

Klinik Koruyucu Hizmetler için Öneriler Geliştirme

Çeviri: Arda BORLU

BÖLÜM İÇERİĞİ

1. ABD Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu

- 1.1 Misyon ve Kapsam
- 1.2 Dayanak Varsayımlar

2. Kanıt İncelemesi ve Öneriler

- 2.1 USPSTF Süreci
- 2.2 Kanıtların Değerlendirilmesi
- 2.3 Derecelendirme Önerileri
- 2.4 Kanıt Sınırlılıkları

3. Önerilerin Klinik Uygulamada Kullanılması

- 3.1 Aşırı Kullanım, Yetersiz Kullanım ve Yanlış Kullanım
- 3.2 Klinik Koruyucu Hizmetin Sunumu ve Uygunluğu

4. Özet

Değerlendirme Soruları, Cevaplar ve Açıklamalar

“Primum non nocere (önce zarar verme)”

Thomas Sydenham

Hastalara koruyucu sağlık hizmetleri sunmak, ABD'deki klinik uygulamanın önemli bir parçasıdır. Koruyucu hizmetler, sağlıklı bireylerin, şimdiki sağlık durumlarını değil gelecekteki sağlık durumlarını geliştirmeyi hedefleyen tarama testleri ve diğer müdahaleleri içerir. Sonuç olarak, klinik koruyucu sağlık hizmetleri dikkatli bir şekilde uygulanmalıdır ve uygulanmaları için iki koşulun sağlanması gerekir: (1) Koruyucu uygulamalar, belirli hastaların önemli sağlık sonuçlarını iyileştirmede etkilidir ve (2) hiçbir şekilde herhangi bir zarara yol açmamalıdır. Bu uygulamalar esnasında zarardan kaçınmak en önemlisidir.

Koruyucu hekimliğin başarılı bir şekilde sunulması aşağıdaki iki hedefe bağlıdır:

1. Koruyucu hizmetler, zarardan çok yarar sağlama- ları durumunda uygundur.
2. Koruyucu hizmet, klinik uygulama ortamlarına gerçekçi bir şekilde entegre edilebilmelidir.

ABD Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (USPSTF) bu hedeflere yönelik olarak kurulmuştur. Bu bölümde, USPSTF'nün çalışmalarının önemi, kanıta dayalı önerileri nasıl geliştirdiği ve klinisyenlerin USPSTF'nün tavsiyelerini ne kadar yakından takip ettikleri ve uygulamalarına nasıl dahil edebildikleri üzerinde durulmaktadır. Klinik koruyucu uygulama önerileri, ortaya çıkan yeni kanıtlarla sık sık değişmektedir. Okuyucular konu hakkında daha fazla detay ve güncel öneriler için USPSTF'nün web sitesini incele-

yebilirler.¹ Birleşik Krallık'taki Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE) gibi diğer örgütlerin de klinik uygulama önerilerini belirlemek için kanıta dayalı yöntemleri kullandığını unutmamalıdır. ABD dışındaki klinisyenler kendi çalıştıkları bölgenin yerel yönergelerini esas almalıdır.

1. ABD KORUYUCU HİZMETLER ÇALIŞMA GRUBU

1.1 MİSYONU VE KAPSAMI

USPSTF 1984'te ABD Halk Sağlığı Servisi tarafından ilk kurulduğunda, bağımsız bir panel olarak hükümet dışı uzmanlarca koruyucu ve kanıta dayalı tıp (EBM) alanında hizmet vermek üzere Kanada görev gücünü model aldı. USPSTF'nde daimi 16 üye hizmet vermektedir. Üyeler halka açık bir süreçte aday gösterilirler ve temel sağlık hizmetleri, hastalık önleme, araştırma yöntemleri ve sentezlenmiş kanıtların klinik karar verme süreçleri konularındaki uygulama uzmanlıklarına göre seçilmektedirler. Ek olarak, adayların çıkar çatışması durumu da değerlendirilir. Üyeler titiz çok aşamalı bir süreçten geçip seçilerek, 4 yıl süreyle komitede çalışmaya başlarlar.

1995'ten beri USPSTF'nün çalışmaları Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından desteklenmektedir. USPSTF'nün çalışmaları tarama, danışmanlık ve koruyucu ilaç gibi birincil ve ikincil koruyucu hizmetleri kapsamaktadır. USPSTF doğru, objektif, kanıta dayalı önerilerini geniş bir nüfus yelpazesine, farklı hizmet türleri ve sağlık koşulları arasında yaymayı amaçlamıştır. USPSTF'nün misyonu:

ve klinisyenlerin performansını ölçen kalite ölçütleri haline geldi.¹⁸ Birçok elektronik sağlık kaydı, kullanıcılarının koruyucu hizmetleri uygulamalarına entegre etmelerine yardımcı olmak için hatırlatıcılara sahiptir. Bir başka alternatif kağıt çizelgeler olabilir; bir asistan, hastanın önerilen hizmetlere ihtiyacı olup olmadığını kontrol edebilir ve tarama araçlarını ve materyallerini önceden hazırlayabilir. Her iki durumda da, gereken süre oldukça fazladır. Tahminler, 2500 hastadan oluşan tipik bir birinci basamak sağlık hizmetleri paneline önerilen tüm hizmetleri sunmanın 1 yıl boyunca işgünü başına 7.4 saat süreceğini göstermektedir.¹⁹

C dereceli hizmetler (ve meme kanseri riskini azaltan ilaçlar gibi bazı B dereceli hizmetler) veya çelişkili kanıtlara sahip hizmetler (derece I) gibi hasta tercihlerine veya ayrıntılı risk değerlendirmesine bağlı hizmetler hakkında anlamlı yorumlar yapmak daha da zordur. Birçok hasta arkadaşlarından, aile üyelerinden veya medyadan edinilmiş anekdot niteliğinde kanıtlara dayalı hizmetler talep etmektedir. Bu hizmetler için USPSTF, toplum eğitimi, kararverici yardımcılarının kullanımı ve eğitilmiş asistanlar önermektedir.²⁰ Ancak, böylesine karmaşık ve personel yoğun bir yaklaşım muhtemelen birçok birinci basamak klinisyeni için uygun değildir.

Etkili koruyucu hizmetlerin sunulmasındaki engeller sadece zaman eksikliğinden değil, aynı zamanda aşırı ve yanlış kullanımdan da kaynaklanmaktadır. Bu nedenle klinisyenler için zorluk iki yönlüdür: (1) İhtiyacı olan hastalara koruyucu hizmetler sunmanın daha etkili yollarını bulmak ve (2) fayda sağlaması muhtemel olmayan hastalarla bakımın hedeflerini ve beklenen faydalarını tartışmak.

3.2 KLİNİK KORUYUCU HİZMETLERİN SAĞLANMASI VE VERİMLİLİĞİ

USPSTF, klinisyenlerin bakım konusunda güncel kalmasına ve önerilere erişmesine yardımcı olacak kaynaklar sunar. Bunlar arasında koruyucu hizmetlere yönelik bir cep kılavuzu, hastaların yaşı ve cinsiyetine göre uygun koruyucu hizmetinin elektronik olarak seçilebileceği bir web sitesi ve USPSTF'den gelen e-posta güncellemelerinin alabileceği bir abonelik bulunmaktadır. Koruyucu hizmetlerin sağlanmasına yönelik bir yaklaşım, Kutu 18.1'deki vaka örneğiyle gösterilmektedir.

Klinik koruyucu hizmet sunumu alanındaki önemli bir konu, verimliliğin belirli bir hizmet için değil, yaş ve cinsiyete dayalı olarak her birey için önerilen bir "hizmet paketi" için ölçülmesi gerektiğidir. BRFSS verilerine veya bilgisayar kayıtlarına dayalı olarak bu tür birkaç ölçülebilir paket önerilmiştir^{21,22}. Bu tür ölçülebilir paketler oluşturma (1) hesap verebilirliği artırır, performans çıtasını yükseltir ve (2) odağı ye-

tersiz hizmet alan hastalara yönlendirir, çünkü ölçümler yalnızca çoğu hasta tüm hizmetleri alırsa iyileşir. Bu nedenle, "Sağlıklı İnsanlar 2020 Göstergeleri"ne güncel koruyucu hizmetleri içeren bir ölçüm paketi eklenmiştir.²²

4. ÖZET

ABD Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu, asemptomatik bireylere koruyucu hizmetler sunmanın yararlarını ve zararlarını değerlendirmek için açık ve standart bir süreç izler. Beş dereceli harf sistemi, tarama, danışmanlık ve koruyucu tıbbi uygulamalar dahil olmak üzere hizmetlere yönelik net fayda veya zarara ilişkin kanıtları özetler:

- A–Hizmetin faydalı olduğuna dair yüksek kesinlik
- B–Hizmetin faydalı olduğuna dair orta düzeyde kesinlik
- C–Net yararın küçük olduğuna dair en azından orta düzeyde kesinlik
- D–Net yarar veya net zararın olmadığı konusunda en azından orta düzeyde kesinlik
- I–Kanıt eksik veya çelişkili

Klinik uygulamada, koruyucu hizmetler yetersiz, aşırı ve yanlış kullanılır. USPSTF A ve B seviyelerindeki tavsiyeler, Ekonomik Bakım Yasası (Affordable Care Act) dahilinde sigorta kapsamındaki koruyucu hizmetlerin içinde yer alır. Özel veya kamu sağlık sigortası olan çoğu hasta, katkı payı veya kesintiye tabi sigorta ücretleri olmaksızın önerilen bu koruyucu hizmetlere erişebilir. Kanıtların yetersiz kaldığı klinik koruyucu hizmetlerin sunumunda önemli ölçüde klinik karar gereklidir. Klinisyenler, klinik uygulamaları boyunca önerilen hizmetleri tutarlı bir şekilde sunmalıdır ve bazı hizmetlerin sunumu kalite ölçütleri olarak belirlenmiştir. Daha düşük seviyelerde önerilen hizmetler için klinisyenler, konuşmalarında kanıtları ve riskleri hastaları ile paylaşarak onları da karar verme sürecine dahil etmelidir.

KAYNAKLAR

1. U.S. Preventive Services Task Force. *Recommendations for Primary Care Practice*. 2018. Available at: <https://www.uspreventiveserVICEStaskforce.org/Page/Name/recommendations>.
2. U.S. Preventive Services Task Force. *Methods and Processes*. 2018. Available at: <https://www.uspreventiveserVICEStaskforce.org/Page/Name/methods-and-processes>.
3. HealthCare.gov. *Read the Affordable Care Act*. 2018. Available at: <https://www.healthcare.gov/where-can-i-read-the-affordable-care-act/>.
4. Blumenthal D, Abrams M, Nuzum R. The Affordable Care Act at 5 years. *N Engl J Med*. 2015;372:2451-2458.
5. U.S. Preventive Services Task Force. *U.S. Preventive Services Task Force Procedure Manual*. Rockville, MD: USPSTF;

2017. Available at: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/procedure-manual>.
6. Institute of Medicine. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
 7. Agency for Healthcare Research and Quality. *Methods Guide for Effectiveness and Comparative Effectiveness Reviews*. Rockville, MD: AHRQ; 2017. Available at: <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/cer-methods-guide/overview>.
 8. Krist AH, Wolff TA, Jonas DE, et al. Update on the methods of the U.S. Preventive Services Task Force: methods for understanding certainty and net benefit when making recommendations. *Am J Prev Med*. 2018;54:S 11 -S18.
 9. U.S. Preventive Services Task Force. *Published Recommendations*. 2018. Available at: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Index>.
 10. Donabedian A. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1973.
 11. McLaughlin CG, Wyszewianski L. Access to care: remembering old lessons. *Health Serv Res*. 2002;37:1441-1443.
 12. Nelson HD, Cantor A, Wagner J, et al. *Achieving Health Equity in Preventive Services—Systematic Evidence Review Protocol*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018.
 13. Hou SI, Sealy DA, Kabiru CW. Closing the disparity gap: cancer screening interventions among Asians—a systematic literature review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12:3133-3139.
 14. Jones TP, Katapodi MC, Lockhart JS. Factors influencing breast cancer screening and risk assessment among young African American women: an integrative review of the literature. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2015;27:521-529.
 15. Martinez ME, Ward BW. Health care access and utilization among adults aged 18-64, by poverty level: United States, 2013-2015. *NCHS Data Brief*. 2016;262:1-8.
 16. Crabtree BF, Miller WL, Tallia AF, et al. Delivery of clinical preventive services in family medicine offices. *Ann Intern Med*. 2005;3:430-435.
 17. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 2003; 348:2635-2645.
 18. National Committee for Quality Assurance. *Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) and Performance Measurement*. Available at: <http://www.ncqa.org/hedis-quality-measurement>.
 19. Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. 2003;93:635-641.
 20. Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH. Shared decision making about screening and chemoprevention: a suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med*. 2004;26:56-66.
 21. Agency for Healthcare Research and Quality. *Search for Recommendations*. 2018. Available at: <https://epss.ahrq.gov/ePSS/GetResults.do?method=search>.
 22. Shenson D, Bolen J, Adams M, et al. Receipt of preventive services by elders based on composite measures, 1997-2004. *Am J Prev Med*. 2007;32:11-18.
 23. Vogt TM, Aickin M, Ahmed F, Schmidt M. The prevention index: using technology to improve quality assessment. *Health Serv Res*. 2004;39:511-530.

OKUMA ÖNERİLERİ

- Nelson HD. *Systematic Reviews to Answer Health Care Questions*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- Nelson HD, Fu R, Cantor A, Pappas M, Daeges M, Humphrey L. Effectiveness of breast cancer screening: systematic review and meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med*. 2016;164:244-255.
- Nelson HD, Pappas M, Cantor A, Griffin J, Daeges M, Humphrey L. Harms of breast cancer screening: systematic review to update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med*. 2016;164:256-267.
- Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2016;164:279-296.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Aşağıdakilerden hangisi ABD Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu'nun hedeflerinden biri değildir?
 - B. Doğru ve nesnel kanıta dayalı öneriler sağlamak
 - C. Rutin birincil bakım uygulamalarına hangi hizmetlerin dahil edilmesi gerektiğini önermek
 - D. Bir tavsiyenin maliyet etkinliğini veya finansal etkisini göz önünde bulundurmak
 - E. Koruyucu hizmetlerin yararlarını ve zararlarını değerlendirmek
2. ABD Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu, koruyucu hizmetleri aşağıdakileri dikkate alır:
 - C. Asemptomatik hastalar
 - D. Birinci basamak kapsamında verilen veya birinci basamaktan sevk edilen
 - E. Sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinde etkililik kanıtı sağlamak
 - F. Çeşitli klinik ortamlarda uygulanır
 - G. Hepsi
3. ABD Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu, klinik uygulama önerilerini belirlerken sağlık sonuçlarını iyileştirmede koruyucu hizmetlerin etkinliğini dikkate alır. Aşağıdakilerden hangisi bir ara çiktir?
 - D. Miyokard enfarktüsü
 - E. Toplam kolesterol seviyesi
 - F. Ölüm
 - G. Ağrı seviyesi
4. ABD Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu, klinik uygulama önerilerini belirlerken kanıtların gücünü dikkate alır. Aşağıdaki çalışma tasarımlarını yanlılığa en az (1) duyarlı olandan en çok (5) olana doğru sıralayın:
 - E. Vaka kontrol çalışması
 - F. Öncesi-sonrası çalışması
 - G. Rastgele olmayan kontrollü çalışma