

PALYATİF BAKIMIN EVDE BAKIMA ENTEGRASYONU

YRD DOÇ DR HİLAL ÖZKAYA

SBÜ HAYDARPAŞA NUMUNE EAH. PALYATİF BAKIM MERKEZİ

Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi. 9-11 Mart 2018-İstanbul

324.000.000



1 MILLION

PEOPLE WHO WILL HAVE
A HEART ATTACK OR DIE
FROM CORONARY HEART
DISEASE THIS YEAR



**16.5
MILLION**

AMERICANS AGE 20 AND
OLDER WHO ARE LIVING
WITH CORONARY HEART
DISEASE

795,000

PEOPLE WHO WILL
HAVE A STROKE
THIS YEAR



356,000

CARDIAC ARRESTS THAT
OCCUR OUTSIDE A HOSPITAL
EACH YEAR



HARD NUMBERS

By AMERICAN HEART ASSOCIATION NEWS

A sampling of U.S. data from the
American Heart Association's 2018
heart disease and stroke statistics report.



103 MILLION

ADULTS WITH HIGH
BLOOD PRESSURE

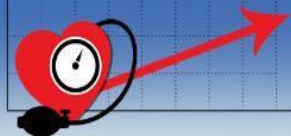


6.5 MILLION

AMERICANS AGE 20 AND
OLDER WHO ARE LIVING
WITH HEART FAILURE

38 PERCENT

RISE IN THE NUMBER OF HIGH
BLOOD PRESSURE DEATHS
BETWEEN 2005 AND 2015



23 MILLION

ADULTS WITH
TYPE 2
DIABETES

15 PERCENT

ADULTS WHO
SMOKED IN
2015



56 MILLION

PEOPLE 40 AND OLDER
WHO ARE ELIGIBLE FOR
CHOLESTEROL-LOWERING
STATINS



38 PERCENT

ADULTS WHO
WERE OBESE
AS OF 2014

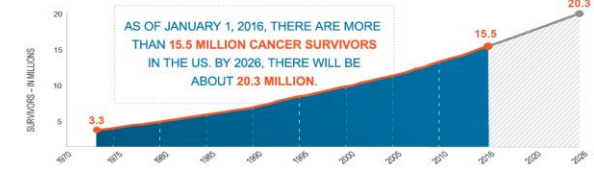


Source: "Heart Disease and Stroke Statistics-
2018 Update: A Report from the American Heart Association," Circulation (numbers rounded)

Published Jan. 31, 2018

LIFE AFTER CANCER: SURVIVORSHIP BY THE NUMBERS

The number of cancer survivors in the United States is increasing, and is expected to grow to about 20.3 million by 2026 according to Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2016-2017. Even though cancer incidence rates are declining in men and stable in women, the number of cancer survivors is rising due to a growing and aging population, as well as earlier detection and better treatments. As this population continues to increase, it will be more important than ever to address this group's unique needs.



WHO ARE CANCER SURVIVORS?

SURVIVORS BY SEX AND CANCER SITE

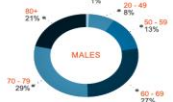
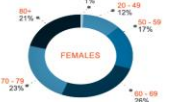


FEMALES
January 1, 2016
Breast 3,540,570
Uterine corpus 757,190
Colon & rectum 727,306
Thyroid 630,660
Melanoma 612,790
Non-Hodgkin lymphoma 324,860
Lung & bronchus 288,210
Uterine cervix 282,780
Ovary 235,200
Kidney & renal pelvis 204,040
Total survivors 8,166,120



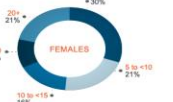
MALES
January 1, 2016
Prostate 3,306,760
Colon & rectum 724,690
Melanoma 614,480
Urinary bladder 524,250
Non-Hodgkin lymphoma 381,480
Kidney & renal pelvis 305,340
Lung & bronchus 286,550
Leukemia 238,300
Oral cavity & pharynx 230,520
Total survivors 7,377,160

SURVIVORS BY AGE AT PREVALENCE*



*Percentages do not sum to 100% due to rounding. Source: American Cancer Society Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2016-2017. Atlanta: American Cancer Society, 2016.

SURVIVORS BY YEARS SINCE DIAGNOSIS



STAGE AT DIAGNOSIS AND SURVIVAL

The earlier a diagnosis, the better the chances of survival. (2009-2011)

Localized (L) Confined to the organ of origin Regional (R) Spread to nearby tissues or lymph nodes Distant (D) Spread to other parts of the body



Source: Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program by National Cancer Institute and CDC, Appendix 9th Data, Year U.S. 1988-2010. Informational Purpose Adjustment. Regional Cancer Registries, 2012. Surveillance Research Program. Data provided by CDC to the research community.

FACTORS THAT INFLUENCE CANCER SURVIVAL



EARLY DETECTION

Screening allows doctors to find some cancers earlier, when they are easier to treat. In some cases, screening can prevent cancer altogether.



IMPROVED TREATMENTS

More effective treatment options and improved clinical follow-up after treatment help people with cancer live longer.



ACCESS TO CARE

Having access to high-quality cancer care can significantly improve survival.

A UNITED FORCE AGAINST CANCER

The American Cancer Society is an organization of 2 million strong. Our mission is to save lives, celebrate lives, and lead the fight for a world without cancer.

Read Survivor Stories # cancer.org/storiesohope
Explore Research # cancer.org/research
Donate # cancer.org/donate



© 2016 American Cancer Society, Inc. 012884 Rev. 4/17 All rights reserved. The American Cancer Society is a qualified 501(c)(3) tax-exempt organization and donations are tax-deductible to the full extent of the law.

PALYATİF BAKIM

- Dünya Sağlık Örgütü (WHO) palyatif bakımı
 - 1989 yılında:
“Hastalığı ortadan kaldıran tedavilere yanıt vermeyen hastalara verilen aktif ve bütüncül bakımdır” şeklinde
 - 2002 yılında:
“yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden sorunlar yaşayan hasta ve ailelerin, fiziksel, psikososyal ve manevi (spiritüel) problemlerini erken tanımlama, değerlendirme, tedavi ederek acı çekmelerini azaltma ya da önleme ve böylece yaşam kalitelerini artırma amacı olan bir yaklaşım’ olarak tanımlamıştır.

PALYATİF BAKIM



Bütün dünya tarafından kabul edilen bu temel ilkelere dayanılarak, palyatif bakım ünitelerinin yapılandırılmasında bakım verenlerin profesyonel eğitimlerine göre üç farklı yaklaşım üzerinde durulur.

1. Temel Palyatif Bakım Yaklaşımı: Bütün sağlık çalışanları palyatif bakımın ilkelerini tanımalı, günlük pratiklerinde uygun şekilde kullanmalıdır.
2. Genel Palyatif Bakım Yaklaşımı ;Bazı sağlık çalışanları, sadece bu konuyla ilgilenmeseler bile, palyatif bakım alanında ek eğitim ve uzmanlığa sahip olabilirler. Bu personelin çalışmaları “genel palyatif bakım” olarak adlandırılır.
3. Uzman Palyatif Bakım Yaklaşımı :Esas eğitim ve hizmet alanı palyatif bakım verme olan uzmanlıktır. Daha karmaşık ve zaman gerektiren bakım gereksinimi olan hastalarla uğraşır ve daha üst düzeyde eğitim, personel ve kaynak gerektirir.

DSÖ, Avrupa Birliđi sağlık komisyonu ve 1996 yılında yayınlanan İrlanda Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Kanser Stratejisi tavsiyesi olan, palyatif bakım ünitelerinin yapılandırılmasında en temel ilkeler řu şekilde sıralanabilir:

- Hastalara, nerede bakılmak ve son günlerini nerede geçirmek istediklerine dair fikirlerini dile getirebilmeleri için gerekli teşvik yaklaşımın sunulması,
- Sunulan palyatif bakım hizmetinin hastaların klinik durumları ve kişisel tercihlerine göre bir bakım yerinden bir diğerine geçilmesine olanak sağlaması,
- Bütün hastaların gerektiği zaman uzman palyatif bakıma ulaşabilmesine olanak sağlaması.

- Her koşulda uygulanabilecek tek bir palyatif bakım sağlama modeli yoktur.
 - Ancak, palyatif bakımın temel ilkeleri her hastanın ve/veya yakınının bireysel istek ve ihtiyaçlarına hitap etme anlamında tamamen evrenseldir.
 - Bu hedeflerin karşılanma yöntemi ülkeden ülkeye ve hatta bir bölgeden diğerine farklılık gösterir.
1. Ulusal sağlık politikaları,
 2. Ulusal sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe,
 3. Ülkedeki hizmet verenlerin sayısı ile hizmet nitelikleri,
 4. Toplumun bakış açısı, inançları ve eğitim düzeyi ile ilişkili.

PALYATİF BAKIM

- Hastane
- Aile Sağlığı Merkezi
- Ev
- Bakım veya huzurevleri
- Palyatif bakım merkezleri (hastane dışı)
- Son dönem bakımevleri (Hospis)

Palyatif bakım modelleri

- 1) Hastane Temelli Palyatif Bakım
- 2) Evde Palyatif Bakım
- 3) Toplum Temelli Palyatif Bakım



1. Hastane Temelli Palyatif Bakım

- Hastane bünyesinde oluşturulmuş palyatif bakım hizmeti veren merkezlerdir.
- Genel hasta servisleri, kendine özgü fiziksel ve psikososyal sorunları olan ve uzmanlaşmış bir yaklaşım gerektiren kanser hastaları için uygun olmayabilir.
- Özellikle ağrı ve diğer semptomlardan yakınan, temel gereksinimlerinin karşılanmasında yetersiz kalınan yüksek riskli kompleks hastaların bakım kalitesinin artmasını ve bakım maliyetinin azalmasını sağlamıştır.

2. Evde Palyatif Bakım



- Hastanede verilebilecek düzeyde palyatif bakımın hastanın kendi ev ortamında verilmesinin sağlanmasıdır.
- Hasta, palyatif bakım desteğine 7/24 saat ulaşabilir.
- Kanseri hastalarının temel ihtiyacı olan semptom kontrolü ve terminal bakım hizmetlerine hastane temelli palyatif bakım üniteleri ile koordinasyonlu çalışılarak ulaşabilir.

3.Toplum Temelli Palyatif Bakım

- Ayaktan tedavi edilebilecek hastalar için oluşturulmuş kliniklerden oluşmaktadır.
- Bu kliniklerde semptom kontrolü, hastaların beslenmesinin desteklenmesi gibi uygulamaların yanında psikososyal ve manevi olarak hasta ve yakınları desteklenmektedir.
- Ayrıca hasta ailesine hasta bakımını nasıl sağlayacağı konusunda eğitim de verilmektedir.

EVDE BAKIM TANIMI

- DSÖ:“Profesyonel sağlık çalışanları tarafından veya hastabakıcı gibi informal tarzda yetişmiş bireyler tarafından hastaya kendi ev ortamında bakım hizmetinin verilmesidir”
- 10 Mart 2005 ‘Evde Bakım Hizmetleri’nin Sunumu Yönetmeliği’ ne göre; «Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi gereksinimlerini karşılayacak şekilde sağlık bakımı ile sağlık hizmetlerinin sunulması» şeklinde tanımlanmıştır

BAKIM MODELLERİNİN ENTEGRASYONU



ENTEGRE SAĞLIK MODELLERİ (DSÖ)

- Nüfusun ve bireylerin çok boyutu gereksinimlerine göre planlanmış ve koordine edilmiş bir şekilde ve kaliteli hizmetlerin yaşam süresi boyunca kapsamlı bir şekilde verilmesi yoluyla insan merkezli sağlık sistemlerini güçlendirmek için , bakım düzeylerinin tamamında çalışan çok disiplinli sağlık bakım ekibi tarafından sunulan bir yaklaşım.



Neden gerekli?

- Önlenebilir hastane yatışlarını azaltır.
- Ekonomik avantajı vardır.
- Erken entegrasyon hastaların yaşam kalitesini ve duygudurumlarını düzeltir.

ÖNLENEBİLİR HASTANE YATIŞI?

- Ayaktan bakım ile tedavi olanağı olan sağlık durumlarında hastaneye yatırılma.
- Hastanın hastaneye başvurusu esnasında doğru yönetimiyle, taburculuğu esnasında ve sonrasında geliştirilmiş taburculuk, ileri bakım planlamaları ve düzenli takipleriyle önlenabilir hastane başvurularıdır.
- Bu yatışlar poliklinik, ev ortamı, (hospis) huzurevleri veya uzun dönem bakım merkezlerinde etkili, hızlı ve hasta odaklı uygulamalar ile önlenebilmeleri mümkün olan hastaneye yatışlardır.

- Konjestif kalp yetmezliği olan ve evde bakım uygulanan yetişkinlerin 90 günlük izlemleri sonucu yaşam kalitelerinde yükselme, hastaneye başvurma sıklığında ve tıbbi harcamalarında azalma olduğu tespit edilmiştir.¹
- Evde ve hastanede kemoterapi uygulanan çocukların hastanedeki bakım maliyeti 2.329 Amerikan Doları iken, aynı etkinlikte evde bakım maliyeti 1.865 Amerikan Doları olarak tespit edilmiştir.¹

¹. Aksayan S. , Cimente G. , Evde Bakım Kavramı. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. İstanbul 1998.

MEVZUATTA ENTEGRASYON



Sağlık Bakanlığından;

**PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI
HAKKINDA YÖNERGE**

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, kapsam, dayanak ve tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönergenin amacı, yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere palyatif bakım merkezleri kurmak, bunların işleyişini, fiziki şartlarını, bulundurulması gereken araç, gereç ve personel asgari standardını, personelin görev yetki ve sorumluluklarını ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2 - (1) Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları, üniversite, Türk Silahlı Kuvvetleri, belediye ve özel sağlık kuruluşlarına ait sağlık hizmet sunucularına bağlı olarak faaliyet göstermek üzere kurulan palyatif bakım merkezleri ile buralarda görevlendirilen personeli kapsar.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönergede geçen;

a) Bağlı kuruluş: İlgisine göre Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunu,

b) Bakan: Sağlık Bakanını,

c) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

ç) 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,

d) Genel Müdürlük: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,

d) Merkez: Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları, üniversite, Türk Silahlı Kuvvetleri, belediye ve özel sağlık kuruluşlarına ait sağlık hizmet sunucularına bağlı olarak palyatif bakım hizmeti vermek üzere kurulan merkezi,

İKİNCİ BÖLÜM

Merkezlerin kurulması, fiziki şartlar ve asgari donanım standartları, ulaşım aracı tahsisi

Merkezlerin kurulması

MADDE 5 - (1) Palyatif bakım hizmetleri; yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezleri, yataklı sağlık tesisleri dışında ise aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülür. Yataklı sağlık tesisleri tarafından bakım eviyle, bakım evinde yaşayanlara yönelik olarak, palyatif bakım protokolü yapılması ve Müdürlüğe onaylatılması kaydıyla palyatif bakım hizmetleri verilebilir.

Hizmetin kapsamı

MADDE 12 – (1) Merkezlerde aşağıdaki hizmetler verilir.

- a) Muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri verilir.
- b) Psikososyal destek, psikososyal değerlendirme (sıkıntı, anksiyete, depresyon, umut, kayıp, yas, keder ve kendine bakmak), ağrı yönetimi (opioid kullanımı), beslenme desteği gibi hizmetler sunulur. İlaç, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin sağlık raporlarının çıkarılması sağlanır.
- c) Merkez, tedavisi düzenlenmiş hastanın tıbbi, psikolojik ve sosyal durumunun gerektirdiği seviyede hizmet almasını temin etmek amacıyla, aile hekimi ve evde sağlık hizmetleri birimleriyle gerekli koordinasyonu sağlar.
- ç) Hizmetler klinik ortamda ve poliklinik şartlarında verilir.

MADDE 15 - (1) Merkezler hizmet verdikleri bölgede ikamet eden palyatif bakım hastalarını; aile hekimleri ve evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından tutulmakta olan kayıtları da kullanarak tespit eder ve kendi veri tabanını oluşturur.

(2) 13 üncü maddeye uygun olarak başvurusu değerlendirilen ve kabulü uygun görülen kişiler için hasta kayıt dosyası açılır. Bu dosyada, hastanın kimlik bilgileri, adresi, iletişim telefonları, sosyal güvencesi, sosyal durumu, hastalığı, konulan tanı, uygulanan tedaviler, sürekli kullandığı ilaçlar, kullandığı tıbbi cihaz, ortez ve protezlere ilişkin bilgiler ile advers etki bildirim formu yer alır.

(3) Her hastaya ait ayrı dosya bulunması, kayıt ve takip defteri tutulması, verilerin bilgisayar ortamında kaydedilmesi ve arşiv mevzuatında belirtilen süre ve şekilde muhafazası, hastalara ait kişisel bilgi ve istatistiklerin paylaşımı konusunda gerekli güvenlik önlemlerinin alınması zorunludur.

(4) Takip edilen hastanın başka bir bölgeye taşınması durumunda gerekli bilgi ve belgeler ilgili sağlık tesisine gönderilir. Tüm kayıtlar, palyatif bakım hizmetinin sona ermesinden sonra merkez veya kurum arşivine kaldırılır.



EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALAR

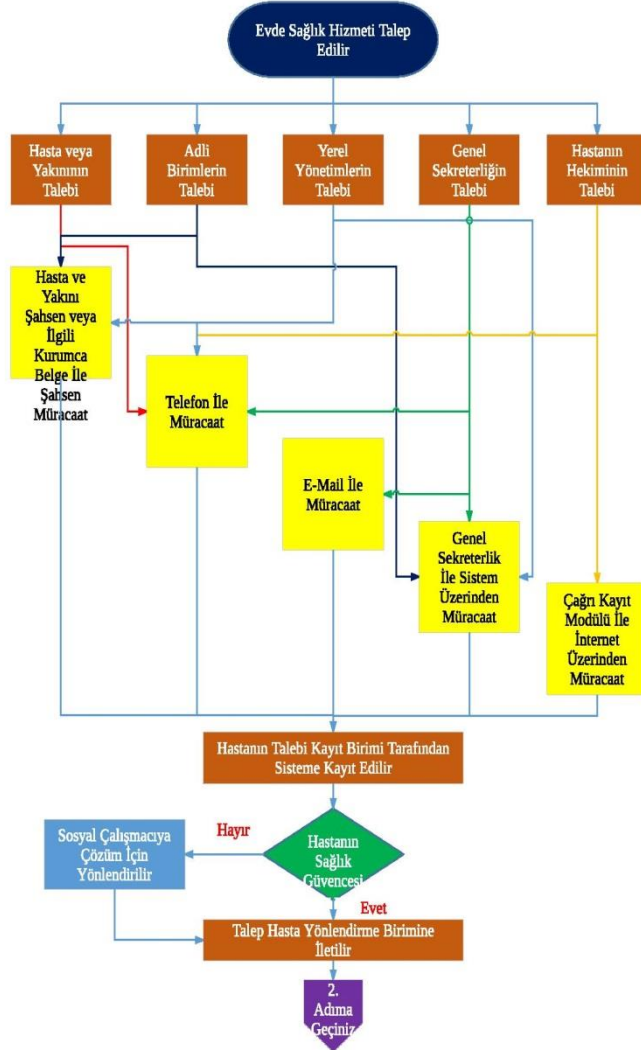
- Yatağa tam veya kısmi bağımlı hastalar,
- İleri evre kalp ve solunum sistemi hastalıkları
- Terminal dönem palyatif bakım hastaları,
- İleri derecedeki kas hastalıkları,
- Mental ve bedensel gelişim gerilikleri
- Malign tümörlü hastalar



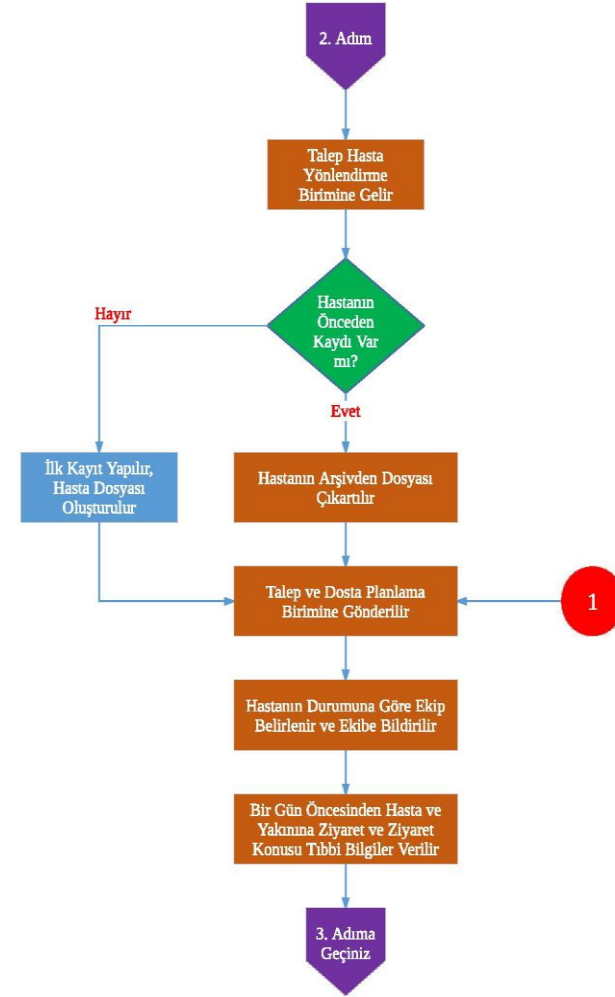
Başvuru Şekli :

- 2 kanaldan müracaat edilebilmektedir :
- 1.Hizmet verilen tüm alanlardaki eski hasta ve hasta yakınları , **0216 578 78 88** numaralı telefonla doğrudan ulaşabilmektedir.
- Yeni hastalar, Evde Sağlık Hizmetlerinin **444 38 33** numaralı telefonuyla müracaat etmekte.
- Evde sağlık kayıt merkezi telefonuna yapılan müracaatlar ESYS yazılımı vasıtasıyla Merkezimize iletilmektedir.
- 2. Eski hasta yakınları bizzat merkezimize gelerek de müracaat edebilmektedirler.

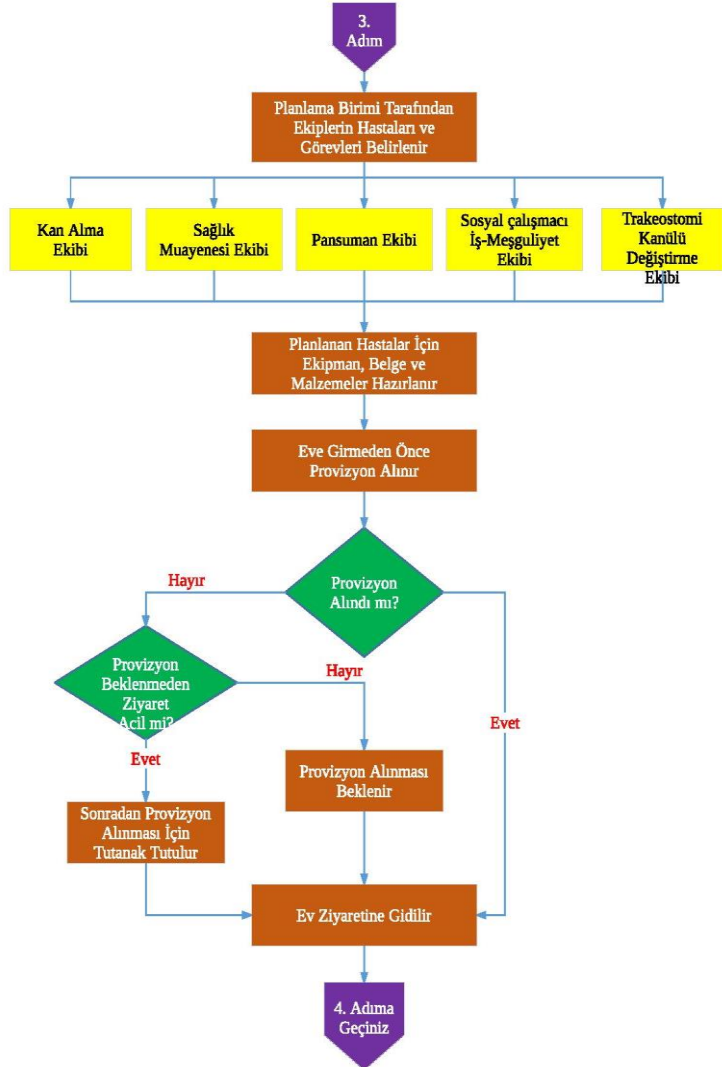
Evde Sağlık Hizmetleri İş Akış Şeması
1. ADIM



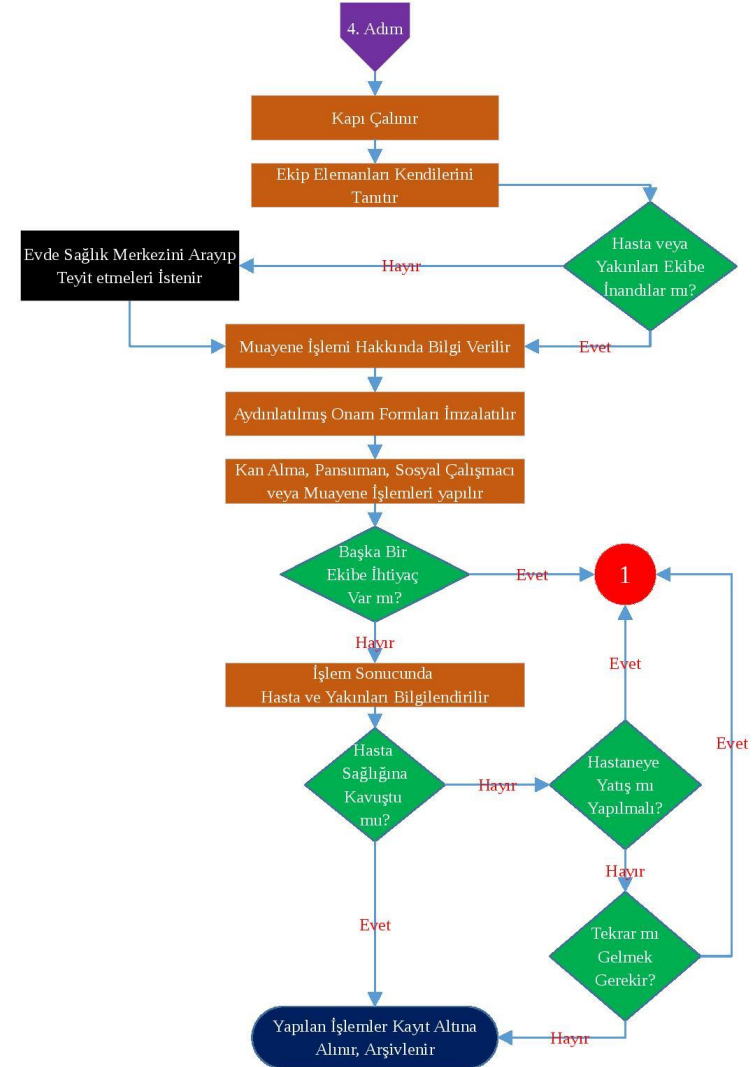
Evde Sağlık Hizmetleri İş Akış Şeması
2. ADIM



Evde Sağlık Hizmetleri İş Akış Şeması 3. ADIM



Evde Sağlık Hizmetleri İş Akış Şeması 4. ADIM



ENTEGRASYONDA SORUNLAR-1

- 1. Hasta yakınlarının taburcu esnasında uğraştığı prosedürler.
- Sosyal güvence eksikliği
- Vesayet, özürlülük vb heyet raporları
- Tek veya 3 hekim ilaç raporları
- Tıbbi malzeme raporları
- Aslında hasta yakınının asli görevi hastanın kişisel ve duygusal ihtiyaçlarıyla ilgilenmektir.
- Bakıcı yükü !!!!

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ-1

- Sosyal hizmet uzmanlarının taburculuk sürecinde aktif ve bizzat ailenin yanında olması.

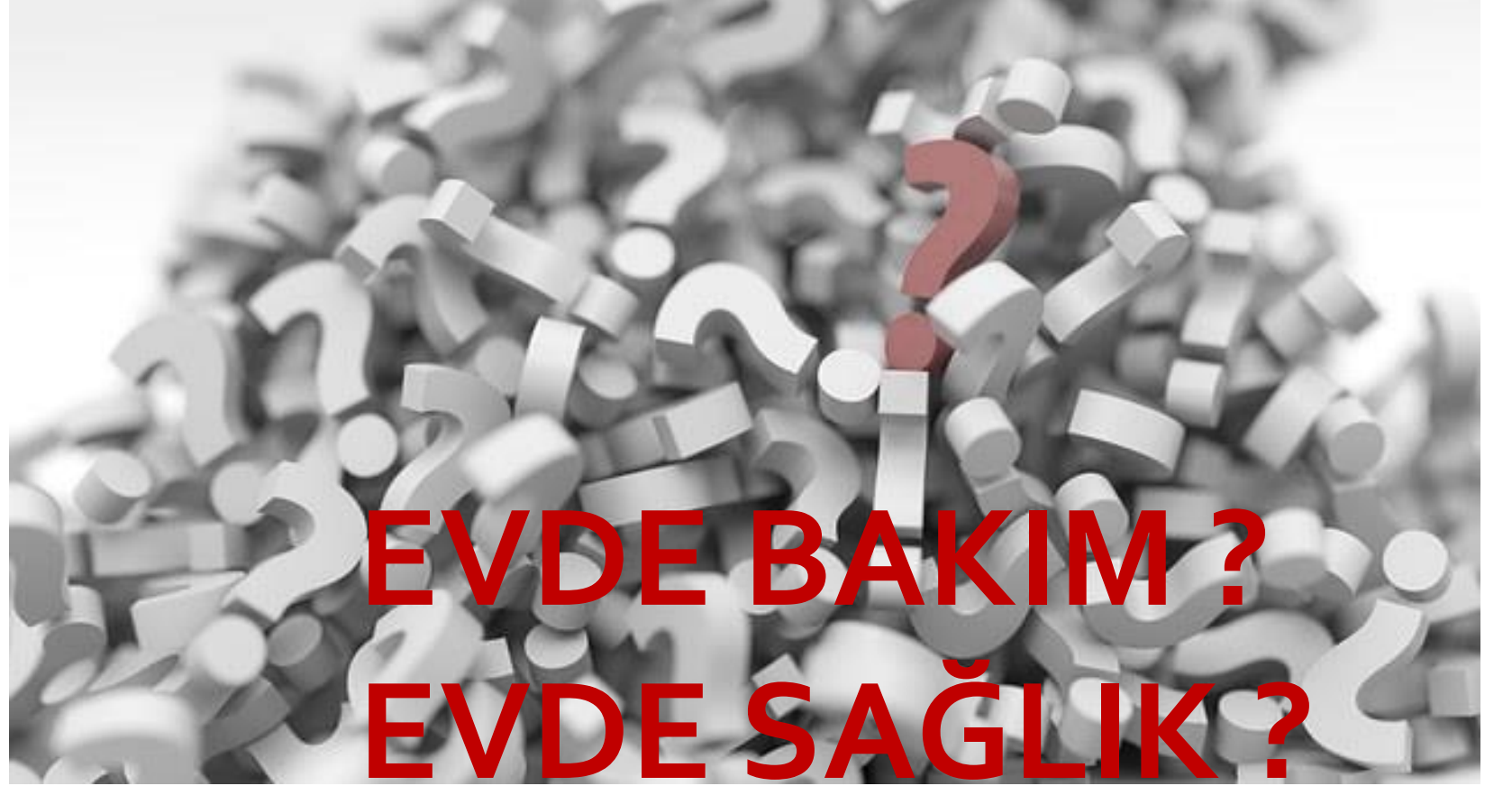
ENTEGRASYONDA SORUNLAR-2

- Palyatif bakımdan taburcu olurken evde bakım/sağlığa başvuru/kabul için geçen sürenin bu tarz hastalar için uzun sayılması.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ-2

- Palyatif bakım merkezlerinden taburcu olan hastaların evde bakım/sağlığa başvurusunda ayrı bir kod ile öncelik tanınması

ENTEGRASYONDA SORUNLAR-3



**EVDE BAKIM ?
EVDE SAĞLIK ?**

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ-3

- Hasta ve yakınının her 2 hizmet hakkında taburculuk öncesi bilgilendirilmesi.
- Evde bakım ve evde sağlık birimlerinin arasındaki işbirliği ve iletişimin artırılması.

ENTEGRASYONDA SORUNLAR-4

- Palyatif Bakım Merkezlerinde uygulanan tedavi/ yaklaşım/ nütrisyon ve yara bakım metodununun evde bakımda değiştirilmesi.

ENTEGRASYONDA SORUNLAR-5

- Tüm belediyelerde Evde Bakım biriminin bulunmaması

ENTEGRASYONDA SORUNLAR-6

- Evde sağlık / Evde Bakım elemanlarının palyatif bakım gerektiren hastalar hakkında bilgi / tutum ve motivasyonunda güçlendirme gerekliliği
- Evde sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesinde iyileřtirme gerekliliėi.

TEŞEKKÜR EDERİM