

Palyatif bakım: Ülkemizde ve dünyada son durum

Prof. Dr. Adem Akçakaya



1990 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1995 yılında genel cerrahi ihtisasını tamamladı. 2007’de genel cerrahi doçenti oldu. 2013’te profesör oldu. Okmeydanı EAH ve Bezmialem Vakıf Üniversitesi (BVÜ) Hastanesinde palyatif bakım merkezlerini kurdu. Halen BVÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Başkanı, Palyatif Bakım ve Organ Nakli Merkezlerinin müdürü ve Fitoterapi Merkezi eğitmeni olan Dr. Akçakaya aynı zamanda Hekim Hakları Derneği Başkanıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre her yıl 58 milyon insan ölüyor ve yaklaşık 100 milyon insan palyatif bakıma ihtiyacı duyuyor. Kliniğe yatan hastaların %80’i, polikliniğe başvuran hastaların %50’si bu hastaların yakınlarının %100’ü profesyonel destek veya bakıma ihtiyaç duyuyor. Global palyatif bakım kaynaklarının %55’ini Kuzey Amerika ve ancak %1,5’ünü Afrika kullanıyor. Palyatif bakıma ihtiyaç duyanların 1/3’ü kanser hastası, 2/3’ü ise organ yetmezliği, enfeksiyon, nörolojik hastalıkları olan kişilerdir. Dünyada her yıl 7,9 milyon insan kanser nedeniyle ölüyor ve bu tüm ölümlerin %13’ünü oluşturuyor. Tüm kanser ölümlerinin %70’i düşük ve orta gelirli ülkelerde görülüyor, kanserden ölüm artıyor ayrıca dünya nüfusu yaşıyor. Kanser tedavisi gören hastaların 2/3’ü palyatif bakıma ihtiyaç duyuyor. Her yıl 20 milyon insana palyatif bakım hizmeti sunmak gerekiyor. Palyatif bakıma gereksinimi olan hastaların %9’unu çocuk hastalar oluşturuyor. Dünyada hastaların büyük çoğunluğu evde ölmek isterken %80’i hastanelerde ölüyor. Türkiye’de ölümlerin %40’ı evde olmaktadır. Kanserli hastaların %60’ı hastanede ölmekte ve her bir terminal dönem bakım hastası ortalama 15-20 gün hastanede yatmaktadır. Ülkemizde her yıl yaklaşık 170 bin kişiye kanser teşhisi konulmakta ve yaklaşık 600 bin kişi kanser ile yaşamaktadır.

Palyatif bakımın güncel tanımı “Hayati tehdit eden hastalıklarda, hastalığın erken aşamasından itibaren yaşam süresini uzatmaya yönelik olan diğer tedavilerle birlikte uygulanabilen yaklaşımlardır” şeklindedir. Palyatif bakım ciddi bir hastalığın yol açtığı semptomlara, ağrı ve strese yönelik yaklaşımlarla birlikte hastaya ekstra bir destek verilmesini kapsamaktadır. (1) Bir bakım felsefesi olan palyatif bakım organize ve üst düzeyde yapılandırılmış bir bakım verme sistemidir. Bu sistem ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Günümüzde kronik ve yaşamı tehdit edici, tedavisi mümkün olmayan hastalığa sahip bireylerin sayısı artmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bu hastaların nitelikli bakımlarına verdikleri önem artmaktadır. Hastaların ve yakınlarının sadece terminal dönemde değil tedavinin devam ettiği süre boyunca da yaşam kalitelerini arttırmak hedeflerden biridir. Palyatif bakım bize; daha uzun yaşam süresi, daha iyi yaşam kalitesi, daha iyi hasta ve aile tatmini, daha düşük maliyet sağlar. (2)

Palyatif bakım modelleri ülkeden ülkeye farklılık gösterse de temelde 3 yaklaşım vardır. Birincisi hastane temelli palyatif bakımdır ve özellikle yüksek riskli kompleks hastaların bakımı yapılır. Bakım kalitesinin artmasını ve bakım maliyetinin azalmasını sağlar. İkincisi ev temelli bakımdır. Primer bakım ortamı ev ortamıdır. Amaç hastanede verilebilecek düzeyde palyatif bakımın

hastanın kendi ev ortamında verilmesini sağlamaktır. Üçüncüsü toplum temelli palyatif bakımdır. Ayaktan tedavi edilebilecek hastalar için oluşturulmuş kliniklerden oluşmaktadır. Düşük maliyetle bakım sunulmasından dolayı son yıllarda ön plana çıkmıştır. Hepsinde ortak amaç hasta ve kültürel değerleri temel alan hastaya ve yakınlarına uygun fiziksel psikososyal ve manevi desteğin sağlanmasıdır. (3-5)

Dünyada Palyatif Bakım

Dünyada palyatif bakım hizmetlerinin organizasyonun sınıflandırılmasına baktığımızda palyatif bakım hizmetleri gelişmekte olan ülkelerde, gelişmiş ülkelere göre daha çok yapılanma aşamasındadır. Ülkelerdeki palyatif bakım hizmetleri dört gruba ayrılmıştır. (6)

Grup 1: Palyatif bakım bulunmayan ülkelerdir (%32).

Grup 2: Palyatif bakım yapılanmamış ve yeterli olmayan ülkelerdir (%10).

Grup 3: Palyatif bakımın yerel servislerle sağlandığını ülkelerdir (%39).

Grup 3a: Palyatif bakım olan ancak bu aktivitenin desteklenmediği ülkelerdir.

Grup 3b: Palyatif bakım yerel/bölgesel olarak desteklendiği ülkelerdir.

Grup 4: Palyatif bakım hizmetlerinin



sağlık hizmetlerine entegre bir şekilde sunulduğu ülkelerdir (%19).

Grup 4a: Palyatif bakımın sağlık sistemi içerisinde entegre olma aşamasındaki ülkelerdir.

Grup 4b: Palyatif bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisinde entegre olmuş ülkeleri kapsamaktadır.

Ülkemiz bu sınıflamada 3b yani palyatif bakımın bölgesel olarak desteklediği grupta yer almaktadır. (7)

Palyatif bakımda ölüm kalite indeksinin belirlenmesi önemli yer tutar. Dünyadaki ölüm kalitesinin ölçümü için ölüm kalite indeksi ile Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) üyesi ve üye olmayan toplamda 40 ülkede ölçümler yapılmıştır. Ölçümler, sorulan sorulara doktorların ve uzmanların verdiği cevapların Ekonomist Intelligence Unit'te (EIU) toplanıp özel yöntemler kullanılarak hesaplanması ile yapılmıştır. Türkiye, ölüm kalitesindeki toplam puanı 2,8 ile 34'üncü sıradadır. Ölüm kalitesindeki toplam puan; yaşam sonu bakım

servislerinin içinde bulunduğu şartlar, servislerinin ulaşılabilirliği, maliyeti ve kalitesine göre belirlenmektedir. Yaşam sonu bakım şartlarında palyatif bakım politikaları, kişi başı GSYİH'daki payı, ekonomik bağımlı yaş oranı, ortalama yaşam süresi, sağlık harcamalarının GSYİH payı, kişi başı yatak, doktor, hemşire sayısına göre belirlenmektedir. Sosyal güvenlik kurumları, emeklilik sisteminin sağlık kapsamı değerlendirildiğinde İsviçre ve Japonya 7,4 puan ile birinci sırada yer alırken Fransa, Hollanda, Belçika 7,3 puan ile ikinci sırada Türkiye ise 3,5 puan ile 33'üncü sırada yer almaktadır. Yaşam sonu bakıma ulaşılabilirliğe bakıldığında İngiltere 8,4 puan ile birinci sırada iken Türkiye 3,2 puanla 21.sırada yer alır. Maliyet; yaşam sonu bakım için kamu kaynakları, hastalara parasal yük getirmesi ve cepten ödenen paraya göre belirlenmekte ve Avustralya, Hollanda, Yeni Zelanda ve Norveç 9,0 puan ile birinci sırada yer alırken Türkiye, ABD, Güney Afrika ve Japonya 3,3 puanla 31. sırada yer almaktadır. Yaşam sonu bakımda kaliteyi, toplumun bu alandaki bilinci, tıp fakültelerindeki eğitim, bu

Palyatif bakım modelleri ülkeden ülkeye farklılık gösterse de temelde 3 yaklaşım vardır. Birincisi hastane temelli palyatif bakımdır ve özellikle yüksek riskli kompleks hastaların bakımı yapılır. İkincisi ev temelli bakımdır. Primer bakım ortamı ev ortamıdır. Üçüncüsü toplum temelli palyatif bakımdır. Ayaktan tedavi edilebilecek hastalar için oluşturulmuş kliniklerden oluşmaktadır.



servislerin akreditasyonu, doktor hasta ilişkilerinin şeffaflığı, devletin DNR politikaları değerlendirilerek belirlenir. Kalite sıralamasında İngiltere 9,8 puanla 1. sırada yer alırken Türkiye 2,1 puanla 40.sırada yer almaktadır.

Dünyada palyatif bakım merkezlerinin sayısına baktığımızda toplam 84 ülkede 6.560 ünite bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde hemen her onkoloji merkezinin palyatif bakım için bir ünitesi veya "hospis"i bulunmaktadır. Bunların ülkelerdeki dağılımlarına baktığımızda ise durum farklılıklar arz etmektedir. ABD'de 5 bin civarında hospis, 3.600 palyatif bakım merkezi ve 19 bin bakım evi mevcuttur. ABD geneli için halen çok sayıda palyatif bakım merkezine ihtiyaç olduğu bildirilmektedir. Palyatif bakım ve hospis hizmetleri doktordan daha çok hemşire ve diğer personel-

ler üzerinden verilmektedir. Hospis hizmetini bir merkezde vermekten ziyade evde verilmesi hedeflenmiş böylece hastaların evlerinde hizmet alması sağlanmıştır. Palyatif bakımın esas odak noktasının hastane merkezleri ile desteklenmiş evde sağlık ve aile hekimliği olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri olduğu görülmektedir. Palyatif bakım eğitimleri; temel eğitim, ileri düzey eğitim ve uzman eğitimi olarak üç seviye ile basamaklandırılmıştır. ABD düzey 4B'dir. 1980'ler de Cleveland Kliniği ve Wisconsin Medikal Kolej gibi kurumlarda hastane tabanlı programlarla palyatif bakım başlamıştır. Tıp fakültelerinin %80'inde palyatif bakım programı bulunmaktadır. Palyatif bakım uzmanlık alanı olarak kabul edilmektedir. Morfine ulaşım kolaydır. Palyatif bakım bilinci gelişmiştir. *Medicare* ve *medicaid* palyatif bakımı kapsamaktadır.

Hollanda'da özellikle Fas ve Türk asıllı kişilerin aile yapılarından dolayı bu merkezleri çok tercih etmedikleri belirtilmiştir. Hollanda palyatif bakım sisteminde yer alan hizmetler farklılıklar arz eder. Tamamıyla evde verilen hizmetler, bağımsız hospisler, yaşlı bakım evlerindeki palyatif bakım üniteleri, bakım evlerindeki palyatif bakım üniteleri, hastanelerdeki palyatif bakım üniteleri, çocuk hospisleri olarak hizmetler yürütülmektedir. Hospise yatacak kişiler ABD'de son 6 ayı kalmış kişiler seçilmiş olmasına, DSÖ'ne göre yine 6 ay olmasına rağmen Hollanda da 3 ay ile sınırlandırılmıştır. Özel palyatif bakım merkezleri vardır. Hizmetin yürümesinde gönüllülük önemli bir yer tutmaktadır.

Almanya'da düzey 4B'dir. 1983 Köln Üniversitesinde cerrahi servisin bir

bölümünde palyatif bakım kurulmuş, 1990'larda palyatif bakım etkinlikleri hız kazanmıştır. 200'ün üstünde palyatif bakım veren merkezi ve 4.200 üstünde palyatif bakım doktoru mevcuttur. Morfin erişilebilir. Tıp fakültelerinde palyatif bakım eğitimi verilmektedir. Zorunlu devlet sağlık sigortası palyatif bakımı kapsamaktadır.

Avustralya'da düzey 4B'dir. 1987'de dünyanın ilk palyatif bakım bölümü, Maddocks'un başkanlığında Flinders Üniversitesinde açılmıştır. Sağlık sistemine entegre ve yaygın palyatif bakım politikaları mevcuttur. 2005'te palyatif bakım uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir. Ülkede şu anda 320 kadar aktif olarak hizmet veren palyatif bakım üniteleri bulunmaktadır. Palyatif bakım bilinci gelişmiş ve morfin ulaşılabilir. 2007'en beri araştırma ve eğitim desteklenmektedir.

İngiltere'de düzey 4B'dir. Palyatif bakım 1967 Cicely Saunders'in İngiltere'de ilk modern hospisi kurmasıyla başlamıştır. 1982'de ilk palyatif bakım ünitesi kurulmuştur. Palyatif bakım politikaları vardır. Palyatif bakım uzmanlık dalı olarak tanımlanmıştır. Ülke genelinde yaygındır. Morfine erişilebilir ve palyatif bakım bilinci gelişmiştir. Finansman Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu (NHS- National Health Service) tarafından sağlanmaktadır.

Kanada'da düzey 4B'dir. 1975 yılında Montreal ve Winnipeg hastanelerinde kurulmuştur. 1995'te bölgesel palyatif bakım hizmet stratejileri oluşturulmuş, sağlık sistemi, toplum tabanlı programlar üzerinde yeniden yapılandırılmıştır. Morfin erişilebilir. Sosyal yardım fonları vardır. Palyatif bakım bilinci çok iyi gelişmemiştir. Üniversite ve halk eğitim merkezlerinde palyatif bakım eğitim programları vardır.

Japonya'da düzey 4B'dir. 1981'de ilk palyatif bakım merkezi açılmıştır. 1990 palyatif bakımı sağlık sigorta fonu kapsamına girmiştir. Palyatif bakım standartları 1997'de belirlenmiştir. Palyatif bakım eğitimi ülkedeki çoğu tıp fakültesi ve tüm hemşirelik okulları müfredatında bulunmaktadır. Ülke çapında 120 palyatif bakım ünitesi hizmet vermektedir. Palyatif bakım bilinci gelişmemiştir.

Singapur'da palyatif bakım düzeyi 4B'dir. 1980'de ilk palyatif bakım üni-

tesi kurulmuştur. 1989 palyatif bakım derneği kurulmuştur. Ülke çapında 13 palyatif bakım ünitesi hizmet vermektedir. Palyatif bakım bilinci gelişmiştir. Tıp fakülteleri ve hemşirelik okullarının müfredatlarına palyatif bakım eklenmiştir. Morfine ulaşılabilirlik kolaydır. Ulusal sağlık sistemi (medisave) ile entegre ve ödeme kapsamındadır.

Yeni Zelenda'da düzey 4A'dır. 1977'de San Diego hospis kurulmuştur. Ülke çapında 41 palyatif bakım ünitesi vardır. 1989'da palyatif bakım eğitimi başlamıştır. Hükümet ve yüksek miktardaki bağışlarla finansman sağlanmaktadır. Morfin kullanımı yasalarla düzenlenmiş kolay ulaşılabilir. Palyatif bakım bilinci gelişmiştir. 720'den fazla doktor, hemşire ve yardımcı sağlık profesyonelleri ile palyatif bakım hizmeti vermektedir.

Çin'de düzey 4A'dır. 120 palyatif bakım ünitesi vardır. Palyatif bakım eğitimi yapılmaktadır. Halkta palyatif bakım bilinci gelişmemiş ve sosyokültürel nedenlerle palyatif bakım ve hospislere karşı önyargı mevcuttur. Hastalar hastanede ölmek istememektedir. Akupunktur palyatif tedavide yaygın olarak kullanılmaktadır. Doktor-hasta şeffaflığı yoktur. Ölüm tabudur ve morfine ulaşılabilirlik belirsizdir.

Güney Afrika'da düzey 4A'dır. 2004 yılında Afrika palyatif bakım derneği kurulmuştur. Ulusal sağlık politikaları yeterli değildir. Sağlık ve sosyal bakım altyapıları ilkindir. Kırsal sağlık hizmetleri sadece destekleyici bakımı kapsamaktadır. Palyatif bakım konusunda anlayış eksikliği ve eğitilmiş profesyonel sıkıntısı vardır. Morfin için yasal düzenleme ve çalışmaları devam etmektedir. Morfin kullanımını kısıtlayıcı ilaç yasaları nedeniyle doktorlarda opiofobi gelişmiştir. Palyatif bakım eğitim programları Botsvana, Etiyopya, Tanzanya, Uganda, Zimbabve ve Dünya Sağlık Örgütü desteğiyle "HIV ve Afrika'da Kanser Hastaları için Palyatif Bakım Projesi" gibi çalışmalar yapılmaktadır.

Moğolistan'da düzey 4A'dır. Ülke genelinde palyatif bakım hizmetleri ve uygulama standartlarına sahiptir. Her düzeyde ulusal palyatif bakım eğitim programları vardır. Sağlık sistemine entegre ve ücretsiz palyatif bakım hizmeti mevcuttur.

Hindistan'da düzey 3B'dir. Ulusal palyatif bakım politikası yoktur, kanser ve AIDS politikasıyla palyatif bakım erişimi sınırlıdır. Halkın %70'i kırsal alanda yaşamaktadır. Aile bağları güçlüdür, kültürel ve dini inanış nedeniyle hastanede ölmek istenmemektedir. 300 palyatif bakım merkezi bulunmaktadır. Palyatif bakım eğitimi olmamakla beraber sağlık sigortası kapsamı çok düşüktür. Sağlık sistemine entegre olmayan fonlarla sistem desteklenmektedir. Morfine ulaşılabilir değildir.

Dünyada palyatif bakım eğitimi ülkeler arası oldukça farklıdır. Palyatif bakım Amerika, İngiltere, Kanada ve Avustralya gibi ülkelerde ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir. Amerika Tıp Birliği (*American Medical Association*) doktor ve hemşirelere yaşam sonu bakımı konusunda eğitim programı uygulamaktadır. Kıbrıs, İsrail, Ürdün gibi Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu'na üye ülkelerin sağlık profesyonelleri için lisansüstü eğitim ve öğretim programları vardır. İsrail ve Ürdün'de hemşirelik lisans eğitiminde palyatif bakım klinik eğitimin bir parçasıdır. (8)

Türkiye'de Palyatif Bakım

Ülkemizde yıllarca üzerinde durulmamış ve ihmal edilmiş bir alandır. Son zamanlarda yasal düzenlemeler ve Sağlık Bakanlığının desteği ile çok ciddi ilerlemeler olmuştur. Merkezlerin sayısı artsa da gerçek manada palyatif bakım tedavi merkezi sayısı oldukça azdır. Ağrı merkezi sayısı yüksek ancak çoğu büyük şehirlerde yerleşmiştir. Halen çoğu yaşamının son evresindeki hastalara, kimsesizse gönüllü kişiler bakarken aile içerisinde de aileden en metanetli olan aile bireyi bakmaktadır. Geleneksel Türk aile yapısından dolayı, ABD ve Avrupa'daki teşkilatlanmalar olmasa da ölümcül hastalar son evrelerini hala ailelerinin yanında geçirebiliyor.

Türkiye'de 1990'ların başında ulusal palyatif bakım programına gereksinim olduğu fark edilmiş ancak bu da kanser hastalarında ağrı tedavisi sunumunun daha ötesine gidememiştir. "Kanser Bakımevi" İstanbul'da 1993-1997 yıllarında hizmet vermiştir. Bu süre içinde yatan hastalara sosyal güvenlik sistemlerince ödeme yapılmaması, hospis kavramının yeterince anlaşılması bu öncü kuruluşun kapanmasına

Yaşamın anlamını ve gelişmişlik düzeyimizi gösteren palyatif bakım hastalarına yaklaşımımız kendi yaşamımızı da yeniden gözden geçirmemizi sağlayacaktır. Yaşamının sonunda yüksek konfor ve iyi bir bakım herkesin hakkıdır. Ancak ölümü anlayarak yaşamı içselleştirebiliriz. Yeni açılan palyatif bakım merkezlerine idareciler, sağlık çalışanları ve gönüllüler, benzer bir sonun kendileri içinde olabileceğini unutmadan sahip çıkmalıdır.



yol açmıştır. Kansere hastalarına yönelik ikinci girişim ise hospis bakımı amaçlı kurulan "Hacettepe Umut Evi"dir. Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında kurulmuş ve Hacettepe Onkoloji Hastanesine bağlı olarak 12 odalı bir hospise dönüştürülmüştür.

Bu alanda yıllar içerisinde öncü hastaneler olmuştur. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, bu alanda ilk faaliyet gösteren üniversitelerdendir. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ilk palyatif bakım merkezi açılan eğitim ve araştırma hastanesidir. Ankara Ulus Devlet Hastanesi ilk kapsamlı merkezin açıldığı devlet hastanesi olurken Bezmialem Vakıf Üniversitesi vakıf üniversiteleri arasında ilk palyatif bakım merkezi açılan üniversite olmuştur. Sonraki yıllarda Palya-Türk projesi bu alanda önemli bir açılım olarak planlanmıştır.

Birinci seviye toplum temelli merkezleri oluşturmaktadır, aile hekimleri ve evde bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Hastane merkezleri birinci, ikinci ve üçüncü seviye bakımı kapsayan akut bakım merkezlerini kapsamaktadır. Kronik bakım merkezlerini ise hospisler oluşturur.

Ülkemizde bu alanda ilk yönerge "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge"si olarak 09.10.2014 tarihli ve 640 sayılı ile yürürlüğe girmiştir. Sonra palyatif bakım merkezlerine yönelik asgari standartları düzenleyen "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" 07/07/2015 tarih ve 253 sayılı makam oluruyla düzenlenmiş ve önceki yönerge yürürlükten kaldırılmıştır. 24.12.2014 SUT'da palyatif bakım merkezlerinin tanımlan-

ması yapılmış, "palyatif bakım tedavisi günde en fazla 1 (bir) kez faturalandırılır" şartı getirilmiştir. 27.02.2015 tarihinde Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından "Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" yürürlüğe girmiştir.

2010 yılında il sağlık müdürlükleri aracılığı ile toplanan verilerde, ülkemizde sadece 9 adet palyatif bakım merkezi vardı ve bunların büyük bölümü üniversite hastanelerindeydi. 33 ilde hizmet veren, toplam 72 adet ağırlı bölümü vardı. Bu merkezlerin 35'i devlet hastanelerinde, 31'i üniversite hastanelerinde ve kalan 6'sı da özel sektör içerisinde hizmet vermekteydi. 28 merkez Ankara ve İstanbul'da yerleşik iken 56 merkez Batı ve Orta Anadolu'da yerleşikti. 2014 yılında 15 merkez ve 179 yatak vardı. 2016 yılında yatak sayısı 2.106 idi ve



Palyatif bakım alanında kişisel katkıları 2005 yılında İstanbul İl Sağlık Müdür Yardımcılığı döneminde başladı. 2009 yılında hastane ve sağlık kurumları yüksek lisans tezini bu alanda yapmam vesilesi ile ülkemizde eksiklerimizin olduğunu tespit ettim. Palyatif bakım, multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirir. Bu amaçla ulusal ajansın Avrupa Birliği projelerinden "Hayat Boyu Öğrenme (Leanordo da Vinci)" programları çerçevesinde Almanya'daki palyatif bakım uygulamalarını gözlemlemek ve hizmet verecek ekibin Avrupa standartlarında mesleki eğitim alması için proje oluşturduk. Yurt dışından 2 kurum, Türkiye'den 4 kurumla iletişime geçildi 14 kişi ile Almanya'da eğitim alınması sağlandı. Bu deneyimler diğer kurumlarla paylaşılmak ve sağlık profesyonellerinin yanında, gönüllüler, hasta ve yakınlarının da eğitim almalarını sağlamak için 2013 ve 2018 yılında Uluslararası Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi'ni ayrıca sağlık profesyonellerine 5, gönüllülere 2 kez eğitim ve palyatif bakım kursunu organize ettik. 2019 yılında ülkemizdeki en kapsamlı kitaplardan biri olan ilk defa multidisipliner yaklaşımı "Palyatif Bakım ve Tıp" kitabını ve bu alanla ilgili 3 değişik kitapta bölüm yazdık.

bir yılda 34.011 hasta bakıldı. 2017 yılında 238 sağlık bakanlığı ve 14 tanesi üniversitede olmak üzere 252 merkez vardı ve toplam yatak sayısı 2.942 idi. 2018 yılında 294 palyatif bakım merkezi ve 3730 yatak sayısı vardı. 2019 yılı mart ayı itibarı ile palyatif bakım merkezi 365 ve yatak sayısı 4.855'e ulaştı.

Sorunlar

Yatak sayısı ve merkezlerdeki artışlarla birlikte bu merkezlerde çözüm bekleyen birçok sorun da ortaya çıkmıştır. Hasta ve yatak başına düşen hemşire sayısı yetersizdir. Sertifika programı çalışan hemşireler için yetersiz, hekimler için ise hiç yoktur. Görev tanımları yapılmamış, özlük hakları yetersizdir. Kalite kriterleri geliştirilmeli, odalar tüm birimlerde tek kişilik olmalı, hasta yakını için sosyalleşme alanları oluşturulmalıdır. Palyatif bakım çalışanlarının sürekli eğitimleri periyodik olarak yapılmalı, hizmet içi eğitimler artırılmalı, tükenmişlik sendromuna karşı gerekli önlemler alınmalıdır. Eğitim lisans, lisansüstü ve uzmanlık bazlı yapılandırılmalı ve palyatif bakım eğitimi her düzeyde verilmelidir. Palyatif bakım ihtisası oluşturulmalı, tıp fakültelerinde palyatif bakım bilim dalı kurulmalıdır. Hemşire bakım evleri (*nursing home*) oluşturulmalı, palyatif merkezler arasında koordinasyon birimleri ve hastalar için algoritmalar oluşturulmalıdır. Basamaklandırma muhakkak olmalı, ventilatöre bağlı hasta ve sadece destek tedavisi uygulanan hasta aynı serviste yatmamalıdır. DNR sorunu yasal olarak çözülmeli, son dönem bakım veya kanser hastalarına resüsitasyon konusu netleştirilmelidir.

Destek evi (hospis) yapılanmasının olmaması, hastalarına sahip çıkmayan aile fertleri ya da kimsesiz hastalarda taburculuk işleminin yapılmasına engel olmaktadır. Günümüzde palyatif bakım, yaşamı sınırlayan hastalığı olan hastalar için semptom yönetimi ve destek sağlar. Destek evi bakımı ise ölümcül hastalığa sahip altı ay ya da daha kısa yaşam öngörüsünde bulunan, küratif tedavisi tamamlanmış veya durdurulmuş hastalara sunulmaktadır. Kendi kültürümüze uygun olarak evde sağlık hizmetleri, aile hekimliği ve yeni oluşturulacak destek evleri ile bu sorunun çözülmesi gerekir. Evde bakım hizmetleri palyatif bakımlarla beraber çalışmalı ve buralara taburculuk işlemleri koordineli yapılabilir.

Son Söz

Ülkemizde palyatif bakım alanında ilerlemeler oldu fakat daha yapılacak birçok iş var. Yaşamın anlamını ve gelişmişlik düzeyimizi gösteren palyatif bakım hastalarına yaklaşımımız kendi yaşamımızı da yeniden gözden geçirmemizi sağlayacaktır. Yaşamının sonunda yüksek konfor ve iyi bir bakım herkesin hakkıdır. Ancak ölümü anlayarak yaşamı içselleştirebiliriz. Yeni açılan palyatif bakım merkezlerine idareciler, sağlık çalışanları ve gönüllüler, benzer bir sonun kendileri içinde olabileceğini unutmadan sahip çıkmalıdır. Bütün planlamalar, destekler, tedaviler hasta odaklı, hastanın yaşam konforunu artırmaya yönelik olmalıdır. Ancak o zaman palyatif bakım ve son dönem hasta bakımı gerçek misyonuna ulaşır. Ancak o zaman bize umut ve endişe ile bakan hastalarımızın ruhuna dokunabilir, onlara fayda sağlayabilir ve hayır dualarını alabiliriz. (11)

Kaynaklar

- 1) Hawley PH, The Bow Tie Model of 21st Century Palliative Care. *J Pain & Sympt Manage* 2014; 47 (1): e2-e5
- 2) Akçakaya, A, Akçakaya, FB. "Palyatif Bakım Tanımı ve Tarihiçesi," Akçakaya A (editör) *In Palyatif Bakım ve Tıp, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri, 2019, pp.2-6.*
- 3) Lagman R1, Walsh D. *Integration of Palliative Medicine Into Comprehensive Cancer Care. Semin Oncol. 2005 Apr;32(2):134-8.*
- 4) <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp-guidelines-2013/>
- 5) https://www.who.int/hmh/GlobalAtlasofPalliative_Care.pdf
- 6) Torun P. "Dünyada Palyatif Bakımın Gelişimi" Akçakaya A (editör) *In Palyatif Bakım ve Tıp, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri, 2019, pp.7-10.*
- 7) Lynch T1, Connor S, Clark D. *Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. J Pain Symptom Manage. 2013 Jun;45(6):1094-106.*
- 8) Akçakaya A., "Palyatif Bakımda Eğitim", *Güncel Sağlık Bilimleri Çalışmaları 1, Tuncay Özgüven, Editör, Akademisyen Kitabevi A.Ş., Ankara, 2019, ss.1-9.*
- 9) Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. *Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2010;1:1-6.*
- 10) Akçakaya, A. "Palyatif Bakım," *In Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, İstanbul: Türkiye Eğitim, Sağlık ve Araştırma Vakfı, 2018, pp.36-37.*
- 11) Akçakaya, A. "Türkiye'de Hastanelerde Palyatif Tıbbın Tarihsel Gelişimi," *İlkılıç İ, Özkaya H, Uçar A. (Editörler), In Palyatif Tıp, İstanbul: İSAR, 2019, pp.1-228.*