

YAŞAMIN SON DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ: GEREKSİNİM VE SUNUM NE DURUMDA?

Reyhan UÇKU*

Özet: Bu yazıda yaşamın son döneminde sunulması gereken sağlık hizmetleri dünya ve Türkiye verileri ile sunulmaya çalışılmıştır. Yaşam sonu sağlık hizmeti gereksinimi, gereksinimdeki değişim ve nedenleri, karşılanma durumu ve sağlık politikalarının gereksinime yanıtı tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: sağlık hizmeti, yaşam sonu, sağlık hizmet gereksinimi

Health Care at the End of Life: What is the Situation of Needs and Services?

Abstract: In this article, end-of-life care services were presented with the world's and Turkey's data. End-of-life care needs, the changes of needs, the causes of increase in needs, the level of unmet needs and the health policy responses to the end-of-life care needs were discussed.

Key words: health care, end of life, health care needs

Dünya genelinde öncelikle Avrupa ülkelerinde başlayan toplum yaşlanması, günümüzde tüm toplumların karşı karşıya kaldıkları demografik bir olgudur. Hemen hemen bütün toplumlarda yüksek doğurganlık ve ölümlülüğün görüldüğü demografik dönüşümün ilk aşamasını ölümlülük ve doğurganlıktaki azalma izlemiştir/izlemektedir. Gerek bebek/çocuk gerekse erişkin ölümlerindeki azalma beklenen yaşam süresinin uzamasına yol açarken, doğurganlıktaki azalma ile birlikte yaşlı nüfus sayısı ve oran olarak artmaktadır. Birleşmiş Milletler kaynaklarına göre dünya genelinde doğuştan beklenen yaşam süresi 1950-55 döneminde 46,9 yıl iken 2010-15'de 70,0 yıla ulaşmıştır. Gelişmiş ülkelerde bu süreler sırasıyla 64,7 ve 77,7 yıldır. Bu grup ülkelerde son altmış yıllık dönemde 13,0 yıllık bir yaşam süresi artışı varken az gelişmiş ülkelerdeki bu artış 26,7 (41,6 yıldan 68,3 yıla) yıldır. Beklenen yaşam süresi sadece doğuştan değil yaşlılarda da artmıştır. Son altmış yılda 60 yaşta beklenen yaşam süresi 5,8 yıllık artış ile 20,0 yıla ulaşmıştır. Bu sürenin en düşük olduğu Afrika bölgesi ülkelerinde bile 60 yaşta yaşam yıl beklentisi 16,4'dür (**United Nations, 2013**).

Benzer demografik dönüşüm Türkiye'de de görülmektedir. Doğum ve özellikle bebek ölüm hızlarındaki azalma ile yaşlılar sayısal ve oransal

olarak artmaktadır. Toplam nüfus içindeki 65 ve üzeri yaşlı oranı 1965'de %4 iken son elli yılda iki kat artış ile 2014'de %8,0' yükselmiştir. Sayısal olarak ise yaşlı nüfus aynı dönemde beş kat artarak 6 milyonu geçmiştir (**TÜİK, 2015a**). Pek çok ülkede olduğu gibi, ileri yaşta beklenen yaşam süresi de uzamış, 60 yaşta 20,9 yıl olmuştur (**United Nations, 2013**).

Toplum yaşlanması ile beraber toplumun yaş yapısındaki değişim sağlık sorunlarının nitelik ve niceliğini de etkilemektedir. Uzun süreli tedavi ve kontrol gerektiren bulaşıcı olmayan hastalıklar en sık morbidite ve mortalite nedenlerini oluşturmaktadır. Dünya genelinde tüm ölüm nedenleri içinde kalp-damar hastalıkları, kanserler, kronik obstruktif akciğer hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların payı %68 iken ülke gruplarına göre bu oran %32 ile %87 arasında değişmektedir (**The World Bank, 2015**). İlk sıralarda yer alan nedenler ise kalp-damar hastalıkları ve kanserlerdir. Türkiye verisi de dünya genelinden farklı değildir. TÜİK verileri ile 2014 yılında gerçekleşen 10 ölümden dördünün nedeni kalp damar hastalıkları, ikisinin kanser, birinin solunum sistemi hastalıklarıdır. Ölüm nedenlerinin yıllar içindeki değişimi de dikkat çekicidir. Ülkemizde son beş yıl içinde (2010-2014) kanser nedenli ölüm oranı %21 artmıştır. İleri yaş grubunun önemli bir sağlık sorunu olan demans

*Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

nedeniyle ölenlerin oranındaki artış ise son beş yılda yaklaşık iki kat olmuştur (**TÜİK, 2015b**).

Toplumun yaş yapısının değişmesi, beklenen yaşam süresinin uzaması bulaşıcı olmayan hastalıklarla yaşanan sürenin daha uzun olmasına yol açmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, ölüm nedenleri içinde altıncı sırada yer alan Alzheimer hastalığında, tanı konulduktan sonraki yaşam yıl ortancasının 3 yıldan 12 yıla kadar uzayabildiği belirlenmiştir (**Mitchell, 2015**). Uzun süre bu hastalıklarla birlikte yaşam ve kimi zaman ortaya çıkan komplikasyonlar sağlık gereksinimlerini de artırmaktadır. Sağlık gereksinimi, sağlığı geliştirmeden yaşam sonu bakıma kadar her düzeyde sağlık bakımı gerektiren, sadece sağlık çalışanları tarafından belirlenen değil, aynı zamanda bireyler tarafından da algılanan sağlıkla ilgili yetersizlikler, eksiklikler olarak tanımlanmaktadır (**WHO, 2016**). Bu tanımda da vurgulandığı gibi yaşam sonu farklı düzey sağlık gereksinimlerinin ortaya çıktığı ve özel bir bakımın sunulması gereken bir dönemdir.

Yaşam sonu bakım ölümü çevreleyen dönemde verilen tıbbi bakım ve destek hizmetleridir (**National Institute on Aging, 2010**). Bu hizmetler 'hospice (hospis)' ya da 'palliative care (palyatif bakım)' başlığı altında son birkaç on yılda giderek artan bir şekilde yaygınlaşmaktadır. Hospis bakımı, ölmekte olan bireylere sağlık çalışanları ya da gönüllüler tarafından sunulan tıbbi, psikososyal, manevi destek ile rahat, huzurlu ve saygın bir yaşam sonu dönem geçirilmesinin sağlanması, aynı zamanda ailelerin desteklenmesi olarak tanımlanmaktadır (**WPCA, 2014**). Hospis, ilk kez 1960'lı yıllarda ölmekte olan terminal dönem kanser hastalarına yönelik hizmet sunan bir birim olarak Saunder tarafından Londra'da kurulmuştur (**Kelley, 2015**). Ancak sadece bir kurum ya da birim değil yukarıda tanımlandığı gibi daha geniş kapsamlı bir kavramdır. Palyatif bakım, DSÖ tarafından 2002 yılında yeniden yapılan tanıma göre, yaşamı tehdit eden hastalıkları olan bireyler ve ailelerinin yaşam kalitesini geliştirmeye yönelik bir yaklaşımdır. Başta ağrı olmak üzere fiziksel, psikososyal ve manevi sorunların erken belirlenmesi ve uygun değerlendirilmesi ile sorunların önlenmesi ve hafifletilmesi çabalarıdır (**WPCA, 2014**). Çocuklar için bu tanım daha geniş kapsamda ele alınmaktadır. Çocuklarda palyatif bakımın tedavi edilsin ya da edilmesin hastalık tanısı konulduğu andan itibaren başlanması vurgulanmaktadır. Hospis ya da palyatif bakım kavramları kimi yerde birbiri yerine kullanılmaktadır. Kimi yerde ise tamamen

farklı tanımlarla birbirinden ayrılmaktadır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde, hospis yaşamın son altı ayı içinde sunulan palyatif bakım hizmetlerini kapsamaktadır (**Kelley, 2015**).

Dünya genelinde yaşam sonu bakım hizmetlerinin sunumu öncelikle kanser hastalarını kapsayacak şekilde başlamışsa da artık daha geniş kapsamla ele alınmaktadır. Erişkin ve çocuklarda yaşam sonu bakımın hangi hastalıkları kapsamaması gerektiği, yapılan iki Delphi çalışması sonucunda konunun uzmanları tarafından 2011 yılında değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre pek çok bulaşıcı olmayan hastalığın yaşam sonu bakım gerektirdiği belirlenmiştir (**WPCA, 2014**). Dünya genelinde ölüm nedenleri içinde bulaşıcı olmayan hastalıkların payı daha önce de vurgulandığı gibi oldukça yüksektir. Rakamlarla ifade edilirse 2011 yılında 29 milyon insan yaşam sonu bakım gerektiren bir hastalık nedeniyle yaşamını kaybetmiştir; tüm ölümlerin içindeki oran ise %55'dir (**WPCA, 2014**). Çeşitli çalışmalarda da bu derece yüksek bir yaşam sonu bakım gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Birleşik Krallık'ta 2006-2008 yılları arasındaki ölümler ve ölüm verileri üzerinden farklı yöntemlerle topluma dayalı palyatif bakım gereksiniminin tahmin edildiği bir çalışmada, ölenlerin en az %63'ünün palyatif bakıma gereksinimi olduğu hesaplanmıştır (**Murtagh, 2014**). Aynı çalışmada gelir düzeyi yüksek ülkelerde bu oranın %69 ile %82 arasında olabileceği belirtilmektedir. Görüldüğü gibi her yıl ölen on kişiden yaklaşık olarak altısına yaşam sonu dönemde kapsamlı, bütüncül bir profesyonel destek sunulmalıdır.

Türkiye'de üç temel ölüm nedeni göz önüne alınırsa, bir yıl içinde yaşamını yitiren kişilerden en az 250 bininin (bir yıl içinde ölenlerin %67'si) yaşam sonu bakıma gereksinimi olduğu söylenebilir (**TÜİK, 2015b**). Bu grubun içinde en büyük dilimi yaşlılar oluşturmaktadır. Yaşlıların hemen hemen tümünde bir ya da birden fazla bulaşıcı olmayan hastalık sıklıkla görülmekte, dolayısıyla ölüm nedenleri de daha çok bu grup hastalıklar olmaktadır. Dünyada yaşam sonu bakıma gereksinim duyanların %69'unun 60 yaş üzeri bireyler olduğu tahmin edilmektedir (**WPCA, 2014**). Türkiye'de TÜİK verileri ile 2014 yılında ölenlerin %70'i 65 yaş üstü yaşlılardır. Bakım gerektiren hastalıkların başında yer alan kansere bağlı ölümlerin içinde ise yaşlı oranı %57'dir. Son beş yıl içinde ölüm nedenleri içindeki oranı iki kat artan demans nedenli ölümlerin ise hemen hemen tümü yaşlı bireylerdir (**TÜİK, 2015b**). Yaşam sonu bakım sunan ülkelerde hizmet kullanımı

incelendiğinde de yaşlıların daha büyük bir dilimi oluşturduğu görülmektedir. ABD’de 2013 yılı verileriyle, hospis kullanıcılarının %85’i 65 yaş üstü yaşlılardır; 85 yaş üstü çok yaşlılar ise %41 gibi yüksek bir oran oluşturmaktadır (**NHPCO, 2014**).

Yaşam sonu bakım hizmetleri ilk olarak 1960’larda sunulmaya başlamışsa da son dekatlarda gelişimi oldukça hızlıdır. Ancak bu hizmetleri sağlık sistemi içinde bütünleştirmiş ülkeler henüz oldukça az ve genellikle yaşlı nüfusun fazla olduğu Avrupa, Kuzey Amerika, Japonya, Avustralya gibi ülkelerdir. Toplam 234 ülke arasında yaşam sonu bakım hizmetlerini sağlık hizmetlerine entegre etmiş ülke sayısı 35’dir (%15); bu hizmetleri yerel düzeyde sunan 80, kapasite geliştirme aşamasında olan 41, bilinen bir etkinliği olmayan ülke sayısı ise 78’dir (%33) (**Clark, 2007**). Aynı kaynakta Türkiye, kapasite geliştirme aşamasında olan ülkeler arasında yer almaktadır. Hizmetleri sağlık sistemi içinde entegre etmiş ülkelerde kullanım da hızla artmaktadır. ABD’de 2000 sonrası 12 yıl içinde Medicare kapsamında olan ve yaşamını yitirenler arasında hospis kullanımı iki kat, hospis harcamaları 5 kat artmıştır (**Gozalo, 2015**). Sunulan hizmetler ülke koşullarına göre genellikle hastane tabanlı, kurum tabanlı ya da toplum tabanlı hizmetlerin birlikteliği şeklinde sunulmaktadır. Örneğin Almanya’da 1990’ların başından itibaren üçüncü basamak hastanelerde palyatif bakım birimleri ve yataklı hospisler bulunmaktadır. Hizmet sunumunda evde palyatif bakımı destek ekibi ve gönüllü hospis ekibi de görev almaktadır. Almanya ile benzer dönemlerde çalışmaların başladığı Hollanda’da genel hastaneler ve üçüncü basamak hastanelerin palyatif bakım birimlerinde, yataklı hospisler ve gündüzlü hospislerde daha geniş kapsamda bir hizmet sunulmaktadır. Evde palyatif bakımı destek ekipleri ve gönüllü hospis ekipleri de bulunmaktadır (**Centeno, 2013**). Yerel uygulamaların olduğu Hindistan Kerala’da toplum gönüllülerinden oluşan palyatif bakım ekipleri palyatif bakım hekim ve hemşirelerinin desteği ile bölgelerindeki kronik hastaların sorunlarına yönelik aldıkları eğitim çerçevesinde hizmet sunmaktadır (**WPCA, 2014**).

Dünya geneline paralel olarak Türkiye’de de palyatif bakıma ilgi 1990’larda başlamış, ancak ülke genelinde tartışılması günümüze yakın tarihleri bulmuştur. İlk kez 2014 yılında “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” hazırlanmış, daha sonra 2015 yılında yenilenerek Sağlık Bakanlığı tarafından çok yeni bir tarihte yürürlüğe konmuştur. Bu yönergeye göre palyatif

bakım hizmeti kamu ya da özel sağlık kuruluşlarının kurabileceği palyatif bakım merkezleri tarafından verilecektir. Hizmet birimleri yataklı ya da yataksız kurumlar olabilir, ancak hizmetlerin klinik ortamda ve poliklinik şartlarında verileceği belirtilmektedir. Merkezde tanı ve tedavisi tamamlanan hastaların evde izlemi ise aile hekimi ve evde sağlık hizmeti ekibi ile sürdürülecektir (**SB, 2015**). Şu anda 130’u 4274 merkezde yaklaşık 3000 yatak bulunmaktadır (**Yatman-TKHK web syf.**).

Gerek dünya gerekse ülke verileri gözden geçirildiğinde, gereksinimin yüksek olduğu yaşam sonu bakım hizmetlerinin karşılanabildiği söylenemez. Bu hizmetlerin önündeki engeller politik kararlılığın olmaması, eğitim yetersizliği, temel palyatif bakım ilaçlarına erişim engelleri ve uygulama açısından organize programların olmaması olarak belirtilmektedir (**WPCA, 2014**). Yaşam sonu bakım hizmetlerinin genel sağlık sistemi içinde entegre edildiği ülkelerde de karşılanmamış gereksinimler bulunmaktadır. İngiltere’de yaşam sonu bakım gereksinimi belirlendikten sonra 2010 yılında bu hizmeti alan hasta sayısı karşılaştırmanın yapıldığı çalışmada, bu gereksinimin karşılanmadığı belirlenmiştir. Bu yetersizliğin çeşitli nedenleri arasında palyatif bakımın daha çok kanser hastalarına sunulması, diğer yaşamı tehdit eden hastalıklara yaygınlaştırılmaması da gösterilmektedir (**Murtagh, 2014**). Kapasite geliştirme aşamasında olan Türkiye’de uygulamanın henüz gereksinimi karşılamadığı rahatlıkla söylenebilir. Yukarıda bahsedildiği gibi her yıl ölenlerin 250 bininin yaşam sonu bakım gereksinimi olabilir, şu anda yatak sayısı 3000’dir. Herkesin yataklı bakım gereksinimi olmayabileceği düşünülse bile karşılanmayan gereksinim henüz çok yüksektir. Hizmetin diğer ayağı toplum tabanıdır. Şu anda kurum hizmeti olarak Sağlık Bakanlığı birimleri tarafından sunulmaya başlayan hizmetin toplum tabanlı ayağı eksiktir. Yönerge’de bu iş evde sağlık hizmetleri ve aile hekimlerine devredilmekte, yani farklı bir kurum tarafından sunulması gerekmektedir. Öncelikle bu entegrasyonun başarılması ne kadar sağlanabilir, hizmetlerin iki farklı kurum tarafından sunulması bütünlüğü ne kadar sağlar tartışılmalıdır. Entegrasyon sağlansa bile evde sağlık hizmetleri şu anda toplumun binde 1 ya da 2’sini oluşturan yatağa bağımlı hastalara hizmet sunmaya çalışmaktadır. Bu hizmet, genellikle aile hekimleri tarafından değil, toplum sağlığı merkezleri ya da hastaneler tarafından sunulmaktadır. Birinci basamağın şu andaki örgütlenme biçimi olan iki kişilik ekip, bölge tabanlı olmayan fazla sayıda bağlı nüfus gibi

özellikleriyle böyle bir hizmeti yürütmesi olası görülmemektedir. Önemli bir konu olan eğitim engeli, hizmet sunan birim çalışanlarının kısa süreli eğitimi ile çözülmeye çalışılmaktadır. Ancak birinci basamağın da içinde olacağı göz önüne alınarak bu kadar geniş bir ekibin eğitiminin, yetkinliğinin sağlanması da önemli bir sorun olarak görülmektedir. Tabii ki bu hizmetler finansal olarak da erişilebilir olmalıdır. Kamu ve özel yaşam sonu bakım birimleri açılabilmesine karşın şu anda sadece Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki hizmetler SUT tarafından ödenmektedir (**Yatman-TKHK web sfy.**). Dolayısıyla yaşam sonu bakım hizmetlerinin birinci basamak örgütlenmesi içinde yer alabilmesindeki güçlükler, toplum ve hastane ayağının entegrasyonu, nicelik ve nitelik açısından yeterli insangücünün oluşturulması, herkesin ücretsiz erişebileceği bir hizmet olarak yaygınlaştırılması en temel engeller olarak görülmektedir.

Sonuç olarak, uzun süreli bakım gerektiren bulaşıcı olmayan hastalıkların sık görüldüğü, bu hastalıklarla yaşanan sürenin daha uzun olduğu daha yaşlı toplumlarla birlikte yaşam sonu bakım gereksinimi de artmaktadır. Bu artışa yönelik hizmet sunum modelleri ülkelere göre farklı düzeylerde olmakla birlikte henüz çok küçük bir azınlığı kapsamakta, artan gereksinim karşılanamamaktadır. Bazı ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de konuya ilgi son yıllarda artmış, politik kararlılık ile adımlar atılmaya başlanmıştır. Ancak artan gereksinim ve sağlık sorunlarının karmaşıklığı, yaşam sonu bakım hizmetlerinin kapsayıcılık, hizmetlere erişim engelleri, ekip oluşturulması, iş gücünün nitelik ve niceliksel yeterliliği, toplumun beklentileri gibi pek çok yönüyle ele alınmasını gerektirmektedir. Özellikle gereksinimin yüksek olduğu, ülkemizdeki gibi %60’ının maddi yoksunluk içinde olduğu, yaşlılarda sağlıkta eşitsizlikleri dikkate almayan politikaların başarılı olamayacağı göz ardı edilmemelidir.

Kaynaklar

- Centeno, C., Lynch, T., Donea, O., Rocafort, J., Clark, D.** (2013). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013. Full Edition.* Milan: EAPC Press.
- Clark, D., Wright, M.** (2007). *The International Observatory on End of Life Care: A Global View of Palliative Care Development.* *Journal of Pain and Symptom Management.* 33 (5):542-6.
- Gozalo, P., Plotzke, M., Mor, V., Miller, S.C., Teno, J.M.** (2015). *Changes in Medicare Costs with the Growth of Hospice Care in Nursing Homes.* *The New England Journal of Medicine.* 372:1823-31.
- Kelley, A.S., Morrison, R.S.** (2015). *Palliative Care for the Seriously Ill.* *The New England Journal of Medicine,* 373(8):747-55

Mitchell, S.L. (2015). *Advanced Dementia.* *The New England Journal of Medicine,* 372:262533-3540.

Murtagh, F.E.M., Bausewein, C. Verne, J. Groeneveld, E.I., Kaloki, Y.E., Higginson, I.J. (2013). *How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates.* *Palliative Medicine,* 28;(1): 49-58.

National Institute on Aging (2010). *Helping With Comfort and Care End of Life Office of Communications and Public Liaison,* Bethesda.

NHPCO (2014). *NHPCO’s Facts and Figures Hospice Care in America.* *National Hospice and Palliative Care Organization.*

SB (2015). *Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge.* 07.07.2015.

The World Bank (2015). *World Development Indicators.* Erişim tarihi: 28 Aralık 2015. <http://wdi.worldbank.org/table/2.20>.

TÜİK (2015a). *Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014.* <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?jsessionid=By7GWKdcgjnWGglmNQ8whKpZX7VSDnpsypx2S2n8mQT3RJGZzy66!-2079907112?id=18855>. Erişim tarihi:28 Aralık 2015

TÜİK (2015b). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2014.* Erişim tarihi: 28 Aralık 2015. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620>.

United Nations (2013). *World Mortality Report 2013.* UN, Department of Economic and Social Affairs Population Division. New York:UN Publications.

WHO (2016) *Health Systems.* Erişim tarihi: 29 Aralık 2015. http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html.

WPCA, WHO (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.* London.

Yatman ME. *Palyatif Bakım Hizmetleri Yönerge Mevcut Durum ve Planlama Sorunlar ve Öneriler.* Erişim Tarihi: 04 Ocak 2016. *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu web sayfası:* <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/7d98c533fff840b5b626df5591dd7f28.pdf>.