

SĂ PUNEM PUNCTUL PE „I”: CU CE SE CONFRUNTĂ MEDICII ÎN TIMPUL PANDEMIEI COVID-19?

Șef Lucr. Dr. Gabriel Cristian BEJAN¹, Șef Lucr. Dr. Ioana Veronica GRAJDEANU¹, Șef Lucr. Dr. Anca Angela SIMIONESCU^{2,3}, Conf. Dr. Maria Alexandra STĂNESCU¹

¹ Departamentul de Medicină de Familie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

² Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

³ Spitalul Clinic Filantropia, București, România

Pandemia COVID-19 a dus la milioane de decese și la mai multe schimbări și provocări globale, împiedicând accesul tuturor la sistemele de sănătate din țările dezvoltate. Sistemul de sănătate din România a avut perioade în această pandemie în care abia a gestionat cazurile zilnice. Medicii sunt un element esențial pentru răspunsul eficient la crizele de sănătate publică. Cu toate acestea, nu sunt imuni la boli sau moarte, stres și ore suplimentare, probleme de morbiditate și mortalitate.

Personalul medical rămâne la baza piramidei sistemului de sănătate, atât de încercat în timpul pandemiei. Personalul medical trebuie protejat atât mental, cât și fizic, iar acest lucru se poate realiza lucrând împreună ca echipă medicală. Utilizarea continuă a măștilor în spitale, cunoștințe avansate despre transmiterea infecției SARS-CoV-2, impactul infecțiilor asimptomatice și presimptomatice, optimizarea sistemelor de triaj, testarea pacienților și vaccinarea în mod alert și răspunsurilor la focare mai rapide.

Cuvinte cheie: sistem medical, personal medical, pandemie COVID-19

INTRODUCERE

Medicii sunt o parte esențială a sistemului de îngrijire a sănătății și o ramură dependentă a răspunsului eficient la pandemia COVID-19. Medicii se remarcă prin rolul lor critic în prevenire, diagnostic, izolare și tratament. De la începutul pandemiei COVID-19, lucrătorii din domeniul sănătății au demonstrat o dedicare profesională pentru informarea și tratarea populației, în ciuda fricii de boli grave. Chiar și cu riscurile personale crescute, complianța la tratament este esențială pentru un impact pozitiv asupra sănătății publice [1]. Vom lua în considerare în continuare rolul medicilor în timpul pandemiei COVID-19 și diferitele aspecte care i-au influențat.

Volumul ridicat de muncă și presiunea societății pentru a îndeplini cerințele specifice de îngrijire a sănătății sunt probleme esențiale pentru profesioniștii din domeniul sănătății. Protejarea drepturilor medicilor este o parte integrantă a domeniului sănătății publice [2]. Impactul fizic și psihologic asupra sistemului de sănătate, implicit asupra medicilor, a atins niveluri ridicate de neimaginat în timpul pandemiei COVID-19.

Vulnerabilitatea medicilor la infecția cu COVID-19 s-a datorat contactului frecvent și prelungit cu persoanele infectate, simptomatice sau asimptomatice. Cu o capacitate insuficientă de testare, echipament minim sau uneori fără echipament de protecție adecvat, medicii se confruntă cu necesitatea de a lua decizii dificile (unele cu considerații etice). Acest mediu de lucru stresant a dus la experiențe traumatice, în special pentru medicii din prima linie. Aici vom aborda mai multe aspecte ale perioadei pandemiei COVID-19 care au un impact direct asupra medicilor și, în consecință, asupra sistemului de sănătate.

DIFICULTĂȚI ÎNTÂLNITE DE MEDICI

Sistemul de sănătate din România a avut perioade în această pandemie în care abia gestionat cazurile zilnice, iar secțiile de terapie nu mai aveau locuri disponibile. Medicii, în special cei care lucrează în terapie intensivă, au fost obligați să decidă cine va beneficia de tratament și cine nu.

Au apărut circumstanțe neobișnuite, cu un volum imens de pacienți, într-un sistem de sănătate fragil, cu

resurse limitate și cu puțini personal medical, care au dus la blocarea parțială a sistemului de sănătate. Au existat multe situații în care persoanele cu alte afecțiuni cronice nu au avut acces la îngrijiri medicale.

Echipamentul de protecție este uneori insuficient, uneori purtat incorect sau unii nu reușesc să aleagă nivelul adecvat de EIP necesar din cauza lipsei de cunoștințe. Purtarea echipamentului de protecție este un inconvenient pentru medicii care trebuie să-l poarte în timpul schimburilor de program pentru a se proteja.

Teama medicilor de a nu răspândi infecții în familiile lor a atins niveluri alarmante, mulți dintre ei preferând să nu plece acasă pentru perioade lungi de timp pentru a-și proteja familia. Rata de mortalitate raportată între medici este de 0,045% [3].

Transmiterea diagnosticului către pacienți și rudele acestora poate aduce medicului un val de nemulțumire, ducând la violență în unele cazuri. Unii membri ai familiei neagă diagnosticul și îi acuză pe medici că manipulează rezultatele. Comunicarea decesului și stresul în sine al comunicării se asociază stresului cauzat de incertitudinea reacției familiei. Violența fizică și verbală împotriva medicilor în această perioadă a fost mult mai mare decât de obicei.

IMPACT PSIHOLGIC ASUPRA MEDICILOR

Personalul medical este esențial în răspunsul excelent al sistemului de sănătate în caz de criză. Natura infecțioasă a bolii, presiunea psihologică și expunerea prelungită la suferințe și moarte imprevizibile duc la un impact devastator pentru medic și, în consecință, pentru pacient și sistemul de sănătate.

Numeroase studii s-au concentrat asupra impactului psihologic asupra populației pacienților infectați pozitiv, dar puține au identificat amploarea impactului psihologic asupra medicilor. Este important să se ia în considerare consecințele pe termen scurt și pe termen lung pentru medicii, în special pentru lucrătorii medicali care tratează pacienții cu COVID-19 și implicațiile acestor consecințe [4-11].

Medicii sunt un element esențial pentru răspunsul eficient la crizele de sănătate publică. Cu toate acestea, →

nu sunt imuni la boli, stres, suprasolicitare, morbiditate și mortalitate.

Existența focarelor de infecție crește anxietatea și depresia la medici. Simptomele anxietății și depresiei apar cel mai adesea în rândul medicilor. Decesele provocate de COVID-19 trezesc sentimente de vinovăție generate de vederea pacienților care mor singuri și nevoia lor de a da vestea proastă celor dragi mai ales prin telefon, mai degrabă decât personal [12,13].

Chong și colab. au raportat că lucrătorii din domeniul sănătății din fruntea focarului sindromului respirator acut sever (SARS) au prezentat simptome de anxietate și au raportat sentimente de vulnerabilitate extremă [14]. Un studiu din 2009 efectuat în Grecia în timpul gripei porcine a arătat că mai mult de jumătate dintre lucrătorii din domeniul sănătății dintr-un spital terțiar au raportat o creștere moderată a anxietății [15].

Tzeng și colab. au sugerat că gripa a fost, de asemenea, asociată cu anxietatea specifică la medici, 30% dintre medici și 42% dintre asistenții medicali se tem de gripa aviară (H5N1) [16].

Lucrătorii din domeniul sănătății care îngrijesc pacienții infectați cu SARS-CoV-2 au asociat anxietate pe termen scurt. O mare parte din anxietatea resimțită s-a tradus în cele din urmă în depresie. Lucrătorii din domeniul sănătății au simțit o pierdere a conexiunii sociale și s-au luptat cu neîncrederea în sistemul de sănătate.

Izbucnirea SARS-CoV-2 poate fi asimilată cu un episod acut al unui bio-dezastru, ducând la o rată semnificativ mai mare de morbiditate psihiatrică.

UNDE ÎNCEPE ȘI SE ÎNCHEIE DATORIA DE MEDIC?

Conform obligației medicilor de a acorda îngrijiri pacienților [17], prin profesia lor, medicii au obligații stricte (față de pacienți), pe care personalul nemedical nu le are. (Figura 1)

puțini din sistemul actual) ajung să se îmbolnăvească, devenind ei înșiși pacienți. Pe lângă obligația de a îngriji pacienții, medicii trebuie să aibă grijă de ei și de familiile lor.

În pandemii, medicii sunt expuși la ore prelungite, ceea ce duce la o expunere crescută la agentul infecțios. Medicii sunt supuși, mai mult decât populația generală, riscului de îmbolnăvire, riscului de deces, oboseli datorate schimbărilor lungi, suferinței morale și riscurilor legale atunci când lucrează în afara competențelor specialităților lor [19,20].

Există cazuri în care medicii părăsesc profesia sau sunt concediați și refuză să exercite profesia în secțiile COVID-19. Există orientări lipsite de ambiguitate cu privire la drepturile și obligațiile personalului medical în timpul unei pandemii [21].

Dacă limitele obligației de îngrijire nu sunt absolute, ci mai degrabă constrânse de mai mulți factori, pot unii medici să fie justificați moral în renunțarea la munca din prima linie? Renunțarea ar putea fi justificată dacă munca prestată de medici se extinde dincolo de aria lor de expertiză sau implică sarcini personale sau fizice semnificative. O situație justificată se referă la medicii mai în vârstă, dat fiind că rata mortalității la pacienții cu COVID-19 este mai mare la grupurile de pacienți vârstnici [22].

Dintr-o altă perspectivă, renunțarea la locul de muncă ca medic va îngreuna colegii care vor fi nevoiți să depună eforturi mari pentru a acoperi lipsa de personal. Atunci când medicii renunță la slujbă, impactul se extinde la pacienți, iar încrederea în asistență medicală și sistemul medical sunt esențiale într-o pandemie. Deși acestea sunt consecințe nedorite care ar trebui abordate, ele nu justifică suficient presiunea morală asupra medicilor pentru a lucra în situații care presupun depășirea atribuțiilor lor, circumstanțe pe care le consideră inacceptabile din punct de vedere moral, psihologic sau fizic.

Toți medicii au datoria (limitată) de a îngriji pacienții, dar este posibil ca un pacient cu o boală infecțioasă gravă

să nu intre în domeniul de practică standard al unor specialități. Aici apare și problema competenței de a trata, aceasta fiind diferită între un specialist în boli infecțioase și un specialist în obstetrică-ginecologie. Obligația de a lucra în prima linie este mai mare pentru cei care au ales o specialitate care implică riscuri conexe. Chiar și așa, niciun medic specialist în boli infecțioase

nu are datoria absolută de a lucra în prima linie, indiferent de riscul personal.

Având în vedere că studenții la medicină, medicii rezidenți și pensionari au fost solicitați în multe țări, problema sistemică apare atunci când trebuie definite obligațiile profesionale.



Figura 1. Posibilă justificare a datoriei medicale [18]

Deși medicii au datoria de a trata, acest lucru nu poate fi considerat absolut având în vedere că medicii au și dreptul la protecție și îngrijire în timpul unei pandemii precum SARS-CoV-2, fiind membri ai aceleiași societăți.

Abandonul pacientului poate apărea adesea atunci când medicina devine neputincioasă și când medicii (prea

Deși vârsta majorității studenților la medicină implică un risc scăzut de complicații ale COVID-19 la acești studenți, nu este clar că abilitățile pe care le au studenții la medicină sunt suficient de valoroase pentru îngrijirea pacientului, în comparație cu riscurile la care sunt expuși. Când pensionarii se întorc la muncă, deși au o experiență suficientă ca medici, aceștia prezintă un risc mult mai mare, în funcție de vârstă, pentru o formă severă de COVID-19 și deces.

Deși nu se pune prea mult accent pe lângă datoria pe care o au medicii, există și datoria sistemului de sănătate și a angajatorilor față de medici. Aici includem obligațiile angajatorului de a pune în aplicare măsuri de protecție a medicilor și a familiilor acestora, oferind echipament de protecție personală și vaccinare pentru ei înșiși sau membrii familiei.

În ceea ce privește așteptările pacienților, nu este justificat să ne așteptăm ca medicii să lucreze non-stop pentru a-i ajuta, deoarece atât pacienții, cât și populația au obligații pe care trebuie să le respecte în timpul unei pandemii. Persoanele trebuie să raporteze orice risc cunoscut

de infecție, iar modul de raportare către medici trebuie să fie unul corect și guvernat de relații umane și comportamente sociale corecte [23]. Comportamentul unui posibil viitor pacient este esențial, deoarece poate evita să devină pacient urmând măsuri de protecție și, prin urmare, ajutând sistemul de sănătate.

CONCLUZII

Pandemia COVID-19 a dus la numeroase provocări globale, împovărând sistemele de sănătate, inclusiv a țărilor dezvoltate. Personalul medical, care se află la baza piramidei sistemului de sănătate, dovedit a fi nepregătit pe timpul pandemiei, trebuie protejat, atât mental, cât și fizic. Acest lucru poate fi realizat numai lucrând împreună, ca echipă medicală. Prin minimizarea efectelor psihologice negative asupra medicilor, protejăm acești lucrători esențiali și sistemul de sănătate în integralitatea sa. Protejarea drepturilor, încurajarea și recunoșterea rolului medicilor sunt motoare care îi fac să meargă înainte, oferindu-și serviciile și abilitățile într-un mediu nou și cu încărcătură suplimentară.

Bibliografie

1. Anantham D, McHugh W, O'Neill S, et al. Clinical review: influenza pandemic - physicians and their obligations. *Crit Care*. 2008;12(3).
2. Yakubu A, Folayan MO, Sani-Gwarzo N, et al. The Ebola outbreak in Western Africa: ethical obligations for care. *J Med Ethics*. 2016;42(4):209-10.
3. Manzoni P, Milillo C. COVID-19 mortality in Italian doctors. *J Infect*. 2020;81(2):e106-e107.
4. Thakur V, Jain A. COVID-2019 suicides: a global psychological pandemic. *Brain Behav Immun*. Published online April 23, 2020.
5. Sim K, Chua HC, Vieta E, Fernandez G. The anatomy of panic buying related to the current COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 2020;288:113015.
6. Zhang J, Lu H, Zeng H, Zhang S, Du Q, Jiang T, et al. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun*. Published online April 15, 2020.
7. Boscarino JA, Adams RE. Assessing community reactions to Ebola virus disease and other disasters: using social psychological research to enhance public health and disaster communications. *Int J Emerg Ment Health*. 2015;17:234-238.
8. Teasdale E, Yardley L, Schlotz W, Michie S. The importance of coping appraisal in behavioural responses to pandemic flu. *Br J Health Psychol*. 2012;17(1):44-59.
9. Peng EYC, Lee MB, Tsai ST, et al. Population-based post-crisis psychological distress: an example from the SARS outbreak in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 2010;109(7):524-532.
10. Douglas PK, Douglas DB, Harrigan DC, Douglas KM. Preparing for pandemic influenza and its aftermath: mental health issues considered. *Int J Emerg Ment Health*. 2009;11(3):137-144.
11. Goodwin R, Gaines SOJ, Myers L, Neto F. Initial psychological responses to swine flu. *Int J Behav Med*. 2011;18(2):88-92.
12. Straus SE, Wilson K, Rambaldini G, et al. Severe acute respiratory syndrome and its impact on professionalism: qualitative study of physicians' behaviour during an emerging healthcare crisis. *BMJ*. 2004;329(7457):83.
13. Styra R, Hawryluck L, Robinson S, Kasapinovic S, Fones C, Gold WL. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J Psychosom Res*. 2008;64(2):177-183.
14. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry*. 2004;185:127-133.
15. Gouliou P, Mantas C, Dimitroula D, Mantis D, Hyphantis T. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis*. 2010;10:322.
16. Tzeng H-M, Yin C-Y. A crisis: fear toward a possible H5N1 pandemic. *J Nurs Care Qual*. 2008;23(2):177-183.
17. Malm H, May T, Francis LP, et al. Ethics, pandemics, and the duty to treat. *Am J Bioeth*. 2008;8(8):4-19.
18. Clark CC In harm's way: AMA physicians and the duty to treat. *J Med Philos*. 2005;30(1):65-87.
19. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health* 2020;5(9):e475-83.
20. Kok N, Hoedemaekers A, van der Hoeven H, et al. Recognizing and supporting morally injured ICU professionals during the COVID-19 pandemic. *Intensive Care Med*. 2020;46(8):1653-4.
21. Ruderman C, Tracy CS, Bensimon CM, et al. On pandemics and the duty to care: whose duty? who cares? *BMC Med Ethics*. 2006;7:E5.
22. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020;395(10229):1054-62.
23. Pellegrino ETD. *For the patient's good*. New York: Oxford University Press, 1988.