

PRACTICA BAZATĂ PE DOVEZI A SERVICIILOR MEDICALE PREVENTIVE

Asis. Univ. Dr. Andrea Abăitancei
Facultatea de Medicină, Braşov

REZUMAT

Prevenția este un proces complex care necesită implicarea profesioniștilor de la toate nivelurile asistenței medicale într-o serie de activități cu scopul creării și consolidării unui stil de viață sănătos. Rolul medicului de familie ca și principal furnizor de servicii preventive este evidențiat prin studii relevante pe starea de sănătate a populației deservite. Deși este cost-eficientă, prevenția însă costă și bani. Identificarea celor mai eficiente intervenții poate duce la optimizarea acestor costuri.

Acest articol reprezintă o trecere în revistă a celor mai noi preocupări în acest domeniu.

Cuvinte cheie: Prevenție; cost-eficiență; prevenție; medicina familiei

CADRUL GENERAL

În lumea medicală este recunoscut faptul că investiția în prevenție este mai bună decât cea în tratamentul bolilor. Cu toate acestea, abordarea acestui subiect revine în actualitate datorită necesității argumentării acelor tipuri de activități preventive care aduc beneficii mai mari în comparație cu sumele investite.

Acest demers este util atât din perspectiva celor care finanțează serviciile medicale dar și din a celor care o practică în mod sistematic, aceștia fiind în special lucrătorii din asistența medicală primară.

Ca definiție, prevenția este un proces activ care determină indivizii și sistemele să preîntâmpine provocările diferitelor etape ale vieții prin crearea și consolidarea unui stil de viață sănătos.

Prevenția poate fi practică atât la nivel individual, cât și la nivel populațional.

La nivel individual se poate adresa atât persoanelor aflate în deplină stare de sănătate (prevenție primară), celor cu boli în stare incipientă (prevenție secundară) cât și celor cu afecțiuni manifeste la care acțiunile de prevenție au drept scop prevenirea agravării afecțiunii (prevenție terțiară).

Un nou concept identificat, prevenția cuaternară, reprezintă ansamblul de măsuri întreprinse pentru identificarea pacienților la risc pentru abuzul de medicație sau pentru practicarea de proceduri medicale excesive și măsurile întreprinse în vederea practicării de intervenții etic acceptabile (9).

Măsurile de prevenție primară includ promovarea sănătății și măsuri specifice de protecție cum ar fi imunizările (9).

Măsurile de prevenție secundară includ screening-ul, identificarea activă de cazuri și diagnosticul precoce. Măsurile de prevenție terțiară includ recuperarea.

IMPORTANȚA PREVENȚIEI (ȘI DIN PERSPECTIVA ISTORICĂ)

Bolile „prevenibile“ sunt o povară asupra societății noastre. Conform unui raport al Centre for Disease Control and Prevention (CDC) și al Agency for Healthcare Research (AHQR), aproape 1 milion de oameni mor anual de boli care ar putea fi prevenite (1).

Prevenția primară a bolilor salvează mai multe vieți decât tratarea lor după apariția simptomatologiei.

Din perspectivă istorică, practica prevenției s-a axat, la începutul secolului XX în special pe bolile infecțioase care erau cele mai frecvente cauze de deces și handicap în lume, la ora aceea.

Descoperirea antibioticelor, vaccinoterapia, măsurile de igienă au dus la controlul și chiar eradicarea celor mai grave și invalidante boli (poliomielita, variola). Astfel, în timp, cauzele principale de morbiditate și mortalitate au devenit în SUA accidentele, boli cardiovasculare, neoplaziile și prin urmare eforturile medicale pentru prevenție în prezent se concentrează în aceste direcții.

Aceste probleme generează costuri mari pentru sistemele de sănătate și de aici preocuparea pentru a le preveni. De pildă, fumatul, alcoolul, consumul de droguri au generat în 1990 cheltuieli directe și indirecte prin consecințele abuzului de 238 miliarde de dolari.

BENEFICIILE PREVENȚIEI

Politica concertată de promovare a sănătății, programele de prevenție primară și secundară practicate în mod sistematic în SUA și-au arătat beneficiile. De pildă dacă în 1964, 40% din populația SUA era fumătoare, campaniile anti tutun au determinat ca în 1993 doar 25% din persoane să mai fie fumătoare. De

asemenea în perioada 1988-1993 numărul de femei peste 50 ani care au avut o mamografie în ultimii 2 ani s-a dublat, iar numărul de femei care au avut efectuat un frotiu Papanicolau a crescut de la 88% la 95%.

Acest aspect s-a reflectat în timp și în starea de sănătate a populației.

Între 1940 și 1992, în SUA speranța de viață a crescut de la 63 la 76 de ani iar mortalitatea infantilă a scăzut de la 29 la 8,5 la 1000 de născuți vii. Între 1979 și 1992, modificările stilului de viață promovate prin educație pentru sănătate, au dus la scăderea deceselor prin boli cardiovasculare cu 28% și a celor cerebro-vasculare cu 32%.

LOCUL PREVENȚIEI ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Prin poziția și rolul în sistem personalul din asistența medicală primară reprezintă un element important în desfășurarea serviciilor medicale preventive. Preocuparea pentru a asigura un număr corespunzător de medici în asistența primară, care să practice intervenții preventive se datorează dovezilor legate de eficacitatea acestui segment al asistenței medicale în acest sens.

Într-un studiu efectuat în SUA, în 1994 (2) s-a cercetat legătura între disponibilitatea de medici și rata de depistare a cancerului de sân, recunoscut fiind rolul medicilor din asistența medicală primară în depistarea precoce a acestei maladii. Studiul a demonstrat că fiecare creștere cu 10% în disponibilitatea de medici în asistența medicală primară este asociată cu o creștere de șansă de diagnostic precoce cu 4%. O altă cercetare (4) a identificat același tip de concordanță privind asistența medicală primară și mortalitatea prin AVC în SUA.

Studiul a demonstrat că o creștere de 1 medic din asistența medicală primară la /10,000 locuitori este asociată cu o reducere cu 1,5% în mortalitatea prin AVC într-un an și cu 3,6% în următorii 3 ani. De asemenea o analiză (5) a stabilit că o creștere cu 1

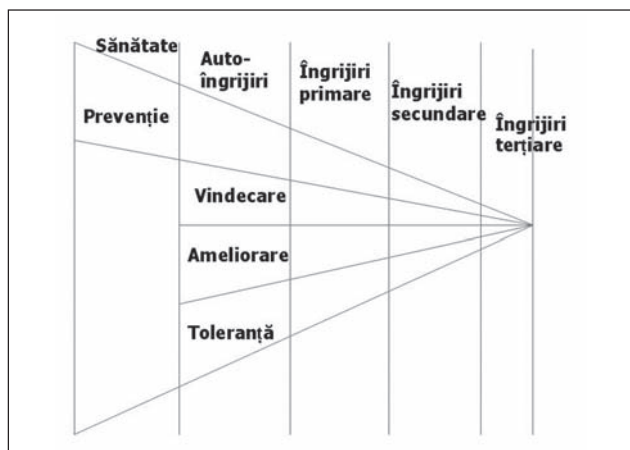


Figura 1

medic din asistența medicală primară la /10 000 locuitori este asociată cu reducerea cu 2,5% a mortalității infantile și cu 3,2 % a copiilor cu greutate mică la naștere.

PREVENȚIA ECONOMISEȘTE BANI

Valoarea banilor cheltuiți pentru prevenție este subliniată de cifre din domeniul vaccinologiei unde CDC demonstrează că de exemplu în vaccinarea copiilor împotriva rujeolei, rubeolei și a oreionului la 1 dolar cheltuit pe vaccinări se economisesc 14 dolari pe tratament.

Programele de reducere a fumatului în timpul sarcinii economisesc 6 dolari pentru fiecare dolar cheltuit pe prevenție în beneficiul reducerii numărului de copii cu greutate mică la naștere. Prin stimularea utilizării căștilor la mersul pe bicicletă s-au economisit aproximativ 200 milioane de dolari pe an, prevenind accidente în special la copii. Beneficiile prevenției se resimt nu numai în buzunarele sistemelor de sănătate ci și în cele personale. Este estimat că pentru un fumător costurile medicale pe parcursul vieții exced cu 10.000 de dolari pe cele ale unui nefumător.

PRĂPASTIA ÎNTRE CERCETARE ȘI PRACTICĂ

În ciuda dovezilor științifice existente în sprijinul intervențiilor preventive, practica prevenției este de multe ori nesistematică. Un studiu pe bază de chestionar efectuat în 5 țări (Australia, Canada, Noua

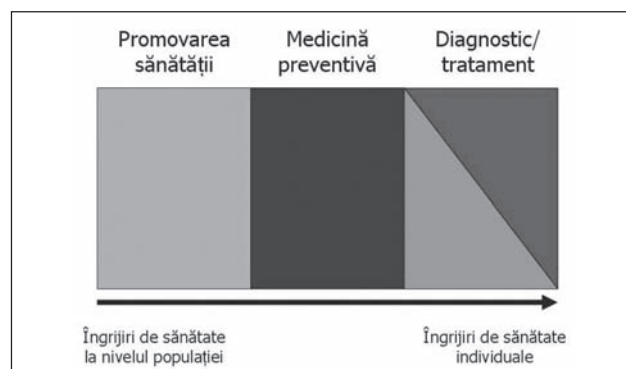


Figura 2

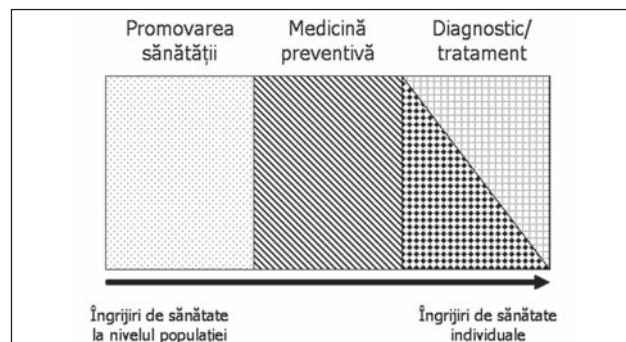


Figura 3

Zeelandă, UK, SUA) (6) a arătat că în general accentul pe proceduri preventive în cabinetele medicale este scăzut.

50% dintre pacienții adulți au afirmat că nu au fost atenționați sau întrebați de către medic în legătură cu efectuarea de proceduri preventive sau nu au fost consiliați pe tema greutății, a exercițiilor fizice sau a problemelor emoționale.

Practicarea redusă a serviciilor medicale preventive poate fi legată de lipsa de cunoștințe și de pregătire specifică a personalului medical, de îndoiala medicilor asupra eficacității măsurilor preventive, de faptul că nu sunt condiții corespunzătoare în cabinetele medicale în vederea practicării intervențiilor preventive sau serviciile nu sunt remunerate corespunzător.

US Preventive Services Task Force, organizație de referință pentru elaborarea de ghiduri de practică pentru serviciile preventive recomandă ca acordarea de consultații preventive să fie parte a oricărui consult medical curent. În ciuda acestui fapt, complianța raportată la această recomandare este de doar de 20-60%.

ACTUALITATEA ÎN PRACTICA PREVENȚIEI

Anual, se cheltuiesc sume imense pe servicii preventive de valoare îndoielnică sau cel puțin neevaluate din punct de vedere al cost eficienței, bazându-se, de cele mai multe ori doar pe opinii de experți. Pe de altă parte servicii medicale preventive dovedite a fi eficiente nu sunt practicate suficient de sistematic iar ierarhizarea serviciilor preventive nu este actualmente o bază pentru practicarea lor.

PROVOCAREA

Pentru cei care planifică, plătesc sau efectuează serviciile medicale preventive provocarea este identifi-

carea celor mai benefice intervenții în condițiile financiare limitate. În cadrul unui parteneriat pentru prevenție, CDC/AHRQ a fost dezvoltat un model de ierarhizare al serviciilor medicale preventive care a fost actualizat în anul 2005. Au fost analizate 25 de servicii medicale preventive: imunizări, teste screening, medicație cu scop preventiv. Scopul afirmat al proiectului a fost analiza dovezilor privind eficacitatea și cost eficiența serviciilor medicale preventive, sinteza dovezilor existente, identificarea de servicii care să aibă rezultate semnificative asupra stării de sănătate, evaluarea strategiilor de implementare a serviciilor preventive în practică.

Analiza sistematică a studiilor referitoare la problema respectivă a vizat design-ul studiului, factorii de eroare, analiza statistică riguroasă, validitatea la nivel de pacient. Serviciile preventive au fost cotate în vederea comparării lor.

Indicatorii utilizați au fost:

- Povara clinică a îmbolnăvirilor ce se poate preveni prin intervenție măsurată prin calitatea anilor de viață câștigați la pacienți (QUALY)
- Cost eficiența serviciilor – costul mediu pe QUALY câștigat prin servicii preventive

Cotarea serviciilor s-a făcut pe un sistem de scor de la 1 la 5 în care beneficiile pentru sănătate sunt indicate de un scor maxim 5, iar cost-eficiența de un scor maxim 5.

Rezultatele analizei au evidențiat că trei din serviciile medicale preventive au cumulat datorită prezenței de studii riguroase în literatură, un scor de 10 puncte (cumulat pe cele două criterii).

Aceste servicii sunt: recomandarea aspirinei la adulții cu risc crescut de boală cardiovasculară, imunizările la copii, screening-ul pentru fumat și consilierea pentru aceasta. Alte 8 servicii s-au dovedit a fi mai puțin cercetate având un scor cumulat doar

Tabelul 1

Ani de viață adiționali (QUALY) câștigați dacă nivelul actual de îngrijiri ar crește la 90 %

Intervenția (abreviere)	% curent de practicare serviciu la nivel național	Ani de viață adiționali (QUALY) câștigați dacă nivelul actual de îngrijiri ar crește la 90 %
Screening pentru fumat și scurtă intervenție	35%	1,300,000
Screening cancer colorectal	35%	310,000
Vaccin antigripal – adulți	36% la adulții 50-64 65% la adulții peste 65 ani	110.000
Screening cancer sân	68%	91.000
Screening cancer col	79%	29.000
Screening ptr Chlamydia	40%	19.000
Vaccin – adult	56%	16.000
Screening colesterol	87%	12.000
Screening hipertensiune	90%	0
Bazat pe un numar limitat de date, o rată de utilizare de 50% a fost întâlnită la următoarele servicii:		
Chemoprotaxie cu aspirina	50%	590.000
Screening pentru alcoolism și scurtă consiliere	50%	71.000
Screening – adult	50%	31.000

între 7 și 10: două vaccinări la adulți (antigripal și anti-pneumococic), două screening-uri (cervical și colorectal), alte screening-uri (pentru depistarea tulburărilor de vedere la adulții peste 65 de ani, hipertensiune, hipercolesterolemie și ingestia de alcool). Alte patru servicii au avut scor de 6 (populația țintă este restrânsă, dar cost-eficiența este bună): screening pentru depistarea infecției cu Chlamydia la femeile tinere, screening copiii pentru tulburări de vedere, suplimentarea cu calciu, suplimentarea cu acid folic.

Intervenții cu mai puține dovezi științifice: screening pentru obezitate, screening pentru depresie, screening pentru tulburări de auz, prevenire accidente, screening pentru osteoporoză, screening pentru colesterol (la persoanele cu risc crescut), screening pentru diabet, consiliere pentru dieta, vaccinarea dT.

Cu această cercetare autorii arată în primul rând că este posibil să obții o măsură obiectivă a beneficiilor unor servicii medicale preventive și că ierarhizarea acestora poate oferi bază de analiză pentru autoritățile interesate în finanțarea serviciilor preventive în vederea investirii raționale a resurselor din sănătate.

Este important de reținut că acest gen de analiză poate genera și controverse, după cum afirmă chiar autorii acesteia. O concluzie că nu există dovezi asupra eficacității unui serviciu medical preventiv nu înseamnă că acea intervenție este inefficientă, ci poate doar să însemne că nu există studii suficiente legate de acea intervenție sau că studiile sunt făcute pe pacienți prea puțini și nu sunt generalizabile. Acest lucru nu invită decât la inițierea de cercetări riguroase în vederea stabilirii valorii reale a serviciului respectiv.

CONCLUZII

În concluzie această analiză susține că practicarea prevenției se poate face pe baze științifice, că măsurile obiective ale „valorii” unui serviciu preventiv sunt cost eficiența și calitatea anilor de viață câștigați.

Practica prevenției în asistența medicală primară este cost-eficientă, așa cum susțin și analizele amintite în text cu condiția însă ca profesioniștii din asistența medicală primară trebuie să fie motivați, instruiți și corespunzător finanțați ca să practice sistematic intervențiile preventive.

BIBLIOGRAFIE

1. Putting healthcare dollars into the 'right' prevention services. American Journal of Preventive Medicine, Volume 31, Issue 1 (July 2006) published by Elsevier
2. Ferrante et al – *J Am Board Fam Pract*, 2000, 13, 408-414.
3. Roetzheim et al – *J Am Acad Dermatol*, 2000, 43,211-218.
4. Shi et al – *Stroke*, 2003, 34,1958-1964.
5. Shi et al – *J Epidemiol Community Health*, 2004, 58, 374-380.
6. Cathy Schoen, Robin Osborn, Phuong Trang Huynh, Michelle Doty, Karen Davis, Kinga Zapert, and Jordon Peugh – Primary Care And Health System Performance: Adults' Experiences In Five Countries.
7. Physicians attitude toward' s prevention. *Family Practice*, 2000.
8. Partnership for Prevention. Priorities for America's Health: Capitalizing on Life-Saving, Cost-Effective Preventive Services.
9. The Wonca Dictionary of General/Family Practice, Edited by Niels Bentzen.
10. Jamouille M – Information et informatisation en médecine générale. Computer and computerisation in general practice. In: Les informaticiens: *Presses Universitaires de Namur*, 1986:193-209.