

Kvaternaarne preventatsioon – mittekahjustamise kunst

Airi Hunt – Soome Keuruu tervisekeskus

25.–29. juunini 2013 toimus Prahast perearstide maailmaorganisatsiooni WONCA maailmakonverents, mille sessiooni „Eetika ja seadus“ üks seminaridest oli pühendatud kvaternaarsele preventioonile. Ettekandjad kuuest riigist (Belgiast, Hiinast, Uus-Meremaalt, Brasiiliast, Argentiinast ja Uruguayst) selgitasid, kuidas perearstid saavad kvaternaarset preventiooni analüüsida ja igapäevapraktikas rakendada.

2003. aastal ilmunud WONCA peremeditsiini sõnaraamatu järgi defineeritakse kvaternaarset preventiooni kui tegevust, millega selgitada patsientide või laiemalt inimeste rühmi, kellele võidakse rakendada ülemääraseid meditsiinilisi sekkumisi, ja tagada neile teaduslikult põhjendatud meditsiiniline vahelesegamine. Kvaternaarse preventiooni ehk neljandase ennetuse mõiste võtsid selles tähenduses esimest korda kasutusele WONCA maailmakonverentsil Hongkongis 1995. aastal M. Jamouille ja M. Roland ning esimene selle teemalised WONCA seminar toimus Baselis 2009. aastal.

Kvaternaarse preventiooni eesmärk on patsientide kaitse diagnostiliste testide, sekkumiste ja ravi eest, mis ei paranda rahvastiku tervist ega vähenda suremust ning mis võivad põhjustada füüsilist ja psühholoogilist kahju. Kvaternaarne preventioon on kontseptsioon, mille sisuks on vältida ülemäärast skriinimist (*overscreening*), liigset

uurimist (*overinvestigation*) ja üleravimist (*overtreatment*).

Kvaternaarse preventiooni kontseptsioon on suhteliselt uus käsitlusviis. See on aktuaalne nii peremeditsiinis kui ka teistel meditsiinerialadel.

PATSIENDIKESKNE KÄSITLUS

McWhinney tegi 1986. aastal ettepaneku läheneda meditsiinilisele tegevusele uues perspektiivis. Hiljem, 1994. aastal esitas analoogse vaate ka Hellström. Sisuliselt moodustati ristuv suhe arsti ja patsiendi ning haiguse ja tervise vahel. Arsti vaatenurgast patsiendil kas on diagnoositav haigus või seda ei ole. Patsiendi vaatenurgast inimene kas tunneb end hästi või haigena. Selle alusel eristuvad ka ennetusliku tegevuse tasandid (vt tabel 1).

Primaarse preventiooni eesmärk on ära hoida ja/või kõrvaldada põhjused, mis võiksid kahjustada nii üksikisiku kui ka inimrühmade tervist. Seda sihti täidavad näiteks immuniseerimine, suitsetamisest loobumise kampaaniad.

Sekundaarne preventioon hõlmab tegevusi eesmärgiga avastada tervisehäired nende algstaadiumis ja hoida ära nende krooniliseks muutumine. Näiteks on erinevad skriininguprogrammid.

Tertsiaarne preventioon on meditsiiniliste tegevuste kogum, mille siht on vähendada krooniliste haiguste süvenemist ja haige funktsioonivõime halvenemist, näiteks diabeedi tüsistuste ennetamine, korduva insuldi ärahoidmine.

Kvaternaarne preventioon hõlmab tegevusi, et teha kindlaks patsiente, keda võib ohustada üleliigsete uurimismeetodite, põhjendamatu skriininguprogrammide või põhjendamatu ravivõtete rakendamine. Olemuselt on see iidse arstliku tegevuse kuldreegli „ära kahjusta“ (*primum nil nocere*) tänapäevane tõlgendus.

Ühendatud esmane, teisene ja kolmandane ennetustegevus on igapäevase arstitöö komponent. Näiteks arst, ravides angiinihaiget naist (III preventioon), küsitleb teda suitsetamisharjumuse kohta (I preventioon), mõõdab veresuhkruksisaldust ja korrigeerib diabeediravi, kuna haigel on 2. tüüpi diabeet (III preventioon), ja soovib haigele lasta teha Pap-test (II preventioon).

Kvaternaarset preventiooni vajavaks subjektiks võib inimene sattuda mitmel põhjusel. Internetis loetud terviseinfo võib saada haige ebaadekvaatsete hirmude põhjuseks ja nende hajutamiseks hakkab arst tegema mitmesuguseid ebavajalikke uuringuid. Põhjendamatu hirmu võib

Tabel 1. Preventiooni tasandid

| Patsiendi hinnang | Arsti hinnang | |
|-------------------|---|--|
| | Haigus | |
| Vaevus ei ole | Ei ole diagnoositud | On diagnoositud |
| | | Primaarne preventioon: vaevus ei ole; haigust ei ole |
| Vaeused on | Kvaternaarne preventioon: vaevus on; haigust ei ole | Tertsiaarne preventioon: vaevus on; haigus on |

Kirjavahetajaautor:
Airi Hunt
airi.hunt@hotmail.com

Võtmesõnad:
kvaternaarne preventioon, liigne meditsiiniline sekkumine, WONCA

tekitada inimese kaasamine sõeltes-timise, eriti kui esialgse uuringu vastus tingib vajaduse teha täpsustatud uuringuid ja need ei kinnita ohtlikku haigust, aga patsient soovib uusi täpsemaid uuringuid või alustada ravi, milleks puudub igasugune vajadus. Ka näiteks haige jaoks ebaselge uuringu või konsultatsiooni vastus võib vallandada umbusu arsti vastu ja uute uuringute või konsultatsioonide taotluse. Väljapääsuks saab olla arsti ja patsiendi hea kontakt ning haigega suhtlemine.

Kvaternaarse preventsiiooni on eelkõige väljakutseks arstile, eeldades eetilist ja patsienti mõistvat suhtumist. Arst peab alati meeles pidama, et meditsiiniline sekkumine võib kasu asemel ka kahju tuua. Ebarealistlikud ootused meditsiini kõivõimsusele võivad samuti viia piisava põhjendusega meditsiinilise sekkumiseni. Sagedasti korraldavad arstid mitmeid uuringuid ja määravad ravi ühest küljest selleks, et hajutada patsiendi kahtlusi, teisalt ka seetõttu, et ei olda oma teadmistes ja arusaamades kindlad.

Nii patsient kui ka arst on inimesed ja inimene on enam orienteeritud tegevusele, kuigi teab, et see võib ka kannatusi ja kahju tuua, kui ootamisele ja vaatamisele. Palju lihtsam on teha testi ja alustada ravi ka n-ö igaks juhuks kui seda mitte teha. Kuidas arst saab öelda patsiendile tema

vaevuste põhjuse, kui ta ei tee uuringuid, ehkki on veendunud, et asi on niigi selge ja neid pole vaja? See ongi argument teha uuringuid ja mida rohkem, seda parem. Tagajärg on uus moodne „sündroom“ VOMIT (*victim of modern imaging technology*) – kuvamistehnoloogia ohver.

Ka sõeluuringute ja enamiku sekundaarse preventsiiooni võtete korral ilmneb, et tulu tervisele rahvastiku tasandil ei pruugi seda alati olla tulu isiku tasandil.

KUIDAS EDENDADA KVATERNAARSET PREVENTSIIONI?

Sellise preventsiiooni edendamiseks tuleb esiteks tugineda Euroopa Üldarstide Liidu UEMO (*Union Européenne des Médecins Omnipraticiens*) arvamusele aastast 2008; teiseks veenduda idee tähtsuses; kolmandaks arutada seda kolleegidega; neljandaks hoida seda pidevalt meeles ja rakendada igapäevatoos.

Perearstid on esmane instants, kes annab inimestele tervise teavet, eetilisel aktsepteeritavaid alternatiive, selleks et haiged ja terved saaks ise autonoomselt vastu võtta oma tervist puudutavaid otsuseid.

KOKKUVÕTE

Käesolev kirjutis pigem tõstatab küsimusi, kui annab vastuseid. Osalt on see ka kvaternaarse prevent-

siooni eesmärk. Patsiendikaebuste või kohtukaasuste hirm ei tohiks ajendada arsti meditsiinilist tegevust ainult enda tagala kaitsmiseks. Arstlik vastutus peaks muu hulgas lähtuma ka teesist *Primum nil nocere*.

Lihtsustatult võiks öelda, et kvaternaarse preventsiiooni on

- kahju mittetekitamine,
- välditava ravi vältimine ja
- patsiendi kaitse meditsiini eest.

Lisateavet võib saada internetileheküljelt <http://www.ph3c.org> „Kvaternaarse preventsiiooni“ rubriigist, millele viitavad oma kokkuvõttes ka WONCA seminari korraldajad.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autor on Arstide Täienduskoolituse Fondi stipendiaat.

KIRJANDUS/REFERENCES

1. Jamouille M, Tsoi G, Heath I, Mangin D, Pezeshki M, Baez MP. Quaternary prevention, addressing the limits of medical practice. WONCA2013_Book of Abstracts.pdf.
2. Bargar R. What are the different levels of preventive medicine? <http://www.wisegEEK.com/what-are-the-different-levels-of-preventive-medicine.htm>.
3. Jamouille M. Quaternary prevention: First, do not harm. http://docpatient.net/mj/P4_Brasilia2011_en.pdf.
4. Jamouille M. Quaternary prevention, an explicit task of the physician. http://www.camfic.cat/Docs/12_13/P4interviewnevejamouille2012.pdf.
5. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervasi J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_engl.pdf.

Kommentaariid

Miks räägitakse kvaternaarsest preventsiioonist eeskätt just perearstiabis?

Ruth Kalda – TÜ peremeditsiinikliinik



Airi Hunt on oma artiklis kirjeldanud kvaternaarse preventsiiooni mõistet nii, nagu seda on käsitletud perearstide maailmaorganisatsioon WONCA.

Samal ajal on kasutusel ka veel teistsugune kvaternaarse ehk neljandase ennetuse mõiste ja selle kohaselt on tegemist „rasket haigust põdeva patsiendi funktsionaalse võimekuse või reservi taastamise või säilitamisega, et hoida ära raskekujulist töö- või teovõimetust“ (1).

Millest tuleneb aga perearstide maailmaorganisatsiooni kvaternaarse preventsiiooni käsitlus sellisena, nagu seda on kirjeldanud A. Hunt?

„*Primum nil nocere*“ printsiip on olnud arstiabi põhiprintsiip tõepoolest juba aastasadu, samal ajal on perearstid vahest kõige enam just viimastel aastakümnetel pidanud tunnetama survet nii-öelda teha midagi, s.o uurida, ravida, sekkuda olukordades või seisundites, mis on ebaselged, veel välja kujunemata kindlate haigustunnusteta, sageli ise lahenevad. Peremeditsiini üks põhitunnuseid on seega ka ebamäärarase talumine. Kui seda ei talu,

võib näiteks juhtuda, et määrates küll arsti meelest hetkel ebavajaliku, aga patsiendi surve ja ka enda mõningase ebakindluse tõttu mõne analüüsi või uuringu, võib käivituda kaskaad, mis lõppkokkuvõttes toob enam kahju kui kasu ja seda kõigile, nii patsiendile, arstile kui ka rahastajale.

Toon ühe näite. Perearsti poole pöördub 40. eluaastates meespatsient, kes kaebab valu peaasjalikult vasemal pool alumiste roiete vahel, mis kiirgub aeg-ajalt ka ülakõhtu. Valu on hootine, keskmise tugevusega, lühiajalise kestusega (paar sekundit), ei sõltu söögist, tekib teatud asendites, ka sügaval sissehingamisel. Palpatsioonil on täheledatavad konkreetset valupunktid, millele vajutades valu vallandub. Üldine seisund on patsiendil hea, kuid ta kurdab üleväsimust, stressi, närvilisust. Vererõhk on normipiires, kahtlust ei jää südamest tingitud valude suhtes, pigem on tegemist interkostaalneuralgiaga ja sellest perearst patsiendiga ka vestleb ning annab ka soovitusi, kuidas selliste valudega toime tulla. Patsiendile aga meenub, et mõned aastad tagasi esines tal aeg-ajalt kõrvetisi, need küll möödusid, aga arvab, et vahest peaks siiski ka magu uurima. Perearst nõustub sellega ja suunab patsiendi gastrokooptasse. Uuringu käigus ei tuvastata patsiendil mingit maost või *duodenum*'ist lähtuvat probleemi, küll aga annab gastrokooptiat teinud arst patsiendile nõu, küsida perearsti käest suunamine kõhukoopa ultraheliuuringuks (UH-uuring), sest tegemist võib olla ka kõhunäärme või sapipõiest lähtuva probleemiga. Patsient pöördub kohe pereõe juurde ja esitab oma soovi. Kuna pereõde ei soovi ise saatekirja uuringuks väljastada ilma arstiga konsulteerimata, paneb ta patsiendi perearsti vastuvõtule järjekorda, aja saab patsient kolme päeva pärast. Patsient on aga ootamatust soovitusel edasisteks uuringuteks niivõrd häiritud, et pöördub samal päeval radioloogia osakonda ja soovib

ultraheli uuringut ise osta. Selle peale pöördub radioloog perearstikeskusesse ja avaldab imestust, miks perearst ei määra patsiendile vajalikku uuringut. Patsient saab UH-uuringuks saatekirja, käib uuringul ära ja tulemusena leitakse maksas mõned väikesed kajarikkad kolded. Arusaadavalt on patsient leiust niivõrd häiritud, et pöördub samal päeval väljaspool järjekorda perearsti juurde vastuvõtule. Vaatamata pikale arutelule, et tegemist võib olla juhuleiuga, et enamasti on selle taga kas heman-gioom või mõni muu healoomuline muutus, ei jää patsient rahule, vaid soovib järgmiseks täpsustavat uuringut ehk kompuutertomografiat (KT). Kuna perearst ei saa patsienti ise uuringule suunata ja pole ka põhjust seda teha kiirkorras erakorralise meditsiini osakonna kaudu, pannakse patsient tavajärjekorda gastroenteroloogi vastuvõtule. Selline ootamine patsiendile ei sobi, ta on otsinud internetist võimalikke maksas leiduvate kollete põhjusi ja on endale paari päevaga vähi diagnoosi pannud, kusjuures tunneb nüüd ka juba teisi, vähile iseloomulikke sümptomeid, kaasa arvatud pidevat valu. Loomulikult leiab ta viisi, kuidas ise kiirkorras eriarsti juurde saada ja sealt edasi ka KT-uuringule. KT-uuringu vastus rahustas õnneks patsienti, sest vähi diagnoosi ei kinnitatud, küll aga andis see mõne aja pärast ainest uuteks kahtlusteks, sest heman-gioom, mis tal maksas juhuleiuna avastati, võib ju suurened ja operatsiooni vajada.

Selline lugu võib tunduda äärmuslik, aga kahjuks on neid siiski sagedamini, kui arvame. Arstid pigem kardavad ala- kui ülediagnoosida. Oma rolli mängib siinkohal ka hirm avaliku süüdistamise ees ja kas kohtusse või haigekassasse või tervishoiuteenuste kvaliteedi eksperdikomisjoni kaebamise ees.

Teiseks oluliseks põhjuseks, miks kvaternaarsest preventsiioonist just perearstide konverentsidel ja perearstidele mõeldud väljaannetes

räägitakse, on tendents, et medikamentoosselt ei ravita mitte enam vaid haigusi, vaid ka riskitegureid, mis on enamasti elustiilist tingitud. Siin on mitmed epidemioloogilised ja majanduslikud (ravimiturust tingitud) põhjused, miks nii tehakse ja miks selle järele on nõudlus (2). Ehkki ka perearsti otsused põhinevad parimal teaduslikul tõendusel, on vahel päris keeruline juhulikustatud uuringute tulemusi, mis rajanevad suurte patsientide rühmade omavahelisel võrdlusel, kanda üle üksikpatsiendile, kes parajasti kabineti istub (3). Kõiksugused sekkumised, ka preventiivsed, kätkevad endas kasude kõrval alati teatud riske, mida tuleb koos patsiendiga kaaluda, eriti kui tegemist on patsiendiga, kel puuduvad kaebused ja konkreetset haigustunnused.

KIRJANDUS

1. Mensah GA, Dietz WH, Harris VB, et al. Prevention and control of coronary heart disease and stroke: nomenclature for prevention approaches in public health: a statement for public health practice from the Centers for disease control and Prevention. *Am J Prev Med* 2005;29:152-7.
2. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002;324:886-90.
3. Bassler D, Busse JW, Karanicolas PJ, Guyatt GH. Evidence-based medicine targets the individual patient, part 1: how clinicians can use study results to determine optimal individual care. *Evid Based Med* 2008;13:101-2.

ruth.kalda@ut.ee

Kas moodne meditsiin on patsiendile ohtlik?

**Väino Sinisalu –
Eesti Arst**



Meditsiini edusammud viimase pooleteise sajandi jooksul on süvendanud uskumust meditsiini kõikvõimsusesse. Tarvitseb vaid varakult haiguse jälile saada ja seda kiiresti ravima hakata. Mida rohkem teeme, seda parem! Nüüdisaegsed informatiivsed visualiseerimismeetodid ja tundlikud laboratoorsed testid võimaldavad registreerida ka väiksemaid kõrvalkaldeid organismis ja paljudelgi

juhtudel varakult haiguse muutuste jälile saada ning ravi alustada.

Medalil on ka teine külg. Tehnoloogia areng on olnud väga kiire, info hulk järjest kasvab, kuid see on olnud liiga kiire, et mõista nende registreeritud muutuste tähendust organismi elutegevusele. Lihtsalt öeldes ei ole alati selge, milline tähendus inimese tervisele, vaimsele ja füüsilisele võimekusele neil muutustel on, kas nad on progresseeruva loomuga või hoopis taanduvad. Tulemus on ülediagnoosimine, üleskriinimine ja üleravimine. Mõnigi kord võib see vaatamata headele kavatsustele kaasa tuua kahju. Kirjanduses on avaldatud hinnanguid, et ülemäärane meditsiiniline sekkumine raiskab USAs kasutult 160 miljonit eurot aastas (1). Nende hinnangute tõsiseltvõetavuses võib ka kahelda, sest meditsiinis on sageli tegemist ka tagantjärele tarkusega. Arst määrab sageli ka uuringuid ja ravib *ex juvantibus*, kahtlustades rasket haigust mingite tunnuste alusel, kuid süvendatud uuringud seda ei kinnita. Kas see oli siis kõik ilmaasjata, kas oli tegu ülemäärase sekkumisega?

Heast tahtest ajendatud soov avastada haigusi võimalikult varakult on soodustanud arstide kitsast spetsialiseerumist ja konkreetsete haiguste diagnoosimise kriteeriumid järjest laienevad. Nii diagnoositaksegi haigusi ka siis, kui patsiendil ei ole mingeid vaevusi. Omaette peamurdmist põhjustavad tundlike uuringute tulemusel leitud „intsidentaloomid“ – muutused juhuleiuna, mis ei põhjusta mingeid vaevusi.

Patsient, kel mitmed spetsialistid on diagnoosinud mitmeid haigusi ja määranud igale neist ravi, jääb lõpuks esmatasandi arsti hoole alla ja võib juhtuda, et aja möödudes selgub, et mitmed neist haigustest olid ülediagnoositud. Neist kogemustest ilmselt sündis kvaternaarse preventiooni kontseptsioon, mis levis esmajoones esmatasandi arstide seas.

On välja tulnud ka radikaalsemate mõtetega – meditsiin ei pea ainult pühenduma haigusele ja haigetele, vaid samuti kaitsma neid, kes tunnevad end hästi, on terved. Selle sajandi meditsiini suurimaks

väljekutseks on võidelda iatrogenesete kahjustuste pandeemiaga (2).

Midagi uut kvaternaarse preventiooni kontseptsiooni siiski ei paku – „ära kahjusta“ on olnud arstiabi põhitees juba sajandeid ja see jätkub. Ei saa peatada progressi – uute meetodite ja testide juurutamist. Samas ei kao kuhugi sajandeid viljeletud arstikunst: kuula haiget, vaatle teda, palpeeri, auskulteeri. Uskuma ja ravima ei pea ainult pilti ja analüüsi, hinnang patsiendile peab olema kompleksne. Siis on ka väiksem oht haiget kahjustada. Meditsiini ajalugu on täis näiteid vanade arusaamade ja teooriate kummutamisest, uute tulekust ja nende võidukäigust, seejärel paljud neist osutuvad ekslikuks ja hüljatakse. Ajad ja olud muutuvad, meie peame sellega sammu pidama.

KIRJANDUS

1. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012;344:e3502.
2. Spence D. Bad medicine: modern medicine. *BMJ* 2012;344:e2346.

eestiarst@eestiarst.ee

Kardiovaskulaarsete riskitegurite ilmnemine noores eas suurendab kognitiivsete häirete kujunemise riski keskeas

Palju on uuritud kognitiivsete häirete kujunemise riski keskealistel ja vanemaelistel isikutel, kel esinevad üldtuntud kardiovaskulaarsed riskitegurid: kõrgeenenud vererõhk, suhkru ainevahetuse häired ja düslipideemia. Vähe on uuringuid nende riskitegurite mõju kohta nooremaeliste kognitiivsele võimekusele.

California Ülikooli uurijad jälgisid 3381 isikul, kes uuringu alates olid 18–25 aasta vanused, 25 aasta jooksul iga 2–5 aasta järel kardiovaskulaarsete riskitegurite –

kõrgenenud vererõhk, glükoosi sisaldus veres tühja kõhuga ja hüperkolesteroleemia – esinemist. Jälgimisperioodi lõpul uuriti nende kognitiivseid võimeid – mälu, õppimisvõime, saadud info töötlemise kiirus – kolme üldkasutuses oleva testiga.

Ilmnes diastoolse ja süstoolse vererõhu kõrgeenemise ning veres glükoosi sisalduse suurenemise tühja kõhuga negatiivne kumulatiivne mõju kognitiivsele võimekusele. Düslipideemia olemasolu ja selle kestmine jälgimisperioodi vältel kognitiivset võimekust ei mõjutanud.

Autorite arvates halvendavad kõrgeenenud vererõhk ja vere-suhkru regulatsiooni häire aju verevarustust, soodustavad

subkliiniliste isheemiliste kollete teket ajus ning aju subkortikaalse kahjustuse teket. Kirjeldatud tegurite esinemise korral on leitud veres põletiku ja oksüdatiivse stressi markerite suurenenud sisaldus, mis soodustab neuroonaalse kahjustuse kujunemist.

Uuringust ilmneb, et kardiovaskulaarsete üldtuntud riskitegurite adekvaatne mõjutamine juba noores eas vähendab südameveresoonkonna haiguste ja kognitiivsete häirete (dementsuse) kujunemise riski hilisemas elueas.

ALLIKAS

Yaffe K, Vittinghoff E, Pletcher MJ, et al. Early adult to midlife cardiovascular risk factors and cognitive function. *Circulation* 2014;129:1560–7.

LÜHIDALT