



Palyatif Bakım

Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu

Editörler

Prof. Dr. Fehmi Akçiçek

Prof. Dr. Gökhan Akbulut

Prof. Dr. Z. Çiçek Fadiloğlu





Ege Geriatri Derneği Yayınları: 1

PALYATİF BAKIM EVDE VE HASTANEDE ÇALIŞTAY RAPORU

**TC SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İZMİR KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
25 NİSAN 2013, İZMİR**

Editörler

Prof. Dr. Fehmi Akçiçek
Prof. Dr. Gökhan Akbulut
Prof. Dr. Z. Çiçek Fadiloğlu

Editör Yardımcıları

Uzm. Dr. Sevnaz Şahin
Psk. Mevlüt Ülgen
Prof. Dr. Fisun Şenuzun Aykar

İzmir, 2013

PALYATİF BAKIM; EVDE VE HASTANEDE ÇALIŞTAY RAPORU

ISBN 978 – 605 – 64053 – 0 – 3

Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri
87 Sok. No. 4 / A Bornova
☎ (0.232) 343 64 54 ✉metabasim@gmail.com
İzmir, Haziran – 2013

Katkıda Bulunan Kuruluşlar

- İzmir Valiliği
- İzmir Büyükşehir Belediyesi
- Ege Üniversitesi
- Dokuz Eylül Üniversitesi
- Katip Çelebi 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
- Ege Geriatri Derneği
- Bulaşıcı Hastalıkları Önleme Derneği
- Türkiye Alzheimer Derneği
- İzmir Aile Hekimleri Derneği
- Özel Tınaztepe Hastanesi

ÖNSÖZ

Doğumla beklenen yaşam süresinin uzaması insanoğlunun en önemli başarılarından. Bu aşamada amaç; uzayan yaşam süresinde yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Yaşam kalitesini geliştirmek üzere yapılan çalışmalar özellikle malignite gibi kronik ölümcül hastalarda ve yaşlı bireylerde yoğunlaşmaktadır. Bireylerin yaşamlarının son dönemlerinde ortaya çıkan gerek hasta gerekse hasta yakınının fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve ekonomik yönden yaşadıkları sıkıntılar yaşam kalitesi üzerine olumsuz etki yapmaktadır.

Bu tür hastalarda yaşam kalitesini arttırmaya yönelik yaklaşımların tümünü kapsayan palyatif bakım hizmetleri önem kazanmaktadır. Son yıllarda gerek dünyada gerekse ülkemizde palyatif bakım üzerine bilimsel çalışmalar yapılmakta, ‘ideal bir palyatif bakım nasıl olmalı’ sorusuna yanıtlar aranmaktadır.

Raporun içeriğinde ayrıntılarını bulabileceğimiz palyatif bakım hizmeti; hastalık tanısı konulduğu andan başlayarak tedavi ve terminal evreye kadar olan süreçte; destekleyici ve yaşam sonu bakım hizmetlerinin de dikkate alınarak ölüme kadar sürdürülmesi ve ölüm sonrası ailenin yas sürecinin uygun bir şekilde yaşamasını amaçlamaktadır. Bu nedenle dünyadaki gelişmeler doğrultusunda ülkemizde hastanede ve evde uygulanacak olan palyatif bakım hizmetlerinin içeriğinin ve örgütlenmesinin tartışılması gerekmektedir.

Bu veriler ışığında, 25 Nisan 2013 Perşembe günü İzmir Kamu Hastaneleri Birliğinde ilk ‘Palyatif Bakım Çalıştayı’ gerçekleştirilmiştir. Çalıştayı amacı; İlimizde aynı alanda çalışan profesyoneller arasında ‘Palyatif Bakım’ hakkında ortak terminolojinin belirlenmesi, ideal hizmet ekibinin tanımlanması ve kurumlar arası işbirliği adımlarının atılması olarak belirlenmiştir. Çalıştayda bu alandaki belirsizliklerin son bilgiler ışığında tartışılması, standartlarının oluşturulması, ortak akıl ile etkili bir hizmet modeli oluşturulması amaçlanmıştır.

Bu rapor ‘**Palyatif Bakım; Evde ve Hastanede**’ Çalıştayının ürüdür.

Bu çalışmaya öncülük eden değerli hocalarımıza, genel sekreterlerimize, il müdürlüklerimize, üniversitelerimize, hastane yönetimlerimize, yerel yönetim ve sivil toplum kuruluşları temsilcileri ile tüm katılımcılara değerli katkıları ve destekleri için teşekkür ediyor, şükranlarımızı sunuyoruz.

Çalıştayın hazırlanması ve yürütülmesinde emeği geçen düzenleme kurulumuza, çalıştay başkanlarımıza, raportör ve grup sorumlularına yoğun emekleri için ayrıca teşekkür ve şükranlarımızı sunuyoruz.

Bu raporun bu alanda çalışan meslektaşlarımıza ve sağlık profesyonellerine, politika oluşturucu kurumlarımıza yararlı olmasını temenni ediyoruz.

Rapor Kitapta Katkısı Bulunan Katılımcılar:

Soyad ve Ad <i>Soyadı alfabetik sıraya göre yazılmıştır</i>	Çalıştığı Kurum
Prof. Dr. Fehmi AKÇİÇEK	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD. Geriatri BD
Dr. Murat ACAR	Karşıyaka Devlet Hastanesi
Yrd. Doç. D. Ahmet ACARER	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroloji AD
Prof. Dr. Gökhan AKBULUT	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD
Uzm. Dr. .Murat AKYURT	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Dr. Fatma ALPAY	İzmir İl Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı.
Shu. Gülhan ALTUN	İzmir Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Shu. Gonca AYGÜNOĞLU	İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları AD.
Uzm. Dr. Murat BALANLI	Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi
Dr. Murat BOLAT	İzmir Aile Hekimleri Derneği Başkanı
Naciye CANTILAV	İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dr. Gürol ÇAKIR	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD
Nurcan ÇAKIR	Karşıyaka Devlet Hastanesi
Emine ÇOLAK	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Ali Rıza DEMİRDELEN	İzmir Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü
Zehra DEMİRÖZ	İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Prof. Dr. Osman Nuri DİLEK	İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri
Dr. Özgür DUMAN	Konak Belediyesi , Sağlık İşleri Müdürlüğü
Dr. Çağrı DURSUN	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Uzm. Hem.Gönül DÜZGÜN	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Derya EKİM	İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Nuran ELÇİN	Gaziemir Belediyesi, Evde Bakım Hizmetleri
Doç. Dr. Ahmet ERBAYCU	Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi
Dr. Eftal ERDURAN	Büyükşehir Belediyesi
Uzm. Dr. Gürsel ERSAN	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Uzm. Hem. Hülya ESKİİZMİRLİ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD.

Doç. Dr. Can EYİĞÖR	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi , Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
Doç. Dr. Sibel EYİĞÖR	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Dekanı
Dr. Suzan GROŞA	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Turan GÜNDÜZ	Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Uzm. Dr. Aysel GÜRSOY	Alzheimer Derneği Başkanı
Dyt. Derya HOPANCI BİÇAKLI	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD. Tıbbi Onkoloji BD.
Shu. Aysun İNAN	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Didem KARADİBAK	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Dr. Ali KASAP	Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Yöneticisi
Dr.Banu KINAY	Özel Tınaztepe Hastanesi
Dr.Mustafa KIRLANGIÇ	İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Tıbbi Hizmetler Başkanı
Uzm. Dr. Işıl KÖSE	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Şükran KÖSE	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Hem. Hatice KÜÇÜKER	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Mehmet Emin LİMONCU	Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Uzm. Fzt. İlknur NAZ	Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Ayşın NOYAN	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Dr. Murat OL	İl Halk sağlığı Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü
Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Dr. O.Polat ÖRS	Tepecik Ve Eğitim Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Murat ÖZÇELİK	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Hem. Ayşen ÖZEL	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Behiye ÖZER	Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Behzat ÖZKAN	İzmir Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri
Dr. Mesut ÖZOĞUL	İzmir Güney Kamu Hastaneleri Birliği, Genel Sekreterliği, Tıbbi Hizmetler Başkanı
Uzm. Dr. Selcen SAKAOĞLU MANAVGAT	İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Uzm. Psk.Cennet ŞAFAK ÖZTÜRK	Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Shu. Emrah PAKMAN	Tire Devlet Hastanesi

Dr. Nurcan PİRGAN	Bornova Belediyesi, Evde Bakım Hizmetleri
Dyt. Serpil ŞAHBAZ POLAT	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Dyt. Selda SEÇKİNER	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD.
Uzm. Dr. Filiz Meryem SERTPOYRAZ	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Uzm. Dr. Asuman SEZER	Karşıyaka Devlet Hastanesi Baştabip Yardımcısı
Shu. İpek SEZER	İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dr. Özgür SÖNMEZ	İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD. Geriatri BD
Zafer ŞENER	Türkiye İş Kurumu İl Müdür Yardımcısı
Hem. Sevginar ŞENTÜRK	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Dr. Hatice ŞİMŞEK	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD
Uzm. Dr. Pınar TOSUN TAŞAR	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD. Geriatri BD
Doç. Dr. Nil TEKİN	Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi Müdür Yardımcısı
Dr. Mustafa TOKDEMİR	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Dr. Serap SURAL TÜRKUÇAK	SGK İl Müdürlüğü
Dr.Bediha TÜRKYILMAZ	İzmir İl Sağlık Müdürü
Dr. Serap ULUİRMAK	Özel Buca Tıp Merkez, Evde Bakım Müdürlüğü
Prof. Dr. Rüçhan USLU	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD. Tıbbi Onkoloji BD.
Dr. Özgür USLU	Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabip Yardımcısı
Uzm. Hem. Derya UZELLİ	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Shu. Seher DERE ÜLGEN	İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
Psk. Mevlüt ÜLGEN	Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Shu. Eda ÜLGER	Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Dr. Enver YALNIZ	Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabibi
Doç. Dr. Yasemin KUZEYLİ YILDIRIM	Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları AD.
Zafer YILDIRIM	İzmir Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürü
Kıymet YILMAZ	Karşıyaka Devlet Hastanesi
Dr. Gürsel YOLASIĞMAZ	İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri
Dr. Avni ZİYAN	Dikili Devlet Hastanesi Baştabibi

PALYATİF BAKIM; EVDE VE HASTANEDE ÇALIŞTAY RAPORU

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından düzenlenen “Palyatif Bakım; Evde ve Hastanede Çalıştay”, İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ev sahipliğinde 25 Nisan 2013 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İzmir Kamu Hastaneleri Birliği’nde gerçekleştirilmiştir.

GİRİŞ

Ülkemizde palyatif bakım yeni bir yaklaşım olup, belirli merkezlerde etkin bir ekip yaklaşımı ile sürdürülmektedir. Dünya sağlık ekibinin tanımına göre yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanmasıyla; acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım”dır.

Hastanın değerleri ve tercihlerine saygı duymayı, anlaşılabilir ve açık bilgi sağlamayı, karar vermede otonomiye korumayı ve fiziksel konfor ve emosyonel destek ihtiyaçlarını sağlamayı içine alan hasta ve aile merkezli bir bakım yaklaşımı ile hizmet sürdürülmelidir.

Palyatif bakım hizmeti etkin işbirliği ile yürütülen bir hizmet sürecidir. İletişim, koordinasyon, semptom kontrolü, bakım sürekliliğinin sağlanması, öğrenme aktiviteleri, bakım veren desteği ve yaşam sonu bakım yedi altın standardını oluşturmaktadır.

Günümüzde palyatif bakım hizmetlerine gereksinim duyulan hastaların sayısının artması bu konuda sistemli bir yapılanma ile doğru hastaya, uygun bakımı götürme ve hasta yakınlarını gereksinimleri doğrultusunda bilinçlendirme yolu ile hastanın sürekli kontrolü ve izlemine gereksinim duyulmaktadır. Buradan yola çıkarak; belirlenmesi amaçlanan palyatif bakım ekibi ile tüm kamu kurum ve kuruluşlarının koordinasyonunun sağlanacağı palyatif bakım hizmeti verecek kurumların kurulması gerekmektedir. Evde bakım ve palyatif bakım ile ilgili verilecek hizmetin kaliteli olması için eğitim çok önem taşımaktadır. Bu nedenle; çalıştay sonunda belirlenecek eğitim içerikleri ve programları palyatif bakım üniteleri ve merkezleri için bir rehber olacaktır.

AMAÇ

Ülkemizin ihtiyaçlarını karşılayan uygun palyatif bakım sistemini kurmak ve bu hizmeti evde sağlık hizmetleri ile koordineli bir şekilde yasal süreçteki gerekli düzenlemeleri yaparak hasta ve ailesine en kaliteli hizmeti uygun şartlarda ulaştırmaktır.

YÖNTEM

Palyatif bakım alanında çalışan farklı kurumdan profesyoneller telefon ve/veya yazılı olarak davet edilmişlerdir. Katılımcılar çalışma alanlarına uygun gruplarda görev almışlardır. Çalıştayda 3 çalışma grubu oluşturulmuş her oturum 2 saat olacak şekilde 3 oturumda her grup kendi içinde çalışmıştır. Gün sonunda her grubun rapörtörü kendi çalışma grubunun aldığı kararları diğer grup üyeleri ile paylaşarak önerilere açmıştır. Bu rapor kitap her 3 grubun aldığı kararları ve grup önerilerini bir araya getirmiştir.

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 değerlendirilme yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşımdır.

Evde Sağlık Hizmeti; çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini ifade etmektedir.

Evde Bakım Hizmeti; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasını ifade etmektedir.

Evde veya kurumsal bakım alanlarında yürütülen hospis hizmetleri de palyatif bakımın bir parçasıdır.

Kaynaklar

- 1- Mutafoğlu K. A palliative care initiative in Dokuz Eylül University Hospital; J Pediatr Hematol Oncol. 2011; Apr;33 Suppl 1:S73-6.

- 2- Pyszora A, Graczyk M, Krajnik M. What is the role of a physiotherapist in palliative care? Cases report, Adv. Pall. Med. 2009; 8, 1: 31-34.
- 3- Joliffe J, Bury T. The effectiveness of physiotherapy in the palliative care of older people. The chartered Society Of Physiotherapy. www. Csp. Org. uk, 2002.
- 4- Delbrück H. Rehabilitation and Palliation of cancer patients. 2007, Paris.

I.ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

Grubun Hedefleri:

- Kapsam ne olmalı?
- Hangi Hasta Grupları Palyatif Bakıma Girmeli?

Ek 1' de yer alan palyatif bakıma alış skorlaması yapılarak, palyatif bakım alış kriterleri kabul edilir. Toplam skoru ≥ 4 olanlar palyatif bakıma kabul edilir.

Palyatif Bakım Ünitesine Kabul Kriterleri

Palyatif Bakım Ünitesine Yatış Kriterleri

Yatağa bağımlı, küratif tedavisi olmayan, fiziksel ve emosyonel semptomların kontrol edilmesinde güçlük yaşanan, başkasının desteğine ihtiyacı olan hastalar palyatif bakım ekibi tarafından değerlendirilir. Yatırılarak bakım verilmesinin, kişiye veya ailesine yararlı olacağına karar verilen hastaların yatışı sağlanır. Özellikle aşağıdaki şartları taşıyan hastaların palyatif bakıma yatışı sağlanır.

1. Medikal tedaviye rağmen VAS (Visual Analogue Scale) ağrı skalası ≥ 5 olan, ağrıya bağlı uyku düzeni bozulan, istirahatatta dahi ağrısı devam eden ve yan etkiler nedeni ile medikal tedavi uygulanamayan hastalar
2. Oral alımı bozulmuş, NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002) beslenme skoru ≥ 3 olan, son 6 ay içerisinde % 10'dan fazla kilo kaybı olan, hiç oral alamadığı için enteral ya da parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyan malnutrisyonlu hastalar
3. Enfekte ve/ veya tedaviye dirençli, Evre III- IV (Norton/ Braden' a göre) dekübit yarası olan hastalar,
4. Deliryum tanısı almış, etiyolojisi multiple veya belirsiz olan hastalar
5. Geriatrik Sendromlar: düşme, inkontinans, ihmal ve kötüye kullanım vb hastalar
6. Tedaviye dirençli, evre IV kalp yetmezliği olan frajil hastalar
7. Tedaviye rağmen klinik ve laboratuvar olarak kötüleşen ve semptomları artan (dispne, hemoptizi, kontrol edilemeyen ağrı vb.) Karnofsky performans skoru < 70 olan, vertebra metastazı, hiperkalsemi gibi onkolojik acilleri olan, son 3 ay zarfında 2 defadan fazla pnömoni ge-

çiren, komorbiditesi yüksek, beklenen yaşam süresi 6 aydan kısa, cerrahi, radyoterapi (RT) ve kemoterapi (KT) gibi tedavilere rağmen progressif hastalığı olan onkoloji hastaları

8. Kronik, tedaviye dirençli olan son dönem akciğer hastaları
9. Klinik tablosunda akut değişiklik olan demans hastaları: FAST (Functional Assesment Staging of Alzheimer's Disease) Sınıflandırılmasına göre Evre 7 ve üzeri olan ve günlük aktivelerinin en az üç tanesini yardımla yapabilen hastalar
10. Kronik nörolojik hastalığı olup (Hipoksik iskemik ensefalopati, İnme, Parkinson hastalığı, Amiyotrofik lateral skleroz ,Multipl Skleroz vb klinik tablosunda akut değişikliği olan (ateş, beslenme bozukluğu, dekübit yarası, üriner enfeksiyonlar, pnomoni, öz bakımlarında azalma vb) hastalar
11. Tükenme Sendromu' na girmiş son dönem HIV hastaları

Palyatif Bakım Ünitesinden Evde Bakım Aşamasına Geçiş Kriterleri

Taburculuk planlanmasının amacı; sürekli bakım için bir çerçeve oluşturmak ve hastanın bir ortamdan daha uygun bir ortama geçişini kolaylaştırmaktır. Taburculuk multidisipliner bir süreçtir ve sürdürülmesi tüm ekibin ortak ve açık iletişimine bağlıdır. Taburculuk planlanmasında; hasta ve ailesinin tüm kararlara katılımı konusunda bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onamının alınması gereklidir. Taburculuk kriterleri:

1. Hastanın semptomları kontrol altına alındı ise (dispne, hemoptizi, malnutrisyon gibi)
2. Akut medikal problem çözüldü ise (örn: geriatrik hasta deliryum tablosundan çıktı ise, malignite hastasının hiperkalsemisi tedavi edildi ise vb.)
3. Hastaya ancak hastanede uygulanabilecek medikal girişimler komplikasyonsuz bir şekilde yapıldı ise örneğin: trakestomi açıldı, Perkutan Endoskopik Gastrostomi (PEG) yerleştirildi ise.
4. Hastanın / çevresinin taburcu olmayı talep etmesi durumunda, hastalar eve çıkabilir.
5. Hasta, epikriz ve bakım direktifleriyle beraber Aile Hekimi ve/ veya Evde Bakım Birimine yönlendirilir.

6. Ev ve bakım koşullarının hasta için uygun olup olmadığının değerlendirilmesi (sosyal hizmet uzmanı, evde bakım ekibi tarafından) ve gerekli düzenlemelerin sağlanması gereklidir.
7. Evde bakım imkanı olmayan hastalar için (kimsesiz, evsiz, sosyal desteği olmayan vb) hospis, bakımevi gibi birimlere yönlendirilerek bakımlarının devamının sağlanması uygundur.

Kaynaklar

1. Levy MH, Back A, Benedetti C, et al. NCCN Clinical practice guidelines in oncology: palliative care. J Natl Compr Canc Netw. 2009;7:436-73.
2. J Soc Work End Life Palliat Care. Applying the National Quality Forum Preferred Practices for Palliative and Hospice Care: a social work perspective. 2008;4(1):3-16.
3. Gazelle, G. Understanding hospice--an underutilized option for life's final chapter. N Engl J Med, 2007. 357(4): p. 321-4
4. Kapo J, Morrison LJ, Liao S. Palliative care for the older adult. J Palliat Med, 2007. 10(1): p. 185-209
5. Ferris H and Hunt S. Destination ventricular assist devices for heart failure, J Palliat Med, 2009. 12(10): p. 956-7.
6. Hollenberg, J, et al. Improved survival after out-of-hospital cardiac arrest is associated with an increase in proportion of emergency crew--witnessed cases and bystander cardiopulmonary resuscitation. Circulation, 2008. 118(4): p. 389-96.
7. Cummings JL, Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND, Kemp B, HewettL, et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part I.Assessment. Am Fam Physician 2002;65:2263-72
8. Ayello EA (2001) Why is pressure risk assessment so important: Nursing 2001; 75-79

EK - 1

Palyatif Bakım Alış Kriterleri:

1- Temel Hastalık Kriterleri :

Varsa 2 puan verilmelidir.

- a. Kanser
- b. İleri evre KOAH
- c. Stroke (Fonksiyonların %50' si kaybedilmiş olmalıdır)
- d. Son dönem böbrek yetmezliği
- e. İleri evre kalp yetmezliği (LVEF < % 25)
- f. Diğer yaşam ömrünü kısaltan hastalıklar

☐
☐
☐
☐
☐
☐

2- Eşlik Eden Hastalık Varlığı:

Varsa 1 puan verilmelidir.

- a. Karaciğer hastalığı
- b. Orta erecede böbrek yetmezliği
- c. Orta derecede KOAH
- d. Orta derecede konjestif kalp yetmezliği

☐
☐
☐
☐

3- Hastanın Fonksiyonel Durumunun Belirlenmesi:

ECOG Performansının Kullanılması (Eastern Cooperative Onkoloji Grubu)

ECOG Puan	Ölçek	Skor
0	Tamamen aktiftir, bağımsız işleri yapar	0
1	Günlük ev işlerini ve işiyle ilgili işleri yapar ancak komplike işleri yapamaz	1
2	Kendi günlük işlerini yapabilir ancak yorucu işler yapamaz.	2
3	Sadece kısıtlı olan aktiviteleri yapabilir yatağını toplamak, saçlarını taramak gibi	3
4	Tamamen başkasına bağımlıdır	4

4- Diğer Kriterlerin Varlığı;

Her biri için puan verilmelidir.

- a. 24 saatten uzun süredir dayanılmaz ağrısı var mı?
- b. Kontrol edilemeyen semptomları var mı?
- c. Psikososyal olarak kişiyi etkiliyor mu?
- d. Hasta son bir aydır benzer yakınmalarla acil servise başvuruyor mu?
- e. Son bir aydır benzer şikayetlerle bir hastaneye yatırılmış mı?
- f. Kişi uzun zamandır hastanede yatıyor ancak semptomlarında düzelme yok mu?
- g. Kişi uzun zamandır yoğun bakımda kalıyor ancak semptomlarında düzelme yok mu?
- h. Kişi yoğun bakımda yatıyor ancak prognozunun kötü olacağı düşünülüyor mu?
- i. Küratif tedavi şansı yok mu?
- j. Yaşamını kısaltan bir hastalık mı? Ve kişi yaşamını uzatacak tedavileri kabul etmiyorsa

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Toplam Skor:

Toplam skor 1:	Palyatif bakıma ihtiyacı yoktur.
Toplam skor 2:	Palyatif bakıma ihtiyacı yoktur.
Toplam skor 3:	Hastanın ilerde palyatif bakıma ihtiyacı olabilir, hastayı bilgilendir.
Toplam skor 4:	Palyatif bakıma alınması önerilir.

II. ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

Grubun Hedefleri:

- Palyatif bakıma yönelik eğitim programlarının multidisipliner ya da her bir sağlık disiplinine özgü olması konusunda fikirlerin belirlenmesi,
- Palyatif bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının kapsamının (hastalıklara spesifik ya da genel) belirlenmesi,
- Palyatif bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programları konu içerikleri, uygulamaları ve sürelerinin belirlenmesi,
- Palyatif bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının eğitimcilerinin belirlenmesi,
- Evde sağlık ve bakıma yönelik eğitim programlarının multidisipliner ya da her bir sağlık disiplinine özgü olması konusunda fikirlerin belirlenmesi,
- Evde Sağlık ve Bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının kapsamının (hastalıklara spesifik ya da genel) belirlenmesi,
- Evde Sağlık ve Bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının konu içerikleri, uygulamaları ve süresinin belirlenmesi,
- Evde Sağlık ve Bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının eğitimcilerinin belirlenmesi,
- Evde Bakıma yönelik destek personeli eğitim programlarının kapsamının (hastalıklara spesifik ya da genel) belirlenmesi,
- Evde Bakıma yönelik destek personeli eğitim programları konu içerikleri, uygulamaları ve süresinin belirlenmesi,
- Evde Bakıma yönelik sağlık destek personeli eğitim programlarının eğitimcilerinin belirlenmesi,

Öneriler

Çalıştayın II.Çalışma Grubunun 1.Oturumunda aşağıdaki konularla ilgili görüşler bildirilmiş ve öneriler geliştirilmiştir.

1. Palyatif Bakıma yönelik eğitim programlarının multidisipliner ya da her bir sağlık disiplinine özgü olması konusunun açık oturuma sunulması sonucunda oturum üyeleri fikirlerini paylaşmışlardır. Fisun Şenuzun Akyar, dünyada ve ülkemizde daha önce yapılmış kurs ve eğitimlerden

örnekler vermiş, bu konuda yurtdışında yapılmış eğitimlerin multidisipliner olarak planlandığını, ülkemizde de Sağlık Bakanlığının 2013 eğitim planında onkolojik palyatif bakım kursunun Nisan ayında multidisipliner ekibe göre planlandığını; fakat kursun uygulanmadığını belirtmiştir. Bu nedenle çalıştay sonunda belirlenecek olan kurs programının yol gösterici olması bakımından önemini vurgulamıştır.

Hatice Küçüker, Palyatif Bakıma yönelik eğitim programlarının her bir sağlık disiplinine ayrı ayrı olması gerektiğini belirtmiş, multidisipliner ekibe ortak olarak oluşturulan eğitim programlarının görev tanımlamasını net oluşturamayacağını, bu nedenle hedefin amacına ulaşması için her meslek grubuna ayrı programların oluşturulmasını ifade etmiştir.

Çiçek Fadiloğlu ve Yasemin Kuzeyli Yıldırım palyatif bakıma yönelik eğitim programlarının multidisipliner olmasının şart olduğunu belirtmiş, her bir sağlık profesyonelinin kendi görev tanımlaması var iken hizmetin ekip anlayışı içerisinde sistemli bir şekilde verilebilmesi için bir tüm ekibin bütünlük içinde olmasının temel ilke olduğunu ayrıca ekip arası etkili iletişimin sağlanabilmesi için eğitimler de multidisipliner olması gerektiğini belirtmiştir.

Didem Karadibak ve İlknur Naz, palyatif bakıma yönelik planlanan eğitimlerin multidisipliner ekibe birlikte uygulanması gerektiği konusuna fikirlerini belirtip ekibin farkındalığı açısından eğitim programlarının önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Meryem Sertpoyraz, Murat Özçelik ve Banu Kınay, başarı için ekip çalışmasının şart olduğunu, görev tanımlamalarının belirtildiği sürece eğitimlerde sorun yaşanmayacağını ifade etmişlerdir.

Tüm bu fikirler sonucunda Palyatif Bakıma yönelik eğitim programlarının multidisipliner olmasına karar verilmiştir.

2. Palyatif Bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının kapsamının (hastalıklara spesifik ya da genel) belirlenmesi için aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Çiçek Fadiloğlu, Fisun Şenuzun Akyar, Yasemin Kuzeyli Yıldırım, palyatif bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının kapsamının malign) ve malign olmayan (kronik akciğer hastalıkları, böbrek hastalıkları, kalp yetmezlikleri vb.) hastalıklara yönelik palyatif bakım

kursu olarak iki grup şeklinde planlanması gerektiğini belirtmiş, yurtdışındaki örneklerinin de bu şekilde oluşturulduğundan bahsetmişlerdir.

Mustafa Tokdemir ve Banu Kınay, Hastalığa spesifik değil semptomaya yönelik olması gerektiğini belirtmiş, bu nedenle Palyatif Bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının genel bir kurs şeklinde oluşturulmasını önermiştir.

Selda Seçkiner ve Didem Karadibak, Palyatif Bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının zamanla deneyimleneceğini, her bir sağlık profesyonelinin her kronik hastalık konusunda uzmanlaşmasının zor olduğunu, eğitimin tek konudan uzaklaşıp dağılmaması gerektiğini, palyatif bakımda genel bir semptom yönetiminin esas olduğunu bu nedenle genel bir eğitim programının hazırlanılması gerektiğini ifade etmiştir.

Tüm bu fikirler sonucunda 'Genel Palyatif Bakım Kursu' adı altında bir kurs oluşturulup ileri dönemde eğitimin hastalıklara yönelik olarak çeşitlendirilebileceği yönünde karar alınmıştır. Palyatif bakım merkezleri (klinikleri) yurt içinde spesifik alanlara yönelik yaygınlaştıklarında kursların da hastalıklara spesifik olarak (Kronik akciğer hastalıkları, Kalp yetersizliği, vb.) çeşitlendirilebileceği yönündedir.

3. Palyatif Bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programları konu içerikleri, uygulamaları ve sürelerinin belirlenmesi için aşağıdaki sonuçlar alınmıştır:

Grup katılımcılarının önerileri ve bu konuda alınan ortak karar sonucunda Palyatif Bakıma yönelik sağlık profesyonellerine uygulanacak olan 'Genel Palyatif Bakım Kursu' Kamu / özel sağlık kuruluşlarında palyatif bakım hizmetlerinde çalışan/çalışacak olan hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyenlere, kurs programına uygulama ve teorik ders 82 saat/10 iş günü olarak planlanmış, kurs sonrası katılımcılara sertifika verilmesi önerilmiştir. Kurs içeriği ve ders saatleri Ek-2'dir.

4. Palyatif Bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının eğitimcilerinin belirlenmesi için aşağıdaki sonuçlar alınmıştır.

Palyatif Bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının eğitimcilerinin sağlık profesyonelleri (hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen) olması konusunda ortak

karar alınmış, bu eğitimcilerin kimler olacağı konusunda başka bir çalıştayda yapılandırılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Çalıştayın II.Çalışma Grubunun 2.Oturumunda aşağıdaki konularla ilgili görüşler bildirilmiş ve öneriler geliştirilmiştir.

1.Evde Sağlık ve Bakıma yönelik eğitim programlarının multidisipliner ya da her bir sağlık disiplinine özgü olması konusunda fikirlerin belirlenmesi konusunda katılımcılar fikirlerini belirtmişlerdir. Alınan ortak kararlar sonucunda palyatif bakım kursunda ki ortak nedenlerden dolayı tüm katılımcılar Evde Sağlık ve Bakıma yönelik eğitim programlarının multidisipliner ekibe ortak planlanması konusunda sonuca varmışlardır.

2. Evde Sağlık ve Bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının kapsamının (hastalıklara spesifik ya da genel) belirlenmesi konusunda aşağıdaki kararlar alınmıştır.

Evde Sağlık ve Bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının kapsamını belirlenirken alınan ortak karar sonucunda gebe, çocuk, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hasta grubunu palyatif bakımdan yola çıkıldığı için başlangıç olarak 'Kronik Hastalıklarda Evde Bakım Kursu' adı altında bir kurs oluşturulup ileri dönemde eğitimin hastalıklara yönelik olarak çeşitlendirilebileceği yönünde karar alınmıştır

Kurs alacak sağlık disiplinleri ekibi içine Mehmet Emin Limoncu önerisi üzerine, ortak tüm katılımcılarla karar alınarak Yaşlı Bakımı Yükseköğullerinden mezun olmuş 'yaşlı bakım teknikeri' de eklenmiştir.

3. Evde Sağlık ve Bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının konu içerikleri, uygulamaları ve süresinin belirlenmesi konusunda alınan kararlar aşağıdaki gibidir.

Oturum sonunda hazırlanan 'Kronik Hastalıklarda Evde Bakım Kursu' nun amacı evde sağlık bakımı verilmesi ve sürdürülmesi ile ilgili bilgi ve beceri kazandırmak olarak belirlenmiş, kursun hedefleri aşağıdaki gibi planlanmıştır

Kurs sonunda katılımcılar;

1. Sağlık bakım sistemi içinde evde bakım hizmetlerinin yerini, evde bakım profesyonellerinin rol ve sorumluluklarını, hizmet sunumunda ekip çalışmasının önemini kavramış olacak,

2. Ev ziyareti sürecinin aşamalarını ve ilkelerini ve evde bakımda hasta, aile, diğer sağlık çalışanları ile etkili iletişim kurma yollarını bilecek, birey ve aileye yönelik sağlık değerlendirmesini yapabilecek etik ilkelere ve hasta haklarına uygun bakımı planlayabilecek,

3. Evde bakımda sıklıkla kullanılan araç gereçlerin kullanımını bilecek,

4. Ev ortamında birey, aile, sağlık çalışanları açısından güvenli çevre oluşturulmasında riskleri tanımlayacak ve gerekli önlemleri bilecek,

5. Bireylerin gelişimsel özelliklerine uygun; akut, kronik ve terminal dönemli hastalıklarda beslenme, boşaltım, aktivite/egzersiz, dolaşım ve solunum fonksiyonuna yardımcı girişimleri bilecek;

6. Evde sağlık eğitimi ve danışmanlık ilkelerini ve kayıt tutmanın önemini bilecektir.

Grup katılımcılarının önerileri ve bu konuda alınan ortak karar sonucunda Evde Bakıma yönelik sağlık profesyonellerine uygulanacak olan 'Kronik Hastalıklarda Evde Bakım Kursu, kamu / özel sağlık kuruluşlarında palyatif bakım/evde bakım hizmetlerinde çalışan/çalışacak olan hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyenlere, kurs programına uygulama ve teorik ders 59 saat/5 iş günü olarak planlanmış, kurs sonrası katılımcılara sertifika verilmesi önerilmiştir. Kurs içeriği ve ders saatleri Ek-3 dedir.

4. Evde Sağlık ve Bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının eğitimcilerinin belirlenmesi konusunda alınan kararlar aşağıdaki gibidir.

Evde bakıma yönelik sağlık profesyonelleri eğitim programlarının da eğitimcilerinin sağlık profesyonelleri (hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen) olması konusunda ortak karar alınmış, bu eğitimcilerin kimler olacağı konusunda da başka bir çalıştayda yapılandırılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Çalıştayın II.Çalışma Grubunun 3.Oturumunda aşağıdaki konularla ilgili görüşler bildirilmiş ve öneriler geliştirilmiştir.

1. Evde Bakıma yönelik destek personeli eğitim programlarının kapsamının (hastalıklara spesifik ya da genel) belirlenmesi konusunda alınan kararlar aşağıdaki gibidir.

Oturum başında öncelikle Evde Bakıma yönelik destek personeli eğitim programlarının kapsamının belirlenmesinden Evde Bakım Destek Personeli olacak kişilerin en az lise ve dengi okullardan mezun olması gerektiği şartı olması gerektiği konusunda ortak karar alınmıştır.

Fisun Şenuzun Akyar ve Mehmet Emin Limoncu Yaşlı Bakıcı Yüksekokullarından mezun olan Yaşlı sağlığı teknikerlerinin ekip sıkıntısı çekileceğinden sadece kendi alanları olan geriatrik hasta popülasyonu dışında örneğin kronik hastalıklarda da değerlendirilmesi gerektiği konusunda önerileri olmuştur.

Fisun Şenuzun Akyar ve Zafer Şener, evde bakım destek personeli eğitimlerinin yürütülmesinin Milli Eğitim Bakanlığından alınıp Sağlık Bakanlığı Bünyesinde Üniversitelerin ilgili anabilim dallarınca verilmesi ve denetlenmesi konusunda önerilerini de sunmuşlardır. Fisun Şenuzun Akyar belediyeler ve halk eğitim merkezlerinin kursları vermede yetersiz olduklarını ifade etmiş, Zafer Şener üniversitelere bu konuda destek vereceklerini belirtmiştir.

Alınan ortak karar sonucunda kursu tamamlayan evde bakım destek personellerinin kurs sertifikalarının belirlenen yıl kadar geçerli olması gerektiği, yılını tamamlayan destek personeline re-sertifikasyon eğitimi verilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Bu öneriler ve alınan kararlar sonucunda evde bakıma yönelik destek personeli eğitim programlarının palyatif bakımdan yola çıkıldığı ve Milli Eğitim Bakanlığının kurslarından farklı olması için 'Kronik Hastalıklarda Evde Bakım Destek Personeli Kursu' adı altında bir kurs oluşturulması yönünde karar alınmıştır.

2. Evde Bakıma yönelik destek personeli eğitim programları konu içerikleri, uygulamaları ve süresinin belirlenmesi konusunda alınan kararlar aşağıdaki gibidir.

Grup katılımcılarının önerileri ve bu konuda alınan ortak karar sonucunda Evde bakımın izlenmesi ve sürdürülmesi ile ilgili bilgi ve beceri

kazandırmayı amaçlayan ‘Kronik Hastalıklarda Evde Bakım Destek Elemanı Kursu’, 18 yaş üstü, en az lise ve dengi okullardan mezun olmak şartıyla, kurs programına 1 hafta teorik, 1 hafta demonstrasyon ve 4 hafta uygulama olacak şekilde 6 hafta/20 iş günü toplam 106 saatte tamamlanması planlanmış, kurs sonunda kursiyerlere yazılı ve uygulamalı olarak iki sınavın yapılması amaçlanmıştır. Kurs içeriği ve ders saatleri Ek-4 dedir

3. Evde Bakıma yönelik sağlık destek personeli eğitim programlarının eğitimcilerinin belirlenmesi konusunda alınan ortak kararlar sonucunda, Evde Bakıma yönelik sağlık destek personeli eğitim programlarının eğitimcilerinin Sağlık Profesyonelleri (hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı) tarafından verilmesi konusunda fikir birliğine varılmıştır. Bu eğitimcilerin kimler olacağı konusunda da başka bir çalıştayda yapılandırılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

EK-2 Genel Palyatif Bakım Kurs Programı

KONU BAŞLIKLARI	Eğitim süresi/saat
Palyatif Bakımı Kavramı, Temel İlkeleri	1
Palyatif Bakımı Tarihsel Süreci	1
Türkiye’de ve Dünyada Palyatif Bakım Kavramının Ulusal Politikalara Göre Organizasyonu ve Görev Tanımları	1
Palyatif Bakımda Sosyal Hizmetler	1
Palyatif Bakımda Hasta, Aile ve Bakım Verenler ile İletişim	1
Palyatif Bakımda Aile	2
Palyatif Bakımda Kapsamlı Hasta Değerlendirilmesi	4
Palyatif Bakımda Enfeksiyon Kontrolü	2
Palyatif Bakımda Nutrisyon: Yeterli ve dengeli beslenme, Beslenme destek uygulamaları (parenteral, enteral)	4
Yatağa Bağımlı Hasta Bakımı: Mobilizasyon	2
Yatağa Bağımlı Hasta Bakımı: Bası Yarasından Korunma ve Yara Bakımı	2
Yatağa Bağımlı Hasta Bakımı: Hijyen	2
İnkontinans Olan Hastanın Bakımı	1
Kolostomisi Olan Hastanın Bakımı	1
Semptom Yönetimi - I Ağrı	4
Semptom Yönetimi - II Yorgunluk	2
Semptom Yönetimi - III Konstipasyon/Diyare	2

Semptom Yönetimi - III Anoreksi/ Kaşeksi	2
Semptom Yönetimi - IV Dispne	3
Semptom Yönetimi - V Bulantı/ Kusma	1
Semptom Yönetimi – VI Uyku Bozuklukları	1
Semptom Yönetimi – VII Ödem /Asit	1
Semptom Yönetimi-VIII Mukozit	1
KOAH da Palyatif Bakım	2
Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım	2
Motor Nöron Hastalıkları ve İlerleyici Nörolojik Hastalıklarda Palyatif Bakım	4
Son Dönem Böbrek Hastalıklarında Palyatif Bakım	2
Metabolik Hastalıklarda Palyatif Bakım	2
Kanserli Hastada Palyatif Bakım	2
Geriatrik Hastada Palyatif Bakım	2
HIV/AIDS li Hastada Palyatif Bakım	2
Kronik Karaciğer Hastalıklarında Palyatif Bakım	2
Ruhsal Sorunlar ve Duygu Durum Bozukluklarında Palyatif Bakım	4
Palyatif Bakımda Cinsel Sorunlar	2
Palyatif Bakımda Rehabilitasyon	4
Terminal Evrede Bakım	2
Palyatif Bakımda Maneviyat	1
Palyatif Bakımda Yas Süreci	1
Palyatif Bakımda Temel Yaşam Desteği ve Acil Bakım	4
Palyatif Bakımda Etik ve Yasal Sorumluluklar	1
Palyatif Bakımda Tükenmişlik	1
TOPLAM	82

Ek-3 Kronik Hastalıklarda Evde Bakım Kurs Programı

KONU BAŞLIKLARI	Eğitimsüresi/saat
Evde Bakım Temel Kavram ve İlkeler Dünya'da ve Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi ve Sistem Örnekleri	1
Evde Bakımın Yasal ve Etik Yönü	1
Evde Bakımda Kapsamlı Değerlendirme	2
Evde Bakım Sürecinde; Kayıt, Tıbbi ve Bilişim Cihazların Kullanımı	1

Evde Bakım: Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi a. Güvenli ev ortamı sağlamak, b. Koruyucu izolasyon önlemlerini almak c. Evde pansuman vb uygulamalar için universal asepsi kurallarını sağlamak d. Çalışan güvenliği e. Tıbbi ve tehlikeli atık yönetimi	1
Evde Bakım: İletişim a. Evde bakım hizmetinin sürdürülmesinde gerekli iletişimi organize etmek b. İletişime engel olacak duyuşsal engeller (görme, işitme, konuşma). Diğer Engeller (mental durum, ağrı, hastalık ve tıbbi-cerrahi girişim, Psikolojik Durum (anksiyete, korku-endişe, yalnızlık) vb. c. Terapötik iletişim tekniklerini etkili kullanmak, empati becerisini kazanmak	2
Evde Bakım: Hijyen ve Giyim Evde giyim hijyeni, banyo, bası yarası, ciltte ülserasyon, mukozalarda ülserasyon, hijyen alışkanlığını sürdürme, temizliğe yardım, giyinmeye yardım, hastalık ve tıbbi-cerrahi girişimin kişisel temizlik	1
DEMONSTRASYON – Hijyen ve Bası yarası	2
Evde Bakım: Beslenme a. Beslenmenin değerlendirilmesi b. Yeterli ve dengeli beslenme, besin hijyeni, örnek öğün hazırlama c. Hastalık ve tıbbi- cerrahi girişimin beslenme aktivitesine etkisi, beslenmenin enteral ve parenteral olarak sürdürülmesine ilişkin uygulamalar d. Nazogastrik, nazointestinal, gastrostomi veya jejunostomi tüpü ile besleme. d. Total parenteral besleme	2
Evde Bakım: Boşaltım Defekasyon için kullanılan herhangi bir girişim, üriner ve dışkılama sıklığı ve son zamanlardaki değişim durumu (stoma vb.), bağırsak boşaltımı uygulamaları, üriner kateterizasyon, hastalık ve tıbbi-cerrahi girişimin boşaltım aktivitesine etkisi vb. a. Kalıcı ve geçici mesane kateterizasyonu uygulamak b. Bağırsak boşaltım uygulamalarını yapmak, c. Kolostomisi olan hastanın bakımı	2
DEMONSTRASYON – Beslenme, Boşaltım	2
Evde Bakım: Mobilite ve Fiziksel Aktivite a. Kas iskelet sisteminin değerlendirilmesi b. Vücut mekaniğine uygun hareket c. Yardımcı araç kullanımı (baston, koltuk değneği, tekerlekli sandalye), egzersiz durumu, kas tonüsü, eklem hareketi, kontraktür, basınç alanları, hareketsizlikle ilgili komplikasyonlar, ağrı, ödem, hastalık ve tıbbi-cerrahi girişimin hareket aktivitesine etkisi vb. hastanın evde bakımı.	2

d. Mobilizasyon ve pozisyonlama e. Yatak içinde hareket ve pozisyon f. Uygun ortezleme	
DEMONSTRASYON - Mobilite ve Fiziksel Aktivite	2
Evde Bakım: Yaşamsal bulgular Ateş, nabız, solunum, kan basıncı, ağrı, dispne	1
Evde Bakım: Enfeksiyon	1
Evde güvenli ilaç hazırlama ve verme, Evde ilaç tedavisi ve bakımı Evde İnfüzyon tedavisi ve bakımı	1
Evde güvenli oksijen ve solunum destek cihazları uygulama ve bakım	2
DEMONSTRASYON – Yaşamsal Bulgu, İnfüzyon Tedavisi, Oksijen Tedavisi	1
Kronik Hastalıklarda Bakım I Solunum hastalığı olan hastanın bakımı (Astım krizi ve KOAH)	2
Kronik Hastalıklarda Bakım II Kardiyovasküler sistem hastalığı olan hastanın evde bakımı (Kalp yetersizliği, HT)	2
Kronik Hastalıklarda Bakım III Sinir sistemi hastalığı olan hastanın bakımı (Parkinson, Alzheimer, Epilepsi)	2
Kronik Hastalıklarda Bakım IV Böbrek hastalığı olan hastanın bakımı (Kronik Böbrek Yetmezliği-Diyaliz)	2
Kronik Hastalıklarda Bakım V Gastrointestinal istem hastalığı olan hastanın evde bakımı	2
Kronik Hastalıklarda Bakım VI Romatolojik hastalıklarda evde bakım	1
Kronik Hastalıklarda Bakım VII Metabolik hastalıklarda evde bakım	2
Kronik Hastalıklarda Bakım VIII Kanserli hastanın bakımı	2
Geriatric Hastasının Evde Bakımı	1
HIV ve AİDS hastasının evde bakımı	1
DEMONSTRASYON - Kronik Hastalıklarda Bakım	
Evde Bakım: Ruhsal Sorunlar	1
Evde Bakım: Uyku Bozuklukları	1
Evde Bakım: Cinsellik	1
Evde Bakım: İş ve Uğraş Terapileri	1
Evde Bakım: Palyatif Bakım Koordinasyonu	1

Evde Bakım: Terminal Evre ve Ölüm	1
Evde Hasta İstismarı ve İhmali	1
Evde Bakımda Kültür ve Maneviyat	1
Evde Bakımda Bakım Verenlerin Gereksinimleri ve Bakım Yükü	1
Evde Bakımda Yetişkin Eğitimi ve Öğrenmenin Öğretilmesi	1
Evde Bakımın Yasal ve Etik Yönü	1
Temel Yaşam Desteği ve İlk Yardım	2
DEMONSTRASYON - Temel Yaşam Desteği ve İlk Yardım	2
TOPLAM	59

Ek-4 Kronik Hastalıklarda Evde Bakım Destek Personeli Kurs Programı

KONU BAŞLIKLARI	Eğitim süresi/saat
Genel Tanışma, Programı tanıma, beklentileri saptama	1
Hastalık ve Sağlık ilgili kavramlar ➤ Sağlığın tanımı ➤ Hastalığın tanımı	1
Hasta hakları	1
İletişim ve iletişimi etkileyen Faktörler	2
DEMONSTRASYON - İletişim ve İletişimi Etkileyen Faktörler	2
Sosyal ağ Acil durumlarda dikkat edilecek durumlar ve aranacak numaralar	1
Evde bakım kavramı ve önemi	1
Güvenli çevre ➤ Sağlıklı ev ortamı ve düzenlenmesi ➤ Yaşam (ev/kurum) tasarımı (mutfak, eşyalar)	2
Enfeksiyon	2
DEMONSTRASYON - Güvenli Çevre ve Enfeksiyon	2
Sağlıklı yaşam davranışları geliştirme I ➤ Yeterli ve dengeli beslenme ➤ Besin hijyeni ➤ Örnek öğün hazırlama	2
DEMONSTRASYON- Sağlıklı Yaşam Davranışları Geliştirme I	1
Sağlıklı yaşam davranışları geliştirme II	2

➤ Uyku ➤ Bireysel hijyen ➤ Uygun giyinme	
Sağlıklı yaşam davranışları geliştirme III ➤ Fiziksel Aktivite ➤ Mobilizasyon	2
Sağlıklı yaşam davranışları geliştirme IV Zararlı alışkanlıklardan vazgeçme ➤ Alkol ➤ İlaç ➤ Sigara	2
DEMONSTRASYON- Sağlıklı Yaşam Davranışları Geliştirme II-III-IV	4
Geriatrik hasta bakımı ➤ Biyolojik ve psiko-sosyal değişiklikler ➤ Yaşlılık sorunları (Fiziksel, sosyal,psikolojik)	3
Beş duyu ile ilgili yakınmalarla baş etme ➤ Dokunma hissindeki değişimler ➤ Görme ile ilgili yakınmalar ➤ Koku almada bozukluklar ➤ Tat almada bozukluklar ➤ İşitme kaybı	2
DEMONSTRASYON - Geriatrik Hasta Bakımı	4
Doğru ilaç kullanma ➤ İlacın verilmiş şekilleri ➤ Ağız ve sindirim yolu ile alınan ilaçlar ➤ Deri yoluyla ilaç kullanılması ➤ Solunum yolu ile ilaç kullanılması ➤ İlaç vermede temel ilkeler ➤ İlaç besin etkileşimi ➤ İlaç zehirlenmesinde ilk yardım ➤ İlacı uyum	1
Yaşamsal bulguların değerlendirilmesi ➤ Ateş, nabız, solunum, kan basıncı, ağrı, nefes darlığı	2
DEMONSTRASYON - Doğru İlaç Kullanma, Yaşamsal Bulguların Değerlendirilmesi	
Solunum sistemine bağlı sorunlar ve bakım Oksijen tedavisi izlemi Yardımcı solunum cihaz kullanan hastanın izlemi	2
Sindirim sistemi ve beslenme bozukluklarına bağlı sorunlar ve bakım ➤ İştahsızlık	3

➤ Yutma güçlüğü ➤ İstemsiz kilo kaybı ➤ Şişmanlık ➤ Enteral beslenen hastanın bakımı ➤ Kabızlık, ishal ➤ Sindirim sistemi ile ilgili sorunlarla baş etme	
Kas ve İskelet sistemi sorunları ve bakımı ➤ Kemik kaybı (osteoporoz) olan hastaya yaklaşım ➤ Hareket kısıtlılığının önlenmesi	1
DEMONSTRASYON – Solunum Sistemine Bağlı Sorunlar ve Bakım Sindirim Sistemi ve Beslenme Bozukluklarına Bağlı Sorunlar ve Bakım Kas ve İskelet Sistemi Sorunları ve Bakımı	6
Üro-genital sistem sorunları ➤ İstemsiz idrar kaçırma ➤ İstemsiz gaita kaçırma ➤ İdrar katateri olan hastanın izlemi ➤ Stoması olan hastanın bakımı	2
Yatağa bağımlı hastada gelişebilecek komplikasyonlar ve bakım	2
Yatağa bağımlı hasta bakımı ➤ Beslenme ➤ Hijyen ➤ Pozisyon, hareket ettirme, taşıma	3
DEMONSTRASYON- Üro-genital Sistem Sorunları, Yatağa Bağımlı Hasta Bakımı	4
Enfeksiyon hastalıkları ve koruma yöntemleri ➤ Tüberküloz ➤ Viral Hepatitler ➤ Gribal enfeksiyon ➤ HIV/AIDS	2
Kronik hastalılar ve evde bakımı ➤ Diyabeti olan hastanın bakımı ➤ Böbrek sorunları olan hastanın bakımı/diyaliz hastasının bakımı ➤ Kalp ve damar sistemi hastalıkları (kalp krizi) ➤ Kalp Yetmezliği ➤ Hipertansiyon Romatizmal hastalıklar	2 2 2 2
Solunum sistemi hastalıkları (astım krizi)	2
Kanser	2
Sinir sistemi hastalıkları ➤ Parkinson ➤ Alzheimer ➤ Epilepsi	4

Obezite	2
Terminal evrede olan hastanın bakımı ve ölüm	2
Ruh sağlığı sorunları ile baş etme ➤ Stres ➤ Depresyon (yalnızlık,yorgunluk, unutkanlık)	2
Aile içi krizlere yaklaşım ➤ Aile içi şiddet, ➤ Yaşlı istismarı ve ihmali	2
Bakım hizmeti verenin korunması	1
Temel yaşam desteği	2
İlk yardım uygulamaları	4
Kazalar ve kazalardan korunma ➤ Ev kazaları ➤ Yanıklar ➤ Zehirlenmeler ➤ Boğulmalar	2
DEMONSTRASYON - Temel Yaşam Desteği, İlk Yardım Uygulamaları	6
Eğitimci değerlendirme	
TOPLAM	106
UYGULAMA	20 İŞ GÜNÜ

Kaynaklar

1. Fadiloğlu Ç., Ertem G., Şenuzun Aykar F. Evde Sağlık ve bakım, Göktuğ Yayıncılık: Ankara, 2013.
2. Fadiloğlu Ç., Şenuzun F. Kanserde Evde Bakım. Kongre Basım Evi: İstanbul, 2005.
3. Matzo LM., Sherman DW. Palliative Care Nursing, Third Edition: Quality Care to the End of Life. Springer Publishing Company: New York, 2010.
4. Doyle D., Hanks GWC., MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Second edition, Oxford University Press: New York, 2001.
5. Ferrell BR., Coyle B. Oxford Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press: New York, 2010.
6. Emanuel L., Librach SL. Palliative Care: Core Skills and Clinical Competencies. Second edition, Saunders Company: St Louis, 2011.
7. Kuebler KK., Heidrich DE., Esper P. Palliative Care & End-of-life Care: Clinical Practice Guideline. Saunders Elsevier: Philadelphia, 2007.
8. Forman WB., Kitzes JA., Anderson RP., Sheehan DK. Hospice and Palliative Care. Second edition, Jones and Bartlett Publishers: Boston, 2013.
9. Morrison RS., Meier DE., Capello C. Geriatric Palliative Care. Oxford University Press: New York, 2003.

III. ÇALIŞMA GRUBU RAPORU:

Grubun hedefleri:

Palyatif bakım hizmeti verecek ekibin belirlenmesi

- İzmir'deki palyatif bakım merkezlerinin durumunun saptanması
- Evde bakım hizmetlerine yönlendirilen hasta ve yakınlarının bakım verme ve bakıma ulaşma aşamasında yaşadıkları sorunların belirlenmesi
- Evde sağlık ve evde bakım hizmetlerini sunan bakanlıkların ve yerel yönetimlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemenin yapılmasının sağlanması
- Kapsamlı palyatif bakım merkezinin organizasyon şemasının oluşturulması ve iş birliği yapılabilecek kurumların belirlenmesi
- Palyatif bakım ve evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan hastaların hizmeti alması konusunda yapılabileceklerin saptanması
- Evde sağlık ve evde bakım hizmeti ile ilgili yasal düzenlemelerdeki eksiklikleri ve mevzuatın değerlendirilmesi

Tecrübelerin paylaşılması

Serap Ulurmak, evde bakım hizmetleri kapsamında bulunmayan tedavi etme ve rapor yazma gibi eksiklikler nedeniyle verilen bakımın mevzuatla örtüşmediğini ve bu konuda standart bir bakım oluşturulması adına mevzuatın ihtiyaca göre yeniden düzenlenmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Asuman Sezer, 2011 itibarı ile 1000 hastaya bakım verdiklerini ifade etmiş ve bulundukları bölgede evde bakım ayağında yaşadıkları sorunları dile getirmiş ve özellikle yakınına kanser öyküsü nedeniyle kaybetmiş hasta yakınlarının desteğinin alınabileceği ile ilgili önerilerde bulunmuştur. Hastaya evde bakım verme aşamasında özellikle hasta yakınlarının tükenmişliği, personel yetersizlikleri ve sınırlı imkanlar nedeniyle sıkıntılar yaşandığı üzerinde durmuştur.

Ahmet Erbaycı, kendi kurumlarında verdikleri bakım ile ilgili olarak hastanın evde sistemli bir şekilde izleminin olmaması nedeniyle hastayı basit işlemler için bile hastaneye yatırmak zorunda kaldıklarını ve bu durumun hem personel hem maliyet kaybına yol açtığını ifade etmiştir. Ahmet Bey kendi hastanelerinde yatırarak tedavi ettikleri hastaları tabur-

cu ettikten sonra pacer ile evden izleyebildiklerini ve bu cihazlarda bazı anketlerin ve izlem parametrelerinin olduğunu anlatmıştır. Oluşturulan yazılım üzerinden hastalarının cihaza düştüğü tüm notların online olarak hastanedeki hekimler tarafından görüldüğünü ve bu uygulamanın evde bakım hizmetlerinde aktif kullanılmasının hastaya doğru zamanda müdahale yolu ile maliyeti oldukça düşürebileceğini ifade etmiştir.

Nurcan Pirgan, 2010'dan bu yana verdikleri evde bakım hizmetlerini kısaca anlatmıştır. Kendi evde bakım sistemini oluşturan altı ekipleri olduğunu ve her ekipte halk eğitim müdürlüğünden alınan sertifikalı bir hemşire ve 2 evde bakım elemanı ayrıca sosyal destek sağlayan psikolojik rehberlik ve danışmanlık uzmanı, hastaların temizlik ve hijyenini sağlayan banyo ekibinin olduğunu ifade etmiştir. Bu bakımı 60 yaş üstü olmak şartı ile ihtiyacı olan herkese verdiklerini fakat ciddi anlamda bakıma muhtaç ve kuruma yerleştirilmesi gereken hastalarla karşılaştıklarında Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğünden destek aldıklarını dile getirmiştir.

Ali Kasap, evde palyatif bakım uygulamasının sadece devlet eliyle yapılmasının çok zor olduğunu, Sosyal Güvenlik Kurumunun verilen hizmeti denetlemesi gerektiğini ve sivil toplum kuruluşlarından özellikle de gönüllülerden yardım alınabileceğini dile getirmiştir. Bakım desteği sağlayan hasta yakınlarının da bu süreçte psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Kendi evde bakım hizmetlerini yürütürken yeni uygulamaya geçirdikleri ve çok kapsamlı olmamakla birlikte evde depresif gördükleri hasta yakınlarına da psikolojik destek sunmak için eve tekrar gittiklerini dile getirmiştir.

Nadir Maşalacı, şu an engelli evde bakım kanunu kapsamında İzmir'de yaklaşık 17000 kişiye verilmekte olan Evde Bakım Ücretinin , engellinin bakımında ve engellinin ihtiyaçlarının karşılanmasında çok önemli bir işleve sahip olduğunu belirtmiştir. Kanun kapsamına giren çok sayıda engelli olması nedeniyle, yapılan müracaatların hızla değerlendirilmesi ve mevzuata uygun olanlara ödeme yapılabilmesi için Engelli Bakım Hizmeti Değerlendirme Heyetinin engellinin bakımının yapıldığı yerde gerekli incelemeyi yapması gerekmektedir. Engelli ve ailesi hakkında sosyal çalışmacı, doktor, fizyoterapist, çocuk gelişimci, hemşire ve sağlık memuru ünvanına sahip en az üç kişiden oluşan Bakım Hizmetleri Değerlendirme Heyeti, engelli ve ailesini ikametinde ya da ikametinde yaşamıyorsa fiilen yaşadıkları yerde gerekli incelemeyi yapar ve Bakım

Raporu hazırlar. Ülkemizde ilk defa İzmir'de bu müracaatların daha hızlı sonuçlandırılabilmesi için, bu konuda görev yapan Heyetlere ek olarak, Kaymakamlıklar bünyesinde oluşturulan heyetlerle müracaatların değerlendirme süresi büyük ölçüde kısaltılmıştır. Ancak engellinin engellilik düzeyi değerlendirilirken zaman zaman heyetlerin ilgili genelgelere rağmen bazı müracaatları olumsuz değerlendirdiği, birbirleri ile fikir ayrılıklarına düştükleri görülmüştür. Bu nedenle farklı meslek gruplarından oluşturulan heyetlerin ilk göreve başlamalarında Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü tarafından Oryantasyon ve İşbaşı Eğitimlerine tabi tutulduklarını belirtmek gerekir. Yine de bazı ilçelerde sık olarak heyet üyelerinin değişmesi nedeniyle bu eğitimlerde aksama olmaktadır. Engelli ve engelliye bakacak yakınının mağdur olmaması için bu heyetlerin mutlaka düzenli aralıklarla, oluşturulacak " Eğitim Birimi" tarafından tazeleme eğitimlerine tabi tutulacağı bir sistemin kurulması yararlı olacaktır.

Murat Bolat, alandaki aile hekimlerin evde sağlık ve evde bakım hizmetleri anlamında bir karmaşa yaşadıklarını ve bunun nedeninin sağlık bakanlığı tarafından yapılan bilgilendirme filmlerinin hasta ve hasta yakınına yanlış bilgilendirme yüzünden meydana geldiğini dile getirmiştir. Ayrıca görev tanımlarının net olmaması ve 25 Ocak 2013'ten sonra çıkan yönetmelikte aile hekimlerinin vereceği tespit ve koordinasyon hizmetlerine teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin de eklendiğini ifade etmiştir. Aile hekimlerine 65 yaş ve üstü hastalara bakım hizmeti kapsamında ek ödeme yapıldığını fakat bu hastaların evde herhangi bir durum, hastalık ya da semptom nedeniyle ölmeleri durumunda hastaların hangi kapsamda değerlendirileceğinin belli olmadığını açıklamıştır.

Çalıştay üyeleri evde bakım hizmetlerine yönlendirilen hasta ve yakınlarının bakım verme ve bakıma ulaşma aşamasında yaşadıkları sorunları tartışılar

Gürsel Yolasığmaz, İzmir için bakıma muhtaç kayıtlı 4560 hasta olduğunu, 145'ni kanser hastasının oluşturduğunu ifade etmiştir. Hizmet verirken yaşadıkları en büyük sorunun acil sınırında olan 112'nin almadığı kurumun da hemen tedavi edemediği hastalar olduğunu dile getirmiş ve bir örnekle durumu anlatmıştır. Örneğin nazogastrik sondası çıkmış bir hastanın yeni sondasını 112 takmayı kabul etmezken, aile hekimlerinin de hastanın sorumluluğunu almak istemedikleri için işlemi yapmadıklarını ve bu nedenle hastanın kurumlar arasında mağdur olduğunu dile getirmiştir. Diğer bir skıntı olarak sürekli bakım vermek zorun-

da kalan hasta yakınları ve etkili bir bakım alamayan hastaların psikolojilerinin bozuk olmasının sorunlar yarattığını dile getirmiştir. Bu sorunları azaltmak için hasta ve yakınlarına eğitim için daha uzun zaman ayrılması gerektiği bu süreçte sosyal hizmet uzmanının desteğinin sürekli olması gerektiğini vurgulamıştır. Hizmet almak isteyen fakat yakını olmayan kişilerin hizmete başvuru sırasında sorunlar yaşadığını ifade etmiştir.

Kurtuluş Öngel, palyatif bakım hizmetlerinin ücretlendirilmesinde ciddi sıkıntılar bulunduğunu ifade etti.

Murat Bolat, konuşmasında hastanın bakımı için gerekli olan malzemeleri aile hekimlerinin sağlık bakanlığına raporlayamaması nedeniyle hastaların bu hizmetleri almak için hastanelere gelmek zorunda kaldığını ifade etmiştir.

Seher Dere Ülgen, yaptığı konuşmasında evde palyatif bakım alan ya da alacak olan hastaların aldıkları hizmetin ve yardım ücretlerinin kesilmesi durumunda ne yapacaklarını bilmediklerini ve çözemedikleri problemlerde bir telefon ile yardım alabilecekleri sistemlerin düzgün işlemesinin oldukça faydalı olabileceği üzerinde durmuştur. Genel olarak katılımcıların bir çoğu hastaya ihtiyacına yönelik yapılacak olan ev ziyaretlerinin hastanın akut şekilde hastanelere gelmesine engel olacağı kanısında birleşmiştir.

Nil Tekin, herkesi potansiyel bakım verici olarak görmemek gerektiğini, bu algı nedeniyle genellikle bakım vericilerin kadın olmasının bu kişilerde tükenmişliğe yol açtığını ve bu aşamada sosyal hizmetler ve hemşire desteğinin çok önemli olduğunu yaptıkları araştırma ile ortaya çıkardıklarını ifade etmiştir.

Kurumlararası İşbirliği:

Grup üyeleri evde sağlık ve evde bakım hizmetlerini sunan bakanlıkların ve yerel yönetimlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemenin yapılmasının sağlanması kurumlar arası işbirliği ile ilgili görüşlerini paylaşmışlardır.

Hatice Şimşek: Hastane bünyesinde kurulacak olan palyatif bakım merkezlerinde organizasyonun zor olmadığını fakat evde bakım için özellikle aile hekimleri ve yanında çalışan sağlık personelin önemli olduğunu ve evde bakımı uygulayacak kişinin kim olacağını belirlemenin gerekliliği üzerinde durmuştur. Hizmet almaya gereksinim duyan hastala-

rın sayısına uygun yeterlilikte palyatif bakım ekibi oluşturulmasının yararına değinmiştir.

Ekin Özgür Aktaş, kurulacak olan palyatif bakım birimlerinin sorumluluğunun aile hekimlerine verilmemesi gerektiğini ve hali hazırda bir çok tarama, aşılama, engelli, yaşlı, gebe izlemleri yapan aile hekimlerinin bu bakım ayağını yürütmesinin mümkün olmadığını dile getirmiştir. Ayrıca konuşmasında kurulacak olan palyatif bakım merkezlerinin ayrı bir merkez şeklinde kurularak, bünyesindeki ekibin donanımlı olması ve hastanın gerekli durumda hastaneye gönderilmesi esnasında koordinasyonu sağlayabilecek yetenekte bir ekip tarafından yürütülmesi gerektiğini ve sistemi oturmamış bir bakım hizmetinin hangi birim altında yapılırsa yapılsın o birimdekilerin zamanla tükenmesine ve bakımın amacına ulaşamayacağını eklemiştir.

Ekin Özgür Aktaş, kurulacak olan palyatif bakım birimlerinin sağlık bakanlığı tarafından tek bir koordinasyon merkezi altında toplanması gerektiği aksi halde bu hastaların her gün farklı hastaneden bu hizmeti kontrolsüzce alması anlamına geldiğini ve bu hastaların izleminin mümkün olmadığını ifade etmiştir. Palyatif bakım hizmetinin nasıl organize edilirse sistemin işleyişi sağlanır bu konu üzerinde durmak gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca palyatif bakım hizmeti yürütülürken sağlık ekibinin iş yükünün hesaplanması gerektiğini vurgulamıştır

Fehmi Akçiçek, yaptığı konuşmasında palyatif bakım hizmeti verecek personelin doğru istihdamı için yasal düzenlemenin yapılması gerektiğini ifade etmiş ve toplum sağlığı merkezlerinde hizmet veren aile hekimlerinin palyatif bakım sistemi içine alınması gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca hospis bakımının gelişmesini sağlayacak okulların olması ve bu kavramların tanımlarının mevzuatta net olması gerektiğini ifade etmiştir. Fehmi Akçiçek; hastanelerin mevcut yatak kapasitesinin yaklaşık olarak %1'ni palyatif bakım hastasına ayırabileceğini ve başlangıçta palyatif bakım için ayrı bir hastane kurulmasının başarısız alabileceğini açıklayarak burada hizmet verecek kişilerin sadece aile hekimleri olmaması gerektiğini ama mutlaka sistemin içinde olması gerektiğini dile getirmiştir.

Turan Gündüz, her yıl Manisa Celal Bayar Üniversitesi yaşlı bakım önlisans programından 19 öğrencinin mezun olacağını ve bu kişilerin sağlık bakanlığınca uygun istihdamı sağlanırsa yaşlı bakıcı açığının kapanacağını vurgulamıştır. Ayrıca bu okuldan mezun olan öğrencilerin

aldıkları eğitimin çok kapsamlı olduğunu ifade ederek yerel yönetimle yapılan işlerde bu öğrencilere öncelik verildiğini ifade etmiştir.

Kurtuluş Öngel, aile hekimlerinin palyatif bakım ile ilgili eğitim almadıklarını bu nedenle birincil sorumluların geriatri uzmanları olması gerektiğini, aile hekimlerinin sadece hastanın gerekli birime entegre edilmesi konusunda fayda sağlayabileceklerini belirtmiştir. Hastanelerde aile hekimleri uzmanlarına ait yatak sayılarının artırılmasının ve palyatif bakım hastalarına konsültasyon aracılığı ile müdahil olmalarının yararlı olabileceğini dile getirmiştir.

Hatice Şimşek; iki yıllık okullardan mezun olan (ön lisans eğitimi veren yaşlı bakım okulları) öğrencilerin palyatif bakım sistemine alınmasını önermiş ve bu düşünce çalıştay üyeleri tarafından onaylanmıştır.

Fehmi Akçiçek, toplum sağlığı merkezindeki hekimlerin palyatif bakım merkezlerinde çalışabileceğini ifade etmiştir.

Nadir Maşalacı, engellilere hizmet veren kurum sayısının 2'den 6'ya çıktığını ve palyatif bakım kapsamında izlenecek hastaların bakımında bu kurumlarla işbirliği yapılabileceğini dile getirmiştir. Yaşlı bakımı için staj yapan öğrencilerden belirli bir ücret kapsamında bu alanlarda faydalanılabileceğini fakat bu yıl itibarı ile öğrencilerin ücretlerinin ödenmemesi nedeniyle staj isteklerinin reddedildiğini ifade etmiştir.

Murat Bolat, kurulacak olan palyatif bakım merkezlerinin organizasyon şemasında İl Halk Sağlığı Müdürlüğü çatısı altında olması gerektiğini ifade etmiş ve bu düşünce çalıştay üyeleri tarafından onaylanmıştır. 2008 yılında palyatif bakım ve evde bakım hizmetlerinin özel kuruluşlara verilmesi üzerine düzenlenen bir kanun olduğunu ve nedeni açıklanmayan bir sorun nedeniyle iptal edildiğini ifade etmiştir. Bu tür hizmetleri sağlam temellendirebilmek için ya bir buçukuncu basamak şeklinde özel bir kurum ya da Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Sağlık Uygulama Tebligatına (SUT) sokabilmesi ve hizmetleri ücretlendirebilmesi için Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi gibi bir bölgesel birimlerin oluşturulması ile birinci basamak hekimlerin ve il müdürlüğünün de bu sistemin koordinasyonunda görev alabileceğini ifade etmiştir.

Nil Tekin, ev ile hastane arasında bulunan bir buçukuncu bakım alanlarının örgütlenme modelinin, 24 saatlik hemşirelik hizmeti verebilmesi ve acil girişimleri uygulayabilmesi nedeniyle 2. Basamak hizmet modeline benzediğini ifade etmiştir. Bu bakım modelini karşılayan yapıların

'bakım evleri' şeklinde tanımlanabileceğini ifade ederek bu kurumların özel ya da devlete ait olabileceğini yurtiçi ve yurtdışı örneklerin bu yapılanmaya örnek oluşturabileceğini açıklamıştır. Türkiye'de ev ile hastane arasındaki organizasyonu sağlayamamalarının en önemli nedeninin bu geçiş sırasında hastaların sosyal hizmet alanı ile sağlık hizmeti alanlarının entegre edilememesi olduğunun altını çizmiş ve palyatif bakım merkezinden çıkarılması sonucunda eve kabulü zor olan hastaların uyum ve eğitim süreçlerinde bu bakım evlerinde bulunabilmesi gerektiğini dile getirmiştir. Ayrıca bu kurumların nereye bağlanacağı ve mevzuatın nasıl oluşturulacağını net olarak belirlenmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Avni Zıyan, palyatif bakım alması gereken hastaların akut dönemlerinde tedavi edilerek uygun şekilde evde bakım hizmetlerine yönlendirilmede sıkıntı yaşadıklarını ve bu sorunu çözecek olan sistemin bir buçukuncu basamak bakımların olması durumunda mevzuatın nasıl düzenleneceği ve sağlık çalışanlarının bu bakımın neresinde olacağını ayrıca hangi hizmetlerin SUT kapsamına gireceğinin iyi belirlenmesi gerektiğini ifade etmiştir.

A. Sonuç

1- Palyatif bakımda evde ve birinci basamakta hizmet verecek ekip üyeleri

- Aile hekimi
- Hemşire
- Sosyal hizmet uzmanı
- Fizyoterapist
- Diyetisyen
- Psikolog
- Bakım elemanı

2- İkinci ve üçüncü basamakta hizmet verecek ekip üyeleri

Birinci basamakta belirtilen ekip üyelerine ek olarak

- Özel daldaki uzmanlar (Geriatrı, Medikal Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Fizik Tedavi, Algoloji)
- Din görevlisi
- Meşguliyet terapisti, Solunum terapisti

İkinci ve üçüncü basamakta multidisipliner anlayışla gereğinde tüm dahili ve cerrahi tüm branşların uzmanlarının ulaşılabilir olması önemlidir.

3- Oluşturulacak palyatif bakım merkezinde sistemli bir hizmet verebilmesinin ancak aşağıdaki kurumlar işbirliği ile olabileceği konusunda fikir birliğine varılmıştır

- Sağlık Bakanlığı
- Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
- Maliye Bakanlığı
- Sosyal Güvenlik Kurumu
- Yerel yönetimler

B. İleriye yönelik alınan kararlar:

Sorunların saptanması ve çözüm önerileri için eylem planı oluşturulmuştur ve çalışılacak konular alt başlık olarak belirlenmiştir.

- Sağlık müdürlüğü çatısı altında bir koordinasyon merkezi kurulması,
- Ayda bir olmak üzere koordinasyon toplantıları yapılması,
- Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi. Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde palyatif bakım merkezinin kurulması,
- Bir telefon ve web adresinin alınması,
- I. Basamakta palyatif bakım hastalarına hizmet verecek ekip için, Murat Bolat, Gürsel Yolaşmaz' ın sorumluluğunda çalışma grubu oluşturulması,
- Ege Geriatri Derneği çatısı altında Palyatif Bakım çalışma grubu kurulması, (Nurcan Çakır, Asuman Sezer)
- Mevzuat hazırlama çalışmalarına katkı sağlamak için çalışma grubu oluşturulması,

Mevzuat çalışma grubu üyeleri: Fatma Alpay, Sevnaz Şahin, Mevlüt Ülgen, Hatice Şimşek, Ekin Özgür Aktaş, Serap Sural Türkuçak, Nil Tekin, Gürol Çakır, Pınar Tosun Taşar, Murat Ol olarak belirlenmiştir.

- İlk toplantı İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde yapılmak üzere Mayıs 2013 (son haftası) olarak; kararlaştırılmıştır.

Kaynaklar

1. Sağlık Bakanlığı R.G. Tarihi:10.03.2005 R.G. Sayısı:25751 Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-570/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik.html> erişim tarihi; 3 Nisan 2013.
2. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge Sayı: B.10.0.THG.0.10.00.01-020 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html> Erişim tarihi; 1 Nisan 2013.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı 2010-2023 Ankara, 2010 http://www.kanser.org/saglik/userfiles/file/11Mayis2011/turkiye_onkoloji_hizmetleri_kitapc_k.pdf Erişim tarihi; 4 Nisan 2013.
4. World Health Organisation (2010) (2011, September 22). Definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi; 14 Mart 2013.
5. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu <http://kanser.gov.tr/index.php/bilgi-dokumanlar/makaleler/99-palyatif-bakim-durumu.html> Erişim tarihi; 20 Nisan 2013.

Palyatif Bakım Çalıştayı

Evde, Hastanede

25 Nisan 2013 İzmir

Onursal Başkanlar

M. Cahit KIRAÇ
İzmir Valisi
Prof.Dr. O Nuri DİLEK
İzmir Kamu Hastaneleri Birliği
Kuzey Genel Sekreteri
Prof.Dr. Behzat ÖZKAN
İzmir Kamu Hastaneleri Birliği
Güney Genel Sekreteri

Çalıştay Başkanları

Prof.Dr. Fehmi AKÇİÇEK
Prof.Dr. Gökhan AKBULUT
Prof.Dr. Çiçek FADİLOĞLU

Genel Sekreterler

Uzm.Dr. Sevnaz ŞAHİN
Psk. Mevlüt ÜLGEN
Prof.Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR

İletişim

Mevlüt ÜLGEN
mevlutulgen@gmail.com
gsm: 0 505 910 64 43
Tel : 0 232 458 57 73

Çalıştay Yeri

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği
123/11 Sok. Poligon Mah.
Karabağlar / İZMİR

PROGRAM

Çalıştay Programı

Açılış Konuşmaları	: 08.45 - 09.15
Çalışma grupları sunumu ve çalışma şeklinin belirlenmesi	: 09.15 - 09.30
I. Oturum	: 09.30 - 11.00
Kahve arası	: 11.00 - 11.15
II. Oturum	: 11.15 - 13.00
Öğle Yemeği	: 13.00 - 14.00
III. Oturum	: 14.00 - 16.00
Kahve Arası	: 16.00 - 16.30
Ortak Oturum	: 16.30 - 17.30

Palyatif Bakım Çalıştayı

Evde, Hastanede

25 Nisan 2013 İzmir

I. Çalışma Grubu

Konu: Palyatif bakım alacak hastaların tanımlanması ve standartlarının belirlenmesi

Çalıştay Başkanı : **Prof. Dr. Rüçhan Uslu**

Çalıştay Raportörü : **Dr. Pınar Tosun Taşar**

Çalıştay Sorumlusu : **Dr. O.Polat Örs**

1.Oturum

Konusu : **Kapsam (hangi hasta grupları girmeli)**

- Onkoloji Hastaları
- Yaşam Sonu Bakımı (End Of Life Care)
- Kalp Hastalıkları
- Kanser Dışı Akciğer Hastaları
- Nörolojik Hastalar
- Geriatrik Hastalar

2.Oturum

Konusu : **Bu hasta gruplarında palyatif bakım ünitesine kabul kriterleri**

3.Oturum

Konusu : **Bu hasta gruplarında palyatif bakım ünitesinden
Evde Bakım aşamasına geçiş kriterleri**

Ortak Oturum:

Raportörlerin sunumu (15 dk.)

Çalıştay raporlarının görüşülmesi (45 dk)

Çalıştay konsensus raporu hazırlanması

Çalıştay üyeleri:

Şükrü Kara

Zekeriya Ertay

Dr. Aysel Gürsoy

Dr. Enver Yalnız

Shu.Aysun İnan

Doç. Dr. Aysın Noyan

Yrd. Doç. Dr. Ahmet Acarer

Dr. Suzan Groşa

Doç. Dr. Kemal Atağan

Shu Eda Ülger

Doç. Dr. Sibel Eyigör

Dr. Murat Acar

Dyt. Derya Hopanlı

Doç. Dr. Can Eyigör

Dr. Gürsel Ersan

Dr.İşıl Köse

Dr.Yasemin Akdeniz

Dr. Samim Hafızoğlu

Emine Çolak

Dr. Mural Ol

Uzm. Dr. Nurat Akyurt

Palyatif Bakım Çalıştayı

Evde, Hastanede

25 Nisan 2013 İzmir

II. Çalışma Grubu

Konu: Evde Palyatif bakım verecek ekibin ve hasta yakınlarının eğitim programının hazırlanması

Çalıştay Başkanı : **Prof.Dr. Fisun Şenuzun Aykar**

Çalıştay Raportörü : **Hem. Derya Uzelli**

Çalıştay Sorumlusu : **Dr. Mustafa Tokdemir**

1.Oturum

Konusu : **Palyatif bakım kursu içeriğinin belirlenmesi** (hekim ve hemşire kursu)

2.Oturum

Konusu : **Evde sağlık ve bakım kursu içeriğinin belirlenmesi** (hekim ve hemşire kursu)

2.Oturum

Konusu : **Evde bakım destek elemanı kurs içeriğinin belirlenmesi**

Ortak Oturum:

Raportörlerin sunumu (15 dk.)

Çalıştay raporlarının görüşülmesi (45 dk)

Çalıştay konsensus raporu hazırlanması

Çalıştay üyeleri:

Doç. Dr. Turan Gündüz

Zafer Şener

Doç. Dr. Behiye Özer

Doç. Dr. Şükran Köse

Hem. Hatice Küçüker

Hem.Sevginar Şentürk

Dyt. Selda Seçkiner

Dyt. Serpil Sahbaz Polat

Hem. Hülya Eskiizmirli

Dr. Murat Özçelik

Doç. Dr. Didem Karadibak

Ftr. İlknur Naz

Dr. Sibel Demiral Sezer

Hem. Ayşen Özel

Dr. Doç. Yasemin Yıldırım

Shu.Gonca Aygünoğlu

Dr. Filiz Meryem Sertpoyraz

Psk. Cennet Şafak Öztürk

Psk. Mevlüt Ülgen

Doç. Dr. Hale Okçay

Dr. Banu Kınay

Shu.İpek Sezer

Profç Dr. Mehmet Emin Limoncu

Dr. Özgür Uslu

Kıymet Yılmaz

Dr. Emrah Pakman

25 Nisan 2013 İzmir



