

---

Biljana R. Srećković<sup>1</sup>, Snežana B. Knežević<sup>1,2</sup>,  
Marijana C. Jandrić Kočić<sup>3,4</sup>

## ULOGA KVATERNARNE PREVENCIJE U RADU LEKARA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE – PREGLED LITERATURE

**Apstrakt:** Koncept kvaternarne prevencije integrisan je 1999. godine u međunarodni *WONCA* rečnik kao preduzimanje postupaka da se identifikuju pacijenti u riziku od preteranog propisivanja lekova i dijagnostičkih procedura koje bi nanele više štete nego koristi. Cilj rada bio je da se utvrdi mesto i uloga kvaternarne prevencije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Analizirani su radovi objavljeni do 31. 12. 2022. pretraživanjem *Medline*, *Pubmed*, *Cochrane Library*, *Scopus*, *Google Scholar*, *Science direct*, *Mendeley*, srpskih medicinskih časopisa, knjiga i strategija. Korišćeni su termini: kvaternarna prevencija, opšta medicina, preterana primena lekova i dijagnostičkih procedura. Ograničenje se odnosilo na radove napisane na srpskom i engleskom jeziku. Pretraživanje je vršeno od 1. 9. 2022. do 31. 12. 2022. *Preferred Reporting Items for Systematic Review* postulati su korišćeni za utvrđivanje valjanosti prikupljenih radova. Ukupno 1.899 radova je identifikovano. Nisu identifikovane metaanalize, sistematske preglede literature i randomizovane studije. Ukupno 194 je analizirano. Izdvojeno kao relevantno 36 dokumenata. Kvaternarna prevencija se u primarnoj zdravstvenoj zaštiti odnosi na prekomernu upotrebu radioloških i laboratorijskih pretraga, antibiotike, skrininge, individualni pristup pacijentu, dobru komunikaciju, oslanjanje na medicinu zasnovanu na dokazima, opterećenje u timovima izabranih doktora i brz pristanak na zahteve pacijenata. To su bolesni pacijenti bez dijagnoze, zabrinuti za svoje zdravlje, sa funkcionalnim tegobama, psihosomatskim poremećajima i neuobičajenim ponašanjem tokom bolesti. Kvaternarna prevencija ima svoje mesto u skriningu raka dojke i prostate, imunizaciji, marketingu lekova u mentalnom zdravlju i osteoporozi, lečenju hipertenzije, predijabetesa

---

<sup>1</sup> Snežana Knežević, Dom zdravlja Kraljevo, Srbija, e-mail: lesta59@yahoo.com

<sup>2</sup> Univerzitet u Kragujevcu, Fakultet medicinskih nauka, Kragujevac, Srbija

<sup>3</sup> Dom zdravlja Krupa na Uni, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

<sup>4</sup> Univerzitet u Banja Luci, Medicinski fakultet, Banja Luka

i dislipidemija, programu privatnih zdravstvenih osiguranja i upotrebi dijagnostičke tehnologije visoke rezolucije. Kako bi se izbegle nepotrebne medicinske procedure potrebna je dosledna primena medicine zasnovane na dokazima.

**Ključne reči:** kvaternarna prevencija, medicina zasnovana na dokazima, etika, preventivna medicina, primarna zdravstvena zaštita

## Uvod

Koncept kvaternarne prevencije integrisan je 1999. u međunarodni rečnik lekara opšte/porodične medicine Svetske organizacije porodične medicine (*WONCA*) i definisan je kao radnje koje se preduzimaju da se identifikuju pacijenti koji su u riziku od preteranog propisivanja lekova, da se zaštite od nove medicinske invazije i da im se predlažu etički prihvatljive intervencije<sup>1</sup>. Koncept su predložili 1948. godine *Leavell i Clarke* i bio je baziran na nivoima prevencije sifilisa u svim svojim fazama, da bi se potom razvio na odnos lekar–pacijent<sup>2</sup>. Termin je nastao 1986. god. u Belgiji, osnovao ga je *Marc Jamouille*, kompletirao ga je 1988. god. *Jacques Bury* i počeo je da se širi na *WONCA* kongresu u Hong Kongu 1995<sup>3</sup>.

Primordijalna prevencija podrazumeva određeni socijalno-ekonomski status države i stanovništva, nivo svesti društva, znanja, opremljenosti i delovanja sistema zdravstvene zaštite o štetnosti određenih faktora na opšte zdravstveno stanje stanovništva. Preventivne mere su podeljene na primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju. Poslednjih godina ovoj klasifikaciji dodat je termin kvaternarna prevencija. To su preduzete mere za zaštitu pojedinaca (osoba/pacijenata) od medicinskih intervencija koje mogu uzrokovati više štete nego koristi<sup>4</sup>.

U primarnoj prevenciji nema bolesti. Preventivne mere se odnose na zdrav stil života i vakcinaciju. U sekundarnoj postoje stanja koja su označena kao faktori rizika i kao takvi sporno je da li bi trebalo da budu sami po sebi bolesti jer se definišu proizvoljnim granicama u kontinuumu (hipertenzija, šećerna bolest, osteoporoza, hiperholesterolemija). Tu su i rani stadijumi bolesti otkriveni skriningom. U tom trenutku imamo pacijenta koji se oseća odlično osim što je ugrožen saznanjem o bolesti. Svrha sekundarne prevencije je da snizi faktore rizika i smanji neke od krajnjih ishoda ovih stanja kao što su infarkt miokarda, moždani udar ili koštani prelomi. Kritično posmatrajući lečenje hipertenzije je prevencija iako nema bolesti. Koncept faktora rizika je sasvim nov, ali je stekao široku popularnost u relativno kratkom vremenu<sup>5</sup>.

Većina pacijenata sa faktorima rizika nikada neće razviti komplikacije za koje postoji rizik. Bez obzira na to, mi takve osobe definišemo kao obolele od hroničnih bolesti ili ukoliko imaju više faktora rizika komorbiditetima. Ne bi trebalo da plašimo naše pacijente da je život sam po sebi faktor rizika za smrt kada je zapravo on

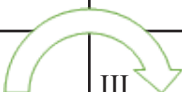
predispozicija za nju. Faktori rizika su relativni. Na primer, ne bi trebalo da lečimo hiperholesterolemiju samu po sebi kao faktor rizika ukoliko je ukupni rizik za kardiovaskularne bolesti nizak i obrnuto. Drugi primer sekundarne prevencije je skrining na karcinom prostate. Većina muškaraca sa PSA iznad 80 će imati karcinom, ali će samo nekoliko njih umreti zbog te bolesti<sup>6,7</sup>.

Tercijerna prevencija je jedina tačka gde se sreću bolest i pacijentov osećaj bolesti. Primer može biti akutni infarkt miokarda. Pružanje pomoći pacijentu da upravlja neizvesnošću sa svim merama koje imamo pod uslovom da to ima smisla u skladu sa životnim okolnostima i voljom pacijenta.

Među četiri oblasti prevencije definisane na osnovu interakcije pacijenata i lekara kvatertarni nivo prevencije odnosi se na situaciju u kojoj se pacijent oseća bolesno ali doktor zaključuje da nije prisutna nikakva bolest. Kvaternarna prevencija su aktivnosti na zaštitu pojedinca od medicinskih intervencija koje bi izazvale više štete nego koristi<sup>8</sup>. WONCA poster sa konferencije u Pragu 2013. o kvaternarnoj prevenciji preveden je na nekoliko azijskih i evropskih jezika<sup>3</sup> (Grafikon 1).

**Grafikon 1. Odnos pacijent–doktor potiče od četiri vrste preventivnih aktivnosti. Strelica pokazuje da P4 ima uticaja na sve oblike preventivnih aktivnosti**

<p>I Primarna prevencija</p> <p>Mere da se izbegne ili ukloni uzrok bolesti kod pojedinca ili populacije pre nego se pojavi. Uključuje promociju zdravlja i specifičnu zaštitu (npr. Imunizacija).</p>	<p>II Sekundarna prevencija</p> <p>Otkrivanje bolesti u ranim fazama, čime se olakšava izlečenje, smanjuje i sprečava širenje ili njihov dugoročni učinak (skrining, pronalaženje slučaja i rana dijagnoza).</p>
<p>IV Kvaternarna prevencija</p> <p>Identifikacija pacijenata ili populacije u riziku od prekomerne medikacije, kako bi ih zaštitili od invazivnih medicinskih intervencija i obezbedili za njih procedure koje su etički prihvatljive.</p>	<p>III Tercijerna prevencija</p> <p>Aktivnosti za smanjenje hroničnih efekata zdravstvenog problema minimiziranjem funkcionalnog oštećenja (npr. sprečavanje komplikacija dijabetesa). Uključuje i rehabilitaciju.</p>



Izvor: Jamouille & Roland (1995). Wonca dictionary 2003.

Po autorima, kvadrant gde je ranije bila kvaternarna prevencija nije prazan već su tu pacijenti koji se osećaju bolesnim a bolesti nema (medicinski neobjašnjivi simptomi, funkcionalni poremećaji, *distress* sindrom), što ih stigmatizuje i stvara funkcionalna ograničenja<sup>4</sup>. Jedina situacija gde se pacijent oseća bolesnim iako nema bolesti je upravo to polje (*Jamouille*)<sup>3</sup>. Tipičan primer je pacijent sa biomedicinskim ili psihijatrijski neobjašnjivim simptomima. Prevencija bi značila da se lekar suzdrži od preduzimanja potencijalno bolnih i invazivnih testova na takvim pacijentima. Prema *Martins*-u, pacijenti u preostala tri kvadrata su takođe u riziku od prekomerne medicalizacije i njima takođe treba zaštita od nepotrebnih intervencija i upotrebe lekova<sup>4</sup>. Kvaternarna prevencija je odobrena 2011. God. od Evropskog udruženja lekara opšte medicine (UEMO)<sup>8</sup>. To nije sredstvo niti tehnika već način na koji vidimo svet i sebe kao doktora i kako medicina treba da izgleda<sup>9</sup>.

## **Cilj**

Utvrđiti mesto i ulogu kvaternarne prevencije u radu lekara primarne zdravstvene zaštite i izvršiti sistematski pregled literature na ovu temu.

## **Metod**

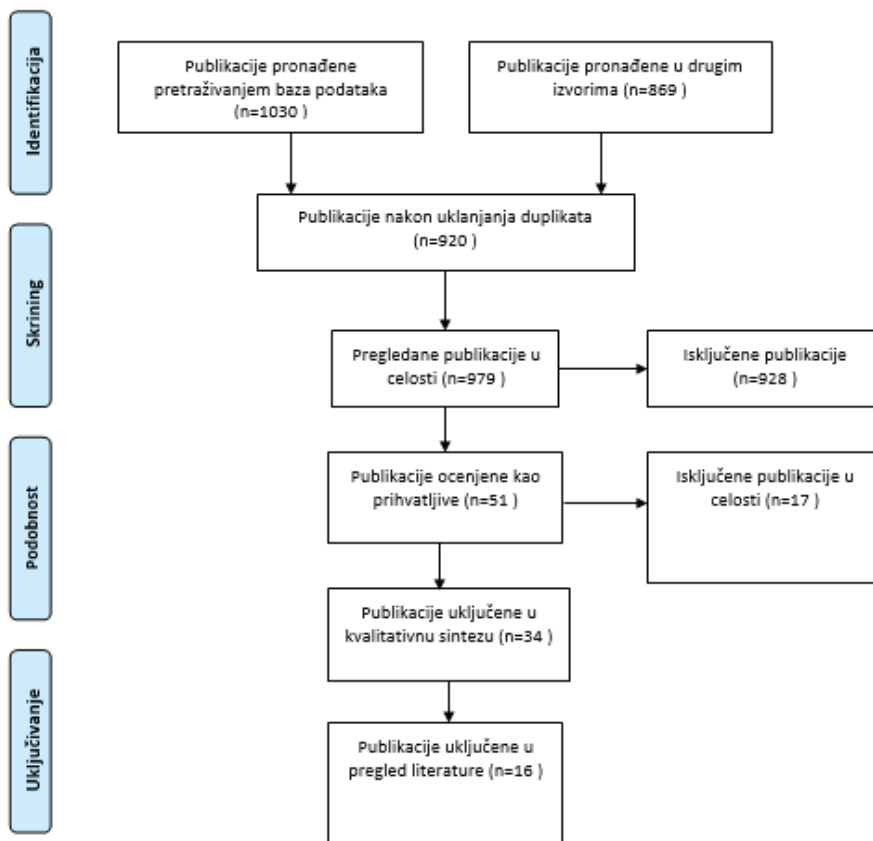
Pratili smo uputstvo PRISMA (engl. *Preferred Reporting Items for Systematic Review*) protokola o izveštavanju pregleda literature. Izbor sadržaja za pregled literature definisan je ključnim rečima iz *Medical Subject Heading (MeSH)* liste Index Medicusa za razmatranu temu analize i izbor dokumenata, kada je reč o pretraživanju međunarodnih baza podataka. Baze podataka unutar zemlje pretražene su unosom ključnih pojmova na maternjem jeziku. Prvi korak je početna probna i inicijalna pretraga radi izbora odgovarajućih dostupnih referentnih citatnih baza podataka, a zatim analiza preporučenih pojmova u naslovu, sažetku i spisku ključnih reči. Pretraga je ograničena na radove napisane na srpskom i engleskom jeziku. Kao izvor podataka na srpskom jeziku pretraga je obuhvatila baze Kobson, Scindex i Cobiss.

Drugi metodološki korak je bio preciziranje strategija kako rešiti neslaganja dva nezavisna recenzenta oko relevantnosti jedinice literature, što je prevaziđeno diskutovanjem o svakoj pojedinačnoj nedoumici oko uključivanja spornog teksta. Iz studije su isključena dokumenta koja pregledom sažetaka ili celog teksta nisu u sebi sadržala relevantne tražene informacije. Uklonjeni su lažno pozitivni rezultati. Svi rezultati pretraživanja su spojeni u jednu celinu. Kada je završeno pretraživanje pristupilo se prikupljanju radova u celini. Za obradu i analizu dobijenih podataka koristili smo metode empirijskog kvalitativnog opisa sadržaja literature koja se odnosi na utvrđeno stanje u praksi. Koristili smo prebrojavanje i procenite da prikazemo prikupljene podatke.

## Rezultati

Ukupan broj pronađenih radova u bazama podataka iznosio je 1.899. Uklonjeno je 869 duplikata i 1.030 publikacija je uzeto u kriterijum za pregled u celosti. Iz studije je isključeno 979 dokumenata nakon uklanjanja duplikata. Kao irelevantne uklonili smo 928 publikacija jer nemaju fokus na temi, nisu od značaja za naše istraživanje, metodologija istraživanja nije odgovarajuća ili je nedostajao tekst u celosti. Kao prihvatljivo je ocenjeno njih 51. Iz analize je isključeno još 17 jer se u njima ne pominje primarna zdravstvena zaštita, ponavljaju se rezultati i preporuke zdravstvenim radnicima. U kvalitativnu sintezu je uključeno 34 publikacije i u našu analizu smo uključili 16 publikacija (Grafikon 2).

**Grafikon 2. Protok informacija kroz različite faze pregleda literature**



Analizirani su radovi objavljeni do 31. 12. 2022. godine, pretraživanjem Medline, Pubmed, Cochrane Library, Scopus, Google Scholar, Science direct, Mendeley baza

podataka, srpskih medicinskih časopisa, knjiga, strategija i doktorskih disertacija. Pretraživanje je vršeno u periodu 1. 1. 2019–31. 3. 2019, od strane dva nezavisna istraživača. Period u kom su pregledani radovi obuhvata period od 1. 9. 2022. do 31. 12. 2022. Pretraga je obuhvatila metaanalize, sistematske preglede, randomizirane kontrolne studije, kohortne i longitudinalne studije, originalne naučne radove, pregledne članke, prikaze slučajeva, pisma uredništvu, doktorske disertacije i vodiče dobre prakse. Za pretragu su korišćeni *Medical Subject Headings* (MeSH) termini *Index Medicus* liste: kvaternarna prevencija, primarna zdravstvena zaštita, porodična medicina, preterana upotreba lekova, preterana primena dijagnostičkih procedura, opšta medicina, doktori opšte medicine<sup>10</sup>. Selektovani su do sada objavljeni radovi na ovu temu. Uklonjeni su lažno pozitivni rezultati u kojima nisu korišćeni ovi termini. Rezultati pretraživanja su objedinjeni kako bi se eliminisali duplikati. Po završetku pretraživanja bibliografskih baza podataka pristupilo se prikupljanju radova u celini (*In extenso*). Potom je izvršeno pretraživanje ocena pouzdanosti i valjanosti u prikupljenim radovima korišćenjem skale *Strength of Recommendation Taxonomy*<sup>11</sup>.

Koncept kvaternarne prevencije deluje kao odgovor porodičnom lekaru koji se suočava sa preteranom medikalizacijom, kao otpor, okupljanjem protiv nedostatka humanosti čitavog sektora medicine i njihove institucionalne korupcije<sup>12</sup>. Kvaternarna prevencija uključuje potrebu za pažljivim nadzorom od strane samog doktora, neku vrstu trajne kontrole kvaliteta u ime svesti o šteti koju mogu, čak i nenamerno, učiniti svojim pacijentima. Kvaternarna prevencija podrazumeva razumevanje da se medicina temelji na odnosu, i da ovaj odnos mora ostati istinski terapijski poštujući autonomiju pacijenata i doktora. Koristi se kao okvir za višestruko repozicioniranje aktuelnih pitanja i ograničenja medicinske prakse: otkrivanje bolesti, proširenje tržišta za hiperaktivni poremećaj pažnje, transformacija simptoma u bolest, marketing osteoporoze, epidemiologiju i skrining raka dojke, sporedni problemi vezani za zdravlje, imunizacija protiv gripa i humanog papiloma virusa, marketing lekova u mentalnom zdravlju, hipertenziju ili dislipidemiju, kao i empatija i komunikacija ili uključujući i simptome medicinski neobjašnjene<sup>13</sup>. Teoretska osnova za razvoj koncepta kvaternarne prevencije može se primenjivati na svim nivoima zdravstvene zaštite. Međutim, njeno primarno i najvažnije mesto je u porodičnoj/opštoj medicini zbog pozicije lekara koji je prvi u kontaktu sa pacijentom i njegov vodič kroz zdravstveni sistem<sup>14</sup>.

Lekari opšte medicine se susreću sa neselektovanim pacijentima kod kojih je niska prevalenca manifestne bolesti<sup>15</sup>. Pozivaju da pri svakoj poseti pacijenta praktikuju kvaternarnu prevenciju i da budu posebno obučeni za ovu kompleksnu situaciju sa sociološkog i psihološkog stanovišta, koji su esencijalni za adherencu, promenu životnih navika i sveukupan osećaj pacijenta da ispred sebe ima lekara koji shvata njegove želje, strahove, anksioznost i poseduje mogućnost adaptacije

na potrebe svog pacijenta<sup>16</sup>. Kvaternarna prevencija se u primarnoj zdravstvenoj zaštiti odnosi na prekomernu upotrebu radioloških i rutinskih laboratorijskih pretraga, upotrebu antibiotika, neutemeljene skrininge, individualni pristup pacijentu, dobru komunikaciju, balans između pretraga i oslanjanja na medicinu zasnovanu na dokazima, rastuće opterećenje u timovima izabranih lekara sa kratkim vremenom konsultacija, što određuje brz pristanak na zahteve pacijenata. Tu su zatim bolesni pacijenti bez dijagnoze, previše zabrinuti za svoje zdravlje, pacijenti sa funkcionalnim tegobama, psihosomatskim poremećajima i neuobičajenim ponašanjem tokom bolesti.

Kvaternarna prevencija ima svoje mesto u epidemiologiji i skriningu raka dojke i prostate, imunizaciji protiv gripa i HPV, marketingu lekova u mentalnom zdravlju i osteoporozi, lečenju hipertenzije, predijabetesa i dislipidemija kao faktorima rizika bez obolevanja, programu privatnih zdravstvenih osiguranja, praktikovanju defanzivne medicine zbog straha od sankcija i upotrebi dijagnostičke tehnologije visoke rezolucije sa rizikom od prekomernih detekcija stanja koja se ne bi nikada razvila u bolest. Postoji potreba za edukacijom zdravstvenih radnika o svemu navedenom. Kvaternarna prevencija je način razmišljanja o prekomernoj upotrebi lekova, previše informacija, nepotrebnim skriningzima, prekomernom postavljanju dijagnoza, prekomernom lečenju, kao i lečenju koje bi moglo da se izbegne. Izazovi kvaternerne prevencije su bolesni pacijenti bez dijagnoze, previše zabrinuti za svoje zdravlje, teški pacijenti, pacijenti sa funkcionalnim tegobama, somatofornni poremećaji, nenormalno ponašanje tokom bolesti i lista je neograničena<sup>17</sup>.

Prekomerna definicija bolesti se odvija kroz dva mehanizma: snižavanje praga za faktor rizika bez dokaza da to pomaže ljudima da se osećaju bolje ili da žive duže i proširuje se definicija bolesti kako bi se uključili pacijenti sa dvosmislenim ili vrlo blagim simptomima. Primer snižavanja praga bi bila promena ciljne vrednosti visokog krvnog pritiska sa sistolnog od >150 do >130 za sve odrasle. Tretiranje faktora rizika kao bolesti i snižavanje praga za dijagnozu zasnovanu na faktorima rizika dramatično je povećalo prevalencu mnogih bolesti kao što je „epidemija predijabetesa”<sup>18</sup>.

Prekomerna definicija se dešava kroz dva mehanizma:

- a) snižavanje praga za faktore rizika bez dokaza da to pomaže ljudima da se osećaju bolje ili da žive duže. Nedavno je u medicinsku literaturu uvedena nova kategorija “pre-risk” (pre-hipertenzija, predijabetes);
- b) širenjem definicija bolesti kako bi se uključili pacijenti sa dvosmislenim ili vrlo blagim problemima koji se mogu bolje rešavati izvan zdravstvenog sistema.

Po definiciji, ovi „novi” pacijenti su pod manjim rizikom od onih koji su dijagnostikovani prema ranijim definicijama. Štetne posledice preterane dijagnoze zbog



prekomerne definicije potiču od označavanja i tretmana (uključujući promene u načinu života) koje malo, ako uopšte, koriste (s obzirom na nizak nivo rizika), ali koje mogu imati važne fizičke, psihološke, socijalne i finansijske posledice.

**Prekomerna prodaja lekova** je marketinška taktika za promovisanje prevelike definicije bolesti. Ono što karakteriše ovu oblast je da su navodne „bolesti” neprijatna iskustva koja većina ljudi povremeno ima. Na primer, većina ljudi je imala problema sa spavanjem, tugom ili težinom fokusiranja. Prekomerna prodaja lekova podrazumeva pomeranje linije koja razdvaja normalno od abnormalnog, tako da se ljudi sa blažim simptomima dijagnostikuju. Za manjinu ljudi ovi simptomi su intenzivni ili iscrpljujući, ali za većinu blagi ili kratkotrajni. Dok prvi mogu imati koristi od dijagnoze i medicinskog tretmana (u ovom primeru, za nesanicu, depresiju ili poremećaj hiperaktivnosti sa nedostatkom pažnje (ADHD), ovi drugi *neće*. Prodavanje bolesti je sinonim koji je istorijski rezervisan za širenje svesti o bolesti, što je posebno upitno i obično se planira i sprovodi da bi se prodalo više lekova (treba napomenuti da dijagnoza može pomoći ljudima sa ozbiljnijim simptomima). To je bila centralna strategija u istaknutim marketinškim kampanjama za stanja kao što je niska vrednost testosterona sa starenjem, sindrom nemirnih nogu, poremećaji ishrane, ADHD, hronična bolest suvog oka i suviše kratke trepavice kao banalan primer prethodno navedenog<sup>19</sup>. Sprečavanje prekomerne medikalizacije pacijenata ključno je područje delovanja kvaternarne prevencije. Starenje populacije i porast broja hroničnih bolesti nužno dovode do povećanja potrošnje lekova, međutim, zbog definisanja sve nižih referentnih vrednosti za pojedine parametre i sve većeg broja bolesti katkad se čini da čak i smrt i starenje postaju bolest. Uticaj farmaceutske industrije direktno preko marketinga i indirektno preko edukacije lekara neminovno dovodi do povećanog ordiniranja velikog broja lekova. Lekari opšte medicine, kao nosioci kvaternarne prevencije trebalo bi da postanu pioniri demedikalizacije. Oni mogu vratiti snagu pacijentu, podsticati i podržavati ga u brizi o sebi, apelovati na bolju i što prošireniju jednostavnu zdravstvenu zaštitu, odupirati se kategorizaciji životnih problema u smislu bolesti i pomagati u donošenju odluka o tome koje bi složene zdravstvene usluge trebalo da su dostupne. Pacijenta treba saslušati i prepoznati životne situacije koje utiču na osećaj bolesti. Ovo je moguće ako je razvijeno najjače sredstvo za ostvarivanje kvaternarne prevencije: komunikacija i poverenje pacijenata, koje se stiče tokom dugog vremena u kompleksnom odnosu lekar – pacijent, sposobnost lekara da apsorbuje, interpretira, čuje, poštuje značenje njegovih reči i odgovara na pacijentovu priču, deluje po želji i u ime pacijenta, omogućava mu da radi posao profesionalno i sa empatijom.

**Prekomerna dijagnostika** pretvara ljude u pacijente nepotrebno (bez jasne koristi a sa mogućom štetom) otkrivanjem problema koji nikada ne bi naškodili pacijentu ili lečenjem uobičajenih životnih iskustava. Dva su joj glavna uzroka: pre-



velika detekcija i prevelika definicija bolesti. Koji god da je uzrok posledice su iste, postavljanje dijagnoza koje nanose više štete nego koristi. Prekomerna dijagnoza je vođena idejom da će otkrivanje bolesti u ranoj fazi uvek imati povoljan uticaj na prirodni tok bolesti, ali može zapravo smanjiti kvalitet zdravstvene zaštite i ugroziti pacijente i javno zdravlje. Prekomerna dijagnoza podrazumeva nepotrebno pravljenje individua pacijentima, dijagnostikovanje problema koji nikada ne bi naneli štetu ili dovođenje u medicinske okvire običnih životnih iskustava putem proširenih definicija bolesti. Iako se oblici prekomerne dijagnoze razlikuju posledice su iste: dijagnoze koje na kraju uzrokuju više štete nego koristi. Zbunjenost oko toga šta predstavlja prekomernu dijagnozu podriva napredak ka rešenju<sup>19</sup>.

Korišćenje napredne tehnologije vodi otkrivanju akcidentalnih abnormalnosti koje nisu povezane sa pravim povodom izvođenja testa. Na primer, pri kompjuterizovanoj tomografiji pluća detektuje se adenom nadbubrežne žlezde. Epidemiološki podaci pokazuju skok ranih formi abdominalnih karcinoma i malih aortnih aneurizmi bez smanjenja u istom tom odnosu otkrivanja uznapredovalih faza bolesti ili smrtnih ishoda<sup>20,21</sup>. Sofisticirana tehnologija može da donese problem kada je nivo dokaza mali da rana dijagnostika poboljšava ishod lečenja. Takav je slučaj sa tiroidnim karcinomom u Južnoj Koreji, gde je incidenca karcinoma od 1999. do 2008. povećana 6,4 puta, ali se u 95% slučajeva radilo o promenama manjim od 20 mm. Uglavnom su bili detektovani tokom skrininga i mortalitet je ostao isti<sup>22</sup>. Isto tako kompjuterizovana tomografija visoke rezolucije može da identifikuje male subsegmentalne plućne embolije koje ni ne treba lečiti<sup>23</sup>. Kvaternarna prevencija se odnosi i na neutemeljeni skrining kakav postoji kod raka prostate.

**Prekomerna detekcija bolesti** je identifikacija abnormalnosti kod zdravih ljudi koje nikada ne bi izazvale klinički relevantnu bolest ili smrt bilo kroz kliničku praksu ili programe skrininga. Te abnormalnosti nikada ne bi uzrokovale štetu, ne napreduju ili napreduju suviše sporo da bi uzrokovale simptome ili bolest tokom ostatka života pacijenta ili koje spontano nestaju<sup>24</sup>. Uzrok prekomernoj detekciji je povećana upotreba tehnologija samotestiranja, veća dostupnost testova i u nekim slučajevima komercijalizacija istih. Što se više testova uradi veća je i verovatnoća da se otkrije bolest<sup>25,26</sup>.

**Previše zdravstvene zaštite** podrazumeva previše neefikasnu zdravstvenu zaštitu. Prethodni izraz, prekomerno postavljanje dijagnoza, koristio se za ograničen broj stavki i, premda je termin nastao davne 1955, još uvek ga je teško definisati na odgovarajući način<sup>27</sup>. Izraz previše zdravstvene zaštite podrazumeva previše skrininga asimptomatskih individua, previše dijagnostičkih procedura kod pacijenata sa simptomima, oslanjanja na biomarkere, kvazidijagnoze i dijagnoze koje često vode u propisivanje previše lekova koji su nekada preskupi i prebrzo odobreni zbog marketinga, previše neželjenih reakcija na lekove i neodgovarajućeg monitoringa<sup>19</sup>.

## **Diskusija**

Prevenција se može sagledati kao univerzalna (intervencije usmerene na populaciju), selektivna (intervencije usmerene na ranjive grupe) i indikovana (intervencije usmerene na pojedince)<sup>28</sup>. Pet nivoa prevencije je fokusirano na studije i evaluacije unutar naučne zajednice ali se malo zna o perspektivi pacijenata. Ideja o prevenciji bolesti je atraktivna i lekaru i pacijentu. Verovanje u ranu detekciju bolesti, neke oblasti zdravstvene politike i finansijski interesi uticali su na popularnost preventivnih aktivnosti i medikalizaciju svakodnevnog života. Ekspanzija prevencije dovela je do porasta popularnosti periodičnih istraživanja zdravstvenog stanja, nazvanih sistematski kontrolni pregledi<sup>4</sup>.

Rastuće opterećenje u timovima izabranih lekara sa posledičnim kratkim vremenom konsultacija određuje brz pristanak na zahteve pacijenta, što je često neprikladno i može doprineti prekomernoj medicinskoj pomoći. Duže vreme konsultacija povezano je sa nizom boljih ishoda po pacijenta. Lakši način rada lekara je da saslušaju žalbu pacijenta, pretvore žalbu u dijagnozu i propišu dijagnostičku proceduru i lečenje bolesti prema zahtevu pacijenta. To je lagan način sa kojim su zdravstveni radnici dobro upoznati i koji pacijenti pozdravljaju. *Jamouille* predlaže drugačiji i više etičan pristup u odnosu lekar–pacijent u kom se slušaju pritužbe pacijenta i razumeju njegove skrivene tegobe, informišu ga sa dijagnozom i diskutuju o daljem dijagnostičkom postupku i lečenju, a zatim podele sa pacijentom odluku o tome da li preduzimati lečenje ili ne, prema doktorovom tehničkom znanju i pacijentovim etičkim vrednostima<sup>29</sup>.

## **Medicina zasnovana na dokazima**

*Sackett*, osnivač medicine zasnovane na dokazima, izjavio je da dobri doktori koriste i stručnost i najbolje raspoložive dokaze jer svaka sama za sebe nije dovoljna<sup>30</sup>. Jedan od najboljih načina da se izbegnu nepotrebne medicinske procedure je medicina zasnovana na dokazima (*Evidence based Medicine*). Poznavanje verovatnoće koristi i štete iz kliničkih studija može nas ohrabriti da izostavimo mnoge dijagnostičke postupke i lekove u saglasnosti sa našim pacijentima. Ako se držimo zaglavljani u dihotomiji deluje/ne deluje nećemo biti u stanju da izostavimo lek koji smo ordinirali<sup>31</sup>. Preuzimanjem uloge na fokusiranje potencijalne jatrogene štete i zatvaranjem ciklusa moguće je preispitati sve ostale nivoe prevencije među lekarima i pacijentima. Nerealna očekivanja i prekomerni pregledi ili lečenja mogu prouzrokovati patnju. Stoga je važno promovisanje informisanog pristanka u svakoj akciji preventivne medicine pored klasične upotrebe u kurativi.

Kvaternarna prevencija je zasnovana na izbegavanju nepotrebnih medicinskih aktivnosti, poput skrininga koji su preporučeni u vodičima dobre prakse. Primer za

to je skrining na karcinom prostate. U oblasti lečenja to je, na primer, neopravdana upotreba antibiotika za infekcije gornjih disajnih puteva. U rehabilitaciji, aplikacija određenih terapijskih procedura kod nespecifičnih lumbalnih bolova, kao i preporuka fizičke aktivnosti poput plivanja i vođenja aktivnog načina života što je više to moguće kod starije populacije kod kojih zbog ograničenja fizičke aktivnosti već postoje sistemski oštećenja. *Marc Jamouille* definiše zdravlje kao: Zdravlje je stanje otpora. To nije samo otpornost na bolesti već otpor na nasilje i uznemiravanje, droge, eksploataciju, lošu hranu, zagađenje, katastrofalne stambene uslove, farmaceutsko tržište, komercijalizaciju zdravlja I, ponekad, otpor prema samoj medicini. Mi kao zdravstveni radnici treba da podržavamo pacijente u njihovom otporu<sup>32</sup>. Izabrani/porodični lekar prvi je kontakt s pacijentom, koji sa sobom donosi anksioznost vezanu za simptome i tegobe koje ima i njegov vodič kroz zdravstveni sistem<sup>33,34</sup>. Postoje situacije u kojima lekar otkriva i definiše postojanje konkretne bolesti a pacijent nema nikakvih tegoba. Primer je ponovljeni nalaz glikemije našte više od 7 mmol/L, koja upućuje na postojanje šećerne bolesti a pacijent pri tome nema nikakvih smetnji, odnosno radi se o asimptomatskoj fazi šećerne bolesti. Lekar izjavljuje i obaveštava pacijenta da ima hroničnu bolest s kojom će živeti ostatak života i da mora da promeni način života i ishrane, a pacijent, s obzirom na to da nema subjektivnih tegoba, smatra da on dalje ništa ne treba da preduzme.

Za lekara je najkompleksnija situacija kada pacijent ima brojne tegobe koje mu stvaraju teškoće i oseća se bolesnim, a ne može se naći konkretna bolest, pa time ni odrediti čime lečiti i kako pomoći pacijentu. Upravo u takvim situacijama najteže je ne preduzeti ništa. Takav je primer situacija u kojoj se susreću anksioznost pacijenta sa anksioznošću lekara. Anksioznost pacijenta proizlazi iz činjenice da ima tegobe koje nisu potvrđene pozitivnim, odnosno patološkim nalazima laboratorijskih pretraga ili kliničkim pregledom. Anksioznost lekara rezultat je osećaja neuspešnosti i nesigurnosti jer nije otkrio patološko stanje. Na to se nadovezuje pritisak pacijenta da se definiše stanje u vezi s kojim će se onda moći nešto preduzeti. Ovakve situacije završavaju na različite načine. Pacijentove tegobe lekar može definisati kao hipohondriju, preterivanje ili psihosomatski poremećaj. Ovakvi pacijenti kandidati su za upadanje u zamku (kako je autori koncepta nazivaju crnu rupu) brojnih nepotrebnih pretraga i troškova<sup>34</sup>. Kandidati za kvaternarnu prevenciju upravo su pacijenti sa tegobama kojima lekar ne nalazi bolest. Neadekvatna međusobna komunikacija, prethodna izloženost pacijenta anksioznoj zdravstvenoj edukaciji (Gde ste bili do sada?), spomenuta anksioznost lekara i sve rašireniji defanzivni pristup medicini vode pacijenta na dug i iscrpljujući put sastavljen od velikog broja nepotrebnih pregleda i pretraga čiji će svi ili većina nalaza biti uredni i uglavnom neće objasniti polazne tegobe<sup>35</sup>. *Martins et al.* predlažu reviziju WONCA definicije P4 i snažno podržavaju *Brodersen et al.*, koji definišu P4 kao akcije koje se preduzimaju da zaštite pojedinca od medicinskih intervencija koje bi napravile više štete nego koristi. Autori se takođe zalažu da se koncept P4 primeni

na svim nivoima prevencije<sup>4,18</sup>. U svetu u kom je zdravstvena pismenost na niskom nivou način na koji treba promovisati kvaternarnu prevenciju treba da bude adekvatan. To nije panacea niti aktivnost bez zdravstvenog rizika. U nameri da se minimalizuje povređivanje pacijenata postoji rizik da se izbegnu neke medicinske intervencije od kojih bi pacijent imao koristi<sup>4</sup>.

Kvaternarna prevencija je osetljiv koncept. Treba je naučiti, imajući u vidu da zajedno sa snagama koje nosi postoje i pretnje. Glavna pretnja je da se istraživanje u ovoj oblasti transformiše u geto ili da se politizuje. Pošto su zdravstvene usluge prošle kroz ogromnu transformaciju postajući industrija, jedna od glavnih vrednosti medicine, *primum non nocere*, postala je neka vrsta aberacije<sup>36</sup>.

## **Zaključak**

Uprkos opsežnom pregledu literature, naša studija ima određena ograničenja. Bili smo ograničeni opsegom pregleda literature. Postoje akademski radovi koji nisu dostupni na internetu. Ima analiza koje nisu objavljene. Heterogenost dizajna studija i intervencija bili su izazov za analizu detalja. Naš pregled literature bio je ograničen na srpski i engleski jezik.

Na osnovu svih dosadašnjih istraživanja, možemo zaključiti sledeće:

- Porodična/opšta medicina vođena konceptom kvaternarne prevencije je ključna u vođenju pacijenta kroz složen sistem zdravstvene zaštite.
- 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.
- Lekar na osnovu pacijentovih tegoba, uzimajući u obzir potrebu, nužnost i isplativost određenog postupka, koristeći se saznanjima medicine zasnovane na dokazima, donosi odluku o tome šta treba preduzeti dalje sa pacijentom.
- Najsnažniji način da se izbegnu nepotrebne medicinske procedure je dosledna primena medicine zasnovane na dokazima.

Buduća istraživanja bi, umesto usmerenosti na bolest, trebalo da obuhvataju osnovne principe porodične/opšte medicine gde je pacijent u centru pažnje. Istraživanja treba da krenu od hipoteze da je zdravlje više nego samo odsustvo bolesti. Važne teme su one koje posmatraju kontekst složenih odnosa između pacijenata i njihovih porodičnih lekara u toku lečenja najrazličitijih zdravstvenih problema. Novi izazovi za istraživanja predstavljaju i uticaj na društvo sa različitim kulturnim normama, poštujući prava na jednakost i različitost, kao i tehnološki razvoj koji prati globalni razvoj društva.

## Reference

1. Bentzen N. *Wonca dictionary of general/family practice*. Copenhagen: Manedsskrift for Praktisk Laegergering; 2003.
2. Clark EG. Natural history of syphilis and levels of prevention. *Br J Vener Dis* 1954; 30(4): 191–197.
3. Wonca International Classification Committee. Quaternary prevention (Accessed 2019 Feb 2). Available from: <http://www.ph3c.org/P4>.
4. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept; Quaternary prevention aims to protect patients from medical harm. *European journal of general practice*. 2018; 24(1): 106–111.
5. Aronowitz R. *Making Sense of Illness – Science Society and Disease*. Cambridge University Press, Cambridge 1998.
6. Soos G, Tsakiris I, Szanto J, Turzo C, Haas PG, Dezso BE. The prevalence of prostate carcinoma and its precursor in Hungary: an autopsy study. *Eur Urol*. 2005; 48(5): 739–44.
7. Damber JE, Aus G. Prostate cancer. *Lancet* 2008; 371: 1710–21.
8. UEMO. UEMO position on Disease Mongering/Quaternary Prevention 2008 [Available from: <http://www.uemo.eu/2011/02/08/uemoposition-on-disease-mongering-quaternary-prevention/>]
9. Jamouille M, Roland M, Bae JM, Heleno B, Visentin G, Gusso G. Ethical, pedagogical, socio-political and anthropological implications of quaternary prevention. *Rev Med Brux*. 2018; 39(4): 383–393.
10. PubMed [Internet]. Bethesda: U.S. National Library of Medicine; 2016. Dostupno na: <http://www.pubmed.com> (Accessed 2019 January 2).
11. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. The PRISMA group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009; 6(7): e1000097.
12. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Management*. 2015; 4(2): 61–4.
13. <http://www.woncaeurope.org/content/ws-057-about-quaternary-prevention>
14. 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.
15. Alber K, Kuehle T, Schedlbauer A, Schaffer S. Medical overuse and quaternary prevention in primary care – A qualitative study with general practitioners. *BMC Family Practice* 2017; 18: 99–113.
16. Bernstein J, La Valle R. Because of Science You Also Die... Comment on “Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Over Medicalization”. *Int J Health Policy Manag* 2015; 4(9): 615–616.
17. Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. From Wonca world Hong Kong 1995 to Wonca world Prague 2013. In *Wonca world conference Prague 2013 (Poster)*. Available from <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000284/0000435.pdf>.

18. Yudkin JS, Montori VM. The epidemic of pre-diabetes: the medicine and the politics. *BMJ* 2014; 349: g4485.
19. Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, O'Sullivan JW, Aronson JK, Woloshin S. Overdiagnosis: what it is and what it isn't. *BMJ Evidence-Based Medicine* 2018; 23: 1–3.
20. Esserman L, Shieh Y, Thompson I. Rethinking screening for breast cancer and prostate cancer. *JAMA* 2009; 302: 1685–92.
21. Johansson M, Hansson A, Brodersen J. Estimating overdiagnosis in screening for abdominal aortic aneurysm: could a change in smoking habits and lowered aortic diameter tip the balance of screening towards harm? *BMJ* 2015; 350: h825.
22. Park S, Oh CM, Cho H, Lee JY, Jung KW, Jun JK, et al. Association between screening and the thyroid cancer “epidemic” in South Korea: evidence from a nationwide study. *BMJ* 2016; 355: i5745.
23. Wiener RS, Schwartz LM, Woloshin S. When a test is too good: how CT pulmonary angiograms find pulmonary emboli that do not need to be found. *BMJ* 2013; 347: f3368.
24. Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. *APMIS* 2014; 122: 683–9.
25. Ahn HS, Kim HJ, Welch HG. Korea's thyroid-cancer “epidemic” – screening and overdiagnosis. *N Engl J Med* 2014; 371: 1765–7.
26. McCoy RG, Van Houten HK, Ross JS, Montori VM, Shah ND. HbA1c overtesting and overtreatment among US adults with controlled type 2 diabetes, 2001-13: observational populationbased study. *BMJ* 2015; 351: h6138.
27. Case RA, Lea AJ. Mustard gas poisoning, chronic bronchitis, and lung cancer; an investigation into the possibility that poisoning by mustard gas in the 1914-18 war might be a factor in the production of neoplasia. *Br J Prev Soc Med.* 1955; 9: 62–72.
28. Strategija javnog zdravlja u Republici Srbiji 2018–2026. godine – „Službeni glasnik RS”, broj 61/2018. Dostupna na <http://ipc.rs/download/strategija.pdf>
29. Visentin G. The Difficult Choice of “Not Doing” Comment on “Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Overmedicalization”. *Int J Health Policy Manag.* 2015; 4(8): 559–560.
30. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-Based Medicine.* New York: Churchill Livingstone, 1997.
31. Sackett DL, Haynes BR, Guyatt GH, Tugwell P. *Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine.* 2nd Ed, Little, Brown and Company, Boston 1991.
32. Jamouille M. La médecine a plus besoin de contrôle qualité et d'humanité que d'informatisation. *Ethica Clinica.* 2015; 80(4): 37–49.
33. Giet D, Pestiaux D, Schetgen M. General medicine in the 21st century. *Bull Mem Acad R Med Belg.* 2008; 163: 425–431.
34. Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte. *Prim Care.* 2010; 10(18): 350–354.
35. Woodward C. Defensive medicine starts at the top in United States. *CMAJ.* 2010; 182: E335–6.
36. Scott IA, Anderson K, Freeman CR, Stowasser DA. First do no harm: a real need to deprescribe in older patients. *Med J Aust.* 2014; 201(7): 390–392.