

**INSTITUTUL DE CERCETARE ȘI FORMARE JSI ROMÂNIA
CENTRUL PENTRU POLITICI ȘI SERVICII DE SĂNĂTATE**

**CERCETARE-EVALUARE
A PROGRAMULUI
MEDIATORILOR SANITARI
ÎN COMUNITĂȚILE DE ROMI
ÎN ROMÂNIA**

RAPORT FINAL



USAID
DIN PARTEA POPORULUI AMERICAN



Studiu realizat de:

Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate, 2006

Coordonator proiect: Dr. Dana Fărcășanu

Coordonator tehnic: Dr. Ioana Dărămuș

Consultanți:

Lect. Univ. Soc. Eugen Băican

Soc. Florin Moisă

Soc. Cătălin Andrei

Soc. Georgel Rădulescu

Dr. Raluca Teodoru

Dr. Bogdan Păunescu

Dr. Mihaela Ștefan

Psih. Ioana Novac

Acest studiu face parte din proiectul „Creșterea accesului comunităților de romi la serviciile de planificare familială și sănătatea reproducerii”, derulat în cadrul programului „Inițiativa pentru Sănătatea Familiei în România” de Institutul de Cercetare și Formare JSI, program finanțat de Guvernul Statelor Unite prin Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională (USAID).

CUPRINS

1. CUVÂNT INTRODUCATIV
2. INIȚIATIVA PENTRU SĂNĂTATEA FAMILIEI ÎN ROMÂNIA
3. SUMAR EXECUTIV
4. CONTEXT - SCURT ISTORIC AL PROGRAMULUI DE MEDIATORI SANITARI ÎN COMUNITĂȚILE DE ROMI
5. DESIGNUL METODOLOGIC AL CERCETĂRII-EVALUARE
6. PREZENTAREA REZULTATELOR OBȚINUTE; ANALIZĂ ȘI INTERPRETARE
 - 6.1. Evaluarea modalității în care termenii de referință ai mediatorului sanitar pentru romi (MSR) sunt adecvați și în concordanță cu activitatea de zi cu zi
 - 6.2. Evaluarea programului de formare a MSR: domeniul, conținutul, formatorii, durata, nevoile de formare neacoperite, estimarea costurilor minime necesare pentru dezvoltarea unui plan de formare, elaborarea unei strategii de formare, precum și evaluarea nevoilor actuale de dotare;
 - 6.3. Evaluarea poziționării MSR în inter-relația cu: coordonatorii programului MSR de la nivelul Autorității de Sănătate Publică (ASP), medicii de familie și beneficiarii programului
 - 6.4. Evaluarea contribuției MSR la asigurarea accesului populației defavorizate din comunitățile de romi la serviciile de sănătate și, în special, la cele de sănătatea reproducerei.
 - 6.5. Evaluarea calității sistemului curent de monitorizare și evaluare a programului MSR.
7. CONCLUZII DE ANSAMBLU
8. ANALIZA SWOT ȘI RECOMANDĂRI DE ORDIN APLICATIV ÎN PERSPECTIVA PROIECTĂRII VIITOARELOR ACTIVITĂȚI ÎN CADRUL PROGRAMULUI MSR ȘI A SERVICIILOR MEDICO-SOCIALE INTEGRATE ÎN COMUNITĂȚILE DE ROMI
9. ANEXE
 - 9.1. INSTRUMENTELE DE CERCETARE CALITATIVĂ
 - 9.2. LEGISLAȚIA ÎN VIGOARE CU PRIVIRE LA MSR – ordinul 619/2002
 - 9.3. STUDII DE CAZ ÎN COMUNITĂȚILE DE ROMI
 - 9.4. ABREVIERI UTILIZATE ÎN TEXT

1. CUVÂNT INTRODUCATIV

Prezenta evaluare realizată de Institutul de Cercetare și Formare JSI în parteneriat cu Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate (CPSS), în cadrul programului “Inițiativa pentru Sănătatea Familiei în România”, cu finanțare prin Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională (USAID) s-a desfășurat la solicitarea Ministerului Sănătății (prin Direcția Generală de Asistență Medicală – Serviciul «Mama și copilul») în noiembrie 2004. Până la această dată a fost realizată o singură evaluare a acestui program (2001), evaluare care a stat la baza preluării și multiplicării lui de către Ministerul Sănătății la nivel național. Ulterior, s-au derulat alte două evaluări, efectuate de Romani CRISS și Ministerul Sănătății Publice, fiecare cu specificitatea sa, ce au readus în atenția factorilor de decizie importanța acestei intervenții pentru comunitățile de romi.

De asemenea, evaluările au subliniat faptul că, în ciuda tuturor dificultăților de implementare și mai ales de dezvoltare, programul mediatorului pentru comunitățile de romi este indiscutabil un model de parteneriat între structurile guvernamentale (reprezentate la nivel național și local), organizații neguvernamentale și donori naționali și internaționali. Contribuția acestora este în continuare imperios necesară pentru că numai cu suport tehnic și financiar, stabilind parteneriate, mediatorul sanitar poate fi pregătit profesional și instituțional pentru a face față nevoilor comunității și a fi vizibil în comunitate și societate.

Prezenta cercetare urmărește evidențierea activității și eforturilor mediatorilor sanitari, precum și identificarea nevoilor Programului mediatorului sanitar în cele mai importante arii de dezvoltare profesională (atribuții și responsabilități, formare și dotare profesională, relaționare, monitorizare/evaluare, rezultate și impact în comunități și în sistemul socio-medical). Sperăm ca prin concluziile și recomandările prezentate să contribuim la susținerea și redefinirea programului în contextul viitoarelor reforme sanitare și sociale.

Evaluarea a arătat, mai presus de toate, că mediatorul sanitar este mai mult decât s-a stabilit prin acte normative: este un mediator socio-sanitar, dar mai ales un mediator intercultural, veriga de comunicare între cultura romani și cea națională. Considerat a fi o figură “temporară” în perioada de reformă a sistemului de sănătate românesc, dar și a tranziției minorității rome către un statut etnic recunoscut, mediatorul sanitar reprezintă unul din primii pași în dezvoltarea comunității rome, însemnând încredere și dialog între comunitate și serviciile publice.

Pentru realizarea acestui studiu, adresăm mulțumiri Centrului pentru Politici și Servicii de Sănătate, dnei. dr. Hanna Dobronăuțeanu – Consilier al ministrului sănătății pe probleme ale romilor, dnei Mariana Buceanu – formator, dlui Daniel Rădulescu – coordonatorul departamentului de sănătate Romani CRISS, coordonatorilor ASP din cele opt județe selectate, tuturor mediatorilor sanitari, medicilor de familie din comunitățile de romi, reprezentanților din Birourile Județene pentru Romi, autorităților locale și organizațiilor implicate. Mulțumim în mod deosebit mediatorilor sanitari ale căror eforturi contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a comunităților lor.

Dr. Mercè Gascó
Director
Institutul de Cercetare și Formare JSI

2. INIȚIATIVA PENTRU SĂNĂTATEA FAMILIEI ÎN ROMÂNIA

În ultimii 7 ani, ca urmare a colaborării între organizații românești și internaționale (printre care și Institutul de Cercetare și Formare JSI), s-au realizat două studii privind sănătatea reproducerii în rândul populației generale și a unor grupuri sociale, inclusiv romii (Studiul Sănătății Reproducerii - România, 1999 și 2004). Datele obținute au contribuit la stabilirea priorităților privind asistența medicală în domeniul planificării familiale și sănătății reproducerii (PF/SR). În acest context a apărut în noiembrie 2001 programul „*Inițiativa pentru Sănătatea Familiei în România*” (ISFR), implementat de Institutul de Cercetare și Formare JSI în parteneriat cu Ministerul Sănătății, cu sprijinul financiar al Agenției de Dezvoltare Internațională a Statelor Unite (USAID). Acest program are ca scop creșterea accesului și utilizării serviciilor PF/SR de către femeile de vârstă reproductivă, în special de cele din populația defavorizată.

ISFR își desfășoară activitatea la nivel național, în contextul programelor naționale de sănătate, prin trei tipuri principale de intervenții:


- Integrarea serviciilor de PF/SR la nivelul asistenței medicale primare
- Dezvoltarea unui sistem integrat, eficient și durabil de furnizare a serviciilor de PF/SR
- Promovarea utilizării acestor servicii prin campanii de informare a populației.

Una dintre componentele ISFR se adresează populației de etnie romă, care se confruntă cu numeroase și complexe probleme de sănătate, determinate de acces redus la informații, lipsa actelor de identitate, absența statutului de asigurat, etc.

Din punct de vedere al sănătății vieții reproductive, ultimul Studiu al Sănătății Reproducerii (2004) a arătat că femeile rome se adresează mai târziu și au mult mai puține consultații prenatale decât populația generală feminină. Puține dintre ele folosesc metode de contracepție moderne, majoritatea considerând avortul principalul mijloc de control al nașterilor. Din această perspectivă, dobândirea mai precoce a unor cunoștințe corespunzătoare în ceea ce privește viața reproductivă și sexuală, precum și promovarea unor atitudini și practici corecte privind aceste domenii este foarte importantă pentru populația de etnie romă.

Proiectul “*Creșterea accesului comunităților de romi la serviciile de PF/SR*”, derulat în perioada noiembrie 2004 – ianuarie 2007 și-a propus să crească accesul și utilizarea serviciilor de PF/SR de către membrii comunităților de romi, susținând tehnic și financiar intervenția referitoare la mediatorii sanitari romi (MSR) din cadrul Programului național de sănătate nr. 2.

În cei doi ani de proiect, 177 MSR au fost instruite în PF/SR, alături de 13 mediatore-formatoare (persoane resursă), în 20 județe, acoperind peste 200 comunități urbane și rurale. Instruirea s-a realizat în baza unui pachet propriu de curricule, care pune accent pe interactivitate și simplitate, incluzând teme privind anatomia aparatului reproductiv, metode de planificare familială, sarcina și îngrijirile prenatale, îngrijirea nou-născutului, infecțiile cu transmitere sexuală, cancerul de sân și col uterin.



În plus, mediatoarele sanitare au primit echipamentul necesar desfășurării activităților, inclusiv pentru identificare profesională.

În cele peste 200 de comunități au fost susținute peste 6800 de sesiuni de informare, în care au fost folosite materiale și instrumente de informare-educare-comunicare adaptate tradiției și culturii rome.

De asemenea, 111 medici de familie (MF) din 6 județe au fost cuprinși în ateliere despre diversitatea culturii rome și comunicare interculturală.

Această intervenție a ISFR, alături de cele ale altor organizații și de implementarea programelor naționale de sănătate este o investiție care, pe termen lung, va produce un rezultat mult așteptat: îmbunătățirea stării de sănătate a comunităților de romi.

3. SUMAR EXECUTIV

Context

Programul de Mediatori Sanitari în Comunitățile de Romi a debutat oficial în România în anul 2002, când Ministerul Sănătății, în cadrul parteneriatului cu Romani CRISS, a emis Ordinul 619/2002 privind “aprobarea funcționării ocupației de mediator sanitar și normele tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari în anul 2002”, acțiune în cadrul obiectivului 2 al intervenției 12 – Promovarea sănătății femeii și copilului la nivel comunitar – din Programul de Sănătate al Copilului și Familiei. În perioada 2002-2006, un număr de 395 de MSR au fost instruiți, 288 dintre aceștia fiind activi în prezent în cadrul Programului, în 38 de județe.

Acest program a fost subiectul mai multor evaluări de-a lungul timpului. Scopul prezentei evaluări este măsurarea modului de implementare și al impactului programului de mediere sanitară din România, în vederea planificării intervențiilor viitoare ale Ministerului Sănătății Publice și Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar pentru dezvoltarea acestui program, și în ansamblu a serviciilor medico-sociale integrate la nivelul comunităților de romi.

Metodologia prezentei evaluări a combinat mai multe tehnici de cercetare:

- Evaluare calitativă, derulată în 8 județe, câte unul din fiecare Regiune de Dezvoltare – 53 de interviuri cu MSR, coordonatori din Autoritatea de Sănătate Publică (ASP), reprezentanți ai Biroului Județean pentru Romi (BJR), reprezentanți ai autorităților locale și ai comunității;
- Evaluare cantitativă, prin metoda anchetei sociologice, la nivelul MSR din cele 38 de județe unde activează – eșantion de 241 de subiecți/chestionare valide aplicate
- Evaluare cantitativă, metoda anchetei sociologice, la nivelul MF din 16 județe unde se derulează programul – eșantion de 325 de subiecți/chestionare valide aplicate.

Evaluarea modalității în care termenii de referință ai MSR sunt adecvați și în concordanță cu activitatea de zi cu zi

În prezent, fișa postului pentru MSR include ca principale atribuții pe cele care vizează asistența sanitară a populației, cu accent pe sănătatea mamei și a copilului. Atât MF cât și MSR consideră că atribuțiile cele mai importante ale MSR sunt mobilizarea populației pentru vaccinări (23% dintre MF și respectiv 38% dintre MSR) și catagrafierea populației rome (18% dintre MF și respectiv 35% dintre MSR). 80% dintre MSR nu consideră că există atribuții în fișa postului care ar trebui eliminate, iar 66% dintre MSR consideră că în fișa postului nu trebuie adăugate și alte atribuții suplimentare.

În realitate însă, în teren, mediatorul sanitar se confruntă cu probleme numeroase, care depășesc cu mult sfera medicală, intrând în principal în domeniul social și chiar economic. O mare parte din activitatea MSR este de ordin social, fără legătură directă cu atribuțiile din fișa postului. Se poate aprecia că activitatea MSR este, practic, supranormată atât calitativ cât și cantitativ. În multe situații populația de etnie romă deservită depășește semnificativ populația normată din

ordinul 619, ceea ce face practic imposibilă prestarea unei activități de calitate pentru întreg grupul alocat. În realitate, MSR nu va putea deservi decât un subgrup din populația normată, pe care îl va auto-selecta de la un anumit punct încolo, în baza unor criterii personale, subiective. 42% dintre MSR au declarat că deservește peste 750 de beneficiari, în comunitățile unde activează, în condițiile în care în ordinul 619 este normat un număr de 500-750 persoane per MSR.

Există o mare nevoie de personal care să furnizeze servicii populației române sărace, motiv pentru care aceasta solicită toate aceste servicii MSR. Atribuțiile MSR ar putea fi limitate la cele din fișa postului doar în condițiile în care în comunitate ar funcționa și alt personal – mediator social, mediator școlar, asistent medical comunitar, poate chiar mediator „economic”.

Practic, MSR este persoana care „ajută acolo unde este nevoie”, fiind singura interfață a populației de etnie romă cu autoritățile de orice fel, nu doar cu cele sanitare. Astfel, în percepția tuturor categoriilor intervievate, MSR au un rol de lucrător social cu atribuții specifice și în domeniul sănătății publice, MSR raportându-se și la activitatea medicală dintr-o perspectivă socială. Profesia conturată în mintea celor din jur, independent de fișa postului care definește în plan legislativ MSR, implică 2 piloni egali ca importanță: atribuțiile sociale și atribuțiile sanitare, care au pondere relativ egală în activitatea derulată de MSR. Această poziție este distinctă față de cea a oricărui alt lucrător social sau medical existent în acest moment în sistemul public.

Activitatea MSR din *sfera socială* cuprinde în special serviciile oferite beneficiarilor pentru a-și rezolva situația actelor de identitate sau a-și obține drepturile de asistență socială. De asemenea, MSR derulează și o serie de activități de intermediere și “negociere socială” cu reprezentanții școlilor sau autorităților locale pentru reglementarea anumitor situații sociale (de exemplu situația școlară a copiilor din comunitate, cuprinzând aici activități de înscriere la cursuri a copiilor, activități de prevenire a abandonului școlar și acțiuni de reinsertie în școală a celor care abandonaseră anterior, acțiuni de dare în plasament a copiilor cu situație dificilă acasă, obținerea de drepturi materiale pentru persoane cu dizabilități sau handicap etc.).

Activitățile subsumate domeniului sanitar sunt de informare și îndrumare a gravidei și lăuzei precum și de supraveghere a nou-născutului, de promovare a planificării familiale și de informare și educare pe teme importante de sănătate publică. Dintre aceste trei direcții, multe activități sunt de îngrijire a mamei și a copilului, precum și de promovare a serviciilor de planificare familială. De asemenea, MSR au un rol important în convingerea populației deservite privind vaccinarea obligatorie și în controlul tuberculozei - TBC (aplicare de tratament direct observat, identificarea contactilor, îndrumare către testare). Rolul MSR în direcțiile menționate mai sus (monitorizarea gravidei și a nou-născuților, consilierea în planificare familială, mobilizarea populației la vaccinare, controlul TBC) este incontestabil foarte important, ducând în anumite locuri la rezultate semnificative.

Evaluarea suportului acordat MSR: programul de formare și nevoi de dotare

Cursurile de formare inițială oferă baza de cunoștințe în domeniul legislației și comunicării, dar sunt insuficiente ca timp pentru a se forma abilități de comunicare și mediere reale. Pe de altă parte, sistemul de formare actual nu oferă baza de noțiuni medicale de care MSR au nevoie și nici informații despre aspecte sociale și legislative, altele decât cele din ordinul 816/2002. Nu există un sistem de formare/pregătire continuă a MSR, nu există o curriculă de formare obligatorie, deși nevoia de formare a MSR este reală, importantă și declarată. MSR participă conjunctural la cursuri organizate de ASP sau de alte instituții/organizații. Cu toate acestea, 23% dintre MSR apreciază că nivelul lor de pregătire, raportat la responsabilități, este slab sau satisfăcător, iar 72% dintre MSR consideră că au un nivel de pregătire bun sau foarte bun.

Programul de selecție și formare actual ridică anumite probleme. Pe de o parte, anumite MSR sunt selectate și parcurg chiar și prima etapă de instruire și triere fără a avea aptitudinile necesare de a desfășura această activitate în comunitate, cu rezultate bune. Pe de altă parte, personalul care are aptitudinile, calitățile și dorința de a se perfecționa profesional nu are cadrul creat pentru ca acest lucru să se întâmple în mod real. Cu alte cuvinte, sistemul actual de formare este unul de bază, minimal, care nu stimulează competitivitatea și formarea profesională. Totodată, nivelul de informații și abilități oferite prin cursurile de formare existente în acest moment este redus. Instruirea în vederea dezvoltării abilităților de comunicare interpersonală, dar și al comunicării cu alte persoane/ autorități (MF etc.) este o nevoie conștientizată și chiar declarată de MSR.

Prima etapă de formare, axată pe comunicare, este apreciată de către participante, dar este mult prea scurtă pentru a construi abilități de bun comunicator unor persoane care nu aveau deja aceste aptitudini și experiență anterioară în a putea purta o discuție convingătoare. Pe de altă parte, deși profesia este de mediator *sanitar*, cunoștințele medicale la care au acces prin formarea profesională sunt extrem de puține. Practic, nu există o curriculă și un sistem de formare care să acopere într-un mod coerent subiectele principale de sănătate publică pe care MSR ar trebui să le promoveze mai departe în comunitate. Majoritatea cursurilor la care MSR au participat au fost organizate de către organizații internaționale (JSI, Doctors of the World), fiind extrem de apreciate de către persoanele care au participat la ele. Cursurile de formare sunt dorite și au impact – de exemplu în județele unde JSI a derulat cursuri de sănătatea reproducerii (SR) și planificare familială (PF), MSR au dobândit cunoștințe reale de SR pe care le-au comunicat populației – element evidențiat din discursul MSR și din rezultatele obținute în comunitate – respectiv creșterea adresabilității la servicii de SR și PF.

În județele vizitate nu s-a identificat o preocupare reală la nivelul ASP pentru formarea medicală a MSR. Sursa de informare de bază pentru MSR este lectura proprie, având acces la material informativ/ pliante. În acest context, este de apreciat dorința și tenacitatea anumitor MSR de a se instrui în probleme variate de sănătate, pe care le prezintă mai departe beneficiarilor din comunitate.

Dintre subiectele pe care MSR au nevoie să fie instruite amintim informații medicale privind mama, copilul și îngrijirea copilului, TBC, imunizări, acordarea primului ajutor. Trebuie avute în vedere totodată și subiecte care în acest moment depășesc atribuțiile stipulate în fișa postului, precum boli cronice (diabet, HTA), consilierea persoanelor cu handicap, consiliere socială.

Informațiile din domeniul legislativ, al drepturilor omului, al asistenței sociale sunt de asemenea extrem de necesare MSR pentru derularea laturii sociale reale a activității din teren. Similar, cursul de instruire inițial oferă baza de informații pentru înțelegerea și aplicarea legii asigurărilor sociale, dar ulterior nu există un sistem clar de formare în acest domeniu. În acest domeniu, chiar și coordonatorul de la nivelul ASP este puțin informat și nu poate reprezenta o resursă pentru MSR.

Nevoile de dotare ale MSR vizează în primul rând existența unui birou/sediu unde să își desfășoare activitatea (doar 36 % declară un spațiu de lucru propriu/birou, iar 14 % au acces la computer). Astfel, majoritatea MSR își desfășoară activitatea exclusiv în teren, indiferent de condițiile meteo. Nu există un loc unde să își poată redacta raportările, fișele, unde să păstreze informațiile sale despre beneficiari. De asemenea, beneficiarii nu îl pot găsi pe mediator decât dacă îl văd în vecinătate sau dacă îl apelează la telefon (64% dintre MSR au telefon mobil, dar adesea acesta este personal, și nu de serviciu).

MSR nu are nici un fel de facilitate de a înregistra informația (computer, rechizite). Totodată, existența unui spațiu de lucru dă încredere MSR și îl responsabilizează, îl obligă să se încadreze și să comunice cu celelalte persoane care lucrează în sistemul public, la nivelul comunității.

Există de asemenea și alte nevoi de dotare importante pentru buna derulare a activității MSR, precum nevoi de comunicare (telefoane mobile, cartele telefonice – solicitate de 82% dintre MSR), echipament de lucru (ecusoane, pelerine de ploaie, umbrele, cizme de cauciuc etc. – 64% dintre MSR), deplasare (decontare cheltuieli de transport – 55% dintre MSR). De asemenea, sunt solicitate materiale informative (74% dintre MSR), necesare pentru educarea populației. În prezent, doar 17% dintre MSR au un mijloc de transport, 34% au pelerine de ploaie, 7% au cizme de cauciuc...

Între nevoile MSR, o categorie importantă este cea a **nevoilor de "statut"**, respectiv obținerea unui statut socio-profesional recunoscut și stabil, care să implice totodată și evaluarea corectă a activității prestate de fiecare MSR. Angajarea pe perioadă nedeterminată ar aduce un grad semnificativ mai mare de certitudine și siguranță „a zilei de mâine”. Un aspect la fel de important este salarizarea – MSR sunt plătiți relativ puțin, nu primesc nici un fel de spor de teren și nu au alte beneficii.

Nevoia de evaluare corectă, diferențiere și recompensare a MSR în funcție de performanțele fiecăruia este o altă nevoie exprimată și în același timp o problemă conexasă sistemului de recrutare, formare, monitorizare și evaluare a MSR. Lipsa motivației de dezvoltare profesională poate deveni, după un anumit nivel, o sursă de nemulțumire pentru mediatore. De asemenea, neaplicarea criteriilor de evaluare și promovare, în condițiile în care este evident că în anumite locuri prestația diferitelor MSR este diferită din punct de vedere calitativ și cantitativ, poate crea de asemenea frustrări și poate avea repercursiuni asupra calității muncii prestate.

Evaluarea poziționării MSR în inter-relația cu coordonatorii programului MSR de la nivelul Autorității de Sănătate Publică (ASP)

84% dintre MSR apreciază că relația cu coordonatorul ASP este bună și foarte bună. Relația dintre MSR și coordonatorul ASP este însă în general una de colaborare de tip reactiv din

partea coordonatorului ASP (răspunde de obicei pozitiv solicitărilor MSR) și mai puțin una de implicare și suport activ.

În majoritatea județelor vizitate s-a constatat că implicarea reală a coordonatorului ASP în activitatea de zi cu zi a MSR este limitată. Instituțional, coordonatorul ASP are un set mai larg de responsabilități profesionale și relaționarea cu MSR are o dimensiune relativ redusă în cadrul activităților curente. O problemă identificată la nivelul anumitor ASP este aceea că, de-a lungul timpului, coordonatorul MSR este schimbat, ceea ce conduce la discontinuități în relația cu MSR.

Principala atribuție recunoscută de către coordonatorii ASP este aceea de monitorizare a activității MSR, de cele mai multe ori numai prin centralizarea rapoartelor lunare de activitate și trimiterea acestora către MSP și Romani CRISS. În general, coordonatorul ASP nu efectuează vizite în teren – aceasta și datorită încărcării curente cu responsabilități profesionale. MSR percep nevoia participării la vizite de teren a coordonatorilor ASP; existența acestor vizite ar permite un contact real cu activitatea MSR și ar conferi acestuia un grad mai mare de autoritate în fața autorităților locale și poate chiar a beneficiarilor, ar ajuta totodată la consolidarea relației cu medicii de familie din localitate și ar asigura o bază foarte bună pentru o evaluare reală a calității muncii prestate de către MSR.

Pe de altă parte, coordonatorii ASP nu organizează cursuri de instruire pe teme medicale – nu întotdeauna ușor de organizat la nivel județean. Au fost identificate situații în care coordonatorul ASP consideră în mod real că atribuțiile sale în cadrul acestui program se rezumă strict la colectarea rapoartelor de activitate lunară a MSR și trimiterea acestor informații mai departe.

Evaluarea poziționării MSR în inter-relația cu furnizorii de servicii de sănătate de la nivelul comunității (medicii de familie) în scopul îmbunătățirii integrării serviciilor la nivel comunitar

Relația cu MF este de cele mai multe ori bună, ducând la formarea de echipe în teritoriu. MSR este perceput ca fiind cel mai important colaborator al MF în relație cu comunitățile țintă. 94% dintre MF chestionați în cadrul componentei cantitative a evaluării au apreciat colaborarea cu MSR ca fiind bună și foarte bună, definind-o ca pe o relație „de colaborare” și nu de subordonare. 95% dintre MSR consideră această colaborare bună și foarte bună, iar 97% dintre MSR o apreciază, similar MF, ca fiind o relație de colaborare și nu de subordonare. Au fost semnalate însă și situații de tensiuni sau conflicte între MF și MSR care activează la nivel local.

Succesul în construirea unei relații bune dintre medicii de familie și MSR este direct legat de contribuția percepută a MSR la rezultatele de la nivelul cabinetelor MF. Cu cât MSR reușește să se facă mai util MF și în același timp să respecte „ierarhia” profesională, cu atât relația între cele două părți pare a fi mai bună. Acest lucru se realizează de obicei prin rezolvarea unora dintre problemele cele mai dificile pentru medic: rezolvarea de către MSR a “terenului”, prezentarea populației române la vaccinare, identificarea și aducerea la medic a unor persoane din comunitatea romă care au probleme importante de sănătate. Un alt fenomen important pentru medic este creșterea numărului de pacienți asigurați din lista sa.

Uneori există neînțelegerea rolurilor fiecăruia, respectiv există MF care consideră că MSR le sunt direct subordonați; în astfel de cazuri este nevoie de intervenția ASP, care trebuie să clarifice faptul că MSR sunt monitorizați și coordonați de la nivelul ASP. Este important de subliniat că adesea MF nu sunt informați de către autorități cu privire la rolul MSR la nivel local. MSR poate fi privit cu indiferență sau suspiciune de către MF sau asistentele medicale, foarte probabil din cauza necunoașterii rolului și atribuțiilor MSR, dar nu au fost menționate cazuri de respingere a colaborării sau discriminare a MSR de către MF.

Evaluarea poziționării MSR în inter-relația cu beneficiarii direcți ai programului

Relația cu beneficiarii este în general bună, depinzând în mare măsură de tipul de comunitate în care se intră și compatibilitatea între cultura MSR și cea a neamului de romi căruia i se adresează; aptitudinile de comunicare și negociere ale MSR joacă, de asemenea, un rol esențial. 89% dintre MF chestionați în cadrul componentei cantitative a studiului au apreciat colaborarea MSR cu populația de etnie romă din comunitatea deservită ca fiind una bună și foarte bună, 91% dintre MF fiind mulțumiți și foarte mulțumiți de activitatea MSR în raport cu nevoile comunității romă deservite. 93% dintre MSR apreciază colaborarea cu beneficiarii de la nivelul comunității ca fiind bună și foarte bună.

Cheia succesului în relaționarea cu beneficiarii este acceptarea MSR de către comunitate. În acest sens, elementul decisiv este reprezentat de către abilitățile de comunicare ale mediatorului și capacitatea sa de a convinge (calități esențiale în selectarea MSR). Primele contacte cu comunitatea, și mai ales acceptarea sa de către liderii de opinie din comunitate, sunt foarte importante. În momentul în care MSR este acceptat în comunitate, beneficiarii ajung să aprecieze foarte mult prezența MSR la nivelul comunității.

Variabile care influențează relația MSR cu beneficiarii din comunitate:

- Abilitățile native de comunicare și relaționare ale MSR.
- Apartenența persoanei respective la comunitate/la un anumit neam din comunitate.
- Tipul de comunitate – tradițională vs. asimilată (non-tradițională).
- Cazurile rezolvate de către mediatori, mai ales la începutul relației lor cu comunitatea.
- Nevoile diferite ale beneficiarilor (aspecte sociale, etnice, economice, medicale etc.).
- Dimensiunea comunității deservite de MSR.

Se observă totodată că beneficiarii nu au o imagine reală a rolului MSR în comunitate. De multe ori, aceștia tind să îi solicite servicii sau informații care nu fac obiectul său de activitate. Adesea MSR este perceput de comunitate ca o persoană importantă din perspectiva nivelului de pregătire și a capacității de relaționare cu autoritățile. Datorită superiorității percepute a acestuia, MSR este investit de către comunitate cu atribuții și puteri mai mari decât are în realitate. Această poziție îi conferă însă și un statut de autoritate, de lider, fiind mai ușor ascultat și sfaturile sale fiind mai probabil să fie urmate. Această poziție îi conferă MSR un grad de satisfacție profesională și personală care devine o motivație importantă în a continua activitatea pe care o prestează, în ciuda problemelor, nemulțumirilor și nerecunoașterii suficiente a statutului său profesional de către autorități.

Evaluarea contribuției MSR la asigurarea accesului populației defavorizate din comunitățile de romi la serviciile de sănătate și, în special, la cele de sănătatea reproducerii

MSR reprezintă în acest moment cel mai important vector în transmiterea de informații și educare a populației rome. Activitatea MSR a crescut vizibil adresabilitatea și accesul populației rome la servicii de sănătate, inclusiv la cele de SR (a crescut numărul de pacienți romi la MF prin dobândirea statutului de asigurat, a crescut rata vaccinărilor, a crescut numărul utilizatorilor de metode contraceptive, a scăzut numărul de avorturi etc.). În baza răspunsurilor primite de la MSR chestionați în cadrul componentei cantitative a evaluării, se poate estima că peste 8.000 de persoane de etnie romă au fost sprijinite de MSR pentru a se înscrie pe listele medicilor de familie, de la începutul derulării Programului de Mediatori Sanitari în Comunitățile de Romi în România. Pe baza aceluiași estimări, peste 7.300 de persoane de etnie romă nu sunt încă înscrise pe listele MF, la nivelul comunităților unde există în prezent MSR.

MSR reprezintă pentru beneficiari principala sursă de informații cu privire la PF și serviciile de SR, ca de exemplu utilizarea metodelor moderne de contracepție, utilizarea corectă a prezervativului și prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală.

Evaluarea calității sistemului curent de monitorizare și evaluare a programului MSR

Sistemul de raportare utilizat de MSR este mai degrabă unul de tip cantitativ, lipsind dimensiunea calitativă. Acest aspect implică o slabă responsabilizare a MSR în completarea raportului, oferă o imagine parțială a activității depuse de MSR, nu permite evaluarea și compararea reală a activității diferiților MSR și nu permite obținerea de feed-back de către MSR.

Centrele Regionale de Formare și Monitorizare a activității MSR (implementat de Romani CRISS) reprezintă o inițiativă așteptată și apreciată.

4. CONTEXT - SCURT ISTORIC AL PROGRAMULUI DE MEDIATORI SANITARI ÎN COMUNITĂȚILE DE ROMI ȘI A EVALUĂRILOR ANTERIOARE ALE PROGRAMULUI

4.1. Scurt istoric al Programului de Mediatori Sanitari în Comunitățile de Romi

Începuturile ideii de mediator sanitar în comunitățile de romi provin din structurile incipiente ale ONG-urilor române de la începutul anilor '90.

Încă din 1993, Romani CRISS a lansat o serie de programe privind îmbunătățirea stării de sănătate a romilor și accesul acestora la serviciile publice. Programele derulate de Romani CRISS pe componenta "sănătate" vizează îmbunătățirea stării de sănătate a membrilor comunităților de romi din România, sub diverse aspecte. Direcțiile de acțiune ale acestor proiecte derulate au avut permanent în vedere îmbunătățirea comunicării dintre autoritățile medicale și comunitatea de romi. În acest context a apărut inițiativa formării femeilor române cu un nivel mediu de educație în domeniul medierii sanitare.

Parteneriatul promovat de Romani CRISS cu Ministerul Sănătății a facilitat atât dezvoltarea și implementarea programului de mediere sanitară, cât și cooperarea dintre comunitățile romilor și instituțiile locale ale Ministerului Sănătății (DSP). Astfel, în 14 august 2002 a fost emis de către Ministerul Sănătății Ordinul 619 (prezentat în Anexa 7.2.), privind "aprobarea funcționării ocupației de mediator sanitar și normele tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari în anul 2002", în cadrul obiectivului 2 al intervenției 12 – Promovarea sănătății femeii și copilului la nivel comunitar – din Programul de Sănătate al Copilului și Familiei al Ministerului Sănătății Publice. Prin acest ordin, mediatorii sanitari sunt angajați pe perioadă determinată, de către unități sanitare finanțate din venituri extrabugetare.

Ordinul stipulează că "mediatorii sanitari au rolul principal de a înlesni comunicarea dintre comunitățile de romi și cadrele sanitare, contribuind la creșterea eficacității intervențiilor de sănătate publică", contribuind astfel la îmbunătățirea situației socio-medicale a romilor. Mediatorul sanitar este persoana care sprijină personalul medical la realizarea activităților medicale. El înlesnește nu numai dialogul între comunitate și cadrele medicale, ci întărește și legăturile dintre autoritățile locale și comunitatea de romi, identifică problemele de sănătate ale romilor, monitorizează cazurile de îmbolnăvire ale persoanelor din cadrul comunității. Scopul de fond al mediatorului este de a contribui substanțial la îmbunătățirea stării de sănătate în cadrul comunității, prin facilitarea relației medic-pacient, creșterea accesibilității la serviciile de sănătate, creșterea eficienței serviciilor preventive și curative, îmbunătățirea contextului social în care se desfășoară activitățile sanitare și de sănătate publică și ridicarea nivelului de educație sanitară a romilor.

Romani CRISS a efectuat totodată demersurile necesare pe lângă Ministerul Muncii și Solidarității Sociale în vederea recunoașterii în Clasificarea Ocupațiilor din România a ocupației de mediator sanitar. Aceasta este inclusă în Grupa de bază 5139 «Lucrători în serviciul populației» codul 513902. Sistemul de recrutare și instruire a MSR presupune recomandarea mediatorilor de către organizațiile de romi active în comunitate, și apoi instruirea și testarea lor în vederea acreditării ca mediatorii sanitari. În perioada 2002-2005 Romani CRISS, organizația desemnată ca fiind responsabilă pentru instruirea mediatorilor sanitari, a format, prin formatorii

recunoscuți de Ministerul Sănătății, un număr de 395 mediatori sanitari care urmau să devină activi în cadrul ASP Județene.

În prezent, Programul de Mediatori Sanitari în Comunitățile de Romi se derulează în 38 de județe, unde activează 288 de mediatori sanitari.

În cadrul formal organizat pentru activitatea MSR, aceștia colaborează strâns la nivel local cu MF care au pe listele lor de pacienți de etnie romă. De asemenea, colaborează cu autoritățile publice locale (primărie, școală ș.a.) – în special în vederea rezolvării unor situații de statut juridic sau sociale identificate în comunitate. MSR sunt coordonați la nivelul fiecărui județ de către un coordonator de la nivelul ASP, desemnat în acest sens.

4.2. Prezentare succintă a evaluărilor anterioare ale programului MSR în comunitățile de romi

Prezenta cercetare-evaluare a Programului de Mediatori Sanitari în comunitățile de romi din România, realizată de CPSS și JSI, este cea mai amplă și mai complexă evaluare realizată în România pentru instituția MSR, de când există aceasta. Există însă câteva evaluări parțial focalizate strict pe instituția MSR, realizate anterior. Le prezentăm succint în cele ce urmează, în intenția unei întreprinderi comparative. Precizăm însă că, dincolo de anvergură și complexitate, cercetările anterioare realizate implică metodologii diferite, astfel încât măsurătorile realizate sunt comparabile doar la nivelul aprecierilor de fond, într-o anumită măsură. Ele vizează momente anterioare din evoluția instituției MSR.

În România, proiectul pentru mediere sanitară în comunitățile de romi își are începuturile în anul 1993, ca reacție la adresabilitatea scăzută a populației rome la medic. În 1997 Romani CRISS a inițiat un proiect pilot pentru a îmbunătăți comunicarea între autoritățile locale și comunitatea romă, în speță în domeniul sănătății, utilizând în acest sens mediatori sanitari romi specific formați. Aceste prime cursuri de formare au fost repetate apoi în anii 2004 și 2005. Acum, dezvoltarea instituției MSR este considerată a fi cea mai bună soluție pentru creșterea accesului populației rome la servicii de sănătate.

Anterior prezentei cercetări de evaluare au fost derulate următoarele evaluări ale programului MSR:

1. **“Evaluarea proiectului pilot al Programului de Mediere Sanitară”**, Romani CRISS, evaluator sociolog Radu Dumitru, februarie - aprilie 2001.

Metodologic această evaluare a implicat utilizarea metodei interviului (interviuri aprofundate) și a metodei focus-grup pe reprezentanți ai autorităților locale, medici îndrumători și beneficiari direcți din cele cinci comunități în care existau la acel moment MSR, pentru a evalua activitatea celor cinci MSR. Comunitățile în cauza sunt: Ștefănești - Botoșani, Panciu - Vrancea, Temelia - Bacău, Sf. Gheorghe - Covasna (două). Ghidurile de interviu utilizate focalizează pe aspecte care țin de determinarea necesității activității MSR în comunități, determinarea atribuțiilor necesare pentru MSR, identificarea așteptărilor beneficiarilor direcți față de MSR, identificarea modalităților de soluționare a problemelor socio-medicele în comunități.

Această cercetare reprezintă prima evaluare a programului de mediere sanitară în comunitățile de romi. Metodele utilizate de către evaluator au fost preluate de către echipa coordonatoare a programului de la Romani CRISS și folosite în procesul de monitorizare a MSR. În urma acestui raport de evaluare, Ministerul Sănătății a preluat programul și l-a multiplicat la nivel național.

2. **“Mediating Roma Health: Policy and Program Opportunities”**, Open Society Institute New York, coord. Martha Schaaf, 2005

Scopul acestei cercetări a constat în identificarea potențialului și limitărilor Programului de Mediatori Sanitari din România, Bulgaria și Finlanda. Metodologic este o cercetare-evaluare de tip calitativ care include consultarea literaturii de specialitate, interviuri cu actorii relevanți în această problemă de la Ministerul Sănătății, ONG-uri internaționale care implementează proiecte pe domeniul sănătății în comunitățile de romi, mese rotunde/focus-grupuri cu MF, MSR din trei localități (jud. Ilfov, Piatra Neamț și București), interviuri aprofundate cu specialiști implicați în implementarea programelor de promovare a sănătății în comunitățile de romi, interviuri cu beneficiari.

Această cercetare reprezintă prima evaluare complexă a programului MSR, realizată de un organism internațional. Cercetarea s-a realizat în colaborare cu ANR iar concluziile și recomandările studiului au fost preluate în planul de lucru al ANR, precum și în strategia programelor de sănătate ale OSI New York. Evaluarea a reliefat barierele întâlnite de mediator pe parcursul activității sale: discriminarea, sărăcia, marginalizarea, politicile în domeniul sănătății, lipsa angajamentului și voinței politice la nivel local și național, insuficiența resurselor.

Raportul de evaluare enunța recomandări separate pentru trei categorii de actori: cei care implementează programul de mediere sanitară, cei care elaborează politicile publice la nivel național, donatorii. Între altele se recomandă includerea în planurile naționale de acțiune în domeniul sănătății a unor măsuri care să țină seama de determinanții sociali ai stării de sănătate a romilor, creșterea numărului de MSR, creșterea gradului de implicare al MF, sporirea performanței sistemului de monitorizare a programului.

3. **“Evaluarea programului de mediere sanitară implementat de Romani CRISS în parteneriat cu Ministerul Sănătății”**, COTA Bruxelles, F3E și CCFD Paris, coord. Maria Mailat, august-decembrie 2005

Această evaluare a fost solicitată de Romani CRISS în vederea identificării punctele forte și a celor slabe ale programului, pentru o mai bună dezvoltare și în scopul elaborării unei noi strategii. Un alt obiectiv a vizat îmbunătățirea programului „Instruire Națională a Mediatorilor Sanitari”. Un al treilea obiectiv a constat în explorarea posibilităților de extindere a programului MSR în alte zone geografice.

Metodologia cercetării include consultarea literaturii de specialitate, interviuri aprofundate cu actorii implicați în proces, dar și imersiunea antropologică, acest al treilea element conferind specificitate acestei evaluări.

Între cele mai importante concluzii și recomandări aplicative ale evaluării se înscriu următoarele:

- Recentrarea activității mediatorilor sanitari pe aspectul MEDIERII vizând cu prioritate problemele de acces la drepturi și depistarea discriminărilor în domeniul sănătății cu atenție crescută pentru educarea în ceea ce privește sănătatea copiilor și tinerilor, cu posibilitatea includerii planificării familiale, dar numai în acord cu cultura romilor și cu includerea bărbaților romi.
- Reconsiderarea formării inițiale pe durata a cinci zile, adăugând la aceasta o a doua parte de formare alternativă după angajare (necesitatea unei strategii de instruire).
- Integrarea mediatorilor sanitari într-o rețea la nivel local (județean/regional) și național (asociație națională) care să facă posibilă apariția unor „centre resurse”.

4. **“Evaluarea stării de sănătate și a accesului la asistența medicală în cadrul comunităților cu romi”**, NIZW Internațional Centre, The Netherlands și Ministerul Sănătății România, coord. Pim De Graf, ianuarie-mai 2006.

Această cercetare s-a derulat în cadrul unui proiect Phare – Twinning Light care a avut ca obiectiv general realizarea unui plan de acțiune care să contribuie la îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de asistență medicală. Practic, nu putem vorbi de un proiect de cercetare ci mai degrabă de un proiect de identificare de probleme cu care se confruntă populația de romi și realizarea unui plan de acțiune.

Metodologia evaluării include analiza documentelor sociale, interviuri/întâlniri de lucru cu responsabilii Programului MSR de la nivelul Direcțiilor de Sănătate Publică județene (10 județe), interviuri cu toți MSR din cele 10 județe, vizite în comunitățile de romi din cele 10 județe, discuții cu actori relevanți implicați în proces, de la nivel guvernamental, respectiv non-guvernamental.

Cercetarea reprezintă nu atât o evaluare a Programului de Mediere Sanitară, cât mai degrabă o evaluare a accesului romilor la servicii de sănătate. Cele mai importante concluzii și recomandări aplicative vizează dezvoltarea unei strategii naționale comprehensive privind sănătatea publică în comunitățile de romi prin implicarea MSR și a asistentelor medicale comunitare. De asemenea, introducerea în programul de formare a viitorilor medici și asistente medicale a unor cursuri de formare în domeniul comunicării multiculturale care să faciliteze interacțiunea cu comunitățile de romi.

5. DESIGNUL METODOLOGIC AL CERCETĂRII-EVALUARE

SCOPUL EVALUĂRII

Scopul evaluării constă în determinarea complexă a modului de implementare și a impactului Programului de Mediere Sanitară din România, așa cum s-a derulat acesta până la sfârșitul anului 2006, în vederea planificării intervențiilor viitoare ale Ministerului Sănătății Publice și Școlii Naționale de Sănătate Publică și Management Sanitar pentru dezvoltarea acestui program, a serviciilor medico-sociale integrate la nivelul comunităților de romi.

OBIECTIVELE EVALUĂRII

- A. Evaluarea adecvării, concordanței termenilor de referință ai activității MSR așa cum sunt ei fixați în cadrul legal aferent fișei postului, cu activitatea de zi cu zi a acestora.
- B. Evaluarea suportului acordat MSR în vederea realizării activităților curente:
 - a. programul de formare: domenii, conținut, formatori, durată, nevoi de formare neacoperite, estimarea costurilor minime necesare pentru dezvoltarea unui plan de formare mai dezvoltat, elaborarea unei strategii de formare pe termen lung;
 - b. stadiul actual al dotărilor materiale și nevoi de dotare neacoperite;
- C. Evaluarea poziționării MSR în inter-relația cu:
 - a. Coordonatorii programului MSR de la nivelul Autorității de Sănătate Publică (ASP)
 - b. Furnizorii de servicii de sănătate de la nivelul comunității (medicii de familie) în scopul îmbunătățirii integrării serviciilor la nivel comunitar.
 - c. Beneficiarii programului
- D. Evaluarea contribuției MSR la asigurarea accesului populației defavorizate din comunitățile de romi la serviciile de sănătate, și, în special, la cele de sănătatea reproducerii.
- E. Evaluarea calității sistemului curent de monitorizare și evaluare a programului MSR/activităților MSR.

Ținând cont de complexitatea informațiilor care trebuie obținute și analizate, de contextul evaluării modului de implementare a Programului “*Dezvoltarea sistemului de mediatori sanitari din comunitățile de romi*”, metodologia de cercetare-evaluare utilizată conține mai multe componente, vizând o abordare complexă care să îmbine metode cantitative și calitative și abordarea tuturor categoriilor profesionale implicate în Programul MSR, la nivel de beneficiari, implementatori, coordonatori și finanțatori.

POPULAȚIA ȚINTĂ ȘI SUBIECȚII INVESTIGAȚI:

În vederea realizării obiectivelor propuse și obținerii unei viziuni de ansamblu cât mai complete asupra modului în care funcționează în prezent programul MSR au fost incluse în studiu mai multe categorii profesionale implicate (beneficiari, furnizori de servicii, implementatori etc.) și anume:

- Coordonatorii programului MSR de la nivelul ASP
- Reprezentanții Birourilor Județene pentru Romi din cadrul Instituției Prefectului
- MSR
- Furnizorii de servicii de sănătate de la nivelul comunității (MF)
- Beneficiarii direcți ai programului
- Reprezentanți ai ONG-uri locale de romi, reprezentanți ai autorităților publice locale (reprezentanți Primăriei, departamente de asistență socială etc.) implicate în activitățile MSR
- Reprezentanți Romani CRISS
- Consilierul Ministrului Sănătății pe probleme ale romilor .

1. Componenta calitativă a cercetării – evaluare: metode, instrumente, subiecți intervievați

Componenta calitativă a implicat realizarea de **studii de caz cu beneficiarii direcți și interviuri aprofundate** cu profesioniști, MSR și alte persoane responsabile în derularea Programului de Mediere Sanitară în România. Au fost selectate 8 județe – câte un județ din fiecare regiune de dezvoltare, și anume: Vaslui, Brăila, Ilfov, Brașov, Bistrița, Călărași, Dolj, Timiș. La nivelul fiecărui județ a fost explorată în detaliu derularea programului MSR, prin realizarea de interviuri aprofundate cu reprezentanți ai autorităților, ai societății civile la nivel județean, și prin selectarea unei comunități de romi unde s-au realizat interviuri cu MSR, MF și alți reprezentanți ai autorităților locale (primărie, școală etc.), precum și cu reprezentanți ai comunității. Comunitățile de romi au fost selectate în fiecare județ pe baza următoarelor criterii:

- Să fie o comunitate mare de romi
- Să fie o comunitate în care MSR care activează în comunitate să aibă minim 1 an de experiență/ vechime.

Structura pe județe a interviurilor aprofundate cu profesioniști și responsabili, precum și a **studiilor de caz** cu beneficiari direcți este următoarea:

BISTRITA

- Intervi coordonator ASP
- Intervi BJR
- Comunitate Budacu de Jos:
 - Intervi MSR
 - Intervi MF
 - Intervi director școală
 - 2 studii de caz, beneficiar direct

BRĂSOV

- 2 interviuri coordonator ASP actual, respectiv anterior
- Intervi BJR
- Comunitate Săcele
 - Intervi MSR
 - 2 interviuri MF
 - Studiu de caz, beneficiar direct

CĂLĂRAȘI

- Intervi coordonator ASP
- Intervi reprezentant Agenția Națională pentru Romi
- Comunitate Moldoveni
 - Intervi MSR
 - Intervi MF
 - Studiu de caz, beneficiar direct

DOLJ

- Intervi ASP
- Intervi BJR
- Intervi reprezentant ONG
- Comunitate Craiova
 - Intervi MSR
 - Intervi MF
 - Studiu de caz, beneficiar direct

TIMIȘ

- Intervi ASP
- Intervi BJR
- Intervi ONG
- Comunitate Timișoara
 - Intervi MSR
 - Intervi MF

VASLUI

- Intervi ASP
- Intervi BJR
- Comunitate Pușcași
 - Intervi MSR
 - Intervi MF
 - Studiu de caz, beneficiar direct
- Comunitate Rediu
 - Intervi MSR
 - Intervi MF
 - Studiu de caz, beneficiar direct

ILFOV

- Intervi ASP
- Intervi BJR
- Comunitate Ștefănești:
 - Intervi MSR
 - Intervi MF
 - Intervi autoritate locală – asistent social

BRĂILA

- Intervi ASP
- Intervi autoritate locală – asistent social
- Comunitate Kilometrul 10
 - Intervi MSR
 - Intervi MF
 - Studiu de caz, beneficiar direct
- Comunitate Brăila
 - Intervi MSR
 - Intervi MF
 - Studiu de caz, beneficiar direct

Pe parcursul cercetării au fost realizate următoarele interviuri și studii de caz, la nivelul județelor:

- 8 interviuri cu reprezentanți ASP responsabil cu MSR
- 6 interviuri cu reprezentanți BJR
- 6 interviuri cu reprezentanți ai autorităților publice locale (departament social din Primărie/ Birou Regional al Agenției Naționale pentru Romi/ ONG-uri locale de romi/ reprezentanți ai școlii locale)
- 10 interviuri cu MSR
- 11 interviuri cu MF
- 11 studii de caz în comunitățile de romi, cu beneficiari direcți.
- De asemenea au fost realizate interviuri la nivel central cu:
- Consilierul Ministrului Sănătății pe probleme ale romilor
- Reprezentantul fundației Romani CRISS.

Instrumentele cercetării care au fost dezvoltate și utilizate în cadrul componentei calitative a proiectului sunt prezentate în Anexa 7.1.:

- ghid studiu de caz cu beneficiari direcți
- ghid interviu MSR
- ghid interviu reprezentant ASP responsabil cu MSR
- ghid interviu reprezentanți ai autorităților publice locale (departamente de protecția copilului, departament social din Primărie) /organizațiilor internaționale implicate la nivel local/ONG-uri locale, reprezentant ASP
- ghid interviu MSR
- ghid de interviu reprezentant MS
- ghid interviu reprezentant Romani CRISS (datorită implicării lor în dezvoltarea MSR și programul de formare a acestora), eventual alți reprezentanți ai ONG ce implementează programe de sănătate în populația romă.

În ceea ce privește implementarea cercetării de evaluare, pe componenta calitativă, interviurile au fost realizate de către operatori cu experiență, fiind înregistrate pe suport magnetic. Transcrierea interviurilor a fost materializată în protocoale de interviu sintetice pentru fiecare interviu în parte.

În realizarea raportului final de cercetare-evaluare, interviurile au fost prelucrate analitic și sintetic, fiind grupate pe capitole de conținut definite în funcție de obiectivele generale ale cercetării-evaluare. Pe fiecare capitol sunt prezentate întâi, analitic, principalele rezultate obținute, iar apoi concluziile sintetice care relaționează aceste rezultate analitice și conferă o

perspectivă integrată. În baza concluziilor sintetice din fiecare capitol, la final sunt prezentate capitole distincte de concluzii de ansamblu și recomandări aplicative.

2. Componenta cantitativă a cercetării-evaluare: metode, instrumente, eșantioane

Au fost proiectate două anchete sociologice cu chestionar, implementate apoi pe două eșantioane de subiecți ce corespund celor mai importante categorii de actori implicați direct în Programul MSR, anume: MSR, respectiv, MF. În ceea ce privește ancheta sociologică pe populația de MSR trebuie precizat că este vorba în fapt de o cercetare cvasiexhaustivă pe această populație în întregul ei și nu de o cercetare pe eșantion. Iar în ancheta sociologică pe populația de MF, avem în fapt un eșantion de județe (câte două alese aleator din fiecare regiune de dezvoltare), pentru că în județele selectate populația de MF care lucrează cu MSR a fost cercetată cvasiexhaustiv.

Mai exact, chestionarele au fost aplicate pentru:

- MSR din județele unde aceștia își desfășoară activitatea (38 de județe, 241 de chestionare completate, din totalul populației de MSR existenți, anume 288, ceea ce reprezintă o rată de răspuns de 84%).
- MF; în fiecare dintre cele 8 regiuni de dezvoltare au fost selectate aleator câte 2 județe. În cele 16 județe au fost identificați un număr de 408 medici de familie care lucrează, colaborează sau au colaborat cu MSR. Au fost expediate 408 chestionare pentru MF și au fost returnate 325 chestionare completate, ceea ce reprezintă o rată de returnare de 80%.

Instrumentele de evaluare pentru componenta cantitativă sunt prezentate în anexa 7.1.:

- chestionar MSR
- chestionar MF

Înainte de distribuire, chestionarele pentru MF și MSR au fost pretestate pe un număr de 30 de persoane, fiind astfel definitivate chestionarele în ceea ce privește soluțiile de măsurare, scalare, prelucrare logică și statistică.

Colectarea datelor, realizarea bazei de date și prelucrarea ei:

Chestionarele pentru MSR au fost administrate la nivelul fiecărui județ prin convocarea acestora la sediile ASP, procesul fiind facilitat de către coordonatorii locali ai CPSS. Aceștia au instruit MSR în legătură cu modalitatea de completare a chestionarelor, au supravegheat autoadministrarea acestora și au colectat chestionarele la finalul întâlnirii.

Chestionarele pentru MF au fost trimise de asemenea către coordonatorul local CPSS care a supervizat distribuția acestora către MF și ulterior colectarea chestionarelor completate (chestionare autoaplicate de către MF). Odată cu chestionarele a fost trimis și un ghid de completare pentru chestionare precum și o scrisoare oficială în care se solicită sprijinul persoanelor vizate pentru participarea la studiu.

Înainte de introducerea chestionarelor în baza de date acestea au fost verificate și corectate. Datele au fost introduse independent de 2 operatori, iar rezultatele obținute au fost suprapuse, evitându-se astfel eventualele erori de introducere. Tot pentru evitarea erorilor au fost utilizate

texte și reguli de validare ale înregistrărilor pentru fiecare item de control din structura bazei de date. Analiza datelor a fost realizată utilizându-se un soft specializat de prelucrare statistică, anume programul SPSS.

În redactarea raportului final de cercetare pe componenta cantitativă, rezultatele obținute sunt structurate și integrate în capitolele de conținut definite în funcție de obiectivele generale ale cercetării-evaluare.

6. REZULTATE ȘI ANALIZĂ

6.1 Evaluarea modalității în care termenii de referință ai mediatorului sanitar pentru romi (MSR) sunt adecvați și în concordanță cu activitatea de zi cu zi

Descriere pe scurt a rezultatelor

6.1.1. Componenta calitativă

6.1.1.1. Perspectiva directă a coordonatorului ASP

Principalul rol al MSR este de a facilita accesul populației rome la servicii de sănătate, în mod special pentru servicii de sănătatea reproducției. Ei informează populația romă despre drepturile pe care le au și îi ajută să își rezolve unele dintre probleme. Se apreciază că „transmiterea informației medicale este un beneficiu extraordinar” (coordonator ASP Călărași). Inițial, programul a fost unul pentru mamă și copil, iar aceasta este considerată cea mai importantă atribuție, constând în principal în: mobilizarea la vaccinări, identificarea gravidelor, înscrierea lor pe listele medicului de familie și monitorizarea lor, supravegherea nou-născuților după ce părăsesc spitalul – „uneori au contribuit decisiv la salvarea vieților unor copii” (coordonator ASP Călărași). O altă atribuție importantă este catagrafierea populației.

În general, se apreciază că MSR își fac activitatea conform fișei postului, dar de multe ori ajută și la rezolvarea altor probleme, în special de ordin social – obținerea de acte pentru persoanele care nu au, intermedierea cu serviciile de asistență socială pentru rezolvarea problemelor ce țin de alocație sau ajutor social, facilitarea accesului copiilor romi în școli, sprijin pentru persoane cu handicap etc. Ele „ajută acolo unde este nevoie” (coordonator ASP Brașov), de multe ori mediatorii sanitari fac mai multe lucruri decât au trecute în fișa postului” (coordonator ASP Călărași). Se consideră că în majoritatea cazurilor abaterile de la fișa de post reflectă modalități de adaptare și integrare a activității MSR la nivel local, deoarece nevoile comunității sunt foarte mari și nu pot fi limitate strict la probleme de sănătate – „pentru a ajunge să le rezolvi o problemă de sănătate trebuie să faci multe alte lucruri” (coordonator ASP Brăila).

Se semnalează, pe de altă parte, existența de atribuții în fișa de post de care MSR nu s-a folosit niciodată – înștiințarea în scris a cazurilor în care se refuză populației de etnie romă furnizarea anumitor servicii medicale primare (coordonator ASP Vaslui). Unii coordonatori ASP consideră chiar că fișa postului este prea stufoasă și MSR are multe atribuții pe care, chiar dacă ar vrea să le facă, nu poate (datorită nivelului de pregătire, datorită lipsei de timp) – coordonator ASP Dolj.

În anumite județe, au fost semnalate situații în care MSR aparent își depășește atribuțiile din fișa postului. În județul Timiș, se semnalează de către coordonatorul ASP că în trecut „au fost unele probleme cu una dintre mediatoarele care a considerat că rolul ei este de a se substitui unei asistente medicale.” De asemenea, „unele organizații percepeau MSR ca fiind un substitut al asistentei medicale”.

Nu este cazul să se ia în discuție noi atribuții pentru MSR – „în acest moment chiar au atribuții suplimentare” (coordonator ASP Brașov) „MSR are mai multe atribuții decât sunt prevăzute în fișa de post. În realitate, ele fac cu mult mai mult decât ar trebui. Din păcate nu prea are cine să le preia din atribuții și probabil că până la urmă tot ele sunt cele mai potrivite persoane care să realizeze aceste lucruri” (coordonator ASP Vaslui). Există sugestii privind dezvoltarea viitoare a activității MSR în comunitate „sper ca pe viitor să fie specializați pe domenii de activitate – cu persoanele vârstnice, în lucrul cu copilul, în lucrul cu persoanele cu probleme psihice (coordonator ASP Călărași).

Se apreciază totodată că este dificil ca MSR să fie instruit în a își cunoaște și exercita ca atare drepturile și obligațiile prevăzute în termenii de referință, de cele mai multe ori existând o subordonare acceptată tacit a MSR față de primar sau medicul de familie (coordonator ASP Vaslui). Indiferent de gradul de cunoaștere a fișei postului de către MSR, există cazuri în care acesta va accepta să realizeze activități care depășesc cadrul termenilor de referință (de exemplu să distribuie mici cadouri, să fie folosit ca și curier sau mesager al autorităților locale etc.) deoarece:

- MSR consideră că prin aceste favoruri își va consolida relația cu MF sau reprezentanții autorităților locale (“cum să nu îl ajut pe domnul Primar”, “cum să îl refuz pe domnul Primar că poate am și eu nevoie de ceva și mă ajută și el..”)
- prin distribuirea de mici cadouri MSR își crește notorietatea și încrederea în rândul populației țintă (va exista tendința ca acesta să direcționeze preferențial cadourile primite către familiile sau persoanele unde de obicei nu are acces sau unde accesul se realizează mai dificil).

6.1.1.2. Perspectiva indirectă a reprezentanților BJR

În general, reprezentanții BJR nu știu exact care este fișa postului MSR. Se apreciază că cele mai importante atribuții ale MSR sunt acelea de informare și educare a populației române privind serviciile de sănătate, „de a lua informația direct din teren, pentru a putea interveni acolo unde este nevoie” (BJR Dolj), cu accent pe serviciile de PF și mobilizarea pentru vaccinare. Rolul MSR este de a asigura „relația pe teren, permanentă, cu comunitatea” (BJR Brașov), „deocamdată MSR este singura legătură a comunității cu autoritățile și nu trebuie pierdută” (BJR Vaslui).

Se apreciază că fișa postului MSR este „destul de stufoasă, iar nivelul de informații nu este suficient pentru a desfășura toate aceste activități” (BJR Timiș). Toate atribuțiile MSR sunt considerate importante, fiind „foarte greu de stabilit ce anume intră și ce anume nu intră între atribuțiile MSR” (BJR Vaslui). Se consideră că nu este cazul de a se adăuga atribuții suplimentare în fișa postului MSR „nu cred că ar mai avea timp să mai desfășoare și alte activități”.

MSR trebuie să se adapteze nevoilor comunității și trebuie să fie foarte bine pregătit. BJR oferă acestuia tot sprijinul de care are nevoie iar la rândul său, acesta nu trebuie să ezite și să îl ceară. La solicitarea MSR au fost rezolvate cazuri în mai multe județe. Se apreciază că programul MSR „este totuși un program tânăr și mai are nevoie de ceva timp pentru a se clarifica ce anume intră și ce anume nu intră în atribuțiile MSR” (BJR Vaslui). „Probabil că MSR se va dezvolta în următorii ani și va căpăta pe rând noi atribuții în funcție de modul în care evoluează comunitatea și relația acesteia cu oficialitățile”.

6.1.1.3. Perspectiva directă a MSR

MSR este considerat „o punte de legătură cu autoritățile locale” și în același timp un „mediator al relației medic de familie – comunitate” (MSR Bistrița). Pe de altă parte, MSR are rolul important de „a informa comunitatea” (MSR Brașov).

Fișa postului este în general cunoscută de către MSR, deși niciuna dintre persoanele intervievate nu a reușit să enumere toate atribuțiile cuprinse în ea. În general, se adaugă și alte atribuții care nu există în mod real incluse în fișa postului, fiind evident și chiar declarat faptul că „MSR face mult mai mult decât se prevede acolo”. Se consideră că, dincolo de ce este stipulat în fișa postului, rolul MSR este de a se implica în problemele comunității și de a rezolva cât mai multe dintre problemele identificate. „(Mediatoarea) nu are cum să se limiteze la ce prevede fișa de post pentru că asta ar însemna să lase multe cazuri nerezolvate” (MSR Vaslui). „Nu poți să îi refuzi și trebuie să îi ajuți pe toți. Dacă le spui că nu poți să faci asta oamenii au impresia că nu vrei să îi ajuți”.

Activitatea MSR este complexă și foarte solicitantă - „Oricum, și când ajung acasă, seara, mai vine câte cineva la mine să mai îmi ceară un sfat” (MSR Ilfov). Pe de altă parte, adesea nu se poate limita strict la deservirea populației de etnie romă, deoarece există familii sărace și cu nevoi foarte mari și în rândul altor comunități etnice, în special români.

Atribuțiile MSR sunt sociale și medicale, considerându-se că toate sunt importante pentru că se leagă unele de altele. De fapt „totul înseamnă sănătate” și „indiferent de problemă tot la sănătate se reduce” (MSR Brăila).

Atribuțiile sociale: dovedirea calității de asigurat, relația cu asistența tutelară pentru copiii care au situații dificile acasă, obținerea de acte de identitate de la starea civilă, relația cu asistentul social de la Primărie pentru anchetele sociale. În general, MSR merg la primărie, la poliție, la notariat și se ocupă de obținerea actelor beneficiarilor. „Trebuie să asigur contactul cu comunitatea, să mă asigur că au certificate de naștere, să îi informez. Și îi ajut pe cei fără certificate să își facă acte.” (MSR Dolj) „Este foarte important să vorbesc cu ei, să știe că îi poate ajuta cineva”, este important să își cunoască drepturile dar să știe și ce obligații au, „că separat nu se poate”. O atribuție importantă este înregistrarea copiilor nou născuți, dar și a celor mai mari (4-5 luni) care nu au acte (certificat de naștere) și a celor născuți în străinătate (care în unele județe sunt numeroși). Situațiile devin și mai complicate atunci când există părinți care nu au avut niciodată acte de identitate.

Atribuțiile medicale: evidența gravidelor, vizite la domiciliu la gravide, lăuze și nou-născuți, îndrumarea gravidelor către MF pentru consultațiile prenatale, educarea lăuzei despre îngrijirea

ei și a copilului, alimentația la sân – „primul vaccin dat sugarului”, educație sanitară în școli și în comunitate/familii despre importanța stării de sănătate, igiena casei și gospodăriei, diversificarea alimentației la sugar, planificare familială și metodele contraceptive, importanța vaccinului și convingerea femeilor să-și aducă copii la vaccinare.

6.1.1.4. Perspectiva indirectă a reprezentanților ONG locale de romi și autorități locale

Mediatorul sanitar este interfața dintre comunitatea de romi și autoritățile medicale, interfața dintre comunitate și medicul de familie. El aduce la cunoștința medicului diverse probleme medicale ale comunității (inclusiv unele dintre cele mai grave boli). Se apreciază că MSR fac în momentul de față mai mult decât este prevăzut în fișa postului (se implică în rezolvarea foarte multor probleme, comunitatea vine la ei pentru orice problemă). Toate atribuțiile MSR sunt importante. MSR nu ar mai trebui să aibă și alte atribuții („sunt destul de aglomerați în acest moment” – ONG Dolj, „noi trebuie să fim realiști și să nu încărcăm mediatorul sanitar. Nu poate să le ducă pe toate.” – ONG Timiș). Se consideră că MSR poate fi „depășit pentru că sunt domenii pentru care nu are nici pregătirea, nici experiența necesară și nici sursele de finanțare.” (ONG Dolj). Activitatea mediatorului este foarte utilă și asistența medicală sau comunitară nu ar putea să suplinească acest rol – „Mediatorul este reprezentantul comunității, în primul rând – și asta cred că spune tot” (Agenția Națională pentru Romi Călărași).

6.1.1.5. Perspectiva directă a MF

Deși MF nu știu foarte clar ce atribuții are MSR în fișa postului, aceștia definesc MSR ca o „verigă între mine și comunitate. De fapt, numele de *mediator* spune tot” (MF Bistrița). MSR reprezintă pentru MF din Bistrița „urechi și ochi în plus în teritoriu”. Se apreciază că rolul mediatorilor sanitari este de a educa romii, de a-i învăța noțiuni referitoare la igienă, școlarizare - „în momentul în care oamenii sunt informați pot să și acționeze” (MF Timiș).

MSR acoperă teritoriul, oferind populației informații sanitare și îndrumându-i către medic. Un exemplu pozitiv în acest sens este oferit de către unul dintre MF intervievați în județul Vaslui „mulți romi nu veneau la mine pentru că erau convinși că nu vreau să îi consult sau că trebuie să plătească mulți bani pentru consultație. MSR i-a adus aproape cu forța aici și ei s-au convins că lucrurile nu stau chiar așa. Acestor oameni nu le-a explicat nimeni până acum foarte multe lucruri, nu știu ce drepturi au, nu știu că pot beneficia de anumite ajutoare sau sume de bani.”

Un alt aspect foarte important al activității MSR este acțiunea de a obține acte pentru populație. Au fost date exemple de către MF care consideră că peste 100 de persoane au dobândit acte datorită intervenției MSR, ca urmare acestea dobândind statutul de asigurat. O altă dimensiune pozitivă este cea privind cazurile sociale și protecția copilului, MSR intervenind și sesizând situațiile pe care le identifică în comunitate.

MSR identifică cazurile de copii nevaccinați și îi aduce la vaccinare, identifică copiii și adulții fără certificat de naștere și îi ajută să își facă aceste acte. Tot el intermediază legătura dintre familiile acestora și medicul de familie, identifică gravidele și le îndrumă către MF (de multe ori vine cu ele la cabinet), informează populația.

În același timp însă, „din păcate sunt foarte multe probleme sociale și economice unde mediatorea nu are ce să facă, nu poate schimba lucrurile”. Cel mai important rol al MSR este

să îi educe, să îi informeze, „măcar cu vorba să îi ajute” (MF Dolj). Atribuțiile MSR din fișa postului sunt considerate nu numai suficiente, dar chiar depășite de realitatea din comunitate. Problemele sociale ale comunității sunt importante pentru MSR, „care nu se poate rezuma doar la probleme de sănătate” (MF Brăila).

6.1.2. Componenta cantitativă

Medici de familie

Cel mai important motiv pentru care MSR este util în comunitate

MF au fost întrebați dacă, în opinia lor, MSR sunt utili pentru comunitățile pe care le reprezintă și care este cel mai important rol pe care îl au. Din *Tabelul 6.1.2.1* observăm că 30% dintre medici consideră că cel mai important rol jucat de MSR este acela de factor de informare a populației rome în privința sănătății, 29% consideră că aceștia contribuie cel mai mult la facilitarea comunicării între romi și medic sau între romi și autorități, iar 18% sunt de părere că MSR sunt utili în special prin contribuția la creșterea accesului populației rome la servicii de sănătate.

<i>Tabelul 6.1.2.1</i>	Număr cazuri	Procent
Creșterea gradului de informare al romilor despre sănătate	96	29,5
Facilitarea comunicării între romi și MF sau autorități	95	29,2
Creșterea accesului la serviciile medicale	58	17,8
Facilitarea integrării sociale a romilor	42	12,9
Creșterea încrederii între romi și MF sau autorități	26	8,0
Nu știu	8	2,5
Total	325	100,0

Practic, motivele enumerate mai sus sunt un răspuns la nevoile comunităților de romi și sunt cele care au stat la baza implementării programului mediatorilor sanitari – o intervenție menită să contribuie la îmbunătățirea accesului romilor la serviciile de sănătate publică.

Cele mai importante atribuții ale MSR

MF au fost rugați să listeze 3 atribuții ale MSR, pe care le consideră cele mai importante, prin raportarea la activitatea propriu-zisă și nu la fișa postului acestora (întrebare cu răspuns deschis și codificarea ulterioară a răspunsurilor primite). Datele din *Tabelul 6.1.2.2* ne arată că, în opinia medicilor, cele mai importante atribuții ale mediatorilor sunt: mobilizarea pentru vaccinare, catagrafierea populației, explicarea avantajelor igienei personale și informarea despre serviciile de PF și despre contracepție. Un procent de aproximativ 16% dintre cei intervievați au declarat că nu sunt în măsură să se pronunțe pe această temă.

<i>Tabelul 6.1.2.2</i>	Răspunsuri		Procent din lot
	Număr cazuri	Procent	
Mobilizare pentru vaccinări	75	14,6	23,1
Catagrafia populației	59	11,5	18,2
Înscrierea pe listele medicului de familie	15	2,9	4,6
Explicarea avantajelor igienei personale	38	7,4	11,7
Informații despre PF și contracepție	37	7,2	11,4
Altele	240	46,6	73,8
Nu știu	51	9,9	15,7
Total	515	100,0	158,5

Atribuții ce trebuie adăugate MSR

67% dintre medicii de familie consideră că mediatorii sanitari nu trebuie să mai primească alte atribuții pe lângă cele pe care le au în acest moment, iar 27% declară că nu se pot pronunța cu privire la acest subiect (*Tabelul 6.1.2.3*)

<i>Tabelul 6.1.2.3</i>	Răspunsuri		Procent din lot
	Număr cazuri	Procent	
Nu trebuie adăugate atribuții noi	218	67,1	67,1
Conștientizarea populației despre încadrarea socială	12	3,7	3,7
Consiliere boli cronice	4	1,2	1,2
Servicii de planning familial	3	0,9	0,9
Nu știu	88	27,1	27,1
Total	325	100,0	100,0

Atribuții ce trebuie eliminate din activitatea MSR

În ceea ce privește atribuțiile care ar trebui eliminate din activitatea mediatorilor sanitari, 75% dintre cei chestionați au declarat că nu consideră necesar să fie eliminate nimic, iar 25% au declarat că nu se pot pronunța. Este de subliniat faptul că nu a existat nici o propunere de eliminare a vreunei activități (*Tabelul 6.1.2.4*).

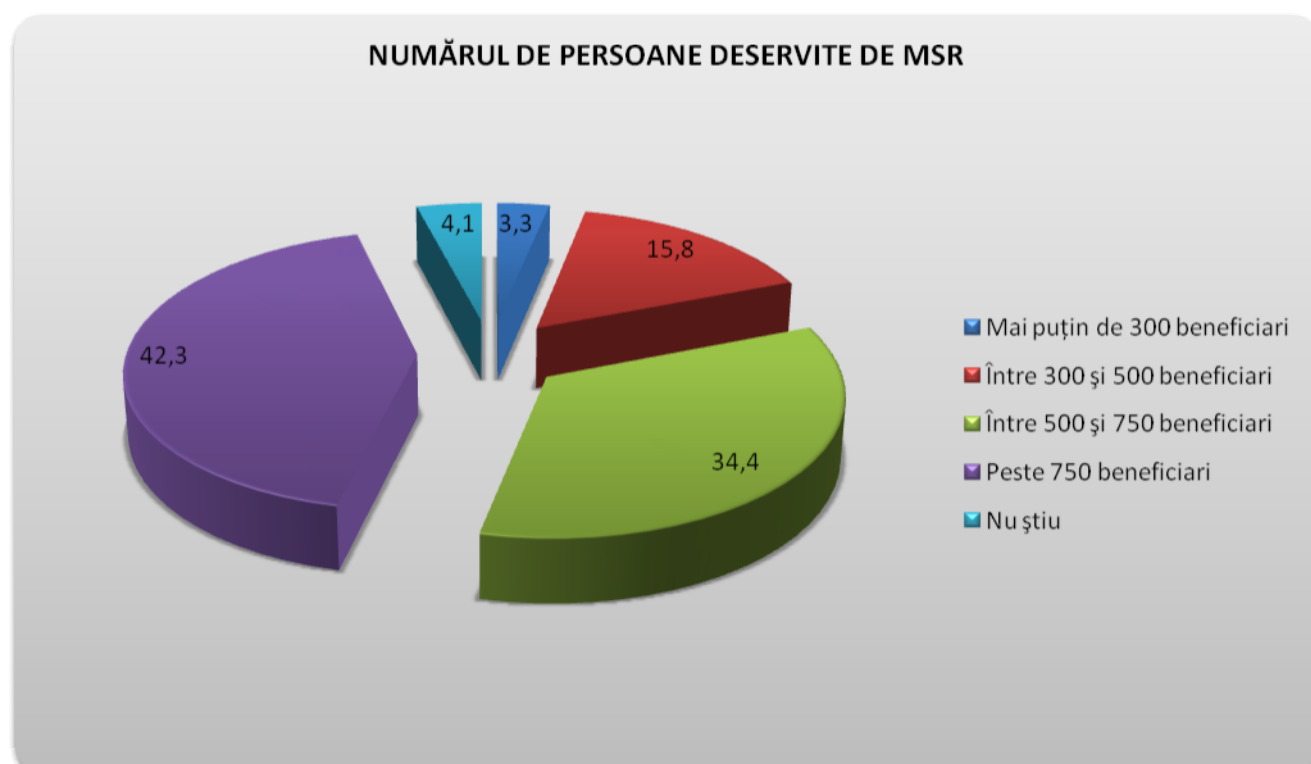
<i>Tabelul 6.1.2.4</i>	Răspunsuri		Procent din lot
	Număr cazuri	Procent	
Nu trebuie eliminată nici o responsabilitate	244	75,1	75,1
Nu știu	81	24,9	24,9
Total	325	100,0	100,0

Mediatori sanitari

Numărul de persoane deservite de MSR

În *Tabelul 6.1.2.5* se evidențiază numărul de beneficiari deserviți de către mediatorii sanitari. Se remarcă faptul că numai o treime (34,4%) dintre mediatorii au un număr de beneficiari corespunzând celui normat în fișa postului, în timp ce aproape jumătate dintre ei (42%) deservesc o populație de peste 750 persoane (supranormare cantitativă).

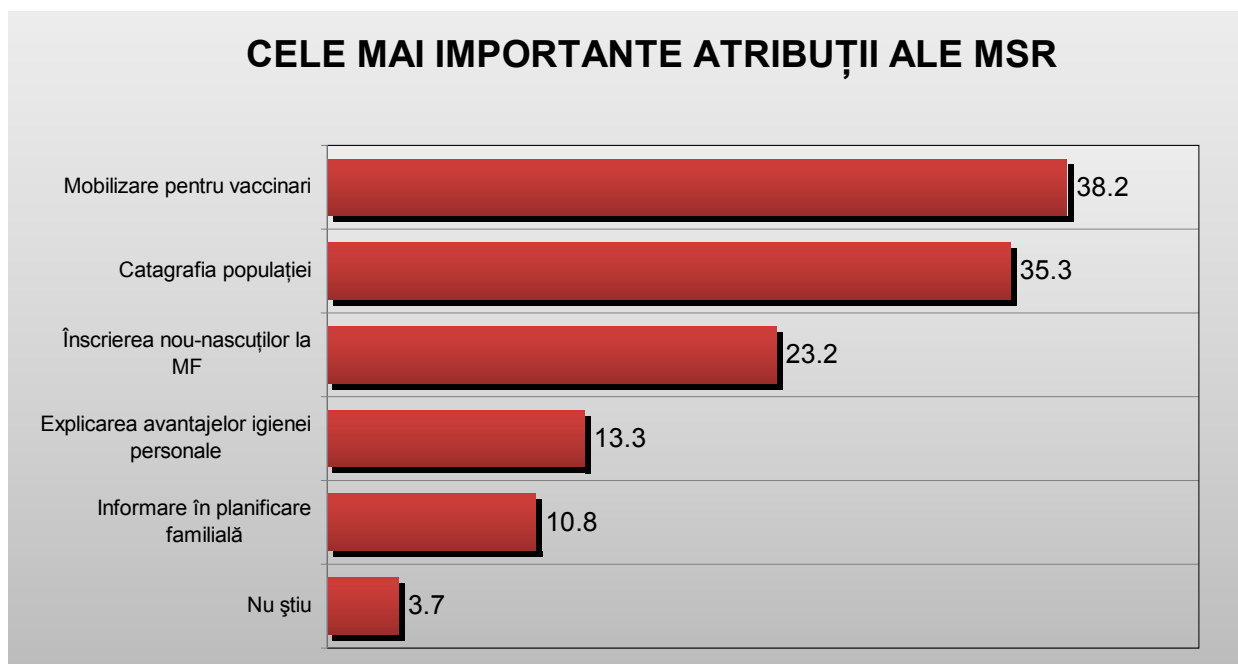
<i>Tabel 6.1.2.5</i>	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Mai puțin de 300 beneficiari	8	3,3	3,3
Între 300 și 500 beneficiari	38	15,8	19,1
Între 500 și 750 beneficiari	83	34,4	53,5
Peste 750 beneficiari	102	42,3	95,9
Nu știu	10	4,1	100,0
Total	241	100,0	



Cele mai importante atribuții ale MSR

Mediatorii sanitari au fost rugați să listeze 3 atribuții pe care le consideră cele mai importante (întrebare cu răspuns deschis și codificarea ulterioară a răspunsurilor primite). Cele mai importante dintre atribuțiile MSR au fost considerate mobilizarea pentru vaccinări (răspuns listat de 38% dintre MSR) și catagrafierea populației (răspuns listat de 35% dintre MSR) – vezi *Tabelul 6.1.2.6*. (este important de observat că, în acest moment, catagrafierea populației nu este una dintre atribuțiile incluse în fișa postului MSR). Alte activități considerate importante sunt înscrierea nou-născuților la MF, explicarea avantajelor igienei personale și informarea în planificare familială.

<i>Tabel 6.1.2.6</i>	Răspunsuri		Procent din lot
	Număr cazuri	Procent	
Mobilizare pentru vaccinări	92	18,4	38,2
Catagrafia populației	85	17,0	35,3
Înscrierea nou-născuților la MF	56	11,2	23,2
Explicarea avantajelor igienei personale	32	6,4	13,3
Informare în planificare familială	26	5,2	10,8
Altele	199	39,9	82,6
Nu știu	9	1,8	3,7
Total	499	100,0	207,1



Atribuții ce trebuie adăugate în fișa postului MSR

Două treimi dintre mediatorii sanitari (66%) consideră că nu este necesar ca lista atribuțiilor MSR să crească, în timp ce aproximativ o altă treime (32%) nu știe dacă ar fi necesar sau nu ca fișa postului să fie mai complexă decât în prezent – *Tabel 6.1.2.7*. Sub 3% dintre mediatorii au considerat că încadrarea socială, participarea la ședințele Consiliului local sau educația sanitară în școli sunt atribuții care ar trebui adăugate în fișa postului MSR.

<i>Tabel 6.1.2.7</i>	Răspunsuri		Procent din lot
	Număr cazuri	Procent	
Nu trebuie adăugate atribuții noi	158	65,6	65,6
Încadrarea socială a romilor	3	1,2	1,2
Educația sanitară în școli	3	1,2	1,2
Participare la ședințele consiliului local	1	0,4	0,4
Nu știu	76	31,5	31,5
Total	241	100,0	100,0

Atribuții ce trebuie eliminate din fișa postului MSR

4 din 5 mediatore consideră că nu trebuie eliminată nici una dintre atribuțiile prezente în fișa postului MSR, în acest moment. Se remarcă faptul că nici o mediatore nu a considerat că există atribuții în fișa postului, care ar trebui eliminate – *Tabel 6.1.2.8*.

<i>Tabel 6.1.2.8</i>	Număr cazuri	Procent
Nu trebuie eliminată nici o responsabilitate	192	79,7
Nu știu	49	20,3
Total	241	100,0

Activități derulate în 2006

În chestionarul adresat MSR au fost incluse și întrebări cu privire la activitățile derulate în timpul anului 2006. Se observă (*Tabelul 6.1.2.9*) că activitățile cu cea mai mare pondere de realizare sunt vizitele la domiciliu în comunitate (98% dintre MSR apreciază că au desfășurat această activitate în timpul anului 2006) și catagrafierea gravidelor și lăuzelor (97%). Activitatea cea mai puțin frecventă, dintre cele menționate în chestionar, este realizarea vizitelor în școli (triaj) – 53% dintre MSR. Este interesant de remarcat faptul că vizitele la domiciliu în comunitate și catagrafierea generală a populației de romi nu sunt atribuții incluse în fișa postului MSR. Practic însă, aceste activități sunt indispensabile realizării oricăror alte atribuții din fișa postului și ele necesită din partea MSR timp și efort susținut. Vizitele la domiciliu reprezintă una dintre cele mai importate modalități prin care MSR își îndeplinește sarcinile, în special în contextul în care MSR nu are un spațiu de lucru propriu.

Catagrafierea populației de romi, considerată de MF drept una dintre cele mai importante atribuții ale MSR, este, practic, una dintre primele activități pe care MSR le realizează în momentul în care își începe activitatea într-o comunitate.

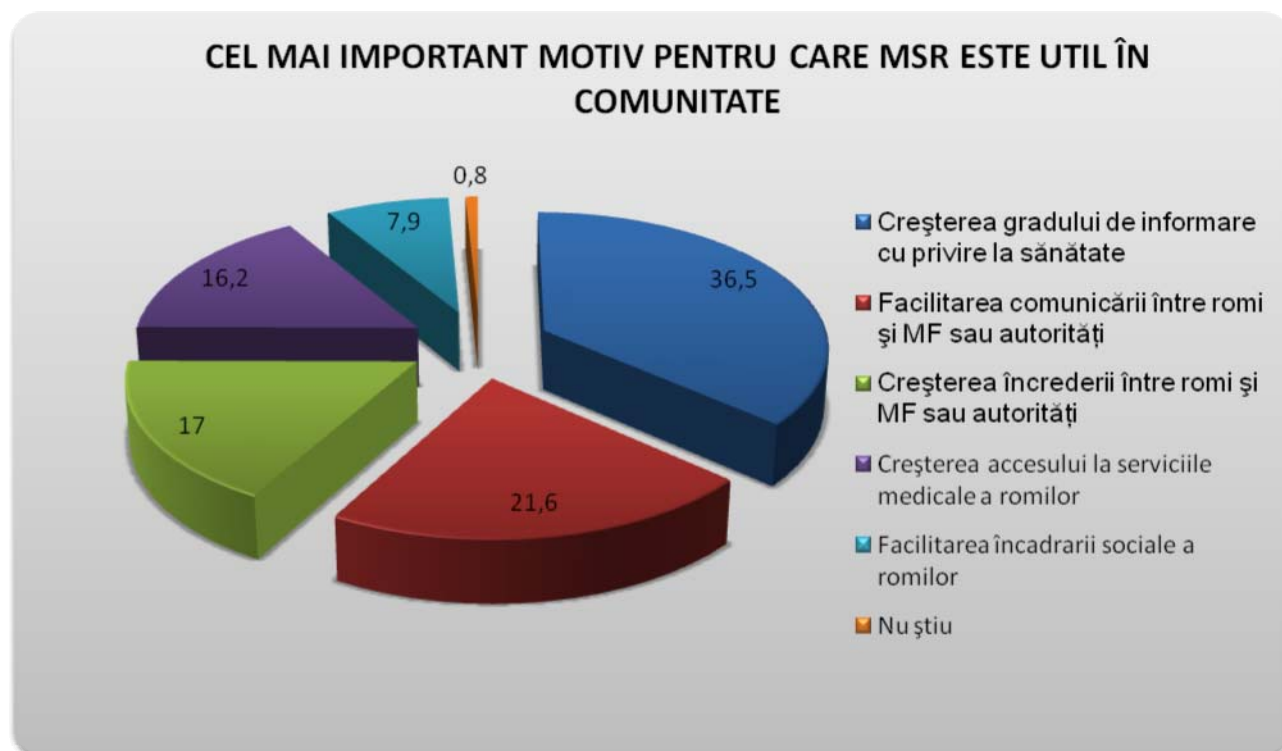
De asemenea, facilitarea obținerii de ajutor social este o activitate care nu este inclusă în TR, dar care este absolut necesară pentru înscrierea persoanei respective pe listele MF. Vizitele în școli (triajul) nu sunt nici ele parte din atribuțiile MSR, fiind, de fapt, incluse pe lista atribuțiilor MF.

<i>Tabel 6.1.2.9</i>	Răspunsuri		Procent din lot
	Număr cazuri	Procent	
Vizite la domiciliu în comunitate	237	13,2	98,3
Catagrafierea gravidelor și lăuzelor	234	13,0	97,1
Facilitarea înscrierii la medicul de familie	215	12,0	89,2
Activități de informare și educare a populației	213	11,8	88,4
Catagrafierea populației infantile a comunității	208	11,6	86,3
Activități de informare în planificare familială	203	11,3	84,2
Catagrafierea populației de romi din comunitate	184	10,2	76,3
Facilitarea obținerii de ajutor social	178	9,9	73,9
Vizite în școli (triaj)	127	7,1	52,7
Total	1799	100,0	746,5

Cel mai important motiv pentru care MSR este util în comunitate

În opinia a 37% dintre mediatorii sanitari intervievați (Tabelul 6.1.2.10) cel mai important rol pe care îl au în comunitatea romă este acela de a crește gradul de informare cu privire la sănătate. Alte trei funcții ale MSR au fost selectate în proporții relativ egale de către MSR – pentru 22% rolul cel mai important este acela de a facilita comunicarea dintre romi și medicul de familie sau autorități, pentru alți 17% rolul important este de a crește încrederea în medic și în autorități, iar creșterea accesului la serviciile medicale este considerată cea mai importantă activitate de către aproximativ 16% dintre MSR.

Tabel 6.1.2.10	Număr cazuri	Procent
Creșterea gradului de informare cu privire la sănătate	88	36,5
Facilitarea comunicării între romi și MF sau autorități	52	21,6
Creșterea încrederii între romi și MF sau autorități	41	17,0
Creșterea accesului la serviciile medicale a romilor	39	16,2
Facilitarea încadrării sociale a romilor	19	7,9
Nu știu	2	0,8
Total	241	100,0



6.1.3 Analiza succintă a rezultatelor

Rolul MSR în comunitate și activitatea sa în teren

Atât medicii de familie cât și mediatorii sanitari consideră că cele mai importante roluri ale MSR în comunitate sunt creșterea gradului de informare a populației rome cu privire la sănătate (30% dintre MF și 37% dintre MSR) și facilitarea comunicării între romi și MF sau autorități (29% MF și 29% MSR).

În prezent, fișa postului pentru MSR (prezentată în Anexa 7.2) include ca principale atribuții pe cele care vizează asistența sanitară a populației, cu accent pe sănătatea mamei și a copilului. În teren, mediatorul sanitar se confruntă însă cu probleme numeroase, care depășesc cu mult sfera medicală, intrând în principal în domeniul social. O mare parte din activitatea MSR este de ordin social, unele dintre ele fără legătură directă cu atribuțiile medicale din fișa postului.

Activitatea MSR din sfera socială cuprinde în special serviciile oferite beneficiarilor pentru a-și rezolva situația actelor de identitate sau de a-și obține drepturile de asistență socială necesare în special pentru înscrierea pe listele unui MF. De asemenea, mai sunt derulate o serie de activități de intermediere și “negociere socială” cu reprezentanții școlilor sau autorităților locale pentru reglementarea anumitor situații sociale (de exemplu situația școlară a copiilor din comunitate, cuprinzând aici activități de înscriere la cursuri a copiilor, activități de prevenire a abandonului școlar și acțiuni de reinscriere în școală a celor care abandonaseră anterior, acțiuni de dare în plasament a copiilor cu situație dificilă acasă, obținerea de drepturi materiale pentru persoane cu dizabilități sau handicap etc.).

Activitățile subsumate domeniului sanitar ce revin MSR sunt de informare și îndrumare a gravidei și lăuzei, precum și de supraveghere a nou-născutului, de promovare a planificării familiale și de informare și educare pe teme importante de sănătate publică. Atât medicii de familie cât și mediatorii sanitari consideră că atribuțiile cele mai importante ale MSR sunt mobilizarea populației pentru vaccinări (23% dintre MF și respectiv 38% dintre MSR) și catagrafierea populației rome (18% dintre MF și respectiv 35% dintre MSR). MSR catagrafiază în special femeile gravide și lăuze și copiii, dar realizează, în ultimă instanță, o catagrafiere amplă ce vizează aproape întreaga comunitate pe care o deservesc.

MSR au de asemenea un rol important în informarea femeilor rome privind serviciile de PF, la care au ajuns să apeleze cu încredere un număr din ce în ce mai mare de femei de vârstă fertilă din comunitățile de romi. MSR sunt de asemenea activi în domeniul îngrijirii mamei și a copilului. Activitățile de informare privind alte teme de sănătate publică sunt acoperite într-o măsură mult mai mică și nu pot fi considerate ca activități derulate constant.

Rolul MSR cel puțin în cele 3 direcții menționate mai sus (monitorizarea gravidei și a nou-născuților, consilierea PF, mobilizarea populației la vaccinare) este incontestabil foarte important, ducând în anumite locuri la rezultate spectaculoase.

Totodată, sunt importante activitățile din domeniul controlului TB (tratament direct observat, identificarea contactilor, îndrumare către testare). De multe ori însă, MSR se confruntă în teren și cu situații medicale care depășesc atribuțiile legate de sănătatea publică sau a mamei și copilului (bătrâni, persoane cu handicap, persoane cu boli cronice etc.).

Un alt lucru important este și acela că MSR se implică și în rezolvarea problemelor populației sărace din populația majoritară sau din alte minorități.

Corelarea activității din teren a MSR cu atribuțiile din fișa postului

Se poate aprecia că activitatea MSR este, practic, supranormată atât cantitativ, cât și calitativ.

Pe de o parte, în multe situații populația de etnie romă deservită depășește semnificativ populația normată din ordinul 619, ceea ce face practic imposibilă prestarea unei activități de calitate. În realitate, MSR nu va putea deservi decât un subgrup din populația normată, pe care îl va auto-selecta în baza unor criterii proprii, subiective, de diferențiere. În momentul în care „intră” într-o comunitate, MSR are foarte puține informații despre populația pe care urmează să o deservească – inclusiv delimitarea „geografică” a ariei de beneficiari pe care urmează să îi contacteze. 42% dintre MSR au declarat că deservește peste 750 de beneficiari în comunitățile unde activează, în condițiile în care în ordinul 619 este normat un număr de 500-750 persoane per MSR.

Pe de alta parte, fișa postului se dovedește, în condițiile în care nu există alt personal de mediere pentru comunitățile de romi, pe de o parte limitativă, iar pe de altă parte, paradoxal, prea extinsă. Există o mare nevoie de personal care să furnizeze servicii populației rome sărace, motiv pentru care aceasta solicită toate aceste servicii MSR. Atribuțiile MSR ar putea fi limitate la cele din fișa postului doar în condițiile în care în comunitate ar funcționa și alt personal – mediator social, mediator școlar, asistent medical comunitar, poate chiar mediator „economic”. În lipsa acestui suport, în realitate MSR se confruntă în teren cu probleme intricate de ordin social, economic și medical, care vizează toate categoriile de vârstă și gen.

Fișa postului poate fi considerată prea extinsă deoarece, încercând să atingă mai multe arii de atribuții pentru MSR, devine un „permis” de a acționa în comunitate, unde te orientezi în funcție de nevoile pe care le identifici. Se remarcă astfel că, datorită faptului că este stufoasă, fișa postului nu a fost descrisă complet aproape de nimeni – nici chiar de MSR și formatorii MSR. Unele atribuții incluse în fișa postului sunt greu de explicat, de detaliat – de ex. este greu de delimitat până unde poate merge partea de consiliere privind obținerea de acte. Atribuțiile incluse în fișa postului nu sunt prioritizate – în realitate, MSR prioritizează singur nevoile identificate în funcție de urgența situațiilor din teren și de criterii mai mult sau mai puțin subiective. În acest moment se observă că diferiți MSR selectează drept cele mai importante atribuții, atribuții diferite din fișa postului. O sugestie poate fi structurarea fișei postului pe obiective ordonate într-o anumită prioritate, sau etapizarea atribuțiilor MSR (de ex. în primele 6 luni trebuie să realizezi catagrafierea persoanelor pe care le ai comunitate – 700 de persoane – și nu ai alte atribuții).

Depășirea atribuțiilor din fișa postului este întâlnită practic în toate comunitățile vizitate, fiind practic necesară pentru îndeplinirea activității și rezolvarea cazurilor din teren. Un aspect important de precizat este acela că rolul MSR pe palierul serviciilor de asistență socială este acceptat ca fiind implicit de către toate persoanele intervievate. Nu au existat comentarii care să arate faptul că aceștia ar trebui să nu mai presteze acest tip de activități în favoarea celor de

sănătate. Se constată chiar faptul că se cunosc mai multe despre activitățile sociale ale MSR decât despre cele de sănătate.

Cu toate acestea, 80% dintre MSR nu consideră că există atribuții în fișa postului care ar trebui eliminate, iar 66% dintre MSR consideră că în fișa postului nu trebuie adăugate și alte atribuții suplimentare.

Practic, MSR este persoana care „ajută acolo unde este nevoie”, fiind singura interfață a populației de etnie romă cu autoritățile de orice fel, nu doar cu cele sanitare. Se observă faptul că majoritatea persoanelor din ASP, BJR și chiar MF consideră că MSR nu pot fi înlocuiți de alt personal (AM, AMC, deci persoane cu o pregătire medicală mai bună) – ceea ce sugerează că, pe parcursul colaborării, s-a conturat o poziție clară, distinctă a MSR față de alte profesii medicale, poziție care se diferențiază în special prin atribuțiile de natură socială și de relaționare pe care le implică acest post. Se poate considera totodată că această meserie este distinctă inclusiv printr-o nuanță indezirabilă pentru personalul medical, în special pentru persoanele care nu sunt de etnie romă. Profesia conturată în mintea celor din jur, independent de fișa postului care definește în plan legislativ MSR, implică 2 piloni egali ca importanță: atribuțiile sociale și atribuțiile sanitare, care au pondere relativ egală în activitatea derulată de MSR.

În anumite situații s-au semnalat cazuri de MSR care nu aveau aptitudinile și pregătirea necesare pentru a duce la îndeplinire atribuțiile din fișa postului: persoane cu dificultăți de comunicare, persoane cu dificultăți de relaționare cu comunitatea sau cu MF, persoane care nu sunt suficient recunoscute și acceptate de comunitate, persoane cu dificultăți de scriere și citire.

6.2. Evaluarea programului de formare a MSR, precum și evaluarea nevoilor actuale de dotare

Descrierea pe scurt a rezultatelor

6.2.1. Componenta calitativă

6.2.1.1. Perspectiva directă a coordonatorilor ASP

Coordonatorii ASP descriu în general procesul prin care o persoană poate deveni și profesa ca MSR ca parcurgând mai multe etape:

- **Recrutarea.** Se apreciază că recrutarea este foarte importantă pentru calitatea muncii pe care o va presta MSR, semnalându-se situații în care MSR nu sunt bine selectați și sunt formați mediatori care nu au aptitudinile necesare (ex. Vaslui: cazuri în care MSR nu știu să scrie și să citească foarte bine). Se apreciază că MSR ar trebui să aibă un nivel de școlarizare minim de 12 clase („trebuie să aibă un bagaj minim de cunoștințe pentru a putea să transfere mai departe informațiile”) și să fie atent recrutat, din perspectiva abilităților de comunicare și relaționare cu comunitatea.
- **Formarea inițială.** În general, este prezentat faptul că MSR urmează un program de formare inițială, organizat de către Romani CRISS. Cursul ține doar 2-3 zile și se bazează mai mult pe comunicare, fiind considerat foarte util pentru pregătirea MSR în vederea activității pe care urmează să o desfășoare în teren. Cursul făcut de Romani CRISS însă este apreciat ca fiind o bază, un punct de plecare – care însă este insuficientă fără o continuare ulterioară. După absolvirea cursurilor, MSR dau examen și numai cele care îl promovează pot fi încadrate ca mediatore sanitare.
- **Formare ulterioară.** MSR nu sunt formați în mod continuu, nu există o strategie de formare a MSR ulterioară cursului de bază, nu există o curriculă de formare comună – elemente defavorabile calității muncii MSR. MSR ar trebui formați permanent și în mai multe arii de interes. În general nu au fost organizate alte cursuri de formare, cu excepția celor inițiale făcute de către Romani CRISS și alte organizații (JSI, Doctors of the World). În județele unde JSI a derulat cursuri de PF/SR, MSR au fost bine instruiți iar populația țintă cunoștea noțiunile comunicate. Acest aspect semnifică eficiența programului de formare al JSI dar și “aviditatea” MSR și populației țintă față de acest gen de informații pe fondul lipsei sau insuficienței altor informații din alte domenii. Pe de altă parte, la nivelul anumitor ASP formarea MSR și AMC este considerată o prioritate, coordonatorul ASP având inițiative de formare profesională a acestora (ASP Ilfov): echipa formată din ASP și MSR este inclusă într-un program de formare continuă ce presupune cursuri de pregătire cu subiecte diverse precum și instruire suplimentară în cadrul întâlnirilor lunare de lucru. În Călărași se fac în mod regulat evaluări pentru a stabili nevoile de formare (de două ori pe an). Se consideră că este necesar un asistent de formare continuă – „să existe formatori pe diverse aspecte – lucrul cu copiii, lucrul cu persoanele vârstnice, cu persoanele cu probleme psihice. Și chiar activitatea să fie mai specializată. Noi am încercat pe o formare ce ține de sfera noastră de activitate – sănătate. A avut loc o formare în strategia de prevenire DOTS.” Se consideră că există o nevoie de formare în continuare a MSR: cursuri de comunicare și negociere, pentru a învăța cum să motiveze populația romă să apeleze la serviciile de

sănătate, cursuri pe teme medicale (MSR vin cu bagaj minim de cunoștințe medicale), cursuri de legislație, de promovare a sănătății, de comunicare. Cu privire la nevoile lor de informare medicală, MSR au foarte multe atribuții „care ar depăși și cunoștințele unui asistent medical” (ASP Dolj): lupta în focar, ancheta epidemiologică etc. Exemple de subiecte medicale pentru instruirea MSR: boli infecțioase, puericultură, asistența mamei și copilului mic, curs de promovare a unui stil de viață sănătos, boli cronice (diabet, HTA), consiliere persoane cu handicap, îngrijirea copilului, consiliere socială (există riscul ca beneficiarul să renunțe la anumite drepturi – ajutor social - datorită dificultăților de a comunica cu reprezentanții autorităților locale: MSR trebuie instruit pentru a consilia și asista suplimentar populația țintă).

- **Avansarea profesională a MSR.** Coordonatorii ASP cunosc și aplică modalitățile de evaluare a MSR, conform ordinului 619, utilizând teste de evaluare periodică.

Cu privire la **nevoile de dotare** ale MSR, se precizează că, în unele județe, acestea au primit anumite elemente de dotare precum halate și pelerine de protecție. Tot în câteva județe transportul se decontează – dar există comune unde nu există mijloace de transport (accesul se poate face doar cu mașina proprie sau căruță).

Nevoile de dotare a MSR includ:

- Sediul, spațiu unde să își desfășoare activitatea - „problema spațiului de lucru trebuie rezolvată în primul rând, noi am încercat să o rezolvăm discutând în fiecare locație în parte și în cea mai mare parte din cazuri am reușit să găsim o rezolvare” (ASP Brăila).
Argumente:
 - Beneficiarii trebuie să știe unde îl pot găsi pe MSR
 - Existența unui spațiu de lucru dă încredere MSR și îl responsabilizează, îl obligă să se încadreze și să comunice cu celelalte persoane cheie, îi conferă stabilitate și un statut profesional și social mai ridicat.
- mijloace de transport (abonament, bicicletă, scutere), o mai bună și mai flexibilă decontare a cheltuielilor de transport
- nevoie de comunicare (telefoane mobile, cartele telefonice, cartele evrikard)
- birotică
- uniformă/echipament de lucru: ecuson, genți, echipament de protecție, echipament impermeabil, cizme de cauciuc care să faciliteze accesul în comunități – „Ei fac numai muncă de teren și aceste lucruri le-ar facilita deplasarea.”
- trusă minimă de urgență.

6.2.1.2. Perspectiva indirectă a reprezentanților BJR

În general, se cunoaște faptul că există un protocol de formare inițială a MSR, în care este implicat Romani CRISS. Se consideră că ulterior MSR participă la diverse cursuri pe teme de sănătate organizate de ASP și Ministerul sănătății publice în funcție de problemele apărute în

teritoriu. Se apreciază că elementul cel mai important pentru ca activitatea MSR să fie de succes este experiența.

Se consideră că MSR au nevoie totodată de suport psihologic, ca și de asistență din partea unui asistent social și a unui jurist. MSR au nevoie totodată de pregătire medicală mai amănunțită, dar și de cursuri pe alte teme: legislație, promovarea sănătății, comunicare, etc.

Cu privire la nevoile de dotare ale MSR, se apreciază că acestea sunt numeroase, dar „din păcate lipsesc bani”. Ideal, ca și nevoi de dotare, ar trebuie acoperite nevoile de transport gratuit, telefoane mobile, mașină, birou - pentru ca MSR să fie informați la rândul lor – dotat cu telefon, computer și internet.

6.2.1.3. Perspectiva directă a MSR

MSR participă inițial la cursurile de formare organizate de Romani CRISS, care includ module de comunicare, legislație (legea 416 și calitatea de asigurat) și fișa postului MSR. Trainingul organizat de Romani CRISS este apreciat ca foarte important, „pentru că m-a pregătit pentru meseria asta” (MSR Ilfov), „în derularea activității este foarte important să știi să vorbești, să comunici, și e importantă și experiența”.

Deși ulterior unii dintre MSR au participat și la alte cursuri, se observă că o bună parte dintre persoanele incluse în studiu nu au participat la cursuri ulterioare. Dintre cursurile de formare continuă la care MSR au participat au fost menționate cursuri organizate de Romani CRISS pe discriminare, legislație (inclusiv amendamente la legea 416) și drepturile omului, asistență socială, seminarii unde au fost dezbătute studii de caz. Dintre cursurile pe teme de sănătate au fost amintite cursurile de PF/SR organizate de JSI precum și cursuri organizate la nivel local (Dolj: curs pe tema poliomielitei, curs de prevenire a tuberculozei, cursuri de promovare a sănătății, Ilfov: poliomielită, contracepție). MSR Brăila apreciază că toate cursurile i s-au părut utile și interesante, dar a apreciat în mod special cursul organizat de JSI „de la care am învățat cele mai multe. Nu au existat lucruri pe care să nu le înțeleg”. Consideră că mai dificil a fost, ulterior, să transmită informația primită în comunitate.

MSR consideră că este important să se organizeze cât mai multe cursuri pentru MSR, la care să participe în special MSR abia intrați în sistem. Se consideră că aceste cursuri, în special cele structurate pe diverse teme medicale, sunt foarte importante, pentru că „MSR nu poate obține doar din pliante toate informațiile de care are nevoie”.

Cu privire la ***nevoile de instruire***, MSR listează numeroase teme pe care ar dori să fie instruite, în special subiecte medicale. În principal se solicită formare în acordarea primului ajutor, mai multe informații despre diabet (MSR Dolj - „sunt mulți bătrâni care au diabet. Și m-ar ajuta un curs pe diabet. Așa nu știu ce să le spun”), boli cronice, fumat, consum de alcool și consiliere pentru renunțarea la consumul de alcool („sunt mulți țigani care beau destul de mult și care au de suferit din această cauză” – MSR Dolj), consum de droguri, cursuri de igienă la nou-născut, cancerul de sân, cursuri de „Cruce Roșie”.

MSR au extrem de multe **nevoi de dotare** neacoperite. În județele în care JSI a implementat proiectul au fost menționate ca fiind extrem de utile și practice materialele: pelerine, halate, genți, ecusoane, consumabile, umbrele, cartele telefonice. Au existat și județe în care MSR nu au primit un astfel de suport.

Dintre nevoile de dotare, au fost amintite:

- Birou, un loc unde să poți păstra hârtiile și să scrii rapoartele. Poate fi în comunitate sau „chiar un birou undeva în ASP, care să fie comun pentru toate mediatoarele, dar să aibă un computer, un e-mail, să poți printa și copia documente”. Totodată, un sediu este necesar pentru desfășurarea sesiunilor educative din atribuțiile MSR – „nu vreau (sediul pentru ca) să îl folosesc pe post de birou. Acum le desfășor (sesiunile educative) fie în casa uneia dintre ele, fie pe scara blocului”. Sediul este necesar pentru că facilitează relația cu beneficiarii, care știu unde se pot adresa. Totodată, sprijină delimitarea persoanei MSR de instituția MSR, în sensul că acum MSR care se implică în activitatea lor sunt căutați de către beneficiari și după program, la locuințele proprii.
- Transport. În prezent, există județe unde nu se decontează cheltuielile de transport (și nici de comunicare). În cazul în care se decontează acești bani, se solicită bani pentru decont dați în avans deoarece adesea MSR nu își permit să avanseze bani pentru a cumpere bilete pentru autobuz. Unele MSR nu pot justifica banii cheltuiți pe transport pentru că sunt nevoite să facă autostopul.
- Rechizite, consumabile, copii xerox, caiete, formulare de raportare.
- Cartele de telefon - „cartelele de telefon nu se decontează întotdeauna sau poate tu nu ai bani să avansezi pentru a le cumpăra și să aștepti până vor fi decontate – este mai bine să îți se dea cartelele propriu-zis în mână”
- Uniformă: geantă, cizme de cauciuc, pantofi cu talpă rezistentă
- Materiale informative, teste de sarcina, stimulente (cadouri sau „mici atenții”) pentru oamenii mai săraci.

O categorie distinctă de nevoi listate de către MSR pot fi considerate **„nevoi de statut social”**. MSR sunt angajați pe perioadă determinată „și ca urmare nu poți să iei nici un credit” etc. Nu au spor de teren, deși neavând birou „ești al nimănui și pe drumuri”, indiferent de vremea de afară. „Amărâțul de MSR este singur în teren, și este foarte greu – ar fi nevoie și de asistent medical comunitar, și de mediator școlar, așa ar putea fi mai ușor”. Nevoile de clarificare a statutului MSR sunt considerate foarte importante, trebuind să se realizeze angajări definitive, pe perioadă nedeterminată.

Un aspect îngrijorător pentru MSR este eventualitatea de trecere a MSR în subordinea primăriei. Aceasta este considerată ca având implicații potențiale foarte negative pentru MSR: pe de o parte se consideră că „se va pierde partea de sănătate” și legătura cu MF, accentul activității ca angajat al Primăriei fiind pe partea socială, iar pe de altă parte se apreciază că munca de teren ar putea diminua ca pondere în favoarea altor activități de birou – activități care îi vor fi atribuite de către primărie la nivel local (hârtii, etc.).

O altă nevoie resimțită și declarată de către MSR, în special de către cei care activează în comunități numeroase, supranormate, este cea de creștere a numărului de mediatori, pentru a scădea încărcătura de activitate aferentă fiecăruia.

6.2.1.4. Perspectiva indirectă a reprezentanților ONG și autorități locale

În general, aceste persoane cunosc destul de puțin sistemul de formare și nevoile de formare și logistice ale MSR. Se consideră că sunt necesare cursuri pe următoarele teme: dezvoltare comunitară, management de proiect, promovarea sănătății, comunicare, legislație, statutul de asigurat.

Cu privire la nevoile logistice și de dotare, se apreciază că mediatorii ar trebui să primească de la administrația publică locală un spațiu. De asemenea, este necesară dotarea spațiului cu un calculator, telefon (pentru dotarea spațiului se pot scrie proiecte pentru obținerea de finanțări). Este necesară decontarea transportului/existența unui mijloc de transport.

6.2.1.5. Perspectiva directă a MF

MF nu cunosc exact sistemul de formare a MSR, cursurile urmate de mediatorul sanitar și organizatorii acestor cursuri. Medicii apreciază că formarea MSR este importantă și trebuie să se facă continuu, trebuie să existe un sistem bine organizat de instruire. „MSR nu știe uneori ce face sau dacă face bine.” Se apreciază că este foarte importantă comunicarea verbală directă, față în față, cu beneficiarii și mai ales în acest domeniu ar avea MSR nevoie de formare - „să știe să se facă înțeleși” (MF Dolj). De asemenea, sunt considerate necesare cursuri pe teme medicale precum: tuberculoza, afecțiuni venerice (sifilis, SIDA), planning familial, probleme de sănătate publică în funcție de sezon, diabet și alte boli cronice, persoane cu handicap. De asemenea, sunt identificate și nevoi de formare a MSR în sfera socială „problemele sociale ale romilor sunt însă prioritare” (MF Brăila).

Cu privire la nevoile actuale în materie de logistică în activitatea MSR, în opinia medicilor, mediatoarele ar avea nevoie de un mic spațiu de birou („MSR vine și își redactează rapoartele la dispensar), telefon și abonament pentru mijloacele de transport.

De asemenea se consideră că „ar fi nevoie de mai mulți mediatori sanitar, având în vedere că este o comunitate numeroasă, și romii stau în diferite cartiere” (MF Dolj).

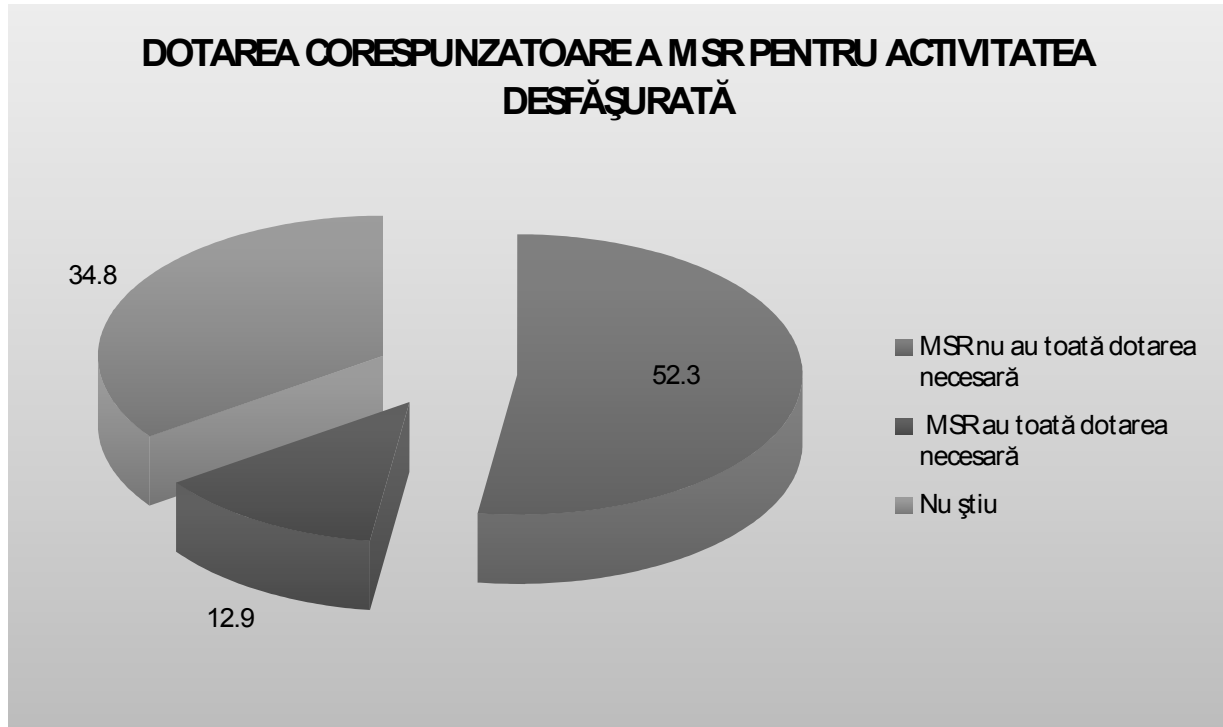
6.2.2. Componenta cantitativă

Medici de familie

Dotarea corespunzătoare a MSR pentru activitatea desfășurată

În *Tabelul 6.2.2.1* sunt prezentate răspunsurile medicilor la întrebarea dacă MSR sunt suficient dotați cu elementele necesare pentru a-și îndeplini atribuțiile. Astfel, dacă aproximativ o treime (35%) declară că nu au informații despre acest subiect, peste jumătate dintre medicii de familie chestionați (52%) consideră că mediatorii nu sunt suficient de dotați; doar 13% consideră că aceștia au tot ce au nevoie pentru desfășurarea activității în bune condiții.

<i>Tabelul 6.2.2.1</i>	Număr cazuri	Procent
Consideră că MSR nu au toată dotarea necesară	170	52,3
Consideră că MSR au toată dotarea necesară	42	12,9
Nu știu	113	34,8
Total	325	100,0



Dotările necesare pentru activitatea MSR

În *Tabelul 6.2.2.2* sunt prezentate opiniile medicilor privind obiectele necesare pentru buna desfășurare a activității mediatorilor. Se observă că majoritatea obiectelor listate în chestionar sunt considerate necesare, cele mai puțin importante părând a fi atențiile și cadourile pentru beneficiari (41%). Materialele de suport pentru activitățile informative sunt considerate cel mai important element, crescând calitatea serviciilor de informare a populației prestate de către MSR (85% dintre medici). Alte elemente de dotare considerate importante sunt: telefonul mobil (81%), mijlocul de transport (72%), birou/spațiu de lucru propriu (67%). Alte elemente considerate necesare: cizme de cauciuc (62%), pelerine de ploaie (59%), calculator (58%), trusă de prim ajutor (56%), echipament de lucru (53%), internet (51%).

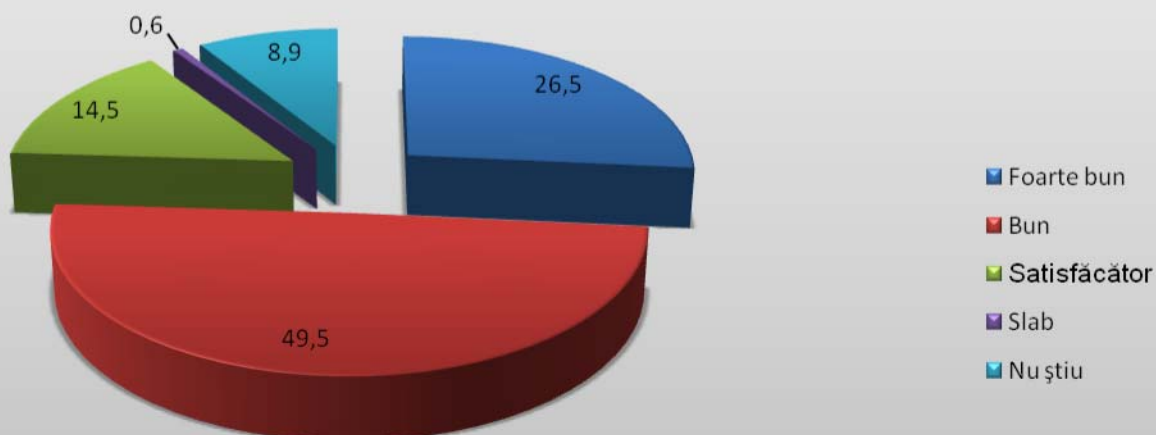
<i>Tabelul 6.2.2.2</i>	Răspunsuri		Procent din lot
	Număr cazuri	Procent	
Materiale de suport pentru acțiunile informative	264	12,4	85,2
Telefon mobil	250	11,8	80,6
Mijloc de transport	224	10,6	72,3
Birou, spațiu propriu de lucru	208	9,8	67,1
Cizme din cauciuc	192	9,0	61,9
Pelerine de ploaie	183	8,6	59,0
Calculator	179	8,4	57,7
Trusă de prim ajutor	174	8,2	56,1
Echipament de lucru	164	7,7	52,9
Acces la internet	158	7,4	51,0
Mici atenții sau cadouri	127	6,0	41,0
Total	2123	100,0	684,8

Nivelul prezent de pregătire al MSR raportat la responsabilități

76% dintre medici consideră că mediatorii sanitari sunt bine sau foarte bine pregătiți profesional pentru activitățile pe care le desfășoară, 15% consideră că aceștia au un nivel de pregătire satisfăcător și 9% declară că nu cunosc nivelul de pregătire al mediatorilor (Tabelul 6.2.2.3).

<i>Tabelul 6.2.2.3</i>	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Foarte bun	86	26,5	26,5
Bun	161	49,5	76,0
Satisfăcător	47	14,5	90,5
Slab	2	0,6	91,1
Nu știu	29	8,9	100,0
Total	325	100,0	

NIVELUL PREZENT DE PREGATIRE AL MSR RAPORTAT LA RESPONSABILITĂȚI



Domenii în care MSR trebuie pregătiți suplimentar

Medicii de familie intervievați au fost întrebați și despre domeniile în care consideră că ar trebui pregătiți suplimentar mediatorii sanitari. Astfel, conform *Tabelului 6.2.2.4*, observăm că majoritatea temelor propuse au fost agreate de cel puțin 50% dintre medici, cele mai puține răspunsuri, 34%, fiind obținute de cursul despre gripa aviară și cele mai multe, 75%, fiind obținute de cursul privind violența domestică.

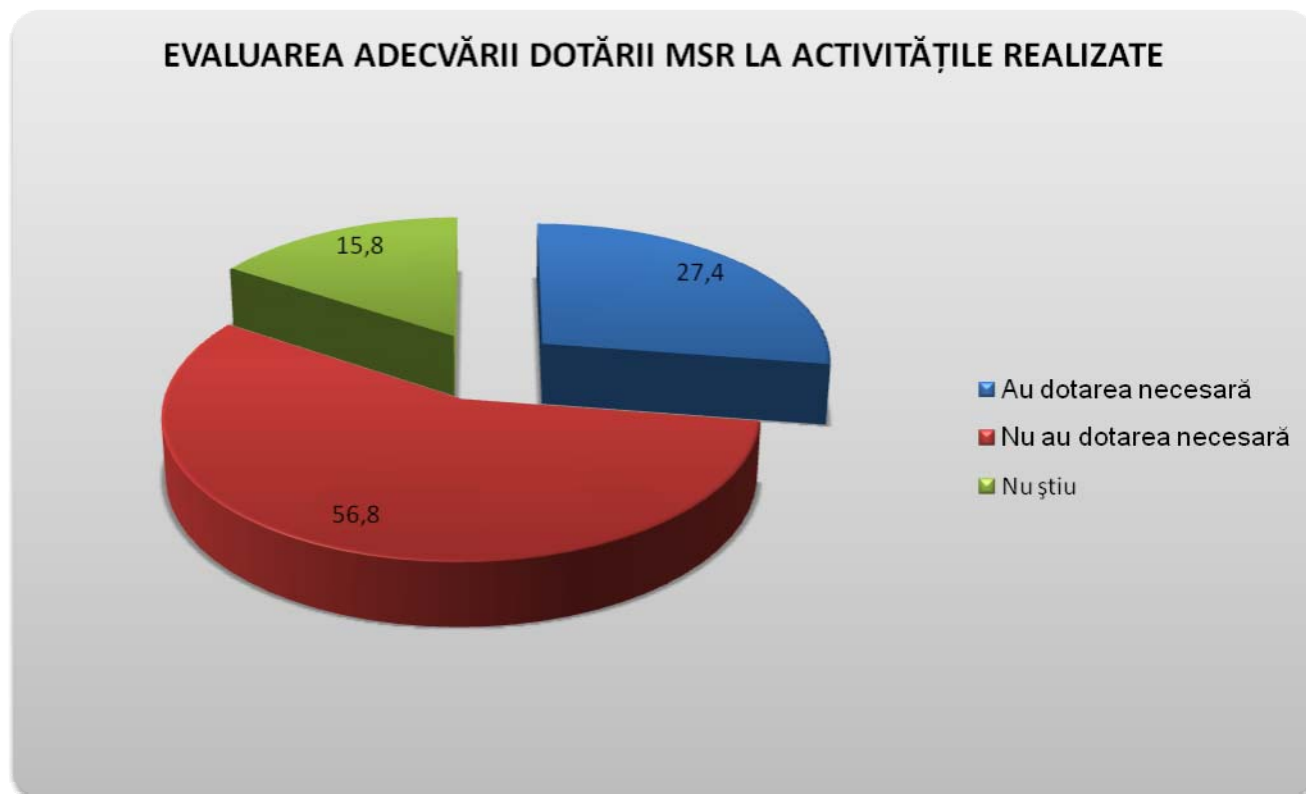
<i>Tabelul 6.2.2.4</i>	Răspunsuri		Procent din lot
	Număr cazuri	Procent	
Violența domestică	235	7,4	74,8
ITS/HIV/SIDA	230	7,2	73,2
Tuberculoză	226	7,1	72,0
Vaccinări	224	7,0	71,3
Stil de viață sănătos	221	6,9	70,4
PF	218	6,9	69,4
Prevenirea consumului de alcool	215	6,8	68,5
Sarcină și graviditate, lehuzie	205	6,4	65,3
Renunțarea la fumat	193	6,1	61,5
Cancer genital și mamar	191	6,0	60,8
Consiliere pe probleme sociale	191	6,0	60,8
Noțiuni legate de bolile copilului	191	6,0	60,8
Asistența copilului și nou-născutului	184	5,8	58,6
Consilierea persoanelor cu handicap	174	5,5	55,4
Consilierea persoanelor cu boli cronice	169	5,3	53,8
Gripă aviară	106	3,3	33,8
Altele	9	0,3	2,9
Total	3182	100,0	1013,4

Mediatori sanitari

Evaluarea adecvării dotării MSR la activitățile realizate

În *Tabelul 6.2.2.5* observăm că peste jumătate (57%) dintre mediatorii declară că nu au dotarea necesară pentru desfășurarea în bune condiții a activităților pe care trebuie să le realizeze. 27% consideră că au dotarea necesară iar 16% nu sunt în măsură să se pronunțe asupra acestei probleme.

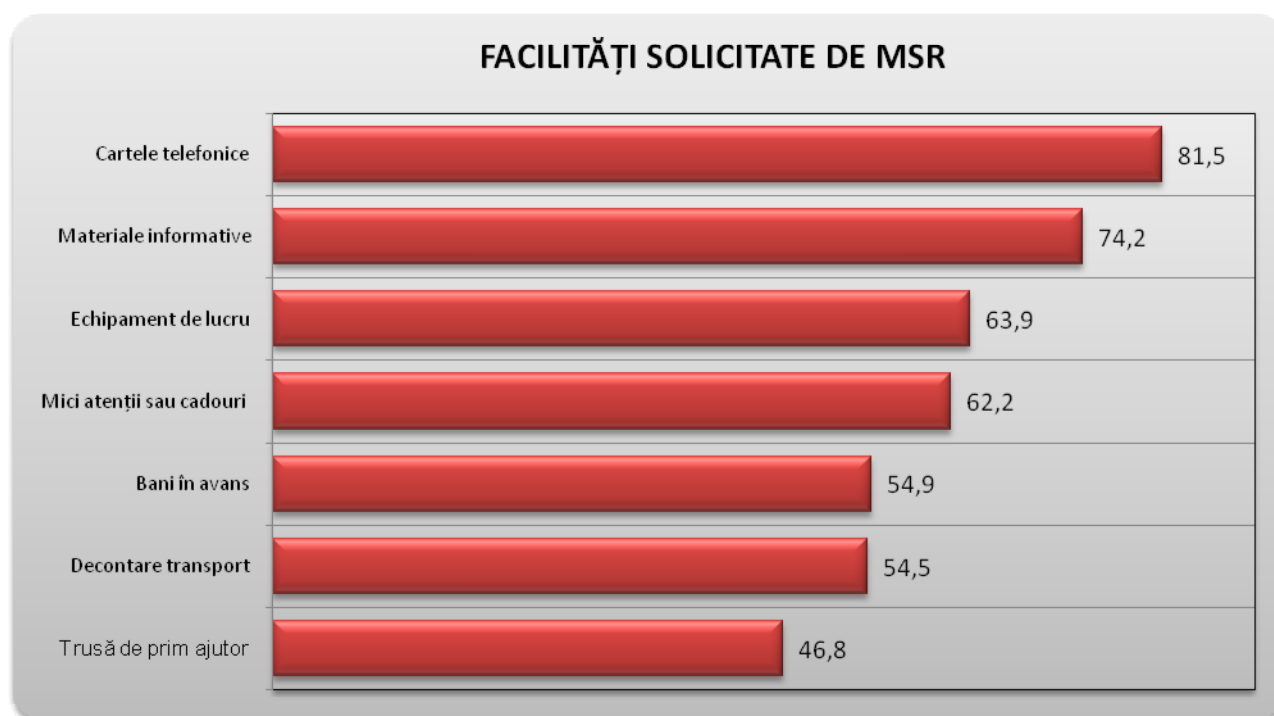
<i>Tabel 6.2.2.5</i>	Număr cazuri	Procent
Da	66	27,4
Nu	137	56,8
Nu știu	38	15,8
Total	241	100,0



Facilități solicitate

Mediatorii sanitari au fost întrebați totodată care sunt dotările de care consideră că au nevoie pentru o bună derulare a activității. Toate variantele propuse în chestionar au fost considerate utile de peste 50% dintre persoanele intervievate (*Tabelul 6.2.2.6*), dar se remarcă un consens mai mare în ceea ce privește dotarea cu cartele telefonice (solicitate de 82% dintre mediatori) și materiale informative (solicitate de 74% dintre MSR).

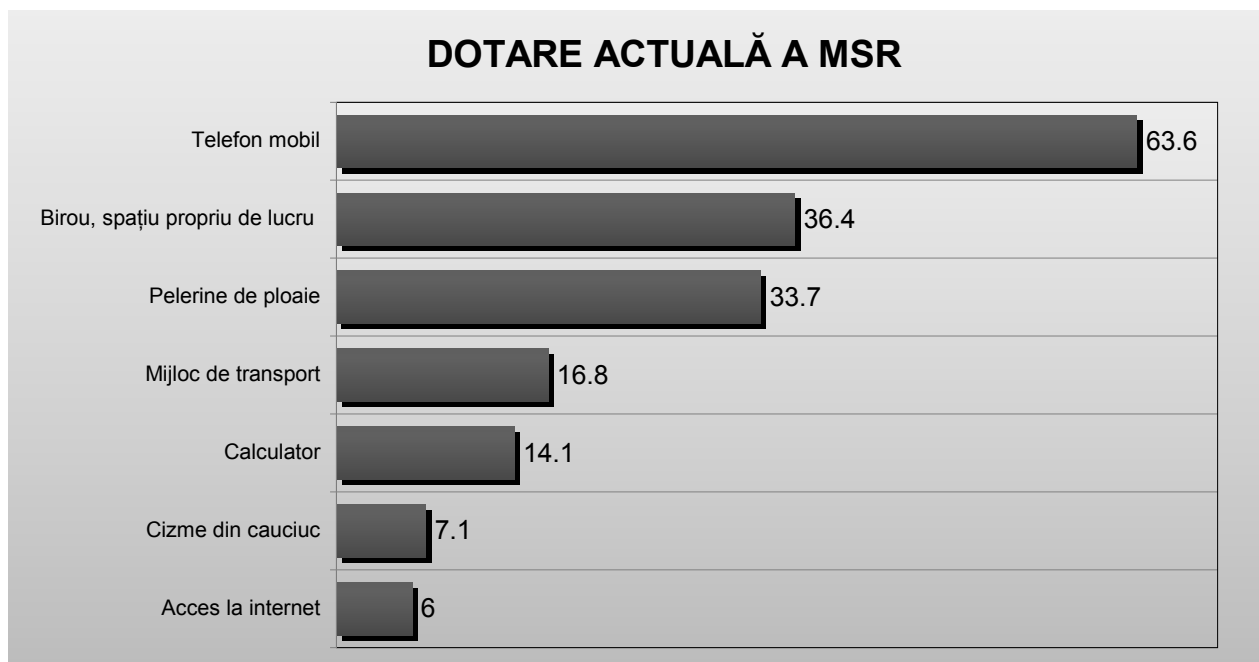
<i>Tabel 6.2.2.6</i>	Răspunsuri		Procent din lot
	Număr cazuri	Procent	
Cartele telefonice	190	18,6	81,5
Materiale informative	173	16,9	74,2
Echipament de lucru	149	14,6	63,9
Mici atenții sau cadouri	145	14,2	62,2
Bani în avans	128	12,5	54,9
Decontare transport	127	12,4	54,5
Trusă de prim ajutor	109	10,7	46,8
Total	1021	100,0	438,2



Dotare actuală

În ceea ce privește dotarea actuală, constatăm că 63% dintre mediatori au telefon mobil propriu, 36% dispun de un spațiu de lucru în care să-și desfășoare activitatea și să se organizeze și 34% au pelerine de ploaie (Tabel 6.2.2.7). Majoritatea sunt deficitari în ce privește posesia unui calculator și accesul la internet, pe care le întâlnim la mai puțin de 15% dintre cei intervievați.

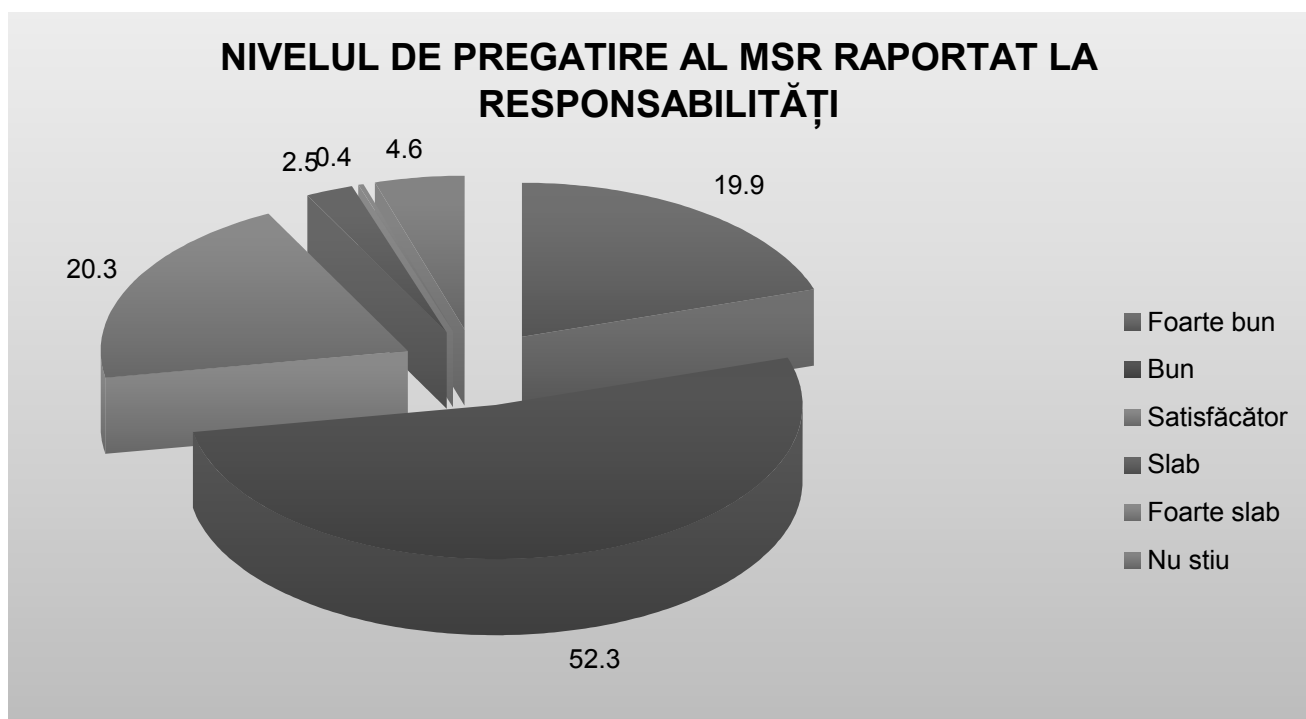
Tabel 6.2.2.7	Răspunsuri		Procent din lot
	Număr cazuri	Procent	
Telefon mobil	117	35,8	63,6
Birou, spațiu propriu de lucru	67	20,5	36,4
Pelerine de ploaie	62	19,0	33,7
Mijloc de transport	31	9,5	16,8
Calculator	26	8,0	14,1
Cizme din cauciuc	13	4,0	7,1
Acces la internet	11	3,4	6,0
Total	327	100,0	177,7



Nivelul de pregătire al MSR raportat la responsabilități

72% dintre mediatorii sanitari romi consideră că au un nivel bun sau foarte bun de pregătire pentru activitățile pe care le desfășoară, 20% cred că sunt pregătiți satisfăcător, în timp ce 3% sunt de părere că au un nivel de pregătire slab sau foarte slab (*Tabel 6.2.2.8*).

<i>Tabel 6.2.2.8</i>	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Foarte bun	48	19,9	19,9
Bun	126	52,3	72,2
Satisfăcător	49	20,3	92,5
Slab	6	2,5	95,0
Foarte slab	1	0,4	95,4
Nu știu	11	4,6	100,0
Total	241	100,0	



Pregătire suplimentară solicitată

Din analiza datelor prezentate în *Tabelul 6.2.2.9* se observă că toate temele propuse în chestionar ca sugestii de pregătire suplimentară a mediatoarelor au fost agreate de peste 40% dintre acestea. Din procentele mari de răspunsuri obținute constatăm că temele cele mai importante sunt consilierea persoanelor cu boli cronice, noțiunile legate de bolile copilului și consilierea persoanelor cu handicap, care întrunesc peste 70% din voturi, fiecare. În cealaltă extremă regăsim teme precum stilul de viață sănătos, asistența copilului, sarcina și graviditatea precum și vaccinările care sunt agreate de maxim 42% dintre cei intervievați. Se remarcă faptul că subiectele pe care este cunoscut că MSR au fost anterior instruite (planificare familială, sănătatea reproducerii) întrunesc un număr mai mic de solicitări pentru formare în viitor.

<i>Tabel 6.2.2.9</i>	Răspunsuri		Procent din lot
	Număr cazuri	Procent	
Planificare familială	94	4,6	40,7
Prevenirea violenței domestice	140	6,9	60,6
ITS/HIV/SIDA	127	6,3	55,0
Sarcină și graviditate, lehuzie	99	4,9	42,9
Vaccinări	96	4,7	41,
Cancer genital și mamar	142	7,0	61,5
Tuberculoză	141	7,0	61,0
Asistența copilului	95	4,7	41,1
Stil de viața sănătos	87	4,3	37,7
Renunțarea la fumat	114	5,6	49,4
Prevenirea consumului de alcool	117	5,8	50,6
Consiliere persoane cu handicap	168	8,3	72,7
Consiliere persoane cu boli cronice	174	8,6	75,3
Gripă aviară	114	5,6	49,4
Consiliere probleme sociale	121	6,0	52,4
Noțiuni legate de bolile copilului	171	8,4	74,0
Altele	25	1,2	10,8
Total	2025	100,0	876,6

4.2.3. Analiza succintă a rezultatelor

Formare

MSR este solicitat, conform fișei postului, să realizeze o gamă largă de servicii și activități care necesită pe de o parte aptitudini și abilități de comunicare și relaționare, un temperament activ, acțional și rezistență fizică, iar pe de altă parte o paletă largă de cunoștințe din domenii variate: sănătate, psihologie, sociologie, cultură romă, legislație, drepturile omului

Programul de selecție și formare actual ridică anumite probleme. Pe de o parte, anumite MSR sunt selectate și chiar parcurg prima etapă de instruire și triere fără a avea aptitudinile necesare de a desfășura această activitate în comunitate, cu rezultate bune. Pe de altă parte, personalul care are aptitudinile, calitățile și dorința de a se perfecționa profesional nu are cadrul creat pentru ca acest lucru să se întâmple în mod real. Cu alte cuvinte, sistemul actual de formare este unul de bază, minimal, care nu stimulează competitivitatea și formarea profesională.

Cu excepția cursului inițial de formare a MSR, nu există un sistem de formare/pregătire continuă a MSR, nu există o curriculă de formare obligatorie; MSR participă conjunctural la cursuri organizate de ASP sau de alte instituții/organizații. Instruirea în vederea dezvoltării abilităților de comunicare interpersonală, dar și al comunicării cu alte persoane/autorități (MF etc.) este o nevoie conștientizată și chiar declarată de MSR. 23% dintre MSR apreciază că nivelul lor de pregătire, raportat la responsabilități, este slab sau satisfăcător, iar 72% dintre MSR consideră că au un nivel de pregătire bun sau foarte bun.

Prima etapă de formare, axată pe comunicare, este apreciată de către participante, dar este mult prea scurtă pentru a construi abilități de bun comunicator unor persoane care nu aveau deja aceste aptitudini și experiență anterioară în a putea purta o discuție convingătoare. Pe de altă parte, deși profesia este de mediator *sanitar*, cunoștințele medicale la care au acces prin formarea profesională sunt extrem de puține. Sistemul de formare actual nu oferă baza de noțiuni medicale de care MSR au nevoie și nici informații despre aspecte sociale și legislative, altele decât cele din ordinul 816/2002. Practic, nu există o curriculă și un sistem de formare care să acopere într-un mod coerent subiectele principale de sănătate publică pe care MSR ar trebui să le promoveze mai departe în comunitate. Majoritatea cursurilor la care MSR au participat au fost organizate de către organizații internaționale (JSI, Doctors of the World), fiind extrem de apreciate de către persoanele care au participat la ele. Cursurile de formare sunt dorite și au impact – de exemplu în județele unde JSI a derulat cursuri de sănătatea reproducerii (SR) și planificare familială (PF), MSR au dobândit reale cunoștințe de SR pe care le-au comunicat populației – element evidențiat din discursul MSR și din rezultatele obținute în comunitate – respectiv creșterea adresabilității la aceste servicii.

În județele vizitate nu s-a identificat o preocupare reală la nivelul ASP pentru formarea medicală a MSR. Sursa de informație de bază pentru MSR este lectura proprie, având acces la material informativ/pliante. În acest context, este de apreciat dorința și tenacitatea anumitor MSR de a se instrui în probleme variate de sănătate, pe care le prezintă mai departe beneficiarilor din comunitate.

Dintre subiectele de sănătate pe care MSR le solicită în vederea instruirii menționăm consilierea persoanelor cu boli cronice, noțiunile legate de bolile copilului și consilierea persoanelor cu handicap, care întrunesc peste 70% dintre voturile MSR, fiecare. Totodată, MSR au nevoie să

fie instruiți și în PF/SR, sănătatea și îngrijirea copilului, TBC, imunizări, boli cronice (diabet, HTA).

Informațiile din domeniul legislativ, al drepturilor omului, al asistenței sociale sunt de asemenea extrem de necesare MSR pentru derularea laturii sociale reale a activității din teren. Similar, cursul de instruire inițial oferă baza de informații pentru înțelegerea și aplicarea legii asigurărilor sociale, dar ulterior nu există un sistem clar de formare în acest domeniu. În acest domeniu, chiar și coordonatorul de la nivelul ASP este puțin informat și nu poate reprezenta o resursă pentru MSR.

Dotare

Nevoile de dotare ale MSR vizează în primul rând existența unui birou/sediu unde să își desfășoare activitatea (doar 36 % declară un spațiu de lucru propriu/birou, iar 14 % au acces la computer). Astfel majoritatea MSR își desfășoară activitatea exclusiv în teren, indiferent de condițiile meteo. Nu există un loc unde să își poată redacta raportările, fișele, unde să păstreze informațiile sale despre beneficiari. MSR nu are facilități de a înregistra informația (computer, rechizite). De asemenea, beneficiarii nu îl pot găsi pe mediator decât dacă îl văd în vecinătate sau dacă îl apelează la telefon (64% dintre MSR au telefon mobil, dar adesea acesta este personal, și nu de serviciu).

Totodată, existența unui spațiu de lucru dă încredere MSR și îl responsabilizează, conferindu-i un statut social și profesional superior.

Există de asemenea și alte nevoi de dotare importante pentru buna derulare a activității MSR, precum nevoi de comunicare (telefoane mobile, cartele telefonice – solicitate de 82% dintre MSR), echipament de lucru (ecusoane, pelerine de ploaie, umbrele, cizme de cauciuc etc. – 64% dintre MSR), deplasare (decontare cheltuieli de transport – 55% dintre MSR). De asemenea, sunt solicitate materiale informative (74% dintre MSR), necesare pentru educarea populației. În prezent, doar 17% dintre MSR au un mijloc de transport, 34% au pelerine de ploaie, 7% au cizme de cauciuc.

Statut

Una dintre nevoile evidente ale MSR este aceea de a dobândi un alt statut, atât din punct de vedere profesional cât și social. În acest sens, existența unui birou ar puncta o „avansare” din punct de vedere socio-profesional, o recunoaștere a nevoii pe care societatea o are de el. De asemenea, ar egaliza poziția sa profesională cu cea a altor funcționari publici, care au prin definiție un loc unde își desfășoară activitatea și pot fi găsiți de către beneficiari.

O altă nevoie importantă a MSR este aceea de fi angajat pe perioadă nedeterminată. Aceasta ar aduce un grad semnificativ mai mare de certitudine și siguranță „a zilei de mâine”. Practic, nu se poate vorbi despre formare profesională continuă, despre prioritizarea atribuțiilor și structurarea acestora într-un mod planificat pe termen lung, atâta timp cât MSR este angajat pe durată determinată. Pe de altă parte, această limitare se reflectă din nou într-un statut diferit al MSR față de cel al altor lucrători publici, diferență care poate genera frustrări și chiar renunțarea la a practica această meserie. Cu cât nivelul de pregătire și abilități al MSR este mai ridicat, cu atât conștientizează mai bine aceste diferențe, le analizează și le cântărește. Un aspect conex la fel de important este salarizarea – practic MSR sunt plătiți relativ puțin pentru

activitatea prestată, nu primesc nici un fel de spor de teren, și nu au alte beneficii din punct de vedere al veniturilor materiale.

Nevoia de evaluare corectă, diferențiere și recompensare a MSR în funcție de performanțele fiecăruia este o altă nevoie și în același timp o problemă conexasă sistemului de recrutare, formare, monitorizare și evaluare a MSR. Lipsa motivației de dezvoltare profesională poate deveni, după un anumit nivel, o sursă de nemulțumire pentru anumite mediatore.

6.3. Evaluarea poziționării MSR în inter-relația cu: coordonatorii programului MSR de la nivelul Autorității de Sănătate Publică (ASP), medicii de familie și beneficiarii programului

Descriere pe scurt a rezultatelor

6.3.1. Relația MSR-Coordonator ASP

6.3.1.1 Perspectiva directă a reprezentanților ASP

Elementele de specificitate zonală a relației MSR-ASP sunt diverse, dar o selecție a celor mai relevante arată că:

- în județul Bistrița Năsăud, relația este percepută ca fiind bună, prietenească, bazată pe comunicare permanentă. Pe de altă parte, percepția coordonatorului ASP este că relațiile cu MSR se pot îmbunătăți în măsura în care atribuțiile acestora ar fi mai bine formalizate prin redefinirea unei fișe de post mai precise și adecvate realităților din teren - în acest moment, fișa postului conține informații generale și cu o mică relevanță. Evaluarea activității MSR este realizată lunar, când MSR depun rapoartele de activitate.
- În județul Brașov, coordonatorul ASP descrie relația cu MSR ca fiind „una de informare reciprocă”, fiind mai mult sau mai puțin formală; uneori, această relație poate fi considerată chiar de prietenie. Coordonatorul ASP consideră că MSR ajută și la rezolvarea unor alte probleme decât cele din fișa postului, în special cele de ordin social – dosare de cazuri sociale, sprijin pentru persoane cu handicap etc. - „ajută acolo unde este nevoie”.
- În Județul Călărași relația cu MSR este caracterizată ca fiind una de colaborare „la superlativ”. Relația este foarte apropiată – reprezentantul ASP îl cunoaște pe fiecare mediator din județ, mediatorii sună întotdeauna în cazul în care au întâmpinat probleme în comunitate și întotdeauna a găsit soluții la problemele lor. Coordonatorul ASP discută cu MSR „ori de câte ori este nevoie – „avem o comunicare permanentă, toți având telefon mobil cu cartelă.” Comunicarea foarte bună este evidentă mai ales în situațiile de criză – așa cum s-a văzut cu ocazia inundațiilor. În întâlnirile lunare, se abordează și elementele de noutate, folosind experiențele celorlalți mediatore sau invitând medici pentru explicarea unor situații specifice, contribuind astfel la buna pregătire profesională a MSR.
- În județul Dolj, relația ASP cu MSR este descrisă ca fiind bună, de comunicare. Coordonatorul consideră că a pus accent pe acest lucru încă de la început, pentru că avea nevoie de o bună colaborare și de informare referitor la problemele populației de

etnie romă în special cele referitoare la sănătate. Coordonatorul ASP consideră că sistemul actual de pregătire nu este eficient, cele câteva zile de pregătire fiind mai degrabă destinate comunicării. Fișa postului MSR este „prea stufoasă și deci are multe atribuții pe care chiar dacă ar vrea să le facă nu poate”, aceasta datorită nivelului de pregătire, datorită lipsei de timp etc. Mai mult, MSR au foarte multe atribuții care ar depăși și cunoștințele unui asistent medical - lupta în focar, ancheta epidemiologică etc.

- În județul Timiș, în acest moment există doar 2 mediatore, cu toate că numărul de comunități care ar avea nevoie de sprijin este mult mai mare (mai ales în comunitățile mai mari de 500 de romi). Relația coordonatorului ASP cu cele două MSR este diferită: este bună cu una dintre mediatore, despre care se consideră „că și-a înțeles rolul și încearcă să rezolve problemele comunității, și nu chiar atât de bună cu cealaltă”. Rolul principal perceput de coordonatorul ASP este acela de a-i informa pe MSR cu privire la chestiunile de sănătate publică. O observație interesantă a fost aceea că o AMC „de aceeași etnie ar putea să suplinească rolul mediatorului”.
- În județul Vaslui, coordonatorul ASP consideră că MSR este persoana cheie în sistemul de mediere sanitară și că este „foarte important să știi să lucrezi cu MSR, de modul în care te ocupi de MSR depinde activitatea acestuia în comunitate”. Relația de dependență dintre coordonatorul ASP și MSR este reciprocă, eficiența fiecăruia fiind condiționată de activitatea celuilalt.
- În județul Ilfov relația coordonatorului ASP cu MSR este descrisă ca fiind foarte bună și se încearcă sprijinirea acestora „cât de mult se poate”. ASP apreciază experiența mare în comunitate a MSR și prin proiectele și inițiativele în care aceștia au fost implicați în ultimii ani au contribuit la consolidarea relației cu aceștia. Întâlnirea cu MSR se face lunar, ocazie cu care aceștia aduc pontajele și fișele de raportare dar și „ori de câte ori este nevoie”. Aproape toate MSR au telefon și comunică des cu acestea atunci când sunt probleme, mai ales că județul Ilfov are comunități mari de romi („în Glina sunt 2000 de persoane iar în Ștefănești în jur de 1400”) iar problemele specifice sunt numeroase și complexe.
- În județul Brăila, rolul perceput al MSR este foarte important iar relația este una de colaborare. Punctele tari ale relației sunt legate de ajutorul reciproc, comunicarea eficientă, rezolvarea unor probleme sociale urgente și a unor probleme educative. Există și câteva puncte slabe: probleme în relaționarea MSR cu comunitatea, probleme de comunicare, probleme de atitudini și probleme de îmbrăcăminte (tradițional pentru a „intra în comunitatea romă”, pentru a putea sta de vorbă cu cei din comunitate) și cunoașterea limbii Romani. Există probleme de acceptare a MSR de către autorități, dar aceste lucruri se rezolvă în timp, pe măsură ce MSR dobândește experiență și își demonstrează utilitatea.

6.3.1.2 Perspectiva directă a MSR asupra relației cu coordonatorul din ASP

Percepțiile MSR cu privire la relația cu coordonatorii ASP sunt în concordanță cu cele ale celor din urmă, câteva elemente de specific zonal putând fi scoase în evidență:

- În județul Bistrița Năsăud, MSR percep relația cu coordonatorul ASP ca fiind foarte importantă, totuși plasând - a doua ca importantă după cea cu medicii de familie. Baza relației cu echipa ASP este încrederea și respectul reciproc. Durata relației, care a început încă din anul 2000, a dus la consolidarea colaborării, care nu este considerată a fi, în fapt, una percepută ca ierarhică, de subordonare. Raportarea lunară este momentul întâlnirii regulate cu coordonatorul ASP, dar MSR poate să apeleze și găsește sprijin ori de câte ori are nevoie.
- În județul Brașov, a existat o fluctuație a coordonatorului din ASP, ceea ce nu a permis consolidarea unei relații puternice cu acesta. Totuși, sistemul actual, atribuțiile și obligațiile specifice MSR permit existența unui sprijin din partea ASP. Nivelul de interes și implicarea seriei de coordonatori a fost diferită, iar în acest moment MSR percep relația cu coordonatoarea ASP ca fiind una bazată pe autoritate, cu accent pe raportare și monitorizare formală.
- În județul Călărași, s-a lucrat dintotdeauna cu același reprezentat al ASP, iar sprijinul a fost permanent. Relația este percepută de MSR ca fiind foarte bună și au loc întâlniri lunare cu toți MSR, când se discută toate problemele întâlnite și posibile rezolvări ale acestora.
- În județul Dolj, MSR percep că există o colaborare strânsă și permanentă cu coordonatorul ASP din județ. Practic, cei doi reprezentanți se ajută reciproc în derularea activităților. „Sunt în continuă legătură cu domnul doctor (reprezentantul ASP). Ne întâlnim chiar de 4 – 5 ori pe lună, de câte ori am probleme mă duc la dumnealui. Practic el coordonează activitatea MSR”.
- În județul Timiș, de relația este foarte bună, iar întâlnirile regulate sunt lunare, cu specificația că, la nevoie, întâlnirile pot fi mult mai dese. Totuși, relaționarea pare a fi mai degrabă formală.
- În județul Vaslui, MSR recunosc sprijinul pe care l-au primit din partea coordonatorului ASP, sprijin concretizat în susținere permanentă, motivare, apreciere a activității depuse – „m-a motivat întotdeauna și m-a făcut să cred că ceea ce fac este foarte important și că de mine depinde viața unor oameni”; coordonatorul ASP „se implica foarte mult”. Cel puțin o dată pe săptămână MSR are întâlniri cu coordonatorul ASP și discută diverse probleme curente de rezolvat; comunicarea are loc și telefonic. La întâlnirile lunare se analizează activitatea din luna curentă și se verifică rapoartele.
- În județul Ilfov, MSR declară că are o relație foarte bună cu reprezentantul ASP. Aceasta a susținut-o și a ajutat-o cu informații, cu materiale informative. În plus, MSR a participat la numeroase seminarii și cursuri datorită recomandării medicului de la ASP. MSR comunică în mod regulat cu reprezentantul ASP – atunci când se fac întâlnirile la ASP, dar și de câte ori are nevoie de ajutor, de informații.

- În județul Brăila, au existat în timp mai multe persoane desemnate din partea ASP, iar relațiile au fost diferite. Coordonatorul actual din partea ASP are o implicare consistentă și dovedește disponibilitate; chiar dacă există întâlnirile lunare de raportare, MSR apelează la coordonatorul ASP și de câteva ori pe săptămână, în funcție de problemele curente care trebuie rezolvate, primind sprijinul necesar.

Studiu cantitativ

Medici de familie

Relația dintre mediatorul sanitar și medicul coordonator din ASP

Peste jumătate (56%) dintre medicii de familie chestionați apreciază relația dintre MSR și medicul coordonator din cadrul ASP drept bună și foarte bună (*Tabelul 6.3.1.1*). Doar aproximativ 3% dintre medici apreciază că această relație este medie sau foarte dificilă, în timp ce 12% nu cunosc această relație suficient pentru a da informații despre ea, sau consideră că nu este cazul să răspundă la această întrebare (29%).

<i>Tabelul 6.3.1.1</i>	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Foarte bună	132	40,6	40,6
Bună	50	15,4	56,0
Medie	4	1,2	57,2
Foarte dificilă	6	1,8	59,1
Nu știu	40	12,3	71,4
Nu este cazul	93	28,6	100,0
Total	325	100,0	

Mediatori sanitari

Relația dintre mediatorul sanitar și medicul coordonator ASP

84% dintre MSR apreciază relația cu coordonatorii ASP drept bună și foarte bună. 4% dintre MSR consideră relația drept medie, dificilă sau foarte dificilă (*Tabelul 6.3.1.2*).

<i>Tabel 6.3.1.2</i>	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Foarte bună	169	70,1	70,1
Bună	33	13,7	83,8
Medie	5	2,1	85,9
Dificilă	2	0,8	86,7
Foarte dificilă	2	0,8	87,6

Nu știu	2	0,8	88,4
Nu este cazul	28	11,6	100,0
Total	241	100,0	

Analiza succintă a rezultatelor

Relația dintre MSR și coordonatorul ASP este percepută de către ASP ca fiind în general una de colaborare, în care participarea celor două părți este esențială. Baza acestei relații de colaborare stă în capacitatea reciprocă de comunicare și de informare, ceea ce duce, în timp, la o bună cunoaștere și încredere reciprocă. Succesul muncii MSR în comunitate depinde, substanțial, de nivelul de implicare al coordonatorului ASP în activitatea curentă a acestuia.

Dat fiind statutul profesional perceput ca mai scăzut al MSR, susținerea directă din partea coordonatorului de la nivelul ASP este esențială. La nivel perceptual, în măsura în care relația este una de încredere și susținere, aceasta conferă mediatorului un sentiment de apartenență la sistemul public de sănătate, sentimentul că există un sprijin la nivelul autorităților județene la care poate apela, în condițiile în care apare orice problemă, atât de sănătate publică cât și de altă natură.

Cu toate acestea, în majoritatea județelor vizitate, s-a constatat că implicarea reală a coordonatorului ASP în activitatea de zi cu zi a MSR este limitată. Instituțional, coordonatorul ASP are un set mai larg de responsabilități profesionale și relaționarea cu MSR are o dimensiune relativ redusă în cadrul activităților curente. Pe de altă parte, în funcție de gradul curent de încărcare și de implicare a coordonatorului ASP, timpul alocat programului mediatorilor sanitari este diferit. În ceea ce privește implicarea coordonatorului ASP în activitățile de formare a MSR, aceasta este percepută ca fiind minimă, consistentă cu problemele generale legate de formarea continuă a MSR.

Cei intervievați consideră că o relație bună de colaborare a ASP cu MSR constituie o premisă esențială pentru un grad de implicare mai ridicat. Nu există însă o conștientizare a posibilităților de implicare mai mare în derularea acestui program – iar pe de altă parte aceste posibilități nu par să se regăsească nici în fișa postului pentru coordonatorul din partea ASP, și așa destul de încărcată.

Și din partea MSR există o percepție pozitivă a relației cu coordonatorul ASP, relație care se dezvoltă în timp. Așa cum MSR facilitează relația cu comunitățile dezavantajate, coordonatorul ASP are un rol de continuare a facilitării prin relaționarea, interacțiunea și schimbul de experiență între MSR din județ și alte instituții publice implicate în problemele romilor; mai departe, facilitarea poate duce, de la caz la caz, la sprijin pentru anumite demersuri ale MSR la nivel central. Mai mult, coordonatorul ASP poate să faciliteze accesul MSR la cursuri de perfecționare, având, probabil, acces la informația relevantă și putând să recomande aceasta decidenților din cadrul ASP. 84% dintre MSR apreciază că relația cu coordonatorul ASP este bună și foarte bună.

O problemă identificată la nivelul anumitor ASP este aceea că, de-a lungul timpului, coordonatorul MSR este schimbat, ceea ce conduce la discontinuități în relația cu MSR și chiar la un grad de incertitudine mai mare la nivelul acestora. În astfel de cazuri, construirea relației

de colaborare trebuie să fie luată, din nou, de la capăt. Au fost identificate chiar și situații unde coordonarea MSR se face de către o altă persoană decât cea desemnată oficial, situație care reflectă nivelul de interes scăzut din partea conducerii ASP.

Principala atribuție recunoscută de către coordonatorii ASP este aceea de monitorizare a activității MSR, prin centralizarea rapoartelor lunare de activitate și trimiterea acestora către MSP și Romani CRISS. Dar, așa cum s-a mai spus, aceste raportări par a fi mai degrabă formale și cantitative.

În general, coordonatorul ASP nu efectuează vizite în teren – aceasta și datorită încărcării curente cu responsabilități profesionale. MSR percep nevoia participării la vizite de teren a coordonatorilor ASP; existența acestor vizite ar permite un contact real cu activitatea MSR și ar conferi acestuia un grad mai mare de autoritate în fața autorităților locale și poate chiar a beneficiarilor. Ar ajuta totodată la consolidarea relației cu medicii de familie din localitate și ar asigura o bază foarte bună pentru o evaluare reală a calității muncii prestate de către MSR.

Pe de altă parte, coordonatorii ASP nu organizează cursuri de instruire pe teme medicale – uneori nu tocmai ușor de organizat la nivel județean. Au fost identificate situații în care coordonatorul ASP consideră în mod real că atribuțiile sale în cadrul acestui program se rezumă strict la colectarea rapoartelor de activitate lunară a MSR și trimiterea acestor informații mai departe.

6.3.2. Relația MSR-MF

6.3.2.1 Perspectiva indirectă a coordonatorilor din cadrul ASP

Interviurile realizate în județele selectate cu coordonatorii ASP pun în lumină câteva aspecte ale relaționării MSR cu medicii de familie:

- În județul Bistrița Năsăud, percepția asupra relațiilor dintre MSR și MF este pozitivă, văzută ca una bună și foarte bună. Diferența de experiență dintre MSR își spune cuvântul, în cazul celor cu vechime atitudinea generală față de sarcinile de îndeplinit fiind una de implicare puternică. Coordonatorul ASP subliniază rolul esențial al selecției persoanelor potrivite pentru munca de mediere sanitară, care au nevoie de abilități de comunicare, aptitudini generale în profesie, cunoașterea specificului comunităților țintă etc. Se recunoaște rolul esențial jucat de MSR în îndeplinirea unor sarcini pe care le are MF și care anterior ridicau probleme în relația cu populația romă, în special în ce privește contracepția și vaccinarea copiilor, creșterea accesului populației la servicii de sănătate etc.
- În cazul județului Brașov, relația percepută este ca fiind normală. Medicii nu au avut reclamații la adresa MSR, care în general își îndeplinesc bine sarcinile. MF consideră MSR ca fiind un ajutor important în special în ceea ce privește campaniile de vaccinare, asistența medicală a copiilor până la un an, gravide, prevenirea abandonului etc.
- În județul Călărași, relația cu medicii de familie este considerată a fi bună. Chiar dacă la început MF au fost suspicioși, colaborarea curentă este utilă, activitatea MF fiind direct influențată de prezența MSR – în special în relaționarea cu mamele care au copii mici și care trebuie mobilizate pentru vaccinările curente. S-a observat o îmbunătățire a relației medicilor de familie cu membrii comunităților țintă.

- În județul Dolj, relația MSR cu MF pare a fi un subiect mai delicat deoarece nu în toate cazurile s-a putut vorbi de o bună colaborare. Uneori MF a perceput MSR ca fiind un subordonat, chiar dacă MSR deservește comunitatea și nu medicul de familie iar monitorizarea și evaluarea activității MSR este în sarcina ASP. Au existat cazuri izolate de medici de familie au încercat să impună unele activități mediatorului, dar modul în care au fost cerute au dus la reticență din partea MSR și colaborarea a avut de suferit. Referitor la acceptarea persoanelor de etnie romă pe listele medicului de familie, se consideră că aceasta este o falsă problemă. Datorită concurenței dintre medicii de familie, nu se crede că s-ar face discriminare din punctul de vedere al etniei, dar lipsa asigurării nu motivează înscrierea lor pe listele MF.
- În județul Timiș, MSR este perceput ca un sprijin direct pentru activitățile MF – acesta a crescut accesul la serviciile medicale și planning familial. Unul dintre medicii de familie care lucrează cu comunitățile de romi a ajuns la 700 de romi pe lista curentă de pacienți, în mare măsură și datorită MSR.
- În județul Vaslui, colaborarea MSR cu MF este percepută ca fiind foarte bună, pe baza bunei înțelegeri a rolului MSR. MF are o mai bună evidență a gravidelor și nou-născuților și o mai bună evidență a imunizărilor. Rezolvarea lipsei actelor de identitate a dus la creșterea accesului romilor la serviciile oferite de medicii de familie și al altor servicii sociale.
- În județul Ilfov, relația dintre MS și MSR este una de colaborare și nu au existat situații de conflicte între aceste două categorii. Este o relație foarte importantă și care trebuie formată și cultivată permanent. MF au fost informați cu privire la activitatea MSR și au colaborat foarte bine încă de la început. MF chiar solicită angajarea de alte MSR deoarece nevoile comunităților deservite sunt complexe.
- În județul Brăila, nu sunt probleme de relaționare între MSR și MF, dar există astfel de probleme în ceea ce privește relaționarea cu autoritățile publice locale - este dat exemplul solicitării de către asistenta socială din una dintre primării a legitimației de serviciu. Condițiile dificile de muncă fac, spre exemplu, unul dintre MF să nu colaboreze cu MSR și să nu utilizeze cabinetul disponibil, aflat la distanță de oraș și neavând la dispoziție facilitățile necesare.

6.3.2.2 Perspectiva indirectă a experților romi din cadrul Birourilor Judetene pentru Romi

Relaționarea BJR cu aspectele medicale se face mai degrabă prin intermediul MSR, așa cum arată interviurile derulate în județele selectate. Iată mai jos câteva aspecte relevante la nivelul acestora:

- În județul Bistrița Năsăud, informațiile cu privire la situația accesului la serviciile de sănătate sunt colectate prin relaționarea directă a BJR cu MSR. Relația acestora cu MF este percepută ca fiind bună, cu câteva excepții punctuale. BJR consideră că MSR a contribuit, în majoritatea cazurilor, la o îmbunătățire a accesului populației romi la servicii de sănătate, prin activitatea de educare a acestora și de creștere a gradului de

responsabilitate privind propria sănătate. Anterior apariției MSR populația romă nu avea nici o sursă de informare despre drepturile pe care le au în relația cu sistemul de sănătate și nu știau ce beneficii pot avea din accesarea serviciilor de sănătate. În plus, prin efortul depus de MSR pentru obținerea de acte de identitate pentru persoanele romi au permis acestora să se înscrie pe lista MF din localitate.

- În județul Brașov, se consideră că există atât exemple bune cât și situații în care MF sunt reticenți sau nu vor să colaboreze cu membrii comunităților de romi. Există și situații în care MSR au semnalat probleme/bariere în accesul populației de romi la serviciile furnizate de MF.
- În județul Dolj, relația MSR cu MF este una de colaborare, cu accent pe transmiterea de informații în comunități .
- În județul Timiș, relația percepută este bună, caracterizată de colaborare; munca MSR este apreciată de MF, care resimte efectul pozitiv al prezenței MSR pentru accesul la servicii de sănătate al membrilor comunităților de romi.
- În județul Vaslui, BJR nu cunoaște foarte multe detalii despre activitatea MSR și relaționarea acestora cu MF, dar consideră că relația este una de colaborare.

6.3.2.3 Perspectiva directă a MSR

Interviurile realizate de echipa de cercetare cu MSR arată câteva aspecte relevante la nivelul județelor:

- În județul Bistrița Năsăud, MF este considerat ca fiind cel mai important colaborator al MSR. Relația MSR cu cei doi medici de familie este una de colaborare, în nici un caz de subordonare. MSR au declarat că nu au constatat cazuri de discriminare a populației romi de către MF – „chiar dacă persoanele nu erau asigurate, li se acorda asistență medicală”. Activitatea MSR a condus la creșterea semnificativă a numărului de persoane de etnie romă din lista MF, prin dobândirea calității de asigurat, deși MF au extins întotdeauna asistența medicală asupra tuturor celor care au avut nevoie, chiar dacă nu erau asigurați.
- În județul Brașov, există comunități de mari dimensiuni, spre exemplu cea din localitatea Săcele - 12.000 romi, deserviți de 5 medici de familie și 2 MSR. MSR intervievat are o relație bună și foarte bună cu toți MF. În plus, datorită dimensiunii mari a comunității deservite, MSR colaborează și cu medicii pediatri de la spitalul de copii (4 pediatri), în sensul că aceștia, când au în internare copii romi, solicită prezența MSR prin intermediul cărora comunică situația copiilor către MF. Reticența existentă de la începutul relației a fost depășită prin dovedirea utilității și profesionalismului MSR și al MF, precum și prin implicarea coordonatorului ASP în informarea corectă asupra rolului MSR.
- În județul Călărași, MSR lucrează cu mai mulți medici de familie. Relația este una de colaborare, în nici un caz una de subordonare. Dacă în comunitate apar probleme (de exemplu o mamă refuză să își ducă copilul la vaccin) MSR este contactată telefonic de

medicul de familie și se deplasează în teren pentru a convinge acea persoană, chiar dacă uneori este dificil, mentalitățile tradiționale fiind una dintre piedici. Activitatea MF este influențată de activitatea MSR, acesta din urmă având un rol de facilitare a accesului la serviciile medicale, reducerea perioadei în care MF se deplasează în teren, etc.

- În județul Dolj, MSR lucrează foarte bine cu un medic de familie iar cu restul medicilor de familie din Craiova care au înscrise persoane de etnie romă relația este în general bună, dar nu la fel de consistentă.
- În județul Timiș, colaborarea MSR se realizează cu doi MF, iar unul dintre aceștia oferă servicii medicale populației de etnie romă chiar dacă lipsește asigurarea medicală.
- În județul Vaslui, relațiile MSR cu MF sunt foarte bune, chiar mai bune decât cele cu AMC. Aprecierea comunității pentru munca MSR o motivează să meargă mai departe, la fel ca și solicitările repetate ale MF pentru mobilizarea membrilor comunităților la vaccinări și alte proceduri medicale.
- În județul Ilfov, există doi MF cu care relaționarea este foarte bună, de ajutor reciproc: MSR mobilizează copiii la vaccinări, trimite gravidele și lăuzele la medic, iar MF le furnizează acestora servicii medicale.
- În județul Brăila, MF are un cabinet în colonia numită „Km 10” în care practic nu existau condițiile propice de lucru. Astfel, MSR a oferit o camera din propria locuință pentru consultații. Chiar și după curățarea și amenajarea cabinetului, MF nu își desfășoară activitatea în acest loc, acesta fiind utilizat din când în când de către AMC pentru vaccinări. MSR se deplasează împreună cu pacienții la MF, câștigându-le treptat acestora încrederea. Apar dificultăți în relaționarea cu anumite persoane membre ale unor culte religioase care refuză tratamentele medicale.
- În județul Brăila, MF ajută MSR cu informații, consultă și persoane fără acte de identitate sau asigurare medicală. MSR consideră că a colaborat foarte bine cu MF. Probleme de relaționare apar cu membri ai comunităților tradiționale.

6.3.2.4 Perspectiva indirectă a reprezentanților ONG-urilor locale și autorităților locale

În cazul Biroului Regional al Agenției Naționale pentru Romi, reprezentanții acestuia declară că nu cunosc foarte bine relația MSR cu MF. Apreciază că „ar fi bine să existe o relație de colaborare și nu una de subordonare, pentru a rezolva problemele comunității”. Cred totodată că MSR crește accesul la serviciile medicale, „după cum arată și statisticile, medicii de familie au spus ca mediatorii sunt de mare folos și au o contribuție importantă la depistarea anumitor boli”.

Reprezentanții unei organizații neguvernamentale din județul Dolj apreciază că relația MSR cu MF este una „de colaborare în spirit uman. Cunosc medici de familie care colaborează foarte bine cu mediatorii sanitari și sunt medici care se implică și care au pacienți de etnie romă și care sunt obișnuiți cu felul lor de a fi, cu tradițiile lor”. Aceștia cred că „este benefic să colaboreze cu un mediator sanitar care știe ce are de făcut, se duce, se implică, ... se rezolvă mai

repede. Medicului de familie îi e mai greu să meargă pe teren, să intre în diferite comunități, dar mediatorul sanitar ajunge mai ușor la ei, mai ales la grupurile defavorizate.”

În județul Timiș reprezentanții ONG consideră că relația este bună. „Nu am informații că ar fi probleme. Nu am auzit nici de medici care să fi refuzat colaborarea cu mediatorul sau să refuze înscrierea pe liste a persoanelor de etnie romă”.

Un asistent social dintr-o primărie din județul Ilfov cunoaște faptul că MSR lucrează cu cei doi medici din localitate, dar nu știe natura relațiilor dintre MSR și MF, nefiind familiarizată cu modul de colaborare între MSR și MF.

6.3.2.5 Perspectiva directă a medicilor de familie

Interviurile realizate cu medicii de familie arată clar utilitatea MSR în activitatea curentă a MF. Câteva aspecte cu specific local pot fi evidențiate:

- La nivelul județului Bistrița Năsăud, activitatea MF a fost mult îmbunătățită de când a început activitatea MSR. Sprijinul cel mai important este cel legat de activitatea de teren (vizitele la domiciliu). Cu ajutorul MSR, făcând schimb de informații, atât MF cât și MSR cunosc mai bine teritoriul și există o relație de colaborare foarte bună.
- În județul Brașov, de aproximativ 3 ani MF colaborează cu MSR actuale. Activitatea MF s-a ușurat foarte mult de când au venit MSR în comunitate, iar colaborarea este foarte strânsă. Datorită experiențelor cu o mediatore anterioară, MF a privit cu mare reticență sosirea celor 2 mediatore noi, dar ulterior a înțeles că „omul sfințește locul” și profesia de MSR „nu este o idee proastă, ci dimpotrivă, ajută foarte mult activitatea medicului”. Elementele pozitive legate de colaborarea cu MSR privesc „rezolvarea terenului”, creșterea ponderii vaccinării copiilor, rezolvarea de cazuri sociale, creșterea nivelului de educație sanitară cu privire la igienă, nutriție, SR și PF – contracepție, control ginecologic etc.
- În județul Călărași, se apreciază de către MF că „este o relație bună” și că „nu am avut probleme cu mediatoarea” ... „de obicei îmi dă rapoartele lunare înainte să le predea la ASP”. Activitatea MF este direct influențată de activitatea MSR, în special în ceea ce privește atragerea romilor la cabinetul medical, cât și în medierea relației cu aceștia.
- În județul Dolj, relația MF cu MSR „este o relație bună, (mediatoarea) mă ajută să îmi fac treaba”. MSR lucrează cu mai mulți medici din oraș și se constată că „în ultimii ani (romii) au început să vină în număr mai mare la cabinet, probabil și datorită îndrumării mediatorului”. Practic, majoritatea pacienților romi au ajuns la medic îndrumați de mediatore.
- În județul Timiș, relația cu MSR funcționează, dar mai poate fi îmbunătățită. MF crede că MSR au contribuit la creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile medicale, cu toate că și MF puteau să facă acest lucru prin deplasarea în comunitățile de romi.

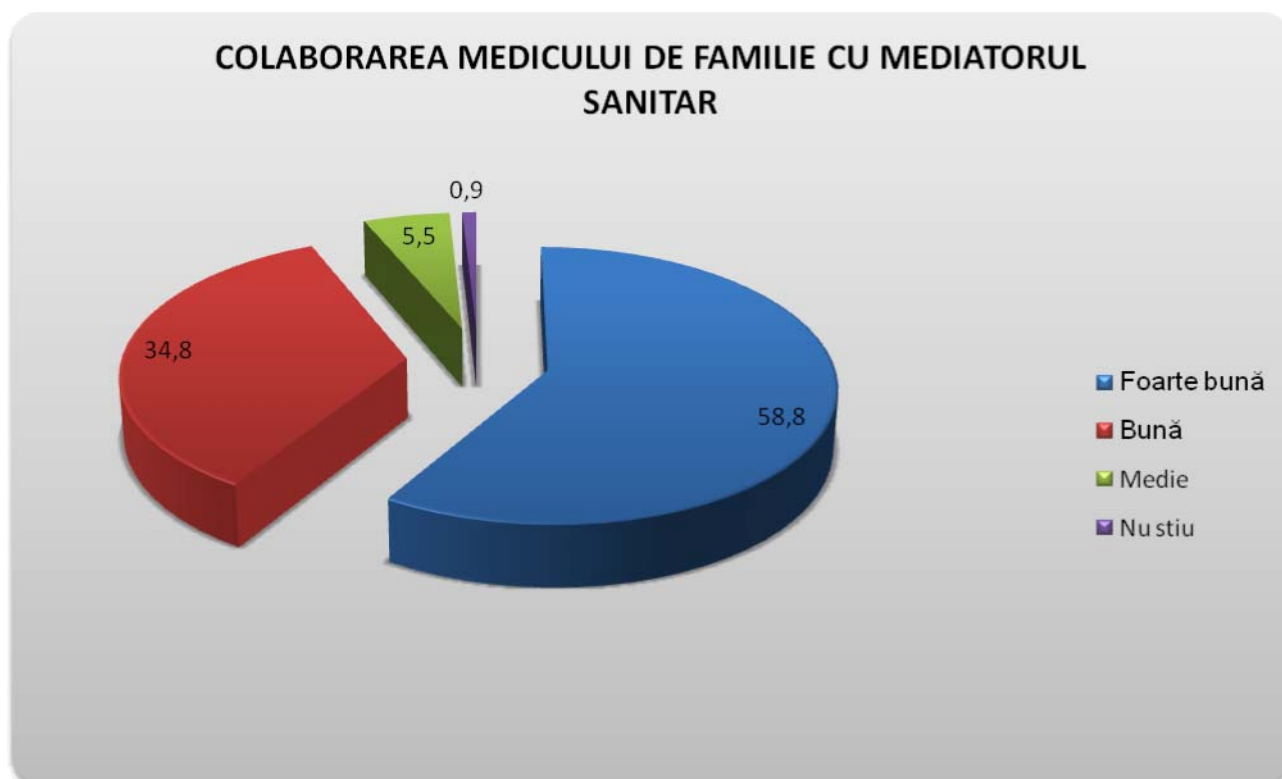
Studiu cantitativ

Medici de familie

Colaborarea medicului de familie cu mediatorul sanitar

94% dintre medicii intervievați declară că au o colaborare foarte bună sau bună cu mediatorul sanitar (*Tabelul 6.3.2.1*) iar 6% consideră că au o relație medie cu aceștia. Este interesant de subliniat faptul că nu a existat nici o persoană din lotul cantitativ care să reclame o colaborare dificilă sau foarte dificilă cu mediatorul sanitar.

<i>Tabelul 6.3.2.1</i>	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Foarte bună	191	58,8	58,8
Bună	113	34,8	93,5
Medie	18	5,5	99,1
Nu știu	3	0,9	100,0
Total	325	100,0	



Tipul de relație ierarhică dintre medicul de familie și mediatorul sanitar

În opinia majorității medicilor (94%), relația cu mediatorul sanitar este una de colaborare, fără să existe o componentă de subordonare a acestora, iar cei care consideră acest lucru sunt într-un procent nesemnificativ, de aproximativ 1% (*Tabelul 6.3.2.2.*). Se constată că există și un grup de aproximativ 5% dintre cei intervievați care nu știu cum să definească relația lor ierarhică cu mediatorii sanitari. Este interesant de remarcat faptul că în ordinul 619 se precizează că relația între MSR și MF este una de subordonare.

<i>Tabelul 6.3.2.2</i>	Număr cazuri	Procent
De colaborare	306	94,2
De subordonare	4	1,2
Nu știu	15	4,6
Total	325	100,0

Relația dintre mediatorul sanitar și asistenta medicului de familie

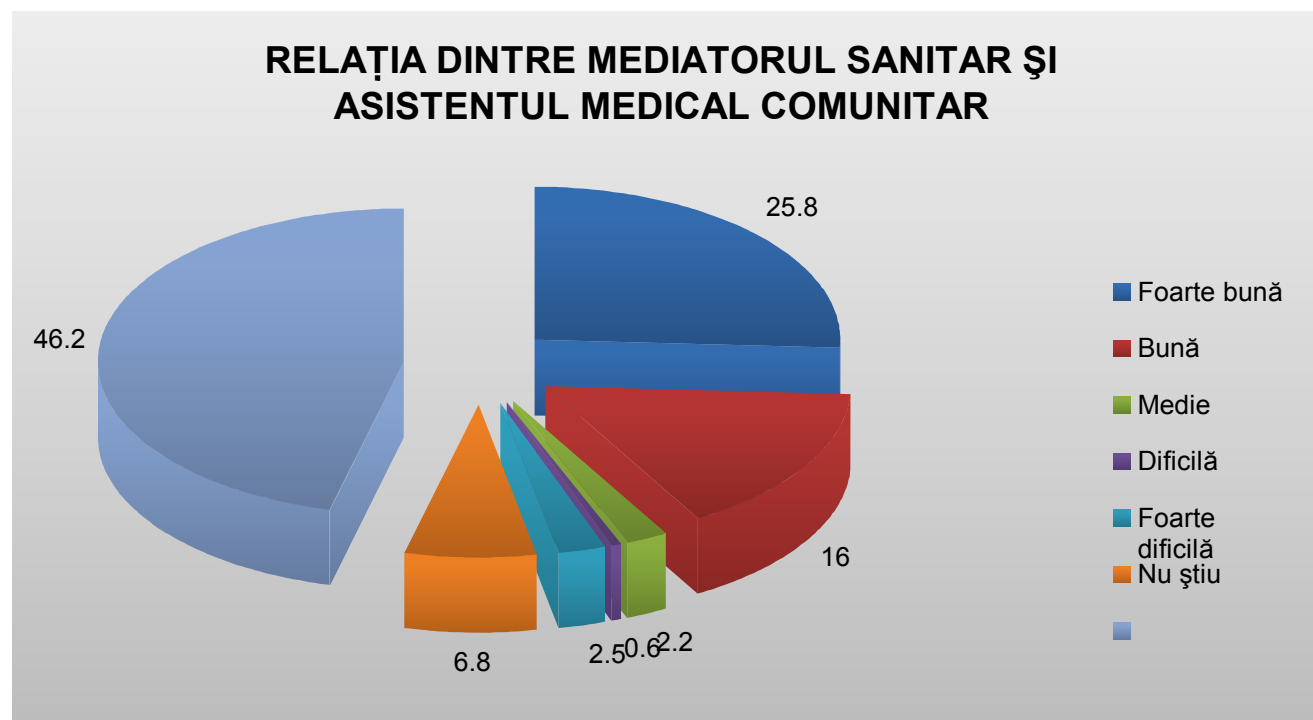
Din *Tabelul 6.3.2.3.* observăm că, în opinia a 90% dintre medicii intervievați, relația dintre asistentele lor din cabinet și mediatorii sanitari este foarte bună sau bună și doar un procent nesemnificativ de 3% a declarat că relația este dificilă sau foarte dificilă.

<i>Tabelul 6.3.2.3.</i>	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Foarte bună	215	66,2	66,2
Bună	76	23,4	89,5
Medie	6	1,8	91,4
Foarte dificilă	8	2,5	93,8
Nu știu	3	0,9	94,8
Nu este cazul	17	5,2	100,0
Total	325	100,0	

Relația dintre mediatorul sanitar și asistentul medical comunitar

Relația dintre mediatorii sanitari și asistenții medicali comunitari este prezentată în *Tabelul 6.3.2.4*. Din analiza datelor putem observa faptul că în aproximativ 50% din situații nu există asistent medical comunitar. În locațiile în care aceștia se întâlnesc putem constata că există relații bune sau foarte bune în aproximativ 80% din cazuri și relații dificile sau foarte dificile într-o proporție foarte mică, de aproximativ 6%.

<i>Tabelul 6.3.2.4</i>	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Foarte bună	84	25,8	25,8
Bună	52	16,0	41,8
Medie	7	2,2	44,0
Dificilă	2	0,6	44,6
Foarte dificilă	8	2,5	47,1
Nu știu	22	6,8	53,8
Nu este cazul	150	46,2	100,0
Total	325	100,0	

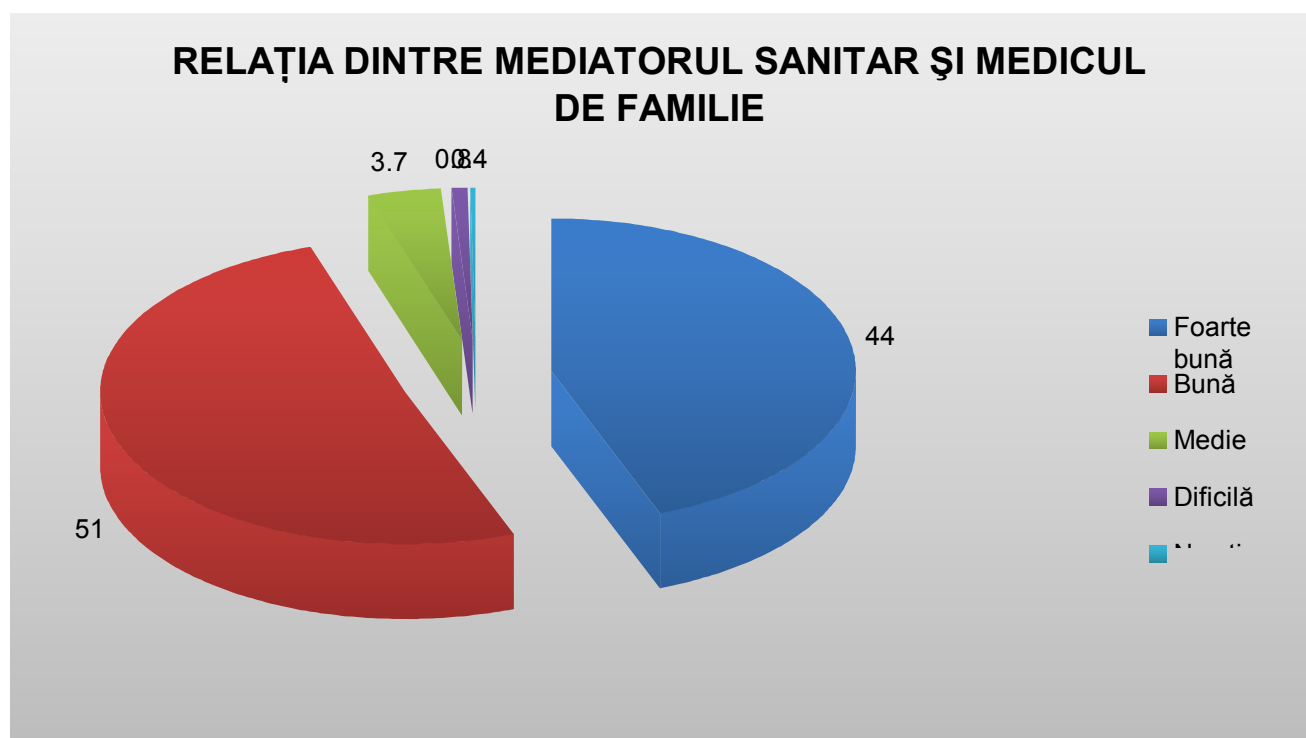


Mediatori sanitari

Relația dintre mediatorul sanitar și medicul de familie

95% dintre MSR chestionați apreciază că relația dintre ei și MF este una bună și foarte bună (Tabel 6.3.2.5). 5% dintre MSR consideră însă că această colaborare este dificilă sau medie, putând fi îmbunătățită.

Tabel 6.3.2.5	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Foarte bună	106	44,0	44,0
Bună	123	51,0	95,0
Medie	9	3,7	98,8
Dificilă	2	0,8	99,6
Nu știu	1	0,4	100,0
Total	241	100,0	



Tipul de relație ierarhică dintre medicul de familie și mediatorul sanitar

Marea majoritate a MSR apreciază că relația cu MF este una de colaborare (97%), în timp ce numai 1% dintre MSR o consideră una de subordonare. 2% dintre MSR nu au răspuns la această întrebare – *Tabelul 6.3.2.6.*

<i>Tabel 6.3.2.6</i>	Număr cazuri	Procent
De subordonare	2	0,8
De colaborare	234	97,1
Nu știu	5	2,1
Total	241	100,0

Relația dintre mediatorul sanitar și asistenta medicului de familie

Majoritatea mediatorilor sanitarilor (90%) apreciază relația cu asistentele medicale ca fiind una bună și foarte bună, în timp ce 5% dintre MSR o consideră o relație medie sau dificilă – *Tabelul 6.3.2.7.*

<i>Tabel 6.3.2.7</i>	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Foarte bună	162	67,2	67,2
Bună	55	22,8	90,0
Medie	11	4,6	94,6
Dificilă	1	0,4	95,0
Foarte dificilă	1	0,4	95,4
Nu este cazul	11	4,6	100,0
Total	241	100,0	

6.3.2.3. Analiza succintă a rezultatelor

Relația cu MF este de cele mai multe ori bună, ducând la formarea de echipe în teritoriu. MF este perceput ca fiind cel mai important colaborator al MSR în relație cu comunitățile țintă. 94% dintre MF chestionați în cadrul componentei cantitative a evaluării au apreciat colaborarea cu MSR ca fiind bună și foarte bună, definind-o ca pe o relație „de colaborare” și nu de subordonare. 95% dintre MSR consideră această colaborare bună și foarte bună, iar 97% dintre MSR o apreciază, similar MF, ca fiind o relație de colaborare și nu de subordonare. Au fost semnalate însă și situații de tensiuni sau conflicte între MF și MSR care activează la nivel local.

Succesul în construirea unei relații bune dintre medicii de familie și MSR este direct legat de contribuția percepută la rezultatele de la nivelul cabinetelor MF. Cu cât MSR reușește să se facă mai util MF și în același timp să respecte „ierarhia” profesională, cu atât relația între cele două părți pare a fi mai bună. MF consideră că activitatea MSR le este extrem de utilă, deoarece le facilitează contactul regulat cu diferitele comunități țintă și le reduce timpul pentru deplasările în teren. Această facilitare este extrem de utilă și în ceea ce privește o serie de responsabilități care ridicau probleme în relația cu populația romă, respectiv vaccinarea și contracepția – aceasta în special în comunitățile cu caracter tradițional.

Uneori există neînțelegerea rolurilor fiecăruia, respectiv există MF care consideră că MSR le sunt direct subordonate; în astfel de cazuri este nevoie de intervenția ASP, care trebuie să clarifice faptul că MSR sunt monitorizate și coordonate de la nivelul ASP.

Apartenența la comunitatea romă și implicarea afectivă a MSR în relație cu comunitățile țintă face ca în cazul multor persoane care nu beneficiază de asigurare medicală să existe nevoia și dorința de a fi incluși pe listele MF. Această situație vine în contradicție cu procedurile curente de înregistrare la medicul de familie și cu accesul la finanțare al MF. Pentru aceste persoane, MSR realizează și alte activități care să ducă la dobândirea calității de asigurat, astfel încât să poată fi incluși pe listele curente ale MF.

MF este perceput ca fiind cel mai important colaborator al MSR în relație cu comunitățile țintă. MSR colaborează în mod direct și cu alți medici, în special cu cei pediatri.

În general, se poate considera că relația cu MF evoluează parcurgând mai multe etape. La începutul colaborării, relația este de obicei rece, de evaluare a MSR de către MF. MF este cumva în expectativă, fiind curios dar și reticent cu privire la efectele acestei colaborări, pe care o acceptă însă deoarece apare ca un potențial ajutor și care nu costă nimic. O astfel de situație apare, cel mai adesea, datorită lipsei de informare – responsabilitatea directă fiind cea a ASP, în calitate de monitor și coordonator al activității MSR.

Modul în care MSR reușește să relaționeze cu MF, abilitățile sale personale de comunicare constituie determinanți importanți ai dimensiunii personale a relației între cei doi. Este important de subliniat faptul că relația dintre cei doi are potențialul unei relații de echipă foarte bune, în care dimensiunea profesională și cea personală se împletesc. MF este persoana din sistemul public cu care MSR formează o echipă.

Este important de subliniat că MF nu sunt adesea informați de către autorități cu privire la rolul MSR la nivel local. Din acest motiv, MSR poate fi privit la început cu indiferență sau

suspiciune de către MF sau asistentele medicale, dar nu au fost menționate cazuri de respingere a colaborării sau discriminare a MSR de către MF.

Asistentele medicale consideră de obicei în această etapă că MSR este un „rival” care poate atenta la poziția lor în cabinet – în special asistentele mai în vârstă. La început, cele două persoane nu se află într-o relație egală – medicul se consideră superior ierarhic al MSR și nu încearcă să ascundă acest lucru. Este și perioada în care MF solicită MSR să realizeze tot felul de activități care nu au legătură directă cu fișa postului.

A doua etapă este cea în care MSR face dovada “utilității” sale pentru MF. Acest lucru se realizează de obicei prin rezolvarea unora dintre problemele cele mai dificile pentru medic: rezolvarea de către MSR a “terenului”, prezentarea populației romo la vaccinare, identificarea și aducerea la medic a unor persoane din comunitatea romă care au probleme importante de sănătate. De obicei, aceste lucruri se petrec pe un fond general de creștere a adresabilității populației romo la serviciile medicale. Este și momentul în care implicarea MSR duce la identificarea precoce și prevenirea unor îmbolnăviri. Cu siguranță că o pregătire medicală consistentă ar contribui și mai mult la prevenirea îmbolnăvirilor, de importanță mare mai ales în cazul celor transmisibile.

Un alt fenomen important pentru medic este creșterea numărului de pacienți asigurați din lista sa. În acest sens, MSR are o contribuție directă la dobândirea de acte de identitate și a statutului de asigurat de către o parte dintre romii care anterior apelau la serviciile sale fără a beneficia de asigurare de sănătate. Aceste rezultate ușurează activitatea MF și îl sprijină în activitatea sa într-un mod în care nici un alt tip de personal sanitar nu ar fi putut-o face. Ca urmare, acesta ajunge să aprecieze foarte mult ajutorul primit, iar relația sa cu MSR se consolidează și de obicei dobândește valențe de colaborare, mai degrabă decât valențe de subordonare.

Este interesant de subliniat aici că există diferențe de statut și relaționare a medicului la asistenta medicală de cabinet, comparativ cu MSR. Între AM și MF există clar o relație de subordonare, profesională și materială, chiar dacă relația poate fi una prietenească în timp ce MSR are un grad mai mare de independență și autonomie față de MF (inclusiv autonomie financiară). Pe măsură ce relația avansează, MF ajunge să sprijine la rândul său activitatea MSR, aspect care îi crește acestuia credibilitatea în rândul comunității.

A treia etapă este cea în care se stabilește o relație de colaborare între MF și MSR, de obicei foarte bună în plan profesional. Se poate spune că momentul în care debutează această etapă este cel în care MF conștientizează că nu numai că nu îi este indiferent dacă MSR ar pleca, dar chiar, în această eventualitate, ar fi dispus să caute soluții pentru a-i crește acestuia gradul de confort/stabilitate sau chiar, în extremis, de venit material. Această premisă, a nevoii reciproce, echilibrează raportul de forțe între cele 2 personaje, stabilind o relație de colaborare echilibrată, în care MF nu mai simte nevoia să își declare sau impună o poziție ierarhic superioară. Colaborarea cu AM este de asemenea foarte bună în această etapă, acestea înțelegând la rândul lor rolul MSR și faptul că prin profesia și pregătirea sa nu reprezintă o amenințare profesională, ci un ajutor.

În teren au fost identificate și situații în care activitatea MSR nu s-a soldat cu rezultate pozitive pentru cabinetul MF (nu a crescut adresabilitatea), ceea ce conduce la relații strict formale între MF și MSR. În acest caz, relația MSR – MF se rezumă la vizarea de către MF a rapoartelor de

activitate prezentate de către MSR. De asemenea, s-au raportat și situații izolate în care MSR au creat conflicte între populația romă și MF, ceea ce a generat o relație tensionată între MSR și MF. S-a semnalat și o situație în care un MF care a solicitat colaborarea cu un MSR a fost ulterior nemulțumit de colaborarea cu aceasta. Se observă că, în aceste situații, nu au putut fi depășite etapele de început ale colaborării, iar MF nu a acceptat MSR ca pe un colaborator. În condițiile în care activitatea MSR nu crește adresabilitatea la MF, se ridică bineînțeles problema eficienței activității sale (cantitative, dar mai ales calitative).

6.3.3. Relația MSR-Beneficiari

6.3.3.1. Perspectiva indirectă a reprezentanților ASP

Per ansamblu, reprezentanții ASP apreciază relația MSR - beneficiari direcți ca fiind bună, iar rezultatul activității MSR în comunitate ca având o certă utilitate în planul sănătății publice. De asemenea, în majoritatea cazurilor se apreciază că MSR sunt acceptați adecvat de către comunități. Există însă și situații în care aprecierile reprezentanților ASP asupra relației dintre MSR și beneficiarii direcți se fac în lipsa unei cunoașteri directe a stărilor de fapt; („Aici chiar nu știu, că nu m-am deplasat în teren”).

În ceea ce privește acceptarea MSR de către comunitate, este relevant răspunsul reprezentantului ASP Ilfov: „Atât timp cât MSR își înțelege misiunea trebuie să învețe singur cum să se facă acceptat de comunitate”. În același context, sunt relevante argumentele reprezentantului ASP Brăila asupra dificultăților de fond cu care se confruntă MSR în efortul de a obține rezultate consistente și durabile în comunitate prin munca lor. Asume reprezentantul ASP Brăila apreciază că cei din comunitatea romă nu apreciază efortul MSR: „vor să primească totul gata făcut”, „nu este suficient că îi informezi, că le trimiți oameni care să îi ajute”. Tot ca problemă de fond este relevantă aprecierea reprezentantului ASP Vaslui asupra felului în care se poate impune MSR, pentru a facilita accesul la servicii medicale: trebuie mai întâi să le rezolve membrilor comunității problemele de ordin social cu care aceștia se confruntă.

În ceea ce privește elementele de specific zonal/local în relația MSR - beneficiari direcți așa cum apar acestea în percepția mediată a reprezentanților ASP ar fi de selectat în mod deosebit următoarele:

- În județul Bistrița, în majoritatea cazurilor MSR sunt bine primiți și apreciați de populația romă; munca MSR se regăsește în îmbunătățirea unor indicatori ai stării de sănătate în comunitățile în cauză; există un caz în care față de accesarea serviciilor de sănătate moderne se manifestă o atitudine refractară din motive de natură religioasă.
- În județul Călărași, faptul că practic toți MSR sunt oameni recomandați de liderii comunitari locali le asigură acestora acceptarea de către comunitate; se apreciază de asemenea că mediatorul sanitar întrucât este rom poate să aibă mai multă eficacitate în comunicarea cu oamenii decât în cazul asistentului medical comunitar.
- În județul Vaslui, reprezentantul ASP apreciază că "MSR este cel mai bun lucru dat vreodată comunităților de romi" și asta datorită faptului că comunitatea acceptă și apelează la MSR, pe care îl recunosc ca fiind unul de-al lor, care vrea să îi ajute.

6.3.3.2. Perspectiva indirectă a reprezentanților BJR

În general, reprezentanții BJR apreciază că MSR sunt acceptați în comunitățile în care lucrează și că se implică mult în rezolvarea problemelor acestor comunități, cu precizarea că nu este vorba doar de problemele de sănătate. Există însă diferențe semnificative de la un județ/o comunitate la altul/alta.

Astfel, în județul Bistrița, reprezentantul BJR apreciază că: "MSR (femei) sunt foarte bine primite în comunitate și sunt bine integrate" și că "populația romă a înțeles care este rolul MSR și care sunt beneficiile pe care le aduce comunității". Reprezentantul BJR apreciază, de asemenea, că "Nu sunt probleme cu reprezentanții altor comunități, minoritare sau majoritare. Există situații în care MSR își oferă serviciile și reprezentanților altor comunități, în special persoanelor foarte sărace."

În județul Brașov, reprezentantul BJR arată că "MSR dau dovadă de o lipsă de profesionalizare (pregătire)" care are o influență importantă asupra rezultatelor pe care aceștia le pot obține în comunități; se sugerează în context că este nevoie de un program de formare mai amplu pentru MSR.

În județul Vaslui, rolul jucat de MSR în comunități este deosebit de apreciat de către reprezentantul BJR, acesta afirmând că "MSR este probabil unica relație, interfața dintre comunitate și oficialități".

6.3.3.3. Perspectiva directă a MSR asupra relației dintre MSR și beneficiarii direcți

(Auto)evaluările relației MSR cu comunitățile sunt semnificativ mai nuanțate, depind de specificul comunităților în care aceștia activează, dar mai depind, mult, și de vechimea, experiența ca mediator social în comunitate.

Per ansamblu, toate MSR scot în evidență faptul că debutul activității ca MSR este unul dificil sau foarte dificil datorită nu doar dificultăților de acceptare și de exercitare a atribuțiilor specifice, ci și datorită faptului că, în general, membrii comunităților de romi tind să privească pe cineva care vine să deservească acea comunitate cu suspiciune, considerând că „are un avantaj de pe urma noastră” și, de asemenea, să-l încarce cu toată multitudinea de probleme pe care le au (în general, probleme socio-economice), nefăcând delimitarea de rol profesional propriu MSR.

Sunt semnificative o serie de aspecte zonale/locale.

Astfel, în județul Bistrița, una dintre MSR apreciază că, în acest moment, după 4 ani de activitate, relația este foarte bună, comunitatea are încredere în ea, „am mai multă intrare”. Populația are mai multe informații despre drepturi, legi, au mai multă încredere „că până la urmă se va rezolva problema”. Aceeași mediatore consideră că este mai bine dacă MSR nu este din comunitatea pe care o deservește (care este și cazul ei). Motivele: pe de o parte „nu faci parte dintr-o familie”, respectiv ești obiectiv și tratezi egal pe toată lumea cu care vii în contact, iar pe de altă parte, poți pleca acasă la un moment dat, altfel ar veni multă lume la ușa ta sau ți-ar telefona pentru a-ți semnala diverse probleme (lucru care se întâmplă chiar și fiind din altă localitate).

În județul Brașov, MSR interviuat arată că "adesea, oamenii din comunitate consideră că MSR are mai multă putere decât are" și asta pe de o parte datorită faptului că acesta se implică în rezolvarea multor probleme de altă natură decât cea de sănătate publică, pe de altă parte, datorită faptului că nevoile lor sunt foarte mari în toate domeniile.

În județul Dolj, mediatoarea este acceptată în comunitățile din oraș atât datorită recomandărilor liderilor locali, cât și datorită faptului că petrece foarte mult timp în mijlocul membrilor comunității. În același timp, aceasta atrage atenția asupra faptului că este singura MSR din Craiova, ceea ce face foarte dificil răspunsul la nevoile membrilor comunității, care sunt foarte numeroși.

În județul Vaslui, cei doi MSR intervieuați au situații personale diferite, dar semnificative tipologic, însă ambii au rezultate remarcabile. Una dintre MSR provine dintr-o familie bogată de romi românizați, mulți dintre romi o consideră româncă, dar este acceptată, foarte cunoscută în localitate, oamenii o respectă și au încredere în ea. Aceasta și datorită faptului că MSR este bine pregătită și are un nivel mediu de educație (absolventă de liceu), fapt ce o ajută mult în rezolvarea problemelor comunității, de multe ori fiind pusă în situația de a lua decizii relativ complexe. În celălalt caz, tot în județul Vaslui, mediatoarea sanitară obține rezultate remarcabile prin aceea că este dispusă la un efort sistematic și susținut în munca ei. Îi cunoaște pe toți membrii comunității (aproximativ 500 de persoane) și îi vizitează pe fiecare în parte cel puțin o dată pe lună. Este foarte mult de muncă și încearcă să îi ajute pe toți. De multe ori nu este suficient să le spună oamenilor ce trebuie să facă „dacă ei vor acte de identitate atunci trebuie să merg cu ei, să le fac cererea pentru că ei nu știu să scrie, trebuie să le copieze documentele la xeroxul din primărie... fac tot ce trebuie ca să îi ajut”.

În județul Ilfov, MSR afirmă că i-a fost mai greu la început, și în mod special în activitatea de catagrafiere. Oamenii nu știau ce vrea de la ei, le era teamă (au fost cazuri când oamenii au fost păcăliți de diverse persoane din partide pentru a fi înscrși pe liste de semnături). „Acum mă știe toată lumea din Ștefănești!” MSR spune că a fost foarte important că știe să comunice cu ei, să vorbească pe limba lor (n. intervievator – nu în limba romani, ci ca nivel de vocabular) pentru a avea credibilitate.

În județul Brăila, membrii uneia dintre comunități se raportează la MSR cu ideea că „Marcela trebuie să ne facă totul și buletine, certificate de naștere, să meargă cu noi la medic”. La început, MSR a fost foarte greu acceptată. Acum înțelege tot ce spun membrii comunității, a învățat limba romani mergând prin comunitate. Toți o primesc în casă, iar MSR invită la ea acasă femeile. MSR încearcă să îi atragă prin tot ceea ce face: rezolvându-le problemele cu actele, mergând la ei acasă, discutând cu ei.

În celălalt caz din județul Brăila, în mediul rural, MSR consideră că s-a făcut respectată, încet, încet în fața romilor tradiționali, care înțeleg mai greu lucrurile care țin de educația pentru sănătate și de PF. MSR declară că a înfruntat singură, fără ajutorul organizațiilor politice rome, toate dificultățile. În mod special este de remarcat faptul că MSR consideră că este apreciată de bărbații din comunitate care vin să ceară sfaturi atunci când au soțiile bolnave.

În ceea ce privește planificarea familială și contracepția, mediatoarea sanitară din Brăila arată cum a reușit să înceapă spargerea barierelor. Anume, MSR s-a documentat „cum stă situația în comunitate”, ce blocaje și sensibilități există în acest domeniu, a realizat că atunci când le

vorbește spre exemplu despre prezervative trebuie să le vorbească „mai cu perdea”, sau că în ceea ce le privește pe femei, este indicat să vorbești mai întâi doar cu una, două femei. De altfel, încet, încet a reușit să le aducă pe femei la ginecolog. În cele mai multe cazuri, MSR merge împreună cu persoanele cu probleme la medic.

6.3.3.4. Perspectiva indirectă a medicilor de familie din comunitățile de romi unde funcționează MSR

Particularizând pe zone/comunități, din perspectiva MF se reliefează în special următoarele aspecte:

- În județele Bistrița și Brașov, MF apreciază ca relația MSR cu comunitățile este "extrem de bună", respectiv "foarte bună".

- În județul Călărași, în afara de cele relevate, medicul de familie subliniază importanța deosebită a comunicării verbale dintre mediator și populație, aceasta în condițiile în care o parte importantă dintre membrii comunităților sunt analfabeți și, în aceste condiții, distribuirea de materiale informative tipărite nu poate să-și atingă scopul.

- În județul Dolj, MF subliniază cât de important este ca MSR să se poate face înțeleasă și, în același timp, să se impună, să aibă prestanță; în același context, MF afirmă „Nu știu exact cum face (mediatoarea) cu romii”, ceea ce denotă, totuși, o necunoaștere a activității MSR în comunitate.

- În județul Timiș, MF argumentează că "mediatoarea înțelege nevoile comunității, dar comunitatea nu răspunde. Ar trebui să existe un asistent social care să lucreze împreună cu mediatoarea".

- În județul Vaslui, interviurile cu MF scot în evidență ca aspect particular faptul că programul de formare al MSR desfășurat de Romani CRISS are un rezultat pregnant și anume "le insuflă MSR credința că sunt extrem de importanți pentru comunitate. MSR crede că este singura persoana care poate ajuta comunitatea și singura care îi poate salva, lucruri care nu sunt departe de adevăr. Mediatoarea cu care lucrez este în stare să îi aducă legați la mine la cabinet. Ce nu am reușit să fac nici eu și nici asistenta mea, a reușit să facă mediatoarea: să convingă persoane care nu au călcat niciodată la medic și care aveau probleme grave de sănătate să vină periodic la control. Nu știu cum reușește, dar cred că asta înseamnă că înțelege nevoile comunității. Mediatoarea îmi solicită frecvent ajutorul și îi ofer tot sprijinul. Are telefonul meu și mă poate suna oricând dacă are nevoie de sprijin".

- În județul Ilfov, un aspect aparte care a reieșit este acela că MF apreciază că oamenii din comunitate au încredere în MSR și o ascultă. Însă medicul își arată nemulțumirea datorită faptului că știe de la pacienți că MSR îi sfătuiește pe romi ce medicamente să ia, contrazicând rețetele medicului, ceea ce sugerează o posibilă confuzie de roluri în cazul MSR.

- În județul Brăila, aprecierea MF în ce privește relația MSR cu beneficiarii direcți este pozitivă, arătându-se că apariția MSR în comunități a schimbat multe stări de fapt. În același timp, se subliniază multiplele dificultăți în ce privește sporirea rezultatelor programului legate îndeosebi de stilul de viață și de cultura sărăciei.

Studiu cantitativ

Medici de familie

Colaborarea MSR cu populația de etnie romă din comunitatea deservită

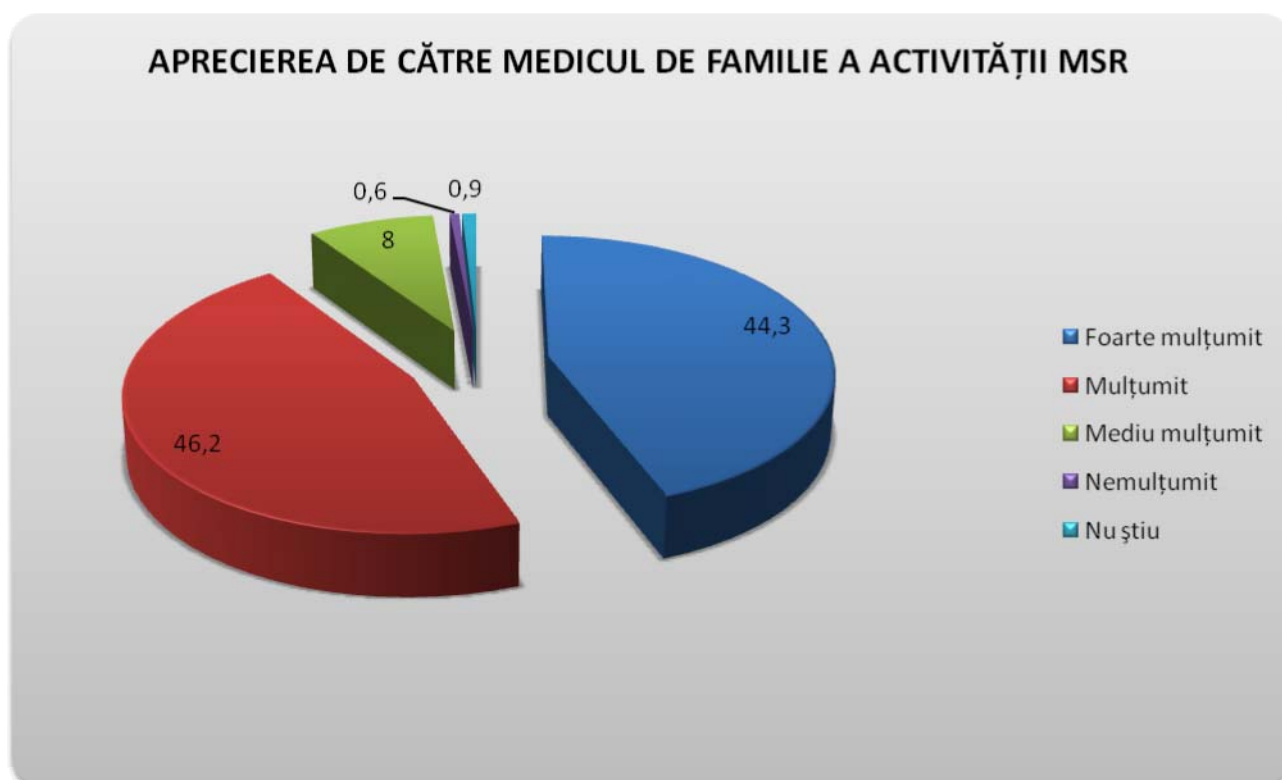
Succesul activității mediatorilor sanitari depinde într-o proporție foarte mare de modul în care aceștia colaborează cu populația romă. Atunci când ne referim la colaborare luăm în considerare atât aspecte ce țin de relațiile personale stabilite între mediator și populația romă cât și de modul în care acesta rezolvă sarcinile din fișa postului. Astfel, în opinia a aproximativ 90% dintre medicii de familie intervievați, *Tabelul 6.3.3.1*, colaborarea dintre mediator și populația romă este foarte bună sau bună și doar 10% consideră că acesta este medie sau dificilă.

<i>Tabelul 6.3.3.1</i>	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Foarte bună	165	50,8	50,8
Bună	123	37,8	88,6
Medie	23	7,1	95,7
Dificilă	11	3,4	99,1
Nu știu	3	,9	100,0
Total	325	100,0	

Activitatea MSR în raport cu nevoile comunității rome deservite

Din *Tabelul 6.3.3.2* observăm că activitatea MSR este apreciată pozitiv de peste 90% dintre medicii de familie care sunt mulțumiți sau foarte mulțumiți de modul în care mediatorii se achită de sarcinile pe care le au în raport cu nevoile populației rome. Un procent foarte mic dintre medici de sub 2% se declară nemulțumiți de prestația mediatorilor, iar 8% sunt neutri, fără să încline spre o apreciere pozitivă sau negativă.

Tabelul 6.3.3.2	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Foarte mulțumit	144	44,3	44,3
Mulțumit	150	46,2	90,5
Mediu mulțumit	26	8,0	98,5
Nemulțumit	2	0,6	99,1
Nu știu	3	0,9	100,0
Total	325	100,0	

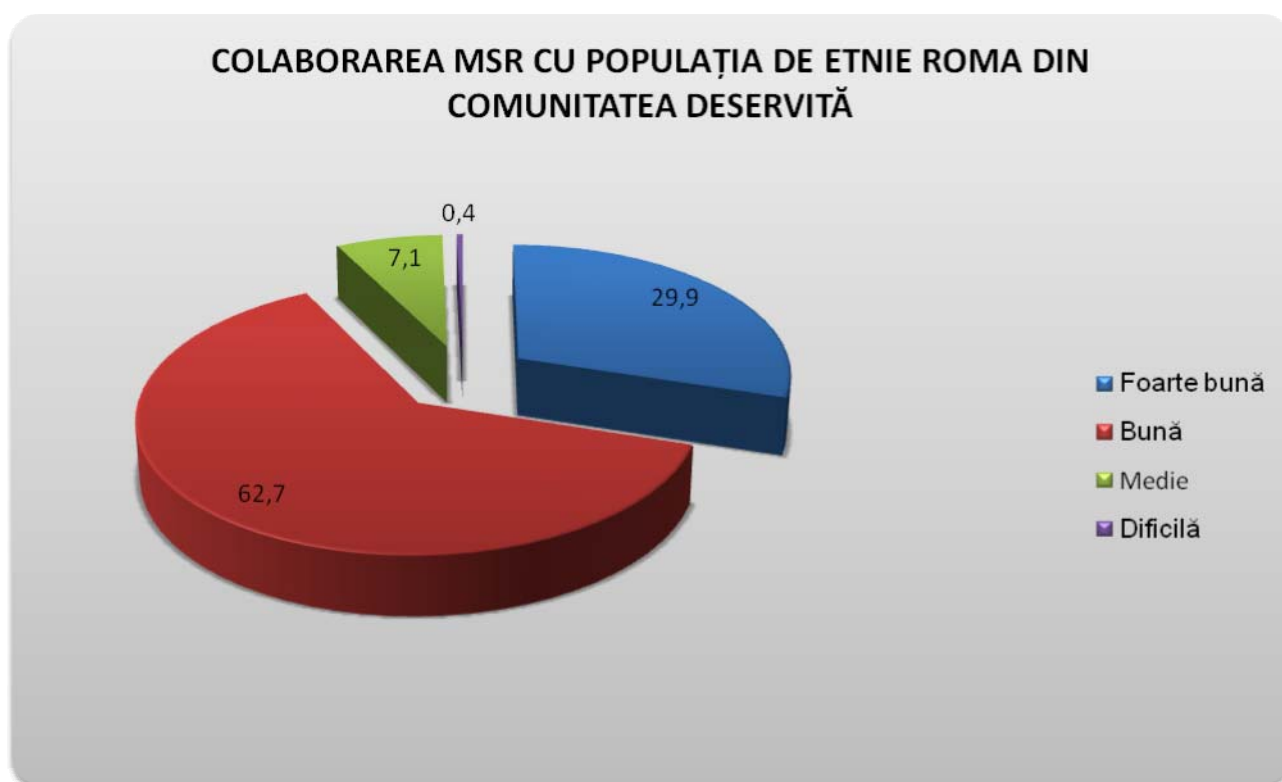


Studiu cantitativ – mediatori sanitari

Colaborarea MSR cu populația de etnie romă din comunitatea deservită

93% dintre mediatorii sanitari apreciază relația cu beneficiarii ca fiind una bună și foarte bună, în timp ce 7% dintre ei o consideră medie și sub 1% o apreciază ca fiind dificilă – Tabelul 6.3.3.3.

Tabel 6.3.3.3	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Foarte bună	72	29,9	29,9
Bună	151	62,7	92,5
Medie	17	7,1	99,6
Dificilă	1	0,4	100,0
Total	241	100,0	



Analiza succintă a rezultatelor

Relația între MSR și comunitate este de regulă bună sau foarte bună. 89% dintre MF chestionați în cadrul componentei cantitative a studiului au apreciat colaborarea MSR cu populația de etnie romă din comunitatea deservită ca fiind una bună și foarte bună, 91% dintre MF fiind mulțumiți și foarte mulțumiți de activitatea MSR în raport cu nevoile comunității romă deservite. 93% dintre MSR apreciază colaborarea cu beneficiarii de la nivelul comunității ca fiind bună și foarte bună.

În ansamblu, relația dintre MSR și comunități/beneficiarii direcți este apreciată de către toți actorii implicați/intervievați în cadrul componentei calitative a studiului ca fiind bună sau foarte bună. Pe fond se mai apreciază că până la urmă cheia succesului în relaționarea cu beneficiarii este nivelul și calitatea acceptării MSR de către comunități. Iar în acest cadru, elementul decisiv este reprezentat de abilitățile de comunicare pe care le are mediatorului, precum și de capacitatea sa de a convinge și a obține apreciere în comunitate (calități care sunt de altfel esențiale și în faza de selectare a viitorilor MSR). Primele contacte cu comunitatea, și mai ales acceptarea sa de către liderii de opinie din comunitate sunt foarte importante. Dacă s-a obținut acceptarea MSR de către comunitate și dacă MSR dă dovadă de implicare și dăruire în munca pe care o prestează, beneficiarii ajung treptat să aprecieze foarte mult prezența MSR în comunitate.

Dintre variabilele care intervin în conturarea profilului relației dintre MSR și beneficiarii direcți, cele mai importante care au fost identificate sunt următoarele:

- **Abilitățile native de comunicare și relaționare ale MSR.** Este un element esențial în construirea relației cu comunitatea. Mediatorul trebuie să știe cum să relaționeze cu membrii comunității respective, trebuie să aibă capacitatea de a identifica liderii de opinie din comunitate și de a interacționa cu ei. Abilitățile de comunicare ale mediatorului sunt de obicei native și exersate în practică, formarea sa ulterioară în comunicare și mediere fiind mai puțin importantă. Au fost identificate mediatore extrem de active și eficiente în relația cu comunitatea, cu abilități de relaționare extrem de bune, ca și mediatore care nu își puteau presta activitatea la același nivel, datorită unor deficiențe de comunicare. Se observă, de asemenea, că este vital ca MSR să fie de etnie romă și să cunoască limba comunității. Există de asemenea informații cu privire la existența unor obiceiuri diferite între diferitele neamuri de romi, care pot induce diferențe semnificative la nivelul modului în care MSR trebuie să se integreze în comunitate și să comunice cu aceasta. Acest tip de informații poate fi extrem de util pentru pregătirea MSR, anterior primului contact cu comunitatea, pentru a evita respingerea sa personală și secundar chiar respingerea programului în anumite tipuri de comunități.
- **Apartenența persoanei respective la o anumită familie din comunitate.** În cadrul anchetei au fost identificate atât MSR care aparțineau comunității pe care o deserveau, cât și MSR care locuiau în altă comunitate și se deplasau la slujbă zilnic. Apartenența MSR la comunitatea pe care o deservește are ca aspect pozitiv apropierea de comunitate, acceptarea mai ușoară în unele cazuri a activității sale de mediere și educație, cunoașterea obiceiurilor, tradițiilor dar și a problemelor din comunitate. Pe de

altă parte, inevitabil MSR se va raporta diferit la diferiți membri ai comunității, iar aceștia la rândul lor o vor primi și vor colabora cu ea în mod diferit, în funcție de relațiile familiale, de înrudire sau prietenie/antipatie cu familia din care face parte. Un alt dezavantaj al apartenenței la comunitate este faptul că, în măsura în care MSR este dedicată activității sale, va fi copleșită de volumul de muncă pe care trebuie să îl presteze, beneficiarii venind la ea acasă, indiferent de oră sau program, pentru a-i solicita serviciile.

- **Tipul de comunitate – tradițională vs. asimilată (non-tradițională).** În acest sens, este evident că MSR care activează în comunitățile tradiționale de romi au o sarcină mai dificilă decât cele care activează în comunități non-tradiționale. Obiceiurile specifice, pudicitatea, relaționarea diferită în cadrul familiei în cadrul comunităților tradiționale ridică probleme MSR în derularea activității sale. Aceste aspecte necesită o explorare mult mai aprofundată, pentru a se identifica soluțiile potrivite și metodele de educație adecvate penetrării informației în acest tip de comunități închise, precum și o analiză a specificului pe care îl poate îmbrăca activitatea de mediere sanitară în neamuri diferite de romi.
- **Numărul și importanța cazurilor rezolvate de către mediatore, mai ales la începutul relației sale cu comunitatea.** Similar relaționării MSR cu MF, și în relația cu comunitatea mediatorul trebuie să își demonstreze utilitatea. Cazurile pe care le rezolvă, care altfel ar fi rămas fără soluție, devin povestiri de succes care se transmit în comunitate, punând bazele unei relații de durată cu membrii comunității. Se observă faptul că poveștile de succes se leagă mult mai mult de rezolvarea unor probleme sociale (de exemplu copii în plasament, obținerea de acte, obținerea de ajutoare sociale), decât de aspectele medicale pe care MSR le poate îmbunătăți.
- **Nevoile diferite ale beneficiarilor** (sociale, identitate, economice, medicale etc.). Relaționarea MSR cu diferiți beneficiari din cadrul aceleiași comunități este de obicei diferită, în funcție de raportarea personală, ușurința relaționării și nevoile diferite pe care MSR le identifică la nivelul beneficiarilor. De asemenea, relaționarea este diferită funcție de gradul de implicare al MSR în rezolvarea acestei multitudini de probleme și de disponibilitatea pe care o arată în acest sens.
- **Dimensiunea comunității deservite de MSR** - existența unei comunități foarte numeroase pe care un MSR trebuie să o deservească poate reprezenta o barieră în stabilirea unei relații bune cu beneficiarii. De asemenea, acest context impune selectarea subiectivă de către MSR a unui subgrup pe care îl va deservi mai bine – dat fiind că foarte adesea comunitatea pe care un MSR o deservește este foarte vag delimitată sau definită.

Ca o apreciere de ansamblu la acest capitol, se constată că, în general, beneficiarii direcți nu au o reprezentare reală a rolului MSR în comunitate. Acești beneficiari direcți nu înțeleg delimitarea rolurilor profesionale în cadru formal, ei raportându-se de o manieră fluidă și nediferențiată la multitudinea de probleme pe care le au atunci când interacționează cu MSR. De multe ori, aceștia tind să îi solicite servicii sau informații care nu fac obiectul său de activitate. Au fost identificate situații în care MSR este considerat de către comunitate ca fiind

asistentă medicală sau chiar medic, solicitându-i-se de către beneficiarii serviciilor medicale. Alteori, beneficiarii solicită rezolvarea altor aspecte, de natură economică sau socială, considerate cel puțin la fel de importante ca și cele de natură medicală, considerându-se că MSR are puterea de a rezolva aceste aspecte. În comparație cu beneficiarii din comunitate, adesea MSR este ca nivel de pregătire și capacitate de relaționare cu autoritățile deasupra persoanelor pe care le deservește. Datorită superiorității percepute a acestuia, MSR este investit cu atribuții și puteri mai mari decât are în realitate. Această poziție îi conferă însă și un statut de „autoritate”, de „lider”, fiind mai ușor ascultat și sfaturile sale fiind mai probabil să fie urmate. Această poziție îi conferă MSR și un grad mai ridicat de satisfacție profesională și personală care devine o motivație importantă în a continua activitatea pe care o prestează, în ciuda problemelor, nemulțumirilor și nerecunoașterii suficiente a statutului său profesional, de către autorități. În același timp, investirea sa cu atribuții și capacități mai mari decât are în realitate îl și încarcă suplimentar cu un set masiv de revendicări de soluționare a problemelor în domenii conexe.

Această ultimă situație semnalează o problemă de fond în calibrarea atribuțiilor profesionale ale MSR așa cum este el definit azi în România. O posibilă raportare rodnică în abordarea acestei probleme este la felul în care sunt calibrate atribuțiile profesionale ale aceluși lucrător comunitar care în câteva țări din Europa Occidentală este definit ca mediator cultural (cumulând medierea sanitară cu cea educațională, socială, culturală etc.).

6.4. Evaluarea contribuției MSR la asigurarea accesului populației defavorizate din comunitățile de romi la serviciile de sănătate și, în special, la cele de sănătatea reproducerii.

Descrierea pe scurt a rezultatelor

6.4.1. Studiu calitativ

6.4.1.1. Perspectiva coordonatorului ASP

În ansamblu, coordonatorii ASP apreciază ca MSR și-au adus o contribuție majoră la creșterea accesului populației rome din comunitățile deservite la servicii de sănătate și, într-o măsură mai puțin precis estimată, la îmbunătățirea anumitor indicatori de sănătate publică din comunități. Coordonatorii ASP mai apreciază și că au fost înregistrați pași înainte semnificativi în materie de planificare familială și sănătatea reproducerii. În acest din urmă domeniu, în raport cu multe dintre comunități, se subliniază că este pentru prima dată când se înregistrează rezultate și asta ca urmare a implicării MSR. Tot la capitolul planificare familială și sănătatea reproducerii este important de semnalat că succesul în acest domeniu este apreciat ca fiind hotărâtor legat de gratuitatea contraceptivelor.

Sunt semnificative situațiile specifice la nivel zonal/local:

- În județul Bistrița, coordonatorul ASP apreciază că MSR au contribuit major la creșterea accesului populației la servicii de sănătate în două moduri importante: convingând persoanele de etnie romă să apeleze la serviciile de sănătate atunci când au nevoie, explicându-le de ce servicii pot beneficia și educându-le pe acestea în privința beneficiilor anumitor servicii, beneficii ce transcend partea de sănătate și vizează în egală măsură și creșterea calității vieții. De asemenea, că MSR au convins un număr mare de femei rome să utilizeze serviciile de PF ca mijloc de control al nașterilor.

- La nivelul județului Brașov, coordonatorul ASP arată că „Înainte de MSR, femeile rome nici nu auziseră de contracepție, iar acum vin inclusiv pentru DIU”. Se consideră că SR este unul dintre sectoarele unde au fost cele mai multe rezultate vizibile. În acest sens, a fost dat un exemplu de MSR care a strâns 10-15 femei de etnie romă și a însoțit femeile la cabinetul de PF, după ce discutase cu medicul de PF în prealabil. De asemenea, medicul de PF s-a deplasat în comunitatea unde MSR strânsese femeile pentru discuții despre contracepție. MSR merg chiar la ASP și întrebă de contraceptive – de exemplu „aveți contraceptive, că de acestea e nevoie”, atunci când a fost o „fereastră” în stocul de contraceptive al PF.

- În județul Călărași, coordonatorul ASP apreciază că „Este prematur să evaluăm acum activitatea MSR, probabil că peste cel puțin 5 ani vom vedea impactul activității MSR”. Se poate însă aprecia că o anume evaluare ar fi fost posibilă și în acest moment. Coordonatorul ASP mai accentuează, cu trimitere spre contribuția MSR la asigurarea accesului populației la servicii de sănătate, importanța deosebită a comunicării directe și adaptate cu persoane care nu știu să scrie și să citească. Cu privire la planificarea familială, subliniază rolul deosebit al gratuității mijloacelor contraceptive, precum și solicitarea mare pentru contraceptive.

- În județul Dolj, reprezentantul ASP consideră că prin activitatea sa MSR a crescut numărul de copii vaccinați, au fost depistate femeile însărcinate. Per ansamblu, MSR a contribuit la

creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile de sănătate în general, la cele de PF în special.

- În județul Timiș, MSR a crescut accesul la serviciile medicale și planning familial, prin faptul că îi aduce pe beneficiari la cabinetul medical sau de planning și îi informează de o manieră accesibilă și adecvată. Unul dintre medicii de familie care lucrează cu romi are deja 700 de pacienți romi înscriși pe listele lui, în mare măsură și datorită intervenției mediatorului sanitar.

- În județul Ilfov, coordonatorul ASP apreciază că starea de sănătate în comunitățile de romi s-a ameliorat în ultimii ani iar o contribuție majoră în acest sens o are în mod cert prezența MSR în comunitate. În același timp însă, acesta arată că nu au făcut evaluări, respectiv nu au date precise despre felul în care au crescut adresabilitatea și accesul populației de etnie romă la serviciile medicale.

- În județul Brăila, coordonatorul ASP apreciază că accesul populației de etnie romă la serviciile de PF a crescut datorită MSR. MSR din oraș s-au descurcat foarte bine, au reușit să se apropie de comunitate, să ducă femeile de etnie romă la cabinetul de PF pentru a beneficia de serviciile de specialitate. Familiile din comunitate au început să aibă încrederea în MSR.

6.4.1.2. Perspectiva reprezentanților BJR

În ansamblu, reprezentanții BJR apreciază că MSR și-au adus o contribuție importantă la asigurarea accesului populației defavorizate din comunitățile de romi la serviciile de sănătate și, în special, la cele de sănătatea reproducerii. Reprezentanții BJR subliniază, de asemenea, rolul deosebit pe care-l joacă medierea în ceea ce privește adresarea la medic pentru multe persoane care au ajuns să frecventeze medicul doar însoțite, duse de mână de către mediator.

Specific pe zone/comunități, de subliniat cu deosebire sunt următoarele:

- În județul Bistrița, reprezentantul BJR arată că aportul deosebit al MSR s-a manifestat îndeosebi în ceea ce privește ridicarea nivelului de educație pentru sănătate a membrilor comunității și responsabilizarea pentru propria sănătate. În ceea ce privește creșterea accesului la servicii de sănătate, aceasta a fost condiționată în multe cazuri, de ajutorul acordat în vederea obținerii actelor de identitate.

- În județul Brașov, reprezentantul BJR apreciază că prin intervenția MSR cele mai bune rezultate au fost obținute în sfera "mama și copilul", incluzând vaccinările și serviciile de SR, de asemenea, în problematica TBC.

- În județul Dolj, aprecierea de fond este că activitatea MSR este eficientă în sensul creșterii adresabilității și accesibilității populației la servicii medicale și de PF.

- În județul Timiș, reprezentantul BJR subliniază rolul important al informării și comunicării, precum și al medierii în relația medic - pacienți romi în asigurarea creșterii adresabilității membrilor comunității la servicii medicale și de PF.

- În județul Vaslui, catagrafierea gravidelor și a nou născuților, progresele în ceea ce privește înscrierea acestora pe listele MF și luarea în evidență, imunizările, sunt câteva dintre exemplele care justifică activitatea MSR și subliniază că accesul populației romi la serviciile medicale a crescut. Eforturile MSR trebuie continuate - romii vor apela în continuare la serviciile MSR și

nu vor merge la medic din proprie inițiativă. Ei au nevoie de un ajutor la îndemână și acesta este reprezentat de MSR.

6.4.1.3. Perspectiva MSR

Mediatorii sanitari romi intervievați subliniază sub multiple aspecte realizările pe care le-au obținut în ceea ce privește asigurarea accesului populației defavorizate din comunitățile de romi la serviciile de sănătate și, în special, la cele de sănătatea reproducerii. În cele mai multe dintre cazuri, ei insistă asupra condiționării succesului activității de prezența constantă în rândurile membrilor comunității, de comunicarea adecvată și care să asigure încredere reciprocă, precum și de exemplul personal și de însoțire a persoanelor la cabinetul medical. În mod special în ceea ce privește serviciile de SR și PF, sunt reliefate sensibilitățile comunitare ale problemei, precum și soluțiile specifice găsite. De asemenea, utilitatea specială în acest cadru a cursurilor de formare și a materialelor primite din partea JSI.

Dintre cele mai importante aspecte specifice comunităților cercetate, sunt de remarcat următoarele:

- În județul Bistrița, unul dintre medicii intervievați a relevat faptul că, urmare a activității MSR, peste 100 de persoane rome au dobândit calitatea de asigurat, pe care nu o aveau înainte. În ce privește serviciile de SR și PF, MSR subliniază că atunci când a venit în comunitate, în 2002, femeile din comunitate nu știau că există planificare familială și metode de contracepție, în timp ce acum o bună parte dintre ele chiar le utilizează - „a crescut foarte mult accesul la PF”.
- În județul Brașov, MSR apreciază că prin munca sa a crescut adresabilitatea și accesibilitatea la medic a populației rome. Totodată, a crescut foarte mult adresabilitatea la servicii de planificare familială. În 2002, femeile considerau avortul ca fiind metodă contraceptivă.
- În județul Călărași, MSR consideră că a reușit să crească atât adresabilitatea, cât și accesibilitatea la serviciile medicale și de PF. „Înainte nu avea cine să îi aducă la medic; acum vin eu cu ei la cabinet, iar domnișoara doctor doar îi consultă, nu mai trebuie să se deplaseze pe teren”. „Dacă în comunitate apar probleme (de exemplu, o mămică ce nu vrea să își ducă copilul la vaccin) sunt contactată telefonic de medicul de familie, și mă deplasez în teren. Nu întotdeauna este ușor să conving femeile (unele au concepția învechită că de la vaccin copilul nu își mai poate mișca piciorul și atunci trebuie să mă duc să vorbesc, să le explic, să le conving că nu este așa)”. În ceea ce privește adresarea și accesarea serviciilor de PF „se duc, dar nu toate. Au reținere față de soacre. Soacrele dictează (mai ales în neamul spoitorilor) câți copii trebuie să aibă femeia. Bărbatul și femeia nu au nici un cuvânt de spus, pentru că se căsătoresc de tineri. Eu am încercat să le explic. Mai mult tinerele vin pentru planning”.
- În județul Dolj, MSR consideră că activitatea ei a condus la creșterea adresabilității și accesului populației rome la servicii medicale și de PF. „Sunt mulți romi înscriși la medici de familie, mai ales familii care au și copii mici. În plus, o parte dintre ei au înțeles că este bine pentru ei să aibă asigurare de sănătate, astfel că și dintre cei care nu lucrează dar care au bani unii își plătesc CNAS-ul. Aceștia sunt conștienți că la un moment dat vor avea nevoie de medicamente, de spitalizare”. Cu privire la serviciile de PF, „acum sunt foarte multe care iau

anticoncepționale. Mai ales pentru că sunt gratuite și asta este foarte important pentru ele – multe nu au bani.

- În ceea ce privește județul Timiș, mediatoarea consideră că activitatea sa are impact în comunitate și mai multe femei și familii beneficiază acum de servicii medicale și de PF. „Am copii care nu au făcut nici un vaccin, iar eu i-am adus la cabinet. De multe ori spun ca merg la medic dar nu mai ajung, așa că merg eu cu ei.”. Situația este similară în ceea ce privește serviciile de PF: „Am multe fete tinere pe care le-am dus la medicul de familie pentru planificare familială. Înainte să le informez și să le aduc la medic, puține se duceau. Acum merg din ce în ce mai multe. În unele cazuri contează foarte mult exemplul personal. Dacă eu mă duc la medic sau îmi duc copiii la vaccin contează foarte mult”. Se precizează, de asemenea, că nu fost situații în care medicul de familie să refuze colaborarea cu MSR sau înscrierea pe liste a unei persoane de etnie romă.

- În județul Vaslui, în cele două comunități cercetate, MSR care lucrează acolo prezintă rezultate remarcabile.

Astfel, în prima comunitate, de când lucrează, MSR a rezolvat multe dintre problemele romilor din comunitatea în care locuiește. Toate femeile însărcinate au beneficiat de asistență medicală și a reușit să mobilizeze pentru vaccinare toți copiii care au fost chemați de MF. Acesta are pe listele sale foarte mulți romi.

În cea de-a doua comunitate, MSR este foarte cunoscută și apreciată în comunitate. Supravegherea tratamentului pentru tuberculoză, catagrafierea gravidelor și lăuzelor, vaccinările sunt câteva dintre activitățile derulate de MSR în mod constant. MF o solicită de mai multe ori pe săptămână pentru mobilizarea copiilor la imunizări sau atunci când trebuie să aducă femeile gravide la control. În lipsa MSR aceste activități s-ar face cu dificultate sau ar fi imposibil de desfășurat. MSR apreciază că "Cursurile organizate de către JSI au fost cele mai interesante și din care am învățat cele mai multe lucruri. Am convins pe foarte mulți să utilizeze prezervativele și am ajutat multe femei să ajungă la cabinetul de PF.

Lumea din comunitate este foarte interesată de metodele de contracepție despre care până să le zic eu nu știau mare lucru. Lumea de la noi este mai rușinoasă și am avut ceva probleme cu ei la început, dar acum au căpătat încredere. Le vorbesc oamenilor despre contracepție, perioada de graviditate, spațierea nașterilor și ei sunt foarte interesați de aceste aspecte".

- În județul Ilfov, mediatoarea arată că „îi ajut pe cei doi medici mai ales când vine vorba de vaccinări – asistenta medicală îmi dă lista și mă duc pe la fiecare să îi anunț”. MSR afirmă că acum sunt mai multe femei romi însărcinate care vin la doctor la recomandarea ei.

- În județul Brăila, în amândouă comunitățile cercetate MSR susțin : "cu siguranță, accesul pacienților romi la servicii medicale a crescut", iar această creștere a accesului se datorează și faptului că aceștia au acum mai multă încredere în autorități decât aveau înainte. Informarea despre accesul la servicii de sănătate și despre problemele de sănătate este foarte importantă, dar nu suficientă. "Deși știu că trebuie să meargă la medic ei nu o fac, pentru că le e teama, nu știu cum și cui să se adreseze, nu știu carte, trebuie să li se explice totul. Dacă mediatoarea nu merge cu ei de mână ei nu cred că vin foarte mulți din proprie inițiativă. Nu vorbim aici de romii mai civilizați, de la oraș, ci de cei tradiționali."

În cea de-a doua comunitate, MSR a insistat în mod special pe realizările obținute în domeniul SR și PF. MSR consideră că i-au fost de mare ajutor materialele dezvoltate de JSI. Cu ajutorul femeilor mai tinere, MSR a început să „spargă barierele”. MSR s-a adaptat pe parcurs și a reușit să țină seama de sensibilitățile și de pudicitatea specifică comunităților tradiționale în abordarea problemelor de PF. În context, MSR susține că a încercat să fie un exemplu pentru femeile din comunitate.

6.4.1.4. Perspectiva reprezentanților ONG-urilor și ai autorităților locale

Reprezentanții ONG consideră că, în general, existența MSR în comunități facilitează accesul populației de etnie romă la serviciile medicale. Acest lucru se datorează atât creșterii gradului de informare și educare sanitară a romilor, cât și relației stabilite între MSR și MF, MSR fiind în acest context un „avocat” al dreptului romilor de a avea acces la serviciile medicale.

6.4.1.5. Perspectiva MF din comunitățile în care acționează MSR

O apreciere de ansamblu aproape unanim împărtășită a MF intervievați este aceea că, urmare a activității MSR, a crescut accesibilitatea și adresabilitatea pacienților la MF, atât în general în ceea ce privește serviciile de sănătate, cât și în particular în ce privește serviciile de SR și PF. De altfel, în ce privește ultima categorie de servicii, în toate comunitățile cercetate practic nu exista adresabilitate înainte de introducerea MSR. Este subliniată creșterea încrederii populației romă față de serviciile de sănătate ca urmare a implicării MSR. De asemenea, se insistă asupra eficacității intervenției MSR în sensul de a-i însoți pe pacienți la cabinetul MF.

Specific, pe județe, situațiile cele mai pregnante sunt următoarele:

- În județul Bistrița, existența MSR a crescut vizibil adresabilitatea pacienților la MF, atât în general cât și specific în domeniul SR. Până la apariția MSR nu existau practic solicitări pentru servicii de PF. La fel, s-a realizat profilaxia TBC – 52 de cazuri au fost rezolvate cu ajutorul MSR.
- În județul Brașov, intervenția MSR a crescut vizibil adresabilitatea pacienților la MF, atât în general cât și specific în domeniul SR. De când colaborează cu cele 2 MSR, a scăzut numărul de sarcini nedorite și de avorturi.
- În județul Călărași, MF apreciază că foarte mulți dintre pacienții romi au ajuns la ea îndrumați de mediatore. O mare problemă de fond - greu de rezolvat însă - este cea a realizării înscrierii pe lista unui medic de familie, a multor romi care nu au serviciu legal și deci nici salariu.
- În județul Dolj, MF interviuat apreciază că s-a produs o schimbare evidentă, că "este binevenită munca mediatorului, a crescut numărul de copii care vin la vaccinare, vin la vaccin, vin să ia laptele pentru copii."
- În județul Timiș, MF consideră că activitatea mediatorului crește accesibilitatea și adresabilitatea populației romă la servicii medicale și de PF. MSR aduce pacienții la cabinet, a făcut liste și cu ajutorul ei au început să rezolve problemele (copiii cu păduchi etc.). Cu privire la serviciile de PF, înainte de venirea mediatorului sanitar, femeile romă nu apelau la planning

familial. Împreună cu MSR, MF a organizat o campanie de informare și ca urmare acum vin din ce în ce mai multe femei pentru acest tip de servicii.

- În județul Vaslui, MF apreciază ca "MSR este indispensabil când lucrezi cu persoane de etnie romă. Nu este suficient să știi să vii la medic, trebuie să mai ai și cum să o faci. Chiar dacă conștientizează faptul că ar avea nevoie de un medic, ei vin rar din proprie inițiativă: nu vin pentru că nu au bani, sau pentru că nu sunt înscriși la medic, când o fac vin câte 20 odată și sunt foarte revendicativi. MSR a reușit să îi mai educe un pic și acum s-au mai civilizat. Am centralizate datele din teren, știu exact câte persoane sunt în comunitate, câte gravide, știu cum să îmi programez imunizările. La imunizări vin aproape toți... În mod cert accesul și adresabilitatea populației de etnie romă au crescut și aceste lucruri pot fi obiectivate prin indicatorii pe care îi am".

- În județul Ilfov, o îmbunătățire se cunoaște prin faptul că acum sunt mai multe gravide care vin la medic încă din perioada sarcinii, comparativ cu perioada dinaintea apariției mediatorului. MF a declarat că nu furnizează servicii de PF, deși are competența, deci nu se poate vorbi despre creșterea adresabilității/accesibilității la servicii de PF la nivel de cabinet de MF. „Cele care vor le trimit la spitalul județean Ilfov”.

- În județul Brăila, MF interviuat susține "cu siguranță, accesul pacienților romi la servicii medicale a crescut. Au acum mai multă încredere în autorități decât aveau înainte. Prezența MSR în comunitate a schimbat un pic percepția acestora". În ce privește adresarea la cabinetul MF, este decisivă însoțirea lor de către mediatorii, pentru că altfel nu se duc deși li se dau toate informațiile necesare și toate asigurările în ce privește furnizarea serviciilor.

6.4.2.Componenta cantitativă

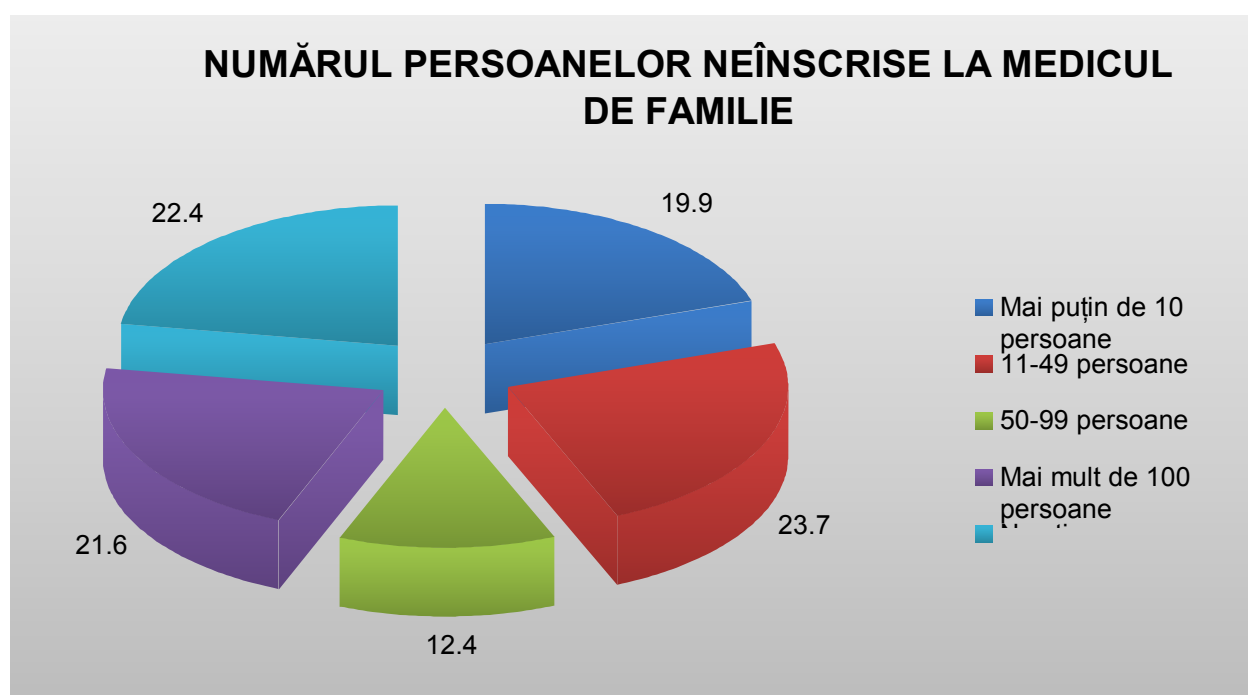
Mediatori sanitari

Numărul persoanelor neînscrise la MF

Tabelul 6.4.2.1 prezintă numărul persoanelor neînscrise la MF pe care MSR consideră că le au în comunitatea pe care o deservește. Fiecare al cincilea mediator (22%) are în prezent peste 100 persoane de etnie romă care nu sunt înscrise pe listele medicilor de familie, la fel cum altă cincime dintre mediatorii apreciază că mai puțin de 10 persoane din comunitatea pe care o deservește sunt în această situație.

O altă cincime dintre mediatorii nu pot estima numărul de persoane neînscrise pe lista medicului de familie, din cadrul comunității unde activează. 44% dintre mediatorii consideră că sub 50 de persoane dintre beneficiarii pe care îi deservește nu sunt înscrși pe lista MF. O estimare numerică arată că, din declarațiile MSR, peste 7.300 de persoane de etnie romă din comunitățile unde există MSR nu sunt incluși în prezent pe listele MF.

<i>Tabel 6.4.2.1</i>	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Mai puțin de 10 persoane	48	19,9	19,9
11-49 persoane	57	23,7	43,6
50-99 persoane	30	12,4	56,0
Mai mult de 100 persoane	52	21,6	77,6
Nu știu	54	22,4	100,0
Total	241	100,0	

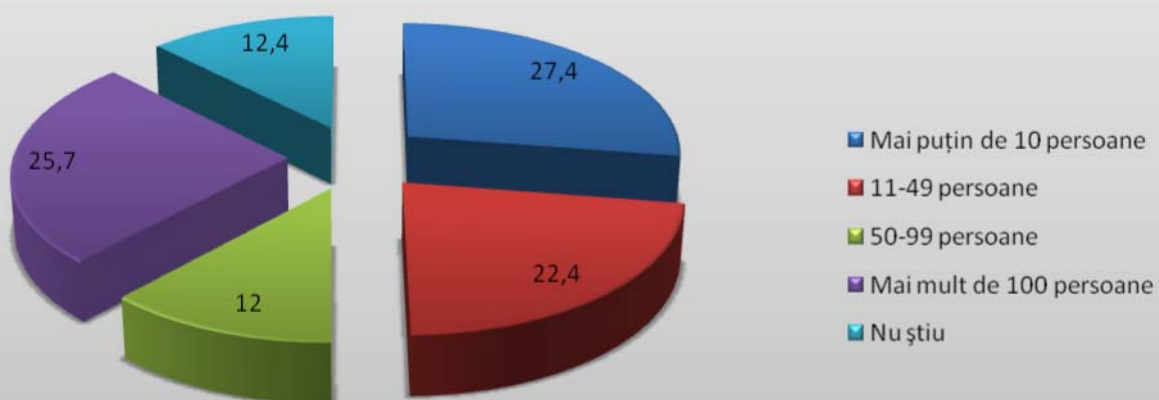


Numărul de persoane ajutate să se înscrie pe listele medicului de familie

Una dintre atribuțiile MSR este cea de a facilita înscrierea beneficiarilor pe listele MF, incluzând obținerea calității de asigurat pentru acesta, dacă este cazul. Un sfert dintre MSR (26%) consideră că au facilitat înscrierea pe listele MF a peste 100 de persoane, în timp ce alt sfert (27%) apreciază că au realizat acest lucru pentru mai puțin de 10 persoane (*Tabel 6.4.2.2*). 12% dintre MSR nu pot aprecia câți beneficiari au ajutat să se înscrie pe listele MF. Se observă că, estimativ, de la momentul debutului programului, MSR au sprijinit înscrierea pe listele MF a peste 8.000 de persoane de etnie romă.

<i>Tabel 6.4.2.2</i>	Număr cazuri	Procent	Procent cumulativ
Mai puțin de 10 persoane	66	27,4	27,4
11-49 persoane	54	22,4	49,8
50-99 persoane	29	12,0	61,8
Mai mult de 100 persoane	62	25,7	87,6
Nu știu	30	12,4	100,0
Total	241	100,0	

NUMĂRUL DE PERSOANE AJUTATE SĂ SE ÎNSCRIE PE LISTELE MEDICULUI DE FAMILIE

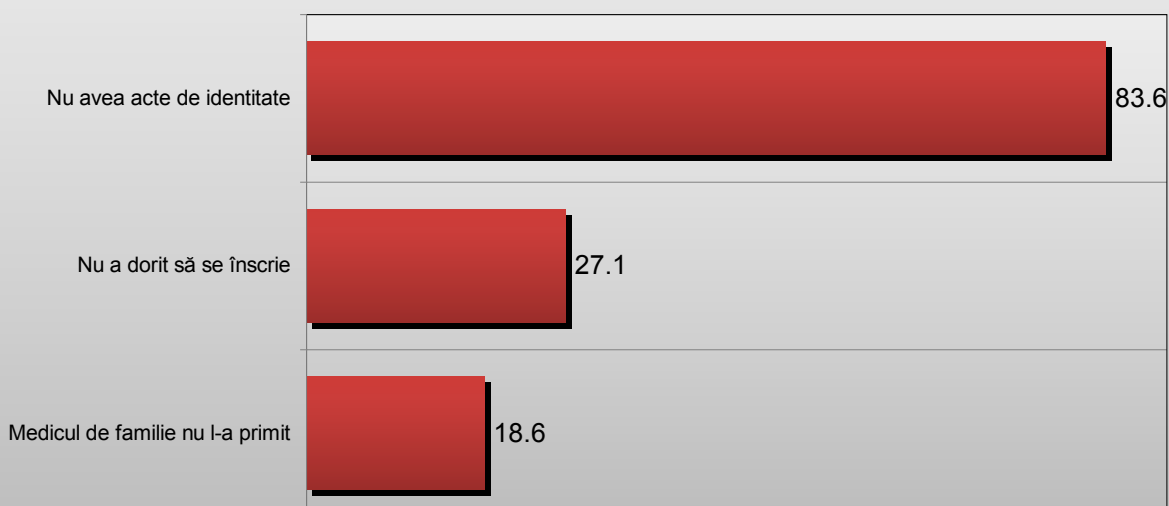


Motivul pentru care anumite persoane de etnie romă nu au fost înscrise pe listele MF

Între beneficiari, există și persoane care nu au putut fi înscrise pe listele medicilor de familie, în ciuda sprijinului MSR. Se observă că principalul motiv pentru care persoane de etnie romă nu sunt înscrise pe listele MF este lipsa actelor de identitate (65% din cazuri) – Tabelul 6.4.2.4. Al doilea motiv ca importanță este reprezentat de faptul că persoana respectivă nu a dorit să se înscrie pe lista medicului de familie. Se observă că în 14% din cazuri se semnalează respingerea persoanelor respective de către medicul de familie. Un număr de 12 mediatori nu au răspuns la această întrebare (229 răspunsuri din 241 MSR chestionați).

Tabel 6.4.2.4	Răspunsuri		Procent din lot
	Număr cazuri	Procent	
Persoana respectivă nu a dorit să se înscrie	48	21,0	27,1
Medicul de familie nu l-a primit	33	14,4	18,6
Persoana respectivă nu avea acte de identitate	148	64,6	83,6
Total	229	100,0	129,4

MOTIVEL PENTRU CARE ANUMITE PERSOANE DE ETNIE ROMĂ NU AU FOST ÎNSCRISE PE LISTELE MF



6.4.3. Analiza succintă a rezultatelor

Indiscutabil, activitatea MSR crește adresabilitatea și accesibilitatea pacienților de etnie romă la serviciile medicale în general, cu predilecție la cele de SR și PF (a crescut numărul de pacienți romi la MF prin dobândirea statutului de asigurat, a crescut rata vaccinărilor, a crescut numărul utilizatorilor de metode contraceptive, a scăzut numărul de avorturi etc.). Se poate spune că MSR reprezintă în acest moment cel mai important vector în transmiterea de informații și educarea populației rome, precum și în crearea climatului necesar pentru instalarea unei relații de încredere între pacienții romi și furnizorii de servicii de sănătate.

Se poate estima că peste 8.000 de persoane de etnie romă au fost sprijinite de MSR pentru a se înscrie pe listele medicilor de familie, de la începutul derulării Programului de Mediatori Sanitari în Comunitățile de Romi în România. Pe baza aceluiași estimări, peste 7.300 de persoane de etnie romă nu sunt încă înscrise pe listele MF, la nivelul comunităților unde există în prezent MSR.

Din interviurile cu beneficiarii direcția a reieșit faptul că MSR a reprezentat principala sursă de informații cu privire la PF și serviciile de SR, ca de exemplu utilizarea metodelor moderne de contracepție, utilizarea corectă a prezervativului și prevenirea ITS.

A reieșit cu pregnanță faptul că, cel puțin în perioada de început a activității MSR în comunitate, un rol deosebit în asigurarea eficacității muncii acestuia îl joacă insistența dusă până la însoțirea fizică a pacienților la cabinetul medical.

Apoi, în ceea ce privește serviciile de SR și PF, ceea ce s-a reușit până acum prin implicarea MSR arată că succesul poate fi asigurat doar dacă se ține cont de sensibilitățile și pudicitatea specifică a populației rome și că "spargerea barierelor" poate fi realizată încet, treptat, cu mult tact, și prin capacitatea individuală a femeilor care pot acționa apoi ca vectori de comunicare a cunoștințelor și atitudinilor în comunitate. Apoi, în pasul al doilea, gratuitatea mijloacelor contraceptive apare a fi aproape obligatorie pentru accesarea lor.

De asemenea, în ceea ce privește serviciile de SR și PF, a reieșit utilitatea programului de formare organizat de JSI, care apare în acest context ca fiind necesar și în sesiunile de formare următoare.

În fine, ca o apreciere de ansamblu reieșită din întreaga secvență de cercetare, se impune constatarea că această contribuție a MSR la asigurarea accesului populației defavorizate din comunitățile de romi la serviciile de sănătate și, în special, la cele de sănătatea reproducerii este grevată, pe fond, de multiplele intercondiționări care există între problemele de sănătate, pe de o parte, problemele sociale, economice, educaționale, socio-culturale, pe de altă parte, și pe care MSR nu le are în atribuții, direct.

6.5. Evaluarea calității sistemului curent de monitorizare și evaluare a programului MSR

Descrierea pe scurt a rezultatelor

6.5.1. Cercetarea calitativă

6.5.1.1. Perspectiva directă a coordonatorilor ASP

În general, se apreciază că în prezent datele culese pentru monitorizarea activității MSR sunt de ordin cantitativ, neexistând informații de ordin calitativ. Raportarea se face lunar la ASP pe baza unui formular de raport standardizat – fișa de raportare din PN3. Acest raport este apreciat de unii coordonatori ASP ca fiind suficient, iar de alții ca insuficient. Formularele de raportare au rămas neschimbate de la începutul programului, astfel încât în prezent sunt unele date care sunt culese fără a fi necesare, și altele care ar trebui introduse. Se apreciază (coordonator ASP Dolj) că mai degrabă nu ar fi necesar un formular standard, pentru că centrul de greutate îl constituie tocmai problemele punctuale care apar.

Se apreciază că sistemul de raportare al MSR de tip cantitativ are următoarele deficiențe:

- nu implică MSR, care nu are o imagine reală a activității sale
- MSR nu este responsabilizat, predispune la „falsificarea” datelor

În Dolj a fost modificat sistemul standard de raportare. „Formularele erau foarte seci, conțineau numai cifre. Nu reflectau tot ce au făcut ei de-a lungul timpului. Lunar și-au întocmit un raport narativ (pe lângă formularele standard), cu detalierea activităților. Astfel se pot urmări mult mai simplu cazurile în care s-au implicat”.

În Vaslui MSR predă coordonatorului pe lângă rapoartele cantitative și rapoarte calitative (referate avizate de MF sau reprezentantul autorității locale). Avantaje:

- MF și reprezentanții autorităților locale sunt responsabilizați în acest mod
- MSR are o imagine mai clară asupra activității sale.

Se consideră că opțiuni mai bune pentru o reală monitorizare ar putea fi:

- Rapoarte narative de tip calitativ
- Vizite de monitorizare în teritoriu
- Existența unor obiective de activitate a MSR, pe baza atingerii cărora să fie evaluată activitatea MSR.

În unele județe (Bistrița) se semnalează existența unor diferențe semnificative de competență profesională între MSR cu vechime și cele noi, diferență care se sugerează că este posibil să se manifeste și la nivel de atitudine față de activitate, acestea fiind mai puțin implicate și devotate, ceea ce duce la o prestație mai puțin mulțumitoare. Un prim motiv incriminat pentru aceste diferențe este lipsa, în cazul mediatorelor noi, cursurilor de formare. Un alt motiv incriminat pentru aceste diferențe este și o selecție nepotrivită a acestor persoane, selecție care a ținut cont mai mult de îndeplinirea unor condiții de ordin formal decât de aptitudinile manifestate de persoanele selectate. Astfel, persoanele nou angajate sunt mai puțin comunicative și par să nu aibă aptitudini în acest sens.

6.5.1.2. Perspectiva indirectă a reprezentanților BJR

În general reprezentanții BJR nu au multe informații despre sistemul de monitorizare a activității MSR. Se apreciază că aceasta se face în prezent de către MF care monitorizează activitatea în teren a MSR și avizează rapoartele lunare de activitate ale acestora. Aceste rapoarte ajung la ASP, la coordonatorul activităților pentru romi și de asemenea ajung și la Romani CRISS. Nu există alte activități de evaluare a activității MSR.

6.5.1.2. Perspectiva directă a MSR

Opiniile MSR cu privire la sistemul actual de monitorizare a activității din teren sunt împărțite. Deși în general se consideră că „este foarte bine că există raportul de monitorizare lunară, pentru că trebuie să spunem și noi cuiva ce probleme avem, ce soluții am găsit.”, opiniile diferă cu privire la modul în care sistemul actual de monitorizare reflectă în mod real activitatea din teren și mai ales calitatea acesteia.

O parte dintre mediatoarele apreciază că sistemul actual de raportare și monitorizare este bun, iar raportarea lunară este potrivită. O altă parte a MSR consideră însă că monitorizarea ar trebui să pună accent pe calitate, nu pe cantitate, astfel încât să se poată realiza o diferențiere reală între mediatoarele.

În Ilfov, mediatoarea a declarat că formularele de monitorizare prevăzute în documentele oficiale nu erau suficiente, nu reflectau întru totul activitatea sa – prin urmare, împreună cu reprezentantul ASP au realizat niște formulare noi care le ajută și pe ele (pe mediatoarele) să urmărească mai bine cazurile în care s-au implicat.

În Brașov, se apreciază că există multe probleme legate de activitatea MSR, deoarece o bună parte dintre MSR existente nu își fac bine activitatea, sau nu o fac deloc (existând și exemple concrete ale altor două mediatoarele care au activat înaintea respondentei în comunitate, fără rezultate). De aici apar probleme și cu MF, în prezent existând comunități unde există MSR, iar MF nu cunoaște activitatea acesteia, știind doar că îi ștampilează lunar un raport de activitate. Singura posibilitate pe care o MSR din Brașov o întrevede este ca cineva să vină în teren și să facă monitorizarea, stând de vorbă cu MF și cu comunitatea. Se așteaptă acest lucru de la Centrul de Monitorizare Regională din Covasna, dar încă nu se știe exact în ce va consta activitatea acestui centru.

6.5.1.3. Perspectiva directă a MF

Raportarea actuală este considerată bună și suficientă. „Lunar mediatoarea face un raport pe care eu îl supervizez și îl semnez. Dacă apar probleme referitoare la raport vine și mă întreabă.” Se consideră că, pe lângă realizarea rapoartelor lunare, activitatea MSR poate fi demonstrată și obiectivă prin:

- liste de semnături ale pacienților,
- carnete de mamă,
- legătură pe care o țin cu epidemiologia din cadrul ASP.

MF consideră că sistemul actual este un sistem foarte bun

6.5.2. Analiza succintă a rezultatelor

Sistemul de raportare utilizat în prezent pentru evaluarea activității MSR este de tip cantitativ, fără valențe calitative. Acest tip de raportare presupune completarea de către MSR a unui formular lunar, semi-tipizat, de activitate (număr de gravide urmărite, număr de copii aduși la vaccinare etc.), formular care este vizat de către MF și adus la coordonatorul ASP. Mai departe, informațiile centralizate de către coordonator sunt trimise către Ministerul Sănătății și către Romani CRISS. Coordonatorii ASP nu primesc ulterior feed-back de la forurile cărora le remit aceste rapoarte.

Acest sistem de raportare, care are avantajul unei foarte mari simplități, are însă și următoarele deficiențe:


- apare ca fiind o formalitate care trebuie „bifată”- MSR nu este responsabilizat prin completarea raportului. Este dificil să reții cu exactitate numărul de beneficiari cu o anumită problemă, care au fost rezolvați pe parcursul unei luni de zile. Ca urmare, apare de la sine înțeles că acuratețea datelor colectate nu este foarte mare, iar aproximațiile pot fi de la mici la foarte mari. Nu poți fi responsabil pentru o sarcină pe care, mai mult sau mai puțin, o percepi din start ca fiind greu de realizat în mod corect. Ca urmare, nivelul de implicare și responsabilitate a MSR în raportare sunt relativ reduse.
- oferă o imagine parțială a activității depuse de MSR. Activitatea depusă de MSR este complexă, iar rezolvarea anumitor situații necesită alocarea unui timp mai mare. Ca urmare, numărul de cazuri rezolvate este un indicator parțial, atât timp cât nu este corelat în vreun fel și cu gradul de dificultate al cazurilor respective. Pe de altă parte, evaluarea nu se raportează la vreun fel de „normă” pe care MSR ar trebui să o realizeze lunar – deci lipsește un indicator de eficiență, care să permită o comparare a datelor culese. În mod real, lipsește și un sistem de control al validității datelor trecute de către MSR în formularul de evaluare – supervizarea realizată teoretic de către MF și de către ASP este, practic, foarte superficială, din motive obiective și subiective.
- nu permite evaluarea și compararea reală a activității diferiților MSR, ceea ce reprezintă un factor demotivant pentru persoanele real implicate în munca lor
- MSR nu primește feed-back, nici din partea coordonatorului ASP, nici din partea MF. Principalul său feed-back este comunitatea, astfel încât va continua să își adecveze munca nevoilor beneficiarilor. MSR reprezintă de fapt o reală punte de legătură între comunitatea de romi și sistemul statal/autoritate, poziție de mijloc ce implică un referențial dual. Cu alte cuvinte, evaluarea activității mediatorului sanitar este diferită dacă se realizează din perspectiva angajatorului (Ministerul Sănătății Publice) care are o politică de sănătate publică și, plătind niște oameni, dorește să obțină de la ei anumite rezultate (vaccinări etc.), comparativ cu analiza aceleiași activități, din perspectiva nevoilor comunității pe care o deservește. În măsura în care nu există alt personal de mediere pentru comunitățile de romi, iar sistemul de monitorizare și evaluare a activității sale de către coordonatorul ASP este redus din punct de vedere al intervențiilor, MSR ține cont în mod real de presiunile exercitate asupra sa de la nivelul comunității, care sunt în bună măsură sociale, dar și medicale, și nu de nevoile de sănătate publică ale angajatorului.

În unele ASP-uri, MSR predă coordonatorului pe lângă rapoartele cantitative și rapoarte calitative (referate avizate de MF sau reprezentantul autorității locale). Impactul observat asupra MSR de către coordonatorul ASP a fost de creștere a responsabilizării sale; totodată, a apărut baza pentru discuții privind calitatea activității depuse de fiecare MSR.

În acest context, Centrele Regionale de Formare și Monitorizare a activității MSR (implementate de Romani CRISS) reprezintă o inițiativă așteptată și apreciată, în special de către persoanele implicate în susținerea acestui program și de către mediatoarele vechi, cu experiență, care își doresc existența unui sistem real de monitorizare, evaluare și motivare. Centrele sunt localizate în Giurgiu, Cluj, Gorj, București, Vaslui, Covasna și au fost înființate în luna octombrie 2006.

7. CONCLUZII DE ANSAMBLU

- Termenii de referință ai MSR reflectă doar parțial activitatea de zi cu zi a MSR. Astfel, deși mare parte a activității depuse este conformă cu fișa postului, beneficiarii solicită MSR ajutor în rezolvarea unor probleme mult mai complexe și diverse decât cele care intră în atribuțiile sale directe, în special pe probleme sociale;
- Cursurile de formare inițială oferă baza de cunoștințe în domeniul legislației și comunicării, dar sunt insuficiente ca timp pentru a se forma abilități de comunicare și mediere reale. Pe de altă parte, sistemul de formare actual nu oferă baza de noțiuni medicale de care MSR au nevoie și nici informații despre aspecte sociale și legislative, altele decât cele din ordinul 816/2002. Nu există un sistem de formare/pregătire continuă a MSR, nu există o curriculă de formare obligatorie, deși nevoia de formare a MSR este reală, importantă și declarată. MSR participă conjunctural la cursuri organizate de ASP sau de alte instituții/organizații. Este necesară corelarea activității mediatorului sanitar rom cu cea a asistentului medical comunitar, în acele comunități în care ambii există, precum și cu a asistenților sociali angajați ai primăriilor. De asemenea este necesară angajarea a mai mult de un MSR în comunitățile mari, unde un singur MSR nu face față nevoilor reale ale comunității pe care o deserveste .
- Nevoile de dotare ale MSR vizează în primul rând existența unui birou/sediu unde să își desfășoare activitatea, dar și nevoi de comunicare (telefoane mobile, cartele telefonice), deplasare, echipament de lucru (ecusoane, pelerine de ploaie, umbrele, cizme de cauciuc etc.).
- Între nevoile MSR, o categorie importantă este cea a nevoilor de “statut”, respectiv obținerea unui statut socio-profesional recunoscut și stabil, care să implice totodată și evaluarea corectă a activității prestate de fiecare MSR.
- Relația dintre MSR și coordonatorul ASP este în general una de colaborare de tip reactiv din partea coordonatorului ASP (răspunde de obicei pozitiv solicitărilor MSR) și mai puțin una de implicare și suport activ.
- Relația cu MF este în general bună, ducând la formarea de echipe în teritoriu. Au fost semnalate însă și situații de tensiuni sau conflicte la nivel local.
- Relația cu beneficiarii este bună, depinzând în mare măsură de tipul de comunitate în care se intră și compatibilitatea între cultura MSR și cea a neamului de romi căruia i se adresează; aptitudinile de comunicare și negociere ale MSR joacă, de asemenea, un rol esențial.
- MSR reprezintă în acest moment cel mai important vector în transmiterea de informații și educare a populației rome. Activitatea MSR a crescut vizibil adresabilitatea și accesul populației rome la servicii de sănătate, inclusiv SR (a crescut numărul de pacienți romi la MF prin dobândirea statutului de asigurat, a crescut rata vaccinărilor, a crescut numărul utilizatorilor de metode contraceptive, a scăzut numărul de avorturi etc.).
- Sistemul de raportare utilizat pentru monitorizarea activității MSR este mai degrabă unul de tip cantitativ, lipsind dimensiunea calitativă. Acest aspect implică o slabă responsabilizare a MSR în completarea raportului, oferă o imagine parțială a activității



depuse de MSR, nu permite evaluarea și compararea reală a activității diferiților MSR și nu permite obținerea de feed-back de către MSR.

- Centrele Regionale de Formare și Monitorizare a activității MSR (implementat de Romani CRISS) reprezintă o inițiativă așteptată și apreciată.

8. ANALIZA SWOT ȘI RECOMANDĂRI DE ORDIN APLICATIV ÎN PERSPECTIVA PROIECTĂRII VIITOARELOR ACTIVITĂȚI ÎN CADRUL PROGRAMULUI MSR ȘI A SERVICIILOR MEDICO-SOCIALE INTEGRATE ÎN COMUNITĂȚILE DE ROMI

8.1. ANALIZA SWOT

Puncte tari:

- Penetrabilitate foarte mare a informației la nivelul comunităților de romi, cu rezultate notabile, vizibile, în plan social și medical
- Existența unor MSR foarte bine pregătiți, capabili să formeze alți MSR, dedicați activității în comunitate
- Existența unor coordonatori ASP și MF care înțeleg și susțin Programul mediatorilor sanitari în comunitățile de romi, program pe care îl susțin;

Puncte slabe:

- Recrutare și selecție: existența unor MSR care nu au abilitățile de comunicare și mediere necesare
- Sistemul de monitorizare actual este deficitar și creează inechități între MSR
- Formare insuficientă
- Probleme ample de natură socială, care ajung să fie rezolvate de MSR în dauna activității sale “medicale” și care nu fac parte din fișa postului (lipsa persoanelor care să rezolve aceste aspecte)
- Personal puțin, care intră în comunități mari
- Coordonatori ASP și MF care se implică numai formal în derularea programului MSR

Oportunități:

- Crearea de echipe comunitare MSR – AMC-MF
- Mutarea programului MSR din cadrul PN asistență mamă și copil în cadrul PN asistență comunitară → modificarea fișei postului și a strategiei de formare, după modelul celor aplicate AMC, dar adaptate cultural pentru MSR
- Formarea și activarea/implicarea comisiei interdepartamentale în cadrul Ministerului Sănătății Publice, care să includă și coordonatori ASP care susțin acest program
- Apariția celor 5 centre de monitorizare regională, care pot monitoriza mai bine activitatea MSR și pot îmbunătăți calitatea serviciilor

Provocări:

- Mutarea MSR de la ASP la Primăriile locale
- Lipsa relativă de implicare/suport din partea autorităților
- Lipsa unei motivări în plan financiar a MSR, lipsa unui statut sigur, lipsa de motivație pentru perfecționarea profesională.

8. 2. RECOMANDĂRI

Prezentele recomandări bazate pe datele analizate în acest studiu pornesc de la premiza clară că Programul de Mediatori Sanitari în Comunitățile de Romi din România este eficient, cu impact real asupra stării de sănătate a populației rome din comunitățile unde se derulează. Recomandările vizează modul de continuare, îmbunătățire și sustenabilitate a programului.

8.2.1. Pentru structurile administrației publice de la nivel central/local:

- o Discutarea situației MSR în cadrul Grupului de Lucru pentru Politicile Publice pentru Romi – structura centrală de monitorizare și evaluare a *Strategiei Guvernului României pentru Îmbunătățirea situației Romilor*.
- o Constituirea, sub coordonarea Comisiei Ministeriale pentru Romi din cadrul Ministerului Sănătății Publice, unui grup de lucru format din reprezentanți ai Ministerului Sănătății Publice, Ministerului Administrației Publice și Internelor, Autorităților de Sănătate Publică, Agenției Naționale pentru Romi, medicilor de familie, grupului de mediatorii sanitari etc., pentru revizuirea documentelor de bază ale funcționării MSR și promovarea unor acte normative care să reflecte complexitatea și importanța muncii mediatorilor sanitari.
- o Discutarea la nivelul Comisiei Ministeriale pentru Romi din cadrul Ministerului Sănătății Publice a aspectelor relevante legate de funcționarea MSR și includerea unor modificări care să susțină menținerea MSR în structurile locale de sănătate publică și promovarea creșterii numărului de MSR pentru comunitățile dezavantajate.
- o Corelarea programului MSR cu programul național de asistență medicală comunitară având în vedere complementaritatea celor două și suportul real pe care programul de asistență medicală comunitară, prin asistenții medicali comunitari, îl poate acorda mediatorilor sanitari romi, mai ales în comunitățile numeroase
- o Discutarea elementelor relevante pentru MSR din strategia de descentralizare a Ministerului Sănătății Publice astfel încât alocațiile bugetare să susțină în mod direct, dedicat funcționarea MSR și să permită creșterea numărului acestora în comunitățile dezavantajate, fără posibilitatea realocării fondurilor în alte scopuri (să fie o alocare condiționată).
- o Instituționalizarea profesiei de mediator sanitar și identificarea posibilităților ca MSR să poată fi angajați pe perioadă nedeterminată, precum și a posibilităților de remunerare materială mai bună a acestora.
- o Colaborarea strânsă între Agenția Națională pentru Formare și Ocupare în Muncă și structurile responsabile în cadrul Ministerului Sănătății Publice pentru realizarea unui standard ocupațional, a curriculei de pregătire și a cursurilor de calificare finalizate cu diplome recunoscute pe piața muncii, elaborarea de standarde de formare profesională.
- o Reanalizarea atribuțiilor incluse în fișa postului MSR pornind de la reglementările actuale și de la realitatea din comunitățile țintă.
- o Evaluarea, la nivelul grupului de lucru menționat, a fișelor de post ale altor categorii profesionale care au tangență cu situațiile socio-medice din comunitățile dezavantajate și promovarea unor modificări astfel încât să existe o bună corelare a acestora cu activitatea MSR.

- o Elaborarea de standarde minime de dotare pentru derularea activității MSR: spațiu de birou, echipament de lucru și logistic (comunicare telefonică, mijloace de deplasare, consumabile).
- o Revizuirea în profunzime a sistemului de recrutare și formare a MSR, în corelare cu fișa postului - astfel încât să includă dezvoltarea de abilități de comunicare, cunoștințe medicale, sociale, legislative și de drepturile omului, precum și implicarea coordonatorului ASP în acest proces de recrutare.
- o Dezvoltarea unui set de criterii de selecție a comunităților și realizarea unei hărți a comunităților țintă pentru care este nevoie de MSR; estimarea necesităților de personal pentru următorii ani; creșterea standardului minim de educație necesar pentru accesarea la poziția de MSR și dezvoltarea unui sistem de pregătire similar cu alte profesii chiar prin dezvoltarea unei linii de studiu de nivel liceal.
- o Îmbunătățirea sistemului de monitorizare și evaluare a activității MSR, care să abordeze atât latura cantitativă cât și latura calitativă. Corelarea acestui sistem cu sistemele de evaluare a activității medicilor de familie și chiar identificarea unor mecanisme de motivare a acestora pentru colaborarea cu MSR.
- o Realizarea unui program regulat de întâlniri de coordonare a activităților și a schimbului de experiență la nivel regional, cu implicarea factorilor de decizie de la nivel regional și local, și cu participarea structurilor de reprezentare constituite ale MSR.

8.2.2 Pentru reprezentanții organizațiilor neguvernamentale ale romilor și alte organizații ale societății civile interesate:

- o Consultarea strategiei de descentralizare a Ministerului Sănătății Publice și susținerea unor modificări care să ducă la menținerea pozițiilor MSR și creșterea numărului de MSR în comunitățile dezavantajate.
- o Identificarea în comunitățile locale a persoanelor care au capacitatea de a deveni MSR și susținerea promovării acestora la nivelul ASP, în vederea instruirii și angajării acestora.

8.2.3. Pentru mediatorii sanitari:

- o Preocuparea permanentă a MSR pentru dezvoltarea cunoștințelor și abilităților profesionale.
- o Colaborarea permanentă a MSR cu structurile de implementare la nivel județean a Strategiei Guvernului României de Îmbunătățire a situației Romilor - Comitetul Mixt, Birourile Județene pentru Romi, experții locali pentru problemele romilor etc.
- o Colaborarea permanentă cu organizațiile neguvernamentale ale romilor active la nivel local sau județean.
- o Constituirea unei structuri de reprezentare și promovare a profesiei de MSR, după modelul existent la nivelul asistenților medicali sau a medicilor. Realizarea unor structuri de rețea de comunicare cu structurile de reprezentare ale celorlalte profesii menționate; crearea unui cod deontologic al profesiei mediatorului sanitar și a unei strategii de vizibilitate a mediatorului sanitar.

9. ANEXE

9.1. INSTRUMENTELE DE CERCETARE

9.1.1. INSTRUMENTELE DE CERCETARE CALITATIVĂ

GHID DE INTERVIU REPREZENTANT ASP RESPONSABIL CU MSR

1. Introducere

- a) *Prezentare intervievator, scop și obiective evaluate.*
- b) *Care sunt atribuțiile dvs. în cadrul ASP? De când vă ocupați de coordonarea activității MSR? Cum ați ajuns să vă ocupați de MSR?*
- c) *În afară de coordonarea activităților MSR mai aveți și alte atribuții? Pe ce loc situați coordonarea MSR între atribuțiile dvs.? Cât de importantă este pentru dvs. această atribuție?*
- d) *Care considerați că este rolul MSR în comunitate?*

2. Relația MSR cu alte categorii profesionale/organizații și instituții

a) *Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu MSR. Cum caracterizați această relație? Cum a evoluat această relație? Cum credeți că ar putea fi îmbunătățită această relație? Care considerați că sunt punctele tari și punctele slabe în ceea ce privește relația dvs. cu MSR? Cum vă implicați în construirea relației cu MSR?*

b) *Cât de des discutați cu MSR? De câte ori vă întâlniți pe lună? Cât timp acordați discuțiilor cu MSR? Vă rog să îmi descrieți o întâlnire obișnuită cu MSR, cum anume este organizată, cât durează, unde se desfășoară, dacă este o temă anunțată înainte, ce fel de decizii luați etc.*

c) *Cum credeți că este relația dintre MSR și MF? Cum ați descrie relația dintre aceștia? De ce? Raporturile dintre MSR și MF diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre MSR și MF? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc MF colaborarea cu MSR?*

Credeți că activitatea MF este influențată de MSR? În ce mod? În ce măsură? Credeți că MSR are vreun rol în acceptarea de către MF pe listele sale a persoanelor de etnie romă?

Credeți că MSR a contribuit la creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile medicale oferite de MF? În ce mod? De ce?

Credeți că MSR a contribuit la creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile de PF? În ce mod? De ce?

Au existat situații în care MF refuză înscrierea pe liste a persoanelor de etnie romă? De ce? Care sunt motivele pentru care s-a întâmplat/se întâmplă acest lucru?

Există situații în care MF refuză colaborarea cu MSR? De ce?

d) Cum credeți că este relația dintre MSR și asistentele medicale (AM)? *Cum ați descrie relația dintre aceștia? De ce? Raporturile dintre MSR și AM diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre MSR și AM? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc AM colaborarea cu MSR?*

e) Cum credeți că este relația dintre MSR și AMC? *Cum ați descrie relația dintre aceștia? De ce? Raporturile dintre MSR și AMC diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre MSR și AMC? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc AMC colaborarea cu MSR?*

f) Cum credeți că este relația dintre MSR și reprezentantul BJR? *Cum ați descrie relația dintre aceștia? De ce? Cum se implică reprezentantul BJR în activitatea MSR? Cât de important este rolul reprezentantului BJR în activitatea MSR? Ce credeți că ar trebui schimbat/îmbunătățit în ceea ce privește activitatea reprezentantului BJR?*

g) Cum credeți că este relația dintre MSR și reprezentanții organizațiilor locale pentru romi? *Cum ați descrie relația dintre aceștia? Cum se implică aceste organizații în activitatea MSR? Înțeleg rolul MSR? De ce considerați acest lucru?*

h) Cum credeți că este relația dintre MSR și comunitatea de romi? *Cum ați descrie relația dintre aceștia? Cum este privit MSR de către comunitate? Este înțeles rolul acestuia în cadrul comunității? Este acceptat de către comunitate?*

Cum se adaptează MSR nevoilor comunității? Înțelege aceste nevoi? Cum răspunde acestor nevoi?

Este MSR format complet pentru a răspunde nevoilor comunității? Ce ar trebui să facă MSR când este depășit în atribuții? Cum ar trebui să reacționeze? Cui ar trebui să ceară sprijin?

i) Cum credeți că este relația dintre MSR și celelalte comunități? *Cum ați descrie relația dintre aceștia? Cum este privit MSR de către comunitate? Este înțeles rolul acestuia în cadrul comunității? Este acceptat de către comunitate? Se implică MSR în mediere și în cadrul altor comunități? Au existat cazuri? În ce fel?*

j) Cum apreciați implicarea ROMANI CRISS, în cadrul acestui program? *De ce? Cum vedeți implicarea acestei organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor această organizație și la ce nivel?*

k) Cum apreciați implicarea MS, finanțator în cadrul acestui program? *De ce? Cum vedeți implicarea acestor organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor aceste organizații/instituții și la ce nivel?*

l) Cum credeți că este relația dvs. cu celelalte categorii profesionale implicate în activitatea MSR? *MF, AMC, coordonator AMC, AM, reprezentant BJR, reprezentant ONG locale, birouri regionale pentru romi etc.? Care instituție credeți că este insuficient implicată? Cum vedeți implicarea acesteia pe viitor?*

m) Cum apreciați activitatea Birourilor Regionale ale Agenției Naționale pentru Romi? *Cât de utilă credeți că este? Colaborați cu acestea? În ce constă colaborarea cu ele?*

3. Contribuția MSR la asigurarea accesului populației defavorizate la servicii medicale

a) Cum apreciați contribuția MSR în ceea ce privește favorizarea adresabilității populației defavorizate la serviciile medicale? Dar în ceea ce privește favorizarea accesibilității populației defavorizate la serviciile medicale? *Accesibilitatea a crescut? Adresabilitatea a crescut? De ce credeți acest lucru?*

b) Cum apreciați contribuția MSR în ceea ce privește favorizarea adresabilității populației defavorizate la serviciile de sănătate a reproducerii? Dar în ceea ce privește favorizarea accesibilității populației defavorizate la serviciile de sănătate a reproducerii? *Adresabilitatea a crescut? De ce credeți acest lucru?*

4. Atribuțiile MSR

a) Cum apreciați activitatea MSR în comparație cu atribuțiile din fișa de post a acestuia? *Sunt concordante cu aceasta? Sunt lucruri pe care MSR ar trebui să le facă și nu le face/nu i se permite să le facă? De ce credeți acest lucru? Este implicat MSR în alte activități în afara atribuțiilor acestuia? Dar în activități care depășesc sfera de competență a acestuia? Cum ar trebui depășite aceste situații?*

b) Care vi se par cele mai importante atribuții ale MSR? *De ce?*

c) Ce alte atribuții considerați că ar trebui să mai aibă MSR? *De ce? Considerați că anumite atribuții ale MSR necesită un program suplimentar de formare pentru acesta? Care ar fi aceste atribuții? Ce ar presupune programul suplimentar de formare? Cine ar trebui să se implice în formarea acestora? Cine ar trebui să coordoneze acest plan de formare?*

d) Considerați utilă activitatea MSR? *Poate fi ea suplinită de AM, AMC? Considerați că pot fi suprapus rolul AMC cu cel al MSR? Sunt aceste roluri complementare sau redundante? De ce credeți acest lucru?*

5. Formare MSR/Dotare MSR

a) Care sunt stadiile prin care trebuie să treacă o persoană de etnie romă pentru a fi formată complet ca și mediator sanitar? *Cine organizează selecția? Cine organizează instruirea? Care sunt stadiile prin care trece? (debutant etc.) Câte evaluări ale acestuia se fac și în ce ritm? Vi se pare eficient acest sistem?*

b) Care au fost cursurile de formare în care au fost implicați MSR în ultimul an? *Cine a organizat aceste cursuri? Cum apreciați că au fost desfășurate aceste cursuri? Cât de utile au fost pentru MSR și comunitate?*

c) Ce alte cursuri credeți că ar fi utile pentru MSR? *Pe ce temă? Credeți că ar trebui organizate anumite cursuri obligatorii? Pe ce temă? Cine ar trebui să le organizeze? Cine ar trebui să le finanțeze?*

d) Care ar fi nevoile actuale în materie de logistică în activitatea MSR? *Cine a fost implicat până în prezent? Cine ar trebui să identifice aceste nevoi? Ce ar trebui achiziționat?*

e) Care ar trebui să fie nivelul de calificare al MSR în comparație cu celelalte profesii (AM, AMC)?

6. Monitorizare activitate MSR

a) Cum apreciați sistemul curent de monitorizare a MSR? Cum ați descrie acest sistem? *Cum s-a realizat până în prezent? Cine este implicat? Cât de eficient este?*

b) Cum apreciați activitatea Centrelor Regionale de Formare și Monitorizare a Mediatorilor Sanitari? *Cât de utilă credeți că este? Colaborați cu acestea? În ce constă colaborarea cu ele?*

GHID DE INTERVIU REPREZENTANT BJR

1. Introducere

- a) *Prezentare intervievator, scop și obiective evaluare.*
- b) Care sunt atribuțiile dvs. în cadrul BJR? De când sunteți implicat în activitatea MSR?
- c) În afară de implicarea în activitatea MSR mai aveți și alte atribuții? *Pe ce loc situați implicarea în activitatea MSR între atribuțiile dvs.? Cât de importantă este pentru dvs. această atribuție?*
- d) Care credeți că este, în opinia dvs., rolul MSR?

2. Relația MSR cu alte categorii profesionale/organizații și instituții

- a) Cum se implică instituția dvs. în activitatea MSR? *Care sunt atribuțiile instituției dvs.?*

Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu reprezentantul ASP responsabil cu MSR? *Cum caracterizați această relație? Cum a evoluat această relație? Cum credeți că ar putea fi îmbunătățită această relație? Care considerați că sunt punctele tari și punctele slabe în ceea ce privește relația dvs. cu reprezentantul ASP responsabil cu MSR?*

Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu reprezentanții organizațiilor locale pentru romi. *Cum caracterizați această relație? Cum a evoluat această relație? Cum credeți că ar putea fi îmbunătățită această relație? Care considerați că sunt punctele tari și punctele slabe în ceea ce privește relația dvs. cu reprezentanții organizațiilor locale pentru romi?*

Cum credeți că este relația dvs. cu celelalte categorii profesionale implicate în activitatea MSR? *Reprezentant ASP, MF, AMC, coordonator AMC, AM, reprezentant ONG locale, birouri regionale pentru romi etc.? Care instituție credeți că este insuficient implicată? Cum vedeți implicarea acesteia pe viitor?*

Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu MSR. *Cum caracterizați această relație? Cum a evoluat această relație? Cum credeți că ar putea fi îmbunătățită această relație? Care considerați că sunt punctele tari și punctele slabe în ceea ce privește relația dvs. cu MSR? Cum vă implicați în construirea relației cu MSR?*

- b) Organizați întâlniri cu MSR? Cât de des discutați cu MSR? *Cât timp acordați discuțiilor cu MSR?*

- c) Cum credeți că este relația dintre MSR și MF? *De ce? Raporturile dintre MSR și MF diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre MSR și MF? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc MF colaborarea cu MSR?*

Credeți că activitatea MF este influențată de MSR? *În ce mod? În ce măsură? Credeți că MSR are vreun rol în acceptarea de către MF pe listele sale a persoanelor de etnie romă?*

Credeți că MSR contribuit la creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile medicale oferite de MF? *În ce mod? De ce?*

Credeți că MSR contribuit la creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile de PF? *În ce mod? De ce?*

Există situații în care MF refuză înscrierea pe liste a persoanelor de etnie romă? *De ce?*

Există situații în care MF refuză colaborarea cu MSR? *De ce?*

d) Cum credeți că este relația dintre MSR și asistentele medicale (AM)? *De ce? Raporturile dintre MSR și AM diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre MSR și AM? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc AM colaborarea cu MSR?*

e) Cum credeți că este relația dintre MSR și AMC? *De ce? Raporturile dintre MSR și AMC diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre MSR și AMC? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc AMC colaborarea cu MSR?*

f) Cum credeți că este relația dintre MSR și reprezentantul BJR? *De ce? Cum se implică reprezentantul BJR în activitatea MSR? Cât de important este rolul reprezentantului BJR în activitatea MSR? Ce credeți că ar trebui schimbat/îmbunătățit în ceea ce privește activitatea reprezentantului BJR?*

g) Cum credeți că este relația dintre MSR și reprezentanții organizațiilor locale pentru romi? *Cum se implică aceste organizații în activitatea MSR? Înțeleg rolul MSR? De ce considerați acest lucru?*

h) Cum credeți că este relația dintre MSR și comunitatea de romi? *Cum este privit MSR de către comunitate? Este înțeles rolul acestuia în cadrul comunității? Este acceptat de către comunitate?*

Cum se adaptează MSR nevoilor comunității? *Înțelege aceste nevoi? Cum răspunde acestor nevoi?*

Este MSR format complet pentru a răspunde nevoilor comunității? *Ce ar trebui să facă MSR când este depășit în atribuții? Cum ar trebui să reacționeze? Cui ar trebui să ceară sprijin?*

i) Cum credeți că este relația dintre MSR și celelalte comunități? *Cum este privit MSR de către comunitate? Este înțeles rolul acestuia în cadrul comunității? Este acceptat de către comunitate? Se implică MSR în mediere și în cadrul altor comunități? Au existat cazuri? În ce fel?*

j) Cum apreciați implicarea ROMANI CRISS, în cadrul acestui program? *De ce? Cum vedeți implicarea acestei organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor această organizație și la ce nivel?*

k) Cum apreciați implicarea MS, finanțator în cadrul acestui program? *De ce? Cum vedeți implicarea acestor organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor aceste organizații/instituții și la ce nivel?*

l) Cum apreciați activitatea Birourilor Regionale ale Agenției Naționale pentru Romi? *Cât de utilă credeți că este? Colaborați cu acestea? În ce constă colaborarea cu ele?*

3. Contribuția MSR la asigurarea accesului populației defavorizate la servicii medicale

a) Cum apreciați contribuția MSR în ceea ce privește favorizarea adresabilității populației defavorizate la serviciile medicale? Dar în ceea ce privește favorizarea accesibilității populației defavorizate la serviciile medicale? *Accesibilitatea a crescut? Adresabilitatea a crescut? De ce credeți acest lucru?*

b) Cum apreciați contribuția MSR în ceea ce privește favorizarea adresabilității populației defavorizate la serviciile de sănătate a reproducerii? Dar în ceea ce privește favorizarea accesibilității populației defavorizate la serviciile de sănătate a reproducerii? *Adresabilitatea a crescut? De ce credeți acest lucru?*

4. Atribuțiile MSR

a) Cum apreciați activitatea MSR în comparație cu atribuțiile din fișa de post a acestuia? *Sunt concordante cu aceasta? Sunt lucruri pe care MSR ar trebui să le facă și nu le face/nu i se permite să le facă? De ce credeți acest lucru? Este implicat MSR în alte activități în afara atribuțiilor acestuia? Dar în activități care depășesc sfera de competență a acestuia? Cum ar trebui depășite aceste situații?*

b) Care vi se par cele mai importante atribuții ale MSR? *De ce?*

c) Ce alte atribuții considerați că ar trebui să mai aibă MSR? *De ce? Considerați că anumite atribuții ale MSR necesită un program suplimentar de formare pentru acesta? Care ar fi aceste atribuții? Ce ar presupune programul suplimentar de formare? Cine ar trebui să se implice în formarea acestora? Cine ar trebui să coordoneze acest plan de formare?*

d) Considerați utilă activitatea MSR? *Poate fi ea suplinită de AM, AMC? Considerați că pot fi suprapuse rolul AMC cu cel al MSR? Sunt aceste roluri complementare sau redundante? De ce credeți acest lucru?*

5. Formare MSR/Dotare MSR

a) Care au fost cursurile de formare în care au fost implicați MSR în ultimul an? *Cine a organizat aceste cursuri? Cum apreciați că au fost desfășurate aceste cursuri? Cât de utile au fost pentru MSR și comunitate?*

b) Ce alte cursuri credeți că ar fi utile pentru MSR? *Pe ce temă? Credeți că ar trebui organizate anumite cursuri obligatorii? Pe ce temă? Cine ar trebui să le organizeze? Cine ar trebui să le finanțeze?*

c) Care ar fi nevoile actuale în materie de logistică în activitatea MSR? *Cine a fost implicat până în prezent? Cine ar trebui să identifice aceste nevoi? Ce ar trebui achiziționat?*

6. Monitorizare activitate MSR

a) Cum apreciați sistemul curent de monitorizare a MSR? *Cum ați descrie acest sistem? Cum s-a realizat până în prezent? Cine este implicat? Cât de eficient este?*

b) Cum apreciați activitatea Centrelor Regionale de Formare și Monitorizare a Mediatorilor Sanitari? *Cât de utilă credeți că este? Colaborați cu acestea? În ce constă colaborarea cu ele?*

GHID DE INTERVIU MF

1. Introducere

- a) *Prezentare intervievator, scop și obiective evaluare.*
- b) *Care este numele dvs.? Ce vârstă aveți?*
- c) *De cât timp lucrați ca MF? De cât timp sunteți MF în această localitate/comunitate? Câți pacienți aveți pe listele dvs.? Câți dintre aceștia sunt romi?*
- d) *Care considerați că este rolul MSR în comunitate?*

2. Relația MF cu alte categorii profesionale/organizații și instituții

- a) *Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu MSR. Raporturile dintre dvs. și MSR diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre dvs. și MSR? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc MSR colaborarea cu dvs.?*

Credeți că activitatea dvs. este influențată de activitatea MSR? În ce mod? În ce măsură?

Credeți că MSR a contribuit la creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile medicale oferite de dvs.? În ce mod? De ce?

Credeți că MSR a contribuit la creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile de PF? În ce mod? De ce?

Au existat situații în care ați refuzat înscrierea pe liste a persoanelor de etnie romă? De ce?

Au existat situații în care să refuzați colaborarea cu MSR? De ce?

- b) *Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu reprezentantul ASP. Cum caracterizați această relație? Cum a evoluat această relație? Cum credeți că ar putea fi îmbunătățită această relație? Care considerați că sunt punctele tari și punctele slabe în ceea ce privește relația dvs. cu reprezentantul ASP?*

- b) *Cât de des discutați cu reprezentantul ASP? De câte ori vă întâlniți pe lună? Cât timp durează discuțiile cu reprezentantul ASP? Care sunt modalitățile de comunicare utilizate cu reprezentantul ASP?*

- c) *Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu AMC. Raporturile dintre dvs. și AMC diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre dvs. și AMC? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc AMC colaborarea cu dvs.?*

- d) *Cum credeți că este relația dintre dvs. și comunitatea de romi? Cum sunteți privit dvs. de către comunitate? Este înțeles rolul dvs. în cadrul comunității? Sunteți acceptat de către comunitate?*

- e) *Cum se adaptează MSR nevoilor comunității? Înțelege aceste nevoi? Cum răspunde acestor nevoi? Este format complet pentru a răspunde nevoilor comunității? Ce ar trebui să facă atunci când este depășit în atribuții? Cum ar trebui să reacționeze? Cui ar trebui să ceară sprijin?*

f) Cum credeți că este relația dintre dvs. și celelalte comunități (de români)? *Se implică MSR în mediere și în cadrul altor comunități? Au existat cazuri? În ce fel?*

g) Cum apreciați implicarea ROMANI CRISS, în activitatea MSR.? *De ce? Cum vedeți implicarea acestei organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor această organizație și la ce nivel?*

3. Contribuția MSR la asigurarea accesului populației defavorizate la servicii medicale

a) Cum apreciați contribuția MSR în ceea ce privește favorizarea adresabilității populației defavorizate la serviciile medicale? Dar în ceea ce privește favorizarea accesibilității populației defavorizate la serviciile medicale? *Accesibilitatea a crescut? Adresabilitatea a crescut? De ce credeți acest lucru?*

b) Cum apreciați contribuția MSR în ceea ce privește favorizarea adresabilității populației defavorizate la serviciile de sănătate a reproducerii? Dar în ceea ce privește favorizarea accesibilității populației defavorizate la serviciile de sănătate a reproducerii? *Adresabilitatea a crescut? De ce credeți acest lucru?*

4. Atribuțiile MSR

a) Știți care sunt atribuțiile MSR? Știți ce ar trebui să facă MSR? Cum apreciați activitatea MSR în comparație cu atribuțiile din fișa de post a acestuia? *Sunt concordante cu aceasta? Sunt lucruri pe care MSR ar trebui să le facă și nu le face/nu i se permite să le facă? De ce credeți acest lucru? Este implicat MSR în alte activități în afara atribuțiilor acestuia? Dar în activități care depășesc sfera de competență a acestuia? Cum ar trebui depășite aceste situații?*

b) Care vi se par cele mai importante atribuții ale MSR? *De ce?*

c) Ce alte atribuții considerați că ar trebui să mai aibă MSR? *De ce? Considerați că anumite atribuții ale MSR necesită un program suplimentar de formare pentru acesta? Care ar fi aceste atribuții? Ce ar presupune programul suplimentar de formare? Cine ar trebui să se implice în formarea acestora? Cine ar trebui să coordoneze acest plan de formare?*

d) Considerați utilă activitatea MSR? *Poate fi ea suplinită de AM, AMC? Considerați că pot fi suprapuse rolul AMC cu cel al MSR? Sunt aceste roluri complementare sau redundante? De ce credeți acest lucru?*

e) Cum apreciați sesiunile organizate de MSR? Sunt ele eficiente? Duc la creșterea adresabilității la serviciile sociale și medicale? În ce măsură vă implicați în organizarea sesiunilor educative din comunitate? MSR vă cere sprijin pentru rezolvarea anumitor probleme din comunitate? Vă oferiți disponibilitatea MSR pentru a îl ajuta pentru rezolvarea unor probleme din comunitate? *De ce credeți că ar fi nevoie pentru buna desfășurare a activităților? Care au fost materialele distribuite de MS? Care au avut cel mai mare impact, care au fost înțelese cel mai bine?*

5. Formare MSR/Dotare MSR

- a) Care au fost cursurile de formare în care MSR au fost implicați în ultimul an? *Cine a organizat aceste cursuri? Cum apreciați că au fost desfășurate aceste cursuri? Cât de utile au fost pentru MSR, dvs. și comunitate?*
- b) Ce alte cursuri credeți că ar fi utile pentru MSR și care să sprijine activitatea dvs.? *Pe ce temă? Credeți că ar trebui organizate anumite cursuri obligatorii? Pe ce temă? Cine ar trebui să le organizeze?*
- c) Ce anume aveți nevoie pentru buna derulare a activităților MSR? *Care ar fi nevoile actuale în materie de logistică în activitatea dvs. vizavi de activitatea MSR? Cine a fost implicat până în prezent? Cine v-a ajutat până în prezent? Ce ar trebui achiziționat?*

6. Monitorizare activitate MSR

- a) Cum apreciați sistemul actual de raportare a activităților derulate de MSR.? *Cum se desfășoară? Ajutați MSR în redactarea rapoartelor? MSR au dificultăți în redactarea rapoartelor? Discutați pe marginea rapoartelor pe care le predă MSR reprezentantului ASP? Discutați problemele apărute și încercați să găsiți soluții împreună?*
- b) Cum apreciați sistemul curent de monitorizare a MSR? Cum ați descrie acest sistem? *Cum s-a realizat până în prezent? Cine este implicat? Cât de eficient este?*
- c) Cum apreciați activitatea Centrelor Regionale de Formare și Monitorizare a Mediatorilor Sanitari? *Cât de utilă credeți că este? Colaborați cu acestea? În ce constă colaborarea cu ele?*

GHID DE INTERVIU MSR

1. Introducere

- a) *Prezentare intervievator, scop și obiective evaluare.*
- b) *Care este numele dvs.? Ce vârstă aveți?*
- c) *De cât timp lucrați ca și MSR? Care era ocupația dvs. înainte de a lucra ca și MSR? Cum ați ajuns să lucrați ca și MSR? Cine v-a recomandat?*
- d) *Care considerați că este rolul dvs., al MSR, în comunitate?*

2. Relația MSR cu alte categorii profesionale/organizații și instituții

a) *Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu reprezentantul ASP. Cum caracterizați această relație? Cum a evoluat această relație? Cum credeți că ar putea fi îmbunătățită această relație? Care considerați că sunt punctele tari și punctele slabe în ceea ce privește relația dvs. cu reprezentantul ASP ?*

b) *Cât de des discutați cu reprezentantul ASP? De câte ori vă întâlniți pe lună? Cât timp durează discuțiile cu reprezentantul ASP? Care sunt modalitățile de comunicare utilizate cu reprezentantul ASP?*

c) *Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu MF. Raporturile dintre dvs. și MF diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre dvs. și MF? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc MF colaborarea cu dvs.?*

Credeți că activitatea MF este influențată de activitatea dvs.? În ce mod? În ce măsură? Credeți că dvs. aveți vreun rol în acceptarea de către MF pe listele sale a persoanelor de etnie romă?

Credeți că dvs. ați contribuit la creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile medicale oferite de MF? În ce mod? De ce?

Credeți că dvs. ați contribuit la creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile de PF? În ce mod? De ce?

Există situații în care MF refuză înscrierea pe liste a persoanelor de etnie romă? De ce?

Există situații în care MF refuză colaborarea cu dvs.? De ce?

d) *Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu reprezentanții autorităților publice locale (primar, șefi de departamente). Raporturile dintre dvs. și acești reprezentanți diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre dvs. și acești reprezentanți? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc aceștia colaborarea cu dvs.?*

e) *Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu asistentul social. Raporturile dintre dvs. și acesta diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre dvs. și asistentul social? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privește acesta colaborarea cu dvs.?*

f) Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu asistentele medicale (AM). *Raporturile dintre dvs. și AM diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre dvs. și AM? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc AM colaborarea cu dvs.?*

g) Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu AMC. *Raporturile dintre dvs. și AMC diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre dvs. și AMC? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc AMC colaborarea cu dvs.?*

h) Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu reprezentantul BJR. Cum se implică reprezentantul BJR în activitatea dvs.? Cât de important este rolul reprezentantului BJR în activitatea dvs.? Ce credeți că ar trebui schimbat/îmbunătățit în ceea ce privește activitatea reprezentantului BJR?

i) Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu reprezentanții organizațiilor locale pentru romi. *Cum se implică aceste organizații în activitatea dvs.? Înțeleg rolul dvs.? De ce considerați acest lucru?*

j) Cum credeți că este relația dintre dvs. și comunitatea de romi? *Cum sunteți privit dvs. de către comunitate? Este înțeles rolul dvs. în cadrul comunității? Sunteți acceptat de către comunitate?*

k) *Cum se adaptează nevoilor comunității? Înțelege aceste nevoi? Cum răspunde acestor nevoi? Este format complet pentru a răspunde nevoilor comunității? Ce ar trebui să facă atunci când este depășit în atribuții? Cum ar trebui să reacționeze? Cui ar trebui să ceară sprijin?*

l) Cum credeți că este relația dintre dvs. și celelalte comunități (de români)? *Cum sunteți privit de către aceștia? Este înțeles rolul dvs. în cadrul comunității? Este acceptat de către comunitate? Se implică MSR în mediere și în cadrul altor comunități? Au existat cazuri? În ce fel?*

m) Cum apreciați implicarea ROMANI CRISS, în activitatea dvs.? *De ce? Cum vedeți implicarea acestei organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor această organizație și la ce nivel?*

n) Cum apreciați activitatea Birourilor Regionale ale Agenției Naționale pentru Romi? *Cât de utilă credeți că este? Colaborați cu acestea? În ce constă colaborarea cu ele?*

3. Contribuția MSR la asigurarea accesului populației defavorizate la servicii medicale

a) Cum apreciați contribuția dvs. în ceea ce privește favorizarea adresabilității populației defavorizate la serviciile medicale? Dar în ceea ce privește favorizarea accesibilității populației defavorizate la serviciile medicale? *Accesibilitatea a crescut? Adresabilitatea a crescut? De ce credeți acest lucru?*

b) Cum apreciați contribuția dvs. în ceea ce privește favorizarea adresabilității populației defavorizate la serviciile de sănătate a reproducerii? Dar în ceea ce privește favorizarea accesibilității populației defavorizate la serviciile de sănătate a reproducerii? *Adresabilitatea a crescut? De ce credeți acest lucru?*

4. Atribuțiile MSR

- a) Știți care sunt atribuțiile dvs.? Știți ce ar trebui să faceți în calitate de MSR? Cum apreciați activitatea dvs. în comparație cu atribuțiile din fișa de post? *Sunt concordante cu aceasta? Sunt lucruri pe care dvs. ar trebui să le faceți și nu le faceți/nu vi se permite să le faceți? De ce credeți acest lucru? Sunteți implicat în alte activități în afara atribuțiilor dvs.? Dar în activități care depășesc sfera de competență a dvs.? Cum ar trebui depășite aceste situații?*
- b) Care vi se par cele mai importante atribuții ale dvs.? *De ce?*
- c) Ce alte atribuții considerați că ar trebui să mai aveți? *De ce? Considerați că anumite atribuții ale dvs. necesită un program suplimentar de formare pentru acesta? Care ar fi aceste atribuții? Ce ar presupune programul suplimentar de formare? Cine ar trebui să se implice în formarea acestora? Cine ar trebui să coordoneze acest plan de formare?*
- d) Considerați utilă activitatea dvs.? *Poate fi ea suplinită de AM, AMC? Considerați că pot fi suprapus rolul AMC cu cel al dvs.? Sunt aceste roluri complementare sau redundante? De ce credeți acest lucru?*
- e) Care sunt dificultățile pe care le întâmpinați în organizarea sesiunilor educative din comunitate? *De ce credeți că ar fi nevoie pentru buna desfășurare a activităților dvs.? Care au fost materialele distribuite de dvs. care au avut cel mai mare impact, care au fost înțelese cel mai bine?*
- f) *Câte sesiuni ați organizat până în prezent? Care a fost cea mai reușită sesiune? Dar cea mai slabă? De ce?*

5. Formare MSR/Dotare MSR

- a) Care au fost cursurile de formare în care ați fost implicat în ultimul an? *Cine a organizat aceste cursuri? Cum apreciați că au fost desfășurate aceste cursuri? Cât de utile au fost pentru dvs. și comunitate?*
- b) Ce alte cursuri credeți că ar fi utile pentru dvs.? *Pe ce temă? Credeți că ar trebui organizate anumite cursuri obligatorii? Pe ce temă? Cine ar trebui să le organizeze?*
- c) Ce anume ați înțeles și ce nu ați înțeles la aceste cursuri? *Vi se par utile? Vă ajută în activitatea dvs.?*
- d) Ce anume aveți nevoie pentru buna derulare a activităților dvs.? *(Telefon mobil, cizme cauciuc etc.) Care ar fi nevoile actuale în materie de logistică în activitatea dvs.? Cine a fost implicat până în prezent? Cine v-a ajutat până în prezent? Ce ar trebui achiziționat?*

6. Monitorizare activitate MSR

- a) Cum apreciați sistemul curent de monitorizare a MSR? Cum ați descrie acest sistem? *Cum s-a realizat până în prezent? Cine este implicat? Cât de eficient este?*

b) Cum apreciați activitatea Centrelor Regionale de Formare și Monitorizare a Mediatorilor Sanitari? *Cât de utilă credeți că este? Colaborați cu acestea? În ce constă colaborarea cu ele?*

GHID DE INTERVIU REPREZENTANT ONG

1. Introducere

a) *Prezentare intervievator, scop și obiective evaluare.*

b) Care sunt atribuțiile dvs. în cadrul organizației pe care o reprezentați? De când sunteți implicat în activitatea MSR?

c) În afară de implicarea în activitatea MSR mai aveți și alte atribuții? *Pe ce loc situați implicarea în activitatea MSR între atribuțiile dvs.? Cât de importantă este pentru dvs. această atribuție?*

d) Care credeți că este, în opinia dvs., rolul MSR?

2. Relația MSR cu alte categorii profesionale/organizații și instituții

a) Cum se implică instituția dvs. în activitatea MSR? *Care sunt atribuțiile instituției dvs.?*

Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu reprezentantul ASP responsabil cu MSR? *Cum caracterizați această relație? Cum a evoluat această relație? Cum credeți că ar putea fi îmbunătățită această relație? Care considerați că sunt punctele tari și punctele slabe în ceea ce privește relația dvs. cu reprezentantul ASP responsabil cu MSR?*

Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu reprezentanții BJR. *Cum caracterizați această relație? Cum a evoluat această relație? Cum credeți că ar putea fi îmbunătățită această relație? Care considerați că sunt punctele tari și punctele slabe în ceea ce privește relația dvs. cu reprezentanții organizațiilor locale pentru romi?*

Cum credeți că este relația dvs. cu celelalte categorii profesionale implicate în activitatea MSR? *Reprezentant ASP, MF, AMC, coordonator AMC, AM, BJR, centre regionale de monitorizare etc.? Care instituție credeți că este insuficient implicată? Cum vedeți implicarea acesteia pe viitor?*

Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu MSR. *Cum caracterizați această relație? Cum a evoluat această relație? Cum credeți că ar putea fi îmbunătățită această relație? Care considerați că sunt punctele tari și punctele slabe în ceea ce privește relația dvs. cu MSR? Cum vă implicați în construirea relației cu MSR?*

b) Organizați întâlniri cu MSR? Cât de des discutați cu MSR? *Cât timp acordați discuțiilor cu MSR?*

c) Cum credeți că este relația dintre MSR și MF? *De ce? Raporturile dintre MSR și MF diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre MSR și MF? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc MF colaborarea cu MSR?*

Credeți că activitatea MF este influențată de MSR? *În ce mod? În ce măsură? Credeți că MSR are vreun rol în acceptarea de către MF pe listele sale a persoanelor de etnie romă?*

Credeți că MSR a contribuit la creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile medicale oferite de MF? *În ce mod? De ce?*

Credeți că MSR a contribuit la creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile de PF? *În ce mod? De ce?*

Există situații în care MF refuză înscrierea pe liste a persoanelor de etnie romă? *De ce?*

Există situații în care MF refuză colaborarea cu MSR? *De ce?*

d) Cum credeți că este relația dintre MSR și asistentele medicale (AM)? *De ce? Raporturile dintre MSR și AM diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre MSR și AM? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc AM colaborarea cu MSR?*

e) Cum credeți că este relația dintre MSR și AMC? *De ce? Raporturile dintre MSR și AMC diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre MSR și AMC? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc AMC colaborarea cu MSR?*

f) Cum credeți că este relația dintre MSR și reprezentantul BJR? *De ce? Cum se implică reprezentantul BJR în activitatea MSR? Cât de important este rolul reprezentantului BJR în activitatea MSR? Ce credeți că ar trebui schimbat/îmbunătățit în ceea ce privește activitatea reprezentantului BJR?*

g) Cum credeți că este relația dintre MSR și reprezentanții organizațiilor locale pentru romi? *Cum se implică aceste organizații în activitatea MSR? Înțeleg rolul MSR? De ce considerați acest lucru?*

h) Cum credeți că este relația dintre MSR și comunitatea de romi? *Cum este privit MSR de către comunitate? Este înțeles rolul acestuia în cadrul comunității? Este acceptat de către comunitate?*

Cum se adaptează MSR nevoilor comunității? Înțelege aceste nevoi? Cum răspunde acestor nevoi?

Este MSR format complet pentru a răspunde nevoilor comunității? Ce ar trebui să facă MSR când este depășit în atribuții? Cum ar trebui să reacționeze? Cui ar trebui să ceară sprijin?

i) Cum credeți că este relația dintre MSR și celelalte comunități? *Cum este privit MSR de către comunitate? Este înțeles rolul acestuia în cadrul comunității? Este acceptat de către comunitate? Se implică MSR în mediere și în cadrul altor comunități? Au existat cazuri? În ce fel?*

j) Cum apreciați implicarea ROMANI CRISS, în cadrul acestui program? *De ce? Cum vedeți implicarea acestei organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor această organizație și la ce nivel?*

k) Cum apreciați implicarea MS, finanțator în cadrul acestui program? *De ce? Cum vedeți implicarea acestor organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor aceste organizații/instituții și la ce nivel?*

l) Cum apreciați activitatea Birourilor Regionale ale Agenției Naționale pentru Romi? *Cât de utilă credeți că este? Colaborați cu acestea? În ce constă colaborarea cu ele?*

3. Contribuția MSR la asigurarea accesului populației defavorizate la servicii medicale

a) Cum apreciați contribuția MSR în ceea ce privește favorizarea adresabilității populației defavorizate la serviciile medicale? Dar în ceea ce privește favorizarea accesibilității populației defavorizate la serviciile medicale? *Accesibilitatea a crescut? Adresabilitatea a crescut? De ce credeți acest lucru?*

b) Cum apreciați contribuția MSR în ceea ce privește favorizarea adresabilității populației defavorizate la serviciile de sănătate a reproducerii? Dar în ceea ce privește favorizarea accesibilității populației defavorizate la serviciile de sănătate a reproducerii? *Adresabilitatea a crescut? De ce credeți acest lucru?*

4. Atribuțiile MSR

a) Cum apreciați activitatea MSR în comparație cu atribuțiile din fișa de post a acestuia? *Sunt concordante cu aceasta? Sunt lucruri pe care MSR ar trebui să le facă și nu le face/nu i se permite să le facă? De ce credeți acest lucru? Este implicat MSR în alte activități în afara atribuțiilor acestuia? Dar în activități care depășesc sfera de competență a acestuia? Cum ar trebui depășite aceste situații?*

b) Care vi se par cele mai importante atribuții ale MSR? *De ce?*

c) Ce alte atribuții considerați că ar trebui să mai aibă MSR? *De ce? Considerați că anumite atribuții ale MSR necesită un program suplimentar de formare pentru acesta? Care ar fi aceste atribuții? Ce ar presupune programul suplimentar de formare? Cine ar trebui să se implice în formarea acestora? Cine ar trebui să coordoneze acest plan de formare?*

d) Considerați utilă activitatea MSR? *Poate fi ea suplinită de AM, AMC? Considerați că pot fi suprapuse rolul AMC cu cel al MSR? Sunt aceste roluri complementare sau redundante? De ce credeți acest lucru?*

5. Formare MSR/Dotare MSR

a) Care au fost cursurile de formare în care au fost implicați MSR în ultimul an? *Cine a organizat aceste cursuri? Cum apreciați că au fost desfășurate aceste cursuri? Cât de utile au fost pentru MSR și comunitate?*

b) Ce alte cursuri credeți că ar fi utile pentru MSR? *Pe ce temă? Credeți că ar trebui organizate anumite cursuri obligatorii? Pe ce temă? Cine ar trebui să le organizeze? Cine ar trebui să le finanțeze?*

c) Care ar fi nevoile actuale în materie de logistică în activitatea MSR? *Cine a fost implicat până în prezent? Cine ar trebui să identifice aceste nevoi? Ce ar trebui achiziționat?*

6. Monitorizare activitate MSR

- a) Cum apreciați sistemul curent de monitorizare a MSR? Cum ați descrie acest sistem? *Cum s-a realizat până în prezent? Cine este implicat? Cât de eficient este?*
- b) Cum apreciați activitatea Centrelor Regionale de Formare și Monitorizare a Mediatorilor Sanitari? *Cât de utilă credeți că este? Colaborați cu acestea? În ce constă colaborarea cu ele?*

GHID DE INTERVIU REPREZENTANT AUTORITATE LOCALĂ

1. Introducere

- a) *Prezentare intervievator, scop și obiective evaluare.*
- b) Care sunt atribuțiile dvs. în cadrul instituției pe care o reprezentați? De când sunteți implicat în activitatea MSR?
- c) În afară de implicarea în activitatea MSR mai aveți și alte atribuții? *Pe ce loc situați implicarea în activitatea MSR între atribuțiile dvs.? Cât de importantă este pentru dvs. această atribuție?*
- d) Care credeți că este, în opinia dvs., rolul MSR?

2. Relația MSR cu alte categorii profesionale/organizații și instituții

- a) Cum se implică instituția dvs. în activitatea MSR? *Care sunt atribuțiile instituției dvs.?*

Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu reprezentantul ASP responsabil cu MSR? *Cum caracterizați această relație? Cum a evoluat această relație? Cum credeți că ar putea fi îmbunătățită această relație? Care considerați că sunt punctele tari și punctele slabe în ceea ce privește relația dvs. cu reprezentantul ASP responsabil cu MSR?*

Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu reprezentanții BJR. *Cum caracterizați această relație? Cum a evoluat această relație? Cum credeți că ar putea fi îmbunătățită această relație? Care considerați că sunt punctele tari și punctele slabe în ceea ce privește relația dvs. cu reprezentanții organizațiilor locale pentru romi?*

Cum credeți că este relația dvs. cu celelalte categorii profesionale implicate în activitatea MSR? *Reprezentant ASP, MF, AMC, coordonator AMC, AM, BJR, centre regionale de monitorizare etc.? Care instituție credeți că este insuficient implicată? Cum vedeți implicarea acesteia pe viitor?*

Vă rog să îmi descrieți relația dvs. cu MSR. *Cum caracterizați această relație? Cum a evoluat această relație? Cum credeți că ar putea fi îmbunătățită această relație? Care considerați că sunt punctele tari și punctele slabe în ceea ce privește relația dvs. cu MSR? Cum vă implicați în construirea relației cu MSR?*

- b) Organizați întâlniri cu MSR? Cât de des discutați cu MSR? *Cât timp acordați discuțiilor cu MSR?*

c) Cum credeți că este relația dintre MSR și MF? *De ce? Raporturile dintre MSR și MF diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre MSR și MF? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc MF colaborarea cu MSR?*

Credeți că activitatea MF este influențată de MSR? *În ce mod? În ce măsură? Credeți că MSR are vreun rol în acceptarea de către MF pe listele sale a persoanelor de etnie romă?*

Credeți că MSR a contribuit la creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile medicale oferite de MF? *În ce mod? De ce?*

Credeți că MSR a contribuit la creșterea accesului populației de etnie romă la serviciile de PF? *În ce mod? De ce?*

Există situații în care MF refuză înscrierea pe liste a persoanelor de etnie romă? *De ce?*

Există situații în care MF refuză colaborarea cu MSR? *De ce?*

d) Cum credeți că este relația dintre MSR și asistentele medicale (AM)? *De ce? Raporturile dintre MSR și AM diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre MSR și AM? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc AM colaborarea cu MSR?*

e) Cum credeți că este relația dintre MSR și AMC? *De ce? Raporturile dintre MSR și AMC diferă de la un caz la altul/de la o situație la alta? De ce? Care considerați că este relația dintre MSR și AMC? De colaborare? De subordonare? De ce? Cum privesc AMC colaborarea cu MSR?*

f) Cum credeți că este relația dintre MSR și reprezentantul BJR? *De ce? Cum se implică reprezentantul BJR în activitatea MSR? Cât de important este rolul reprezentantului BJR în activitatea MSR? Ce credeți că ar trebui schimbat/îmbunătățit în ceea ce privește activitatea reprezentantului BJR?*

g) Cum credeți că este relația dintre MSR și reprezentanții organizațiilor locale pentru romi? *Cum se implică aceste organizații în activitatea MSR? Înțeleg rolul MSR? De ce considerați acest lucru?*

h) Cum credeți că este relația dintre MSR și comunitatea de romi? *Cum este privit MSR de către comunitate? Este înțeles rolul acestuia în cadrul comunității? Este acceptat de către comunitate?*

Cum se adaptează MSR nevoilor comunității? *Înțelege aceste nevoi? Cum răspunde acestor nevoi?*

Este MSR format complet pentru a răspunde nevoilor comunității? *Ce ar trebui să facă MSR când este depășit în atribuții? Cum ar trebui să reacționeze? Cui ar trebui să ceară sprijin?*

i) Cum credeți că este relația dintre MSR și celelalte comunități? *Cum este privit MSR de către comunitate? Este înțeles rolul acestuia în cadrul comunității? Este acceptat de către comunitate? Se implică MSR în mediere și în cadrul altor comunități? Au existat cazuri? În ce fel?*

j) Cum apreciați implicarea ROMANI CRISS, în cadrul acestui program? *De ce? Cum vedeți implicarea acestei organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor această organizație și la ce nivel?*

k) Cum apreciați implicarea MS, finanțator în cadrul acestui program? *De ce? Cum vedeți implicarea acestor organizații? Cum ar trebui să se implice pe viitor aceste organizații/instituții și la ce nivel?*

l) Cum apreciați activitatea Birourilor Regionale ale Agenției Naționale pentru Romi? *Cât de utilă credeți că este? Colaborați cu acestea? În ce constă colaborarea cu ele?*

3. Contribuția MSR la asigurarea accesului populației defavorizate la servicii medicale

a) Cum apreciați contribuția MSR în ceea ce privește favorizarea adresabilității populației defavorizate la serviciile medicale? Dar în ceea ce privește favorizarea accesibilității populației defavorizate la serviciile medicale? *Accesibilitatea a crescut? Adresabilitatea a crescut? De ce credeți acest lucru?*

b) Cum apreciați contribuția MSR în ceea ce privește favorizarea adresabilității populației defavorizate la serviciile de sănătate a reproducerii? Dar în ceea ce privește favorizarea accesibilității populației defavorizate la serviciile de sănătate a reproducerii? *Adresabilitatea a crescut? De ce credeți acest lucru?*

4. Atribuțiile MSR

a) Cum apreciați activitatea MSR în comparație cu atribuțiile din fișa de post a acestuia? *Sunt concordante cu aceasta? Sunt lucruri pe care MSR ar trebui să le facă și nu le face/nu i se permite să le facă? De ce credeți acest lucru? Este implicat MSR în alte activități în afara atribuțiilor acestuia? Dar în activități care depășesc sfera de competență a acestuia? Cum ar trebui depășite aceste situații?*

b) Care vi se par cele mai importante atribuții ale MSR? *De ce?*

c) Ce alte atribuții considerați că ar trebui să mai aibă MSR? *De ce? Considerați că anumite atribuții ale MSR necesită un program suplimentar de formare pentru acesta? Care ar fi aceste atribuții? Ce ar presupune programul suplimentar de formare? Cine ar trebui să se implice în formarea acestora? Cine ar trebui să coordoneze acest plan de formare?*

d) Considerați utilă activitatea MSR? *Poate fi ea suplinită de AM, AMC? Considerați că pot fi suprapus rolul AMC cu cel al MSR? Sunt aceste roluri complementare sau redundante? De ce credeți acest lucru?*

5. Formare MSR/Dotare MSR

a) Care au fost cursurile de formare în care au fost implicați MSR în ultimul an? *Cine a organizat aceste cursuri? Cum apreciați că au fost desfășurate aceste cursuri? Cât de utile au fost pentru MSR și comunitate?*

b) Ce alte cursuri credeți că ar fi utile pentru MSR? *Pe ce temă? Credeți că ar trebui organizate anumite cursuri obligatorii? Pe ce temă? Cine ar trebui să le organizeze? Cine ar trebui să le finanțeze?*

c) Care ar fi nevoile actuale în materie de logistică în activitatea MSR? Cine a fost implicat până în prezent? Cine ar trebui să identifice aceste nevoi? Ce ar trebui achiziționat?

6. Monitorizare activitate MSR

a) Cum apreciați sistemul curent de monitorizare a MSR? Cum ați descrie acest sistem? *Cum s-a realizat până în prezent? Cine este implicat? Cât de eficient este?*

b) Cum apreciați activitatea Centrelor Regionale de Formare și Monitorizare a Mediatorilor Sanitari? *Cât de utilă credeți că este? Colaborați cu acestea? În ce constă colaborarea cu ele?*

7.1.2. INSTRUMENTELE DE CERCETARE CANTITATIVĂ

CHESTIONAR PENTRU MEDICUL DE FAMILIE PRIVIND ACTIVITATEA MEDIATORULUI SANITAR PENTRU ROMI

JUDEȚ: _____

MEDIU: URBAN RURAL

1. Care este numărul aproximativ de pacienți înscriși pe listele dvs.?

_____ pacienți

2. Care este numărul aproximativ de pacienți de etnie romă înscriși pe listele dvs.?

_____ pacienți de etnie romă

3. Considerați utilă prezența Mediatorului Sanitar pentru Romi (MSR) în comunitatea dvs.?

1. DA

2. NU **SALT LA ÎNTREBAREA 5**

3. NU ȘTIU **SALT LA ÎNTREBAREA 5**

4. Care este în opinia dvs. cel mai important motiv pentru care considerați utilă prezența MSR în comunitate? **VĂ RUGĂM SĂ ÎNCERCUIȚI NUMAI O SINGURĂ VARIANTĂ**

DE RĂSPUNS

1. Creșterea gradului de informare a populației de etnie romă cu privire la propria sănătate

2. Creșterea accesului la serviciile medicale a persoanelor de etnie romă

3. Creșterea încrederii între persoanele de etnie romă și medicul de familie/autorități

4. Facilitarea comunicării între persoanele de etnie romă și medicul de familie/autorități

5. Facilitarea încadrării sociale a membrilor din comunitățile de romi (acte de identitate, ajutor social)

6. ALTELE: _____

7. NU ȘTIU

5. În prezent colaborați cu MSR?

1. DA **SALT LA ÎNTREBAREA 8**

2. NU

6. Ați colaborat vreodată cu MSR?

1. DA

2. NU

7. Considerați util pentru dvs. și comunitatea dvs. ca pe viitor să colaborați cu MSR?

1. DA **STOP INTERVIU**

2. NU **STOP INTERVIU**

3. NU ȘTIU **STOP INTERVIU**

8. Cum apreciați în general colaborarea MSR cu beneficiarii (populația de etnie romă) din comunitatea dumneavoastră?

1. Foarte bună
 2. Bună
 3. Medie
 4. Dificilă
 5. Foarte dificilă
 6. NU ȘTIU

9. În ce măsură sunteți mulțumit de activitatea MSR în raport cu nevoile sociale și de sănătate ale comunității de romi?

1. Foarte mulțumit
 2. Mulțumit
 3. Mediu mulțumit
 4. Nemulțumit
 5. Foarte nemulțumit
 6. NU ȘTIU

10. Cum apreciați în general colaborarea dvs. ca medic de familie cu MSR din comunitatea dumneavoastră?

1. Foarte bună
 2. Bună
 3. Medie
 4. Dificilă
 5. Foarte dificilă
 6. NU ȘTIU

11. Considerați că în prezent relația dintre dvs. și mediatorul sanitar pentru romi este...:

1. De subordonare
2. De colaborare
3. NU ȘTIU

12. Cum apreciați colaborarea MSR cu ceilalți factori implicați din comunitatea dvs.?

Vă rugăm să bifați în dreptul fiecăruia – 1 înseamnă FOARTE BUNĂ iar 5 înseamnă FOARTE SLABĂ

	1	2	3	4	5	Nu știu	Nu este cazul
Asistent medic de familie							
Asistent medical comunitar							
Medicul coordonator din ASP							
Reprezentanți ai Biroului Județean pentru Romi de la nivelul Prefecturii							
Reprezentanți ONG-uri locale pentru romi							
Reprezentanți autorității locale (primării)							
Reprezentanți ai Birourilor Regionale ale Agenției Naționale pentru Romi							
Reprezentanți ai Departamentului pentru Protecția Mamei și Copilului							
Reprezentanți ai Inspectoratului Școlar							
Reprezentanți ai școlilor din comunitate							
Asistent social din Primărie							
Medici din Cabinetele de Planificare Familială							

13. Vă rugăm să listați trei dintre atribuțiile MSR pe care dvs. le considerați ca fiind cele mai importante pentru comunitate:

1. _____
2. _____

3. _____
4. NU ȘTIU

14. Ce responsabilități suplimentare considerați că ar trebui adăugate atribuțiilor MSR?

1. _____
2. _____
3. _____
4. NU TREBUIE ADAUGATE RESPONSABILITĂȚI NOI/ATRIBUȚIILE PREZENTE SUNT SUFICIENTE
5. NU ȘTIU

15. Ce responsabilități prezente ale MSR considerați că ar trebui eliminate?

1. _____
2. _____
3. _____
4. NU TREBUIE ELIMINATĂ NICI O RESPONSABILITATE
5. NU ȘTIU

16. Considerați că MSR au în acest moment dotări adecvate activității pe care aceștia o desfășoară?

1. DA
2. NU
3. NU ȘTIU

17. Care sunt dotările/facilitățile suplimentare de care credeți că au nevoie MSR pentru buna desfășurare a activității acestuia în comunitate? **VĂ RUGĂM SĂ MARCAȚI CU X ÎN CĂSUȚA CORESPUNZĂTOARE FIECĂREI VARIANTE DIN LISTĂ**

DOTĂRI/FACILITĂȚI	
1. Telefon mobil	
2. Mijloc de transport (mașină, bicicletă etc.)	
3. Pelerine de ploaie	
4. Cizme din cauciuc	
5. Spațiu de lucru propriu (o încăpere)	
6. Calculator	
7. Acces la internet	
8. Echipament de lucru	
9. Trusă de prim ajutor	
10. Mici atenții/cadouri pentru participanții la sesiuni sau vizitele în comunitate	
11. Un număr mai mare de materiale de suport pentru sesiunile educative (materiale informative, pliante, machete etc.)	

18. Cum apreciați nivelul prezent de pregătire al MSR în raport cu responsabilitățile pe care acesta le are la nivelul comunității:

1. Foarte bun
2. Bun
3. Satisfăcător
4. Slab
5. Foarte slab
6. NU ȘTIU

19. În care dintre următoarele domenii sau subiecte considerați că MSR trebuie să fie pregătit suplimentar: **VĂ RUGĂM SĂ MARCAȚI CU X RĂSPUNSUL DUMNEAVOASTRĂ.**

	DA	NU
1. Planificare familială, metode de prevenire a sarcinii, prezervativ		
2. Prevenirea și combaterea violenței în familie (violența domestică)		
3. Infecții cu transmitere sexuală, HIV/SIDA		
4. Sarcină, graviditate, lehuzie		
5. Îngrijirea nou-născutului, vaccinări		
6. Cancer genital sau mamar (la sân)		
7. Tuberculoză și tratamentul acesteia		
8. Asistența copilului și nou născutului (vaccinări etc.)		
9. Stil de viață sănătos (igiena personală, alimentație corectă etc.)		
10. Renunțarea la fumat		
11. Prevenirea și combaterea consumului de alcool		
12. Consiliere persoane cu handicap		
13. Consiliere persoane cu boli cronice (diabet, hipertensiune arterială)		
14. Gripa aviară		
15. Consiliere pentru obținerea actelor de identitate, a ajutorului social etc.		
16. Noțiuni legate de bolile copilului, recunoașterea acestora etc.		
17. ALTELE: (notați) _____		

Vă mulțumim pentru interesul acordat completării acestui chestionar!

CHESTIONAR PENTRU MEDIATORUL SANITAR PENTRU ROMI

JUDEȚ: _____

MEDIU: URBAN RURAL

1. De când lucrați ca și Mediator Sanitar?

Anul: _____ Luna: _____

2. Locuiți în aceeași localitate în care lucrați ca și Mediator Sanitar?

1. DA

2. DA, DAR DESERVESC ȘI ALTE LOCALITĂȚI DECÂT CEA ÎN CARE
LOCUIESC

2. NU

3. Câte comunități de romi deserviți în prezent?

_____ comunități

4. Numărul aproximativ de persoane de etnie romă de care vă ocupați în total este ...:

1. Mai puțin de 300

2. Între 300 și 500

3. Între 500 și 750

4. Peste 750 de persoane

5. NU ȘTIU CU EXACTITATE

5. În momentul de față colaborați cu un număr de:

_____ medici de familie

6. Cât de utilă considerați că este activitatea dumneavoastră în comunitățile de romi?

1. Foarte utilă

2. Utilă

3. Destul de utilă

4. Puțin utilă

5. Deloc utilă/Inutilă

6. NU ȘTIU

7. Care este în opinia dvs. cel mai important motiv pentru care considerați utilă prezența dvs. în comunitate? **VĂ RUGĂM SĂ ÎNCERCUIȚI NUMAI O SINGURĂ VARIANTĂ DE RĂSPUNS**

1. Creșterea gradului de informare a populației de etnie romă cu privire la propria sănătate

2. Creșterea accesului la serviciile medicale a persoanelor de etnie romă

3. Creșterea încrederii între persoanele de etnie romă și medicul de familie/autorități

4. Facilitarea comunicării între persoanele de etnie romă și medicul de familie/autorități

5. Facilitarea încadrării sociale a membrilor din comunitățile de romi (acte de identitate, ajutor social)

6. ALTELE: _____

7. NU ȘTIU

8. Cum apreciați în general colaborarea dvs. cu populația de etnie romă din comunitatea pe care o deserviți?

1. Foarte bună
 2. Bună
 3. Medie
 4. Dificilă
 5. Foarte dificilă
 6. NU ȘTIU

9. Cum apreciați în general colaborarea dvs. cu medicul de familie din comunitatea pe care o deserviți?

1. Foarte bună
 2. Bună
 3. Medie
 4. Dificilă
 5. Foarte dificilă
 6. NU ȘTIU

10. Considerați că în prezent relația dintre dvs. și medicul de familie este...:

1. De subordonare
2. De colaborare
3. NU ȘTIU

11. Cum apreciați în general colaborarea dvs. cu ceilalți factori implicați în comunitatea dvs.? **Vă rugăm să notați cu X în dreptul fiecărei variante – 1 înseamnă FOARTE BUNĂ iar 5 înseamnă FOARTE SLABĂ**

	1	2	3	4	5	Nu știu	Nu este cazul
Asistent medic de familie							
Asistent medical comunitar							
Medicul coordonator din ASP							
Reprezentanți ai Biroului Județean pentru Romi de la nivelul Prefecturii							
Reprezentanți ONG-uri locale pentru romi							
Reprezentanți autorități locale (primării)							
Reprezentanți ai Birourilor Regionale ale Agenției Naționale pentru Romi							
Reprezentanți ai Departamentului pentru Protecția Mamei și Copilului							
Reprezentanți ai Inspectoratului Școlar							
Reprezentanți ai școlilor din comunitate							
Asistent social din Primărie							
Medici din Cabinetele de Planificare Familială							

12. De unde ați primit fișa postului în care sunt descrise atribuțiile și responsabilitățile dvs.?

1. De la ASP (Autoritatea de Sănătate Publică)
2. De la Spitalul teritorial
3. De la formatori
4. De la medicul de familie
5. De la ROMANI CRISS
6. ALTELE: _____
7. NU AM PRIMIT FIȘA POSTULUI PÂNĂ ÎN PREZENT
8. NU ȘTIU

13. Responsabilitățile și atribuțiile pe care le aveți în cadrul comunității vă sunt în totalitate

clare?

1. DA
2. NU

14. Vă rugăm să scrieți trei dintre atribuțiile dvs. pe care le considerați ca fiind cele mai importante pentru comunitate:

1. _____
2. _____
3. _____
4. NU ȘTIU

15. Ce responsabilități suplimentare considerați că ar trebui adăugate atribuțiilor dvs.?

1. _____
2. _____
3. _____
4. NU TREBUIE ADĂUGATE RESPONSABILITĂȚI NOI/ATRIBUȚIILE PREZENTE SUNT SUFICIENTE
5. NU ȘTIU

16. Ce responsabilități prezente ale dvs. considerați că ar trebui eliminate?

1. _____
2. _____
3. _____
4. NU TREBUIE ELIMINATĂ NICI O RESPONSABILITATE
5. NU ȘTIU

17. Care este numărul aproximativ al persoanelor din comunitatea pe care o deserviți care nu sunt înscrise pe listele medicului de familie în momentul de față?

1. Aproximativ _____ persoane
2. NU ȘTIU

18. De când lucrați ca și mediatore sanitară câte persoane ați ajutat să se înscrie pe listele medicului de familie?

1. Aproximativ _____ persoane
2. NU ȘTIU

19. Câte persoane ați ajutat în anul 2006 să se înscrie pe listele medicului de familie?

1. _____ persoane
2. NU ȘTIU

20. S-a întâmplat vreodată să nu reușiți să înscrieți la medicul de familie unele persoane din comunitatea dumneavoastră deoarece....? **NOTAȚI CU X RĂSPUNSUL DUMNEAVOASTRĂ**

	DA	NU	NU ȘTIU
1. Persoana respectivă nu a dorit acest lucru?			
2. Medicul de familie nu l-a primit (medicul de familie avea listele de pacienți complete)?			

3. Persoana respectivă nu avea acte de identitate?			
--	--	--	--

21. De când lucrați ca și mediatoare sanitară câte persoane ați ajutat să beneficieze de ajutor social?

1. Aproximativ _____ persoane
2. NU ȘTIU

22. Câte persoane ați ajutat în anul 2006 să beneficieze de ajutor social?

1. Aproximativ _____ persoane
2. NU ȘTIU

23. Pe parcursul anului 2006 ați desfășurat următoarele activități: **NOTAȚI CU X RĂSPUNSUL DUMNEAVOASTRĂ**

	DA	NU	NU ȘTIU
1. Catagrafierea gravidelor și lehzurilor			
2. Catagrafierea populației infantile a comunității			
3. Catagrafierea populației de romi din comunitate (nou veniți în comunitate etc.)			
4. Facilitarea obținerii de ajutor social			
5. Facilitarea înscrierii pe listele medicului de familie			
6. Activități de informare și educare a populației			
7. Activități de Planificare Familială			
8. Vizite la domiciliu în comunitate			
9. Vizite în școli (triaj în școli după vacanțe)			

24. Câte activități de informare și educare ați organizat la nivel de comunitate în anul 2006?

1. Aproximativ _____ activități
2. NU ȘTIU

25. La sesiunile de informare și educare desfășurate de dvs. în anul 2006 ați discutat despre.....: **NOTAȚI CU X RĂSPUNSUL DUMNEAVOASTRĂ**

	DA	NU	NU ȘTIU
1. Planificare familială, metode de prevenire a sarcinii, prezervativ			
2. Prevenirea și combaterea violenței în familie (violența domestică)			
3. Infecții cu transmitere sexuală, HIV/SIDA			

4. Sarcină, graviditate, lehuzie			
5. Îngrijirea nou-născutului, vaccinări			
6. Cancer genital sau mamar (la sân)			
7. Tuberculoză și tratamentul acesteia			
8. Asistența medicală a copilului și nou născutului (vaccinări etc.)			
9. Promovarea alăptatului la sân			
10. Stil de viață sănătos (igiena personală, alimentație corectă etc.)			
11. Renunțarea la fumat			
12. Consumul de alcool			

26. Considerați că aveți în acest moment dotări adecvate activității pe care o desfășurați?

1. DA
2. NU
3. NU ȘTIU

27. De care dintre următoarele facilități suplimentare credeți că aveți nevoie pentru buna desfășurare a activității dvs.? **VĂ RUGĂM SA MARCAȚI CU X RĂSPUNSUL DUMNEAVOASTRĂ.**

FACILITĂȚI SUPLIMENTARE	Am nevoie	Nu am nevoie
1. Decontarea/asigurarea transportului spre comunitățile unde nu există transport în comun		
2. Un număr mai mare de materiale de suport pentru sesiunile educative (materiale informative, pliante, machete, etc.)		
3. Mici atenții/cadouri pentru participanții la sesiunile educative sau pentru vizitele în comunitate/la domiciliu		
4. Trusă de prim ajutor		
5. Cartele telefonice		
6. Echipament de lucru		
7. Bani în avans pentru achiziționarea de cartele telefonice, transport, etc.		

28. Marcați cu X în coloanele din dreapta din lista de mai jos dotările pe care le dețineți sau nu le dețineți în prezent:

DOTĂRI/FACILITĂȚI	Dețin	Nu dețin
1. Telefon mobil		
2. Mijloc de transport (mașină, bicicletă etc.)		
3. Pelerine de ploaie		

4. Cizme din cauciuc		
5. Spațiu de lucru propriu (o încăpere)		
6. Calculator		
7. Acces la internet		

29. Cum apreciați nivelul prezent de pregătire al dvs. în raport cu responsabilitățile pe care le aveți la nivelul comunității:

1. Foarte bun
2. Bun
3. Satisfăcător
4. Slab
5. Foarte slab
6. NU ȘTIU

30. În care dintre următoarele domenii sau subiecte considerați că trebuie să fiți pregătită suplimentar: **VĂ RUGĂM SĂ MARCAȚI CU X RĂSPUNSUL DUMNEAVOASTRĂ.**

	DA	NU
1. Planificare familială, metode de prevenire a sarcinii, prezervativ		
2. Prevenirea și combaterea violenței în familie (violența domestică)		
3. Infecții cu transmitere sexuală, HIV/SIDA		
4. Sarcină, graviditate, lehozic		
5. Îngrijirea nou-născutului, vaccinări		
6. Cancer genital sau mamar (la sân)		
7. Tuberculoză și tratamentul acesteia		
8. Asistența copilului și nou născutului (vaccinări etc.)		
9. Stil de viață sănătos (igiena personală, alimentație corectă etc.)		
10. Renunțarea la fumat		
11. Prevenirea și combaterea consumului de alcool		
12. Consiliere persoane cu handicap		
13. Consiliere persoane cu boli cronice (diabet, hipertensiune arterială)		
14. Gripa aviară		
15. Consiliere pentru obținerea actelor de identitate, a ajutorului social etc.		
16. Noțiuni legate de bolile copilului, recunoașterea acestora etc.		
17. ALTELE: (notați) _____		

7.2. LEGISLAȚIE - ORDIN Nr. 619/ 14 august 2002

ORDIN Nr. 619 din 14 august 2002

pentru aprobarea funcționării ocupației de mediator sanitar și a Normelor tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari în anul 2002

EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI FAMILIEI

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 655 din 3 septembrie 2002

Ministrul Sănătății și familiei,
având în vedere prevederile Hotărârii Guvernului nr. 430/2001 privind aprobarea Strategiei Guvernului României de îmbunătățire a situației romilor,
în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 22/2001 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății și Familiei, cu modificările și completările ulterioare,
văzând Referatul de aprobare nr. D.B. 9.242 din 7 august 2002,
emite următorul ordin:

ART. 1

Se aprobă funcționarea în unitățile sanitare din România a mediatorilor sanitari, ocupație care se regăsește în Clasificarea Ocupațiilor din România (COR) a Ministerului Muncii și Solidarității Sociale, cuprinsa în codul 513902.

ART. 2

Normele tehnice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari în anul 2002 sunt prevăzute în anexa nr. 1 care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 3

Se aprobă lista localităților prioritare și a numărului de locuri aprobate pe localitate pentru funcționarea mediatorilor sanitari în anul 2002, prevăzută în anexa nr. 2 care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 4

Direcțiile generale și direcțiile din cadrul Ministerului Sănătății și Familiei, Comisia ministerială pentru romi a Ministerului Sănătății și Familiei, direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, precum și unitățile sanitare vor aduce la îndeplinire dispozițiile prezentului ordin.

ART. 5

Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății și familiei,
Daniela Bartoș

ANEXA 1

NORME TEHNICE

privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității mediatorilor sanitari în anul 2002

CAP. 1

Aspecte generale de organizare

ART. 1

Dezvoltarea sistemului de mediatorii sanitari comunitari din cadrul comunităților de romi reprezintă obiectivul 2 al intervenției 12 - Promovarea sănătății femeii și copilului la nivel comunitar - din Programul de sănătate a copilului și familiei, conform anexei nr. 3 la Ordinul

ministrului sănătății și familiei și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 85/65/2002 pentru aprobarea subprogramelor de sănătate și a Normelor metodologice privind finanțarea, raportarea și controlul indicatorilor prevăzuți în programele, respectiv în subprogramele, de sănătate finanțate din bugetul Ministerului Sănătății și Familiei și din bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate în anul 2002, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 176 din 13 martie 2002.

ART. 2

Funcționarea mediatorilor sanitari comunitari, angajați pe durata determinată, se finanțează din bugetul Ministerului Sănătății și Familiei, prin fondurile alocate derulării Programului de sănătate a copilului și familiei, titlul "Transferuri", în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății și familiei și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 85/65/2002.

Fondurile sunt destinate cheltuielilor de personal, inclusiv de deplasare, cheltuielilor legate de instruirea personalului, precum și cheltuielilor de materiale (consumabile), în limita bugetului aprobat în condițiile legii.

ART. 3

Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București vor nominaliza unitățile sanitare finanțate din venituri extrabugetare, responsabile pentru realizarea obiectivului 2 al intervenției 12 - Promovarea sănătății femeii și copilului la nivel comunitar - din Programul de sănătate a copilului și familiei. În conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății și familiei și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 85/65/2002, coordonatorii locali ai Programului de sănătate a copilului și familiei răspund de organizarea și monitorizarea activităților specifice, de utilizarea fondurilor alocate potrivit destinației stabilite și de raportarea indicatorilor de evaluare ai programului.

ART. 4

Mediatorul sanitar se asimilează cu funcția de instructor de educație din punct de vedere al salarizării, salarizarea efectuându-se conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 24/2000, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 5

Mediatorii sanitari au rolul principal de a înlesni comunicarea dintre comunitățile de romi și cadrele sanitare, contribuind la creșterea eficacității intervențiilor de sănătate publică. Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, prin intermediul Compartimentului asistență socială și familială și al Biroului managementul îngrijirilor de sănătate, sunt responsabile pentru organizarea programului de formare și funcționare a mediatorilor sanitari comunitari, conform prevederilor cap. II și III.

ART. 6

Selecția persoanelor apte pentru îndeplinirea rolului de mediator sanitar va fi efectuată de către reprezentanții societății civile rome.

În cazul comunităților compacte de romi persoanele pentru îndeplinirea rolului de mediator sanitar vor fi selectate pe baza recomandării și acordului conducătorului recunoscut al comunității.

Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București pot accepta din partea conducătorului comunității de romi recomandări directe pentru angajarea mediatorilor sanitari comunitari sau propuneri individuale, cu acordul conducătorului comunității de romi.

În localitățile în care teritoriul deservit de către un mediator sanitar comunitar cuprinde mai multe subgrupuri ale populației rome, în lipsa conducătorului unic recunoscut al acestora pot exista propuneri pentru ocuparea postului de mediator sanitar din partea mai multor organizații active de romi. În acest caz se va organiza concurs pentru ocuparea postului de mediator sanitar comunitar. Criteriile de organizare a concursurilor pe post vor fi elaborate de către Comisia ministerială pentru romi a Ministerului Sănătății și Familiei.

CAP. 2

Formarea mediatorilor sanitari comunitari

ART. 7

Formarea mediatorilor sanitari comunitari se efectuează de către Ministerul Sănătății și Familiei prin direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, în colaborare cu organizațiile societății civile române.

Tematica de instruire a mediatorilor sanitari comunitari cuprinde noțiuni de comunicare, aspecte legate de funcționarea sistemului medical privind accesul populației la serviciile preventive și curative, modalitatea încadrării în sistemul asigurărilor de sănătate, precum și noțiuni de prim ajutor, conform reglementărilor referitoare la educația civică din domeniu. Mediatorul sanitar nu are dreptul efectuării actelor medicale.

Programul de formare a mediatorilor sanitari comunitari include cursuri de formare teoretică și pregătire profesională practică la locul de muncă.

Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii "Romani CRISS" asigură organizarea cursurilor de formare teoretică a mediatorilor sanitari în anul 2002. Acordul cu privire la implementarea sistemului mediatorului sanitar în comunitățile de romi, încheiat în anul 2001 între Ministerul Sănătății și Familiei și Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii "Romani CRISS", reglementează relațiile de colaborare dintre Ministerul Sănătății și Familiei și Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii "Romani CRISS".

Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București vor sprijini derularea procesului de pregătire teoretică a mediatorilor sanitari, prin asigurarea consultanței tehnice și a spațiilor necesare desfășurării cursurilor de formare a mediatorilor sanitari.

Direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, prin Compartimentul de asistență socială și familială și prin Biroul managementul îngrijirilor de sănătate, vor asigura organizarea și monitorizarea procesului de pregătire profesională practică la locul de muncă a mediatorilor sanitari comunitari, conform metodologiei elaborate de Comisia ministerială pentru romi a Ministerului Sănătății și Familiei.

Absolvenții cursurilor de instruire teoretică a mediatorilor sanitari vor efectua 3 luni de pregătire profesională la locul de muncă, pe lângă personalul medical calificat, în cadrul compartimentelor direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București sau/și în cadrul unităților sanitare de contact.

Unitatea sanitară de contact (cabinet medical, spital) se stabilește de către directorul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, criteriul de baza al deciziei fiind accesibilitatea, prin intermediul mijloacelor de transport în comun, dintre comunitatea deservită de mediatorul sanitar și unitatea sanitară în cauză. Unitatea sanitară de contact este structura organizatorică ce se implică în procesul de formare și funcționare a acelor mediatorii sanitari care își desfășoară activitatea în localități distincte de municipiul de reședință a direcției de sănătate publică teritoriale.

La sfârșitul stagiului de practică medicul îndrumător de practică certifică parcurgerea perioadei de pregătire practică și eliberează caracterizarea viitorului mediator sanitar privind capacitatea de îndeplinire a atribuțiilor cuprinse în fișa postului.

Absolvenții cursurilor de instruire a mediatorilor sanitari, efectuate în cadrul proiectelor specifice, derulate, în perioada anterioară aprobării prezentului ordin, prin intermediul organizațiilor societății civile române, altele decât Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii "Romani CRISS", au posibilitatea echivalării pregătirii teoretice, pe baza documentelor de certificare a absolvirii cursurilor, eliberate de organizatorii cursurilor de instruire.

Persoanele selectate de reprezentanții societății civile române pentru localitățile prioritare pentru funcționarea mediatorilor sanitari în anul 2002, conform listei prevăzute în anexa nr. 2, dar care nu au urmat nici o formă organizată de cursuri de instruire a mediatorilor sanitari, vor

fi formate de direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, prin Biroul managementul îngrijirilor de sănătate, în colaborare cu Centrul Romilor pentru Intervenție Socială și Studii "Romani CRISS".

Șeful Biroului managementul îngrijirilor de sănătate coordonează și monitorizează procesul de formare a mediatorilor sanitari, conform metodologiei elaborate de Comisia ministerială pentru romi a Ministerului Sănătății și Familiei.

Mediatorii sanitari comunitari vor fi angajați pe baza documentelor de absolvire a cursurilor de instruire teoretică și vor parcurge stagiul practic de pregătire profesională la locul de muncă pentru eliberarea certificatului de mediator sanitar.

La finalizarea stagiului practic de pregătire profesională la locul de muncă în vederea eliberării certificatelor de absolvire șeful Biroului managementul îngrijirilor de sănătate din cadrul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București va înainta Ministerului Sănătății și Familiei - Direcția generală resurse umane, formare profesională, concursuri și examene dosarul fiecărui cursant, întocmit pe baza metodologiei elaborate de Comisia ministerială pentru romi a Ministerului Sănătății și Familiei.

ART. 8

Finanțarea formării teoretice a persoanelor selectate de reprezentanții societății civile romi pentru localitățile prioritare pentru funcționarea mediatorilor sanitari în anul 2002, conform listei prevăzute în anexa nr. 2, care nu au urmat nici o formă organizată de cursuri de instruire a mediatorilor sanitari, se va asigura atât din fondurile alocate prin Programul de sănătate a copilului și familiei, conform Ordinului ministrului sănătății și familiei și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 85/65/2002, cât și din surse extrabugetare, prin intermediul organizațiilor societății civile romi care desfășoară activități în scopul îmbunătățirii situației romilor și care și-au asumat responsabilitatea identificării resurselor financiare pentru realizarea programelor de îmbunătățire a stării de sănătate a etniei romilor.

CAP. 3

Condițiile de funcționare a mediatorilor sanitari

ART. 9

Mediatorul sanitar comunitar deservește o populație de romi numărând 500 - 750 de persoane (copii între 0 - 16 ani și femei de vârstă reproductivă).

La dispoziția coordonatorului local al Programului de sănătate a copilului și familiei, în cazul intervențiilor majore de sănătate publică (campanii de imunizări, depistarea în masă a bolilor, campanii de promovare a sănătății etc.), mediatorii sanitari își vor extinde raza de activitate și în celelalte zone cu populație de romi din unitatea administrativă deservită (oraș, comună etc.), în care nu funcționează mediator sanitar.

În cazul identificării problemelor deosebite de sănătate publică direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București pot solicita Ministerului Sănătății și Familiei aprobarea angajării unui mediator sanitar pentru deservirea unei populații de romi numărând mai puțin de 500 de persoane.

ART. 10

Programul de lucru al mediatorilor sanitari comunitari este de 40 de ore pe săptămână. Compartimentul asistență socială și familială din cadrul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București va întocmi lunar, pe baza atribuțiilor incluse în fișa postului, lista activităților prioritare pentru mediatorii sanitari pentru luna respectivă, cu estimarea timpului necesar efectuării acestora.

În stabilirea listei atribuțiilor mediatorilor sanitari se va ține seama de necesitățile altor compartimente (epidemiologie, promovarea sănătății etc.) din structura direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, privind implicarea mediatorilor sanitari în derularea intervențiilor majore de sănătate publică (campanii de imunizări, depistarea în masă a

bolilor, campanii de promovare a sănătății etc.), fiind luate în considerare și recomandările medicului desemnat de direcția de sănătate publică județeană sau a municipiului București din cadrul unității sanitare de contact.

Mediatorul sanitar își prezintă rapoartele de activitate săptămânale în scris, pe activități și ore de muncă îndeplinite, medicului desemnat de direcția de sănătate publică județeană sau a municipiului București din cadrul unității sanitare de contact. Medicul contrasemnează acest raport, certificând efectuarea acțiunilor din săptămâna respectivă, și îl transmite Compartimentului asistență socială și familială din cadrul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București.

Mediatorul sanitar își prezintă rapoartele de activitate lunare în scris medicului coordonator din cadrul Compartimentului de asistență familială și socială al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, desemnat pentru supravegherea activității mediatorilor sanitari din teritoriu de către directorul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București.

Cheltuielile de deplasare a mediatorilor sanitari comunitari în scopul prezentării rapoartelor săptămânale și lunare sunt acoperite din fondurile alocate derulării Programului de sănătate a copilului și familiei, obiectivul 2 al intervenției 12.

ART. 11

Fișa postului pentru mediatorul sanitar va cuprinde datele conform reglementarilor în vigoare, precum și următoarele:

A. Cerințe:

- în vederea îndeplinirii rolului de mediator sanitar comunitar, în cadrul Programului de sănătate a copilului și familiei vor fi angajate femei.

a) Studii: absolvirea învățământului obligatoriu

b) Alte cerințe specifice:

- abilități de comunicare cu autoritățile locale și comunitatea din care face parte;
- calități personale în raport cu funcția de execuție: disciplinat, punctual, receptiv față de cunoștințele specifice muncii, cu simț de răspundere;
- capacitatea de a reprezenta veriga dintre cultura comunității și ansamblul culturii naționale;
- calități etice și morale, recunoscute de comunitatea din care face parte;
- capacitatea de păstrare a confidențialității.

B. Relații:

a) ierarhice - este subordonat medicului/medicului șef de compartiment;

b) funcționale:

- interne - cu personalul din compartimentele/secțiile din cadrul instituției;
- externe - cu conducătorul și membrii comunității, cu organizația neguvernamentală care participă la procesul de monitorizare și evaluare a mediatorului sanitar;

c) de colaborare - cu unități medicale, primărie, instituții guvernamentale, organizații neguvernamentale etc.

Relațiile funcționale și de colaborare se vor exercita sub coordonarea superiorului ierarhic, cu informarea imediată a acestuia despre intențiile, respectiv rezultatele, contactării relațiilor menționate.

C. Atribuții și responsabilități:

a) cultivă încrederea reciprocă dintre autoritățile publice locale și comunitatea din care face parte;

- b) facilitează comunicarea dintre membrii comunității și personalul medico-sanitar;
- c) catagrafiază gravidele și lăuzele în vederea efectuării controalelor medicale periodice prenatale și post-partum; le explică acestora necesitatea și importanța efectuării acestor controale și le însoțește la aceste controale, facilitându-le comunicarea cu medicul de familie și cu celelalte cadre sanitare;
- d) explică noțiunile de bază și avantajele planificării familiale, încadrându-le în sistemul cultural tradițional al comunității de romi;
- e) catagrafiază populația infantilă a comunității;
- f) explică noțiunile de bază și importanța asistenței medicale a copilului;
- g) promovează alimentația sănătoasă, în special la copii, precum și alimentația la sân;
- h) urmărește înscrierea nou-născutului pe listele (titulare sau suplimentare) medicului de familie;
- i) sprijină personalul medical în urmărirea și înregistrarea efectuării imunizărilor în cadrul populației infantile din comunitate și a examenelor clinice de bilanț la copiii cu vârstă între 0 - 7 ani;
- j) explică avantajele includerii persoanelor în sistemul asigurărilor de sănătate, precum și procedeul prin care poate fi obținută calitatea de asigurat;
- k) explică avantajele igienei personale, a locuinței și a spațiilor comune; popularizează în cadrul comunității măsurile de igienă dispuse de autoritățile competente;
- l) facilitează acordarea primului ajutor prin anunțarea cadrelor medicale/serviciului de ambulanță și prin însoțirea echipelor care acordă asistență medicală de urgență;
- m) mobilizează și însoțește membrii comunității la acțiunile de sănătate publică (campanii de vaccinare, campanii de informare, educare, conștientizare din domeniul promovării sănătății, acțiuni de depistare a bolilor cronice etc.); explică rolul și scopul acestora;
- n) participă la depistarea activă a cazurilor de tuberculoză și a altor boli transmisibile, sub îndrumarea medicului de familie sau a cadrelor medicale din cadrul direcțiilor de sănătate publică județene sau a municipiului București;
- o) la solicitarea cadrelor medicale, sub îndrumarea strictă a acestora, explică rolul tratamentului medicamentos prescris, reacțiile adverse posibile ale acestuia și supraveghează administrarea medicamentelor (de exemplu: tratamentul strict supravegheat al pacientului cu tuberculoză);
- p) însoțește cadrele medico-sanitare în activitățile legate de prevenirea sau de controlul situațiilor epidemice, facilitând implementarea măsurilor adecvate (explică membrilor comunității rolul și scopul măsurilor de urmărit);
- q) semnalează cadrelor medicale apariția problemelor deosebite în cadrul comunității (focare de boli transmisibile, parazitoze, intoxicații, probleme de igienă apei etc.);
- r) semnalează în scris direcțiilor de sănătate publică județene sau a municipiului București problemele identificate privind accesul membrilor comunității pe care îi deservește la următoarele servicii de asistență medicală primară:
- imunizări, conform programului național de imunizări;
 - examenul de bilanț al copilului cu vârstă între 0 - 7 ani;
 - supravegherea gravidei, conform normelor metodologice emise de Ministerul Sănătății și Familiei;
 - depistarea activă a cazurilor de TBC;
 - asistență medicală de urgență;
- s) semnalează asistentului social cazurile potențiale de abandon al copiilor (cunoscând situația familiilor din comunitate, mediatorul sanitar poate afla intenția familiilor în situație socioeconomică disperată de a-și abandona copiii în instituții. Dacă sunt înștiințate din timp organismele abilitate, astfel de situații pot fi prevenite).

ART. 12

Datele obținute prin catagrafia gravidelor, lăuzelor și a populației infantile a comunității vor fi utilizate în interiorul sistemului sanitar, exclusiv în scopul ameliorării stării de sănătate a populației.

CAP. 4

Monitorizarea și evaluarea activității mediatorilor sanitari

ART. 13

(1) Personalul medical desemnat din cadrul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, respectiv din cadrul unităților de contact, va monitoriza activitatea mediatorilor sanitari. Monitorizarea eficienței și a condițiilor activității mediatorilor sanitari va fi efectuată și de organizațiile romilor care au participat la selecția persoanelor apte pentru îndeplinirea rolului de mediator sanitar, în vederea asigurării funcționării principiului nediscriminării în sistemul sanitar.

(2) Evaluarea performanței profesionale individuale a mediatorilor sanitari comunitari se va efectua în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 150/1999 privind aprobarea Metodologiei pentru stabilirea normelor de evaluare a performanțelor profesionale individuale și de aplicare a criteriilor de stabilire a salariilor de baza între limite pentru personalul de specialitate medico-sanitar și personalul auxiliar sanitar, încadrat în unități sanitare și de asistență socială, cu modificările și completările ulterioare. Evaluarea rezultatelor activității mediatorilor sanitari se va efectua pe baza metodologiei elaborate de Comisia ministerială pentru romi a Ministerului Sănătății și Familiei.

CAP. 5

Dispoziții finale

ART. 14

În termen de 3 luni de la aprobarea prezentului ordin Comisia ministerială pentru romi a Ministerului Sănătății și Familiei va elabora normele metodologice privind condițiile de atestare de către Ministerul Sănătății și Familiei a activității mediatorilor sanitari comunitari, condițiile și criteriile de organizare a concursurilor pentru ocuparea postului de mediator sanitar, precum și criteriile de evaluare a activității mediatorilor sanitari comunitari.

9.3. STUDII DE CAZ PRIVIND ATRIBUȚIILE MEDIATORILOR SANITARI ÎN COMUNITĂȚILE DE ROMI

STUDIUL DE CAZ - REZOLVAREA UNEI SITUAȚII SOCIALE

L.E., 65 de ani

Membră a comunității Budacu de Jos, comunitate formată din 4 sate (Budacu de Jos, Jena, Simionești, Buduș), aflată la 15 km de Bistrița, pe șosea asfaltată, acces bun. Legătura cu orașul este prin rată – există 2 rate pe zi. Comunitatea numără aproximativ 4.000 de membri, din care aproximativ jumătate sunt de etnie romă.

Persoana selectată locuiește în comunitatea de romi, la una dintre ulițele principale, într-o casă cu condiții minimale de locuit. Utilități disponibile: apă de la fântână. Casa este relativ curată și întreținută. În casă locuiește împreună cu nepoata sa, în vârstă de 13 ani. Singura sursă proprie de venit este pensia, în valoare de 47 RON.

Caz: la solicitarea bunicii, MSR a ajutat plasarea nepoatei sale în îngrijire; veniturile de întreținere a copilului în plasament de 80 RON și a ajutorului de mamă de 50 RON îi permit bunicii să aibă grijă de copil.

Nepoata pe care o are în plasament este singura fiică a fiului său – decedat; mama a abandonat copilul. Practic, fără sprijin din partea MSR, bunica nu ar fi putut crește copilul și nu ar fi avut resursele să o facă. Astfel, MSR a fost singura persoană care s-a implicat de la început până la sfârșit în soluționarea cazului – reunirea unei familii.

Atribuția corespunzătoare din termenii de referință:

s). semnaleză asistentului social cazurile potențiale de abandon al copiilor (cunoscând situația familiilor din comunitate, mediatorul sanitar poate afla intenția familiilor în situație socioeconomică disperată de a-și abandona copiii în instituții)

STUDIUL DE CAZ - REZOLVAREA UNEI SITUAȚII MEDICO-SOCIALE

A, 33 de ani

Membră a comunității Radu Negru (în orașul Brăila), comunitate formată din aprox. 500 de romi tradiționali. Persoana selectată locuiește în comunitatea de romi, într-o locuință insalubră formată din patru încăperi în care locuiesc 12 persoane. Nu au apă pentru că nu au avut bani să o plătească, iar acum iau apă de la canale. A. are 33 de ani și 9 copii.

Caz: Familia A. este foarte săracă. Din datele culese de la coordonatorul din ASP, MSR și MF în urmă cu un an situația familiei era una disperată. Nimeni din familie nu avea un loc de muncă stabil, nici unul dintre copii nu mergea la școală, nu aveau acte și nu erau înscriși la MF.

MSR face toate demersurile pentru obținerea actelor de identitate și a certificatelor de naștere pentru copii și facilitează înscrierea acestora pe listele MF. MSR reușește după câteva vizite la A. acasă să o informeze privind serviciile de planificare familială și să o însoțească la cabinetul PF din maternitate .

MSR insistă pe lângă familie să nu își mai trimită copii la cerșit sau la furat și îi convinge pe aceștia să meargă la școală “Mediatoarea m-a ajutat, mi-a dus copiii la școală, i-a scăpat de păduchi”.

În prezent MSR vizitează familia A. aproape săptămânal, le spune să ducă copiii la școală, să se spele, ducă copiii la vaccinare, le vorbește de sănătate în general.

Atribuția corespunzătoare din termenii de referință:

d) explică noțiunile de bază și avantajele planificării familiale, încadrându-le în sistemul cultural tradițional al comunității de romi;

j) explică avantajele includerii persoanelor în sistemul asigurărilor de sănătate, precum și procedeul prin care poate fi obținută calitatea de asigurat;

k) explică avantajele igienei personale, a locuinței și a spațiilor comune; popularizează în cadrul comunității măsurile de igiena dispuse de autoritățile competente;

STUDIUL DE CAZ - REZOLVAREA UNEI SITUAȚII MEDICO-SOCIALE

R, 30 de ani, nu este căsătorit. În urma unei transfuzii de sânge este infectat cu virusul HIV.

Caz: Nou venit în comunitate, R. este privit cu suspiciune de către ceilalți membrii ai comunității. În momentul în care aceștia afla că R. este infectat cu virusul HIV vor să îl determine să plece din imobil, acesta fiind la un pas de a fi linșat.

MSR află de situația creată și merge la fața locului și discută cu vecinii lui R. Merge la ASP și solicită pliante despre infecția cu HIV pe care le distribuie apoi în comunitate. O dată cu distribuirea pliantelor informează populația cu privire la căile de transmitere ale virusului HIV și îi convinge că R. nu este un pericol pentru cei din jur și că trebuie să îl accepte în comunitate.

Atribuția corespunzătoare din termenii de referință:

m) mobilizează și însoțește membrii comunității la acțiunile de sănătate publică (campanii de vaccinare, campanii de informare, educare, conștientizare din domeniul promovării sănătății, acțiuni de depistare a bolilor cronice etc.); explică rolul și scopul acestora;

STUDIUL DE CAZ - CREȘTEREA ADRESABILITĂȚII LA SERVICIUL DE PF PRIN INFORMARE COMPETENTĂ

S.L. , 21 de ani

Membră a comunității Săcele, comunitate formată din 12.000 romi, aflată lângă Brașov, pe șosea asfaltată, acces bun, transport facil până în Brașov (autobuze). Persoana selectată locuiește în comunitatea de romi, pe o uliță secundară, îngustă, neasfaltată, greu practicabilă în condiții de ploaie/gheață. Condițiile de locuit sunt precare. Utilități disponibile: curent electric, apă.

Caz: MSR a informat femeia cu privire la metodele de contracepție, a îndrumat-o către cabinetul de PF, iar în prezent respondentă utilizează contraceptive.

S., în vârstă de 21 de ani, are 3 copii. În urmă cu 4 ani, după nașterea celui de-al treilea copil, a ales utilizarea steriletului ca metoda de contracepție. În urmă cu 9 luni, a vrut să renunțe la sterilet și implicit la contracepție, considerând că acesta îi afectează sănătatea. În cadrul consilierii realizate de către MSR a reieșit că, în prezent, nu dorește să aibă alți copii. MSR i-a explicat în cadrul a 2-3 întâlniri care sunt metodele contraceptive disponibile și care sunt avantajele folosirii acestora și a îndrumat-o către cabinetul de PF. În urma vizitei la cabinetul de PF, respondentă folosește din nou metode contraceptive, fiind de această dată mai informată privind avantajele și dezavantajele metodei folosite.

Atribuția corespunzătoare din termenii de referință:

d) *explică noțiunile de bază și avantajele planificării familiale, încadrându-le în sistemul cultural tradițional al comunității de romi.*

STUDIU DE CAZ - REZOLVAREA UNEI SITUAȚII SOCIALE DIN COMUNITATE

F., 30 de ani

Membru al comunității „Doi Moldoveni” (în orașul Călărași), comunitate formată din aprox. 12.000 romi, în apropierea Spitalului Județean Călărași. Persoana selectată locuiește în comunitatea de romi, într-un bloc care nu beneficiază de căldură și electricitate. Condițiile de locuit sunt precare, iar familia are venituri foarte mici (bărbatul lucrează cu ziua, o altă sursă de venit fiind alocațiile copiilor). Utilități disponibile: curent electric și apă. F. are 30 de ani și 3 copii. Ea suferă de o boală cronică severă.

Caz: MSR a observat faptul că bebelușul de 1 an al familiei nu putea nici măcar să stea șezând la această vârstă. De asemenea, și-a dat seama că femeia nu poate avea grijă de el și de aceea copilul se află în pericol de a muri de foame. MSR a informat femeia cu privire la situația bebelușului. Împreună cu tatăl au ajuns la concluzia că este mai bine pentru toată lumea ca acesta să fie dus la spital și apoi dat în plasament.

Când a primit acordul femeii, MSR a apelat imediat la DPC Călărași care a inițiat o anchetă socială, a doua zi de la sesizare. În urma anchetei, copilul se află la Spitalul Județean la terapie intensivă pentru ca starea sa generală să se amelioreze (diagnostic de anemie și malnutriție), urmând ca la externare copilul să fie dus într-un centru de plasament.

Atribuția corespunzătoare din termenii de referință:

f) *explică noțiunile de bază și importanța asistenței medicale a copilului;*

g) *promovează alimentația sănătoasă, în special la copii, precum și alimentația la sân;*

s) *semnalează asistentului social cazurile potențiale de abandon al copiilor (cunoscând situația familiilor din comunitate, mediatorul sanitar poate afla intenția familiilor în situație socioeconomică disperată de a-și abandona copiii în instituții. Dacă sunt înștiințate din timp organismele abilitate, astfel de situații pot fi prevenite).*

STUDIU DE CAZ - REZOLVAREA UNEI SITUAȚII SOCIALE DIN COMUNITATE

A, 30 de ani

Locuiește în Craiova, într-o comunitate de romi situată la periferia orașului. Locuința este situată în apropiere de strada principală și are acces la mijloace de transport în comun. Comunitatea de romi numără aproximativ 10.000 de membri. Utilități disponibile: curent electric, căldură, apă caldă și rece. Casa este curată și întreținută. În casă locuiește împreună cu alte 7 persoane (3 copii, soțul, unchiul, mătușa și cei 2 copii ai unchiului). A. lucrează la un magazin din Craiova, iar soțul său este plecat la muncă în Spania.

Caz: MSR a ajutat la obținerea certificatului de naștere pentru ultimul copil al A, în vârstă de 6 ani.

În urmă cu 6 ani și jumătate, A. și-a găsit de un loc de muncă în Spania. Ajunsă aici și-a dat seama că este însărcinată, iar după 4 luni a născut la o maternitate din Spania. La plecarea din maternitate singurul act care i-a fost înmănat a fost un certificat de externare pe care era trecut numele copilului și al părinților. Ajunsă înapoi în țară, A. a încercat să obțină un certificat de naștere pentru copil, dar nu a reușit. În 2005, A. a aflat de la verișoară că există o persoană care o poate ajuta: mediatoarea.

După discuția cu A. mediatoarea a început să se implice în rezolvarea acestei probleme. După mai multe întâlniri cu reprezentanți ai Biroului Județean pentru romi, respectiv persoane din primărie și prefectură a reușit să obțină certificatul de naștere pentru copilul A.

A s-a hotărât să candideze și ea pentru un post de mediator în Craiova, pentru ca la rândul ei să poată oferi ajutor altor membri ai comunității.

Atribuția îndeplinită (neinclusă în TR):

- facilitarea încadrării sociale (obținerea actelor de identitate)

STUDIU DE CAZ - REZOLVAREA UNEI SITUAȚII MEDICALE

L., 15 ani

Locuiește în Timișoara, într-o comunitate de romi situată la periferia orașului; are acces la mijloace de transport în comun. Comunitatea de romi numără aproximativ 5000 de membri. Persoana selectată locuiește într-o casă cu condiții normale de locuit. Utilități disponibile: lumină, căldură, apă caldă și rece. Casa este curată și întreținută. L. este în prezent internată în spitalul județean Timișoara, cu diagnostic foarte grav ce necesită o intervenție chirurgicală.

Caz: MSR a ajutat la diagnosticarea și internarea L. în spital. Părinții ei nu cunosc foarte bine limba română și mai ales termenii medicali. Prezența mediatoarei a fost necesară, medicul putând să îi explice ei problema fetei, iar mediatoarea explicând părinților gravitatea situației.

În urma cu un an, L. a început să prezinte simptome digestive severe. Până să apeleze la mediatoarea sanitară, nimeni nu a știut ce se întâmplă cu fetița. În momentul în care mediatoarea a aflat s-a sfătuit cu familia și au ajuns la concluzia că trebuie să meargă la

medicul de familie, care i-a îndrumat către un medic specialist. Diagnosticul necesită intervenție chirurgicală pentru a-i oferi posibilitatea de a mai trăi. Deoarece părinții fetei nu cunosc foarte bine limba română, mediatoarea a fost cea care a avut dificila misiune de a explica situația.

Nota: înainte de a veni la interviu, mediatoarea a vizitat-o pe fetiță la spital.

Atribuția corespunzătoare din termenii de referință:

b) *facilitează comunicarea dintre membrii comunității și personalul medico-sanitar;*

STUDIU DE CAZ - REZOLVAREA UNEI SITUAȚII MEDICALE DIN COMUNITATE

E., 34 de ani

Membră a comunității de romi din comuna Pușcași situată la 10 km de municipiul Vaslui, comunitate formată din aprox. 700 de romi. Locuiește în comunitate, într-o locuință formată din două încăperi în care locuiesc 6 persoane. E. are 33 de ani și 4 copii.

Caz: În urmă cu câțiva ani soțul E. s-a îmbolnăvit de tuberculoză. A început de 2 ori tratamentul dar de tot atâtea ori a renunțat. Anul trecut doi dintre copii au fost depistați bK pozitiv.

Medicul de familie apelează la MSR care vizitează de câteva ori familia E pentru a le explica riscurile pe care le presupune tuberculoza și neurmarea tratamentului. La intervenția mediatoarei, soțul este de acord să înceapă un nou tratament. Mediatoarea a vizitat familia E. săptămânal și a supravegheat administrarea tratamentului. Cei trei membri ai familiei E. bolnavi de tuberculoza urmează tratamentul prescris, iar în prezent sunt considerați a fi vindecați.

Atribuția corespunzătoare din termenii de referință:

o). *la solicitarea cadrelor medicale, sub îndrumarea strictă a acestora, explică rolul tratamentului medicamentos prescris, reacțiile adverse posibile ale acestuia și supraveghează administrarea medicamentelor (de exemplu: tratamentul strict supravegheat al pacientului cu tuberculoza);*

STUDIU DE CAZ - REZOLVAREA UNEI SITUAȚII SOCIALE

M, 26 de ani

Membră a comunității de romi din comuna Pușcași situată la 10 km de municipiul Vaslui, comunitate formată din aprox. 700 de romi. M. locuiește în comunitatea de romi împreună cu soțul ei și cei patru copii. Soțul este șomer de câțiva ani; pentru a putea supraviețui el vinde fier vechi. În aceeași casă mai locuiesc și cele 3 surori ale M. și soții acestora.

Caz: M. are o situație precară, nu le ajung banii, de multe ori nu au ce mânca. Deși nu mai dorește să mai aibă copii, M. nu folosește o metodă modernă de contracepție. În ultimul an ea a rămas însărcinată de 2 ori, dar a pierdut ambele sarcini.

MSR prezintă cazul M. asistentului social. Ca urmare a anchetei sociale familia va beneficia de ajutor social. De asemenea, MSR discuta cu M. despre metodele de contracepție. Cu toate că la început soțul nu este de acord cu utilizarea contracepției, mediatoarea discută cu acesta explicându-i riscurile la care expusă M. în cazul în care rămâne gravidă încă o dată, precum și dificultățile prin care vor trece în cazul în care vor avea un al cincilea copil.

Atribuția corespunzătoare din termenii de referință:

d) *explică noțiunile de bază și avantajele planificării familiale, încadrându-le în sistemul cultural tradițional al comunității de romi;*
- *facilitarea încadrării sociale (obținerea ajutorului social) – atribuție necuprinsă în TR ai MSR*

9.4. ABREVIERI UTILIZATE ÎN TEXT

AM	– Asistent medical
AMC	– Asistent medical comunitar
ANR	– Agenția Națională pentru Romi
ASP	– Autoritatea de Sănătate Publică
BJR	– Biroul Județean pentru Romi
IEC/ BCC	– Informare – Educare – Comunicare/ Behavior Change Communication
MF	– Medic de familie
MSR	– Mediator Sanitar pentru Romi
ONG	– Organizație non-guvernamentală
PF	– Planificare familială
SR	– Sănătatea reproducerii
TR	– Termeni de referință