

Nurse-led heart failure follow-up in primary care in Sweden

Öğr. Gör. Gülcan Bakan

Primer bakımda hemşire yönetiminde kalp yetersizliği (KY) hastalarının izlemini tanımlamak amacıyla planlanan bu araştırmada İsveç'teki tüm primer sağlık bakım merkezlerine (939) soru formu gönderilmiş 610'undan cevap alınmıştır. Bu merkezlerin % 18'inde KY hastalarının izlemi için özel bir zaman ayrılmıştır ancak bu oran KOAH için % 93, diyabet için % 78'dir. Uzman hemşire yönetiminde izlem yapılan merkezlerde hastalık hakkında bilgi/egitim verilmektedir ($p<0.001$), KY ile ilgilenen daha fazla doktor ($p<0.001$), özel bakım programları ($p<0.001$) bulunmaktadır ve bu merkezler izlem yapılmayan merkezlere benzer bir şekilde KY hastalarının olduğu hastanelerle yoğun işbirliği içerisindeyler. İsveç'te primer bakımda hemşire yönetiminde izlem KOAH ve diyabet hastaları için yaygın olmasına rağmen KY hastaları için nadirdir. Bu durumu iyileştirmek amacıyla özel eğitilmiş hemşirelerin sayısının artırılması ve bununla birlikte izlemin kalitesini arttırmaya yönelik araştırmaların planlanması gerekmektedir

Genel bilgi

Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kılavuzuna göre KY için hazırlanan özel bir program, semptomların düzelmesini sağlamakta ve hastane yatışlarını azaltmaktadır (tavsiye sınıfı 1, kanıt düzeyi A). Bu görüş KY izlem ve bakımı için program ve organizasyon sayısı az olmasına rağmen İsveç'te başlamış ve diğer Avrupa ülkelerine yayılmıştır. Avrupa'da pek çok KY hastası primer bakımda takip edilmektedir. Avrupa'da yapılan KY yönetim programı araştırmasına göre, hastanelerde düzenlenen yönetim programlarının yalnızca üçte birinde pratisyenler özel bir rol almaktadır.

İsveç'te, sağlık bakım sisteminin amacı sağlıkta iyileşme ve herkes için sağlık hizmetlerine eşit ulaşımıdır. Tüm popülasyon için sağlık hizmetlerinin sağlanması ve finansmanı temel ilkedir ve kamunun sorumluluğudur. Özel sağlık bakım şirketleri de sağlık fonu ve sağlık sigorta sektörüne bağlıdır. Primer bakımın düzenlendiği her bölge pratisyen ve hemşirelerin görev aldığı en az bir yerel sağlık bakım merkezine sahiptir. İsveç'te taburculuk sonrası hasta izlemi için hemşire yönetiminde KY klinikleri 1990'da açılmış ve 1998 yılına kadar tüm hastanelerin 2/3 sinde hizmet vermeye başlamıştır. Kayıtlara göre hastalar hastanelerin KY'ne temelli kliniklerinde izlenmekte ve durumları stabil olduğunda izlem için primer bakıma yönlendirilmekte ancak hizmetlerin sunuluşu hakkında kayıtlı hemen hemen hiçbir bilgi bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışmanın amacı İsveç'te KY hastalarının primer bakımda hemşire yönetiminde izlemini tanımlamaktır.

Yöntem

Soru formu (Tablo 1) İsveç Kardiyoloji Derneğinin KY çalışma grubu tarafından oluşturulmuştur. Çoktan seçmeli, açık ve kapalı uçlu 15 sorudan oluşmaktadır. İki soru özellikle hemşireler için kardiyovasküler hastalığı olan hastaların izlem zamanı olan primer sağlık bakım merkezlerine bir soru da izlem olmayan merkezlere yöneltilmiştir. 7 soru KY hastalarının izlemi için hemşirelere zaman veren tüm merkezlere yöneltilmiş, kalan sorular önceki çalışmalardan alınarak modifiye edilmiştir. İçerik geçerliliği kardiyoloji ve deneyimli KY hemşireleri tarafından test edilmiş, birkaç küçük değişiklikten sonra soru formu 2005 Nisanda İsveç'teki tüm primer bakım merkezlerine gönderilmiştir. 4 ay içinde iki hatırlatmayı takiben 939 (%65) merkezden 610'u soru forumunu tamamlayarak geri göndermiştir.

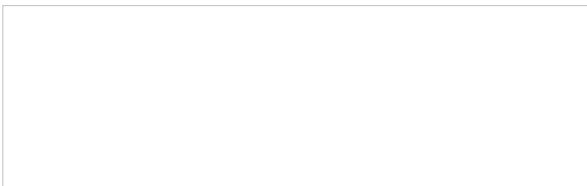
İstatistikler

Verileri tanımlamak için descriptive analiz kullanılmıştır. Kapalı uçlu soruların sonuçları frekans dağılımı ve oranlarını göstermek için tablo haline getirilmiş, yerel hastanelerle koordine çalışma ve izlemin değerlendirilmesine ilişkin açık uçlu sorular içeriklerine göre kategorize edilerek analiz edilmiştir. Hemşire yönetiminde izlem için zaman ayıran ve ayırmayan merkezler arasında nominal değişkenleri karşılaştırmada ki-kare testi kullanılmış ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Sonuçlar

Soru formunun % 86'sını hemşire, % 12'sini doktor, iki merkezde bir fizyoterapist ve bir ebe doldurmuştur. İsveç'te primer sağlık bakım merkezlerinin çoğunda astım/KOAH (%93) ve diyabetli (%78) hastalara yönelik özel izlem zamanı olan hemşireler çalışmaktadır. KY'li hastalar için izlem oranı oldukça düşüktür bunun yanı sıra sigara bırakma ve kan basıncı kontrolü izlem oranları da diğer durumlara göre daha azdır (Şekil 1).

Şekil 1. Hastalıkların Hemşire İzlem Zamanına Göre Dağılımı

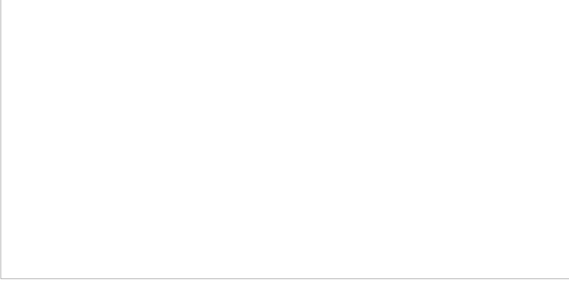


Katılan primer sağlık bakım merkezlerinin % 18'inde (111/610) ortalama haftada bir gün KY'li hasta izlemi olan en az bir hemşire çalışmaktadır. İzlem için özel zaman ayırmayan merkezler arasında % 12.5'i gelecek bir yıl içinde bunu planlamıştır. Hastalar izlem zamanı ayıran merkezlerin hemen hemen tümünde hemşire yönetiminde poliklinik ve % 42'sinde ek olarak

telefon konsültasyonu ile takip edilmektedir. Konsültasyonun içeriği % 83 bilgi /eğitim, % 68 ilaç ayarlamaları ve % 58 taburculuk sonrası erken dönem izlemdir. Merkezlerin yalnızca % 29'unda başvuru reçetesinde sorumlu doktor tarafından belirlenen ACE-inhibitörü (%23), beta bloker (%16), ve diüretik (%16) gibi ilaçlarda protokol dahilinde değişiklik yapma yetkisi hemşireye verilmiştir.

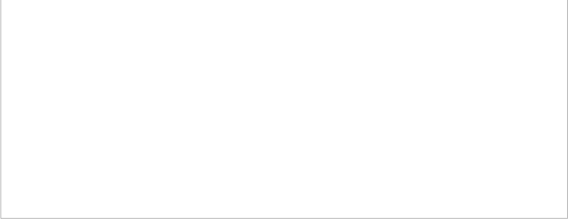
Hastalar için özel izlem zamanı olan merkezler diğerleri ile karşılaştırıldığında hemşireler tarafından yazılı ($p<0.001$) ve sözlü ($p<0.001$) KY hakkında bilgi verme oranı ve bunun yanı sıra hasta yakınlarını sözlü bilgilendirme ($p<0.001$), grup eğitimi ($p<0.05$), ve CD-ROM'la eğitim oranı daha yüksektir (Şekil 2).

Şekil 2. Hemşire İzlemi Yapılan ve Yapılmayan Merkezler Arasında Verilen Eğitimin Karşılaştırılması



Ayrıca bu merkezlerde özellikle KY ile ilgilenen doktor sayısı fazla (0.001), özel bakım programları daha yoğun ($p<0.001$), akut KY bakımından sorumlu yerel hastanelerle iletişim daha fazladır ($p<0.01$) (Şekil 3).

Şekil 3. Hemşire İzlemi Yapılan ve Yapılmayan Merkezler Arasında Hasta Yönetiminin Karşılaştırılması



Tartışma

Randomize kontrollü çalışmalarla belirlenen mortalite ve morbiditede azalma sağlanması nedeniyle hemşire yönetiminde izlem ve özel KY bakım yönetimi ESC'in son kılavuzunda desteklenmektedir. Ancak bu çalışmalarda kliniklerin çoğu primer bakımda değil hastanelerdeydi. Hemşire yönetiminde KY kliniği görüşü 1990'da İsveç'te Linköping'te başlamıştır ve şimdi tüm hastanelerin % 81'inde, İsveç'teki hastanelerin % 76'sında, Norveç'tekilerin % 71'inde, Hollanda'dakilerin % 60'ında, Slovenya'dakilerin % 50'sinde, Danimarka'dakilerin % 45 'inde uygulanmaktadır. Literatürde primer bakımda KY kliniklerine ilişkin yayınlanmış çalışma bulunmamaktadır.

"KY Yönetim Ağı Komisyonu" olarak isimlendirilen ESC'nin KY komitesinde Avrupa'da yeni KY klinikleri oluşturmak amacıyla hemşire ve doktorlara kliniklerinin nasıl kurulacağı ve yürütüleceğine ilişkin kurslar verilmiştir. Avrupa'nın aktif elektronik ağı 49 farklı ülkeden üyelerle kurulmuş ve bugün yaklaşık 300 kayıtlı üyesi vardır. 2007'de ESC içinde hedefi Avrupa düzeyinde primer bakımın sağlanması, pratisyenlerin primer bakım aktivitelerini arttırmak için bilgi kaynaklarının belirlenmesi, kılavuzların kullanımlarının yaygınlaşması, lokal uygulanabilirliğinin gösterilmesi olan Primer Kardiyovasküler Bakım Konseyi kuruldu.

İsveç KY çalışma grubunun temel amaçlarından biri sadece hastanelerdeki KY klinikleri değil ayrıca bu iş için hemşire ve doktorlara özel zaman ayıran primer sağlık bakım merkezlerinin de desteklenmesidir. Yapılan İsveç primer sağlık bakım merkezleri çalışması hemşire yönetiminde KY hastalarının izlem sıklığının KOAH ve diyabetli hastalarınkinden daha az olduğunu göstermiştir. Randomize kontrollü bir çalışmada hemşireler tarafından efektif olarak yürütülen kliniklerde izlenen hipertansif hastaların hastalıklarının yönetimi iyileştirilmiş ve diyabet kliniklerince rutin olarak sağlanan bakım da eklendiğinde hedeflenen kolesterol düzeylerine ulaşılması sağlanmıştır. Yapılan meta-analizler böyle programların hastane başvuru sayısını azalttığını ve maliyeti yükseltmeden yaşam kalitesi ve sağ kalımı arttırdığını göstermiştir. Ancak bu çalışmaların hemen hemen hepsi spesifik merkezlerce yapılmış ve taburculuk sonrası hastalar takip edilmiştir. Bu nedenle sağlık bakım sisteminde primer bakıma temelli hemşire yönetiminde mevcut KY programlarının uygulanabilirliği sorgulanmaktadır. İsveç'te primer bakımda hemşire yönetiminde izlemin KY'de KOAH ve diyabetten neden daha az olduğu tam olarak bilinmiyor. Ancak bir nedeni pratisyenlerin KY prevalansını doğru tahmin edememeleri, sayıyı azımsamaları olabilir. KY belirti bulgularını yanlış değerlendirmeleri ve belirlenmesi mümkün bir tanı olarak düşünmemeleri nedeniyle eksik tanı ve hasta sayısının azlığı ile sonuçta düşük fiyat etkililiğinden dolayı izlemde uzman tedavi ekibine gereksinim duyulmamasına yol açmıştır. Diğer bir neden KY hastaları için yaşam tarzı önerileri, hastanın hastalığını yönetmesine yardım edecek ölçümler gibi öz-bakım stratejileri diyabet ve KOAH gibi problemlerde olduğu kadar gelişmemiştir. Bu durumda KY hastalarının acil ve diğer hastane bakımına başvuruları da daha fazla olmaktadır.

Tanımlayıcı bir çalışmada tüm İsveç hastanelerinde KY hastaları için uzman hemşirelerin % 70'den fazlasının protokol yönetiminde tıbbi tedavide değişiklik yapma konusunda eğitim ve sorumluluk aldığı belirlenmiştir. Bu çalışmada da ilaçlar hasta takiplerinde hemşire yönetiminde KY izlemi yapan merkezlerin üçte ikisinde hemşireler tarafından ayarlanmıştır. İzlem ve tedavi planları hemşire kayıtlarıyla dökümanite edilmelidir, ideal olan acil durumlarda hızlı değerlendirme yapabilmek için

bilgisayar sisteminde kayıtlardır. İsveç'te KY hastaları için elde edilen verilerin tüm merkezlere sürekli geri bildirimi amacıyla 2003'te ulusal bir kalite kontrol kayıt sistemi kurulmuştur. Hemşire yönetiminde izlem yapan primer sağlık bakım merkezleri KY için özel eğitim, bakım programları ve hastalıkla özel olarak ilgilenen doktorlar ile KY alanındaki hastanelerle koordine bir işbirliğine sahiptirler.

Primer bakım hekimlerinin günümüz kılavuzlarına göre KY tanısını doğru bir şekilde belirleyebilmeleri için eğitilmeleri gerekmektedir. BNP ve NT-proBNP primer sağlık bakım uygulamalarında rutinde kolaylıkla uygulanabilecek, semptomların KY kaynaklı olup olmadığını belirlemek için kullanışlı bir araçtır.

Çalışmanın bazı sınırlılıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Bu araştırmada cevap oranı nispeten yüksek olmasına rağmen, soru formlarını primer sağlık bakım merkezlerinin tümünün tamamlaması daha uygundur. Anketler merkezlere isimlere göre gönderilmediği için cevap oranı düşmüştür. Ancak primer sağlık bakım merkezleri nispeten küçük ünitelerdir ve anketler hemşireler tarafından doldurulmuştur buda doğru cevaplanmış olma ihtimalini arttırmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde özel kalp yetersizliği klinikleri kurulmuştur ve buralarda çalışan kalp yetersizliğinde uzman hemşireler bulunmaktadır. Burada hastalar hastaneden sonrada takip edilmektedir ve telefonla ya da uzman hemşirelerin ev ziyaretleriyle semptom kontrolü, günlük kilo takibi, aktivite programı, sigarayı ve alkolü bırakma, düşük tuzlu diyet uygulaması, tedaviye uyumu içeren yaşam şekli değişikliklerine hastaların uyumu takip edilmekte ve gereken konularda bireylere eğitimler yapılarak günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi ve yaşam kaliteleri ölçülmektedir. Avrupa'da KY hastaları büyük bir oranda primer bakımda yönetilmesine rağmen bakım organizasyonları ve programların çoğu hastanelerde yürütülmektedir ve primer bakımla işbirliği nadirdir. İleride yapılacak çalışmalar, primer bakımda bu hastaların izleminin en uygun yolunu bulmak ve hemşire yönetiminde izlemin etkilerini değerlendirmek için gerekmektedir.

Tablo 1

Primer Bakımda Hemşire Yönetiminde İzlem Soru Formu

1. Belirli hasta gruplarının izlemi için uzman hemşireniz var mı, evetse hangi alanlarda?
2. KY hastalarına ilişkin uzman doktorunuz var mı?
3. Primer sağlık bakım merkezi KY hastaları için özel bakım programına sahip mi, evetse hangi profesyoneller katılıyor?
4. Primer sağlık bakım merkezi KY hastalarına ilişkin hastanelerle işbirliği içerisinde mi, evetse nasıl işbirliği yapılıyor?
5. Primer sağlık bakım merkezinizde hastalarınız KY hakkında nasıl eğitiliyor?

Kardiyak hastaların izlemi için;

1. Hemşirelerin çalışma alanı nedir?
2. Hemşirelerin eğitim düzeyi nedir?

KY izlemi için;

1. KY izleminin yapılan işteki yüzdesi nedir?
2. Hemşire için ayrı konsültasyon odası var mı, evetse bu konsültasyonlar hangi yılda başladı?
3. Hemşire tıbbi tedavide protokol yönetiminde değişiklik yapmak için sorumlulukla görevlendirildi mi?
4. Hemşire vizitleri nasıldır?
5. Hemşire KY hastalarına telefonla izlem yapıyor mu?
6. Hemşire önceki yıl kaç izlem yaptı?
7. Faaliyeti değerlendirdin mi, evetse nasıl değerlendirdin?

Kardiyak hasta izlemi için özel zaman ayıran hemşire çalışmayan yerler için;

1. Primer sağlık bakım merkezi gelecek yıl kardiyak hasta izlem hemşireleriyle çalışmak için plan yapıyor mu?