

JAK DÁL S PRIMÁRNÍ PREVENCÍ?

WHITHER PRIMARY PREVENTION?

Jaroslav Kotulán

Na stránkách Hygieny se začala rozvíjet podnětná diskuse. Mnoho konkrétních faktů do ní přinesla stat' kolegy Kříže, která rozebrala ekonomické aspekty zdravotní péče a přesvědčivě zdokumentovala ekonomický přínos prevence.

Obdobně jako v ostatních vyspělých zemích, i u nás, náklady na zdravotní péči rostou, a to exponenciálně, jejich růst se každým rokem zrychluje, zcela nezávisle na hrubém domácím produktu. Např. zatímco v USA mezi roky 2008 a 2009 došlo k celkovému ekonomickému poklesu o 1,1 %, zdravotnické náklady stouply o 5,7 % (1). Souvisí to s nebývalým rozvojem kvality péče, nových drahých pracovních metod, přístrojů a léků. Medicína tak na rozdíl od většiny ostatních oborů s technologickým pokrokem náklady na jednotku výkonu nesnižuje, ale naopak dramaticky zvyšuje. Takový vývoj by musel v budoucnu nutně vést k bodu, kdy společnost nebude schopna zdravotní náklady uhrazovat a zdravotní péče zkolabuje. Přitom je známo, že značný podíl těchto vysokých a prudce rostoucích prostředků je vynakládán na nemoci preventabilní, tedy nemoci zbytečné, k nimž nemuselo dojít.

Efekt prevence bývá argumentován úsporou na finančních nákladech na nemoci, jimž by bylo zabráněno, resp. úsporou na sociálních dávkách, které by nemusely být vypláceny. To jsou však jen dobře viditelné a finančně bezprostředně zdokumentované částky. Ve skutečnosti jsou však náklady mnohem vyšší. Uvedené hodnocení totiž nebere v úvahu mnohé další ekonomicky vyjádřitelné dopady, které si posuzovatelé neuvědomují nebo je podceňují, tzv. externí náklady (externality). Jsou to dopady na psychiku nemocných a jejich rodin, utrpení, jemuž jsou nemocní vystaveni, sociální újma pro postižené rodiny, ztráty spojené s pracovní absencí aj. Ekonomicky se vyjadřují obtížněji, nemají tržní hodnotu. Používá se k tomu metoda ochoty zaplatit (WTP – willingness-to-pay), resp. ochoty akceptovat (WTA – willingness to accept). Zjišťují se speciálními dotazníkovými akcemi, v nichž lidé vypovídají, kolik by byli ochotni zaplatit za absenci nepříznivých dopadů, resp. jak vysoké by podle jejich názoru mělo být odškodnění za utrpěnou újmu. Při použití náležitých metod interview a jejich statistického zpracování je možno dospět k poměrně spolehlivým a reprodukovatelným údajům, které bývají, jak ukazují zahraniční zkušenosti, překvapivě vysoké (2, 3). Externalities bývají využívány i při hodnocení ekonomických dopadů některých nepříznivých vlivů životního prostředí, např. hluku (4, 5), znečištění ovzduší (6, 7) aj. Cena roku života prožitého v optimálním zdraví byla pro USA zhodnocena částkou 100 000 \$ (8).

Ve zdravotnických úvahách je často směřována a kladena na stejnou úroveň prevence primární a sekundární. Z hlediska ekonomických dopadů a celkové efektivity by však měly být ostře odlišovány, v uvedených směrech se totiž diametrálně liší.

Při vši účtě k sekundární prevenci, tj. aktivnímu vyhledávání lidí s počínajícími známkami choroby nebo výraznými rizikovými znaky a jejich léčení, si musíme stále uvědomovat její omezené možnosti. Přichází většinou pozdě, až po začátku nemoci, často pacienta nevyлéčí, ale jen zpomalí průběh nemoci, může být uplatněna jen u nemocí pomalu se vyvíjejících, kde je dost času mezi prvními projevy a rozvinutým klinickým obrazem. Nesnižuje výskyt nových případů téhož onemocnění. Mnohdy stresuje pacienta, který se cítil zdravý, sdělením jeho ohrožení, které při falešně pozitivních výsledcích skríninku nemusí ani být pravdivé. Osobní i věcné náklady jsou poměrně vysoké a z podstatně převažující části jsou vynakládány na osoby zdravé, u nichž jsou výsledky negativní.

Primární prevence adresuje své úsilí celé populaci. Jejím cílem je chránit a rozvíjet zdraví ovlivňováním životních podmínek, potlačovat zdravotně rizikové sociální, ekonomické a kulturní stránky života a předcházet nežádoucím environmentálním expozicím. Přichází včas, brání chorobám ještě před jejich biologickým začátkem, působí na celou populaci, snižuje nejen prevalenci, ale i incidenci, nestresuje a přitom je (resp. může být) z hlediska poměru náklady/efekt nesrovnatelně levnější než prevence sekundární s navazující terapií.

Významnou součástí primární prevence je výchova zaměřená na snížení výskytu rizikových způsobů chování, výchova k osobní zodpovědnosti za vlastní zdraví. Měla by být orientována především na hlavní faktorové okruhy vztažené k nemocnosti a předčasné úmrtnosti, resp. jejich prevenci: nekuřáctví, zdravá výživa, dostatek tělesného pohybu, snižování spotřeby alkoholu a potlačování toxikomanií.

Velmi často se setkáváme se zjednodušenými představami o primární prevenci jako soustavě výkladů a přednášek vysvětlujících vznik nemocí a rolí pozitivních i negativních faktorů životních podmínek. I když to k primární prevenci také patří, je to jen jedna součást – šíření znalostí, součást nejméně náročná na přípravu i provádění, a také sama o sobě většinou neúčinná.

Samotné znalosti nejsou zárukou žádoucího jednání. Naprostá většina obyvatelstva patrně ví, že kouření, alkohol a drogy jsou škodlivé, že zelenina je zdravá a přejídání nezdravé atd., a přesto se tím mnozí ve svém životě neřídí. Rozhodující jsou postoje a návyky, vnitřní

ztotožnění s doporučenými vzorci chování, odhodlání podle nich jednat a takové jednání také v každodenním životě alespoň zčásti realizovat.

Pozitivní roli mohou zajisté hrát rady lékařů zaměřené na omezování kuřáctví, nadváhy apod., vzhledem k autoritě, kterou lékaři u pacientů vesměs požívají. Toto ovlivňování však nemůže být z praktických důvodů dost soustavné, takže má naději na úspěch spíše jen u pacientů, jejichž zdraví je daným vlivem (kuřáctvím, otylostí) zřetelně narušeno. Pak už se ale nejedná o primární prevenci, ale součást terapie.

V západní literatuře se v souvislosti s primární prevencí hovoří o ovlivnění osobních voleb (1, 9). Každý mnohokrát denně volíme z řady nabízejících se možností: co k snídani? co si uvařit? co vybrat z jídelního lístku? jít pěšky? jak trávit volné odpoledne? zkusit si odepřít v dané chvíli cigaretu? atd. Během let jsou takových zdánlivě bezvýznamných voleb statisíce nebo snad miliony. Mnohaletou kumulací ve svém souhrnu významně zdraví buď posilují, nebo naopak podřívají a poškozují.

Zásadním problémem primární prevence je tedy způsob, jak postoj, návyky a každodenní volby ovlivňovat a měnit. Jak dosahovat, aby si lidé v této souvislosti více uvědomovali svoji osobní zodpovědnost za vlastní zdraví i zdraví své rodiny.

Ze studií zaměřených na tyto otázky je přitom známo, že uvedené každodenní mnohočetné volby jsou jen výjimečně výsledkem cílené rozumové úvahy. Většinou jde o návykové automatismy dané zvyklostmi, postoji a tradicemi dané populační skupiny, daného kulturně sociálního prostředí a jeho celkové atmosféry. Kontexty v nichž lidé žijí v dané komunitě ovlivňují jejich volby a na druhé straně v mnoha případech vytvářejí pro zdravotně žádoucí chování obtížně překonatelné bariéry.

Zvláštní pozornost zde zasluhují děti, neboť si nemohou vybrat své prostředí, jsou obzvláště zranitelné, a to s možnými nepříznivými efekty přesahujícími i do dospělosti (10). Role rodičů zde ovšem není snadná. I když případně vychovávají své děti ke správné životosprávě, s pokračujícím věkem dítěte stále obtížněji čelí soustavnému proudu zevních tlaků ze strany médií, reklamy, filmů a party vrstevníků, přímo či nepřímou podporujících kuřáctví, konzumaci alkoholu, nevhodné typy potravin a stravování i typ zábav (dnes vesměs počítačových) omezujících v denním režimu míru tělesného pohybu.

Všechny výše uvedené preventivní aktivity je nutno studovat a realizovat při rozlišování jednotlivých cílových skupin (dle věku, pohlaví, sociálních vrstev atp.), neboť zúčastněné faktory i cesty k ovlivňování mohou být v různých skupinách výrazně odlišné a výrazně sociálně ovlivněné (1, 11). Nejlepší výsledky na komunitní úrovni jsou dosahovány koordinovaným úsilím zúčastněných institucí a programů zastihujících lidi v místech kde žijí, pracují, baví se, studují apod.

Základní podmínkou je vysoká odbornost realizovaných kampaní, a to nejen odbornost medicínská, ale také využití kompetentních znalců z oblasti psychologie, sociologie, PR (public relations) a reklamní strategie. Je nutno studovat okolnosti a souvislosti určitých typů voleb, hledat faktory, které napomáhají žádoucím rozhodnutím, a jiné, které naopak vytvářejí pro žádoucí volby různá znesnadnění a překážky. S využitím takových poznatků je pak třeba měnit celkovou atmosféru v cílové komunitě. Nezbytné je přitom i soustavné vyhodnocová-

ní dosažených výsledků jakožto podkladu pro rozvíjení další efektivní činnosti i získávání zájmu médií a politiků a pro opatrování dalších finančních i věcných prostředků.

Někdy se namítá, že by šlo o společenské manipulace, v demokratické společnosti nežádoucí. Ano, pokud to tak někdo chce nazvat. Společenské manipulace jsou dnes běžné: mediální, politické, náboženské, reklamní aj. Místo jejich apriorního odmítání by bylo žádoucí vážit jejich společenskou prospěšnost. Na rozdíl od některých jiných manipulací je prospěšnost zdravotního ovlivňování lidí nesporná.

Plný efekt primární prevence je ovšem dosažitelný jen při jejím celospolečenském rozvinutí. Nemohou uspět zdravotníci sami. Nezbytná je součinnost se státními orgány, neziskovými organizacemi i soukromými subjekty, např. z oblasti bydlení, obchodu, dopravy, rekreace, komunitního vývoje a plánování aj. (12).

Úlohou zdravotníků je, kromě vlastní účasti na zdravotní výchově, takovou co nejširší spolupráci iniciovat, stimulovat, rozvíjet a udržovat. Žádoucí je účast takových veřejných sektorů, jako jsou zdravotní pojišťovny, média, obecní a městské správy, školství, obchod, restaurace, sportovní a jiná zájmová sdružení atp. Významné může být i využití programů typu „zdravé město“, „zdravá škola“ aj.

Výše uvedené aktivity jsou ovšem spjaty s příslušnými náklady. Důležitou podmínkou celonárodního rozvíjení primární prevence je také její financování, které je třeba zajišťovat z veřejných i soukromých zdrojů.

Primární prevence musí být také účinně podpořena právními a rezortními opatřeními, která usnadňují a stimulují žádoucí chování a odrazují od chování nezdravého. Vhodnou skladbu výživy musí podpořit opatření v oblasti zemědělské výroby, v potravinářství, dovozu a vývozu potravin, ve školním a závodním stravování, v selektivním ovlivňování cen potravin daňovou politikou, odrazování od kouření by měla pomáhat striktní právní opatření na ochranu nekuřáků i opatření prodejní a cenová, rozvíjení tělesného pohybu vytvářením podmínek pro masovou tělovýchovu a sport, samozřejmostí by měl být zákaz reklam na alkohol a další nežádoucí komodity nebo způsoby chování atd.

Hlavní podmínky úspěšné primární prevence můžeme shrnout do několika bodů:

1. Kompetentní metodické vedení: vedle zdravotníků účast psychologů, sociologů, reklamních odborníků, specialistů PR, ekonomů a dalších.
2. Cílený výzkum, soustavné studium faktorů významných pro příznivé ovlivnění způsobu života, projekty nadějných kampaní, monitorování dosahovaných efektů.
3. Co nejširší účast státních, dobrovolných i privátních orgánů a organizací.
4. Dostatečné finanční zabezpečení. Vložené prostředky se mnohonásobně vrátí.

Primární prevence nabízí velké možnosti. Každé procento příznivých změn v běžném chování lidí je výrazným přínosem pro národní zdraví, pro snižování nemocnosti a úmrtnosti, prodloužování aktivního života i pro snižování zdravotnických nákladů. Nezbytnost rozvíjení primární prevence je také vážným argumentem proti probíhajícímu omezování hygienické služby, která by mohla a měla být jednou ze základních struktur pro organizaci primárně preventivních aktivit a jejich plošnou realizaci v širokém celostátním měřítku.

LITERATURA

1. Braveman PA, Egerter SA, Mockenhaupt RE. Broadening the focus: the need to address the social determinants of health. *Am J Prev Med.* 2011 Jan;40(1 Suppl 1):S4-18.
2. Ščasný M, Havránek M, Melichar J. The externe method: a brief discussion on externality definition and estimation method. Charles University Environment Center; 2004.
3. Venkatachalam L. The contingent valuation method: a review. *Environ Impact Assess Rev.* 2004 Jan;24(1):89-124.
4. Barreiro J, Sánchez M, Viladrich-Grau M. How much are people willing to pay for silence? A one and one-half bound DC CV estimate. *Proceedings of Internoise.* 2000;5:3408-12.
5. Navrud S. The state-of-the art on economic valuation of noise: final report to European Commission DG Environment April 14th 2002. Aas: Department of Economics and Social Sciences, Agricultural University of Norway; 2002.
6. AEA Technology Environment. Service Contract for Carrying out Cost-Benefit Analysis of Air Quality Related Issues, in particular in the Clean Air for Europe (CAFE) Programme. Methodology for the Cost-Benefit analysis for CAFE: volume 2: health impact assessment. Didcot: AEA Technology Environment; 2005.
7. Nicolas JP, Duprez F, Durand S, Poisson F, Aubert PL, Chiron M, et al. Local impact of air pollution: lessons from recent practices in economics and in public policies in the transport sector. *Atmos Environ.* 2005;39(13):1475-82.
8. Schoeni RF, Dow WH, Miller WD, Pamuk ER. The economic value of improving the health of disadvantaged Americans. *Am J Prev Med.* 2011 Jan;40(1 Suppl 1):S67-72.
9. Woolf SH, Dekker MM, Byrne FR, Miller WD. Citizen-centered health promotion: building collaborations to facilitate healthy living. *Am J Prev Med.* 2011 Jan;40(1 Suppl 1):S38-47.
10. Miller WD, Sadegh-Nobari T, Lillie-Blanton M. Healthy starts for all: policy prescriptions. *Am J Prev Med.* 2011 Jan;40(1 Suppl 1):S19-37.
11. Braveman PA, Egerter SA, Woolf SH, Marks JS. When do we know enough to recommend action on the social determinants of health? *Am J Prev Med.* 2011 Jan;40(1 Suppl 1):S58-66.
12. Miller WD, Pollack CE, Williams DR. Healthy homes and communities: putting the pieces together. *Am J Prev Med.* 2011 Jan;40(1 Suppl 1):S48-57.

*Prof. MUDr. Jaroslav Kotulán, CSc.
Zemědělská 24
613 00 Brno
E-mail: jkotalan@volny.cz*