



Destek Evi Çalıştay Raporu

Editörler

Prof.Dr.Fehmi AKÇİÇEK

Prof.Dr.Gökhan AKBULUT

Dr.Aylin ÇİFTÇİ



SAĞLIK ARAŞTIRMA GELİŞTİRME VE EĞİTİM DERNEĞİ (SAGED)

DESTEKEVİ ÇALIŞTAY RAPORU

05 MAYIS 2014 İZMİR

Editörler

Prof. Dr. Fehmi Akçiçek
Prof. Dr. Gökhan Akbulut
Dr. Aylin ÇİFTÇİ

Editör Yardımcıları

Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR
Doç. Dr. Nil TEKİN
Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN
Psk Mevlüt ÜLGİN

İzmir, 2015

ISBN: 978-605-85416-4-1

BASKI: YEDİVEREN MATBAA

Çalıştay Raporu Nestlé Health Science
Türkiye'nin Koşulsuz destekleriyle basılmıştır

ÖNSÖZ

Hospisteriminin Latince'de hopes ("misafir") ve hospitium ("misafirperverlik", "misafirhane") sözcüklerindengeldiği 'Misafirhane, İmarethane ve Dârûlaceze' 'leri ifade ettiği belirtilmektedir. Türkçe olarak "Destek evi" ve "Destek bakım" olarak kullanılması önerilmektedir. Destek evi genel olarak ölüm sürecindeki her yaştaki bireye, insan onuruna yakışır biçimde refakat edilen, bireylere ve ailelerine fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönden kendilerini iyi hissetmeleri için interdisipliner ve bütüncül bir bakış açısıyla alanında deneyimli uzmanlarca destek sunulan bir merkez olarak tanımlanabilir.

Destek evlerine her yaştan bireyin çocuk, erişkin ve yaşlının hizmet gereksinimi olabilir ve buna göre düzenlemelerin yapılması gerekebilir. Ancak ülkemizde ve dünyada yaşlı nüfusun arttığı bilinen bir gerçektir. Kronik hastalıkların tedavilerindeki gelişmelerle birlikte yaşam süresinin giderek uzamasına karşın yaşlı hastalar tam olarak iyileşememekte, yetilerinde belirgin azalmalar olmakta, bağımlılık düzeyleri artmaktadır. Ülkemizde artan yaşlanma olgusu ile birlikte bu gereksinimlere uygun sağlık ve sosyal hizmet sunum alanları ve yeni bakım modelleri daha fazla gündeme gelmektedir. Giderek yaşlanan ülkemizde, kentimizde yaşamının son döneminde olan yaşlı hastalara yönelik hizmet talebi de giderek daha fazla artmaktadır.

İşte bu gereksinimlerden yola çıkarak İzmir’de Aile ve Sosyal Politikalar Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve E.Ü. Tıp Fakültesi İç. Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı’nın öncülüğünde ilimizdeki ilgili diğer üniversite, kurum ve kuruluşların desteğinde kurumlar arası işbirliği ile düzenlenen “Destek Evi Çalıştayı 5 Mayıs 2014 Pazartesi günü saat: 09.00 ile 18.00 arasında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ‘nde düzenlenmiştir. Çalıştaya Ege Üniversitesi, Katip Çelebi Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Adnan Menderes Üniversitesi ve Celal Bayar Üniversitesi’nden akademisyenlerin yanı sıra ilimizdeki bazı hastanelerin yöneticileri, çeşitli branşlardan doktorlar, hemşireler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, eğitimciler ile ilimiz bünyesinde çeşitli kamu kuruluşlarında ve özel çalışan mimarlar katılmıştır.

Oturlarlarda ‘Destek Bakım ve Destek Evi Kavramı, Destek Evi Kimlere Hizmet Vermeli?’ ‘Destek Evinde Hizmet Sunumu Nasıl Olmalı?’ ‘Destek Evinde Mimari Nasıl Olmalı?’ Konuları ele alınmıştır. Tıbbi tedaviye daha fazla yanıt vermeyen son dönem hastalar ile ilerlemiş kronik hastalığı olan hastaların semptom kontrolünün sağlandığı, ev ortamına sahip mekanlarda, kimlere, nasıl ve hangi mimari yapıda hizmet verilmesi gerektiği konuları konunun taraflarıyla kapsamlı bir şekilde tartışılmıştır.

Çalıştayda Palyatif Bakım çalışmalarında İzmir'in öncü rol oynadığı vurgulanarak destek evi çalışmalarında da bu öncü rolün sürdürülmesi gerektiği ortaya konmuştur. Türkiye'nin ilk destek evinin (hospis) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı'nın işbirliği ve üniversitelerin katkılarıyla İzmir'de açılması çalışmalarına başlanacağı belirtilmiştir. Çalıştay kurumlararası işbirliğinin önemi, interdisipliner bir yaklaşımla sürdürülen bu alandaki çalışmaların geliştirilerek sürdürülmesi vurgusu yapılarak kapatılmıştır.

Bu rapor 'Destek Evi' çalıştayının ürünü olarak hazırlanmıştır. Bu çalışmaya öncülük eden değerli yöneticilerimize, hocalarımıza, yerel yönetimler ile sivil toplum kuruluşu temsilcilerine, sağlık ve sosyal hizmet sunumu yanısıra mimari alanda çalışan ve tecrübelerini paylaşan çalışan profesyonellere, genel olarak destek ve katkı veren tüm değerli katılımcılara teşekkür eder, şükranlarımızı sunarız.

Çalıştayların hazırlanması ve yürütülmesi yoğun çaba, emek ve zaman gerektirir. Bu süreçte emeği geçen düzenleme kuruluna, çalıştay başkanlarına, raportör ve grup sorumlularına da ayrıca teşekkür eder, şükranlarımızı sunarız.

Bu raporun ülkemizde giderek hizmet gereksinimi artan destek evlerinin oluşturulması, ilgili mevzuatların düzenlenmesinde politikaları oluşturan kurum ve kuruluşlar ile sağlık ve sosyal hizmet sunumunda çalışan profesyonellere yararlı olmasını dileriz.

Katkıda Bulunan Kuruluşlar:

İzmir Valiliği
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel
Müdürlüğü
İzmir Büyükşehir Belediyesi
Ege Üniversitesi
Katip Çelebi Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
İzmir İl Halk Sağlık Müdürlüğü
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü
Sosyal Güvenlik Kurumu İl Müdürlüğü
Türkiye İş Kurumu İl Müdürlüğü
İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İzmir Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
Karşıyaka Devlet Hastanesi
Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi
Tire Devlet Hastanesi
Dikili Devlet Hastanesi
Konak Belediyesi
Bornova Belediyesi
Seferihisar Belediyesi
Balçova Belediyesi
Gaziemir Belediyesi
Dikili Belediyesi
Ege Geriatri Derneği
Bulaşıcı Hastalıkları Önleme Derneği
Türkiye Alzheimer Derneği İzmir Şubesi
İzmir Aile Hekimleri Derneği
Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği İzmir Şubesi
Celal Koç Mühendislik

Destek Evi Çalıştayına Katkısı Bulunan Katılımcılar:

Soyad ve Ad (Soyadı alfabetik sıraya göre yazılmıştır)	Çalıştığı Kurum
İsmail ALTIOK	İzmir Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü
Prof. Dr. Fehmi AKÇİÇEK	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD. Geriatri BD
Prof. Dr. Gökhan AKBULUT	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Elif ÜNSAL AVDAL	İ.K.Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof.Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları AD.
Ayşe BABACAN	ASPB Foça Huzurevi
Diler BAŞTÜRK	Sağlık Bakanlığı, İnşaat. Onarım Daire Başkanlığı.
Dr. Aylin Sena BENLİER	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü , Halk Sağlığı Şube Müdürü
İsmail BİNGÖL	İl Milli Eğitim Müdürlüğü , Atatürk ASML
Naciye Kadriye CANTİLOV	İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği , Genel Sekreterliği
Perihan ÇETİN	İ.K.Ç.Ü. Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu
Doç. Dr. Güzel DİŞCİGİL	Adnan Menderes Üniversitesi, Aile Hekimliği ABD
Ali Rıza DEMİRDELEN	İzmir Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü
Uzm. Hem.Gönül DÜZGÜN	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Palyatif Bakım Merkezi
Oran DÖNMEZ	ASPB, İzmir İl Müdürlüğü
Hüseyin ELBİ	Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi ,Aile hekimliği
Derya EMİROĞLU	Dikili Belediyesi
Zekeriya ERTAŞ	ASPB, Yaşlı Bakım Hizmetleri Daire Başkanı
Vuslat Doğan ERSEN	ASPB, İzmir İl Müdürlüğü
Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU	Ege Üniv. Hemşirelik Fakültesi, Emekli Öğretim Üyesi
Abdurrahman GÜÇLÜ	Zübeyde Hanım Huzurevi
Uzm. Dr. Yusuf Adnan GÜÇLÜ	Tepecik Ve Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği
Uzm. Dr. Aysel GÜRSOY	Anılar Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi
Ayşe KARAHÜSEYİN	ASPB, Narlıdere Huzurevi YBRM
Gül KAYSERİLİ	ASPB, Narlıdere Huzurevi YBRM
Dr. Mustafa KELEŞOĞLU	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği
Devrim KISAALİOĞLU	Sağlık Bakanlığı, İnşaat. Onarım Daire Başkanlığı.
Celal KOÇ	Celal Koç Mühendislik
Uzm. Dr. Işıl KÖSE	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Anestezi Reanimasyon
Arzum KANBER KUNTAY	ASPB, İzmir İl Müdürlüğü
Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ	D.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Özge Yılmaz KÜSBECİ	İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji
Selcen Sakaoğlu MANAVGAT	İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği, Genel Sekreterliği
Nadir MAŞALACI	İzmir Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdür Yrd.
Doç. Dr. Haluk MERGEN	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği
Prof. Dr. Kamer MUTAFOĞLU	D.E.Ü. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ABD
Vildan AVKAN OĞUZ	D.E.Ü. Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hast. Ve Klin. Mik. ABD
Esra ÖKSEL	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL	İ.K.Ç.Ü. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD
Serap ÖZER	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Araştırma Görevlisi
Atike ÖZTÜRK	ASPB, İzmir İl Müdürlüğü, İzmir Huzurevi
Dr. Nurcan PIRGAN ÇAKIR	Bornova Belediyesi, Evde Bakım Hizmetleri
Shu. İpek SEZER	İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği , Genel Sekreterliği
Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD. Geriatri BD
Belgin ŞENTÜRK	ASPB İzmir Huzurevi
Resül TAŞAN	İzmir Ekonomi I Üniversitesi
Uzm. Dr. Pınar TOSUN TAŞAR	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD. Geriatri BD
Doç. Dr. Nil TEKİN	ASPB Narlıdere Huzurevi YBRM Müdür Yardımcısı
Dr. Mustafa TOKDEMİR	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği
Özlem UĞUR	D.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi
Psk. Mevlüt ÜLGİN	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Özen VARDAR	Sağlık Bakanlığı, İnşaat. Onarım Daire Başkanlığı.
Recep YAĞCIOĞLU	ASPB, Narlıdere Huzurevi YBRM Müdür Yardımcısı
Doç. Dr. Yasemin KUZEYLİ YILDIRIM	Ege Üniv., Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları AD.
Zafer YILDIRIM	İzmir Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürü
İpek ALMASULU YURT	ASPB Buca Rehabilitasyon Merkezi
Dr. Nehire Tüten YÜKSEKOĞLU	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü , Halk Sağlığı Şube Müdürü
Dr. Avni ZİYAN	Dikili Devlet Hastanesi Baştabibi

DESTEK EVİ DESTEK BAKIM

Hospis Latince'de hopes ("misafir") ve hospitium ("misafirperverlik", "misafirhane") sözcüklerinden oluşan Rahiplerin; Hacıları ve gezginleri misafir ettikleri Misafirhane, İmarethane ve Dârûlaceze'leri ifade etmektedir.

Destek evleri tarihsel süreç içerisinde 4. yy Roma döneminde St Fabiola'nın fakir hacılar için ilk hospis'i açması ile başlamıştır. MS IV. yüzyıla gelindiğinde de bu yerler dini kuruluşlara devredilmiştir. Ortaçağ'da bu gelenek yaşatılmaya çalışılmışsa da Reform dönemiyle hospis merkezlerinin birçoğu kapatılır ya da manastırlara dönüştürülmüş ve 16-18. yy Hastaların çoğu terminal dönemde evde çoğunlukla kadın aile üyeleri tarafından bakımları üstlenilmiştir. 1834'de Mary Aikenhead'in Dublin'de ilk Hospis "St Vincent's Hospital" merkezini açmasına kadar devam etmiştir. Jeanne Garnier'in 1842 yılında Fransa'da ilk Hospis merkezini "Calvaire" açması ile devam etmiş ve 1900 yılında bu merkezlerin sayısı 6'ya ulaşmıştır. Hospis hareketinin oluşumunda büyük bir katkı yaptığı bilinen Jeanne Garnier, hospisi bugünkü anlamda ilk kez **"yaşamının son dönemini yaşayan hastaların bakımı ve bu hastalara eşlik etme"** olarak tanımlamıştır. *USA'de ilk Hospis* 1899 yılında Rose Hawthorne tarafından *St. Rose's Hospice* adı altında New York'da açılmış ve bunu altı merkez izlemiştir. Hospis kavramının ilk bilimsel nitelik kazanması Dame Cicely Saunders ile başlamaktadır. Saunders, ölüm sürecinde olan hastaların bir birey olarak algılanmalarının, yaşama bağlı kalarak yeterli bakım ve tedavi ihtiyaçlarının karşılanmasının gerekliliğini vurgulamış "ölüm bambaska olabilir, insanca ve onurlu" görüşü ile St. Christopher's Hospice (1967) adı altında Londra'da ilk modern hospisi kurarak günümüzdeki hospis düşüncesinin temel prensiplerini, ilk modern yaşam sonu bakım yaklaşımını oluşturmuştur. İlk modern Hospis oluşumunu; en üst düzeyde klinik bakım,

eđitim ve arařtırma olmak üzere üç temel prensip üzerine oluřturmuř ve hastanenin sađladıđı olanaklarla birlikte evin sıcak atmosferini de iđerecek tipte bir bakım verme dűřűncesi nedeni ile merkezlerini Hospis olarak adlandırmıřtır.

Yařam sonu bakımın verildiđi Hospislerin Dűnyada geliřimine bakıldıđında 1964 yılında Gűney Kore (Calgary), 1970 yılında Japonya, 1974 yılında Kanada ve 1980'li yillarda Afrika'da uygulanmaya bařladıđı gűrűlmektedir. űlkemizde tarihsel sűreç incelendiđinde 1895 yılında II. Abdűlhamit tarafından kurulan Darűlaceze kurumu Hospis bakımı bir merkez olarak deđerlendirilebilir. űlkemizde Palyatif Bakım uygulamalarının Sađlık Bakanlıđı'nın Palya-Tűrk Projesi kapsamında Palyatif Bakım Merkezleri'nin kurulması planlanmakta ve bu dođrultuda çalıřmalar yapılmaktadır. Palya-Tűrk, Aile Hekimi ve Evde Sađlık Hizmetleri űzerine odaklanmıř, akut bakım merkezleri ve destek evlerini (hospis) iđereren toplum temelli multidisipliner bir model olarak uygulanmaktadır. Hospis kavramı dilimizde "Destek evi" ve "Destek bakım" olarak kullanılmaktadır.

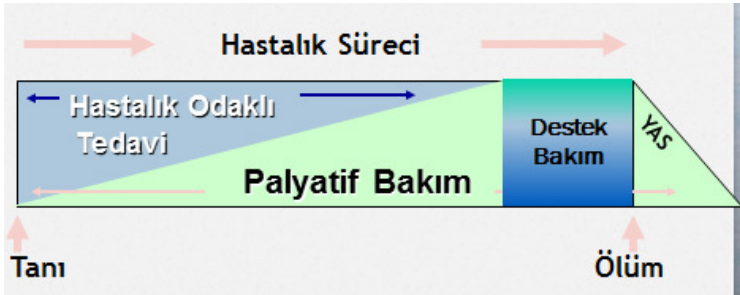
"Destek evleri"; ۆlűm sűrecindeki bireylere, insan onuruna yakıřır bir biçimde refakat edilen, bireylere ve ailelerine fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yűnden kendilerini iyi hissetmeleri iđerin interdisipliner ve bűtűncűl bir bakıř ağısıyla alanında deneyimli uzmanlarca destek sunulan merkezler olarak tanımlanabilir. Destek evleri, genellikle 15-30 yataklı, evin sıcaklıđını sunan, hastaların sevdiđi yiyecek ve giyeceklerden, evdeki oturma sistemine benzer dűřenme vb hořuna gidecek her tűrlű konforun sađlandıđı yerlerdir (Resim 1).

Resim 1. Destek Evi Örnekleri



“Destek Bakım” ise, yaşamının son döneminde bulunan hastalara, mevcut olan tüm tedavi yöntemlerinin denenmesine karşın kür şansı olmadığından dolayı artık aktif tedavi uygulanmadığı ya da bir tedavi aramanın çoktan bırakıldığı, palyatif bakım felsefesi eşliğinde hastadaki rahatsız edici semptomların kontrol edildiği ve yaşam kalitesinin mümkün olan en iyi seviyede tutularak, bu bireylere yaşamlarının son dönemlerini geçirmeleri için kurumsal bünye içinde sunulan bir sağlık hizmeti olarak açıklanabilir (Şekil 1). Destek Bakım, hastanın ve ailenin yaşı, cinsiyeti, uyuşu, ırkı, inancı, cinsel tercihi, tanısı, yetersizliği, primer bakımın uygulanabilirliği ve ücret ödeme yeterliliğine bakılmaksızın tüm terminal dönem hastaları için palyatif bakım hizmetlerini kapsamaktadır.

Şekil 1: Palyatif Bakım ve Destek Bakım



Destek Bakımın temel felsefesi, hastanın tıbbi semptomlarının yanı sıra tıbbi semptomlarının yanı sıra duygusal, sosyal ve manevi gereksinimlerini sağlamaktır. Bu felsefe doğrultusunda Destek bakımın amaçları ise;

- Yaşamın uzatılması veya kısaltılması değil
- Hastalığın tedavisi üzerine odaklanılmayıp, hastanın konforunun ön planda tutulması
- Ağrı yaşanmaması için agresif ağrı tedavi yöntemleri uygulanabilmesi
- Testler gibi tıbbi girişimler ızdırap veren semptomu ortadan kaldırmak için mutlaka yapılması gerektiği durumlarda yapılması
- Onurlu ve iyi ölümün sağlanması
- Sevdikleri ile birlikte evde destek bakımın verilmesidir.

Destek bakım hizmetleri Palyatif bakım hizmetlerinde olduğu gibi evde, hastanede ve destek evlerinde verilebilmektedir. Yapılan çalışmalarda destek bakım hizmetlerinin %66'sının evde, %27.4'ünün destek evlerinde ve %6.6'sının hastanelerde verildiği görülmektedir. Bu alanlarda verilen destek bakım hizmetleri çoğunlukla kanser, HIV/AIDS, motor nöron hastalıkları, Multiple Skleroz, KOAH, kalp hastalıkları, son dönem böbrek yetersizliği, son evre demans, serebral inme, karaciğer yetersizliği gibi kronik hastalıkları olan hasta gruplarına verilmektedir. Yaşam sonu bakım hizmetleri; merkezde aile ve hasta yakını olmak üzere hemşire, hekim, din görevlisi, evde bakım yardımcısı, sosyal hizmet uzmanı, matem danışmanı, terapistler ve gönüllülerden oluşan ekip üyeleri ile interdisipliner yaklaşım ile sunulmaktadır.

Sonuç olarak; destek bakım, Cicely Saunders'ın "Yaşamınıza günleri değil, günlerinize yaşam katıyoruz" sözü ile destek evine hastanın kabulüyle başlayıp ölümüne kadar geçen süredeki destek bakım ekibi tarafından hastaya palyatif bakımla eşlik etme süreci ile ölümün kendisinin ortadan kaldırılması değil, aksine onun dayanılmaz ve istenilmeyen yansımalarıyla mücadele edilerek ölüm kavramına onurlu ve özerk kılınması olarak açıklanabilir.

1. National Hospice & Palliative Care Organization. History of Hospice Care. Hospice: A Historical Perspective. (Erişim tarihi:08.10.2014) <http://www.nhpco.org/history-hospice-care>
2. Bağ B. Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma. (Erişim tarihi:08.10.2014) http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2012-03/html/2012-4-3-120-125.htm
3. Connor R., *Development of hospice and palliative care in the United States*. OMEGA; 56 (2007): 89-99.
4. Clark, David. "Palliative Care History: A Ritual Process." *European Journal of Palliative Care* 7, no. 2 (2000):50–55.
5. *Cancer Control Knowledge into Action WHO Guide for Effective Programmes, Cancer Care, Module 5, WHO, 2007*
6. *The Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, NCP, 2009*
7. Türkiye Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı. Hospis (Hospice) Ne Demektir. (Erişim tarihi:08.10.2014) <http://kanseri.gov.tr/daire-faaliyetleri/palyatif-bakim/67-hospice-ne-demektir.html#sthash.ThUpfq5m.dpuf>

1.ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

DESTEK EVİ ÇALIŞTAYI

I. OTURUM RAPORU

DESTEK EVİ KİMLERE HİZMET VERMELİ

TANIMLAR:

Palyatif bakım: Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşımdır.

Hospis(Hospice):Hospis(Latince'de hopes= "misafir", "misafirperverlik", "yabancı" ve "otelci") hospitium ("misafirperverlik", "iyi ağırlama", "misafirhane") sözcüğünden gelir. Hospis, yaşamının son döneminde bulunan hastalara, mevcut olan tüm tedavi yöntemlerinin denenmesine karşın sonuç alınmamasından dolayı artık aktif tedavi uygulanmadığı ya da bir tedavi aramanın çoktan bırakıldığı, palyatif bakım felsefesi eşliğinde hastadaki rahatsız edici semptomların kontrol edildiği ve yaşam kalitesinin mümkün olan en iyi seviyede tutularak, bu bireylere yaşamlarının son dönemlerini geçirmeleri için kurumsal bünye içinde sunulan bir sağlık hizmetidir.

I. OTURUM RAPORU

GRUBUN HEDEFLERİ;

Destek evi çalıştayının 1. grubunun hedeflerine yönelik ortak bir karar doğrultusunda cevaplanması beklenen sorular aşağıda yer almaktadır.

1-Destek evi kimlere hizmet vermeli?

- 2-Destek evlerine kimler kabul edilmemeli?
- 3-Akut problemleri çözülmüş terminal dönem hastası nerede izlenmeli?
- 4-Son dönem hastalarına cpr desteği verilmeli mi?
- 5-Hastanın destek evine sevkı nasıl olmalıdır?

ÖNERİLER

Çalıştığınız 1. grubunda aşağıdaki konularla ilgili görüşler bildirilmiş ve öneriler geliştirilmiştir.

1-Destek Evi Kimlere Hizmet Vermeli?

- * Son dönem hastalığa ait akut problemleri ve ağrısı kontrol altına alınmış hastalar
- * Ölüm skorlaması yüksek olan hastalar
- * Kronik ölümcül hastalığı bulunan; yaşamın son dönemindeki psikolojik ve manevi destek ile sosyal hizmet ihtiyacı olan hastalar
- * İleri düzey demans hastaları
- * Son dönem kanser hastaları
- * Son dönem kanser hastası olduğu halde bağımsız olan ve sosyal yaşam alanı ihtiyacı olan hastalar
- * Son 3-6 aylık ömrü olduğu sezilen hastalar
- * Diğer tedavi olanaklarından yararlanması mümkün olmayan hastalar
- * Evde bakım veren hasta yakınlarının yetersiz kaldığı ve kaygılandığı durumlarda hastanelerin yatırmadığı yaşlı grupların son dönemimde onurlu bir ölüm için destek evine gönderilebilir.

2-Destek Evlerine Kimler Kabul Edilmemeli?

Destek evine alınma kriterleri dışında kalan hasta grupları oluşturulmalıdır. Bu grup;

- * Üst bakım ihtiyacı olan (yoğun bakım hastaları) hastalar
- * Akut bakım ihtiyacı olan ve ağrısı kontrol altına alınamamış hastalar
 - * Tedavisi sürmekte olan (kür şansı olan) hastalar
 - * Kronik bakım ihtiyacı aldığı halde stabil olmayan hasta grupları destek evine alınmamalıdır.

3-Akut Problemleri Çözülmüş Terminal Dönem Hastası Nerede İzlenmeli?

*Bir süre palyatif bakım hizmeti aldıktan sonra palyatif bakım hemşireleri tarafından hastanın ihtiyacı olan eğitimler verildikten sonra hasta destek evinde izlenebilir.

* Akut yoğun bakım hizmetine ihtiyacı olan hastalar kritik ara yoğun bakım ünitelerinde stabilize olduktan sonra destek evlerinde izlenebilir.

* Hasta ve hasta yakınlarının isteği doğrultusunda hasta yakınları süreçle ilgili bilgilendirilip hastalarının yanında kalabilecekleri söylenerek destek evlerinde izlemi yapılabilir.

4-Son Dönem Hastalarına CPR Desteği Verilmeli mi?

* Mevcut Yasaların yetersizliği ve bu nedenle doğacak olan tıbbi kötü uygulama (malpractice)nedeniyle CPR desteği verilmek zorunda kalmaktadır.

* Son dönemde bilinci tam olarak kapanmadan CPR desteği isteyip istemediği ve yapılacak işlemlere onay verilmesi ile ilgili yazılı onam alınmasıyla ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.

* Son dönem hastasına verilen CPR yetersiz tedavi kapsamına girmelidir. Bu hasta gruplarına uygulanmamalıdır. Bu nedenle öncelikle mevcut yasaların düzenlenmesi gerekmektedir.

5-Hastanın Destek Evine Sevki Nasıl Olmalıdır?

*Destek evine kabul kriterleri oluşturulmalı ve sevk zinciri bu kriterler üzerinden işlemelidir. Bakanlıklar, üniversiteler, hastaneler ve belediyelerin desteğiyle Palyatif bakım ihtiyacını belirlemek için oluşturulan dört tanılama formu destek evleri için modifiye edilerek destek evi kabul kriterleri oluşturulabilir.

*Aile hekimleri evde bakım ve palyatif bakım sistemi içinde destek evi bakımına ihtiyacı olan hastaları seçme ve ilgili kuruma sevk için gerekli düzenlemeleri yapma konusunda destek verebilir.

* 24 saat mevcut sorunlarda hasta ve hasta yakınlarına gerekli desteği ve bilgiyi verebilecek bir danışma hattı kurulumu planlanmakta ve çalışmalar sürmektedir.

* Destek evine gidecek hastaların öncelikle akut bakım ihtiyacı giderildikten sonra sevkı sağlanmalıdır.

DESTEK EVİ ÇALIŞTAYI

II. OTURUM RAPORU

DESTEK EVİNDE HİZMET SUNUMU NASIL OLMALI?

Hedefler:

- 1-Destek evlerinde uygulanacak bakımın esaslarının gözden geçirilmesi
- 2-Destek evlerinde çalışacak ekiplerde yer alması gereken meslek elemanlarının kimler olduğu ve sorumluluklarının tanımlanması,
- 3-Destek evlerinde çalışacak personele uygulanabilecek eğitimlerin tanımlanması,
- 4-Daha iyi hizmet sunumu açısından Destek evlerinin nerede yapılması gerektiğinin tanımlanması,
- 5-Destek evlerinin hizmet kapasitelerinin tanımlanması,
- 6-Destek evi hizmeti ile ilgili yasal düzenlemelere yönelik önerilerin belirlenmesi,

Yaşam Sonu Bakım Komitesi'ne göre destek evi bakımının esasları:

- Hasta amaç, istek ve seçimlerine saygı,
- Kapsamlı bakım,
- Bakım verenin istemli öğrenme ve yönlendirilmesi,
- İnterdisipliner yaklaşım,

- Destek için yapılandırıcı sistem ve mekanizmalar,
- Maneviyat ile ilgili ihtiyaçların gözönüne alınması, din adamlarının ve manevi ihtiyaçlara yanıt verecek personelin, kişilerin dini inançlarına ve inançsızlıklarına saygılı ve konu ile ilgili özel eğitim almış olması,
- Bakım verecek hemşirelerin rol ve sorumluluğunun yeterli formal eğitimlerle karşılanması,
- Destek evinde görev alacak personelin interdisipliner olarak düzenlenmesi,
- Bu birimlerde sosyal hizmet uzmanlarının görevlendirilmesi,
- Destek evinde görev alacak personele yönelik özel eğitim ve sertifikasyon programları,
- Destek evinde görev alacak personele başka görevlendirme ve ek görev tanımlanmaması, özel eğitilmiş bireylerin çalışma sürekliliğinin sağlanması, tam zamanlı hekimlerin temin edilmesi, iş yoğunlukları nedeniyle bu alanda aile hekimlerinden yeterli destek alınamayacağının göz önüne alınması olarak önerildi.

Destek evine başvuran hastaların raporlama ve yasal evraklarının düzenlenmesine yönelik kolaylaştırıcı birimler olması gerektiği, benzer şekilde destek evinde yaşayan hastaların bürokratik ve hukuksal ihtiyaçlarına yönelik (miras, banka işlemleri vs...) yardımcı veya kolaylaştırıcı personel gerekliliği, bu birimlerde görev yapacak sosyal hizmet uzmanlarının bireylere hukuksal ve mali konularda destek sağlayabileceği belirtilmiştir.

Destek evinde hizmet alan hastaların, depresyon ve intihar risklerinin yüksek olduğu bu hasta grubunda psikolojik, sosyal ve manevi desteğin önemli olduğunu ancak bu alanda çalışacak din görevlisinin destek evi ve ölüm sürecine yaklaşım konusunda eğitim almış ve hastanın inanç sistemine saygılı olması gerekliliği vurgulanmıştır.

İnterdisipliner olarak planlanan bu ekipte meslek grupları arası iletişim açısından organizasyonu düzenleyecek; koordinatör olarak görev yapacak bir görevlinin de gerekliliğine dikkat çekildi.

Genellikle çok sayıda ilaç kullanımı ya da bireyin genel durumuna göre ilaç dozlarının düzenlenmesi ihtiyacından yola çıkarak klinik eczacının da destek evi ekibinde yer alması önerildi.

Hasta bakımında yardımcı olmak üzere özel eğitimler verilen gönüllülerin bulunması, desteklenmesi, destek evlerine gelir getirecek ya da yatırım sağlayacak organizasyonlar planlayan gönüllülerin de organizasyon içinde yer alması gerekliliği belirtilmiştir.

Hemşire yardımcıları ve bakım personeli desteği açısından lise mezunlarına iki yıl eğitim verilmesi, kanser bakımına özel personel yetiştirilmesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu mezunu destek personeli ve Sağlık Meslek Liselerinden mezun hasta bakım personellerine istihdam sağlanması gibi alternatif fikirler üzerinde duruldu.

Yardımcı personele verilecek eğitimin önemi üzerinde durulurken halen 480 saatlik eğitimle pratik uygulama olmaksızın verilen sertifika programlarının bulunduğunu ancak sağlık meslek lisesi ve meslek yüksek okullarında da üç farklı eğitim sonucu hasta bakım elemanı yetiştirildiğini belirtmiştir. Bu gruplar arası farkların tanımlanması gerektiğine; görev yetki ve sorumlulukların yasal olarak belirlenmesinin önemine dikkat çekilmiştir.

Destek evlerinde görev yapacak tüm personelin belirli bir süre hastanelerin palyatif bakım servislerinde uygulamalı eğitim görmesinin faydalı olacağını belirtilmiştir. Hasta görülmeden verilecek sertifikasyonların uygun olmayacağı konusunda fikir birliği sağlanmış ve destek evinde görev alması gereken ekibin nitelikleri ve kapsamı belirlenmiştir.

Destek evi personelinin ağrı, beslenme, dispne, yorgunluk, miyoklonus, deliryum gibi terminal dönem hastalarda sık karşılaşılan sorunlara müdahale edebilecek temel yeterliliklere sahip olması gerektiğini belirtilmiştir.

Destek Evinde Görevlendirilecek Ekibin Genel Özellikleri:

- Destek evi hizmetleri konusunda yeterli bilgi sahibi olan interdisipliner bir ekip olmalı
- Destek evinde çalışacak ekip palyatif bakım konusunda özel eğitim almalı ve göreve başlanmadan önce palyatif servislerde pratik uygulama eğitimi sağlanmalı
- Destek evinde çalışacak personele mevcut işine ilave görev verilmemeli, personel seçiminde isteklilik, gönüllülük ve süreklilik esas alınmalı
- Eğitimler belirli periyotlarda güncellenmeli
- Çeşitli sertifikasyonlar yapılmalı (Ör: istihdam arayan gençlere özel bir eğitim verilerek değerlendirilebilir)

Destek Evinde Hizmet Verecek Ekipte Görev Alması Önerilen Meslek Grupları

- Koordinatör

- Hekim: Tercihen ilgili alanda yüksek lisans ve/veya uzmanlık yapmış
- Hemşire: Tercihen ilgili alanda yüksek lisans ve/veya uzmanlık yapmış
- Hemşire yardımcıları
- Bakım personeli
- Sosyal hizmet uzmanı
- Psikolog
- Fizyoterapist
- Din görevlisi: Özel eğitim almış kişinin inanç sistemine uygun
- Gönüllüler:
 - ✓ Hasta bakımı ya da desteklenmesinde görev alacak gönüllüler
 - ✓ Destek evine gelir getirecek veya yatırım sağlayacak organizasyonlar planlayan gönüllüler
- Yas uzmanı: psikolojik destek verebilmeli
- Hukuksal ya da bürokratik ihtiyaçlara yönelik destek personeli
- Klinik Eczacı
- Uğraş terapistleri
- İşlev bozukluklarına destek verecek diğer terapistler

Destek evlerinde görevli personel nitelikleri belirlendikten sonra huzurevi ve bakım evlerinde güncel yasal düzenleme ve uygulamalar doğrultusunda istihdam edilen personel sayılarını ve dağılımlarını katılımcılara sunmuştur. Ayrıca İl Sağlık Müdürlüğü'nün evde bakım hastalarına yönelik diğer bazı hizmetlerden ve halen çalışmaları sürdürülmekte olan 24 saat ulaşılabilecek telefonla danışmahattı konularında katılımcılar bilgilendirilmiştir.

Destek evleri için temel özellikler

Destek evlerinde hizmet sunumu açısından çalışacak personel kadar önemli bir diğer hususun destek evlerinin nerede kurulacağı, her bir destek evi için uygun kapasite ve hizmet açısından yapısının belirlenmesi olduğunu tartışmaya açıldı. Literatürde destek evleri için ideal kapasitenin 10 yatak olduğu ancak bu düzenleme ile ihtiyacın karşılanmasının güç olabileceği ve geniş bir personel kadrosuyla planlanacak destek evlerinde yatak kapasitesinin yüksek tutulmasının ülkemiz şartlarında daha uygun olabileceği tartışıldı. Uygun yatak sayısı konusunda fikir birliği sağlanamadı. Ancak ülke ihtiyaçları ve istihdam edilebilecek personel sayıları doğrultusunda planlama yapılmasını uygun olacağı kararına varıldı. Destek evi birimleri 10 yataklı bile olsa hastanelerdeki palyatif bakım servislerine göre maliyet etkin olduğunu bildiren sonuçları anlatıldı. Destek evlerinin hemşire, konsültanlar ve yardımcı personelin görev alacağı pansiyon benzer yapılanmalar şeklinde olabileceğini tanımlandı.

Destek evleri ile ilgili temel özellikler şu şekilde tanımlanmıştır:

1. Destek evleri hastane bahçesinden ziyade kişilerin yaşam alanına daha yakın bölgelerde, ancak hastanelere ulaşımın zor olmayacağı mesafelerde kurulmasının hasta yakınlarının ziyaret amaçlı işgücü kaybını ve ulaşım maliyetini azaltacağı düşünülmektedir.

2. Destek evlerinde odalar tek kişilik olarak planlanmalı,
3. Odalarda aile bireylerinin de yaşayabileceği düzenleme yapılmalı,
4. Hastaların kendi odasından bağımsız olarak dışarı çıkabilme ihtiyacına yönelik balkonlar vs düşünülmeli,
5. Oda tasarımında bireylerin talepleri esas alınmalı,
6. Ferahlatıcı renklerde tefriş edilmeli, tablo ve resimlerle güzelleştirilmeli,
7. Farklı ihtiyaçlara göre basamaklandırılmış destek evleri planlanmalı,

Bireylerin bebeklikte olduğu gibi yaşlılıkta da yalnızlıktan hoşlanmadığı ve yanında insanlara ihtiyaç duyduğu ve destek evlerinin termal bir alan veya kendi içinde finansal desteğini de sağlayan gençlerin de gelebileceği sosyal mekanlar şeklinde geniş kompleksler olarak düzenlenebileceği önerildi. Yurtdışında emeklilerin tatil süreçlerinde hem destek hem de dinlenme alanları sağlayan ortamlar bulunduğunu, Dikili gibi yaz döneminde yaşlı nüfusun arttığı sayfiye bölgelerinde kurulabilecek destek evlerinin turizm ve destek bakım amacıyla kullanılabileceğine dikkat çekildi. Ayrıca destek evi kavramının yaşlılıkla özdeşleştirilmemesi gerektiği vurgulanmıştır.

Destek bakımın bireylerin yaşam alanlarında örneğin evlerde sürdürülmesinin ülkemize daha uygun gibi görüldüğünü belirtilirken, destek evlerinin tek başına bir kurum veya yer değil bir model olduğunu, palyatif ve evde bakım hizmetleriyle koordine çalışarak hastanın bulunduğu her alanda hizmeti sürdürmesinin gerekliliğini ve acil bir sorun nedeniyle hastanın nakli gereğinde evde bakım biriminin bağlı olduğu destek evi veya hastaneye naklinin sağlanmasının önemine dikkat çekilmiştir.

Son olarak destek evi hizmet sunumu ile ilgili bazı önemli noktalar

Evde sağlık ve palyatif bakım hizmetleri arasındaki koordinasyonun uygun şekilde sağlanarak hasta kür şansını kaybederek terminal döneme ulaştığında destek evi konusunda planlama yapılabileceğini belirtilmiştir. Ayrıca destek evi ve diğler palyatif bakım uygulamalarının izlem ve istatistik kayıtlarının da düzenli tutulması gerektiğı tespiti yapılmıştır.

Destek evlerinde sağlık hizmeti mi bakım hizmeti mi verileceğinin netleştirilmesi ve sağlık ve sosyal hizmet alanlarının sınırlarının tanımlanması gereğı vurgulanmıştır. Ayrıca destek evine kabul edilen ve kür şansı olmayan bu hasta grubunda uygulanacak tetkik ve tedavilerin planlanmasında kişiye sağlayacağı yararın net tanımının güç olduğı ve yarar/zarar dengesinin tanımlanmasında zorlanıldığını belirtmiştir. Destek evine kabul sırasında hasta ve varsa hasta yakını ile ileri direktif (tıbbi vasiyet) konusunda görüşölerek yapılacak tanısısal işlemler ve invaziv girişimlerin sınırlarının belirlenmesinin hizmet sunumunda etkili olabileceğı konusu ortaya konmuştur.

Tıbbi vasiyet konusunda yasal düzenlemelerin eksikliği ve gerekliliğı katılımcıların büyük çoğunluğı tarafından kabul görmüş, bireylerin onurlu ölüm tercihine sayğı açısından değıerli bulunmuştur.

Ayrıca halen kür şansı olan hastaların hastalıkları ile ilgili birimlerde yada palyatif bakım servislerinde izlenmesi gerektiğı, hastaların radyoterapi kemoterapi gibi kür amaçlı tedaviler sırasında ulaşım kolaylığı vb nedenlerle destek evlerinde izlenmemesi gerektiğı, destek evlerinin terminal dönem (hayatın son aylarında) olduğı kabul edilen kür şansı olmayan hastalara yönelik planlanmasının önemine dikkat çekilmiştir.

Tartışmalarda Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'ninuzun süreli yaşlı bakımı konusunda ciddi bir deneyimi olduğı,

ancak kurumsal bakıma alınan bireyin kısa süreli bakım alabilmesinin halen yönetmelikler kapsamında yer almadığı, destek evi uygulamasının fiilen yapılmasına karşın Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı uygulamaları açısından yasal düzenlemelerin ve mevzuat çalışmasının gerekliliği ifade edilmiştir. Bir kez kuruma kabul edilen bireyler kurumdan ayrılmadığı; kısa süreli bakım ile ilgili yasal düzenlemeler gerektiği belirtilmiştir.

- Kısa süreli bakım hizmetleri ile ilgili yasal düzenleme gereklidir.
- Aynı görevi yapacak farklı eğitim düzeyine sahip personelin görev ve sorumluluklarını tanımlayan uygun yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
- Tüm sertifikasyonlarda uygulamalı eğitimi zorunlu kılan yasal düzenlemeler bulunmalıdır.
- Her bir destek evinde çalışacak personel miktarı hasta sayısı ve ihtiyaçlarına göre standardize edilmiş personel sayısı belirleme programları ile hesaplanmalıdır.
- Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu mezunu destek personeli ve Sağlık Meslek Liselerinden mezun sağlık bakım personelinin istihdamı ile ilgili yasal düzenlemeler yapılabilir.
- Denetim, izlem ve istatistikler ile ilgili uygun yöntemler belirlenmeli destek evlerinin hizmet kalitesi standardize edilmelidir.
- Farklı ihtiyaçlara göre basamaklandırılmış destek evleri ve buna uygun finansman modellerine yönelik yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Özetle,

Yaşam sonu bakımı gereken hastaların bu dönemi geçirecekleri ünitelerde, özel eğitilmiş hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, avukat, fizyoterapist, gönüllülerden oluşan interdisipliner bir ekibin, eğitim programlarının belirlenerek,

Hastanın yaşadığı alana yakın bölgelerde yer alan huzurlu ortamlar oluşturularak,

fiziksel, psikolojik, manevi, ağrı, uyku ve hukuksal ihtiyaçlarının karşılanması,

Tıbbi vasiyet konularında toplumsal farklılık ve yasal düzenlemeler konusunda çalışılması planlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Gazelle G. Understanding hospice--an underutilized option for life's final chapter. N Engl J Med, 2007. 357(4): p. 321-4.
2. Teno JM, Connor SR. Referring a patient and family to high quality palliative care at the close of life: "We met a new personality...with this level of compassion and empathy" JAMA 2009;301:651.
3. <http://www.nhpco.org/about/hospice-care>
4. <http://www2.gov.bc.ca/gov/topic.page?id=CC1FF2DFADD34BEC85869ECBA40A27AA>

5. <http://www.mariecurie.org.uk/Documents/HEALTHCARE-PROFESSIONALS/commissioning-services/understanding-cost-end-life-care-different-settings.pdf>
6. <http://online.wsj.com/news/articles/SB10001424052702304709904579411083208419794>
7. http://www.helpguide.org/elder/hospice_care.htm
8. <http://www.nia.nih.gov/publication/finding-care-end-life>

III. ÇALIŞMA GRUBU RAPORU DESTEK EVİNDE MİMARİ NASIL OLMALI ?

GRUBUN HEDEFLERİ;

Destek evi çalıştayının 3. grubunun hedeflerine yönelik ortak bir karar doğrultusunda cevaplanması beklenen sorular aşağıda yer almaktadır.

- 1—Destek evi hangi yaşam alanlarını içermeli?
- 2- Destek evi hizmet alanlara nasıl hissettirmeli?
- 3- Destek evi yaşam alanları hangi özellikleri içermeli?
- 4- Teknik açıdan planlamalarda neler dikkate alınmalı?

Öneriler:

1- Hangi Yaşam Alanlarını İçermeli?

-Sağlık Bakanlığı'nın destek evi için hasta ve refakatçisi ile birlikte kalabileceği suit oda, çok amaçlı salon, poliklinik odası, mutfak, hasta odası, özellikli banyo, bahçe, ibadethane, çamaşır kuaför gibi kapsamlı bir tanımlaması dikkate alınmalı.

-Sanat ve hobi alanları içermeli,

- Ortak alanlar içermeli,
- Kafeteryalar olabilir
- Odalara banyoya ek olarak mini bir mutfak bölümü olması önerilebilir.
- Odalarda koltuk olabilen yataklar olmalı,
- Bölümler evlerindeki gibi dizayn edilmeli.
- Özel odalarında da kendi komidini gibi özel eşyalarının bulunması önerilebilir.
- Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde bir arada bu alanları içeren bir yapı düşünülmüş olması nedeniyle Mimar Celal Koç'un mimari uygulamalarının öncü bir rol oynadığı belirtildi.

2- Destek Evi Hizmet Alanlara Nasıl Hissettirmeli?

- Mutlaka ne durumda olursa olsun insan iç ve dış olayları algılamak, buna reaksiyon göstermek ister.
- Yaşamın tek başına karanlık bir odada geçmesi mümkün değildir. Hayatın bu dönemine gelmiş insanlara izole edilmiş hissi vermemeli.
- Kişi hayatın içinde olduğunu hissetmelidir. İnsanlarımız genel olarak insan görmek istiyor.
- Evinde hissettirmeli,
- Bahçesinde doğayla bütünleşebilmeli,
- Hüzünden çok huzur hissettirmeli,
- Yurt dışı örneklerinde olduğu gibi özellikli banyolar değişik özellikler içerebilir, örneğin banyolar deniz konseptinde olup banyoya girdiğinde denizi seyrediyor gibi hissedilebilir.
- Ortak alanların düzenlenmesi anı köşesi gibi paylaşım duygusu hissettirecektir.
- Zamanlarını iyi değerlendirdiklerini hissettirecek hobiler yapılabilmesi, uğraş terapileri uygulanabilmesi.
- Ölümü beklemek çok zor, toplum kabul edemeyebiliyor. Son 6 aylık süreç çok özel olmalı, kendisini rahat hissetmeli,

--Odaları klinik odası gibi hissetmemeli.

- Hasta yakınlarının da hastaları için bu alanları uygun hissetmeleri, bakım personeline travmatik bir süreç yaşatmamaları açısından önemli,

-Kısaca hizmet alanlar kendini iyi hissettirmeli.

3- Destek Evi Yaşam Alanları Hangi Özellikleri İçermeli?

-Destek evinde odalar bahçeye açılmalı,

- Ev gibi olmalı,

- Restoranı, kafeteryası ile insanlarla iç içe yaşayabilecekleri tarzda bir mimari yapının olması gerekir.

- Yurt dışında gelişmiş uygulama örnekleri incelendiğinde yeşil alanlar ön plana çıkıyor. Örneğin hemen binanın girişinde büyük bir ağaç mevcudiyeti, geniş yeşil alanlar, yönetim kısmının önünde ortak yaşam alanı olarak kullanılan geniş teras içerebilir.

-Ailelerin bekleyebileceği alanlar olmalı, bu alanda oturup hastasını bekleyebilmeli,

- Koridorlar boyunca resimler bulunabilir.

-İnsanların yaşam kalitesi göz önünde bulundurulduğundan uygun tasarlanmış hasta yatakları olmalı,

- Ortak kullanım alanlarının daha çok aile bireyleri tarafından kullanılabileceği de dikkate alınmalı.Bu alanlarda kahve çay makinaları, müzik sistemi ve kitaplık bulunması gelişmiş uygulama örneklerinde mevcut.

-Mekanın aydınlık olması ve cam kullanımı değerlendirilmeli.

- Bazı gelişmiş uygulama örneklerinde odalarda mutfak hasta özellikleri nedeniyle bulunmamaktadır.

-Belirli bir dini sembolize etmeden her dine sahip insanların kullanabilmesi için manevi bir odaile meditasyon alanları gelişmiş uygulama örneklerinde mevcut,

- Bağış yapan ve ölen hastaların isimlerinin yer aldığı anı alanları yine uygulama örneklerinde mevcut olabiliyor.
- Deniz kokusu alabilecekleri denize açılan odalar olabilir.
- Hastane ile iletişimi kesmiş insanların nasıl keyifli ve kaliteli bir yaşam geçirebilecekleri düşünülmeli.
- İzmir'de Dikili gibi alanlar deniz kenarı oluşu, havası ve doğasının sevilmesi nedeniyle tercih edilebilir.
- İzmir'de termal alanlar da mevcut, bunlardan yararlanılabilir.
- Destek evi ile sınırlandırmayıp sosyal alanların da bulunduğu, yakınlarının da konaklayabileceği, kendisini finanse edebilecek tesisler olursa iyi olabileceği önerildi.
- Ayrıca rahatlatıcı sesler, su ve kuş seslerinin olduğu alanlar olabilir.
- Destek evinde istediği yemeği seçebileceği, istediği saat uyanabileceği ortam oluşturulmalı.
- Kişinin son dönemlerinde varoluşunu ispat etme çabası söz konusudur. Bu bireylerle görüşüp, onlar ne bekliyor ne istiyor bunların da bir ortaya dökülmesi, onların da düşüncesine yer verilmesi gerekiyor

4- Teknik Açıdan Planlamalarda Neler Dikkate Alınmalı?

- Yatay bir mimari uygulanmalı, yüksek binalar olmamalı, müstakil tek katlı binalar daha uygun
- Uygun huzur verici renkler seçilmeli,
- Yolların engele uygun şekilde yapılması ve ergonomik olması önerilir.
- Narlıdere Bakımevi mimarisi klasik huzurevi imajı vermemektedir. Bu şekilde klasik huzurevi/bakımevi ölümün beklendiği yerler algısı yaratmayacak, yaşamın devamlılığını gösteren unsurlara dikkat edilmeli, gökyüzünün kolay görülebileceği ve çevreye uyumlu mimari teknikler kullanılmalı.
- Bağımsız bir yapıda olmalı.

- Etrafında yeterli, otopark olmalı, İtfaiye ve ambulans alanları oluşturulmalı.
- Fiziki şartlar mutlaka sağlanacak ama renkleri gibi 3. ve 4. boyutlar da yönetmeliklere girmeli.
- Destek evi terminolojileri tam olarak yapılmalı ve yönetmeliklerle belirlenmeli.
- Bayındırlık Bakanlığı'nın yapacağı çalışmalarla imar durumu değerlendirilmeli; bu uzun vadeli çözümü getirecektir.
- Hastanelerin belli bölümlerinin destek evi şeklinde oluşturulması önerilebilir.
- Yatak sayısı fazla olan huzurevlerinde/bakımevlerinde de belirli yatakların destek evi olarak değerlendirilebilmesi uygun olabilir.
- Prototip oluşturulması bile yeni bir arsa alıp oluşturmak yerine, var olan yerlerin dönüştürülmesi şeklinde değerlendirilmesi önerilir.
- İmar ve arsa önemli, yaşadığımız illerde arsa olarak belli sıkıntılarımız var. Türkiye'de huzurevlerinin yapımında da hastanelerdeki gibi ciddi bir arsa problemi var. Kentin içinde yeşil alan olan küçük parselleri dahi bulmakta zorlanıyoruz. İdarelerin kamulaştırma hakları var bu yollar kanallar kullanılabilir.
- Şehirlerde kent hastaneleri yapılmaya başladı. Destek evlerinin bir kısmının yeşilli olmasa bile yeşillendirilebilen şehir hastaneleri kampüsünde planlanabilir.
- İnsani faaliyetlerini küçük mesafelerde oluşturabilecekleri, limana yürüyerek ulaşabilecekleri bir alan oluşmalı.
- Huzurevlerinin geçmişteki durumu değerlendirildiğinde, eski kurumlarımız 2-3-5 kişilik odalardı. Ancak yeni kuruluşlar tek kişilik olarak planlanıyor (%95'i), banyosu, tuvaleti, 21-24mt2 olarak düşünülen ferah bir oda, 6 kişilik odalar için sosyal mekan ve yemek alanı, bu 6 kişi için yemek pişirebilecekleri bölüm mutfak olan bir alan, odalarının dışında 6 kişinin kullanabileceği ortak bir bakım banyosu, hemşire odası, hobi odası,

kuruluşun tamamı asansörü, kapılarının tamamı engelli insanların erişimini kolaylaştıracak yönde mimari yapılandırılıyor. İnsani yaşam alanları oluşturulmaya çalışılıyor. Demans hastaları için daha güç olduğu için yaşlılar sağlıklı, demans ve fiziki engelli olarak ayrılması planlanıyor. Eski kuruluşundan yeni kuruluşa nakil olan yaşlılar, yeni huzurevi daha lüks olsa bile eski kuruluşunu özleyiyor, buradaki durum kurduğu manevi bağ ve dostlukları ile ilgili oluyor. Özel huzurevleri oluşturma çabası mevcut; bakım hizmetleri kalite standartlarına göre A;B;C Tipi gibi standart oluşturma çabası var. Bu konudaki çalışmalardan faydalanılabilir.

-Yine Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde Yaşam evleri oluşturulmuş olup, 27 toplam, 5'i Narlıdere huzurevine bağlı yaşam evleri mevcut. Buralar destek evi olarak kullanılabilir mi diye düşünülüyor.

-Huzurevlerine yakın yerde müstakil binalarda bu alanlar oluşturabilir mi diye düşünülebilir.

-Arsa konusu sıkıntılı, Aile Bakanlığı bünyesinde 3 model geliştirildi. Bunlar zemin modeli, avlu modeli- özellikle demanslı yaşlılar için- tek katlı, bir de zemin+1 sokak tipi bir sokak içerisinde arkadaşı ve ya eşleriyle birlikte kalacakları avlu tip modeller değerlendirilebilir.

- 24 saat hizmet evde bakımda ya da destek evlerinde maliyetlidir, maliyet dikkatle değerlendirilmelidir.

- Yeni bir binanın uygun alana yapılması her zaman mümkün olmuyor. Mimari olarak daha önce yapılmış bir binayı düzenlemek gerekebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER:

-Palyatif bakım üzerine konuşmaya karar vermiştik yıllar önce ve nasıl bir hizmeti verebiliriz diye düşündük ve Palyatif İzmir projesi ortaya çıktı.

Kurumlardan ve birçok alandan kişiler tek çatı altında toplandı ve proje raporunu gerçekleştirdik. Palyatİzmir Projesi tüm Türkiye'ye örnek olabilecek örgütlenme modeli ve alanda çalışan profesyonellere eğitim konularında yoğun bir çalışmaya girmiştir.

-900 palyatif hastaya bakmışız ve bu birikimin paylaşılması gerekir.

-Devlet bu problemin büyüklüğünü görmektedir. Önemli olan özgün bir model 'destek bakım hizmet modeli' oluşturmaktır..

-Evde bakım ve palyatif bakım standartları oluşturulurken, bu projeye huzurevi ve bakım evleri de dahil edilebilir.

-Ülkemiz sosyal ve ekonomik anlamda değişiyor, sanayileşme ve kalabalık kentlerde uygun arsaları bulabilmek sıkıntılı bir hal almaktadır.

-Bu durumları ön görüp, buna çözüm alternatifleri oluşturmalıyız. İhtiyaçlara göre denenerek bir yapı inşa edilmelidir. İzmir'in böyle bir avantajı var, bu değerlendirilebilir.

- -Model oluşturma çabasının sürdürülerek ülkemize uygun bir modelin oluşturulması önerilir.

-Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'ndeki ülkemizin en büyük geriatrik bakım merkezinde destek evi uygulamasına oldukça yakın bir uygulamanın halen yapılmakta olduğu görülmüştür. Bu itibarla pilot projenin bu merkezdeki uygun alanda oluşturulabileceği hususu değerlendirilebilir.

- Hep birlikte yürümemiz gereken daha zorlu yollar mevcuttur. Bu zorlukları aşarken aynı düşüncelerin farklı ifadelerle aktarılması, terminolojideki farklılar açısından sözlük oluşturabilmesi ayrıca önerilebilir.



