

Dördüncül koruma: Önce zarar verme

Quaternary prevention: First, do not harm

Melahat Akdeniz¹, Ethem Kavukçu²

Özet

“Önce zarar verme” ve “koruma tedaviden daha iyidir” tıbbın iki temel ilkesidir. Bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimlerinin günlük rutin işleri arasındadır. Klinik koruma bir sağlık sorununun ortaya çıkmasını, gelişmesini ya da komplikasyonlarını engelleme için yapılan girişimlerdir. Günümüze dek klinik koruma girişimleri 3 düzeyde değerlendirilmekteydi. Birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma. “Önce zarar verme” ilkesi hekimlerin iyatrojenik zararlarından kaçınmasını gerektirmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalardan elde edilen yeni bilgiler koruma girişimlerinin hastalara zarar da verebileceğini işaret etmektedir. Ancak, hastalara zarar verme potansiyeli olan sağlık hizmetleri sadece koruma girişimleri ile sınırlı değildir. Hastalıkların araştırılması, tanı ve tedavi aşamalarında da hastalara zarar verilebilir. Aile hekimlerinin hastalarının tıbbi girişimlerden zarar görmesini engellemek sorumluluğu, dördüncül koruma kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Dördüncül koruma kavramı 1986 yılında Dr. Marc Jamouille tarafından geliştirilmiştir ve önce zarar verme ilkesinin yeni versiyonu olarak sunulmuştur. Kavram Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu (WONCA) Uluslararası Klasifikasyon Komitesi toplantısı sırasında benimsenmiş ve WONCA'nın Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri için sözlüğünde yayınlanmıştır. Sözlükteki tanımıyla dördüncül koruma “aşırı medikalizasyon riskindeki hastayı ve toplumu tanımlamak, medikal istilalardan onları korumak ve onlara bilimsel ve etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan eylemdir. Dördüncül koruma kavramı giderek artan bir şekilde diğer uzmanlıklarca da benimsenmekte ve yaygınlaşmaktadır.

Anahtar kelimeler: Aile Hekimliği, Dördüncül Koruma

Summary

“First, do not harm” and “Prevention is better than cure” are two key principles of medicine. Preventive health serves for individuals and population are among the daily routine task of the family physicians. Clinical prevention are the activities taken to prevent the occurrence and development of a health problem or its complications. Preventive actions have been evaluated in three levels until today: Primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention. Principle of “first, do not harm” requires that physicians to avoid iatrogenic harm. New information from the studies conducted in recent years indicated that the preventive actions could give harm to patients. However, health care practices which are potentially harmful to the patient are not only limited to protection interventions. Harm can be given to patients in process of investigation, diagnosis and treatment of disease. The responsibility of family physicians to prevent their patients from being harmed by medical initiatives has led to the emergence of the concept of quaternary prevention.

Concept is developed by Marc Jamouille in 1986; and has been presented in a new version of the principle of “First, do not harm”. The concept of quaternary prevention adopted during the World Organization of Family Doctors (WONCA) International Classification Committee Meeting and were published in the WONCA's General Practice and Family Medicine Glossary. Quaternary prevention is defined as “Action taken to identify a patient or a population at risk of over-medicalisation, to protect them from invasive medical interventions and provide for them care procedures which are scientifically and medically acceptable. Concept of Quaternary prevention is also being increasingly adopted by other specialties widespread.

Key words: Family Medicine, quaternary prevention

¹ Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Antalya

² Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Spor Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Antalya

Giriş

Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye sürekli ve kapsamlı tıbbi bakım sağlamadan sorumludurlar. Bu sürekli ve kapsamlı bakımın bir parçası uygun ve etkili girişimlerle hastanın sağlıklı olmasını sağlama ve iyilik durumunu geliştirmedir. Hastanın sağlıklı olmasını sağlamak için tedavi edici hizmetlerle koruyucu sağlık hizmetleri birlikte sunulur.^[1] Koruyucu sağlık hizmetleri birincil, ikincil ve üçüncül korumayı kapsamaktadır.^[2] Korumanın bu üç formu 1995’de Aile Hekimliği Sözlüğünde WONCA Uluslararası Sınıflandırma Komitesi tarafından tanımlanmış ve 1999 yılında WONCA yeni bir koruma tipi olan dördüncül korumayı Aile Hekimliği Sözlüğüne eklemiştir.^[3] Bu yazıda dördüncül korumadan, ortaya çıkış sürecinden ve farklı uzmanlık alanlarında kullanılmasından bahsedilecektir.

Tıp Eğitiminin başlarında hepimize öğretilen “önce zarar verme” ilkesi genellikle, uygulama konusunda yetkin olunmayan ya da sonuçları tam bilinmeyen tedavi ve girişimlerin uygulanmasından kaçınmamız gerektiği olarak algıladığımız bir ilkedir. Halk sağlığı derslerinde öğrendiğimiz ikinci önemli ilke “koruma tedaviden daha iyidir” ilkesidir. Bu ilke öncelikle hastalıkların ortaya çıkmasını önlemeyi, önlenemeyen hastalıklar için erken tanıyı ve hastalığın seyrini kontrol altına almanın önemini vurgulamaktadır. Koruma, geniş anlamıyla, hastalığı eradike etme, elimine etme ya da hastalık ve engelliliğin etkisini en aza indirme ya da bunların hiçbirini yapılamıyorsa hastalık ve engelliliğin ilerleyişini geciktirmeyi amaçlayan eylemler olarak tanımlanmaktadır.^[2]

Koruma düzeyleri ve koruma etkinlikleri genellikle birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak 3 ana kategoride sınıflanmaktadır. Korumanın bu üç düzeyi kişiye yönelik korumalardır. Bu üç düzey koruma dışında 1978 yılında Strasser tarafından önerilen bir koruma düzeyi olan primordiyal koruma hastalığın nedenselliğine yol açabilen sosyal ve çevresel durumlara yatkınlığın önlenmesini hedefleyen toplumda hastalıklar için risk etmenlerinin ortaya çıkmasını azaltmak ya da elimine etmek için önlem ve eylemler kombinasyonu olarak tanımlanmaktadır.^[2,4-8] Burada, çabalar riskli davranışlar gelişmeden ve henüz riskte olmayan kişilere yöneliktir ve sıklıkla bireysel ve kitle eğitimleri yolu ile başarılmaktadır.^[2]

Birincil, ikincil ve üçüncül koruma kavramları ilk kez Leavell ve Clark tarafından tanımlanmıştır. Onların tanımına göre birincil koruma “kişiyi yakalamadan önce hastalığın nedenlerini ortadan kaldırmak için özel bir hastalık ya da hastalık gruplarına uygulanabilir önlemler”dir.^[4] Birincil koruma hastalığa yol açan davranışların değiştirilmesi için yapılan etkinlikleri (Örneğin, davranış değişikliği danışmanlığı), hastalığa yol açan etmenlere maruziyetin azaltılmasını, maruziyetten kaçınılmadığı durumlarda hastalığın ortaya çıkmasını önlemeyi, hastalıklar için risk etmenlerinin kontrol edilmesini ve böylelikle hastalıkların insidansını azaltma için yapılan etkinlikleri içermektedir.^[3-7]

İkincil koruma, sorun ya da hastalığı kontrol etmek, sonuçları en aza indirmek için erken tanı ve acil girişim amacıyla kullanılan girişimler olarak tanımlanmıştır ve hastalıkların belirtisiz evrede erken tanınması ve ilerlemesinin kontrol edilmesini amaçlayan etkinlikleri kapsamaktadır.^[3-7]

Üçüncül koruma hastalık ortaya çıktıktan sonra, hastalığın etkilediği hastanın işlevselliğini ve yaşam kalitesini koruma, yaşam süresini artırma amacıyla yapılan etkinliklerdir. Üçüncül koruma mevcut tedaviler ve rehabilitasyon yolu ile sorun ya da hastalığın ileride çıkabilecek olası komplikasyonlarını azaltmaya yöneliktir.^[3-7]

Son yüzyılda bilim ve teknolojideki ilerlemeler tıp alanında önemli başarılar sağlamıştır. En çok öldüren hastalıklar sıralamasında bulaşıcı hastalıklar yerlerini bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bırakmıştır. Büyük çoğunluğu sağlıksız yaşam biçimlerinden kaynaklanan kronik hastalıkların önlenmesi ya da geciktirilmesi koruyucu etkinliklerin doğru uygulanmasını gerektirmektedir.^[8] Bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimlerinin günlük rutin işleri arasındadır. Aile hekimleri hastalarının yaş, cinsiyet, yaşam koşulları ve alışkanlıkları bağlamında gereksinimleri olan koruyucu hizmetleri almalarını sağlamaya çalışır. Son yıllarda yapılan çalışmalardan elde edilen yeni bilgiler koruma girişimlerinin hastalara zarar da verebileceğini işaret etmektedir.^[4,5,9] Aile hekimlerinin kişileri olabildiğince sağlıklı tutma ve sağlık durumlarını iyileştirme sorumluluğumuz yanında onların zarar görmesini engellemek için “hasta savunuculuğu” görevi de vardır.^[1] Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini uygularken hastaya zarar

verilmemelidir. Koruma girişimlerinden tedaviye tüm bakım sürecinde zarar ortaya çıkabilmektedir. Hastalıkların araştırılması, tanı ve tedavi aşamalarında hastalara zarar verilebilir. Hastalar aşırı taramaya da aşırı tedavi nedeniyle zarar görme riskine girebilirler. Hastalıklardan koruma için ilaç kullanıldığı durumlarda ilaca bağlı zarar riski (iyatrojenik hasar) ortaya çıkabilmektedir.^[4-10] Son yıllarda aşırı tanı ve aşırı tedavinin hastaya verebileceği zarar ve sağlık sistemine maliyeti konusunda pek çok araştırma yayınlanmaktadır.^[11-15]

Tıp mesleğinin temel karakteri olan “Önce zarar verme” ilkesi hekimlerin iyatrojenik zararlardan kaçınmasını gerektirmektedir. Hekimlerin hastaların sağlığını ve yaşam kalitesini artırmak ya da sadece tedavi etmek için önerdikleri ilaç ve diğer girişimler kendilerini sorgulamalarını gerektiren durumlara neden olabilmektedir.^[16] Aile hekimleri, hastalarına değeri ve hastanın gereksinimlerine uygunluğu etik olarak kabul edilmiş ve onaylanmış, bilimsel olarak kabul edilebilir, kişisel olarak gerekli maksimum kalitede ve minimum sayıda girişimle başarılı tıbbi bakım sunmaya çalışırken onlara zarar vermek-ten nasıl kaçınabilirler sorusu dördüncül koruma kavramını ortaya çıkarmıştır.^[4,6,8-10]

Dördüncül koruma kavramı ilk olarak Belçikalı Aile Hekimi Marc Jamouille tarafından Fransızca bir yayında kullanılmıştır.^[4,16] Daha sonra Jamouille ve Roland 1995’de Hongkong’daki WONCA kongresinde dördüncül korumayı “önce zarar verme” kavramının yeni versiyonu olarak sunmuştur.^[17] Kavram 1999’da Durham’daki WONCA Uluslararası Klasifikasyon Komitesi toplantısı sırasında benimsenmiş ve 2003 yılında WONCA’nın Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri için sözlüğünde yayınlanmıştır.^[3,16,17-23] Sözlükteki tanımıyla dördüncül koruma “aşırı medikalizasyon riskindeki hastayı ve toplumu tanımlamak, medikal istilalardan onları korumak ve onlara bilimsel ve etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan eylemdir”.^[3,4,9,17] Bu kavram daha sonra WONCA Uluslararası Sınıflandırma Komitesindeki hekimlerce yaygınlaştırılmıştır. Günümüzde dördüncül koruma tüm dünyada hızla benimsenmektedir.^[17-21] İnternet ve sos-yal ağların genişlemesiyle aile hekimleri bu fikirle tanışmaktadırlar. Güney Amerika, Avrupa ve Asya’da aile hekimleri tarafından onaylanmıştır. Brezilya’da, 2010’da Brezilya birinci basamak bakım sisteminin 20. yıldönümü konferansı sırasında yayınlanmıştır.

Daha sonra Arjantin, Uruguay, Peru ve Bolivya’da dördüncül korumayı savunan gruplar (P4 grupları) ortaya çıkmıştır. Avrupa’da İspanya ve Portekiz’i Fransa izlemiştir. 2010 yılında WONCA Avrupa Basel Konferansında Dördüncül Koruma Çalıştayı’nı takiben İsviçre “Primary Care” dergisi dördüncül korumaya dair 6 dilde makale yayınlamıştır. 2013’de Prag’daki WONCA Dünya Konferansında Yeni Zelanda, Çin, Pakistan, İngiltere ve Belçika’dan konuşmacılarla bir seminer organize edilmiş ve bir makale Fransızca, İspanyolca, Portekizceye, Vietnam ve Tay diline çevrilmiştir. Dünyanın pek çok bölgesinde dördüncül koruma ile ilgili P4 ağları kurulmuştur.^[1-19]

Marc Jamouille dördüncül korumayı anlattığı makalelerinde dördüncül korumanın “ilişkiye dayalı tıbbi anlama” hakkında olduğunu, bu ilişkinin hastaların ve hekimlerin otonomilerine saygılı bir şekilde doğru olarak tedavi edici kalması gerektiğini bildirmektedir.^[16-21] Dördüncül koruma kavramının, hasta ve hekimin bakış açısını birleştiren, “ilişkiye dayalı koruma” kavramını ayrıntılandıran yeni bir strateji sunduğunu ileri süren Jamouille makalelerinde ilişki ve hastalıklardan koruma bağlamında hasta hekim karşılaşmasının ve koruma düzeylerinin 4 alanını tanımlamıştır. **Şekil 1**, bu alanları göstermektedir. Birinci alan birincil korumayı, ikinci alan ikincil korumayı ve üçüncü alan üçüncül korumayı temsil

Şekil 1. İlişkiye dayalı hasta-hekim karşılaşmasının 4 alanı

		HEKİM	
		Hastalık yok	Hastalık var
HASTA	Hastaliksız	1 Birincil koruma Hastalıktan önce girişim	2 İkincil koruma Hatalı negatiflikten kaçınma
	Hastalıklı	4 Dördüncül koruma Hatalı pozitiflikten kaçınma	3 Üçüncül koruma Komplikasyonların tedavisi ve koruma Zaman çizgisi

Kaynak: Jamouille M. The four duties of family doctors: quaternary prevention – first, do no harm. HK Pract 2014;36:1-6’dan alıntı yapılmıştır

etmektedir. Alanların içine WONCA sözlükte bulunan birincil, ikincil ve üçüncül koruma kavramlarını yerleştirmiştir. Dördüncü alana dördüncül korumayı yerleştirmiştir.^[16-21] **Şekil 2** hasta-hekim ilişkisinin koruma etkinliklerinin 4 tipinde de yer aldığını vurgulamaktadır.

Jamouille'e göre bu ilişkiyel görünüm WONCA tanımına tam olarak uymaktadır. Dördüncü alanda hasta kendini hasta hissederken hekim sorunu bulmak için araştırma yapar. Zaman çizgisi soldan sağa ve yukarıdan aşağıya, α 'dan Ω 'ya, doğumdan ölüme oblik olarak ilerlemektedir. Zaman çizgisi boyunca aile hekimi hastalara korumanın 4 tipi ile bakım verecektir. Hekimler ve hastalar sonunda acı çekme ve ölüm ile birlikte karşılaşacaklardır.^[9,18-21]

Aile hekimlerinin bu 4 alanda görevleri ve bu görevleri yerine getirmek için yaptıkları etkinlikler vardır. Birinci bölgede, hastanın sağlığı iyidir ya da sağlıklı hissediyordur. Hekim hastada olumsuz bir şey bulamamıştır. Bu evrede hekim, hastanın sağlığını korumak için birincil koruma etkinliklerini yapar. İkincil koruma bölgesinde hekim sağlıklı olduğunu düşünen ve rahatsızlığı olmayan hastada, ikincil koruma için kanser ve hastalık taramaları yapar. Taramalar sonrası hastalık bulunmuşsa ya da

hasta bir semptomla gelmişse hasta üçüncül koruma bölgesine kayar. Bu bölgede hasta, hasta olduğunu bilir; hekim hastaya üçüncül koruma bağlamında bakım verir, komplikasyonlardan kaçınmaya çalışır ve rehabilitasyona başlar. Jamouille dördüncü alanın hekimin işinin en zor olduğu alan olduğunu bildirir. Jamouille'a göre, bu alanda hasta kendini hasta hissederek ancak hekim tedavi edilecek bir hastalık bulamaz ya da hatalı bir hastalık bulur.

Bu alandaki hastalar genellikle 'hastaliksız hastalık', 'tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar', 'kaygılı sağlıklı', 'zor hasta', 'fonksiyonel somatik sendromlar', 'somatoform hastalıklar', 'anormal hastalık davranışı' gibi fonksiyonel tanımlar alırlar. Dördüncül koruma bu tanımları kabul etmez ve ayrıntılı tetkikler yapmak yerine hastanın daha fazla dinlenmesini ve sorunun altında yatan nedenin açığa çıkarılmasını önerir. Bu alanda hekim hasta merkezli tıp ve öyküye dayalı tıp yaklaşımlarını kullanarak hastanın asıl kaygısını öğrenebilir.^[9,16,21,24]

Sağlığı artırma için yapılan birincil ve ikincil koruma girişimleri ve herhangi bir kontrolsüz ya da bilinçsiz tıbbi eylem, özensiz davranma, etkin dinlememe, bilgi eksikliği, defansif davranışlar hatalı değerlendirmelere neden olarak hastayı dördüncü

Şekil 2. Hasta-hekim ilişkisi koruma etkinliklerinin 4 tipinin orijiniinde yer almaktadır.

		HEKİM	
		Hastalık yok	Hastalık var
HASTA	Hastaliksız	1 (Birincil koruma) Birey ya da toplum bazında ortaya çıkmadan önce sağlık sorununun nedenini ortadan kaldırmak ya da kaçınmak için yapılan eylem Sağlığı artırma ve spesifik korumayı içerir (ör. Aşılama)	2 (İkincil koruma) Sağlık sorununu birey ya da toplumda erken evrede saptamak ve böylece kuru kolaylaştırmak, yayılmasını ya da uzun süreli etkilerini azaltmak ya da önlemek için yapılan eylem. (Örn. Tarama, olgu bulma, erken tanı yöntemleri).
	Hastalıklı	4 (Dördüncül koruma) İnvazif tıbbi girişimlerden korumak için aşırı medikalizasyon riskinde olan hasta ya da toplumu tanımlamak ve onlara etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak için yapılan eylem.	3 (Üçüncül koruma) Akut ya da kronik sağlık sorununun sonucu olan işlevsel yetersizliği en aza indirerek birey ya da toplumda sağlık sorununun kronik etkilerini azaltmak için yapılan eylem. (örneğin Diyabetin komplikasyonlarını azaltma). Rehabilitasyonu da içerir.

Alanların ortasındaki ok dördüncül koruma tutumunun tüm etkinlikleri etkilediğini işaret etmektedir.

Kaynak: Jamouille M. The four duties of family doctors: quaternary prevention – first, do no harm. HK Pract 2014;36:1-6'dan alıntı yapılmıştır.

alana kaydırabilmektedir.^[9,16,19,20] Dördüncül koruma gerektiren alan aşırı medikalizasyon ve aşırı tanı gibi etik olarak kabul edilemez sağlık bakımı uygulamaları için bazı risklerle karşılaşır.^[24] Aile hekimlerinin diğer üç alandaki hastaların dördüncü alana kaymalarını önlemeleri için önlemler alması, kendi davranışlarını kontrol etmesi, iletişim biçimine dikkat etmesi ve hastada gereksiz anksiyete yaratmaktan kaçınması gerekmektedir. Örneğin, kanser taraması yapılan (ikinci alan) kişide kanser korkusu yaratılabilir ve kişi dördüncü alana kayabilir. Hastaya neden istendiği net olarak açıklanmayan bir istem hastada anksiyete yaratabilir.^[16,20,25]

Günümüzde hastalar medyadan ya da internetten pek çok şey öğrenmektedirler; ancak, bu bilgiler her zaman doğru olmayabilmektedir.^[26] Hastalar öğrendikleri bilgiler ya da duydukları mesajlar sonrası kendilerinde bir hastalık olduğunu düşünebilmekte ya da kanser olma korkusu yaşayabilmektedirler. Televizyon dizilerinde gördükleri hastalardan etkilenen ve kendilerinde de aynı hastalığın olabileceğinden kuşkulanan hastalar, rutin bir batın ultrasonografisinde küçük bir kitle bulunması ile korkuya kapılan hastalar dördüncü alana kayan hastalardır. Bazen yeni bir ilaç ya da tıp teknolojisi reklamı hastaların kendilerini hasta hissetmelerine ve bu yeni ilaç ya da teknolojiyi kullanmak istemelerine neden olabilmektedir.^[9,18,20]

Dördüncül koruma hekimlerin tıbbi girişimlerden kaynaklanan zararları önlemesini, azaltmasını ya da hafifletmesini amaçlamaktadır. Medya ve ilaç endüstrisi yeni tekniklerin ve ilaçların hemen uygulanması için hekimlere baskı yapabilir. Ancak hekimlerin hastalara verilen tedavilerin etkinliğini ve güvenliğini sağlama sorumlulukları vardır. Aile hekimlerinin aşırı tedavi, aşırı tanı ve aşırı koruma riski olan bireyleri saptayarak ve etik olarak kabul edilebilir alternatifleri önererek çok gereksiz ve kabul edilemez tıbbi eylemler ile aşırı tıbbi girişimcilikten kaçınmaları gerekmektedir.^[21,26]

Bazen hastalar hekimlerinden uygun olmayan istemlerde bulunabiliyor. Bazı hekimler hastaların taleplerine yanıt verebilmek için, ya da kendi olumsuz deneyimleri nedeni ile iyi belgelenmiş kanıt olmadan aşırı tarama ve testlere yönelebiliyor. Bu testlerin bazıları hatalı pozitif sonuçlar verebilmektedir. Bu sonuçlar, yeni testlerin yapılmasına neden olur ve bir kısır döngü başlar. Sonuçta bu hastalara bazı tedaviler başlanabilir ya da ilaçlar reçete edilebilir.^[13,21,27]

Aile hekimleri sorgulanabilir hasta istemleri ile karşılaştıklarında zor durumda kalmaktadırlar. Hastanın istemini karşılamak kolaydır ve hasta memnuniyetini artırmaktadır. Ancak bu davranış şekli hastaya zarar verme potansiyeli taşıması yanında, sınırlı kaynakların gereksiz israfına da yol açabilmektedir. Hastaların uygun olmayan istemlerini geri çevirmek etik ama zor olan yoldur. Hekimlerin hastanın hak-sız istemlerini karşılamak için aşırı tetkik ve ilaç kullanımı yerine kendi sağlıklarının sorumluluğunu almaları için onları bilgilendirmesi ve güçlendirmesinin hem hasta hem de hekim için uzun erimde daha verimli olacağı kabul edilmektedir.^[1,26-28] Bu durumda kanıta dayalı tıp ve paylaşılmış karar alma hekime yardımcı olabilir. Hasta-hekim ilişkisi güçlü ise hekimin açıklamaları hasta tarafından kabul edilebilir. Ayrıca sağlık politikalarının da bu konuda hekimleri desteklemesi çok önemlidir.^[29]

Tıbbi olmayan sorunların bir hastalık veya hastalık olarak tanımlanması ve tedavi edilmesi olarak tanımlanan medikalizasyon sağlık bakım maliyetlerinde artışa neden olmaktadır. ABD’de medikalize durumlar için tıbbi harcamanın 2005 yılında yaklaşık olarak 77 milyar dolar olduğu ve bunun toplam sağlık harcamalarının %3,9’unu oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bu tahmin doğrudan medikalize durumlarla ilişkili maliyetlere dayanmaktadır ve onların da tümünü içermemektedir.^[30]

Aşırı medikalizasyonun yol açtığı gereksiz test, tedavi ve girişimler bakıma değer eklememektedir. Potansiyel olarak hastaları zarar vermeye maruz bırakarak, yanlış pozitifleri araştırmak için daha fazla test yapılmasına ve hastalar için stres ve önlenebilir maliyetlere katkıda bulunarak bakımdan uzaklaşmaya neden olmakta, sağlık kaynaklarının boşa harcanmasına yol açmaktadır.^[10-31] Dördüncül koruma, medikalizasyon, aşırı tanı ve tedavilerden kaçınmayı sağlayarak sağlık hizmetinin maliyetini de azaltmaktadır.^[30-31] Ancak hekimler medikalizasyondan kaçınırken uygun olmayan ya da yetersiz bakım verme tuzağına düşmemelidir.^[10]

Dördüncül korumanın hedeflerinden biri sağlık bakım maliyetini artıran ana etmenlerden biri olan iyatrojenik zararları önleme ve yaşam kalitesini iyileştirmedir.^[27] Sağlık bakımının her aşamasında uygulanabilen dördüncül koruma kanıtsız taramalardan, uygun olmayan antibiyotik kullanımından, endikasyonsuz ve gereksiz ilaç kullanımından, doğru

olmayan rehabilitasyon tekniklerinden kaçınmayı; maksimum kalitede ve en az sayıda girişimle hasta bakımı verebilmek için bilimsel olarak kabul edilebilir, etik olarak uygun ve hastanın gereksinimlerine uyarlanmış tıbbi bakım sunmayı önermektedir.^[27-32]

Dördüncül korumanın uygulanmasında ve gereksiz tıbbi süreçlerden kaçınmada en güçlü yöntemlerden biri kanıt dayalı tıp (KDT) verilerini ve paylaşılmış karar almayı kullanmaktır. Klinik çalışmaların verileri ve uygulama rehberleri, kullanılacak girişimin yarar ve zararlarına dair veriler hasta verileri ile karşılaştırılır ve hasta için en uygun karar hasta ile birlikte alınmaya çalışılır. Karar sürecine hastayı katma hasta memnuniyetini artırmaktadır.^[9,20-22]

Diğer yardımcı kaynak “akılcı seçimler” önerileridir. Gereksiz test ve girişimlerin bakımın maliyetini artırması nedeniyle 2012 yılında iki büyük tıp kurumu [Amerikan Hekimler Koleji (ACP) ve Amerikan Dahiliye Uzmanlık Kurulu (ABİM)] gereksiz test ve girişimlerin kullanımını kısıtlamayı denemek için “Akılcı Seçimler” olarak adlandırılan bir kampanya başlatmıştır. Kampanyanın amacı, hasta bakımında gerekli test ve girişimlerin, tedavi seçeneklerinin hastanın yararına ve en az maliyetle yapılmasıdır. Bu kampanya ile bakım yönteminin seçiminde, kanıtlar tarafından desteklenen, hastaya halen yapılan test ve girişimlerin hastaya zarar vermeyen ve gerçekten gerekli test ve girişimlerden seçilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.^[34]

Dördüncül koruma taramadan rehabilitasyona kadar sağlık bakımının tüm yönlerine uygulanabilmektedir. Klinik kanıt olmadan tarama, endikasyon olmadan aşı yapma, gereksiz ilaç kullanımı, doğru olmayan rehabilitasyon tekniklerini uygulanmasından kaçınmayı önermektedir.^[35] Günümüzde diğer uzmanlık alanları da dördüncül koruma kavramı ile tanışmakta ve bazı uzmanlıklardan yazarlar dördüncül korumayı kendi alanlarına uyguladıkları makaleler yayınlamaktadır.^[12,23,33]

Bu makalelerde aşırı tanı ve tedaviden kaçınma vurgulanmaktadır. ‘Aşırı tanı’, tanı konulan durumun halen zararlı bir hastalık olmadığı ya da hastanın yaşamı süresinde zararlı hastalığa ilerlemeyeceği için yanlış kabul edilen bir tanıyı ifade etmek için kullanılan bir terimdir. Aşırı tanı konulmuş hasta tanı ve tedaviden yararlanmaz, ama zarar görebilir.^[12,13]

Endokrinolojide dördüncül korumanın kullanıldığı iki alan bildirilmiştir. Tiroid hastalıkları alanında tiroid tümörlerinin aşırı tanısından kaçınma^[23] ve diyabet bakımında hastaya zarar verebilecek aşırı ya da hatalı yönetimler önlenmesinin^[36] dördüncül koruma ile mümkün olabileceği bildirilmektedir. Radyolojide dördüncül koruma bağlamında hastaları radyasyona maruz bırakmaktan kaçınma için gereksiz ve yararı sınırlı radyolojik tetkiklerden kaçınma vurgulanmaktadır.^[32]

Üroloji alanında dördüncül korumanın uygulanmasına en iyi örnek prostat kanseri taramalarıdır. ABD’de yapılan çalışmalar tarama ile saptanan prostat kanseri olgularının %22-42’sinin aşırı tanı aldığını bildirmektedir.^[37] Prostat kanserinde prostat spesifik antijen (PSA) ve dijital rektal muayene ile taramanın yaşam süresini etkilemediği ama gereksiz girişimlere yol açarak hastalara zarar verebileceği için taramanın risk grubundaki kişilere aydınlatılmış onam alınarak yapılması önerilmektedir.^[38]

Cerrahide dördüncül koruma aşırı ve erken cerrahi girişimlerden kaçınma olarak vurgulanırken^[39] kardiyolojide dördüncül koruma bağlamında tanısız prosedürlerin, ilaçların ve girişimlerin aşırı kullanılmasını önlemeye odaklanması gerektiği vurgulanmaktadır.^[40]

Dördüncül korumanın çocuk ve ergen sağlığında aşırı tanı ve tedaviye bağlı istemsiz zarar vermenin önlenmesinde önemli rolü olduğu bildirilmektedir.^[41] Obstetrik alanında yayınlanan makalelerde gereksiz sezaryenin anne ve çocuğa zarar verebileceği bildirilmekte ve kanıtsız ve gereksiz girişimlerden kaçınılması önerilmektedir.^[17,42] Jinekoloji alanında hormon replasman tedavisi uygulama kararı alınırken hastaya zarar vermeme ilkesinin dikkate alınması önerilmektedir.^[43]

Baş ağrısı, birinci basamakta sık karşılaşılan bir yakınmadır. Günlük ilaç tedavileri zararlı sonuçlara yol açabilmektedir. Migren tedavisinde dördüncül koruma bağlamında mesajlar verilmiştir.^[44] Bu mesajlara göre ilaçların olumlu ve olumsuz etkilerinin iyi bilinmesi ve tedavinin kişiselleştirilmesi önerilmekte; tıbbi girişimlerin zarar verebileceği uyarısı yapılmaktadır. Dördüncül korumanın yaşam sonu bakımında da önemli rolü olduğu bildirilmektedir. Dördüncül korumanın rolü olarak yaşam kalitesinin iyileşmesine yardımcı olmayacak tedaviler

uygulanmaksızın terminal hastalık semptomlarının rahatlatılması ve sağlıklı ölüm yerine daha pozitif sağlıklı bir ölümün sağlanması belirtilmektedir.^[45] Anesteziye dördüncül koruma bağlamında hastaların kullandıkları ilaçların gözden geçirilmesi, ilaç etkileşimlerine dikkat edilmesi ve özellikle yaşlı hastalarda gereksiz ilaçların kesilmesi önerilmektedir.^[46]

Sonuç

Tıp uygulamalarının amacı hastanın yaşam kalitesini ve beklentisini artırmaktır. Ancak her girişim ya da tedavinin bazı riskleri vardır. Aşırı ve gereksiz uygulanan girişim ya da tedaviler, en basit görünenleri bile, hastaya zarar verebilmektedir. Dördüncül koruma eski bir kavram olan “önce zarar verme” için

yeni bir terimdir. Hastalara verilen zarar, hasta-hekim ilişkisinin her aşamasında, korumadan tedaviye tüm bakım sürecinde ortaya çıkabilir.

Hastalarının savunuculuğunu yapan aile hekimleri kendi uygulamalarında da hastaya zarar vermemek için dördüncül korumayı rutin görevlerinin bir parçası olarak kabul etmelidir. Hastalarla kurulan güven ilişkisinin devam etmesi için uygulanacak koruma, tanı, tedavi girişimlerinin olası yarar ve zararları konusunda hastanın aydınlatılması ve karar sürecine katılması gerekir. Belirsizliğin yönetiminde tanı için testlere ve tedavilere girişmeden önce hastalar etkin bir şekilde dinlenmeli ve kültürel özelliklerine dikkat edilmelidir.

Kaynaklar

1. The European Definition Of General Practice / Family Medicine. Wonca Europe 2011 Edition.
2. Brown S, Hazlewood A. The Report of the Clinical Prevention Policy Review Committee. A Lifetime of Prevention, final report, 2009. Erişim: http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2009/CPPR_Lifetime_of_Prevention_Report.pdf. Erişim tarihi: 20.08.2015
3. Bentzen N. Wonca International Dictionary For General/Family Practice. Wonca International Classification Committee. Erişim: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/000052.pdf> Erişim tarihi: 20.12.2016
4. Pandve HT. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. Archives of Medicine and Health Sciences, 2014;2(2):254-257.
5. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heatf I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health 2008;62:580-583.
6. Barros H, Quaternary prevention. BMJ Qual Saf 2011;20(suppl1):13-17
7. Margarida M, Moreira A. Too Many Types of Prevention? Euras J Fam Med 2015;4(3):142-4.
8. Villaseñor-Chávez DA, Guzmán-Esquivelb J. A new tool for knowledge acquisition and assessment in urology: Quaternary prevention. Rev Mex Urol 2015;75(3):123-125.
9. Jamouille M. The four duties of family doctors: quaternary prevention – first, do no harm. HK Pract 2014;36:1-6.
10. Pandve J. General Practitioners must know about Quaternary Prevention. Gen Practice 2016;4:3.
11. Centre for Health Protection of the Department of Health. Less Unnecessary Medical Care For Better Health, Key Facts Non-Communicable Diseases Watch 2014. Erişim: http://www.chp.gov.hk/files/pdf/ncd_watch_aug2014.pdf Erişim tarihi: 20.12.2016
12. Carter SM, Degeling C, Doust J, Barratt A. A definition and ethical evaluation of overdiagnosis. J Med Ethics. 2016;42:705-714.
13. Hoffman B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. Med Health Care and Philos. 2016;19:253-264.
14. Croon ER, Young PC, Quinonez RA, Morgan DJ et al. Update on Pediatric Overuse. Pediatrics 2017. Erişim: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2017/01/02/peds.2016-2797>. Erişim tarihi: 20.12.2016
15. Bhatia MS. Over Diagnosis, Overshadowing and Overtreatment in Psychiatry. Delhi Psychiatry Journal 2012;15(1):3-4.
16. Jamouille M Quaternary prevention From Wonca world Hong Kong 1995 to Wonca world Prague 2013. Erişim: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000284/0000439.pdf> Erişim tarihi: 20.12.2016
17. Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. WICC annual workshop: Hongkong, Wonca congress proceedings; 1995. Erişim: <http://hdl.handle.net/2268/173994> Erişim tarihi: 20.12.2016
18. Jamouille M. Quaternary prevention: First, do not harm. MJ. P4 final draft. Brazilia, Friday, June 24, 2011.
19. Jamouille M. Quaternary prevention: First, do not harm. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35):1-3.
20. Jamouille M, Tsoi G, Heath I, Manjın D, Pezeshki M, Pizzanelli Báez M. Quaternary prevention, addressing the limits of medical practice. Wonca world conference Prague; 2013. Erişim: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000322/0000469.pdf> Erişim tarihi: 20.08.2015.

21. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(2):61–64.
22. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Prim Care [Internet].* 2010. Erişim: http://www.primary-care.ch/docs/primary-care/archiv/de/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_engl.pdf Erişim tarihi: 20.08.2015.
23. Kalra S, Baruah MP, Sahay R. Quaternary prevention in thyroidology. *Thyroid Res Pract* 2014;11:43-4.
24. Bae JM. Implementation of quaternary prevention in the Korean healthcare system: lessons from the 2015 Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreak in the Republic of Korea. *J Prev Med Public Health* 2015;48(6):271-273.
25. Woolf SH, Harris R. The harms of screening: new attention to an old concern. *JAMA* 2012;307(6):565-6.
26. Wagner H. Quaternary prevention and the challenges to develop a good practice: Comment on “Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization”. *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(8):557–558.
27. Annadurai K, Danasekaran R, Mani G, Ramasamy J. Quaternary prevention: Preventing over-medicalization. *Journal of Dr. NTR University of Health Sciences* 2014;3(3) 216-217.
28. Tesser CD, Norman AH. Differentiating clinical care from disease prevention: a prerequisite for practicing quaternary prevention. *Cad. Saúde Pública,* 2016;32(10):e00012316.
29. Widmer D, Herzig L, Jamouille M. Quaternary prevention: is acting always justified in family medicine? *Rev Med Suisse* 2014;10(430):1052-1056.
30. Conrad P, Mackie T, Mehrotra A. Estimating the costs of medicalization. *Soc Sci Med.* 2010;70:1943-7.
31. Widmer D. Care and Do Not Harm: Possible Misunderstandings With Quaternary Prevention (P4). Comment on “Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Over Medicalization” *Int J Health Policy Manag* 2015, 4(8), 561–563.
32. Pandve HT. Quaternary prevention: Need of the hour. *J Family Med Prim Care.* 2014;3:309-10.
33. Souza JP, Pileggi-Castro C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. *Perspectives. Cad. Saúde Pública,* 2014;30 Sup:S1-S3.
34. ABIM Foundation. Choosing Wisely. Erişim. www.choosingwisely.org erişim tarihi: Erişim tarihi: 20.08.2015
35. Jamouille M. First do not harm. *J Midlife Health* 2015;6(2):51-52.
36. Kalra S, Sreedevi A, Unnikrishnan AG. Quaternary prevention and diabetes. *J Pak Med Assoc.* 2014;64(11):1324-6.
37. Loeb S, Bjurlin MA, Nicholson J, et al. Overdiagnosis and overtreatment of prostate cancer. *Eur Urol.* 2014;65: 1046-55.
38. Pinsky PF, Prorok PC, Yu K, Kramer BS et al. Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with median follow-up of 15 years. *Cancer* 2016 DOI: 10.1002/cncr.30474.
39. Turner R. Acute Pancreatitis is a Chronic Disease. *Pancreatic Dis Ther* 2013;3:2.
40. Gupta R, Ahuja S. Coronary heart disease secondary prevention. *J. Preventive Cardiology,* 2014;3(4):549-555.
41. British Association Child and Adolescent Public Health. Introducing the “Family Friendly Framework” Erişim. <http://www.bacch.org.uk/policy/BACCH%20Family%20Friendly%20Framework%20final.pdf> Erişim tarihi: 20.12.2015
42. Sisty J. Moshi, *Epidemiology in Gynecological Diseases.* Erişim tarihi: https://www.glowm.com/pdf/Chap-33_Moshi.pdf. Erişim tarihi: 20.12.2015
43. Kalra B, Malik S Quaternary prevention and menopause. *Journal of Mid-life Health.* 2014;5(2) :53-44.
44. Veloso TS, Cambão MS, Migraine treatment: a chain of adverse effects. *SpringerPlus.* 2015;4:409-410.
45. Borraccimtsac PA, Mauromtsac VM, Medical Professionalism, Models of Regulation and Professional. *Autonomy. Rev Argent Cardiol* 2015;83:242-244.
46. Bajwa SJS, Kalra S, Takroui MSM. Quaternary prevention in anesthesiology: Enhancing the socio-clinical standards *Anesthesia: Essays and Researches;* 2014;8(2):125-126.

Geliş tarihi: 30.01.2017

Kabul tarihi: 11.04.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.06.2017

Çıkar çakışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Dr. Melahat Akdeniz

e-posta: melahatakdeniz@gmail.com