

**TÜRK AKCİĞER KANSERİ DERNEĞİ**

**AKCİĞER KANSERİNDE  
PALYATİF BAKIM ÇALIŞTAY  
RAPORU**

**2014**



**ÇALIŞTAY YERİ:** Dokuz Eylül Üniversitesi, Kurucu öğretim üyeleri konferans salonu /İzmir

**ÇALIŞTAY TARİHİ:** 16.11.2013

**ÇALIŞTAY GEREKÇESİ:** Akciğer kanserinin palyatif bakımı ile ilgili ülkemizde yaşanan eksiklikler, sorunlar ve çözüm önerilerini ele almak.

**YÖNTEM;** Ek-1 detayları belirtilen, çalıştay başkanları, raportörleri ve katılımcıları ile İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, Kurucu öğretim üyeleri konferans salonunda toplandı. Prof. Dr. Rıza Çetingöz, Prof. Dr. Meltem Uyar başkanlığında konuşmacılar sunumlarını gerçekleştirdi. Çalıştayı öğleden sonraki oturumunda, çalıştay başkanları, raportörleri ve ek 1 de belirtilen katılımcılardan oluşan bilim insanları, çalıştay raporu oluşturmak üzere toplantıya devam etti.

## ÖZET

Bu bölümde TAKD tarafından düzenlenen Palyatif Bakım Çalıştayı'nda ele alınan konular ve öneriler kısaca özetlenmiş olup ayrıntılı bilgi için arka sayfalardaki bilgilere başvurulması önerilir.

Palyatif bakım yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini arttırmayı amaçlar.

Palyatif bakımın ilkeleri arasında; başta ağrı olmak üzere, tüm semptomların ortadan kaldırılması veya kontrol altına alınması, ölümü hızlandırma veya erteleme amacı taşımaması, tedaviyle beraber psiko-sosyal ve fiziksel destek programını entegre etmesi ve hastaların son ana kadar aktif bir yaşam sürmesi sayılabilir.

Felsefesinde organize ve çok üst düzeyde bakım vermek yatmaktadır.

Palyatif bakım her 3 basamakta da uygulanabilir.

Palyatif bakımın tarihçesi ise misafirperverlik kelimesinden türeyen "hospis" hareketlerine dayanmaktadır.

Palyatif bakım yurtdışında spesifik bir yandal uzmanlığı olarak kabul edilmektedir. Bu ülkelerde belirli kurum ve kuruluşlar eğitim programları belirlemiş ve mezuniyet öncesi ve sonrası eğitime entegre edilmesi konusunda görüş belirtmişlerdir. Bu kurumlar tarafından gereksiz maddi ve manevi harcamalardan kaçınmak, gereksinim dışı tetkikleri azaltmak. Doğru zamanda, doğru yerde, doğru uygulamayı yapmak ve hastaların psikososyal sorunlarını çözümlenmek konusunda kayıtsız kalınmamasını önermişlerdir.

Evde palyatif bakım tanımlarında farklılıklar bulunduğu, mevzuat, personel ve multidisipliner yaklaşım eksikliğinin yanı sıra, hasta ve hasta yakınlarını etkileyen pek çok sorunun olduğu belirtilmiştir.

Palyatif Bakım hizmeti veren sağlık kurumlarında genelde hasta sayısının çokluğu, fiziki ortam, personel, finans yetersizliği, çalışanların tükenmesi, destek evi ve organize bir evde bakım yokluğunun en önemli sorunlar olduğu ayrıca vurgulanmıştır.

T.C Sağlık Bakanlığı tarafından hospis sözcüğü yerine "destek evi" tanımlamasının daha doğru olacağı belirtilmiş ve 2023 yılına kadar her biri 4-6 yataktan oluşan 223 adet 1. Basamak palyatif bakım birimi kurulmasının planlandığı vurgulanmıştır. Bakanlık tarafından ayrıca 50'er adet 2. ve 3. basamak palyatif bakım birimleri kurulacağı belirtilmiştir.

İzmir ilinde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından geçen yıl yapılan palyatif bakım çalıştayında, palyatif bakım ünitesine kabul kriterleri evde bakıma geçiş kriterlerinin tanımlandığı, palyatif bakımla ilgili eğitim ve kursların planlanması konusunda kararlar alındığı ve Halk Sağlığı Şube Md'lüğü tarafından rapor hazırlandığı belirtilmiştir.

Hukukçuların palyatif bakımda yer almaları, ölüm, ölüm merasimi, defin şekli, gömülmek istenen yerler gibi konuların da üzerinde durulması gerektiği dile getirilmiştir.

Çalıştayın öğleden sonraki oturumlarında strateji belirleme grupları aşağıdaki önerileri dile getirmişlerdir:

1. Palyatif bakım alanında çalışan eleman sayısının yetersizliği nedeniyle “Palyatif Bakım Elemanı” yetiştirilmesi gerekmektedir. Bu eğitimler Meslek Yüksek Okullarında, veya lisansüstü eğitim ve yandal uzmanlığı şeklinde verilebilir. Mevzuatların bu amaca uygun düzenlenmesi gereklidir. Bu alanda çalışacak ara eleman eksikliğinin giderilebilmesi ve nitelikli hizmet sağlanabilmesi için organize bir eğitim ile birlikte ciddi iş tanımları yapılabilmesi gereklidir.
2. Mezuniyet öncesi eğitim programlarında palyatif bakımla ilgili konulara mutlaka yer verilmelidir.
3. Evde bakım uygulamaları için gereken mevzuat değişiklikleri yapılmalıdır. Her hastanenin eğitim almış evde bakım elemanlarından oluşan ekibi bulunmalıdır.
4. Hospislerin (Destek Evleri) yönetmelikler doğrultusunda açılması ve desteklenmesi gereklidir.
5. Üniversiteler ve Eğitim ve Araştırma hastaneleri ortak eğitim materyelleri ve programları düzenleyebilir.
6. Kurumlar arası işbirliği açısından ortak telefon numaraları ve network sistemi ile eşgüdüm sağlanabilir.
7. Birinci basamaktaki palyatif bakım hizmetlerinde aile doktoru ve hemşireleri kapsayan bir ekip oluşturulmalıdır.  
İkinci basamak palyatif bakımda bu konuda uzmanlığı bulunan doktor, hemşire, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, gönüllüler ve sivil toplum örgütlerinden oluşan bir ekip kurulmalıdır.  
Üçüncü basamak için “Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi” 2. Basamaktakilere ek olarak “non farmakolojik” tedavi uygulayan uzmanlardan oluşmalıdır. Tamamlayıcı tedaviler interaktif onkolojide yer almalıdır. Din görevlisi ve din psikoloğu olacak kişilerin gerektiğinde devreye girmesi sağlanabilmelidir.
8. Aile hekimlerinin görevi palyatif bakıma gereksinim duyan hastaların bilgilendirilmesi ve ilgili kurumlara yönlendirilmesi olmalıdır.
9. Palyatif bakım konusunda kamu spotları oluşturulmalıdır.
10. Kanser tanısı aldığı andan başlayarak aile hekimleri, palyatif bakım birimleri ve hastaneler ortak veri tabanını kullanabilmeli ve gereken bilgilere ulaşabilmelidir.
11. Hastaların transferleri için ambulans dışı “hasta nakil araçları” oluşturulmalı ve kullanılmalıdır. Bu hizmet 112 ye alternatif bir telefon hattı ile sağlanabilir.
12. Akademik hizmet desteği gerektiğinde üniversiteler ile eğitim ve araştırma hastanelerince danışmanlık merkezleri oluşturulup bu merkezlerden dönüşümlü olarak yararlanılabilir.
13. Hastanelerde acil sorunların çözümü için “palyatif bakım polikliniği” oluşturulabilir.

14. Palyatif bakım işlemlerinin, hastaneye ulaşım ve tedavi hizmetleri de dahil olmak üzere ayrıntılı bir şekilde faturalandırılabilmesi gereklidir. Bu işlemler sırasında hekim dışı sağlık çalışanlarının da hizmetleri fatura kapsamına alınmalıdır.

# **TAKD- Akciğer Kanserinde Palyatif Bakım Çalıştayı**

## **Giriş**

Kanser tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir.

Akciğer kanseri ise görülme sıklığı ve çoğunlukla ileri evrede tanı konması nedeniyle kanser türleri içinde önemli bir yere sahiptir.

Akciğer kanseri, kritik organların bulunduğu bölgede yerleşmesi, farklı pek çok yere sıklıkla metastaz yapması nedeniyle, bazen acilen tedavi edilmesi gereken kendine özgü pek çok yakınmalara yol açabilmektedir. Bu yakınmaların giderilmesiyle yaşam kalitesinin artırılması ve yaşamın göreceli olarak uzatılmasını amaçlayan ‘palyatif tedaviler’ bu hastalığın tedavisinde sıklıkla uygulanması gereken yaklaşımlardır.

TAKD olarak, akciğer kanserine özgü palyatif tedavilerin irdelendiği ve bu konudaki ülke gerçeklerinin tartışılarak yapılabilecekler konusunda ortak bir akıl oluşturabilmek amacıyla, bir çalıştay düzenlenmiştir.

16 Kasım 2013 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Kurucu Öğretim üyeleri konferans salonunda farklı kurumlardan akademisyen, bürokrat, hekim, hemşire ve dernek temsilcilerinin katıldığı çalıştayda sabah oturumunda palyatif bakımın türlü yönleri kuramsal olarak tartışılmıştır. Öğleden sonra ise, palyatif tedaviler hakkında ülkemizde yapılabilecekler konusunda ortak akıl üretebilmek amacıyla 6 farklı strateji oluşturma/belirleme grubu oluşturulmuştur. Gruplarda tartışılan ve belirlenen öneriler grup temsilcileri aracılığıyla katılımcılara sunulmuş ve genel tartışmalardan sonra son hali rapora eklenmiştir.

## **Yöntem**

Türk Akciğer Kanseri Derneği (TAKD)’nin düzenlediği “Akciğer Kanserinde Palyatif Bakım Çalıştayı” 16 Kasım 2013 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kurucu Öğretim Üyeleri Konferans salonunda başarıyla tamamlanmıştır. Akciğer Kanserinde önemli bir sorun olan palyatif bakımı irdelemek ve önemini vurgulamak amacıyla bu çalıştay gerçekleştirilmiştir.

Bu toplantının tüm konuşmaları kamera ile kaydedilmiş olup, sunum sırasında iki ayrı raportör tarafından (Doç. Dr. Didem Karadibak, Doç. Dr. Sibel Eyigör) sürekli notlar tutulmuş ve rapor hazırlama aşamasında video kayıtlarının deşifreleri elde olunmuş ve raporun hazırlanmasında bu kaynaklardan yararlanılmıştır.

Çalıştaya bürokratlar, yöneticiler, sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri akademisyenler ve klinisyenlerden oluşan 70 kişi katılmıştır (Ek-1).

Programın sabah oturumunda; palyatif bakım kavramı, tanımı, yapılanması, eğitimi, ülkemizdeki durumu, Avrupa Tıbbi onkoloji derneğinin bakışı, evde palyatif bakım gereksinimi, Palya-Türk projesi ve İzmir de palyatif bakım konusundaki gelişmelerin yer aldığı sunular irdelenmiş ve izleyicilerin katkılarıyla zenginleştirilmiştir. Arkasından bizzat bu sorunu yaşayan hasta yakını sayın avukat Ayşen Özkaya deneyimlerini paylaşmış ve kişisel önerilerini dile getirmiştir. Her konuşmanın sonunda dinleyicilerin soruları ve katkıları alınmıştır ( WEBCAST sunumları TAKD web sitesinde mevcuttur).

Palyatif bakımın tanımı, yapılanması, gereksinimi, temel ilkeleri, yararları ve ülkemizdeki durumu Prof. Dr. Şeref Kömürcü tarafından irdelenmiştir. Sayın Kömürcü; palyatif bakımın onkolojide modern, multidisipliner, bütüncül ve önceliği olan bir yaklaşım olduğunu vurgulamıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün palyatif bakımı, yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan hasta ve yakınlarının, yaşam kalitesinin artırılması olarak tanımladığını belirtmiştir. Destek tedavisi, palyatif bakım, son dönem bakım gibi bazı tanımlamalarda bir kavram karmaşası yaşandığını iletmiştir. Destek tedavisinin kanser tanısı konulduktan sonra, ölüncüye kadar geçen bütün destek programını kapsadığını, palyatif bakımın ise küratif tedavi şansı olmayan dönemdeki hastalar için bir destekleme programı olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca son dönem bakımın terminal dönem bakım olarak adlandırıldığını ve her üç yaklaşımın birbirinden farklı olduğunu dile getirmiştir. Palyatif bakım prensiplerini, başta ağrı olmak üzere tüm semptomların ortadan kaldırılması veya kontrol altına alınması, yaşamı desteklemekle birlikte ölümü de doğal bir süreç olarak algılaması, ölümü hızlandırma veya erteleme amacı taşımaması, hasta tedavisiyle birlikte psikososyal ve fiziksel destek programını da entegre etmesi, hastaların son ana kadar mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürmelerine destek sağlaması, yaşam kalitesini arttırması ve aynı zamanda hastalık sürecini olumlu yönde etkilemesi olarak belirtmiştir. Ayrıca palyatif bakım uygulamalarının üç basamakta toplanması gerektiğini vurgulamıştır. Birinci basamağın; tüm doktorların sorumluluğu altında olduğunu, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefleyen, temel bilgileri uygulayan, ikinci basamağın; özellikle daha ciddi sorunlarda, bu konuda uzmanlaşmış kişilerin desteğini içeren ve genellikle hastane temelli ve üçüncü basamağın; araştırma, eğitim programları yürüten eğitim merkezleri ve akademik ünitelerin içerisinde bulunan palyatif bakım programları olduğunu tanımlamıştır. Türkiye’de palyatif bakıma engel olan en önemli konulardan birinin toplum ve sağlık ekibinin farkındalık düzeyinin düşük olmasının olduğunu dile getirmiştir. Palyatif bakımı geliştirmek için Ulusal palyatif bakım programı, Ulusal palyatif bakım dernekleri, semptom kontrolü ve yaşam sonu bakım ile ilgili standartlar, sertifika programları, evde bakım uygulamalarının geri ödemesi, pediatrik palyatif bakım programı, ve Ulusal Morfin üretim kapasitesinin artırılması gerektiğini önermiştir

Palyatif bakımın tarihçesini ve Avrupa ve ABD’deki eğitim yapılanması konusunu Doç Dr. Tuğba Yavuzşen dile getirmiştir. Sayın Yavuzşen, palyatif bakımın organize ve çok üst düzeyde bir bakım verme felsefesi olduğunu, kanser hastalarının sayısının giderek artması ve kanser tedavi hizmetlerin sigorta şirketleri tarafından geri ödeme planlarına alınması ile palyatif bakımın bütün dünyada gelişmesinin hız kazandığı vurgulamıştır. Tarihçesinin “Hospis” hareketlerine dayandığını belirtmiştir. Hospis’ in latince hospitalite yani, misafirperverlik adındaki kelimedenden doğduğunu ve kronik ölümcül hastalığı olan kişilere

yardıma amaçlı kurulan barınaklar olarak tanımlandığını dile getirmiştir. Avrupa ülkeleri ve Amerika'da palyatif bakımın spesifik bir dal olduğunu ve belli sertifikalandırma sistemleri geçildikten sonra yan dal uzmanlığı olarak verilmeye başlandığını vurgulamıştır. Avrupa'daki Medikal Onkoloji grubu (ESMO), Avrupa'daki Palyatif Bakım grubu (EAPC), Amerika'daki Cleveland Klinik ve uluslararası eğitim programları ile de adını duyuran Sandiago'daki Palyatif Bakım eğitim programının en önemli merkezler arasında yer aldığını dile getirmiştir. Avrupa'daki Palyatif Bakım grubunun 1993, 2007 ve 2009 yıllarında üç büyük rapor sunduğunu vurgulamıştır. Bu programların içinde mezuniyet öncesi ve sonrası palyatif bakım eğitim içerikleri, palyatif bakım uzmanlık eğitimi ve süresi ile ilgili ayrıntılı bilgiler bulunduğunu ancak ülkemizde bunların hiçbirisi hakkında geliştirilmiş standart eğitim programlarının yer almadığını belirtmiştir. Ülkemizde bu programın öncelikle mezuniyet öncesi eğitime entegre edilmesi gerektiğini, palyatif bakımın tanımı, ağrı başta olmak üzere semptomların kontrolü, takibi ve yönetimi, iletişim becerileri, nöropsikolojik semptomlar, kötü haber paylaşımı ve etik sorunlar gibi temel konuların mezuniyet öncesi eğitimde sunulmasının önemli olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca palyatif bakımın ekip işi olduğu için sadece doktorların değil tüm sağlık profesyonellerin de, bu temel konularda eğitim alması gerektiğini dile getirmiştir. EAPC' nin 2007 yılında sunmuş olduğu eğitim müfredatında, mezuniyet öncesi eğitimin en az 40 saat, mezuniyet sonrası ise en az 160 saat olarak, palyatif bakım uzmanlık eğitim süresinin ise 3 yıl olarak yapılmasının gerekliliğini vurgulamıştır. Ayrıca mezuniyet sonrası sertifikalandırma programlarında eğitimin devamlılığı, belli sürelerde bu sertifikasyon programlarının güncellenme zorunluluğu, eğitimin yanında araştırma, yönetim, liderlik rolleri ve yöneticilerin diğer disiplinlerle ilişkileri nasıl sağlayacağı konularının belli düzeyde alınması gerekliliğini de raporlarında sunduklarını dile getirmiştir.

Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneğinin (ESMO) genel bakışını dile getiren Prof. Dr Özgür Özyılkan, ESMO' nun amacının tıbbi onkoloji pratiğinde takip edilecek programları belirlemek, yapılacak sağlık uygulamalarına yardımcı olmak ve geliştirilmesini desteklemek olduğunu vurgulamıştır. Sorumlulukları ve aktivitelerinin ise eğitim kurumlarının, kanser merkezlerinin destek tedavileri konusundaki minimum standartlarını belirlemek, onkoloji uzmanlarının kanser hastalarına verecekleri hizmetlerinin seviyesini yükseltmek ve destek tedavilerinde öncelikleri belirlemek ve geliştirmek olduğunu belirtmiştir. ESMO' nun ana temasının eğitim olduğunu, özellikle ilerlemiş kanser hastalarında palyatif anti-tümör tedavilerinin bilinmesinin, semptom kontrolleri, aile desteği, evde bakım ve son dönem hasta bakımı konusunda eğitimlerin eksiksiz olmasının, hastaların fizyolojik psikolojik sorunlarını saptayarak destek verme ve diğer disiplinler arasında koordinasyonun sağlanmasının hedeflendiğini belirtmiştir. Aynı zamanda tıbbi onkoloji uzmanlarının mutlaka palyatif konusunda eğitim almaları vurgusunu dile getirmiştir. İlk uygulamalardan birinin iletişim becerilerinin geliştirilmesi olduğu ve tıp fakültesi eğitim müfredatında iletişim dersinin zorunlu yer alması gerektiği üzerine dikkati çekmiştir. Üzerinde durulan bir başka konunun ise gereksiz maddi ve manevi harcamalardan kaçınmak ve doğru zamanda, doğru yerde, doğru uygulamayı öğrenmek olduğunu belirtmiştir. İhtiyaç dışı yapılan tetkiklerin mümkün olduğunca azaltılması gerektiği, palyatif bakım stratejileri arasında; hastanın sorunlarına kayıtsız kalmamak ve psikolojik problemleri desteklemek konularının da yer alması gerektiği



vurgusunu yapmıştır. ESMO' nun gelecekle ilgili en büyük hedefinin ise sadece Avrupa değil, tüm dünyadaki eğitim programlarına destek vermek olduğunu dile getirmiştir.

“Palya Türk Projesi” TC Sağlık Bakanlığı, Kanseri Daire Başkanı Doç. Dr. Murat Gültekin tarafından dile getirilmiştir. Sayın Güntekin, Kliniğe yatan hastaların yüzde 80'inin, polikliniğe başvuran hastaların %50'sinin palyatif bakıma ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Ayrıca ucuz, kolay kurulabilen, maliyeti etkin, yaşam kalitesini ve yaşam süresini artıran, her insanın hakkı olan bir sistem ve tüm dünyada yaygınlaştırılması gereken bir proje olduğunu vurgulamıştır. Palyatif bakımın ölmek üzere olan hastalara verilen bir hizmet değil, bir insan hakkı olduğunu, hasta ve hasta yakınına kapsayan, teşhisle başlayıp ölümden sonra da devam eden ve hastanın sadece bugüne kadar yaptığımız tıbbi hizmetleri değil, ama beraberinde fiziksel, psikososyal ve ruhsal yönleriyle onu bütünleştiren bir yaklaşım olduğunu belirtmiştir. Bakanlığın, Dünya Sağlık Örgütüyle beraber palyatif bakıma iki tanım daha ilave ettiğini dile getirmiştir. Bunlardan birinin önce hastanın yaşadığı yerde bu bakım hizmetini alması olduğu, diğerinin ise maddi destek olduğu üzerine dikkati çekmiştir. Özellikle kanserli hasta ve yakınının işgücü kayıpları düşünüldüğünde, bu konunun gerçekten önemli olduğunu vurgulamıştır. Avrupa'da Hospis' in son altı aylık dönemdeki bakım evleri olarak tanımlandığını, ancak bu tanımlamanın kültürümüze ve ülkemize uygun olmadığını dile getirmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde yeni yapılan Hospis tanımının daha uygun kurgulandığını belirtmiştir. Bu bağlamda, Hospis' i bir ev olarak değil, hastanede 15 günden fazla kronik bakıma ihtiyacı olan hastaların yararlanacağı merkezler olarak planlandığını ve Türkçe ismiyle destek evi olarak tanımlanmasının daha doğru olacağını vurgulamıştır. Amaçlarının yaşamın son aylarında yaşam kalitesini mümkün olduğunca artırmak, yaşam sonu planları ve işlerin tamamlanması ve etkin bir yas süreci ile hasta yakınlarının hastalık ve matem sürecinde kayıplarıyla başa çıkabilmeleri ve hayatlarını yeniden kurabilmeleri konusunda yardımcı olmak olduğunu belirtmiştir. 2023 yılına kadar hastanelerde yaklaşık 223 adet birinci basamak palyatif bakım birimi kurulması planlandığını ve palyatif bakım birimlerinin 2 ile 4 yataklı olarak düşünüldüğünü bildirmiştir. Bu birimlerin ilk acil müdahalelerin yapıldığı ve hastaların olabildiğince hızlı evlerine gönderilebileceği küçük merkezler şeklinde kullanılacağını vurgulamıştır. İkinci basamakta kurulacak palyatif bakım birimleri, biraz daha kompleks, biraz daha fazla eğitim almış personelin ve multidisipliner ekiplerin olduğu merkezler şeklinde hayata geçirileceğini dile getirmiştir. 38'i Sağlık Bakanlığı, 22'si üniversite olmak üzere yaklaşık 50 adet ikinci basamak palyatif bakım merkezi yapılması planlandığı ve bunların büyük bir bölümünün 2015'e kadar tamamlanmasının hedeflendiğini vurgulamıştır. Üçüncü basamak, eğitim araştırmaların yürütüldüğü, bilimin üretildiği, öğrencilerin yetiştirildiği 19'u Sağlık Bakanlığı, 17'si üniversite, 13'ü de kampüs olmak üzere yaklaşık 50 tane merkez olarak tasarlandığı ve bu merkezlerin 10 ilâ 20 yatak şeklinde düşünüldüğünü belirtmiştir. Ayrıca 17 üniversitemizin 13'ünde, 19 Sağlık Bakanlığı merkezinin 6'sında da pediatrik palyatif bakım kurulması ve destek evleri için öncelikle üç ilde pilot olarak başlanması ve 2023'e kadar 54 adet destek evi kurulmasının hedeflendiğini vurgulamıştır.

Her kanser hastasının palyatif bakıma ihtiyacı olmayabileceği belirtildi. Yönetmeliği tasarlarken cerrahi hastalarının düşünülüp düşünülmediği ve onlarla ilgili düzenleme yapıp

yapılmadığı ile ilgili soru yöneltildi. Ayrıca bu hasta grubunun destek evinden yarar görüp göremeyeceği soruldu. Kanser tanısı konulduğu andan itibaren palyatif bakıma ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır. Destek evine yatmak için 3 doktor imzasının yeterli olduğu ve her hastanın destek evinden yararlanabileceği belirtildi. Ancak destek evlerinin ne kadar ihtiyacı karşılayacağını bilmediği, bu nedenle öncelikle 3 büyük şehir olan Ankara, İzmir ve İstanbul da destek evlerinin açılacağı, ihtiyaca göre sayılarının artırılacağı dile getirildi.

Birinci basamak düzeyinde palyatif bakımda esas sorunun bilgi eksikliği olduğu vurgulandı. Ayrıca hastaların büyük bir kısmının şehir dışında oturmasının ve terminal dönem hastanın sadece kırmızı reçete için gelmesinin hasta ve hasta yakınları için çok büyük sıkıntı yarattığı belirtildi. Palyatif bakım projesinde eğitim alması gereken gruplardan birinin aile hekimleri olduğu vurgulandı. Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanlarının sayısının çok az olduğu, yardımcı sağlık hizmetlerinin önemi ve eğitim kalitesinin artırılması gerektiği belirtildi. Palyatif bakım hizmetlerinde sadece hastaneler değil yerel yönetimlerinde önemi dile getirildi. Birinci basamak sağlık hizmetinin gerçekten çok önemli olduğunun altı çizildi. Toplum temelli programların oluşturulmasının planlandığı ve palyatif bakım hizmetlerinin yaklaşık %80'nin bu aşamada karşılanacağı ifade edildi. Aile hekimlerinin ana merkezlerle bağlantılı çalışması gerektiği önerildi. Uygun olduğunda morfini her hekimin yazabileceği dile getirildi. SGK ve yerel yönetim olmadan palyatif bakım hizmetinin eksik olacağı ve mutlaka iş birliği içerisinde olunması gerektiği belirtildi.

İzmir de palyatif bakım ile ilgili bir yapılanmanın oluşturulduğu dile getirildi. İzmir Atatürk Hastanesi, Belediyeler, Sağlık il müdürlüğü, Sosyal Aile Bakanlığı ve Üniversitelerin 15 günde bir toplanıp, iş birliği içinde palyatif bakım konusunda çalıştığı vurgulandı. Aile hekimlerinin palyatif bakımın ana çatısını oluşturduğu belirtildi.

Destek evi tanımında 15 günden daha uzun süreli kronik hasta yatışının tekrar tartışılması gerektiği önerildi. Suiistimaller olabileceği, bu tanıma girmeyen pek çok hastanın bu destek evlerini işgal edebileceği belirtildi. Önceliğin evde sağlık hizmeti olması gerektiği vurgulandı.

Aile hekimlerinin kırmızı reçetesinin mevcut olduğu ve bunda bir sıkıntı olmadığı dile getirildi. Palyatif bakımla, evde bakım hizmetlerinin birleştirilip organize bir şekilde yürütülmesi gerektiği belirtildi. Aile hekimlerinin iş yükünün çok fazla olduğu ve sorumluluklarının giderek arttığı vurgulandı. Ara mesleklerin iyi yetişmesi gerektiği belirtildi. Eğitimin şart olduğunun ve “evde sağlık hizmetini” “ evde bakıma” dönüştürülmemesi gerektiğinin altı çizildi. Evde bakımın hastanedeki bakımdan daha ekonomik olup olmadığı ile ilgili soru yöneltildi. Cevap olarak da Türkiye’ de evde bakım hizmetinin hastane hizmetinden daha ekonomik olmayabileceği belirtildi.

Aile hekiminin önce hasta ile temasa geçmesi ve yönlendirmesi gerektiği vurgulandı. Ancak ülkemizde bu işi hasta sahibinin yaptığı ifade edildi. Aile hekiminin bu işi koordine etmesi gerektiği önerildi. Aile sağlık merkezlerinin iş kapasitesinin çok fazla olduğu ve aile hekimlerinin önceden belirledikleri programlarının dışına çıkamadıkları vurgulandı. Bu yüzden çağrı merkezi oluşturulması ve sonrasında diğer merkezlere gerekli ise yönlendirilmesi önerildi.

Evde bakım ve sağlık hizmetlerinde palyatif bakım sorunları Doç. Dr. Hatice Mert tarafından irdelenmiştir. Sayın Mert, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireylerin ve ailelerin yaşadıkları sıkıntılar nedeniyle sunulan hizmetten memnuniyet oranlarının oldukça düşük olduğunu belirtmiştir. Bakım verenlerin hasta geleceği ile ilgili kaygı duyduğunu, ağrı-beslenme gibi sorunlardan korktuğunu, ekonomik sorunlardan ve ailenin emosyonel-psikolojik etkileniminden dolayı huzursuzluk hissettiklerini vurgulamıştır. Palyatif bakım hastaları için artan sağlık maliyetleri ile ilgili önerilerde bulunmuştur. Evde bakım ile ilgili sorunları; bakımla ilgili tanımlamalarda farklılık/karışıklık, multi-disipliner yaklaşım eksikliği, mevzuat eksikliği, hizmet verecek personel eksikliği, hizmet standartlarının olmayışı, eğitim standartları ve yeterli eğitim olmayışı, mevzuata aykırı- kayıt dışı hizmet sunumu, denetim eksikliği, farklı bakım ihtiyaçlarını karşılayacak farklı modellerin olmayışı, finans problemleri, aile bireyleri sorunları, bakım sürecinde yalnız kalmaları ve destek alamamaları olarak vurgulamıştır. Çözüm için; hizmet sunumu, hizmet koordinasyonu, istihdam, eğitim, finansman, mevzuat ve denetim, mevcut uygulamalara yönelik önerilerini dile getirmiştir.

İzmir'de Palyatif Bakım Konusundaki Gelişmeler İl Sağlık Müdürlüğü Müdür Yardımcısı Dr Ayhan İzzettinoğlu tarafından irdelenmiştir. Sayın İzzettinoğlu, İzmir ili Palyatif Bakım çalışmalarının 25.04.2013 tarihinde "Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştay" ile İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği raporu hazırlanarak başlandığını belirtmiştir. Bu raporun sonucunda; palyatif bakım ünitesine kabul kriterleri, palyatif bakım ünitesinden evde bakıma geçiş kriterleri, palyatif bakım, evde sağlık ve evde bakımla ilgili eğitim ve kursların planlanması ile ilgili konularda karara varıldığını vurgulamıştır.. 25.06.2013 tarihinde, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü önderliği ve organizasyonu içerisinde konuyla ilişkili farklı meslek gruplarından oluşturulan bir komisyonun kurulması ve interdisipliner bir bakış açısıyla konuyu irdeleme kararı alındığını belirtmiştir. İzmir ili Halk Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü tarafından bu konu ile ilgili çalışma yürütüldüğü ve rapor hazırlandığını dile getirmiştir. Amacın; İzmir ilinde palyatif bakım gereksinimi olan hastaların yaşamlarının bu döneminde yaşam kalitelerini arttırma ve semptom yönetimi örgütleme modeli geliştirmek olduğunu vurgulamıştır.

Aile hekimi koordinasyonu sağlayacak olup, mevzuat tarafından kısıtlanacağı iletildi. Bu nedenle çağrı geldiğinde koordine edecek merkez planlaması gerektiği ve bu merkezin ev-hastane-palyatif bakım birimlerine ve sağlık bilgi sistemine bağlı olması gerektiği belirtildi.

Palyatif Bakımda Hedefler ve Engelleri dile getiren Prof Dr Kamer Mutafoğlu, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi içinde kurulan Palyatif Bakım Birimi ile ilgili bilgilendirme yaparak, bu birimin hedeflerini vurgulamıştır. Haziran 2008 gönüllü interdisipliner ekip, 2009'da grup hazırlıkları, 2010 Palyatif Bakım Çalışma Grubu oluşturulduğunu ve 2012 de palyatif Bakım Merkezinin (DEPAL) kurulduğunu belirtmiştir. Bu merkez içindeki yapılanmada; tümör konseyleri, eğitim, olgu tartışma, ortak vizitler, araştırma ve çalıştay programları ve bütüncül sağlık hizmeti olduğunu vurgulamıştır. Temel sorunların; hasta sayısının çokluğu, fiziki ortam ve sağlık personeli yetersizliği, yetersiz finansal destek, ızdırap çeken hasta ve aileler, destek evi ve evde bakım yokluğu, tükenmiş onkoloji çalışanları, ağrı engelleri, palyatif bakım-program-ekip eksikliği olarak dile getirmiştir. Palyatif bakımda

etkilenen ekip içinde sadece hasta ve aile olmadığını, aynı zamanda tükenmiş onkoloji çalışanları olduğunu vurgulamıştır. Palyatif bakımın yaşam kalitesi dışında sağ kalım üzerine olumlu etkileri olduğunu belirtmiştir. Palyatif bakım yerinin hastane, ev, Hospis ve bakımevi olabileceğini, konsültasyon ekipleri, ünite veya poliklinik hizmeti olarak sunulabileceğini vurgulamıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi içindeki çalışmalar sonrasında; Tıp Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu ve Hemşirelik Fakültesi ders programlarına palyatif bakımın eklendiğini dile getirmiştir Dispne (solunum zorluğu) ve opioid (morfin ve benzerleri) kullanımı ile ilgili çalıştay yapılması gerektiğini önermiştir. Engeller konusunda ise; yeterli sayıda sağlık profesyonelleri olmadığına dikkat çekmiştir. Özellikle hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı sayısı çok az olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca, fiziksel mekân, finansal sorunların da önemli olduğunu belirtmiştir.

Sayın Ayşen Özkaya, Akciğer kanserli bir hasta yakını olarak palyatif bakım gereksinimini, deneyimlerine dayanarak dile getirmiştir. Her hastalığın müzikal bir problem ve her çarenin de müzikal bir çözüm” olduğunu ifade etmiştir. Acil palyatif bakım merkezlerinin gerekliliği ve kurumsallaşmanın önemini vurgulamıştır. Tıbbi vasiyet önemine dikkat çekerek, hukukçuların palyatif bakımda yer almaları gerektiğini belirtmiştir. Yas sürecinin önemini vurgulayarak, bu dönemdeki yaklaşımların; deniz feneri gibi yolu aydınlatması, tekne üzerine ışık tutarak kenara yaklaşmaya yardımcı olması gerektiğini vurgulamıştır. Kanserle Savaş” kelimesi yerine “Barış” kelimesi konması gerektiğini aksi takdirde başarı şansından bahsedilemeyeceğini ifade etmiştir. Aile yakınlarına da bakım gerektiğinin önemini belirtmiştir. Palyatif bakımın ışığıyla hasta ve hasta yakınına yol gösterici olması gerektiğini ifade etmiştir. Ölüm, ölüm biçimi, ölüm merasimi, gömülme, gömülme istenilen yerler, ne şekilde defnedilmek istediği gibi konuların da üzerinde durulması gerektiğini belirtmiştir. Palyatif bakımın sadece kanserli hastalar için değil, diğer yaşamı tehdit eden hastalıkları da kapsamı gerektiğini vurgulamıştır. Palyatif bakım merkezlerinin, hasta ve hasta yakınıyla doktor arasında köprü olduğunu ifade etmiştir.

Toplantının öğleden sonraki bölümünde 6 ayrı çalışma grubu oluşturulmuştur. Çalıştay gruplarında kurumların dengeli şekilde temsil edilmesi sağlanmıştır. Her grupta grup

başkanlarının rehberliğinde belirtilen konuların tartışılması ve önerilerin belirtilmesi istenmiştir. Grup başkanları çalışmalarını ve önerilerini tüm katılımcılara sunmuşlar ve katılımcılardan gelen soruları yanıtlamışlardır. Tüm çalışmanın sonucunda çalıştayın kesin raporu oluşturulmuştur.

Bu grupların faaliyet gösterdiği başlıklar; “Palyatif Bakım, Kavram, İçerik ve Hizmet Alanı, İşgücü ve altyapı ile ilgili sorunlar nelerdir ve nasıl aşılabılır?”, “Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanesi: Eğitim ve iş birliği nasıl kurulabilir?”, “Finansal, faturalandırma ve kaynak teminindeki sorunlar nasıl çözülebilir?”, “Palyatif bakım ekibi nasıl olmalı?” “Aile hekimleri ile nasıl bir işbirliği olmalı?” “Evde bakım hizmeti ile nasıl bütünleştirilebilir?” şeklinde düzenlenmiştir.

## **Sonuç**

Bu raporlara göre; Palyatif bakımla ilgili Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımı uygun görülmüştür. Yaşamı tehdit eden tüm hastalıkların hizmet alanını oluşturduğu belirtilmiştir. Bu alanda çalışan sağlık çalışanlarının yetersiz olduğu, öncelikle ara eleman olarak çalışacak “Palyatif bakım elemanı” şeklinde adlandırılacak eleman yetiştirilmesinin önemi vurgulanmıştır. Palyatif bakım elemanlarının, Sağlık Meslek Yüksekokullarında, lise sonrası 6 aylık (4 ay teorik, 2 ay pratik) kurslar düzenlenerek eğitim almalarının yeterli olacağı ifade edilmiştir. Palyatif bakım alanında çalışacak olan hemşireler için lisansüstü eğitim, hekimlere de uzmanlık sonrası yan dal eğitimi alması gerektiği önerilmiştir. Ayrıca, Hemşirelik, Tıp ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon okullarının mezuniyet öncesi eğitim programlarında mutlaka palyatif bakımın yer alması dile getirilmiştir. Hastanelerde; konsültasyon ekipleri, palyatif bakım gündüz poliklinikleri veya yataklı ünitelerin olması ve evde bakım ekiplerinin bu hastane ekipleri ile bağlantılı olarak çalışması gerektiği belirtilmiştir. Palyatif bakım hemşirelerinin evde tek başına hasta görmesi ve müdahale yapması (bağımsız çalışabilmesi) ve önündeki yasal engellerin kaldırılması önerisi getirilmiştir. Ayrıca, Hospis’lerin yönetmelik dahilinde açılması ve merkezlerce desteklenmesi vurgulanmıştır.

Öncelikle durum tespitinin yapılması gerektiği ve bunun sonucuna göre üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri arasında eğitim ve işbirliklerinin gözden geçirilmesi önerilmiştir. Belli aralıklarla eğitim toplantılarının yapılması (Güney birliği ve Kuzey Birliği kendi içinde ortak eğitim yapılabilir), yapılan araştırmalar, eğitim faaliyetlerinin duyurulması, ortak çalışmalarının planlanması, ortak dil oluşturmak için terminoloji sözlüğü hazırlanması ve protokollerin oluşturulması, yapılan eğitim programlarının ses kayıtlarının alınıp, web tabanlı (interaktif) sağlık profesyonelleri için eğitim programlarının oluşturulması gibi hedefler tespit edilmiştir. Hasta ve hasta yakınları için 3 dakikalık kısa videolar hazırlanması, halk eğitimleri için gönüllü hasta yakınlarından yararlanılması, temel bakım ihtiyacı gerektiren durumlar için didaktif kitapçıklar oluşturulması, semptom tedavilerinde eğitimcilerin eğitildiği toplantıların belli aralıklarla yapılması ve yerinde ve süren standart eğitimin (3. Basamakta çalışan eğitimcilerin 2 basamakta çalışan eğitimcilerin yanına giderek gözlem yapması ve konsültasyon hizmeti vermesi) planlanması önerilmiştir.

Kurumlar arasında işbirliği konusunda, özellikle tüm merkezlerin ulaşabilir numaralarının belirlenmesi gerektiği vurgulanmıştır. 112'nin altında bir komuta sistemi oluşturulması (üniversiteler de akademik danışmanlık merkezlerinin kurulması), Ortak network (ağ) sisteminin ve grubun oluşturulması, İl sağlık müdürlüğü, kamu hastanelerinin web sayfalarına link verilmesi önerisi getirilmiştir.

Palyatif bakım yapılan özellikle emek yaratan işlemlerin bedelinin belirlenmesi, hekim performanslarının planlandırılması ve dahil edilmesi, palyatif bakım ihtiyacı olan hastalara düzenlenebilecek "Palyatif Bakım İhtiyacı Raporu" ile hasta grubu tanımlanıp, belli istisnalar sağlanması (ilaç- doz, vs...), Rapor ile belirlenen hastalar için "Palyatif Bakım Yatak Ücreti" belirlenip, yapılan diğer işlemler ayrı ayrı (ek 2B) faturalandırılması, palyatif bakım tanımının belirtilmesi ve bu tanıma uygun faturalandırılacak işlemlerin, hizmetlerin gösterilebilmesi, hekim dışı sağlık çalışanlarının (psikolog, diyetisyen, hemşire, fizyoterapist, vb.) verdiği hizmetlerin faturalandırılmasının sağlanması, evde bakım için günlük paket bedeli belirlenebilmesi (şu an ulaşım bedelinin altında kalmaktadır) önerilmiştir. Ulaşım ve hizmet bedelinin ayrı ayrı belirlenmesi, Kaynak temininde palyatif bakım birimlerine yapılacak yardım, bağış vs. önündeki engellerin kaldırılması ve hastanın ilacına ve malzemesine ulaşabilmesi için tek raporun hazırlanması dile getirilmiştir

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde; hasta ve hasta yakınının bu ekibin temel elemanı oldukları belirtilerek, doktor (tercihan aile hekimi) ve hemşireden oluşan bir ekip önerisinde bulunulmuştur. İkinci basamakta; Palyatif Bakım Merkezi (PBM) veya Birimi (PBB), doktor (uzmanlığı veya sertifikası olan), hemşire, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, gönüllüler ve sivil toplum örgütlerinden oluşan bir ekip olması gerektiği ve sertifikasyonun önemi vurgulanmıştır. Üçüncü basamak için; Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi (KPBM), doktor, hemşire, (PB deneyimi ve sertifikası olan), eczacı, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, gönüllüler, non-farmakolojik tedavi uygulayan uzmanlardan oluşan bir ekip tanımlanmıştır. Palyatif bakım birimlerinde medikal onkoloji, Aile hekimi uzmanı, Dahiliye, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Radyasyon Onkolojisi, Nöroloji, Psikiyatri, Göğüs Hastalıkları, Göğüs Cerrahisi, Genel Cerrahi, Kardiyoloji, Geriatri, Anesteziyoloji, Algoloji uzmanlarından oluşan farklı disiplinlerin katkısı olması gerektiği belirlenmiştir. Eğitim ve sertifikasyon dışında deneyimin öneminden de vurgulanmıştır. Non-farmakolojik tedavilerin göz ardı edilmemesi gerektiğine dikkat çekilmiştir. Tamamlayıcı tedavi olarak tanımlanan (masaj, akupunktur, aromaterapi) yöntemlerinin integratif onkoloji içinde yer alması gerektiği ifade edilmiştir. Din psikologu veya din görevlisi konusunda; görev alacak kişilerin dikkatli seçilmesi, sosyal hizmet uzmanı tarafından değerlendirilip gerektiğinde devreye girmesi konusu vurgulanmıştır. Farklı dinlerin de göz önünde bulundurulması ve eğitim ve özellikleri konusunda açıklık getirilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Aile hekimleri derneği başkanı, mevcut durumu yani hekimlerin durumunun, hemşirelerin durumunun, palyatif bakıma nasıl bakıldığının ve bu konudaki bilgi birikimlerinin ne olduğunun tespit edilmesi gerektiğini bildirmiştir. Evde bakım talep eden hastanın evine gidilerek değerlendirme yapıldığı ve evde bakım birimine bilgi verildiği belirtilmiş, aile hekiminin görevinin bildirim ve yönlendirme olması gerektiği önerilmiştir.

Kamu spotları yeniden düzenlenerek, hasta ve hasta yakınlarının her istediğinde eve çağırarak ile evde bakım hizmetleri kavramlarının aynı olmadığı konusunda halkın bilinçlendirilmesi vurgulanmıştır. Kanser tanısı konulduğu andan itibaren, aile hekimi, palyatif bakım birimi ve hastanelerin ortak veri tabanı kullanması gerekliliği dile getirilmiştir. Evde bakım ve palyatif bakım hizmetlerinin birleştirilerek birim ve personel sayısının artırılması, böylece ülke kaynaklarının israfı önlenmiş olup, var olan sistem geliştirilerek sonuca ulaşılması vurgulanmıştır. Hastaların ulaşacağı merkezi alt birim oluşturularak; hasta ve hasta yakınlarının hastane- evde bakım-palyatif bakım ya da aile hekimine yönlendirilmesi önerilmiştir. Aile hekimi biriminde çalışan hekim ve hemşirelerin eğitim programlarına alınması gerekliliği ve il bazında da belirli aralıklarla genel bir toplantı programlarının yapılması ve bunların duyurulması gerekliliği belirtilmiştir. Terminoloji konusunda ortak bir dilin olması ifade edilmiş, halka yönelik eğitim programları ve el kitapçıkları önerilmiştir.

Aile hekimlerinin evde ziyaret hizmetini palyatif bakım hizmeti olarak gerçekleştirebilecekleri ve işbirliğine açık oldukları ancak hizmetin tamamının aile hekimlerine verilmesi iş yükünü kaldırılmasında zorluklara neden olacağı belirtilmiştir. Kamu spotlarındaki evde bakım hizmeti ile ilgili yanlış yönlendirmelerin hekimleri zor duruma soktuğu vurgulanmıştır. Bu nedenle öncelikle sistem ve organizasyonun kurulması gerekliliğine dikkat çekilmiştir. Tanı konulduğu andan itibaren aile hekimliği hasta bilgi sistemine tüm bilgiler yüklenebilirse, hastaların tespit, bildirim ve koordinasyonu kısmında destek olabilecekleri ifade edilmiştir. Bu aşamada aile hekimlerinin eğitimi için desteğe gereksinimi olduğu belirtilmiştir. Bunun yanında hastaların evinden transferi için ambulans dışı nakil araç gerektiği vurgulanmıştır. Destek evi ve ev ziyareti için ise, ulaşım sorununun aşılması gerektiği dile getirilmiştir. 112'ye alternatif ayrı telefon numarası ile transfer hizmeti önerisinde bulunulmuştur. Bu komuta merkezlerinin telefon açan kişilere yatak doluluk oranları dahil olmak üzere belirli tedaviler konusunda bilgi vermesi önerilmiştir. Bilgi veren kişinin sıkıştığı durumlarda, üniversitelerden ve eğitim araştırma hastanelerinden akademik danışmanlık merkezinin dönüşümlü telefon numaralarının olması ve hasta ve yakınlarının bir şekilde bilgilendirilmesinin sağlanması işbirliğinde önemli olabileceği bildirilmiştir. Ayrıca, aile hekimlerine hastaların durumları ile ilgili bilgilendirme yapılması gerektiği, rapor ve epikriz bilgilerinin önemi vurgulanmıştır.

Temel olarak ara eleman sorununa dikkat çekilmiştir. Kontrol mekanizmasının olması gerektiği ifade edilmiştir. Ülkemizde bu hizmeti uygulayan ara elemanlar olmasına karşın yeterli eğitimin olmadığı belirtilmiş, tıbbi süreçten bağımsız bu hizmetin alınmadığına dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Emekli sağlık personelinin bağış yoluyla çalıştırılabileceği ve güvenlik problemlerinin akılda tutulması gerektiği de bildirilmiştir. Tanı anında hastayı takip edecek ekibin bilgilendirilmesi ve raporlu taburculuk sağlanması, bağış olduğu Palyatif bakım merkezine, evde bakım merkezine veya destek evine bildirim yapılması, eğitilmiş ekip tarafından multidisipliner olarak hizmet sürdürülmesi önerilmiştir. ECOG ölçülerine göre; ziyaret sıklığı, ziyaretler sırasında semptomun yerinde çözümü vb eğitimler, 112 suistimalinin azaltılması, ileri evrede oluşan problemler konusunda hasta ve yakınına bilgi verilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Hastanın transferi ile ilgili destek sağlanması (Örneğin; 7. Kattaki immobil hastanın 112 ile transferi vakit kaybı.), 112 çağrı merkezinin eğitimi yapılarak, subgroup

icapçı sistemi (gönüllü) kurulması önerilmiştir. Web tabanlı kayıt sisteminin veri ulaşılabilirliği açısından önem taşıdığı. sisteme kayıtlı hekimlerde şifrelerin bulunması gerektiği dile getirilmiştir. Her hastanenin eğitimli evde bakım hizmet ekibi olması vurgulanmıştır. Onkolojik acillerin tanımlanması, ekip çalışanlarına ve hasta yakınlarına eğitim verilmesi, terminal dönem servisleri, yoğun bakımları oluşturulması, konsey kararı (onkoloji hekimi, psikolog, hemşire vs) ile transferlerin sağlanması ve yasal açıklar giderilmiş olarak taburculuğun yapılması önerilmiştir. Palyatif bakım polikliniği, acil sorun çözümü için düşünülebileceği belirtilmiştir. Evde bakım biriminin yoğun bakım taburculuğunda bakıma hazır mı kararı ve bilgisi ile ilgili eğitimleri alması gerektiği vurgulanmıştır. Bu hizmetin SGK karşılığı olması, maliyet karşılığı olmadığı sürece hizmetin sürdürülemeyeceği belirtilmiştir.

Farklı disiplinlerin katıldığı bu çalıştayda, akciğer kanserinde palyatif bakıma yön verecek çok değerli önerilerde bulunmuş ve yetkililere verilmek üzere bu rapor hazırlanmıştır.

Akciğer kanserlerinde palyatif bakıma yön verebilecek öneriler getirilmesi konusunda emek harcayıp katkıda bulunan tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

Türk Akciğer Kanseri Derneği

Yönetim Kurulu



**Ek-1****KATILIMCI LİSTESİ**

Ahmet Erbaycu	<a href="#">İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi</a>
Ahmet Küçükbay	Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ali Ozdil	Ege Üniversitesi
Arzu Yaren	<a href="#">Pamukkale Üniv. Eğitim Uyg. Araş. Hastanesi</a>
Asli Akdeniz	Dokuz Eylül Üniversitesi
Atila Akkoclu	Dokuz Eylül Üniversitesi
Aydın Şanlı	Dokuz Eylül Üniversitesi
Ayhan Aydın	<a href="#">Yeşilyurt Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi</a>
Ayhan İzzetinoglu	İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü
Ayla Kabalak	<a href="#">Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi</a>
Aysegul Ergun	<a href="#">Konya Beyhekim Devlet Hastanesi</a>
Ayşen Özkaya	Şişli Etfal Hastanesi
Bilgin Arda	Ege Üniversitesi
Burçak Karaca	Ege Üniversitesi
Can Eyigor	Ege Üniversitesi
Cenk Umay	Dokuz Eylül Üniversitesi Radyasyon Onkolojisi A.D
Deniz Agan Arslan	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıbbi Onkoloji B.D
Deniz Yalman	Ege Üniversitesi Radyasyon Onkolojisi A.D
Derya Hopancı	Ege Üniversitesi
Didem Karadibak	Dokuz Eylül Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu
Dilek Besen	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dilek Ernam	İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hst
Enver Yalınz	İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Ercument Tarcan	Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Erdem Göker	Ege Üniversitesi Tıbbi Onkoloji B.D
Evrin Bayman	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Ezgi Hacıkamiloğlu	Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi
Gökhan Akbulut	Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Gulru Polat	İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Gursel Cok	Ege Üniversitesi Göğüs Hastalıkları A.D
Gül Tuzcuoğlu	Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Harun Akar	Adnan Menderes Üniversitesi
Hatice Mert	Dokuz Eylül Üniversitesi
Hayati Karakoc	Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Hayriye Elbi	Ege Üniversitesi
Huseyin Can	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ilhan Goktay	Karamürsel Devlet Hastanesi
Ilhan Oztop	Dokuz Eylül Üniversitesi

Kamer Mutafoglu	Dokuz Eylül Üniversitesi
Kurtuluş Öngel	Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Mehmet Uyar	Ege Üniversitesi
Meltem Uyar	Ege Üniversitesi
Mevlut Ülgen	Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Muhterem Kolay	Karabağlar 21 Nolu Yeşilyurt-1 Aile Sağlığı Merkezi
Murat Gültekin	Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi
Mustafa Tozun	Ege Üniversitesi
Oğuz Kılınç	Dokuz Eylül Üniversitesi
Oktay Tarhan	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ozen Onen Sertoç	Ege Üniversitesi
Ozgur Ozyilkan	Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi
Ozlem Uğur	Dokuz Eylül Üniversitesi
Rıza Çetingöz	Dokuz Eylül Üniversitesi
Ruchan Uslu	Ege Üniversitesi
Sabri Barutca	Adnan Menderes Üniversitesi
Samim Yurtsever	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Serdar Ozkok	Onkomer Özel Onkoloji Merkezi
Seref Komurcu	Bayındır Hastanesi
Sevgi Kizilci	Dokuz Eylül Üniversitesi
Sezer Karakose	Ege Üniversitesi
Sibel Eyigör	Ege Üniversitesi
Soner Gursoy	İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Suleyman Ozyalcin	Algo Ağrı Tanı ve Tedavi Merkezi
Şeyda Örs	İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Tugba Yavuzsen	Dokuz Eylül Üniversitesi
Tuncay Göksel	Ege Üniversitesi
Ulku Yılmaz	Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Ulus Ali Şanlı	E.Ü Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi
Umut Varol	Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi
Volkan Karacam	Dokuz Eylül Un. Tıp Fak. Göğüs Cerrahisi A.D
Yasemin Yildirim	Özel Grandmedical Hospital
Yüksel Erkin	Dokuz Eylül Üniversitesi
Yusuf Türköz	İnönü Üniversitesi