

## BÖLÜM 8

# KALABALIK BİR ACİL SERVİSİN POTANSİYEL GÜCÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ: ACİL SERVİSTE PALYATİF BAKIM

Nezih KAVAK<sup>1</sup>  
Nurgül BALCI<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Palyatif bakım (PB), yaşamı tehdit eden sağlık sorunları yaşayan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik olan bir bakım sistemidir. Günümüzde, yaşam süresinin ve kronik hastalıkların artmasına bağlı olarak, PB'ya ihtiyacı olan hasta sayısında giderek artma olduğu görülmektedir. (1) Bu artıştan etkilenen klinikler arasında acil servis (AS) de yer almaktadır. AS, ani travma ve/veya akut yaralanma/hastalığı olan kişilere hızlı değerlendirme, müdahale etme ve etkili bir bakım sağlamak amacıyla kurulmuş, dinamik, kaotik, stresli ve iş yükü fazla olan ortamlardır. (2) Bu servislerin, birçok konuda çeşitlilik gösteren hasta potansiyeli mevcuttur. (3) AS'lere, kazalar, travmaya maruz kalan bireyler, zehirlenmeler, ani ve akut gelişen hastalıklar nedeniyle hemen müdahale edilmesi gereken kritik hastalar, kronik hastalıkların akut alevlenmeleri ve/veya kronik hastalıkların semptomları nedeniyle sıkıntılı olan bireyler ve hasta yakınları AS'in popülasyonunu oluşturur. (4) Bu hasta popülasyonu PB tarafından takip edilen bir hasta olabileceği gibi belli bir hastalığa sahip olan ve ani gelişen bir durum nedeniyle PB sağlanması gereken bir hasta da olabilir.

Tarihsel olarak, PB, son dönem kanser hastaları için geliştirilmiş, ilerleyen zamanlarda ise hastalıkların yelpazesi genişletilmiştir. (5) PB'ya ihtiyaç duyan yetersiz hastalarda genellikle kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum hastalıkları, edinsel bağışıklık yetmezliği sendromu (AIDS) ve diyabet gibi kronik hastalıklar bulunmaktadır. Böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, multipl skleroz, Parkinson hastalığı, romatoid artrit, demans, bazı nörolojik hastalıklar,

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, nezih\_kavak@hotmail.com

<sup>2</sup> Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Birimi, nurbalci16@hotmail.com

konjenital anomaliler ve ilaca dirençli tüberküloz gibi birçok tıbbi durum nedeniyle de hizmet sunulabilir. (1) Önemli semptom yüküne sahip olan bu hastalar, hastalık sürecinde ve/veya yaşam sonunda tıbbi bakıma daha çok ihtiyaç duyabilir. (6,7) Kronik ve yaşlı ve/veya engelli hastalar AS'lere de daha sık başvurabilirler. (3) AS'e başvuran hasta popülasyonu bir bakıma PB ve/veya ev temelli bakım alması gereken hastaları ön görmeyi ya da bakıma erişemediği için acile başvuran hastayı tespit etmeyi de sağlayabilir. AS'e başvuran PB hastalarının insidansı tam olarak bilinmemektedir. (8) Ancak edinilen tecrübeler doğrultusunda AS ve PB'ın hasta portföylerinin uyuştuğu söylenebilir. Bu nedenle AS'lerin hasta hacmi, halk sağlığı açısından dikkate alınması gereken bir konudur. (3,9) Çünkü, AS'e sık başvuran ve hastalıkları nedeniyle uzun süreli ve kesintisiz bakıma ihtiyacı olan bir hastanın, hayatının geri kalan döneminde PB yaklaşımı ile takip edilmeye yönlendirilmesi gerekebilir.

AS'lerin yoğun, kalabalık ve karmaşık ortamları PB'a geçiş için potansiyel bir güce sahiptir. AS kalabalığı arasında, hızlı bir tıbbi ritim yakalanması kliniğin doğası gereğidir. Ancak bu karmaşık ve kalabalık ortamın, yeni gözlem yaklaşımların geliştirilmesi ile acil hastalar dışında kalan fakat çeşitli düzeylerde ömür boyu bakıma gereksinim duyan kronik hastaların ve/veya yaşlıların kesintisiz bakıma entegre edilebileceği önemli bir fırsat sunar.

Bireyin hastalığı ölümcül olsun ya da olmasın, tanısı konduğu zaman, PB'a başlanması gerektiği ve hastalığının tüm aşamalarında küratif tedavi devam ederken bile uygulanması günümüz yaklaşımı olarak kabul görmüştür. (10, 11) Ciddi ve kronik hastalıklı bireylerin, hastanede ve/veya ayaktan takip ve tedavilerini üstlenen klinik branş ile birlikte PB'a geçişlerinin yaşam kalitesi üzerine iyi etki edebileceğini vurgulanmaktadır. (12) Hatta bu hastaların PB'a geçişlerinin tanı konulduğu andan itibaren olmasının bakım ve yaşam kalitesini yakalamak adına daha iyi bir uygulama olabileceği belirtilmektedir. Kronik hastaların gereksinimlerine göre, erken PB ile tanışmalarını ve/veya ev temelli hizmet desteği alabilmelerini AS'le uyumlu çalışan ve iyi organize edilmiş bir bakım ekibi sağlayabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) PB'ın, hastalık sürecinin erken döneminde ekip yaklaşımı ile uygulanmasına vurgu yapmaktadır. Yapılan araştırmalar, bu tür uygulamaların çeşitli kanser hastalarında yaşam kalitesinde iyileşme, semptom yükü ve duygudurum zorlanmaları ile baş edebilme becerilerini geliştirme ve bakıcı yükü üzerinde olumlu etkilere sahip olduğunu göstermiştir. Literatürde yer alan çalışmalarda, yaşam sonuna yakın dönemde agresif tedavilerin uygulanmasına gereksinimin azalması ve yaşam beklentisi üzerinde de olumlu etki yaptığı yönünde sonuçlar bulunmaktadır. (13) Bu bakım ekipleri aslında birinci basamak sağlık

hizmeti ile sağlık tesisi arasında bir köprüyü de oluşturabilir. Uzun dönem bakım hastaları için yolun başlangıcında ve/veya bakım ihtiyacı tespit edildiği andan itibaren kaliteli bir bakıma dahil olmaları, AS'lerin yoğunluğu arasında kalmalarını da azaltabilir.

## **PALYATİF BAKIM YAKLAŞIMI**

Her geçen gün tıp biliminde bulunan yeni tedaviler ve gelişen tıbbi teknoloji sayesinde insanların yaşam süresi uzamış ve buna bağlı olarak da görülen kronik hastalıklar ile bu hastalıklar ile yaşanan süre de giderek artmıştır. Bu nedenle geleceğin dünyasında PB ihtiyacının artması da beklenmektedir. "Palliate" kelimesinin orijini Latince olup, koruyucu ya da kapsayıcı anlamına gelmektedir. "Palliative", İngilizce'de hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılmaktadır. (14) DSÖ 1990 yılında, PB'ı küratif tedaviye yanıt vermeyen hastaların tüm bakımı olarak tanımlamıştır. 2002 yılında ise PB'in tanımını çocuklar ve erişkinler için revize etmiştir. PB, yaşamı tehdit eden hastalıkların ortaya çıkardığı sıkıntı ve sorunlarla karşı karşıya kalan yetişkin veya çocuk hastaların ve bu bireylerin ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirmeye odaklanan bir yaklaşımdır. (1,15) Bu yaklaşım, hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan fiziksel, psikososyal veya ruhsal sorunların doğru değerlendirilmesi, sorun ve sıkıntılarının giderilmesi amacıyla mümkün olan en erken dönemde tıbbi bakım ve sosyal desteğe erişimi sağlayan bakım disiplini-dir. Bu tamamlayıcı bir süreçtir. (1,16)

Ciddi derecede ağrı ile mücadele eden hastalar ile hastalıkları nedeniyle yaşamının son döneminde olan hastalara yaşam konforu sağlanmasıya yönelik kaliteli ve etkin bakım hizmeti sunulması sağlanır. (1,16) Yaşam kalitesi çok yönlü ve geniş bir kavram olup bireyin yaşamının sadece sosyal, duygusal konuları değil fiziksel, bilişsel ve ruhsal tüm yönlerini içinde barındırır. Bir bireyin yaşam kalitesi inançları, deneyimleri ve beklentileri gibi birçok faktörden etkilenebilir. Dolayısıyla hayatının herhangi bir döneminde kronik ve ciddi bir hastalık tanısı ile karşılaşan bir bireyin yaşam kalitesinin değişimlere uğraması kaçınılmazdır. (17,18)

PB felsefesi, ölümü doğal bir süreç olarak görür ancak bir bireyin ölümüne kadar geçecek olan zaman içinde mümkün olabildiğince bağımsız bir yaşam sürmesine yardımcı olmayı ve bu hastalarla birlikte çok boyutlu bakım bakış açısıyla hastanın bakımını üstlenen bireyleri de psiko-sosyal olarak desteklemeyi hedefleyen bir sistemdir. (16-19) Çünkü, hastaya bakım veren bireyler tarafından hastanın yaşam kalitesine etki eden faktörlerin yönetimi zor olabilir. Bu faktörlere yönelik hizmetin planlanması, fiziksel, psikososyal ve manevi açılardan bireylerin desteklenmesi ile bakım yükünü de azaltılabilir. (16) Örneğin, yoğun bakım

nitesinde tedavi gören bir bireyin tıbbi bir cihaza bağımlı halde yaşama bağlanması, hasta ve/veya yakınlarının kaygı düzeyinde değişiklik oluşturabilmektedir. Benzer bir durum ile karşılaşmamış olan bireylerin kaygı ile başa çıkabilmesi ve hastasının bakımını üstlenebilmesi güçleşebilir. (20-23) Hastalar bütünüyle değerlendirilmelidir, bu aşamada hastaların benzersiz olduğu, kişinin ihtiyaçlarına yönelik hizmet sunmak gerektiği unutulmamalıdır. (24)

DSÖ, sağlık sisteminin tüm basamaklarına PB'in entegre edilmesini önermektedir. (19) Dünya genelinde, yaşam beklentisinde ve yaşlı sayısında artma olması ve ayrıca kanserin, kronik hastalıkların seyirleri nedeniyle tıbbi bakıma ihtiyaın artması mümkündür. (16) Her yıl 40 milyon insanın PB'a ihtiyaı olduğu tahmin edilmektedir. Ancak, DSÖ tarafından, dünya çapında, PB'a ihtiyaı olan bireylerin sadece %14'ünün bu hizmete erişim sağladığı belirtilmektedir. (1) PB anlayışı bu yaklaşıma artan ihtiyaçlar karşısında sağlık tesislerinde tüm branşlarda, evde, bakımevi ve huzurevleri gibi kurumsal bakımda da benimsenmelidir. (25) Bu yaklaşımda tam başarıya giden yol bireylerin hastalık süreçleri, ihtiyaçlarına ve tercihlerine önem veren hasta merkezli ve PB ile entegre sağlık hizmet sunumu aracılığıyla sağlanabilir. Sağlık sisteminin her bir basamağında PB'la entegre hizmet sunulması ve sosyal açıdan destek verilmesi hastalık süreci boyunca hasta ve ailesi için en uygun zamanlamanın seçimi ile başlatılabilir. (26) Yaşamı tehdit eden hastalıkları olan bireylerin tanı aldıkları andan itibaren takiplerini yapacak klinik branşların uyguladıkları tıbbi bakıma PB gibi multidisipliner ve bütüncül değerlendirme yapabilen bir sistemik yaklaşımın erken entegrasyonu bakım ve yaşam kalitesini arttırıcı bir potansiyele sahip olabileceğine yönelik çalışmalar mevcuttur. (27) Bu hastaların bakım sürecinde belki de ayaktan takipleri sırasında semptomlarla ve ortaya çıkan sorunlarla baş etme becerilerine sahip olmaları gerekecektir. Ayrıca psikososyal desteğe, süreç boyunca alacakları kararlarda danışmanlığa ihtiyaçları olacaktır. Palyatif bakım, bütüncül ve hasta merkezli yaklaşım ile bireylerin bu süreç boyunca ihtiyaçlarına ve bu ihtiyaçların karşılamasına odaklı bir disiplindir. (28-30) Kanser hastaları için PB, hastaya sağlanacak bakımın temelinde yer alan bir bileşendir. Bu nedenle, kanser hastalarının PB'nın karşılanması, toplum içinde bakıma yönelik farkındalığın artırılması ve eğitime önem verilmesi ile birlikte bakım hizmetlerine entegre olmasını sağlamak için çaba gösterilmelidir. (31) Literatürde, özellikle kanser gibi ağır seyir izleyebilecek hastalıklarda PB'la kurulan entegrasyonun geç olması halinde bireye sunulan bakımın kalitesini etkileyebildiğini gösteren aile bireyi görüşlerine dayanan çalışmalar da yer almaktadır. (28) Ayrıca PB'a ilişkin yapılan bazı çalışmalarda hastalara standart yaklaşım ile PB hizmeti sunulması arasında önemli bir fark ol-

madığına dair literatür bilgisi de bulunmaktadır. Ancak bu sonucun, çalışmaların metodolojik sorunlarından kaynaklandığı düşünölmektedir. (32-34)

PB ile yas dönemine hazırlık ve zor haberleri paylaşma, etkili iletişim kurma sağlanabilir. (16, 29) Toplumdan topluma değişen sosyoköltürel özellikler de göz önünde bulundurulursa PB'a erken entegrasyon sağlanması hasta ve aile/bakım veren bireylerin, PB'la sadece hastanın yaşamın sonu geldiğinde karşılaşmalarını önleyebilir. Belki de yaşam kalitesini arttırıcı yaklaşımlar ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmalarına yol açabilir. (28)

PB yaklaşımına ihtiyacı olan bireylerin gereksinimleri, talep ve tercihlerini belirlemeye ve anlamaya özen gösteren, birey merkezli, hasta ve ailesini bir bütün olarak değerlendirmeyi önemseyen bir tutum içerir. Hem sağlık sistemi içinde diğer klinik branşlarla hem de toplum temelli bakım ve sosyal destek hizmet alanları ile de eşşdümlü hareket edebilme kabiliyetine sahiptir. (1)

## **ACİL SERVİSTEN Palyatİf Bakıma UZANAN SÜREÇ**

AS'ler, sunduğu acil ve kritik bakımın yanı sıra sağlık tesisi klinikleri ile sık ve sıkı iş birliği yapmak durumunda olan bir klinikdir. AS hastaları, aciliyet durumuna göre belli tıbbi kriterler doğrultusunda değerlendirilir ve bir kısmının durumu diğerlerinden daha kritik olabilir. Bu kritik hastalar için zamanı etkin kullanarak ileri tıbbi bakım sağlanan ünitelere geçişlerinin yapılması gerekebilir. Tıbbi açıdan durumu kritik olan bireylerin tedavileri yoğun bakım ünitelerinde yönetilir. (35-37) Ciddi hastalıklar, kazalar-travma, zehirlenme gibi nedenlerle sağlık durumu kritik olan hasta, yoğun bakım ünitesinde tedavi edildikten sonra, bireysel tıbbi bakıma gereksinim duyabilir. (38) Bu hastalar ve/veya yakınları, PB ünitesine transfer edilmeyi, eve çıkmayı ya da bir bakım tesisine yerleşmeyi talep edebilir. (27)

Yoğun bakım tedavisi sonrasında genellikle kliniğe alınarak tıbbi takibi yapılır. Klinikte izlem yapılması, eve çıkış öncesinde tıbbi bakıma uyum sağlanması için faydalıdır. Ancak, bazı hastalar mevcut tıbbi durumlarına göre yoğun bakımdan doğrudan eve taburcu edilebilmektedir. Doğrudan eve geçmeyi hasta ve/veya yakını da her türlü riske rağmen talep edebilmektedir. (35-37) Literatürde, yoğun bakımdan doğrudan eve taburcu edilebilecek pediatrik hastalar arasından seçilen vakalarla yapılmış çalışmalarda birey özelinde izlem ihtiyacını belirleyerek bakım sürecini ayrıntılı planlamak, hastaneden çıkış için en uygun zamana karar vermenin önemine değinilmiştir. (35,36) Ancak, özellikle yetişkin hastalarda eve doğrudan çıkış yapılması durumunda yaşam kalitesini sağlamaya yönelik olan bakım ve tıbbi durum ile ilgili üstesinden gelinmesi gereken zorluklar yaşanabileceği

vurgulanmaktadır. Eve çıkışın güvenli yollarını oluşturmak için kaynak ve kriter sıkıntısına işaret edilmektedir. Bu sürecin, özen gösterilerek yönetilmesine dikkat çekilmektedir. (38,39)

Kritik hastalık dönemini atlatan ancak eski sağlık durumlarına dönemeyecek hastalar için bakım sadece ev ortamlarında değil bakım kuruluşlarında da verilebilir. Bu süreçlerde hastanın bakımının sağlanacağı ortama, hasta yakınları karar verebilir. Örneğin, hasta yakınları, terminal döneminde bulunan hastalarının yoğun bakım gibi tedavi odaklı bir ünitelerde kalmasını istemeyebilir. (40-42) Risklere rağmen, hasta ve/veya hasta yakınları, yaşam sonu dönemi ev ortamında karşılamayı tercih edilebilir. (41,43) Yapılan araştırmalara göre, evde bakım sağlanabilecek bazı hastalar için sağlık tesisinden taburcu olmak, yaşam kalitesi üzerine olumlu etki yapabilmektedir. (41,44) Her iki durumda da hasta merkezli yaklaşımla tıbbi bakım gereksinimleri için değerlendirme yapmak önem kazanmaktadır. (43,45)

Ancak, taburculuk sonrası bağımsız yaşamını sürdüremeyen hastaların bakım gereksinimleri büyüdükçe ve sıkıntılarla mücadele edilmesi zorlaştıkça ve/veya bakım yükü oluşan bir ailenin hastasını AS'e getirme ihtimali de çoğalır. Bir başka kişiye bağımlı olan hastaların ve yakınlarının günlük rutinlerinde birçok değişiklik meydana gelebilmektedir. (27) Yapılan birçok araştırma göstermiştir ki sağlık tesisinden taburcu olan bazı hastalar için, sonraki yaşam süreci, her zaman sorunsuz değildir. Özellikle yaşlı bireyler taburculuk sonrası ilk birkaç haftada, hastalık semptomları nedeniyle rahatsızlık duyabilmektedir. (46, 47) Ayrıca, sosyal sorunlar ve kaygı gibi problemler oluşabilir. İlaç ve cihaz kullanımına yönelik bilgileri yetersiz olabilir. Çeşitli sosyal ve destek hizmetlerine nereden ve nasıl ulaşacaklarını bilmeyebilirler. Hastaya bakan kişinin bu konularda yeterli bilgi ve/veya eğitimi olmayabilir. Sonuçta hastanın öz bakımı dahil yaşam için gerekli olan tıbbi ve sosyal bakımı yetersiz kalabilir. (47) Bu nedenle multidisipliner bir bakım yaklaşımının özellikle kanser gibi ilerleyici hastalığı olan bireyin yaşam kalitesinin korunmasına, hatta mevcut durumuna göre daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmasına yardımcı olabilir. (17,31)

Sağlık tesisinden taburcu olan hastanın bakım ihtiyacını değerlendirmek, bu süreçteki sıkıntı ve sorunların giderilmesine veya bireylerin desteklenmesine yardımcı olabilir. Etkin bakım planlanmasında bazı kriterlerin dikkate alınması, hastaların evlerine ya da bakım tesislerine çıkabilmeleri için bakım ihtiyacını ön görmeyi sağlayabilir. (48,49) Bu kriterler arasında; hastanın yaşı, hastalık durumu ve tedaviye verdiği cevabın yanı sıra günlük yaşamın aktivitelerini bağımsız olarak yapabilme becerileri, kas gücü, engellilik durumu yer almaktadır. (43, 50)

Edinilmiş tecrübeler ve yapılan araştırmalara göre anlaşılmaktadır ki; hastanın bir başkasına bağımlılık durumuna göre günlük yaşam faaliyetlerini desteklemek ve sağlık durumunun idame tedavisini sağlamak bakım ihtiyaçlarını oluşturmaktadır. (51,52) Tam da bu noktada hastanın gereksinimleri evde bakımın çeşitli meslek disiplinlerinin katılımı ile sağladığı multidisipliner hizmetler ile örtüşmektedir. (47,52) Taburculuk planlaması aslında disiplinler arası bakım sağlanması için etkili bir yaklaşım belirlenmesinde ilk adımıdır ve sağlık tesisinde sağlanan tedavi ile evde bakım arasındaki bağlantının temelidir. (48-50)

AS'in hasta hacmi içinde, gözlemde tutulması gereken, ayaktan takip edilebilecek hastalar ile ciddi kronik hastalıklar ve/veya kanser nedeniyle tedavisi ve/veya takibi belirlenmiş olan hastalar da vardır. Kliniklerine alınması gereken hastalar değerlendirmeler sonucunda ilgili kliniklere yatırılır, bu hastaların haricinde ayakta tedavi alması gerekli görülen hastaların da akut bakımları yapılır ve taburcu edilir. Ancak bazı hastalarda, yoğun bakım ve/veya başka bir branş kliniğine yatış gerektiren bir sorun tespit edilmeyebilir ancak uzun süreli bakım hastası olması nedeniyle sıkıntılarının giderilmesi ve bakım planlaması için PB ünitelerine kabul edilir. AS'ler, hastaların hayatta kalması ve hastalıkları nedeniyle engelli kalmalarını önleyen acil müdahaleleri gerçekleştirir. Ancak, bu hastaların tıbbi bakım geçişleri için de oldukça önemli olan bir köprü görevi üstlenir. Bu nedenle, AS'de PB anlayışının benimsenmesi, hastaların PB ve yaşam sonu bakım ile tanışmasına aracılık edebilir. Çünkü, yapılan araştırmalar göstermektedir ki hasta ve yakınları hastalıkları ilerledikçe evlerini güvenli bulmakta ve evlerinde kalmayı istemelerine rağmen AS başvurularından da vazgememektedirler. (7,25) AS ortamı kalabalık, iş yükü fazla ve fiziksel yerleşkesi PB için elverişli bir ortam olarak kurgulanmamıştır. (53) Oysaki AS'leri hastalık süreçlerinin herhangi bir döneminde ısrarlı tercih eden bakım hastaları için bakım eşitleri için farkındalık yaratmak bile hasta ve/veya hasta yakınının PB ve ev temelli hizmetlerden faydalanmasında süreklilik sağlanmasına olumlu katkı sağlayabilir. (25) Acil tıp uzmanlığı, geleneksel olarak resüsitasyon, stabilizasyon ve akut hastalık süreçlerinin yönetimi üzerine odaklanmıştır. (54) PB eğitimi, acil tıp uzmanlığı eğitiminde öncelikli konulardan biri olmayıp AS doktorları tarafından bir ihtiyaç olduğu çünkü eğitim yetersizliğinin PB sağlamasının önündeki bir engel olarak belirtilmiştir. (55) Literatürde yer alan benzer çalışmalarda da acil tıp eğitimlerinde PB eğitimine ihtiyaç bulunduğu belirtilmektedir. (54-57) AS'lere başvuran hasta popülasyonlarındaki değişimlerin izlenmesi ve incelenmesi bu servislerin hasta yükleri ve bakımın etkinleştirilebilmesi için yeni çözüm yolları bulmaya yardımcı olabilir. (3,9)

## **EV TEMELLİ PALYATİF BAKIM**

Sağlık tesisinde kaldığı süre içinde olduğu gibi evde ve/veya bir bakım kurumunda da bakım süreci yönetimi yapılması gerekebilir. (58) Akut tedavisi tamamlanan hasta ve/veya ailesi, eve çıkmayı ya da bir bakım tesisine yerleşmeyi talep edebilir veya kurumsal bakıma gereksinim duyulabilir. Hastanın sağlık durumu ve bakıma olan gereksinimi belirlenir, bakımının sağlanabileceği en uygun ortam ve mekân seçilmelidir. (45,50) Bu noktada ev temelli hizmetlere ihtiyaç artmaktadır. (59,60)

Ev ortamı, hasta ve ailesinin alıştıkları, güven duydukları kendilerini daha iyi ifade edebilme imkânı olan ve sosyal çevrelerine yakın konumdadır. Genellikle yeti yitimi ile seyreden kronik ve ciddi hastalıkları olan bireylere, yaşamlarının temelinde yer alan bu konumlanmada evde bakım sağlanması ile tedaviye uyum artabilir. (49) Bu yaklaşım; fiziksel, psikososyal ve manevi açılardan bireyleri desteklemeye yöneliktir. (45,61)

Tıbbi teknolojinin gelişimi ile çeşitli tıbbi cihazlar ev ortamlarında kullanılabilir şekilde geliştirilmiş ve böylece evde bakımda uzaktan sağlık hizmeti verilmesine imkan tanıyan Telesağlık hizmetlerinin çeşitlenmesine olanak sağlamıştır. (62-65) Hizmet çeşitliliği ile bakım veren bireyin yükü azaltılabilir. Bakım planı yapılarak bakım ekipleri birbiriyle uyumlu çalışabilir. (49) Ayrıca, uzun süreli bakım hastalarının hastane enfeksiyonlarından korunması, sağlık tesislerinin yatak kapasitesinin etkin ve dinamik kullanımı için fayda sağlayabilir. (50, 66)

## **Palyatif Bakımın Birinci Basamak Sağlık Hizmetine Entegre Edilmesinin Önemi ve Halk Sağlığı**

Farklı bireylerin farklı ihtiyaçlarını karşılayabilecek temel palyatif becerilerinin sağlık sisteminin tüm basamaklarında yapılandırılmasının önemi gün geçtikçe daha fazla vurgulanmaktadır. (67,68) Sosyal destek ve toplum temelli hizmetler de dahil olmak üzere bakım sağlayan tüm paydaşlar arasında koordinasyon ve birinci basamak sağlık hizmeti ile entegre bir sistemin yapılandırılması, palyatif bakıma ihtiyacı olan tüm bireylere erişebilmenin yolunu açabilmektedir. (69,70)

Toplum temelli palyatif bakımda hasta merkezli yaklaşımın birlikte ailenin tercihlerinin de dikkate alınması, bakım planlanması ve sorumluluğuna katılımları da yakından izlenebilir. (71,72) Evlerinde olan ve bakıma ihtiyacı olan bireylere ve bu bireylerin bakımını üstlenen kişilere, danışmanlık yapılarak iletişim güçlendirilebilir, bakım planları dahilinde özellikle acıyı-ağrıyı azaltıcı güvenli ve etkili ilaçların yönetimi sağlanabilir. (67,73)



Hastaların evlerinde ziyaret edilmesiyle durumlarına ilişkin ideal nitelikte bilgiye hızlı erişilebilir ve eğitim verilerek sadece bakım konusunda değil aynı zamanda halk sağlığı açısından önemli olan konularda da (hijyen, ortam havası, temiz su ve gıda güvenliği, fiziksel aktivite, sağlıklı yaşam değişikliklerinin benimsenmesi, tütün ve tütün ürünlerinin bırakılması, ve benzeri) bilgi sahibi olmaları için fırsatlar sunar. (70,73) Temel halk sağlığı işlevleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerine odaklanan entegre sağlık hizmetleri aracılığıyla palyatif bakıma ihtiyacı olan bireyler daha güçlü bir şekilde desteklenebilir.<sup>69</sup> Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin sunulması ve hastalıklara ait semptomların etkin yönetimini sağlayabilir. (70,72) Aslında, bakım ihtiyacını karşılayabilecek uygun bir planlama ve eğitim ile bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ve yaşlı sağlığı alanlarında birinci basamak hizmet sunumu ile ikinci basamak bakım ekiplerinin iş birliği içinde çalışması gereksinimlerin çoğunu karşılayabilir. (69,73) Bazı hastaların, daha karmaşık olan bakım süreçleri için ileri bir bakım gerektiğinde, konsültasyon ve/veya palyatif bakım alanında uzmanlaşmış ve eğitimci olan bir profesyonelden destek sağlanması önerilmektedir. (67,68)

Günümüzde yaşanan Covid-19 salgını, yoğun bakımdan bakımevlerine kadar toplumun temas ettiği her noktada bakımı önemli bir odak haline getirdi. Bir bireyin yaşamının tüm dönemlerine, günlük yaşantısına ve çevresine en yakın olan birinci basamak sağlık hizmetine entegrasyon ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır.<sup>69</sup> Çünkü, palyatif bakım, hastanın içinde bulunduğu çevre ile birlikte değerlendirmeyi, aile/akraba ve/veya bakımı üstlenen kişiyi de bakım sürecine ortak edecek şekilde hastayı bütüncül değerlendirmeyi hedefler. (69,70) Halk sağlığı temel yaklaşımında yer alan sağlığın geliştirilmesi ve sağlıkta en iyi durumun elde edilmesi ilkesine uygun olarak bakım sunumunda yer alan tüm paydaşların toplum temelli hizmetlerle entegrasyonu kilit role sahiptir. Bu entegre yaklaşımda, toplumla ilk temas kapısı olması ve toplumla bakım sağlayan bir sağlık basamağı arasında bir nevi köprü kurması açısından da birinci basamak sağlık hizmetlerinin yer alması önemlidir. (69,74)

## **SONUÇ**

PB'da temel amaç hasta için optimal bakım sağlamak ve olabilecek en iyi yaşam kalitesini yakalamaktır. Hastaların bireysel ihtiyaçlarına göre etkin planlama yapılması ve ev temelli hizmetlere ihtiyacın değerlendirilmesi ile izleme yönelik hedeflerin belirlenmesi hastaların yaşam konforunun artırılmasına katkı sağlayabilir.

PB hastalarında sıklıkla birden çok semptom bir arada bulunmaktadır. Bunların başında yaşam kalitesini bozan ağrı gelmektedir. Ağrı ile mücadele edemeyen hastaların çözüm için AS'i sıklıkla kullanması da kaçınılmazdır. Ağrı ve diğer semptomların önlenmesi, tedavi edilmesi hastanın konforlu bir yaşam geçirmesinde etkilidir. PB hastalarının AS'e sıklıkla gelme nedenlerin başında olan ağrının hastadan birincil sorumlu olan doktor tarafından uygun şekilde yönetilmesi acil başvuruların sayısını azaltabilir.

AS'te özellikle son dönem hastaları ile ilgili ölüm haberlerini iletme görevi AS doktorlarına düşmektedir. Yüz yüze olarak doğru zaman ve uygun yerde verilecek bilginin hasta yakınlarını yas dönemi için de hazırlayabilir. Hatırlanması gereken önemli konulardan biri de bakımın hasta yakınlarını da kapsayıcı özelliğidir. Etkin bir bakımda, hastalara ve hasta yakınlarına gereken bakım ve destek sağlanırken, onların içinde buldukları etnik kültür, değerler ve inançlar göz önünde tutulmalı ve bakım hakkında bilmeleri ve uygulamaları gereken bilgiler eğitim ile verilmelidir. Hasta yakınlarının kendileri tarafından yönetebilecekleri, bu ve diğer semptomları kontrol edebilmeleri alacakları eğitim ile karşılanabilir. Uygun görülen tedavileri ve/veya bakımları yapabilirler. Yaşanılan ortamda da güven duygusunun gelişmesine katkı sağlayabilir. Danışmanlık hizmetlerinden kesintisiz yararlanmaları sağlanmalıdır.

Sonuç olarak, sağlık sisteminin her basamağına entegre edilmiş bir bakım, AS'lerde ve kliniklerde benimsenen PB yaklaşımı bakımın sürekliliğinde önemli bir role sahiptir.

### **Finansal Kaynak**

Bu derleme ile ilgili herhangi bir finansal kaynaktan yararlanılmamıştır.

### **Çıkar Çatışması**

Bu derleme ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

### **KAYNAKÇA**

1. WHO. Palliative Care. Key Facts 5 August 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>] [Accessed 30 Jul 2022].
2. Decker K, Lee S, Morphet J. The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department. *Australas Emergency Nursing Journal*. 2015 May;18 (2):68-74. doi: 10.1016/j.aenj.2014.11.001.
3. Lee JH, Park GJ, Kim SC, et al. Characteristics of frequent adult emergency department users: A Korean tertiary hospital observational study. 2020;99 (18):e20123. doi: 10.1097/MD.00000000000020123
4. Maughan BC, Rabin E, Cantrill SV. A Broader View of Quality: Choosing Wisely Recommendations From Other Specialties With High Relevance to Emergency Care. *Annals of Emergency Medicine*. 2018;72 (3):246-253. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.06.041>

5. Williams MA, Wheeler MS. Palliative care: what is it? *Home Healthcare Nurse*. 2001 Sep;19 (9):550-556; quiz 557. doi: 10.1097/00004045-200109000-00013.
6. Quest TE, Asplin BR, Cairns CB, et al. Research priorities for palliative and end-of-life care in the emergency setting. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2011;18 (6):e70-76. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01088.x.
7. Hjerstad MJ, Kolflaath J, Løkken AO, et al. Are emergency admissions in palliative cancer care always necessary? Results from a descriptive study. *BMJ Open*. 2013 May 31;3 (5):e002515. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002515.
8. Wong J, Gott M, Frey R, et al. What is the incidence of patients with palliative care needs presenting to the Emergency Department? a critical review. *Palliative Medicine*. 2014 Dec;28 (10):1197-1205. doi: 10.1177/0269216314543318.
9. Hoot, N. R. & Aronsky, D. (2008). Systematic Review of Emergency Department Crowding. *Annals of Emergency Medicine*, 52 (2), 126-136e1. doi: 10.1097/MD.00000000000020123
10. Saunders C. The evolution of palliative care. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2001;94 (9):430-432. doi:10.1177/014107680109400904.
11. Hawley PH. The bow tie model of 21st century palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;47 (1):e2-5. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.10.009.
12. Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, et al. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *The Lancet Respiratory medicine*. 2014;2 (12):979-987. doi: 10.1016/S2213-2600 (14)70226-7
13. Golla H, Nettekoven C, Bausewein C, et al. Effect of early palliative care for patients with glioblastoma (EPCOG): a randomised phase III clinical trial protocol. *BMJ open*. 2020;10 (1):e034378. doi:10.1136/bmjopen-2019-034378
14. Kabalak AA, Öztürk H, Çağlı H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013; 11 (2): 56-70.
15. Relief WHOeCoCP, Active Supportive C, World Health O. Cancer pain relief and palliative care : report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]. Geneva: World Health Organization; 1990.
16. Al-Mahrezi A, Al-Mandhari Z. Palliative Care: Time for Action. *Oman medical journal*. 2016;31 (3):161-163. doi: 10.5001/omj.2016.32.
17. Rummans TA, Clark MM, Sloan JA, et al. Impacting Quality of Life for Patients With Advanced Cancer With a Structured Multidisciplinary Intervention: A Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 2006;24 (4):635-642. doi: 10.1200/JCO.2006.06.209
18. Kabalak A, Öztürk H, Erdem AT, et al. A comprehensive palliative care center implementation in SB Ulus State Hospital. *Journal of Contemporary Medicine* 2012; 2: 122-126
19. WHO. Palliative care [Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>] [Accessed 30 Jul 2022].
20. van Beusekom I, Bakhshi-Raiez F, de Keizer NF, et al. Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. *Critical care (London, England)*. 2016;20:16. doi: 10.1186/s13054-016-1185-9.
21. Foster M, Chaboyer W. Family carers of ICU survivors: A survey of the burden they experience. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2003;17 (3):205-14. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00230.x>
22. Peris A, Bonizzoli M, Iozzelli D, et al. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical care (London, England)*. 2011;15 (1):R41. doi: 10.1186/cc10003
23. Myhren H, Ekeberg O, Tøien K, et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Critical care (London, England)*. 2010;14 (1):R14. doi: 10.1186/cc8870
24. Basol N. The Integration of Palliative Care into the Emergency Department. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2016 Mar 2;15 (2):100-107. doi: 10.5505/1304.7361.2015.65983.

25. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. The Cochrane database of systematic reviews. 2013;2013 (6):Cd007760. doi: 10.1002/14651858.CD007760.pub2.
26. Christakis NA. Timing of referral of terminally ill patients to an outpatient hospice. *Journal of General Internal Medicine*. 1994;9 (6):314-20. doi: 10.1007/BF02599178.
27. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *The New England journal of medicine*. 2010;363 (8):733-742. doi: 10.1056/NEJMoa1000678
28. Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late Referrals to Specialized Palliative Care Service in Japan. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2005;23 (12):2637-2644. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.12.107>
29. Barnato AE, Arnold RM. The effect of emotion and physician communication behaviors on surrogates' life-sustaining treatment decisions: a randomized simulation experiment. *Critical Care Medicine*. 2013;41 (7):1686-1691. doi: 10.1097/CCM.0b013e31828a233d
30. Lu A, Mohan D, Alexander SC, et al. The Language of End-of-Life Decision Making: A Simulation Study. *Journal Palliative Medicine* 2015 Sep;18 (9):740-746. doi: 10.1089/jpm.2015.0089. doi: 10.1089/jpm.2015.0089
31. Partridge AH, Seah DSE, King T, et al. Developing a Service Model That Integrates Palliative Care Throughout Cancer Care: The Time Is Now. *Journal of Clinical Oncology*. 2014;32 (29):3330-3336. doi: 10.1200/jco.2013.54.8149
32. Costantini M, Toscani F, Gallucci M, et al. Terminal Cancer Patients and Timing of Referral to Palliative Care: A Multicenter Prospective Cohort Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1999;18 (4):243-52. doi: [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(99\)00084-6](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(99)00084-6)
33. Rinck GC, Bos GAvd, Kleijnen J, et al. Methodologic issues in effectiveness research on palliative cancer care: a systematic review. *Journal of clinical oncology:official journal of the American Society of Clinical Oncology*.1997;15 (4):1697-1707. doi: 10.1200/JCO.1997.15.4.1697
34. McWhinney IR, Bass MJ, Donner A. Evaluation of a palliative care service: problems and pitfalls. *BMJ (Clinical research ed.)* 1994;309 (6965):1340-1342. doi: 10.1136/bmj.309.6965.1340
35. Stelfox HT, Soo A, Niven DJ, et al. Assessment of the Safety of Discharging Select Patients Directly Home From the Intensive Care Unit: A Multicenter Population-Based Cohort Study. *JAMA internal medicine*. 2018;178 (10):1390-1399. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.3675
36. Brooten D, Kumar S, Brown LP, et al. A randomized clinical trial of early hospital discharge and home follow-up of very-low-birth-weight infants. *The New England journal of medicine*. 1986;315 (15):934-939. doi: 10.1056/NEJM198610093151505
37. Casiro, O. G., McKenzie, M. E., McFadyen, L., et al. (1993). Earlier discharge with community-based intervention for low birth weight infants: a randomized trial. *Pediatrics*, 92 (1), 128-134.
38. Teixeira C, Kern M, Rosa RG. What outcomes should be evaluated in critically ill patients? *Revista Brasileira de terapia intensiva*. 2021;33 (2):312-319. doi: 10.5935/0103-507X.20210040.
39. Ryder-Lewis M. Going home from ICU to die: a celebration of life. *Nursing in critical care*. 2005;10 (3):116-1121. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00117.x>
40. Huang Y-C, Huang S-J, Ko W-J. Going home to die from surgical intensive care units. *Intensive Care Medicine*. 2009;35 (5):810-5. doi: 10.1007/s00134-009-1452-1
41. Daly BJ, Douglas SL, Gordon NH, et al. Composite outcomes of chronically critically ill patients 4 months after hospital discharge. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2009;18 (5):456-464; quiz 65. doi: 10.4037/ajcc2009580.
42. Coombs MA, Darlington AE, Long-Suthehall T, et al. Transferring patients home to die: what is the potential population in UK critical care units? *BMJ supportive & palliative care*. 2017;7 (1):98-101. doi: 10.1136/bmjspcare-2014-000834
43. Gehlbach BK, Salamanca VR, Levitt JE, et al. Patient-related factors associated with hospital discharge to a care facility after critical illness. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2011;20 (5):378-386. doi: 10.4037/ajcc2011827

44. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet* (London, England). 2009;373 (9678):1874-1882. doi: 10.1016/S0140-6736 (09)60658-9.
45. Lutz BJ, Young ME, Creasy KR, et al. Improving Stroke Caregiver Readiness for Transition From Inpatient Rehabilitation to Home. *The Gerontologist*. 2017;57 (5):880-889. doi: 10.1093/geront/gnw135
46. Baker EB, Wellman NS. Nutrition concerns in discharge planning for older adults: A need for multidisciplinary collaboration. *Journal of the American Dietetic Association*. 2005;105 (4):603-607. doi: 10.1016/j.jada.2005.01.006
47. Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC health services research*. 2007;7:47. doi: 10.1186/1472-6963-7-47
48. Lin C-J, Cheng S-J, Shih S-C, et al. Discharge Planning. *International Journal of Gerontology*. 2012;6 (4):237-240. doi: 10.1016/j.ijge.2012.05.001
49. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of internal medicine*. 1993;118 (3):219-23. doi: 10.7326/0003-4819-118-3-199302010-00011
50. Shimogai T, Izawa KP, Kawada M, et al. Factors Affecting Discharge to Home of Medical Patients Treated in an Intensive Care Unit. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16 (22).doi: 10.3390/ijerph16224324
51. Basmaji J, Lau V, Lam J, et al. Lessons learned and new directions regarding Discharge Direct from Adult Intensive Care Units Sent Home (DISH): A narrative review. *Journal of the Intensive Care Society*. 2019;20 (2):165-170.doi: 10.1177/1751143718794123
52. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Critical care medicine*. 2012;40 (2):502-509. doi: 10.1097/CCM.0b013e318232da75
53. Bradley V, Burney C, Hughes G. Do patients die well in your emergency department? *Emergency medicine Australasia : EMA* 2013 Aug;25 (4):334-339. doi: 10.1111/1742-6723.12099.
54. Goldonowicz JM, Runyon MS, Bullard MJ. Palliative care in the emergency department: an educational investigation and intervention. *BMC Palliative Care*. 2018 Mar 7;17 (1):43. doi: 10.1186/s12904-018-0293-5.
55. Chan GK. End-of-life models and emergency department care. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 2004 Jan;11 (1):79-86. doi: 10.1197/j.aem.2003.07.019.
56. Jacobsen J, Whitlock SN, Lee H, et al. Teaching colleagues how to discuss prognosis as part of a hospital-wide quality improvement project: the positive impact of a 90-minute workshop. *Journal of pain and symptom management*, 2015 May;49 (5):960-963. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.11.301.
57. Litauska AM, Kozikowski A, Nouryan CN, et al. Do residents need end-of-life care training? *Palliative and Supportive Care*. 2014 Jun;12 (3):195-201. doi: 10.1017/S1478951512001101.
58. Fontela PC, Abdala F, Forgiarini SGI, et al. Quality of life in survivors after a period of hospitalization in the intensive care unit: a systematic review. *Revista Brasileira de terapia intensiva*. 2018;30 (4):496-507. doi: 10.5935/0103-507X.20180071.
59. WHO. The growing need for home health care for the elderly 2015 [Available from: <https://apps.who.int/>]. [Accessed 30 Jul 2022].
60. Shiraishi T. [At-home Palliative Care Supported by Interprofessional Work]. *Yakugaku zasshi: Journal of the Pharmaceutical Society of Japan*. 2020;140 (7):851-858. doi: 10.1248/yakushi.19-00237-2
61. WHO. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 2016.
62. Quinn W, O'Brien E, Springan G. Using Telehealth to Improve Home-Based Care for Older Adults and Family Caregivers. *AARP. Public Policy Institute*. 2018. [Accessed.: 30 Jul 2022] [Available from: [https://www.researchgate.net/publication/325295959\\_Using\\_Telehealth\\_to\\_Improve\\_HomeBased\\_Care\\_for\\_Older\\_Adults\\_and\\_Family\\_Caregivers](https://www.researchgate.net/publication/325295959_Using_Telehealth_to_Improve_HomeBased_Care_for_Older_Adults_and_Family_Caregivers)]

63. WHO. Global Observatory for eHealth. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. Geneva: World Health Organization; 2010.
64. Dionne-Odom JN, Ejem DB, Wells R, et al. Effects of a Telehealth Early Palliative Care Intervention for Family Caregivers of Persons With Advanced Heart Failure: The ENABLE CHF-PC Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*. 2020;3 (4):e202583. doi: 10.1001/jama-networkopen.2020.2583.
65. Bakitas M, Dionne-Odom JN, Pamboukian SV, et al. Engaging patients and families to create a feasible clinical trial integrating palliative and heart failure care: results of the ENABLE CHF-PC pilot clinical trial. *BMC Palliative Care*. 2017;16 (1):45. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0226-8>
66. Razavi SS, Fathi M, Hajiesmaeili M. Intensive Care at Home: An Opportunity or Threat. *Anesthesiology and pain medicine*. 2016;6 (2):e32902. doi: 10.5812/aapm.32902
67. World Health Organization. (2021)† Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345532>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
68. Quill, T. E., Abernethy, A. P. Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. *The New England journal of medicine*, 2013; 368 (13), 1173–1175. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1215620>
69. WHO. Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
70. Raina, S. K., Kumar, R., Gupta, R. K. A primary care-based patient centric palliative care model. *Journal of family medicine and primary care*, 2019; 8 (5), 1519–1522. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_391\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_391_19)
71. Hojjat-Assari, S., Rassouli, M., Madani, M. et al. Developing an integrated model of community-based palliative care into the primary health care (PHC) for terminally ill cancer patients in Iran. *BMC Palliative Care* 20, 100 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00795-2>
72. Ray, A., Najmi, A., Sadasivam, B. Integrating palliative care with primary care: A synergistic mix. *Journal of family medicine and primary care*, 2019; 8 (9), 3074–3075. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_519\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_519_19)
73. World Health Organization. (2018)† Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
74. WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/HIS/SDS/2017.15). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.