



Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)



Metodologie pentru implementarea anchetei europene de examinare a stării de sănătate în România (EHES)

Pentru mai multe detalii: <https://www.eeagrants.ro>, <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/>

Lucrăm împreună pentru o Europă sănătoasă!

Programul "Provocări în sănătatea publică la nivel european" finanțat prin Mecanismul Financiar al Spațiului Economic European (SEE) 2014-2021

Operator de Program - Ministerul Sănătății, Promotorul Proiectului - Institutul Național de Sănătate Publică

Iceland
Liechtenstein
Norway grants



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
„Alessandrescu-Rusescu” București

NIPH
Norwegian Institute of Public Health

Helsedirektoratet



Contents

Abrevieri:	4
INTRODUCERE	5
1. Organizarea unei anchete EHES	10
2. Scopul și obiectivele EHES în România	15
3. Populația țintă. Eșantionarea și selecția participanților	15
3.1 Definirea eșantionului și selecția participanților. Problema ratelor de participare scăzute	16
3.2 Opțiuni de implementare a anchetei EHES în România	29
3.3 Eșantionarea și selecția participanților. Eșantionarea bazată pe listele de capacitate ale medicilor de familie)	34
3.4 Avantajele și dezavantajele eșantionării bazate pe listele de capacitate ale medicilor de familie.	37
4. Designul chestionarului și administrarea acestuia	38
4.1. Designul chestionarului EHES	38
4.2. Aplicarea chestionarului EHES	39
4.3. Instruirea operatorilor de interviu	41
5. Măsurătorile fizice	42
5.1. Măsurătorile antropometrice	42
5.2. Măsurarea tensiunii arteriale	49
5.3. Timed chair stand test	52
6. Analizele medicale	54
6.1. Protocolul EHES pentru colectarea probelor de sânge	55
6.2. Posibile erori în prelevarea probelor biologice	55
7. Instruirea personalului care va efectua măsurătorile fizice și recoltarea de probelor de sânge	56
8. Recrutarea și programarea participanților la ancheta EHES	58
9. Ancheta pilot	59
10. Gestionarea bazelor de date	59
11. Centrele de examinare, personalul medical și coordonarea anchetei EHES	60

12. Aspecte etice și legale în asigurarea confidențialității datelor de cercetare culese	61
12.1. Consimțământul informat.....	63
BIBLIOGRAFIE:	64

Listă figuri:

Figura 1. Rata mortalității prevenibile (la 100.000 de locuitori) și cheltuieli cu sănătatea (PIB pe locuitor) în anul 2016	7
Figura 2. Istoricul statelor participante la ancheta (E)HES	8
Figura 3. Etapele planificării anchetei EHES	10
Figura 4. Cadru de eșantionare - extras din baza de date a secțiilor de votare	Error! Bookmark not defined.

Listă tabele:

Tabel 1 Factori de risc comportamentali asociați deceselor (% decese atribuite factorului de risc).....	5
Tabel 2. Măsurători antropometrice, analize de sânge sau de laborator suplimentare în cele 12 anchete pilot EHES	12
Tabel 3. Modul de administrare a chestionarului și module suplimentare introduse în chestionar	13
Tabel 4. Eșantionarea în șapte anchete naționale de examinare a sănătății.	Error! Bookmark not defined.
Tabel 5. Rata de participare în anchetele HES pe grupe de vârstă și sexe	Error! Bookmark not defined.
Tabel 6. Numărul total de persoane eligibile (din grupa de vârstă 25-64 ani) pe cele opt regiuni de dezvoltare	Error! Bookmark not defined.
Tabel 7. Numărul total secții de vot și persoane pe cele opt regiuni de dezvoltare	Error! Bookmark not defined.
Tabel 8 Distribuția medicilor de familie la nivel regional comparativ cu populația rezidentă.....	Error! Bookmark not defined.
Tabel 9. Compararea strategiilor de eșantionare și selecție a respondenților	Error! Bookmark not defined.
Tabel 10. Protocolul EHES pentru măsurătorile antropometrice.....	42
Tabel 11. Protocolul EHES pentru măsurarea tensiunii arteriale și posibile erori în măsurare	51
Tabel 12. Protocolul EHES pentru colectarea probelor de sânge	Error! Bookmark not defined.

Abrevieri:

CC EHES	Centrul de Coordonare al anchetei EHES
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
DEGS	Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
(E)HES	(European) Health Examination Survey
HIS	Health Interview Survey – Ancheta sănătății pe bază de interviu
INS	Institutul Național de Statistică
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PPS	<i>Probability proportional to size</i> -selecție probabilistă proporțională cu mărimea unității
PS	Prelevarea de probe din sânge
SEE	Spațiul Economic European
TA	Tensiune arterială
UAT	Unitate Administrativ-Teritorială
UPE	Unități primare de eșantionare
USE	Unități secundare de eșantionare

INTRODUCERE

Bolile cronice majore sunt principalele cauze de deces și invaliditate în Europa. Majoritatea acestora au factori de risc comuni: obezitatea, hipertensiunea, lipidele crescute din sânge și consumul de tutun. Cel mai recent raport general la nivelul Uniunii Europene privind situația stării de sănătate subliniază în România prevalența factoriilor de risc asociați deceselor, comparativ cu media U.E. (Tabel 1). Factorii de risc pot fi însă contracarați și, prin urmare, o pondere semnificativă din decesele premature și complicațiile care cauzează invalidități ce pot afecta ritmul de muncă, ar putea fi prevenite.

Tabel 1 Factori de risc comportamentali asociați deceselor (% decese atribuite factorului de risc)

Factor de risc comportamental	România	Media U.E.
Consumul de tutun	17%	17%
Consumul de alcool	14%	6%
Dieta	27%	18%
Activitatea fizică scăzută	4%	3%
Procent din totalul deceselor	62%	44%

Sursa: *State of Health in the EU · Romania · Country Health Profile 2019, p. 3*

Direcționarea adecvată și eficientă a resurselor materiale și financiare pentru activitățile de prevenire și evaluare a acestora necesită informații despre starea de sănătate a populației, multe dintre aceste informații fiind disponibile (numai) prin intermediul anchetelor de examinare a populației.

Ancheta de examinare a stării de sănătate a populației (Health Examination Survey sau HES) are o istorie de peste cinci decenii deși abia recent s-a manifestat un efort pan-european de a standardiza implementarea sa pe teritoriul Uniunii Europene (UE). HES își propune să furnizeze informații fiabile și comparabile cu privire la starea de sănătate a populației adulte și la factorii de risc majori asociați bolilor cronice. Astfel, obiectivele principale ale HES sunt:¹

- evaluarea prevalenței bolilor cronice majore și a factorilor de risc ai acestora;
- evaluarea nevoilor de promovare a sănătății (și a stilului de viață sănătos) precum și de prevenire a bolilor;

¹ EHES Reference Centre, "National HES manual," (Helsinki: EHES Reference Centre, 2012)

- monitorizarea schimbărilor la nivelul populației prin intermediul anchetelor repetate în mod regulat;
- prognozarea stării de sănătate a populației, pe baza informațiilor obiective despre factorii majori de risc ai bolilor cronice;
- analiza echității în sănătate prin furnizarea de date obiective, comparabile pentru toate grupurile din populație;
- să dezvolte o sursă de date valoroasă pentru studii epidemiologice și cercetări în domeniul științelor medicale.

Avantajul anchetei de examinare a stării de sănătate a populației (E)HES este acela că oferă o sursă obiectivă de date unice, care nu se regăsesc în statisticile administrative sau sondajele cu teme medicale efectuate regulat pe teritoriul UE (precum Health Interview Survey sau HIS). Unele informații la nivel de populație pentru indicatori principali de sănătate, cum ar fi mortalitatea, pot fi obținute din registre administrative, dar alte informații nu pot fi colectate decât prin anchete de sănătate publică. Pe de altă parte, registrele administrative, precum cele gestionate de spitale, sunt limitate la persoanele cărora le-a fost diagnosticată o boală. Acestea au adesea informații destul de limitate despre variabilele de bază ale indivizilor, cum ar fi stilul de viață, statutul socio-economic și compoziția familiei. Comparabilitatea datelor din registrele unităților medicale este scăzută datorită diferențelor în structura sistemelor de îngrijire a sănătății și a practicilor de înregistrare.²

Anchetele de sănătate pot fi clasificate în anchete de sănătate realizate prin interviu (HIS) și anchete pentru examinarea stării de sănătate (HES). În HIS, toate datele se bazează pe auto-raportare și sunt colectate prin intermediul unui chestionar, fie autoadministrat, fie administrat de către un operator de teren. În schimb, anchetele de tip HES conțin atât informații culese prin intermediul unui chestionar, dar colectarea datelor cheie se face prin măsurători obiective de sănătate și/sau analiza probelor biologice colectate. Astfel HES poate oferi o diagnoză a condițiilor nediagnosticate în populație și nici nu depinde de *biasurile* de (auto)raportare ale populației sau de raportările culturale ale populației *vis a vis* de diferite boli.

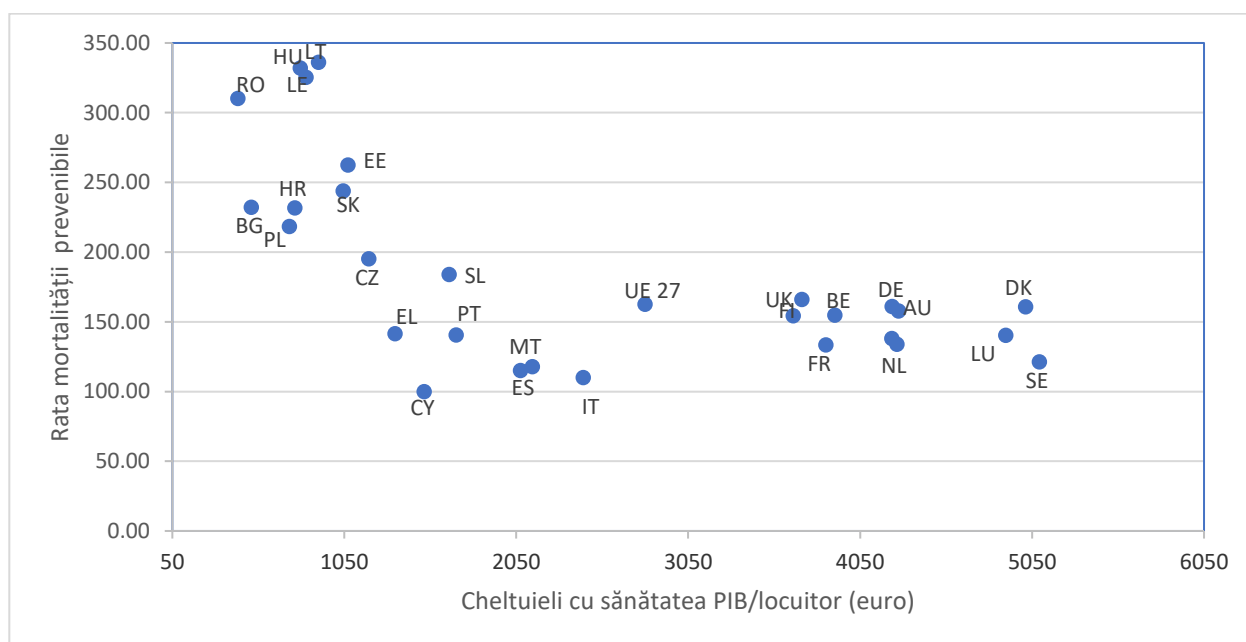
Depistarea la timp a factorilor de risc în populație este una dintre principalele probleme remarcate și de către Ministerul Sănătății în Strategia Națională de Sănătate 2014-2020. Conform autorilor „o explicație plauzibilă pentru excesul de mortalitate prin boli cardiovasculare observat în România este lipsa concentrării pe evaluarea riscurilor, pe depistarea în faze precoce a patologiilor cardiovasculare și/sau controlul terapeutic neadecvat la nivelul serviciilor primare de sănătate”.³

² Hanna Tolonen et al., "European Health Examination Survey—towards a sustainable monitoring system", *European Journal of Public Health*, 14, no., 2, (2013)

³ Ministerul Sănătății, *Strategia Națională de Sănătate 2014-2020*, Ministerul Sănătății, 2014, <http://www.ms.ro/strategia-nationala-de-sanatate-2014-2020/>. p. 18

Datele Eurostat arată că România are una dintre cele mai ridicate rate ale mortalității prevenibile ⁴ din UE (alături de statele foste socialiste) fiind asociată și cu cele mai mici cheltuieli cu sănătatea de pe teritoriul UE. Ancheta EHES poate fi o precondiție pentru depistarea din timp a unor tendințe în sănătatea publică și pentru a fundamenta viitoare politici în domeniul sănătății, ce pot avea un impact asupra reducerii ratei de mortalitate evitabilă.

Figura 1. Rata mortalității prevenibile (la 100.000 de locuitori) și cheltuieli cu sănătatea (PIB pe locuitor) în anul 2016



Sursă: Eurostat [hlth_cd_apr] și [hlth_sha11_hc]

Interesul pentru studierea factorilor de risc asociați bolilor netransmisibile apare în Europa încă de la finele anilor 1950 și începutul anilor 1960 când au fost implementate primele anchete HES. Acestea s-au axat în principal pe factorii de risc asociați bolilor cardiovasculare, cum ar fi hipertensiunea, lipidele din sânge, fumatul și obezitatea. ⁵ Între timp, anchete HES reprezentative la nivel național au fost efectuate în cel puțin 16 state membre ale UE și în Spațiul Economic European (SEE). Începând cu anul 2000, a existat o creștere rapidă a numărului de state noi care au efectuat cel puțin o anchetă națională HES (

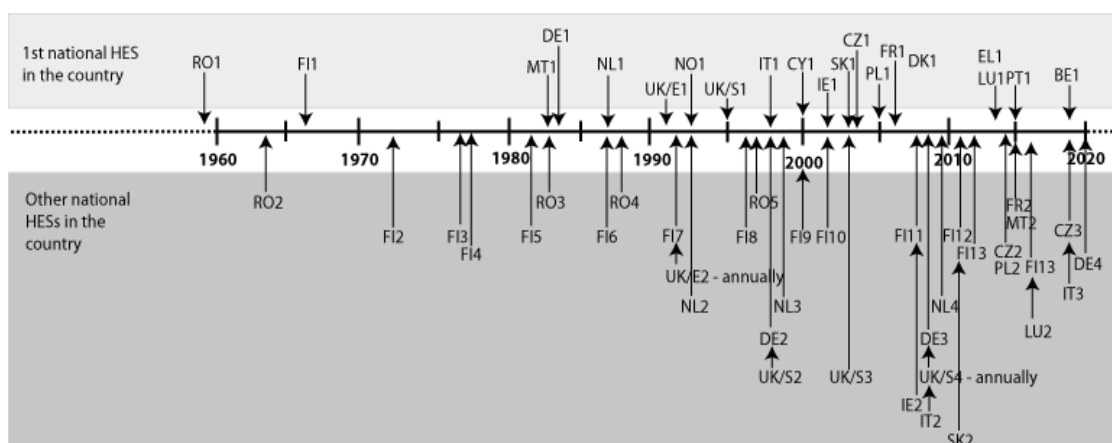
⁴ Decese care ar fi putut fi evitate prin activități ale sistemului de sănătate

⁵ Hanna Tolonen et al., "European health examination surveys – a tool for collecting objective information about the health of the population", *Archives of Public Health*, 76, no., 38, (2018)

Figura 2). În același timp, pentru a oferi informații mai bune privind fundamentarea politicilor naționale de sănătate, au fost extinse tipurile de măsurători și modulele de chestionar aplicate pentru a colecta date privind capacitatea funcțională, sănătatea mintală, activitatea fizică și obiceiurile alimentare ale populației.⁶

Diversificarea statelor UE care au implementat cel puțin un HES în ultimele decenii, precum și a examinărilor și probelor prelevate în cadrul acestor anchete au ridicat probleme legate de comparabilitatea rezultatelor. Eforturile specialiștilor din sistemul medical au mers tocmai spre standardizarea protocoalelor de măsurare, a aparaturii utilizate, instruirea personalului medical care realizează ancheta precum și asigurare controlului calității datelor culese. Totodată, a fost nevoie de o standardizare a indicatorilor de bază utilizați în cadrul anchetei.⁷

Figura 2. Istoricul statelor participante la ancheta (E)HES



Sursă: http://www.ehes.info/national/national_hes_history.htm, accesat la data de 10.02.2021

Standardizarea protocolului de măsurare a factorilor de risc asociați bolile cardiovasculare (boli coronariene, accident vascular cerebral) au fost adoptate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) încă de la începutul anilor 1980 prin programul „Monitorizarea multinațională a tendințelor și a factorilor determinanți în bolile Cardiovasculare”, cunoscut sub numele de **MONICA**. Coordonarea tehnică a proiectului MONICA a fost asigurată de OMS. În schimb, centrele individuale (din cele 21 de țări participante din Europa, Asia dar și Canada, SUA, Australia) au fost finanțate de guvernele locale și centrale,

⁶ Ibid. p. 2

⁷ Hanna Tolonen et al., "European Health Examination Survey—towards a sustainable monitoring system", *European Journal of Public Health*, 14, no., 2, (2013)

fundațiile caritabile sau alți finanțatori privați.⁸ Înființarea centrului de date din Helsinki la Institutul Național de Sănătate Publică din Finlanda a dus la creșterea angajamentului finlandez. SUA a finanțat activitatea de control al calității anchetei prin OMS. Ulterior, au fost obținute finanțări suplimentare de la Comisia Europeană și a fost stabilit un sistem de acceptare a finanțărilor private.⁹ La mijlocul anilor 1990, când s-a încheiat Proiectul OMS MONICA, s-a redus și efortul de standardizare transnațională pentru anchetele HES în Europa.

Eforturile pentru standardizarea aplicării HES s-au reluat abia peste un deceniu, prin implementarea proiectului „Fezabilitatea anchetei europene de examinare a sănătății” (FEHES 2006-2008), al cărui scop a fost acela de a evalua importanța HES-ului la nivel național și fezabilitatea standardizării acestora pe teritoriul UE și a statelor din SEE. În urma proiectului, experții rețelei FEHES au recomandat implementarea unei anchete EHES în două faze:¹⁰

- Faza I: stabilirea unui Centru de Coordonare (CC) și planificarea anchetelor pilot HES în 8-12 state
- Etapa II: implementarea unui HES național complet în statele unde s-a implementat programul pilot, în timp ce alte state să înceapă să își planifice implementarea HES pe viitor.

În urma recomandărilor din cadrul proiectului FEHES, s-a hotărât implementarea proiectului pilot EHES (2009-2012) în 12 state. Primul pas a fost stabilirea Centrului de Suport pentru implementarea anchetelor pilot EHES (EHES CS). Centrul a fost susținut de către Institutul Național pentru Sănătate și Bunăstare din Finlanda, Institutul de Statistică din Norvegia și Institutul Superior pentru Sănătate din Italia, prin finanțare de la Comisia Europeană/DG Santé. Proiectul a stabilit liniile directoare ale anchetei și a sprijinit implementarea anchetelor pilot EHES. Standardizarea măsurătorilor antropometrice și a colectării probelor biologice a fost limitată la măsurarea factorilor de risc majori ai bolilor cronice. De altfel, statele fără experiență anterioară de implementare a EHES, ar trebui să se limiteze doar la examinările de bază, numărul acestora putând fi crescute după implementarea mai multor anchete EHES.

Pentru a minimiza diferențele ce pot apărea ca urmare a utilizării unor protocoale diferite de examinare, s-a elaborat manualul EHES,¹¹ care înglobează atât liniile directoare pentru desfășurarea anchetei, cât și protocoalele standardizate pentru măsurătorile antropometrice, pentru prelevarea probelor de sânge și

⁸ Russell Luepker, "WHO MONICA project: what have we learned and where to go from here?", *Public Health Reviews*, 33, no., 2, (2012)

⁹ Ibid.

¹⁰ Hanna Tolonen et al., "European Health Examination Survey—towards a sustainable monitoring system", *European Journal of Public Health*, 14, no., 2, (2013) p. 339

¹¹ EHES Reference Centre, "National HES manual," (Helsinki: EHES Reference Centre, 2012)

măsurarea tensiunii arteriale. Manualul EHES include informații despre modele de eșantionare, problemele etice, organizarea muncii de teren, protocoalele pentru examinări, definirea indicatorilor pentru raportare și alte detalii legate de planificarea și desfășurarea unui HES național.¹²

1. Organizarea unei anchete EHES

Organizarea unei anchete EHES necesită resurse financiare și logistice de amploare. Volumul mare al eșantionului, aparatura standardizată necesară pentru măsurătorile de bază, instruirea personalului care colectează datele și asigurarea calității datelor culese reprezintă provocări pentru implementarea unei anchete EHES. Ancheta EHES trebuie să respecte măsurătorile de bază indicate în manualul EHES, dar statele pot adăuga noi examinări medicale în funcție de strategiile și obiectivele politicilor din domeniul sănătății.

Figura 3. Etapele planificării anchetei EHES



Sursă: Tolonen et al, 2016, p.3

Deoarece România se află la prima implementare a anchetei EHES pe teritoriul său, nu există încă un ghid de bune practici pentru implementarea adecvată a anchetei. Manualul EHES, deși standardizează marea parte a coordonatelor de implementare a anchetei EHES, permite o flexibilitate în implementare în funcție de specificul fiecărei stat.

¹² Ibid.

Modul în care au fost organizate anchetele EHES a variat între statele participante la ancheta pilot. Într-una dintre anchete (Anglia), toate examinările au fost efectuate la domiciliul participanților în timp ce într-o altă anchetă (Norvegia), examinările au avut loc la o unitate de examinare mobilă (un autobuz special echipat). Celelalte 10 anchete au folosit spații locale fixe pentru examinările efectuate. Acestea erau fie spații special amenajate în centre locale de îngrijire a sănătății, fie centre de examinare special amenajate în acest scop, cum ar fi centre comunitare și/sau spații de birouri.¹³ În trei anchete EHES în care s-au folosit centre fixe de examinare, a existat posibilitatea ca personalul medical să efectueze vizite la domiciliu celor care nu aveau posibilitatea sau nu doreau să vină la centrul de examinare.

Pentru a asigura calitatea datelor culese și aplicarea protocoalelor standardizate, CC EHES a organizat procesul de instruire atât pentru personalul care coordonează ancheta cât și personalul de teren care colectează datele. Durata instruirii personalului de la nivel național a variat între una și trei săptămâni, în funcție de experiența anterioară a personalului de teren și de numărul și tipul măsurătorilor incluse în anchetă. Procesul de instruire a vizat respectarea protocolului anchetei, tehnicile de măsurare, aplicarea chestionarului și importanța obținerii consimțământului informat.

Măsurătorile de bază: înălțimea, greutatea, circumferința taliei, tensiunea arterială și colesterolul total au fost incluse în toate anchetele EHES. Fiecare stat participant în ancheta pilot a adăugat cel puțin o analiză sau măsurătoare antropometrică suplimentară. Itemii suplimentari au variat mult, de la circumferința șoldului, spirometrie, măsurarea grăsimii corporale prin bioimpedanță, acuitate vizuală, electrocardiografie, la teste de capacitate funcțională, examen de sănătate orală și teste pentru evaluarea funcțiilor cognitive. Cel mai frecventă item suplimentar a fost circumferința șoldului, care a fost inclusă în 7 din cele 12 anchete. Măsurarea grăsimii corporale și spirometria au fost, de asemenea, efectuate în mai multe anchete.¹⁴

¹³ Hanna Tolonen et al., "European Health Examination Survey—towards a sustainable monitoring system", *European Journal of Public Health*, 14, no., 2, (2013)

¹⁴ Ibid.

Tabel 2. Măsurători antropometrice, analize de sânge sau de laborator suplimentare în cele 12 anchete pilot EHES

Ancheta pilot	Măsurători antropometrice suplimentare	Probe suplimentare de sânge stocate pentru utilizări viitoare	Probe biologice suplimentare	Analize de laborator adiționale
Cehia	Niciuna	Nu	Niciuna	Niciuna
Germania	Circumferința șoldului, teste de capacitate funcțională, teste pentru evaluarea funcțiilor cognitive, sonografie SD	Da	Urina spot	Sensibilitate alergică, hemogramă, calciu, proteina C reactivă, Gama – glutamiltransferază, GOT (ASAT), GPT (ALAT), Hb, funcții renale, nutrienți, trigliceride, boli reumatice
Grecia	Circumferința șoldului, grăsime corporală	Da	Niciuna	Alanină aminotransferază (ALT), Aspartataminotransferază (AST), creatinină, proteine totale, totaluri CA2 ++, acid uric
Finlanda	Circumferința șoldului, grăsime corporală	Da	Niciuna	Apo-A1, Apo-B, hemogramă, CRP, ADN, GGT, ARN, trigliceride
Italia	ECG, spirometrie, monoxid de carbon, densitatea oaselor	Da	Urină 24 ore	Creatinină (sânge), hemocrom, excreție de sodiu și potasiu, trigliceride, creatinină de urină și albumină
Malta	Spirometrie, acuitate vizuală	Da	Niciuna	Test pentru depistarea plumbului în sânge
Olanda	Circumferința șoldului	Da	Niciuna	Trigliceride
Norvegia	Examinare stomatologică	Nu	Niciuna	Nu
Polonia	Circumferința șoldului, electrocardiogramă	Da	Niciuna	Niciuna
Portugalia	Circumferința șoldului	Da	Niciuna	Alanină aminotransferază (ALT), Aspartataminotransferază (AST), hemoleucogramă, creatinină, proteina C reactivă, ADN, GGT, trigliceride
Slovacia	Grăsimea corporală	Nu	Niciuna	Trigliceride
Anglia	Circumferința șoldului	Da	Salivă	Cotinină

Sursă: Tolonen et al 2013, p. 341

Probele de urină (24 de ore sau spot) au fost colectate în două anchete pilot și o monstră de salivă a fost colectată într-una din anchete (Anglia). Cele mai multe state au prelevat mai multe probe de sânge decât cerute prin protocoalele EHES pentru măsurarea lipidelor și glucozei. Probele suplimentare de sânge au fost utilizate pentru măsurarea trigliceridelor, proteinei C reactive, gamma-glutamyl transferază și a altor marcatori (*markeri*) biologici. În majoritatea statelor au fost depozitate probe suplimentare de sânge pentru analize viitoare.

În ceea ce privește administrarea chestionarului, două anchete (Grecia, Malta) au preferat opțiunea aplicării chestionarului în momentul examinării. În cinci anchete, chestionarele au fost autoadministrate (Cehia, Finlanda, Norvegia, Slovacia, Olanda) și alte cinci sondaje, chestionarele au fost atât administrate cât și autoadministrate (Germania, Italia, Polonia, Portugalia și Anglia).

Chestionarele utilizate în anchetele pilot EHES nu au fost identice. În țările cu sisteme HES în curs de reglementare sau sisteme HES deja existente, s-au păstrat întrebările utilizate în anchetele anterioare pentru a observa tendințele indicatorilor. De asemenea, dezvoltarea chestionarului EHES nu a fost finalizat până la momentul începerii primelor anchete pilot, rezultând astfel mici devieri între chestionarul EHES și cele utilizate efectiv în unele anchete.¹⁵

Tabel 3. Modul de administrare a chestionarului și module suplimentare introduse în chestionar

Ancheta pilot	Tipul de administrare a chestionarului	Întrebări suplimentare
Cehia	Autoadministrat, verificat la examinare	Dietă
Germania	Chestionar administrat și autoadministrat, verificat la examinare	Dieta și consumul de alcool, leziunile, mediul înconjurător, starea de spirit, durerea, obiceiurile/problemele de somn, suportul social, medicamentele folosite, vederea și auzul
Grecia	Chestionar administrat	Dieta și consumul de alcool, activitatea fizică
Finlanda	Autoadministrat, verificat la examinare	Dieta și consumul de alcool, antecedente familiale pentru afecțiuni cronice, activitate fizică, calitatea vieții, obiceiuri/probleme de somn, medicamente utilizate
Italia	Chestionar administrat și autoadministrat, verificat la examinare	ADL-IADL, dieta și consumul de alcool, antecedente familiale ale bolilor cardiovasculare, activitate fizică, sănătate auto-evaluată, medicamente utilizate
Malta	Chestionar administrat	Fumatul pasiv, adică expunerea la fum de tutun în interior

¹⁵ Ibid.

Ancheta pilot	Tipul de administrare a chestionarului	Întrebări suplimentare
Olanda	Autoadministrat, verificat la examinare	Dietă și suplimente alimentare, dispoziție, activitate fizică, activități sedentare, suport social
Norvegia	Autoadministrat, verificat la examinare	Consumul de alcool și activitatea fizică
Polonia	Chestionar administrat și autoadministrat, verificat la examinare	Dieta și consumul de alcool, depresia, activitatea fizică, calitatea vieții, suportul social, medicamentele folosite
Portugalia	Chestionar administrat și autoadministrat, verificat la examinare	Dieta și consumul de alcool, expunerea la soare, sănătatea mintală, activitatea fizică, calitatea vieții, suportul social, medicamentele folosite
Slovacia	Autoadministrat, verificat la examinare	Dieta, activitatea fizică, stresul
Anglia	Chestionar administrat și autoadministrat	Atitudini față de sănătatea personală și stilul de viață, durerile cronice, sănătate dentară, dietă și consumul de alcool, etnie, religie, orientare sexuală, îngrijire personală, îngrijire socială, medicamente utilizate, bunăstare

Sursă: Tolonen et al 2013, p. 342

Itemii de bază din chestionar s-au rezumat la sexul, data nașterii, educația, ocupația, mărimea gospodăriei și venitul respondenților. Întrebările privind starea de sănătate și consumul de tutun au fost incluse în aproape toate anchetele. În schimb, itemii privind comportamentele și atitudinile privind îngrijirea sănătății au lipsit din aproximativ jumătate din anchete. Fiecare anchetă a inclus însă și câteva întrebări suplimentare. Cel mai frecvente baterii de întrebări suplimentare au fost legate de dieta și consumul de alcool, activitatea fizică și/sau medicamentele utilizate. Întrebări despre suportul social au fost, de asemenea, incluse în mai multe anchete).

În studiul din 2014-2015 din Cehia, au fost utilizate întrebările din Minimum European Module of Health (MEHM)¹⁶. Astfel, în cadrul chestionarului au fost incluse întrebări privind auto-evaluarea stării de sănătate (variante de răspuns: foarte proastă, proastă, mulțumitoare, bună sau foarte bună); auto-raportarea problemelor de sănătate cunoscute (boli cronice); restricționarea activităților de rutină din motive de sănătate (variante de răspuns: sever restricționate, puțin restricționate, nerestricționate).

¹⁶ Explicarea întrebărilor MEHM: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Minimum_European_Health_Module_\(MEHM\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Minimum_European_Health_Module_(MEHM))

2. Scopul și obiectivele EHES în România

Ancheta EHES în România își propune ca scop să **evalueze prevalența bolilor cronice majore și a factorilor de risc al acestora.**

Obiectivele principale ale EHES în România sunt:

- Monitorizarea distribuției factorilor de risc și a bolilor cronice asociate;
- Furnizarea de date obiective, comparabile pentru toate grupurile populaționale;
- Evaluarea nevoilor de promovare a sănătății (și a stilului de viață sănătos) și de prevenire a bolilor;
- Crearea dovezilor pentru elaborarea politicilor publice de sănătate.

3. Populația țintă. Eșantionarea și selecția participanților

Reprezentativitatea datelor EHES depinde în mare măsură de procedurile de selecție a eșantionului și de ratele de participare realizate. Calitatea diferitelor cadre de eșantionare disponibile poate varia considerabil atât în interiorul, cât și între statele participante. Chiar și atunci când sunt utilizate cele mai bune cadre de eșantionare pentru a obține cea mai bună reprezentare și acoperire a populației țintă, ratele ridicate de refuz pot provoca incertitudini cu privire la reprezentativitatea rezultatelor anchetei EHES. Ratele de participare la anchetele HES au scăzut de-a lungul timpului aproape la jumătate, de la 80% în decursul anilor 1980 la 40-50% în prezent.¹⁷ Ratele de participare pentru cele 12 anchete pilot EHES implementate la începutul deceniului trecut au variat de la 23% la 63%, cu o medie de 45%.¹⁸

Non-participarea este un proces selectiv, deoarece așa cum arată studiile recente, bărbații tineri, persoanele din grupurile dezavantajate socio-economic, persoanele fumătoare și cei cu o condiție de sănătate mai precară au o probabilitate mai mică de a participa la anchetele HES.¹⁹

Manualul HES oferă un punct de plecare pentru selecția celui mai bun eșantion de participanți dar nu oferă soluții pentru creșterea ratei de participare/reducerea ratelor de refuz. În acest capitol vom discuta pe scurt procedurile pentru a ajunge la cel mai bun cadru de eșantionare precum și o analiză asupra strategiilor utilizate de alte state care au implementat deja un EHES, pentru creșterea ratei de participare.

¹⁷ Jennifer S. Mindell et al., "Sample selection, recruitment and participation rates in health examination surveys in Europe – experience from seven national surveys", *BMC Medical Research Methodology*, 15, no., 78, (2015)

¹⁸ Hanna Tolonen et al., "European Health Examination Survey—towards a sustainable monitoring system", *European Journal of Public Health*, 14, no., 2, (2013)

¹⁹ Jennifer S. Mindell et al., "Sample selection, recruitment and participation rates in health examination surveys in Europe – experience from seven national surveys", *BMC Medical Research Methodology*, 15, no., 78, (2015), Juha Karvanen et al., "Recommendations for design and analysis of health examination surveys under selective non-participation", *The European Journal of Public Health*, 29, no., 1, (2018)

3.1 Definirea eșantionului și selecția participanților. Problema ratelor de participare scăzute

Creșterea ratei de participare în examinările EHES a constituit o provocare în ultimul deceniu. Alături de erorile de eșantionare și cele de măsurare, refuzul de participare reprezintă unul din dificultățile întâlnite de multe studii care au drept obiectiv extrapolarea rezultatelor acestora. Studii recente pun slaba participare a populației la cercetări științifice pe seama numărului tot mai mare de studii de cercetare de piață, de proliferarea sondajelor politice, a marketingului telefonic și/sau față în față, cercetări care se pot asemăna cu cele științifice.²⁰ Deși notificările trimise anterior derulării anchetei, invitațiile prin poștă sau oferirea unor stimulente financiare participanților pot crește rata de participare, cele mai bune metode de creștere a ratei de participare vor trebui găsite în funcție de contextul țării aplicante. Prezentăm în vignetta de mai jos modul de selecție și recrutare a participanților pentru ancheta DEGS1 2008-2011 din Germania (echivalentul EHIS/EHES) și pentru Luxembourg European Health Examination Survey (EHES-LUX).

Anchete mai recente de examinare a stării de sănătate (ex. Luxemburg) au plecat de la populația asigurată în registrele naționale de asigurări de sănătate. Pornind de la aceste registre s-a extras un eșantion aleatoriu al populației asigurate medical din Luxemburg, stratificat în funcție de vârstă (25-34, 35-44, 45-54 și 55-64 ani), sex și regiunea de reședință (Luxemburg, Diekirch și Grevenmacher).²¹ Fiind un stat de dimensiuni reduse, numărul minim de participanți a fost stabilit la 1.490, cu un minimum de 130 de participanți pentru fiecare grupă de vârstă. Luând în considerare o potențială rată de participare redusă (în jur de 25%) s-a convenit asupra unui eșantion total de 6.475 de persoane invitate.²²

²⁰ Jennifer S. Mindell et al., "Sample selection, recruitment and participation rates in health examination surveys in Europe – experience from seven national surveys", *BMC Medical Research Methodology*, 15, no., 78, (2015)

²¹ Valéry Bocquet et al., "Study design and characteristics of the Luxembourg European Health Examination Survey (EHES-LUX)", *BMC Public Health*, 18, no., 1169, (2018)

²² Ibid. p. 2

Selecția și recrutarea participanților în cadrul DEGS1 2008-2011 (echivalentul EHES/EHIS în Germania)

Germania a implementat simultan atât EHIS cât și EHES (*Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland* sau DEGS). Scopul anchetelor a fost acela de a obține date reprezentative la nivel național pentru **populația adultă cu vârsta cuprinsă între 18 și 79** de ani care trăiește pe teritoriul Germaniei și de a obține, de asemenea, date longitudinale (tip panel) prin examinarea repetată a unei părți importante a participanților din studiul EHES/EHIS anterior (1998).

În cadrul campaniei de recrutare a participanților, biroul de administrare a studiului a trimis scrisori de invitație potențialilor participanți cu 5 săptămâni înainte de începerea perioadei de studiu de o săptămână a locației vizate. O listă de întrebări și răspunsuri a fost plasată în secțiunea de informații de pe site-ul web al *Robert Koch Institut*, iar potențialii participanți ar fi putut să telefoneze linia de studiu gratuită cu orice întrebări legate de studiu și desfășurarea sa. Toate aceste informații au fost concepute pentru a oferi participanților o imagine completă a studiului și pentru a-i ajuta să decidă dacă vor participa. Invitația a inclus, de asemenea, o carte poștală de răspuns preplătită, astfel încât persoanele care au fost dispuse să participe să poată informa biroul de administrare a studiului cu privire la numerele lor de telefon și la momentele cele mai potrivite pentru a apela.

Cu aproximativ o săptămână înainte ca invitațiile să fie trimise prin poștă, comunicatele de presă au fost trimise ziarelor locale și naționale, posturilor de radio și televiziune și site-urilor web ale orașului. Scopul acestui proiect de relații publice a fost de a se asigura că cât mai mulți oameni au știut despre studiu înainte de a primi invitațiile lor. Mediatizarea locală a promovat o imagine pozitivă a studiului și a câștigat încrederea oamenilor. Invitații care nu au răspuns în termen de 10 zile de la trimiterea invitației au primit un *memento* explicând pe scurt scopul studiului și cerându-le să participe.²³

Considerând programările persoanelor vizate, cei care au dorit să participe au fost contactați de către biroul de administrare a studiului cât mai curând posibil după primirea cărților de răspuns, în momentele în care le-ar fi cel mai convenabil.

²³ A Gößwald et al., "The first wave of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)", *Bundesgesundheitsbl*, 56, no., (2013)p. 1.

În multe cazuri, o întâlnire a fost făcută atunci când o persoană a telefonat cu o întrebare. De obicei, existau două zile de examinare cu întâlniri dimineața și după-amiaza și două cu întâlniri după-amiaza și seara. Programările au fost, de asemenea, disponibile până după-amiaza devreme, sâmbăta, pentru a facilita participarea persoanelor care lucrează. De regulă, s-au făcut maximum 47 de numiri în fiecare săptămână, deși acest număr ar putea fi mărit dacă un număr foarte mare de oameni ar fi dispuși să ia parte și ar putea fi disponibilizat mai mult personal dacă este necesar. Persoanele pentru care nu au putut fi găsite, întâlniri adecvate au fost plasate pe o listă de așteptare și contactate de îndată ce orice dată a devenit disponibilă. Acest lucru a minimizat numărul de numiri care nu au fost luate și a îmbunătățit gradul de utilizare a centrului de studiu. Programările pentru interviuri medicale prin telefon au fost făcute de îndată ce participanții au returnat formularele de consimțământ semnate. Pentru a le oferi o flexibilitate cât mai mare, programările erau disponibile în zilele lucrătoare, seara sau sâmbăta. Dacă nu au completat și au returnat chestionarul de sănătate, li s-a reamintit să facă acest lucru atunci când s-a făcut programarea pentru interviu.²⁴

Selecția și recrutarea participanților în cadrul Luxembourg European Health Examination Survey (EHES-LUX)

O scrisoare semnată de Ministerul Sănătății și Institutul de Sănătate din Luxemburg (ISL), instituția care a coordonat EHES-LUX, a fost trimisă persoanelor selectate aleatoriu pentru a-i informa și a-i invita să participe la anchetă. Împreună cu scrisoarea, au fost trimise o broșură cu informații despre EHES-LUX și o scrisoare de răspuns (acceptare/refuz din partea potențialilor participanți). Persoanele care erau interesate să participe la studiu au fost rugate să trimită înapoi scrisoarea cu răspunsul lor. Dacă nu s-a primit niciun răspuns după trei săptămâni, potențialii participanți au fost contactați din nou prin poștă. Persoanele fizice nu au primit niciun stimul financiar pentru participarea la studiu. Cei care au fost de acord să participe, au fost contactați pentru a stabili o programare în vederea examinării și prelevării probelor biologice. Pentru a facilita accesul participanților la studiu, au fost selectate trei centre de examinare (câte unul în fiecare regiune). Examinarea a avut loc în două etape deoarece completarea chestionarului și examinările antropometrice și medicale ocupau mult timp.

²⁴Ibid., pp. 2, 5.

În prima etapă, participanții au completat la centrul de examinare chestionarul autoadministrat, au beneficiat de un examen medical și le-au fost colectate probe din păr. În medie, vizita a avut o durată de aproximativ 2 ore. Interviuurile și examinările medicale au fost efectuate de asistenți medicali instruiți în cercetare clinică și au avut loc în engleză, germană, franceză sau portugheză. Examinările din prima etapă au inclus măsurătorile antropometrice și ale tensiunii arteriale, spirometrie, acuitate vizuală, funcția tiroidiană și o electrocardiogramă.

O a doua vizită a avut loc la laborator unde au fost prelevate probe din sânge și urină de la fiecare participant. Probele de sânge au fost utilizate pentru a măsura glucoza plasmatică, hemoglobina glicată (HbA1c), trigliceridele, colesterolul total și HDL (colesterolul LDL calculat), creatinina și funcția tiroidiană (TSH, anti-TPO). Probele de urină au fost obținute pentru a măsura iodul, creatinina și microalbuminuria.

Sursă: Gößwald et al (2013) și Bocquet et al (2018)

Mindell și colaboratorii ²⁵ au inventariat metodele de eșantionare și de selectarea a respondenților participanți la ancheta HES din șapte state europene (**Error! Reference source not found.**). Au fost utilizate două tipuri de cadre de eșantionare: unul bazat pe adrese individuale și celălalt pe adrese ale gospodăriilor. Patru dintre studii au folosit eșantionarea prin intermediul adreselor individuale, pe baza registrelor populației (naționale sau locale) iar trei din acestea au realizat eșantionarea plecând de la delimitarea geografică a adreselor, din cauza lipsei registrelor populației. Populația eligibilă pentru anchetele (E)HES a fost cea rezidentă la momentul desfășurării anchetei. Din motive practice, în cele trei anchete în care eșantionarea a avut loc plecând de la delimitarea geografică de adrese, au fost incluse doar persoanele care locuiau în gospodării private, astfel încât persoanele instituționalizate au fost excluse din populația țintă. Dimensiunea eșantionelor inițiale din aceste anchete a variat de la 10.000 la 17.117 persoane în anchete bazate pe eșantioane de indivizi și de la 8.736 la 19.185 gospodării în anchete bazate pe eșantionarea gospodăriilor (adrese).

Din datele prezentate în tabelul 4 observăm că ratele de non-eligibilitate au fost mai mari în cazul anchetelor care au utilizat pentru eșantionare adrese și nu registre ale populației. Toate anchetele HES au vizat atât bărbați, cât și femei. În Anglia și Scoția au fost incluse în anchetă toate persoanele (fără limită de vârstă). În Irlanda, au fost incluse persoanele de la vârsta de 18 ani fără o limită superioară de vârstă; celor cu vârste cuprinse între 18 și 44 de ani li s-a măsurat înălțimea, greutatea și circumferința taliei, iar cei cu

²⁵ Jennifer S. Mindell et al., "Sample selection, recruitment and participation rates in health examination surveys in Europe – experience from seven national surveys", *BMC Medical Research Methodology*, 15, no., 78, (2015)

vârsta de peste 45 de ani au fost invitați la un examen fizic complet. Celelalte patru anchete HES au avut limite de vârstă mai restrânse.

Totuși, grupa de vârstă 35-64 de ani a fost comună tuturor celor șapte anchete HES. Toate anchetele au utilizat eșantionarea probabilistă. Însă, în cazul a trei anchete HES (Finlanda, Italia și Olanda), zonele au fost selectate pe baza criteriilor de disponibilitate/fezabilitate, iar participanții din fiecare zonă selectată au fost selectați pe baza eșantionării aleatorii din registrul populației.

Anchetele EHES din Anglia, Irlanda și Scoția au realizat eșantionarea participanților în două etape. În prima etapă, au fost selectate punctele de eșantionare plecând de la de codurile poștale. În a doua etapă, s-au selectat aleatoriu un număr de gospodării din punctele de eșantionare alese inițial. Odată ajunse la gospodării, s-au selectat persoanele din cadrul gospodăriilor care ar putea participa la anchetă.

Ratele de consimțământ pentru participarea la examinările antropometrice, la măsurarea tensiunii arteriale, la prelevarea probelor de sânge și la colectarea de date prin intermediul chestionarului au fost diferite în funcție de sex și tipul de sarcină din cadrul anchetei (Tabel 5). Ratele de participare au fost în general mai mari la persoanele de sex feminin decât la cele de sex masculin, cu excepția Irlandei, unde nu au existat diferențe, și a Germaniei, unde bărbații cu vârste între 35 și 64 de ani au avut o rată de participare mai ridicată. Ratele de participare au crescut cu vârsta de până la 64 de ani în toate sondajele. Ratele de participare au crescut odată cu categoria de vârstă, iar pentru categoria de vârstă 65-74 de ani, ratele de participare cele mai mici s-au regăsit în Irlanda și cele mai ridicate în Finlanda. Per total, pentru grupa de vârstă 35-64 de ani, comună tuturor anchetelor EHES, ratele de participare au fost mai ridicate în Finlanda și simțitor mai scăzute în Irlanda.

Au fost mai mulți factori care au avut o influență asupra ratelor diferite de participare între etape. În anchetele EHES în care toate măsurătorile antropometrice și de colectare a probelor de sânge au fost efectuate la centrele de examinare, ratele de participare au diferit puțin între măsurarea greutateii, măsurarea tensiunii arteriale și colectarea probelor de sânge, variind cu doar 0-3 puncte procentuale (pp) în Italia, Irlanda și Olanda. În Finlanda, rata de participare pentru prelevarea probelor de sânge au fost cu 5-8 pp. mai mici decât cele pentru interviu (chestionar). În Germania, ratele de participare pentru prelevarea probelor de sânge au fost cu 4-9 pp mai mici decât măsurătorile pentru tensiunea arterială iar diferențele dintre participarea la interviu și celelalte etape s-a datorat faptului că participanții aveau posibilitatea să răspundă doar la chestionar dacă nu puteau ajunge la

centrul de examinare.²⁶ În schimb, în Anglia și Scoția, ratele de participare au scăzut treptat deoarece examinarea s-a făcut în mai multe etape iar respondenții nu trebuiau să viziteze un centru de examinare ci primeau acasă vizita personalului medical.²⁷

Pe baza experiențelor și rezultatelor din studiile EHES implementate în ultimele decenii,²⁸ potențiale soluții pentru creșterea ratei de participare ar consta în suprareprezentarea bărbaților, a tinerilor (18-34 ani) și a persoanelor din mediile socio-economice dezavantajate, adică a acelor persoane care au o rată mai mică de participare conform rezultatelor din studiile anterioare. Suprareprezentarea unor categorii din populație care au un grad mai scăzut de participare este doar un prim pas. Coordonatorii anchetei EHES trebuie să se asigure că scrisoarea de invitație trebuie să fie informativă și ușor de înțeles, iar lungimea chestionarului să nu pară prea extinsă. De asemenea, beneficiile anchetei EHES pentru participanți trebuie să fie evidente (ex. citirea de către medicul de familie a rezultatelor examinării medicale și/sau oferirea de stimulente financiare).

²⁶ Ibid.

²⁷ Ibid.

²⁸ Juha Karvanen et al., "Recommendations for design and analysis of health examination surveys under selective non-participation", *The European Journal of Public Health*, 29, no., 1, (2018)

Tabel 4. Eșantionarea în șapte anchete naționale de examinare a sănătății

Ancheta HES	Anul studiului	Cadrul de eșantionare	Populația țintă	Selectarea eșantionului	Eșantionul inițial	Eșantionul eligibil	% eșantion ineligibil	Motiv ineligibilitate
Ancheta sănătății în Anglia	2011	Fișier adrese	Indivizi de toate vârstele care locuiau în gospodării private	1 Eșantion aleatoriu plecând de la codurile poștale și ulterior, stratificat după regiune și % ocupații non- manuale 2 Eșantion aleatoriu de adrese private din cadrul codului poștal selectat 3 Până la 10 adulți și doi copii în fiecare gospodărie selectată.	8.992 gospodării	8.088 gospodării	10%	Clădiri bussiness sau instituții , clădiri libere, clădiri demolate, clădiri încă în construcție.
Finlanda – FINRISK Study	2012	Registrul populației	Persoane cu vârste cuprinse între 25 și 74 de ani din cinci regiuni din Finlanda	Eșantion stratificat după sex, grupe de vârstă (intervale de 10 ani) și regiune	10.000 indivizi	9.905 indivizi	1%	Indivizii au decedat sau s-au mutat în altă regiune
Germania DEGS1	2008- 2011	Registre cu populația locală	Persoane cu vârste cuprinse între 18 și 79 de ani rezidente în Germania.	Participanți de la ancheta anterioară privind examinarea stării de	17.117 indivizi	15.974 indivizi	7%	Pentru eșantionul nou motivele au constat în decesul persoanei,

Ancheta HES	Anul studiului	Cadrul de eșantionare	Populația țintă	Selectarea eșantionului	Eșantionul inițial	Eșantionul eligibil	% eșantion ineligibil	Motiv ineligibilitate
				sănătate GNHIES98, completat cu un eșantion aleatoriu 1 Eșantion aleatoriu din toate regiunile Germaniei 2 Eșantion aleatoriu de indivizi din aleși din punctele de eșantionare				mutarea cu reședința sau incapacitatea de a înțelege limba germană Pentru eșantionul GNHIES98, ineligibilitatea a constat în decesul persoanei sau migrarea în altă zonă a țării.
Irlanda– SLAN	2007	Fișier cu adrese – Directorul Geo	Persoane de 18 ani și peste care locuiesc în gospodării private. Persoanelor cu vârste cuprinse între 18 și 44 de ani li s-au aplicat chestionarul și li s-au făcut măsurătorile antropometrice acasă. Cele de peste 45 de ani au fost invitate la un centru de examinare.	1 Eșantion aleatoriu de puncte de eșantionare bazate pe agregări de orașe. 2 Eșantion sistematic de adrese din cadrul punctelor de eșantionare alese în prima fază 3 Selectarea a unei persoane din gospodărie prin procedura „zilei de naștere”	19.185 de gospodării	16.681 de gospodării	13%	Clădiri libere, clădiri nerezidențiale, clădiri demolate, adresa care nu a putut fi localizată.

Ancheta HES	Anul studiului	Cadrul de eșantionare	Populația țintă	Selectarea eșantionului	Eșantionul inițial	Eșantionul eligibil	% eșantion ineligibil	Motiv ineligibilitate
Italia – OEC/HES	2008- 2012	Registrul populației	Persoane 35-79 de ani, care locuiesc în cele 20 de regiuni italiene	Centre de screening selectate în fiecare regiune în funcție de disponibilitatea personalului, spațiul, aparaturile de laborator și disponibilitatea de a colabora la examinare În cadrul fiecărei municipalități selectate în care se regăsea centrul de screening, a fost selectat un eșantion aleatoriu de adulți, pe grupe de vârstă și sex.	17.052 indivizi	16.447 indivizi	4%	Invitație nelivrată, deces, emigrarea persoanei, a lucrat în afara zonei de reședință pe toată perioada anchetei.
Olanda– NLdeMaat	2009- 2010	Registrul populației	Persoane cu vârste cuprinse între 18-70 de ani (faza I) și 30-70 de ani (faza II) din cinci orașe olandeze.	1 Împărțirea țării în 5 regiuni 2 Eșantion aleatoriu format din 3 puncte eșantionare (orașe) din fiecare regiune	15.000 indivizi	14.163 indivizi	6%	Deces sau emigrarea persoanei din regiune.

Ancheta HES	Anul studiului	Cadrul de eșantionare	Populația țintă	Selectarea eșantionului	Eșantionul inițial	Eșantionul eligibil	% eșantion ineligibil	Motiv ineligibilitate
				3 Eșantion aleatoriu stratificat pe sex și grupe de vârstă (intervale de 10 ani)				
Scoția– Scottish Health Survey	2010	Registru de adrese	Persoane de toate vârstele care locuiesc în gospodării private	1 Eșantion aleatoriu după codurile poștale, stratificat pe zonă și indicatori de deprivare socio- economică 2 Eșantion aleatoriu de adrese private din cadrul zonelor poștale selectate 3 Toți adulții și până la doi copii din gospodărie	8.382 gospodării (2. 194 gospodării vizitate de asistente medicale)	7.564 de indivizi	10%	Clădiri sau instituții business, clădiri libere, clădiri demolate, clădiri încă în construcție.

Sursă: Mindell et al, (2015: 5-6)

Tabel 5. Rata de participare în anchetele HES pe grupe de vârstă și sexe

Țara	Denumirea anchetei HES	Anul desfășurării	Număr în eșantion		Interviu (%)		Măsurarea antropometrică (%)		Măsurarea tensiunii arteriale (%)		Recoltarea probelor de sânge (%)	
			Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei
Finlanda	FINRISK	2012										
25-34 ani			983	980	45	61	41	53	41	53	41	53
35-44 ani			994	989	55	65	50	59	50	59	50	59
45-54 ani			992	995	61	70	56	63	56	63	56	63
55-64 ani			991	997	67	73	61	66	61	66	61	66
65-74 ani			988	996	77	73	72	67	72	66	72	67
35-64 ani			2980	2981	61	69	55	62	55	62	55	62
Germania	DEGS	2008-2011										
25-34 ani			431	501	36	43	36	38	36	38	32	34
35-44 ani			583	681	44	53	43	44	43	44	37	44
45-54 ani			775	899	52	60	50	49	50	49	42	50
55-64 ani			684	756	56	58	54	49	54	49	45	46
65-74 ani			816	843	58	55	56	51	56	51	48	43
35-64 ani			2042	2336	51	57	49	48	49	48	41	47
Italia	OEC-HES	2008-2012										
35-44 ani			1967	1911	49	51	1967	1911	49	51	1967	1911

Țara	Denumirea anchetei HES	Anul desfășurării	Număr în		Interviu (%)		Măsurarea		Măsurarea tensiunii		Recoltarea probelor de	
			eșantion				antropometrică (%)		arteriale (%)		sânge (%)	
			Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei
45-54 ani			1936	1809	57	61	57	61	57	61	57	60
55-64 ani			1807	1776	60	60	60	60	60	60	59	60
65-74 ani			1773	1803	55	54	55	54	55	54	54	53
75-79 ani			833	932	52	40	52	40	52	40	52	40
35-64 ani			5610	5496	55	57	55	57	55	57	55	57
Olanda	NLdeMaat Phase 2	2010										
35-44 ani			135	171	35	43	35	43	35	43	35	43
45-54 ani			186	228	44	52	44	52	44	52	44	52
55-64 ani			163	167	49	50	49	50	49	50	49	50
35-64 ani			484	566	42	48	42	48	42	48	42	48
Irlanda	SLAN	2007										
45-54 ani			177	271	41	41	41	41	41	41	39	40
55-64 ani			149	205	41	41	41	41	41	41	40	39
65-74 ani			151	149	41	41	41	41	41	41	39	39
45-64 ani			326	476	41	41	41	41	41	41	39	39
Anglia	HSE	2011										
25-34 ani			696	642	79	78	68	71	47	54	35	45

Țara	Denumirea anchetei HES	Anul desfășurării	Număr în		Interviu (%)		Măsurarea		Măsurarea tensiunii		Recoltarea probelor de	
			eșantion				antropometrică (%)		arteriale (%)		sânge (%)	
			Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei
35-44 ani			826	825	82	95	70	79	53	64	41	56
45-54 ani			823	876	81	93	70	78	52	63	41	55
55-64 ani			721	866	87	94	75	79	63	69	50	59
65-74 ani			561	822	90	96	78	81	66	68	48	59
35-64 ani			4643	5242	83	94	71	79	55	65	44	56
Scoția	SHeS	2010										
25-34 ani			392	534	72	90	64	72	36	46	27	36
35-44 ani			443	637	76	94	67	77	42	48	37	40
45-54 ani			530	721	78	94	68	80	43	57	39	48
55-64 ani			514	655	83	94	71	80	51	56	46	46
65-74 ani			454	534	92	96	80	80	51	54	38	44
35-64 ani			1487	2013	79	94	69	79	45	54	41	45

Sursă: Mindell et al, (2018: 10-11)

3.2 Opțiuni de implementare a anchetei EHES în România

Pe baza datelor prezentate mai sus dar și a strategiilor de eșantionare și selecție a respondenților utilizate în cercetarea socială din România, au fost elaborate trei propuneri/opțiuni de eșantionare și a fost selectată cea mai bună metodă dintre cele trei pe baza avantajelor și dezavantajelor pe care le prezintă cele trei opțiuni propuse.

Opțiunile au fost construite ținând cont că fiecare dintre cele opt grupe vârstă-sex (25-34, 35-44, 45-54 și 55-64 ani) trebuie să aibă cel puțin 500 de reprezentanți în eșantion pentru a putea fi realizate comparații între țări.

Prima opțiune de implementare include eșantionarea bazată pe unități administrative teritoriale (UAT) cu design în trei etape, în prima etapă selectându-se UAT-ul (UPE- unități primare de eșantionare), în a doua etapă se selectează gospodăriile și locuințele, iar în a treia etapă se trece la selectarea potențialului participant.

Cea de-a doua opțiune de implementare are la bază eșantionarea în funcție de secțiile de vot, eșantionarea făcându-se în trei etape, în prima etapă se vor selecta secțiile de votare (UPE), în a doua etapă se vor selecta gospodăriile/locuințele și în a treia etapă se trece la selecția respondentului.

Cea de-a treia opțiune de implementare a EHES în România se referă la eșantionarea bazată pe listele de capitație ale medicilor de familie. Eșantionarea potențialilor participanți la ancheta EHES va avea loc în două etape. În prima etapă se vor extrage aleatoriu din lista medicilor de familie (care vor figura ca unități primare de eșantionare) de la CNAS, 120 medici de familie. Ulterior, în a doua etapă, se vor selecta potențialii participanți eligibili la ancheta EHES de pe listele de capitație ale medicilor de familie (care vor funcționa ca unități secundare de eșantionare). Stratificarea eșantionului de participanți se va realiza pe două dimensiuni: regiune de dezvoltare (există opt astfel de regiuni în România) și nivelul de urbanizare (rural/urban). Estimăm că o dimensiunea brută a eșantionului de 9.600 de persoane ar fi necesară pentru a avea în final un eșantion net de minim 4.520 persoane (rată de participare de minim 50%).

Pe baza avantajelor și dezavantajelor pe care fiecare dintre cele trei opțiuni de implementare propuse le deține, precum și de fezabilitatea implementării, dar și de rezultatul unei analize cost-eficiență la primă vedere, a fost selectată cea de-a treia opțiune de implementare, populația de studiu fiind selectată prin eșantionarea bazată pe listele de capitație ale medicilor de familie. (tabel nr. 9)

Ancheta EHES prezintă un nivel de complexitate mai ridicat decât majoritatea anchetelor sociale implementate în momentul de față. Având în vedere că aceasta necesită un număr mai ridicat de etape în colectarea datelor dar și a faptului că rezultatele anchetei depind de respectarea unor standarde comune de măsurare, implicarea medicilor și asistenților/asistentelor medicali/ medicale este crucială în obținerea unor date fiabile.

Tabel 6. Compararea strategiilor de eșantionare și selecție a respondenților

Avantaje			Dezavantaje		
Opțiune implementare nr. 1	Opțiune implementare nr. 2	Opțiune implementare nr. 3	Opțiune implementare nr. 1	Opțiune implementare nr. 2	Opțiune implementare nr. 3
Date recente (ianuarie 2020)	Date recente (noiembrie 2020)	Date recente (decembrie 2019/2020)	EHES este o anchetă mai complexă (socio-medical) decât majoritatea anchetelor sociale. Prin implicarea mai multor faze de implementare (chestionar + bp + bs), anticipăm o rată de răspuns scăzută.	EHES este o anchetă mai complexă (socio-medical) decât majoritatea anchetelor sociale. Prin implicarea mai multor faze de implementare (chestionar + bp + bs), anticipăm o rată de răspuns scăzută.	Ancheta EHES va fi reprezentativă la nivel național pentru persoanele care dețin o asigurare medicală și sunt înscrise pe listele de capacitate ale medicilor de familie (aproximativ 13% din populația României nu are o asigurare medicală)
Dimensiunea populației disponibile pentru fiecare UAT la nivel regional și județean	Dimensiunea populației disponibile pentru fiecare secție de votare	Rată de participare mai ridicată (estimare)	Nu există date la nivel de localitate pentru numărul populației rezidente	Acest lucru va implica faptul că vor fi folosiți mai mulți medici de familie, deoarece respondenții au dispersat medicii de familie	Neacoperirea geografică a întreg teritoriului României. În prezent, există peste 400 de localități în România care nu sunt deservite de un medic de familie.
Datele privind populația pe grupe de vârstă pentru UAT la nivel județean (și nu local)	Lista localităților și adreselor disponibile pentru fiecare secție de votare	Costuri mai scăzute pentru selecția medicilor de familie și costuri logistice de implementare mai scăzute	Costuri ridicate pentru cartografierea și listarea adreselor/gospodăriilor	Nu include persoanele fără drept de vot, aprox. 0,8% (în special cei care nu au documente de identificare legală)	

Avantaje			Dezavantaje		
Opțiune implementare nr. 1	Opțiune implementare nr. 2	Opțiune implementare nr. 3	Opțiune implementare nr. 1	Opțiune implementare nr. 2	Opțiune implementare nr. 3
Frecvent utilizat în cercetările sociale	Costuri mai mici pentru cartografierea și listarea gospodăriilor în cadrul fiecărei secții de votare	Costuri mai mici de selecție a potențialilor participanți deoarece aceștia vor fi selectați de pe listele medicilor de familie	Costuri ridicate pentru contactarea medicilor de familie deoarece potențialii participanți sunt mai eterogeni.	Nu include străinii care lucrează sau locuiesc în România (non-cetățenie) - aprox. 0,5%	
	Metoda standard în proiectarea eșantionării în România pentru sondaje sociale	Design de eșantionare mai potrivit pentru studiile socio-medicale mai complexe		Unele secții au o dimensiune mică, dar acestea pot fi redistribuite cu ușurință în aceleași straturi către o secție mai mare.	
	Dimensiunea medie a fiecărei secții de votare este de 950 de persoane (aproximativ 300 de gospodării)	Suportul medicilor de familie		Costuri ridicate pentru contactarea medicilor de familie deoarece potențialii participanți sunt mai eterogeni.	

Așadar, din punct de vedere al fezabilității implementării anchetei EHES dar și al principiului cost-eficiență, **opțiunea de implementare nr. 3** pare cea optimă. Plecând de la listele de capitație ale medicilor de familie se poate extrage un eșantion de participanți urmând pași statistici riguroși, pentru a asigura șanse egale pentru toate persoanele înscrise pe listele acestora. Fiind o anchetă socio-medicală complexă ce implică atât culegerea de date prin intermediul unui chestionar cât și prelevarea de probe din sânge și alte măsurători antropometrice, suportul medicilor de familie este esențial pentru explicarea beneficiilor științifice ale anchetei, potențialilor participanți. Suportul medicilor de familie va asigura și o rată de răspuns mai ridicată, comparativ cu estimările noastre pentru celelalte două opțiuni de implementare.

De asemenea, costurile logistice și de implementare ale anchetei EHES în cazul opțiunii nr. 3 sunt mai scăzute decât în cazul celorlalte două opțiuni. Prelevarea probelor din sânge, măsurarea tensiunii arteriale și a indicatorilor antropometrici necesită o logistică suplimentară, în acord cu protocoalele standardizate regăsite în manualul EHES. În cazul opțiunii nr. 3 ar trebui să fie asigurate echipamentele logistice pentru cei 120 de medici de familie, pentru care a fost proiectat eșantionul. În cazul în care eșantionarea pleacă de la gospodăria (și ulterior de la un participant eligibil din cadrul gospodăriei) ca în cazul celorlalte două opțiuni, atunci numărul medicilor de familie care vor trebui atrași va fi mult mai ridicat, deoarece eșantionul selectat va fi eterogen din punct de vedere al apartenenței la un medic de familie.

Costurile de selecție ale participanților vor fi mai reduse în cazul opțiunii nr. 3 deoarece aceștia vor fi aleși de pe listele de capitație ale medicilor de familie, liste care sunt deja la dispoziția acestora din urmă. Medicii de familie vor fi trebui însă instruiți pentru a selecta aleatoriu participanții la ancheta EHES. După selecția aleatorie, vor aplica criteriile de eligibilitate (expuse în capitolul 3) pentru a fi în acord cu cerințele anchetei.

Totuși, în cazul opțiunii nr. 3, reprezentativitatea întregii populații eligibile nu poate fi asigurată. Mai mult de o zecime din populației României (13%) nu este asigurată și în consecință nu este alocată la niciun medic de familie. Cel mai probabil aceste persoane fac parte din cadrul unor grupuri vulnerabile. Totodată, opțiunea nr. 3 nu asigură o reprezentare geografică a întreg teritoriului României. Există în momentul de față peste 400 de localități în România care conform specialiștilor, nu sunt acoperite de un medic de familie. În concluzie, eșantionul final de participanți va fi reprezentativ doar pentru populația înscrisă pe listele de capitație ale medicilor de familie.

O parte dintre aceste deficiențe legate de reprezentativitatea eșantionului și a acoperirii geografice a întreg teritoriului României pot fi reduse prin opțiunea de implementare nr. 1. În cadrul acestei opțiuni se pleacă de la selecția aleatorie a UAT-urilor incluse în anchetă pentru ca ulterior, în etapele ulterioare, să

se selecteze gospodăriile și în final, respondenții eligibili pentru ancheta EHES. Avantajele acestei opțiuni ar consta în faptul că se poate face un eșantion reprezentativ inițial deoarece există informații privind populația la nivel de regiune și județ, inclusiv pe grupe de vârstă.

Costurile de selecție a participanților vor fi în schimb mai ridicate în cazul opțiunii nr. 1 deoarece selecția acestora se va face utilizând o rețea de operatori la nivel național care vor trebui să mapeze gospodăriile eligibile. Un sondaj de prestigiu aplicat recent în România, *European Social Survey*, a arătat că peste 8% dintre gospodăriile mapate inițial de către operatori erau fie neocupate/în stare degradată/locuințe secundare, fie erau sedii ale unor instituții sau afaceri și deci neeligibile pentru aplicarea instrumentelor (ESS, 2020).

De asemenea, costurile ridicate se vor extinde și pentru contactarea medicilor de familie deoarece potențialii participanți sunt eterogeni și astfel numărul de medici de familie ce vor trebui contactați se poate apropia de câteva sute. Deși există șanse teoretice ca UAT-urile fără acoperire cu medici de familie să fie selectate în eșantion, ponderea populației care nu este asigurată va rămâne cel mai probabil scăzută în cadrul eșantionului total. Acoperirea adecvată a persoanelor din grupuri vulnerabile care nu dețin o asigurare medicală se poate face doar prin suprareprezentarea eșantionului din rândul acestor persoane. În plus, pentru persoanele care nu au un medic de familie și nu pot participa la examinările medicale la cabinetele acestora, ar fi nevoie de o unitate mobilă echipată care să meargă în respectivele UAT-uri sau de decontarea cheltuielilor participanților până la cel mai apropiat centru medical, unde se pot face în condiții optime examinările medicale. În oricare variantă, ar fi necesară alocarea de resurse suplimentare.

Opțiunile de eșantionare care pleacă de la UAT-uri sau secții de vot (nr. 1 și nr. 2) au o probabilitate mai ridicată de a obține rate de participare mai scăzute. Creșterea ratei de participare în examinările EHES a constituit o provocare în ultimul deceniu. Alături de erorile de eșantionare și cele de măsurare, refuzul de participare reprezintă unul din dificultățile întâlnite de multe studii care au drept obiectiv extrapolarea rezultatelor acestora. Studii recente pun slaba participare a populației la cercetări științifice pe seama numărul tot mai mare de studii de cercetare de piață, de proliferarea sondajelor politice, a marketingului telefonic și/sau față în față, cercetări care se pot asemana cu cele științifice ²⁹.

Anchetele EHES sunt mai complexe decât anchetele sociale, astfel că selecția participanților necesită un efort suplimentar de explicare a beneficiilor științifice ale anchetei. Acestor eforturi ar fi făcute de un

²⁹ Jennifer S. Mindell et al., "Sample selection, recruitment and participation rates in health examination surveys in Europe – experience from seven national surveys", *BMC Medical Research Methodology*, 15, no., 78, (2015)

operator de teren și nu de către un expert din domeniul medical, ca în cazul opțiunii nr. 3. Din experiența anchetelor (E)HES implementate în alte state membre UE, ratele de participare tind să scadă, variind de la 23% la 63%, cu o medie de 45%, în cazul ultimelor anchete.³⁰ Ratele de participare sunt influențate de modul de organizare a culegerii datelor (ex. într-un centru medical sau la reședința participantului), de efortul depus în promovarea anchetei dar și de caracteristici naționale cum ar fi distanța până la cabinetele medicale sau accesul populației la servicii medicale, încrederea în studii științifice etc. În opinia noastră, opțiunea nr. 3 reprezintă cea mai bună optimizare a rezultatelor în raport cu resursele investite, celelalte două opțiuni conducând la mobilizarea unor resurse umane și financiare considerabile.

3.3 Eșantionarea și selecția participanților. Eșantionarea bazată pe listele de capitație ale medicilor de familie)

3.3.1 Prezentarea generală a proiectării eșantionării

CARACTERISTICI GENERALE ALE EȘANTIONULUI	
Populația țintă	Populația țintă include toți rezidenții români, bărbați și femei neinstituționalizați din toate zonele geografice din România, cu vârsta de cel puțin 25 de ani și cel mult 64 de ani, care au o asigurare medicală și se află pe listele de capitație ale medicilor de familie.
Designul de eșantionare	Selecție independentă utilizând un design în două etape: în prima etapă vor fi selectați 120 medici de familie (ca UPE) cu PPS, urmând ca în a doua etapă să fie selectați participanții de pe listele medicilor de familie.
STRATIFICARE	
Straturi	Gradul de urbanizare (urban and rural), regiuni
Număr de straturi	16 (2x8)
Alocarea straturilor	Proportional cu mărimea stratului
Straturi implicate	Județ, mărimea localității
EȘANTIONAREA ȘI DETALIILE EȘANTIONĂRII	
Numărul eșantionului minim necesar	4.520 participanți
Eșantion final (incluzând chestionare și examinări medicale anulate)	4.800 participanți
Număr de UPE	120
Număr de participanți/segment	40
Număr total de participanți selectați	9.600
Rata de răspuns anticipată	Cel puțin 50%

³⁰ Hanna Tolonen et al., "European Health Examination Survey—towards a sustainable monitoring system", *European Journal of Public Health*, 14, no., 2, (2013)

PRIMA ETAPĂ A EȘANTIONĂRII	
UPE	Lista medicilor de familie Notă: Informațiile publice privind lista medicilor de familie pe județe și medii de rezidență se regăsesc pe site-urile CNJAS. Nu există însă informații publice centralizate privind numărul de pacienți înscrși pe medic de familie și repartizarea acestora pe grupe de vârste. Datele pot fi obținute utilizând diverse alte surse de informații (date de la Case Județene de Asigurări, solicitare de informații publice, contactare directă a tuturor medicilor de familie).
Structura unităților de eșantionare	Prima etapă este reprezentată de selecția medicilor de familie. A doua etapă este reprezentată de selecția participanților la studiu din lista de capitație ale medicilor de familie
Selectarea UPE	120 UPE (segmente)=120 medici de familie, selecție PPS
Număr total de UPE în eșantion	12.187 unități
Număr de UPE selectate	120
Rata UPE din total eșantion	0.98%
SELECȚIA RESPONDENȚILOR	
Selectia sistematică de pe listele medicilor de familie	Odată finalizată prima etapă de eșantionare (selecția medicilor de familie cu PPS), se va trece la selecția potențialilor participanți utilizând selecția sistematică
Selectarea participanților	80 de participanți vor fi selectați de pe listele fiecărui medic de familie inclus în eșantion
REZULTATE PRECONIZATE	
Număr total de participanți	9.600 indivizi cu vârste cuprinse între 25 și 64 ani
Număr de UPE	120
Număr de participanți/segment	40
Rata de răspuns prognozată	50%
Eșantion final	4.520 participanți (chestionar și analize valide)

3.3.2 Populația țintă și criteriile de eligibilitate

Populația țintă include persoanele de sex feminin și masculin, neinstituționalizate, din toate regiunile geografice ale României cu vârstele cuprinse între 25 și 64 de ani, care consideră România ca locul lor de reședință obișnuit. Persoanele din grupul țintă au o asigurare medicală și sunt înscrise pe listele de capitație ale unui medic de familie.

Următoarele criterii de eligibilitate vor fi îndeplinite de fiecare persoană inclusă în eșantion:

- persoană civilă

- neinstituționalizat
- sex masculin și feminin
- în vârstă de cel puțin 25 de ani și cel mult 64 de ani (cu patru grupe de vârstă 25-34, 35-44, 45-54, 55-64)
- locuiește în România și îndeplinește cerințele de rezidență la nivel de țară.
- Au o asigurare medicală și sunt înscrise pe listele de capitație ale unui medic de familie
- Se regăsesc pe listele suplimentare ale medicilor de familie

Persoanele, în vârstă de cel puțin 25 de ani și cel mult 64 de ani, care vor fi excluse din ancheta EHES, sunt cele care, în momentul implementării anchetei, îndeplinesc una din condițiile:

- cetățenii care vizitează țara pentru mai puțin de jumătate din ultimele 12 luni (de exemplu, turiști, în țară pentru a vedea prieteni/rude etc.);
- cetățenii din anumite categorii profesionale (militari, ofițeri ai ordinii publice și siguranței naționale etc) care sunt înscrși pe listele casei de asigurări de sănătate OPSNAJ
- cetățeni care sunt instituționalizați - inclusiv persoane care locuiesc în spitale, penitenciare, case de bătrâni și alte astfel de instituții, care nu vor fi eșantionate în EHES.

Eșantionul va fi extras din listele de capitație ale medicilor de familie înscrși în baza de date a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS), precum și din listele suplimentare ale acestora. Baza de date cu medicii de familie cuprinde 12.187 intrări actualizată la finele anului 2019. Baza de date este structurată pe regiuni de dezvoltare, județe și localități (Tabel 8).

Tabel 7 Distribuția medicilor de familie la nivel regional comparativ cu populația rezidentă

Regiune de dezvoltare	Populația rezidentă	Dimensiune relativă	Număr medici
	25-64 ani	a regiunii	de familie
Regiunea NORD-VEST	1,422,363	13.41%	1,518
Regiunea CENTRU	1,260,933	11.89%	1,499
Regiunea NORD-EST	1,632,094	15.39%	1,704
Regiunea SUD-EST	1,274,368	12.01%	1,325
Regiunea SUD-MUNTENIA	1,559,354	14.70%	1,466
Regiunea BUCUREȘTI - ILFOV	1,406,611	13.26%	2,003
Regiunea SUD-VEST OLTEA	1,042,378	9.83%	1,315
Regiunea VEST	1,010,119	9.52%	1,357
Total	10,608,220	100%	12,187

Sursa: INS, TEMPO SAN104A

3.3.3 Procedura de eșantionare

Eșantionarea potențialilor participanți la ancheta EHES va avea loc în două etape. În prima etapă se vor extrage aleatoriu din lista medicilor de familie (care vor figura ca unități primare de eșantionare) de la CNAS, 120 medici de familie. Ulterior, în a doua etapă, se vor selecta potențialii participanți eligibili la ancheta EHES de pe listele de capitație și listele suplimentare ale medicilor de familie (care vor funcționa ca unități secundare de eșantionare). Stratificarea eșantionului de participanți se va realiza pe două dimensiuni: regiune de dezvoltare (există opt astfel de regiuni în România), și nivelul de urbanizare (rural/urban). Estimăm că o dimensiunea brută a eșantionului de 9.600 de persoane ar fi necesară pentru a avea în final un eșantion net de minim 4.520 persoane (rată de participare de minim 50%).

3.4 Avantajele și dezavantajele eșantionării bazate pe listele de capitație ale medicilor de familie

Avantajele eșantionării bazate pe listele de capitație ale medicilor de familie sunt:

- Existența unor date recente (decembrie 2019/2020)
- Rată de participare mai ridicată (estimare)
- Costuri mai scăzute pentru selecția medicilor de familie și costuri logistice de implementare mai scăzute
- Costuri mai mici de selecție a potențialilor participanți deoarece aceștia vor fi selectați de pe listele de capitație și listele suplimentare ale medicilor de familie
- Design de eșantionare mai potrivit pentru studiile socio-medice mai complexe
- Suportul medicilor de familie

Dezavantajele eșantionării bazate pe listele de capitație ale medicilor de familie sunt:

- Ancheta EHES va fi reprezentativă la nivel național pentru persoanele care dețin o asigurare medicală și sunt înscrise pe listele de capitație ale medicilor de familie (aproximativ 13% din populația României nu deține o asigurare medicală), precum și pentru persoanele care sunt incluse pe listele suplimentare ale medicilor de familie
- Neacoperirea geografică a întreg teritoriului României. În prezent, există peste 400 de localități în România care nu sunt deservite de un medic de familie.

4. Designul chestionarului și administrarea acestuia

Chestionarele utilizate în anchetele EHES de pe teritoriul UE nu sunt identice. Deși există un set minim de întrebări care trebuie urmărite de fiecare stat participant la ancheta EHES, fiecare echipă coordonatoare poate adăuga întrebări suplimentare în funcție de prioritățile politicilor de sănătate publică din fiecare stat UE (a se vedea Tabel 2). În țările cu sisteme EHES în curs de reglementare sau sisteme EHES deja existente, s-au păstrat întrebările utilizate în anchetele anterioare pentru a observa tendințele indicatorilor. De asemenea, în cadrul cercetărilor pilot aplicate în prima parte a deceniului trecut, dezvoltarea chestionarului EHES nu a fost finalizat până la momentul începerii primelor anchete pilot, rezultând astfel mici devieri între chestionarul EHES și cele utilizate efectiv în unele anchete.³¹

4.1. Designul chestionarului EHES

În România, s-a recurs la traducerea chestionarului EHIS, cu adaptarea unora dintre întrebări la specificul țării noastre, precum și la adăugarea unor întrebări pentru creionarea profilului respondentului și descrierea factorilor de risc implicați în apariția bolilor cronice (consum de alcool, activitate fizică). (vezi Anexa nr. 1)

Chestionarul include un număr de 41 întrebări, structurate în patru module (Modulul stării de sănătate, Modulul de îngrijire a sănătății, Determinanți ai sănătății, Variabile socio-demografice)

Modulul stării de sănătate cuprinde 4 întrebări care au ca scop evaluarea percepției respondenților asupra propriei stări de sănătate, măsurarea prevalenței auto-declarate a bolilor cronice și identificarea impactului bolilor cronice asupra activității obișnuite.

Modulul de îngrijire a sănătății include 5 întrebări care evaluează utilizarea în ultimele două săptămâni a medicației pentru diverse patologii (inclusiv suplimente alimentare, utilizarea preparatelor fitoterapice sau vitaminelor), separat evaluarea utilizării medicamentelor pentru hipertensiune arterială, hipercolesterolemie și diabet zaharat, precum și identificarea adresabilității respondenților la servicii medicale în vederea măsurării tensiunii arteriale și recoltării de probe biologice pentru măsurarea colesterolului sanguin și a glicemiei.

³¹ Ibid.

Determinanții sănătății vor fi evaluați cu ajutorul a 21 întrebări care vor identifica profilul respondenților din punct de vedere al statusului ponderal, al obiceiurilor privind fumatul, consumul de alcool și activitatea fizică/sedentarismul.

Variabilele socio-demografice vor fi colectate utilizând 11 întrebări privind genul, vârsta, starea civilă, nivelul de educație, nivelul economic și statutul pe piața muncii al respondenților, precum și numărul persoanelor din gospodăria în care trăiesc respondenții selectați.

4.2. Aplicarea chestionarului EHES

Interviurile consumă mult timp și implică costuri suplimentare de personal, dar elimină problemele legate de nivelul scăzut de alfabetizare și de deficiențe funcționale și oferă o oportunitate de clarificare a întrebărilor, dacă este necesar. Aceste clarificări trebuie descrise în ghidul de instruire pentru interviu și/sau în chestionare pentru a evita răspunsurile pătinoare și pentru a asigura standardizarea administrării chestionarului.

Interviurile față în față sunt de obicei cel mai scump mod de administrare a chestionarului. Cu toate acestea, acestea au multe avantaje: interviuatorul are posibilitatea de a verifica înregistrările personale (de exemplu, utilizarea medicamentelor), contactul personal poate crește rata de răspuns și este posibilă utilizarea materialelor de referință tipărite (ajutoare vizuale). Interviurile telefonice sunt mai puțin costisitoare, dar nu oferă niciun control asupra mediului în care se desfășoară interviul. Formularea întrebărilor trebuie să fie simplă. Interviurile telefonice necesită, de asemenea, o bună capacitate auditivă de la respondent.

Pentru toate interviurile, există riscul ca interviuatorii să introducă erori prin faptul că nu pun întrebările textual, modificând întrebările sau prin solicitări incorecte. Acest risc poate fi redus, dar nu complet eliminat, printr-un antrenament adecvat și un control al calității. Întrebările sensibile pot fi problematice în interviuri, deoarece respondentul poate răspunde în conformitate cu ceea ce este cel mai acceptabil din punct de vedere social. De aceea, ghidul de interviu va fi urmat de către operatorii de interviu pentru diminuarea dezavantajelor care rezidă din conducerea inadecvată a unui interviu.

În cadrul studiului EHES în România, s-a optat pentru realizarea interviului față în față pentru a elimina dezavantajele chestionarului autoadministrat sau ale chestionarului administrat prin interviu telefonic.

4.2.1. Administrarea chestionarului aparținătorilor/persoanelor împuternicite ale persoanelor selectate

În colectarea datelor EHES, utilizarea persoanelor împuternicite în timpul interviurilor este permisă numai atunci când persoana selectată nu poate răspunde din cauza unor limitări majore în comunicare și/sau capacitatea cognitivă. Motivul utilizării împuternicirii (de ce persoana selectată nu a putut să răspundă în numele său) și tipul de relație pentru împuternicit (soț, copil sau altă rudă/altă persoană semnificativă sau asistentă medicală, de exemplu pentru persoane instituționalizate) ar trebui să fie întotdeauna înregistrate. Când se ia în considerare utilizarea persoanelor împuternicite, ar trebui acordată o atenție specială deciziei dacă persoana însuși nu este capabilă să ofere consimțământul informat. Utilizarea persoanelor împuternicite poate fi evitată prin resurse adecvate în timpul colectării datelor și programării timpului adecvat pentru a contacta toate persoanele selectate.

Există o mulțime de dovezi că utilizarea persoanelor împuternicite introduce prejudecăți sistematice, afectând estimările naționale ale dizabilității și incidența mai multor afecțiuni cronice, precum și tendințele acestora în sondaje repetate (Shields 2004, Todorov & Kirchner 2000). Răspunsurile persoanelor împuternicite și auto-rapoarte diferă semnificativ în funcție de tipul de întrebări, vârsta și sexul atât al mandatarului, cât și al persoanei selectate, și de relația dintre persoana selectată și mandatar (Neumann și colab. 2000; Toldrov și Kirchner 2000, Shields 2004, Snow și colab. 2005). Pentru persoanele mai tinere există dovezi că respondenții persoane împuternicite sub-raportează condițiile cronice, dizabilitatea și consumul de medicamente, în timp ce pentru persoanele în vârstă tendința poate fi opusă, raportând mai multe deficiențe decât respondenții proprii.

Chestionarul EHES va fi completat de către intervievator (asistenta/asistentul medical/ă) la începutul vizitei de examinare (înainte de examinările medicale). Întrebările trebuie adresate *ad literam*, respectând ordinea cuvintelor așa cum apar ele în chestionar. Reformularea este permisă numai atunci când respondentul nu poate răspunde la întrebarea adresată inițial din cauza limitărilor majore de comunicare și/sau capacității cognitive. Motivul reformulării întrebărilor va fi înregistrat. Procedurile pentru aplicarea chestionarului EHES vor fi discutate în cadrul instructajului ce va avea loc înaintea demarării anchetei propriu-zise. Dacă se consideră că aplicarea chestionarului și derularea examinărilor medicale ar dura prea mult, cele două etape pot fi împărțite în două zile separate.

4.3. Instruirea operatorilor de interviu

Într-o primă etapă, experții promotorului de proiect vor elabora Ghidul de interviu, precum și materialele de training necesare pentru instructajul persoanelor care vor realiza ședințele de instruire a operatorilor de interviu (Training of trainers). În cadrul acestei etape va fi realizat trainingul inițial al trainerilor operatorilor de interviu pe baza documentelor elaborate.

În cea de-a doua etapă, trainerii ofertantului câștigător vor realiza instructajul operatorilor de interviu. Instructajul operatorilor de interviu presupune instruirea personalului care va efectua colectarea datelor în cadrul anchetei EHES.

Instructajul va include următoarele subiecte/teme:³²

- Scopul sondajului;
- Probleme etice și de confidențialitate;
- Importanța eșantionării aleatorii și importanța ratei ridicate de participare;
- Importanța standardizării și asigurării calității datelor;
- Organizarea administrativă și tehnică a anchetei EHES;
- Abilități de comunicare, inclusiv similitudini și diferențe de conduită profesională în timpul colectării datelor anchetei;
- Raportarea și publicarea rezultatelor anchetei EHES;
- Sistemul de gestionare a datelor și abilitățile IT pentru introducerea și raportarea datelor;
- Abilitățile necesare de interviuare pentru operatori
- Procedurile specifice pentru colectarea datelor;
- Măsurătorile specifice (examene clinice și analize medicale): justificare – ce anume și de ce este măsurat
- Oferirea de *feedback* participanților cu privire la rezultatele măsurătorilor efectuate;

Instructajul va avea și componentă practică ce va include aplicarea un număr de chestionare și sesiuni de *feedback* oferite personalului instruit.

Instructajul va fi organizat înainte de începerea activităților de teren, dar pot fi organizate și câteva sesiuni suplimentare în timpul derulării anchetei EHES, dacă va fi necesar (în funcție de ceea ce este observat în timpul vizitelor de monitorizare).

³² EHES Reference Centre, "National HES manual," (Helsinki: EHES Reference Centre, 2012)

5. Măsurătorile fizice

În cadrul EHES în România, au fost selectate o serie de măsurători care vor fi realizate de către medicul de familie:

- Măsurători antropometrice: înălțime, greutate, circumferința abdominală, circumferința șoldurilor
- Măsurarea tensiunii arteriale
- Realizarea „timed chair stand test”

5.1. Măsurătorile antropometrice

Măsurătorile antropometrice vor fi efectuate în conformitate cu protocoalele EHES. Anchetele pilot EHES³³ au arătat mai multe abateri de la respectarea protocolului de standardizare. În cazul măsurării înălțimii, instrumentele de măsurare nu erau întotdeauna calibrate corect, participantul nu avea poziția (statura) corectă sau măsurarea nu avea loc întotdeauna la nivelul ochilor în cazul persoanelor care erau mai înalte decât specialistul care făcea măsurarea. În cazul măsurării greutății, cea mai întâlnită eroare s-a manifestat prin efectuarea măsurătorii fără ca respondentul să se dezbrace de vreun articol de îmbrăcăminte. În sfârșit, în cazul măsurării circumferinței taliei, cele mai frecvente abateri observate au fost legate de articolele de îmbrăcăminte: măsurătorile nu au fost luate pe pielea goală, așa cum se recomandă și nu a existat o palpăre suficientă a locului corect de măsurare. Cele mai comune erori în efectuarea măsurătorilor antropometrice au fost inventariate în literatura de specialitate și se regăsesc în tabelul de mai jos.

Tabel 8. Protocolul EHES pentru măsurătorile antropometrice și posibile erori de măsurare

Indicatorul antropometric	Protocolul EHES	Posibile erori conform studiilor pilot EHES	Criterii de excludere
Înălțimea	Participantul este rugat să stea cu spatele la rigla de măsurat înălțimea sau la perete (capul, omoplații, fesele și călcăiele atingând sau în linie cu stadiometrul sau cu peretele). Capul participantului trebuie poziționat astfel încât Planul Frankfort să fie în poziție orizontală: partea superioară a exteriorului canalului urechii trebuie să fie în linie cu marginea inferioară a orbitei osoase (osul obrazului).	Poziția participantului a fost incorectă. Postura corectă nu a putut fi asigurată din cauza dispozitivului de măsurare utilizat.	Înălțimea este măsurată participantii, cu excepția cazului în care o persoană • este imobilă sau în scaun cu rotile; • are dificultăți în a sta suficient de drept; • are o coafură sau elemente vestimentare peste cap (de ex.

³³ Hanna Tolonen et al., "Standardization of physical measurements in European health examination surveys—experiences from the site visits", *European Journal of Public Health*, 27, no., 5, (2017) p. 2

Indicatorul	Protocolul EHES	Posibile erori conform studiilor pilot EHES	Criterii de excluziune
antropometric			Turban) care împiedică măsurarea corectă; • este mai înalt decât înălțimea maximă a stadiometrului • refuză măsurarea.
	Poziția în picioare a participantului este verificată pentru a se asigura dacă participantul stă drept și în mijlocul stadiometrului.	Poziția participantului nu a fost verificată corect.	
	Atunci când participantul este mai înalt decât rigla care măsoară înălțimea, vor trebui luate măsuri pentru a citi corect înălțimea participantului.	Citirea nu a fost luată la nivelul ochilor.	
	Dispozitivul de măsurare trebuie să fie stabil. Echipamentul trebuie verificat și calibrat în mod regulat cu o tijă standard.	Dispozitivul de măsurare se deplasa în timpul măsurare. Calibrarea echipamentului nu a fost efectuată corect.	
Greutatea	Participantul este rugat să se dezbrace până la lenjeria intimă. Dacă participantul refuză sau se simte inconfortabil dezbrăcându-se, este rugat să-și scoată pantofii, hainele grele, cum ar fi jacheta, pulover, cureaua, bijuteriile și să-și golească buzunarele.	Participanții nu au fost rugați să scoată niciun fel de articol de îmbrăcăminte Greutatea nu a fost măsurată în lenjeria intimă.	Greutatea este măsurată de la toți participanții, cu excepția cazului în care o persoană: • este imobilă sau în scaun cu rotile, • are dificultăți în a sta suficient de ferm, • este mai grea decât limita superioară a scalei, • refuză măsurarea
Circumferința taliei	Participantului i se cere să își arate talia, coborând pantalonii/fusta și ridicându-și cămașa/tricou etc. Măsurarea se face pe pielea goală.	Participantului nu i s-a cerut să își slăbească centura și pantalonii/fusta.	Circumferința taliei este măsurată de la toți participanții, cu

Indicatorul antropometric	Protocolul EHES	Posibile erori conform studiilor pilot EHES	Criterii de excluziune
			excepția cazului în care persoana: • este imobilă sau în scaun cu rotile, • are dificultăți în a sta suficient de drept, • are hernie, stoma, intervenții chirurgicale abdominale recente sau alte probleme care împiedică măsurarea corectă • refuză măsurarea
	Măsurarea se face pe pielea goală.	Măsurarea nu s-a făcut pe pielea goală.	
	Participantul este rugat să stea cu greutatea sa în mod egal echilibrat pe ambele picioare și mâinile atârinate ușor lângă corp.	Mâinile erau ridicate în timpul măsurării.	
	Talia este palpată pentru a găsi locul potrivit de măsurare: la jumătatea distanței dintre marginea inferioară a coastei și creasta iliacă.	Locul corect de măsurare nu a fost palpat	
	Locul corect de măsurare nu a fost palpat.	Banda de măsurare nu se află la nivel orizontal. Banda de măsurare răsucită în timpul măsurării.	
	Ar trebui utilizată bandă de măsurare non-elastică	Nu a fost folosită bandă de măsurare recomandată.	

Sursă: Tolonen, Hanna et al (2017: 3)

5.1.1. Măsurarea înălțimii

Înălțimea adultului reflectă interacțiunea dotării genetice și diversele experiențe și expuneri (circumstanțe fetale, nutriționale, sociale și psihologice).

Auto-raportarea înălțimii pe baza măsurătorilor anterioare nu este acurată din cauza erorilor de măsurare, erorilor de memorie sau înălțimii pierdute din cauza morbidității, fracturilor sau schimbărilor determinate de vârstă asupra oaselor, mușchilor sau articulațiilor.

Se pierde aproximativ 1 cm la fiecare 10 ani după vârsta de 40 ani. Scăderea în înălțime este mai rapidă după vârsta de 70 ani.

Înălțimea este utilizată pentru calcularea IMC (Indicelui de masă corporală) care este baza pentru măsurarea obezității. IMC este definit ca raportul din tre greutate (kg) împărțită la pătratul înălțimii (cm). Obezitatea este cunoscută ca fiind un factor de risc pentru multe boli cronice. Este cunoscută asocierea între obezitate și diabetul zaharat tip II, hipertensiunea arterială și dislipidemie. IMC este necesar pentru estimarea prevalenței obezității în populație.

Echipament:

Stadiometru

Procedură:

Participantul este rugat să-și scoată pantofii, hainele de exterior și ornamentele de păr și obiectele care acoperă capul.

Participantul este rugat să stea cu spatele lipit de perete sau de rigla stadiometrului.

Se verifică dacă spatele capului, omoplații, fesele și călcăiele ating sau sunt în linie cu stadiometrul sau peretele.

Se roagă participantul să stea într-o poziție normală, cu greutatea pe ambele picioarele și cu brațele pe lângă corp.

Se cere participantului să se uite drept înainte. Partea superioară a meatului auditiv extern trebuie să fie în linie cu marginea inferioară a orbitei.

Se coboară piesa superioară a stadiometrului astfel încât părul să fie presat.

Se înregistrează numărul de înregistrare al stadiometrului și înălțimea la cel mai apropiat milimetru.

Se comunică participantului înălțimea.

Se înregistrează de asemenea, problemele apărute în cursul măsurătorii (ex. coafura)

5.1.2. Măsurarea greutății

Greutatea este utilizată pentru calcularea IMC (Indicelui de masă corporală) care este baza pentru măsurarea obezității. IMC este definit ca raportul din tre greutate (kg) împărțită la pătratul înălțimii (cm). Obezitatea este cunoscută ca fiind un factor de risc pentru multe boli cronice. Este cunoscută asocierea între obezitate și diabetul zaharat tip II, hipertensiunea arterială și dislipidemie. IMC este necesar pentru

estimarea prevalenței obezității în populație. Trendurile obezității pot fi urmărite în studiile repetate utilizând măsurătorile standardizate.

Echipament:

Cântar

Procedură:

Încăperea în care se va desfășura măsurătoarea va fi privată.

Cântarul trebuie așezat pe o suprafață tare. Podeaua nu trebuie să fie acoperită (covor sau alt material moale).

Participantul este rugat să se dezbrace. Dacă participantul refuză sau se simte inconfortabil, este rugat să își dea jos pantofii, hainele groase, cureua, bijuteriile grele și să-și golească buzunarele. Se înregistrează hainele pe care participantul le purta când s-a făcut măsurătoarea.

Se urmăresc instrucțiunile cântarului.

Se roagă participantul să stesa în centrul aparatului cu brațele pe lângă corp.

Se verifică dacă greutatea este distribuită pe ambele picioare. La majoritatea oamenilor, acest lucru se realizează cu picioarele ușor depărtate.

Se roagă participantul să se uite înainte.

Pentru măsurarea greutății se urmăresc instrucțiunile cântarului.

Se înregistrează rezultatul măsurătorii.

5.1.3. Măsurarea circumferinței abdominale

Circumferința abdominală este un indicator al obezității abdominale. Ea se asociază semnificativ cu riscul de apariție a bolilor cardiovasculare și a diabetului zaharat tip II.

Măsurând circumferința abdominală a participanților la studiu este posibilă estimarea prevalenței obezității abdominale în populație și studiul trend-ului după repetarea studiului utilizând măsurători standardizate.

Echipament:

Metru non-elastic

Procedură:

Încăperea în care se va desfășura măsurătoarea va fi privată.

Persoana care face măsurătoarea va avea un scaun cu roți pe care va sta așezat când verifică dacă banda este așezată corect.

Se roagă participantul să își descopere talia, îndepărtând cureua, coborându-și pantalonii/fusta.

Se roagă participantul să stea relaxat, fără să își încordeze talia.

Măsurătoarea se va face pe pielea goală.

Dacă participantul se simte inconfortabil sau refuză să se dezbrace, măsurătoarea se face peste o îmbrăcăminte subțire și se înregistrează acest lucru.

Se roagă participantul să stea în fața persoanei care face măsurătoarea (aceasta va face măsurătoarea șezând).

Se roagă participantul să stea relaxat, distribuidu-și greutatea pe ambele picioare, ținând picioarele ușor depărtate.

Se verifică dacă participantul își ține brațele pe lângă corp.

Se palpează talia pentru a se găsi locul corect pentru măsurătoare: la mijlocul distanței dintre marginea inferioară a ultimei coaste și creasta iliacă. Se verifică poziția atât în partea dreaptă, cât și în partea stângă.

Se poziționează banda de măsurare și i se cere participantului să o treacă în jurul taliei.

Se verifică dacă banda de măsurare este poziționată orizontal, de exemplu prin mișcarea persoanei care face măsurătoarea în jurul participantului utilizând scaunul cu roți, rugând participantul să se rotească sau verificând poziția benzii de măsurare în oglindă.

Se ține bine banda de măsurat în poziție orizontală. Se verifică dacă acesta nu este prea strânsă sau prea lejeră. Poziția corectă este în așa fel încât să se poate introduce un deget între bandă și corpul participantului.

I se cere participantului să respire normal.

Se înregistrează circumferința abdominală la cel mai apropiat milimetru. În cazul în care participantul are un pansament pe zona măsurată, acest lucru va fi menționat alături de rezultatul măsurătorii.

5.1.4. Măsurarea circumferinței șoldului

Măsurarea circumferinței șoldului se face în combinație cu aceea a circumferinței abdominale, astfel încât se poate calcula raportul talie-șold. Raportul talie-șold este util pentru a evalua distribuția grăsimii abdominale comparativ cu cea gluteofemurală.

Distribuția grăsimii abdominale se asociază cu un risc crescut de apariție a bolilor cardiovasculare.

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, un raport talie șold egal sau peste 0,90 la bărbați și egal sau peste 0,85 la femei crește riscul de dezvoltare a complicațiilor cardio-metabolice.

Echipament:

Metru non-elastic

Criterii de excludere:

Circumferința șoldului se va măsura la toți participanții, cu excepția:

- Persoanelor imobilizate sau în scaun cu roțile

- Persoanelor care au dificultăți să stea drepte
- Femeilor însărcinate (peste 20 săptămâni de sarcină)
- Persoanelor care refuză

Motivul de excludere va fi înregistrat. Dacă participanta este însărcinată, numărul săptămânilor de sarcină va fi înregistrat.

Procedură:

Încăperea în care se va desfășura măsurătoarea va fi privată.

Persoana care face măsurătoarea va avea un scaun cu roți pe care va sta așezat când verifică dacă banda este așezată corect.

Se roagă participantul să își descopere șoldul, îndepărtând cureaua, coborându-și pantalonii/fusta.

Se roagă participantul să stea relaxat.

Măsurătoarea se va face pe pielea goală.

Dacă participantul se simte inconfortabil sau refuză să se dezbrace, măsurătoarea se face peste o îmbrăcămintă subțire și se înregistrează acest lucru.

Se roagă participantul să stea în fața persoanei care face măsurătoarea (aceasta va face măsurătoarea șezând).

Se roagă participantul să stea relaxat, distribuidu-și greutatea pe ambele picioare, ținând picioarele ușor depărtate.

Se verifică dacă participantul își ține brațele pe lângă corp.

Se identifică cea mai mare circumferință a șoldurilor.

Se poziționează banda de măsurare peste fese la cea mai mare circumferință.

Se verifică dacă banda de măsurare este poziționată orizontal, de exemplu prin mișcarea persoanei care face măsurătoarea în jurul participantului utilizând scaunul cu roți, rugând participantul să se rotească sau verificând poziția benzii de măsurare în oglindă.

Se ține bine banda de măsurat în poziție orizontală. Se verifică dacă acesta nu este prea strânsă sau prea lejeră.

Se înregistrează circumferința șoldului la cel mai apropiat milimetru. În cazul în care participantul are un pansament pe zona măsurată, acest lucru va fi menționat alături de rezultatul măsurătorii.

5.2. Măsurarea tensiunii arteriale

Tensiunea arterială crescută reprezintă unul dintre factorii de risc importanți pentru bolile cardiovasculare, demență și unele boli renale. Nivelul măsurătorilor tensiunii arteriale realizate la nivel populațional este utilizat pentru a estima prevalența hipertensiunii arteriale și pentru a monitoriza schimbările în ceea ce privește nivelul tensiunii arteriale la nivel populațional.

Echipament:

Metru non-elastic

Tensiometru digital care este validat pe baza unui protocol internațional cum ar fi cel de la Association for Advancement of Medical Instrumentation (AAMI) protocol sau British Hypertension Society Protocol.

Tensiometru va fi însoțit de 3 manșete cu următoarele caracteristici:

1 manșetă mică cu dimensiunea 12 x 18 cm sau 10 x 24 cm

1 manșetă standard cu dimensiunea 12 x 26 cm sau 13 x 30 cm

1 manșetă mare cu dimensiunea 12 x 40 cm sau 16 x 38 cm

Procedură:

Măsurarea tensiunii arteriale se face într-o încăpere unde este liniște și o temperatură de confort. Tensiometrul digital trebuie așezat pe o masă în fața persoanei care va realiza măsurătoarea, putând vizualiza clar aparatul, dar participantul la studiu nu va putea vedea rezultatul măsurătorii.

Participantul va sta pe un scaun cu spătar, masa pe care participantul își va sprijini brațul se plasează pe partea dreaptă a participantului.

Fiecare tensiometru digital utilizat în studiu trebuie să aibă un număr individual. Acest număr trebuie să fie înregistrat pentru fiecare măsurătoare.

Fiecare persoană care face măsurători (medic sau asistentă medicală) ar trebui să aibă un cod de identificare care va fi înregistrat la fiecare măsurătoare.

Instrucțiuni pentru participanți

Înainte de începerea examinării, participanții trebuie să fie instruiți privind interdicția de a mânca, a bea (cu excepția apei), a fuma sau a face activitate fizică cu o oră înainte de măsurătoare.

Participantul trebuie să-și îndepărteze hainele groase și celelalte piese de îmbrăcăminte constrictive. Mânele trebuie să fie suflecate astfel încât partea superioară a brațului să fie goală. Manșeta tensiometrului nu trebuie să fie poziționată peste niciun fel de îmbrăcăminte.

Poziția participantului

Participantul trebuie să stea în poziție șezând astfel încât brațele și spatele să fie sprijinite. Picioarele participantului trebuie să stea pe podea; dacă picioarele sunt prea scurte, se va utiliza o platformă pentru

a sprijini picioarele. Dacă participantul nu poate să stea șezând și măsurătoarea se va face în poziție culcat, se va menționa acest lucru.

Poziția brațului

Măsurătoarea tensiunii arteriale se va face la brațul drept pe cât posibil. În cazul în care acest lucru nu este posibil (ex. brațul drept amputat, erupții cutanate, pansament, gips, plăgi deschise, hematoame, diapozitive de abord venos, șunt arteriovenos, ganglioni limfatici axilari extirpați) se va utiliza brațul drept. Brațul trebuie să fie sprijinit pe masă astfel încât fosa antecubitală să fie la nivelul inimii și palma cu fața în sus. De aceea, scaunul poate fi schimbat sau brațul va fi înălțat. Participantul trebuie să se simtă relaxat și confortabil.

Selectarea manșetei

Cea mai mare circumferință a brațului se măsoară cu ajutorul unei bande non-elastice, cu brațul relaxat și aflat în poziția în care măsurătoarea tensiunii arteriale va fi realizată. Măsurătoarea va fi citită la cel mai apropiat centimentru și înregistrată. Se va selecta manșeta corespunzătoare și se va înregistra manșeta selectată.

Numărul măsurărilor tensiunii arteriale

Vor fi făcute trei măsurători, la un minut distanță una de cealaltă.

Protocolul de măsurare a tensiunii arteriale

Participantul va fi rugat să stea 5 minute înainte de măsurătoare. În acest timp se va explica în ce constă procedura și că nu trebuie să se miște în timpul și între măsurători pentru a nu crește tensiunea arterială. Participantul va fi rugat să nu vorbească în timpul măsurărilor pentru a nu crește tensiunea arterială.

Se va măsura circumferința brațului și se va alege manșeta potrivită.

Se atașează tubul de aer. Manșeta trebuie să fie fără aer.

Se asigură funcționalitatea bateriilor și pornirea aparatului.

Se palpează pulsul radial și se măsoară.

Se înregistrează valoarea pulsului radial.

Se poziționează manșeta pe brațul drept astfel încât marginea inferioară să se afle la 2-3 cm peste fosa antecubitală. Marginea superioară a manșetei nu trebuie să fie restricționată de haine.

Se apasă butonul de pornire al aparatului.

Se așteaptă până când tensiunea sistolică și cea diastolică sunt afișate.

Se înregistrează măsurătorile afișate.

După un minut se repetă măsurătorile. Participantul nu trebuie să își modifice poziția în acest timp.

Se înregistrează măsurătorile afișate.

După un alt minut se repetă măsurătorile. Participantul nu trebuie să își modifice poziția în acest timp.
Se înregistrează măsurătorile afișate.

În măsurarea tensiunii arteriale, principalele abateri de la protocolul EHES observate în literatura de specialitate au fost cele legate de postura participantului înainte de măsurarea tensiunii, utilizarea celor mai potrivite manșete, neînregistrarea temperaturii camerei în care are loc măsurarea sau faptul că subiectul vorbea în timpul procesului de măsurare.³⁴ Cele mai comune erori au fost detaliate în (Tabel 11).

Tabel 9. Protocolul EHES pentru măsurarea tensiunii arteriale și posibile erori în măsurare

Protocol EHES pentru măsurarea tensiunii arteriale	Posibile erori conform studiilor pilot EHES	Criterii de exclusiune
Participantul este rugat să stea nemișcat timp de 5 minute înainte de a începe măsurarea	Timp de odihnă înainte de măsurare <5 min	Tensiunea arterială este măsurată de la toți participanții, cu excepția cazului în care o persoană are: • amputate ambele brațe, • ambele brațe rupte ori puse în gips • răni deschise/răni pe ambele brațe, • erupție pe ambele brațe, • malformația ambelor brațe impiedicând plasarea manșetei • funcționarea defectuoasă a ganglionilor limfatici care afectează ambele brațe și împiedică așezarea corectă a manșetei.
Circumferința brațului este măsurată și se selectează dimensiunea corectă a manșetei.	Circumferința brațului nu a fost măsurată	
Manșeta este așezată pe brațul drept, astfel încât marginea sa inferioară să fie de 2-3 cm deasupra fosei antecubitale.	Amplasarea manșetei pe braț a fost incorectă	
Participantul ar trebui să fie într-o poziție așezată, iar brațul și spatele să fie sprijinite ferm de scaun. Picioarele participantului ar trebui să se sprijine ferm pe podea, nu să atârne	Poziție de șezut incorectă.	
Se iau trei măsurători consecutive, la 1 minut distanță între fiecare măsurare a tensiunii.	Timpul dintre măsurătorile ulterioare a fost <1 min.	

³⁴ Ibid.

Protocol EHES pentru măsurarea tensiunii arteriale	Posibile erori conform studiilor pilot EHES	Criterii de excluziune
Participantul nu trebuie să vorbească pe parcursul întregului proces de măsurare, inclusiv de-a lungul celor trei etape de măsurare și în pauza dintre acestea.	Participantul a vorbit în timpul măsurărilor.	
Temperatura camerei trebuie înregistrată	Temperatura camerei nu a fost înregistrată.	

Sursă: Tolonen, Hanna et al (2017: 3)

5.3. Timed chair stand test

Timed chair stand test este un test funcțional care măsoară abilitatea unui individ de a se ridica de pe scaun. Este un test care evaluează extremitatea inferioară și forța centrală, în special forța musculară echilibrul și coordonarea, dar și alte domenii funcționale, cum ar fi rezistența.

Echipament:

Cronometru

Scaun cu spătar drept, fără brațe, înălțime 43-45 cm

Criterii de excludere:

Un singur test este realizat pentru toți participanții. Repetarea testului se va face pentru persoanele care sunt capabile să se ridice fără a se ajuta de mâini, iar criteriile de excludere pentru repetarea testului sunt:

- Dacă tensiunea arterială este peste 180/110 mmHg și persoana a avut în antecedente infarct miocardic, boli coronariene, angină pectorală, accident vascular cerebral.
- Dacă tensiunea arterială este peste 200/120 mmHg
- Dacă persoana a avut infarct miocardic sau accident vascular cerebral în ultimele trei luni
- Dacă persoana este imobilizată sau în scaun cu rotile și nu se poate ridica fără ajutor (ajutorul la mers nu este permis)
- Dacă persoana nu înțelege instrucțiunile din cauza demenței sau altor probleme cognitive
- Dacă persoana refuza.

Motivul excluderii trebuie înregistrat.

Procedură:

Participantul trebuie să stea cu picioarele atingând podeaua cu picioarele puțin depărtate și cu spatele atingând spătarul scaunului. Participantul este rugat să-și încrucișeze brațele pe piept.

Chair stand test-ul realizat o singură dată

Dacă persoana nu este capabilă să efectueze testul din cauza dizabilității (de exemplu, participantul este imobilizat sau în scaun cu roțile și nu poate să se ridice în picioare sau are dificultăți în a menține o postură verticală sau are nevoie de ajutor pentru a se ridica), se va face chair stand test-ul o singură dată, iar capacitatea de a se ridica o singură dată este înregistrată.

I se explică și arată participantului ridicarea.

I se cere participantului să stea pe scaun așa cum este descris mai jos

I se cere participantului să se ridice o dată de pe scaun. Dacă participantul nu se poate ridica fără să-și folosească brațele, i se permite ridicarea cu ajutorul brațelor.

Se înregistrează rezultatul testului. Dacă participantul refuză să chair stand test-ul sau nu poate să se ridice singur, fără a folosi brațele, nu se încearcă repetarea testului. Dacă chair stand test-ul realizat o singură dată reușește fără a se folosi mâinile, se poate trece la testul repetat.

Chair stand test-ul

I se explică participantului trebuie să se ridice de 10 ori cât mai repede posibil. I se arată cum se face acest lucru, făcând câteva ridicări pe propriul scaun, astfel încât participantul să înțeleagă că trebuie să se ridice la fel de repede. I se explică importanța poziției corecte (să își îndrepte corect genunchii și partea superioară a corpului și când stă jos, spatele ar trebui să atingă spătarul). În demonstrație sunt importanți următorii factori: poziția corectă de pornire, poziția corectă în picioare, spatele atinge scaunul când stai jos și viteza.

Se verifică dacă poziția de pornire a participantului este corectă.

I se cere participantului să reia poziția șezând, cu picioarele sprijinite pe podea, spatele atingând scaunul și brațele încrucișate peste piept.

I se cere participantului să se ridice de 10 ori (30-69 de ani)/de 5 ori (70+ ani) cât de repede poate fără pauză. Genunchii și partea superioară a corpului trebuie să fie îndreptate corect și când stă jos, spatele trebuie să atingă spătarul scaunului.

Când participantul este așezat corespunzător, i se spune „Gata, începe” și se pornește cronometrul.

Se numără cu voce tare de fiecare dată când participantul se ridică.

Când participantul finalizează a 5-a ridicare, apăsați SPLIT pe cronometru (pentru a obține rezultate și pentru cei care nu pot termina 10 repetări, dar reușesc să facă 5).

Se oprește cronometrul când participantul a terminat a 10-a ridicare (atunci când participantul este în poziție în picioare).

Dacă se consideră că îmbunătățește acceptabilitatea testului, instrucțiuni specifice vârstei pot fi utilizate; pentru cei de 30-69 de ani să se ridice de 10 ori și pentru cei peste 70 de ani să se ridice de 5 ori.

Dacă se pare că participantul nu efectuează testul la fel de repede cum ar putea, se repetă instrucțiunile în prima parte a testului („cât mai repede posibil”). Persoana care face măsurarea ar trebui să fie aproape pentru ca participantul să se sprijine dacă este necesar. Dacă participantul se oprește și pare a fi obosit înainte de a finaliza cele 10 ridicări, întreabă „Poți continua?”. Dacă participantul spune „Da”, se continuă cronometrarea până când a trecut 1 minut. Dacă spune „Nu”, se oprește cronometrul și se înregistrează numărul de ridicări finalizate.

Testul se repetă numai dacă un factor extern perturbă performanța sau dacă sincronizarea eșuează.

Testul se oprește dacă:

- participantul devine prea obosit sau se modifică sever respirația;
- participantul își folosește brațele;
- participantul nu a finalizat toate ridicările după 1 minut;
- persoana care face măsurătorile consideră că siguranța participantului este în pericol.

6. Analizele medicale

După aplicarea chestionarului și după realizarea examenelor clinice vor fi recoltate probele de sânge prin intermediul unui furnizor specializat, acreditat.

Următoarele analize vor fi efectuate:

1. Colesterol total
2. HDL colesterol
3. LDL colesterol
4. Trigliceride
5. Hemoglobina glicozilata
6. Glicemie a jeun
7. Calciu
8. Potasiu
9. Sodiu
10. Vitamina D
11. Hemoglobina
12. Alanina aminotransferaza
13. Gama glutamil transferaza
14. Creatinina serica
15. Uree

16. Feritina

17. T4

18. TSH

6.1. Protocolul EHES pentru colectarea probelor de sânge

Probele biologice vor fi recoltate de un furnizor specializat, aceditat. Prelevarea sângelui, prelucrarea acestuia, depozitarea și transportul vor intra în sarcina acestuia.

6.2. Posibile erori în prelevarea probelor biologice

Pentru prelevarea probelor din sânge, cele mai frecvente abateri relevate din anchetele EHES anterioare au vizat utilizarea brațului drept pentru extragerea probelor de sânge în loc de brațul stâng recomandat și utilizarea prelungită a turnichetului. Conform recomandărilor specialiștilor utilizarea brațului stâng pentru recoltarea sângelui este strâns legată de aceea de a efectua măsurarea tensiunii arteriale pe brațul drept înainte de recoltarea sângelui.

Argumentul pentru alternarea brațelor constă în faptul că în timpul măsurării tensiunii arteriale, manșeta va pune presiune pe braț, putând modifica și concentrațiile plasmatice ale analizilor.

Alte erori întâlnite au fost acelea că eprubetele de sânge nu au fost amestecate de sus în jos de cinci ori după recoltarea sângelui; între recoltarea probelor de sânge și centrifugarea lor se depășea durata recomandată de o oră și depășirea timpului recomandat până la înghețarea eprubetelor cu probele prelevate.

Tabel 5. Protocolul EHES pentru colectarea probelor de sânge

Protocolul EHES pentru colectarea probelor de sânge	Posibile erori conform studiilor pilot EHES	Criterii de excluziune
Probele de sânge trebuie extrase de obicei din brațul stâng (sau oricum, nu din brațul din care a fost măsurată tensiunea arterială).	Brațul folosit pentru extragerea probelor de sânge a variat între participanți.	Probele de sânge vor fi colectate de la toți participanții, cu excepția cazului în care o persoană are: • o boală cronică care restricționează prelevarea totală sau parțială a probelor de sânge conform protocolului, • anemie (Hb sub 100 g/l), • îndoeli cu privire la volumul de sânge care trebuie luat. Dacă o persoană refuză, din orice motiv, colectarea probelor de sânge, dorința participantului va fi onorată.

Protocolul EHES pentru colectarea probelor de sânge	Posibile erori conform studiilor pilot EHES	Criterii de excludere
Utilizarea unui turnichet ar trebui redusă la minimum. Turnichetul trebuie eliberat înainte de a începe fluxul de sânge. În orice caz, utilizarea unui turnichet trebuie limitat la <1min.	Turnichetul nu a fost deschis înainte de fluxul de sânge.	
Pentru eprubete cu ser, EDTA și fluor-citrat, eprubetele trebuie amestecate în mod adecvat de cinci ori imediat după prelevarea probei, inversând eprubetele complet de sus în jos.	Eprubetele cu probele de sânge nu au fost amestecate adecvat după prelevarea probelor.	
Timpul de la flebotomie la centrifugare trebuie să fie de 30-60 min.	Probele de sânge nu au fost centrifugate în decurs de 1 oră	
Probele trebuie congelate fără întârziere.	Probele de sânge nu au fost înghețate imediat după centrifugare.	

Sursă: Tolonen, Hanna et al (2017: 3)

7. Instruirea personalului care va efectua măsurătorile fizice și recoltarea de probele de sânge

Deoarece multe dintre măsurătorile efectuate în EHES sunt sensibile chiar și la abateri minore în procedurile de măsurare, utilizarea procedurilor standardizate este importantă pentru a asigura comparabilitatea rezultatelor în timp, atât în interiorul unui stat, cât și între state. Abaterile de la procedurile de măsurare pot provoca erori substanțiale care pot afecta comparațiile ulterioare între țări. Centrul de Coordonare al anchetelor EHES a codificat în manualul EHES, un set de protocoale pentru măsurătorile efectuate în cadrul EHES, discutate mai jos. Standardizarea măsurătorilor antropometrice și colectarea probelor biologice s-a limitat la măsurători de bază ale factorilor de risc majori pentru bolile cronice. Manualul EHES propune un set principal de măsurători obiective: înălțime, greutate, circumferința taliei, tensiunea arterială, lipidele din sânge, glicemia *à jeun* sau hemoglobina glicată (HbA1c) dar și un set de indicatori subiectivi de auto-percepție, codificați într-un chestionar (auto)aplicat. Includerea acestor măsurători este justificată de rolul lor ca factori de risc majori pentru mai multe boli cronice și lipsa unor alte surse de date fiabile care să fundamenteze politicile din domeniul sănătății.

Standardizarea măsurătorilor de bază a fost o provocare pentru anchetele pilot efectuate între 2009 și 2012 în cele 12 state membre UE. Este suficient să amintim doar câteva dintre erorile comune observate de echipele Centrului de Coordonare al anchetei EHES.³⁵

³⁵ Hanna Tolonen et al., "Standardization of physical measurements in European health examination surveys—experiences from the site visits", *European Journal of Public Health*, 27, no., 5, (2017)

- abaterile observate în timpul de repaus înainte de măsurarea tensiunii arteriale, postura participantului, dimensiunea greșită a manșetei și vorbirea în timpul măsurării pot avea un efect semnificativ asupra rezultatelor măsurării la nivel individual;
- utilizarea unor aparaturi de măsurare oscilometrice pentru măsurarea tensiunii arteriale, care deși au trecut testul de validare pentru utilizare clinică, fiabilitatea lor și comparabilitatea rezultatelor între diferite mărci și modele implică anumite riscuri;
- Apariția unor bariere culturale în implementarea măsurătorilor antropometrice, deoarece mulți participanți nu doresc să fie măsurați doar în lenjerie intimă.

Potențialele obstacole care pot apărea în asigurarea respectării protocolului de standardizare a datelor colectate vor fi reduse prin sesiuni de instruire a personalului care va efectua colectarea datelor. Coordonatorii EHES România vor organiza sesiuni naționale de formare pentru personalul implicat în colectarea datelor (asistente medicale și medici), iar aparatura și procedurile utilizate vor fi pre-testate pe un eșantion mic. Personalul va avea la dispoziție manualul EHES precum și materiale de instruire pregătite și puse la dispoziția publicului de către CC EHES.

Instructajul va include următoarele subiecte/teme discuție:³⁶

- Scopul sondajului;
- Probleme etice și de confidențialitate;
- Importanța eșantionării aleatorii și importanța ratei ridicate de participare;
- Importanța standardizării și asigurării calității datelor;
- Organizarea administrativă și tehnică a anchetei EHES;
- Abilități de comunicare, inclusiv similitudini și diferențe de conduită profesională în timpul colectării datelor anchetei;
- Raportarea și publicarea rezultatelor anchetei EHES;
- Sistemul de gestionare a datelor și abilitățile IT pentru introducerea și raportarea datelor;
- Abilitățile necesare de intervievare pentru toți operatorii care au cel puțin câteva întrebări de interviu de pus înainte sau după examinările clinice;
- Procedurile specifice pentru fiecare etapă de colectare a datelor;
- Măsurătorile specifice: justificare - de ce sunt măsurate, tehnici de măsurare, inclusiv instruire practică și certificare, dacă este necesar;
- Oferirea de *feedback* participanților cu privire la rezultatele măsurătorilor efectuate;

³⁶ EHES Reference Centre, "National HES manual," (Helsinki: EHES Reference Centre, 2012)

Instructajul va avea și componentă practică ce va include un număr de măsurători observate de membrii echipei de coordonare și sesiuni de *feedback* oferite personalului instruit. Instructajul va fi organizat înainte de începerea activităților de teren, dar pot fi organizate și câteva sesiuni suplimentare în timpul derulării anchetei EHES, dacă va fi necesar (în funcție de ceea ce este observat în timpul vizitelor de monitorizare). Asigurarea calității interne și externe a întregului proces se va realiza prin vizite la cabinetele medicale selectate ca unități primare de eșantionare. Astfel, se pot identifica abaterile de la procedura standard și alte posibile probleme apărute pe teren, pentru a putea fi corectate imediat.³⁷

8. Recrutarea și programarea participanților la ancheta EHES

Pentru a asigura o rată de participare cât mai ridicată este necesară o promovare a obiectivelor anchetei EHES atât în mediul *offline* cât și *online*. Printre cele mai populare metode de promovare a anchetei EHES s-ar putea număra postarea informațiilor elementare pe paginile rețelelor de socializare populare (ex. *Facebook*) ale instituțiilor de profil, Ministerul Sănătății și Institutul Național de Sănătate Publică. De asemenea, se poate rezerva spațiu publicitar în timpul emisiunilor din *prime time* ale posturilor cu acoperire națională sau pe *site-urile* platformelor *online* de știri. Suplimentar, în funcție de opțiunea metodologică ce va implementată, se pot contracta servicii de promovare suplimentare în mass media locală sau pe *site-urile/viziunile* primăriilor din orașele/comunele în care se va desfășura ancheta EHES.

Potențialii participanți la ancheta EHES vor primi o scrisoare/invitație de participare la anchetă. Invitația va include, de asemenea, un pliant cu cele mai importante informații ale anchetei, într-o formă concisă. Odată obținut acordul de participare, va fi contactat medicul de familie al respondentului pentru a-și exprima intenția de participare la anchetă. În cazul în care se va implementa opțiunea metodologică nr. 3, atunci procesul va porni invers, de la selecția medicilor de familie către potențialii participanți. Orice opțiune metodologică va fi aleasă, este necesară informarea atât a medicilor de familie cât și a participanților privind obiectivele și metodele de culegere a datelor de anchetă și rigurozitățile aferente unei bune și fiabile colectări a datelor.

Persoanele participante la studiu vor primi un apel telefonic sau mesaj pentru confirmarea programării la centrul/cabinetul de efectuare a analizelor medicale și măsurărilor fizice. În cazul în care participantul la studiu nu onorează programarea inițială, se vor face cel puțin patru încercări de recontactare în diferite momente ale zilei și în diferite zile ale săptămânii. Aceasta se va face prin telefon

³⁷ Hanna Tolonen et al., "European Health Examination Survey—towards a sustainable monitoring system", *European Journal of Public Health*, 14, no., 2, (2013)

sau mesaje text, în funcție de informațiile de contact disponibile. În același timp, pentru a avea o imagine asupra celor care vor refuza participarea la ancheta EHES, se va aplica un chestionar scurt de *screening* pentru a afla motivele refuzului. Întrebările vor fi adresate telefonic sau față în față.

9. Ancheta pilot

Înainte demarării anchetei EHES propriu-zise va fi derulată o anchetă pilot. Scopul anchetei pilot este de a evalua întregul proces de organizare și culegere a datelor și de a obține informații suplimentare pentru planificarea anchetei propriu-zise. Ancheta pilot va ajuta de asemenea personalul care va culege datele cu familiarizarea muncii de teren și potențialele probleme practice. Dimensiunea eșantionului pilot EHES România va fi estimată la aproximativ 200 de participanți (câte 50 de participanți pe cele patru grupe de vârstă din care 25 de persoane de sex masculin și 25 de persoane de sex feminin).

Ancheta pilot se va desfășura cu 3-6 luni înainte de ancheta EHES propriu-zisă, astfel încât să existe timp pentru a evalua rezultatele anchetei pilot și pentru a face ajustările necesare la protocoalele celor trei dimensiuni ale anchetei (aplicarea chestionarului, măsurători fizice (măsurători antropometrice, măsurarea tensiunii arteriale, timed chair stand test) și prelevarea probelor de sânge).

10. Gestionarea bazelor de date

Rezultatele anchetei pe baza de chestionar cât și a celorlalte examinări medicale vor fi introduse într-o bază de date integrată. Baza de date va include datele la nivel individual privind măsurătorile din ancheta EHES (inclusiv ancheta pe bază de chestionar), informații despre calitatea datelor, precum și informații personale (anonimizate) ale fiecărui respondent din cadrul anchetei.

În etapa de selecție a participanților, va fi înregistrată fiecare vizită/contactare a respondentului, iar eventualul succes al recrutării va fi înregistrat/bifat. De asemenea, informațiile de contact vor fi actualizate, atunci când este necesar. Pentru fiecare persoană invitată să participe la ancheta EHES, se va păstra o evidență a următoarelor informații: a) eligibilitatea respondentului; b) numărul și tipul încercărilor de contact; c) statusul contactului; d) motivul neparticipării (dacă și unde este cazul); e) rezultatele chestionarului EHES; f) înregistrarea valorilor măsurătorilor antropometrice; g) rezultatele examinărilor clinice; h) înregistrarea rezultatelor de laborator.

Fiecare respondent va avea un ID unic prin care se vor putea uni datele culese prin intermediul chestionarului cu rezultatele măsurătorilor antropometrice și celorlalte examinări clinice. Probele de

laborator vor fi etichetate cu coduri de bare cu o referință la codul unic de identificare al participantului. Chestionarul EHES (în format fizic, pe suport hârtie) va fi aplicat de către operatori culegere date (asistenți/asistente medicale).

Pentru a asigura confidențialitatea datelor, vor fi utilizate parole de acces. Informațiile care leagă datele anchetei de codul unic de identificare al participantului vor fi disponibile inițial doar coordonatorilor anchetei EHES. După colectarea datelor, informațiile personale prin care pot fi identificați participanții la anchetă (nume și prenume, adresă, date de contact), vor fi stocate separat de datele anchetei care vor fi făcute publice. De asemenea, vor fi utilizate precauții specifice pentru gestionarea și depozitarea chestionarelor de hârtie culese la locul examinării. Toate datele vor fi trecute în format electronic, uniformizate și curățate înainte de a fi transmise Centrului de Coordonare EHES (sau oricărui actor interesat de rezultatele anchetei). Datele anonimizate la nivel individual vor fi transferate într-o bază de date centralizată la Centrul de Coordonare EHES pentru evaluarea calității datelor și pentru evaluarea succesului standardizării și documentării caracteristicilor specifice, precum și pentru analiza și raportarea la nivel european.

11. Centrele de examinare, personalul medical și coordonarea anchetei EHES

Pe parcursul efectuării examinărilor medicale trebuie respectate o serie de proceduri și protocoale pentru a asigura o standardizare a examinărilor efectuate, proceduri care vor asigura calitatea datelor obținute și comparabilitatea lor cu cele culese în alte state membre UE. Accesul facil la centrele medicale, accesibilitatea lor prin intermediul mijloacelor de transport în comun și asigurarea unui spațiu adecvat desfășurării anchetelor medicale sunt doar câteva dintre condițiile obligatorii pentru o bună colectare a datelor. În mediul urban, examinările medicale și prelevarea de probe din sânge se pot efectua la cabinetele medicilor de familie de care aparțin participanții. Pentru participanții din mediul rural care nu se pot deplasa la cabinetul medicului de familie, se poate utiliza o mașină echipată special pentru colectarea unor astfel de date care să meargă în UAT-urile rurale selectate.

Personalul medical care va realiza examinările de bază va fi alcătuit din medicul de familie și asistenta/asistentul medical. Sarcinile personalului medical ar consta în: primirea participanților, obținerea (**obligatorie** a) consimțământului informat, aplicarea chestionarului EHES, măsurarea tensiunii arteriale, realizarea examinărilor antropometrice (înălțimea, greutatea și măsurarea circumferinței taliei și a soldului), realizarea chair stand test-ului și prelevarea probelor din sânge.

Echipele medicale responsabile pentru colectarea datelor vor lucra în strânsă colaborare cu membrii echipei de coordonare de la nivel național. Aceștia din urmă vor coordona activitatea de teren a anchetei și au responsabilitatea controlului calității datelor colectate, selectarea locurilor de examinare, prelucrarea datelor și comunicarea rezultatelor către publicul larg.

12. Aspecte etice și legale în asigurarea confidențialității datelor de cercetare culese

În orice cercetare care implică oameni, conduita etică este o preocupare fundamentală. Aceasta înseamnă că cercetarea trebuie efectuată astfel încât participanții să fie protejați nu numai de riscurile pentru sănătatea lor fizică și mentală, ci și de riscurile pentru intimitatea lor și de a nu primi dezinformări. Deși efectuarea unui HES nu prezintă niciun risc grav pentru sănătate, protejarea vieții private și obținerea consimțământului informat sunt aspecte etice cruciale.

HES-urile naționale trebuie efectuate în conformitate cu standardele etice, care, pentru toate cercetările asupra omului, sunt reglementate de legislația națională și de ghidurile naționale și internaționale. Documentele cheie la momentul solicitării aprobării etice pentru anchetele naționale și la pregătirea protocoalelor naționale de anchetă sunt:

1. acte naționale care reglementează statutul și/sau drepturile pacienților;
2. acte naționale de cercetare medicală;
3. alte principii etice naționale de cercetare care implică oameni;
4. orientări internaționale de cercetare biomedicală, cum ar fi Declarația de la Helsinki, „Principii etice pentru cercetarea medicală care implică subiecți umani”, care este considerată a fi pilonul standardelor etice, Raportul Belmont din 1979, „Principii etice și orientări pentru protecția subiecților umani ai cercetării”, Recomandarea Comitetului Miniștrilor nr. R (90) 3 privind cercetarea medicală asupra oamenilor, Convenția de la Oviedo privind drepturile omului și biomedicina, Consiliul European în 2005: Protocol adițional la convenția privind drepturile omului și biomedicină, privind cercetarea biomedicală și Consiliul Organizațiilor Internaționale de Științe Medicale și OMS în 2002: Linii directoare etice internaționale pentru cercetarea biomedicală care implică subiecți umani.

Participarea la ancheta EHES este în întregime voluntară. Orice participant se poate retrage oricând pe parcursul anchetei. Dreptul respondenților de a alege să nu răspundă la unii itemi din chestionar sau să ofere informații va fi recunoscut și respectat.

Declarația de la Helsinki afirmă: „Trebuie luate toate măsurile de precauție pentru a respecta confidențialitatea subiectului și confidențialitatea informațiilor pacientului.”. Această problemă a devenit

din ce în ce mai importantă, având în vedere progresele înregistrate în tehnologia informației și, prin urmare, ușurința accesului la date.

Efectuarea unui HES include colectarea de date la nivel individual, care sunt, de asemenea, date cu caracter personal (adică date sensibile cu privire la sănătate). Din acest motiv, protocolul HES trebuie să respecte Legea privind protecția datelor cu caracter personal nr. 363/2018 și să acopere toate aspectele legate de protecția datelor, în special: accesul la date, schimbul de date, legătura de înregistrare (de exemplu, legătura pentru a înregistra date privind factorii socio-demografici și utilizarea serviciilor de sănătate cu date demografice disponibile pentru non-respondenți și cu date de sondaj pentru respondenți) și proceduri de anonimizare.

Toți participanții la ancheta EHES vor primi informații cu privire la scopurile și obiectivele anchetei, examinările medicale efectuate și protecția datelor atât în scrisoarea de înaintare cât și oral, din partea medicilor de familie sau asistenților medicali. Toți participanții vor semna (**obligatoriu**) formularul de consimțământ informat înainte de participarea propriu-zisă la etapele de colectare a datelor.

Tot personalul medical/operatori de teren și persoanele care lucrează în colectarea, prelucrarea și analiza datelor vor fi informați cu privire la necesitatea obținerii consimțământului informat ca o obligație legală și etică. Consimțământul informat constă în furnizarea de informații și răspunsuri la orice întrebări care pot apărea din partea participanților. Echipele de colectare a datelor vor explica participanților aspectele legale ale consimțământului informat în cuvinte simple, le va cere să citească formularul și se vor asigura că au înțeles conținutul cheie. Participanții vor avea ocazia de a pune întrebări în orice moment în timpul vizitei la cabinetele medicale/cabinetele unde se vor efectua examinările medicale. De asemenea, li se vor pune la dispoziție numere de contact pentru întrebări suplimentare, chiar și după vizita de la centrul de examinare.

Datele vor fi colectate, stocate și utilizate în conformitate cu Regulamentul general al UE privind protecția datelor (GDPR) și legislația națională privind protecția datelor (Legea nr. 190/2018). Datele vor fi stocate numai pe dispozitivele tehnice (computere, laptopuri) ale echipei medicale însărcinată cu realizarea colectării datelor, până când vor fi anonimizate. Orice instrumente de partajare care vor fi utilizate (de exemplu, e-mailuri, cloud) sunt însoțite de proceduri specifice (de exemplu, parolarea bazelor de date).

12.1. Consimțământul informat

Înainte de a efectua orice tip de cercetare care implică oameni, trebuie obținut consimțământul informat. Obiectivul consimțământului informat este de a permite unei persoane să ia o decizie cu adevărat informată cu privire la participarea sau nu la HES. Cu alte cuvinte, obținerea consimțământului în cunoștință de cauză depășește obligarea unei persoane să semneze un formular: este un proces de comunicare între o persoană și personalul HES. Scopul său este de a se asigura că individul înțelege pe deplin sfera studiului, metodele adoptate și modul în care datele vor fi utilizate.

Primul pas în obținerea consimțământului informat este de a oferi candidatului la studiu informații. Având în vedere că scopul final este să se asigure că participanții sunt cu adevărat informați, este fundamental ca aceste informații să fie complete și clare. Acest lucru este important și în ceea ce privește rata de participare HES, deoarece materialul neclar sau slab scris (sau chiar materialul care se bazează prea mult pe termeni „științifici”, care ar putea fi intimidant) ar putea duce la decizia invitatului de a nu participa.

În vederea obținerii consimțământului de participare la studiu sunt necesare în principal din trei activități principale: i) sensibilizarea persoanei cu privire la HES; ii) asigurarea persoanei cu o explicație clară a ceea ce implică participarea; și iii) obținerea semnăturii persoanei care atestă consimțământul său de a participa. Acest lucru se face folosind ceea ce se numește „formular de consimțământ informat”. Acest formular conține toate informațiile solicitate de către participantul HES pentru a înțelege ce este HES și ce presupune participarea și un spațiu pentru semnătura personală, care atestă faptul că el/ea a înțeles informațiile și este de acord să participe. În unele cazuri, informațiile de pe HES sunt conținute pe un document separat (denumit „aviz informativ” sau „prospect informativ”). Mai mult, poate fi furnizată și o „scrisoare de invitație”, care este utilizată ca introducere pentru a explica în general despre ce este studiul, importanța acestuia și cum și când va fi contactat invitatul.

Un avantaj al utilizării documentelor separate este că notificarea informațională și scrisoarea de invitație pot fi furnizate cu ceva timp înainte ca invitatul HES să furnizeze o semnătură, astfel încât să aibă suficient timp pentru a citi și a înțelege informațiile înainte de a accepta să participe. Alegerea formatului materialului informativ depinde, de asemenea, de factori precum organizarea generală a studiului și legislația și reglementările naționale cu privire la confidențialitate sau probleme conexe.

Propunem un singur formular de consimțământ pentru toate etapele de participare: aplicare chestionar, măsurarea tensiunii arteriale, a indicatorilor antropometrici, efectuarea chair stand test-ului și prelevarea probelor din sânge, iar participantul va bifa doar acele etape pentru care își exprimă acordul de participare și prelucrare (Anexa nr. 2).

BIBLIOGRAFIE:

- Bocquet, Valéry, Jessica Barré, Sophie Couffignal, Marylène d'Incau, Charles Delagardelle, Georges Michel, Marc Schlessler, Saverio Stranges, Andrea Kuemmerle și Maria Ruiz-Castell. "Study design and characteristics of the Luxembourg European Health Examination Survey (EHES-LUX)". *BMC Public Health*, 18, no. 1169, (2018).
- EHES Reference Centre, *National HES manual*. Helsinki: EHES Reference Centre, 2012, http://www.ehes.info/manuals/national_manuals/national_manuals_EHES.htm.
- Gößwald, A, Maichel Lange, Ruediger Doelle și Heike Hölling. "The first wave of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)". *Bundesgesundheitsbl*, 56, (2013): 611–19.
- Hanna Tolonen (coord.), *EHES manual part A. Planning and preparation of the survey*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare, 2016, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-700-8>.
- Karvanen, Juha, Tommi Harkanen, Jaakko Reinikainen și Hanna Tolonen. "Recommendations for design and analysis of health examination surveys under selective non-participation". *The European Journal of Public Health*, 29, no. 1, (2018): 8-12.
- Luepker, Russell. "WHO MONICA project: what have we learned and where to go from here?". *Public Health Reviews*, 33, no. 2, (2012): 373-96.
- Mindell, Jennifer S., Simona Giampaoli, Antje Goesswald, Panagiotis Kamtsiuris, Charlotte Mann, Satu Männistö, Karen Morgan, Nicola J. Shelton, WM Monique Verschuren și Hanna Tolonen. "Sample selection, recruitment and participation rates in health examination surveys in Europe – experience from seven national surveys". *BMC Medical Research Methodology*, 15, no. 78, (2015).
- Ministerul Sănătății. *Strategia Națională de Sănătate 2014-2020*. Ministerul Sănătății, 2014, <http://www.ms.ro/strategia-nationala-de-sanatate-2014-2020/>.
- Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) și Organizația Mondială a Sănătății (2019), *State of Health in the EU · România · Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea*
- Tolonen, Hanna, Päivikki Koponen, Ala'a Al-kerwi, Nada Capkova, Simona Giampaoli, Jennifer Mindell, Laura Paalanen, Maria Ruiz-Castell, Antonia Trichopoulou și Kari Kuulasmaa. "European health examination surveys – a tool for collecting objective information about the health of the population". *Archives of Public Health*, 76, no. 38, (2018).
- Tolonen, Hanna, Päivikki Koponen, Jennifer Mindell, Satu Mannisto și Kari Kuulasmaa. "European Health Examination Survey—towards a sustainable monitoring system". *European Journal of Public Health*, 14, no. 2, (2013): 338–44.
- Tolonen, Hanna, Johanna Maki-Opas, Jennifer Mindell, Antonia Trichopoulou, Androniki Naska, Satu Mannisto, Simona Giampaoli, Kari Kuulasmaa și Päivikki Koponen. "Standardization of physical measurements in European health examination surveys—experiences from the site visits". *European Journal of Public Health*, 27, no. 5, (2017): 1-6.

Anexa 1

Chestionar EHES

ID participant:

Modulul stării de sănătate

Q1. Cum este sănătatea dumneavoastră în general? Este...

- ☐ | foarte bună
☐ | bună
☐ | rezonabilă/ medie
☐ | proastă
☐ | foarte proastă?

Q2. Aveți vreo boală sau o problemă de sănătate de lungă durată? Prin lungă durată înțelegem boli sau probleme de sănătate care au durat sau se așteaptă să dureze timp de 6 luni sau mai mult.

- ☐ | da
☐ | Nu

Q3. Cel puțin în ultimele 6 luni, în ce măsură ați fost limitat din cauza unei probleme de sănătate în activități obisnuite? Ați spune că ați fost ...

- ☐ | sever limitat
☐ | limitat, dar nu sever
☐ | deloc limitat?

Q4. Aveți sau ați avut vreodată vreuna dintre următoarele boli sau afecțiuni, diagnosticate de un medic?

Infarct miocardic ☐ | Da ☐ | Nu

Boala coronariană sau angina pectorală ☐ | Da ☐ | Nu

Tensiunea arterială crescută (hipertensiune) ☐ | Da ☐ | Nu

Colesterolul din sânge crescut ☐ | Da ☐ | Nu

Accident vascular cerebral (hemoragie cerebrală, tromboză cerebrală) ☐ | Da ☐ | Nu

Diabet ☐ | Da ☐ | Nu

Modulul de îngrijire a sănătății

Q5. În ultimele două săptămâni, ați utilizat medicamente (inclusiv suplimente alimentare, preparate dietetice, preparate fitoterapice sau vitamine) care v-au fost prescrise de un medic (pentru femei, excludeți contraceptivele pastile sau alți hormoni)?

- ☐ | da
☐ | Nu

Q6. Au fost medicamente pentru ...?

Hipertensiune arterială ☐ | Da ☐ | Nu

Scăderea nivelului colesterolului din sânge ☐ | Da ☐ | Nu

Diabet ☐ | Da ☐ | Nu

Q7. Când a fost ultima dată când tensiunea arterială a fost măsurată de un profesionist din domeniul sănătății?

- ☐ | În ultimele 12 luni
☐ | Acum 1-5 ani
☐ | Nu în ultimii 5 ani

Q8. Când a fost ultima dată când colesterolul din sânge a fost măsurat de către un profesionist din domeniul sănătății

| ☐ | În ultimele 12 luni

| ☐ | Acum 1-5 ani

| ☐ | Nu în ultimii 5 ani

Q9. Când a fost ultima dată când a fost glicemia măsurată de un profesionist din domeniul sănătății?

| ☐ | În ultimele 12 luni

| ☐ | Acum 1-5 ani

| ☐ | Nu în ultimii 5 ani

Determinanți ai sănătății

Q10. Cât de înalt/ă ești fără pantofi? (în cm)

| | | cm

Q11. Cât cântărești fără haine și încălțăminte? (în kg)

| | | | kg

Q12. Fumezi?

| ☐ | Da, zilnic

| ☐ | Da, ocazional – mergi la Q15

| ☐ | Deloc – mergi la Q15

Q13. În medie, de câte ori fumezi pe zi (= numărul de țigări, trabucuri, pipe etc.)?

| | | ori

Q14. Ce produse fumezi frecvent?

Țigări fabricate | ☐ | Da | ☐ | Nu

Țigări auto-rulate | ☐ | Da | ☐ | Nu

Pipă | ☐ | Da | ☐ | Nu

Trabuc | ☐ | Da | ☐ | Nu

Q15. Ai fumat vreodată zilnic sau aproape în fiecare zi timp de cel puțin un an?

| ☐ | da

| ☐ | Nu

Q16. De câți ani fumezi zilnic? Numara toate perioadele separate de fumat zilnic. Dacă nu-ți amintești numărul exact de ani, te rugăm să dai o estimare.

| | | ani

Q17. Când ai încetat să fumezi zilnic? (Dacă ai renunțat la fumat de mai multe ori, se înregistrează ultima dată când ai încetat să fumați zilnic?)

| ☐ | În ultima săptămână

| ☐ | 1 săptămână - cu mai puțin de o lună în urmă

| ☐ | 1 lună - mai puțin de 1 an în urmă

| ☐ | acum 1 - 5 ani

| ☐ | Acum mai bine de 5 ani

Q18. Cât de des consumați o băutură care conține alcool?

| ☐ | niciodată

- ☐ | lunar sau mai rar
- ☐ | 2-4 ori pe lună
- ☐ | 2-3 ori pe săptămână
- ☐ | 4 sau mai multe ori pe săptămână

Q19. Câte băuturi standard consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

O băutură standard conține 10 g alcool pur (o doză de bere 330 ml, un pahar de vin 125 ml sau o țuică de 40 mL).

- ☐ | una sau două
- ☐ | trei sau patru
- ☐ | cinci sau șase
- ☐ | șapte sau nouă
- ☐ | zece sau mai mult

Q20. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

- ☐ | niciodată
- ☐ | lunar sau mai rar
- ☐ | lunar
- ☐ | săptămânal
- ☐ | zilnic sau aproape zilnic

Q21. Într-o săptămână obișnuită, la serviciu sau în timpul liber, practicați activitate fizică ușoară (necesită efort fizic mic, ex. mers pe jos)

- ☐ | Da
- ☐ | Nu – mergi la Q 24

Q22. Într-o săptămână obișnuită, la serviciu sau în timpul liber, cât de frecvent faceți activitate fizică ușoară (necesită efort fizic mic, ex. mers pe jos)

- ☐ | În fiecare zi
- ☐ | 1 - 3 zile
- ☐ | 4 -7 zile

Q23. Într-o zi obișnuită, la serviciu sau în timpul liber, cât timp acordați activității fizice ușoare?

- ☐ | cel puțin 20 de minute
- ☐ | peste 20 minute

Q24. Într-o săptămână obișnuită, la serviciu sau în timpul liber, practicați activitate fizică moderată (necesită efort moderat și accelerează notabil ritmul cardiac: mers în ritm rapid, dans, grădinărit, activități casnice)

- ☐ | Da
- ☐ | Nu – mergi la Q 27

Q25. Într-o săptămână obișnuită, la serviciu sau în timpul liber, cât de frecvent faceți activitate moderată (necesită efort moderat și accelerează notabil ritmul cardiac: mers în ritm rapid, dans, grădinărit, activități casnice)

- ☐ | În fiecare zi
- ☐ | 1 - 3 zile
- ☐ | 4 -7 zile

Q26. Într-o zi obișnuită, la serviciu sau în timpul liber, cât timp acordați activității fizice moderate?

☐ | cel puțin 20 de minute

☐ | peste 20 minute

Q27. Într-o săptămână obișnuită, la serviciu sau în timpul liber, practicați activitate fizică intensă (necesită efort mare și produce accelerarea respirației și o creștere substanțială a frecvenței cardiace: alergat, urcatul rapid al unui deal, ciclism în ritm rapid, aerobic, înot rapid, sporturi și jocuri de competiție)

☐ | Da

☐ | Nu – mergi la Q 30

Q28. Într-o săptămână obișnuită, la serviciu sau în timpul liber, cât de frecvent faceți activitate intensă (necesită efort mare și produce accelerarea respirației și o creștere substanțială a frecvenței cardiace: alergat, urcatul rapid al unui deal, ciclism în ritm rapid, aerobic, înot rapid, sporturi și jocuri de competiție)

☐ | În fiecare zi

☐ | 1 - 3 zile

☐ | 4 -7 zile

Q29. Într-o zi obișnuită, la serviciu sau în timpul liber, cât timp acordați activității fizice intense?

☐ | cel puțin 20 de minute

☐ | peste 20 minute

Q30. Într-o zi obișnuită, cât timp petreceți, la serviciu sau în timpul liber, stând așezat sau culcat (ex. stând la birou, stând cu prietenii, mergând cu mașina, autobuzul sau trenul, citind, uitându-vă la televizor, dar exceptând timpul când dormiți)

☐ | minute

Variabile socio-demografice

Q31. Genul respondentului

☐ | Masculin

☐ | Feminin

Q32. Care este data ta de naștere?

| | | | | | | | ZZ LL AAAA

Q33. În ce țară te-ai născut?

☐ | România

☐ | Într-un alt stat membru al UE

☐ | Într-o țară non UE

Q34. Care este starea dvs. civilă legală

☐ | Niciodată căsătorit și niciodată într-un parteneriat înregistrat

☐ | Căsătorit sau într-un parteneriat înregistrat

☐ | Văduv sau într-un parteneriat înregistrat care s-a încheiat cu moartea partenerului (nu recăsătorit sau nu din nou într-un parteneriat înregistrat)

☐ | Divorțat sau într-un parteneriat înregistrat legal dizolvat (nu recăsătorit sau nu din nou într-un parteneriat înregistrat)

Q35. Locuiești cu cineva în cuplu?

- ☐ da
☐ Nu

Q36. Câți ani ați petrecut la școală sau ani întregi de studiu?

| | ani

Q37. Care este cel mai înalt nivel de educație sau formare finalizat cu succes

- ☐ ISCED0 - dezvoltarea copilăriei timpurii, educație pre-primară
☐ ISCED1 - învățământ primar
☐ ISCED 2 - învățământ secundar inferior
☐ ISCED 3 - învățământul secundar superior
☐ ISCED 4 - învățământ post-secundar, dar non-terțiar
☐ ISCED 5 - învățământ terțiar; ciclu scurt
☐ ISCED 6 - învățământ terțiar; nivel licență sau echivalent
☐ ISCED 7 - învățământ terțiar; nivel master sau echivalent
☐ ISCED 8 - învățământ terțiar; nivel doctoral sau echivalent

Q38. Cum ați defini statutul dvs. actual de muncă?

- ☐ Exercițarea unui loc de muncă sau profesie, inclusiv muncă neremunerată pentru o afacere de familie sau exploatare, inclusiv o ucenicie sau stagiu plătit etc.
☐ Șomer
☐ Elev, student, formare continuă, experiență de muncă neremunerată
☐ Pensionar sau pensionare anticipată sau a renunțat la afaceri
☐ Persoana cu dizabilități
☐ În serviciul militar sau comunitar obligatoriu
☐ Îndeplinirea sarcinilor casnice
☐ Fără ocupație

Q39. Câte persoane trăiesc în gospodărie, inclusiv dumneavoastră?

| | persoane

Q40. Câți dintre ei au vârsta sub 14 ani?

| | persoane

Q41. Venitul net total în fiecare lună al gospodăriei dvs. din toate sursele (venituri din salarii, alte venituri pentru munca prestată, indemnizații de șomaj, indemnizații pentru limită de vârstă sau de urmaș, indemnizații de boală sau invaliditate, indemnizații pentru familie/copii, indemnizații de locuință, indemnizație pentru educație, alte indemnizații regulate) după deduceri pentru impozitul pe venit, asigurarea națională etc.

- ☐ Sub 500 lei
☐ Între 500 și 999 lei
☐ Între 1.000 și 1.999 lei
☐ Între 2.000 și 2.999 lei
☐ Între 3.000 și 3.999 lei
☐ Între 4.000 și 5.999 lei
☐ Între 6.000 și 7.999 lei
☐ Între 8.000 și 9.999 lei
☐ Peste 10.000 lei

Anexa 2

Formular de consimțământ informat

Ancheta națională de examinare a sănătății (EHES)

Pentru invitatul la sondaj,

Sunteți invitat să participați la un sondaj național de examinare a sănătății.

Acest studiu este realizat pentru obținerea de informații despre starea generală de sănătate prin intervievarea persoanelor și prin măsurători care pot fi importante pentru sănătate. Aceste informații sunt utilizate pentru a dobândi cunoștințe cu privire la starea de sănătate a populației, care va fi importantă pentru promovarea și îmbunătățirea sănătății tuturor și pentru dezvoltarea serviciilor de sănătate.

HES se desfășoară de către INSP – Institutul Național de Sănătate Publică dintr-un eșantion de 4500 participanți din întreaga țară.

Toate aspectele acestui studiu au fost aprobate de Comitetul de Etică al Institutul Național de Sănătate Publică. Prezentul formular include informații importante despre studiu și o descriere a ceea ce vi se va cere dacă decideți să participați. Pentru a participa, va trebui să citiți și să semnați cu atenție acest formular. Dacă o parte din acest formular nu vă este clară, vă rugăm să nu ezitați să întrebați persoana / persoanele care primesc consimțământul informat.

Participarea dvs. este importantă pentru noi, dar vă rugăm să fiți siguri că este voluntară, că puteți părăsi studiul în orice moment și că datele dvs. vor fi păstrate confidențiale.

În timpul sondajului, vi se va cere să răspundeți la întrebări referitoare la starea dvs. de sănătate, consumul de medicamente și accesul la servicii de sănătate, întrebări privind consumul de alcool, tutun și activitatea fizică prestată etc.

Se vor face măsurători ale înălțimii, greutatei, circumferinței taliei, circumferinței șoldului și tensiunii arteriale; vi se va evalua capacitatea de utilizare a membrelor inferioare ("chair stand test"); se vor preleva și probe de sânge. Aceste probe biologice vor fi utilizate pentru efectuare de analize medicale (glicemie, hemoglobina glicozilată, colesterol total, HDL și LDL colesterol, trigliceride, calciu, potasiu, sodiu, vitamina D, hemoglobina, alanin aminotransferaza, gama glutamil transferaza, creatinina sérica, uree, ferritina, T4, TSH).

Pentru a efectua interviul și examinările fizice și pentru a colecta probele biologice necesare pentru studiu, va fi nevoie de aproximativ 2 ore din timpul dvs. Aceste activități vor fi efectuate în 2 vizite.

Rezultatele dvs. personale vă vor fi raportate în aproximativ 3 săptămâni.

Datele colectate de la dvs. vor fi stocate și utilizate în scopuri de cercetare de către Institutul Național de Sănătate Publică. Numai un număr limitat de administratori de date vor avea acces la baza de date completă.

Datele anonimizate vor fi utilizate de către cercetători și vor fi furnizate și cercetătorilor din alte institute care colaborează la sondaj, posibil în alte țări. Datele anonimizate pot fi, de asemenea, combinate cu date din HES efectuate în alte țări europene într-o bază de date centralizată.

Datele pot fi, de asemenea, combinate (sau „legate”) cu alte date din diferite surse pentru a studia relațiile anumitor boli cu factorii de risc determinați în acest sondaj; astfel de studii sunt importante pentru îmbunătățirea prevenirii bolii.

Datele colectate vor fi păstrate strict confidențiale. Acestea vor fi stocate, analizate și manipulate în conformitate cu legislația privind protecția datelor și confidențialitatea. Nicio informație care ar putea fi utilizată pentru a vă identifica nu va fi furnizată terților. Rezultatele acestui studiu vor fi publicate, dar publicațiile nu vor include nicio informație care ar putea duce la identificarea participanților.

Dacă vă retrageți din studiu, puteți decide că datele dvs. și probele dvs. nu vor fi utilizate / vor fi eliminate.

În orice moment din timpul sau după studiu, dacă sunteți îngrijorat de o posibilă încălcare a confidențialității dvs. sau de orice alte probleme referitoare la datele dvs., puteți contacta Institutul Național de Sănătate Publică (INSP) cu sediul în Str. Dr. Leonte Anastasievici Nr.1-3, Sector 5, București, tel. +4021.318.36.20, fax. +4021.312.34.26,

Consimțământ

Participant:

Înțeleg informațiile tipărite pe acest formular. Înțeleg că, dacă am mai multe întrebări sau preocupări cu privire la sondaj sau participarea mea, pot contacta persoana (persoanele) enumerate mai sus.

Semnătura participantului: _____

Data: _____

Nume (imprimați numele legal): _____

ID-ul participantului: _____

Reprezentant legal (dacă este cazul):

Semnătura persoanei autorizate legal să dea consimțământul

Data: _____

Nume (numele tipărit): _____

Relația cu participantul:

Mamă

Soț / soție

Fiu fiica

Frate

Tutore legal

Alte: _____

Motivul participantului care nu poate să semneze pentru sine:

Persoana care primește consimțământul informat:

Am primit consimțământul informat al (numele participantului).

Semnătura persoanei care primește consimțământul informat:

Data: _____

Nume (imprimați numele legal): _____

Vreți să aflați mai multe despre cum anume utilizăm datele dvs. personale în cadrul proiectului nostru de market research? (notă de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal)

Definiții

„Proiect” înseamnă proiectul de cercetare inițiat de INSP și implementat de [NUME FURNIZOR] în vederea obținerii de la publicul țintă relevant de informații diverse (percepții, obiceiuri, comportamente referitoare la starea de sănătate) precum și în vederea realizării de statistici.

„Date cu caracter personal” înseamnă informații care fac referire la orice individ identificat sau identificabil

„INSP” înseamnă Institutul Național de Sănătate Publică

„[NUME FURNIZOR]” înseamnă furnizorul selectat pentru implementarea contractului de **cercetare [NUME FURNIZOR] S.R.L.**

„Notă de informare (cu privire la protecția datelor cu caracter personal)” înseamnă prezentul document INSP, în calitate de operator de date cu caracter personal (data controller) și [NUME FURNIZOR], în calitate de împuternicit (data processor), pot fi de asemenea indicați colectiv în cadrul prezentei Note informative prin cuvintele „noi”, „nouă”, „ne” și alte forme la persoana întâi plural.

Prezenta Notă de informare descrie modul în care colectăm și utilizăm datele dumneavoastră cu caracter personal.

INSP este entitatea care decide scopul și întinderea prelucrării, fiind astfel operator cu privire la prelucrarea datelor personale în cauză. INSP a selectat [NUME FURNIZOR] pentru a-și oferi asistența la implementarea Proiectului iar ambele entități, atât INSP (în calitate de operator de date cu caracter personal), cât și [NUME FURNIZOR] (în calitate de persoană împuternicită de operator) sunt responsabile pentru prelucrarea datelor dumneavoastră cu caracter personal în cadrul acestui Proiect.

În conformitate cu legislația în vigoare referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, INSP prelucrează datele dvs. cu caracter personal, în conformitate cu termenii și condițiile descrise mai jos.

Despre proiect

Bolile cronice majore sunt principalele cauze de deces și invaliditate în Europa. Majoritatea acestora au factori de risc comuni: obezitatea, hipertensiunea, lipidele crescute din sânge și consumul de tutun. Cel mai recent raport general la nivelul Uniunii Europene privind situația stării de sănătate subliniază în România prevalența factoriilor de risc asociați deceselor, comparativ cu media U.E. (Tabel 1). Factorii de risc pot fi însă contracarați și, prin urmare, o pondere semnificativă din decesele premature și complicațiile care cauzează invalidități ce pot afecta ritmul de muncă, ar putea fi prevenite.

Direcționarea adecvată și eficientă a resurselor materiale și financiare pentru activitățile de prevenire și evaluare a acestora necesită informații despre starea de sănătate a populației, multe dintre aceste informații fiind disponibile (numai) prin intermediul anchetelor de examinare a populației. Ancheta de examinare a stării de sănătate a populației (Health Examination Survey sau HES) are o istorie de peste cinci decenii deși abia recent s-a manifestat un efort pan-european de a standardiza implementarea sa pe teritoriul Uniunii Europene (UE). HES își propune să furnizeze informații fiabile și comparabile cu privire la starea de sănătate a populației adulte și la factorii de risc majori asociați bolilor cronice. Astfel, obiectivele principale ale HES sunt:

- evaluarea prevalenței bolilor cronice majore și a factorilor de risc ai acestora;
- evaluarea nevoilor de promovare a sănătății (și a stilului de viață sănătos) precum și de prevenire a bolilor;

- monitorizarea schimbărilor la nivelul populației prin intermediul anchetelor repetate în mod regulat;
- prognozarea stării de sănătate a populației, pe baza informațiilor obiective despre factorii majori de risc ai bolilor cronice;
- analiza echității în sănătate prin furnizarea de date obiective, comparabile pentru toate grupurile din populație;
- să dezvolte o sursă de date valoroasă pentru studii epidemiologice și cercetări în domeniul științelor medicale.

Avantajul anchetei de examinare a stării de sănătate a populației (E)HES este acela că oferă o sursă obiectivă de date unice, care nu se regăsesc în statisticile administrative sau sondajele cu teme medicale efectuate regulat pe teritoriul UE (precum Health Interview Survey sau HIS). Unele informații la nivel de populație pentru indicatori principali de sănătate, cum ar fi mortalitatea, pot fi obținute din registre administrative, dar alte informații nu pot fi colectate decât prin anchete de sănătate publică. Pe de altă parte, registrele administrative, precum cele gestionate de spitale, sunt limitate la persoanele cărora le-a fost diagnosticată o boală. Acestea au adesea informații destul de limitate despre variabilele de bază ale indivizilor, cum ar fi stilul de viață, statutul socio-economic și compoziția familiei. Comparabilitatea datelor din registrele unităților medicale este scăzută datorită diferențelor în structura sistemelor de îngrijire a sănătății și a practicilor de înregistrare.

Proiectul are drept scop obținerea de informații diverse (percepții, obiceiuri, comportamente referitoare la diferite teme etc.) precum și realizarea de analize și statistici utile în evaluarea, adaptarea și dezvoltarea viitoare strategii în domeniul sănătății

În cadrul Proiectului persoanele participante vor fi selectate (de pe listele medicilor de familie) pentru a fi invitate să participe la Proiect. Datele colectate de la participanți vor fi apoi pseudonimizate sau, după caz, anonimizate iar ulterior agregate și vor fi utilizate în realizarea de analize și statistici anonime.

Domeniul de aplicare

Prezenta Notă informativă este aplicabilă informațiilor pe care le colectăm despre dvs. cât și cele furnizate de dvs. în timpul interacțiunilor din Proiect, prin înregistrarea de detalii despre aceste interacțiuni și conținutul acestora pe diverse formate (hârtie, suport digital, electronic etc.) și/sau în diverse baze de date. Informațiile vor fi ulterior procesate prin diverse metode de cercetare calitativă sau cantitativă astfel încât INSP să poată obține statistici, rezultate, concluzii relevante.

De ce avem nevoie de datele dvs. și ce date colectăm?

În vederea implementării Proiectului colectăm și folosim o serie de date personale de la dvs., așa cum sunt acestea descrise în lista de mai jos. Unele date pe care le procesăm sunt date personale cu caracter special, așa cum sunt acestea definite de legislația în vigoare (date referitoare la starea dvs. de sănătate).

INSP va prelucra:

(a) **date cu caracter personal având funcție de identificare sau date de contact**, cuprinzând, printre altele, numele și prenumele, numărul de telefon fix și mobil, adresa de email, adresa de corespondență, județ, localitate, vârsta, genul. Fără aceste date nu va fi posibilă comunicarea cu dvs. în cadrul Proiectului și nici nu vom putea asigura eligibilitatea pentru participarea la studiu.

(b) **date cu caracter personal legate de activitatea profesională** cuprinzând informații privind: profesia, locul de muncă etc. Fără aceste date nu putem să asigurăm eligibilitatea dvs. în Proiect

(c) **date cu caracter personal referitoare la rezultatele interacțiunilor realizate în vederea colectării datelor** cuprinzând informații privind: data interacțiunii, data aplicării chestionarului/realizării interviului, coduri de situație etc. Fără aceste date nu putem să asigurăm monitorizarea implementării Proiectului

(d) **date personale referitoare la starea de sănătate**, tratamentele prescrise și administrate: detalii referitoare la diagnostic, istoricul dvs. medical, data diagnosticării, alergii, simptome și alte eventuale boli

pe care le aveți, detalii despre medicamentele care v-au fost prescrise și pe care vi le administrați, rezultatele consulturilor și analizelor medicale. Fără aceste date nu putem să asigurăm eligibilitatea dvs. pentru Proiectul de cercetare și nici nu putem să realizăm implementarea Proiectului.

(e) **date cu caracter personal rezultate în urma aplicării chestionarului:** întrebările din chestionar, răspunsurile din chestionar cum ar fi, de exemplu, informații despre obiceiuri, preferințe, comportamente, stil de viață etc. Fără aceste date nu vom putea implementa Proiectul de cercetare.

(g) **alte categorii de date cu caracter personal:** semnătura. Semnătura dvs. ne va fi necesară de exemplu în situația în care veți valida în scris participarea la Proiect.

Furnizarea tuturor datelor cu caracter personal la care se face referire este voluntară, totuși în absența unor astfel de date nu vom putea să vă includem în Proiect.

Prelucrările de date cu caracter personal în scopurile menționate mai sus vor fi înregistrate în registrul de prelucrări a datelor cu caracter personal.

Care este temeiul legal în baza căruia care se realizează prelucrarea datelor dvs.?

Informațiile referitoare la starea de sănătate și pe care le colectăm cu referire la dvs. pentru scopurile de mai sus sunt prelucrate pe baza consimțământului dvs. Vă puteți retrage consimțământul în orice moment iar datele dvs. vor fi șterse și nu vor mai fi utilizate în Proiect.

Prelucrarea datelor cu caracter personal de către noi este construită în așa fel încât împiedicăm prelucrarea datelor dvs. pentru un scop secundar care este incompatibil cu scopul principal pentru care datele dvs. personale sunt inițial colectate. Dacă totuși acest lucru se va întâmpla, atunci vă vom informa înainte de prelucrarea datelor dvs. personale în scopul secundar. Datele colectate sunt adecvate, relevante și limitate la ceea ce este strict necesar pentru INSP în vederea atingerii scopului propus. Datele nu sunt folosite în alte scopuri decât cele declarate.

Cu cine partajăm datele dvs. și cum păstrăm aceste date?

INSP poate dezvălui datele dumneavoastră cu caracter personal uneia sau mai multora dintre următoarele categorii de destinatari:

- Dumneavoastră, împuterniciților, membrilor familiei sau îngrijitorilor dvs., la cerere
- Companiei [NUME FURNIZOR], în calitate de împuternicit și implicat în implementarea Proiectului
- Angajaților și colaboratorilor [NUME FURNIZOR], în conformitate cu atribuțiile specifice funcției lor
- Subîmputerniciților [NUME FURNIZOR]: stocare cloud
- Instanțe de judecată, parchete sau alte autorități publice centrale/locale la cererea acestora, pentru a ne conforma legii sau drept răspuns la o procedură legală obligatorie;

Datele sunt oferite furnizorului de servicii cloud deoarece datele se stochează prin utilizarea cloud computing. Furnizorii acestui serviciu sunt selectați după examinarea măsurilor și practicilor de securitate, despre care puteți citi mai multe la adresele paginilor web ale acestor furnizori.

Pe durata participării dvs. la Proiect păstrăm informațiile pe care le colectăm despre și de la dvs. în baze de date securizate. Documentele în format fizic (de exemplu chestionare) sunt păstrate în spații de stocare securizate (dulapuri încuiate). Aceste informații pot fi accesate numai de către personalul [NUME FURNIZOR] direct implicat în implementarea Programului (de exemplu, personalul implicat în colectarea datelor, coordonatorii Proiectului) și personalul [NUME FURNIZOR] care necesită acces în scopuri de administrare, suport sau evaluare a Proiectului.

Dezvăluirea datelor dvs. personale către împuterniciții noștri are la bază contracte scrise. Dacă în viitor vă vom dezvălui datele personale unor alte categorii de destinatari, atunci vă vom informa despre momentul dezvăluirii și numele destinatarilor. Nu transferăm datele dvs. personale în țări din afara UE și SEE.

Unde se transferă datele dvs. personale?

Nu transferăm datele dvs. personale în țări din afara Uniunii Europene (UE) și Spațiului Economic

European (SEE). Datele oferite furnizorilor de servicii cloud sunt stocate pe servere situate în UE și SEE.

INSP și [NUME FURNIZOR] pot utiliza și transfera în alte state date anonimizate sau agregate în scopuri statistice, de cercetare sau pentru a prezenta și disemina rezultatele Proiectului în publicații, prezentări, pentru a genera observații corelate și rapoarte analitice etc. Date personale care au rol de identificare (numele, datele de contact etc.) nu vor fi niciodată utilizate în acest scop și nici nu vor fi incluse în prezentări sau alte publicații sau documente care vor fi partajate.

Cât timp păstrăm datele dvs. personale?

Limităm prelucrarea datelor dvs. personale la o măsură, amploare și frecvență care sunt necesare pentru scopurile procesării. [NUME FURNIZOR] va procesa datele personale pe o durată de 1 an de la finalizarea Proiectului sau până la data exercitării dreptului dvs. de intervenție asupra datelor. La finalul etapei de culegere a datelor, datele sunt anonimizate (nu se mai păstrează corelația dintre numele dvs. și răspunsurile date) și apoi agregate și transformate în statistici și alte tipuri de analize. Aceste date nu mai pot fi asociate cu persoana dvs. După expirarea perioadei de prelucrare, celelalte date personale ale dvs. (de exemplu informații despre calitatea de participant la Proiect) vor fi șterse cu excepția situațiilor în care avem dreptul sau suntem obligați să menținem unele sau toate datele în conformitate cu legislația aplicabilă, caz în care vom prelucra în continuare acele date personale, conform legii.

Cum se asigură securitatea datelor colectate despre dvs.?

INSP și [NUME FURNIZOR] în calitate de împuternicit al INSP precum și de implementator al Proiectului, protejează prelucrarea datelor cu caracter personal împotriva amenințărilor la adresa prelucrării. Măsurile de securitate a datelor pe care [NUME FURNIZOR] le pune în practică sunt de natură a asigura protecția datelor dvs. cu caracter personal. [NUME FURNIZOR] are implementate și certificate standarde de calitate și securitate care asigură cel mai înalt nivel de protecție pentru datele dvs. (ISO27001:2013 – Sistem de management al securității datelor, ISO 9001:2008 – Managementul calității). Atât personalul nostru cât și cel al împuterniciților noștri este responsabil pentru prelucrarea sigură a datelor cu caracter personal. INSP controlează accesul la datele personale pe care le deține și controlează faptul că numai persoanele care au dreptul de a accesa datele personale deținute pot accesa aceste date. De asemenea se asigură că accesul fizic neautorizat la datele dvs. cu caracter personal este împiedicat și previne pierderea, distrugerea, deteriorarea și modificarea suportului de stocare a datelor personale.

Care sunt drepturile dvs. privind datele colectate?

În conformitate cu legislația în vigoare, prin prezenta, se consideră că sunteți informat cu privire la următoarele drepturi în legătură cu prelucrarea de către INSP a datelor personale:

i) **Dreptul de a fi informat** cu privire la datele personale, precum și cu privire la datele care fac obiectul prelucrării și a originii acestor date. Odată ce colectăm de la dvs. anumite date personale, vă vom

informa despre tot ce se întâmplă cu acestea, la ce sunt folosite, cum se pot accesa, modifica, șterge etc. În același timp, aveți dreptul să vă accesați datele personale ori de câte ori veți dori acest lucru.

(ii) **Dreptul de a avea acces la datele personale.** La cererea dumneavoastră, vom confirma dacă prelucrăm sau nu datele dvs. personale. Acest drept include numai datele personale care vă privesc și nu este aplicabil cu referire la terți. De asemenea, dreptul se referă și la date pseudonime care pot fi în mod clar legate de dvs. În cazul în care vă confirmăm faptul că vă procesăm astfel de date, veți primi acces la acestea, dacă solicitați acest lucru. De asemenea, veți primi o copie a acestor date, dacă solicitați aceasta. .

(iii) **Dreptul de intervenție** (rectificare, restricționare, ștergere) asupra datelor personale. Vom rectifica datele dvs. personale pe care le prelucrăm, în cazul în care acestea sunt inexacte sau incomplete și solicitați recuperarea sau completarea lor. La cererea dvs. vom restricționa prelucrarea, adică vom bloca pentru o anumită perioadă de timp prelucrarea datelor dvs. (de ex: dacă veți considera că datele nu sunt exacte sau că prelucrarea este ilegală etc.). Vă vom informa ce măsuri au fost luate și de asemenea, când anume restricția a fost ridicată. La cererea dumneavoastră vom șterge fără întârzieri nejustificate datele dvs. personale pe care le prelucrăm, dacă (i) datele nu mai sunt necesare pentru îndeplinirea scopurilor pentru care au fost colectate sau (ii) vă prelucrăm datele în baza unui interes legitim asupra căruia prevalează obiecția dvs. și nu există alt temei pentru prelucrare.

(iv) **Dreptul de opoziție** cu privire la prelucrarea datelor personale. Dacă veți exercita acest drept vom înceta prelucrarea datelor dvs., dar în cazul în care prelucrarea are loc în baza unei obligații legale sau dacă vă prelucrăm datele în baza unui interes legitim asupra căruia prevalează obiecția dvs., această prelucrare va continua.

(v) **Dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale** adoptate exclusiv pe baza unei prelucrări de date cu caracter personal prin mijloace automate. Pentru prelucrarea de față nu folosim datele dvs. personale pentru a lua decizii automate în privința dvs.

(vi) **Dreptul la portabilitatea datelor.** Dacă prelucrările de date se realizează în baza unui consimțământ sau contract cu dvs. aveți dreptul să solicitați și să primiți datele prelucrate prin mijloace automate și să decideți ce anume faceți cu ele, să le păstrați exclusiv pentru uzul dvs. privat sau puteți opta pentru transferul către un alt operator. Pentru cazul de față nu prelucrăm date în condiții pentru care acest drept ar putea fi exercitat.

(vii) **Dreptul de a înainta plângere** Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal (autoritatea de supraveghere), precum și de a vă adresa instanței, pentru atacarea deciziilor operatorului, în conformitate cu legislația în vigoare.

Aceste drepturi pot fi limitate în anumite situații – de exemplu, acolo unde putem demonstra că există o obligație legală de prelucrare a datelor dvs.

Cum vă puteți exercita drepturile și la ce adresă ne puteți contacta?

Datele dvs. sunt prelucrate de Institutul Național de Sănătate Publică (INSP) cu sediul în Str. Dr. Leonte Anastasievici Nr.1-3, Sector 5, București, tel. +4021.318.36.20, fax. +4021.312.34.26, website: <https://www.insp.gov.ro/>, email: {EMAIL GDPR INSP}

Datele dvs. sunt colectate și procesate de [NUME FURNIZOR] (în calitate de persoană împuternicită de INSP), având punctul de lucru principal în Str. _____, nr. _____, localitatea _____, Romania, CUI _____, număr de înregistrare la Registrul Comerțului _____

În cazul în care doriți să vă exercitați oricare din aceste drepturi sau dacă, în orice moment, aveți întrebări sau vă preocupă ceva în legătură cu prezenta Notă informativă, puteți să faceți o solicitare în acest sens către: Institutul Național de Sănătate Publică (INSP) cu sediul în Str. Dr. Leonte Anastasievici



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization



Nr.1-3, Sector 5, București, tel. +4021.318.36.20, fax. +4021.312.34.26, email: {EMAIL GDPR INSP}, în atenția Responsabilului cu Protecția Datelor.

Vom depune toate eforturile rezonabile pentru a răspunde prompt la solicitările dvs. sau pentru a vă soluționa problema. Veți primi răspunsul nostru la adresa poștală sau de e-mail pe care o indicați sau, în absența unei indicații exprese, la adresa poștală sau de e-mail utilizată atunci când ați depus cererea. Cererea dvs. va fi tratată în termen de 30 de zile de la primire, cu excepția cazului în care este necesar un timp mai lung pentru a răspunde, caz în care vă vom comunica întârzierea.

Alte detalii?

Dacă intervine o modificare a acestei note de informare, noua versiune vă va fi adusă la cunoștință și comunicată prin cele mai adecvate mijloace pentru dvs. și, dacă este necesar, vom solicita consimțământul dvs.

Suntem o instituție publică românească, prin urmare legea aplicabilă este legea română.

Această notă de informare este elaborată în temeiul Regulamentului General privind Protecția Datelor, aflat în vigoare și aplicabil de la 25 mai 2018.

Ultima versiune: februarie 2022

FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL ÎN CADRUL PROIECTULUI EUROPEAN HEALTH EXAMINATION SURVEY (EHES)

Subsemnatul (a)....., declar că sunt de acord ca INSTITUTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ prin intermediul furnizorului de servicii de cercetare {NUME FURNIZOR} în calitate de împuternicit să prelucraze **datele cu caracter personal referitoare la starea mea de sănătate** (obiceiuri, preferințe, comportamente legate de sănătate date despre afecțiunea de care sufăr, date referitoare la starea de sănătate rezultate în urma examenelor clinice și a analizelor medicale etc.), în conformitate cu *Nota de informare* pe care am primit-o și citit-o.

Înțeleg că scopul prelucrării este de a obține **statistici anonime** și rezultate științifice care vor fi utilizate în fundamentarea unor proiecte și inițiative viitoare ale INSTITUTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ adresate pacienților.

Consimțământul în ceea ce privește prelucrarea datelor mele cu caracter personal, precum și furnizarea datelor personale solicitate sunt voluntare. Fără acest consimțământ datele mele nu vor putea fi colectate și utilizate în cadrul proiectului.

Înțeleg că acest consimțământ poate fi revocat în orice moment printr-o notificare gratuită trimisă către INSTITUTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ la email {EMAIL GDPR INSP} sau la adresa la adresa de email a furnizorului de servicii de cercetare {NUME FURNIZOR} {EMAIL GDPR FURNIZOR} sau la oricare dintre datele de contact de mai jos.

Înțeleg de asemenea că revocarea consimțământului nu afectează legalitatea utilizării datelor înainte de retragerea consimțământului (notificarea nu are impact retroactiv). În situația retragerii consimțământului, prelucrarea datelor mele va înceta iar acestea vor fi șterse sau anonimizate.

DA	☐	NU	☐
----	--------------------------	----	--------------------------

Sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale legate de starea de
sănătate conform Notei de Informare.

Data:

Semnătura:

În cazul în care aveți întrebări legate de această declarație de consimțământ, vă rugăm să nu ezitați să ne contactați la: Institutul Național de Sănătate Publică (INSP) cu sediul în Str. Dr. Leonte Anastasievici Nr.1-



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București



Norwegian Institute
of Public Health



Helsedirektoratet



World Health
Organization



3, Sector 5, București, tel. +4021.318.36.20, fax. +4021.312.34.26, website: <https://www.insp.gov.ro/>,
email: {EMAIL GDPR INSP}

Puteți afla mai multe informații despre modalitatea în care Institutul Național de Sănătate Publică (INSP)
procesează datele cu caracter personal la adresa: <https://www.insp.gov.ro/>.