

'TANI ve TEDAVİ KILAVUZLARI' HAKKINDA GENEL BİR DEĞERLENDİRME

Raportör:

Levent AKYILDIZ

Mardin Park Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü

İletişim:

E-Posta: leventakyildiz@hotmail.com

Tel: 0 482 212 99 99

Faks:0 482 213 74 03

NOT:

Bu rapor 'Tanı ve Tedavi Kılavuzlarının' isimlendirilmesi, hedef kitlesi, pratik karşılıkları, içerikleri, finansmanları, mediko-legal bağlayıcılıkları, endüstri ile akademi ilişkileri bağlamında değerlendirildiği, ağırlıklı olarak göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi uzmanlarından oluşan SOLUNUM PLATFORMU'nca (www.solunumplatformu.org) oluşturulan ve 800'ü aşkın üyesi olan solunum@googlegroups.com'da aktif olarak yürütülen bir tartışmanın sonunda dile getirilen eleştiri ve öneriler ışığında hazırlanmıştır.

Raporun oluşumuna görüş açıklayarak aktif katkıda bulunan katılımcıların isimleri soyadı sırasına göre şöyledir:

Murat ACAT, Cezmi A AKDİŞ, Levent AKYILDIZ, Zeynep Ayfer AYTEMUR, Öner Balbay, Şeyma BAŞLILAR, Haluk ÇALIŞIR, Levent KART, Nurhan KÖKSAL, Mustafa KÖSEAHMETOĞLU, Tarkan ÖZDEMİR, Gülcihan ÖZKAN, Tevfik ÖZLÜ, Leyla TUNCER, İrfan UÇGUN, Kürşat UZUN

Amaç ve Giriş:

Tıbbi bilgi okyanusuna her gün giderek artan çeşitlilik, sayı ve nitelikte bilgiler eklenmektedir. İletişim olanakları bilgiye erişimi de hızlandırmış, kolaylaştırmıştır. Bilgi deryasından etkin, nitelikli, geçerli, güvenilir olanlarını ayıklamak ve yaygın kullanıma aktarabilmek, *'aylak bilgi'* ya da niteliksiz veriyi dolaşımdan uzak tutabilmek de giderek önemli hale gelmiştir.

Bu çabanın günümüz tıbbında karşılığı *'Kanıt Dayalı Tıp Yaklaşımı'* olmak iddiasındadır. Başlangıçta nitelikli, maliyet etkin klinik pratikleri üretmek, kamu kaynaklarını korumak ve uygulamalarda uyum sağlamak iddiası ile uzman önerilerine dayalı uzlaşma rehberleri ile yola çıkılmıştır. Bu durumda bir sorun belirmiştir: Kişisel görüşlerin ön plana çıkabilmesinden kaynaklı çelişkiler durumu. Aynı konuda dolaşıma çıkan rehberlerin sayı ve nitelik sorunları. Bunu aşabilmek adına 'Kanıt' kavramına ve bunların derecelendirilmesine dayalı kılavuzlar oluşturmak ve bunu da bir kurallar manzumesine bağlamak gündeme gelmiştir. Kanıt yaklaşımı, kaçınılmaz olarak bir derecelendirme ve çalışmalar için bir nitelik hiyerarşisi (yöntem, popülasyon, istatistik vd bağlamında) üretmiştir. Burada hiyerarşinin elitist katını işgal ederek, geniş ölçüde belirleyici uygulamaları yönlendirmek durumunda olanların (çift kör, randomize kontrollü, çok merkezli vs) finansmanı noktasında ilaç endüstrisinin konumu kritik önemdedir. Rehber zemin oluşturan *'gereksinim'* ile endüstrinin *'pazar'* değerlendirmeleri örtüşür hale gelmiştir. *'Kişisel görüşlerin yansımaları ve ürettiği çelişkiler'* bahsi, masumane bir eski zaman handikapına dönüşmüştür. *"Küresel ölçekte söz sahibi aktörlerin, geniş kaynaklarla destekledikleri çalışmalar ürünlerine 'yeni sahalara' açmayacak, 'yeni' ve genişlemiş kullanım endikasyonlarına katkıda bulunmayacaksa, ilaç endüstrisi bakımından ne yarar ('kâr diye de okunabilir) sağlayacaktır?"* sorusu öne çıkmıştır. Geçerli ve güvenilir bilgi tanımlayalım diye yola çıkmıştık 'kanıt' tanımladık. Şimdi de 'kanıt' 'geçerli ve güvenilir' midir? noktasına vardık.

ABD'de 1990 yılında, "Institute of Medicine" uygun bir rehberde olması gereken kuralları içeren bir doküman yayınlamıştır. Ancak 2003 yılında yapılan bir araştırmada Amerika'daki rehberlerin %83'ünün bu kurallara uygun oluşturulmadığı gözlenmiştir.

Ülkemizde de, Türk Toraks Derneği, Rehber, Rapor ve Görüş Belgesi Oluşturma Yönergesi, Nisan 2007'de hazırlanmıştır. Yönergede, 'Kanıt Dayalı Rehberler', 'Uzlaşma Raporları', 'Dernek Görüş Belgesi', 'Uluslararası Rehberlerin Uygulama Raporları' tanımları yapılmıştır. Rehber www.toraks.org.tr adresinden erişilebilir.

Bizler de bu konuda mevcut durumu çeşitli yönleriyle tartışmamızın genel bir yansımasını dokümente ederek yeni görüş ve paylaşımlara açmak istedik.

Değerlendirmeler

“*Hakikat gridir*” deyişi uyarınca, ‘rehberler’ tartışması, doğrudan karşı olmak ya da bütünüyle yana olmak yaklaşımları yerine, doğal olarak eleştirel, sorgulayıcı bir işlevsellik zemininde yürütülmüştür. Rehberlerin büyük ölçüde ‘yararlı’ olduklarına ancak bu ‘yarar’ beklentisinin ilgili konuda derinlemesine bilgisi olmayan diğer uzmanlık alanları veya birinci basamak hekimleri için daha belirleyici / önemli olduğuna vurgu yapılmıştır. Bireyselleşmiş tedavi yaklaşımlarının öne çıktığı bir sağlık ortamında, yaygın hastalıklara dönük ‘kategorik yaklaşımların yarattığı çelişik durum ile ‘tanı tedavi yaklaşımında standart sağlamak ’ hedefi arasında oluşan farklılık dikkat çekmiştir.

Hekimliğin deneyimle, usta-çırak ilişkisi ile ‘hazakat’ ile anılabilmesi dile getirilmiş, kişisel inisiyatife yer bırakmayan, ‘talimatnameyi’ anımsatan bir yönerge olarak kullanılmasına, hekimliği ‘*teknisyenlik*’ *noktasına taşıma*’ olasılığına itiraz edilmiştir.

Geleneksel yaklaşımımız olan ‘*hastalık yok hasta var*’ ile ‘hastalık rehberleri’ arasında ki çelişki dillendirilmiştir. Tek tipleştirme küreselleşme ile bağlantısı ve hekimliğe olumsuz yansımaları gündeme getirilmiştir. Hekimin hastaya bütünsel bakışında parçalanma durumu belirtilmiştir.

Piyasalaşan / teknoloji yoğun bir alan olarak gelişmekte olan tıp uygulamalarında koruyucu hekimlik yaklaşımları önemini sürdürse de ağırlığını sürdürememektedir. Bu durum muhtemelen rehberlerin isimlendirilmeleri noktasında da etkili olmaktadır. ‘*Tanı tedavi rehberleri*’ adlandırması günümüz tıbbının yansıması ise de koruyucu hekimlik değerlerine de atıfta bulunan ‘*kontrol rehberi*’ olarak düşünülüp geliştirilmeleri bütüncül ve toplumsal bir tıp algısı ile daha uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Böylece ilgili hastalığın nedensel arka planında yerleşik olası değişkenlerin (sosyoekonomik, sosyokültürel, altyapı, şehirleşme, çevre vd) gözden uzak tutulmaması ve sürecin paydaşları ile işbirliği açısından da bir stratejiye yaslanmalıdır. Elbette bu konuda rehberler, *sağlık politikalarının* odak noktası bu olabildiği ölçüde anlam taşıyabilecektir.

Rehber zemin teşkil eden ‘*gereksinim(ler)*’in’ tespit edilmesi hayatidir. Gerçek bir ihtiyacı, pratik karşılıkları, somut olgusalılığı bünyesinde, kurgusunda, dağıtımında içermeyen bir rehber öngörülen amaçlara erişimde doğumsal bir maluliyet taşıyacaktır. Bu zaafıyla, bir

halk sağlığı sorununu kontrol edebilmek, mortalite ve morbiditesine etkide bulunabilmek, etkin, standart tedavi yaklaşımları sağlamak gibi birincil ve gereksiz sağlık harcamalarını önlemek, konuya ilişkin bilgi ve araştırma durumunu / eksikliklerini ortaya koyabilmek gibi ardıl amaçları gerçekleştirmeye hizmet edemez. Dolayısıyla akademik verilerin -ki bunlar ağırlıkla ülkeyi ve hatta bölgeyi yansıtmalıdır- altyapı, etkinlik, verimlilik, uygulanabilirlik, erişilebilirlik, ekonomik değişkenleri bakımından ulusal sağlık sistemi ve saha ile uyumunu gözetilen bir yaklaşımla sadece yazıya değil yaşıma geçirilebildiği bir anlayış temel alınmalıdır. Ulusal verilere ulaşmak konusunda SGK MEDULA sistemi ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemi verilerinin kullanılabilirliği, veri sağlığı / geçerliliği açısından tanı kodları ile ilgili düzenleme ihtiyacı da yeni bir tartışma sahası olarak varlığını duyurmaktadır.

Rehberler konusunda en büyük şüphe, “ilaç endüstrisinin ticari beklentilerini gerçekleştirmek üzere kullandıkları, ‘bilimsel’ manipülasyon enstrümanlarına dönüşüp dönüşmedikleridir. Adeta yeni moleküllerin pazara ulaşımını sağlayan araçsallaşmaları olasılığı ihtiyatla karşılanmaktadır.

İlaç kullanımına rasyonel, kamu yararı ve sağlığı odaklı kısıtlılıklar getirme, standart uygulamalar yerleştirme iddiasından, yeni / pahalı ilaçların kullanımını teşvik eder, ilaç ve sağlıkta savurganlığa kapı aralar bir duruma sürüklenme endişesi paylaşılmıştır. Ve rehberlerin bu konudaki konumu şüpheli bulunmuştur. Mevcut, kullanılmakta olan antibiyotiklere etkinlik, yan etki azaltılması gibi somut artılar getirmek yerine, aynı işi daha pahalı ama ‘yeni’ ilaçlarla yapmanın garabeti ifade edilmiştir. Aynı kaygı, potansiyel farklı kullanım alanlarının pazar payı önceliklerine feda edildiği (moksifloksasin örneğinde olduğu üzere, MDR-TB çalışmalarından sahaya uzanan öykü) noktasında da geçerlidir.

Rehberlerin hazırlık sürecinde, rehberin kullanım alanı ile ilişkili tüm tarafların sadece *temsili* değil *aktif katılımı* da gözetilmelidir. Böylece ilgili hazırlık grubu, konuyla ilgili akademisyenler kadar ilişkili uzmanlık alanları, hedef grubun üyeleri (hemşireler, teknisyenler vd uygulayıcılar, birinci basamak hekimleri, sahada çalışan klinisyenler) yelpazesini içermelidir. Grubun, bakanlık (temel yürütme fonksiyonu), ödeme kurumu niteliğiyle SGK vb sağlık sisteminin diğer aktörlerine temsil imkanı tanınması önemlidir. Bu noktada endüstriye dönük mesafe ve özerklik kaygısı gerek kamu otoritesi gerek ödeme kurumu ile ilişkiler çerçevesinde de dikkate alınmalıdır. Belirtilen kurumların belirleyici / yönlendirici olmaları değil, halk sağlığına katkıda bulunabilecek toplumsal farkındalığın yükseltilmesi yoluyla destek vermeleri (dağıtımın organizasyonu vd) yeğlenmelidir. Aynı şekilde sağlık ortamına ilişkin yasal düzenlemelerin niteliği rehberi fonksiyonel kılabileceği gibi verimliliğini engelleyici de olabilecektir. Bu nedenle yasal ortamı

belirleyen sağlık otoritesi de temsil edilmelidir. Rehberin işlevselleşebilmesine sosyolog, psikolog ve hasta gruplarından katılımcıların desteği değerli sayılmalıdır. Bu türden katkılar hayatla daha çok kucaklaşan bir uygulamaya fırsat sunabilecektir.

Rehberlerin hazırlık sürecinde finansman sorunu önemlidir. *Ancak* bu sorunun çözümü kolay görünmemektedir. Her finansman önerisi (TTB, uzmanlık dernekleri, vd) özerklikle ilgili yeni kaygılara kapı aralamaktadır. Ancak şeffaf bir ‘çıkar ilişkisi’ (conflict of interest) bildirimini gerek endüstri ilişkileri bağlamında gerek paydaş kurumlarla ilişki bakımından esas alınmalıdır. Yoğun bilimsel danışmanlık alış verişi sadece endüstri cepesinde ya da sadece akademide faal bilim insanları şeklinde bir kategorik ayırma doğal olarak izin vermediğinden, bildirimler temel bir zorunluluk addedilmelidir.

Rehberlerin önerilerine dayanak oluşturan çok merkezli, çift kör, randomize kontrollü çalışmalar, hemen tümüyle ilaç endüstrisinin planlaması /güdüümü /finansmanı ile ortaya çıkmaktadır. Günümüz tıp ortamında verilerin, önerilerin bilimsel özerklik niteliği ve ‘piyasalaşan tıp’ ile mesafe belirleyebilmesi, yakıcı önemde bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Bilimsel veri üretim süreçlerini, bilimsel bilginin geliştirileceği tıbbi gereksinimlerin belirlenmesi, yönetilmesi, kaynakların yönlendirilmesi, önceliklerin tayin edilmesi vd çok sayıda değişkeni sorgulamaksızın, sadece rehberleri itham etmek yanılıcı olabilecektir. Vasatı dikkate almadan rehber çıktısına odaklanmak, kanıt, güvenilirlik beklentimizi rehber ile sınırlandırmak, indirgemeci bir iyimserlik addedilebilir. Elbette bu vasat, sağlık sisteminin finansmanında giderek öne çıkan özel sigortalar, halen ölkemizde ağırlığını korumakla birlikte evrilen genel sigortaların işleyiş konsepti yönleriyle de analitik bir tartışmayı gerektirmektedir. Pazar payını geliştirmek motivasyonlu ilaç endüstrisi ile üstlenmek durumunda kalacağı tedavi maliyetlerini en aza indirebilmek arzusunda sigortacılık anlayışlarının kısılcacında, kamu yararını gözeten bir tıp anlayışını sürdürebilmek... Tıp eğitiminin, sürecin ürettiği bu tehlike ve kuşatma halini aşabilmek adına, müfredatını ve daha önemlisi algı düzeneğini donanımlı hale getirebilmek için zorunlu kalacağı dönüşüme dair farkındalığı... Bütün bu sorunsallar rehberler tartışmasının bizleri yüzleştirdiği yeni tartışma başlıkları sayılabilir.

Rehberlerin “*ödeme kurumu (SGK) tarafından, geri ödemelerde dikkate alınabilirliği*” sorgulandığında yeni sorular ve sorunlar tanımlanmıştır. Algoritmaların varlığı, hastalık yok hasta var kabulü ile icra edilen bir mesleğin mensuplarına bir teknisyenlik dayatmakta, hekimliğin olmazsa olmazı inisiyatifi dışlamakta mıdır? Uzmanlıkla tanımlanan pratik üretebilme yetkinliğinin kabulünü ‘*Piscem natara doces*’ (Balığa yüzme öğretiyorsunuz) ile ikame etmek anlamına gelir mi?

Benzer bir güçlük; hukuki sorunlarda, rehberlerin bir referans alınması ile ilgili olarak da düşünülmüştür. Pek çok hekim, tıbbi uygulamaların sadece metin okumaları (rehber) üzerinden hukuksal işleyişe tahvil edilebilmesinin yaratabileceği haksızlıkları düşünmektedir. Yine kurallar çok katı uygulandığında söylenen '*summum jus, summa injuria*' (hukukun zirvesi, haksızlığın zirvesidir) oluşabilir mi? Böylelikle mediko - legal sahada değerlendirilebilirlik handikaplar içermektedir, kuşkuyla karşılanmaktadır.

Son olarak;

Tartışılacak noktalar elbette çoğaltılabilir, derinleştirilip geliştirilebilir. Ancak bu rapor, ilk kez böylesi geniş bir platformda her dileyen meslektaşımızın görüş ve düşüncelerini paylaşması ile hazırlanması bakımından bir ortak arayışın, ortak aklın üretilebilme denemesi olarak değerlendirilirse mütevazı bir katkı sunabilir.