

Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları

Palliative care practices in Germany's health system

Beyhan BAG

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Bölümü, Tekirdağ

Palyatif bakım yeni disiplin olmasına karşın tıbbın diğer alanları içinde hızlı bir şekilde kendine yer edinmiştir. Bu hareketinin hızlı bir şekilde gelişmesinin en önemli nedeni tedavinin mümkün olmayan hastalara gerekli bakım ve tedavinin yapılmasının günümüzde gittikçe önem kazanmasıdır. Palyatif bakım tıpkı yaşam gibi ölümü de doğal bir süreç olarak görür. Palyatif bakım hizmetlerindeki ana amaç hasta ve hasta yakınlarının hastanın yaşamı süresince ve ölümünden sonra yaş ve ortaya çıkabilecek fiziksel ve duygusal problemler açısından desteklemektir. Almanya gibi gelişmiş ülkeler palyatif bakım uygulamalarında önemli aşama kaydetmişlerdir. Bu ülkelerdeki palyatif bakımın uygulanan modellerin bilinmesi kendi ülkemizde bu hizmetin sağlık sistemine entegresini ve sağlık çalışanlarının çalışmalarını kolaylaştıracaktır. Bu amaç doğrultusunda bu yazıda Almanya'da sunulan palyatif bakım ve palyatif bakımın sağlık sistemindeki uygulamaları tanıtılmaya çalışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Evde bakım; Almanya; palyatif bakım; sağlık sistemi.

Although the discipline of palliative care is new, it has rapidly gained its place in other areas of medicine. The most important reason for its fast development is that the provision of the necessary care and treatment for incurable patients has acquired increasing importance today. Palliative care considers that dying is a natural process of life. The main aim of palliative care services is to support both the patients and their family during the patient's life and after their death. Support with respect to possible physical and emotional problems should also be offered. Developed countries like Germany have made important progress with regard to palliative care applications. If palliative care models implemented in such countries become known in our country, it will aid their easier integration into the health care system and also facilitate the process for health professionals. For this purpose, palliative care offered in Germany and its application into the health care system are introduced in this review.

Key words: Home care; Germany; palliative care; health systems.

1990 yılların başlarından itibaren İskandinav Ülkeleri, İngiltere ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda dinamik bir gelişme gözlemlenir. Bu ülkelere göre palyatif bakımı sağlık sistemine entegre geciken Almanya ise kısa bir sürede büyük bir gelişme kat etmiştir. 2009 yılına kadar da 4200'den fazla doktor palyatif bakım alanında uzmanlık eğitimi almış, 2010 yılına kadar 220 hastanede palyatif servis açılmış ve 170 hospis merkezi kurulmuştur.^[1-3]

Palyatif bakım yeni disiplin olmasına karşın tıbbın diğer alanları içinde hızlı bir şekilde kendine yer edinmiştir. Bu hareketinin hızlı bir şekilde gelişmesinin en önemli nedeni yaşamı tehdit eden ve tedavisi mümkün olmayan hastalara gerekli bakım ve tedavinin yapılmasının günümüzde gittikçe önem kazanmasıdır.^[1] Palyatif bakım ne sadece onkoloji hastalarıyla (örneğin bir hastanın palyatif bakım gereksinimini belirleyen bir hizmet olarak) ne de etik ve iletişimde bir alternatif alan olarak

sınırlandırılabilir. Buradaki temel sorun palyatif bakımın nasıl görüldüğü ve değerlendirildiğidir. Palyatif bakım ve tedavinin ne olduğuyla ilgili bir yanlış anlaşılma riski hep olası olmuştur. Palyatif bakım yalnızca terminal dönemdeki hastaların fiziksel sorunlarının giderilmesine yönelik değildir. Normal hastane ortamında olmayan ölüm ve hasta olma gibi varoluş sorularını tartışmaya zaman ayırarak, hazır olma gibi bireysel yaşam durumlarında çekilen acıyı anlama da palyatif bakıma dâhildir. Bu da sağlık personelinin biyo-psikososyal model temelinde hasta bireyin sosyal yaşamı içerisinde önceki ve şimdiki ilişkileriyle, yani yaşamı bir bütün olarak değerlendirilmesiyle gerçekleşir. Palyatif bakımda hastalığı ilerlemiş olan bireyler için böyle bir değerlendirmenin olması, bakımda başarının sağlanması hastanın yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir rol oynar. Üzüntü ve kederin ruhsal boyutlarının önceden bilinip dikkat edilmesi, ölüm evresinde bulunan bireyde eşlik eden fiziksel şikâyetlerin azaltılmasıyla, üzüntü ve kederin oluşturduğu sıkıntıların azaltılmasında yardımcı olur.^[4] Bu nedenle terminal dönemdeki hastalara Dünya Sağlık Örgütü'nün palyatif bakım tanımına uygun sağlık hizmeti sunulması önemlidir.

Ölmekte olan bireye eşlik edecek sağlık ekibi içerisinde yer alacak tüm meslek çalışanların bu kavramın ne olduğunu bilmesi ve yaşamı tehdit eden ve tedavisi mümkün olmayan hastalıkların bakımı için getireceği yararların farkındalığının artırılması ülkemiz için anlamlı katkı sağlayacaktır. Henüz emekleme aşamasındaki bu alana ilgi duyan veya alanda çalışan ve çalışacak olan sağlık personelinin Almanya örneğinde bu sistemin nasıl işlediğiyle ilgili bir model hakkında bilgiye gereksinim vardır. Bu çalışmayla palyatif bakım, hızlı bir gelişme gösterdiği ülkelerden bir olan Almanya da uygulanışı ve kurumsallaşma süreciyle birlikte tartışılarak, ülkemiz sağlık sistemine palyatif bakımın entegre tartışmaları ve bu konuyla ilgili sağlık politikası oluşturma çalışmalarını zenginleştirme amaçlanmıştır.

Palyatif Tedavi ve Bakımın Yataklı Kurum Yapılanmasındaki Tarihsel Gelişimi

1967 yılında Dr. Cicely Saunders'in St. Chris-

topher hospisini Londra da açmasıyla birlikte ağır hastalığı olan ve terminal dönemi yaşayan hastalar için palyatif tedavi sürecinin başlangıcıyla ilgili temel prensipler belirlenerek palyatif bakım ve tedavinin sunulduğu kurumların sayısı artan taleple birlikte İngiltere'de ve diğer Avrupa ülkelerinde hızlı bir gelişme göstermiştir.^[5] Örneğin 1999'da İngiltere'de 236 palyatif bakım kurumu (Hospis ve hastanelerdeki palyatif servisler) 400 toplumsal palyatif bakım hizmet merkezi (evde hospis ve palyatif bakım hizmetlerini sunan kurumlar), 138 hastane bakım destek hizmet birimi ve 209 hastane palyatif bakım ve destek ekibi oluşturulmuştur.^[6] Servis ve hospislerin oluşturulmasında bir milyon nüfusa yaklaşık 54 palyatif hasta yatağı olarak hesaplanmıştır.^[7] Palyatif bakım Almanya da uzmanlık alanı olarak görülmesi çabalara karşın henüz bu amaca ulaşılmamıştır. İngiltere de ise Palyatif bakım bir uzmanlık alanı olarak kabul görmektedir.^[8]

Palyatif bakım Almanya'da 1983'de Köln Üniversitesi cerrahi bölümüne bağlı olarak ilk palyatif servisin kurulmasıyla başlar. Alman Sağlık Bakanlığının 1991-1996 palyatif tedavi için model çalışma başlatmasıyla palyatif servis sayısı çok kısa bir sürede artmıştır ve her geçen gün palyatif servis sayısına bir yenisi eklenmektedir. Hospis ve palyatif servislerindeki yatak gereksinimi, bu alanda yetişmiş uzman doktor ve hemşire gereksinimiyle ilgili henüz kesin sayının varlığı saptanamamasına karşın orta Avrupa ülkelerinde bir milyon bireye/50 yatak (buradaki sayı da hospis ve palyatif servislerindeki yatak sayısı ile birlikte düşünülüyor) olarak kestiriliyor.^[9]

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılındaki tanımına göre palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalan hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik girişimleri içerir. Bu girişimler ağrı ve diğer fiziksel ruhsal ve psiko sosyal türden olan problemlerin dikkatli bir şekilde önceden tahmin edilip tedavi edilmesiyle önceden tanımlamayla acı ve kederin dindirilmesi ve tüm bu sorunlar için önceden önemler almaya yönelik girişimlerden oluşur.^[10] Burada söz konusu sağlık hizmetinden hasta ve hasta yakınlarına hastalıkla mücadelesinde, üzüntü ve kederin azaltılmasında desteklenmesi ve güçlendirilmesi de

anlaşılır. Palyatif bakım tıpkı yaşam gibi ölümü de doğal bir süreç olarak görür. Ömrün ne makinele- re bağlı olarak uzatılmasını ne de ölüm sürecinin hızlandırılması gerektiğini savunur. Palyatif bakım hem tedaviyle ilgili süreçlerden hem de biyopsiko- sosyal modelden oluşan bir bütündür. Bu bütüne ise sürekli hizmet içi eğitimlerle desteklenen çe- şitli meslek disiplinlerinden oluşan bir ekiple an- cak ulaşılabilir. Palyatif bakım daha iyi anlaşılması için bir paliyatif tedavi ve destekleyici tedavinin ne olduğu ve paliyatif tedavide iletişim ve etik ne anla- ma geldiğinin anlaşılmasına ihtiyaç vardır.

Palyatif Tedavi-Destekleyici Tedavi

Palyatif tedavi girişimlerinden ışın tedavisi, ilaç terapisi ya da bir ameliyatla tedavisi mümkün olmayan hastalığın neden olduğu yaşamı normal olarak sürdürmeye olanak tanımayan belirtilerin tedavisinin artırımı değil, aksine azaltılması anlaşılır. Destekleyici tedavi kapsamında örneğin kemo, radyoterapi ya da ilaç gibi tedavisel girişimler de hastanın uyumunu artırmaya yöneliktir. Buna hastanın temel hastalığı sürecince yaşadığı ve ya- şayacağı belirtilere hastalık süresince uygulanan girişimler de (örneğin beslenme tedavisi veya psi- kolojik tedaviler) dahildir. Palyatif tedavi, paliyatif bakım ve destekleyici tedavi arasında sıkı bir ilişki söz konusudur. Palyatif bakım, tedavi girişimleri süresince bireyin önceki yaşamını dikkate alarak belirlediği gereksinimleri önemsemesi yönüyle di- ğer iki kavramdan ayrı olarak düşünülür.^[11]

İletişim ve Etik

İletişim ve etik, yaşamının son dönemiyle kar- şı karşıya gelmiş olan bireyin paliyatif bakımında önemlidir.^[12] Fotoğrafi net bir şekilde ortaya koyan bir konuşmanın hastayla yapılıp yapılmamasıyla ilgi yapılan bir çalışmada 250 kanser hastasının %91'inin tanı, tedavi ve tedavi sonuçlarıyla ilgili bilgi edinmek istediği saptanmıştır. Başka bir ça- lışmada ise ileri kanser hastaların %9'unun yakın- larının da bu bilgiye sahip olmalarını ister.^[13] Dok- torların %34'ü hastanın sonuçları kötü çıkmışsa, hastalar bu sonuçları öğrendiklerinde depresyona gireceklerinden ve bunun da yaşam kalitesini kö- tüleştireceğinden, bu bilgiyi paylaşmada çekince- lik yaşadıklarını ifade etmiştir.^[14] Tüm bu sonuçlar

palyatif bakım hastalarının sağlık personelinde- n açıklık istediklerini gösterir. Almanya'daki paliya- tif bakım hizmeti sunulan kurumlarda ise hastaya yönelik empati ile davranarak hastalığını mümkün olduğunca dürüst bir şekilde hastaya açıklanması savunulur.

Palyatif Tedavi ve Bakımın Yataklı Kurumda Yapılanması

Her aile terminal dönemdeki hasta üyesine ba- kacak durumda olmayabilir. Bu görevi üstlense de bir süre sonra fiziksel veya psikolojik yıpranmay- la karşı karşıya kalabilir. Hastalar, yetersiz belirti kontrollerinde (ağrı, mide bulantısı, baş dönmesi, kusma, solunum sıkıntısı, huzursuzluk vb); evde yetersiz bakımdan dolayı yaşanan çöküşlerde veya böyle bir bireye ailede bakacak bireylerin eksik- liği söz konusu olduğunda veya hastanın yaşadığı psiko-sosyal ve ruhsal sorunla evde bakım hizmet- lerinde çalışanların başa çıkamaması durumunda yataklı paliyatif bakım kurumları devreye girer.

Hastanelerdeki Palyatif Servisler

Palyatif servisler bir hastanenin içinde veya ya- nında ek bir bina olarak bağımsız servislerdir. Bu servisler hasta yakınlarına da ayrıca gereksinim duydukları alanlarda destek sağlamakla yükümlü- dür. Palyatif servisindeki ekip ise paliyatif tedavi bakım eğitimi almış doktor, hemşire, sosyal hiz- met uzmanı, din görevlisi, psikolog ve gereksinime göre çeşitli terapistlerden ve gönüllü çalışanlardan oluşur. Danışmanlık hizmetlerinde hasta bireyin gereksinimlerine göre ekibe daha farklı meslekler- den de bireylerin katılımı sağlanabilir.

Palyatif servislerin hastanelerin içerisinde yer alması gerektiğiyle ilgili birçok neden ileri sürülür. Bu nedenlerden bazıları ise şunlardır:

- Günümüzde birçok insan evde ölmeyi arzula- masına karşın hastanede hayatını kaybetmesi.
- Bireyi yaşamı tehdit eden ve tedavisi mümkün olmayan terminal dönem hastası olarak belirle- me güçlüğü.
- Hospisler istihdam alanları olması.
- Yaşamlarının son dönemini yaşamakta olan bireylerin yaşadıkları fiziksel ve psikososyal

problemler uzman bilgisi ve girişimini gerektirdiğinden bu tip kurumların bu gereksinimi karşılıyor olması.^[15]

Hastanelerdeki Palyatif Tedavi ve Bakım Danışma Ekibi

Bir hastanenin palyatif danışma ekibi, doktor, hemşire, fizyoterapist ve bir sosyal çalışma uzmanı gibi çeşitli mesleklerin bir araya geldiği bir ekiptir. Danışmanlık hizmetlerinde söz konusu hasta bireyin gereksinimi dikkate alarak ekibe daha farklı mesleklerden de bireylerin katılımı sağlanabilir.

Yataklı Tedavi ve Bakım Kurumu Olarak Hospis ve Palyatif Bakım

Yataklı tedavi ve bakım kurumu olan hospislere terminal dönemdeki hastalar kabul edilir. Burada verilen hemşirelik bakımı palyatif servislerdeki bakımla koşutluk gösterir. Hospis, bir hastaneden veya yaşlı bakım evinden tamamen bağımsız ağır hastalığı ve bu hastalıktan yaşamlarını altı ay veya daha kısa bir sürede kaybedecekleri ön görülen hastalar için oluşturulmuş bir sağlık kurumudur. Bir hasta evde bakımı olası olmadığında veya hastanede mevcut tedavilerden yarar sağlamayacağı (özellikle bir hastanenin palyatif servisinde) durumlarda hospise kabul edilir. Personel tarafından misafir olarak adlandırılan hasta bireyin artık ömrünün geri kalan günlerini olabildiğince bilinçli olarak yüksek yaşam kalitesinde geçirmesi hedeflenir. Bu kurumlarda yerel olanaklara bağlı olarak din görevlisi, psikolog, müzik ve iş terapisi uzmanı gibi diğer meslek çalışanların da ekipte yer alması beklenir. Ekibin temel görevi hastaya ölümüne kadar eşlik etmektir. Buralarda çalışan yöneticinin devlet hemşirelik sınavından başarılı olmuş bir hemşire olması, ayrıca 160 saatlik palyatif tedavi ve bakım kursuyla birlikte 460 saatten oluşan yönetici kursunu da tamamlamış, bir hastanenin herhangi bir servisinde veya herhangi hospis kuruluşunda çalışma yılının en az üç yıllık bir deneyimi olması gerekir.^[7]

Çocuk Hospisleri ve Palyatif Bakım

Evde bakımda tedaviyi destekleme temel felsefi oluşturur. Bunun yanı sıra terminal dönemdeki çocuk hastanın yaşadığı sorunlar evde kontrol altına alınamayacak kadar büyük olduğunda ancak

palyatif bakımın sunulduğu çocuk hospislerine kabul gerçekleşir. Yaşanan semptomlar kontrol altına alındıktan sonra çocuk hasta taburcu edilir. Ev ortamının bakım için uygun olmadığı durumlarda nadiren terminal dönemde olan çocuk hastaya yaşamının sonuna kadar bu kurumlarda kalmasına izin verilir.

Palyatif Birimlerinin İşleyişi

Hastanelerdeki Palyatif Servisler

Palyatif servis, evde bakım hizmetlerinin hastanın hastalığıyla ilgili semptomları kontrol altına alamadığında ya da evde bakım artık olası olmadığında hastayı kabul eder. Hasta palyatif servise yatma nedeni olan sorun kontrol altına alındıktan sonra yeniden alıştığı çevreye dönmesini sağlamak için taburcu edilir. Semptomlar hızlı gelişen hastalık dinamiğine bağlı olarak dengede tutulamadığında ya da ortadan kaldırılamadığında hastanın ölümüne kadar bu serviste bakım ve tedavi alması sağlanır.

Palyatif servislerde hastanın gereksinimine göre bakım, tedavi, psikososyal veya maneviyatla ilgili problemlerin öncelik sıralamalarında değişiklikler olasıdır. Bu nedenle palyatif serviste ekip çalışmasına ve ekipte iletişime büyük bir önem verilmelidir. Palyatif servisler hastanenin diğer servisleriyle, hastaların aile hekimleriyle, evde bakım ve evde bakım kapsamında sunulan hospis hizmetleriyle, hospis ve bu tür hizmet veren diğer kuruluşlarla bağlantı halindedir. Personel eğitimiyle ilgili olarak klinik şefi doktor gelecekteki palyatif tedavi ve bakımla ilgili hizmet içi eğitimleri verecek donanıma sahiptir. Servis yöneticisi hemşirelerin tümü, serviste çalışan hemşirelerin 160 saatlik palyatif tedavi ve bakım hizmet içi eğitimi almış olması beklenilir.^[7]

Palyatif Tedavi ve Bakımla İlgili Danışma Ekibinde Kim Kimdir?

Palyatif tedavi ve bakım ekibinde yer alan doktor palyatif tedaviyle ve bakımla ilgili hizmet içi eğitimleri verecek donanıma sahip olmalıdır; hemşirelerin de 160 saatlik palyatif tedavi ve bakım eğitimini almış olması gerekir. Ekip, palyatif serviste sorunların çözülmesinde güçlükler yaşandığında işbirliğine gider, özellikle de;

- Semptomları kontrol altına almada ortaya çıkabilecek sorunlarda,
- hasta ve hasta yakınıyla serviste çalışan ekip arasında ortaya çıkabilecek iletişim problemlerinde,
- servis veya poliklinikte ve/veya düzenli olarak toplanan çok disiplinli kanser konferanslarında onkolojiyle ilgili zor vakaların tedavi ve bakım planlarıyla ilgili karışık kararlarda ve ağır hastalığı olan veya yaşamının son döneminde olan hastaların tedavi bakımlarıyla ilgili palyatif servis veya poliklinikte çözülmesi olası olmayan diğer sorunlarda.

Disiplinlerarası ekip hasta, hasta yakını, doktor, hemşire, sosyal çalışma uzmanı, din adamı, terapist (sanat, müzik, solunum), hasta jimnastikçisi, psikolog, diyetisyen ve gönüllü hospis çalışanlarından oluşur. Bunların görev tanımı ise kısaca şunlardır:

- Hasta ve hasta yakını, a) güncel durum, hastalık ve olası ya da mevcut semptomlar hakkında ekip üyelerinden bilgi edinir; b) kendi yaşam deneyimlerini ve hastalıkla ilgili tepkilerini dile getirir ve c) bir danışmanlık/bakım planının hazırlanması kararlarında ve geliştirilmesinde aktif rol alır.
- Doktor, a) palyatif tedavinin temeli olarak fiziksel ağrıları azaltır; b) semptomların hakkında ayrıntılı bilgiye ve ilaçla tedavi de dahil semptom kontrolü ve ağrı yönetiminde yeterli deneyime sahiptir; c) hastalık durum ve prognozla ilgili olarak hastayı, hasta yakını ve ekibin diğer üyelerini bilgilendirir; d) onlar arasındaki iletişimi destekler; e) hastaların bakımıyla ilgili kararlarda uzlaşmanın gerçekleşmesini sağlar ve f) çoğunluklarda ekibin yönetimini üstlenir.
- Hemşire, hasta ve hasta yakınıyla çok yakın bir iletişimdedir; b) hastaya ilerleyen hastalığın getirmiş olduğu zorlukların üstesinden gelmesinde yardımcı olur; c) hastaya günlük becerilerini (vücut bakımı, beslenme, hareket etme vb.) gerçekleştirmesinde destek olur ve d) hemşirelik girişimleriyle semptom kontrolü (örn, yatırılması, profilaksi) yapar.
- Sosyal çalışma uzmanı, hastalık nedeniyle oluşan kişisel ve sosyal değişikliklerin ve beklenen ölümün üstesinden gelmelerinde hasta ve hasta yakınına yardımcı olur; b) onlara kurumlarla olan iletişimlerinde, bakımın planlanmasında, olası parasal sorunlarda ve aile içi çatışmalarda; c) taburcu edilmelerinde ve bu yöndeki hazırlıklarda destek olur; d) sosyal servisi ve evde bakım hizmetlerini harekete geçirir ve e) danışmanlık yapar ve yaş sürecinde hasta yakını için desteklidir.
- Din görevlisi, b) hastanın dini ve inancından bağımsız olarak dini ve manevi sorunlarda danışacağı/konuşacağı kişidir; b) hastalığın anlamlandırma arayışında yardımcı olur; c) hastayı dinler ve suç ve affetme konularında hastaya destek sağlar ve d) halledilmemiş işlerin halledilmesinde yardımcı olur.
- Terapist (müzik, sanat, jimnastik ve solunum terapistleri), a) hastanın sözsüz iletişimini ve geleneksel olmayan yollarla hastalığı kabullenmesine, duygularını açığa vurmasına ve b) rahatlamasına, korkusunu azaltmamasına ve dikkatini başka yere yöneltmesine yardımcı olur.
- Hasta jimnastikçisi, hastanın gittikçe zayıflayan fiziksel gücünü optimal düzeyde kullanması amacıyla egzersizler planlar ve bu egzersizleri yapmasında yardımcı olur.
- Psikolog, a) hastalığın üstesinden gelmesinde; b) depresyon ve korku durumlarının tedavisinde hastaya yardımcı olur ve c) hasta yakınlarını ve ekip üyelerini destekler.
- Diyetisyen, a) küçük porsiyonlarda ve iştah açıcı bir sunumda uygun ve hastanın istediği yemeklerin hazırlanmasını sağlar.
- Gönüllü hospis çalışanı, a) disiplinlerarası ekibe normal yaşamın temsilcisidir; b) bakım ekibini destekler ve kurum ile günlük yaşam arasında köprüdür; c) ekibe farklı beceri ve deneyim getirir ve d) hastayla doğrudan (hastayla/hasta yakınıyla sohbet, kitap okuma, gezme, geceleri hastaya refakat etme gibi) ve dolaylı (bürokratik işler vb) etkinliklerde bulunur.^[16]

Palyatif Tedavinin Evde Bakımda Yapılanması

Evde bakım hizmetlerinde öncelikle evde bakım alanında çalışan doktor ve hemşireler etkindir. Son 15 yıl içerisinde ağır kanser hastalarının bakım ve tedavi ihtiyacının artmasıyla evde bakım alanında çalışan doktorlar onkoloji alanında da uzmanlaşarak muayenelerinde bu tür hastalara hizmet vermeye başlamışlardır. Diğer alanlarda uzman doktorlar da (örneğin kulak burun boğaz, jinekoloji) kendi uzmanlık alanlarında olası ileri kanser hastalarına da hizmet sunabilmek için onkoloji alanında ek uzmanlık eğitimi alır. Ayrıca anesteziistlere de ağrı yönetimiyle ilgili uzmanlıklarından dolayı ağır kanser hastalarının evde tedavi ve bakımlarıyla ilgili gittikçe artan bir oranda gereksinim vardır.

Palyatif bakım evde bakım hizmetleri kapsamında gerekli ev ziyaretlerini de gerçekleştirir. Tedavideki ücretlendirme palyatif tedavi ve bakımı kapsar. Personel sıkıntısı vardır. Burada çalışmaların bir kısmı da personel tarafından gönüllük ilkesi çerçevesinde gerçekleştirilir. Hemşire sıkıntısı evde bakım hemşirelik hizmetlerinde güçlü bir şekilde kendini hissettirir. Almanya’da hemşireler sağlık sigortasının ücretlendirmenin onaylandığı toplam görevlerde (1997: %1.4, 2001: %1.2) ağır hasta veya terminal dönemdeki hastaların hemşirelik bakımınının yapılanmasının geri kalmasından dolayı evde hasta bakımında yasal olarak çok az bir sorumluluk üstlenir. Bu da nitelikli hemşirelerin evde bakım sektöründe yetersiz ücretlendirmelerine neden olur. Bu sorun diğer meslek üyelerinin (örneğin din görevlileri ve fizyoterapistlerin) ya da bu alanda yardım ve destekleri vazgeçilmez olan gönüllü çalışanların alandaki çalışmalarıyla da gidilecek boyutta değildir.^[17]

Evde Bakımda Palyatif Hizmetler

Terminal dönemdeki birçok kanser hastası yaşamlarının son dönemlerini evde geçirmek ister. Bu istek alınan tedavi veya hastalık sürecinin yoğun atakları sonucu zaman zaman hastaneye yatışı zorunlu kılrsa da, yerine getirilir.^[15] Evde bakım hizmetlerinin koordinasyonu da hastalara bu olanağı sunar. Hastalık süresince takip etmiş olan aile hekimi hastanın eve gelmesiyle palyatif bakım için

gerekli tüm girişimleri yapmakla yükümlüdür. Aile hekiminden ağrı yönetimi ve bu tür hastalar için semptom kontrollerini iyi bilmesi ve evde bakım hemşiresinden de palyatif bakımın temel prensiplerini bilmesi ve uygulaması beklenir. Evde bakım alanında çalışan sağlık personeline bu alandaki bilgi gereksinimlerinin giderilmesi için belirli zaman aralıklarında palyatif bakım alanında hizmet içi eğitimler verilir. Evde palyatif bakımın gerçekleştirilmesinde rol alan servislerin tür ve sayısında son yıllarda büyük bir artış gözlemlenir. Bu servislerden bazıları şunlardır:

- Sosyal Servis (Sozialstation); geniş bir yelpazede evde bakım ve yaşlı bakım alanında hizmet sunar.
- Belde Hasta Bakım Servisi (Gemeindepflegedienst), günlük yaşam ve yaşlı bakımı odaklıdır ve burada eğitim görmüş gönüllüler çalışır.
- Ev ve Aile Bakımı (Haus- und Familienpflege), ağırlıklı olarak kırsal bölgelerde hasta ve aile için ev işlerinin düzenlenmesini sağlar, gönüllüler çalışır.
- Mobil Sosyal Servis (Mobile Soziale Dienste), hasta için ev ve getir götür işlerini halleder. Hastaya herhangi bir yere gitmesine eşlik eder. Gönüllüler de çalışır.
- Yemek Servisi (Mahlzeitdienste), evlere yemek servisi eder, yemeğin evde ısıtılması gerekir. Gönüllüler de çalışır.
- Ziyaretçi Servisi (Besucherdienst), sosyal yaşamın devamı için hastayı ziyaret eder. Çoğunlukla gönüllü bireyler (örneğin komşu grupları, Kilise cemaat grupları vb.) çalışır.
- Öz Yardım Grupları (Selbsthilfegruppe), belirli bir engel ya da hastalığa sahip bireylerin fikir ve tecrübe alışverişinde bulunmak için oluşturmuş oldukları gruplardır. Grup yöneticileri gönüllü uzmanlardır.
- Ev-Acil Arama (Haus-Notruf), acil durumda telefon ya da telsizle doktor veya hemşireyi bilgilendiren çağrı sistemini harekete geçirir.
- Gündüz Bakım Kliniği (Tagesklinik), tam anlamıyla yataklı tedavi kurumuna gereksinimi

olmayan hastaların yarı kısmi yatakta bakımını sağlar. Burada gece de kalma mümkündür.

- Gündüz Hasta Bakım Servisi (Tagespflege), tam anlamıyla yataklı tedavi kurumuna gereksinimi olmayan bakıma muhtaç hastalara hastalıkları önleme ve rehabilite amaçlı hizmet sunar Kısmi olarak doktor tedavisi de gerektiğinde verilir. Buralar genelde hastaneye bağlı bir servistir.
- “Kısa Süreli Hasta Bakım Servisi” (Kurzeitpflege), uzman hemşirelerle kısa süreliğine yataklı kurumda hemşirelik bakımı verilir.^[16]

Sonuç olarak, Almanya’da ilk palyatif servisin 1983 yılında açılmasından beri palyatif bakım hizmetini üstelenecek evde bakım hizmetleri ve yataklı sağlık hizmeti veren kurumlar bünyesinde çeşitli birimler kurulmuştur. Palyatif bakım hizmeti sunan bu kuruluşların amacı palyatif bakıma gereksinim duyan hastalara yüksek kalitede bir hizmet sunmaktır. 2005 verilerine göre Almanya’da evde bakım hizmetleri içinde sunulan 111 hospis hizmeti, 131 yataklı kurum olarak hospis, 116 hastanede palyatif bakım ünitesi ve 40 evde bakım palyatif bakım hizmeti faaldir.^[18] Yine de bu sayının gereksinimleri yeterince karşılamadığı düşünülüyor. Palyatif bakım, birçok tıp fakültesi, hemşirelik okullarında ve ilgili diğer meslek okullarında ayrı bir ders olarak okutulmamaktadır. Bu alanda yapılan araştırmalar ise sadece kanserde ağrı yönetimi dışında çok az vaka araştırmalarıdır.

Palyatif bakım, sağlık personeli hastanın hastalığının yalnızca iyileştirilmesine yönelik değil aynı zamanda yaşamı tehdit eden tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda hastanın ölümü huzurlu bir şekilde karşılaması ve hastanın ailesine ve yakınlarının destek ve güçlendirme düşüncesini beraberinde getirmiştir.

Sağlık Bakanlığı’nın yazılı rapor halinde yayınladığı “Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılandırma Programı 2010-2013” incelendiğinde palyatif bakım ve onkoloji tedavi ve bakım hizmetlerinde gelecek 13 yılda hızlı bir gelişme beklenildiği düşünülmektedir.^[19] Palyatif bakımın sağlık sistemine entegre edilmesi sürecinde alanın temel prensiplerinin ülke gerçekleri temelinde konulup tartışılmasında Almanya örneğinde palyatif

bakım modelinin; ilgili kurumlarının çalışma sistemlerinin ve ayrıca karşılanan sorunların bilinmesi yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Sabatowski R, Nauck F, Radbruch L et al (Hrsg). Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2008/2009. <http://wegweiserhospiz.shiftec>. 2010.
2. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2010) Mitgliederservice. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/palliativmediziner2009pdf.pdf.de.
3. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg). Modellprogramm zur besseren Versorgung von Krebspatienten im Rahmen des Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung im Zeitraum von 1981-1998 (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 109). Nomos, Baden-Baden, 1998.
4. Müller-Busch HC. Was bedeutet bio-psycho-sozial in Onkologie und Palliativmedizin. Behandlungsansätze in der anthroposophischen Medizin. Jahrbuch der Psychoonkologie der ÖGPO. Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie, Wien, 2004.
5. Twycross RG. Hospice care-redressing the balance in medicine. J R Soc Med 1980;73(7):475-81.
6. Jackson A, Eve A, editors. Directory 99-hospice and palliative care services in the United Kingdom and Republic of Ireland. Hospice Information Service at St. Christophers. London: 1999. p. 21-6.
7. Sabatowski R, Radbruch L, Nauck F, Loick G, Meuser T, Lehmann KA. Entwicklung und Stand der stationären palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland. 2000. p. 1112-3 Schmerz.
8. Klaschik E, Nauck F. Historical development of palliative medicine. [Article in German] Zentralbl Chir 1998;123(6):620-3.
9. Ewald H, Maier BO, Amelung VE, Schindler T, Schneider N. Perspektiven der Palliativmedizin. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007: Krankenhausvergütung-Das Ende der Konvergenzphase? Stuttgart, New York: Schattauer 2008. p. 211-24.
10. World Health Organisation (2010) (2011, September 22). Definition of palliative care. www.who.int/cancer/palliative/definition/en. 2010.
11. Klaschik E, Ostgathe C, Nauck F. Grundlagen und Selbstverständnis der Palliativmedizin-Übersicht. Palliativmedizin 2001;3:71-5.
12. Randall F, Downie RS. Palliative care ethics. Oxford Medical Publ. 1996.
13. Meredith C, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR, et al. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients’

- views. *BMJ* 1996;313(7059):724-6.
14. Thomsen OO, Wulff HR, Martin A, Singer PA. What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? *Lancet* 1993;341(8843):473-6.
 15. Klaschik E, Husebö S. Palliativmedizin. *Onkologe* 1998;4:85-93. Springer-Verlag 1997.
 16. Bausewein C, Roller S, Voltz R. Leitfaden; Palliativmedizin. 2. Auflage p. 13-17. München: Urban&Fischer; 2004.
 17. Schindler T, Abholz HH. "Stationär vor Ambulant": Über die Weltferne des "Grünen Tisches" von der Realität der Versorgung-gezeigt am Beispiel der "Richtlinien zur Ver ordnung häuslicher Krankenpflege" des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. *Arbeit und Sozialpolitik* 2000;54(9/10):40-1.
 18. Schindler T. Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl- Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 2006;49:1077-86.
 19. Türkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı 2010-2023. http://www.kanser.org/saglik/userfiles/file/11Mayis2011/turkiye_onkoloji_hizmetleri_kitapcik.pdf. 2010 Ankara.