



Evaluarea implementării recomandărilor ghidului de prevenție clinică în medicina familie prin metoda auditului. **Raport final**

realizată în cadrul proiectului:
“Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru
îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți
(inclusiv **populație vulnerabilă**)”



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 de
Sănătate Publică



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

NIPH
Norwegian Institute of Public Health

Helsedirektoratet

World Health
Organization

BUCUREȘTI
2024

Proiect: PDP1/NT2311/13.05.2020, finanțat din Mecanismul Financiar SEE 2014-2021, implementat de catre Institutul Național de Sănătate Publică având titlul *“Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”*

Activitate: A.23.6 - ” Experții selectați pentru elaborarea raportului de audit clinic”

Raport audit final

Autori

Dr. Isar Cristina Cornelia

Dr. Marius Marginean

CUPRINS

1. INTRODUCERE	4
2. METODOLOGIE.....	5
2.1. Evaluarea conformității	5
2.2 Evaluarea fezabilității	7
3. REZULTATE EVALUARE ACTIVITATEA AUDITATĂ	7
I. INTERVENȚII PREVENTIVE INTEGRATE LA ADULȚI	9
A. CONSULTAȚII CARE ADRESEAZĂ COMPORTAMENTELE LEGATE DE STILUL DE VIAȚĂ	9
1. Ponderea consultațiilor preventive pentru adulți care au adresat riscurile comportamentale	10
1.1 FUMAT.....	11
1.1.1. Indicatori de calitate	13
1.1.2. Indicatori epidemiologici	17
1.2. ACTIVITATE FIZICĂ	20
1.2.1. Indicatori de calitate	20
1.2.2. Indicatori epidemiologici	24
1.3. ALIMENTAȚIE.....	25
1.3.1. Indicatori de calitate	27
1.3.2. Indicatori epidemiologici	28
1.4. CONSUM DE ALCOOL	32
1.4.1. Indicatori de calitate	35
1.4.2. Indicatori epidemiologici	36
B. CONSULTAȚII CARE ADRESEAZĂ RISCUL CARDIO-METABOLIC LA ADULȚI	38
1.5. Proporția consultațiilor preventive adulți care au adresat riscul cardio-metabolic.....	41
1.5.1 Indicatori de calitate	41
1.5.2. Indicatori epidemiologici	47
1.5.2.3. <i>Proporția în populația examinată a persoanelor cu valori ale TA $\geq 140 / 90$ mmHg</i>	49
1.5.2.4. <i>Profilul populației examinate din punct de vedere al Tensiunii Arteriale</i>	50
1.5.2.5. <i>Proporția pacienților încadrați într-o categorie de risc semnificativ pentru dislipidemie.....</i>	50
1.5.2.6. <i>Proporția pacienților încadrați într-o categorie de risc semnificativ cardiovascular</i>	50
1.5.2.7. <i>Proporția pacienților încadrați într-o categorie de risc semnificativ pentru Diabetul zaharat</i>	50
1.5.2.8. <i>Proporția pacienților cu valori crescute ale colesterolului total în rândul populației examinate preventiv.....</i>	51

1.5.2.9. Profilul valorilor colesterolului în populația examinată preventiv.....	51
1.5.2.10. Profilul populației examinate din punct de vedere al nivelului riscului cardiovascular global ca RR sau SCORE	52
4. REZULTATE EVALUARE FEZABILITATE – ANALIZA CHESTIONARELOR.....	63
Distribuția cabinetelor – rural/urban	64
Populația înscrisă la cabinetele participante.....	65
Mărimea listei.....	65
Localități izolate.....	65
Tură - contratură	66
Medicul împarte spațiul cabinetului cu asistenta	66
Suportul oferit de aplicația Prevent	67
Durata consultație preventive.....	67
Gradul de implementare a diverselor măsuri preventive pentru adulți și copii.....	68
5.CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	87

1. INTRODUCERE

Context

Această lucrare a fost dezvoltată în cadrul Proiectului "Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)" (PDP1/NT2311/13.05.2020), susținut financiar prin Mecanismul Financiar SEE 2014-2021 și implementat de Institutul Național de Sănătate Publică în calitate de Promotor de Proiect împreună cu Institutul Norvegian de Sănătate Publică, Directoratul Norvegian de Sănătate, Biroul de țară OMS pentru România și Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului "Alessandrescu-Rusescu" în calitate de Parteneri de proiect.

Scopul principal al proiectului a fost de a îmbunătăți accesul echitabil la Asistență Medicală Primară (AMP) - a aduce serviciile de sănătate mai aproape de persoanele cu nevoi, în special populațiile dezavantajate din zonele cu un grad semnificativ de deprivare socio-economică - printr-o integrare eficientă a serviciilor oferite, punând un accent deosebit pe promovarea sănătății și serviciile preventive.

Din această perspectivă proiectul este o continuare a componentei de dezvoltare a unui model de furnizare de activități preventive incluse într-un proiect anterior, Proiectul Lifestyle (2015-2017), implementat de Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei în parteneriat cu ALIAT sub coordonarea INSP și finanțat de Mecanismul Financiar SEE 2014-2021.

Unul dintre obiectivele specifice ale proiectului, OS3 a vizat creșterea capacității Asistenței Medicale Primare de a oferi servicii preventive cu un impact semnificativ asupra sănătății publice, respectiv sprijinirea acestui demers prin:

- dezvoltarea și actualizarea de instrumente de suport (de ex. dezvoltarea și actualizarea Ghidului clinic de prevenție, a instrumentelor de sprijin pentru implementare – instrumentul Prevent),
- dezvoltarea abilităților MF de a oferi servicii preventive și de a monitoriza serviciile oferite
- implementarea unui model de servicii integrate în 100 de noi cabinete

Documentul actual este rezultatul colaborării în cadrul unei grup de medici de familie (și specialiști de sănătate publică) cu expertiză în proiecte anterioare privind dezvoltarea, conducerea, monitorizarea și evaluarea prin audit clinic a unor intervenții în medicina familiei, cum ar fi Proiectul Lifestyle sau Implementarea strategiei PAL a OMS.

Raportul reprezintă corolarul cunoștințelor/informațiilor acumulate în cadrul proiectului PDP1 în activitățile de:

- monitorizare - Activitatea A22.3,
- de colectare a datelor privind fezabilitatea și conformitatea cu recomandările Ghidului de prevenție actualizat ediția 2023 – Activitatea A23.4

și are ca scop prezentarea rezultatelor în evaluarea performanței implementării recomandărilor ghidului de prevenție clinică în medicina de familie, de către noul contingent de 100 de medici de familie înrolați în acest proiect.

Activitatea noastră s-a desfășurat în perioada februarie-martie 2024 însumând o contribuție de 200 ore.

2. METODOLOGIE

Metodologia aplicată este cea descrisă în Raportul “Colectare date și analiza preliminară a implementării serviciilor preventive în cabinetele de medicina familiei participante în proiect”, întocmit în cadrul Activității A23.4.

În esență este vorba despre evaluarea performanței în activitatea de prevenție a cabinetelor de medicina familiei, realizată prin metoda auditului clinic – metodă care verifică complianța practicilor clinice din teren (așa cum sunt ele reflectate în înregistrările cabinetelor) în raport cu recomandările de bună practică stipulate în Ghidul de prevenție actualizat în 2023 (conformitatea cu recomandările ghidului).

2.1. Evaluarea conformității

Pentru evaluarea conformității practicilor cu recomandările a fost selectat și definit un set de indicatori-cheie pentru ariile prioritare ale procesului de prevenție la copil și adult.

Prioritizarea indicatorilor a avut în vedere necesitatea capturării intervențiilor preventive esențiale, cu adresabilitatea cea mai largă și cu impactul cel mai semnificativ asupra riscului individual de îmbolnavire/deces specific în funcție de categoria de vârstă/sex.

În același timp s-a avut în vedere nevoia de eficientizare a procesului de evaluare, având în vedere perioada relativ limitată de realizare a acestuia.

Matricea tematică a indicatorilor selectați este următoarea:

Adult	Copil 0-23 luni
Comportamente legate de stilul de viață	Alimentație (cf vârstei)
Risc cardio-metabolic	Status nutrițional (Dezvoltare staturo-ponderală)

S-a urmărit dezvoltarea de indicatori relevanți pentru evaluarea celor 2 dimensiuni importante ale demersului preventiv:

- performanța serviciului preventiv – *indicatori de calitate*:
 - gradul de acoperire cu intervenția recomandată
 - conformitatea cu metoda clinică specificată în Ghid
- nivelul riscului în populația beneficiară - *indicatori epidemiologici*:
 - ponderea comportamentelor/ parametrilor de risc în populația examinată

Indicatori de calitate

Dintre indicatorii de calitate dezvoltați, au fost selectați indicatori cheie axați pe intervențiile / procesele clinice cu cel mai semnificativ impact asupra rezultatelor în starea de sănătate, focalizați pe arii clinice prioritare pentru prevenția la adulți și copii (**în total 43 de indicatori de calitate**):

a. Consultația preventivă a adultului:

- Adresarea riscului legat de comportamente (**22 de indicatori**):
 - ✓ Număr de comportamente evaluate
 - ✓ Cuantificarea expunerii prin întrebări standardizate conform Ghidului: pachete an/Audit C-audit 10/index activitate fizică/chestionar alimentație
 - ✓ Evaluarea disponibilității pentru schimbare a comportamentelor riscante
 - ✓ Furnizarea intervențiilor scurte de schimbare a comportamentului
 - ✓ Activarea managementului de risc
- Adresarea riscului cardio-metabolic (**11 indicatori**):
 - ✓ Înregistrarea măsurătorilor cheie: TA, IMC, Circumferința abdominală
 - ✓ Documentarea riscurilor semnificative – cardiovascular, diabet și dislipidemie
 - ✓ Documentarea parametrilor biologici și cuantificarea nivelului RCV global prin SCORE
 - ✓ Activarea managementului de risc pentru situațiile de risc înalt/foarte înalt

b. Consultația preventivă a copilului (10 indicatori):

- Înregistrarea parametrilor de creștere și dezvoltare prin scoruri Z (grafice de creștere) conform Ghidului de Prevenție
- Documentarea screeningurilor efectuate la naștere
- Evaluarea specifică a alimentației:
 - ✓ Practici de alăptare la sugarul 0-6 luni
 - ✓ Alimentația complementară (Dieta Minim Acceptabilă și parametrii componenți) la copilul în vârstă de 6-23 luni
- Intervenții de consiliere furnizate pentru corectarea practicilor alimentare

Indicatori epidemiologici

Pentru fiecare arie tematică există câte un set de Indicatorii epidemiologici asociați proceselor clinice exprimate prin indicatorii de calitate (**26 indicatori epidemiologici**):

a. Consultația preventivă a adultului:

- Evaluarea riscului legat de comportamente (**13 indicatori**):
 - ✓ Ponderea populației expuse
 - ✓ Distribuții ale populației pe niveluri de expunere/disponibilitate pentru schimbare
- Evaluarea riscului cardio-metabolic (**10 indicatori**):
 - ✓ Ponderea populației cu risc semnificativ
 - ✓ Distribuții ale populației pe niveluri de risc asociate diferiților factori individuali și agregat-cu implicații pentru intervenție

b. Consultația preventivă a copilului (3 indicatori):

- Proporția copiilor care beneficiază de practici alimentare corecte
- Profilul de risc privind dezvoltarea staturo-ponderală în rândul copiilor examinați

Lista completă a celor 70 de indicatori selectați, definițiile acestora și nivelul rezultat în urma colectării datelor se regăsesc și în Anexa nr 1. a prezentului document.

Evaluarea conformității implementării recomandărilor Ghidului de prevenție clinică actualizat 2023 în cabinetele de medicină familie prin metoda auditului clinic (prin indicatori de conformitate) a fost completată de evaluarea aplicabilității (și eventual a scalabilității la nivel național) a modelului de prevenție.

2.2 Evaluarea fezabilității

Evaluarea conformității implementării recomandărilor Ghidului de prevenție clinică actualizat 2023 în cabinetele de medicină familie prin metoda auditului clinic (prin indicatori de conformitate) a fost completată de evaluarea aplicabilității (și eventual a scalabilității la nivel național) a modelului de prevenție.

S-au utilizat metode calitative diverse, care au permis explorarea profundă a factorilor ce influențează comportamentul clinic al prestatorilor de servicii medicale. Dialogurile structurate cu medicii, atât în cadrul întâlnirilor de grup, cât și în interacțiuni individuale, au valorificat principiile focus-grupului și ale interviului. De asemenea, s-au examinat rapoartele monitorilor care au observat activitatea medicilor implementatori.

Pentru o analiză mai detaliată, s-a recurs la un chestionar semi-cantitativ cu 13 întrebări care a abordat aspecte precum: condițiile de practică ale cabinetului, managementul serviciilor preventive, aprecierea subiectivă a implementării recomandărilor Ghidului și identificarea barierelor în implementarea acestora pentru prevenția la copii și adulți. De asemenea, s-a evaluat impactul participării la proiect asupra practicilor preventive curente.

Chestionarul a fost administrat online la finalul proiectului, înregistrându-se răspunsuri de la 92 de medici (reprezentând 92% dintre participanți).

Prezentul raport include analiza conformității, respectiv a aplicabilității prin analiza aprofundată a indicatorilor calitativi și epidemiologici (Anexa 1), respectiv prin analiza datelor colectate prin intermediul Chestionarului (Anexa 2) și interpretarea rezultatelor obținute.

3. REZULTATE EVALUARE ACTIVITATEA AUDITATĂ

Implementarea recomandărilor Ghidului de Prevenție prin intermediul aplicației PREVENT a fost testată într-un număr de 100 de cabinete de medicină familie, în mediul urban și rural, din toată țara.

Medicii participanți au beneficiat de un program educațional intensiv în trimestrul I al anului 2023, prin care s-au familiarizat cu recomandările actualizate ale Ghidului de Prevenție înainte

de inițierea implementării acestora. Totodată, ei au primit câte un kit de prevenție - echipamente și consumabile - cu scopul de a le facilita derularea consultațiilor preventive conform specificațiilor Ghidului.

Repartiția teritorială a medicilor acoperă 25 de județe și Mun. București (figura 1), din care 63 în mediul urban și 37 în mediul rural.



Cabinetele participante au în îngrijire un total de 195.460 de persoane, din care 169.062 de asigurați (86.5%) și 26.398 de neasigurați (13.5%).

Structura populației pe grupe de vârstă este următoarea: 6516 (3.33%) copii 0-2 ani, 31.536 (16.13%) copii 3-18 ani, 106.587 (54,53%) adulți 19-59 de ani, 50.821 (26%) adulți 60 de ani și peste.

Ponderea persoanelor asigurate în rândul populației deservite este de 83,6% în mediul urban și 86,9% în mediul rural.

I. INTERVENȚII PREVENTIVE INTEGRATE LA ADULȚI

A. CONSULTAȚII CARE ADRESEAZĂ COMPORTAMENTELE LEGATE DE STILUL DE VIAȚĂ

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, bolile cronice sunt responsabile pentru aproximativ 71% din totalul deceselor la nivel global.

Factorii de risc legați de stilul de viață joacă un rol semnificativ în totalul îmbolnăvirilor și deceselor la nivel global. Comportamentele problematice precum alimentația nesănătoasă, inactivitatea fizică, consumul de tutun și de alcool sunt principalele cauze ale bolilor cronice netransmisibile (bolile cardiovasculare, diabetul tip 2, anumite tipuri de cancer și boli respiratorii cronice). Aceste condiții sunt responsabile pentru un număr mare de decese anual: fumatul pentru peste 8 milioane de decese pe an; alimentația nesănătoasă și lipsa activității fizice sunt principalele cauze ale aproximativ 2,8 milioane de decese anuale din cauza obezității și a problemelor legate de greutate.

Conform Institute of Health Metrics and Evaluation-GBD Compare, ierarhia primilor 10 factori de risc care contribuie la deces prematur și dizabilitate (DALYs/100 000 loc) în România situează pe primele 3 locuri HTA, fumatul și IMC crescut.

Tabel. Primii 10 factori de risc care contribuie la deces prematur și dizabilitate (DALYs /100 000 loc.) în 2009 vs 2019

Ierarhia 2009	în	DALYs la 100 000 loc		Ierarhia în 2019	DALYs la 100 000 loc	% schimare în perioada 2009-2019
Hipertensiune arterială		8677,49	①	8335,86	Hipertensiune arterială	-3,94
Fumatul		5933,7	②	5607,21	Fumatul	-5,5
IMC crescut		5215,07	③	5354,28	IMC crescut	2,67
LDL colesterol crescut		3568,69	④	3486,09	LDL colesterol crescut	-2,31
Consum de alcool		3451,54	⑤	3218,02	Consum de alcool	-6,77
Glicemie a jeun crescută		2599,4	⑥	3054,16	Glicemie a jeun crescută	17,5
Dietă cu conținut crescut de sodiu		2523,47	⑦	2398,98	Dietă cu conținut crescut de sodiu	-4,93
Poluarea mediului		1930,95	⑧	1611,42	Poluarea mediului	-16,55

particule în suspensie						particule în suspensie	
Disfuncție renală	1266,25	⑨	————	⑨	1434,51	Disfuncție renală	13,29
Dietă cu conținut scăzut cereale integrale	în 1227,37	⑩	————	⑩	1195,84	Dietă cu conținut scăzut cereale integrale	în -2,57

Sursa datelor: Institute of Health Metrics and Evaluation-GBD Compare

Indicatori de calitate

1. Ponderea consultațiilor preventive pentru adulți care au adresat riscurile comportamentale

Evaluarea comportamentelor legate de stilul de viață la adulți este esențială în asistența medicală primară întrucât, înțelegerea și abordarea factorilor de risc modificabili precum alimentația neadecvată, activitatea fizică insuficientă/sedentarismul, fumatul și consumul de alcool pot contribui semnificativ la prevenirea bolilor și la promovarea sănătății pe termen lung.

Definiția indicator: număr de consultații care au consemnat valori (rezultate) în toate cele 4 coloane desemnând comportamente (activitate fizică, alimentație, fumat, consum de alcool) /total consultații.

Din analiza datelor colectate reiese că 88.33 % din consultațiile oferite au abordat și au consemnat date legate de comportamentele legate de stilul de viață: activitate fizică, alimentație, fumat, consum de alcool. În rest, 5.39% dintre consultații au consemnat date legate de 3 comportamente, 3.47% din consultații au abordat doar 2 comportamente, în timp ce 1.02 % din consultații doar unul din cele 4 comportamente menționate. 1.80% din consultații nu au abordat/consemnat date referitoare la comportamentele legate de stilul de viață.

Pentru fiecare dintre comportamentele la risc identificate în cadrul consultațiilor preventive sunt recomandate intervenții scurte:

- ✓ **Sfat minimal** – fumat, alimentație, consum problematic de alcool, nivel - index inadecvat de activitate fizică;

FR individuali care necesită intervenție	Intervenții recomandate	Intervenții scurte imediate (efectuate în consultația 2) pt. reducerea riscului
Fumator actual	Sfat/consiliere renunțare la fumat	Sfat minimal STOP fumat

FR individuali care necesită intervenție	Intervenții recomandate	Intervenții scurte imediate (efectuate în consultația 2) pt. reducerea riscului
		Oferire informații pentru conștientizarea/reducerea riscului (pliant, materiale electronice etc.) Îndrumare asistență specializată (Pneumolog/Psihoterapeut sau MF cu competențe certificate)
Renunțare recentă la fumat (risc de recădere)	Suținere – prevenire recădere	Sfat minimal evitare recădere
Expunere pasivă semnificativă	Sfat evitare expunere pasivă	Recomandare strategii de reducere a expunerii
Consum inadecvat de alcool	Sfat/consiliere reducere consum/abținere la alcool	Sfat minimal reducere consum de alcool/abținere Oferire informații pentru conștientizarea/reducerea riscului (pliant, materiale electronice etc.) Îndrumare asistență specializată (Psihoterapie/Psihiatrie sau MF cu competențe certificate)
Consum inadecvat pentru fructe, legume, pește, sare, zahăr	Sfat/consiliere alimentație sănătoasă	Sfat minimal alimentație sănătoasă Oferire informații pentru conștientizarea/reducerea riscului (pliant, materiale electronice etc.) Îndrumare consiliere specializată dietetică/nutritivă sau MF cu competențe certificate
Inactivitate/sedentarism	Sfat/consiliere pentru creșterea nivelului de activitate fizică	Sfat minimal creștere activitate fizică Informare asupra resurselor de suport disponibile

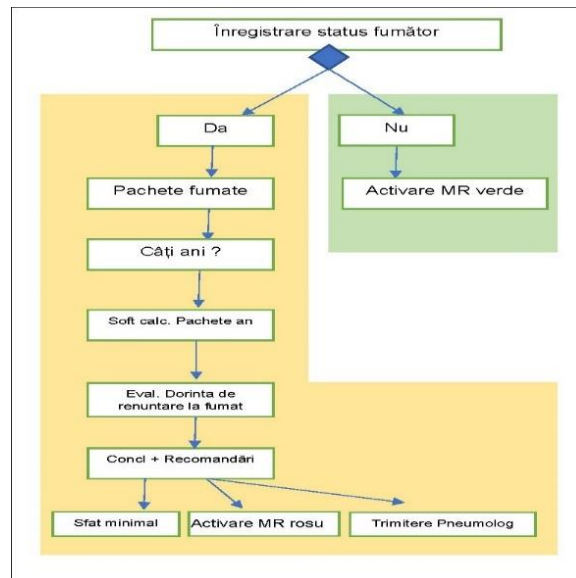
*Preluare din Raport Total pentru inima Ta

1.1 FUMAT

Consumul de tutun este asociat cu numeroase boli cronice netransmisibile, fiind considerat principalul factor de risc care poate fi prevenit.

În România, conform Institute of Health Metrics and Evaluation, în anul 2019 fumatul ocupa locul al 2-lea între primii 10 factori de risc care contribuie la deces prematur și dizabilitate (DALYs/1 0000 loc.), pentru toate grupele de vârstă.

Procesul de evaluare și suport, necesar a fi oferit în cadrul intervențiilor preventive de către medicii de familie în legătură cu fumatul, s-a desfășurat în conformitate cu algoritmului de mai jos:



Elementele cele mai importante înregistrate privind fumatul au fost:

- Statusul de fumător, cu 4 variante de răspuns:

- Nefumător
- Fumător zilnic
- Fumător ocazional
- Fost fumător
 - - Numărul de pachete fumate/zi
 - - De câți ani?
 - - Softul calculează automat indicatorul “pachete an”
 - - Dorința de renunțare la fumat – pe o scală 1-10
 - - Bifă acordarea sfatului minimal
 - În funcție de variantele selectate la Statusul de fumător și, unde e cazul, scorul de la Dorința de renunțare la fumat, softul generează o concluzie, respectiv 5 combinații conform tabelului de mai jos:
 - Nefumător
 - Fumător ocazional

- Fumător zilnic. Nu dorește să renunțe la fumat
- Fumător zilnic. Dorește să renunțe la fumat.
- Fost fumător. A renunțat în urma cu X ani

În raport cu concluzia formulată softul generează recomandări de suport pentru medici:
 Recomandări: la fiecare concluzie corespunde o recomandare:

- Felicitări. Informații (broșura)
- Informații (broșura). Intervenție scurtă oportunistă (sfat minimal)
- Informații (broșura). Intervenție scurtă sau și referire directă către un serviciu specializat
- Informații (broșura). Intervenție scurtă extinsă (4-5 ședințe de 15-20 de minute) sau
- referire directă către un serviciu specializat. Informații (broșura)
- Intervenție scurtă oportunistă (sfat minimal)

1.1.1. Indicatori de calitate

1.1.1.1. Pondere consultații preventive care adresează statusul de fumător

Consemnarea statusului de fumător este crucială pentru a înțelege riscurile de sănătate asociate pacientului și pentru a planifica intervenții adecvate de prevenție și tratament, având în vedere că fumatul este asociat cu o serie largă de afecțiuni, inclusiv boli cardiovasculare, respiratorii și diverse tipuri de cancer.

Cunoașterea statusului de fumător permite medicului să abordeze strategii de reducere a riscului prin care să ofere: intervenții scurte (tip *Very Brief Advice*) pentru declanșarea unor încercări STOP-Fumat la fumători; intervenții de suport combinate (tip *Brief Advice* - suport farmacologic și comportamental) pentru renunțarea la fumat; broșuri, pliante și alte resurse despre efectele fumatului și beneficiile renunțării la fumat; respectiv strategii de evitare a inițierii fumatului la nefumători (intervenții EB de tip Țif-thenȚ).

Definiția indicator: numărul consultațiilor care au consemnat valori (rezultate) în coloana "Status fumător" / total consultații.

93.63 % dintre consultații au consemnat statusul de fumător.
--

1.1.1.2. Pondere consultații preventive care cuantifică expunerea, prin calcul pachete/an la fumători (actuali și foști)

La fumători este importantă determinarea nivelului de consum și de dependență, ca mijloc de estimare a nivelului de risc, pe de o parte, respectiv ca metodă de orientare pentru planificarea tipului și nivelului de intervenție (frecvență, durata suportului), la fumătorii care optează pentru renunțarea la fumat.

Sunt la îndemână intervențiile scurte minimale (sfat minimal structurat pentru renunțarea la fumat/*Very Brief Advice*) pe care toți medicii de familie trebuie să îl realizeze. În plus, medicii cu o instruire suplimentară pot opta pentru oferirea de suport aprofundat (sesiuni specifice de suport farmacologic și comportamental) sau pentru direcționarea pentru suport specializat de către alt personal instruit (psihologi, pneumologi etc).

Definiția: numărul consultațiilor care au consemnat valori numerice în coloana "Pachete an" /numărul consultațiilor care au selectat în coloana "Status fumator" una din variantele: fumător zilnic, fumător ocazional sau fost fumător.

83.18% dintre consultații au consemnat nivelul de consum (sub formă de Pachete-An) la fumători cu consum zilnic, ocazional sau la foști fumători.

1.1.1.3. Pondere consultații preventive care cuantifică expunerea prin calcul pachete/an la fumătorii curenți

Definiția: numărul consultațiilor care au consemnat valori numerice în coloana "Pachete an" /numărul consultațiilor care au selectat în coloana "Status fumator" una din variantele: fumător zilnic sau fumător ocazional.

81.79% dintre consultații au consemnat nivelul de consum (sub formă de Pachete-An) la fumători cu consum zilnic sau ocazional.

1.1.1.4. Pondere consultații preventive care evaluează dorința de renunțare la fumat la fumătorii zilnici actuali

Evaluarea dorinței de a renunța la fumat este un element esențial în procesul de oprire a fumatului, care contribuie la personalizarea îngrijirii, maximizarea succesului intervențiilor și angajamentul profund al pacientului în propriul său parcurs de renunțare.

Acesta este un prim pas vital în dezvoltarea unui plan adaptat de renunțare la fumat întrucât permite:

a. Personalizarea intervențiilor - Motivația fiecărei persoane poate varia semnificativ, iar înțelegerea dorinței sale de a renunța la fumat permite medicului să personalizeze abordarea și intervențiile. În timp ce unii pot fi gata să renunțe imediat, alții pot avea nevoie de mai mult timp pentru a se pregăti psihologic și practic pentru acest pas.

b. Optimizarea resurselor - Resursele clinice și de timp sunt limitate. Prin evaluarea dorinței de renunțare, medicii pot alocă resursele într-un mod adecvat: de ex. consiliere mai intensivă pacienților care sunt mai motivați și pregătiți să renunțe. Acest lucru crește eficiența tratamentului și economisește resurse importante.

c. Creșterea ratei de succes - Motivația internă a unui pacient de a renunța la fumat este un predictor puternic al succesului pe termen lung. Evaluarea acestei dorințe ajută la

identificarea pacienților care au șanse mai mari de a reuși și permite personalului medical să sprijine această motivație prin strategii adecvate de intervenție.

d. Îmbunătățirea angajamentului - Prin discutarea dorinței de a renunța și stabilirea unui plan concret, fumătorii se pot simți mai implicați și mai responsabili pentru propriul proces de renunțare, ceea ce poate conduce la o aderență mai bună la planul STOP FUMAT și la utilizarea eficientă a suportului disponibil.

e. Adresarea barierelor la renunțare - Evaluarea dorinței de a renunța la fumat deschide dialogul despre provocările și barierele specifice cu care se confruntă fiecare fumător. Înțelegerea acestor obstacole poate ajuta medicul să ofere soluții personalizate, cum ar fi strategii pentru gestionarea poftelor de nicotină, sfaturi pentru schimbarea comportamentului și sprijin pentru a face față situațiilor care declanșează nevoia de a fuma.

Definiția: numărul consultațiilor care au consemnat valori numerice în coloana "Dorința – nivel" / Nr. consultațiilor care au selectat în coloana "Status fumător" varianta: fumător zilnic.

100 % dintre consultații au consemnată evaluarea dorinței de a renunța la fumat, la fumători cu consum zilnic.

1.1.1.5. Ponderea fumătorilor actuali care beneficiază de intervenție scurtă în cadrul consultației preventive

Intervențiile scurte/minimale obligatorii (Sfat minimal/scurt structurat pentru renunțarea la fumat/*Very Brief Advice* - VBA) sunt cele pe care toți medicii de familie trebuie să le realizeze.

Conform Ghidului de prevenție 2023 și IPCRG/Proiect FreshAirforLife, VBA este o intervenție f scurtă (30 sec), structurată, de schimbare a comportamentului, având ca scop declanșarea unei încercări de renunțare la fumat.

Dovezi/recomandări

Conform dovezilor, Sfatul scurt pentru a opri fumatul, oferit de către medic în orice ocazie și acompaniat de o ofertă/îndrumare pentru asistență/suport, crește frecvența încercărilor de renunțare în comparație cu lipsa intervenției printre fumătorii adulți. Date limitate sugerează că această abordare ar putea fi eficientă pentru a iniția încercările de renunțare printre fumătorii adolescenți.

VBA conține 3 pași: ASK (Întreabă), ADVISE (Sfătuiește), ACT (Acționează). Aplicarea nu depinde de context, iar componentele ADVISE și ACT pot fi adaptate la contextul local privind soluțiile de sprijin suplimentar disponibile pentru renunțarea la fumat.

Dacă au fost instruiți suplimentar, medicii pot opta ei înșiși, în plus, pentru oferirea de suport specific (farmacologic și comportamental) în cadrul mai multor întâlniri sau pentru direcționarea pentru oferirea de suport de către alt personal instruit (psihologi, pneumologi etc).

Definiția: numărul consultațiilor care au consemnat valori numerice în coloana "Sfat minimal" / numărul consultațiilor care au selectat în coloana "Status fumător" varianta: fumător zilnic sau fumător ocazional.

30.66% dintre evaluările preventive acordate fumătorilor zilnici sau ocazionali au consemnat acordarea Sfatului scurt structurat de renunțare la fumat.

1.1.1.6. Ponderea fumătorilor actuali care au activat Managementul Riscului

Managementul riscului la fumători este un proces care implică identificarea, evaluarea și intervenția asupra riscurilor asociate cu consumul de tutun, în scopul reducerii impactului negativ al fumatului asupra sănătății individului și prevenirea bolilor asociate

Procesul implică câteva aspecte cheie:

a. O evaluare în detaliu a *Comportamentului legat de fumat*, având ca scop înțelegerea clară a *Nivelului de dependență* (Chestionar Fagerstrom) și corelarea cu *Dorința de renunțare*, cu *Nivelul de încredere în capacitatea de schimbare*/renunțarea la fumat, respectiv cu experiența anterioară în renunțarea la fumat – înțelegerea declanșatorilor nevoii de a fuma, a barierelor în renunțarea la fumat.

Primul pas în managementul riscului este evaluarea detaliată a comportamentului de fumat al persoanei, inclusiv:

- Frecvența și cantitatea de tutun consumată, modelul de consum.
- Durata comportamentului de fumat.
- Prezența oricărui comportament de fumat pasiv.
- Identificarea declanșatorilor nevoii de a fuma/contextele favorizante pentru fumat
- Identificarea cunoștințelor și percepțiilor privind efectele fumatului – nocive, în contrast cu ȚbeneficiileȚ pe care fumatul le aduce persoanei

b. Identificarea riscurilor individuale pentru sănătate - riscurile specifice pentru fiecare fumător, pe baza istoricului său medical și a comportamentului de fumat.

c. Consiliere și educație - Informarea fumătorilor despre riscurile asociate cu fumatul și despre beneficiile renunțării la fumat.

Consilierea poate include:

- Discuții despre efectele nocive ale fumatului.
- Strategii pentru renunțarea la fumat.
- Educație privind gestionarea stresului și alte alternative sănătoase la fumat.

d. Intervenții pentru STOP-FUMAT – alese în funcție de dorința de renunțare, experiența anterioară privind metodele de renunțare (opinii, cunoștințe, experiență), accesul la tipurile disponibile de suport, opțiunea persoanei.

Oferirea de sprijin concret pentru renunțarea la fumat, inclusiv:

- Tratamente farmacologice (ex. terapie de substituție cu nicotină, medicamente non-nicotinice).

- Programe de sprijin comportamental și psihologic.
- Acces la grupuri de suport sau programe comunitare.

e. Monitorizarea progresului și follow-up-ul regulat – pași importanți în asigurarea aderenței la planul de oprire a fumatului, respectiv pentru a interveni rapid în caz de recidivă.

Monitorizarea presupune un număr de ședințe periodice de suport, apeluri de follow-up sau utilizarea aplicațiilor digitale pentru monitorizare.

f. Managementul complicațiilor asociate - entru fumătorii care au dezvoltat deja condiții de sănătate asociate cu fumatul, este important să se gestioneze aceste condiții eficient, minimizând impactul lor asupra calității vieții.

Prin implementarea unui plan comprehensiv de management al riscului, medicii și alți profesioniști din domeniul sănătății pot reduce semnificativ impactul negativ al fumatului asupra sănătății fumătorilor și pot îmbunătăți semnificativ șansele de succes pentru cei care încearcă să renunțe.

Definiția: numărul consultațiilor care au consemnat valori numerice în coloana "MR" / numărul consultațiilor care au selectat în coloana "Status fumător" varianta: fumător zilnic sau fumător ocazional

0 % dintre evaluările preventive acordate fumătorilor zilnici sau ocazionali au consemnat Managementul Riscului.

Rezultatul indică cu probabilitate faptul că medicii de familie nu își asumă rolul necesar în oferirea de suport pentru renunțarea la fumat, suport care necesita organizare și alocarea de resurse – educație, timp – acest rol fiind în mod tradițional deținut de specialitatea de pneumologie.

În condițiile în care Programul Național de suport pentru STOP FUMAT a devenit nefuncțional este nevoie de găsirea de resurse pentru susținerea formării medicilor de familie și angajamentul acestora, alături de al altor furnizori, pentru oferirea acestor servicii.

1.1.2. Indicatori epidemiologici

1.1.2.1. Ponderea persoanelor cu istoric de expunere la fumat (foști și actuali)

Conform Totul pentru Inima Ta, în România, mai mult de un sfert din populația rezidentă de 15 ani și peste fumează, iar 18,7% din populație se încadrează la fumători zilnici. Cei mai mulți fumători zilnici sunt în rândul persoanelor cu vârsta între 25 și 54 de ani, atât în rândul bărbaților, cât și în rândul femeilor.

Definiția: numărul total de persoane la care s-a selectat în coloana "Status fumător" una din variantele: fumător zilnic, fumător ocazional sau fost fumător / total persoane evaluate preventiv.

28.76 % din numărul total de persoane evaluate preventiv au avut consemnat statutul de fumător zilnic, fumător ocazional sau de fost fumător.

1.1.2.2. Ponderea fumătorilor actuali (total și pe categorii - zilnic/ocazional)

Definiția: numărul de persoane (cumulat și pe categorii) la care s-a selectat în coloana "Status fumător" una din variantele: fumător zilnic sau fumător ocazional / total persoane evaluate preventiv.

22.43 % din numărul total de persoane evaluate preventiv au avut consemnat statutul de fumător actual (zilnic sau ocazional).

1.1.2.3. Ponderea fumătorilor cu expunere mai mare de 20 pachete/an în rândul persoanelor examinate preventiv

Pragul de 20 de pachete-an (sau "pack-years" în engleză) este o unitate de măsură utilizată în epidemiologia tutunului pentru a evalua **expunerea unei persoane la fumat pe parcursul vieții**. Acesta ajută medicii și cercetătorii să estimeze riscul de boli asociate cu fumatul, cum ar fi cancerul pulmonar, bolile cardiovasculare și alte afecțiuni respiratorii.

Un „Pachet-An” este echivalent cu fumatul unui pachet de țigări (aproximativ 20 de țigări) pe zi timp de un an. De exemplu, dacă o persoană a fumat un pachet pe zi timp de 20 de ani, sau două pachete pe zi timp de 10 ani, aceasta a acumulat 20 de Pachete-An.

Un prag de 20 de pachete-an este adesea folosit ca punct de referință pentru a identifica indivizii cu risc înalt de a dezvolta cancer pulmonar și alte boli legate de fumat. Persoanele care depășesc acest prag sunt considerate la risc semnificativ mai mare pentru aceste boli. Ghidurile medicale recomandă adesea screeningul pentru cancerul pulmonar cu tomografie computerizată cu doză joasă (LDCT) pentru fumătorii cu un istoric de 20 sau mai multe pachete-an, în special dacă sunt într-o anumită categorie de vârstă și au fumat în ultimii 15 ani. Acest prag este utilizat pentru a identifica persoanele care ar putea beneficia cel mai mult de pe urma screeningului precoce.

Înțelegerea nivelului de expunere la fumat poate ajuta medicii să dezvolte planuri de intervenție personalizate, inclusiv consiliere pentru renunțarea la fumat, monitorizare a sănătății pulmonare și alte măsuri preventive.

Este important de menționat că, chiar și persoanele cu un număr de pachete-an sub 20 ar trebui să fie conștiente de riscurile asociate cu fumatul și să considere renunțarea la acest obicei pentru a-și îmbunătăți sănătatea generală și a reduce riscul de boli cronice.

Definiția: numărul pacienților care au consemnat valori numerice ≥ 20 pachete – an în coloana "Pachete an"/ Total persoane evaluate preventiv.

Din totalul persoanelor evaluate preventiv 10.80% sunt fumători cu istoric de peste 20 Pachete-An.
--

Practic, din totalul persoanelor evaluate preventiv, jumătate dintre fumătorii actuali au acumulat o expunere semnificativă (peste 20 PA) la fumat pe parcursul vieții, ceea ce ar impune adoptarea de intervenții susținute și sistematice de monitorizare a riscului.

1.1.2.4. Distribuția pe niveluri a disponibilității de renunțare la fumat în rândul fumătorilor zilnici actuali: < 4, 4-7, >7

Ca element esențial în procesul de oprire a fumatului, *Evaluarea disponibilității de renunțare la fumat*, poate contribui la personalizarea îngrijirii, maximizarea succesului intervențiilor și antrenarea persoanei în propriul său parcurs de renunțare.

Definiția: distribuția procentuală pe cele trei paliere în scorurile înregistrate pe coloana "Dorința – nivel" - respectiv < 4, 4-7, >7

Dintre fumătorii actuali, 4,26% au înregistrat un scor înalt (peste 7), 15,11% au înregistrat un scor mediu (4-7), iar 12.37% un scor mic (sub 4) pe scala de măsurare a dorinței de renunțare la fumat.

Concluzii FUMAT

Pe baza indicatorilor furnizați în cadrul consultățiilor preventive în legătură cu fumatul, concluzionăm următoarele:

1. Consemnarea statusului de fumător:

Un procent foarte ridicat (93.63%) al consultățiilor a inclus consemnarea statusului de fumător, ceea ce indică o conștientizare și o prioritate bună în identificarea comportamentului de fumat al pacienților. Aceasta este esențială pentru planificarea intervențiilor și gestionarea riscului asociat cu fumatul.

2. Consemnarea nivelului de consum:

Majoritatea consultățiilor (83.18%) au înregistrat nivelul de consum de tutun sub forma de Pachete-An pentru fumătorii zilnici, ocazionali sau foști fumători. Aceasta oferă o bază detaliată pentru evaluarea riscului de sănătate asociat și pentru planificarea intervențiilor personalizate.

3. Evaluarea dorinței de a renunța la fumat:

Toate consultările pentru fumătorii zilnici au inclus evaluarea dorinței de a renunța la fumat. Acest lucru este crucial pentru a determina cel mai eficient mod de a oferi sprijin și a motiva pacienții să renunțe la fumat.

4. Sfatul scurt structurat de renunțare la fumat:

Doar 30.66% dintre evaluările preventive pentru fumătorii zilnici sau ocazionali au inclus oferirea sfatului scurt structurat de renunțare. Acesta este un procent relativ scăzut, sugerând că există un spațiu semnificativ de îmbunătățire în oferirea asistenței active pentru renunțare.

5. Prevalența fumatului:

Din totalul persoanelor evaluate, 28.76% au fost identificate ca fiind fumători zilnici, ocazionali sau foști fumători, iar 22.43% au fost clasificate ca fumători actuali (zilnic sau ocazional). Aceasta indică o prevalență relativ ridicată a fumatului în populația studiată.

6. Expunerea la risc ridicat:

10.80% din totalul persoanelor evaluate preventiv sunt fumători cu un istoric de peste 20 de Pachete-an, ceea ce le plasează într-o categorie de risc înalt pentru probleme de sănătate legate de fumat. Este nevoie de un management de risc atent, în continuare, al acestor persoane.

7. Dorința de a renunța la fumat:

Dintre fumătorii actuali, 4.26% au înregistrat o dorință înaltă de renunțare (scor peste 7), în timp ce 15.11% au un scor mediu (4-7) și 12.37% un scor mic (sub 4). Aceasta sugerează că intervențiile trebuie să fie adaptate pentru a sprijini eficient diferitele niveluri de motivație pentru renunțarea la fumat.

Recomandări:

- Îmbunătățirea oferirii sfatului structurat de renunțare la fumat pentru a crește procentul de fumători care primesc acest sprijin esențial.
- Focus pe educarea și motivarea fumătorilor cu dorință scăzută de a renunța, pentru a crește șansele de succes în stoparea fumatului.
- Continuarea monitorizării și evaluării comportamentelor de fumat pentru a adapta și optimiza strategiile de intervenție.

1.2. ACTIVITATE FIZICĂ

Exercițiul fizic constituie un element crucial al unui mod de viață sănătos, contribuind la diminuarea riscului de a suferi de boli cardiovasculare, diabet și anumite forme de cancer. Participarea sistematică la activități fizice și/sau exerciții aerobice este legată de o reducere a mortalității asociate cu afecțiunile cardiovasculare.

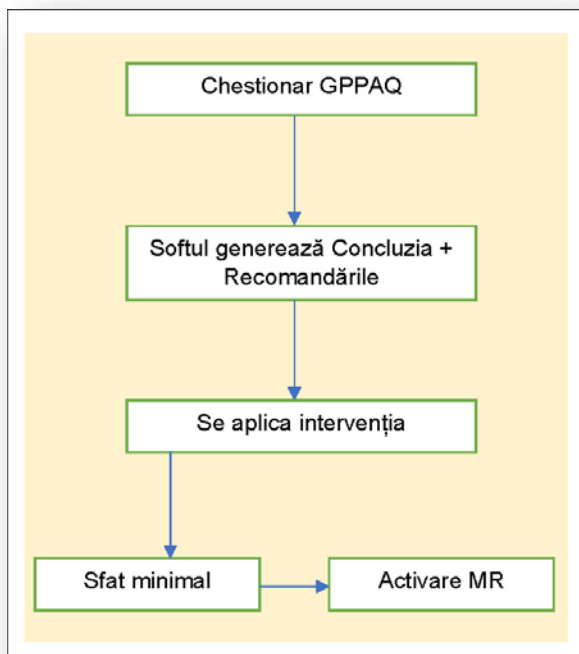
Având în vedere rolul esențial al activității fizice, este imperativ ca medicii de familie să măsoare nivelul de activitate fizică pentru fiecare persoană și să ofere recomandări pentru menținerea unui nivel ridicat de activitate fizică la orice vârstă.

De asemenea, este recomandabil ca persoanele care prezintă obezitate sau alți factori de risc cardiometabolic să fie îndrumate către consiliere nutrițională și suport profesional pentru activitatea fizică.

1.2.1. Indicatori de calitate

1.2.1.1. Pondere consultații preventive care adresează nivelul de activitate fizică

Procesul de evaluare și suport necesar a fi oferit de către medicii de familie în legătură cu activitatea fizică s-a desfășurat conform algoritmului de mai jos:



Evaluarea nivelului activității fizice, conform recomandărilor din Ghidul de prevenție actualizat 2023, s-a realizat prin calcularea Indexului activității fizice, utilizând chestionarul GPPAQ.

Chestionarul GPPAQ (General Practice Physical Activity Questionnaire) este un instrument folosit în medicina de familie pentru a evalua nivelul de activitate fizică al persoanelor. Acesta a fost dezvoltat pentru a fi utilizat în medii clinice și este conceput pentru a oferi o imagine rapidă și ușor de interpretat a activității fizice a unei persoane. Evaluarea cu ajutorul GPPAQ este parte din strategiile de prevenție și management al bolilor cronice, cum ar fi bolile cardiovasculare și diabetul.

Structura GPPAQ

Chestionarul GPPAQ evaluează activitatea fizică în patru domenii principale:

1. Activitatea la locul de muncă – se referă la nivelul de activitate fizică pe care o persoană îl întreprinde în timpul muncii, de la lucrul la birou, care presupune puțină activitate fizică, până la muncă fizică grea.
2. Activitatea în timpul deplasărilor – evaluează cât de activă este persoana în timp ce se deplasează de la un loc la altul, de exemplu mersul pe jos sau ciclismul ca forme de transport.
3. Activitatea în timpul liber – măsoară participarea la exerciții fizice și sporturi în timpul liber, de la activități relaxante până la exerciții fizice intense.
4. Activitatea generală în timpul zilei – o evaluare generală a nivelului de activitate pe parcursul unei zile obișnuite.

Scoring și interpretare Chestionar GPPAQ

Scorurile posibile pentru GPPAQ sunt clasificate în patru categorii care reflectă nivelul de activitate fizică:

- Inactiv – nivel foarte scăzut de activitate fizică.
- Moderat inactiv – un nivel ceva mai ridicat de activitate, dar care încă este considerat scăzut.

- Moderat activ – un nivel bun de activitate fizică, care arată că persoana se angajează în activități regulate benefice pentru sănătate.
- Activ – un nivel înalt de activitate fizică, indicând un stil de viață foarte activ.

Utilizare și beneficii Chestionar GPPAQ

Medicii de familie folosesc GPPAQ pentru a:

- Identifica pacienții care pot beneficia de intervenții pentru creșterea nivelului de activitate fizică.
- Monitoriza schimbările în comportamentul legat de activitatea fizică pe parcursul timpului.
- Furniza recomandări personalizate bazate pe nivelul de activitate fizică al pacienților.

Chestionar pentru calcularea Indexului activității fizice

A. Va rugăm să ne spuneți tipul și cantitatea de activitate fizică pe care o implică activitatea dvs profesională.

Nu lucrez (de exemplu, pensionari, pensionari din motive de sănătate, șomaj, îngrijitor full-time, etc.) ☐

Majoritatea timpului am activitate la birou, pe scaun ☒

Îmi petrec cea mai mare parte a timpului în picioare sau mergând pe jos. Cu toate acestea, munca mea nu are nevoie de mult efort fizic intens (de exemplu, magazin asistent, coafor, agent de pază etc) ☐

Munca mea implică efort fizic, inclusiv manipularea unor obiecte grele și utilizarea de instrumente (de ex. instalator, electrician, tâmplar, curat, asistentă spital, grădinar, lucrători poștali etc.) ☐

Munca mea implică activitate fizică intensă, inclusiv manipularea unor obiecte foarte grele (de ex. schele, muncitor în construcții, vidanor, etc.) ☐

B. În ultima săptămână, câte ore ati efectuat fiecare dintre următoarele activități?

Exerciții fizice, cum ar fi înot, jogging, aerobic, fotbal, tenis, antrenament la sală, gimnastică etc.

Ciclism, inclusiv mers cu bicicleta la serviciu sau în timpul liber

Mers pe jos, inclusiv mersul pe jos la locul de muncă, la cumpărături, plimbări etc.

Gospodărie / îngrijirea copiilor

Grădinarit / bricolaj

C. Cum ați descrie ritmul dvs de mers pe jos, de obicei?

Ritm lent (mai puțin de 4 km/h) ☐

Ritm mediu constant ☒

Ritm alert ☐

Ritm rapid (de exemplu peste 6 Km/h) ☐

Rezultat: MODERAT INACTIV

Recomandare: Intervenție scurtă pentru exerciții fizice

Varianta GPPAQ implementată în proiect are 6 întrebări, din care doar 4 sunt utilizate efectiv la calcularea Indexului.

ACTIVITATE FIZICA

Făce sport de performanță ☐

Activitate fizică la locul de muncă

	Deloc	< 1 h	1-3 h	> 3 h
Exerciții fizice, cum ar fi înot, jogging, aerobic, fotbal, tenis, antrenament la sala, gimnastica, etc	☐	☒	☐	☐
Ciclism, inclusiv mers cu bicicleta la serviciu sau în timpul liber	☐	☒	☐	☐
Mers pe jos, inclusiv mersul pe jos la locul de muncă, la cumpărături, plimbări, etc.	☐	☐	☒	☐
Gospodărie / îngrijirea copiilor	☐	☐	☒	☐
Grădinarit / bricolaj	☐	☐	☒	☐

Concluzie: Moderat activ

Recomandare: Informații
Intervenție scurtă(sfat minimal)

Sfat minimal: ☐

Observatii:

Management de caz ☐

După completare, programul generează o concluzie și recomandări aferente fiecărei concluzii.

Rezultatul este sub forma:

1. Inactiv (recomandări categ. 3)

2. Moderat inactiv (recomandări categ. 2)
3. Moderat activ (recomandări categ. 2)
4. Activ (recomandări categ. 1)

În funcție de rezultatul calculat, sunt afișate următoarele recomandări:

	Cat.1	Cat. 2	Cat.3
Concluzia	ACTIV	Moderat inactiv sau Moderat activ	INACTIV
Recomandarea	Felicitări	- Informații - Intervenție scurtă (sfat minimal)	- Informații - Intervenție scurtă extinsă (4-5 ședințe de 15-20 de minute) dacă SCORE ≥ 5 sau IMC > 25

Pondere consultații preventive care adresează nivelul de activitate fizică

Definiția: numărul de consultații care au consemnat valori (rezultate) în coloana "Concluzia Act. fizică" / total consultații preventive.

95.14 % din totalul consultațiilor pentru evaluare preventivă au consemnat statusul persoanelor privind nivelul de activitate fizică desfășurată.

1.2.1.2. Ponderea persoanelor cu nivel de activitate fizică insuficientă (inactiv sau moderat inactiv) care primesc o intervenție (scurtă sau scurtă extinsă) în cadrul consultației preventive

Intervenția scurtă pentru modificarea riscului legat de activitatea fizică insuficientă în cabinetul de medicina familiei este o tehnică de consiliere rapidă, folosită de medicii de familie pentru a încuraja pacienții să adopte și să mențină un stil de viață mai activ fizic. Aceasta reprezintă o componentă cheie în managementul preventiv al sănătății și este deosebit de utilă în combaterea sedentarismului, un factor de risc major pentru numeroase boli cronice, cum ar fi bolile cardiovasculare, diabetul și obezitatea.

Elementele unei intervenții scurte pentru modificarea nivelului activității fizice includ:

1. Evaluarea activității fizice actuale a pacientului – în cazul Prevent evaluarea s-a făcut utilizând Chestionarul GPPAQ, validat în asistența primară.

2. Educația despre beneficiile activității fizice – Persoana este informată despre beneficiile sănătății asociate cu activitatea fizică regulată, inclusiv îmbunătățirea sănătății cardiovasculare și reducerea riscului de boli cronice.

3. Stabilirea obiectivelor personalizate - Împreună cu pacientul, medicul stabilește obiective SMART pentru activitatea fizică, adaptate preferințelor, capacităților și condițiilor de sănătate ale pacientului.

4. Strategii de motivare – utilizarea tehnicii Interviuului motivațional – varianta scurtă, pentru a crește motivația și pentru a aborda orice bariere care ar putea împiedica pacientul să fie mai activ fizic. Acest lucru poate include discutarea despre gestionarea timpului sau despre găsirea activităților fizice care sunt plăcute pentru pacient.

Beneficii ale intervenției scurte:

- Intervenția poate fi efectuată într-un timp relativ scurt, făcând-o ideală pentru vizitele obișnuite la medicul de familie.
- Nu implică costuri mari și poate reduce cheltuielile de sănătate pe termen lung prin prevenirea bolilor.
- Poate fi implementată în orice cabinet de medicina familiei fără necesitatea unor resurse speciale.

Definiția: numărul de consultații care au consemnat o intervenție ("Informații Intervenție scurtă (sfat minimal)" sau "Informații Intervenție scurtă extinsă (4-5 ședințe de 15-20 de minute)") / nr. consultații care au consemnat inactiv sau moderat inactiv în coloana "Concluzia Act. fizica".

56.64 % dintre consultații la persoane inactiv sau moderat inactiv la evaluarea GPPAQ au consemnat o intervenție ("Informații Intervenție scurtă (sfat minimal)" sau "Informații Intervenție scurtă extinsă).

1.2.1.3. Ponderea persoanelor cu nivel scăzut de activitate fizică (moderat inactiv) care primesc intervenție scurtă în cadrul consultației preventive

Definiția: numărul de consultații care au consemnat o intervenție scurtă ("sfat minimal") / nr. consultații care au consemnat moderat inactiv în coloana "Concluzia Act. fizica"

46.29 % dintre consultații la persoane moderat inactiv la evaluarea GPPAQ au consemnat o intervenție scurtă (sfat minimal)"

1.2.2. Indicatori epidemiologici

1.2.2.1. Nivelul de activitate fizică actual în rândul populației examinate preventiv (distribuție: activ, moderat activ, moderat inactiv, inactiv, nedisponibil)

Definiția: distribuția procentuală pe categorii (niveluri de activitate fizică) în rândul populației examinate preventiv, eventual dezagregat pe U/R și M/F

Din datele colectate despre nivelul de activitate fizică al populației examinate preventiv, observăm că ponderea activității fizice insuficiente (nivel de activitate altul decât activ) este de 89% (în eșantionul național (peste 40 de ani, din proiectul Totul pentru Inima Ta, era de 65.6%).

Distribuția populației examinate pe nivele de activitate este următoarea:

- 11% din populație este activă, implicându-se regulat în activități suficient de intense pentru a atinge recomandările de activitate fizică.
- cea mai mare parte a populației, 47%, este moderat activă, indicând un nivel de activitate care, deși nu atinge pragul de intensitate dorit, totuși include activități fizice regulate de intensitate moderată.
- 16% sunt moderat inactivi, implicându-se ocazional în activități fizice.
- 21% sunt clasificați ca inactivi, indicând un stil de viață sedentar, fără activități fizice regulate.
- pentru 5% din populație nu s-au putut obține date clare sau complete privind nivelul de activitate fizică.

Această distribuție sugerează că, deși o proporție semnificativă a populației este angajată într-un nivel de activitate fizică ce contribuie la sănătate (58% activi sau moderat activi), există totuși un segment important de 38% al populației care rămâne complet inactiv sau moderat inactiv.

Aceasta subliniază necesitatea intervențiilor scurte de suport pentru creșterea nivelului de activitate fizică pentru o foarte mare parte din populație, la nivelul cabinetelor de medicina familiei, desigur în corelație cu alte programe de încurajare a activității fizice și educație pentru sănătate în întreaga populație.

1.3. ALIMENTAȚIE

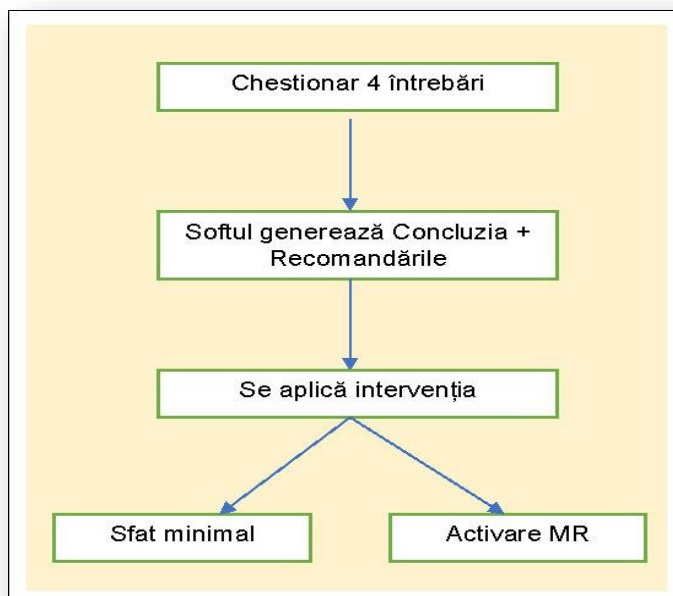
Cercetările epidemiologice au stabilit o corelație între regimurile alimentare și incidența morbidității și mortalității.

Conjugarea alimentației deficitare cu lipsa activității fizice contribuie semnificativ la prevalența obezității pediatrice și accentuează riscul de dezvoltare a bolilor cardiovasculare, carcinogenezei, hipertensiunii arteriale, obezității și diabetului zaharat de tip 2 în rândul populației adulte.

Schimbarea comportamentelor alimentare nesănătoase este esențială pentru prevenirea și gestionarea unei game extinse de afecțiuni cronice, iar intervențiile de consiliere nutrițională sunt eficiente în reducerea costurilor asociate tratamentului acestor boli.

Implementarea unei intervenții pentru promovarea unei alimentații sănătoase la nivelul cabinetelor de medicina familiei implică evaluarea (cât mai detaliată a) obiceiurilor alimentare ale individului, pe baza cărora personalul medical poate furniza feedback specific și recomandări personalizate pentru optimizarea dietei.

În cabinetele participante, procesul de evaluare și oferirea suportului necesar pentru modificarea comportamentelor alimentare nesănătoase s-a făcut conform algoritmului următor:



Pentru evaluarea de rutină a comportamentului alimentar la adulți s-a utilizat Chestionarul de evaluare cu 4 întrebări (în scopul identificării celor mai frecvente greșeli alimentare cu impact asupra stării de sănătate).

Pentru aprofundare, s-a recomandat utilizarea Chestionarului de Evaluare Rapidă a obiceiurilor alimentare (REAP) – cu 15 întrebări (varianta actualizată a Instrumentului REAPS publicat în 2003 și validat în asistența primară).

Cele 4 întrebări considerate ca fiind suficiente pentru evaluarea de rutină au fost:

1.	Cel puțin 2 porții de fructe în fiecare zi (proaspete/conservate)?	Da/Nu
2.	Cel puțin 3 porții de legume în fiecare zi (în afară de cartofi)?	Da/Nu
3.	Zilnic produse bogate în sare (vegeta, mezeluri, semipreparate)?	Da/Nu
4.	Zilnic alimente bogate în zahăr (sucuri, patiserie, prăjituri, zahăr)?	Da/Nu

Răspunsurile de mai jos sunt indicatori ai unor comportamente alimentare greșite:

Întrebarea	Răspuns
Cel puțin 2 porții de fructe în fiecare zi (proaspete/conservate)?	NU
Cel puțin 3 porții de legume în fiecare zi (în afară de cartofi)?	NU
Zilnic produse bogate în sare (vegeta, mezeluri, semipreparate)?	DA
Zilnic alimente bogate în zahăr (sucuri, patiserie, prăjituri, zahăr)?	DA

Pe baza acestora, suportul Prevent generează o Concluzie și Recomandările aferente, după cum urmează:

La cel puțin 1 răspuns indicând comportament alimentar greșit, apare

Concluzia - Comportament alimentar greșit (x componente, unde [x = numărul de răspunsuri indicând comportamente alimentare greșite] și sunt formulate

Recomandări:

1. Recomandare legată de remedierea comportamentului greșit
2. Prezentare beneficii legate de schimbarea comportamentului și a riscurilor legate de menținerea comportamentului greșit
3. Oferă pliant Alimentația sănătoasă + Farfurie/piramida

Dacă răspunsurile la cele 4 întrebări indică comportamente alimentare corecte, apare

Concluzie: comportament alimentar corect

Recomandări: menținerea unui comportament alimentar corect

Intervențiile recomandate au fost:

- oferirea sfat scurt/minimal de schimbare a comportamentului alimentar greșit
- felicitarea și încurajarea persoanelor care au demonstrat comportamente alimentare sanogene, pentru menținerea lor.

1.3.1. Indicatori de calitate

1.3.1.1. Pondere consultații preventive care adresează comportamentul alimentar

Definiția: numărul de consultații care au consemnat valori (rezultate) în coloana "Alim Concluzie"/ total consultații.

97% dintre consultațiile preventive au adresat comportamentul alimentar prin intermediul chestionarului cu 4 întrebări (legume, fructe, sare, zahăr).

Rezultatul indică înțelegerea importanței acordate Alimentației ca factor de risc de către medicii de familie implicați în proiectul de prevenție.

1.3.1.2. Ponderea persoanelor cu greșeli în alimentație (1-4 componente) care primesc o intervenție scurtă (sfat minimal) în cadrul consultației preventive

Definiția: numărul de consultații care au consemnat o intervenție ("sfat minimal") în coloana "Aliment sfat minimal"/ nr. consultații care au consemnat comportament alimentar greșit în coloana "Alim Concluzie".

77.78% dintre persoanele cu comportamente alimentare greșite (1-4 componente) au beneficiat de o intervenție scurtă/ sfat minimal documentat, în cadrul consultației preventive.

Aceasta reflectă un nivel relativ înalt de intervenție clinică scurtă în rândul acestui grup, ceea ce sugerează că medicii de familie din proiectul Prevent s-au implicat activ în oferirea de sfaturi punctuale pentru corectarea obiceiurilor alimentare nesănătoase ale pacienților lor. Desigur că, există încă un segment de 22.22% din populație care nu a primit astfel de intervenții, indicând o oportunitate de îmbunătățire în cadrul practicii preventive.

Rezultatele trebuie corelate cu barierele identificate, legate de timp, organizare etc și de nevoia de a le adresa în mod sistematic.

1.3.1.3. Ponderea persoanelor cu greșeli în alimentație (1-4 componente) care au activat managementul de risc

Activarea Managementului de Risc, în cadrul consultației preventive înseamnă obiectivarea recunoașterii importanței adresării riscului, respectiv stabilirea unui plan de intervenții, monitorizare și suport pentru atingerea obiectivelor personale de schimbare a comportamentelor alimentare pentru prevenirea unor boli.

Definiția: numărul de consultații care au consemnat "DA" în coloana "Aliment MR" / nr. consultații care au consemnat comportament alimentar greșit în coloana "Alim Concluzie"

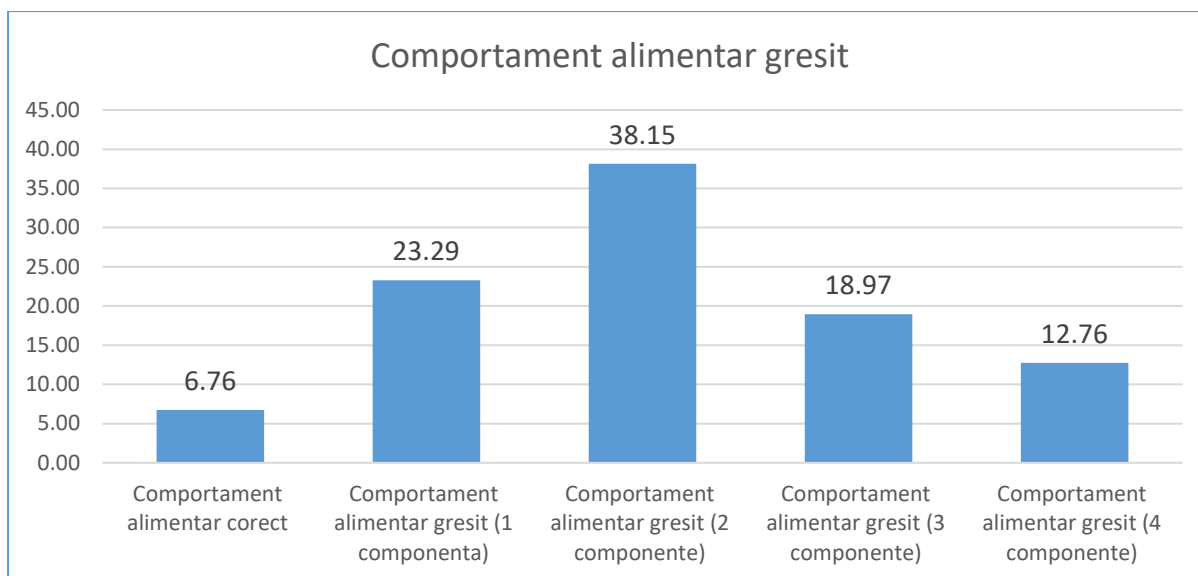
Peste jumătate dintre consultațiile de prevenție (56,90%) în cazul persoanelor cu comportamente alimentare nesănătoase s-au finalizat prin activarea Managementului de Risc.

1.3.2. Indicatori epidemiologici

1.3.2.1. Distribuția comportamentelor alimentare inadecvate pe număr de componente

Definiția: distribuția procentuală pe categorii (numărul de componente cu alimentație greșită) în rândul populației examinate preventiv.

Distribuția comportamentului alimentar evaluat pe baza chestionarului cu 4 întrebări, în eșantionul de 2383 de persoane arată că 93,16% din populația evaluată manifestă unul sau mai multe comportamente alimentare greșite.



Alim Concluzie

	Nr	%
Comportament alimentar corect	161	6.76
Comportament alimentar gresit (1 componenta)	555	23.29
Comportament alimentar gresit (2 componente)	909	38.15
Comportament alimentar gresit (3 componente)	452	18.97
Comportament alimentar gresit (4 componente)	304	12.76
NA	2	0.08
Total	2383	100.00

Doar 6.76% din populația evaluată are un comportament alimentar care respectă principiile alimentare de bază.

Rezultatul indică un necesar ridicat de intervenții de schimbare de comportament la nivel de cabinet de medicina familiei, cu toate implicațiile derivate.

În plus, rezultatele evidențiază necesitatea urgentă de consolidare a programelor de educație pentru sănătate de la cele mai mici vârste dar și nevoia de implementare a politicilor publice care să faciliteze accesul la alimente sănătoase și să promoveze schimbări comportamentale sustenabile în rândul populației largi. Intervențiile ar trebui să fie stratificate și să țină cont de nivelul de eroare în comportamentul alimentar pentru a fi cât mai eficiente.

1.3.2.2. Ponderea consumului inadecvat de fructe în rândul adulților examinați preventiv

Dieta bogată în legume și fructe este asociată cu o reducere semnificativă a riscului pentru afecțiuni cardiovasculare (HTA, boala coronariană) și anumite tipuri de cancer, riscului de boli metabolice, inclusiv a diabetul de tip 2 prin menținerea unei greutate sănătoase și a inflamației sistemice.

România se situează printre țările care a consemnat în 2019 un consum foarte redus de legume și fructe, sub o porție pe zi.

Datele oferite de EUROSTAT 2019, indică o pondere de 3,4% a consumului zilnic recomandat de legume și fructe în România, comparativ cu 12,7% - media europeană.

În eșantionul "Totul pentru inima Ta", procentul persoanelor testate care au declarat un consum de fructe mai mic de echivalentul a 2 porții (cca 160 g)/zi a fost de 43.8%.

Definiția: numărul de pacienți consultați preventiv pentru care s-a înregistrat cifra "2" în coloana "Alim Q1" / nr. total pacienți consultați preventiv

Populația evaluată preventiv în cadrul proiectului a declarat un consum inadecvat de fructe (mai puțin de 2 porții de fructe/zilnic) în procent de **22,88%**.

Sfat minimal alimentație sănătoasă

Oferire informații pentru conștientizarea/reducerea riscului (pliant, materiale electronice etc.)

Îndrumare consiliere specializată dietetică/nutritivă sau MF cu competențe certificate

1.3.2.3. Ponderea consumului inadecvat de legume în rândul adulților examinați preventiv

În eșantionul "Totul pentru inima Ta", ponderea persoanelor testate care au declarat un consum de legume mai mic de echivalentul a 3 porții (cca 240 g)/zi a fost de 47.43%.

Numărul de pacienți consultați preventiv pentru care s-a înregistrat cifra "4" în coloana "Alim Q2" / nr. total pacienți consultați preventiv (eventual se poate dezagrega pe U/R și M/F, chiar și pe grupe de vârstă dacă vrem)

Populația evaluată preventiv în cadrul proiectului a declarat un consum inadecvat de legume (mai puțin de 3 porții de legume/zilnic) în procent de **35.61%**.

1.3.2.4. Ponderea consumului inadecvat de sare în rândul adulților examinați preventiv

Dieta bogată în sare (peste 5 g sare/zi) este asociată cu un risc crescut de boli cardiovasculare (HTA, boală coronariană și cerebrovasculară, insuficiență cardiacă), de boală renală cronică, o incidență crescută a cancerului gastric și, în general, o mortalitate generală crescută.

În eșantionul "Totul pentru inima Ta", ponderea persoanelor testate pentru care consumul zilnic de sare (de masă) raportat este apreciat ca mai mare sau egal cu echivalentul a 5 g a fost de 38.8%.

Definiția: numărul de pacienți consultați preventiv pentru care s-a înregistrat cifra "5" în coloana "Alim Q3" / nr. total pacienți consultați preventiv (eventual se poate dezagrega pe U/R și M/F, chiar și pe grupe de vârstă dacă vrem)

Populația adultă evaluată preventiv în cadrul proiectului a declarat un consum inadecvat de sare în procent de **41,24%**.

1.3.2.5. Ponderea consumului inadecvat de zahăr în rândul adulților examinați preventiv

Un regim alimentar bogat în zahăr este frecvent asociat cu multiple riscuri pentru sănătate, având implicații semnificative atât la nivel individual cât și societal. Consumul excesiv de zahăr contribuie la prevalența crescută a diverselor boli cronice, inclusiv obezitatea, diabetul zaharat de tip 2, bolile cardiovasculare și anumite tipuri de cancer.

Studiile arată că adulții și copiii cu un consum ridicat de băuturi îndulcite cu zahăr au rate semnificativ mai mari de obezitate

Conform EUROSTAT 2019 doar 3,3% din populația de 15 ani și peste a României declară un consum zilnic de băuturi dulci, 25,2% au declarat consum de 1-3 ori/săptămână, 11,4% au declarat un consum de 4-6 ori/săptămână și 60,1% neagă consumul de băuturi dulci. Mediile europene de consum corespundente pentru categoriile de mai sus sunt 9,1%, 18,7%, 6,1% respectiv 66,1%.

În eșantionul "Totul pentru inima Ta", ponderea persoanelor din populația testată care au înregistrat consum inadecvat pentru zahăr a fost de 37,4%.

Definiția: numărul de pacienți consultați preventiv pentru care s-a înregistrat cifra "7" în coloana "Alim Q4" / nr. total pacienți consultați preventiv (eventual se poate dezagrega pe U/R și M/F, chiar și pe grupe de vârstă dacă vrem)

Populația adultă evaluată preventiv în cadrul proiectului a declarat un consum inadecvat de zahăr în procent de **42,27%**.

Concluzii alimentație

Aplicarea chestionarului de bază cu 4 întrebări privind cele mai frecvente greșeli alimentare la 97 % din populația evaluată preventiv indică un interes înalt al medicilor cu privire la alimentație.

Având în vedere că 93% din populația evaluată a prezentat 1-4 comportamente alimentare ce ar trebui corectate (22,88% din populația evaluată cu consum insuficient de fructe, 35,61% cu consum inadecvat de legume, 37,4% cu consum inadecvat de zahar, 41,24% cu consum inadecvat de sare), rezultă că nevoile de schimbare în domeniul comportamentului alimentar sunt importante.

În cadrul Proiectului, intervenția scurtă/ sfatul minimal pentru modificarea comportamentelor alimentare a fost aplicat la 77.78% dintre persoanele cu comportamente alimentare greșite.

Totuși, susținerea de schimbări ale comportamentelor alimentare este o sarcină dificilă. Modificarea comportamentelor alimentare este complexă și, conform literaturii și practicii internaționale, necesită intervenții multifactoriale: educație în instituțiile de învățământ, implicarea mass-media, legislație strictă privind calitatea alimentelor și descurajarea consumului de sare și zahăr, precum și implicarea mai intensă a profesioniștilor din sănătate, mai ales în asistența primară.

Până la implementarea unei strategii globale eficiente, este esențială implicarea profesioniștilor din asistența primară, care necesită competențe suplimentare și mai mult timp dedicat pentru a sprijini adoptarea și menținerea schimbărilor comportamentale.

Toate acestea devin și mai relevante în contextul în care înțelegem că medicii de familie au fost implicați într-un proiect cu un cadru bine delimitat, cu obiective specifice și un număr limitat de evaluări preventive.

În condiții reale, volumul și complexitatea intervențiilor necesare ar putea diferi semnificativ, implicând provocări suplimentare în aplicarea extensivă a acestor practici.

Din perspectiva PILOT/Populație generală/Politici de sprijinire a serviciilor preventive în corelație cu ideea – servicii preventive parte a eforturilor de a crea o cultura a prevenției și de a implementa mecanisme controlate guvernamental/legislație care să faciliteze comportamente sanogene

1.4. CONSUM DE ALCOOL

Consumul de alcool este recunoscut ca un determinant major de morbiditate, dizabilitate și mortalitate, conform evaluărilor comparative ale riscurilor de sănătate efectuate de Organizația Mondială a Sănătății.

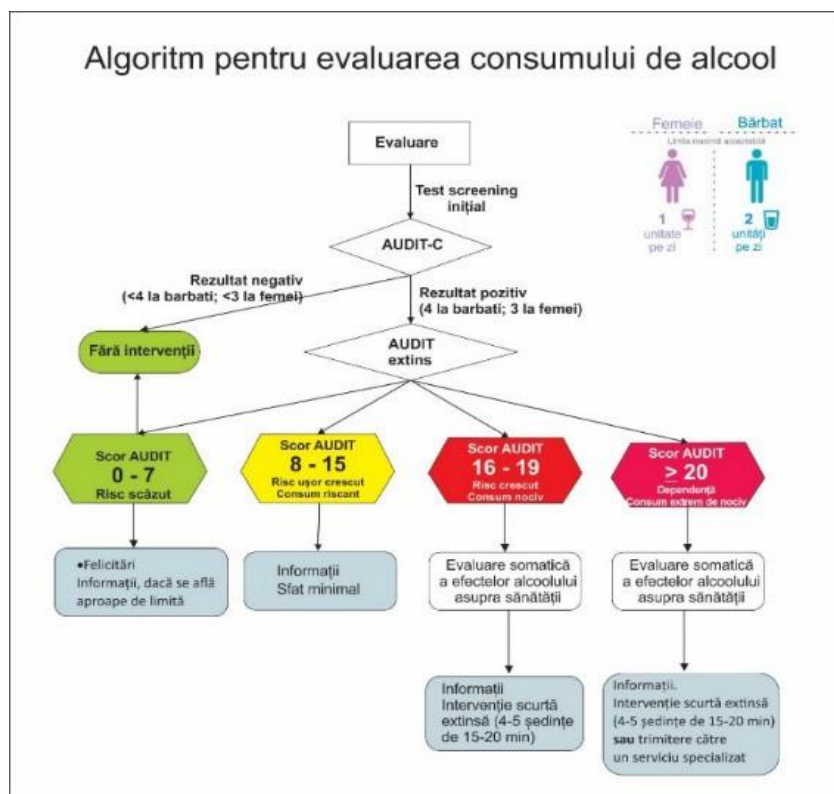
Toxicitatea alcoolului variază în funcție de doză și frecvența consumului, cu efecte adverse severe observate la ingestia zilnică îndelungată de peste 40 grame de alcool pur pentru bărbați și 20 grame pentru femei, respectiv la consumuri ocazionale excesive care depășesc 60 grame pe episod.

Studiile consemnează că modificările în modelul de consum al alcoolului pot avea efecte benefice semnificative asupra sănătății. De asemenea, se evidențiază că intervențiile punctuale realizate în cadrul asistenței primare au efect în modificarea acestor modele de consum.

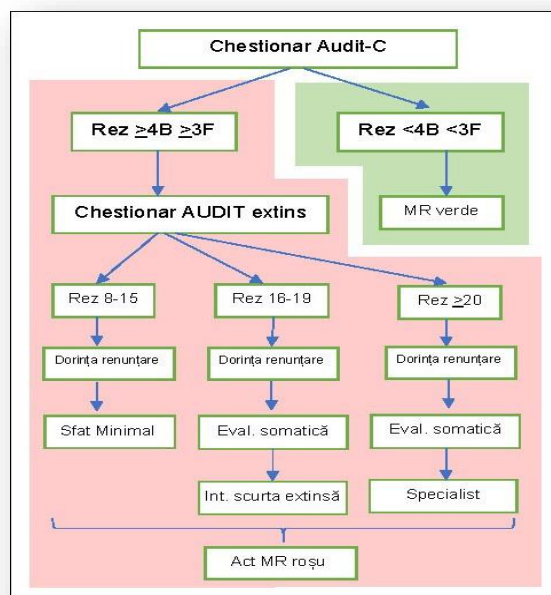
Medicii de familie joacă un rol esențial în evaluarea sistematică a modelelor de consum al alcoolului în rândul populației adulte și tinere, utilizând instrumente standardizate precum Chestionarul AUDIT, și în implementarea consecventă a intervențiilor scurte destinate să diminueze consumul de risc (Scor AUDIT = 8-15) sau nociv (Scor AUDIT = 16-19). Pentru persoanele cu dependență de alcool (Scor AUDIT peste 20), se recomandă orientarea către servicii de specialitate.

Procesul de evaluare și suportul necesar a fi oferit de către medicii de familie în legătură cu

consumul de alcool este detaliat mai jos:



Instrumentul de suport Prevent include un Algoritm de intervenție având la bază rezultatele evaluării AUDIT în format scurt (3 întrebări) sau complet (10 întrebări).



Medicii au primit instrucțiunea de a aplica Chestionarul AUDIT C în cazul tuturor persoanelor participante la screening.

CONSUMUL DE ALCOOL  

1 unitate alcool

330 125 40

Cat de des consumati o bautura continand alcool? 2-4 ori pe luna(2 puncte) ...

Cate bauturi standard (BS) consumati intr-o zi obisnuita, atunci cand beti? cinci sau sase(2 puncte) ...

Cate de des beti 6 sau mai multe BS la o singura ocazie? saptamanal(3 puncte) ...

Scor consum problematic de alcool (test AUDIT-C): 7

7 puncte

Concluzie: Consum inadecvat de alcool

Recomandari: Continuați testul AUDIT extins

Cât de pregătit este să reducă consumul de alcool?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **8**

Sfat minimal ☐

INFO
Brosura renuntarea la consumul de alcool

INSTRUMENTE
Chestionar AUDIT 10 intrebari
Jurnal saptamanal consum alcool
Balanta decizională
Jurnalul Situatiilor de Risc

MC

Femeilor și bărbaților care la chestionarul AUDIT C au înregistrat un scor de minim 3, respectiv de minim 4, li s-au aplicat în continuare restul întrebărilor din Chestionarul AUDIT 10 complet.

CONSUMUL DE ALCOOL  

1 unitate alcool

330 125 40

Cat de des consumati o bautura continand alcool? 2-4 ori pe luna(2 puncte) ...

Cate bauturi standard (BS) consumati intr-o zi obisnuita, atunci cand beti? cinci sau sase(2 puncte) ...

Cate de des beti 6 sau mai multe BS la o singura ocazie? lunar sau mai rar(1 punct) ...

SCOR consum problematic de alcool (test AUDIT-C) 5

5 puncte

Cat de des ati constatat in ultimul an ca nu puteti sa va opriti din baut o data ce ati inceput? lunar sau mai rar(1 punct) ...

Cat de des in ultimul an nu ati reusit sa faceti ceea ce era de asteptat sa faceti din cauza bautului? lunar sau mai rar(1 punct) ...

Cat de des in ultimul an ati avut nevoie sa beti prima bautura de dimineata ca sa va reveniti dupa o betie zdravana? 2-4 ori pe luna(2 puncte) ...

Cat de des in ultimul an ati avut un sentiment de remuscare sau de vinovatie dupa ce ati baut? lunar sau mai rar(1 punct) ...

Cat de des in ultimul an nu ati putut sa va amintiti ce s-a intamplat in noaptea trecuta din cauza ca ati baut 2-3 ori pe saptamana(3 puncte) ...

Dvs sau altcineva a fost ranit ca rezultat al faptului ca ati fost baut 4 sau mai multe ori pe saptamana(4 puncte) ...

O ruda, un prieten, un doctor sau o alta persoana a fost ingrijorata de bautul dvs. sau v-a sfatuit sa-l reduceti? lunar sau mai rar(1 punct) ...

Scor final AUDIT extins 18

18 puncte

Concluzie: Risc crescut. Consum nociv.

Recomandari: Programati consultatie pentru evaluarea efectelor consumului de alcool
Interventie scurta extinsa(4-5 sedinte de 15-20 de minute)
Trimitere investigatii

Sfat minimal: ☐

Cat de pregatit este sa reduca consumul de alcool

Observatii

Management de caz ☐ NU ☒ DA

În baza scorului AUDIT C sau AUDIT 10 obținut, instrumentul de suport afișează o Concluzie și Recomandările

- ✓ Oferă Sfatul minimal (și bifează căsuța).
- ✓ Evaluează cât de pregătit este pacientul pentru a reduce consumul de alcool – pe scala de la 1 la 10 (rezultatul se afișează pe ecran și va fi reținut în baza de date).
- ✓ Apasă pe butonul de Management de risc – pentru a iniția urmărirea și efectuarea intervenției scurte într-o consultație ulterioară, dacă consideră necesar.

- ✓ Eventual listează Jurnalul săptămânal al consumului de alcool, Balanța decizională sau Jurnalul situațiilor de risc (fișe aflate în format pdf în zona de materiale informative) pe care le oferă pacientului, pentru ca acesta să le completeze și să le aducă la consultația următoare.

1.4.1. Indicatori de calitate

1.4.1.1. Pondere consultații preventive care adresează consumul de alcool (care au completat un Scor Audit-C)

Chestionarul AUDIT 10 este chestionarul validat în asistența primară având capacitatea de a detecta întregul spectru de consum: mai puțin riscant (scor AUDIT 1-7), la risc (scor AUDIT 8-15), nociv (scor AUDIT 16-19), respectiv ceea ce în DSM 4 este denumit ca dependență de alcool (scor AUDIT 20 și peste). De menționat că, în DSM 5 categoriile de consum nociv și dependența se regăsesc sub eticheta de AUD - *Alcohol Use Disorder*, adică *Tulburarea legată de consumul de alcool*.

Definiția: numărul de consultații care au consemnat valori (rezultate) în coloana "Audit-3 scor" / total consultații.

Pondere consultațiilor preventive care au adresat consumul de alcool (care au completat un Scor Audit-C) este de 42,81%.

1.4.1.2. Pondere persoane cu risc de consum problematic (femei cu Audit C >2 + bărbați cu Audit C >3) care au consemnat Scor Audit-10

Definiția: numărul de consultații femei și bărbați care au înregistrat o valoare numerică în coloana "Audit-10 Scor" / consultațiile la femei care au înregistrat un scor > 2 plus număr consultații bărbați care au înregistrat un scor > 3 în coloana "Audit-3 scor" (cumulat și pe sexe)

Pondere persoane cu risc de consum problematic (femei cu Audit C >2 + bărbați cu Audit C >3) care au consemnat Scor Audit-10 este de 6,76 %.

1.4.1.3. Pondere persoane cu consum riscant (Scor Audit 10 >7) care au beneficiat de sfat minimal în cadrul consultației preventive

Număr consultații care au înregistrat "DA" în coloana "Alcool Sfat minimal" / număr consultații care au înregistrat o valoare numerică >7 în coloana "Audit-10 Scor"

Pondere persoanelor cu consum riscant (Scor Audit 10 >7) care au beneficiat de sfat minimal în cadrul consultației preventive este de 81,13%.

1.4.1.4. Pondere persoane cu consum riscant / nociv (Scor Audit 10 >7) care au activat managementul de risc

Definiția: numărul de consultații care au consemnat "DA" în coloana "Alcool MR" / număr consultații care au înregistrat o valoare numerică >7 în coloana "Audit-10 Scor"

Ponderea persoanelor cu consum riscant/nociv (Scor Audit 10 >7) care au activat Managementul de risc este de 42,81%.

1.4.2. Indicatori epidemiologici

Conform datelor EUROSTAT din anul 2019, în România, rata consumului autodeclarat este inferioară mediei europene, cu 2,9% dintre persoane raportând consum zilnic, 19% consum săptămânal, 28,3% consum lunar, 19,3% consum ocazional și o rată de abținere de 30,5%.

În eșantionul "Totul pentru inima Ta", s-au declarat consumatori de alcool aproximativ **25,8%**.

1.4.2.1. Ponderea consumatorilor de alcool în populația adultă examinată preventiv

Definiția: numărul de pacienți consultați preventiv pentru care s-au înregistrat cifre "≥1" în coloana "Audit-3 scor" / nr. total pacienți consultați preventiv.

În populația adultă examinată preventiv în cadrul Prevent, ponderea consumatorilor de alcool autodeclarați este de 52,73%.

1.4.2.2. Ponderea persoanelor examinate preventiv care au realizat scoruri Audit-C > 2 la femei și > 3 la bărbați

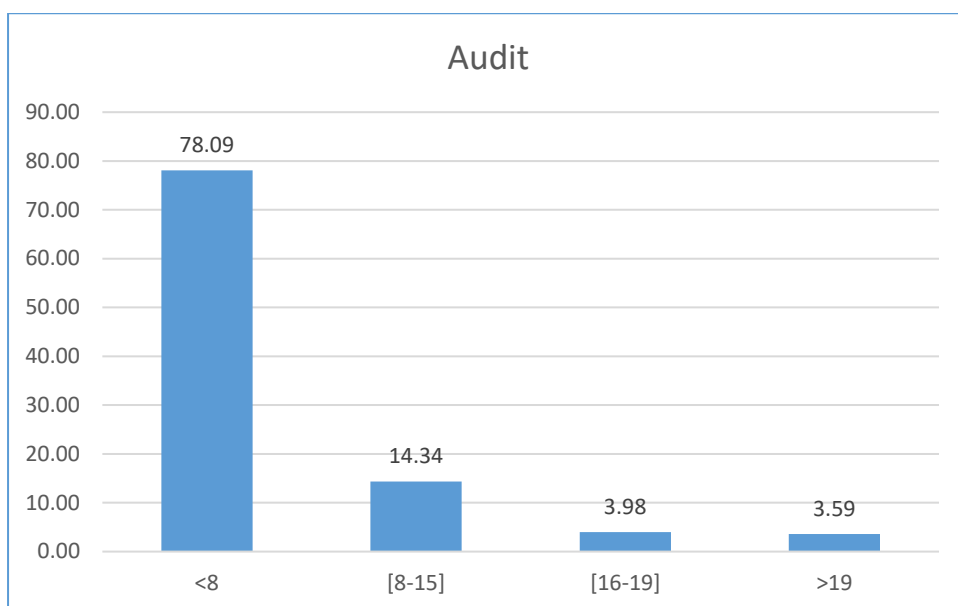
Definiția: numărul de femei care au înregistrat un scor > 2 plus număr consultații bărbați care au înregistrat un scor > 3 în coloana "Audit-3 scor" / nr. total pacienți consultați preventiv (eventual se poate dezagrega pe U/R și M/F, chiar și pe grupe de vârstă dacă vrem)

Ponderea persoanelor examinate preventiv care au realizat scoruri Audit-C > 2 la femei și > 3 la bărbați este de 21.04%.

1.4.2.3. Distribuția persoanelor testate prin Audit-10 pe niveluri de risc (< 8, 8-15, 16-19, >19)

Definiția: distribuția procentuală pe paliere de consum a pacienților pentru care s-au consemnat scoruri în următoarele categorii: < 8, 8-15, 16-19, >19,

Distribuția persoanelor testate prin Audit-10 pe niveluri de risc (< 8, 8-15, 16-19, >19), în populația evaluată preventiv este următoarea:



Audit	Nr	%
<8	196	78.09
[8-15]	36	14.34
[16-19]	10	3.98
>19	9	3.59
Total	251	100.00

Concluzii consumul de alcool

1. Aproximativ 42,81% din consultațiile preventive au abordat consumul de alcool prin completarea Scorului Audit-C. Acest procent subliniază o implicare moderată a medicilor în evaluarea consumului de alcool în cadrul consultațiilor preventive.
2. Un procent impresionant de 81,13% dintre persoanele cu un scor Audit-10 peste 7 au beneficiat de un sfat minimal în cadrul consultației preventive. Aceasta reflectă o bună practică în intervenția inițială pentru reducerea consumului de alcool.
3. 42,81% dintre persoanele cu un consum riscant sau nociv de alcool au documentată necesitatea includerii acestora într-un program de management al riscului. Acest procent arată nevoia unor eforturi mai mari pentru îmbunătățirea intervenției și managementului persoanelor cu un risc mare de consum problematic de alcool.
4. Aproximativ 52,73% din populația adultă examinată preventiv a raportat consumul de alcool, ceea ce reprezintă o rată semnificativ mai mare comparativ cu autodeclararea generală în România.
5. 21,04% din persoanele examinate au scoruri care indică un consum de alcool peste pragurile stabilite pentru femei și bărbați. Aceasta sugerează că o proporție importantă a populației examinate are un consum de alcool care ar putea necesita atenție medicală.

6. Majoritatea persoanelor (78,09%) au scoruri Audit-10 sub 8, indicând un consum de alcool cu risc scăzut. Totuși, procentele persoanelor cu scoruri mai mari de 8 arată că există un segment semnificativ de persoane care prezintă un risc crescut sau dependență de alcool ce necesită organizare și abord sistematic.

Datele indică o implicare relativ bună a serviciilor preventive în evaluarea și intervenția inițială pentru consumul de alcool, dar subliniază necesitatea de îmbunătățire în urmărirea și intervenția complexă pentru persoanele cu risc mai mare.

Deși sfaturile minimale au o rată bună de aplicare, managementul de risc trebuie intensificat pentru a adresa eficient nevoile persoanelor cu un risc crescut de dependență.

Rezultatele arată nevoia de politici publice mai eficiente și programe comunitare pentru a reduce prevalența consumului de alcool și pentru a sprijini serviciile medicale în gestionarea acestei probleme.

B. CONSULTAȚII CARE ADRESEAZĂ RISCUL CARDIO-METABOLIC LA ADULȚI

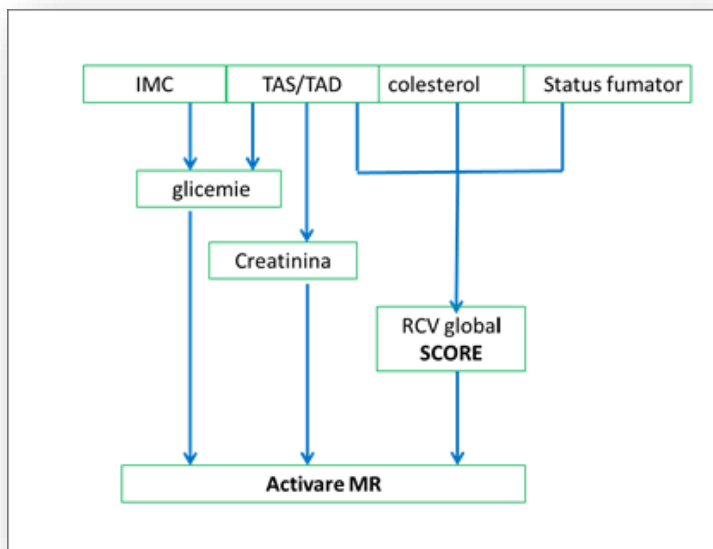
Evaluarea sistematică și intervențiile pentru modificarea riscului cardiometabolic sunt esențiale, având în vedere că patologii cardiovasculare și metabolice constituie principala cauză de mortalitate la nivel global, iar prevenirea acestora poate fi facilitată prin gestionarea eficientă a factorilor de risc implicați în etiologia aterosclerozei.

Unul dintre obiectivele fundamentale ale strategiilor preventive, în cadrul proiectului studiat, îl constituie evaluarea integrată a riscului cardiovascular și a riscului asociat cu diabetul zaharat, maladiile nutriționale și metabolismul în contextul consultațiilor preventive din asistența primară.

Aceasta include stratificarea populației evaluate în diverse categorii de risc cardiometabolic și implementarea unui management integrat al acestui risc.

Această abordare asigură identificarea precoce și intervenția corespunzătoare, reducând astfel prevalența și impactul complicațiilor asociate cu afecțiunile cardiovasculare și metabolice.

Adresarea riscului cardiometabolic la adulții peste 40 de ani implică un proces de evaluare și suport necesar a fi oferit de către medicii de familie la persoanele asimptomatice cu vârste între 40-69 de ani conform algoritmului de mai jos:



Într-o primă fază sunt preluate automat date ce țin de caracteristicile demografice (vârstă, sex) precum și date înregistrate în secțiunile anterioare - Măsurători și Stil de viață: TA, IMC, status fumat, status activitate fizică.

Într-o a doua fază se completează rezultatele unor teste luate în calcul la determinarea Riscului CV Score (Colesterol), a riscului metabolic (Glicemia) și a celui legat de boala renală cronică (Creatinina serică), după cum urmează:

- ✓ Colesterol = Cst Total +/- HDLCst seric (la care se adaugă profil lipidic complet la toate persoanele care au diabet zaharat, fumează, au IMC ≥ 30 kg/m² sau talia >94 cm la bărbați, >80 cm la femei, istoric familial de BCV prematură, boli inflamatorii cronice, istoric de dislipidemie familială)
- ✓ Glicemia = de preferat Glicemia serică bazală - la orice persoană peste 45 de ani sau la orice persoană sub 45 de ani, cu IMC peste 25 kg/m² PLUS cel puțin 1 alt factor de risc dintre cei de mai jos:
 - rude de gradul I cu diabet;
 - femei care au dat naștere la copii peste 4500g sau au fost diagnosticate cu diabet gestațional;
 - femei cu sindromul ovarului polichistic;
 - istoric de HbA1c $\geq 5.7\%$;
 - istoric de TTGO alterată;
 - istoric de glicemii bazale modificate la testări anterioare;
 - istoric de boală cardiovasculară;
 - persoane cu alte condiții clinice asociate cu rezistența la insulină (obezitate severă, acanthosis nigricans);
 - Hipertensiune arterială (TA $\geq 140/90$ mmHg);
 - HDL- col <35 mg/dl și/sau TG >250 mg/dl;
 - Sedentarism.

- ✓ Creatinina = creatinina serică – la cei cu RCV $\geq 5\%$ și TA $\geq 140/90$ mmHg;

Rezultatul – programul afișează automat Riscul SCORE:

- risc cardiovascular scăzut $<1\%$
- risc cardiovascular moderat - între ≥ 1 și $<5\%$
- risc cardiovascular înalt - între $\geq 5\%$ și $<10\%$
- risc cardiovascular foarte înalt $\geq 10\%$

O *concluzie* și *recomandările* aferente sunt formulate automat pe baza rezultatelor înregistrate:

Concluzia secțiunii se formulează din interpretarea SCORE, la care se adaugă Riscurile suplimentare – risc de diabet, rezultatele de la cei 4 FR.

- Dacă Riscul SCORE > 5

Se deschide Fișă de monitorizarea riscului (FMR)

Se recomandă efectuarea profilului lipidic complet

- Dacă Riscul SCORE > 5 + 1 FR asociat:

Se deschide Fișă de monitorizarea riscului (FMR)

Se recomandă efectuarea glicemiei, creatininei, eGFR

Activarea MR – managementului de risc se face dacă RCV $\geq 5\%$. În această situație reevaluarea persoanei se va face anual.

Persoanele cărora li se stabilește un diagnostic (confirmat, de certitudine) de boală cronică (hipertensiune, boli cronice aterosclerotice, diabet, boala cronică renală) NU vor mai fi evaluați periodic în cadrul programului de prevenție pentru Riscul cardiometabolic.

Monitorizarea lor se va face prin managementul bolii respective. Cu ocazia înregistrării diagnosticului, pacienții sunt trecuți în registrul de boli cronice.

Colectarea datelor privitoare la RCV și metabolic din fișa de înregistrare a consultațiilor preventive la adult se face conform secțiunii de mai jos,:

Actualizarea Prevent permite utilizarea alternativă a formulelor de estimare a riscurilor conform SCORE 2 și SCORE OP.

1.5. Proportia consultațiilor preventive adulți care au adresat riscul cardio-metabolic

1.5.1 Indicatori de calitate

1.5.1.1. Proportia consultațiilor care au înregistrat IMC

Indicele de masă corporală (IMC) este un parametru antropometric esențial în evaluarea stării de sănătate, oferind o estimare rapidă a gradului de adipozitate.

IMC-ul este corelat semnificativ cu riscul cardiovascular și cardiometabolic. Adipozitatea excesivă, indicată de un IMC ridicat, este asociată cu o serie de mecanisme patofiziologice care contribuie la dezvoltarea bolilor cardiovasculare. Printre aceste mecanisme se numără dislipidemia, hipertensiunea arterială, și rezistența la insulină, care sunt recunoscute ca factori majori în patogeneza aterosclerozei și diabetului zaharat de tip 2. De asemenea, obezitatea favorizează starea de inflamație cronică și creșterea stresului oxidativ, care pot deteriora integritatea endotelială și funcționalitatea vasculară.

Măsurarea IMC-ului permite identificarea persoanelor cu risc înalt, care pot beneficia de intervenții preventive, incluzând modificări ale stilului de viață și managementul farmacologic al factorilor de risc cardiovasculari. Astfel, IMC-ul nu doar că facilitează evaluarea riscului, dar și orientează deciziile terapeutice în cadrul managementului integrat al sănătății cardiovasculare și metabolice.

Definiția: procentul consultațiilor care au consemnat valori (numerice) în coloana IMC /total consultații.

95.98 % dintre consultații au documentat indicele de masă corporală.
--

1.5.1.2. Proportia consultațiilor care au înregistrat TA

Măsurarea tensiunii arteriale este un act medical esențial și un indicator de risc cardinal pentru evaluarea stării de sănătate cardiovasculare și cardiometabolice.

Hipertensiunea arterială, definită prin valori ale tensiunii sistolice și diastolice peste pragurile stabilite de ghidurile clinice, este un factor de risc major și independent pentru dezvoltarea bolilor cardiovasculare, inclusiv cardiopatia ischemică, insuficiența cardiacă, accidentul vascular cerebral și nefropatia, efect mediat prin inducerea stresului mecanic pe pereții arteriali și facilitarea formării plăcilor de aterom. Pe termen lung, tensiunea arterială ridicată poate duce la remodelarea patologică a inimii și vaselor de sânge, exacerband riscul de evenimente cardiovasculare majore.

De asemenea, hipertensiunea este strâns asociată cu alte condiții cardiometabolice, cum ar fi obezitatea, dislipidemia și diabetul zaharat, fiind frecvent una dintre componentele

sindromului metabolic. Această asociere multiplică impactul asupra morbidității și mortalității cardiovasculare.

Monitorizarea regulată și managementul optim al tensiunii arteriale sunt cruciale pentru prevenția primară și secundară a complicațiilor cardiometabolice, reducând astfel povara globală a morbidității și mortalității asociate cu aceste afecțiuni.

Definiția: procentul consultațiilor care au consemnat valori (numerice) în coloanele TAS/TAD (AE/AF)/total consultații.

Proporția consultațiilor care au înregistrat TA în proiectul Prevent este de 93.71%.
--

1.5.1.3. Proporția consultațiilor care au înregistrat circumferința abdominală (CA)

Măsurarea circumferinței abdominale este un indicator vital pentru evaluarea distribuției adipozității centrale și a obezității viscerale, ambele având implicații semnificative în ceea ce privește riscul cardiovascular și cardiometabolic. Această măsurătoare, care reflectă acumularea de grăsime în regiunea abdominală, este corelată strâns cu riscul crescut de a dezvolta boli cardiovasculare, diabet zaharat de tip 2, dislipidemie, hipertensiune arterială și sindrom metabolic.

Circumferința abdominală mărită este un predictor mai puternic al mortalității cardiovasculare decât indicii de masă corporală (IMC) izolat, indicând importanța sa în stratificarea riscului. Din acest motiv, ghidurile clinice recomandă evaluarea circumferinței abdominale ca parte a evaluării de rutină în managementul pacienților cu risc cardiometabolic.

Prin urmare, măsurarea circumferinței abdominale oferă informații valoroase pentru identificarea persoanelor cu risc înalt de complicații cardiometabolice și ar trebui să fie integrată în strategiile preventive și de monitorizare în asistența primară, facilitând intervențiile timpurii și personalizate pentru reducerea morbidității și mortalității.

Definiția: procentul consultațiilor care au consemnat valori (numerice) în coloana Circ.abdom /total consultații.

Proporția consultațiilor care au înregistrat circumferința abdominală (CA) este de doar 42.67%.

Un procent de doar 42.67% sugerează că mai mult de jumătate din consultații nu beneficiază de acest important indicator prognostic. Indică un nivel suboptimal de integrare a acestei măsurători importante în practica clinică de zi cu zi și necesită explorarea cauzelor/barierelor.

Variația în aplicarea măsurătorii CA poate reflecta necesitatea unor instruiți suplimentare pentru personalul medical în ceea ce privește importanța și tehnicile de măsurare corectă.

1.5.1.4. Proporția consultațiilor care au înregistrat (concomitent) IMC și TA

Definiția: procent consultații care au consemnat valori (rezultate) în ambele coloane IMC și TAS /total consultații.

Proporția consultațiilor care au înregistrat (concomitent) IMC și TA este de 98.34 %.

Proporția de 98.34% a consultațiilor care au înregistrat (concomitent) IMC și TA reflectă un nivel foarte înalt de integrare a două măsurători esențiale în evaluarea stării de sănătate în cadrul consultațiilor medicale. Acest procent indică o practică clinică robustă și un angajament puternic pentru o evaluare cuprinzătoare a factorilor de risc asociați cu bolile cardiovasculare și alte afecțiuni legate.

1.5.1.5. Proporția pacienților cu IMC $\geq$ 25 la care s-a înregistrat circumferința abdominală (CA):

Definiția: procentul consultațiilor care au consemnat valori (numerice) în coloana Circ.abdom /consultații care au consemnat o valoare (numerică) $\geq$ 25 în coloana IMC.

Proporția consultațiilor care au înregistrat (concomitent) IMC și CA este de 63.29%.

Faptul că 63.29% din consultații înregistrează atât IMC, cât și CA concomitent sugerează că o majoritate semnificativă a evaluărilor clinice recunoaște și abordează necesitatea unei evaluări detaliate a riscurilor asociate cu obezitatea și distribuția grăsimii corporale. Integrarea consistentă a IMC și CA în toate evaluările de risc cardiometabolic ar putea îmbunătăți detectarea precoce a riscurilor asociate și ar putea facilita intervenții mai eficiente și personalizate pentru pacienți.

1.5.1.6. Proporția pacienților evaluați pentru încadrarea într-o categorie de risc semnificativ pentru dislipidemie

Definiția: Procentul pacienților care au consemnat Da sau Nu în coloana "Risc dislipidemie"(AH)/ Total pacienți examinați preventiv

Proporția pacienților evaluați pentru încadrarea într-o categorie de risc semnificativ pentru dislipidemie a fost de 100%

1.5.1.7. Proporția pacienților evaluați pentru încadrarea într-o categorie de risc semnificativ cardiovascular:

Definiția: Procentul pacienților care au consemnat Da sau Nu în coloana "Risc CV" /Total pacienți examinați preventiv.

Proporția pacienților evaluați pentru încadrarea într-o categorie de risc semnificativ cardiovascular a fost de 100%:

1.5.1.8. Proporția pacienților evaluați pentru încadrarea într-o categorie de risc semnificativ pentru Diabetul zaharat

Definiția: Procentul pacienților care au consemnat Da sau Nu în coloana "Risc DZ"/Total pacienți examinați preventiv.

Proporția pacienților evaluați pentru încadrarea într-o categorie de risc semnificativ pentru Diabetul zaharat a fost de 100%

1.5.1.9. Proporția pacienților examinați preventiv care au consemnat valoarea Colesterolului Total:

Colesterolul total este un parametru crucial pentru evaluarea riscului de boli cardiovasculare, având în vedere că nivelurile crescute sunt direct asociate cu un risc mai mare de ateroscleroză și, implicit, de evenimente cardiovasculare majore, precum infarctul miocardic și accidentul vascular cerebral.

Definiția: Procentul pacienților care au consemnat o valoare numerică în coloana "Coolest"/Total pacienți examinați preventiv.

Proporția pacienților examinați preventiv care au consemnat valoarea Colesterolului Total este de doar 11.84%.

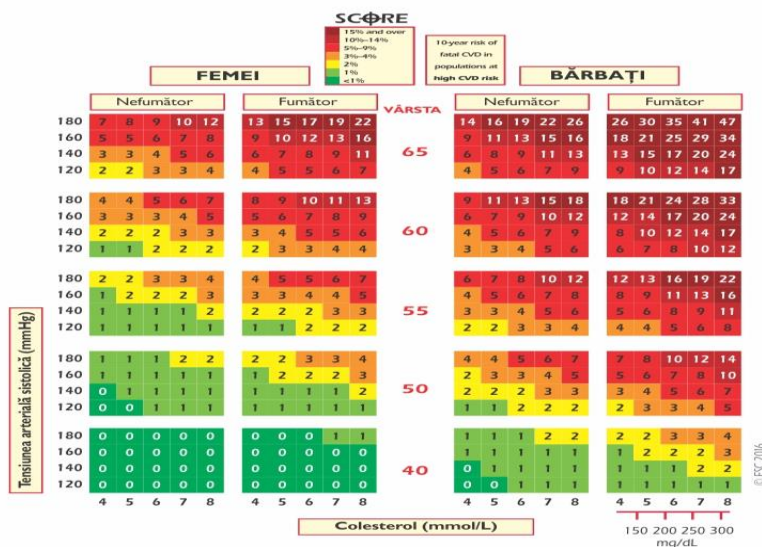
Procentul de 11.84% pentru înregistrarea nivelului de colesterol total în rândul persoanelor examinate preventiv indică o lacună semnificativă în evaluarea completă a riscului cardiovascular în cadrul consultațiilor preventive. Este nevoie de o explorare suplimentară pentru înțelegerea cauzelor care au condus la acest rezultat, având în vedere că un procent atât de scăzut în măsurarea colesterolului total (dacă cifra este reală și nu este o eroare de înregistrare) poate avea mai multe implicații negative:

1. Evaluarea incompletă a riscurilor și o gestiune gestionată inadecvată a riscurilor cardiovasculare ale pacienților, potențial permițând progresia necontrolată a bolilor cardiace.
2. Intervenții precoce compromise: fără cunoașterea nivelului de colesterol, intervențiile precoce, care ar putea include modificări ale stilului de viață sau tratamente medicamentoase pentru controlul lipidemic, nu pot fi inițiate la timp.

1.5.1.10. Proporția pacienților examinați preventiv care au consemnat nivelul riscului cardiovascular global ca RR sau SCORE:

În cadrul proiectului, determinare RCV global s-a făcut utilizând Instrumentul SCORE, pentru țările cu RCV înalt.

Scorul RR/SCORE este un instrument folosit pentru a estima probabilitatea de a dezvolta boli cardiovasculare majore în următorii 10 ani, bazat pe factori precum vârsta, sexul, fumatul, tensiunea arterială și colesterolul.



Includerea SCORE în suportul Prevent permite, dacă factorii de risc incluși în estimarea SCORE sunt documentați, calculul și încadrarea automată în grupele de risc CV, pentru persoanele peste 40 de ani, după cum urmează:

Risc cardiovascular:

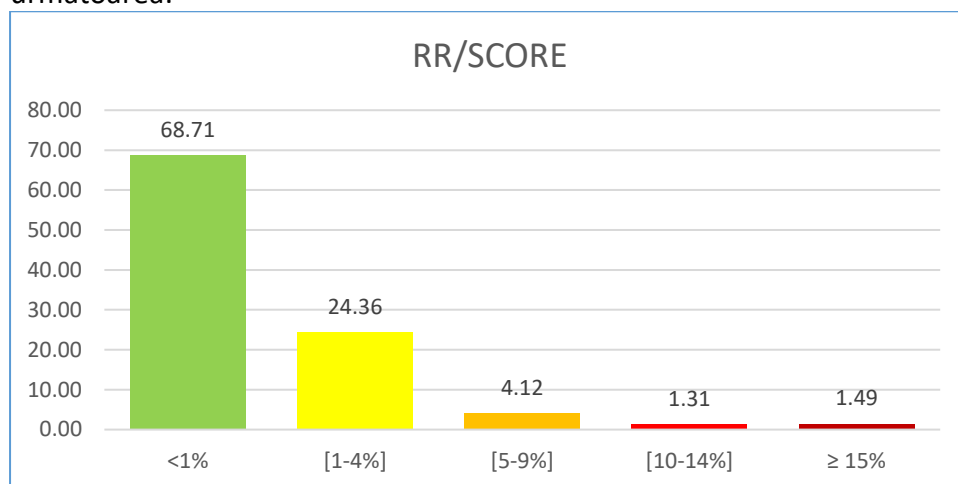
- ❖ foarte înalt:
 - SCORE $\geq 10\%$ sau
 - Diabet zaharat cu proteinurie sau cu un factor de risc major (fumat, dislipidemie, HTA) sau
 - Boală renală cronică severă (eGFR < 30 ml/min/1.73m²);
- ❖ înalt:
 - SCORE între 5 și 10%;
 - colesterol total > 310 mg/dl
 - TA $> 180/110$ mmHg
 - pacienții cu diabet zaharat > 10 ani fără afectare de organ țintă, dacă au încă un factor de risc
- ❖ moderat: SCORE între 1 și 5%;
- ❖ scăzut: SCORE $< 1\%$, fără alți factori de risc adiționali.

Definiția: Procentul pacienților care au consemnat o valoare numerică în coloana "RR/SCORE" /Total pacienți examinați preventiv.

Proporția pacienților examinați preventiv care au consemnat nivelul riscului cardiovascular global ca RR sau SCORE este de 23.31%.

Procentul scăzut este determinat în principal de neînregistrarea nivelului colesterolului total.

Distribuția pe nivele de risc CV a persoanelor examinate la care s-a calculat riscul SCORE este următoarea:



RR/SCORE	Nr	%
<1%	784	68.71
[1-4%]	278	24.36
[5-9%]	47	4.12
[10-14%]	15	1.31
≥ 15%	17	1.49
Total	1141	100.00

1.5.1.11. Proporția pacienților care au înregistrat un scor de risc cardiovascular global (RR/SCORE) $\geq$ 5% care au activat Management de Risc:

Scorul RR/SCORE este un instrument folosit pentru a estima probabilitatea de a dezvolta boli cardiovasculare majore în următorii 10 ani, bazat pe factori precum vârsta, sexul, fumatul, tensiunea arterială și colesterolul. Un scor $\geq$ 5% sugerează un risc moderat până la înalt.

Definiția: Procentul în rândul pacienților care au consemnat valori $\geq$ 5% în coloana "RR/SCORE" care au "DA" în coloana RCV-MR.

Proporția pacienților care au înregistrat un scor de risc cardiovascular global (RR/SCORE) $\geq$ 5% și care au activat Management de Risc este de 40.74%

Proporția de 40.74% poate reflecta o serie de aspecte despre calitatea și eficacitatea managementului de risc cardiovascular în practică, de la erori de înregistrare a unor măsurători de altfel existente/efectuate, la bariere în accesul la îngrijire (de timp, echipamente, acces limitat la analize de laborator sau lipsa recepționării la timp a unor rezultate de laborator) sau/și a conștientizării insuficiente privind importanța activării și menținerii unui plan de management al riscului cardiovascular.

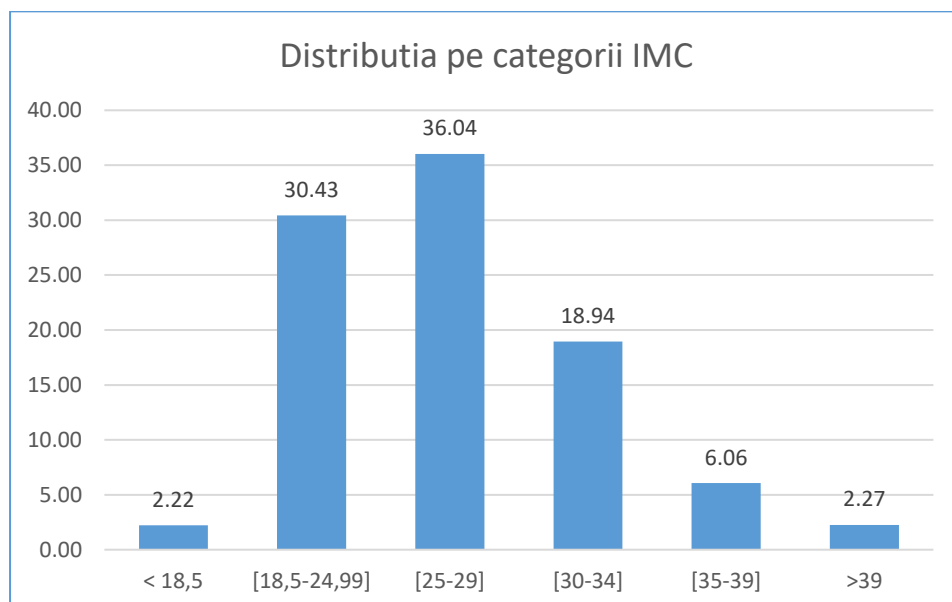
1.5.2. Indicatori epidemiologici

1.5.2.1. Profilul populației examinate din punct de vedere al greutateii corporale (distribuția procentuală pe categorii IMC)

Studiile epidemiologice au demonstrat că indivizii cu un IMC în intervalul de obezitate prezintă un risc semnificativ crescut pentru evenimente cardiovasculare majore, comparativ cu cei cu un IMC în limite normale. De exemplu, o meta-analiză a arătat că fiecare creștere de 5 kg/m² în IMC este asociată cu un risc aproximativ cu 30% mai mare de boală coronariană.

Definiția: IMC distribuția procentuală pe categorii IMC (coloana IMC): < 18,5; 25-29; 30-34; 35-39, >39.

Distribuția IMCului în populația evaluată arată o tendință îngrijorătoare spre supraponderalitate și obezitate, cu implicații importante asupra nevoilor de organizare și furnizare de intervenții de suport la nivel de cabinete de medicina familiei și nu numai.



IMC	Nr	%
< 18,5	109	2.22
[18,5-24,99]	1491	30.43
[25-29]	1766	36.04
[30-34]	928	18.94

[35-39]	297	6.06
>39	111	2.27
Null	198	4.04
Total	4900	100.00

1.5.2.2. Profilul populației examinate din punct de vedere al adipozității abdominale (distribuția procentuală pe categorii: risc scăzut <80 F și <94 B, risc crescut 80-88 F și 94-102 B, risc foarte crescut >88 F și > 102 B)

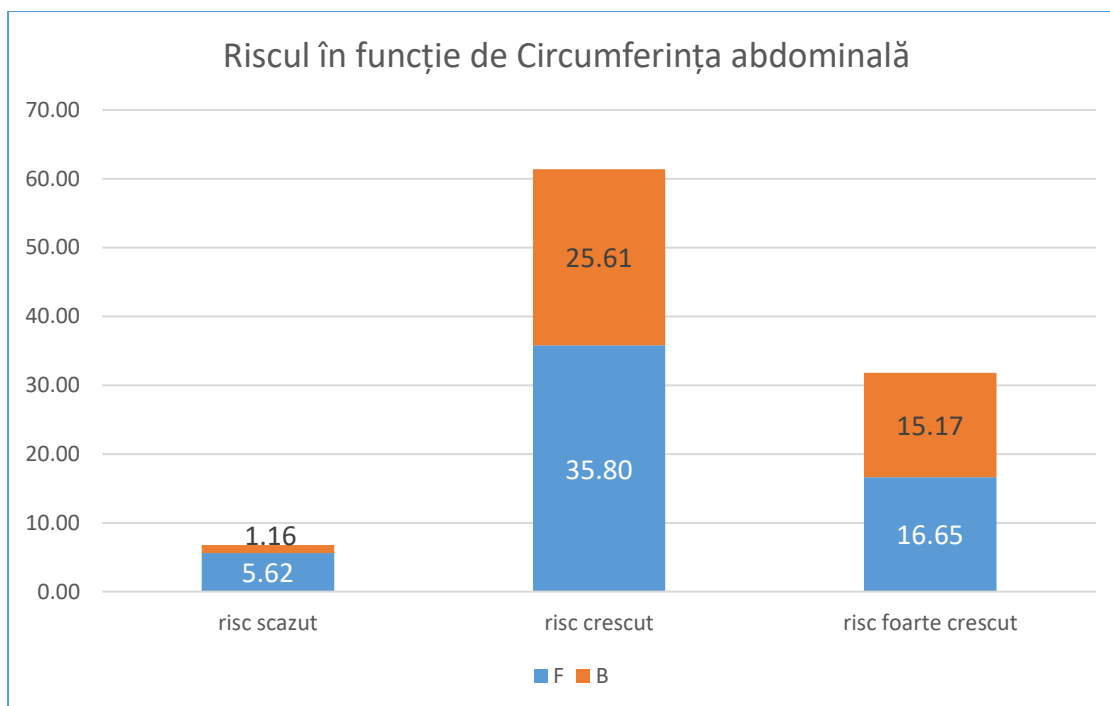
Adipozitatea viscerală este deosebit de periculoasă datorită profilului său metabolic activ. Grăsimile stocate în jurul organelor interne secretă citokine proinflamatorii și adipokine care pot induce starea de inflamație sistemică și rezistență la insulină, facilitând dezvoltarea aterosclerozei.

Încadrarea adipozității abdominale pe categorii de risc se face în funcție de următoarele praguri:

Risc	F	B
risc scazut	<80 cm	<94 cm
risc crescut	[80-88]cm	[94-102] cm
risc foarte crescut	>88 cm	>102 cm

Definiția: distribuția procentuală pe categorii de risc dpdv al circumferinței abdominale (coloana Circ.Abdom): risc scăzut <80 F și <94 B, risc crescut 80-88 F și 94-102 B, risc foarte crescut >88 F și > 102 B.

Distribuția indică o prevalență înaltă a adipozității abdominale cu risc crescut sau foarte crescut, cu implicații majore pe termen lung pentru sănătatea persoanelor evaluate. Situația indică necesitatea planificării de intervenții de suport importante, resurse dedicate (de timp, financiare, educație etc) pentru a preveni apariția de complicații grave de sănătate cum ar fi diabetul de tip 2, hipertensiunea arterială, și bolile cardiovasculare.



Risc	F	B	Total
risc scazut	257	53	310
risc crescut	1638	1172	2810
risc foarte crescut	762	694	1456
Total	2657	1919	4576

Risc	F%	B%	Total
risc scazut	5.62	1.16	6.77
risc crescut	35.80	25.61	61.41
risc foarte crescut	16.65	15.17	31.82
Total	58.06	41.94	100.00

1.5.2.3. Proportia în populația examinată a persoanelor cu valori ale TA $\geq$ 140/90 mmHg:

În eșantionul "Totul pentru inima Ta", prevalența TA crescute a fost de **43,4%**.

Definiția: Procentul în rândul persoanelor examinate al indivizilor care au consemnat în coloanele TAS/TAD valori $\geq$ 140 /90.

Proporția în populația examinată a persoanelor cu valori ale TA $\geq$ 140 /90 mmHg a fost de 9.86%:

1.5.2.4. Profilul populației examinate din punct de vedere al Tensiunii Arteriale

(distribuția procentuală pe categorii: < 140/90; [140/90 -159/99]; [160/100-179/109]; $\geq$ 180 /110 mmHg).

Categorii TA	Nr	%
< 140/90	4138	84.50
140/90 -159/99	377	7.70
160/100-179/109	95	1.94
$\geq$ 180 /110	19	0.39
NA	268	5.47
Total	4897	100.00

Majoritatea persoanelor examinate au tensiunea arterială normală (84,5%).

Un procent mic, dar semnificativ, au pre-hipertensiune sau hipertensiune de grad 1 (7,70%).

Un procent foarte mic au hipertensiune de grad 2 și grad 3 (1,94%, respectiv 0,39%).

La 5,47% datele lipsesc sau nu au putut fi utilizate.

1.5.2.5. Proporția pacienților încadrați într-o categorie de risc semnificativ pentru dislipidemie

Definiția: Procentul pacienților care au consemnat Da în coloana "Risc dislipidemie"(AH)

Proporția pacienților încadrați într-o categorie de risc semnificativ pentru dislipidemie este de 12,63%.

1.5.2.6. Proporția pacienților încadrați într-o categorie de risc semnificativ cardiovascular

Definiția: Procentul pacienților care au consemnat Da în coloana "Risc CV" (AG)

Proporția pacienților încadrați într-o categorie de risc semnificativ cardiovascular este de 12,65%

1.5.2.7. Proporția pacienților încadrați într-o categorie de risc semnificativ pentru Diabetul zaharat

Definiția: Procentul pacienților care au consemnat Da în coloana "Risc DZ" (AH)

Proporția pacienților încadrați într-o categorie de risc semnificativ pentru Diabetul zaharat este de 12,63%.

1.5.2.8. Proporția pacienților cu valori crescute ale colesterolului total în rândul populației examinate preventiv

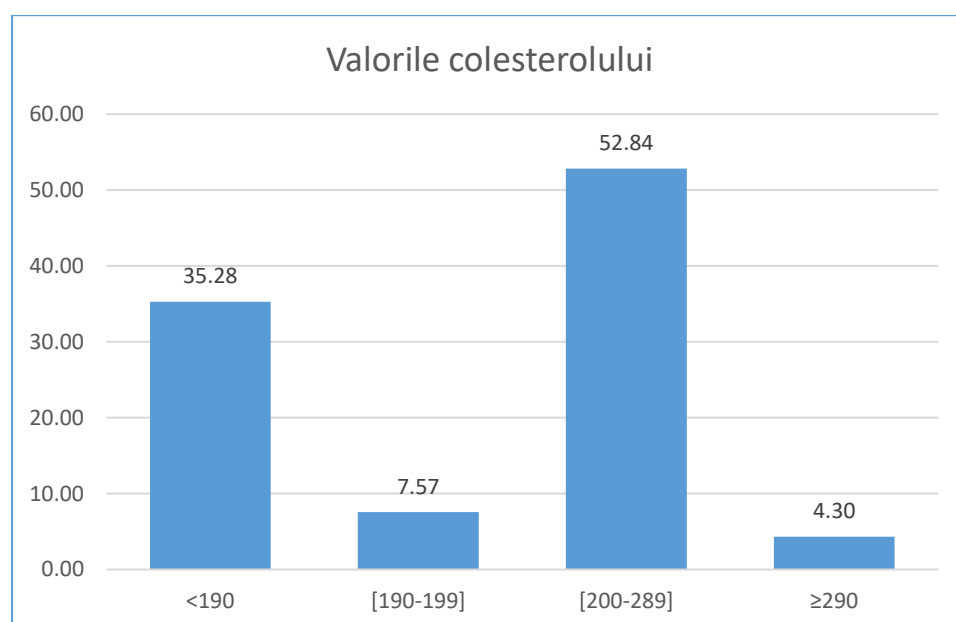
Definiția: Procentul pacienților care au consemnat valori ale colesterolului total ≥ 190 mg/dl în coloana "Colest" (AJ)

Proporția pacienților cu valori crescute ale colesterolului total în rândul populației examinate preventiv este de 7,67%.

1.5.2.9. Profilul valorilor colesterolului în populația examinată preventiv

Definiția: Distribuția procentuală pe paliere valorice a colesterolului total în rândul populației examinate preventiv, coloana "Colest" (AJ): < 190 mg/dl; [190-199 mg/dl]; [200-289]; ≥ 290 mg/dl

Profilul valorilor colesterolului în populația examinată preventiv este următorul:

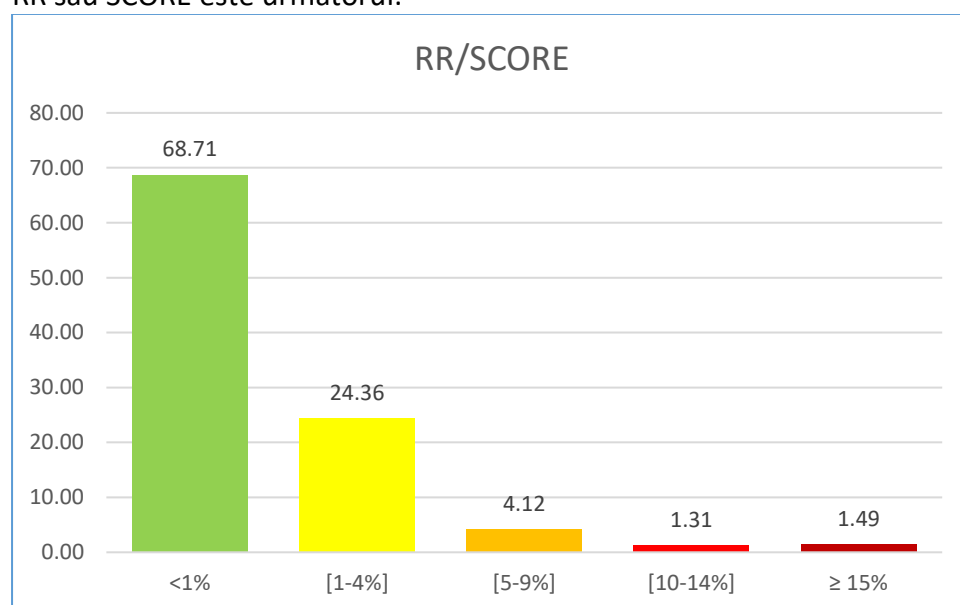


Colesterol	Nr	%
<190	205	35.28
[190-199]	44	7.57
[200-289]	307	52.84
≥290	25	4.30
Total	581	100.00

1.5.2.10. Profilul populației examinate din punct de vedere al nivelului riscului cardiovascular global ca RR sau SCORE

Definiția: Distribuția procentuală pe paliere valorice a înregistrărilor în coloana "RR/SCORE" (AM): <1%; [1-4%]; [5-9%]; [10-14%]; ≥ 15%

Profilul populației examinate din punct de vedere al nivelului riscului cardiovascular global ca RR sau SCORE este următorul:



RR/SCORE	Nr	%
<1%	784	68.71
[1-4%]	278	24.36
[5-9%]	47	4.12
[10-14%]	15	1.31
≥ 15%	17	1.49
Total	1141	100.00

II. INTERVENȚII PREVENTIVE INTEGRATE LA COPII

Indicatori prevenție la copil

Examinarea preventivă a copilului între 0 și 24 de luni implică o serie de evaluări periodice efectuate de către profesioniștii din sănătate pentru a se asigura că dezvoltarea fizică, emoțională și cognitivă a copilului este în parametri normali și pentru a interveni precoce în cazul unor potențiale probleme.

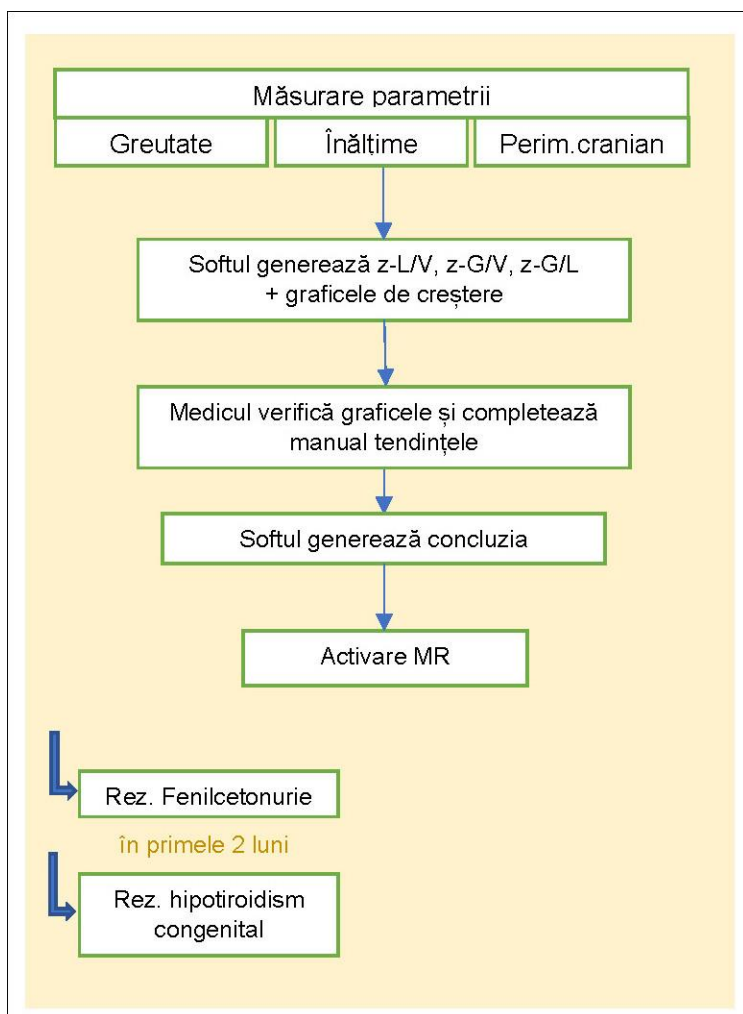
Conținutul evaluării preventive la copilul 0-24 de luni include:

- evaluarea creșterii: măsurarea greutatei, înălțimii și perimetrului cranian, parametri esențiali de comparare a creșterii copilului în raport cu populația de referință (conformitatea cu graficele standardizate, cum ar fi cele ale OMS). Aceste măsurători ajută la identificarea potențialelor probleme de creștere, cum ar fi întârzierea creșterii, malnutriția etc.
- evaluarea dezvoltării senzoriale și motorii: verificarea dezvoltării motorii grosiere și fine, precum și a funcțiilor senzoriale (văz, auz).
- screeningul dezvoltării cognitive și emoționale: evaluarea abilităților cognitive și emoționale pentru a detecta eventuale întârzieri sau probleme, cum ar fi tulburările din spectrul autismului sau alte probleme comportamentale.
- examenul fizic pentru a identifica orice anomalii.
- vaccinările: Asigurarea că toate vaccinările sunt la zi conform programului național de imunizare.
- evaluarea nutriției copilului, inclusiv alăptarea, introducerea alimentelor solide și monitorizarea pentru alergii alimentare sau intoleranțe, administrarea de suplimente alimentare.
- educația părinților: oferirea de informații și resurse părinților despre îngrijirea adecvată a copilului, tehnici de parenting, siguranța copilului și dezvoltarea acestuia.

Procedurile clinice care se desfășoară în cabinetul medicului de familie pentru monitorizarea și promovarea unei creșteri și dezvoltări sănătoase la copilul 0-24 de luni includ:

- Măsurarea exactă a greutății, lungimii sau înălțimii și a circumferinței craniene (pentru sugari);
- Plasarea precisă a acestor măsurători pe graficele de creștere corespunzătoare, fie manual, fie automat;
- Interpretarea adecvată a curbei de creștere a copilului;
- Discuții cu părinții despre rezultate și stabilirea comună a pașilor următori în funcție de situația specifică a copilului.

Procesul este cel sugerat în algoritmul de mai jos:



1. Indicatori de prevenție la copilul 0-24 luni

Indicatori de calitate

1. Proporția consultațiilor care au evaluarea completă a creșterii și dezvoltării prin toate cele 3 scoruri Z:

Scorurile Z cuantifică abaterea mărimilor antropometrice ale unui subiect (cum ar fi greutatea, lungimea, perimetrul cranian) față de media sau mediana populației de referință, exprimată în unități de deviație standard. Acest sistem permite nu doar evaluarea individuală, dar și analize statistice agregate ale unor grupuri, incluzând calculul mediei și al deviației standard a scorurilor Z.

Mediana (scorul Z = 0) indică conformitatea cu norma populațională.

Curbele normale de creștere și dezvoltare nu ar trebui să depășească liniile -2 și +2 ale scorului Z.

Liniile reprezentând scorurile Z de la -3 la +3 demarcă gradul de abatere față de normalitate, cu creșterea distanței de la mediană sugerând o probabilitate crescândă a unei anomalii de creștere.

Mentținerea unei traiectorii constante într-un interval definit de linii Z sugerează o creștere normală și armonioasă. Intersecția curbelor de creștere cu două sau mai multe linii Z poate semnala un risc potențial.

Pentru copiii 0-4 ani, înregistrarea fatelor se face în secțiunea Măsurători – Dezvoltare staturo-ponderală corespunzătoare vârstei:

Definiție: procentul consultațiilor care au consemnat 3 scoruri Z în coloana "Concluzia" (P)

Proporția consultațiilor care au evaluarea completă a creșterii și dezvoltării prin toate cele 3 scoruri Z este de 90.81%.

Rezultatul de 90.81% din consultații preventive incluzând o evaluare completă a creșterii și dezvoltării copiilor prin utilizarea celor trei scoruri Z, lungimea pentru vârstă, greutatea pentru talie, și greutatea pentru vârstă arată că majoritatea consultațiilor pediatrice acoperă evaluări comprehensive ale creșterii și dezvoltării copiilor. Aceasta sugerează că este probabil ca problemele de sănătate legate de creștere să fie detectate și abordate eficient pentru o foarte mare parte dintre copii.

Este important să se examineze motivele pentru care aproximativ 10% din consultații nu includ evaluările complete și să se identifice barierele existente – fie ele de natură logistică, de timp, de formare a personalului sau de acces la echipamentele necesare.

2. Proporția consultațiilor la vârste ≤ 6 luni care au consemnat informații despre screeningul fenilcetonuriei

Fenilcetonuria (PKU) este o boală metabolică ereditară, caracterizată prin deficiența sau absența unei enzime hepatice esențiale, fenilalanin hidroxilaza, esențială pentru metabolizarea fenilalaninei în tirozină, ceea ce conduce la acumularea fenilalaninei în sânge și țesuturile organismului, determinând probleme neurologice, inclusiv deteriorarea funcției cognitive și retard mental, dacă nu este tratată.

Screening-ul pentru PKU este parte a programului de screening neonatal universal, efectuat imediat după naștere, în maternitate, pentru a identifica cât mai curând posibil copiii care necesită intervenții imediate pentru a preveni consecințele adverse ale bolii. În cazul în care testul inițial indică o concentrație anormal de înaltă a fenilalaninei, sunt efectuate teste suplimentare pentru a confirma diagnosticul de PKU.

Părinții și medicii de familie sunt înștiințați în legătură cu rezultatul testării. Aceștia din urmă trebuie să documenteze rezultatul în fișa copilului, de îndată ce îl primesc. În caz de rezultat sugerând boala trebuie să trimită copilul pentru testare diagnostică.

Definiție: procentul consultațiilor pe tip fișă [1 săpt-6 luni] (coloana "tip fișă"-H) care au consemnat Da sau Nu în coloana "Fenilcetonurie" (Q)

Proporția consultațiilor la vârste ≤ 6 luni care au consemnat informații despre screeningul fenilcetonuriei: 35.02

Rezultatul de 35.02% pentru proporția consultațiilor la vârste ≤ 6 luni care au consemnat informații despre screeningul fenilcetonuriei sugerează că mai puțin de jumătate din totalul consultațiilor pentru această grupă de vârstă a inclus un screening pentru fenilcetonurie (PKU) sau respectivii medici nu au documentat screeningurile efectuate.

Un astfel de rezultat indică necesitatea ca toți medicii și asistentele să fie reinformați și instruiți privind importanța și procedurile de screening pentru PKU, respectiv importanța monitorizării ratelor de screening și evaluarea periodică a cauzele care conduc la rezultatele obținute.

3. Proporția consultațiilor la vârste ≤ 6 luni care au consemnat informații despre screeningul hipotiroidismului

Hipotiroidismul congenital, caracterizat prin deficitul de hormoni tiroidieni la naștere, este o condiție critică ce poate duce la retardare mintală și dezvoltare fizică inadecvată dacă nu este tratată.

Screeningul pentru hipotiroidismul congenital se efectuează prin analiza nivelurilor hormonului tiroidostimulator (TSH) dintr-o mostră de sânge prelevată de obicei din călcâiul nou-născutului, în maternitate, în primele zile de viață.

Definiție: procentul consultațiilor pe tip fișă [1 săpt-6 luni] (coloana "tip fișă"-H) care au consemnat Da sau Nu în coloana "Hipotiroidism" (R)

Proporția consultațiilor la vârste ≤ 6 luni care au consemnat informații despre screeningul hipotiroidismului este de 34.86%.

Rezultatul de 34.86% pentru proporția consultațiilor la vârste ≤ 6 luni care au consemnat informații despre screeningul hipotiroidismului indică fie un nivel scăzut de includere a acestui test esențial în evaluările de rutină ale nou-născuților, fie o documentare slabă a rezultatelor obținute la screening.

O astfel de rată de 34.86% în screeningul pentru hipotiroidism la copiii de vârstă ≤ 6 luni este preocupantă și indică necesitatea ca toți medicii și asistentele să fie reinformați și instruiți privind importanța și procedurile de screening, respectiv importanța monitorizării ratelor de screening și evaluarea periodică a cauzelor care conduc la rezultatele obținute.

4. Proporția consultațiilor care au evaluat Alimentația copilului

Datorită beneficiilor sale majore asupra sănătății copilului și a mamei, alăptarea exclusivă este recomandată de OMS pentru primele șase luni de viață ale copilului.

Laptele matern furnizează nutrienții esențiali, anticorpi și alți factori bioactivi care protejează împotriva infecțiilor și susțin dezvoltarea imunitară și neurologică a nou-născutului.

Evaluarea regulată a alăptării în cadrul vizitelor de rutină în asistența primară permite identificarea și abordarea precoce a oricăror probleme legate de tehnicile de alăptare, producția de lapte sau orice alte complicații care pot apărea.

Introducerea alimentației complementare este un alt jalon crucial în managementul nutrițional pediatric, care ar trebui să înceapă la vârsta de aproximativ șase luni. Această etapă este esențială pentru a satisface cerințele nutriționale crescute ale copilului și pentru a promova dezvoltarea abilităților motorii orale și acceptarea diversității alimentare.

Evaluarea alimentației complementare în asistența primară asigură că alimentele introduse sunt adecvate vârstei, oferind suficienți nutrienți și energie, și că se respectă secvența optimă de introducere a alimentelor pentru a minimiza riscurile legate de introducerea precoce a anumitor alimente.

Profesioniștii din asistența primară trebuie să urmeze următorii pași:

- Monitorizarea indicilor de creștere și a curbelor de creștere bazate pe scoruri Z.
- Evaluarea frecvenței și volumului meselor la sân sau biberon.
- Alimentația responsivă, la cerere, cunoscând și interpretând corect semnele de foame și de sațietate ale copilului.
- Discutarea și planificarea introducerii alimentelor solide, cu accent pe evitarea introducerii premature.

Definiție: procent consultații care au consemnat valori (rezultate ale evaluării) în coloana "Alimentație" (AB)

Proporția consultațiilor care au evaluat Alimentația copilului este de 100%.
--

Rezultatul sugerează că fiecare consultație a inclus o evaluare a alimentației copilului, o componentă crucială în asigurarea unei dezvoltări sănătoase și indică înțelegerea importanței acestui aspect de către medicii și asistentele medicale din cabinetele de medicina familiei.

5. Proporția consultațiilor la vârste ≥ 6 luni care au consemnat numărul de grupe alimentare

Pentru o creștere optimă a copilului între 6 - 23 luni se recomandă ca alimentația complementară să asigure zilnic hrană din cel puțin 5 grupe alimentare dintre următoarele 8

(respectiv 1.cereale, rădăcinoase, tuberculi; 2. păstăioase, nuci; 3. produse lactate; 4. carne, pește, ficat de pasăre/alte organe; 5. ouă; 6. legume și fructe de culoare galbenă și portocalie; 7. alte fructe și legume, 8. laptele de mamă) cu frecvența și cantitatea corespunzătoare vârstei (*Dieta Minim Acceptabilă*).

Indicatorul "Dieta Minim Acceptabilă" este un instrument dezvoltat de UNICEF și OMS pentru a evalua calitatea dietei la copiii între 6 și 23 de luni. Acest indicator este esențial în monitorizarea și îmbunătățirea nutriției infantile, fiind parte a eforturilor globale de reducere a malnutriției și de promovare a unei creșteri sănătoase a copiilor.

Indicatorul "Dieta Minim Acceptabilă" are două componente principale care reflectă diversitatea alimentară și frecvența mesei, ambele esențiale pentru asigurarea unei nutriții adecvate:

1. Diversitatea Dietei (*Minimum Dietary Diversity - MDD*) – care măsoară numărul de grupe alimentare consumate de copil în decursul unei zile. Pentru ca dieta să fie considerată diversificată, copilul trebuie să consume alimente din cel puțin 5 din aceste grupe într-o singură zi.

2. Frecvența Mesei (*Minimum Meal Frequency - MMF*) – componenta evaluează dacă copiii au primit mese solide, semisolide sau moi (inclusiv lapte pentru copiii nealăptați) cu o frecvență minimă recomandată pe parcursul zilei.

Frecvența este ajustată în funcție de statutul alăptării:

- Pentru copiii alăptați: 2 mese pe zi pentru cei cu vârsta între 6-8 luni; 3 mese pe zi pentru cei cu vârsta între 9-23 luni.

- Pentru copiii nealăptați: 4 mese pe zi de alimente solide, semisolide sau moi, plus porții de lapte.

Se consideră că un copil a atins Dieta Minim Acceptabilă dacă îndeplinește ambele criterii ale indicatorului: diversitatea minimă a dietei și frecvența minimă a mesei.

Definiție: procent consultații pe tip fișă [6 luni-18 luni] (coloana "tip fișă"-H) care au consemnat valori numerice în coloana Nr.grupe alime (AN)

Proporția consultațiilor la vârste ≥ 6 luni care au consemnat numărul de grupe alimentare este de 43.27%.

Rezultatul indică faptul că mai puțin de jumătate din consultații includ o evaluare detaliată a diversității alimentare în dieta copiilor acestei categorii de vârstă, ceea ce reprezintă o lacună în evaluarea și documentarea diversității alimentare în rândul copiilor mici. Diversitatea dietetică este crucială pentru a furniza copiilor un spectru larg de nutrienți necesari pentru dezvoltarea lor fizică și cognitivă. O proporție mai mică de jumătate sugerează că mulți copii ar putea să nu primească o dietă echilibrată și variată.

Rezultatul poate avea cauze multiple, de la lipsa de conștientizare sau de prioritizare a diversității alimentare în rândul medicilor de familie, la constrângerile de timp, sau la insuficienta înțelegere a acestor aspecte.

6. Proporția consultațiilor la vârste ≥ 6 luni care au evaluat dieta copilului din punct de vedere al cantității.

Definiție: procent consultații pe tip fișă [6 luni-18 luni] (coloana "tip fișă"-H) care au consemnat rezultatele: normal, prea mare, prea mic în coloana Cantitate (AO)

Proporția consultațiilor la vârste ≥ 6 luni care au evaluat dieta copilului din punct de vedere al cantității este de 47.72%.

Rezultatul indică faptul că mai puțin de jumătate din consultații includ sau/și documentează o evaluare a dietei copilului din punctul de vedere al cantității, aspect important deoarece o alimentație adecvată ca volum este esențială pentru asigurarea nutrienților necesari creșterii și dezvoltării sănătoase.

Rezultatul poate avea cauze multiple: prioritizarea insuficientă, constrângerile de timp, formarea insuficientă.

7. Proporția consultațiilor la vârste ≥ 6 luni care au evaluat dieta copilului din punct de vedere al frecvenței

Definiție: procent consultații pe tip fișă [6 luni-18 luni] (coloana "tip fișă"-H) care au consemnat rezultatele: normal, prea mare, prea mic în coloana Frecvența (AP)

Proporția consultațiilor la vârste ≥ 6 luni care au evaluat dieta copilului din punct de vedere al frecvenței este de 47.72%.

Rezultatul indică faptul că mai puțin de jumătate din consultații includ sau/și documentează o evaluare a dietei copilului din punctul de vedere al frecvenței meselor, aspect esențial pentru întregirea imaginii globale cu privire modulul în care copiii își diversifică dieta și consumă alimente din toate grupele necesare unei creșteri sănătoase.

Frecvența consumului de alimente este un factor crucial în prevenirea deficiențelor nutriționale și a obezității.

Rezultatul poate avea cauze multiple: prioritizarea insuficientă, constrângerile de timp, formarea insuficientă, familiarizarea insuficientă cu instrumentul de suport etc.

8. Proporția consultațiilor la vârste ≥ 6 luni care au consemnat concluziile privind adecvarea alimentației complementare prin Dieta Minim Acceptabilă.

Definiție: procent consultații pe tip fișă [6 luni-18 luni] (coloana "tip fișă"-H) care au consemnat DA sau NU coloana "DMA "(AR)

Proporția consultațiilor la vârste ≥ 6 luni care au consemnat concluziile privind adecvarea alimentației complementare prin Dieta Minim Acceptabilă este de 75.51%.

Rezultatul de 75.51% referitor la proporția consultațiilor la vârste ≥ 6 luni care au consemnat concluziile privind adecvarea alimentației complementare prin Dieta Minim Acceptabilă sugerează că majoritatea consultațiilor pediatrice iau în considerare și documentează adecvarea dietelor copiilor conform acestui standard.

Discrepanța dintre valoarea înaltă a acestui indicator și valorile suboptimale ale indicatorilor precedenți indică o neconcordanță și impune atenție în interpretare.

Utilizarea acestui indicator este foarte nouă pentru cea mai mare parte a medicilor de familie, ceea ce impune elaborarea de programe EMC care să reevalueze și actualizeze aceste cunoștințe.

9. Proporția copiilor consultați înainte de vârsta de 6 luni, nealăptați exclusiv, pentru care s-a oferit consiliere pentru alăptare.

Definiție: Procentul copiilor consultați înainte de vârsta de 6 luni - tip fișă [1 săptămână-4 luni], care au consemnat valori (rezultate ale evaluării) în coloana "Alimentație" (AB) altceva decât 'Alăptat exclusiv' Pentru care este înregistrat DA în coloana "Consiliere alăptare" (AS)

Proporția copiilor consultați înainte de vârsta de 6 luni, nealăptați exclusiv, pentru care s-a oferit consiliere pentru alăptare este de 0%

Rezultatul de 0% în cazul proporției copiilor consultați înainte de vârsta de 6 luni, nealăptați exclusiv, pentru care s-a oferit consiliere pentru alăptare, indică probabil deficiențe în documentarea activității de consiliere pentru alăptarea exclusivă și, posibil și în oferirea consilierii. Este greu de crezut că această activitate nu se întâmplă. Noile programe de formare vor accentua importanța crucială a documentării acestor aspecte.

10. Proporția copiilor consultați după vârsta de 6 luni, a căror alimentație nu este conformă cu Dieta Minim Acceptabilă, pentru care s-a oferit consiliere privind alimentația complementară

Definiție: procentul copiilor consultați de la vârsta de 6 luni - tip fișă [6 luni-18 luni] (coloana "tip fișă"-H) care au înregistrat NU în coloana "DMA "(AR) la care este înregistrat DA în coloana "Cons.alim.complem" (AT)

Proporția copiilor consultați după vârsta de 6 luni, a căror alimentație nu este conformă cu Dieta Minim Acceptabilă, pentru care s-a oferit consiliere privind alimentația complementară este de 74.55%

Rezultatul de 74.55% arată că o mare parte din consultațiile pentru copii de peste 6 luni care nu respectă criteriile Dieta Minim Acceptabilă au inclus consiliere specifică pentru îmbunătățirea alimentației complementare și aceasta a fost documentată.

Consilierea în alimentația complementară este crucială pentru ca părinții să învețe și să înțeleagă importanța diversității alimentare, frecvența adecvată a meselor, și despre cum să integreze alimente din toate grupele necesare pentru o dietă echilibrată.

Este important să se identifice motivele pentru care aproximativ 25% din copii nu primesc consiliere adecvată și să se adreseze aceste lacune, fie că sunt legate de resurse, accesibilitate sau conștientizare.

Indicatori epidemiologici

11. Profilul populației examinate din punct de vedere al statusului nutrițional

Definiție: număr de Z-uri și distribuția procentuală pe categorii asociate scorului z G/T din coloana "Concluzia" (P) - "Obezitate, Exces ponderal, Risc de exces ponderal, Stare nutrițională normală, Malnutriție, Malnutriție severă"

Scorul z G/T	Nr	%
Malnutritie severa	60	3.54
Malnutritie	172	10.16
Stare nutritiionala normala	1106	65.33
Risc de exces ponderal	225	13.29
Exces ponderal	73	4.31
Obezitate	57	3.37
Total	1693	100.00

Profilul populației examinate din punct de vedere al statusului nutrițional (distribuția procentuală pe categorii asociate scorului Z G/T) indică

În context nutrițional, scorul Z pentru greutate/talie ajută la evaluarea stării nutriționale a unui individ relativ la un standard de referință populational, indicând gradul de malnutriție sau exces ponderal.

Rezultatele indică:

- Stare nutrițională normală pentru 65.33% (1106 copii) adică pentru majoritatea copiilor 0-24 de luni evaluați, ceea ce arată că majoritatea copiilor primesc nutriția adecvată necesară pentru o dezvoltare sănătoasă.
- Malnutriție severă pentru 3.54% dintre copiii evaluați (60) - indicând un deficit extrem de greutate comparativ cu înălțimea lor, ceea ce poate avea efecte devastatoare asupra dezvoltării cognitive și fizice, necesitând intervenții imediate de nutriție terapeutică și monitorizare medicală riguroasă.
- Malnutriție pentru 10.16% dintre copiii evaluați (172) - indicând o greutate sub greutatea normală pentru înălțimea lor, dar nu la niveluri extreme ca în cazul malnutriției severe și nevoia îmbunătățirii aportului nutritiv pentru a evita complicațiile pe termen lung ale malnutriției.
- Risc de exces ponderal 13.29% dintre copiii evaluați (225 de persoane) – indicând că acești copii sunt la granița superioară a greutății normale, și un aport caloric excesiv sau o dietă dezechilibrată. Este important să se intervină pentru a regla dieta și a preveni tranziția către supraponderalitate sau obezitate.
- Exces ponderal la 4.31% dintre copiii evaluați (73) – indicând o greutate peste media normală pentru înălțime și riscul crescut de probleme de sănătate pe termen lung, cum ar fi diabetul de tip 2 sau bolile cardiovasculare, chiar de la o vârstă fragedă.

- Obezitate la 3.37% dintre copiii evaluați (57) – indicând exces mare de greutate, și un risc semnificativ mai mare de a rămâne obezi pe parcursul vieții, necesitând intervenții nutriționale și de stil de viață urgente.

12. Proportia copiilor cu vârsta < 6 luni alăptați exclusiv

Definiție: Procentul copiilor consultați înainte de vârsta de 6 luni - tip fișă [1 săptăm-4 luni], care are consemnat în coloana "Alimentație" (AB) 'Alăptat exclusiv

Proportia copiilor cu vârsta < 6 luni alăptați exclusiv este de 68.70%.

13. Proportia copiilor cu vârsta între 6 și 24 luni care primesc Dieta Minim Acceptabilă

Definiție: procentul copiilor cu vârsta consultați începând cu vârsta ≥ 6 luni - tip fișă tip fișă [6 luni-18 luni] (coloana "tip fișă"-H) care au înregistrat DA în coloana "DMA "(AR)

Proportia copiilor cu vârsta între 6 și 24 luni care primesc Dieta Minim Acceptabilă este de 68.65%.
--

Rezultatul arată că majoritatea copiilor din această grupă de vârstă beneficiază de alăptarea exclusivă, care este recomandată ca fiind standardul de aur pentru nutriția infantilă. Totuși, acest procent indică și că există încă aproape o treime din copii care nu sunt alăptați exclusiv în primele lor luni de viață, ceea ce poate avea implicații importante pentru sănătatea lor.

Cel mai adesea, cauzele pentru non-alăptarea exclusivă sunt lipsa de suport din partea familiei, societății, sau chiar a personalului medical, constrângerile sociale și cele legate de locul de muncă și în puține situații probleme medicale la mamă sau copil. Înțelegerea cauzelor specifice este necesară pentru acordarea sprijinului educațional necesar, respectiv pentru găsirea metodelor celor mai adecvate de suport.

4. REZULTATE EVALUARE FEZABILITATE – ANALIZA CHESTIONARELOR

Chestionarul intitulat "**Activitatea preventivă în cabinetele MF**" cuprinde 13 întrebări și a fost dezvoltat în scopul identificării percepțiilor, atitudinii și opiniilor medicilor implicați în proiectul PDP1 al INSP cu privire la practicile curente, barierele întâmpinate și direcțiile de îmbunătățire a practicilor preventive în medicina de familie. (vezi Anexa 2)

Chestionarul cuprinde patru secțiuni/componente:

A. Locul activităților preventive în activitatea cabinetelor de medicina familiei

- date de identificare a cabinetului/medicului implicat
- date privind populația înscrisă – număr, structură per categorii de asigurați și neasigurați, structura pe grupe de vârstă: 0-3 ani, 4-18 ani, 19-59 ani, și 60+ ani.
- condiții de practică: locația cabinetului (izolat sau nu), regimul tură/contratură și prezența asistentei medicale în aceeași cameră.
- rolul asistentei medicale în activitatea preventivă: efectuarea de măsurători, administrare chestionare, educație pentru sănătate, efectuare de teste de laborator.

B. Practica activităților preventive

- modalități de furnizare a consultațiilor preventive: abordări oportuniste versus programate, la adulți și copii.
- utilizarea aplicației PREVENT: nivelul de utilizare a aplicației pentru înregistrarea intervențiilor preventive, la adulți și copii.
- durata consultațiilor: durata medie estimată a consultațiilor preventive folosind aplicația PREVENT, pentru adulți și copii.
- implementarea recomandărilor de intervenție: evaluarea gradului de implementare a diverselor măsuri preventive pentru adulți și copii.
- bariere în furnizarea serviciilor preventive: întrebări despre principalele obstacole întâmpinate în furnizarea serviciilor preventive, cu opțiuni multiple de răspuns, la adulți și copii.
- utilitatea Echipamentelor pentru Testare Rapidă (POCT): opinii despre utilitatea echipamentelor de testare rapidă în activitatea preventivă.

C. Impactul participării la Proiectul INSP-PDP1

- aprecierea impactului participării la Proiectul INSP-PDP1 prin evaluarea impactului participării la un proiect național asupra integrării activităților preventive în rutina zilnică.

D. Sugestii privind îmbunătățirea organizării activității preventive în medicina familiei

- aprecieri asupra schimbărilor necesare în organizarea activității preventive pentru stimularea unei activități preventive eficiente: aspecte financiare și organizatorice.

Rezultate

A. Locul activităților preventive în activitatea cabinetelor de medicina familie

92 de cabinete din totalul de 98 cabinete participante la proiect au completat chestionarul.



Distribuția pe județe a medicilor implicați în proiect – care au răspuns la chestionar

Distribuția cabinetelor – rural/urban

Aproximativ 2/3 din cabinetele înrolate sunt în mediul urban și 1/3 în mediul rural.

Cabinete	Nr	%
Rural	32	34.78
Urban	60	65.22
Grand Total	92	100.00

Structura populației înscrise la cabinetele înrolate indică o pondere mai mare a populației 0-18 ani în mediul rural (aprox 23%), comparativ cu populația de aceeași vârstă înscrisă la medicii din urban (aprox 17%), respectiv populații comparabile ca pondere, în rural și urban atât pentru grupa de vârstă 19-59 de ani (52 vs 56%) cât și pentru cea de peste 60 de ani (25 vs 27%).

Nr					
Mediu	0-2 ani	3-18 ani	19-59 ani	Peste 60 de ani	Total
Rural	2827	13331	36230	17133	69521

Urban	3689	18205	70357	33688	125939
Grand Total	6516	31536	106587	50821	195460

\$

Mediu	0-2 ani	3-18 ani	19-59 ani	Peste 60 de ani	Total
Rural	4.07	19.18	52.11	24.64	100.00
Urban	2.93	14.46	55.87	26.75	100.00
Grand Total	3.33	16.13	54.53	26.00	100.00

Populația înscrisă la cabinetele participante

Cabinetele participante au în îngrijire un total de 195460 de persoane, din care 169062 de asigurați (86.5%) și 26398 de neasigurați (13.5%).

Structura pe grupe de vârstă este următoarea: 6516 (3.33%) copii 0-2 ani, 31536 (16.13%) copii 3-18 ani, 106587 (54,53%) adulți 19-59 de ani, 50821 (26%) adulți 60 de ani și peste.

Constatăm că, în proiect s-au înscris în mod voluntar medici care au în îngrijire, în marea majoritate, populație de adulți. Doar 2/92 medici au o populație echilibrată de înscriși, adulți și copii.

Nr înscriși/cabinetele participante variază între 746 și 6560, cu o medie de 2538 de înscriși. Majoritatea cabinetelor (69 din cele 92 cabinete) au o populație sub 3000 de înscriși, 11/92 având între 3000 și 4000 de înscriși și 12/92 peste 4000 de înscriși. Doar 1/3 din cabinete au număr considerat echilibrat de pacienți. (sub 2000) de înscriși.

Mărimea listei

- 4 cabinete cu populație sub 1000 de înscriși
- 27 cabinete – cu populație între 1000 - 1999 de înscriși
- 38 cabinete – cu populație între 2000 - 2999 de înscriși
- 11 cabinete – cu populație între 3000 - 3999 de înscriși
- 8 cabinete - cu populație între 4000 - 4999 de înscriși
- 4 cabinete - cu populație peste 5000 de înscriși

Din cauza duratei mai lungi necesare pentru consultațiile preventive comparativ cu cele pentru cazurile acute, se așteaptă ca, acele cabinete care au un număr foarte mare de pacienți înscriși, peste medie, să nu poată oferi activități preventive consistente fără o organizare specială.

Localități izolate

Sub 10% din cabinetele participante funcționează în localități izolate.

Localitate izolata	Nr	%
Da	8	8.70
Nu	84	91.30
Grand Total	92	100.00

Tură - contratură

Aproape 1/3 din cabinetele participante funcționează în regim de tură contra-tură.

Contratura	Nr	%
Da	28	30.43
Nu	64	69.57
Grand Total	92	100.00

Medicul împarte spațiul cabinetului cu asistenta

Aproape 3/ 4 dintre medicii chestionați au raportat că își desfășoară activitatea împărțind spațiul aceluiași cabinet cu asistenta.

Cu asistenta în același cabinet	Nr	%
Da	66	71.74
Nu	26	28.26
Grand Total	92	100.00

Toate aceste condiții limitează un mod de organizare flexibilă a activităților și practica delegării activităților către (alt) personalul instruit a le efectua.

Acest aspect poate afecta în bună măsură și capacitatea de a delega părți ale evaluării preventive sau componente ale intervențiilor pentru modificarea comportamentelor, către asistenta medicală sau alt personal instruit.

B. Practica activităților preventive

Servicii preventive active versus oportuniste

În proporție covârșitoare (83%), medicii înrolați în proiect au declarat că serviciile preventive pentru adulți au fost oferite în mod oportunist.

Conform așteptărilor, medicii participanți au raportat că serviciile preventive destinate copiilor au fost prestate mai frecvent în mod activ (47%), comparativ cu cele pentru adulți (17%). De asemenea, serviciile preventive active pentru copii au fost oferite cu o frecvență apropiată cu cele oferite oportunist (53%).

Modalitate prezentare la prevenție	Adulți		Copii	
	Nr	%	Nr	%
Majoritatea în mod oportunist (când se prezintă pacientul pentru orice motiv)	76	82.61	49	53.26
Majoritatea în mod programat prin invitație activă	16	17.39	43	46.74
Grand Total	92	100.00	92	100.00

Este de așteptat ca, în activitatea de zi cu zi, cabinetele având un număr foarte mare de înscriși (peste medie) să nu poată furniza activități preventive în condițiile unei organizări obișnuite (fără secretariat, cu un număr mic de asistenți angajați, dacă funcționează într-un spațiu restrâns etc), cu atât mai mult cu cât, este demonstrat, consultațiile preventive necesită un timp îndelungat, iar o bună acoperire cu servicii preventive pentru toate grupele de vârstă necesită planificare: invitații, monitorizarea prezentărilor, rechemări, respectiv personal auxiliar pentru managementul acestor activități.

Suportul oferit de aplicația Prevent

Aplicația Prevent inclusă într-un soft de cabinet oferă suportul structurat sub formă de fișe adaptate pentru vârstă /sex al activităților de evaluare a riscurilor (chestionare validate în asistența primară), respectiv a intervențiilor de bază de modificare a riscurilor.

Utilizarea consecventă a acestor fișe susține aplicarea conformă a recomandărilor de bază ale Ghidului de Prevenție actualizat 2023, colectarea datelor esențiale și posibilitatea ulterioară a unei analize interne a calității serviciilor oferite.

Medicii înrolați au avut ca sarcină completarea a cel puțin 50 de evaluări preventive pe parcursul derulării proiectului.

Peste 54% dintre medici au declarat o bună utilizare a aplicației Prevent pentru adulți în activitatea lor clinică curentă. Peste 67% dintre medici au declarat o bună utilizare a aplicației Prevent pentru copii în activitatea lor clinică curentă. Aceste răspunsuri indică percepția medicilor privind nivelul de internalizare a activităților preventive recomandate și nivelul de cunoaștere a modului de suport, păreri influențate desigur și de barierele constatate în aplicarea activității preventive.

	Adulți		Copii	
	Nr	%	Nr	%
6. În ce măsura folosiți aplicația Prevent				
25-49%	20	21.74	14	15.22
50-80%	17	18.48	22	23.91
Peste 80 %	33	35.87	40	43.48
Sub 25%	22	23.91	16	17.39
Grand Total	92	100.00	92	100.00

Durata consultație preventive

Peste 80% dintre medicii respondenți au estimat o durată mult mai mare a consultației preventive în raport cu timpul calculat în prezent pentru o consultație obișnuită (15 minute), atât pentru consultațiile acordate adulților, cât și pentru consultațiile acordate copiilor. Aprecierea duratei a inclus doar timpul efectiv necesar în contact direct cu pacientul, nu și a timpului necesar managementului acestor activități.

Adulti

Durata medie cons	Nr	%
<15 min	17	18.48
15-30 min	61	66.30
30-60 min	14	15.22
Grand Total	92	100.00

Copii

Durata medie cons	Nr	%
<15 min	19	20.65
15-30 min	55	59.78
30-60 min	18	19.57
Grand Total	92	100.00

Gradul de implementare a diverselor măsuri preventive pentru adulți și copii.

Aprecierea subiectivă de către medicii înrolați a gradului de implementare a recomandărilor privind activitățile preventive, pe diverse componente s-a făcut răspunzând la întrebarea:

“8. Cum apreciați gradul în care implementați în prezent recomandările privind recomandările de intervenție specifică pentru următoarele categorii de riscuri la adult (conform secțiunilor Prevent)?”

Ariile de intervenție preventive pentru care au fost solicitate aprecierile respondenților au fost:

- Comportamentele (stil de viață)
- Risc cardiovascular
- Risc oncologic
- Sanatatea reproducerii
- Sanatate orală
- Sanatate mintală
- Prevenție varstnic

Respondenților li s-a cerut să aprecieze pe paliere procentuale, gradul de conformitate cu specificațiile recomandărilor de intervenție din punct de vedere al procedurilor și activităților clinice componente ale intervenției, care au fost grupate în următoarele categorii :

- Efectuarea de masuratori/ Examen obiectiv specific
- Utilizarea chestionarelor standardizate de evaluare
- Efectuarea/ înregistrarea rezultatelor pentru teste laborator/imagistice
- Activarea managementului de risc în situațiile de risc identificate

Cele 4 paliere procentuale ale nivelului de conformitate perceput în raport cu ariile de intervenție și procedurile implementate sunt :

- Sub 25%
- 25-49%
- 50-79%
- Peste 80%

Aprecierile respondenților au fost următoarele:

a. Comportamentele legate de stilul de viață

1. Masuratori/ Examen obiectiv

Peste 80 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind măsurătorile (Înălțime, Greutate, Circumferință abdominală, TA, alura ventriculară) /ex.clinic obiectiv recomandat în proporție de peste 50%. Peste 50% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%).

8A comportamente	Nr	%
25-49%	10	10.87
50-79%	28	30.43
Peste 80%	49	53.26
Sub 25%	5	5.43
Grand Total	92	100.00

2. Chestionare standardizate de evaluare

Chestionarele standardizate pentru evaluarea obiceiurilor legate de stilul de viață oferă o metodă obiectivă de evaluare a stilului de viață al pacientului. Ele ajută la evaluarea modului în care obiceiurile individuale afectează sănătatea și pot evidenția aspectele asupra cărora pacientul ar putea să lucreze pentru a-și îmbunătăți sănătatea. Pornind de la rezultatele înregistrate se pot stabili obiective realiste privind sănătatea și planuri personalizate de intervenție pentru fiecare pacient, respectiv se pot formula recomandări specifice pentru modificarea obiceiurilor nesănătoase înregistrate.

Chestionarele incluse în aplicația Prevent sunt cele validate internațional și recomandate de Ghidul de prevenție actualizat 2023: de ex Fagerstrom, Chestionar AUDIT, Chestionar GPPAQ, de identificare a comportamentelor alimentare – REAPs, depresiei.

Aproximativ 75% dintre medicii respondenți au apreciat că aplică recomandările privind evaluarea comportamentelor legate de stilul de viață utilizând chestionarele standardizate (evaluarea tiparelor alimentare, a nivelului de activitate fizică – chestionar GPPAQ, a statusului privind consumul de tutun și de alcool – chestionar AUDIT) în proporție de peste 50%. Peste 40% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%).

8B. Chestionare standardizate de evaluare [Comportamente]	Nr	%
25-49%	22	23.91

50-79%	27	29.35
Peste 80%	40	43.48
Sub 25%	3	3.26
Grand Total	92	100.00

Componenta de măsurători, respectiv cea de aplicare a chestionarelor standardizate este pentru măsurători și poate fi în mare măsură pentru chestionarele standardizate atribuita asistentului medical. Ține de modul de organizare a cabinetului cum pot fi îndeplinite practic aceste activități (este nevoie de spațiu separat de desfășurare a activităților).

3. Managementul comportamentelor la risc

Intervențiile privind modificările comportamentale legate de stilul de viață în asistența primară sunt variate ca nivel de intensitate (de bază – sfat minimal/consiliere de bază sau extinsă/aprofundată – suport pe parcursul mai multor sesiuni acordate de profesioniști instruiți) și conținut și ar trebui să fie adaptate nevoilor și preferințelor individuale ale persoanelor.

Aceste intervenții pot include:

1. Comunicarea riscului și a implicațiilor
2. Suport pentru stabilirea și planificarea unor obiective realiste de schimbare.
3. Sfat minimal scurt sau și educație despre beneficiile unui stil de viață sănătos.
4. Consiliere individuală extinsă/aprofundată – suport pe parcursul mai multor sesiuni acordate de profesioniști instruiți, pentru depășirea obstacolelor și atingerea obiectivelor formulate.
5. Monitorizare și feedback regulat pentru progres.
6. Utilizarea tehnologiei și a aplicațiilor mobile pentru urmărirea progresului și menținerea motivației.
7. Trimiterea către specialiști sau grupuri/comunități de suport, dacă este necesar

Intervențiile evaluate în cursul acestui proiect sunt doar cele de bază – sfatul minimal, educația pentru sănătate prin/sau și prin oferirea de pliante educaționale, profilaxia medicamentoasă a unor afecțiuni, administrarea de vaccinuri.

Aproximativ 75% dintre medicii respondenți au apreciat că aplică recomandările privind managementul comportamentelor legate de stilul de viață la risc: sfat minimal, educație pentru sănătate, pliante educaționale (ce pot fi desărcate din aplicația Prevent), stabilirea unor obiective comportamentale și monitorizarea atingerii acestora, în proporție de peste 50%. Peste 40% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%).

8D. Managementul de risc [Comportamente]	Nr	%
25-49%	17	18.48
50-79%	30	32.61
Peste 80%	39	42.39
Sub 25%	6	6.52
Grand Total	92	100.00

b. Riscul cardiovascular

Evaluarea riscului cardiovascular implică:

- cunoașterea riscului familial
- cunoașterea factorilor de risc psihosociali
- efectuarea măsurătorilor de bază (G, Î, IMC, CA, AV regulat/neregulat)
- aplicarea chestionarelor standardizate privind factorii de risc comportamentali
- determinări de laborator: profil lipidic, glicemie, creatinină
- estimarea riscului cv - în proiect s-au utilizat Hărțile de risc SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) respectiv scorul SCORE cu determinarea RCV fatal prin BCV în următorii 10 ani.

1. Masuratori/ Examen obiectiv

Peste 85 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind măsurătorile /ex.clinic obiectiv recomandat în evaluarea riscului cardiovascular în proporție de peste 50%. Peste 55% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%).

8A. Masuratori/ Examen obiectiv [RCV]	Nr	%
25-49%	8	8.70
50-79%	28	30.43
Peste 80%	51	55.43
Sub 25%	5	5.43
Grand Total	92	100.00

2. Chestionare standardizate de evaluare (evaluarea comportamentelor legate de stilul de viață

(– vezi mai sus)

3. Efectuare/ înregistrare rezultate teste laborator/imagistice

Posibilitatea efectuării de teste recomandate cu obținerea de rezultate pe loc (POCT- Point of care testing) în cabinetele de medicina familiei aduce beneficii importante: permite obținerea de informații imediate pentru a ghida conduita corectă; reduce timpul de așteptare al pacienților și poate elimina necesitatea de a trimite probe la laborator, ceea ce poate reduce costurile totale și timpul necesar pentru diagnostic și tratament; crește accesul la evaluări de bază acolo unde accesul la laboratoare de specialitate este limitat, cum ar fi în zonele rurale sau în zonele cu resurse medicale limitate.

Limitele utilizării POCT sunt cele referitoare la: precizia potențial redusă a unora dintre teste; teste ocazional mai scumpe și necesitatea de calificare și formare adecvată a personalului medical pentru corecta utilizare și interpretare a acestor teste.

În cadrul proiectului, medicii înrolați au primit echipamente de bază, absolut necesare pentru evaluările preventive, între care și teste de laborator rapide pentru determinarea colesterolului total, trigliceridelor și glicemiei.

Este nevoie a menționa că, pentru cabinetele care au acces facil la teste de laborator, în condițiile unei activități intense, efectuarea unor testări pe loc are impedimentul imediat al creșterii timpului necesar a fi alocat în contact direct cu persoana evaluată. În condițiile efectuării de consultații oportuniste (așa cum s-au acordat majoritatea intervențiilor preventive) suplimentul de timp necesar ar fi putut reprezenta o barieră suplimentară.

Ar mai fi de specificat, în plus, că în general, practica documentării rezultatelor de laborator în câmpuri dedicate în aplicația Prevent este consumatoare de timp, mai consumatoare decât dacă aceleași rezultate ar fi consemnate în câmpuri text (cu consecința imposibilității recuperării acestora la analiza de audit) sau comparativ cu o metodă automatizată, dezirabilă, de primire a rezultatelor direct de la laborator într-un format care să permită încorporarea lor în fișa pacientului.

Peste 67 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind efectuare/inregistrarea rezultatelor testelor de laborator/imagistice recomandate în evaluarea riscului cardiovascular în proporție de peste 50%. Peste 47% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%).

8C. Efectuare/ inregistrare rezultate teste laborator/imagistice [RCV]	Nr	%
25-49%	18	19.57
50-79%	19	20.65
Peste 80%	44	47.83
Sub 25%	11	11.96
Grand Total	92	100.00

4. Managementul de risc

Rezultatul evaluării RCV permite stratificarea riscului: cu încadrarea în nivele de risc scăzut (sub 1), mediu (1-5%), înalt (5-10%) și f. înalt (peste 10%).

Încadrarea unei persoane în clasele de risc mediu, înalt sau f. înalt implică intervenții susținute de modificare a riscului, cu o frecvență și conținut adaptate nivelului de risc identificat, prin sfat/suport pentru schimbări comportamentale (stop fumat, adoptarea unor tipare alimentare sănătoase și de mișcare, reducerea consumului problematic de alcool, scăderea în greutate, dezvoltare de abilități pentru reducerea stresului resimțit etc și o monitorizare mai atentă, cu o frecvență mai ridicată (după caz) respectiv recomandarea unor scheme medicamentoase pentru reducerea riscurilor – HTA, dislipidemie, hiperglicemie ec

Peste 77 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind managementul riscului cardiovascular în proporție de peste 50%. Peste 45% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%).

8D. Managementul de risc [RCV]	Nr	%
25-49%	16	17.39
50-79%	30	32.61
Peste 80%	42	45.65
Sub 25%	4	4.35
Grand Total	92	100.00

c. Sănătatea orală

Afecțiunile cavității bucale, cum ar fi cariile dentare, boala parodontală și alte probleme dentare, pot avea efecte negative semnificative asupra sănătății generale: risc de infecții, risc de pierdere a dinților, de complicații la nivelul sistemului digestiv. În plus, bolile parodontale și infecțiile dentare netratate sunt asociate creșterea riscului cardiovascular și chiar a riscului de cancer oral sau al tractului digestiv superior.

1. Masuratori/ Examen obiectiv

Evaluarea statusului general al cavității bucale și educarea susținută pentru menținerea unei bune igiene orale și vizitele regulate la dentist pot contribui la reducerea riscului de afecțiuni grave, inclusiv de natură cardiovasculară și cancerigenă.

Aproximativ 65 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind ex.clinic obiectiv recomandat în evaluarea riscurilor legate de sănătatea orală în proporție de peste 50%. Peste 30% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%).

8A. Masuratori/ Examen obiectiv [Sanatate Orala]	Nr	%
25-49%	22	23.91
50-79%	32	34.78
Peste 80%	29	31.52
Sub 25%	9	9.78
Grand Total	92	100.00

2. Chestionare standardizate de evaluare

Aproximativ 61 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind chestionarele standardizate recomandat în evaluarea riscurilor legate de sănătatea orală în proporție de peste 50%. Aproximativ 26% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Peste 40% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%).

8B. Chestionare standardizate de evaluare [Sanatate Orala]	Nr	%
25-49%	28	30.43
50-79%	31	33.70
Peste 80%	24	26.09
Sub 25%	9	9.78
Grand Total	92	100.00

3. Efectuare/ inregistrare rezultate teste laborator/imagistice

Aproximativ 43 % dintre respondenți au apreciat că înregistrează adecvat rezultatele testelor legate de sănătatea orală.

8C. Efectuare/ inregistrare rezultate teste laborator/imagistice [Sanatate Orala]	Nr	%
25-49%	32	34.78
50-79%	22	23.91
Peste 80%	19	20.65
Sub 25%	19	20.65
Grand Total	92	100.00

4. Managementul de risc- sănătate orală

Aproximativ 55 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările de monitorizare a persoanelor la risc pentru probleme legate de sănătatea orală în proporție de peste 50%.

8D. Managementul de risc [Sanatate Orala]	Nr	%
25-49%	29	31.52
50-79%	26	28.26
Peste 80%	25	27.17
Sub 25%	12	13.04
Grand Total	92	100.00

c. Sănătatea reproducerii

Evaluarea și managementul riscurilor legate de sănătatea sexuală și reproductivă implică un proces complex și sistematic de identificare, evaluare și gestionare a riscurilor asociate sănătății sexuale și reproducerii. Evaluarea are ca scop înțelegerea detaliată a factorilor de risc prezenți ca bază pentru elaborarea unor planuri de acțiune adecvate de prevenire și gestionare a acestora.

Implică:

- identificarea persoanelor la risc (adesea din grupuri vulnerabile) pentru riscuri legate de sănătatea sexuală și reproducere (tinerii, femeile tinere, persoanele LGBTQ+, persoanele cu dizabilități, sau migranții),
- identificarea riscurilor specifice la care sunt expuși (bolile cu transmitere sexuală (BTS), sarcinile nedorite, complicațiile asociate avortului sau problemele legate de fertilitate)
- identificarea factorilor de risc care conduc la riscurile specifice în sfera reproducerii - comportamente sexuale la risc, lipsa accesului la servicii de sănătate sexuală și reproductivă, stigmatizarea și discriminarea, lipsa educației și informațiilor adecvate, sau constrângerile socio-economice;
- oferirea de intervenții de modificare a riscului de către medicul de familie sau în colaborare cu terți (educație pentru promovarea utilizării corecte și consistente a metodelor de protecție; sfat și acces la servicii contraceptive adecvate; acces la servicii de screening,

diagnosticare și tratament pentru afecțiunile ginecologice, infertilitate, disfuncții sexuale și alte probleme de sănătate sexuală și reproductivă; sfat)

1. Masuratori/ Examen obiectiv

Măsurătorile de bază și examenul clinic abdominal, genital (după caz) pot constitui repere importante în evaluarea inițială a riscului, cu precădere în zone rurale izolate în care accesul la servicii de specialitate este limitat. Istoricul recent al dezvoltării medicinei de familie din România relevă lipsa de accent pentru dobândirea de abilități în această sferă de către medicul de familie, în condițiile unei rețele (relativ) bine dezvoltate de obstetrică ginecologie.

Aproximativ 55 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind ex.clinic obiectiv recomandat în evaluarea riscurilor legate de sănătatea reproducerii în proporție de peste 50%. Aproximativ 25% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Aproximativ 40% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%).

8A. Masuratori/ Examen obiectiv [Sanatatea Reproducerii]	Nr	%
25-49%	26	28.26
50-79%	31	33.70
Peste 80%	24	26.09
Sub 25%	11	11.96
Grand Total	92	100.00

2. Chestionare standardizate de evaluare

Ghidul de prevenție în domeniul sănătății reproductive menționează tipare de întrebări pentru identificarea unor categorii de riscuri dar nu include chestionare standardizate.

Aproximativ 57 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind întrebările recomandate în evaluarea riscurilor legate de sănătatea reproducerii în proporție de peste 50%. Aproximativ 23% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Aproximativ 43% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%).

8B. Chestionare standardizate de evaluare [Sanatatea Reproducerii]	Nr	%
25-49%	26	28.26
50-79%	33	35.87
Peste 80%	21	22.83
Sub 25%	12	13.04
Grand Total	92	100.00

3. Efectuare/ inregistrare rezultate teste laborator/imagistice

Explorările de laborator cu relevanță pentru sănătatea reproducerii sunt cele pentru identificarea BTS, teste de laborator recomandate la vizitele preconceptive, explorările privind infertilitatea, explorările pentru investigarea unor probleme de sănătate legate de reproducere decelate la momentul vizitei preventive.

Aproximativ 42 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind trimerile și documentarea rezultatelor relevante pentru sănătatea reproducerii în proporție de peste 50%. Aproximativ 20% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Aproximativ 56% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%).

Răspunsurile arată faptul că, în mod curent, abordarea sănătății reproducerii în cadrul examenelor preventive este o componentă insuficient asumată.

8C. Efectuare/ inregistrare rezultate teste laborator/imagistice [Sanatatea Reproducerii]	Nr	%
25-49%	37	40.22
50-79%	22	23.91
Peste 80%	18	19.57
Sub 25%	15	16.30
Grand Total	92	100.00

4. Managementul de risc

Evaluarea riscului în sfera reproductivă (risc de BTS, risc de sarcină nedorită sau planificare neadecvată a ritmului sarcinilor, infertilitate, pregătire neadecvată pentru o sarcină planificată) implică:

- cunoașterea riscului familial și personal – ex boli genetice, diabet, preeclampsie etc
- cunoașterea factorilor de risc psihosociali – grupuri vulnerabile pentru BTS
- efectuarea măsurătorilor de bază și a examenului clinic (după caz) – ex greutatea în presarcină e reper f important
- aplicarea chestionarelor standardizate privind factorii de risc comportamentali, respecti a întrebărilor recomandate pentru identificarea unor riscuri specifice
- determinări de laborator: screening de BTS (HIV, sifilis, gonoree, hepatită), screeninguri rec în preconcepție (IgG rubeolă, varicelă, anemie etc)

Identificarea riscului este urmată de încadrarea într-o categorie de risc și comunicarea riscului.

În acord cu riscul/riscurile identificate se oferă intervenții de modificare a riscului de către medicul de familie sau în colaborare cu terți (educație pentru promovarea utilizării corecte și consistente a metodelor de protecție; sfat și acces la servicii contraceptive adecvate; acces la servicii de screening, diagnosticare și tratament pentru afecțiunile ginecologice, infertilitate, disfuncții sexuale și alte probleme de sănătate sexuală și reproductivă; sfat)

Se aplică regulile de monitorizare a riscurilor identificate.

Aproximativ 54 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind managementul riscului pentru sănătatea reproducerii în proporție de peste 50%. Aproximativ

24% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Aproximativ 45% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%). Răspunsurile arată faptul că, în mod curent, abordarea sănătății reproducerii în cadrul examenelor preventive este o componentă insuficient asumată.

8D. Managementul de risc [Sanatatea Reproducerii]	Nr	%
25-49%	33	35.87
50-79%	28	30.43
Peste 80%	22	23.91
Sub 25%	9	9.78
Grand Total	92	100.00

d. Riscul oncologic

Ghidul de prevenție în cancer actualizat 2023, respectiv suportul decizional actualizat Prevent, acordă prioritate recomandărilor privind screeningul și managementul riscului pentru cancerul de col uterin, cancerul mamar și cancerul de colon.

1. Masuratori/ Examen obiectiv

Măsurătorile de bază și examenul clinic al sânelui, genital (după caz) sau abdominal, pot constitui repere importante în evaluarea inițială a riscului, alături de celelalte etape.

Aproximativ 73 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind ex.clinic obiectiv recomandat în evaluarea riscurilor legate de cancer în proporție de peste 50% (se corelează cu înregistrările privind examenul clinic al sânelui). Aproximativ 38% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Aproximativ 26% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%).

8A. Masuratori/ Examen obiectiv [Risc oncologic]	Nr	%
25-49%	16	17.39
50-79%	33	35.87
Peste 80%	35	38.04
Sub 25%	8	8.70
Grand Total	92	100.00

2. Efectuare/ înregistrare rezultate teste laborator/imagistice

Ghidul actualizat de cancer a adus recomandări innoite privind testele de screening recomandate cu prioritate (ex. Testare hs HPV: PapTest) cu o frecvență modificată, ex clinic al sânelui anual, ex. mamografic digital la 2 ani, test FIT pentru hemoragii oculte din scaun la 1-2 ani.

Medicii înrolați nu au beneficiat în proiect de facilități suplimentare față de medicii din rețeaua normală. Beneficii suplimentare au avut doar aceia care, în paralel, în funcție de zona geografică a cabinetului, s-au putut înrola în programele de screening concomitente de depistare a cancerului de col uterin, mamar? Sau de colon.

Pentru beneficiarii acestor cabinete screeningul a fost gratuit și accesibil. Dificultatea înregistrării rezultatelor rezidă și în faptul că, respectivele programe au avut instrumente de colectare independente de softurile de cabinet. Doar medicii conștiincioși, care au înregistrat rezultatele de 2 ori, au avut consemnate rezultatele screeningurilor și în Prevent.

Pe de altă parte, pacienții obișnuiți, neînrolați în alte programe de screening au avut acces limitat la efectuarea acestor teste.

Aproximativ 56 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind testele de screening recomandate în evaluarea riscurilor legate de cancer în proporție de peste 50%. Aproximativ 28% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Aproximativ 44% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%).

8C. Efectuare/ înregistrare rezultate teste laborator/imagistice [Risc oncologic]	Nr	%
25-49%	21	22.83
50-79%	26	28.26
Peste 80%	26	28.26
Sub 25%	19	20.65
Grand Total	92	100.00

4. Managementul de risc

Pacienții la risc de cancer au necesitat trimitere și evaluare diagnostică, respectiv preluarea în monitorizare sau tratament de către colegii din specialitățile respective.

Aproximativ 67 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind ex.clinic obiectiv recomandat în evaluarea riscurilor legate de cancer în proporție de peste 50% (se corelează cu înregistrările privind examenul clinic al sânului). Aproximativ 30% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Aproximativ 31% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%).

8D. Managementul de risc [Risc oncologic]	Nr	%
25-49%	22	23.91
50-79%	34	36.96
Peste 80%	28	30.43
Sub 25%	8	8.70
Grand Total	92	100.00

e. Sănătatea mintală

Se apreciază că problemele de sănătate sunt extrem de prevalente în populația generală, iar prezentările având la origine probleme de sănătate mintală mascate reprezintă o parte semnificativă a practicii medicale.

Riscurile pentru sănătatea mintală sunt diverse și pot fi influențate de factori genetici, experiențe traumatice, stres, condiții socio-economice precare, consumul de substanțe și stilul de viață.

Experiențele traumatice din copilărie: abuzul fizic, emoțional sau sexual, pierderea unui iubit, evenimente de viață stresante sau alte traume psihologice pot crește riscul de dezvoltare a tulburărilor de anxietate, depresiei sau tulburărilor de stres post-traumatic. Consumul de substanțe (alcool, droguri) și condițiile socio-economice precare (sărăcia, lipsa accesului la servicii de sănătate mintală, discriminarea și marginalizarea socială) pot, de asemenea, să afecteze sănătatea mintală. Tranzițiile importante din viață, cum ar fi trecerea de la școală la muncă, divorțul, pierderea unui loc de muncă sau decesul unei persoane dragi, pot fi factori de risc pentru tulburările de sănătate mintală.

Depistarea și susținerea persoanelor la risc prin trimiterea la suport specializat, oferirea de sfat și psihoeducație pentru gestionarea stresului și adoptarea unui stil de viață echilibrat, sunt intervenții la îndemâna medicului de familie.

1. Masuratori/ Examen obiectiv

Aproximativ 69 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind ex.clinic obiectiv recomandat în evaluarea riscurilor legate de sănătatea mintală în proporție de peste 50%. Aproximativ 37% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Aproximativ 30% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%).

8A. Masuratori/ Examen obiectiv [Sanatate mintala]	Nr	%
25-49%	21	22.83
50-79%	30	32.61
Peste 80%	34	36.96
Sub 25%	7	7.61
Grand Total	92	100.00

2. Chestionare standardizate de evaluare

Ghidul de prevenție actualizat recomandă utilizarea chestionarului cu 2 întrebări pentru stratificarea riscului de depresie, respectiv aplicarea unui chestionar diagnostic de tipul Scala de evaluare a depresiei PHQ-9 sau Scala de evaluare a anxietății GAD-7.

O serie de teste standardizate au intrat și sunt recomandate a fi folosite în asistența primară pentru diagnosticul precoce a prolemlor de tulburare cognitivă la vârstnici. (MMSE, testul Ceasului etc)

Aproximativ 70 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind aplicarea întrebărilor de screening pentru evaluarea riscului de depresie, în proporție de peste 50%. Aproximativ 33% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Aproximativ 29% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%).

8B. Chestionare standardizate de evaluare [Sanatate mintala]	Nr	%
25-49%	21	22.83
50-79%	35	38.04
Peste 80%	30	32.61
Sub 25%	6	6.52
Grand Total	92	100.00

4. Managementul de risc

Conștientizarea efectului factorilor de risc asupra sănătății mintale, identificarea acestora și educația pentru un stil de viață sănătos care promovează sănătatea mintală, sunt pașii elementari la îndemâna medicului de familie.

Intervențiile de modificare a comportamentelor dăunătoare sănătății mintale: somnul insuficient, alimentația nesănătoasă, sedentarismul, consumul de alcool, tutun, droguri, de dobândire de abilități pentru gestionarea stresului etc sunt de altfel intervenții prioritare pentru managementul sănătății generale, în cadrul prevenției integrate.

Aproximativ 63 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind ex.clinic obiectiv recomandat în evaluarea riscurilor legate de sănătatea mintală în proporție de peste 50% (se corelează cu înregistrările privind examenul clinic al sânului). Aproximativ 34% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Aproximativ 37% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%).

8D. Managementul de risc [Sanatate mintala]	Nr	%
25-49%	29	31.52
50-79%	27	29.35
Peste 80%	31	33.70
Sub 25%	5	5.43
Grand Total	92	100.00

f. Prevenția la vârstnici

1. Masuratori/ Examen obiectiv

Aproximativ 66 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind ex.clinic obiectiv recomandat în evaluarea riscurilor legate de sănătatea vârstnicului în proporție de peste 50% (se corelează cu înregistrările privind examenul clinic al sânului). Aproximativ 38% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Aproximativ 34% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%).

8A Masuratori Preventie varstnici	Nr	%
25-49%	26	28.26
50-79%	26	28.26
Peste 80%	35	38.04
Sub 25%	5	5.43
Grand Total	92	100.00

2. Chestionare standardizate de evaluare

Aproximativ 64 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind ex.clinic obiectiv recomandat în evaluarea riscurilor legate de sănătatea vârstnicului în proporție de peste 50% (se corelează cu înregistrările privind examenul clinic al sânului). Aproximativ 33% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Aproximativ 36% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%).

8B. Chestionare standardizate de evaluare [Preventie varstnic]	Nr	%
25-49%	28	30.43
50-79%	29	31.52
Peste 80%	30	32.61
Sub 25%	5	5.43
Grand Total	92	100.00

3. Efectuare/ înregistrare rezultate teste laborator/imagistice

Aproximativ 61 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind ex.clinic obiectiv recomandat în evaluarea riscurilor legate de sănătatea vârstnicului în proporție de peste 50% (se corelează cu înregistrările privind examenul clinic al sânului). Aproximativ 36% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Aproximativ 39% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%).

8C. Efectuare/ înregistrare rezultate teste laborator/imagistice [Preventie varstnic]	Nr	%
25-49%	24	26.09
50-79%	23	25.00
Peste 80%	33	35.87
Sub 25%	12	13.04
Grand Total	92	100.00

4. Managementul de risc – prevenția vârstnicului

Aproximativ 65 % dintre respondenți au apreciat că aplică recomandările privind ex.clinic obiectiv recomandat în evaluarea riscurilor legate de sănătatea vârstnicului în proporție de peste 50% (se corelează cu înregistrările privind examenul clinic al sânului). Aproximativ 37% dintre aceștia au apreciat că le aplică în măsură foarte mare (peste 80%). Aproximativ 35% dintre medici au apreciat că le aplică în măsură mică sau foarte mică (sub 25%).

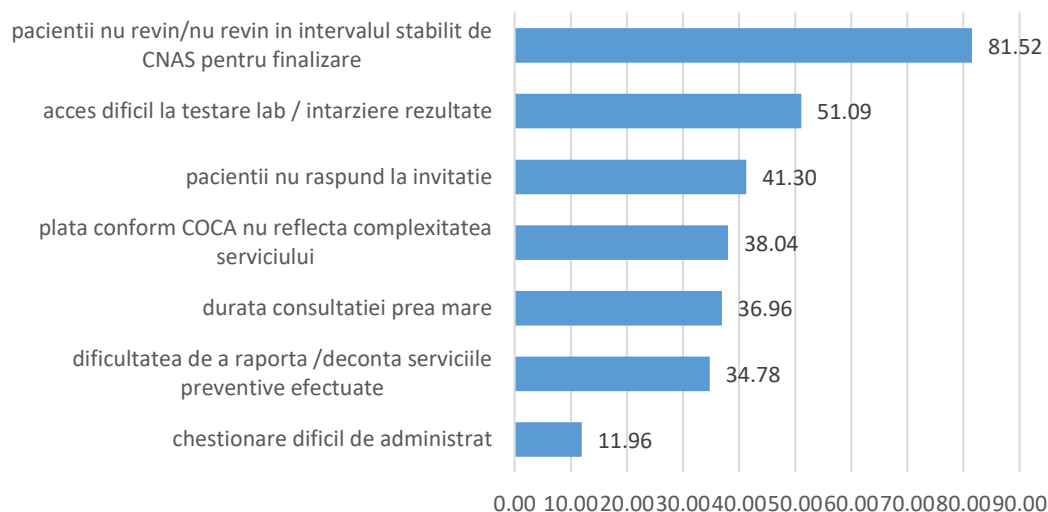
8D. Managementul de risc [Prevenție varstnic]	Nr	%
25-49%	26	28.26
50-79%	26	28.26
Peste 80%	34	36.96
Sub 25%	6	6.52
Grand Total	92	100.00

Bariere în furnizarea serviciilor preventive

La adulti

Intrebarea 9 Bariere în implementarea consultațiilor preventive	Nr	%
chestionare dificil de administrat	11	11.96
dificultatea de a raporta /deconta serviciile preventive efectuate	32	34.78
durata consultatiei prea mare	34	36.96
plata conform COCA nu reflecta complexitatea serviciului	35	38.04
pacientii nu raspund la invitatie	38	41.30
acces dificil la testare lab / intarziere rezultate	47	51.09
pacientii nu revin/nu revin in intervalul stabilit de CNAS pentru finalizare	75	81.52
Respondenti	92	100.00

9. Cele mai importante bariere in furnizarea serviciilor preventive la adult conform PREVENT



Alte raspunsuri:

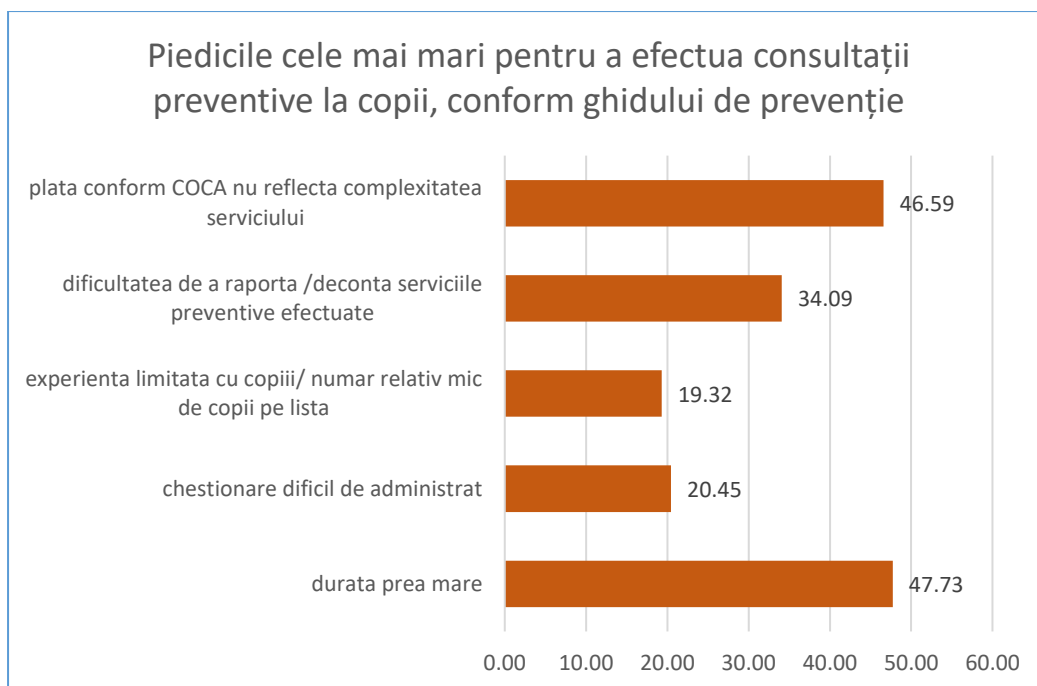
telemedicina nerecunoscuta

Pacientii vin doar cand sunt bolnavi

Timp suficient alocat prevenirii este vara cand avem putine consultatii. Dar vara putini pacienti sunt dispusi sa vina la consulturi medicale .

La copii

Raspuns Intrebarea 10	Nr	%
durata prea mare	42	47.73
chestionare dificil de administrat	18	20.45
experienta limitata cu copiii/ numar relativ mic de copii pe lista	17	19.32
dificultatea de a raporta /deconta serviciile preventive efectuate	30	34.09
plata conform COCA nu reflecta complexitatea serviciului	41	46.59
Respondenti	88	100.00



Alte raspunsuri:

lipsa de flexibilitate in gestionarea timpului alocat serviciului,
imposibilitatea recunoasterii serviciilor implementabile prin consultatii
la distanta

informarea eronata a parintilor din surse nemedicale

Nu sunt piedici

Numarul mare de consultatii ma face sa nu acord suficient timp pt discutia cu
parintii.

Parcurg toti itemii , dar uneori in viteza prea mare din cauza timpului
prea scurt.

Nu vin in luna de nastere, ar dori in vacante

Reticenta pacientilor

Utilitatea echipamentelor

Fiecare dintre cabinetele participante au primit un chit de prevenție alcătuit din: calculator, acces la modulul Prevent, un mini EKG, un holter de monitorizare la domiciliu a tensiunii arteriale (ABPM), testere si teste pentru determinarea pe loc a glicemiei, colesterolului, trigliceridelor.

Alături de alte dotări de bază a oricărui cabinet de medicina familiei, componentele kitului de prevenție oferite medicilor înrolați au fost considerate ca fiind cele minimale necesare desfășurării unor activități preventive de bună calitate.

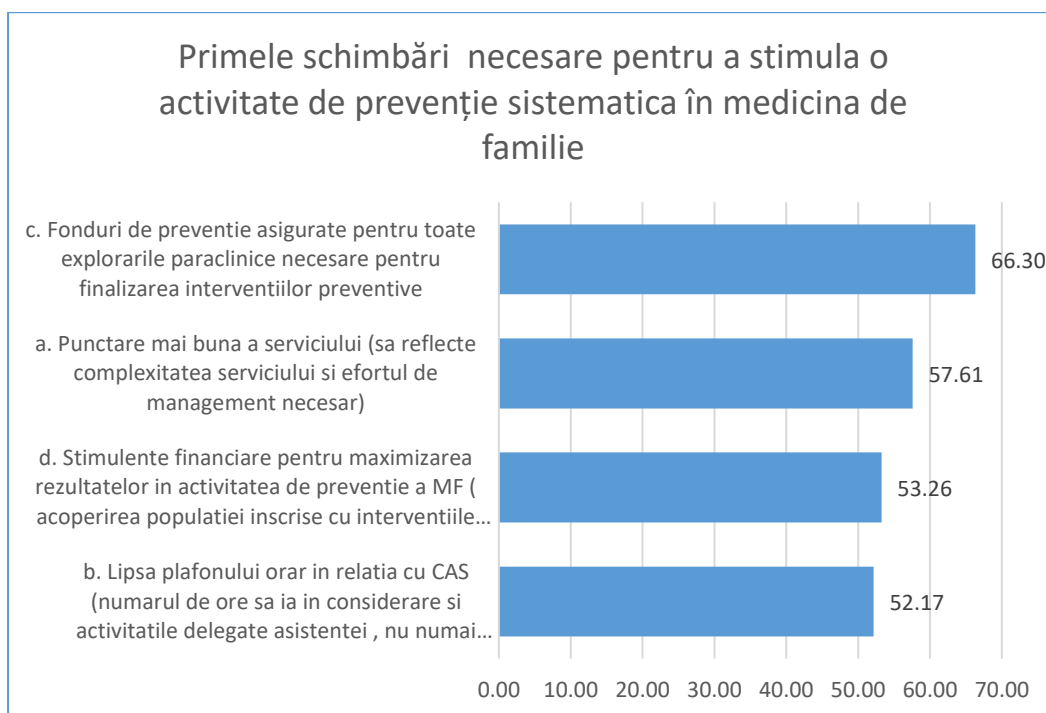
Aproximativ 60 % dintre respondenți au considerat echipamentele ca foarte utile, 25 % le – au considerat indispensabile, în timp ce sub 1/5 le au considerat utile în mică măsură. Ar fi de explorat în continuare care este explicația pentru aceste opinii.

Utilitatea echipamentelor	Nr	%
Complet inutile	2	2.17
Indispensabile	23	25.00
Utile in mare masura	54	58.70
Utile In mica masura	13	14.13
Grand Total	92	100.00

Schimbări necesare

13. Care din urmatoarele considerati ca sunt primele 2 schimbări necesare pentru a stimula o activitate de prevenire sistematica in medicina de familie ?

Raspuns Int.13	Nr	%
b. Lipsa plafonului orar in relatia cu CAS (numarul de ore sa ia in considerare si activitatile delegate asistentei , nu numai timpul medicului)	48	52.17
d. Stimulente financiare pentru maximizarea rezultatelor in activitatea de prevenire a MF (acoperirea populatiei inscise cu interventiile recomandate, conformitatea cu recomandarile din ghidurile de prevenire)	49	53.26
a. Punctare mai buna a serviciului (sa reflecte complexitatea serviciului si efortul de management necesar)	53	57.61
c. Fonduri de prevenire asigurate pentru toate explorarile paraclinice necesare pentru finalizarea interventiilor preventive	61	66.30
Respondenti	92	100.00



Răspunsurile la chestionar, rapoartele mentorilor cât și interviurile și discuțiile structurate cu medicii implementatori au arătat că cea mai importantă barieră citată de către participanți este lipsa timpului.

Parcursul corect al tuturor etapelor componente ale consultației preventive este consumatoare de timp, presupune atenție și răbdare atât din partea medicului cât și a pacientului. În mod special actuala paradigmă a Contractului Cadru de a limita timpul de lucru al medicului la un număr fix de consultații de 15 minute este nefavorabilă inițierii de consultații complexe, fiind recunoscută ca unul din motivele pentru care există un număr atât de redus de servicii preventive raportate/ efectuate de către medicii de familie. Cu atât mai mult, în perioade de vârf pentru patologii acute (de exemplu infecții respiratorii acute în sezonul rece) posibilitatea de a include consultații de prevenție pe lângă cele acute este practic inexistentă.

Necesitatea de a include în concluziile evaluării integrate a riscului individual a unor investigații paraclinice (realizate în afara cabinetului) îngreunează suplimentar posibilitatea finalizării consultației preventive integrate de evaluare a riscului datorită întârzierilor frecvente în primirea rezultatelor. Adesea unele dintre investigații nu sunt realizate datorită lipsei fondurilor pentru prevenție la nivelul furnizorilor de servicii paraclinice. În acest sens se apreciază că utilizarea unor dispozitive de testare rapidă la cabinet (POCT- Point of Care Testing) este de natură să optimizeze fluxul acestor consultații. Deși datorită unor bariere administrative de natură obiectivă, echipamentele și consumabilele destinate testărilor la cabinet au fost introduse cu întârziere în procesul clinic de prevenție , totuși majoritatea medicilor le-au apreciat ca fiind extrem de necesare.

De asemenea terminologia Contractului Cadru în ceea ce privește prevenția, multitudinea de formate de raportare a serviciilor și neclarități privind posibilitățile de raportare a consultațiilor preventive realizate în aplicația PREVENT au constituit un alt motiv pentru care mulți medici de familie au realizat serviciile preventive fără a le documenta în aplicație.

Nu în ultimul rând, un număr semnificativ de medici de familie nu erau familiarizați cu folosirea aplicației fiind necesare webinarele de demonstrații și Q&A pentru a le oferi aptitudinile necesare în utilizarea maximală a aplicației PREVENT.

În ciuda dificultăților mai-sus amintite majoritatea covârșitoare a medicilor de familie au exprimat satisfacții profesionale superioare prin utilizarea aplicației PREVENT pentru oferirea unor consultații preventive de calitate, la cele mai înalte standarde profesionale, către pacienții examinați. Toți consideră că practica lor clinică este mult îmbunătățită prin aplicarea sistematică și adecvată a recomandărilor de prevenție către toți pacienții examinați, grație algoritmului clinic integrat aplicației PREVENT , care personalizează formularul de prevenție conform grupelor de vârstă-sex și a riscurilor semnificative individuale.

Utilizarea aplicației devine tot mai facilă pe măsură ce se dobândește exercițiul necesar, printr-o folosire consecventă. Design-ul prietenos și intuitiv, precum și facilitățile de memorare și redare a datelor introduse, ușurează mult repetarea consultațiilor la aceeași persoană. O trăsătură foarte apreciată este generarea automată a concluziilor și recomandărilor de management al riscului de către algoritmi clinici integrați în spatele interfeței.

5.CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Concluziile auditului clinic privind conformitatea practicilor clinice în raport cu recomandările releva ca implementarea recomandărilor Ghidului de Prevenție prin intermediul aplicației PREVENT a fost eficientă în 100 de cabinete de medicină familie, acoperind atât mediul urban cât și cel rural.

Medicii au fost bine pregătiți și echipați pentru a oferi consultații preventive :

1. Consultațiile Preventive: 88.33% din consultațiile preventive pentru adulți au abordat riscurile comportamentale legate de stilul de viață, cum ar fi activitatea fizică, alimentația, fumatul și consumul de alcool. Acest lucru indică o implementare eficientă a recomandărilor preventive.
2. Evaluarea și Intervenția asupra Fumatului: 93.63% dintre consultații au consemnat statusul de fumător. Totuși, doar 30.66% dintre evaluările preventive pentru fumătorii zilnici sau ocazionali au inclus oferirea sfatului scurt structurat de renunțare, sugerând un spațiu de îmbunătățire.
3. Activitatea Fizică: 95.14% din totalul consultațiilor preventive au evaluat nivelul de activitate fizică. Cu toate acestea, doar 56.64% dintre consultațiile la persoanele inactive sau moderat inactive au consemnat o intervenție pentru creșterea activității fizice.
4. Comportamente Alimentare: 97% dintre consultațiile preventive au adresat comportamentul alimentar. 77.78% dintre persoanele cu comportamente alimentare greșite au beneficiat de o intervenție scurtă, reflectând un angajament activ al medicilor de familie în corectarea obiceiurilor alimentare nesănătoase.
5. Risc Cardio-Metabolic: Proporția consultațiilor preventive care au adresat riscul cardio-metabolic a fost semnificativă, incluzând înregistrarea măsurărilor cheie precum IMC, TA și circumferința abdominală. Acest lucru este esențial pentru prevenirea bolilor cardiovasculare și metabolice.
6. Distribuția Riscurilor: Analiza indicatorilor epidemiologici a relevat că 28.76% din populația evaluată preventiv a fost identificată ca fumători actuali sau foști fumători, iar 10.80% au avut un istoric de fumat de peste 20 pachete-an, indicând o expunere semnificativă la riscuri de sănătate.
7. Suportul Aplicației Prevent: Aplicația Prevent a fost utilă în standardizarea și monitorizarea intervențiilor preventive, facilitând colectarea datelor și evaluarea conformității cu ghidurile actualizate.
8. Fezabilitatea și Scalabilitatea Modelului: Evaluarea fezabilității a arătat că modelul de prevenție implementat este aplicabil și scalabil la nivel național, având în vedere rezultatele pozitive obținute în cadrul proiectului pilot.

Aceste concluzii reflectă performanța și eficacitatea implementării recomandărilor preventive în cadrul proiectului, subliniind realizările și identificând domeniile pentru îmbunătățire continuă.

Analiza datelor și corelarea auditului clinic cu concluziile chestionarului privind aplicabilitatea modelului a identificat cele mai semnificative bariere în furnizarea serviciilor preventive, cum ar fi timpul limitat și organizarea consultațiilor. Abordarea acestor bariere este esențială pentru îmbunătățirea continuă a serviciilor preventive.

Barierile in implementare sunt:

1. Timpul Limitat: Medicii de familie se confruntă adesea cu un timp limitat pentru fiecare consultație, ceea ce face dificilă acoperirea tuturor aspectelor preventive necesare.
2. Resurse Umane și Materiale: Lipsa de personal medical specializat și resurse materiale adecvate poate limita capacitatea de a furniza servicii preventive complete.
3. Educația și Conștientizarea Pacienților: Nivelul scăzut de conștientizare și educație a pacienților privind importanța prevenției poate reduce eficiența intervențiilor preventive.
4. Infrastructura Inadecvată: Infrastructura limitată, în special în zonele rurale, poate reprezenta o barieră semnificativă în furnizarea de servicii preventive de calitate.
5. Suport Tehnologic: Implementarea și utilizarea noilor tehnologii, cum ar fi aplicația Prevent, necesită o perioadă de adaptare și formare a personalului medical.
6. Finanțare și Sustenabilitate: Finanțarea insuficientă și lipsa unui model sustenabil de finanțare pentru serviciile preventive pot fi bariere majore în implementarea pe termen lung.

Din analiza chestionarului, discuțiile cu medicii, monitorii și alți actori relevanți s-au conturat măsurile care pot determina depășirea barierelor identificate în implementarea serviciilor preventive, prin următoarele măsuri:

1. Prioritizarea activității de prevenție prin finanțare dedicată, revizuirea condițiilor de contractare și a mecanismelor de plată pentru stimularea acoperirii populației cu intervenții preventive esențiale și eliminarea condițiilor care restricționează oportunitățile de furnizare a serviciilor preventive .
2. Gestionarea eficientă a timpului:
 - Programarea Consultațiilor: Introducerea de sloturi de timp dedicate exclusiv consultațiilor preventive în programul zilnic al medicilor de familie.
 - Formulare Standardizate: Utilizarea formularelor standardizate și a ghidurilor de practică pentru a reduce timpul necesar pentru documentare.
3. Suplimentarea resurselor umane și materiale:
 - Angajarea de personal suplimentar: Recrutarea de asistenți medicali și de personal administrativ suplimentar pentru a sprijini medicii în activitățile preventive.
 - Echipamente adecvate: asigurarea că toate cabinetele sunt dotate cu echipamentele necesare pentru evaluări preventive, cum ar fi monitoare de tensiune arterială, glucometre și alte dispozitive de screening.
4. Educația și conștientizarea pacienților:
 - Campanii de informare: organizarea de campanii de informare pentru a educa populația despre importanța prevenției și a consultațiilor preventive.
 - Materiale educaționale: distribuirea de materiale educaționale în cabinetele medicale și utilizarea platformelor online pentru a crește conștientizarea.

5. Îmbunătățirea Infrastructurii:
 - Investiții în infrastructură: Alocarea de fonduri pentru modernizarea și echiparea adecvată a cabinetelor medicale, în special în zonele rurale.
 - Telemedicină: implementarea telemedicinii pentru a oferi acces la consultații preventive pacienților din zonele izolate.
6. Dezvoltarea suportului tehnologic:
 - Formare și suport tehnic: oferirea de formare continuă și suport tehnic medicilor pentru utilizarea eficientă a aplicației Prevent și a altor tehnologii digitale.
 - Integrarea tehnologiilor: integrarea tehnologiilor digitale în fluxul de lucru zilnic pentru a simplifica procesul de colectare și analiză a datelor.
7. Asigurarea Finanțării și Sustenabilității:
 - Programe de finanțare: identificarea și accesarea programelor de finanțare disponibile pentru servicii preventive, inclusiv fonduri europene și granturi guvernamentale.
 - Modele de finanțare sustenabile: dezvoltarea de modele de finanțare care să asigure sustenabilitatea pe termen lung a serviciilor preventive, cum ar fi contracte de servicii preventive cu casele de asigurări de sănătate.

6 Anexe

Anexa 1

Lista indicatorilor selectati pentru evaluarea conformitatii practicilor preventive cu recomandarile Ghidului de preventie

I. PREVENTIE ADULT

ADRESAREA RISCULUI LEGAT DE COMPORTAMENTE IN CONSULTATIA PREVENTIVA A ADULTULUI

Nr.	Denumire indicator	Constructie	Rezultat (%)
1.	Pondere consultatii care adreseaza toate 4 comportamentele: fumat, consum alcool, alimentatie, activitate fizica	Nr consultatii care au consemnat valori (rezultate) in toate cele 4 coloane mentionate mai sus) /total consultatii	88.33
2.	Pondere consultatii care adreseaza 3 comportamente din 4	Nr consultatii care au consemnat valori (rezultate) in 3 din cele 4 coloane mentionate mai sus) /total consultatii	5.39
3.	Pondere consultatii care adreseaza 2 comportamente din 4	Nr consultatii care au consemnat valori (rezultate) in 2 din cele 4 coloane mentionate mai sus) /total consultatii	3.47
4.	Pondere consultatii care adreseaza 1 singur comportament	Consultatii care au consemnat valori (rezultate) in 2 din cele 4 coloane mentionate mai sus) /total consultatii	1.02
5.	Pondere consultatii care nu au adresate niciun comportament	Consultatii care au consemnat valori (rezultate) in 2 din cele 4 coloane mentionate mai sus) /total consultatii	1.80
FUMAT			
Indicatori de calitate			
6.	Pondere consultatii preventive care adreseaza statusul de fumator	Nr consultatii care au consemnat valori (rezultate) in coloana " Status fumator (I) " /total consultatii	93,63
7.	Pondere consultatii preventive care cuantifica expunerea prin calcul pachete/an la fumatori (actuali si fosti)	Nr consultatiilor care au consemnat valori numerice in coloana " Pachete an " (L) /Nr consultatiilor care au selectat in coloana " Status fumator (I) " una din variantele : <i>fumator zilnic, fumator ocazional sau fost fumator</i>	83,18

Nr.	Denumire indicator	Constructie	Rezultat (%)
8.	Pondere consultatii preventive care cuantifica expunerea prin calcul pachete/an la fumatorii curenti	Nr consultatiilor care au consemnat valori numerice in coloana " Pachete an " (L) /Nr consultatiilor care au selectat in coloana " Status fumator (I)" una din variantele : <i>fumator zilnic sau fumator ocazional</i>	81,79
9.	Pondere consultatii preventive care evalueaza dorinta de renuntare la fumat la fumatorii zilnici actuali	Nr consultatiilor care au consemnat valori numerice in coloana " Dorinta – nivel " (O) /Nr consultatiilor care au selectat in coloana " Status fumator (I)" varianta : <i>fumator zilnic</i>	100
10.	Ponderea fumatorilor actuali care beneficiaza de interventie scurta in cadrul consultatiei preventive	Nr consultatiilor care au consemnat valori numerice in coloana " Sfat minimal " (P) /Nr consultatiilor care au selectat in coloana " Status fumator (I)" varianta : <i>fumator zilnic sau fumator ocazional</i>	30,66
11.	Ponderea fumatorilor actuali care au activat Managementul Riscului	Nr consultatiilor care au consemnat valori numerice in coloana " MR " (R) /Nr consultatiilor care au selectat in coloana " Status fumator (I)" varianta : <i>fumator zilnic sau fumator ocazional</i>	86
	Indicatori epidemiologici		
12.	Ponderea persoanelor cu istoric de expunere la fumat (fosti si actuali)	Nr total pacienti la care s-a selectat in coloana " Status fumator (I)" una din variantele : <i>fumator zilnic , fumator ocazional sau fost fumator</i> /total pacienti consultati preventiv	28,76
13.	Ponderea fumatorilor actuali (total si pe categorii - zilnic/ ocazional)	Nr de pacienti (cumulat si pe categorii) la care s-a selectat in coloana " Status fumator (I)" una din variantele : <i>fumator zilnic sau fumator ocazional</i> /total pacienti consultati preventiv	22,43
14.	Ponderea fumatorilor cu expunere mai mare de 20 pach/an inrandul persoanelor examinate preventiv	Nr pacientilor care au consemnat valori numerice ≥ 20 pach /an in coloana " Pachete an " (L) /Total pacienti consultati preventiv	10,80
15.	Distributia pe niveluri a disponibilitatii de renuntare la fumat in randul fumatorilor zilnici actuali : < 4, 4-7, >7	Distributia procentuala pe cele trei paliere in scorurilor inregistrate pe coloana " Dorinta – nivel " (O) - respectiv < 4, 4-7, >7	38; 48; 14

Nr.	Denumire indicator	Constructie	Rezultat (%)
	ACTIVITATE FIZICA		
	<i>Indicatori de calitate</i>		
16.	Pondere consultatii preventive care adreseaza nivelul de activitate fizica	Nr consultatii care au consemnate valori (rezultate) in coloana " Concluzia Act.fizica " (M) /total consultatii	95,14
17.	Ponderea persoanelor cu nivel de activitate fizica insuficienta (inactiv sau moderat inactiv) care primesc o interventie (scurta sau scurta extinsa) in cadrul consultatiei preventive	Nr consultatii care au consemnata o interventie (" <i>Informatii Interventie scurta(sfat minimal)</i> " sau " <i>Informatii Interventie scurta extinsa(4-5 sedinte de 15-20 de minute)</i> ")/nr consultatii care au consemnat <i>inactiv sau moderat inactiv</i> in coloana " Concluzia Act.fizica " (M)	56,64
18.	Ponderea persoanelor cu nivel scazut de activitate fizica (moderat inactiv) care primesc interventie scurta in cadrul consultatiei preventive	Nr consultatii care au consemnata o interventie <i>scurta</i> (" <i>sfat minimal</i> ") /nr consultatii care au consemnat <i>moderat inactiv</i> in coloana " Concluzia Act.fizica " (M)	46,29
19.	Ponderea persoanelor cu nivel foarte scazut de activitate fizica (inactivi) care primesc interventie scurta extinsa in cadrul consultatiei preventive	Nr consultatii care au consemnata o interventie <i>scurta extinsa</i> (4-5 sedinte de 15-20 de minute)"/nr consultatii care au consemnat <i>inactiv</i> in coloana " Concluzia Act.fizica " (M)	52
	<i>Indicatori epidemiologici</i>		
20.	Nivelul de activitate fizica actual in randul populatiei examinate preventiv (distributie: activ, moderat activ, moderat inactiv, inactiv, nedisponibil)	Distributia procentuala pe categorii(niveluri de activitate fizica) in randul populatiei examinate preventiv, eventual dezagregat pe U/R si M/F	11% 47% 16% 21% 5%
	ALIMENTATIE		
	<i>Indicatori de calitate</i>		

Nr.	Denumire indicator	Constructie	Rezultat (%)
21.	Pondere consultatii preventive care adreseaza comportamentul alimentar	Nr consultatii care au consemnat valori (rezultate) in coloana " Alim Concluzie " (S) /total consultatii	97
22.	Ponderea persoanelor cu greseli in alimentatie (1-4 componente) care primesc o interventie scurta (sfat minimal) in cadrul consultatiei preventive	Nr consultatii care au consemnat o interventie ("sfat minimal") in coloana " Aliment sfat minimal "(T) /nr consultatii care au consemnat <i>Comportament alimentar gresit</i> in coloana " Alim Concluzie " (S)	77,78
23.	Ponderea persoanelor cu greseli in alimentatie (1-4 componente) care au activat managementul de risc	Nr consultatii care au consemnat " DA " in coloana " Aliment MR "(U) /nr consultatii care au consemnat <i>Comportament alimentar gresit</i> in coloana " Alim Concluzie " (S)	56,90
	Indicatori epidemiologici		
24.	Distributia comportamentelor alimentare inadecvate pe numar de componente	Distributia procentuala pe categorii (numarul de componente cu alimentatie gresita) in randul populatiei examinate preventiv, eventual dezagregat pe U/R si M/F	6,76 23,29 38,15 18,97 12,76
25.	Ponderea consumului inadecvat de fructe in randul adultilor examinati preventiv	Numarul de pacienti consultati preventiv pentru care s-a inregistrat cifra " 2 " in coloana " Alim Q1 " / nr total pacienti consultati preventiv (eventual se poate dezagrega pe U/R si M/F, chiar si pe grupe de varsta daca vrem)	22,88
26.	Ponderea consumului inadecvat de legume in randul adultilor examinati preventiv	Numarul de pacienti consultati preventiv pentru care s-a inregistrat cifra " 4 " in coloana " Alim Q2 " / nr total pacienti consultati preventiv (eventual se poate dezagrega pe U/R si M/F, chiar si pe grupe de varsta daca vrem)	35,61
27.	Ponderea consumului inadecvat de sare in randul adultilor examinati preventiv	Numarul de pacienti consultati preventiv pentru care s-a inregistrat cifra " 5 " in coloana " Alim Q3 " / nr total pacienti consultati preventiv (eventual se poate dezagrega pe U/R si M/F, chiar si pe grupe de varsta daca vrem)	41,24
28.	Ponderea consumului inadecvat de zahar in randul adultilor examinati preventiv	Numarul de pacienti consultati preventiv pentru care s-a inregistrat cifra " 7 " in coloana " Alim Q4 " / nr total pacienti consultati preventiv (eventual se poate dezagrega pe U/R si M/F, chiar si pe grupe de varsta daca vrem)	42,27

Nr.	Denumire indicator	Constructie	Rezultat (%)
	CONSUM DE ALCOOL		
	<i>Indicatori de calitate</i>		
29.	Pondere consultatii preventive care adreseaza consumul de alcool (care au completat un Scor Audit-C)	Nr consultatii care au consemnat valori (rezultate) in coloana " Audit-3 scor " (V) /total consultatii	42,81
30.	Pondere persoane cu risc de consum problematic (femei cu Audit C >2 + barbati cu auditc >3) care au consemnat Scor Audit-10	Numar consultatii femei si barbati care au inregistrata o valoare numerica in coloana " Audit-10 Scor " (W)/ consultatiile la femei care au inregistrat un scor > 2 plus numar consultatii barbati care au inregistrat un scor > 3 in coloana " Audit-3 scor " (V) (cumulat si pe sexe)	6,76
31.	Pondere persoane cu consum riscant (Scor Audit 10 >7) care au beneficiat de sfat minimal in cadrul consultatiei preventive	Numar consultatii care au inregistrat " DA " in coloana " Alcool Sfat minimal " (X) / numar consultatii care au inregistrata o valoare numerica >7 in coloana " Audit-10 Scor " (W)	81,13
32.	Pondere persoane cu consum riscant /nociv (Scor Audit 10 >7) care au activat managementul de risc	Nr consultatii care au consemnat "DA" in coloana " Acool MR "(Z) /numar consultatii care au inregistrata o valoare numerica >7 in coloana " Audit-10 Scor " (W)	42,81
	<i>Indicatori epidemiologici</i>		
33.	Ponderea consumatorilor de alcool in populatia adulta examinata preventiv	Numarul de pacienti consultati preventiv pentru care s-au inregistrat cifre " ≥1 " in coloana " Audit-3 scor " (V)/ nr total pacienti consultati preventiv (eventual se poate dezagrega pe U/R si M/F, chiar si pe grupe de varsta daca vrem)	52,73
34.	Ponderea persoanelor examinate preventiv care au realizat scoruri Audit-C > 2 la femei si > 3 la barbati)	Numarul de femei care au inregistrat un scor > 2 plus numar consultatii barbati care au inregistrat un scor > 3 in coloana " Audit-3 scor " (V)/ nr total pacienti consultati preventiv (eventual se poate dezagrega pe U/R si M/F, chiar si pe grupe de varsta daca vrem)	21,04

Nr.	Denumire indicator	Constructie	Rezultat (%)
35.	Distributia persoanelor testate prin Audit-10 pe niveluri de risc (< 8, 8-15, 16-19,>19)	Distributia procentuala pe paliere de consum a pacientilor pentru care s-au consemnat scoruri in urmatoarele categorii : < 8, 8-15, 16-19,>19 , eventual dezagregat pe U/R si M/F	78,09 14,34 3,98 3,59

ADRESAREA RISCULUI CARDIO-METABOLIC IN CONSULTATIA PREVENTIVA A ADULTULUI

Nr.	Denumire indicator	Constructie	Rezultat (%)
	Indicatori de calitate		
36.	Proportia consultatiilor care au inregistrat IMC	procentul consultatiilor care au consemnat valori (numerice) in coloana IMC (AC)/total consultatii	
37.	Proportia consultatiilor care au inregistrat TA	procentul consultatiilor care au consemnat valori (numerice) in coloanELE TAS/TAD (AE/AF)/total consultatii	95,98
38.	Proportia consultatiilor care au inregistrata circumferinta abdominala	procentul consultatiilor care au consemnat valori (numerice) in coloana Circ.abdom (AD)/total consultatii	93,71
39.	Proportia consultatiilor care au inregistrat (concomitent) IMC si TA	procent consultatii care au consemnat valori (rezultate) in ambele coloane IMC si TAS (AC si AE) /total consultatii	42,67
40.	Proportia pacientilor cu IMC $\geq$ 25 la care s-a inregistrat circumferinta abdominala	procentul consultatiilor care au consemnat valori (numerice) in coloana Circ.abdom (AD)/consultatii care au consemnata o valoare (numerica)$\geq$25 in coloana IMC (AC)	98,34
41.	Proportia pacientilor evaluati pentru incadrarea intr-o categorie de risc semnificativ pentru dislipidemie	Procentul pacientilor care au consemnat Da sau Nu in coloana " Risc CV "(AG)/ Total pacienti examinati preventiv	63,29
42.	Proportia pacientilor evaluati pentru incadrarea intr-o categorie de risc semnificativ cardiovascular	Procentul pacientilor care au consemnat Da sau Nu in coloana " Risc dslipidemie "(AH)/ Total pacienti examinati preventiv	
43.	Proportia pacientilor evaluati pentru incadrarea intr-o categorie de risc semnificativ pentru Diabetul zaharat	Procentul pacientilor care au consemnat Da sau Nu in coloana " Risc DZ "(AH)/ Total pacienti examinati preventiv	100

Nr.	Denumire indicator	Constructie	Rezultat (%)
44.	Proportia pacientilor examinati preventiv care au consemnata valoarea Colesterolului Total	Procentul pacientilor care au consemnat o valoare numerica in coloana " Colect "(AJ)/ Total pacienti examinati preventiv	100
45.	Proportia pacientilor examinati preventiv care au consemnat nivelul riscului cardiovascular global ca RR sau SCORE	Procentul pacientilor care au consemnat o valoare numerica in coloana " RR/SCORE "(AM)/ Total pacienti examinati preventiv	100
46.	Proportia pacientilor care au inregistrat un scor de risc cardiovascular global (RR/SCORE) $\geq 5\%$ care au activat Management de Risc	Procentul in randul pacientilor care au consemnate valori $\geq 5\%$ in coloana " RR/SCORE "(AM) care au " DA " in coloana RCV-MR (AN)	11,84
	Indicatori epidemiologici		
47.	Profilul populatiei examinate din punct de vedere al greutatii corporale (distributia procentuala pe categorii IMC)	distributia procentuala pe categorii IMC (coloana IMC) :< 18,5; 25-29; 30-34;35-39, >39	2,22 30,43 36,04 18,94 6,06 2,27
48.	Profilul populatiei examinate din punct de vedere al adipozitatii abdominale (distributia procentuala pe categorii : risc scazut <80 F si <94 B , risc crescut 80-88 F si 94-102 B, risc foarte crescut >88 F si > 102 B)	distributia procentuala pe categorii de risc dpsv al circumferintei abdominale (coloana Circ.Abdom): risc scazut <80 F si <94 B , risc crescut 80-88 F si 94-102 B, risc foarte crescut >88 F si > 102 B	cumulat 6,77 61,41 31,82
49.	Proportia in populatia examinata a persoanelor cu valori ale TA $\geq 140/90$ mmHg	Procentul in randul persoanelor examinate al indivizilor care au consemnate in coloanele TAS/TAD valori $\geq 140/90$	9,86
50.	Profilul populatiei examinate din punct de vedere al Tensiunii Arteriale (distributia procentuala pe categorii : < 140/90 ; [140/90 - 159/99];[160/100-179/109]; $\geq 180/110$ mmHg	Distributia procentuala pe paliere valorice a TAS/TAD in randul populatiei examinate preventiv, coloanele TAS/TAD : < 140/90 ; [140/90 -159/99];[160/100-179/109]; $\geq 180/110$	NA
51.	Proportia pacientilor incadrati intr-o categorie de risc semnificativ pentru dislipidemie	Procentul pacientilor care au consemnat Da in coloana " Risc dslipidemie "(AH)	12,63
52.	Proportia pacientilor incadrati intr-o categorie de risc semnificativ cardiovascular	Procentul pacientilor care au consemnat Da in coloana " Risc CV "(AG)	12,65
53.	Proportia pacientilor incadrati intr-o categorie de risc	Procentul pacientilor care au consemnat Da in coloana " Risc DZ "(AH)	12,63

Nr.	Denumire indicator	Constructie	Rezultat (%)
	semnificativ pentru Diabetul zaharat		
54.	Proportia pacientilor cu valori crescute ale colesterolului total in randul populatiei examinate preventiv	Procentul pacientilor care au consemnate valori ale colesterolului total ≥ 190 mg/dl in coloana "Coolest"(AJ)	7,67
55.	Profilul valorilor colesterolului in populatia examinata preventiv	Distributia procentuala pe paliere valorice a colesterolului total in randul populatiei examinate preventiv, coloana "Coolest"(AJ): < 190 mg/dl ; [190-199 mg/dl]; [200 -289]; ≥ 290 mg/dl	35,28 7,57 52,84 4,30
56.	Profilul populatiei examinate din punct de vedere al nivelului riscului cardiovascular global ca RR sau SCORE	Distributia procentuala pe paliere valorice a inregistrarilor in coloana "RR/SCORE"(AM): $< 1\%$; [1-4%]; [5-9%]; [10-14%]; $\geq 15\%$	68,71 24,36 4,12 1,31 1,49

II. PREVENTIE COPIL

ADRESAREA RISCURILOR PRIORITARE PENTRU SANATATEA COPILULUI DE LA NASTERE PANA LA IMPLINIREA VARSTEI DE 2 ANI (0-23 LUNI)

Nr.	Denumire indicator	Constructie	Rezultat (%)
	Indicatori de calitate		
57.	Proportia consultatiilor care au evaluarea completa a cresterii si dezvoltarii prin toate cele 3 scoruri Z	procentul consultatiilor care au consemnate 3 scoruri Z in coloana "Concluzia" (P)	90,81
58.	Proportia consultatiilor la varste ≤ 6 luni care au consemnate informatii despre screeningul fenilcetonuriei	procentul consultatiilor pe tip fisa [1 sept-6 luni] (coloana "tip fisa"-H) care au consemnat Da sau Nu in coloana "Fenilcetonurie" (Q)	35,02
59.	Proportia consultatiilor la varste ≤ 6 luni care au consemnate informatii despre screeningul hipotiroidismului	procentul consultatiilor pe tip fisa [1 sept-6 luni] (coloana "tip fisa"-H) care au consemnat Da sau Nu in coloana "Hipotiroidism" (R)	34,86
60.	Proportia consultatiilor care au evaluat Alimentatia copilului	procent consultatii care au consemnate valori (rezultate ale evaluarii) in coloana "Alimentatie" (AB)	100

Nr.	Denumire indicator	Constructie	Rezultat (%)
61.	Proportia consultatiilor la varste ≥ 6 luni care au consemnat numarul de grupe alimentare	procent consultatii pe tip fisa [6 luni-18 luni] (coloana "tip fisa"-H) care au consemnat valori numerice in coloana Nr.grupe alime (AN)	43,27
62.	Proportia consultatiilor la varste ≥ 6 luni care au evaluat dieta copilului din punct de vedere al cantitatii	procent consultatii pe tip fisa [6 luni-18 luni] (coloana "tip fisa"-H) care au consemnat rezultatele : <i>normal, prea mare, prea mic</i> in coloana Cantitate (AO)	47,72
63.	Proportia consultatiilor la varste ≥ 6 luni care au evaluat dieta copilului din punct de vedere al frecventei	procent consultatii pe tip fisa [6 luni-18 luni] (coloana "tip fisa"-H) care au consemnat rezultatele : <i>normal, prea mare, prea mic</i> in coloana Frecventa (AP)	47,72
64.	Proportia consultatiilor la varste ≥ 6 luni care au consemnat concluziile privind adecvarea alimentatiei complementare prin Dieta Minim Acceptabila	procent consultatii pe tip fisa [6 luni-18 luni] (coloana "tip fisa"-H) care au consemnat DA sau NU coloana "DMA "(AR)	75,51
65.	Proportia copiilor consultati inainte de varsta de 6 luni , nealaptati exclusiv, pentru care s-a oferit consiliere pentru alaptare	Procentul copiilor consultati inainte de varsta de 6 luni - tip fisa [1 sapt-4 luni], care au consemnat valori (rezultate ale evaluarii) in coloana "Alimentatie" (AB) altele decat 'Alaptat exclusiv - pentru care este inregistrat DA in coloana " Consiliere alaptare " (AS)	NA
66.	Proportia copiilor consultati dupa varsta de 6 luni , a caror alimentatie nu este conforma cu Dieta Minim Acceptabila , pentru care s-a oferit consiliere privind alimentatia complementara	Procentul copiilor consultati de la varsta de 6 luni - tip fisa [6 luni-18 luni] (coloana "tip fisa"-H) care au inregistrat NU in coloana "DMA "(AR) la care este inregistrat DA in coloana "Cons.alim.complem" (AT)	74,55
	Indicatori epidemiologici		
67.	Profilul populatiei examinate din punct de vedere al statusului nutritional (distributia procentuala pe categorii asociate scorului Z G/T)	distributia procentuala pe categorii asociate scorului z G/T din coloana " Concluzia " (P) - " <i>Obezitate, Exces ponderal, Risc de exces ponderal, Stare nutritionala normala, Malnutritie, Malnutritie severa</i> "	3,54 10,16 65,33 13,29 4,31 3,37
68.	Proportia copiilor cu varsta < 6 luni alaptati exclusiv	Procentul copiilor consultati inainte de varsta de 6 luni - tip fisa [1 sapt-4 luni], care are consemnat in coloana "Alimentatie" (AB) 'Alaptat exclusiv	68,70

Nr.	Denumire indicator	Constructie	Rezultat (%)
69.	Proportia copiilor cu varsta intre 6 si 24 luni care primesc Dieta Minim Acceptabila	Procentul copiilor cu varsta consultati incepand cu varsta ≥ 6 luni - tip fisa tip fisa [6 luni-18 luni] (coloana "tip fisa"-H) care au inregistrat DA in coloana "DMA "(AR)	68,65

Anexa 2

CHESTIONAR DE EVALUARE A FEZABILITATII MODELULUI DE PREVENTIE INTEGRATA

Nr respondenti = 92

I1.Nr populatiei deservite

Total: **195460** Din care neasigurati **26398**

I2. Structura populatiei inscrise

0-2 ani	3-18 ani	19-59 ani	Peste 60 de ani
6516	31536	106587	50821

I3. Conditii practica

a. Localități izolate

Localitate izolata	Nr
Da	8
Nu	84
Grand Total	92

b. Tură- contratură

Contratura	Nr
Da	28
Nu	64
Grand Total	92

c. Cu asistenta in acelasi cabinet

Cu asistenta in acelasi cabinet	Nr
Da	66
Nu	26
Grand Total	92

I4. Care este rolul asistentei medicale in efectuarea consultatiilor preventive (selectati toate variantele aplicabile):

a. Masuratori parametri antropometrici si clinici (G, T, TA, CA)	88
b. Administrare chestionare	53
c. Sfat/ educatie pentru sanatate	36
d. Administrare teste rapide la cabinet (glicemie, lipide, etc)	79
e. Altul (specificati).....	NA

15. Care este modalitatea dominantă de furnizare a consultărilor preventive?

	Adulți	Copii
	Nr	Nr
Modalitate prezentare la prevenție		
Majoritatea în mod oportunist (când se prezintă pacientul pentru orice motiv)	76	49
Majoritatea în mod programat prin invitație activă	16	43

16. În ce măsură folosiți în prezent aplicația PREVENT pentru înregistrarea intervențiilor preventive?

	Adulți	Copii
Sub 25%	22	16
25-49%	20	14
50-80%	17	22
Peste 80 %	33	40

17. Vă rugăm estimați durata medie (în minute) a unei consultații de evaluare a riscului prin intermediul aplicației PREVENT

Adulți

<i>Durata medie cons</i>	Nr
<15 min	17
15-30 min	61
30-60 min	14
Grand Total	92

Copii

<i>Durata medie cons</i>	Nr
<15 min	19
15-30 min	55
30-60 min	18
Grand Total	92

18. Cum apreciați gradul în care implementați în prezent recomandările privind recomandările de intervenție specifică pentru următoarele categorii de riscuri la adult (conform secțiunilor Prevent)?

	a. Masuratori/ Examen obiectiv			
	Peste 80%	50-80%	25-49%	Sub 25%
Comportamente	10	28	49	5

RCV	8	28	51	5
Risc oncologic	16	33	35	8
Sanatatea Reproducerii	26	31	24	11
Sanatate Orala	22	32	29	9
Sanatate mintala	21	30	34	7
Preventie varstnic	26	26	35	5

	b. Chestionare standardizate de evaluare			
	Peste 80%	50-80%	25-49%	Sub 25%
Comportamente	40	27	22	3
Sanatatea Reproducerii	21	33	26	12
Sanatate Orala	24	31	28	9
Sanatate mintala	30	35	21	6
Preventie varstnic	30	29	28	5

	c. Efectuare/ inregistrare rezultate teste laborator/imagistice			
	Peste 80%	50-80%	25-49%	Sub 25%
RCV	44	19	18	11
Risc oncologic	26	26	21	19
Sanatatea Reproducerii	18	22	37	15
Sanatate Orala	19	22	32	19
Sanatate mintala	28	22	28	14
Preventie varstnic	33	23	24	12

	d. Managementul de risc			
	Peste 80%	50-80%	25-49%	Sub 25%
Comportamente	39	30	17	6
RCV	42	30	16	4
Risc oncologic	28	34	22	8
Sanatatea Reproducerii	22	28	33	9
Sanatate Orala	25	26	29	12
Sanatate mintala	31	27	29	5
Preventie varstnic	34	26	26	6

I9. Care din urmatoarele considerati ca sunt cele mai importante bariere in furnizarea serviciilor preventive la adult conform PREVENT (selectati maxim 3 variante)

Bariera	Nr
chestionare dificil de administrat	11
dificultatea de a raporta /deconta serviciile preventive efectuate	32
durata consultatiei prea mare	34

plata conform COCA nu reflecta complexitatea serviciului	35
pacientii nu raspund la invitatie	38
acces dificil la testare lab / intarziere rezultate	47
pacientii nu revin/nu revin in intervalul stabilit de CNAS pentru finalizare	75

I10. Care este piedica cea mai mare pentru a efectua consultatii preventive la copii, conform ghidului de preventie? (examele la varstele jalon pana la 2 ani si apoi anual pana la 18 ani):

Bariere	Nr	Cum
durata prea mare	42	
chestionare dificil de administrat	18	
experienta limitata cu copiii/ numar relativ mic de copii pe lista	17	
dificultatea de a raporta /deconta serviciile preventive efectuate	30	
plata conform COCA nu reflecta complexitatea serviciului	41	

apreciati utilitatea echipamentelor pentru testare rapida in activitatea de preventie ?

a. Indispensabile	23
b. Utile in mare masura	54
c. Utile in mica masura	13
d. Complet inutile	2

I12 In urma participarii la proiectul INSP -PDP1 "Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)", considerați ca efectuarea consultatiilor preventive a intrat in activitatea dvs curenta?

a. Da	81
b. Nu	0
c. Nu pot aprecia	11

I13. Care din urmatoarele considerati ca sunt primele 2 schimbari necesare pentru a stimula o activitate de preventie sistematica in medicina de familie ?

a. Punctare mai buna a serviciului (sa reflecte complexitatea serviciului si efortul de management necesar)	53
b. Lipsa plafonului orar in relatia cu CAS (numarul de ore sa ia in considerare si activitatile delegate asistentei , nu numai timpul medicului)	48
c. Fonduri de preventie asigurate pentru toate explorarile paraclinice necesare pentru finalizarea interventiilor preventive	61
d. Stimulente financiare pentru maximizarea rezultatelor in activitatea de preventie a MF (acoperirea populatiei inscrite cu interventiile recomandate, conformitatea cu recomandarile din ghidurile de preventie)	49

