



TÜRKİYE'DEKİ PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNİN BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELER İLE KARŞILAŞTIRILMASI

THE COMPARISON PALLIATIVE CARE SERVICES OF TURKEY WITH
SOME DEVELOPED COUNTRIES

Zeynep KAVŞUR

Arş. Gör., Marmara Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık
Yönetimi Bölümü
İstanbul/Türkiye.
R. Asst. Marmara University, Faculty
of Health Sciences, Department of
Health Management
Istanbul/Turkey.

zeynep.kavsur@marmara.edu.tr

ORCID ID: 0000-0001-8071-6903

Esra SEVİMLİ

Öğr. Gör., İstanbul Arel Üniversitesi,
Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü
İstanbul/Türkiye.
Asst. Istanbul Arel University,
Department of Health Institutions
Administration
Istanbul/Turkey.

esra.sevimli@arel.edu.tr

ORCID ID: 0000-0001-7119-0882

Makale bilgisi | Article Information

DOI: 10.47994/usbad.780187

Makale Türü / Article Type: Derleme Makale / Review Article

Geliş Tarihi / Date Received: 13.08.2020

Kabul Tarihi / Date Accepted: 02.10.2020

Yayın Tarihi / Date Published: 20.12.2020

Yayın Sezonu / Pub Date Season: Aralık / December

Bu Makaleye Atıf İçin / To Cite This Article: Kavşur, Z. & Sevimli, E. (2020).
Türkiye'deki Palyatif Bakım Hizmetlerinin Bazı Gelişmiş Ülkeler ile Karşılaştırılması.
USBAD Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi 2(4), 715-730.

İntihal: Bu makale intihal.net yazılımınca taranmıştır. İntihal tespit edilmemiştir.

Plagiarism: This article has been scanned by intihal.net. No plagiarism detected.



İletişim: Web: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usbad>
mail: usbaddergi@gmail.com

Öz: Palyatif bakım Dünya'da yeni bir disiplindir. Yeni bir disiplin olmasına rağmen hızlı bir şekilde kendini sağlık sistemlerine adapte etmiştir. Palyatif bakım hizmetlerindeki ana amaç, hayatı tehdit eden bir hastalığa sahip bireylerde acının dindirilmesi için gerekli olan bütüncül yaklaşımı sağlamaktır. Bu çalışmanın amacı, bazı gelişmiş ülkeler ile Türkiye'nin palyatif bakım hizmet politikaları ve uygulama alanları hakkında bilgi sunmaktır. Çalışma kapsamına Kanada, Danimarka, Almanya, İngiltere, ABD, Japonya ve Türkiye dahil edilmiştir. Sonuç olarak, palyatif bakım hizmetleri Kanada, İngiltere, Japonya, Almanya, Danimarka gibi ülkelerde ulusal sağlık sisteminin bir parçasıdır ve finansmanı kamu tarafından sağlanmaktadır. Palyatif bakım bu ülkelerin sağlık sistemlerine iyi entegre edilmiştir. ABD'ye bakıldığında, palyatif bakım ve hospis bakım ayrımı söz konusudur. Medicare programı bazı eyaletlerinde palyatif bakımın bir kısmını ödeme kapsamına almasına karşın; hospis bakımın tamamını bütün eyaletlerinde ödeme kapsamına almaktadır. Palyatif bakımı hastanelerine ilk adapte eden ülke ise İngiltere'dir. Ayrıca çalışmaya alınan ülkelerde palyatif bakım merkezlerinde gönüllülerin de çalıştırılması ve yasal düzenlemelere koyulması dikkat çekmektedir. Dikkat çeken bir diğer husus ise palyatif bakım kullanıcılarının çoğunluğunu kanser hastalarının oluşturmasıdır. Türkiye değerlendirildiğinde, palyatif bakım çalışmaları ve yasal düzenlemeleri daha çok yenidir ve ayrıca ağrı kontrolünün yanında kanser hastalarına odaklanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Palyatif Bakım, Sağlık Politikası, Ülkeler

Abstract: Palliative care is a new discipline in the world. Although it is a new discipline, it have been rapidly incorporated into the reimbursement mechanisms of health systems. The aim of this study is to provide information about Turkey's palliative care policy and scope of practices along with some developed countries. This review study was included Canada, Denmark, Germany, United Kingdom, USA, Japan and Turkey. As a result, palliative care services are part of the national healthcare system in countries such as Canada, UK, Japan, Germany, Denmark, and they are financed by the public healthcare systems. Palliative care is well integrated into the health systems of these countries. When USA is examined, palliative care and hospice care differ from each other. Although the Medicare program provides reimbursment some of the palliative care services in some states, it has been covered all hospis services in all states. The first country to integrete palliative care to hospitals is UK. In addition, it is noteworthy that volunteers are employed in the palliative care centers and put them into legal regulations in the countries included in the study. Moreover, another remarkable point is that cancer patients comprise the majority of palliative care users. When it is evaluated Turkey, legal arrangment and organizing of palliative care service are still very poor and new. Besides also Turkey's palliative care services focuses on pain control to cancer patients.

Keywords: Health Services, Palliative Care, Health Policy, Countries

GİRİŞ

Palyatif kelimesi Latince *pallium* (pelerin, kadınlar tarafından giyilen bir üst giysi) sözcüğünden gelmektedir ve *palliare* "gizlemek, örtmek" anlamına gelmektedir. Önce Fransızca ve Latince dillerinde kullanılmış daha sonra İngilizce literatürüne girmiştir. "Palliative" sözcüğü İngilizce terminolojisinde hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılmaktadır (Greydanus ve Merrick, 2014). Türk Dil Kurumu sözlüğü de palyatif sözcüğünü tanımlamış ve onun tanımına göre ise palyatif "Hastalığı tamamen iyileştirmeyen, yatıştırıcı olan, tesiri geçici olan ilaç veya tedavi" şeklinde iken, ikinci tanımı ise "Geçici ve kısa süreli, kesin çözüm sağlamayan, esaslı olmayan" şeklindedir (Turgay, 2010). İlk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında Fransa'da kurulmuştur. Modern anlamda ilk hospis (*hospice*; son dönem hasta bakım merkezi) hizmeti ise 1967 yılında İngiltere'de hemşire Cicely Saunders tarafından başlatılmıştır. İlk kez 2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımın tanımlamasını yapmıştır (WHO, 2002). DSÖ'nün yaptığı tanıma göre palyatif bakım; "Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle uğraşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psiko-sosyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanmasıyla; acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Çocuklar için yapılan tanımda ise palyatif bakım; çocuğu bedensel, zihinsel ve spiritüel bir bütünlük içerisinde değerlendirmeyi ve aynı zamanda aileye verilen desteği içermektedir" (WHO, 2002).

Palyatif bakım Dünya'da yeni bir disiplindir. Böyle olmasına rağmen hızlı bir şekilde kendini sağlık sistemlerine adapte etmiştir. Bu hareketin hızlı bir şekilde gelişmesinin en önemli nedenleri; tedavisi mümkün olmayan hastalara gerekli bakım ve hizmetlerin günümüzde gittikçe önem kazanması, yaşlanan nüfus ve kanser prevalansının artmış olmasıdır (Bağ, 2012). Bir diğer neden ise yaşam sonunda uygun desteği ve bakımı almanın temel bir insan hakkı olarak görülmesidir (Luckett vd., 2014). Her ülkenin yasal düzenlemeleri kültürel ve dini inanışlara bağlı kalınarak, bireylerin özgürlüğüne saygı çerçevesinde palyatif bakım hizmetlerini planlaması gerekmektedir (Turgay, 2010). Palyatif bakım tıpkı yaşam gibi ölümü de doğal bir süreç olarak görmektedir. Palyatif bakım hizmetlerindeki ana amaç,

hayatı tehdit eden bir hastalığa sahip bireylerde acının dindirilmesi için gerekli olan bütüncül yaklaşımı sağlamaktır. Son dönem hastaların birçok semptomu bulunmaktadır ve palyatif bakımın bir diğer amacı da hastalıklar sonucu ortaya çıkan semptomları azaltmaktır (Meghani, 2004).

ABD'deki terminal dönem (terminal period; yaşamsal fonksiyonların belirli bir süre içinde sonlanmasının beklendiği süre) hastalarının yaşadığı semptomların oranları incelendiğinde, kanser hastalarının yaklaşık %90'ının ağrısı bulunmaktadır. Hastaların %50'si nefes almakta zorlanmakta ve yaklaşık %70'inin halsizliği ve iştahsızlığı bulunmaktadır. Konjestif kalp yetmezliği ile ilgili en büyük sıkıntı ise nefes darlığı, halsizlik ve ağrıdır; yaklaşık %90'ının nefes darlığı ve halsizliği; yaklaşık %80'inin ağrıları vardır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip olan hastaların en büyük problemi sırasıyla nefes darlığı, halsizlik ve ağız kuruluğudur. Hastaların tamamı nefes darlığı, yaklaşık %90'ı halsizlik ve %85'i ağız kuruluğu problemi ile karşı karşıya kalmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği hastalığı olanlarda ise en büyük problem halsizlik ve uykusuzluktur. Demans hastalarında görülen en sık problem ise nefes alamama ve ağrıdır. Son olarak AIDS hastalarının büyük çoğunluğunda ise ağrı, nefes darlığı ve halsizlik görülmektedir. Terminal dönem hastaların yaşadığı problemler göz önüne alındığında palyatif bakımın bir ihtiyaç olduğu dikkat çekmektedir (Kelley ve Morrison, 2014).

2014 yılında, 67. Dünya sağlık asamblesi palyatif bakım hizmetlerinin bakımın sürekliliğinde, bakıma yaşamı tehdit eden hastalığın tüm aşamalarında erişimde, birinci basamak, toplum ve evde bakım hizmetlerine entegre bir şekilde ve de ulusal sağlık güvencesi kapsamında sağlık sisteminin bir parçası olarak güçlendirilmesini teşvik etmiştir. DSÖ ülkelerin büyük çoğunluğunda palyatif bakım hizmetlerinin çok sınırlı sunulduğunu ve milyonlarca hasta ve hasta yakınının palyatif bakım hizmetlerinin eksikliğinden dolayı acılarıyla baş başa kaldığını belirtmiştir (WHO, 2014). Ayrıca, ülkelerin insani gelişmişlik düzeyleri ile palyatif bakım servislerinin gelişmişliği arasında pozitif yönlü bir ilişki de söz konusudur (Wright vd., 2008). Sonuç olarak; gelişmiş ülkelerin insan yaşamının sonuna yönelik yaklaşımını anlamak önemlidir. Ölüm de yaşamak gibi doğal bir süreçtir. Ölüm sürecini doğru yorumlamak ve kişinin ihtiyaçlarına yönelik hizmet sunmak daha çok gelişmiş ülkelerde bir hak olarak görülmektedir. Bunun yanı sıra yaşamın sonunda acıların dindirilmesi,

bireylerin inançları doğrultusunda telkinde bulunulması ve yaşamın sonunda olan hastanın yakınlarına hastalık ve yas sürecinde destek verilmesi gelişmiş ülkeler tarafından bir hizmet olarak algılanmaktadır (Luckett vd., 2014; Marchildon, 2013; Olejaz vd., 2012).

Bu çalışmanın amacı, Türkiye ve bazı gelişmiş ülkelerin palyatif bakım hizmet politikaları ve uygulama alanları hakkında bilgi sunmaktır. Çalışma kapsamına Kanada, Danimarka, Almanya, İngiltere, ABD, Japonya gibi gelişmiş ülkeler ve Türkiye'nin palyatif bakım hizmet sunumları dahil edilmiştir.

1. BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELERDE PALYATİF BAKIM HİZMET SUNUMLARI

1.1. Kanada

Kanada'da her bölge ve il sağlık sigorta programlarını Kanada sağlık yasasında belirtilen federal standartlara göre düzenlemektedir. Kanada sağlık sistemi ulusal kapsamlı ve sağlık hizmetlerinin kamu tarafından fonlandığı bir sistemdir. Palyatif bakım hizmetleri de bu tür sağlık hizmetlerinin içinde kabul edilmektedir. Kanada'da palyatif bakım hizmetleri büyük kentlerde hem evde hem hastanede sunulmaktadır. Ancak daha az gelişmiş kırsal bölgelerde küçük hasta popülasyonundan dolayı bu hizmet türü gelişmemiştir. Kanada'da palyatif bakım hizmetlerinin %70'inden fazlası kamusal fonlarla finanse edilmektedir (Dumont vd., 2009). Palyatif bakım hizmetlerinin çoğu kanserden ölmekte olan hastalara sunulmaktadır. Bu hastaların büyük çoğunluğu hizmetlerini hastanelerde almaktadırlar (Widger vd., 2007). Ontario'da palyatif bakım hizmeti alanların %80-85'i kanserli hastalardır. Nova Scotia'da kanserli hastaların palyatif bakım alma oranı %80-90 arası olduğu rapor edilmiştir. Kanser, Kanada'da ölümlerin %30'undan sorumludur. 2015 yılında 196.900 kanser tanısı konulmuş ve bu yıl içinde 78.000 kişi kanserden dolayı hayatlarını kaybetmiştir. 2030 yılına kadar kanser prevalansında %40 artış beklenmektedir (Canadian Cancer Society, 2016). Bu göstergeler Kanada'da palyatif bakıma olan ihtiyacın daha da artacağını göstermektedir.

1991'de "Kanada Hospis Palyatif Bakım Birliği" kurulmuştur. Bu kuruluş kar amacı gütmeyen bir organizasyondur ve hastaların hastane dışı palyatif bakım hizmetlerinin erişimine kendini adanmıştır. Kuruluş, ayaktan palyatif bakım hizmeti için uygulama rehberleri ve ulusal normlar hazırlamıştır (Marchildon, 2013). Kuruluşun çalışmaları

ile birlikte son zamanlarda, yaşam sonu bakımın lokasyonunda önemli değişiklikler olmuştur. 1994-2004 yılları arası hastanede ölümlerin oranında %77,7'den %60,6'ya bir düşüş olmasına karşın; evde ölümlerin oranında %19,3'ten %29,5'e bir yükselme görülmüştür (Wilson vd., 2009). 2014 yılında yayınlanan bir raporda lokasyona göre palyatif bakım maliyetleri hesaplanmış ve Kanada'da bir hastanede palyatif bakım hizmetinin gün başı maliyeti 1.100 dolar iken palyatif bakım ünitesi olan bir hastanede bu bakım maliyeti gün başına 770 dolar, evde palyatif bakım hizmeti almanın gün başı maliyeti ise 100 dolar olarak bulunmuştur (Canadian Cancer Society, 2016). Çoğu hasta yaşamın sonunda evinde ölmeyi tercih etmektedir ve görüldüğü gibi palyatif bakım hizmetlerinin kişinin yaşadığı doğal ortamında verilmesinin maliyeti diğer merkezlere oranla çok daha düşüktür.

Kanada'da büyük hastanelerin çoğunda palyatif bakım servisleri bulunmaktadır. 1970'de kanser tedavisi küratif ve palyatif olarak bölünmesiyle palyatif bakımın temelleri ilk defa atılmıştır. Hastane temelli bir palyatif bakım organizasyonu devam ederken bölgeler ve iller tarafından finanse edilen ve yönetilen evde palyatif bakım hizmetlerinde önemli değişimler mevcuttur (Marchildon, 2013). Hospis palyatif bakımdan yararlanım oranı bütün ölümlerde %16-%30 arasındadır ve bu bakım hizmetlerinin %90'ını kanserli hastalar tarafından kullanılmaktadır (Klinger vd., 2014).

1.2. Danimarka

Danimarka'da palyatif bakım hizmeti temel ve uzman bakım olmak üzere iki düzeyde organize edilmiştir. Temel palyatif bakım doğrudan genel sağlık sistemine entegre edilmiştir ve hizmet sunumunu genel pratisyenler, belediyenin evde bakım hizmetleri ve hastane departmanları üstlenmiştir. Uzmanlaşmış palyatif bakım hizmetlerini ise palyatif bakım takımı, hospisler ve palyatif bakım birimleri sunmaktadır (Olejaz vd., 2012). Yasalar, terminal dönem hastasının kendi evinde, hastanede ve bakım evinde tedavisine ve bakımına göre bölgelerin ve belediyelerin genel yükümlülüklerini belirlemektedir. Yasalar özellikle palyatif bakıma erişimin, ilacın, fizyoterapinin, psişik desteğin, temizliğin daha çok temin edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Yasalara göre, bölgeler terminal dönem hastalarının tedavilerini yapmakla yükümlüdür. Son on yılda, hükümet hospis kanununu defalarca revize etmiştir. Farklı hospis kanunları (The current hospice law is part of the health act),

bölgelere hospislerle hospis yatak sayıları ile ilgili anlaşmalar yapmayı zorunlu kılmıştır ve bu özel kuruluşların tamamen bölgeler tarafından fonlanmasını şart koşturmuştur. Bunun sonucunda, hospis sayıları hızla artmıştır ve 2011 yılında bu sayı 17 hospisin toplamında 208 yatak kapasitesine ulaşmıştır. Hospislerin büyük çoğunluğu kar amacı gütmeyen kuruluşlardır. Hospislerde çalışan gönüllüler yaklaşık olarak palyatif takımın üçte birini oluşturmaktadır (Olejaz vd., 2012).

Palyatif bakıma ihtiyacı olan hastalar ikinci basamak sağlık hizmetlerine erişimde sağlık sisteminin içindeki diğer hastalar ile aynı kurallara tabidirler. Palyatif bakım hastaları ikinci basamak sağlık hizmetleri için genel pratisyenlerinden sevk almak zorundadırlar. Ancak hastalar anlaşmalı olan hospis merkezlerine sevk almaksızın başvurabilmektedir (Olejaz vd., 2012).

2009 yılında, palyatif bakım için "Danimarka Multidisipliner Kanseri Grubu" kurulmuştur. Bu grup ulusal klinik rehberler geliştirmektedir ve ulusal Danimarka palyatif bakım veri tabanını oluşturmakta ve uzmanlaşmış palyatif bakımın kalitesini değerlendirmektedir. 2010 yılında "Kanser Planı Üç" kapsamında hükümet tarafından palyatif bakım öncelikli alan olarak belirlenmiştir ve gelecek dört yıl içinde palyatif bakımın geliştirilmesi için bütçe ayrılması planlanmıştır. Uzmanlaşmış palyatif bakıma erişim arttırılmıştır. Hospis yatak sayısı 2014 yılında 250'ye çıkarılmıştır (Olejaz vd., 2012).

1.3. Almanya

Palyatif bakım Almanya'da 1983'de Köln Üniversitesi cerrahi bölümüne bağlı olarak ilk palyatif servisin kurulmasıyla başlamıştır. Alman Sağlık Bakanlığının 1991-1996 palyatif tedavi için model çalışma başlatmasıyla palyatif servis sayısı çok kısa bir sürede artmıştır ve her geçen gün palyatif servis sayısına bir yenisi eklenmektedir. Almanya'da yaşamın sonuna gelmiş çoğu hastaya sağlık bakım sunucuları tarafından palyatif bakım hizmetleri verilir ve bakım hizmetleri maliyetleri genel sağlık bakım hizmetinin bir parçası olarak finanse edilmektedir (Bağ, 2012).

Almanya'da palyatif tıpta sistematik eğitim son zamanlarda gelişmeye başlamıştır. Yıllardır palyatif tıp eğitimine gereken önem verilmemiştir ve sınav sisteminin içine de dahil edilmemiştir. 1995'te hekimler uzmanlıklarına ek olarak ağrı tedavisi yeterlilik belgesi almaya başlamışlardır. 2003 yılından itibaren palyatif bakımda tıp

fakültelerinde ek yeterlilik belgesi programı düzenlenmektedir. 2003 yılında tıp fakültesi müfredatına seçmeli ders olarak konulmuş ve hemşire eğitimine zorunlu ders olarak eklenmiştir. 2009 yılında ise federal birlik palyatif tıbbi tıp fakültesi müfredatına yerleştirmiştir (Busse ve Blümel, 2014).

Almanya'da uzmanlaşmış palyatif bakım servisleri ve hospisler arasında yapısal, finansal ve düzenleme alanında ayrılıklar söz konusudur. Hastanelerde palyatif bakım servisleri özel ağrı tedavisine odaklanmıştır. Bu eyalet yatırımları tarafından finanse edilen, TIG (Teşhisle İlgili Gruplar) vasıtasıyla ödemesi yapılan ve genel hastane düzenlemelerine bağlı olan bir sistemdir. Diğer yandan, hospis bakım hizmetleri yaşamın sonuna yönelik psiko-sosyal desteğe odaklanan bir bakım hizmeti sunar ve hizmet gönüllülerle desteklenen hemşireler tarafından verilmektedir. Tıbbi bakım ayakta hizmet sunan hekimler tarafından sunulmakta ve zorunlu sigortalar aracılığıyla fonlanmaktadır (Busse ve Blümel, 2014).

Yatan hasta palyatif bakım servisleri yapısı 1990'da büyük çapta genişlemiştir. 1996 ve 2011 yılları arasında palyatif bakım servisleri sayısı 28'den 231'e yükselmiştir. Aynı yükseliş hospis bakım merkezlerinde de olmuştur ve hospis bakım merkezleri sayısı 30'dan 179'a artmıştır. Palyatif bakım yatak sayısı 1 milyon popülasyonda 17 iken hospis yatak sayısı 1 milyon popülasyonda 18'dir. Tahmin edilen yatak ihtiyacı göreceli olarak daha yüksektir (Busse ve Blümel, 2014).

Ayakta bakım hizmetlerine entegre edilmiş olan palyatif bakım hizmetleri yeni mevzuat çerçevesinde kompleks ağırlı ve değişik semptomlu hastaların bakım hizmetlerini karşılayan uzman ekipleri ile yatan hasta hizmetlerinden önceliği almıştır. Hospis hizmetleri sunan kurumlar çoğunlukla psiko-sosyal ve destekleyici hizmetleri de sunmaktadır. Bu kurumlar bir ağ organizasyonu yaklaşımıyla çalışmaktadırlar. Almanya'da palyatif bakım hizmetlerinde yararlanma oranı bütün ölümlerde %12'dir. Bu hastaların %90'ı kanser hastasıdır (Klinger vd., 2014).

1.4. İngiltere

İngiltere hem hospis bakımın hem de hastane temelli palyatif bakım uygulamalarının gelişmesine öncülük etmiş bir ülkedir. 1976 yılında St. Thomas Hastanesi'nde ilk palyatif bakım ünitesi açılmıştır. 1999 yılına gelindiğinde Avustralya, Kanada ve ABD gibi ülkeler hastanelerde palyatif bakım ekibinin varlığı konusunu tartışırken,

İngiltere'de 340 hastanede palyatif bakım ekibinin oluşturulduğu görülmektedir (Higgison vd., 2002).

1990 yılına kadar palyatif bakım hizmetleri gönüllü kuruluşlar tarafından verilmiştir. 1990 yılında NHS (National Health Service-Ulusal Sağlık Hizmeti) palyatif bakım stratejisini geliştirmiştir. 2000 yılında kanserli hastalarının ve yakınlarının hospis ve palyatif bakım servislerinde desteklenmeleri için ek fonlar ayırmıştır. 2003 yılına gelindiğinde Sağlık Kurulu ölümcül hastalıkların ileri evrelerinde olanların bakım kalitesini artırmak için yaşam sonu bakım programını duyurmuştur. Kanser ve HIV / AIDS hastaları için en iyi yöntemler diğer yaşam koşullarına uygulanmış ve sağlık kurulunun belirlediği standartlara ulaşmak için daha çok çalışan, palyatif bakım eğitimi almıştır. 2008 yılında yaşam sonu bakım stratejileri sağlık kurulu servislerine entegre edilmesi için bir bakım stratejisi tavsiye etmiştir (Seán, 2011).

Uzman palyatif bakım hizmetleri bünyesinde doktoru, hemşireyi, sosyal çalışmacıyı ve psikoloğu barındırmaktadır. Bu çalışanlar hasta ve yakınları için semptom kontrolünde, ağrının hafifletilmesinde, duygusal destek sağlamada özel eğitim almaktadırlar. Genel palyatif bakım hizmetleri ise uzman olmayan ekip tarafından verilmektedir. Palyatif bakım hizmetleri çoğunlukla gönüllü hospis merkezleri tarafından sunulur ve NHS'de bu yatakların sayısı palyatif bakım servisleri arasında %20'dir. Çocuklar için palyatif bakım hizmetleri yine gönüllü servisler tarafından verilmektedir (Seymour, 2012).

1.5. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) palyatif bakım uygulamaları çoğunlukla hastane temelli, toplum temelli, uzun dönemli bakım şeklinde sunulmaktadır. Başlangıçta Kuzey Amerika'da akademik tıp merkezleri bünyesinde kurulan palyatif bakım programları, daha sonra diğer hastanelere de yayılmıştır. ABD'de son on yılda palyatif bakım programları %150 büyümüştür. Şimdilerde 300 veya daha fazla yataklı hastanelerin %90'ında, 50 veya üzeri yatak kapasitesine sahip hastanelerin üçte ikisinde palyatif bakım programları bulunmaktadır (Kelley ve Morrison, 2014).

Geri ödeme sistemlerinde, ödeyici kurumlar palyatif ve hospis arasında bir ayırım yapmışlardır. Palyatif bakım bir ölümcül hastalığın tanısını takiben hastalara hastalığın herhangi bir aşamasında verilebilen hizmetlerdir. Palyatif bakım hastaneler, klinikler

bakımevleri, evde bakım hizmetleri ve diğer sağlık organizasyonları tarafından sunulabilmektedir. Bakım genellikle evde, hastanede ve uzun dönem bakım merkezlerinde hastaya verilebilmektedir. Diğer yandan hospisler tahminen genellikle altı ayın altında olmak üzere birkaç ayı kalmış terminal dönem hastalar için palyatif bakım hizmetlerinin kapsamlı bir şekilde sağlanmasıdır. Hospis bakımının medicare kapsamında geri ödemesi yapılmaktadır. Hospis bakım kullanımı 1983 yılında medicare yararlanım paketinin içine alınmasıyla beraber artmıştır. Hospis bakım evde ya da kurumlaşmış hastane, bakım evi ve emekli merkezi gibi yerlerde verilebilmektedir. Bunun yanında ABD'de ayakta hospis merkezleri de bulunmaktadır. Hospislerin %58'i bağımsız kuruluşlardır. Diğerleri %21'i hastanelere, %19,5'i evde bakım hizmetlerine, %1,4'ü bakım evlerine bağlıdır. Bütün hospislerde doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, papaz, gönüllüler, ev sağlık yardımcılarında oluşan bir takım bulunmaktadır. Medicare geri ödeme yapılan hospislere hastabakım saatlerinin en az %5'inde gönüllülerin kullanılması şartını koymuştur. Gönüllü faaliyetleri üç alanda gerçekleşmektedir: Bu hizmetler (Rice, 2013);

- Hasta ve ailesi ile zaman geçirmek,
- Temizliği sağlamak
- Bağış bulmak ya da kaynak sağlamak şeklindedir.

Palyatif bakım hizmetlerini genellikle 65 yaş üstü kişiler almaktadır. Palyatif bakım hizmeti alanların yaygın hastalığı, %50'den fazlası kanser hastaları, diğer grup ise konjestif kalp yetmezliği, kronik obstrüktif pulmoner hastalığı, kronik ağrı, organ nakli, AIDS, ağır travma ve felç gibi hastalığı olan bireylerdir. Palyatif bakım ve hospis bakım arasında geri ödemesi bakımından farklılıklar vardır. Medicare, bazı palyatif bakım hizmetleri için ödeme yaparken hospis bakımının tamamının geri ödemesini yapmaktadır. Ayrıca 47 eyalette palyatif bakımın bir kısmını karşılarken hospis bakımı tüm eyaletlerde kapsamına almaktadır. Hospis bakım palyatif bakıma göre daha maliyet etkindir (Rice, 2013).

ABD'de bütün ölümlerin yaklaşık %41'i hospis ve palyatif bakım merkezleri altında gerçekleşmektedir. Bunların %52'sini kanser hastaları oluşturmaktadır (Klinger vd., 2014).

1.6. Japonya

Japonya'da 1981 yılında Hamamatsu şehrinde, Seirei Mikatahara Hastanesi'nde bir palyatif bakım servisi açılmıştır. Bu Japonya'da

palyatif bakıma adanmış ilk yataklı tesis olmuştur. O andan itibaren sadece tıp uygulayıcıları değil, toplum da terminal bakım ile ilgilenmeye başlamış ve palyatif bakım üniteleri giderek ülkenin farklı bölgelerinde açılmaya devam etmiştir. 1990 yılında palyatif bakım yatış ücretleri sağlık sigortasına dahil edilmiş, böylece sertifikalı palyatif bakım üniteleri ulusal sağlık sigortasından giderlerinin sabit bir bölümünü almaya başlamıştır. 2012 yılında Japonya'da, palyatif bakım ünitesine sahip 250 tıbbi kuruluş bulunmaktadır (Tsuneto, 2013).

Eğitim faaliyetleri palyatif bakım hizmetlerinin ulusal çapta yayılmasında öncülük etmiştir. Palyatif bakım eğitimi birinci basamak palyatif bakımı ve uzman palyatif bakımı olmak üzere ikiye bölünmüştür. Birinci basamak palyatif bakım eğitimi tıbbi uygulayıcılara verilen temel semptom yönetimi, iletişim ve takım çalışması yaklaşımı öğreten temel yetenek ve bilgilerin kazandırılmasını amaçlamaktadır. Uzman palyatif bakım eğitimi ise birinci basamak palyatif uygulamaların başa çıkamadığı durum ve semptomlarda uzman yetenek ve bilgiyi kazandırmayı hedeflemektedir. Japonya'da Palyatif bakım sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu tarafından verilir (Tsuneto, 2013). Japonya'daki palyatif bakım ekibi fiziksel semptomların giderilmesinden sorumlu bir tam zamanlı hekim, psikolojik semptomlarla ilgilenen tam zamanlı bir hekim, palyatif bakım deneyimi olan tam zamanlı bir hemşire ve palyatif bakım deneyimi olan bir eczacıdan oluşmaktadır (Tsuneto, 2013).

Japonya'da palyatif bakım ile ilgili üç sıkıntıdan bahsedilmektedir:

- Bunlardan ilki, palyatif bakım uygulamaları arasında bir entegrasyonun bulunmamasıdır. Hastane ve toplum temelli uygulamaların entegrasyonu bir gerekliliktir.
- İkinci zorluk, palyatif bakım uzmanlarına büyük ihtiyaç olmasıdır. 2012 yılı itibariyle palyatif bakım uzmanlığı eğitimi veren 39 kurul, 327 onkoloji sertifikalı uzman hemşire ve 1089 palyatif bakım sertifikalı hemşire olduğu raporlanmıştır. Bu sayılar klinik bakım uygulama ihtiyaçlarını karşılamak için yetersizdir.
- Üçüncü zorluk ise yüksek kalitede palyatif bakım ve yaşam sonu hizmetlerinin sadece kanser hastaları ile sınırlı kalmaması ve diğer yaşamı tehdit eden hastalıklar için de

geçerli olmasıdır. Ulusal sigortası kanser dışındaki diğer yaşamı tehdit eden hastalıklar için palyatif bakım hizmetini sunmamaktadır (Tsuneto, 2013).

2. TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM HİZMET SUNUMU

Türkiye'de "palyatif bakım" kavram olarak henüz tam anlamıyla yerleşmemiş olup "destek bakım" ve "son dönem bakım" olarak düşünülmüş ve genellikle ağrının kontrol altına alınması olarak algılanmıştır (Turgay, 2010). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan Türkiye Kanser Kontrol Programında (2016) palyatif bakımın en önemli konusu ağrı yönetimi olarak görülmüş ve bu konuda hekim ve hemşire eğitiminin yeterli olmadığı belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Palyatif bakım amaçlı ilk hospis girişimi kanserli hastalar için 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından ve Hacettepe Onkoloji Hastanesinin yakınında bir Ankara evi 12 odalı bir hospis olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ülkemizde hastane temelli palyatif bakım merkezine yönelik ilk düzenleme kanserle mücadele kapsamında 2010 yılında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2 yatak ile başlatılmıştır. Onkolog, fizik tedavi uzmanı, psikolog, hemşire, din adamı ve sosyal gönüllülerin bulunduğu 10 kişilik ekip ile bu merkezde hizmet sunumuna başlanmıştır (Yılmaz, 2015; Kabalak, 2014).

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı palyatif bakım konusunda yaşanan sıkıntıların giderilmesi amacıyla bakanlığın ilgili birimleri ile ülkemizde "Palya-Türk Projesi"ni hazırlamıştır. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı öncülüğünde hazırlanan Palya-Türk Projesi esas olarak aile hekimliği üzerine kurulu ve primer olarak hemşire bakımı üzerine oturtulan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen bir sistemdir (Yılmaz, 2015).

Türkiye'de yasal düzenlemeler kapsamında, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 09.10.2014 tarih ve 640 sayılı "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yürürlüğe girmiştir. 07.07.2015 tarihinde yataklı sağlık tesislerinde sunulmakta olan palyatif bakım hizmetlerinin yeniden yapılandırılması amacıyla palyatif bakım merkezlerinin fiziki şartları, personel, donanım özellikleri ve hizmet kıstaslarını

düzenleyen yeni bir yönetmelik yayımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Ülkemizde Palyatif bakım hizmetleri büyük oranda devlet tarafından finanse edilen üniversite hastanelerinde gerçekleştirilmektedir. Hastanelerin çeşitli servislerinde veya onkoloji ünitelerinde sunulmaya çalışılmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün istatistiklerine göre ülkemizde toplamda 81 ilde, 5.091 yatağı ile 383 kamu hastanesinde palyatif bakım merkezi hizmet vermektedir. En fazla yatak kapasitesine sahip iller sırasıyla; İstanbul (524), İzmir (360), Bursa (280), Balıkesir (226) ve Ankara (215)'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

3. TARTIŞMA VE SONUÇ

Palyatif bakım Dünya'da yeni bir disiplindir. Palyatif bakımın ana amacı, hayatı tehdit eden bir hastalığa sahip bireylerde acının dindirilmesi için gerekli olan bütüncül yaklaşımı sağlamaktır. Yeni bir disiplin olmasına rağmen hızlı bir şekilde kendini sağlık sistemlerine adapte etmiştir. Bu hareketin hızlı bir şekilde gelişmesinin en önemli nedenleri; tedavisi mümkün olmayan hastalara gerekli bakım ve hizmetlerin günümüzde gittikçe önem kazanması, yaşlanan nüfus ve kanser prevalansının artmış olmasıdır (Bağ, 2012). Ayrıca yaşam sonunda uygun desteği ve bakımı almanın temel bir insan hakkı olarak görülmesi de palyatif bakım hizmetinin sağlık sistemlerine entegrasyon sürecini hızlandırmıştır.

Gelişmiş ülkelerin palyatif bakım hizmet yaklaşımlarını ve modellerini incelemek sağlık politikalarına yön vermek açısından önemlidir. Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte toplumda yaşlı popülasyon oranlarında artışlar yaşanmakta, yaşlı nüfusla beraber hastalıklar daha karmaşık hale gelmekte ve kronikleşmekte, buna ek olarak kanser prevalansı tüm dünyada artış göstermektedir. Bu kadar karışıklığın yanında konvansiyonel tıp hastalıklarının tedavisinde yetersiz kalmakta ve farklı semptomları da ortaya çıkarmaktadır. (Lockett vd., 2014; Marchildon, 2013). Artık tedavi edilemeyen ve aldığı tedavi sonucu farklı durumlarla karşı karşıya kalan hastalar hem ölüme yakındır hem de buldukları ıstıraptan kurtulmaları gerekmektedir. Bu mantık çerçevesinde gelişen palyatif bakım hizmetleri, gelişmiş ülkelerde sağlık sistemlerine iyi entegre olmuştur ve bir insan hakkı olarak görülmektedir.

Palyatif bakım hizmetleri Kanada, İngiltere, Japonya, Almanya, Danimarka gibi ülkelerde ulusal sağlık sisteminin bir parçasıdır ve finansmanı kamu tarafından sağlanmaktadır. Palyatif bakım bu ülkelerin sağlık sistemlerine iyi entegre olmuştur (Dumont vd., 2009; Sean, 2011; Tsuneto, 2013). ABD'ye bakıldığında, palyatif bakım ve hospis bakım ayrımı söz konusudur. Medicare programı bazı eyaletlerinde palyatif bakımın bir kısmını ödeme kapsamına almasına karşın; hospis bakımın tamamını bütün eyaletlerinde ödeme kapsamına almaktadır (Rice, 2013). Palyatif bakımı hastanelerine ilk adapte eden ülke İngiltere'dir. Ayrıca palyatif bakım merkezlerinde gönüllülerin de çalıştırılması ve yasal düzenlemelere koyulması dikkat çekmektedir. Dikkat çeken bir diğer husus ise palyatif bakım kullanıcılarının çoğunu kanser hastalarının oluşturmasıdır (Higgison vd., 2002).

Türkiye'de ise, palyatif bakım çalışmaları ve yasal düzenlemeleri daha çok yenidir ve ağrı kontrolünün yanında kanser hastalarına odaklanılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Palyatif bakım sadece ağrı kontrolü olarak görülmemeli; psişik destek, sosyal, rehabilite edici ve din hizmetleri gibi hizmet alanlarını içine alan multidisipliner bir bakış açısı ile değerlendirilmelidir. Bu açıdan bakıldığında, Türkiye'de palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların her türlü hizmetlerinin karşılanmasına yönelik sağlık hizmetlerinin diğer hizmetler (sosyal hizmetler, din hizmetleri, psişik hizmetler vs.) ile entegrasyonu bulunmamaktadır. Aynı zamanda eğitilmiş sağlık personeli eksikliği, opioidlere erişim sıkıntısı da söz konusudur.

Sonuç olarak, gelişmiş ülkelerin palyatif bakım hizmet yaklaşımlarını ve modellerini incelemek, ülkemiz sağlık politikalarına yön vermek açısından önemlidir.

KAYNAKÇA

Bağ, B. (2012). Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi* 27(3), 142-149.

Busse, R. & Blümel, M. (2014). Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition* 16(2), 1-296.

Canadian Cancer Society. (2016). *Right to Care: Palliative Care for All Canadians*.

Dumont, S. Jacobs, P. Fassbender, K. Anderson, D. Turcotte V. & François, H. (2009). Costs Associated with Resource Utilization During

the Palliative Phase of Care: A Palliative Perspective *Palliative Medicine* 23(8), 708-717.

Greydanus, D. & Merrick, J. (2014). Neonatal Period, Palliative Care and End of Life. *Journal of Pain Manage* 7(3), 189-196.

Higgison, J. I. Finlay, I. Goodwin, D. M. Cook, A. M. Hood, K. Edwards, A. G. Douglas, H. R. & Norman, C. E. (2002). Do Hospital-Based Palliative Teams Improve Care For Patients or Families at the End of Life?. *Journal of Pain and Symptom Management* 23(2), 96-106.

Kabalak, A. (2014). Türkiye'de Palyatif Bakım: 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler. *Anestezi Dergisi* 22(3), 121-123.

Kelley, A. & Morrison, S. (2014). Palliative Care for the Seriously III. *The New England Journal of Medicine* 373, 747-755.

Klinger, C. A. Howell, D. Zakus, D. & Deber, R. B. (2014). Barriers and Facilitators to Care for the Terminally Ill: A Cross-Country Case Comparison Study of Canada, England, Germany and the United States. *Palliative Medicine* 28(2), 111-120.

Lockett, T. Phillips, J. Agar, M. Virdun, C. Green, A. & Davidson, P. (2014). Elements of Effective Palliative Care Models: A Rapid Review. *BMC Health Services Research* 14(136), 1-22.

Marchildon, G. P. (2013). Canada: Health System Review. *Health Systems in Transition* 15(1), 1-179.

Meghani, S. (2004). A Concept Analysis of Palliative Care in the United States. *Journal of Advanced Nursing* 46(2), 152-161.

Olejaz, M. Nielsen, A. J. Rudkjøbing, A. Birk, H. O. Krasnik, A. & Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: Health System Review. *Health Systems in Transition* 14(2), 1-192.

Rice, T. (2013). United States of America: Health System Review. *Health Systems in Transition* 15(3), 1-431.

Seán, B. (2011). United Kingdom (England): Health System Review. *Health Systems in Transition* 13(1), 1-486.

Seymour, J. (2012). Looking Back, Looking Forward: The Evolution of Palliative and End-of-Life Care in England. *Mortality* 17(1), 1-17.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). Palyatif Bakım Hizmetleri. Erişim Adresi: <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php> Erişim Tarihi: 15.05.2019.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 24.05.2020.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Yayını. Ankara.
- Tsuneto, S. (2013). Past, Present and Future of Palliative Care in Japan. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 43(1), 17-21.
- Turgay, G. (2010). Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. (Yüksek Lisans Tezi). YÖK Ulusal Tez Merkezi, 282438.
- WHO. (2014). *Sixty-Seventy World Health Assembly*. 19-24 May, Geneva.
- WHO. (2002). *National Cancer Control Programmes, Policies and Managerial Guidelines*. 2nd Edition.
- Widger, K. Beaune, L. Humbert, N. & Rugg, M. (2007). Pediatric Patients Receiving Palliative Care in Canada. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 161(6), 597-60.
- Wilson, D. M. Truman, C. D. Thomas, R. Fainsinger, R. Burns, K. Froggatt, K. & Justice, C. (2009). The Rapidly Changing Location of Death in Canada, 1994–2004. *Social Science & Medicine* 68, 1752-1758.
- Wright, M. Wood, J. Lynch, T. & Clark, D. (2008). Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global View. *Journal of Pain and Symptom Management* 35(5), 469–485.
- Yılmaz, A. (2015). Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Erişim Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> Erişim Tarihi: 25.05.2020.