

Palyatif Bakım Merkezi ve Evde Sağlık Hizmetlerinin Birlikte Çalışması Örneği: Karabük

A Model of Collaboration Between Palliative Care Unit and Home Health Care Services: Karabük

Ali Ramazan Benli¹, Didem Sunay¹

¹Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Öz

Amaç: Bu çalışmada bir üniversite hastanesi palyatif bakım merkezinin (PBM) evde sağlık hizmetleri (ESH) ile entegre çalışma örneğinin sunulması ve PBM'nin bir yıllık hizmetlerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: KBÜ Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi PBM de 01.12.2015 ile 01.12.2016 tarihleri arasında yatan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, mevcut hastalıkları, üniteye yatırılma nedenleri, hastanede kalma süreleri kaydedildi. Hastalara yatış ve taburculuk zamanlarında performanslarını değerlendirmek amacıyla uygulanan Karnofsky Performans (KPS) ve Palyatif Performans Skalaları (PPS) sonuçları kaydedildi.

Bulgular: PBM de 01.12.2015 ile 30.11.2016 tarihleri arasında 149 hasta takip edildi. Hastaların yaş ortalaması 74,93±14,61 (min:17-maks:96) yıl olup, %43'ü (n=64) erkek, %57'si (n=85) kadındı ve serviste yatış süreleri ortalaması 14,50±12,03 (min:1- maks:79) gündü. En sık yatış nedenleri beslenme bozukluğu ve dekübit ülserleri iken altta yatan hastalıklar en sık nörolojik bozukluklar ve malignitelerdi. Hastaların %78,52'si (n=117) yatağa tam bağımlı idi. Bir yıl içerisindeki mortalite oranı %12,08 (n=18) idi. Hastaların taburcu oldukları KPS ve PPS skorları yatış zamanlarına göre daha yüksekti (p<0,001).

Sonuç: Hastaların hastanede yatış sürelerinin optimal sürede tutulabilmesi, PBM ile ESH nin koordineli çalışmasına bağlı olabilir. Hastaların taburcu olduklarında değerlendirilen performansları ve potansiyel bakım ihtiyaç skorlarının yatış esnasındaki skorlarından daha yüksek olması palyatif bakımın önemini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, evde sağlık hizmetleri, koordinasyon

Abstract

Objectives: The purpose of this study is to present the coordination of a palliative care unit (PCU) and home health care (HHC) in a university hospital and describe services of PCU.

Materials and Methods: Patients hospitalized in PCU of Karabük University Training and Research Hospital between 01.12.2015 – 01.12.2016 were assessed retrospectively. HHC and PCU were coordinated by Family Medicine Clinic. Demographic characteristics, existing diseases, hospitalization criteria, hospitalization durations of the patients were recorded. Karnofsky Performance Scale (KPS) and Palliative Performance Index (PPI) were performed in an attempt to assess the performances at hospitalization and discharge.

Results: 149 patients were hospitalized in PCU between 01.12.2015 – 10.12.2016. Average age of patients was 74.93±14.61 (min:17-max:96) years, averagely 43% (n=64) were male, 57% were female (n=85), average hospitalization duration was 14.50±12.03 (min:1-max:79) days. Nutritional failure and decubitus ulcers were determined as the main etiology in hospitalization and neurological diseases and malignancies were the most underlying diseases. 78.52% (n=117) of the patients were bedridden. Mortality rate was 12.08% (n=18) for one year. KPS and PPI scores at discharge of the patients were higher than scores at hospitalization (p<0.001).

Conclusion: Optimal hospitalization durations of the patients may be associated with the coordination of PCU and HHC. Higher performance at discharge than at hospitalization time reveals the importance of palliative care.

Key words: Palliative care, home health care services, coordination

Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Ali Ramazan Benli

Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Karabük

e-posta: dralibenli@gmail.com

Geliş tarihi: 08.05.2017

Kabul tarihi: 10.09.2017

Giriş

Kronik, tedavisi mümkün olmayan ve yaşamı tehdit edici hastalığı bulunan hastaların nitelikli bakımlarına yönelik gereksinimin artması palyatif bakımın (PB) bir disiplin olarak ortaya çıkmasına neden olmuştur.¹ Dünya Sağlık Örgütü'ne göre PB; biyopsikososyal bakış açısı ile yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili problemleri önlemeyi amaçlar. PB de amaç, hastalık tanısı koymak veya primer hastalığı tedavi etmek değil, tanısı konmuş, kesin olarak tedavi edilemeyen hastalıklarda ağrı ve semptomların giderilmesidir. Kısaca hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerini artırmayı hedefler.

PB hizmetleri multidisipliner bir ekip tarafından verilmelidir. PB hekimleri, hastaya bakım hedeflerini düzenlemek için diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte uygun tıbbi bakımı belirlerler. PB spesifik bir hastalık ile uğraşmaz. Herhangi bir kronik ve ileri evre hastalığın tanısından yaşam sonu durumu da kapsayacak şekilde hasta ve yakınlarına yönelik plan belirler. Kanseri, demans / Alzheimer hastalığı ve serebrovasküler hastalık sekeli olan hastalarda PB ile terminal bakım eş anlamlı değildir ancak PB terminal bakımı da kapsar.^{2,3} Bir yandan hastaya bakım uygulanırken diğer yandan hasta yakınlarına bakım eğitimi verilir. PB de ölüm spontan bir durum olarak değerlendirilir ve geciktirilmeye çalışılmaz. Hastanın ölüm öncesi iyilik hali sağlanır ve aileye destek olunur.⁴

İlk modern PBM 1967'de İngiltere'de Cicely Saunders tarafından kurulmuştur. Ancak çok daha önce 1842'de Jeanne Garnier Fransa'nın Lion kentinde ilk hospis merkezini kurmuştur.⁵ Ülkemizdeki duruma bakacak olursak ilk olarak hospis mantığı ile kurulan kurum, 1896 yılında II. Abdulhamit tarafından yaşlı ve yoksullara yönelik hizmet veren Darülacezedir.⁶ Bundan çok sonra Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan ve 1993-1997 yılları arasında hizmet veren bakımevi modern anlamdaki ilk kurumdur.⁷ Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan 2009-2015 Ulusal Kanseri Kontrol Programında ise PB programı tanımlanmıştır. Bu dönemde PALLIA-TURK projesi ile palyatif servislerinin kurulması hızlanmıştır.¹ Palyatif bakım yönergesi 2014 yılında çıkartılmış olup merkez kuran hastanelere geri ödeme kapsamına alınmıştır.⁸ Diğer yandan Almanya gibi gelişmiş ülkeler palyatif bakım konusunda önemli aşama kaydetmişlerdir.⁹

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan yönetmelikte PBM'lerinin sorumluluğu tercihen anestezi uzmanlarına bırakılmıştır.⁹ Ancak anestezi uzmanlarının PBM'lerinin sorumlusu olmaları PB'nin biyopsikososyal yaklaşım ilkesi ile bağdaşmamaktadır. Zira anestezi ve reanimasyon uzmanlarının PB de etkin olabilecekleri alanlar; beslenme, ağrı, ev tipi ventilatör ihtiyacı olanlara yönelik yaklaşımlardır. Ancak PB, biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak bütüncül bir şekilde yaklaşımı benimser. Bunun yanında hasta yakınlarına bakım eğitimi ile psikososyal destek sağlamayı önemser.³

ESH, bakıma muhtaç hastaların sağlık durumu ve bakım ihtiyaçlarına göre aile bireylerinin de dahil olduğu multidisipliner bir yaklaşımla yerinde sağlık hizmetinin sağlanmasıdır. Ülkemizde ESH, aile hekimleri, hastaneler bünyesinde kurulmuş olan birimler ve toplum sağlığı merkezleri tarafından oluşturulan mobil ekipler tarafından verilmektedir.¹⁰ Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Aralık 2015 tarihinden itibaren hem PBM'yi hem de ESH'yi yönetmektedir. Bu bağlamda PBM ve ESH çalışanlarına, PB, enfeksiyon hastalıkları, yara bakımı, yaşlı hastaya yaklaşım, sarkopeni, enteral ve parenteral beslenme, palyatif bakım hastasına psikolojik yönden yaklaşım ve iletişim derslerini kapsayan 20 saatlik bir eğitim verilmiştir. Haftada bir gün ildeki tüm ESH birimlerinin katılımı ile PBM'de hastaların değerlendirmeleri yapılmaktadır. Böylece ESH çalışanlarının, mesleki deneyimlerini artırmaları ve taburcu olacak hastalara evde takipte yapılması gereken uygulamaları da öğrenmeleri sağlanmaktadır. ESH birimlerinin ev ziyaretlerinde karşılaştıkları problemler interaktif olarak mobil iletişim cihazları üzerinden değerlendirilmekte, ev ortamında tedavileri mümkün olmadığında hastaların hastaneye transferleri sağlanıp PBM'ye yatışları sağlanmaktadır. Hastanemiz PBM beş odalı ve on yatak kapasiteli bir ünite olarak hizmet vermektedir. ESH takibinde olan ve üniteden taburcu olan hastaların ihtiyaç halinde beslenme ürünleri, alt bezi ve özellikli yatak raporları aile hekimliği polikliniği tarafından çıkarılmaktadır. Bu çalışmada Aile Hekimliği Kliniği bünyesinde hizmet veren PBM ve ESH'nin birlikte yürütülmesi örneğinin sunulması ve bu bağlamda PBM'nin bir yıllık hasta izlem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada KBÜ Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi PBM de 01.12.2015 ile 01.12.2016 tarihleri arasında yatan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

Hastaların demografik özellikleri, mevcut hastalıkları, yatırılma nedenleri, hastanede kalma süreleri kaydedildi. Ölüm ile sonuçlanan olgular değerlendirmelerden çıkarıldı. Hastaların yatışlarında ve taburcu olduklarında Karnofsky Performans (KPS) ve Palyatif Performans Skalaları (PPS) ile değerlendirilen performansları ve potansiyel bakım ihtiyaç skorları kaydedildi. KPS, 1949 yılında geliştirilmiş olup, 0-100 arası puanlandırılarak (10 fatal süreçlerin geliştiği ve 100 normal hastayı göstermek üzere) hastanın performansını belirler.¹¹ PPS ise 1996 yılında Anderson ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, hastaların potansiyel bakım ihtiyaçlarını tanımlamak amacıyla kullanılır. Hesaplama aktivite/hastalık bulgusu, hareketlilik, öz bakım, beslenme ve bilinç düzeyi alt başlıklarından oluşur.¹²

İstatistiksel analiz için SPSS for windows 16.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama±standart sapma (Ort±SS) ve median (min-maks) şeklinde verildi. Normal dağılım gösteren bağımlı grupların karşılaştırılmasında Paired T testi kullanıldı.

Bulgular

PBM de 01.12.2015 ile 30.11.2016 tarihleri arasında 149 hasta takip edildi. Hastaların yaş ortalaması 74,93±14,61 yıl olup, %42,95'i (n=64) erkek, %57,04'ü (n=85) kadındı. Aynı dönemde ESH'nin takip ettiği hasta sayısı ise 1236 olup bunların yaş ortalaması 71,86±18,42 yıldır ve %40,93'ü (n=506) erkek, %59,06'sı (n=730) kadın idi.

Bu hastalardan %3,39' unun (n=42) evlerinden hastaneye kabulleri gerçekleştirilmiş olup bunların %88,09' u (n=37) tekrar ESH kontrolünde evlerine taburcu edilmiştir. İnteraktif iletişim sonucu aile hekimliği polikliniğinde ESH' nin takip ettikleri hastaların %31,31' ine (n=387) hasta alt bezi raporu, %13,91' ine de (n=172) beslenme ürünleri raporları düzenlenmiştir.

Hastaların serviste yatış süresi ortalama $14,50 \pm 12,03$ (min:1-maks:79) gündü. Hastaların PBM' ye yatış nedenleri ve yatışa neden olan alt hastalıkları Tablo 1' de gösterilmiştir. Buna göre yatış nedeni en sık beslenme bozukluğu ve bunu takiben dekübit ülserleri idi. Hastalık dağılımı değerlendirildiğinde altta yatan birincil hastalıklar başta serebrovasküler olaylar (SVO) olmak üzere, nörolojik bozukluklar ile malignitelereydi.

Tablo 1. Hastaların PBM ye yatış nedenleri ve buna neden olan birincil hastalıklar

<i>Yatış nedeni</i>	<i>Beslenme Bozukluğu (%)</i>	<i>Ağrı (%)</i>	<i>Dekübit (%)</i>	<i>PEG Eğitimi (%)</i>	<i>Aspirasyon Eğitimi*</i> (%)	<i>Pansuman (%)</i>	<i>Dispne (%)</i>	<i>GDB (%)</i>
Primer Hastalık								
Alzheimer-Demens	16 (21,62)		20 (35,08)	4 (22,22)			2 (9,09)	
SVO	18 (24,32)		23 (40,35)	8 (44,44)	1 (11,11)	2 (22,22)	1 (4,54)	3 (30)
HT-KKY	8 (10,81)		2 (3,50)	1 (5,55)	1 (11,11)		3 (13,63)	
DM	5 (6,75)	1 (6,66)	1 (1,75)		1 (11,11)	2 (22,22)	1 (4,54)	
Malignite	12 (16,21)	12 (80)	3 (5,26)				6 (27,27)	5 (50)
Diğer Nörolojik Hastalıklar	8 (10,81)		3 (5,26)	4 (22,22)	5 (55,55)			2 (20)
KOAH	2 (2,70)			1 (5,55)			8 (36,36)	
Enfeksiyon-Yanık	4 (5,40)						1 (4,54)	
Postoperatif dönem**	1 (1,35)	2 (13,33)	5 (8,77)		1 (11,11)	5 (55,55)		
Toplam	74	15	57	18	9	9	22	10

PEG: perkütan endoskopik gastrotomi

*Trakeostomi veya ev tipi ventilatöre bağlı hastalar

**Beyin cerrahi ve ortopedi ameliyatları sonrası

SVO: Serebrovasküler olay

HT-KKY: Hipertansiyon-koroner kalp yetmezliği

DM: Diyabetes mellitus

KOAH: Kronik obstruktif akciğer hastalığı

GDB: Genel durum bozukluğu

Toplamda 30 (%20,13) kanser hastası takip edilmiş olup en sık görülen kanser tipleri pankreas (n=6), mide (n=3) ve kolon (n=3) kanserleriydi. Diğer nörolojik hastalıkların arasında ise amiyotrofik lateral skleroz (n=4), serebral palsi (n=2), postoperatif tetrapleji (n=2) ve demiyelizan progresif nörolojik hastalık (n=1) yer

alıyordu. Postoperatif dönemde olan hastalar arasında ise en sık kalça protezi (n=4) ve diyabetik ayak amputasyonu (n=2) vakaları takip edilmişti. Bir yıl içerisinde mortalite oranı %12,08 (n=18) idi. Mortal seyreden hastalıkların başında %8,05 ile (n=12) maligniteler izlenirken bunu %2.68 (n=4) ile SVO takip ediyordu.

Hastaların %78,52' si (n=117) yatağa tam bağımlı idi. Yatağa bağımlı olmayan hasta oranı ise %5,36 (n=8) ve bunların tamamı kanser tanısı olan hastalardı. PBM de takip edilen hastaların %27,51' ine (n=41) taburculuk esnasında engelli sağlık kurul raporları düzenlendi.

Hastaların yatışlarında ve taburcu olduklarında ölçülen KPS ve PPS değerleri karşılaştırıldığında, tüm hastalar düşük durumda olmakla beraber taburcu olduklarındaki KPS ve PPS puanları yatış esnasındaki skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların yatış ve taburculuk anındaki KPS ve PPS puanlarının karşılaştırılması

	Yatış (Ort±SS)	Çıkış (Ort±SS)	p^*
KPS	36,84 ± 8,80	41,30 ± 10,73	<0,001
PPS	33,00 ± 9,60	37,46 ± 12,40	<0,001

*Paired T testi

Tartışma

Aile Hekimliği Kliniği bünyesine alınan ESH birimleri ve PBM arasındaki koordinasyon sonucu PBM de hastaların ortalama yatış süresi 14,50 gün olarak gözlenmiştir. Hastaların yatış nedenleri arasında en sık beslenme bozukluğu izlenirken altta yatan hastalıklar arasında en sık nörolojik bozukluklar belirlenmiştir. Taburcu olan hastaların KPS ve PPS puanları yatış zamanlarına göre anlamlı olarak yükseldiği gözlenmiştir.

Akççek ve ark. yapmış oldukları çalışmada hastaların PBM ye kabul kriterleri şu şekilde belirlenmiştir;¹²

1. Ağrı (uyku düzenini bozan ve görsel ağrı skalası skoru 5 ve daha fazla olan hastalar)
2. Beslenme (oral alımı bozulmuş, Nutritional Risk Screening 2002) beslenme skoru ≥ 3 olan hastalar)
3. Norton/Braden' a göre evre III- IV dekübit yarası olan hastalar
4. Etiyolojisi bilinmeyen veya multiple olan deliryum hastaları
5. Geriatrik sendromlar (düşme, kötüye kullanım, inkontinans vb.)
6. İleri evre kalp yetmezliği olan hastalar
7. Dispne, hemoptizi, kontrol edilemeyen ağrı gibi tedaviye rağmen semptomları artan onkolojik hastalar
8. Tedaviye dirençli son dönem akciğer hastaları

9. Alzheimer Hastalığında Fonksiyonel Değerlendirme Evrelemesine göre Evre 7 ve üzeri olan demans hastaları
10. Kronik nörolojik hastalığı olup klinik tablosunda akut değişimi olan hastalar
11. Son dönem HIV hastaları (tükenmişlik sendromunda) PBM ye kabul edilir.

Bu çalışmada da hastalar en sık beslenme bozukluğu nedeniyle, ardından sıklık sırasına göre yatak yaraları, dispne, perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) eğitimi, ağrı palyasyonu nedenleri ile takip edilmişti. Bu sonuçlar literatürle uyumludur. Ancak literatürde yatış endikasyonları arasında ağrının öne çıkmış olması, PBM' lerinin ilk olarak onkoloji hastanelerinde kurulmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Bu çalışmada literatürden farklı olarak hastaların PBM' ye kabulünde yukarıda belirtilen yatış endikasyonlarının haricinde dikkate alınan diğer durumlar ise şunlardır:

1. Evde takip edilen hasta için günlük doktor ziyaretini gerektirecek bir durumu olması,
2. Diğer servislerden taburculuğu düşünülen ancak bakım gerektiren hastaların bakıcılarına bakım eğitiminin verilmesidir (PEG ile besleme ve aspirasyon eğitimleri gibi).

Alsirafy ve ark.'ın yaptıkları çalışmada PBM ortalama yatış süresi 24 gün olarak bildirilmiştir.¹³ PBM' mizde ortalama yatış süresi $14,50 \pm 12,03$ gündü. Yatış süresinin göreceli kısa olması ve ESH alan hastaların %3,39' nun PBM'ye yatırılmış olması, yatış süresinde ve taburculukta gerek hasta yakınlarının gerekse ESH personelinin eğitiminin hospitalizasyon sıklığını ve süresini azalttığını akla getirmektedir.

Uysal ve ark. nın, bir onkoloji hastanesine bağlı PBM de yaptıkları çalışmada hastaların PPS ortalaması 45 ± 17 olarak saptanmış olup gerek yatış anında gerek taburculukta olsun bizim sonuçlarımıza göre anlamlı derecede yüksekti.¹⁴ Bizim çalışmamızda ise PPS ortalaması yatış esnasında $33,00 \pm 9,60$ idi. Bu sonuçlar birimimizde takip edilen hastaların onkoloji hastanesine bağlı PBM hastalarından daha düşük olduklarını göstermektedir. Zira bu çalışmadaki hastaların %78,5' si yatağa tam bağımlı idi. Yatağa bağımlı olmayan hastaların tamamının onkolojik hastalar olması KPS ve PPS skorlarının onkolojik hastalarda daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada hastaların yatışlarında ve taburcu olduklarındaki performanslarının KPS ve PPS ile değerlendirilmesi sonucu taburculuk skorlarının yatış esnasındaki skorlara göre daha yüksek saptanması PBM'lerin ne kadar gerekli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda ameliyat sonrası 5 hastada dekübit ülseri görülmesi manidardır. Ayrıca yatak yaralarının azımsanmayacak derecede (%38,25) görülmesi önemlidir. Ancak %78,5'i yatağa tam bağımlı olan bir hasta grubunda bu oran nispeten iyi olarak değerlendirilebilir. Dekübit ülserlerinin önlenmesinin koruyucu sağlık hizmeti olarak değerlendirilmesi gerekir. Yatağa bağımlılığı artan hastalarda uygun antidekübit yatak seçimi ve pozisyon önerileri gibi basit önlemler dekübit oluşumunu önleyebilmektedir. Hasta yakınlarının eğitimi komplikasyonların önlenmesinde önem arz etmektedir. Yoğun bakımlarda takip edilen hastalarda da dekübit ülserleri sık görülmektedir.¹⁵ Literatürde en sık felçli hastalarda dekübit görüldüğü belirtilmektedir.¹⁶ Bu çalışmada da en sık Alzheimer ve SVO tanılı hastalarda dekübit ülserleri görülmüştür. Nörolojik defisitli hastalarda koruyucu yaklaşımların yanı sıra dekübit önleyici yataklar önerilmelidir.

Peikes ve ark. 15 çalışmayı içeren derlemelerinde hastaya bakım yapanların hastane ile koordinasyonunun bakım kalitesini artırdığını, hastaneye yatışı ve sağlık harcamalarını azalttığını belirtmişlerdir.¹⁷ Sağlık Bakanlığının yayınladığı ESH ile ilgili yönetmelikte PB ve ESH ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Sağlık bakanlığının 19.02.2016 tarihli yönergesine göre ESH, yataklı tedavi kurumları, ağız ve diş sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezlerini kapsayacak şekilde planlanmıştır. Bunlar arasındaki iletişimin ise il sağlık müdürlüğü bünyesinde oluşturulan koordinasyon merkezi tarafından sağlanması ön görülmüştür.¹⁸ Hastanemizde ise aile hekimliği kliniği bünyesinde hizmet veren PBM ve ESH birimleri koordine çalışmakta ve hizmet esnasında görüntülü mobil iletişim cihazları kullanmaktadır. Bu şekilde gerekli durumlarda ESH birimlerinden PBM ye hasta kabulü yapılmakta ve hizmet akışı sağlanmaktadır. Ayrıca hasta taburcu edilirken ilgili ESH birimine haber verilip evde takiplerin nasıl devam edilmesi gerektiği bildirilmektedir. Bu uygulama ülkemizde ilk olup ESH birimlerinin PBM ile entegre çalışmasında örnek oluşturmaktadır. PB hizmetleri ile ESH ayrı ayrı düşünülmemelidir. ESH birimleri ile PBM'lerin tek merkezli yönetimi ile hizmetin devamlılığının sağlandığını, kalite ve veriminin arttığını düşünmekteyiz. ESH personelinin haftalık eğitim vizitleri ile PBM hastalarını görmesi, verdikleri hizmetin kalitesini artırmakta ve PB ihtiyacı olan durumları doğru tespit etmelerini sağlamaktadır. Nitekim bir yıllık süreçte ESH takip ettiği hastaların sadece %3,39'u PBM' ye yatırılmıştır.

Diğer taraftan ESH'nin parçalanmış ve bu birimlerin farklı kurumlara bağlı olması hizmetin zaman zaman aksamasına yol açmaktadır. PBM' ler ile ESH' nin koordinasyon eksikliği ise bu hastaların mağduriyetlerine yol açmakta ve hasta yakınlarını farklı arayışlara yönlendirmektedir. Hasta yakınları hastalarını ambulans hizmetlerini kullanarak acil servislere getirmekte, ağrı ve yakınmalarının giderilmesini istemektedirler. Bu da ambulans ve acil servis hizmetlerinin gereksiz kullanımını artırmaktadır.¹⁹ Bir başka konu da; ESH'nin parçalı olması hastanın çoklu sahiplenilmesine veya sahiplenilmemesine de yol açabilmektedir. Bu da hastanın ortada kalmasına veya çok sık sağlık hizmeti almasına neden olmaktadır. ESH' de kullanılan sağlık personelinin etkin ve verimli hizmet verebilmesi için PBM ile o ilde hizmet veren tüm ESH ekiplerinin irtibat halinde olması öngörülmür.

Sonuç olarak bu makalede, bir üniversite hastanesinde Aile Hekimliği Kliniği'nin bünyesinde hizmet veren PB ve ESH'nin koordineli bir şekilde çalışması ortaya konmuştur. Bu birimlerin ildeki diğer toplum sağlığı merkezlerine bağlı ESH birimleriyle çalışması şeklindeki uygulamamız, ihtiyacı olan hastalara sağlık ve bakım hizmetlerinin düzenli ve sistemli bir şekilde verilmesini, sağlık personelinin ve sağlık harcamalarının verimli kullanılmasını sağlayan, hasta, hasta yakını ve sağlık personeli memnuniyetini artıran başarılı bir örnek olarak sunulmuştur.

Araştırmanın kısıtlılıkları: Retrospektif değerlendirildiği için maliyet analiz, verim ölçümü, hasta ve/veya yakınlarının memnuniyeti ölçümü yapılamamıştır. Ayrıca sonuçların ESH ve PBH birlikte çalışmadığı başka bir merkez ile karşılaştırılması yapılmamıştır. Makalenin bir yıllık süreyi kapsaması da kısıtlamalarındandır.

* Bu çalışma 12-14 Mayıs 2017 tarihleri arasında Ankara'da yapılan "Uluslararası Palyatif Bakım Kongresi" nde oturum olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Şahan Fu, Terzioğlu F. Dünyada Ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015;4(2):81-90.
2. WHO Definition Of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Erişim tarihi: 03.04.2017.
3. Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi 2012;54(4):329-34.
4. Field MJ, Behrman RE. When Children Die: Improving Palliative and End-Of-Life Care For Children And Their Families. District of Columbia: National Academies Press; 2003.
5. Bennahum Da. The Historical Development Of Hospice And Palliative Care. In: Forman WB, Kitzes JA, Anderson RP, Sheehan DK, eds. Hospice And Palliative Care: Concepts And Practice, 2nd ed. Boston: Jones and Barlett, 2003:1-11.
6. Güngör S. Osmanlı’dan Türkiye Cumhuriyeti’ne Bir Hayir Örgütü: İstanbul Darülaceze Müessesesi. Türk İdare Dergisi 2009;163-164:157-81.
7. Erbaycu AE. Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi. <http://ghs.asyod.org/konular/2013-3-15.pdf>. Erişim tarihi: 03.04.2017.
8. Kabalak Aa. Türkiye’de Palyatif Bakım Çalışmaları. Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation Special Topics 2017;10(1):7-12.
9. Benli AR, Erbesler ZA. Türkiye’de Palyatif Bakımda Uygulama ve Anlayış Farklılıkları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2016;20(1):5-6.
10. Oğuz I, Kandemir A, Erişen Ma, Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2016;19(2):171-86.
11. Çizmeci EA. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Hastaların Yatış Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara; 2013. <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/661/13610bc8-6bfe-4bf7-8366-28975f3317c7.pdf?sequence=1>. Erişim tarihi: 03.04.2017.
12. Akçiçek F, Akbulut G, Fadiloğlu ÇZ. Palyatif Bakım Evde Ve Hastanede Çalıştay Raporu. Ege Geriatri Derneği Yayınları. İzmir: Meta Basım; 2013.
13. Alsirafy Sa, Hassan Aa, Al-Shahri Mz. Hospitalization Pattern In A Hospital-Based Palliative Care Program: An Example From Saudi Arabia. American Journal Of Hospice And Palliative Medicine 2009;26(1):52-6.
14. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif Bakım Kliniğinde Yatan Hastalarda Görülen Semptomlar Ve Palyatif Bakımın Semptom Kontrolüne Etkisi. Ağrı 2015;27(2):104-10.
15. Beğer T. Yoğun Bakımda Dekübit Ülserleri; Risk Faktörleri Ve Önlenmesi. Yoğun Bakım Dergisi 2004;4(4):244-53.
16. Karadağ A. Basınç Ülserleri: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi. CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu 2003;7(2):41-8.
17. Peikes D, Chen A, Schore J, Brown R. Effects Of Care Coordination On Hospitalization, Quality Of Care, And Health Care Expenditures Among Medicare Beneficiaries: 15 Randomized Trials. JAMA 2009;301(6):603-18.
18. Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. <http://saglik.gov.tr/TR,10474/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik.html>. Erişim tarihi: 03.04.2017.
19. Benli AR, Koyuncu M, Cesur Ö, Karakaya E, Cüre R, Turan MK. Evaluation of use of the 112 Emergency Ambulance Service in Karabuk City. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2014;6(3):271-4.