

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**EVDE BAKIM VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN  
YÖNETİM VE ORGANİZASYONU**  
(Yüksek Lisans Projesi)

Projeyi Hazırlayan  
**Halime AYDIN**

İSTANBUL, 2013

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**EVDE BAKIM VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN  
YÖNETİM VE ORGANİZASYONU**  
(Yüksek Lisans Projesi)

Projeyi Hazırlayan  
**Halime AYDIN**  
Öğrenci no  
110746819

Danışman  
Prof. Dr. Metin ATEŞ

İSTANBUL, 2013

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans projesi olarak sunduğum “**Evde Bakım ve Sağlık Hizmetleri Yönetim ve organizasyonu**” başlıklı bu projenin, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. .../.../2012.

Aday: Halime AYDIN

# EVDE BAKIM VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YÖNETİM VE ORGANİZASYONU

Projeyi Hazırlayan: Halime **AYDIN**

## Özet

Sağlık bakım hizmetlerinin bir parçası olarak da ifade edilen evde bakım akut, kronik hastalığı olan veya kalıcı engeli olan kişi ve ailesine ev ortamında; bağımsızlıklarını en üst düzeyde tutan, hastalık ve engellerin olumsuz etkilerini aza indiren, sağlığı koruyan, geliştiren ve sürdüren, hasta ve ailesinin gereksinimlerine göre sağlık profesyonelleri tarafından planlanan ve uygulanan bir hizmet biçimidir. Evde bakım hizmetlerinin amacı; bireyin sağlığını korumak, yükseltmek ve rehabilite etmektir. Aynı zamanda bu hizmetler bireyin gereksinimleri doğrultusunda yaşam kalitesini yükseltmek ve toplumsal saygınlığını da artırmayı amaçlamaktadır. Dünyada pek çok gelişmiş ülkede yaygın olarak kullanılan evde sağlık, bakım ve tedavi uygulamaları ülkemizde de her geçen gün yaygınlaşmaktadır. Projede bu uygulamaların nasıl uygulandığı ve yönetildiğinden ayrıntılı olarak bahsedilmiştir.

Evde bakım ve sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyonu kapsamında ki konular; evde bakım ve sağlık hizmetlerine ilişkin kavramlar ve genel bilgiler, aile hekimliği ve evde sağlık bakım hizmetleri, Türkiye ve dünyadaki durum, ülke örnekleri, yönetim ve organizasyonu olmak üzere 5 başlık altında açıklanmaktadır. Ayrıca evde bakım derneği kongrelerini sonuç bildirilerine de projede yer verilmiştir.

Projenin amacı; Evde bakım hizmetlerinin ülkemizdeki ve dünyadaki durumunu değerlendirerek, yönetim ve organizasyon yapıları hakkında bilgi vermektir.

**Anahtar kelimeler:** Yönetim, Evde Bakım, Yaşlı, Finansman, Sağlık

# **THE MANAGEMENT AND ORGANIZATION OF HOMECARE AND HEALTH SERVICES**

A project prepared by Halime **AYDIN**

## **ABSTRACT**

Homecare services is defined as a type of service, organized and given by health professions according the necessities of the patients and their families with acute and chronic diseases or disables at their houses; which maximizes their independence; minimizes the negative effects of their diseases and disabilities; protects, improves and endures their health situation. The aims of the homecare services are to protect, improve and rehabilitate the health of the individual. At the same time, they intent to improve the life quality and prestige in the society with respect to their requirements. As homecare services are being used in developed countries in all over the world, they are also more commonly supplied in our country as well. In this project, it is explained in details how they have been used and managed.

The subjects of the management and organization of homecare and health services are detailed in 5 topics; the terminology related to homecare and health services and general information, family medicine and homecare services, the situation in Turkey and in the world, samples from other countries, management and organization. In addition, the final announcements of the congresses of the Society of Homecare are implanted to the project.

The aims of the project are to evaluate the setting of healthcare in our country and in the world and to inform the structures of management and organization.

**Key words:** Management, Home Care, Elderly, Finance, Health

# İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No:</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iv</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>v</b>
<b>1.GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. EVDE BAKIM SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN KAVRAMLAR VE GENEL BİLGİLER</b> .....	
2.1.Evde Bakım Sağlık Hizmetlerine İlişkin kavramlar.....	
2.2.Evde Bakım ve Sağlık Hizmetleri Genel Bilgiler.....	
2.2.1. Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişim.....	
2.2.2. Evde Bakımın Amacı.....	
2.2.3.Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsama Alanı.....	
2.2.3.1.Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinde Ekip Çalışması.....	
2.2.3.2.Evde Bakım Hizmetleri Gereksinimini Ortaya Çıkaran Nedenler.....	
2.2.3.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Hedef kitlesi.....	
2.2.3.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları.....	
2.2.3.5.Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları.....	
2.2.3.6.Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimindeki Temel Etkenler.....	
2.2.3.7. Evde Bakım Hizmet Tipleri.....	
2.2.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Tercih Edilme Nedenleri.....	
2.2.5. Evde Bakım Hizmetlerinin Yararları.....	
2.2.6. Evde Sağlık Bakım Hizmetleri.....	

2.2.6.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	
2.2.6.2.Tedavi Hizmetleri .....	
2.2.6.3.Palyatif Bakım.....	
2.2.7.Evde Sağlık Hizmetlerinde Hastane Biriminin Çalışma Sistemi.	
2.2.8. Hastalıklara Göre Evde Bakım.....	
2.2.8.1.Hemofilisi Olan Bireyin Evde Bakımı.....	
2.2.8.1.1. Faktör Replasmanı.....	
2.2.8.1.2.Hemofili Hastasının Evde Bakımında Hemşirenin Rolü.....	
2.2.8.2. Kalp Yetmezliği Olan Hastada Evde Bakım.....	
2.2.8.2.1. Kalp Yetmezliği ve Evde Bakımı.....	
2.2.8.2.2. Semptom Kontrolü.....	
2.2.8.2.3. Günlük Kilo Takibi.....	
2.2.8.2.4. Aktivite Programı.....	
2.2.8.2.5. Sigarayı ve Alkolü Bırakma.....	
2.2.8.2.6. Düşük Tuzlu Diyet Uygulaması.....	
2.2.8.2.7. Tedaviye Uyum.....	
2.2.8.2.8. Sonuç.....	
2.2.8.3. Kanser Hastalarında Terminal Dönemde Evde Bakım...	
2.2.8.4. Yatağa Bağımlı Hastalarda Evde Bakım.....	
2.2.9. Doğumda Evde Bakım Hizmetleri .....	
2.2.9.1.Doğum Öncesi Bakım.....,	
2.2.9.2. Bilgi Toplama Süreci.....	
2.2.9.3.Ev Ziyaretleri.....	
2.2.10. Evde Bakım İle İlgili Hasta /Hasta Yakınlarına Özel Pratik Bakım Bilgileri.....	
2.2.10.1. Basınç Yaralarının Oluşumu ve Önlenmesi.....	
2.2.10.2. Alzheimer Hastalarında Pratik Önlemler.....	
2.2.10.3. Bilinçsiz Hastada Ağız Bakımının Önemi.....	
2.2.10.4. Felçli Hastalarla İletişim Kurarken Dikkat Edilmesi Gerekenler.....	

2.2.11. Hasta Evinde Dikkat Edilmesi Gerekenler.....	
2.2.11.1.Hijyenik Koşullar.....	
2.2.11.2.Ortam Isısı .....	
2.2.11.3.Evin Oksijen Seviyesi.....	
2.2.11.4.Fiziki Koşullar.....	
2.2.11.5. Güvenlik.....	
2.2.11.6. Hasta Yakınının Dikkat Etmesi Gerekenler	
2.2.12.Evde Yaşlı Bakımı ve Sağlık Hizmetleri.....	
2.2.12.1.Türkiye’de Bu Konuda Yapılan Çalışmalar .....	
2.2.12.2. Sonuç .....	

### **3- Aile Hekimliği ve Evde Sağlık Bakım Hizmetleri.....**

3.1. Evde Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği.....	
3.2. Aile Hekimliği ve Gezici Sağlık Hizmetleri.....	
3.3. Evde Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekiminin Çalışma Sistemi.....	

### **4-Evde Bakım ve Sağlık Hizmetleri Konusunda Türkiye ve Dünyadaki Durum.....**

4.1.Türkiye’de Evde Bakımda Mevcut Durum.....	
4.1.1. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi.....	
4.1.2. Ülkemizde Yasal Açıdan Mevcut Durum.....	
4.1.3. Hizmet Sunumu ve Eğitim Açısından Mevcut Durum.....	
4.1.3.1. Özel Sektör.....	
4.1.3.2. Yerel Yönetimler.....	
4.1.3.3. Kamu Hastaneleri.....	
4.1.3.4. Sivil Toplum Örgütleri.....	
4.1.3.5. Aile Bireyleri.....	

4.1.4. Profesyonel Olmayan Kayıt Dışı Hizmet Sunumu .....	
4.1.5. Evde Bakım Hizmetlerinde Geldiğimiz Nokta.....	
4.1.5.1 III. Ulusal Evde Bakım Kongresi- Evde Sağlık ve Bakımdan Türkiye	
4.1.5.1.1. A- Hizmet Sunumu Açısından Mevcut Sistemin İyileştirilmesine Yönelik Öneriler:	
4.1.5.1.2. B- Mevzuat İstihdam ve Eğitim Konularına Yönelik Öneriler	
4.1.5.1.3. C- Finansman Konularına Yönelik Öneriler	
4.1.6. Hizmet Sunumunda Diğer Önemli Problemler.....	
4.2. Dünya’da Evde Bakım ve Sağlık Hizmetleri.....	
4.2.1.Gelişimi Etkileyen Faktörler.....	
4.2.2. Tarihsel Gelişim.....	
4.3. Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerinde Ülke Örnekleri.....	
4.3.1. Avusturya’da Evde Bakım.....	
4.3.2. Almanya’da Evde Bakım .....	
4.3.3. Hollanda’da Evde Bakım.....	
4.3.4. Fransa’da Evde Bakım.....	

## **5-Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyonu...**

5.1. Evde Bakım Hizmetlerinde Yönetim ve Liderlik.....	
5.1.1. Evde Bakım Kurumu Yönetimi.....	
5.1.2. Organizasyon ve Liderlik.....	
5.1.3. Hizmetlerin Yönetimi.....	
5.2.Evde Bakımda İletişim ve Bilgi Yönetimi.....	
5.2.1.Toplumla İletişim.....	
5.2.2.Hasta ve Aile ile İletişim.....	

5.2.3. Kurum İçi ve Dışında Profesyoneller Arasında İletişim.....	
5.2.4. Liderlik ve Planlama.....	
5.2.5. Hasta Kaydı.....	
5.2.6. Veri ve Bilgilerin Toplanması.....	
5.3. Evde Bakımda Kalite .....	
5.4. Evde Bakımda Hasta Hakları Ve Sorumlulukları .....	
5.4.1. Bilgilendirilmiş Onam.....	
5.4.2. Araştırma.....	
5.4.3. Organ Bağışı.....	
5.5.Evde Bakımda Organizasyon ve Etik Sorunlar.....	
5.6. Evde Bakım Hizmeti Organizasyon.....	
5.7. Hastanın Evde Bakıma Kabulü.....	
5.8.Hastaya Verilen Evde Bakım Hizmetinin Sonlandırılması.....	
5.9. Evde Bakım Hizmeti Verilemeyecek Durumlar.....	
5.10. II.Ulusal Evde Bakım Kongresi Sonuç Bildirisi.....	
5.11. Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Durum...	
5.11.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı.....	
5.12. Bakım Sigortası Yönünden Evde Bakım.....	
<b>6-Sonuç ve Öneriler.....</b>	
<b>Kaynaklar.....</b>	

## KISALTMALAR

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**SVH:** Serebra Vasküler Hastalık

**AWHONN:** Obstetrik ve Neonatal Hemşireler Birliği (Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses)

**ANA :** Association- Amerikan Hemşireler Birliği(American Nurses Association-)

**İSMEK:** İstanbul Meslek Edindirme Kursları

**TC:** Türkiye Cumhuriyeti

**SHÇEK:** Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu

**KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**STK:** Sivil Toplum Kuruluşu

**SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumu

**UHK:** Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

**SHSHK:** Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

**BMH:** Bakıma Muhtaç Hasta

**BMK:** Bakıma Muhtaç Kişi

**RG:** Resmi Gazete

**SSK:** Sosyal Sigortalar Kurumu

## 1.GİRİŞ

Evde bakım hizmetleri genel olarak, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel ekip ve aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Sözü edilen bu hizmetler, hem sağlık hem de sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede bireyin gereksinimi doğrultusunda yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını da amaçlamaktadır. Bu anlamda evde bakım hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini tutan, kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir (Yılmaz, 2010, s. 125) .

Günümüzde yaşlı nüfusun artması, kronik hastalıklara semptomatik tedavi yaklaşımları, sosyal ve kültürel alanlardaki değişiklikler, sağlık bakım maliyetlerinde ve hastaneye yatış oranındaki artışlar evde bakım gibi alternatif bakım konularını gündeme getirmiştir. Sağlık kuruluşlarında bakımın bir alternatifi olarak da görülen evde bakım ve sağlık hizmetleri, tüm dünyada gelişen ve değişen sağlık bakım sistemi içinde çok yeni bir kavram değildir, ancak kapsadığı hizmet alanı itibariyle ülkemizde yeni gelişen ve gelişmekte olan bir hizmet alanıdır. Hastane yatak kapasitelerinin azaltılması sonucunda evde bakım hizmetleri daha fazla önem kazanarak, sağlık bakım hizmetlerinin önemli bir ögesi haline gelmiştir. Evde bakım hizmetleri genellikle hemşirelik hizmetleri organizasyonu, ziyaretçi hemşireler, hastaneler, evde bakım hizmet kurumları tarafından verilmektedir.

Ülkemizde 10 Mart 2005 tarihinde, 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği’ne göre evde bakım, hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta ve engelli kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi sorunlarını çözümleyecek şekilde sağlık bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır.

## **2- EVDE BAKIM SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN KAVRAMLAR VE GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Evde Bakım Sağlık Hizmetlerine İlişkin Kavramlar**

Evde bakım kavramı; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık bakımı hizmetlerinin etkili biçimde sürdürülmesi amacını taşıyan, birey ve aileye ev ortamında sunulan sağlık bakım hizmetleri yaklaşımıdır. Sunulan bu sağlık bakım hizmetlerinin kapsamında kronik hastalıkların takibi ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi ve konuşma tedavileri, solunum tedavileri, psikolojik sorunlar, bazı ilaç uygulamaları, parental ve enteral beslenme ve daha birçok mevcut ya da potansiyel durum yer almaktadır.

Evde bakım hizmetlerinin tercih edilmesinin nedeni, gereksinim olduğu anda profesyonel sağlık ekibi üyelerinin hasta ve ailesine kendi ev ortamlarında sağlık hizmetini sunabilmesidir. Böylece hasta ve aile kendi ortamlarında takip edilecek ve ekip üyeleri onların gereksinimi olduğu sürece yanlarında olacaktır ( Aslantaş, 2009).

### **2.2. Evde Bakım ve Sağlık Hizmetleri Genel Bilgiler**

Bu bölümde Evde Bakım Ve Sağlık Hizmetleri ile ilgili genel bilgilere yer verilmiştir.

#### **2.2.1. Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi**

Evde sağlık hizmeti sunmanın tarihsel gelişimini, bireye sunulan en ilkel sağlık hizmeti olan doğumun evde mi yoksa hastanede mi olması gerektiği tartışmalarının yaşandığı Roma'dan başlayarak anlatmak yerinde olabilir. Roma'da doğumlar alet ve malzemelerini bir çantayla yanında getiren ebenin eşliğinde gebenin evinde gerçekleştirilmekteyken, bazı toplumlarda doğumun sadece aile için değil toplumun bütünü için kutsal ve önemli sayılmasından ötürü doğum günlük kullanımın olmadığı özel mekânlarda gerçekleştirildiği bilinmektedir. Ortaçağ Avrupa'sında ise evde sağlık hizmeti uygulamaları, hastanın hastalığını diğer insanlara bulaştırmasını önlemek amacıyla yapılmıştır. Burada sunulan hizmetlerin

tıbbi boyutu geri plandayken sosyal hizmetler (barınma, yemek vb.) ön plandadır. Bazı koşullar 19. Yüzyıldan itibaren bakıma muhtaç kişilere yardım etmek amacıyla organize resmi girişimlerin oluşmasında ve bu girişimlerin hızlanmasında aktif rol oynamışlardır. Kentlerde yaşayan fakir ve hasta kişiler hastanede bakım için gerekli parayı bulamadıklarından 19. yüzyılın sonlarında evde tedavi edilmeye ve desteklenmeye ihtiyaç duymuşlardır (Yılmaz, 2010, s.125-126).

### **2.2.2.Evde Bakımın Amacı**

Evde bakım hizmeti gerektiren başlıca ihtiyaç grupları kapsamında; “farklı düzeyde bağımlılığı olan; kendi ihtiyaçlarını bir başkasının desteği olmaksızın karşılayamayacak durumda olanlar, doğum öncesi veya doğum sonrası nedenlerle özürlülüğü, engeli olan kişiler, kazalar veya yaralanmalar sonucunda, engeli (parapleji, quadripleji, hemipleji) bulunan kişiler, lohusalık döneminde sağlık bakımı ihtiyacı olan anneler ve bebekler, bulaşıcı (tüberküloz) veya bulaşıcı olmayan kronik hastalığı (kardiyovasküler hastalıklar, kanser gibi) olan kişiler, tekrarlayan akut hastalıkları olan, hastaneden taburcu edilen ancak halen tıbbi tedavi ve/veya bakıma gereksinim duyan, kronik hastalıkları olan yaşlılar ve yaşlılık nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde çeşitli derecelerde bağımlılıkları olan ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede başkalarının yardımına ihtiyaç duyan yaşlılar, mental problemi olan kişiler ve rehabilitasyon gerektiren terminal dönemdeki hastalar” yer alır.

Evde Bakım hizmetleri ile; günlük yaşam aktivitelerinde kısmi veya tam bağımlı olan kronik hastalığa sahip ve/veya uzun süreli sağlık bakım ihtiyacı olan her yaş grubundaki hastaların öncelikle sağlık bakım, rehabilitasyon gereksinimlerini evde karşılamak ve hastaların yaşam kalitesini artırmak hedeflenmektedir.

Bu kapsamda evde bakımın amaçları şöyle sıralanabilir:

- Hastanedeki tedavi ve bakımı sürdürmek,
- Bireyin kendi-kendine yetecek düzeye gelmesini sağlamak,
- Kronik hastalıkların komplikasyonlarını önlemek,
- Hastalık ve sakatlıkların olumsuz etkilerini en aza indirmek,

- Kronik ve terminal dönemdeki hastaların yaşam kalitesini artırmak,
- Bireyi tıbbi ve sosyal yönden destekleyerek bağımsızlık düzeyini artırmak,
- Hastaneye gereksiz yatışları ve uzun süre kalışı önlemektir.

### **2.2.3.Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsama Alanı**

Evde bakım hizmetleri, özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılmaktadır. Birincisi; evde bakım yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır. İkincisi; evde bakım, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamı çoğu kez birbirinden oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası nekahet dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak 30 gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamakla birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve 6 aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumunda verilen hizmetleri içine almaktadır. Üçüncüsü ise; farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır. Uzmanlık düzeyinde verilen evde bakım hizmetleri genel olarak şu hizmetlerden oluşmaktadır:

- Hemşirelik hizmetleri: Bireyin evine düzenli ve belirli aralıklarla uzman hemşirelerin ziyaretleri ve evde hemşirelik hizmetleri,

Kar ( 2003)'a göre, çalışmasında hemşirelerin %52,4'ünün evde bakım hizmetinde bir yıldan az çalıştıkları, % 80'inin evde bakımda yarı zamanlı çalıştığı, % 64,6'sının aynı zamanda evde bakım kurumu dışında da çalıştıkları saptanmıştır.

- Destek sağlık hizmetleri: Psikoterapi, fizik tedavi, ayak bakımı, konuşma ve meşguliyet tedavisi gibi bireyin hareketini ve evde birine muhtaç olmadan yaşamasına yardım edecek hizmetler,
- Gündüz/Gece bakımı: Bakıma muhtaç bireylerin gereksinimlerine uygun hizmet,
- Kişisel bakım (öz bakım): Bakıma muhtaç bireyin banyo yaptırılması, giyinmesine yardım vb. gibi günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardımcı olacak hizmetler,

- Ev işlerine yardım, ev düzeninin yeniden oluşturulması: Evin temizlik, ütü, alışveriş gibi hizmetlerine yardım ile daha güvenli yaşamayı sağlayacak ev düzeni değişikliklerinin yapılmasıdır. Örneğin kapı, kilit onarımı, çatı onarımı, çıkış rampaları oluşturmak, banyo güvenliği sağlamak, tekerlekli sandalyenin evde dolaşımındaki engelleri ortadan kaldırmak vb.
- Sosyal destek: Bireyin alışverişine yardım, randevularına götürülmesi, faturalarının ödenmesi, sosyal etkinliklere ve arkadaş ziyaretlerine götürülmesini sağlayacak hizmetler,
- Gıda ve beslenme hizmetleri: Evinde yemek hazırlama ve pişirme işlevini yerine getiremeyenlere evlere yemek dağıtım hizmetleri, vb.
- Danışmanlık hizmetleri: Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetleri ile bireyin istek ve şikâyetlerinin ele alındığı hizmetler. Kısa Süreli Evde Bakım Hizmetleri Bu hizmetlerin temel hedefi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon gibi bireyin en kısa sürede kendi kendine yetebilecek duruma gelmesini sağlayacak hizmetlerin bireyin evinde sağlanmasıdır. Bu hizmetler birey merkezli olup, yeniden sağlığına kavuşması, sağlık düzeyinin yükseltilmesi, danışmanlık hizmetleri ile ailesi ve kendisine sağlık sorunlarıyla baş edebileceği temel becerilerin kazandırılmasını sağlayacak birçok disiplini kapsayan hizmetlerle bir bütünlük içinde verilmektedir.
- Aile eğitimi: Evde bakım sürecinde önemli bir konudur. Aile üyeleri arasındaki iletişim önemlidir. Aile üyelerinden birinde olan bir hastalık veya özürülülük durumu diğer üyeleri ve aile dinamiklerini güçlü bir şekilde etkiler. Hastanın tutumu kadar ailenin tutumu da iyileşme sürecini ve bakımın kalitesini etkiler. Ailenin hastalığın ortaya çıkarttığı endişe ve sorunlarla başa çıkabilmesi, hastalığa uyum sağlayıp gerekli davranış değişikliği ve yaşam biçimini gerçekleştirebilmesi için eğitime ve rehberliğe ihtiyacı vardır (Taşocak, 1998, s.239).

Evde bakımın yaygınlaşmasında, evde bakım hizmeti veren klinisyen, hemşire ve sağlık personeli sayısının artmasına, teknolojik gelişmelere ve sağlık sigortalarının evde bakım hizmetlerini desteklemeleri önemli rol oynamaktadır ( Can, 2008, s.6).

Kısa süreli evde bakım, hekimlik, hemşirelik hizmetleri, meşguliyet tedavisi, ayak bakımı, fizik tedavi, beslenme ve sosyal hizmetlerin verilmesini içermektedir. Örneğin, ameliyat sonrası bakım, cerrahi kaynaklı yara bakımı, solunum tedavisi, fiziksel ve meşguliyet tedavisi, konuşma, dil gelişimi tedavisi, hasta ve bakım verenin eğitimi, damar içi ve beslenme tedavisi ile enjeksiyon uygulamaları vb. gibi oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır (Oğlak, 2007, s.100-108).

Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetlerinin hedefi, bakım hizmetlerine sürekli olarak gereksinim duyan kronik hastalar, yaşlılar ve özürülülerin sağlığını korumak, bakıma muhtaçlık derecesinin daha da artmasını önlemek, hastalık ve özürülülüğün ortadan kaldırılamadığı durumlarda olabildiğince bağımsız yaşamayı sağlayacak eğitim ve beceriler kazandırmak ve profesyonel anlamda kaliteli bakım hizmetleri sunmaktır. Bakıma muhtaçlık, günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı yaşam aktivitelerinden en az birini yardımsız yerine getirememesi durumudur. Bu sayılan fonksiyonları yerine getirmede zorluk çekme ve bilişsel yetersizlik, zorunlu gözetim altında tutulma gereksinimi, bakım hizmetlerinden yararlanma koşulu olarak birçok ülkede kullanılmaktadır. Bazı ülkelerde yaşa bağlı oluşabilecek sağlık ve bakım sorunlarından dolayı bakıma muhtaç olanlar da kapsam içine alınmıştır (Yılmaz, 2010, s.125 ).

Evde sağlık hizmetleri, yüksek teknoloji gerektiren evde bakım, pediatrik bakım, psikiyatrik mental bakım ve hospis bakım gibi özelleşmiş evde bakım hizmetlerini de içerir. Önceleri sadece hastanede sağlanabilen teknolojilerin evde kullanımları sonucu, yüksek teknoloji bakım gerektiren hastaların hastanede kalışları kısaltmakta, hastane tedavilerindeki maliyetlerde düşme sağlanabilmektedir. Ancak yüksek teknoloji bakım gerektiren tüm bireylerin ve durumlarının evde bakım için uygunluğu söz konusu değildir. O nedenle yüksek teknoloji bakım gerektiren bireyin eve dönüşü, bireyin, bakım verenin ve ev çevresinin tam olarak değerlendirilmesini gerektirir. Taburculuk planlaması hastanın hastaneye kabul süreci ile başlar ve hastaneden taburculuğuna kadar devam eder. Taburculuk planlaması hasta ve aileyi evde bakıma hazırlar ve bakımın sürekliliğini sağlar ve hedeflenen amaca eksiksiz ulaşılmasında etkin rol oynar. Evde sağlık hizmetlerinin başarısı, hasta ve ailesinin hastane sonrası gereksinimlerinin değerlendirilerek tedavi,

bakım ve yaşam düzenlemelerinin yapılması, güvenli çevre oluşturulmasını kapsayan iyi planlanmış taburculuk hizmetlerine ve evde bakım hizmet ekibinin etkili koordinasyonuna bağlıdır.

### **2.2.3.1.Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinde Ekip Çalışması**

Evde sağlık hizmetleri kapsamında; hekimlik hizmeti (evde doktor takibi ve dış bakımı), hemşirelik hizmeti, fizyoterapi, medikal ekipman hizmetleri, eve ilaç hizmeti, psikolojik vb. hizmetler yer alır. Evde tedavi ve bakım evde sağlık hizmetlerinin en önemli bölümünü oluşturur. Adından anlaşıldığı gibi burada hizmeti alanlar hasta olup, amaç bozulan sağlık durumunu düzeltmek ya da iyileştirmek ve hastaneye tekrar yatışları önlemektir. Koruyucu sağlık hizmetleri ise hastalıktan koruma ve sağlığı geliştirmeye odaklıdır ve kapsamında daha çok yeni doğum yapmış anne ve bebeğin fizik muayenesi ve izlemi, her yaş grubu için erken tanı, tarama ve sağlık eğitimi gibi hizmetleri içerir.

Evde bakım hizmetleri, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiği için ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Yaşlının sağlık durumu ve bakım gereksinimlerine göre hekimler, hemşireler, ev ekonomistleri, eczacılar, sosyal çalışmacılar, psikologlar, fizyoterapistler, konuşma terapistleri, uğraşı terapistleri gibi farklı meslek grupları bakımda rol alır. Tedavinin bir parçası olarak aile üyelerinin ve bakım sunulan bireyin bu plana katılması planın etkililiğini artırır (Karahana, 2002, s. 155-159).

Karahana (2002)'a göre, evde bakım çok geniş bir hizmet olduğundan farklı alanlarda, bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasına olanak sağlar.

Bu hizmetler:

- Ev işleri: çamaşır, alışveriş, temizlik gibi işler,
- Kişisel bakım: giyinme, banyo ve kişisel hijyene yardım etme,
- Evde yemek hazırlama: Yaşlıların evlerinde sıcak öğünler sunma. Hafta sonu için dondurulmuş yiyeceklerle öğün gereksinimlerinin karşılanması,
- Kişisel Acil Müdahale: 24 saat acil yardım hizmeti,

- Bireylerin tek başına gerçekleştiremeyeceği ağır işler: pencerelerin temizliği, halıların yıkanması, buzdolabının temizlenmesi vb. işler.
- Arkadaşlık: Haftalık olarak yaşlı ziyareti, ayak işlerini yapma, yazışma ve onlara arkadaş bulma imkânı sağlama,
- Ulaşım: Sağlık kontrollerine gitmesi için uygun ulaşım sürecinin sağlanması,
- Beslenme desteği,
- Finansal danışmanlık,
- Eğitim,
- Ruh sağlığı, ortopedi/ nöroloji, rehabilitasyon, infüzyon/ onkoloji, kadın-doğum, çocuk, yaşlı, kardiyopulmoner ve yara bakımı gibi sağlıkla ilgili uygulamalar.

Evde bakım hizmetleri, farklı meslek ve branş üyelerinin işbirliği ve eş güdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize biçimde sunulması gereken bir hizmet olarak ifade edilmektedir. Yaşlının sağlık durumu ve bakım gereksinimlerine göre hekimler, hemşireler, ev ekonomistleri, eczacılar, tıbbi sosyal çalışmacılar, psikologlar, fizyoterapistler, konuşma ve mesleki terapistler gibi farklı meslek grupları bakımda rol alır. Ekip üyeleri bir plan dâhilinde ve eş güdümlü olarak çalışır. Genelde ekipten birisi bu bakımı koordine eder. Tedavinin bir parçası olarak aile üyelerinin ve bakım sunulan bireyin bu plana katılması planın etkinliğini artırır. Evde bakıma ilgi giderek artarken ve ekip anlayışı içinde verilmesi önerilirken, genel olarak tüm dünyada yaşlılara bakım ev ortamında ve ağırlıklı olarak kadınlar tarafından verilmektedir.

### **2.2.3.2.Evde Bakım Hizmetleri Gereksinimini Ortaya Çıkaran Nedenler**

Evde bakım hizmetlerine, özellikle maddi boyutlarındaki artışa yönelik bazı eleştiriler olmasına rağmen, bu hizmetler giderek yaygınlaşmaktadır.

Evde bakımın bu kadar çok önem kazanmasının altında yatan nedenler şöyle sıralanmaktadır:

- Evde bakım, hasta ve bakıma ihtiyacı olan bireylere, kendi ortamında daha özgür yaşama imkanı sunmaktadır. Hastanın ya da bireyin ailesiyle birlikte ve kendi ev ortamında bulunması, bu hizmeti birey için cazip kılan en önemli faktörlerdendir. Birey/hastanın daha saygın hissettiği bir ortamda, sevdikleriyle yakın iletişim

içinde olması, daha hızlı iyileşmesini ve bağımsızlığını kazanmasını sağlamaktadır.

- Ev ortamında bakımın kalitesinin arttığı vurgulanmaktadır.
- Bireyin bakım sorumluluğunun aile üyelerinin üzerinden alınması ile iş ve sosyal yaşantının kısıtlanma zorunluluğu ortadan kalkar ve bireylerin tükenmişlik hissetmeleri engellenebilir.
- 24 saat ve hafta sonları hizmet sunma olanağı bulunmaktadır.
- Bireye ve aileye özgü olarak bakım planlanabilmektedir.
- Bireyin ve aile üyelerinin bakıma daha fazla katılmasını sağlamaktadır.
- Hastaneden erken taburcu edilerek evlerine gönderilen ve evde bakım hizmeti alan hastaların memnuniyeti, genel sağlık durumu, üç aylık mortalite ve hastaneye tekrar yatış hızı, genel sağlık düzeyi ve emosyonel durumlarının daha iyi olduğu belirtilmektedir. Hastanede kalmak hasta için her zaman enfeksiyon kapma riskini taşımaktadır. Evde bakımda enfeksiyona yakalanma ihtimali azalmaktadır.
- Uzun süreli bakım gerektiren hastaların bakımı evde daha kolaydır. Birçok hasta için evde bakımın hastaneye kıyaslandığında maliyeti daha uygundur.
- Evde bakım hizmetleri ile bireylerin kendi ortamında bakılması tedavi sürecini hızlandırmaktadır.
- Yoğun bakım dâhil, diyabet, astım ve kalp problemleri gibi pek çok durum için bakım olanağına sahiptir.
- Evde bakım hizmetleri ilaç kullanımı ve ilaca uyum sağlama gibi açılardan da yararlıdır. Evde bakım hizmetleri, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiğinden ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır.

### **2.2.3.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Hedef Kitlesi**

Bu hizmetlerin hedefinde; yaşam kalitesini artırmak, hizmeti alanların iyi olma durumunu en üst düzeyde korumak ve sürdürmek amacı bulunmaktadır. Evde bakım, hastane bakımı ile karşılaştırıldığında, en etkili bakım türü olarak kabul edilmekte olup, evde kalmak, kendi içinde olumlu bir amaç olarak düşünülmektedir. Kronik hastalığı olanlar için evde bakımın hedefleri açıkça tanımlanmıştır. Ancak,

hayatlarının son dönemindeki hastalar için hedefler, terminal dönemin etkilerine rağmen, kalan yaşamı değerli kılmak için fiziksel ve zihinsel rahatlık sağlamak ve hastaların büyük bölümünün tercih ettiği gibi ölümün ev ortamında gerçekleşmesini sağlamaktır. Evde bakımın diğer bir hedefi, hastanın günlük yaşam etkinliklerini yapabilmesine olanak sağlamaktır. Evde bakım hizmetleri, ameliyat sonrası bakım gereksinimi olanlardan uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hasta ve yaşlılara, yeni doğum yapan annelerden tedavisi evde de sürdürülebilecek hastalara, kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyanlardan, aşılama ve laboratuvar tetkikleri gibi hizmetleri evinde veya işyerinde almak isteyenlere kadar çok geniş bir yelpazede ihtiyaç sahiplerine hitap etmektedir (Özer, Ö ve ark. 2012, s.97).

Evde Bakım Hizmetleri alanlar arasında en büyük çoğunluğu oluşturan gruplar aşağıda sıralanmıştır.

- Ameliyat sonrası bakım ihtiyacı olanlar,
- Ortopedi ve Travmatoloji hastaları,
- Kalp, Damar ve Hipertansiyon hastaları,
- Hemipleji (Felçli) hastaları,
- Onkoloji (Kanser) hastaları,
- Akciğer ve Solunum hastaları,
- Diyabet hastaları,
- Nöroloji hastaları,
- Oksijen tedavisine ihtiyacı olan diğer hastalar,
- Yeni doğum yapan anne ve bebekleri,
- Bakım ihtiyacı olan yaşlılar ve özürllüer,
- Yara bakımı, enjeksiyon, infüzyon ve diğer kısa süreli hemşirelik hizmetlerine ihtiyaç duyanlar,

- Grip, Hepatit-B, Zatürre gibi hastalıklardan korunmak için aşılınmak isteyenler,
- Laboratuvar tetkik ve test hizmetlerine ihtiyacı olanlar,
- Evinde her türlü medikal ekipman ihtiyacı olanlar.

Evde bakım hizmetlerinin ortaya çıkmasıyla çok sayıda değişik yapıda kuruluş bakım ihtiyacı olan kişilerin gereksinimlerini karşılamak üzere ortaya çıkmıştır. Evde bakım hizmetlerinin sunumunda yapısal ve yönetsel olarak birbirinden farklı özellikleri olan beş tip kuruluş vardır. Bunlar; resmi kuruluşlar, gönüllü kuruluşlar, karma kuruluşlar, hastane destekli kuruluşlar ve özel kuruluşlardır (Özer, Ö ve ark. 2012, s.98).

Evde bakım hizmetlerinin hedef kitlesi bu hizmetlerden doğrudan yararlanan bakıma muhtaç bireyler yanında, bakıcı aile bireylerini de içine almaktadır.

Özellikle ABD ve gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, hastanede yatış süreleri azaltılmıştır. Bu nedenle taburculuk sonrasında birçok hastanın yüksek donanımlı hizmetlere olan ihtiyacı artmıştır. Taburculuk sonrası kurum bakım hizmeti almak istemeyenler, yaşlılar, engelliler, fiziksel ve ruhsal rahatsızlığı olan birçok hastada evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Evde bakım hizmetleri; kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklarla birlikte çoğunluğu 65 yaş ve üzerinde olan kronik ve uzun süreli bakımı gereken hastalara hizmet sunmaktadır.

Terminal dönemdeki kanserli yetişkin ve çocuk hastaların onur ve saygınlığını korumak, yaşamın son günlerini sevgi ve şefkatle mutlu geçirmesini sağlamak amacıyla bakım hizmetleri evde verilmektedir. ABD ve Britanya da yapılan çalışmalar, tedavisi olanaksız ve ilerlemiş hastalığı olan hastaların birçoğunun ölümüne kadar bakımlarının evlerinde verilmesini tercih ettiklerini göstermiştir.

Kronik hastalıklar, bireyin günlük yaşam etkinliklerinde değişik oranlarda bakıma muhtaçlık durumu yarattığı, kalıcı sakatlıklara yol açabildiği, patolojik değişikliklere neden olabildiği için, uzun süreli bakım, izlem ve kontrol gerektiren durumlardır. Bu takip ve bakımın uzun süre hastanede yapılması olanaksız olduğundan evde bakımın devamının sağlanması gerekmektedir (Oğlak, 2008, s. 36-37).

#### **2.2.3.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları**

Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları şöyle sıralanabilir; Evde bakım kurumsal hasta bakımına alternatif bir sağlık hizmeti sağlayarak, hasta ve ihtiyacı olan kişiye daha özgür ve kendi otonomisinde olma şansı verir.

- Ailenin ve tanıdık çevrenin varlığı, evde bakım hizmetini hasta için cazip kılar.
- Hastaların kendi kurallarına değer verilir.
- Hastalar kendi kimliklerini hastane ortamına göre evlerinde daha iyi muhafaza ederler.
- Hastanede kalışta hasta için her zaman bir enfeksiyon riski söz konusu iken, evde bakımda enfeksiyona yakalanma olasılığı daha azdır.
- Hastaların evde bakım maliyetleri, kısa ve uzun süreli bakımlarında hastanede kalış maliyetlerine göre çok daha düşüktür. Sadece hastalar ve ödeyiciler için değil, hastaneler için de bu önemli bir durumdur.
- İleri teknolojiye sahip, kullanım kolaylığı olan ve emniyetli aletler evde verilen hizmetlerin çeşitlenmesini sağlamaktadır. Bu tür yüksek teknolojinin kullanımı sayesinde hastaların daha erken taburcu olarak tedavilerinin devamı sağlanabilir.
- Evde bakım hizmetlerinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi vardır.
- Evde bakım bazı bireylere ulaşmanın tek yoludur.
- Evde bakım hizmetleri gereksiz hastane kullanımını önemli ölçüde azaltmaktadır.

#### **2.2.3.5. Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları**

Evde bakım hizmetlerinin birçok ülke için yeni bir sektör olması, yeni riskleri ve denetim sorununu beraberinde getirmektedir. Evde bakım hizmetleri, birçok dış

etkine açık, ayrıntılı bir eğitim programı ve yakın bir denetim gerektiren bir örgütlenmedir. Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları;

- Evde bakım hizmeti verecek bireyin alışmış olduğu bir ortam dışında bakım verecek olması verimliliği azaltabilir. Sağlık personeli, hasta ve ailesi arasında etkili bir etkileşim kurulamayabilir.
- Profesyonel sağlık personeli olarak yetişmemiş aile üyeleri için giydirme, yemek yapma, banyo yaptırma, kaldırma, ev temizliği, çamaşır, ilaç verme gibi günlük hasta ve ev bakım faaliyetleri zor gelebilir ve bu da aile fertleri üzerinde artan bir baskıya neden olabilir.
- Sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması, evde bakım hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir.
- Evde bakım hizmetlerinin temel dayanak noktası; “hastaların bağımsızlığa ulaşmaları ve yaşam kalitelerini geliştirmeleri veya devam ettirmeleri amacıyla hizmeti alanlar için en iyi alternatif olduğu” görüşüdür.

#### **2.2.3.6. Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimindeki Temel Etkenler**

Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimindeki Temel Etkenler:

- Toplum sağlığı çalışmalarının öneminin anlaşılması,
- Yataklı sağlık kurumlarının ve uzun dönem bakım merkezlerinin kapasite yetersizliği,
- Ailelerin büyük aile yapısından çekirdek aile şeklinde yaşama yönelmesi ve kadınların iş hayatında daha çok rol alması,
- Yaşlı nüfusun ve yaşam süresinin artışı,
- Yaşam kalitesi üzerine bilincin ve taleplerin artışı,
- Kronik Hastalıkların artması,
- Sağlık harcamalarının artması ve maliyet etkin sağlık hizmeti arayışı,
- Tıbbi teknoloji ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerdir (Evde bakım derneği yönetim kurulu, 2010).

### **2.2.3.7. Evde Bakım Hizmet Tipleri**

Evde bakım hizmetleri, yalnızca hasta ve hastalığa dönük bir faaliyet değildir. Bütün sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri içermesi, kapsadığı alanın büyüklüğünü göstermektedir. Evde bakım hizmetleri hizmet alan bireyin yaşına, sağlık durumuna ve bakım verenlerin özelliğine göre farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Hizmetlerin kısa veya uzun süreli olmasına (kısa ya da uzun süreli hizmetler) ya da hizmet verenlerin özelliğine (formal ya da informal bakım ) göre tanımlamalar yapılabilmektedir.

Genel olarak evde bakım hizmetlerini iki ana grupta toplamak mümkündür:

- Evde sağlık hizmetleri
- Evde sosyal-destek hizmetleri

### **2.2.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Tercih Edilme Nedenleri**

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin evde bakım hizmetlerine olan yönelimlerine bakıldığında temelde beş nedenin olduğu görülmektedir. Bunlar:

- Demografik değişim ve yaşlı nüfusun artması,
- Aile yapısının değişmesi,
- Tıp teknolojisinin gelişmesi,
- Uzun süreli kurum bakım hizmetlerinin yetersizliği,
- Sağlık hizmetleri harcamalarında artan maliyettir.

Söz edilen nedenler, genel olarak sağlık sektörü politikalarında ve sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili konularda evde bakım hizmetleri gibi farklı gereksinimleri ortaya çıkartmıştır (Oğlak, 2008, s. 36-37).

Günümüzde Evde Bakım, tüm dünyada gündemlerde daha çok yer alan, birçok ülkede etkin bir hizmet sunum modeli olarak görülmeye başlanan ve tercih edilen bir sağlık hizmeti modeli olmuştur. Ülkelerin sosyo ekonomik yapıları, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerindeki farklılıklar, kültürel değişiklikleri nedeniyle uygulanan modeller ülkeden ülkeye farklılık gösterse de bugün artık “evde bakım gerekli midir”

ya da “faydalı mıdır” gibi sorular tartışmasız olarak cevaplanmıştır. Gelişmiş ülke örneklerinde yaşanan tecrübeler ve elde edilen olumlu sonuçlar, evde bakımın faydalarını ve gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır.

Gelişmiş ülkelerde kurum bakımı hizmetinden faydalanan yaşlılar genelde seksen beş yaş ve üzeri olup yaşamlarını kendi evlerinde her hangi bir destekle sürdüremeyecek düzeyde Alzheimeri, kronik hastalığı ve engeli bulunan veya terminal dönemde olan yaşlılardır. Bu grubun bakım gideri Amerika da yaklaşık 60 milyar dolardır. Evde bakımın maliyet etkililiğinin yanı sıra beş temel özelliği daha söz konusudur. Bunlardan ilki bireyin eksiklik ve noksanlıklarından onu var olan güçlü yanları ile ele alan mevcut potansiyelini geliştirmek için profesyonel bir bakım şeklini sunmasıdır. İkincisi bireyin kişisel tercih, istek ve beklentilerini göz önünde bulundurarak yaşam akışını kendi kontrolü dâhilinde sürdürmesine olanak tanımaktadır. Aile üyeleri hasta, özürlü ve yaşlı bireyin sorun ve sıkıntılarını, gereksinim ve beklentilerini düzenli olarak evde bakım çalışanlarına ileterek evde bakım ekibini daha hızlı ve etkili bir bakım hizmeti verebilmeleri noktasında yönlendirmektedirler. Evde bakımın dördüncü özelliği bakıma gereksinim duyan bireyin fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal sınırlılıkları dolayısıyla toplumsal yaşamdan uzaklaşmasını engellemek için toplumla birey arasındaki sınırları kaldırmaktır. Son olarak evde bakım bireyin sorun ve gereksinimlerine özgü bir bakım konsepti sunduğu için, toplumsal faydası çok olan insani odaklı bir hizmettir (Danış, M.Z. 2008 . s.118).

ABD' de aileler evde tüm bakımın % 80' inin sağlamakta, yaklaşık olarak 15-25 milyon yetişkin, ev ortamında (informal) bakım sunmakta ve 12,8 milyon Amerikalı uzun dönem bakım veren yardımcılara gereksinim duymaktadır. Bu ülkede yaşlıların 2,4 milyonu bakım evlerinde kalmasına rağmen yaklaşık olarak % 90,0' ı aile, arkadaş ve komşuları tarafından bakılmaktadır. İspanya' da evde bakım hizmetlerinden 14 milyon insan yararlanmaktadır. İngiltere' de ise yaşlıların 1/6' sı uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Japonya' da yaşlıların büyük bir bölümü geleneksel yapılarına bağlı olarak aileleri ve aile içinde de kadınlar tarafından bakılırken sadece %39,3' ü yalnız ya da eşleriyle birlikte yaşamaktadır.

Ancak zaman içinde kadınların çalışma yaşamına daha fazla katılmaları ve yaşlı nüfusun giderek artması (2020' de nüfusun %25,0' inin 65 yaş ve üzerinde olacağı tahmin edilmekte), evde bakım hizmetlerine gereksinimin artacağını göstermektedir. Ülkemizde birkaç özel kurum dışında evde bakım hizmeti sunan resmi bir kurum bulunmamaktadır. Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin gelişmemesi nedeniyle toplumumuzda yaşlıların bakımı sadece aile üyeleri özellikle de kadınlar tarafından yürütülmektedir (Karahan, 2002, s. 157).

### **2.2.5. Evde Bakım Hizmetlerinin Yararları**

Modern sağlık bakımında evde bakım, tedavi ve bakımın sürekliliğini sağlayan, hospitalizasyon ve iyileşme dönemleri arasında önemli bir basamaktır. Evde bakımın hasta/birey ve ailesi açısından birçok yararı bulunmaktadır. Örneğin;

- Evde bakım hizmetleri, tüm sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri üzerine olan maliyet-etkililik ve maliyet- yararlılık avantajlarının yanı sıra hospitalizasyon sonrası veya iyileşme sürecinde olan bireylerin yaşadıkları gerçek ortamları olan evlerinde bakım almalarını sağlar.
- Aile bireyleri dışında bir sağlık bakım profesyoneli (hemşire, yaşlı birey bakım elemanı vb) tarafından verilen bakım ile bakım sorumluluğunun tüm aile üyelerine yüklenmesi sonucu oluşan iş ve sosyal yaşantıların kısıtlanması zorunluluğunu ortadan kaldırır.
- Bakımın evde verilmesi ile tıbbi bakım gereksinimi olan bireyin günlük yaşam aktivitelerinin profesyonel bir bakış açısıyla organize edilmesi, sağlık düzeyinin korunması, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde bağımlı durumdan minimum seviyede etkilenmesi sağlanır.

Bakım ve tedavinin evde sürdürülmesi ile bireyde, hastanede uzun süreli yatış sonucu görülen bir çok fiziksel (hastane enfeksiyonları riski) psikolojik (aile, eş, dost ve sosyal çevreden izole olma duygusu) sosyal ve mali (ilaç, doktor ve yatış hizmetlerinin maliyeti) sorunların oluşmasını önlenir (Sayan, 2004, s. 92).

### **2.2.6. Evde Sağlık Bakım Hizmetleri**

Bu hizmetler birey, ailesi, bakım vericileri ve multidisipliner sağlık profesyonellerini kapsar ve bireyin optimal sağlık düzeyine ulaşması ve bağımsızlığını kazanmasına yardımcı amaçlar. Evde sağlık hizmetleri:

- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Tedavi edici,
- Palyatif bakım olmak üzere üç ana başlık altında gruplandırılabilir.

Bu hizmetler hekim, hemşire, fizyoterapist, solunum-konuşma ve meslek terapistleri, psikolog ve eczacı gibi profesyonellerin disiplinler arası ekip yaklaşımıyla sunulur.

#### **2.2.6.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Hastalarımızın yıllık grip aşısını yaptırın. 65 yaş üstü ve kronik hastalığı olanlarda zatüre aşısı yaptırın. Hastanızın beslenmesine ve diyetine dikkat edin. Bununla ilgili profesyonel destek alın. İlaçlarını düzenli bir şekilde kullanmasını sağlayın v.b.

Hasta olmadan önce tedbir almak, hastalığı tedavi etmekten çok daha kolay ve ucuzdur.

#### **2.2.6.2. Tedavi Hizmetleri**

Tedavi hizmetleri kişinin sağlık durumunun bozulmasıyla birlikte, herhangi bir sağlık kuruluşunda verilen hizmetler bütünüdür. Hastanızı kendiniz tedavi edemezsiniz. Bunu unutmayın!

### **2.2.6.3. Palyatif Bakım**

Hastaların, hastalığın ilerlemesi ile kısıtlanabilen fiziksel, emosyonel, manevi, mesleki ve sosyal potansiyellerin en üst düzeye çıkmasını sağlama çabaları, yani rehabilitasyonudur. Bu süreçte hasta yakınlarının katkısı çok büyüktür.

### **2.2.7. Evde Sağlık Hizmetlerinde Hastane Biriminin Çalışma Sistemi**

İkinci ve üçüncü basamak hizmet seviyesinde hizmet veren hastane evde sağlık birimlerinin çalışma düzeni birim sorumlu tabibi tarafından hazırlanan ve ilgili kurum amirince onaylanan iş planına göre yürütülür. Evde sağlık hizmetlerinde, hizmet verilen kişinin durumu, yapılan tüm tıbbi müdahaleler ve ziyaretin seyri raporlanır. Evde sağlık hizmetleri biriminin görevi, konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, kişinin bulunduğu ev ortamında;

- Muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi,
- Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması,
- Hastanın ve ailesinin hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi,
- Hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar .

Lüzumu halinde ilgili dal uzmanlarının da görüşü alınarak evde gerekli konsültasyon sağlanır.

Hizmetin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında devam edebileceği kanaati oluştuğunda ise hastane birimi aracılığıyla tüm bilgi ve belgeler ile birlikte koordinasyon merkezine iletilir. Koordinasyon merkezi gerekli incelemeyi yaparak kayıt altına aldığı hasta için kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezi veya aile hekimine evde sağlık hizmetinin başlatılması için gerekli bildirimini yapar. (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge).

## **2.2.8. Hastalıklara Göre Evde Bakım**

Bazı hastalıklarda evde bakım profesyonel bir sağlık ekibine ve sosyal desteğe gereksinim duyar. Bu bölümde evde bakım gerektiren bazı hastalıklardan örnekler verilecektir.

### **2.2.8.1. Hemofilisi Olan Bireyin Evde Bakımı**

#### **2.2.8.1.1. Faktör Replasmanı**

Hemofilide kanamayı durdurmak için kullanılacak ürünlerin bulunmasından çok bu ürünlerin olabildiğince en kısa sürede hastaya uygulanması önemlidir. Evde faktör infüzyonu faktör replasman tedavisine bir an önce başlanılmasının getirdiği yararlar, evde tedavi ve bakımı gündeme getirmiştir. Günümüzde faktör replasmanı tedavisi artık evde tedavi-bakım ve kendi kendine infüzyon kavramlarıyla bütünleşmektedir.

Ev ortamında sürdürülen profilaktik tedavi, hemofilinin en önemli komplikasyonlarından biri olan eklem deformitelerini önleyebildiği gibi çocuğun okuldan, arkadaşlarıyla olan sosyal ilişkilerinden ayrı kalmasını da önleyebilmektedir (Nillsson 1994, Zülfikar 1997). Gerçektende yapılan bir çalışmada (Nillsson 1994) 1-2 yaşında profilaktik tedaviye alınan çocukların, eklem kanamalarının çok az deneyimlediği, yaşamın ileri dönemlerinde okul, işe devamsızlık oranlarının profilaktik tedaviye geç başlayanlara göre daha az olduğu belirtilmiştir.

Günümüzde gelişmiş ülkelerde, hemofili hastalığının tüm tedavileri hastanın evinde kendisi ya da ailesi tarafından yapılabilmektedir.

#### **2.2.8.1.2. Hemofili Hastasının Evde Bakımında Hemşirenin Rolü**

Profesyonelliğin bir gereği olarak hemşireler toplumda varolan kaynakları ve kendi bireysel potansiyellerini etkin bir biçimde kullanarak, hemofili hasta ve ailelerinin iyi bir tedavi ve bakım almalarını sağlayabilirler. Hemşire, hasta ve ailesinin gereksinim duyduğu kaynaklara ulaşmada onlara rehberlik yapabilir

(danışmanlık rolü), eğitim verebilir (eğitici rolü), iyi bir bakım sağlayıp (bakım verici rolü), gerektiğinde diğer sağlık personeli ile (koordinasyon rolü) dayanışarak daha kapsamlı bir tedavi ve bakım sağlayabilir. Ayrıca daha iyi bir tedavi ve bakım için neler yapılabileceği konusunda araştırmalar (araştırmacı rolü) yürütebilir (Gözüm, 1999, s. 91-96).

Hemofili hastasının evde bakımında hemşirenin rolü diğer kronik hastalıkların evde bakımından çok farklı değildir. Bu nedenle, kronik hastalıklara yönelik temel hemşirelik amaç ve anlayışları hemofili hastasının bakımı için uyarlanabilir. Hemofili gibi kronik hastalıklar yaşam boyu tedavi gerektirdiği için hasta ve ailesinin tüm bu süreçte desteklenmesi gereklidir. Hemşire aileyi dinleyerek, sorunlarına gerçekçi bir gözle bakmalarını sağlayarak ve gerektiğinde onları yardım alabilecekleri diğer sağlık meslek üyelerine yönlendirerek destek olabilir. Hemofili hastasına bakım veren bir hemşirenin genişleyen rolü birçok işlevleri kapsamaktadır. Hemşire, hasta ve aileyi çok yönlü değerlendirirken evde bakım için uygun koşullar yönünden de değerlendirmeli ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlamalıdır. Hemşire ev ziyaretleri sırasında ailenin çocuklarına ya da hasta erişkinin kendisine bakma konusundaki yeteneklerini değerlendirmeli ve gerektiğinde danışmanlık ve eğitim yapmalıdır. Evdeki bakımının başarılı olabilmesi için ailenin günün her saatinde hemşireye ve tıp personeline ulaşabilmesi önemlidir.

Eğitim: Evde bakımın temel amacı, hemofili hasta ve ailesini bakımda aktif hale getirmek, hastanın öz-bakım gücünü, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini arttırmak olarak özetlenebilir. Bunu sağlamak için, öncelikle hasta ve ailesine hastalık, hastalığın tipi, derecesi, kanamalar, oluşabilecek komplikasyonlar ve bunları önlemeye yönelik girişimler, evde yapılabilecek erken tanı ve tedavi uygulamaları ve fiziksel yaralanmayı önleyici düzenlemeler gibi hastalıkla ilgili geniş içerikli bir eğitim verilmelidir.

Hemofilide tedavi ya da profilaksi amacıyla kullanılan ürünlerin ev koşullarında infuze edilebilmesi için hasta ve ailesinin sistemli bir şekilde eğitilmesi gereklidir. Hasta ve ailesinin de infüzyon için iğnenin yerleştirilmesini, infüzyonun ne zaman ve ne kadar verilmesi gerektiğini çok iyi kavraması gereklidir. Gomperst ve Deavenport (1989) Lazerson 'un yaptığı bir çalışmada,

sistemli ve detaylı bir biçimde yapılan eğitimle hemofili hastasının, evde bakımında gerekli olan tüm becerileri öğrenebileceğini belirtmişlerdir. Başarılı bir evde bakım için hasta ve ailesinin hastalığın tüm detaylarını içeren bir eğitim programına alınması gereklidir.

Hasta ve aileye yapılacak eğitim; ailenin yararlanabileceği sağlık ve sosyal kaynakları ve gereksinim duydukları alanları da içermeli ve onların eğitim düzeyleri ve sahip oldukları bilgiler temel alınmalıdır (Gözüm, 1999, s. 91-96).

#### **2.2.8.2. Kalp Yetmezliği Olan Hastada Evde Bakım**

Kalp yetmezliğinde uygulanacak hemşirelik bakımı bireyi ve tüm ailesini kapsayacak şekilde planlanmalıdır ve bireyin kendi bakımına direk katılımı sağlanmalıdır. Yaşam kalitesini yükseltecek, hasta ve ailesini de içine alan eğitim programları uygulanmalı, bireyler düzenli olarak takip edilmelidir. Kalp yetmezliği olan bireylerin başarılı yönetimi, sıklıkla temel, uzun dönem yaşam şekli düzenlemelerinin hastalar ve aileler tarafından uygulanmasını zorunlu kılmaktadır. Yaşam şekli düzenlemeleri diyet, aktivitelerin değişimi, ilaçların düzenli alımı, semptom kontrolü, sigara ve alkolün bırakılması, günlük kilo takibi vb. içerir. Hasta ve aile eğitimine hastanede yatarken başlanır ve taburculuk sonrası hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri, telefonla haberleşme ile devam edilir. Hasta ve aile eğitimi, evde sağlık bakımı bu hastalarda daha sonraki hastaneye yatışları önlemede önemli bir faktördür. Hemşirelik bakımının temel hedefi; bireyin yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu şekilde yükseltmektir. Bu yaklaşımda birey merkezdedir ve kendisi ile ilgili kararlara katılır. Kendi bakım sorumluluğunu üstlenir. Kalp yetmezliğinde uygulanacak hemşirelik bakımı kapsamlı olmalı ve birey kendi bakımına doğrudan katılmalıdır. Kalp yetmezliği olan hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük yaşarlar. Özellikle kronik hipoksemisi olan hastalarda günlük yaşam aktiviteleri etkilenmektedir. Kalp yetmezliği olan hastalarda bağımlılık seviyesi saptanmalı ve uygun hemşirelik bakımı planlanmalıdır. Bireyin günlük aktiviteleri önem sırasına göre dizilmeli ve belli bir program çerçevesinde yapmasına yardımcı olunmalıdır. Bireysel hijyen, tuvalet ihtiyacı, yemek yemek gibi aktivitelerde bağımlılık seviyesine göre yardımcı olunmalıdır (Demir, 2008, s. 123-124).

### **2.2.8.2.1. Kalp Yetmezliği ve Evde Bakımı**

Gelişmiş ülkelerde özel kalp yetmezliği klinikleri kurulmuştur ve buralarda çalışan kalp yetmezliğinde uzman hemşireler bulunmaktadır. Burada hastalar hastaneden sonrada takip edilmektedir ve telefonla ya da uzman hemşirelerin ev ziyaretleriyle semptom kontrolü, günlük kilo takibi, aktivite programı, sigarayı ve alkolü bırakma, düşük tuzlu diyet uygulaması, tedaviye uyumunu içeren yaşam şekli değişikliklerine hastaların uyumu takip edilmekte ve gereken konularda bireylere eğitimler yapılarak günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi ve yaşam kaliteleri ölçülmektedir. Ülkemizde evde bakım kavramı çok yeni sayılmaktadır. Kalp yetmezliğine özel klinik ve poliklinikler yoktur ve sadece kalp yetmezliğinde uzman hemşire ve sağlık personeli çok az sayıdadır. Dolayısıyla kalp yetmezliği ve evde bakıma yönelik yeterli bir yapılanmadan söz edilememektedir. Kalp yetmezlikle bireyin evde bakımında yer alan başlıca yaşam şekli değişiklikleri şunlardır:

- Semptom kontrolü
- Günlük kilo takibi
- Aktivite programı
- Sigarayı ve alkolü bırakma
- Düşük tuzlu diyet uygulaması
- Tedaviye uyum.

### **2.2.8.2.2. Semptom Kontrolü**

Hangi semptomlarda sağlık personeline başvuracağı, hangi semptomlarda ne yapacağı hasta ve ailesine ayrıntılı olarak anlatılmalıdır. Kalp yetmezliğinde en çok görülen semptomlardan biri olan efor dispnesinin kalp yetmezliğinin şiddetini belirlemede önemli olduğu özellikle vurgulanmalıdır. Efor dispnesinin ne kadar süreli ve hangi şiddetteki aktiviteler sırasında olduğu takip edilmelidir. Kişi efor dispnesi oluşturan aktivitelerin listesini çıkarıp kaydetmelidir. Hastaya, inatçı öksürük, ayak bileği ve ayakta ödemin varlığı ve ödemin şiddeti, gece sık idrara çıkma, ortopne, istirahat dispnesi gibi belirtileri takip etmesi ve bunlarda oluşan bir değişiklikte sağlık personeline başvurması gerektiği anlatılmalıdır.

#### **2.2.8.2.3. Günlük Kilo Takibi**

Hastaya günlük kilo takibinin önemi anlatılmalı ve kilodaki ani artışların demle ilişkili olabileceği belirtilmelidir. Bireylere günlük takip izelgesi verilmelidir. Her sabah kahvaltıdan önce, a karnına, aynı giysilerle, aynı tartıyla tartılması gerektiği ve kilosunu takip çizelgesine kaydetmesi gerektiği söylenmelidir. Bu takip izelgesi düzenli olarak eve ziyarete gelen hemşire ya da sağlık kurumlarındaki sağlık personeli tarafından takip edilmelidir.

#### **2.2.8.2.4. Aktivite Programı**

Düzenli egzersiz programı kişiye özel hazırlanmalı ve bu programı nasıl uygulayacağı anlatılmalıdır. Fiziksel hareket hastanın tolere edebildiği lde yavaş yavaş kademeli olarak arttırılır. Göğüs ağrısı, baş dönmesi nefes darlığı ve yorgunluğa neden olan hareketleri bırakması söylenir. Gün boyu dinlenme zamanları bireyle birlikte programlanır. Kaçınılması gereken aktiviteler konusunda hekim önerilerine bağlı kalması sağlanır. Hareket toleransı azalmışsa hekim ya da hemşireye haber verilmesi gerektiği anlatılır.

#### **2.2.8.2.5. Sigarayı ve Alkol Bırakma**

Sigara ve alkolün zararları ve neden bırakılması gerektiği konusunda eğitim planlanarak uygulanır. Bu zararlı alışkanlıkları bırakamayan hastalar için gerekli sağlık disiplinleriyle koordinasyon sağlanır ve bırakmasına yardımcı olunur.

#### **2.2.8.2.6. Düşük Tuzlu Diyet Uygulaması**

Bireyin alışkanlıklarına göre diyetisyenle işbirliği yapılarak bir diyet programı planlanır. Yiyeceklerin mevcut tuz miktarlarını içeren bir izelge hastaya verilir. Diyet programı izelge halinde verilerek hastanın buna uyup uymadığı kontrol edilir.

#### **2.2.8.2.7. Tedaviye Uyum**

İlaçlarını nasıl alacağı konusunda hastaya eğitim verilir. Yan etkilerin ne olduğu, hangi belirtilerde hekimine başvuracağı bu eğitim ile hastaya anlatılmalıdır. Diüretik tedavisinin yan etkileri arasında hipokalemi, hiponatremi gibi elektrolit denge bozukluğu, hiperürisemi, hipertrigliseridemi, nörohormonal aktivasyon,

hipotansiyon ve azotemi yer almaktadır. Bu etkiler yönünden takiplerine hastanın düzenli gelmesi gerektiği anlatılmalıdır.

#### **2.2.8.2.8. Sonuç**

Kalp yetmezliği yaşam boyu süren tedavisi, ortaya çıkan semptomları ile birlikte bireylerin yaşam kalitesini oldukça olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyler yaşam tarzlarını değiştirmek zorunda kalmakta ve günlük yaşamlarını sürdürürken zorlanarak yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu durum da kalp yetmezliği olan hastalarda hastaneden taburcu olduktan sonra da evde bakımı gerektirmektedir (Demir, 2008, s. 126 - 127).

#### **2.2.8.3. Kanser Hastalarında Terminal Dönemde Evde Bakım**

Kanserli hastalara bakımdan önce verilmesi gereken en önemli unsur hastanın hastalığının her aşamasında bilgilendirilmesidir; bu, hastanın uyumu için önemli ölçüde belirleyicidir. Hastalar hastalıkları nedeniyle genellikle öfke içindedirler bu duygularını sağlık çalışanlarına karşı da gösterebilirler. Bu tür davranışlar karşısında verecekleri eğitimlerde hemşireler, anlayışlı olmalı yapmacık ve şakacı ilişkilerden kaçınmalı, hastanın gereksinimlerine cevap verecek sıcak bir ilgiyi temel alan tutum içinde olmalıdırlar. Bu tür davranışlarla ve verilecek planlı eğitimle hastaların yan etkilerin kontrolüne yönelik olarak bakımda kendi sorumluluklarını alabilmeleri tedavi süresince verilecek kararlara katılabilmeleri ve yaşam kalitelerinin yükselerek, hastalığa ve tedaviye uyumlarının artması sağlanabilir (Ünsar ve ark. 2007, s.92) .

Ölümcül bir hastanın hastalığı ve ölümü kabullenme evresi neredeyse duygudan yoksun bir süreç olarak ortaya çıkmaktadır. Hasta için sanki ağrı yok olmuş, savaş bitmiş ve bir hastanın ifade ettiği gibi “uzun yolculuktan önceki son istirahat” zamanı yaklaşmıştır. Bu dönem, hastadan çok ailenin daha fazla yardım, anlayış ve desteğe gereksinim duyduğu bir dönemdir. Ölmekte olan hasta bir miktar iç barışa ve kabullenişe ulaşırken ilgi alanı da giderek daralmaktadır. Hastalar bu dönemde yalnız bırakılmak ister ya da en azından dış dünyanın haber ve sorunlarıyla rahatsız edilmek istemezler.

Hastaların ölüme yakın oldukları ya da zamanlarının sınırlı olduğu gerçeği ile karşılaştıklarında rahatsızlıkları daha da belirginleşir. Yaşamın son günleri ile ilgili üzülmeye başlar ve başkalarına yük olup olmayacaklarını düşünürler. Hastalar bu dönemde ruhani ve dini eğilimleri artar, çatışmalara çözüm ararlar, yaşamın ya da ölümün anlamını sorgulamaya başlarlar.

Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri incelendiğinde bunların evde, hastanede ya da hospiste ölmeyi tercih ettikleri görülmektedir. Örneğin, ABD'de 1994'de ölümlerin %17'si evde gerçekleşmiştir. Evde ölenlerin çoğu kanser veya AIDS hastalarıdır. Bazı çalışmalar bu hastaların daha genç olduğunu bildirirken, diğer çalışmalar daha çok 65 yaş üzeri kişilerin hayatlarını evde kaybettiğini bildirmektedir. Evde ölenler daha üst bir sosyal sınıfa mensup ve/veya daha fazla ekonomik kaynaklara sahiptir. Onlar ve aileleri yakında ölecekleri gerçeğini bütünüyle kabul etmişlerdir. Bir bakım vereni vardır, yalnız yaşamazlar, onlarla birincil olarak ilgilenen akrabaları sağlıklıdır. Hastanın öz bakımı ev içinde karşılanabilmektedir.

Hastalar ve aile üyeleri, beklenen ölümlerle boğuşurken bazen çeşitli uyum sorunları yaşayabilmektedir. Ölüme uyum sağlamak ölüm sürecinin seyriyle ilgili olabilir. Hastaların ve ailelerin deneyimleri, ölümün uzun ve kronik bir hastalık sonunda mı yoksa uzun zamandan beri varolan ama birdenbire yıkımla sonuçlanan bir hastalıklı, yoksa hızla ilerleyen bir hastalığın sonunda hemen gelmesine bağlı olarak değişir. St. Christopher Evde Bakım hizmetlerine yönlendirilen hastalarla ilgili yapılan ilk görüşmeler; hastaların %78'nin ve onlara bakım verenlerin %74'ünün en azından kısmen ölüm olasılığını kabul ettiklerini fakat %9'unun açıkça bu konuda sorun yaşadığını göstermiştir. Aşamalı olarak hastalar ve aileleri ölüm gerçeğini kabullenmek durumunda kalmaktadır.

Kanser hastalarının yaklaşık üçte ikisi, tercih ettikleri ölüm yeri sorulduğunda kendi evlerinde ölmek istediklerini ifade etmişlerdir. Evlerinde ölen terminal dönem kanser hastaları burada fiziksel ve duygusal rahatlık bulmaktadır. Ev, insanların kendilerini güvende hissettikleri bir yerdir. Tanıdık kişiler ve ilişkiler ölen insanın önemini pekiştirir, emin ve sürekli bir kimlik sağlar. Hastanın evde ölüm kararı, evde geçirilen zamandan, hasta, aile ve/veya doktorların ölümün gelmekte olduğunu kabullenip eve gitmeye karar vermelerinden, hastane bakımı değil de hastanın eve

gönderilmesini istediği ama hastanın veya ailenin henüz gelmekte olan ölümü kabul etmediği ve/veya ölümün evde gerçekleşmesine hazır olmamasından ya da sağlık profesyonellerinin aksi görüşlerine rağmen hasta ve ailesinin yakın gelecekteki bir ölümü düşünmemelerinden etkilenebilir.

“Ev ölmek için en iyi yerdir” düşüncesi birçok hizmet sağlayıcısı ve pratisyenin zihninde sağlam bir yer edinmiştir. Bu açıdan hizmetlerin toplumdaki profesyonel palyatif bakım planlarını desteklemek üzere yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. İngiltere ve Galler için ortalamalar karşılaştırıldığında hospiste ölümlerin oranı fazla, hastanede ve evde ölümlerin oranı düşüktür. Pek çok çalışma, evde bakımın birincil şartının istekli ve başarılı bakım verecek kişilerin varlığı olduğunu belirtmektedir. Bakım verenin ölmekte olan kişinin bakımına dair rollerini yerine getirme becerileri kısmen evde sağlanan bakım hizmetlerinin doğasına bağlıdır. Bakım verenler, doğru bakımı sağlayamayacaklarından veya acil durumlarda ne yapacaklarını bilememekten korkmaktadır. Acil durumlara müdahalede desteklendiklerini hissetmek, semptomların nasıl giderilebileceğini bilmek ve sürekli ve hızlı profesyonel desteğin temininden emin olmak için ve olması muhtemel durumlar hakkında bilgiye ihtiyaç duyarlar. Hinton'un (1994) St. Christopher Evde Bakım programındaki hastalarla yaşamlarının son sekiz haftasında yaptığı çalışmada hastaların %17'sinin psikolojik belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Hastaların %11'i ise belli oranda acıya, depresyona, zayıflığa veya endişeye bağlı olarak ortaya çıkan sıkıntılar yaşamıştır. Evde ölme sürecini yaşayanlar dikkate değer oranda daha çok endişe ve depresyon yaşadıklarını dile getirmiştir.

Işıkhan (2008)'a göre Aile üyeleri evde ölmekte olan hastalarla ilgilenmek durumunda oldukları halde, her zaman hasta ve aile üyeleri arasındaki ilişki istenen veya ideal ölçüde olmayabilir. Ciddi hastalıklarla mücadele eden aileler en az hastalar kadar çeşitli sıkıntılar yaşamaktadır. Terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin yarısından fazlası bakım veren rolüyle ilgili stres yaşamakta ve dörtte bire yakını hastanın acı çekmesini kendileri için bir huzursuzluk kaynağı olarak görmektedir. Bunlar ayrıca hastalığın seyrine yönelik belirsizlikle ilgili sıkıntı yaşamının yanı sıra hastanın depresyonu ve öfkesiyle baş etmedeki yetersizlikleri nedeniyle sıkıntı yaşamaktadır.

Bakım verenler, kişinin hastalığının aile üyeleri, arkadaşları, hasta bakım sistemi dışındaki hasta ile ilgili diğer bireylere yüklediği duygusal ve fiziksel talepleri ve sorumlulukları yerine getirmektedir. Böyle bir bakım daha çok ev dışında da çalışmak durumunda olan kadınların sorumluluğundadır. Bakım verenin kendisi de bazı fiziksel sorunlara sahip olabilir. Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışma, ölümcül hasta olanlara bakım veren aile üyelerinin neredeyse dörtte birinin kronik sağlık sorunlarına sahip olduğunu göstermiştir (Işıksan, 2008, s. 35-36 ).

#### **2.2.8.4. Yatağa Bağımlı Hastalarda Evde Bakım**

Akdemir ve ark. (2011)'a göre, Hastalarımızın çoğunda devam eden psikososyal sorunların disiplinler arası çözümünün, ekip yaklaşımını gerektirmesi ayrıca organize ve kurumsallaşmış bir evde bakım hizmetinin sunulması ile gerçekleşir.

Çalışma kapsamında yer alan 38 hastada belirlenen sorunlar dikkate alındığında SVH'tan etkilenen hasta ve ailelerinin evlerinde yaşadıkları güçlüklerin oldukça fazla olduğu ve evde bu sorunlarla baş edemedikleri görülmektedir. Bu nedenle, tekrarlı yatışlar artmakta, alınabilecek önlemler, en aza indirilebilecek komplikasyonların görülme olasılığı artmakta, hastaların yaşam süresi kısaltılmakta ve öz bakım yetersizliği ile yaşam kaliteleri düşmektedir. Yatağa bağımlı hastalara sunulan evde bakım hizmetleri ile; hasta ve ailesi evde yaşayabileceği sorunlarla tek başına bırakılmayacak, hastanın akut ve kronik komplikasyonları engelleneceğinden tekrarlı hastane yatışları azaltılarak ülke ve aile ekonomisine katkı sağlanacaktır.

Çalışma sonuçlarına dayanarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Hastanelerde evde bakım hizmetlerinin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlayacak evde bakım hizmeti ünitelerinin oluşturulması,
- Hasta eğitiminde ailenin mutlaka eğitim kapsamına alınması,
- Evde bakım hizmetlerini yürütecek sağlık profesyonellerinin ekip içinde yer alması, ekip üyelerinin birbirleriyle koordineli çalışması,
- Sürekli Sağlık Hizmeti için Hastane Merkezli Evde Bakım Modeli uygulaması önerilebilir ( Akdemir, 2011, s.64).

### 2.2.9. Doğumda Evde Bakım Hizmetleri

Daha önce de bahsedildiği gibi doğum sonu hastanede kalım sürelerinin kısalmasıyla loğusalar iyileşme süreçlerini evde geçirmekte, hastanede kaldıkları süre içinde zaman yetersizliği nedeniyle servis hemşirelerinden ve diğer sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadır. Bu anlamda pospartum erken taburculuk, kadın ve ailesine hastanede hemşireler tarafından düzenli olarak verilen bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin performansını olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca yapılan çalışmalar annelerin postpartum dönemde doğumun fiziksel etkileri nedeniyle ilk 24 saat daha çok kendilerine dönük ve öğrenme için motivasyonlarının en alt düzeyde olduğunu bu nedenle eğitime hazır olmadıklarını, postpartum ilk günlerde ise kendi bakımları ve bebeklerinin gereksinimlerini karşılama konusunda yeterli olmadıklarını ve yaşadıkları sorunlarla başa çıkmada zorlandıklarını ancak doğumu izleyen 3. haftadan itibaren fiziksel etkiler önemli ölçüde azaldığından kendi bakımları ve yeni doğan gereksinimlerinin karşılanmasında daha fazla sorumluluk üstlendiklerini ortaya koymaktadır. Bu nedenle pospartum dönemde erken taburculuk nedeniyle sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamayan kadınlara doğum sonu komplikasyonların erken dönemde tespit edilmesi, kendi ve bebeğinin bakımına yönelik gereksinim duyulan konularda hemşireler tarafından eğitim-danışmanlık hizmetleri verilmesi ve bizzat bakım hizmetlerinin yürütülmesi açısından evde bakım oldukça önem taşımaktadır.

Pospartum erken taburculuk sonrası evde bakım hizmetlerine ilişkin ilk kontrol gruplu çalışma, 1962'de Hellman ve arkadaşları tarafından Newyork'da Brooklyn Kings County Hastanesi'nde yapılmıştır. Çalışmada, vajinal doğumdan 72 saat sonra taburcu olan 1941 kadına ev ziyareti yapmak üzere özel yetiştirilmiş eğitimli hemşireler kullanılmıştır. Hemşireler, kadınlar taburcu olduktan sonra 1. hafta iki kez ve 3. hafta 1 kez olmak üzere toplam 3 ev ziyareti yapmışlardır. Çalışmanın sonunda hemşireler tarafından yapılan planlı ev ziyaretlerinin yararlı bir uygulama olduğu belirtilmiştir. Gagnon ve arkadaşlarının standart pospartum bakım ile erken taburculuğu karşılaştırdıkları çalışmalarında ise pospartum erken taburculuğun prenatal ve postnatal dönemde ev ziyaretleri ile iletişim sağlandığında avantajsız görünmediği hatta anne ve bebek için pek çok yararının olabileceği

vurgulanmıştır. Literatüre bakıldığında konuya yönelik olarak yapılan diğer çalışmaların da bu sonucu desteklediği görülmektedir (Büyükkayacı, 2009, s.76-80).

Koç (2005)' un çalışmasında ise pospartum erken taburcu olan ve evde bakım alan deney grubundaki kadınlar ile kontrol grubundaki kadınlar arasında ilk 6 haftalık dönemde evde sorun yaşama durumları bakımından gruplar arası fark, deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmaların sonuçları da pospartum erken taburculuk sonrası yapılan evde bakım hizmetlerinin önemini ortaya koymaktadır.

Doğum sonu evde bakım hizmetlerinin amacı ise; lohusanın evde bakımı, lohusanın ve ailesinin eğitimi yoluyla anne, yeni doğan ve ailesine hastaneden taburcu olduktan sonra, bireysel gereksinimlerine yönelik, teknik, psikolojik ve terapötik destek fırsatı sağlayarak sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkıda bulunmaktır. Obstetrik ve Neonatal Hemşireler Birliği (Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses Association-AWHONN) ve Amerikan Hemşireler Birliği(American Nurses Association- ANA) doğum sonu ev ziyaretleri için ulusal standartlar geliştirmiştir. Bu standartlar şunlardır:

- Tekrar hastaneye yatma sonucu maliyeti yüksek olan komplikasyonların erken dönemde belirlenmesi,
- Temel sağlık bakım hizmetleri veren grupta, hastane taburculuğu ile ilk izlem ziyareti arasında köprü kurabilmesi,
- Sağlık bakım kaynaklarının etkili kullanımını artırması,
- Annenin gereksinimleri, yenidoğanın uyumu ve ailenin gelişimsel hedeflerine yönelik olarak en uygun çevre koşullarında bakım sağlanması.

Bu bağlamda doğum sonu evde bakım programı 3 bölümden oluşmaktadır:

### **2.2.9. 1.Doğum Öncesi Bakım**

Annelerin doğum öncesi dönemde kendi aile ortamlarında holistik olarak değerlendirilip doğum sonrası ortaya çıkabilecek risk faktörlerinin önceden belirlendiğinde gerekli önlemleri alınır. Erken taburculuğa uygun olup olmadığının değerlendirilerek, eğitim gereksinimlerinin daha doğum öncesi dönemde belirlenip

gerçeğe uygun olarak giderildiği ve doğum sonu döneme hazırlığın uygun hemşirelik müdahaleleriyle erken dönemde başlatılarak postpartum evde bakım hizmetlerine zemin, bakım hizmetleri sırasında hemşire, anne, aile etkileşimi ile karşılıklı güven duygusunun gelişmesi doğum sonu evde bakım hizmetlerinin işlevselliği bakımından oldukça önem taşımaktadır. Bu süreçte doğum öncesi eğitim sınıflarının oluşturulması, eğitsel materyallerin aileye ulaştırılması önemli faaliyetler arasındadır.

### **2.2.9.2. Bilgi Toplama Süreci**

Doğum öncesi dönemin önemli bir aşamasıdır. Bu süreçte, biyo-psiko-sosyal açıdan gebe ve ailesine ilişkin veriler toplanarak kapsamlı bir değerlendirme yapılmaktadır. Evde bakım hemşireleri ilk ziyarette olduğu gibi tüm ziyaretler boyunca birey ve aileleri değerlendirmekle sorumludur. Bu nedenle doğum sonu evde bakım verecek hemşirenin; anneyi fiziksel ve psikososyal açıdan değerlendirebilme, bebeği fiziksel ve beslenme açısından değerlendirebilme, anne ve bebekten örnek alabilme gibi klinik becerilere sahip olması gerekmektedir. Bu süreçte birey ve aileden elde edilen bilgilerle bir veri tabanı oluşturulur. Daha sonra toplanan veriler ile uygun hemşirelik tanıları geliştirilerek bunların çözümüne yönelik amaçlar belirlenir ve uygun müdahaleler planlanır. Hemşirelik tanıları evde bakım hemşiresine birey ve ailelere yönelik doğru yönde kısa ve uzun vadeli amaçlar geliştirilmesinde gerekli bilgileri verir. Amaçlar sağlığı koruma, geliştirme, sürdürme ve komplikasyonların önlenmesine odaklanmalıdır. Birey ve ailesinin evde bakıma aktif katıldıklarından emin olmak, bireyin optimal sağlık ve fonksiyonel düzeyine geri dönmesine yardım etmek evde bakım hemşiresinin sorumluluğudur.

### **2.2.9.3.Ev Ziyaretleri**

Ev ziyaretleri doğum sonu var olan ya da potansiyel olarak gelişebilecek sorunların çözümüne yönelik olarak uzman bir hemşire tarafından yapılan bakım, destek, danışmanlık ve eğitim verme işlevlerini kapsar. Ev ziyaretleri tüm dünyada genellikle halk sağlığı hemşiresi ve hastane tarafından belirlenen doğum ve kadın sağlığı konusunda uzman hemşireler tarafından yapılmaktadır.

Pospartum erken taburculuk ve evde bakım hizmetleri konularında hemşirelik müdahalelerine rehber olabilecek çalışmalara ağırlık verilmelidir. Kadın sağlığını koruma ve geliştirme adına önemli rolleri olan halk sağlığı hemşirelerinin planlı ev ziyaretleri yoluyla yaptıkları bakım, eğitim ve danışmanlık rollerini etkin bir şekilde gerçekleştirebilmeleri için birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık ocakları ve sağlık evlerini işler hale getirecek yasal düzenlemelerin yapılması oldukça önem taşıyacaktır (Büyükkayacı, 2009, s. 76-80).

### **2.2.10. Evde Bakım İle İlgili Hasta /Hasta Yakınlarına Özel Pratik Bakım Bilgileri**

Bu bölümde hasta ve hasta yakınında olan aile bireylerine bakım sırasında karşılaşılabilecekleri özel bir takım sorunları çözmeleri için gerekli olabilecek pratik bilgilere yer verilmiştir.

#### **2.2.10.1. Basınç yaralarının oluşumu ve önlenmesi**

"Basınç yarası" hareketsiz kalan hastalarda çok sık görülen ciddi bir durumdur. Basınç yarasının oluşumunu ve ilerlemesini önlemek, tedavi etmekten çok daha kolay ve ucuzdur.

Nedenleri;

Hareketsizlik, kötü beslenme, idrar ve gaita kaçırma yüzünden ıslak kalma, tam bir bilinç kaybı veya bilinçte azalma en önemli risk faktörleridir.

Bası yaralarının oluşumunu önlemek için:

- Hastanın yatağı kuru ve çarşafları gergin ve temiz olmalıdır.
- Yatan hastada hastanın durumuna göre değişebilen genellikle iki saatte bir, oturan hastada 15 dakikada bir yapılan basit pozisyon değişiklikleri riski anlamlı oranda azaltır.
- Destek yüzeylerin uygun olmasının bası yaralarının oluşumunu azaltmakta daha etkili oldukları ve kemik çıkıntıları üzerinde basıncı azalttıkları gösterilmiştir.
- Cildin ıslak kalmamasına dikkat edilmeli, hasta altı temizliği sık aralıklarla gerçekleştirilmelidir. Cildin ıslak kalmaması kadar fazla kuruyup çatlamaması da önemlidir. Nemlendiricilerle cildin kuruluğu azaltılmalıdır.

- Kemik çıkıntıları ve basınç bölgelerine nemlendirici kremler sürülmeli ve basınç azaltılmalıdır.
- Hastayı yatak içerisinde yukarı çekerken sürtünmemesi için ara çarşafı ya da ara bezi kullanılmalıdır. Hasta koltuk altlarından tutularak yukarı çekilmemelidir.
- Basınç yarası olan hastalarda protein alımının artırılması önemlidir.

### **2.2.10.2. Alzheimer Hastalarında Pratik Önlemler**

Alzheimer hastaları zamanla kelimeleri, nesnelere ve yüzleri hatırlamakta güçlük çekmeye, akıl yürütmede zorlanmaya başlar. Alzheimer'in erken aşamalarında hâlâ gündelik işlerini yapabilir durumda olan hastaların bu fonksiyonlarında yavaş yavaş kayıplar olur. Basit, gündelik işleri yapamaz hale gelirler. Özellikle hasta yakınları bu dönemde bu psikolojik olarak çok yıpranır.

Dikkat edilmesi gerekenler;

- Hastanın dolaşmasına engel olacak ya da düşmesine neden olabilecek halı, uzatma kablosu ve dağınıklıktan kaçınılmalıdır. Bunlar hastanın yaralanma riskini azaltacaktır.
- Kritik alanlara korkuluklar koyarak düşmesi önlenmelidir.
- Fiziksel performansları ve gündelik işlerini yapma becerisi durmadan azalacaktır. Bu nedenle sabırlı, esnek ve gerekliliklerden dolayı rutine ayak uydurulmaya çalışılmalıdır.

### **2.2.10.3. Bilinçsiz Hastada Ağız Bakımının Önemi**

Hastalarda ağız içi tabakasının bütünlüğünü sağlamak, diş ve dişetlerinin sağlığını sürdürmek, ağızdaki rahatsız edici tat ve kokuyu gidererek rahatlık duygusunu sağlamak amacıyla ağız bakımı yapılması gereklidir. Ağız bakımı hastanın tüm ağız içi tabakasının silinerek temizlenmesidir ve 2–8 saatte bir ağız bakımı verilmelidir. Ağız bakımı için hazır olarak satılan ağız bakım solüsyonları ya da evde hazırlanan (kaynatılmış soğutulmuş bir çay bardağı suya bir çay kaşığı karbonat konular) solüsyonlar kullanılabilir.

Ağız bakımı nasıl yapılır?

- Dil basacağı veya kaşık sapına gazlı bez sarılarak hazırlanan solüsyon içerisine batırılır.
- Hasta yan döndürülür.
- Silme işlemine önce dişlerden başlanmalı sonra ağız içi temizlenmelidir.
- Ağız içerisinde bir bölgeden diğerine geçerken mutlaka bez değiştirilmelidir.
- Silme işleminden sonra ağız duru su ile temizlenmelidir.

#### **2.2.10.4. Felçli Hastalarla İletişim Kurarken Dikkat Edilmesi Gerekenler**

Felçli hastalar iletişim kurarken fiziksel yetersizlikler yaşayabilir. Amacımız iletişime yardımcı araç-gereçlerle (tekerlekli iskemle, kağıt, kalem vb.) bu sorunu minimuma indirmektir.

- Sessiz bir ortamda iletişim sağlamalıyız.
- Hastanın söylediklerinden anladıklarımızı tekrar etmeli ve anlaşılmayan bir şey olup olmadığını sormalıyız.
- Gerekli durumlarda hastanın istediklerini yazılı olarak iletmesi istemeliyiz.
- Hasta ile konuşurken mümkün olduğunca evet hayır biçiminde yanıt verebileceği türden sorular sormalıyız.
- Sakin ve sabırlı olmalıyız.
- Alçak ses tonuyla konuşmalıyız.
- Yer, zamanla ilgili konuşmalarda takvim, saat ve harita gibi yardımcı araçlardan yararlanmalıyız.

#### **2.2.11. Hasta Evinde Dikkat Edilmesi Gerekenler**

##### **2.2.11.1. Hijyenik Koşullar**

Evde veya hasta odasında ayakkabı ile dolaşılmamalıdır. Ev ve odası düzenli olarak temizlenmelidir. Hastanın özel eşyaları düzenli olarak dezenfektanlarla temizlenmeli ve uygun ortamda saklanmalıdır. Evde toz ve bakteri oluşturabilecek eski battaniye, halı gibi ortak kullanım malzemeleri hasta odasında bulundurulmamalıdır. Hasta odasında yemek artığı ve çöp bırakılmamalıdır.

### **2.2.11.2. Ortam Isısı**

Hasta odasının sıcaklığı 21°C civarında olmalıdır. Kış aylarında nem seviyesine dikkat edilmeli, oda nemlendirilmelidir. Elektrikli soba ya da elektrikli battaniye gibi ısıtıcılar kullanılırken yanıklara karşı dikkatli olunmalıdır.

### **2.2.11.3. Evin Oksijen Seviyesi**

Ev içerisinde balkonlarda dâhil olmak üzere kesinlikle sigara içilmemelidir. Hasta odasında uzun süreli kalınmamalı, fazla sayıda ziyaretçi kabul edilmemelidir. Oda sık sık havalandırılmalıdır. Solunum sıkıntısı olan hastalar için oksijen tüpü bulundurulmalıdır.

### **2.2.11.4. Fiziki Koşullar**

Mümkünse hasta için giriş kat bir dairede yer tahsis edilmelidir. Hasta odası ferah, geniş ve penceresi olan bir oda olmalı, fazla rutubetli olmamalıdır. Oda toplu kullanımdan ve gürültüden uzak olmalıdır. Hasta için uygun bir hasta yatağı ve/veya havalı yatak tercih edilmelidir.

### **2.2.11.5. Güvenlik**

Hasta yatağının kenarlarında mutlaka korkuluklar olmalıdır. Hasta odasındaki eşyalar(masa kenarları, sandalyeler, halı, paspas vs.) hastanın yaralanma riski dikkate alınarak düzenlenmelidir. Hastaya bakım veren kişinin bulaşıcı hastalık kontrollerini düzenli olarak yaptırmış olması gereklidir. Eğer profesyonel destek alınıyorsa bu kişinin muhakkak sağlık müdürlüğüne ruhsatlandırılmış bir kurumdan temin edilmesi gereklidir.

### **2.2.11.6. Hasta Yakınının Dikkat Etmesi Gerekenler**

Hasta yakınının kendisi ile ilgili dikkat etmesi gerekenler; Hasta yakınları kendi sağlıkları ile ilgili kontrolleri aksatmamalı, fizyolojik ve psikolojik

problemlerini ihmal etmemeli ve zaman kaybetmemelidirler. Hastaya yaklaşırken eldiven ve maske kullanılmalıdır. Hastası /hastalık ile ilgili bilgi sahibi olmak ”Her hasta kendine özeldir” Hastanızın kronik hastalıklarını öğrenin. Bu bilgileri profesyonel bir kurum veya konusunda uzman sağlık personelinin edindiğimize emin olun. Hastanızın düzenli kontrollerini yaptırın. Hastanız ile ilgili dernek yada vakıflara üye olun. Acil durumlarda 112 yi aramaktan çekinmeyin.

Hasta bakımı bilgi ve becerilerini geliştirmek; Eğer iş ve sosyal hayatınızda hastanıza bakım için yeterli zaman ayırabiliyorsanız, bazı belediyeler ve İSMEK’lerin verdiği hastabakıcılık kurslarından ücretsiz faydalanılabilir.

### **2.2.12. Evde Yaşlı Bakımı ve Sağlık Hizmetleri**

Fizyolojik yaşlanma, artan yaşla birlikte tedricen gelişen doğal değişikliklerdir. Bu değişikliklerin doğal olduklarını profesyonel sağlık ekibi anlamalı ve tutumunu olumlu yönde etkileyecek kadar hastasına benimsetebilmelidir. Yaşlılıkla birlikte görülen fizyolojik değişimler, başlıca vücut bileşimi, kalp-damar sistemi, böbrekler, sindirim sistemi, karaciğer, beyin, sinirler, akciğerler ve endokrin sistemde olur (Turaman, 2001, s.23).

Evde bakım hizmeti yaşlıların, kronik hastalığı olanların kendi evlerinde bağımsız olarak yaşayabilmelerini sağlayarak yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle, evde bakım hizmetleri sosyal ve sağlık hizmetlerinin geniş bir bölümünü kapsamaktadır (Öztop, 2008, s.39-49).

Yaşlı bakımı ülkemizde genelde aile bireyleri tarafından üstlenmektedir. En yakın bir aile bireyi dahi olsa bazı sağlık problemlerinin ortaya çıkması durumunda mutlaka profesyonel destek alınması gerektiği unutulmaması gereken önemli bir noktadır. Ayrıca yaşlılıkla çıkabilecek problemlerin sadece fizyolojik değişimler ya da hastalıklardan ibaret olmadığı, olası psikolojik ihtiyaçların karşılanmasının da son derece önemli olduğu göz ardı edilmemelidir. Dolayısıyla profesyonel evde bakım hizmetlerin mutlaka yaygınlaştırılması, bakım veren aile bireylerinin ve

gönüllülerin profesyonellerce desteklenmesi ve gözlemlenmesi gerekmektedir (Aksu, 2010, s.1209).

Karahan (2002)' a göre Yaşlanma geri dönüşsüz, tüm sistemleri etkileyen ve kaçınılmaz fizyolojik bir süreçtir. Yaşlıların dünya üzerinde genel nüfus içinde oranı hızla artış göstermektedir. Buna bağlı olarak da yaşlılara özgü bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bunların başında bakım sorunları gelmektedir. Yapılan çalışmalarda yaşlılar kendi ev ortamlarında kalmayı ve bakım almayı tercih ettiklerini belirtmektedirler. Bu ve benzeri nedenlerle yaşlılıkta evde bakım giderek önem kazanmaktadır. Evde Bakım; kendi ev ortamında bakım almayı isteyen fakat yakınları tarafından verilemeyen sağlık, ekonomik ve sosyal hizmetler gibi pek çok alan içeren ve bu alanlarda çalışan meslek grupları tarafından sunulan hizmetlerdir. Ülkemizde evde bakım kavramı çok yeni sayılmaktadır. Bu nedenle yaşlılıkta evde bakıma yönelik yeterli bir yapılanmadan söz edilememektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşlılara yönelik daha yeterli bir yapılanma olmasına rağmen bu konuda pek çok sorun yaşandığı vurgulanmaktadır. Oysa ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Ülkemizde giderek daha fazla sayıda kadının çalışma yaşantısına girmesi, çekirdek aileye dönüşüm konutların küçülmesi ve ekonomik yetersizlikler gibi nedenler yaşlının aile içinde bakımını güçleştirmektedir. Bu durum dikkate alındığında, yaşlıların bakımına yönelik çalışmalara daha fazla ağırlık verilmesi gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır (Karahan, 2002, s.155).

Evde bakım hizmetleri, hasta ve ailelerinin tıbbi ve bireysel gereksinimlerini günlük olarak karşılamak için resmi veya gayri resmi bakım veren kişiler tarafından uygulanır. Gayri resmi bakım verenler genellikle aile üyeleri ya da ödeme yapılmayan diğer yakınlarıdır. Resmi bakım verenler ise evde sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek gruplarından oluşur (Karahan, 2002, s.156).

Hükümetin Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda (2007-2013) ülkemizde yaşlı nüfusta artış gözlemlendiğinden, aile yapısının değişime uğradığından, bu nedenle yaşlı kesime götürülecek hizmetlerin öneminin arttığından, birden fazla kurum veya kuruluşun faaliyet gösterdiği sektörlerde genel bir koordinasyon sorunu ve işbirliği yetersizliğinin gözlemlendiğinden, yanı sıra ulusal ve yerel düzeyde, topluma entegrasyon ve aidiyet duygusunu geliştirici önlemlerin alınması ve bu alanlarda

yerel yönetimlerin kapasitelerinin ve sivil toplum kuruluşları ile diyalogun artırılmasına olan ihtiyaçtan söz edilmekte; program çerçevesinde “eğitim ve sağlık hizmetlerinin dezavantajlı gruplar için daha erişilebilir ve eşit olarak yararlanılabilir hale getirileceği”; “sosyal hizmet verileceği”; “sosyal hizmet ve yardımların ihtiyaç sahiplerine daha etkili sunulması amacıyla, bu alanda hizmet veren kurumlar arasında işbirliğini sağlayan, yerel yönetim ve sivil toplum inisiyatifini artıran, ihtiyaç sahiplerinin tespitinde ve ihtiyaçlarının karşılanmasında objektif kriterler getiren düzenlemeler yapılacağı ve sosyal hizmet ile yardımlar alanında nitelikli personel eksikliğinin giderileceği”; “yaşlılara yönelik evde bakım hizmetinin destekleneceği, kurumsal bakım hizmetlerinin ise nitelik ve niceliğinin artırılacağı” belirtilmektedir (Pınar, 2010, s.152-152).

Enginyurt (2011), yaptığı araştırmada, ülkeden ülkeye oranlar değişmekle birlikte evde bakım hizmeti alan kişilerin yaklaşık %80’i 65 yaş ve üzeridir. Yaşlanma ile beraber kronik hastalık, sakatlık ve bağımlılık oranları artar. Yaşlanan nüfusun gereksinimleri değişmekte, yaşlı hastanın izlemi diğer yaş grubundaki hastalara göre farklılıklar ve kendine özgü özellikler göstermektedir. Örneğin, kronik hastalıklar geriatrik popülasyonun artmasıyla ilişkili olarak hızla artmakta tedavilerindeki gelişmeler nedeniyle bu hastalıklar tam olarak iyileşme ile sonuçlanmasa da yaşam süresi uzamaktadır. Yine yaşlılarda görülen bazı hastalıklar ise bireyin yetisinde belirgin azalmalara neden olmaktadır. Tüm hastalıkların yönetiminde temel hedef, fonksiyonların iyileştirilmesi veya aynı düzeyde kalmasının sağlanması, böylelikle yaşam kalitesinin yüksek tutulmasıdır. Hedefe ulaşmak için ise kaynakların en etkin şekilde kullanılması gerekir. Yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerinin kolay ulaşılır olması, gereksinimlerin sosyal boyutlarıyla birlikte değerlendirilmesi ve geriatri konusunda eğitilmiş bir sağlık ekibi tarafından verilmesi önem taşır. Bu hizmetler, evde bakım hizmetleri içerisine bütünleştirilerek sunulmalıdır.

Yaşlıların evde bakım konusunda ailesinden, yakın çevresinden aldığı destek arkadaşlık ilişkileri, komşuluk ilişkileri onun yaşam kalitesini direkt etkilemekte ve bakım ile ilgili kolaylık sağlamaktadır. Evde bakım hizmeti planlanırken öncelikle yaşlının kapsamlı bir değerlendirmesi yapılmalıdır. Bu değerlendirmede yaşlı bireyin fiziksel, mental, emosyonel değerlendirilmesinin yanında yaşadığı ortam da mutlaka

değerlendirilmelidir (ev ortamının bakım için uygun olup olmadığı) bakıma katılabilecek/destek olabilecek aile üyelerinin/yakınlarının varlığı ve bakım için uygunluğu, ev ortamı/çevresinin yaşlı güvenliği açısından (basamaklar, yer kaplamaları, halı/kilim, tutunma barları, mobilyaların durumu, ışıklandırma vb) uygunluğu, alışveriş, banka işleri vb işlerinin nasıl yapıldığı incelenmelidir. Değerlendirmeden sonra hangi düzeyde evde bakım hizmetlerine ihtiyacının olduğu belirlenmelidir. Evde bakım hizmetleri akut, akut sonrası, rehabilite edici ve uzun süreli bakım şeklinde sunulabilir. Uzun süreli evde bakım, tıbbi ve sosyal bakımın birlikte verildiği, ancak sosyal bakımın daha yoğun uygulandığı hizmetlerdir. Evde bakımın kurum bakımına kıyasla aşağıda yer alan birçok üstünlüğü vardır:

- Evde bakımda, kurumdakilere göre bireyin hijyenik gereksinimleri daha rahat karşılanır.
- Evde bakım yaşlının ailesi ve çevresiyle iletişimini sürdürmesine yardım eder; böylece uzun süreli bakım gereksinimi olanlara psikolojik destek sağlar. Evde bakım hizmeti alanlarda depresyon, anksiyete ve stres insidansı, kurumda bakılanlara göre daha azdır.
- Yaşlının alışık olduğu ortamda bakım alması, kendisini daha rahat ve bağımsız hissetmesini sağlar, çok daha mutlu ve huzurlu olur.
- Terminal dönemdeki yaşlının evde bakılması, kurum bakımı ile kıyaslandığında, yaşlı yakınlarının durumla baş etmelerini kolaylaştırır.
- Evde bakım ile aile bireylerinin üzerinden direkt bakım sorumluluğu alınacağı için, bakıma destek olan aile üyeleri daha az tükenmişlik yaşar, iş ve sosyal yaşantılarını daha rahat sürdürür.
- Evde bakım alanlar hastanede yatanlardan daha hızlı iyileşir; nozokomiyal infeksiyon gibi hastane kaynaklı komplikasyonlar daha az görülür.
- Evde bakım hastanede yatış süresini azaltır, yataklı tedavi kurum kapasitelerinin etkin kullanımını artırır.
- Evde bakım hastaneye, acil ve yoğun bakıma dönüşleri azaltır.
- Evde bakım ile koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte sunulması kronik hastalıkların bakım ve tedavi maliyetlerini azaltır.
- Evde bakım maliyet etkilidir, aile ve ülke ekonomisine katkı sağlar ve Türk ailesinin geleneksel yapısına uygundur.

Evde bakım hizmeti verebilecek kişiler arasında; hekimler, hemşireler, ebeler, sağlık memurları, sağlık teknisyenleri, fizyoterapistler, diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve sertifikalı kişiler sayılmaktadır.

Evde bakım hizmetleri arasında şunlar sayılabilir;

- Sağlığın geliştirilmesi ve korunması,
- İkincil hastalıkların ve özür lülüğün önlenmesi,
- Kişisel bakımın sağlanması,
- Tıbbi bakım ve hemşirelik bakım,
- Ev işleri hizmeti,
- Evde rehabilitasyon,
- Palyatif bakım (ağrının ve diğer belirtilerin giderilmesi),
- Danışmanlık ve duygusal destek verilmesi,
- Fiziksel aktivite olanaklarının sağlanması,
- Bakım alması gereken kişiler için zaman zaman kurumsal bakımın planlanması ve yakınlarına dinlenme olanağı sağlanması.

#### **2.2.12.1. Türkiye’de bu konuda yapılan çalışmalar**

Nazilli Devlet Hastanesi ve Denizli Devlet Hastanesinde 2006 yılında oluşturulan evde bakım birimleri hizmet vermektedir. T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü’nce düşünülen “Yaşlılara Evde Bakım, Destek ve Yardım Hizmetleri” projesi doğrultusunda, Ankara Bahçelievler ve Aşağı Ayrancı Semtlerinde oturan 300 yaşlı ile bir araştırma yapılmış, araştırmada yaşlıların ihtiyaçları ile beklenen hizmet türleri arasında paralellik görülmüştür.

Ankara’nın Çankaya ilçesinde yapılan tüm bakım nedenlerinin değerlendirildiği çalışmada son bir ay içinde evde bakım verilen hane sıklığı % 8,7 olarak belirtilmektedir ve bu sıklık 65 yaş ve üzeri olan grupta % 42,3’ e kadar ulaşmaktadır.

Eskişehir ili Yetmiş Beşinci Yıl Mahallesi’nde yapılan bir başka çalışmada ise son bir yıl içinde bakım verenlerin prevalansı % 3,7 olarak bildirilmektedir. Yaşlı popülasyonda (65 yaş ve üzeri grupta) bu sıklığın % 53,2 ye kadar çıktığı

vurgulanmaktadır. Yaşlı dayanışma hizmetleri yanı sıra evde yaşlılara psikolojik-sosyal destek sağlamak ve Alzheimer, Demans gibi hastalıklarda gündüz bakımının da yerine getirilebilmesi için 07.08.2008 tarihinde “ Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Yaşlı Bakımı İle Evde Yaşlı Bakımı (Evde Yaşama Destek) Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” yürürlüğe girmiştir

İzmir Karaburun ilçesinde gerçekleştirilen Karaburun Sağlıklı Yaşlanma Projesi'nde düzenli ev ziyaretleri ile 75 yaş ve üzeri yaşlılara sosyal sorunlarına çözüm yolları üreterek sağlıklı yaşlanmalarının sağlanması, fiziksel ve ruhsal sağlığın korunması ile ilgili destek verilmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda durum tespiti yapıp belirlenen yaşlılar haftada bir kez izlenmektedir. İzlem fişi eşliğinde sağlık durumu ve davranışları, ilaç kullanımları, günlük yaşam aktiviteleri, sosyal destek durumları, kaza ve kaza riskleri sorgulanmaktadır. Haftalık ve aylık toplantılarla süreç değerlendirilmektedir. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı ve İzmir İl Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) nun birlikte yürüttüğü Ege Yaşlı Hizmet Merkezi projesi sütunlarının birini sağlık hizmetleri diğerini sosyal hizmetlerin oluşturacağı tek çatı modeline dayanmaktadır. Oluşturduğu modelle ülkemizde ilk olacak Ege Yaşlı Hizmet Merkezinin temelini, yaşlıya bütüncül yaklaşım oluşturmaktadır (Aslantaş, 2012, s.84-85).

Ege Yaşlı Hizmet Merkezi sosyal ve sağlık alanında koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri bir arada verirken yaşlı ve yakınları için de eğitimler düzenleyip danışmanlık yapacaktır. Modelin diğer bir özelliği de sağlık hizmetinin 3. basamakta verilmesidir. Samsun Vezirköprü kaymakamlığı ve Sosyal Yardımlaşma Vakfı tarafından hazırlanan “Yaşlılara evde bakım hizmeti” projesi kapsamında ilçe merkezinde yaşayan kimsesiz maddi durumu yetersiz, yaşlı ve bakıma muhtaç olan ve Kaymakamlık Sosyal yardımlaşma Vakfı tarafından tespit edilen 21 vatandaşın yaşadıkları çevreden koparılmadan beslenmeleri, temizlikleri, ısınma giderleri, sağlık sorunları ile tüm bakım ve ihtiyaçları kaymakamlık Sosyal Yardımlaşma Vakfı tarafından karşılanacaktır.

Sonuç olarak; nüfusun yaşlandığı gerçeği ile karşı karşıya olan Türkiye için yaşlılığa bağlı kronik hastalık sıklığının da her geçen gün arttığı düşünülecek olursa

bu hastalıkların semptomlarının tedavisi ve özürllülüğe bağı uzun süreli bakım gereksinimine çok daha fazla ihtiyaç duyulacağı bir gerçektir. Uzun süreli bakım ihtiyacının Evde bakım hizmeti ile karşılanması ve bunun tüm ülkeye yaygınlaştırılması gerekmektedir (Aslantaş, 2012, s.84-85).

Güngör (2009)' ün yaptığı araştırmanın sonucunda, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşadıkları, en fazla beslenme, boşaltım ve uyku aktivitesi ile ilgili alanlarda bakıma gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yaşlıların sağlığını korumak ve geliştirmek amacı ile, toplum sağlığı hemşireleri öncülüğünde multi disiplinler ekip anlayışı yaklaşımı ile yaşlılara yönelik evde bakım hizmetlerinin sağlanması ,
- Bu hizmetler kapsamında yaşlıların beslenme, boşaltım ve uyku alanı ile ilgili sorunlara öncelik verilmesi,
- Yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri sırasında çeşitli düzenlemelerle desteklenmesi (birlikte yaşadığı kişilerin akrabaların ve komşuların bu konuda eğitilerek desteklerinin sağlanması, yalnız yaşayan yaşlılara devlet tarafından destek sağlanması gibi) Yaşlıların sağlık bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik olarak daha büyük gruplarda çalışmanın tekrarlanması önerilmiştir ( Güngör, 2009, s. 372).

### **3- Aile Hekimliği ve Evde Sağlık Bakım Hizmetleri**

#### **3.1. Evde Sağlık Hizmetleri Ve Aile Hekimliği**

Evde sağlık hizmetlerinin sunum şekli iller arasında hatta aynı ilin ilçeleri arasında farklılıklar göstermektedir. Evde Sağlık Hizmetlerinin müdürlükçe yürütüldüğü iller olduğu gibi aile hekimlerince de yürütüldüğü iller bulunmaktadır. Bu konuda standart bir uygulama modeli geliştirilmelidir. Evde Sağlık Hizmetlerinin tedavi edici ya da rehabilite edici bir hizmet alanı olduğu düşünülerek hastanelerce yürütülmeli, aile hekimleri bu işin koordinasyonunu sağlamalıdır. Bunun için Müdürlüklerin ve Hastanelerin evde sağlık birimleri aktive edilmelidir (Uğurlu, 2012, s. 5) .

### **3.2. Aile Hekimliği ve Gezici Sağlık Hizmetleri**

“ Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

### **3.3. Evde Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekiminin Çalışma Sistemi**

Ülkemizde evde takibi zorunlu özürlü, yaşı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar ile evde sağlık hizmeti alması gerektiği yönerge’de belirtilen usul ve esaslara göre tespit edilen kişilere yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri, 25/05/2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” ve aile hekimliği uygulamaları ile ilgili diğer mevzuat gereği toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtasıyla verilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilecek evde sağlık hizmetlerine ilişkin çalışma planı aile hekimince hazırlanır, Sağlık Grup Başkanlığı tarafından onaylanarak koordinasyon merkezine gönderilir. Aile hekimi evde sağlık hizmetini kendisi verecekse hasta veya yakınının da onayıyla başvuru formu doldurularak koordinasyon merkezine ileterek hastayı takibine alır.

Aile hekimi hizmetin sağlık kurumu bünyesindeki birim vasıtası ile verilmesi gerektirdiği kanaatinde ise başvuru formunu nedenlerini açıklayarak doldurup koordinasyon merkezine gönderir. Başvuru, komisyon tarafından ekli bilgi ve belgeler doğrultusunda değerlendirilerek hizmetin kim tarafından verileceğine karar verilir (Başgöl, 2011, s.52).

## **4- Evde Bakım ve Sağlık Hizmetleri Konusunda Türkiye ve Dünyadaki Durum**

### **4.1.Türkiye’de Evde Bakımda Mevcut Durum**

#### **4.1.1. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi**

Tam olarak dünyadaki kapsamıyla tanımlanmamakla beraber geçmişte ülkemizde çıkarılan az sayıda kanunda evde bakımın bazı hizmet alanları ile ilgili düzenlemelere yer verilmiş ancak bu yasal düzenlemelere işlerlik kazandırılmamış, evde bakım hizmetlerinin ülke çapında yaygınlaştırılması ve sağlık sistemimize entegre olması mümkün olmamıştır. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu “evde bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisi, ana-çocuk izlemi ve hekimlerin evde hasta muayenesi” hükümlerini getirmiştir. 1961’de çıkarılan 224 sayılı Sosyalizasyon Yasası ise “kronik hastalıklı bireylerin evde izlemlerinin halk sağlığı hemşirelerince sürdürülmesi” hükmünü getirmiştir. Bu takip ve izlemlerin sağlık ocakları tarafından gerçekleştirilmesi öngörülmüştür. 1954 yılında çıkarılan 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu mecburi hizmet zorunluluğu olmayan hemşirelerin, sanatlarını serbestçe icra edebilmeleri hükmünü getirmiş, bundan uzun yıllar sonra hemşirelerin hizmetlerini sunabilmeleri için “sağlık kabini” yönetmeliği yürürlüğe konmuştur.

1963 yılında birinci beş yıllık kalkınma planında “az sayıda nüfusun faydalandığı ve pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviye yönelik bir sağlık teşkilatının kurulması” gerekliliğine yer verilmiştir.

Bu tespit ve tanımın yapıldığı tarih aslında evde bakımı devlet politikaları ve planlarına sokabilmek için dünya örnekleri ile kıyaslandığında bile oldukça erken bir tarihtir. Ancak maalesef sadece kalkınma planında tanımlanmakla kalmış, bu tarihten sonraki 33 yıllık dönemde kamu ya da özel herhangi bir profesyonel hizmet sunumu gerçekleşmemiş, evde bakım hizmetlerine özel ilk yasal düzenlemenin yapılması da 42 yıl sonrasında gerçekleşmiştir.

Evde bakım hizmetlerinin sağlık ve sosyal hizmet sistemlerine ayrıca sosyal güvence sistemine entegre olamadığı, devlet politikalarında yer almadığı bu süreçte ülkemizde de dünyadakine paralel olarak bu hizmetlere duyulan ihtiyaç hızla artmıştır. Bu doğal ihtiyaın, kurumsal olmayan, düzensiz ve disiplinsiz yaklaşımlarla karşılanması son derece yaygınlaşmıştır. Komisyon karşılığı hemşire ve hasta bakıcı temin eden ajansların yanı sıra özellikle hemşirelerin hiçbir kurum ya da organizasyona bağımlı olmaksızın bireysel olarak evde bakım hizmeti sunması da son derece yaygınlaşmıştır. Ülkemizde evde bakım alanındaki düzenlemelerin gecikmesinin en büyük zararı bu profesyonel olmayan ve uygulamada ihtiyaç sahipleri, hizmet sunan bireyler ayrıca ülke ekonomisi için son derece büyük sakıncaları olan çarpık bir yapılanmanın oluşmasına imkân tanınmış olmasıdır.

Son 15 yıla geldiğimizde ise evde bakım alanında önemli bazı gelişmelerin arka arkaya gerçekleştiğini görmekteyiz. 1996 yılında kurumsal evde bakım hizmetlerinin sunumu için ilk özel girişim, Sağlık Bakanlığı'na başvurarak İstanbul'da faaliyete başlamıştır. Bu tarihten itibaren ihtiyaç sahipleri ve aileler, Sağlık Bakanlığı ve SSK gibi ilgili kamu kurumları, özel sağlık sigortaları, hastane yönetimleri ve sağlık profesyonelleri kurumsal evde bakım hizmetleri ile tanışmaya başlamıştır. Takip eden dönemde bazı sağlık kabinlerinin de bu alana yönelik hizmet sunmaya başladıklarını görmekteyiz. 1998 yılında ilk defa bir hizmet sunucu ve özel sağlık sigortası işbirliği ile evde bakım hizmetleri özel bir ürün ve geniş bir hizmet kapsamı ile özel sağlık sigortası teminatında yer almış ve bu yeni hizmetlerden faydalanılması için sigortalılara yönelik bilgilendirme çalışması yapılmıştır.

Aynı yıllarda evde bakım konusunda yapılan bilimsel çalışmalar da hız kazanmıştır. Eylül 1998'de Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu tarafından 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi İstanbul'da düzenlenmiştir. Ülkemizde ilk defa düzenlenen bu kongrede üniversitelerden konuya ilgi duyan bilim insanları ve ğretim görevlileri ilk defa bir araya gelerek dünya örneklerini, ülkemizdeki problem ve çözüm önerilerini tartışmış ve öneriler üretmişlerdir.

Yine önemli bir gelişme olarak 2001 yılında İstanbul’da, özel sektörde multi-disipliner ve geniş hizmet kapsamlı hizmet sunucu örneğini görmekteyiz. Yabancı bir ortaklık ile başlayan bu girişim o ana kadar evde bakım alanındaki en büyük özel yatırım olması ve multi-disipliner hizmet sunumunu başlatması özelliğiyle de önemlidir ve bu alandaki bilinirliğin artması için önemli bir adım olmuştur.

2001 yılından itibaren İstanbul Büyükşehir Belediyesi’nden başlayarak yerel yönetimlerin gerek kendi oluşturdukları organizasyonlar gerekse hizmet alımı yoluyla evde bakım hizmetlerini ihtiyaç sahipleri ile buluşturmaya başlamışlardır. Günümüzde bu alana bütçe ayıran ve proje geliştiren yerel yönetim sayısı giderek artmaktadır. Uygulamalar birbirinden farklılık göstermekte ancak verilen hizmetler genel olarak; sosyal güvencesi olmayanlara ya da sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü olanlara ev ziyaretleri yapılması, belirlenen ihtiyaç sahiplerine doktor kontrolü, bir bölümüne düzenli ziyaretlerle hemşirelik ve fizyoterapi hizmetlerinin sağlanması, bazı hastaların tedavi için hastaneye sevki, bazılarında ise ilaç ya da basit ekipman desteği yapılması şeklinde gerçekleşmektedir. Bazı yerel yönetimler sosyal destek hizmetlerini de dâhil ederek daha kapsamlı hizmet örnekleri oluşturmuşlardır. Yerel yönetimlerin giderek yaygınlaşan bu uygulamaları, evde bakımın gerektirdiği tüm hizmet alanlarını içermemesine, hizmet modeli açısından eksikliklerine ve sağlık sistemimize entegre olmamasına rağmen, geniş bir kitleye ve maddi imkânsızlıklar içinde olan kişilere evde bakım hizmetlerinin ulaşımı açısından son derece önemlidir.

Ağustos 2005’te Evde Bakım Derneği İstanbul’da kurulmuş ve 2008 yılında 2. Ulusal Evde Bakım Kongresini“Sağlık Sistemimizde Evde Bakım” teması ile gerçekleştirmiştir. Kongrede ülkemizde bu alana yönelik sorunlar tartışılmış ve özellikle evde bakımın sağlık ve sosyal güvence sistemlerimize entegrasyonu üzerine çözüm önerileri üzerine çalışma yapılmıştır.

#### **4.1.2. Ülkemizde Yasal Açıdan Mevcut Durum**

Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin sunumuna yönelik ilk yasal düzenleme hizmet sunumunun başlamasından yıllar sonra 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren ve Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik”tir. Bu

yönetmelik özel evde bakım merkezlerinin ve hastaneler bünyesinde kurulacak evde bakım birimlerinin yapılanması, işleyişi, asgari gereksinimleri, denetimi gibi konuları düzenlemeyi amaçlamıştır.

Bir diğer yasal düzenleme 1 Temmuz 2005 tarihinde, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından 5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile yapılmıştır. Başbakanlık Özürlüler İdaresi ve SHÇEK, özürlü bireylerin ihtiyaç duydukları geçici veya sürekli bakımı, öncelikle buldukları ortamda almalarını, yaşamlarını sağlık, huzur ve güven içinde, aile ortamında sürdürmelerini amaç edinmiştir. ( 1 Temmuz 2005 tarihinde, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından 5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun) . Takiben “Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri” ve 30 Temmuz 2006 tarih, 26244 sayılı resmi gazetede yayınlanan “Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği” yürürlüğe girmiştir. Yapılan bu düzenlemelerle ilk defa “bakıma muhtaçlık” tanımı yasal düzenlemelerde yer almıştır. Bu yönetmeliklerde, bakıma muhtaç özürlülere yönelik bakım hizmetlerinin SHÇEK Genel Müdürlüğü’nden ruhsat alan kamu ya da özel bakım merkezleri tarafından kurumda ya da evde sunulması ifade bulmuştur. Ayrıca yine bir ilk olarak bakıma muhtaç özürlüsünün evde bakımını üstlenen aile bireyine bir aylık net asgari ücret tutarında ödeme yapılması mevzuata girmiştir. Bu maddi destekten faydalanabilmek için bakıma muhtaç özürlünün; sosyal güvenlik sistemine dahil olmaması, hane gelirinin belirlenen miktarın altında olması, dolayısıyla ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunması şartı aranmaktadır. Aynı ekonomik koşullara sahip olmak şartıyla, özel ve kamuya ait özürlü bakım merkezlerinden evde bakım hizmeti alınması durumunda da yine SHÇEK tarafından ödeme yapılması yürürlüğe sokulmuştur. Takip eden tarihlerde yapılan bir ilave ile bakıma muhtaç yaşlıların da bu imkânlardan faydalanması sağlanmıştır (30 Temmuz 2006 tarih, 26244 sayılı resmi gazetede yayınlanan “Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği”).

Şubat 2010'da yürürlüğe sokulan “Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ye göre,

Yönergenin amacı; “evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması” olarak ifade edilmiştir. Ayrıca Yönergede “evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamak” ifadesi ile Sağlık Bakanlığı, kamu hastaneleriyle bu hizmetleri sunmadaki kararlı yaklaşımını ortaya koymaktadır (Şubat 2010'da yürürlüğe sokulan “Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”).

Bu yönerge ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinde 2004 yılından itibaren başlayan ve son yıllarda artan evde bakım faaliyetlerinin düzenlenmesi, ayrıca aile hekimlerinin ve aile sağlığı merkezlerinin de evde bakım hizmet sunumuna dâhil olması için gerekli yasal altyapı oluşturulmuş, evde bakım hizmetlerinin kamu vasıtasıyla sunumunun yaygınlaştırılması için önemli bir ilk adım atılmıştır.

#### **4.1.3. Hizmet Sunumu ve Eğitim Açısından Mevcut Durum**

Oglak, (2008)' a göre bakıma muhtaç bireylerin bakımını yalnızca ailenin sorumluluğu olarak görmek, çağdaş sosyal devlet anlayışıyla bağdaşmamaktadır. Bu anlamda, ailenin sorumluluğu yanında topluma ve devlete de önemli sorumluluklar düşmektedir. Devlet, bakım hizmetleri sorumluluğu açısından iki temel strateji geliştirmelidir: Bunlardan birincisi, bakım yükünü azaltmak; ikincisi ise, bakım hizmetinin verilmesini sağlayacak destek ve eğitim hizmetlerinin verilmesini teşvik etmektir.

Ülkemizde sağlık ve sosyal hizmet sistemlerine ayrıca sosyal güvence sistemine tam anlamıyla entegre olmuş bir evde bakım modeli var olmadığı için

hizmet sunumunda da bir entegrasyondan ziyade birbirinden bağımsız uygulamalar söz konusudur. Aşağıda paylaşılan her bir hizmet sunucu grubu belli açılardan ön plana çıkarken diğer açılardan eksiklikleri ve yetersizlikleri mevcuttur. Ülke koşullarına ve ihtiyaçlara uygun olarak oluşturulacak evde bakım modelinde tüm hizmet sunucuların rol ve sorumluluklarının, işbirliği alanlarının ve birbirleriyle entegrasyonunun net olarak belirlenmesi gereklidir.

#### **4.1.3.1. Özel Sektör**

Özel sektör girişimi ile başlayan profesyonel hizmet sunumunda, özel evde bakım merkezleri bugün halen önemli bir rol üstlenmektedir. Evde bakım hizmetlerinin gerektirdiği multidisipliner, bütüncül, sistemli ve kalite standartlarında yaklaşımın en iyi örnekleri özel evde bakım merkezlerinde görülmektedir. Diğer yandan sosyal güvence sistemlerinde yer almaması ve özel sağlık sigortalarının sınırlı kapsamı nedeniyle maalesef bu hizmetler gereken şekilde yaygınlaşamamıştır. Bu durumun bir istisnası yerel yönetimlere hizmet sağlayan ve bu sayede daha büyük nüfuslara ulaşabilen az sayıda özel merkezdir. Halen ülkemizde Sağlık Bakanlığı'ndan özel evde bakım merkezi veya evde bakım birimi ruhsatı alan ve aktif olarak hizmet sunan kurum sayısı 20 civarında ve 4-5 büyük şehirlerle sınırlıdır.

#### **4.1.3.2. Yerel Yönetimler**

Yerel yönetimler çok daha geniş kitlelere hizmet götürebilmekte ancak hizmet kapsamı multidisipliner yaklaşım yönünden sınırlıdır. Yerel yönetimlerin çoğunluğu bu konuda dışarıdan hizmet alırken, çok azının kendilerine ait evde bakım ekipleri bulunmaktadır. Bu hizmetlerin maliyeti tamamen yerel yönetimlerin kaynaklarından karşılanmakta olup bazı bölgelerde, dönemsel bütçelerin getirdiği sınırlamalar, hizmette sürekliliğinin sağlanamamasına da neden olabilmektedir. Ortak bir model olmamasından dolayı hizmet kapsamları farklılık göstermekte, bazı yerel yönetimler sosyal desteğe ağırlık verirken, bazıları sağlık hizmetlerini ön plana çıkarmaktadır.

#### **4.1.3.3. Kamu Hastaneleri**

Kamu hastanelerinde Ülkemizde evde bakım alanındaki çok önemli gelişmelerden biri de kamu hastaneleri tarafından 2004 yılından itibaren evde bakım hizmetlerinin sunumuna başlanmasıdır.

Evde bakım uygulamaları son 5 yılda yaygınlaşarak bugün sayıları 10'u bulan kurumda evde bakım birimi oluşturulmuştur. Genelde bir hekim ve bir ya da birkaç hemşire ile kurulan bu birimler ile yatağa bağımlı olup hastane hizmetlerine erişemeyen hastaların evlerine yapılan ziyaretlerle sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilmektedir. Sevindirici olan bu birimlerin daha az nüfuslu olan şehirlerde de kurulmuş olmasıdır.

#### **4.1.3.4. Sivil Toplum Örgütleri**

Sivil toplum örgütlerinden özellikle engellilere ve belli hastalık gruplarına yönelik çalışma yapan ve bu alanda duyarlı olan az sayıda dernek ve vakıf, hedef kitlelerinin bakım ihtiyaçlarına yönelik bazı projeler, hizmetler geliştirmektedir. Ancak sivil toplum örgütlerinin çok güçlü olmadığı ülkemizde evde bakım gibi kapsamlı hizmetlerin etkin ve sürekli bir şekilde sunumu için yeterli kaynak oluşturulamamakta, sivil toplum tarafından ihtiyaç sahipleri için kalıcı bir model yerleştirilmesi mümkün olamamaktadır.

#### **4.1.3.5. Aile Bireyleri**

Aile bireyleri, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de evde bakım hizmetlerinin sunumunda en önemli insan kaynağını oluşturmaktadır. SHÇEK' in yasal düzenlemeleri ve uygulaması özürü ve yaşlıların bakımını üstlenen aile bireylerinin maddi açıdan desteklenmesi için önemli bir adımdır. Ayrıca sivil toplum örgütleri çeşitli engelli ve hasta gruplarının ailelerini desteklemek açısından örnek çalışmalar gerçekleştirmektedirler. Ülkemiz için oluşturulacak evde bakım modelinde aile bireylerinin profesyonel hizmetlerle nasıl entegre olacağı ve nasıl desteklenecekleri de şekillendirilmelidir.

#### **4.1.4. Profesyonel Olmayan Kayıt Dışı Hizmet Sunumu**

Gelişmiş evde bakım sistemlerine sahip olan ülkelerde dahi önemli ve üzerinde çalışılan bir sorundur. Ülkemizde henüz ulusal boyutta bir evde bakım modeli olmamasına rağmen özellikle son 10 yılda sunulan hizmetlerin kapsamı, nüfusun bu hizmetlere coğrafi ve ekonomik olarak erişim imkânı artmıştır. Bu ihtiyaç sahipleri açısından son derece olumlu bir gelişmedir ancak diğer taraftan standart dışı, profesyonel olmayan hizmet sunumu da maalesef hala yaygın olarak devam etmektedir. Bu alana yönelik olarak yapılan yasal düzenlemeler, profesyonel olmayan ve kayıt dışı hizmetlerin önünü kesememiştir.

Evde bakım alanında çalışanların çok önemli bir çoğunluğunu Türkiye’de oturma ve çalışma izni olmayan yabancı uyruklular oluşturmaktadır. Aileler herhangi bir denetim ve gözetim olmaksızın bakım sürecini bu yolla buldukları elemanlar ile sürdürmeye çalışmakta ve birçok mağduriyet yaşayabilmektedirler.

#### **4.1.5. Evde Bakım Hizmetlerinde Geldiğimiz Nokta**

Ülkemizde özel sektör (özel hastaneler ve özel şirketler), kamu (kamu hastaneleri), yerel yönetimler ve diğer farklı yapılanmaların bünyesinde farklı standartlarda ve farklı amaçlarla sunulmakta olan evde bakım hizmetleri ile ilgili uygulamada birçok eksik olduğu bilinmektedir. Bu sorunlar kısaca dört ana başlık altında toplanabilir; evde bakım hizmetinin işleyiş ve uygulamaları, standartları-kalite yönetimi, insan kaynakları ve hizmetinin parasal kaynağının sağlanması ile ilişkili sorunlar. 2010 yılında Evde Bakım Derneği tarafından düzenlenen çalıştay raporunda; Ülkemizdeki sağlık sistemi ve sosyal hizmetler ile uyumlu, toplum gereksinimine cevap verebilecek, uluslararası, çağdaş ve bilimsel standartlara uygun ve ülke kaynakları ile karşılanabilecek düzeyde bir evde bakım hizmet modelinin geliştirilebilmesinde bu sorunların çözümünün önem kazanacağı belirtilmiştir.

Sağlık Bakanlığınca Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları hakkındaki -1 Şubat 2010 tarihli ve 3895 sayılı Onay ile yürürlüğe giren –Yönerge doğrultusunda; 81 ilde, Sağlık Müdürlükleri bünyesinde kurulan 34 gezici ekip ve

hastaneler bünyesinde kurulan 407 Evde Sağlık Birimi olmak üzere toplam 441 Birim Bakanlıkça onaylanmıştır.

Günümüzde Evde Sağlık Hizmetleri üç şekilde uygulanmaktadır:

- Aile Hekimleri tarafından yürütülen, aile hekimliği yasal düzenlemeleri doğrultusunda verilen hizmetler,
- Hastanelerin bünyesinde kurulan Evde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından verilen hizmetle,
- Taşrada yaşayan vatandaşlara, sağlık müdürlüklerinin gezici ekipleri aracılığıyla verilen hizmetler.

Hizmet sunumunda en önemli sorumluluğu, hastaneler bünyesinde kurulan Evde Sağlık Birimleri üstlenmiş durumdadır. Bu nedenle hizmetin basamaklar arası eşgüdümünün İl Sağlık Müdürlükleri tarafından iyi yönetilebilmesi için müdürlükler bünyesinde Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezinin Yönergede öngörüldüğü şekilde kurulması ve bir an önce uygulamada etkin duruma getirilmesi zorunluluk taşımaktadır. Eşgüdüm merkezine gelen başvurular, bu merkezce görevlendirilen personel tarafından yanıtlanarak kayıt altına alınacak ve öncelikle en yakın hastanenin evde bakım birimine yönlendirilecektir. Aynı yönergede belirtildiği gibi; Evde Sağlık Hizmeti kapsamında ilk aşamada yatağa bağımlı hastalara hizmet verilmesi, yandal hastanelerinde ise, alanlarının gerektirdiği (KOAHA, spastik çocuklar, palyatif onkolojik bakım, kas sistemi hastalıkları ve diğerleri.) hizmetlerin götürülmesi planlanmıştır. Evde Sağlık Hizmeti gerektiren hastalıklar arasında ise; KOAHA ve diğer solunum sistemi hastalıkları, yatağa bağımlı hastalar, son dönem kanser hastaları, ileri derecedeki kas hastaları, yeni doğanlara (0-1 aylık) fototerapi uygulamaları, evde sağlık hizmeti alan hastaların ağız ve diş sağlığı hizmetleri alınmıştır.

İlgili hizmetin aşamaları ise; ilk başvuruların öncelikle başvuruyu yapan şahsın yaşadığı belediye sınırları içerisinde yer alan hastanenin bünyesindeki Evde Sağlık Hizmetleri birimine yönlendirilmesi ve sonrasında hastane Evde Sağlık Hizmet Birimi yetkilisi tarafından hastanın yaşadığı yerde ilk ziyaret yapılarak evde sağlık hizmeti alıp almayacağına veya verilecek hizmetin kapsamına karar verilmesinde ve bu doğrultuda ziyaret programına alınması ve ayrıca Evde Sağlık

Hizmetleri kapsamında izlenen tüm hastaların Aile Hekimlerine bilgi verilerek, bu şekilde aile hekimleri ile eşgüdümün sağlanması şeklinde planlanmaktadır.

Yukarıdaki bilgiler ışığında, etkin bir evde bakım modeli gerçekleştirebilmek amacıyla; evde bakım hizmetine gereksinim duyan hasta gruplarının, tedavi, tıbbi bakım ve sosyal rehabilitasyon açısından temel gereksinimlerinin tanımlanması, evde bakım hizmeti sunan kamu hastanesi, özel hastaneler ve özel kuruluşlar, yerel yönetimler ve diğer farklı kurumların hizmet bütünündeki rollerinin belirlenmesi, birbirleriyle eşgüdümü ile ilgili ülkemiz için uygun ve basit yolların geliştirilmesi, evde bakım hizmetine gereksinim duyan kişilerin hizmete ulaşmasına engel olan faktörlerin tanımlanması ve bunların ortadan kaldırılması için somut çözüm önerilerinin oluşturulması, evde bakım hizmet sunumuna başlama, sürdürme ve sonlandırma süreçlerinin işleyişleri açısından en düşük ölçütlerin tartışılması ve saptanması, evde bakım hizmeti ile ilgili yasal düzenlemelerin tanımlanması, yasal düzenlemelerdeki eksiklerin tartışılması, giderilmeye çalışılması evde bakım hizmetinin maliyetinin karşılanması ile ilgili ülke kaynakları ile karşılanabilecek ve gereksinimi giderebilecek bir ödeme modeli oluşturulabilmesi ile ilgili önerilerin paylaşılması önem taşır. Sonuç olarak; yaşlanan nüfusla ilişkili olarak ülkemizde evde bakım hizmetlerinin son yıllarda giderek önem kazandığından bahsedebiliriz. Doğru ve etkin şekilde uygulanacak hizmetler ve planlamalar ile evde sağlık hizmetleri konusunda hasta memnuniyeti artırılacağı gibi sağlıkta maliyet açısından etkin bir yaklaşım da ortaya konulabilecektir (Altuntaş, 2010, s.156-157 ).

#### **4.1.5.1 III. Ulusal Evde Bakım Kongresi-Evde Sağlık ve Bakımda Türkiye**

Ülkemizde Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri kamu hastaneleri, özel evde bakım şirketleri, sivil toplum kuruluşları (STK) ve belediyeler tarafından sağlanmaktadır. Yeni gelişen bu alanda hizmetin planlanması, kurumlar arasındaki koordinasyon, standartlar, eğitim gibi birçok konuda sorunlar yaşanmaktadır.

Evde Bakım Derneği ve Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu işbirliği ile 12-14 Nisan 2012 tarihlerinde Kuşadası'nda gerçekleştirdiğimiz III. Ulusal Evde Bakım Kongresi'nin ana teması "Türkiye'de Evde Sağlık ve Bakımda Neredeyiz?" olarak belirlendi. Amaç bu temel sorudan yola çıkarak ilgili tüm tarafları bir araya getirmek, evde sağlık ve bakım alanındaki yeni gelişmeleri paylaşmak, evde sağlık ve bakım hizmetlerinin planlanması ve sunumu süreçlerindeki sorunları ve çözüm önerilerini tespit etmek ve ilgili kurumlar arasındaki iletişim ve koordinasyonu arttırmak olarak belirlendi. Kongreden alanında yetkin çok sayıda katılımcının desteği ile önemli çıktılar elde edilmiştir.

Kongre ana teması dikkate alınarak hazırlanan kongre program içeriği; hastaların, ailelerin kısaca toplumun evde sağlık ve bakım hizmetlerinden beklentileri/gereksinimleri, vaka düzeyinde hizmetlerin organizasyonu/planlanması, hizmet sunumunda görev alan sağlık profesyonelleri ve meslek öğütlerinin sorunları, evde sağlık ve bakım hizmetleri ile ilgili hedefler ile ilgili panel/konferanslar yer almıştır.

Kongre sonucunda kamuoyu ile paylaşılmak üzere oluşturulan görüş ve öneriler aşağıda sıralanmıştır. Kongre boyunca panel, konferans ve serbest kürsü tartışmaları sırasında paylaşılan görüş ve öneriler üç ana başlık altında gruplandırılmıştır.

Bu ana başlıklar;

A-Hizmet Sunumu,

B- Mevzuat, İstihdam ve Eğitim,

C- Finansman konularıdır.

#### **4.1.5.1.1. A- Hizmet Sunumu Açısından Mevcut Sistemin İyileştirilmesine Yönelik Öneriler:**

1. Evde sağlık ve bakım hizmeti vermekte olan kurumların (Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Özel Sektör ve STK'lar) "Evde Bakım" ve "Evde Sağlık" kavramına yükledikleri anlamlar birbirinden farklılıklar içermektedir. Ortak bir dil oluşturmak için evde bakımın tanımı uluslararası tanımlarla aynı olmalı ve tüm kurumlar tarafından benimsenmelidir. Alanla ilgili

tüm kavramların ilgili kurumların katılımıyla tanımlanması ve standart olarak aynı tanımlamaların kullanılması gerekmektedir. Bu yaklaşım evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesinde önem taşımaktadır.

2. Evde bakım hizmeti sunan ekip elemanları arasındaki iletişimin geliştirilmesi ve iş tanımlarının oluşturulması.

3. Evde bakım hizmeti sunan ve alan tüm kurumlar arası koordinasyonun sağlanması.

4. Aile hekimleri tarafından da verilmekte olan evde sağlık hizmetlerinin pozitif performans ölçütü olarak değerlendirilmesi.

5. Evde bakıma gereksinimi olan hasta ve gruplarının (engelliler, kronik hastalığı olanlar dahil) belirlenmesi ve bu alanda veri tabanının ülke düzeyinde oluşturulması.

6. Evde bakım & sağlık hizmeti kapsamında hasta ve ailelerinin psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin de planlanması ve bu konuda destek sağlanması.

7. Evde sağlık hizmeti verilen hastaların ev içi ve dışı çevre koşullarının hastanın işlevsellik düzeyine göre planlanması ve uyumlarının sağlanması.

8. Ülkemizde yasa dışı çok sayıda göçmen ya da kaçak işçi çalışmaktadır. Bunların bir kısmı evlerde bakım hizmetleri sunmaktadır. Bilgi ve deneyimleri bilinmeyen ve sağlık kontrolleri yapılmayan bu kişiler ciddi tehdit oluşturmaktadırlar. Kaçak işçi olarak çalışan ve evlerde denetimsiz bakım veren bu kişilerin mevcut ve yeni oluşturulacak mevzuata uygun olarak denetim altında hizmet sunmaları ve eğitimleri sağlanmalı, istihdam bürolarının hizmetleri de disipline edilmeli ve bununla ilgili yasal düzenlemeler gerçekleştirilmelidir.

9. Evde sağlık hizmetlerinin hem birinci basamak hem de ikinci basamak hizmetlere entegre olması gereklidir. Birinci ve ikinci basamakta sunulacak evde sağlık hizmetlerinin entegrasyonu sağlanmalıdır. Taburculuk planlaması hasta hastaneye yattığı andan başlayarak planlanmalıdır. Bu alanda deneyimli ve yetkin profesyonel sağlık çalışanlara gereksinim vardır.

10. Evde bakımda en önemli taleplerden biri de yaşlılara verilecek hizmetlerdir. Yaşlı bireyler için farklı bakım modelleri (gündüz bakım, rehabilitasyon hizmetleri, bakım merkezleri, sağlıklı yaşlıların sosyal yaşamdan ayrılmadan kalacakları alanlar) ve sistemleri oluşturulmalıdır. Bakım kavram olarak bir bütündür ve kurumsal bakım model olarak evde bakımın karşısı değildir. Bakım

evlerinde de Evde Bakım kavramı tartışılmalı ve birlikte verilmesi doğrultusunda çalışmalar başlatılmalıdır.

11. Evde bakım hizmeti veren kurumlar (belediyeler, kamu, özel ve STK'lar) birbirinden bağımsız ve farklı hizmet sunmaktadır. Hizmet sunan bu kurumların verecekleri hizmetler ve sistemdeki rolleri tanımlanmalı ve uluslararası standartlar doğrultusunda sunulması sağlanmalıdır.

12. Hizmet sunumunda ortak dil oluşturulması ve geri ödeyici kurumların denetimlerini kolaylaştırmak adına, kişilerin evde bakım ihtiyacının tespit edilmesi sürecinde kullanılacak ve evde bakım ihtiyaçlarını sınıflandırmaya yarayacak bir cetvel oluşturulmalıdır.

13. Evde bakım & sağlık hizmetlerinde pediatrik popülasyon gereksinimleri de dikkate alınmalı ve planlanmalıdır.

14. Gönüllüler, öğrenciler evde sağlık ve bakım hizmetlerinin sunumunda etkin bir güç olarak kullanılabilir. Bu konuda sivil toplum kuruluşları aktif ve etkin görev almalı, sivil toplum kuruluşlarının bu alana yönelik çalışmaları teşvik edilmesi için modeller geliştirilmelidir.

15. Evde Bakım & Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması amacıyla sistem düzeyinde bir oluşuma gereksinim vardır. Bu oluşum; öncelikleri ve hedefleri belirlemeli, ilgili kurumların desteğini alarak çözümler oluşturmalıdır. Bu oluşum içinde; Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Yerel Yönetim temsilcileri, STK, Üniversite ve Özel Sektör temsilcileri olmalıdır. Sorunların çözümü için ilgili gruplar bir arada çalışmalı ve genel yaklaşım ve politika belirlenmelidir.

16. Evde bakım aynı zamanda uzun süreli bakım hizmeti olması nedeniyle sadece hastalık bakımı olarak görülmemelidir. Sağlığın korunması ve bireyin günlük yaşam aktivitesinin geliştirilmesi de (sosyal bakım) evde bakımın & sağlığın önemli hizmet alanlarıdır. Bireyin günlük yaşama aktif katılımı dolayısıyla yaşamdan memnuniyetinin artırılması çok önemlidir. Evde bakım hizmetlerinde hasta ve yakınlarının sosyal gereksinimlerine yönelik düzenlemelerin yer alması gerekmektedir.

17. Evde bakım & sağlık ile ilgili sorunların analizi yapılmalı, öncelikler belirlenmeli ve çalıştaylar yapılarak saptanan sorunlar ve çözüm önerileri ilgili bakanlıklara sunulmalıdır.

18. Hasta merkezli yaklaşım benimsenmelidir.

19. Evde sağlık ve bakım için evlerde tıbbi cihaz ve ekipman temini profesyonel bir hizmet alanı olarak yapılandırılmalıdır. Hasta ve çalışan güvenliği açısından son derece önemli olan bu hizmetlerin sunumunun da belli standartlarla ve uzmanlaşmış kurumlarca yapılması için gerekli çalışmalar ve düzenlemeler yapılmalıdır.

#### **4.1.5.1.2. B- Mevzuat, İstihdam ve Eğitim Konularına Yönelik neriler**

1. Evde bakım & sağlıkta çalışan profesyonellerin gereksinimleri dikkate alınarak planlanmış eğitim almaları sağlanmalı ve sertifikasyon sistemi oluşturulmalıdır.
2. Evde bakım & sağlık hizmetlerini düzenleyen ve hizmet akışını sağlayacak tüm ilgili mevzuatın birbiriyle uyumluluğu sağlanmalıdır
3. Evde bakım ekibinde yer alan profesyonellerin rolleri mevzuatta belirtilmeli ve ayrıntılı iş tanımları yapılmalıdır.
4. Evde bakım elemanlarının sundukları hizmetler denetlenmeli ve geliştirilmelidir.
5. Evde Bakım Derneği; evde bakım & sağlık hizmeti veren kuruluşların hizmet kalitesini geliştirmek ve standartlarını oluşturmak amacıyla çalışmalar yapmalıdır.
6. Meslekler ve hizmet veren kuruluşlar arası koordinasyon sağlanmalı ve geliştirilmelidir.
7. Evde bakımda hizmet veren ve profesyonel olmayan bakım vericilerin standardize eğitim almaları sağlanmalı, sertifikasyon programları oluşturulmalı ve çalışanlar arasında standardizasyon sağlanmalıdır.
8. Üniversite hastaneleri tarafından sunulan ya da sunulacak olan evde bakım hizmetleri de ödeme kapsamına alınmalıdır.
9. Evde bakım & sağlık hizmetinde çalışacak olan potansiyel insan gücü belirlenmeli ve iş tanımları yapılmalıdır.
10. Malpraktis sorunları iyi tanımlanmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
11. Evde bakım & sağlık hizmetlerine yaklaşım bütüncül olmalı ve makro düzeyde zmler belirlenmelidir.
12. Çalışanların zlk hakları iyileştirilmelidir.
13. Evde sağlık ve bakım konusunda genel politikalar tüm hizmet vericileri kapsayacak şekilde oluşturulmalı ve meslek örgütlerinin karar mekanizmasında yer alması sağlanmalıdır.

14. Evde bakım & sağlık hizmetleri yerel yönetimler ve vakıflar tarafından da sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığının yanı sıra diğer ilgili kurumların katılımı ile geniş bir yapılanma sağlanmalı ve tüm mevzuatlar tek bir mevzuat altında toplanmalıdır.
15. Hekim dışındaki diğer sağlık personeline de yarı zamanlı çalışma izni verilmelidir. Bu yaklaşım sağlık iş gücü sorununa çözüm getirebilir.
16. Eve giden sağlık ekibinin güvenliğini koruyacak bir mevzuat çalışması yapılmalıdır.
17. Evde bakımda sosyal hizmet uzmanlarının sayıları artırılmalı ve sahada diğer ekip üyeleriyle ve aile hekimleri ile birlikte çalışmaları sağlanmalıdır.
18. Mevcut sistemde bakım personeline ciddi gereksinim vardır. Bu alan bir kariyer fırsatı olarak sunulmalı ve talep arttırılmalıdır.
19. Hekimlerin evde sağlık ve bakım hizmetleri konusunda eğitimi çok sınırlıdır. Dolayısıyla farkındalık düzeyleri artırılmalıdır.
20. Eğitim programlarında evde bakım yer almalı ve evde bakım alanında çalışma teşvik edilmelidir.
21. Aile hekimlerinin evde sağlık hizmetlerindeki rolü netleştirilmelidir.
22. Evde bakım polikliniği oluşturularak hastalara buradan hizmet planlanmalı ve sunulmalıdır.
23. Evde Bakım Derneği sorunlar doğrultusunda çalışmalar yapacak kurulların oluşturulmasını sağlamalı, geliştirici ve düzenleyici çalışmalar üretilmesini sağlamalıdır.
24. Küçük cerrahi girişimlerin ev ortamında yapılabilmesine olanak sağlanmalı ve ilgili düzenlemeler yapılarak mobil ekiplerin oluşturulması sağlanmalıdır.

#### **4.1.5.1.3. C- Finansman Konularına Yönelik neriler**

1. Evde bakım hizmetlerinin SGK'dan ödenmesi için kamu hastanelerinde nasıl hasta kaydı yapılacağı konusunda belirsizlik devam etmektedir (hastaların kaydı acilden /aile hekimliği polikliniği üzerinden yapılmaktadır). Bu konudaki belirsizliğin giderilmesi gerekmektedir. Sistemde evde bakım polikliniği gibi bir tanımlama yapılması çözüm olabilir.
2. Evde bakım aylığı sağlanan ailelerin eğitim ve denetimi yetersizdir. Bu alanda acil iyileştirme sağlanmalı ve sistem geliştirilmelidir.

3. Uzun süreli bakımın finansmanı için bakım sigortası sistemi çok acil bir gerekliliktir. Uygulamaya geçirilmesi için gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.
4. Evde bakım & sağlık alanında hizmet sunan özel kuruluşların sundukları hizmetlerin geri ödemesi başlatılmalıdır.
5. Aile bakım vericilerine bakım ücreti verilmeden önce eğitim almaları zorunlu olmalı ve denetimleri yapılmalıdır.
6. Evde bakım alanında çalışan sağlık personeli 112 gibi riskli birim olarak değerlendirilmeli ve uygun şekilde ücretlendirilmelidir( 3. Ulusal Evde Bakım Kongresi, Türkiye de Evde Sağlık Ve Bakımda Neredeyiz12-14 Nisan 2012 Kuşadası, Aydın [www.evdebakim.org.tr](http://www.evdebakim.org.tr) ).

#### **4.1.6. Hizmet Sunumunda Diğer Önemli Problemler**

Hizmet sunumunda diğer önemli problemler şöyledir:

- Gereken standartlarda ve güvenilir hizmet sunumu için en önemli gereklerden biri de eğitimidir. Ülkemizde evde bakım alanına özel eğitim programları yeterli ve standardize değildir. Dolayısıyla eğitilmiş eleman bulma güçlüğü de söz konusudur.
- Hizmet sunumu için gerekli hizmet standartları oluşturulmamıştır. Mevcut yasal düzenlemeler öncelikleri nedeniyle asgari gereksinimlere yer vermektedir. Farklı hizmet sunucuların hizmetlerine standart getirilmesi için bu konu önemlidir.
- Yurt dışında evde bakım alanında çalışan en önemli meslek gruplarından biri evde bakım yardımcılarıdır (homecare aide) A.B.D.'de evde bakım alanında kayıtlı olarak çalışanların % 48'ni bu grup oluşturmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından "bakım destek personeli" SHÇEK tarafından ise "bakıcı personel" olarak tanımlanan bu alanda çalışan eğitilmiş personel olmaması en önemli problemlerden biridir. Bu ihtiyaca yönelik eğitim programları oluşturulması için farklı girişimler olmasına rağmen henüz ihtiyaçlara karşılık verecek ve sürdürülebilir bir eğitim ve istihdam politikası oluşturulamamıştır.

Türkiye'de evde sağlık hizmetleri uygulamalarında üç aşama dikkat çekmektedir. Bunlar; Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) çerçevesince yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında

Kanun (SHSHK) çerçevesinde yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları ve 1980 yılı sonrası yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarıdır. Yasal çerçeve açısından durum değerlendirildiğinde ise 2005 yılına kadar evde bakım hizmetlerini sağlayacak teşekküller oluşturulmamıştır. Evde sağlık bakım hizmetlerinin kanuni çerçevesi 10.03.2005 tarihinde ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile yürürlüğe girmiştir.

SHSHK gereğince evde sağlık hizmeti uygulamasının en belirgin özelliği, koruyucu sağlık hizmetlerini içermesidir. Bu hizmetler, bağışıklama, gebe ve çocuk izlemi çalışmalarıdır. Bu çalışmalar sağlık evi, sağlık ocağında yapıldığı gibi risk grubunun evinde de gerçekleştirilmektedir. Türkiye’de SHSHK çerçevesinde sunulan evde sağlık hizmeti uygulamalarında referans alınan nokta bağışıklama, gebe ve bebek izlem çalışmalarıdır. 1980 yılı öncesi dönemde evde sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri odaklı ve devlet tarafından yürütülen bir hizmet olmuşken, 1980 sonrası hastaların evde bakımı özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından hastaların hastane sonrası tedavilerinin ve bakımının yürütülmesi olarak işlev görmüştür.

Türkiye’de son yıllarda özellikle büyük şehirlerde, özel sağlık kuruluşları tarafından verilen evde bakım hizmetlerine rastlanmakta ancak bu yapılanma hakkında sağlıklı istatistiksel verilere ulaşılamamaktadır. Verilen evde bakım hizmetlerinin yapıları incelendiğinde, çoğunlukla hastane destekli hizmet sunum modelinin kullanıldığı görülmektedir.

Ayrıca hastanelerden bağımsız bazı özel firmalar tarafından sağlanan ve yine finansmanı cepten ödemelerle karşılanan evde bakım hizmetleri sunumları da vardır ( Özer, 2012, s. 96-103 ).

İlk bakışta pek dikkati çekmeyen ama içeriğine dikkatlice bakıp incelediğimizde 2010 yılında çıkarılan yönerge ile evde bakım hizmetleri adı altında aile hekimlerine kayıtlı bulunan tüm nüfusa evde verilmesi planlanan bir sağlık hizmetinden bahsedilmektedir. Böylelikle aile hekimleri her an evde birilerine sağlık

hizmeti vermekle yükümlü gibi görülmekte ve yapılan yönerge de bunu açıkça ortaya koymaktadır. Oysaki Evde bakım hizmetleri “ özür, yaşlı, sureyen hastalığı olan veya nekahet dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadın üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan; psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir. 2005 yılında çıkartılan yönetmeliğin 2010 yılında yönerge ile yapılandırılması sonucunda sahada bir Aile Hekimi ve bir aile sağlığı elemanı ile çalışan bizlere sorumluluk yüklenmekte ve verilen hizmetin kalitesi de düşmektedir. Bilindiği üzere evde bakım hizmetleri hele hele yaşlı hastanın evde bakımı farklı birimlerin katıldığı Yaşlıların özgül organ, sistem veya hastalık bazında değil işlevsellik bazında ve Multidisipliner yani, tıp alanındaki değişik uzmanlık dallarını bir araya getirecek bir anlayışla değerlendirilmesi gerekmektedir (Sayar, 2010, s150).

#### **4.2. Dünya’da Evde Bakım ve Sağlık Hizmetleri**

Evde bakım hizmetlerinin ortaya çıkışına bakıldığında ilk kapsamlı kayıtların ABD’ye ait olduğu söylenebilir. 1800’lü yılların başında Amerika’da ilk evde bakım hizmeti sunan yapılanmalar kurulmuştur. 1960’larda yaygınlaşıp kapsamı genişlemiş ve sigorta kapsamına girmiştir. 1982’de ABD’de Ulusal Evde Bakım Birliği kurulmuştur. Birliğin amacı hastalar için bakım kalitesini geliştirmek, bakım hizmeti sunanların haklarını korumak ve temsil etmek, sağlık bakımın merkezine evde bakımı yerleştirmektir. Birlik aynı zamanda yaptığı çalışmalarla evde bakımın toplumda bilinirliğini % 20’lerden % 90’ların üzerine, evde bakım hizmeti alan hasta oranını % 10’lardan % 40’lara çıkarmıştır. 1990’lı yıllar evde bakım hizmetinin kapsamının genişlediği (laboratuvar testleri, diş tedavileri, röntgen olanakları vb.), hizmet sunan kuruluşların arttığı ve çok sayıda hastaya ulaşıldığı yıllar olmuştur. Evde bakım hizmetleri sektörü de Amerika’da ikinci en hızlı büyüyen sektör konumuna gelmiştir.

ABD’de aileler evde tüm bakımın % 80’inin sağlamakta, yaklaşık olarak 15-25 milyon yetişkin, ev ortamında (informal) bakım sunmakta ve 12,8 milyon Amerikalı uzun dönem bakım veren yardımcılara gereksinim duymaktadır. Bu ülkede yaşlıların 2,4 milyonu bakım evlerinde kalmasına rağmen yaklaşık olarak %90’ı aile, arkadaş ve komşuları tarafından bakılmaktadır. Günümüzde ABD’de 22 binin üzerinde evde bakım şirketi bulunmaktadır. Evde bakım sektörünün büyüklüğü 170 milyar dolar civarında olup taburcu olan hastaların yüzde 15-20’si de evde bakım hizmetlerine yönlendirilmektedir. Bu hizmetlerin tüm sağlık harcamaları içindeki payı ise yüzde 7,8’dir.

Kanada’da evde bakım hizmetleri kavramı sağlık sistemi kapsamına 1970’li yıllarda girmiş ve son 10 yıl içerisinde iyice yaygınlaşmıştır. Bu ülkede evde bakım destek ve hemşirelik servislerine kadar uzanmaktadır. 2005 yılında yaklaşık 400.000 Kanadalı ihtiyaç duymasına rağmen evde bakımdan yararlanamadığını belirtmiştir. Bunun nedenleri olarak; %26 hastanın bekleme listesinde olması, %20 hastanın ödeme güçlüğü olması, %16 hastanın nereye başvurması gerektiğini bilmemesi, %10 hastada lokal yetersizlik olması, %5 hasta kalifiye edilememekten dolayı, %5 hastanın bekleme süresinin uzun olması gösterilmiştir. İspanya’da evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı yaklaşık 14 milyondur. İngiltere’de ise yaşlıların 1/6’sı uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Japonya’da yaşlıların büyük bölümü geleneksel yapılarına bağlı olarak aileleri tarafından ev ortamında bakılmaktadır ( Karahan, 2002, s. 155-159 ).

Jakopzode (2000)’e göre, 65 yaş üzeri nüfusta 1998 yılı itibariyle evde bakım hizmeti alan yaşlı nüfus Kanada’da %17, Amerika’da %16, Avustralya’da %11,7, İsveç’te %11,2, Almanya’da %9,6, Fransa’da %6,1 ve Japonya’da ise %5’dir. Bunların dışında Hollanda, Belçika, Lüksemburg, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Endonezya, Tayvan ve Suudi Arabistan gibi pek çok ülkede de evde bakım hizmetleri yürütülmektedir (Bahar, 2007, s.35 ).

Teknolojik gelişmelerle ev ortamında yoğun bakım koşullarının dahi sağlanabilir hale gelmesi son 15-20 yılda “Evde Hospis” uygulamalarının da yaygınlaşmasını sağlamıştır. Terminal dönemdeki hastaların ev ortamında bakımı, ailenin bu süreçte bir arada tutulması ve bakım maliyetlerinin düşürülmesi açısından önemlidir ve giderek yaygınlaşmaktadır.

Hizmet sunumundaki gelişime rağmen geçmişte ve günümüzde evde bakım hizmetlerinin sunumunda en önemli rollerden birini aile bireylerinin üstlendiği unutulmaması gereken bir gerçektir. Profesyonel hizmet sunumunun yanı sıra aile bireyleri, evde bakımda en önemli kaynaktır. Evde bakımda rol üstlenen aile bireylerinin sosyal, psikolojik ve maddi açılardan desteklenmesi ayrıca profesyonel organizasyonlarla eğitim ve süpervizyon desteği verilmesi, birçok ülkenin evde bakım modelinde yer almaktadır.

#### **4.2.1.Gelişimi Etkileyen Faktörler**

Bugün Dünya’da yalnızca gelişmiş ülkelerde değil birçok coğrafyada evde bakım hizmetleri, sağlık hizmet zincirinin ayrılmaz bir halkası haline gelmiştir. Yalnızca hastane sonrası bakım amaçlı değil, sağlık hizmetlerinin her aşamasında kullanılan bir sağlık hizmet modeli olarak giderek gelişmekte ve yaygınlaşmaktadır.

Geçen yüzyıl içerisinde tüm dünyada yaşanan demografik değişiklikler, aile yapısındaki farklılaşma, yaşlı nüfus ve kronik hastalıklardaki artışın sağlık sistemlerine getirdiği yük, evde bakıma olan gereksinimi artırmıştır. Profesyonel hizmet sunumunda gönüllü organizasyonları, kar amacı gütmeyen özel kuruluşlar ve özel evde bakım kuruluşları takip etmiştir. Çok sınırlı olmakla beraber bazı ülke örneklerinde kamu sağlık kurumları ve yerel yönetimler oluşturdukları evde bakım organizasyonları ile hizmet sunumunda rol almışlardır.

Özellikle geçen yüzyılın son çeyreğinde tedavi ve bakım yöntemlerinde, sağlık teknolojilerindeki hızlı gelişmelerle daha fazla hizmetin eve götürülebilmesi

mümkün hale gelmiş, evde bakım hizmetlerinin kapsamı ve hizmet veren ekip genişlemiş, hizmet sunucular içerisinde uzmanlaşma ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Yeni teknolojilerin de imkân sağlaması ile daha kapsamlı ve yaygın hizmet sunumu için daha organize hizmet yapılanmalarına ihtiyaç doğmuştur. Bu da hizmet sunumunda özel sektörü ön plana çıkarmıştır. Özel sektörün sunduğu evde bakım hizmetleri A.B.D.’de 1960’lardan itibaren, diğer ülkelerde ise son 15-20 yılda giderek daha fazla yaygınlaşmış, yerel yönetimler ve kamu, özel sektörden ve kar amacı gütmeyen özel kuruluşlardan hizmet alımına geçmiştir.

Teknolojik gelişmelerle ev ortamında yoğun bakım koşullarının dahi sağlanabilir hale gelmesi son 15–20 yılda “Evde Hospis” uygulamalarının da yaygınlaşmasını sağlamıştır. Terminal dönemdeki hastaların ev ortamında bakımı, ailenin bu süreçte bir arada tutulması ve bakım maliyetlerinin düşürülmesi açısından önemlidir ve giderek yaygınlaşmaktadır.

Hizmet sunumundaki gelişime rağmen geçmişte ve günümüzde evde bakım hizmetlerinin sunumunda en önemli rollerden birini aile bireylerinin üstlendiği unutulmaması gereken bir gerçektir. Profesyonel hizmet sunumunun yanı sıra aile bireyleri, evde bakımda en önemli kaynaktır. Evde bakımda rol üstlenen aile bireylerinin sosyal, psikolojik ve maddi açılarından desteklenmesi ayrıca profesyonel organizasyonlarla eğitim ve süpervizyon desteği verilmesi, birçok ülkenin evde bakım modelinde yer almaktadır.

#### **4.2.2. Tarihsel Gelişim**

Evde Bakım’ın bugünküne yakın ilk uygulamaları 1800’lerden itibaren daha çok gönüllü kadın örgütleri ya da kiliselerin organizasyonları ile bakım ihtiyacı olan hasta ve yaşlılara verilen hizmetlerle başlamıştır. 1832’de Amerika Birleşik Devletleri’nde(A.B.D.) Philadelphia Hemşirelik Örgütü fakirlere evde bakım hizmetlerini başlatmıştır. 1893 yılında New York’ta faaliyete geçen Henry Street Nursing Settlement, organize toplum sağlığı hemşireliğinin ilk uygulamalarındandır. Daha sonra isim değiştiren bu organizasyon günümüzde hala hizmet vermeye devam

etmektedir. Aynı yıllarda A.B.D.’dekine paralel olarak Kanada, İngiltere, Belçika, Hollanda gibi ülkelerde de gönüllü organizasyonlar, kiliseler benzer hizmetleri sunmaya başlamıştır. Terminal dönemdeki hastaların bakımı ve bu zorlu süreçte ailenin yükünü hafifletebilmek için kurulan ilk Hospis örnekleri ise Fransa, İrlanda, İngiltere gibi ülkelerde yine 19. yüzyılın son çeyreğinde ortaya çıkmaya başlamıştır.

Halk Sağlığı hizmetleri sunan hemşirelik organizasyonlarının girişimleri ile 1909 yılında evde bakım hizmetleri için bir dönüm noktası yaşanmıştır. A.B.D.’de “Metropolitan Life Insurance” sigorta şirketi, evlere yapılan halk sağlığı hemşireliği ziyaretlerini ödeme kapsamına almıştır. Bunda en büyük etken, o tarihlerde oldukça yaygın olan bulaşıcı hastalıklar ve diğer sağlık problemlerinin eve yapılan ziyaretlerle, sağlık eğitimi ya da erken teşhis uygulamaları ile azaltılabildiği gerçeğinin tespit edilmesidir.

Evde Bakım Hizmetlerinin özel sektör girişimleri tarafından sunumunun yaygınlaşması 1940’lı yıllarda A.B.D’de başlamıştır. Yine bir dönüm noktası olarak New York’taki Montefiore Hastanesi bir Evde Bakım birimi kurarak hastane destekli evde bakım uygulamalarının ilkinin gerçekleştirmiştir. Bu uygulama aynı zamanda multidisipliner evde bakımın da başlangıcı olarak kabul edilmektedir. O tarihe kadar daha çok hemşirelik hizmetleri ile sınırlı olan evde bakım, diğer ilgili sağlık profesyonellerinin dâhil olması ile kapsamını genişletmiştir. Montefiore Hastanesinin bu uygulamayı başlatmasının ana sebebi yatak doluluk oranlarının yüksek olmasıdır. Gelen hasta taleplerini karşılayabilmek için ilave yatak yatırımı yapmak yerine evde bakım modeliyle mevcut yatakların boşaltılması çözüm olarak tercih edilmiştir. Bu uygulamanın başarıya ulaşması pahalı bir yatırım olan yeni hastanelerin ya da bakım merkezlerinin yapımı yerine evde bakımın maliyet etkin bir yöntem olarak kullanılabileceğini kanıtlamıştır. Takip eden yıllarda evde bakımın, hastane sonrası bakım için kullanımı giderek yaygınlaşmıştır.

Yine bir dönüm noktası olarak 1965’ten itibaren A.B.D.’deki sosyal güvence sistemleri, evde bakım hizmetlerini kapsam dahiline almaya başlamıştır. Takip eden yıllarda gerek kamu gerek özel sigorta kurumları tarafından hastanede kalış süresini azaltarak evde bakıma yönlendirmeyi amaçlayan ödeme planları uygulamaya konmuştur.

A.B.D.'nin yanı sıra Avrupa ülkeleri, Kanada, Avustralya gibi diğer ülkelerde evde bakım hizmetleri yine gönüllü organizasyonlarca başlamış ve tüm uygulama örneklerinde görülen faydaları üzerine günümüze kadar gelişimini devam ettirmiş ve halen de ettirmektedir. Bu ülkelerde hizmetler uzun süre gönüllü organizasyonlarca sunulmuştur.

### **4.3. Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerinde Ülke Örnekleri**

#### **4.3.1. Avusturya'da Evde Bakım**

Avrupa ülkelerinde olduğu gibi Avusturya'da da bakıma muhtaçların sayısı her geçen gün artmaktadır. Bakıma muhtaçlar, günlük hayatta her zaman yapılması gereken bazı basit bedenî hareketlerin yerine getirilmesinde sürekli olarak başkalarının yardımına ve desteğine ihtiyaç duyan kişilerdir. AB üyesi olan Avusturya, bakıma muhtaçlık riskinden doğan zararların telâfisini sağlamak amacıyla, 1993 yılında genel vergilerden finanse edilen bir bakım güvencesi modeli oluşturmuştur. Bakım güvencesi kapsamında bakıma muhtaçlara, bakıma muhtaçlık derecelerine göre değişen her ay belirli miktarda bakım parası adı altında bir ücret ödenmektedir.

Duygusal (ruhsal) veya zihinsel özürülülerin bakım derecesi ise, bakım ihtiyaçlarına göre belirlenmektedir. Bir başka ifadeyle, bu özürülülük grubuna girenler için, diğer bakım ihtiyaçlarının dışında, ayda 10 hizmet saati daha öngörülmektedir. Ruhsal-zihinsel özürülülerin birçoğunun bedensel kabiliyetlerinin yeterli olmasından dolayı hayatî önem arz eden birçok işlemi kendi başlarına yapabilmektedirler. Ancak, bunun için kendilerinin motive edilmeleri veya bu işlemleri yerine getirirken yönlendirilmeleri veya gözetilmeleri gerekmektedir. Ancak, yönlendirme ve gözetim altında dahî olsa, kişinin sürekli olarak motivasyona ihtiyaç duyması hâlinde, bunun için gerekli olan bakım saati de ayda 25 saate kadar çıkmaktadır.

Avusturya'da bakım muhtaç halinin derecelendirilmesi tıbbi esaslara göre ele alınmamaktadır. Bakıma muhtaç kişi için sarf edilen zaman, onun bakım derecesini belirlemek için en büyük kriter olarak görülmektedir. Yedi ayrı dereceye tabi tutulabilmek için, birey üç yaşını doldurmuş olmalı ve bakım muhtaç hali en az altı

ay devam etmelidir. Bu şartları yerine getirenlere, bakım derecelerine göre aylık yardım yapılmaktadır. Avusturya'da bakım hizmetleri çok yakın zamana kadar değişik kanuni düzenlemeler ışığında sağlanmaktaydı. Özellikle, Almanya'da olduğu gibi, BMK'lerin kurumsal bakım giderlerinin büyük bir bölümü sosyal yardım niteliğindeki bakıma destek programları çerçevesinde karşılanmaktaydı. 1993'te kabul edilen "Federal Bakım Parası Kanunu" (Bundespflegegeldgesetz) ile karışık yasal düzenlemelerdeki bakım hizmetleri bir yasada toplanabilmiştir. Yeni bakım kanunu sayesinde, bütün fertler BMR 'ye karşı güvence altına alınmıştır. Bakım hizmetlerinin finansmanı, geçmişte olduğu gibi, genel vergi gelirlerinden elde edilen kaynaklarla sağlanmaktadır (Aydın, 2005, s. 11-16).

Bakım ihtiyacının olup olmadığı, varsa bakım ihtiyacının derecelendirilmesi, kişinin ilgili kurumlara müracaat etmesinden sonra belirlenmektedir. Bu işlemlerin yapılabilmesi için, bakıma muhtaç olduğunu beyân eden kişi, yazılı davet üzerine ilgili kuruma gider veya bu mümkün değil ise yetkili bir hekim ev ziyaretinde bulunur, kişi ile ilgili raporları incelendikten sonra, bakıcının verdiği bilgileri de dikkate alarak bakım ihtiyacını ve derecesini belirler. Hazırlanan rapor, ilgili kurum tarafından incelenip değerlendirildikten sonra, sonuç kişiye bildirilmektedir.

Raporda, bakım derecesinin tespitinin yanında bakıma muhtaç kişiye bakım ihtiyacına uygun bir şekilde bakım hizmetinin verilip verilmediği de özellikle belirtilebilir. Optimal bakım hizmetlerinden mahrum olan bakıma muhtaçların, profesyonel bakıcı veya sosyal hizmet uzmanı tarafından desteklenmesi tavsiye edilebilir. Bakıcı aile fertlerinin bilgilendirilmesi, eğitimi, teknik yönden desteklenmesi bakıma muhtacın durumu düzeltilir ve bakıcı aile fertlerinin yükü de hafifletilmiş olur.

Evde yaşayan bakıma muhtaç kişilere, diğer AB ülkelerinde olduğu gibi, periyodik olarak profesyonel bakım uzmanları tarafından, bakıcı aile fertlerinin yükünü hafifletmek ve daha sağlıklı bakım hizmeti verebilmek amacıyla, haricî bakım hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmetler, hem temel bakıma, hem de ev

idaresine yönelik günlük hizmetleri içermektedir. Eve yönelik profesyonel bakım hizmetleri, yerel yönetimler, gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından, serbest piyasa şartlarına göre sunulmaktadır.

Evde bakım hizmetlerinin kalitesini artırabilmek ve dolayısıyla aktif bakım hizmetlerinin sürekliliğini temin edebilmek amacıyla, Avusturya Devleti, son yıllarda hem evde bakan aile fertlerinin eğitimine önem vermekte, hem de artan bakım ihtiyacını karşılayabilmek için, bu alanda daha çok profesyonel bakıcı yetiştirmek gayretindedir (Seyyar, 2005, s. 206-223).

Kişi, ister kendi evinde, ister yakınlarının evinde, isterse bakım hizmetleri sunan bir sosyal hizmet kurumunda ikamet etsin, bakıma muhtaç olduğu müddetçe, bakım ihtiyacına göre bakım parası alma hakkına sahiptir.

Bakım hizmetleri veren bir kurumda ikamet eden bakıma muhtaç kişi, kurumda bakım hizmetlerinin giderlerini, emeklilik aylığı, bakım parası veya diğer gelirleri ile karşılamak durumundadır. Ancak, çoğu kez bakıma muhtaç kişinin gelir kaynakları, bütün kurum giderlerini karşılayamamaktadır. Bu durumda (bakıma muhtaç kişinin şahsî serveti olmadığını var sayacak olursak) emeklilik aylığı ile bakım parasının % 80'i, kurum giderleri için ayrılmakta, kalan kısım ise kamusal sosyal yardım ile tamamlanmaktadır. Bakıma muhtaç kişi ise harçlık veya cep parası olarak emeklilik aylığı ile bakım parasının % 20'sini kullanabilmektedir.

#### **4.3. 2. Almanya'da Evde Bakım**

Evde bakım hizmetlerinde öncelikle evde bakım alanında çalışan doktor ve hemşireler etkindir. Son 15 yıl içerisinde ağır kanser hastalarının bakım ve tedavi ihtiyacının artmasıyla evde bakım alanında çalışan doktorlar onkoloji alanında da uzmanlaşarak muayenehanelerinde bu tür hastalara hizmet vermeye başlamışlardır. Diğer alanlarda uzman doktorlar da (örneğin kulak burun boğaz, jinekoloji) kendi

uzmanlık alanlarında olası ileri kanser hastalarına da hizmet sunabilmek için onkoloji alanında ek uzmanlık eğitimi alır. Ayrıca anesteziistlere de ağrı yönetimiyle ilgili uzmanlıklarından dolayı ağır kanser hastalarının evde tedavi ve bakımlarıyla ilgili gittikçe artan bir oranda gereksinim vardır. Palyatif bakım evde bakım hizmetleri kapsamında gerekli ev ziyaretlerini de gerçekleştirir. Tedavideki ücretlendirme palyatif tedavi ve bakımı kapsar. Personel sıkıntısı vardır. Burada çalışmaların bir kısmı da personel tarafından gönüllük ilkesi çerçevesinde gerçekleştirilir. Hemşire sıkıntısı evde bakım hemşirelik hizmetlerinde güçlü bir şekilde kendini hissettirir. Almanya’da hemşireler sağlık sigortasının ücretlendirmenin onaylandığı toplam görevlerde (1997: %1,4, 2001: %1,2) ağır hasta veya terminal dönemdeki hastaların hemşirelik bakımının yapılmasının geri kalmasından dolayı evde hasta bakımında yasal olarak çok az bir sorumluluk üstlenir. Bu da nitelikli hemşirelerin evde bakım sektöründe yetersiz ücretlendirmelerine neden olur. Bu sorun diğer meslek üyelerinin (örneğin din görevlileri ve fizyoterapistlerin) ya da bu alanda yardım ve destekleri vazgeçilmez olan gönüllü çalışanların alandaki çalışmalarıyla da giderilecek boyutta değildir.

Terminal dönemdeki birçok kanser hastası yaşamlarının son dönemlerini evde geçirmek ister. Bu istek alınan tedavi veya hastalık sürecinin yoğun atakları sonucu zaman zaman hastaneye yatışı zorunlu kılrsa da, yerine getirilir. Evde bakım hizmetlerinin koordinasyonu da hastalara bu olanağı sunar. Hastalık süresince takip etmiş olan aile hekimi hastanın eve gelmesiyle palyatif bakım için gerekli tüm girişimleri yapmakla yükümlüdür. Aile hekiminden ağrı yönetimi ve bu tür hastalar için semptom kontrollerini iyi bilmesi ve evde bakım hemşiresinden de palyatif bakımın temel prensiplerini bilmesi ve uygulaması beklenir.

#### **4.3. 3. Hollanda’da Evde Bakım**

Bakım hizmetlerinden, yaşa ve milliyetine bakılmaksızın Hollanda’da yaşayan herkes yararlanabilmektedir. Üstelik, kişilerin gelir düzeyi, bakım hizmeti alma kriterinde yer almamaktadır. Sosyal bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığının seçtiği ve denetlediği sağlık ve(ya) bakım şirketleri, sivil toplum kuruluşları ile serbest çalışan profesyonel bakıcılar tarafından yürütülmektedir.

Hollanda'nın bakım yapısı, hem çok karışık, hem de çok çeşitlidir. Gerçi bakım hizmetlerinin uygulanışını, kurumlarda ve evlerde bakım olarak iki kısma ayırabiliriz.

Ancak, özellikle evde bakım hizmetlerinin, kişinin bakıma muhtaçlık türü, derecesi ve dolayısıyla ihtiyacına göre biçimlendirildiği için, çok zengin ve değişken olduğunu söyleyebiliriz. Evde sosyal bakım hizmetlerinin kapsamı içerisinde, ev hemşireliği, kişisel bakım, ev temizliği, sağlık hizmetleri, tıbbî tedavi ve rehabilitasyon, gündüz bakım, yardımcı araçların kullanımı ve gece bakımı yer almaktadır. Ev hemşireliği, "Sosyal Bakım" ve halk sağlığı konusunda eğitim almış uzman bakıcılar tarafından sağlanmaktadır

Kaliteli bakım hizmetlerinde önem arz eden "Sosyal Bakım", uygulamalı bakım hizmetleri ve bir bilim dalı olarak ikiye ayrılmaktadır

Batı dünyasında 1960'lı yıllardan beri "sosyal bakım bilimi" adı altında üniversitelerde ders verilmektedir. Hollanda'da ev hemşireliği ve ev yardımı şeklinde iki şekilde ortaya çıkan evde sosyal bakım hizmetleri, genelde kâr amaçlı olmayan sivil toplum kuruluşları ve kiliseler tarafından sağlanmaktadır. Bunlar arasında rekabet yoktur. Çok az sayıda kâr amaçlı kuruluşlar veya şirketler, evde bakım hizmetlerini sağlamaktadır.

Standart Bakım Modelleri (Bakım Standartları); bakım hizmetlerinin görev alanı (hasta, yaşlı veya özürlü bakımı) ve hedefini (sosyal bakım kalitesinin oluşturulması, korunması ve geliştirilmesi) belirleyen ve bakım elemanları tarafından genelde kabul edilen ve uygulanabilen bütün faydalı ve etkili norm ve ölçülerdir. Bir başka ifadeyle, vazifeli veya gönüllü bakıcı kişilerin, genelde sürekli olarak tekerrür eden hadiselerin ve hasta tutum ve davranışlarının karşısında nasıl bir hizmet biçimi sergilemesi gerektiği hususunda yol gösteren sistemli bir kaideler manzumesidir

Hollanda'da bakım hizmeti sunan kuruluşlar, düzenli olarak yetkililer tarafından denetlenmektedir. Her kuruluş, iç sistemlerinde kalite standartlarını oluşturmak, düzenli aralıklarla gözden geçirmek ve geliştirmek zorundadır. Ayrıca,

fiyatın belirlenmesi ve kalite standartlarının oluşturulmasındaki düzenlemeler, ulusal hükümet tarafından yapılmaktadır.

#### **4.3.4. Fransa'da Evde Bakım**

BMH' nin yasal tanımı henüz yapılmamıştır. Buna rağmen, içinde en az bir hekimin bulunması şartıyla üç kişiden oluşan bir heyetin BMD' yi tespit etmek üzere yetkili birimlerce görevlendirildiğini görmekteyiz. BMK' nin özel yaşam şartlarını inceleyen bu heyet, gerekli gördüğü yardımın türlerini de belirterek, vardığı sonucu bir rapor halinde vilayet birimine iletir.

Bunun yanında, bu heyete, BMK'yi ve ona bakan yakınlarını ilgilendiren konularda aydınlatma ve yardımların amacına uygun olarak kullanılıp kullanılmadığını tetkik etme yetkisi verilmiştir

Şimdiye kadar Belçika'daki sosyal yardımlaşma sistemi içindeki bakım güvencesinin modelini örnek alan Fransa, Almanya'nın uygulamaya koyduğu Kanuni Bakım Sigortası'ndan etkilenecek, yeni bakım politikaları geliştirmektedir. Almanya'nın iki etapta uygulamaya koyduğu bakım hizmetlerinden esinlenerek, Fransa, ilk etapta 01.01.1996'dan itibaren başlatmak üzere evde yaşayan 60 yaşın üzerindeki 430 bin BMK'ye geliştirilmiş ambulans bakım hizmetlerini faaliyete koymuştur. ikinci etapta ise, 01.07.1997'den itibaren geçerli olmak suretiyle, bakım kurumlarında yaşayan yaklaşık 240 bin BMK sosyal güvence altına alınmıştır. Bu hizmetlerin ifası için başlangıçta 14 milyar Frank gerekirken, istasyonier bakım hizmetlerinin de devreye konulması ile bundan böyle her yıl takriben iki katına ulaşacak bir rakama ihtiyaç duyulacaktır. Yeni uygulamadan evvel bakım hizmetleri vilayetler (departments) tarafından finanse edilmekteydi. Bunun için, yılda takriben 9 milyar Frank ayrılmaktaydı.

Bundan böyle ise, yine vilayetlerin kaynaklarının yanında genel vergilerden oluşturulacak bir dayanışma fonu'ndan elde edilecek gelirlerle artan bakım harcamaları karşılanacaktır. Evde yaşayan BMK'lere yeni hukuk düzenlemeleri ışığında, bakım derecelerine ve gelirlerine göre ayda azami olarak 4.340 Frank bakım yardımı sağlanmaktadır. Ancak, bu yardımlar nakdi olarak yapılmamaktadır. Hak

sahibine harici ambulatör bakım hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilmesi için, belirli bir değerle sınırlandırılmış bakım çekleri verilmektedir. Ambulans bakım kurumu ise bakım hizmetlerinin karşılığı olarak BMK'den aldığı çekleri yetkili mercilere iletme suretiyle parasını tahsil edebilmektedir.

AB 'de BMK'ye karşı uygulanmakta olan sosyal güvenlik sistemlerinin birbirinden bazen çok farklı olmasından dolayı sağlıklı bir mukayesenin yapılması hayli zor görülmektedir. Bununla birlikte, AB içinde sosyal güvenlik sistemlerinin birbirine uyumlu hale getirilmesi politikaları çerçevesinde bakım hizmetlerinin de bu politikaların kapsamına alınması, anılan sistem farklılıklarından ötürü, henüz erken görülmektedir. Ancak, Avrupa kıtasında yaşlıların ve dolayısıyla BMK'lerin sayısı hızla arttıkça, AB'nin ortak sosyal güvenlik politikalarının ilk sıralarında bakıma muhtaç yaşlıların sosyal güvenliği konusunun yer alacağına muhakkak gözüyle bakılmalıdır. Yaşlanan Avrupa nüfusunun sosyal vahameti 2000'li yıllardan sonra daha çok belirgin hale geleceğinden bu konuya henüz çözüm aramamış olan ülkeler de en geç bu raddeden sonra bakım hizmetleri alanında sistemlerini geliştirmek durumun da olacaktır.

Öbür yandan, bakım hizmetlerini sistemli bir şekilde uygulamakta olan birçok AB ülkesinde, bakım giderleri için de önemli bir yeri teşkil eden yurt harcamalarını azaltabilmek ve BMK'leri toplumdan ve alışageldikleri sosyal çevrelerinden koparmadan hizmet vermek amacıyla eve yönelik bakım hizmetlerine önem verildiği de gözden kaçmamaktadır. Bu arada, bakım yardımlarının türü ve boyutunu belirleyen BMD'nin de BMK açısından önemli bir konu olduğunu belirtmek gerekir. BMH'nin derecelendirilmesinde kullanılan tıbbi kıstasların ülkeler arasında epey farklı olduğunu gördük.

Kendi nüfusu içinde kritik bir yaşlılar oranına sahip olmayan AB ülkeleri BMH'nin tanımında esnek bir uygulama sergileyip bakım hizmetlerini de daha fazla genel vergilerden finanse edilen sosyal yardım sandıklarından finanse etmektedirler.

Ancak, artan yaşlı nüfusla beraber kamusal sosyal harcamaların astronomik bir şekilde artmasından ve bütçenin de bunu karşılamakta zorlanmasından dolayı

bakım hizmetlerinde yeni arayışlara gidilmektedir. Bunun tipik örneği Almanya'dır. Sağladığı geniş kapsamlı bakım hizmetlerini ileride de aynı seviyede suna bilmek için bakım giderlerinin büyük bir payını 1995 yılından beri sosyal sigortalar sistemine yatırılan bakım primlerinden karşılamaktadır (Aydın, 2005, s. 11-16).

## **5-Evde Bakım Ve Sağlık Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyonu**

### **5.1. Evde Bakım Hizmetlerinde Yönetim ve Liderlik**

#### **5.1.1. Evde Bakım Kurumu Yönetimi**

Yönetimin görev ve sorumlulukları yasa, politika, prosedür veya yapılacak olan şeyleri gösteren benzer belgelerle tanımlanır. Yönetimden sorumlu kişiler, kamusal evde bakım kurumlarının misyon ve değerlerini belirler, çalışmasına yönelik plan ve politikaları, misyonlarını yerine getirmek için gerekli kaynakların tahsis edilmesi ve bütçe düzenlemelerini onaylarlar. Evde bakım kurumunda yönetimde sorumlu kişiler üst düzey yöneticileri atar, kurumların kalite ve hasta güvenliği planlarını onaylar ve programlarında düzenli olarak yer alır (Fadıloğlu, ve ark. 2013.s.51).

#### **5.1.2. Organizasyon ve Liderlik**

Üst düzey yönetici veya müdür evde bakım kurumunun yasa ve yönetmeliklere uygun olmasından ve düzenlenmesinden sorumludur. Evde bakım kurumu liderleri, kurumun misyonunu ve değerlerinin tanımlanması ve yerine getirilmesi için gerekli planların, politikaların oluşturulmasından sorumludur. Kurum liderleri, toplumun ve diğer kurumların liderleri ile plan yaparlar. Liderler evde bakım kurumu tarafından bakım verilen hastaların her türlü ihtiyacını karşılamak için gerekli hizmetlerin türünü belirler ve planlar. Profesyonel kurumlar veya diğer yetkili kaynaklar tarafından ilaç, ekipman ve destek malzemeler kullanılır. Liderler aynı zamanda klinik ve yönetim hizmetlerine yönelik yapılan sözleşmelerden de sorumludur. Sözleşme ve diğer düzenlemeler, evde bakım

kurumunun kalite geliştirme ve hasta güvenliği programının bir parçası olarak yer almaktadır. Evde bakım kurumu tarafından yönetilmeyen ve kontrol edilemeyen bağımsız uygulayıcılar, evde bakım hastalarına hizmet verebilmek için doğru özelliklere sahip olmalıdırlar. Liderler kalite geliştirme konularında eğitilmeli ve bu konuda sürekli gelişim içinde olmalıdırlar. Kurum liderleri tüm personelin işe alımı, işte kalması, eğitimi ve gelişimi için belirli bir program oluşturur ve uygulanmasını sağlar. Tıp, hemşirelik ve klinik hizmetlerin diğer liderleri sorumluluk ve yetkilerinin desteklenmesi için etkili organizasyonel yapıyı planlar ve uygular.

### **5.1.3. Hizmetlerin Yönetimi**

Her türlü hizmet için evde bakım kurumu tarafından bir veya hizmetin özelliğine göre daha fazla nitelikli kişi görevlendirilir. Her klinik hizmet bölgesinin yöneticileri verdikleri hizmeti tanımlar ve kayıt ederler. Hizmetler koordine edilir ve diğer hizmetlerle birlikte uygulanır. Yöneticiler hizmetlerde ihtiyaç duyulan ekipman, personel ve diğer kaynakları belirler. Kurumların personel seçimi için gerekli özellikleri belirler ve bu özelliklere sahip olan kişileri önerir. Kurum liderleri hizmet için atanmış tüm personelin görev ve sorumluluklarına yönelik oriyantasyon ve eğitim sağlar. Personel performansı yanında kurumunda performansını değerlendirir (Fadıloğlu, ve ark. 2013.s.51).

## **5.2.Evde Bakımda İletişim ve Bilgi Yönetimi**

### **5.2.1.Toplumla İletişim**

Evde bakım kurumu, hasta bakım servislerine ilişkin bilgiye ve bakıma ulaşım imkânlarında toplum ile iletişimi sağlar.

### **5.2.2.Hasta ve Aile İle İletişim**

Evde bakım kurumu hasta ve ailesine verdikleri hizmet ve bakım ile ilgili bilgiler vermeli ve bu hizmetler nasıl ulaşıp, yararlanabileceği konusunda yol

göstermelidir. Hasta ve ailesine anlayabileceği bir dilde bilgi verilerek, eğitim yapılmalıdır.

### **5.2.3. Kurum İçi ve Dışında Profesyoneller Arasında İletişim**

Evde bakım kurumları kendi içinde etkili iletişim sağlar. Liderler klinik hizmetlerin verilmesinden sorumlu kişiler arasında etkili iletişim ve koordinasyonu sağlar. Hasta bakım ve hizmetlerine ilişkin bilgi ve sorumluluk, hasta bakım ve hizmetleri ile ilgili tüm sağlık uygulayıcıları arasında doğru ve olumlu iletişim ile gerçekleşir. Sağlık bakım uygulayıcılarının gerekli bilgilere ulaşmasını kolaylaştırmak için, hasta kayıtlarının düzgün yapılması ve kolay ulaşılabilir olması gerekir.

### **5.2.4. Liderlik ve Planlama**

Evde bakım kurumu gerekli iç ve dış bilgilerin karşılanması için bilgi yönetim sürecini planlar. Özel ve gizli bilgiler hiç kimse ile paylaşılmaz. Veri bütünlüğünü içeren bilgi güvenliği korunur. Kurum kayıt, veri ve bilgilerin saklanma süresine ait politikaya sahiptir (Fadıloğlu, ve ark. 2013.s.51).

### **5.2.5. Hasta Kaydı**

Evde bakım kurumu her hasta için, eski ve yeni her hasta için kayıtları başlatır ve sürdürür. Hasta kayıtları, Hastayı tanımlamak, evde bakım hizmetleri alımı sırasında yeni tanılanan hastayı desteklemek, tedaviyi doğrulamak, tedavinin sonuçlarını belgelemek, sağlık profesyonelleri arasında bakımın sürekliliğini sağlamak için yeterli ve doğru bilgileri içermektedir. Kurum politikası, hasta kayıtları yapmada yetkili kişileri tanımlar, kayıt içeriği ve formatını belirler. Her hasta giriş kaydı, girişin kim tarafından ve ne zaman yapıldığını tanımlar. Kurum hasta kayıtlarının yeterliliğini ve içeriğini düzenli olarak değerlendirir ve performans gelişim aktivitelerini bir parçası olarak gerekirse değiştirir ya da yeniden düzenler.

### **5.2.6. Veri ve Bilgilerin Toplanması**

Toplanan veri ve bilgiler hasta bakımını, organizasyon yönetimini ve yönetim programlarının kalitesini destekler. Evde bakım kurumu, klinik ihtiyaçların karşılanması için düzenli olarak bir araya getirilen bilgiler ve tespit edilen verilerin bir araya getirilmesi, kurum içi ve kurum dışı personeller için bir süreçtir. Ayrıca dış veri tabanlarına katılım ve kullanım için de ayrı bir süreç gerekir. Evde bakım kurumu evde hasta bakımı, eğitimi, araştırma, mevcut kaynaklardan zamanında bilgi edinilmesi konularını destekle (Fadıloğlu, ve ark. 2013.s.53).

### **5.3. Evde Bakımda Kalite**

Sağlık hizmetlerinde kalite konusunun son yıllarda sık sık gündeme gelmesinin çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunlardan öncelikli olan üç tanesi şöyledir:

- Sağlık hizmetlerinin tüm dünyada çoğunlukla kamu tarafından sunulan hizmetler olması nedeni ile devletin bu konuda etkileyici rol oynaması,
- Müşterilerin ve diğer paydaşların sağlıkta kalite konusunda taleplerinin söz konusu olması,
- Kurum yöneticilerinin inisiyatifleri sonucunda konuya artan bir ilginin gündeme gelmesidir.

Son yıllarda, sağlık bakımının sunumunda, evde bakım uygulayıcılarının iki büyük etkisi görülmektedir. Bunlardan ilki; bakım yönetiminin gündeme gelmesi ve topluma dayalı hizmetlerde yatağa bağımlı hasta bakımında ortaya çıkan değişim ile evde bakım hizmetleri sunan kurumlarda büyüme meydana gelmesidir. İkincisi ise; toplam kalite yönetimi ve sürekli kalite iyileştirme ilke ve uygulamalarının organizasyon, yönetim ve evde sağlık bakımı uygulamalarına uyarlanmasıdır. Kalite yönetimi felsefesinin temel ilkeleri beş alanda incelenebilir. Bunlar;

- Bireysel performansın yerine sistemler ve süreçler,

- Katılım işbirliği ve güçlendirme,
- İç ve dış müşteriler,
- Veri toplama ve ölçüm sonuçları,
- Standartlar rehberler ve bakım sonuçlarıdır.

Evde bakım; Evde yada benzer kurumlarda birey ve ailelerine bakım, rehabilitasyon, sosyal hizmetler, evde sağlık bakımı ve diğer hizmetleri içine alan bakımın verilmesidir. Günümüzde evde bakım hizmetleri, evde bakım sertifikalı profesyoneller tarafından sağlanırken; bunun dışında profesyonel ve sertifikası olmayan kurum ve kuruluşlar tarafından da sağlanmaktadır.

Bakımın kaliteli sunulmasında doğrudan etkili bir diğer etken ise; Yetkili, profesyonel personellerin istihdamıdır. Son yıllarda evde bakıma olan talebin artması, hemşire sayısındaki kısıtlılıklar, düşük ücretler, gelişen teknolojinin artan kullanımı, evde sağlanan resmi hizmetleri giderek güçleştirmektedir. Evde bakım kurumları için mevcut personelin gereksinimlerini o ülkenin yasalarıyla oluşturulmaktadır. Bu gereksinimlerin ötesinde, kurumlar, personel istihdamı için akreditasyon standartları karşılayacak nitelikteki bireyleri tercih etmektedir.

Ülkemizde evde bakımda kalite kavramı çok iyi tanımlanmamıştır. Evde bakım ve toplum temelli hizmetler, bu hizmetlerin sunulması ve sonuçlarında hemşirelik uygulamalarına temellenen daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Evde bakımda kalite sürecinin ölçümü, dikkatli bir şekilde tanımlanmamış ve izlenmemiştir (Fadıloğlu, ve ark. 2013. s. 39-41).

#### **5.4. Evde Bakımda Hasta Hakları ve Sorumlulukları**

Evde bakım kurumu, bakım ve hizmet süresince hasta ve ailelerinin hak ve sorumluluklarının desteklenmesinden sorumludur.

Yapılan bakım ve hizmetler; hastaların kişisel değer ve inançlarına saygıyı ön planda tutar. Bakım ve hizmetler hastaların saygınlık ve kişisel özgürlüğünü, bağımsızlık ifadesi ve tercihlerini destekler, hasta ihtiyaçlarında gizliliğe saygılı olur. Hasta bilgileri, kaybolma ve yanlışlık olasılığı için korunmalı ve gizli bir yerde tutulmalıdır. Kurum, hastalarını sağlık bakımı ile ilişkili bilgileri nasıl elde edebilecekleri yasa ve yönetmelikle belirlenen bakım maliyetleri konusunda bilgi verir. Evde bakım personeli hastaların değer, inançlarını tanımlama ve hasta haklarını korumadaki rolleri konusunda eğitilmektedir (Fadıloğlu, ve ark. 2013.s.45-46).

#### **5.4.1. Bilgilendirilmiş Onam**

Bilgilendirilmiş hasta onamı, evde bakım kurumları tarafından tanımlanan süreç doğrultusunda alınır ve bu konuda eğitilmiş personel tarafından yürütülür. Hasta ve ailesi; hastalık ve önerilen tedavi ve sağlık profesyonelleri hakkında uygun ve doğru bilgiyi alır ve bakım kararlarına katılabilir.

#### **5.4.2. Araştırma**

Evde bakım kurumu hasta ve aileleri; klinik araştırmalar, incelemeler, insanlarda yapılan çalışmalar hakkında bilgilendirir. Bu çalışmalara katılma seçeneği hakkında hasta ve aileye bilgi verir. Hasta ve aile klinik araştırmaya katılma kararı almışsa; araştırma öncesi aydınlatılmış onam alınır. Evde bakım kurumu, insanlarla yürütölen araştırmaları denetleyecek komite ya da başka bir kurula sahiptir.

#### **5.4.3. Organ Bağışı**

Evde bakım kurumu, hastalar ve ailelerine organ ve doku bağışı konusunda bilgi verir (Fadıloğlu, ve ark. 2013.s.45-46).

## 5.5. Evde Bakımda Organizasyon ve Etik Sorunlar

Günümüzde evde bakım, eski zamanlarda olduğu gibi hekimlerin avucunda ısıtılmış bir steteskop veya siyah bir hekim çantası olmaktan öteye gitmiştir. Gelişen tıp hizmetleri ve teknolojinin gereği olarak evde hasta bakımı için özel olarak yetiştirilmiş hemşire ve diğer sağlık personeli, daha gelişmiş cihazlar gereklidir. Evde bakım hizmeti gerektiren hastaların ihtiyaçları daha kontrollü ortamlardaki hastaların ihtiyaçlarından biraz daha farklıdır. Hastalarla evde ilgilenmek hastane ortamına göre daha zordur. Aynı zamanda hasta ve hasta yakınlarının ulaşmak istedikleri hedefler ile sağlık hizmeti verenlerin hedefleri aynı olmayabilir. Bu nedenle evde bakım hizmeti verenler ulaşmayı planladıkları hedeflerini hastanın ve yakınlarının hedeflerini göz önüne alarak düzenlemelidir.

Hastanın evde bakımı ile ilgili ailede herkesin birbirine destek olması gerekir. Hastanın ailesi onun yanında olduğunu hissettirerek hastaya psikolojik destek, fiziksel yardım, iyi bir gözlem, tedavi planını takibi ve gerektiğinde yardım çağırarak gibi hastanın evde bakımında önemi olan bir takım faktörleri yerine getirebilirler. Bu faktörler gelişmiş teknoloji ve ileri tedavi yöntemleri kullanıldığında bile evde hasta bakımının bel kemiğini oluşturur. Hekimler ve evde bakım ekip üyeleri, kurdukları iletişim yoluyla hasta ailesine hasta bakımında üstlendikleri rolleri ve bunların önemini anlatırlar.

Evde bakım hizmetleri, hastaları hastane ortamından uzaklaştırıp sıcak bir ortamda ailesinin yanında tedavi ederken, maliyeti azaltarak sigorta şirketleri ve diğer ödeme kaynaklarının onayını da kolaylıkla kazanır.

Hastanın evde bakımında, hasta ve ailesinin toplum içindeki yeri de oldukça etkilidir. Ailenin ve hastanın ekonomik, kültürel düzeyleri ve sosyal sınıfları ulaşabilecekleri sağlık bakımının türünde ve kalitesinde etkilidir. Ailenin kültürel ve etnik geçmişi sağlık hizmetlerinden beklentilerine de etkisi büyüktür. Sosyo-kültürel yapı ve gelenekler, sağlığı ve ölümü değişik şekillerde algılayıp tanımlayabilirler. Evde bakım hizmetlerini yürüten kişilerin bu olguları dikkate alması gerekir. Sağlık çalışanları hastanede hasta bakmak için yetiştirildikleri için, evde bakım sırasında

farklı durumlarla karşılaşılabirler. Hastanın bir takım kendine özel kuralları olabilir. Evde bakım sağlık profesyonelleri hasta ve ailesinin kurallarına, geleneklerine hastanın bakımını etkilemeyecek şekilde kendileri uyarlar.

## **5.6. Evde Bakım Hizmeti Organizasyonu**

Evde bakım hizmetleri değişik şekillerde organize edilebilir. Tek başına hizmet veren evde bakım kuruluşu veya hastaneye bağlı evde bakım ünitesi bu organizasyon şekillerinden bazılarıdır. Evde bakım hizmetinin kuruluş şekli organizasyonun kar amaçlı ya da kar amaçsız olabilir, özel sektör veya kamu sektörü tarafından kurulup işletilebilir.

Evde bakımın kapsamındaki alanlar, yoğunluğu ve süresi değişebilir. Bazen sade bir çeşit sağlık hizmeti, kısa bir süre için aralıklarla verilebilir. Bazen de bir den fazla hizmet çok uzun süreli verilebilir (Tanlı, 2008, s.58-61).

Hastane dışı ortamlarda sağlık hizmetine ihtiyacı olan her yaştaki kişinin sayısı hızla çoğalmaktadır. Akut, yarı akut, rehabilitasyon, koruyucu, uzun dönem ve huzur evine benzer sağlık bakım hizmetleri hekimin gözetimi altında hasta evinde yürütülebilir. Bu hizmetlerin sunumunda sadece hekim değil, diğer ekip üyelerinin de beraberce çalışması gerekir. Hekimler, hemşireler, fizyoterapistler, solunum terapistleri, hasta bakıcılar ve psikoterapistler bu ekibin üyeleridirler. Hekimin evde bakımdaki rolü, hastalarla olan ilişkisi, hasta değerlendirme, disiplinler arası ekibin belirlenmesi, bakım planını hazırlanması, bakımın koordinasyonu, hastanın hak ve sorumluluklarının saptanması ve kamu kaynaklarının mümkün olduğunca ekonomik kullanılması evde bakım hizmetlerinin sunulmasında önemli organizasyon faktörleridir.

Evde bakım hizmetlerinde hekimin rolü sadece hastanın evde bakım yapılmasına sevk edilmesi değildir. Hekimin sorumluluklarından biri de, evde

tedavisi devam eden hastanın fonksiyonel gelişmesini takip etmek ve değerlendirmektir. Hekim veya asistanı düzenli aralıklarla hastayı ziyaret ederek sorumluluklarını yerine getirirler. Bu ziyaret sırasında hastanın yaşadığı ortam, ailenin hastaya verdiği bakımın kalitesi ve verilen ilaç tedavisinin doğru uygulanıp uygulanmadığını kontrol etmek de hekimin sorumluluğundadır. Hekimler, ailenin hasta bakımında üstleneceği rolün önemini sağlık personeline anlatarak, personelinde hasta ailesine gerekli bilgileri anlayabilecekleri düzeyde vermeleri konusunda teşvik etmelidirler.

Evde bakım kuruluşunda çalışan hemşireler kurum yöneticisi, vaka yöneticisi, koordinatör, evde bakım hemşiresi gibi pozisyonlarda görev yaparlar. Aynı zamanda eğitimci, danışman, koruyucu-geliştirici-tedavi edici, koordine edici, yönetici, araştırmacı, rollerini de gerçekleştirirler (Cimete, 2008.s.49 ).

Evde bakım hizmetleri genelde hastanelerden yapılan sevklerle beslenir. Bu tür sevklerin uygun bir şekilde yapılması için hastanelerde taburcu planlama ve evde bakım koordinasyon fonksiyonları bulunmalıdır. Evde bakım hizmetinin hastanede başlayabilmesi için görev verilen koordinatörler, uygun soru sorma ve gerekli bilgiyi toplama becerisine sahip olmalı ve geliştirmelidir (Tanlı, 2008, s.58-63).

Evde bakım kurumlarının stratejileri işletmenin gelişme hızıyla başedebilecek şekilde planlanmalıdır. Başarılı bir işletme stratejisi için, organizasyonun yapısını iyi anlamak, değişen iç ve dış etkenleri doğru saptamak gereklidir. İşletme stratejilerine örnek olarak;

- 1- Büyüme hızı yüksek olan alanlara yoğunlaşmak: Kurum, gelişme ve kar payı yüksek olan alanlara odaklanarak yeni ürünlerini buna göre seçmelidir.
- 2- Piyasa payını yükseltmek: Kuruluş, rekabet avantajını devam ettirmek için yenilikçi yaklaşımlarda bulunmalıdır. Evde bakım hizmeti sunan diğer kuruluşlarla belli ürünlerde ortak olma ya da bu kuruluşları satın alma yolu ile piyasa payını daima yüksek tutmalıdır.

3- İşletme etkinliğini artırmak: İşletme maliyetlerini, faturalama ve tahsil işlemleri için gelişmiş sistem ve kontrol mekanizmalarından oluşan bilgi sistemlerini kullanarak, çalışanların üretimini artırarak ve idari harcamaları mümkün olduğunca azaltarak düşürmelidir.

4- Sevk kaynakları üzerinde yoğunlaşmak: Kuruluş değişik ve etkin pazarlama yöntemleri uygulamalıdır. Verilen hizmetlerden, yeniliklerden ve diğer kuruluşlardan olan farklılıklarından sevk kaynaklarını haberdar etmelidir. Bunun daha da ötesine giderek kurumlarla anlaşmalar yaparak sevk sayısını artırmalıdır.

5- Yönetim bilgi sistemlerini uygun bir şekilde kullanmak: Kuruluş, bilgi sistemlerini yerinde ve yeterli kullanarak iç kontrolü zamanında sağlamalı ve gerekli kararların alınmasını kolaylaştırmalıdır.

6- Devamlı eğitim programları uygulamak: Kuruluş sadece kendi bünyesinde çalışanları değil doktor, hasta ve hasta aileleri için hazırlanan programlarla evde bakım hizmetleri konusunda gerekli kişilerin bilgilenmelerini sağlamalıdır.

Kuruluş sadece evde bakımdan yararlanabilecek durumda olan hastaları kabul etmelidir. Hizmet verilen her hasta için bir hasta bakım planı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Sağlık personeli kuruluş ofisi ile ve hasta doktoru ile koordinasyon içinde çalışarak hastanın bakım planında belirtilen hedeflere ulaşılması sağlanmalıdır.

Kuruluş, hasta ailesini ve kurum personelini riskli ve tehlikeli durumlardan korumayı amaçlayan programlar hazırlamalı ve bunları uygulamalıdır.

Enfeksiyonlardan korumak için gerekli önlemler alınmalı, kural ve yöntemler geliştirilmelidir. Kuruluşun üst düzey yöneticileri idari, tıbbi ve destek sistemlerinin sürekli kalitesini ölçen ve iyileştirilmesini sağlayan programları ve yöntemleri planlamalı ve bunları uygulamalıdır. Kalite yönetim programları verilen her türlü hizmeti kapsamına almalıdır (Tanlı, 2008, s.58-61).

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliğin çalışma usul ve esaslarına değinen beşinci bölüm, madde 19’da “ Evde bakım hizmeti almak isteyen kişi, sağlık kuruluşuna bizzat veya telefon ile müracaat edebilir. Çağrı merkezi görevlisi personel hizmet talep eden kişi ile görüşme yapar, gerekli bilgileri verir. İlk görüşmeyi takiben hekim veya hemşire tarafından görüşme yapılır. Hizmet alacak kişinin durumu ve sunulacak hizmet belirlenir. Bakım hizmeti alacak kişi hekim ve hemşire tarafından evde ziyaret edilir, kişinin bakım ihtiyaçları, ev şartları belirlenir. Hekim tarafından evde bakım hizmeti alacak kişinin varsa tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler ile bağlantı kurulur, tedavi planı alınır ve son olarak da evde bakım planı ve tedavi planı oluşturulur. Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler bulunmuyor veya bağlantı kurulamıyorsa hizmet alacak kişinin sağlık durumuna göre sağlık kuruluşunun hekimi tarafından muayene edilerek, tanı ve tedavi planı hazırlanır. Hemşire tarafından da bakım planı hazırlanarak hekimin onayına sunulur, varsa gerekli değişiklikler yapılarak uygulanacak bakım planı hazırlanır. Gerektiği durumlarda ilgili uzmanlık alanlarındaki uzman hekimlerle hasta konsultasyonu sağlanır. Evde bakım planına göre hekim dışı sağlık personelinin görev saatleri ve uygulayacakları işlemler belirlenir ve görev dağılımı yapılır” denilmektedir. ( Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, R.G. Tarihi:10.03.2005 R.G. Sayısı:25751 ).

Sağlık kuruluşunun görevlendirdiği hekim dışı sağlık personeli tarafından hastaya verilen evde bakım hizmetleri; müdürlük tarafından görevlendirilecek bir sağlık personeli başkanlığında; tabip odası temsilcisi ile hekim dışı sağlık personelinin temsil eden derneklerden bir temsilciden oluşturulacak bir ekip ile denetlenir (Pınar, 2006, s.155).

## **5.7. Hastanın Evde Bakıma Kabulü**

Aşağıdaki durumlara uyan hastalara evde bakım hizmeti verilebilir:

a) Sağlık kuruluşunda, hastanın veya hastanın tıbbi durumu onay vermeye elverişli değilse kanuni temsilcilerinin bilgilendirilmiş onay formu ile rızası alındıktan sonra işlem yapılır.

b) Evde bakım hizmeti için kabul edilen hastalar, mevzuat tarafından belirlenen hakları korunacak şekilde, hasta hakları ve yükümlülükleri ve hizmet içeriği konusunda bilgilendirilir. Hastanın kendisi veya kendisi karar verme yetisine sahip değilse kanuni temsilcisi, sunulacak hizmetin varsa riskleri konusunda her türlü bilgiyi almaya ve değerlendirme yaptıktan sonra hizmeti kabul etmeme hakkına sahiptir.

c) Evde bakım hizmeti almak isteyen hasta kendi hekimi tarafından takip altında olmalıdır. Kendisini takip eden bir hekimi olmayan hastalar, sağlık kuruluşunun evde bakım hizmeti sunan hekimleri tarafından ve gerekirse konsültan hekimler tarafından değerlendirilir ve bir hekim atanır.

d) Evde bakım hizmeti için, hasta ve/veya hasta ailesi tarafından istem yapılabilir. Bu durumda evde bakıma uygunluğu ve tedavi sorumluluğu açısından hastanın durumu tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekim veya evde bakım hekimi tarafından değerlendirilir. Planlamada yapılacak değişiklikler ya da ileri düzey yeni hizmet seçenekleri için hekim onayı alınır.

e) Hasta evindeki fiziksel ortam ve ekipman, güvenli ve etkin bakım vermeye uygun olmalıdır.

f) Hastanın ırkı, rengi, inancı, cinsiyeti, doğum yeri, etnik kökeni, yaşı, zihinsel ya da bedensel engeli ve iletişim rahatsızlığı, kabul açısından hiçbir şekilde olumsuz etken olarak değerlendirilemez.

g) Hasta bakımı açısından sağlık kuruluşu tarafından önerilen tedavi planının kabul edilmemesi durumunda, bu tedavi planının uygulanmamasının yol açabileceği riskler anlatılarak hizmetin kabul edilmediğine ilişkin yazılı beyan istenir.

## **5.8.Hastaya Verilen Evde Bakım Hizmetinin Sonlandırılması**

Aşağıdaki durumlarda, evde bakım hizmeti sonlandırılır veya hasta yataklı tedavi kurumlarına transfer edilir:

- a) Evde bakım hizmeti sunulan hastanın uygulanan tedavi ile iyileşerek tedavi gerekliliğinin ortadan kalkması,
- b) Hastaya özgü hazırlanan bakım planlarında belirlenen amaçlara ulaşılması,
- c) Evde bakım hizmeti sunulan hasta için uygulanacak ilaç, bakım ve tedavinin, belli bir aşamadan sonra sağlık personeli gerektirmeden uygulanabilecek hale gelmesi,
- d) Evde bakım hizmeti için tıbbi açıdan gerekli ekipman veya eğitimli sağlık personelinin tam olarak sağlanamaması,
- e) Evde bakım hizmeti sunulan hastanın, hastaneye yatırılma endikasyonunun ortaya çıkması,
- f) Hasta veya temsilcilerinin hizmeti sonlandırmak istemesi.

### **5.9. Evde Bakım Hizmeti Verilemeyecek Durumlar**

Aşağıdaki durumlarda hastalar evde bakım hizmetine kabul edilemezler:

- a) Talep edilen tedavinin, sağlık personeli eşliğinde uygulanacak olsa bile, ev ortamında yapılabilmesi açısından sağlık kuruluşu hekimi tarafından tıbbi kontrendikasyon bulunması,
- b) Hasta ve hastalık grubunun evde tedavisi için tıbbi açıdan gerekli ekipman veya eğitimli sağlık personelinin sağlık kuruluşu tarafından sağlanamaması,
- c) Akıl ya da ruh hastalığından veya madde bağımlılığından dolayı mahkemelerce hastanelerde tıbbi gözlem ve/veya tedavi altına alınmasına karar verilmesi.

Hastanın veya ailesinin tedavi/bakım planına ve çalışma şartlarına uymaması, kendi sorumluluklarını yerine getirmemesi ya da evde bakım hizmeti sunan personeline karşı uygunsuz ya da suç teşkil edecek davranışta bulunması durumunda sağlık kuruluşu tek taraflı olarak hizmeti durdurabilir ve hizmet sözleşmesini sona erdirebilir ( Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, R.G. Tarihi:10.03.2005 R.G. Sayısı: 25751 ).

## 5.10. II. Ulusal Evde Bakım Kongresi Sonuç Bildirisi

*“ Ülke Olarak Bir Evde Bakım Modeline İhtiyacımız Var.. ”*

Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin gereken standartlarda sunulması ve ülke geneline yaygınlaşması için en önemli eksiklik “ülke koşullarına uygun bir evde bakım modelinden yoksun olmamızdır”. Evde bakımın ülkemizdeki sağlık ve sosyal hizmetlere ayrıca sosyal güvenlik sistemine entegre olması gereklidir.

Bu amaçla çalışma yapmak üzere kurulan Evde Bakım Derneğimizin gerçekleştirdiği II. Ulusal Evde Bakım Kongresi'nin sonucunda ortaya koyduğu görüş ve önerileri aşağıda paylaşılmıştır.

Evde bakımla ilgili tüm tarafları bir araya getirerek sağlık alanında yeni gelişmeler doğrultusunda ülkemize uygun evde bakım sistemini şekillendirmek ve bu sistemin yerleşmesinde destekleyici güç oluşturmayı amaçlayan II. Ulusal Evde Bakım Kongresi 20-23 Nisan 2008 tarihlerinde İstanbul'da gerçekleştirilmiştir. Kongre sonucunda kamuoyu ile paylaşılmasında yarar gördüğümüz görüşler aşağıda sıralanmıştır:

1. Evde bakım hizmeti ülkemiz için gerekli ve yararlıdır, ülkemiz gerçeklerine uygun evde bakım sistemi ve hizmetlerinin yapılandırılması ve sunulmasına ilişkin çalışmalar ivedilikle başlatılmalıdır.
2. Ülkemizde “Evde bakım kavramı” çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından farklı anlamda kullanılmakta ve uygulanmaktadır. “Evde Bakımın” tanımı ve kapsamı ile ilgili kavram karışıklığı giderilmelidir. Evde bakım, evde sosyal destek ve yardım kavramları birbirinden ayırt edilecek şekilde tanımlanmalıdır. Evde bakımla ilgili düzenlemelerde ilgili kurumların birbirlerinden bağımsız hareket etmeleri tüm ihtiyaç sahiplerini kapsayacak bir sistemin oluşturulmasını zorlaştırmaktadır.
3. Halen yürürlükte olan bakıma muhtaç özürlü ve yaşlılar için verilen para yardımı sosyal yardım tanımlaması ile uygulanmalıdır.
4. Evde bakım ile ilgili mevzuatlarda ve sunulan hizmetlerin denetiminde yetersizlikler ve çelişkiler vardır. Mevzuatı geliştirme çalışmalarının da ilgili kurumların koordinasyonu ile yürütülmesi gereklidir. Bu çalışmada kamu ve özel

hizmet sunucular tarafından oluşturulan fiili durumlar, oluşan deneyimler dikkate alınarak mevzuat düzenlemesi yapılmalıdır.

5. Kamu ve özel sektör tarafından sunulan evde bakım hizmetlerinin finansmanı en önemli sorunlardan biridir. Buna karşılık evde bakım hizmetlerinin Genel Sağlık Sigortası bünyesinde karşılanmasında bir engel olmadığı, sistemin oluşturulması ile hizmetlerin ödeme kapsamında olabileceği kongre’de Sosyal Güvenlik Kurumu temsilcisi tarafından dile getirilmiştir. Evde bakımın finansmanı ile ilgili çalışmalar en kısa zamanda başlatılmalıdır.

6. Bakım hizmetinin sunumu yoksulluk esaslı değil bakıma muhtaçlık esaslı kriterlere göre belirlenmelidir.

7. Evde bakım hizmetlerinin (yaşlılık bakımı, sosyal destek gibi ihtiyaçları da kapsayacak şekilde) geniş kapsamda finansmanı için bakım sigortası modellerinin geliştirilmesi gereklidir. Ancak evde sağlık bakımı hizmetlerinin finansmanı için ek prim ödenmesi zorunluluğu olmamalıdır. Evde sağlık bakımı hizmetleri alternatif değil tamamlayıcı bir hizmet olarak ele alınmalıdır.

8. Hastane masraflarının maliyetlerinde sağlanacak düşüş hesaba katılarak ek prim alınmaksızın ödeme kapsamında yer almalıdır.

9. Evde bakımın finansmanı için özel sağlık sigortalarının kullanımı toplam sigortalı sayısının azlığından dolayı son derece sınırlıdır, ayrıca özel sağlık sigortalarının evde bakıma yönelik ödeme uygulamalarındaki eksikliklerini gidermek ve kullanımını artırmak içinde çalışma yapılmalıdır.

10. Kamu hastanelerinde açılmış olan evde bakım merkezi ya da evde bakım birimlerinin kurumsal yapısı, yürürlükteki hizmetlere entegrasyonu, hizmet standartları, personel eğitimi, hizmetlerin denetimi ve finansmanına ilişkin çalışmalara gereksinim vardır.

11. Halen ilgili mevzuata tabi olmadan kayıt dışı ve kaçak olarak evde bakım hizmeti sunan, personel temin eden kurum ve kişilerin faaliyetlerine engel olunmalı bu konuda etkin denetim yapılmalıdır.

12. Ülkemizde evde bakım hizmet standartları geliştirilmemiştir. Evde bakım hizmeti sunan profesyonellerin (hekim, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, solunum terapisti, psikolog vb.) ve destek personellerin görev tanımı, sorumlulukları, sürekli eğitimi, eğitim stratejileri, hizmet koşulları, performans değerlendirme ve ödüllendirme sistemi, ücretlendirme ve denetim standartları belirlenmelidir.

13. Ülkemizde evde bakıma gereksinimi olan nüfus tanımlanmalı, önümüzdeki yıllarda hızla artacak ihtiyaç göz önünde bulundurularak evde bakımda görev alacak sağlık ve sosyal profesyoneller ile ev destek personellerinin yetiştirilebilmesi için makro planlama yapılmalıdır.

14. Evde bakıma ihtiyaç duyan en önemli gruplar yaşlılar, özürllüer ve kronik hastalardır. Oluşturulacak evde bakım sisteminde bu özel grupların ihtiyaçlarına yönelik çözümlerin öncelikli olarak yer almasında fayda vardır.

15. Evde bakım hizmetinde kadrolu pozisyonların yaratılması, yarım zamanlı çalışma modelinin iyileştirilmesi ve Maliye ve Sağlık Bakanlıkları seviyesinde evde bakım çalışanı olmayı kolaylaştırıcı yöntemlerin geliştirilmesi gerekmektedir.

Tüm bu problemlerin çözümü ve ulusal düzeyde evde bakım sisteminin oluşturulması için tüm ilgili kamu ve sivil toplum kuruluşlarının katılımı ile bir çalışma grubu oluşturulmalı, ülkemiz için bir makro planın ve devamında bir eylem planının oluşturulması amacıyla çalışma yapılmalı, ilgili kurumlar arası koordinasyon sağlanmalıdır( 2.Ulusal Evde Bakım Kongresi, 20-23-Nisan 2008, Sağlık Sistemimizde Evde Bakım, sonuç bildirisi).

## **5.11. Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Durumu**

### **5.11.1. Evde bakım hizmetlerinin finansmanı**

Evde bakım hizmetlerinin finansmanı, tüm ülkeler için önemli bir konudur. Devletin katkı düzeyi, özel sigortaların rolü ve sosyal sigorta prim ödemeleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Ülkeler, evde bakım hizmetleri finansman politikalarının oluşturulmasında beş temel soru üzerinde durmaktadır ( Oğlak S. 2007.s. 100-108).

1. Bakım hizmetlerinden kimler yararlanacak?
2. Hizmetlerden yararlanma hakkı nasıl belirlenecek?
3. Finansmanı hangi kaynaklardan sağlanacak?
4. Bu hizmetler nasıl sunulacak (Hizmet sunum stratejileri ve yöntemleri)?
5. Bakım hizmetleri sistemi içinde sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu nasıl sağlanacak?

Tüm bunları içine alabilen kapsamlı ve bakıma muhtaçlara sunulacak hizmetlerin yüksek kaliteli, ailenin finansal, fiziksel ve duygusal yükünü hafifletecek uygulamaların tercih edilmesinin kamu sorumluluğu açısından önemli olduğu savunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında dünyada ağırlıklı olarak üç ana mekanizma kullanılmaktadır. Bunlar; genel vergiler (bütçeden/Beveridge modeli), sosyal sağlık sigortası (primler yoluyla/Bismarck modeli), cepten yapılan harcamalar ya da özel sigortalardır. Prim gelirlerine dayalı sosyal sigorta uygulamaları olarak bilinen Bismarck modelinde devlet sağlık hizmetlerinde günlük faaliyetlerden çekilip daha makro düzeyde sağlık politikalarını belirleyen ve uygulamasını denetleyen bir konumdadır. Kamu mali kaynaklı sosyal güvenlik modellerinin özünü oluşturan Beveridge modelinde ise devlet hem makro hem de mikro düzeyde hizmet sunan, finanse eden ve düzenleyen konumdadır ( Özer, Ö ve ark. 2012, s.100).

Evde bakım hizmetlerinin finansmanında ülkeler gelişmişlik düzeylerine göre farklı yöntemler benimsemektedirler. Geri kalmış ülkeler kamu finansmanını artıracak hemen hemen hiçbir olanağa sahip değildir. Bu ülkelerde, evde uzun süreli bakım, tümüyle profesyonel olmayan bakıcılar ya da aileler tarafından sağlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü evde uzun süreli bakımın finansmanı ile ilgili beş yaklaşıma yer vermektedir. Bunlar; WHO, Home-Based Long Term Care, WHO Technical Report Series 898, Geneva, 2000

- Genel vergilendirme,
- Sosyal sağlık sigortası,
- Değişebilen oranlardaki hizmet içeriğine göre cepten veya hizmet değişimi şeklinde ödeme,
- Özel sigorta,
- Ücretsiz personel kullanımınıdır (gönüllüler).

Birçok ülkede, evde bakım hizmetinin sosyal sigortalar fonundan karşılanmasını sağlamak için yasal girişimler vardır. Bu ülkelerde evde bakım hizmetlerinin finansmanı genel vergilendirme üzerinden sağlanmaktadır. Uygulamada, bu fonlar sağlık sigortasına bağlı olmaktan çok, özel hedef grupları için düzenlenmiş ve birincil ölçüt olarak maluliyete odaklanmıştır. Aynı zamanda bu fonlar, her düzeyde istemin değerlendirildiği hizmet hakkının kapsamı konusunda çok sıkı bir şekilde tanımlanmış ölçütlere sahiptir. Amerika'da evde bakım hizmetlerinin finansmanı sekiz farklı yöntemle karşılanmaktadır. Bunlar; Medicare, çalışanların desteği, çeşitli programlar, diğer devlet ödemeleri, özel sigorta ve cepten ödemelerdir (Özer,Ö ve ark. 2012, s.100).

ABD'de 65 yaşının üstündeki herkes, maluller ve kronik böbrek hastalığı olan her yaş grubundaki kişiler gelir seviyesine ve zenginlik durumuna bakılmaksızın bu program kapsamına alınır. Medicare iki ayrı ödeme planından oluşmaktadır. Medicare'in birinci ödeme planında hastane masrafları karşılanırken, ikinci ödeme planında doktor ve hemşirelik bakımları, ayakta tedavi ve laboratuvar giderleri karşılanır. Medicare kapsamında evde bakım hizmetlerine yapılan harcamalar 1995 yılında 9,4 milyon dolar düzeyindeyken, 2001 yılında bu rakam 16,6 milyon dolara yükselmiş 2008 yılına gelindiğinde ise 44,9 milyon dolar olmuştur (Özer,Ö ve ark. 2012, s.100).

Evde bakım hizmetlerinin finansmanı, mevcut durumda bu alana ilgi gösteren yerel yönetimlerin bütçeleri, SHÇEK tarafından bakıma muhtaç özürlü ve yaşlılardan ekonomik yoksunluk içinde bulunanlara sağlanan bütçe, az sayıda sigortalının faydalanabildiği özel sağlık sigortalarının sınırlı teminat kapsamı, sağlık bakanlığının sosyal devlet anlayışı ile hizmet sunumu ve ailelerin cebinden yapılan ödemelerle devam etmektedir. Tüm ihtiyaç sahiplerinin gereken standartta ve sürdürülebilir bir hizmet alabilmesi için evde bakım hizmetlerinin sosyal güvence sisteminde teminat altına alınması gereklidir (Özer,Ö ve ark. 2012, s.101).

Uzun dönem bakım ihtiyaçlarını karşılamak için ise diğer ülke örneklerinde etkin olarak uygulanan bakım sigortası modelinin en kısa zamanda Ülkemizde de geliştirilmesi gereklidir.

### **5.12. Bakım Sigortası Yönünden Evde Bakım**

Bakım Hizmetinden Yararlanma; uzun süreli evde bakım hizmetlerinde, bakıma muhtaçlık derecesi göz önünde bulundurulmaktadır. Birçok ülkede, ulusal düzeyde tek bir değerlendirme ölçeği kullanılmaktadır veya bu yönde olağanüstü çaba gösterilmektedir. Tek tip değerlendirme sistemi, derecelendirme süreçlerinin standardize edilmesine de yardımcı olabilmektedir. Bakım hizmetlerinden yararlanmada en az 6 ay devam eden bir bakım gereksinimi dikkate alınmaktadır. Kısa süren bakım hizmetleri, bakım sigortası kapsamında değerlendirilmemektedir. Hemen her ülkede, bireyin bakıma muhtaç olup olmadığına ve bakım hizmeti alma gereksiniminde, bakım derecelendirme sistemi uygulanmaktadır. Buna göre, bireyin başkalarının yardımına günlük, haftalık ya da aylık olmak üzere hangi sıklıkta gereksinim duyacağı bakım zamanı saptanmaktadır.

Bakım sigortasını finansmanı, tüm ülkeler için önemli bir konudur. Devletin destek düzeyi, özel sigortaların rolü ve sosyal sigorta prim ödemeleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir.

Bakım sigortasında sağlık ve sosyal hizmetleri temel bir insan hakkı olarak kabul eden ve her bireye eşit ve ücretsiz sunulduğu yaklaşım yanında, bu hizmetleri pazar ekonomisi kuralları çerçevesinde ele alan ya da her iki anlayışı içeren karma uygulamalar da bulunmaktadır. Sosyal güvenlik ve özel sigorta veya kişisel özel harcamalar arasındaki denge, bakım sigortasında bir diğer önemli göstergedir. Uygulamada, birçok gelişmiş ülke, hem sosyal güvenlik hem de özel sigorta finansmanına dayanmaktadır (Oğlak, 2007, s.103-104 ).

## 6- Sonuç ve Öneriler

Evde bakım hizmetleri tüm dünyada ve ülkemizde sağlık bakım sistemi içindeki yerini hızla almaktadır. Bunun nedenleri demografik değişim ve yaşlı nüfusun artması, aile yapısının değişmesi, tıp teknolojisinin gelişmesi, uzun süreli kurum bakım hizmetlerinin yetersizliği, sağlık hizmetleri harcamalarında artan maliyet şeklinde sıralanabilir.

İnsanlar bazen kendi iradeleri dışında ileri yaşlılık, kronik hastalıklar ve engellilik gibi nedenlerle bakıma muhtaç durumuna gelebilirler. Bu durum sosyal ve ekonomik boyutlarıyla yalnız bakıma muhtaç olan kişiyi değil, ailesini toplumu ve sosyal devleti de etkilemektedir. Bu nedenden dolayıdır ki, bakıma muhtaç olma sorununun çözümü, sorunu yaşayan bireylerin sosyo – ekonomik yönden güvence altına alınması ve ihtiyacı olan bakımın karşılanması sosyal devletlerin başta gelen görevlerindedir.

Evde bakım hizmetleri sağlık ve sosyal hizmetlere olan talebin hızla artması yanında bazı hastalıkların rehabilitasyonunda özellikle tercih edilen bir hizmet sunum şeklidir. Bu yönüyle ülkede ciddi anlamda yataklı tedavi kurumlarına alternatif olmakta, bakım sigortaları düzenlemeleri içinde evde bakım uygulamalarına ciddi bir yer verilmektedir. Bilindiği üzere dünya nüfusunun giderek yaşlanması, ailenin küçülmesi kadının çalışma hayatına girmesi, uzun süreli bakımın finanse edilmesi ve şu an uygulanmakta olan güvenlik sistemi bunlar karşısında yetersiz kalmaktadır.

Ülkemizde evde bakımda kalite çalışmaları henüz tamamlanamamıştır. Kişilere verilen hizmet sunumu, hasta ve ekip arasındaki etkileşim, hasta memnuniyeti kalite hizmeti veren kişilerin yeterliliğini içine alan çok yönlü bir kavramdır. Bu konuda yapılan geri bildirimler önemle değerlendirilmelidir. Kalite ve standartlar doğrultusunda bir evde bakım hizmeti sunumu için ülkemizin sosyal ve finansman şartlarına özgü bir model geliştirilmeli, hizmet kalitesi artırılmalı, kaynaklar etkin ve verimli kullanılmalıdır.

## Kaynaklar

Evde Bakım Kongresi Yönetim Kurulu sonuç bildirisi, (2012). Türkiye de Evde Sağlık Ve Bakımda Neredeyiz, 3.Ulusal Evde Bakım Kongresi, Aydın

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazetede

Akdemir, N ve ark. (2011). Yatağa Bağımlı Hastaların Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmet Gereksinimleri, Dicle Tıp Dergisi/Dicle Medikal Journal Cilt; (38) 1. s. 57-65

Aksu, T ve ark.(2010). Yaşlılıkta Evde Bakıma Güncel Yaklaşımlar, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, Cilt: (2)3, S.120

Altuntaş, M ve ark. (2010). Evde Sağlık Hizmeti Ve Günümüzde Uygulama Şekilleri, Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Cilt: (20) 3, s.156-157.

Aslantaş, H. (2009). Psikiyatrik Hastalarda Evde Bakım ve Hemşirelik Sürecinin Uygulanması, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:(12)4

Aslantaş, D. ve Ertem, M. (2012). Halk Sağlığı Bakışıyla Evde Bakım Hizmetleri Durum Tespiti, Yaşlı Sağlığı ve Sorunları, (1.baskı) . Eskişehir, Palme Yayıncılık, S.84-85

Aydın, D. (2005). Avrupa da Yaşlı Bakımı, Sağlık Turizmini Geliştirme Derneği Araştırması, s.11-16.

Bağ, B. (2012). Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları, Türk Onkoloji Dergisi, Cilt.(27)3, s.142-149

Bahar, A. ve Parlar, S. Yaşlılık ve Evde Bakım, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2 (4), s.35

Başgöl, Ç ve ark. (2011). Sağlık Alanında yeni bir hizmet evde sağlık hizmeti, Ankara il sağlık müdürlüğü sağlığın başkenti dergisi, sayı.20, s.52

Büyükkayacı, N. (2009). Postpartum Erken Taburculuk Sonrası Evde Bakım, TAF Preventive Medicine Bulletin, Cilt:(8)1, s.73-82

Can, Ö. ve Ünal, N. (2008). Evde Bakım ve Tedavi, Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, Cilt:6(4) ,s. 6-13

Danış, M.Z. (2008). Evde Bakımda Özel Gruplar: Yaşlılar Ve Sosyal Hizmet, 20-23 Nisan 2008, 2.Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı, S.118, İstanbul

Demir, M. ve Ünsar, S.(2008), Kalp Yetmezliği Ve Evde Bakım, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt: (3) 8., s.123-127

Evde Bakım Derneği, 2.Ulusal evde Bakım Kongresi, 20-23-Nisan 2008, Sağlık Sistemimizde Evde bakım, İstanbul

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yonetmelik. (T.C. Resmi Gazete, 10 Mart 2005, sayı: 25751).

Fadıloğlu, Ç. Ertem, G. ve Akyar, F (2013). Evde Sağlık Ve Bakım, 1.baskı, Amasya, Göktuğ Yayınları.

Gözüm, S. (1999). Hemofilisi Olan Bireyin Evde Bakımı Ve Hemşirenin Rolü, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Cilt: (2) 2. s.91- 96

Güngör, G. ve Nuran, G. (2009). Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri, Cumhuriyet Tıp Dergisi, Cilt:(31) . s.372.

Işıkkhan, V. (2008), Terminal Dönem kanser hastalarının Ölüm Yeri Tercihleri, Türk Onkoloji Dergisi, 2008;23(1). S. 34-44

Kar, G. (2003). Evde Bakım Hizmeti Veren Hemşirelerin Hizmette Yaşadıkları Güçlükler Ve İş doyumu Düzeyleri, Yayınlanmamış yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.

Karahan, A ve Güve, S (2002) Yaşlılıkta Evde Bakım, Turkish Journal of Geriatrics, Cilt: 5 (4), s.155-159

Oğlak, S. ( 2008). Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası, (2.baskı).İskenderun, Color Ofset Yayınları,

Oğlak, S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri Ve Bakım Sigortası, Turkish Journal of geriatrics, Cilt:(10) 2 .s.100-108

Oğlak, S. (2008). Türkiye’de Bakıma Muhtaç Bireylerin Bakım Hizmetlerinde Sosyal Bakım Elemanının Eğitimi ve İstihdam Açısından Önemi, Özveri Dergisi Cilt: (5 ) 1

Özer, Ö ve ark. Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi, Cilt: (3) 2 s. 97-98

Öztop, H. Şener, A. ve Güven, S. (2008). Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, Cilt:(1). S.39-49

Pınar, R. (2006). Türkiye de Evde Bakımda Mevcut Durum, Akademik Geriatri, S.155.

1 Şubat 2010 tarihli ve 3895 sayılı Onay ile yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı’na Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”dir.

Sayan, A. (2004). Günümüzde Evde Bakım, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: (7)3, s.91

Seyyar, A. (2005). Avusturya da Bakıma Muhtaçların Sosyal Güvenliği, Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, Sayı:50. s.206-223.

Tanlı, S. Ve Utku, T. (2008). Evde Bakımda Organizasyon ve Etik Sorunlar, Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, Cilt:(6)4

Taşocak, G. (1998). Aile Eğitimi, 1. Ulusal Evde Bakım Kongre kitabı, İstanbul.s.239.

Turaman, C. (2001), Yaşlı sağlığı hareketlerinin birinci basamakta planlanması, Geriatri, Cilt:(4)1, s.22-27

Uğurlu, M ve ark.(2012), Aile Hekimliği Uygulamalarında Güncel Problemler ve Çözüm Yollar-2, Ankara Medikal Journal, Cilt: (12) 1, s.4-12

Ünsar, S. (2007). Kanserli Hastada Evde Bakım ve Semptom Kontrolü, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:(2)5, S.92

Yılmaz, M ve ark. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Alternatif bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı, İstanbul Tıp Dergisi, Cilt;11(3), s. 125-132

Cimete, G. (2008). Evde Bakım Hemşireliği, Türk yoğun bakım derneği dergisi, Cilt:(6)4, s.49

Sayar, İ. (2007). Yaşlı Hastanın Evde Bakımdaki sorunları, Akademik Geriatri, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt: (2)

## ÖZGEÇMİŞ

05.03.1970 Kastamonu / Araç doğumluyum. İlk ve ortaokulu Araç' ta bitirdim. Daha sonra lise öğrenimime Kastamonu Sağlık Meslek Lisesinde devam ettim. 1984 yılında başladığım liseyi 1988 yılında bitirip Hemşirelik görevime İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesinde başladım. 1988 yılında Hemşire olarak gece çalışırken bir yandan da Marmara Üniversitesi M.Y. O. Hemşirelik bölümüne devam ettim. 1990 yılında Üniversiteyi bitirdim. 1993 yılından bu yana Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapmaktayım. 2011 yılında Erzurum Atatürk Üniversitesin Hemşirelik bölümün den uzaktan eğitim ile lisans diplomamı aldım. 2012 yılında da Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı' nda Yüksek Lisans eğitimine başladım. Özel ilgi alanlarım hastalarımın Bakımı ile ilgili yeni araştırmalar yapmak, hastane yönetimi ile ilgili yeni gelişmeleri takip etmek, çocuklarımla vakit geçirmektir. Yabancı dilim İngilizce olup 2000 yılından beri Gündüz AYDIN ile evliyim. Kenan ve Süleyman adında 8 yaşında ikiz oğullarım var.

**Aday:** Halime AYDIN