

MANAGEMENTUL NECONFORMITĂȚILOR MEDICALE – SIGURANȚA PACIENTULUI –

Doamnelor și domnilor colegi,
Stimați invitați,

Discursul meu are trei părți doar aparent distincte. În prima parte am să vă prezint pe scurt un bilanț lăsând detalierea realizărilor să fie prezentată de către distinșii mei colegi din Biroul Executiv în rapoartele dumnealor.

Pentru început, iată cifrele primite de la CNAS, informație pentru care îi mulțumim Dnei. Președinte Adela Cojan:

- numărul de servicii din sectorul medicinei de familie: 30.720.485
- numărul de servicii efectuate-specialități paraclinice: 35.203.981

Am să vă amintesc doar la capitolul realizări ale acestui mandat despre decizia nr. 12 referitoare la Educația Medicală Continuă, despre noul certificat de membru al C.M.R., despre Registrul Medicilor, despre Statutul C.M.R. și Codul Deontologic, despre realizări în domeniul economico-social, obținute evident nu doar prin munca noastră ci prin conlucrare și acțiune sinergică cu sindicatele, patronatele și cu factorii de decizie (contractele separate de plată a gărzilor, salariile medicilor angajați, creșterile de venit, atât cât au fost pentru medicii din Ambulatoriul de specialitate și pentru medicii de Medicină de familie), Președinția UEMO, Vicepreședinția CEOM, activitatea în WMA, soldată cu adoptarea de către acest organism a temei ”Relația Medic-Pacient” de introdus în Patrimoniul Universal Imaterial UNESCO. Nu în ultimul rând, sediul CMR.

Vă informez acum și vom discuta la timpul potrivit, așa cum vedeți pe ordinea de zi, că propunem noii Adunări Generale ce va fi aleasă în luna martie, să organizeze o sesiune extraordinară dedicată adoptării unor hotărâri care să vorbească despre politica, doctrina Colegiului Medicilor, în probleme de poziție în sistemul sanitar din România. Dorim în acest sens să vă propunem a realiza un sondaj sociologic profesionist care să ne ofere date obiectiv științifice în legătură cu percepția societății față de profesia noastră și față de medici, cu percepția medicilor față de sistemul sanitar public și privat, față de rolul și poziția medicului în societate, rezultatele acestui sondaj putând a ne fi de folos în anii care urmează pentru clarificarea poziției profesiei noastre. Atât față de sine cât și față de societate.

Molière – „Nu suntem responsabili doar pentru ceea ce facem ci și pentru ceea ce nu facem”. Acesta este un apel nu doar pentru implicare profesională ci și în politica profesiei și socială a medicilor, ca un grup de elită al societății.

Pacient și medic în sistemul de sănătate. În deplină cunoștință de cauză că sistemul de sănătate nu este o economie a sănătății sau o industrie, că medicii nu sunt comercianți iar pacienții nu sunt clienți, că sănătatea și boala nu sunt mărfuri iar concurența și economia de piață nu sunt leacuri pentru rezolvarea problemelor din sănătate, că diagnosticul și terapia nu au voie să fie doar obiect economic, arăt că sistemul de sănătate românesc este de prea mulți ani obiectul reformelor și al legilor de limitare a costurilor. Acestea au avut efecte negative atât asupra îngrijirii pacienților cât și asupra condițiilor exercitării profesiei de medic.

Următoarele explicații îndeobște cunoscute de către noi pot folosi la înțelegerea situației profesionale a medicilor și pot naște propuneri constructive pentru un sistem mai funcțional.

Relația bună dintre medic și pacient. Din punctul nostru de vedere, încercarea politică de a reglementa și de a administra sistemul de sănătate pornește de la imaginea greșită a

evenimentelor medicale. Majoritatea actelor de reformă vădesc o imagine mai degrabă mecanică a evenimentelor terapeutice, care pornește de la o înțelegere naivă a construirii și reconstruirii sănătății ca responsabilitate a medicului. Dar pentru că sănătatea nu poate fi nici comandată nici construită, pentru că depinde esențial de colaborarea pacientului, relația cu el nu poate fi nici standardizată.

Munca medicilor. Medicina nu este o știință naturală exactă, ea nu respectă întotdeauna reguli strict cauzale iar rezultatele sale nu sunt reproductibile întotdeauna în mediul strict de încercare. Medicina este mai degrabă o știință practică, bazată pe experiență, se folosește de metodele naturale, de psihologie, de științele sociale, de comunicare, în general de științele umaniste, într-o anumită măsură chiar și de teologie. Cunoștințele medicale dobândite cu greu prin studiu și prin experiență astăzi, adesea, se perimează în timp scurt. Gândirea medicală la caz este o chestiune individuală în raportul medicului cu acel pacient. Libertatea de terapie este esențială atât pentru pacienți cât și pentru medici. Medicul este responsabil pentru terapia aleasă. Standardizarea schematică impusă pe criterii politico-economice nu poate decât să deterioreze încrederea pacientului în medic și să frustreze medicul. Medicul este privat de libertatea sa, pacientul se îndoiește de independența medicului. Doar un medic liber în alegere poate alege forma și conținutul terapiei corespunzătoare pentru fiecare caz.

Deteriorarea raportului de încredere prin administrare și raționalizare. Până nu demult libertatea terapiei era limitată doar prin preceptul existent dintotdeauna conform căruia prestațiile trebuie să fie suficiente, adaptate scopului și juste economic și nu trebuie să depășească măsura necesității. Politica de limitare a costurilor are efect de sporire a constrângerilor: serviciile nu mai pot fi efectuate în măsura recomandată și/sau la momentul potrivit, astfel s-a alterat relația tradițională medic-pacient sau cel puțin a fost deranjată. S-a considerat necesar a fi introduse cataloage ale serviciilor în cadrul asigurărilor sociale de sănătate, protocoale terapeutice, care să fie respectate în cazul fiecărui diagnostic. Stabilirea măsurii serviciilor oferite revine acum Ministerului Sănătății și CNAS. Acestea emit linii directoare, obligatorii de drept pentru cei implicați. Conform reglementărilor actuale, ne întrebăm cine mai definește misiunea de tratament a medicului?

1. Legiuitorul prin reglementările catalogului de servicii și protocoale terapeutice
2. Partenerul contractual prin finanțarea limitată
3. Asiguratul prin deciziile sale de alegere
4. Și abia în final medicul în raportul final de îngrijire.

Așteptările pacientului de la un sistem medical bun. Pentru pacient, devotamentul profesional al medicului se află în prim plan. El așteaptă pe lângă competență și diligență, pe lângă aplicarea standardelor științei, timp și omenie în întâlnirea lui cu medicul. Așteaptă să fie tratat ca un subiect uman în sine, nu ca un obiect al muncii medicului, ca un cod numeric personal sau un cod de boală. Numai în condiții corecte, medicul poate îndeplini așteptarea legitimă a pacientului de a beneficia de o îngrijire individuală calificată. Statul ar trebui să întărească rolul său împreună cu Colegiul Medicilor la creșterea competenței profesionale, la respectul principiilor eticii medicale, la creșterea rolului medicului de avocat al pacientului. Sunt greu de înțeles și inadmisibile propuneri de reglementări financiare (ex. bonus-malus) care pot face pacienții să își imagineze că pentru deciziile medicale ar fi importante și aspecte materiale în folosul medicului. Ar trebui să înceteze politica medicală prin care se dă o impresie falsă că promisiunile obișnuite universale, de servicii ale asigurărilor de sănătate, ar putea fi menținute și în cazul resurselor limitate fără a crea inechitate în îngrijire. Altminteri, la întâlnirea dintre medic și pacient se nasc probleme de nerezolvat. Medicul este acela care trebuie să explice pacienților limitarea de serviciu.

Progresul științific a condus la extinderea permanentă a cunoștințelor și experienței medicale. Lucrul acesta face posibil ca pacientului să îi fie prezentate metode de diagnostic și

terapie din ce în ce mai eficiente și, de cele mai multe ori, mai costisitoare. ”Societatea vieții lungi” a apărut nu doar, dar și prin progresul medicinei. Moral vorbind, toți pacienții ar avea dreptul la ultima și la cea mai performantă cale de diagnostic și terapie. Acestei certitudini i se opune resursa limitată. Pentru a menține progresul într-un sistem sanitar performant, trebuie gândite și puse în practică, nu atât raționalizări economice, dictate politic, cât găsirea de noi surse la buget, chiar și prin apelul la asigurările private, chiar și prin posibilitatea ca unii pacienți să poată accesa servicii private.

GESTIUNEA RISCULUI

Tema aceasta este la fel de veche ca medicina însăși. Vorbim aici despre managementul neconformității și siguranța pacientului.

Această veche temă renaște permanent în cotidianul nostru. Noi toți, direct sau indirect vizati, am adunat deja astfel de experiențe. Dacă dorim să facem un pas înainte, va trebui s-o abordăm acum și în viitor în mod ofensiv, serios și obiectiv, căci astăzi, să ne bucurăm de faptul că în prezent, avem posibilități mai noi și mai bune decât înainte vreme.

Să constatăm împreună că tema este în principal în sarcina corpului profesional, a Colegiului. Printre altele, în sarcina Colegiului, în mod instituțional, intră și garantarea protecției pacienților. Pentru realizarea acestui scop, statul a delegat Corpului nostru profesional organizat, drepturi și obligații în materie. Existența noastră ca și instituție, munca noastră, este dependentă de utilitatea noastră pentru bunăstarea pacienților și a societății. Pentru aceasta ne ocupăm de sistemul de formare și perfecționare profesională continuă, de avizare, de acreditare, astfel se justifică munca imensă a comisiilor de jurisdicție și disciplină, a experților, în unicul scop al cultivării binelui public.

Toate acestea conferă orientare, dau formă și definesc conținutul activității Colegiului Medicilor.

Colegiul Medicilor este singura instituție din sistemul sanitar dezvoltată în acest domeniu care este atât competentă și independentă. Toți ceilalți actori sunt ori competenți dar nu și independenți sau independenți dar nu și competenți sau, și mai rău, nici una nici alta.

Să corespundem deci acestei responsabilități și să folosim avantajul nostru strategic.

Principiul „Primum non nocere”, punând în balanță întreaga medicină, este în prezent atât provocator de senzație, cât și adesea nepotrivit. Tema este cel puțin delicată. Protecția pacientului vizează cel mai vulnerabil domeniu, cel al relației de încredere între medic și pacient. Deoarece pacientul, bolnavul, aflat în pericol atât obiectiv cât și subiectiv, are o deosebită necesitate de protecție, trebuie să se facă totul de către toți, pentru ca protecția necesară să fie asigurată și pentru ca încrederea în medic, în sistem și în terapie să rămână solidă. Tema aceasta prezintă un potențial ridicat de abuz. Dramatizarea neconformităților reale sau presupuse ne este cunoscută până de curând din presă, radio, tv, social media... din politică. Subiectul este folosit chiar cu plăcere între așa-ziii adversari politici, pentru a obosi înaintea dezbaterilor de buget, de exemplu. Stigmatizarea medicului și a profesiei intră de asemenea în arsenal iar lista cu titlurile de senzație este pe cât de lungă pe atât de plictisitoare. Majoritatea se hrănesc din descrieri de senzație și de curiozități și contribuie puțin sau deloc la elucidarea cazului. Cu toate acestea, mediile de informare ne dau în principal două exemple: „semizeul în alb” sau „oaia neagră”, cu o trecere între aceste două categorii, printr-un salt ca de la sublim la ridicol.

Nu știu cum vă simțiți Dumneavoastră, Doamnelor și Domnilor dar prima mea reacție la astfel de titluri este aceea de a mă simți vizat. Descrierile extrem de generalizatoare sigur nu stopează repetarea posibilei neconformități, de aceea mă revoltă. Da, ne-am obișnuit cu ideea că medicii sunt supuși unei atenții publice din ce în ce mai mari. Aceasta este consecința răspunderii tot mai mari pe care o preluăm nemijlocit pentru pacienții noștri. Permiteți-mi vă rog să vă propun să facem împreună câteva constatări:

- Medicina are randament tot mai mare și devine tot mai complexă. Amintiți-vă de progresul senzațional al ultimelor decenii și de creșterea exponențială a posibilităților diagnostice și terapeutice în aproape toată patologia. Așa fiind, este evident că a devenit din ce în ce mai greu de definit ce înseamnă în cazurile izolate, îngrijirea optimă. Medicina este mai complexă și mai imprevizibilă și astfel crește riscul de a nu lua întotdeauna decizia corectă.
- Pacienții au devenit tot mai bătrâni, tot mai bolnăvicioși și mai ales, tot mai exigenți. Este vădit lucru că astăzi pacienții trecuți de 80 de ani nu mai sunt o raritate. Maladivitatea acestora este datorată atât vârstei cât și acumulării de boli cronice. E de înțeles că aceștia doresc și ei să aibă parte de progresele medicinei. Pacienții tineri, pe de altă parte, sunt tot mai informați și sunt îndreptățiți să aibă parte de tot ceea ce știu deja că este nou în medicină. Toți dorim să trăim 120 de ani, frumoși și sănătoși dar lucrul acesta nu se poate întâmpla. Este înălțător și plin de speranță să crezi și să dorești să fii nemuritor dar e dureros să constăți că nu se întâmplă astfel.
- Acestor oportunități și pretenții crescute li se opune o continuă înrăutățire a condițiilor cadru pentru o medicină de calitate. Constrângeri financiare, lipsa timpului și birocrăția îngreunează tot mai mult medicului posibilitatea de a practica medicina de calitate și de a se ocupa suficient de pacienții săi. Adesea tot mai puțini medici tratează pacienți tot mai mulți și tot mai bolnăvicioși, cu cheltuieli mai mari în timp mai scurt. Riscul pe parcursul tratamentului crește și periclitează îngrijirea. Transformarea aceasta nu s-a întâmplat de la sine, ea este pe de o parte consecința unei politici de reducere a cheltuielilor dar uneori, este și urmare a unei practici inadecvate.
- Într-o greșeală de sistem, în situații neclare, cel mai adesea se recurge la culpabilizarea individuală a medicului. El, medicul garantează personal, pentru eșecul de la nivel înalt. Situația se vede nedreaptă și incorectă. Este astfel de înțeles de ce colegii și colegele noastre protestează într-un fel sau altul față de această situație. Una dintre formele de protest este alegerea multor medici de a părăsi sistemul sau țara sau de a alege specialități de mai mica anvergură sau în care nu au un contact direct cu pacienții.

Motivul pentru care v-am propus această discuție este, printre altele, acela că pe lângă problemele de astăzi, avem, pe de altă parte, și alte mijloace și alți parteneri față de trecutul nu prea îndepărtat.

Știința de a acționa în caz de neconformitate este în creștere. Am învățat aceasta de la transporturile aeriene, de la organizarea militară, de la cultura organizațională a marilor firme. Psihologia de organizație ne arată că pretutindeni acolo unde muncesc oameni există deficiențe de organizare și de comunicare care sunt de departe principala cauză a neconformităților, deci cel mai adesea nu este în cauză greșeala fatală a indivizilor.

Despre cum se petrece organizarea și comunicarea în spitalele din țară știm sau ne putem imagina în cele mai multe cazuri. Puținele studii științifice nu aruncă o lumină bună asupra relațiilor de subordonare și de lucru în echipă.

Este vorba despre calitatea în sistemul sanitar dar poate nu în felul în care este astăzi reglementată sau mai bine zis nu doar despre felul în care este astăzi reglementată. Strategia Colegiului trebuie să fie așezată nu pe principiul construirii de baricade ci pe acela al desțelenirii de drumuri. Împreună cu societățile profesionale, cu patronatele din medicină, cu asociațiile pacienților, cu autoritățile statului, vă propun o discuție lungă și nu ușoară, pentru descrierea obiectivă a

situației, pentru stabilirea unor principii și apoi a unor căi de urmat. Deschiderea și transparența aceasta ar naște încrederea de care avem atâtă nevoie noi și pacienții noștri. Trebuie să promovăm schimbarea mentalității și anume îndepărtarea de la căutarea vinovatului și orientarea către căutarea motivelor. Nu CINE a fost de vină ci CE a fost de vină ? - vă propun să fie în viitor întrebarea călăuzitoare în caz de neconformitate sau eveniment nedorit, cu sau fără efect prejudiciabil. Aceasta ajută la recunoașterea și suprimarea cauzelor. Aceasta corespunde atât profesionalismului nostru medical cât și firescului profesiei medicale liberale. Nu doar prin standard de practică, prin linii directoare, prin proceduri de managementul calității, prin proceduri ale managementului pentru situații de risc, ci prin definiții de indicatori de calitate se vor crea puncte fixe care ar ajuta la atingerea concretă a obiectivelor greu accesibile din această temă. Trebuie să răspândim noile cunoștințe și deprinderile mai bune pentru situațiile de dificultăți printre colegii și colegile noastre. De aceea va trebui să creăm și să susținem și să răspândim măsuri de formare și perfecționare profesională cu acest scop precis. Pentru început, așa avea în vedere a utiliza sistemul de vigilență pentru evenimente neconforme soldate sau nu cu prejudiciu, existent deja în portofoliul ANMCS. Nu ar trebui să permitem trecerea sub tăcere a obstacolelor legate de această temă pe care le-am identificat în 4 puncte:

1. Primul obstacol este de ordin psihologic. Vorbim aici despre principiul percepției selective. Atât medicul cât și pacientul au pretenția la zero neconformități. Niciun pacient nu merge la medic cu premisa că în cazul lui se va produce o greșeală, niciun medic nu inițiază un tratament cu intenția sau cu premisa că va face o greșeală. Medicul este conștiincios și depune toate diligențele chiar dacă nici medicul nici pacientul nu vor declara vreodată că știu că sistemul nu poate funcționa întotdeauna perfect. Pretenția la zero greșeală prefigurează refuzul de a observa evenimente nedorite. Psihologia relației medic-pacient nu este întotdeauna de ajutor în această situație. Neplăcerile se estompează din conștient la fel ca și pasivitatea unui braț paralytic. Problemele trebuie însă complet analizate, chiar dacă este neplăcut și doare.
2. Al doilea obstacol este riscul de răspundere. Adesea, asigurarea de răspundere civilă are atitudine negativă față de neconformități. Medicul care se învinovățește pierde protecția de răspundere. Bineînțeles că până când vor fi avut loc discuții lămuritoare cu pacientul sau cu rudele, situația se compromite atât de mult, încât nu mai este posibilă o aplanare pașnică a conflictului.
3. Al treilea obstacol este binecunoscutul principiu al șapului ispășitor. Dacă ceva merge prost, de regulă se caută repede un vinovat care este arătat și condamnat. Cauzele reale ale greșelii rămân neanalizate după această acțiune mai mult sau mai puțin ritualizată. În această situație, medicul apare de obicei ca a doua victimă. O greșeală medicală dovedită și sancționată dar mai rău nedovedită și sancționată este un accident major nu numai pentru pacient cât și pentru medic. Lucrurile nu se opresc aici. Prin lărgirea acțiunii acuzatoare, apare și a treia victimă, instituția sanitară sau chiar întreg sistemul.
4. Al patrulea obstacol este abuzul politic. Nu demult, un jurnalist critic m-a întrebat de ce nu au fost deja implementate sisteme în caz de greșeli în spitalele din România. Răspunsul este relativ simplu. Un spital amenințat de o concurență acerbă, de pericolul diminuării cazuisticii sale sau chiar de restrângere și închidere fugă, se păzește de pericolul ca fiecare introducere a

unui sistem cu efect public în caz de neconformități să se interpreteze ca posibilă existență a numeroase greșeli. Această falsă presupunere poate avea consecințe imprevizibile. Și aici avem dovada: neîncrederea în politică împiedică evoluții semnificative ale sănătății publice.

O siguranță sporită a pacienților și mai puține neconformități evitabile duc evident la o medicină mai bună. Ideea este repetabilă. Aceasta conduce la o imagine mai bună și la o mai mare încredere în corpul medical. Cei mai mulți pacienți nu doresc să cerceteze și să aleagă timp de ore sau zile înainte de începerea unui tratament nici să dea medicului recomandări concrete în legătură cu ceea ce are de făcut. Pacienții își doresc să se poată lăsa fără rezerve și plini de încredere în grija sistemului, a corpurilor profesionale, a medicului lor și a tratamentului indicat. Acest lucru reușește cu condiția unei siguranțe sporite a pacienților.

Costurile mai mici apar și datorită cheltuielilor mai mici în remedierea pagubelor. Aceasta nu se referă doar la reintervenții sau la folosirea antibioticelor în caz de infecții, ci mai ales la domeniul mare al capacității de muncă și al duratei pentru reabilitare.

Mai puțină suferință este o exprimare laconică. Cei care au simțit deja câtă suferință se produce atât la pacienți cât și la medici atunci când apar prejudicii sau evenimente nedorite în îngrijire, aceia știu că latura emoțională nu trebuie subestimată.

În cazuri ideale, apare situație win-win-win, adică toți au de câștigat: medicul printr-o medicină mai bună, pacientul printr-o medicină sigură, asiguratorii și societatea prin costuri mai mici.

Toate acestea se produc prin acțiuni comune și prin urmărirea unui obiectiv comun - mai puțin conflict.

Prelucrarea sistematică a neconformităților în îngrijirea pacienților va crea mai mult adevăr și mai multă colaborare. Nici medicului nici pacientului nici sistemului nu le convin insultele, suspiciunile și conflictele, acestea nu fac decât să complice existența tuturor.

Nu este corect să se lucreze cu prezumții de vinovăție așteptând a lua decizii corecte. Pentru a putea suporta consecințele este nevoie de fapte și de principii concrete. E de dorit să perfecționăm o cercetare cuprinzătoare în ceea ce privește organizarea siguranței pacienților. Laitmotivul condițiilor de muncă umane pentru îngrijirea umană a pacienților va trebui să convingă atât politicul cât și publicul. Acolo unde condițiile de muncă sunt inumane, erorile sunt la ordinea zilei. Deciziile în aceste subiecte nu trebuie să se ia la masa verde cu intenția ca medicul să fie obligat să poarte răspunderea în mod personal. Prin argumentele de mai înainte vom putea convinge că asumarea doar de către medic în cadrul unui sistem care nu a funcționat, este o perfidie și acest lucru trebuie să înceteze.

Politica de diminuare a costurilor și de eficientizare economică ar trebui să fie urmată de recunoașterea explicită din partea aceluia care o practică și de asumarea răspunderii față de efectele nedorite ale acesteia precum și de motivare. În felul acesta, am trata dilema crescândă a medicului între pretenții și realitatea îngrijirii pacienților iar compromisurile s-ar mai diminua.

În mod concret, vă propun să ne autorizați Doamnelor și Domnilor colegi, membri ai Adunării Generale, să facem o analiză științifică a bazei de date imense pe care au acumulat-o departamentele de jurisdicție teritoriale și cel național, comisiile de disciplină județene și Comisia Superioară de Disciplină a C.M.R., în ceea ce privește tipurile de spețe judecate în colegiile județene și la nivel național. Vom putea arăta care sunt modelele de neconformitate medicală cu sau fără prejudiciu și vom găsi soluții pentru prevenirea lor specifică, pentru fiecare tip în parte astfel încât să creăm modele de prevenție specifice fiecărui tip de neconformitate.

Desigur, aceasta este o lucrare de lungă respirație, la care, cu acceptul Dumneavoastră, cred că pot să mă angajez.

Rezultatul acestor cercetări nu va fi nici o teză de doctorat nici un opus juridic, ci va constitui temeiul prin care noi, colegiul medicilor, vom participa în mod direct la managementul riscului, la calitatea îngrijirilor și la siguranța juridică a medicului.

În concluzie

- Măsurile de creștere a siguranței pacienților se bazează pe încredere, sistemele de raportare a neconformităților iminente sau deja produse nu sunt instrumente de sancționare, ci servesc prevenirii greșelilor. Faptul că se raportează despre incidente evitabile, presupune, pe lângă participarea de bună voie la un sistem de raportare și faptul că se poate lucra în mod anonim fără lacune și fără învinovățiri.
- În centrul lucrării de dezvoltare pentru noi strategii de evitare a neconformităților se află căutarea de potențiale de îmbunătățire a problemelor de tratament, diagnostic și respectiv de îngrijiri condiționate organizațional sau comunicațional, răspunderea individuală rămânând nevătămată.
- Învinovățirile ostentative și scandalizările la adresa acestei teme nu duc la clarificare ci la descurajarea pacienților, la păgubirea siguranței pacienților și distrugerea reputației medicilor.
- Promovarea siguranței pacienților duce la o situație win-win-win prin îngrijiri de calitate, condiții de muncă mai bune pentru medici și mai puține costuri.
- Ne dorim să dezvoltăm și să implementăm strategii de evitare a neconformităților în îngrijirea medicală, susținem proiecte de cercetare pentru dezvoltarea de metode și instrumente pentru creșterea continuă a siguranței pacienților, flancăm inițiativele pentru siguranța pacienților prin continuarea cercetării îngrijirii, pledăm pentru reunirea și coordonarea activităților prin schimburi interdisciplinare și prin transferul de cunoștințe.

Dr. Gheorghe Borcean

București, 7 februarie 2020