

Editöryal Yorum / Editorial

Kardiyologların “yetkisiz” görüldüğü “kardiyak” rehabilitasyon

“Cardiac” rehabilitation that cardiologists are not “authorized”

Dr. Mehmet Uzun

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kardiyoloji Servisi, İstanbul

Kardiyak rehabilitasyon (KR) gerek kalp yetersizliği gerekse akut koroner sendrom kılavuzlarında geniş bir yer tutuyor olmasına karşın, Türkiye’de gerektiği ölçüde uygulanmamaktadır. Bu nedenle Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi’nin bu sayısında yayımlanan Acar ve ark.nın çalışmalarını^[1] takdirle karşılıyorum ve bu tip yayınların sayısının artmasını diliyorum. Bununla birlikte, bu çalışmanın da yapıldığı rehabilitasyon birimi de dahil olmak üzere, kardiyak rehabilitasyonun tıbbi yöneticiliğinin (Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon [FTR] uzman hekimlerince) yapılıyor olmasını yanlış buluyorum. Bu yazıda, bu konu ile birlikte Türkiye’de KR ile ilgili sorunlara kısaca değineceğim. Türkiye’de kardiyak rehabilitasyonun yaygınlaşmamasının nedenleri arasında; Türkiye’de KR eğitiminin yeterince verilmemesi, kurumların kaynak ayırmakta zorlanması, birden fazla disiplinin bir arada uyum içinde çalışması zorunluluğu, hastalardan talep gelmemesi sayılabilir. Bununla birlikte, Türkiye’de geçerli nedenler arasında en başta geleni kardiyologların kardiyak rehabilitasyona gösterdikleri ilgisizliktir. Türk Kardiyoloji Derneği’nin son yıllarda, kardiyak rehabilitasyona daha fazla önem vermesi, bu ilgisizliğin azalacağı umudunu vermektedir. İlgisizliğin nedenleri çeşitlidir. Kardiyak rehabilitasyon, yararlı etkilerinin görülmesi için zamana ihtiyaç olan, uzun zaman alan, ekip gerektiren, yani başka disiplinlerle işbirliğinin zorunlu olduğu, ve belki de en önemlisi, maddi açıdan kardiyologla-

ra getirisi olmayan bir tedavi yöntemidir. Türkiye’de sağlık sistemi çok büyük oranda Sosyal Güvenlik Kurumu’na (SGK’na) bağlıdır. Hangi tedavilerin hangi dal hekimleri tarafından yapı-

lırsa maddi karşılığı olacağına da SGK karar vermektedir ve bu durum bazen mağduriyet yaratmaktadır. Bu mağduriyetlerden birisi de kardiyak rehabilitasyon faaliyetlerinin FTR uzman hekimlerinin yetkisi ile sınırlandırılmasından kaynaklanmaktadır.

Kardiyak Rehabilitasyon Dünya Sağlık Örgütü tarafından özetle “kalp hastalarının fiziksel, mental ve sosyal açıdan, hastalık öncesi durumlarına mümkün olduğunca yakın hale getirilmesi” olarak tanımlanmaktadır.^[2] Amerika Kardiyovasküler ve Pulmoner Rehabilitasyon Derneği (AACVPR), kardiyak rehabilitasyon bileşenlerini “hastanın değerlendirilmesi, beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite danışmanlığı, egzersiz eğitimi, lipid yönetimi, hipertansiyon yönetimi, sigaranın bırakılması, kilo yönetimi, diyabet yönetimi ve psikososyal destek” olarak tanımlamıştır.

Kısaltmalar:

AACVPR	American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation - Amerika Kardiyovasküler ve Pulmoner Rehabilitasyon Derneği
AHA	American Heart Association - Amerikan Kalp Derneği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EACPR	European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation - Avrupa Kardiyovasküler Önleme ve Rehabilitasyon Derneği
FTR	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
KR	Kardiyak rehabilitasyon
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu



Bütün bu bileşenler, kalp hastalarının ikincil önleme bileşenleri arasındadır ve tamamı kardiyolojinin ilgi alanındadır. Kalp hastalarının ikincil önleme faaliyetlerinin, yalnızca içinde rehabilitasyon sözcüğü geçtiği için, FTR uzman hekimince yapılması ne kadar doğru olabilir? Bunu kabul etmekle, tüm kalp hastalarının takibinin, kardiyolog değil, FTR uzman hekimince yapılmasını kabul etmek arasında ne fark vardır?

Kardiyak rehabilitasyonun kardiyolog gerektiren yukarıdaki bileşenler dışında başka özellikleri de vardır. Kardiyak rehabilitasyon, çalışma sonuçlarına bakıldığında riskin oldukça düşük olduğu bir tedavi yöntemi gibi görünmesine karşın, bu istatistiksel verilerin elde edildiği çalışmaların yapıldığı ülkelerde, KR, kardiyolojinin sorumluluk alanındadır ve bir kardiyolog gözetiminde yerine getirilmektedir. Temel hedef kitle olan kalp yetersizlikli hastalar ve akut koroner sendrom sonrası hastalar, özellikle aritmi açısından yüksek risk taşırlar. Bu hastalarda egzersiz, aritmii tetikleyebilir. Dahası, aritmili birçok hastanın egzersiz yapması gerekir ve bunların mutlaka kardiyolog gözetiminde egzersiz yapmaları önerilir. Bu nedenlerden dolayı, kardiyak rehabilitasyon aslında düşünüldüğünden daha riskli bir tedavi yöntemidir. Komplikasyon oranının çok az olması, bir açıdan, o birimdeki egzersiz faaliyetlerinin yeterli şiddette olmadığını da düşündürmelidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de, bu nedenle, kardiyak rehabilitasyon birimlerinin koroner yoğun bakımlara yakın olması gerektiğini belirtmiştir.^[2] Bu açıdan bakıldığında, kardiyak rehabilitasyon birimlerinde gözetmen olarak kardiyolog bulunmasının zorunlu olduğunu söylemek abartı olmaz.

Dünya'daki uygulamalar ve öneriler de kardiyologlarca uygulanması yönündedir. Bununla uyumlu olarak, DSÖ, kardiyak rehabilitasyon birimlerinin tıbbi yöneticilerinin “rehabilitasyon tekniklerinde deneyim sahibi, eğitilmiş bir kardiyolog” olmasını istemektedir.^[2] Amerikan Kalp Derneği (AHA) ve AACVPR, tıbbi yöneticinin kalp-damar hastalıklarının tedavisinde ve ikincil önlemede uzmanlık sahibi ve tercihen kardiyolog olmasının gerektiğini vurgulamaktadır.^[3] AACVPR tarafından 2004 yılında ayrı olarak yayımlanan kılavuzda tıbbi yöneticinin, program hakkında bilgi ve deneyime sahip bir kardiyolog, dahiliye uzmanı ya da başka bir hekim olabileceği, kardiyolog olmasının tercih edileceği belirtilmektedir. ABD’de Medicare ve BlueCross-BlueShield sigorta sistemleri, kardiyak rehabilitasyonun geri ödeme kapsamında

olabilmesi için, tıbbi yöneticinin kalp-damar hastalığı fizyopatolojisi konusunda bilgili ve hastaların tedavisinde uzman olmasını, temel ve ileri kardiyak yaşam destek kursu almış olmalarını şart koşmaktadır.^[4] Avrupa Kardiyovasküler Önleme ve Rehabilitasyon Derneği’nin (EACPR’nin) Kardiyak Rehabilitasyon Bölümü’nün yayınladığı raporda da KR’nin bir kardiyoloğun koordinasyonunda çalışan çok disiplinli bir ekip çalışması olduğu belirtilmiştir.^[5,6]

Kardiyak rehabilitasyonun yaygınlaşmamasında başka etmenler de vardır. Bunlardan birisi, özellikle kardiyologlar için eğitim fırsatlarının az olmasıdır. Kardiyak rehabilitasyonun çok az merkezde bulunması nedeniyle, kardiyoloji uzmanlık eğitimi boyunca rotasyon olanağı istisnalar dışında bulunamamaktadır. Türk Kardiyoloji Derneği’nin bu yıl başlattığı “Kardiyak Rehabilitasyon Kursları”, bu konuda çok önemli bir adım olmuştur. Bu kursların, ulusal kongreler yanında, daha yerel düzeylerde düzenlenmesi eğitim açığının kapatılmasına önemli katkılar sağlayacaktır.

Önemli bir diğer etmen kurumların kaynak ayırmada zorlanmasıdır. Kardiyak rehabilitasyon birimlerinde en az üç disiplin tam zamanlı olarak bulunmalıdır: kardiyolog, fizyoterapist, hemşire. Bulunması gerekli diğer disiplinler, başka birimlerden konsültanlık hizmeti verebilirler. Birimde bulunması gereken cihazlar da dikkate alındığında maliyet artmaktadır. Bununla birlikte, bu maliyet, birçok tedaviye göre daha azdır. Nitekim, hizmet alımının daha pahalı olduğu batı ülkelerinde bile, KR’nin maliyet etkin olduğu gösterilmiştir.^[7] Bu nedenle, her ne kadar, başlangıçta maliyetli gibi görünse de, bu maliyetin karşılığı hastaya kazandırılan sağlıkla kısa sürede geri alınmaktadır.

Burada sözü edilmesi yararlı bir diğer etmen, hastaların KR talep etmemeleridir. Talep yetersizliğinin en önemli nedenleri, böyle bir tedavinin varlığından habersiz olmaları, bilseler de yararlı olduğu konusunda ikna olamamaları ya da isteseler de, birim sayısının yetersiz olması ve ulaşım güçlüğü nedeniyle başvuramamaları sayılabilir. Bu konuda, kardiyologların hastaları bilinçlendirmesi ve KR’ye yönlendirmesi, kardiyoloji kliniklerinde bir hemşirenin koordinatör olarak görev alması ve ölçütlere uygun hastaların rehabilitasyon birimlerine yönlendirmesi, sağlık kurumlarının kardiyak rehabilitasyonu özendirici faaliyetler göstermesi gerekir. Özellikle, Sağlık Bakanlığı

koordinasyonunda, toplumsal düzeyde bir kardiyak rehabilitasyon organizasyonunda çok yarar vardır. Bunun Avrupa ve Avustralya'da örnekleri vardır.

Kardiyak rehabilitasyon, tüm kalp hastalarında gerekli olan ve tüm kalp hastalarının hakkı olan bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi yönteminin yaygınlaşabilmesinde önemli bir adım, kardiyak rehabilitasyona kardiyologların da yetkilendirilmesidir. SGK'nın Sağlık Uygulama Tebliği'ndeki ilgili maddesinin, kardiyak rehabilitasyonun hedef hastalık grubu için kardiyologları da içerecek şekilde "Kardiyoloji uzmanı hekimlerce de yapılması halinde faturalandırılabilir." şeklinde değiştirilmesi, günümüz koşullarında en uygun öneri gibi görünmektedir. FTR uzman hekimince mi yoksa kardiyolog tarafından mı rehabilitasyon uygulanmasını istediğine hasta kendi karar verebilmelidir. Hastalar, egzersiz gibi nispeten riskli bir tedavi yöntemini, kardiyolog olmadan yapmak zorunda kalmamalıdır. Tüm kardiyologlara düşen görev, kardiyak rehabilitasyon konusunda, hastaların ve kendilerinin hakkını tüm platformlarda aramak, kurumlarındaki kardiyak rehabilitasyon birimlerinin, kardiyoloji kliniğine bağlı (bilgisi dahilinde ya da konsultanlığında değil) çalışması konusunda ısrarcı olmak ve SGK'ya gerekli bildirimlerde bulunmaktır.

Yazar ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çakışması (conflict of interest) yoktur.

KAYNAKLAR

1. Acar RD, Bulut M, Ergün S, Yesin M, Eren H, Akçakoyun M. Does cardiac rehabilitation improve left ventricular diastolic function of patients with acute myocardial infarction? Turk Kardiyol Dern Ars 2014;42:710-6.
2. World Health Organization Expert Committee. Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries. Technical Report Series number 831. Geneva: World Health Organization; 1993.
3. King M, Bittner V, Josephson R, Lui K, Thomas RJ, Williams MA. Medical director responsibilities for outpatient cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2012 update: a statement for health care professionals from the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the American Heart Association. Circulation 2012;126:2535-43. [CrossRef](#)
4. CFR.410.49. Cardiac rehabilitation program and intensive cardiac rehabilitation program: conditions of coverage. Fed Regist 2009;74:62004-5.
5. Piepoli MF, Corrà U, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Dendale P, Gaita D, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2010;17:1-17. [CrossRef](#)
6. Uzun M, Işlak Z. Kardiyak rehabilitasyonda hekimlerin rolleri. In: Uzun M, editör. Kardiyak ve pulmoner rehabilitasyon 1. baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014. p. 37-43.
7. Mampuya WM. Cardiac rehabilitation past, present and future: an overview. Cardiovasc Diagn Ther 2012;2:38-49.