

Process of home health services provided to patients with gastrointestinal cancers in Turkey

Türkiyede gastrointestinal sistem kanseri olan hastalarda evde sağlık hizmetlerinin gelişimi

Fatih Göksel¹, Lütfi Doğan²

¹Sb Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, Ankara

²Sb Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Dergiye Ulaşma Tarihi:04.01.2019 Dergiye Kabul Tarihi:11.01.2019 Doi: 10.5505/aot.2019.02411

ÖZET

GİRİŞ ve AMAÇ: Kanser tedavisindeki gelişmeler ve yenilikler sayesinde hemen hemen tüm kanser türlerinde sağkalımda artışlar dikkat çekmektedir. Metastatik hastalarda dahi uzun sağkalım süreleri olanaklı hale gelmiştir. Sonuç olarak karşımıza uzun süredir değişik evrelerde kanser tanısı ile yaşamını sürdürmüş ancak sürekli sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bir hasta grubu çıkmaktadır. Bu çalışma ülkemizde gastrointestinal sistem malignitesi tanılı hastalara sunulan Evde Sağlık Hizmetleri (ESH)'nin ülkemizdeki faaliyet sürecinin değerlendirilmesi amacı ile planlanmıştır.

YÖNTEM ve GEREÇLER: 2011-2017 yılları arasında ösafagus, mide, ince barsak, kolon, rektum, karaciğer, pankreas ve safra yolu malign neoplazmi tanısı almış hastalara sunulan ESH kapsamında ulaşılan hasta, yapılan ziyaret sayıları ve hizmet sunan ekip sayıları değerlendirildi.

BULGULAR: Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar ve ortopedik hastalıklardan sonra kanser hastaları ESH'ni en sık alan 4. grup hastalığı oluşturmaktadır. Türkiyede 2011 yılında, toplam 593 hizmet ekibi ile başlayan ESH'inde, 2017 yılına gelindiğinde ekip sayısının 662'ye yükseldiği görülmektedir. 2011 yılında toplam yapılan ziyaret sayısı 344.014 iken 2017 yılında bu rakam 10.917.965 olarak gerçekleşmiştir. 2011 yılında 7278 ziyaret, kanserli hastalar için yapılmış iken 2017 yılında bu rakam 74.261 dir. Toplam GIS maligniteli hasta ziyaret sayısı 7 yıl içerisinde 89.389 olarak gerçekleşmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ: GIS malignitesi olan hastalara verilen evde bakım ziyaretlerinin sayılarının, malignitelerin insidansı ile doğru orantılı olduğu görülmektedir. Buna göre kolon, mide ve pankreas kanserli hastalar en çok ziyaret yapılan hastalardır. ESH kapsamında ziyaret sunulan hasta sayısının yıllar içerisinde kademeli bir artış gösterdiği görülmektedir. ESH'nin bakanlık politikası haline getirilmesi, ekip sayılarının artırılarak hizmete ulaşmanın kolaylaşması ve gerek sağlık profesyonelleri, gerekse hasta ve yakınları tarafından farkındalığın artmış olması bu artışın temel sebepleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, evde sağlık, gastrointestinal kanser.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Improvements and innovation in cancer treatment led to prolongation of survival in almost every cancer type. Longer survival of even patients with metastasis has become possible. As a result, there is an increasing number of patients who have survived with the diagnosis of cancer in different stages in need of continuous health support. This study is designed to evaluate the process of Home Health Services (HHS) provided to patients with gastrointestinal cancers in our country.

METHODS: Patients with a diagnosis of esophageal, gastric, small intestine, colon, rectum, hepatic, pancreatic or bile duct malignancy between 2011 and 2017 were reviewed for HHS coverage, home visit frequency and HHS-providing medical staff.

RESULTS: Cancer patients are the fourth, after patients with neuropsychiatric disorders, cardiovascular diseases, and orthopedic disorders, that receive HHS support. HHS has started in 2011 with 593 teams in Turkey. The number of teams providing HHS increased to 662 by the end of the year 2017. Total home-visits have dramatically risen from 344,014 to 10,917,965 during a 7-year period. Home-visits to cancer patients have also increased from 7,278 in 2011 to 74,261 in 2017. A total of 89,389 home-visits were made to patients with gastrointestinal cancers.

DISCUSSION AND CONCLUSION: The number of home-visits to patients with gastrointestinal cancers had increased as the incidence of these diseases increased. Data show that colon, gastric and pancreatic cancer patients were among the most visited patients. The number of home-visits by HHS departments showed a steady increase in years. The main reasons for this increase are that the HHS has become a ministerial policy, the number of teams has increased and the access to service has been facilitated and the health professionals and the patients and their relatives had increased awareness.

Keywords: Cancer, home care, gastrointestinal cancer.

GİRİŞ

Tüm dünyada ortalama insan ömrünün artmasına paralel olarak nüfusun hızla yaşlandığı görülmektedir. Bu durum beraberinde tüm kanser vakalarında artışı da beraberinde getirmektedir. Kanser tedavisindeki gelişmeler ve yenilikler sayesinde hemen hemen tüm kanser türlerinde sağkalımda artışlar dikkat çekmektedir. Metastatik hastalarda dahi uzun sağkalım süreleri olanaklı hale gelmiştir. Sonuç olarak karşımıza uzun süredir değişik evrelerde kanser tanısı ile yaşamını sürdürmüş ancak sürekli sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bir hasta grubu çıkmaktadır. Özellikle gastrointestinal sistem (GIS)maligniteli hastaların uzunca bir dönem palyatif tedavi gereksinimleri devam eder. Bu durum hasta ve yakınları açısından oldukça meşakkatli ve yorucu bir süreç olduğu gibi sağlık çalışanları ve sağlık sistemi açısından da büyük bir iş yüküdür. Günümüzde artan hasta sayısı ve çeşitliliği sebebi ile hekimler hasta yataklarını efektif kullanmak ve yatak devir hızlarını belli seviyelerde tutmak zorundadırlar. Sağlık sistemleri ise her geçen yıl daha fazla sayıda ve çeşitte sağlık hizmetini finanse etmek durumunda kalmaktadır. Ülkemizde palyatif bakım servisleri ve yatak sayılarında artışlar olsa da halen bu konuda tedaviye ve yardıma duyulan ihtiyaçların önemli bir kısmı karşılanamamaktadır.

Ülkemizde 2011 yılından beri Sağlık Bakanlığı aracılığı ile Evde Sağlık Hizmetleri (ESH) adı altında, ihtiyaç duyan hastalara ev ortamında sunulabilecek muayene ve manuplatif tıp hizmetleri sunulmaktadır.2015 yılında. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan yönetmelik ile evde sağlık hizmetlerinin yasal düzenlemesi yeniden yapılmıştır. İlk düzenlemede hastanelere bağlı birimlere ek olarak 81 ilin il sağlık müdürlükleri bünyesinde birimler kurulmuş, 2017 yılından itibaren ağırlıklı olarak hastane temelli yapılanma kalmıştır. Şu an için evde sağlık hizmeti sadece devlet kurumları

tarafından verilmekte ve sağlık bakanlığı kaynaklarından katkı payı olmadan karşılanmaktadır.

Ülkemizde evde sağlık hizmetleri hastanın telefon ile başvurusu üzerine verilmektedir. Bu şekilde başvuru kaydı alınan hastanın bulunduğu bölgeden sorumlu evde sağlık hizmet birimine hasta bilgileri gönderilmekte ve birimin belirli bir sürede ilk ziyareti gerçekleştirilmesi gerekmektedir. İlk ziyarette ekipte bulunan hekim hastanın ne kadar süreyle ne sıklıkta ve nasıl bir evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunu belirlemekte ve listesine almaktadır. Hizmet almasına gerek olmayanları da dosyasında belirterek programdan çıkarmaktadır.

Ülkeler arasındaki sağlık sistemlerinin ve sosyokültürel yapıların farklılığı nedeniyle evde sağlık hizmetinin sunum şekli ülkeden ülkeye farklılık gösterir (1). Bu çalışma ülkemizde gastrointestinal sistem malignitesi tanılı hastalara sunulan ESH'nin ülkemizdeki faaliyet sürecinin değerlendirilmesi amacı ile planlanmıştır.

MATERYAL ve METOD

Çalışma için Sağlık Bakanlığına müracaat edilerek 2011 yılından itibaren ülkemizde yürütülen ESH faaliyetleri ile ilgili çalışma raporları istenmiş ve çalışma ile ilgili gerekli izinler alınmıştır. 2011-2017 yılları arasında ösafagus, mide, ince barsak, kolon, rektum, karaciğer, pankreas ve safra yolu malign neoplazmi tanısı almış hastalara sunulan ESH kapsamında ulaşılan hasta, yapılan ziyaret sayıları ve hizmet sunan ekip sayıları değerlendirildi.

2011-2017 yılları arasını kapsayan toplam 7 yıllık veri Microsoft Excel, 2016 version (Microsoft Co., Menlo Park, California) yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir.

SONUÇLAR

Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar ve ortopedik hastalıklardan sonra kanser hastaları ESH'ni en sık alan 4. Grup hastalığı oluşturmaktadır. Türkiye'de 2011 yılında, toplam 593 hizmet ekibi ile başlayan ESH'inde 2017 yılına gelindiğinde ekip sayısının 662'ye yükseldiği görülmektedir. 2011 yılında toplam yapılan ziyaret sayısı 344.014 iken 2017 yılında bu rakam 10.917.965 olarak gerçekleşmiştir. 2011 yılında 7278 ziyaret kanserli hastalar için yapılmış iken 2017 yılında bu rakam 74.261 dir. Ösafagus, mide, karaciğer, kolon, pankreas, ince barsak ve safra yolu kanserli hastalara yapılan ziyaret sayısının yıllara göre dağılımı tablo-1 de gösterilmiştir. 2011 yılı baz alınarak GIS kanseri olan hastalara yapılan yıllık ziyaret artış oranları ise tablo-2 de gösterilmiştir. 2011 yılından başlayarak 7 yıl içerisinde 32.232 kolon, 26.780 mide, 9.749 karaciğer, 10.818 pankreas, 4.409 ösafagus, 3.286 safra yolu ve 2.115 ince barsak kanseri tanımlı hasta ziyareti gerçekleştirilmiştir. Toplam GIS maligniteli hasta ziyaret sayısı 7 yıl içerisinde 89.389 olarak gerçekleşmiştir. En sık ziyaret verilen kolon, mide ve pankreas kanseri tanımlı hastalardaki ve toplam GIS kanserli hastalardaki ziyaret sayılarını gösteren grafikler şekil 1-4 de gösterilmiştir.

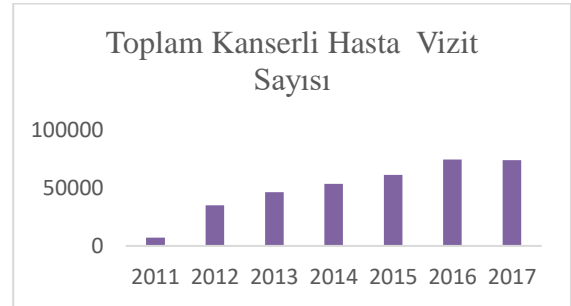
Tablo-1. Türkiyede yıllara göre evde bakım ziyaret sayıları

Yıl	Birim Sayısı	Toplam Ziyaret Sayısı	Kanserli hasta ziyaret sayısı	Ösafa gus kanseri ziyaret sayısı	Mide kanseri ziyaret sayısı	İnce barsak kanseri ziyaret sayısı	Karaciğer kanseri ziyaret sayısı	Kolon kanseri ziyaret sayısı	Pankreas kanseri ziyaret sayısı	Safra yolu kanseri ziyaret sayısı
2011	593	344.014	7.278	55	638	31	159	705	171	101
2012	628	2.300.497	35.161	329	2.760	193	1.064	3.053	1033	379
2013	685	3.839.634	46.507	516	3.548	314	1.398	4.133	1391	409
2014	711	5.463.473	53.701	777	4.207	460	1.598	4.885	1516	543
2015	721	7.199.535	61.477	954	4.652	373	1.539	5.680	1864	487
2016	716	9.688.104	74.997	897	5.713	399	2.114	6.774	2471	792
2017	662	10.917.965	74.261	881	5.262	345	1.877	7.002	2372	575

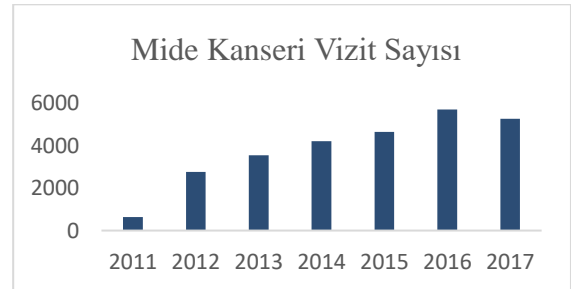
Tablo-2 Yıllık Kanserli Hastalara yapılan Ziyaret Artış Hızları

Yıl	Kanserli hasta ziyaret artışı	Ösafa gus kanseri ziyaret artışı	Mide kanseri ziyaret sayısı	İnce barsak kanseri ziyaret sayısı	Karaciğer kanseri ziyaret sayısı	Kolon kanseri ziyaret sayısı	Pankreas kanseri ziyaret sayısı	Safra yolu kanseri ziyaret sayısı
2011	-	-	-	-	-	-	-	-
2012	%569	%498	333%	523%	569%	333%	504%	275%
2013	%67	%57	29%	63%	31%	35%	35%	8%
2014	%42	%51	19%	46%	14%	18%	9%	33%
2015	%32	%23	11%	19%	4%	16%	23%	10%
2016	%35	%6	23%	7%	37%	19%	33%	63%
2017	%13	%2	8%	14%	11%	3%	4%	27%

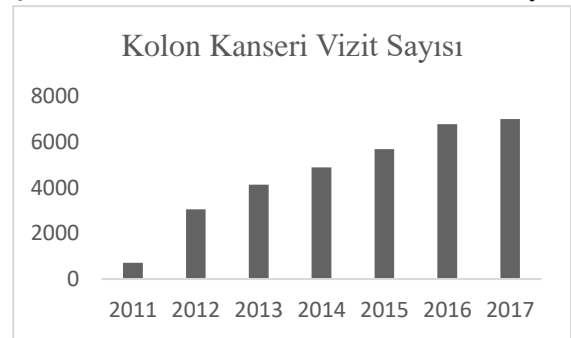
Şekil-1. Toplam kanserli hasta ziyaret sayısı

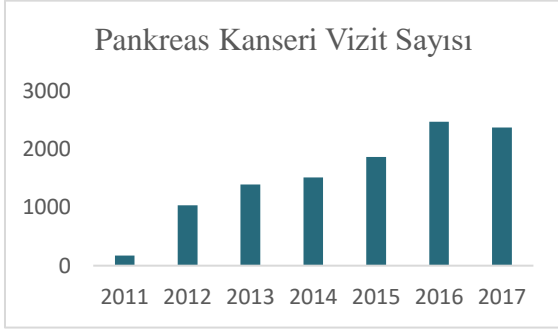


Şekil 2. Mide kanseri ziyaret sayısı



Şekil 3. Kolon kanseri ziyaret sayısı



Şekil 4. Pankreas kanseri vizit sayısı

TARTIŞMA

Tıbbi açıdan definitif tedavi şansı olmayan hastaların palyatif tedavi ve destek hizmet almaları en temel haklarından biridir. (2). Günümüzde bütün dünya da palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların önemli bir kısmı bu tedavilerini sağlık kuruluşlarında almak zorundadırlar. Palyatif bakım hizmeti sunulan servis ve yatak sayısı kısıtlı olduğundan bu tedaviler ya kliniklerde geçici olarak yatırılarak ya da polikliniklerde ayaktan hizmet tarzında verilmektedir. Bu durum hasta ve yakınlarında tatminsizlik, yorgunluk, bezginlik ve işgücü kaybına yol açarken sağlık hizmeti finansmanında da ciddi giderlere neden olmaktadır. 2000 li yıllarda bu tip sorunlarla yüzleşen sağlık camiası bu gibi hastaların sağlık kuruluşlarında bakılmasının şart olmadığını ve evlerinde de etkin bir hizmetin sunulabileceğini ortaya atmıştır. Başta Amerika BD ve batı Avrupa ülkelerinde sunulmaya başlanan ESH özellikle palyatif bakım ihtiyacı duyan hastalara sağlık hizmeti vermenin en rasyonel yollarından biri haline gelmiştir. ESH tüm dünyada hükümetlerin en çok geliştirmeye çalıştıkları sağlık politikalarından biri haline gelmiştir. Dünyada ciddi sağlık sorunları olan insanların ölümlerinin önemli bir bölümünün evlerinde gerçekleştiği görülmektedir (3). Brunley ve ark Amerikan sağlık sistemi içerisinde ESH nin maliyet etkin olduğunu ortaya koymuştur (4).

Hasta ve yakını kendi özel çevresini en rahat ve güvenli alan olarak tanımlar. Palyatif bakım ihtiyacı duyan kanser hastalarının yarısından fazlasının bu hizmetleri hastane yerine evde almayı tercih ettikleri bilinmektedir (5). Hastalar aynı hizmeti evde aldıkları zaman bu hizmeti çok daha etkin ve konforlu olarak tanımlamaktadırlar (6).

Hastane de yatarak uzun süre tedavi görmek durumunda olan palyatif bakım hastaları için en önemli sorunlar, hastane ortamının enfeksiyona açık olması, psikolojik açıdan hasta yakınları için yıpratıcı olmasıdır. Ayrıca hastanede yatışın bu hastalar için yapılan gereksiz tetkikleri arttırdığı bilinmektedir (7).

Düzenli beslenememe, kilo kaybı, kronik ağrılar, ostomi ile ilgili bakım problemleri, geçirilmiş batın cerrahisine bağlı problemler GIS malignitesi bulunan hastalarda en sık karşılaşılan kronik sorunlardır. Palliative Care Outcome Scala (PCOS) ölçümleri ile yapılan çalışmalar sonucunda palyasyon ve semptom kontrolü konusunda ESH'nin, polikliniklerde verilen hizmetlere göre daha başarılı olduğu ortaya konulmuştur (8). PCOS sonuçlarına göre en fazla iyileşme sağlanan semptom kronik ağrıdır. Bunda hastaların doğal ev ortamında olmalarının psikolojik olumlu etkisi olabilir. Nefes darlığı, uyku düzensizliği, bulantı, kusma, diyare ve konstipasyon, iştahsızlık ESH ile başarılı ve tatminkar bir şekilde tedavi edilebilen kronik semptomlar arasındadır. ESH ve poliklinik hizmeti alan palyatif tedavi ihtiyacı duyan GIS malignitesi alan hastalara uygulanan Yaşam Kalite (QOL) anketlerinde gerek fiziksel gerekse psikolojik iyilik halinin ESH alan hastalarda yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Hasta yakınlarına uygulanan ölçeklerde de benzer sonuçlarla karşılaşılmıştır. Özellikle ESH alınmaya başlanmasını takip eden ilk 30 günde, ESH alan hastaların memnuniyet derecesi, poliklinik hizmeti alan hastaların 3 katına çıkmaktadır (8). Jordoy ve ark ESH alan hastalarda en yüksek memnuniyet derecesinin yaşlı ve GIS malignitesi olan hastalar olduğunu bildirmiştir (9). Rabow ve ark nın çalışmasında ise düzenli ESH alan hastalarda Acil servis ve normal poliklinik başvuru sayılarının azaldığı ayrıca bu hastalarda ilaç kullanımının düzene girdiği ya da azalttığı ortaya konulmuştur (10). Profesyonel bir hizmete ulaşabilme imkanı hatta bu hizmetin bizzat ev ortamında verilme şekli hasta ve yakınlarında ciddi güven duygusu oluşturur. Sağlık hizmeti yanında hasta ve yakınlarının önemli bir gereksinimi de fikir danışmak, bilgi almak ve sağlık profesyonellerinin görüşlerine başvurmaktır. ESH bu ihtiyaçlara kolaylıkla karşılık verebilir (8). ESH' nin aynı ekiple hastaya hizmet vermesi, karşılıklı güven duygusunu ve ulaşılabilirliği geliştirir. Bir süre sonra ihtiyaç

duyulan destek ve hizmet, telefon aracılığı ile bile sunulabilir hale gelir. Ekipler, hasta yakınlarına basit girişimsel işlemleri öğretip ciddi zaman tasarrufu sağlayabilirler. Hasta yakınlarının ESH ekiplerinden bir diğer faydalanma şekli de hastaya ait vicdani sorumlulukların paylaşılmasıdır. Hasta yakınları, hastalarının ciddi şikayetleri olmasa da sağlık kuruluşu ile irtibat halinde olunmamasının toplumsal eleştiri ve vicdani baskı oluşturduğunu ifade etmektedirler.

ESH'nin semptom kontrolü konusundaki başarısının ortaya konması ve hasta ve yakınları tarafından memnuniyetle karşılanmasını takiben sunulan hizmetler artırılmaya ve çeşitlendirilmeye başlamıştır (11). Uygulanan model, hizmet ve amaçlar çok farklı olduğu için ideal bir model ya da ekolden bahsetmek mümkün değildir. Ülkeler kendi demografik yapıları, sağlık ve sigorta sistemleri dahilinde kendi sistemlerini geliştirmelidirler. ESH artık ciddi bir klinik hizmet alanı ve sağlık ve sosyal hizmet politikası haline gelmiştir. Gelecekte çok daha fazla önem kazanacağı açıktır. Ekipler içerisinde palyasyon ve semptom kontrolü sağlayacak yetkin uzmanların bulunması gerekir. Hizmetlerin devamlılığı ve 24 saat verilebilmesi hizmet kalitesini arttıracaktır. Ekipler üstlendikleri görevin önem ve sorumluluğunu iyi kavramalıdır. Çalışmamızda GIS malignitesi olan hastalara verilen evde bakım vizitlerinin sayılarının, malignitelerin insidansı ile doğru orantılı olduğu görülmektedir. Buna göre kolon, mide ve pankreas kanserli hastalar en çok ziyaret edilen hastalardır. ESH kapsamında ziyaret sunulan hasta sayısının yıllar içerisinde kademeli bir artış gösterdiği görülmektedir. ESH'nin bakanlık politikası haline getirilmesi, ekip sayılarının artırılarak hizmete ulaşmanın kolaylaşması ve gerek sağlık profesyonelleri, gerekse hasta ve yakınları tarafından farkındalığın artmış olması bu artışın temel sebepleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kanser hastalarına verilen ESH'nin kalitesinin, ekonomik katkısının, semptom palyasyonu açısından etkinliğinin, kaynakların etkin kullanılıp kullanılmadığının ortaya konulması için ulusal çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmalar hizmetin çok daha başarılı bir şekilde verilmesi için yol gösterici olacaktır.

REFERANSLAR

1. Steven L, Elizabeth M, Bruce L, Robert JR, Barbara AM, Rodney H, et al. The future of home health care: a strategic framework for optimizing value. *Home Health Care Manag Pract.* 2016;28(4):262–278.
2. UN General Assembly, Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948, 217 A (III), available at: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3712c.html> (accessed 13 Feb 2016).
3. World Health Organisation Executive Board. Resolution EB134.R7: strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care. 2014. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B13_4_R7-en.pdf
4. Brumley R, Enguidanos S. Findings from a multisite inhome palliative care study. *Journal of Palliative Care* 2006;22(3):199.
5. European Association for Palliative Care (EAPC). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat Care* 2009;16:278–89.
6. Ventura Mde M. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Sao Paulo Med J.* 2016;134(1):93-4. doi: 10.1590/1516-3180.20161341T2.
7. Connor SR, Bermedo MCS, eds. Global atlas of palliative care at the end of life. World Palliative Care Alliance & World Health Organisation, 2014.
8. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;6,6.CD007760. doi:10.1002/14651858.CD007760.pub2.
9. Fredheim OMS, Kaasa S, Fayers P, Saltnes T, Jordhøy M, Borchgrevink PC. Chronic non-malignant pain patients report as poor health-related quality of life as palliative cancer patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2008;52(1):143–8.
10. Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, McPhee SJ. The Comprehensive Care Team: a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Archives of Internal Medicine* 2004;164(1):83–91.
11. Centeno C, Lynch T, Donea O, et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013. Full Edition. Milan: EAPC Press; 2013.