

Ekonomi penceresinden son dönem hastalarına verilen hizmetler

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Hâlen Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Hayıatı tehdit eden sağlık problemlerini yaşayan çocukların, yetişkinlerin ve onların ailelerinin yaşam kalitesini yükseltmek üzere kurgulanmış yaklaşıma palyatif bakım, denir. Yaşamın kalan kısmında hep sürüp gidecek olan her türlü bedensel, psikolojik, sosyal ya da manevi sorunların önlenmesi veya dindirilmesi anlamına gelmektedir. Haysiyeti, yaşamın kalitesini ve gittikçe ilerleyen hastalıklarda kanıtlara göre olabilecek en iyi hizmetin sunulmasını hedeflemektedir. Çocukların palyatif hizmetleri ile yetişkinlerinki birbirinden belirgin farklılıklar gösterir. Çocuklara verilen hizmetlerde aileler de hizmete ihtiyaç duyar. Tanı konulmasıyla birlikte bu hizmetler başlar ve çocuk doğrudan hastalıkla ilgili hizmet almasa da aileye bu hizmetler verilmelidir. Özellikle marjinal grupların ve yoksullarla savunmasızların bu hizmetlere erişimi için özel önlemler alınmış olmalıdır (1).

Küresel bir tahminle, bütün ölümlerin %40-60'ında palyatif bakım ihtiyacı vardır. Yetişkinlerin palyatif bakım ihtiyacını gösterdiği durumlar genellikle kardiyovasküler hastalıklar (%38,5), kanser (%34), kronik solunum sistemi hastalıkları (%10,3), AIDS (%5,7) ve diyabet (%4,6) olmaktadır. Bunun dışında kronik böbrek yetersizliklerinde, kronik karaciğer hastalıklarında, romatoid artrit ve vb. bu ihtiyaç ortaya çıkabilmektedir. Dünyada her yıl yaklaşık 20 milyon

kişi yaşamının son yılına girerek palyatif bakım hizmeti ihtiyacı göstermektedir. Bu kişilerin %78'i az gelişmiş veya hiç gelişmemiş ülkelerde yaşayanlar arasındadır. Palyatif bakım hizmeti ihtiyacı gösteren çocukların da %98'i bu ülkelerdedir (1).

Palyatif hizmetler, önceleri sadece kanser hastalarına özgülüğü gibi alınıyorken günümüzde yaşanan toplum demografisiyle bu hizmetlere giderek artan bir ilgi bulunmaktadır. Kaynakların verimli kullanımına tarihte en çok önem verilen dönem yaşanmaktadır ve palyatif hizmetler, diğer hizmet türleri ile rekabet içindedir. Bu nedenle ömrün son dönemine girildiğinde (buna hayatın sonu, yaşam sonu vb. standart bir isim gerekiyor) verilen/verilmesi gereken hizmetlerin maliyetlerine ait çok ayrıntılı bilgimizin olması gerekmektedir (2).

Ömür beklentisi ve tıpta gelişmelerin büyük artış gösterdiği bir yüzyıl geride kalmıştır. Antibiyotikler ve kritik bakım teknolojileri (ventilasyon, diyaliz vb.) insanların daha uzun yaşamasını sağlamışsa da bu durum morbiditenin azaldığı anlamına gelmemekte, yalnızca morbidite sürelerinin uzamasının sonucu ortaya çıkmaktadır. Yaşamın son dönemlerinde demansın artması ve ailelerin yaşlılarına verdiği bakım yeteneklerinin iyice azalması sorunun bir başka boyutunu oluşturmaktadır. Yaşam sonu sağlık ve bakım hizmetlerinin kurumsal yapılara kalmış olması sağlık

hizmetlerinde maliyetlerin çok önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. ABD'de yapılan araştırmalar yaşlılık döneminde yaşın artmasıyla hastaneye yatırılma oranlarının giderek azalma gösterdiğini ortaya koymaktadır. Daha az hastaneye yatırılma yaşlılık dönemindeki kişiler kronik hastalıklardan ve tek başına yaşama işlevlerinin kaybından dolayı uzun dönem bakım merkezlerine ihtiyaç duymaktadır (3). Ülkemizde hem kültürel etkiler hem de uzun dönem bakım merkezlerinin yaygınlaşmamış olması nedenleriyle yaşın ilerlemesiyle birlikte hastaneye daha az yatırılma sonucu da ortaya çıkmamaktadır.

Kanada'nın Ontario Eyaleti'nde hastalarla ve hastalara bakım veren kişilerle yapılan görüşmelerde, büyük bölümünün ölümün evde gerçekleşmesini istediği bulunmuştur. Evde kaliteli bakımın verilebilmesi ve doktorun aksatmadan uygun zamanlarda evde hastayı görmeye gitmesi durumunda bu oran çok yükselmeye başlamıştır. Buna rağmen Ontario'da birçok kişinin, son dönemlerinde palyatif bakım alsalar bile, ölümü hastanede gerçekleşmektedir. Palyatif bakım hizmetlerini 2014-2015 döneminde almış 54 bin kişi üzerinde yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, ömrünün son bir ayı içinde; palyatif bakım alanların %48, hastanede ölenlerin %64, en az 15 gününü hastanede geçirenlerin %25, en az bir kere planlanmamış acil hastane başvurusunda bulunanların %63 olduğu bulunmuştur (4).

Bir sistematik tarama araştırmasında 38 çalışmanın incelemesinden elde edilen sonuçlara göre ömrünün son dönemlerini yaşayan hastaların %33-38'i gereksiz ve faydasız hizmetler almıştır. İlerlemiş dönem hastalarının %28'ine (%11-90 dağılım aralığıyla) resüsitasyon uygulanmıştır. Yoğun bakım ünitesinde ölüm oranı ortalaması %42 (%11-90 dağılım aralığıyla) olmuştur. Bir hastane odasında ölüm oranı %44,5'tir (%29-60 dağılım aralığıyla). Diyaliz, radyoterapi, transfüzyon ve yaşam destek tedavileri gibi aktif uygulamaların verilme prevalansı ortalama %30'dur (%7-77 dağılım aralığıyla). Ölmek üzere olan hastalara yararsız antibiyotik uygulanması, kardiyovasküler, endokrin ve sindirim tedavileri %38'dir (%11-75 dağılım aralığıyla). Faydasız test uygulanması ise %33-50 arasındadır. Son dönemini yaşayan hastalara faydasız da olsa bazı girişimler ve tedaviler kaçınılmazdır ve yapılmalıdır ancak bu yüksek oranlar bize konunun ince ayarlamalarla yeniden profesyonel mercilerin düzenlemelerine ihtiyaç bulunduğunu göstermektedir (5).

Yaşam Sonu Dönemi Sağlık Hizmetlerine Ekonomik Yaklaşım

Son 20-30 yıldır başta ABD olmak üzere bütün dünyanın sağlık yönetimi gündemini meşgul eden önemli bir soru şudur: Yaşama umudu tıbben sona ermiş terminal dönem hastalarına, ne kadar harcama yapılmalıdır? Bu sorunun tıbbi boyutu yanında etik, politik, dini vb. başka boyutları bulunmaktadır. Devlet sağlık sigortası olan Medicare, ABD'de 1978 ile 2006 arasında tüm bütçesinin %25'ten fazlasını yaşama umudu kalmamış hastaların terminal dönem bakım hizmetlerine ayırmıştır ve bu harcama, hasta başına 13,401 \$ ile 38,975 \$ arasında tahmin edilmiştir. Bu hastaların artan maliyetlerinde özellikle kullanılan yoğun bakım hizmetlerinin giderek artmasının etkisi kesindir ve diğer iki etken arasında hastaneye yatırılma oranlarının artışı ve hekim muayene hizmetlerinin yoğunlaşması olduğu öne sürülmektedir. Bu durum, sağlık yönetimi açısından kesinlikle sürdürülemez bir durumdur ve terminal dönemdeki kişilere verilecek hizmetlerin yeniden ele alınıp düzenlenmesine ihtiyaç vardır. Vicdani, insani, etik, ahlaki vb. açılarından ele alınıp insan yaşamının bir gününün bile paha biçilmez değerde olduğunu öne sürmek, var olan kamaşanın akılcı çözümler için ele alınmasının önüne geç-



mekten başka bir işe yaramamakta ve sağladığı faydanın çok sınırlı olmasına rağmen akıl almaz hacimde bir pazarın oluşmasına katkıda bulunmaktadır (6).

Sağlık ekonomisi araştırmaları sağlık hizmetlerinde isabetli karar vermeye yarayan sonuçlar üretmektedir. Palyatif hizmetler için de bunun yapılması gerekiyor. Palyatif bakım hizmetleri çerçevesinde kalacak kişilere hangi kuruluşlar ne tür hizmetler vermekte ve bunu hangi alternatif maliyetler ile yapmaktadır? Anahtar soru budur ve karşılaştırma ile doğru karara ulaşılabilir. Bu karşılaştırmalar esnasında toplumun duyarlılık noktalarını es geçerek yalnızca maliyet ile karara varmak da hata olacaktır. Toplumsal hassasiyetlerimiz için ne kadar maliyete katlanmakta olduğumuzu bile ortaya koymalıyız ve burada akıl dışı duygusalılıklara düşmemeliyiz. Bunun dengesini bulabilmek için hem sağlık ekonomisi hem de sosyoloji, antropoloji vb. bilimlerinin mantığıyla araştırmalar yapıp sonuçları tek potada eritmeliyiz.

Palyatif bakım bağlamında verilen hizmetlerin çok karmaşık, çoklu etkileşim içinde olan unsurlarla bezeli olduğu görülmektedir. Değişik hizmet kuruluşlarının çalışma alanlarına parça parça giren, multisektörel bir etkileşim ağı örüntüsüyle yüz yüzeyiz. Bu hizmetler içinde kalan kuruluşlar ve kişiler resmi veya özel değişik kaynaklardan finansman sağlamaktadır. Hastaneler, yaşlı ve engelli bakım merkezleri, palyatif bakım birimleri, hospisler, evde bakım uygulamaları için içine girmiştir. Ayrıca informal, ailenin kendi çabalarıyla evde verdiği bakımın boyutları da maliyetleri de net olarak ortaya konulamamaktadır. Genel olarak sağlık ekonomisinde maliyet araştırmalarının kural ve yöntemleri açıkça ortaya koyulmuş olsa da bu kural

ve yöntemler palyatif bakım maliyetleri çalışmalarında tam olarak işlememektedir. Belki de bu nedenle, palyatif bakım hizmetlerinin maliyetlerine ilişkin araştırmalar nadirdir. Bu çalışmaların çoğu da yaşam sonuna yaklaşmış kişilerin ailelerinin ve toplumun onlara verdiği destekleri göz önüne almadan yalnızca resmi maliyetleri içeren çalışmalardır.

Gardiner ve arkadaşları 2017 yılında yaptıkları geniş kapsamlı bir sistematik tarama çalışması ile palyatif bakım kapsamına girebilecek hizmet türlerinde gözden kaçırılmaması gereken maliyet kalemlerini ortaya koymuşlardır. Bu çalışmanın özeti sayılabilecek bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir. Burada hastanede hizmet, bakımevinde veya evde profesyonel bakım, hospis veya palyatif bakım merkezinde bakım, aile içinde informal bakım olmak üzere dört ayrı seçeneğin maliyet unsurları ayrıştırılarak göz önüne getirilmektedir. Palyatif bakım ile ilgili maliyet araştırması yapacak kişilerin ve bu konuda politika belirleyicilerin bu unsurları çok iyi bilmesi gerekmektedir.

Bu sayılan bileşenlere bakıldığında, ortaya net bir maliyet-etkililik tablosunun konulmasının kolay olmadığı anlaşılmaktadır. Yapılan bazı çalışmaların palyatif bakım hizmetlerinin hastane hizmetlerinden daha az maliyetli ve/veya daha memnun edici olduğuna ilişkin kanıtlar kesin değildir. Böylelikle konuyla ilgili yeni çalışmaların yapılması ihtiyacı da belirgin hale gelmektedir.

ABD'de Medicare kapsamında hospis hizmetleri de vardır ve bu ödeme mekanizması ayrıntılarıyla belgelendirilmiş durumdadır. NHPCO (National Hospice and Palliative Care Organization)'ın 2012 yılına ait "NHPCO Facts and Figures" isimli raporunda 2011 yılı için ABD'de görülen toplam 2,513.000 ölü-

mün 1,059.000'inin (%44,6) hospislerde gerçekleştiği bildirilmektedir. 1998'den 2008'e gelindiğinde Medicare'in hospislere ödediği miktar 5 kat artarak 2,2 milyar \$'dan 11,2 milyar \$'a erişmiştir. Özel sağlık sigortalarının verdiği poliçe seçeneklerinin de dayandığı temel, yine Medicare'in kapsama koşullarıdır. Bu kapsamda tıbbi hizmetler yanında bakım hizmetleri ve hastaya gereken donanımlar da yer almaktadır (6).

2016 yılında ABD'nin North Carolina Eyaletinde toplam 12,4 milyar dolarlık sağlık harcamasının 2,6 milyar doları (%21) gençlere ve yaşlılara verilen uzun dönem bakım hizmetlerinde harcanmıştır. Bu 2,6 milyar doların %56'sı ise yalnızca yaşlılara yönelik uzun dönem sağlık hizmeti harcamasıdır. Yaşlı bakım evlerindeki hizmetlerle karşılaştırılınca, evde bakım hizmetleri daha kaliteli ve daha az maliyetli sonuçlar vermektedir (3).

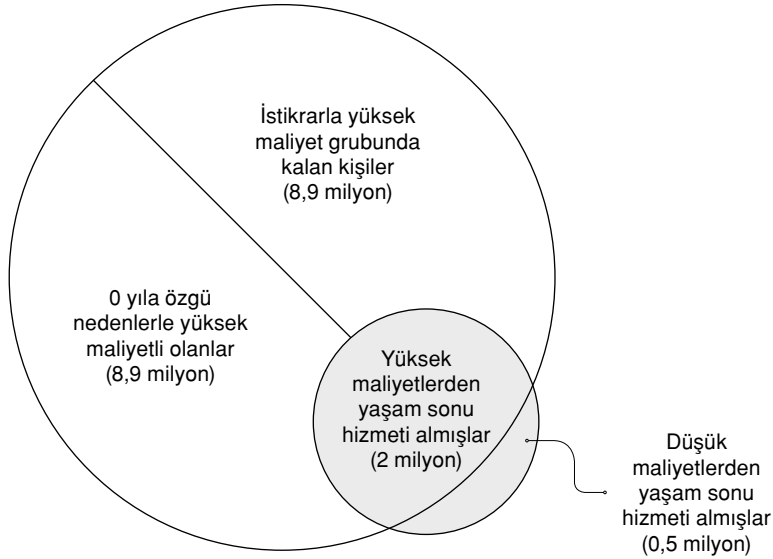
Uzun dönem bakım hizmetinin konum yerine bakılmaksızın, maliyetleri yükselten bir faktör; yoğun bakım hizmetlerinden yarar sağlamayacak olsalar bile ciddi hastalığı olan kişilerin tercihlerine göre onlara hizmetlerin veriliyor olmasıdır. Ancak 2011 yılında ABD'de yapılan öncü bir çalışmada, Medicare harcamalarında en yüksek %5 maliyete erişmiş kişilerin (18,2 milyon kişi) ancak %11'i o yıl içinde ölmüştür. Bu %5'lik yüksek maliyetlilerin %49'u o yıl kalp cerrahisi gibi yüksek maliyetli bir işlem görmekte, ama daha sonraki yıl bunların çok büyük bölümü düşük maliyetliler arasına karışmaktadır. Yüksek maliyetlilerin %40'ı 2011'den önce veya sonra da yüksek maliyetli hastalar grubuna girmiş ve hep yüksek maliyetli olması çok muhtemel kimselerin oranıdır. 2011 yılında ölen yaklaşık 2,5 milyon kişinin 500 bini (%20) yüksek maliyetli hastalar arasında değilken ölmüştür. Bütün bu bulguların bize gösterdiği iki gerçek vardır: 1) Yaşam sonu hizmetlerin maliyetleri yüksek sağlık harcamalarının ana nedeni değildir. 2) Öyle olsa bile, yaşam sonuna yaklaşmış kişiler maliyetleri de göz önünde bulundurmamakta ve gereksiz işlemlere harcama yapmaya çok istekli olmamaktadır (3). Bu çalışmanın sonuçlarını özetleyen şema Şekil 1'de gösterilmiştir.

Bu sonuçların ABD ülkesinde geçerli olduğunu, ülkemizde yaşam sonuna yaklaşmış kişilerin ve ailelerinin tercih yaparken ne gibi bir tavır içinde oldu-

Tablo 1: Palyatif Bakım ve Bileşenlerinin Ekonomik İncelenmesinde Unsurlar ve Genel Çerçeve.

Perspektif	Maliyet Türleri	Maliyetin Bileşenleri
Hasta ve aileleri ve/veya cemiyyet Devlet/Kamunun finansmanı ile verilen sağlık hizmetleri Üçüncü taraf/ özel sektör/kar amacı gütmeyen kuruluşlar	Hastane	Hastaneye yatırılma/yatak, gün
		Personel maliyetleri
		Tıbbi malzeme, cihaz vb.
		Yatan hasta işlemleri (ameliyat, kemoterapi vb.)
		Tanı koyma işlemleri, lab., görüntüleme vb.
		İlaçlar ve ilaç uygulamaları
		Ayaktan hasta müracaatı
		Acil Servise gelişler
		Ambülans vb. taşıma
		Hastanede günlük hizmet
		Ayaktan hizmetler (kemoterapi vb.)
		Geleneksel ve tamamlayıcı uygulamalar
		Amortisman ve bina gibi sabit giderler
		Palyatif bakım birimi müracaatı
Palyatif bakım ayaktan hizmet müracaatı		
Bakımevinde veya Evde Profesyonel Bakım	Bakımevinde veya Evde Profesyonel Bakım	Aile hekimine gidişler
		Hekimin veya hemşirenin ev ziyaretleri
		Diğer sağlık profesyonellerinin ev ziyaretleri (sosyal çalışmacı, psikolog, ergoterapist vb.)
		İlaç ve ilaç uygulama
		Tıbbi ekipman, tıbbi yardım ve uyarılma
		Günlük bakım hizmetleri
		Bakımevinde ve uzun dönemli bakım ünitelerinde kalışlar
		Taşıma
		Tanı testleri ve lab. masrafları
		Kişisel destek (banyo, beslenme, giyinme, evde yardım vb.)
		Diğer sosyal hizmetler
		Beslenme danışmanlığı
		Ağız diş sağlığı hizmetleri
		İletişim masrafları
Soluklanma ve dinlenme hizmetleri ve rehabilitasyon		
Sabit giderler		
Hizmet kullananlara hizmet alması için doğrudan yapılan ödemeler		
Hospis ve Uzmanlaşmış Palyatif Bakım	Hospis ve Uzmanlaşmış Palyatif Bakım	Yatırılarak hospis tedavi kalışları / yatak.gün
		Personel maliyetleri
		Tıbbi malzeme
		Yatırılış işlemleri
		Tanı koyma işlemleri, lab. vb.
		İlaçlar ve ilaç uygulama
		Ekipman ve yardımlar, adaptasyon hizmetleri
		Ayaktan hasta müracaatı ve klinikler
		Evde hospis uygulamaları
		Uzmanlaşmış palyatif bakım biriminden ev ziyaretleri
Palyatif bakıma başlangıç maliyetleri		
İnformel hizmetler	İnformel hizmetler	Ev bakıcıları
		Ev halkının bakım desteği
		Ekipman ve yardımlar, ev adaptasyonları
		İlaç uygulamaları
		Sigorta ödemeleri
		Seyahat ve barınma masrafları
		Cepten ödemeler (park ücreti, yeme içme vb.)
		İşten kayıplar nedeniyle gelir kaybı
		Bakıcıların saatlik veya günlük ödemeleri
		Kullanıcı katkısı içindeki ödemeler

Kaynak: Gardiner et al. 2017. Çeviren: Haydar Sur.



Şekil 1: ABD'de 2011 yılında en yüksek maliyetli %5 grubu hastaların (18,2 milyon kişi) kalıcı veya geçici - o yıla özgü yüksek maliyetli olma ve yaşam sonu hizmeti alma durumları.

Kaynak: Natalie C. Emecoff, Sally C. Stearns, 2018.

ğunu gösteren kapsamlı ve ayrıntılı bir çalışma yapılmamıştır. Bu konuda takdire değer bir çalışma Hacettepe Üniversitesinde gerçekleştirilen Meltem Saygılı'ya ait doktora tezi çalışmasıdır. Bahsedilen çalışmada palyatif bakım merkezinden hizmet alan 60 hasta, devlet hastanesinde genel bakım alan 59 hasta ve evde sağlık hizmeti alan 41 hasta (toplam: 160 hasta) ve onlara bakım veren 154 aile üyesiyle gerçekleştirilmiştir. Çalışmada palyatif bakım merkezi ile devlet hastanesi genel hasta servislerinde yatan hastalara ait maliyet ve etkililik sonuçları toplumsal bakış açısı ile, evde sağlık hizmetleri ile sunulan palyatif bakım hizmetlerinin maliyet-etkililik sonuçları hasta perspektifi ile değerlendirilmiştir. Etkililik ölçümünde; hastalar için semptomlardaki iyileşme, yaşam kalitesi düzeyleri, aldıkları hizmetten memnuniyet düzeyleri ve hastaya bakım veren aile üyeleri için, aile bakım memnuniyeti ve aile bakım yükü değerlendirilmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre; devlet hastanesinde genel bakım alan hastaların semptom düzeylerinde, palyatif bakım merkezinde hizmet alan hastalara göre daha fazla iyileşme yaşandığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Yaşam kalitesi değerlendirmesinde; genel sağlık durumu, fonksiyonel durum ve semptom durumu açısından en kötü skorlar palyatif bakım merkezinde palyatif bakım alan hastalarda ölçülmüştür ($p < 0,05$). Yaşam kalitesi açısından en iyi genel sağlık durumu düzeyi evde sağlık hizmeti alan hastalarda ölçülürken; fonksiyonel durum değerlendirmesinde, en iyi skorlar devlet hastanesinde genel bakım alan hastalardan elde edilmiştir ($p < 0,05$). Hastaların ve bakım veren aile

üyelerinin aldıkları hizmetten duydukları memnuniyet düzeyi en yüksek model, Palyatif Bakım Merkezi Modeli olmuştur ($p < 0,00$). Ailelerin bakım yükünün en yüksek olduğu model yine Palyatif Bakım Merkezi Modeli'dir. Palyatif bakım modelleri arasında aile bakım yükü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Hizmet alınan modellere göre QALY kazanımları değerlendirildiğinde; palyatif bakım merkezinden hizmet alan hastaların QALY değeri ortalama $-1,0 \pm 4,0$, devlet hastanesinde genel bakım alan kanser hastalarının QALY değeri ortalama $1,5 \pm 4,8$ ve evde sağlık hizmeti alan hastaların QALY değeri ortalama $2,5 \pm 3,3$ olarak hesaplanmıştır. Maliyetlerin değerlendirilmesinde ise; doğrudan ve dolaylı maliyetlerin (cepten harcamalar) en yüksek olduğu model, "Palyatif Bakım Merkezi Modeli" olmuştur. Çalışmada maliyet-etkililik değerlendirmesinde, elde edilen kazanımlar açısından "İlave Maliyet Etkililik Oranları" hesaplanarak modeller karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere göre; toplumsal perspektiften ele alındığında devlet hastanesinde genel bakım almak, palyatif bakım merkezinde bakım almaktan daha maliyet-etkili bulunmuştur. Hasta perspektifinden karşılaştırma yapıldığında ise; evde sağlık hizmeti modeli, devlet hastanesinde genel bakım modeli ve palyatif bakım merkezi modeline göre daha maliyet-etkili bulunmuştur. Hasta perspektifinden, yaşam kalitesine ilişkin kazanımlar değerlendirildiğinde (genel sağlık durumu, fonksiyonel durum ve semptom düzeyi) yine en maliyet-etkili model evde sağlık hizmetleri modeli olmuştur. Hasta perspektifinden, hasta memnuniyet düzeyi değerlendirildiğinde, en maliyet-etkili yöntem; devlet has-

tanesinde genel bakım modeli iken, ailelerin memnuniyet düzeyleri ve bakım yükleri açısından en maliyet-etkili model Evde Sağlık Hizmetleri Modeli olarak bulunmuştur (7).

Sonsöz

Ülkemizde bir yandan yoğun bakım hizmetlerinin, acil servislerin ve ambulans taşımalarının neredeyse yarıdan fazlasının gereksiz kullanım sayılabileceğinden hiç kuşku yoktur. Bu hizmetler de sağlık hizmetlerinin en maliyetli kısımlarını oluşturanlar arasındadır. İhtiyaç bulunduğu takdirde her maliyete katlanarak hizmeti sürdürülebilmek için gereksiz kullanımları olabildiğince azaltmak yönünde çalışmalar yapılmalıdır. Toplumsal bilincin oluşturulmasına yönelik çabaların yanında, acil servislerin ve yoğun bakım ünitelerinin son dönem hastalarının ve yakınlarının buldukları yerlere sığınarak hem ihtiyacını kısmen giderdiği hem de içini rahatlatığı ortamlar olmaktan çıkarılması gerekmektedir. Bunu sağlayabilmek için de özellikle son dönem hastalarına yönelik hastaların ve yakınlarının kabul gösterebileceği şekilde kurgulanmış yaşam sonu destek merkezleri yaygınlaştırılmalı ve Sağlık Bakanlığı'nın bu alandaki çalışmalarına hız verilmelidir.

Kaynaklar

- 1) WHO, *Planning and Implementing Palliative Care Services: A Guide for Program Managers*, Geneva, 2016.
- 2) Clare Gardiner, Christine Ingleton, Tony Ryan, Sue Ward and Merryn Gott, *What Cost Components Are Relevant for Economic Evaluations of Palliative Care and What Approaches Are Used to Measure These costs? A systematic Review*, *Palliative Medicine* 2017, Vol. 31(4) 323–337. DOI: 10.1177/0269216316670287.
- 3) Natalie C. Emecoff, Sally C. Stearns *Costs at the End of Life: Perspectives for North Carolina*, *N C Med J*. 2018;79(1):43-45. 0029-2559/2018/79110.
- 4) Health Quality Ontario, *Palliative Care at the End of Life, Ontario*; 2016.
- 5) M Cardona-Morrell, JCH Kim, RMTurner, MAnstey, IA Mitchell, K Hillman, *Non-beneficial Treatments in Hospital at the End of Life: A Systematic Review on Extent of the Problem*. *International Journal for Quality in Health Care*, 016, 28(4), 456–469, DOI: 10.1093/intqhc/mzw060.
- 6) Haydar Sur, Didem Sur, *Tıbben Bitmiş Sayılan Ömürlere Hospis Çözüm mü? SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, Eylül-Ekim-Kasım 2015 tarihli 36. Sayı:36-41.
- 7) Meltem Saygılı, *Üç Farklı Palyatif Bakım Hizmet Modelinin Kanseri Hasta – Hastaya Bakım Veren Aile Üyeleri Açısından Değerlendirilmesi ve Maliyet-Etkililik Analizi*, *Doktora Tezi*, Hacettepe Ün Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2016.