

Diyabet yönetiminde temel unsurlar ve güçlükler

Doç. Dr. Yüksel Altuntaş



1961'de İstanbul'da doğdu. 1985'de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İgdir'da 2 yıllık mecburi hizmet sonrası 1991 yılında iç hastalıkları ihtisası, 1995 yılında da Endokrinoloji ve Metabolizma yan dal ihtisasını tamamladı. 1996 yılında doçent ünvanını aldı. 1997-1999 yılları arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı olarak çalıştıktan sonra 1999 yılında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefliği'ne atandı. 2003 -2005 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde başhekimlik görevini yürüttü. 2005'te aynı hastanenin Endokrinoloji ve Metabolizma Klinik Şefi olarak atandı. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda misafir öğretim görevlisi olarak Endokrinoloji ve Metabolizma dersleri verdi. Halen Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanı olarak görev yapmaktadır. Evli ve 2 çocuk babasıdır.

Günümüzde, kronik hastalıkların kontrolünde hastalık yönetimi ile ilgili kavramlar sağlık alanında daha önemli ve daha güçlü bir olay olarak ön plana çıkmaktadır. 22 milyon kronik hastanın olduğu ülkemiz için yeni bir kavram olan kronik hastalık yönetimi sağlık politikası belirleyicileri açısından mutlaka üzerinde durulması gereken bir konudur. Hastalık yönetimi kavramı çok sayıda değişkenin yönetilmesi olduğundan, odaklandığı durumlar açısından çeşitli anlamlandırmalar ile tarif edilebilir.

Toplum sağlığı odaklı tarif: Hastalık yönetimi, kronik hastalığı olan topluluklara sağlık bakımı sunabilmek için oluşturulmuş bütün ve kapsamlı yönetsel bir metottur. Hasta bakımıyla ilgili optimal işlemleri belirleyen ve bu işlemler sonucunda ortaya çıkan ekonomik, insani ve klinik gelişmelerin ölçümünü yapan bir yöntem olarak da ifade edilebilir (1).

Hasta odaklı tarif: Hastalık yönetimi, hastaya yaklaşımın kapsamlı bir şekilde ele alındığı ve esas olarak hastalığının doğal seyirinin ve hastalığa yönelik maksimum verim ve performansla sonuçlanacak tedavinin bütüncül tasarımı olarak da ifade edilebilir.

Hastalık yönetiminin amaçları hastanın iyilik halinin uzatılması, yaşam kalitesinin artırılması, hastalığın oluşumunun önlenmesi veya komplikasyonlarının şiddetinin önlenmesi, gerekli kaynaklardan ve servislerden uygun biçimde direkt olarak yararlanılması ve ortaya çıkan sonuçların düzenli bir şekilde değerlendirilmesinin yapılmasıdır (1).

Maliyet etkinliği odaklı tarif: Hastalık yönetimi, bakım konusunda sabit harcamalarla maksimum kalitenin elde edildiği bir yoldur. Bu sebeple hastalık yönetimi yaygın olarak sağlık harcamalarının çok büyük oranlarda yapıldığı hastalar için düşünülmektedir.





Kronik hastalık yönetimi olarak diyabetin yeri ve önemi

Tüm dünyada obezitenin hızlı artışının da bir sonucu olarak diyabet, ölüm nedenleri içinde beşinci sırada yer almaktadır. Türkiye'de beş milyon kadar diyabetlinin olduğu sanılmaktadır. Diyabet bakımı ve tedavisindeki büyük ilerlemelere rağmen diyabetin önlenmesiyle ilgili yeterince etkili olunmamaktadır.

WHO verilerine göre 2005 yılında tüm dünyadaki 58 milyon ölümden 35 milyonu kronik hastalıklardan olup bunun da 1.125 milyonu diyabetten olmuştur. Diyabetli olup da kayıtlara kalp ve böbrek hastalıkları nedeni ile ölüm olarak geçenleri de kattığımızda 2.9 milyonu bulan diyabete bağlı ölüm söz konusudur. Bu ölümlerin %80' i de düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde olmuştur (2). Günümüzde diyabet, gelişen dünyanın her yerinde en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Tüm dünyadaki 250 milyon diyabetik hastadan bir milyondan fazlası diyabete bağlı amputasyondan, 500 bin kadarı böbrek yetmezliği, 300 binden fazlası da diyabetik körlük nedeni ile etkilenmektedir. Diyabete bağlı doğrudan hasta bakım gideri 150 milyar doları geçmektedir.

Diyabet, gelişmiş ülkelerin çoğunda dördüncü ana ölüm nedenidir. Tedavilere ve uluslar arası kılavuzların varlığına rağmen, hastaların kan glukoz düzeylerinin çoğu zaman çok yüksek kaldığı bir gerçektir. HbA1c ile ölçülen düzenli bir kontrolün olmaması, uzun dönemde ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Eldeki veriler, Almanya ve İngiltere'deki diyabet hastalarının neredeyse %80 kadarında HbA1c düzeylerinin ≥ 7 . 0 olduğunu göstermektedir ve HbA1c'deki her %1'lik artışın diyabete bağlı mortalite riskinde %25'lik bir artışa yol açtığını tahmin etmektedir.

Diyabet sağlık bakımındaki en kompleks ve en önemli kronik hastalıklardan birisidir. Diyabetin sağlık bakım sistemi üzerindeki etkisi ile ilgili gelişmeler ve bu hastalığın toplum üzerindeki etkisi hastalık yönetiminde diyabetin uygun bir hedef olduğunu göstermektedir. DCCT sonuçlarına göre kan şekeri seviyesinin mümkün olabildiği kadar normal seviyelerde tutulmasının diyabetle ilgili göz, böbrek ve sinir sistemi komplikasyonlarının başlama ve ilerlemesinde önemli derecede yavaşlama sağladığı ortaya konmuştur. DCCT göstermiştir

ki uzun süreli düşük kan şekeri seviyesinin daha önceki dönemlerde diyabetleri kötü kontrol altına alınmamış hastalarda bile pozitif etkileri vardır (3). Sıkı bir kan şekeri kontrolü glisemik olaylara bağlı hastaneye yatış sayısını azaltmaktadır. Sürekli kan şekeri kontrolüne ulaşmak ve bunu uzun süre devam ettirmek hem hastalar için hem de sağlık çalışanları için oldukça mücadeleli bir olaydır. Hastalık yönetimi sağlık bakım takımının anahtar üyeleri ile hastaları, aktif ve kapsamlı servisleri entegre eden bir metot önermektedir. Bunun sonucu olarak diyabet bakımındaki kalite ve maliyet etkinliğinde gelişme amaçlanmaktadır. Sağlık bakım sisteminde verilen önemli mücadeleler sonucunda klinisyenlerin diyabetin yönetiminde daha başarılı olmaları sağlanmış ve bu da hastalık yönetiminin gerekliliğini ortaya koymuştur.

Diyabet yönetiminde güçlükler

Diyabet yönetimindeki güçlükleri 4 ana başlık altında inceleyebiliriz. 1- Sağlık personeli açısından güçlükler 2- Hastalar açısından güçlükler 3- Kurumsal sağlık sunucuları açısından güçlükler ve 4- Finansman ve maliyet güçlükleri

I- Sağlık personeli açısından:

1- Doktorlar açısından standardize bir bakım sisteminin eksikliği.

2- Hemen ve çabuk ulaşılabilir tarama, tedavi, önleme ve farmakolojik tedavi rehberlerinin ve klinisyenler için pratik hayatta gerekli olan protokollerin eksik olması.

3- Profesyonel sağlık çalışanları için tasarlanmış eğitim ve gelişim programlarının ve kaynaklarının eksik olması

4- Hastane yatışları ve genellikle önlenemez glisemik olaylara bağlı (diyabetin akut ve kronik komplikasyonlarıyla ilgili) acil servis başvurularını içeren kaynak ve servislerden yetersiz faydalanılması.

5- Klinisyenlere yardımcı olabilecek yüksek riskli hastaları tanımlayan ve bu hastalar için kapsamlı bir önleyici tedavi sunmak için gereken eğitim programlarını içeren ve servislerin uygun kullanımlarını koordine eden sistemlerin eksik olması.

6- Etkili bir sağlık bakımının verilmesinde çok etkili yöntemler olan, performans kaynaklarının ve sonuç ölçümlerinin, bilgi toplama ve analizinin, trend analizinin, hasta tanımlama ve risk sınıflamasının, hasta görüntülemeleri-

Tüm dünyada obezitenin hızlı artışının da bir sonucu olarak diyabet, ölüm nedenleri içinde beşinci sırada yer almaktadır. Türkiye'de ise beş milyon kadar diyabetlinin olduğu sanılmaktadır. Diyabet bakımı ve tedavisindeki büyük ilerlemelere rağmen diyabetin önlenmesiyle ilgili yeterince etkili olunmamaktadır.

nin rapor ve geri bildirim mekanizmalarının ihlali edildiği sistemlerin eksik olması

7- Kapsamlı bir hasta eğitimi ve hayat boyu hastaların kendi bakımlarını yapabilmelerini destekleyen sistem ve kaynakların eksikliği.

8- Hastalara primer bakım sağlayan doktorları, hemşireleri ve diğer sağlık çalışanlarını kapsayan birçok katılımcının önceliklerini ve verdikleri bakım hizmetlerini koordine eden ve bu sağlık takımının daha konsantre, daha odaklanmış ve entegre bir şekilde çalışmasını sağlayan sistem ve kaynakların eksikliği (1).

II- Hastalar açısından:

Diyabet yönetiminde hastalar için temel hedeflerden birisi de hastanın kendi kendine sağlık yönetimini uygulayabilmesini sağlamaktır. Fakat bunu engelleyen bazı zorlukların tanımlanarak giderilmesi gerekmektedir. Bunlar;

1- Bireysel güçlükler: Kişisel eğitim düzeyinin düşüklüğü, hastalık eğitiminin alınmaması ve bu eğitime kayıtsızlık yanında hastalığı kabullenmeme, önemsememe, hastalığını saklama gibi hastanın hastalığını algılamasındaki sorunların önemi de giderek artmaktadır. Hastanın kendi kendine sağlık yönetimini uygulayabilmesini olanaklı kılmak için bu tür güçlüklerin aşılması gerekmektedir.

2- Psikolojik güçlükler: Diyabetik hastaların toplumsal hayata adaptasyonunu zorlaştıracak ve de diyabetle birlikte yaşamı zorlaştıracak psikolojik faktörlerin bir bütün



Diyabetin sağlık bakım sistemi üzerindeki etkisi ile ilgili gelişmeler ve bu hastalığın toplum üzerindeki etkisi hastalık yönetiminde diyabetin uygun bir hedef olduğunu göstermektedir. DCCT sonuçlarına göre kan şekeri seviyesinin mümkün olabildiği kadar normal seviyelerde tutulmasının diyabetle ilgili göz, böbrek ve sinir sistemi komplikasyonlarının başlama ve ilerlemesinde önemli derecede yavaşlama sağladığı ortaya konmuştur.

olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. (Toplumsal mitler, feodal yapı, vs)

3- Sosyokültürel güçlükler: Çeşitli sosyo-ekonomik ve sosyokültürel etkiler önemli birer faktörlerdir. Bunların arasında dini faktörler yadsınamaz bir gerçek durum oluşturlar. Örneğin Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyabet Polikliniği'nde rast gele incelediğimiz 171 diyabetik vakanın 90'ı tam gün olarak Ramazan ayı orucunu tuttuğunu ifade etmiştir (%53 vaka). Oruç tutan 90 diyabetik hastanın 63'ünün insülin kullanıyor olması ne kadar ciddi boyutta zorlukla karşı karşıya kaldığını gösteren önemli bir durumdur.

III- Kurumsal sağlık sunucuları açısından:

Ulusal kamu sağlığı politikaları ve güçlendirilmiş sağlık bakım sistemlerine gerek vardır. Kamu kaynaklarının nasıl kullanılacağı konusu ve diyabetin komplikasyonlarından korunmak için gereken sistemleri ve araçları kamu adına devletin üst üstlenici olarak planlaması ve sağlaması gerekir. Evde sağlık hizmetlerini kronik hastalar için yakın zamanda İstanbul Büyükşehir Belediyesi devreye sokmuştur. Fakat bu çabalar planlı ve organize değildir. İyi bir kurumsal organizasyon, uygulama için uygun işgücü kaynaklarını ve teknolojik elverişliliği ve ihtiyaçları belirlemeyi kapsar.

IV- Finansman ve maliyet açısından:

Fayda /maliyet oranı en yüksek bakım ve yönetim stratejilerinin geliştirilmesi sağlık sigortaları için vazgeçilemez bir unsurdur.

Gelişmiş ülkelerde hastalık yönetimi ile ilgili yetkililer kalite gelişimi ve maliyet etkinliğinin artırılabilmesi için çok geniş programları içeren birçok önerilerde bulunmaktadır. Bu önerilen programların dayandıkları temeller, hastalık yönetimi ile uğraşanlar için öngörülen motivasyon modellerinde değişiklikleri içermektedir. Bu programlar bağımsız hastalık yönetimi sağlayıcıları, farmakolojik ve bakım şirketleri, özel danışmanlar, hasta eğitim servis şirketleri, evde hasta bakımı şirketleri, ileri teknoloji bilgi yönetimi ve yazılım şirketleri tarafından geliştirilip pazarlanmıştır. Bu da giderek artan oranda rekabet ortamı oluşmasına sebep olmuştur. Bu şirketlerin çoğu güçlerini klinik organizasyon ve işletme şir-

ketleriyle birleştirerek ürünlerin, yeteneklerin, stratejilerin daha verimli şekilde kombine edilmesini sağlamışlardır. Fakat ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde ve sağlık sigortacılığının gelişmediği bir durumda bu sistemlerin uygulaması oldukça zordur. Ülkemiz 2007 yılında genel sağlık sigortasına geçeceğinden kısmen hastalık yönetiminde bu tür zorluklar ileride tam olarak kendini gösterecektir.

Diyabet yönetiminde hedefler

Hastalık yönetiminin amacı hastalık bakımı veren kişilere ve hastalara gerekli işlem ve araçları sağlayarak hastayı sorumlu ve daha güçlü bir sağlık ekibinin parçası haline getirmektir.

Hastalık yönetim programının hedefleri klinik standart ve beklentileri, hastanın kendi kendine sağlık yönetimini uygulayabilmesini, hastanın hayat kalitesini, gerekli araç ve gereçlerin ortaya konulmasını içermelidir. Bir diyabet sağlık yönetim programı, tanımlanmış olan bütün hasta popülasyonunun ihtiyaçlarını içeren ve bu hastalığın komplikasyonları açısından yüksek riskli oldukları saptanmış hastalara yönelik spesifik aktiviteleri hedefleyen şekilde dizayn edilmelidir. Bu şekilde 6 hedefi sıralayabiliriz:

1. Hedef (tedavi rehberleri): İlk hedef, verilen bakımı standardize etmek, kaliteli bakım kriterlerini entegre edebilecek rehberler sunmak, böylece klinisyen ve hastaların beklenen standartlara ulaşmalarını sağlamaktır.

Hastalardan oluşan bir popülasyon içeri-

sinde başarılı bir HbA1c düşüşü sağlanması yapılan yeniliklerin ortaya çıkardığı gelişmeleri ölçülebilir hale getiren bir göstergedir. Hasta bakımında ortaya konan performans için diyabet takip kriterlerinin belirlenerek uygulanmasıdır. Bu şekilde yıllık ayak muayenesi yapılan, yılda iki kere kan basıncı ölçülen, yıllık kapsamlı bir göz muayenesi yapılan, yılda bir veya iki kez defa lipid profili bakılan, yıllık idrarda proteinüri ve mikroalbuminüri taraması yapılan hastaların yüzdesi performans için iyi bir bakım kriterleridir.

2. Hedef (sağlıklı kaynak kullanımı): Kaynaklardan faydalanımın bir göstergesi ve diyabetle ilgili hastalık yönetiminin iyi olduğunun kanıtı olan hastaneye ve acil servise yapılan yatışların sayısında azalma, hipoglisemi ve hiperglisemik olaylardan dolayı hastaneye yatış süresinin kısılması, daha az oranda kardiyovasküler, alt ekstremitte komplikasyonları oluşmasıdır.

3. Hedef (hasta eğitim programları): Hastaların kendi başlarına hastalıkları üzerinde kontrol sahibi olabilmeleri için gereken davranış ve yetenekleri edinmelerini sağlayan eğitim programlarının ve davranış şekilleri ile ilgili desteklerin verilmesidir.

Bu konudaki gelişmelerin ölçümü, kendi başına günlük kan glikoz seviyesini ölçebilen günlük ayak kontrolü yapabilen hipoglisemi durumlarında ne yapılması gerektiğini bilen hastalığı ile ilgili düzenli bir programı olan hastaların sayısı ile gerçekleştirilebilir.

4. Hedef (kişisel hastalık yönetiminin öğretilmesi): Hastaların kendi hastalıklarının yönetimini yapmayı öğrenme aşamasında ve kronik bir hastalıkla yaşamayı deneyimlemeleri sırasında, onlara gerekli eğitim ve psikososyal desteğin verilerek yaşam kalitelerini artırmak için katkıda bulunmaktır.

Başvuru kılavuzları bireysel müdahaleleri içerecek şekilde düzenlenmeli ve hasta takipleri sertifikalı diyabet eğitimcileri tarafından yapılmalıdır.

5. hedef (değerlendirme): Hasta uyum oranlarını ölçülmesine yönelik işlem, araç-gereçlerin, dokümanların, analizlerin, tedaviye alınan cevapların, hastaların son-durumlarının, yeni gelişmelerin, yapılan bu eğitim programlarının verimliliğini gösteren değerlendirmelerin yapılmasıdır. Bu değerlendirmelere risk sınıflandırmasının yapılması klinik, ekonomik ve yaşam kalitesi ile ilgili sonuçlar ve anahtar göstergeler de dahildir.

6. Hedef (sağlık personeli ve hasta memnuniyeti): Sağlık bakım hizmeti verenlerin ve hastaların önceliklerini entegre eden özelliklerin saptanarak ve sürekli bir destek, geri-bildirim sağlanarak klinik açıdan memnuniyetin geliştirilmesidir.

Diyabet için hastalık yönetim programının oluşturulması

Başarılı bir hastalık yönetim programı oluşturulabilmesi ve geliştirilebilmesi için birçok unsura ihtiyaç vardır. Verimli bir diyabet sağlık yönetim programının verilebilmesi için gereken esas maddeler aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

- 1- İşbirliği içinde olan bir sağlık takımının oluşturulması
 - 2- Değerlendirmeleri içeren bir programın geliştirilmesi
 - 3- Risk yönetim programlarının ortaya konulması
 - 4- Doktor eğitim program ve işlemleri
 - 5- Klinik rehberlerin ortaya konulması
 - 6- Profesyonel çalışanlar ve ofis görevlileri için eğitim ve destek programlarının sunulması
 - 7- Hastanın kendi başına hastalığı ile mücadele edebilmesi için gereken araç ve programlar
 - 8- Bilgi yönetimi ve teknolojik destek
 - 9- Kaynak kullanım metodunu oluşturmak
- İşbirliği takımının oluşturulması diyabet sağlık yönetimi tesisinde anahtar bir unsurdur. Hasta bakımıyla ilgilenen takımların bütünleşmesini sağlar ve destekler. Hastalık yönetimi kavramı parçalanmayı önleyen ve hastanın ihtiyaçlarını en üst düzeyde destekleyen bir bakımı oluşturan multidisipliner bir yöntem dayandır. Çalışma takımının görevi hastanın ve sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını karşılayacak çekirdek hastalık yönetimi programları hazırlamak ve bu programları geliştirme, hayata geçirme ve değerlendirme süreçleri konularında yol göstermektir. Çalışma takımı, işbirliği süreci içinde başarılı bir diyabet hastalık yönetimi programı için gerekli olan tüm basamakların geliştirilmesi ve devam ettirmesinden sorumludur.

Sonuç

Tip 2 Diyabetin bugün için geleneksel tıbbi yaklaşımlar ile önlenmesi mümkün gö-



Hastalık yönetimi kavramı parçalanmayı önleyen ve hastanın ihtiyaçlarını en üst düzeyde destekleyen bir bakımı oluşturan multidisipliner bir yöntem dayandır. Çalışma takımının görevi hastanın ve sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını karşılayacak çekirdek hastalık yönetimi programları hazırlamak ve bu programları geliştirme, hayata geçirme ve değerlendirme süreçleri konularında yol göstermektir.

zükmemektedir. Diyabet pratik hayatta ve bütçe olarak çok büyük değişkenlik gösteren, okul ve çalışma günü kaybına neden olan, yönetimi sırasında önemli zorluklarla karşılaşılacak bir hastalıktır. Belirli amaç ve müdahalelere odaklanmış bir sağlık yönetim programı ile bu hastalığın seyri olumlu yönde değiştirilebilir. Bu yüzden özellikle gelişmekte olan ülkelerde sosyoekonomik ve sosyokültürel iyileştirmeleri de içeren büyük ve köklü değişikliklere gerek vardır.

Kaynaklar

1-Rosenzweig JL. Diabetes and the healthcare system: Economic and social costs Joslin's Diabetes Mellitus.Kahn CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC, Smith RJ. Fourteenth edition. Lippincott Williams&Wilkins. 2005;46:777.

2-WHO chronic disease report 2005.

3- Diabetes control and complications Trial research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of longterm complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J med 1994;329: 977-986.