participanților.

Vârsta, ani		Medici	Asistente medicale	Personal non-medical
	Medie	46	44	45
	Devierea standard	12	11	11
	Minimum	24	21	23
	Pr25	35	34	37.5
	Mediana	44	45	43
	Pr75	55	53	51.25
	Maximum	73	68	68

Grupul respondenților cu stagiul de muncă de peste 21 de ani a constituit 48,6%, dintre care 16,2% (CI95% 14.1, 18.5) au fost angajați cu un stagiul de muncă de peste 35 de ani. De acest număr

este aproape și grupul angajaților cu un stagiul de muncă de 5-10 ani – 15,8% (CI95% 13.7, 18.1) și al celor cu stagiul de muncă mai mic de 5 ani – 13,4% (CI95% 11.4, 15.5). Practic, fiecare al 5-lea respondent a fost cu stagiul de muncă de 11-20 de ani – 22,2% (CI95% 19.8, 24.8).

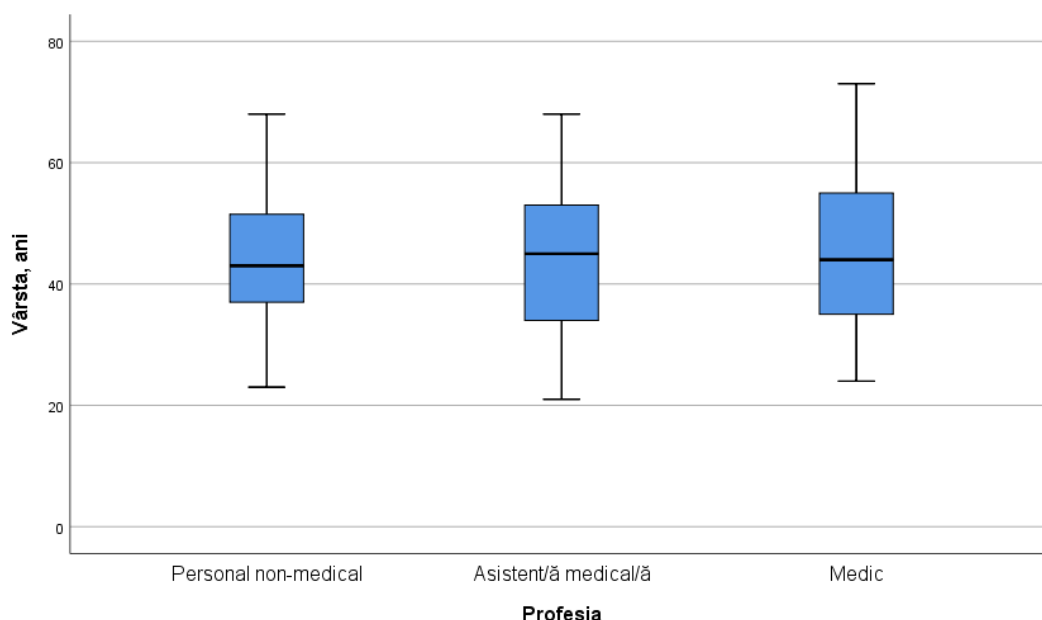


Figura 9. Mediana vârstei respondenților după grupurile profesionale.

Majoritatea respondenților – 70,7% (CI95% 67.9, 73.3) nu dețin careva funcții manageriale în cadrul instituției în care activează. O parte dintre respondenți – 19,9% (CI95% 17.6, 22.4) au indicat că dețin funcție managerială de nivel 2 – șef de departament, șef de serviciu, iar 6,7% (CI95% 5.3, 8.3) reprezentau organul superior de conducere al instituției (director, vice director). Un grup mai mic de participanți – 2,7% (CI95% 1.9, 3.8) au indicat că sunt în funcții de conducere a unor structuri în cadrul instituției cum ar fi șef de comitete, consiliu etc. (Figura 10).

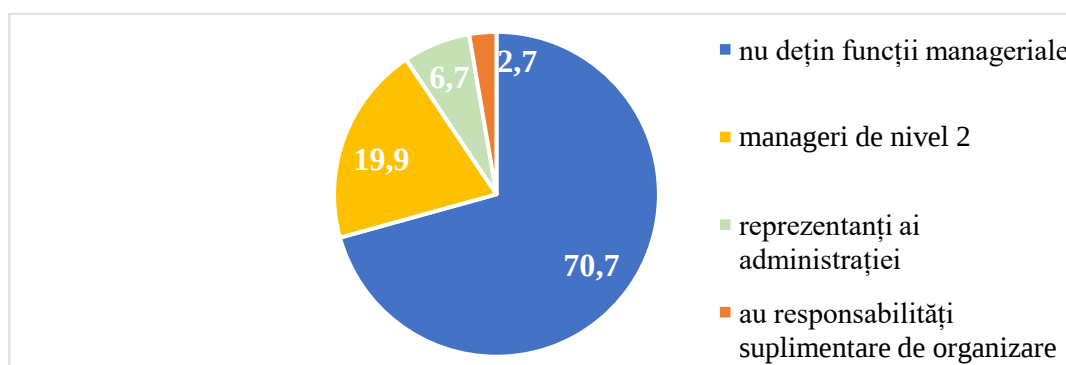


Figura 10. Reprezentarea respondenților cu funcții manageriale, %.

2.2.2. Aplicarea chestionarului în rândul membrilor comitetelor de bioetică

Determinarea eșantionului

Conform ordinului nr. 139 din 03.03.2010 cu privire la asigurarea calității serviciilor medicale, toate instituțiile medico-sanitare trebuie să aibă organizate Consiliile de calitate, în componența cărora intră și Comitetele de Bioetică. La moment, toate spitalele din țară, pentru a primi acreditarea, sunt obligate să aibă create aceste structuri. Astfel, pentru calcularea eșantionului am reieșit din numărul spitalelor – 61 spitale a câte circa 3 membri ai comitetului în fiecare. După aplicarea formulei, cu eroarea de $\pm 5\%$ și frecvența așteptată la nivel de 50%, am stabilit că volumul eșantionului nu trebuie să fie mai mic de **124 respondenți** (calculul a fost efectuat prin intermediul mediului de programare *Python*). Chestionarul a fost completat de 134 respondenți (73,0%) din totalul de 183 de membri estimați ai comitetelor de etică/bioetică

Deoarece chestionarul în *google forms* a inclus doar întrebări obligatorii, au fost colectate doar chestionarele fără valori lipsă, astfel aplicarea corecției pentru rata non-răspuns nu este obligatorie.

Fiind aplicată metoda de eșantionare simplă aleatorie, indicele *deff* este considerat egal cu 1.

Instrumentul de cercetare

Chestionarul (Anexa 3) a fost compus din 25 de întrebări cu variante de răspuns de tip închis, cu răspunsuri unice sau multiple, precum și cu varianta de răspuns deschis, care a permis acumularea unor răspunsuri particulare și analiza calitativă a acestora cu referire la problema abordată. Managerilor instituțiilor medico-sanitare le-a fost solicitat de a oferi datele de contact ale președinților comitetelor de etică, cărora le-a fost transmis link-ul chestionarului pentru a fi diseminat, respectiv, membrilor comitetelor de etică/bioetică instituționale. Participanții au fost asigurați de confidențialitatea participării și faptul că nu vor fi înregistrate careva date personale. Chestionarul a fost pre-testat pe 5 participanți (membri ai comitetelor spitalicești).

Caracteristica participanților în cercetare

Mai puțin de 1/3 dintre respondenți au fost bărbați (30,6%).

Dintre participanții în cercetare mai mult de o treime (38,8%) au fost membri ai comitetelor de bioetică din instituțiile spitalicești raionale, 21,6% au fost membrii comitetelor din instituții AMP, 19,4% au fost membrii comitetelor spitalelor republicane și 17,2% din spitale municipale. Circa 3% au fost respondenții membri ai comitetelor de bioetică a unor instituții private (Figura 11).

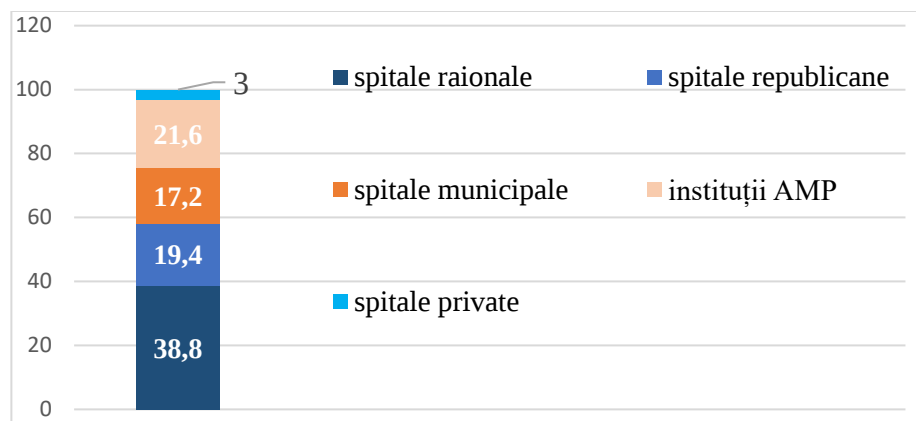


Figura 11. Repartizarea respondenților după tipul de instituție, %.

Grupul medicilor membri ai comitetelor de bioetică prevalează, constituind 76,2% din totalul respondenților, dintre care 28,4% sunt reprezentanți ai corpului managerial al instituției. Asistentele medicale au constituit 10,4% dintre respondenți, iar restul 13,4% au fost repartizate între reprezentanții diferitor specialități non-medicale precum: juriști (7,5%), psihologi (1,5%), farmaciști (1%), statisticieni (1%), asistenți sociali (0,7%), preot (0,5%) etc. (Figura 12)

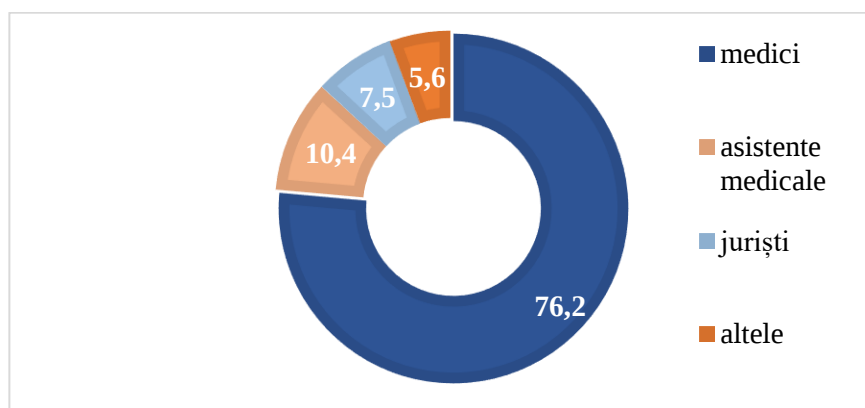


Figura 12. Repartizarea respondenților după specialități, %.

Fiecare al treilea respondent (33,6%) are o experiență de mai mult de 5 ani ca membru al comitetului de bioetică. Este practic egală rata celor cu experiență de membru de 1-3 ani (26,9%) și experiența de 3-5 ani (26,1%). Grupul respondenților cu experiență de până la un an a constituit 13,4% din totalul participanților.

Limitele studiului cantitativ. Completarea chestionarului online nu a permis să păstrăm reprezentativitatea participanților în studiu conform raportului existent la nivel de țară dintre specialități, tipul de instituții, precum și dintre ratele personalului cu studii medii și superioare. Astfel, printre respondenți am determinat rata crescută a medicilor (aproape 2/3 din eșantionul analizat) și

rata redusă a asistentelor medicale (aproape 1/3 din eșantionul analizat), ceea ce vine în contradicție cu distribuția acestor categorii în populația cercetată, unde numărul asistentelor medicale este de 2 ori mai mare. Însă, aceste fapt semnalează sensibilitatea crescută a medicilor față de problema abordată, ultimii având mai multe responsabilități față de pacienți și administrație.

Nu este exclus faptul ca, participanții, din motive diferite (exemplu: îngrijorarea că pot fi identificați), au schimbat datele privind funcțiile lor din cadrul instituțiilor medico-sanitare.

O limitare poate fi considerată și probabilitatea răspunsului formal, dezinteresat al participanților, nefiind suficient de sinceri. Această presupunere ne sugerează faptul că circa 50% dintre respondenți au indicat ca nu au întâlnit unele probleme abordate în cercetare, atunci rezultatele acumulate în cercetare calitativă ne sugerează că frecvența unor astfel de probleme este mult mai mare în rândul lucrătorilor medicali.

2.2.3. Aplicarea grilei de evaluare a comitetului de bioetică instituțional

Determinarea eșantionului

Sectorul spitalicesc din Republica Moldova cuprinde 84 de spitale, inclusiv 60 de spitale publice, 7 departamentale și 17 private. La rândul său, din 60 de spitalele publice 17 sunt de nivel republican, 9 sunt spitale municipale, 34 spitale raionale.

Pentru implicarea instituțiilor de asistență medicală primară au fost luate în considerare doar instituțiile de nivel municipal și raional care au capacitate instituțională de a crea comitete de bioetică și anume 5 asociații medicale teritoriale (AMT) din municipiul Chișinău, 1 centru al medicilor de familie (CMF) din mun. Bălți și 35 de centre de sănătate (CS) de nivel raional. În total, grila a fost trimisă către 125 de instituții din care au răspuns 80 (64%). Grila a fost diseminată prin intermediul poștei electronice către toate instituțiile medico-sanitare spitalicești și de asistență medicală primară, publice și private, care au capacitatea de a organiza comitete de etică/bioetică în cadrul structurii sale.

Deoarece au fost colectate doar chestionarele completate fără valori lipsă, aplicarea corecției pentru rata non-răspuns nu este obligatorie.

Instrumentul de cercetare

Grila de evaluare (Anexa 2) a fost elaborată de către cercetătoare cu scopul de a analiza situația cu privire la structura și activitatea comitetelor de bioetică din cadrul instituțiilor medico-sanitare spitalicești, cât și de asistență medicală primară. Grila conține 15 întrebări închise, fiind solicitat de a fi completată de către administrația instituției medicale. Intenția întrebărilor adresate a fost de a

identifica particularitățile de organizare și activitate ale comitetelor de bioetică instituționale, deoarece, la nivel național nu există nici o îndrumare sau reglementare pentru activitatea acestor structuri. Totodată, au fost adresate întrebări cu privire la aprecierea competenței membrilor comitetelor, frecvența întrunirilor și specificul discuțiilor în cadrul ședințelor comitetelor.

Răspunsurile acumulate prin aplicarea acestei grile ne-au permis elucidarea activității comitetelor de bioetică instituționale în majoritatea instituțiilor medico-sanitare din țară, atât publice cât și private și, prin metoda extrapolării, să putem oferi o apreciere per ansamblu a situației cu referire la comitetele de etică/bioetică din instituțiile medico-sanitare din țară.

Caracteristica participanților în cercetare

Au fost primite 80 de grile completate în format electronic de la 35 instituții de AMP (43,8%) și, o instituție AMP privată (1,2%); 44 instituții spitalicești (55%), dintre care 25 spitale raionale (31,3%), 5 spitale municipale (6,3%), 12 spitale republicane și 2 spitale private. (Figura 13)

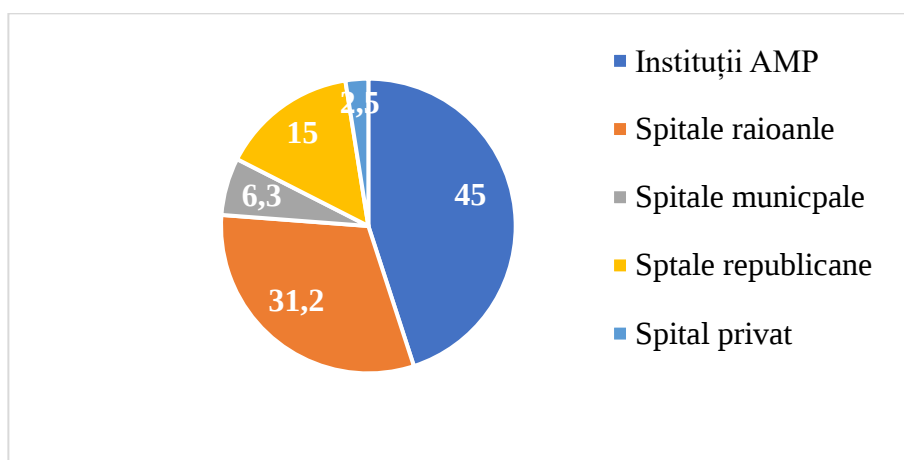


Figura 13. Tipul instituțiilor respondente, %.

2.3. Componenta calitativă a cercetării

2.3.1 Interviu în profunzime individuale semi-structurate

Cercetarea calitativă reprezintă investigarea fenomenelor într-o manieră aprofundată și holistică, prin colectare de materiale narative bogate, folosind un design flexibil de cercetare. Cercetarea calitativă este aplicată atunci când se dorește o înțelegere aprofundată a problemelor, din diferite perspective și, spre deosebire de cercetarea cantitativă, nu cuantifică variabile predefinite. Pentru a determina frecvența și esența unui fenomen într-o comunitate studiată, se recomandă a realiza cercetarea până la atingerea așa-numitei ”saturații de date”, adică până la momentul când în discuțiile realizate se repetă aceleași idei și acestea nu mai aduc nici o noutate pentru constatările cercetării. Astfel, se consideră că este atins un sentiment de finisare, deoarece datele acumulate generează doar informații redundante. De aceea, pentru cercetarea calitativă la nivel de comunitate, numărul participanților poate varia.[102, 103, 104].

Pentru realizarea cercetării calitative am ales interviul în profunzime deoarece acest instrument permite abordarea unor subiecte sensibile, tabu-uri, întrebări personale, răspunsuri care nu pot fi vociferate în grup (cum ar fi, experiențe personale în luarea unor decizii în situații de dilemă etică, opinii personale cu privire la anumite aspecte ale relației din cadrul instituției, practici considerate interzise, recunoașterea unor abuzuri, comportamente neacceptate etc.).

Interviurile individuale au fost realizate în locurile alese de participanți, pentru a le oferi maxim confort și sentiment de siguranță în discuție. În majoritatea cazurilor discuțiile au avut loc în birourile personale ale persoanelor intervievate. Doar câteva discuții au avut loc la aer liber.

Au fost realizate 50 de interviuri individuale cu următoarele persoane:

- a) Manageri ai IMSP spitale republicane – 7 persoane
- b) Manageri ai spitalelor municipale – 4 persoane
- c) Manageri ai spitalelor raionale – 17 persoane
- d) Manageri ai instituțiilor medico-sanitare private – 3 persoane
- e) Manageri ai asociațiilor medicale teritoriale – 3 persoane
- f) Manageri ai spitalelor departamentale – 1 persoană
- g) Manageri ai centrelor de sănătate – 15 persoane

Discuțiile au fost realizate în baza unui *Ghid de interviu* (Anexa 4). Fiecare ședință a durat între 30 și 90 de minute. În discuție a predominat adresarea întrebărilor deschise, oferind participanților oportunitatea de a răspunde în manieră proprie, fără ca răspunsul să fie influențat.

Eșantionarea pentru cercetarea calitativă a fost făcută în mod deliberat, nu la întâmplare (randomizat). În procesul eșantionării au fost aplicate diferite strategii de eșantionare precum ”cazuri tipice” și ”confirmare și infirmare”. De exemplu, au fost selectate intenționat instituții medico-sanitare reieșind din rezultatele sondajelor cu referire la cele mai apreciate instituții (www.spitale.md) și instituțiile care au fost implicate frecvent în scandaluri mediatice și nemulțumiri din partea pacienților. Sau, în mod intenționat, au fost selectați pentru cercetare manageri ai unor instituții cu capacitate similară, pentru a putea face comparații în abordarea managerială a problemelor etice.

Realizarea unui număr mare de interviuri (50) și de focus grupuri a minimalizat riscul răspunsurilor pre-concepute. Ca tehnică de validare a fost aplicată metoda de triangulare a datelor care a permis verificarea justetei și stabilității rezultatelor produse.

Prin această metodă a fost posibil de a pune în relief originalitatea și anvergura punctelor de vedere colectate, identificând diferite fațete ale fenomenului studiat. Participanții la discuții au avut libertatea să își formuleze liber discursul, plecând de la poziția pe care o ocupă în instituție (responsabilități, relații– angajat, prestator, coleg).

2.3.2 Focus grupuri

În organizarea ședințelor a fost respectat principiul de segmentare a populației-țintă după o serie de caracteristici în funcție de obiectivele și ipoteza cercetării. Astfel, în intenția de a studia contextul instituțional, care influențează comportamentele și deciziile angajaților, au fost luate în considerare drept criterii următoarele variabile: personal de diferite niveluri – medici, asistente medicale și personal non-medical, angajați ai instituțiilor din asistența medicală primară și din instituții spitalicești, membri ai comitetului de bioetică etc., fiind constituite grupuri omogene pentru fiecare segment inclus în cercetare. Aceasta a făcut posibilă crearea unui climat favorabil pentru discuție și compararea răspunsurilor.

Au fost organizate 7 ședințe în focus grupuri, respectiv:

- a) Membrii ai comitetelor de bioetică – 3 ședințe (FG ce)
- b) Angajați ai instituțiilor medico-sanitare spitalicești – 2 ședințe (FG is)
- c) Angajați ai instituțiilor de AMP – 2 ședințe (FG amp)

Numărul participanților la ședințele în focus grupuri este prezentată în tabelul 3

Tabelul 3. Numărul participanților la ședințele în focus grupuri.

Nr.d//o	Focus grupul	Număr participanți
1	FG ce 1	11 persoane
2	FG ce 2	9 persoane
3	FG ce 3	10 persoane
4	FG is 1	12 persoane
5	FG is 2	12 persoane
6	FG amp 1	10 persoane
7	FG amp 2	11 persoane

Discuțiile au fost realizate în baza unui *Ghid de interviu* (Anexa 5), în grupuri de 9-12 persoane. Fiecare ședință a durat între 45 și 60 de minute. Moderarea discuțiilor a fost realizată de către cercetătoare. Discuțiile au fost organizate într-o manieră informală, participanții fiind liberi de a-și exprima opiniile, fiind invitați de a aduce argumente și exemple. Discuțiile au fost inițiate prin întrebări deschise (de exemplu: *Ce părere aveți?*), lăsând participanții să decidă direcția discuției în cadrul subiectului abordat. Aceasta a permis identificarea unor opinii expuse sincer și a aspectelor comune, precum și a abordărilor diferite a unor probleme similare.

Pentru prelucrarea datelor a fost aleasă *analiza fenomenologică*, care a permis punctarea subiectelor majore și identificarea problemelor-cheie, a ajutat la înțelegerea modului în care prioritățile și convingerile personale influențează deciziile și acțiunile participanților [104].

A fost realizată stabilirea unor categorii codificate și împărțirea fragmentelor de transcripțe pe categorii care, ulterior, au fost încadrate în analiza problemelor cercetării prin combinarea coerentă cu rezultatele acumulate prin componenta cantitativă a studiului.

2.4. Sinteză la capitolul 2

La nivel național există un număr redus de publicații la tema studiată. Majoritatea referințelor folosite pentru review au fost selectată din publicații de peste hotare, în limba engleză. Ponderea surselor bibliografice autohtone este de 10 % din totalul de surse incluse în bibliografia tezei.

Cercetarea reprezintă un studiu primar cu 2 componente: cantitativă și calitativă. Cercetarea cantitativă s-a realizat sub forma unui studiu selectiv, descriptiv, transversal. În studiu au fost incluși 1070 de angajați ai instituțiilor medico-sanitare spitalicești și de asistență medicală primară (eșantionul I), 134 membri ai comitetelor instituționale de bioetică din țară (eșantionul II) și 80 de instituții medico-sanitare (36 instituții AMP și 44 instituții spitalicești).

Cercetarea calitativă a avut ca scop studierea în profunzime a aspectelor și problemelor ce țin de respectarea drepturilor fundamentale ale omului în organizarea și prestarea serviciilor medicale precum și contextul etic existent în instituție (la nivel de climat și cultură etică), care ar favoriza respectarea valorilor morale și ar preveni violarea drepturilor pacienților, precum și a angajaților. Au fost realizate 7 ședințe în focus-grupuri și 50 de interviuri individuale cu implicarea a 136 de respondenți, reprezentanți ai comitetelor de bioetică, instituțiilor medico-sanitare spitalicești, instituțiilor de AMP, precum și reprezentanți ai corpului managerial al instituțiilor medico-sanitare, de nivel superior, mediu și inferior.

În studiu au fost utilizate mai multe metode de cercetare: bibliografică, observarea, statistică, sociologică, istorică etc., precum și metodele general-științifice precum: analiza sistemică, analiza comparată, inducția, deducția, sinteza, generalizarea etc. Datele au fost prelucrate cu ajutorul programelor Microsoft Excel, Epi Info7.2.5 și mediului de programare Python. Pentru variabilele calitative au fost calculate valori absolute, proporții, raporturi și intervale de încredere.

Chestionarea a fost efectuată prin intermediu platformei *google.form*, pentru a crește gradul de confidență și deschidere a respondenților. În același timp, această metodă de chestionare are și limite, deoarece nu a permis să păstrăm reprezentativitatea participanților în studiu conform raportului existent la nivel de țară dintre specialități, tipul instituției, precum și dintre ratele personalului cu studii medii și superioare. Astfel, printre respondenți am determinat rata crescută a medicilor, față de asistente medicale. Combinarea componentei cantitative cu rezultate acumulate în cercetarea calitativă a oferit posibilitatea să înțelegem mult mai profund fenomenele studiate, și să fie posibil să formulăm concluzii și recomandări mult mai ajustate la situația reală din instituțiile din țară, pentru remediare concretă a lacunelor identificate.

3. UN MEDIU ETIC PENTRU RESPECTAREA DREPTUILOR OMULUI

3.1. Aprecierea eticii ca prioritate în organizație

3.1.1. Coduri de etică și valori promovate în instituții

Codurile de etică sunt un instrument valoros pentru îmbunătățirea atmosferei etice a unei organizații și fac parte din setul obligatoriu al instrumentelor necesare procesului de instituționalizare a eticii. Managerii nu pot să comunice angajaților în mod continuu și direct despre comportamentul etic așteptat de la ei. Pentru aceasta este nevoie de o formă mai structurată și constantă de comunicare. Prin urmare, este necesar un cod de etică, ca mijloc principal de a ghida angajații să se comporte etic. Impactul codului de etică asupra comportamentului angajaților este determinat de mai mulți factori [12, 14], pe care i-am reprezentat schematic în Figura 14.



Figura 14. Factorii care determină impactul codului asupra comportamentului angajaților.

Un cod de etică trebuie ”să protejeze toate părțile implicate „în mod egal”, să sistematizeze și să asigure, în mod imparțial, coerența comportamentului tuturor membrilor unei organizații, ca și a părților interesate, pentru realizarea binelui comun” [39, p.72]. Elaborarea unui cod de etică este una dintre deciziile importante, în care membrii unei entități urmăresc o orientare generală etică și valorică și creează o cultură coerentă în organizație. Formularea principiilor de etică profesională, care ar include valorile societății și etica profesională a organizației, este unul dintre obiectivele primordiale în acest sens. Un model moral și valoric comun i-ar ghida pe angajați în asumarea unui comportament corect, intenția generală fiind promovarea unei culturi integrate în organizație [113].

Pentru a înțelege locul și rolul codurilor de etică în practica instituțiilor medico-sanitare din țară am evaluat acest instrument al managementului eticii instituțiilor prin prisma opiniilor respondenților studiului nostru. Mai mult de jumătate dintre respondenți – 56,6% (CI95% 53.7, 59.6) au indicat că în instituțiile în care activează nu există un cod de etică separat și se aplică *Codul deontologic al lucrătorului medical și farmacistului* (aprobat prin Hotărâre de Guvern nr. 192 din 24.03.2017). Practic, o treime dintre respondenți – 30,4% (CI95% 27.6, 33.1) nu cunosc despre codul de etică al propriei instituției. Doar 13% (CI95% 11.0, 15.0) respondenți au indicat prezența unui cod de etică instituțional (Figura 15).

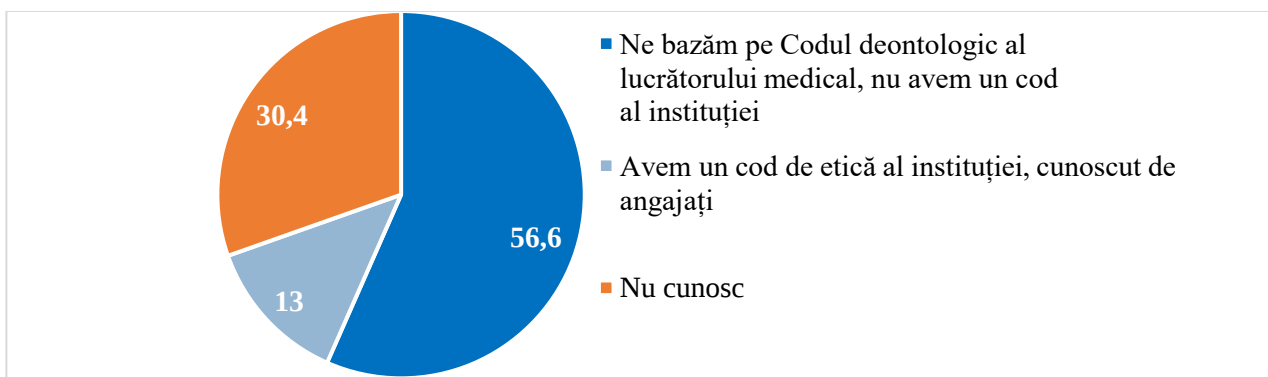


Figura 15. Prezența codului de etică, opinia respondenților, %.

Din figura 16 se poate de observat decalajul semnificativ dintre grupurile persoanelor care nu cunosc despre prezența unui cod de etică în instituția unde activează, după tipul acesteia. Angajații spitalelor republicane – 37,9% (CI95% 32.8, 41.9) și cei din spitalele municipale – 36,5% (CI95%30.0, 43.5) cel mai frecvent recunosc că nu cunosc despre un cod de etică de care se conduce instituția. Totodată, rata celor care nu cunosc despre careva cod de etică instituțional este mult mai mică – 7,1% (CI95% 0.9, 23.5) în instituțiile private.

P-value: 0.0000

Chi-squared: 82.94

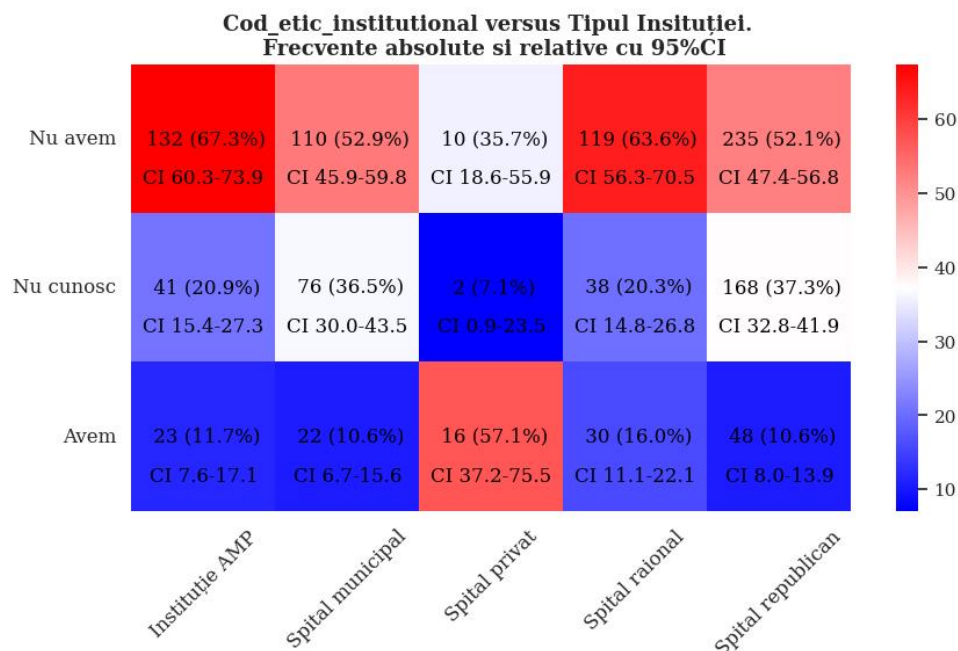


Figura 16. Prezența codului de etică după tipul instituției, %, c.a.

Prezența unui cod de etică propriu este mult mai frecvent raportată de către angajații instituțiilor private care mai mult de jumătate – 57,1% (CI95%37.2, 75.5) afirmă că în instituțiile unde activează există un astfel de cod (Figura 16).

Cel mai mult nu cunosc despre existența unui cod de etică în instituție angajații cu stagiul mai mic de muncă – 39,9% (CI95% 31.8, 48.4) și 26,7% (CI95% 20.3, 34.0) nu cunosc din rândul celor cu stagiul mai mare de 35 de ani. Această diferență indică un nivel redus de familiarizare a lucrătorilor medicali la angajare cu valorile etice ale instituției (Figura 17).

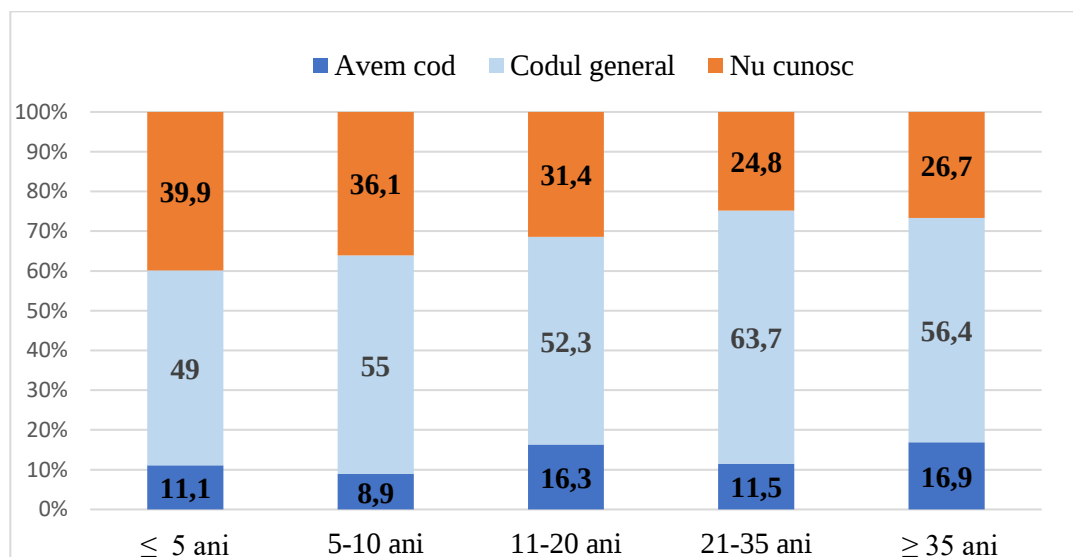


Figura 17. Cunoștințe despre codul de etică instituțional după stagiul de muncă, %.

Având un cod deontologic de nivel național, mulți manageri au dat indicația de a-l considera, în mod automat, document de nivel instituțional, fără a dori să înțeleagă rostul și sensul unui cod de etică pentru instituție. A fost o decizie formală, necesară pentru procesul de evaluare și acreditare, unde este bifată prezența fizică a unui document, fără a evalua gradul de implementare a acestuia. Anume acest lucru ne-a fost confirmat și în cadrul discuțiilor avute cu unii manageri de instituții medico-sanitare.

„Desigur avem cod de etică! Este acela de pe pagina Ministerului Sănătății! Am trecut recent acreditarea și am fost verificați” (II 18).

„De ce ne-ar trebui un cod aparte, dacă este deja unul și bun, la nivel național? Angajații să-l respecte măcar pe acela!” (II31).

Indiscutabil, orice lucrător medical, odată cu primirea dreptului de a activa, va fi obligat să cunoască canoanele deontologice și principiile etice ale profesiei îmbrățișate. Prevederile codului de etică profesional sunt predate ca parte obligatorie a programului de formare profesională. Un cod de

nivel național poartă un caracter general, pe când un cod elaborat la nivel instituțional va trebui să prevadă particularitățile specifice activității instituției respective, fiind identificate comportamentele specifice, care sunt așteptate de la angajații acestei entități. Din discuțiile cu managerii intervievați, precum și în discuțiile de focus-grup, am observat că participanții nu conștientizează diferența dintre codul profesional general și cel instituțional și nu înțeleg rolul și importanța acestuia.

”Este codul de deontologic aprobat prin lege, ce ne mai trebuie unul? De ar fi respectat măcar acela!” (FGis1)

”Noi nu avem specialiști ca să ne scrie coduri de etică. De aceea ne conducem de cel scris la nivel național.” (FGamp2)

Necesitatea unui cod de etică instituțional, separat de documente de semnificație generală (profesională sau națională), este explicată în literatura de specialitate. Un cod de etică este un instrument funcțional pentru implementarea standardelor etice în instituția concretă și a comportamentului etic al angajaților acesteia. De exemplu, V. Mureșan [39, p.76] identifică mai multe aspecte importante în definirea unui cod de etică, pe care le-am ajustat în aplicare pentru a argumenta importanța codului de etică necesar a fi elaborat la nivel instituțional și anume:

1) Este un document durabil al unei organizații, care îi asigură auto-reglarea, având formă prescriptivă, include valorile morale, principiile, regulile instituției, drepturile și virtuțile personale ale angajaților, impuse prin sancțiuni specifice elaborate la nivel instituțional.

2) Este un sistem coerent de norme întemeiat pe un cadru concret de evaluare morală, care are rolul de a demarca domeniul moralului din viața unei organizații, specific acesteia.

3) Este necesar pentru a educa *virtuțile* etice ca resort ultim, intern, al acțiunilor morale al angajaților, care trebuie să fie voluntare, cu deplina cunoaștere a circumstanțelor specifice instituției.

4) Trebuie să trateze obiectiv, imparțial și echitabil toate persoanele și partenerii care au relații și instituția respectivă, aceștia fiind vizați nemijlocit prin prevederile concrete ale codului.

5) Este parte componentă a sistemului de management al eticii specific organizației respective.

6) Un cod de etică va proteja și promova valorile fundamentale care stau la baza drepturilor omului, cum ar fi: protejarea vieții, respectarea demnității, integrității și autonomiei tuturor, diminuarea sau eliminarea prejudiciilor; sporirea bunăstării membrilor organizației și a societății în general; asigurarea unei protecții imparțiale tuturor membrilor organizației în relațiile lor reciproce, specifice activității în instituție și profilului acesteia.

7) Acest document trebuie să fie produsul autonom al colectivului, un *acord social* cu statut obligatoriu pentru angajații instituției respective, care trebuie să îl perceapă ca un document propriu și nu unul formal.

Am putea spune că un cod de etică este o colecție stabilită (scrisă) de reguli referitoare la ceea ce este corect și greșit într-o anumită activitate și organizație [87]. Kaptein consideră că un cod corporativ scris de conduită îndeplinește o serie de funcții de comunicare. Astfel, pe plan intern, un cod poate avea următoarele funcții [12, p. 172]:

- (a) de orientare: va crește gradul de conștientizare a aspectelor morale ale activităților,
- (b) explicativă: un cod oferă claritate în ceea ce privește responsabilitățile,
- (c) de angajament: un cod impune un număr minim de așteptări, care se aplică tuturor,
- (d) de corectare: un cod stă la baza unor controale și echilibrări, astfel încât angajații să se poată chema unii pe alții pentru a răspunde pentru nerespectarea codului.

În exterior, adică în relația cu partenerii externi ai organizației, codul poate avea funcția:

- (e) distinctivă: crește capacitatea de recunoaștere a corporației de către părțile interesate,
- (f) de legitimare: prezintă motive pentru existența corporației și pentru părțile interesate,
- (g) de corectare: induce crearea unor controale, astfel încât părțile interesate să poată chema organizația ca să răspundă în îndeplinirea cerințelor codului

Astfel, considerăm că, dezvoltarea unui cod de etică instituțional de către fiecare instituție medico-sanitară din Republica Moldova este o necesitate pentru dezvoltarea acestora ca organizații morale.

Dezvoltarea codului este un eveniment, și nu un proces, în sensul că este produs în mod unilateral, fără participarea părților interesate atât interne, cât și externe. Deși codul poate fi, în cele din urmă, un document de înaltă calitate, acesta va rămâne în afara interesului angajaților, care nu îi vor cunoaște conținutul și nici nu se vor interesa de el, fiindcă va fi un angajament impus și străin. Managerii ar trebui să fie interesați să transforme codul de etică dintr-un text formal tipărit pe hârtie într-un document viu, țesut în cultura organizațională.

Pentru a evita astfel de situații este recomandabil ca, în elaborarea codului, să fie implicați toți angajații, fiind solicitată intervenția lor la diferite etape. De exemplu, fiecărui departament poate să i se ceară să propună câte 3 principii și 3 valori pe care le consideră esențiale pentru activitatea instituției. Sau pot fi organizate mai multe grupuri de lucru, care să elaboreze câte o parte separată din cod. Decizia asupra modalității de elaborare a codului aparține, în cele din urmă, managerului.

Totuși, acesta ar trebui să gândească o strategie de implicare a cât mai multor angajați în acest proces, pentru ca fiecare să se simtă parte a unui eveniment important din instituție și să fie oferită ocazia fiecărui membru să-și expună opinia. Fiind implicați în elaborarea codului, angajații îl vor cunoaște în amănunte, vor înțelege sensul obligațiilor și responsabilităților asumate de comun acord. Astfel, una din funcțiile esențiale ale codului de etică ar trebui să fie aprobarea unanimă a unui set de valori agreate în comun ca fiind cele necesar de a fi respectate de întreg personalul organizației.

Din cercetarea cantitativă realizată observăm că, doar o pătrime dintre respondenți studiului nostru – 25,5% (CI95% 22.9, 28.1) au considerat că valorile instituționale sunt cunoscute și promovate de către toți angajații, 40,5% (CI95% 37.5, 43.4) consideră că doar unii angajați din instituție îi cunosc valorile, iar 34% (CI95% 31.2, 36.9) nu au putut oferi o apreciere (Figura 18).

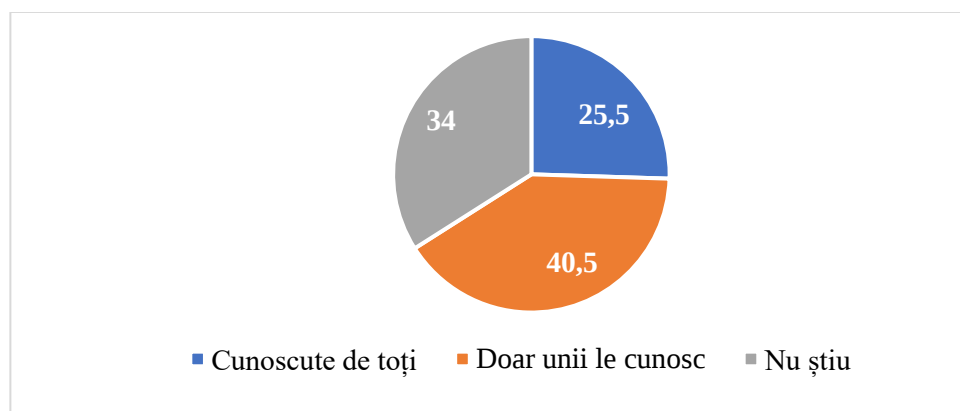


Figura 18. Cunoașterea valorilor instituției de către angajați, opinia respondenților, %.

Am putea presupune că abținerea de la răspuns este și o necunoaștere a valorilor pentru care s-a solicitat aprecierea sau o modalitate de a evita un răspuns negativ, care ar dezvălui adevărul pe care îl cunosc și, în consecință, ar afecta imaginea colectivului în care activează. Această presupunere reiese din răspunsurile primite în cercetarea calitativă. Respondenții ne-au indicat opiniile lor cu privire la lacunele pe care le au instituțiile medico-sanitare din țară în privința promovării corecte și a educării unor valori instituționale:

”Valorile în instituție sunt declarate formal, nu sunt luate în serios” (răspuns deschis din chestionar).

”Sunt impuse dictatorial de șeful instituției, dar oricum nu sunt respectate de angajați” (răspuns deschis din chestionar).

”Angajații nu cunosc deloc valorile instituției” (răspuns deschis din chestionar).

”Despre valori se vorbește frumos la conferințe și rapoarte. În rest – fiecare procedează reieșind din propriile convingeri și valori” (FGamp1)

Acest opinii ne sugerează organizarea insuficientă sau incorectă a promovării valorilor în instituție, faptul că în instituțiile medico-sanitare din țară nu există o abordare metodologică a acestui subiect, iar valorile instituției nu sunt asumate și recunoscute de către mulți angajați. Aceste constatări ne indică o problemă serioasă în procesul de stabilire a valorilor comportamentului angajaților, care ar trebui să se racordeze la valorile instituționale declarate.

Valorile instituționale sunt mult mai bine cunoscute de către angajații instituțiilor private, în comparație cu cei din sectorul public (Figura 19). Mai mult de jumătate dintre respondenții ce activează în sectorul privat – 57,1% (CI95% 37.2, 75.5) au considerat că în instituțiile lor toți angajații cunosc valorile declarate la nivel instituțional. Acest grup este mai mic în rândul angajaților din spitalele republicane – 20,4% (CI95% 16.8, 24.4), unde rata celor care *nu au putut să se aprecieze* este, comparativ, cea mai mare față de alte tipuri de instituții medico-sanitare – 39,2% (CI95% 34.7, 43.9) și comparativ cu doar 14,3% (CI95% 4.0, 32.7) respondenții din spitalele private.

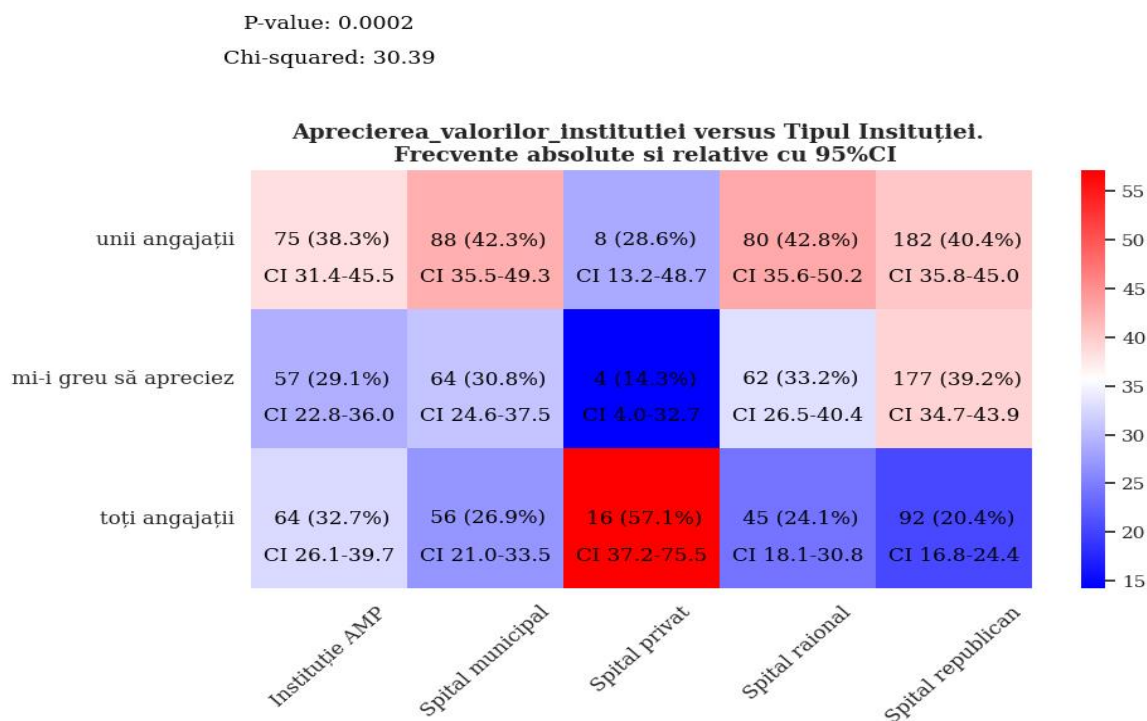


Figura 19. Cunoașterea valorilor, opinia respondenților, după tipul instituției, %, c.a.

Observăm o diferență evidentă și în aprecierea valorilor în dependență de profesie. Medicii sunt mai sceptici față de nivelul de cunoaștere a valorilor în instituție. Doar 22,3% (CI95% 19.4, 25.8) dintre grupul medicilor respondenți au considerat că toți angajații cunosc valorile instituției,

comparativ cu 31,8% (CI95% 26.8, 37.0) asistente medicale. Presupunem că acest răspuns mai critic din partea medicilor poate fi explicat prin exigențele mai mari pe care le au medicii față de organizarea mediului de lucru și spectrul mai larg de relații pe care le au în cadrul instituției, în comparație cu alte grupuri profesionale din instituție. Grupul medicilor care nu s-au putut aprecia – 36,1% (CI95%32.5, 39.8), este mai mare față de cel al asistentelor medicale - 29,4% (CI95% 24.6-34.6), fiind, probabil, mai rezervați de a da o opinie critică, sau, poate, neînțelegând despre ce valori este vorba și care ar trebui să fie acestea (Figura 20).

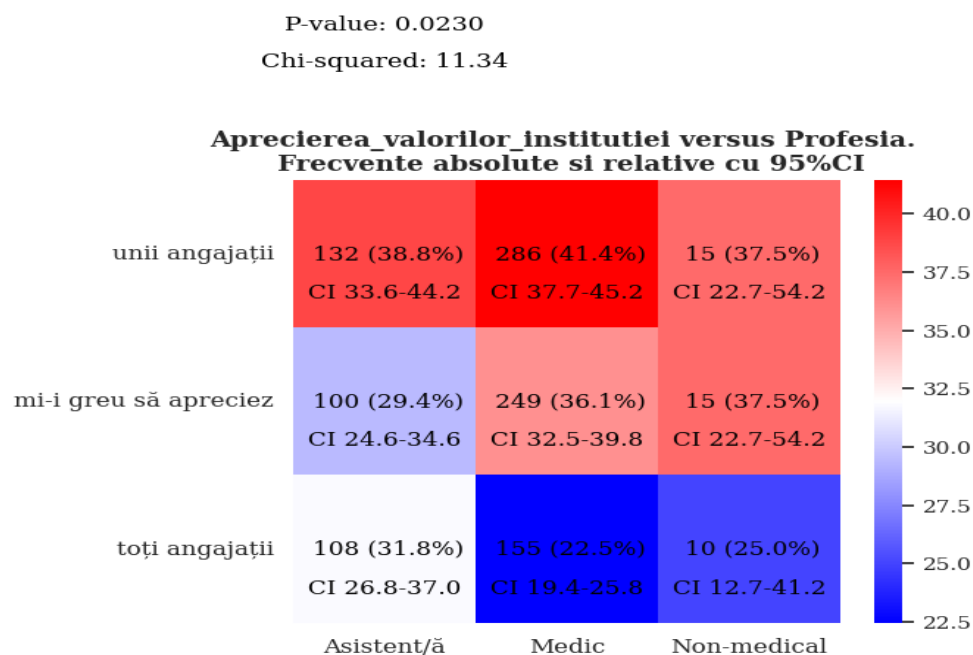


Figura 20. Cunoașterea valorilor, opinia respondenților, după profesie, %, c.a.

Odată cu înaintarea stagiului de muncă a respondenților crește și convingerea precum că toți angajații instituției cunosc îi valorile (Figura 21). Persoanele cu un stagiul de muncă de peste 35 de ani cel mai mult sunt convinși de aceasta – 28,5% (CI95% 21.9, 35.9), și cel mai puțin susțin această opinie grupul de angajați cu un stagiul mai mic de 5 ani – 21,7% (CI95% 15.2, 29.3). Prin curba trasată în figura 21 am arătat tendința de creștere a grupului celor convinși că toți cunosc valorile instituției odată cu creșterea anilor de stagiul de muncă. Putem presupune că persoanele în primii 5 ani de stagiul de muncă au așteptări mai mari de la contextul valoric care îl percep în colectivele unde încep să activeze. Iar cu timpul, își schimbă această percepție, probabil, mulți dintre aceștia ajustându-se la acest mediu.

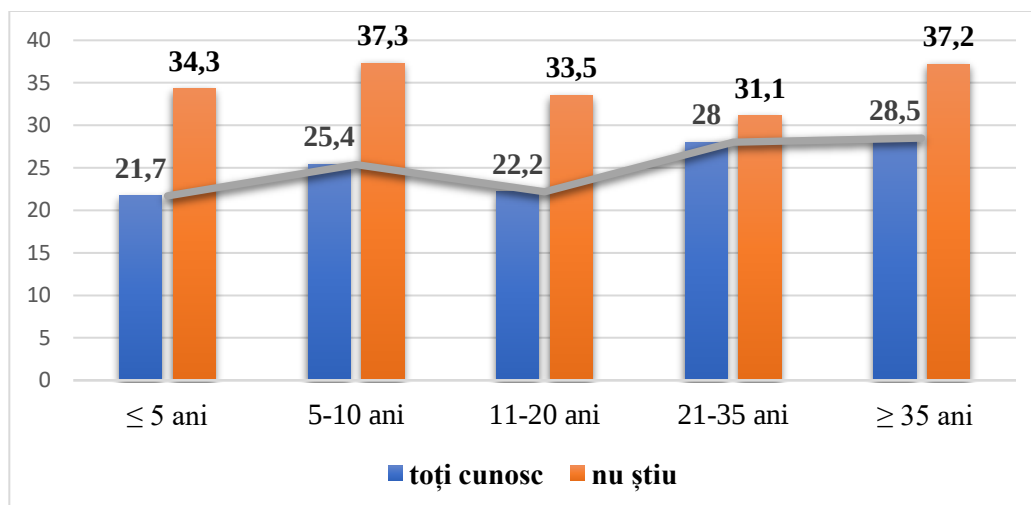


Figura 21. Cunoașterea valorilor, opinia respondenților, după stagiul de muncă, %.

Pe lângă simpla prezență a codului de etică în instituție, este foarte important ca conținutul acestuia să rezoneze cu aspirațiile morale ale angajaților. De exemplu, Stuart Gilman, un cercetător american, care a publicat multe lucrări dedicate codurilor de etică, consideră că un cod de succes trebuie să aibă obiective comportamentale clare [114]. Trebuie să fie explicit indicat ce comportament este încurajat și care anume este interzis. Codurile de succes trebuie să stabilească scopuri pragmatice, concrete, pe când codurile care conțin prea multe promisiuni, nu vor avea rezultate. Dacă în cod se va promite eradicarea totală a corupției din instituție, acesta ar fi un obiectiv declarativ și imposibil de atins – nimic nu va putea elimina definitiv corupția ca fenomen. Pe când, un cod trebuie să descrie concret acțiunile legate de mită, cadouri, declararea plăților informale, favoritisme etc. [114].

În cadrul discuțiilor realizate în cercetare, am determinat că mulți respondenți apreciază un decalaj dintre valorile declarate în codul de etică și contextul valoric al instituției unde activează.

”În cod scrie tare frumos, dar cine respectă? Este greu să respecti ceea ce scrie, pe lângă ceea ce ai în realitate în fiecare zi.” (II14)

Majoritatea codurilor eșuează pentru că înaintează așteptări nerealiste sau încearcă să impună un control prea sever. Codurile care solicită raportare și urmărire excesivă pot produce cinism în cadrul organizației și în rândul publicului. De asemenea, codurile vor eșua dacă nu există niciun angajament față de public. Uneori, codurile, pur și simplu, pot deveni depășite. În literatura de specialitate se aduc dovezi că schimbările în tehnologie, în structura juridică sau cultura organizațională necesită adesea o reexaminare a codului de etică [14, p. 116]. Managementul instituției trebuie să țină sub control acest lucru. Limitările codurilor de etică pot fi depășite dacă

acestea vor fi concepute și compuse în mod adecvat, dar și administrate și promovate cu mare responsabilitate de către managementul organizației.

Un alt aspect importat analizat a fost și procesul de *promovare și comunicare a codului de etică* în instituție. Este indiscutabil faptul că codurile nu se implementează automat și de la sine. Imprimarea unui cod de conduită și plasarea lui pe pereții instituției nu este implementare și aceasta nu va aduce la rezultatele așteptate. Este necesar de creat un context instituțional pentru dezvoltarea codului, comunicarea, interpretarea, instruirea sau educarea cu privire la textul codului, aplicarea și evaluarea acestuia. Acest lucru este important, atât din punct de vedere cognitiv, cât și emoțional, deoarece astfel se construiește încrederea angajaților.

Literatura de specialitate aduce dovezi cu privire la impactul puternic pe care îl au sesiunile organizate de managerii de frunte ai organizațiilor pentru promovarea codului de etică, în special, sesiunile organizate pentru angajații noi. Astfel de întâlniri pot lăsa amprente de neuitat pentru noii angajați cu privire la importanța eticii la locul de muncă [14, p. 113].

Respondenții cercetării realizate au fost întrebați cu privire la modalitatea prin care au fost informați despre principiile etice și valorile care stau la baza activității instituției în care activează. Este alarmant faptul că, fiecare al cincilea angajat – 22,4%, a indicat că nu i-au fost comunicate astfel de informații, dintre care o parte au menționat că au încercat să se informeze de sine stătător de pe pagina web a instituției, prin studierea codului deontologic, a literaturii tematice (Figura 22).

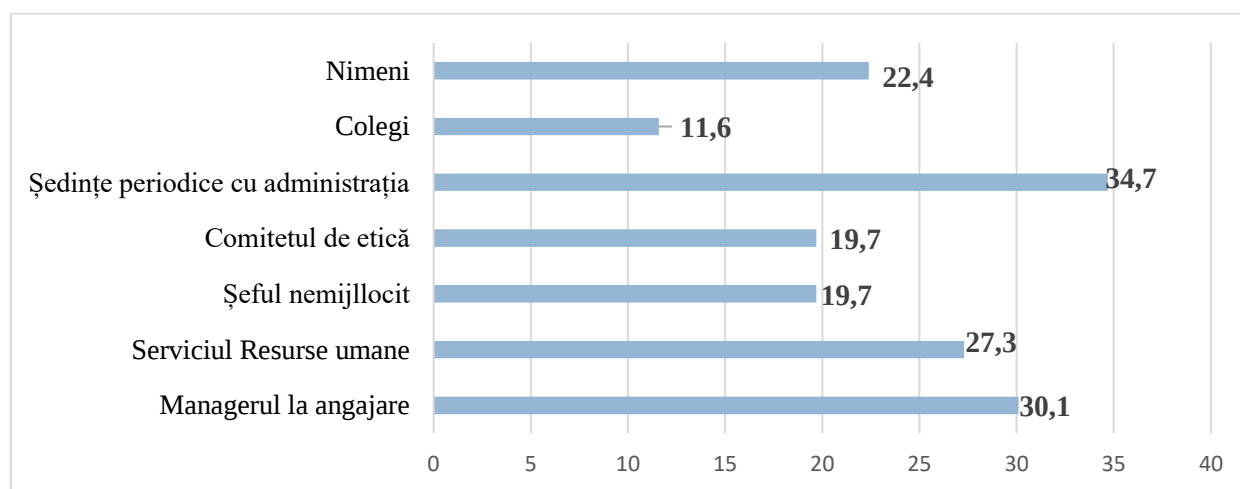


Figura 22. Sursa de informare a respondenților despre valorile etice ale instituției, %.

Observăm că, acest proces este lipsit de o abordare strategică și absent din vizorul managerilor instituțiilor medico-sanitare, fiind lăsat la întâmplare. Literatura de specialitate recomandă implicarea departamentului de resurse umane (DRU) în procesul de promovare a

valorilor etice în instituție, identificarea cazurilor de comportament neetic și identificarea soluțiilor pentru îmbunătățirea climatului organizației. Practic, organizarea și monitorizarea mediului etic din instituție ar trebui să fie pusă în responsabilitatea acestui departament, care urmează să vină cu propuneri de îmbunătățire către administrație [12, 13, 14]. Cea mai mare implicare a acestui departament o vedem în răspunsurile angajaților din instituții private, unde este evidentă implicarea mult mai mare a serviciului de resurse umane a instituției. Jumătate dintre respondenții acestui grup au menționat implicarea DRU în promovarea și educarea valorilor instituționale – 50,0% (CI95% 30.6, 69.4). Cel mai puțin se implică DRU din instituțiile republicane, conform opiniei respondenților, care 77,8% (CI95% 73.7, 81.6) au negat implicarea acestui departament în informarea despre valori. O situație, comparativ mai bună, este în instituțiile de AMP, unde mai mult de o treime dintre respondenți – 36,2% (CI95% 29.5, 43.4) au confirmat implicarea DRU în promovarea valorilor instituției (Figura 23).

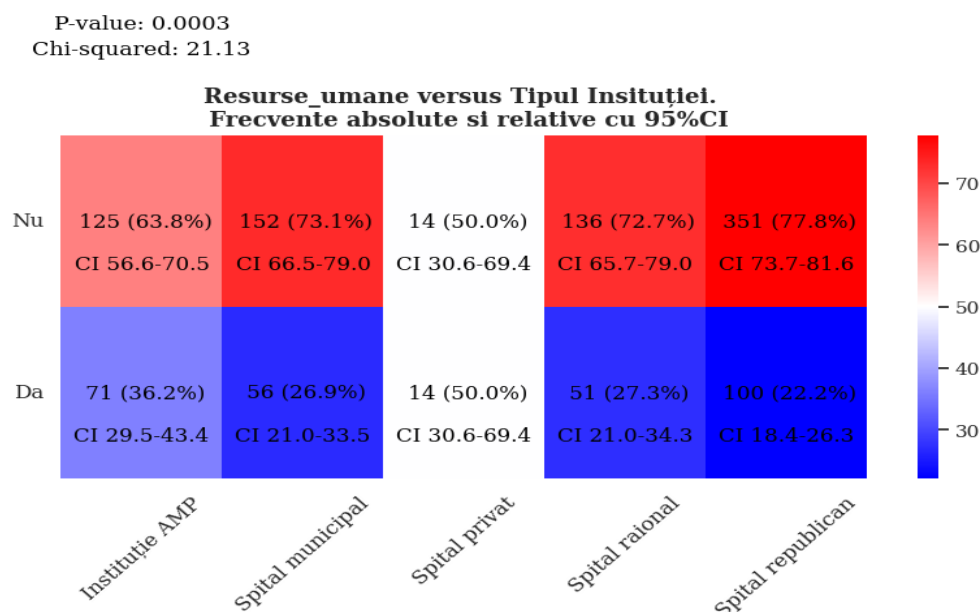


Figura 23. Implicarea DRU în promovarea valorilor instituționale, opinia respondenților, %, c.a.

În discuțiile individuale, cât și cele de focus-grup a fost, practic, minimizat sau chiar negat rolul departamentului Resurse umane în promovarea valorilor etice. Totodată, în cadrul discuțiilor în focus-grupuri ne-a fost confirmat frecvent că procesul de promovare a valorilor în instituție are un caracter haotic, legat mai mult de situații și probleme apărute, decât de o organizare planificată.

”La noi se vorbește despre valori doar atunci când ceva se întâmplă, se încalcă. Mai mult post-factum, decât ca profilaxie ”. (FGis2)

O pătrime dintre angajații spitalelor republicane afirmă că aceste valori nu le-au fost explicate de nimeni din instituție – 25,9% (CI95% 22.0, 30.2). Observăm că, din nou, în instituțiile private se determină cea mai bună activitate de explicare a valorilor instituționale, unde doar 3 angajați – 10,7% (CI95% 2.3, 28.2) au remarcat că nimeni nu le-a explicat valorile instituționale. De asemenea, un grup relativ mai mic de astfel de răspunsuri observăm și la angajații instituțiilor AMP – 16,3% (CI95%11.4, 22.3) și cei din spitalele raionale 13,9% (CI95%9.3, 19.7) (Figura 24).

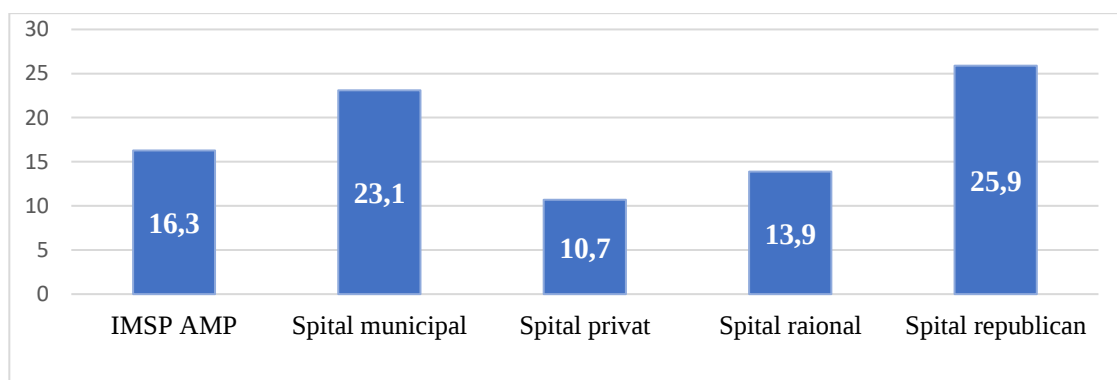


Figura 24. Respondenți care au remarcat că **nimeni** nu i-a informat despre valorile instituției, după tipul instituției, %.

Cel puțin unul din 4 oncologi – 29,6% (CI95%18.0, 43.6) recunoaște ca nimeni nu l-a informat despre valorile și principiile etice ale instituției în care activează, urmat de grupul respondenților de profil chirurgical – 27,0% (CI95% 22.2, 32.5), cei de profil terapeutic 22,5% (CI95%17.3, 27.8). Totuși, acest răspuns este mai mic în grupul medicilor de familie 13,8% (CI95% 9.1, 19.7), ceea ce indică o diferență evidentă a procesului de comunicare etică și educare continuă la locul de muncă în cadrul instituțiilor respective (Figura 25).

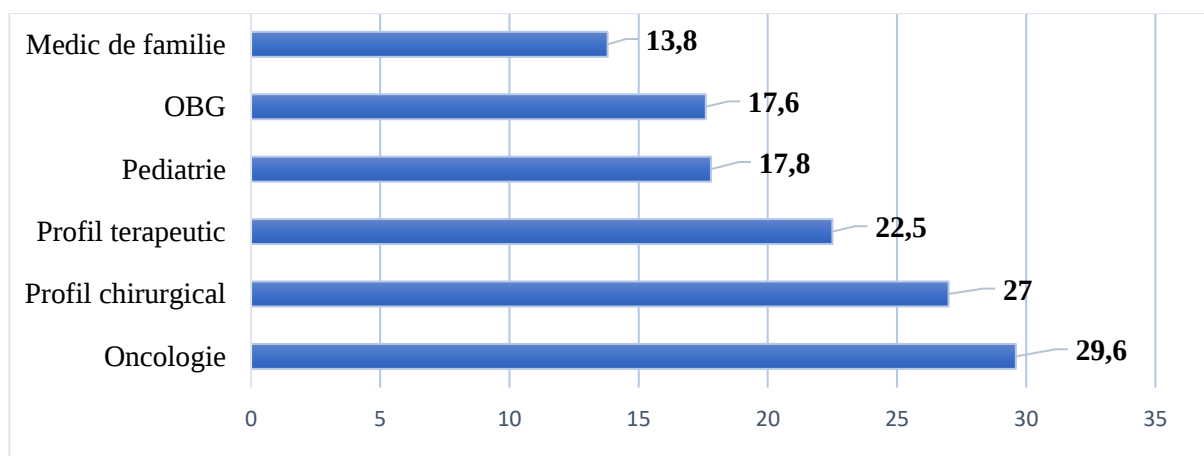


Figura 25. Respondenți care au remarcat că **nimeni** nu i-a informat despre valorile instituției, după specialitate, %.

Unii participanți la studiu consideră eronat că nu este necesar să fie informați despre anumite aspecte etice suplimentare, deoarece profesia de medic deja ar însemna cunoașterea suficientă a tuturor aspectelor etice.

„Principiile etice nu pot fi instituționale, sunt generale, egale pentru toate instituțiile” (II32).

Alții confundă etica profesională cu educația generală, fără să înțeleagă volumul amplu de cunoștințe specifice care sunt necesare pentru analiza etică în cadrul exercitării activității clinice.

„Nu am nevoie de așa discuții, am fost bine educată de părinți!” (II15).

Totodată, majoritatea managerilor și-au expus convingerea că procesul de informare a prevederilor codului de etică constă în educația generală și prezența obligatorie a semnăturilor angajaților pe documentul codului, aceasta fiind considerată obligația fiecărui angajat de a respecta prevederile codului.

”Aceste valori se învață încă la facultate, nu trebuie să i le spunem noi la angajare!” (II31).

„La angajare fiecare lucrător face cunoștință cu codul deontologic și semnează că a luat cunoștință. Deci, mai departe, el este obligat să respecte prevederile acestui document!” (II17).

Practic, în toate instituțiile incluse în studiu am identificat procedura obligatorie de semnare a codului deontologic de către angajați, aceasta fiind solicitată de rigorile procesului de acreditare. Considerăm că este o acțiune formală, cu un impact minor asupra comportamentului angajaților. Acest fapt ne-a fost confirmat și în discuțiile cu angajații.

”Toți semnăm, căci așa trebuie, dar cine stă să citească detaliat? Este o formalitate!” (II14).

Buna practică sugerează ca un cod de etică să fie scris în contextul unui plan de comunicare. Fără o comunicare eficientă, un cod, oricât de bun ar fi, poate duce la o atitudine indiferentă și chiar cinică din partea angajaților și a publicului. Managerul instituției trebuie să se asigure că respectivul cod este suficient de clar și detaliat, pentru a oferi îndrumări distincte membrilor organizației cu privire la etică. Pentru un manager niciodată nu este prea târziu să inițieze revizuirea codului de etică actual, dacă acesta este insuficient, pentru a oferi claritate cu privire la standardele etice și orientările de comportament pe care le așteaptă de la angajații săi.

Este important ca managementul instituției să aibă un plan de acțiuni stabilite în timp și cu indicatori măsurabili prin care va fi promovat codul. Familiarizarea angajaților trebuie să fie prioritară, cu referire la reglementările și valorile promovate, fapt ce le-ar permite lucrătorilor să înțeleagă ce se așteaptă de la ei și unde pot să caute regulile, atunci când apar întrebări. Implementarea codului se poate realiza prin diverse metode: instruiți periodice, evenimente dedicate, publicații

interne, conferințe etc. Esențial este de a menține codul viu în instituție, pentru ca fiecare angajat să înțeleagă importanța acestui document în aplicare practică.

O componentă importantă în implementarea codului de etică în instituție este organizarea mecanismelor și a instrumentelor de monitorizare a respectării prevederilor codului. Comitetele de etică sunt structurile care vor avea prevederile din codul de etică ca bază pentru deciziile luate. Astfel, angajamentele valorice asumate în cod vor fi postulatele care vor putea ghida membrii comitetelor de etică în deciziile sale față de anumite situații și dilemă apărute la nivel de instituție, în comportamentul angajaților sau în relațiile cu beneficiarii (pacienți sau aparținători).

În același timp, fiecare angajat ar trebui să se simtă în drept de a se implica în promovarea unui comportament etic în instituție. Pentru aceasta este la fel de important de a organiza și căi de raportare a situațiilor de încălcare, neconformităților sau a riscurilor care pot crea situații cu consecințe de încălcare a valorilor etice. Cutiile poștale, liniile de asistență telefonică sau comunicarea online pentru raportarea abaterilor ar trebui să fie canale prezente obligatoriu, fiind un avantaj pentru un manager care își dorește organizarea unui climat etic în instituție.

3.1.2. Instruirea etică a angajaților

Dezvoltarea competențelor etice ale angajaților este o componentă foarte importantă în creșterea culturii etice a unei organizații. Pentru început, este important să menționăm că, noțiunea de *competențe etice* ale angajaților include cunoștințe cu referire la codul și standardele comportamentale din instituției; abilități de a formula raționamente și de a identifica situații de dificultate etică; abilități de a găsi soluții când este necesară aplicarea codului sau a standardelor; abilități de a insista pentru decizii bazate pe principii; abilităților de construire a consensului; atitudine focusată pe etică și angajamentul de a aplica standarde bazate pe încredere [14]. În același timp, autorul american D. Menzel face distincție dintre *competența etică* și *competențele etice* ale unei persoane (Figura 26).

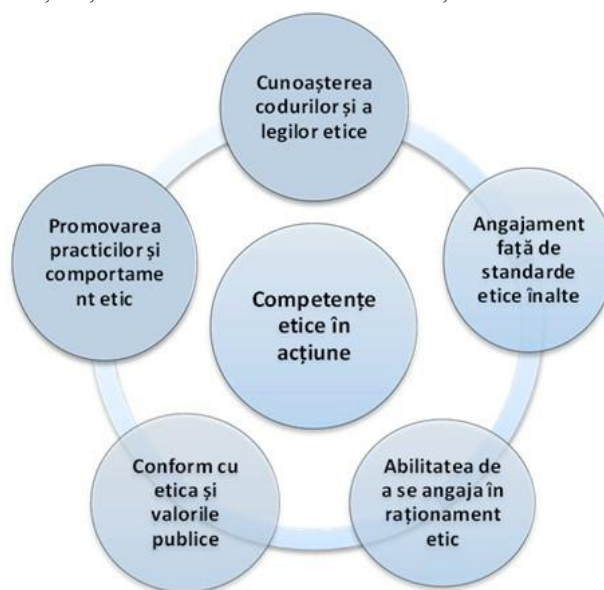


Figura 26. Competențe etice, adaptată după Menzel [14]

Competența etică este atunci când sunt acumulate competențe specifice, cum ar fi: cunoașterea codurilor și a legilor, complianța cu standardele, capacitatea judecății etice, abilități de a acționa conform valorilor, promovarea practicilor și a comportamentelor etice în organizație. Competențele etice formează energia dinamică a tot ceea ce numim competența etică [14].

În cadrul cercetării realizate am determinat că, în instituțiile medico-sanitare din țară există mari rezerve cu privire la capacitatea angajaților de a recunoaște dilemele etice și a face analiza etică. Doar puțin mai mult de o treime dintre respondenți 38,5% (CI95% 35.6, 41.4) consideră că au un colectiv cu valori morale înalte și capacitate suficientă de analiză etică. În același timp, fiecare al treilea respondent – 33,7 % (CI95% 30.9, 36.6) consideră că angajații din instituția unde activează au nevoie de instruiți suplimentare și au evaluat negativ capacitatea acestora de a recunoaște și a rezolva dileme morale (Figura 27).

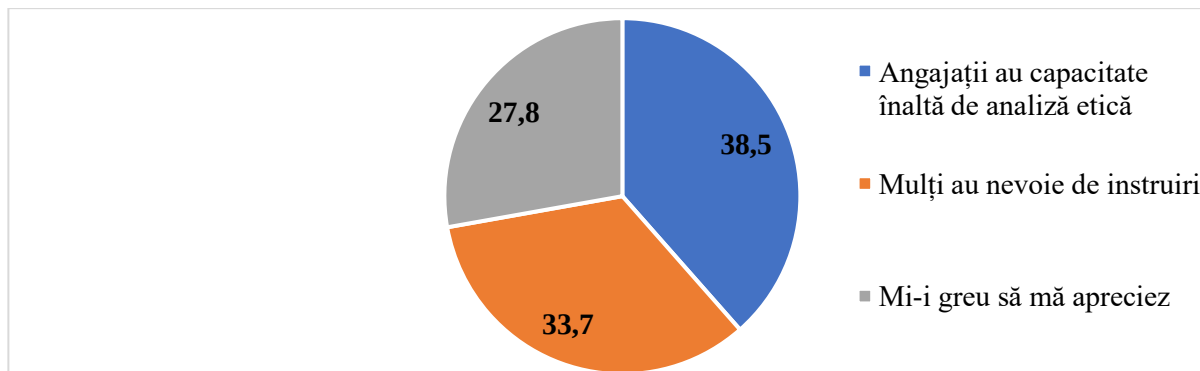


Figura 27. Aprecierea capacității angajaților de a face analiză etică, %.

Rata celor care se abțin de la răspuns rămâne mare 27,8% (CI95% 25.1, 30.4). Acest răspuns poate fi motivat și de faptul că unii angajați nu și-au pus niciodată întrebarea capacității sale de analiză etică, considerând că acesta este un proces firesc de comportament și fără a înțelege particularitățile analizei, din perspectivă etică, a unui caz clinic. Explicația pentru acest rezultat am identificat-o în cadrul discuțiilor în focus-grupuri, unde mulți participanți au recunoscut că nu știu cum să aprecieze o dilemă morală și că în instituțiile lor nu se face analiză etică, ca să poată să ofere o apreciere.

”Fiecare își face munca după bunul simț și șapte ani de acasă. Nu analizăm noi ce fac alții!” (FG4).

”Mulți nu înțeleg ce înseamnă analiză etică, se conduc după propriile păreri când iau o decizie. Și poate nu este întotdeauna corectă, dar nu toți vor recunoaște!” (FGis1).

”Fiecare decide după propriile lui viziuni... Nu este la noi o cultură anume, ca să ne conducem după niște modele!” (II48).

”Fiecare acționează și decide reieșind din situație și propriile ale viziuni. Cred că cei 7 ani de acasă sunt tare importanți pentru fiecare” (II14)

Angajații din instituțiile private au răspuns mult mai pozitiv la această întrebare, în comparație cu cei din instituțiile publice. Jumătate dintre respondenții din sectorul privat – 50% (CI95% 30.6, 69.4) consideră că colectivul instituției unde activează are capacitate înaltă de analiză etică.

Mult mai critic este personalul din spitalele republicane – 38,1% (CI95% 33.6, 42.8), urmat de cel din spitalele raionale – 34.8% (CI95% 28.9, 42.1) și din spitalele municipale – 30,8% (CI95% 24.6, 37.5), care consideră că în instituțiile unde activează mulți colegi au nevoie de instruire suplimentare în domeniul eticii. O situație aparent mai pozitivă o vedem în răspunsurile medicilor de familie, unde puțin mai mult de o pătrime – 27,6% (CI95% 21.4, 34.4), consideră că angajații instituției ar avea nevoie de instruire. Totuși, la acest grup este cea mai mare rata celor care s-au abținut de a oferi o apreciere – 33,7% (CI95% 27.1, 40.8), ceea ce sugerează o capacitate redusă a respondenților de a analiza obiectiv din lipsa unui reper de pornire (înțelegerea ce ar însemna capacitate de analiză etică), pentru a face o analiză etică comparativă pentru comportamentul colegilor din instituție. Astfel de răspuns ne indică cunoștințe slabe în domeniul eticii printre respondenții implicați în cercetare (Figura 28).

P-value: 0.0271

Chi-squared: 17.30

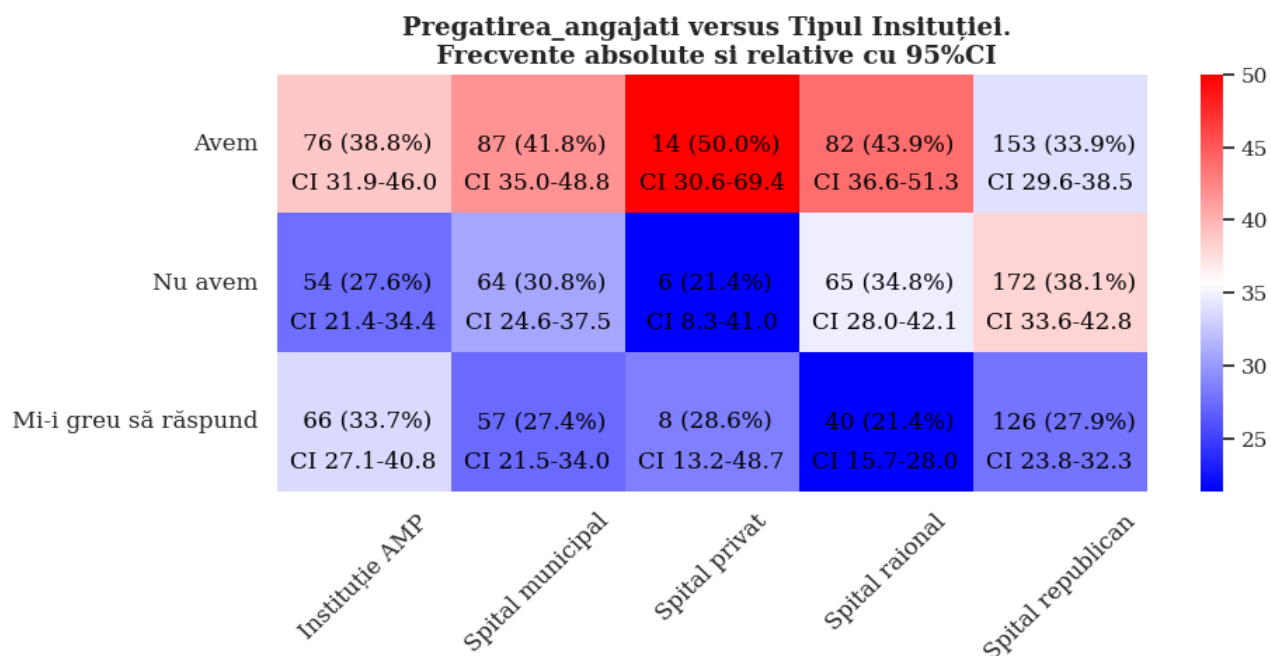


Figura 28. Aprecierea capacității angajaților de a face analiză etică, după tipul instituției, % , c.a.

Angajații și-au auto-apreciat nivelul de cunoștințe proprii necesare pentru a gestiona probleme etice și a lua decizii etice. Doar puțin peste o treime dintre angajați 36,2% (CI95% 30.4, 36.1) au confirmat că posedă cunoștințele necesare pentru a lua decizii în dileme etice. Consideră că au cunoștințe insuficiente și ar dori instruiți suplimentare 43,2% (CI95% 36.8, 42.7) respondenți. Grupul celor care consideră că au nevoie de instruire amplă 10,1% (CI95% 7.5, 11.0) a fost egal cu cel al respondenților care nu au putut aprecia 10,3% (CI95% 7.7, 11.2), probabil neînțelegând despre ce cunoștințe sunt întrebați (Figura 29).

În lista răspunsurilor la întrebările deschise din chestionare au fost înregistrate opinii precum că „nu au nevoie de cunoștințe în domeniul etic, fiindcă vor apela la comitetul instituțional de etică” și „etica înseamnă șapte ani de acasă” (răspunsuri din chestionare).

Astfel de opinii denotă un nivel insuficient de conștientizare din partea angajaților al amplitudinii și importanței cunoștințelor specifice ce țin de dimensiunea etică în activitatea lucrătorului medical.

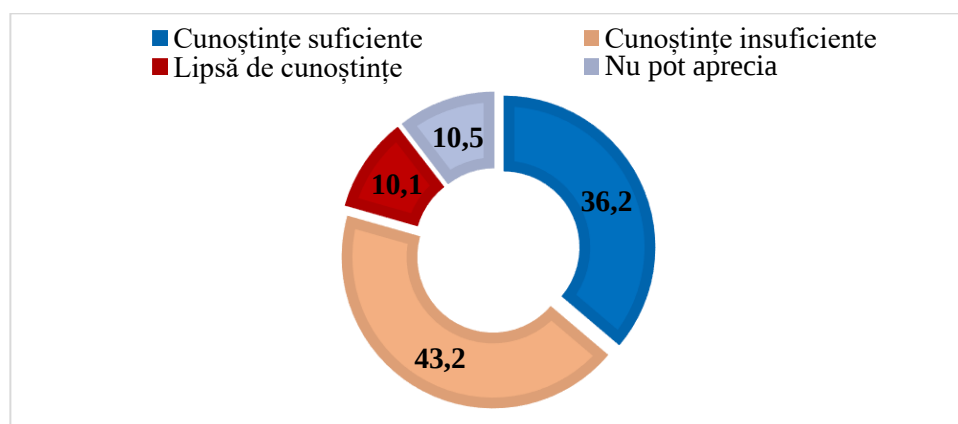


Figura 29. Aprecierea nivelului propriu de cunoștințe necesare în decizia etică, %.

Din figura 30 observăm că, medicii sunt cei mai critici în aprecierea propriilor cunoștințe din domeniul eticii, practic, jumătate dorind să cunoască mai mult – 48,6% (CI95% 44.6, 52.6), în comparație cu asistentele medicale – 32,9% (CI95% 27.9, 38.3). Probabil, fiind mult mai frecvent implicați în luarea deciziilor etice, în comparație cu asistentele medicale, medicii se arată mai rezervați în a considera că cunoștințele care le posedă în domeniul deciziei etice le sunt suficiente. Mai puțin de o treime dintre medici au ales această opțiune – 30,6% (CI95% 26.9, 34.4), în comparație cu grupul asistentelor medicale care, aproape jumătate – 47.9% (CI95% 42.4, 53.4) – au decis că au suficiente cunoștințe pentru a gestiona problemele de ordin etic care le pot apărea în activitatea zilnică. Tot grupul medicilor este mai mare și printre cei care au recunoscut că au nevoie de instruiți ample în domeniul eticii – 11,9% (CI95% 9.4, 14.7), în comparație cu asistentele medicale – 7,2%

(CI95% 4.7, 10.5). Pentru personalul non-medical a fost cel mai dificil să se determine cu aprecierea, 25,7% (CI95%12.5,43.3) dintre ei, probabil, fiind mult mai puțin implicat în dileme (Figura 30).

În discuțiile cu angajații a fost frecvent expusă opinia precum că este nevoie evidentă de cunoștințe în domeniul eticii, atât printre medici, cât și printre personalul cu studii medii.

”Ca și orice fel de cunoștințe, acestea tot trebuie înnoite permanent. Chiar dacă am avut niște instruiri pe la cursuri, sau universitate, nu e suficient. Mereu trebuie de învățat ceva util” (FGce1).

”Cei care spun că au suficiente cunoștințe, înseamnă că nu le au deloc! Nu poți să le știi pe toate! Se pot întâmpla diferite cazuri și poți să ajungi că nu știi cum să procedezi” (FGis2).

”Chiar dacă organizăm instruiri periodice și le tot spunem la angajați cum trebuie să se comporte, cred că încă este mare necesitate de instruire” (II47).

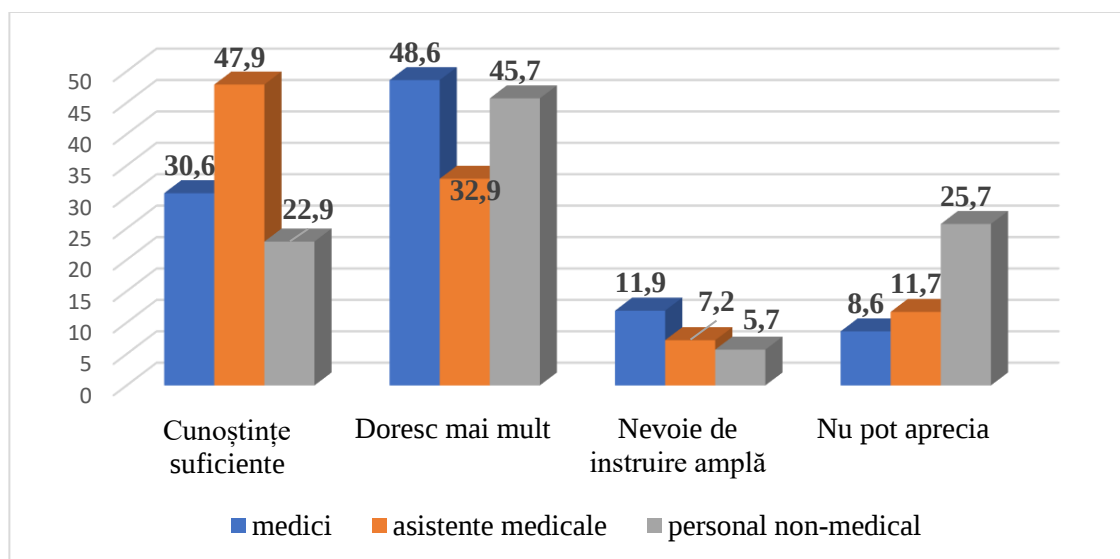


Figura 30. Aprecierea nivelului propriu de cunoștințe în domeniul eticii, după profesii, %

Cei mai autocritici (67,4%) sunt medicii oncologi, dintre care 58,7% (CI95% 43.2, 73.0) consideră că au nevoie de cunoștințe suplimentare în domeniul eticii și 8,7% (CI95% 2.4, 20.8) ar solicita o instruire amplă. Urmăți de pediatri (58,2 %), dintre care 42,9% (CI95% 32.9, 53.3) își doresc instruiri suplimentare și 15,3% (CI95% 8.8, 24.0) – instruiri ample.

Totuși, în linii generale, peste jumătate dintre respondenții angajați din toate tipurile de instituții au recunoscut că au cunoștințe **insuficiente** în domeniul eticii (Figura 31).

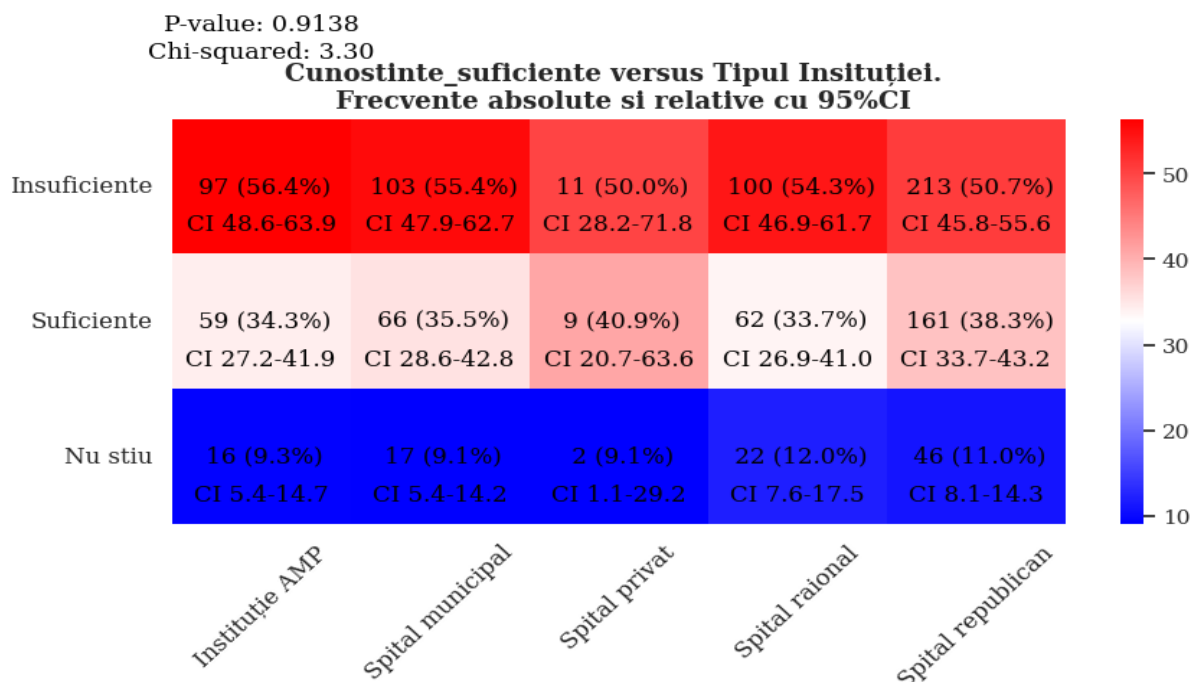


Figura 31. Aprecierea nivelului propriu de cunoștințe în domeniul eticii, după specialități, %, c.a.

Angajaților li s-a solicitat să își ofere o apreciere pe scara de 10 puncte a nivelului propriu de cunoștințe în domeniul eticii. Unul din 10 respondenți – 10,4%, și-a apreciat nivelul de cunoștințe mai mic de 5 puncte – *insuficiente*. Majoritatea respondenților tind să își aprecieze cunoștințele cu calificativul *bune* – ce corespunde notei 8 și 13,5% le apreciază ca *foarte bune* sau *excelente*.

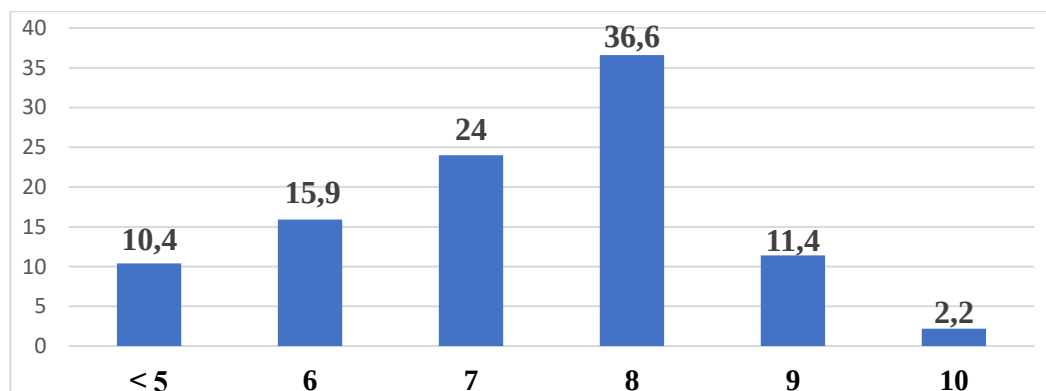


Figura 32. Autoevaluarea cunoștințelor în domeniul eticii, %.

Dacă vom grupa răspunsurile primite în câteva calificative mai generale (insuficient - ≤ 5, moderat – 6-7, bine – 8, foarte bine, excelent – 9-10), putem observa aprecierea respondenților în dependență de specialitate (Figura 32).

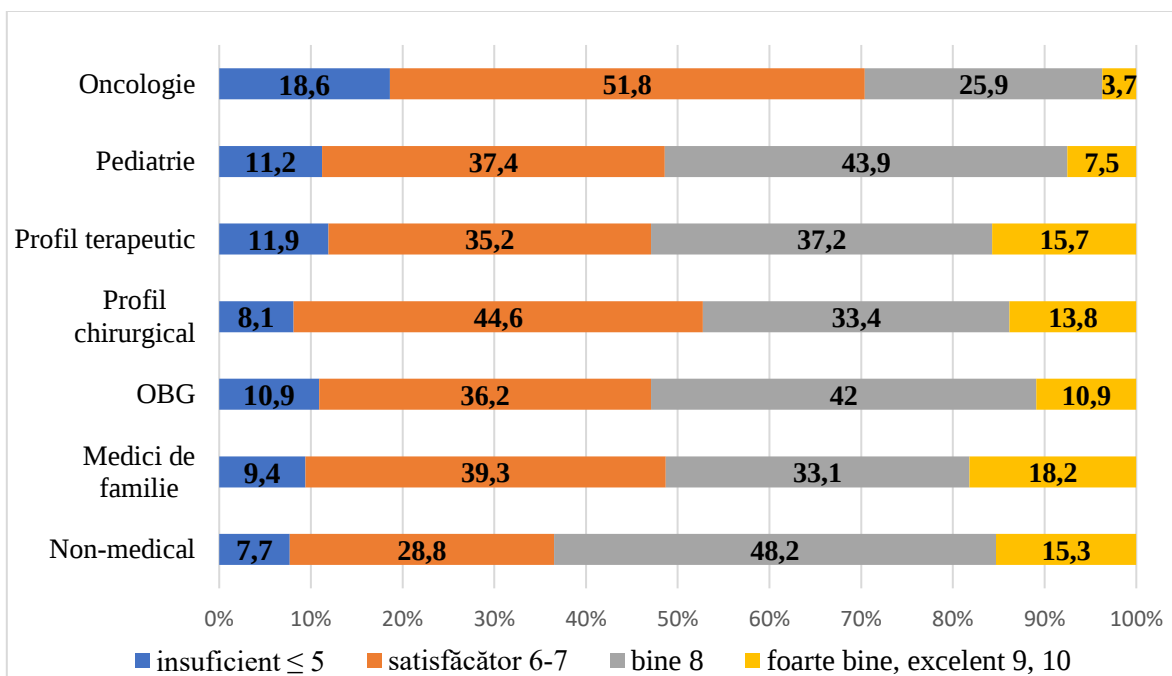


Figura 33. Autoevaluarea cunoștințelor în domeniul eticii, după specialități, %.

Specialiștii din oncologie își oferă cea mai mică apreciere a cunoștințelor, 18,6% dintre respondenți considerând că acestea le sunt insuficiente, iar mai mult de jumătate – 51,8%, consideră că au un nivel satisfăcător / moderat de cunoștințe în domeniul eticii. Cea mai bună apreciere și-o oferă medicii de familie – 18,2% își apreciază cunoștințele ca foarte bune și excelente. Din grupul medicilor obstetricieni ginecologi numărul celor care consideră că au cunoștințe insuficiente (10,9%) se egalează cu numărul celor care își apreciază cunoștințele la cel mai înalt grad (Figura 33).

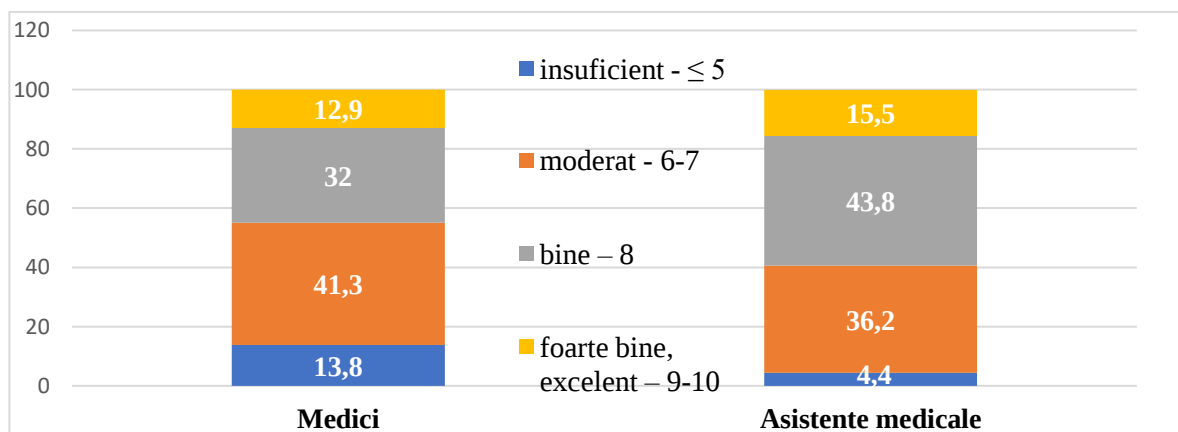


Figura 34. Autoevaluarea cunoștințelor în domeniul eticii, după profesie, %.

Un grup evident mai mare de medici (13,8%), în comparație cu cel al asistentelor medicale (4,4%), și-au apreciat cunoștințele în domeniul eticii ca fiind *insuficiente*. Personalul cu studii medii

apreciază mult mai bine nivelul propriu de cunoștințe, selectând aprecierea *bună* (43,8%) și *foarte bună / excelentă* (15,5%) (Figura 34). Considerăm că nivelul *moderat* de apreciere a propriilor cunoștințe oferit de grupul medicilor reiese din conștientizarea complexității problemelor etice care necesită soluționare în activitatea lor practică zilnică și gradul înalt de responsabilitate care li se atribuie în luarea deciziilor în care persistă dileme etice.

Observăm că în formarea profesională a medicilor, care este compusă din mai multe etape, mulți arată că nu au primit astfel de instruire. Este alarmant numărul medicilor care consideră că nu au primit nici un fel de instruire în domeniul eticii la nivel de formare universitară – 30,8% (CI95% 28.1, 33.6) și prin rezidențiat – 50,2% (CI9% 47.2, 53.2) unde ar trebui să fie puse bazele analizei etice a cazului clinic. Unul din cinci medici – 21,2% (CI95% 18.8, 23.7) nu au avut astfel de instruiți la locul de muncă și mai mult de un sfert dintre medici 29,1% (CI(5% 26.3, 31.8) nu au primit astfel de instruiți la cursuri de formare continuă, iar unii – 13,7% consideră că, chiar dacă a fost careva instruiți, acestea le-au fost inutile (Figura 35).

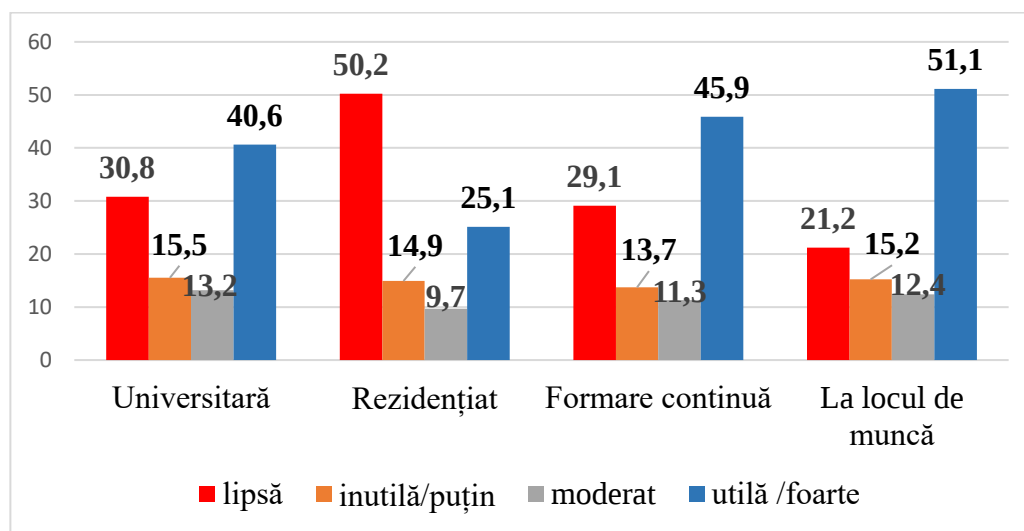


Figura 35. Formarea medicilor în domeniul eticii, %.

Instruirea la locul de muncă este considerată unul dintre instrumentele principale ale procesului de instituționalizare a eticii. Astfel de instruiți trebuie să fie organizate cu o periodicitate strictă, reieșind din prioritățile instituției, dar și din problemele identificate în practica zilnică.

În cadrul discuțiilor realizate am identificat că, instruițiile pe subiecte etice la locul de muncă sunt fără periodicitate, au caracter formal și se întâmplă, de obicei, în contextul unor evenimente (conferințe științifice) sau în urma unor cazuri de răsunet (post-factum). Ne-a fost recunoscut că, chiar dacă sunt aprobate tematici ale unor instruiți pe subiecte etice sau legate de drepturile pacientului,

acestea au caracter formal. Una din cauzele menționate a fost personalitatea celor care organizează astfel de ședințe, care nu se bucură de credibilitate și încrederea necesară printre rândurile angajaților.

”Despre etică trebuie să ne vorbească cineva care este convins în ceea ce spune și nu încalcă singur principiile etice.” (FGis2)

”Sora superioară ne-a adunat pe 5 minute, ne-am semnat într-un registru că am participat la instruire și ne căutăm de treabă. Iată și toată instruirea!” (II46)

Instruirea angajaților, inclusiv la locul de muncă, ar trebui să fie obligația DRU, care ar trebui să colecteze necesitățile pentru instruire, să identifice formatorii, să alcătuiască orarul etc.

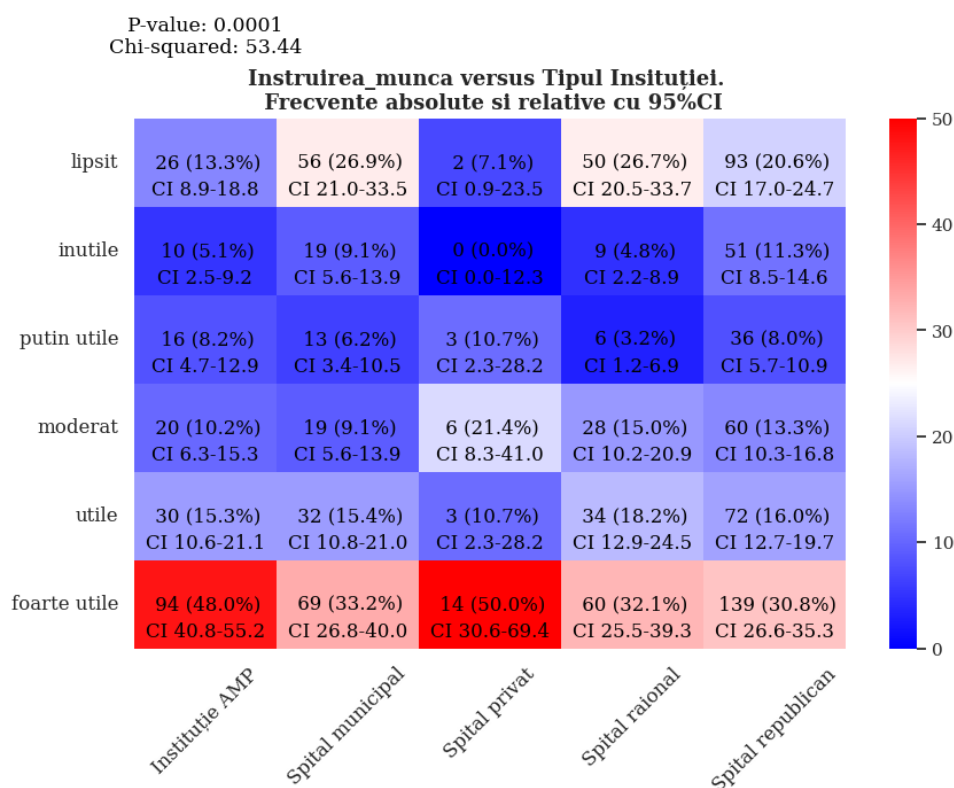


Figura 36. Formarea prin instruiți la locul de muncă” după tip instituție, %, c.a.

Din figura 36 observăm că cel mai bine acest proces este organizat în spitalele private, pe când instituțiile spitalicești publice indică lacune evidente. Mai mult de o pătrime dintre angajații spitalelor municipale și raionale recunosc că nu au avut astfel de instruiți la locul de muncă. Capacitatea unei organizații de a-și atinge întregul potențial va rămâne dependentă de motivația, cunoștințele, abilitățile, practicile și valorile fiecărui individ din organizație. Astfel, administrația are obligația de a crea un context favorabil pentru promovarea și educarea continuă a comportamentelor dezirabile din partea angajaților, în conformitate cu valorile și principiile etice instituționale asumate.

3.2. Cultura, climatul și comportamentul etic

3.2.1. Rolul climatului în stabilirea eticii organizației

În literatura de specialitate există multe publicații în care se încearcă a explica și a prezice comportamentul managerilor și al angajaților, făcând conexiune cu cultura și climatul organizațional [116, 117, 118]. O atenție deosebită este acordată definirii *climatului etic*, acesta fiind perceput ca complexitatea componentelor informale ale contextului etic sau ale sistemului de control al organizatei [119].

Climatul etic poate fi definit ca percepțiile managerilor și ale angajaților cu privire la ceea ce constituie un comportament neetic și etic într-o organizație. *Cultura etică* presupune condițiile care sunt în vigoare în organizația dată, pentru a respecta sau nu ceea ce constituie un comportament neetic/etic (de exemplu, recompense și pedepse folosite pentru a motiva comportamentul angajaților). Cu alte cuvinte, climatul etic este substanțial prin faptul că se referă la conținutul comportamentului, în timp ce cultura etică este procedurală, referindu-se la condițiile pentru comportamentul etic/ neetic

Cultura organizațională, ca noțiune este discutată astăzi pe larg în domeniul managementului organizațional, fiindu-i demonstrat impactul asupra tuturor aspectelor organizației. Acest domeniu este bazat pe credințe și valori comune, oferă forță organizațiilor, influențează atitudinea și comportamentul individual al angajaților, motivația și satisfacția în muncă, nivelul de angajament al resurselor umane, proiectează structurile și sistemele organizaționale, formulează și implementează politicile și strategiile organizației [113].

Climatul organizațional este extrem de important în procesul de luare a deciziilor etice de către angajați. Însă, deseori se poate constata că valorile prioritare ale medicilor clinicieni pot să nu corespundă cu cele ale administrației instituției, atunci când primii vor dori să acționeze în beneficiul pacientului, apelând la etică și compasiune, iar administrația va aborda problemele doar prin prisma costurilor și a profitului. Se poate întâmpla ca directorii și clinicienii să perceapă diferit valorile prioritare ale activității lor în cadrul organizației, iar aceste atitudini se traduc în comportamente specifice și, respectiv, se răsfrâng asupra climatului instituției. Atunci când clinicienii încep să își trateze pacienții doar prin prisma unor indicatori de performanță, când parametrii operaționali devin esențiali față de prioritatea acordării asistenței medicale necesare și calitative, fără componenta empatică și morală, există riscul scăderii încrederii angajaților în liderii instituției unde activează și a satisfacției de la munca pe care o fac [86, 126].

Respectiv, disonanța dintre interesul administrației de a limita cheltuielile și dorința clinicienilor de a oferi asistența necesară pacientului și obligațiile lor profesionale față de pacienți este unul dintre factorii importanți care influențează starea de spirit a echipelor medicale și climatul etic al instituțiilor. În același timp, clinicienii menționează frecvent constrângerile organizaționale ca bariere principale în furnizarea de asistență necesară pacientului [86]. Apare *loialitatea dublă* a angajaților, fenomen descris ulterior în această lucrare.

În cadrul cercetării am identificat valorile care, în opinia angajaților, caracterizează cultura organizațională și climatul etic al instituției medicale în care activează. Făcând o analiză a răspunsurilor după profesia respondenților observăm că, medicii sunt mult predispuși să selecteze valori negative, în comparație cu asistentele medicale (Figura 37).

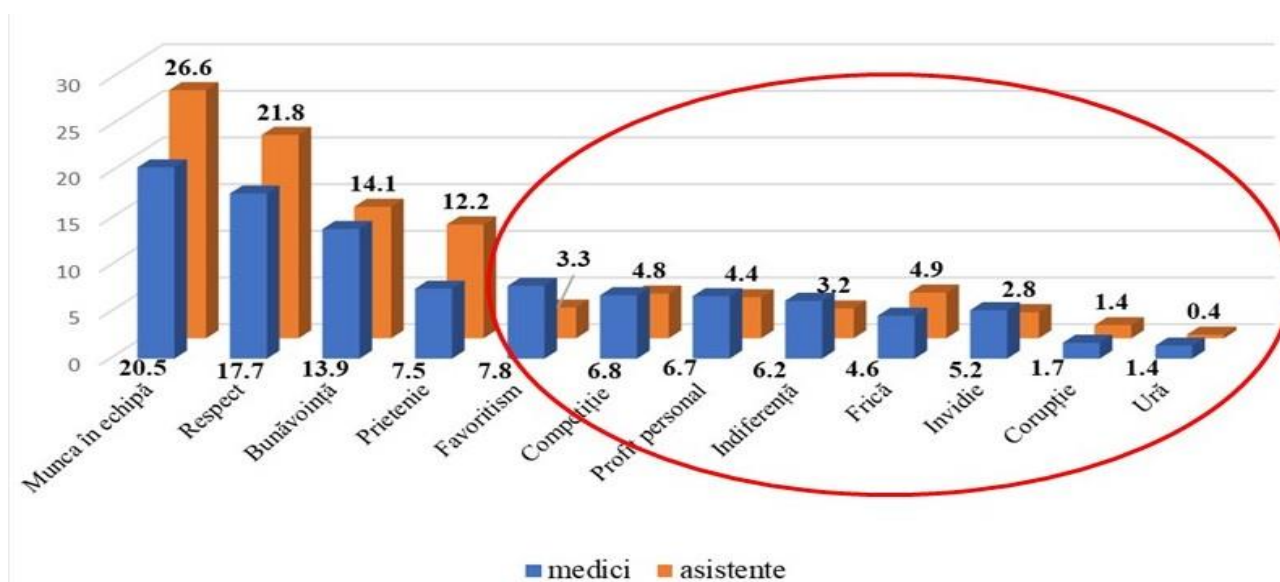


Figura 37. Selectarea valorilor ce caracterizează instituția, opinia angajaților, %

Chiar dacă ratele pentru valorile negative din figura 37 par a fi mici, analizând cifrele absolute, vom constata că există teme de îngrijorare cu referire la mediile etice din instituțiile medico-sanitare din țară. 109 medici – 5,2% (CI95% 4.3, 6.2) au indicat că *invidia* este o valoare prezentă în instituția unde activează, 132 medici – 6,2% (CI95% 5.2, 7.4) au remarcat *indiferența* ca valoare, 142 medici – 6,7% (CI95% 5.7, 7.9) au recunoscut că în instituție predomină interesul pentru *profitul personal*, iar valoarea *competiției nesănătoase* a fost selectată de către 144 medici – 6,8% (CI95% 5.8, 8.0) și favoritismul – de 165 medici – 7,8% (CI95% 6.7, 9.0). Au fost selectate și aprecieri puternic negative precum *frica* – 97 medici – 4,6% (CI95% 3.7-5.6) și 50 asistente medicale – 4,9% (CI95% 3.7, 6.4) și *ura* – 29 medici – 1.4% (CI95% 0.9, 2.0) și 4 asistente medicale. Unii angajați au recunoscut că în

instituțiile unde muncesc predomină și valoarea *corupției* – 36 medici – 1,7% (CI95% 1.2, 2.4) și 14 asistente medicale – 1,4% (CI95% 0.8, 2.3) (Anexa 7).

O apreciere mult mai negativă este oferită de către personalul medical din domeniul oncologiei, unde valoarea *profitului personal* – 17,2% (CI95% 11.8, 23.7), a *competiției nesănătoase* – 12,4% (CI95% 7.9, 18.4), *favoritismului* – 13,6% (CI95% 8.8, 19.7), *indiferenței* – 11,8% (CI95% 7.4, 17.7), *fricii* – 7,7% (CI95% 4.2, 12.8), *invidiei* – 7,1% (CI95% 3.7, 12.1), *corupției* – 4,1% (CI95% 1.7, 8.3) sunt mult mai mari, în comparație cu alte specialități (Anexa 8).

Aprecierea pozitivă a valorilor instituției crește odată cu stagiul de muncă a respondenților (Figura 38). Cu cât este mai mare stagiul de muncă, cu atât este mai mare probabilitatea că acesta va oferi o apreciere pozitivă mediului de lucru din instituția unde activează. Acest fapt poate fi explicat și prin probabilitatea că reprezentanții corpului managerial care au participat în studiu sunt, de obicei, cu un stagiul mai mare de muncă. Respectiv, aprecierea managerilor va fi diferită cu cea a angajaților mai tineri, care percep mult mai negativ mediul său de activitate. De exemplu, *profitul* în instituție a fost de menționat de 10,3% (CI95% 7.9, 13.2) persoane cu stagiul de 11-20 ani și doar 3,9% (CI95% 2.4, 5.9) dintre cei cu stagiul mai mare de 35 ani (Anexa 9).

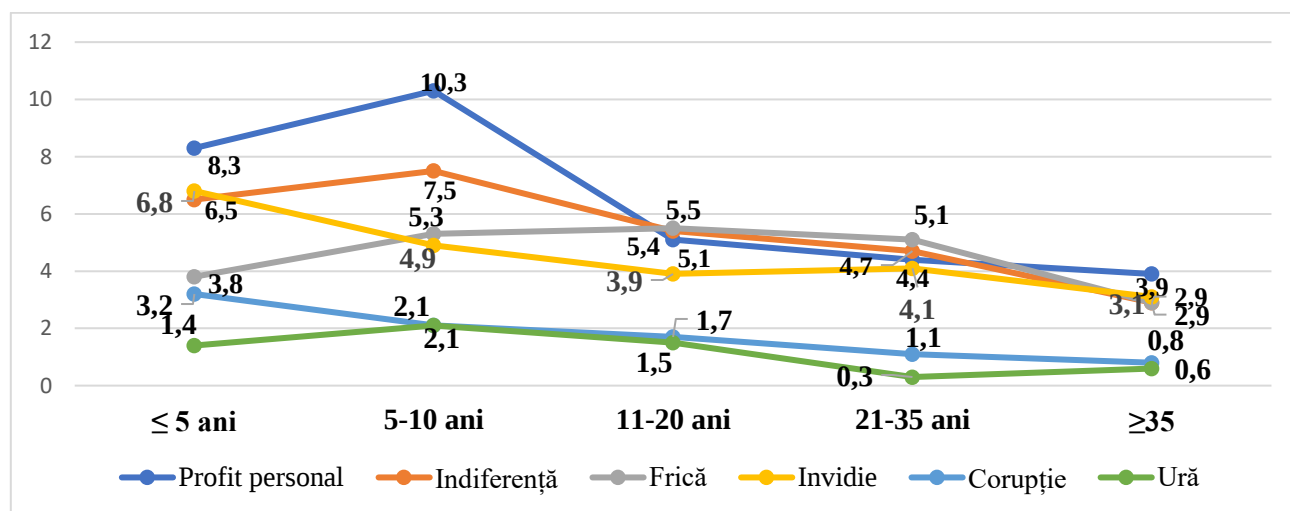


Figura 38. Valorile negative selectate, după stagiul de muncă a respondenților, %.

Fiind rugați să aprecieze nivelul de integritate în cadrul instituției în care activează, respondenții, de asemenea, au menționat prezența acestor fenomene negative. Practic, fiecare al patrulea respondenți (23,9%) a indicat prezența frecventă – 14,5% (CI95% 12.5, 16.7) sau foarte frecventă – 9,4% (CI95% 7.8, 11.3) a *conflictelor de interes* în relațiile interpersonale la locul de muncă, iar fiecare al cincilea angajat (20,7%) s-a aflat frecvent – 12,1% (CI95% 10.3, 14.2) sau foarte frecvent – 8,6% (CI95% 7.0, 10.4) în situație de *competiție nesănătoasă*. Chiar dacă mulți

respondenți au indicat apariția acestor fenomene doar uneori – 17,9% (CI95%15.6, 20.2) pentru *competiție nesănătoasă* și 19,1% (CI95%16.8, 21.5) pentru *conflictele de interese*, aceasta ne arată mediul etic instituțional organizat insuficient, fiind riscul de apariție la astfel de situații (Figura 39).

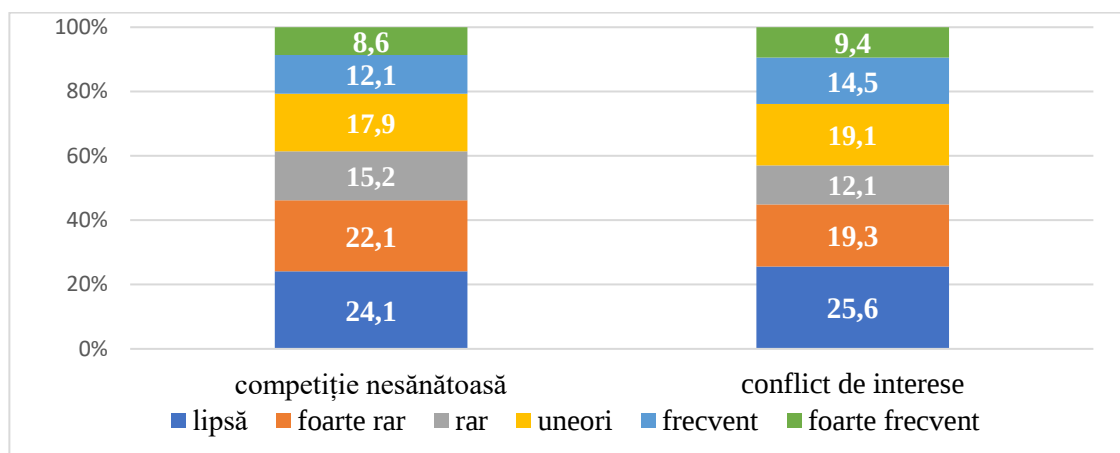


Figura 39. Percepția competiției nesănătoase și conflictelor de interese, %.

Unul din patru angajați din spitalele municipale (23,6%) au raportat fenomenul de *competiție nesănătoasă*, foarte mult – 12,5% (CI95% 8.3, 17.8) și mult 11,1% (CI95% 7.1, 16.1) și cei din spitalele republicane – 22,8% (CI95% 2.3, 28.2), unde foarte mult menționează – 9,3% (CI95% 6.8, 12.4) și mult – 13,5% (CI95% 10.5, 17.0) (Figura 40).

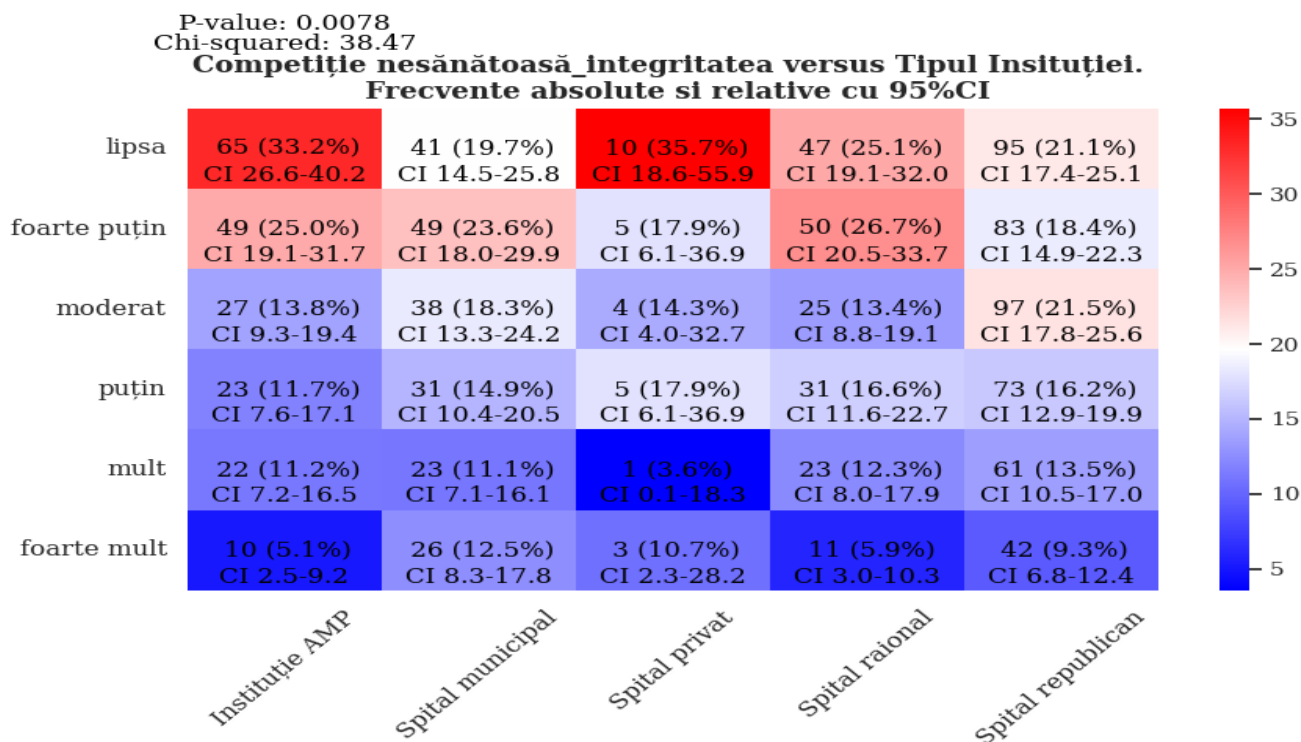


Figura 40. Percepția competiției nesănătoase, după tipul instituției, % , c.a.

Dacă în cercetarea cantitativă corupția este menționată mai puțin, doar 4,7% (CI95% 3.5, 6.1), în cadrul studiului calitativ, atât în discuțiile individuale cât și cele în focus grupuri, acest fenomen este menționat mult mai frecvent. Unii respondenți au menționat că la ei în instituții mita este considerată o normă, iar unii angajați își justifică cererea plăților informale de la pacient prin fraza „Așa este primit! Toți iau, de ce nu aș lua eu...” (FGis2).

Observăm că corupția este infiltrată deja la nivel de sub-cultură.

„Și dacă vine Paștele și vine un pacient cu un mieluț și o sticlă de vin, cum să nu iau? Toți iau ...” (II13).

„La noi în spital știu fiecare ce taxe are, unii mai puțin, dar unii cam exagerează ...” (II8).

Câteva opinii ne-au indicat faptul că anumiți angajați sunt în disonanță valorică față de situația pe care o constată în instituția unde activează.

„Mi-i foarte rușine când pacienții îmi spun că înainte de operație a venit asistenta și a strâns bani de la cei care mergeau la operație a doua zi... Nu înțeleg cum se poate așa, cum poți sta cu mâna întinsă fără nicio mustrare de conștiință?! ” (II32).

„Sunt sigură că șefii știu tare bine cine și cât ia... dar închid ochii... Se fac că nu știu ... dar cunosc ei foarte bine, și nu fac nimic...” (II27).

Am identificat diferențe dintre perceperea situației la nivel organizațional față de cea de la nivelul subdiviziunii unde activează angajatul. Mai mult de 2/3 (68.1%) dintre angajați consideră că situația, din punct de vedere a relațiilor interumane dintre angajați, este similară atât la nivel de instituție, cât și în departament. Totuși, fiecare al cincilea respondent (20,5%) consideră că la nivel de instituție situația este mult mai nesatisfăcătoare, în comparație cu subdiviziunea unde activează. (Figura 41).

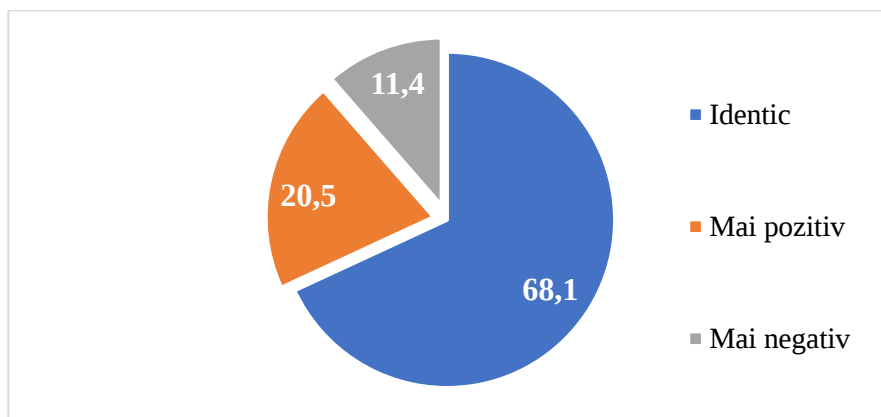


Figura 41. Diferențe în perceperea subculturilor în organizație, %.

Grupul medicilor cel mai mult menționează diferența dintre climatul instituțional și cel al subdiviziunii în care activează – 34,9% (CI95% 31.4, 38.6), în comparație cu percepția asistentelor medicale – 25,9% (CI95% 21.3, 30.9). Probabil, reieșind din faptul că, medicii sunt implicați mult mai mult în relaționare cu alte subdiviziuni și pot face diferențe mai evidente. Totodată, această diferență este menționată și de către, practic, o treime din personalul non-medical – 30% (CI95% 16.6, 46.5) care, în majoritatea cazurilor, sunt separați prin departamente specifice cum ar fi cel al resurselor umane, financiar, bioinginerie etc., care își au propriile sub-culturi în instituții.

Diferențe și un climat de subcultură în cadrul instituției este menționat cel mai mult de către angajații din domeniul oncologiei – 38,9%, urmați cu valori identice de către cei din obstetrică și ginecologie – 36,1% și grupul specialităților de profil chirurgical – 36,1%. Cel mai puțin identifică careva diferențe în climatul organizațional medicii de familie – 22,1%, aceasta fiind condiționat de colectivele relativ mai mici de angajați în cadrul instituțiilor de AMP, comparativ cu cele spitalicești. Respectiv, formarea sub-culturilor este mai puțin probabilă (Figura 42).

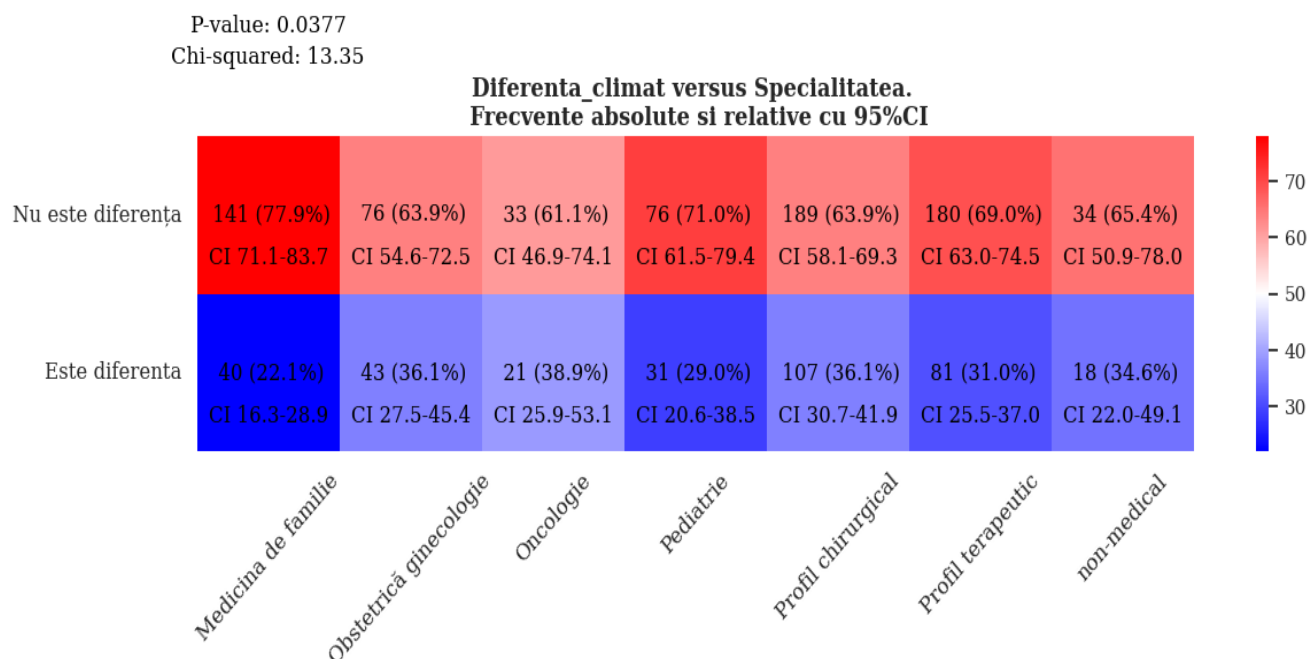


Figura 42. Diferențe în perceperea climatului în organizație, după specialități, %, c.a.

Un management eficient este de a căuta acel "lipici" care va încheaga părțile unei organizații într-o structură unică. Prin urmare, în evaluarea culturii unei organizații, se poate concentra asupra întregii entități, sau se pot evalua diferite culturi ale subunităților, identificând atributele dominante comune, care le-ar agrega sub un scop comun, pentru a atinge performanța la nivelul culturii organizaționale generale [124, 125].

Am fost interesați să determinăm care model de management al moralității predomină în instituțiile medico-sanitare din țară, reieșind din clasificarea propusă de Rossouw și van Vuuren [98] descrisă în capitolul 1 al acestei lucrări. Respondenților li s-a oferit opțiunea de a selecta modul de management moral în care se află, după opinia lor, instituția în care activează (Figura 43). Este important să menționăm că, la general, **modul imoral** a fost selectat de către 51 persoane – 5,2%, care au pledat pentru caracteristica unei instituții în care predomină un climat de competiție și rivalitate nesănătoasă, ”haită de lupi”, unde fiecare se gândește la propriul beneficiu și profit. Etica nu este abordată ca problemă nici de către angajați, nici de manageri. Chiar dacă, comparativ, rata acestui grup pare a fi mică, luând în considerare că în studiu au fost implicați angajați din peste 120 instituții, presupunem alarmant că astfel de modele de management sunt identificate în mai multe instituții din țară. Fiecare a cincilea respondent – 20,6% a selectat **modul reactiv** al managementului moralității specific pentru instituțiile în care activează, confirmând că toți angajații înțeleg că ceva nu merge bine, dar nimic concret nu se întreprinde, valorile morale ale instituției sunt declarate formal.

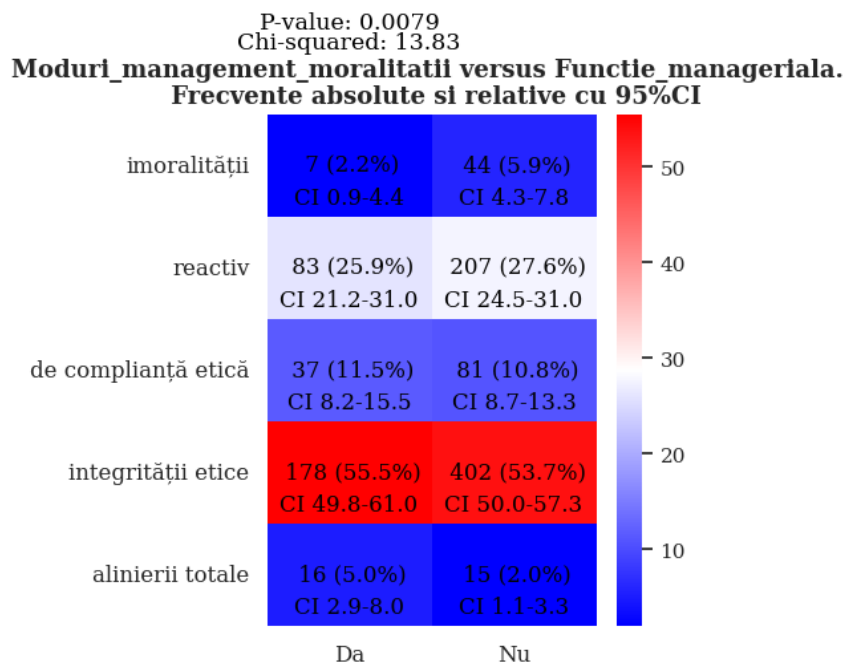


Figura 43. Aprecierea modului de management al moralității, după funcție managerială, %, c.a.

Reprezentanții corpului managerial au oferit o apreciere mai pozitivă a modului de management al moralității. 60,5% (integrității etice – 55.5% (CI95% 49.8, 61.0) și alinierii totale – 5,0% (CI95%2.9, 8.0), în comparație cu respondenții fără careva funcții de conducere – 55,7% (integrității– 53.75% (CI95% 50.0, 57.3) și alinierii totale – 2,0% (CI95% 1.1, 3.3). Modul imoralității este selectat de 2,2% (CI95% 0.9, 4.4) personal cu funcții manageriale și mai mulți respondenți fără

aşa funcţii 5,9% (CI95% 4.3, 7.8). 207 persoane fără funcţii manageriale au ales modul reactiv pentru instituţiile sale – 27,6% (CI95% 24.5, 31.0). Acest mod de management a fost ales şi de 83 persoane cu funcţii manageriale – 25% (CI95% 21.2, 31.0) (Figura 43).

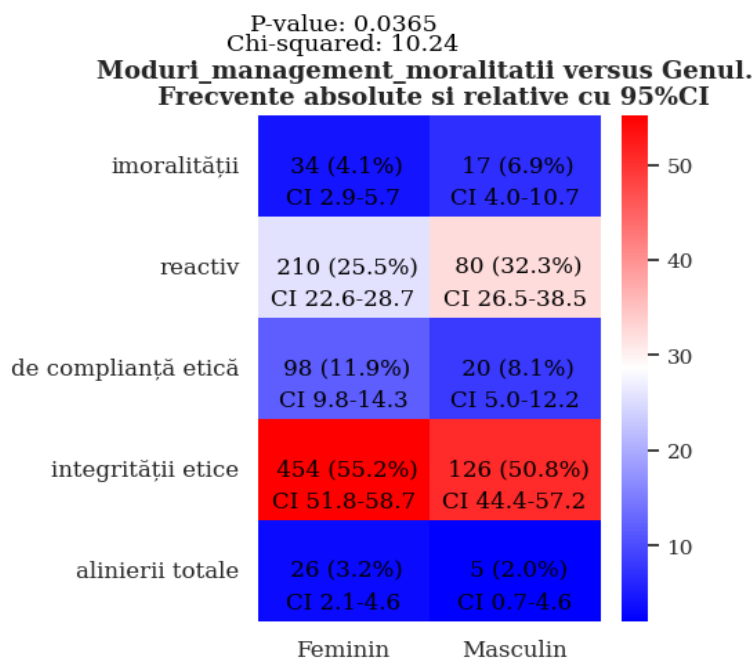


Figura 44. Aprecierea modului de management al moralităţii în instituţie, după gen, %.

Angajaţii bărbaţi oferă o apreciere mai negativă a modului de management al moralităţii din instituţie, în comparaţie cu răspunsurile oferite de către respondentele de gen feminin. 39,2% dintre respondenţii bărbaţi au selectat modurile care presupun un climat cu probleme de ordin etic – climatul imoralităţii 6,9%, climatul reactiv 32,3%, pe când doar 29,6% dintre respondente au ales aceste opţiuni – climatul imoralităţii 4,1%, climatul reactiv 25,5% (Figura 44).

Medicii apreciază mai negativ climatul etic al instituţiilor unde activează, în comparaţie cu asistentele şi personalul non-medical. Mai mult de o treime (38,8%) dintre medici consideră că în instituţiile sale este un mod negativ de management – de tip reactiv – 33,3% (CI95% 29.8, 37.0) sau chiar al imoralităţii – 38 persoane – 5,5% (CI95% 3.9,7.5). Doar 18,8% dintre asistentele medicale şi 22,5% dintre personalul non-medical au ales aceste moduri (Figura 45).

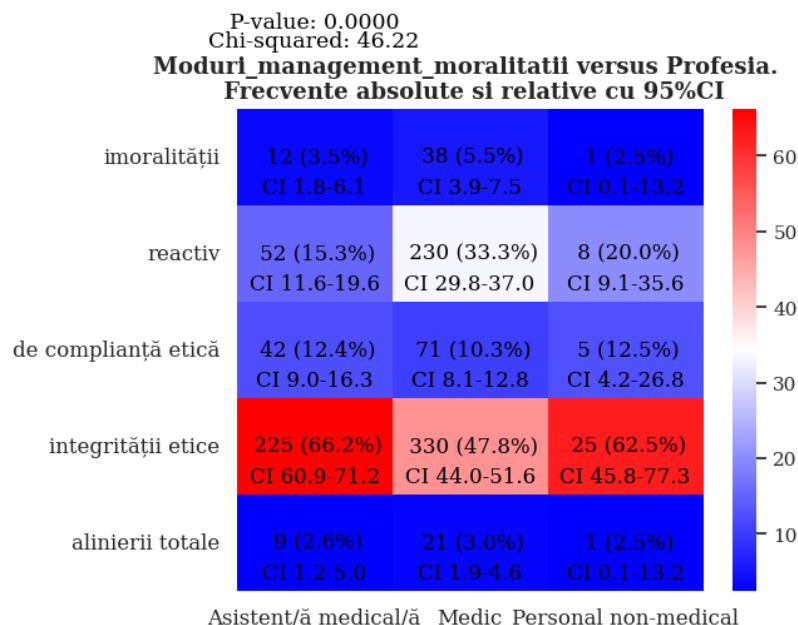


Figura 45. Aprecierea modului de management al moralității, după profesie, %, c.a.

În același timp, și alte studii efectuate pentru aprecierea climatului etic în instituțiile medico-sanitare [121,122, 123] constată frecvent aprecieri limitrofe, neutre sau chiar nesatisfăcătoare printre cei chestionați. Lucrătorii medicali, în special personalul medical mediu, menționează frecvent sentimentele de tensiune, oboseală și depresie, lipsa sprijinului organizațional în probleme etice. Pe de altă parte, medicii, având mai multe cunoștințe, calificări și abilități, au fost capabili să perceapă, să discute și să comunice problemele etice în mediul lor de lucru, însă aceștia remarcă dezamăgire, resentimente, nemulțumire și suferință morală, vinovăție, deseori cauzată de lipsa posibilităților de a ajuta, resurse insuficiente sau lipsă, climatul etic nefavorabil din partea șefilor.

Odată cu creșterea stagiului de muncă a respondenților, crește și aprecierea pozitivă pentru modul de management din instituția unde activează. Cele mai multe persoane – 66,3% cu stagiul de muncă mai mare de 35 de ani – au oferit aprecierea unui *mod al integrității etice*, pe când acest mod a fost selectat mult mai puțin de angajații cu un stagiul mai mic de 10 ani (46,2%). Această diferență poate fi legată de constatarea anterioară. De cele mai multe ori, persoanele cu un stagiul mai mare de muncă dețin funcții manageriale, respectiv, această tendință explică diferența. Dintre cei cu stagiul de 5-10 ani 43,8% apreciază negativ managementul moralității în instituția unde activează, selectând *modul reactiv* – 39,1% și cel al *imoralității* – 4,7%. Aceeași tendință se observă și la angajații cu stagiul mai mic de 5 ani de muncă, dintre care 11,2% au optat pentru aprecierea cea mai negativă a climatului (*modul imoralității*) și 28,7% pentru *modul reactiv*. Ar putea fi o explicație faptul că mulți

medici tineri au făcut anumite stagii peste hotare au așteptări mult mai mari de la colectivele instituțiilor din țară unde se angajează și ar putea avea o apreciere comparativă foarte critică față de situația din instituție (Figura 46).

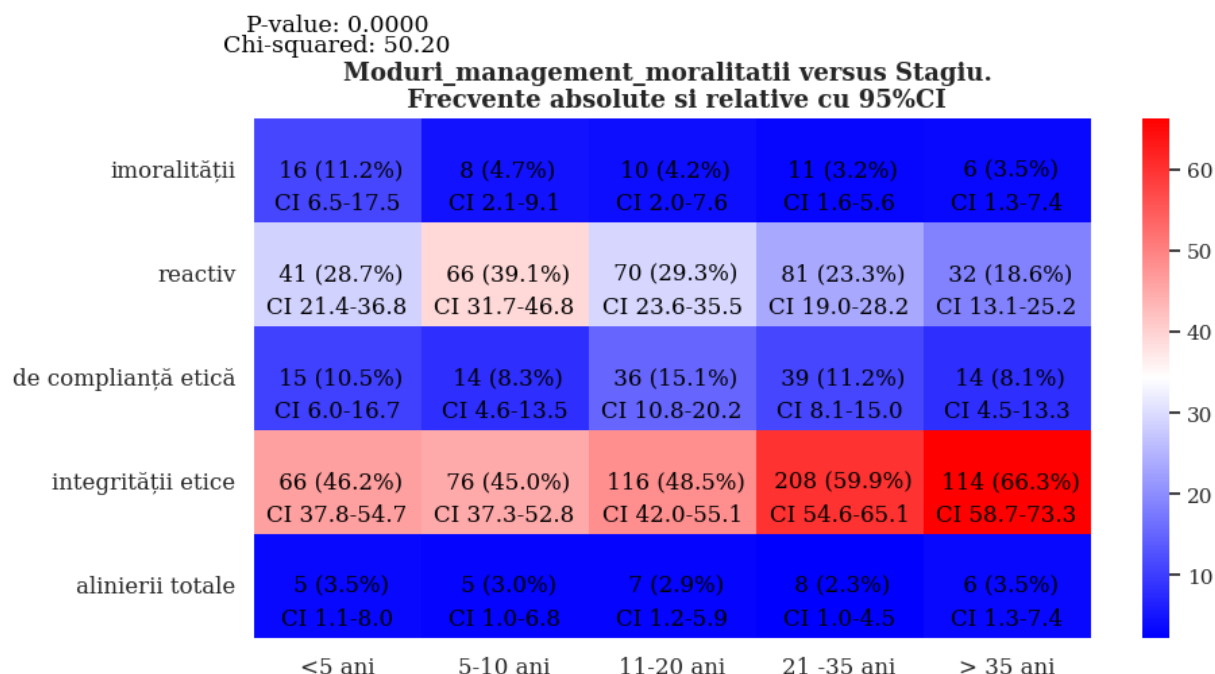


Figura 46. Aprecierea modului de management al moralității, după stagiul de muncă, %, c.a.

Un mediu și o cultură etică sănătoasă nu doar îmbunătățesc moralul angajaților; de asemenea, ajută la creșterea productivității, asigurând o calitate crescută a serviciilor prestate de către angajați și, respectiv, crescând satisfacția beneficiarilor. Un climat etic al unei organizației reprezintă totalitatea normelor, a valorilor și a practicilor care se aplică în cadrul acesteia, precum și înțelegerea comună a tot ceea ce este apreciat ca fiind „comportament corect” în cadrul organizațiilor, prin ajustare la un mediu intern, organizațional. Climatul etic va oferi contextul pentru luarea deciziilor, conform cărora problemele etice sunt identificate, evaluate și rezolvate [5]. Mai mult chiar, elementele-cheie ale unei organizații precum misiunea, viziunea, valorile și prioritățile declarate sunt reflectate prin diferite aspecte și măsuri ale climatului etic [121]. Astfel, menținerea unui climat problematic, imoral poate pune în pericol serios reputația unei organizații și chiar supraviețuirea acesteia. Anume din acest motiv, tot mai mult se discută și se aduc argumente puternice pentru încorporarea eticii în managementul organizației [125, 126]. Cercetarea realizată a identificat că în instituțiile medico-sanitare din Republica Moldova există încă multe lacune la acest capitol, fiind necesară o abordare mult mai amplă și comprehensivă a acestui subiect din partea managerilor.

3.2.2. Gestionarea comportamentului etic în cadrul organizației

Cultura etică și climatul sunt puternic corelate între ele și am putea presupune cu încredere că, o organizația ai cărei lideri respectă standarde etice înalte (cultura etică) este, de asemenea, o organizație care își apreciază angajații, comunitatea și respectă legea (climatul etic). În completare logică apare componenta programelor etice, necesar a fi dezvoltate în organizație pentru a avea comportamentul dorit de la angajați. Kaptein (2011) oferă o legătură logică dintre componentele contextului etic organizațional: climatul etic, cultura etică, programele de etică și comportamentul angajaților [119, p.854]. Autorul descrie componentele dimensiunii culturii etice ale unei organizații (Figura 47).

Conform acestei teorii, într-o organizație, care își pune scopul de a dezvolta dimensiunea culturii etice, trebuie să fie o *claritate a standardelor etice*, care ar trebui să fie cu conținut etic, concret, cuprinzătoare și ușor de înțeles. Standardele vagi și ambigue, pot să nu fie înțelese, pot fi interpretate greșit și devin motivul comportamentului lipsit de etică.



Figura 47. Cultura etică, după Kaptein [119].

Existența și gradul de implementare a unor astfel de standarde pot fi apreciate prin evaluarea nivelului de implementare a procedurilor instituționale care vizează comportamentele angajaților [127, 128]. Pentru un manager este foarte important de a se asigura că angajații instituției care o conduce au *capacitatea de a se comporta etic*. Un comportament neetic poate avea loc atunci când angajații nu își pot atinge obiectivele la locul de muncă prin mijloace legitime, corecte. De exemplu, angajații care au un volum exagerat de muncă, sunt sub presiunea timpului sau a unor responsabilități enorme, sunt mai puțin dispuși să respecte standardele etice. Or, atunci când sunt presați de lipsă de resurse sau posibilități tehnice, crește probabilitatea unui comportament neetic.

Respondenții cercetării noastre s-au împărțit, practic, în jumătate, în aprecierea măsurilor dedicate promovării comportamentului etic realizate în instituțiile unde activează. 53,2% (CI95% 50.5, 56.2) respondenți au confirmat că măsurile sunt *suficiente* și *permanente*, pe când cealaltă jumătate au alcătuit o tabără cu apreciere mai puțin pozitivă. Aproape o pătrime dintre angajați – 24,7% (CI95% 22.2, 27.3) consideră că măsurile sunt *insuficiente* și *superficiale*. Un grup, practic, similar de 22,1% (CI95% 19.6, 24,6) nu a putut să ofere o apreciere, probabil, fiind puțin familiarizați

cu măsuri manageriale care ar putea influența comportamentul angajaților. Acest fapt se poate întâmpla din două motive: nu sunt niciodată realizate anumite acțiuni concrete sau sunt realizate unele măsuri, dar acestea sunt neeficiente și nu sunt percepute de către angajați ca măsuri, care ar putea avea vreo influență semnificativă asupra comportamentului lucrătorilor medicali. În ambele cazuri situația indică un management inefficient pentru promovarea comportamentului etic în instituție (Figura 48).

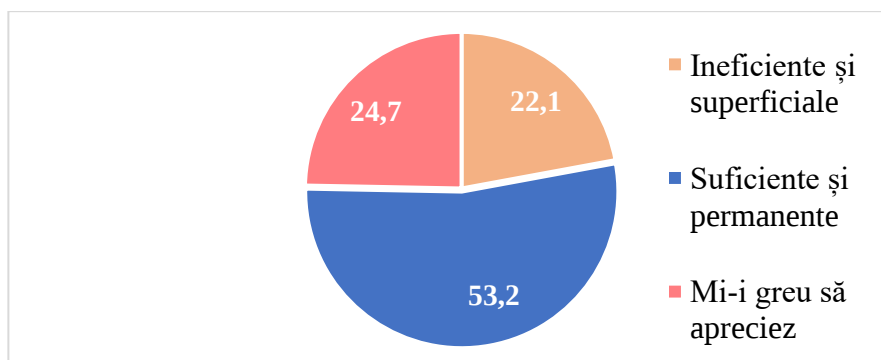


Figura 48. Aprecierea măsurilor realizate pentru a promova comportamentul etic, %.

O poziție similară am întâlnit și în discuțiile individuale și în focus-grupuri. Un manager ne-a spus sincer că consideră că:

”Este imposibil să influențezi comportamentul angajaților, deoarece sunt prioritare deprinderile fiecăruia și educate pe parcursul anilor. Ce are în sânge, nu mai schimbi!” (II31).

Am determinat că, mai mulți manageri de instituții medico-sanitare consideră că întreprind suficiente măsuri pentru a promova un comportament etic în instituție, pe când ineficiența acestora ține de *incultura sau amoralitatea unor angajați*. În același timp, fiind întrebați despre tipul și frecvența acțiunilor întreprinse, observăm că diapazonul măsurilor implementate se limitează, de cele mai multe ori, la discuții sub formă de monolog în cadrul ședințelor ordinare sau decizii diseminate prin ordine interne emise, de regulă, post-factum, în rezultatul unor cazuri de comportamente neetice.

”La fiecare ședință, practic, le vorbim despre comportament și comunicare, le repetăm de sute și mii de ori, dar dacă așa le este caracterul unor angajați, nu ai ce face...” (FGis1).

În același timp, respondenții fără funcții manageriale au preferat să deplaseze vina comportamentului neetic pe administrație, presupunând că managerul instituțiilor unde activează nu cunoaște și nu înțelege importanța măsurilor de influență a comportamentului angajaților, de aceea *„nimic nu se întreprinde în această privință în instituția unde activează”* (FGamp1).

Aceeași opinie este expusă de mai multe ori prin răspunsurile deschise din chestionar.

”Sunt întreprinse măsuri, însă nu toți angajații le respecta/ nu realizează importanța aplicării acestora în practică” (răspuns deschis din chestionar).

Considerăm că problema acestor nemulțumiri are în esență o comunicare slabă dintre corpul managerial și angajați, lipsa unor standarde etice clare și implementarea insuficientă a celorlalte dimensiuni ale culturii etice expuse mai sus. Ambele părți constată că comportamentul neetic există în instituție, însă vina/responsabilitatea este pasată de la o parte spre alta, fără maturitatea etică necesară de a-și asuma acțiuni și obligații concrete.

O cultură caracterizată prin demotivare, neîncredere și nemulțumire din partea angajaților poate fi un teren fertil pentru un asumarea unor comportamente neetic. Comportamentele neetice la locul de muncă sunt subiectul multor cercetări la nivel internațional. De exemplu, un studiu realizat în SUA în 2008, pe un eșantion de 5065 de manageri și angajați, a identificat că 74% dintre respondenți au observat minim un comportament neetic în organizația lor în ultimele 12 luni. Cercetările efectuate de *Compliance and Ethics Leadership Council* (2008) în rândul a 1752 angajați ai companiilor mari din cinci țări au identificat că în ultimele 12 luni circa 16% dintre respondenți au raportat hărțuire, 15% – discriminare, 11% au întâlnit cazuri de furt și 7% – falsificare a documentelor despre cheltuieli [119].

Astfel, pentru asigurarea unei culturi etice într-o instituție, este important ca comportamentul neetic să fie observat și să fie prevăzute consecințele acestuia, pentru a fi evitate. [130] Aceasta este *vizibilitatea comportamentului (ne)etic*, care trebuie asigurată de către făptuitori, colegii, șeful nemijlocit, manager. În timp ce dimensiunea clarității este legată de tipul de comportament așteptat, vizibilitatea este legată de transparența comportamentului. Pentru ca un comportament neetic să fie inhibat/prevenit, potențialii făptuitori trebuie să creadă că pot fi prinși [16, 119]. În responsabilitatea managerului rămâne să organizeze transparența acestui proces.

Literatura de specialitate ne demonstrează că printre elementele mediilor organizaționale, care pot influența comportamentul etic, un rol important îi au recompensele și pedepsele [16, 129]. Astfel, în cercetarea realizată am dorit să aflăm practicile și atitudinile față de comportamentul neetic din instituțiile medico-sanitare din țară. Analizând rezultatele acumulate, am determinat că se practică frecvent penalizarea angajaților, în cazul când se constată o neconformitate sau un comportament neetic. Acest lucru l-au confirmat 29,8% dintre respondenți, pe când 22,7% au recunoscut că, de obicei, astfel de situații se termină doar cu discuții zgomotoase, fără schimbări semnificative. Mai puțin de jumătate angajații implicați în studiu – 42,3% au remarcat că incidentele de comportament

neetic constatate au condus la anumite abordări constructive pentru prevenirea apariției situațiilor similare (Figura 49).

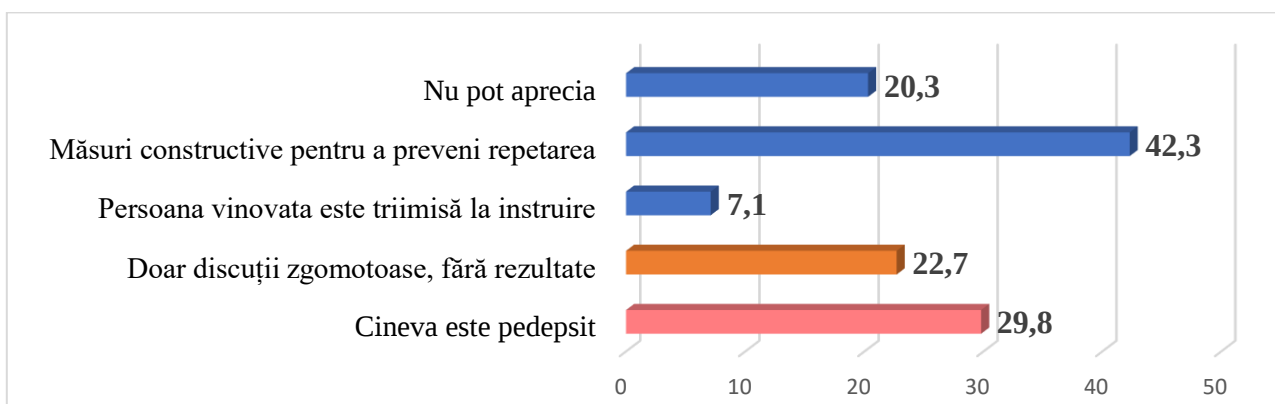


Figura 49. Finalitatea unui caz de comportament neetic, opiniile angajaților, %.

Medicii sunt mult mai critici, decât asistentele medicale, față de măsurile care se întreprind de către administrația instituției în care activează în cazul constatării unor probleme de ordin etic. Consideră că *totul se va termina doar cu discuții zgomotoase, fără rezultate* 19% (CI95% 16.1, 22.1) dintre medici și 14,1% (CI95%10.6, 18.3) dintre asistentele medicale. *Penalizarea*, de asemenea, este mai frecvent menționată de către medici - 29,7%(CI95% 26.3, 33.3), decât de asistente - 25,6% (CI95%21.0, 30.6), precum și o *neîncredere* mai mare față de măsurile de prevenție 27,2% (CI95% 24.0, 30.7) printre medici și 35,9% (CI95%30.8, 41.2) pentru asistente (Figura 50).

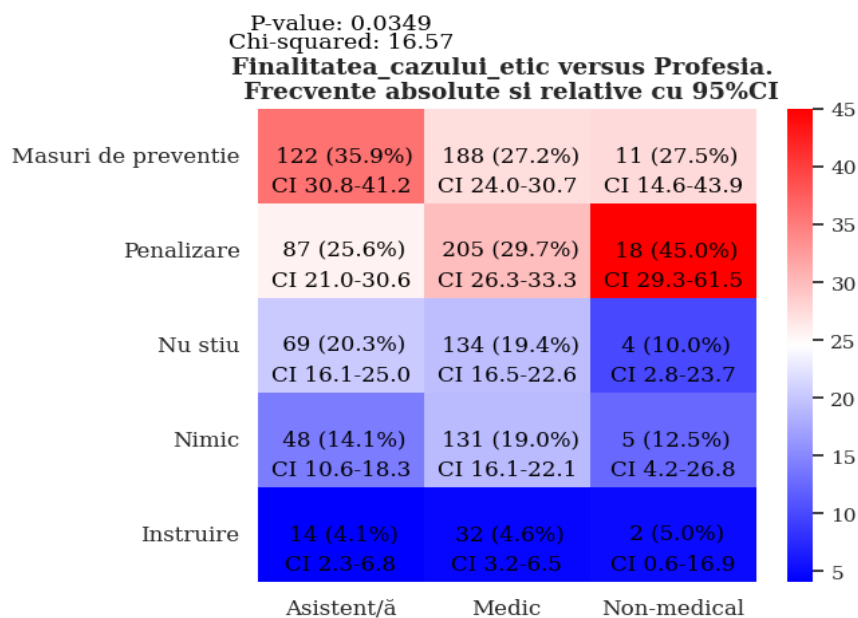


Figura 50. Finalitatea cazului de comportament neetic, după profesia respondenților, %, c.a.

Respondenții cu un stagiul mai mic de muncă au tendința de a fi mult mai sceptici cu privire la măsurile constructive întreprinse de administrația instituției în cazul unor probleme de ordin etic. Unul din 5 angajați cu stagiul mai mic de 5 ani – 21% (CI95% 14.6, 28.6), cei cu stagiul 5-10 ani – 20,1% (CI95% 14.4, 27.0) și cu stagiul de 11-20 de ani – 22,2% (CI95% 17.1, 28.0) vor considera că astfel de cazuri se finalizează *doar cu discuții zgomotoase*, fără careva rezultate de îmbunătățire. Fiecare al treilea respondent cu stagiul de muncă între 21-35 de ani 34,6% (CI95% 29.6, 39.8) consideră că astfel de cazuri se încheie cu *penalizare*. Menționarea finalității acestor cazuri prin intervenții constructive este mai înaltă în grupul persoanelor cu stagiul mai mare de muncă și crește odată cu creșterea stagiului, de la 31,0 % (CI95% 25.2, 37.2) pentru grupul cu stagiul 11-20 de ani, la 33,1% (CI95% 26.2, 40.7) pentru cei cu stagiul mai mare de 35 de ani (Figura 51).

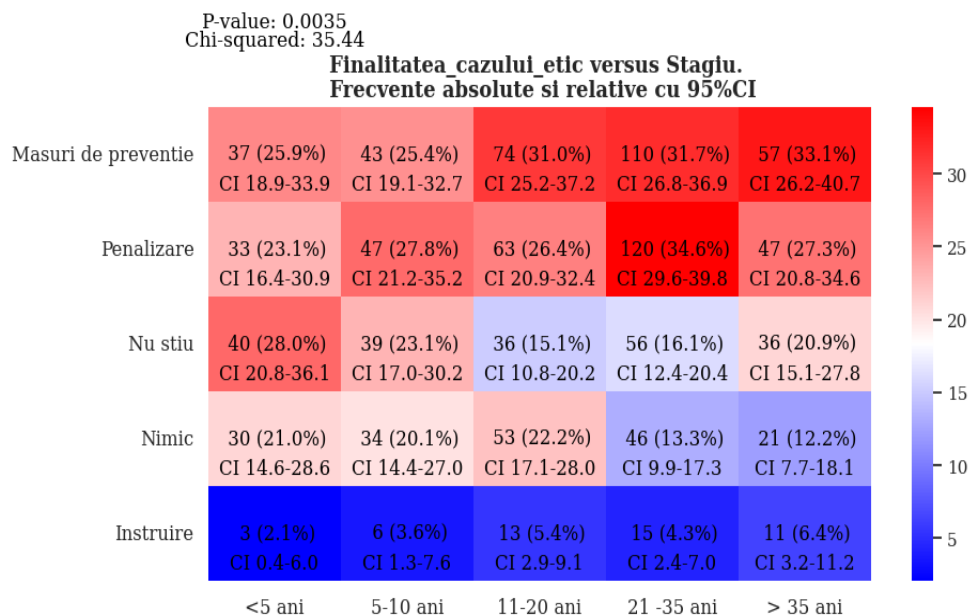


Figura 51. Finalitatea cazului de comportament neetic, după stagiul respondenților, %, c.a.

Doar unul din trei medici de familie – 38,1% (CI95% 31.0, 45.6), specialiști din domenii terapeutice – 33,0% (CI95% 27.3, 39.0) și ginecologi obstetricieni – 33,6% (CI95% 25.2, 42.8) consideră că la ei în instituție cazurile de comportament neetic se finalizează cu măsuri de prevenție. Pe când oncologii – 22,2% (CI95% 12.0, 35.6) și medicii chirurghi – 22% (CI95% 17.4, 27.1) sunt mult mai sceptici cu referire la acest subiect. Măsurile de penalizare au fost cel mai frecvent raportate de către personalul non-medical – 44,2% (CI95% 30.5, 58.7) (Figura 52).

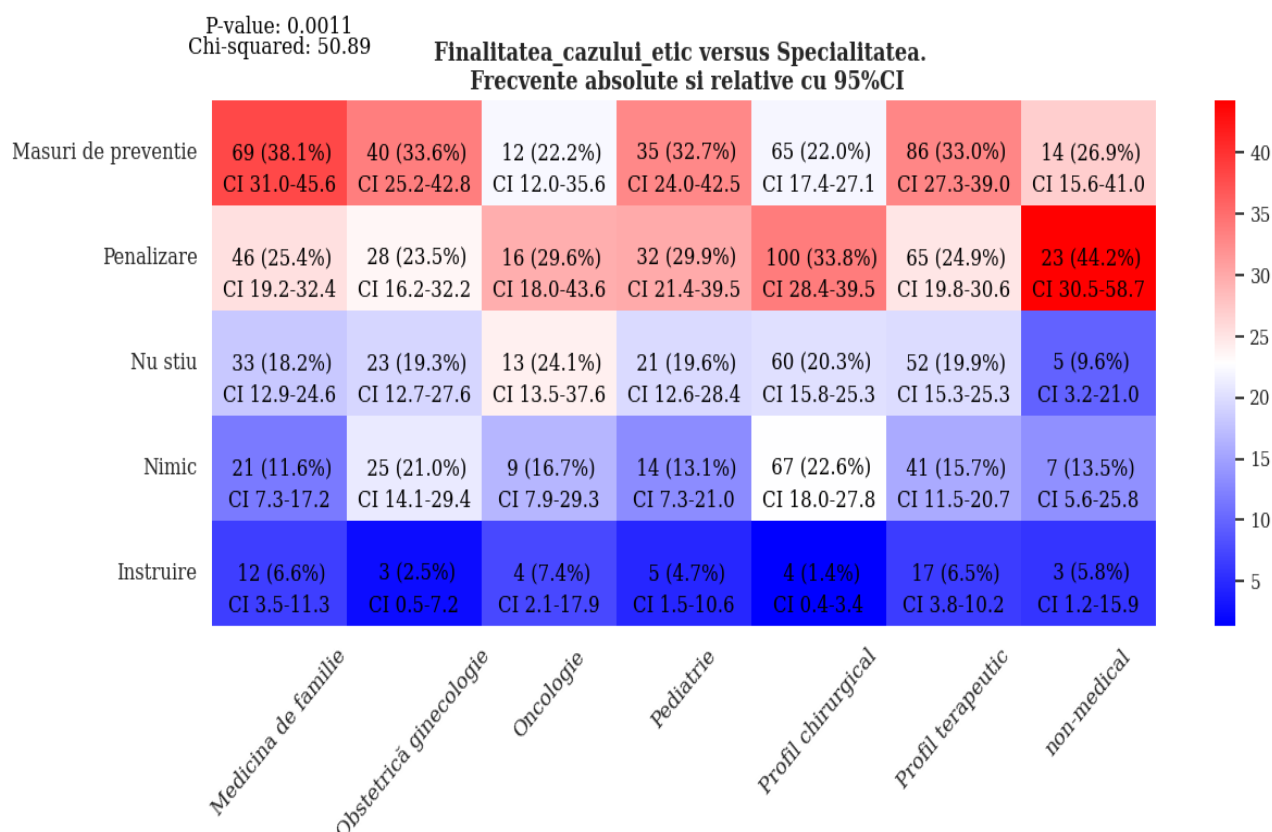


Figura 52. Finalitatea cazului de comportament neetic, după specialitatea respondenților, %, c.a.

Un comportament neetic are mai mare șansă să se întâmple într-o cultură organizațională caracterizată prin puține discuții și dezbateri, unde critica nu este încurajată și acceptată, nu se face schimb de idei, iar disponibilitatea de a discuta probleme etice este limitată sau chiar absentă. Managementul instituției ar trebui să încurajeze *deschiderea de a discuta dileme etice*, prin care angajații vor putea învăța unii de la alții. Practicile de pedeapsă ar trebui înlocuite cu abordări constructive și promovarea încrederii.

Organizarea unei culturi etice și promovarea unui climat etic trebuie să fie o prioritate pentru un manager de instituție medico-sanitară. Un manager ar putea determina modul de gestionare a eticii în organizația sa printr-o analiză internă, aplicarea unor instrumente de diagnostic cantitativ și calitativ, evaluări curente (de exemplu, chestionare, focus grupuri, interviuri, analize de cazuri etc.), care i-ar putea oferi informații ample și suficiente pentru a formula concluzii și decizii constructive. Cercetarea realizată constată că aceste practici sunt insuficient implementate în managementul instituțiilor medico-sanitare din țară.

3.3. Sinteze la capitolul 3

Instituțiile medicale și angajații lor se confruntă cu probleme specifice ce decurg din activitatea profesională zilnică și contextul organizațional, care pot avea un impact important asupra comportamentului individual. În acest capitol am reușit să identificăm influența mediului intern al instituțiilor asupra comportamentelor angajaților. Este indiscutabil că, pentru a avea o un climat etic în instituție este necesar de a promova o cultură a încrederii și deschiderii angajaților, unde să lipsească frica și reticența. Cultura organizațională va avea o influență directă asupra creării culturii siguranței și încrederii, a calității crescute și a rezultatelor bune în îngrijirea pacientului [131, 132].

Organizarea corectă a unei culturi etice și climatului pozitiv, implementarea unor programe de etică cu instrumentele aplicate adecvat, pot influența comportamentul angajaților și construi o organizație cu un grad înalt de moralitate [133]. Pentru a înțelege cum trebuie de organizat sinergismul tuturor componentelor structurale ale unei instituții, este important de a vedea viața și activitatea acesteia ca un organism întreg, cu părțile și relațiile sale interconectate. De buna conlucrare a tuturor acestor părți depinde calitatea serviciilor prestate de către angajați. În medii unde etica nu este declarată ca valoare, vor apărea comportamente neetice din partea angajaților, cu încălcarea principiilor integrității, cu risc de a viola drepturile beneficiarilor și ale angajaților [134]. Astfel, organizarea și menținerea unui mediu etic în instituție trebuie să fie una din prioritățile managerului interesat de calitatea serviciilor prestate în instituția care o gestionează. Devine evident că, prestarea corectă a serviciilor de sănătate poate fi realizată doar în organizații cu medii etice, unde comportamentul etic este promovat permanent prin mecanisme instituționale [125, 127].

Prin cercetarea realizată la acest subiect am identificat existența unor lacune la nivel de organizare a mediilor etice din instituțiile medico-sanitare din țară. Angajații apreciază foarte diferit mediile instituțiilor în care activează, fiind prezent grupul celor care dau o apreciere negativă a managementului moralității, recunosc lipsa instrumentelor pentru managementul eticii și își caracterizează instituțiile prin valori negative. Formalitatea aplicării codurilor de etică, lipsa instruirilor periodice în domeniul eticii și a unor politici clare de management al eticii în instituție induc evident riscul apariției unor conflicte de valori, comportamente neetice și a contextului în care pot fi violate anumite drepturi atât ale beneficiarilor, cât și ale angajaților. Cercetarea ne-a arătat că este nevoie de inițiat abordări mult mai comprehensive pentru instituționalizarea eticii în mediile organizaționale ale instituțiilor medico-sanitare din țară, pentru a putea asigura conformitatea cu valorile morale.

4. REDUCEREA RISCULUI DE PREJUDICII ÎN INSTITUȚII

4.1. Siguranță și satisfacție la locul de muncă

4.1.1. Organizarea siguranței etice în instituție

Instituțiile medico-sanitare sunt și locuri de muncă a sute și mii de angajați, unde sunt desfășurate relații bine determinate în actele normative în vigoare. Relațiile dintre angajator și angajați sunt înrădăcinate în mișcarea sindicală și în drepturile lucrătorilor, care la nivel internațional se regăsesc în prevederile unor tratate și convenții dedicate dreptului la muncă și odihnă, iar la nivel național sunt reflectate prin drepturile constituționale și prevederile Codului muncii [210]. Din punct de vedere etic, munca angajaților nu poate fi interpretată ca o marfă supusă legilor cererii și ofertei. Mai întâi de toate, fiindcă în această relație apare noțiunea de loialitate a angajatului față de instituție și, totodată, trebuie de menținut și promovat respectul datorat oricărei persoane. Invocând principiul lui Kant al „respectului pentru persoane”, conform căruia întreprinderile trebuie să-și trateze angajații ca *scop* în sine, decât ca un *mijloc* de a crește productivitatea și profitul [211].

Conform documentelor internaționale din domeniul drepturilor fundamentale ale omului, în special cele care se referă la drepturile sociale, angajatorul are obligația de a oferi salarii echitabile, de a garanta condiții de muncă sigure și adecvate, de a disciplina și a stabili recompense în baza unor principii corecte [212]. Este important de a evita hărțuirea, persecuția și discriminarea angajaților la locul de muncă, de a crea condiții pentru a le permite să își exprime opiniile. Organizațiile pot și ar trebui să își responsabilizeze angajații prin crearea unui climat etic. O astfel de împuternicire este o condiție prealabilă pentru ca angajații să își asume responsabilitatea pentru acțiunile lor [40].

Pentru a solicita angajaților realizarea pe deplin a misiunii declarate, atingerea rezultatelor așteptate și respectarea unor valori înalte în implementarea scopurilor stabilite, este necesar de a organiza, în primul rând, un mediu adecvat de muncă. În literatura de specialitate [31] tot mai mult se discută despre obligația instituțiilor medico-sanitare de a asigura un context etic compus din:

- siguranța etică (autonomia, respectul și încrederea angajaților);
- satisfacția la locul de muncă.

Siguranță etică este o noțiune care încă nu a fost stabilită ca termen riguros, dar începe a fi aplicată în discuțiile cu referire la activitatea lucrătorilor medicali [31]. Cu toate acestea, sunt evidențiate câteva componente principale ale siguranței etice a lucrătorilor medicali și anume:

1. Respectul pentru autonomia angajaților

Respectul pentru autonomia lucrătorilor medicali poate fi realizat prin oferirea contextului pentru ca aceștia să își poată demonstra abilitatea de a acționa independent în funcție de valorile lor profesionale, ceea ce este, totodată, un element important al identității morale a oricărui medic sau asistent medical. Un nivel ridicat de autonomie clinică le permite medicilor/asistentelor medicale să acționeze ca actori etici independenți. Organizația trebuie să încurajeze implicarea angajaților în deliberările etice, care ar evidenția problemele ce țin de aprecierea valorii autonomiei fiecărui angajat. Spre exemplu, un studiu realizat pe un eșantion de 165 asistente medicale de la trei spitale mari din Los Angeles a determinat că, asistentele își manifestă activismul etic și asertivitatea etică în funcție de receptivitatea manifestată de spital pentru includerea lor în deliberările etice. Studiul demonstrează importanța formării în etică a asistenților medicali, precum și a extinderii limitelor participării lor la deliberările etice din organizație. Prin deliberările etice fiind înțelese întâlniri specifice ale unui număr de profesioniști pentru a discuta o problemă etică concretă, referitoare la îngrijirea unui pacient [213].

De exemplu, managerul instituției medicale ar trebui să prevadă situațiile complicate din punct de vedere al încărcăturii emoționale când, în lipsa unui program special în instituție dedicat „asistenței fără sânge”, medicii angajați ar fi nevoiți să urmărească pasiv cum moare din cauza unei hemoragii un pacient membru al confesiunii religioase Martorii lui Iehova care refuză transfuzia, în lipsa altor posibilități în instituție de a fi ajutat. Unii medici, din propriile considerente, ar putea decide să înceapă transfuzia pentru a salva viața, contrar voinței pacientului, ceea ce poate rezulta ulterior într-un conflict serios din cauza nerespectării dreptului pacientului la autonomie și alegere – o situație potențială care poate fi nejustificată din punct de vedere moral și legal. Astfel, un angajator va avea grijă să își protejeze angajații de astfel de situații, când acțiunile solicitate le-ar putea încălca convingerile morale profunde, cum ar fi protejarea și salvarea vieții în orice condiții [28].

2. Manifestarea respectului față de capacitatea angajatului de a lua decizii etice

Angajații trebuie tratați ca fiind, în mod inherent, profesioniști, demni și egali. Managerul instituției trebuie să își manifeste mereu disponibilitatea de a le asculta opiniile, deschiderea spre a le înțelege situația și problemele lor profesionale. Unele studii demonstrează că asistentele medicale se simt deseori ignorate sau dezavantajate în privința capacităților de a se implica. De exemplu, Wadensten și colab. au publicat rezultatele a trei studii separate privind stresul la locul de muncă și problemele etice pe care le întâmpină asistentele din instituții sanitare din Suedia și China. Studiul a

determinat că asistentele simt adesea că nu sunt respectate profesional, adică opiniile lor nu au fost considerate și/sau nu pot influența deciziile privind îngrijirea pacienților [214].

Lucrătorii medicali vor fi mult mai activi din punct de vedere etic și asertivi în medii care le respectă opinia, individualitatea și implicarea [213]. Astfel, managerii ar trebui să încurajeze angajații să fie parte a discuțiilor importante din punct de vedere a luării deciziilor [130]. Trebuie de promovat importanța rolului fiecărui angajat în expunerea opiniei și de implementat tradiția de a implica angajații în discuții pe subiecte etice [167].

În cadrul cercetării realizate am solicitat respondenților să indice locul în instituție unde au fost puse în discuție problemele etice. Cel mai frecvent, problemele etice se discută în cadrul ședințelor de lucru curente cu șefii nemijlociți – 59,8% (CI95% 56.9, 62.8) precum și la întruni științifice 13,1% (CI95% 11.1, 15.10). Fiecare al doilea respondent – 51,5% (CI95% 48.5, 54.5) preferă să discute probleme etice în comunicarea interpersonală cu colegii. Totuși, 79 de respondenți 7,4% (CI95% 5.8, 9.0) au menționat că problemele etice nu se discută la ei în instituție sub nici o formă. Mai puțin de jumătate dintre respondenți 42,9% (CI95% 39.9, 45.9) au menționat că, discută problemele etice la întâlniri personale cu managerii. Vedem că managerii din instituțiile private sunt percepuți ca mult mai dispuși să discute probleme etice cu angajații decât cei din sectorul public (Figura 53).

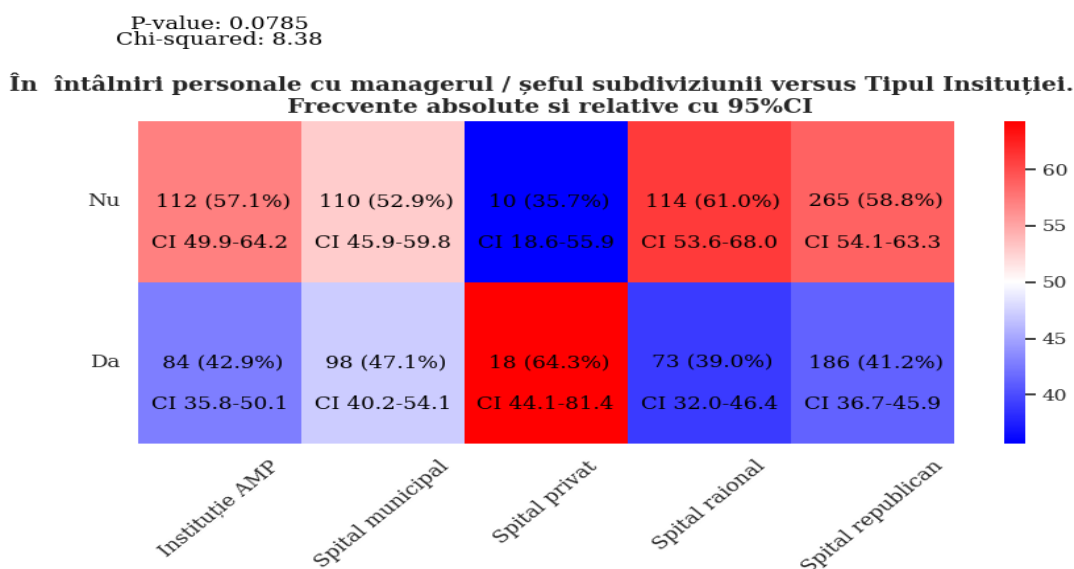


Figura 53. Deschiderea managerilor de a discuta problemele etice cu angajații, %, c.a.

De asemenea, în instituțiile private, comparativ, cu cele publice se acordă o atenție mult mai mare – 32,1% (CI95% 15.9, 52.4) discutării problemelor etice în cadrul ședințelor științifice, ceea ce are un efect didactic și de deliberare morală comună (Figura 54).

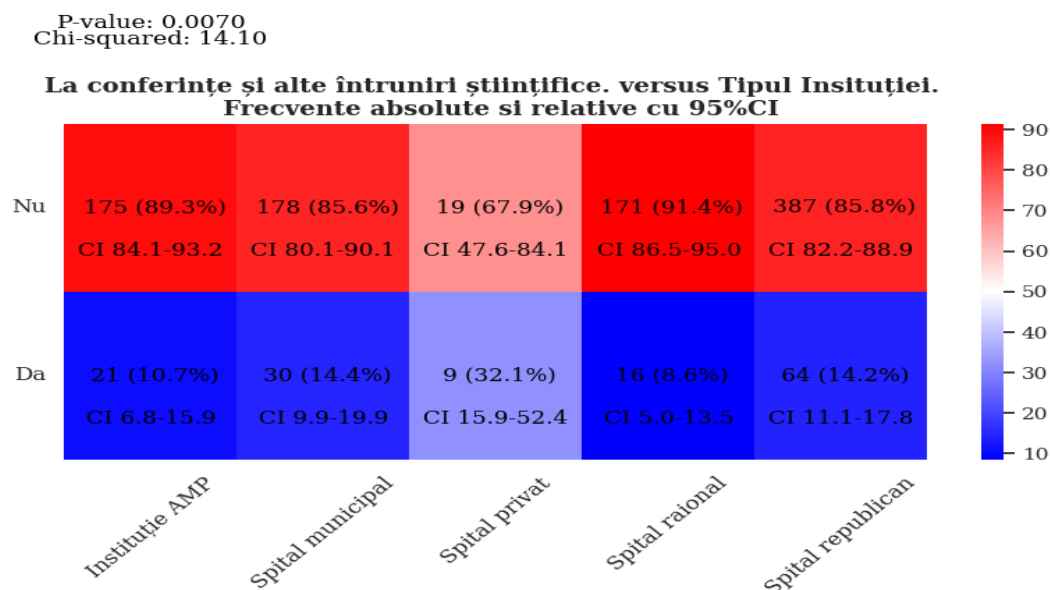


Figura 54. Discutarea problemelor etice în conferințe, %, c.a.

3. Promovarea încrederii la locul de muncă

Încrederea este o componentă importantă a termenului de *siguranță etică*, precum și o condiție pentru asigurarea unui mediu sănătos de muncă. Încrederea este considerată un mecanism social, manifestat prin esența și structura relațiilor sociale, fiind o așteptare care apare în cadrul unei comunități față de membrii săi, cum ar fi: să practice un comportament corect, onest și cooperant, bazat pe norme agreate în comun. Totodată, încrederea este dificil de a fi impusă în mod intenționat. Pentru ca aceasta să apară într-o comunitate/colectivitate, sunt necesare contexte care ar facilita și ar dezvolta sentimentul de încredere reciprocă [215].

Încrederea dintre lucrătorii medicali facilitează colaborarea eficientă și munca în echipă, reflectându-se în rezultatele bune în tratarea pacienților. Încrederea se dezvoltă în timp, prin integrare, interacțiune și interdependența activităților desfășurate de membrii unui colectiv/ai unei echipe și este bazată pe comunicare eficientă [216]. Acest sentiment trebuie să fie împărtășit reciproc între angajații unui departament/ai unei subdiviziuni sau din departamente diferite ale unei instituții medico-sanitare, între medici în relația cu colegii sau cu asistenții medicali, precum și, în egală măsură, trebuie să se atribuie și relației pe verticală, dintre angajați și superiorii acestora. Încrederea vine din convingerea că toți membrii echipei împărtășesc și respectă aceleași valori.

Conform perspectivei moderne ale teoriilor schimbării sociale, comportamentul angajatului este dependent de comportamentul angajatorului. Încrederea este descrisă și ca așteptările asumate ale angajaților cu referire la liderii organizației, care îi vor trata într-un mod respectabil și echitabil. Liderii autentici ar trebui să promoveze și să susțină mai degrabă dezvoltarea și autodeterminarea angajaților, decât un proces permanent de control. Atmosfera de lucru sănătoasă sporește performanța individuală și satisfacția în muncă a angajatului, având încrederea drept componentă-cheie [217].

Managerii ar trebui să furnizeze factori și să promoveze comportamente care dezvoltă sentimentul de încredere în rândul lucrătorilor. Tratarea angajaților într-o manieră etică, stabilirea dezvoltării lucrătorilor ca o prioritate, implicarea permanentă în procesul de luare a deciziilor etc. – sunt acțiuni care fac managerii să câștige încrederea colectivului lor [218, 219].

Din figura 55 observăm că în multe instituții medico-sanitare se identifică probleme cu referire la imaginea managerilor, de diferite niveluri, din cadrul instituțiilor unde activează, ceea ce, respectiv afectează gradul de încredere pentru aceste persoane. Cea mai critică atitudine față de comportamentul reprezentanților corpului managerial o manifestă respondenții medici. Doar 42,9% (CI95% 39.2, 46.7) apreciază ca demn de urmat comportamentul managerului și puțin mai mulți – 45,1% (CI95% 41.3, 48.9) oferă acest calificativ șefilor nemijlociți ai secției / departamentului unde activează. Un grad mai mic de încredere este oferit de către medici vice directorilor – 37,2% (CI95% 33.6, 41.0). Aceeași tendință se observă și la asistentele medicale care, comparativ, oferă un grad mai mare de încredere managerului instituției – 57,6% (CI95% 52.2, 63.0) și șefului de subdiviziune – 59,1% (CI95% 53.7, 64.4), dar mai puțin vice directorilor – 52,2% (CI95% 46.6, 57.5). Personalul non-medical oferă cel mai mare grad de încredere corpului managerial al instituției, totuși, cu tendința de a aprecia mai puțin critic comportamentul vice directorilor – 60% (CI95% 43.3, 75.1), urmat de cel al managerilor – 70% (CI95% 53.5, 83.4) și 72,5% (CI95% 56.1, 85.4) au apreciat maxim comportamentul șefilor nemijlociți ai subdiviziunii unde activează.

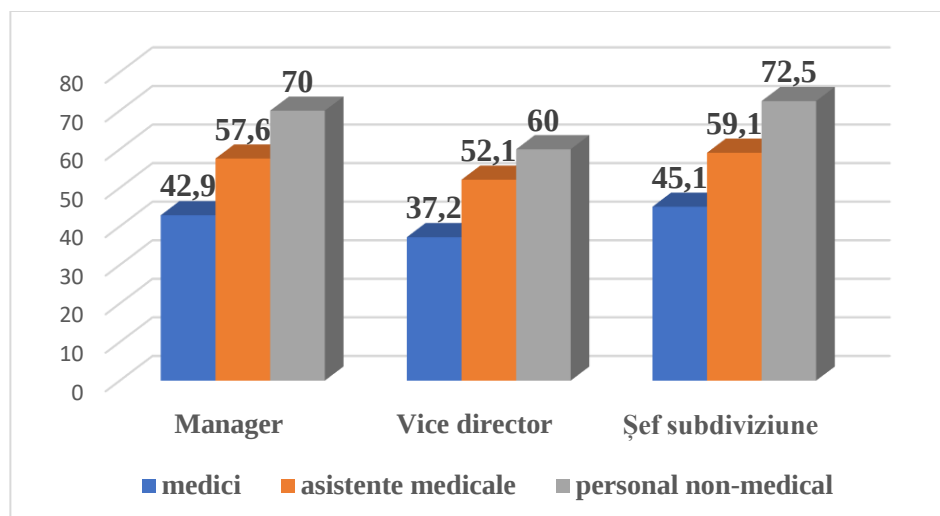


Figura 55. Aprecierea ”demn de urmat” oferită corpului managerial, după profesii, %

Încrederea este o precondiție obligatorie care dispune angajații spre deschidere și recunoașterea unor probleme cu care se confruntă la locul de muncă. Cercetarea a identificat că, în unele instituții nu este tradiția dialogului atunci când se constată o problemă etică. Mai mult de 2/3 dintre respondenți (69,5%) au recunoscut că nu văd o problemă în a se adresa șefului nemijlocit. Însă, fiecare al cincilea respondent 20,5%, este convins că nimeni nu îl va ajuta în rezolvarea problemei și va încerca să se descurce cu propriile forțe. Unii (4,3%) consideră că deschiderea problemei ar putea avea consecințe neplăcute, fiind considerați neprofesioniști sau ar fi certați și penalizați dacă vor recunoaște problema (Figura 56).

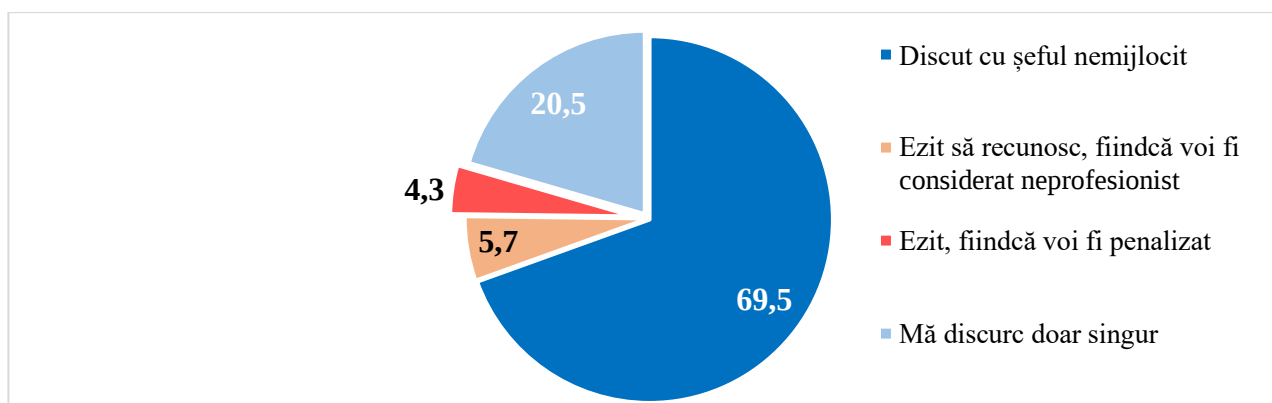


Figura 56. Recunoașterea problemelor etice la locul de muncă, %.

Personalul non-medical (82,9%) și asistentele medicale (73,5%) sunt mult mai dispuși de a raporta și discuta problemele etice cu care se confruntă în activitatea profesională, în comparație cu medicii (66,3%). Fiecare al treilea medic (33,7%) va ezita, din diferite motive, să lanseze spre discuție o problemă etică din activitatea sa practică (Figura 57).

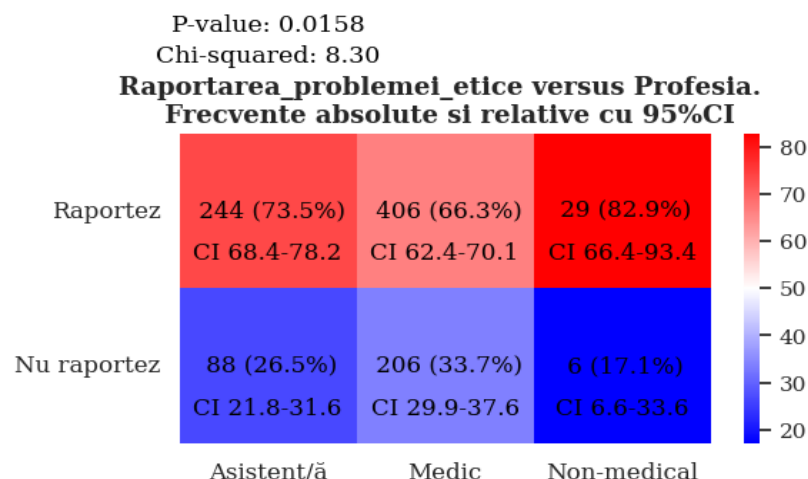


Figura 57. Recunoașterea problemelor etice, după profesie, %.

Medicii sunt mult mai autonomi în decizii, având dreptul independenței profesionale. Este o particularitate care trebuie de luat în considerare, atunci când se elaborează planul managerial pentru dezvoltarea mediului etic în instituție. Atenția trebuie focusată spre creșterea încrederii și convingerii că deschiderea spre comunicare va duce la susținere și nicidecum nu la efecte negative.

Cercetarea a evidențiat că nu există careva diferențe semnificative dintre grupurile cu stagiul diferit de muncă cu referire la disponibilitatea de a raporta problema. Într-o măsură egală, nu sunt dispuși să raporteze problemele etice cu care se confruntă 31% (CI95% 24.1, 38.5) dintre persoanele cu un stagiul de peste 35 de ani, precum și 31,8% (CI95% 23.9, 40.6) dintre cei cu stagiul mai mic de 5 ani.

În cadrul discuțiilor în focus-grupuri ne-a fost expusă frecvent opinia că angajații sunt rezervați în recunoașterea problemelor etice cu care se confruntă, din diferite motive, printre care *frica de a fi considerați incompetenți, frica de a recunoaște propriile limite, nedorința de a fi criticați* etc. Participanții au recunoscut că se abțin în recunoașterea tuturor dilemelor cu care se confruntă.

Specialiștii din domeniul oncologiei sunt mult mai puțin dispuși să raporteze o problemă etică cu care se confruntă, în comparație cu colegii din alte specialități. Mai mult de jumătate dintre respondenți din această specialitate – 55,6% au recunoscut că vor ezita, din diferite motive, să recunoască că se confruntă cu o problemă sau dilemă etică. Este o diferență evidentă în comparație cu alte grupuri de respondenți, fapt ce indică probleme legate de încrederea angajaților, climatul nefavorabil și lipsa unor căi eficiente de comunicare internă. Unul din trei medici ginecologi obstetricieni (35,5%) și dintre medicii cu profil chirurgical (35,6%) preferă să nu raporteze problema etică cu care se confruntă, încercând să identifice de sine stătător soluții. Chiar dacă există o diferență

semnificativă cu alte specialități, considerăm că rata neraportării este mare și pentru acestea, fiind de circa o pătrime pentru fiecare – medicina de familie (26,1%), profilul terapeutic (25,4%), pediatria (22,7%). Un sfert dintre personalul non-medical, de asemenea, exprimă neîncredere pentru deschiderea problemelor de ordin etic cu care se pot confrunta în activitatea profesională (Figura 58).

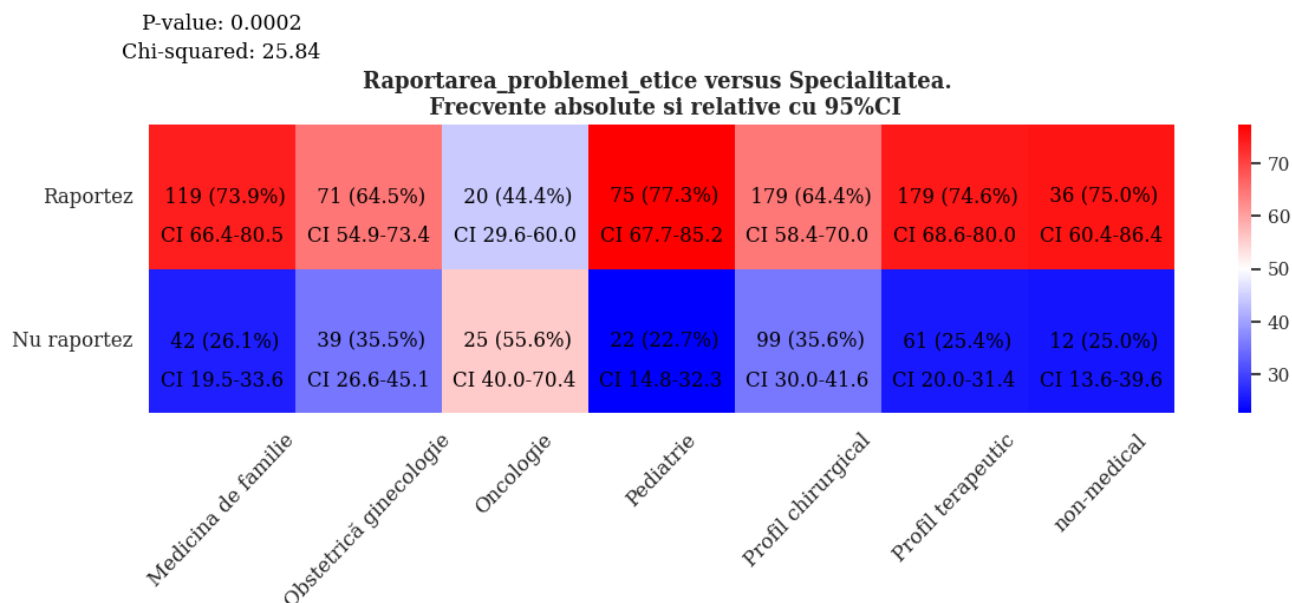


Figura 58. Disponibilitatea de a raporta problema etică după specialități, %, c.a.

Cercetarea ne-a demonstrat că în cadrul instituțiilor medico-sanitare din țară există probleme reale ce țin de încrederea personalului în managementul instituției, precum și de asigurarea siguranței etice în colectivele angajaților. Devine evident că, managerii instituțiilor medico-sanitare din țară trebuie să implementeze mecanisme de stabilirea unui dialog cu angajații, în baza unor practici bazate pe suport și motivare pentru creșterea încrederii membrilor colectivelor pe care le gestionează. Implementarea instrumentelor de etică, propuse de managementul eticii în instituții, ar facilita acest proces și ar crește nivelul de siguranță etică în instituțiile medico-sanitare din Republica Moldova.

4.1.2. Satisfacția angajaților – precondiție pentru comportamentul lor etic

Satisfacția angajaților la locul de muncă este un proces motivațional și o precondiție obligatorie pentru îmbunătățirea performanțelor și a comportamentului etic al angajaților în conformitate cu așteptările avute față de ei. Indirect am putea determina atitudinea angajaților față de instituția unde lucrează prin aprecierea care au oferit-o imaginii acesteia în societate. Identificarea cu o instituție care se bucură de un nivel înalt de apreciere în comunitate poate invoca sentimentul de mândrie și atașament instituțional și, respectiv, poate influența și gradul de satisfacție a angajaților

[220]. O imagine proastă va putea induce un conflict valoric angajaților, care nu se vor putea identifica cu aprecierile negative care i se vor atribui prin atribuție instituțională.

Mai mult de jumătate dintre respondenți (57,2%) consideră că instituțiile în care activează au imagine *bună* – 40,3% (CI95%34.2, 40.0) și *foarte bună* – 16,9% (CI95%13.3, 17.7). Fiecare al treilea respondent 35% (CI95% 29.4, 35.0) s-a abținut să ofere o apreciere concretă instituției sale, preferând să o considere cu *nimic mai deosebită decât altele* din țară. 62 de respondenți (6,2% CI95% 4.4, 7.2) au apreciat imaginea instituției sale ca *slabă* și 15 respondenți (1,5% CI95% 0.7, 2.1) i-au dat o apreciere *puternic negativă* (Figura 59).

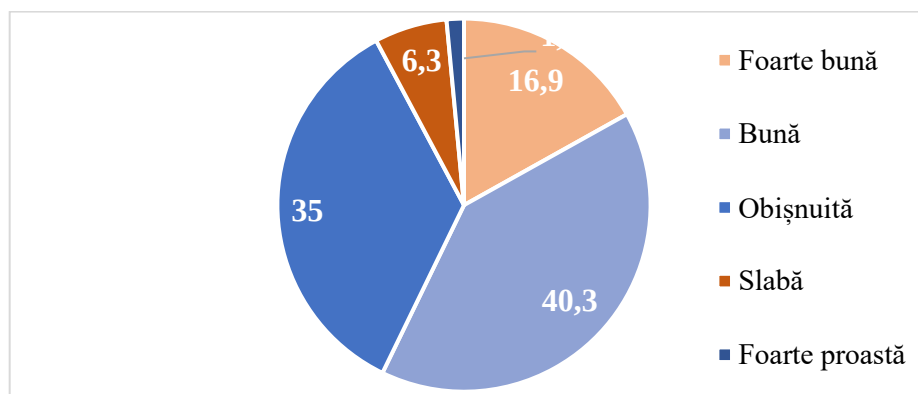


Figura 59. Opinii cu privire la imaginea instituției unde activează, %.

Este alarmant faptul că angajații încearcă să justifice situațiile negative, pe de o parte, având sentimentul de loialitate față de o echipă, pe de altă parte, recunoscând că, din punct de vedere moral, lucrurile nu merg bine.

Din rezultatele descrise în capitolul 3, observăm că 38,8% dintre medici, 18,8% asistente medicale și 22,5% personal non-medical apreciază negativ managementul moralității în instituția unde activează, selectând modul reactiv și cel al imoralității (Figura 45). Aceste cifre ne indică riscul unui grad redus de satisfacție printre angajații instituțiilor medico-sanitare din țară și existența unor condiții prielnice pentru comportament neetic.

Am observat o astfel de atitudine și în cadrul discuțiilor în focus grupuri. Astfel, se identifică o anumită atitudine de justificare a situațiilor mai negative.

„Toți fac așa, la toți e tot așa de rău, de ce ne-am evidenția noi?” (II37).

„Dar la cine e mai bine? Peste tot e la fel – sărăcie... Suntem și noi ca toți!” (FGis2).

Din figura 60 observăm că angajații instituțiilor private își apreciază imaginea instituției la un nivel mult mai înalt, în comparație cu cei din instituțiile publice. Faptul că frecvent mulți dintre

respondenți oferă o apreciere *obișnuită* pentru instituțiile în care activează, este, într-un fel, o scuză pentru aspectele nesatisfăcătoare care le pot remarca, însă, se împacă cu acestea.

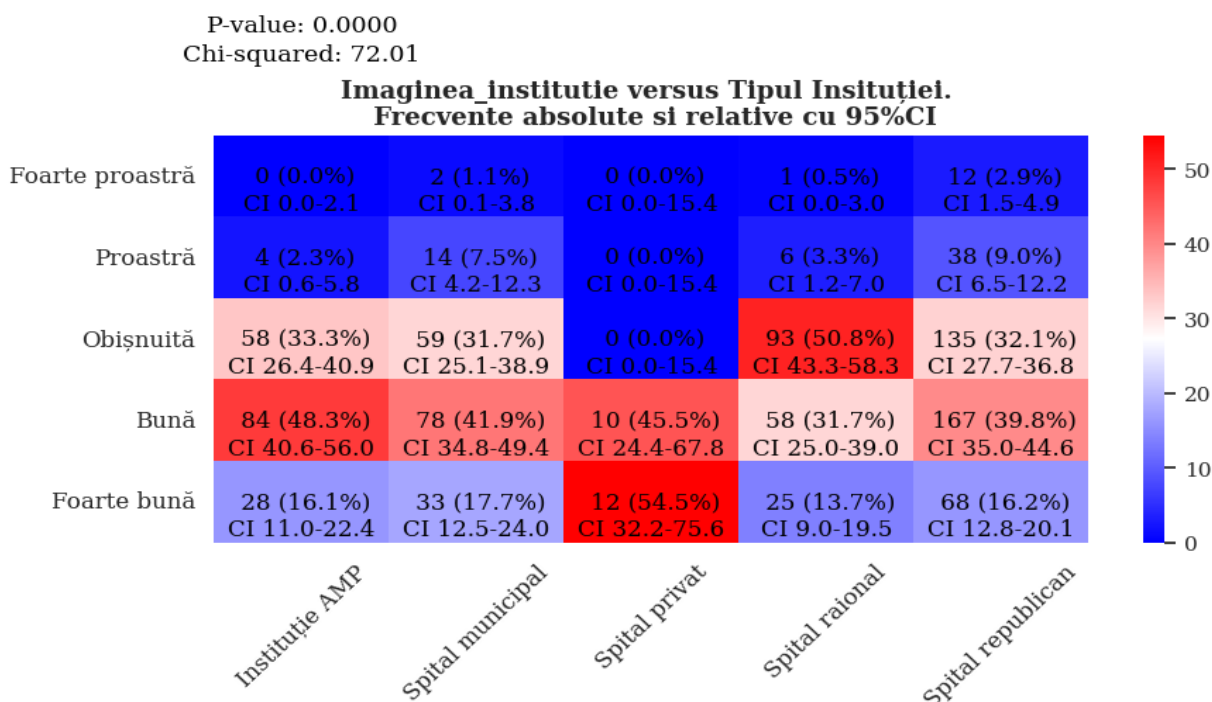


Figura 60. Aprecierea imaginii instituției, după tipul instituției, %, c.a.

Pentru manageri ar trebui să fie o prioritate dezvoltarea sentimentului de mândrie al angajaților și a motivației de a munci în instituția respectivă. În același timp, trebuie de ajustat oferta de servicii ale instituției la așteptările și necesitățile populației, centrând-o pe pacient și problemele de sănătate ale comunității. Astfel, uneori, o instituție medicală va trebui să își ajusteze serviciile ținând cont de particularitățile culturale, etnice, demografice (de vârstă) ale populației care apelează după asistență. Trebuie să se evite orice formă de discriminare și stigmatizare a pacienților, aceasta fiind considerată o încălcare gravă atât a normelor morale, cât și a drepturilor fundamentale ale omului [221, 222].

Satisfacția în muncă are următoarele componente principale:

✓ *Satisfacția față de sarcinile și volumul de muncă*

Orele suplimentare neprogramate și neremunerate, așteptările nerealiste față de performanța angajaților și o cultură toxică de muncă pot duce la sentimente de nemulțumire și la dorința de a căuta altă muncă. Lucrătorii nemulțumiți au mai multe șanse să ofere servicii inferioare, iar insatisfacția de muncă le poate afecta statutul fizic și mintal, precum și funcționarea lor socială. Personalul spitalului nu va putea satisface nevoile pacienților dacă propriile nevoi nu sunt satisfăcute. Prin urmare,

managerii spitalelor, atât față de angajați, cât și față de pacienți au responsabilitatea de a crea condiții pentru o satisfacție înaltă la locul de muncă [220]. Acest subiect îl vom desfășura în cadrul paragrafului următor, dedicat anume problemei arderii profesionale (*burnout*) și măsurilor care ar trebui organizate pentru a proteja sănătatea mintală a angajaților.

✓ *Satisfacția față de mediul de lucru*

Locul de muncă trebuie să fie un spațiu plăcut, în care să fie organizat un proces de comunicare clară și deschisă, constructivă, fără hărțuire, frică sau alte elemente negative. Oamenii nu trebuie tratați ca număr sau statistică, dar ca individualități. Colectivele de muncă sunt compuse din personalități cu diferite viziuni, valori, credințe, tradiții sau aspirații. Pentru un climat etic sănătos este important de a pune în valoare și a recunoaște diferențele angajaților de toate vârstele și nivelurile [127, 129, 212]. Aceasta ar însemna recunoașterea personalității și a individualității angajatului ca persoană dincolo de locul de muncă. Oferim câteva exemple în acest context:

✓ angajații care sunt dintr-un grup religios minoritar se vor simți respectați dacă angajatorul le va da liber în ziua unei sărbători religioase importante pentru ei;

✓ organizarea unor anunțuri publice pentru felicitarea cu ziua de naștere a angajaților, indiferent de activitatea acestora, de la infirmieri sau portari până la corpul managerial superior, va fi apreciată și considerată drept un semn plăcut de atenție din partea administrației instituției;

✓ prevederea bucatelor vegetariene sau celor fără gluten, fără de carne de porc în meniul cantinei spitalului este un semn de respect, dar și de grijă pentru sănătatea angajaților;

✓ atenția manifestată față de un coleg bolnav, prin trimiterea unui buchet de flori sau a unui coș cu fructe, va demonstra faptul că apreciați valoarea acestui angajat ca membru al colectivului.

Totodată, este recomandată observarea și respectarea punctelor forte și a experiențelor angajaților. De exemplu, pot fi organizate întâlniri neformale ale specialiștilor tineri cu persoanele cu experiență mare de muncă; stabilirea unor patronaje reciproce – un specialist tânăr ajută unui coleg în vârstă să învețe calculatorul, pe când celălalt îi oferă ajutor în deprinderea unor manipulări complicate. Sunt binevenite aprecierile pentru anumite talente, cum ar fi organizarea unei expoziții ale tablourilor unui angajat sau punerea în valoare a talentului vocal remarcabil al unei colege etc.

Din discuțiile avute în cadrul cercetării calitative, putem concluziona că astfel de practici sunt foarte rar aplicate de către managerii instituțiilor medico-sanitare din țară, într-un format selectiv, cum ar fi, de exemplu, felicitarea cu ocazia jubileului, zile de lucru scurtate atunci când sunt sărbători importante etc. Însă mulți au menționat că nu le sunt auzite nevoile de către managerii săi. Atunci

când unii respondenți au manifestat satisfacție de la mediul de lucru care îl au în instituțiile unde activează, alții au menționat că și-ar dori mult mai mult.

În același timp, în cadrul cercetării cantitative am identificat că în unele instituții este o relație tensionată între corpul managerial și unii angajați, cei din urmă considerând că le sunt ignorate problemele. 17,6% dintre respondenți au afirmat că în instituțiile unde activează nu sunt realizate niciun fel de măsuri de evaluare a satisfacției angajaților (Figura 61).

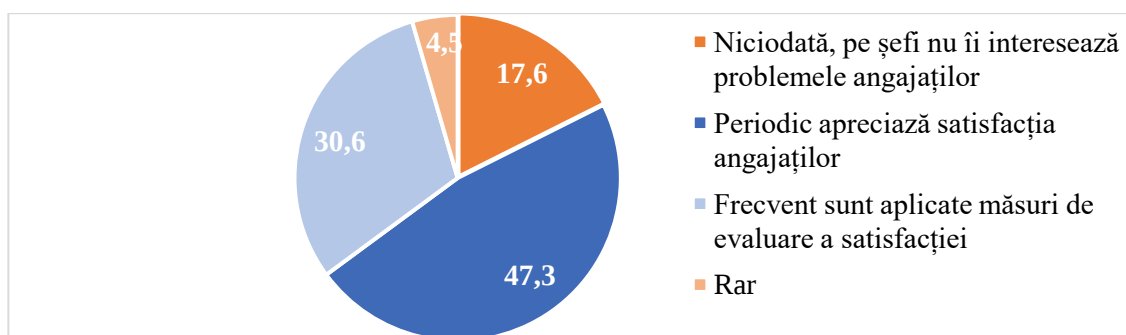


Figura 61. Evaluarea satisfacției angajaților de către management, opinia respondenților %

Unul din cinci medici participanți la studiu 20,1% (CI95% 17.2, 23.3) afirmă nemulțumit precum că la ei în instituție nu se evaluează satisfacția angajaților (Figura 62).

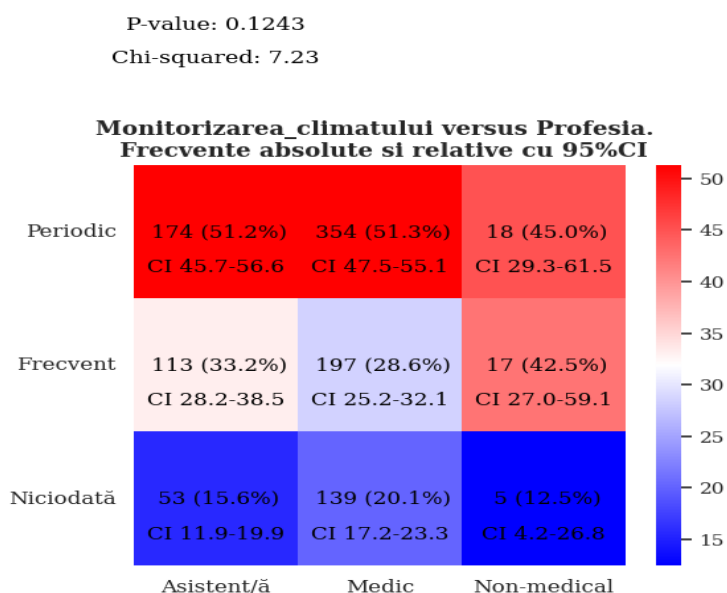


Figura 62. Evaluarea satisfacției angajaților, opinia respondenților după profesii, %, c.a.

Chiar dacă grupul asistentelor medicale este mai mic – 15,6% (CI95%11.9, 19.9), astfel de răspuns este o dovadă că în instituțiile medico-sanitare este organizat insuficient managementul resurselor umane, iar lipsa evaluării satisfacției angajaților este un risc de creștere a insatisfacției și demotivării personalului, ceea ce poate afecta grav calitatea serviciilor prestate.

P-value: 0.0000
Chi-squared: 36.77

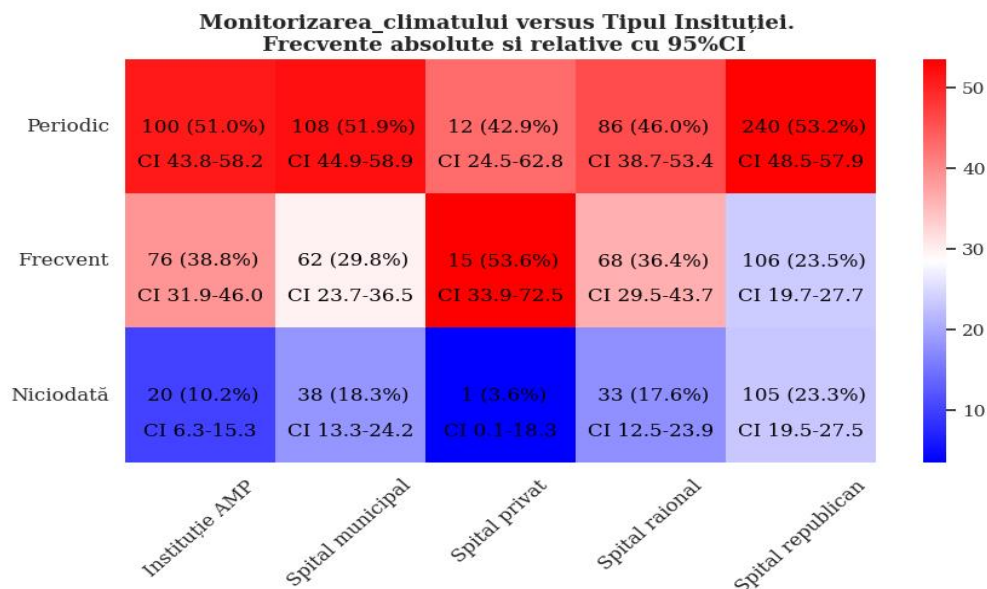


Figura 63. Evaluarea satisfacției angajaților, opinia după tipul instituției, %, c.a.

P-value: 0.0000
Chi-squared: 53.49

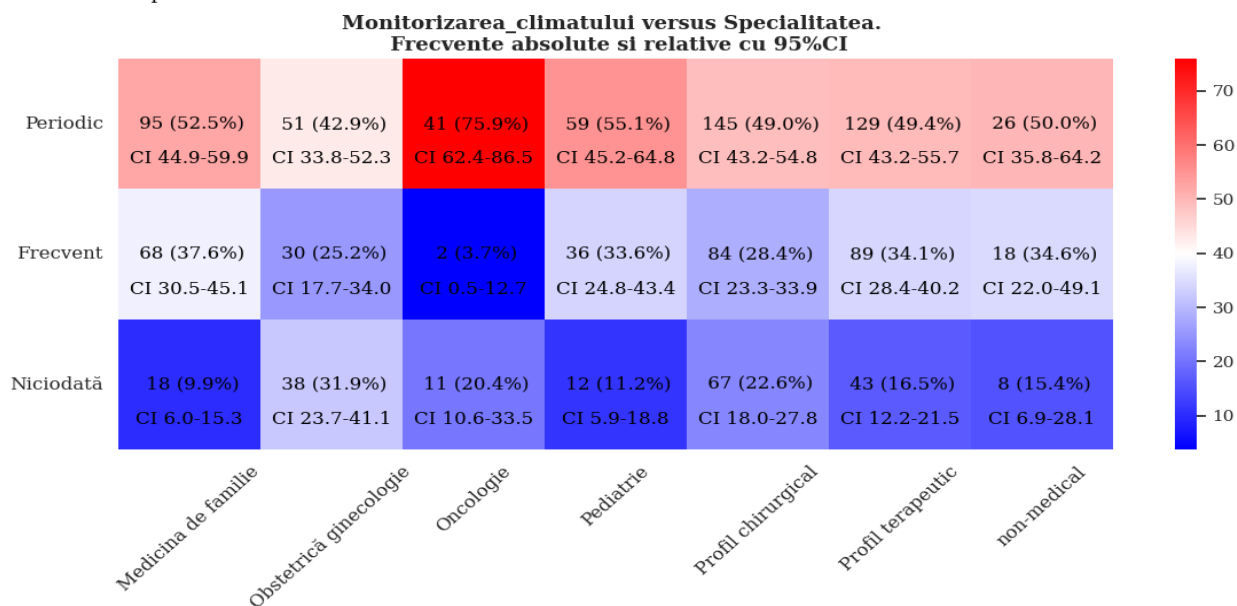


Figura 64. Evaluarea satisfacției angajaților, opinia după specialități, %, c.a.

Cea mai mare nemulțumire cu privire la lipsa unor evaluări a satisfacției angajaților din partea managementului instituției se determină în spitalele republicane – 23,3% (CI95% 19.5, 27.5) și municipale – 18,3% (CI95% 13.3, 24.2), (Figura 63) în rândul obstetricienilor ginecologi 31,9%

(CI95% 23.7, 41.1), medicilor de profil chirurgical – 22,6% (CI95% 18.0, 27.8) și oncologilor – 20,4% (CI95% 10.6, 35.5). (Figura 64).

Insatisfacția și dezamăgirea de la activitatea pe care o realizează duce la decizia lucrătorilor medicali de a abandona sistemul de sănătate, fie prin schimbarea activității profesionale, fie prin emigrarea din țară, în căutarea unor condiții mai bune de muncă. Un studiu realizat în 2014 (al cărui coautor a fost și cercetătoarea) asupra factorilor care motivează medicii să abandoneze sistemul de sănătate, chiar dacă rămân să locuiască în continuare în țară, demonstrează că o treime dintre respondenți (33%) au menționat factorii profesionali (insatisfacția profesională) [223] (Figura 65).

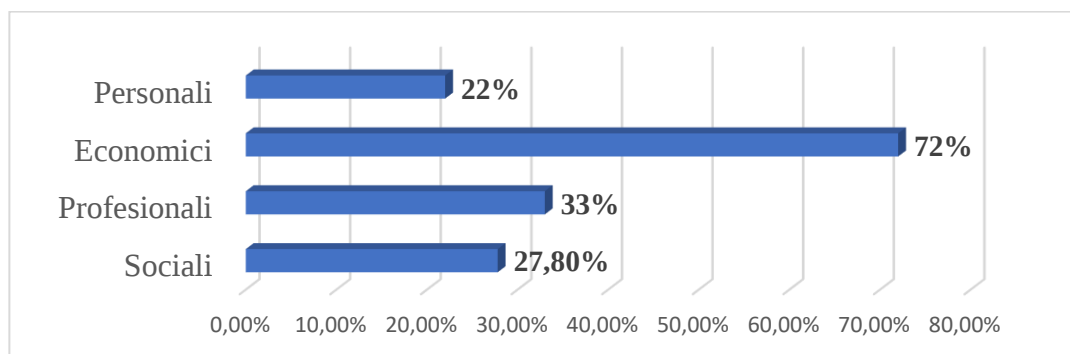


Figura 65. Factorii care determină decizia de a abandona activitatea medicală, % [223, p.38].

Condiții de muncă nesatisfăcătoare au fost raportate de fiecare al cincilea respondent (19,7%), remarcând: echipamente învechite, regim de lucru sub presiune, numeroase obligații și responsabilități, ture de noapte frecvente și surmenante. Circa 13,5% dintre medici au menționat condițiile de disconfort psihologic din cauza concurenței nesănătoase dintre profesioniștii din domeniul sănătății, ceea ce a dus la epuizare și abandonarea locului de muncă. Aproximativ 9,0% dintre respondenți au confirmat că au abandonat domeniul atunci când au întâmpinat indiferență față de problemele tinerilor specialiști și lipsă de cooperare din partea conducerii instituțiilor medico-sanitare unde activau. Muncind ca tineri specialiști, unii respondenți au declarat că s-au simțit marginalizați, supuși unor restricții (cum ar fi libertatea de a lua anumite decizii) și că aceasta era frustrant și demotivant. Studiul a identificat multe cazuri când respondenți au menționat nemulțumirea din cauză că implicarea și eforturile lor profesionale nu au fost apreciate în mod adecvat în instituția medico-sanitară unde au activat. Aproximativ 20,0% dintre respondenții acelui studiu au menționat șansele reduse de dezvoltare a carierei ca unul dintre factorii demotivanți, iar în grupul celor care practicați mai mult de 10 ani acest factor a fost menționat mai frecvent (30,3%) [223].

Structura valorilor selectate de către respondenții studiului indică anumite probleme ale mediului moral din interiorul instituțiilor. (Figura 37), iar conform clasificării autorilor Rossouw și van Vuuren [98], determinăm că climatul etic în multe instituții medico-sanitare din țară are nevoie de o reevaluare și dezvoltare esențială

În cadrul discuțiilor ne-a fost remarcat foarte frecvent că managerii discută și pun în evidență nivelul de respectare a drepturilor pacientului și mult mai puțin atrag atenția la încălcarea drepturilor lucrătorilor medicali.

”Ne simțim neprotejați la locul de muncă. Nu avem drepturi, doar obligații! Managerul se uită la noi ca la sclavi și doamne ferește dacă este vreo plângere... Dar uneori și noi vrem să ne plângem, dar nimeni nu ne aude și nici nu îi interesează de problemele și nedreptățile cu care ne confruntăm” (II35).

”Drepturile pacienților sunt lipite pe toate ușile. Pacientul intră în instituție și are numai drepturi, dar noi rămânem numai obligații. Se pare că ceva nu este corect, totuși...” (II19).

”Numai peste tot auzi despre drepturile pacienților, dar noi avem drepturi? Se pare că toți au uita de noi că suntem oameni!” (FGamp2).

Insatisfacția poate să se mențină sau poate lua amploare din ambele părți, dacă nu vor fi identificate soluțiile necesare pentru rezolvarea situației. Atât angajatul, cât și angajatorul trebuie permanent să-și clarifice modul în care sunt înțelese obligațiile lor reciproce. Această condiție poate fi realizată printr-un proces de comunicare deschisă, cu stabilirea concretă a așteptărilor și a limitelor presupuse în activitatea angajaților, dar și din partea corpului managerial. Totodată, pentru a ajunge ca valorile intrinseci, general recunoscute de comunitate (bunătate, adevăr, stimă, armonie etc.), să fie respectate de toți angajații unei instituții, este necesar de a integra în practica angajaților setul de valori instrumentale, care i-ar face loial față de instituție și ar contribui la realizarea corectă și calitativă a misiunii acesteia. Toate aceste abordări îi ajută pe oameni să se simtă apreciați ca personalități, le crește loialitatea față de instituție, sunt mândri că fac parte din echipă.

✓ *Siguranța la locul de muncă*

În sistemul de sănătate cele mai periculoase locuri pentru furnizarea de servicii sunt considerate spitalele, iar lucrătorii din domeniul sănătății, în calitate de îngrijitori ai pacienților, sunt expuși la diferite riscuri profesionale, inclusiv, expunerea la agenți biologici, chimici, fizici, de siguranță, ergonomici și psihosociali [224].

Dreptul angajaților la un loc de muncă sigur este un drept fundamental protejat de legislația internațională [107, 225]. Conform acestui drept, angajații, locurile de muncă și toate sectoarele de activitate trebuie acoperite de norme de sănătate și securitate a muncii. Articolul 7 din Pactul Internațional privind Drepturile Economice, Sociale și Culturale garantează dreptul individului de a se bucura de condiții de muncă juste și prielnice, în special de condiții de muncă sigure. Acest drept protejează individul de condițiile de muncă dăunătoare sănătății și bunăstării sale. Organizația Internațională a Muncii (OIM) a emis un șir de documente relevante acestui domeniu și anume: Convenția privind Siguranța și Sănătatea (1981), Convenția privind Serviciile de Sănătate Ocupațională (1985), Convenția privind Cadrul de Securitate al Sănătății Ocupaționale (2006) etc.

La nivel european, Carta Socială Europeană, prin articolul 3, impune ca prevenirea riscului ocupațional să reprezinte o prioritate încorporată în activitățile autorităților publice la toate nivelurile și să facă parte din politicile publice privind angajarea, inclusiv și prin prevederea oportunităților sigure pentru persoanele cu dizabilități.

Activitatea în condiții de muncă decente este o cerință importantă pentru prestarea serviciilor de înaltă calitate de către furnizorii de servicii medicale. Legislația națională acordă lucrătorilor medicali dreptul de a solicita condiții de lucru adecvate de la angajatorii lor pentru a-și desfășura activitatea profesională cu respectarea regulilor și a tehnologiilor de acordare a asistenței medicale [226, art.14 (b)]. Mai mult, legislația obligă toți angajatorii să garanteze condiții de lucru sigure pentru angajații săi. Lucrătorii medicali și cei farmaceutici sunt incluși în categoria de salariați care activează în condiții de muncă nefavorabile – grele și deosebit de grele, dăunătoare și deosebit de dăunătoare [107, p. 31-37]. Din acest motiv, managerii instituțiilor trebuie să manifestă grijă și implicare pentru păstrarea și promovarea sănătății angajaților instituției pe care o reprezintă.

Un loc de muncă în siguranță face posibilă realizarea obiectivelor și atingerea scopului instituției, iar grija manifestată de managementul instituției față de personalul său crește sentimentul de încredere al angajaților. Angajați trebuie să simtă că sunt apreciați și protejați de către administrația instituției în care activează. Pentru aceasta, managerul trebuie să inițieze chestionarea periodică a angajaților cu privire la perceperea gradului de siguranță la locul de muncă, atât pe timp de zi, cât și de noapte. În instituție trebuie să existe, în mod obligatoriu, posibilități de intervenție rapidă în caz de risc pentru viața și sănătatea angajaților. În special, trebuie prevăzute căile rapide de intervenție pentru protecția personalului medical în cazul agresivității manifestate din partea unor pacienți

violenți, a unor rude în stare de afect și excitare psihoemoțională, a persoanelor sub influența drogurilor și/sau alcoolului, din partea unor persoane cu tulburări mintale etc.

În instituție trebuie să fie aprobate și cunoscute de către toți angajații procedurile operaționale standard pentru comportamentul angajaților în astfel de cazuri de risc, precum și algoritmul specific de comunicare pentru diminuarea situațiilor de conflict.

Cultura siguranței este compusă dintr-un șir de attribute-cheie, care trebuie implementate în ansamblu, fiind condiții obligatorii și de importanță egală pentru a ajunge la un rezultat scontat [227, 228]. Acestea pot fi formulate prin următoarele imperative:

✓ Conducerea organizației trebuie să ofere sprijin puternic în promovarea culturii siguranței în instituție. Siguranța ar trebui să devină parte a acțiunii și grijilor zilnice și să nu fie văzută ca o „întrebare suplimentară”. E necesar ca managementului instituției să comunice permanent care sunt comportamentele și atitudinile așteptate, susținute și apreciate de organizație.

- Identificarea și recunoașterea naturii riscului ridicat al activității organizației, recunoașterea punctelor vulnerabile, a deficiențelor în prevenirea și controlul infecțiilor, oboseala cronică sau echipamentul defect care pot duce la îmbolnăviri ale lucrătorilor și pacienților.

- Determinarea și angajamentul comun al angajaților de a realiza, în mod constant, activități pentru asigurarea unui mediu fără pericole și a siguranței procedurilor clinice.

- Responsabilitatea tuturor pentru implementarea siguranței și raportarea adecvată și imediată a condițiilor nesigure, stabilirea de sisteme de raportare a incidentelor legate de siguranța pacienților pentru învățare și îmbunătățire continuă.

- Un mediu lipsit de vina (culpă) pentru raportarea erorilor, fără teama de pedeapsă.

- Încurajarea colaborării multidisciplinare și la toate nivelurile în procesul de luare a deciziilor și a găsirii soluții la problemele legate de siguranța angajaților și a pacienților; dezvoltarea competențelor lucrătorilor și îmbunătățirea muncii în echipă și a comunicării.

- Angajamentul organizației de a aloca resurse pentru problemele legate de siguranță.

- Suprapunerea siguranței pacientului și a lucrătorului medical – identificarea beneficiilor comune ale culturii unice de siguranță în instituție.

✓ *Satisfacția de la rezultatele muncii și beneficiile primite (emoționale și fizice)*

Remunerarea muncii nu întotdeauna este factorul esențial care aduce satisfacția. Unii oameni pot accepta locuri de muncă mai puțin plătite care, în schimb, le oferă satisfacție profesională, emoțională, spirituală. Atunci când valorile angajatului se aliniază cu cele ale instituției în care

activează va crește semnificativ satisfacția de muncă [218, 220, 229]. De exemplu, realizarea unor activități caritabile sau de ajutor oferit unor grupuri vulnerabile poate fi apreciată și susținută de unii angajați din motive personale. Managerii ar trebui să încurajeze și să stimuleze inițiativele din partea angajaților pentru activități care îi motivează spiritual dar, totodată, contribuie la imaginea și reputația pozitivă a instituției. De exemplu, acțiuni de colectare de fonduri, evenimente de caritate, activități de înverzire a spațiilor, acțiuni de informare a populației etc.

Desigur, salariul este un factor semnificativ pentru satisfacția în muncă și pentru un manager este important de a remunera personalul într-un mod echitabil, în baza unor criterii egale și indicatori de performanță formulați clar și anunțați tuturor angajaților [223].

Transparența deciziilor și corectitudinea, lipsa favoritismului și a nepotismului sunt condițiile de bază în promovarea unui mediu etic. Pentru orice angajat este important să îi fie recunoscută și apreciată munca și implicarea. Recunoașterea poate include bonusuri – financiare sau de altă natură, dar poate fi manifestată și prin o formă simplă, verbală, prin exprimarea mulțumirilor față de colegi și superiori. Atunci când eforturile angajaților se lasă neobservate de către manageri, apare riscul că aceștia vor pierde din entuziasm, dorința de a munci cu aceeași dedicație se va diminua și, respectiv, își vor pierde satisfacția de la ceea ce fac.

Unii angajați pot accepta condiții de remunerare mai modeste, însă vor dori să beneficieze de posibilitatea de a învăța, de a-și îmbunătăți competențele profesionale și un progres în carieră. Aplicarea principiului meritocrației este o obligație pentru un management bazat pe corectitudine.

În cadrul cercetării calitative, unii participanți au exprimat dezamăgirea față de relația pe care o au cu angajatorul. De exemplu, unii angajați menționau că au fost „cu trup și suflet” pentru instituția lor, făcând anumite sacrificii, multe ore de muncă suplimentare neremunerate etc. Respectiv, aceștia se așteptau acțiuni de recunoștință, care nu au fost demonstrate.

„Am lipsit de la multe evenimente de familie, fiindcă trebuia de scris urgent rapoarte sau de răspuns la solicitări de la minister.... ” (FGamp2).

„Niciodată nu am refuzat când șefii mi-au cerut să înlocuiesc pe cineva ...” (FGis1).

„Am venit și sâmbătă și duminică la lucru, fără să zic ceva, așa a trebuit ...” (FGis1).

”Când șefului i-a trebuit urgent rapoarte, căci treceam acreditarea, totul ardea, nu am calculat zilele și nopțile care le-am lucrat pentru spital. Dar apoi s-a uitat totul și acum poate să îmi permită să strige ... Are alți favoriți...” (II34).

„Am adus de acasă mobila, am făcut reparație în birou din banii mei, ca să fie frumos când intră un pacient...” (FGis2).

Însă, se pare că așteptările angajaților de a fi apreciați pentru sacrificiile făcute și dedicația demonstrată nu au fost satisfăcute, aceștia considerând astfel că contractul psihologic nescris care l-au avut cu instituția nu a fost respectat.

„Când am avut jubileu de 60 de ani, mi-au trimis pe cineva de la syndicate cu un buchet de flori și o diplomă de carton” (FGis2).

„Pe nimeni nu interesa că stăteam la lucru cu un pumn de pastile în buzunar și în pauza de masă îmi făceam perfuzia intravenoasă” (FGamp1).

„La ședințe vor fi mereu puși în valoare „favoriții”, iar noi tot răi vom rămâne...” (II14).

Drept consecință, va urma dezvoltarea sentimentului de dezamăgire și insatisfacție, ceea ce va duce la schimbarea contextului valoric, atunci când valorile pozitive precum dedicație, muncă în echipă, bunăvoință, stimă și suport reciproc sunt înlocuite cu oponentul lor: indiferența, competiția nesănătoasă, invidie, ură, frică. Respectiv, angajatul, își va schimba comportamentul, fapt ce va afecta calitatea activității profesionale prestate, va reduce din entuziasm și implicare.

În același timp, managerii incluși în studiu consideră că fac tot ce este necesar pentru angajații lor, însă nu au întotdeauna atitudinea așteptată din partea lor.

„Am creat condiții de muncă adecvate, le-am făcut reparație bună, dar tot nu își schimbă atitudinea ...” (II31).

„La fiecare ședință vorbim despre cum trebuie să se comporte, le facem instruiți, și tot degeaba...” (II18).

„Mai închidem ochii atunci când își primesc pacienții „săi” cu statut VIP, înțelegem, că toți suntem oameni, dar unii oricum nu apreciază aceasta atitudine pozitivă din partea noastră” (II17).

Sunt afirmații ale managerilor care consideră că toleranța manifestată față de anumite încălcări din partea angajaților sau crearea condițiilor de muncă (ceea ce, apropo, ar trebui să fie percepută ca obligație, și nu ca o favoare făcută angajaților) ar trebui să crească loialitatea și obediența angajaților. La rândul lor, ei consideră că unii angajați nu respectă contractul psihologic încheiat cu ei în formă nescrisă la angajare.

Denise Rousseau, profesoară de comportament organizațional, abordează contractul psihologic dintr-o perspectivă unilaterală, definit prin promisiuni mutuale, obligații și așteptări care există între angajat și angajator și care nu sunt stipulate în contractul de muncă, deoarece contractul psihologic este nescris. Un contract psihologic este legat de angajamentul individual al persoanei față

de organizație și este caracterizat de trei factori: acceptarea valorilor organizației, dorința de a depune efort pentru organizație și dorința de a rămâne angajat [230].

Este evident ca organizațiile se așteaptă ca angajații să dea dovadă de un comportament corect, să nu fure și să nu bârfească instituția, fără ca acest lucru să fie stipulat cert în contractul de munca. Am putea spune că, un contract psihologic se bazează pe valorile intrinseci care ar trebui să fie acceptate „de la sine” de persoanele angajate. Nu ar trebui să detaliez în contractul de muncă că angajatul trebuie să facă bine, să spună adevărul, să manifeste respect și empatie. Aceasta se presupune că este educat „prin cei șapte ani de acasă” și este perceput ca o obligație morală intrinsecă. La rândul său, angajatul poate considera de la sine înțeles că, angajatorul îi va respecta mereu interesele personale, unde valoarea prioritară este satisfacția și plăcerea de la ceea ce face și cum face în activitatea profesională.

Astfel, se pare că, în procesul de comunicare dintre angajat și angajator rămân „pete albe” sau subiecte nedeschise. Este o consecință a faptului că, cel mai frecvent, la angajare se consideră lucrurile „de la sine înțelese”, și că nu ar mai necesita explicații dedicate [231]. Totuși, cu cât se explică mai puțin, cu atât se lasă loc liber interpretărilor subiective personale, până se ajunge la situații de conflict. Percepțiile angajaților, fiind influențate de experiențe anterioare și contexte diferite educaționale și culturale, conduc la înțelegerea foarte diferită a situațiilor care pot apărea în activitatea profesională zilnică și pot crea așteptări uneori chiar neargumentate.

Cercetarea a evidențiat lacune organizaționale evidente în crearea unei instituții morale, în care ar trebui ca problemele angajaților să fie mereu monitorizate și create canale eficiente de măsurare a satisfacției acestora, precum și să existe programe speciale de soluționare a problemelor și nevoilor identificate.

4.2. Prevenirea sindromului de ardere profesională

În comparație cu angajații din alte domenii, lucrătorii medicali lucrează mai multe ore, sunt mai puțin mulțumiți de echilibrul dintre viața lor profesională și cea personală și prezintă simptome de epuizare semnificativă. Suferința morală, cerințele excesive de ordin emoțional și spirituale, mediul fizic și psihologic stresant creează percepția de încărcare excesivă la locul de muncă și contribuie la apariția arderi profesionale a angajaților (sindromului de burnout). Un studiu realizat în SUA în 2018 a determinat că 56% dintre medicii care au raportat arderea profesională au indicat excesul de birocrație, servicii prelungite lipsa de respect din partea colegilor, computerizarea excesivă în practică, compensare insuficientă a eforturilor, lipsa de autonomie clinică [232].

Burnoutul este definit ca un răspuns prelungit la factori cronici stresanți emoționali și interpersonal, caracterizați prin epuizare emoțională, depersonalizare și lipsa sentimentului de realizare socială [233]. În dezvoltarea burnoutului putem identifica factori externi (de mediu) și interni (legați de personalitate), pe care îi redăm în tabelul 4.

Tabelul 4. Factori etiologici în dezvoltarea burnoutului [234].

FACTORI EXTERNI	FACTORI INTERNI
Cerințe și responsabilități foarte înalte Probleme de leadership și colaborare Instrucțiuni contradictorii Presare în timp Atmosferă neplăcută, scandaloasă Suprimarea libertății de a lua decizii Probleme în ierarhizare Constrângeri administrative Oportunități puține de a lua parte la ceva Comunicare internă proastă Organizare proastă a lucrului Lipsă de resurse (bani, specialiști) Lipsă de oportunități pentru promovare Lipsa regulilor clare Lucru în echipă inefficient și prost organizat Lipsa feedbackului pozitiv Absența unui suport social	Așteptări foarte înalte de la sine (idealiste) Perfecționism Necesitate de a fi apreciat, remarcat Dorința permanentă de a satisface pe alții Suprimarea propriilor necesități (din modestie, autoapreciere redusă etc.) Aprecieră de a fi de neînlocuit Supraestimare în a face față provocărilor Perceperea muncii ca unica activitate cu sens Perceperea muncii ca ceva ce poate substitui viața socială

Etiopatogenia burnoutului este multifactorială. În literatura de specialitate sunt propuse diferite modele explicative psihologice pentru apariția burnoutului, precum [234]:

– modelul de control al cerințelor locului de muncă,

- modelul dezechilibrului dintre efort și recompensă,
- modelul de nedreptate organizațională.

Problemele legate de sănătate mintală a lucrătorilor din domeniul sănătății au devenit o mare amenințare pentru sistemele de sănătate, sindromul burnout afectând atât asistentele medicale, cât și medicii [235, 236]. Acesta este o reacție la stresul prelungit sau cronic la locul de muncă și se caracterizează prin trei dimensiuni principale [233]:

- (i) Epuizare – a fi supraextins și „stors” de resursele emoționale și fizice.
- (ii) Cinism/detașare (sau depersonalizare) – reprezintă un răspuns negativ, insensibil sau excesiv de detașat la diferite aspecte ale activității profesionale (lipsa de compasiune, empatie, indiferența etc.).
- (iii) Sentimente de capacitate profesională redusă, ineficiență – reprezintă dimensiunea de autoevaluare, încărcată cu sentimente de incompetență și de lipsa de realizare și de productivitate la locul de muncă (însatisfacția persoanei de la tot ce face sau cum face)

O consecință a burnoutului este depresia, care se determină mult mai frecvent în rândul medicilor decât la reprezentanții altor profesii. Un studiu realizat printre rezidenții din chirurgia generală a identificat o rată a depresiei de 40%. Mai mult de 6% dintre chirurghi au raportat idei de sinucidere în ultimele 12 luni (cel puțin dublu față de rata generală a populației adulte) și, dintre aceștia, doar 26% au căutat ajutor, în mare parte din îngrijorarea că recunoașterea în necesitatea tratamentului le-ar putea afecta licența medicală. Totodată, medicii raportează că au timp limitat pentru a căuta îngrijire medicală, precum și frica de stigmatizare asociată cu tratamentul pentru boli mintale [232].

Spre deosebire de depresia generală, care se răsfrânge asupra tuturor aspectelor vieții unei persoane, în burnout starea de depresie se manifestă anume în contextul activității profesionale. În același timp, și sentimentul de epuizare în burnout are câteva elemente-cheie, precum [233]:

- (a) predomină simptomele disforice - epuizarea mentală, emoțională, oboseala, depresia;
- (b) accentul se pune pe simptomele mentale și comportamentale, mai mult decât pe cele fizice;
- (c) simptomele de epuizare sunt legate anume de activitatea profesională;
- (d) simptomele se manifestă la persoane „normale”, care nu au suferit înainte de careva maladii sau disfuncții de sănătate mintală.
- (e) scăderea eficienței și a performanței în muncă se produce din cauza atitudinilor și a comportamentelor negative.

Cele mai multe dintre aceste elemente se regesc în diagnosticul pentru neurastenia profesională, descrisă de ghidul OMS pentru clasificarea bolilor mentale și comportamentale [237, pp.170-173]. Astfel, din punct de vedere psihiatric, burnout poate fi înțeles ca o afecțiune care necesită atitudine și intervenții serioase și nicidecum nu poate fi ignorat.

Problema surmenării și arderii profesionale printre lucrătorii medicali este una frecvent discutată. Studii recente arată că de sindromul burnout suferă 27% dintre medicii din Marea Britanie și 20% dintre medicii din Germania [238]. Se estimează că sistemul de sănătate din SUA pierde 4,6 miliarde USD pe an din cauza orelor clinice pierdute de către personalul medical aflat în sindrom de ardere profesională [239]. Dovezi de burnout au fost găsite la 42% din 15 000 de medici din SUA care au răspuns la un sondaj online în anul 2018. Cea mai mare incidență a epuizării (50%) a fost în rândul medicilor de 45-54 de ani, grupa de vârstă în care productivitatea muncii ar trebui să ajungă la vârf și practicile ar trebui să fie stabile din punct de vedere economic. Același studiu, fiind repetat în 2019, a constatat o rată generală de 44% de „senzație de epuizare”, iar 14% dintre respondenți raportează alarmant gânduri de sinucidere. Dintre cei care se confruntă cu gânduri sinucigașe, doar o treime au apelat pentru tratament [232]. Stresul legat de muncă poate pune în pericol sănătatea unei persoane, provocând complicații fizice, psihologice și comportamentale [240, 241].

Problema arderii profesionale a fost abordată pentru studiu prin metodele calitative, în cadrul discuțiilor în focus grupuri și a interviurilor individuale. Participanții ne-au confirmat că mulți dintre lucrătorii medicali din instituțiile unde activează se percep în stări de epuizare și, probabil, ar fi putut fi diagnosticați cu burnout, însă în instituție nu există specialiști capabili să realizeze acest lucru. Mulți ne-au relatat că, chiar dacă există un psiholog la nivel de instituție, acel specialist nu are careva activități îndreptate spre diagnosticul burnoutului printre personalul angajat.

”Cred că noi toți la un anumit moment am fost în burnout. Unii au reușit cumva să iasă, alții au rămas cu chestii cronice... Unii stau pe antidepresante. Mai ales după pandemie, tare mulți...” (FGis1).

”Nimănui nu-i pasă că nu te simți bine... Nu poți să nu ieși la serviciu fiindcă simți că nu mai vrei nimic... Înțelegi că trebuie... și încet cu încet - îți revii” (FGamp2).

Din capitolul anterior am observat că respondenții afirmă atitudini indiferente a reprezentanților managementului instituției față de climatul din instituție și, respectiv, de problemele cu care se confruntă angajații. Climatul apreciat cu punctaj jos, probleme ascunse de șefi și

neîncrederea în managementul instituției, competiție nesănătoasă, favoritism, sentimentul de frică și invidie – sunt factori declanșatori a unor stări de risc pentru ardere profesională.

Pentru un manager este important să cunoască prezența acestor situații negative, care implică un risc mărit de creștere a insatisfacției angajaților și, respectiv, scăderea calității serviciilor prestate de către persoanele nemulțumite. Una dintre cele mai frecvent menționate cauze ale surmenajului personalului medical este lipsa de cadre în instituțiile medico-sanitare ale țării. Din cauza lipsei de specialiști, personalul existent trebuie să ofere asistență unui număr mult mai mare de pacienți sau să efectueze un volum suplimentar de lucru, pentru a compensa absența personalului necesar. De exemplu, un director de spital cu departament de urgență foarte mare ne-a relatat:

„În tură de noapte ar trebui să fie cinci asistente de operație. Noi avem astăzi la muncă doar trei, fiindcă am două locuri vacante, nu avem specialiști! Înainte este o noapte cu multe urgențe medicale. Trei angajate vor face munca pentru cinci. Desigur crește riscul unor erori, arderea profesională și surmenajul enorm al acestor angajate. Mă tem că în așa condiții vor pleca și aceste trei asistente pe care le mai avem...” (II7).

”Cunosc cazul unui medic care a pierdut cunoștința în timpul operației fiindcă era după 36 de ore în gardă... A rămas să opereze fiindcă nu avea cine! Dar nu a rezistat!” (II4).

Este indiscutabil efectul negativ pe care îl are fenomenul de burnout al angajaților asupra calității serviciilor medicale prestate. Există dovezi convingătoare că medicii în burnout vor acorda o îngrijire sub-optimală pentru pacienții lor și aceste stări au fost legate de erori grave ale medicilor și chiar decese ale pacienților [4].

O metaanaliză a 47 de studii, care au implicat mai mult de 42 000 de medici, a constatat că epuizarea medicului a dublat riscul de incidente adverse privind siguranța pacienților și a dus la o calitate generală mai slabă a îngrijirii și la scăderea satisfacției pacientului [232]. Prin urmare, pentru a oferi o îngrijire adecvată, angajați trebuie să fie oameni sănătoși [224].

Este evident faptul că, personalul medical suprasolicitat și surmenat mai puțin va putea dezvolta un comportament empatic și binevoitor față de pacienții săi. Supra oboseala va crește riscul erorilor medicale [62]. În acest context, relatăm opiniile unor participanți la focus grupuri:

”Nu îți arde a zâmbet și comunicare atunci când abia te ții pe picioare...” (FGamp1).

”Câte odată înțeleg că nu am reușit să beau un gât de apă toată ziua ... Ajungi seara – cazi din picioare. Dar avem și copii, vor atenție. A doua zi ... din nou... Și încă îți vine șeful cu pretenții! Sunt zile când îmi vine să strig de necaz!” (II13).

”Tare ne-am săturat, dar nu avem cui ne plânge... E greu, pacienți mulți, cerințe și rapoarte tot mai multe. Nu mai primesc nici o satisfacție de la profesia mea” (FGamp1).

Deseori, lucrătorii medicali, fiind dedicați asistenței pe care o oferă pacientului, uită sau ignoră propriile nevoi, chiar dacă oferă pacienților lor recomandări valoroase despre modul sănătos de viață și comportamentul corect pentru protecția sănătății.

”Noi spunem pacienților de câte ori trebuie să mănânce, câtă apă să bea sau cât să doarmă. Dar noi nu facem... nu putem... Lucrăm până cădem! Stăm cu pastile în buzunar la serviciu. Ne punem injecții în pauza de masă.” (II32).

În instituțiile medico-sanitare ar trebui să existe specialiști sau chiar structuri dedicate (birou/echipă de specialiști), care să se ocupe de depistarea la timp a cazurilor în rândul angajaților și implementarea măsurilor pentru prevenirea sindromului de ardere, elaborarea propunerilor pentru practicile necesare de a promova schimbarea, a îmbunătăți mediul de lucru și cultura în organizații.

La nivel internațional, instituțiilor medico-sanitare li se recomandă insistent să implementeze diferite intervenții și acțiuni preventive pentru gestionarea stresului la locul de muncă și prevenirea dezvoltării unor probleme de sănătate mintală la angajați. În literatură de specialitate sunt propuse diverse strategii de intervenție pentru reducerea burnout-ului în instituțiile medico-sanitare. Unele încearcă să trateze acest sindrom după ce a apărut la angajați, în timp ce altele se concentrează pe modul de prevenire a epuizării la locul de muncă [233, 241].

Un studiu realizat la nivel internațional asupra intervențiilor utilizate pentru a reduce nivelul de epuizare a medicilor a identificat că instituțiile implementează mai puține intervenții *centrate pe modificări organizaționale* decât intervenții cu modificări *centrate pe individ*. În același timp, chiar dacă intervențiile axate pe mediul ocupațional sunt dificil de implementat, s-a demonstrat că anume acestea sunt cele mai eficiente [242].

Însă, cu regret, frecvent predomină presupunerea că este mai ușor și mai ieftin să schimbi oamenii decât organizațiile [233].

Soluții centrate pe individ

Chiar dacă factorii situaționali și organizaționali joacă un rol mult mai important în dezvoltarea burnoutului decât cei individuali, abordările orientate spre individ îi pot ajuta pe aceștia să atenueze epuizarea, să facă față condițiilor stresante și să evite apariția arderii profesionale. Acest grup de soluții pot fi eficiente doar atunci când o persoană are un minim control asupra factorilor de stres la locul de muncă, altfel acestea vor fi ineficiente.

Printre astfel de intervenții de burnout sunt următoarele:

- îndepărtarea lucrătorului de la locul de muncă;
- cursuri tematice, instruire pentru dezvoltarea abilităților eficiente de *coping* (reducere a emoțiilor negative), dezvoltarea abilităților de comunicare;
- învățarea tehnicilor relaxării profunde, programe de relaxare, yoga și meditația;
- vizita unui psiholog specializat, includerea în programe de consultanță online.

Soluții centrate pe modificări organizaționale

Acest grup de intervenții necesită mult timp și bani pentru a fi implementate cu succes într-o organizație și implică:

- reducerea orelor de muncă, modificări în schimburile de muncă;
- micșorarea volumului de lucru pentru angajați;
- organizarea unor pauze în timpul orelor de muncă, care pot fi cu activități pentru calmare (pot fi eficiente discuțiile în grup), energizare (de exemplu, sală de sport, dans etc.) sau relaxare (de exemplu, 15 min de meditație);
- intervenții în echipă și programe participative, în special pentru dezvoltarea spiritului de echipă și a sentimentului de prietenie;
- modificarea și îmbunătățirea căilor pentru comunicarea în echipă;
- programe de dezvoltare a identității profesionale, oportunități clare de promovare și avansare profesională;
- evenimente de mulțumire și recunoștință;
- comunicare pozitivă de sus în jos;
- organizarea accesului la resurse de sănătate mintală și sprijin confidențial al angajaților.

Instituțiile medico-sanitare, de obicei, au un mediu cu un ritm rapid. Implementarea acestor soluții ar trebui să devină preocuparea unui manager contemporan, atunci când este interesat de asigurarea calității actului medical prestat în instituția pe care o conduce și promovarea unui mediu instituțional pozitiv și etic.

4.3. Recunoașterea greșelii

Învățarea din erori permite organizațiilor să îmbunătățească siguranța și calitatea. Aceasta include analiza și reflecția asupra incidentelor care au avut loc, pentru a înțelege cauzele acestora și pentru a dezvolta noi cunoștințe care pot fi aplicate în deciziile și acțiunile viitoare. În timp ce „strategiile de conformitate” se concentrează pe regulile și comportamentul angajaților individuali, diverși autori arată că erorile implică nu numai factori individuali, dar și structurali și instituționali și este necesar un efort combinat pentru a promova un „climat etic” sau un mediu de învățare, care susține un comportament etic, stimulând un sentiment de responsabilitate comună [120, 243].

În practica clinică este obișnuit să fie făcută învățarea din greșeli. Termenul de *cultură justă* este folosit în publicațiile științifice recente pentru a descrie procesele din cadrul organizațiilor care urmăresc să ajungă la o concluzie echitabilă pentru cei implicați într-un incident sau într-un risc de greșeală. Esența *culturi juste* este concentrarea pe deschidere, reparare a greșelii și învățare, și nu pe blamare și pedeapsă [46, 47, 244].

Utilizarea sancțiunilor dăunează capacității unei organizații de a învăța și de a crea încredere reciprocă între management și angajați [47]. Persoanele din organizații pot deveni reticente în a raporta informațiile negative, mai ales atunci când acest lucru poate duce la sancțiuni disciplinare sau la învinuire din cauza apariției erorii. Frica de a fi acuzat, de a pierde din imagine și reputație, de a rămâne fără salariu sau loc de muncă, va bloca un angajat să povestească sincer despre un incident întâmplat. O abordare corectă și echitabilă a unui manager ar fi susținerea unei culturi a deschiderii și a învățării, făcându-i pe angajați să se simtă liberi să vorbească, fără teamă.

În anul 2017, la nivel național, o echipă de experți ai Institutului pentru Drepturile Omului, în care făcea parte și autoarea acestei lucrări, a realizat un studiu pentru evaluarea politicilor naționale în domeniul malpraxis-ului în Republica Moldova [248]. În cadrul studiului lucrătorii medicali au recunoscut că în activitatea zilnică greșeala este foarte frecventă și aceasta se poate întâmpla din diferite cauze, unele fiind în afara capacității de control din partea medicilor, fiind implicat contextul instituțional și factori precum: lacune de organizare (management inefficient); lucru cu echipamente învechite, care pot împiedica stabilirea unui diagnostic corect; date medicale despre pacient insuficiente sau eronate, rezultate de laborator eronate; atipologie simptomatică, anomalii anatomice; lipsa disponibilității unor medicamente care trebuie înlocuite cu altele, mai puțin eficiente; greșeli de executare din cauza personalului mediu, care impune responsabilitatea medicului; exploatarea dispozitivelor medicale fără măsurile metrologice și după expirarea garanției; folosirea

materialelor sanitare și a substanțelor medicamentoase de calitate proastă; infecțiile nozocomiale, care pot cauza complicații la intervențiile făcute bine; neglijența, imprudența unor lucrătorilor medicali; necompetența sau neprofesionalismul din cauza lipsei instruirii profesionale, cunoștințe insuficiente ale unor angajați cărora li se atribuie responsabilități multe etc.

Participații în cercetarea calitativă au confirmat că în sistemul de sănătate autohton nu există o cultură corectă cu privire la greșelile care se pot întâmpla în practică. Din frica de pedeapsă, multe greșeli se ascund, se mușamalizează, nu se recunosc, iar comunitatea noastră medicală nu este pregătită încă pentru recunoașterea adevărului și a greșelilor comise. Participanții au confirmat că lipsa unei culturi adecvate de raportare a greșelii, duce la frica angajaților de a nu fi pedepsiți, respectiv, la ascunderea acestora.

„Greșelile se discută în ședințele mari, când sunt cazuri grave, cu răsunet. De obicei, cel care a greșit – e răstignit...” (II21).

„Greșeala se raportează deja când există urmări negative grave – deces, complicații severe sau petiția pacientului. Când este deja fierbinte. În alte cazuri ... nu prea se practică recunoaștere benevolă a unor greșeli, atât timp cât nu au devenit evidente unele urmări ireversibile” (II39).

A fost repetat expusă opinia precum că este necesar a fi creată, la nivel legislativ, o procedură corectă de raportare a malpraxis-ului între medici, în interiorul organizației, cu mecanisme de favorizare a recunoașterii, atunci când un angajat comite o greșeală. Lucrătorul medical care își recunoaște greșelile ar trebui încurajat și apreciat pentru corectitudine și onestitate. Respondenții ne-au confirmat că este necesar de creat un sistem de raportare a greșelilor, precum și dezvoltarea unor instrumente pentru responsabilizarea raportării greșelilor.

Tradiția de a discuta greșelile doar în condiții stresante (în baza unor petiții sau investigații) nu are o abordare constructivă, aceste analize cu intenția de a identifica persoana vinovată și a raporta superiorilor. Desigur, este mai puțin probabil ca un manager, de oricare nivel, să își asume responsabilitatea pentru condițiile în care a apărut un eveniment advers. Astfel, angajații se vor simți vulnerabili, percepend că *„oricum vor fi vinovați cei mai mici”* (FGis24).

Raportarea a greșelii este lăsată mai mult pe alegerea individuală a fiecărui angajat, care poate să admită că este normal să nu raportezi o greșeală constatată în procesul de lucru dacă aceasta nu se referă nemijlocit la propria persoană. 12,59% (CI95% 10.6, 14.6) respondenți au indicat că nu se vor implica în cazul când vor observa că un coleg a greșit, considerând că aceasta este datoria unor departamente speciale din instituție.

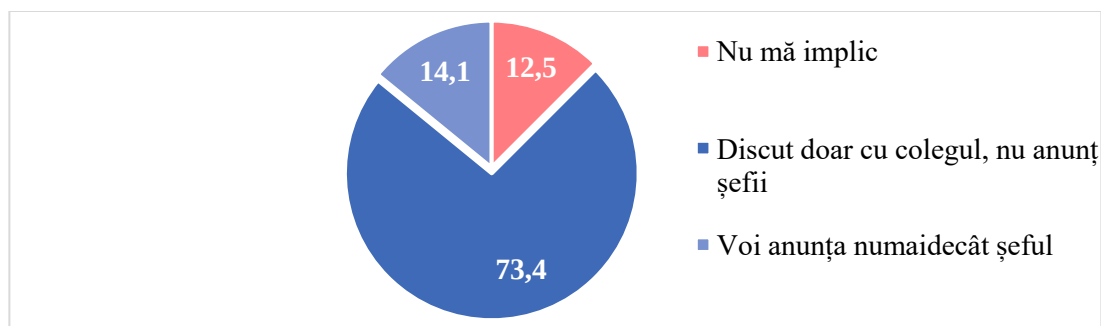


Figura 66. Atitudinea față de raportarea greșelii de către respondenți, %.

Denunțarea greșelii colegului a fost asumată doar de un grup mic de respondenți 14,1% (CI95% 12.1, 16.3), pe când majoritatea 73,4% (CI95% 70.7, 75.9) preferă să discute personal cu colegul, fără a da recurs ulterior la problemă. Aici devine evident sentimentul de loialitate de breaslă. Cercetarea a identificat că 12,5% (CI95% 11.9, 16.1) dintre angajați remarcă dileme etice atunci când au trebuit să țină parte unui coleg în detrimentul intereselor unui pacient (Figura 66).

P-value: 0.0004

Chi-squared: 28.69

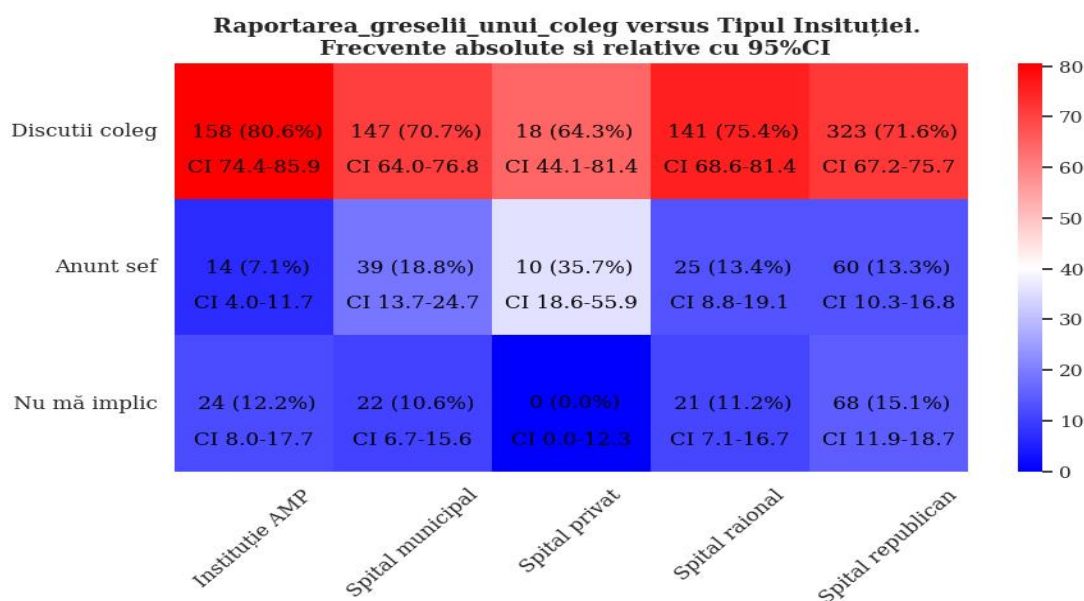


Figura 67. Atitudinea față de raportarea greșelii, după tipul instituției, %, c.a.

Preferința de a ține parte unui coleg și a ascunde de șefi greșeala, poate fi condiționată și de dorința de a se asigura că, în alte condiții, colegul respectiv la fel nu va denunța. Este o segmentare a colectivului, cu o ruptură în relația dintre angajați și management, cauzată, probabil, de frică.

Medicii din spitalele republicane sunt mai mult dispuși 15,1% (CI95%11.9, 18.7) de a nu reacționa la o greșeală a colegului, în comparație cu cei di spitalele raionale – 11,2% (CI95% 7.1,

16.7) și municipale – 10,6% (CI95% 6.6, 15.6). Un grup, practic, similar est și în rândul medicilor de familie 12,2% (CI95% 8.0, 17.7). Astfel de situații nu se vor întâlni în spitalele private unde, comparativ, este mai mare numărul celor care vor anunța șeful – 35,7% (CI95% 18.6, 55.9). Această diferență indică prezența unor proceduri clare față de raportarea greșelii (Figura 67).

P-value: 0.0000
Chi-squared: 32.20

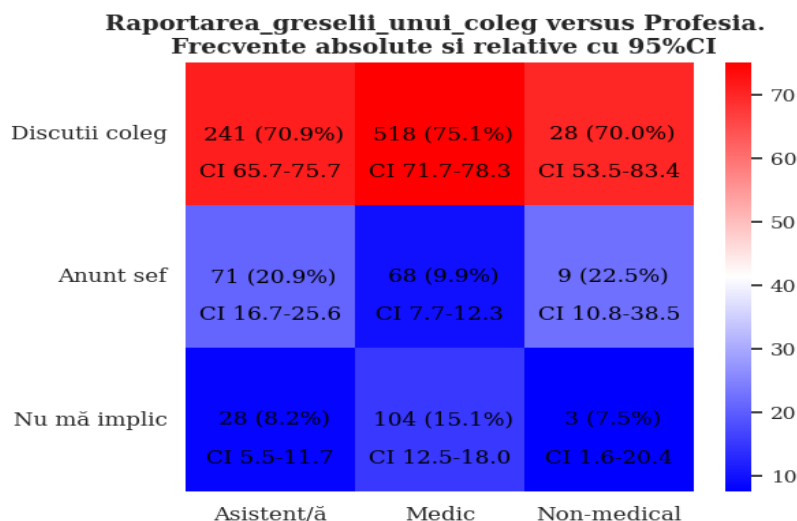


Figura 68. Atitudinea față de raportarea greșelii, după profesia respondenților, %, c.a.

Medicii sunt mult mai dispuși de a ignora greșeala unui coleg (15,1%) în comparație cu asistentele medicale (8,2%) (Figura 68).

Mulți participanți au recunoscut că vor decide asupra raportării greșelii în funcție de persoana care a greșit, astfel, condiționând responsabilitatea raportării unei greșeli (ceea ce ar trebui să fie o obligație) prin prisma propriilor aprecieri și decizii, fapt care lasă loc de interpretări subiective. Cel mai frecvent ezitarea de a raporta greșeala ține de nedorința de a crea probleme colegului, deoarece este certitudinea că raportarea va urma cu penalități.

”Depinde de situație, dacă știu că este un coleg responsabil și s-a întâmplat să greșească, mă rog... fiecare greșește... nu mai alergi repede la șef!” (II41).

”Fiecare caz e diferit, unul greșește fără să aibă așa intenție, altul o face din atitudine neglijentă... Poți să raportezi pe cel care știi că trebuie și de responsabilizat!” (II12).

„Greșelile se ascund din motiv ca mulți angajați sunt de scoală veche, nu sunt adaptați la timpurile noastre. Greșelile ar trebui să se discute pentru a nu le repeta, dar nu pentru a penaliza, cum era cândva...” (comentariu în chestionar).

Cel mai mult sun dispuși de a ignora greșeala colegului medicii din oncologie (24,1%) în comparație cu alte specialități (Figura 69).

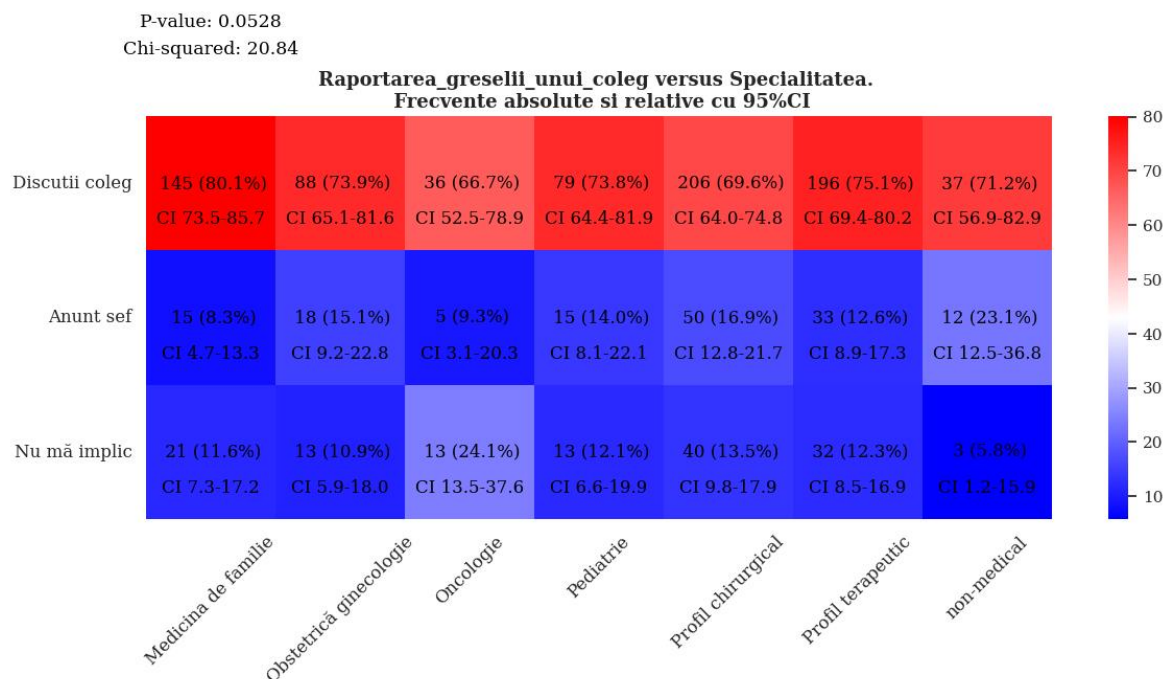


Figura 69. Atitudinea față de raportarea greșelii, după specialitatea respondenților, %, c.a.

În cercetarea cantitativă respondenții au fost solicitați să-și expună opinia cu privire la condițiile existente în instituție și climatul creat pentru raportarea greșelilor.

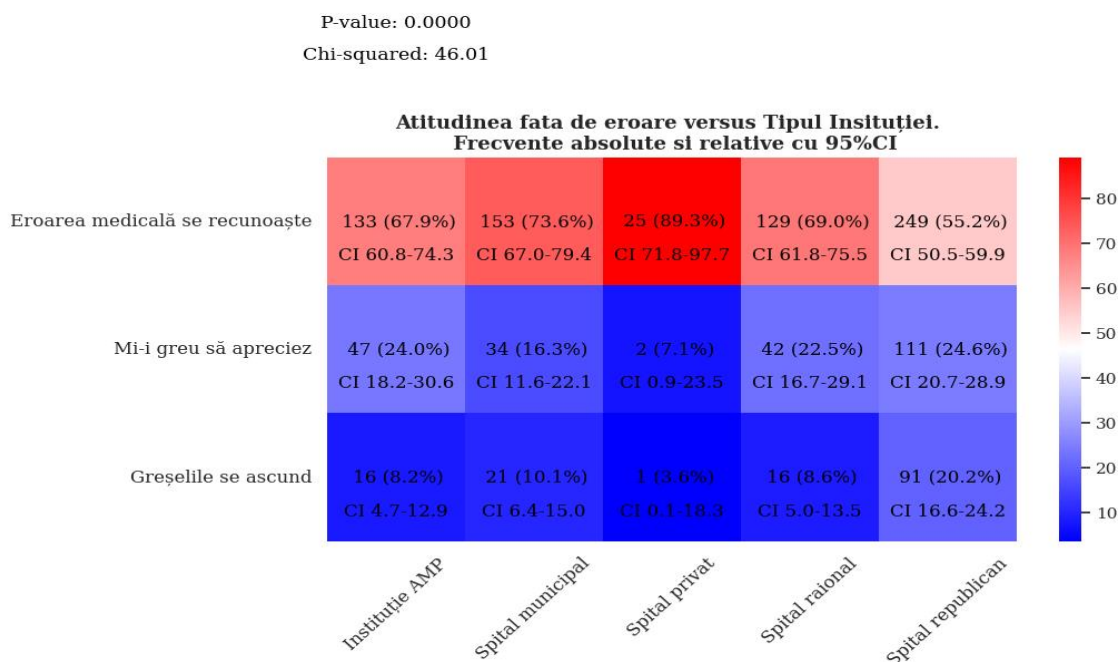


Figura 70. Tradițiile instituției față de greșeală, după tipul instituției %, c.a.

Unul din cinci respondenți angajați ai spitalelor republicane 20,2% (CI95% 16.6, 24.2) consideră că la ei în instituție greșelile se ascund. În majoritatea cazurilor greșeala se recunoaște în instituțiile private – 89,3% (CI95% 71.8, 97.7) ceea ce presupune existența unor politici corecte față de raportarea greșelii (Figura 70).

Medicii consideră mai mult 17,8% (CI95% 15.0, 20.9) în comparație cu asistentele medicale 5,6% (CI95% 3.4, 8.6) că greșelile se ascund în instituțiile unde activează (Figura 71).

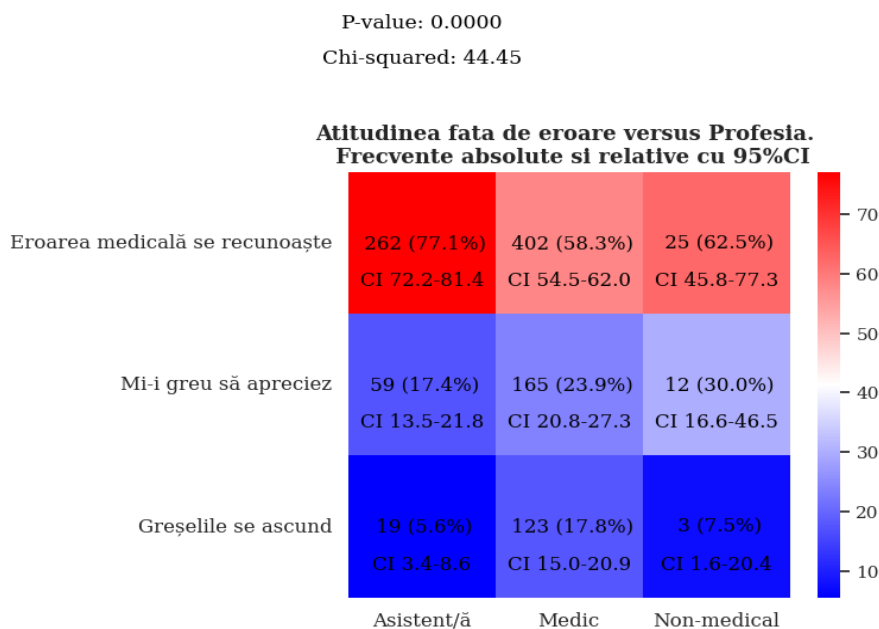


Figura 71. Tradițiile instituției față de greșeală, după profesia respondenților %, c.a.

Multiple studii demonstrează că o cultură favorabilă de raportare a erorilor este strâns legată de o cultură organizațională pozitivă, în care sunt reduși factorii de stres, se monitorizează sindromul de ardere profesională a medicilor și se lucrează spre creșterea satisfacției personalului. Atunci când medicii sunt încurajați de o cultură organizațională pozitivă, angajamentul lor față de cultura de raportare și partajare a erorilor crește, îmbunătățind astfel siguranța pacienților și reducând ratele de mortalitate. Un mediu orientat spre calitate ar trebui să fie echivalent cu mai puține erori medicale, o mai bună raportare a erorilor și mai puține cazuri de asistență suboptimă a pacientului. Astfel, este important de investit timp și resurse în formarea culturii lucrătorilor medicali către o cultură mai progresivă a neînvinovățirii, încurajând raportarea erorilor în rândul angajaților [244].

Cel mai mult consideră că se ascund greșelile medicii din oncologie (24,1%) și cei din profil chirurgical (20,6%) (Figura 72).

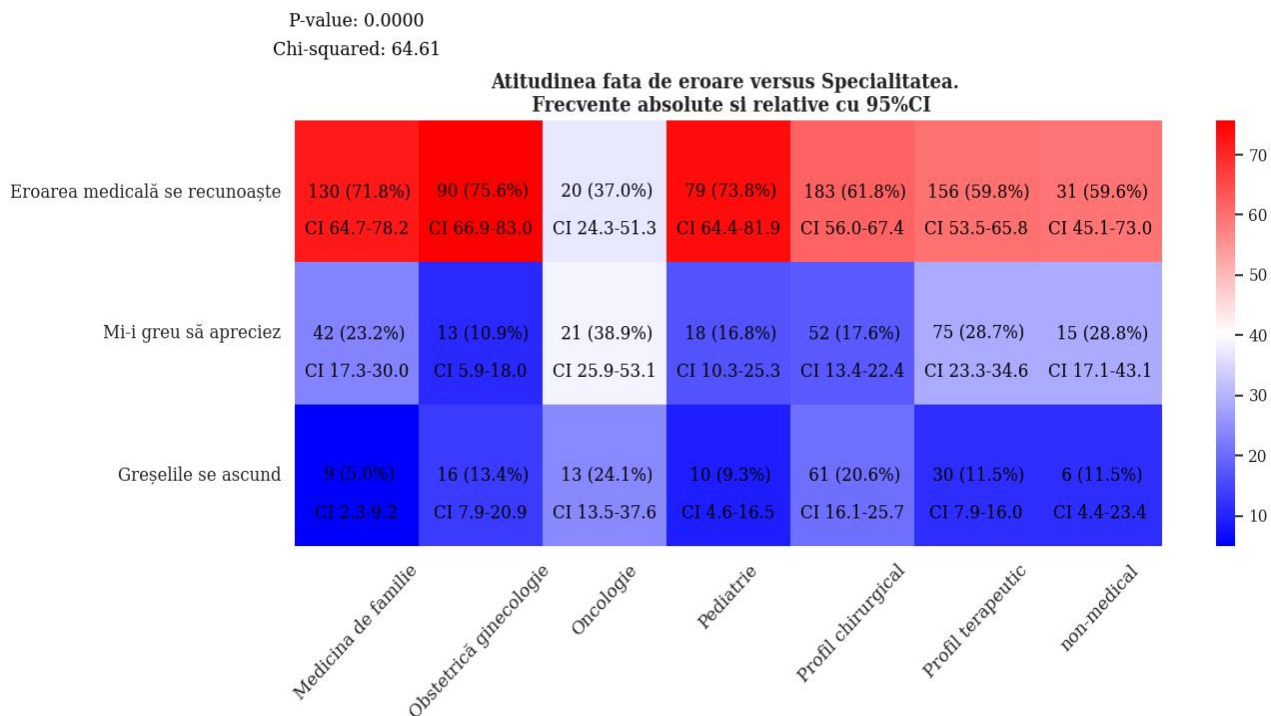


Figura 72. Tradițiile instituției față de greșală, după specialitatea respondenților %, c.a.

O adevărată orientare către calitate ar necesita, prin urmare, o atenție organizațională substanțială pentru dezvoltarea, implementarea și monitorizarea mecanismelor de reducere a erorilor, Este important de investit timp și resurse în formarea culturii lucrătorilor medicali către o cultură mai progresivă a neînvinovățirii, încurajând raportarea erorilor în rândul angajaților [245, 246, 247].

Cadrul normativ în vigoare, precum și canoanele etice stipulează că poziția lucrătorilor medicali față de eroarea medicală trebuie să aibă drept criteriu esențial binele pacientului. Fiecare lucrător medical este obligat să raporteze specialiștilor din domeniu comiterea unor greșeli (erori) proprii sau depistarea acestora în lucrul colegilor săi în cazul în care pot fi afectate viața, sănătatea și binele pacientului. De asemenea, trebuie luate în considerare și evaluate cele mai mici riscuri de apariție a unui eveniment nociv în asistența pacientului [110, pct. 90-93].

4.4. Condiții pentru utilizarea rațională a medicamentelor

O instituție etică este cea în care sunt implementate măsuri preventive care nu permit sau micșorează riscul apariției unor prejudicii, atât aduse pacienților cât și celor care pot să afecteze personalul angajat. Prejudiciile aduse pacienților prin prescrierea sau utilizarea irațională a medicamentelor sunt cunoscute la nivel internațional. Cele mai frecvente erori medicale sunt legate de diagnostic, prescrierea și utilizarea medicamentelor [249]. O analiză detaliată a peste 74 mii de fișe medicale ale pacienților din țări cu economii avansate a determinat că un pacient din 10 este prejudiciat în timpul asistenței spitalicești, iar 7,4% de evenimente au fost letale. Cel mai frecvent întâlnite prejudicii sunt înregistrate în urma intervențiilor chirurgicale (39,5%) și urmare a medicației aplicate incorect (15,1%) [250]. Un studiu realizat în spitalele pentru boli acute din Portugalia a identificat o incidență de 11,1% a efectelor adverse, printre care utilizarea irațională a medicamentelor constituie circa 18,3% [251].

Utilizarea irațională a medicamentelor devine o problemă globală extrem de gravă, care induce multe daune pentru sănătatea populației. În țările în curs de dezvoltare și în tranziție, mai puțin de 40% dintre pacienții sectorului public și doar circa 30% din pacienții din sectorul privat sunt tratați în conformitate cu standardele de tratament expuse în ghiduri și protocoale [252, 253]. Erorile de medicație sunt de trei ori mai frecvente la copii decât în cazul adulților. Circa 13% dintre prescripțiile pentru copii conțin erori [254], cauza fiind determinată de diferențele în vârstă și greutate ale copiilor [255]. Riscul de efecte adverse și daune se mărește odată cu creșterea numărului de medicamente care interacționează. Prejudiciul poate rezulta, în special, urmare a interacțiunilor medicament-medicament, precum și a interacțiunii medicamente-boli [256].

Fenomenul de utilizare irațională a medicamentelor a fost constatat și în cadrul unor studii realizate recent în Republica Moldova. Analiza a circa 500 de foi de observații ale unor secții spitalicești de profil terapeutic a identificat 71% de cazuri de polipragmazie, 40% cazuri de prescriere ineficace a medicamentelor, 32% de cazuri de neconsiderare a contraindicațiilor, 15% de cazuri de administrare concomitentă a medicamentelor incompatibile terapeutic [257].

Evaluarea a circa 625 de fișe medicale din diferite instituții curative din țară a demonstrat că în 30% de cazuri prescrierea medicamentelor era greșită, printre care fiind selectarea incorectă și nepotrivită a medicamentului, determinarea incorectă a regimului de dozare, lipsa evidenței posibilelor interacțiuni ale medicamentelor, neconsiderarea contraindicațiilor, controlul insuficient al

acțiunii preparatelor, polipragmazia etc. În 48% de cazuri pacienților le-au fost administrate concomitent 5-6 preparate, iar în restul 52% de cazuri – șapte și mai multe medicamente [258].

O mare parte a evenimentelor adverse poate fi evitată. Conform unor estimări, puteau fi prevenite de la 43% [250] până la circa 53% [251] de erori comise în sectorul spitalicesc și circa 80% [259] din erorile comise în domeniul asistenței medicale primare. Printre cauzele principale care cresc riscul și probabilitatea apariției evenimentelor adverse sunt considerate lacunele în organizarea măsurilor de prevenție, instrumente insuficiente pentru un management corect al calității actului medical, cultură organizațională inadecvată, deficit de personal etc. [260].

În anul 2021, la nivel național în Republica Moldova, de către autoarea acestei lucrări a fost realizat un studiu pentru constatarea situației actuale ce ține de cadrul normativ în vigoare, mecanismele și instrumentele existente în instituțiile medico-sanitare publice stabilite pentru monitorizarea prescrierii raționale a medicamentelor și reducerea și prevenirea polipragmaziei [261]. Studiul a identificat un șir amplu de deficiențe și neconformități cu privire la organizarea procesului de monitorizare a utilizării raționale a medicamentelor (URM) atât la nivel național, cât și instituțional.

Una din problemele-cheie identificate în cadrul studiului a fost faptul că, la nivel național, nu există o abordare univocă și uniformă cu privire la monitorizarea și promovarea utilizării raționale a medicamentelor în instituțiile medico-sanitare, atât cele spitalicești, cât și cele de AMP. Cadrul normativ relevant procesului de monitorizare și control al URM este insuficient, uneori chiar ambiguu și depășit și nu asigură continuitatea procesului. Cu toate acestea, nu sunt întreprinse careva acțiuni de îmbunătățire din partea autorităților centrale și a instituțiilor de resort.

În multe instituții medico-sanitare subiectul polipragmaziei nu este evaluat adecvat prin procedurile de audit medical intern. În majoritatea instituțiilor medico-sanitare nu există persoane dedicate, care să posede cunoștințe și abilități suficiente pentru organizarea adecvată auditului medical intern. Au fost identificate rezerve în desfășurarea procesului de elaborare și revizuire a protocoalelor clinice. În multe instituții a fost constatată calitatea insuficientă a protocoalelor instituționale, ceea ce crește riscul pentru utilizarea irațională a medicamentelor și scăderea calității actului medical [261].

Cercetarea [261] a identificat o supraveghere inadecvată a procesului URM în cadrul instituțiilor medico-sanitare și o lipsă a definirii clare a acestor obligații în fișele de post sau în contractele de muncă ale managerilor de diferite niveluri din ierarhia instituțională. Manageri IMSP

au recunoscut că sunt necesare instruirii la nivel de instituții medico-sanitare pentru a fi explicat algoritmul și calea corectă de creare a listei medicamentelor incluse în formular la nivel de instituție. Analizând rezultatele studiului menționat [261], cu regret constatăm că, chiar dacă polipragmazia este considerat un fenomen un impact negativ enorm asupra calității serviciilor medicale, acesta nu este monitorizat și nu se reflectă în prevederile contractelor instituționale încheiate anual cu CNAM.

Conform practicilor internaționale, un rol important în controlul URM în instituțiile spitalicești îl au farmaciștii-clinicieni care fac parte nemijlocit din personalul spitalului. În unele țări, standardele implică angajarea unui farmacist clinician la 10 paturi de spital. În țara noastră, conform cadrului normativ în vigoare [261], atribuțiile farmacistul-clinician includ consultarea medicilor în: prescrierea medicamentelor, având în vedere contraindicațiile, reacțiile adverse, incompatibilitățile etc.; stabilirea dozelor în corespundere cu vârsta, maladii, particularitățile farmacogenetice etc.; alegerea terapiei reieșind din accesibilitatea fizică și economică a medicamentelor etc..

Cadrul normativ în vigoare prevede specialitatea și funcția de medic farmacolog clinician [263, 264]. Astfel, încă din anul 1999 este prevăzută pregătirea medicilor farmacologi clinicieni prin rezidențiat, precum și formarea continuă a medicilor practicieni în cele mai actuale domenii ale farmacologiei clinice și utilizării raționale a medicamentelor. Cu toate acestea, studiul realizat [261] a determinat lacune serioase cu privire la implicarea unor astfel de specialiști în activitatea instituțiilor medico-sanitare. Din 34 de instituții spitalicești incluse în studiu doar în 5 a fost confirmată prezența specialistului farmacolog clinician (14,7%), toate acestea fiind de nivel republican sau municipal. Niciuna dintre instituțiile spitalicești de nivel raional nu au așa specialist (Figura 73).

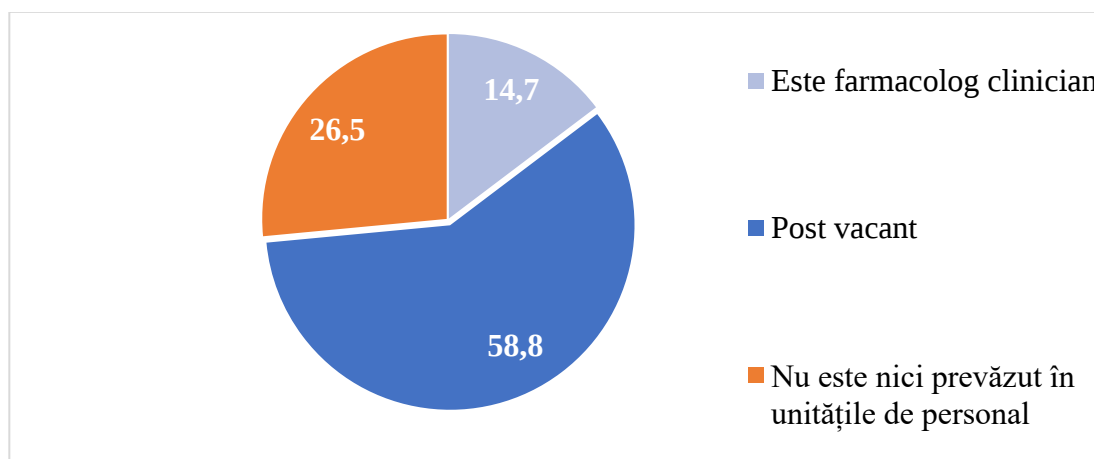


Figura 73. Asigurarea IMSP spitalicești cu farmacologi clinicieni, % [261].

Din totalul instituțiilor unde nu este farmacolog clinician (85,3%), în mai mult de o pătrime (26,6%) nici nu este prevăzută această funcție în statele de personal, contrar prevederilor legale.

Reprezentanții USMF „Nicolae Testemițanu” incluși în cercetare au remarcat că instituțiile medico-sanitare din țară nu fac solicitări pentru deschiderea locurilor la rezidențiat, deoarece mulți manageri nu înțeleg rolul și importanța acestor specialiști în echipa instituției pentru asigurarea calității serviciilor prestate și URM.

”A fost deschis rezidențiat în farmacie clinică și au fost pregătiți câte o grupă de rezidenți pe an. Însă, când au ajuns să se angajeze, toți ca farmaciști simpli i-au angajat, căci nu au fost locuri în spitale. E tare regretabil acest fapt.... ” (II43).

În discuțiile avute cu managerii instituțiilor spitalicești am întâlnit afirmații care ne-au demonstrat o atitudine indiferentă față de acest subiect, care nu este perceput ca unul prioritar. S-a creat impresia că însuși managerii instituțiilor medico-sanitare nu înțeleg suficient de clar importanța acestui specialist în instituție și locul lui prioritar în asigurarea calității actului medical și a siguranței pacientului.

” Ce să vă zic? Nu avem farmacolog în instituție... dar am să vă spun sincer - nici nu m-am gândit că îmi trebuie așa specialist” (II96).

”Ce folos că am deschis funcție, dacă ani de zile rămâne vacantă și nimeni nu vine să se angajeze... Am anulat-o și am angajat alt specialist, care îmi trebuia ” (II17).

Discutând cu persoane din sectorul privat am determinat că lucrurile în instituțiile spitalicești private stau mult mai bine. În personalul instituției spitalicești sunt angajați trei specialiști calificați în domeniu farmacologiei clinice care monitorizează cu strictețe procesul de utilizare rațională a medicamentelor în instituție.

”La noi este foarte strict pus acest proces. Nici un medicament nu va fi eliberat din farmacia spitalului dacă prescripția nu va fi aprobată mai întâi de farmacologul sau farmacistul clinician. Este o condiție obligatorie a standardelor internaționale de management al calității! Un spital numai așa poate lucra!” (II38).

Astfel, devine evident că, la nivel național, există lacune de percepere a problemei URM chiar în rândul factorilor de decizie din sistemul sănătății, inclusiv din rândul managementului instituțiilor medico-sanitare. Pentru asigurarea calității și a siguranței actului medical este necesar ca instruirea continuă a personalului în subiecte dedicate URM să fie un proces obligatoriu. Pentru a promova

URM este necesar ca personalul implicat să posede cunoștințe în domeniul managementului calității actului medical, la toate etapele de prestare a asistenței medicale.

Totodată, este important ca toate persoanele care aplică pentru funcții manageriale, începând cu nivelul șefului de secție, trebuie în mod obligatoriu să fie certificate în managementul calității cu un număr obligatoriu de ore de instruire, pentru a asigura un proces adecvat de prestare a serviciilor medicale calitative și sigure la nivel de subdiviziune condusă. Totuși, studiul a determinat că, atât la nivel național, cât și în majoritatea instituțiilor medico-sanitare nu sunt realizate alte instruirii dedicate acestui domeniu, decât cele legate de promovarea unor ordine ale ministerului sau a protocoalelor clinice. Realizarea unor instruirii tematice în acest domeniu are loc preponderent în contextul unor proiecte, fapt ce indică caracterul sporadic al organizării acestora și nicidecum o planificare managerială strategică în această privință.

Cercetările efectuate în acest sens arată că este nevoie de o abordare comprehensivă radicală în instituțiile medico-sanitare din țară pentru îmbunătățirea controlului URM. Pe lângă modificările esențiale legislative care trebuie făcute la nivel sistemic, este necesară și revizuirea cadrului normativ instituțional, cu adoptarea unor politici instituționale de asigurare a calității.

Prevenirea utilizării iraționale a medicamentelor și a polipragmaziei ține de asigurarea dreptului fundamental la viață și cele mai înalte standarde de sănătate, și a dreptului pacientului la calitate, inovație și siguranță în asistența medicală. Totodată, această condiție este obligatorie pentru asigurarea imperativului moral de a nu dăuna. Astfel, organizarea măsurilor și a condițiilor adecvate pentru un control riguros al URM trebuie să fie în vizorul managementului instituției, atât din perspectivă legală, financiară, cât și ca obligație morală și componentă a managementului eticii în instituție.

4.5. Sinteză la capitolul 4

Instituțiile medico-sanitare sunt locul de muncă pentru mii de angajați, de diferite specialități și calificări. Satisfacția și siguranța angajatului reprezintă o prioritate pentru administrația instituțiilor, deoarece de aceasta depinde, în mare parte, calitatea actului medical dar, totodată, și comportamentul etic al persoanelor [121,127]. Angajații satisfăcuți de mediul de muncă vor oferi servicii într-o manieră etică și corectă [117, 118, 119]. Astfel, politicile adecvate de resurse umane într-o organizație au și conotație etică puternică, dar și aspect evident de respectare a drepturilor fundamentale ale omului. Pe lângă calitatea înaltă a produselor farmaceutice și echipamentelor medicale, este necesar de a asigura condiții de muncă pentru angajați, în care prestarea serviciilor medicale să fie realizată cu satisfacție [123]. Munca pentru o organizație care se caracterizează prin încredere reciprocă are o atracție mult mai mare pentru angajați, decât pentru o organizație în care predomină conflicte și comportamente neetice. Astfel, organizarea unui climat etic, în care să fie siguranță și cultură etică, sunt precondiții obligatorii pentru un management al calității serviciilor [212, 225, 228]. Pentru aceasta managementul instituțiilor trebuie să fie orientat spre acțiuni de prevenție și dezvoltare de proceduri ale management calității.

Activitatea medicală implică un risc înalt de dezvoltare a arderii profesionale, apariția unor erori, de diferite etiologie, inclusiv și a utilizării neraționale a medicamentelor. Cercetarea realizată a demonstrat că în instituțiile medico-sanitare din țară se determină o implicare redusă a managerilor în evaluarea nivelului de satisfacție a angajaților, ceea ce le crește nemulțumirea acestora. Lipsa interesului din partea managerilor pentru problemele cu care se confruntă angajații în activitatea zilnică, implicare redusă a acestora în creșterea calității, ignorarea aspectelor care duc la dezvoltarea sindromului de ardere profesională și lipsa unor măsuri de identificare a acestui fenomen în rândul angajaților – sunt lacune determinate în cadrul studiului nostru realizat la nivel național.

Pentru asigurarea calității actului medical, trebuie să existe instrumente bine formulate și promovate în instituție, îndreptate spre creșterea siguranței și reducerea riscurilor de prejudicii, atât pentru pacienți, cât și pentru angajații instituției. Aceste condiții sunt necesare pentru respectarea drepturilor fundamentale precum: dreptul la siguranță și securitate, dreptul de a nu fi prejudiciat. Crearea unui climat etic și promovarea sentimentului de siguranță și încredere trebuie să devină un obiectiv strategic atât la nivel de sistem, cât și pentru fiecare instituție medicală în parte. Cultura siguranței trebuie să fie o condiție obligatorie pentru o instituție medicală în care se dorește conformitate cu principiile drepturilor fundamentale ale omului.

5. DECIZII BAZATE PE VALORI ETICE

5.1. Influențe asupra procesului de adoptare a deciziilor morale

5.1.1 Valori și conflicte morale în procesul decizional

Angajații vin în instituție cu un volum de cunoștințe acumulate în contextul diferitor experiențe trăite și cu un set de valori proprii ierarhizate urmare a educației primite, a contextului cultural în care s-au aflat. Desigur, în mod ideal, comportamentul angajaților unei instituții trebuie să corespundă acelor idealuri pe care le dictează canoanele deontologice ale profesiei. Totuși, nu trebuie să ignorăm faptul că procesul de luare a deciziilor de ordin etic și comportamental este influențat semnificativ de aprecierile pe care le fac membrii unui colectiv și valorile pe care aceștia le adoptă, la nivel individual sau de acord comun [30, pp. 47-50].

Astfel, angajații au nevoie de o scară de valori ca punct de pornire în procesul decizional. Managementul instituției ar trebui să se bazeze pe un proces deliberativ, pentru a promova corectitudinea, printr-o înțelegere clară a tuturor valorilor concurente, ca răspuns la un anumit conflict etic. Pentru aceasta, factorii de decizie trebuie să ia în considerare percepțiile și valorile celor afectați de decizie și să exploreze, inclusiv, valorile subiacente, ascunse.

În cadrul cercetării realizate, în discuțiile individuale și a celor în focus grupuri ne-au fost expuse îngrijorări precum că nu toți angajații instituției cunosc și respectă valorile-cheie ale activității profesionale în procesul de luare a deciziilor comportamentale.

”Fiecare ar trebui să se comporte în baza celor șapte ani de acasă, dar nu întotdeauna avem asta. Sunt și de cei cărora le este totuna, își fac interesele și nu îi interesează altceva” (II28).

Deseori ne-a fost expusă opinia precum că nu există careva valori agreate în comun, fiind considerat că ar fi suficient să fie respectate valorile religioase ale fiecărei persoane.

”Nu știu despre careva valori speciale ale instituției noastre. Sunt cele generale, primite prin educație. Toți suntem credincioși, ne temem de Dumnezeu! Ar trebui să avem aceleași valori” (II42).

În același timp, respondenții au fost rugați să ofere o apreciere în ce măsură consideră că sunt respectate valorile declarate ale instituției de către diferite categorii de angajați. Doar a patra parte dintre respondenți au remarcat că toți angajații respectă valorile instituției – 25,5% (CI95% 22.9, 28.1), iar o treime au preferat să se abțină, invocând că nu pot aprecia această caracteristică – 34% (CI95% 31.2, 36.9). Restul respondenților – 40,5% (CI95%37.5, 43.4) au menționat că doar unii angajați respectă valorile instituției.

Din figura 74 observăm că cel mai redus nivel de respectare a valorilor este aprecierea dată comportamentului personalului inferior (infirmiere) – 19,6%. Trebuie să constatăm că, această categorie de angajați este, de multe ori, ignorată în ceea ce privește instruirea etică, fapt ce duce la încălcări frecvente ale unor norme de comportament, dar și ale drepturilor pacientului. Un manager va înțelege importanța instituirii personalului inferior care, alături de medici, face parte din echipa spitalului, or un comportament neetic al infirmierii poate declanșa nemulțumiri și scădea satisfacția pacienților.

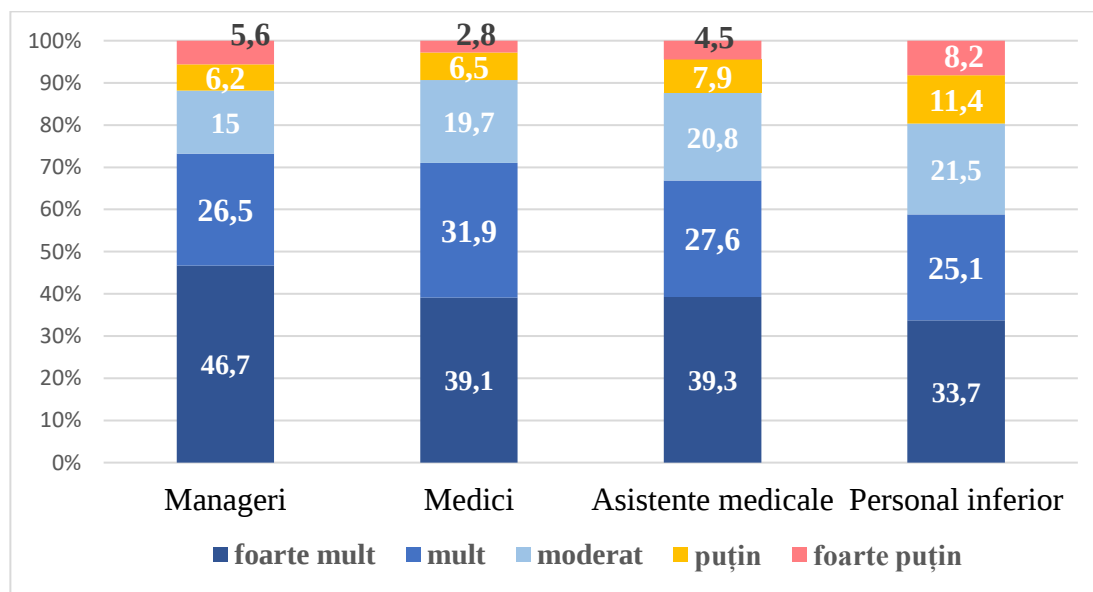


Figura 74. Opinia respondenților despre respectarea valorilor instituției de către angajați, %.

Totuși, chiar dacă cifrele aprecierii negative oferite altor grupuri de personal par a fi comparativ mai mici, prezența grupului de respondenți care au oferit astfel de răspunsuri ar trebui să fie un motiv de îngrijorare pentru managerii instituției medicale. Cel puțin unul din 10 respondenți (11,8%) consideră că managerii nu respectă sau respectă foarte puțin valorile instituției. Este o apreciere similară cu cea oferită asistentelor medicale (12,4%), urmată de aprecierea negativă oferită comportamentului medicilor (9,3%).

Făcând o analiză a rezultatelor acumulate pe tipuri de instituții observăm că cea mai negativă apreciere este dată de către angajații spitalelor municipale, urmați de grupul de respondenți angajați ai spitalelor republicane. Cea mai pozitivă apreciere a fost oferită de către angajații instituțiilor private (Anexa 10). 36 de respondenți (2,7%) din spitalele municipale și 62 de respondenți din spitalele republicane (2,2%) consideră că asistentele medicale din aceste spitale respectă puțin și foarte puțin valorile declarate ale instituției. Chiar dacă această apreciere este relativ mai mică în grupul

respondenților din spitalele raionale – 14 persoane (1,3%) și a celor din AMP – 21 de persoane (1,8%), este oricum alarmant să constatăm o așa apreciere negativă a activității personalului din propria instituție. O apreciere negativă față de corpul managerial este dată de către respondenții spitalelor municipale și republicane, unde 30 și, respectiv, 57 respondenți, consideră că managerul respectă *puțin* și *foarte puțin* valorile instituției. Acest grup oferă cea mai negativă apreciere a nivelului de respectare a valorilor de către infirmiere (Anexa 10).

Literatura de specialitate argumentează că rezultatul procesului de luare a deciziilor, inclusiv raționamentul care conduce la decizia luată, ar trebui să fie împărtășit în mod deschis și să existe posibilitatea de feedback pentru revizuirea rezultatului deciziei [135]. Un astfel de proces nu este un algoritm care oferă un răspuns clar la fiecare conflict etic, ci, mai degrabă, o metodă de a înțelege diferite perspective ale problemei, de a organiza și a prioritiza procesul de reflectare și de a aprecia consecințele unor opțiuni diferite. Un manager ar trebui să asculte opinia fiecăruia, fără a impune așteptări exagerate, luând în considerare toate punctele de vedere [138].

Deciziile etice trebuie analizate situațional, individual și contextual. Fiecare persoană reacționează la o dilemă etică în funcție de nivelul său de dezvoltare morală cognitivă, ceea ce îi determină modul în care se gândește cu referire la problemă și decide ce este corect sau greșit într-o anumită situație [136]. Cu toate acestea, doar cunoștințele despre bine și rău nu sunt suficiente pentru a explica un comportament etic în luarea deciziilor [137]. Eterogenitatea sistemelor de valori din cadrul organizațiilor din domeniul sănătății contribuie la apariția unei provocări cu care se pot confrunta managerii din domeniul sănătății – apariția unor valori concurente sau conflictuale în cadrul unei unități sau a întregii organizații. Deoarece activitatea de prestare a serviciilor medicale este pluridimensională, conflictele pot apărea în procesul de relaționare cu diferiți actori – colegi, administrație și pacienți și familiile acestora. În cadrul cercetării realizate am determinat că angajații instituțiilor medico-sanitare din țară se confruntă cu diverse probleme și dileme de ordin etic, de diferite etiologie și pe diferite dimensiuni sau niveluri. Din figura 75 observăm că conflictele cu colegi este cea mai frecventă problema de ordin etic care o menționează respondenții. Mai mult de o pătrime dintre respondenți (29,4%) se întâlnesc frecvent sau uneori cu probleme de ordin etic cu administrația.

Este important de remarcat că respondenții menționează probleme cu rudele pacientului mai frecvent decât cu însuși pacientul. Probabil, acest aspect este legat de vulnerabilitatea persoanei bolnave, care preferă să se abțină de la conflicte. Pe când rudele, fiind îngrijorate, pot avea pretenții,

uneori chiar și exagerate către personalul medical. Totodată, acesta este un indicator al unor lacune în procesul de comunicare din interiorul instituției și indică necesitatea dezvoltării unor proceduri instituționale și implementării unor algoritme pentru o comunicare empatică,.

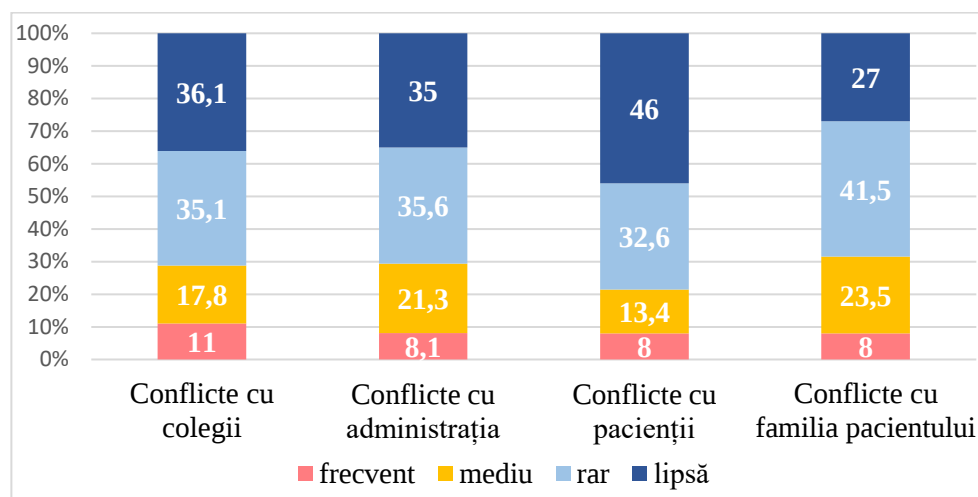


Figura 75. Prezența problemelor de ordin etic în relațiile profesionale ale respondenților, %.

Cel mai frecvent se întâlnesc cu conflicte cu aparținătorii respondenții din sectorul privat, comparativ cu cei din instituțiile publice (Figura 76).

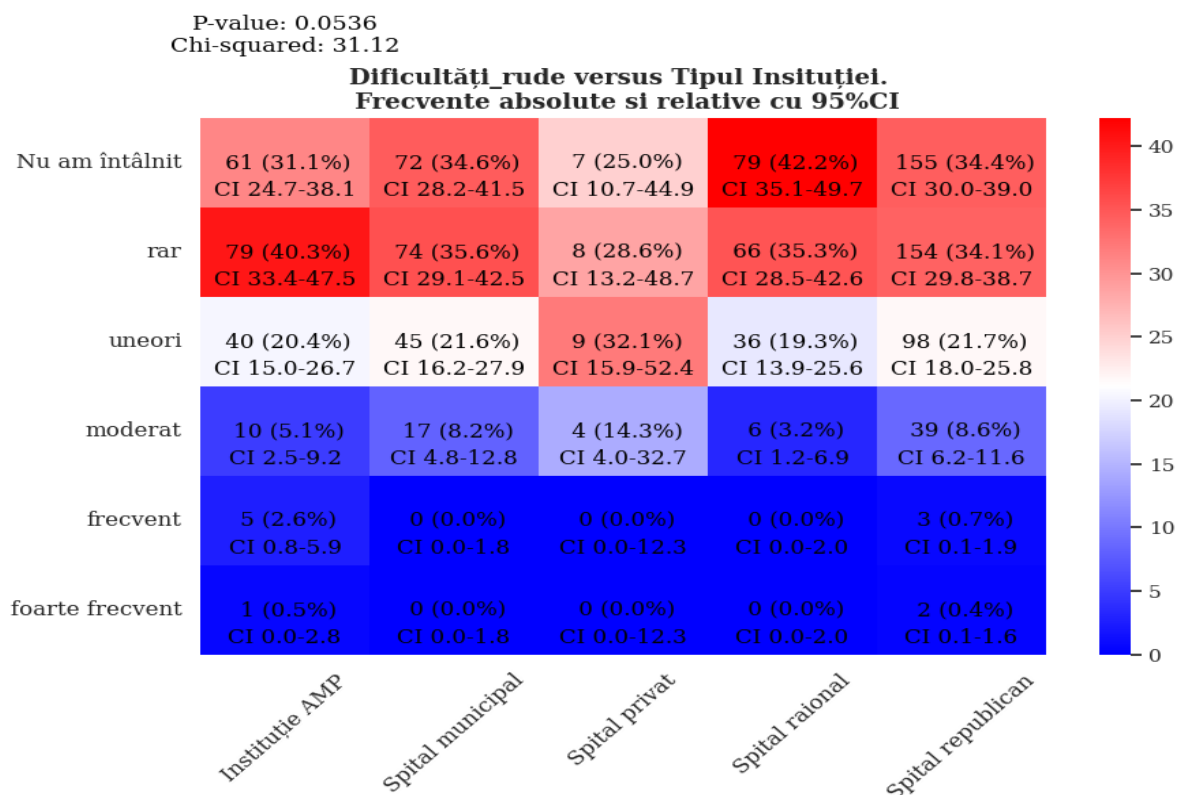


Figura 76. Probleme etice în relațiile cu aparținătorii, după tipul instituției %, c.a.

Putem presupune că, acest fenomen este legat și de faptul că rudele percep costurile înalte ale serviciilor private și au așteptări și dorințe mult mai mari.

Conflicte legate de subiecte bioetice

În mare parte, conflictele reiese din particularități sensibile ale actului medical, care este, de obicei, strâns legat de noțiuni precum: sfârșitul și începutul vieții, demnitate, taină medicală, respect pentru viață etc. noțiuni bioetice [73, 74, 75]. Lucrătorii medicali frecvent ajung în situații când propriile viziuni față de aceste noțiuni pot fi în contradicție cu cele ale pacienților implicați, aparținătorii acestora sau chiar contextul cultural al societății. Din figura 77 observăm circa o cincime dintre respondenți au întâlnit, *frecvent* sau *moderat*, probleme legate de finalul de viață (20,8%), conflicte legate de reproducerea umană (16,7%) și implicarea în cercetare clinică (9,2%).

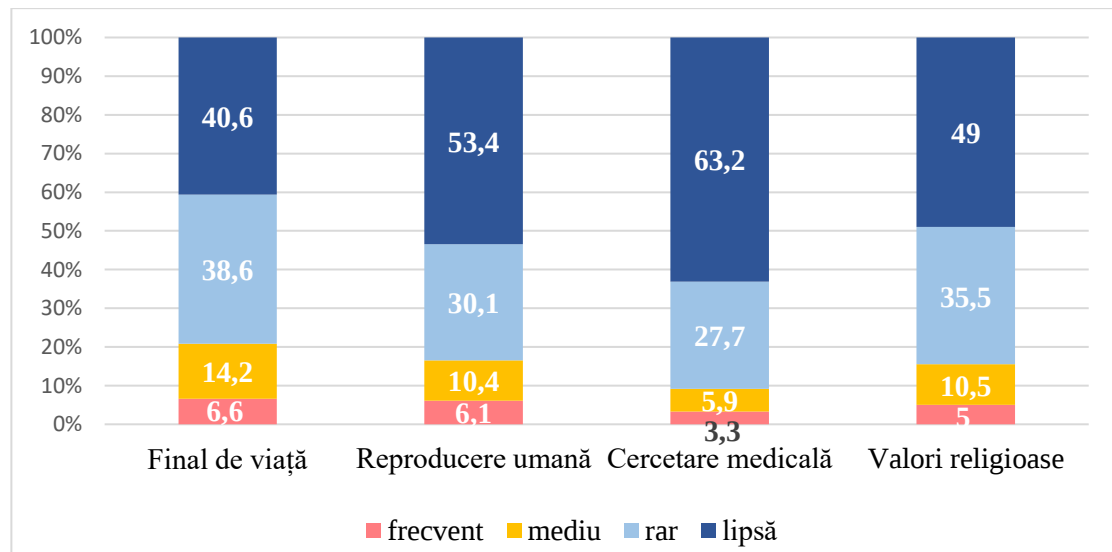


Figura 77. Dileme bioetice în activitatea practică a respondenților, %.

Cel mai mult au raportat dileme etice legate de diferența valorilor religioase personalul din instituțiile spitalicești private și cele de asistență medicală primară (Figura 78). Presupunem că cea mai frecventă divergență legată de valorile religioase cu care se confruntă medicii de familie, este obligativitatea vaccinării copiilor, care este refuzată de anumite confesii. Pe când, pentru asistența spitalicească, cea mai frecventă problemă întâlnită este refuzul pacienților de alte confesii de a accepta preparate de sânge și produse sangvine. Acest lucru ne-a fost confirmat în cadrul componentei de cercetare calitativă.

”Avem familii cu mulți copii, foarte religioși, care nu au adus copii nici la o vaccinare. Este o problemă să îi convingi!” (FGamp1)

”Ne confruntăm uneori cu situații problematice, când trebuie să transfuzăm sânge la pacienți din confesia martorii lui Yehova. Sunt foarte complicate moral astfel de situații.” (II21)

P-value: 0.0008
Chi-squared: 39.84

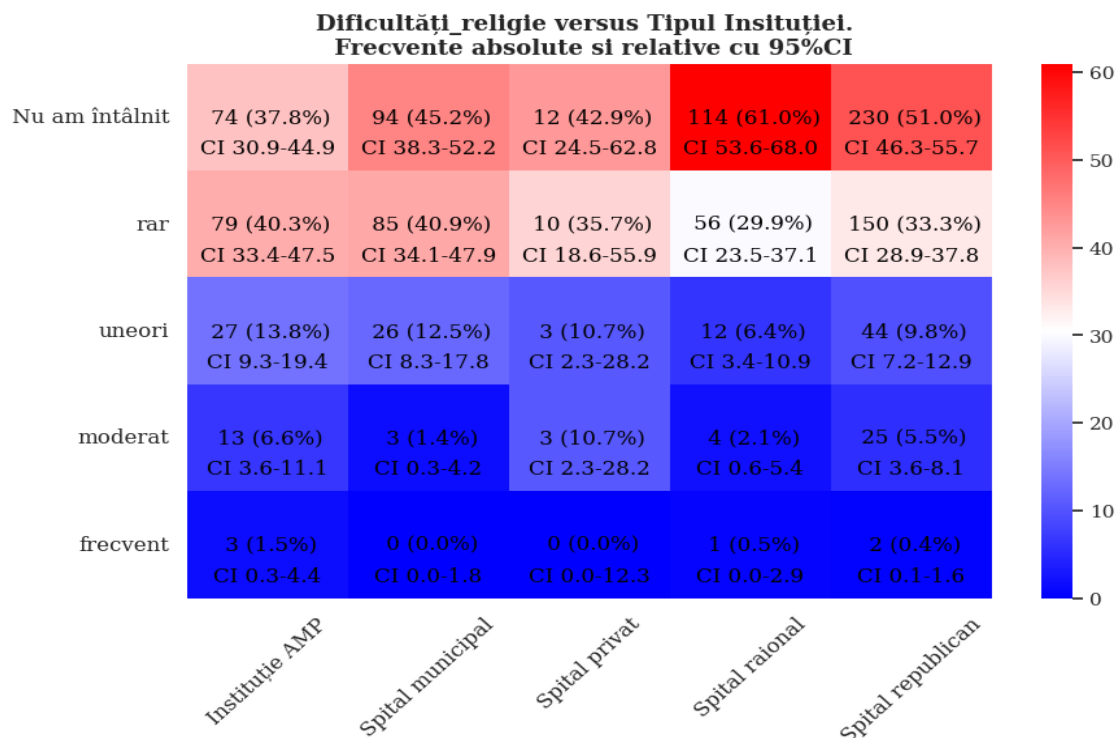


Figura 78. Probleme etice legate de valori religioase, după tipul instituției %, c.a.

Cei implicați în acest proces de luare a deciziilor cu încărcătură morală trebuie să ia în considerare principiile etice, inclusiv justiția, autonomia, binefacerea și non-dăunarea, precum și standardele și codurile etice profesionale și organizaționale [139]. Totodată, trebuie de luat în considerare și problemele de accesibilitate, presiunea de a reduce costurile, fuziunile și achizițiile, constrângerile financiare și progresele în tehnologia medicală care, de exemplu, pot complica luarea deciziilor cu referire la pacienții incurabili în faze terminale. Managerii din domeniul sănătății au responsabilitatea de a aborda numărul tot mai mare de dileme etice complexe cu care se confruntă, dar nu pot și nu ar trebui să ia astfel de decizii fără un cadru decizional solid [41, 140].

Influențe necorespunzătoare

Managerii, uneori, fiind sub presiunea problemelor și constrângerilor economice-financiare, politice etc., vor avea intenția de influența procesul decizional al angajaților săi, până la apariția fenomenului de influență necorespunzătoare – termen explicit redat și acoperit de prevederile legislației naționale [141, art.17].

Este alarmant faptul că, mai mult de jumătate dintre respondenții studiului nostru – 68,4%, au indicat că s-au confruntat cu situații de influențe necorespunzătoare din partea șefilor săi (oferirea de preferințe unor pacienți, limitarea unor resurse, influența deciziilor etc.), unde 21,8% (CI95% 18.3, 25.7) au menționat că se întâlnesc cu astfel de situații des sau foarte des.

Medicii recunosc mai frecvent acest fenomen, în comparație cu asistentele medicale și personalul non-medical. Practic, fiecare al patrulea medic (23,4%) și fiecare a cincea asistentă medicală susțin că acest fenomen se întâlnește *frecvent* și *foarte frecvent* în instituțiile unde activează (Figura 79).

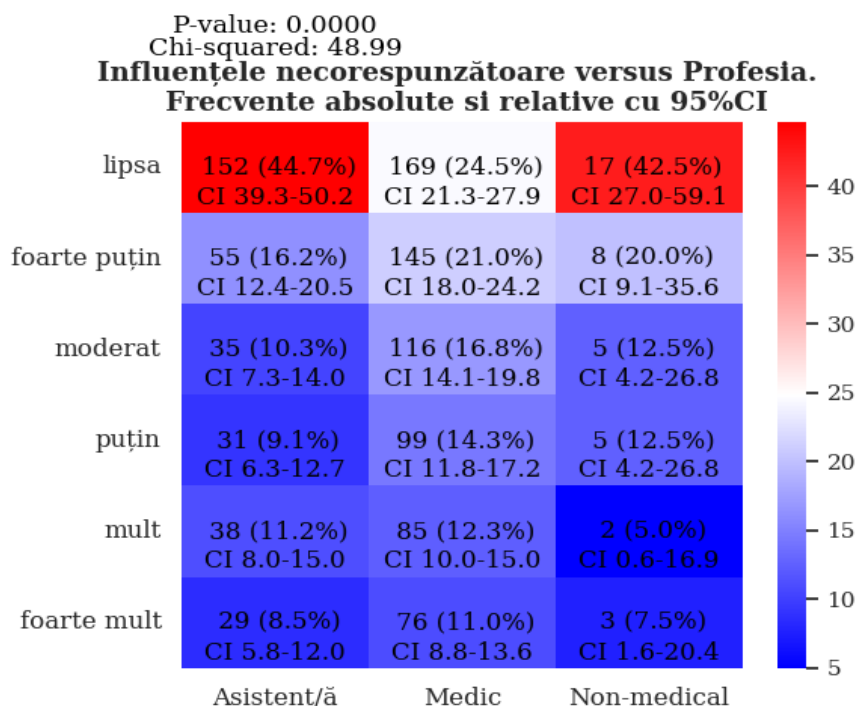


Figura 79. Percepția influențelor necorespunzătoare, după profesii, %, c.a

Perceperea influenței necorespunzătoare scade odată cu creșterea stagiului de muncă. Cu cât este mai mare stagiul de muncă a persoanei, cu atât va fi mai puțin raportată influența necorespunzătoare – ceea ce poate fi explicat și prin faptul că persoanele cu vârstă mai mare pot fi implicate în corpul managerial și administrația instituției. Peste jumătate 51,2% dintre respondenții cu stagiul de muncă mai mic de 5 ani au recunoscut că au perceput acest fenomen de la moderat la foarte mult, și doar 28,5% dintre cei cu stagiul mai mare de 35 de ani (Figura 80).

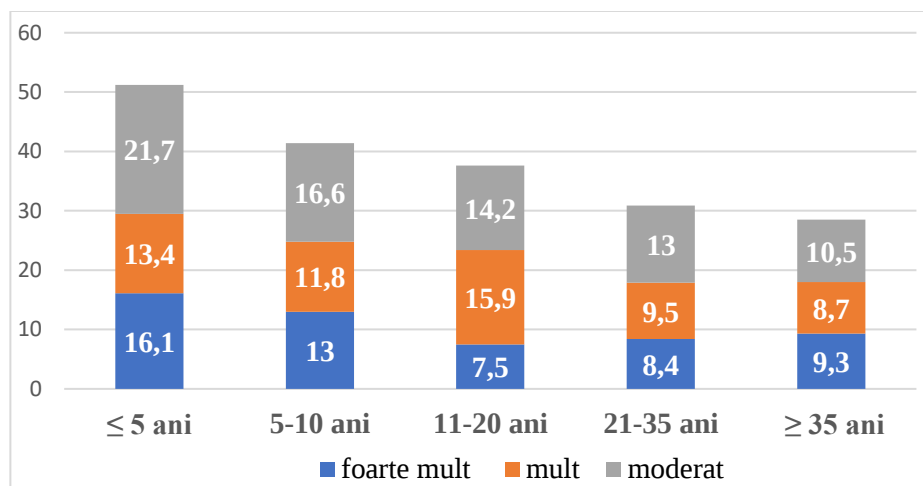


Figura 80. Aprecierea influențelor necorespunzătoare după vârsta respondenților, %.

Fenomenul influenței necorespunzătoare este mult mai frecvent raportat de către angajații spitalelor municipale (28,4% - frecvent și foarte frecvent), în comparație cu cei din alte instituții medico-sanitare cum ar fi: 21% în spitalele republicane și 21,4% în spitale private (Figura 81).

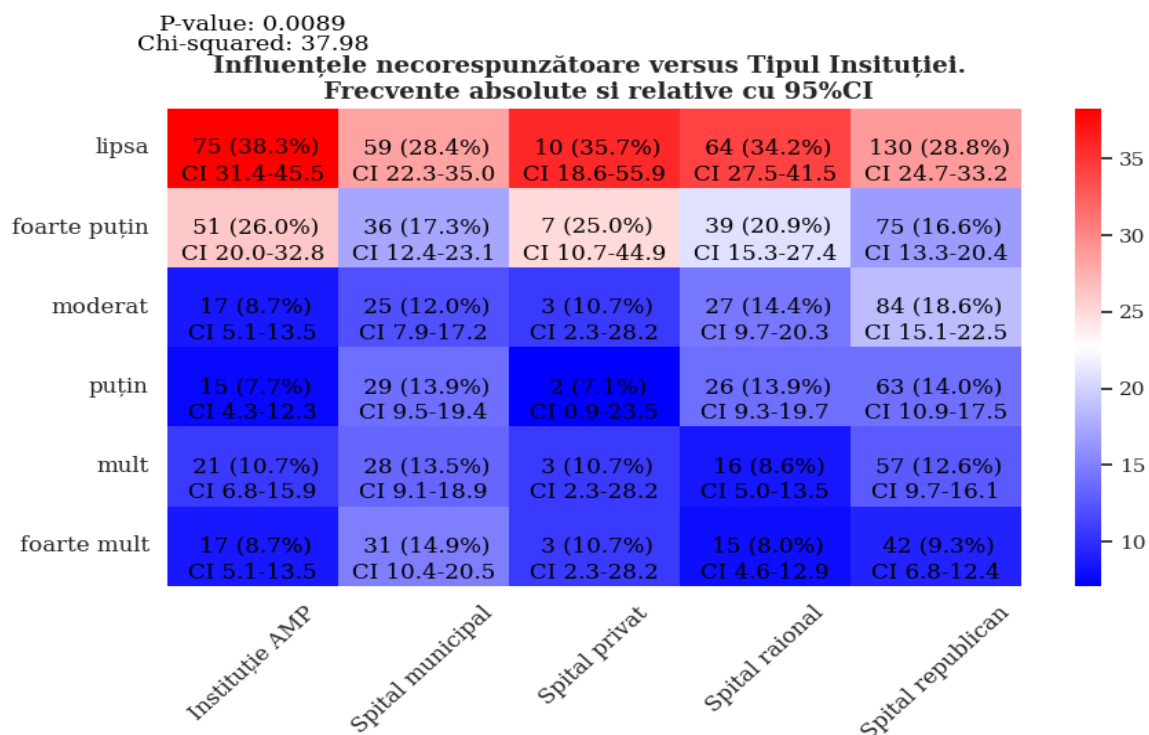


Figura 81. Perceperea influențelor necorespunzătoare, după tipul instituției, %, c.a.

Cel mai frecvent (mai mult de jumătate) raportează influențe necorespunzătoare specialiștii din oncologie (27,8% - mult și foarte mult și 27,8% - moderat), specialiștii din domeniul obstetricii

și ginecologiei (24,4% - mult și foarte mult și 15,1% - moderat) și specialiștii cu profil chirurgical (21,6% - mult și foarte mult și 20,6% - moderat) (Figura 82).

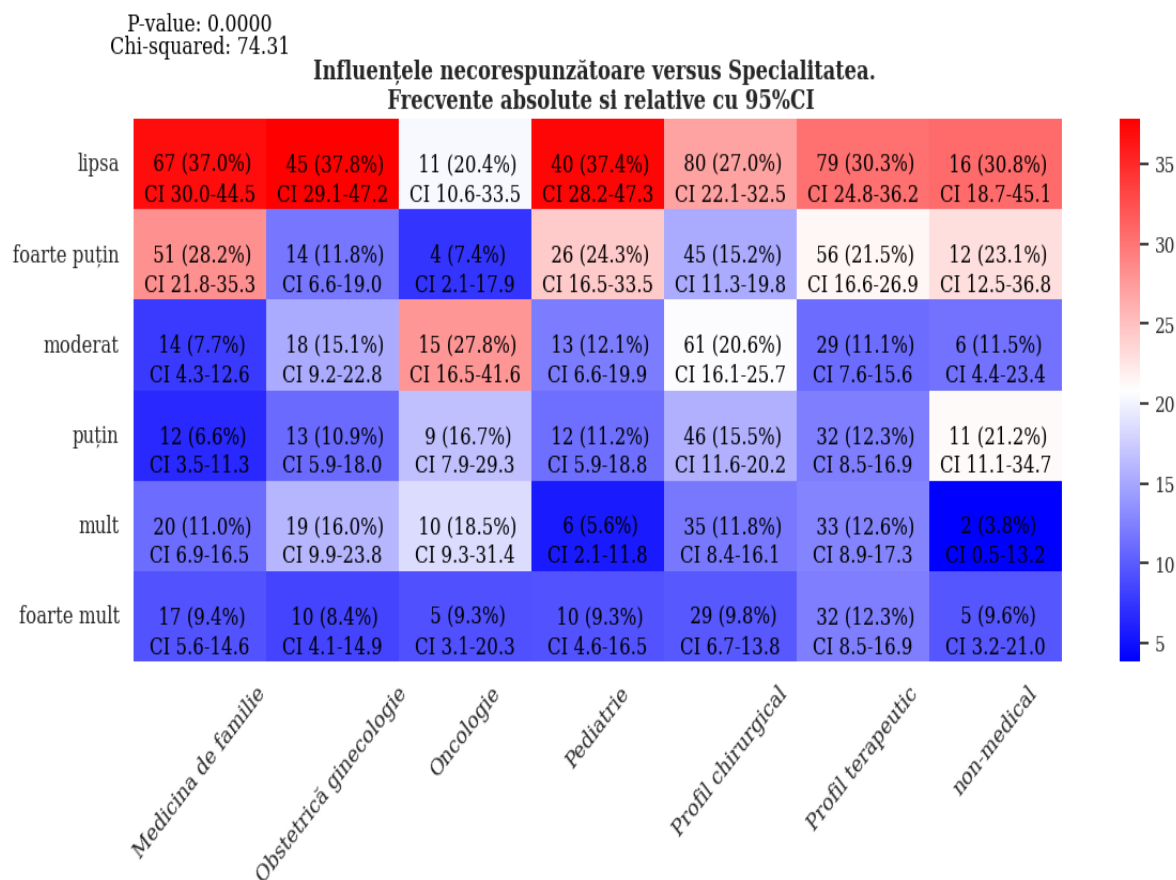


Figura 82. Perceperea influențelor necorespunzătoare, după specialitate, %, c.a

Pentru a se asigura că deciziile luate de către angajați vor corespunde priorităților și valorilor comportamentale declarate ale instituției, un manager trebuie să se asigure că angajații înțeleg și acceptă ceea ce se așteaptă de la ei. Pentru activitatea medicală este periculos și incorect să lași acest proces pe seama valorilor morale individuale, fapt ce crește evident riscul unor încălcări ale drepturilor pacientului, dar și ale valorilor etice. Ar trebui asigurate toate premisele ca instituția să sprijine și să adopte un proces decizional deschis.

Studiul a identificat că procesul de decizie a angajaților din instituțiile medico-sanitare din țară este influențat prin imixtiunile abuzive din partea superiorilor, care îi vor determina să ia anumite decizii, în special în favoarea intereselor instituției versus celor ale pacientului. Acțiunea de influență necorespunzătoare este la limita dintre lege și moralitate. Pe de o parte, superiorul aplică, într-un mod neetic, pârgii de influență și abuzează de puterea pe care o deține, pe de altă parte, angajatul este

impus să îi fie loial, cu riscul de a „*nu supăra șefii*”, cu toate consecințele neplăcute. Totuși, pentru angajat acest fenomen poartă o încărcătură emoțională mult mai mare, deoarece este pus în situația de a comunica cu pacientul și a-i oferi explicațiile, cu care personal nu este de acord.

Luarea deciziilor bazate pe valori este o măsură obligatorie pentru o organizație care încearcă să manifeste integritate. Aceasta ar însemna că organizația își stabilește drept misiune promovarea unui set de angajamente și valori morale și, prin urmare, va acționa corespunzător. Mai mult ca atât, implementarea cu succes a deciziilor bazate pe valori poate fi importantă nu doar pentru menținerea integrității organizaționale, dar și pentru bunăstarea financiară a organizațiilor, integritatea fiind condiția obligatorie a unei imagini bune și a satisfacției beneficiarilor serviciilor prestate [135].

Dileme înregistrate sunt cele legate de respectarea drepturilor pacienților

Atenționăm că 40,8% dintre respondenții au recunoscut că în practica zilnică s-au confruntat cu dileme și dificultăți de ordin etic în luarea deciziilor care ar viola sau proteja drepturile pacientului. În particular, 61,1% dintre respondenți au fost menționate dileme legate de decizia pacientului, informare și colectarea acordului informat, dintre care 53 persoane – 5,0% (CI95% 3.8, 6.4) au afirmat că se întâlnesc *frecvent* cu așa dificultăți, iar 91 persoane – 8,5% (CI95%6.9, 10.3) au recunoscut că se întâlnesc în *mod moderat*. Totodată, 44,2% au recunoscut că au întâlnit probleme în păstrarea confidențialității și divulgarea informației despre pacient, dintre care 99 de persoane – 9,3% (CI95% 7.6, 11.1) se confruntă *des* și 167 persoane – 15,6% (CI95 13.5, 17.9) se întâlnesc *moderat* cu astfel de probleme (Figura 83).

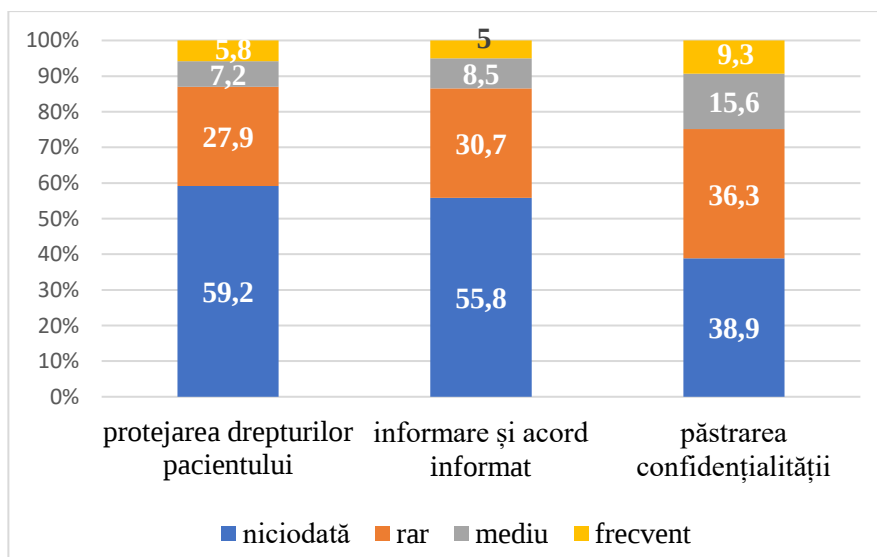


Figura 83. Dileme în luarea deciziilor legate de drepturile pacientului, opinia respondenților, %.

Pentru a se asigura că procesul de luare a deciziei este corect și că deciziile luate de către angajați vor corespunde priorităților și valorilor comportamentale declarate ale instituției, un manager trebuie să se asigure că angajații înțeleg și acceptă ceea ce se așteaptă de la ei. Pentru activitatea medicală este periculos și incorect să lași acest proces pe seama valorilor morale individuale, fapt ce crește evident riscul unor încălcări ale drepturilor pacientului, dar și ale valorilor etice. Ar trebui coordonate și asigurate toate premisele ca instituția să sprijine și să adopte un proces decizional echitabil și deschis, iar principiile deciziei etice să fie promovate în mod regulat, fiind cunoscute și aplicate de către fiecare angajat.

5.1.2. Decizii influențate de loialitatea dublă a angajaților

Consecințele influențelor necorespunzătoare duc la apariția fenomenului de *loialitate dublă* a angajaților instituției. *Dubla loialitate* în medicină reprezintă un „conflict de rol clinic între îndatoririle profesionale față de un pacient și obligațiile, exprimate sau implicite, față de interesele unei terțe părți, cum ar fi un angajator, un asigurător sau statul” [108, 142]. Astfel, dilemele de dublă loialitate se produc atunci când rolul de vindecători al medicilor se află în conflict cu obligații față de o parte terță [143, 144].

Încă de la începuturile sale, practica medicală a fost ghidată de coduri etice care subliniau loialitatea față de pacient, urmărind cel mai bun interes al acestuia. Fie că e vorba de Jurământul lui Hippocrates, în varianta sa originală sau diferite variante actualizate, fie că e vorba de Declarația de la Geneva, medicilor li se cere să urmărească, în principal, interesul cel mai bun al pacientului, furnizând servicii medicale „într-o manieră de independență totală la nivel etic și moral” [64]. În conformitate cu Codul Internațional de Etică Medicală al Asociației Mondiale Medicale „un medic trebuie să le datoreze pacienților săi loialitate deplină și toate resursele științei sale” [65].

Având în minte acest principiu fundamental al medicinei, pacienții au încredere în deciziile pe care le iau medicii, încă de la prima lor întâlnire, încrederea având la bază convingerea că medicul va proceda în interesul lor cel mai bun. Însă, pe lângă îngrijirea pacienților, medicii mai au și alte obligații, care nu vizează în mod obligatoriu interesul sau beneficiul pacientului. Mai întâi de toate, medicul este angajatul unei instituții și este implicat în relații contractuale și de subordonare cu superiorii săi. Mai mult, medicul se confruntă, deseori, cu interese competitive ale altor factori, care influențează direct sau indirect realizarea actului medical: alți pacienți, membrii familiilor pacienților, colegii, administratorii de spital și companii de asigurare. Astfel, plasarea intereselor pacienților în prim plan devine, uneori, dificilă pentru medici [146].

Un medic poate ajunge în situația când trebuie să aleagă dintre două interese competitive, care se referă la aceeași situație, ajungând chiar în situația de conflict de interese – o situație când servirea unui interes, financiar sau de altă natură, ar putea provoca un prejudiciu împotriva altuia. De obicei, aceasta se referă la situații în care interesul unei persoane sau al unei organizații ar putea afecta negativ obligația de a lua decizii în beneficiul unei terțe părți [148].

Putem spune că, perceperea *loialității duble* ține de comportamentul moral și valorile etice de care se ghidează un angajat, pe când *conflictul de interese* semnifică acțiunea, punerea în aplicare a deciziilor luate în urma reflectării duale și are adesea consecințe legale.

În domeniul medical, conflictul de interese apare atunci când un medic sau o instituție medicală, în desfășurarea activității sale, încalcă principiile eticii profesionale sau instituționale, precum și responsabilitățile legale care decurg din activitatea sa, urmărind interesul propriu sau al unei terțe părți în detrimentul pacientului [148, 149]. Terța parte pot fi familia pacientului, agenția de asigurări medicale, firmele de medicamente, guvernul/statul, colegii medicului [108, 144, 146].

Conflictele de interese riscă să compromită loialitatea medicului față de pacientul său și, deseori, chiar judecata sa clinică [150].

Deși conflictele de interese ale medicului nu produc întotdeauna un prejudiciu direct pentru pacient, ele pot declanșa factorii de risc în acest sens [151].

Studiul a identificat un număr foarte mare (74,4%) al celor care au recunoscut că au avut situații de conflicte de interese în relațiile profesionale, dintre care, practic, o pătrime dintre respondenți (23.9%) a apreciat astfel de cazuri ca fiind *frecvente* – 14,5% (CI95% 12.5, 16.7) sau *foarte frecvente* – 9,4% (CI95% 7.8, 11.3) în relațiile interpersonale la locul de muncă (Figura 39).

Medicii au raportat mai frecvent situații de conflicte de interese în comparație alte grupuri profesionale incluse în studiu (Figura 84). Aproape jumătate dintre respondenții medici (47,2%) au raportat acest fenomen de la *foarte mult* – 9,3% (CI95% 7.2, 11.7), *mult* – 15,1% (CI95% 12.5, 26.1) până la *moderat* – 22.8% (CI95% 19.7, 26.1). Pe când acest fenomen este raportat de puțin mai mult de o treime dintre asistentele medicala (36,1%), dintre care 9,7% (CI95% 6.8, 13.4) marchează că acest fenomen este prezent *foarte mult*, 13,8% (CI95% 10.3, 18.0) – *mult* și 12,6% (CI95% 9.3, 16.7) pledează pentru *moderat*.

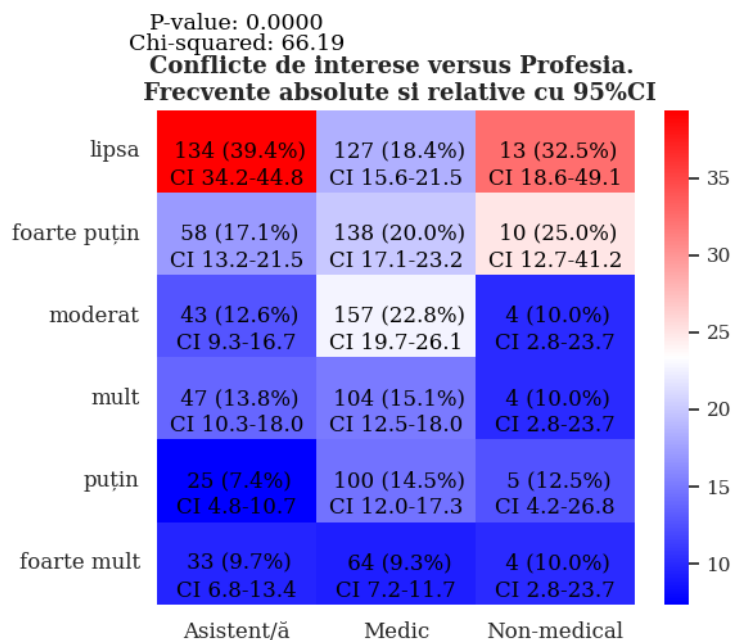


Figura 84. Perceperea conflictelor de interese, după profesii, %.

Cel mai mult raportează conflicte de interese lucrătorii din spitalele municipale – 51,5% de la *foarte mult* – 13%, *mult* – 18,3% până la *moderat* – 20,2% și cei din spitalele republicane – 46,3% , de la *foarte mult* – 10%, *mult* – 13,5% până la *moderat* – 22,8% (Figura 85).

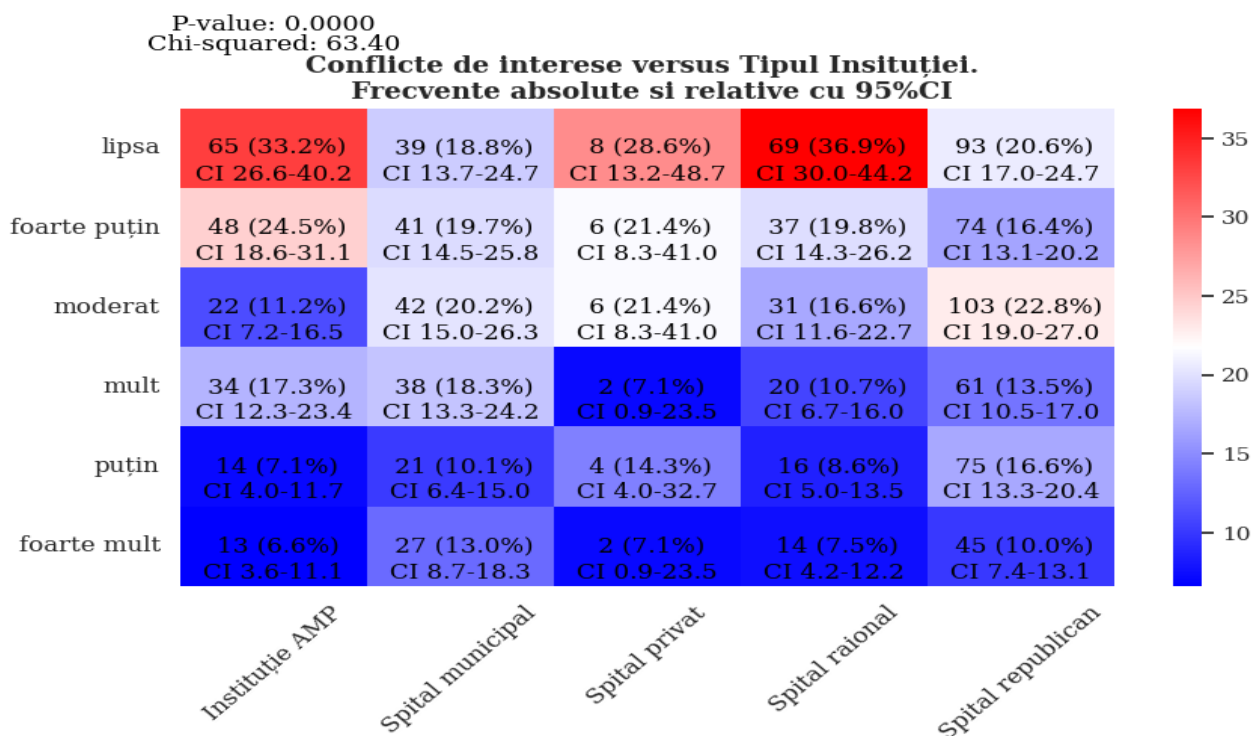


Figura 85. Perceperea conflictelor de interese, după tipul instituției, %, c.a.

Raportarea conflictelor de interese scade odată cu creșterea vârstei respondenților. Aceasta poate fi explicat prin faptul că grupul cu stagiul mai mare de muncă poate avea mulți reprezentanți din corpul managerial, dar și prin presupunerea că odată cu vârsta se stabilesc niște relații tradiționale dintre angajat și superiori, care pot să nu fie percepute ca conflicte, dar ca o normă a mediului de lucru, cu care, în timp, angajații se acomodează. O treime dintre respondenți cu stagiul mai mic de 5 ani (33,6%) s-a întâlnit *frecvent* – 14,7% (CI95% 9.3, 21.6) sau *foarte frecvent* – 18,9% (CI95% 12.8, 26.3) cu cazuri de conflict de interese și 28% (CI95% 20.8, 36.1) s-au întâlnit *uneori*. Pe când printre cei cu stagiul mai mare de 35 de ani s-au întâlnit *frecvent* cu așa cazuri 7,0% (CI95% 3.7, 11.9), *mult* – 11,0% (CI 95% 6.8, 16.7) și *uneori* – 12,2% (CI95% 7.7, 18.1) (Figura 86).

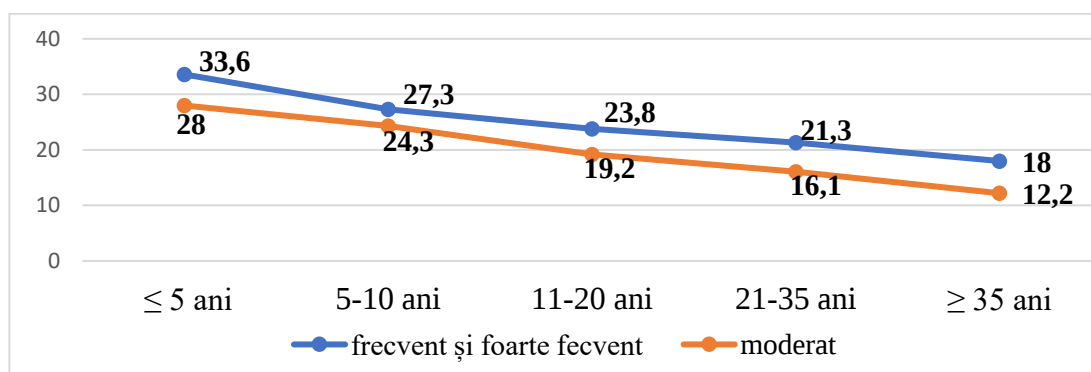


Figura 86. Percepția conflictelor de interese, după stagiul de muncă, %.

Cel mai mult (61,2%) s-au întâlnit cu situații de conflict de interese lucrătorii medicali din domeniul oncologiei, o treime dintre care (33,4%) au raportat că au avut așa cazuri *foarte mult* – 9,3% (CI95% 3.1, 20.3), *mult* – 24,2% (CI95% 13.5, 37.6) și mai mult de o pătrime – 27,8% (CI95% 16.5, 41.6) – s-au întâlnit *uneori/moderat*. Urmează grupul specialiștilor de profil chirurgical care, de asemenea, raportează un nivel înalt de cazuri de conflicte de interese (47,3%), întâlnite *foarte frecvent* – 9,8%, *frecvent* – 11,1% și *uneori* – 26,4% (Figura 87).

Chiar și în cazurile când medicii cred că acționează fără părtinire, judecățile și acțiunile lor pot fi totuși influențate de conflictul de interese. De exemplu, relațiile medicilor cu companiile de medicamente (inclusiv orice plăți sau cadouri primite de la companii) ar putea afecta modul în care raportează rezultatele studiilor de cercetare, ce predau ei studenților la medicină sau ce tratamente recomandă pacienților lor. În plus, medicii care dețin centre de testare sau de tratament, activând și în sectorul public, pot îndruma pacienții către aceste instituții, cu potențialul de a beneficia financiar din acest lucru [152]. Astfel, implicarea medicilor în activități destinate propriei formări sau în educația viitorilor medici și, uneori, implicarea în proiecte de cercetare pentru descoperirea unor noi

medicamente, tratamente sau dispozitive medicale, reprezintă contexte favorabile pentru construirea unor noi relații cu terți, precum companiile farmaceutice, în afara relației medic-pacient, uneori ajungând la afaceri generatoare de profit [148, 152], până la acte de corupție și plăți neformale [153]. Studii la nivel național identifică că în Republica Moldova astfel de fenomene au loc în sistemul de sănătate [154, 155].

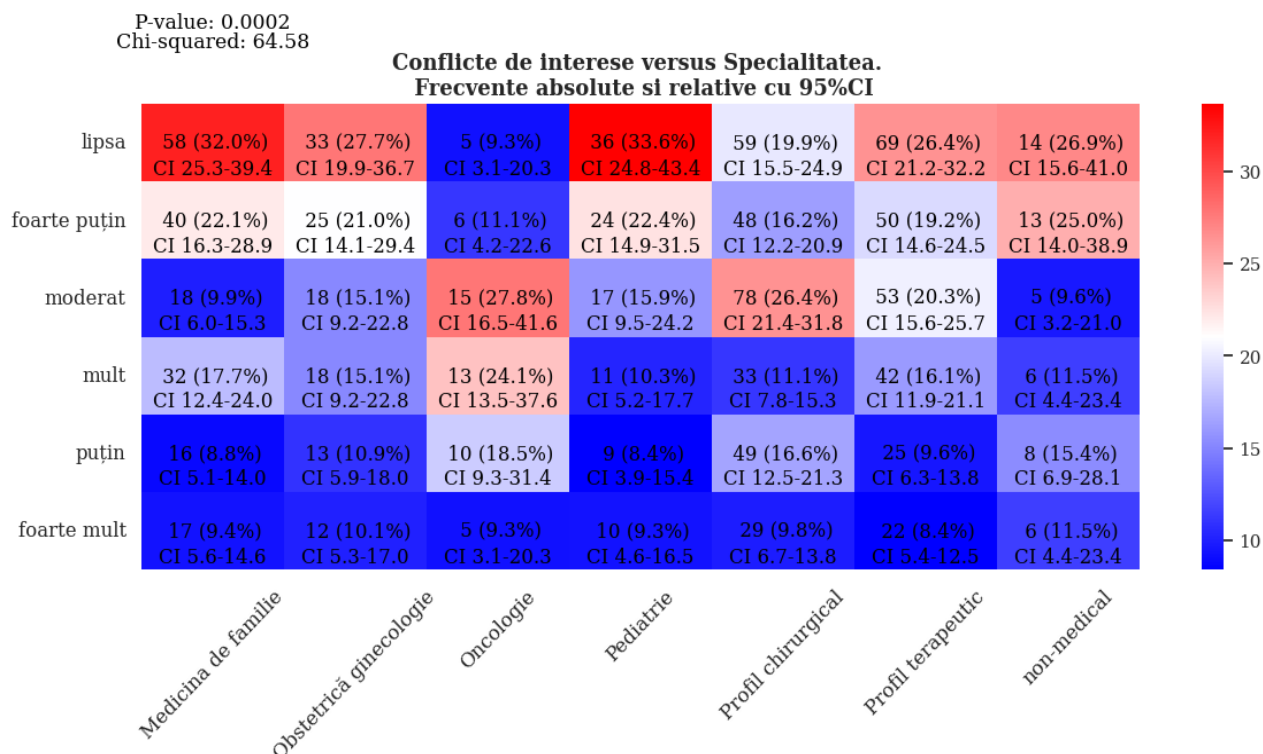


Figura 87. Percepția conflictelor de interese, după specialități, %, c.a.

Identificăm mai multe situații de dublă loialitate pentru lucrătorii medicali:

1. Protejarea interesului angajatorului și companiei de asigurări

Ținând cont de faptul că un spital funcționează în dependență de fondurile de care dispune, s-ar putea ajunge la situații în care decizia de a interna sau nu un pacient, precum și tratamentele aplicate să fie dependente de fondurile alocate instituției sau de sistemul prin care instituția este finanțată. De exemplu, pot să fie internați pacienții „cei mai avantajoși” din punct de vedere financiar sau pacienții cu asigurări mai bune sau mai bogați, atunci când sistemul de finanțare depinde de posibilitățile de plată ale pacienților sau de statutul de asigurare al acestora. Totodată, dacă sistemul de finanțare este dependent de o sumă fixă furnizată per pacient sau pentru îngrijirea unei populații într-o anumită perioadă de timp, pacienții care necesită intervenții și tratamente ample, costisitoare ar putea fi evitați [147].

Un studiu efectuat pe medici din Germania atrage atenția asupra „presiunii din ce în ce mai mari de a lua în considerare interesele economice ale spitalelor atunci când iau decizii clinice [156].

În locul abordării activității centrate pe pacient de a îmbunătăți calitatea îngrijirii, clinicienii din prima linie percep îmbunătățirile ca fiind determinate de considerente economice și nu de aspirații dictate de valorile umaniste. Cerința de a echilibra nevoile pacientului cu condițiile instituționale pentru limitarea costurilor este percepută de către medici ca un conflict moral [86].

Fiecare al zecelea respondent 10,6% (CI95% 8.8, 12.5) a recunoscut că s-a aflat în situații când a fost nevoit să promoveze interesele angajatorului (instituția, ministerul), și nu ale pacienților.

Am realizat estimarea indicatorilor asociați cu situațiile când angajații au raportat că au acționat în interesul instituției (Tabelul 5).

Tabelul 5. Estimarea indicatorilor asociați cu raportarea ‘Interesul instituției’. Analiza multivariată.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Vârsta, ani	-.029	.006	21.401	1	.000	.972	.960	.983
Profesia medic	1.094	.160	46.754	1	.000	2.988	2.183	4.089
Constant	-1.597	.379	17.772	1	.000	.202		

Acest model a inclus Vârsta (B= -0.29), ani și Profesia (B=1.094), completate cu valoarea Constantei (B=-1.597). Prin interpretarea formelor de asociații observăm că odată cu creșterea Vârstei cu un an probabilitatea de a raporta problema de dilemă etică a respondentului cu interesul instituției unde activează se reduce cu 2,8% (OR=0.972 CI95% 0.960, 0.983). Medicii vor raporta cazul de neconformitate din partea instituției aproape de 3 ori mai mult față de asistentele medicale participante (OR=2.988, CI95% 2.183, 4.089). Este important de menționat intervalele de încredere relativ înguste și faptul că relațiile descrise se încadrează în logica cercetării.

Practic, fiecare al treilea dintre respondenți (35,3%) au menționat că s-au confruntat *frecvent* – 17,1% (CI95% 14.9, 19.4) și *moderat* 18,2% (CI95% 16.0, 20.6) cu probleme etice fiindcă nu au putut oferi pacientului accesul echitabil la investigații și tratamente costisitoare.

Circa un sfert dintre participanții 26,1% (CI95% 23.5, 28.8) au semnalat că au avut situații de conflict între binele pacientului și interesele economice ale instituției în care activează, confirmând că managerul le-a cerut economisirea resurselor instituționale în detrimentul pacientului.

Dependența instituției de fondurile și condițiile impuse de către compania de asigurări este o altă situație ce implică apariția dilemelor etice și a loialității duble în comportamentul medicilor. Circa un sfert 23,3% (CI95% 20.8, 25.9) dintre lucrătorii medicali incluși în studiu au declarat că acționează

în interesul companiei de asigurări, chiar dacă înțeleg că condițiile impuse contravin beneficiului pacientului (Figura 88).

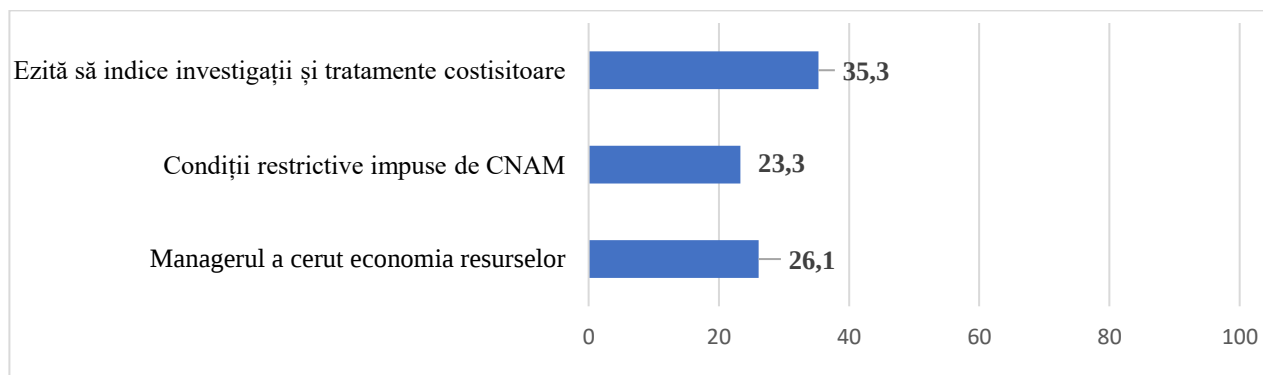


Figura 88. Influența condițiilor economice asupra deciziilor medicilor, %.

Făcând o analiză multivariată a indicatorilor asociați cu situațiile de loialitate a angajaților față de compania de asigurări, observăm că odată cu creșterea Vârstei cu un an, probabilitatea de a raporta problema de dilemă etică a respondentului cu interesul companiei de asigurări se reduce ($OR=0.983$ $CI_{95\%}$ 0.970, 0.995). (Tabelul 6) Acest fapt poate fi explicat prin atitudinea tradițional paternalistă a medicilor cu o vârstă mai înaintată, educați în perioada sovietică, când era promovată predominarea intereselor societății versus celor individuale, ale pacientului. Ca angajați ai statului, medicii erau supuși unei discipline și directive centralizate, aveau impuse niște limite foarte stricte asupra propriei activități, cu un grad scăzut de independență, ceea ce este esențial pentru o profesie [72].

Tabelul 6. Estimarea indicatorilor asociați cu raportarea 'Interesul CNAM'. Analiza multivariată.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Vârsta, ani	-.018	.007	7.122	1	.008	.983	.970	.995
Profesia	1.335	.184	52.706	1	.000	3.801	2.651	5.451
Medicina de familie	.817	.190	18.441	1	.000	2.264	1.559	3.287
Oncologie	.955	.302	9.972	1	.002	2.599	1.437	4.700
Constant	-2.901	.430	45.502	1	.000	.055		

Modelul a inclus Vârsta ($B= -0.18$), ani și Profesia ($B=1.335$), completate cu valoarea Constantei ($B=-2.901$).

Datorită faptului că sunt cei care recomandă investigații și tratamente, medicii, comparativ cu asistenții, sunt de trei ori mai predispuși a se confrunța cu dilema etică legată de promovarea interesului companiei de asigurări față de interesul pacientului ($OR=3.801$, $CI_{95\%}$ 2.651, 5.451). Acest fenomen în special este raportat de către medicii de familie și cei din domeniul oncologiei.

O situație de loialitate dublă poate fi și cazul când medicii sunt puși în fața dilemei de a administra medicamente costisitoare pacienților terminali, atunci când potențialul curativ al acestora rămâne sub semnul întrebării, iar spitalul va suporta cheltuieli mari considerate inutile [112].

Un grup de 83 de respondenți – 7,8% (CI95% 6.3, 9.5) dintre medicii intervievați au raportat cazuri de loialitate dublă prin renunțarea la tratamente pe care le consideră inutile și consumatoare de resurse, atunci când a trebuit să acorde asistență unui pacient boschetar foarte bolnav sau unui pacient incurabil în stare gravă, considerând inutile efortul, timpul și resursele cheltuite de instituție.

Analiza multivariată a indicatorilor asociați cu astfel de situații identificate determină că, medicii vor raporta cazul de ‘Tratamentul inutil’ de 4.3 de ori mai des mult fata de asistente medicale (OR=4.268, CI95% 2.217, 8.216). Respondenții din specialitatea de Pediatrie au raportat cazurile de 4.6 ori mai rar comparativ cu alte specialități (OR=0.218, CI95% 0.05, 0.905) (Tabelul 7).

Tabelul 7. Estimarea indicatorilor asociați cu raportarea ‘Tratamentul inutil’. Analiza multivariată.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Vârsta, ani	-.022	.010	4.716	1	.030	.978	.959	.998
Profesia	1.451	.334	18.849	1	.000	4.268	2.217	8.216
Pediatria	-1.522	.726	4.396	1	.036	.218	.053	.905
Constant	-3.968	.749	28.085	1	.000	.019		

Modelul a inclus Vârsta (B= -0.22), ani și Profesia (B=1.451) si domeniul de Pediatrie, completate cu valoarea Constantei (B=-3.968). Intervalele de încredere sunt relativ înguste, iar relațiile descrise se încadrează în logica cercetării.

2. Protejarea interesului unui coleg / loialitate de breaslă

Dubla loialitate poate să apară și în contextul relațiilor dintre colegii din domeniul medical. Astfel, 13,9% (CI95% 11.9, 16.1) dintre respondenți au recunoscut că au avut cazuri când au trebuit să țină parte unui coleg de breaslă față de interesele unui pacient.

Este oricum acceptat la nivel de tradiții ca exponenții aceluiasi grup profesional să aibă dezvoltat un sentiment de obligație de frăție, care dezvoltă mândria de apartenență la grupul respectiv. Această apartenență declarată se manifestă la absolvenții unor școli sau facultăți, colegi de armată sau locuitori ai unei comunități (consăteni, compatrioți). Sunt niște comportamente bazate pe valori identificate a fi comune, în baza unor înțelegeri morale nescrise. În special, acest sentiment se manifestă atunci când trebuie de apărat reputația.

În contextul activității medicale, de asemenea, se constată fenomenul de frăție, acesta fiind cert stipulat chiar și în Declarația de la Geneva a AMM: „*Colegii mei vor fi surorile și frații mei*” [64]. Însă, uneori, apartenența de frăție în aceeași instituție poate crea situații de loialitate dublă, în special, când interesul de a proteja un coleg/o colegă contravine intereselor unui pacient.

În cazul în care observă o eroare medicală sau comportament neetic la un coleg, doar 14.1% (CI95% 12.1, 16.3) dintre respondenți au afirmat că vor denunța problema, adică vor anunța superiorul despre aceasta. Marea majoritate – 73.4% (CI95% 70.7, 75.9) au indicat că vor prefera să discute personal cu colegul, fără a anunța șefii, iar 135 de respondenți – 12,5% (CI95% 10.6, 14.6) au recunoscut că nu se vor implica, considerând că nu este în datoria lor. (Figura 89).

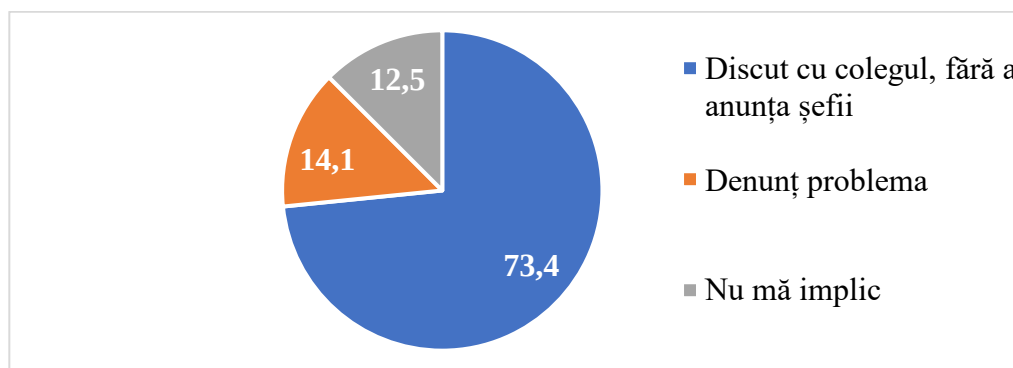


Figura 89. Atitudini față de comportament neetic sau greșeala unui coleg, %.

Desigur, este un fenomen foarte dificil de studiat și de identificat, deoarece atinge un moment de înaltă importanță emoțională. În special, astfel de situații apar când un lucrător medical trebuie să raporteze greșelile unui coleg către superiorii săi. În cadrul discuțiilor în focus grupuri, participanții ne-au confirmat că în cultura noastră nu este acceptat de a „turna” sau „pârâ” colegii, totodată, este și o atitudine de „a te proteja”.

”Fiecare se gândește – dar dacă data viitoare nimeresc eu în așa situații? Trebuie să ne protejăm... Nimeni nu face rău cu intenție... se mai întâmplă...” (FGce1).

Au fost colectate și explicații ale respondenților, prin care încerca să se justifice ascunderea greșelii/problemei cu personalitatea celui care a greșit, fiind coleg de mulți ani, prieten etc. Mulți angajați preferă, dintr-un motiv de comoditate sau de interes personal (în sens egoist), să treacă cu vederea problemele observate, invocând narațiunea „*și de ce să-mi fac dușmani?*” (FGce2, FGis1).

3. Interes financiar personal

Există și riscul că medicul va acționa în propriul interes, în special în cazul când are încheiat cu instituția medico-sanitară un contract de tip taxă-per-serviciu. În acest caz, există ispita de a

prescrie mai multe proceduri pentru a câștiga o sumă mai mare de bani, chiar și atunci când investigațiile sau procedurile solicitate nu urmăresc interesul cel mai bun al pacientului [147]. Un exemplu concret, în acest sens, este implicarea medicului într-un centru privat de analize sau de tratament și direcționarea pacienților spre acest centru cu scopul suplimentării veniturilor și, nu neapărat, pentru că este în cel mai bun interes al pacientului, rezultând, mai degrabă, un interes financiar și un potențial conflict de interese [152]. O astfel de situație a fost raportată și de un grup de 16 participanți care au recunoscut că au avut situații de dublă loialitate și conflict de interese, fiind angajați în același timp într-o instituție publică și în una privată, când au trebuit să promoveze instituția privată pentru un interes propriu financiar. Chiar dacă această cifră pare mică, comparativ, este alarmantă însăși existența unui astfel de fenomen, care indică lacune legislative în organizarea și gestionarea serviciilor medicale din Republica Moldova [155].

Circa 18,0% (CI95% 15.8, 20.4) dintre respondenți au indicat "profitul personal" ca fiind o caracteristică a climatului instituției în care activează, astfel, accentuând predominarea intereselor personale financiare ale respondenților (Anexele 7-9).

Practicile companiilor farmaceutice de a oferi medicilor bonusuri pentru prescrierea anumitor medicamente implică riscul unui conflict de interese. Reprezentanții medicali oferă medicilor diferite cadouri sau le finanțează publicarea articolelor ori deplasările la conferințe [149, 150]. Unii dintre respondenții studiului – 69 de persoane – 6,4% (CI95% 5.1, 8.0) au recunoscut ca anumite companii farmaceutice le-au oferit condiții foarte atractive și motivaționale pentru a da preferință în prescrierea anumitor preparate de la anumiți producători. Analiza multivariată a acestor situații legate de loialitatea angajatului față de interesul unor companii farmaceutice determină că medicii vor raporta mult mai frecvent dilema etică legată de compania farmaceutică față de asistente medicale participante (OR=9.288, IC95% 3.389, 25.458). Cel mai frecvent a fost menționată astfel de dilemă de către medicii de familie, posibil pentru că ei au o libertate mai mare în prescrierea medicamentelor, în comparație cu cei din spitale, unde medicamentele sunt procurate centralizat. (Tabelul 8)

Tabel 8. Estimarea indicatorilor asociați cu raportarea 'Interesul companiei farmaceutice.

Analiza multivariată.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Profesia	.229	.514	18.768	1	.000	9.288	3.389	25.458
Medicina de familie	.654	.293	4.973	1	.026	1.924	1.082	3.418
Constant	6.852	.010	46.024	1	.000	.001		

Modelul a inclus Profesia ($B=0.229$) și specialitatea Medicina de familie ($B=654$), completate cu valoarea Constantei ($B=-6,852$).

În cadrul interviurilor individuale, mai mulți participanți au recunoscut că au avut situații, când au prescris anumite medicamente la solicitarea companiilor farmaceutice, contra unui beneficiu personal, fără a determina careva dileme etice.

”Vara trecută am participat la o conferință în Spania fiind finanțat în totalmente de o companie farmaceutică. Da, recunosc că am prescris tot anul preparatele acestei companii, fiindcă știu că sunt bune. Și preparatele sunt calitative, și am fost o săptămână practic la odihnă gratis. Nu văd nici o problemă!” (FG is1)

”Dacă companiile plătesc bine și dacă medicamentele lor nu sunt rele, sau chiar mai bune ca altele, de ce să nu le prescriu? Nu văd o problemă. Doar pacientul oricum va dori ceva mai bun și e dispus să plătească!” (FG is2)

Lipsa analizei etice critice asupra procesului de prescriere preferențială a unor medicamente contra unui beneficiu personal indică o lacună serioasă în cunoștințele medicilor cu referire la legitimitatea și aspectul moral al acestor acțiuni. Necesitatea instruirilor în domeniu devine evidentă.

În concluzie, putem spune că toate situațiile descrise oferă un context puternic emoțional pentru medicii implicați, care trebuie să ia decizii importante pentru comportamentul profesional, prin prisma unor dileme și conflicte de valori. Luarea deciziilor în activitatea profesională este un proces complex, care implică foarte mulți factori. [157]. Pentru managementul unei instituții medico-sanitare este important ca deciziile medicilor angajați, luate în situații de dilemă, să fie corecte din punct de vedere etic și în conformitate cu legea [158].

Astfel, cadrul managerial al unei instituții medico-sanitare trebuie să aibă implementate instrumente și să fie elaborate măsuri prin care pot fi identificate situațiile de risc de dublă loialitate, care pot afecta integritatea angajaților și condiționa luarea unor decizii ne etice și chiar ilegale, cu impact ulterior asupra imaginii instituției.

5.2. Percepția modelului de manager etic

5.2.1 Imaginea managerului

Promovarea *modelului de comportament etic*, care trebuie de urmat de către angajați, este parte componentă a dimensiunii etice ale unei organizații [119]. Astfel, angajații pot înțelege ce se așteaptă de la ei și cum ar trebui să se comporte doar atunci când pot observa anumite modele de comportament etic. Primul model de comportament care este monitorizat atent în cadrul organizațiilor este cel al managerilor, care trebuie să demonstreze complianța cu standardele etice prin acțiuni. În literatura de specialitate sunt oferite multe teorii cu referire la modelul unui lider bun. Tracy (2018) propune șapte calități ale leadershipului [159, p.19-39]:

1. *Prezența viziunii*, care transformă un manager tranzacțional care, pur și simplu, supraveghează îndeplinirea sarcinilor de către angajați, într-un lider inovator, care are scopuri și convingeri clare. Se oferă siguranța că, direcția spre care se îndreaptă organizația este corectă.

2. *Curajul* pentru a-și asuma un risc în realizarea unor scopuri spre noi performanțe. O calitate necesară în criză, când trebuie luate decizii cumpătate, rapide dar și îndrăznețe.

3. *Integritatea* – este elementul esențial în câștigarea încrederii angajaților. Este demonstrată prin corectitudine, onestitate, transparență, imparțialitate și obiectivitate.

4. *Modestia* unui lider se manifestă prin capacitatea de a recunoaște valoarea altor oameni, rămânând încrezut în sine. Aceasta include și capacitatea de a recunoaște propriile limite și greșeli și a aprecia meritele celorlalți membri ai echipei, de a fi deschis pentru a învăța.

5. *Capacitatea de a prevedea* dezvoltarea lucrurilor și a anticipa anumite evoluții nedorite. Este abilitatea gândirii deductive care asigură perspicacitate și analiza în perspectivă.

6. *Concentrarea* spre nevoile și situația organizației care o conduce. Un lider trebuie să conștientizeze necesitățile, punctele tari și slabe ale echipei și organizației sale și să concentreze focusat eforturile pentru acțiuni valoroase .

7. *Cooperarea și abilitatea de a comunica* cu membrii echipei sale, de a face angajații să se simtă ca cea mai prețioasă resursă și să lucreze pentru binele organizației, respectând valorile.

Un manager va fi mereu privit ca model și exemplu de comportament pentru echipa/organizația pe care o conduce. Comportamentul și imaginea managerului va fi replicată de către angajați, la diferite niveluri. Astfel, dacă este considerat drept normă ca relațiile să se reducă la indicații scurte, iar îndeplinirea lor să fie bazată pe frică, această abordare va fi prezentă, cel mai probabil, la toate nivelurile de management. Este greu de imaginat că putem constata un climat

etic și integru într-o organizație unde managerul are probleme de integritate, este oportunist, suspectat în acte de corupție și mită, are un comportament arogant și nu deține autocontrol asupra emoțiilor sale, permițându-și impulsuri agresive în comunicarea cu angajații.

În cadrul chestionării angajaților, am solicitat să fie oferită o apreciere comportamentului corpului managerial al instituției în care activează și pe cât acesta este considerat drept model de comportament etic demn de urmat, unde 1 înseamnă foarte puțin, și 5 – demn de urmat.

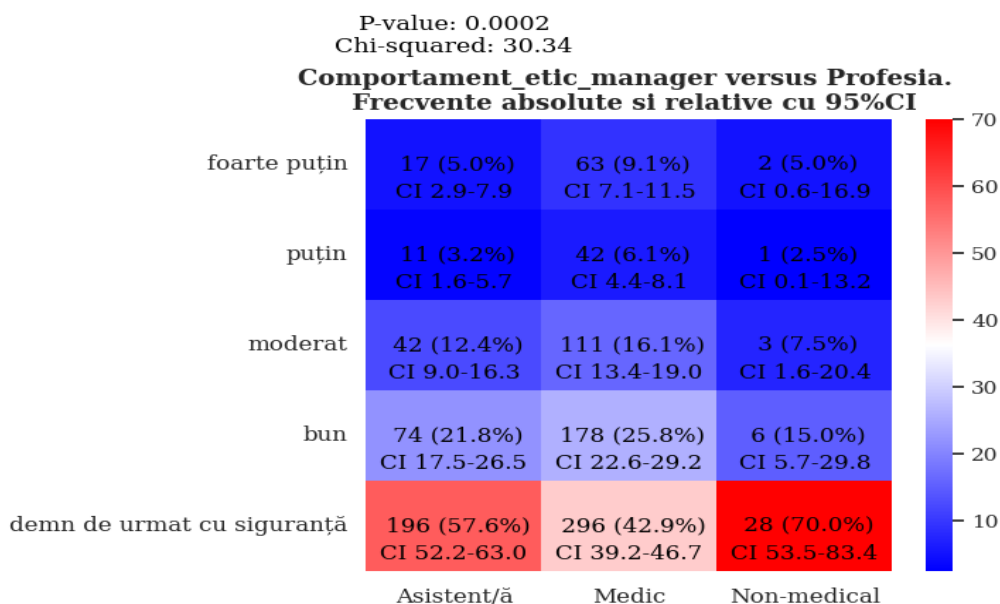


Figura 90. Aprecierea comportamentului managerului, după profesie, %, c.a.

În mare parte, corpul managerial a fost apreciat cu punctaj mare, ceea ce este un avantaj pentru instituții. Totuși, nu trebuie de ignorat numărul celor care au apreciat cu punctaj mic comportamentul managerilor săi.

Medicii oferă o apreciere mult mai critică față de comportamentul managerului, în comparație cu alte grupuri profesionale incluse în studiu. 15,2% dintre medici apreciază doar cu 1-2 puncte din 5 comportamentul managerului din instituția unde activează. (Figura 90) Această opinie este și mai critică față de vice directorii din instituție – 18,8%, dintre care 60 persoane 8,7% au apreciat ca *foarte puțin* și 70 de persoane – 10,1% ca *puțin de urmat*. 16,5% respondenții oferă doar 3 puncte (moderat) comportamentului vice directorilor. 13,6% dintre respondenții medici (94 persoane) apreciază nesatisfăcător și comportamentul șefilor nemijlociți ai subdiviziunilor în care activează. Această apreciere este oferită de către 8% dintre asistentele medicale (27 persoane) și 12,5% (5 persoane) dintre personalul non-medical.

Cea mai critică atitudine față de managerii instituțiilor sale o au angajații spitalelor municipale - 16,8% (35 persoane) și cei din republicane – 13,5% (60 persoane) care apreciază comportamentul managerului cu *puțin* și *foarte puțin* de urmat (Figura 91).

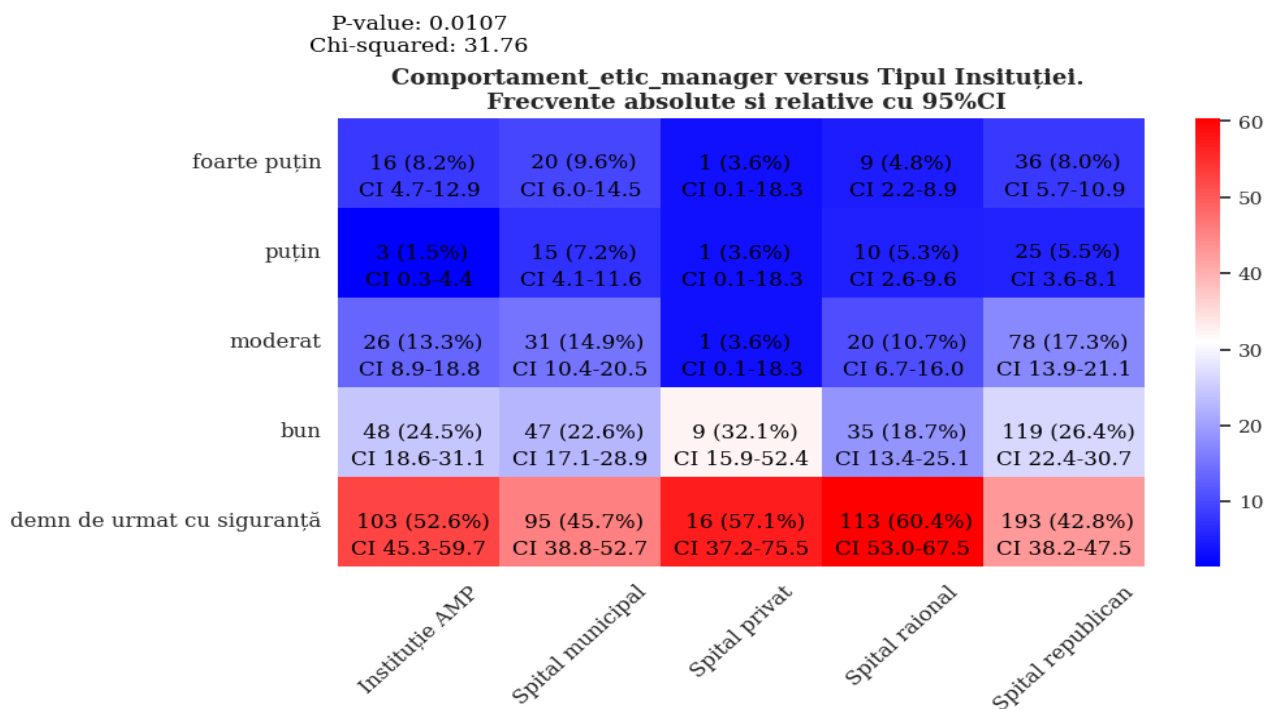


Figura 91. Aprecierea comportamentului managerului, după tipul instituției, %, c.a.

Apreciază cu valori insuficiente (1-2 puncte din 5) 17,3% angajați din spitalele municipale, 18,8% - din spitalele republicane, 10,2% angajați din AMP și 9% angajați din spitalele raionale.

Atunci când nu există modelul managerului corect în instituție este dificil de construit o cultură etică instituțională. În cadrul discuțiilor individuale am identificat și opinii negative față de anumite persoane din corpul managerial al instituțiilor. Cel mai frecvent aceasta a fost expusă față de anumiți vice directori, fiind considerat că aceștia sunt numiți în funcție nu după principiile unei selecții competitive și corecte.

”Vice directorul nostru umblă foarte îngâmfat prin instituție și o face pe șeful, strigă permanent. Nimeni nu îl respectă și el vrea să se impună prin frică!” (II25).

”Peștele de la cap se strică! Nu vedeți ce scrie în presă? Cum să îi mai crezi?” (II11).

Din figura 92 putem observa că aprecierea comportamentului reprezentanților administrației instituției se îmbunătățește odată cu creșterea stagiului de muncă a respondenților. Această tendință poate fi explicată prin loialitatea care se dezvoltă la angajați cu timpul și faptul

că grupul respondenților cu stagiul mare de muncă poate include mai mulți reprezentanți de diferite niveluri de management din instituție.

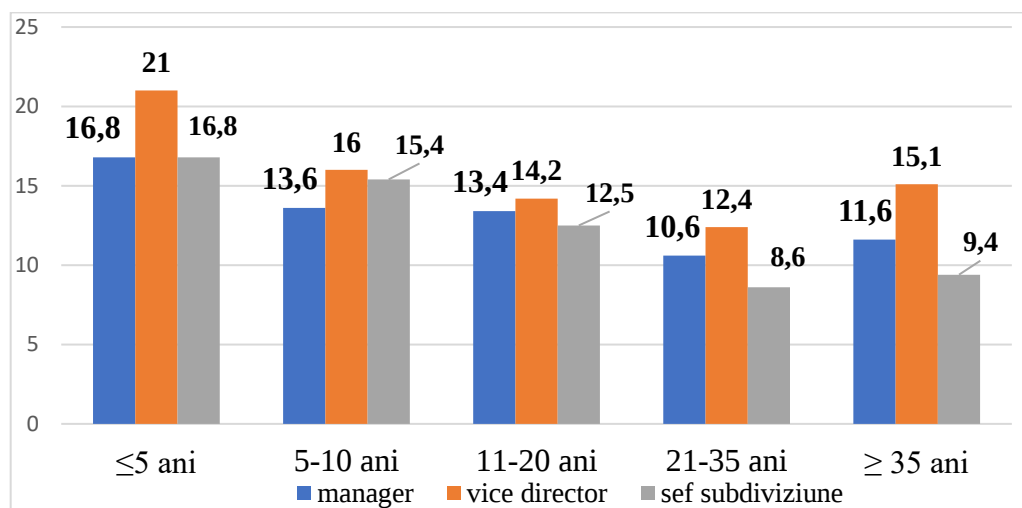


Figura 92. Aprecierea negativă (1-2 p.) a comportamentului managerilor, după stagiul, %.

Unii respondenți au remarcat că percep o atitudine indiferentă a managerilor față de problemele angajaților din instituție. Am identificat răspunsuri care ne confirmă că, în unele instituții, este o relație tensionată între corpul managerial și angajați, cei din urmă considerând că le sunt ignorate interesele. Observăm că, fiind solicitați să descrie măsurile aplicate de către administrație pentru îmbunătățirea climatului etic din instituție, 17,6% dintre angajați au afirmat că nu sunt realizate niciun fel de măsuri, considerând că „pe șefi nu îi interesează problemele angajaților” și doar mai puțin de o treime (30,6%) dintre angajați afirmă că corpul managerial se interesează frecvent de problemele din subdiviziunile instituției în care ei activează. Acest fapt influențează semnificativ gradul de satisfacție a angajaților, despre care am discutat în capitolul anterior (Figurile 61-64).

O particularitate esențială pentru un manager corect este prezența inteligenței emoționale pentru a recunoaște propriile emoții și emoțiile celorlalți și a-și putea gestiona emoțiile [160, p.29]. Autorul englez Daniel Goleman [161] consideră că cât este mai înaltă poziția unei persoane de succes, cu atât mai mult se explică eficiența acestei persoane prin inteligența emoțională. Tripathy descrie un șir de avantaje ale unui nivel înalt de inteligență emoțională pentru un manager [162, p.10]. Mai multe cercetări arată că, angajații imită și repetă adesea comportamentul și integritatea comportamentală a managerilor și supervisorilor lor [119]. Astfel, managerii care nu reușesc să ofere un model de comportament integru și adecvat și să instituie sisteme care să faciliteze conduita etică, împărtășesc responsabilitatea cu cei care execută, încalcă și beneficiază cu bună știință de pe urma abaterilor din organizație.

5.2.2. Factorii ce afectează încrederea angajaților

Este evident că standardele etice ale organizației sunt subminate, atunci când managerii comunică subordonaților semnale contradictorii sau inconsecvente, iar comportamentul neetic al acestora poate stimula conduite respective din partea angajaților.

Managerii se pot implica într-o varietate de acte legate de imaginea și reputația personală, care diminuează climatul etic al instituției și motivația angajaților de a respecta valorile etice și de integritate. Printre acestea sunt [163]:

- a) acțiuni de profit sau de interes personal în afara intereselor organizației;
- b) grad redus de competență, care este un eșec al imaginii manageriale;
- c) implicarea managerului în acte lipsite de etică, pentru a avea avantaje instituționale pe termen scurt, dar cu impact de durată asupra celor din interiorul sau exteriorul organizației;
- d) suprasolicitarea managerială, prin care se propune încălcarea unor prevederi legale pentru atingerea unor scopuri, chiar și spre beneficiul de moment al instituției.

Dacă angajații vor sesiza că anumite decizii sau atitudini din partea managementului sunt inechitabile față de anumiți angajați, domină favoritisme și lipsă de transparență, aceasta le poate slăbi angajamentul față de standardele etice declarate și crește riscul unui comportament neetic din partea acestora [130]. În instituție trebuie să existe *angajamentul pentru comportament etic*, atunci când angajații sunt încurajați să se identifice cu valorile organizației lor, fiind motivați să respecte standardele etice, devin deschiși de a recunoaște problemele etice cu care se confruntă.

În cadrul cercetării realizate am determinat că, unii respondenți pun la îndoială integritatea corpului managerial al instituției în care activează și exprimă un grad scăzut de încredere. Mai mulți respondenți au menționat probleme cu privire la o *transparență* redusă a deciziilor manageriale. Practic, fiecare la patrulea respondent (25,4%) identifică probleme la acest aspect, de la lipsa totală a transparenței – 3,6%, la apreciere ca foarte puțină 12,2% și puțină transparență 9,6%. Medicii raportează comparativ mai mult probleme legate de transparența în instituție. 28 de medici 4,1% (CI95% 2.7, 5.8) și 11 asistente medicale – 3,2% (CI95% 1.6, 5.7) apreciază o *lipsă* a transparenței în instituție. Unul din cinci medici (24,2%) consideră că în instituția în care activează este *puțină* – 11% (CI95% 8.8, 13.6) și *foarte puțină* transparență – 13,2% (CI95% 10.8, 15.9) (Figura 93).

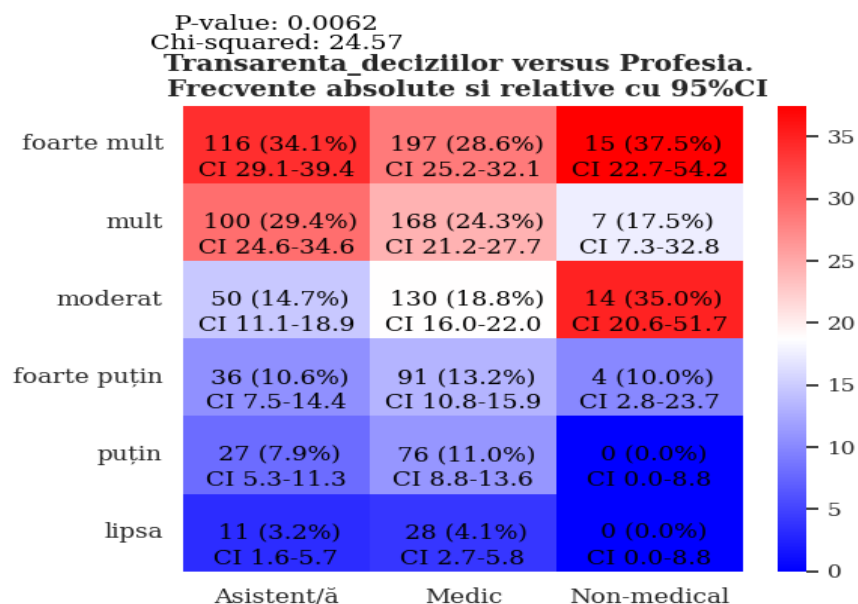


Figura 93. Transparența în comportamentul managerului, după profesie, %, c.a.

Cea mai slabă situație cu privire la transparență este observată în instituțiile republicane, unde 22 persoane consideră *lipsă totală* de transparență – 4,9% (CI95%3.1, 7.3) și 120 persoane – 26,6% consideră că este *puțină* și *foarte puțină* transparență (Figura 94).

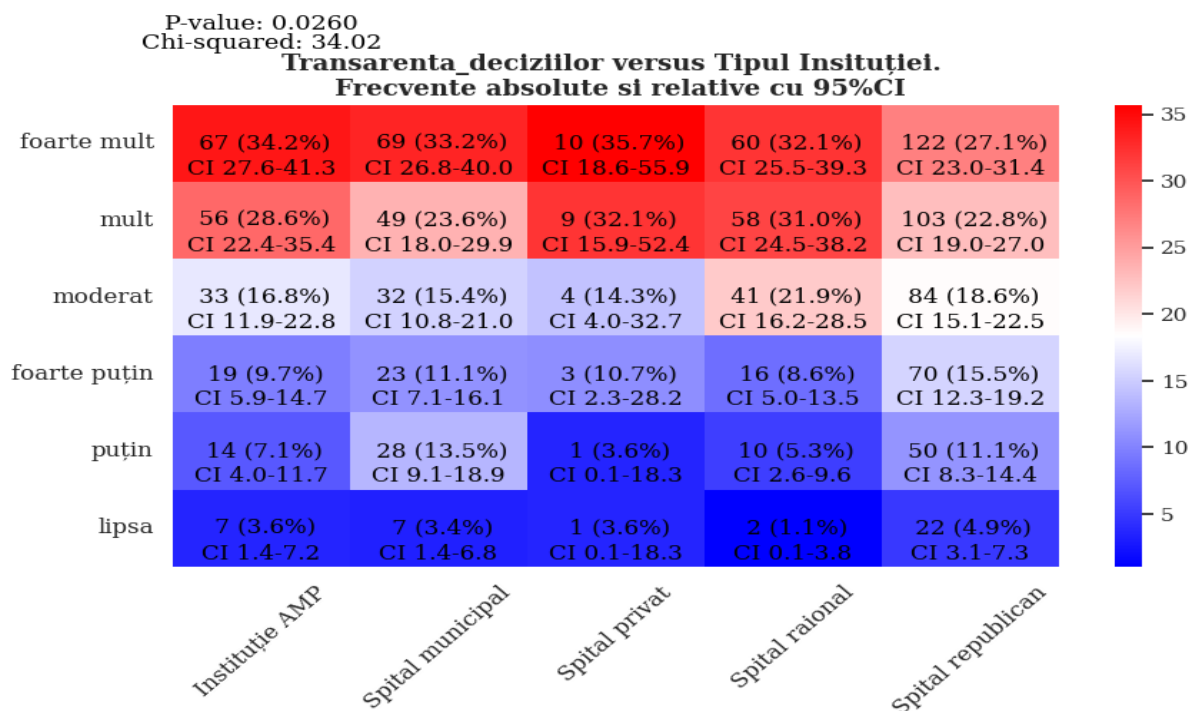


Figura 94. Transparența în comportamentul managerului, după tipul instituției, %, c.a.

Un alt indicator, care semnaleză prezența unor probleme de încredere a angajaților față de corpul managerial, este și percepția *favoritismului* în instituție. Cel mai mult acest fenomen este menționat de angajații instituțiilor municipale – 39,4% respondenți îl raportează ca *mult* și *foarte mult* (Figura 95).

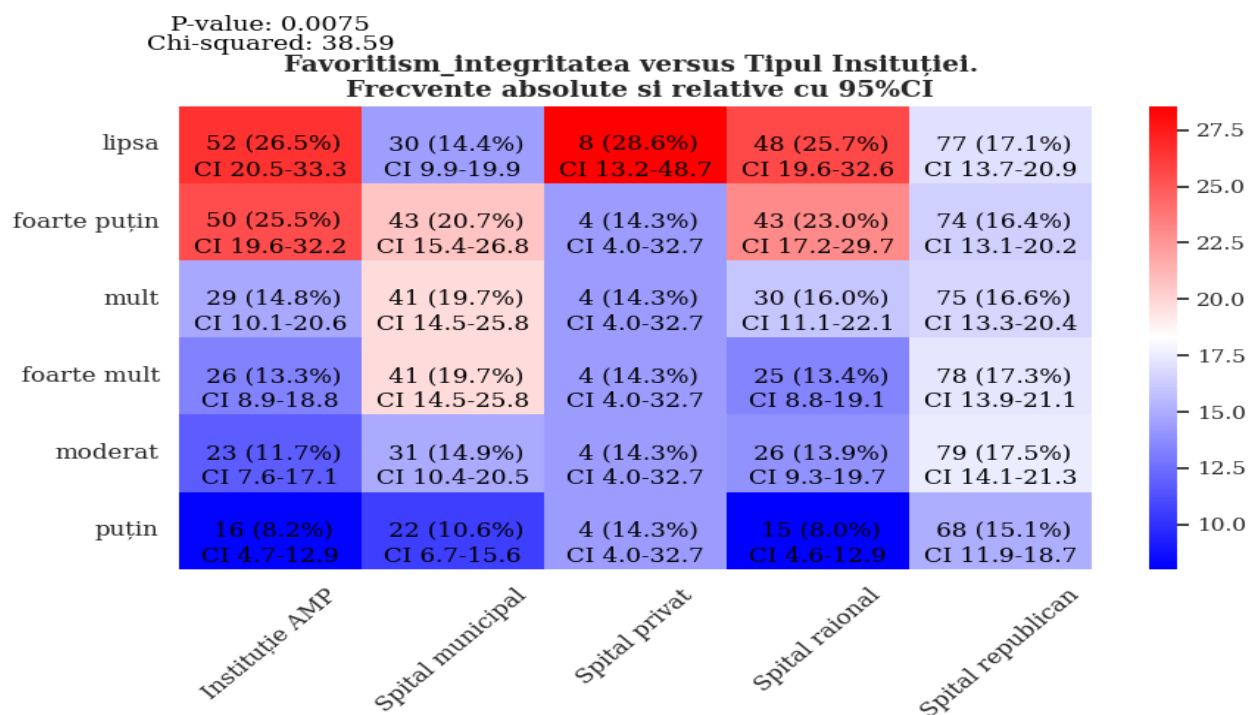


Figura 95. Favoritismul în comportamentului managerului, după tipul instituției, %, c.a.

Grupul angajaților care au apreciat prezența *frecventă* și *foarte frecventă* a favoritismului în instituție este mai mare printre cei cu stagiul de muncă de până la 5 ani (45,1%) față de cei cu stagiul mai mare de 35 de ani (22,6%) (Figura 96).

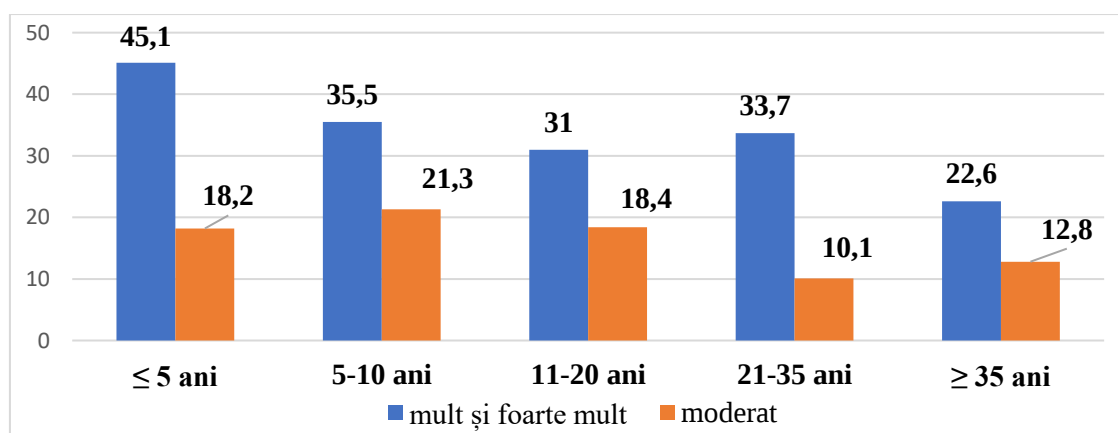


Figura 96. Perceperea favoritismului, după stagiul de muncă, %.

Medicii percep acest fenomen mai mult ca fiind *frecvent* și *foarte frecvent* (35%) în comparație cu asistentele medicale (29,4%) și personalul non-medical (30%) (Figura 97).

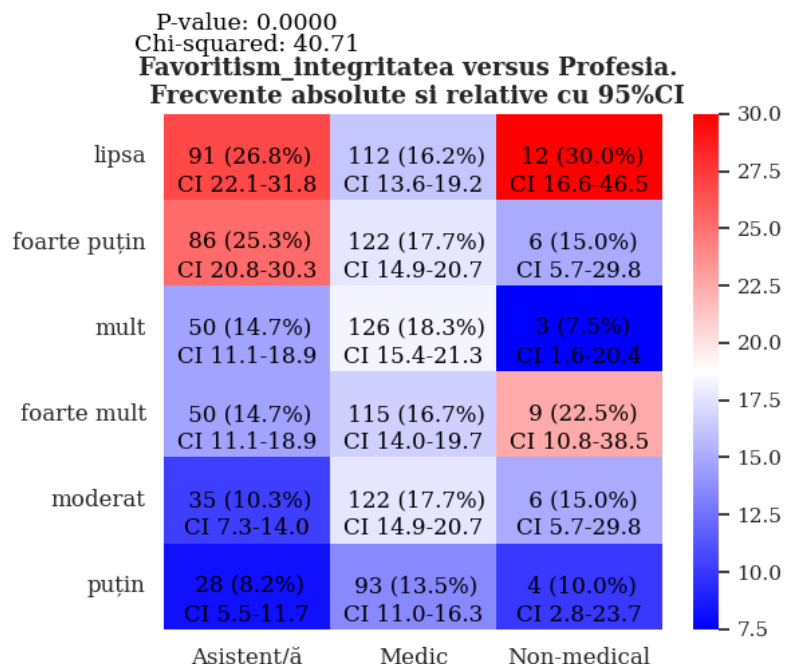


Figura 97. Perceperea favoritismului, după profesie, %.

În cadrul discuțiilor în focus grupuri, precum și în cele individuale, o parte dintre medici au expus convingerea că șansele de a lucra într-o instituție medicală de prestigiu depind de nepotism, ceea ce face imposibilă obținerea unui loc de muncă pe baza unei competiții profesionale obiective. De către mulți participanți a fost pusă la îndoială aplicarea principiului meritocrației în instituțiile medico-sanitare în care activează sau au activat în trecut.

”Dacă nu ai legături și neamuri, nu ai nici o șansă să avansezi sau să ai un loc bun de muncă!” (II35).

„La noi așa este – cei protejați, în favoarea șefului, și cei care sunt măgarii de lucru... tare ne jignește această atitudine diferențiată. De parcă nu am fi tot oameni...” (FGamp1).

” In instituția noastră șeful are favoriți pe care îi vede și îi ascultă, în rest nu suntem auziți...”
(răspuns deschis din chestionar)

Comportamentele neetice din partea corpului managerial vor scădea semnificativ gradul de încredere din partea angajaților, care vor ezita să apeleze pentru discuții oneste, atunci când se confruntă cu careva dileme de ordin etic.

”Pentru ce să mai căutăm dreptate, oricum șefii vor decide după cum le place lor!” (II29)

Studiul a identificat că, în multe instituții, problemele de etică nu sunt subiecte prioritare în ședințele cu administrația. În *mod frecvent* se discută probleme de ordin etic cu administrația doar în 39,9% (CI95% 37.0, 42.8) din instituțiile respondenților. Rezultatul alarmant este că, pentru administrația din fiecare a cincea instituție medicală (21,3%), subiectele etice nu reprezintă o prioritate, fiind discutate *foarte rar* 12,2% (CI95% 10.2, 14.1), sau *niciodată* – 4,1% (CI95% 2.9, 5.3) (Figura 98).

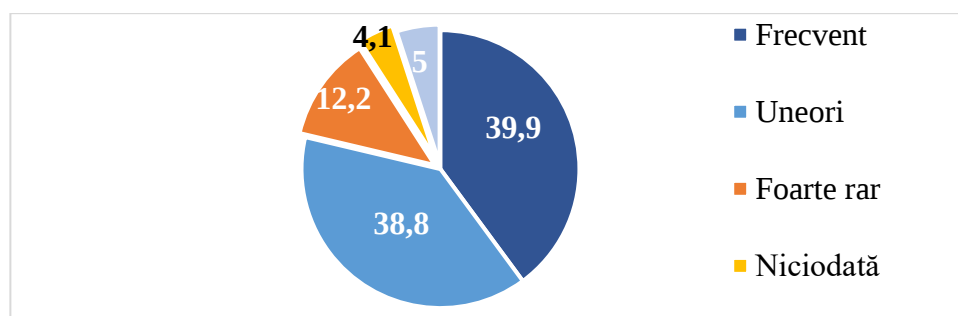


Figura 98. Discuții cu administrația dedicate problemelor de etică, %.

Din figura 99 observăm că, pediatri cel mai frecvent (57%) discută problemele etice cu administrația specialiștii, pe când angajații din oncologie cel mai puțin discută cu corpul managerial astfel de probleme (25,9%), urmați de cei din obstetrică și ginecologie (34,5%).

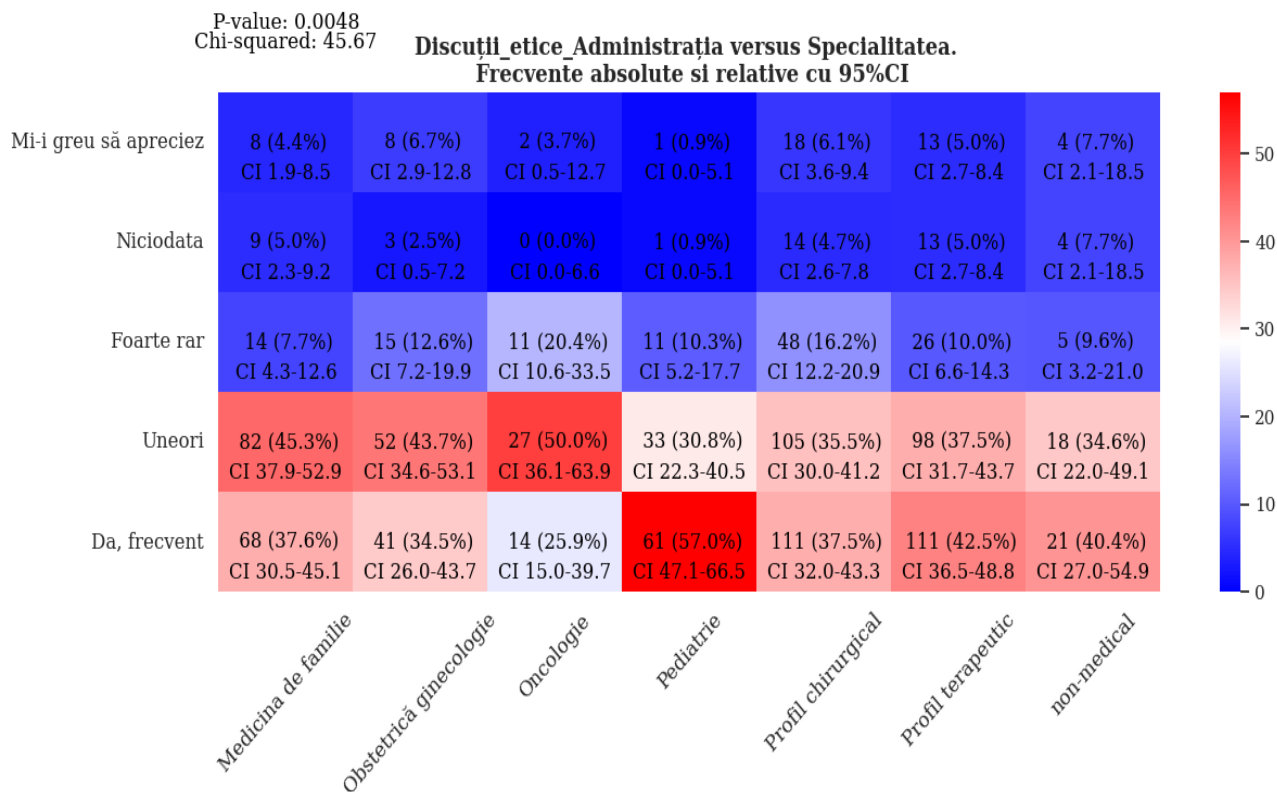


Figura 99. Frecvența discuțiilor etice cu administrația în dependență de specialitate, %, c.a.

Și în cadrul cercetării calitative au fost expuse unele opinii că nu toți managerii sunt interesați suficient de subiectul eticii din instituție și manifestă indiferență față de acest aspect. Această indiferență demotivează angajații care, la fel, se relaxează în privința acestui subiect.

”Unii cum gândesc – dacă șefilor nu le pasă, mie de ce mi-ar păsa?!” (FGce3).

Această atitudine am sesizat-o în cadrul interviurilor individuale realizate cu unii manageri de spitale, care au recunoscut că preferă să paseze problema de etică comitetului de etică, considerând că acest domeniu nu îi aparține în gestiune.

„Când avem vreo problemă de etică, conflict cu pacienții sau petiție, le transmitem către comitetul de etică, lasă să se lămurească! Eu nici nu vreau să mă implic!” (II9).

„Problemele etice se discută la comitetul de etică. Este treaba lor, eu am suficiente alte responsabilități!” (II18).

Etica este apreciată ca un factor secundar și o problemă suplimentară, ceea ce, respectiv, se răsfrânge și se transmite la nivel de instituție. O încredere diminuată în managerii instituțiilor în care activează se vede și prin răspunsurile angajaților la întrebarea cu referire la acțiunile pe care le vor întreprinde în cazul în care constată că un coleg greșește. Doar 14,1% (CI95% 12.1, 16.3) dintre respondenți au recunoscut că vor anunța numaidecât șeful, pe când majoritatea 73.4% (CI95% 70.7, 75.9) se va limita la discuția cu colegul respectiv, ezitând să meargă la manageri. (Figura 66)

Este evident că comportamentul și implicarea corectă în organizarea dimensiunii etice a organizației solicită managerilor un nivel înalt de competențe etice. Este eronat de a presupune că doar prezența celor 7 ani de acasă și a bunului simț va fi suficient pentru a crea un model plauzibil de comportament etic în cadrul unei instituții. afirmația simplă „fă numai bine!” este prea puțin relevantă în procesul de conducere a unei instituții. Lipsa de competențe și abilități practice în domeniul eticii a liderilor și managerilor de organizații a redus gradul lor de implicare în probleme etice, motivul fiind confuzia și neînțelegerea precum că etica este doar o teorie filosofică [164].

Anume din acest motiv este important de a promova abordarea unui management bazat pe instrumente ale eticii, unde managerii ar trebui să fie dotați cu cunoștințele și abilitățile necesare pentru a putea organiza și menține la bun nivel dimensiunea etică a instituțiilor care le gestionează, a efectua o analiză etică a deciziilor luate și a prevedea consecința acestora din perspectivă morală.

5.3. Sinteze la capitolul 5

Procesul de decizie în activitatea clinică este influențat de o multitudine de factori specifici, care duc la anumite concluzii și acțiuni finale din partea lucrătorului medical. Angajații instituției zilnic sunt implicați în procese de luare a deciziilor în diferite relații la locul de muncă. În cazul când astfel de decizii implică dimensiunea etică, este nevoie ca angajații să aibă o scară de valori care le reprezintă punctul de pornire în luarea deciziilor [135, 138]. În cadrul cercetării realizate am fost interesați să aflăm pe cât de cunoscute le sunt valorile promovate de către instituție, acestea, în mod normal, ar trebui să constituie valorile eticii medicale și ale drepturilor fundamentale ale omului. Valorile și convingerile proprii, educația și experiențele anterioare, sunt ceea ce îl face pe angajat să procedeze într-un anumit fel [137]. Totuși, nu mai puțin important este și factorul mediului în care se află angajatul, fiind conștient de regulile, tradițiile și modelele de comportament care se așteaptă de la el. Se poate întâmpla că, înțelegând ce anume se așteaptă care se cerințele organizației, angajatul va avea un anumit fel de comportament și o decizie altă, decât cea care ar fi făcut-o înafara contextului instituției în care lucrează [127, 138]. Pentru ca angajații să aibă aceeași abordare în luarea deciziilor, în instituție trebuie promovate reperele etice pentru luarea deciziilor.

Angajații au nevoie de modele pentru a reproduce un comportament adecvat în activitatea profesională. Promovarea modelului unui leadership etic face parte din setul de instrumente importante pentru procesul de instituționalizare a eticii [126, 130]. Cercetarea realizată ne-a identificat că în multe instituții medico-sanitare lasă de dorit aprecierea modelului etic de comportament care ar trebui să fie promovat de către corpul managerial. Mulți respondenți au apreciat negativ comportamentul managerilor de diferite niveluri din instituția unde activează, manifestând neîncredere și recunoscând că vor ezita să se adreseze pentru consultare. Persistența cazurilor de conflicte de interese, influențe necorespunzătoare, incertitudini etice în procesul de luare a deciziilor în practica lucrătorilor medicali influențează semnificativ statutul lor moral, prin crearea unui conflict intern de valori și contradicții, ceea ce va afecta comportamentul și integritatea angajaților [149, 152, 153].

Astfel de condiții implică un risc evident pentru scăderea satisfacției angajaților și, respectiv, a calității serviciilor. Devine necesare măsuri pentru promovarea unui climat bazat pe încredere, deschidere spre discuții și dialog constructiv. Astfel, managerii ar trebui să adopte politici instituționale și acțiuni clare implementarea instrumentelor etice de identificarea, gestionarea și prevenirea unor astfel de situații.

6. COMITETELE INSTITUȚIONALE DE BIOETICĂ

6.1. Rolul și structura comitetelor de etică/bioetică

Începând cu anii '70 ai secolului trecut, comitetele de etică devin un instrument obligatoriu al procesului de instituționalizare a eticii în instituțiile medicale din țările cu economii avansate. Aceste structuri, ca unități instituționale primare care mediază probleme etice, încep să ocupe un loc unic și central în noul proces de luare a deciziilor medicale cu încărcătură etică în cadrul activității de prestare de servicii medicale, rolul acestora fiind medierea conflictelor prestator-beneficiar de servicii, fiind introdus termenul de „asistență gestionată” [165]. De exemplu, către anul 1998, peste 90% dintre spitalele din SUA aveau create așa comitete, care erau denumite diferit (comitet instituțional de etică, comitet de bioetică, comitet de consultanță etică, comitet de etică clinică, comitete de etică organizațională) [166, 167, 168].

Deoarece problemele de ordin etic, care se întâlnesc în activitatea instituțiilor medico-sanitare sunt foarte diverse, a devenit necesară o selectare specifică a acestora cu direcționare pentru discuție suplimentară specializată către comitete de etică cu diferită componență. De exemplu, de problemele din domeniul eticii clinice se ocupă comitetele de etică clinică sau bioetică, pe când cele legate de cercetare sunt discutate la comitetele instituționale de etică în cercetare. În același timp, subiectele legate de comportamentul și relațiile angajaților au fost puse în responsabilitatea comisiilor sau comitetelor disciplinare sau celor care se ocupă de etica organizațională [169].

Apariția comitetelor de etică/bioetică în instituțiile medico-sanitare din Republica Moldova este condiționată de criteriile obligatorii ale procesului de acreditare care au fost impuse, începând cu anul 2004, odată cu trecerea la sistemul de asigurări obligatorii în medicină, care a solicitat acreditarea fiecărei instituții medico-sanitare pentru a fi eligibilă de a încheia contract de finanțare cu Compania Națională de Asigurări în Medicină. (Standardul 1.4 Prezența și atribuțiile Comitetului de Bioetică). Astfel, prezența și activitatea acestor comitete este verificată prin procedura de evaluare și acreditare a instituției pentru o perioadă de 5 ani [170, 171]. Din cercetarea realizată am identificat că, absolut în toate instituțiile evaluate (100%) au create astfel de comitete, acestea fiind, respectiv, instituții medico-sanitare acreditate.

Însă, cercetarea realizată a identificat că opiniile angajaților la acest subiect sunt diferite. Doar 44,1% (CI95% 41.1, 47.1) dintre respondenți au apreciat comitetul de bioetică ca structură foarte relevantă și utilă. Este alarmant de mare – 18,9% (CI95% 16.5, 21.2) numărul celor care nu cunosc despre activitatea acestui comitet, la care ar putea fi adăugat și numărul celor care nu s-au putut

determina la acest răspuns – 20,8% (CI95% 18.4, 23.3). Unul din șase respondenți – 16,2% (CI95% 14.0, 18.4) consideră că această structură în instituție este nerelevantă și formală (Figura 100).

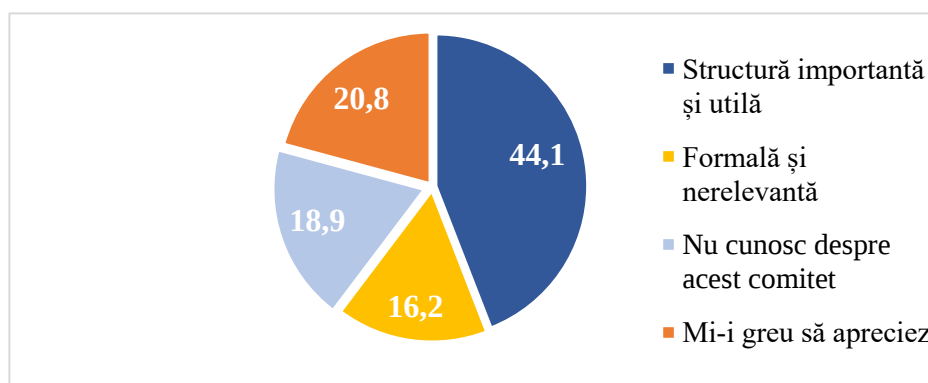


Figura 100. Utilitatea comitetului instituțional de bioetică, opinia angajaților, %

Din figura 101 observăm că, cea mai puțină importanță și utilitate a comitetului de bioetică o oferă angajații din spitalele republicane și municipale. De asemenea, în aceste spitale cel mai mare număr de angajați, practic unul din cinci respondenți, nu cunosc despre aceste structuri.

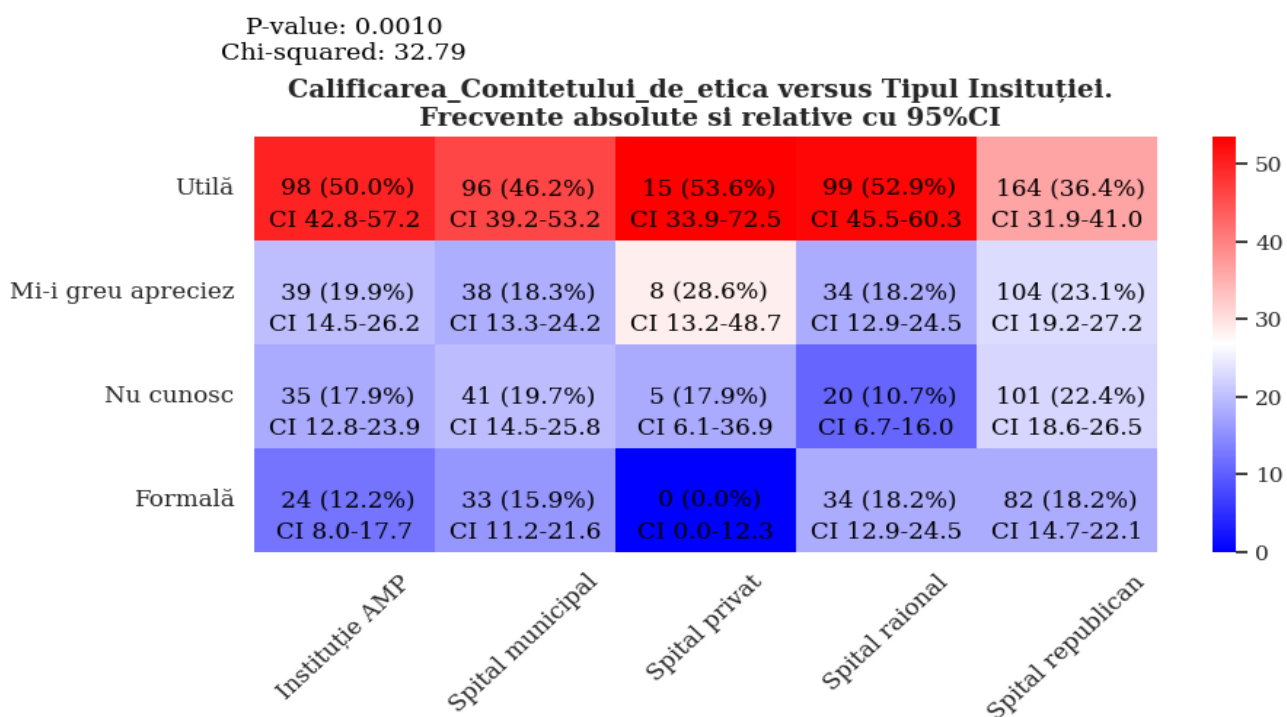


Figura 101. Utilitatea comitetului de bioetică, opinia angajaților după tipul instituției, %, c.a.

Medicii pediatri – 59,8% (CI95% 49.9, 69.2) și medicii de familie – 53,6% (CI95% 46.0, 61.0) apreciază cel mai mult utilitatea comitetului de bioetică, pe când doar 29,4% (CI95% 24.4, 38.5)

dintre ginecologi obstetricieni și 31,5% (CI95% 19.5, 45.6) oncologi consideră această structură utilă (Figura 102).

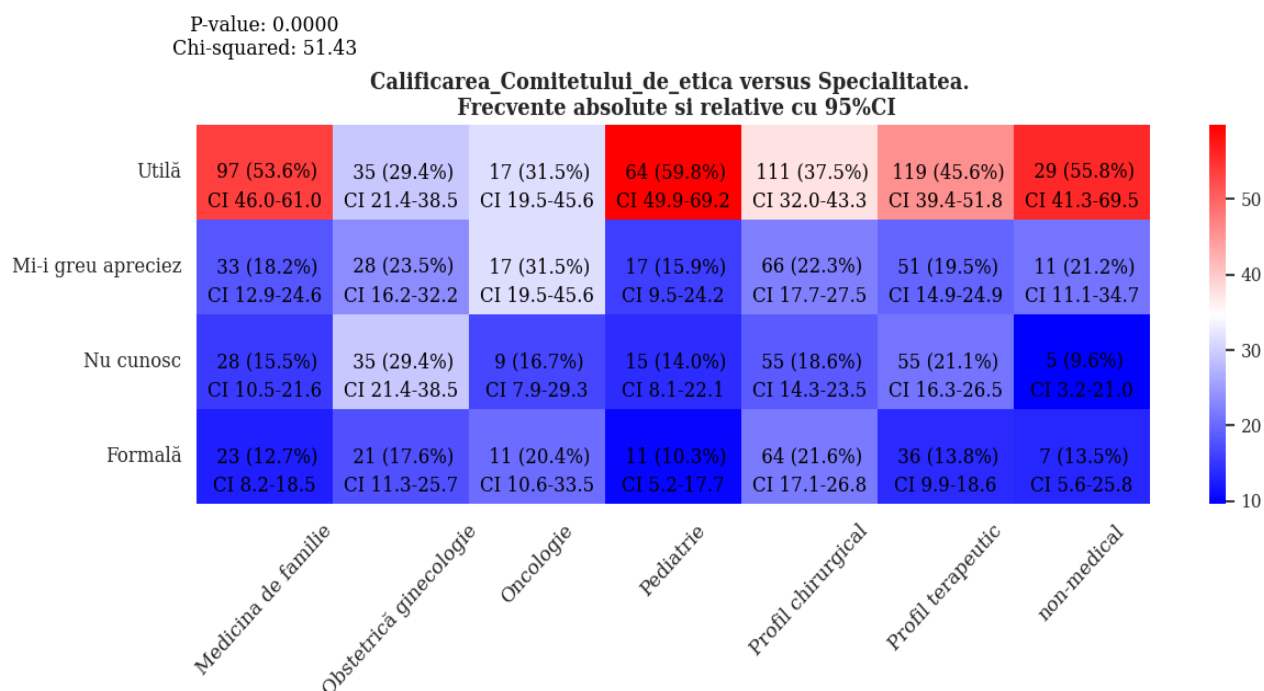


Figura 102. Utilitatea comitetului de bioetică, opinia angajaților după specialități, %, c.a.

Observăm un paradox – profesiile cu cea mai mare probabilitate pentru apariția problemelor de ordin bioetic indică utilitate joasă a comitetului, care ar trebui să le ofere suportul în luarea deciziilor. Această situație poate fi creată din lipsa de încredere față de competența membrilor acestor comitete, dar și conștientizarea insuficientă a rolului acestei structuri.

Asistentele medicale și personalul non-medical apreciază mult utilitatea comitetelor de bioetică. Aceasta poate fi condiționat de specificul activității comitetelor existente, care se îndreaptă mai mult spre soluționarea problemelor disciplinare, de cât a dilemelor de ordin etic din activitatea clinică. În același timp, medicii s-au adresat mult mai frecvent - 18,1% (CI95%15.3, 21.2) către comitetul de etică în comparație cu alte grupuri de personal – asistente medicale- 12,1% (CI95% 8.8, 16.0) și personal non-medical – 15,0% (CI95% 5.7, 29.8). Este alarmant că tot din grupul medicilor face parte cel mai mare grup a celor care *nu au cunoscut* - 24,2% (CI95%21.3, 27.6) că pot să se adreseze către comitetul de bioetică pentru consultație (Figura 103).

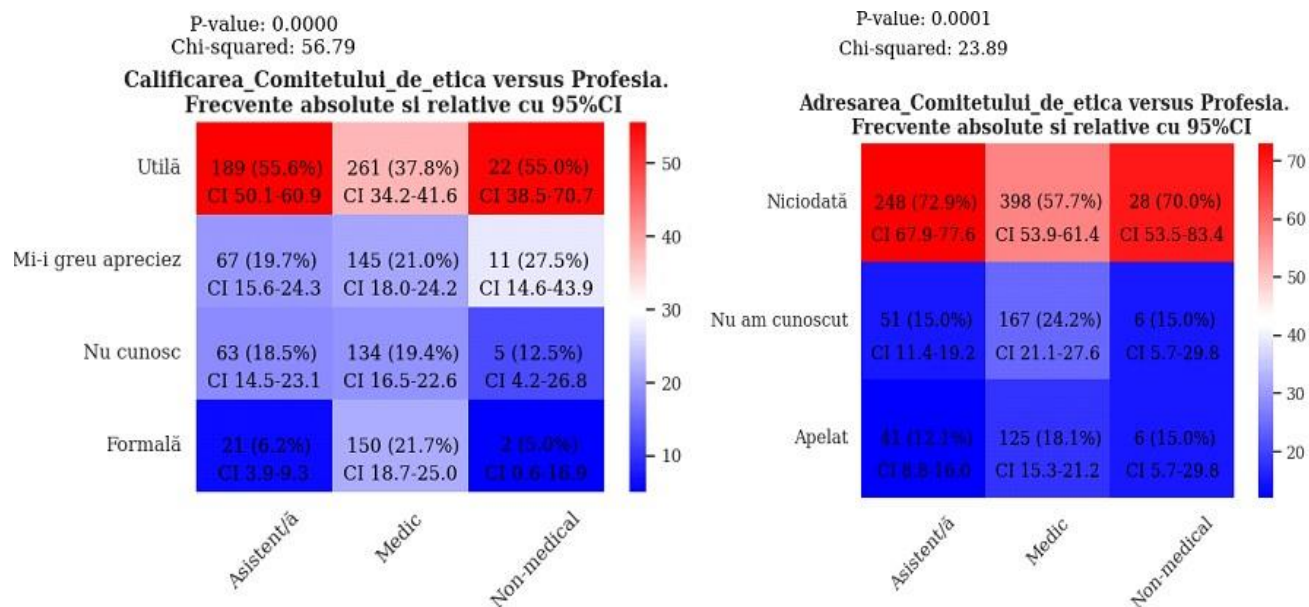


Figura 103. Atitudinea față de comitetul de bioetică, după profesie, %, c.a.

Un indicator alarmant este că, însași unii membri ai acestor structuri sunt sceptici față de necesitatea comitetelor din care fac parte. Unul din cinci membri ai comitetului de etică inclus în studiu – 18,9% nu poate da o apreciere utilității acestor comitete sau le consideră niște structuri *formale*, doar pentru bifare în acreditare, respectiv, și neînțelegându-le rostul (Figura 104).

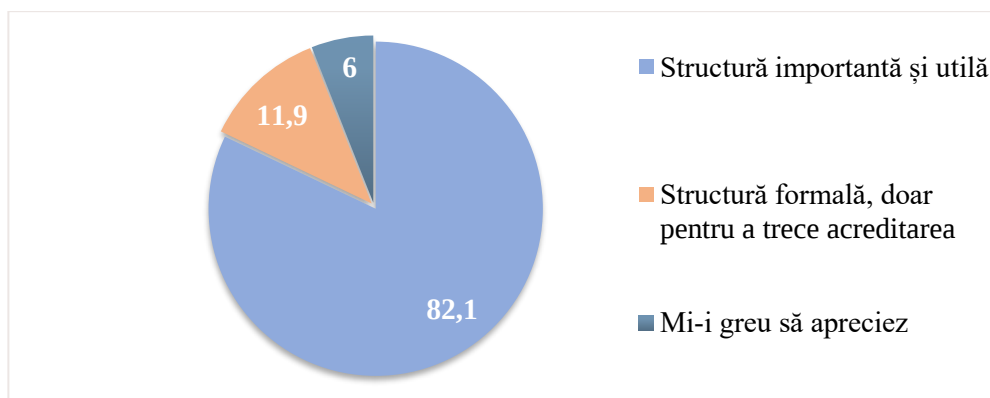


Figura 104. Importanța comitetelor, opinia membrilor comitetelor, %

Mai mult de jumătate dintre respondenți – 63,7% (CI95% 60.1, 65.9) nu au apelat *niciodată* la asistența comitetului de bioetică. O cincime dintre respondenți – 20,8% (CI95% 18.5, 23.4) au afirmat că nici *nu au cunoscut* că pot apela (Figura 105).

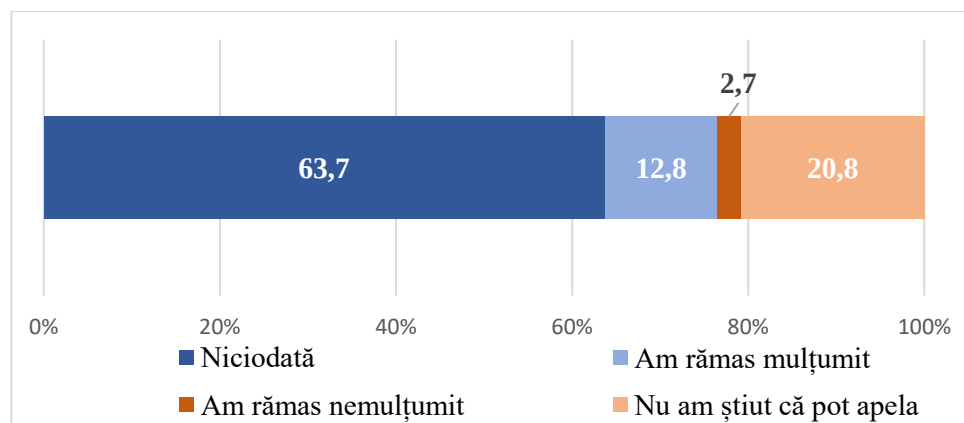


Figura 105. Apelarea angajaților la consultarea comitetului instituțional de bioetică, %.

Doar 12,8% dintre angajați au apelat la comitet și au rămas mulțumiți de consilierea primită. Pe când un grup de 29 de respondenți – 2,7% au recunoscut că au apelat și au rămas nemulțumiți.

P-value: 0.0002
Chi-squared: 29.80

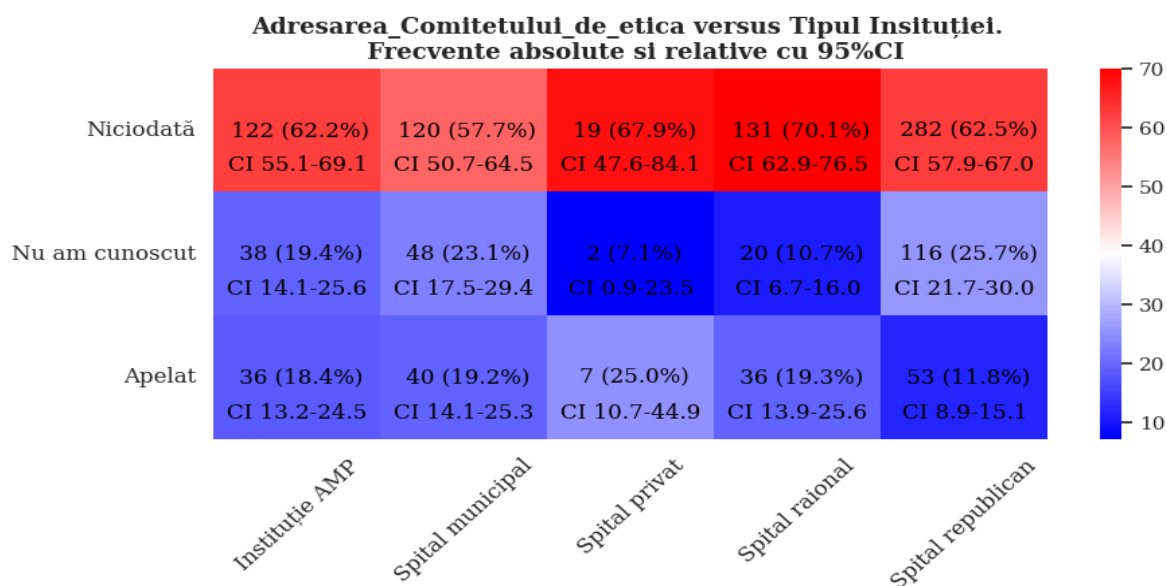


Figura 106. Apelarea angajaților la consultarea comitetului, după tipul instituției, %, c.a.

Cel mai mult apelează pentru suportul comitetului de bioetică angajații din instituțiile private – 25% (CI95% 10.7, 44.9), iar cel mai puțin cei din spitalele republicane – 11,8% (CI95% 8.9, 15.1) (Figura 106).

În cadrul discuțiilor cu respondenții am încercat să identificăm motivele care îi face să apeleze după ajutor la comitetul de bioetică sau, din contra, să evite aceasta. Unii consideră că competența și structura comitetului de etică/bioetică, care există la ei în instituție, nu le inspiră încrederea că vor primi răspunsurile și susținerea necesare.

”Nu am apelat niciodată, deoarece eu accidental am aflat de existența lui, respectiv, nici meritele lui nu-mi sunt cunoscute. Nu îmi inspiră încredere!” (răspuns deschis din chestionar)

”Nu am apelat, este formal, din aceeași șefi, fără cunoștințe în domeniu. Nu cred ca pot aborda profesionist probleme etice” (II16).

”Acest comitet nu valorizează nimic dacă nu are jurist!” (FGis4).

Este o opinie subiectivă, fiind confundat scopul comitetului de bioetică cu cel al consultației juridice. Este adevărat, juristul oferă plus valoare în componența unui comitet de etică/bioetică, însă absența acestui specialist nu ar trebui să afecteze imaginea comitetului, deoarece ar trebui ca toți membrii să posede cunoștințe în domeniul legislației suficiente pentru a analiza etic un caz clinic.

Au fost exprimate de mai multe ori opinii cu referire la transparența insuficientă a activității și deciziilor comitetului de bioetică.

Specialiștii din oncologie cel mai rar au apelat la asistența comitetului de bioetică – 9,3% (CI95% 3.1, 20.3), cu toate că această specialitate include o probabilitate înaltă de apariție a problemelor etice (Figura 107).

P-value: 0.4200
Chi-squared: 12.32

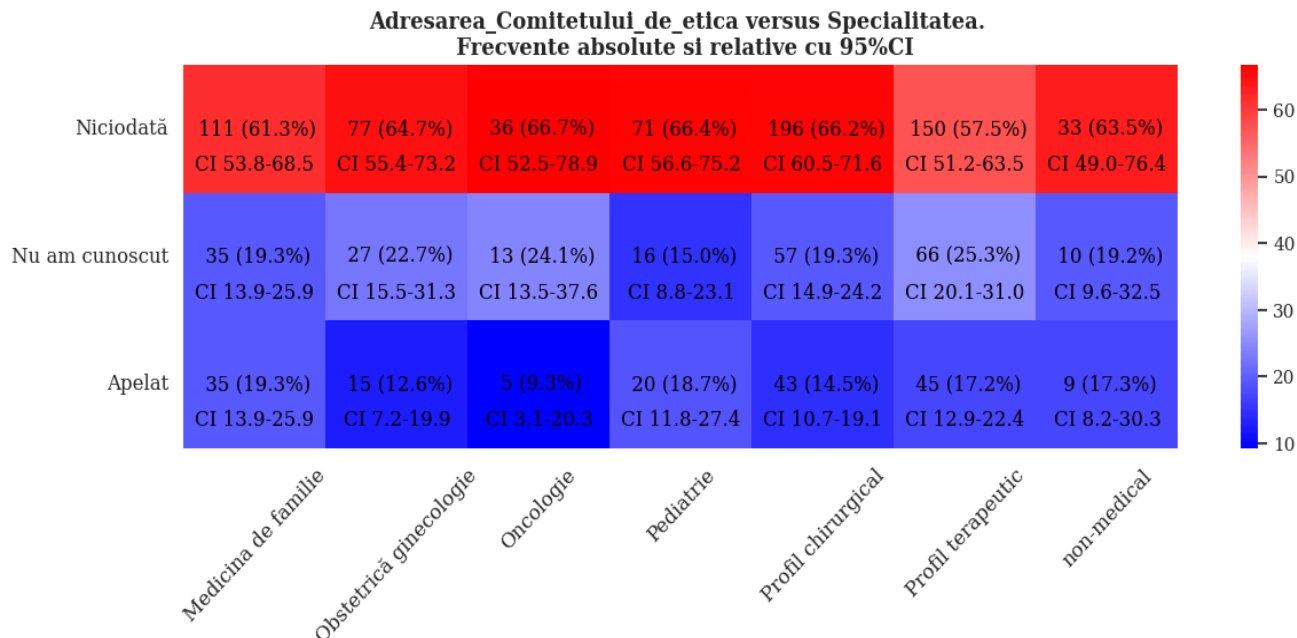


Figura 107. Apelarea angajaților la consultarea comitetului, după specialitate, %, c.a.

Doar 55,4% (CI95% 52.4, 52.4) dintre respondenți au confirmat că deciziile comitetului sunt anunțate și cunoscute în instituție. Este alarmant că 163 de persoane – 18,6% (CI95% 16.3, 20.9) au

afirmat că colectivul lor nu cunoaște despre activitatea comitetului instituțional de bioetică. La acest grup ar putea fi adăugat și grupul celor care au ezitat să ofere o apreciere – 26% (CI95% 23.4, 28.6), probabil din motivele că nu sunt familiarizați cu careva proceduri care ar garanta transparența și comunicarea în acest domeniu în instituțiile sale. Din figura 108 putem observa diferențele în transparența activității comitetului de bioetică în diferite tipuri de instituții. Activitatea comitetului de etică/bioetică este mult mai bine cunoscută de către colectivele instituțiilor AMP – 61,2% (CI95% 54.0, 68.1) și instituțiilor spitalicești raionale – 61% (CI95% 53.6, 68.0). În rest, respondenții altor instituții au indicat că, practic, jumătate dintre angajații instituțiilor nu cunosc sau le-a fost greu să ofere o apreciere cu referire la acest subiect. Putem explica această particularitate în răspunsuri prin faptul că instituțiile de AMP și spitalele raionale sunt cu un număr mai mic de angajați, în comparație cu cele republicane și municipale, respectiv, informarea, ca proces, este mai rapidă.

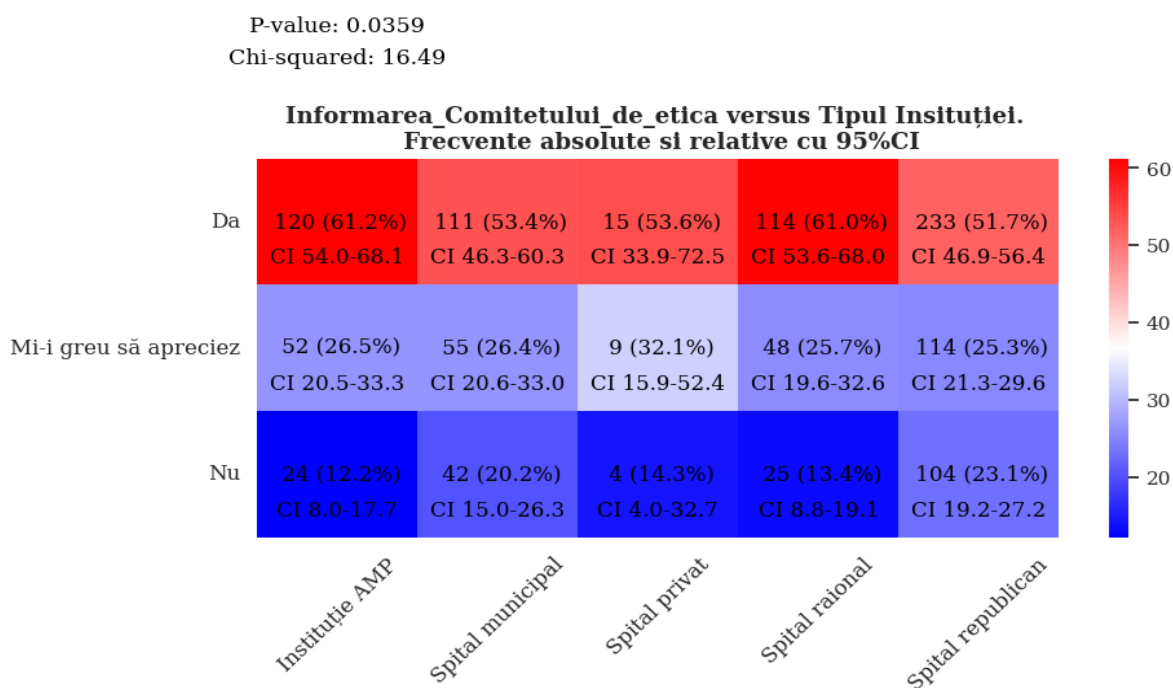


Figura 108. Informarea angajaților despre activitatea comitetului, după tipul instituției, %, c.a.

Din răspunsurile analizate înțelegem că, în multe instituții medico-sanitare, nu există o procedură clară de informare a colectivului cu privire la problemele etice existente și discutate, lăsând ca această informare să ia forma unor zvonuri la nivel de comunicare interpersonală, ceea ce induce riscul unor interpretări eronate, până la bârfe.

Respondenții în cadrul cercetării calitative au recunoscut că au auzit de existența comitetului în instituție, dar nu înțeleg și nici nu au fost informați cu ce se ocupă.

”Se adună când le zice șeful, deci și deciziile lor vor fi tot pentru el! Nu cred că cineva să îndrăznească să meargă contra directorului!” (II4)

Unii respondenți au exprimat îngrijorarea că, comitetul de etică este folosit ca un instrument al managerului de a-și îndreptăți anumite acțiuni și aceasta îi scade din credibilitatea deciziilor.

”Comitetul este utilizat parțial neconform. Regulamentul prevede unele atribuții, însă face altele. Comitetul analizează cazuri care nu ar trebui să ajungă acolo, joacă cum zice șeful” (II23).

Am avut și aprecieri pozitive ale activității comitetului instituțional de etică/bioetică.

”Multe aspecte de management își găsesc răspunsul anume la comitetul de etică” (II33).

În literatura de specialitate am determinat că activitatea comitetelor de etică/bioetică trebuie să fie abordată din perspectiva a trei domenii [165, 168] și anume:

1. *Educație.* Activitățile de educație presupun atât autoinstruirea membrilor, cât și promovarea cunoștințelor în domeniul eticii printre angajații instituției. Acestea pot fi făcute de către membrii comitetului la ședințele medicale oficiale, prin organizarea unor ședințe specifice, a unui forum pe probleme etice sau prin discutarea unor probleme cu exigențe etice ridicate, de exemplu, din genetică, terapie intensivă, îngrijire neonatală, fertilizare asistată etc.

2. *Consultație.* Consultația etică presupune asistența clinicienilor în soluționarea conflictelor cu pacienții, aparținătorii sau chiar cu comunitatea. Uneori, clinicienii pot avea suspiciuni atunci când un comitet se va implica în luarea deciziilor referitoare la activitatea lor clinică. În același timp, comitetele de etică se consideră forumuri multidisciplinare pentru discutarea problemelor etice în cazuri dificile într-un mod mai mult consultativ și de susținere, decât directiv. Deciziile comitetului au rol de recomandări, iar decizia finală, până la urmă, rămâne pe responsabilitatea medicului, a managerului sau a pacientului care a înaintat solicitarea către comitet.

În instituție trebuie să existe proceduri clare cu referire la situațiile când este nevoie ca respectivele comitete să se implice rapid pentru a ajuta la soluționarea unor dileme etice urgente. În multe spitale din Marea Britanie [168], spre exemplu, există practica că în astfel de situații de urgență, președintele și/sau un cvorum minim de membri pot oferi consultanță rapidă. Mai mult chiar, președintele sau adjunctul comitetului oferă adesea răspunsuri chiar și la telefon, cu sugestia ca cazul să poată fi adus la comitet pentru o discuție mai amplă. De fapt, potențial, președintele și-ar putea asuma rolul de „etician clinic” în cadrul spitalului, desigur având pregătirea necesară.

3. *Dezvoltare de politici.* Acest domeniu include formularea și interpretarea politicilor instituționale față de un anumit subiect, cum ar fi situații de final de viață, probleme legate de

drepturile pacienților etc. Comitetul poate veni cu propunerea către administrație de a fi elaborate anumite politici instituționale, în baza concluziilor făcute în urma unor cazuri care ajung în fața comitetului pentru discuții (cum ar fi: politica de confidențialitate, politica de siguranță etc.).

În grilele completate de către administrațiile instituțiilor medico-sanitare sau președinții comitetelor de bioetică instituționale a fost solicitat de a indica tipul cazurilor care au fost discutate, pe parcursul anilor, în cadrul ședințelor comitetelor (Figura 109). În mare parte au fost analizate cazuri de conflicte interpersonale, cum ar fi conflicte cu pacienții – 81,3%, conflicte între colegii de lucru – 66,3%, conflicte cu rudele și reprezentanții legali ai pacientului – 57,5%, conflicte dintre angajați și administrație – 23,8%. Au fost raportate și discutarea cazurilor legate de violarea / protecția drepturilor pacientului, în genere – 18,8% și chiar în particular, cum ar fi, informarea și decizia pacientului – 28,7%, păstrarea confidențialității și divulgarea informației – 18,8%.

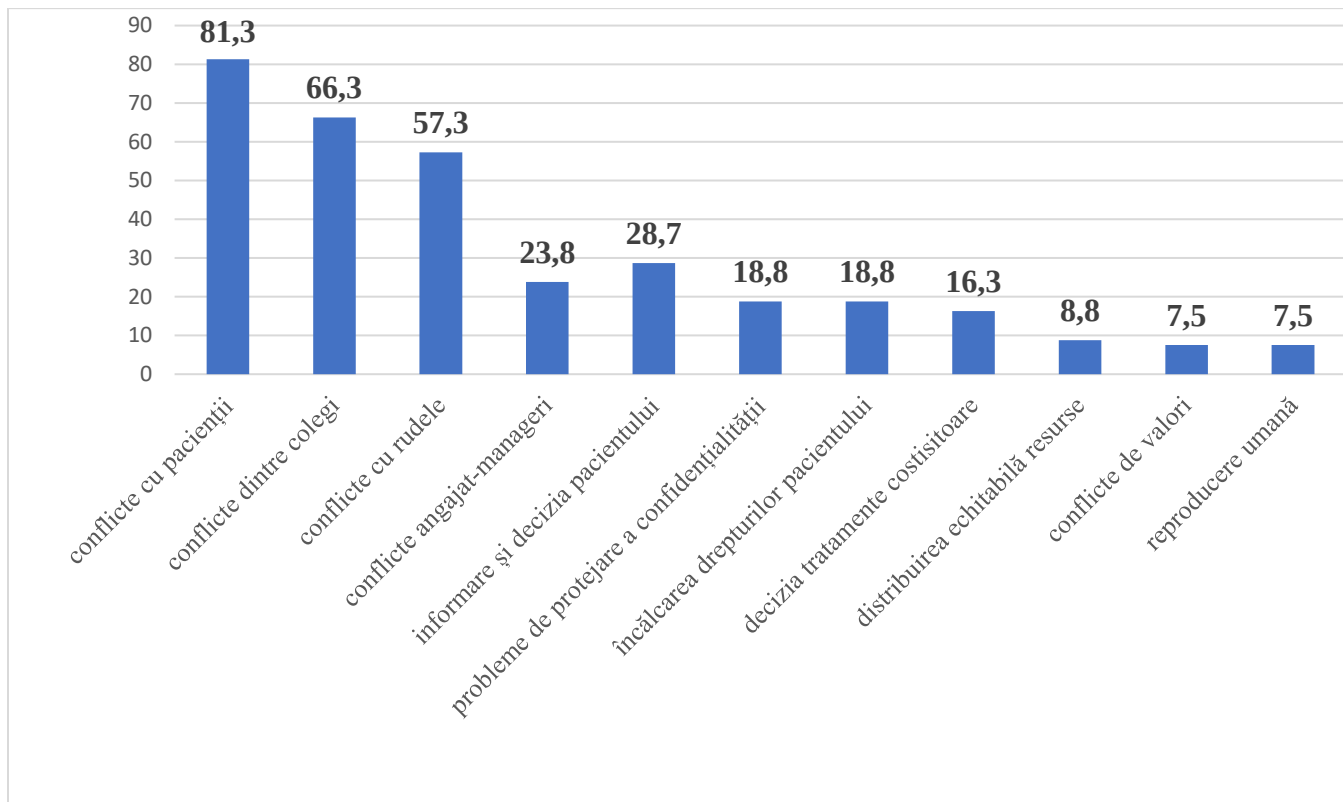


Figura 109. Cazuri discutate de comitetele de bioetică, raportarea instituțiilor, %.

Într-un număr mai mic, de către comitetele de bioetică din țară au fost discutate problemele legate nemijlocit de etică clinică sau de bioetică. Problemele legate de accesul echitabil la tratamente costisitoare – 16,3% și distribuirea echitabilă a resurselor limitate – 8,8%, decizii legate de pacienții

terminali – 6,3%, probleme legate de reproducerea umană – 7,5%, conflicte de valori religioase și culturale – 7,5%, probleme legate de cercetarea medicală 6,3% (Figura 109).

Au fost menționate și cazuri unice înaintate la discutarea comitetului de bioetică, care țin de domeniul disciplinar, cum ar fi: prezența la locul de muncă în stare de ebrietate, încălcarea regimului intern al instituției.

Participanți implicați nemijlocit în activitatea comitetelor – membrii comitetelor și reprezentanții administrației, au fost solicitați să se expună cu privire la rolul comitetelor de bioetică în instituție. Din figura 110 observăm că, o mare parte dintre respondenți consideră că comitetele ar trebui să își asume instruirea angajaților în subiecte etice, ceea ce nu se observă în activitatea actuală a acestor structuri. De asemenea, respondenții apreciază mult mai înalt implicarea comitetelor în probleme din domeniu bioetic, în comparație cu nivelul la care aceste probleme sunt discutate la moment. Totuși, majoritatea respondenților apreciază rolul comitetelor în soluționarea problemelor disciplinare. Este considerat prioritar rolul comitetelor instituționale în analiza cazurilor de *conflict dintre angajați*. De această părere sunt 84,3 % dintre membrii comitetelor de etică și 93,6% dintre reprezentanții ai administrației. Pentru rolul comitetelor de etică în soluționarea *conflictelor dintre angajați și pacienți* au pledat 83,6% dintre membrii comitetelor și 94,9 % dintre reprezentanții administrației instituțiilor.

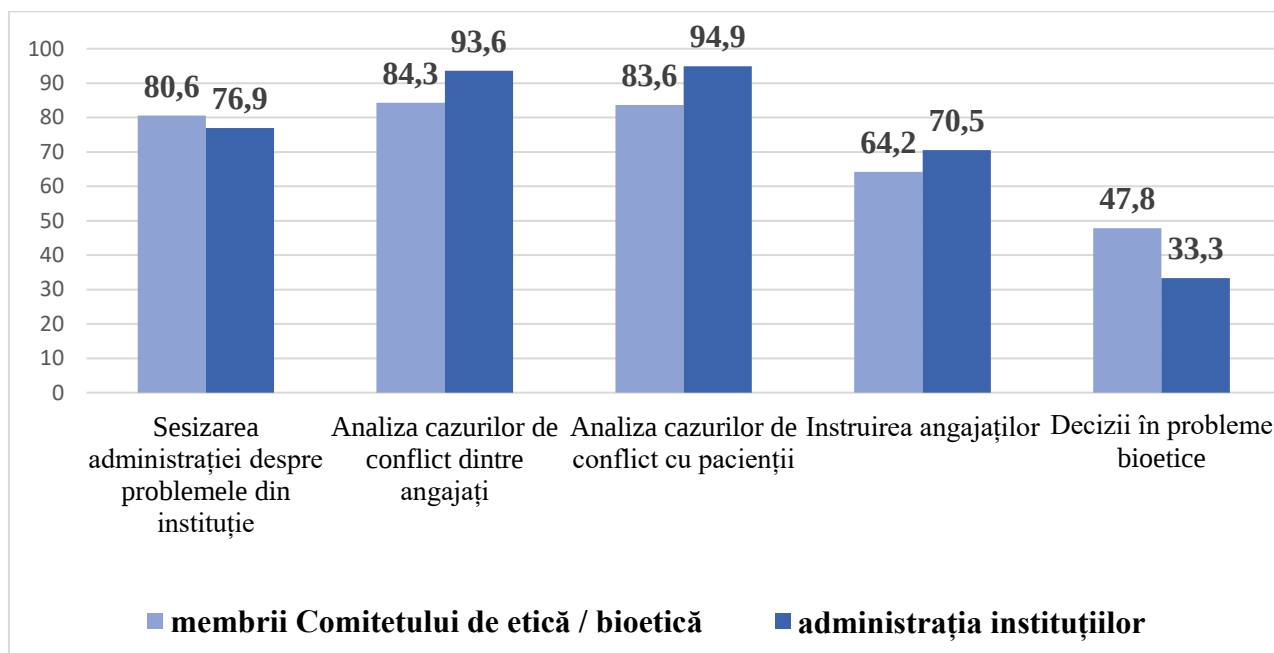


Figura 110. Rolul comitetului de bioetică, opinia membrilor si administrației, %.

Menționăm că, a cincea parte (20,0%) din răspunsurile primite de la administrațiile instituțiilor medico-sanitare indică că de la comitetele instituționale de bioetică se așteaptă evaluarea și monitorizarea cercetărilor clinice. În acest context, este important de precizat că legislația Republicii Moldova stipulează cert că aprobarea și evaluarea studiilor clinice poate fi făcută doar de către Comitetul național de etică a studiilor clinice, aprobat prin hotărâre de Guvern [178, art.14, pt5]. La nivel de comitete instituționale pot fi evaluate doar proiectele de cercetare științifică care includ subiecți umani (instituțiile medico-sanitare unde sunt catedre, se elaborează teze de masterat sau doctorat, se implementează proiecte de cercetare).

Totodată, comitetele instituționale pot să se sesizeze în cazul în care observă neregularități în implementarea cercetărilor clinice în instituția respectivă, chiar dacă acestea au primit avizul pozitiv al comitetului de nivel național. Respectiv, putem ajunge la concluzia că, personalul administrativ din cadrul instituțiilor medicale nu cunoaște suficient cadrul normativ care se referă la acest subiect.

Un număr mult mai mic de respondenți (47,8% dintre membrii comitetelor și 33,3% dintre manageri) apreciază rolul comitetelor în soluționarea problemelor de ordin bioetic (decizii pentru deconectare de la aparate, pentru transplant, întreruperea alimentației artificiale a pacientului incurabil etc.). Cu toate acestea, din formularele completate de către administrațiile instituțiilor medico-sanitare observăm că, majoritatea comitetelor instituționale din țară sunt denumite comitete *de bioetică* (83,3%). Această situație confuză apare, cel mai probabil, din cauza unor lacune pe care le au factorii de decizie cu privire la înțelegerea diferenței dintre noțiunile de etică și bioetică, care a fost explicată în primul capitol al acestei lucrări.

Tot în acest context, trebuie să analizăm și faptul că, în unele chestionare, au existat răspunsuri precum că comitetele de bioetică ar trebui să răspundă de satisfacția personalului medical, implementarea corectă a protocoalelor etc. Împreună cu rata înaltă a răspunsurilor care confirmă că comitetele de etică ar trebui să analizeze cazurile de conflicte dintre angajați, devine evident că, rolul acestor structuri este confundat cu cel al altor departamente din instituție, responsabile de managementul calității sau de disciplina personalului (resurse umane).

În cadrul unui interviu individual, un medic ne-a recunoscut că a fost certat în fața comitetului de etică a unui AMT (II3) și apoi chiar penalizat pentru că nu a avut suficientă abilitate profesională pentru a-l convinge pe un pacient să se spitalizeze, atunci când acesta a semnat benevol formularul de refuz de spitalizare. Medicul a fost acuzat de incompetență de către membrii comitetului. Este un

exemplu de lipsă de cunoștințe la nivel de instituție cu referire la rolul comitetului de bioetică, dar și lipsă de cunoștințe specifice, etice și legislative, la membrii acestui comitet.

Analizând rezultatele acumulate în chestionarele aplicate către administrațiile instituțiilor medico-sanitare, constatăm că majoritatea întrunirilor comitetelor de bioetică din instituțiile medico-sanitare din țară (89,7%) sunt realizate atât la solicitarea managerului sau a angajaților (50%), cât și la solicitarea pacienților sau a rudelor acestora (55,1%). Întâlnirile sunt organizate, în mare parte, doar la necesitate (80,0%), totuși sunt identificate câteva instituții (20,0%) unde există și o oarecare planificare semestrială 6,3%, trimestrială (7,5%) sau lunară (6,3%) a ședințelor comitetului.

În același timp, pentru 8 persoane dintre membrii comitetului (6,1%) a fost dificil să își amintească când a fost ultima ședință, iar alții 4 membri (3%) au recunoscut că nu cunosc despre regularitatea întrunirii comitetului din care fac parte. Totuși, în mare parte, observăm că comitetele de etică/bioetică din instituțiile medico-sanitare din țară sunt active. Mai mult de 2/3 dintre comitete s-au întrunit în ultimele 3 luni înainte de cercetare.

În același timp, unii respondenți au remarcat, nemulțumiți, că și-ar dori ca comitetul să fie mai activ și să se întrunească mai frecvent.

„Comitetul se întrunește numai atunci când arde, când e conflict și tare puțin se implică în prevenirea situațiilor care duc la conflict. Trebuie de schimbat ceva...” (II26).

Această afirmație caracterizează, în genere, tipul de activitate a comitetelor de bioetică din țară, care reacționează prospectiv, post-factum la problemele apărute și mai puțin se focusează pe măsuri preventive și de identificare a riscurilor.

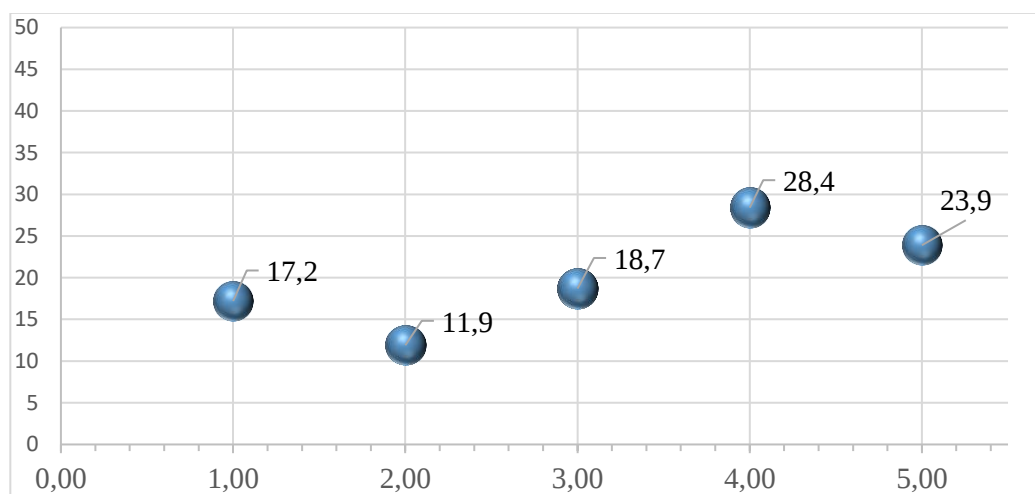


Figura 111. Nivelul de implicare a comitetului instituțional în consultanță de etică clinică, %.

Participanții la studiu nu au putut identifica careva activități de dezvoltare de politici instituționale sau instruire a personalului implicat în evaluarea etică. În același timp, doar circa jumătate dintre membrii comitetului de etică/bioetică (52,3%) au confirmat că comitetul din instituția lor se implică activ în procesul de consultanță etică clinică – apreciind activitatea comitetului cu *foarte bine* 23,9% și *bine* – 28,4%, restul respondenților apreciind foarte jos această implicare (Figura 111). Acest fapt confirmă încă odată că, actualele comitete de etică/bioetică din instituțiile medico-sanitare din țară sunt mai mult percepute ca structuri disciplinare, decât pentru consultare/consiliere etică.

Spre deosebire de comitetele de etică a cercetării, comitetele de etică clinică nu au un cadru regulatoriu strict, ceea ce duce la o interpretare vastă, dar și vagă a activității acestor structuri [172, 173]. Unele comitete își asumă inițiativa de a dezvolta anumite ghiduri sau politici instituționale cu referire la provocările etice din practica clinică, altele se concentrează pe consultanța cazului clinic din perspectiva discuției multidisciplinare [174].

În mare parte, activitatea comitetelor reiese din competențele membrilor acestora, precum și din viziunea managementului asupra responsabilităților delegate acestor structuri. O analiză amplă a publicațiilor cu referire la activitatea comitetelor de etică în instituțiile medico-sanitare din diferite țări demonstrează că acestea sunt foarte diverse, atât după scopul lor, cât și prin forma de activitate [165, 172, 175, 176]. Însă, în linii generale, scopul și obiectivele comitetelor de etică sunt similare, și anume, de a proteja drepturile, siguranța și bunăstarea pacienților din cadrul unor instituții medico-sanitare sau a subiecților cercetărilor biomedicale [177].

Suplimentar, unele comitete își stabilesc și scopul de a identifica și a analiza problemele de ordin etic din practica clinică, promovarea instruirilor și formării personalului medical în materie etică prin organizare de seminare, lecții, workshop-uri. Comitetele de etică pot să identifice necesitățile etice din cadrul unei instituții, să susțină personalul medical pe un subiect etic, să intervină cu decizii în cazul conflictului dintre pacient și aparținători. Printre cele mai frecvente probleme discutate în cadrul comitetelor de etică este consimțământul pentru anumite tratamente/intervenții, inclusiv în cazurile când acordul pacientului este imposibil, uneori acestea oferă suport în luarea deciziilor în situații de sfârșit de viață sau continuarea susținerii artificiale a vieții [172, 177].

Chiar dacă, legal, nu este o abordare unificată față de activitatea comitetelor, totuși, la nivel internațional, sunt înaintate anumite standarde pentru aceste structuri [63] și anume:

- comitetele de etică trebuie să asigure accesul deschis pentru pacienți, aparținători/rude, reprezentanți legali, personal medical, cu informarea despre căile de adresare pentru consultanță;

- trebuie să fie stabilit un proces clar și sistematic pentru desfășurarea ședințelor comitetelor de etică, inclusiv triajul cererilor aplicate; acumularea, procesarea și analiza informațiilor; protejarea confidențialității; oferirea de recomandări; evaluarea rezultatelor consultării;
- aplicarea unei proceduri adecvate de informare a tuturor părților implicate în cazul inițiat spre consultare (pacientul, reprezentantul legal, medicul etc.) despre faptul că a fost aplicată o solicitare către comitetul de etică;
- determinarea procedurii de documentare, prin care să fie clarificat volumul și tipul informației ce va fi documentată la nivel intern pe parcursul consultației etice;
- trebuie să fie aprobată la nivel intern o metodologie pentru evaluarea, revizuirea calității și îmbunătățirea procesului de consultanță etică a comitetului.

Fiecare instituție medicală ar trebui să aibă dezvoltată o politică proprie, care să detalieze procesul de respectare a acestor standarde [167].

La nivel internațional, tot mai mult se discută că, printre obiectivele principale ale comitetelor de etică ar trebui să fie crearea unui forum pentru promovarea eticii în medicină, atât în educația continuă, cât și în practică. Anume prin crearea unei rețele comune a structurilor care se ocupă de consultanța etică, ar putea fi unificată abordarea etică a cazurilor de dilemă, cu realizarea unui schimb continuu de practici, cunoștințe și experiențe. Rețeaua de Etică Clinică din Marea Britanie (*UK Clinical Ethics Network – eng.*), de exemplu, a devenit o sursă de informare și un suport important pentru comitetele de etică din spitalele engleze. Această rețea produce regulat buletine informative și publicații, organizează conferințe anuale și workshop-uri educaționale tematice, facilitează schimbul de experiență și practici dintre membrii comitetelor. Printre temele abordate de către comitetele de etică clinică sunt următoarele [176]: continuarea sau întreruperea tratamentului; deciziile de a nu resuscita; directivele în avans; consimțământul pacientului/rudelor; capacitatea de a decide obiectiv; refuzul tratamentului; testul genetic; reproducerea asistată (fertilizarea); probleme din terapia intensivă; probleme în asistența de urgență etc.

Cercetare realizată a identificat că structurile comitetelor de etică/bioetică din instituțiile medico-sanitare din Republica Moldova au nevoie de o fortificare esențială. Este necesar de a promova rolul acestor structuri în managementul instituțiilor medico-sanitare cu rol de educare și prevenire și de evitat abordările de penalizare care predomină la moment. Este necesar de crescut încrederea angajaților în aceste structuri și a rolului lor de instrument în instituționalizarea eticii.

6.2. Membrii comitetului

Unul din punctele tari ale comitetelor de etică, ca model de suport al eticii clinice, este complementaritatea și experiența cumulativă a membrilor în cadrul grupului. Drept aspect pozitiv poate fi considerată multidisciplinaritatea echipei comitetului, care poate include atât personal medical (asistente și medici), cât și personal non-medical, ale căror cunoștințe pot fi foarte relevante în procesul de analiză a unor conflicte, cum ar fi juristul, psihologul, asistentul social.

„Îmi place comitetul de etică/ bioetică, fiindcă este o comisie multidisciplinară și poate avea viziune amplă asupra fiecărui caz aparte” (II30).

În același timp, în literatura de specialitate am întâlnit îngrijorări ale unor autori cu referire la eșecul și insuficiența comitetelor de etică. Comitetele pot să nu fie cea mai bună modalitate de a răspunde la dileme acute care apar în cazuri individuale, când ar fi suficientă discuția într-un cerc mai restrâns, de 1-3 profesioniști. Riscul identificat e generat de formatul considerat greoi de gestionat din cauza numărului extins de membri. Deoarece nicăieri nu este clar stipulat care ar fi numărul optim de membri, acesta variază de la 5 la 26 de persoane în instituții diferite. În același timp, numărul mare de membri presupune și riscul unor probleme legate de confidențialitatea cazului discutat [157].

În cercetarea realizată, am determinat o diversitate impunătoare a numărului membrilor comitetelor din instituțiile medico-sanitare din țară. Comitetul instituțional cu cel mai mic număr de membri este compus din 4 persoane (1,3%), iar cel mai numeros este comitetul compus din 22 (1.3%) de membri. O pătrime dintre comitetele instituționale incluse în studiu (25,6%) sunt compuse din 7 membri și un grup similar (24,4%) sunt comitetele cu 5 membri. În rate similare (10,3%) sunt grupul comitetelor cu 6 și 10 membri, urmate de numărul comitetelor cu 8 membri (9%) și 9 membri (6,4%).

Practica internațională recomandă ca membrii acestor comitete ar trebui să fie reprezentanți ai diferitor domenii profesionale: bioeticieni/eticieni, preoți, sociologi sau asistenți sociali, juriști, asistente medicale, medici, psihologi, reprezentanți ai comunității. Aceste persoane pot fi angajați ai instituției sau sunt invitați din afară instituției. Totodată, trebuie să recunoaștem că activitatea în cadrul unui comitet de etică este o muncă amplă și enormă, aceasta implicând analiza materialelor relevante cazului, documentarea suplimentară cu privire la cadrul normativ, ghidurile și directivele relevante subiectului, studierea practicilor similare cazului analizat, participarea în discuții. Lipsa timpului și epuizarea entuziasmului, de obicei, sunt constrângerile majore pentru această activitate neremunerată. Din acest motiv, este important ca administrația instituției medicale să prevadă anumite mecanisme de motivare și susținere a membrilor comitetului pentru a asigura implicarea

activă și eficientă a fiecăruia. Mai mult de o treime dintre membrii comitetelor de bioetică din instituțiile medico-sanitare din țară (39%) consideră că, această funcție este o responsabilitate în plus. Doar jumătate dintre membri (54%) s-au arătat satisfăcuți de faptul că au fost aleși în componența comitetului (Figura 112).

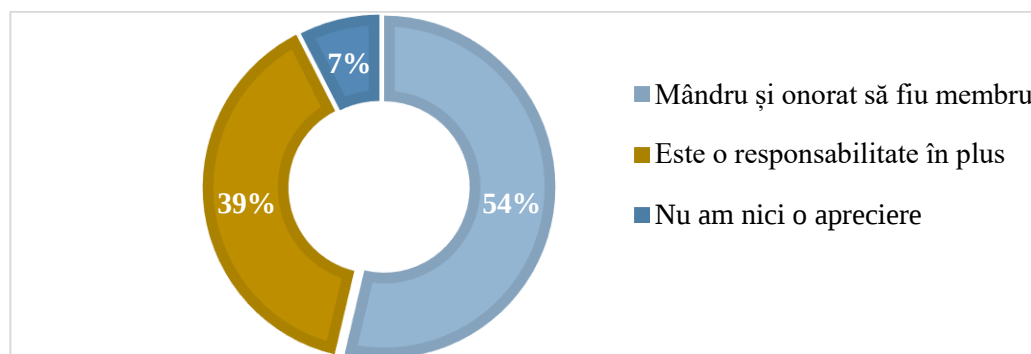


Figura 112. Satisfacția față de calitatea de membru a comitetului, %.

Majoritatea membrilor comitetelor de bioetică din instituțiile medico-sanitare din țară 88,1% au confirmat că se străduiesc să fie mereu activi, să participe în discuții și să își expună deschis opinia. În același timp, practic, unul din zece respondenți (11,9%) a marcat că preferă să se abțină de la discuții și acceptă tacit ceea ce decide majoritatea (Figura 113). Este o constatare alarmantă, luând în considerare că membrii comitetului de bioetică ar trebuie să fie aleși după anumite calități și aptitudini și nicidecum pentru formalitate și număr de prezență în sala de ședințe.

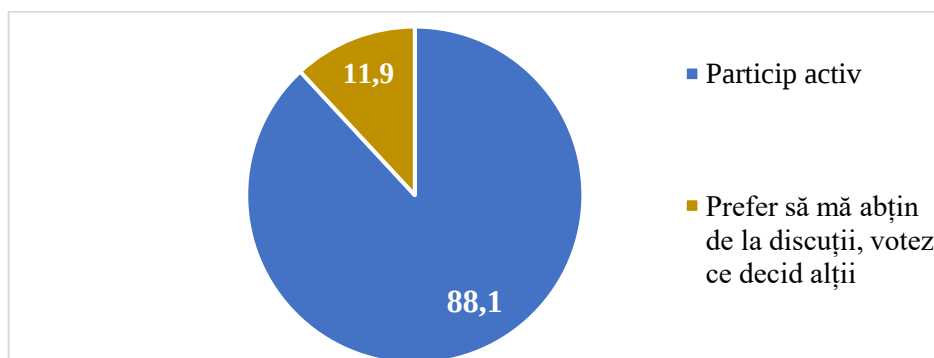


Figura 113. Implicarea membrilor în activitatea comitetului de bioetică, %.

Este important să menționăm și procedura de familiarizare a membrilor comitetului de etică/bioetică despre scopul, misiunea și esența activității acestei structuri. Patru dintre respondenți (3%) au recunoscut că nu au fost informați de nimeni și nu cunosc nici la moment despre activitatea comitetului și obligațiile membrilor. Chiar dacă acest procent pare mic, este alarmant însăși prezența acestor răspunsuri, deoarece eșantionul a fost nemijlocit creat din membrii actuali ai comitetelor de

etică/bioetică din instituțiile medico-sanitare din țară. Marea parte dintre respondenți (76,1%) au confirmat că le-a fost prezentat regulamentul comitetului în cadrul unei ședințe comune. Este de remarcat răspunsul unui grup de 17,9% dintre respondenți, care consideră că ei *cunosc de la sine obligațiile comitetului de etică* și nu au fost informați în mod special despre aceasta. Această convingere implică riscul unor cunoștințe insuficiente sau eronate despre rolul și obligațiile comitetului de etică, lăsând loc pentru interpretări personale. Doar doi dintre participanți (1,4%) au afirmat că știu despre activitatea comitetului urmare unor instruiți trecute. Evident, aceste constatări indică lacune grave în instruirea membrilor comitetelor de etică și necesitatea fortificării capacităților instituționale.

În același timp, angajații își exprimă neîncrederea cu privire la gradul de competență și cunoștințe necesare în domeniul eticii al membrilor comitetului. Doar o treime dintre respondenți – 35,3% (CI95% 32.5, 38.2) sunt convinși că membrii comitetului au cunoștințe suficiente în domeniul analizei etice și sunt model de comportament etic. În același timp, unul din cinci respondenți – 22,2% (CI95% 19.8, 24.7) nu cunoaște cine sunt membrii comitetului, iar unul din zece angajați – 10,4% (CI95% 8.3, 11.9) este convins că membrii comitetului de bioetică din instituția unde activează nu posedă cunoștințele necesare pentru a avea așa atribuții (Figura 114).

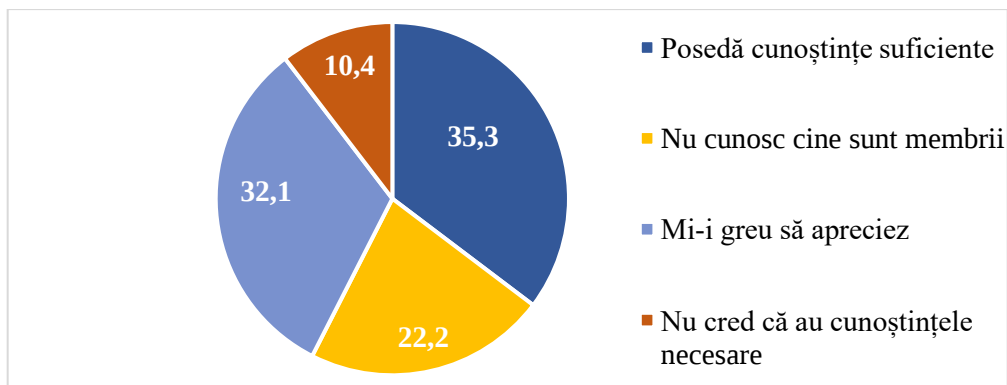


Figura 114. Aprecierea competenței membrilor comitetului de bioetică, %.

Au fost expuse și opinii precum că membrii comitetului de etică „sunt numiți de șefi pentru a le favoriza deciziile” sau „sunt oamenii directorului care îl vor apăra” (răspuns din chestionare).

Membrii comitetului de etică nu sunt cunoscuți mai mult în rândul colectivelor din instituțiile spitalicești, în comparație cu cele din AMP. Probabil acest fenomen este legat de numărul de angajați, care, de obicei, în instituțiile de asistență medicală primară sunt mai puțini decât în spitalele republicane și municipale. În același timp, doar o treime dintre angajații spitalelor republicane,

municipale și raionale consideră că membrii comitetelor de bioetică au competența necesară pentru astfel de responsabilități atribuite (Figura 115).

În acest context vom menționa și importanța procedurii de numire a membrilor comitetului de etică. A fost identificat un grup de membri ai comitetelor de etică/bioetică (8,2%) care au recunoscut că nu cunosc procedura prin care au fost numiți, doar au fost informați că au devenit membri. Este relevant că aceeași rată de participanți (8,2%) au răspuns că le este greu să aprecieze motivele din care au fost aleși membri. Respectiv, putem presupune că astfel de atitudine va influența implicarea și motivarea membrilor respectivi de a participa în activitatea comitetului.

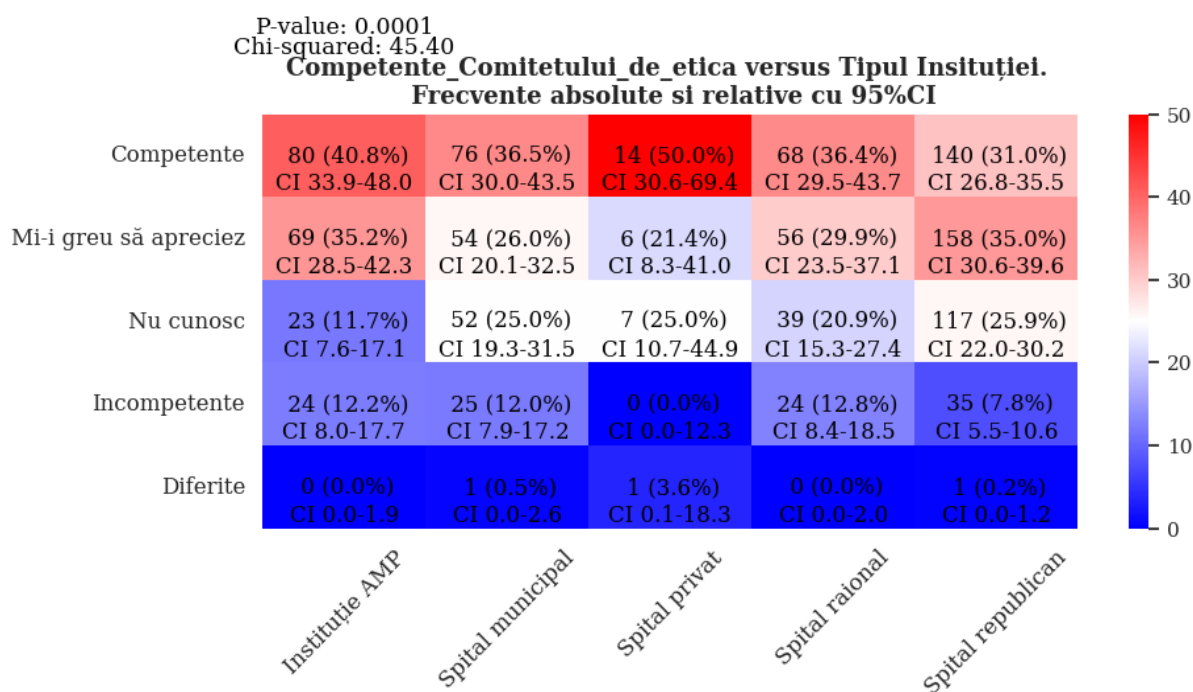


Figura 115. Aprecierea competenței membrilor comitetului, după tipul instituției, %.

Prin vot, la ședința comună a colectivului, au fost selectați doar circa o pătrime – 24,6% dintre membrii participanți în studiu, marea parte fiind numiți direct de către manager – 67,2%, ceea ce considerăm că este o abordare greșită. Pentru a se bucura de un grad înalt de încredere și respect, membrii comitetului de etică trebuie să fie înaintați și acceptați de către colectivul instituției. Altfel, deciziile asumate de acest comitet vor fi puse la îndoială sau chiar ignorate de către angajați. Acest fapt se confirmă și prin constatarea că, practic, jumătate dintre respondenți – 56,7% afirmă că au fost selectați, deoarece au fost apreciați de către colegi ca fiind persoane cu un comportament etic și integru. Este o afirmație ce inspiră mândrie și, desigur, va motiva angajatul să facă față încrederii atribuite de colectiv. Un alt grup de respondenți – 20,9% au fost apreciați prin faptul că au instruit

în domeniul eticii și, astfel, le-a fost recunoscut gardul de competență mai avansată față de alții. Această categorie de angajați, la fel, se va simți mult mai confortabil cu funcția de membru al comitetului. Însă, circa o treime dintre membri comitetului – 35,8% au recunoscut că au fost nevoiți să accepte această funcție din cauza postului pe care îl ocupă (vice director medical, jurist, psiholog etc.), astfel, probabil, aceasta fiind asumată ca o responsabilitate suplimentară.

Echipele comitetelor de bioetică sunt multidisciplinare, ceea ce este și un punct forte al acestor structuri, deoarece analiza cazului de dilemă etică este realizată prin viziunea mai multor specialiști. Totodată, trebuie să recunoaștem că, membrii comitetului de bioetică ar trebui să posede un nucleu de cunoștințe și abilități de bază care le-ar permite să realizeze o evaluare și analiză etică corectă a cazurilor puse în discuție. Unii autori [172] aduc argumente precum că selectarea membrilor comitetului de etică/bioetică, chiar dacă aceștia sunt voluntari, doritori de a se implica în procesul de consultanță etică, ar trebui să fie realizată în baza unei evaluări prealabile, atât a pregătirii lor în domeniul etic, cât și a competențelor pe care le posedă în acest sens. Sunt identificate competențele de bază pe care ar trebui să le posede fiecare membru al comitetului de etică/bioetică [172, 174].

Abilitățile de bază:

- identificarea naturii incertitudinii sau a conflictului valoric care stă la baza necesității de consultare etică (cum ar fi capacitatea de a aduna date relevante, de a distinge dimensiunile etice ale cazului de alte dimensiuni și de a identifica valorile relevante ale părților implicate);
- analiza incertitudinii valorii sau a conflictului (capacitatea de a clarifica concepte aplicabile);
- facilitarea întâlnirii formale și informale;
- capacitatea de a construi un consens moral, de a obține opiniile morale ale părților implicate;
- abilitatea de a asculta bine și de a comunica interes, respect, sprijin și empatie;
- abilitatea de a reprezenta față de ceilalți opiniile părților implicate;
- capacitatea de a permite părților implicate să comunice eficient și să fie auzite de alte părți;
- abilitatea de a recunoaște și de a depăși diverse bariere relaționale în calea comunicării.

Cunoștințe de bază:

- noțiunile de bază și principiile raționamentului moral și teoriilor eticii;
- problemele și conceptele bioetice care, de obicei, inițiază dileme etice (autonomia, acordul informat, confidențialitatea, delegarea deciziilor, drepturile și obligațiile prestatorului);
- sisteme de sănătate (noțiunile de îngrijire gestionată sau sisteme guvernamentale);

- contextul clinic (natura valorii de „sănătate” și „boală”; cunoașterea modului în care este oferită îngrijirea; noțiuni de bază despre anatomia umană, diagnostic, tratament și prognostic);
- instituția medico-sanitară în care activează (misiunea, structura de bază, tipul serviciilor,);
- politicile instituționale locale relevante pentru consultația etică (practicile acordului informat, întreruperea tratamentului pentru menținerea vieții, protecția vieții private);
- convingerile și viziunile populației de pacienți și personal medical din instituția în care se face consultarea etică (cum ar fi convingerile unor grupuri etnice, culturale și religioase);
- legislația în sănătate (autorizarea deciziilor, acordul informat, confidențialitatea).

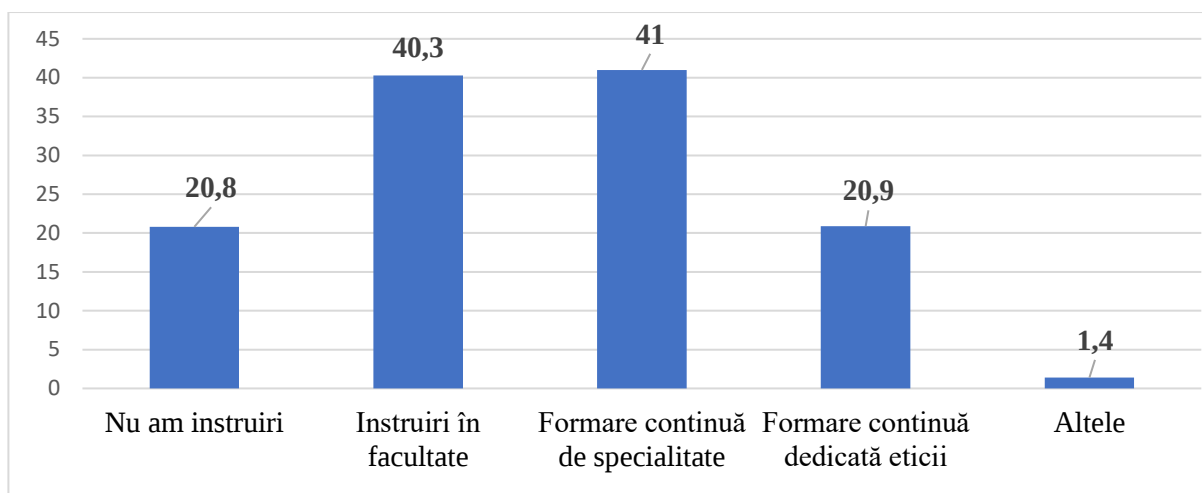


Figura 116. Instruirea membrilor comitetelor instituționale de bioetică, %.

În cadrul cercetării am determinat că fiecare al cincilea membru al comitetului instituțional de bioetică (20,8%) *nu are nicio formare în domeniul eticii* și un grup practic similar – 20,9% au trecut *cursuri de formare continuă special dedicate eticii medicale*. 41% dintre membri consideră că au primit cunoștințele necesare analizei etice prin *cursurile de formare continuă de specialitate*, iar 40,3% au menționat ca formare în domeniul eticii clinice *instruirea din facultate*. Câteva persoane consideră că au cunoștințele necesare urmare *autoinstruirii* sau instruirilor în legislație (Figura 116).

Membrii comitetelor de etică au demonstrat un nivel adecvat de autocritică în evaluarea nivelului de cunoștințe pe care le posedă în domeniul eticii/bioeticii. Două treimi dintre respondenți (66,4%) au recunoscut că nivelul lor de cunoștințe este de la moderat până la insuficient.

Majoritatea (81,3%) respondenților au confirmat că au nevoie de instruiți dedicate domeniului analizei etice și problemelor bioetice. Un grup de 14,9% au preferat să lase această decizie pe seama administrației, ezitând să își asume decizia, iar alții (3%) nu au putut să se aprecieze (Figura 117).

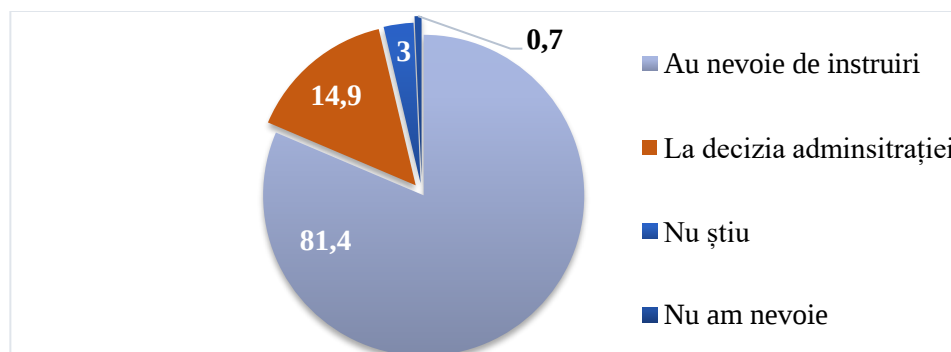


Figura 117. Necesitatea instruirii în domeniul eticii, opinia membrilor comitetelor, %.

Majoritatea respondenților 72,4% au apreciat că și-ar dori aceste instruiți prin formări periodice la locul de muncă, inclusiv realizate pentru toți angajații din instituție. Mai mult de jumătate dintre membri 56,7% au indicat că și-ar dori cursuri certificate dedicate special membrilor comitetelor de etică/bioetică. Mai mult de o pătrime 26,9% dintre respondenți au indicat că le-ar fi foarte utile materiale și ghiduri relevante activității comitetului (Figura 118).

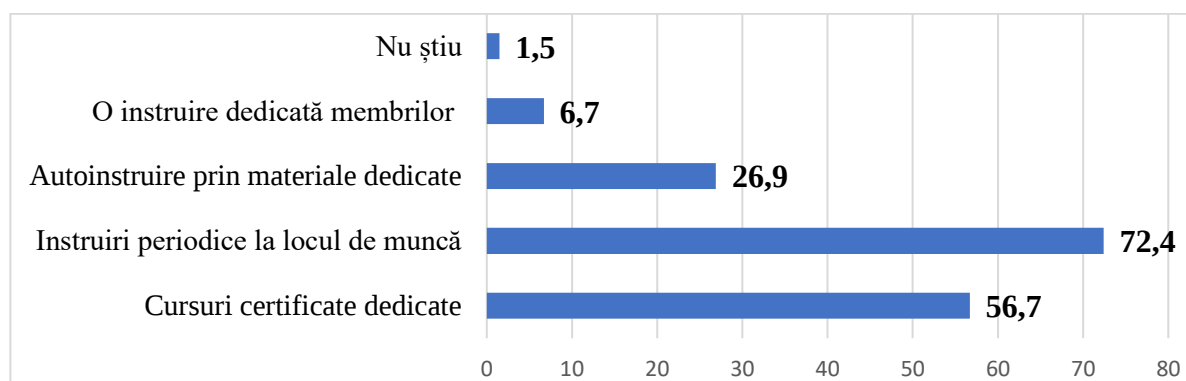


Figura 118. Preferința membrilor comitetelor pentru modalitatea de instruire, %.

Este indiscutabil că activitatea comitetelor de etică/bioetică depinde de nivelul de competență a membrilor acestor comitete. Watson [168] descrie experiența „curbei de învățare” în baza analizei activității comitetelor de etică din Marea Britanie și sugerează câteva sfaturi pentru ca un comitet să aibă succes. În baza acestora am formulat un set de recomandări pentru o activitate mai eficientă a comitetelor de etică din cadrul instituțiilor medico-sanitare și anume:

- Comitetul va fi funcțional doar când va avea un președinte implicat și entuziast. Președintele nu trebuie să fie un clinician, dar prezența unui clinician va atenua anxietățile colegilor că acesta le amenință autonomia și va convinge personalul să aducă în discuție dileme etice.
- Trebuie de echilibrat componența comitetului între membrii clinici și cei non-clinici. Este esențială prezența unui jurist sau accesul la consiliere juridică. Selectarea „membrilor laici”, din afara

instituției rămâne o problemă din cauza competențelor, abilităților necesare pentru un comitet de etică clinică. Membrii ar trebui să fie implicați pentru cel puțin 2-3 ani, pentru a consolida expertiza și a menține „memoria etică”.

- Neapărat trebuie luate în considerare educația și formarea membrilor comitetului. Cel puțin unii membri ai comitetului ar trebui să aibă certificare sau pregătire avansată în etică, iar ceilalți membri ar trebui să profite de ateliere de formare, întâlniri tematice și cursuri specializate.

- Trebuie stabilită cert poziția și rolul comitetului în cadrul instituției, astfel încât să nu fie văzut ca un alt instrument de management, dar să păstreze un grad înalt de independență.

- Cheia de succes pentru orice structură este finanțarea și administrarea adecvată. În prezent, calitatea de membru este o muncă neremunerată, iar întâlnirile necesită timp suplimentar. Este esențial ca să fie disponibil și remunerat adecvat timpul muncii de secretariat, precum și prevederea fondului disponibili pentru educația / formarea membrilor comitetului.

- Comitetul de etică trebuie să fie sensibil și conștient cu referire la specificul populației locale. Acest lucru poate fi realizat prin invitarea reprezentanților grupurilor etnice, când se discută o problemă relevantă. Majoritatea comitetelor au un reprezentant al bisericii sau asigură accesul unui reprezentant al confesiei când apare o problemă specifică.

- Sfaturile oferite de către comitetul de etică/bioetică au caracter de consultanță și nu directoriu sau normativ. Astfel, în final, rămâne în responsabilitatea clinicianului sau a managerului (în funcție de caz) să acționeze în mod corespunzător.

- Comitetul poate fi văzut ca o oportunitate importantă de a obține un punct de vedere și un consens atunci când medicii și rudele/apartinătorii nu sunt de acord cu privire la interesul superior al unui pacient.

6.3. Sinteză la capitolul 6

Procesul de luare a deciziilor în instituția medico-sanitară poate fi influențat puternic prin intermediul unui dintre instrumentele managementului eticii instituționale – comitetele de etică/bioetică [175, 176, 177]. Discutarea cazurilor la comitetele de etică/bioetică permite echipei clinice să gândească *în afara cutiei* la propria situație clinică și să ofere o cale de conciliere și mediere care poate fi benefică pentru toate părțile implicate în dilema etică [168]. Astfel, crește satisfacția pacientului, sunt atenuate situații de conflict dintre echipa medicală și pacienți/rude, se evită necesitatea de a recurge la proceduri judiciare costisitoare și scandaloase [175].

Cercetarea realizată ne-a identificat un șir de lacune în organizarea acestor instrumente în instituțiile medico-sanitare din țară. În multe instituții prezența comitetelor de etică/bioetică este mai mult formală, nu este clar definit rolul și locul acestor structuri în procesul de promovare a valorilor etice în rândul angajaților. Comitetele sunt implicate, în mare parte, în cazuri care se referă la aspectul disciplinar în relațiile dintre angajați și mult mai puțin sau chiar deloc în discutarea problemele bioetice, cu toate că denumirea comitetelor instituționale actuale din instituțiile medicale din țară este de comitete de bioetică.

Un aspect insuficient este faptul că membrii comitetelor de etică nu întotdeauna se bucură de încrederea și aprecierea pozitivă din partea angajaților. În același timp, însuși membrii recunosc că nu au instruirea necesară și nu toți înțeleg rolul acestei structuri în activitatea instituției. Acest fapt este mai mult o lacună a sistemului de pregătire a cadrelor din sistemul sănătății, decât o scăpare a managementului instituțiilor, fiind absentă oferta unor astfel de instruirii.

Comitetele de etică reprezintă structuri importante în asigurarea unei culturi și a unui climat etic în instituție [174, 175]. Acestea ar trebui să se bucure de încrederea și respectul colectivului, de aceea ar trebui să fie formate din persoane cu un grad înalt de integritate și modele de comportament etic. Activitatea comitetelor reprezintă un suport esențial pentru administrație în ceea ce privește înțelegerea lacunele și a punctelor vulnerabile în activitatea instituției din punct de vedere al eticii și respectării drepturilor atât ale pacienților, cât și angajaților.

Managerii trebuie să tindă spre transformarea comitetelor instituționale de etică/bioetică din structuri formale în instrumente eficiente de organizare a eticii instituționale, care să ofere un suport esențial angajaților în activitatea lor clinică.

7. RESPECT PENTRU AUTONOMIA ȘI DEMNITATEA PACIENTULUI

7.1. Respectarea dreptului de a fi informat

7.1.1. Organizarea procesului de comunicare cu beneficiarii

Legislația în vigoare stipulează cert că fiecărei persoane trebuie să i se garanteze obținerea de informații cu caracter personal și informații medicale ample. Mai mult ca atât, prin accesul la informații medicale se interpretează realizarea dreptului fundamental la sănătate. Pacientul, fără discriminare, are dreptul la informații privind prestatorul de servicii de sănătate; serviciile propriu-zise, profilul, volumul, calitatea, costul și modalitatea de prestare a acestora; la informații exhaustive cu privire la sănătatea sa, metodele aplicate de diagnostic, tratament, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiența terapeutică a acestora [178, art.9 (3) (5)].

Din rezultatele cercetării am identificat aprecierea respondenților asupra procesului de comunicare în instituția unde activează. Observăm că, mai mult de jumătate dintre respondenți (67%) sunt de acord că în instituția unde activează comunicarea este *bună* și *foarte bună* (4-5 puncte), considerând-o adecvată actului medical (Figura 119).

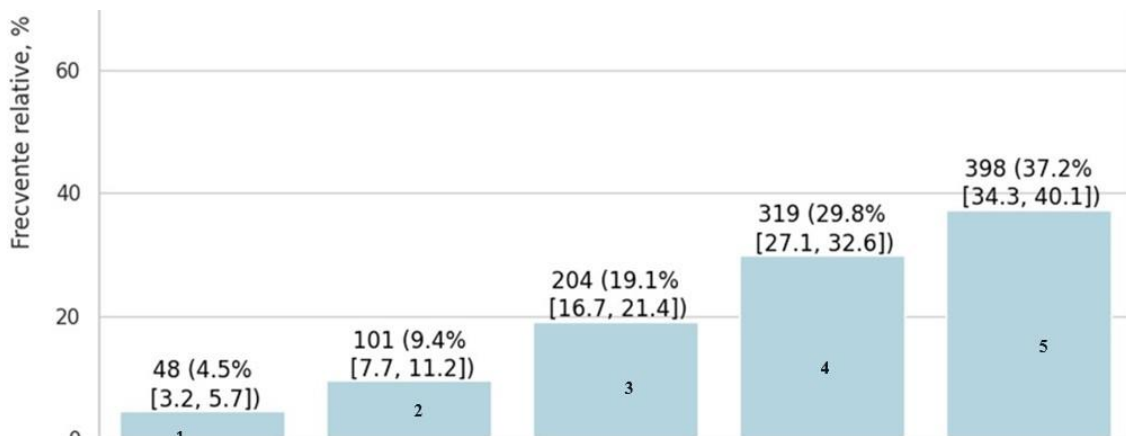


Figura 119. Aprecierea procesului de comunicare din instituție, %.

Fiecare al treilea respondent (33%) a indicat că nu este satisfăcut de procesul de comunicare organizat în instituția unde activează, apreciind-o de la moderată până la insuficientă (1-3 puncte). Acest fapt este un indicator pentru un risc de încălcare a dreptului pacientului la informare și necesită o abordare constructivă managerială urgentă.

Procesul de comunicare este apreciat mult mai bine de către respondenții din instituțiile private (Figura 120).

P-value: 0.0025
Chi-squared: 36.42

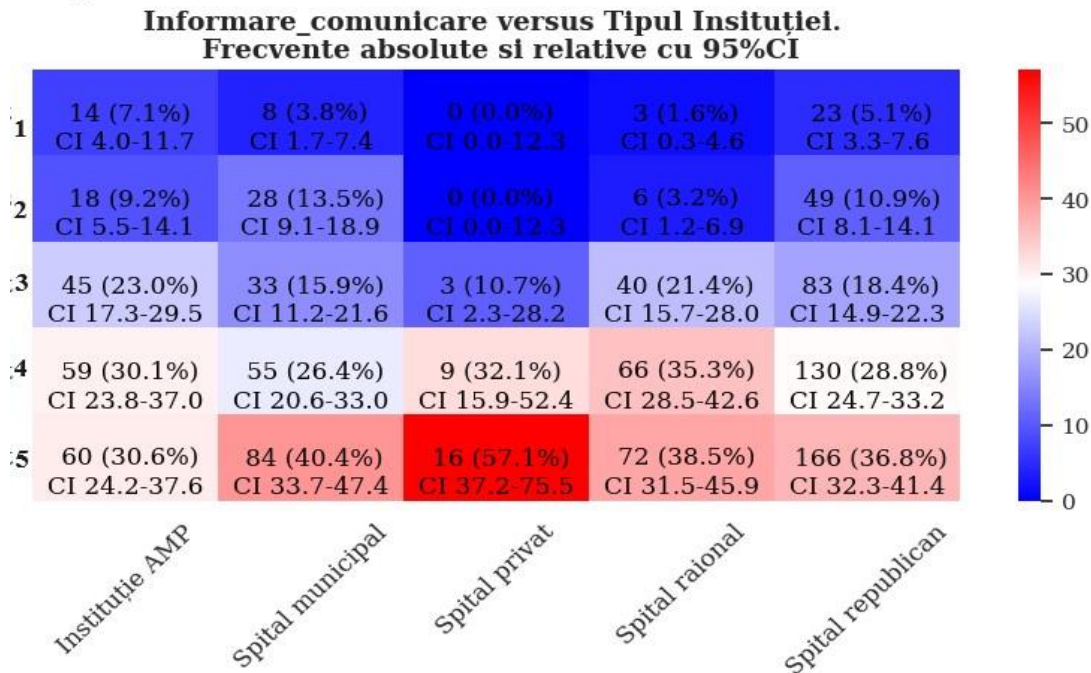


Figura 120. Aprecierea procesului de comunicare, după tipul instituției, %.

Din figura 120 observăm că procesul de comunicare este considerat ca insuficient (1-2 puncte) cel mai mult de către respondenții din instituțiile spitalicești mari – de nivel municipal – 17,3% respondenți și republican – 16% respondenți. Această situație poate fi explicată prin fluxul mare de pacienți zilnic în aceste instituții, ceea ce reduce din calitatea comunicării medic-pacient.

Oricărei persoane trebuie să i se asigure accesul la informațiile sale cu caracter personal; să ia copii de pe documentele, informațiile despre sine [179, art.8 (5)]. Totodată, pacientul are dreptul să consulte fișa de observație medicală sau alte documente care îl privesc. Informațiile pot fi solicitate în formă scrisă de la medici sau de la instituția medico-sanitară [180].

Trebuie să recunoaștem că aceste abordări sunt altele decât cele promovate de tratatele de etică sovietice, unde era promovat puternic principiul paternalismului și pacientul era într-o relație de supunere și dependență totală de deciziile medicului. Comunicarea era autoritară și se prefera abordarea unilaterală – monologul în comunicare cu pacientul [181, 182].

Cel mai bine este apreciat procesul de comunicare de către respondenții din pediatrie, majoritatea (73,8%) apreciindu-l ca *bun* și *foarte bun* (4-5 puncte). Cea mai modestă apreciere o oferă reprezentanții domeniului oncologic, urmași de medicii de familie și specialiștii din profilul chirurgical. Menționăm că, mai mult de o treime dintre respondenții din rândul personalului non-

medical (33,5%), de asemenea, menționează că în instituțiile unde activează este un nivel insuficient de comunicare (Figura 121).

P-value: 0.1060
Chi-squared: 32.91

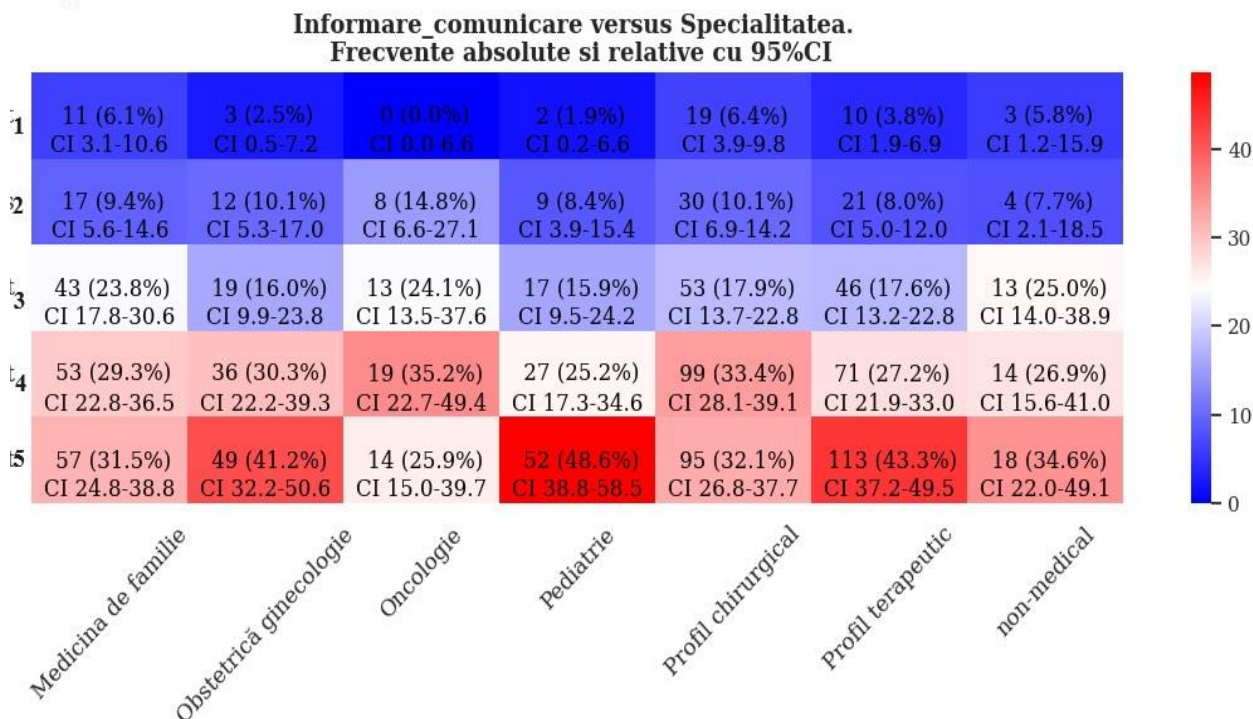


Figura 121. Aprecierea procesului de comunicare, după specialități, %.

În perioada contemporană tot mai mult se promovează principiul aplicării drepturilor omului în asistența medicală. Astfel, relația medic-pacient se consideră a fi corectă și eficientă doar în condițiile unui proces de comunicare bine organizat, în formă de dialog. O astfel de relație are nevoie de un grad înalt de încredere, care este oferit bilateral, atât din partea pacientului, cât și a lucrătorului medical. Prognosticul va fi comunicat familiei doar cu consimțământul pacientului. Doar în cazul în care medicul, după o consultare comună cu colegii săi sau cu alți specialiști (la necesitate), consideră că dezvăluirea prognosticului nefavorabil va afecta starea psiho-afectivă a pacientului, cu inducerea unor pericole pentru starea sănătății lui, se va omite comunicarea deplină a acestuia. Este promovat și dreptul pacientului de a nu cunoaște prognosticul bolii de care suferă, reieșind din dreptul la decizie a acestuia. În asemenea caz, pot fi informați unii membri ai familiei pacientului, conform indicațiilor acestuia. Acest subiect este bine descris atât în canoanele, codurile și ghidurile etice și deontologice, cât și în legislația în vigoare. Astfel, comunicarea cu pacientul trebuie să se bazeze pe optimism, respect, încredere, prudență, compasiune, tact și suport emoțional [110, pct. 38].

În cadrul cercetării am identificat că cele mai frecvente probleme întâlnite în organizarea procesului de comunicare sunt cele legate de asigurarea timpului dedicat unui pacient. Fiecare al cincilea respondent (20,5%) apreciază organizarea acestei condiții ca fiind *insuficientă* sau *foarte puțină*. Din figura 122 observăm diferențele în percepție după tipul instituției în care activează respondenții. Personalul din instituțiile AMP indică frecvent *timp insuficient* în comunicarea cu pacienții. Mai mult de o pătrime dintre medicii de familie (26,5%) apreciază cu punctaj *insuficient* (1-2 puncte) timpul alocat comunicării în instituția unde activează. Această apreciere o oferă o treime (33,3%) dintre medicii oncologi (Figura 123).

P-value: 0.0205
Chi-squared: 29.55

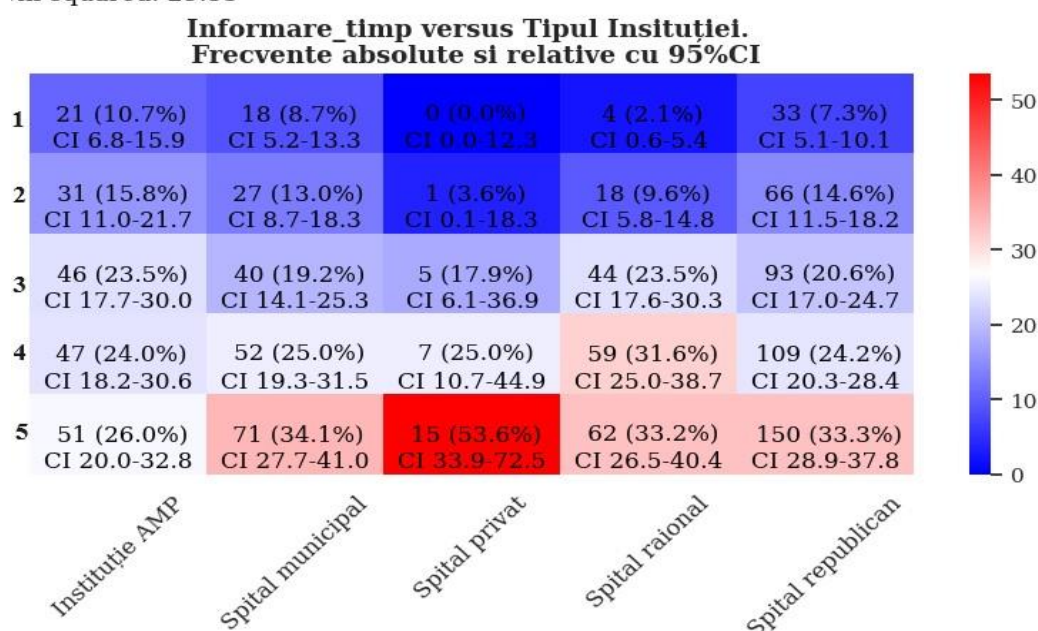


Figura 122. Percepția timpului alocat comunicării cu pacientul, după tipul instituției, %, c.a.

În cadrul discuțiilor cu participanții în cercetare a fost menționat frecvent această problemă. ”În normative scrie 15 minute pentru pacient. Dacă la ușă ai rând, de două ori mai mare decât e normativul, desigur că nu ai timpul necesar” (FG 2).

”Când ai câte 3-4 operații pe zi, nu îți arde a comunicare... și încă mai este câte una cu complicații ... Nu rezisti să fii așa cum scriu cărțile” (II 41).

P-value: 0.1014
Chi-squared: 33.13

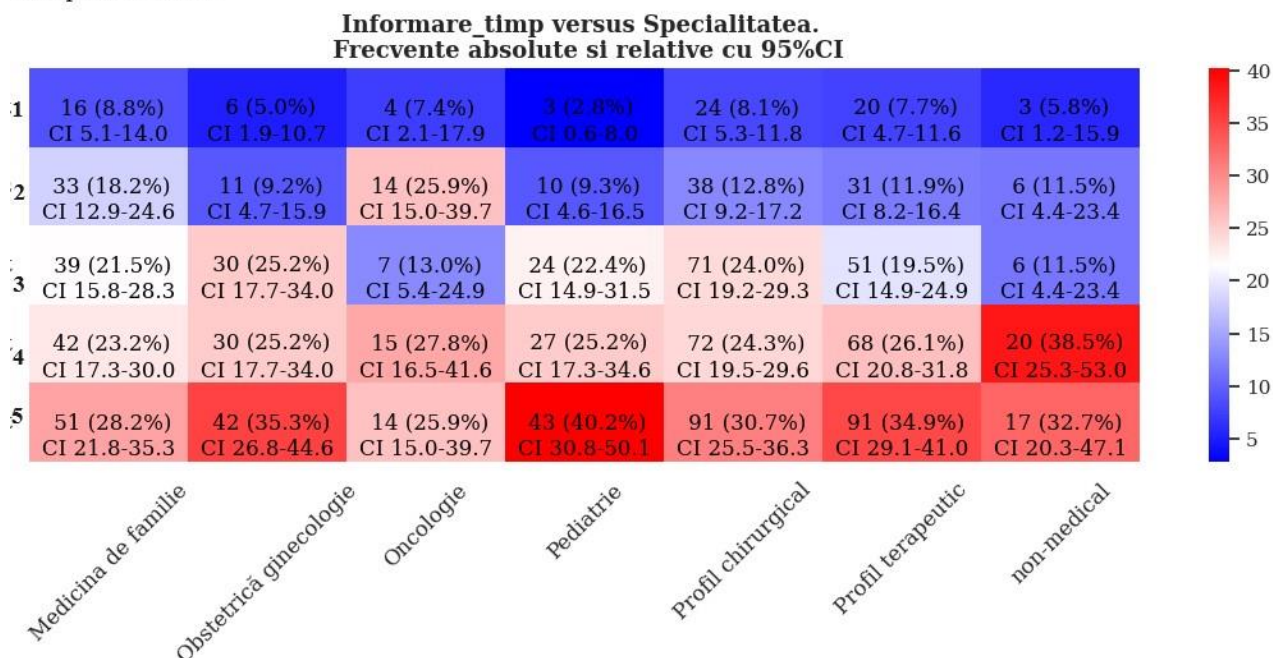


Figura 123. Percepția timpului alocat comunicării cu pacientul, după specialități, %, c.a.

Managerii trebuie să fie conștienți de faptul că, pentru a avea un proces corect de comunicare în instituție, este important de asigurat condiții adecvate în care aceasta să se realizeze. În cadrul discuțiilor cu angajații din diferite instituții medico-sanitare ne-au fost expuse nemulțumiri cu privire la lipsa spațiilor unde medicul ar fi putut avea discuții private cu pacienții. Din acest motiv, se poate întâmpla că sunt nevoiți să discute în condiții mai puțin etice și sigure, care ar duce la încălcarea drepturilor pacientului, cum ar fi cel al informării și cel al confidențialității,

”Suntem patru medici într-un birou. Ca să discut cu un pacient, trebuie ceilalți să iasă... Nu e posibil de fiecare dată. Atunci unde vorbim? Pe coridor! Prin colțuri!” (FGis1).

”Cunosc cazuri când medicul a invitat pacienta să discute în coridor, căci trebuia să discute, culeagă anamneza, dar în cabinet erau mulți oameni. Pacienta a spus după asta că medicul a chemat-o separat fiindcă aștepta bani de la ea...” (II21).

Lipsa spațiilor adecvate pentru comunicare cu pacientul creează disconfort atât pentru pacient, cât și pentru medici și lasă loc pentru interpretări greșite din partea beneficiarilor de servicii medicale.

”Când vorbești pe coridor, prin colțuri cu pacienții, te simți parcă ești la gară, parcă faci ceva din fugă!” (FGis2).

Procesul de comunicare cu pacienții trebuie organizat în instituție chiar de la intrare și primul contact avut cu beneficiarii – pacienții sau rudele acestora, care vor avea nevoie de careva informații particulare, cum ar fi locația unei secții, numele unui specialist, orarul etc. Din experiența personală am observat, de multe ori, cât de complicat este în unele instituții spitalicești din țară să te descurci pe șirul de coridoare semi-întunecate și fără careva inscripții. Instituția trebuie să aibă amplasate indicatoare și informații clare, cu indicarea direcției spre anumite departamente sau subdiviziuni, inclusiv amplasarea administrației, unde pot fi adresate petiții sau nemulțumiri.

De asemenea este important ca, fiecare secție sau departament să își afișeze numele personalului angajat, pentru ca pacienții să se orienteze mai ușor cu cine discută sau cui ar putea să se adreseze după anumite întrebări. Este recomandat ca această informație să fie cât mai accesibilă, plasată pe perete la intrarea în secție, cu o poză a fiecui angajat și o mică descriere profesională. Aceasta este, totodată, și o cale de promovare a personalului instituției, care ar trebui prezentat ca o valoare prețioasă cu care instituția se mândrește.

Nu trebuie de ignorată și organizarea procesului de comunicare cu reprezentanții mass- media. Din experiența profesională personală, au fost raportate multe cazuri când jurnaliștii intră în instituția medico-sanitară, la orice oră, pentru a face filmări și reportaje, lucru despre care administrația află post-factum, uneori de la televizor deja. Totodată, în procesul adunării informației, jurnaliștii implică riscul de a încălca dreptul la confidențialitate a altor pacienți care se află în instituții.

”Jurnaliștii sunt chiar uneori obraznici! Câte odată trebuie să îi prinzi prin secții! Merg direct la pacienți! Caută scandaluri! Nu ar trebui să fie așa. Ar trebui să aibă și ei o etică!” (FGce1).

Din acest motiv, managerii trebuie să insiste pe elaborarea și implementarea unei proceduri instituționale cu privire la comunicarea cu reprezentanții mass media. Informația de contact a persoanelor responsabile din instituție pentru comunicarea cu reprezentanții mass media trebuie să fie accesibilă și vizibilă de la intrarea în instituției. De asemenea, trebuie organizată disponibilitatea acestor persoane responsabile pentru comunicarea cu reprezentanții mass media, chiar și înafara orelor de muncă, luând în considerare faptul că multe cazuri ieșite din comun se întâmplă anume în această perioadă.

7.1.2. Situații particulare în comunicarea cu pacientul

Unul din principiile asigurării accesului la servicii medicale este cel al nediscriminării pe oricare din condiții – gen, religie, vârstă, maladie, limbă etc. Este o prevedere inclusă în Constituția

Republicii Moldova (art. 16) și se aplică în mod obligatoriu la toate aspectele de relaționare în procesul de prestare a serviciilor medicale.

Republica Moldova este un stat multietnic, multicultural, în care sunt vorbite mai multe limbi – rusa, găgăuza, rroma, bulgara etc. Totodată, în contextul globalizării actuale și procesului tot mai intens al migrației populației, pe teritoriul țării se află persoane din alte țări, care, la un moment, pot avea nevoie de asistență medicală. În capitolele anterioare am expus importanța manifestării loialității depline a medicului față de pacient, ignorând oricare alte aspecte și interese. Chiar și în Jurământul lui Hippocrates era prevăzută obligația medicului de a intra în casa dușmanului său în caz dacă acesta va avea nevoie de îngrijire medicală. Respectiv, în relația medicului cu pacientul, interesul medicului este de a acționa în beneficiul pacientului, a trata boala, ignorând oricare alte circumstanțe și condiții subiective, cum ar fi apartenența națională, etnia, religia sau limba vorbită de pacient.

Totuși, în cadrul discuțiilor, acest subiect a trezit anumite nemulțumiri din partea lucrătorilor medicali, fapt care ne-a demonstrat lipsa de abordări corecte în instituție și informarea, instruirea personalului despre procedurile conduitei corecte în situațiile când se întâlnesc cu astfel de pacienți.

”Chiar îmi este ciudă uneori! Am câte un pacient din ăștia veniți de pe timpurile sovietice din Rusia. A trăit 50 de ani aici și nu vorbește în română! Și mă impune să vorbesc în rusă, că el nu înțelege! Eu știu că el înțelege tot, dar se prefăce, ca să mă umilească!” (FGamp2).

”De ce eu sunt obligat să vorbesc rusa, dar el nu este obligat să vorbească limba de stat? Drepturile mele nu îmi sunt lezate?” (FGis1).

Practicile țărilor europene, precum și legislația națională prevăd că, în cazul când pacientul nu cunoaște limba română, trebuie se fie căutată o altă formă de comunicare [178, art.11 (5)]. Explicarea mai detaliată a acestei prevederi o găsim în *Ghidul privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților* [183], care stabilește că managerii instituțiilor medico-sanitare trebuie să prevadă situațiile specifice de informare, când pacientul nu posedă limba română. Pentru aceasta, trebuie să fie elaborată o procedură de comunicare cu pacientul alolingv și să fie elaborată lista angajaților din instituție care cunosc diferite limbi de circulație, pentru a-i implica în cazul adresării unor astfel de pacienți.

În cazul când nu cunoaște sau nu dorește să vorbească în limba pacientului, lucrătorul medical trebuie să solicite superiorului său să fie înlocuit cu un alt medic, care poate comunica cu pacientul respectiv sau să solicite un traducător din rândul colegilor din instituție, Respectiv, managerii trebuie să aibă o claritate cu referire la cunoașterea limbilor de către angajații lor și să gestioneze corect și

rapid situații de felul acesta. Pot fi uneori cazurile că pacientul va fi o persoană străină, care va vorbi o limbă mai rar întâlnită pe teritoriul țării noastre. În astfel de cazuri, în instituție trebuie să fie elaborată o bază de date - lista ambasadelor, consulatelor, telefoane ale comunităților de diasporă. Este o practică ce face parte din managementul calității și recomandată de condițiile acreditării internaționale.

Cercetarea realizată a stabilit că în majoritatea instituțiilor medico-sanitare din țară nu există o procedură concretă cu privire la asistența pacientului alolingv. Totuși, majoritatea respondenților au remarcat că nu au o problemă să discute cu pacienții vorbitori de limbă rusă. Comparativ, pentru medici aceasta ar fi o problemă mai frecventă, decât pentru alt personal. Este alarmant faptul că 6 medici dintre respondenții incluși în studiu au menționat că vor refuza comunicarea cu pacientul alolingv (Figura 124). Astfel de situații indică evident că în instituții sunt necesare proceduri concrete pentru standardizarea unor astfel de relații dintre lucrătorul medical și pacienți.

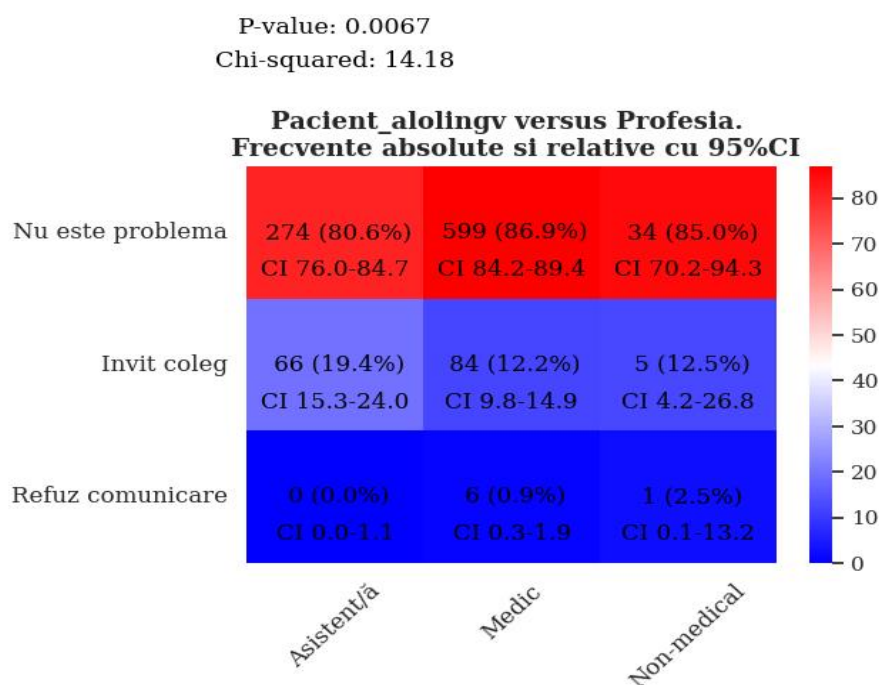


Figura 124. Comunicarea cu pacientul alolingv, după profesii, %, c.a.

Din figura 125 observăm că în instituțiile medico-sanitare nu există o abordare unificată standardizată pentru aceste situații.

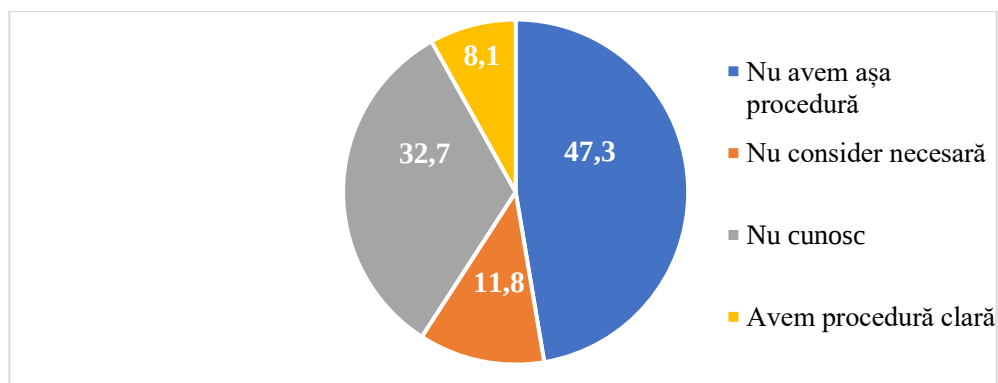


Figura 125. Existența procedurii de comunicare cu pacientul alolingv, %

În condițiile unei tendințe tot mai evidente de internaționalizare, devine important de a avea proceduri clare în instituție cu privire la asistența pacientului care nu vorbește limba de stat a țării, pentru a putea oferi îngrijirea adecvată și, respectiv, a-i asigura dreptul la sănătate. Este o practică asumată de toate instituțiile medicale din țările europene și care este necesar de implementat în Republica Moldova, inclusiv din considerentele că suntem un stat cu multe naționalități și etnii.

Este important de menționat că, în baza prevederilor exprese din lege, pacientul trebuie să primească informația despre toate procedurile medicale, într-un limbaj cât mai accesibil nivelului lui de înțelegere. Limbajul medicului care informează pacientul nu trebuie să conțină terminologie medicală care nu este pe înțelesul pacientului. Persoana suferindă de tulburări psihice (sau reprezentantul legal) va fi informată, într-o formă accesibilă și în măsura gradului de înțelegere, cu privire la caracterul tulburărilor psihice și metodele de tratament propuse [184, art.5 (b), art.9]. Este inadmisibilă impunerea propriilor convingeri sau opinii din partea medicului în relația cu pacientul, atât timp cât această relație se întâmplă în incinta unei instituții medicale. Lucrătorii medicali trebuie să fie toleranți, atenți și înțelegători cu părerile și valorile altor persoane [110, pct. 7 subpct. 5) lit. a)].

Majoritatea persoanelor, fiind în rolul de pacient, se percep într-un grad de vulnerabilitate, cauzată de starea de boală, lipsa unui control asupra propriului corp și asupra lucrurilor care i se întâmplă, sentimentul de incertitudine de la așteptarea unor decizii sau rezultate importante. De la medic se așteaptă că acesta va transforma în mesaje clare necunoscutele legate de situația patologică a pacientului. Interpretarea mesajelor și abilitățile de comunicare ale unui medic sunt condițiile principale pentru construirea unui dialog eficient cu pacientul. Acest proces complex solicită cunoștințe speciale. Medicii surse de sprijin psihologic pentru pacienți și empatia este cea mai puternică modalitate de a oferi acest sprijin pentru a reduce impactul emoțional al pacienților [185].

Preocupările pacienților pot fi variate, inclusiv frica de moarte, mutilare, dizabilitate, durere, neîncredere; negarea realității și alte probleme personale. Trebuie explorate valorile culturale și preferințele pacienților, inclusiv cele legate de gen. Este esențial ca problemele-cheie să fie verbalizate de către pacient, fără frica că va fi judecat de către medic. Pacientul va obține beneficii terapeutice doar din faptul că și-a expus preocupările care îl macină unui medic grijuliu [186, 187].

Un subiect aparte în acest sens este și abilitatea de comunicare necesară pentru comunicarea diagnosticului grav și a veștilor nefavorabile. A le oferi pacienților informații proaste este o sarcină de comunicare complexă și provocatoare în practica clinică [188, 189]. Prognosticul grav va fi adus la cunoștința pacientului cu prudență și tact, ținându-se cont de starea psihică a acestuia [110, pct. 41-42]. Pentru o comunicare corectă în această privință este foarte important a construi o relație eficientă, înțelegerea perspectivelor și a așteptărilor pacienților, schimbul de informații și cunoștințe. Comunicarea greșită are implicații grave, deoarece poate împiedica înțelegerea pacienților, așteptările de la tratament. Aceasta va scădea satisfacția pacientului și adaptarea psihologică ulterioară [190].

În cadrul cercetării am determinat că, practic, fiecare al treilea respondent (30,9%) a menționat că s-a confruntat *frecvent* – 17,2% (CI95% 15.0, 19.5) și *foarte frecvent* – 13,7% (CI95% 11.8, 15.9) cu dileme de ordin etic în situații de comunicare a diagnosticului grav și a veștii rele (Figura 126).

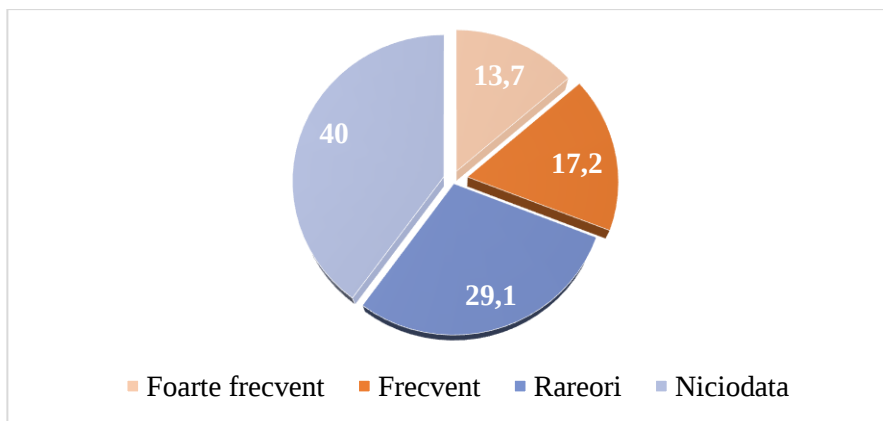


Figura 126. Dificultăți etice în comunicarea diagnosticului grav, opinia respondenților, %.

Din grupul medicilor care au marcat că se confruntă *frecvent* și *foarte frecvent* cu probleme de comunicare a diagnosticului grav și a veștilor rele, cea mai mare rată o constituie medicii de profil terapeutic 56.4% și cei de profil chirurgical 58.7%, urmați de grupul medicilor de familie (27%), pediatri (19.5%) și obstetricieni ginecologi (15.9%) (Figura 127).

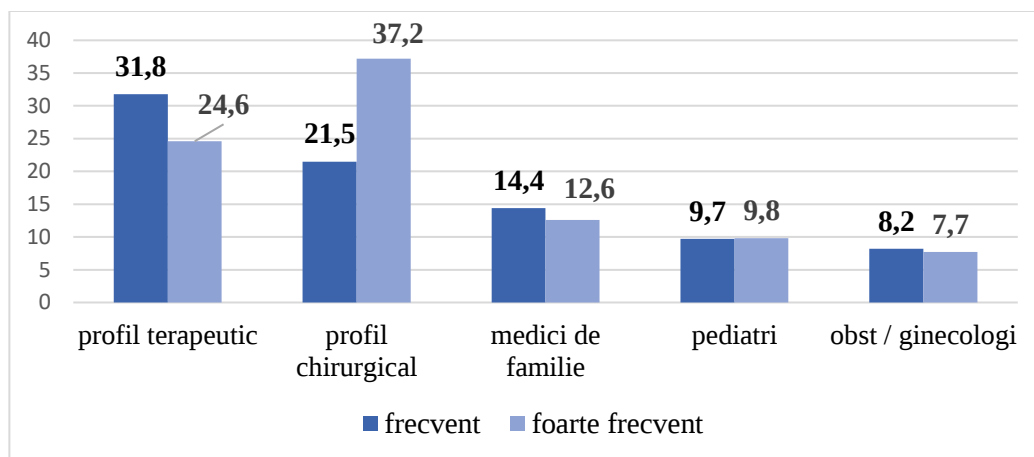


Figura 127. Dificultăți etice în comunicarea diagnosticului grav, după specialități, %.

Este evident faptul că, doar prezența unor abilități de comunicare de bază (acumulate din „*cei 7 ani de acasă*” sau de la orele din facultate) este insuficientă pentru a crea și a susține o relație terapeutică de succes. Această constă în împărtășirea unor percepții și viziuni comune cu privire la natura problemei, obiectivele tratamentului. Medicii au nevoie de abilități de comunicare avansate pentru a face față așteptărilor înalte din partea pacienților, barierelor lingvistice și culturale, tratamentelor medicale din ce în ce mai complexe și constrângerilor legate de îngrijirea gestionată. O bună comunicare ajută medicii să înțeleagă doleanțele pacienților, reducând astfel expunerea la acuzații ulterioare, reclamații de malpraxis și, respectiv, plata unor recompense [187]. Aceste abilități pot fi acumulate cu experiența și instruirile de formare continuă. În cadrul cercetării realizate am observat că cel mai frecvent s-au confruntat cu problema comunicării diagnosticului grav medicii cu un stagiul de muncă de 21-35 de ani (57,9%) (Figura 128).

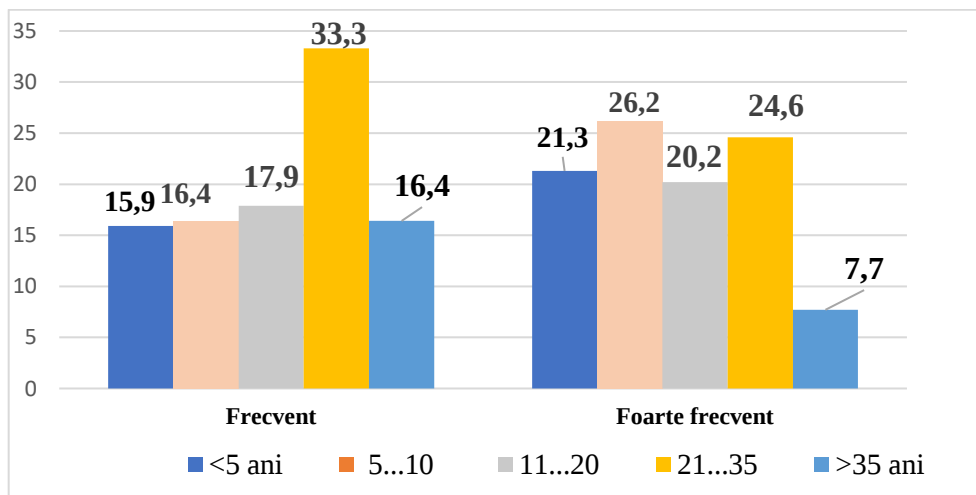


Figura 128. Dificultăți etice în comunicarea diagnosticului grav, după stagiul de muncă, %.

Uneori, medicii își subestimează capacitățile de comunicare, fără să conștientizeze limitele pe care le au în acest sens. Unele studii privind comunicarea medic-pacient au demonstrat nemulțumirea pacientului, chiar și atunci când mulți medici au considerat comunicarea avută ca fiind una adecvată sau chiar excelentă. Spre exemplu, un studiu realizat pe un eșantion de chirurghi ortopezi a identificat că 75% dintre medicii chestionați au considerat că au comunicat satisfăcător cu pacienții lor, pe când doar 21% dintre pacienți au raportat o comunicare satisfăcătoare cu medicii lor. Sondajele au arătat, în mod constant, că pacienții își doresc o comunicare mai bună cu medicii [189].

În același timp, pacienții care raportează o bună comunicare cu medicul lor au mai multe șanse să împărtășească informații pertinente pentru diagnosticarea corectă a problemelor cu care se confruntă și să adere la tratamentul prescris. Îmbunătățirea comunicării medic-pacient va duce la creșterea satisfacției pacientului, a calității îngrijirii și a rezultatelor în sănătate[191].

Nimeni nu se naște cu abilități excelente de comunicare, acestea pot fi doar dobândite prin educare și experiență. Medicii trebuie instruiți despre teoria bunei comunicări medic-pacient, pot învăța și exersa aceste abilități și pot fi capabili să-și modifice stilul de comunicare, dacă există suficientă motivație și stimulente pentru conștientizare, monitorizare și dezvoltarea performanțelor în instituție. Trebuie să recunoaștem faptul că, anumite abilități trebuie mereu îmbunătățite. Este eronat să credem că o ședință, seminar sau câteva lecții pe comunicare vor oferi abilitățile suficiente lucrătorilor medicali pentru a face față tuturor provocărilor și problemelor de comunicare cu care se pot întâlni în practica zilnică. Procesul de educare a angajaților în subiecte sensibile de comunicare se regăsește în aplicarea instrumentelor de etică, prin activitatea consilierilor de etică, a comitetelor de etică, prin ședințele de deliberare morală se va promova acea cultură corectă de comunicare etică, empatică, bazată pe valori morale, dar și în conformitate cu prevederile drepturilor fundamentale ale omului, respectând autonomia și demnitatea pacientului [192].

În același timp, din punct de vedere organizațional, un manager trebuie să se asigure că în instituție sunt implementate algoritme standardizate pentru comunicarea în diferite situații specifice (comunicarea veștilor proaste, comunicarea în situații de conflict, comunicarea cu aparținătorii etc.), există instrucțiuni prevăzute pentru implicarea psihologului în comunicarea specifică cu pacientul, sunt aplicate proceduri clare cu privire la asigurarea comunicării cu pacientul alolingv etc. Lipsa acestor componente obligatorii din managementul calității din instituție poate duce la probleme de ordin etic și conflicte care se pot transforma în procese de judecată, deoarece pot avea ca consecință încălcarea evidentă a drepturilor fundamentale ale omului.

7.2. Libertatea alegerii și de a consimți

7.2.1. Respectarea autonomiei prin acorduri informate standardizate

Autonomia se referă la capacitatea unei persoane de a lua decizii sau de a acționa în mod independent și este un cuvânt des folosit în etica medicală. În contextul asistenței medicale, autonomia subliniază dreptul pacientului de a lua decizii cu privire la îngrijirea medicală, ținând cont de situația, constrângerile și capacitățile sale, fără o influență nejustificată din partea prestatorilor de servicii sau a altor persoane terțe și forțe externe de manipulare sau denaturante [67, 168,173]. În special, acest termen este folosit în predarea celor patru principii ale eticii medicale popularizate de Beauchamp și Childress [59], și anume: autonomie, binefacere, non-dăunare și dreptate/justeță.

Autonomia se referă la dreptul fundamental al pacientului de a participa activ la discuțiile privind posibilitățile de soluționare a problemelor sale de sănătate, să facă alegeri libere, informate, aliniate cu valorile și obiectivele proprii. A fi autonom înseamnă, de asemenea, a fi liber și de alți factori care influențează procesul de luare a deciziilor[53]. În instituțiile medicale, autonomia pacientului este centrată pe dreptul unui individ de a lua decizii independente de îngrijire a sănătății, de a cunoaște pe deplin situația sa de sănătate și de a fi informat cu opțiunile de alegere, pentru a face o decizie bine informată (Figura 129)

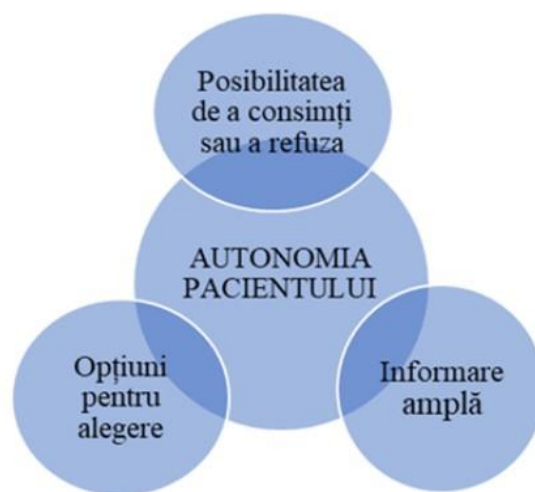


Figura 129. Asigurarea autonomiei pacientului [30, p.167]

Principiul autonomiei este contrapus abordării paternaliste a medicilor în relațiile cu pacienții, prin promovarea dialogului și a informării ample a pacienților, astfel încât aceștia să poată lua o decizie proprie. Odată cu creșterea radicală a accentului asupra controlului și libertății individuale, paternalismul medical nu mai primește acceptare din partea societății. Începe a fi promovată o abordare mult mai deschisă și mai eficientă, prin care se sporește autonomia care încorporează valorile și perspectivele pacienților.

Nicio abordare de luare a deciziilor bazată pe autonomia absolută a pacientului nu este una suficientă. Autonomia pacientului poate fi viciată sau subminată de incapacitatea de a raționaliza, în mod adecvat, de incapacitatea de a controla dorințele, de informații inadecvate sau de eșecul de a

susține o decizie inițială. În acest sens, autonomia pare a fi un ideal, prin care se urmărește respectarea alegerilor, dar care nu întotdeauna nu poate fi atins [173].

Discuții etice despre autonomia pacientului apar, în special, în procesul de luare a deciziilor pentru pacienții muribunzi și cei aflați în stări critice, când autonomia trebuie înțeleasă în termeni de preferințe ale pacienților, cu referire la ceea ce ține de prelungirea suferinței și calitatea vieții.[194].

Literal, autonomia înseamnă auto-stăpânire și poate fi subdivizată în autonomie de gândire, de voință și de acțiune. Respectul pentru autonomia persoanei este considerat a fi principiul-cheie care stă la baza consimțământului [173]. Având în vedere natura practicii medicale, diferențele în ceea ce privește cunoștințelor pacienților despre condițiile medicale și complexitatea tratamentului și a prognozei, luarea deciziilor în comun este foarte relevantă și fezabilă. Libertatea și autonomia fiecărei persoane îi oferă dreptul, în urma unei informări adecvate, de a alege [178, art.8, pt.2 (i)]. Astfel, respectarea autonomiei poate fi înțeleasă prin evaluarea condițiilor în care se asigură informarea pacientului în procesul de îngrijire medicală. În cadrul cercetării am identificat că, în multe instituții, tradițional, se folosește formularul acordului informat elaborat încă în anul 2010 [180], care nu corespunde rigorilor unui astfel de document. Acesta conține afirmații prea generale, nu prevede informațiile specifice care ar oferi informarea amplă a pacientului despre intervenția sau procedura care urmează a fi efectuată, fapt confirmat în discuțiile în focus grupuri, cât și în discuții individuale.

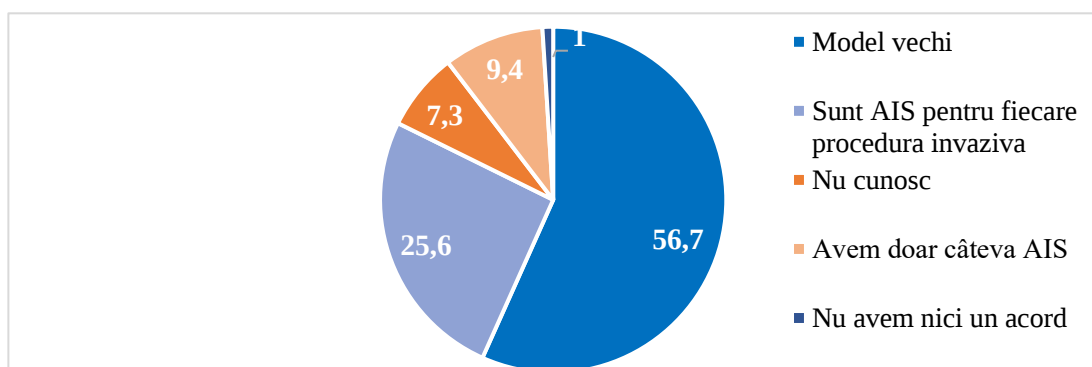


Figura 130. Tipuri de acorduri informate aplicate în instituțiile medico-sanitare din țară, %.

Din figura 130 observăm că, mai mult de jumătate dintre respondenți – 56,7% (CI95% 53.8, 59.7) au recunoscut că în instituție au doar modelul acordului informat care se semnează la internare, conform Ordinului MS nr. 303 din 2010 [180]. Doar o pătrime dintre respondenți 25,6% – (CI95% 23.0, 28.2) au menționat că au implementate mai multe acorduri informate standardizate, însă majoritatea acestor răspunsuri vin din instituțiile private – 85,7% (CI95% 67.3, 96.0) (Figura 131).

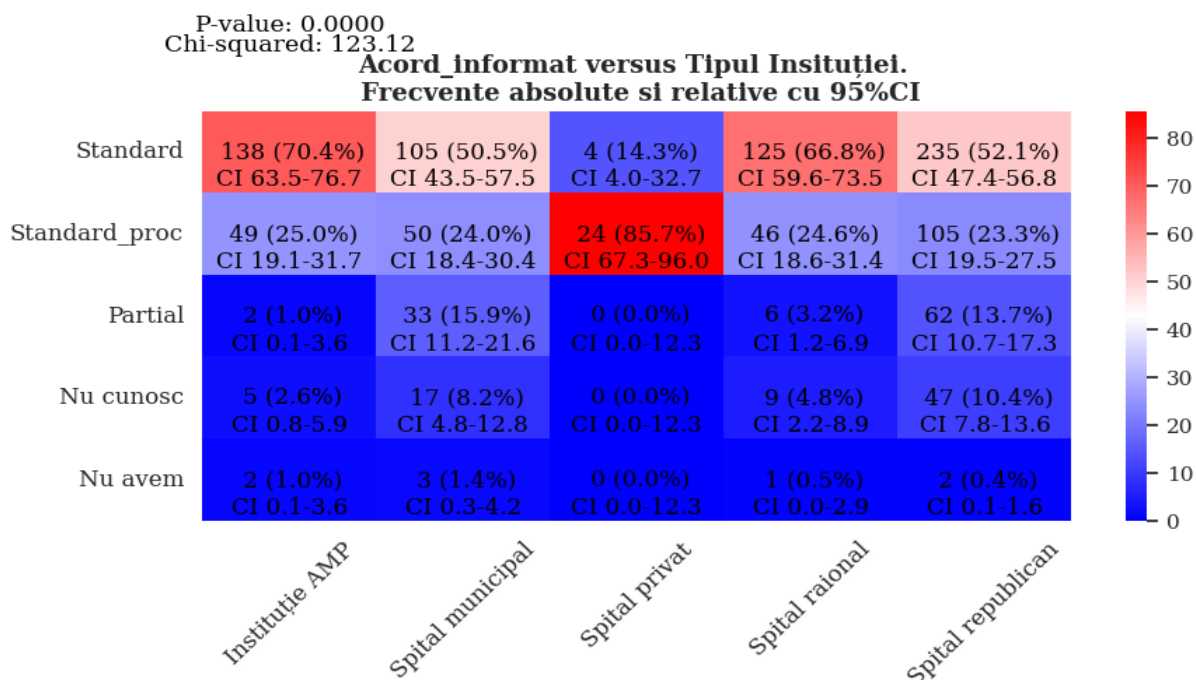


Figura 131. Acorduri informate aplicate, după tipul instituției, %.

Oferind consimțământul, pacientul (reprezentantul legal) confirmă că înțelege intervenția/investigația sau actul medical propus, exprimă acordul că aceasta nu vine în contradicție cu propriul lui interes și sistem de valori, este de acord cu riscurile presupuse, pe care și le asumă. Medicul, la rândul său, obținând acest consimțământ, demonstrează conformitate cu principiul moral al respectului față de persoană și se asigură, în același timp, de eventualitatea unor litigii rezultate din pretențiile beneficiarului față de serviciile medicale primite. Pentru aceasta, conținutul consimțământului trebuie să fie adecvat formulat, astfel ca să poată servi dovada că pacientul a primit și a înțeles toată informația medicală necesară și a semnat, fiind conștient de situație [183].

Trebuie să recunoaștem că, lucrătorii medicali au o activitate foarte încărcată. Lipsa timpului și a posibilităților de a dedica ore pentru discuții și explicații cu pacienții, atunci când este prioritară activitatea clinică nemijlocită, este o problemă frecvent discutată de către angajații instituțiilor medico-sanitare în cadrul focus grupurilor organizate în cercetare.

„Atunci când alerg tot spitalul, fiindcă acolo o femeie are hemoragie, cu alta trebuie să intru în cezariană, două sunt în naștere ... nu mai ești om... Câte odată îmi dau seama abia la sfârșitul zilei de muncă că încă nu am mâncat în ziua ceea... Nu îți mai arde a stat la vorbă și explicații!” (II 21).

„Suntem doar doi medici pe secție, avem un volum enorm de lucru. Dacă stau să explic fiecărui pacient de două ori, îmi rup ușile ceilalți ... ” (II22).

Din figurile 122 și 123 am observat că problema timpului insuficient este menționată practic de fiecare o jumătate dintre respondenți. Pentru a face mai ușoară munca medicilor și a asigura, totodată, informarea amplă a pacienților, în instituțiile medicale de peste hotare au început a fi implementate formularele *Acordurilor Informate Standardizate* (AIS), care reprezintă documente elaborate în prealabil de către grupuri de specialiști și care descriu în detalii actul medical/investigația/procedura concretă care este planificată a fi realizată pacientului. AIS sunt elaborate de către grupuri de medici din instituție, în funcție de specificul și particularitățile activității clinice și a investigațiilor/procedurilor care se realizează cel mai frecvent [183].

AIS vor fi compuse, obligatoriu, din două părți:

1. *Partea informativă* – trebuie să conțină informația generală despre problema de sănătate pe care o are pacientul și din cauza căreia este necesară intervenția/procedura/actul medical intenționat; date generale despre intervenție/procedură; scopul și importanța pentru pacient; efectul și beneficiu scontat; riscul potențial, posibilele complicații și consecințe medico-sociale, psihologice; variantele alternative de tratament, precum și anumite comportamente specifice pe care trebuie să și le asume pacientul înainte sau după intervenție (de exemplu, să nu mănânce înainte de procedură, să nu bea alcool etc.). Pacientul trebuie să primească răspunsuri la toate întrebările, informația fiind oferită într-o formă accesibilă, prin propoziții scurte și în limbaj nonmedical. În cazul aplicării unor metode riscante de tratament, proceduri cu un grad crescut de complicații și consecințe negative, pacientului trebuie de explicat măsurile care vor fi întreprinse adițional pentru a micșora riscurile.

2. *Partea de avizare* este completată de către pacient prin care se acceptă toate riscurile și se confirmă că a fost informat pe deplin. Partea de avizare trebuie să fie semnată atât de către pacient, cât și de către medicul care a colectat acordul informat.

Cercetarea a identificat atitudine sceptică și chiar rezistență față de implementarea acordurilor informate standardizate din partea unor lucrători medicali din sistemul public de sănătate. Chiar dacă acestea au fost propuse ca formulare obligatorii încă în anul 2018 [183], astfel de documente nu sunt încă pe larg implementate în instituțiile medico-sanitare din țară. Majoritatea participanților în discuții nu cunoșteau esența și rolul Acordurilor informate standardizate. Unii, fiind deprinși cu maniera de control total pe verticală, decizii centralizate din partea autorităților centrale, au considerat că poate fi implementat doar acordul elaborat de Ministerul Sănătății, fără să înțeleagă particularitatea AIS.

„Semnăm acordurile care le-am primit de la minister. O să ne spună altele – le vom semna pe acelea.” (II19).

„Cine trebuie să stea să le elaboreze? Eu fac operații toată ziua, nu am când să scriu!” (II24).

Uneori, pacienții, fără a fi pe deplin conștienți de starea de sănătate și boala cu care se confruntă, atribuie medicilor rolul de vindecători, având așteptări exagerate. Desigur, orice intervenție medicală implică un risc, care trebuie asumat atât de către medici, cât și de către pacientul nemijlocit. Încrederea exagerată poate induce în eroare pacientul, care nu va înțelege, ulterior, o eventuală complicație. Un consimțământ va fi moral acceptabil doar dacă întrunește următoarele condiții:

1. Persoana care semnează consimțământul (pacientul sau reprezentantul său legal) trebuie să fie în stare de capacitate decizională. Acesta va decide din perspectiva propriilor valori și interese. Medicul trebuie să se asigure că decizia pacientului nu este luată într-un moment de afect sau de suprasolicitare psihică, precum și în deplinătatea facultăților mintale [110, pct. 47]. Dacă medicul va stabili că decizia reprezentantului legal nu este în interesul pacientului, se va apela la constituirea unei comisii, considerând mereu drept un imperativ primar doar binele pacientului.

2. Pacientul (reprezentantul legal) va semna acordul, nefiind influențat de relații de dependență, manipulare etc. Tratatamentul forțat poate fi doar în cazurile prevăzute de lege [195].

3. Textul formularului de consimțământ trebuie să fie scris într-o manieră clară, în limbaj simplu și înțeles de către pacient (reprezentant legal).

4. Consimțământul trebuie să conțină date veridice, sigure și obiective.

5. Volumul informației expuse în consimțământ trebuie să corespundă amplitudinii actului medical. Cu cât riscul e mai mare, cu atât informația oferită trebuie să fie mai amplă.

De calitatea acordului informat depinde legalitatea și relația de mai departe dintre medic și pacient. Acesta va ușura munca medicului și va crește satisfacția beneficiarilor de servicii.

Acordurile prezintă dovada în scris, semnată de pacient, despre informarea amplă. Astfel, se evită acuzațiile ulterioare din partea pacienților precum că nu au cunoscut despre anumite efecte sau complicații. Managerii instituției pot fi siguri că informația oferită pacienților este standardizată, adică toți pacienții cu aceeași maladie, pentru aceeași intervenție primesc informație identică. Se evită cazurile când unii pacienți rămân neinformați sau informați insuficient despre tratament. Totodată, datorită formularelor standardizate, se reduce din timpul necesar medicilor pentru a explica în detalii ce urmează de făcut. Medicul va fi la dispoziția pacientului pentru a răspunde la întrebări, dacă apar.

Respondenții din instituții private nu au avut nicio apreciere negativă față de acordurile informate din instituție, majoritatea oferind apreciere înaltă calității acestora – 5 puncte (*foarte bună*)

pentru 75,0% (CI95% 55.2, 89.3) și 4 puncte (*bună*) 17,9% (CI95% 6.1, 36.9). Aprecierile negative (1-2 puncte) se întâlnesc în răspunsurile respondenților din instituțiile publice. (Figura 132)

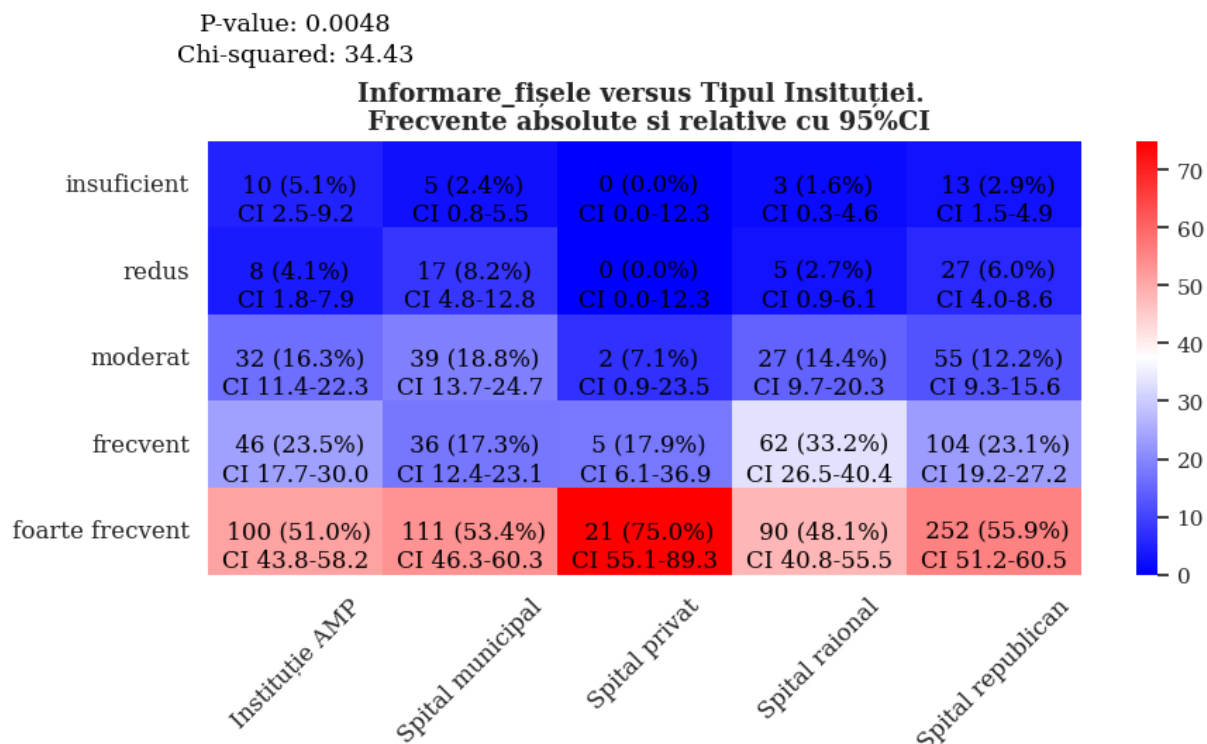


Figura 132. Aprecieria calității acordului informat, după tipul de instituție, %, c.a.

În instituția medico-sanitară pot fi elaborate un număr divers de acorduri informate în dependență de câte intervenții se obișnuiește a realiza în cadrul acesteia. Fiecare departament/secție poate elabora propriile acorduri, care vor fi coordonate între specialiștii unității. În mod logic, numărul de AIS elaborate și disponibile într-o secție/într-un departament ar trebui să fie egal cu numărul tipurilor de investigații/intervenții invazive care se efectuează în secția/departamentul dat.

În cadrul discuțiilor realizate am determinat că în multe spitale se practică doar aplicarea unui singur formular de acord, unde este inclusă partea de avizare și minimizată partea de informare.

”Ca de obicei, la toți, se cere pacientului să semneze acordul din fișă. Nu știu despre alte tipuri de acorduri. Este unul pe instituție!” (II20)

Acordurile informate din instituție sunt considerate formale cel mai mult de către medicii de familie – 19,3% (CI95% 13.9, 25.9), obstetricii și ginecologiei – 18,5% (CI95% 12.0, 26.6) și oncologi – 18,5% (CI95% 9.3, 31.4) (Figura 133).

P-value: 0.3637
Chi-squared: 13.07

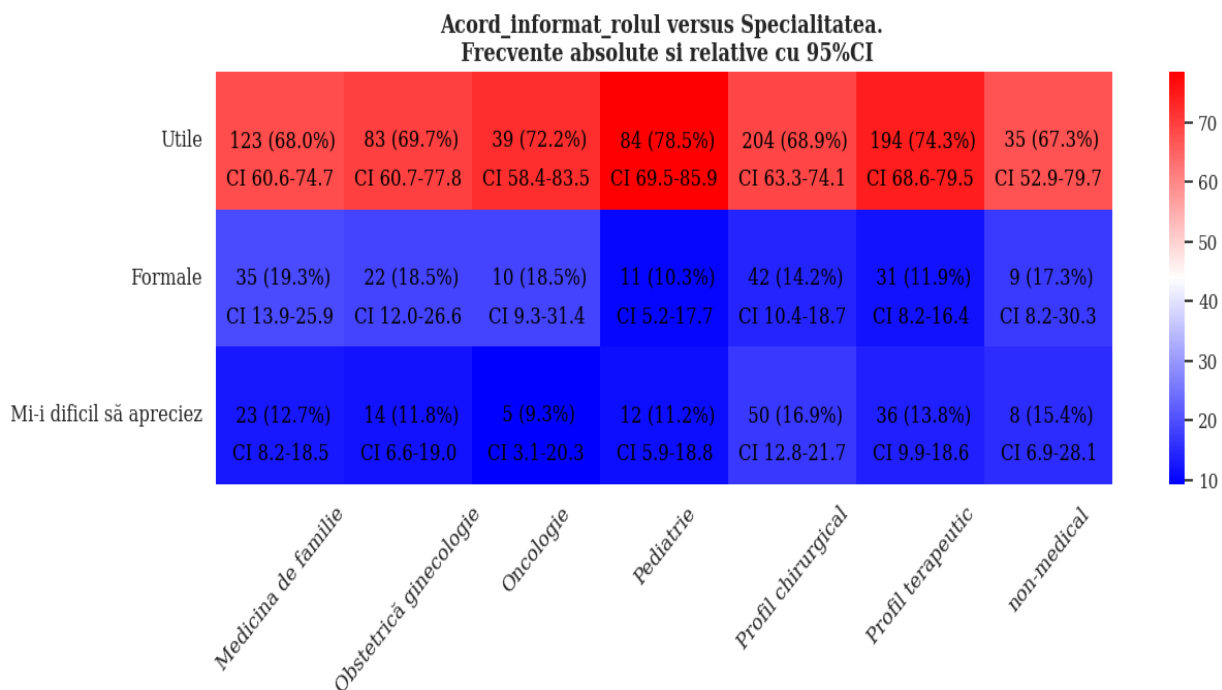


Figura 133. Aprecierea acordurilor informate, după tipul instituției, %, c.a.

Considerăm că, aprecierea foarte înaltă a calității acordului informat din instituțiile publice ține și de formalitatea în abordarea acestuia, precum și de nivelul scăzut de înțelegere de către personalul medical a rolului și scopului unui acord informat, aspect pe care l-am discutat ținând cont de rezultatele prezentate în figura 130 din care observăm că mai mult de jumătate dintre respondenți (56,7%) indică modelele vechi de acorduri informate aprobate prin Ordinul MS nr. 303/2010 [180]. Respectiv, abordarea formală a acordului informat reduce din dificultatea aplicării/semnării acestuia.

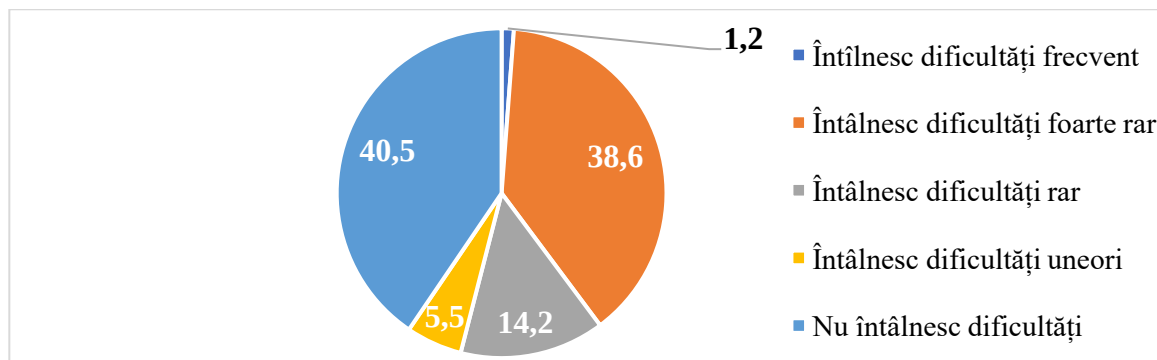


Figura 134. Probleme în colectarea acordurilor informate, după specialitate, %, c.a.

Au indicat că nu au anumite dificultăți legate de informare și semnarea acordului informat 40,5% (CI95% 37.6, 43.5) respondenți. În rest, respondenții au remarcat că se confruntă cu dificultăți în colectarea acordului informat, de la *foarte rar* – 38,6% (CI95% 35.7, 41.5) și rar 14,2% (12.1, 16.3), *uneori* – 5.5% (CI95% 4.1, 6.9) , până la 1,2% (12 persoane) care au indicat că se confruntă *frecvent* și *foarte frecvent* cu astfel de probleme. (Figura 134).

Dreptul de a consimți este nucleul drepturilor pacientului și se bazează pe principiul respectării autonomiei pacientului, pornind de la principiul respectului pentru persoană și demnitatea individului. Acest drept se manifestă prin libertatea pentru exprimarea benevolă pentru efectuarea unui act medical, controlul asupra propriei vieți și abținerea de la efectuarea intervențiilor nedorite [53]. Pentru ca un astfel de model să funcționeze eficient, este crucială dezvoltarea încrederii în relația medic-pacient și adoptarea unei comunicări centrate pe pacient [193]. Cercetarea ne-a demonstrat că la nivel național, este necesar de a implementa acțiuni suplimentare ample pentru promovarea respectării dreptului la autonomie a pacientului în realizarea actului medical prin o acceptare mult mai largă a formularului de acord informat, ca instrument etic și legal, în instituțiile medico-sanitare din țară.

7.2.2. Prevederea situației de refuz al pacientului

Legislația în vigoare stipulează că pacientul (reprezentantul său legal) este participantul principal la luarea deciziei referitoare la intervenția medicală, ceea ce implică și dreptul de a refuza intervenția propusă de medic. Pacientul are dreptul la consultarea unei opinii medicale alternative și la recomandările altor specialiști [178, art. 5 lit. e)].

În cadrul discuțiilor în focus grupuri realizate, medicii participanți au povestit multe cazuri când pacienții refuzau internarea sau chiar intervenția medicală, chiar dacă aceasta nu era în beneficiul lor și, ulterior, mulți se întorceau la după ajutor, dar deja fiind cu complicații sau în stări grave.

„Avem multe cazuri de refuz. Vin cu ambulanța, le acorzi ajutor imediat, iar ei vad ca puțin li se face mai ușor și pleacă. După aceasta ne rămâne să completăm multe hârtii, dar e muncă degeaba. De obicei, revin majoritatea din ei ...” (II12).

Unii participanți ne-au povestit istorii concrete când au încercat să găsească metode de a convinge pacientul, înțelegând că refuzul poate să îl coste chiar viața.

„Chiar recent am avut un caz, un bărbat adus cu ambulanța. Era puțin băut... dar era conștient. Vedeam că sunt toate semnele de ulcer perforat, dar înțelegeam că sub influența alcoolului el nu simte durerea. Refuza categoric spitalizarea și insista chiar agresiv să plece. Îmi făceam griji că va adormi undeva și va ajunge grav și prea târziu înapoi. L-am luat cu binișorul, l-am convins să

aștepte puțin într-un salon... Până a trecut efectul alcoolului și i-a apărut durerea. Deja striga la noi să îl ajutăm urgent.” (II10).

Lucrătorul medical trebuie să se asigure că refuzul pacientului nu este condiționat de un moment de afect sau de suprasolicitare psihică. În astfel de cazuri, se poate apela la ajutorul rudelor sau al persoanelor apropiate, care pot să ofere suport în luarea deciziei de către pacient. În lipsa acestora, lucrătorul medical va oferi suport pacientului în luarea deciziei în conformitate cu datoria profesională, obiectivul primordial fiind viața, sănătatea și beneficiul pacientului [110, pct. 47].

Este important de menționat că, refuzul trebuie să fie consemnat în scris prin semnătura medicului curant sau a completului în componența echipei de gardă, iar în cazuri excepționale – prin semnătura conducerii instituției medico-sanitare [196, art.23 (7)]. Lucrătorii medicali trebuie să se asigure că pacientul sau reprezentantul legal al unui pacient au înțeles pe deplin riscurile și consecințele refuzului asumat. Participanții la studiul calitativ ne-au relatat că mulți dintre medici nu cunosc cum trebuie corect să procedeze, atunci când se confruntă cu o situație de refuz din partea pacientului, ca să fie protejați legal, în caz când starea de sănătate a pacientului s-a agravat ulterior.

”Vrea să plece? Îl lăsăm să plece... nu o să-l legăm. Este pe deplina lui responsabilitate. Doar că legea la noi este așa, că după aceasta, în caz dacă pacientul devine mai grav, tot noi răspundem! Tot pe noi este vina? Cum atunci să procedăm ca să ne protejăm?” (FGis2).

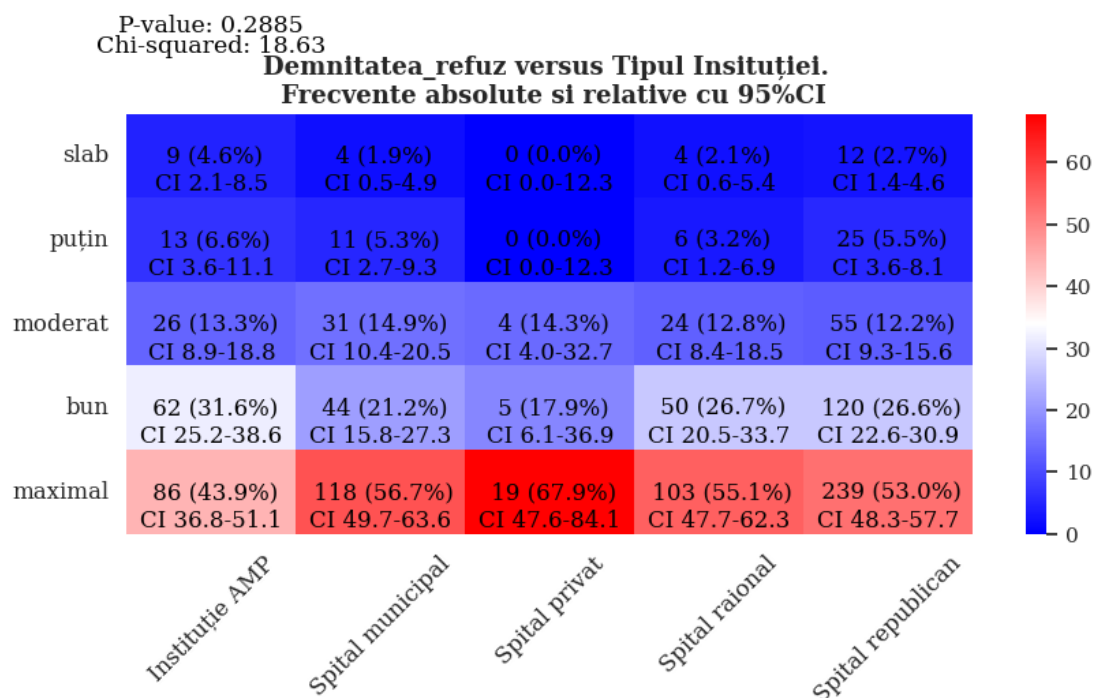


Figura 135. Discutarea detaliată a refuzului cu pacientul, %, c.a.

Totuși, în cadrul cercetării cantitative, mai mult de jumătate dintre respondenți (79,1%) au confirmat că, în instituțiile sale refuzul pacientului la tratament se discută detaliat și se oferă consiliere. 140 de respondenți – 13,1% (CI95% 11.1, 15.1) au fost mai rezervați cu referire la acest subiect, apreciind această afirmație doar 3 puncte din 5; 84 de respondenți au apreciat foarte prost procesul de consiliere a refuzului pacientului din instituțiile unde activează – 5,1% (CI95% 3.8, 6.5) – apreciindu-l ca *slab* și 2,7% (CI95% 1.7, 3.7) – *foarte slab*. Cel mai bine acest proces este organizat în instituțiile private (Figura 135).

Pentru a avea o comunicare corectă cu pacientul care refuză un act medical (spitalizare, intervenție, investigație etc.) este necesar de a standardiza acest proces prin implementarea unui formular de avizare a refuzului. Prin acesta, ar trebui introdusă, în mod obligatoriu, evidența și dovada faptului că pacientul este conștient de situație și i-au fost explicate toate consecințele și riscurile refuzului său. Acestea trebuie să fie explicit descrise în formularul respectiv de însuși pacientul, pentru ce el se va semna personal. Cercetarea a identificat că, în mai mult de o pătrime dintre instituțiile incluse în studiu (29,4%), sunt lacune în implementarea formularului de refuz (Figura 136).

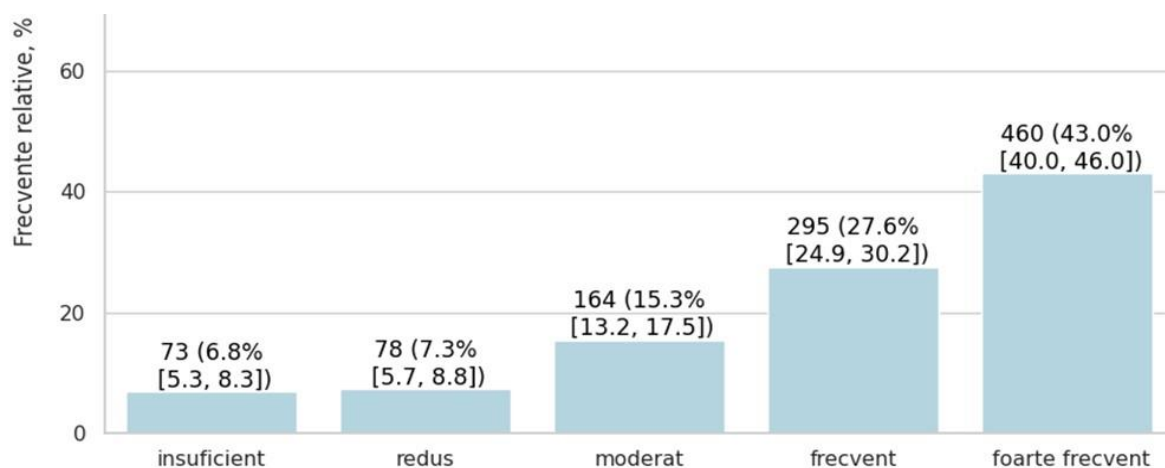


Figura 136. Prezența procedurii în caz de refuz al pacientului, opinia respondenților, %.

Medicii din instituțiile AMP apreciază cel mai slab procesul de colectare a refuzului pacientului – 19,9% îl determină ca *insuficient* sau *redus* (Figura 136). Presupunem că această apreciere este motivată de practica frecventă a medicilor de familie de a primi refuzuri din partea părinților de a-și vaccina copiii. Acest lucru ne-a fost confirmat și în cadrul celor două focus grupuri organizate cu angajați din domeniul AMP.

”Nu știm cum să procedăm cu părinții care refuză să-și vaccineze copiii. Le explicăm, dar degeaba! Pe de altă parte, primim permanent mustrări din partea șefilor că avem rata joasă de vaccinare! Trebuie să fim și noi cumva protejați de aceste refuzuri.” (FGamp1)

”Nici nu mai știu cum să mă comport cu aceste mame, care refuză vaccinarea. E tare greu să le explici. Când încep să strige, vrei să scapi mai repede de ele!” (FGamp2)

În același timp, chiar dacă pare a fi mare cifra celor din instituțiile spitalicești, care au oferit o apreciere pozitivă acestei întrebări, ne permitem să nu fim atât de optimiști cu referire la acest subiect. Din discuțiile în focus grupuri și interviuri individuale am observat că, aprecierea pozitivă este indusă de un nivel redus de cunoștințe cu referire la abordarea corectă a cazului de refuz al pacientului, pentru a fi în conformitate cu legislația în vigoare. Mulți participanți la studiu ne-au confirmat că, în instituție au un registru special, unde se înregistrează toate refuzurile din partea pacienților. Însă, legislația prevede ca refuzul pacientului se acceptă în condițiile în care acestuia i se explică consecințele posibile, într-o formă cât mai accesibilă [178, art.13, p.4-7]. Atât timp cât în registrul respectiv există doar posibilitatea unei semnături a pacientului, fără a avea dovada că pacientului i s-au comunicat consecințele posibile, documentul respectiv nu are nici o relevanță, atât din punct de vedere etic, cât și legal.

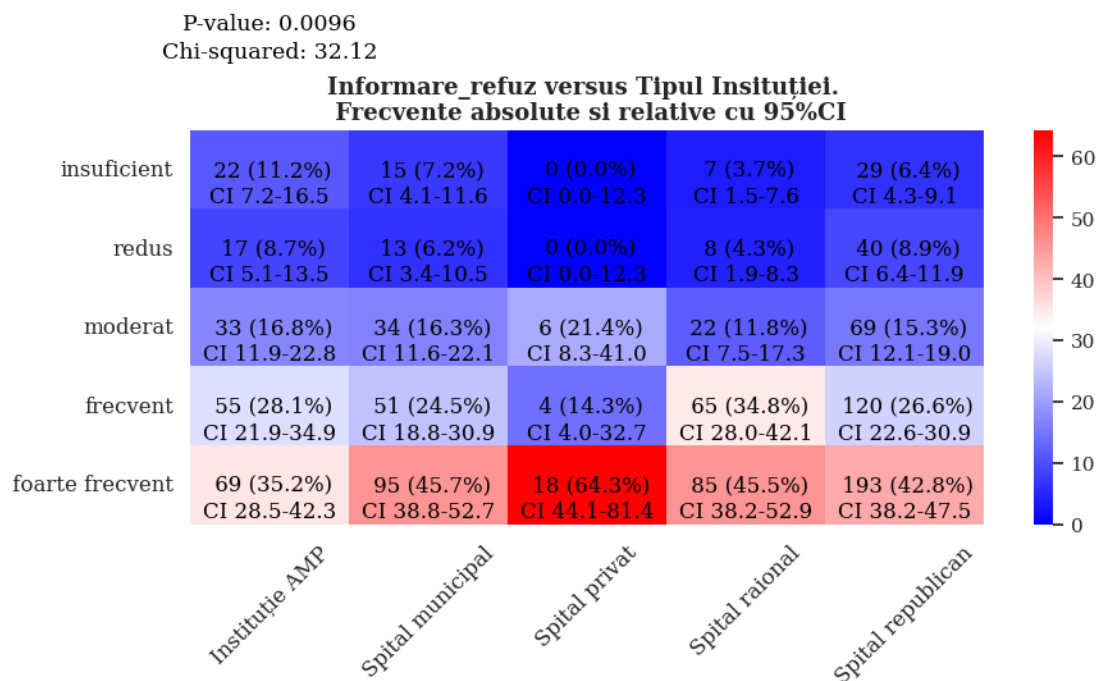


Figura 137. Aplicarea procedurii de refuz a pacientului, după tipul instituției, %, c.a.

Pentru a avea o evidență clară și o dovadă a faptului că decizia pacientului de a refuza a fost luată în condițiile unei informări ample, cu respectare dreptului acestuia la autonomie și alegere, este necesar ca în fiecare instituție să fie elaborat formularul pentru refuzul pacientului, care ar avea în

mod obligatoriu componentele necesare unui document de importanță medicală. Oferim un model de formular de refuz, elaborat de către cercetătoare (Anexa 1).

Totuși, este important să menționăm că, sunt cazuri când medicii înțeleg că refuzul părintelui este evident în detrimentul copilului și refuzul de spitalizare îi îngreunează dreptul copilului la sănătate, punându-i în pericol viața. La decizia consiliului de medici, ei sunt obligați să anunțe reprezentanții puterii (poliția, structurile pentru protecția copilului) pentru a avea posibilitatea să acorde asistența medicală necesară copilului, contrar voinței părinților [178, art.13]. Totodată, în astfel de situații, organele de tutelă și curatelă au dreptul, la solicitarea organizațiilor medicale, de a se adresa în instanța judecătorească pentru protecția intereselor persoanei bolnave [197, art.4, pt.4].

Studiul realizat a identificat lacune și în privința organizării comunicării cu reprezentanții legali ai pacientului. Practic, fiecare al treilea respondent (29,9%) a indicat probleme (selectând opțiunile *insuficient – moderat*) în delegarea deciziei pacientului către reprezentantul său legal sau aparținător, cauzat de faptul că în instituție nu există o procedură clară cu referire la astfel de situații (Figura 138)

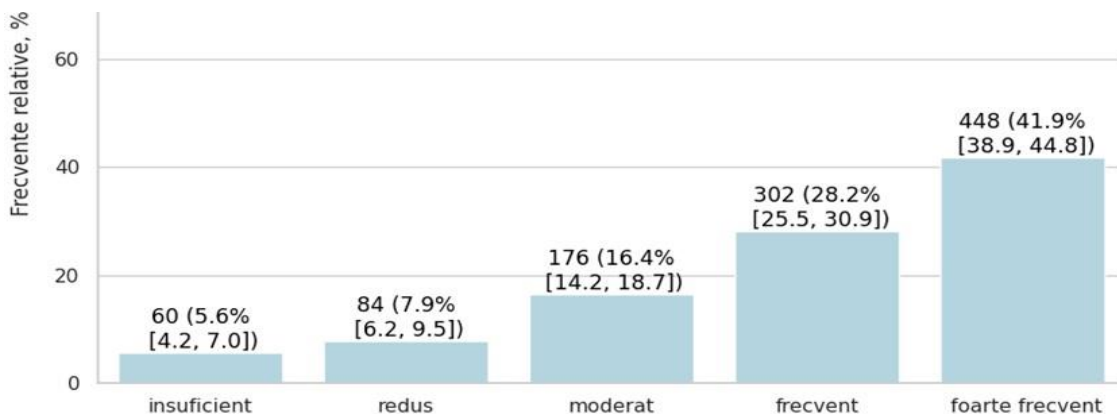


Figura 138. Aplicarea unei proceduri pentru delegarea deciziei pacientului, %.

Confuzia cea mai frecventă care ne-a fost raportată de către respondenții studiului calitativ a fost legată de determinarea persoanei împuternicite de a lua decizii în locul pacientului. Respondenții ne-au povestit diferite situații când deveneau martorii certurilor dintre rude, cu referire la tactica de mai departe pentru pacient. Un manager de spital ne-a confesat:

”Am avut situația unui pacient în comă, un bărbat de 35 de ani, fiindu-i stabilită moartea creierului după accident rutier. Mama lui cerea transferul într-un spital privat, pe când soția cerea să îl lăsăm în spitalul nostru. Tare s-au mai certat la mine în birou. Noi am decis să ascultăm soția. Iar după moartea pacientului am fost dați în judecată de mama pacientului, fiind învinuiți că nu i-am respectat dreptul. Pur și simplu nu știam cum e corect!” (II7)

Trebuie să recunoaștem că, astfel de situații confuze sunt create și din cauza neconsecvențelor din legislația în vigoare. De exemplu, în legislația actuală [178] noțiunea de reprezentant legal se extinde până la rude apropiate și soț/soție, ceea ce contravine prevederilor Codului Civil al RM, unde această noțiune este mult mai restrânsă. Medicii pot nimeri în situații complicate, etic și legal, dacă nu vor fi ghidați corect prin proceduri operaționale interne, cum și de la cine să primească acordul delegat, păstrând ca prioritate beneficiul pacientului, dar și fără a încălca legislația în vigoare.

Astfel de cazuri ne-au fost povestite și de către participanții la discuțiile în focus grupuri.

”Am avut caz în propria practică, când pacientul era inconștient, și avea nevoie urgent de intervenție endoscopică, dar rudele nu ne permiteau să o facem! La început eram confuzi, apoi am făcut consiliu și am luat pacientul în intervenție și l-am salvat! Rudele nu întotdeauna vor binele omului bolnav!” (II10)

Un subiect separat a fost discuția cu medicii din pediatrie, cu privire la refuzul primit din partea părinților pentru tratamentul copiilor, precum și lipsa unor proceduri clare care i-ar ghida atunci când se întâlnesc cu astfel de situații specifice.

”Avem mame care își iau copilul și pleacă din spital, fără să anunțe măcar medicii. Copilul este grav! Dacă încerci să o oprești, cheamă televiziunea! Dar cum să protejăm copilul?” (II2)

”Serviciile de protecție a copilului lucrează cam greu, până ajungi la ele, copilul ajunge în terapie intensivă din cauza unei mame iresponsabile care refuză internarea!” (II5)

Lacunele identificate în cadrul cercetării desfășurate în organizarea procesului de informare și colectare a acordului informat/ a refuzului pacienților în instituțiile medico-sanitare din țară trebuie să fie interpretate ca necesitate stringentă și motivare suficientă pentru inițierea elaborării și implementării unor proceduri instituționale ample, ce ar fortifica managementul calității instituțional, ar crește semnificativ încrederea și satisfacția atât a pacienților, cât și a medicilor, care s-ar simți mult mai protejați și siguri în procesul de interacționare cu pacientului și aparținătorii acestuia. Totodată, acestea ar contribui la atingerea scopului general de a crește nivelul de respectare a drepturilor fundamentale, fiind redus riscul unor litigii și încălcări a dreptului la autonomie, decizie și informare a pacientului conștient, dar și a dreptului la viață a pacientului inconștient.

7.3. Condiții pentru protejarea confidențialității și intimității pacientului

Fiecare persoană are dreptul la confidențialitatea informațiilor personale referitoare la starea lui de sănătate, la procedurile terapeutice sau de diagnostic, precum și la protecția datelor private din cadrul examinărilor de diagnostic, a datelor despre vizitarea specialiștilor și, în general, despre tratamentele medicale/chirurgicale primite. Orice informații de natură personală, colectate în timpul prestării îngrijirii medicale, sunt considerate confidențiale și tratate în conformitate cu normele privind protecția vieții private.

Noțiunea de confidențialitate este o dovadă elocventă a împletirii și interconexiunii valorilor și principiilor etice cu prevederile cadrului normativ și legal, atât internațional, cât și național. Obligația de confidențialitate este prevăzută în toate canoanele și codurile de etică la nivel internațional, fiind, totodată, și parte obligatorie a cadrului legislativ din toate țările.

La nivel național, statul respectă și ocrotește viața intimă, familială și privată [195, art.28]. Intervențiile statului impuse de sistemul judiciar, privind aspecte care ar trebui rezolvate între medic și pacient, au fost considerate de structurile internaționale drept încălcare a dreptului pacientului la viața privată [198, 199]. Fiecare persoană are dreptul la oferirea consimțământului atunci când divulgarea informației cu caracter personal poate atinge anumite interese personale ale acesteia [198]. Organismele de monitorizare a tratatelor ONU au subliniat că accesul la informație nu ar trebui să afecteze dreptul la confidențialitate a datelor personale de sănătate [200]. În acest context, dorim să subliniem că nivelul de respectare a drepturilor omului în contextul prestării serviciilor de sănătate este monitorizat strict de către structurile internaționale, în special comitetele și comisiile ONU [201].

În același timp, Codul internațional de etică medicală al Asociației Medicale Mondiale (1949) stipulează: *”Un medic va respecta dreptul pacientului la confidențialitate. Este etic să divulge informația confidențială atunci când pacientul consimte la aceasta sau atunci când există un pericol sau o amenințare iminentă la adresa pacientului sau a celorlalți și această amenințare poate fi îndepărtată numai prin încălcarea confidențialității* [65].

Dreptul la viață privată protejează individul de intervenția nelegală și arbitrară asupra vieții sale, iar în contextul îngrijirii pacientului, acest drept poate fi aplicat pentru a preveni divulgarea nejustificată de informații cu privire la starea de sănătate a pacientului, situația medicală, diagnostic, prognostic, tratament și alte informații personale [199]. Păstrarea confidențialității protejează interesul subiectului de a menține controlul asupra informației personale. Prin urmare, încălcarea confidențialității, de asemenea, va fi o încălcare a aspectului informațional al vieții private [203].

În special, managerii de instituții medico-sanitare trebuie să fie foarte vigilenți atunci când primesc solicitări de la cercetători pentru a avea acces la bazele de date ale instituției. Accesarea informației cu statut confidențial de către persoane, care nu au angajament de confidențialitate, implică riscul încălcării acestui principiu și poate aduce prejudiciu pacienților a căror informație devine deschisă [203, 205] Important de reținut că, cercetarea medicală care implică accesarea informației confidențiale din registrele spitalului poate încălca obligația de confidențialitate a deținătorului de registre, iar utilizatorul informației poate încălca viața privată dacă informația este de natură personală [204].

Respondenții au fost solicitați să ofere o apreciere nivelului de risc perceput de ei cu referire la încălcarea confidențialității din instituția unde activează.. Doar în jumătate dintre instituții – 53,8% (CI95% 46.3, 52.2), respondenții consideră că sunt riscuri minime pentru încălcarea confidențialității (Figura 139).

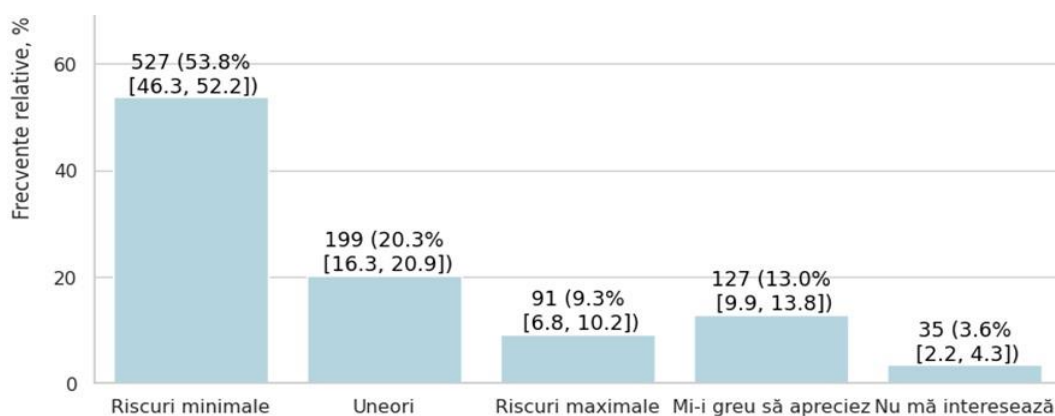


Figura 139. Aprecierea riscurilor de încălcare a confidențialității, %.

Este alarmant faptul că, 1 din 10 respondenți – 9,3% (CI95%6.8, 10.2) consideră că la ei în instituție există *riscuri majore* de încălcare a confidențialității, aceasta fiind apreciată ca o problemă instituțională foarte serioasă. Fiecare al cincilea respondent – 20,3% (CI95% 16.3, 20.9) a recunoscut că *uneori* s-a confruntat cu probleme în relația cu pacientul, apărute din cauza condițiilor insuficiente de păstrarea a confidențialității în instituția medico-sanitară. Faptul că 13,0% (CI95% 9.9, 13.8) dintre angajații instituțiilor incluse în studiu *nu pot să ofere o apreciere* acestui subiect, poate sugera un nivel insuficient de cunoștințe al acestora în ceea ce înseamnă condiții de asigurare a confidențialității în instituțiile medico-sanitare, fapt care este, de asemenea, un rezultat mai puțin satisfăcător. 35 de respondenți au susținut că aprecierea riscurilor confidențialității din instituția lor *nu îi interesează*, fapt care denotă o indiferență față de imaginea și performanța instituției în care activează și

corespunde modelului imoralității, care a fost indicat de unii respondenți, discutat în capitolul 3 ale acestei lucrări (Figurile 43 – 46).

Practic, o pătrime dintre medici apreciază că uneori se întâlnesc cu riscuri de încălcare a confidențialității – 24,8% (CI95%21.4, 28.4), pe când asistentele medicale percep mult mai rar astfel de situații – 13,3% (CI95% 9.8, 17.4). Din rândul celor care *nu îi interesează* subiectul încălcării confidențialității, sunt 19 medici și 14 asistente medicale (Figura 140).

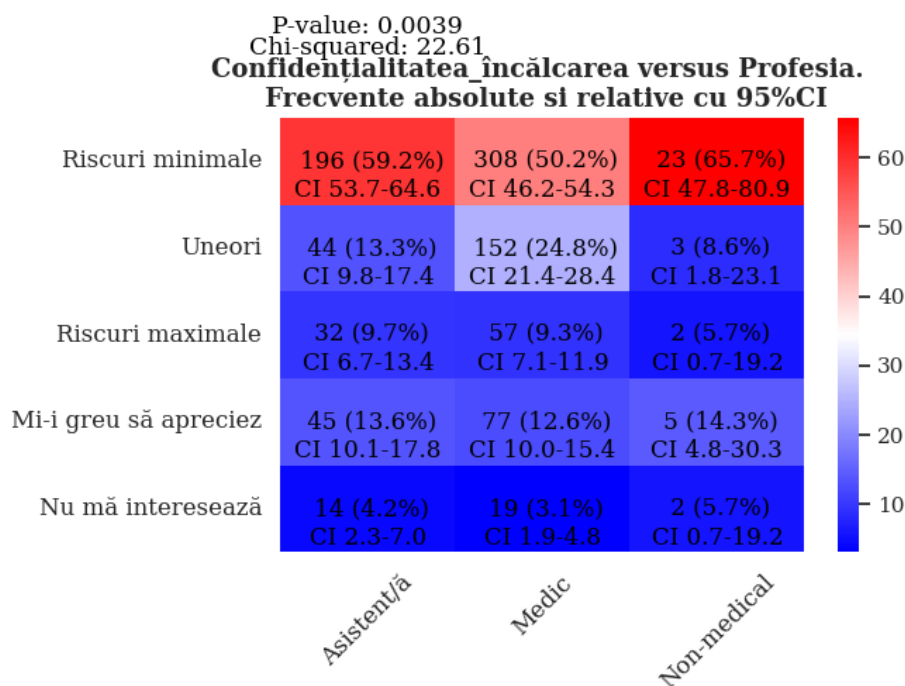


Figura 140. Aprecierea riscurilor de încălcare a confidențialității, după profesii, %.

Cel mai puțin sesizează riscuri de încălcare a confidențialității în instituție personalul angajat în instituții private – 86,4% (CI95% 65.1, 97.1) apreciază riscuri minimale pentru aceasta. În același timp, unul din 10 angajați ai spitalelor republicane – 11,9% (CI95%9.0, 15.4) consideră că în instituțiile unde activează sunt riscuri mari pentru încălcarea confidențialității informațiilor medicale. Acest risc major este menționat și de un grup important de angajați ai spitalelor publice raionale – 8,2% (CI95%4.7, 13.2) și municipale – 7,7% (CI95% 4.2, 12.5), dar, de asemenea, și de către 12 angajați – 7,0% (CI95% 3.7, 11.9) ai instituțiilor de asistență medicală primară. Unul din cinci angajați ai instituțiilor AMP – 22,7% (CI95%16.6, 29.7), spitale raionale – 22,4% (CI95%16.6, 29.1) și spitalelor republicane – 21% (CI95% 17.2, 25.2) au afirmat că s-au întâlnit în practică cu cazuri de risc de încălcare a confidențialității (Figura 141).

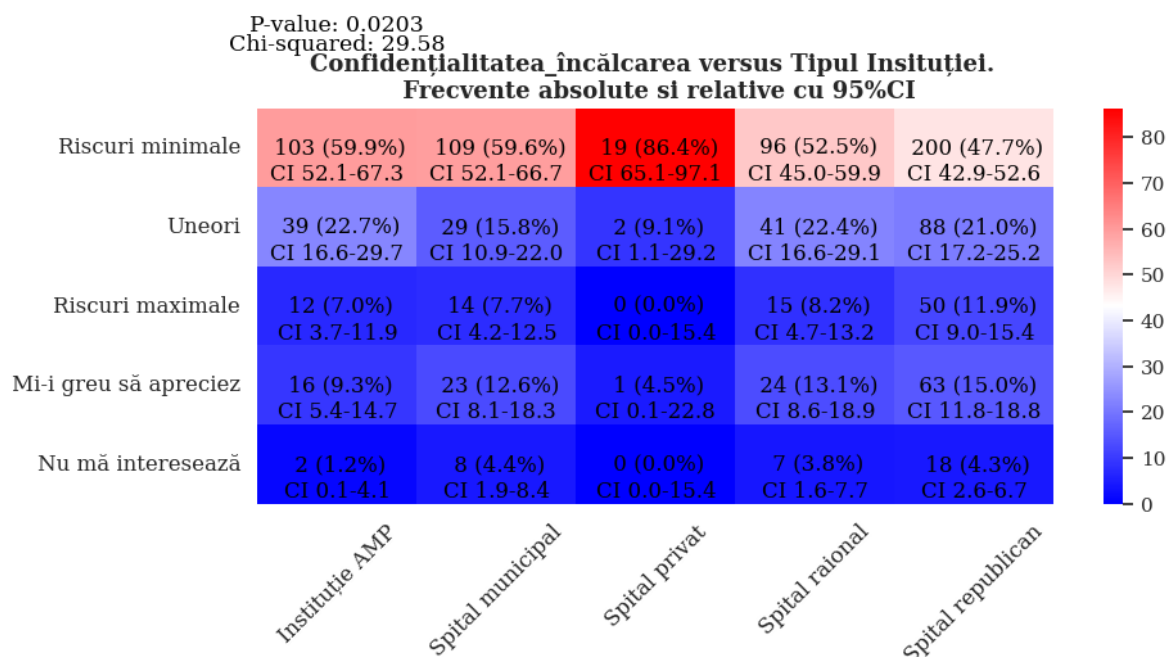


Figura 141. Aprecierea riscurilor de încălcare a confidențialității, după tipul instituției, %.

Medicii din profiluri chirurgicale – 12,4% (CI95% 8.7, 16.9), împreună cu medicii oncologi – 10,9% (CI95% 3.6, 23.6) apreciază cel mai multe riscuri majore de încălcare a confidențialității în instituțiile unde activează (Figura 142).

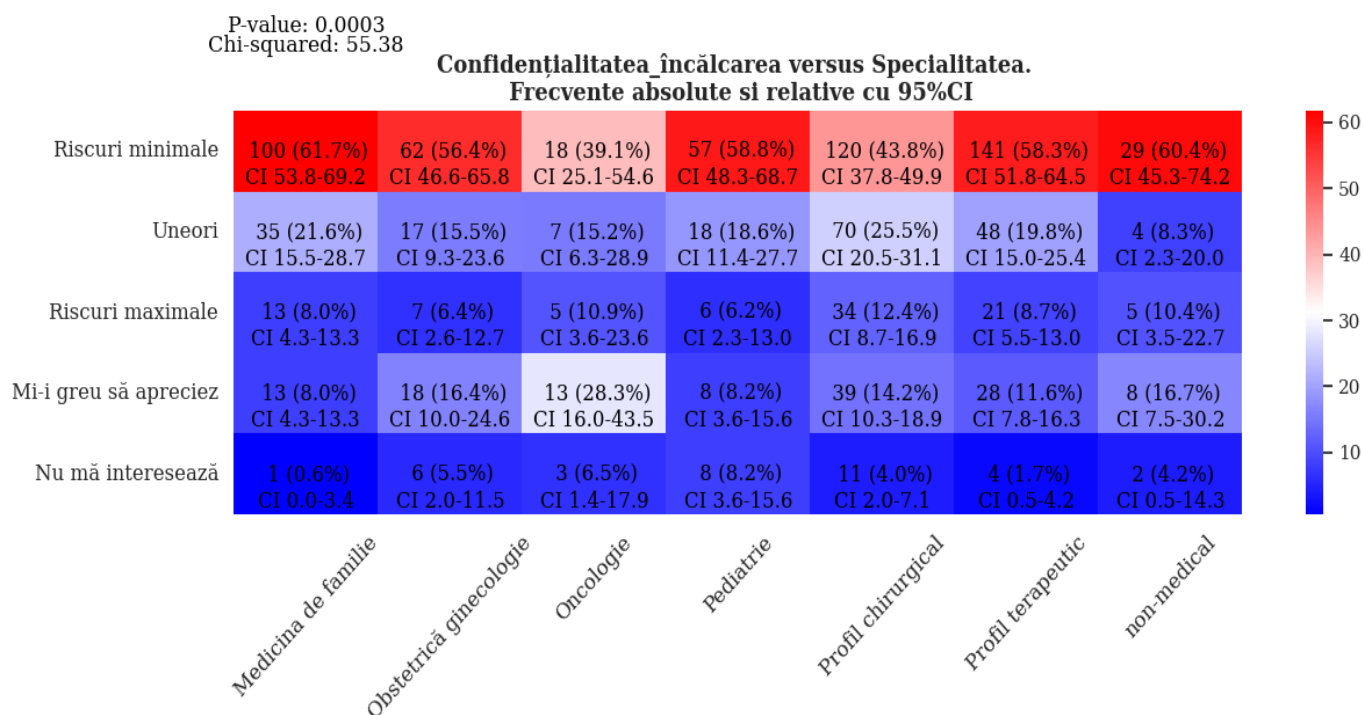


Figura 142. Aprecierea riscurilor de încălcare a confidențialității, după specialități, %.

Aprecierea acestor riscuri de către lucrătorii medicali indică lacune în procesul de management al condițiilor din instituțiile medico-sanitare, care trebuie să fie organizate pentru respectarea deplină a drepturilor pacientului. Norma morală, care cere securizarea informației personale colectate de la pacienți, derivă din dreptul persoanei la viață privată și, deci, la protecție a datelor a căror dezvăluire inoportună ar putea dăuna integrității și demnității pacienților. Instituțiile medico-sanitare sunt obligate să prevadă acțiuni de protecție a datelor cu caracter confidențial ale pacienților. Totodată, trebuie să fie determinată securitatea locului de stocare a datelor personale ale pacienților, asigurarea accesului restrâns la acestea și a măsurilor de protecție adecvate [203]. Astfel, aceste constatări se referă la aprecierea contextului managerial al instituțiilor și mai puțin la deciziile nemijlocite ale medicilor.

”Ca să poți vorbi cu pacientul în patru ochi, îți trebuie condiții... La noi în instituție este imposibil. Suntem 3 medici în birou, mereu intră și iese cineva... parcă e gară!” (II28)

Totuși, fiind impuși în condiții cu risc de încălcare confidențialității, medicii pot ajunge în situații de dileme etice cu privire la încălcarea acestui postulat etic, dar și legal. În acest context, este important să amintim că, informațiile ce se consideră confidențiale pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul consimte acest lucru în mod explicit sau la solicitarea reprezentantului său legal ori a rudei apropiate, în condițiile discutate și consimțite de pacient. Este important de menționat că, sunt considerate confidențiale și informațiile cu privire la solicitarea de asistență medicală, atât pentru investigație, cât și pentru tratament, implicarea în cercetarea biomedicală (studiul clinic), donare de organe, țesuturi, lichide [206, art. 25], donările de spermă, de oocite și de embrioni, apelarea la servicii de consiliere pentru contracepție și tratamentul infertilității prin aplicarea tehnologiilor de fertilizare asistată [207], testarea la marcherii HIV și tratamentul antiretroviral [208, art.14], precum și alte informații despre starea sănătății psihice a persoanei constituie secret medical protejat de lege [184, art.9].etc. Totuși, există situații când, contrar dorințelor pacientului și contrar faptului că medicul nu a primit consimțământul pentru divulgarea informației, acesta poate fi solicitat, din punct de vedere etic și legal, să încalce confidențialitatea [178, art.12, pt.3,4].

În cercetarea realizată am identificat că, practic, unul din zece medici, de orice specialitate, din instituțiile medico-sanitare din țară se va întâlni uneori sau rar cu dificultăți și dileme în păstrarea confidențialității, respectiv, medicii de familie – 14,9%, oncologi – 14,8%, medicii de profil chirurgical – 13,2% medicii de profil terapeutic – 13,8% (Figura 143).

P-value: 0.1531
Chi-squared: 37.87

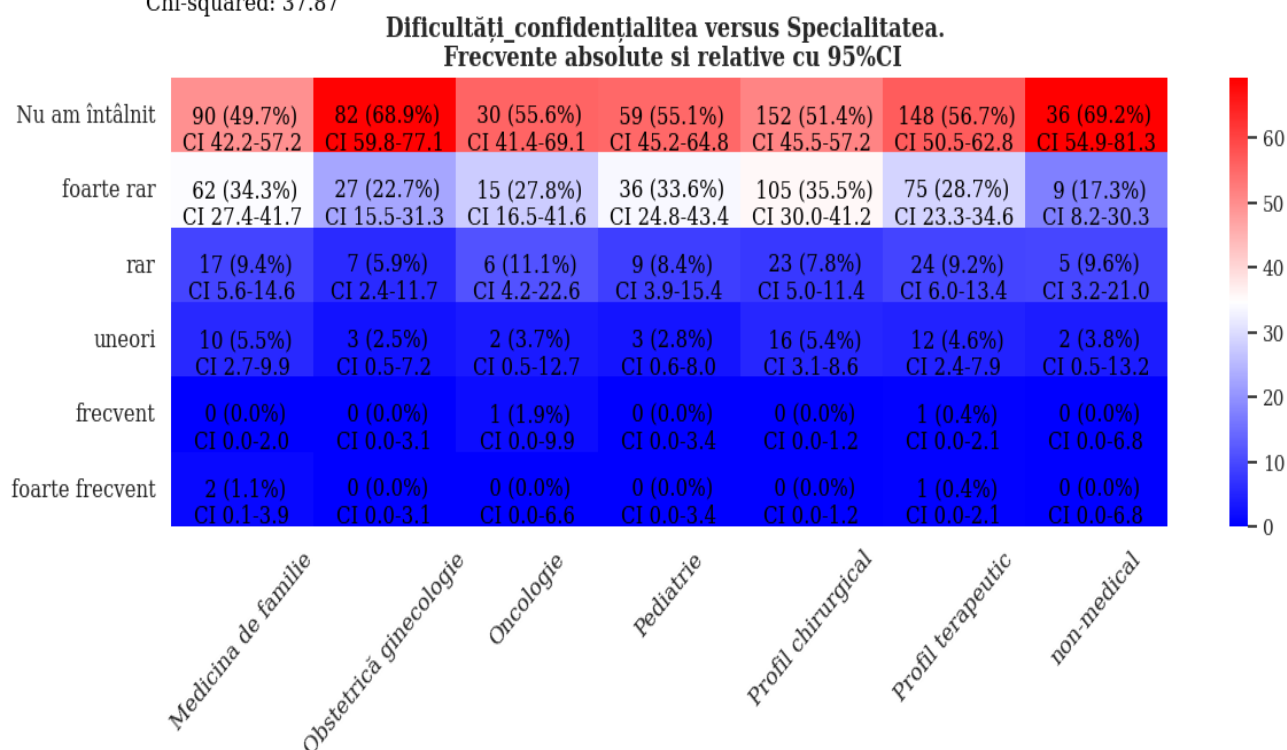


Figura 143. Dificultăți în păstrarea confidențialității, după specialități, %, c.a.

Sunt considerate încălcări ale dreptului la confidențialitate nu numai cazurile în care medicul, în mod activ, a furnizat informații, dar și atunci când lucrătorul medical, în mod pasiv, prin neglijență sau neatenție, a permis transferul unor asemenea informații către terțe părți. Încălcarea ilegală a confidențialității poate avea loc din neatenția, neglijența personalului medical atunci când, de exemplu, fișele medicale sunt lăsate la îndemâna persoanelor neautorizate, fișierul cu informația despre anumiți pacienți nu este securizat și poate fi ușor accesat în computerul comun etc. Chiar dacă lucrătorul medical care a permis ca aceasta să se întâmple nu a făcut-o intenționat, acest lucru nu îl absolvă de răspundere. Medicul este obligat să asigure inviolabilitatea datelor referitoare la pacienți, indiferent de modul în care acestea sunt stocate sau păstrate.

Cercetarea ne demonstrează că, medicii care activează în instituții de asistență medicală primară și cei din spitalele republicane cel mai mult raportează că s-au întâlnit cu situații de dileme legate de păstrarea confidențialității. Totuși, vedem că aceste situații sunt specifice și pentru angajații instituțiilor private, care, de asemenea raportează că, rar, dar se întâlnesc cu cazuri de dificultate în păstrarea confidențialității informației medicale ale pacientului (Figura 144).

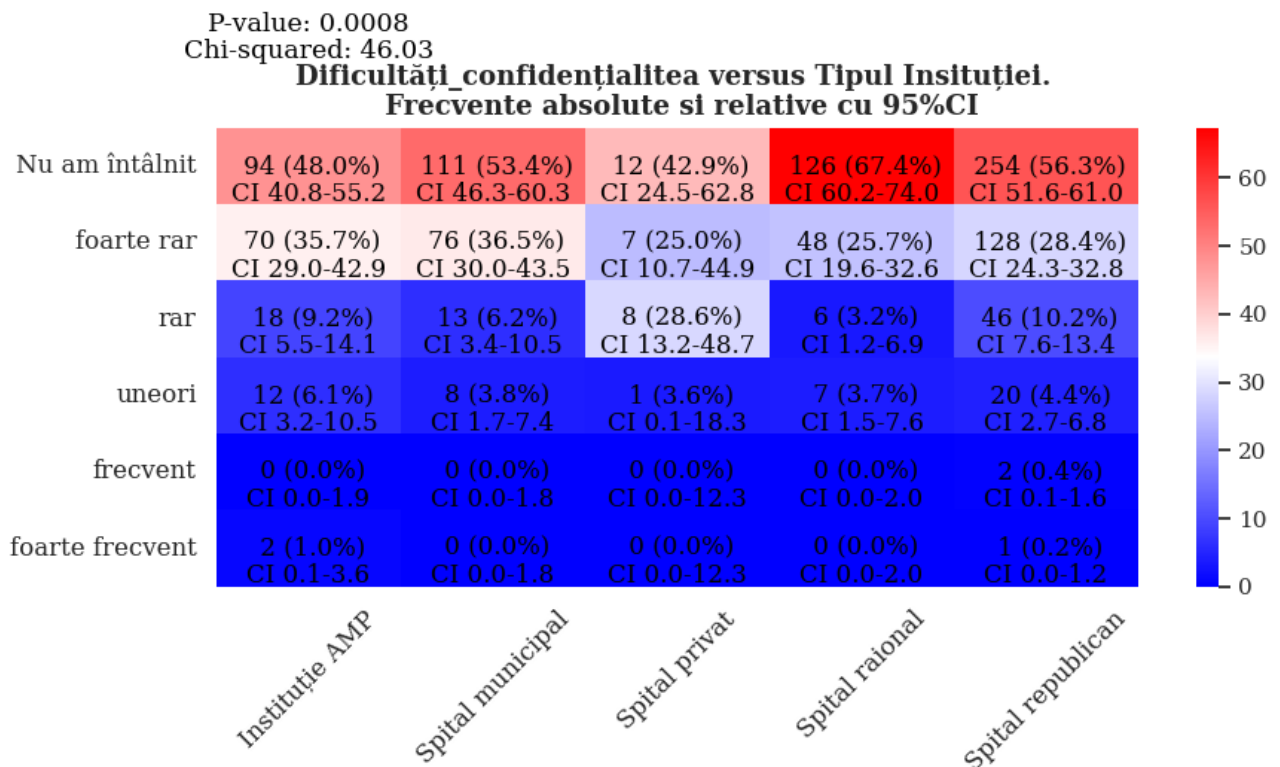


Figura 144. Dificultăți în păstrarea confidențialității, după tipul instituției, %, c.a.

Acest lucru ne-a fost confirmat și în cadrul componentei calitative a cercetării.

”Sunt situații când ești parcă pusă în colț... Când rudele insistă să le spui ce are pacientul. Iar tu înțelegi că nu poți. Atunci ei fac scandal. Se plâng pe la șefi...” (II40)

Legislația în vigoare stipulează cert că, medicii, alți lucrători medico-sanitari, farmaciștii sunt obligați să păstreze secretul informațiilor referitoare la boală, la viața intimă și familială a pacientului de care au luat cunoștință în exercițiul profesiei [196, art. 14, (1), 178, art. 12]. Este prevăzută răspundere pentru divulgarea informației protejate de lege [209, art.177]. Cu toate acestea, în cadrul cercetării am determinat cazuri când punerea în aplicare a unor directive ale autorităților publice au dus la încălcarea drepturilor individului. Drept exemplu, menționăm decizia luată de către Compania Națională de Asigurări în Medicină în comun cu Ministerul Sănătății al RM în anul 2019 cu referire la distribuția prin Poșta Moldovei a glucometrelor și a consumabilelor pentru determinarea glucozei în sânge către circa 100 mii de pacienți cu diabet zaharat aflați la evidența medicilor de familie. Listele cu datele personale ale acestor pacienți au fost prezentate de către medicii de familie, conform unui ordin emis de către Ministerul Sănătății, pentru a fi transmise personalului Poștei Moldovei implicat în distribuirea dispozitivelor către fiecare pacient. Astfel, medicilor de familie li s-a cerut oficial încălcarea confidențialității pacienților lor, fiind conștienți că această informație va ajunge la

personalul întreprinderii Poșta Moldovei, iar postașii din fiecare localitate vor cunoaște diagnosticul persoanelor cu diabet zaharat din comunitățile pe care le deserveau¹.

O componentă importantă a politicii de păstrare a confidențialității în instituția medico-sanitară trebuie să fie dedicată procesului de instruire medicală (universitară și de formare continuă), în special în instituțiile unde există clinici și catedre universitare. Accesul studenților la fișele medicale ale pacienților, discutarea la patul bolnavului a cazului clinic, în prezența altor pacienți din salon, sunt situații care trebuie prevăzute detaliat, prin proceduri separate, pentru a nu admite încălcarea drepturilor pacientului, dar și a unor valori etice importante, precum sunt respectul pentru autonomia, demnitatea și reputația pacientului. În cadrul discuțiilor în focus-grupuri ne-a fost relatat că, în procesul didactic în spitale, deseori, se încalcă condițiile de respectare a confidențialității informației medicale.

”Vine profesorul cu grupa de studenți și ia fișele, intră cu ei buluc în saloane, discută la patul pacientului, unde în jur mai stau 2-3 pacienți din salon. Nu e normal, dar nu poți să îi zici nimic... e profesor...” (II40)

Este indiscutabil faptul că nivelul de respectare a confidențialității informațiilor medicale depinde atât de condițiile create în cadrul instituției, cât și de atitudinea și responsabilitatea angajaților, care trebuie permanent consolidată. O instituție medicală, în care se acordă o atenție sporită respectării drepturilor omului și condițiilor corecte de organizare a activității, va aproba și implementa neapărat o politică pentru protejarea intimității și a confidențialității pacienților. Managerii sunt obligați să fie atenți la organizarea spațiilor pentru a asigura respectarea intimității persoanelor, în special, când aceste spații se referă la examinarea pacienților, comunicarea în privat etc. Este important ca, tot personalul instituției, inclusiv cel nemedical (administrativ, tehnic), să fie conștient de angajamentul de confidențialitate pe care îl au în legătură cu informația medicală la care au avut acces fie accidental, fie prin exercitarea atribuțiilor de serviciu.

¹ SănătateInfo (2019) Pacienți cu diabet, nemulțumiți că datele lor personale au fost oferite fără acordul lor. Disponibil la <https://sanatateinfo.md/News/Item/8571>

7.4. Sinteză la capitolul 7

Pentru a avea în instituția medico-sanitară un nivel înalt de complianță și respectare a drepturilor pacientului și, respectiv, a prevederilor drepturilor fundamentale ale omului, este necesar de organizat condițiile adecvate, în care violarea acestor drepturi să fie minimizată [203, 204]. Taina medicală va rămâne doar o valoare declarată, atât timp cât nu vor fi condițiile necesare în instituție care să asigure păstrarea confidențialității informației medicale. Or, comunicarea empatică și deschisă nu va fi niciodată realizată pe deplin, atât timp cât lucrătorii medicali nu vor avea condițiile și timpul necesar pentru comunicarea asertivă cu pacientul, nu vor fi implementate proceduri și algoritme care să standardizeze procesul de comunicare și să impună pașii necesari pentru a fi evitate careva încălcări [205]. Autonomia și demnitatea pacientului trebuie să fie valorile de bază în organizarea serviciilor de sănătate, acestea fiind valori dictate de drepturile fundamentale ale omului [193, 194].

Asigurarea confidențialității și intimității pacienților este în legătură directă cu multe alte drepturi și valori morale. Aceasta este direct legată de respectul demnității și a individualității persoanei, nediscriminare, siguranță etc., regăsindu-se în esența unuia dintre cele patru principii de bază ale eticii medicale – de a nu face rău. [59, 65]. Managerii trebuie să conștientizeze importanța acestui drept și să promoveze permanent instrumente eficiente în instituție pentru crearea condițiilor adecvate, precum și a abilităților angajaților de a face față problemelor care pot apărea în acest sens.

Cercetarea realizată a identificat anumite lacune la acest subiect în instituțiile medico-sanitare din țară. Respondenții recunosc că procesul de comunicare și informarea pacientului este detorsionat de anumiți factori organizaționali, precum lipsa timpului suficient, a spațiilor dedicate, lipsa de proceduri clare pentru comportamentul lucrătorului medical în caz de refuz din partea pacientului, pacient alolingv etc. Sunt insuficient implementate acordurile informate standardizate, care sunt o condiție obligatorie pentru a avea un proces amplu de informare corectă a pacientului

Respondenții recunosc, în diferită măsură, că există probleme de asigurare a confidențialității și intimității pacienților în instituțiile unde activează, fiind necesare măsuri de organizare a activității de prestare de servicii în condiții de confidențialitate. Devine evident că, instituțiile medico-sanitare trebuie să dezvolte canale și metode eficiente pentru menținerea unei comunicări corecte cu pacienții, conform așteptărilor acestora [186, 187]. Procesul de informare și comunicare trebuie abordat ca unul dintre componentele-cheie pentru prestarea serviciilor medicale calitative [178, 180, 183]. Managerii trebuie să inițieze acțiuni strategice esențiale pentru promovarea unei culturi etice ce ar duce la respectarea prevederilor legale în comunicarea cu beneficiarii de servicii de sănătate.

8. EVALUAREA ETICĂ A INSTITUȚIILOR MEDICO-SANITARE – AUDITUL ETIC

8.1. Rolul, scopul și funcția unui audit etic

Cuvântul „*audit*” este derivat din latinescul „*audire*”, care înseamnă „a asculta”. Primii auditori au fost considerați ofițerii pensionari din armata romană, care au fost luați pentru a asculta problemele și plângerile soldaților. Deoarece ei se bucurau de respect și aveau experiență practică, erau potriviți pentru a identifica problemele la o etapă incipientă și să recomande conducerii soluții pentru rezolvarea sau prevenirea problemelor ori a complicațiilor posibile [12, p.50].

Putem spune că, evoluția procesului de audit începe cu primul auditul financiar, încă în anul 1314 în Marea Britanie și a ajuns până la auditul social și cel al calității, aplicate pe larg în societatea contemporană. Astăzi, un audit este înțeles ca evaluarea unei organizații, a unor sisteme, procese sau produse, cu scopul de a verifica dacă subiectul auditului a fost făcut sau operează în conformitate cu standarde, reguli, reglementari sau practici aprobate sau acceptate [268, p.23-26].

Auditul etic pare a fi foarte aproape de cel *social*, care apare ca noțiune în a doua jumătate a secolului trecut. Acesta era definit ca o revizuire oficială a eforturilor, procedurilor și codului de conduită ale unei companii în ceea ce privește responsabilitatea socială și impactul companiei asupra societății. Un audit social reprezintă o evaluare a nivelului pe cât de bine își atinge compania obiectivele sau reperele de responsabilitate socială. Acesta se bazează pe premisa că, atunci când sunt monitorizați, oficialii guvernamentali simt o presiune mai mare pentru a răspunde cererilor alegătorilor și sunt mai puțin încurajați să abuzeze de puterea lor. Prin urmare, din perspectiva auditului social, întrebările esențiale sunt dacă cetățenii au abilitățile, capacitatea și instrumentele de a monitoriza și evalua în mod eficient guvernele și factorii de decizie [269, 270].

Sunt publicate mai multe studii și rezultate ale diferitor cazuri de audit social. De exemplu, un studiu realizat în 1986 de Centrul pentru Etică în Afaceri din SUA arată că 43% dintre companiile *Fortune 500* și-au auditat performanța socială. Domeniile investigate au inclus: egalitatea de șanse la locul de muncă (89%), conformitatea cu legile și reglementările (81%), implicarea în comunitatea locală (67%), siguranța la locul de muncă (65%), calitatea produselor și a serviciilor (57%), protecția mediului (55%), respectarea legilor din țări străine (50%) și siguranța produselor și a serviciilor (44%). Informațiile obținute nu se limitează la uz intern, acestea urmând să ofere părților externe interesate o perspectivă asupra acțiunilor corporației. Companiile pot informa publicul despre performanța lor socială. Cu toate acestea, majoritatea corporațiilor americane în anii '80 nu erau

entuziasmate de publicarea rezultatelor, deoarece le era teamă de furnizarea unor informații publicului sau unor părți interesate [12, p.52].

Un audit etic conține mai multe elemente de funcționare corporativă, decât un audit social. Ojasoo [271] oferă o prezentare grafică a interconexiunii auditului etic cu cel social (Figura 145).

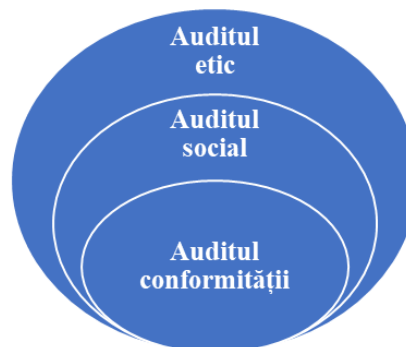


Figura 145. Conexiunile auditului etic, adaptat după Ojasoo [271].

Conceptul de audit etic este încă în proces de evoluție. Diferiți autori încearcă să definească auditul etic, fiindu-i acordate diferite funcții, precum [12]:

- examinarea organizării interne pentru a urmări punctele slabe, care ar putea duce la comportamente lipsite de etică;
- identificarea situațiilor, în care politicile și sistemele de control provoacă „capcane etice”;
- descoperirea locului unde apare comportamentul neetic;
- stabilirea cuantumului daunelor, care pot fi atribuite activităților unei organizații;
- analiza consecințelor comportamentului corporativ pentru părțile interesate, identificarea prejudiciului provocat de o corporație.

Auditul etic tot mai frecvent este abordat ca un instrument pro activ pentru dezvoltarea organizațiilor de integritate. Acesta este o activitate de evaluare, scopul căreia este de a determina dacă este necesar de a efectua careva schimbări în climatul, mediul, codul etic al organizației și de fortificat politicile etice ale acesteia [14, p.120]. Este un proces pentru evaluarea și diagnosticarea externă și coerența internă a valorilor unei organizații și congruența acestora cu comportamentul real a celor care o reprezintă [271].

Esența principală a procedurii de audit este că, în baza informațiilor adunate și analizate de către auditor, precum și a concluziilor pe care acesta le formulează, clientul (managerul) poate lua decizii și întreprinde măsurile corespunzătoare. Un audit etic îi poate ajuta pe directori să evalueze cât de bine o companie și-a îndeplinit obligațiile economice, legale și etice, să descopere sau să prevină riscurile etice și să planifice strategic activitățile de responsabilitate socială corporativă pentru a satisface interesele părților interesate [272].

Scopul inițial solicitat al auditului va determina alegerea aspectelor care sunt incluse în examinarea de audit [12, p.52-53]. Este considerat că un audit etic trebuie să acopere trei domenii mari [14, p.121]:

1. Valorile culturale ale organizației, printre care,: respectul, echitatea, corectitudinea, demnitatea, disciplina etc.

2. Guvernanța organizațională, ce include: puterea, responsabilitatea, relațiile, încrederea, obiectivitatea și transparența celor care conduc organizația.

3. Complianta legală, care se referă la nivelul de respectare a legislației, reglementărilor în relația cu angajații și beneficiarii, inclusiv și monitorizarea corectitudinii controalelor interne.

Din acest motiv, unii autori recomandă înlocuirea cuvântului *audit* cu *evaluare etică* sau *inventariere etică*, considerând că aprecierea nivelului de conformitate a unei organizații cu contextul unor valori asumate este mult mai amplu și profund, în comparație cu verificările corespunderii unor cifre, așa cum este auditul financiar, care pare a fi mai îngust decât cel etic [268, p.33].

Alți autori determină că, un audit etic poate îndeplini cinci funcții largi [12, p.64]:

- 1) descriptivă: arată situația actuală;
- 2) normativă: situația dorită este formulată pe baza unei situații pre formulate, dorite;
- 3) de identificare a discrepanțelor: arată discrepanța dintre situația actuală și cea dorită;
- 4) de sancționare: oferă informații pentru sancționarea persoanelor și departamentelor;
- 5) evaluativă: în timp se pot determina îmbunătățiri sau deteriorări a aspectelor analizate.

Trebuie să menționăm că, motiv pentru inițierea unui audit etic nu este neapărat prezența sau constatarea unor comportamente amurale și ilegale în organizație. Mult mai important este să inițiem un audit etic în organizațiile unde lucrurile neetice nu par a fi evidente. Încă în 1998, unul dintre fondatorii ideii managementului eticii în organizații, Muel Kaptein, susținea că este un mit și absolut eronat să crezi că nu există probleme etice, din moment ce organizația declară că este una morală cu valori etice înalte. *”Exista o diferență substanțială între ceea ce o corporație spune că face și ceea ce face cu adevărat. Discursurile frumoase despre interesele părților interesate (beneficiari) nu înseamnă neapărat că acea companie este cu adevărat orientată către beneficiul acelor părți. Asemenea afirmații pot fi o formă de vitrină sau dau dovadă de ignoranță din partea managementului față de ceea ce se întâmplă în organizație. Prin urmare, este o presupunere falsă să credem că un conținut etic poate fi dedus din ceea ce spune directorul”* [12, p.54].

Astfel, pare a fi mult mai important ca un astfel de proces de audit să fie inițiat pentru identificarea și evidențierea problemelor endemice care nu au primit o atenție adecvată. Hărțuirea sexuală, utilizarea unui limbaj neadecvat și alte forme de conduită greșită – în special de către cei cu autoritate managerială și clinică – rămân adesea subraportate, de teama de rușine, dar, totodată, cresc potențiala răspundere a unei instituții unde aceste comportamente se întâmplă.

Uneori, angajații se simt neconfortabil să recunoască problemele legate de siguranța lor. Într-un sondaj al Colegiului American al Medicilor de Urgență (ACEP) efectuat pe circa 3500 de medici de urgență, 47% au declarat că au fost agresați fizic în timp ce lucrau, iar 71% au spus că au fost martorii agresiunii unui coleg. Într-un mod evident, sunt expuse pericolului și asistentele de urgență și din instituțiile de psihiatrie [271]. Tensiunea și stresul permanent la locul de muncă va afecta negativ starea psihoemoțională a angajaților, va duce la surmenaj și sindrom de burnout, care va afecta calitatea serviciilor prestate. Un manager trebuie să evalueze starea lucrurilor și să identifice punctele vulnerabile ale instituției pe care o conduce, pentru a preveni apariția unor cazuri grave, cu consecințe ireversibile care vor afecta reputația și imaginea instituției și a personalului.

Din punct de vedere economic, managementul se focusează pe subiecte de eficiență și îmbunătățire de costuri, guvernanta și management, însă o atenție minimă se acordă subiectelor care afectează personalul, legate de asemănările și diferențele în cultura organizațională. Specialiștii recomandă auditul etic, la fel ca și cel financiar, pentru a avea o transparență cât mai mare atunci când se evaluează compatibilitatea organizațională [271].

Chiar dacă devine tot mai frecventă activitatea de evaluare a satisfacției angajaților și a beneficiarilor (pacienților) aceasta, de obicei, nu include subiecte legate de probleme etice. Pentru a avea cu adevărat succes, o inițiativă de evaluare etică trebuie să fie internalizată la toate nivelurile într-o instituție sau sistem și să ofere căi deschise pentru comunicare, dialog, feedback și formare. Un astfel de efort necesită timp și angajament al directorului și al altor lideri din organizație de a modela valorile și comportamentele critice în propriile acțiuni [158].

Nu există un model standard, unanim acceptat de audit etic. Acesta poate varia în funcție de problemele care se dorește a fi evaluate. De exemplu, în 1995, Asociația Spitalelor Americane (AHA) a înaintat o inițiativă pentru etica organizațională, prin care a declarat că, pentru a evalua cultura etică a unei organizații, se recomandă 55 de afirmații pentru un sondaj anonim și confidențial al personalului. Respondenții ar trebui să ofere o apreciere de la „nu sunt deloc de acord” până la „sunt întru totul de acord” cu afirmația. Printre acestea erau, de exemplu: ”toți angajații sunt tratați corect”;

”respectul pentru angajați este important în politicile și practicile organizației mele”; ”etica organizațională este discutată deschis în cadrul organizației mele”, ”sistemul de disciplină din cadrul organizației mele este corect pentru tot personalul”; ”standardele organizației mele sunt clare”; ”simt presiunea de a compromite standardele în timpul îndeplinirii sarcinilor mele”; ”știu că pot aborda liber orice manager pentru a pune o întrebare despre etică”; ”conducerea superioară din instituție acționează în conformitate cu standardele organizației” [271].

Oferim exemplul unui scop de audit etic formulat de către Consiliul National pentru Organizațiile nonprofit din SUA [273]. Auditul era propus pentru a revizui operațiunile fiecărei organizații nonprofit pentru a se asigura că aceasta cunoaște:

- standardele minime stabilite de lege (audit societal/legal);
- standardele înalte pe care organizația ar trebui să le aibă implicit (audit intern);
- cele mai înalte standarde pe care organizația tinde să le atingă pentru cei cu care interacționează, inclusiv donatorii și publicul larg (audit relațional); și
- domeniile care necesită îmbunătățiri, pentru a fi întreprinse măsuri corective.

Drept exemplu de probleme etice identificate în cadrul unui audit etic, oferim rezultatele prezentate de Hoffman [272]:

- Obiectivele instituției sunt impuse din exterior și scapă problemele interne, arzătoare pentru angajați.
- Doar „favoriții” primesc resursele pentru proiecte; nu există transparență care să justifice alegerile și compromisurile făcute de managementul instituției.
- Prejudiciul pacientului și a personalului nu este discutat în sala de consiliu.
- Se repetă aceleași tipuri de erori, fără îmbunătățiri.
- Există puține bune practici de împărtășire și de învățare.
- Nimeni nu întreabă: „*Se poate întâmpla și aici?*” atunci când un eveniment grav are loc în altă parte. Nu se învață din greșeli.

Putem concluziona că, auditul etic este un instrument al managementului eticii instituționale prin care se pot constata fapte și contextele reale existente în instituție, care sunt sau pot duce la comportamente amurale și evenimente negative. Prin recomandările propuse în raportul auditului etic pot fi realizate măsuri de prevenție, pentru îmbunătățirea condițiilor, a unui mediu prietenos angajaților și beneficiarilor, respectarea drepturilor lor și promovarea unor valori morale.

8.2. Organizarea procesului unui audit etic

Auditul etic este un instrument de diagnostic pentru evaluarea sistematică a eficacității etice a unei organizații. Acest instrument este folosit pentru caracterizarea statutului prezent al organizației prin examinarea sistemelor etice formale și informale și măsurarea impactului instruirilor, serviciilor de consultanță etc [268, p.26].

Auditul etic al unei instituții poate fi efectuat de către un specialist/expert angajat al instituției la solicitarea managerului sau a consiliului de administrație a instituției. Acesta, în cel mai bun caz, este consultantul/consilierul pe etică, însă, ținând seama de situație și de lipsa unor eticieni clinicieni profesioniști, auditul poate fi inițiat și de către un specialist cu instruire în domeniu, în baza unor grile prestabilite. Se poate admite, de asemenea, ca instituția să formeze un comitet pentru auditul etic format din specialiștii proprii. Uneori, spitalele mari pot contracta echipe de specialiști pentru audit etic din extern, cum ar fi de exemplu, specialiștii unei structuri universitare specializate (din experiența unor spitale din Canada și SUA).

Atât pentru auditorii interni, cât și pentru cei invitați din extern, putem evidenția aspecte pozitive și negative [268, p. 30-31].

Evaluatorii / auditorii interni

Părți pozitive – ei cunosc mult mai bine problemele din interior, structura organizației, cunosc, în linii generale, problemele și necesitățile instituției și ale angajaților. Aceasta poate fi un reper bun pentru formularea obiectivelor auditului. Auditul realizat de evaluatori interni este mult mai ieftin pentru organizație. Este respectat principiul confidențialității și nu există riscul transmiterii informației confidențiale către un actor extern.

Partea negativă este că angajații implicați în procesul de audit au responsabilitățile de bază, sunt implicați în rutina activității lor zilnice și nu pot să se dedice pe deplin procesului amplu de audit. Este mai complicat pentru ei să se detașeze și să ofere noi idei și abordări inovative. Totodată, se poate întâmpla ca persoanele auditori să fie nevoiți să își evalueze aspectele etice ale activității proprii, ceea ce îi poate pune în situație delicată și va fi pusă la îndoială obiectivitatea procesului. Este mai dificil de asigurat neutralitatea auditorilor interni. Mai mult ca atât, personalul poate să nu dorească să împărtășească viziunile, valorile și opiniile lor cu colegii implicați în procesul de audit, considerând că pot urma consecințe neplăcute, urmare unor confesiuni legate de anumite aspecte etice.

Deoarece conceptul de audit etic este unul nou, s-ar putea întâmpla ca evaluatorii interni să nu fie suficient de familiarizați cu practica acestui proces, din acest motiv este mai bine ca, pentru

început, să fie invitată o agenție specializată sau un specialist cu competențe profesionale de a realiza acest proces.

Evaluatorii / auditorii externi

Implicarea auditorilor externi presupune că acest proces este realizat independent și profesional. Aspectul cel mai important este imparțialitatea procesului, care va garanta că rezultatele auditului sunt cât se poate de precise și corecte. Auditorii externi pot oferi o perspectivă nouă asupra organizației, pot propune idei noi, neordinare. Totodată, angajații vor fi dispuși să răspundă mult mai sincer și deschis unor persoane din extern, ceea ce va crește obiectivitatea rezultatelor acumulate.

Printre părțile negative se consideră costurile care trebuie prevăzute de către organizație pentru realizarea unui audit extern. Totodată, unii angajați pot avea reticențe de a oferi documente, informații solicitate de auditori, care pot conține anumite date interne, cu caracter confidențial, ceea ce trebuie gestionat adecvat prin angajamentele de confidențialitate care trebuie să și le asume auditorii externi.

În funcție de scopul auditului, auditorii vor stabili grupurile-țintă care vor fi incluse în analiză. Acestea pot fi angajați, pacienți, membrii consiliului, voluntari din comunitate, donatori etc. Un audit etic este cel mai eficient atunci când se desfășoară în întreaga organizație – nu doar cu personalul superior sau consiliul de administrație, membri, dar și cu voluntari reprezentativi în domeniu, personal „din culise” și altele părți interesate ale organizației.

Un audit etic cuprinzător ar trebui efectuat în mod regulat, de exemplu la fiecare 3-5 ani (în funcție de nevoile organizației). Însă, sunt recomandate revizuii periodice mai frecvente (cum ar fi o revizuire anuală a oricăror modificări ale standardelor legale externe), pentru a revedea, de exemplu, codul de etică sau alte documente instituționale, pentru a evalua corectitudinea unor intervenții, programe etc.

Kaptein propune șase părți componente distincte într-un audit etic pentru descrierea și îmbunătățirea poziției morale reale a unei organizații, și anume [120, p.61-62]:

1. Monitorul calităților – un instrument prin care se observă sau se verifică modul în care funcționează ceva. Un monitor al calităților organizaționale determină gradul în care corporația posedă anumite caracteristici morale relevante.

2. Scanarea măsurilor – o metodă de identificare și analiză a contextului organizațional formal, în măsura în care ar putea avea un impact asupra eticii corporative. Contextul organizațional formal, modelul organizației, constă, printre alte elemente, din proceduri, sisteme, reguli, instrumente, coduri

scrise, manuale, organigrame, fișe de sarcini și posturi și declarații de misiune. În timpul acestui proces de scanare, auditorul analizează unde și în ce măsură contextul formal oferă garanții insuficiente împotriva comportamentului neetic al angajaților.

3. Evaluarea caracteristicilor și a circumstanțelor individuale – se identifică caracteristicile și circumstanțele relevante din punct de vedere moral ale personalului. Caracteristicile individuale constau din intențiile și abilitățile personalului. În plus, circumstanțele private pot fi examinate în măsura în care acest lucru poate crește șansa unui comportament neetic. O datorie personală mare sau un stil de viață relativ scump în comparație cu venitul personal, de exemplu, poate crește probabilitatea unui comportament neetic.

3. Decodor de dileme – o etichetă pentru metoda pe care auditorul o folosește pentru a stabili o imagine de ansamblu asupra diferitelor așteptări conflictuale cu care se confruntă angajații. Dilemele reale ar putea fi formulate de către angajați în timpul sesiunilor speciale de discuție a dilemei. Analiza dilemelor oferă o perspectivă asupra așteptărilor morale pe care angajații le consideră importante. Decodorul de dileme dezvăluie așteptările contradictorii și transformă aceste așteptări într-o imagine clară și productivă.

5. Detector de conduită – o metodă pe care auditorul o poate folosi pentru a dezvălui conduita reală (ne)etică a personalului și a organizației în ansamblu. De exemplu, auditorul poate examina dacă sunt oferite sau acceptate mite, dacă proprietatea companiei este utilizată în scopuri private și dacă informațiile confidențiale sunt vândute concurenților.

6. Reflectorul părților interesate – un instrument pentru a aduce în vedere așteptările părților interesate și pentru a dezvălui gradul în care organizația îndeplinește acele așteptări.

Unii autori [268, p.28] consideră că procesul de audit poate fi separat în trei etape:

1. Pregătirea de audit
2. Sesiunile de informare, discuții și feedback.
3. Evaluarea rezultatelor.

Putem concluziona că, un proces de audit are patru etape importante:

1. *Planificarea și pregătirea pentru audit* – se discută cu beneficiarul pentru a înțelege care sunt obiectivele și scopul principal ce se dorește a fi atins prin realizarea procedurii de audit. La această etapă auditorul își va schița metodologia și planul de audit, va elabora instrumentele pentru evaluare.

2. *Executarea auditului* – se mai numește și *lucru în teren*. Este o etapă când se acumulează date prin diferite metode și căi, care pot include întâlniri cu beneficiari, discuții cu angajați, verificare de documente, studierea datelor publice, din mass-media etc.

3. *Raportarea* – este comunicarea rezultatelor investigației realizate. Raportul trebuie să corespundă scopurilor stabilite inițial și să ofere acțiuni de monitorizare/urmărire ulterioare, după implementarea propunerilor înaintate.

4. *Urmărirea și închiderea* – deficiențele identificate în cadrul auditului sunt prezentate prin recomandări de corectare a neconformităților sau constatărilor.

Astfel, organizarea procesului auditului etic schematic este reprezentat în Figura 146.

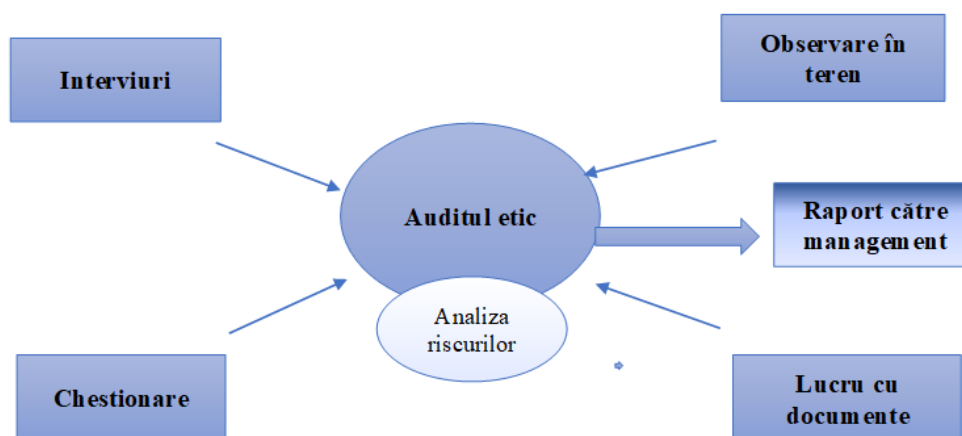


Figura 146. Modelul procesului de audit etic [267, p.41].

În cazul organizării procesului de audit etic de către organizați din cadrul propriilor membri,

Frederic Reamer, recomandă întreprinderea următoarelor acțiuni [14, p. 122]:

1. Stabilirea unui comitet de audit etic în instituție din proprii angajați care demonstrează interes asupra politicilor, practicilor și procedurilor etice ale organizației.

2. Comitetul de audit trebuie să identifice problemele etice specifice care vor fi luate în vizorul auditului, inclusiv și pentru realizarea unui audit comprehensiv.

3. Comitetul de audit trebuie să decidă asupra tipului de informație de care va avea nevoie, cum ar fi documente, proceduri, coduri relevante etc.

4. Din moment ce informația va fi acumulată, comitetul va trebuie să evalueze fiecare subiect din perspectiva politicilor și procedurilor relevante ale instituției.

5. Odată ce auditul este încheiat, trebuie întreprinși anumiți pași pentru a fi utilizate concluziile formulate.

6. Comitetul trebuie să determine personalul concret care va fi responsabil pentru diferite sarcini și să stabilească niște termeni temporali pentru completarea acestora, precum și un mecanism care trebuie aplicat pentru fiecare sarcină pentru a asigura îndeplinirea și a monitoriza implementarea acesteia.

7. Comitetul trebuie să documenteze procesul de audit complet pentru a demonstra efortul bine intenționat pentru a evalua politicile și procedurile referitoare la aspectul etic.

Urmare a procedurii de audit se vor propune două tipuri de acțiuni:

1. *Acțiunea corectivă* – necesară pentru a elimina cauzele unei neconformități, defecțiuni sau alte situații nedorite existente pentru a preveni reapariția acesteia (acțiune reactivă). Acțiunea corectivă se referă la eliminarea cauzelor problemelor și nu doar urmarea unei serii de pași de rezolvare a problemelor.

2. *Acțiunea preventivă* – este acțiunea întreprinsă pentru a elimina cauzele unei potențiale neconformități, riscurile unei defecțiuni sau alte situații nedorite, pentru a preveni apariția acestora (acțiune proactivă).

După cum am menționat anterior, o grilă de evaluare în cadrul unui audit etic va fi dezvoltată de către experții auditori, în funcție de obiectivele care sunt indicate de către manager. În sursele disponibile public este dificil de a identifica o grilă standard de audit etic, acestea fiind protejate strict de dreptul la proprietate intelectuală al autorilor experți, care le folosesc pentru evaluările în care sunt angajați /contractați.

Scopul cercetării realizate a fost analiza interconexiunii aspectului etic cu cel al drepturilor omului în activitatea angajaților din instituțiile medico-sanitare. Cercetarea a demonstrat, de repetate ori, că respectarea valorilor general umane și ale eticii medicale este, de fapt, în același timp, și respectarea unor drepturi fundamentale ale omului, atât ale pacientului, cât și ale angajaților instituțiilor medico-sanitare. Astfel, studiind practicile existente în domeniul auditului etic al instituțiilor medico-sanitare, am elaborat o grilă de audit proprie, prin care este posibil de evaluat nivelul de respectare a valorilor eticii medicale și organizaționale, alături de prevederile legale care presupun respectarea drepturilor fundamentale ale omului în instituțiile medico-sanitare. (Anexa 10) Pentru a testa aplicabilitatea grilei elaborate a fost realizat procesul de audit etic într-o instituție medicală spitalicească. Rezultatele acestei evaluări sunt prezentate ca studiu de caz în Anexa 11.

8.3. Sinteză la capitolul 8

Un manager responsabil nu trebuie să accepte ipocrizia instituțională, dar ar trebui să recunoască că declarațiile de valori instituționale nu se reflectă, întotdeauna, în performanța instituțională și comportamentul angajaților ceea ce, incontestabil, compromite imaginea instituției și calitatea serviciilor prestate [14, 275]. Managerii instituțiilor medico-sanitare trebuie să conștientizeze diferența dintre declarații și realitate și să inițieze proceduri de audit etic, care le-ar putea oferi un tablou real al situației și în baza cărora ar putea fi realizate măsuri constructive de îmbunătățire. Auditul etic este o măsură importantă de prevenție a evenimentelor negative în instituție. Acesta poate fi realizat periodic, tematic pe domenii concrete, pornind de la problemele sesizate.

Beneficiile auditului etic se manifestă prin faptul că organizația înțelege unde trebuie să îmbunătățească lucrurile și are identificate clar punctele de reper pentru dezvoltare. Soluționarea lacunelor identificate în procesul de audit va crește satisfacția angajaților și a beneficiarilor de servicii. În final, un audit etic va influența pozitiv moralitatea, productivitatea și retenția angajaților, care se vor simți parte a procesului de administrare și decizie în cadrul organizației [268, 2271, 272].

Rezultate unui audit etic pot fi extrem de utile în procesul de planificare strategică, formularea programelor de echitate și diversitate, îmbunătățirea abilității organizației de a face față situațiilor de criză, crescând imaginea organizației și încrederea societății, care va aprecia pozitiv măsurile de evaluare internă întreprinse de organizație pentru îmbunătățirea lucrurilor [271, 273]. Devine tot mai evident că etica, ca domeniu aplicativ, devine extrem de importantă în oferirea suportului necesar managerilor pentru creșterea performanței instituțiilor care le gestionează și complianța cu așteptările societății [271, 274].

Procesul de audit etic este unul nou, puțin dezvoltat și aplicat încă, inclusiv și în instituțiile medico-sanitare. Acesta se poate confrunta cu o ignorare și rezistență din partea unor manageri care pot considera că este o pierdere de timp, bani sau alte resurse din motiv că efectele auditului nu se pot observa imediat și nu pot fi prezentate prin cifre directe. Totuși, este important a analiza evoluția acestui domeniu în perspectivă, înțelegându-i importanța pentru asigurarea calității serviciilor și produselor oferite. În contextul instituțiilor medico-sanitare, acest proces pare a fi unul de importanță strategică, fiind necesar de aplicat cu o periodicitate stabilă, pentru a menține la un standard înalt calitatea asistenței medicale oferite într-un climat și cultură etică adecvate, cu respectarea valorilor și principiilor drepturilor fundamentale ale omului.

CONCLUZII GENERALE

Cercetarea realizată a determinat, prin o abordare pluridimensională, nivelul de implementare a procesului de instituționalizare a eticii precum și de asigurare a respectării drepturilor omului în organizarea și prestarea serviciilor de sănătate în instituțiile medico-sanitare din țară. În baza analizei ample a rezultatelor acumulate a fost posibilă elaborarea următoarelor concluzii:

1. Necesitatea evidentă a procesului de instituționalizare a eticii. În abordarea managerială a instituțiilor medico-sanitare este necesar de aplicat teoriile contemporane ale managementului eticii instituțiilor, printr-un proces amplu de instituționalizare a eticii, care reiese din experiența și practicile internaționale. Prin cercetarea realizată am demonstrat că etica, din domeniu teoretic, este trecută într-o formă aplicativă, care își demonstrează tot mai mult necesitatea practică. Totodată, organizarea unei instituții medico-sanitare este abordată ca o afacere, unde satisfacția beneficiarului (pacientului) influențează direct aspectul material al instituției și chiar supraviețuirea acesteia, în condițiile de concurență și standarde tot mai înalte impuse de piața serviciilor medicale. Nerespectarea valorilor etice și comportamentul neetic din cadrul instituției medicale va crește riscul litigiilor și a pierderilor financiare pentru instituție. Respectiv, implementarea unor programe de management al eticii în instituțiile medico-sanitare, cu implementarea instrumentelor etice, trebuie să devină o parte indispensabilă a strategiilor manageriale și a planurilor de dezvoltare a instituțiilor. Cercetarea a identificat că în instituțiile medico-sanitare din Republica Molodva se determină un nivel redus de implementare a instrumentelor managementului eticii, iar procesul de instituționalizare a eticii este, în mare parte, abordat insuficient de către manageri. (*Obiectiv 1, paragraf 1.1, 1.2, 1.3, 3.2.1*).

2. Climatul neetic și insatisfacția angajaților duc la încălcarea drepturilor pacienților. Cercetarea a identificat interconexiunea strânsă dintre valorile și principiile eticii medicale și cele promovate de drepturile fundamentale ale omului, multe dintre acestea fiind, practic, identice. Abordarea acestora din perspectivă comună devine logică și chiar indispensabilă. Respectarea valorilor etice în instituție duce, în mod inevitabil, la respectarea principiilor drepturilor omului. În același timp, am determinat prezența multor valori negative și un grad înalt de insatisfacție din partea angajaților. O treime (33,3%) dintre respondenții fără funcții manageriale și 28,1% dintre cei cu funcții manageriale consideră că, în instituțiile în care activează, se aplică modele insuficiente de management al moralității (modelul imoralității și cel reactiv). La nivel de instituții au fost raportate prezența valorilor precum indiferența (22,4%), profitul personal (18%), frica (14,2%), invidia (13,3%), competiția nesănătoasă (12,1%). Cercetarea a stabilit un nivel scăzut de siguranță etică și

încredere din partea unor angajați, Fiecare al treilea medic (33,7%) va ezita, din diferite motive, să lanseze spre discuție o problemă etică din activitatea sa practică; fiecare al cincilea respondent (20,5%), este convins că nimeni nu îl va ajuta în rezolvarea problemelor de ordin etic din practică; 17,6% dintre respondenți au afirmat că în instituțiile unde activează nu sunt realizate niciun fel de măsuri de evaluare a satisfacției angajaților; în mai mult de o pătrime dintre instituții (29,8%) predomină penalizarea angajaților, în cazul când se constată o neconformitate. Este necesar de realizat măsuri pentru creșterea satisfacției angajaților, care vor duce la menținerea unui climat etic și, în mod inedit, la respectarea drepturilor fundamentale ale omului, atât din perspectiva angajaților, cât și a beneficiarilor de servicii medicale (*Obiectiv 2, paragraf 1.2.3, paragraf 3.2, 3.3, capitolul 7*).

3. Măsurile insuficiente pentru reducerea riscului de prejudicii, atât pentru angajați, cât și pentru pacienți, induc, respectiv, riscul de încălcare a drepturilor acestor persoane. Garantarea condițiilor de muncă sigure este obligația angajatorului pentru a asigura respectarea drepturilor sociale ale angajaților. La rândul său, un angajat satisfăcut, care muncește într-un mediu adecvat, va fi mult mai responsabil în comportamentul său. Totuși, unul din cinci medici participanți la studiu (20,1%) și 15,6% dintre asistentele medicale sunt nemulțumiți fiindcă managerul nu este interesat de satisfacția angajaților. Mulți angajații consideră că sacrificiile și eforturile lor nu sunt pe deplin apreciate de către manageri, pe când managerii consideră că oferă multe beneficii angajaților, care nu sunt apreciate la justa valoare. Siguranța etică a mediului de muncă presupune asigurarea autonomiei, respectului și încrederii angajaților. Managerul trebuie să își manifeste mereu disponibilitatea de a asculta opiniile angajaților și a le înțelege problemele. Cercetarea a identificat un grad redus de încredere față de corpul managerial. Doar 42,9% dintre medici apreciază ca *demn de urmat* comportamentul managerului și doar 37,2% oferă acest calificativ vice directorilor. Unii respondenți au apreciat negativ imaginea instituției în care activează. Lipsa posibilităților de a identifica și reduce stările de burnout, lipsa unui sistem bine organizat de raportare a greșelii fără frica de penalizare, supravegherea inadecvată a procesului de utilizare a medicamentelor în instituții – sunt condițiile care reduc esențial din satisfacția angajaților dar, totodată, cresc riscul de încălcare a unor drepturi fundamentale ale pacientului precum: dreptul la siguranță și securitate, dreptul de a nu fi prejudiciat, dreptul la calitate – părți esențiale ale dreptului la sănătate. (*Obiectiv 2, capitolul 4*).

4. Conflictele de valori, dilemele etice și loialitatea dublă a angajaților influențează procesul de luare a deciziilor morale. Deciziile care influențează comportamentul managerilor și angajaților instituțiilor medico-sanitare sunt influențate semnificativ de aprecierile și valorile

fiecăruia, dar și de contextul instituțional stabilit. Contradicțiile valorice în cadrul organizațiilor pot contribui la apariția unor conflicte. Cercetarea a identificat că, cele mai frecvente conflicte cu care se confruntă personalul medical sunt cele cu familia pacientului (31,5%). Practic, unul din patru respondenți a raportat conflicte cu administrația (29,4%) și cu colegii (28,8%). Mulți angajați (68,4%) confirmă prezența influențelor necorespunzătoare, 74,4% remarcă conflicte de interese și favoritismul (33%) în instituție. O pătrime dintre respondenți (25,4%) raportează transparența redusă în instituția sa. Conflictul de valori poate impune lucrătorul medical să aleagă dintre două interese competitive, dezvoltând fenomenul de loialitate dublă, care ar putea provoca un prejudiciu pacientului, dar și un disconfort moral angajatului. Respondenții au recunoscut că s-au confruntat cu situații de dileme etice între binele pacientului și interesele economice ale instituției (26,1%), interesul companiei de asigurări (23,3%) sau interesul unui coleg de breaslă (13,9%) față de interesele unui pacient. Devine indiscutabil că, luarea deciziilor bazate pe valori este o măsură obligatorie pentru o organizație care încearcă să manifeste integritate, aceasta fiind condiția de bază a unei imagini bune și a satisfacției beneficiarilor. Sunt necesare strategii manageriale prin care ar trebui create condiții ca angajații să se conformeze unor valori comune, care ar determina un comportament etic de luare a deciziilor, managerii însuși fiind, în același timp, model de urmat (*Obiectiv 3, paragraf 4.1, 4,2*).

5. Instituțiile medico-sanitare înregistrează lacune în procesul de organizare a condițiilor pentru respectarea drepturilor fundamentale ale pacientului. Mulți respondenți (61,1%) au menționat probleme legate de decizia pacientului, informare și colectarea acordului informat. Fiecare al cincilea respondent (20,5%) apreciază timpul dedicat comunicării cu un pacient ca fiind *insuficient* sau *foarte puțin*. O treime (30,9%) dintre respondenți au întâmpinat frecvent dificultăți în situații de comunicare a diagnosticului grav. Au fost depistate multe lacune în implementarea acordului informat standardizat și a formularului de refuz. Cercetarea a identificat probleme și în realizarea dreptului la confidențialitate, 44,2% dintre respondenți au raportat probleme în păstrarea confidențialității, doar 53,8% apreciază pozitiv organizarea condițiilor de respectare a confidențialității din instituțiile unde activează. Sunt necesare implicări manageriale ample pentru crearea condițiilor adecvate pentru prestarea serviciilor medicale cu respectarea autonomiei și demnității pacientului. Este evidentă necesitatea acțiunilor strategice la nivel de management al instituțiilor medico-sanitare pentru promovarea unei culturi pozitive în organizație, în care relațiile cu beneficiarii să fie organizate în mod adecvat, în condiții de confidențialitate, cu respectarea autonomiei și demnității persoanei -

valori etice ale profesiei medicale, dar și drepturi fundamentale ale pacientului (*Obiectiv 4, paragraf 6.1, 6.2, 6.3, 7.4*).

6. Comitetele instituționale de etică/bioetică nu sunt suficient de eficiente ca instrumente ale managementului eticii. Cercetarea a constatat că, în toate instituțiile medico-sanitare din țară, sunt comitete de etică/bioetică, însă activitatea acestora determină anumite lacune. Unii respondenți (16,2%) le consideră irelevante și inutile, alți nici nu cunoșteau despre existența acestor structuri (18,9%). 63,7% dintre respondenți nu au apelat niciodată la asistența comitetului, iar o cincime (20,8%) nu au cunoscut că pot apela. Deciziile comitetului sunt cunoscute doar în 55,4% dintre instituții. În mare parte, rolul comitetelor se reduce la soluționarea problemelor disciplinare, fiind analizate cazuri de conflicte cu pacienții (81,3%), colegii de lucru (66,3%), rudele pacientului (57,5%). Cazuri legate de violarea / protecția drepturilor pacientului sunt discutate mult mai rar (18,8%), iar probleme legate de etică clinică sau bioetică sunt discutate într-un număr foarte mic (6-8%). Sunt determinate lacune grave în competențele membrilor comitetelor. Unul din cinci membri (20,8%) nu are nicio formare în domeniul eticii, 40,3% dintre membri menționează că, în domeniul eticii, au doar formarea din facultate. A fost recunoscută necesitatea de instruire și lipsa posibilităților pentru această formare. Majoritatea membrilor comitetelor de etică/bioetică (72,4%) și-ar dori instruire prin formări periodice la locul de muncă, circa o pătrime dintre respondenți (26,9%) au indicat necesitatea unor materiale tematice. Comitetele trebuie să fie un suport esențial pentru administrație. Este necesar de a transforma comitetele de etică din structuri formale în instrumente eficiente de organizare a eticii instituționale, care să ofere un suport esențial angajaților în activitatea lor clinică (*Obiectiv 5, paragraf 1.3, 5.1, 5.2*).

7. Angajații recunosc insuficiența cunoștințelor etice și necesitatea instruirii permanente în domeniul eticii. Procesul de luare a deciziilor în situații de dilemă etică este puternic influențat de nivelul cunoștințelor, abilităților și practicilor fiecărui angajat. Studiul a identificat că fiecare al treilea respondent (33,7%) consideră că angajații din instituția unde activează au nevoie de instruire suplimentare și au evaluat negativ capacitatea acestora de a recunoaște și a rezolva dileme morale. Au recunoscut că au cunoștințe insuficiente și ar dori instruire suplimentare 43,2% dintre respondenți, iar 10,1% recunosc că au nevoie chiar de instruire amplă. Este alarmant faptul că, mulți respondenți consideră că nu au primit nici un fel de instruire în domeniul eticii, atât la nivel universitar (30,8%), perioada instruirii prin rezidențiat (50,2%), la cursuri de formare continuă (29,1%), cât și la locul de muncă (21,2%). Programele de instruire continuă a angajaților reprezintă unul dintre instrumentele

importante ale managementului eticii și trebuie să fie o prioritate în agenda managerilor fiind, în același timp, identificate necesitățile și așteptările angajaților (*Obiectiv 5, paragraf 1.3, 3.1.2*).

8. Auditul etic al instituțiilor medico-sanitare este un instrument eficient de organizare a eticii în instituții, de a reduce neconformitățile etice, pentru asigurarea unor standarde înalte de calitate a serviciilor medicale. Auditul etic este înaintat ca un instrument pro activ al managementului eticii în instituțiile medico-sanitare prin care se pot constata fapte și contextele reale existente în instituție, care sunt sau pot duce la comportamente amurale și evenimente negative. Grila de audit elaborată și propusă de către cercetătoare reprezintă o metodă inovativă de evaluare a nivelului de complianță a condițiilor existente în instituțiile medico-sanitare cu cerințele impuse de respectarea drepturilor omului în realizarea actului medical, dar și cele recomandate pentru crearea unui mediu de comportament etic al angajaților. Aplicarea grilei de către managerii instituțiilor medico-sanitare, în mod individual, oferă posibilitatea de a identifica lacunele și neconformitățile existente, pentru a fi realizate măsuri de prevenție, pentru îmbunătățirea condițiilor, dezvoltarea unui mediu prietenos angajaților și beneficiarilor, respectarea drepturilor fundamentale ale lor și promovarea unor valori morale esențiale în instituție. Evaluarea de sine stătătoare a instituției prin criteriile incluse în Grilă este utilă pentru pregătirea de procesul de evaluare și acreditare al instituțiilor medico-sanitare (*Obiectivele 5, 6, paragraf 1.3., 8.1, 8.2*).

RECOMANDĂRI PRACTICE

Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

1. Preluarea criteriilor din grila de audit etic dezvoltată de autoarea cercetării pentru a fi implementate în standardele de evaluare aplicate în procesul de evaluare și acreditare a instituțiilor medico-sanitare.

Școlii de Management în Sănătate Publică, USMF "Nicolae Testemițanu"

2. Dezvoltarea unui curs certificat pentru instruire avansată de o perioadă mai prelungită (de exemplu, instruire bazată pe web, pe o perioadă de câteva luni) pentru membrii comitetelor de etică/bioetică ai instituțiilor medico-sanitare din țară.

3. Dezvoltarea unui curs de formare continuă pe subiectul *Managementului eticii în instituții*, destinat managerilor instituțiilor medico-sanitare.

4. Elaborarea unor materiale informative / ghiduri dedicate pentru comitetele instituționale de etică/bioetică pentru a facilita înțelegerea procesului de analiză / deliberare etică a cazului clinic și ghidarea activității comitetelor de etică/bioetică din instituțiile medico-sanitare.

5. Dezvoltarea unui program de masterat în etică clinică/bioetică pentru consilierii eticieni / bioeticieni care ar trebui să fie angajați în instituțiile medico-sanitare spitalicești din țară.

Managerilor instituțiilor medico-sanitare

6. Nominalizarea persoanei responsabile de domeniul eticii și drepturilor omului în instituției, inclusiv și prevederea posibilităților de angajare a consultanților / specialiștilor care vor oferi suport în dezvoltarea mediului etic în instituție – etician/bioetician, psiholog dedicat pentru problema burnoutului, specialist în resurse umane care se va ocupa de politici și măsuri destinate evaluării permanente și creșterii satisfacției angajaților

7. Realizarea periodică a auditului etic în cadrul instituției aflate în gestiune și înlăturarea neconformităților identificate (elaborarea documentelor strategice, elaborarea și implementarea procedurilor și instrucțiunilor), inclusiv și nominalizarea persoanei responsabile de desfășurarea periodică a procesului de evaluare și monitorizare a aspectelor etice și cu referire la drepturile pacienților și angajaților.

BIBLIOGRAFIE

1. BELL, J., BRESLIN J. Healthcare Provider Moral Distress as a Leadership Challenge. In: *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*. [online] 2008;10(4):94-7. [citat 14.12.2022] ISSN: 1520-9229. Disponibil: DOI: [10.1097/NHL.0b013e31818ede46](https://doi.org/10.1097/NHL.0b013e31818ede46)
2. GRABER, D.R., KILPATRIK, A.O. Establishing values-based leadership and value systems in healthcare organizations. In: *Journal of Health and Human Services Administration*. [online] 2008;31(2):179-97. [citat 14.12.2022] ISSN: 2168-5509. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18998522/>
3. HARRIS, D.M. *Ethics in Health Services and Policy. A Global Approach*. Jossey-Bass A Wiley Imprint, 2011. 287 p. ISBN 978-0-470-53106-8.
4. HOEYER K., LYNNOE, N. An organizational perspective on ethics as a form of regulation In: *Medicine, Health Care and Philosophy*. [online] 2009, 12:385–392. [citat 11.08.2022] ISSN 1386-7423. DOI: 10.1007/s11019-009-9210-2. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19543806/>
5. DAMODAR, S., ROOPLEKHA, Kh. Does Ethical Climate Influence Unethical Practices and Work Behaviour? In: *Journal of Human Values*, [online] 2004, 10 (1):12-21. [citat 28.08.2023] ISSN 0971-6858. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/097168580401000103>
6. EMANUEL, L.L. Ethics and the Structures of Healthcare. In: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, [online] 2000, 9(2):151-168. [citat 2.08.2022] ISSN: 0963-1801. DOI: 10.1017/S0963180100902032. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10742859/>
7. FRITZSCHE, D. Ethical climates and the ethical dimension of decision making. In: *Journal of Business Research*. [online] 2000, 24(2):125-40. [citat 14.10.2022] ISSN: 01482963. DOI: 10.1023/A:1006262914562. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/263539314_Ethical_Climates_and_the_Ethical_Dimension_of_Decision_Making
8. EȚCO, C. *Management în sistemul de sănătate*. Chișinău: Epigraf, 2006. pp. 488-506. ISBN 978-9975-924-79-5.
9. BHATNAGAR, K., SRIVASTAVA, K. Job satisfaction in health-care organizations. In: *Industrial psychiatry journal*, [online] 2012, 21(1):75–78. [citat 14.08.2023] ISSN: 0972-6748. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.4103/0972-6748.110959>
10. BISHOP, L.J., CHERRY, M.N., DARRAGH, M. Organizational ethics and health care: Expanding bioethics to the institutional arena. In: *Kennedy Institute of Ethics Journal*. [online] 1999, 9(2):189–208. [citat 10.11.2023] ISSN: 1054-6863. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1353/ken.1999.0009>
11. SPENCER, E.M., MILLS, A.E., RORTY, M.V et al. The background for organization ethics. In: *Organization ethics in health care*. New York: Oxford University Press, 2000, pp. 3–14. ISBN: 9780195129809.
12. KAPTEIN, M. *Ethics Management. Auditing and Developing the Ethical Content of Organizations*. Springer, 1998. 238 p. ISBN 978-0792350965.

13. MCNAMARA, C. *Complete Guide to Ethics Management: An Ethics Toolkit for Managers*. Authenticity Consulting, LLC. eBook. [citat la 12.12.2022]. Disponibil: <https://management.org/businessethics/ethics-guide.htm>
14. MENZEL, D.C. *Ethics Management for Public and Nonprofit Managers. Leading and Building Organizations of Integrity*. 3rd edition. London: Taylor&Francis, 2017. 304 p. ISBN 978-1-138-19015-3.
15. STARZYK, D.K. *Managerial Ethics: Best Practices for Building and Maintaining an Ethically Sound Organization*. [online] Capella University School of Business and Technology, USA, 2006. [citat 10.10.2022]. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.927361>
16. TREVINO, L.K., WEAVER, G.R., REYNOLDS, S.J. Behavioral Ethics in Organizations: A Review. In: *Journal of Management* [online] 2006, 32(6):951–990. [citat 29.11.2022] ISSN: 0149-2063, ISSN online: 1557-1211. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1177/0149206306294258>
17. AYALA, A., CARERA, O. et al. *Drepturile omului în îngrijirea pacienților*. Moldova. Ghid pentru practicieni. [online] Open Society Foundations, 2011. 364 p. Disponibil: http://health-rights.org/pg/moldova_pg_ro.pdf
18. DIXON, N. *Review of ethics issues related to clinical audit and quality improvement activities*. London: Healthcare Quality Improvement Partnership, 2009. 41 p. [citat 04.01.2023] Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/346530718_Review_of_Ethics_Issues_related_to_Clinical_Audit_and_Quality_Improvement_Activities_Clinical_audit_tool_to_promote_quality_for_better_health_services
19. ALCABES, Ph., WILLIAMS, A.B. Human Rights and the Ethics of Care: A Framework for Health Research and Practice. In: *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics* [online]. 2002, 2(2):229-254. [citat 04.08.2022] ISSN 1535-3532. Disponibil: <https://core.ac.uk/download/pdf/72832199.pdf>
20. GRAMMA, R., NOVAC, T., DODON, I. *Sănătatea și Drepturile Omului*. Suport de curs. USMF "Nicolae Testemițanu". Șc. De Management și Sănătate Publică. Chișinău: FEP Tipografia Centrală, 2011. 176 p. ISBN 978-9975-53-032-3.
21. CANTARJI, V. et al. *Evaluarea satisfacției pacienților cu privire la serviciile medicale și prestația lucrătorilor medicali: rezultatele sondajului la externare*, 2018. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) și Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBSAXA”. Chișinău, 2018. Disponibil: <https://pas.md/ro/PAS/Studies/Details/110>
22. *Studiu privind evaluarea participativă a serviciilor în șase instituții medicale din regiunea Nord*. AXA Management Consulting. Chișinău, 2020. Disponibil: <https://casmed.md/wp-content/uploads/2021/11/Raport-de-evaluare-participativa%CC%86-i%CC%82n-sa%CC%86na%CC%86tate.pdf>
23. RISSER, D. The social dimension of moral responsibility: Taking organizations seriously. In: *Journal of Social Philosophy*, [online] 1996. 27:189-207. [citat 23.12.2023] ISSN: 0047-2786. DOI: 10.1111/j.1467-9833.1996.tb00234.x. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/229449210_The_social_dimension_of_moral_responsibility_Taking_organizations_seriously

24. RONNEGARD, D., VELASQUES, M. On (Not) Attributing Moral Responsibility to Organizations. In: *The Moral Responsibility of Firms*. Orts E.W., Smith N. C. (eds). [online] Oxford: Oxford Academic, 2017, pp. 123–142. [citât 08.12.2023] Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1093/oso/9780198738534.003.0008>, .
25. WILMOT, S. Corporate moral responsibility in health care. In: *Medicine, Health Care and Philosophy*. [online] 2000, 3(2):139-46. [citât 06.02.2023] ISSN 1386-7423. Disponibil: DOI: [10.1023/a:1009967905519](https://doi.org/10.1023/a:1009967905519).
26. GIBSON, K. Fictitious persons and real responsibilities. In: *Journal of Business Ethics*. [online] 1995, 14(9): 761–767. [citât 08.06.2021] ISSN: 0167-4544. DOI:10.1007/bf00872329. Disponibil: <https://philpapers.org/rec/GIBFPA>.
27. CHAPPLE, C. The Problem of Corporate Responsibility. In: *The Moral Responsibilities of Companies. Palgrave Studies in Ethics and Public Policy*. [online] London: Palgrave Macmillan, 2014, pp 1-9. [citât 06.02.2023] ISBN online: 978-1-137-37798-2. Disponibil: DOI: https://doi.org/10.1057/9781137377982_1
28. WINKLER, E., GRUEN, R. First principles: substantive ethics for healthcare organizations. In: *Journal of Healthcare Management*, [online] 2005;50(2):109-19; discussion 119-20. [citât 12.06.2023] ISSN: 1096-9012. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15839325/>
29. MOHR, W.K., MAHON, M.M. Dirty hands: the underside of marketplace health care. In: *ANS Advancing in Nursing Sciences*. [online] 1996;19(1):28-37. [citât 02.06.2022] ISSN: 0161-9268. DOI: 10.1097/00012272-199609000-00005. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8865998/>
30. **GRAMMA, R.** *Valori, Etică și Drepturi în managementul instituțiilor medicale*. Chișinău: T-Par, 2024. 340 p. ISBN 978-9975-3562-3-7.
31. POIKKEUS, T., SUHONEN, R., KATAJISTO, J. et al. Relationships between organizational and individual support, nurses' ethical competence, ethical safety, and work satisfaction. In: *Health Care Management Review*, [online] 2020; 45(1):83-93. [citât 18.01.2022] ISSN: 0361-6274. Disponibil: DOI <https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000195>
32. CASALI, G.L. The relationship between managerial ethical profiles and individual, organizational and external factors influencing the ethical decision making of healthcare managers in Australia. In: *Managing in the Pacific Century*. The 22nd ANZAM Conference, Auckland, New Zealand, December, 2008. Disponibil: <https://www.researchgate.net/publication/27476177>
33. BUCHANAN, A. Trust in managed care organizations. In: *Kennedy Institute of Ethics Journal*. [online] 2000; 10(3):189-212. [citât 16.08.2023] ISSN: 1054-6863. Disponibil: DOI <https://doi.org/10.1353/ken.2000.0018>
34. DE GEORGE, R.T. The moral responsibility of the hospital. In: *Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*. [online] 1982;7(1):87-100. [citât 13.04.2023] ISSN 0360-5310. Disponibil: DOI: [10.1093/jmp/7.1.87](https://doi.org/10.1093/jmp/7.1.87)
35. WEBER, L.J. *Business Ethics in Healthcare. Beyond Compliance*. Indiana University Press, 2001. 196 p. ISBN 0-253-33840-9.
36. DUBOIS, J. M., KRAUS, E. M. et al. Curricular priorities for business ethics in medical practice and research: recommendations from Delphi consensus panels. In: *BMC medical education*

[online] 2014, 14, 235: 2-9. [citat 15.02.2023] ISSN: 1472-6920. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-14-235>

37. GILMARTIN, M., FREEMAN, E. Business Ethics and Health Care: A Stakeholder Perspective. In: *Health Care Management Review*, [online] 2002, 27(2), 52–65. [citat 19.04.2022] ISSN: 0361-6274. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1097/00004010-200204000-00006>

38. GIBSON, J.L., SIBBALD, R., CONNOLLY, E., et al. Organizational ethics. In: *The Cambridge textbook of bioethics*. Singer P.A, Viens A., (eds.) Cambridge: Cambridge University press, 2008, p. 243-250. ISBN-13 978-0-521-69443-8.

39. CONSTANTINESCU, M., MUREȘAN, V. *Instituționalizarea eticii: mecanisme și instrumente*. București: Editura Universității din București, 2013. 173 p. ISBN 978-606-16-0360-2.

40. SILVERMAN, H.J. Organizational Ethics in Healthcare Organizations: Proactiving Managing The Ethical Climate To Ensure Organizational Integrity. In: *HEC Forum*, [online] 2000; 12 (3): 202-215. [citat 27.01.2023] ISSN: 0956-2737. Disponibil: DOI: [10.1023/a:1008985411047](https://doi.org/10.1023/a:1008985411047)

41. VARKEY, B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. In: *Med Princ Pract*. 2021;30(1):17-28. DOI: 10.1159/000509119. Disponibil: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7923912/>

42. INTERNATIONAL BIOETHICS COMMITTEE. *Report on Social Responsibility and Health*. The International Bioethics Committee of UNESCO (IBC). [online] UNESCO, 2010. 82 p. [citat la 05.07.2018] ISBN: 978-92-3-104170-9. Disponibil: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000187899>

43. BRANDAO, C. et al. Social responsibility: a new paradigm of hospital governance? In: *Health care analysis*, [online] 2013, 21(4):390–402. [citat 12.11.2023] ISSN: 1573-3394. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1007/s10728-012-0206-3>

44. MORAR, V. *Etica în afaceri și politica. Moralitate elementară și responsabilitate socială*. București: Ed. Universității. 2012. 396 p. ISBN: 978-973-737-167-6.

45. MAGILL, G., PRYBIL, L. *Governance Ethics in Healthcare Organizations. Routledge Studies in Health and Social Welfare*. 1st Edition. London: Routledge, 2020. 226 p. ISBN 978-042-932-830-5.

46. DEKKER, S. *Just Culture: Balancing Safety and Accountability*. 2nd Edition. [online] London: CRC Press, 2012. 200 p. [citat 12.11.2023] ISBN 978-131-525-127-1. eBook. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315251271>

47. HERAGHTY, D., RAE, A.J., DEKKER, S. Managing accidents using retributive justice mechanisms: When the just culture policy gets done to you, In: *Safety Science*. [online] 2020, 126:104677. [citat 18.09.2023] ISSN 0925-7535. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104677>

48. RORTY, M., WERHANE, P., MILLS, A. The Rashomon effect: organization ethics in health care. In: *HEC Forum*, 2004; 16(2):75-94. [online] [citat 28.06.2023] ISSN: 0956-2737. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1023/b:hecf.0000037120.40045.05>

49. SINGER, P. (ed.) *Tratat de Etică*. Traducere Boiari V., Mărincean R. Iași: Polirom, 2006. 605 p. ISBN (13) 978-973-46-0243-8.

50. CUTAȘ, D., VOLACU, A., MIROIU, A. Etica aplicată și de ce avem nevoie de ea. În: *Alegeri morale: teme actuale de etică aplicată*. Iași: Polirom; 2021, pp. 11–34. ISBN 978-973-46-8497-7.
51. CAPCELEA, V. *Etica: manual pentru instituțiile de învățământ superior*. Chișinău: Arc, 2003. 240 p. ISBN 9975-61-296-2.
52. ARCHARD, D., LIPPERT-RASMUSSEN, K. Applied Ethics. In: *The International Encyclopedia of Ethics*. First Edition. LaFollette H (ed.) [online]. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. [citat 11.11.2022]. ISBN: 978-140-51-8641-4. Disponibil: DOI: [10.1002/9781444367072.wbiee693](https://doi.org/10.1002/9781444367072.wbiee693)
53. SINGER, P. *Practical Ethics*. 2nd Ed. Cambridge University Press, 1993. 356 p. ISBN 0-521-43971-X.
54. BEAUCHAMP, T.L. The Nature of Applied Ethics. In: *A Companion to Applied Ethics*. Frey R.G, Wellman Ch (eds.). [online] Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2003, pp.1-16. [citat 12.10.2023] ISBN 978-047-09-9662-1. Disponibil: DOI: [10.1002/9780470996621.ch1](https://doi.org/10.1002/9780470996621.ch1)
55. PETERSEN, Th.S., RYBERG, J. Applied Ethics. In: *Philosophy. Oxford Bibliographies*. [online] Oxford: Oxford University Press, 2019. 17p. [citat 11.01.2023] ISBN: 9780199756841. Disponibil: DOI: [10.1093/OBO/9780195396577-0006](https://doi.org/10.1093/OBO/9780195396577-0006)
56. ȚÎRDEA, T. *Bioetică: origini, dileme, tendințe*. Suport de curs. Chișinău: CEP Medicina, 2005. 233 p. ISBN 9975-918-44-1.
57. ȚÎRDEA, T., GRAMMA, R. *Bioetica medicală în Sănătate Publică*. Suport de curs. USMF "Nicolae Testemițanu," ȘMSP. Chișinău: Bons Offices, 2007. 248 p. ISBN 9789975-80-036-5.
58. REST, R. Background: Theory and Research In: *Moral development in the professions: psychology and applied ethics*. Rest J.R. and Narváez D. (eds.) Mahwah, USA: Lawrence Erlbaum Associates, 1994, pp. 1-27. ISBN 0-8058-1538-4.
59. BEAUCHAMP, T.L, CHILDRESS, J.F. *Principles of biomedical ethics*. 5th edition. New York: Oxford University Press; 2001. 454 p. ISBN 0-19-514332-9.
60. MUREȘAN, V. Este etica aplicată o aplicare a eticii? In: *Revista de Filosofie Analitică*, [online] 2007, I(1):70-108. [citat 11.03.2023] ISSN: 1843-9969. Disponibil: https://www.srfa.ro/rrfa-old/pdf/2007_1_08_muresan.pdf
61. HAUSCHILDT, K., DE VRIES, R. Reinforcing medical authority: clinical ethics consultation and the resolution of conflicts in treatment decisions. In: *Sociology of Health & Illness*, [online] 2020, 42(2):307-326. [citat 22.07.2021] ISSN:0141-9889. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.13003>
62. SCHMITZ, D., GROB, D., FRIERSON, Ch. et al. Ethics rounds: affecting ethics quality at all organizational levels. In: *Journal of Medical Ethics* [online], 2018, 44(12):805-809. [citat 17.01.2023] ISSN: 0306-6800. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2018-104831>
63. TARZIAN, A.J. Health Care Ethics Consultation: An Update on Core Competencies and Emerging Standards from the American Society for Bioethics and Humanities' Core Competencies Update Task Force. In: *The American Journal of Bioethics*, [online] 2013, 13(2):3–13. [citat 21.07.2022] ISSN: 1526-5161. Disponibil: DOI: [10.1080/15265161.2012.750388](https://doi.org/10.1080/15265161.2012.750388)
64. *Declaration of Geneva*. Adoptată de Adunarea Generală a Asociației Medicale Mondiale, Geneva, Elvetia, 1948.

65. *International Code of Medical Ethics*. Adoptat de cea de a 3-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale, Londra, 1949.
66. *Declaration of Helsinki* – Ethical principles for medical Research Involving Human Subjects. Adoptat de cea de a 18-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale, Helsinki, 1964. Disponibil: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
67. WILLIAMS, J.R. *Medical Ethics*. Manual. 3rd edition. WMA, 2015. 133 p. ISBN 978-92-990079-0-7. Disponibil: www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_en.pdf
68. GORDON, J.S. Ethics as a Method? In: *Clinical Ethics Consultation. Theories and Methods, Implementation, Evaluation. Medical Law and Ethics Series*. Schildmann J., Gordon J.St., Vollmann J. (eds.) London: Routledge, 2010, pp. 11-20. ISBN 978-1-4094-0511-5.
69. ASTĂRĂSTOAE, V., TRIFF, A.B. *Essentialia in Bioetica*. Iași: Cantes, 1998. 254 p. ISBN 973-98747-7-0.
70. POPUȘOI, E., EȚCO, C. *Valori morale în medicină*. Chișinău: Centru Editorial-Poligrafic Medicina, 1999. 216 p. ISBN 9975-945-17-1.
71. FOX, D. The State's Interest in Potential Life. In: *Journal of Law and Medical Ethics* [online], 2015;43(2):345-57. [citat 15.06.2022] ISSN: 1073-1105, ISSN online: 1748-720X. DOI: <https://doi.org/10.1111/jlme.12251>
72. MYSER, C. Ethnographic insights regarding the "social role" and "moral status" of the fetus as "patient": comparing developed (United States & Sweden) and developing (India) countries. In: *American Journal on Bioethics* [online] 2008, 8(7):50-52; discussion W4-6. [citat 14.04.2021] ISSN: 1526-5161. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1080/15265160802248435>
73. ȚÎRDEA, T. *Elemente de Bioetică*. Chișinău: Univers Pedagogic, 2005. 178 p. ISBN 9975-9906-0-6
74. NOBLE, D., VINCENT, J.D. (ed.) *The ethics of life*. Paris: UNESCO Publishing, 1997. 238 p. ISBN 92-3-103422-7
75. GRAMMA, R. From Individual's Rights to Public Benefits – A Conflict of Values in Healthcare. *Journal of Intercultural Management and Ethics* [online] 2022, 3:71-79. ISSN 2601-5749. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.35478/jime.2022.3.07>
76. *International ethical guidelines for health-related research involving humans*. WHO, Council for international organizations of medical sciences (CIOMS), 2016. ISBN: 978-92-9036-088-9
77. SMITH, T. *Ethics in Medical Research. A Handbook of Good Practice*. Cambridge University Press, 1999. 403 p. ISBN 0521626196.
78. *Convenția pentru protecția drepturilor omului și demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei* (Convenția privind drepturile omului și biomedicina) Adoptată de CE în Oviedo, 04.04.1997, ratificată de RM la 26.11.2002 prin Legea nr. 1256 din 19.07.2002.
79. *Protocolul adițional cu privire la cercetarea biomedicală, al Convenției privind drepturile omului și biomedicina*. Adoptat de CE la 25.01.2005, ratificat de RM la 30.12.2012.
80. *European Textbook on Ethics of Research. Studies and reports*. European Commission. Directorate General for Research, Science, Economy and Society. Luxemburg: Publication Office of the European Union, 2010. 203 p. ISBN 978-92-79-15902-2.

81. *Research ethics committee: basic concepts for capacity-building*. Geneva: WHO Document Production Services, 2009. 69 p. ISBN 978 92 4 159800 2.
82. **GRAMMA, R., PALADI, A.** *Aspecte conceptuale și normative ale cercetării*. In: *Etica cercetării biomedicale: ghid pentru cercetători*. Chișinău: Tip. T-Par, 2017, pp.8-64. ISBN 978-9975-3042-8-3.
83. **GRAMMA R., LOZAN O.** Unele contradicții etico-legale în managementul sistemului de sănătate din perspectiva protecției drepturilor fundamentale ale omului. In: *Analele USMF „Nicolae Testemițanu”* Chișinău: CEP Medicina 2010, 2 (11): 150-157. ISSN 1857-1719, ISBN 978-9975-918-81-7.
84. *Public Health: Ethical Issues*. Nuffield council on bioethics. London: Cambridge Publishers Ltd, 2007. 191 p. ISBN 978-1-904384-17-5.
85. **GRAMMA, R., LOZAN, O.** (ed.) *Etica sănătății publice*. Chișinău: Tipogr. T-Par, 2016. 424 p. ISBN 978-9975-4280-7-1.
86. ROYBAL, D. What We Say, What They Hear: Perceptions of Organizational Values and Ethical Climate in the Health Care Setting. In: *Nurse Leader* [online] 2017, 15(4):251-257. [citat 18.04.2022] ISSN 1541-4612. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2017.05.002>
87. ABRATT, R., HIGGS, N. Implementing business ethics in large British organizations. In: *South African Journal of Business Management* [online], 1995, 26:1-6 [citat 27.12.2022]. ISSN: 0254-6299. Disponibil: DOI: [10.4102/sajbm.v26i1.817](https://doi.org/10.4102/sajbm.v26i1.817).
88. HALL, R.T. *An introduction to healthcare organizational ethics*. New York: Oxford University Press, 2000. 258 p. ISBN 0-19-513560-1
89. HEUGENS, P., SCHERER, A.G. When Organization Theory Met Business Ethics: Toward Further Symbioses. In: *Business Ethics Quarterly*, [online], 2010, 20(4):643–672. [citat 01.07.2022] ISSN 1052-150X. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.5840/beq201020441>
90. SUTTO, M. Human Rights evolution, a brief history. In: *The CoESPU MAGAZINE. The online quarterly Journal of Stability Policing*, [online] 2019, 3. [citat 21.06.2021] ISSN: 2611-9005. Disponibil: DOI: [10.32048/Coespumagazine3.19.3](https://doi.org/10.32048/Coespumagazine3.19.3)
91. PEEL, M. Human rights and medical ethics. In: *Journal of the Royal Society of Medicine*, [online] 2005, 98(4):171–173. [citat 17.07.2023] ISSN: 0141-0768. Disponibil: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/014107680509800412>
92. IOAN, B., GAVRILOVICI, C., ASTĂRĂSTOAE, V. *Bioetica. Cazuri celebre*. Iași: Junimea, 2005. 241 p. ISBN 973-37-1067-9
93. STRZELECKA, I. *Medical Crimes. The experiments in Auschwitz. Voice of Memory 2*. Brand W. (transl.). International Centre for Education about Auschwitz and the Holocaust, 2011. 210 p. ISBN 978-83-7704-024-9.
94. *The Charter and Judgment of the Nürnberg Tribunal – History and Analysis*: Memorandum submitted by the Secretary-General. United Nations - General Assembly International Law Commission Lake Success, New York 1949. [online] [citat la 29.11.2022] Disponibil: https://legal.un.org/ilc/documentation/english/a_cn4_5.pdf

95. GAW, A. Exposing unethical human research: the transatlantic correspondence of Beecher and Pappworth. In: *Annals of Internal Medicine*. [online] 2012, 17;156(2):150-5. Disponibil: DOI: [10.7326/0003-4819-156-2-201201170-00012](https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-2-201201170-00012).
96. HERISSONE-KELLY, P. Determining the common morality's norms in the sixth edition of Principles of Biomedical Ethics. In: *Journal of Medical Ethics*, [online] 2011; 37:584-587. [citat 11.09.2021] ISSN: 0306-6800. Disponibil: <https://jme.bmj.com/content/medethics/37/10/584.full.pdf>
97. HOEYER, K., LYNÖE, N. An organizational perspective on ethics as a form of regulation. In: *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 2009, 12:385–392. [citat 21.07.2022] ISSN: 1386-7423. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1007/s11019-009-9210-2>
98. ROSSOUW, G.J., VAN VUUREN, L.J. Modes of Managing Morality: A Descriptive Model of Strategies for Managing Ethics. In: *Journal of Business Ethics*, [online] 2003, 46:389–402. [citat 16.01.2022] ISSN: 0167-4544. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1025645402328>
99. KAPTEIN, M. The Effectiveness of Ethics Programs: The Role of Scope, Composition, and Sequence In: *Journal of Business Ethics*, [online] 2014, 132(2):415-431. [citat 25.04.2023] ISSN: 0167-4544. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10551-014-2296-3>
100. IRANI, J.J., RAHA, S., PRABHU, S. Corporate Governance: Three Views. In: *Vikalpa, - The Journal for Decision Makers* [online] 2005, 30(4):1-10. [citat 01.07.2022] ISSN: 0256-0909. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0256090920050401>
101. JEURISSEN, R.J.M. Moral Complexity in Organization. In: *Ethics for life scientists*. Wageningen UR Frontis Series, vol. 5. Korthals M., Bogers R. (ed.) [online] Dordrecht: Springer Management Series, 2004, p. 11-20. Disponibil: <https://edepot.wur.nl/137678>
102. MOSER, A., KORSTIENS, I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 1: Introduction. In: *European Journal of General Practice*, [online] 2017, 23(1):271-273. [citat 01.09.2023] ISSN: 1381-4788. Disponibil: DOI: [10.1080/13814788.2017.1375093](https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375093)
103. EȚCO, C., RUSSU-DELEU, R., ZARBAILOV, N. *Proiectarea, elaborarea și redactarea lucrărilor științifice* (Ghid). Chișinău: Tipogr. "T-Par", 2016. 246 p. ISBN 978-9975-4280-9-5
104. BUSETTO, L., WICK, W., GUMBINGER, Ch. How to use and assess qualitative research methods. In: *Neurological Research and Practice* [online], 2020, 2, 14. [citat la 14.02.2021] ISSN: 2524-3489. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>
105. PELED-RAZ, M. Human rights in patient care and public health - a common ground. In: *Public Health Reviews* [online], 2017, 38, 29. [citat 17.06.2023] ISSN: 2107-6952. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0075-2>
106. COHEN, J., EZER, T. Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. In: *Health and Human Rights*. [online] 2013, 12;15(2):7-19. [citat 17.01.2024] ISSN: 1079-0969. Disponibil: PMID: 24421170.
107. GRAMMA, R., NOVAC, T., LOZAN, O. *Managementul resurselor umane în sănătate: aspecte juridice*. Chișinău, Tipografia T-Par, 2016. 248 p. ISBN 9788-9975-3042-6-9.
108. *Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice. Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms*. International Dual Loyalty Working Group. Physicians for Human Rights

and the School of Public Health and Primary Care, University of Cape Town, 2002, 145 p. ISBN 1-879707-39-X.

109. **GRAMMA, R.** Respectarea drepturilor pacientului în prestarea serviciilor spitalicești. În: *Managementul calității în instituțiile spitalicești*. Gramma R., Lozan O. (red.). Chișinău, 2017, p.295-333. ISBN 978-9975-3042-9-0.

110. Codul deontologic al lucrătorului medical și farmacistului din Republica Moldova, aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 192 din 24.03.2017. Publicat: 31-03-2017 în Monitorul Oficial al RM, nr. 92-102, art. 265

111. *Pactul internațional nr.19 din 16.12.1966 cu privire la drepturile economice, sociale și culturale*. Adoptat la Adunarea generală a ONU la 16.09.1996 prin Rezoluția 2200 A (XXI). În vigoare la 03.01.1967, c. disp. art.27. Publicat: 30.12.1998 în Tratatate Internaționale Nr.1 art.19.

112. General Comment No. 14. *Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, UN Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

113. KHAYAT-MOGHADAM, S. Predicting Professional Ethics Based on Organizational Culture. In: *International Journal of Ethics & Society* [online], 2019, 2(2):37-46. [citât 29.09.2023] ISSN: 2981-1848, ISSN online: 2676-3338. Disponibil: <https://ijethics.com/article-1-23-en.pdf>

114. GILMAN, S.C. *Ethics Codes and Codes of Conduct as Tools For Promoting an Ethical And Professional Public Service: Comparative Successes and Lessons*. [online] Prepared for the PREM, the World Bank Washington, DC Winter 2005. 76 p. [citât 09.02.2023] Disponibil: <https://www.oecd.org/mena/governance/35521418.pdf>

115. CULLEN, J.B., PARBOTEEAN, K. P., VICTOR, B.I. The effects of ethical climates on organizational commitment: a two-study analysis. In: *Journal of Business Research* [online], 2003;46(2):127-141. [citât 26.08.2023] ISSN: 0148-2963. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1025089819456>

116. GLOBALA, N., GALBUR, O. Cultura organizațională - aspect important al managementului instituțiilor medicale. În: *Anale Științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”: Probleme actuale de sănătate publică și management. Ediția XIII*. Chișinău: CEP „Medicina”, 2012, 2:302-309. ISBN 978-9975-113-46-5.

117. DENISON, D. What Is the Difference Between Organizational Culture and Organizational Climate? A Native's Point of View on a Decade of Paradigm Wars. In: *Academy of Management Review*, [online] 1996, 21(3):619-654. [citât 03.09.2023] ISSN: 0363-7425, ISSN online: 1930-3807. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.5465/AMR.1996.9702100310>

118. HOFSTEDE, G., HOFSTEDE G.J., MINKOV, M. *Cultures and Organizations: Software of the Mind. Intercultural Cooperation and its Importance for Survival*. 3rd edition. Mc Graw Hill, 2010. 561 p. ISBN: 978-0-07-177015-6

119. KAPTEIN, M. Understanding Unethical Behavior by Unraveling Ethical Culture. In: *Human Relations*, [online] 2011, 64(6):843-869. [citât 05.04.2023] ISSN: 0018-7267, ISSN online: 1741-282X. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0018726710390536>

120. VICTOR, B.I., CULLEN, J.B. The Organizational Bases of Ethical Work Climates. In: *Administrative Science Quarterly*, [online] 1988, 33(1):101-125. [citât 11.08.2023] ISSN: 0001-8392. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.2307/2392857>

121. OZDOBA, P., DZIURKA, M., PILEWWSKA-KOZAK, A. et al. Hospital Ethical Climate and Job Satisfaction among Nurses: A Scoping Review. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 2022, 19(8):4554. [citat 17.07.2023] ISSN: 1661-7827. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19084554>
122. JOOLAE, S., JALILI, H.R. et al The relationship between ethical climate at work and job satisfaction among nurses in Tehran. Indian. In: *Journal of Medical Ethics* [online] 2013, 10:238–242. [citat 04.09.2022] ISSN: 0306-6800. Disponibil: DOI: [10.20529/IJME.2013.072](https://doi.org/10.20529/IJME.2013.072)
123. ULRICH, C., O'DONNELL, P., TAYLOR, C. et al. Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. In: *Social Science & Medicine*, [online] 2007;65:1708–1719. [citat 13.12.2022] ISSN 0277-9536. Disponibil: DOI: [10.1016/j.socscimed.2007.05.050](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.050)
124. CAMERON, K.S., QUINN, R.E. *Diagnosing and Changing Organizational Culture. Based on the Competing Values Framework*. Revised Edition. The Jossey-Bass Business & Management Series. San Francisco: John Wiley & Sons, 2006. 242 p. ISBN-13 978-0-7879-8283-6.
125. MAYER, D., KUENZI, M., GREENBAUM, R.L. Making ethical climate a mainstream management topic: A review, critique, and prescription for the empirical research on ethical climate. In: *Psychological perspectives on ethical behavior and decision making*. De Cremer D. (ed.). USA: Information Age Publishing, 2009. Pp. 181-213. ISBN 978-1-60752-105-1.
126. MURRAY, D. *Ethics in Organizations*. London: Kogan Page and Coopers & Lybrand, 1997. 239 p. ISSN 0749-5924.
127. BARTELS, L. K., HARRICK, E. et al. The relationship between ethical climate and ethical problems within human resource management. In: *Journal of Business Research* [online]. 1998, 17, (7):799-805. [citat 12.09.2023] ISSN: 0148-2963. Disponibil: DOI: [10.1023/a:1005817401688](https://doi.org/10.1023/a:1005817401688)
128. WIMBUSH, J.C., SHEPARD, J.M., MARKHAM, S.E. An empirical examination of the relationship between ethical climate and ethical behavior from multiple levels of analysis. In: *Journal of Business Ethics*. [online] 1997, 16(16):1705-1716. [citat 10.06.2023] ISSN: 0167-4544. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1017952221572>
129. VANSANDT, C.V. The Relationship Between Ethical Work Climate and Moral Awareness. In: *Business & Society* [online], March 2003, 42 (1):144-152. [citat 26.04.2023] ISSN: 0007-6503. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0007650302250503>
130. SINEK, S. *Start With Why. How Great Leaders Inspire Everyone To Take Action*. London: Portfolio / Penguin Books, 2009. 246 p. ISBN 978-1-59184-644-4
131. CHOUDHRY, R., FANG, D., MOHAMED, Sh. Developing a Model of Construction Safety Culture. In: *Journal of Management in Engineering*, [online] 2007, 23:207-212. ISSN: 0742-597X. Disponibil: DOI: [10.1061/\(ASCE\)0742-597X\(2007\)23:4\(207\)](https://doi.org/10.1061/(ASCE)0742-597X(2007)23:4(207))
132. FERNANDEZ-MUNIZ, B., MONTES-PEON, J., VAZQUEZ-ORDAS, C. Safety culture: Analysis of the causal relationships between its key dimensions. In: *Journal of Safety Research* [online], 2007, 38(6):627-641, [citat 12.03.2023] ISSN: 0022-4375. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2007.09.001>
133. HESSELS, A. J., PALIWAL, M. et al. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. In: *Journal of Nursing Care Quality* [online] 2019, 34(4): 287–

294. [citat 22.07.2021] ISSN: 1057-3631. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000378>
134. HESSEL, A.J., GENOVESE-SCHEK, V., et al. Relationship between patient safety climate and adherence to standard precautions. In: *American Journal of Infection Control* [online] 2016,1;44(10):1128-1132. [citat 24.10.2021] ISSN: 0196-6553. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.03.060>
135. SMITH ILTIS, A. Values based decision making: organisational mission and integrity. In: *HEC Forum*, [online] 2005; 17(1):6-7. [citat 24.11.2023] ISSN: 0956-2737 Disponibil: DOI: [10.1007/s10730-005-4947-3](https://doi.org/10.1007/s10730-005-4947-3)
136. RORTY, M., WERHANE, P., MILLS, A. The Rashomon effect: organization ethics in health care. In: *HEC Forum* [online], 2004; 16(2):75-94. [citat 21.11.2023] ISSN: 0956-2737 Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1023/b:hecf.0000037120.40045.05>
137. ROKEACH, M. *The nature of human values*. New York: Free Press, 1973. 438 p. ISBN 9780029267509.
138. PRILLELTENSKY, I. Value-Based Leadership in Organisations: Balancing Values, Interests, and Power Among Citizens, Workers, and Leaders. In: *Ethics&Behavior*, [online] 2000, 10(2):139-158. [citat 19.04.2022] ISSN: 1050-8422. Disponibil: DOI: https://doi.org/10.1207/S15327019EB1002_03
139. WALKEY, A.J., BARNATO, A.E., WIENER, R.S. et al. Accounting for Patient Preferences Regarding Life-Sustaining Treatment in Evaluations of Medical Effectiveness and Quality. In: *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, [online] 2017, 196:958–963. [citat 11.05.2023] ISSN: 1073-449X. Disponibil: DOI: [10.1164/rccm.201701-0165CP](https://doi.org/10.1164/rccm.201701-0165CP)
140. SILVA, D., GIBSON, J., SIBBALD, R. et al. Clinical ethicists' perspective on organizational ethics in healthcare organizations. In: *Journal of Medical Ethics*, 2008, 34(5):320-323. [online] [citat 19.01.2023] ISSN: 0306-6800. Disponibil: DOI: [10.1136/jme.2007.020891](https://doi.org/10.1136/jme.2007.020891)
141. Legea integrității nr. 82/2017. Publicată în: Monitorul Oficial al RM, 2017, nr. 229-243 art. 360.
142. PONT, J., STOVER, H., WOLFF, H. Dual loyalty in prison health care. In: *American Journal of Public Health*, [online] 2012, 102(3):475–480. [citat 18.04.2022] ISSN: 0090-0036. Disponibil: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2011.300374>
143. ATKINSON, H. G. Preparing physicians to contend with the problem of dual loyalty. In: *Journal of Human Rights* [online], 2019, 18(3):339-355. [citat 04.11.2022] ISSN: 1475-4843. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1080/14754835.2019.1617121>
144. SOLOMON M.Z. Healthcare professionals and dual loyalty: technical proficiency is not enough. In: *Medscape Journal of Medicine*, [online] 2005, 7(3):14. ISSN:1934-1997. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1681654/>
145. DEANGELIS, C.D. Conflicts of interest in medical practice and their costs to the nation's health and health care system. In: *Milbank Quarterly*, [online] 2014, 92(2):195-198. [citat 08.08.2023] ISSN: 0887-378X. Disponibil: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1468-0009.12052>

146. GRAMMA, R., HANGANU, B., ARNAUT, O., IOAN, B.G. Potential Conflicts of Interest Arising from Dualism of Loyalty Imposed on Employees of Medical Institutions—Findings and Tools for Ethics Management. In: *Medicina* [online] 2023, 59(9):1598. ISSN: 1010-660X. Disponibil: <https://www.mdpi.com/1648-9144/59/9/1598>
147. TURNBULL, A.E., SAHETVA, S.K., BIDDISON, E.L. et al. Competing and conflicting interests in the care of critically ill patients. In: *Intensive Care Med* [online] 2018; 44(10):1628-1637. [citât 20.10.2023] ISSN: 0342-4642. Disponibil: DOI: [10.1007/s00134-018-5326-2](https://doi.org/10.1007/s00134-018-5326-2)
148. PEREIRA, P. Conflict of interest and its importance. In: *Perspectives in clinical research*, [online] 2013, 4(1):41–44. [citât 18.03.2021] ISSN: 2229-3485. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.4103/2229-3485.106375>
149. CELIS, M.Á., HALABE, J. et al. Conflicts of interest in medicine. CETREMI recommendations. In: *Gac Med Mex* [online]; 2019, 155(5):519-520. [citât 16.06.2023] ISSN 0016-3813. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.24875/gmm.m20000343>
150. RODWIN, M. Conflicts of interest in American health care: are HMOs the solution or the problem? In: *Les conflits d'intérêts à l'hôpital public: le débat*, Moret-Bailly J. (ed.). [online] Rennes: Presses de l'EHESP, 2015, pp. 85-102. ISBN: 9782810903719. Disponibil: DOI: [10.3917/ehesp.moret.2015.01](https://doi.org/10.3917/ehesp.moret.2015.01)
151. MCCOY, M., EZEKIEL, E. Why There Are No “Potential” Conflicts of Interest. In: *JAMA - The Journal of the American Medical Association*, [online] 2017, 317(17):1721–1722. [citât la 12.01.2023]. ISSN: 0098-7484. Disponibil: DOI: [http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.2308](https://doi.org/10.1001/jama.2017.2308)
152. MUTH, Ch.C. Conflict of Interest in Medicine. In: *JAMA - The Journal of the American Medical Association*, [online] 2017, 317(17):1812. [citât 12.01.2023]. ISSN: 0098-7484. Disponibil: DOI: [10.1001/jama.2017.4044](https://doi.org/10.1001/jama.2017.4044)
153. KAKUK, P., DOMJAN, A. Healthcare Financing and Conflict of Interests in Hungary: The System of Irregular Payments and its Challenges to the Integrity of Healthcare Ethics. In: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* [online] 2013, 22:263–270. [citât 08.04.2022] ISSN: 0963-1801. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1017/s0963180113000078>
154. *Impactul corupției asupra realizării drepturilor omului în Republica Moldova*: Studiu analitic cu recomandări de politici. Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare. [online] Geneva-Chișinău, Mai 2021. [citât 11.04.2023] Disponibil: <https://www.undp.org/ro/moldova/publications/impactul-corup%C8%9Biei-asupra-realiz%C4%83rii-drepturilor-omului-%C3%AEn-republica-moldova-studiu-analitic-cu-recomand%C4%83ri-de-politici>
155. JIGĂU, I., CANTAJI, V., VREMIȘ, M., BĂTRĂNESCU, V. *Studiu de evaluare a impactului Strategiei naționale de integritate și anticorupție – Moldova 2019*. Centrul de Studii Sociale și Marketing „CBS-Research”. [online] PNUD, Chișinău, 2019. [citât 11.04.2023] Disponibil: <https://www.undp.org/moldova/publications/national-integrity-and-anti-corruption-strategy-impact-monitoring-survey-moldova-2019>
156. WEHKAMP, K.H., NAEGLER, H. The Commercialization of Patient-Related Decision Making in Hospitals. In: *Dtsch Arzteblatt Int*, [online] 2017, 114 (47):797–804. [citât 11.04.2023] ISSN: 0012-1207. Disponibil: DOI: [10.3238/arztebl.2017.0797](https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0797)

157. TREVINO, L.K. Ethical Decision Making in Organizations: A Person-Situation Interactionist Model. In: *Academy of Management Review*, [online] 1986, 11(3):601-617. [citat 19.04.2023] ISSN: 0363-7425. Disponibil: https://www.academia.edu/9214909/Ethical_Decision_Making_in_Organizations_A_Person_Situati_on_Interactionist_Model
158. MAGILL, G., PRYBIL, L. Stewardship and integrity in health care: a role for organizational ethics. In: *Journal of Business Ethics*, [online] 2004, 50(3):225-23. [citat 19.10.2023] ISSN: 0167-4544. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/B:BUSI.0000024742.62802.1a>
159. TRACY, B. *Cum conduc cei mai buni lideri: tehnici testate pentru a valorifica la maximum potențialul uman*. Ed.II-a. Trad. Chitoșca M. București: Curtea Veche Publishing, 2018. 251 p. ISBN 978-606-44-0084-0
160. RUSU, E. Abordări conceptuale în sistemul inteligenței emoționale In: *Acta et commentationes: Științe ale Educației: revistă științifică*. Nr. 1. Chișinău: Tipografia Univ. de Stat din Tiraspol, 2016. P. 121-130. ISSN: 1857-3592
161. GOLEMAN, D. *Ce înseamnă să fii un lider bun. De ce este importantă inteligența emoțională* Traducere Apetrei R. București: Curtea Veche Publishing, 2014, 206 p. ISBN 978-606-588-914-9.
162. TRIPATHY, M. *Emotional Intelligence: An Overview*. Lamber Academic Publishing, 2018. 44 p. ISBN 978-613-9-85995-5
163. SEGON, M., BOOTH, Ch. The Concept of Ethical Leadership in Organisations. International In: *Review of Business Research Papers*. [online] 2007, 3(5):362-381. [citat 08.12.2022] ISSN: 1546-2609. Disponibil: <https://www.researchgate.net/publication/303701075>
164. WERHANE, P. Business ethics, stakeholder theory, and the ethics of healthcare organizations. In: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, [online] 2000 Spring; 9(2):169-181. [citat 12.12.2022] ISSN: 0963-1801. Disponibil: DOI: [10.1017/s0963180100902044](https://doi.org/10.1017/s0963180100902044)
165. MCGEE, G., SPANOGLE, J.P. Healthcare Ethics Committees and Managed Care. In: *The American Journal of Managed Care*, [online] 2001; 7(8):821-827. [citat 15.12.2022]. ISSN 1088-0224. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11519240/>
166. AULISIO, M.P., ARNOLD, R.M., YOUNGNER, S. *Ethics Consultation: From Theory to Practice (Bioethics)*. 1st Edition. Baltimore & London: John Hopkins University Press, 2003, 240 p. ISBN 13 978-0801871658.
167. FOX, E., BOTTRELL, M. et al. IntegratedEthics: An Innovative Program To Improve Ethics Quality In Health Care. In: *The Innovation Journal* [online], 2010, 15(2), article 8. [citat 15.01.2023] ISSN: 2666-6758. Disponibil: DOI: http://dx.doi.org/10.1163/9789047429937_002
168. WATSON, A.R. Ethics support in clinical practice. In: *Archive of Diseases of Childhood*, [online] 2005, 90:943–946. [citat 11.04.2023] ISSN: 0003-9888. Disponibil: DOI: [10.1136/adsc.2004.062752](https://doi.org/10.1136/adsc.2004.062752)
169. PENTZ, R. Beyond Case Consultation: An Expanded Model For Organizational Ethics. In: *The Journal of Clinical Ethics*, 1999, 10(1):34-41 [citat 18.07.2023] ISSN: 1046-7890. Disponibil: PMID: 10394536.
170. *Legea nr. 552/2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate*. Publicată în: Monitorul Oficial al RM, 2001, nr. 155-157, art. 1234.

171. *Regulamentul privind procedura de evaluare și acreditare în sănătate*. Aprobă prin Ordinul MS nr. 1289/2018.

172. LARCHER, V., SLOWETHER, A.M., WATSON, A. Core competencies for clinical ethics committees. In: *Clinical Medicine Journal (UK)*, [online] 2010 10(1):30-3. [cită 19.11.2022] ISSN: **1470-2118**. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.10-1-30>

173. SAUNDERS, J. Autonomy, consent and the law. In: *Clinical Medicine Journal (UK)*, [online] 2011, 11(1):94-5. [cită 24.04.2022] ISSN: **1470-2118**. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.11-1-94>

174. AULISIO, M.P., ARNOLD, R.M., YOUNGNER, S.J. Health Care Ethics Consultation: Nature, Goals, and Competencies A Position Paper from the Society for Health and Human Values–Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. In: *Annals of Internal Medicine* [online], 2000 Jul, 4; 133(1):59-69 [cită 04.07.2023] ISSN: **0003-4819**. Disponibil: DOI: [10.7326/0003-4819-133-1-200007040-00012](https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-1-200007040-00012)

175. RASOAL, D., SKOVDAHL, K., GIFFORD, M. *et al.* Clinical Ethics Support for Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review. In: *HEC Forum* [online] 2017, 29:313-346. [cită 18.04.2022] ISSN: 0956-2737. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1007/s10730-017-9325-4>

176. SLOWTHER, A., JOHNSTON, C., GOODALL, J., HOPE, T. Development of clinical ethics committees. In: *The British Medical Journal – BMJ*, [online] 2004, 17;328(7445):950-952. [cită 21.06.2023] ISSN: 0959-8138. Disponibil: DOI: [10.1136/bmj.328.7445.950](https://doi.org/10.1136/bmj.328.7445.950)

177. **GRAMMA, R.**, LOZAN, O. Rolul comitetelor de etică pentru un management mai bun a instituțiilor medicale. In: *Revista Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2010, 3(34):21-24. ISSN 1729-8687.

178. *Legea nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului*. Publicată: 30.12.2005 în Monitorul Oficial al RM, 2005, nr. 176-181, art. 867.

179. *Legea nr. 982 din 11.05.2000 privind accesul la informații*. Publicată: 28.07.2000 în Monitorul Oficial al RM, nr. 88-90, art. 664.

180. *Ordinul MS nr. 303/2010 cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat*. Publicat în: Monitorul Oficial al RM, 2010, nr. 108-109, art. 382.

181. VEATCH, R.M.. Medical Ethics in the Soviet Union. In: *The Hastings Center Report*, [online] 1989, 19(2):11-14. [cită la 29.11.2022] ISSN:0093-0334. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.2307/3563133>

182. FIELD, M.G. The Position of the Soviet Physician: The Bureaucratic Professional. *The Milbank Quarterly*, [online] 1988, 66(2):182-201. [cită 12.09.2020] ISSN:0887-378X. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.2307/3349922>

183. GÎLCĂ, B., **GRAMMA, R.**, PALADI, A. *GHID privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților*. Aprobă prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.425 din 20 martie 2018. Chișinău, 2018. 39 p.

184. *Legea nr. 1402 din 16.12.1997 privind sănătatea mentală*. Publicată: 21.05.1998 în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1998, nr. 44-46, art. 310.

185. MOLEWIJK, B., KLEINLUGTENBELT, D., PUGH, S. et al. Emotions and Clinical Ethics Support. A Moral Inquiry into Emotions in Moral Case Deliberation. In: *HEC Forum*. [online] 2011, 23(4):257-268. [citat 14.01.2023]. ISSN: 0956-2737. Disponibil: DOI: [10.1007/s10730-011-9162-9](https://doi.org/10.1007/s10730-011-9162-9)
186. PĂDURE, A., GRAMMA, R. Dreptul pacientului la informare și consecințele nerespectării acestuia în Republica Moldova. In: *Revista Română de Bioetică*. Iași, România, 2011;9(2):33-39. ISSN 2392-8034.
187. HA FONG, J., LONGNECKER, N. Doctor-patient communication: a review. In: *The Ochsner Journal* [online], 2010, 10(1):38-43. [citat 19.08.2021] ISSN: 1524-5012. Disponibil: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>
188. BAILE, W.F, BUCKMAN, R. et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. In: *The Oncologist* [online], 2000, 5(4):302-11. [citat 18.09.2023] ISSN: 1083-7159. Disponibil: DOI: [10.1634/theoncologist.5-4-302](https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302)
189. GRAMMA, R., PALADI, A. Pacientul terminal și dileme etice în informarea acestuia în sistemul autohton de sănătate publică. În: *Analele USMF „Nicolae Testemițanu”* Ediția XI. Chișinău: CEP „Medicina”, 2010, 2:451-456. ISSN 1857-1719, ISBN 978-9975-918-81-7.
190. HOWARD, D., PAWLIK, T. Withdrawing medically futile treatment. In: *Journal of Oncol Practice*, [online] 2009 5(4):193-195. [citat 01.06.2020] ISSN: 1554-7477. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1200/jop.0948501>
191. STEWART, M., BROWN, J.B., DONNER, A. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. In: *Journal of Family Practice*, [online] 2000; 49(9):796-804. [citat 19.08.2022] ISSN: 1533-7294. Disponibil: PMID: 11032203.
192. MOLEWIJK, B., ABMA, T. et al. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. In: *Journal of Medical Ethics*, [online] 2008, 34:120-124 [citat 15.12.2022]. ISSN: 0306-6800. Disponibil: DOI: [10.1136/jme.2006.018580](https://doi.org/10.1136/jme.2006.018580)
193. CHIN, J.J. Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. In: *Singapore Medical Journal*, [online] 2002; 43(3):152-5. [citat 16.08.2022] ISSN: 0037-5675. Disponibil: PMID: 12005343.
194. MAPES, M., DEPERGOLA, P., MCGEE, W. Patient-Centered Care and Autonomy: Shared Decision-Making in Practice and a Suggestion for Practical Application in the Critically Ill. In: *Journal of Intensive Care Medicine*, [online] 2020;35(11):1352-1355. [citat 19.09.2023] ISSN: 0885-0666. Disponibil: DOI: [10.1177/0885066619870458](https://doi.org/10.1177/0885066619870458)
195. *Constituția Republicii Moldova*. Aprobata la 29.07.1994. Republicată: 29.03.2016 în Monitorul Oficial al RM, nr. 78, art. 140.
196. *Legea nr.411 din 28.03.1995 ocrotirii sănătății* . Publicată: 22.06.1995 în Monitorul Oficial al RM, nr. 34, art. 373.
197. *Legea nr. 338 din 15.12.1994 privind drepturile copilului*. Publicată: 02.03.1995 în Monitorul Oficial al RM, nr. 13, art. 127.
198. *Comentariul general nr. 16: articolul 17 (dreptul la viață privată). Dreptul la respectarea confidențialității, a familiei, a domiciliului, a corespondenței și protecția privind onoarea și reputația*. 8 aprilie 1988. punctele 3-4; CCPR. Comunicare nr. 1482/2006: M. G. împotriva Germaniei. Doc ONU. CCPR/C/93/D/1482/2006. 2 septembrie 2008. alin. 10.2.

199. *Comentariul general nr. 16: articolul 17 (dreptul la viață privată). Dreptul la respectarea confidențialității, a familiei, a domiciliului, a corespondenței și protecția privind onoarea și reputația.* 08 aprilie, 1988. alin. 10.
200. *Comentariul general nr. 14: Dreptul la cel mai înalt standard de sănătate.* Doc ONU. E/C.12/2000/4. 11 august, 2000, alin. 12
201. *Human Rights Indicators. A Guide to Measurement and Implementation.* New York & Geneva: UNHR Office of the High Commissioner, 2012. 173 p.
202. LANDRIGAN, C.P., PARRY, G.J., BONES, C.B. et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care In: *The New-England Medical Review and Journal* [online] 2010, 363(22):2124-2134. [citat 19.12.2022] ISSN: 0028-4793. Disponibil: DOI: [10.1056/NEJMsa1004404](https://doi.org/10.1056/NEJMsa1004404)
203. ANNAS, G.J, MARINER, W.K. (Public) Health and Human Rights in Practice. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, [online] 2016, 41(1):129-39 [citat 21.10.2023]. ISSN: 0361-6878. Disponibil: DOI: [10.1215/03616878-3445659](https://doi.org/10.1215/03616878-3445659)
204. GUNNING, Th., COLEMAN, T. Harmonizing legal and ethical standards for interactions between health care providers and industry. In: *Fertility and Sterility*, [online] 2005;84(4):861-6. [citat 19.04.2022] ISSN: 0015-0282. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.07.1250>
205. LEȘCO, A. *Transparența medicinei americane. Comportament etic și responsabilitate medico-legală.* Chișinău: Ed. Arc, 2003. 198 p. ISBN 9975-61-309-8.
206. *Legea nr. 42 din 06.03.2008 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane.* Publicată: 25.04.2008 în Monitorul Oficial al RM, nr. 81, art. 273.
207. *Legea nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii.* Publicată: 28.09.2012 în Monitorul Oficial al RM, nr. 205-207, art. 673.
208. *Legea nr. 23 din 16.02. 2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA.* Publicată: 20.04.2007 în Monitorul Oficial al RM, nr. 54-56, art. 250.
209. PARLAMENTUL REPUBLICII MOLDOVA. *Codul Penal al Republicii Moldova nr. 985 din 18.04. 2002*, art. 177. Republicat: 14.04.2008 în Monitorul Oficial al RM, nr. 72-74, art. 195.
210. PARLAMENTUL REPUBLICII MOLDOVA. *Codul muncii al Republicii Moldova nr. 154 din 28.03.2003.* Publicat: 29.07.2003 în Monitorul Oficial al RM, nr. 159-162, art. 648.
211. ALTMAN, M.C. *Kant and Applied Ethics: The Uses and Limits of Kant's Practical Philosophy.* Malden, Mass: Wiley-Blackwell, 2011, 336 p. ISBN: 978-0-470-65766-9
212. HARVEY, J., ERDOS, G. et al. An analysis of safety culture attitudes in highly regulated environment. [online] In: *Work & Stress*, [online] 2002, 16(1):18-36. [citat 29.08.2023] ISSN: 0267-8373. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1080/02678370110113226>
213. DODD, S.J., JANSSON, B. et al. Expanding Nurses' Participation in Ethics: An Empirical Examination of Ethical Activism and Ethical Assertiveness. In: *Nursing ethics* [online], 2004, 11 (1):15-27. [citat 13.09.2023] ISSN: 0969-7330. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1191/0969733004ne663oa>

214. WADENSTEN, B., WENNEBERG, S., SILEN, M. et al. A Cross-Cultural Comparison of Nurses' Ethical Concerns. In: *Nursing ethics*, [online] 2008, 15(6):745-60. [citat 12.08.2023] ISSN:0969-7330. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733008095385>
215. GLOBA, N. Unele aspecte ale culturii organizaționale în instituțiile medicale din Republica Moldova. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2005, 2(9):4-7. ISBN 1729-8687.
216. SUTHERLAND, B.L., PECANAC, K., LABORDE, T. et al. Good working relationships: how healthcare system proximity influences trust between healthcare workers. In: *Journal of interprofessional care*, [online] 2022, 36(3):331–339. [citat 27.03.2022] ISSN:1356-1820. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1920897>
217. MORARIU, C.N., IGNAT, M.D. Conexiuni teoretice socioeconomice: teoriile schimbării sociale. In: *Revista de Economie Socială*, [online] 2011, 1 (1):3-25. [citat la 01.12.2022] ISSN: 2248-3667. Disponibil: https://profitpentruoameni.ro/wp-content/uploads/2012/03/Revista-de-Economie-Sociala-Nr.-1_2011.pdf
218. KHAN, H., KHAN, A. et al. Trust, performance and level of happiness of healthcare employees in the presence of authentic leadership. In: *Work*, [online] 2022, 74 (2):1-8. [citat 25.09.2023] ISSN: 1051-981. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-211270>
219. EȚCO, C., CĂRĂRUȘ, M., DAVIDESCU-CREANGĂ, E. *Psihologie managerială*. Chișinău: Bons Offices, 2006. 280 p. ISBN 978-9975-80-005-1.
220. BHATNAGAR, K., SRIVASTAVA, K. Job satisfaction in health-care organizations. In: *Industrial psychiatry journal* [online], 2012, 21(1):75–78. [citat 14.08.2023] ISSN: 0976-2795. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.4103/0972-6748.110959>
221. GRAMMA, R., BOBEICA, R. *Aplicarea drepturilor omului în sănătatea publică. Drepturile consumatorilor de droguri injectabile și ale persoanelor care trăiesc cu HIV*. Ghid pentru lucrătorii medicali. Chișinău: Tipogr. Centrală, 2010. 72 p. ISBN 978-9975-9702-9-7
222. GRAMMA, R., GUȚU, L., STRATULAT, S., GHEORGHÎȚA, Șt. Bariere în dezvoltarea unei asistențe calitative oferite persoanelor care trăiesc cu HIV. In: *Reducerea stigmei și discriminării persoanelor care trăiesc cu HIV. Ghidul formatorului*. Chișinău: Comb. Poligrafic, 2009, p. 29-38. ISBN 978-9975-4059-2-8.
223. LOZAN O., GRAMMA, R., SPINEI, L., NEMERENCO, A. *Health Workers From the Republic of Moldova: Changing Professions*. Health Policy Paper Series No. 18. [online] WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2015. 98 p. Disponibil: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/369657/WHO-EURO-2015-6568-46334-67021-eng.pdf?sequence=1>
224. ROSTAMI, F., BABAEI-POUYA, A. et al. Mental Workload and Job Satisfaction in Healthcare Workers: The Moderating Role of Job Control. In: *Frontiers in Public Health*, [online] 2021,3(9):683388. [citat 12.01.2023] ISSN: 2296-2565. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.683388>
225. BISBEY, T.M., KILCULLEN, M.P., THOMAS, E.J. et al. Safety Culture: An Integration of Existing Models and a Framework for Understanding Its Development. In: *Human Factors* [online],

- 2021, 63(1):88-110. [citat 18.07.2023] ISSN:1547-8181. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1177/0018720819868878>
226. *Legea nr. 264 din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic*. Publicată: 23.22.2005 în Monitorul Oficial al RM, nr. 172-175, art. 839.
227. DICUCCIO, M.H.. The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes. In: *Journal of Patient Safety* [online] 2015, 11(3):135–142. [citat 19.02.2023] ISSN: 1549-8417. Disponibil: DOI: [10.1097/PTS.0000000000000058](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000058)
228. O'DONOVAN, R., WARD, M., De BRUN, A. et al. Safety culture in health care teams: A narrative review of the literature. In: *Journal of Nursing Management*, [online] 2019, 27(5):871–883. [citat 15.06.2023] ISSN: 0966-0429. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12740>
229. NELSON, W. An organizational ethics decision-making process. In: *Healthcare Executive*, [online] 2005, 20(4):8-14. [citat 11.09.2022] ISSN: 0883-5381 Disponibil: PMID: 16033006.
230. ROUSSEAU, D. Psychological and Implied Contracts in Organizations. In: *Employee Responsibilities and Rights Journal*. [online] 1989, 2(2):121-139. [citat 15.05.2022] ISSN: 0892-7545. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01384942>
231. GRAMA, B.G. Contractul psihologic în relația de angajare. In: *Revista de Psihologie*, [online] 2021, 67(2):197–207. [citat 19.02.2023] ISSN: 2344-4665. Diponibil: https://revistadepsiologie.ipsihologie.ro/images/revista_de_psihologie/Revista-de-psihologie-nr.-2_2021.pdf
232. YATES, S.W. Physician Stress and Burnout. In: *The American Journal of Medicine*, [online] 2020, 133(2):160-164. [citat 19.12.2022] ISSN: 0002-9343. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.08.034>
233. MASLACH, C., SCHAUFELI, W., LEITER, M. Job Burnout. In: *Annual Review of Psychology*, [online] 2001, 52:397-422. [citat 4. 08.2023]. ISSN 0066-4308. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
234. DE HERT, S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. In: *Local and Regional Anesthesia*, [online] 2020, 28;13:171-183. [citat 03.09.2023] ISSN: 1178-7112. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
235. **GRAMMA, R.** Prevention of the Employee Burnout – A Priority of the Managers of Healthcare Facilities. In: *Journal of Intercultural Management and Ethics (JIME)*, [online] 2023, 6(2):3-5. ISSN: 2601-5749. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.35478/jime.2023.2.01>
236. FRIGANOVIC, A., SELIC, P., et al Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. In: *Psychiatria Danubina*, [online] 2019; 31(1):21-31. [citat 05.09.2022] ISSN: 1849-0867. Disponibil: PMID: 30946714.
237. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO,1992. P.170-173
238. AWA, W., PLAUMANN, M., WALTER, U. Burnout prevention: A review of intervention programs. In: *Patient Education and Counseling*, [online] 2010, 78,(2):184-190. [citat 11.05.2023]. ISSN 0738-3991. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008>
239. BRUSCHWEIN, H., GETTLE, L.S. Multipronged intervention for reducing burnout and increasing resiliency in an interdisciplinary care team. In: *BMJ Open Quality* [online], 2020;

9:e001015. [citat 17.08.2023] ISSN: 2399-6641. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1136%2Fbmj-2020-001015>

240. MASLACH, C., LEITER, M. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. In: *World Psychiatry*, [online] 2016, 15(2):103–111. [citat 6.10.2023]. ISSN: 1723-8617. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20311>

241. EDU VALSANIA, S., LAGUIIA, A., MORIANO, J. Burnout: A Review of Theory and Measurement. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online] 2022, 19(3):1780 [citat 15.07.2023] ISSN: 1661-7827. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19031780>

242. MATSUZAKI, P.G., MARIYA, F.A. et al. Physician burnout: prevention strategies. In: *Revista brasileira de medicina do trabalho: (publicacao oficial ANAMT)*, [online] 2021, 19(4):511–517. [citat 4.10.2023]. ISSN: 1679-4435. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2021-713>

243. UPCHURCH, R.S., RUHLAND, S.K. The Organizational Bases of Ethical Work Climates in Lodging Operations as Perceived by General Managers In: *Journal of Business Ethics* [online] 1996, 15:1083-1093. [citat 21.12.2023] ISSN: 0167-4544. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00412049>

244. VAN BAARLE, E., HARTMAN, L., ROOIJAKKERS, S. et al. Fostering a just culture in healthcare organizations: experiences in practice. In: *BMC Health Services Research* [online] 2022, 22:1035. [citat 11.11.2022] ISSN: 1472-6963. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08418-z>

245. ALSAQQAH, H., AKYUREK, Ç. Organizational culture in healthcare organizations: a systematic review. In: *Journal of Ankara Health Sciences*, [online] 2019, (1):83-109. [citat 04.10.2022] ISSN: 2146-328X, ISSN online: 2618-5989. Disponibil: <https://www.researchgate.net/publication/334098735>

246. WILLIAMS, E., MANWELL, L., KONRAD, T. et al. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. In: *Health Care Management Review (HCMR)*, [online] 2007;32(3):203-212. ISSN: 0361-6274. Disponibil: DOI: [10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59](https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59)

247. JAFREE, S., ZAKAR, R. et al. Nurse perceptions of organizational culture and its association with the culture of error reporting: A case of public sector hospitals in Pakistan. In: *BMC Health Services Research*. [online] 2016, 16(1):3. [citat 04.08.2022] ISSN: 1472-6963. Disponibil: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1252-y>

248. GRAMMA, R., DODON, I., ASTRAHAN, A. *Studiu de evaluare a politicilor naționale în domeniul malpraxisului medical și asigurarea respectării drepturilor pacienților în RM*. Institutul pentru Drepturile Omului din Moldova. Chișinău, 2017. 43 p. Disponibil: <https://idom.md/wp-content/uploads/2019/05/STUDIUL-MALPRAXIS-MEDICAL-1.pdf>

249. SLAWOMIRSKI, L., AURAAENM, A., KLAZINGA, N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. [online] Paris: OECD, 2018. [citat la 23.05.2022]. Disponibil: <http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>

250. DE VRIES, E.N., RAMRATTAN, M.A. et al The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. In: *Quality and Safety in Health Care* [online], 2008, 17(3):216-223. [citat 19.09.2023] ISSN: 2044-5415. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>
251. SOUSA, P., UVA, A.S., SERRANHEIRA, F. et al. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. In: *BMC Health Serv Research*. [online] 2014;14:311. [citat 24.06.2023] ISSN: 1472-6963. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-311>
252. *The Role of Ethics in the Rational Use of Medicine*. Technical Publication Series No. 46. Regional Office for South East Asia, New Delhi: WHO, 2007. 60 p. ISBN 92 9022 279 4.
253. *Promoting rational use of medicines: core components. WHO Policy Perspectives on Medicines*. [online] Geneva: WHO, 2002. [citat la 09.09.2022] Disponibil: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67438/WHO_EDM_2002.3.pdf?sequence=1
254. GHALEB, M.A., BARBER, N. et al. The incidence and nature of prescribing and medication administration errors in paediatric inpatients. In: *Archives of Disease in Childhood*, 2010;95(2):113-118. [citat 22.04.2021] ISSN: 0003-9888. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2009.158485>
255. GOEDECKE, T., ORD, K. et al. Medication errors: new EU good practice guide on risk minimization and error prevention. In: *Drug safety*, 2016; 39(6):491-500. [citat 12.04.2021] ISSN: 0114-5916. Disponibil: DOI: <https://doi.org/10.1007/s40264-016-0410-4>
256. GRAMMA, R., PĂDURE, A. The risk of errors in medication prescription – legal and institutional gaps. In: *Romanian Journal of Legal Medicine*, [online] 2023;31:39-43. ISSN: 1221-8618. Disponibil: DOI: [10.4323/rjlm.2023.39](https://doi.org/10.4323/rjlm.2023.39)
257. GHICAVÎI, V. Utilizarea irațională a medicamentelor și consecințele ei; rolul medicului în selectarea și utilizarea rațională a medicamentelor. In: *Sănătate Publică, Economie și Management și Medicină*, 2020, 2 (84):21-28. ISSN 1729-8687.
258. GHICAVÎI, V., STRATU, E. Selectarea rațională a medicamentului și a strategiei farmacoterapeutice – un imperativ al timpului. In: *Arta Medica*, 2018, 1(66): 9-12. ISSN 1810-1852.
259. SLAWOMIRSKI, L., KLAZINGA, N. The economics of patient safety: from analysis to action. [online] Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; OECD, 2020 [citat la 19.05.2022] Disponibil: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>
260. *Siguranța pacientului în actul medical*. Raport. Observatorul Român de Sănătate 2021. [online] [citat la 19.04.2021] Disponibil: https://observatoruldesanatate.ro/wp-content/uploads/2021/06/raport_ORs_siguranta_pacientului.pdf
261. GRAMMA, R. *Analiza situației actuale ce ține de cadrul normativ în vigoare, mecanismele și instrumentele existente în instituțiile medicale publice stabilite pentru monitorizarea prescrierii rationale a medicamentelor și reducerea și prevenirea polipragmaziei*. Crucea Roșie din Elveția/AO „CASMED”/ AO „HOMECARE”/ SDC. Chișinău, 2021. 48 p. Disponibil: https://invatare.casmed.md/wp-content/uploads/2022/09/Raport_analiza_URM.pdf
262. *Ordinul MS al RM nr.70/1999 cu privire la pregătirea și utilizarea cadrelor farmaceutice în Republica Moldova*, Anexa 10.

263. *Ordinul MS al RM nr. 100/2008 cu privire la Normativele de personal medical.*
264. *Ordinul MS al RM nr. 97/1999 cu privire la aprobarea regulamentului și includerea specialității medic farmacolog-clinician.*
265. ANNALIJN, C., VILAMOVSKA, A.M, DE VRIES, H. et al. *Improving Patient Safety in the EU: Assessing the expected effects of three policy areas for future action.* European Commission. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2008. 126 p. [citată 14.08.2022] Disponibil: https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR596.html
266. *Patient safety. Global action on patient safety.* Report by the Director General. Seventy-second World Health Assembly, 2019 [online] [citată la 21.03.2022] Disponibil: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf
267. RIHMA, M. *Ethics Audit: A Management Tool for Assessing of Corporate Social Responsibility and Preventing Ethical Risks*, Thesis on economics. Tallinn University of Technology. Tallin University Press, 2014. 126 p.
268. BESTE, T. *The Corporate Ethics Audit as a New Tool for Management by Values.* Saarbrücken: VDM Verlag Dr.Müller GmbH&Co, 2011. 75 p. ISBN: 978-3-639-00023-8.
269. BERTHIN, G. *A practical guide to social audit as a participatory tool to strengthen democratic governance, transparency and accountability* [online]. UNDP. Regional Centre for Latin America and the Caribbean, Panama, 2011. [citată 12.11.2023] Disponibil: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/latinamerica/Practical-Guide-to-Social-Audit.pdf>
270. REAMER, F.G. The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Strategy. In: *Social Work*, [online] 2000, 45(4):355-66. [citată 11.10.2023] ISSN: 0037-8046. Disponibil: DOI: [10.1093/sw/45.4.355](https://doi.org/10.1093/sw/45.4.355)
271. OJASOO, M. CSR reporting, stakeholder engagement and preventing hypocrisy through ethics audit. In: *Journal of Global Entrepreneurship Research* [online], 2016, 6(1)14. [citată 17.07.2023]. ISSN: 2251-7316. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s40497-016-0056-9>
272. HOFMANN, P.B. To Minimize Risk, Ethics Audits Are as Essential as Financial Audits. In: *Journal of Healthcare Management*, 2019, 64(2):74–78. [citată 21.09.2023] ISSN: 2047-9700. Disponibil: DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/JHM-D-19-00030>
273. *Conducting an ethics audit at your nonprofit.* National Council of nonprofits. 2023. [online] [accesat la 14.09.2023] Disponibil: <https://www.councilofnonprofits.org/files/media/documents/2023/conducting-an-ethics-audit.pdf>
274. BOKOLIA, S.K. Managerial Ethics. In: *Journal of Emerging Technologies and Innovative Research (JETIR)* [online] 2019, 6(5):29-37. ISSN 2349-5162. Disponibil: <http://www.jetir.org/papers/JETIRCC06006.pdf>
275. DORAN, E., KERRIDGE, I. et al. Ethics Support in Contemporary Health Care: Origins, Practices, and Evaluation'. In: *The Oxford Handbook of Health Care Management*, Ferlie E., Montgomery K, and Reff Pedersen A. (eds). [online] Oxford: Oxford University Press, 2016, pp. 164-187. [citată 11.02.2023] ISBN: 9780198705109. Disponibil: <https://academic.oup.com/edited-volume/28326>

Chestionar pentru angajații instituțiilor medico-sanitare

Stimate Domn/Doamnă,

Sunteți invitat (ă) să participați într-o cercetare cu titlul "*Managementul eticii în instituțiile medico-sanitare pentru respectarea drepturilor omului în prestarea serviciilor de sănătate*" realizată de Rodica Gramma, dr.șt. filosofice, conf. Univ. USMF "Nicolae Testemițanu" în cadrul cercetării de postdoctorat. Scopul cercetării este de a identifica mecanismele și metodele aplicate în instituțiile medico-sanitare din țară pentru a organiza un comportament etic în relațiile dintre angajați, relațiile cu beneficiarii de servicii de sănătate (pacienți și familiile lor), precum și cu partenerii instituției; mecanismele aplicate pentru evaluarea calității instrumentelor etice aplicate în instituțiile medico-sanitare pentru respectarea drepturilor atât a pacienților cât și angajaților instituțiilor medico-sanitare. Participarea d-voastră în acest studiu este absolut confidențială. Dacă acceptați să participați, vă rugăm să completați chestionarul ce urmează. Acesta este anonim. Nu va trebui să indicați careva date cu caracter privat sau informații care v-ar putea identifica.

Studiul se realizează la nivel național, incluzând instituții medico-sanitare spitalicești și din asistența medicală primară. Datele acumulate vor fi analizate pentru a identifica problemele la nivel național și nu pentru particularizarea unei instituții anume. Astfel, răspunsul d-voastră nu va fi atașat la instituția în care activați nemijlocit. Rezultatele analizei efectuate vor fi publicate în țară și peste hotare, dar fără ca să fie menționate careva date identificabile ale participanților în studiu.

În caz dacă aveți întrebări suplimentare cu referire la acest studiu puteți să le adresați cercetătorului la adresa electronică rodica.gramma@gmail.com

I. DATE GENERALE**1. Selectați tipul instituției în care activați**

1	2	3	4	5	6	7
IMSP Spital republican	IMSP Spital municipal	IMSP Spital raional	IMSP instituție AMP	IMSP Spital departamental	Spital privat	Instituție AMP privată

2. Selectați locația instituției

1. Urban	2. Rural
----------	----------

3. Indicați genul d-voastră

1. Feminin	2. Masculin
------------	-------------

4. Indicați vârsta

5. Indicați profesia

1. Medic	2. Asistent medical	3. Personal non-medical
----------	---------------------	-------------------------

6. Indicați angajarea d-voastră

1	Angajat doar într-o instituție medicală publică
2	Angajat doar într-o instituție medicală privată
3	Ambele

7. Indicați normarea muncii Dumneavoastră în instituția la care vă referiți în această evaluare.

1	mai puțin de o norma
2	o norma
3	mai mult de o norma
4	doua norme
5	alt răspuns

8. Indicați specialitatea / domeniul

1	2	3	4	5	6	7
Profil terapeutic	Profil chirurgical	Obstetrică ginecologie	Oncologie	Medicina de familie	Pediatrică	Non-medical

9. Indicați stagiul de muncă

1	2	3	4	5
<5 ani	5-10 ani	11-20 ani	21 -35 ani	> 35 ani

10. Dețineți careva funcție managerială în cadrul instituției (de orice nivel)?

1	2	3	4	5
Nu	șef subdiviziune (serviciu, clinică, departament)	Reprezintă organul de conducere	Șef structură (comitet/ consiliu etc.)	Alta

II. DILEME ETICE

11. Ați întâlnit în activitatea d-voastră practică careva dileme și dificultăți de ordin etic în luarea deciziilor în situații precum cele descrise mai jos (dați-le apreciere, unde 0 va însemna – lipsă dilemelor, 1 – foarte rar întâlnesc dileme; 2 – uneori întâlnesc dileme; 3– frecvent întâlnesc dileme):

1	Relația cu colegii de lucru	0	1	2	3
2	Relația cu șeful / administrația	0	1	2	3
3	Relația cu rudele și reprezentanții legali	0	1	2	3
4	Relația cu pacienții	0	1	2	3
5	Probleme legate de pacienți terminali, la final de viață	0	1	2	3
6	Probleme legate de informare și colectarea acordului informat, decizia pacientului	0	1	2	3
7	Păstrarea confidențialității și divulgarea adevărului despre pacient	0	1	2	3
8	Informarea diagnosticul grav și vestea rea	0	1	2	3
9	Accesul echitabil la investigații diagnostic și tratamente costisitoare	0	1	2	3
10	Lipsa resurselor și / sau alocarea limitată a resurselor în instituție	0	1	2	3
11	Donare de organe și transplantare	0	1	2	3
12	Violarea / protecția drepturilor pacientului	0	1	2	3
13	Probleme legate de cercetarea biomedicală	0	1	2	3
14	Probleme ale reproducerii	0	1	2	3
15	Conflicte de valori religioase și culturale în tratamentul medical	0	1	2	3
16	Altele (indicați)	0	1	2	3
17	Nu am întâlnit niciuna din aceste situații	4			

12. Cu cine preferați să discutați problema etică cu care vă confrunțați ? (pot fi mai multe răspunsuri)

1	Prefer să găsesc singur soluții fără ajutorul cuiva
2	Prefer să discut doar cu colegii nemijlociți
3	Discut cu șeful nemijlocit
4	Prefer să înaintez problema în cadrul ședințelor comune
5	Merg la managerul instituției
6	Mă adresez pentru consultație la comitetul de etică
7	Mă adresez după consultație la jurist
8	Mă adresez după consultație la psiholog
9	Alt răspuns (indicați)

13. Sunt discutate problemele etice în cadrul activității profesionale? (pot fi mai multe răspunsuri)

NU	DA - vă rugăm să selectați locul unde au fost puse în discuție problemele etice:
	1. În întâlniri personale cu managerul / șeful subdiviziunii
	2. La ședințe de lucru
	3. În discuții interpersonale cu colegii
	4. La comitetul de etică a instituției
	5. La conferințe și alte întruniri științifice.
	6. În articolele științifice din revistele de specialitate
	7. Alte ocazii (indicați)

14. Dați apreciere cunoștințelor care le posedați în domeniul gestionării problemelor de ordin etic.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15. Considerați că posedați suficiente cunoștințe în domeniul gestionării problemelor de ordin etic care vă apar în activitatea clinică zilnică? (1 răspuns)

1	Cunoștințele care le posed îmi sunt suficiente pentru a lua decizii în situații de dilemă etică
2	Am nevoie de mai multe informații / cunoștințe în domeniul eticii clinice / medicale
3	Cred că am nevoie de instruire amplă în acest domeniu
4	Mi-i greu să apreciez
5	Alt răspuns (indicați)

16. Sunt discutate probleme ce țin de etică la ședințele cu administrația instituției ? (1 răspuns)

1	Da, frecvent
2	Uneori
3	Foarte rar
4	Foarte rar
5	Mi-i greu să apreciez

17. Cum preferați să procedați, de obicei, sau cum veți proceda în cazul în care observați că cineva din colegi face o greșală de ordin profesional (eroare medicală sau comportament neetic) (1 răspuns)

1	Nu mă implic, deoarece nu e datoria mea să indic greșelile altora, pentru asta alte servicii în instituție
2	Voi încerca să discut cu colegul respectiv și să îi explic, fără a anunța șefii
3	Voi anunța numaidecât șeful, voi denunța problema care o depistez
4	Alt răspuns

18. Alegeți afirmațiile care se potrivesc situației și climatului instituției dvoastră pentru cazul când cineva comite o eroare medicală (pot fi mai multe răspunsuri)

1	Eroarea medicală se recunoaște deschis de toți, fără frică de pedeapsă din partea administrației.
2	Greșelile se ascund și nu se recunosc, din frica de a fi pedepsit
3	Mi-i greu să apreciez
4	Alt răspuns

19. La ce etapă a formării profesionale ați beneficiat de instruiți în domeniul eticii? Pe cât de utile v-au fost acele instruiți pentru procesul de luare a deciziilor, 0 – înseamnă deloc utile, iar 5 - foarte utile.

Nr.	Etapă de formare profesională	NU	DA					
1	În instruirea universitară	NU	0	1	2	3	4	5
2	În instruirea prin rezidențiat	NU	0	1	2	3	4	5
3	În cursuri de formare continuă	NU	0	1	2	3	4	5
4	Prin instruiți periodice la locul de muncă	NU	0	1	2	3	4	5
5	Instruire postuniversitară (masterat, doctorat etc.)	NU	0	1	2	3	4	5

20. Termenul de **Loialitate dublă** în contextul actului medical este situația când lucrătorul medical este pus în fața unor alegeri etice, dintre interesele pacientului și cele ale altor părți implicate. Din tabelul de mai jos **selectați cazurile de loialitate dublă în care ați fost implicat personal.**

1.	Conflict dintre interesele / binele pacientului și interesele economice ale instituției (managerul îmi cere economia resurselor instituționale din contul tratamentului necesar pacientului)
2.	Anumite companii farmaceutice îmi oferă condiții foarte atractive și motivaționale pentru a da preferință în prescrierea anumitor preparate de la anumiți producători
3.	Trebuie să acționez în interesul companiei de asigurări în medicină și respect restricțiile / condițiile impuse, chiar dacă înțeleg că acestea contravin beneficiului pacientului
4.	Situații când consider că sunt cheltuieli inutile pentru societate pentru tratamentul unui anumit pacient (de exemplu, un pacient muribund sau un boschetar bolnav etc.)
5.	Am cazuri când trebuie să promovez / protejiez interesele angajatorului (instituția, ministerul)
6.	Sunt angajat în paralel atât în instituție privată, cât și în instituție publică și sunt cazuri când promovez instituția privată fiindcă sunt motivat financiar.
7.	Cazuri când trebuie să țin parte unui coleg de breaslă față de interesele unui pacient
8.	Nu am întâlnit așa situații
9.	Alte situații (<i>indicați</i>)

III. APRECIEREA CLIMATULUI INSTITUȚIONAL

21. Care dintre aprecieri caracterizează climatul din instituția în care activați? (1 răspuns)

1	Un climat de competiție și rivalitate nesănătoasă, "haită de lupi", fiecare se gândește la propriul beneficiu și profit. Etica nu este abordată ca problemă.
2	Toți înțeleg că ceva nu merge bine, dar nimic concret nu se întreprinde; codul de etică și valorile morale sunt declarate formal.
3	În instituție se monitorizează permanent performanțele etice, dar se aplică măsuri disciplinare și penalizări. Structura etică lucrează slab. Valorile etice se respectă mai mult din frică și obligație.
4	Suntem o instituție în care se încurajează și frecvent se discută comportamentul etic. Ținem la imaginea instituției și fiecare angajat se simte responsabil pentru promovarea valorilor comune.
5	Managementul nu se concentrează pe pedepsirea comportamentelor neetice, dar pe recompensarea celor bune. Suntem cunoscuți ca o instituție integră, cu un grad înalt de moralitate, putem fi considerați model pentru ale instituții.

22. Selectați 3 factori pe care îi considerați caracteristici climatului instituției d-ură. (3 răsp.)

1. Prietenie	2. Stimă și suport	3. Munca în echipă	4. Bunăvoință	5. Indiferență	6. Competiție
7. Favoritism	8. Invidie	9. Ură	10. Frică	11. Profit personal	12. Corupție

23. Apreciați gradul de satisfacție a dumneavoastră de la climatul în care activați în instituție, unde 1 este ne satisfacție majoră, iar 5 – satisfacție înaltă

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

24. Care din următoarele aspecte influențează nivelul de satisfacție a d-voastră față de climatul instituțional, unde 1 – înseamnă importanță minoră, iar 5 – importanță majoră

1	Relația cu pacienții	1	2	3	4	5
2	Relația cu colegii din subdiviziune	1	2	3	4	5
3	Relația cu colegii din alte subdiviziuni	1	2	3	4	5
4	Relația cu șefii	1	2	3	4	5
5	Alta (<i>indicați</i>)	1	2	3	4	5

25. Apreciați pe cât de suficiente sunt măsurile realizate în instituția d-voastră pentru promovarea unui comportament etic în rândul angajaților? (1 răspuns)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

26. Considerați că în instituția d-tră sunt realizate măsuri suficiente pentru a promova un comportament etic al angajaților? (1 răspuns)

1	Consider că sunt realizate măsuri suficiente și într-o formă permanentă
2	Măsurile sunt insuficiente și superficiale
3	Mi-i greu să răspund
4	Alt răspuns

27. Au fost sau sunt aplicate în instituție careva instrumente sau metode de monitorizare și apreciere a climatului instituțional? (1 răspuns)

1.	Niciodată, fiindcă pe șefii mari nu îi interesează problemele angajaților la nivel mai inferior
2	Este periodic apreciată satisfacția angajaților
3	Corpul managerial mereu se interesează de climatul și problemele din subdiviziuni
4	Alt răspuns

28. Este vreo diferență dintre climatul care îl percepeți la nivel de instituție și climatul care îl simțiți în subdiviziunea în care activați? (1 răspuns)

1	Este aceeași situație, nu văd diferențe
2	La nivel instituțional este mai favorabil, iar la nivel de subdiviziune este mai nesatisfăcător
3	La nivel de instituție este mai nesatisfăcător, dar la nivel de subdiviziune, mult mai favorabil

IV. INSTRUMENTE ETICE

29. Cum calificați activitatea comitetului de etică instituțional ? (1 răspuns)

1	Foarte utilă, necesară și eficientă
2	Este o structură formală, nerelevantă
3	Nu cunosc despre acest comitet
4	Mi-i greu să ofer o apreciere

30. Colectivul din instituția d-voastră cunoaște despre deciziile și activitatea comitetului de etică instituțional? (1 răspuns)

1	Da, orice decizie a comitetului de etică este expusă în cadrul unei ședințe pe instituție
2	Aflăm doar de la colegi
3	Colectivul nu cunoaște despre activitatea comitetului de etică
5	Mi-i greu să apreciez
6	Alt răspuns (<i>indicați</i>)

31. Cum sunt aleși membrii comitetului de etică din instituția d-voastră? (1 răspuns)

1	Sunt numiți direct de către managerul instituției, fără a fi consultat colectivul
2	Sunt propuși de către colectiv și sunt selectați prin vot
3	Nu cunosc procedura
4	Nu cunosc despre acest comitet

32. Considerați că actualii membri ai comitetului de etică au suficiente cunoștințe și abilități pentru a discuta și decide asupra unor cazuri de conflict etic din colectiv? (1 răspuns)

1	Da, toți membrii au cunoștințe bune în domeniul eticii și ne sunt model de comportament etic
2	Nu cunosc cine sunt membrii comitetului
3	Nu cred că au cunoștințe suficiente pentru această funcție
4	Mi-i greu să apreciez
5	Alt răspuns

33. Ați apelat vreo dată la comitetul de etică instituțional pentru consultație etică? (1 răspuns)

1	Nu am avut nevoie niciodată
2	Am apelat și am rămas mulțumit de implicare, am fost ajutat
3	Am apelat și am rămas nemulțumit de implicarea comitetului
4	Nu am cunoscut că pot apela
5	Alt răspuns

34. În cazul în care vă confrunțați cu o dilemă de ordin etic, care este atitudinea dumneavoastră față de consultarea comitetului de etică din instituție? (1 răspuns)

1	Mă voi adresa fără ezitare, știu că mă poate asculta
2	Nu cred că membrii comitetului au competența necesară ca să mă ajute
3	Prefer să găsesc soluții fără implicarea multor persoane terțe
4	Mi-i greu să răspund
5	Alt răspuns

35. Dați o apreciere pe cât considerați comportamentul corpului managerial al instituției d-voastră drept model de comportament etic demn de urmat de către angajați, unde 1- foarte puțin și 5 – demn de urmat cu siguranță

1	managerului instituției	1	2	3	4	5
2	vice directorii	1	2	3	4	5
3	șeful nemijlocit al subdiviziunii în care activez	1	2	3	4	5

36. În cazul în care vă confrunțați cu o problemă etică în activitatea profesională, pe cât de confortabil vă simțiți să o raportați sau să discutați despre asta? (1 răspuns)

1	Mă adresez fără ezitare pentru consultare etică către șefi
2	Voi ezita să povestesc despre problema mea din frica de a nu fi considerat neprofesionist
3	Știu că oricum nu voi fi ajutat de nimeni astfel voi încerca să mă descurc singur
4	Pot să fiu certat și penalizat dacă recunosc problema, de aceea voi prefera să nu o spun nimănui
5	Alt răspuns

37. Care este opinia d-voastră despre valorile declarate ale instituției în care activați? (1 răspuns)

1	Sunt valorile care sunt cunoscute și promovate de către toți colegii / angajații
2	Sunt valorile care sunt cunoscute și promovate doar de către unii angajați
3	Sunt declarate formal, nu sunt luate în serios de angajați
4	Angajații nu cunosc aceste valori
5	Mi-i greu să apreciez
6	Alt răspuns

38. În ce măsură sunt respectate aceste valori declarate de către angajații instituției, unde 1 înseamnă foarte puțin respectate, iar 5 – foarte mult respectate:

1	Managerul instituției	1	2	3	4	5
2	Corpul managerial (vice directori, șefii de departamente)	1	2	3	4	5
3	Medici	1	2	3	4	5
4	Asistente medicale	1	2	3	4	5
5	Infirmiere	1	2	3	4	5
6	Personal non-medical	1	2	3	4	5

39. Există în instituția dumneavoastră un cod de etică? (1 răspuns)

1	Ne bazăm pe Codul de Etică a lucrătorului medical, nu avem un alt Cod separat
2	Nu cunosc
3	Avem un cod de etică al instituției care este cunoscut și respectat de fiecare angajat
4	Alt răspuns

40. Cum ați aflat despre principiile etice și valorile care stau la baza activității instituției dumneavoastră? (pot fi mai multe răspunsuri)

1	Mi le-a expus managerul la angajare
2	Mi-au fost explicate de către angajații serviciului resurse umane a instituției
3	Mi le-a explicat șeful nemijlocit prin discuție separată
4	Au fost expuse prin ședințe cu membrii comitetului de etică
5	Sunt discutate periodic în ședințe special dedicate acestor teme organizate de către administrație
6	Le-am aflat de la colegi
7	Nu mi le-a comunicat nimeni
8	Alt răspuns

41. Dați o apreciere situațiilor de integritate, pe cât considerați că sunt specifice pentru instituția d-voastră? Unde 0 este lipsă totală, 1 este – foarte puțin, respectiv, 5 – foarte mult

1	Transparența deciziilor	0	1	2	3	4	5
2	Favoritismul față de unii angajați	0	1	2	3	4	5
3	Conflictul de interese în relații profesionale	0	1	2	3	4	5
4	Competiție nesănătoasă între angajați	0	1	2	3	4	5
5	Influențele necorespunzătoare din partea șefilor	0	1	2	3	4	5

42. Selectați care este implicarea fiecărui din actorii enumerați mai jos în soluționarea problemelor de ordin etic din instituție.

1	Managerul instituției	Deloc	Puțin	Neutru	Uneori	Permanent
2	Vice directorul medical	Deloc	Puțin	Neutru	Uneori	Permanent
3	Șeful subdiviziunii	Deloc	Puțin	Neutru	Uneori	Permanent
4	Comitetul sindical	Deloc	Puțin	Neutru	Uneori	Permanent
5	Serviciul Resurse umane	Deloc	Puțin	Neutru	Uneori	Permanent
6	Psihologul	Deloc	Puțin	Neutru	Uneori	Permanent
7	Juristul	Deloc	Puțin	Neutru	Uneori	Permanent
8	Comitetul de etică	Deloc	Puțin	Neutru	Uneori	Permanent
9	Consiliu medical	Deloc	Puțin	Neutru	Uneori	Permanent
10	Altul (indicați)	Deloc	Puțin	Neutru	Uneori	Permanent

43. Considerați că sunt pregătiți angajații din instituția dumneavoastră să recunoască și să rezolve dileme morale apărute în activitatea profesională? (1 răspuns)

1	Da, avem un colectiv cu valori morale înalte și capacitate de analiză etică
2	Nu, mulți au nevoie de instruiri suplimentare
3	Mi-i greu să răspund
4	Alt răspuns

44. Care este, de obicei, finalitatea unui caz care implică probleme de ordin etic din instituția d-voastră? (pot fi mai multe răspunsuri)

1	De obicei, persoana vinovată este penalizată / pedepsită și atât
2	Persoana vinovată este trimisă la cursuri de instruire etică
3	Se termină totul doar cu discuții zgomotoase, nimic nu se schimbă după aceasta
4	Sunt elaborate măsuri constructive pentru prevenirea situațiilor similare pe viitor
5	Mi-i greu să apreciez
6	Alt răspuns

V. CONDIȚII PENTRU RESPECTAREA DREPTURILOR PACIENTULUI

45. Dați o apreciere condițiilor asigurate în instituția d-voastră pentru protejarea confidențialității informației medicale despre pacient, unde 1 înseamnă protejare foarte slabă, iar 5 - siguranță maximă

1	Condițiile de păstrarea a fișelor medicale în format de hârtie	1	2	3	4	5
2	Condiții de acces și stocare a informației medicale electronice / baze de date	1	2	3	4	5
3	Condiții pentru comunicarea în privat cu pacientul și rudele	1	2	3	4	5
4	Condiții pentru investigarea pacientului (prezența separatoarelor, perdea(etc.)	1	2	3	4	5
5	Condiții pentru discutarea informației sensibile despre pacient cu alți medici	1	2	3	4	5
6	Altele	1	2	3	4	5

46. Pe cât credeți că asigurați personal protejarea confidențialității în activitatea d-voastră?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

47. Dați apreciere pe cât sunt de asigurate condiții specifice în instituția care activați pentru protejarea confidențialității?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

48. Care este propria percepție a încălcării confidențialității în instituția d-voastră? (1 răspuns)

1	Consider că este o problemă serioasă pentru instituția în care activez, dar nu mă afectează personal
2	M-am ciocnit personal cu probleme în relația cu pacienții din cauza condițiilor insuficiente de protecție a confidențialității din instituție
3	Condițiile de protecție sunt asigurate, nu există riscuri majore, sunt satisfăcut de condițiile existente
4	Nu mă interesează și nu am nici o opinie față de acest subiect
5	Mi-i greu să apreciez

49. Dați o apreciere procesului de informare și discuție cu pacientul prin următoarele instrumente din instituție d-voastră, unde 1 – înseamnă insuficient, iar 5 – frecvent

1	Fișele de acord informat sunt corespunzătoare actului medical	1	2	3	4	5
2	Este rezervat timp suficient pentru comunicarea cu fiecare pacient	1	2	3	4	5
3	Comunicarea cu pacientul este amplă și adecvată actului medical	1	2	3	4	5
4	Aplicăm o procedură clară cu referire la comunicarea cu pacientul alolingv	1	2	3	4	5
5	Aplicăm o procedură clară în caz de refuz al pacientului / formular de refuz	1	2	3	4	5
6	Aplicăm o procedură clară cu referire la delegarea deciziei pacientului către reprezentatul legal sau aparținători	1	2	3	4	5

50. Acordul informat standardizat trebuie să conțină partea de informare, cu descrierea amplă a actului medical, scop, complicații și riscuri, precum și partea de avizare – unde pacientul își pune semnătura. Care este situația în instituția d-ră cu referire la implementarea Acordului informat? (1 răspuns)

1.	Avem doar modelul acordului informat standard care se semnează la internare, conform Ordinului MS nr. 303 din 2010
2	Avem acorduri informat standardizate elaborate în instituție pentru fiecare procedură / intervenție invazivă separată
3	Nu avem niciun model de Acord informat în instituție
4	Nu cunosc

51. Dați o apreciere personală a rolului fișelor de Acord informat din instituție (1 răspuns)

1	Sunt formale și nu le înțeleg utilitatea
2	Sunt foarte utile și ne protejează în relația cu pacientul
3	Nu mă pot aprecia
4	Alt răspuns

52. Cum apreciați nivelul de respectare a dreptului pacientului la autonomie și demnități pacientului, unde 1 va însemna slab respectat, iar 5 – respectare maximă și suficientă

1	Pacientului îi sunt explicate mereu alternativele tratamentului și poate alege	1	2	3	4	5
2	Refuzul pacientului de la tratament este discutat detaliat și consiliat	1	2	3	4	5
3	Sunt respectate valorile religioase și culturale ale pacientului	1	2	3	4	5
4	Avem un algoritm clar pentru managementul durerii și evitarea suferinței	1	2	3	4	5
5	Pacienții sunt tratați cu respect și bunăvoință, fără discriminare	1	2	3	4	5

53. Apreciați nivelul de respectare a siguranței pacientului în instituția d-vastră (1 - va însemna slab respectat, iar 5 – respectare maximă și suficientă) prin implementarea procedurilor pentru:

1	Controlul strict al infecțiilor nozocomiale	1	2	3	4	5
2	Prevenirea polipragmăziei	1	2	3	4	5
3	Evitarea erorilor de medicație	1	2	3	4	5
4	Evitarea căderii și accidentelor pacienților	1	2	3	4	5
5	Evitarea erorilor aparatelor și echipamentelor neconforme	1	2	3	4	5
6	Evitarea greșelilor de identificare a pacientului	1	2	3	4	5

54. În cazul în care aveți un pacient alolingv (pentru respondenți vorbitori de română un pacient alolingv este vorbitor în limba rusa, pentru respondenți vorbitori în rusa un pacient alolingv este vorbitor în limba română) cum veți proceda ? (1 răspuns)

1	Refuz comunicarea
2	Nu consider o problema comunicare cu astfel de pacient
3	Invit un coleg vorbitor de limba vorbită de pacient
4	Alt răspuns

55. Exista în instituție o procedură special dedicată situațiilor de comunicare cu pacienți vorbitori în alte limbi internaționale (1 răspuns)

1	Nu cunosc
2	Nu consider necesară
3	Nu avem așa procedură
4	Avem o procedură clară aprobată de instituție

56. Care considerați că este imaginea în societate a instituției în care activați? (1 răspuns)

1. Imagine foarte proastă	2. Imagine slabă	3. Imagine obișnuită ca orice IMSP din țară.	4. Imagine bună	5. Imagine foarte bună
---------------------------	------------------	--	-----------------	------------------------

57. Ce măsuri credeți că ar trebui de realizat pentru îmbunătățirea relațiilor și comportamentelor în instituția d-vastră? Propuneri, sugestii, doleanțe pentru îmbunătățirea eticii instituției d-văstră.

VĂ MULȚUMIM!

Chestionar pentru evaluarea comitetului instituțional de etică/bioetică

Stimate Domn/Doamnă,

Instituția dvoastră este invitată să participați într-o cercetare cu titlul "*Managementul eticii în instituțiile medico-sanitare pentru respectarea drepturilor omului în prestarea serviciilor de sănătate*" realizată de Rodica Gramma, dr.șt. filosofice, conf. univ. USMF "Nicolae Testemițanu" în cadrul cercetării de postdoctorat. Unul dintre obiectivele cercetării este de a identifica rolul și locul comitetelor de etică din instituțiile medico-sanitare din țară ca instrumente etice pentru promovarea valorilor etice, implicarea în soluționarea dilemelor etice și respectarea drepturilor atât a pacienților cât și angajaților instituțiilor medico-sanitare.

Acest chestionar este trimis către în toate instituțiile medico-sanitare spitalicești și de AMP din țară. Datele acumulate vor fi anonimizate și analizate pentru a identifica problemele la nivel național și nu pentru particularizarea unei instituții anume. Astfel, răspunsul d-voastră nu va fi atașat la instituția care o reprezentați. Rezultatele analizei efectuate vor fi publicate în țară și peste hotare, dar fără ca să fie menționate careva date identificabile ale participanților în studiu.

Dacă aveți întrebări suplimentare studiu le puteți adresa rodica.gramma@gmail.com

3. Selectați tipul instituției în care activați

1	2	3	4	5	6	7
IMSP Spital republican	IMSP Spital municipal	IMSP Spital raional	IMSP instituție AMP	IMSP Spital departamental	Spital privat	Instituție AMP privată
4. Indicați numărul total de angajați (persoane fizice, inclusiv cei prin cumul)						
3	Cum se numește comitetul ?			Comitet de etică		
				Comitet de bioetică		
4	Anul creării Comitetului de etică / bioetică					
5	Numărul de membri ai comitetului, separat după gen (la moment)			Femei -		
				Bărbați -		
6	Vârsta membrilor			≤ 25 ani -		
				26-35 ani -		
				36-45 ani -		
				46-55 ani -		
				56-65 -		
				≥ 65 ani -		
7	Componența comitetului (indicați numărul de persoane la fiecare specialitate)			1. Reprezentanți conducere /vice directori -		
				2. Medici -		
				3. Asistenți medicali -		
				4. Jurist -		
				5. Psiholog -		
				6. Asistent social -		
				7. Preot -		
				8. Altele (indicați) -		
8	Cât de frecvent se întrunește comitetul d-voastră? (selectați 1 răspuns)-			1. Doar la necesitate		
				2. Semestrial		
				3. Trimestrial		
				4. Lunar		

		5. Alt răspuns
9	Câte ședințe ați avut pe parcursul anului? (indicați numărul ședințelor)	2019 - 2020 - 2021 -
10	Cine decide cu referire la necesitatea întrunirilor? - (pot fi 1 sau mai multe răspunsuri)	1. Managerul instituției emite indicație 2. Președintele comitetului vine cu solicitare 3. Alt răspuns
11	Care au fost temeiurile pentru organizarea ședinței comitetului? (pot fi unul sau mai multe răspunsuri) -	1. Indicația managerului pentru discutarea unei petiții / plângeri 2. Solicitare din partea unui angajat 3. Solicitare din partea unui pacient / rude 4. Alta
12	Selectați câte dintre subiectele enumerate au fost discutate în cadrul ședințelor comitetului d-voastră, în cazul în care subiectul nu a fost discutat niciodată, puneți 0 (zero)	
a.	Cazuri de conflicte în relația dintre colegii de lucru	
b.	Cazuri de conflicte în relația angajaților cu șeful / administrația	
c.	Cazuri de conflicte cu rudele și reprezentanții legali ai pacienților	
d.	Cazuri de conflicte în relația cu pacienții	
e.	Luarea unor decizii legate de pacienți terminali, la final de viață	
f.	Cazuri de conflicte legate de informare și decizia pacientului	
g.	Cazuri de păstrarea confidențialității și divulgarea informației despre pacient	
h.	Decizii cu privire la accesul la investigații diagnostic și tratamente costisitoare	
i.	Lipsa resurselor și / sau alocarea limitată a resurselor în instituție	
j.	Donare de organe și transplantare	
k.	Violarea / protecția drepturilor pacientului	
l.	Probleme legate de cercetarea biomedicală	
m.	Probleme ale reproducerii (avort, reproducere asistată medical etc.)	
n.	Conflicte de valori religioase și culturale în tratamentul medical	
o.	Altele (indicați)	
13	Considerați că membrii comitetului au suficiente cunoștințe în domeniul eticii / bioeticii pentru a participa în dezbateri etice și de a oferi consultanță etică? Oferiți o apreciere, unde 1 – înseamnă cunoștințe slabe, iar 5 – foarte bine instruiți :	1 2 3 4 5
14	Indicați câți dintre membrii comitetului au instruire specializată certificată în etică și locul / instituții unde aceștia au primit-o	
15	Care considerați că este rolul Comitetului de etică din instituție? (pot fi mai multe răspunsuri)	
a.	Să identifice problemele etice din instituție și să anunțe administrația	
b.	Să analizeze cazurile când sunt conflicte etice dintre angajați	
c.	Să analizeze cazurile când sunt conflicte etice cu pacienții și rudele	
d.	Să ajute medicii să ia decizii în situații complicate din punct de vedere etic (de ex., deconectare de aparate, decizii în transplantologie, întreruperea alimentației artificiale etc.)	
e.	Să organizeze instruirii și întâlniri tematice cu angajații instituției pe teme etice	
f.	Să evalueze și să monitorizeze cercetările clinice	
g.	Alt răspuns	

Aprobat la ședința Comitetului de Etică a Cercetării al USM "Nicolae Testemițanu"
Aviz nr.1 din data de 16.02.2022

Chestionar pentru membrii comitetului instituțional de etică/bioetică

Stimate Domn/Doamnă,

Sunteți invitat (ă) să participați într-o cercetare cu titlul "*Managementul eticii în instituțiile medico-sanitare pentru respectarea drepturilor omului în prestarea serviciilor de sănătate*" realizată de Rodica Gramma, dr.șt. filosofice, conf. univ. USMF "Nicolae Testemițanu" în cadrul cercetării de postdoctorat. Unul dintre obiectivele cercetării este de a identifica rolul și locul comitetelor de etică din instituțiile medico-sanitare din țară ca instrumente etice pentru promovarea valorilor etice, implicarea în soluționarea dilemelor și respectarea drepturilor pacienților și angajaților instituțiilor medico-sanitare.

Participarea d-voastră în acest studiu este absolut confidențială. Dacă acceptați să participați, vă rugăm să completați chestionarul ce urmează. Acesta este absolut anonim. Nu va trebui să indicați careva date cu caracter privat sau informații care v-ar putea identifica. La completarea chestionarului nu sunt înregistrate datele personale care v-ar putea identifica. De aceea, vă încurajăm să ne răspundeți sincer la întrebările adresate, fără teama unor repercusiuni.

Studiul se realizează la nivel național, incluzând instituții medico-sanitare spitalicești și din asistența medicală primară. Datele acumulate vor fi analizate pentru a identifica problemele la nivel național și nu pentru particularizarea unei instituții anume.

Rezultatele analizei efectuate vor fi publicate în țară și peste hotare, dar fără ca să fie menționate careva date identificabile ale participanților în studiu sau instituțiilor.

În caz dacă aveți întrebări suplimentare cu referire la acest studiu puteți să le adresați cercetătorului la adresa electronică rodica.gramma@gmail.com

II. DATE GENERALE

1. Selectați tipul instituției în care activați

1	2	3	4	5	6	7
IMSP Spital republican	IMSP Spital municipal	IMSP Spital raional	IMSP instituție AMP	IMSP Spital departamental	Spital privat	Instituție AMP privată

2. Selectați locația instituției

1. Urban	2. Rural
----------	----------

3. Indicați genul d-voastră

1.Feminin	2. Masculin
-----------	-------------

4. Indicați vârsta d-voastră

5. Indicați funcția / profesia d-voastră

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Administrația instituției	Șef secție / departament	Medic	Asistent medical	Jurist	Psiholog	Asistent social	Preot	Alta (indicați)

6. Indicați stagiul de muncă

1	2	3	4	5
<5 ani	5-10 ani	11-20 ani	21 -35 ani	> 35 ani

7. Indicați perioada de când sunteți membru al comitetului de etică / bioetică

1	2	3	4
< 1 an	1-3 ani	3-5 ani	> 5 ani

3. CALITATEA DE MEMBRU AL COMITETULUI

8. Selectați opțiunea prin care ați fost ales ca membru al comitetului (1 răspuns)

1	Prin vot la ședința comună a colectivului
2	La decizia administrației
3	Nu cunosc, doar am fost informat că sunt membru
4	Alt răspuns

9. De ce credeți că ați fost ales membru al acestui comitet? (1 răspuns)

1	Sunt o persoană onestă și corectă, am un comportament etic și colegii au apreciat asta
2	Am instruit în domeniul eticii și abilitatea de a evalua etic problemele practice
3	Din cauza funcției de serviciu care o îndeplinesc
4	Mi-i greu să apreciez

10. Cum vă apreciați în calitate de membru al comitetului de etică? (1 răspuns)

1	Mă simt mândru și onorat să fac parte din acest comitet
2	Nu am nici o apreciere
3	Este o responsabilitate în plus

11. Dați o apreciere rolului comitetului de etică în instituția d-voastră (1 răspuns)

1	Este o structură foarte importantă și utilă
2	Este o structură formală creată doar din cauza cerințelor pentru acreditare
3	Mi-i greu să apreciez

12. Cât de frecvent se întrunește comitetul d-voastră? (1 răspuns)

1.Doar la necesitate	2.Semestrial	3.Trimestrial	4. Lunar	5.Nu cunosc	6.Alt răspuns
----------------------	--------------	---------------	-------------	-------------	---------------

13. Când a fost ultima ședință? (1 răspuns)

1	2	3	4	5	6	7
În ultimele 3 luni	În ultimele 6 luni	>6 luni	> 1 an	>2 ani	Nu țin minte	Alt răspuns

4. DILEME ETICE

14. Apreciați din șirul de mai jos problemele care au fost puse în discuție la comitetul de etică din care faceți parte (unde 0 va însemna – nici odată, 1 – foarte rar, 5 - foarte frecvent discutate):

1	Cazuri de conflicte în relația dintre colegii de lucru	0	1	2	3	4	5
2	Cazuri de conflicte în relația angajaților cu șeful / administrația	0	1	2	3	4	5
3	Cazuri de conflicte cu rudele și reprezentanții legali ai pacienților	0	1	2	3	4	5
4	Cazuri de conflicte în relația cu pacienții	0	1	2	3	4	5
5	Luarea unor decizii legate de pacienți terminali, la final de viață	0	1	2	3	4	5
6	Cazuri de conflicte legate de informare și decizia pacientului	0	1	2	3	4	5
7	Cazuri de păstrarea confidențialității pacientului și divulgarea informației	0	1	2	3	4	5
9	Decizii cu privire la accesul la investigații și tratamente costisitoare	0	1	2	3	4	5
10	Lipsa resurselor și / sau alocarea limitată a resurselor în instituție	0	1	2	3	4	5
11	Donare de organe și transplantare	0	1	2	3	4	5
12	Violarea / protecția drepturilor pacientului	0	1	2	3	4	5
13	Probleme legate de cercetarea biomedicală	0	1	2	3	4	5
14	Probleme ale reproducerii (avort, reproducere asistată medical etc.)	0	1	2	3	4	5
15	Conflicte de valori religioase și culturale în tratamentul medical	0	1	2	3	4	5
16	Altele (indicați)	0	1	2	3	4	5

15. Cum vă comportați de obicei când e pusă în discuție o problemă în cadrul comitetului? (1 răspuns)

1	Mereu particip în discuție, îmi expun liber opinia și îmi argumentez poziția mea
2	Prefer să mă abțin, accept ce decide majoritatea
3	Alt răspuns

16. Care credeți că ar trebui să fie rolul Comitetului de etică din instituție? (pot fi mai multe răspunsuri)

1	Să identifice problemele etice din instituție și să anunțe administrația
2	Să analizeze cazurile când sunt conflicte etice dintre angajați
3	Să analizeze cazurile când sunt conflicte etice cu pacienții și rudele
4	Să ajute medicii să ia decizii în situații complicate a deciziei etice (deconectare de aparate, decizii în transplantologie, întreruperea alimentației artificiale a pacientului incurabil etc)
5	Să organizeze instruirii și întâlniri tematice cu angajați instituției pe teme etice
6	Nu știu, mi-i greu să apreciez
7	Alt răspuns

17. Consultația etică clinică (CEC) este propusă ca un suport pentru personalul medical de a lua decizii în cazuri de dileme etice în practică zilnică. Pe cât considerați că este implicat comitetul de etică din care faceți parte în CEC? Unde 0 înseamnă deloc implicat, 1 – foarte puțin, respective 5 – foarte mult implicat

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

5. COMPETENȚE ETICE

18. Cum ați fost informat despre ce înseamnă activitatea unui comitet de etică? (1 răspuns)

1	La ședință ne-a fost citit regulamentul
2	Cunosc de la sine, nu am fost informat special
3	Nu am fost informat și nu prea înțeleg nici acum
4	Alt răspuns

19. Aveți careva instruirii în domeniul eticii clinice? (pot fi mai multe răspunsuri)

1	Da, în cadrul cursurilor de la facultate
2	Da, prin cursuri de formare continue de specialitate
3	Da, prin cursuri de formare continue special dedicate eticii
4	Nu

20. Dați o apreciere nivelului propriu de cunoștințe care îl posedați în domeniul eticii clinice și a abilităților necesare ca membru a unui comitet de etică. (1 răspuns)

1	2	3	4	5
Insuficient	Satisfăcător	Bun	Foarte bun	Mi-i greu să apreciez

21. Ați dori careva instruirii dedicate subiectelor etice care v-ar ajuta în activitatea de membru al comitetului de etică? (1 răspuns)

1 Da, ar fi foarte necesare	2 La decizia șefilor	3 .Nu știu	4. Nu am nevoie
-----------------------------	----------------------	------------	-----------------

22. Dacă ar fi instruirii, cum considerați că ar fi trebuit organizate?

1	Prin cursuri certificate, dedicate special pentru membrii comitetelor de etică
2	Prin instruirii periodice la locul de muncă
3	O instruire inițială ar fi suficient
4	Prin diseminare a mai multor materiale și ghiduri relevante activității Comitetelor de etică
5	Mi-I greu să apreciez

23. Care este punctul-forțe al comitetului de etică în care activați? _____

24. Care este punctul slab al comitetului de etică în care activați?

25. Cum credeți, ce stă la baza deciziei comitetului d-voastră în cazul unei dileme etice ?

1	Bunul simț și cei ”7 ani de acasă” a fiecărui membru
2	Loialitatea față de administrația instituției
3	Cunoștințe specifice în domeniul eticii
4	Conformitatea cu actele normative în vigoare
5	Mi- greu să apreciez

Ghid pentru discuții în focus grupuri

Valori instituționale și politici instituționale

Sunt stabilite în instituția d-voastră misiunea și valorile instituționale? Cum a fost organizat procesul în stabilire a acestora? Cum sunt promovate printre angajați? Sunt publice aceste valori? Aveți aprobat la nivel de instituție un cod de etică? Dacă da, cum a fost elaborat și promovat? Aveți un sistem de suport / motivare a comportamentelor etice pozitive? Cum sunt informați angajați noi despre valorile etice / codul etic al instituției?

Dileme și decizii etice

Cine e responsabil de prevenire și soluționarea problemelor etice în instituție? Aveți careva proceduri dedicate deciziilor etice în situații de conflict sau dileme etice? Sunteți satisfăcut personal de comportamentul membrilor colectivului d-voastră, în genere? Cum se procedează în cazul o persoană se confruntă cu o dilemă etică? Ați întâlnit situații de loialitate dublă în activitatea d-voastră?

Comitetul de etică

Care vă este opinia cu referire la utilitatea și relevanța comitetului de etică? Argumentați. Sunt instruiți suficient membrii comitetului de etică? Care sunt principiile în baza cărora au fost aleși membrii comitetului de etică? Ați apelat la acest comitet?

Instruiri

Aveți organizate în instituție instruiri în domeniul eticii? Care le este periodicitatea? Cine le realizează? Dați o apreciere asupra necesității instruirii angajaților în domeniul eticii.

Drepturile pacientului

Cum sunt promovate drepturile pacienților? Cum apreciați respectarea confidențialității? Credeți că procesul de comunicare cu pacienții este bun în instituție? Cum apreciați acordurile informate existente? Sunt utile? Cum se procedează în caz de refuz din partea pacientului? Considerați că pacienții sunt în siguranță?

Satisfacția angajaților

Cât de satisfăcuți sunt angajații de mediul etic din instituția dumneavoastră? Argumentați. Este etica inclusă în performanța profesională a angajaților în instituția d-voastră? Cum se procedează când un angajat greșeste? Numiți 3 valori care vă caracterizează instituția.

Viziuni

Care sunt laturile care credeți că ar trebui îmbunătățite cu referire la aspectul etic al instituției? Cum ar putea fi acestea realizate?

Ghid pentru interviuri individuale

Valori instituționale și politici instituționale

Oferiți 3 adjective care vă caracterizează climatul din instituția d-vastră. Argumentați.

De la 1 la zece, dați o apreciere, pe cât considerați că este etica o prioritate în instituția d-vastră?

Dacă ați putea schimba ceva, cu ce ați începe? De ce?

Considerați că pentru managerul instituției d-vastră este importantă dimensiunea etică a instituției?

Cine ar putea fi considerat drept model de comportament în instituția d-vastră? De ce?

Dileme și decizii etice

Cum procedați de obicei când sunteți în situații de conflict sau dileme etice? La cine preferați să vă adresați?

Ați întâlnit situații de loialitate dublă în activitatea d-vastră?

Comitetul de etică

Care vă este opinia cu referire la utilitatea și relevanța comitetului instituțional de etică? Argumentați.

Considerați că sunt instruiți suficient membrii comitetului de etică? Care sunt principiile în baza cărora au fost aleși membrii comitetului de etică? Ați apelat la acest comitet?

Instruiri

Aveți organizate în instituție instruiri în domeniul eticii? Care le este periodicitatea? Cine le realizează? Dați o apreciere asupra necesității instruirii angajaților în domeniul eticii în instituția d-vastră.

Drepturile pacientului

Cum sunt promovate drepturile pacienților în instituția d-vastră?

Cum apreciați respectarea confidențialității?

Credeți că procesul de comunicare cu pacienții este bun în instituție? Cum apreciați acordurile informate existente? Sunt utile? Cum se procedează în caz de refuz din partea pacientului?

Considerați că pacienții sunt în siguranță?

Satisfacția angajaților

Cât de satisfăcuți sunt angajații de condițiile din instituția dumneavoastră? Argumentați.

Este etica inclusă în performanța profesională a angajaților în instituția d-vastră?

Cum se procedează când un angajat greșeste?

Viziuni

Care sunt laturile care credeți că ar trebui îmbunătățite cu referire la aspectul etic al instituției? Cum ar putea fi acestea realizate?

Analiza drepturilor pacientului prin prisma drepturilor fundamentale ale omului

	Drepturile pacientului	Drepturile Fundamentale ale Omului
1	Dreptul la măsuri preventive	Dreptul la sănătate
2	Dreptul la acces la servicii de sănătate	Dreptul la sănătate; dreptul la nediscriminare
3	Dreptul la informare	Dreptul la informare
4	Dreptul de a consimți	Dreptul la integritate corporală; dreptul la libertate și securitate; dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor inumane și degradante; dreptul la viață privată; dreptul la sănătate.
5	Dreptul la alegere	Dreptul la integritate corporală; dreptul la libertate și securitate; dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor inumane și degradante; dreptul la viață privată; dreptul la sănătate.
6	Dreptul la confidențialitate	Dreptul la viață privată
7	Dreptul pentru respectarea timpului pacientului	Dreptul la viață; dreptul la sănătate, dreptul la nediscriminare
8	Dreptul la servicii calitative	Dreptul la viață; dreptul la sănătate
9	Dreptul la siguranță	Dreptul la viață; dreptul la sănătate
10	Dreptul la inovație	Dreptul la sănătate; dreptul de a beneficia de rezultatele progresului științific, dreptul la nediscriminare
11	Dreptul de a fi evitate suferința și durerea inutilă	Dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor inumane și degradante
12	Dreptul pentru tratament personalizat	Dreptul la sănătate; dreptul la nediscriminare
13	Dreptul de a se plânge	Dreptul la remediere
14	Dreptul pentru recompense	Dreptul la remediere

Aprecierea valorilor după profesia respondenților, % și valori absolute

P-value: 0.0000
Chi-squared: 95.42

Valori_in_institutie versus Profesia.
Frecvențe absolute și relative cu 95%CI

Munca în echipă	271 (26.6%) CI 23.9-29.4	434 (20.5%) CI 18.8-22.3	29 (25.4%) CI 17.7-34.4	25
Stimă și suport reciproc	222 (21.8%) CI 19.3-24.4	373 (17.7%) CI 16.0-19.3	22 (19.3%) CI 12.5-27.7	20
Bunăvoință	144 (14.1%) CI 12.0-16.4	293 (13.9%) CI 12.4-15.4	18 (15.8%) CI 9.6-23.8	15
Prietenie	124 (12.2%) CI 10.2-14.3	159 (7.5%) CI 6.4-8.7	9 (7.9%) CI 3.7-14.5	10
Favoritism	34 (3.3%) CI 2.3-4.6	165 (7.8%) CI 6.7-9.0	5 (4.4%) CI 1.4-9.9	5
Competiție nesănătoasă	49 (4.8%) CI 3.6-6.3	144 (6.8%) CI 5.8-8.0	6 (5.3%) CI 2.0-11.1	
Profit personal	45 (4.4%) CI 3.2-5.9	142 (6.7%) CI 5.7-7.9	7 (6.1%) CI 2.5-12.2	
Indiferență	33 (3.2%) CI 2.2-4.5	132 (6.2%) CI 5.3-7.4	6 (5.3%) CI 2.0-11.1	
Frică	50 (4.9%) CI 3.7-6.4	97 (4.6%) CI 3.7-5.6	5 (4.4%) CI 1.4-9.9	
Invidie	29 (2.8%) CI 1.9-4.1	109 (5.2%) CI 4.3-6.2	4 (3.5%) CI 1.0-8.7	
Corupție	14 (1.4%) CI 0.8-2.3	36 (1.7%) CI 1.2-2.4	2 (1.8%) CI 0.2-6.2	
Ură	4 (0.4%) CI 0.1-1.0	29 (1.4%) CI 0.9-2.0	1 (0.9%) CI 0.0-4.8	
	Asistent/ă	Medic	Non-medical	

Aprecierea valorilor după specialități, % și cifre absolute

P-value: 0.0000
Chi-squared: 283.45

Valori în institutie versus Specialitatea.
Frecvențe absolute și relative cu 95%CI

Munca în echipă	149 (27.1%) CI 23.5-31.1	79 (22.0%) CI 17.8-26.7	16 (9.5%) CI 5.5-14.9	84 (26.8%) CI 21.9-32.0	184 (20.5%) CI 17.9-23.3	186 (23.5%) CI 20.5-26.6	36 (22.0%) CI 15.9-29.1	25
Stimă și suport reciproc	133 (24.2%) CI 20.7-28.0	60 (16.7%) CI 13.0-21.0	12 (7.1%) CI 3.7-12.1	72 (22.9%) CI 18.4-28.0	150 (16.7%) CI 14.3-19.3	159 (20.1%) CI 17.3-23.0	31 (18.9%) CI 13.2-25.7	20
Bunăvoință	98 (17.9%) CI 14.7-21.3	47 (13.1%) CI 9.8-17.0	13 (7.7%) CI 4.2-12.8	45 (14.3%) CI 10.6-18.7	108 (12.0%) CI 10.0-14.3	120 (15.1%) CI 12.7-17.8	24 (14.6%) CI 9.6-21.0	15
Prietenie	73 (13.3%) CI 10.6-16.4	23 (6.4%) CI 4.1-9.5	2 (1.2%) CI 0.1-4.2	33 (10.5%) CI 7.3-14.4	66 (7.3%) CI 5.7-9.3	81 (10.2%) CI 8.2-12.5	14 (8.5%) CI 4.7-13.9	10
Favoritism	19 (3.5%) CI 2.1-5.4	31 (8.6%) CI 5.9-12.0	23 (13.6%) CI 8.8-19.7	11 (3.5%) CI 1.8-6.2	69 (7.7%) CI 6.0-9.6	43 (5.4%) CI 4.0-7.2	8 (4.9%) CI 2.1-9.4	5
Competiție nesănătoasă	16 (2.9%) CI 1.7-4.7	28 (7.8%) CI 5.2-11.1	21 (12.4%) CI 7.9-18.4	16 (5.1%) CI 2.9-8.1	72 (8.0%) CI 6.3-10.0	36 (4.5%) CI 3.2-6.2	10 (6.1%) CI 3.0-10.9	
Profit personal	11 (2.0%) CI 1.0-3.6	22 (6.1%) CI 3.9-9.1	29 (17.2%) CI 11.8-23.7	14 (4.5%) CI 2.5-7.4	63 (7.0%) CI 5.4-8.9	48 (6.1%) CI 4.5-7.9	7 (4.3%) CI 1.7-8.6	
Indiferență	16 (2.9%) CI 1.7-4.7	18 (5.0%) CI 3.0-7.8	20 (11.8%) CI 7.4-17.7	12 (3.8%) CI 2.0-6.6	60 (6.7%) CI 5.1-8.5	34 (4.3%) CI 3.0-5.9	11 (6.7%) CI 3.4-11.7	
Frică	17 (3.1%) CI 1.8-4.9	22 (6.1%) CI 3.9-9.1	13 (7.7%) CI 4.2-12.8	10 (3.2%) CI 1.5-5.8	50 (5.6%) CI 4.2-7.3	32 (4.0%) CI 2.8-5.6	8 (4.9%) CI 2.1-9.4	
Invidie	10 (1.8%) CI 0.9-3.3	22 (6.1%) CI 3.9-9.1	12 (7.1%) CI 3.7-12.1	11 (3.5%) CI 1.8-6.2	45 (5.0%) CI 3.7-6.6	35 (4.4%) CI 3.1-6.1	7 (4.3%) CI 1.7-8.6	
Corupție	2 (0.4%) CI 0.0-1.3	5 (1.4%) CI 0.5-3.2	7 (4.1%) CI 1.7-8.3	4 (1.3%) CI 0.3-3.2	18 (2.0%) CI 1.2-3.1	11 (1.4%) CI 0.7-2.5	5 (3.0%) CI 1.0-7.0	
Ură	5 (0.9%) CI 0.3-2.1	2 (0.6%) CI 0.1-2.0	1 (0.6%) CI 0.0-3.3	2 (0.6%) CI 0.1-2.3	13 (1.4%) CI 0.8-2.5	8 (1.0%) CI 0.4-2.0	3 (1.8%) CI 0.4-5.3	
	Medicina de familie	Obstetrică ginecologie	Oncologie	Pediatrie	Profil chirurgical	Profil terapeutic	non-medical	

Aprecierea valorilor după stagiul de muncă a respondenților, % și cifre absolute

P-value: 0.0000
Chi-squared: 126.59

Valori în instituție versus Stagiul. Frecvențe absolute și relative cu 95%CI

Munca în echipă	81 (18.2%) CI 14.8-22.2	108 (20.3%) CI 16.9-23.9	164 (22.7%) CI 19.7-25.9	246 (24.0%) CI 21.4-26.7	135 (26.0%) CI 22.3-30.0
Stimă și suport reciproc	75 (16.9%) CI 13.5-20.7	87 (16.3%) CI 13.3-19.7	135 (18.6%) CI 15.9-21.7	205 (20.0%) CI 17.6-22.6	115 (22.2%) CI 18.7-26.0
Bunăvoință	44 (9.9%) CI 7.3-13.1	55 (10.3%) CI 7.9-13.2	109 (15.1%) CI 12.5-17.9	158 (15.4%) CI 13.2-17.8	89 (17.1%) CI 14.0-20.7
Prietenie	40 (9.0%) CI 6.5-12.1	47 (8.8%) CI 6.6-11.6	60 (8.3%) CI 6.4-10.5	87 (8.5%) CI 6.8-10.4	58 (11.2%) CI 8.6-14.2
Favoritism	35 (7.9%) CI 5.6-10.8	34 (6.4%) CI 4.5-8.8	48 (6.6%) CI 4.9-8.7	65 (6.3%) CI 4.9-8.0	22 (4.2%) CI 2.7-6.3
Competiție nesănătoasă	36 (8.1%) CI 5.7-11.0	31 (5.8%) CI 4.0-8.2	41 (5.7%) CI 4.1-7.6	64 (6.2%) CI 4.8-7.9	27 (5.2%) CI 3.5-7.5
Profit personal	37 (8.3%) CI 5.9-11.3	55 (10.3%) CI 7.9-13.2	37 (5.1%) CI 3.6-7.0	45 (4.4%) CI 3.2-5.8	20 (3.9%) CI 2.4-5.9
Indiferență	29 (6.5%) CI 4.4-9.2	40 (7.5%) CI 5.4-10.1	39 (5.4%) CI 3.9-7.3	48 (4.7%) CI 3.5-6.2	15 (2.9%) CI 1.6-4.7
Frică	17 (3.8%) CI 2.2-6.1	28 (5.3%) CI 3.5-7.5	40 (5.5%) CI 4.0-7.4	52 (5.1%) CI 3.8-6.6	15 (2.9%) CI 1.6-4.7
Invidie	30 (6.8%) CI 4.6-9.5	26 (4.9%) CI 3.2-7.1	28 (3.9%) CI 2.6-5.5	42 (4.1%) CI 3.0-5.5	16 (3.1%) CI 1.8-5.0
Corupție	14 (3.2%) CI 1.7-5.2	11 (2.1%) CI 1.0-3.7	12 (1.7%) CI 0.9-2.9	11 (1.1%) CI 0.5-1.9	4 (0.8%) CI 0.2-2.0
Ură	6 (1.4%) CI 0.5-2.9	11 (2.1%) CI 1.0-3.7	11 (1.5%) CI 0.8-2.7	3 (0.3%) CI 0.1-0.9	3 (0.6%) CI 0.1-1.7
	<5 ani	5-10 ani	11-20 ani	21 -35 ani	> 35 ani

**GRILĂ PENTRU EVALUAREA
NIVELULUI DE ORGANIZARE A CONTEXTULUI ETIC ȘI DE RESPECTARE A DREPTURILOR OMULUI ÎN
INSTITUȚIILE MEDICO-SANITARE**

Nr.	Constatări	Prezent	Parțial	Lipsă	Întrebări pentru verificare
<i>Instituția medico-sanitară manifestă responsabilitate în organizarea proceselor și procedurilor care susțin promovarea unei culturi etice și respectarea drepturilor pacienților în timpul acordării serviciilor medicale.</i>					
1.	Managementul eticii este parte al managementului general al instituției.				<i>Se regăsesc Etica și drepturile pacientului în prioritățile determinate în perspectiva de dezvoltare a instituției și în documentele strategice elaborate (strategie instituțională, plan de dezvoltare etc.)</i>
1.1	Instituția își are formulate valorile, misiunea și viziunea strategică.				<i>Cum au fost elaborate acestea? Au fost implicați angajații? Cum se asigură informarea periodică a angajaților cu referire la valorile, misiunea și viziunea instituției? Informația este accesibilă public?</i>
2	Persoane responsabile de promovarea eticii și a drepturilor pacientului în instituție				<i>Există persoane responsabile pentru domeniul organizării eticii în instituție și promovarea drepturilor fundamentale ale omului? Care este nivelul lor de competență și implicare? Cui se subordonează și se raportează activitatea? Cum sunt luate în considerare și implementate propunerile și recomandările înaintate de către acești specialiști?</i>
3	Codul de Etică instituțional				<i>Cum a fost elaborat? Au fost implicați angajații? Există procedura pentru modificare? Cât de frecvent se modifică? Unde poate fi accesat?</i>
3.1	Promovarea prevederilor Codului în rândul angajaților.				<i>Cum sunt informați periodic angajații despre prevederile Codului? Cum sunt promovate valorile declarate în Cod? De către cine? Este numită persoană responsabilă?</i>
3.2	Modelul comportamentului etic în instituție				<i>Cum este promovat modelul comportamentului etic în instituție? Există eroii instituției? Se pedepsesc acțiunile neetice?</i>
4.	Politica instituțională pentru protejarea drepturilor pacientului.				<i>Cum a fost elaborată și de către cine? Au fost implicați angajații? Cât de frecvent se modifică? Unde poate fi accesată?</i>

4.1	Activități periodice pentru promovarea drepturilor pacientului în rândul angajaților.				<i>Cum sunt informați angajații despre prevederile Politicii? Cum și de către cine sunt promovate valorile declarate în Politică? Există un plan anual? Este numită persoană responsabilă?</i>
4.2	Informația cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului este accesibilă pentru beneficiari.				<i>Cum sunt informați pacienții despre drepturile și responsabilitățile lor, inclusiv regulile de comportament în instituție? Există un acord informat la internare?</i>
5.	Program de instruire periodice ale angajaților pe subiecte etice și respectarea drepturilor pacientului.				<i>Cine este responsabil de crearea acestui Program? Unde și cum este discutat? Sunt prevăzute resurse pentru realizarea instruirilor?</i>
5.1	Evaluarea necesităților de instruire a angajaților.				<i>Cine este responsabil de evaluarea necesităților de instruire? Care este procedura de evaluare? Cât de frecvent se aplică? Care este rata angajaților care sunt incluși anual în instruire în acest domeniu?</i>
5.2	Instruire în domeniul eticii și drepturilor pacientului la locul de muncă.				<i>Cine este responsabil de organizarea acestor instruire? Cine sunt formatorii? Cum sunt identificați? Care este nivelul de competență a formatorilor implicați? Se evaluează satisfacția angajaților cu referire la calitatea acestor instruire?</i>
<i>Instituția respectă demnitatea, individualitatea și valorile pacienților, reduce barierele (fizice, lingvistice, culturale etc.) pentru accesul la serviciile medicale și informare</i>					
6.	Procedura de comunicare cu pacientul alolingv.				<i>Cum este promovată Procedura în rândul angajaților? Cine este responsabil?</i>
6.1.	Este elaborată Lista de facilitatori pentru comunicare cu pacientul alolingv (limba vorbită, date de contact).				<i>Unde și cum poate fi accesată această Listă? Cum este făcută cunoscută angajaților? Cine este responsabil de modificare / înnoirea datelor?</i>
7.	Este aprobată o Instrucțiune pentru facilitarea accesului pacientului la servicii de cult/religie.				<i>Cum este făcută cunoscută angajaților? Sunt create condiții pentru respectarea intimității rugăciunii?</i>

8	Accesul persoanelor cu dizabilități ale aparatului locomotor.				<i>Sunt asigurate condiții de intrare și deplasare în instituției a pacientului în scaun cu roțile, inclusiv deplasare între etaje? Există veceu pentru persoanele cu dizabilități loco-motorii? Este asigurată informarea pacienților despre accesul în astfel de veceu?</i>
<i>Instituția susține aplicarea unui proces de comunicare corectă cu beneficiarii, se respectă dreptul pacienților de a participa în procesul de decizie asupra tratamentului și dreptul de a consimți.</i>					
9.	Comunicarea corectă cu beneficiarii este o prioritate a managementului instituției.				<i>În instituție sunt create condiții suficiente pentru comunicarea adecvată cu beneficiarii (spații separate)? Sunt realizate instruirii cu privire la comunicarea cu pacientul? Există un plan anual / trimestrial? Sunt implicați toți angajații în astfel de instruirii, inclusiv personalul inferior? Cum se identifică necesitățile de comunicare? Cine sunt formatorii?</i>
9.1	Informația despre personalul instituției este accesibilă și vizibilă				<i>Toți angajații poartă ecusoane? În fiecare secție, departament este afișată informația despre personalul angajat, inclusiv cu poze. În instituție este vizibilă informația cu privire la secțiile / departamentele instituției și serviciile disponibile.</i>
9.2	Instrucțiunea cu privire la informarea diagnosticului grav și a veștii proaste.				<i>Este aplicată în instituție o instrucțiune sau un algoritm de comunicare pentru informarea diagnosticului grav? Cum este cunoscut de către angajați? Cine este responsabil de implementare? Sunt făcute instruirii în acest sens?</i>
9.3	Comunicarea corectă și deschisă cu mass media				<i>Cum angajații sunt informați despre procedura instituțională cu privire la comunicarea cu reprezentanții mass media? Este accesibilă informația de contact a persoanelor responsabile din instituție pentru comunicarea cu reprezentanții mass media? Cum se asigură disponibilitatea persoanelor responsabile pentru comunicarea cu reprezentanții mass media?</i>
9.4	Suportul specialistului psiholog în comunicarea medicilor cu pacienții.				<i>În instituție este angajat psiholog pentru lucrul cu pacienții? Cât de frecvent se implică în facilitarea comunicării dintre pacienți / ruse și personal medical? Există careva instrucțiuni prevăzute pentru implicarea psihologului în comunicarea specifică cu pacientul / rudele ?</i>

10.	Procedura de elaborare și revizuire a acordului informat standardizat (AIS).				<i>Cum și cine este implicat în elaborarea Acordurilor informat standardizate? Cât de frecvent sunt ajustate / modificate textele AIS aprobate la nivel de instituție? Sunt organizate instruiți cu privire la elaborarea AIS? Sunt create echipe pentru dezvoltarea / ajustarea AIS?</i>
10.1	Prezența acordurilor informat standardizate (AIS)				<i>Există acorduri informat standardizate pentru toate procedurile invazive practicate în instituție? Conținutul AIS este amplu și adecvat volumului procedurii invazive?</i>
10.2	Procedura de colectare a acordului informat.				<i>Cine și cum aplică formularul AIS? Unde se discută cu pacientul? Cine avizează AIS din partea instituției? Se oferă o copie a AIS pacientului?</i>
10.3	Procedura de colectare a acordului pacientului alolingv.				<i>Este elaborat formular de AIS în alte limbi? Cum se asigură informarea corectă și avizarea legală a AIS de către persoana alolingvă?</i>
10.4	Procedura de colectare a acordului de la persoane cu deficiențe de auz și vorbire și de vedere				<i>Cum se asigură informarea corectă și avizarea legală a acordului informat de către persoanele cu deficiențe de auz și cele cu deficiențe de vedere? Cum sunt informați angajații despre particularitățile de comunicare cu astfel de pacienți?</i>
11	Procedura de colectare a refuzului din partea pacientului				<i>Este aprobată o procedură de colectare a refuzului din partea pacientului? Cum sunt instruiți angajații cu privire la aceasta? Cine este responsabil de analiza refuzurilor și de ajustarea / modificarea procedurii?</i>
11.1	Formularul de refuz				<i>Este elaborat și aprobat un Formular de refuz al pacientului? Conținutul Formularului este amplu și adecvat riscului asumat de pacient ? Cine și cum aplică formularul de refuz? Unde se discută cu pacientul? Cine avizează Formularul din partea instituției? Se oferă o copie pacientului? Există procedura pentru acțiunile în cazul în care pacientul nu dorește să semneze Formularul de refuz? Cum sunt instruiți angajații despre aceasta? Cum se asigură informarea corectă și avizarea legală a Formularului de către persoana alolingvă?</i>

11.2	Refuzul părinților / reprezentanților legali pentru asistența pacientului pediatric sau celor fără capacitate de decizie				<i>Este aprobată o procedură de colectare a refuzului din partea părinților / reprezentanților legali? Cum sunt informați /instruiți angajații pentru aplicarea corectă a acesteia?</i> <i>Sunt prevăzute acțiunile necesare în cazul în care refuzul părintelui / reprezentantului legal contravine intereselor pacientului?</i> <i>Există un algoritm pentru reacționare rapidă și sesizarea organelor competente responsabile de protecția copiilor și a pacienților fără capacitate de decizie?</i>
<i>În instituție este respectat dreptul pacientului la viață privată, intimitate și confidențialitate</i>					
12	Politica instituțională cu privire la respectarea informației cu caracter privat și a confidențialității pacienților				<i>Există o Politică instituțională cu privire la respectarea informației cu caracter privat și a confidențialității pacienților? De către cine a fost elaborată? Au fost implicați angajații? Cum este promovată în rândul angajaților, inclusiv a personalului mediu și inferior?</i>
12.1	Procedura de eliberare a informației personale pacientului, familiei și terților				<i>Este aprobată procedura de eliberare a informației pacientului? Cum sunt informați angajații despre aceasta? Cum sunt informați pacienții despre eliberarea informației medicale?</i>
12.2	Încălcarea confidențialității				<i>Sunt elaborate careva instrucțiuni /proceduri pentru situațiile care impun încălcarea confidențialității informației, conform prevederilor legale? Angajații cunosc unde ar trebui să apeleze în caz de apariție a unor astfel situații? Sunt disponibile informațiile cu privire la structurile autorizate pentru a fi informate?</i>
12.3	Comunicarea cu aparținătorii / rudele pacienților				<i>Este aprobată procedura de comunicare cu rudele pacientului în contextul respectării confidențialității informației medicale a pacientului? Cum sunt informați angajații despre aceasta?</i>
12.4	Păstrarea Fișelor medicale în loc sigur, cu acces limitat				<i>Fișele medicale se păstrează în dulapuri cu uși închise, cu acces doar pentru personalul autorizat (medicii curanți).</i>
12.5	Asigurarea confidențialității pacienților în procesul de instruire universitară și postuniversitară din instituția medico-sanitară				<i>Există un regulament / instrucțiune pentru prevederea regulilor de comportament al studenților în instituția medico-sanitară?</i> <i>Sunt semnate angajamente de confidențialitate?</i> <i>Au acces studenții la fișele medicale? Unde se discută pacientul? Se practică discuția la patul bolnavului? Există prevederi în Acordul informat participarea în procesul de instruire medicală?</i>

12.6	Respectarea confidențialității în relația cu reprezentanții mass media.				<i>Cum sunt informați / preveniți reprezentanții mass media despre regulile de respectare a confidențialității din momentul accesului în instituția medico-sanitară, filmării sau fotografierii în instituție?</i>
13.	Respectarea intimității pacientului				<i>Există paravane / separatoare în saloanele cu mai multe paturi? În sălile de investigații, sălile de proceduri sunt asigurate condiții pentru respectarea intimității pacientului dezbrăcat? Există lămpi de semnalizare la intrare?</i>
<i>În instituție este respectat dreptul pacientului de a depune plângere și de a fi compensat pentru prejudiciile primite ca urmare a actului medical</i>					
14.	Evaluarea și analiza satisfacției pacienților				<i>Există procedură de evaluare a satisfacției pacienților? Care sunt căile de evaluare a satisfacției? Se face evaluarea online? Când și cine evaluează satisfacția pacienților? Care este periodicitatea evaluării? Cum sunt analizate rezultatele? Care sunt acțiunile întreprinse în caz de nivel jos de satisfacție? Cum sunt informați angajații despre rezultatele evaluărilor?</i>
15.	Colectarea plângerilor și reclamațiilor				<i>Există procedură de analiză a plângerilor și reclamațiilor? Care sunt căile de colectare a plângerilor și reclamațiilor? Se face colectarea online? Cine și cum evaluează plângerile? Cum sunt informați beneficiarii despre posibilitatea de a depune plângere / reclamație?</i>
<i>Instituția susține dreptul pacienților de a fi tratați cu respect și de a nu fi supuși durerii și suferinței neargumentate</i>					
16.	Managementul durerii				<i>Ce acțiuni sunt întreprinse pentru managementul adecvat al durerii și evitarea suferinței neargumentate a pacienților?</i>
16.1	Formular de evaluare a durerii și grile de cuantificare a durerii				<i>Este aprobat un formular de evaluare a durerii pacienților? În saloanele pacienților sunt prezente grile de cuantificare a durerii? În fișele medicale sunt făcute înregistrări cu referire la cuantificarea durerii? Cum sunt informați angajații despre acestea? Sunt realizate instruirii?</i>

<i>Instituția organizează activitatea reieșind din respectul timpului pacientului și asigură intervenția urgentă</i>					
17.	Monitorizarea timpului de așteptare a pacientului în incinta instituției				<i>Există procedură instituțională cu privire la monitorizarea timpului ce așteptare a pacientului.</i> <i>Sunt stabiliți careva indicatori de performanță privind timpul de așteptare, inclusiv în situații urgente? Este monitorizat timpul din momentul adresării până la inițierea tratamentului?</i> <i>Cum sunt asigurate investigațiile urgente pe timp de noapte și zile de odihnă? Care este timpul de așteptare pentru transfer?</i>
18	Asistența pacientului imobilizat (incapabil de a se deplasa)				<i>În saloane există buton de solicitare a ajutorului?</i> <i>În veceu / baie există buton de solicitare a ajutorului?</i>
<i>Instituția organizează condiții adecvate pentru respectarea dreptului pacienților la standarde de calitate și siguranță</i>					
19	Siguranța dispozitivelor medicale				<i>Există un Program de control, testare și mentenanță preventivă a dispozitivelor medicale? Există personal dedicat (bioingineri)? Sunt aplicate Buletine de verificare? Cine instruește angajații? Există un plan de instruiți?</i>
20	Prevenirea infecțiilor nosocomiale				<i>Există o Politică instituțională pentru controlul infecțiilor nosocomiale? Este specialist epidemiolog al instituției?</i> <i>Cine instruește angajații cu privire la controlul infecțiilor nosocomiale? Există un plan de instruiți?</i>
21	Prevenirea polipragmaziei și utilizării iraționale a medicamentelor.				<i>Există o Politică instituțională pentru prevenirea utilizării iraționale a medicamentelor? Sunt disponibile serviciile specialistului farmacolog sau farmacistului clinician în instituție?</i> <i>Cine instruește angajații cu privire la evitarea riscului de utilizare irațională a medicamentelor? Există un plan de instruiți?</i>
22.	Prevenirea căderilor și traumatismelor pacientului în instituție				<i>Există instrucțiuni aprobate pentru prevenirea situațiilor de căderi și traumatisme ale pacienților în instituție? Cine instruește angajații cu privire la evitarea riscului de cădere și traumatisme ale pacienților? Există un plan de instruiți?</i>
23	Identificarea corectă a pacientului				<i>Există instrucțiuni aprobate pentru aplicarea măsurilor de identificare corectă a pacientului? Sunt folosite brățări d identificare? Există fișa pacientului atașată de patul bolnavului?</i>

24	Păstrarea în siguranță a bunurilor pacientului				<i>Unde și cum se păstrează bunurile pacientului? Cine poartă responsabilitatea de păstrare a acestora în siguranță? Saloanele pacienților sunt dotate cu noptiere / dulapuri cu cheie?</i>
<i>Instituția asigură un mediu de lucru prietenos și un climat etic pentru angajați</i>					
25	Raportarea greșelilor / malpraxis-ului de către angajați				<i>Există o procedură instituțională pentru raportarea greșelii? Există posibilitatea raportării anonime? Sunt organizate instruirii ale angajaților în baza greșelilor? Care sunt deciziile luate în privința persoanelor care au recunoscut sau a fost stabilit că au greșit la locul de muncă în ultimii 2 ani de activitate?</i>
26	Satisfacția angajaților				<i>Există proceduri aprobate pentru colectarea satisfacției angajaților? Cine le aplică, cu ce periodicitate și în ce context? Care sunt subiectele incluse în evaluare? Cum sunt analizate rezultatele? Ce decizii au fost luate în ultimii 2 ani?</i>
26.1	Condiții de muncă adecvate				<i>Cum se evaluează necesitățile angajaților pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă? Sunt luate în considerare particularitățile de sănătate a angajaților în crearea condițiilor de muncă?</i>
26.2	Siguranța angajaților				<i>Cum este asigurată protecția angajaților de atacuri și conflicte agresive din partea unor pacienți sau terți neadecvați? Cum se asigură aceasta pe timp de noapte?</i>
26.3	Alimentația angajaților				<i>Cum și unde se alimentează angajații în pauza de masă? Sunt luate în considerare particularitățile de sănătate a angajaților în crearea condițiilor pentru alimentarea angajaților?</i>
26.4	Spațiu de odihnă a angajaților				<i>Există spații de relaxare a angajaților? Cum este asigurat accesul la astfel de spații pentru toate categoriile de angajați?</i>
26.5	Dezvoltarea spiritului de echipă				<i>Sunt realizate activități de consolidare a colectivului, dezvoltarea spiritului de echipă?</i>
27	Manifestarea nemulțumirii angajaților				<i>Cum sunt colectate nemulțumirile angajaților? Cum sunt informați angajații despre posibilitatea de a înainta o nemulțumire? Cum sunt analizate cazurile? Care au fost deciziile luate de management în ultimii 2 ani în baza analizei nemulțumirilor colectate?</i>

27.1	Raportarea cazurilor de conflict și a influențelor necorespunzătoare				<i>Cum sunt identificate conflictele interne și care sunt măsurile care se întreprind? Cine este responsabil de astfel de situații? Există procedura pentru raportarea cazurilor de conflict de interese? Pentru raportarea influențelor necorespunzătoare?</i>
28	Prevenirea și identificarea sindromului de ardere profesională				<i>Sunt realizate în instituție măsuri / activități de evaluare a nivelului de burnout printre angajați? Este angajat psiholog dedicat activității de prevenire și identificare a burnout-ului? Ce măsuri sunt întreprinse pentru prevenirea arderii profesionale ale angajaților? Cum se procedează în cazul în care se determină că un coleg este în stare de ardere profesională evidentă? Există careva proceduri/ instrucțiuni instituționale în această privință?</i>
29	Identificarea cazurilor de hărțuire sexuală				<i>Există procedură aprobată cu privire la raportarea cazurilor de hărțuire sexuală la locul de muncă? Cum se asigură confidențialitatea persoanei care raportează cazul? Cum se analizează cazul? Cum sunt luate deciziile?</i>
30	Discuții și deliberări pe subiecte etice				<i>Cum se discută problemele etice din instituție? Este abordare post fapt sau se preferă discuțiile și măsurile preventive? Cine inițiază astfel de subiecte spre discuție? Cum preferă angajații să soluționeze dilemele etice?</i>
30.1	Activitatea Comitetului de etică / bioetică				<i>Cât de frecvent se întrunește Comitetul? Care sunt domeniile de competență a acestui comitet în instituție? Ce probleme sunt discutate? La ce au servit deciziile Comitetului în ultimii 2 ani?</i>
30.2	Membrii Comitetului de etică/bioetică				<i>Câte persoane din conducerea instituției sunt membri ai comitetului? Care au fost principiile de selectare a membrilor? Cum au fost aleși membrii Comitetului? Câți dintre membri au dovada unor instruirii în etică / bioetică? Sunt realizate instruirii dedicate membrilor comitetului?</i>
30.3	Apelarea pentru consultarea comitetului				<i>Cine aplică pentru consultarea Comitetului? Cum sunt informați angajații și pacienții despre posibilitatea de a aplica solicitare către comitetul de etică?</i>

STUDIUL DE CAZ

Rezultatele procedurii de audit etic realizat într-o instituție spitalicească

Date generale: Auditul etic a fost efectuat prin aplicarea grilei de audit elaborată de către cercetătoare. A fost supusă auditului etic instituție spitalicească de nivel terțiar cu peste 1000 de angajați. În urma procesului de audit amplu (interviuri individuale cu reprezentanți ai administrației și angajați, verificare de documente și observație) au fost determinate următoarele constatări și recomandări pentru înlăturarea neconformităților.

<i>Criteriu 1</i>	Prezența și promovarea politicilor în domeniul eticii și drepturilor pacienților
<i>Demers</i>	Instituția medico-sanitară manifestă responsabilitate în organizarea proceselor și procedurilor care susțin promovarea unei culturi etice și respectarea drepturilor pacienților în timpul acordării.
<i>Constatări</i>	➤ Etica și drepturile pacientului se regăsesc tangențial în documentele strategice ale instituției. În mod special, se menționează ca prioritate satisfacția pacientului, ca indicator general, fără a fi atinse alte aspecte ale eticii instituționale. ➤ Instituția își are formulate valorile, misiunea și viziunea strategică, însă acestea au fost elaborate de administrație, fără implicarea angajaților și nu există activități dedicate pentru promovarea și vizibilitatea acestora. ➤ Organizarea eticii este atribuită la general managerilor de diferite niveluri, prin încrederea că promovarea eticii și respectarea drepturilor pacienților este un concept acceptat implicit prin consens în instituției și fiecare e responsabil de promovarea acestuia. Se consideră că toți sunt responsabil de promovarea eticii și a drepturilor pacientului. ➤ În instituție nu există un cod de etică dezvoltat, se promovează principiile Codului deontologic al lucrătorului medical și farmacistului. Prevederile acestui cod se promovează periodic prin informări succinte în cadrul unor ședințe tematice. ➤ Modelul comportamentului etic se bazează pe valorile morale general-umane, promovate la nivel de societate. ➤ Acțiunile neetice sunt acuzate, pedepsite post-factum. În instituție nu sunt identificate careva măsuri de prevenție a deciziilor / comportamentului neetic. ➤ Informația cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului este amplasată în locuri vizibile pe panourile din fiecare secție din cadrul spitalului (informare pasivă). Nu există careva acțiuni de informare activă a pacientului cu privire la drepturile și responsabilitățile sale, inclusiv procesul de informare cu privire la regulile de comportament în instituție este formal. ➤ Informarea angajaților pe subiecte etice și respectarea drepturilor pacientului este spontană, fără programarea unor instruiți tematice, de multe ori legată de

	anumite incidente și conflicte cu pacienții sau rudele acestora. Informarea este realizată, de obicei, de către reprezentanți ai corpului managerial (director, vice directori, șefi departamente etc.) ➤ Necesitățile de instruire etică nu sunt evaluate printre angajați.
<i>Recomandări</i>	1. Dezvoltarea unui plan instituțional pentru măsuri dedicate aspectului etic al activității instituției, inclusiv cele legate de satisfacția angajaților. 2. Trebuie crescută vizibilitatea valorilor, misiunii și viziunii instituției printre angajați și pentru beneficiari. 3. Identificarea / numirea unei persoane responsabile de promovare și organizarea eticii în instituție și promovarea drepturilor fundamentale ale omului. 4. Dezvoltarea codului de etică instituțional cu implicarea activă a angajaților și prevederea măsurilor de promovare a acestui document. 5. Formularea unui model de comportament etic dezirabil în instituție și identificarea persoanelor care corespund acestui model. Promovarea eroilor instituției. 6. Implementarea unui acord informat în fișa de internare pacientului care trebuie semnat la momentul spitalizării cu indicarea drepturilor și responsabilităților pacientului, căile și modalitățile de manifestare a nemulțămirii și exprimare a sugestiilor, și oferirea unei copii semnate. 7. Evaluarea necesităților angajaților în instruire etică și în domeniul drepturilor omului. Identificarea persoanei responsabile de dezvoltarea orarului instruirilor angajaților de diferite profesii (medici, asistente, infirmiere) din instituție pentru o perioadă de 6 luni. Identificarea formatorilor. Evaluarea satisfacției angajaților cu referire la calitatea acestor instruiți.
<i>Criteriu 2</i>	Respectarea autonomiei, demnității pacientului și a nediscriminării
<i>Demers</i>	Instituția respectă demnitatea, individualitatea și valorile pacienților, reduce barierele (fizice, lingvistice, culturale) pentru accesul la servicii și informare.
<i>Constatări</i>	➤ În instituție este elaborată și aprobată procedura de comunicare cu pacientul alolingv și lista de facilitatori pentru comunicare cu pacientul alolingv (limba vorbită, date de contact), aceasta fiind distribuită tuturor subdiviziunilor clinice. ➤ În instituție există câteva spații unde poate fi organizată comunicarea intimă a pacientului cu reprezentanții cultului religios. Procedură dedicată nu există, însă personalul cunoaște că accesul reprezentanților religiei la pacienții grav bolnavi trebuie să fie asigurat. ➤ Condiții de intrare și deplasare în instituției a pacientului în scaun cu roțile, inclusiv deplasare între etaje sunt asigurate. Nu sunt amenajate veceuri pentru persoanele cu dizabilități locomotorii.
<i>Recomandări</i>	1. Elaborarea unei instrucțiuni cu privire la organizarea accesului reprezentanților cultelor religioase la pacienții gravi și informarea angajaților. 2. Amenajarea veceurilor pentru persoanele cu dizabilități aflate în cărucior.

<i>Criteria 3</i>	Respectarea dreptului la informare, alegere informată și consimțământ
<i>Demers</i>	Instituția susține aplicarea unui proces de comunicare corectă cu beneficiarii, se respectă dreptul pacienților de a participa în procesul de decizie asupra tratamentului și dreptul de a consimți.
<i>Constatări</i>	➤ Comunicarea cu pacienții se realizează în salon sau în birourile medicilor. Uneori se constată comunicarea în prezența altor pacienți din salon. Nu sunt înregistrate careva instruiri realizate pe subiectele comunicării cu pacienții. ➤ Angajații poartă ecusoane în mod obligatorii. Altă informație cu privire la personalul secțiilor nu este afișată. ➤ În instituție nu există o instrucțiune sau un algoritm de comunicare pentru informarea diagnosticului grav. Instruiri dedicate acestui subiect nu sunt realizate. ➤ Angajații sunt informați despre procedura de comunicare cu reprezentanții mass media. Sunt nominalizate persoanele responsabile din instituție pentru comunicarea cu reprezentanții mass media. Nu este afișată informație accesibilă dedicată reprezentanților mass media. ➤ Instituția nu are angajat psiholog pentru lucru cu pacienții. ➤ În instituție sunt elaborate doar câteva (10) Acorduri informate standardizate. Rămân multe proceduri invazive și intervenții pentru care este necesar a elabora acorduri informate standardizate. În majoritatea cazurilor se folosește formularul standard de acord informat pentru procedură invazivă, care este expus în termeni generali și nu include toată informația relevantă pentru pacient. Acest fapt presupune formalitatea procesului de semnare a acordului de către pacient. ➤ Formulare în alte limbi nu există. ➤ Nu este dezvoltată procedura de colectare a acordului de la persoane cu deficiențe de auz și vorbire și de vedere. ➤ În instituție nu este dezvoltat un formular standardizat pentru refuzul pacientului de la spitalizare / tratament. Refuzul se înregistrează într-un registru dedicat și în fișa medicală. ➤ Nu sunt standardizate acțiunile necesare în cazul în care refuzul reprezentantului legal contravine intereselor pacientului.
<i>Recomandări</i>	1. Organizarea instruirilor în grupuri mici a medicilor și asistentelor medicale cu privire la comunicarea cu pacienții. Identificarea formatorilor. 2. Amplasarea informației despre personalul medical al secției la un loc vizibil. 3. Elaborarea și aprobarea algoritmului de comunicare a diagnosticului grav și vestei rele. Organizarea instruirilor programate a personalului pe acest subiect, în grupuri mici, cu componenta practică. Identificarea formatorilor. 4. Afișarea în loc vizibil a informației dedicate pentru reprezentanții mass media cu privire la regulile de comportament în instituția medico-sanitară, datele de contact a persoanelor responsabile de comunicare cu mass media.

	5. Angajarea psihologului pentru lucrul cu pacienții. Dezvoltarea instrucțiunii prevăzute pentru implicarea psihologului în comunicarea specifică cu pacientul / rudele acestuia. 6. Procedura de elaborare a acordurilor informate standardizate trebuie să fie oficializată și impusă ca obligatorie pentru subdiviziunile clinice ale spitalului (crearea de grupuri de lucru, etapa de aprobare la Consiliul calității). Creșterea numărului de acorduri informate standardizate conform intervențiilor și procedurilor invazive care se realizează în instituție. 7. Elaborarea formularului acordurilor informate standardizate în limba rusă. 8. Elaborarea instrucțiunii cu privire la particularitățile de comunicare cu persoanele cu deficiențe de auz și cele cu deficiențe de vedere. 9. Elaborarea procedurii de colectare a refuzului din partea pacientului și din partea reprezentanților legali. 10. Elaborarea formularului standardizat pentru refuzul pacientului de la spitalizare / tratament
<i>Criteria 4</i>	Respectarea dreptului la viață privată, intimitate și confidențialitate
<i>Demers</i>	În instituție este respectat dreptul pacientului la viață privată, intimitate și confidențialitate.
<i>Constatări</i>	➤ În instituție nu este aprobată o Politică instituțională cu privire la respectarea informației cu caracter privat și a confidențialității pacienților. ➤ Angajații cunosc despre posibilitatea pacientului de a primi copia fișei medicale, însă nu există o procedură specială dedicată pentru aceasta. ➤ Nu sunt prezente instrucțiuni /proceduri pentru situațiile care impun încălcarea confidențialității informației, conform prevederilor legale. ➤ În instituție nu au fost realizate careva instruiți cu privire la comunicarea cu rudele pacientului în contextul respectării confidențialității informației medicale a pacientului. ➤ Fișele medicale se păstrează la postul asistentelor medicale, însă deseori sunt lăsate pe masă, nu sunt dulapuri securizate (încuiate cu cheie) ➤ Implicarea pacienților în procesul de instruire universitară nu este documentată. Studenții nu semnează angajamente de confidențialitate și sunt cazuri când studenții pot avea acces la fișele medicale. Discuția la patul bolnavului se practică. Acordul pacientului pentru participare în procesul de studiu nu este prevăzut. ➤ Obligația reprezentanților pentru respectarea dreptului la confidențialitate a pacientului (regulile pentru filmare, fotografiere) nu este plasată. ➤ Sălile de investigații, sălile de proceduri sunt asigurate condiții pentru respectarea intimității pacientului dezbrăcat, există paravane. Totuși, în unele secții se poate observa încălcarea acestei prevederi, în special în UPU. ➤ Lămpi de semnalizare la intrare sunt doar la unele săli de investigații.

<i>Recomandări</i>	1. Elaborarea și aprobarea Politicii instituționale cu privire la respectarea informației cu caracter privat și a confidențialității pacienților. 2. Diseminarea și informarea amplă a angajaților cu privire la instrucțiunea de eliberarea a informației medicale la solicitarea pacientului și a reprezentantului legal. 3. Elaborarea instrucțiunii cu privire la acțiunile necesare în cazurile de excepție de la confidențialitate, prevăzute de legislația în vigoare cu algoritmul pașilor necesar a fi întreprinși și datele de contact ale autorităților vizate. 4. Planificarea și organizarea instruirilor personalului medical cu privire la păstrarea confidențialității informației medicale, inclusiv și specificul de comunicare cu rudele. 5. Dotarea secțiilor cu dulapuri securizate pentru păstrarea fișelor medicale. Instruirea dedicată a asistentelor medicale cu referire la condițiile de păstrare a informației medicale. 6. Elaborarea unui regulament cu privire la organizarea procesului didactic în instituție și instrucțiune pentru prevederea regulilor de comportament al studenților în instituția medico-sanitară (angajamentul de confidențialitate, discutarea pacientului, acordul pacientului de a participa în procesul didactic etc.). 7. Afișarea informației pentru mass media cu privire la obligația respectării dreptului la confidențialitate și intimității pacienților. 8. Amenajarea tuturor sălilor cu respectarea dreptului la intimitate a pacientului. Dotarea sălilor de investigație cu lămpi de semnalare. Instruirea personalului medical cu referire la implementarea acestor reguli.
<i>Criteriu 5</i>	Respectarea dreptului de a manifesta nemulțămirea și a fi compensat
<i>Demers</i>	În instituție este respectat dreptul pacientului de a depune plângere și de a fi compensat pentru prejudiciile primite ca urmare a actului medical.
<i>Constatări</i>	➤ În instituție se realizează evaluarea periodică a satisfacției pacientului, în versiune on-line și pe suport de hârtie. De evaluarea satisfacției pacientului se ocupă persoana responsabilă de managementul calității. Rezultatele evaluării sunt prezentate la ședința comună a șefilor de secții. Deoarece este înregistrat nivel înalt de satisfacție (96%), nu este evidența a careva măsuri de îmbunătățire. ➤ Nu este vizibilă informația cu privire la căile de colectare a plângerilor și reclamațiilor. ➤ Nu este elaborată procedură de analiză a plângerilor și reclamațiilor din partea beneficiarilor.
<i>Recomandări</i>	1. Informația cu referire la expunerea opiniilor și sugestiilor pacientului (pagina web a instituției, chestionar on-line, adresa electronică, telefon linie verde), precum și modalitatea de depunere a plângerilor și reclamațiilor trebuie să fie amplasată în locuri vizibile în instituție.

	2. De nominalizat persoana care trebuie să analizeze și informația primită și să organizeze răspunsul/ comunicarea cu beneficiarii. 3. De elaborat procedură de analiză a plângerilor și reclamațiilor primite.
Criteriu 6	Dreptul de a fi tratat cu respect și a nu fi supus durerii și suferinței
Demers	Instituția susține dreptul pacienților de a fi tratați cu respect și de a nu fi supuși durerii și suferinței neargumentate.
Constatări	Managementul durerii este discutat frecvent, instituția este asigurată cu toate medicamentele pentru a evita durerea în prestarea asistenței medicale pacienților. Totuși, formular de evaluare a durerii și grile de cuantificare a durerii nu sunt prezente.
Recomandări	1. De implementat formularul de evaluare a durerii pacienților. 2. În saloanele pacienților trebuie plasate grile de cuantificare a durerii. 3. Obligativitatea înregistrării și cuantificării durerii în fișele medicale 4. Organizarea instruirii angajaților cu privire la monitorizarea durerii.
Criteriu 7	Este respectat accesul pacientului la asistența necesară în timpul util
Demers	Instituția organizează activitatea reieșind din respectul timpului pacientului și asigură intervenția urgentă
Constatări	➤ În instituție se realizează evaluări periodice cu referire la timpul acordării asistenței medicale, începând cu ora adresării în UPU, până la transferul în secție cu diagnosticul stabilit și inițierea tratamentului. ➤ Sunt accesibile în volum deplin investigațiile urgente pe timp de noapte și zile de odihnă. ➤ În saloane există butoane de solicitare a ajutorului. În veceu / baie aceste butoane lipsesc.
Recomandări	1. Elaborarea și implementarea unor indicatori de performanță privind timpul de așteptare, inclusiv în situații urgente. 2. Dotarea sălilor de veceu / baie cu butoane de semnalare.
Criteriu 8	Respectarea dreptului pacientului la servicii medicale de calitate și sigure
Demers	Instituția organizează condiții adecvate pentru respectarea dreptului pacienților la standarde de calitate și siguranță.
Constatări	➤ Instituția are un departament de bioingineri dedicat mentenanței dispozitivelor medicale. Există registre de testare și mentenanță a dispozitivelor și echipamentelor. Echipamentele sunt dotate cu acte de verificare. Specialiști departamentului instruiesc angajații instituției cu referire la utilizarea echipamentelor și utilajelor medicale. ➤ În instituție sunt specialiști epidemiologi. Sunt implementate proceduri dedicate controlului infecțiilor nozocomiale. ➤ Instituția nu are dezvoltate careva documente de politici cu referire la prevenirea utilizării iraționale a medicamentelor. Există angajat specialist

	farmacolog, însă activitatea acestuia nu este evidențiată în mod prioritar la nivel instituțional. Instruiri în acest domeniu nu sunt realizate. ➤ Există instrucțiune aprobată pentru prevenirea situațiilor de căderi și traumatisme ale pacienților în instituție. Nu au fost realizate careva instruiri ale personalului cu privire la implementarea acesteia. ➤ Există formularul de identificare corectă a locului de intervenție. Alte măsuri de identificare a pacientului nu sunt implementate. Fișa pacientului nu este atașată de patul bolnavului. ➤ Pacienții au noptiere personale și saloanele sunt dotate cu dulapuri., însă acestea nu se încuie cu cheie. La solicitare pacienții își păstrează bunurile în safeul din biroul asistentei medicale.
<i>Recomandări</i>	1. Elaborarea unei politici instituționale și plan de acțiuni cu privire la utilizarea rațională a medicamentelor și prevenirea polipragmaziei. Accentuarea rolului și implicarea mult mai activă a farmacologului în procesul clinic. 2. Organizarea instruirilor cu privire la prevenirea căderilor și traumatismelor pacienților în incinta instituției. 3. Implementarea măsurilor pentru identificarea corectă a pacientului, cum ar fi algoritm de identificare a pacientului luat în intervenție, sistemul de brățări, buzunare pentru fișa pacientului la patul acestuia etc. 4. Informație vizibilă pentru pacienți cu privire la posibilitatea de păstrare a lucrurilor prețioase.
<i>Criteriu 9</i>	Climatul etic și satisfacția angajaților
<i>Demers</i>	Instituția asigură un mediu de lucru prietenos și un climat etic pentru angajați
<i>Constatări</i>	➤ Procedură instituțională pentru raportarea greșelii nu există. Greșelile se discută la consiliile medicale, post-factum, de cele mai multe ori atunci când se constată un prejudiciu. Instruiri ca măsuri de prevenire a repetării greșelii nu se practică. ➤ Satisfacția angajaților se evaluează prin chestionare on-line, însă nu există procedură stabilită pentru analiza rezultatelor și realizarea măsurilor, urmare a analizei efectuate. ➤ Nu sunt evidente cazurilor când a fost necesar de luat în considerare particularitățile de sănătate a angajaților în crearea condițiilor de muncă. ➤ În caz de atacuri și conflicte agresive se apelează la serviciul 112. ➤ Instituția nu are un program dedicat pentru alimentația angajaților. ➤ În instituție sunt prevăzute spații pentru odihna angajaților, separat pentru medici, asistente medicale și infirmiere. ➤ În instituție sunt realizate de sărbători evenimente festive cu angajații. ➤ Angajații își manifestă nemulțumirea către manageri de diferite niveluri, acestea sunt evaluate de către serviciul resurse umane sau de către manager.

	➤ Procedura pentru raportarea cazurilor de conflict de interese și pentru raportarea influențelor necorespunzătoare nu este prezentă. Nu există procedură de raportare a hărțuirii sexuale. Nu au fost realizate instruiți în acest domeniu. ➤ În instituție nu se apreciază sindromul de ardere profesională printre angajați. Nu există psiholog angajat pentru realizarea activităților de prevenire a burnoutului. ➤ În instituție nu se practică deliberări etice sau ședințe dedicate unui subiect etic. Ședințele în care se abordează subiectul etic, de obicei au caracter informativ, fără inițierea deliberărilor. ➤ Comitetul de etică are activitate foarte slabă. Întrunirile sunt foarte rare, doar la solicitarea managerului cu referire la careva caz de conflict. Președintele comitetului este reprezentantul administrației. Angajații sunt informați foarte puțin despre activitatea acestui comitet. Membrii comitetului au fost aleși de către administrație. Majoritatea nu au instruiți în domeniul eticii. Informație despre posibilitatea de aplicare pentru consultanță nu este disponibilă.
<i>Recomandări</i>	1. Inițierea promovării culturii raportării greșelii de către angajați. Elaborarea unor căi de încurajare pentru raportarea greșelii, fără frica de pedeapsă. Organizarea unor workshop-uri de învățare în baza greșelilor. 2. Nominalizarea persoanelor responsabile de analiza periodică a rezultatelor acumulate în procesul evaluării satisfacției angajaților. Organizarea ședințelor tematice de discutare a rezultatelor și propunere de soluții constructive. 3. Implicarea serviciului resurse umane pentru evaluarea necesităților angajaților în vederea problemelor de sănătate versus condițiile de muncă. 4. Posibilități de dezvoltare a unui program alimentar pentru angajați. 5. Organizarea unor evenimente culturale, recreative pentru dezvoltarea spiritului de echipă (de exemplu, competiții sportive, concursuri , identificarea talentelor etc.) 6. Implementarea procedurii de raportare a conflictelor de interese, influențelor necorespunzătoare și a hărțuirii sexuale. Organizarea instruirilor angajaților pe aceste subiecte. Identificarea formatorilor. 7. Angajarea unui specialist etician în instituție. Inițierea ședințelor de educare și practicare a deliberării etice cu angajații. 8. Angajare unui psiholog specializat în problema burnout-ului. 9. Revederea componenței comitetului de etică. Selectarea membrilor la propunerea angajaților. Planificarea ședințelor lunare, inclusiv cu scop educativ, informativ. Promovarea datelor de contact a comitetului și căilor de apelare pentru consultanța acestuia.

Declarația privind asumarea răspunderii

Subsemnata, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice.

Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Numele, prenumele Rodica Gramma

Semnătura

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Rodica Gramma', written in a cursive style.

Data

10.04.2025



Curriculum Vitae

GRAMMA Rodica Constantin

+373 69 626210

rodica.gramma@gmail.com

Data nașterii 08/10/1974

Medic, Doctor în filosofie, master în Management și legislație în sănătate, master în Bioetică, conferențiar universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemitanu" (USMF), Republica Moldova.

EXPERIENȚA PROFESIONALĂ ANGAJARE

- IUN 2021 - PREZENT
Conferențiar universitar, Catedra medicină legală, USMF "Nicolae Testemitanu" (angajat parțial). *Activități și responsabilități principale:* Predarea cursului de Drepturile Omului în Sănătate (studenți). Predarea cursului de *etică și legislație în cercetare* în cadrul Programului de instruire avansată în cercetare din cadrul Școlii Doctorale a USMF "Nicolae Testemitanu".
- SEPT 2023
PREZEN
NT
Șef secție Proiecte și investiții, consultant bioetician, IMSP SCM "Sfânta Treime" (angajat parțial) *Activități și responsabilități principale:* Elaborarea proiectelor pentru dezvoltarea organizațională, investiții externe și dezvoltare strategică a instituției; comunicarea cu partenerii externi ai instituției. Consultant bioetician – mediarea cazurilor de conflict în cadrul instituției în relații cu beneficiarii de servicii medicale, cât și între angajați; instruirea personalului în domeniul bioeticii, consiliere în dileme morale din activitatea practică.
- MAR 2022- IUN 2023
Consultant național SSR, Unitatea Ajutor Umanitar, UNFPA Oficiul Moldova
Activități și responsabilități principale: Acordarea asistenței în implementarea inițiativelor UNFPA în domeniul Sănătății Sexuale și Reproduse (SSR) în contextul crizei umanitare în Ucraina, asigurarea asistenței SSR conform necesităților persoanelor refugiate și a celor din populația autohtonă.
- IAN 2022- DEC 2023
Cercetător în cadrul Programului de Postdoctorat ANACEC
Activități și responsabilități principale: Realizarea cercetării de postdoctorat, scrierea și publicarea monografiei "valori, Etică și Drepturi în managementul instituțiilor medicale"; scrierea tezei de doctor habilitat în științe medicale
- IUN 2006 – MAI 2021
Conferențiar universitar, Școala de Management în Sănătate Publică, USMF "Nicolae Testemitanu" (angajare deplină)
Activități și responsabilități principale: Conducător științific (mentor) a peste 50 cercetări realizate de către studenții din cadrul programului de masterat în domeniul managementului sănătății publice. Predarea cursurilor: (1) Drepturile Omului și Legislație în Sănătate; (2) Bioetica și etica sănătății publice; (3) Comunicare în sănătate; (4) Integritate în sănătate. Realizarea multiple cercetări în sănătate publică și management în sănătate, printre care:
1. "Evaluarea procesului de organizare și coordonare a serviciilor de sănătate din RM în condițiile pandemiei COVID-19 (Fundatia SOROS, 2021) <https://soros.md/publicatii/raport-evaluarea-procesului-de-organizare-si-coordonare-a-serviciilor-de-sanatate-din-republica-moldova-in-conditiile-epidemiei-covid-19/>
2. "Evaluarea politicilor naționale și a percepțiilor medicilor cu privire la malpraxis" (IDOM, 2017) <https://idom.md/wp-content/uploads/2019/05/STUDIUL-MALPRAXIS-MEDICAL-1.pdf>

3. Lucrătorii medicali din RM: schimbarea profesiei (OMS, 2015) https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/277414/MDA-report-Changing-professions-ENG.pdf
4. Lucrătorii medicali din Republica Moldova care au emigrat și lucrează în România (OMS, 2014) https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/254623/MDA-study-Health-workers-originating-Moldova-live-and-work-in-Romania-FINAL-VERSION-KEYWORDS-2.pdf
- SEP 2010-
OCT 2013 **Cercetător postdoctoral în cadrul Centrului de Etică a Politicilor de Sănătate al UMF “Gr.T.Popa” Iași, Romania** *Activități și responsabilități principale:* Realizarea cercetării a factorilor care afectează demnitatea pacienților la final de viață.
- IUN 2008 –
IUN 2016 Director, Departamentul Relații Internaționale și Integrare Europeană USMF ”Nicolae Testemițanu” șef, Centrul de management și asistență tehnică a proiectelor. *Activități și responsabilități principale:* Analiza posibilităților de dezvoltare strategică a universității; Comunicarea cu partenerii internaționali, promovarea procesului de internaționalizare.
- MAI 2007-
APR 2008 **Șef al Cabinetului Ministrului, Ministerul Sănătății al RM** *Activități și responsabilități principale:* Membra a diferitor grupuri de lucru pentru elaborarea documentelor politice în sănătate, programe și strategii. Coordonarea activităților de relație cu publicul. Consilierea ministrului în calitate de membru al Comitetului Executiv al OMS Membră a Delegației Oficiale a RM la Comitetul Executiv al OMS, 2007-2009.
- FEB 2004-
IAN 2006 **Consultant Bioetician, Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chisinau, Republica Moldova.** *Activități și responsabilități principale:* Coordonarea activității comitetului de etică spitalicesc, instruirea și consultarea personalului spitalului în problem de ordin etic și legal apărute în relația cu pacienții, medierea conflictelor dintre beneficiar și prestator de servicii medicale.
- OCT 1999-
IUN 2008 **Asistent universitar, Catedra Filosofie și Bioetică, USMF “Nicolae Testemițanu”** *Activități și responsabilități principale:* Predarea cursurilor de *Filosofie a Medicinei, Etică medicală, Comunicare în sănătate.*

SERVICII DE CONSULTANȚĂ ȘI EXPERTIZĂ

- IUL 2025-
NOIEM B 2024 **Consultant național pe Dreptul la Sănătate în cadrul Oficiului Avocatului Poporului.** *Activități și responsabilități principale:* Consultanță în domeniul problemelor specifice ale sistemului național de sănătate legate de respectarea drepturilor pacientului; dezvoltarea unor studii și analize în diferite domenii:
- (1) (2016) Respectarea drepturilor omului în prestarea serviciilor de AMUP. Raportul disponibil: http://old.ombudsman.md/sites/default/files/document/attachments/raport_respectarea_drepturilor_or_2016_site_1.pdf
- (2) (2017) Dezvoltarea standardelor de calitate pentru instituțiile medicale din Moldova pentru asigurarea drepturilor pacienților (proiect susținut de UN HR Office (OHCHR), UNDP).
- (3) (2018) Evaluarea nivelului de asigurare a dreptului pacientului la siguranță și calitatea echipamentelor medicale, raport disponibil la <http://ombudsman.md/wp-content/uploads/2019/04/RAPORT-MEDICINARED.pdf?fbclid=IwAR1zz2ShwwD1gDqfXkhdn7ln3D52rxuCEog73UP4rPJQG9VF5-GijSnTAI>
- (4) (2019) Evaluarea nivelului de implementare de către RM a prevederilor Rezoluției OMS cu privire la consolidarea Îngrijirilor paliative ca o component a tratamentelor integrate pe parcursul vieții http://ombudsman.md/wp-content/uploads/2020/01/RAPORT_PALIATIVE.pdf
- (5) (2019) Evaluarea respectării Dreptului la Sănătate în spitalul penitenciar (pentru persoanele în detenție), a proiect Consiliul pentru Prevenirea și Eliminarea Discriminării .(

6) (2020) Situația copiilor lăsați fără îngrijire părintească la nivel național, raport elaborat pentru Avocatul Poporului pentru Drepturile Copilului, disponibil la: <https://childhub.org/ro/stiri-protectiacopilului/moldova-raportul-privind-monitorizarea-respectarii-drepturilor-copiilor>

(7) (2020) Evaluarea nivelului de respectare a drepturilor copiilor instituționalizați din focare de tuberculoză, raportul disponibil la <http://ombudsman.md/news/maia-banarescu-copiilorinstituționalizați-din-focarele-cu-tuberculoza-le-sunt-lezate-drepturile-la-sanatate-educatie-familie-siopinie/>

(8) (2021) Accesul la sănătate în perioada pandemiei COVID-19 http://ombudsman.md/wpcontent/uploads/2021/12/Varianta-FINAL%C4%8211111.pdf?fbclid=IwAR1Ug5BrZO6t_Ic6kbItSgsf53oNvxwbp81-h78SzmXVuSSpX5xTIB5GGM

Prestarea serviciilor de consultanță și instruire pentru echipa Avocatului Poporului (2024)

IUN-
OCT
2021

Expert național în cadrul proiectului "Prin echitate spre responsabilitate socială" implementat de Swiss Red Cross / "CASMED"/ finanțat de Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC).

Activități și responsabilități principale: Realizarea studiului și raportului "Analiza situației actuale ce ține de cadrul normativ în vigoare, mecanismele și instrumentele existente în instituțiile medicale publice stabilite pentru monitorizarea prescrierii raționale a medicamentelor și reducerea și prevenirea polipragmaziei" Disponibil: <https://tratatbine.md/wp-content/uploads/2023/02/Raport-de-analiza-a-prescrierii-rationale-a-medicamentelor.pdf>

IUN
2020-
NOIEM
B 2021

Expert local în sănătate, Misiunea OSCE în Moldova în cadrul proiectului "Fortificarea capacităților, confidență și acces la servicii de protecție a drepturilor omului pe ambele maluri ale Nistrului".

Activități și responsabilități principale: Elaborarea raportului privind accesul la sănătate al populației din stânga Nistrului la serviciile de sănătate de pe teritoriul malului drept. Identificarea posibilităților de organizare a instruire continuă a medicilor de pe malul stâng în instituțiile de educație medicală de pe malul drept.

IAN-
IUN
2018

Servicii de consultanță și expertiză oferite Oficiului Consiliului Europei și Ministerului Sănătății în cadrul proiectului UE/CoE – Controlul corupției prin aplicarea legii și prevenire (CLEP).

Activități și responsabilități principale: Elaborarea Planului sectorial de combatere a corupției în domeniul sănătății și asigurărilor de sănătate pentru implementarea Strategiei Naționale de Integritate și Anticorupție 2017-2020; elaborarea și predarea unui program pentru instruirea managerilor instituțiilor sanitare în domeniul integrității și prevenirii corupției.

IUN-
NOIEM
B 2017

Consultanță în cadrul proiectului „Consolidarea funcțiilor de prevenire și analiză a corupției ale Centrului Național Anticorupție”, PNUD. *Activități și responsabilități principale:* Elaborarea unui raport privind riscurile de corupție existente în sectorul sănătății (prin o cercetare calitativă și o analiză documentară a documentelor de politică disponibile și a rapoartelor relevante) și propunerea de măsuri anticorupție.

IUN-
NOIEM
B 2017

Expert în cadrul proiectului „Asigurarea calității în spitale” implementat de Școala de Management în Sănătate Publică și finanțat de Agenția Germană de Cooperare (GIZ).

Activități și responsabilități principale: Autor al capitolului „Standarde pentru managementul eticii și protecția Drepturilor Pacienților în instituțiile de sănătate”.

IUL
2012-
IUN
2013

Coordonator de țară al proiectului „Descentralizarea serviciilor de chimioterapie și radioterapie în cadrul asistenței medicale spitalicești din Moldova”, Conseil Santé, Franța, finanțat prin proiectul Băncii Mondiale „Servicii de sănătate și asistență socială”. *Activități și responsabilități principale:* Asistență echipei internaționale de experți în elaborarea Raportului de Țară cu recomandări pentru procesul de descentralizare. Raportul disponibil:

http://old.ms.gov.md/_files/14411-Decentralization%2520of%2520chemotherapy%2520-%2520Final%2520Report.pdf

FEB-
IUN
2010

Expert în cadrul proiectului „Promovarea confidențialității și nediscriminării consumatorilor de droguri injectabile și profilaxie, tratament și sprijin HIV”, implementat de IDOM. Activități și responsabilități principale: Analiza lacunelor legale în furnizarea de servicii de sănătate consumatorilor de droguri din Republica Moldova; instruirea avocaților și lucrătorilor din domeniul sănătății (120 persoane); coautor al ghidului „Aplicarea drepturilor omului în sănătatea publică. Drepturile consumatorilor de droguri injectabile și ale persoanelor care trăiesc cu HIV: Ghid pentru lucrătorii medicali”.

EDUCAȚIE

- Martie –
Iunie, 2019 **Curs avansat în instruirea Drepturilor Omului pentru profesioniștii juriști (HELP course),** Principiile-cheie în Drepturile Omului aplicate în biomedicină, Consiliul Europei, Strasbourg.
- 2011-2012 **Studii de masterat în Legislație și Management în Sănătate, Institute Catolique de Rennes, Franța**
Studierea practicilor și standardelor internaționale pentru managementul sistemelor de sănătate, administrarea instituțiilor medicale, asigurarea calității în instituțiile medicale.
- 2005-2007 **Certificare în etica Cercetării, Program Certificat Avansat în Etica Cercetării, Centrul de Bioetică, Graduate College of Union University, Schenectady, NY, USA, & the Vilnius University, Lituania** Legislația internațională cu referire la cercetarea în biomedicină, standarde și principii etice în organizarea studiilor pe subiecți umani și animale, filosofia și etica cercetării.
- 2001-2005 **Studii de doctorat – Filosofia și metodologia științei (Medicina) Catedra Filosofie și Bioetică, USMF ”Nicolae Testemițanu”, Chișinău** Filosofia și metodologia științei, teoriile eticii, etica vieții și bioetica.
- 1999-2001 **Studii de masterat în Bioetică, Catedra Filosofie și Bioetică, USMF ”Nicolae Testemițanu”, Chișinău** Filosofia medicine și etica medicală, deontologie și bioetică .
- 1993-1999 **Medic, Facultatea Medicină Generală, USMF ”Nicolae Testemițanu”, Chișinău**
- 1989-1992 **Farmacist , Școala Medicală de Bază , Chișinău**

ALTE EXPERIENȚE ȘI AFILIERI PROFESIONALE

- **Expert în Etică H2020**, European Commission, DG Research & Innovation, Ethics and Research Integrity Sector, Brussels (2015 – prezent).
- **Reprezentat al Republicii Moldova la Comitetul de Bioetică (DH-BIO)**, Consiliul Europei, Strasbourg (2010 - 2022), **membră a Biroului** (2018-2022) <https://rm.coe.int/168058f2f1>
- **Evaluator pe probleme etice** pentru apelul JPIAMR în cadrul programului UE- ERA-NET JPIAMR-ACTION (2022). https://www.jpiaamr.eu/app/uploads/2022/02/Call-text_JPIAMR-Therapeutics-call-2022_v.2022-01-28.pdf
- **Membră a Comitetului Național de Etică a Studiilor Clinice** (2015 – prezent)
- **Vice președinte a Comitetului de Etică și Management**, Ministerul Educației și Cercetării al RM (2019-2022).
- **Vice președinte al Comitetului de Etică a Cercetării** al USMF ”Nicolae Testemițanu” (2010-2015), **membră** (2021-present)
- **Membră a Delegației Oficiale a Republicii Moldova la Comitetul Executiv OMS** (Geneva, 2007-2009)



Republica Moldova
Ministerul Sănătății

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 6254

Pentru inovația cu titlul
**ELABORAREA GRILEI DE AUDIT ETIC PENTRU
EVALUAREA NIVELULUI DE ORGANIZARE A
CONTEXTULUI ETIC ȘI DE RESPECTARE A
DREPTURILOR OMULUI ÎN INSTITUȚIILE MEDICALE**

Inovația a fost înregistrată pe data de
la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
"Nicolae Testemițanu"

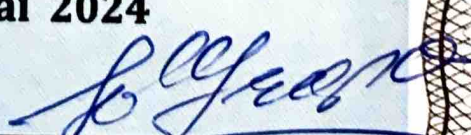
Se recunoaște calitatea de autor(i)

GRAMMA Rodica



Data eliberării

17 Mai 2024


(Semnătura autorizată)





Republica Moldova
Ministerul Sănătății

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 6255

Pentru inovația cu titlul
ELABORAREA
ALGORITMULUI DECIZIEI ETICE

Inovația a fost înregistrată pe data de
la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
"Nicolae Testemițanu"

Se recunoaște calitatea de autor(i)

GRAMMA Rodica



Data eliberării

17 Mai 2024


(Semnătura autorizată)





avocatul
poporului
OMBUDSMAN

23.05.2024 nr. 1038
la nr. _____ din _____

ACT DE IMPLEMENTARE

Denumirea ofertei pentru implementare: Grila de evaluare a nivelului de organizare a contextului etic și de respectare a drepturilor omului în instituțiile medicale.

Autor: GRAMMA Rodica, doctor în filosofie, conferențiar universitar

Unde și când a fost implementat: Evaluarea nivelului de respectare a drepturilor omului, în special a dreptului la sănătate, în instituțiile din sistemul sănătății din Republica Moldova

Eficacitatea implementării: Criteriile descrise în Grilă au servit ca suport metodologic esențial în organizarea evaluării nivelului de respectare a drepturilor omului în instituțiile medicale care prestează diferite tipuri de servicii medicale. Grila conține criteriile relevante organizate conform celor 14 drepturi ale pacientului promovate la nivel internațional, fiind oferite întrebările relevante care permit identificarea problemelor și riscurilor de încălcare a drepturilor omului în organizarea procesului de asistență medicală.

Rezultatul implementării: Rezultatele acumulate prin evaluarea efectuată cu ajutorul criteriilor descrise în Grilă au fost folosite pentru elaborarea **Rapoartelor tematic** pentru monitorizarea nivelului de respectare a drepturilor omului elaborate de Oficiul Avocatului Poporului, la care doamna Rodica Gramma este co-autor, precum:

1. Accesul la serviciile esențiale de sănătate în contextul pandemiei COVID-19. Raport tematic. Oficiul Avocatului Poporului din Republica Moldova, 2021.
2. Respectarea drepturilor copiilor instituționalizați din focarele de tuberculoză. Oficiul Avocatului Poporului din Republica Moldova, 2020.
3. Implementarea de către Republica Moldova a prevederilor Rezoluției cu privire la consolidarea îngrijirilor paliative ca componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții (adoptată la cea de a 67a Adunare mondială a sănătății din 24 mai, 2014). Raport. Avocatul Poporului din Republica Moldova / Fundația SOROS Moldova, 2019.
4. Monitorizarea respectării drepturilor copiilor rămași fără ocrotire părintească. Raport tematic. Oficiul Avocatului Poporului pentru protecția drepturilor copilului, 2019.
5. Raportul Consiliului pentru Prevenirea Torturii "Asistența medicală oferită deținuților în Penitenciarul nr. 16 Pruncul (cu statut de spital penitenciar)", 2019
6. Siguranța echipamentelor medicale din instituțiile spitalicești din RM, Oficiul Avocatului Poporului din Republica Moldova, 2018.
7. Dezvoltarea criteriilor de calitate pentru instituțiile medicale pentru a fi conforme respectării drepturilor pacienților (OHCHR/UNDP Moldova/ Avocatul Poporului RM), 2017.
8. Respectarea drepturilor omului în prestarea serviciilor de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească din Republica Moldova. Oficiul Avocatului Poporului / Oficiului Înaltului Comisar ONU pentru Drepturile Omului (OHCHR) / PNUD. Chișinău, 2016.

Actul se eliberează pentru a fi prezentat la solicitare.

Avocatul Poporului

Ceslav PANICO

Ref. 258/2024 din 15.05.2024

ACT DE IMPLEMENTARE

Denumirea ofertei pentru implementare: Grila de evaluare a nivelului de organizare a contextului etic și de respectare a drepturilor omului în instituțiile medicale.

Autor: GRAMMA Rodica, doctor în filosofie, conferențiar universitar.

Unde și când a fost implementat: Pe parcursul desfășurării proiectului au fost realizate activități de promovare a luptei cu corupția, a integrității și comportamentului etic în rândul personalului medical din instituțiile sistemului sănătății din Republica Moldova, de promovare a principiilor de respectare a drepturilor pacienților.

Eficacitatea implementării: Criteriile descrise în Grilă reprezintă condițiile obligatorii care trebuie să fie organizate și respectate în cadrul instituțiilor medicale pentru a promova un mediu etic și integru, standarde duble, influențe necorespunzătoare și conflicte de interese, cu un grad zero de corupție, în scopul respectării drepturilor pacienților.

Rezultatul implementării:

Criteriile și principiile promovate în Grilă au fost reflectate în cadrul realizării activităților proiectului nr. 415932 „Echitate în sănătate prin responsabilizare socială”, implementat de către Crucea Roșie din Elveția, în parteneriat cu AO HOMECARE și AO CASMED, cu suportul financiar al Guvernului Elveției desfășurat în perioada 2019-2024. Doamna Rodica Gramma a fost nemijlocit implicată în realizarea cu succes a următoarelor activități:

1. Oferirea suportului metodologic în elaborarea *Ghidului privind asigurarea integrității în sistemul de sănătate*;
2. Realizarea *instruirilor în domeniul protecției drepturilor pacienților*, în calitate de formator, pentru personalul spitalelor raionale din r. Drochia, Edineț, Soroca, Florești și mun. Bălți;
3. Elaborarea *Curriculumului de instruire*, a *Suportului de curs* și a *Ghidului Formatorului* în domeniul protecției drepturilor pacientului pentru angajații Oficiului Avocatului Poporului;
4. Elaborarea pentru Oficiul Avocatului Poporului a unui *Ghid privind examinarea cererilor ce vizează violarea drepturilor omului realizate în domeniul sănătății*;
5. Elaborarea conținutului *materialelor informative* pentru sprijinirea unei campanii naționale în domeniul transparenței și prevenirii plăților neformale în sănătate;
6. Elaborarea documentației pentru *Concursul național „Promotor al integrității în sănătate”*: Concept, Regulament de organizare a concursului, Grile/fișe de evaluare a candidatului etc.
7. Elaborarea unui *instrument de evaluare a percepției populației cu privire la corupția în sănătate*.

Apreciam înalt colaborarea avută cu doamna Rodica Gramma, remarcându-i nivelul înalt de profesionalism și competență în domeniul aplicării principiilor drepturilor omului în domeniul sănătății.

Actul se eliberează pentru a fi prezentat la solicitare.

Viorel Gorceag

Crucea Roșie din Elveția, Reprezentant de țară



Nr.2279 din 20.05.2024

ACT DE IMPLEMENTARE

Denumirea ofertei pentru implementare: Grila de evaluare a nivelului de organizare a contextului etic și de respectare a drepturilor omului în instituțiile medicale.

Autor: GRAMMA Rodica, doctor în filosofie, conferențiar universitar

Unde și când a fost implementat: Evaluarea nivelului de respectare a drepturilor omului, în special a dreptului la sănătate, în instituțiile rezidențiale (spitale de psihiatrie, centre de plasament pentru persoane cu dizabilități, izolatoare de detenție provizorie și alte instituții rezidențiale în care se află persoane în custodia statului)

Eficacitatea implementării: Grila a fost folosită ca suport metodologic esențial în organizarea evaluării condițiilor existente în instituțiile rezidențiale din țară (spitale de psihiatrie, centre de plasament, izolatoare), unde există un risc crescut de încălcare a drepturilor omului, persoanele plasate în aceste instituții fiind cu un grad înalt de vulnerabilitate. Grila conține setul de întrebări relevante care permit identificarea lacunelor în organizarea procesului de respectare a drepturilor omului în asistența persoanelor aflate în instituțiile respective, fiind structurată conform criteriilor de evaluare a celor 14 drepturi ale pacientului declarate la nivel internațional.

Rezultatul implementării: Rezultatele acumulate prin evaluarea efectuată cu ajutorul criteriilor descrise în Grilă au fost folosite pentru elaborarea Rapoartelor tematice elaborate de IDOM pentru monitorizarea nivelului de respectare a drepturilor omului precum:

- Rele tratamente în locurile privative de libertate, 2022
- Respectarea drepturilor omului în contextul COVID-19 și impactul acestuia asupra instituțiilor de tip închis din Moldova, 2019, 2021
- Respectarea drepturilor omului în Centrul de plasament temporar pentru persoane cu dizabilități (adulte) (s. Bădiceni, r. Soroca; mun. Bălți; com. Cocieri, r. Dubăsari)
- Respectarea drepturilor omului în Spitalul Clinic de Psihiatrie or. Codru, mun. Chișinău
- Respectarea drepturilor omului în Spitalul Clinic de Psihiatrie, 2019
- Respectarea drepturilor omului în Spitalul de Psihiatrie, mun. Bălți, 2019
- Respectarea drepturilor omului în Spitalul de Psihiatrie, or. Orhei, 2019
- RAPORT elaborat în urma vizitei de monitorizare la IMSP Spitalul de Psihiatrie și Ftiziopneumologie Orhei; Internatul Psihoneurologic din s. Cocieri, 2017

Actul se eliberează pentru a fi prezentat la solicitare.

Respectuos, Vanu Jereghi
Director executiv, IDOM



str. Frumoasa, nr. 46, MD-2009, mun. Chișinău, Republica Moldova,
tel./fax: (+373 22) 838 408; 838 409; e-mail: info@idom.md;

web: <https://idom.md/ted-wells/>; Facebook: <https://www.facebook.com/drepturileomuluiMoldova>

20.05.24 nr. 01-19/557

La nr. _____



ACT DE IMPLEMENTARE

Denumirea ofertei pentru implementare: Grila de evaluare a nivelului de organizare a contextului etic și de respectare a drepturilor omului în instituțiile medicale.

Autor: GRAMMA Rodica, doctor în filosofie, conferențiar universitar

Unde și când a fost implementat: IMSP Institutul Mamei și Copilului, 2018-2022.

Eficacitatea implementării: Grila a fost aplicată de autor prin activități separate în diferite departamente ale instituției. Aplicarea Grilei a fost precedată de instruirii în domeniul eticii, integrității și drepturilor pacientului, care au fost ținute la diferite niveluri de personal – medici și asistente medicale. Urmare a evaluării prin aplicarea criteriilor Grilei, autoarea a oferit recomandări importante, reieșind din lacunele identificate în organizarea procesului de respectare a drepturilor omului în asistența medicală prestată de personalul instituției, fiind structurate conform criteriilor de evaluare și reieșind din cadrul normativ în vigoare care susține cele 14 drepturi ale pacientului declarate la nivel internațional.

Rezultatul implementării: Rezultatele acumulate prin evaluarea efectuată cu ajutorul criteriilor descrise în Grilă au fost folosite ca bază și motivație pentru dezvoltarea unor proceduri și instrumente instituționale destinate procesului de instituționalizare a eticii, promovării valorilor etice și a principiilor drepturilor fundamentale ale omului în organizarea activității instituției. Datorită aplicării Grilei au fost identificate neconsecvențele și, respectiv, îmbunătățite procesele ce țin de informarea și comunicarea cu pacienții, promovarea confidențialității, dar și a integrității personalului medical. Grila este ușor de aplicat, fiind un instrument care trebuie aplicat periodic pentru autoevaluare și, în special, pentru pregătirea procedurii de acreditare a instituției.

Actul se eliberează pentru a fi prezentat la solicitare.

Director IMSP IMC
Dr.șt.med., conf.univ



Sergiu Gladun



MD-2004, Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, tel.: (+373) 22 205 701, fax: (+373) 22 242 344, contact@usmf.md, https://usmf.md

20.05.2024 nr. 03-1586

la nr. _____ din _____

APROB
Prim-prorector, prorector pentru activitate
didactică, dr. hab. șt. med., profesor universitar



Olga Cernetchi

ACT DE IMPLEMENTARE

în procesul didactic la Catedra de Medicină Legală
a rezultatelor cercetărilor științifice

Prin prezentul act se confirmă, de comun acord cu autorii, implementarea rezultatelor obținute de către dna **Rodica Gramma**, dr. filos., conf. univ., în procesul didactic la Catedra de Medicină legală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

În baza rezultatelor obținute în procesul de realizarea a tezei de doctor habilitat în științe medicale cu tema „*Managementul eticii în instituțiile medicale pentru respectarea drepturilor omului în prestarea serviciilor de sănătate*”, a fost elaborată, aprobată și implementată curricula disciplinei „*Drepturile Omului în Sănătate*”, destinată studenților, începând cu a.u. 2022-2023, în Planurile de învățământ acordat la cerințele internaționale la următoarele programe de studii:

- 0912.1. Medicină
- 0913.1. Asistență medicală generală
- 0915.1. Fiziokinetoterapie și Reabilitare
- 0914.4. Optometrie
- 0910.1. Sănătate Publică
- 0911.1. Stomatologie
- 0914.2. Tehnologie radiologică

Actul se eliberează pentru a fi prezentat la solicitare

Șef Catedră de Medicină legală,
dr. hab. șt. med., conferențiar universitar

Andrei Pădure

Șef Departament Didactic și Management
Academic, dr. șt. med., conf. univ.

Silvia Stratulat



MD-2004, Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, tel.: (+373) 22 205 701, fax: (+373) 22 242 344, contact@usmf.md, https://usmf.md

20.05.2024 nr. 03-1585

la nr. _____ din _____

APROB
Prim-prorector, prorector pentru activitate
didactică, dr. hab. șt. med., profesor universitar



Olga Cernetchi

ACT DE IMPLEMENTARE
în procesul didactic la Școala de Management în Sănătate Publică
a rezultatelor cercetărilor științifice

Prin prezentul act se confirmă, de comun acord cu autorii, implementarea rezultatelor obținute de către dna **Rodica Gramma**, dr. fil., conf. univ., în procesul didactic la Școala de Management în Sănătate Publică USMF „Nicolae Testemițanu”. În baza rezultatelor obținute în procesul de realizarea a tezei de doctor hab. în șt. med. cu tema „*Managementul eticii în instituțiile medicale pentru respectarea drepturilor omului în prestarea serviciilor de sănătate*” de către **Rodica Gramma**, în cadrul programului de studii superioare de masterat *Management în Sănătate Publică* (0901 Sănătate Publică), începând din a.u.2010-2011, au fost elaborate, aprobate următoarele manuale destinate instruirii la disciplinele respective:

	Denumirea	Autori	Disciplina
1	Managementul calității în instituțiile spitalicești. Manual. Ch: „T-Par”, 2017	Gramma R., Lozan O. (red.).	Managementul calității
2	Managementul resurselor umane în sănătate: aspecte juridice. Manual. Ch.: „T-Par”, 2016.	Gramma R., Novac T., Lozan O.	Legislate, integritate și managementul resurselor umane în sănătate
3	Bioetica medicală în Sănătatea Publică. Suport de curs. Ch: Bons Offices, 2017	Țirdea T., Gramma R.	Bioetica și etica sănătății publice
4	Etica Sănătății Publice. Chișinău: Tipogr. „T-Par”, 2016.	Gramma R., Lozan O. (red.).	Bioetica și etica sănătății publice
5.	Sănătatea și Drepturile Omului. Suport de curs. Chișinău: Tipogr. Centrală, 2011.	Gramma R., Dodon I., Novac T.	Drepturile Omului în Sănătate

Șef Școala de management în Sănătate Publică
dr. hab.șt.med., profesor universitar

Oleg Lozan

Șef Departament Didactic și Management
Academic, dr. șt. med., conf. univ.

Silvia Stratulat



MD-2004, Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, tel.: (+373) 22 205 701, fax: (+373) 22 242 344, contact@usmf.md, https://usmf.md

20.05. 2024 nr. 03-1584

la nr. _____ din _____

APROB
Prim-prorector, prorector pentru activitate
didactică, dr. hab. șt. med., profesor universitar



Olga Cernetchi

ACT DE IMPLEMENTARE

în procesul didactic la Școala de Management în Sănătate Publică
a rezultatelor cercetărilor științifice

Prin prezentul act se confirmă, de comun acord cu autorii, implementarea rezultatelor obținute de către dna **Rodica Gramma**, dr. fil., conf. univ., în procesul didactic la Școala de Management în Sănătate Publică USMF „Nicolae Testemițanu”. În baza rezultatelor obținute în procesul de realizarea a tezei de doctor hab. în șt. med. cu tema „*Managementul eticii în instituțiile medicale pentru respectarea drepturilor omului în prestarea serviciilor de sănătate*” de către **Rodica Gramma**, în cadrul programului de studii superioare de masterat **Management în Sănătate Publică** (0901 Sănătate Publică), începând din a.u.2010-2011, au fost elaborate, aprobate și implementate următoarele curricule la disciplinele respective:

1. Legislație, integritate și managementul resurselor umane în sănătate,
2. Bioetica și etica sănătății publice,
3. Drepturile Omului în Sănătate,
4. Managementul calității.

Director Școala de Management în Sănătate Publică
dr. hab.șt.med., profesor universitar

 Oleg Lozan

Șef Departament Didactic și Management
Academic, dr. șt. med., conf. univ.

 Silvia Stratulat



MS al RM
Direcția generală asistență medicală și socială
a Consiliului Municipal Chișinău
IMSP SCM "SFÂNTA TREIME"

Str. A. Russo, 11/1, MD – 2068, mun. Chișinău, Tel/fax.: 0 22 44 11 85
e-mail: scm.sf.treime@gmail.com

20.05.24 /nr. 01-13/ 397
La nr. _____ /din _____

ACT DE IMPLEMENTARE

Denumirea ofertei pentru implementare: Monografia "*Valori, Etică și Drepturi în managementul instituțiilor medicale*", Chișinău, 2024.

Autor: GRAMMA Rodica, doctor în filosofie, conferențiar universitar

Unde și când a fost implementat: IMSP Spitalul Clinic Municipal "Sfânta Treime"

Eficacitatea implementării: Problema care este soluționată prin materialul prezentat în monografie constă în determinarea certă a responsabilității managementului instituțiilor medicale de a organiza structurat și continuu dimensiunea etică în organizații pentru a implementa în practică prevederile legale cu privire la drepturile pacientului, dar și valorile promovate de drepturile omului în genere. În monografie sunt oferite recomandări practice cu privire la documentele de politici, programele etice, procedurile și procesele care trebuie organizate și implementate obligatoriu pentru instituționalizarea eticii, dezvoltarea unui climat sănătos și promovarea continuă a valorilor etice, dar și a drepturilor omului.

Rezultatul implementării: Monografia este utilizată de către corpul managerial al instituției, manageri de diferite niveluri implicați în organizarea condițiilor adecvate pentru relațiile cu beneficiarii serviciilor medicale – pacienți și rudele acestora, dar și de relațiile interne, dintre angajații instituției. Totodată, monografia oferă un material valoros și suport esențial pentru angajații departamentului de Management al calității al spitalului, fiind oferite recomandări practice pentru organizarea cadrului procedural necesar standardizării relațiilor cu pacienții prin prisma prevederilor legale. Este oferită o îndrumare practică, bine argumentată teoretic pentru aplicarea Grilei de evaluare a nivelului de organizare a contextului etic și de respectare a drepturilor omului în instituțiile medicale, care este o pregătire esențială pentru procesul de acreditare a instituției medicale, conform criteriilor internaționale.

Director IMSP SCM "Sfânta Treime"

Dr.șt.me., conf., univ.



Oleg CRUDU