

30. *Barnes MP, Good DC.* Neurological rehabilitation: Handbook of clinical neurology. 1. izd. Amsterdam: Elsevier; 2012, str. 213.
31. *McGuire EJ, Cespedes RD, O'Connell HE.* Leak-point pressures. *Urol Clin North Am* 1996;23:253–62.
32. *Moslavac S, Džidić I, Filipan Z.* Usporedba cistometrijskih kapaciteta i intravezikalnih tlakova kod prokapavanja u tetraplegičnih i paraplegičnih bolesnika s ozljedom kralježnične moždine i neurogenom hiperaktivnošću detruzora. *Fiz Rehabil Med* 2011;23:7–13.
33. *Comarr AE.* Diagnosis of the traumatic cord bladder. U: Boyarski S, ur. *The neurogenic bladder.* Baltimore: Williams&Wilkins; 1967, str. 147–52.
34. *Pan SL, Wang YH, Lin HL, Chang CW, Wu TY, Hsieh ET.* Intracerebral hemorrhage secondary to autonomic dysreflexia in a young person with incomplete C8 tetraplegia: A case report. *Arch Phys Med Rehab* 2005; 86:591–3.
35. *DeVivo MJ, Black KJ, Stover SL.* Causes of death during the first 12 years after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehab* 1993;74:248–54.
36. *Elbadawi A, Schenk EA.* A new theory of the innervation of urinary bladder musculature. Part 3. Postganglionic synapses in ureterovesicourethral autonomic pathways. *J Urol* 1971;105:372–4.
37. *Nosseir M, Hinkel A, Pannek J.* Clinical usefulness of urodynamic assessment for maintenance of bladder function in patients with spinal cord injury. *Neurourol Urodyn* 2007;26:228–33.
38. *Burns AS, Rivas DA, Ditunno JF.* The management of neurogenic bladder and sexual dysfunction after spinal cord injury. *Spine* 2001;26: 129–36.
39. *Madersbacher H, Wyndaele JJ, Igawa Y, Chancellor M, Chartier-Kastler E, Kovindha A.* Conservative management in neuropathic urinary incontinence. U: Abrams P, Khoury S, Wein A, ur. *Incontinence*, 2. izd. Plymouth: Health Publication Ltd; 2002, str. 697–754.
40. *Razdan S, Leboeuf L, Meibach DS, Weinstein D, Gousse AE.* Current practice patterns in the urologic surveillance and management of patients with spinal cord injury. *Urology* 2003;61:893–6.
41. *Light JK, Faganel J, Beric A.* Detrusor areflexia in suprasacral spinal cord injuries. *J Urol* 1985;134:295–7.

## KVARTARNA PREVENCIJA KAO TEMELJ RACIONALNOG PRISTUPA PACIJENTU U OBITELJSKOJ MEDICINI

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

INES ZELIĆ BARIČEVIĆ, MARIJA VRCA BOTICA, IVANA PAVLIĆ RENAR\*

**Deskriptori:** Obiteljska medicina; Nepotrebni zahvati; Odnos liječnika i bolesnika; Komunikacija; Uloga liječnika; Medicina utemeljena na dokazima

**Sažetak.** Kvartarna prevencija definirana je kao postupak identificiranja pacijenta rizičnog podlijevanju prekomjernoj medicalizaciji 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 kojom 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.

**Descriptors:** Family practice; Unnecessary procedures; Physician-patient relations; Communications; Physician' role; Evidence-based medicine

**Summary.** Quaternary prevention is an action taken to identify a patient at risk of overmedicalisation, to protect him from new medical invasion, and to suggest to him interventions which are ethically acceptable. It belongs mostly to family medicine because of the family physician's position who is the first contact to the patient and »leader« of patient through health care system. Family physician must have a skill to locate the patient's symptom to the proper organ system and also to find the appropriate procedure for the patient. This is very complex in a situation when the patient has symptoms and complaints and the physician doesn't find the disease. In these situations individual approach to the patient, good communication, balance between finding appropriate procedures and defining necessary procedures together with evidence based medicine make quaternary prevention, which becomes a necessity in the process of leading the patient through modern health care system.

Liječ Vjesn 2014;136:152–155

\* **Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Bukovlje, Slavonski Brod** (Ines Zelić Baričević, dr. med), **Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, NZ »Andrija Štampar«**, (doc. dr. sc. Marija Vrca Botica, dr. med.), **Zavod za endokrinologiju, Klinika za unutarnje bolesti, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb** (prof. dr. sc. Ivana Pavlić Renar, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. I. Zelić Baričević, Ivana Gundulića 29B, 35000 Slavonski Brod, e mail: ines.zelic@hi.t-com.hr

Primljeno 17. veljače 2013., prihvaćeno 28. travnja 2014.

### 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 je prevencija promocija zdravlja, sekundarna rano otkrivanje bolesti, a tercijarna smanjivanje posljedica bolesti i rehabilitacija.<sup>1</sup> Kvarturna prevencija definirana je kao postupak identificiranja pacijenta s mogućnosti podlijevanja prekomjernoj medikalizaciji (tj. pretjeranoj neopravdanoj upotrebi lijekova)<sup>2</sup> te kao zaštita pacijenta od nove medicinske invazije i predlaganje etički prihvatljive intervencije.<sup>1,3-5</sup> Sama ideja koncepta prvi put je definirana na godišnjem okupljanju Klasifikacijskog odbora WONCA-e – WONCA International Classification Committee-ja (WICC)<sup>6</sup> u Durhamu, North Carolina, 1999. godine<sup>7</sup> s idejom »Bitno je ne nanositi štetu«. Službeno uvrštenje definicije kvartarne prevencije u rječnik WONCA-e provedeno je 2003. godine.

Teoretska osnova za razvoj koncepta kvartarne prevencije može se primjenjivati/provoditi na svim razinama zdravstvene zaštite. Međutim, njezino je primarno i najvažnije mjesto u obiteljskoj medicini zbog pozicije obiteljskog liječnika u sustavu. Obiteljski liječnik prvi je kontakt s pacijentom i njegov »voditelj« kroz zdravstveni sustav.<sup>8,9</sup>

U Europi postoje 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 danas smatra 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.<sup>8-10</sup>

Rad u obiteljskoj medicini zahtjevan je i složen. Ordinacija obiteljske medicine prva linija je suočavanja s pacijentom koji sa sobom donosi anksioznost vezanu uz teškoće što su ih simptomi i tegobe koje ima stvorili u njegovu životu.<sup>4,5</sup>

Na sekundarnu razinu zdravstvene zaštite pacijent dolazi ciljano usmjeren odgovarajućemu konzilijarnom liječniku s

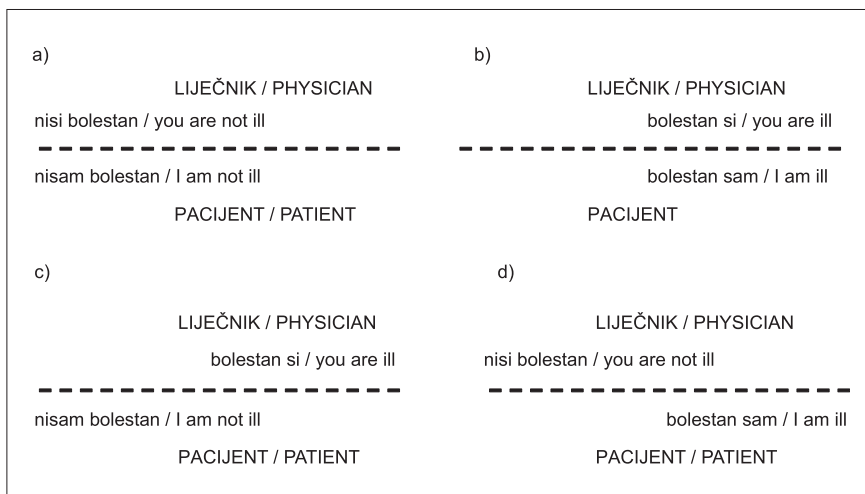
tegebama koje pripadaju odgovarajućoj specijalnosti. Za razliku od toga pacijent se svom obiteljskom liječniku može javiti sa širokim spektrom različitih simptoma. Prema Međunarodnoj klasifikaciji primarne zdravstvene zaštite – International Classification of Primary Care (ICPC)<sup>11</sup> pacijent može pri posjetu prikazati 493 različita simptoma vezana uz 17 tjelesnih sustava.<sup>11-13</sup> 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 je umijeće i izazov za liječnika obiteljske medicine pažljivom anamnezom, ciljanim pitanjima i kliničkim pregledom odrediti kojemu tjelesnom sustavu pripada prezentirani simptom te individualno odrediti optimalni daljnji postupak. S jedne strane, postoji mogućnost neprepoznavanja potencijalno štetnog 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 čestome nepotrebnom slanju na dijagnostičke pretrage.

### Četiri mogućnosti odnosa pacijent – liječnik – bolest

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

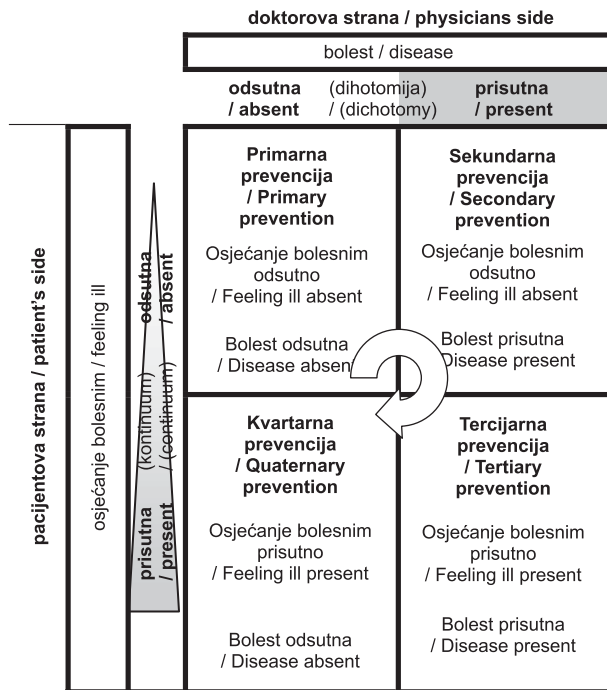
Tradicionalni pristup prevenciji govori o kronološkom pristupu temeljenom na trenutku nastanka problema – primarna i sekundarna prevencija provode se prije nastanka problema odnosno bolesti, a tercijarna nakon nastanka bolesti.<sup>15</sup> Taj se pristup može primijeniti u situacijama kada se pacijent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

Postoje situacije u kojima liječnik otkriva i definira postojanje konkretne bolesti, a pacijent nema nikakvih tegoba (slika 1.b). Primjer je ponovljeni nalaz glikemije natašte više od 7 mmol/L koja upućuje na postojanje šećerne bole-



Slika 1. Četiri moguće kombinacije liječnikove i bolesnikove percepcije problema: preklapanje (a, b) i nepreklapanje (c, d) percepcije o postojanju bolesti [prema (2)]

Figure 1. Four possible combinations of doctor's and patient's perception: agreement (a,b) and disagreement (c,d) on existence of a disease [modified from (2)]



Slika 2. Različiti oblici prevencije u modelu međusobnih odnosa [prema (5)]

Figure 2. Different forms of prevention in the relational model [modified from (5)]

sti, a da pacijent pri tome nema nikakvih smetnja, 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.

Za liječnika je najkompleksnija situacija kada pacijent ima brojne tegobe koje mu stvaraju teškoće i osjeća se bolesnim, a ne može se naći konkretna bolest pa time ni odrediti čime liječiti i kako pomoći pacijentu. Upravo u takvim situacijama najteže je ne poduzeti ništa<sup>4</sup> (slika 1.d). Takav je posjet situacija u kojoj se susreću anksioznost pacijenta s 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 u vezi s kojim će se onda moći nešto poduzeti. Spomenute situacije završavaju na različite načine. Pacijentove tegobe 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.<sup>4</sup>

Kandidati za kvartarnu prevenciju upravo su pacijenti s tegobama kojima liječnik ne nalazi bolest. Neadekvatna međusobna komunikacija, prethodna izloženost pacijenta anksioznoj zdravstvenoj edukaciji (»Gdje ste bili do sada?«), spomenuta anksioznost liječnika i sve rašireniji defenzivni pristup medicini<sup>16</sup> vode 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.<sup>4,16,17</sup> Slika 2. prikazuje različite oblike prevencije u modelu međusobnih odnosa.

## 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 upravo je medicina temeljena na dokazima (engl. *Evidence Based Medicine*).<sup>18</sup> Znanje iz kliničkih studija o koristi i šteti mogu nam pružiti povjerenje u mogućnost odstajanja od mnogo dijagnostičkih postupaka i lijekova u suglasnosti s pacijentom.<sup>4</sup>

Kalifornijsko sveučilište u Los Angelesu (University of California Los Angeles = UCLA) u suradnji je s korporacijom RAND (Research and Development) razvilo metodologiju procjene kvalitete studija, posebno u sustavnim analizama.<sup>19</sup> Osobito dobar primjer za primjenu te metodologije jest postavljanje kriterija za racionalnu upotrebu radio-loških metoda (koje intrinzično imaju potencijal štete od same pretrage – izloženost zračenju). Definira se kao *odgovarajuća i nužna* medicinska intervencija.<sup>20</sup>

– *Odgovarajuća* je indikacija za izvođenje medicinskog postupka ako je očekivana zdravstvena korist (npr. duže očekivano trajanje života, smanjenje boli, smanjenje anksioznosti, poboljšana funkcionalna sposobnost) znatno 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 dovode do povećanja potrošnje lijekova, međutim, zbog definiranja sve nižih referentnih vrijednosti za pojedine parametre i sve većeg broja bolesti, katkad se čini da čak i smrt i starenje postaju bolesti.<sup>2</sup> Utjecaj farmaceutske industrije direktno preko marketinga te indirektno preko edukacije liječnika neminovno dovodi do povećanog ordiniranja velikog broja lijekova. Liječnici obiteljske medicine kao nositelji kvartarne prevencije trebali bi postati pioniri demedikalizacije. Oni mogu vratiti snagu pacijentima, poticati i podupirati 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 bi složene zdravstvene usluge trebale biti dostupne.<sup>21</sup>

## Medicina temeljena na priči

Važna poluga kvartarne prevencije jest osoba ili životna priča pojedinog pacijenta ispred nas.<sup>4</sup> Puno medicinskih procesa neće imati nikakva smisla ili će čak biti apsurdni u životnim okolnostima nekih pacijenata. Taj je pristup nazvan medicina temeljena na priči (odnosno slušanju pacijenta) (engl. *Narrative based Medicine*).<sup>21</sup> 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 kompleksnom odnosu obiteljski liječnik – pacijent.<sup>4</sup> Da bi mogao provoditi medicinu temeljenu na priči, liječnik osim znanstvenih vještina mora znati čuti pacijenta, dosegnuti i poštovati značenje njegovih riječi i djelovati po želji i u ime pacijenta. Sposobnost liječnika da apsorbira, interpretira i odgovara na pacijentovu priču omogućuje mu da radi posao profesionalno i s empatijom.<sup>21</sup>

### Zaključak

Obiteljska medicina vođena konceptom kvartarne prevencije ključna je u procesu vođenja pacijenta kroz sve složeniji sustav suvremene zdravstvene zaštite.<sup>22,23</sup> 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 stajališta i želje pacijenta, a istodobno uzimajući u obzir potrebu, nužnost i isplativost određenog postupka, koristeći se saznanjima EBM-a, donijet će odluku o tome što poduzeti dalje s pacijentom. U prekomjerno medikaliziranom sustavu zdravstvene zaštite obiteljski je liječnik pacijentu ključan kao pomoć na njegovu putu od pojave simptoma do izlječenja.

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

### 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. *Br Med J* 2002;13;324(7342):866.
3. Nève J, Jamouille M. Quartäre Prävention, eine explizite Aufgabe für Hausärzte. *Prim Care*. 2012;12(8):136–7. <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2012/2012-08/2012-08-077.PDF>. Pristupljeno: 23. 1. 2012.
4. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte. *Prim Care* 2010;10(18):350–4. <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2010/2010-18/2010-18-368.PDF>. Pristupljeno: 25. 3. 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.
6. WICC mission and responsibilities. Dostupno na: [http://www.ph3c.org/4daction/w3\\_CatVisu/en/aim.html?wCatIDAdmin=1098](http://www.ph3c.org/4daction/w3_CatVisu/en/aim.html?wCatIDAdmin=1098). Pristupljeno: 18. 3. 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>. Pristupljeno: 1. 1. 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>. Pristupljeno: 29. 8. 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 Classification 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 terminology 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. *Br Med J* 1996; 312:71–2.
19. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD i sur. 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. *Br Med J* 2002; 13;324(7342):859–860.
22. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA* 2001;206:1897–902.
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.

