

PALYATİF BAKIM

Ayşegül BİLEN*

Özet: Palyatif Bakım iyileştirici tedavilere yanıtı olmayan hastaların aktif, toplam bakımıdır. Palyatif bakım terimi fiziksel, psikososyal ve spiritüel konularla ilgili tıbbi bakımı içerir. Özünde, palyatif bakım hasta ve ailelerinin yaşam kalitesini en üst düzeye ulaşmasını sağlar. Ölmekte olan hastalar için hasta merkezli ve multidisipliner bir metottur. Aynı zaman da ucuzdur. Pek çok gelişmiş ülkede farklı palyatif bakım modelleri görülebilir. Ülkemizde ise palyatif bakım hizmetleri uzun yıllarca göz ardı edilmiştir.

Anahtar sözcükler: palyatif bakım, palyatif bakım modelleri, hasta merkezli, multidisipliner

Palliative Care

Abstract: Palliative care is the active, total care of patients whose disease is not responsive to curative treatments. The term "palliative care" refers to those aspects of medical care concerned with the physical, psychosocial and spiritual issues. At its core, palliative care is concerned with providing the maximum quality of life to the patient and their families. This is a very patient-centered, multidisciplinary method of caring for dying patient. It is also cost effective strategy. Different types of palliative care models can be seen in most of the developed countries. However, palliative care was an ignored issue for many years in our country.

Key words: palliative care, palliative care models, patient-centered, multidisciplinary

*"Hayatın değeri, uzun yaşanmasında değil, iyi yaşanmasındadır.
Öyle uzun yaşamışlar vardır ki pek az yaşamışlardır."
Montaigne*

Palyatif Bakım kavramı 19. yüzyılın başında ortaya atılmıştır ve ilk modern hospis 1967 yılında İngiltere'de hemşire Cicely Saunders tarafından kurulmuştur. Saunders hospislerin kurulması dışında palyatif bakım disiplin ve kültürünün temellerini atmıştır. Sonrasında başta Almanya ve Macaristan olmak üzere Avrupa ülkelerinde, Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Kanada'da palyatif bakımın önemi fark edilmiş ve bu uygulamalarda önemli aşamalar kaydedilmiştir (**CSI web sayfası**).

Ülkemizde son yıllarda toplumun sosyal yapısındaki değişiklikler, hane nüfusunda azalma, bağımlı yaşlı nüfus oranında artış, bakıma muhtaç hastaların bakımı için organize merkezlere gereksinim gerçeği ile yüzleşmemize neden olmuştur. Ayrıca tıp alanındaki gelişmeler sonucu hastalıkların kronik süreç kazanması ve bu duruma bağlı olarak yoğun bakım yükünün artması palyatif bakımın önemine dikkat çekmektedir. Kadınların ev dışında çalışma oranında artış gibi çeşitli gerekçelerle, kronik süreçteki hastalara aileleri gerekli bakımı sağlayamamakta ve profesyonel bakım ihtiyacı doğmaktadır. Bu konuda bizden çok ileride olan ülkelerdeki palyatif bakım

modellerin bilinmesi bu modellerin kendi ülkemizdeki sağlık sistemine entegre edilmesi gereklidir ve sağlık çalışanlarının çalışmalarını kolaylaştırıcaktır.

Tüm bu nedenlerle mevcut palyatif bakım ünitelerinin dünya standartlarına uygun hale getirilmesi ve yanı sıra yenilerinin açılması gereklidir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı öncülüğünde çalışmalar sürdürülmektedir.

Palyatif bakım tanımı

Palyatif Bakım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 'yaşamı tehdit eden bir hastalıkla; yüz yüze kalan, hasta ve hasta yakınlarının, yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik bir yaklaşım olup problemlerin erken tespit ve tedavisini hedefler' şeklinde tanımlanır (**WHO web sayfası**).

Palyatif bakım tanımını daha iyi anlayabilmek için küratif bakım ile arasındaki farka bakmak gerekir. Küratif yaklaşım yaşamın niceliğine ve yaşam süresini uzatmaya odaklanırken palyatif yaklaşım yaşam ve ölümün niteliğine odaklanır ve ölümü yaşamın doğal bir bileşeni olarak kabul eder. Yaşamı

*Uzm. Dr., OEAH Algoloji Uzmanı, Palyatif Bakım Derneği Yönetim Kurulu Üyesi

desteklemekle birlikte, ölümü doğal bir süreç olarak algılar. Ölümü hızlandırmaz ya da erteleme amacını taşımaz. Hastaların, son ana kadar, mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürmelerinde destek sağlar. Yaşam süresinden çok yaşamın kalitesini geliştirmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır. Hastalığın kendisinden kaynaklanan ya da tedavi yöntemleri nedeniyle ortaya çıkan problemleri ortadan kaldırmayı, hasta ve yakınının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlar. Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yanlarını tamamlar ve hastalık ve sonrasındaki matem süresince aileye yardımcı olacak bir destek sistemi sunar. Günümüzde palyatif bakım kanser dışında yaşamı tehdit eden son dönem organ yetmezlikleri, progresif nörolojik hastalıklar ve AIDS gibi hastalıkları da kapsamına alarak genişlemiştir. Tedavi edici yaklaşımların tükendiği bu tür hastalıklarda, tanı anından itibaren tedavi sürecince ya da ölüm anında ve sonrasında yas sürecinde, hasta ve yakınlarının fiziksel, psikososyal ve ruhani gereksinimlerinin karşılanmasında palyatif bakımın önemi büyüktür.

“Palyatif bakım, insan sağlığı ve onurunu esas alan temel bir insan hakkı” olarak kabul edilmektedir. DSÖ tarafından 1990’da ve Barselona Deklarasyonu ile 1996’da palyatif bakımın her ülkelerin sağlık politikasının bir parçası olması gerekliliği bildirilmiştir (**The Barcelona Declaration on Palliative Care, 1996**). Ne yazık ki birçok kişi için halen palyatif bakıma erişmek mümkün olamamaktadır.

Palyatif bakım kimler tarafından, nerede yapılır?

Palyatif bakım hastanın ev ortamında, ev benzeri atmosfere sahip hastane ortamlarında ve hastanelerde palyatif bakım ünitelerinde sağlanabilir. Yataklı palyatif bakım servislerinin oluşturulması, daha etkin ve palyatif bakım ruhuna uygun bir yaklaşımın sağlanması adına önemlidir. Böylece hastalar yaşamlarının son dönemlerinde gereksiz tetkik yüküyle yorulmazlar ve daha etkin bir semptom kontrolü sağlanır (**Palyatif Bakım Derneği web sayfası**).

Palyatif bakım ancak multidisipliner bir ekiple interdisipliner bir anlayışla efektif olarak yapılabilir. Doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen, uğraşı terapistleri, manevi destek uzmanı, gönüllüler ve hasta yakınları ekipte yer almalıdır. Palyatif bakım kapsamının genişlemesi birçok uzmanlık alanının birlikte çalışmasını gerektirmektedir. Bu kapsamda Anesteziyoloji ve

Reanimasyon, Algoloji, Medikal Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Psikiyatri, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Göğüs Hastalıkları, Aile Hekimliği, Dâhili ve Cerrahi branşlardan hekim ve hemşirelerin aktif katılımları ile oluşturulacak ekibin amacı; ağrı ve diğer stres verici semptomların giderilmesi, normal bir süre olarak yaşama ve ölüme saygı duyulması, ölümü ne çabuklaştırmak ne de ertelemek prensibi ile sorunların giderilmesi, semptomların yönetimi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olmalıdır. Sağlık ve sosyal bakım veren profesyonellerin çeşitliliği palyatif bakım veren organizasyonların daha verimli olmasını sağlar (**Palyatif Bakım Derneği web sayfası**). Bu multidisipliner ve çok kurumlu yapı ile ancak bakımın sürekliliği sağlanabilir.

Palyatif bakımda ağrı kontrolü ve diğer semptomların kontrolü

Palyatif bakımda hastalar sıklıkla kontrolü güç çok sayıda semptomu bir arada yaşamaktadır. Yaşam kalitesini bozan semptomların başında gelen ağrının ivedilikle tedavi edilmesi gerekir. Tedavi edilmeyen ağrı insan hakkı ihlali olarak kabul edilmektedir. Uluslararası anlaşmalarla hükümetler ağrı tedavisinde kullanılan opioidlere erişimden sorumlu tutulmuştur. Palyatif bakımda etkin ağrı tedavisi, farmakolojik tedavi yanı sıra ağrı deneyimini etkileyen bu sorunların çözümü yönünde hastaya destek verilmesi ile sağlanabilir (**Bonica, 1990**).

Palyatif bakımda semptom kontrolü; olası problemlerin önceden tahmini, sağlıklı ölçme ve değerlendirme, hasta/hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, bireyselleştirilmiş tedavi, detaylara dikkat edilmesi ve bakımın devamlılığı ile sağlanabilir. İnatçı semptomlarda sınırlamalar iyi bilinerek gerçekçi hedefler belirlenmelidir. Psikolojik, manevi ve sosyal destekler bakım planının vazgeçilmez unsurları olarak semptom tedavisi ile birlikte planlanmalıdır. Tüm tedavi ve desteklerde alternatifler tartışılmalı, hasta/hasta yakınlarının onayı alınmalıdır. Ancak hasta tercihlerine göre belirlenmiş hasta odaklı bakım ile palyatif bakımda iyi bir yaşam kalitesi elde edilebilir (**Palyatif Bakım Derneği web sayfası**).

Palyatif bakımda psikolojik ve psikiyatrik destek

Hasta ve ailesinin psikolojik ve psikiyatrik yönden değerlendirmesi ve tedavisi palyatif bakım ekibinin primer sorumlulukları arasındadır. Aile ve bakım verenler hastalık sürecinde fiziksel ve ruhsal ağır yük altında kalmaktadır. Ciddi ve yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı, hastalık süreci, tedavi

komplikasyonları, yaşam sonu endişeler, ölüm korkusu, hasta ve ailede ciddi anksiyete ve uzamış strese neden olmaktadır. İnanışlar, değerler, gelenekler ve deneyimler ile ifade edilen maneviyat kavramı da palyatif bakımın ana bileşenlerinden bir olarak kabul edilmektedir (**Palyatif Bakım Derneği web sayfası**).

Türkiye’de durum

Türkiye’deki duruma bakmadan önce kısaca dünyada durum nedir diye baktığımızda Amerika ve Kanada’da toplam 3.600, İngiltere’de 933, diğer 36 Avrupa Ülkesinde 1.200, Avustralya ve Yeni Zelanda’da 350 özetle 84 ülkede 6.560 adet palyatif bakım merkezi olduğu bilinmektedir (**SB THSK, 2015**).

2011 yılında Palya - Türk Projesi öncesinde Türkiye’de toplam 10 (Üniversite 7, Sağlık Bakanlığı 2, özel 1) adet palyatif bakım merkezi bulunmaktaydı (**Gültekin, 2006**). Gelişmiş ülkelerde hemen her onkoloji merkezinin palyatif bakım için bir ünitesi ve ya “Hospis” i bulunmaktadır. ABD de 50 ve daha fazla yataklı hastanelerin %63’ünde, 300 ve daha fazla yataklı hastanelerin %85’inde, onkoloji hastanelerinin %100’ünde palyatif bakım ekibi bulunmaktadır (**Voelker, 2011**).

Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı palyatif bakımı 2010-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı’nın en önemli yapıtaşlarından biri olarak kabul etmiş ve 2010 yılların başında Palya-Türk Projesi adı altında palyatif bakım çalışmalarını başlatmıştır. Palya-Türk projesi aile hekimliği üzerine kurulu ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen; primer olarak hemşire bakımı üzerine oturtulan bir sistem olarak planlanmıştır. Sağlık Bakanlığı (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu), Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, STK’lar ve gönüllüler projenin bileşenleridir. Proje kapsamında palyatif bakım hizmetlerinin üç farklı seviyede verilmesi amaçlanmıştır. Palyatif Bakım hizmetlerinin kapsamı aşağıdaki gibi özetlenebilir (**Kanser Daire Başkanlığı web sayfası**).

I. Seviye: Palyatif bakım birimini (PBB)

Ağırlıklı olarak palyatif bakımın ayaktan poliklinik hizmetleri olarak verildiği perifer bölgelere kurulumu önerilen birimlerdir. İhtiyaç halinde en fazla dört yatağa kadar çıkılabilen yataklı servisler açılabilir ve bu servislerde aile hekimleri ve evde

sağlık hizmetlerince refere edilen hastalara palyatif bakım konusunda eğitim almış bir tabibin gözetiminde destek tedavilerini verir. Tedavisi düzenlenen hastaların gerekli hallerde üst seviyedeki palyatif bakım merkezleri, aile hekimi ve evde sağlık hizmetleri birimleriyle koordineli çalışarak yönlendirmesini yapar.

2013 - 2023 yılları arası Sağlık Bakanlığı’na bağlı 216 adet ve yedi üniversite hastanesinde birinci seviye palyatif bakım birimleri kurulması hedeflenmiştir.

II. Seviye: Palyatif bakım merkezi (PBM)

Hizmet hastaneleri ile üst standartlara sahip sağlık tesislerine kurulması önerilmiştir. Multidisipliner bir ekip olması planlanmıştır. Bu merkezlere, kapsamlı palyatif bakım merkezi, palyatif bakım merkezi, aile hekimi ve evde sağlık hizmetleri birimlerince hasta yönlendirilebilir ya da hastalar doğrudan başvurabilirler. Tedavi gören hastalarda asıl amaç, en kısa sürede hastanın stabil hale getirilip idame tedavisinin aile hekimi ve evde sağlık hizmetlerince devamını sağlamaktır. Tedavisi düzenlenen hastaların gerekli hallerde üst seviyedeki palyatif bakım merkezleri yönlendirilebilir.

2013- 2023 arasında Sağlık Bakanlığı’na bağlı 38 hastane ve 22 üniversite hastanesinde II. Seviye palyatif bakım merkezi kurulması hedeflenmiştir.

III. Seviye: Kapsamlı palyatif bakım merkezi (KPBM)

Üniversite/ Eğitim ve Araştırma hastaneleri bünyesinde kurulması önerilmiştir. KPBM alt tedavi guruplarına, palyatif bakım konusunda hizmet-içi eğitim, sürekli eğitim ve sertifikasyon eğitim programlarını verebilecek düzeyde bilgi birikimine sahip personel bulunduran merkezlerdir. Tedavi gören hastalarda asıl amaç, en kısa sürede hastanın stabil hale getirilip idame tedavisinin aile hekimi ve evde sağlık hizmetlerince devamını sağlamaktır. KPBM’nin ihtiyaca göre 10-20 yatak planlaması önerilmiştir. KPBM’de, uzman bir hekimin sorumluluğunda oluşturulacak ekipte asgari olarak; sorumluya yardımcı olarak bir uzman hekim, 4 pratisyen hekim, 12 hemşire, 1 psikolog, 1 sosyal hizmetler uzmanı ve ihtiyaca göre fizyoterapist, diyetisyen, din görevlisi, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel hasta bakıcı ve diğer unvanlarda yeteri kadar personel yer alır. Tedavi kapsamında rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesinin sağlanması, psikosozal destek, beslenme, mesleki terapi, fizyoterapi, konuşma-dil terapisi, ağrı yönetimi vardır.

Bu hizmetler yataklı servis, poliklinik şartlarında ve konsültasyon ekiplerince verilir. Yatış süresi yedi günü geçen hastaların multidisipliner ekip tarafından tekrar değerlendirilip sürenin uzatılıp uzatılmayacağına dair karar verilir. İhtiyaç halinde bu uzatma işlemleri her 7 günde bir tekrarlanır.

Destek evi yatış işlemleri için KPBM'deki ekipten en az üç hekimin yatış raporu vermesi gerekmektedir.

2013-2023 yılları arasında 19 (19'un altısı aynı zamanda Pediatrik, ikisinde sadece Pediatrik) Sağlık Bakanlığı bünyesinde, 17 (13'ünde aynı zamanda pediatrik KPBM) üniversite bünyesinde KPBM kurulması hedeflenmiştir.

Destek evi (Hospis)

Sağlık Bakanlığı ve Üniversite sağlık tesislerinde küratif tedaviye daha fazla yanıt vermeyen son dönem hastalar ile ilerlemiş kronik hastalığı olan hastaların semptom kontrolünün sağlandığı ev ortamına sahip mekânlardır. Detaylı bakımdan çok son günlerinde hasta semptomlarının kontrol edildiği, hasta ve ailelerine kronik hastalıkla baş etme yöntemleri konusunda her türlü desteği verildiği sağlık tesisidir. Kapsamlı palyatif bakım merkezlerinin bulunduğu hastaneye bağlı olmakla birlikte, kuruluşa çok uzak olmayan bağımsız yerlerde kurulmalıdır. üç pilot ilde başlanarak 2023'e kadar 54 hospis kurulması hedeflenmiştir.

Projenin gündeme geldiği 2010 yılında Türkiye'de aktif çalışan altı üniversite, 13 Devlet hastanesi, bir özel merkez olmak üzere toplam 20 adet palyatif bakım merkezi hizmet vermekteydi.

Yönerge

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi 09.10.2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir (**Sağlık Bakanlığı web sayfası**).

Yönerge kapsamı şu şekilde özetlenebilir. Yönerge kapsamına hayatı tehdit eden hastalıklar ve hasta ile birlikte aileleri de hizmet kapsamına alınmıştır. Hizmet sunucuları tabip, hemşire, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist/fizyoterapi teknikeri, diyetisyen ve temizlik elemanından oluşmaktadır. Sorumlu tabip, tercihen anestezi uzmanı olmak üzere uzman tabip olarak önerilmiştir. 24 saat esasına göre çalışma esastır. Mesai saatleri haricinde hizmet, nöbet esasına göre sunulur (**Sağlık Bakanlığı web sayfası**).

Açılacak merkezlerin tescil işlemleri il sağlık müdürlüğüne yürütülür. Talep üzerine, tescil edilmek kaydıyla üniversite hastaneleri, belediye ve askeri hastaneleri ile özel hastanelere bağlı olarak faaliyet göstermek üzere merkez açılabilir (**Sağlık Bakanlığı web sayfası**).

Bu yönerge ile palyatif bakım hizmetleri SUT geri ödeme kapsamına alınmıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı sağlık tesislerince faturalandırılır ve yalnızca tescilli palyatif bakım yatağında yatan hastalara verilen hizmettir. Bunun dışındaki herhangi bir yataktan verilen hizmet bedelleri SGK tarafından karşılanmaz. Palyatif bakım tedavisi günde en fazla bir kez faturalandırılır (**Sağlık Bakanlığı web sayfası**).

Eleştiri ve öneriler

Palyatif bakım hizmetleri SUT geri ödeme kapsamına alınmış ve hasta başı günlük paket ödeme yapılmaktadır. Ancak her hastanın gereksinimi farklı olacağı için paket ödeme yerine, palyatif bakım hizmetleri içinde sayılabilecek işlemlerin tümünün tanımlanması ve bu işlemler üzerinden faturalandırma yapılması daha uygun olacaktır.

Yönergede bulunan 'Talep üzerine, tescil edilmek kaydıyla üniversite hastaneleri, belediye ve askeri hastaneleri ile özel hastanelere bağlı olarak faaliyet göstermek üzere merkez açılabilir.' tanımlaması özel palyatif bakım merkezlerinin açılmasına izin vermekte, bu da palyatif bakım hizmetlerinde de hizmet satın alma ve taşeronlaşmaya yol açabileceği kaygısı yaratmaktadır. Sağlık sunumun hiç bir aşamasında taşeronlaşma kabul edilecek bir hizmet sunum biçimi değildir.

Canlandırma yapmama (Do Not Resuscitate), tedavileri çekme (withdrawal), yeni bir tedavinin başlanmaması yani tutma (withholding), sedasyonla hızlandırılmış ölüm ve ötanazi gibi bazı batı ülkelerinde yasal olan kararlar ile ilgili kapsamlı bir hukuki düzenleme olmayışı da son dönem palyatif bakım hastaların yoğun bakım ünitelerinde tam desteklenmesine neden olmaktadır. Birçok etik sorunu içinde barındırması ve uzun soluklu bir süreç olmasına karşın bu konu üzerinde yasal çalışmaların başlatılması gereklidir.

Palyatif bakımın olmazsa olmazı ağrı yönetimi, ağrı yönetimin olmazsa olmazı opioidlerdir. Tüm dünyada kullanılan tıbbi opioidlerin hammadesinin %50'si Türkiye'de üretiliyor olmasına karşın kişi başı opioid kullanımında çok gerilerdeyiz. Örneğin ABD'de

kişi başı opioid kullanımı ülkemizdeki 650 mislidir.

Opioid kullanımının önündeki engeller

- Bürokratik engeller
- Opioid çeşitliliğinin yetersiz olması
- Opioid kullanımından korkma (opiofobi)

Bürokratik engeller

Üretim ve tüketimleri uluslararası ve ulusal düzeyde kontrol ve kısıtlama altına alınmıştır. Türkiye'de narkotik madde kullanımım 2313 no'lu Kanunla düzenlenmiştir (1933 tarihli). Daha sonra genelgelerle kırmızı reçete uygulanması ve reçete edilebilecek dozlar belirlenmiştir (5725 Sayılı -1984, 5768 Sayılı -1985, 2677 Sayılı 1986) (**Kanser Daire Başkanlığı web sayfası**).

Bu reçetelerin temini için İl Sağlık Müdürlüğü'ne dilekçe, nüfus cüzdanı fotokopisi, reçete bedeli ödendiğini gösterir dekont, faaliyette bir kurum içerisinde olunduğunun teyit edilmesi gibi bir dizi işlem gerekmektedir. Bu uygulamalar opioid reçete etmekte ciddi bir isteksizlik oluşturmakta ve caydırıcı rol oynamaktadır (**Türkiye Tıbbi İlaç ve Cihaz Kurumu web sayfası**).

Reçeteye yazılan ilaç miktarları ve kullanım sürelerinde kısıtlamalar mevcuttur. Bu kısıtlamalar hasta ve hasta yakınlarının eczaneye sıkça gitmesini gerektirmektedir. Doz ihtiyacı artan hastanın tedavi yönetimini olumsuz etkilemektedir (**Türkiye Tıbbi İlaç ve Cihaz Kurumu web sayfası**).

Opioid çeşitliliğinin yetersiz olması

Dünyada üretilen opioidlerin çoğunun hammadde si ülkemizde üretilmesine karşın ülkemizde çok sınırlı sayıda opioid mevcuttur. Hem uzun etkili hem de kaçak ağrıda kullanılan kısa etkili opioid miktarında ciddi yetersizlik vardır. Var olanların bir kısmı ise geri ödeme kapsamına alınmamıştır. Örneğin şu an Türkiye'de var olan ve yerli bir ilaç firması tarafından Hacettepe Üniversitesi ile birlikte ve Sağlık Bakanlığı'nın desteği ile üretilen tek oral morfin geri ödeme kapsamı dışındadır. Hükümetin uyguladığı ücret politikaları ve bürokratik engeller opioid ithalatını önündeki engellerdir (**İlko web sayfası**).

Opioid kullanımından korkma (opiofobi)

Opiofobi, opioidleri riskleri abartılarak, yan etkileri, tolerans, addiksiyon ve yasal korkularla yetersiz verme eğilimidir. Hekimler opioidlerin kullanımı ve yan etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması

nedeniyle bu ilaçları kullanmaktan kaçınılmaktadır. Hekimleri opioid yazmaktan alıkoymayan en büyük neden ise önlerine çıkan bürokratik engellerdir. Hastalar ise morfinin ölmek üzere olan hastalara verildiği inancı nedeniyle ve bağımlılık korkusu ile opioid kullanmak istememektedirler. Bu konuda korku ancak eğitimle aşılabılır. Hekim ve hastalar için ayrı eğitim programları hazırlanarak hayata geçirilmelidir.

Ülkemizde palyatif bakımın önündeki en büyük engel opioide erişim konusunda engellerdir. Sağlık Bakanlığı en kısa zamanda bu konuyu ele almalı ve opioid çeşitliliğini arttıracak şekilde ilaç teminini sağlamalıdır. Reçeteleme konusunda bürokratik engeller aşılmalı, hekimlerin bu ilaçları kontrollü ancak kolayca reçetelemesine olanak tanınmalıdır.

2023 hedeflerine ulaşmak için Türkiye genelinde hızla Palyatif bakım birimleri ve merkezleri açılmaktadır. Bu merkezlerde çalışacak hekimler ve sağlık çalışanları kendileri için yeni ve biraz da yabancı olan Palyatif Bakım kavramı hakkında eğitim almadan bu merkezlerde çalışmaya zorlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı bu konu ile ilgili içeriği dolu eğitim çalışmaları yapsa da sayıca çok yetersizdir. Eğitimler merkez açma hızına yetişememektedir. Yönerge'de yer aldığı üzere merkezlerde sorumlu hekim olarak Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanları görevlendirilmektedir. Ancak uzmanlık alanlarının doğasında insanı yeniden canlandırmak olan Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanları için palyatif bakım kavramı çok da alışık oldukları bir kavram olmadığı için bu merkezlerin birer yoğun bakım merkezi gibi çalışması kaçınılmazdır. Bu merkezlerde çalışacak hekimler ve diğer sağlık çalışanları gönüllülük esasına göre seçilmeli ve tüm personel eğitim süreçleri tamamlandıktan sonra hizmet sunumuna başlamalıdır. Eğitimler düzenli ve devamlılık arz etmelidir.

Ülkemizde bu konunun önemini önceden kavramış hekimler ve sağlık çalışanları, ülkemizde palyatif bakım çalışmalarına öncülük etmek için bir dernek kurmuşlar 2006 yılında Palyatif Bakım Derneği'ni kurmuşlardır. Dernek o tarihten beri aktif olarak çalışmaktadır. Sağlık Bakanlığı Palyatif Bakım Derneği ile yakın ilişkiler içinde olmalı, tıbbi ve yasal uygulamalarda önceden görüş almalı, eğitim programlarında derneğin önerileri ve desteğini almalıdır. Tıp fakülteleri müfredatına palyatif bakım eklenmeli ve uzun vadede palyatif bakımın bir uzmanlık dalı olması hedeflenmelidir.

*Ölüm bambaşka olabilir, insanca ve onurlu...
Cicely Saunders*

Kaynaklar

Bonica J.J. (1990) *Cancer pain: current status and future needs*. In: Bonica JJ, ed. *The Management of Pain*, 2nd edition. Philadelphia: Lea&Febiger, 400-45.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97347/h/palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesi.pdf>.

Palyatif Bakım Derneği web sayfası Erişim tarihi 20 Aralık 2015 <http://www.palyatifbakim.org/bulten/palyatif-bakim-derneği-bulten>

rs International web sayfası (2015) *Biography* Erişim tarihi 20 Aralık 2015. <http://cicelysaundersinternational.org>.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı web sayfası (2015) Erişim tarihi 20 Aralık 2015, www.kanser.gov.tr/Dosya/Sunular/Faaliyetler

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2015) *Tedavi ve Palyatif Bakım Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018*; 69-70.

Gültekin.M. (2006) ,Özgül N. (2006) *Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu*. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. (1):1-6.

Sağlık Bakanlığı web sayfası (2015) Erişim tarihi 20 Aralık 2015.

The Barcelona Declaration on Palliative Care (1996) *Prog Palliat Care* 1996; 4: 113.

Türkiye Tıbbi İlaç ve Cihaz Kurumu web sayfası (2016) Erişim tarihi 24 Ocak 2016 20 <https://www.titck.gov.tr/UnitDefaultPage.aspx?BirimId=on38ZczwDR0>= İlko İlaç ve Ticaret A.Ş web sayfası (2016) Erişim tarihi 24 Ocak 2016.

Voelker R. (2011) *Hospital Palliative Care Programs Raise Grade to B in New Report Card on Access*. *JAMA*. 306(21): 2313-2314.

World Health Organization Web sayfası Erişim tarihi 20 Aralık 2015 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

<http://www.ilko.com.tr/tr/ilk-yerli-morfin-tablet>