

KVARTARNA PREVENCIJA KAO TEMELJ RACIONALNOG PRISTUPA PACIJENTU U OBITELJSKOJ MEDICINI

QUATERNARY PREVENTION AS A BASIS OF RATIONAL APPROACH TO THE PATIENT IN FAMILY PRACTICE

Ines Zelić Baričević*, Marija Vrca Botica**, Ivana Pavlič Renar***

*Ines Zelić Baričević, dr.med, specijalistica obiteljske medicine, specijalistička ordinacija obiteljske medicine Bukovlje/Slavonski Brod.

** doc. dr. sc Marija Vrca Botica, specijalistica obiteljske medicine, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola NZ „Andrija Štampar, Katedra za obiteljsku medicinu.

*** prof. dr.sc. Ivana Pavlič Renar, specijalistica interne medicine/endokrinolog, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Katedra za internu medicinu KBC Rebro.

Kontakt:

Ines Zelić Baričević

Ivana Gundulića 29B

35000 Slavonski Brod

e mail: ines.zelic@hi.t-com.hr

SAŽETAK

Kvartarna prevencija definirana je kao postupak identificiranja pacijenta rizičnog podlijevanju prekomjernoj medikalizaciji ali i zaštite pacijenta od nove medicinske invazije te predlaganja takvom pacijentu etički prihvatljivih intervencija. Njeno primarno mjesto je u obiteljskoj medicini zbog pozicije obiteljskog liječnika koji predstavlja prvu liniju kontakta s pacijentom te “voditelja” pacijenta kroz zdravstveni sustav. Veliko umijeće liječnika obiteljske medicine je odrediti kojem tjelesnom sustavu pripada simptom kojega prezentira pacijent, te odrediti optimalni daljnji postupak s pojedinim pacijentom. To je posebno složeno u situaciji kada pacijent ima tegobe, a liječnik ne nalazi bolest. U tim situacijama individualni pristup pacijentu, dobra komunikacija, balans između indiciranja odgovarajućih pretraga i utvrđivanja nužnih postupaka uz oslanjanje na medicinu temeljenu na dokazima čine kvartarnu prevenciju, koja postaje nužnost u vođenju pacijenta kroz suvremeni sustav zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: kvartarna prevencija, obiteljska medicina, medikalizacija

SUMMARY

Quaternary prevention is action taken to identify patient at risk of overmedicalisation , to protect him from new medical invasion, and to suggest him interventions , which are ethically acceptable. It belongs mostly to family medicine because of the family physician’s position who is first contact to patient and “leader” of patient through health care system. Family physician must have a skill to locate the patient’s symptom to proper body system and also to find appropriate procedure to do after that with the patient. It is very complex in situation when patient has symptoms and complaints and physician doesn’t find the disease. In those situations individual approach to patient, good communication, balance between finding appropriate procedures and defining necessary procedures together with Evidence Based Medicine make Quaternary Prevention , which becomes necessity in process of leading of patient through modern health care system.

Key words: Quaternary Prevention, Family Medicine, medicalisation

Definicija kvartarne prevencije

Prema rječniku svjetskog udruženja obiteljskih liječnika - *World Organization of National Colleges, Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA), rječniku opće/obiteljske medicine, primarna prevencija je promocija zdravlja, sekundarna rano otkrivanje bolesti, a tercijarna smanjivanje posljedica bolesti i rehabilitacija⁽¹⁾. Kvartarna prevencija definirana je kao postupak identificiranja pacijenta rizičnog podlijevanju prekomjernoj medikalizaciji (tj. pretjeranoj neopravdanoj upotrebi lijekova)⁽²⁾ te kao zaštita pacijenta od nove medicinske invazije i predlaganje etički prihvatljive intervencije^(1,3-5). Sama ideja koncepta prvi puta je definirana na godišnjem okupljanju Klasifikacijskog odbora WONCAe – WONCA International Classification Committee-a (WICC)⁽⁶⁾ u Durhamu, North Carolina, 1999. godine⁽⁷⁾ sa idejom „Najbitnije je ne nanositi štetu“. Službeno uvrštenje definicije kvartarne prevencije u rječnik WONCA-e provedeno je 2003. godine.

Teoretska osnova za razvoj koncepta

Kvartarna prevencija može se primjenjivati/provoditi na svim razinama zdravstvene zaštite. Međutim, njeno primarno i najvažnije mjesto je u obiteljskoj medicini zbog pozicije obiteljskog liječnika u sustavu. Obiteljski liječnik je prvi kontakt s pacijentom i njegov “voditelj” kroz zdravstveni sustav^(8,9).

U Europi postoji razlike od zemlje do zemlje u profilu zdravstvenih djelatnika primarnog kontakta: liječnik opće/obiteljske medicine, opći internist, opći pedijatar, opći psihijatar, opći fizijatar, sestre u primarnoj zaštiti. Ipak, kada se govori o primarnom liječniku misli se u pravilu na liječnika opće /obiteljske medicine kao liječnika primarnog kontakta i onog koji čini srž primarne zaštite koja se smatra danas primjerenom, a ta je da omogućava :

- dostupnu skrb prvog kontakta koja je odgovorna za smanjenje nepotrebne bolničko-specijalističke zaštite
- kontinuitet zaštite, individualno usmjerena skrb dugog praćenja

- koordinacija zaštite kada pacijenta upućuje na dodatne pretrage i konzultacije ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Rad u obiteljskoj medicini je zahtjevan i složen. Ordinacija obiteljske medicine je “prva linija” suočavanja s pacijentom koji sa sobom donosi anksioznost vezanu uz poteškoće što su ih simptomi i tegobe koje ima stvorili u njegovom životu ^(4,5).

Na sekundarnu razinu zdravstvene zaštite pacijent dolazi ciljano usmjeren odgovarajućem konzilijarnom liječniku sa tegobama koje pripadaju odgovarajućoj specijalnosti. Za razliku toga, pacijent se svom obiteljskom liječniku može javiti s velikim spektrom različitih simptoma. Prema Međunarodnoj klasifikaciji primarne zdravstvene zaštite – International Classification of Primary Care (ICPC) ⁽¹¹⁾ pacijent može pri posjeti prikazati 493 različita simptoma vezanih uz 17 tjelesnih sustava ⁽¹¹⁻¹³⁾. Svaki od tih simptoma može biti tipičan i klasičan simptom vezan uz sustav kojemu pripada, npr. bol u koljenu – lokomotorni sustav; dizurija – urinarni sustav. Međutim, može se raditi o sasvim drugom sustavu i preklapanju nekoliko sustava; glavobolja pripada neurološkom sustavu, ali može biti simptom hipertenzije koja pripada kardiovaskularnom sustavu ili hipertireoze koja pripada endokrinom sustavu. Tahikardija pripada kardiovaskularnom sustavu, a može biti simptom psihosomatskog poremećaja. Veliko umijeće i izazov za liječnika obiteljske medicine je pažljivom anamnezom, ciljanim pitanjima i kliničkim pregledom odrediti kojem tjelesnom sustavu pripada prezentirani simptom, te individualno odrediti optimalni daljnji postupak. S jedne strane, postoji mogućnost neprepoznavanja potencijalno ozbiljnog zbivanja, npr. dijagnosticiranja boli u prsima kod akutnog infarkta miokarda kao mišićne, dok s druge strane, brojni uredni nalazi pretraga nakon kojih se pacijent osjeća bolje bez ikakve intervencije svjedoče o čestom nepotrebnom slanju na dijagnostičke pretrage.

Četiri mogućnosti odnosa pacijent – liječnik - bolest

Prema autorima koncepta kvartarne prevencije, posjeta u obiteljskoj medicini je mjesto gdje se se susreću pacijentove tegobe i njegovo osjećanje bolesnim – (engl. *illness*)^(5,14) i liječnikova obrada i interpretacija pacijentovih tegoba u obliku dijagnoze konkretne bolesti - (engl. *disease*)^(4,14).

Tradicionalni pristup prevenciji govori o kronološkom pristupu temeljenom na trenutku nastanka problema – primarna i sekundarna prevencija provodi se prije nastanka problema odnosno bolesti, a tercijarna nakon nastanka bolesti⁽¹⁵⁾. Taj pristup se može primijeniti u situacijama kada se pacijent i liječnik slažu u tome postoji li bolest (Slika 1a i 1b)

Slika 1a. Preklapanje pacijentovog i liječnikovog mišljenja –
bolest ne postoji⁽²⁾
Mixing patient's and doctor's views – disease does not exist⁽²⁾

Liječnik:

NISI BOLESTAN

-----nastanak----->>
problema

Pacijent:

NISAM BOLESTAN

Slika 1b. Preklapanje pacijentovog i liječnikovog mišljenja –
bolest postoji⁽²⁾
Mixing patient's and doctor's view – disease exists⁽²⁾

Liječnik:

BOLESTAN SI

-----nastanak----->>
problema

Pacijent:

BOLESTAN SAM

Postoje situacije u kojima liječnik otkriva i definira postojanje konkretne bolesti, a pacijent nema nikakvih tegoba (Slika 1c). Primjer je ponovljeni nalaz glikemije na tašte veće od 7 mmol/L koja govori o postojanju šećerne bolesti, a da pacijent pri tome nema nikakvih smetnji, odnosno radi se o asimptomatskoj fazi šećerne bolesti. Dakle liječnik izjavljuje i obavještava pacijenta da ima kroničnu bolest s kojom će živjeti ostatak života i da mora promijeniti način života i prehrane, a pacijent nema nikakvih subjektivnih tegoba i smatra da on dalje ništa ne treba poduzeti.

Slika 1c. (Ne)preklapanje pacijentovog i liječnikovog mišljenja oko toga postoji li bolest ili ne (I) ⁽²⁾
Disagreement of patient and doctor about existing of disease(I) ⁽²⁾

Liječnik:

BOLESTAN SI

-----nastanak----->>
problema

Pacijent:

NISAM BOLESTAN

Za liječnika je najkompleksnija situacija kada pacijent ima brojne tegobe koje mu stvaraju poteškoće i osjeća se bolesnim, a ne može se naći konkretnu bolest pa time niti odrediti čime liječiti i kako pomoći pacijentu. Upravo u takvim situacijama najteže je ne poduzeti ništa ⁽⁴⁾ (Slika 1d). Takva posjeta je situacija u kojoj se susreću anksioznost pacijenta sa anksioznošću liječnika. Anksioznost pacijenta proizlazi iz činjenice da ima tegobe koje nisu potvrđene pozitivnim odnosno patološkim nalazima laboratorijskih pretraga ili kliničkih pregleda. Anksioznost liječnika rezultat je osjećaja neuspješnosti zbog nesigurnosti što nije otkrio patološko stanje, uz pritisak pacijenta da definira neko stanje s kojim će se onda moći nešto poduzeti. Spomenute situacije završavaju na različite načine. Tegobe pacijenta liječnik može definirati kao hipohondriju, pretjerivanje ili somatoformni poremećaj. Ovakvi pacijenti kandidati su za upadanje u zamku, (kako je autori koncepta nazivaju “crnu rupu”) brojnih nepotrebnih pretraga i troškova ⁽⁴⁾.

Slika 1d. (Ne)preklapanje pacijentovog i liječnikovog mišljenja oko toga postoji li bolest ili ne (II) ⁽²⁾

Disagreement of patient and doctor about existing the disease (II) ⁽²⁾

Liječnik:

NISI BOLESTAN

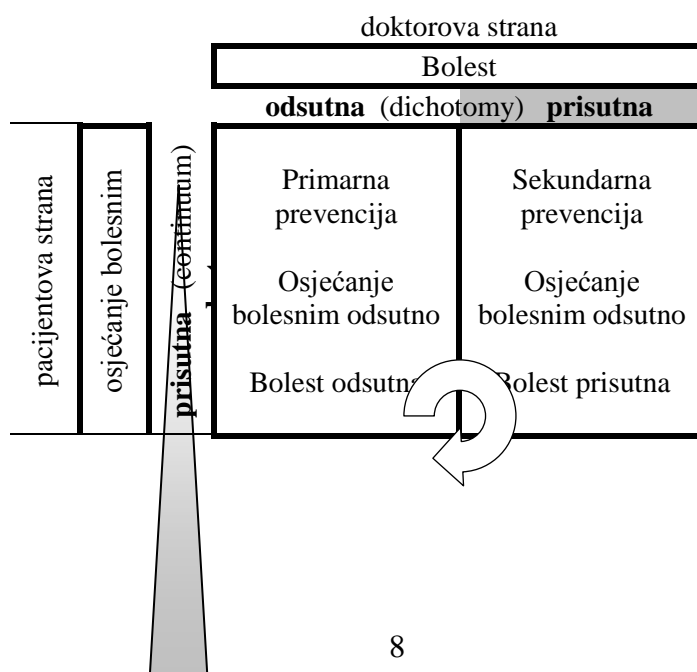
-----nastanak----->>
problema

Pacijent:

BOLESTAN SAM

Kandidati za kvartarnu prevenciju su upravo pacijenti s tegobama kojima liječnik ne nalazi bolest. Neadekvatna međusobna komunikacija, ranija izloženost pacijenta anksioznoj zdravstvenoj edukaciji (“Gdje ste bili do sada?”), spomenuta anksioznost liječnika i sve rašireniji defanzivni pristup medicini ⁽¹⁶⁾ vodi pacijenta na dug i iscrpljujući put sastavljen od velikog broja nepotrebnih pregleda i pretraga čiji će svi ili većina nalaza biti uredna, a uglavnom neće objasniti polazne tegobe ^(4,16,17). Slika 2. prikazuje različite oblike prevencije u modelu međusobnih odnosa.

Slika 5. Različiti oblici prevencije u modelu međusobnih odnosa ⁽⁵⁾
Different forms of prevention in the relational model ⁽⁵⁾



	Kvartarna prevencija	Tercijarna prevencija
	Osjećanje bolesnim prisutno	Osjećanje bolesnim prisutno
	bolest odsutna	Bolest prisutna

Postavljanje indikacija za postupke s pacijentom

Balansiranje između zahtjeva pacijenta, utvrđivanja racionalne indikacije za pojedine postupke ali i nužnosti izvođenja u situacijama kada je to potrebno, čini svakodnevicu rada obiteljskog liječnika. U tom procesu jedna od najdjelotvornijih metoda koja pomaže liječniku u donošenju odluke je upravo medicina temeljena na dokazima (engl. *Evidence Based Medicine*)⁽¹⁸⁾. Znanje iz kliničkih studija o koristi i šteti mogu nam pružiti povjerenje u mogućnost odustajanja od mnogo dijagnostičkih postupaka i lijekova u suglasnosti s pacijentom⁽⁴⁾.

Kalifornijsko Sveučilište u Los Angelesu (University of California Los Angeles = UCLA) je u suradnji s RAND (Research and Development) Korporacijom razvilo metodologiju procjene kvalitete studija, posebno u sustavnim analizama⁽¹⁹⁾. Posebno dobar primjer za primjenu te metodologije je postavljanje kriterija za racionalnu upotrebu radioloških metoda (koje intrinzično imaju potencijal štete od same pretrage – izloženost zračenju). Definira se *odgovarajuća* i *nužna* medicinska intervencija⁽²⁰⁾:

- *Odgovarajuća* je indikacija za izvođenje medicinskog postupka ako je očekivana zdravstvena korist (npr. duže očekivano trajanje života, smanjenje boli, smanjenje anksioznosti, poboljšana funkcionalna sposobnost) značajno veća od očekivanih negativnih

posljedica (npr. mortaliteta, morbiditeta, anksioznosti zbog provođenja postupka, boli koju uzrokuje postupak) da to čini postupak vrijednim provođenja.

- *Nužnost* znači da zdravstvena korist nadmašuje zdravstveni rizik u toj mjeri da liječnik mora ponuditi postupak pacijentu jer propuštena pretraga, potom propuštena intervencija, može neposredno ugroziti život (napominje se da čak i u toj situaciji pacijent može odbiti postupak).

Medikalizacija

Sprečavanje prekomjerne medikalizacije pacijenata (davanje prekomjernog broja nepotrebnih lijekova) ključno je područje djelovanja kvartarne prevencije. Starenje populacije i porast broja kroničnih bolesti nužno dovodi do povećanja potrošnje lijekova, međutim uslijed definiranja sve nižih referentnih vrijednosti za pojedine parametre i sve većeg broja bolesti, ponekad se čini da čak i smrt i starenje postaju bolesti ⁽²⁾ . Utjecaj farmaceutske industrije direktno kroz marketing, te indirektno kroz edukaciju liječnika, neminovno dovodi do povećanog ordiniranja velikog broja lijekova. Liječnici obiteljske medicine kao nositelji kvartarne prevencije trebali bi postati pioniri demedikalizacije. Oni mogu vratiti nazad snagu pacijentima, poticati i podržavati pacijente u brizi o sebi, apelirati na bolju i što prošireniju jednostavnu zdravstvenu zaštitu, odupirati se kategorizaciji životnih problema kao bolesti te pomagati u donošenju odluka o tome koje složene zdravstvene usluge bi trebale biti dostupne ⁽²¹⁾ .

Medicina temeljena na priči

Važna poluga kvartarne prevencije je osoba ili životna priča pojedinog pacijenta ispred nas ⁽⁴⁾ . Puno medicinskih procesa neće imati nikakvog smisla ili će čak biti apsurdni u životnim okolnostima nekih od pacijenata. Taj pristup je nazvan medicina temeljena na priči (odnosno slušanju pacijenta) (engl *Narrative based Medicine*) ⁽²¹⁾ . Pacijenta treba saslušati i prepoznati životne situacije koje utječu na „osjećanje bolesti“. Ovo je moguće ako je

razvijeno najjače sredstvo za ostvarivanje kvartarne prevencije: komunikacija i povjerenje pacijenata koje se stječe tijekom dugog vremena u kompleksom odnosu obiteljski liječnik-pacijent ⁽⁴⁾. Da bi mogao provoditi medicinu temeljenu na priči, liječnik osim znanstvenih vještina mora znati čuti pacijenta, dosegnuti i uvažiti značenje njegovih riječi i djelovati po želji i u ime pacijenta. Sposobnost liječnika da apsorbira, interpretira i odgovara na priču pacijenta omogućuje mu da radi posao profesionalno i s empatijom ⁽²¹⁾.

Zaključak

Obiteljska medicina vođena konceptom kvartarne prevencije ključna je u procesu vođenja pacijenta kroz sve složeniji sustav suvremene zdravstvene zaštite ^(22,23). Detaljnim razgovorom s pacijentom, uzimajući u obzir njegovu anamnezu, životne prilike i okruženje može se razlučiti priroda tegoba ne tražeći bolest kao njihov potencijalni uzrok.

Liječnik temeljem tegoba koje pacijent iznosi, slušajući stavove i želje pacijenta, a istovremeno uzimajući u obzir potrebu, nužnost i isplativost određenog postupka, korištenjem saznanja EBM donijet će odluku o tome što poduzeti dalje s pacijentom. U prekomjerno medikaliziranom sustavu zdravstvene zaštite obiteljski liječnik je pacijentu ključan kao pomoć na njegovom putu od pojave simptoma do izlječenja.

Pokretač ideje kvartarne prevencije definira najbolje ovaj koncept: kvartarna prevencija je više od prevencije. To je stil. Način razmišljanja o poslu obiteljskog liječnika ⁽⁴⁾.

Literatura

1. Bentzen N. *Wonca dictionary of general/family practice*. Copenhagen: Maanedsskrift for Praktisk Laegegerning; 2003.
2. Leibovici L, Lièvre M. Medicalisation: peering from inside medicine. *BMJ*. 2002 April 13; 324(7342): 866
3. Nève J, Jamouille M. Quartäre Prävention, eine explizite Aufgabe für Hausärzte. *Primary Care* [Internet]. 2012;12(8):136–7.: <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2012/2012-08/2012-08-077.PDF> (Approached: Januar 23rd 2012)
4. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte. *Primary Care* [Internet]. 2010;10(18):350-4. <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2010/2010-18/2010-18-368.PDF> (Approached: March 25th 2011)
5. Norman AH, Tesser CD. Quaternary prevention in primary care: a necessity for the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saúde Pública*. 2009;25;2012-20. [in Portugese] (Approached April 15th 2011)
6. WICC mission and responsibilities. Dostupno na: http://www.ph3c.org/4daction/w3_CatVisu/en/aim.html?wCatIDAdmin=1098 (Approached: March 18th 2012)
7. Jamouille M. The concept of quaternary prevention 1986-2012. WICC workshop, Ravello, October 2012. Dostupno na: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000103/0000331.pdf> (Approached: Januar 1st 2013)
8. Giet D, Pestiaux D, Schetgen M. General medicine in the 21st century. *Bull Mem Acad R Med Belg*. 2008;163:425-31.
9. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:65. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/65> (Approached: August 29th 2011)
10. Starfield B. Family medicine should shape reform, not vice versa. *Fam Pract Manag*. 2009;16:6-7.
11. Lamberts H, Wood M, ur. *ICPC: International Classification of Primary Care*. Oxford : Oxford University Press; 1978.
12. *ICPC-2: International Clasification of Primary Care*. 2. izd. Oxford: Oxford University Press; 1998.
- 13 Okkes IM, Becker HW, Bernstein RM, Lamberts H. The March 2002 update of the electronic version of ICPC-2. A step forward to the use of ICD-10 as a nomenclature and a teminology for ICP-2. *Fam Pract*. 2002;19:543-6.
14. Kleinman A. *The illness narratives – suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.
15. Leavell, HR, Clark EG. *Preventive medicine: for the doctor in his community: an epidemiologic approach*. New York: The Blakiston Division; 1958.
16. Woodward C. Defensive medicine starts at the top in United States. *CMAJ*. 2010;182:E335-6.
17. Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP i sur. Addressing overutilisation in medical imaging. *Radiology*. 2010;257:240-5.
18. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
19. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, van het Loo M, McDonnell J, Vader JP, Kahan JP. *The RAND/UCLA appropriateness method user's manual*. Santa Monica: RAND; 2001.
20. Siström CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. *Radiology*. 2009;251:637-49.

21. Moynihan R. Too much medicine? Almost certainly. *BMJ*. 2002 April 13; 324(7342): 859-860
22. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA* 2001; 206: 1897-1902
23. Gervas J, Perez Fernandez M. Limits to the power of medicine to define disease and risk factor, and quaternary prevention. *Gac Sanit*. 2006;20(Suppl 3):66-71.
24. Gervas J. Diagnostic and therapeutic activity moderation. Quaternary and genetic prevention. *Gac Sanit*. 2006(20 Suppl 1):127-34.