



1. AMAÇ:

Bu prosedürün amacı, yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek üzere yaşam kalitesini geliştirmeye yönelik faaliyetleri düzenlemektir.

2. KAPSAM: Palyatif bakım kliniğinde çalışanları ve bölümünden hizmet alanları kapsar.

3. KISALTMALAR:

NRS 2002: Nutrisyonel Risk Skoru

ALS: Amyotrofik Lateral Skleroz

MS: Multipl Skleroz

CVO : Serebrovasküler Olay

NIV: Noninvaziv Mekanik Ventilasyon

PEG: Perkutan Endoskopik Gastronomi

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

4. TANIMLAR:

Palyatif Bakım Nedir: Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hastada ağrının ve yandaş sorunların erken ve kapsamlı tanımlanarak önlenmesi azaltılması, fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesinin artırılmasının amaçlandığı bir yaklaşımdır. Aynı zamanda hasta ailesinin de hastalık ve yas sürecinde duygusal ve manevi olarak desteklenmesini içerir.

5. SORUMLULAR:

Palyatif Klinik Sorumlu Hekimi, Palyatif Klinik Sorumlu Hemşiresi, Palyatif Klinik Hemşireleri, Palyatif Destek Hizmetleri Personeli, Palyatif Bakım Ekibi

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. HASTA KABULÜ

6.1.1. Hizmet Verilecek Hasta Grubu

- Terminal dönem kanser hastaları
- Terminal dönem olmasa dahi kronik ağrısı olan kanser hastaları
- Beslenme yetersizliği olan hastalar
- Evinde ya da hastanede NIV kullanan, akut problemi olmayan KOAH hastaları
- Nörolojik hastalıklar (demans, post resusstasyon ve CVO ya bağlı kronik bakım hastaları)



- ALS,MS,Parkinson ve diğer nöromusküler hastalığı olan bakım hastaları
- Bilinci açık quadriplejik trakeostomili ya da değil bakım hastaları
- Protein enerji alımı çeşitli nedenlerle malnutrisyonda olan hastalarTrakeostomisi ya da PEGi değişecek ya da kapatılacak hastalar
- Basınç yarası açılmış hastalar

6.1.2. İlk Değerlendirme

Klinik sorumlu hekimi tarafından, yatışı yapılacak hastaya ait tüm epikriz, rapor ve yakın tarihli rutin kan sonuçları değerlendirilir. Hekim tarafından ilk yatışta ve yatışı takiben ihtiyaç durumunda Palyatif bakım hastalarının yaşam sonuna yaklaşma durumunu belirlemek için **ECOG Performans Ölçeği** kullanılır. **Palyatif Bakım Politikamız** doğrultusunda hasta yakını ile görüşme gerçekleştirilir ve **Palyatif Bakım Hasta /Hasta Yakını ilk Görüşme Kayıt Formu** doldurulur. Yatışına karar verilen hastalar, aile ve bakım hizmetine katılacak kişiler, bakım sürecinin potansiyel risk ve faydaları hakkında bilgilendirilir. Hastanın kendisine ve ya kanuni temsilcilerine **Palyatif Bakım Servisi Bilgilendirme Ve Rıza Belgesi** imzalatılarak üniteye yatışı sağlanır.

6.1.3. Evden Hasta Kabulü

Evde Bakım Koordinasyon Merkezi aracılığı ile hastanemize bildirilen, ünitemizi yazılı ve görsel basın üzerinden takip ederek hastanemize ulaşan, daha önce kliniğimizde tedavi olmuş ve taburculuğu gerçekleştirilen hasta grupları içerisinde ilk değerlendirme yapılarak üniteye yatışı sağlanır.

6.1.4. Sağlık Kuruluşlarından Hasta Kabulü

Yatışı yapılacak olan hastanın yatak uygunluğunun sorumlu hekim tarafından bildirilmesini takiben 112 Hastane Koordinasyon Merkezi aracılığıyla ünitemize kabulü sağlanmaktadır.

6.1.5. Bakımevi vb. Kuruluşlardan Hasta Kabulü

Bakımevi vb. Kuruluşlardan hastanemizin acil servisine başvuran ve palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların kabulü yapılmaktadır.

6.1.6. Klinikten Hasta Kabulü

Hastanemiz Yoğun bakım ve diğer kliniklerde yatan hastayı takip eden hekimin önerisi üzerine palyatif bakım sorumlu hekimi tarafından ilk değerlendirme yapılarak hastanın üniteye transferi sağlanır.

	T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Avcılar Murat Kökük Devlet Hastanesi Palyatif Bakım İşleyiş Prosedürü	Doküman Kodu	PB.PR.01
		Yayın Tarihi	24.06.2021
		Revizyon No	01
		Revizyon Tarihi	28.02.2022
		Sayfa No/Sayısı	3 13

6.2. HASTANIN BAKIM SÜREÇLERİ

Hastanın bakım ihtiyaçlarının tespitini takiben palyatif ekibi tarafından bütüncül bir yaklaşımla farmakolojik ve nonfarmakolojik işlemlerin uygulanmasını kapsar.

6.2.1. Hastanın Bakım İhtiyaçlarının Tespiti

Hastanın yatışını takiben klinik hemşireleri tarafından **Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği** ile hastanın bakım ihtiyaçları tespit edilir. **Hasta Bakımına Yönelik Süreçler Prosedürü** izlenerek hemşirelik bakım planı hazırlanır. Özellikle hastaların bakım ihtiyaçlarına yönelik uygulamalarda **Özellikli Hasta Klinik Bakım Prosedürü**'ne uygun olarak işlem gerçekleştirilir.

6.2.2. Semptomatik Tedavi Protokolleri

Palyatif bakımdaki temel hedef hasta ve ailesinin acı çekme sürecini iyi yönetmektir. Hasta ve aile merkezli bir bakım uygulanmalı, tedavi kültür, inanç, ırk, dil, din, etnik farklılıklarına, beklentilerine, yaşa ve eğitim düzeylerine göre planlanmalı, bakımın sürekliliği ve adil erişim sağlanmalıdır.

Bulantı-kusma, Beslenme bozukluğu: Bulantı-kusma hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Hastalığın kendisinden, kemoterapiden ya da opioidlerden kaynaklanabilir. Tedavide farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanılır. Hastanın yutma güçlüğü yoksa zorlamadan sevdiği yiyeceklerin az miktarlarda sunulması bulantı-kusmayı engellemeye yardımcı yöntemlerdendir.

Bulantı kusması olan hastalarda yapılan bakım uygulamaları;

- Bulantı ve kusmanın şekli ve oluş biçimi açısından hastayı tanılamak,
- Çıkarılan miktarı, içerik, renk açısından değerlendirerek kaydetmek,
- Dehidratasyon belirtileri açısından hastayı gözlemlemek,
- Antiemetik ilaçlardan en az yarım saat önce vermek,
- Ağız bakımının sık verilmesini, protez varsa tedavi sırasında çıkartılmasını sağlamak,
- Bulantı ve kusma sırasında ağızdan nefes almanın faydalarını anlatmak,
- Vücut ağırlığı, aldığı çıkardığı sıvı miktarını değerlendirmek,
- Fiziksel çevrenin temiz ve kokusuz, hasta giysilerinin rahat olmasına özen göstermek
- Öğünlerin azar azar sık sık alınmasını ve iyice çiğnenmesini önermek,
- Öğünlerde sıvı alımından kaçınılmasını önermek,
- Yemekten sonra dinlenmesi ve yavaş aktiviteler yapmasını önermek

	T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Avcılar Murat Kölek Devlet Hastanesi Palyatif Bakımı İşleyiş Prosedürü	Doküman Kodu	PB.PR.01
		Yayın Tarihi	24.06.2021
		Revizyon No	01
		Revizyon Tarihi	28.02.2022
		Sayfa No/Sayısı	4 13

Dehidratasyon, Ağız kuruluğu: Hastalar dehidrate ise parenteral sıvı uygulaması ilk tercih edilen yöntem değildir. Erken dönemde bulantı-kusma nedeniyle oral alım yetersiz ve ciddi bir dehidratasyon varsa ve bu durum böbrek yetmezliği, ilaç toksisitesi gibi nedenlerle hastanın diğer semptomlarını artırıyorsa (deliryum, somnolens vs) kısa süreli parenteral sıvı replasmanı yapılabilir. Sık aralıkla oral su verilmesi ve mukoza nemlendiricilerinin kullanılması ağız kuruluğunun giderilmesinde yardımcı yöntemlerdendir.

Konstipasyon: Organik bir neden söz konusu değilse semptomatik tedavi uygulanır. Lifli gıda alımı, ılık su içme önerisi, uygun pozisyon verme teknikleri uygulanır.

Ödem ve Dolaşım Bozukluğu: Daha çok invaziv girişim bölgelerinde, alt ekstremitelerde ve sakral bölgede oluşur. Ödemli bölgede deri bütünlüğü kolay bozulacağından cilt bakımına önem verilir. Ödemli bölge yüksekte tutulmalıdır. Fizyoterapi uygulamaları, kompresyon çorapları, ekstremitte elevasyonu, pozisyon değişiklikleri ödemin azaltılmasında uygulanan yardımcı tekniklerdir.

Halsizlik, yorgunluk: Yaşamın sonuna yaklaşan hastalarda görülen en rahatsız edici belirtilerden biride güçsüzlük ve yorgunluktur. Kanser ve diğer kronik hastalıklarda ortaya çıkan bu belirtinin nedeni, doku oksijenlenmesinin azalmasıdır. Güçsüzlüğün ve yorgunluğun fiziksel nedeni ağrı, enfeksiyonlar ve uykusuzluktur. Psikolojik nedeni ise anksiyete ve depresyondur. Bu hastaların dinlenmesi sağlanmalı, temel ihtiyaçlarının giderilmesine yardımcı olunmalıdır. Egzersiz, psikolojik destek, uğraş tedavisi yararlı olabilir.

Oryantasyon bozukluğu, deliryum,: Kendi başına bir hastalık değil, farklı nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan akut bilinç bulanıklığı, dikkat, yönelim ve duygu durum değişiklikleri belirtilerinin gözlemlendiği klinik bir bozukluktur. Hastanın uyumunun sağlanması için tek başına kalmaması, mümkünse kontrollü olarak hareketli tutulması, ancak kendine ya da çevreye zarar verme riski varsa uygun şekilde hareket kısıtlaması yapılması önerilir. Hasta sessiz, aydınlık bir odada bulunmalı, geceleri odanın ışığı tam karanlık değil loş olmalıdır. Hasta ailesinin eğitimi, yeterli sıvı ve beslenmenin sağlanması, hastayı yüzleştirmeden, zorlayıcı olmadan yer, kişi, zaman bilgilerini hatırlatmak, hastanın gün ışığından yararlandırılması; gürültünün azaltılması, tanıdığı bir refakatçisinin olması sağlanmalıdır. Davranışsal semptomlar kontrol altına alınamadığında ilaç tedavisine başlamak gerekir. Metabolik sorunlar, sıvı dengesizlikleri düzeltilmeli, enfeksiyon, hipoksi giderilmeli, opioid dozları yeniden titre edilmelidir.



6.3.3. Ağrı Takibi: Ağrı tedavi edilebilen bir semptomdur. Sağlık bakım ekibinin ağrı ile ilgili sorgulamaların da, ağrının iyi bir şekilde tanımlanması, etkili bir ağrı kontrolü için ekibin gerekli yardımı sağlayabilmesi açısından oldukça önemlidir. Palyatif bakımda ağrı klinik hemşireleri tarafından **Ağrı Değerlendirme ve Takip Prosedürü'ne** uygun olarak değerlendirilir ve uygulamalar **Ağrı Değerlendirme ve Takip Formu**'na kaydedilerek uygun hemşirelik bakım planı hazırlanır. Hastanın ağrı tedavisinde hekim önerisi doğrultusunda farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler uygulanır.

Ağrının tedavisi: Dünya Sağlık Örgütü, ağrının farmakolojik tedavisinde, basamak tedavi sistemini önermektedir. İlaçlar ağrı oldukça değil, ağrının oluşmasını önleyecek şekilde düzenli aralıklarla kullanılmalıdır. Ağrının kontrolünde farmakolojik yöntemlere ek olarak non farmakolojik yöntemler de kullanılmalıdır.

Non-farmakolojik yöntemler;

- ✓ *Periferik teknikler;* Masaj, sıcak-soğuk uygulama, , vibrasyon, terapötik dokunma
- ✓ *Kognitif davranışsal yöntemler;* Gevşeme, dikkati başka yöne çekme, müzik terapi, yavaş ve ritmik solunum, bilişsel stratejiler
- ✓ *Diğer yöntemler;* Plasebo

6.2.4. Mobilizasyon: Temel amaç hastaların hareketsizlikten dolayı kas iskelet sistemine ilişkin fonksiyon kayıpları ve deformitelerin oluşmasını önlemek, solunum fonksiyonunu geliştirmek, fonksiyonel bağımsızlığını artırmak, psikolojik iyiliğini artırmaktır. Hastanın mobilizasyona uygunluğu hekim tarafından değerlendirilir ve karar verilir. İşlem öncesi hastanın bilinç düzeyi, görme ve işitme durumu, harekete katılma yeterliliği ve istekliliği değerlendirilmelidir. Hastayı hareket ettirmeden önce varsa IV kanülü ve sıvısı, foley kateteri, beslenme sondası, cerrahi dren ve tüplerine yönelik gerekli önlemler alınmalıdır. İhtiyaç halinde yardımcı araç gereçler (yürüteç, tekerlekli sandalye vb.) hazırlanmalıdır. Yapılacak tüm işlemlerden önce hasta bilgilendirilmeli, izni alınmalı, iş birliği sağlanmalı ve hareket ettirme işlemleri sırasında hastanın mahremiyeti korunmalıdır.

6.2.5. Beslenme ve Sıvı Alımı: Beslenmenin değerlendirilmesi ve desteklenmesi Palyatif Tedavinin önemli unsurlarından birisidir. Palyatif Kliniğine kabul edilen hastalarda nutrisyon durumu, **Nütrisyonel Destek İhtiyacını Belirleme Karşılama ve İzleme Prosedürü** doğrultusunda **Hasta Nütrisyonel Risk Skoru Değerlendirme (NRS 2002) Formu** ile değerlendirilir. Riskli bulunan hastaların beslenme planı klinik hekimi ve Nutrisyon destek ekibinin önerileri doğrultusunda hazırlanır. Hastanın durumuna uygun kalorigen oral, enteral ve parenteral beslenme yöntemleri belirlenir.

	T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Avcılar Murat Kökük Devlet Hastanesi Palyatif Bakımı İşleyiş Prosedürü	Doküman Kodu	PB.PR.01
		Yayın Tarihi	24.06.2021
		Revizyon No	01
		Revizyon Tarihi	28.02.2022
		Sayfa No/Sayısı	6 13

6.2.5.1. Sıvı Gereksinmesi

Genel kural günlük aldığı-çıkarıldığı sıvı takibinin gerektiği gibi yakından yapılması ve kayıpların hesaplanmasıdır. Bu konuda vital bulgular, fizik muayene bulguları ve akciğer grafisi volüm durumunu değerlendirmede önem taşır. Sıvı replasmanı yapılması gerektiğinde sıvıların özellikleri ve verilme şekilleri dikkate alınarak sıvı yüklenmesi belirti ve bulguları dikkatle izlenmelidir.

6.2.6. Enteral Beslenme Protokolü

Günlük protein, kalori ve sıvı gereksinimleri ile diğer destek maddelerinin gastrointestinal yoldan verilmesidir. Kliniğimizde uygulamalar **Nütrisyonel Destek İhtiyacını Belirleme Karşılama ve İzleme Prosedürü** doğrultusunda yapılmaktadır.

6.2.6.1. Enteral Beslenme Endikasyonları

- GİS Hastalıkları (Gİ Fistüller Kısa Barsak Sendromu Kistik Fibrozis),
- Organ Yetmezliği (KC yetmezliği, Böbrek yetmezliği),
- Preoperatif Hazırlık,
- Postoperatif Dönem,
- Nörolojik-Psikiyatrik Hastalıklar(Kafa travmaları, Koma, Ağır depresyon, Anoneksiya nevroza, Beyin lezyonları, Yutma güçlüğü, Müsküler distrofi, Mental retardasyon),
- Faringo-Özofajiyal Hastalıklar,
- Gereksinimin karşılanamadığı durum ve hastalıklarda enteral beslenme hastanın durumuna göre tercih edilebilir.

Enteral beslenme desteğine aşağıdaki durum ve/veya durumların varlığında geçilir.

- Orta veya ağır malnütrisyon durumunda
- Yedi gün veya daha uzun açlık durumunda
- 3 gün içinde ağızdan beslenmeye geçmesi beklenmeyen tüm hastalarda

6.2.6.2. Kontraendikasyonları

- Mekanik intestinal obstrüksiyon,
- Paralitik İleus, Peritonit,
- İnatçı Kusmalar, Şiddetli Diyare,
- Yüksek Debili proksimal Enterokütanoz fistüller, Aktif Gastrointestinal kanama ve şok,
- Hipomotilite (Psödoobstrüksiyon), varlığında enteral beslenme tercih edilmez, parenteral beslenme yöntemlerine geçilir.

	T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi Palyatif Bakımı İşleyiş Prosedürü	Doküman Kodu	PB.PR.01
		Yayın Tarihi	24.06.2021
		Revizyon No	01
		Revizyon Tarihi	28.02.2022
		Sayfa No/Sayısı	7 13

6.2.6.3. Enteral Beslenme Yöntemleri

Ağız yoluyla enteral beslenme: Zenginleştirilmiş normal gıda, Sıvılaştırılmış normal gıda, Lezzetlendirilmiş elementer gıda.

Tüpü enteral beslenme:Nazogastrik ,Nazoduodenal,Nazojejunal

Jejunostomik enteral beslenme:Operatif jejunostomi, Gastrostomik jejunal beslenme

Gastrostomik enteral beslenme:Operatif gastrostomi,Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG)

6.2.7. Opioid Uygulama Protokolü

Dünya Sağlık Örgütü, ağrının farmakolojik tedavisinde, basamak tedavi sistemini önermektedir. Kanser ağrısı, sistemik analjeziklerin uygun yoldan, uygun dozda ve uygun zaman aralıklarıyla verilmesi ile başarıyla tedavi edilebilir. İlaçlar ağrı oldukça değil, ağrının oluşmasını önleyecek şekilde düzenli aralıklarla kullanılmalıdır. Ağrının ilaçlarla kontrol altına alınamadığı durumlarda, girişimsel tedaviler yarar sağlayabilir.

DSÖ Tarafından Önerilen Ağrı Tedavisi- Analjezik Merdiven Protokolü		
Basamak 1*	Basamak 2*	Basamak 3
Nonopoid ±	Zayıf opioid + nonopoid ± adjuvan	Güçlü opioid + nonopoid ± adjuvan
*Ağrı Sürüyor/Artıyor		

6.2.7.1. Tedavi İlkeleri

- Oral ilaç alımı, kontrendike olmadığı sürece öncelikli seçim olmalıdır.
- Tedaviye nonopoid ilaçlarla başlanmalı ve dozu optimum düzeyde tutulmalıdır. Gerekli olduğunda adjuvanlar eklenmelidir.
- Non opioid ile ağrının giderilmesinde yetersiz kalınıyorsa bunlara zayıf opioidler, gerektiğinde adjuvanlar eklenmelidir.
- Zayıf opioidlerle ağrı tedavisinde yetersiz kalınıyorsa kuvvetli opioidlere geçilir, gerekli ise tedaviye nonopoidler ve/veya adjuvanlar eklenir.
- İlaç dozları ve ilaç alma aralıkları hastanın ağrı yakınmaları ile ilgili verdiği bilgiler doğrultusunda planlanmalıdır.
- Tedavi planlaması, basamak tedavisinin hangi basamağından başlanacağı, hastanın daha önce aldığı ilaçlara göre belirlenmelidir.

	T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi Palyatif Bakım İşleyiş Prosedürü	Doküman Kodu	PB.PR.01
		Yayın Tarihi	24.06.2021
		Revizyon No	01
		Revizyon Tarihi	28.02.2022
		Sayfa No/Sayısı	8 13

6.2.8. Rehabilitasyon süreci

Palyatif bakım hastaları hastalık progresyonu ile birlikte yüksek düzeyde fonksiyon kaybı, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ve mobilite yetersizliği yaşarlar. Rehabilitasyon, hastaların genel olarak fonksiyonel durumunu, ağrısını, anksiyetesini ve yaşam kalitesini iyileştirirken ailelerin ve bakıcıların bakım yükünü de azaltır. Kliniğimizde hastaların rehabilitasyon sürecinde Fizyoterapistler görev almaktadır. Palyatif Yönetim Ekibinin bir parçası olan fizyoterapistler günlük hasta vizitlerinde hekim tarafından ihtiyacı belirlenen hastaya rehabilitasyon programı uygular.

6.2.9.Özellikli Bakım Uygulamaları (Bası yarası, PEG bakımı, trakeostomi bakımı vb)

6.2.9.1. Bası Ülserleri (Dekubit ülseri): Bası ülserlerinin önlenmesi temel amaç olmalıdır. Bunun için havalı yatak, sürtünmeyi önleyici ekipman, pamuklu örtü ve giysiler kullanılmalı(perine bakımı ve temizliği yapılmalı, sık pozisyon değişikliği, mobilizasyon sağlanmalı, cilt temiz ve kuru tutulmalı, doku ile uyumlu yağ ve kremlerle masaj yapılmalı, enfekte olma olasılığı yüksek bölgelerde bariyer kremler kullanılmalıdır. Hastaların bası ülseri takibi **Bası Yaralarını Değerlendirme ve Önleme Prosedürü** doğrultusunda **Bası Yarası ve İzlem ve Takip Formu** ile yapılarak kayıt altına alınır ve girişimler planlanır.

6.2.9.2. PEG bakımı: **İlk bir hafta** her gün pansuman yapılır, cilt temizlenip y kompres ile kapatılır.

İlk haftadan sonra: 2-3 günde bir pansuman yapılır, antiseptikle cilt temizlenip y kompres ile kapatılır. Temizlikte kullanılan kompresler steril olmalıdır, cilde temas edecek yüzeye dokunulmamalıdır. Haftada 2-3 defa cilt temizlendikten sonra hekim tarafından önerilen antibiyotikli bir merhem, kateterin cilde temas ettiği yere sürülmelidir. İlk haftadan sonra yara çevresi istenirse sabunlu su ile de temizlenebilir. PEG kateteri takıldıktan 4-6 saat herhangi bir şey verilmez 4 saatten sonra 25 ml su verilmeli, kateterde kaçak yoksa beslenmeye geçilmelidir. Sızıntı yoksa ve izleyen hekimi bir öneride bulunmamışsa saatte 25 mL mama ya da yemek verilerek beslenmeye başlanır. Mama/yemek miktarı önerilen günlük besin ihtiyacı karşılanana kadar her 4 saatte bir 25 ml. artırılır.

6.2.9.3. Trakeostomi bakımı: Trakeostomi dış kanülü, sadece gerekli olduğunda değiştirilmeli ve değiştirilirken temiz önlük giyilmeli, aseptik teknik kullanılmalıdır. Takılan trakeostomi kanülü steril veya dezenfekte edilmiş olmalıdır. Trakeostomi kanülü çevresine antimikrobiyal topikal pomad kullanılmamalıdır.



6.2.9. Terminal Dönem Bakım Kararları: Hekim tarafından ilk yatışta ve yatışı takiben ihtiyaç durumunda, hastalarının yaşam sonuna yaklaşma durumunun belirlenmesinde **ECOG Performans Ölçeği** kullanılır. Yapılan değerlendirme ve hastanın genel durumunda meydana gelen değişikliklere göre terminal dönem kararı hekim tarafından verilir ve tedavi planı yeniden düzenlenir. Huzurlu bir ortam oluşturulmaya çalışılır. Hastaya uygun pozisyon verilmesi sağlanır. Ailenin bir araya toplanmasına, vedalaşma ve kültürel törenlere izin verilir.

6.2.10. Kayıp ve Yas Süreci: Kliniğimizde hastanın kaybı sonrası ailenin kayıp ve keder sürecini yaşamasına olanak sağlayan çok amaçlı salonumuz bulunmaktadır. Palyatif bakım ekibimiz tarafından kayıp ve yas süreci yaşayan bireylere yönelik psikososyal yaklaşım sergilenmekte ve aşağıdaki müdahalelerde bulunmaktadır.

- Yasin ortamında yaşanmasına izin verilir.
- Bireyin kaybının farkına varması, yasını ifade etmesi için özel bir ortam ve mahremiyet sağlanır.
- Bireyin dinine ve kültürüne ait yas ritüelleri desteklenir.
- Yas tutan kişinin şiddetli duygularını hıçkırarak ağlama ve ağıt yakma gibi ifade etme biçimlerine hoşgörü gösterilir.
- Kayıp hakkında konuşmanın ve duyguları ifade etmenin sadece kabul edilir değil, aynı zamanda tercih edilebilir bir davranış olduğu düşüncesiyle zorlayıcı tavırlardan uzak durulur.

6.3. MULTİDİSİPLİNER EKİP YAKLAŞIMI VE ROLLERİ

Sorunlardaki çeşitlilik nedeniyle palyatif bakım, farklı disiplinler arası iletişim ve koordinasyon, dolayısıyla iyi bir ekip çalışması gerektirir. Bu ekipte ilgili klinisyen hekimler, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapi teknikeri, diyetisyen ve gereğinde din görevlisi yer alır.

6.3.1. Hekim: Palyatif bakım hastalığının tanısı ile başlamaktadır. Palyatif bakım hekimi bu hastaların tedavi süreçlerinin büyük kısmında, hastalar ile birlikte dirler. Hekimlerin birinci görevi, Hastalara uygulanan semptomatik tedavi ile hastanın yaşam kalitesini arttırmak ağrı kontrolünü sağlamaktır. İkincisi ise organizasyon yapma sorumluluğudur. Palyatif bakım desteği pek çok farklı alanda gerekebilmektedir. Her biri ayrı uzmanlık gerektiren bu sorunları tek başına yönetmesi de mümkün değildir. Bu yüzden, palyatif bakım, konularında uzman kişilerin oluşturduğu bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Burada hekimlere düşen en önemli görev, hasta ve ailesinin yaşadığı sorunlar için farkındalık oluşturmak ve ekip işbirliğinde sorunların çözümünü sağlamaktır.

6.3.2. Hemşire: Genel olarak hasta ile büyük oranda iletişimde olan palyatif bakım ekip üyesidir. Palyatif bakım kliniğinde hastaya fiziksel bakım ve emosyonel destek sağlama, semptom yönetimi, hasta ve aile

	T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Avcılar Murat Kölek Devlet Hastanesi Palyatif Bakım İşleyiş Prosedürü	Doküman Kodu	PB.PR.01
		Yayın Tarihi	24.06.2021
		Revizyon No	01
		Revizyon Tarihi	28.02.2022
		Sayfa No/Sayısı	10 13

eğitimi konularında görev alırlar. Palyatif bakım ekibi içerisinde hemşireler direkt bakım verici, bakımı koordine edici, eğitici ve danışman rolleri üstlenir. Hastanemiz Palyatif Bakım Kliniğinde klinik tarafından kabul edilmiş Nanda Hemşirelik Tanıları ve Bakım Planları kullanılmaktadır. Bakım planları hazırlanırken hastanın inançları, değerleri ve kültürü bakım sürecine yansıtılır. Bakımın hastanın tercihlerine uygun olarak sağlanamadığı durumlarda, hasta, ailesi ve bakım verenlerle birlikte alternatif bakım planı oluşturulur.

6.3.3. Sosyal hizmet uzmanı: Sosyal hizmet; tedavi sürecinin sonuna gelmiş ve yaşamın sonuna yaklaşan hastalara ve ailelerine yönelik sunulan palyatif hizmetlerde disiplinler arası çalışmada yeri olan geniş kapsamlı bir disiplindir. Sosyal hizmet uzmanı hastalar ve aileleri için mevcut hizmetlerin koordine edilmesinde görev alır ve onlara yararlanabilecekleri toplumsal kaynaklar hakkında rehberlik eder. Hasta ile ilgili bilgiler yatışı süresince hekimin ve sosyal hizmet uzmanının gerekli gördüğü ihtiyaç durumlarında ve taburculuğa hazırlık aşamasında değerlendirir.

6.3.4. Diyetisyen: Palyatif tedavi uygulanan hastanın beslenme şekli ve süresine, hekim ve diyetisyen tarafından, hasta ve hasta yakınlarının da görüşleri göz önünde bulundurarak planlanır. Malnutrisyon derecesine göre nutrisyonel gereksinimlerini hesaplar, destek sürecini izler, sonuçlarını gözler ve geçiş beslenmelerini planlar. Genel sağlıklı beslenme ilkeleri konusunda ve gerekiyorsa oral beslenme destek ürünlerinin kullanımı ve intoleransının tanınması konularında hastayı ve yakınlarını bilgilendirir. Önerilerini Sorumlu hemşireyle beraber **Nütrisyonel Risk Skoru (Nrs-2002) Değerlendirme Formu** 'na kayıt eder.

6.3.5. Fizyoterapist: Palyatif rehabilitasyonda hedef hastanın konforunu sağlayarak hastanın fonksiyonel kapasitesini optimize etmek, hasta ve ailenin gereksinimlerine karşı yeterince esnek olma ve rehabilitasyonla hastalığa uyumu sağlamaktır. Palyatif rehabilitasyon programları arasında, hastanın değerlendirilmesi, hasta ve aile eğitimi, hasta tolerasyonuna göre egzersiz programı, ağrı ve diğer semptomların yönetimi, fiziksel eğitim, destekleyici araç kullanımı, ev ve çevre organizasyonu, günlük yaşama adaptasyon, psikososyal destek tedavileri yer almaktadır. Palyatif bakımda Fizik Tedavi Teknikeri hasta ziyaretlerine katılarak hekimin uygun gördüğü ve ihtiyaç duyulan hastalarda fiziksel rehabilitasyonu planlar ve uygulamalarını **Fizyoterapi Yatan Hasta Takip Formu**'na kayıt eder.

6.3.6. Psikolog: Palyatif bakımda psikolojik desteğin amacı hasta ve hasta yakınlarının duygusal boşalımını sağlamak, sıkıntı verici düşüncelerle beden belirtileri arasındaki ilişkinin fark edilmesini sağlamaya çalışmak, hastanın kendini daha iyi anlamasına yardımcı olmak, problem çözme becerilerini geliştirmeye destek olmak, stres ve sıkıntı verici olaylar karşısında sağlıklı tepkiler verilmesini desteklemek, hem hastayı hem de hasta yakınlarını sürece hazırlamaktır. Kliniğimizde psikolojik desteğe ihtiyacı tespit edilen hastalar için hekim tarafından SBYS üzerinden psikolog

	T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Avcılar Murat Kökük Devlet Hastanesi Palyatif Bakım İşleyiş Prosedürü	Doküman Kodu	PB.PR.01
		Yayın Tarihi	24.06.2021
		Revizyon No	01
		Revizyon Tarihi	28.02.2022
		Sayfa No/Sayısı	11 13

konsültasyonu istenerek süreç başlatır. Psikolog tarafından konsülte edilen hastalara ilişkin öneriler sistem üzerinden kayıt edilir.

6.4. SEVK KRİTERLERİ VE SÜREÇLERİ

Hasta sevk süreçleri, Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönergesi doğrultusunda gerçekleştirilir. Palyatif bakım birimi hekimi, hastanın istememesi, kapsamlı değerlendirme ve müdahale gerektiren durumların ortaya çıkması veya benzeri nedenlerle hastanın başka bir merkeze sevk gerektiğinde en yakın merkezle irtibata geçerek tetkik, tahlil ve idame tedavisinin düzenlenmesi için gerekli sevk ve yönlendirmeleri yapar.

Uygun koşulların sağlanmasını takiben detaylı epikriz yazılarak, ilgili sağlık kuruluşuna, aile hekimine ve ya evde sağlık birimlerine telefonla bilgilendirme yapılarak devredilir. Epikrizde; hastanın idame tedavisine ilişkin ayrıntılar, tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek sorunlar, kontrol gerektiren durumlar, önerilen kontrol tarihi, yapılması gereken tetkik ve tahliller ile benzeri bilgiler ayrıntılı bir şekilde yer alır. Merkezden aile hekimi veya evde sağlık birimine devredilmesine karar verilen hastanın sevk koordinasyonunun Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi aracılığı ile yapılması gerekir. Hastaların yönetiminde palyatif bakım merkezi sorumlu hekiminin vereceği kararlar esastır.

6.5. TABURCULUK KRİTERLERİ VE SÜREÇLERİ

Taburculuk planlanmasının amacı; sürekli bakım için bir çerçeve oluşturmak ve hastanın bir ortamdan daha uygun bir ortama geçişini kolaylaştırmaktır. Taburculuk multidisipliner bir süreçtir ve sürdürülmesi tüm ekibin ortak ve açık iletişimine bağlıdır. Taburculuk planlanmasında; hasta ve ailesinin tüm kararlara katılımı konusunda bilgilendirilmesi gereklidir.

6.5.1. Taburculuk Kriterleri

- Hastanın semptomları kontrol altına alındı ise (dispne, hemoptizi, malnutrisyon gibi)
- Akut medikal problem çözüldü ise (örn: geriatrik hasta deliryum tablosundan çıktı ise, malignite hastasının hiperkalsemisi tedavi edildi ise vb.)
- Hastaya ancak hastanede uygulanabilecek medikal girişimler komplikasyonsuz bir şekilde yapıldı ise örneğin: trakestomi vb.
- Hasta ve yakını taburcu olmayı talep ediyor ise, hastanın taburculuğu planlanır.
- Hasta yakınlarına gerekli eğitimleri ilk yatıştan taburcu tarihine kadar (kişisel bakım eğitimi, katater bakımı, aspirasyon eğitimi, perine bakımı, vb.) **YAP-İZLE-ÖĞRET-YAP** ilkesine göre planlanarak uygulamalı olarak verilir. Hasta taburculuğa hazırlanır.
- Hasta, epikriz ve bakım direktifleriyle beraber Aile Hekimi ve/ veya Evde Bakım Birimine yönlendirilir.



- Ev ve bakım koşullarının hasta için uygun olup olmadığının değerlendirilir.
- Evde bakım imkânı olmayan hastalar için (kimsesiz, evsiz, sosyal desteği olmayan vb) bakımevi gibi birimlere yönlendirilerek bakımlarının devamının sağlanması uygundur.

6.6. HASTA TRANSFERİ

Hastanın hastane içine ve hastane dışına yapılan tüm transfer işlemleri **“Güvenli Hasta Transferi Talimatı”** na göre yapılır.

6.7. BAKIMIN SÜREKLİLİĞİ (TABURCULUK SONRASI BAKIM)

Hastanın taburculuk sonrası bakımının sürekliliğini sağlamak için yatışı boyunca eğitim verilerek taburculuğa hazırlanır. Palyatif bakım hasta ve hasta yakınının evde bakıma hazırlık eğitimi sürecinde;

- Hastaların bireysel bakım eğitimleri günlük bir plan dâhilinde gerçekleştirilir,
- Yatıştan bir gün sonra tüm eğitimler uygulamalı olarak hastanın bakımını gerçekleştirecek bireye hemşiresi tarafından gösterilir. Daha sonraki ilk bir haftalık süreçte bakım verenin; bakıma uyum süreci gözlemlenir, eksik görülen eğitimler tekrarlanır.
- Eğitime katılan hasta ve yakınına verilen eğitimin etkinliğini ölçmek için hasta belirli aralıklarla değerlendirilmeye tabi tutulur.
- Verilen eğitimler HBYS web ortamında bulunan **“Hasta Eğitim Formuna”** kaydedilir.

6.8. BAKIMIN SONLANDIRILMASI

Palyatif bakım hizmeti aşağıdaki hallerde sonlandırılır:

- Tıbbi müdahalenin yararsız olduğu,
- Hastanın yaşam kalitesine minimum katkı ya da çok az tıbbi fayda sağladığı,
- Hastanın beklentilerine cevap verme olasılığı ve kabul edilebilir yaşam şansı tanımadığını düşünülen tedavi ya da uygulamaların olması halinde;

Hizmetin faydası sorumlu uzman hekim tarafından sorgulanır, hastanın kendisi ve kanuni temsilcileri ile görüşülerek bakım ve ölüm yeri tercihleri değerlendirilir. Hizmetin sonlandırılmasına ilişkin karar verilen hastalarda **Tetkik ve Tedavi Red Formu** doldurularak kayıt altına alınır ve bakım sonlandırılır.

6.9. PALYATİF BAKIM FİZİKİ ALAN TANIMLAMASI

Palyatif bakım ünitelerinin fiziki alan düzenlemeleri; **Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge** kapsamında yapılmaktadır.

Hastanemiz Palyatif Bakım Ünitesi 2018 yılından itibaren tescilli 22 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. **Hasta odalarımız tek kişilik olup merkezi havalandırma bulunmaktadır.** Odalarımızda hasta



ve hasta yakınları için gece lambası, dolap, etajyer, televizyon ve açılır kapanır refakatçi koltuğu bulunmaktadır. Ayrıca Palyatif kliniklerimiz içinde:

- **Girişim ve Muayene Odası:** Hekimin hastasına müdahale edebildiği, aile görüşmeleri, psikolojik ve sosyal hizmetler gibi hizmetlerin de verilebileceği, amaca uygun tıbbi araç-gereç ve ortama sahip alan,
- **Ekip Odası:** Görevli personellerin kullanımına tahsis edilmiş alan,
- **Çok amaçlı salon/alan:** Hasta ve hasta yakınlarının dinlenme amacı ile kullanabilecekleri aynı zamanda hastanın kaybı sonrası ailenin kayıp ve keder sürecini yaşamasına olanak sağlayan her iki kliniğimizin ortak kullandığı alan,
- **Meşguliyet (meşgale) odası:** Hastaların fiziksel-ruhsal rahatlamalarını sağlayacak tedavi ve hizmetleri ile aile görüşmesi ve psikososyal hizmetlerin verildiği, aynı zamanda içerisinde hasta ve yakının kullanabileceği mutfak bölümünü içeren alan bulunmaktadır.

6.10. HASTA VE REFAKATÇİLERİN YAŞAM KALİTESİNİ ARTIRMAYA YÖNELİK DÜZENLEMELER

Palyatif Bakım kliniklerimizde yatan hasta ve refakatçilerimizin yaşam kalitesini artırmaya yönelik olarak (resim, ebru sanatı, kitap okuma, müzik dinletisi, kahvaltı faaliyetleri vb.) etkinliklerde bulunmaktadır. Etkinlik öncesi planlama yapılarak etkinlik tarih ve saati, faaliyete kimin rehberlik edeceği, yöntemi, kullanılacak araç gereç duyurusu yapılarak katılımcı listesi oluşturulur.

6.11. AİLE VE BAKIM HİZMETİNE KATILACAK KİŞİLERİN EĞİTİMİ

Hastanın kliniğimize kabulünden itibaren servis hemşiresi tarafından hasta, aile ve bakım hizmetine katılacak kişilerin eğitim süreci başlatılır ve Hasta /Hasta Yakını Eğitim Formu ile kayıt altına alınır. Yatıştan bir hafta sonra aile ve bakım hizmetine katılacak kişilerin bakım verme ile ilgili kabiliyetleri ve katılım düzeyleri değerlendirilir ve Hasta Yakını Eğitim Değerlendirme Formu ile kayıt altına alınır. Gerekli görülmesi durumunda kişinin ihtiyacına göre eğitim ve psikolojik destek alması sağlanır.

7.İLGİLİ DÖKÜMANLAR:

8.REVİZYON KAPSAMI: 1- Revizyon Kapsamı maddesi eklendi, filigran eklendi.



T.C.
Sağlık Bakanlığı
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
Avcılar Murat Kölek Devlet Hastanesi
Palyatif Bakım İşleyiş Prosedürü

Doküman Kodu	PB.PR.01
Yayın Tarihi	24.06.2021
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	28.02.2022
Sayfa No/Sayısı	14 13

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
	KALİTE DİREKTÖRÜ	BAŞHEKİM

KONTROLLÜ KOPYA