

# Medicina bazată pe dovezi, în sprijinul creșterii calității îngrijirilor medicale



## **Dr. Marius Mărginean**

*Medic primar  
medicina familiei,  
medic specialist sănătate  
publică și management,  
director de dezvoltare  
Centrul Medical MEDO  
Brașov*

Trebuie să discutăm despre calitate, deoarece în zilele noastre statul trebuie să garanteze cadrul în care furnizorii trebuie să ofere îngrijiri medicale de calitate. Nu mai este suficient ca statul să asigure dreptul la îngrijiri medicale, ci el trebuie să asigure îngrijiri medicale de calitate. Iar furnizorii, privați sau de stat, la rândul lor, trebuie să ofere servicii de calitate. Nu mai este o alegere, ci este o obligație. Dar rămâne să mai discutăm și despre cum putem face acest lucru, care din păcate este, în mare parte, un deziderat!

## **Cum putem defini calitatea îngrijirilor medicale**

Conform standardului ISO, calitatea este definită ca „ansamblul caracteristicilor unei entități, care îi conferă capacitatea de a satisface necesitățile cu-

noscute și potențiale ale utilizatorului”. O definiție cam tehnică, nu prea pe gustul personalului din domeniul medical.

Dicționarul Wonca (Organizația Mondială a Medicilor de Familie) definește calitatea în medicina

familiei ca fiind reprezentată de „cele mai bune rezultate posibile obținute cu resursele disponibile și în concordanță cu valorile și preferințele pacientului”. Definiția se pare că este inspirată din definiția medicinei bazate pe dovezi, ceea ce ar trebui să ne dea de gândit!

Calitatea serviciilor oferite în cabinetul medical are două componente distincte:

- calitatea actului medical propriu-zis, care depinde de nivelul de pregătire profesională și experiența furnizorului de îngrijiri (medic, asistentă medicală, moașă);
- calitatea serviciilor oferite pacientului, care depinde de modul în care își pune cunoștințele și abilitățile în slujba acestuia.

Intervenția managerială se poate exercita asupra primei componente, cea profesională, doar în măsura în care se iau în considerație aspectele documentate ale pregătirii profesionale a fiecărui membru al echipei de îngrijiri de sănătate.

Este important de reținut că, în abordarea modernă, curentă, a calității, aceasta se regăsește în serviciile oferite clientului doar dacă se însumează două componente ale calității:

- calitatea în fapt, prin care se înțelege calitatea tehnică a serviciilor oferite, dependentă de pregătirea profesională a furnizorului, condițiile de lucru, organizarea serviciilor, resursele folosite etc.;
- calitatea în percepție, care se referă la modul în care pacienții și familiile acestora resimt serviciile primite.

Cea de a doua componentă depinde în cea mai mare măsură de client. Prima însă reprezintă obiectul de studiu al managementului calității, fiind dependentă de două componente: aspectele profesionale, tehnice ale actului medical propriu-zis, respectiv aspectele organizatorice, manageriale, ale activității cabinetului medical.

Cu alte cuvinte, trebuie să avem personal medical bine pregătit, informat, dotat, finanțat, dar și consumatori de servicii, pacienți, bine informați, motivați, bine orientați în sistemul medical. Furnizorii și pacienții lor, dacă vor forma o echipă, vor putea colabora mai bine în vederea obținerii unor rezultate de sănătate mai bune. Este de fapt ceea ce apare și în modelul de îngrijiri al bolilor cronice (Chronic Care Model). Cine lipsește din această fotografie? Dacă în fundal se vede un colț de plai mioritic, ar trebui să apară și Ministerul Sănătății și Casa de Asigurări de Sănătate! Ce fac ele? Ministerul Sănătății creează rama tabloului, iar Casa de Asigurări ar fi passpartout-ul, care încadrează fotografia și nu-i lasă pe cei din poză să iasă (să iasă din buget!). Cu alte cuvinte, ministerul creează politicile pentru o desfășurare a îngrijirilor de sănătate în țara noastră, și anume concepe regulile unei bune practici medicale, iar CNAS gestionează banii asiguraților, în așa fel încât asigurații să primească cele mai bune servicii

posibile de banii plătiți! CNAS nu este dușmanul nimănui, doar că trebuie să facă niște alegeri în numele clienților asigurați! Iar aceste alegeri ar trebui să se bazeze pe ceva, pe dovezi științifice. Și astfel ajungem la medicina bazată pe dovezi. Deci până la urmă calitatea ar trebui să o impună statul prin Ministerul Sănătății. Dar o alegere mai bună ar fi să dezvoltăm politici de creștere a calității. Evident, pe aici pe undeva intervin și asociațiile profesioniștilor, care, cu finanțare de la Ministerul Sănătății, cel care ar trebui să asigure calitatea, ar putea dezvolta instrumentele necesare creșterii calității. Pe de altă parte, există o serie întreagă de instituții de sănătate publică care și ele ar putea să-și aducă expertiza în această direcție.

## Medicina bazată pe dovezi

Medicina bazată pe dovezi (MBD) reprezintă integrarea experienței clinice personale cu cea mai bună dovadă existentă la momentul respectiv, dovadă rezultată din cercetarea sistematică și cu valorile pacientului.

Cea mai bună dovadă clinică existentă se referă la rezultatul/rezultatele unui studiu relevant, deseori din domeniile de bază ale medicinei, dar în mod special din cercetările clinice centrate pe pacient sau privind acuratețea și precizia testelor diagnostice (inclusiv examinarea clinică), puterea indicatorilor de prognostic, eficiența și siguranța unor recomandări terapeutice, de reabilitare sau preventive.

Obținerea unor dovezi noi prin cercetare clinică poate avea ca rezultat invalidarea unor teste diagnostice și tratamente acceptate până atunci și înlocuirea lor cu altele noi, mai puternice, mai eficiente și mai sigure. Experiența clinică personală se referă la capacitatea pe care clinicianul respectiv o dobândește de-a lungul activității sale profesionale, de a evalua situația particulară a fiecărui pacient, de a stabili cu acuratețe diagnosticul și de a lua decizia potrivită privind îngrijirea pacientului. Valorile pacientului se referă la preferințele, preocupările și așteptările acestuia, care trebuie luate în considerație în decizia clinică, dacă ele îi sunt de folos. Când aceste trei elemente sunt integrate, medicul și pacientul formează o „echipă” în sprijinul diagnosticului și tratamentului, ducând la optimizarea rezultatelor clinice și la creșterea calității vieții.

MBD se poate adresa oricăruia dintre obiective clinice: stabilirea diagnosticului, estimarea prognosticului, stabilirea celui mai bun tratament, determinarea eventualelor efecte adverse, furnizarea de îngrijiri la cel mai înalt standard de calitate.

Argumente în favoarea MBD:

1. au apărut noi tipuri de dovezi care pot și trebuie să ducă la modificări importante în îngrijirea pacientului;
2. de cele mai multe ori, medicii practicieni nu reușesc să ajungă la dovezile relevante existente;

3. atât cunoștințele, cât și performanța clinică se diminuează cu timpul, ca rezultat al lipsei constante de informare;

4. programele tradiționale de educație medicală continuă nu reușesc să îmbunătățească performanțele clinice;

5. practicarea MBD poate fi un mijloc prin care medicii să-și actualizeze informațiile.

## Îngrijirile bazate pe dovezi

MBD oferă clinicienilor instrumente pentru a găsi, înțelege și folosi dovezi rezultate din cercetare, care sunt valide din punct de vedere științific și utilizabile clinic. MBD poate fi utilizată cu succes și în educația medicală continuă a medicilor de familie, pregătire care durează toată viața.

Aceste forme de cunoștințe se schimbă pe parcursul timpului, dar 3 elemente se modifică mai rapid:

- contextul îngrijirilor
- biologia umană
- cercetarea clinică

Volumul anual de cunoștințe medicale noi, în oricare din aceste domenii, este foarte mare, depășind capacitatea mintală a unui om. Nici o persoană nu le poate cuprinde pe toate. De aceea, avem nevoie de metode de selectare a unei cantități relativ mici de cunoștințe noi din fiecare domeniu, acelea care merită atenția.

După terminarea pregătirii formale, medicii din asistența medicală primară se găsesc în două situații în care dovezile din cercetarea clinică pot fi învățate și integrate: când încearcă să se mențină la curent și când încearcă să rezolve problemele pacientului. Cu toate că există suprapuneri între ele, aceste două situații prezintă diferențe în funcție de modul în care punem accentul sau ne planificăm pregătirea (Textbook of Primary Care Medicine, 2001).

## Factorii care influențează deciziile în medicina familiei

Elementele-cheie ale îngrijirilor bazate pe dovezi: MBD și ghidurile clinice.

Orientarea comunității medicale către dezvoltarea de ghiduri clinice bazate pe dovezi a avut două motive principale: explozia cunoștințelor medicale și creșterea continuă a costurilor îngrijirilor pentru sănătate. Este unanim acceptat astăzi că ghidurile de practică medicală sunt instrumente necesare. Colegii care încă se mai tem de ghiduri nu au nici un argument științific! Mai persistă încă teama că ele pot îngrădi practica medicală! Povestea asta ar merita un articol separat, chiar o dezbateră. Dar este foarte posibil ca argumentele care stau în spatele rezistenței față de ghiduri și mai ales față de tot ce înseamnă medicina bazată pe dovezi nu prea pot vedea lumina tiparului! Preocuparea pentru păstrarea costurilor legate de sănătate în limite rezonabile este absolut normală. Mai ales dacă acest lucru ar fi urmat și de o creștere a calității actului medical.

Hai să vedem pe rând cele două motive enunțate.

### 1. Explozia cunoștințelor

Explozia cunoștințelor medicale și răspândirea largă a noilor tehnologii au făcut dificilă încercarea medicilor de a se menține la curent cu noutățile din specialitatea lor. În prezent, există mai mult de 20.000 de reviste medicale, 150.000 de articole publicate pe lună și 300.000 de trialuri controlate randomizat. Există o imensă cantitate de literatură medicală, ce nu poate fi asimilată de fiecare medic.

- Un medic de familie care vrea să se mențină la curent cu evoluția cunoștințelor din specialitatea lui ar trebui să asimileze 19 articole originale pe zi, timp de 365 de zile pe an (Intern Med, 1985).
- Un medic folosește ce puțin 2 milioane de informații pentru a fi capabil să-și îngrijească pacienții (Smith, R. What clinical information do doctors need? BMJ 1996).

Pentru a se putea menține actualul ciclu de viață al informațiilor, au fost luate în considerație două noi instrumente:

- bazele de cunoștințe medicale;
- ghidurile clinice.

### A. Baze de cunoștințe medicale pentru informații clinice structurate și sintetizate

Scopul lor este de a oferi accesul ușor și direct la informații chiar la nivelul unde se oferă îngrijirile. Exemple: UpToDate (Online: 80.000 de pagini; revizuire continuă, 3.300 de editori clinicieni). EMC Akos (în franceză, compendium de rezumate structurate din cele 45 de volume ale Enciclopediei Medico-Chirurgicale).

Cunoștințele clinice sunt perisabile în timp. Medicii care practică de mai mult timp sunt la risc de a furniza servicii de calitate mai slabă. Ca urmare, ei au nevoie de intervenții de creștere a calității.

Întrebările clinice sunt obișnuite, dar majoritatea rămân fără răspuns. Conform unui studiu, medicii din asistența medicală primară își pun în medie cam 11 întrebări clinice pe zi. La circa 55% din ele încearcă să găsească răspunsuri, dar le găsesc doar pentru circa 30-40%. Cele mai multe răspunsuri le găsesc în UpToDate (41%). Alte resurse utilizate sunt Epocrates (25%), MICROMEDEX (15%) și Sanford Guide to Antimicrobial Therapy (14%). (Ely JW, 1999) (Ely JW, 2005). Oare în România cum procedează colegii noștri?

Găsirea răspunsurilor la toate întrebările ar schimba până la 5 decizii de management pe zi. Cel mai comun motiv pentru care medicii renunță să caute un răspuns este acela că se îndoiesc că există un răspuns.

Medicii rezidenți identifică două întrebări la fiecare 3 pacienți examinați și caută răspuns la circa 29% din întrebări. Cel mai frecvent motiv pentru care nu caută un răspuns este lipsa timpului (60%) (Green ML, 2000).

Un alt studiu efectuat în 1985 arată că medicii pot obține răspunsul de la un alt medic sau cadru



FOTO: FOTOLIA

medical în circa 30% din întrebări (Covell, DG1985). Dar medicina bazată pe dovezi ne spune că părerea experților (sau a colegilor) este cel mai slab tip de dovadă!

Bazele de cunoștințe bune (cum ar fi UpToDate) permit găsirea răspunsurilor la întrebările clinice. Un studiu efectuat pe medici generaliști în Iowa (Ely JW, 2005) a studiat obstacolele care împiedică medicii să caute răspunsuri la întrebările generate de activitatea clinică. UpToDate a fost utilizat mai frecvent decât orice altă resursă bibliografică pentru a găsi răspunsuri la întrebări (41%).

Un studiu-pilot privind impactul UpToDate a fost efectuat la Universitatea din Chicago în rândul a 10 medici din 4 centre medicale. Medicii au fost aleși randomizat pentru a utiliza resurse informatice ce includeau sau nu UpToDate. Sesiunile clinice au fost monitorizate de un investigator și datele au fost colectate în timpul a 678 de consultații pe parcursul a 5 săptămâni. Utilizatorii UpToDate au fost capabili să găsească răspuns la întrebările lor într-un timp semnificativ mai scurt ( $p = 0,03$ ), în câteva minute față de până la 3 zile la grupul de control (Blackman D, 2002).

Consultarea unei baze de cunoștințe medicale îmbunătățește îngrijirea pacientului. Este demonstrată asocierea puternică între calitatea spitalizării și uti-

lizarea UpToDate. Spitalele cu acces la UpToDate au avut indicatori mai buni în ceea ce privește siguranța pacienților și numărul mai scăzut de complicații, precum și o durată de spitalizare semnificativ mai scăzută (în medie cu 0,167 zile de spitalizare per caz) comparativ cu spitalele fără acces la UpToDate. Aceste beneficii au fost corelate cu frecvența utilizării UpToDate (Bonis PA, 2008).

Un alt studiu efectuat în 2004 a examinat impactul cunoștințelor bazate pe dovezi (furnizate în special de UpToDate) asupra deciziei terapeutice la pacienții spitalizați. Înainte de furnizarea informației, cei mai mulți medici erau siguri că au făcut o alegere bazată pe dovezi. După ce au căutat și citit dovezile, au fost schimbate tratamentele la 18% dintre pacienți (Lucas BP, 2004).

Medicii care au avut acces la UpToDate au găsit răspuns la 89% din întrebări; 78% din răspunsuri au schimbat îngrijirile oferite pacienților. Utilizatorii UpToDate au găsit cu 79% mai multe răspunsuri decât medicii care nu aveau acces și, de asemenea, în 75% din cazuri au fost schimbate deciziile luate anterior (Blackman D, 2002).

#### **B. Ghidurile clinice (recomandările de bună practică)**

Într-o epocă în care recomandările bazate pe dovezi sunt din ce în ce mai des formulate și chiar din ce în



FOTO: FOTOLIA



ce mai aplicate, începe să fie tot mai puțin loc pentru abateri majore de la reguli. Identificarea celor mai bune dovezi posibile, ca răspuns la întrebările zilnice ce îi frământă pe clinicieni, este direcția către care se îndreaptă, fără îndoială, medicina modernă.

Ghidurile de diagnostic și tratament sunt recomandări dezvoltate în mod sistematic, bazate pe dovezi științifice privind îngrijirile care trebuie acordate într-o anumită circumstanță clinică. În articolul de față nu voi insista prea mult pe explicarea ghidurilor, doresc doar să scot în evidență faptul că ele trebuie să stea la baza creșterii calității îngrijirilor, dar trebuie operaționalizate, incluse în sisteme de implementare complexe.

Consensurile stabilite de organismele profesionale privind cele mai recomandate metode de diagnostic și tratament pentru o anumită stare clinică și prezentate într-un format operațional sau sub forma unui algoritm:

- permit o aliniere mai bună a conținutului bazat pe dovezi la procesul activității unui clinician (structurarea algoritmică);
- reprezintă baza modelelor pentru „protocoale” și „planuri de management al bolilor”;
- stau la baza sistemelor de suport decizional.

Ghidurile de practică bazate pe dovezi trebuie să fie dezvoltate de organizații profesionale și știin-

țifice, de echipe multidisciplinare, cu pregătire în activitatea de dezvoltare de ghiduri. Se poate afirma că este chiar mai puțin importantă experiența clinică personală, ci este mai importantă respectarea unei metodologii coerente. Oricum, în procesul de elaborare a ghidurilor, materialele sunt revizuite în repetate rânduri de echipe largi de clinicieni. Și mai important este ca în final ghidul realizat să fie acceptat de lumea medicală, iar implementarea să se facă în mod inteligent. Punerea în practică se poate face prin elaborarea unor protocoale sau planuri de îngrijiri care trebuie negociate și acceptate de furnizorii de servicii medicale, iar apoi incluse în sisteme informatice cu suport decizional clinic.

**2. A doua cauză a dezvoltării MBD, după explozia cunoștințelor, este reprezentată de creșterea continuă a costurilor îngrijirilor de sănătate.**

„Creșterea cheltuielilor publice pentru sănătate depășește cu 1% veniturile generale în țările OECD”. „Cheltuielile publice pentru sănătate și îngrijiri pe tot parcursul vieții se vor dubla în țările OECD până în anul 2050, atingând un nivel de 13%, față de media de 6,7% astăzi” (OECD 09/02/2006).

Este bine cunoscut faptul că îngrijirile de sănătate costă din ce în ce mai mult, iar cauzele sunt multiple. Singura soluție realistă ar fi să creștem contribuția personală pentru sănătate, fie prin asigurări sociale,

fie prin plăți private. Totuși, unele costuri pot fi reduse prin creșterea calității îngrijirilor. În mod normal ne-am imagina că o creștere a calității ar trebui să fie urmată de o creștere a costurilor. Experiențe reușite ne-au dovedit că putem scădea costurile și totodată să creștem calitatea și chiar să obținem rezultate de sănătate mai bune.

### **Integrarea MBD în modelele de îngrijiri de sănătate**

Pentru optimizarea îngrijirilor de sănătate, medicina bazată pe dovezi a devenit pârghia principală de îmbunătățire a proceselor din cadrul modelelor de îngrijire și al sistemelor de suport decizional: ghiduri clinice, protocoale, planuri de management al bolilor.

Ghidurile clinice sunt modele pur medicale de responsabilizare a actului de decizie terapeutică pentru o anumită boală. Ghidurile conțin recomandări de bună practică medicală.

Protocoalele de îngrijire (care pathways) integrează conținutul medical cu procesele activității și cu resursele persoanei care oferă îngrijirile (cabinete medicale, spitale etc.).

Managementul bolii reprezintă modelul de îngrijire pentru o anumită boală, din punct de vedere medical, procedural, organizațional și financiar și reunește toți furnizorii de îngrijiri implicați (îngrijiri integrate).

### **Integrarea MBD în sistemele electronice de suport decizional**

Sistemele informatice pot fi utilizate cu succes pentru diseminarea practicii bazate pe dovezi. Sistemele informatice cu suport decizional numit „suport decizional clinic” au două elemente importante:

- Bazale: Alarmer, alerte (recalls);
- Avansate: managementul fluxurilor de proces (workflow management) bazat pe ghiduri sau protocoale.

Sistemele de suport decizional clinic (CDSS) sunt o parte importantă a tehnologiilor de management al cunoștințelor clinice prin capacitatea lor de a sprijini procesele clinice și utilizarea cunoștințelor, de la diagnostic și investigații până la tratamentele și îngrijirile de lungă durată.

Sistemele de suport decizional clinic sunt „sisteme active de cunoștințe care utilizează două sau mai multe elemente ale pacientului pentru a genera recomandări specifice” (Wyatt J, Spiegelhalter D, 1991).

Osheroff definește sistemele de suport decizional clinic ca „furnizarea de cunoștințe clinice și informații legate de pacienți, filtrate în mod inteligent sau prezentate în momentul potrivit pentru a ameliora îngrijirea pacientului” (HIMSS, 2004).

Chiar dacă MBD și-a dovedit importanța în sprijinul creșterii calității îngrijirilor de sănătate, este încă dificil să convingi medicii să o practice. În cele mai multe domenii medicale, practica a rămas în urma cunoștințelor, cel puțin în ultimii ani. Soluția pentru a depăși acest obstacol este reprezentată de

sistemele informatice care furnizează suport decizional pentru utilizatori în momentul luării deciziei. Acest lucru va duce implicit la o creștere a calității îngrijirilor medicale.

Cum furnizorii de servicii fac multe greșeli în timpul activității lor, un suport decizional clinic poate fi util în evitarea acestor erori (Bates W, 2003).

Sunt descrise 4 funcții de bază care trebuie să fie incluse într-un sistem decizional clinic (Perreault & Metzger, 1999):

1. Administrativă: să permită codificarea clinică și, de asemenea, documentarea, autorizarea procedurilor și efectuarea trimiterilor.

2. Managementul complexității clinice și a detaliilor: să permită ca rezultatele cercetărilor să ajungă la pacienți prin intermediul protocoalelor; monitorizarea tratamentelor prescrise, trimerilor, controalelor și a îngrijirilor preventive.

3. Controlul costurilor: monitorizarea rețetelor; evitarea duplicatelor și a analizelor care nu sunt necesare.

4. Suport decizional: să includă procese pentru diagnosticul clinic și planurile terapeutice; să permită și să stimuleze buna practică medicală, includerea ghidurilor specifice pentru diferite boli, precum și managementul la nivel populațional.

#### **Alarmer, alerte (reminders)**

Îngrijirea eficientă a bolilor cronice este teoretic imposibilă fără sistemele informatice care să asigure accesul la datele-cheie atât la nivel de pacient individual, cât și la nivelul grupului de pacienți (nivel populațional).

Un sistem informațional clinic poate îmbunătăți îngrijirile la nivelul pacienților individuali prin intermediul alertelor (reminders) privind serviciile care trebuie oferite la momentul potrivit, anunțând ce și când trebuie făcut conform planului de îngrijiri. La nivelul populației de pacienți, e necesar un sistem care să poată identifica grupurile de pacienți care au nevoie de îngrijiri suplimentare, dar și pentru monitorizarea performanței pe baza indicatorilor de calitate ce trebuie urmăriți.

Alarmer și alertele sunt cele mai importante instrumente pentru implementarea programelor de managementul bolilor. Ele trebuie să fie:

- sistematice;
- în timp real;
- orientate către patologie;
- adaptabile și parametrizabile necesităților și obiceiurilor medicilor.

Pentru rezultate bune, trebuie să includem în sistemele de disease management asemenea alarmer și alerte, care trebuie evaluate și optimizate periodic.

Avantajele sistemelor informatice în managementul bolilor sunt:

- acces ușor pentru medic și pacient la ghidurile bazate pe dovezi;
- acces în timp real la baze de date pentru tratament;



FOTO: FOTOLIA

- acces ușor la dosarul electronic al pacientului;
- ușor de adus la zi;
- acces la datele pacientului de oriunde și în timp real;
- posibilitatea de a cerceta ușor datele pacienților;
- trimiterea de alerte pe computer;
- posibilitatea de a lucra în rețea.

Specificitatea sistemelor informatice este definită prin existența modelelor de cunoștințe și procese pentru boli specifice și la nivel de plan individual de îngrijiri pentru fiecare pacient. Interactivitatea este definită prin existența alertelor și reminder-urilor (suport decizional clinic).

### Managementul proceselor bazat pe ghiduri

Conținutul prescripțiilor și regulilor utilizate de sistemele de e-prescripție au în spate recomandări bazate pe dovezi. Existența unor funcții avansate de suport decizional în sistemele de prescriere electronică, alături de fișa medicală electronică sunt elemente indispensabile pentru a obține un impact pozitiv asupra calității îngrijirii și un ROI pozitiv (return of investments).

### În loc de concluzii

Medicina bazată pe dovezi este un domeniu interesant, dar și un mod de abordare a practicii medicale la orice nivel. Încercările de a introduce în România o practică bazată pe dovezi s-au lovit de la început de rezistența marilor practicieni. Așa cum am încercat de demonstrez în acest articol, la ora actuală este dovedită importanța aplicării MBD și există experiențe reușite de implementare. Așa cum s-a văzut, managementul bazat pe dovezi nu se poate face fără suportul informaticii. Dar cu riscul de a mă repeta, în acest proces, care este de durată, avem de-a face cu 10% informatică și 90% efort uman. Toate regulile, ghidurile, planurile de îngrijire, bazele de cunoștințe medicale, indicatorii de performanță trebuie gândite și pregătite de colective de medici. Toate acestea reprezintă un efort imens pe care cineva va trebui să și-l asume și în țara noastră. Avem un minister, avem o gramadă de organizații profesionale și patronale, avem chiar și o Casă de Asigurări. Cineva ar trebui să înceapă de undeva. Expertiză există suficientă în țara noastră, dar nimeni nu are curajul să o pună la lucru și, evident, să o finanțeze.

Evaluarea tehnologiilor medicale este una dintre aplicațiile medicinei bazate pe dovezi, este și ea importantă, fără îndoială. A fost chiar inclusă în proiectul noii legi a sănătății. Ar putea fi un început bun. ■

### Bibliografie

1. Covell, DG, Uman, GC, Manning, PR, Information needs in office practice: are they being met? *Ann Intern Med* 1985;103(4):596-9.
2. Green ML, Ciampi MA, Ellis PJ. Residents' medical information needs in clinic: are they being met? *Am J Med.* 2000 Aug 15;109(3):218-23.
3. Blackman D, Cifu A, Levinson W. J. Can an electronic database help busy physicians answer clinical questions? *Gen Intern med* 2002; 17(Suppl1):220.
4. Bonis PA, Pickens GT, Rind DM, Foster DA. Association of a clinical knowledge support system with improved patient safety, reduced complications and shorter length of stay among Medicare beneficiaries in acute care hospitals in the United States. *Int J Med Inform.* 2008 Nov;77(11):745-53.
5. Lucas BP, Evans AT, Reilly BM, Khodakov YV, Perumal K, Rohr LG, Akama JA, Alausa TM, Smith CA, Smith JP. The impact of evidence on physicians' inpatient treatment decisions. *J Gen Intern Med.* 2004 May;19(5 Pt 1):402-9.
6. Leif I. Solberg and Col. for the NAPCRG Committee on Advancing the Science of Family Medicine. How Can Primary Care Cross the Quality Chasm? *Annals of Family Medicine*, Vol. 7, No. 2, March/April 2009.
7. Shortell SM, Evidence-Based Medicine and Management: Creating a High Performing Health System Advancing the Future of Healthcare Delivery, Purdue University Discovery Lecture Series, April 23, 2007.
8. Noble J, Greene II HL, Levinson W, Modest GA, Mulrow CD, Scherger JE, Young MJ. *Textbook of Primary Care Medicine*, Third Edition. Mosby, 2001.
9. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of Internal Medicine* 2005; 142:260.
10. Perreault L, Metzger J. A pragmatic framework for understanding clinical decision support. *Journal of Healthcare Information Management.* 1999;13(2):5-21.
11. Ely JW, Osheroff JA, Chambliss ML, Ebell MH, Rosenbaum ME. Answering physicians' clinical questions: Obstacles and potential solutions. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2005; 12(2):217-24.
12. Wyatt J, Spiegelhalter D. Field trials of medical decision-aids: potential problems and solutions. In Clayton P (ed). *Proc. 15th Symposium on Computer Applications in Medical Care*, Washington 1991. New York: McGraw Hill Inc 1991: 3-7.