

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

148413

**EVDE BAKIM HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ
MEMNUNİYETİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sultan YİĞİT

- 148413 -

**Enstitü Anabilim Dalı : İŞLETME
Enstitü Bilim Dalı : YÖNETİM VE ORGANİZASYON**

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Recai COŞKUN

EYLÜL 2004

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

EVDE BAKIM HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ
MEMNUNİYETİ

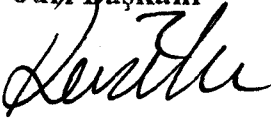
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Sultan YİĞİT

Enstitü Ana Bilim Dalı : İŞLETME
Enstitü Ana Bilim Dalı : YÖNETİM VE ORGANİZASYON

Bu tez 2020 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / ~~Oyçokluğu~~
ile kabul edilmiştir

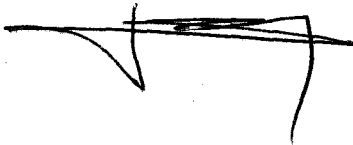
Doç. Dr. Recai GÖSKÜN

Jüri Başkanı



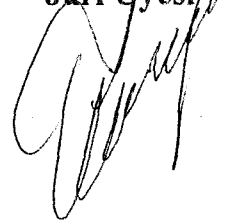
Doç. Dr. Sükran AKGÜL

Jüri Üyesi



Doç. Dr. Selma BAYRAKTAR OĞLU

Jüri Üyesi



İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLolar LİSTESİ	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
SUMMARY	viii
GİRİŞ	1
1. SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK SİSTEMİ İÇİNDE EVDE BAKIM HİZMETİ	5
1.1. Temel Kavramlar	5
1.1.1. Sağlık Sistemi	5
1.1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı	7
1.1.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kavramı	8
1.2. Genel Olarak Evde Bakım Hizmetinin Genel Çerçevesi	10
1.2.1. Evde Bakım Hizmetinin Tanımı	10
1.2.2. Evde Bakım Hizmetinin Gelişimi	11
1.2.3. Evde Bakımın Avantajları.....	15
1.2.4. Evde Bakımın Sakıncaları.....	17
1.2.5. Evde Bakım Ekibi	18
1.2.6. Evde Bakım Hizmeti Organizasyonu.....	19
1.3. Evde Bakım Hizmetinin Temel Özellikleri	21
1.3.1. Evde Bakım Hizmetinden Yararlanması Beklenen Gruplar	21
1.3.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Kullanımını Arttıran Faktörler.....	26
2. DÜNYA'DA EVDE BAKIM UYGULAMALARI	34
2.1. ABD'de Evde Bakım Hizmetleri	34
2.1.1. Amerika'da Evde Bakım Hizmetini Finanse Eden Kuruluşlar	39
2.2. Hollanda ve Diğer Avrupa Ülkelerinde Evde Bakım Hizmetlerinin Genel Durumu	44
2.3. Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Durumu	47

3. EVDE BAKIM HİZMETİNİN HUKUKSAL BOYUTU	52
3.1. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi.....	53
3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinden Önceki Dönem.....	54
3.2.1. Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Yürütülmesine Yönelik Hizmetler	55
3.2.2. Hekimlerin Evde Hasta Muayenesi Yapmalarına Yönelik Hizmetler	55
3.2.3. Bulaşıcı Hastalıkların Önlenmesi, Tanısı, Tedavisi ve İzlenmesine Yönelik Hizmetler.....	56
3.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi İle Başlayan Dönem	56
3.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik Taslağı	58
3.3.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Amacı ve Kapsamı	59
3.3.2. Sağlık Kuruluşlarının Türleri ve Açılmasına Yönelik Maddeler.....	59
3.3.3. Personel Standartlarına Yönelik Maddeler	60
3.3.4. Fizik Alt Yapı Standardı ve Donanımı İle İlgili Hükümler	61
3.3.5. Çalışma Usul ve Esasları İle İlgili Hükümler	61
3.3.6. Kayıt Sistemi ve Bildirim	62
3.3.7. Hastanın Evde Bakıma Kabulü ve Evde Bakımdan Taburcu Edilmesi İle İlgili Hükümler.....	63
4. EVDE BAKIM HİZMETİNDE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİNİ ÖLÇMEYE YÖNELİK BİR UYGULAMA.....	65
4.1. Araştırmanın Yöntemi	65
4.2. Araştırmanın Kısıtları	67
4.3. Araştırmanın Bulguları	68
SONUÇ.....	85
KAYNAKÇA.....	92
EKLER.....	98
ÖZGEÇMİŞ.....	109

KISALTMALAR

- WHO** : Dünya Sağlık Örgütü
- AÇS** : Ana Çocuk Sağlığı
- E.İ.T** : Evde İnfüzyon Tedavisi
- EKG** : Elektrokardiyografi
- İV** : İntravenöz (damar içi)
- A.g.e** : Adı Geçen Eser
- Bknz.** : Bakınız
- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- UHK** : Umumi Hıfzısıhha Kanunu

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Hasta Bakım Maliyetlerinin Ev ve Hastane Ortamına Göre Karşılaştırılması	28
Tablo 2: Tecrübeli Hemşirelik Hizmetlerinin Ve Hastanelerinin Günlük Olarak Medicare Ücretlerinin, Evde Sağlık Bakım Ziyaretlerinin Medicare Günlük Ücretleriyle Karşılaştırılması	29
Tablo 3: Seçilen Durumlarda, Evde Bakım İle Hastanede Bakım Masrafları	30
Tablo 4: ABD’de Evde Bakım Hizmetleri Kronolojisi	35
Tablo 5: Medicare Lisanslı Evde Bakım Firmaları	40
Tablo 6: ABD’de Medicaid Harcamaları	42
Tablo 7: Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Demografik Özellikleri	69
Tablo 8: Evde Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarına Ait Demografik Özellikler (n:38)	70
Tablo 9: Evde Bakım Hizmeti Alınan Hizmet Türlerinin Dağılımı (n:80)	71
Tablo 10: Evde Bakım Hizmeti Almış Olan Bireylerin Hizmete İhtiyaç Nedenleri (n:80)	73
Tablo 11: Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Bu Hizmeti Verecek Personeli Nasıl Temin Ettiklerini Gösteren Bilgilerin Dağılımı (n:80)	74
Tablo 12: Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Bu Hizmeti Alma Süresi (n:80)	75
Tablo 13: Alınan Evde Bakım Hizmeti Maliyetinin Değerlendirilmesi (n:80)	75
Tablo 14: Evde Bakım Personeli Tarafından Verilen Hizmetin Kalitesinin Özelliklerini Gösteren Bilgilerin Dağılımı (n:80)	76
Tablo 15: Evde Bakım Personelinin Hastalara Karşı Verdikleri Hizmetin Güven Verici Olup Olmadığına Yönelik Bilgilerin dağılımı	77
Tablo 16: Evde Bakım Hizmeti Veren Sağlık Personelinin Hastanın İhtiyaçlarını Karşılıyıp Karşılımadığına Yönelik Bilgilerin Dağılımı	78
Tablo 17: Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Bu Hizmeti Aldığı Kurumla İlgili İfadelere Katılıp Katılmadığını Gösteren Bilgilerinin Dağılımı	80
Tablo 18: Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Bu Hizmetten Memnuniyet Derecelerini Gösteren Bilgilerin Dağılımı (n:80)	81
Tablo 19: Evde Bakım Hizmeti Alınan Hastalık Veya Durumların Değerlendirilmesine Yönelik Bilgilerin Dağılımı	82

Tablo 20: One-way Anova testi: Evde bakım Hizmeti Alınan Kurumun Maliyetinin Değerlendirilmesi.....	83
Tablo 21: One-way Anova testi: Evde Bakım Hizmeti Veren Personelin Hastanın Temizliğini Karşılıyıp karşılamadığının Araştırılması.....	83
Tablo 22: Evde Bakım Hizmetinin Maliyeti İle Memnuniyet Derecesinin Karşılaştırılması	84



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 : Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sistemi..... 6



ÖZET

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, hasta bakımı, müşteri memnuniyeti, sağlık sistemi, yaşlılık.

Evde bakım hizmetleri yeni ve hızlı gelişen en etkili ve verimli sağlık hizmetidir. Hastanın iyileşmesini hızlandırma, enfeksiyon riskini azaltma, stresi azaltma, aileyi bir arada tutma, maliyeti azaltma gibi birçok yararları olan evde sağlık bakım hizmetleri sağlık sektöründe önemli bir yere sahiptir.

Araştırmamız, evde sağlık bakımına duyulan ihtiyacı (bireylerin evde sağlık bakım gereksinimlerinin neler olduğunu ve evde bakım almasına neden olan fiziksel, sosyal vb. faktörleri) ve ihtiyacın hangi kaynaklardan, nasıl, kimler tarafından, ne ölçüde karşılandığını bağlı olarak müşteri memnuniyetini belirlemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın evrenini, gazete ilanları ve bağlantı kurulan kurumlar aracılığıyla temasa geçilmiş olan 50 tane özel evde bakım hizmeti veren sağlık kurumu ile herhangi bir kuruma bağlı olmadan hastaneden taburcu olan hastalara evde bakım hizmeti veren dört hemşirenin hizmet verdiği müşteriler oluşturmuştur.

Araştırmanın verilerinin toplanmasında, anket yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılara; telefon, internet, yüzyüze görüşme yoluyla ulaşılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi için SPSS Analiz Programı kullanılmıştır. Çalışmada sonuçlara yer verilmiştir.

Sonuçta; evde bakım hizmetinin ülkemizde yeterince yaygınlaşmadığı görülmüştür. Bunun nedenleri arasında; hizmetin maliyetinin çok yüksek olması, belli bir devlet güvencesinin hukuki boyutta, henüz sağlanamamış olması, bu hizmetler hakkında hasta ve hasta yakınlarının yeterince bilgi sahibi olmaması oluşturmaktadır. Hizmetten faydalanan kişilerin memnuniyet derecesi oldukça yüksek olmasına rağmen en büyük şikayetlerden birisini de hizmeti veren elemanların hızlı sirkülasyonu oluşturmaktadır.

SUMMARY

CUSTOMER SATISFACTION IN HOME CARE SERVICES

Keywords: Home care, patient care, customer satisfaction, health system, old age.

Home care services are a new, developing and the most effective and productive health service method. With a number of advantages, such as increasing the recovery of the patient, decreasing the risk of infection, decreasing stress, keeping the family together, decreasing the expenses, home care services are of great importance for the health sector.

The research has been planned and applied with the purpose to determine the need for home care services (what are the home care services required by the individuals and the physical, social etc. factors producing the need for home care services), to determine the customer satisfaction in relation to the resources used to satisfy the needs, the people who meet the expenses, and the degree to which they are met.

The research was based on the reports of patients whose care is undertaken by four nurses who provide service to patients after their release from hospital. They establish contact with their patients through a medical institution providing home care services to 50 private homes the contact with which is established through newspaper advertisements or they are not affiliated to any institution.

The questionnaire method was applied for the collection of information. The participants were reached through: telephone, internet, face to face interview. SPSS Analysis System was used for the evaluation of the data. The research includes results.

As a result it has been determined that home care services do not possess sufficient popularity in our country. The great amount of the expenses, the lack of legal status on a state level, the fact that the patients and their relatives are not sufficiently informed about the services can be stated as the main reasons. Despite the relatively high level of customer satisfaction their greatest complaint is the quick circulation of the staff providing the service.

GİRİŞ

Günümüzde yaşanan değişim süreci hemen her alanda etkisini hissettirmektedir. Bu değişimlerin başında sağlık alanında yaşanan gelişmeler gelir. Özellikle sağlık teknolojisi alanında yaşanan gelişmelere ek olarak sunulan sağlık hizmetlerinin de niteliğini de değiştirmektedir. Sağlık hizmetleri alanında son yıllarda evde bakım denilen kavram gelişim göstermiştir. 50 yıl önce, tıp teknolojisinin ve hastanelerin gelişmediği dönemlerde yaygın olan evde bakım hizmetleri ev ziyaretleri, aile hekiminin işinin çok önemli bir parçasını oluşturuyordu. Geçen yıllar içinde, bu ziyaretlerin sayısı, pek çok faktörün etkisiyle azaldı.

Evde bakımın çok farklı tanımları vardır. Evde bakım hizmeti, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetinin sürekliliğinin etkili biçimde sürdürülmesi amacıyla güden bir sağlık hizmetidir. Evde bakım hizmeti multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirir. Bu ekip; hekim (pratisyen hekim ve aile hekimleri başta olmak üzere hemen tüm branşlar) , hemşire, hastabakıcı, sağlık destek personeli, fizyoterapist, psikolog ve sosyal hizmet personeli, diyetisyenden oluşmaktadır. Çok farklı disiplinlere mensup bu ekip tarafından sunulan bu hizmetlerde aile hekiminin merkezi ve düzenleyici bir rolü vardır.

Ülkemizde bu konu ile ilgili yasal düzenlemeler olup ilk olarak, Sağlık Mevzuatımızda 1930 yılından bu yana yer alan evde sağlık bakımının “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile daha ayrıntılı olarak tanımlandığı ancak sosyal ve demografik değişimler nedeniyle günümüz Türk toplumunun gereksinimlerini yeterince karşılamadığı görülmüştür. Evde bakım hizmetlerinde hukuki boşluğun giderilmesi için sağlık bakanlığı Mayıs 2004’te evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik taslağı çıkarmıştır. Bu yönetmelikte; daha önceki yasal düzenlemelerde olmayan evde bakım hizmeti verecek sağlık kuruluşunun açılma koşulları, çalıştıracağı elemanların nitelikleri, bulunduracağı alet ve teçhizatlar açıklanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve aile hekimliği disiplininin en önemli bileşenlerinden birisi olan ve yakın geçmişe kadar ihmal edilmiş olan evde bakım hizmetlerinin artık eskiden sahip olduğu ve layık olduğu öneme ve konuma kavuşması gerektiğine inanılmaktadır. Bunu sağlamannın yolu, gerek eğitimler gerek bilimsel yayınlar gerek hizmet sunumu ile konuya yer verilmesi ve öneminin vurgulanmasıdır. Bu önemin vurgulanması yalnız sözle değil yapılan uygulamalarda da evde bakım hizmetlerine yer verilmesi yolu ile olmalıdır. Ancak bu durumda gerçek anlamda aile hekimliği hizmetlerinin sunulabildiğinden ve disiplinin gereklerinin yerine getirildiğinden bahsetmek mümkün olacaktır.

Hastalara verilecek sağlık hizmetlerinin, gerekli koşulların sağlanması şartı ile, hastanın evinde sürdürülmesi hastayı maddi olarak rahatlatacağı gibi manevi anlamda da kendini daha rahat hissetmesini sağlayacağından evde bakım hizmetlerinin önemi günden güne artmaya devam edecektir.

Araştırmanın Önemi

Evlerde sağlık bakım hizmeti en eski sağlık bakımı sunumu yöntemidir. Geleneksel olarak, sağlık hizmetleri yüzyıllarca evlerde verilmiştir. Modern teknoloji hastanelerde mümkün olan her türlü hizmetin, evlerde de sağlanabileceği bir noktaya ulaşmıştır. Bu yöntemin diğer sağlık hizmetlerine göre en masrafsızı olduğuna dair kesin kanıtlar vardır. Bütün bunların yanı sıra hastaları ve yakınları en çok tatmin eden yöntemdir. Ülkemizde de evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştığı görülmektedir. Bu yüzden yapılan araştırmada da sunulan evde bakım hizmetlerinin hizmet veren kurumlar tarafından nasıl sunulduğunun saptanması, eksiklerinin belirlenip müşteri memnuniyetini en üst seviyeye çıkarmak için gerekli olan unsurların ortaya konması, böylece bu hizmet sektörünün daha iyi noktalara taşınmasına yardımcı olmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Amacı

Evde bakım hizmetlerinin önemine istinaden yukarıda değinilmiş olan hususların ışığında ve bu hizmetten faydalanmış kişilerle yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular paralelinde oluşturulmuş olan bu araştırmanın genel amacını; evde bakım hizmetini almış kişilerin almış oldukları hizmete yönelik tutum, görüş, memnuniyet veya memnuniyetsizliklerini belirlemek, bu konudaki eksiklikleri ve sorunları ortaya çıkarmak oluşturmaktadır. Ayrıca tespit edilen sorunlara yönelik çözüm önerileri de sunularak, evde bakım hizmeti konusunda ihtiyaç duyulan iyileştirilmelerin sağlanması ve bu konuya yaygınlık kazandırılması amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Metodolojisi

Araştırma İstanbul'daki özel evde bakım büroları veya kamu kurumlarından evde bakım hizmeti alan bireylerin müşteri memnuniyetini ölçmek üzere planlanmış ve bu kurumları belirlemek amacıyla İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurumların isim ve adreslerine ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak özel hemşirelik ve evde bakım veren kurumlara ilişkin hiçbir kayıta rastlanmamıştır. Daha sonra gazete ilanları ve bağlantı kurulan kurumlar aracılığıyla bu kurumlar belirlenmeye çalışılmış ve İstanbul'da toplam 50 tane özel hemşirelik ve evde bakım hizmeti veren kurum belirlenerek araştırmanın evrenine alınmıştır. Ayrıca evde bakım hizmetini herhangi bir kuruma bağlı olmadan hastaneden taburcu olan hastalara evde bakım hizmeti veren dört hemşirenin baktığı evde bakım hastaları araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Belirlenen 50 tane kurumla yapılan görüşmelerde araştırmanın amacı açıklanarak çalışma için izin istenmiş ve sadece dört evde bakım veren kurum araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmayı uygulamayı kabul eden kurumlardan da biri evde bakım hizmeti alan kişilere anketi kabul ettiremediklerini, hizmeti alan kişilerin ankete zaman ayıramayacaklarını ve bu kişilerin izni olmadan uygulayıcıya bilgi veremeyeceklerini ifade ederek araştırmaya katılmaktan vazgeçmiştir.

Ulaşılan kurumlardan yalnız birisinde evde bakım hizmetinin tam sunabilecek bir ekibin varlığı söz konusudur. Bu ekip hemşirelerin ağırlıkta olduğu, hekim, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sağlık destek personeli, hasta bakıcıdan oluşmaktadır. Ayrıca bu kurumda ambulans, laboratuvar ve malzeme/cihaz desteği sağlamaktadır. Tıbbi cihazlar ve hasta bakımı sarf malzemeleri kurum tarafından ücret karşılığında, ilaçlar ise hasta tarafından temin edilmektedir. Evde bakım hemşireleri bu kurumda yarı zamanlı ve tam zamanlı olarak çalışmaktadır.

Ulaşılan kurumlardan kamu statüsünde bulunan bir diğer kurumda ise evde bakım hizmetlerini sunacak tam bir ekipten bahsetmek mümkün değildir. Özel kurumların sağladığı evde bakım hizmetiyle kıyaslandığında kamusal kurumların sağladığı evde bakım hizmetinin çok daha sınırlı imkanlarla bu faaliyeti gerçekleştirdiği gözlenmektedir. Bu durum evde bakım hizmeti veren ekipteki personel eksiklikleri olabildiği gibi, ihtiyaç duyulan diğer tıbbi araç ve gereçlerde de çok sayıda yetersizlikler nedeniyle oluşabilmektedir. Bu bir olumsuzluk teşkil etse bile hizmetin ücretsiz olarak sunuluyor olması özellikle ekonomik durumu iyi olmayan hastalar açısından tercih nedeni olabilmektedir.

Araştırmanın örnek kütlesi, tanımlanan evrendeki her elemanın eşit ve bağımsız seçilme şansına sahip olduğu tesadüfi örnekleme yoluyla belirlenmiştir. Çalışmanın örnek kütlesini evde bakım hizmetinden faydalanmış olan 80 kişi oluşturmuştur. Bu kişilerden birincil veri edinme yöntemlerinden olan anket çalışması yoluyla konu hakkında bilgiler alınmış ve analize tabi tutulmuştur. Görüşmecilere ulaşabilme noktasında telefon, internet, yüz yüze görüşme gibi yöntemler kullanılmıştır.

1. SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK SİSTEMİ İÇİNDE EVDE BAKIM HİZMETİ

1.1. Temel Kavramlar

1.1.1. Sağlık Sistemi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması hali değil, zihinsel ve sosyal bakımdan tam iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Sistem ise en genel anlamı ile “karşılıklı ilişkileri olan parçalardan oluşan bütündür” şeklinde tanımlanabilir [Menderes ve Ersoy 1993: 36-37]. Sağlık sistemi denince;

- Erken ölümü önleyerek yaşam süresinin uzatılması,
- Sağlık için psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaların mümkün olduğunca azaltılması,
- Hastalığın mümkün olduğunca azaltılması,
- Sakatlığın mümkün olduğunca azaltılması,
- Yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişilmesi,
- Direncin artırılarak sağlığın korunması yeteneğinin oluşturulması,
- Çevre ile ilişkilerde yüksek bir tatmine ulaşılması,
- Kaynakları sınırlı olan kesimin sağlıkla ilgili konulara katılımının sağlanması,

amaçlarını gerçekleştirmeye yönelik ürün ve/veya hizmetleri üreten bu örgütler arasındaki ilişkiler anlaşılmaktadır.

Sağlık bakım hizmetleri; iyileştirici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve genel sağlık kurumları tarafından verilen toplumsal sağlık hizmetlerini içerir. Bu hizmetlerle çevresel faktörler ve davranışlar etkilenebileceği gibi, hastalanmış olanların da sağlığa kavuşturulması sağlanabilir. Hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması, erken teşhis ve tedavi, rehabilitasyon ve iyi kişisel alışkanlıkları bu hizmetlerle sağlanabilir [Menderes ve Ersoy: 1993: 39].

İyileştirici (tedavi edici) sağlık hizmetleri üç basamakta ele alınmaktadır.

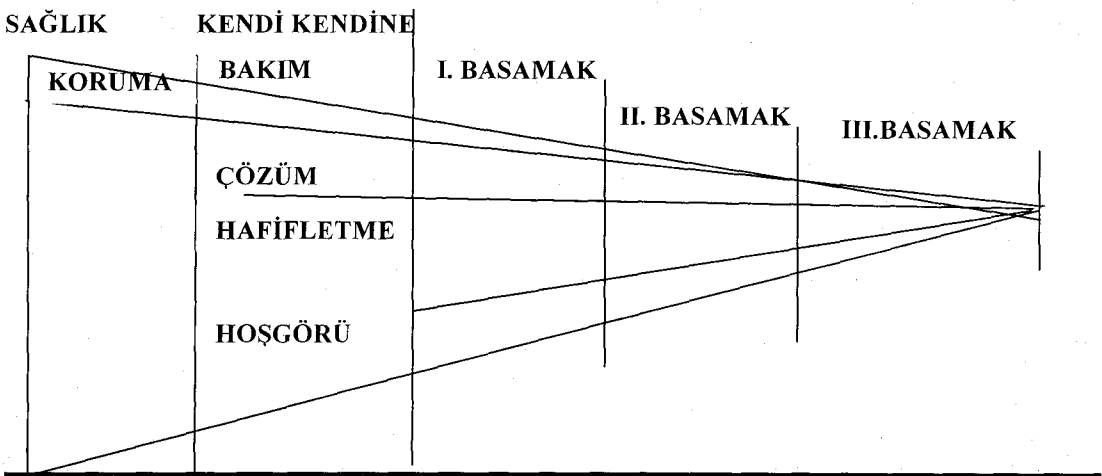
Birinci Basamak: Hastaların tedavilerinin ayakta ve evde yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlarda genellikle yatak başı hasta hizmeti yoktur. Sağlık ocakları, Tüberküloz dispanseri, AÇS (Ana-Çocuk Sağlığı) merkezleri birinci basamak sağlık hizmetinin verildiği kurumlardır. Bu basamaktaki imkanlarla teşhis ve tedavi edilemeyen hastalar ikinci basamağa sevk edilirler.

İkinci Basamak: Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Bu hastaneler 50-100 yataklı ve 3-4 uzman hekimin çalıştığı hastaneler olabileceği gibi tam teşekküllü hastaneler de olabilir.

Üçüncü Basamak: Özel dal hastaneleridir. Bu hastaneler en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir.

İyileştirici hizmetlerin basamaklar biçiminde ele alınmasının temel nedeni bu basamaklar arasında bir hasta sevk sisteminin gerekliliğini vurgulamak içindir. Birinci basamak tedavi kuruluşları halkın yaşadığı yerlere en yakın olan ve hastaların ilk başvurdukları kuruluşlardır. İkinci ve üçüncü basamaklar daha büyük yerleşim merkezlerinde bulunurlar [Öztek ve Eren, 1992: 376].

ŞEKİL 1: Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sistemi



Kaynak: Bozdemir ve Saatçi, 1997: 23

Şekil 1’de ideal bir sağlık sistemi gösterilmektedir. Bir sağlık sisteminin temeli, ulaşılabilir birinci basamak sağlık hizmetleridir. Üçüncü basamak hastane sistemi, kurumsallaştırma gerektiren, sık karşılaşılan durumlarla ilgilenen ikinci basamak hastanelerin ve diğer kuruluşların üzerinde yer almaktadır.

Ne yazık ki, bir çok toplumda piramidin küçük ucunu oluşturan üçüncü basamak hastaneler, Sağlık kaynaklarını en fazla tüketen kuruluşlardır. Kaynak talepleri hemen hemen hiç bitmez ve sürekli olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin meşru isteklerinin engellenmesine neden olurlar. Çok az miktarda sağlık yararı için, çok fazla kaynak tüketirler [a.g.e.; s. 23].

1.1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir [Öztek ve Eren, 1992: 374]. Sağlık hizmetlerinin üç boyutu vardır: Koruma, Tedavi ve Rehabilitasyon.

Sağlık hizmetlerinin temel amacı kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, yani kişileri hastalıklardan korumaktır. Hastalık ise vücudun gerekli fonksiyonlarını yerine getirememesidir. Ancak, her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz; bazıları hastalanır. İşte o zaman sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan “hastaların tedavisi söz konusu olur. Bugünkü bilgilerimizle ve var olan yöntemlerle her hasta tam olarak tedavi edilemez; bazıları ölür, bazıları ise sakat kalır. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı; sakat bireylerin başkalarına bağımlı olmadan kendi kendilerine yeter biçimde yaşamlarını sağlamak, yani rehabilite etmektir.

1.1.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kavramı

Birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerini ve bireyin ilk başvurduğu sağlık hizmeti basamağında sunulan (evde ya da bir sağlık kurumunda) ayaktan teşhis ve tedavi hizmetlerini kapsar [Çoruh, 1995: 169].

Birinci basamak sağlık hizmetleri acil durumlar dışında sağlık tanımını kapsamındaki hizmetlere gereksinim duyabilecek sağlık hizmeti tüketicilerinin ilk başvurdukları sağlık hizmeti üreten kuruluşları kapsar. Birinci basamak sağlık hizmetleri şunları kapsamaktadır [Bozdemir ve Saatçi, 1997: 3-4].

1. Hastaların büyük çoğunluğunun (%90) tanı ve tedavisini yapmalı, kronik hastalıkların izlenmesini yürütmelidir.
2. Birinci basamakta verilmeyen tedavi ve öneriler için hastalarını ilgili dal uzmanına (ikinci basamağa yani yataklı tedavi kurumları olan hastanelere) sevk etmeli, ikinci basamaktan dönen hastanın bakım ve tedavisini yapmalı ve takip etmelidir.
3. Kişilerin sağlığını geliştirici, özellikle kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetlerini sunmalıdır. Örneğin; aşılama, meme muayenesi, aile planlaması, koroner hastalıklardan korunma, geriatrik taramalar ve sağlık eğitimi (seyahat önerileri, sağlıklı yaşam şartları konusunda öneriler, sigara, alkol, diyet ve egzersiz).
4. Kendilerinin hasta olduklarına inanan kişilere destek ve önerilerde bulunmalıdır. Bu destek ve öneriler; hızlı, etkili ve mümkün olduğunca düşük maliyetli olmalı kişilerde rahat ve güven sağlamalıdır.
5. Bu hizmetler sürekli olmalıdır. Yani, hastalar gece ve gündüz yıl boyunca hizmetlere ulaşabilmelidirler.
6. Çağdaş ve modern sağlık hizmetlerini sunabilmek için personel ve ekipman bulunmalıdır.
7. Hizmetler bir ekip tarafından ve ekip anlayışı içinde sunulmalıdır. Bu ekip genellikle; hekimler, hemşireler, sağlık memuru veya teknisyeni, ebeler, tıbbi sekreter, hizmetli ve şoförlerden oluşur.

8. Hastaların sađlık gereksinimleri, optimum Őartlarda műmkűn olduđu kadar hastalığın baŐlangıĉ dűnemlerinde erken tanı ve tedavi yűntemleri, endiŐeli hastalara en iyi gűven verme yolları ve birinci basamakta gűrűlen hastalıkların en iyi tedavi ve izlenmesi konularında araŐtırma yapmalıdır. Bu ĉalıŐmalara kronik hastalıklar ve űlűm de dahildir.

Birinci basamak sađlık hizmetlerinin űrgűtlenmesinde koruyucu hizmetlerle evde ve ayakta tedavi edici hizmetler bir arada sunulmalıdır. Bu basamakta tanı ve tedavinin yapılamadıđı koŐullarda hastalar ikinci basamađa yani hastanelere sevk edilmelidir. Yűksek teknolojinin, űst uzmanlık dallarının bulunduđu hastaneler ise sevk zincirinde űçűncű basamađı oluŐturmalıdır.

Evde bakım hizmetleri kısmen de olsa birinci basamak sağlık hizmetleri iĉinde yer almaktadır. Ŭlkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri 1961 yılında ĉıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin SosyalleŐtirilmesi Kanunu ile űnemli aŐamalar kaydedilmiŐ her kűye sağlık ocağı yapılmıŐ, herkese hizmet ulaŐtırılması sağlanmış, zamanla deđiŐen sağlık politikaları sebebiyle bu hizmet grubuna verilen űnem yer deđiŐtirerek, ikinci basamak hizmetlerine kaymıŐtır.

Devlet ve sosyal sigorta hastanelerindeki bekleme listelerinin uzunluđu hekimleri hastaları műmkűn olan en kısa zamanda taburcu etmeye ve bűylece hasta sirkűlasyonunu artmaya yűnelmiŐtir. Taburcu iŐlemi yapılırken de hastanın ve hasta ailesinin evde bakımı devam ettirip ettiremeyeceđi, hasta evinin sađlık koŐullarını nasıl olduđu dikkate alınmaz. Sırada bekleyen diđer hastalara yer aĉabilmek iĉin eve bir an űnce taburcu edilen hastanın evde bakımını yeterli olduđu da kuŐku gűtűrűr. Ŭte yandan bazı kronik hastalarda baŐka bir bakım alternatifi olmadıđından hastane yataklarını gereksiz yere doldurmaktadır. Tıbbi bir testin sonucunu beklerken gereksiz yere hastanede yatanların yanında tedavisi gűn boyunca sadece antibiyotik ve nabız- tansiyon űlĉűlmesi olan ve bu yűzden hastanede kalan hastanın sayısı azımsanmayacak kadar yűksektir. Bu tűr hastaların evde bakım hizmetlerine sevk edilme olasılıđı oldukĉa yűksektir. Hastanedeki yatak iŐgalini űnlemek, tedavi sűre ve maliyetini azaltmak iĉin evde bakım hizmetleri sađlık sistemine entegre edilebilir.

1.2. Genel Olarak Evde Bakım Hizmetinin Genel Çerçevesi

1.2.1. Evde Bakım Hizmetinin Tanımı

Türkiye'de yeni gelişmekte olan evde bakım hizmetinin henüz ekonomiye katkısı istatistiği bir veri olarak gösterilememektedir. Ancak gelişmiş ülkelerde ekonomiye katkıları çok iyi bilinmektedir. Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin hastanedeki maliyetin fazlalığı oldukça önemli olduğu göz önünde bulundurulursa evde bakım hizmetinin hastane ortamından daha az maliyetli bir hizmet olduğu gözlenmektedir. Ancak bir toplumda sağlık olsun, diğer hizmetler olsun herhangi bir hizmet sistemini değiştirebilmek için öncelikle o toplumun bu değişikliği arzu ediyor olması gerekir. Toplumun arzusunun ne yönde olduğunu anlamak ise kolay değildir [Öztek, 1995]. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynakların çok önemli bir kısmı hastanelere ayrılmaktadır. Ayrıca hastaneler toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yarısını kullanmakta ve ileri eğitim almış personelin çok büyük bir bölümünü istihdam etmektedir. Örneğin 1995 yılında Sağlık Bakanlığı personelinin uzman doktorların % 90'ı, pratisyenlerin % 20'si ve hemşirelerin % 72'si yataklı tedavi kurumlarında çalışmaktaydı [Sağlık İstatistikleri, 1995].

Hastanın hastaneyi seçme, ve kendisine bakacak sağlık personelini seçme hakkı vardır.[Hasta Hakları Yönetmeliği ,1998]. Hasta evde bakımı da kendisi seçebilir. Ancak evde sağlık bakımı hizmetinin en güzel şekilde verilebilmesi için hastanın kendi doktoruyla da çok iyi bir işbirliği yapması gerekir. Çünkü hastanın kliniğini bilen doktorun, dolayısıyla evde bakım hizmetini veren organizasyonların, hasta, hasta ailesi, hekim işbirliğini çok iyi oluşturması gereklidir.

Evde bakım; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici, sağlık bakımı sürekliliğinin etkili biçimde sürdürülmesi amacını güden bir sağlık hizmetidir. Evde bakım kavramı, kronik hastalıkların izlenme ve tedavisi, son dönem sorunları, fizik tedavi, konuşma tedavileri, solunum tedavileri, bazı ilaç uygulamaları, total parenteral beslenme gibi önceleri hospitalizasyona gerek duyulan birçok önemli sağlık sorununa yönelik hizmet

gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlamaktadır. Evde bakım, profesyonel bakım elemanlarının, hastanın evinde uyguladığı, resmi ve düzenli bir bakım programıdır.

Evde bakım, eski bir kavram için kullanılan yeni bir terimdir ve tıp uygulamaları sanatının önemli bir parçasını oluşturur. Hastanın ev koşullarının bilinmesi ile hasta kapsamlı bir şekilde değerlendirilebilir ve etkili sağlık bakım yönetimi mümkün olabilir. Evde bakım hizmetleri, kişinin sağlık sorunu nedeniyle hastane koşullarına ihtiyacı kalmadığında gerekli koşullar sağlanarak evinde bakımının sağlanmasıdır. Diğer bir deyişle, evde bakım, hastaların sağlık eğitimlerinin, hastalıklarının önlenmesinin, önlenemiyorsa erken dönemde tanı, tedavi ve rehabilitasyonunun profesyonel kişi, kurum ve kuruluşlar tarafından evinde gerçekleştirilmesini amaçlayan bir hizmet şeklidir [Saatçi ve diğ., 1997].

Başarılı bir evde bakım programı; hizmet ihtiyacı daha fazla olan aileler üzerinde odaklanır, aileyi, uygun bilgi, beceri ve tutuma sahip hemşirelerin yardımıyla gebelik döneminden itibaren takibe başlar ve en az ilk iki yıl takip eder, sağlıkla ilişkili olumlu davranışların geliştirilmesini ve bebek bakımının kalitesinin geliştirilmesini hedefler, ailenin içinde yaşadığı sosyal ve fiziksel çevrenin iyileştirilmesi ile aile streslerinin azaltılmasına yardımcı olur.

Evde bakım hizmetleri sağlık hizmetlerinin bir parçası olup tıbbi kontrol altında hastalara ve ailelerine buldukları ve yaşadıkları ortamda gerekli sağlık hizmetlerinin götürülmesidir. Evde Bakım hizmeti, yeni doğan bebekten yaşlıya, hastalık veya sağlık takibi durumlarında, kronik hastalıklarda, geçirilen bir rahatsızlık, kaza veya ameliyattan sonra hastanın bulunduğu ortamda fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasıdır.

1.2.2. Evde Bakım Hizmetinin Gelişimi

Hekimliğin gelişimine baktığımızda, başlangıçta hastanelerin olmadığı ve hekimlerin hastalarını küçük merkezlerde kabul ederek, hastaların hastalarının evinde takip ettiğini

görürüz. Daha sonra hekimler birleşerek hastaneleri kurmuşlar ve hasta bakımını burada sürdürmeye başlamışlardır.[Bozdemir ve Saatçi; 1997,s.10]. Özellikle 18.ve 19. yüzyıllarda hekimliğin artık hastanelerde gelişmeye başlaması, daha önce kütüphanelerde geliştirilmeye çalışılan hekimliğin ivme kazanmasına neden olmuş ve 20. yüzyıldaki tıbbi teşhis ve tedavi hizmetlerinin gelişimine oldukça önemli bir zemin hazırlayan; elektrokardiografi, ultrasonografi, endoskopi gibi cihazların, sulfa ilaçların ve penisilin ve tıbbi benzeri antibiyotiklerin bulunuşu, kemoterapi, radyoterapi, elektromagnetoterapideki sağlanan gelişmeler, organ nakilleri ve yapay organ imali gibi gelişmelerde hastanede bulunan personel ve donanımın varlıklı kişiler bile kendi olanakları ile temin edemeyecekleri bir duruma gelmiştir [Seçim; s.12].

Antibiyotiklerin keşfi, genel olarak tıpta ve özel olarak cerrahide büyük bir dönüşüme yol açarken, hastanelerin makus talihini de değiştirmiştir. Hastanelerin başarısının ve saygınlığının artışı, tıbbın başka bir temel diyaletliğini de dolaylı ve kaçınılmaz olarak etkilemiş; hekimliği dar bir alanda uzmanlaşarak yürütme ile genel ve bütüncü bir yaklaşıma yönelme arasındaki dengeyi, ilkinden yana çevirmiştir. 1920'lerin ortalarında, ev ziyaretleri yapan hekimlerin hastanede çalışmaya değer görülmeşi, hastanede çalışan uzmanlara göre ikinci sınıf kabul edilişi, dramatik bir unsur olarak, romanlara yansımış, bu durum 1940'ların sonuna kadar sürmüştür.

Ancak günümüzde;

- Nüfusun artışının yanı sıra her on yılda ortalama yaşam süresinin 3 yıl uzaması ve sağlık bilincinin sürekli yükselmesine paralel olarak da hizmetlerden yararlanma sıklığının artması sonucu tıbbi uygulama ihtiyaçlarının artması.
- Her 4 yılda, tıp teknolojilerindeki bilimin iki kat artması ve ileri teknoloji ürünü pahalı uygulamaların günlük işlemlerde hızla yaygınlaşması,
- Salgın hastalıkların özelliklerindeki değişiklikler sonucu , akut hastalıkların öneminin azalması ve tedavisi daha pahalı olan kronik hastalıkların önem kazanması gibi faktörler hastanelerin temel işlev olan tedavi hizmetlerinin

maliyetinin de hızla artmasına neden olmaktadır. [Aksayan ve Çimete; 1998:202].

Bu nedenle tüm gelişmiş sağlık sistemlerinde kaliteden ödün vermeksizin maliyetlerin azaltılması önemli bir konu haline gelmektedir. Bu gelişmeler doğrultusunda gerek hastane hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi gerekse de hastane maliyetlerinin düşürülmesine yönelik bir yaklaşım olarak hastanedeki tedavi hizmetlerinin en üst düzeyde gelişmiş olduğu bilinen ülkelerde en az 30 yıldır evde bakım hizmetinin gerekliliğini işaret eden çalışmalar başlamıştır. Bu çalışmalar günümüzde bu hizmetin savunucusu olmaktan öte evde bakımın en etkili, en kaliteli ve en ucuz nasıl sağlanabileceği arayışına dönüşmüştür. Bir sağlık hizmeti sunum yaklaşımı olarak evde bakım hizmetleri; kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi konuşma terapileri, sonlum terapileri, bazı ilaç uygulamaları total parantral beslenme (ağızdan beslenemeyen hastalarda damardan sıvı besin verilmesi) ve daha bir çok gerçek yada potansiyel sağlık sorunlarına yönelik bir hizmet gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlayan bir yaklaşımdır.

Evde sağlık bakımı hizmetlerinin ortaya çıkışı incelendiğinde, tarihi gelişimi yansıtan detaylı kayıtların Amerika'ya ait olduğu görülmektedir. Avrupa'nın değişik ülkelerinde de evde bakım hizmetlerinin yürütüldüğü bilinmesine karşın, bunlara ilişkin yeterli bilgiye ulaşılamamıştır.

Evde bakım hizmetlerinin tarihi gelişimi incelendiğinde, hemşirelik hizmetleri şeklinde başladığı ve uzun yıllar bu şekilde yürütüldüğü görülmektedir. Evde bakım hizmetleri 1700'lerin sonunda dini gereklilik nedeniyle fakir hastaların evlerine düzenlenen ziyaretler şeklinde başlamıştır. 1796 yılında kurulan Boston Dispanseri , Amerika'da evde bakım hizmeti sunan ilk kuruluş olmuştur.[Çimete, 1999:7].

1885'te Buffalo New York'da 1886'da Boston ve Philedelphia'da evde hemdirelik bakımı sunmak üzere gönüllü kuruluşlar kurulmuş ilerleyen yıllarda bunlar ziyaretçi hemşireler birliğini oluşturmuştur. 1998'de Los Angeles sağlık departmanı fakir hastaları evde ziyaret etmek üzere diplomalı hemşireleri ücretli olarak çalıştırmaya

başlamıştır. Böylece devletin ücretlendirdiği ilk evde bakım hizmetinin temelleri atılmıştır.[Rice,1996:3-15].

1900'lü yılların başında endüstrileşmeye bağlı hızlı göçün getirdiği sağlıksız yaşam koşulları ve enfeksiyon hastalıkları hemşirelerin evlere düzenlediği ziyaretlerin nedenini oluşturmuştur. 1909 yılında Metropolitan yaşam sigortası kuruluşu, evde bakım hizmetlerini poliçeleri kapsamına alarak hastaların evlerine ziyaretçi hemşireler göndermeye başlamıştır. Böylece işçi sınıfından poliçe sahiplerinin hastalığa bağlı ölüm oranlarının azaltılması hedeflenmiştir.[<http://www.indian-river.fl.us/health/home care>].

1924-1954 yılları arasında evde bakım hizmetlerinin sonucu olarak enfeksiyon hastalıklarının yerine kronik hastalıklar almaya başlamıştır. Takip eden yıllarda hastanelerin de popülerlik kazanması ile,tüm sosyal sınıftan hastalar, hastanede bakım almaya yönelmişlerdir. Evde bakım talebinin azalmasıyla Metropolitan Yaşam Sigortası Şirketi evde bakım hizmeti poliçelerini iptal etmeye başlamıştır.[www.indian-river.fl.us/health/homecare].

1955-64 yılları arasında evde bakım hizmetlerinin yeniden doğuş dönemidir. Kronik hastalıklar ve yaşlı nüfusun hızla artması, hastane hizmeti maliyetlerinin hızla yükselmesi, evde bakım hizmetinin daha düşük maliyetli daha uygun bakım ortamı olarak eski statüsünü tekrar kazanmasını sağlamıştır.

ABD'de yaşlı nüfusun kronik hastalık ve sakatlıkların artması nedeni ile sağlık hizmetlerine ulaşabilmeyi kolaylaştırıcı bir sigorta sisteminin kurulması yönünde toplumsal baskı atmaya başlamıştır. Bu baskıya yanıt olarak 1965'te Medicare ve Medicaid yasalaştırılmaya başlamıştır. Medicare genel olarak 65 yaşın üstündeki bireylerin sağlık harcamalarını finanse eden federal bir sigorta sistemidir Medicaid ise yaşı ne olursa olsun fakir insanların sağlık bakım harcamalarını karşılayan bir eyalet sağlık bakım sistemidir. 1973'te Medicare'in finanse edeceği evde bakım hizmetinin 65 yaşın altındaki sakat bireyleri de kapsamaya kararlaştırılmıştır.[a.g.e; s.3-15].

Medicare'in yasalaşmasını takiben evde bakım hizmeti sunan kuruluş sayısı artmış kalitesiz hizmet sunan bazı kuruluşlar nedeni ile toplum tepkileri oluşmaya başlamıştır. Bu nedenle 1985'te Medicare'den ödeme yapılacak evde bakım kuruluşlarının hizmet kalitesini gösterici dokümanların incelenmesi kuralı getirilmiştir. [a.g.e;s.3-15].

Ülkemizde ise henüz tüm yapıları ile organize edilmiş bir evde bakım sistemi yoktur. Ancak, toplumun yaygın sağlık sorunları dikkate alınarak, evlere bazı sağlık hizmetlerinin götürülmesi için oluşturulmuş yasalar vardır. 1961 yılında uygulamaya konan 224 sayılı sosyalizasyon yasası ve bunun yürütülmesini düzenleyen 154 sayılı yönerge, kronik hastalıklı bireylerin evde izlenmesi görevini halk sağlığı hemşirelerine vermiştir. Yine gebelerin evde izlemi uygun koşullarda evde doğum, loğusa ve 0-6 yaş çocukların izlemi ebelerle verilmiştir. Ancak bu görevler eleman yetersizliğinden tam yerine getirilememektedir.

Toplumun evde sağlık bakımı gereksinimine cevap vermek üzere özel evde bakım şirketleri kurulmaktadır. Ancak bu şirketlerin finansmanı mevcut resmi sigorta sistemi içinde yer almadığı için toplumun çoğu bu hizmetlerden yararlanamamaktadır. Bu alandaki boşluğu doldurmak için Sağlık Bakanlığı Mayıs 2004 yılında evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik çıkarılmıştır. Bu yönetmelik henüz kanunlaşmamıştır.

1.2.3. Evde Bakımın Avantajları

İnsanın kendisini en rahat hissettiği yer evdir. Bu rahatlığın getirdiği psikolojik ve moral avantajlar hastanın iyileşmesine olumlu katkılarda bulunmaktadır. Bu nedenle pek çok hasta evinde kalarak tedavi olmayı tercih etmektedirler.

Ülkemizde sağlık hizmetlerine yönelik kapsamlı maliyet-yarar, maliyet-etkinlik çalışmaları olmamasına rağmen, diğer ülkelerde yapılan çalışmalar evde bakım sisteminin sağlık hizmetlerinin maliyetlerini dikkate çeker boyutlarda düşürdüğünü, ayrıca evde bakımın hasta ve aileleri bakımından birçok yararları olduğunu

göstermektedir.[Aksayan ve Çimete, 1999: 4]. Evde bakımın avantajlarını şu şekilde sıralayabiliriz:

- Evde bakım ile hasta, kendi evinin rahatlığını, özgürlüğünü ve güvenini hissediyor olması,
- Enfeksiyon riskinin azalması, iyileşmenin hızlanması, stresin azalması, yaşam süresinin uzaması,
- Yaşam kalitesinin artması, hasta memnuniyetinin artması, daha az maliyet, aile bütünlüğünün korunması,
- Kişiye özel hizmet sağlaması, tanı konulduktan sonra iyileşme dönemine kadar kesintisiz hizmetin sağlanması,
- Tüm aile bireylerinin eğitiminin sağlanarak bakımın içinde yer alması, geleneksel yapımıza uygun bir model olması evde bakımın tercih edilmesinin sebeplerindendir.

Evde bakım kurumsal hasta bakımına alternatif bir sağlık hizmeti sağlayarak, hasta ve ihtiyaçlıya daha özgür ve kendi otonomisinde olma şansı verir. Ailenin ve tanıdık çevrenin varlığı, evde bakım hizmetini hasta için cazip kılan faktörlerdendir. Ev ortamında hastanın aile içi yaşama katılarak daha fazla faaliyette bulunması, çevresiyle olan iletişimi durumunun daha hızla düzelmesini sağlar [Zuckermann, 1990].

Evde bakımda hastanın yiyeceği kendine özel olarak hazırlandığından “hastane yemeği” şikayetine rastlanmaz. Hastaların kendi kurallarına değer verilir. Hastalar kendi kimliklerini hastane ortamına göre evlerinde daha iyi muhafaza ederler [Spiegel, 1987: 35].

Hastanelerde kalış hasta için her zaman bir enfeksiyon riskidir. Evde bakımda enfeksiyona yakalanma şansı daha azalır. Hastanelerde damar içi kateterli hastaların enfeksiyona yakalanma sıklığı %21 civarındadır. Evde bakım hizmetlerinde uygulanan bu tür tedavi yöntemlerinde enfeksiyon riski çok daha azalmaktadır. Evde verilecek damar içi tedaviler hastanelere oranla daha az enfeksiyon gösterdiklerinden güvenli bir şekilde uygulanabilirler [Graham, 1991: 95]. Uzun süreli bakım gerektiren hastalıkların

bakımı evde daha kolaydır. Bu tür hastalar daha fazla ihtiyaç duydukları psikolojik desteği evde daha rahat bulabilirler.

Hastaların kısa ve uzun süreli bakımlarında hastanede kalış maliyetleri, evde bakım maliyetlerine göre çok daha yüksektir. Sadece hastalar ve ödeme kaynakları için değil hastaneler için de bu önemli bir faktördür. Evde hakim hizmetlerini kullanarak hastaneler maliyetlerini düşürebilirler. Evde bakım hizmetlerini kendi departmanı veya diğer firmalarla sözleşmesi aracılığıyla sunan hastaneler toplum içinde de hizmet yelpazesini genişlettiklerinden değer kazanırlar.

Yüksek teknoloji, kullanım kolaylıklı ve emniyetli aletler evde verilen hizmetlerin çok çeşitlenmesine neden olmuştur. Bu tür yüksek teknoloji grubuna giren hizmetler içinde solunum cihazlarının kullanımı, damar veya barsak içi tedavi ve diyaliz gelmektedir. Bu teknoloji sayesinde hastaların eve daha erken giderek tedavilerinin devamı sağlanabilir.

Evde bakım hizmetlerinin bu tür yararları saptandıkça hastaya olan etkilerini arttırmakta kullanılmalıdır. Uygun hasta ve hastalık seçimiyle bu yararlar arttırıldığı gibi hastaların yakın takibi, tedavi sonuçlarının kontrolü ve zamanında müdahalelerle de evde bakım hizmetlerinin yararları artırılabilir.

1.2.4. Evde Bakımın Sakıncaları

Evde bakım hizmetlerinin sakıncaları veya diğer bir deyişle yan etkilerini incelediğimizde karşımıza aileyi ve hastayı etkileyen aşağıdaki olgular çıkmaktadır:

- a) Aile üzerinde artan baskı,
- b) Aile içi gizliliğin açığa çıkması,
- c) Hasta ve ailenin kendi kaynaklarından karşılayacakları mali külfet.

Profesyonel sağlık personeli olarak yetişmemiş hasta ailesi üyeleri için, giydirme, yemek yapma, banyo yaptırma, kaldırma, ev temizliği, çamaşır, ilaç verme gibi

yapılması gereken günlük hasta ve ev bakım faaliyetleri zor gelebilir ve bu aile ferdi üzerinde artan bir baskıya neden olabilir. Aile fonksiyonlarının gerektiği gibi işlemediği durumlarda aile fertlerinin bakıma katılması hatta hastanın evde kalması sakıncalı olabilir. Ayrıca aile üyelerinin değerli zamanının maliyeti hesap edilirse toplam dolaylı maliyet az olmayabilir [Tanlı; 1996].

Evde bakım hizmetlerini verecek personelin normal bakım şartları dışındaki bir ortamda hizmet vermeleri de bir yan etki kabul edilebilir. Kaliteli bakımın sunumu için iç ve dış etkenlerin altında nasıl çalışacakları, saptanan yöntem ve uygulamaları nasıl takip edecekleri, hasta evindeki davranış biçimlerini nasıl saptayacakları sağlık personeli için üstesinden gelmesi gereken noktalar. Hekimin hasta bakım tarzlarında bazı değişiklikler yapması gereği hizmet sunumunu zorlaştırabilir. Sağlık ekibinin koordinasyonu, aile hasta ve hasta doktoru arasındaki iletişim yetersiz kalabilir [a.g.e; s.9].

1.2.5. Evde Bakım Ekibi

Evde bakım hizmeti, birey ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiğinden multidisipliner ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Bu hizmetlerin verildiği bazı ülkelerde özellikle kronik hastalık, sakatlık ve cerrahi müdahale uygulanan olgulara hastanede tedavi hizmetlerinin sunulması sırasında, taburculuk ekibi ile koordineli olarak çalışan evde bakım ekibi; bireyin sağlık sorunu doğrultusunda hekim, hemşire, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı,eczacı,diyetisyen gibi profesyonellerden oluşmaktadır [Kutlu, 1999: 65].

Evde bakım hizmetleri sağlıklı topluma ve topluma ulaşmada bir araçtır. Hizmetin başarılı ve etkili olabilmesi için ekip çalışması gereklidir. Bu nedenle;Amerika'da hizmetin ücretinin karşılanması için Medicare'den lisans evde bakım kuruluşlarının evde bakım ekibi oluşturması zorunlu tutulmuştur [Kar, 2003: 9].

Evde bakım ekibi; hasta hastanede yatariken hastane ekibiyle işbirliği içinde olmalıdır. Evde bakım ekibi ne kadar büyürse iletişimin ve profesyonel işbirliğinin önemi o kadar artar. Evde bakım profesyonelleri hastanın bakım amaçlarını tam olarak gerçekleştirebilmek için birlikte en iyi şekilde çalışmalıdır. Ekip içi iletişimin başarısı bilgi, beceri ve tutumu içeren çok sayıda faktöre dayanır. En önemli özellik ekip üyelerinin kendi alanlarında yetkili/yetenekli uygulayıcılar olmasıdır.

Yukarıda sayılan sağlık profesyonellerinin içinde, en büyük görev hastaya verilen bütün hizmetleri koordine eden, hastanın bakımını paylaşan, uygulayan, değerlendiren, ve ekip içi iletişimi sağlayan hemşirelere düşmektedir [Sheldon, 1994].

1.2.6. Evde Bakım Hizmeti Organizasyonu

Evde bakım hizmetleri değişik şekillerde örgütlenebilir. Tek başına hizmet veren evde bakım firması veya hastaneye bağlı evde bakım departmanı bu organizasyon şekillerinden bazı örneklerdir. Hastanelerin evde bakım firmalarını satın almaları veya ortak olmaları da son yıllarda görülen organizasyon şekillerindedir. Evde bakım hizmetinin firma şeklinde organizasyonu kar amaçlı veya kar amaçsız olabilir; özel teşebbüs veya devlet tarafından kurulabilir.

Evde bakımın kapsadığı alanlar, yoğunluğu ve süresi değişebilir. Bazen sadece bir çeşit sağlık hizmeti, aralıklı olarak, kısa bir süre için verilebilir. Bazen de bir çok formdaki hizmet şekli çok uzun sürelerle verilir.

Hastane dışı ortamlarda sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan her yaşta ki kişinin sayısı hızla artmaktadır. Akut, yarı-akut, rehabilitasyon, koruyucu uzun-dönem ve huzurevi tarzı sağlık bakım hizmetleri hekimin gözetimi altında hasta evinde sunulabilir. Bu hizmetleri sunarken sadece hekimin değil diğer sağlık görevlilerinin de beraber ekip halinde çalışmaları gereklidir. Hekimler, hemşireler, fizik terapistler, solunum terapistleri, hastabakıcılar bu ekibin üyeleridirler. Hekimin evde bakımdaki rolü hastalarla olan ilişkisi, hasta değerlendirme, disiplinler arası ekibin seçilmesi, bakımın koordinasyonu

ve kamu kaynaklarının mümkün olduğunca kullanılması evde bakım hizmetlerinin sunulmasında önemli faktörlerdir [Tanlı;1996: 5].

Evde bakım hizmetleri, evde bakımı gereken kişinin saptanması ile başlar. Saptanan bu kişi, hasta, evde bakımın merkez noktası olsa da bir bütün olarak hedeflenen sonuç, hasta ailesi ve yaşadığı ortamı içine alan karmaşık bir yapıdadır. Hastalık veya yetersizlik durumlarında hasta ailesi, komşular ve ailenin diğer üyeleri 24 saat bakımı bir dereceye kadar verebilecek kaynaklardır. Evde bakım kurumları aile ve yakınların veremeyecekleri, bilgi ve donanım gerektiren hizmetleri sunarlar. Hastanın bağımlılığının artması, daha fazla bakım bilgisi ve organizasyon gerektirecektir. Evde bakım hizmetlerinin yetersiz kalacağı durumlar hasta değerlendirmeleri yapılarak saptanır ve hastanın daha uygun koşullara transferi sağlanır [a.g.e;s.6].

Evde bakım hizmetlerinde hekimin rolü sadece hastanın evde bakıma sevki değildir. Hekimin sorumluluklarından biri de evde tedavisi devam eden hastanın fonksiyonel gelişmesini değerlendirmektedir. Hekim veya asistanı belli aralıklarla ev ziyaretleri yaparak bu sorumluluklarını yerine getirirler. Bu ziyaretler sırasında hastanın yaşadığı ortam, ailenin hastaya verdiği bakımın kapasitesi ve verilen ilaç tedavisinin doğru uygulanıp uygulanmadığı kontrol edilmelidir. Hekimler, ailenin hasta bakımında alacağı rolün önemini sağlık personeline anlatarak, personelin de hasta ailesine gerekli bilgileri vermelerini teşvik etmelidirler.

Evde bakım hizmetleri genelde hastanelerden gelen sevklerle beslenir. Bu tür sevklerin uygun bir şekilde yapılması için bir çok hastane taburcu planlama ve evde bakım koordinatörleri kullanırlar. Bu koordinatörler, uygun soru sorma ve gerekli bilgiyi toplama becerilerini geliştirmişlerdir [Klug, 1991: 197-8].

Hastanın yaşadığı çevre de evde verilecek bakım hizmetlerini etkileyebilir. Hasta evine ulaşımın kolaylığı, yakın çevrede market, eczane ve diğer ihtiyaçların sağlanacağı merkezlerin olması verilen bakımın organizasyonunda yararlanır. Standart bakım planları bazı belirlenmiş teşhis, problem ve koşullar için hazırlanmış olup genel olarak kabul gören kuralları, beklenen sonuçlarla normal hemşire bakımını kapsar. Bakım

planları sayesinde evde bakım hastalarının gelişimi beklenen sonuçlarıyla karşılaştırılarak hastanın değerlendirilmesi yapılır [Tanlı, 1996: 6].

1.3. Evde Bakım Hizmetinin Temel Özellikleri

1.3.1. Evde Bakım Hizmetinden Yararlanması Beklenen Gruplar

Evde bakım hizmetlerinin uygulanması için her hastalığın ve hastanın bu tür bakım için uygun olup olmadığını incelemek gereklidir. Yalnızca hastalığın özelliği değil aynı zamanda hasta ve ailesinin de evde bakıma psikolojik ve biçimsel olarak uygun durumda olmaları gerekmektedir.

Evde bakım, kronik hastalıklı ve özürlü hastaların evde alışkın oldukları ortamda sağlık bakım hizmetini sağladığından bu kategorideki hastalar evde bakım hizmetleri listesinin en başındadır. Diyabet böbrek hastalığı veya felç gibi sıkı takip gerektiren kronik durumları olan hastalar, özel bakım ağı kontrolü ve psikolojik desteğe ihtiyacı olan ve hastalıklarının son dönemindeki kronik hastalar (kanser vb.), hareket kısıtlılığı olan hastalar veya günlük faaliyetlerinde yadıma ihtiyacı olan yaşlılar, uzun süredir kronik hastalıklı aile bireyinin bakımını sağlayan ve bir süre yardımcıya refakatçiye ihtiyacı olan aileler yaşam destek aletlerine bağlı ve yakın hemşire bakımıyla günlük yaşamlarına devam edebilecek yetişkin veya çocuklarda evde bakım hizmetlerinin büyük bir bölümünü teşkil eder.

Bu tür kronik hastaların yanı sıra akut dönemde olup da hastaneden çeşitli nedenlerle taburcu edilerek bakımına evde devam edilebilecek hastalar da evde bakım hizmetlerinin büyük bir bölümünü teşkil eder. Hastaneden yeni taburcu olmuş nekahet devresini tam atlatamamış cerrahi veya doğum hastaları devamlı yara bakımı gereken cerrahi hastalar hastalar günlük tedavi alan hastanede kalmayı gerektirmeyen hastalar gibi hastalar bu gruba girmektedir.

Evde bakım hizmetinden yararlanılması beklenen hasta ve hastalıkları şöyle sıralamak mümkündür:

- Kontrol altında olmayan kronik hastalık yada kronik hastalığın akut atakları.Örneğin; konjestif kalp yetmezliği, Alzheimer hastalığı, kronik bronşitin akut atağı, sekonder atakları
- Akut hastalıklar,Örneğin; influenza, pnömoni, akut ağrı nedeniyle immobilize olan hastalar, akut psikiyatrik epizotlar.
- Hastaneden taburcu edilen ve hala tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hastalar. Örneğin; myokard enfarktüsü sonrası, kanser kemoterapisi sonrası yada solunum sistemi enfeksiyonu sonrası gibi....
- Rehabilitasyon gerektiren ve hastaneden taburcu edilen hastalar. Örneğin; stroke, yaralanma yada cerrahi sonrasında olduğu gibi...
- Kronik hastalık yada sakatlık nedeniyle eve yada yatağa bağımlı hastalar. Örneğin; romatoid artrit, multi skleroz, ileri derecede yaşlılık gibi. Eve bağımlı olmak aşağıdaki özelliklerden birisine sahip olmak olarak tanımlanır: evden çıkarken yardıma ihtiyaç duymak, evden çıkmak için önemli ölçüde efor sarf etmek zorunda kalmak, tıbbi durumunun evden çıkmaya uygun olmaması, evden çıkmanın kısa süreli ve genellikle sağlık nedeniyle olması.
- Özellikle sosyal destekten yoksun olan ve obstetrik birimlerden taburcu edilmiş olan anneler ve yeni doğanları.
- Hastaneye yatırılmasına karar verilecek hastalar: Evde aile hekimi ve birinci basamak sağlık personeli tarafından takip edilen hastanın, hospitalizasyon kararı, ilgili dal uzmanı ile birlikte konsülde edilerek verilir. Bu karar sürecinde, hastanın aile üyelerinin de görüşleri alınır ve gerekli açıklamalar yapılır.
- İleri dönem kanserli hastalar yada diğer kronik hastalıkların son dönemleri.
- Diyabet,böbrek hastalığı veya felç gibi sıkı takip gerektiren kronik hastalar [Kar,2003: 10-11].

Amerika Birleşik devletlerinde 1985 yılında hastaneden taburcu olup evde bakım hizmeti alanlarda ilk 5 tanı; stroke, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, majör eklem ve kalça-femur hastalıklarıdır. 1996 için bu sıralama; dolaşım

bozukluğu, kalp, endokrin, metobolik hastalıklar ve immün bozukluklar, kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları şekline dönüşmüştür [Tanlı, 1996].

1.3.1.1. Yaşlılık

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. 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 ve Güven, 2002: 155-159].

Evde bakımın önemli öğelerinden biri olan yaşlı bakımının üzerinde önemle durmakta yarar vardır. Avrupa'da yapılan bir çalışmaya göre yaşlılara verilen anlamlı bir sosyal rol olumlu bir imaj ve dünya görüşü yaşlıların geleceğini belirleyen faktörlerdir. Yaşlanmayla ilgili biyolojik sosyal ve tıbbi bilgiler bir araya getirildiği zaman yaşlıların sorunlarını anlama şansı daha da yükselecektir. Hızla artan yaşlı oranının büyük bir kısmını kadınlar oluşturmaktadır. Buna paralel olarak da evde bakım kuruluşlarının yaşlı müşterilerinin yine büyük bir kısmını kadınlar oluşturur [Tanlı, 1996].

Bakıma ihtiyacı olan bu insanların çoğu dul, kronik hastalıklı, evde günlük faaliyetlerini getiremeyen kişilerdir. Yaşlıların hastane dışı ortamlarda bakımı yaşlı bakımının önemli faktörlerinden biridir. Yaşlıların hastaneden alabilecekleri bakım, ihtiyaçları olan bakımın çok az bir kısmını temsil eder. Dünya Sağlık Teşkilatının tanımlanmasına göre geriatrik bakımın amacı yaşlıların kendi evlerinde sağlıklı ve kendi başlarına mutlu bir şekilde yaşamalarını sağlamak olmalıdır. Bu amaca ulaşabilmek için hastanede verilen bakım ile evde verilen bakımın koordinasyonu gereklidir.

Yaşlı hastaların hastaneye yatışı bir çok durumda yaşlıların sağlık gelişmeleri için olumlu değildir. Yaşlıların çoğu hastaneye yatmayı özgürlüklerinin kaybı olarak görürler ve direnç gösterebilirler. Yaşlılar evleri bakım için yetersiz sağlık koşullarında bile olsa hastanenin kuralcı ortamına evlerini tercih ederler.

Yaşlıların olağan özelliklerinden biri de yeni bir ortama zorluklu uyum sağlamalarıdır. Hastaneye yatış öncesi yaşlıların fiziksel ve zihinsel kapasiteleri ciddi bir şekilde azalmıştır ve bu durum yeni koşullara uyumlarını zorlaştırır. Hastanede uzun süreli kalışa bağlı enfeksiyon, zihinsel karışıklık, alışkın olunmayan yemek gibi etkiler de yaşlıların hastanede kalış süresini etkiler. Yaşlıların yaşadığı ortam günlük faaliyetlerini devam ettirebilmeleri için gerekli şartlara uygun şekilde düzenlenebilir. Sakat ve yaşlı hastaların çoğu çeşitli yardımcı aletler kullanarak normal yaşamlarını evde devam ettirebilir [Porter, 1987:45].

Bugün varolan yaşlı bakımıyla ilgili hizmetler ya yeterli değildir ya da hedef gruba ulaşamamaktadır. Verilen hizmetleri içeren herhangi bir kılavuz bulunmamaktadır. Kanada'da yapılan bir araştırmada yaş ortalaması 79 olan 105 yaşlının iki yıl boyunca evde bakım ve sosyal yaşama uyumları sağlanmış ve çalışmanın sonunda yaşlıların %70'inin hala ev ortamında oldukları saptanmıştır. Yapılan başka bir araştırmada evlerinde kalan yaşlıların günlük faaliyetlerinin hastanede kalışlarına göre daha fazla olduğunu, bu yaşlılarda idrar sondası kullanma oranının daha az olduğunu göstermiştir.

1.3.1.2. Kanser ve Benzeri Hastalıklar

Kanserli hastaların kemoterapiye ek olarak başka bir takım tedavilere ihtiyaçları olur. Damar içi (parantral) olarak verilen ağrı gidericiler, kemoterapinin neden olabileceği anoraksı veya fiziksel zayıflıkları tedavi amaçlı toplam parenteral beslenme, olabileceği anoraksı veya fiziksel zayıflıkları tedavi amaçlı toplam parenteral beslenme, hidrasyon tedavileri, kanserin veya kemoterapinin kendisinin neden olabileceği anemi tedavisi için kan transfüzyonu, damar içi antibiyotikler bu tür tedavilerin arasındadır .

Terminal dönemindeki bir kronik hastanın ev veya hastane ortamında ağrı kontrolü aynı tür sorunlarla uğraşmayı gerektirir. Ağrı kontrolü için seçilen tedavi yöntemi, tedaviye cevap ve aile üzerindeki etkileri hastane ve ev ortamındaki farklılıklar belirler. İyi düzenlenmiş bir evde ağrı idaresi programıyla bu tür hastaların yaşamlarının son dönemini ailelerinin yanında ve kendi evlerinde geçirmeleri sağlanabilir. Ameliyat edilemez durumdaki habis barsak kanserli hastalar üzerindeki yapılan bir araştırmada, hastaların evde aldıkları bakımlı daha az komplikasyon geliştirdikleri ve barsak sisteminin primer tümörlü hastaların evde bakımın daha etkili olduğu varsayımının hastalar ve sağlık elemanlarınca kabul edildiği gösterilmiştir [Tanlı, 1996].

1.3.1.3. Solunum Hastalıkları

Modern vantilatörler (solunum cihazları) sayesinde ağır problemleri olan hastaların trakeostomi (boğazda açılan havayolu) yapılmadan evlerinde solunum işlemini devam ettirmeleri sağlanır. Evde kullanılan solunum cihazları arasında negatif basınçlı ventilasyon ve mekanik ventilasyon yer almaktadır [Gugger; 1990:896-902]. Daha yeni teknikler arasında maskeyle uygulanan pozitif basınçlı hava bulunmamaktadır ki bu tür metodlar sayesinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, amfizem gibi hastalıkların tedavisi ev ortamında rahatlıkla devam ettirilebilir. Evde uzun süreli vantilatör kullanması gereken hastaların bu konuda eğitimi de önemlidir. University of California'da yapılan bir araştırmada evde uzun dönem sonuçlara bakıldığında sağlık

görevlisi ile anne-babanın verdiği bakımda herhangi bir farklılık saptanmamıştır. Evde bakım hizmetleri bu tür eğitimleri verecek şekilde düzenlenmelidir [Tanlı, 1996].

1.3.1.4. Evde İnfüzyon Tedavi

Evde infüzyon (damar yoluyla yayılım) tedavinin (EİT) kemik, yumuşak doku, solunum, üretim ve idrar yolları ve kalpte ilgili enfeksiyonlarda uygun bir şekilde seçilmiş hastalara uygulandığında güvenli, etkili ve daha az maliyetli bir yöntem olduğu ispatlanmıştır. Önceleri infüzyon tedavisi gerektiren hastalar yaşamlarının sonuna kadar hastanelerde kalarak bu tür bakımı almaları gerekirken gelişen teknolojiyle evlerinde yaşamlarını idame ettirebilirler. Bunun da ötesinde evde infüzyon tedavisinin doktor ve hastalar tarafından kabul görüşü damar içi tedaviyi kolaylaştıracak alet ve teçhizatın da hızla gelişmesini sağlamıştır [Tanlı;1996].

Evde infüzyon tedavisi verilirken enfeksiyon gelişmemesi için steril çalışmaya özen gösterilmelidir.

1.3.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Kullanımını Arttıran Faktörler

1.3.2.1. Evde Hasta Bakımındaki Maliyet / Yarar

Bu bölümde henüz ülkemizde yapılan herhangi bir çalışma bulunmadığından dolayı yurt dışından örneklerle hastanede bakım ile evde bakım maliyetlerinin karşılaştırmalı açıklamasına yer verilmiştir.

- Evde ve hastanede kanser için ilaç tedavisi (kemoterapi) uygulanan çocuklara yönelik bir araştırmaya göre; hastanedeki bakım maliyeti 2329 USD iken, aynı etkinlikte evde bakım maliyetinin 1865 USD'a düştüğü; yanı sıra evde bakım verilen bağımsızlık kendini iyi hissetme, iştah genel duygusal durum, okula

- devam konularında hastanede tedavi görenlerden daha iyi durumda oldukları, aile yaşam biçimlerinin olumlu yönde etkilendiği,
- Solunum cihazına bağımlı kişilerde hastane bakım giderleri 270 000 USD iken, evde bakım giderlerinin 21 000 USD a düştüğü,
 - Akciğer gelişimi (bronkopulmoner displazi) olan çocuklarda evde oksijen tedavisinin 173 160 USD kar sağladığı; 90 günlük hastane masrafları 46 920 USD iken eve bakım giderlerinin 5 195 USD olduğu,
 - Kistik fibrozisli (İngiltere’de sık görülen bir genetik hastalık) hastane bakım giderleri günde 1 215 USD iken, evde bakım giderlerinin günde 648 USD a düştüğü,
 - * Demanslı (yaşlılarda görülen bellek bozukluğu) hastaların uzun süreli bakım giderlerinin 1,25 milyon USD a düştüğü yapılan araştırmalar sonucu saptanmıştır [Aksayan ve Çimete, 1998:1]

Evde bakım hizmetlerinin toplam maliyetlere olumlu etkisi birçok defa kanıtlanmıştır. Örneğin; aetna sağlık sigorta şirketi terminal dönemdeki (yaşamın son dönemindeki kronik hasta) hastalarda evde bakım hizmeti kullanarak hasta aşına yıllık 78 000 USD kadar tasarruf yapmıştır [Medpro:165]. terminal dönem hastalar dışında hastanede uzun süre bakımı gereken yaşlı hastalar için uygulanan özel halk sağlığı programlarındaki evde bakım hizmetleri, personel sayısını artırıp maliyeti yükseltiyor gibi gözükse de uzun dönemde hastane kalış maliyetlerinin azaltarak toplum üzerinde olumlu etki yapmaktadır.

Aşağıdaki tablo 1’de medpro month dergisi tarafından değişik sağlık sektörü kaynaklarının verilerinden hazırlanan örnek vaka başına ortalama tasarruf göstermektedir. Bu fiyatlar hazırlanırken ortalama komplikasyonu olan hastalar belirlenmiş ve yine ortalama bir bakım ve tedavi planı üzerinden evde bakım fiyatları çıkarılmıştır. Türkiye’de hastanede vaka başına maliyet Amerika’ya oranla çok daha düşüktür. Bunun en önemli nedeni maaşların Amerika birleşik devletlerine oranla çok daha düşük olmasıdır. Evde bakım hizmetlerinin en büyük maliyet kısmını maaşlar oluşturduğundan, evde bakımı Türkiye’de çok daha ucuza mal etmek mümkündür aşağıda tabloda görülen tasarruf oranları Türkiye’deki fiyatlara uygulanarak toplam

tahmini tasarruf meblağı konusunda bir fikir edinilebilir. Bu örneklerin sayılarını da artırmak mümkündür.

Tablo 1. Hasta Bakım Maliyetlerinin Ev ve Hastane Ortamına Göre Karşılaştırılması

Hastalıklar	Hastane bakımı	evde bakım	tasarruf
Beslenme ve solunum güçlüğü olan yeni doğan	\$60 970	\$20 209	\$40 700 (%67)
Omurilik zedelenmesi olan felçli hasta	23 862	13 931	9 931 (%42)
AİDS hastası	23 190	2 820	20 370 (%88)
Oksijen tedavisi alan hasta	16 600	6 000	10 600 (%64)
Kanser kemoterapisi	10 500	3 500	7 000 (%67)
Felçli hasta	8 400	4 800	3 600 (%43)
Solunum cihazına bağlı hasta	2 320	1 766	554 (%24)
Normal hemşire bakımı	2 000	750	1 250 (%63)
Diyaliz olan hasta	2 000	1 200	800 (%40)

Kaynak: medPro month november 1991, vol.1 no:11

New York'ta yapılan bir çalışmada bir çok sayıda hastane yatışı gerektiren kronik akciğer hastalarına evde bakım programı uygulandığında hastane günlerinin evde bakım programıyla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı ($p=0,022$) gösterilmiştir. Acil servis başvurularında da yine statiksel açıdan anlamlı bir düşüş saptanmıştır. ($p= 0.022$). Bakım maliyetleri de hasta başına ayda \$300 USD'nin üzerinde olmak üzere azalmıştır [Haggerty ve diğ., 1991: 607-612]. Bir başka çalışmada, solunum cihazına bağlı çocuklardaki evde bakımın sağladığı tasarruf hasta başına yılda yaklaşık ortalama 80,000 USD olarak bulunmuştur [Fields ve diğ., 1991: 729-733].

Evde bakım hizmetlerine sevk yaparken hekimlerin bilmesi gereken bazı önemli noktalar vardır. Hastaların içinde bulunduğu duruma göre evde bakım hizmetlerine uygun olup olmadığını değerlendirmek ve hastanın ihtiyacı olan evde alacağından emin

olmak bilinmesi gereken noktalardandır. Bunun yanı sıra hekimler birtakım maliyet bilgilerine de sahip olmalıdırlar. Örneğin; hastanın evde bakım hizmetlerini ödeyebilecek durumda veya bu hizmetleri karşılayan bir sigortasının olup olmadığının bilinmesi, hastaya verilecek bakımın hastane ve ev koşullarındaki maliyetleri bilinerek karşılaştırması gereklidir [Tanlı, 1996].

Evde bakım hizmetleri önümüzdeki yıllarda daha da gelişecektir. Çünkü, hastane hizmetleri gerek yatırım ve gerekse harcama olarak sağlık hizmetleri arasında en pahalı olanıdır. Sağlık ilgilenen hükümetler maliyeti düşürmek için evde tedaviyi özendirmek ve örgütlemek zorundadırlar. Hastane yatak sayısının yeterli olmadığı ülkelerde ise, evde tedaviyi özendirmek ve örgütlenmekten başka çıkar yol yoktur [Fişek; 1997:26]

Evde bakım sadece hastaneden çıkıp, iyileşme dönemine giren bireyler için değil fonksiyonel veya bilişsel yoksunluktan dolayı kendilerine bakamayanlar içinde maliyeti az bir hizmettir [Basic Static About Home Care, 2001]. Bu maliyet etkinliği Amerika'da 1998, 1999 ve 2000 yıllarında yapılan bir çalışmayla aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 2. Tecrübeli Hemşirelik Hizmetlerinin Ve Hastanelerinin Günlük Olarak Medicare Ücretlerinin, Evde Sağlık Bakım Ziyaretlerinin Medicare Günlük Ücretleriyle Karşılaştırılması

	1998	1999	2000
Günlük Hastane bakım ücreti	\$2,370	\$2,533	\$2,753
Günlük hemşire ücreti	498	425	421
Ziyaret başına düşen evde bakım ücreti	93	93	100

Kaynak: Basic Static About Home Care, 2001

Amerika'da maliyet ile ilgili yapılan başka bir çalışmada ise, hastanede bakımla evde bakım masrafları belirli bir grup hasta için karşılaştırılmıştır.

Tablo 3. Seçilen Durumlarda, Evde Bakım İle Hastanede Bakım Masrafları

Durumlar	*1 aylık hastane masrafı	*1 aylık evde bakım masrafı	*1 aylık tasarruf
Düşük Doğum Ağırlığı	\$26,190	\$330	\$25,860
Solunum cihazına bağlı yetişkinler	21,570	7,050	14,520
Oksijen Tedavisi alan çocuklar	12,090	5,250	6,840
Kanser için kemoterapi alan çocuklar	68,870	55,950	13,920
Yaşlılarda kongestif kalp yetmezliği	1,758	1,605	153
Selülit için damar içi antibiyotik tedavisi alanlar	12,510	4,650	7,860

Kaynak: Casiro,OG,McKenzie,ME,McFayden,L,Shapiro,C,Seshio MMK, MacDonald, N, Moffat, M,and Cheang,"Earlier Discharge with Community-based intervention for Low.

Tablo 3’de evde bakım verilebilen bazı hastalıklarda 1 aylık evde bakım masrafı ile 1 aylık hastane masrafı karşılaştırılmış evde bakımın hastane bakımına göre maliyet yönünden daha avantajlı olduğu görülmüştür.

1.3.2.2. Evde Hasta Bakımının Hastanedekine Göre Daha İyi Sonuçlar Vermesi

Aşağıda evde bakım hizmetinin hastalıkların seyri açısından hastanede bakıma olan üstünlüğünü kanıtlayan çalışmalar sunulmuştur. Bu çalışmaların bir tanesinde kongestif kalp yetmezliği olan ve evde bakım uygulanan yetişkinlerin 90 günlük izlenimleri

sonucu yaşam kalitelerinde yükselme olduğunu, hastane başvurma sıklığında ve tıbbi harcamalarında azalma olduğu göstermiştir [Aksayan ve çimete, 1998: 4].

Başka bir çalışmada ise; sürekli kan, kan ürünleri gama globülin uygulamasına gereksim duyan hastaların evde bakım hizmetleri ile kendilerine bakımı öğrendikleri ve kısa sürede bağımsızlıklarını kazandıkları görülmüştür, bir diğerinde ise; diyabet (şeker hastalığı) olgularında ev izleme ile organ bozukluklarının % 30 azaltılabileceği, iş gücü kaybı ve hastanede yatış süresinin büyük ölçüde düşürülebileceği görülmüştür [a.g.e;s.4].

Evde bakım hizmetleri, bireyin bakım sorumluluğunun tümüyle aile üyelerine yüklenmesi nedeniyle iş ve sosyal yaşantılarını kısıtlama zorunluluğunu ortadan kaldırmanın yanı sıra, tükenmişlik yaşamalarını da engelleyebilmektedir. Evde bakım hizmetleri, kronik hastalıklarda bireyin bakım aktivitelerini üstlenmesini, kısa sürede bağımsız duruma gelmesini destekleyerek ileride evde bakıma bile ihtiyaç duymayacak bir düzeye ulaşmalarına yardımcı olabilmektedir.

1.3.2.3. Evde Hasta Bakımında Enfeksiyon Riskinin En Az Olması

Hayat kurtarma fonksiyonlarının yanında hastanelere baktığımızda istatistikler bize bu yerlerin tehlikeli olduğunu göstermektedir [Val, 1985]. Hastanelerde kalış hasta için her zaman bir enfeksiyon riskidir. Hastane enfeksiyonları, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de büyük oranda problemlere sebep oluyor. Hasta yatışını uzatan enfeksiyonlar, hastanın normal tedavi sürecinin üzerine ilave gelen tedavi maliyetleri, hastanelerin, dolayısıyla sosyal güvenlik kurumlarının dolayısıyla da devletin cebinden çıkıyor. Evde bakımda enfeksiyona yakalanma hızı daha azalır. Hastanelerde damar içi kateterli enfeksiyona yakalanma riski %21 civarındadır. Evde bakım hizmetlerinde uygulanan bu tür tedavi yöntemlerinde enfeksiyon riski çok daha azalmaktadır.

1.3.2.4. Teknolojik Gelişmeler

Teknolojideki ve özellikle tıptaki gelişmeler, kronik ve tedavisi mümkün olmayan hastalıkların yönetimini kolaylaştırmış ve birçok tedavi prosedürünün ev ortamına taşınmasını mümkün hale getirmiştir. İleri teknoloji kullanım kolaylıklı ve emniyetli aletler evde verilen hizmetlerin çok çeşitlenmesine neden olmuştur. Bu tür ileri teknoloji gurubuna giren hizmetler içinde solunum cihazlarının kullanımı, damar veya barsak içi ve diyaliz gelmektedir. Bu teknoloji sayesinde hastaların eve daha erken giderek tedavilerinin devamı sağlanabilir [Tanlı, 1996]. Teknoloji ilerledikçe çıkan yeni alet ve makineler evde hasta bakımını hastaneye bağımsız bir şekilde daha kolay yapılmasını sağlayacaktır.

1.3.2.5. Evde Hasta Bakımının Olumlu Psikolojik Etkisi

Evde bakım kurumsal hasta bakımına alternatif bir sağlık hizmeti sağlayarak hasta ve ihtiyaçlıya daha özgür ve kendi otonomisinde olma şansı verir. Ailenin ve tanıdık çevrenin varlığı evde bakım hizmetini hasta için cazip kılan faktörlerdendir. Ev ortamında hastanın aile içi yaşama katılarak daha fazla faaliyette bulunması çevresi ile olan iletişimi durumun daha hızlı düzelmesini sağlar. günümüzde ortalama yaşam süresi uzadığından süreğen ve dejeneratif hastalıklar önem kazanmaktadır. Bu hastalıklara yakalananları uzun süre hastanede tutmak ruhsal bozukluklara neden olduğu için, bu hastaların kısa süre, örneğin akut dönemlerde ya da kontrol için, hastaneye alınması ve aradaki dönemlerde tedavilerinin evde izlenmesi gelişmiş ülkelerde bile-yeğlenmektedir. Ev tedavisinin örgütlenmesinin gerekli oluşunda süreğen hastalar kadar, hatta daha fazla, çocuk hastalar önemlidir. Çocuk hastaların evlerinde tedavisi, psikolojik yönden daima yeğlenen bir yoldur.

Yapılan araştırmalara göre evde bakım hizmeti hastanelerdeki bakım hizmetinden hem mali açıdan hem de sosyal açıdan avantajlı olduğu görülmektedir. Ülkemizde henüz evde bakım hizmeti devlet tarafından çok kapsamlı verilmemekte, daha çok özel sektör tarafından verilmektedir. Sağlık sistemimiz içerisinde birinci basamak sağlık

hizmetlerinde kısmen de olsa verilmeye çalışılan evde bakım hizmetini, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki yoğunluğu dűşündüğümüzde sağlık sistemimize ayrı bir sektör olarak entegre edilmesi uygun olacaktır.

Ülkemizde pek uygulama alanı bulamayan evde bakım hizmetlerinin Avrupa'da ve diğer birçok ÷lkede verildiği bilinmektedir. Evde bakım hizmetlerinin uygulama yöntemlerini daha iyi anlamak için bu ÷lkelerdeki uygulamalara bakmak yararlı olacaktır.



2. DÜNYA'DA EVDE BAKIM UYGULAMALARI

Evde bakım hizmetleri ülkemizde yeni yeni uygulama alanı bulmasına rağmen dünyada birçok ülkede yıllardır uygulanan ve zengin bir geçmişi olan bir sağlık hizmetidir. Evde bakım hizmeti Amerika ve Avrupa'nın birçok ülkesinde artık bu hizmetin uygulanması gerektiği değil nasıl daha kaliteli sunulabilir tartışmaları yapılmaktadır. Ülkemizde de sistemin daha iyi anlaşılabilmesi için dünyada ki bazı örnekleri inceleyelim.

2.1. ABD'de Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetlerine olan ilgi ancak son yıllarda artmasına rağmen evde bakım uzun bir süredir varolan ve zengin bir geçmişi olan sağlık hizmetidir. Yüzyıl önce evlere giderek hastalara bakan hemşirelik organizasyonlarının odağı yaşlı ve fakir hastalardı. Hastalardan alınan az bir ücretle ve halkın yardımıyla bu organizasyonlar ayakta durabilmişlerdir. 20. yüzyılın başlarında bölgesel sağlık idarelerinin oluşmasından sonra, bu idareler evde bakım hizmeti veren hemşireleri kadrolarına almışlardır. Yüzyılın ortalarında bu tür devlet kuruluşları ve bağışlarla işletilen hayır kurumu tarzı evde bakım hizmetleri birleştirilmiştir. Hastane temelli ilk evde bakım programı 1947 yılında New York, Bronx'un Montefiore Hastanesinde başlamıştır. Bu programla evde bakım sadece hemşirelik bakımı olmaktan öteye gitmiş ve çok disiplinli olarak sunulan bir sağlık hizmet alternatifi halini almıştır. Montefiore modeliyle başlayan sağlık kuruluşlarının evde bakım hizmeti sunmaları sadece hastanelerle sınırlı kalmamıştır. Rehabilitasyon merkezleri ve hemşire bakım evleri de evde bakım programları sunmaktadırlar. 1966'da Medicare (65 yaşın üzerindekiilere ücretsiz bakım sağlayan devlet programı) evde bakımı programını kapsamına aldıktan sonra evde bakım büyüme hızı artmıştır. 1981 evde bakımın kabulü için gerekli en az üç yatış kuralı kaldırılmış ve 1983'de evde bakım firmalarının maliyetleri çerçevesinde belirlenen fiyatlardan sonra büyüme hızı bir kat daha artmıştır [Tanlı, 1998: 304].

Evde bakım hizmetlerinin kronolojik olarak incelenmesi bu tür sağlık hizmetinin ABD'deki gelişmesini anlamak açısından önemlidir. Aşağıdaki Tablo 1-2'de evde bakım hizmetleri kronolojisinden bazı önemli dönem noktaları belirtilmiştir.

Tablo 4. ABD'de Evde Bakım Hizmetleri Kronolojisi

1813	South Carolina'da Benevolent Society adlı ilk kadın örgütü fakir hastalara bakım için kurulur
1832	Philadelphia Hemşirelik örgütü fakirlere evlerinde bakım verir
1877	New York Şehri Kilisesi eğitilmiş hemşireleri fakir hastaların evlerine gönderir
1898	İlk belediye evde bakım hemşiresi fakir hastalara hizmet vermek üzere işe alınır
1901	Toplam 58 kurum 130 hemşireyle kamu sağlığı hizmeti verir
1909	Visiting Nurse Quarterly, ilk meslek dergisi aylık basılmaya başlanır
1909	Metropolitan Life sigorta şirketi sigortalılarına ilk defa evde bakım hizmetini sunar
1916	1.922 halk sağlığı kurumu 5.150 hemşireyle hizmet verir
1921	Evde prenatal ve yeni doğan bakımı hükümetçe kabul edilir
1935	Devlet finansı ile sağlık müdürlüklerinin resmi evde bakım hizmetleri başlar
1947	İlk organize evde bakım programı Montefiore Hastanesinde başlar (Bronx, New York)
1950	Halk sağlığı hemşire sayısı 25,100'e ulaşır.
1953	Yaşam sigortaları evde hemşire bakımını poliçelerinden çıkarır
1960	Yaşlılar için devlet tarafından ücretsiz evde bakım onaylanır
1966	Medicare ve Medicaid evde bakım hizmetlerini kabul edip sunmaya başlar
1982	Ulusal Evde Bakım Organizasyonu kurulur
1983	Devlet hastanelerde kalış süresini azaltan ödeme planını uygulamaya koyar
1993	Evde ve Huzurevinde Bakım Dünya Organizasyonu kurulur

Kaynak: M.D.Harris, Handbook of Home Health Care Administration, Gaithersburg, Md. Aspen Publication, 1994

Amerika'da evde bakımın tarihi gelişimi incelendiğinde, hemşirelik hizmetleri şeklinde başladığı ve uzun yıllar bu şekilde işlediği görülmektedir. 1998'de Los Angeles sağlık departmanı fakir hastaları evde ziyaret etmek üzere diplomalı hemşireleri ücretli olarak

çalıştırmaya başlamıştır. Böylece devletin ücretlendirdiği ilk evde bakım hizmetinin temelleri atılmıştır.[Rice, 1996: 3-15].

1900'lü yılların başında endüstrileşmeye bağlı hızlı göçün getirdiği sağlıksız yaşam koşulları, hemşirelerin evlere düzenledikleri ziyaretlerin nedenini oluşturmuştur. Toplumun çoğunluğu hızlı şehirleşmenin getirdiği tehlike ve sorunların çözümü için hemşirelere yönelmiştir. Bu dönemde ziyaretçi hemşirelerin yanı sıra, eğitilmiş ve eğitimsiz birçok hemşire serbest çalışarak, akut ve kronik hastalıklı hastaların evlerinde 24 saat haftada 7 gün süreyle bakım sunmaya başlamıştır. Eğitilmiş hemşireler hasta bakımının yanı sıra, fakirlerin okulları ve evlerinde hijyen, hastalıklardan korunma, sağlıklı yaşam becerileri geliştirme konularında eğitimler düzenleyerek, toplum sağlığına katkıda buldukları için toplum sağlığı hemşireliğine ilgi de artmıştır [Çimete, 1998: 8].

1900'lü yılların ortalarına gelindiğinde Amerika'da yaşlı nüfusun, kronik hastalık ve sakatlıkların artması sebebiyle, sağlık hizmetlerine ulaşmayı kolaylaştırıcı bir sigorta sisteminin kurulması yönünde toplumsal baskı artmaya başlamıştır. Bu baskıya yanıt olarak 1965 'de Medicare ve Medicaid yasalaştırılmıştır. Medicare ve Medicaid yasalaştıktan sonra Amerika'da evde bakım veren kuruluş sayısı da hızla artmıştır.

Amerika'da evde bakım firmaları yüzyıldan daha fazla bir süredir hizmet sunmalarına karşın, gerçek büyüme son 25 yılda evde bakım hizmetlerini kabul etmesinden sonra olmuştur. Devlet bu tür firmaların açılışını ve verdikleri hizmetleri denetler. Yeni açılacak bir evde bakım firması, gerekli bir dizi yasal sorumluluğu yerine getirdikten sonra devletin onayından geçip hizmet verme lisansı alır [Tanlı, 1996].

Evde bakım hizmetleri 1990'larda yılda ortalama 10 milyar dolarlık ciroyuyla en başarılı çağlarından birini yaşamaktadır. Özellikle son on yılda evde bakım en hızlı büyüyen sağlık hizmeti sektörü olmuştur. Bu hızlı gelişme farklı nedenlere bağlanabilir. Evde bakım hizmetlerinin son 10 yılda gelişme nedenleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir: [Üstünel, 2002]

- **Artan Ulaşım Olanakları:** Ulaşım araçlarının sayısının, hızının ve ulaşılabilirliğinin artışı ile, hekimlerin, hastalarını yaşadıkları yerlerde ziyaret etmeleri daha mümkün hale gelmiştir.
- **Gelişen Tıp Teknolojisi:** Teknolojideki ve özellikle tıptaki gelişmeler, kronik ve tedavisi mümkün olmayan hastalıkların yönetimini kolaylaştırmış ve birçok tedavi prosedürünün ev ortamına taşınmasını mümkün hale getirmiştir. Bunlardan bazıları: Evde parenteral ve enteral beslenme, diabetes mellitus ya da kanser ağrısı için ilaç vermede infüzyon pompalarının kullanılması, intravenöz antibiyotikler, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu, renal ve peritoneal diyaliz üniteleri, vantilatörler, oksijen kompresörleri, monitorizasyon sistemleri, iki yönlü video sistemleri ile hasta aktivitelerinin gerçek zamanlı olarak gözlemlenmesi, vital bulguların takibi ve hatta akciğerlerin ve kalbin oskültasyonu dahil olmak üzere hastaların uzaktan monitorizasyonu, kan şekeri ve kan basıncının hastanın kendisi tarafından evde ölçülebilmesi, EKG ve röntgen tetkiklerinin yakın mesafedeki merkezlerde yapılabilmesi, evdeki IV ve subkütan tedavi malzemelerinin basitleştirilmesi, antibiyotik ve narkotik ilaçlardaki son gelişmeler olarak sıralanabilir.
- **Demografik Değişiklikler:** Evde bakım hizmetine ihtiyaç duyan ve bu hizmeti alan en büyük grup yaşlılardır. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte daha çok yaşlılarda görülen hastalıklarda bir artış olmuştur.
- **Hastane Bakım Hizmetlerinin Yüksek Maliyetleri Ve Erken Taburculuk:** Hastaneye yatan hastaların daha erken taburcu edilmeleri, birinci basamak hekimlerini, kompleks hastalığı olan ve daha önce olsa hastaneye yatacak olan hastaları evde yönetmek durumuyla karşı karşıya bırakmıştır. İleri teknolojik imkanların yaygınlaşması (ulaşılabilirliği) ile artan hastane masraflarının azaltılması için artık hastalar daha kısa süre ile hospitalize edilmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde tanıyla ilgilenen Medicare grupları, hastaların daha erken taburcu edilmelerini teşvik ederek hastanede kalış sürelerini kısaltma yoluna gitmektedir.

- **Sık Sık Hastaneye Yatmaya Gerçekçi Alternatifler Arayan Hastaların Evde Bakım Konusundaki Talepler:** Çoğu kişi, hastanede yatmak yerine, kendi ev ortamında bakım hizmeti almayı tercih etmektedir. Ölmekte olan hastalar son günlerini evlerinde geçirmeyi istemektedirler. Hastalar ve/veya bakıcıları, genellikle, hayatlarının son döneminde pahalı ve uzun süreli bakım hizmeti almaktan kaçınmaktadırlar ve hastalar evde bakım görmeyi tercih etmektedirler.
- **Gelişen İletişim Araçları:** Ulaşım araçlarında yaşanan gelişimin bir benzeri de iletişim araçlarında ve bunların kullanımında da yaşanmıştır. Telefon, çağrı cihazı, faks, mobil telefon, laptop bilgisayarlar gibi modern araçların kullanımı ile hekimlerin, hastalarını evde ziyaret ettiklerinde kaydetmeleri gereken bilgiler, hızlı, zamanında ve doğru haberleşme mümkün hale gelmiştir. Böylece hekim muayenehanesi/sağlık merkezi, hastanın yaşadığı ev ortamı, hastane (ikinci ve/veya üçüncü basamak sağlık kuruluşları), laboratuvarlar arasında iletişim ağı kurulmuş olur.
- **Yaygın Bilgisayar Kullanımı:** Verilerin ev, hastane, laboratuvar ve muayenehane arasında elektronik olarak aktarılabilmesini mümkün kılmıştır.
- **Sağlık Hizmeti Sunum Sistemlerindeki Değişiklikler:** Sağlık hizmetlerinde son yıllarda gözlenen değişiklikler, hastanede yatış süresinin minimuma çekilmesi ve böylece gereksiz yatak işgallerinin önlenmesi, ayrıca hastaların nozokomial enfeksiyonlardan korunmalarının sağlanması, yüksek hastane maliyetlerinin azaltılması yolundadır.
- **Aile Boyutunun Küçülmesi Ve Kadınların İş Yaşamına Girmesi:** Modern çağın gereklerinden birisi olarak karşımıza çıkan tablo, aile boyutunda küçülme gözlenmesi, kalabalık ailelerin giderek azalması ve çekirdek ailelerin giderek artması şeklindedir. Çekirdek ailelerde genellikle ebeveynlerin iş yaşamında yer alması, çocukların ise okula gitmeleri, evde bakım ihtiyacı duyan aile bireylerinin, aile üyeleri tarafından bakımını olumsuz yönde etkilemekte, açıkçası buna fırsat vermemektedir. Aile boyutunun küçülmesi ile paralel olarak

kadınların eğitim düzeylerinin yükselmesi, ev dışında çalışmaya başlamaları, ekonomik özgürlüklerini kazanmaları gibi avantajların yanı sıra evde bakım gerektiren bireylerin bakımlarında aksamaları beraberinde getirmiştir. Yapılan çalışmalarda evde bakım hizmeti sunan aile bireylerinin çoğunlukla kız çocuk ya da gelinler oldukları saptanmıştır. Bu kişilerin dışarıda düzenli bir işlerinin olması, evde bakım hizmetlerini aksatabilir. Bu gelişmeler, evde bakım hizmeti sunan özel şirketlerin kurulmasına neden olmuştur.

- **Hastanede Yatış Süresini Kısaltma Yönündeki Baskılar:** Yataklı sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksek oluşu, sağlık kurumu yöneticilerini, sağlık ekonomistlerini ve ödeme yapan sağlık sigorta şirketlerini hastanede yatış süresini kısaltmaları yönünde baskı altında tutmaktadır. Böylece hem hastane hizmetlerinin maliyeti azalmış hem de hasta yatak işgal süreleri kısalmış olacaktır.

Bu değişimler; birçok ülkede evde yardım, evde hemşirelik hizmeti ve sıklıkla psikoterapi ve iş-meslek terapisini içeren entegre evde bakım programlarının gelişmesine yol açmıştır.

2.1.1. Amerika'da Evde Bakım Hizmetini Finanse Eden Kuruluşlar

2.1.1.1. Medicare

Amerika'da evde bakım hizmet ve araçlarının en büyük finansman kaynağı Medicare'dir. Medicare 65 yaş üstü bireyler, 65 yaş altı sakat bireyler ve son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların sağlık bakımı ödemelerini gerçekleştiren federal bir sağlık sigortası programıdır [Medicare;2000]. Medicare iki bölümden oluşur. A bölümü(hastane sigortası) hastane, hospis veya evde bakımı , hekim, hemşire hizmetini finanse eder ve sosyal güvenlik gelirlerini fon olarak kullanır. Bireyler çalıştıkları süre içinde sosyal güvenlik ödemeleri kurumlarınca yapıldığı için, ayrıca ödemek zorunda değildirler. Medicare'nin B bölümü ise (medikal sigorta) hastanede ayaktan bakımı,

hekim hizmetlerini ve A bölümünde yer almayan bazı hizmetlerin (fizik, uğraşı, konuşma terapileri, labaratuvar hizmetlerini, tıbbi malzeme ve araç gereçler vb.) finansmanını içerir. B bölümü fonu bireylerin aylık primlerinden sağlanır [Çimete, 1998: 13]

Günümüzde 20215 evde bakım organizasyonu, 7 milyondan fazla akut, kronik hastalıklı yada terminal dönemdeki bireye evde sağlık bakımı ve destekleyici hizmetler sunmaktadır. Bu kuruluşlardan 10027'si Medicare sertifikalı evde bakım kuruluşu, 2154'ü Medicare sertifikalı hospislerdir [a.g.e; s.13]

Tablo 5. Medicare Lisanslı Evde Bakım Firmaları

Yıl	Toplam	Hemşire Hizmetleri	Devlet/Hastaneye Kamu Bağlı		Özel Sektör	Vakıfa Bağlı	Diğer
1967	1,753	642	939	133	0	0	39
1977	2,496	546	1,242	281	81	309	37
1983	3,415	575	1,232	481	471	587	69
1986	5,983	573	1,205	1,277	1,943	832	153
1991	5,831	525	932	1,558	2,016	683	117
1993	6,617	639	1,194	1,858	2,222	554	150
Toplam Fark	+4,864	-3	+255	+1,725	+2,222	+554	+111

Kaynak: NAHC Raporu No.511, National Association of Home Care, 7 Mayıs 1993

Medicare yasasının kabulünden itibaren, evde bakım kuruluşlarının Medicare finansmanından yararlanmalarını sağlayıcı sertifika alabilmeleri için, bazı koşullar getirilmiştir. Uzman hekim ve hemşirelerden ve bazı terapistlerden oluşan bir ekibinin olması, hizmet kalitesini yansıtıcı uygun bir kayıt sisteminin bulunması, yasalara göre lisanslı olması bu koşullardan bazılarıdır [Stanhope, 1996: 805-834].

Bireylerin uzmanlık gerektiren evde bakım hizmetlerinin Medicare tarafından ödenebilmesi için, bireyin hekim tarafından değerlendirilmesi ve onay verilmesi gerekir. Onay kriterleri; alıcının durumunun kötü ve verilecek hizmetin kompleks olması, hemşire yada fizyoterapist tarafından performans izlemi gerektirmesi, uzman personelin öğretim-egitim hizmetlerine gereksinim duymasındır [a.g.e; s805]

Medicare'nin evde bakım hizmetlerini finanse etme koşulları ve yöntemi;

- Evde bakım hizmeti 60'ar günlük periyotlara ayrılır ve bu periyotların sayısı, bireyin ihtiyaçlarına göre değişir. Hemşirelik hizmetleri, evde sağlık bakımı ziyaretleri, belirli terapiler, tıbbi sosyal hizmetler ve bakım malzemeleri, finansman kapsamındadır.
- Ödeme oranları, klinisyenlerin belirledikleri sağlık değerlendirmesi verilerine göre ayarlanır.
- Bireyin durumuna uygun bakım ücretinin %60' ı başlangıçta, geri kalan %40'ı 60 günlük periyodun sonunda, evde bakım kuruluşuna ödenir. Bireyin durumunda değişiklik olursa ve/veya bakım giderleri önceden belirlenen ödeme oranından fazla tutarsa, ilave ödeme (kanıtlandığı takdirde) yapılır.
- Bireyin bakımı için kullanılan araç gereçlerin ödemeleri, ilgili kuruluşlara yapılır.
- Sağlık bakımı harcamalarını finanse eden kuruluş yöneticileri, hizmet hatalarını, kalitesini, genel eğilimleri belirlemek üzere, evde bakım kuruluşlarının kayıtlarını inceler [Çimete, 1998]

Medicare lisansı alabilmek için evde bakım kurumlarının bazı özerk teftiş kurumlarının değerlendirmesinden geçmesi gereklidir. Bu teftiş kurullarının başında Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) gelmektedir. Bu teftiş kurullarının belirlediği bir çok kılavuz ve elkitabı; evde bakım organizasyonlarının teftişe hazırlanmalarına yardımcı olur. Evde bakım personeli teftiş kurallarını anlar ve uygulanmasından sorumlu tutulur [Tanlı, 1998: 306].

2.1.1.2. Medicaid

Amerika'da evde bakım hizmetlerini finanse eden diğer bir kuruluşta madicaid'dir. Medicaid eyaletlerle federal devletin oluşturduğu ve fakirlere sağlık yardımı yapan bir programdır. Medicaid'in kapsamında olan evde bakım hizmetleri eyaletten eyalete farklılıklar gösterir.Genel olarak, hekim kontrolü ve yönlendirmesi doğrultusunda

sunulan profesyonel sağlık hizmetleri ile evde destek hizmetleri ve araç gereçler, Medicaid'in ödeme kapsamı içindedir. Program eyaletler tarafından yönetilir ve bt gelirlerinden yapılan sübvansiyonlarla sağlık harcamalarına belirli oranlarda katılım sağlar [Stanhope, 1996: 805-834].

Tablo 6. ABD'de Medicaid Harcamaları

Hastanede yatan hasta	%26.1
Ev Hemşireliği	%24.8
Hekim	% 6.7
Evde sağlık Hizmetleri	% 6.5
Darlacaze	% 0.2
İlaç reelendirme	% 8.2
Hastane polikliniği	% 5.8

Kaynak: "How to Choose Home Care Provider: A Consumer's Guide " National Association for Home Care, Washington, (1994)

Tablo-6'da da görüldüğü gibi, evde sağlık hizmetleri 1994'de total Medicaid demelerinin küçük bir bölümünü oluşturur. Hastanede yatan hastalar ve uzman ev hemşireliği Medicaid demelerinde önemli yer tutmaktadır. Evde sağlık hizmetleri ödemelerin aşağı yukarı %6.5'unu kapsamaktadır.

Federal Medicaid kurallarına göre evde sağlık hizmetlerinin karşılandığı hizmetler, part time hemşirelik, evde bakıma yardım hizmetleri, tıbbi gereç ve ekipmanı içermektedir. Aynı zamanda fizik tedavi, iş terapisi, konuşma terapisi ve tıbbi sosyal hizmetleri' de karşılayabilir [Bayoğlu, 1998]

2.1.1.3. Yaşlı Amerikalılar Kanunu

1965 yılında American kongresinde yürürlüğü giren Yaşlı Amerikalılar Kanunu, zayıf ve zrl yaşlı kişilerin kendi topluluklarında bağımsız yaşayabilmelerini sürdürebilmeleri amacıyla, eyalet ve lokal sosyal hizmet programları için federal yardım sağlar. Bu yardım 60 yaşında yada daha yaşlı olan ve büyük sosyal ve finansal

ihtiyaç içinde olan kimselerin günlük ev işleri, refakat, yemek verilmesi, alış-veriş hizmetlerini kapsar. Bu hizmetlerin bir kısmını ödeme gücü olan bireylere, kendi gelirleri oranında katkıda bulunmalarının istenmesi giderek artan bir uygulamadır [National Association,1992] .

Medicare ve Medicaid dışında evde bakım hizmetlerini finanse eden başka sigorta sistemleri olmasına karşın, bunların bağlı olduğu birey sayısı azdır

Amerika bugün sadece devlet programları değil, aynı zamanda özel sigorta şirketlerinin de dış etkileri nedeniyle iç hastalıkları uzmanları ve aile hekimleri de evde bakım hizmetlerini sıkça kullanmaktadırlar. Sigorta şirketleri kendileriyle kontratla çalışan hekimleri, hastaların ortalama hastanede kalış sürelerine (ALOS) bakarak denetlemektedirler. Doktorlar da bu rekabet ortamı içerisinde hastaları biran önce taburcu etmeyi ve taburcu ederken de evde bakım hizmetlerini kullanmayı tercih etmektedirler [Tanlı,1996: 22].

American Medical Association'ın (AMA) 1990'da Amerika çapında 5,000 doktora yaptığı ankete göre iç hastalıkları uzmanlarının gözetimindeki hastaların %44'ü hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım veya diğer destek bakıma ihtiyaç duymaktadır. Yine bu ankete göre aile hekimleri hastalarını %5.4'lere ulaşan oranlarda evde bakıma havale etmektedirler. Diğer uzmanlık dallarıyla beraber toplam olarak, hastaların ortalama %6.4'ü hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım hizmetine sevkedilmektedirler.

Sağlık hizmetlerinin çok büyük pazar olması nedeniyle, çok sayıda özel sigorta kuruluşunun bu hizmetlere yönelik poliçeleri vardır.Evde sağlık bakımı hizmet poliçeleri, farklı hizmet içeriği, hizmet süresi, ve destek araç gereçlerini kapsamasına göre, farklı aylık ödemelerle satın alınabilmektedir [Çimete, 1998: 14]

Dinamik ve genç evde bakım şirketleri bugün ABD'de sadece böyle bir hizmeti sağlamaktan öte kaynaklarını gerekli yerlere yatırarak değişen ve gelişen teknolojiye uyum sağlayıp endüstrinin gereklerine ayak uydurmaya çalışmaktadırlar Endüstrinin

gereklerinden biri de hukuki gelişmeleri yakından takip etmektir [Home health line; 1992: 148]. Yalnızca evde bakım işletmeleri değil hekimler de sağlık ekonomisi konusunda kendilerini bilgilendirmektedirler. Medicare'in 1992 yılı başında arttırdığı evde bakım hizmetleri ödemeleri ve sigorta şirketlerinin kısa süreli hastane kalışları üzerine yoğunlaşarak evde bakım hizmetlerini ödüllendirecek derecede kontratlarında tolerans tanımları, bu endüstrinin özellikle infüzyon tedavisinin büyümesine ve doktorların evde bakım şirketi seçimi konusunda daha seçici olmalarına neden olmuştur. Hekimler evde bakım şirketlerinden sadece hastaya verilen bakımın maliyetini değil, aynı zamanda kalite kontrol programlarını, sağlık görevlisi eğitim programlarını ve yönetim biçimlerini de sormaktadırlar. Bugün herhangi bir evde bakım işletmesi doktorun soracağı bu tür sorulara hazır durumdadır ve hatta bu bilgileri pazarlama malzemesi olarak kullanmaktadırlar [Home Health Line, 1992: 72].

Sağlık reformunun geleceğine bakıldığında evde bakım hizmetleri büyüyen sağlık endüstrisinin bir parçasıdır. Girişimci evde bakım şirketleri bu kontrol mekanizmasına rağmen hasta kalitesini fazla tehlikeye atmadan, stratejilerini belirleyip, planlarını gerçekleştirecek kaynakları bularak önlerindeki zorluklarla başa çıkmasını bilmişlerdir. Kaynakların yönlendirildiği alanlar, gelişmiş bilgi sistemleri, klinik konularda uzman yüksek hemşirelerin işe alınıp hasta bakım protokollerinin hazırlanması ve vaka idaresi gibi alanlardır. Bilinen bir gerçek şudur ki, ABD'de bugün verilen ürün başına ücret dönemi geçmiştir ve evde bakım firmalarının da bu gerçeğe göre hareket etmeleri gerekmektedir [Gürol, 2002].

2.2. Hollanda ve Diğer Avrupa Ülkelerinde Evde Bakım Hizmetlerinin Genel Durumu

Avrupa'da evde sağlık bakım hizmetleri yıllardır uygulanan bir toplum sağlık hizmetidir. Hollanda ve diğer Avrupa ülkeleri, Amerikan endüstrisi hala gelişme halindeyken, çok iyi kurulmuş bir evde sağlık bakım organizasyonlarına sahiptiler. Hollanda, İsveç, Danimarka, ve İngiltere gibi ülkelerde merkezi hükümetler evde sağlık bakım hizmetlerini sunarken bir yandan da kaliteli hizmetlerin verilmesini sağlayacak

programları desteklerler. Avrupa ve Japonya'da evde sağlık bakım hizmetleri bir sosyal hizmet olarak sunulurken, ABD'de bu hizmetler serbest piyasa ekonomisi kuralları ile kar amaçlı ve kar amaçsız olarak sunulmaktadır [Tsajising,1995: 20-24].

Hollanda hükümeti, ülkede sağlık alanında gelişme gösteren tek sektör olan evde bakım sağlık bakım hizmetlerini daha iyi hale getirmeye çalışmaktadır. Örneğin; "Olağan Dışı Sağlık Harcamaları Genel Kurulu(AWDZ) " her Hollanda vatandaşının oldukça pahalı olan evde sağlık bakım ve hemşirelik hizmetlerini güvence altına alır. "Tıbbi Harcamalara Ödenen Sigorta", bir yandan Medikal Sigorta Kuruluşu tarafından diğer yandan da Özel Sağlık Sigortası ile karşılanır. Yıllık geliri 30 000 doların altında olan her Hollandalı, Ulusal Sağlık Kuruluşu tarafından sigortalanır. Bu rakam tüm toplumun %60'ını kapsar. Diğer Hollandalılar ise istedikleri gibi özel sağlık şirketlerinde sigorta yaptırabilirler [Bayoğlu,1998: 68].

Yeni Hollanda Politikası, sağlık harcamalarında kaliteyi düşürmeden maliyeti azaltmayı hedeflemektedir. Hollanda'da yoğun ve daha yoğun, çok yetenek gerektirenden daha az gerektirene, uzun süreli ve daha kısa süreli olana ve kurumsal bakımdan evde sağlık bakımına şeklinde sağlık hizmetleri sınıflaması yapar. Bu politika ile hastalara mümkün olduğunca kendi evlerinde uzun süreli sağlık hizmeti sunma fikri benimsenir.

Evde sağlık bakım hizmetleri Hollanda'da 120 kuruluş tarafından sağlanır. organizasyonlar hemen her yerde aynıdır. Her Hollandalı standart evde sağlık bakım hizmetinden yararlanır. Tüm sağlık kuruluşlarında evde sağlık bakım birimi (genelde uzun süreli evde bakım hizmetleri için) bulunur [a.g.e.;s.68]

Yılda iki milyon (%15) Hollandalı evde sağlık bakım kuruluşundan yararlanır. Hollanda'da 130 bin kişi genelde part-time olarak evde sağlık bakımında rol alır. Ulusal Evde Bakım Organizasyonu tüm evde bakım faaliyetlerinin düzenleyicisidir [a.g.e;s.69]

Avrupa Topluluğu üyesi her ülkenin evde bakım hizmetleri vardır. Fakat ülkeler arasında evde bakım uygulama yöntemleri arasında birçok farklılık bulunur. Belçika, İngiltere, Danimarka, İrlanda ve Hollanda'da evde sağlık bakım hizmetleri uzun ve

köklü bir geçmişe sahiptir. İtalya, İspanya ve Yunanistan gibi diğer ülkelerde ise evde sağlık bakım hizmetleri yeni gelişmeye başlamış ve henüz ülkelerin her yerinde uygulanamamıştır. Uygulanan programlar belli bir organizasyon tarafından gerçekleştirilir. Örneğin; Danimarka'da evde sağlık bakım hizmetleri belediyeler tarafından, İrlanda'da toplum sağlığı hemşirelik birimleri tarafından, Portekiz'de ulusal sağlık kuruluşunun ülke sınırları içinde kurduğu ulusal sağlık merkezleri tarafından sunulur [Colemen, 1995: 455-474]

Avrupa topluluğunun en küçük üyesi olan Lüksemburg'da evde sağlık hizmetleri ile ilgili "Hellef Dohem" ve "croix-range" adlı iki büyük organizasyon mevcuttur. Bunlara ilave dört küçük kuruluş da vardır. Altı organizasyon birden tüm ülkeye evde sağlık bakımı sunarlar [Tsajising,1995:20-24].

Tüm Avrupa ülkelerinde evde sağlık bakım hizmetleri sunulan hastaların başında "yaşlılar" gelmektedir. Hastalar evde sağlık bakım hizmetlerine gereksinim duyduklarında genelde buldukları bölgede tek kuruluş olduğunda seçme hakları bulunmaz. Belçika bu konuda istisnadır, hastalar bağımsız olarak çalışan hemşirelerle, resmi Beyaz-Sarı Haç organizasyonu arasında seçim yapabilirler [a.g.e;s.20-24].

Yunanistan, İrlanda, İtalya, Hollanda, Portekiz ve İngilterede'de evde sağlık bakım hizmeti için hekim direktifi gerekmez. Danimarka, Lüksembourg, ve İspanya'da ise sadece kapsamlı evde sağlık bakım hizmetlerinde gerekir. Belçika'da hijyenik bakım dışında hekim izni gerekir [Kar, 2003: 8].

Avrupa Topluluğu'nun birçok ülkesinde "evde sağlık bakımına destek hizmetler" sunulur. Almanya ve Hollanda'da bu hizmetler sağlık bakım sisteminin bir parçası olarak sunulurken, diğer ülkeler bu hizmetin sunumu için belediyeler ve özel kuruluşlarla işbirliği yaparlar. Birçok ülkede evde sağlık bakımı yardımcılarının resmi bir eğitimi yoktur. Fakat kısa dönemli kurslar görürler. Sadece Belçika, Almanya, İtalya ve Hollanda'nın %20sinde 6 ay-3 yıl arasında spesifik bir eğitim söz konusudur. Danimarka'da son zamanlarda bir yıllık bir eğitim programı başlatılmıştır [Tsajising,1995: 20-24].

Avrupa ülkelerinin çoğunda evde bakım hizmetinin ödemesinin büyük bir kısmı merkezi ve yerel yönetimler tarafından karşılanır. Bu ülkelerde evde bakımın uygulanmasında ekip çalışması desteklenmektedir [Kar, 2003: 9]

2.3. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Durumu

Ülkemizde sağlık hizmetine gereksinim duyanlar ve hizmeti sunanlar açısından bilinen pek çok aksaklığın çözümü olabilecek evde bakım kavramı henüz yeterince tartışmaya açılmamış olmasına karşın hastanelerdeki tedavi hizmetleri üst düzeyde gelişmiş olan ülkelerde, evde bakım çalışmaları en az otuz yıl önce başlamış ve bu çalışmalar artık hizmetin savunucusu olmanın ötesinde evde bakımın en etkili, en kaliteli ve en ucuz nasıl sağlanabileceğinin arayışına dönüşmüştür. Evde bakım hizmetlerinin tıp uygulamalarındaki yeri çok eskilere dayanmasına karşın, sağlık mevzuatımızda yer alması 24.04.1930 tarihinde kabul edilen 1593 sayılı “Umumi Hıfzısıhha Kanunu” (UHK) ile olmuştur [Ünlüoğlu ve diğ.:1998: 95].

Ülkemizde sağlık sisteminde var olan pek çok aksaklığın akılcı çözümü olabilecek evde bakım sistemi, henüz yeterince tanınmamaktadır. Evde bakım kavramının kullanıldığı durumlarda ise içerik ve uygulama bakımından yetersizlikler vardır. Günümüzde yalnızca evde bakım adıyla sunulan bazı özel hemşirelik hizmetleri ve evde bakım personeli yetiştirme amaçlı olduğu belirtilen bazı kurs programları gündeme gelmiştir [Kar, 2003: 14]

Ülkemizde iyi düzenlenen ve uygulanan sağlık enformasyon sisteminin olmadığı bilinmektedir. Bu olumsuzluk nedeniyle evde bakımı ilgilendiren konularda elimizde yeterli ve doğru veriler olmasa da, var olan bilgilerin yorumlanması ile bu etkenlere ilişkin genel bir fikir edinilebilir [Özkan, 2000]

Tedavi olanaklarının eskiye göre artması hastalıklara bağlı ölümlerin azalmasına, doğumda beklenen yaşam süresinin uzamasına yani yaşlı nüfusun artmasına neden

olmaktadır. Yaşlı ve/veya kronik hastalıklı hastalar ile özürli bireylerin bir bölümü, tıbbi bakım gereksinimlerinin yanında çoğunlukla günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan, tedavi ve bakımları büyük miktarlarda harcamaları gerektiren gruplardır.

Endüstrileşme sürecinde göçlerin artması, kentleşme ve dolayısıyla aile yapılarının değişmesi, geniş ailelerin çekirdek aileye dönüşmesi ve kadınların daha fazla çalışma yaşamına girmesi gibi nedenlerle aile içinde bakım verici rolündeki kişilerin azalması söz konusudur. Bu nedenle yaşlı ve özellikle kronik hastalığı olan bireylerin bakımında aile dışı insan gücü ve teknolojinin kullanımını zorunlu olmaktadır [Kar, 2003: 14].

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde tedavi ve bakımın sürekliliği bir takım faktörler nedeniyle kesintiye uğramaktadır. Bunlar;

- **Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki aksaklıklar ve özellikle sevk sisteminin işlememesi:** 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasasında (1961) birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlar arasında çift yönlü bir sevk sistemi düzenlenmiş ve kronik hastalıkların evde bakımlarının halk sağlığı hemşiresi tarafından yürütülmesi öngörülmüştür. Ancak aradan geçen kırk yılı aşkın süre içinde bu sistem işlerliğe kavuşturulamamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar hastanelere başvuruları ve taburculuk sonrası hasta bakım hizmetlerini kontrol edememektedirler. Hiçbir kurum tarafından izlenmeyen bu grup, kendi başının çaresine bakmaya terk edilmekte, buna bağlı yeniden hastaneye yatışlarda artma görülebilmektedir.
- **Tedavi edici hizmetlerdeki yetersizlik ve aksaklıklar:** Türkiye'deki hastanelerin yatak kapasitesinin azlığı sürekli gündeme getirilen bir konudur. Üstelik var olan yatak kapasitesinin önemli bir bölümü de verimli ve iyi bir şekilde kullanılmamakta, yatarak tedavi gereksinimi olan hastaların bu olanaktan yararlanma olasılığı azalmakta ve giderek erken taburculuk zorunlu olmaktadır. Bu arada hastanede yatma gereksinimi olmayan ancak tanı koyma sürecinin kesintisiz sonuçlandırılması amacıyla hastaların tanı işlemleri sırasında da

hastanede yatma zorunluluğu yatak kapasitesinin daha da azalmasına neden olmaktadır [Çimete, 1998: 15].

Bunun yanında hastaların ve ailelerinin taburculuk sonrası tedavi ve bakımlarıyla ilgili karşılaştıkları sorunların çözümünde yol gösterebilecek ve mevcut yatak kapasitesinden daha fazla kişinin yararlanmasını sağlayacak sistemli bir taburculuk planlamasının yapılmadığı gözlenmektedir. Hastalar evdeki tedavi ve bakımları sırasında kendi kendilerine çözümleyemedikleri bir çok sorun nedeniyle tekrar hastaneye başvurma gereksinimi duymakta ve ev ortamında çözümlenebilecek bu başvuruların bir kısmı da tekrar hastaneye yatırılmaktadır.

Ülkemizde taburculuk planlamasının ve evde bakım hizmetlerinin olmamasının diğer bir sonucu da, hastaların hastanede kalış sürelerinin uzamasıdır. Hastanede kalış süresinin uzaması hastada fiziksel (hastane enfeksiyonu riski gibi), psikolojik ve sosyal sorunların oluşmasına neden olmakta ve uzun süre hastanede kalmak aile bütçesine olduğu kadar ülke ekonomisine de yük getirmektedir [Aksayan ve Çimete,1998: 3].

Ülkemizde henüz tam anlamıyla organize edilmiş bir evde bakım sistemi olmamasına rağmen toplumun yaygın sağlık sorunları dikkate alınarak evlere bazı sağlık hizmetlerinin götürülmesi için oluşturulmuş yasalar vardır. Geçen yüzyılın başlarında, diğer birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de enfeksiyon hastalıkları yaygındı ve ana-çocuk ölüm oranları yüksekti. Bu nedenle 1930 yılında çıkarılan ve halen yürürlükte olan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'na, bulaşıcı hastalıkların evde tedavisi, hekimlerin evde muayenesi ve ana-çocuk izlemini sağlayan maddeler koyulmuştur. Bu tür hizmetlerin karşılanması amacıyla hekim ve hemşireler evlere ziyaretler düzenlemişlerdir [Çimete,1996: 15].

1961 yılında uygulamaya koyulan 224 sayılı Sosyalizasyon Yasası ve bunun yürütülmesini düzenleyen 154 sayılı yönerge, kronik hastalıklı bireylerin evde izlenmesi görevini halk sağlığı hemşirelerine vermiştir. Yine gebelerin evde izlemi, uygun koşullarda evde doğum, loğusa izlemi ve 0-6 yaş çocukların izlemi ebelerle verilmiş olup, hizmet denetimleri için halk sağlığı hemşireleri görevlendirilmiştir.

1954 yılında kabul edilen 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, mecburi hizmet yükümlülüğü olmayan hemşirelerin istediklerinde sanatlarını serbestçe yapabileceklerini belirtmektedir. Bu yasaya istinaden hemşireler geçmiş yıllarda “Sağlık Kabini” adı verilen özel işyerleri açarak, evlerde hastaların tedavilerini gerçekleştirmişlerdir. Halen var olan sağlık kabinlerine ilaveten, özellikle son yıllarda çok sayıda hemşire evde hasta bakım bürosu açmaya başlamıştır [a.g.e.,s.15].

Toplumun evde sağlık bakımı gereksinimine cevap vermek üzere kurulan özel evde bakım büroları bu hizmeti karşılamada yeterli olamamaktadır. Çünkü bu hizmetlerin ödemesi hasta veya aile tarafından yada özel sağlık sigortalarının bazıları tarafından karşılanmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin finansmanı, mevcut resmi sigorta sistemi içinde yer almadığı için toplumun çoğunluğu yararlanamamaktadır. Özel sigorta şirketlerinin evde bakım poliçeleri de verilen hizmetin bir kısmını karşılamaktadır.

Evde bakım bürolarının gereksinimleri karşılayamamasının bir diğer nedeni ise hizmetlerin çoğunlukla hemşirelik hizmetleriyle sınırlı kalmasıdır ve son birkaç yıldır multidisipliner ekibi olan evde bakım kurumlarının kurulması yönünde çalışmalar olduğu görülmektedir [Kar, 2003: 16].

Son 10-15 yıllık sürede gerçekleştirilen çok sayıda araştırma bulguları, toplumumuzda evde sağlık bakımı hizmetlerine olan gereksinimi açıkça yansıtmaktadır. Örneğin; Aksayan ve Çimete'nin kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri ve tercihleri konulu araştırmasında araştırmaya katılan bireylerin %86.5'inin evde bakım hastaneye tercih ettikleri sonucuna varılmıştır. Neden tercih ettikleri sorulduğunda ise; evde aileleri ile birlikte olma, evin sakin, rahat ve bilindik bir ortam olması, hastane ortamını sevmeme ve hastalıklarından dolayı hastaneye gitmeye zorlandıkları sonucu çıkmıştır. Yaşlıların evde bakım hizmetlerine gereksinimleri konusunda yapılan bir başka araştırmanın sonuçları ise şöyledir. Araştırmaya 65 yaş üstü 354 kişi katılmıştır. Araştırma sonucunda ise katılan bireylerin %6.5'unun yardımsız banyo yapamadığı, %20.3'ünün ev işlerini yapamadığı, %25.4'ünün çamaşır yıkayamadığı, %25.4'ünün ilaçlarını doğru zamanda ve dozda alamadığı, %35.9'unun alışveriş yapamadığı %44'ünün yemek hazırlayamadığı ortaya çıkmıştır [Çölgeçen ve Tümerdem, 1998: 175-

185]. Mevcut yasalar içinde bu gereksinimlere cevap verecek düzenlemeler olmadığı gibi, var olanların uygulanmasında da gözlenmemektedir

Evde bakım yalnızca ekonomik düzeyi yüksek bireylerin ulaşabildiği bir hizmet olduğu sürece toplumun sağlık problemlerine yeterli çözüm bulunamayacaktır. Ülkemizde çoğunluğu özel evde bakım büroları tarafından verilen evde bakım hizmetleri de maalesef toplumun ihtiyaçlarını karşılamaktan uzaktır. Evde bakım hizmetlerinden ekonomik seviyesi düşük bireylerin de yararlanabilmesi için mevcut yasalarda düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Bu nedenle, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere tüm ilgili bakanlıklar ve resmi kuruluşlar ile, ilgili sivil toplum kuruluşları ve üniversitelerin ilgili bölümleri, özel sigorta ve evde sağlık bakımı hizmet kuruluşları bir araya gelerek, ülkemiz için uygun bir yapılanmanın gerçekleşmesi yönünde çalışmalara başlamalı, daha da önemlisi bu hizmetlerden her kesimin yararlanabilmesi sağlanabilmelidir.

3. EVDE BAKIM HİZMETİNİN HUKUKSAL BOYUTU

Ülkemizde henüz tüm yapıları ile organize edilmiş bir evde bakım sistemi yoktur. Sadece toplumun yaygın sağlık sorunları dikkate alınarak evlere bazı sağlık hizmetlerinin götürülmesi için oluşturulmuş yasalar vardır. Ancak Mayıs 2004 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından Evde Bakım Hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik taslağı çıkmış henüz yasalaşmamıştır. Bu yönetmelik taslağı Türkiye’de ilk defa evde bakım hizmetlerine yönelik bir yasa tasarısı niteliği taşımasından dolayı önemlidir.

Evde hasta bakımı konusunda ülkemizde sadece kamu kurumlarını (sağlık ocağı, dispanser, ana çocuk sağlığı v.b) ilgilendiren, bazı hükümler mevcut olup, özel sektörü ilgilendiren bir hukuksal düzenleme mevcut değildir. Ancak Mayıs 2004’te Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan yönetmelik daha fazla özel evde bakım şirketlerinin çalışma koşullarını belirleyen hükümlerden oluşmaktadır. Bu hükümler aşağıda ele alınacaktır. Özellikle bu alanda ortaya çıkan yasal boşluğun nasıl doldurulması konusunda belirsizlikler olmakla birlikte, tıp alanında diğer yasal düzenlemelerden yararlanılmaktadır. Evde bakım hizmetlerin tıp uygulamalarındaki yeri çok eskilere dayanmasına rağmen, sağlık mevzuatımızda yer alması 24.04.1930 tarihinde kabul edilen 1593 sayılı “umumi hıfzısıhha kanunu” ile oluşmuştur daha sonra evde bakım hizmetleri 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı sağlığın sosyalleştirilmesi kanununda daha açık bir şekilde yer almıştır.fakat kanunda adı geçen evde bakım hizmetleri literatürde geçen evde bakım hizmetleri ile uyuşmamaktadır. 224 sayılı sağlığın sosyalleştirilmesi kanununda geçen evde bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinden ve evde tedavi noktasından daha ileri gidememektedir.

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin 1.5-2 yıllık aktif bir dönemi söz konusudur. Fakat Amerika gibi ülkelerin bu konuda önemli bir deneyimi bulunmaktadır. Evde bakım Amerika’da kurumsal olarak 40 yıl önce başlamış. Daha da geriye gidersek 1800’lü yıllarda bir grup kadının ekonomik durumu yetersiz fakir hastalara eve hizmet götürmesiyle başlamıştır [Aksayan ve Cimete, 1998].

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

Sosyalleştirme: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır [Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 12.1.1961].

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi demek bir başka manada da, bu hizmetin bireyler için kişisel kazanç kaynağı olmaktan çıkarılmasını, varolan olanaklardan herkesin eşit şekilde yararlanmasını, sağlık hizmetinden yararlanmanın kişilerin parasal olanaklarıyla sınırlandırılmamasını, hizmetin devlet eliyle yürütülmesini ve belirli bir programa göre geliştirilmesini sağlayan bir düzenin kurulması demektir. Sağlık hizmetlerinin bireyler için kişisel kazanç kaynağı olmaktan çıkarılması çabası, hiçbir zaman bir hastanın yapılacak harcamaları yüklenerek istediği hekime gitme hürriyetini ve bir hekimin - istediği takdirde- yasa ve meslek ahlakı kuralları içinde ve istediği yerde çalışma özgürlüğünü zedelememelidir [Fişek, 1997: 26]. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasasının uygulanmasında, insanların psikolojik eğilimlerine aykırı olarak hareket edilmemesi de önemli bir noktadır. Kimi insanlar kendilerine yapılan bir hizmetin değerini çoğu kez ödedikleri parayla ölçerler. Tümüyle parasız yapılan hizmetleri aşırı derecede ve da kötü bir şekilde kullanma eğilimindedirler. Bunun için halkın parasal olanaklarını zorlamadan sosyalleştirilmiş hizmetlerde de -prim ve vergilerden başka- hizmet karşılığı ücret alınarak bu sakıncaların önlenmesi düşünülebilir ve bu uygulama sosyalleştirme ilkesini zedelemeyiz. Örneğin, İsveç'te, hasta muayene ücretinin dörtte birini kendisi öder; İngiltere'de reçeteye yazılan her ilaç için belirli bir ücret alınır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin temel ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- Eşit hizmet
- Sürekli hizmet
- Entegre hizmet
- Kademeli hizmet

- Öncelikli hizmet
- Katılımlı hizmet
- Ekip hizmeti
- Denetlenen hizmet
- Uygun hizmet
- Nüfusa göre hizmet

Bu ilkeler uygun olarak tasarlanan örgütlenme modeli de şöyledir:

- Sağlık örgütlenmesinin temel birimi, 5-10 bin kişiye birinci basamak hizmeti verecek olan sağlık ocaklarıdır. Her sağlık ocağında bir hekim, bir hemşire, bir sağlık memuru, 2-4 köy ebesi ve bir tıbbi sekreter ile hizmetli, şoför bulunacaktır.
- Sağlık ocakları ekip anlayışı içerisinde, kendi bölgesindeki tüm nüfusa, birinci basamak tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini sunacaktır. Personel sorumlu olduğu bölgede oturacak hizmet sürekli ve gerektiğinde gezici olacaktır.
- Sağlık ocakları, tedavi edici hizmetler yönünden Devlet Hastanelerince, koruyucu hizmetler yönünden ise sağlık müdürlüğünün halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenecek, sevk zinciri kurulacaktır.

Halen yürürlükte olan bu örgütlenme modeli kırsal kesimde başarılı olmuşsa da çeşitli nedenlerle kentsel kesimde bir türlü etkin hale getirilememiştir [Sur, 2002].

3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinden Önceki Dönem

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinden önceki dönemde evde bakım ile ilgili hükümler bugünkü anlamda evde bakım tanımına tam uymamakta olup, daha ziyade evde hasta muayenesi, ev ziyaretleri ve bulaşıcı hastalıklarda alınacak önlemlerle ilgilidir. Bu dönemde evde bakım ile ilgili hükümler ;

- a) Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin yürütülmesine,
- b) Hekimlerin evde hasta muayenesi yapmalarına ,
- c) Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tanısı, tedavisi ve izlenmesine, yönelik olarak gruplandırılabilir.

3.2.1. Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Yürütülmesine Yönelik Hizmetler

Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 154. Maddesi'nde doktorların ve ebelerin fakir kadınların doğumlarına yardım etmek zorunda oldukları, Vilayet Sıhhat Müdür ve Hükümet Tabipleri ile Belediye Sağlık İşleri Müdür ve Belediye Tabiplerine Ait Vazife Talimatnamesi'nin Sıhhat ve İçtimai Muayene Müdürleri ile ilgili 22. Maddesinde ebe ve hemşirelerin ana ve çocuk sağlığının korunması ve çocuk ölümlerini azaltacak tedbirlerin alınması konusundaki sorumlulukları, hamile kadınların doğuma kadar takipleri, doğumdan sonra da anne ve yeni doğanın takibindeki sorumlulukları vurgulanmaktadır. Burada da görüldüğü gibi evde bakımdan ziyade hasta tedavisi ile ilgili kanunlar bulunmaktadır.

3.2.2. Hekimlerin Evde Hasta Muayenesi Yapmalarına Yönelik Hizmetler

Vilayet Sıhhat Müdür ve Hükümet Tabipleri ile Belediye Sağlık İşleri Müdür ve Belediye Tabiplerine Ait Vazife Talimatnamesi'nin hükümet tabipleri ile ilgili 102. Maddesi'nde resmi çalışan doktorların mesai saatleri dışında çalıştırılmayacakları, ancak; hayati öneme sahip hastaları muayene ve tedavi için evlerine gitmeleri gerekebileceği, bu durumda da doktorun, hasta ve sahibinden ücret talep edemeyeceği ancak ulaşımının hasta sahibi tarafından sağlanacağı belirtilmektedir. Aynı Talimatnamenin belediye tabibinin vazifelerini açıklayan bölümünde, 56. Maddede doktorun, çalıştığı sağlık kurumuna gelemeyecek halde bulunan fakir ve muhtaç hastaların evlerine giderek muayene ve tedavilerini yapacağından söz edilmektedir.

3.2.3. Bulaşıcı Hastalıkların Önlenmesi, Tanısı, Tedavisi Ve İzlenmesine Yönelik Hizmetler

Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 67. Maddesi'nde bulaşıcı hastalık olgularının varlığında doktorun hastanın evine girmeye ve hastayı ve evdeki diğer bireyleri muayene etmeye ve bilgi toplamaya hakkı olduğu belirtilmektedir. 72. maddede bulaşıcı hastalık şüphesinde doktorun hastayı yada hasta olduğundan şüphelendiği kişiyi evde tecrit ve gözlem altına alabileceği belirtilmektedir. Vilayet Sıhhat Müdür ve Hükümet Tabipleri ile Belediye Sağlık İşleri Müdür ve Belediye Tabiplerine Ait Vazife Talimatnamesi'nin hükümet tabipleri ile ilgili 4. Maddesi'nde doktorun bulaşıcı hastalık ihbarında olay yerine giderek muayene yapması konusu dile getirilmektedir.

3.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi İle Başlayan Dönem

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224 sayılı Kanun 05.01.1961 tarihinde kabul edilmiş olup, birinci maddesinde “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi”nde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir” denilmektedir [Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkında Kanun, 1984: 224-231]. 224 sayılı kanuna bağlı olarak çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmeliğin, sağlık kuruluşunda görevli personelin yetki ve sorumluluklarını açıklayan 5. maddesinde köy ebelerinin halk sağlığı hemşiresinin direktiflerine göre, ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini ve ev ziyaretlerini yapacaklarından bahsedilmektedir.

Aynı yönetmeliğin 6. maddesinin i bendinde uzman doktorların, sağlık ocağı doktorunun daveti üzerine konsültasyon için eve hasta muayenesine gideceklerinden, bu muayenelerin ücrete tabi olmadığından, j bendinde ise çalışma saati içinde evde hasta muayenesinin iş programına ve takdire bağlı olduğundan ve ev ziyaretine resmi araç ile gidileceğinden bahsedilmektedir. 154 Sayılı Yönerge'nin Ana ve Çocuk Sağlığı

Başkanlığı bölümünde; Ana ve çocuk sağlığı kuruluşlarının doğum sonrası anne ve çocukların durumlarını denetlemek için evlere ziyaret yapılmasını sağlayacağından söz edilmektedir.

154 sayılı Yönerge'nin Verem Savaş Dispanserleri ile ilgili bölümünde, sağlık ocağı ve sağlık evi personeli tarafından hastaların evde, ayakta tedavilerinin izleneceği ve hasta ailelerinin eğitimlerinin dispanser ziyaretçi hemşiresi tarafından denetleneceği dile getirilmektedir.

154 Sayılı Yönerge'nin Sağlık Ocaklarının görevleri bölümünde; istek karşısında sağlık ocağı personeli tarafından evlerde doğum yaptırabileceğinden, doktorun görüşü gereğince, evde uygulanması zorunlu enjeksiyon ve pansumanların, görevlendirilecek ocak personeli tarafından yapılacağından bahsedilmektedir [Ünlüoğlu ve diğ., 1998:95].

154 sayılı Yönerge'nin sağlık evleri ile ilgili bölümünün 3. maddesinde ise köy ebesinin bölgesi içinde bulunan veremlileri evlerine ziyaret yaparak ev halkını, hasta bakımı ve mikroptan korunma konusunda aydınlatacağından ve eğiteceğinden, hastanın ilaçlarını düzenli kullanıp, kullanmadığını araştıracağından söz edilmektedir [Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, 1984: 244-300].

Evde bakım hizmetleri Maliye Bakanlığı Bütçe Uygulama Talimatlarında yer almamaktadır. Bu durum, evde bakım hizmetlerinin önünde önemli bir engeldir [Çimete, 1998]

Evde bakım kavramını tekrar hatırlamak gerekirse; Evde bakım; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici, sağlık bakımı sürekliliğinin etkili biçimde sürdürülmesi amacını güden bir sağlık hizmetidir. Evde bakım kavramı, kronik hastalıkların izlenme ve tedavisi, son dönem sorunları, fizik tedavi, konuşma tedavileri, solunum tedavileri, bazı ilaç uygulamaları, total parenteral beslenme gibi önceleri hospitalizasyona gerek duyulan birçok önemli sağlık sorununa yönelik hizmet gereksinimlerinin karşılanmasını

amaçlamaktadır. Evde bakım, profesyonel bakım elemanlarının, hastanın evinde uyguladığı, resmi ve düzenli bir bakım programıdır.

Yukarıda belirtilen maddelerde görüldüğü gibi, 224 sayılı Yasa'nın kabulünden sonraki dönemde, evde bakım hizmeti birinci döneme göre daha belirgin vurgulanmış, tedavi edici hizmetleri de kapsamış daha çok ana-çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar üzerine yoğunlaşmış olup, özellikle halk sağlığı hemşirelerinin ve köy ebelerinin yükümlülükleri açıkça belirtilmiştir. Fakat; kronik hastalıkların izlenmesi, fizik tedavi, son dönem sorunları ve postoperatif hastaların evde bakımı gibi konuların yeterince yer almadığı görülmektedir.

3.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik Taslağı

Sağlık Bakanlığı tarafından Mayıs 2004 tarihinde çıkarılan evde bakım hizmetlerinin sunumu hakkında yönetmelik taslağı, ülkemizde ilk defa evde bakım hizmetleri ile ilgili konunun gündeme gelmesini sağladığından ve evde bakım hizmetlerinin sunumu, evde bakım hizmetlerini sunacak kurumlarla ilgili maddeler içermesinden dolayı önemlidir.

Bu yönetmelik taslağında evde bakım hizmetlerinin amacı, kapsamı açıklanmış, evde bakım hizmetlerini verebilecek ilgili sağlık kuruluşları, sağlık kuruluşunun açılması hakkında gerekli kriterler belirlenmiş, personelin çalışma standartları açıklanmıştır. Aynı zamanda evde bakım hizmeti verecek kuruluşun fizik alt yapı standardı ve donanım standartları belirlenmiş, açılacak kurumun verebileceği hizmet kapsamı ve bu hizmetleri bireylere nasıl sunacakları açıklanmıştır. Ayrıca evde bakım hizmeti verecek kurumun kayıt sistemi, hangi hastaların ve hastalıkların bu hizmet kapsamına girdiği, hastanın evde bakıma kabulü ve evde bakımdan taburcu edilmesi ile maddeler de belirtilmiştir. Bu maddeler aşağıda kısaca açıklanacaktır.

3.3.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Amacı Ve Kapsamı

Yönetmelikte evde bakım hizmetlerinin amacı şu şekilde belirtilmiştir:

Bu Yönetmeliğin amacı; fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının, açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşlarının, özel hukuk tüzel kişilerin ve gerçek kişilerin uymakla zorunlu olduğu usul ve esasları düzenlemektir denmektedir [Sağlık Bakanlığı, 2004].

Yönetmeliğin kapsamı ise, evde bakım hizmeti verecek kişi ve kuruluşların sahip ve işletenlerini ve bunların faaliyetlerini kapsar şekilde belirtilmiştir.

3.3.2. Sağlık Kuruluşlarının Türleri ve Açılmasına Yönelik Maddeler

Yönetmelikte, sağlık kuruluş türü olarak iki şekilde açılabileceği belirtilmiştir. Merkez olarak adlandırılan sağlık kuruluşu, tabip sorumluluğunda açılan ve gerekli asgarî standart donanım ve personel desteği ile müstakil olarak açılan ve evde bakım hizmetleri sunulan özel sağlık kuruluşlarıdır diye belirtilmiştir. Ülkemizde genelde evde bakım hizmetleri yönetmelikte merkez diye adlandırılan özel evde bakım büroları yoluyla verilmektedir.

Yönetmelikte belirtilen diğer bir sağlık kuruluşu türü olan birimler ise, hastane, tıp merkezi, poliklinik gibi kendi mevzuatına göre ruhsatlandırılmış özel sağlık kuruluşları bünyesinde, gerekli asgarî standart donanım ve personel desteği ile evde bakım hizmetleri sunulan özel sağlık kuruluşlarıdır diye tanımlanmıştır.

Yönetmeliğin 8.maddesinde ise evde bakım hizmeti verecek olan sağlık kuruluşunun açılması ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Merkez olarak açılacak olan sağlık kuruluşlarının özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişilerce müstakil olarak açılıp işletilebileceğini, Birimler ise; 09/03/2000 tarihli ve 23988 sayılı Resmî Gazete'de

yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre açılan tıp merkezleri, poliklinikler ile özel hastaneler mevzuatı uyarınca ruhsatlandıran özel hastaneler bünyesinde birim şeklinde açılabileceğini belirtmişlerdir. Bireylerin evde bakım kurumu açabilmesi için başvurma koşulları da 8. madde de detaylı bir biçim de açıklanmıştır [Ek de yer verilecektir].

3.3.3. Personel Standartlarına Yönelik Maddeler

Evde bakım hizmetlerinin sunumu hakkında yönetmelik taslağının üçüncü bölümünde ise, açılacak evde bakım kuruluşunda çalışacak personelin özellikleri açıklanmıştır. Buna göre merkez olarak açılacak sağlık kuruluşunda hekim olan bir mesul müdürün olması gerektiği, mesul müdürün bulunmadığı ve merkezin hizmet verdiği saatlerde yetki devri yaptığı bir hekim bulunması gerektiğinden söz edilmektedir ve mesul müdürün diğer görevleri belirlenmiştir.

Bundan başka üçüncü bölümde evde bakım hizmetinde çalışacak olan hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen ve sağlık destek personelinin görevleri açık bir şekilde belirtilmiştir. Buna göre, merkez olarak açılacak evde bakım hizmeti verecek sağlık kuruluşunda mesul müdür olmak kaydıyla en az 1, hastane veya tıp merkezinde açılacak olan evde bakım hizmeti kuruluşunda ise en az 2 doktor bulunması şartı getirilmiştir.

Merkez veya birim olarak hizmet verecek sağlık kuruluşunda tam zamanlı en az 4 hemşirenin görev yapması gerektiği, ayrıca her 30 hasta için bir uzman hemşire bulunması gerektiği belirtilmiştir.

Yönetmelikte bakım destek personelinin de açık bir şekilde görev kriterleri belirlenmiştir. Bakım destek personeli için sağlık ve bakım ilkeleri konusunda en az 3 haftalık bir eğitim almış olan en az lise ve dengi okul mezunu kişi olması şartı getirilmiştir.

Yönetmelikte ayrıca sağlık personelinin Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili olması ve bütün personelin yüz kızartıcı, şeref ve haysiyet kırıcı suçlardan dolayı hapis cezasına mahkum olmaması şartı getirilmiştir.

3.3.4. Fizik Alt Yapı Standardı Ve Donanımı İle İlgili Hükümler

Bu hükümlerde ise evde bakım hizmeti veren veya verecek olan sağlık kuruluşlarının bina yapısı ve binanın içinde hangi bölümler olması gerektiği açıklanmıştır. Buna göre merkez veya birim olarak açılacak bir sağlık kuruluşunda şu bölümlerin bulunması zorunluluğu getirilmiştir; başvuru ve müşteri hizmetleri bölümü, çağrı merkezi soyunma-giyinme odası, çalışma odası, eğitim odası, malzeme odası, büro, atık toplama bölümü, arşiv bölümü, tuvalet ve lavabo.

3.3.5. Çalışma Usul Ve Esasları İle İlgili Hükümler

Bu bölümde evde bakım hizmeti ile verilebilecek hizmetlerin neler olduğu ve faaliyet alanları belirtilmiştir. Evde bakım hizmeti iki temel alanda verilir. Bunlar;

- Hastanede yatmasını gerektirmeyecek şekilde tıbbi tedavisi ve bakımı devam edecek hastalara verilecek hizmet
- Herhangi bir tıbbi tedavi gerektirmeyen ancak kendine bakamayacak günlük aktivitelerini tek başına yapamayacak durumda olan bakıma muhtaç kişilere verilecek hizmet olarak tanımlanmıştır.

Evde bakım hizmeti sunan sağlık kuruluşunun faaliyet alanları ise şöyle belirlenmiştir;

- 24 saat hemşire ve hastabakıcı tarafından verilen bakım hizmeti,
- Rehabilitasyon, psikolojik yardım hizmetleri (Fizik tedavi ve rehabilitasyon, psikiyatri uzmanı sorumluluğunda)
- Hemşirelik hizmetleri

- İnfüzyon hizmetleri (ilaçların iv. im. Uygulamaları, TPN vb)
- Postoperatif bakım (tüm yaralar, pansuman vb.)
- Enteral beslenme takip ve eğitimi
- Periton diyalizi takip ve eğitimi
- Kronik hastalıkların takibi ve hasta ve ailesi eğitimi (KOAH, hipertansiyon, diabet, hormonal hastalıklar, osteoporoz, kronik karaciğer hastalıkları, noromuskular hastalıklar, alzheimer vb.)
- Sağlam kişi takibi ve eğitimi
- Yeni doğan bebek bakım ve anne eğitimi
- Yaşlı takibi ve eğitimi
- Kemoterapi (Bu hizmet, ilaçların hazırlanması için hastane eczanesi ile anlaşma olması gerekmekte ve bir onkolog sorumluluğunda) olarak belirlenmiştir.

Yönetmelikte hizmetin sunumu ile ilgili esaslar ise: Evde bakım hizmetinde devamlılık esastır. Bu devamlılık, gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dahil olmak üzere 24 saat kesintisiz hizmet verilmesini kapsar. Devamlılığın sağlanması için merkezde yeterli personel ve çağrı merkezi bulunacaktır. Hastaların merkeze ulaşabilmeleri için gerekli telefon numaraları kendilerine verilecektir. Sağlık kuruluşunun hizmet vereceği alana göre çalışma saatleri belirlenir şeklinde açıklanmıştır.

3.3.6. Kayıt Sistemi ve Bildirim

Yönetmelikte kayıt sisteminin önemli olduğu vurgulanmıştır. Sağlık merkezinden hizmet alacak herkesin bir dosyasının olması gerektiği ve hasta hakkında tüm bilgilerin bu dosyada mevcut olması gerektiği açıklanmıştır. Hasta dosyasını istediği takdirde sağlık kuruluşundan alabilecektir.

Evde bakım hizmeti merkezlerinin uygulama ve uygulama sonuçları, 3 ayda bir genel müdürlüğe bildirilecek, genel müdürlük de sonuçları inceledikten sonra isterse sağlık kuruluşunu denetleyebilecektir.

3.3.7. Hastanın Evde Bakıma Kabulü ve Evde Bakımdan Taburcu Edilmesi ile İlgili Hükümler

Yönetmeliğin bu bölümünde; bireyin evde bakıma kabulü için hangi şartlar gerektiği açıklanmıştır. Hastanın yaşadığı ortamın evde bakım vermeye uygun olmasının gerektiği, hastanın evde bakım verilen kuruluşla aynı coğrafi bölgede ikamet etmesi gerektiği, hastanın ırkı, rengi, inancı, cinsiyeti, doğum yeri, etnik kökeni, yaşı, zihinsel yada bedensel engeli ve iletişim rahatsızlığı, kabul açısından hiçbir şekilde olumsuz etken olarak değerlendirilmeyeceği dile getirilmiştir. Ayrıca bu bölümde hastanın evde bakımdan taburcu edilmesi ve hastaya hangi durumlarda evde bakım verilemeyeceği belirlenmiştir. (Ek)'de verilmiştir.

Yönetmeliğin son bölümünde ise; daha önce açılan ve halen işletilmekte olan evde bakım hizmeti veren kuruluşlarla ilgili hükümler yer almaktadır. Bunlar, yönetmeliğin kabulünden sonra daha önce evde bakım hizmeti veren kuruluşların altı aylık bir süre zarfında yönetmelikte belirtilen maddelere uyması gerektiği belirtilmiştir. Eğer evde bakım kuruluşu bu altı ay içinde faaliyetlerini tamamlayamasa bir defaya mahsus olmak üzere üç aylık ek bir süre verilebileceği, fakat bu üç aylık süre sonunda da eksiklerini tamamlayamayan sağlık kuruluşunun Valilikçe faaliyetten men edileceği belirtilmiştir.

Görüldüğü gibi sağlık mevzuatımızda evde bakım hizmetleri ile ilgili boşluklar vardır. Bunlar; evde bakıma ihtiyacı olan hastanın hakları, evde bakım verilebilecek hastalarının finansmanı, bu hizmet hangi kurumlar aracılığıyla verilecek, hangi hastalık gruplarına evde bakım hizmeti verilecek ve bu hizmeti verecek ekip hangi kişilerden oluşacağı konusunda hiçbir ibareye rastlanılmamıştır. İlk defa Mayıs 2004'te Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan evde bakım hizmeti yönetmeliği bu hizmetlerin ilerlemesinde önemli bir adım olacak gibi görünmekle birlikte, evde bakım hizmeti alanındaki açığı her yönden kapatacak gibi görünmemektedir. Bu yönetmelik sadece özel evde bakım şirketleri ile özel hastane ve benzeri sağlık kuruluşlarını ilgilendiren bir yönetmeliktir. Devlet kurumlarında evde bakım hizmetinin nasıl verileceğine dair, sosyal güvencesi olan bireylerin bu hizmetlerden nasıl yararlanacağına dair hiçbir ibareye rastlanmamıştır. Evde bakım hizmetinin finansmanını sağlayacak bir devlet kurumu

olmadığı için bu hizmetten ekonomik düzeyi yüksek olan kimseler dışında kimse yararlanamayacaktır. Bu yönetmelik özel evde bakım kuruluşlarının hizmetlerinin daha kaliteli ve denetim altında olmasını sağlayacaktır. Böylece belli standartları sağlayamayan şirketler evde bakım hizmeti veremeyecektir.



4. EVDE BAKIM HİZMETİNDE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİNİ ÖLÇMEYE YÖNELİK BİR UYGULAMA

Evlerde sağlık bakım hizmeti en eski sağlık bakımı sunumu yöntemidir. Geleneksel olarak, sağlık hizmetleri yüzyıllarca evlerde verilmiştir. Modern teknoloji hastanelerde mümkün olan her türlü hizmetin, evlerde de sağlanabileceği bir noktaya ulaşmıştır. Bu yöntemin diğer sağlık hizmetlerine göre en masrafsız olduğuna dair kesin kanıtlar vardır. Bütün bunların yanı sıra hastaları ve yakınları en çok tatmin eden yöntemdir.

Toplumda, evlerde verilen sağlık hizmetlerine giderek artan bir talep vardır. Bu talep geleneksellik, teknoloji ve verimlilik gibi bir çok sebebe bağlanabilir. Toplumun giderek bu yönde artan talebi, bu hizmetin kısa sürede yaygınlaşmasına ve “ Evde Bakım Hizmeti”nin Geleceğin Sağlık Hizmeti Yöntemi olmasına yol açmaktadır [Val, 1985: 7-8].

Evde bakım hizmetlerinin önemine istinaden yukarıda değinilmiş olan hususların ışığında ve bu hizmetten faydalanmış kişilerle yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular paralelinde oluşturulmuş olan bu araştırmanın genel amacını; evde bakım hizmetini almış kişilerin almış oldukları hizmete yönelik tutum, görüş, memnuniyet veya memnuniyetsizliklerini belirlemek, bu konudaki eksiklikleri ve sorunları ortaya çıkarmak oluşturmaktadır. Ayrıca tespit edilen sorunlara yönelik çözüm önerileri de sunularak, evde bakım hizmeti konusunda ihtiyaç duyulan iyileştirilmelerin sağlanması ve bu konuya yaygınlık kazandırılması amaçlanmaktadır.

4.1. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma İstanbul'daki özel evde bakım büroları veya kamu kurumlarından evde bakım hizmeti alan bireylerin müşteri memnuniyetini ölçmek üzere planlanmış ve bu kurumları belirlemek amacıyla İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurumların isim ve adreslerine ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak özel hemşirelik ve evde bakım veren kurumlara ilişkin hiçbir kayıta rastlanmamıştır. Daha sonra gazete ilanları ve bağlantı kurulan kurumlar aracılığıyla bu kurumlar belirlenmeye çalışılmış ve İstanbul'da

toplam 50 tane özel hemşirelik ve evde bakım hizmeti veren kurum belirlenerek araştırmanın evrenine alınmıştır. Ayrıca evde bakım hizmetini herhangi bir kuruma bağlı olmadan hastaneden taburcu olan hastalara evde bakım hizmeti veren dört hemşirenin baktığı evde bakım hastaları araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Belirlenen 50 tane kurumla yapılan görüşmelerde araştırmanın amacı açıklanarak çalışma için izin istenmiş ve sadece dört evde bakım veren kurum araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmayı uygulamayı kabul eden kurumlardan da biri evde bakım hizmeti alan kişilere anketi kabul ettiremediklerini, hizmeti alan kişilerin ankete zaman ayıramayacaklarını ve bu kişilerin izni olmadan uygulayıcıya bilgi veremeyeceklerini ifade ederek araştırmaya katılmaktan vazgeçmiştir.

Ulaşılan kurumlardan yalnız birisinde evde bakım hizmetinin tam sunabilecek bir ekibin varlığı söz konusudur. Bu ekip hemşirelerin ağırlıkta olduğu, hekim, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sağlık destek personeli, hasta bakıcıdan oluşmaktadır. Ayrıca bu kurumda ambulans, laboratuvar ve malzeme/cihaz desteği sağlamaktadır. Tıbbi cihazlar ve hasta bakımı sarf malzemeleri kurum tarafından ücret karşılığında, ilaçlar ise hasta tarafından temin edilmektedir. Evde bakım hemşireleri bu kurumda yarı zamanlı ve tam zamanlı olarak çalışmaktadır.

Ulaşılan kurumlardan kamu statüsünde bulunan bir diğer kurumda ise evde bakım hizmetlerini sunacak tam bir ekipten bahsetmek mümkün değildir. Özel kurumların sağladığı evde bakım hizmetiyle kıyaslandığında kamusal kurumların sağladığı evde bakım hizmetinin çok daha sınırlı imkanlarla bu faaliyeti gerçekleştirdiği gözlenmektedir. Bu durum evde bakım hizmeti veren ekipteki personel eksiklikleri olabildiği gibi, ihtiyaç duyulan diğer tıbbi araç ve gereçlerde de çok sayıda yetersizlikler nedeniyle oluşabilmektedir. Bu bir olumsuzluk teşkil etse bile hizmetin ücretsiz olarak sunuluyor olması özellikle ekonomik durumu iyi olmayan hastalar açısından tercih nedeni olabilmektedir.

Araştırmanın örnek kütlesi, tanımlanan evrendeki her elemanın eşit ve bağımsız seçilme şansına sahip olduğu tesadüfi örnekleme yoluyla belirlenmiştir. Çalışmanın örnek

kütlesini evde bakım hizmetinden faydalanmış olan 80 kişi oluşturmuştur. Bu kişilerden birincil veri edinme yöntemlerinden olan anket çalışması yoluyla konu hakkında bilgiler alınmış ve analize tabi tutulmuştur. Görüşmecilere ulaşabilme noktasında telefon, internet, yüz yüze görüşme gibi yöntemler kullanılmıştır. Ankette;

- Demografik sorular
- Evde bakım alınan hizmet türüne yönelik,
- Evde bakım hizmetine neden ihtiyaç duyulduğuna yönelik,
- Evde bakım hizmeti verecek personeli nasıl bulunduğuna yönelik,
- Evde bakım hizmetini alma süresine ve maliyetine yönelik,
- Verilen evde bakım hizmetinin kalitesinin ölçülmesine yönelik,
- Personelin verdiği hizmetlerin güvenilirliğine yönelik,
- Verilen evde bakım hizmetinin ihtiyaçların karşılayıp karşılamadığına yönelik,
- Evde bakım hizmeti alınan kurumdan memnuniyete yönelik,
- Evde bakım hizmetlerinin daha iyi olması için önerilerinin alınmasına yönelik sorulara yer verilmiştir.

Ankette açık uçlu, kategori, liste ve likert tipi sorular yöneltilmiştir. Bu sorulara cevap ararken, ankete katılan görüşmecilerin, isimlerini veya onları ima edebilecek şekilde söz edilmeyeceğine, deşifre olmayacaklarına yönelik güvence verilmiş ve çalışma esnasında da bu duruma gerekli hassasiyet gösterilmiştir.

4.2. Araştırmanın Kısıtları

Evreni oluşturan ve evde bakım hizmeti almış olan kişilere ulaşma konusunda çeşitli sıkıntılar çekilmiş, kurumlar türlü gerekçelerle hizmet verdikleri müşterilerin isimlerini açıklamada isteksiz davranıp, yeterli desteği sağlamamışlardır. Ulaşılan bir kısım müşteri ise böyle bir çalışmaya iştirak etme konusunda çekingen davranmışlardır. Bir kısmından ise sağlıklı veriler alınamamıştır.

Spesifik olarak sektörde sunulan hizmete yönelik memnuniyetin ölçülmesi ve geri bildiriminde yetersizlikler yaşanmaktadır. Bu da somut verilere ulaşmayı zorlaştırmaktadır.

Elde edilen hizmet almış kişilerin adreslerine ulaşmada gerek İstanbul şehrinin büyüklüğü gerekse de zaman içerisinde yapılmış adres değişiklikleri nedeniyle zorluk çekilmiştir. Ayrıca hizmet almış bazı kişilerde geçen zaman içerisinde başka nedenlerden ötürü hayatlarını yitirmiştir.

4.3. Araştırma Bulguları

Bu bölümde araştırma kapsamında bulunan evde bakım hizmeti almış 80 kişi üzerinde gerçekleştirilen evde bakım hizmeti memnuniyetine yönelik yapılan anket çalışması bulgularına yer verilmiştir. Anket verileri ile hazırlanmış tablolar sunulduktan sonra elde edilen değerlerin bilimsel açıdan istatistiki yorumlarına gidilmiştir.

Tablo 7. Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Demografik Özellikleri (n:80)

ÖZELLİKLER		n	%
Yaş	0-1 yaş	11	13,8
	2-20 yaş	4	5,0
	21-40 yaş	7	8,8
	41-60 yaş	19	23,8
	61-75 yaş	31	38,8
	75 üstü	8	10,0
	Toplam	80	100,0
Cinsiyet	Bay	29	36,2
	Bayan	51	63,8
	Toplam	80	100,0
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	23	28,8
	Okur-yazar	4	5,0
	ilkokul	24	30,0
	Ortaokul	6	7,5
	Lise	14	17,5
	Üniversite ve üstü	9	11,3
	Toplam	80	100,0
Medeni Durumu	Evli	28	35,0
	Bekar	17	21,3
	Dul	32	40,0
	Boşanmış	3	3,8
	Toplam	80	100,0
Sosyal Güvence	Yok	37	46,3
	Emekli Sandığı	11	13,8
	Sosyal Sigortalar Ku.	14	17,5
	Bağ-kur	5	6,3
	Özel Sigorta	11	13,8
	Yeşil Kart	1	1,3
	Yaşlı Aylığı	1	1,3
	Toplam	80	100,0

Evde bakım hizmeti alan bireylerin demografik özellikleri incelendiğinde (Tablo 7) %38,8'inin 61-75 grubunda, %63,8'inin bayan, %30'unun ilkokul mezunu olduğu, %40'ının dul olduğu görülmektedir. Hastalık gruplarının incelendiğinde %41,1'inin diabet ve/veya hipertansiyon, %27,5'inin hemipleji (felç) yani daha çok kronik hastalıklar, yaşlılık çağında görülen hastalıklar olduğundan dolayı hastalıkla eğitim durumu arasında bir paralellik yoktur. Evde bakım hizmeti alan bireylerin sosyal güvencesine bakıldığında % 46,3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı, %17,5'unun sosyal sigortalar kurumuna bağlı olduğu, %13,8'inin emekli sandığına bağlı olduğu, %13,8'inin sosyal güvencesinin özel sigorta olduğu belirlenmiştir. Yukarıda da görüldüğü gibi, evde bakım hizmetinden yararlananların büyük çoğunluğunu belirli bir

yaşın üstünde olan ve yaşlılığında getirmiş olduğu birtakım etkilerden dolayı böyle bir hizmete ihtiyaç duyan ve aynı zamanda hiçbir sosyal güvencesi olmayanlar oluşturmaktadır. Sosyal güvencesi olmayan grup incelendiğinde 37 kişiden 27'si yani %72,9'u bedelsiz olarak bir kamu kurumundan bu hizmeti sağlamıştır. Böyle bir karar alımında etken olan faktörse ekonomik zorunluluklardır. Bu hizmetten faydalananların büyük bir çoğunluğunun bayanlardan oluşuyor olmasının temel sebebi ise; bakıma ihtiyaç duyulduğu noktada bayanların baylara oranla çok daha özverili ve yeterli olmalarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 8. Evde Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarına Ait Demografik Özellikler (n:38)

ÖZELLİKLER		n	%
Yaş	2-20 yaş	-	-
	21-40 yaş	15	39,7
	41-60 yaş	18	47,3
	61-75 yaş	5	13,0
	75 üstü	-	-
	Toplam	38	100,0
Cinsiyet	Bay	3	7,9
	Bayan	35	92,1
	Toplam	38	100,0
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	3	7,9
	Okur-yazar	-	-
	İlkokul	8	21,0
	Ortaokul	2	5,3
	Lise	8	21,0
	Üniversite ve üstü	17	44,8
Toplam	38	100,0	
Medeni Durumu	Evli	31	81,5
	Bekar	4	10,5
	Dul	2	5,3
	Boşanmış	1	2,7
	Toplam	38	100,0
Sosyal Güvence	Yok	6	15,7
	Emekli Sandığı	6	15,7
	Sosyal Sigortalar Ku.	13	34,3
	Bağ-kur	4	10,6
	Özel Sigorta	8	21,0
	Yeşil Kart	-	-
	Yaşlı Aylığı	1	2,7
	Toplam	38	100,0

Tablo 8’de araştırmaya katılan anketi cevaplayamayacak durumda olan evde bakım hizmeti alan bireylerin yakınlarının sosyo demografik özelliklerine göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 8 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan hastaların yakınlarının büyük çoğunluğunun (%47,3) 41-65 yaş grubunda olduğu, %92,1’inin bayan olduğu ve %81,5’unun evli olduğu görülmektedir. Evde bakım hizmeti alan bireylerin yakınlarının %44,8’inin üniversite ve üstü okul mezunu, %21’inin lise ve %21’inin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının sosyal güvencesine bakıldığında; %34,3’ünün sosyal sigortalar kurumuna bağlı olduğu, %21’inin ise özel sigortaya sahip oldukları saptanmıştır. Yukarıda da görüldüğü gibi evde bakım hizmeti alan bireylerin yakınlarının büyük bir çoğunluğu bayanlardan oluşmaktadır. Hasta yakınlarının bayanlardan oluşuyor olmasının temel sebebi ise; daha öncede açıkladığımız gibi bakıma ihtiyaç duyulduğu noktada bayanların baylara oranla çok daha özverili ve yeterli olmalarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 9. Evde Bakım Hizmeti Alınan Hizmet Türlerinin Dağılımı (n:80)

Hizmetin Türü		n	%
Hemşire	Evet	78	97,5
	Hayır	2	2,5
	Toplam	80	100,0
Fizyoterapist	Evet	17	21,3
	Hayır	63	78,8
	Toplam	80	100,0
Psikoterapist	Evet	-	-
	Hayır	80	100
	Toplam	80	100,0
Solunum Terapisti	Evet	4	5,0
	Hayır	76	9,5
	Toplam	80	100,0
Cihaz	Evet	8	10,0
	Hayır	72	90,0
	Toplam	80	100,0
Hekim	Evet	33	41,3
	Hayır	47	58,8
	Toplam	80	100,0

Tablo 9'un devamı

Diyetisyen	Evet	1	1,3
	Hayır	79	98,8
	Toplam	80	100,0
Bebek Bakımı(Yenidoğan)	Evet	12	15
	Hayır	68	85
	Toplam	80	100,0
Hasta Bakıcı	Evet	7	8,8
	Hayır	73	91,3
	Toplam	80	100,0
Sağlık Destek Personeli	Evet	4	5
	Hayır	76	95
	Toplam	80	100,0
Konuşma Terapisti	Evet	-	-
	Hayır	80	100
	Toplam	80	100,0

Evde bakım hizmeti almış olan bireylerin hangi hizmetleri aldıklarına yönelik oluşturulan Tablo.8'de bireylerin %97,5'unun evde bakım hizmeti olarak hemşirelik hizmeti aldığı, %41,3'ünün hekim hizmeti aldığı,%21,3'ünün fizyoterapist ve %15'inin evde bakım hizmeti olarak bebek bakımı hizmeti aldığı görülmektedir. Bu da hastaların hekim tarafından tedaviye değil de daha çok hemşirelik bakımına ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Tablo 10. Evde Bakım Hizmeti Almış Olan Bireylerin Hizmete İhtiyaç Nedenleri
(n:80)*

İhtiyaç nedenleri	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Hastalığım nedeniyle kendime bakacak güçte değilim	21	26,3	59	73,8
Evde bana bakacak kimse olmadığı için	11	13,8	69	86,3
Doktorum istediği için	5	6,3	75	93,8
Hastanede yapılacak bir işlem olmadığı ve tedavinin evde devam etmesi gerektiği için	47	58,8	33	41,3
İlaçların düzenli verilip tedavilerin uygulanması için	41	51,3	39	48,8
Hastalığıma özgü bakım uygulamaları ve gereksinimlerin karşılanması için	44	55	36	45
Yalnızlığımın giderilmesi, arkadaşlık yapılması için	3	3,8	77	96,3
Rehabilite edici hizmetler sırasında yardım edilmesi için	8	10,0	72	90
Diğer	29	36,3	51	63,7

* Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

Tablo 10'de evde bakım hizmeti alan bireylerin bu hizmete neden ihtiyaç duyduklarına yönelik bilgilerin dağılımı sunulmuştur. Tablo 10'de görüldüğü gibi, evde bakım hizmeti alan bireylerin %58,8'inin bu hizmete "hastanede yapılacak bir işlem olmadığı ve tedavinin evde de devam etmesi gerektiği" için ihtiyaç duydukları saptanmıştır.

Ayrıca evde bakım hizmeti alan bireylerin büyük bir çoğunluğunun evde bakım hizmetine gereksinim duydukları diğer alan ve nedenler şöyle sıralanabilir: %55'i evde bakım hizmetini hastalığına özgü bakım uygulamaları ve gereksinimlerinin karşılanması için, %51,3'ü ise ilaçların düzenli verilip tedavilerin uygulanması için evde bakım hizmetine gereksinim duymuştur. Bu hizmeti alan bireylerden %26,3'ünün ise bu hizmete "hastalığı nedeniyle kendine bakacak durumda olmadığından "gereksinim duyduğu saptanmıştır.

Evde bakım hizmeti alan bireylerin bu hizmete en az gereksinim duydukları alan ve nedenler ise, %3,8 ile "yalnızlığın giderilmesi/arkadaşlık yapılması" olarak tespit edilmiştir.

Tablo 11. Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Bu Hizmeti Verecek Personeli Nasıl Temin Ettiklerini Gösteren Bilgilerin Dağılımı (n:80)

ÖZELLİKLER	n	%
Gazeteye ilan verdik	1	1,3
Hastanenin ilgili bölümlerine başvurduk	30	37,5
Özel evde bakım bürolarına başvurduk	5	6,3
Ne yapacağımızı bilemedik	4	5
Diğer (belirtiniz....)	40	50
Total	80	100

Tablo.11'de evde bakım alan bireylere evde bakım hizmeti verecek personeli nereden buldukları sorulduğunda bireylerin %50'si bu soruya "diğer" cevabını vermişlerdir. Nasıl buldukları araştırıldığında ise araştırmaya katılan evde bakım alan bireylerin büyük bir çoğunluğu; İstanbul Belediyesi'nin yaptığı tespit sırasında evde bakıma ihtiyaca olan bireyleri Belediye'nin kendisinin bulduğunu ifade etmişlerdir. Diğer bir kısmı ise evde bakım verecek personeli tanıdık vasıtası ve doktor tavsiyesi ile bulduklarını ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan bireylerden %37,5'unun ise evde bakım verecek personeli bulmak için, "hastanelerin ilgili bölümlerine (yapılan araştırmada bu bölümün daha çok Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü olduğu görülmüştür) başvurduğu tespit edilmiştir. %6,3'ünün ise bu hizmeti verecek personeli bulmak için özel evde bakım bürolarına başvurduklarını belirtmişlerdir.

Evde bakım hizmeti alan bireylerin evde bakım verecek personeli temin etmek için en az başvurduğu yöntem ise gazeteye ilan vermek (%1,3) olarak saptanmıştır.

Tablo 12. Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Bu Hizmeti Alma Süresi (n:80)

Hizmeti Alma süresi	n	%
1 ay veya daha az	14	17,5
2 ay-6 ay	18	22,5
7 ay-1 yıl	11	13,8
1 yıl üstü	37	46,3
Total	80	100

Tablo 12’de evde bakım hizmeti alan bireylerin bu hizmeti ne kadar süre ile aldığını gösteren bilgilerin dağılımı sunulmuştur. Evde bakım alan bireylerin %46,3’ü hizmet alma süresini 1 yıldan fazla olduğunu ifade etmişlerdir. %22,5’unun ise hizmet alma süresi 2 ay-6 ay olarak saptanmıştır. 1 yıldan fazla evde bakım hizmeti alan bireylerin bu hizmeti hangi hastalıktan veya durumdan aldığı incelendiğinde; Bunların %45.9’unu hemipleji , %29.2’sini diyabet ve hipertansiyon, %10.8’ini hipertansiyon, %5.4’ünü diyabet, %2.7’sini solunum sistemi hastaları oluşturduğu saptanmıştır. Görüldüğü gibi, evde bakım hizmeti hemiplejili(beyin kanaması sonucu felç) hastalarda ve kronik hastalıkları (hipertansiyon, diabetes mellitus) olan bireylerde uzun süre hizmet almada tercih edilen bir sağlık bakım sistemidir.

Tablo 13. Alınan Evde Bakım Hizmeti Maliyetinin Değerlendirilmesi (n:80)

Verilen Hizmetin Maliyeti	n	%
Beklediğimden çok yüksek	5	6,3
Beklediğimden yüksek	33	41,2
Beklediğim kadar	9	11,3
Beklediğimden düşük	-	-
Beklediğimden daha düşük	1	1,3
Ücretsiz	32	40,0
Total	80	100,0

Yukarıda verilen Tablo 13’de evde bakım hizmetinin maliyeti değerlendirilmiştir. Buna göre hizmet alan bireylerin %41,2’si bu hizmeti tahmin ettikleri ücretten yüksek bulduklarını ifade etmişlerdir. %40’ı ise evde bakım hizmetini ücretsiz olarak aldıklarını belirtmişlerdir. Bu hizmeti ücretsiz alan grubun tamamını İstanbul Belediye’sinden hizmet alanlar oluşturmaktadır. %11,3’ü ise ücreti bekledikleri kadar bulduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 14. Evde Bakım Personeli Tarafından Verilen Hizmetin Kalitesinin Özelliklerini Gösteren Bilgilerin Dağılımı (n:80)

ÖZELLİKLER	Çok memnunum 1		Memnunum 2		kararsızım 3		Memnun değilim 4		Hiç memnun değilim 5		Ort. %
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sorunlarla ilgilendirilen gösterilen tavır	26	32,5	45	56,3	-	-	9	11,3	-	-	1,90
Personelin tecrübesi	25	31,3	37	46,3	7	8,8	11	13,8	-	-	2,05
Personelin bilgisi	20	25	34	42,5	20	25	6	7,5	-	-	2,15
Personelin yaptığı açıklamaların yeterliliği	19	23,8	37	46,3	17	21,3	7	8,8	-	-	2,15
İhtiyaçlarınıza uygun çözümler bulunabilmesi	16	20,0	42	52,5	5	6,3	16	20,0	1	1,3	2,30
Sorunlarınızın çözümünde gösterilen çaba	17	21,3	43	53,8	6	7,5	13	16,3	1	1,3	2,22
Nezaket ve güler yüz	25	31,3	49	61,3	3	3,8	3	3,8	-	-	1,80

Evde bakım hizmeti alan bireylerin hizmet kalitesini değerlendirmesinin dağılımı Tablo 14’de sunulmuştur. Kategorili ölçeğe göre düzenlenen ölçümde ifadeler; 1-Çok Memnunum 2-Memnunum 3-Kararsızım 4- Memnun Değilim 5-Hiç memnun değilim şeklinde numaralandırılmıştır. Daha sonra ifadelerin memnuniyet derecelerini belirlemek için ifadelerin aritmetik ortalamaları alınmıştır. Buna göre evde bakım hizmeti alan bireylerin evde bakım personelinin sorunlarına karşı gösterdikleri tavırdan çok memnun oldukları gözlenmiştir (%1,90). Personelin tecrübesi üzerinde yapılan memnuniyet değerlendirmesinde ise evde bakım hizmeti alan bireylerin yine memnun

oldukları görülmektedir (%2,05). Evde bakım hizmeti alan bireylerin personelin bilgisinden ise yine memnun oldukları görülmektedir (%2,15). Personelin yaptığı açıklamaların yeterliliği ise bu hizmeti alanlar tarafından memnun edici bulunmuştur (%2,15). Evde bakım hizmeti alan bireylerin çoğunluğu ihtiyaçlarına uygun çözümler bulunduğundan memnun oldukları saptanmıştır (%2,30). Sorunlarınızın çözümünde gösterilen çabayı değerlendirdiğimizde ise evde bakım alan bireyler memnun olduklarını ifade etmişlerdir (%2,22). Nezaket ve güler yüz açısından da değerlendirdiğimizde ise yine evde bakım hizmeti alan bireylerin büyük çoğunluğunun memnun olduğu saptanmıştır (%1,80). Bu sonuçlar bize göstermektedir ki evde bakım personeli tarafından verilen hizmetin kalitesi müşteriler tarafından memnuniyeti yüksek bulunmuştur.

Tablo 15. Evde Bakım Personelinin Hastalara Karşı Verdikleri Hizmetin Güven Verici Olup Olmadığına Yönelik Bilgilerin Dağılımı

Hizmetler	Çok güven verici		Güven verici		Kararsızım		Güven verici değil		Hiç güven verici değil		İfade benim için geçerli değil		Ort.
	1		2		3		4		5				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tedavinin yeterliliği	8	10,0	43	53,8	11	13,8	9	11,3	-	-	9	11,3	2,71
Acil durumlarda müdahale yeteneği	4	5,0	35	43,8	12	15,0	9	11,3	-	-	20	25,0	3,32
Bakım konularında Eğitimve danışmanlık	10	12,5	45	56,3	12	15,0	8	10,0	1	1,3	4	5,0	2,46
Yenidoğan, bebek bakımı, eğitimi	2	2,5	6	7,5	4	5,0	1	1,3	-	-	67	83,8	5,40
Tıbbi sorulara karşı cevap verebilme yeteneği	8	10,0	25	31,3	36	45,0	1	1,3	1	1,3	9	11,3	2,86

Tablo 15’de Evde bakım personelinin hastalara karşı verdikleri hizmetin güven verici olup olmadığına yönelik bilgilerin dağılımı sunulmuştur. Buna göre evde bakım hizmeti alanların tedavinin yeterliliğini güven verici olarak buldukları belirlenmiştir.

Acil durumlarda evde bakım veren personelin müdahale yeteneği güven verici olarak saptanmıştır. Hasta bakımı konusunda evde bakım personelinin verdiği eğitimi ve danışmanlık hizmetlerini evde bakım hizmeti alanların büyük çoğunluğun güven verici olarak bulduğu saptanmıştır. Yeni doğan bebek bakımı ve eğitimi alanında verilen hizmeti güven verici bulduklarını ifade etmişlerdir. Evde bakım personelinin tıbbi sorulara karşı cevap verebilme yeteneğini ise güven verici bulmuşlardır.

Tablo 16. Evde Bakım Hizmeti Veren Sağlık Personelinin Hastanın İhtiyaçlarını Karşılıyıp Karşılımadığına Yönelik Bilgilerin Dağılımı:

Hizmetler	Fazlasıyla karşılıyor		Karşılıyor		Kararsızım		Karşılıyorum		Hiç Karşılıyorum		İfade Benim İçin Geçerli Değil		Ort. %
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	%
Hasta temizliği	16	20,0	17	21,3	1	1,3	1	1,3	37	46,3	8	10,0	3,50
İlaçların zamanında verilmesi	16	20,0	33	41,3	1	1,3	3	3,8	15	18,8	12	15,0	3,05
Hasta tedavisi	15	18,8	35	43,8	3	3,8	3	3,8	12	15,0	12	15,0	2,97
Hastaya yapılan müdahaleler (damar yolu açma, iğne vurma gibi...)	14	17,5	20	25,0	4	5,0	-	-	1	1,3	41	51,3	3,96
Hastaya uygulanan fizik tedavi programı	7	8,8	12	15,0	-	-	-	-	10	12,5	51	63,8	4,83
Hasta muayene	5	6,3	33	41,3	4	5,0	2	2,5	10	12,5	26	32,5	3,71
Hastanın genel durumu hakkında doktoruna bilgi verme	8	10,0	42	52,5	9	11,3	2	2,5	1	1,3	18	22,5	3,0
Tansiyon takibi ve hipertansiyon kontrol eğitimi, şeker takibi	15	18,8	41	51,3	-	-	1	1,3	1	1,3	22	27,3	2,97
Katater,sonda uygulamaları ve bakımı	5	6,3	8	10,0	-	-	3	3,8	2	2,5	62	77,5	5,18
Sıvı tedavisi alan hastaların tedavisi	9	11,3	10	12,5	1	1,3	-	-	-	-	60	75,0	4,90
Oksijen,solunum terapisi ve takibi	4	5,0	2	2,5	-	-	-	-	-	-	74	92,5	5,65
Yeni doğan,bebek ve anne bakımı. Eğitimi	4	5,0	4	5,0	4	5,0	1	1,3	-	-	67	83,8	5,37
Bakım konularında eğitim ve danışmanlık	11	13,8	37	46,3	11	13,8	4	5,0	4	5,0	13	16,3	2,90
Hasta,yaşlı, felçli ve özürlü bakımı	11	13,8	23	28,8	6	7,5	1	1,3	12	15,0	27	33,8	3,76
Tüm laboratuvar hizmetleri	7	8,8	9	11,3	-	-	1	1,3	34	42,5	29	36,3	4,66
Tıbbi cihaz ve ekipman temini	3	3,8	3	3,8	-	-	-	-	7	8,8	67	83,8	5,57
Ameliyat sonrası bakım	4	5,0	1	1,3	-	-	-	-	-	-	75	93,8	5,70

Tablo 16'da Evde bakım hizmeti veren sağlık personelinin hastanın ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığına y6nelik bilgilerin dağılımı sunulmuştur. Hasta temizliği konusunda ihtiyaçları karşılamadığı saptanmıştır. İlaçların zamanında verilmesi konusunda ise evde bakım personelinin ihtiyaçları karşıladığı saptanmıştır. Hasta tedavisi, hastaya yapılan m6dahaleler (damar yolu açma,iğne vurma gibi...), hastaya uygulanan fizik tedavi programı, hasta muayene, hastanın genel durumu hakkında doktoruna bilgi verme, Tansiyon takibi ve hipertansiyon kontrol eğitimi, şeker takibi, Katater,sonda uygulamaları ve bakımı, Sıvı tedavisi alan hastaların tedavisi, Oksijen,solunum terapisi ve takibi, yeni doğan,bebek ve anne bakımı. eğitimi, bakım konularında eğitim ve danışmanlık, hasta,yaşlı, felçli ve 6z6rl6 bakımı konusunda da evde bakım veren personelin hastanın karşıladığı g6r6lm6řt6r. Evde bakım alan bireylerin Laboratuvar hizmetlerinin karşılanmadığı g6r6lm6řt6r. Yine Tıbbi cihaz ve ekipman temini konusunda hastaların ihtiyaçlarının karşılanmadığı g6r6lmektedir. Ameliyat sonrası bakımda ise bu hizmeti alan bireylerin ihtiyaçlarının karşılandığı saptanmıştır.

Tablo 17: Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Bu Hizmeti Aldığı Kurumla İlgili İfadelere Katılıp Katılmadığını Gösteren Bilgilerinin Dağılımı

	Kesinlikle katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum		Ort. %
	1		2		3		4		5		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Evde sağlık hizmetlerini aradığımda telefon kısa zamanda açıldı,doğru kişiye yönlendirildim.	17	21,3	24	30,0	10	12,5	16	20,0	-	-	2,37
Personelin telefonla görüşme kalitesi yüksek	15	18,8	29	36,3	15	18,8	8	10,0	-	-	2,23
Verilen randevu saatine uyuldu	17	21,3	38	47,5	3	3,8	9	11,3	-	-	2,05
Evde bakım veren kuruluşu aradığımda ilgili kişiye rahatça ulaşabildim	15	18,8	26	32,5	14	17,5	12	15,0	-	-	2,34
Verilen hizmetin kalitesinden memnunum	16	20,0	31	38,8	6	7,5	13	16,3	1	1,3	2,28
Evde sağlık hizmetine ihtiyacım olduğu zaman tekrar hizmet talep edeceğim	17	21,3	32	40,0	4	5,0	12	15,0	2	2,5	2,25

Tablo 17’de evde bakım hizmeti alan bireylerin bu hizmeti aldığı kurumla ilgili ifadelerine katılıp katılmadığını gösteren bilgilerinin dağılımı sunulmuştur. 5’li likert ölçeğine göre ölçüm yapılmıştır bu tabloya göre evde sağlık hizmetlerini aradığımda telefon kısa zamanda açıldı,doğru kişiye yönlendirildim ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Personelin telefonla görüşme kalitesi yüksek ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Personelin telefonla görüşme kalitesi evde bakım hizmeti alan bireyler tarafından yüksek bulunmuştur. Evde bakım hizmeti alan bireylerin verilen randevu saatine uyuldu ibaresini kullananlar bu görüşe katılmıştır. Evde bakım veren kuruluşu aradığımda ilgili kişiye rahatça ulaşabildim sorusuna yanıt verenler bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir. Evde bakım hizmeti alan bireylerin Verilen hizmetin kalitesinden memnunum ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Evde sağlık hizmetine ihtiyaçları olan bireyler tekrar bu hizmete muhtaç olurlarsa tekrar alacaklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 18. Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Bu Hizmetten Memnuniyet Derecelerini Gösteren Bilgilerin Dağılımı (n:80)

	Çok memnunum		Memnunum		Memnun değilim		Hiç memnun değilim		Fikrim yok		Toplam		Ort.
	1	2	3	4	5								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	%
Memnuniyet Derecesi	26	32,5	31	38,8	20	25,0	3	3,8	-	-	80	100	2,0

Tablo 18’de evde bakım hizmeti alan bireylerin bu hizmetten memnuniyet derecelerini gösteren bilgilerin dağılımı sunulmuştur. Bu tablodaki ifadeler kategorili ölçek yöntemiyle yapılmıştır buna göre evde bakım hizmeti alan bireyler bu hizmetten memnun olduklarını belirtmişlerdir.(%2)

Tablo 19. Evde Bakım Hizmeti Alınan Hastalık Veya Durumların Değerlendirilmesine Yönelik Bilgilerin Dağılımı

Hastalık ve Durumlar	n	%
Hipertansiyon	13	16,3
Diabetes Mellitus(Şeker Hastalığı)	3	3,8
DM ve HT	16	20,0
Hemipleji	22	27,5
Solunum Sistemi Hastalıkları	2	2,5
Kalp ve Dolaşım Sistemi Hastalıkları	1	1,3
Yaşlılık	2	2,5
Özürlü Bakımı	1	1,3
Trafik Kazası Sonrası Bakım	1	1,3
Bebek bakımı	13	16,3
Diğer	6	7,5
Toplam	80	100,0

Tablo.19’de Evde bakım hizmeti alınan hastalık veya durumların değerlendirilmesine yönelik bilgilerin dağılımı sunulmuştur. Bu tabloya göre anket yapılan hastaların %27.5 hemipleji yani beyin kanaması sonucu felç geçiren hastalar oluşturmaktadır. %20’sini kronik hastalıklardan olan şeker ve hipertansiyon hastaları, %16,3 ile aynı orana sahip sadece hipertansiyon ve bebek bakımı hizmeti alan hastalar paylaşmaktadır.

Tablo 20. One-way Anova testi: Evde bakım Hizmeti Alınan Kurumun Maliyetinin Değerlendirilmesi

Hangi Kurumdan Hizmet Aldığı		Mean Difference	Sig.
Özel evde bakım şirketi	Kamu-İstanbul Belediyesi	-3,9412	,000
	Özel Hemşire	-,2269	,315
Kamu-İstanbul Belediyesi	Özel evde bakım şirketi	3,9412	,000
	Özel Hemşire	3,7143	,000
Özel Hemşire	Özel evde bakım şirketi	,2269	,315
	Kamu-İstanbul Belediyesi	-3,7143	,000

Tablo 20’de Evde bakım hizmetinin maliyeti açısından evde bakım hizmeti alınan kurumlar arasında maliyet farkı olup olmadığı araştırılmıştır. Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi; Kamu-İstanbul Belediyesi ile özel evde bakım şirketi ve özel hemşirelik hizmetleri arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde hizmetin maliyeti açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar vardır. Bu farklılık bu hizmeti bir kamu hizmeti olarak bedelsiz veren İstanbul belediyesinden kaynaklandığı görülmektedir.

Tablo 21. One-way Anova testi: Evde Bakım Hizmeti Veren Personelin Hastanın Temizliğini Karşılıyıp karşılamadığının Araştırılması

Hasta Temizliği – Hangi Kurumdan Hizmet Aldığı		Mean Difference	Sig.
Özel evde bakım şirketi	Kamu-İstanbul Belediyesi	-2,0901*	,000
	Özel Hemşire	,8697	,167
Kamu-İstanbul Belediyesi	Özel evde bakım şirketi	2,0901*	,000
	Özel Hemşire	2,9598*	,000
Özel Hemşire	Özel evde bakım şirketi	-,8697	,167
	Kamu-İstanbul Belediyesi	-2,9598*	,000

Tablo 21’de evde bakım hizmeti veren personelin ihtiyaçları karşılama yönünde kurumlar arasında farklılığın olup olmadığının araştırılmıştır. Evde bakım hizmeti alınan kurumlar arasında istatistiksel açıdan farklılıklar bulunmuştur. Buna göre; Kamu-İstanbul Belediyesi ile Özel evde bakım şirketi ve Özel hemşirelik hizmetleri arasında hastanın temizliğini karşılama yönünde farklılıklar mevcuttur. (0,05 anlamlılık seviyesinde)

Tablo 22: Evde Bakım Hizmetinin Maliyeti İle Memnuniyet Derecesinin Karşılaştırılması

Evde bakım hiz. memnun olma dereceniz	Aldığınız evde bakım hizmetinin maliyeti					
	Beklediğimden çok yüksek	beklediğimden yüksek	Beklediğim kadar	Beklediğimden daha düşük	ücretsiz	toplam
Çok memnunum	3	15	6		2	26
Memnunum	1	10	3	1	16	31
Memnun değilim	1	7			12	20
Hiç memnun değilim		1			2	3
Toplam	5	33	9	1	32	80

Chi-Square

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,233	12	,035

Tablo 22’de evde bakım hizmetinin maliyeti ile bu hizmeti alan bireylerin memnuniyet derecelerinin karşılaştırılması yapılmıştır. Memnuniyet derecesi ile maliyet arasında 0.05 anlamlılık düzeyine göre anlamlı fark bulunmuştur.

SONUÇ

Evde bakım hizmetleri Türkiye için yeni bir sağlık hizmet sunum şekli olmasına rağmen, ABD ve diğer ülkelerde yıllardır değişik şekilleri uygulanan bir sektördür. Son 10 yılda, yüksek teknolojili evde bakım hizmetleri sayesinde, evde hastane, yoğun bakımla yatak odası arasındaki mesafeler kısalmış, eğitilmiş sağlık personeli, hasta ve hasta ailesi sağlık hizmetinde ekip olarak aktif olarak rol almışlardır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri finans kaynaklarının değişmesi ve gelişmesinin, evde bakım hizmetleri üzerinde büyük etkisi olacaktır. Hastaların hastanelerden daha çabuk taburcu olmalarına neden olan ödeme metotları, tıbbi bakımın evde de devamı ihtiyacını doğuracaktır. Evde kalan yaşlı nüfusu evde bakım hizmetlerine ihtiyacı olan büyük bir grubu oluştursa da, diğer yaş gruplarının ve hastalıkların da evde bakımdan yararlandığı önceki bölümlerde tartışılmıştır.

Evde bakım hizmetinin önemine ve diğer sağlık hizmetleri içerisindeki yerinin kavranmasına, bu konuda mevcut sorunların aşılıp, hizmetin daha iyi şartlarda nasıl gerçekleştirilebilir sorusuna cevap aranan evde bakım hizmetinde müşteri memnuniyeti konulu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan evde bakım hizmeti alan bireylerin %38.8’inin (31 kişi) 61-75 yaş arasında, %63,8’inin (51 kişi) bayan olduğu, %30’unun (24 kişi) ilköğretim mezunu olduğu, %40’ının (32 kişi) dul olduğu, %46,3’ünün (37 kişi) herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığı saptanmıştır. Buna göre evde bakım hizmetlerinin yaşlılar için bir alternatif olduğu görülmektedir. Yaşlıların önemli bir kısmı hastalandığında hastanede tedavi olmak yerine tercihlerini ev ortamında tedavi olma yönünde kullanırlar. Bu tercihlerinde yaşlılığın verdiği psikoloji, alışkanlıklarından vazgeçememe, mahremiyetin evde daha fazla sağlanması gibi faktörler rol oynamaktadır. Ayrıca hipertansiyon, diyabet, hemipleji gibi hastalıkların daha fazla ileri yaşlarda görülmesi ve bu hastalık veya durumların hastane sonrası da tedavi edilme gerekliliği bu yaş grupları için evde bakım hizmeti tercih sebebi olmaktadır. Evde bakım hizmeti alan bireyleri cinsiyet yönünde incelediğimizde ise bu hizmeti daha fazla

bayanların talep ettiği görülmektedir. Bu hizmetten faydalananların büyük bir çoğunluğunun bayanlardan oluşuyor olmasının temel sebebi ise; bakıma ihtiyaç duyulduğu noktada bayanların baylara oranla çok daha özverili ve yeterli olmalarından kaynaklanmaktadır. Evde bakım alan bireylerin herhangi bir Sosyal güvencesi olmayan grup incelendiğinde 37 kişiden 27'si yani %72,9'u bedelsiz olarak bir kamu kurumundan bu hizmeti sağlamıştır. Böyle bir karar alımında etken olan faktörse ekonomik zorunluluklardır. Araştırmamıza katılan bireyler bu konuda; herhangi bir sosyal güvenceleri olmadığı için hastanede tedavi olamadıklarını, evde bakım dışında hastaneye ihtiyaçları olduğunda ise aylarca sıra beklediklerini, aldıkları evde bakım hizmetleri esnasında aksaklıklar olsa da başka bir alternatiflerinin olmadığını ifade etmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan evde bakım hizmeti alan bireylerin yakınlarına (38 kişi) ait demografik özellikler ise şöyledir. %47,3'ünün 41-65 yaş grubunda olduğu, %92,1'nin bayan olduğu saptanmıştır. Bu hizmeti alan bireylerin yakınlarının çoğunluğunun bayan olması Türk toplumunun geleneksel yapısında bayanların genelde hasta ve yaşlı bakımında öncü rolünde olmasından kaynaklanmaktadır. %44,8'inin üniversite ve üstü mezun olduğu, %81,5'unun evli olduğu, %34,3'ünün sosyal güvencesinin sosyal sigortalar kurumuna mensup olduğu saptanmıştır.

Evde sunulabilen hizmet türlerinin dağılımı incelendiğinde; evde bakım hizmeti alan bireylerin evde bakım hizmeti olarak %97,5'unun hemşirelik hizmeti aldığı saptanmıştır. %41,3'ünün ise evde bakım hizmeti olarak doktor hizmeti aldığı görülmüştür. %21,3 oranında talep edilen diğer bir hizmet türü ise fizik tedavi hizmetidir. Evde bakım hizmetlerinin tarihi gelişimi incelendiğinde; hemşirelik hizmetleri şeklinde başladığı ve uzun yıllar bu şekilde yürütüldüğü görülmektedir. Bu hizmetlerin verilmesinde hemşirenin hem tedavi etme yönünde, hem de hastalığı tanılama yönünde önemli bir rolü vardır. Bundan dolayı evde bakım hizmetlerinin gelişmesinde hemşirelere çok önemli görevler düşmektedir.

Evde bakım hizmeti alan bireylerin bu hizmete neden ihtiyaç duydukları incelendiğinde; Hastaların çoğunun bu hizmete "hastanede yapılacak bir işlem olmadığı

ve tedavinin evde devam etmesi gerektiği için” (%58,8),” Hastalığa özgü bakım uygulamaları ve gereksinimlerinin karşılanması”(55), “İlaçların düzenli verilip tedavilerin uygulanması için”(51.3) ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Evde bakım hizmeti alan bireylerin bu hizmete en az ihtiyaç duydukları alan ve nedenlerin ise; “yalnızlığın giderilmesi ve arkadaşlık yapılması için”(3,8) olduğu gözlenmiştir. Anket çalışmamızda 29 kişi (%36,3) ise diğer şikkını işaretlemiştir. Diğer cevabını veren kişilerin bir kısmı evde bakım hizmetine bebek bakımını öğrenmek için, doğum sonrası bebeklerine rahatlıkla bakamadıklarından dolayı ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bir kısmı ise sosyal güvenceleri olmadığından dolayı, hastaneye rahatlıkla gidemediklerinden, gitseler bile ilaçlarını alamadıklarından bu hizmeti bedelsiz olarak aldıkları için ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

Hasta veya hasta ailelerinin evde bakım verecek personeli bulmak için sıklıkla “hastanelerin ilgili bölümleri”ne %37,5 başvurdukları görülmüştür. Araştırmaya katılan 40 kişi (%50) ise evde bakım verecek personeli bulmak için ne yaptınız sorusuna “diğer” cevabını vermişlerdir. Evde bakım verecek personeli nasıl buldukları araştırıldığında ise; araştırmaya katılan evde bakım alan bireylerin büyük bir çoğunluğu; İstanbul Belediyesi’nin yaptığı tespit sırasında evde bakıma ihtiyaca olan bireyleri Belediye’nin kendisinin bulduğunu ifade etmişlerdir. Diğer bir kısmı ise evde bakım verecek personeli tanıdık vasıtası ve doktor tavsiyesi ile bulduklarını ifade etmişlerdir. % 6.3’ü ise bu hizmeti verecek personeli bulmak için “özel evde bakım bürolarına” başvurduklarını belirtmişlerdir. Araştırma sonucunda elde edilen bu oranlar bize evde bakım hizmeti alan bireylerin bu konuda yeterince bilgi sahibi olmadığını, böyle bir hizmete ihtiyaç duydukları noktada ise kaldıkları hastaneden yardım alarak bu hizmeti aldıklarını göstermektedir. Bireylerin böyle bir yolu seçmesi hizmet aldıkları hastane kurumuna güvendiklerini göstermektedir.

Evde bakım alan bireylerin bu hizmeti ne kadar süre ile aldığını gösteren bilgiler incelendiğinde; %46,3’ünün bu hizmeti 1 yıldan daha fazla aldıklarını ifade etmişlerdir. %22,5’unun ise bu hizmeti 2 ay-6 ay, %17.5’unun ise bu hizmeti 1 aydan daha az aldıkları saptanmıştır. 1 yıldan fazla evde bakım hizmeti alan bireylerin bu hizmeti hangi hastalıktan veya durumdan aldığı incelendiğinde; Bunların %45.9’unu hemipleji ,

%29.2'sini diyabet ve hipertansiyon, %10.8'ini hipertansiyon, %5.4'ünü diyabet, %2.7'sini solunum sistemi hastaları oluşturduğu saptanmıştır. Görüldüğü gibi, evde bakım hizmeti hemiplejili(beyin kanaması sonucu felç) hastalarda ve kronik hastalıkları (hipertansiyon, diabetes mellitus) olan bireylerde uzun süre hizmet almada tercih edilen bir sağlık bakım sistemidir. Özel evde bakım hizmeti bürolarından hizmet alan bireyler, ücretin çok yüksek olduğunu aslında uzun süre hizmet alımlarında indirim uygulamasına gidilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Ücretin yüksek olması alınan hizmet süresini etkilemektedir.

Alınan evde bakım hizmetinin maliyetini değerlendirdiğimizde ise; Bu hizmeti alan bireylerin %41,2'si aldıkları evde bakım hizmetinin maliyetini tahmin ettikleri ücretten yüksek bulduklarını ifade etmişlerdir. %40'ı ise aldıkları evde bakım hizmetinin ücretsiz olduğunu belirtmişlerdir. Bu hizmeti ücretsiz alan grubun tamamını İstanbul Belediye'sinden hizmet alanlar oluşturmaktadır. %11.3'ü ise ücreti bekledikleri kadar bulduklarını ifade etmişlerdir. Evde bakım hizmetinin maliyetini beklediğinden yüksek bulan bireylerin hangi kurumdan hizmet aldığı araştırıldığında ise % 75,7'sinin bu hizmeti özel evde bakım şirketinden aldığını, %24,3'ünün bu hizmeti özel hemşirelerden aldığı görülmüştür. Bu hizmetin maliyetini beklediğinden fazla bulan bireylerle yüz yüze yapılan görüşmelerde şu konuları dile getirmişlerdir; alınan evde bakım hizmetinden memnun olsalar bile hizmetin ücretini yüksek bulduklarını, bu yüzden ihtiyaçları olsa bile hizmeti almayı bıraktıklarını, aslında kurumun uzun süreli hizmet alımında ücreti düşürmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Devlet kurumlarının da evde bakım konusuna eğilmesi gerektiğini, bu şekilde özel evde bakım bürolarına alternatif yaratılarak özel evde bakım bürolarının fiyatlarını aşağı çekmesini sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir.

Yaptığım ankette katılımcılara son soru olarak yöneltilen, açık uçlu bir soru olan “evde bakım hizmetlerinin daha iyi olması için üç öneride bulununuz” sorusuna katılımcılardan değişik cevaplar gelmiştir. Katılımcıların bu kurumlardan hizmet aldıkları için alınan hizmeti değerlendirmeleri araştırmanın sonucu açısından önemlidir. Sonuçları kısaca verilen önerilere göre gruplarsak şu öneriler ortaya çıkmaktadır;

- Özellikle özel evde bakım şirketlerinden hizmet alan bireylerin bir çoğu; hizmet alımı sırasında çok fazla eleman değiştiğinden ve her elemanın aynı statüde olmadığından şikayetçi olduklarından bahsetmişlerdir. Bu sorunun bir daha bu hizmete ihtiyaç duyduklarında hizmeti aynı kurumdan alıp almama konusunda tereddütte kaldıklarını, fakat İstanbul’da evde bakım hizmeti veren tam teşekküllü bir şirketin dışında başka kuruluş olmadığından dolayı tekrar mecbur aynı kurumdan aldıklarını belirtmişlerdir. Bu yüzden şirketin uzun vadede müşteri memnuniyetini sağlayabilmesi için çalışan bütün elemanların aynı statüde olmasını sağlaması gerektiğini veya hizmet alınan süre içinde aynı elemanların gönderilmeye çalışılması önerilmiştir.
- En fazla gelen önerilerden biri de evde bakım hizmetlerinin sadece özel kurumlar tarafından değil, devlet kurumları tarafından da verilmesi gerektiğidir. Evde bakım hizmetlerinden daha fazla kişinin yararlanmasını sağlamak için bunun şart olduğunu, özel evde bakım bürolarından herkesin bu hizmeti alamayacağı belirtilmiştir. Ayrıca hizmetin devlet tarafından da verilmesinin rekabet ortamı oluşturarak özel evde bakım hizmeti veren kuruluşların fiyatlarının daha düşük olmasını sağlayabileceğini belirtmişlerdir.
- Evde bakım şirketlerinde mutlaka part-time eleman çalıştırılması gerektiği, bu işi çalışan elemanların ikinci bir iş olarak görmemesi gerektiği belirtilmiştir. Çünkü sağlık işinin en ufak hatayı bile affetmeyeceğini, ufak bir hatanın bile hastanın ölümüyle sonuçlanabileceğini, bu yüzden evde bakım hizmeti veren elemanların dinlenmiş olarak göreve başlamaları gerektiği önemle vurgulanmıştır.

Araştırmanın sonucunda, sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasında önemli bir yere sahip olan “evde bakım hizmetleri”nin ülkemizde çok kapsamlı olarak verilemediği, bu şekliyle sağlık sistemimize pek yararlı olamayacağı görülmektedir. Bunun için evde bakım hizmetlerinin devlet kurumları ile özel evde bakım kurumları ile birlikte verilmesi gerekmektedir. Ancak bu iki kurum işbirliği içinde olursa evde

bakım hizmetleri ülkemizde hak ettiği değeri bulacaktır. Aşağıda ülkemiz için yararlı olabileceğini düşündüğüm evde bakım için bir model önerisi yer almıştır;

Evde bakım ile ilgili model önerisi;

Evde bakım hizmetlerinin verilebilmesi için her şeyden önce bu konunun ülkemiz için yararlı olup olmadığı araştırılmalıdır. Daha detaylı maliyet etkinliği çalışmaları yapıp, şayet yararlı olacaksa evde bakımı sağlık sistemine entegre edecek çalışmalara bir an önce başlamak yararlı olacaktır. Bunun için pilot bölgeler seçilmeli ve uygulamalar oradan başlatılmalıdır.

- Evde bakım hizmetleri her şeyden önce ağırlıklı olarak devlet kurumları tarafından verilmelidir. Çünkü özel evde bakım hizmetleri herkesin ekonomik olarak karşılayamayacağı bir hizmet çeşididir. Bunun için herkesin evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmesi sağlanması açısından devlet kurumlarının da evde bakım hizmetlerini vermesi gereklidir. Hizmet sunumu için yasal zemin ve altyapı kamuda mevcuttur, buradan hareket edilerek evde bakım hizmetlerinin devlet kurumlarınca verilmesi sağlanmalıdır.

- Sağlık bakanlığına bağlı il sağlık müdürlüklerinin sorumluluğunda kamusal kuruluşlardan olan hastaneler, sağlık ocakları, rehabilitasyon merkezleri evde bakım hizmetlerini yürütmekle yükümlü olmalıdır. Bunun için sağlık ocaklarının görevleri içinde olan, fakat günümüze kadar pek uygulanmayan evde bakım hizmetleri için gerekli olan yönetmelik ve yönergelerin oluşturularak yürürlüğe konulması, evde bakım hizmetleri için gerekli olan araç-gereç ve donanımın sağlanması ve hizmet verecek elemanların çalışma saatlerinin(hizmetin sürekliliği açısından) düzenlenmesi gerekmektedir.

- Sağlık bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve üniversite hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri bünyesinde evde bakımdan sorumlu ayrı bir birimin kurulması ve bu birimde evde bakım hizmeti ile ilgili tüm branşlardan oluşan bir ekip

kurulması gerekmektedir. Hastanın bakımı ve tedavisi ile ilgili olan hemşirelerin bu birimde düzenleyici konumda olması gerekmektedir.

- Evde bakımın özel olarak verildiği kurumlarda da düzenlemeler yapılması, bir an önce yasal prosedürlerin hazırlanması gerektiği ve bütün evde bakım şirketlerinin bu prosedürlere uymasının sağlanması gereklidir.

- Özel evde bakım kuruluşlarının, günümüzde olduğu gibi yalnızca evde hemşirelik ve evde destek personelinin verdiği hizmetleri yürüten kuruluşlar değil, bu kurumlarında bir ekip çalışması içinde hizmeti vermesi sağlanmalıdır.

- Sağlık meslek üyeleri dışında da bu hizmeti verebilecek elemanlar yetiştirilmelidir. Bu kişiler en azından evlerinde tedaviye ihtiyacı olmayan yaşlılıktan dolayı bazı fonksiyonlarını yitirmiş kişilerin bakımını üstlenebilecektir. Böylece hem bir çok kişiye iş alanı sağlanmış olacak hem de sağlık elemanlarının hastalıktan dolayı evde bakıma ihtiyacı olan kişilere yönlendirilmesi sağlanacaktır.

- Evde bakım hizmetlerinin kamusal kaynaklardan finanse edilmesi, başta SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur olmak üzere kamu kurumlarının evde bakım hizmetlerini vermesi gereklidir. Böylece hastanelerde hasta potansiyelinden dolayı karşılaşılan sorunların en aza indirgenmesi sağlanmış olur.

- Evde bakım hizmetlerinin ülkemizde gelişebilmesi için evde bakım ile ilgili tüm kuruluşların birlikte çalışması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

FIELDS, A.I., A. ROSENBLATT, M. Pollack, J. Koufman, "Home Care Cost-effectiveness for respiratory technology dependent children", American Journal of Disabled Children, July 1991.

HAGGERTY, M.C., R. STOCKDALE-WOOLEY, S. NAİR, "An innovative home care program for the patient with chronic obstructive Pulmonary Disease", Chest, September 1991.

ÖZTEK, Zafer ve Nevzat EREN, "Sağlık Yönetimi", İçinde: Münevver BERTAN ve Çagatay GÜLER (Ed.), Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, 1992.

ÖZTEK, Z.: "Sağlık Ocağı Yönetimi, Birinci Basamak Sağlık Personeli İçin", Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 1995

PORTER, M. "Sexuality and People with Physical Disabilities: Report on a Study" World Health Organization, Regional Office for Europe, 1987.

RICE, R.: Historical perspective 2. Baskı.: St. Louis, Baltimore, Chicago, New York, Philadelphia, Portland, London, Madrid, Sydney, Tokyo. Mosby Year Book Inc., 1996

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Sağlık Personelini İlgilendiren Hukuk Kuralları-Sağlık Mevzuatı. Ed. Köroğlu.E Ankara, Yargıçoğlu Matbaası, 1984; 224-31

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik (154 Sayılı Yönerge).Sağlık Personelini İlgilendiren Hukuk

Kuralları – Sağlık Mevzuatı . Ed. Köroğlu E. Ankara, Yargıçoğlu Matbaası, 1984; 244 – 300.

SEÇİM, Hikmet: Hastane Yöntemi ve Organizasyonu, İstanbul İşletme Fakültesi, Yayın No: 252, 1991 s.12

SPIEGEL, A.D. Home Health Care, Owings Milis. Md.. National Health Publishing. 1987

STAHOPÉ, M.” Community Health Nurse in Home and Hopice care “ M. Stanhope and J. Lancaster (Ed.). St. Louis, Baltimore, Chigago, New York, Philedelphia, Madrid, Portland, Tokyo, Sydney. Mosby Year Book Inc. 1996.

SUR, Haydar., “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi” Marmara üniversitesi sağlık eğitim fakültesi yayını, 2002.

TANLI, S.,”ABD’de Evde Bakım Hizmetleri “, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, Eylül 1998, s.304.

ÜNLÜOĞLU, İlhami, Esra SAATÇI, Nafiz BOZDEMİR.”Sağlık Mevzuatımızda Evde Bakım”, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, Eylül 1998

ZUCKERMAN, C., DUBLER N., COLLOPY B.: Home Healt Care Options- A Guide for Older Persons and Concerned Families, New York, Insight Boks, 1990

DERGİLER

AKSAYAN, Seçil ve Güler ÇİMETE: "Evde Bakım ", Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 1998, c.7, s.6, , s:202

Basic Static Abaout Home Care, U.S.A. November 2001

BOZDEMİR, N. ve E. SAATÇİ: "Aile Hekimliği Ders Notları", Adana Çukurova Üniversitesi Yayın No:33, 1997 s.376

COLEEMAN, B.J., Euopen Models of Long-term Care in the Home and community , international Journal of Health Service, 1995 s.25, s.455-474

ÇİMETE, G.,"Evde Bakımda Hemşireliğin Yeri", I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, Eylül 1998 s.8

ÇORUH, Mithat, "I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", içinde: 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi-Sempozyumu, Ankara:Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1995, s. 169.

ÇÖLGEÇEN Emel ve Yıldız TÜMERDEM, "Yaşlıların Evde Bakım Hizmetlerine Olan Gereksinimleri", I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, Eylül 1998

ENGİZ, O., Türkiye'de Sağlık Finansman Sorunu ve Çözüm Arayışları. Toplum ve Hekim, 1996, 72: 22-31

FİŞEK, Nusret., "Sağlık Yönetiminde Modern Eğilimler "., Prof. Dr. Nusret FİŞEK'in kitaplaşmamış yazıları, Sağlık Yönetimi, Rahmi Dirican Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, Ankara 1997 s.26

GRAHAM, D.R., et. al.. "Infectious complications among patients receiving home intravenous therapy With peripherai. c or peripheraliy placed central venous

catheters". American Journal of Medicine. September 16. 1991. 91(3B), s. 95S-IOOS

GUGGER, M. "Mechanical Home Ventilation Methods and Thecnique" Therapeutica Umsch. November 1990, 47(11)

Home Health Line, February 19, 1992 op cit. s.72

KARAHAN, A. GÜVEN S."Yaşlılıkta Evde Bakım" Türk Geriatri Dergisi, 2002 c.5, s.4, s.155-159

KLUG, R.M. "Understanding Private Insurance for Funding Pediatric Home Care" Pediatric Nursing, March-April 1991 s197-198

Medpro Month Dergisi; November 1991 V.1 No:11

MENDERES, Münevver ve Korkut ERSOY, "Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. II,(1993), s. 36-37.

National Assosation for Home Care: How to choose a home care provider, A Consumer's guide, Washington 1992

ÖZKAN, Ö., "Finans Boyutu ile Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Neyin Alternatifi", Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran c.5, s.3

SMITH, Brian Abel: "Genel Sağlık Sigortası Uluslararası Deneyimden Çıkarılan Dersler", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 11, (1993), s. 9.

VAL, J.H., "Reprinted from caring twenty reasons for home care" , Magazine, October 1985 No:10

DİĞER KAYNAKLAR

BAYOĞLU, Raşan., “Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu” İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1998

GÜROL, Hacer., Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu ve Türkiye’deki Potansiyeli ile İlgili Görüşlere Yönelik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 2002

H., TJASSING; Home Care In Europe and Nedherlands Caring Magazine, 1995, s.18 s.20-24

<http://www.indian-river.fl.us/health/homecare;> History of Home Healt Care,

KAR, Gülcen. “Evde Bakım Hizmeti Veren Hemşirelerin Hizmetlerde Yaşadıkları Güçlükler ve İş Doyumu Düzeyleri” Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2003

KUTLU, Sultan. “Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Evde Bakım Hizmetleri Biriminin Organizasyonu için Bir Model Önerisi”, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Üniversitesi, 1998.

Sağlık Bakanlığı, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik Taslağı www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/yon_evde_bakim_hizmetleri_taslak.pdf, 2004

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kanun Numarası: 224 Resmi Gazete Tarih: 12.1.1961; Sayı: 10705

SHELDON, P. “High thecnology in Home Care, Nurcing Clinics of North America”, c:29 s.3 september 1994

TANLI, S. “Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir işletme planı önerisi”,
İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1996

ÜSTÜNEL, Aziz., “İngiliz ve Amerikan Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması”
www.melih.net/m1/waziust21.htm

www.hefa.hefa.gov/news/pr2000/pr000628.htm ; What is medicare.



EKLER

EK 1. EVDE BAKIM HİZMETLERİ SUNUMU HAKKINDA YÖNETMELİK TASLAĞI

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1- Bu Yönetmeliğin amacı; fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının, açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşlarının, özel hukuk tüzel kişilerin ve gerçek kişilerin uymakla zorunlu olduğu usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

Madde 2- Bu Yönetmelik, evde bakım hizmeti verecek kişi ve kuruluşların sahip ve işletenlerini ve bunların faaliyetlerini kapsar.

Dayanak

Madde 3- Bu Yönetmelik; 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 9 uncu maddesinin (c) bendi ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- Bu Yönetmelik'te geçen;

- a. **Bakanlık :** Sağlık Bakanlığını
- b. **Genel Müdürlük :** Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nü,
- c. **Müdürlük:** İl Sağlık Müdürlüklerini,
- d. **Evde Bakım Hizmeti:** Hasta, yaşlı veya engelli ve kronik rahatsızlığından dolayı bakıma muhtaç kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda eğitilmiş ve tecrübeli sağlık ekibi tarafından fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasını,
- e. **Sağlık Kuruluşu:** Evde bakım hizmeti sunmak üzere faaliyet gösteren merkez ve birim,
- f. **Merkez :** Özel hukuk tüzel kişilere ve gerçek kişilere ait evde bakım hizmeti sunmak üzere faaliyet gösteren evde bakım merkezi,
- g. **Birim:** Evde bakım hizmeti vermek üzere hastane, tıp merkezi, poliklinik gibi özel sağlık kuruluşları bünyesinde bulunan evde bakım birimi,
- h. **Sağlık Destek Personeli:** Bakıma muhtaç veya hasta bakımında hastanın banyo yaptırılması, yemeğinin yedirilmesi, hijyen ve temizlik uygulamalarının yapılması gibi bakım desteği veren, tedavi uygulamayan, bu konuda eğitilmiş, en az lise veya dengi okul mezunu kişi,
- i. **Tedavi Planı (protokolleri):** Evde bakım merkezi doktoru tarafından hazırlanan ve hastaya verilecek hizmet içeriğinin detaylı yazılı anlatım planıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Kuruluşlarının Türleri ve Açılması

Sağlık Kuruluşu Türleri

Madde 5- Sağlık kuruluşları; faaliyet alanları, verilen hizmetin kapsamına göre altyapı özellikleri ile hizmet veren personelin niteliğine göre, merkez veya birim olarak açılabilirler.

Merkezler

Madde 6- Merkezler; tabip sorumluluğunda açılan ve gerekli asgarî standart donanım ve personel desteği ile müstakil olarak açılan ve evde bakım hizmetleri sunulan özel sağlık kuruluşlarıdır.

Birimler

Madde 7- Birimler, hastane, tıp merkezi, poliklinik gibi kendi mevzuatına göre ruhsatlandırılmış özel sağlık kuruluşları bünyesinde, gerekli asgarî standart donanım ve personel desteği ile evde bakım hizmetleri sunulan özel sağlık kuruluşlarıdır.

Sağlık Kuruluşunun Açılması

Madde 8- Merkezler; özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişilerce müstakil olarak açılıp işletilebilirler.

Birimler ise; 09/03/2000 tarihli ve 23988 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre açılan tıp merkezleri, poliklinikler ile özel hastaneler mevzuatı uyarınca ruhsatlandırılan özel hastaneler bünyesinde birim şeklinde açılabilir.

Başvuru için gereken belgeler

Madde 8- Sağlık kuruluşu açacakların bizzat veya mes'ul müdürleri vasıtasıyla müdürlüğe bir dilekçe ve ekli dosya ile başvurmaları gerekir. Dilekçe ve ekli olarak başvuru dosyasında bulunması gereken bilgi ve belgeler şunlardır:

Başvuru dosyasına;

a) Sağlık kuruluşunun unvanı, sahibini veya sahiplerini, hangi tür sağlık kuruluşu olarak hizmet vereceği, faaliyet göstereceği adresi, merkez olarak açılacak ise mesul müdürün, birim olarak açılacak ise birim sorumlusunun ismi, hizmet vereceği alanları ve sağlık kuruluşunun açılması ile ilgili işlemlerin başlatılmasını talep eden mesul müdürce imzalı başvuru dilekçesi,

c) Sağlık kuruluşunun oda esasında bütün mekanlarının ne amaçla kullanılacağını gösterir en az 1/100 ölçekli onaylanmış plan örneği,

d) Sağlık kuruluşu bir ticaret şirketi tarafından açılacak ise, şirket ortaklarını gösterir ticaret sicil gazetesinin aslı veya noter tasdikli örneği,

e) Birim olarak faaliyet gösterilecek ise bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun uygunluk belgesi/ruhsatnamesinin Müdürlükçe onaylı örneği,

e) Sağlık kuruluşunda çalışacak tüm personelin listesi ile diplomalarının Müdürlükçe onaylı örnekleri, nüfus cüzdanı fotokopisi ve ikişer adet vesikalık fotoğrafları,

f) Merkez olarak açılacak sağlık kuruluşunda mesul müdür olarak çalışacağına dair noterlikçe tasdikli sözleşmesi ile mesul müdüre ait tasdikli nüfus cüzdanı örneği ve iki adet vesikalık fotoğraf,

g) Sağlık kuruluşunda çalışacak bütün sağlık personeli herhangi bir kamu kuruluşunda görev yapıp yapmadıklarını beyan eden dilekçeleri ile görev yaptıklarını beyan edenlerin dilekçe ekinde görev yaptıkları kamu kurum ve kuruluşlarında 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunda öngörülen tazminatların, söz konusu sağlık personeli için düzenlenecek personel çalışma belgesinin tarihinin bildirilmesinden itibaren, maaşlarından kesilmeye başlanacağını bildirir belgeleri,

h) Sağlık kuruluşunun hizmet vereceği bölge sınırlarını belirtir kroki

ı) Sağlık kuruluşunda bulundurulacak araç-gereç ve cihazları gösterir ayrıntılı bir liste (EK:),

ı) Hizmet alacak kişilerin bakımı ve tedavisi için gerekli olan malzeme ve tıbbi cihazların sağlık kuruluşu tarafından temin edileceğine dair mesul müdür ve sağlık kuruluşu sahipleri tarafından imzalı taahhütname,

k) Sağlık kuruluşunda hasta nakli için kullanılmak üzere tam donanımlı ambulans bulunduruluyor ise 8/7/2001 tarihli ve 24456 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Ambulanslar İle Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğine göre verilmiş olan Ambulans Uygunluk Belgesinin mes'ul müdürce onaylı örneği, sağlık kuruluşu söz konusu hizmeti sunan kuruluş ile hizmet sözleşmesi yapmış ise Ambulans Servisi Uygunluk Belgesinin mes'ul müdürce onaylı örneği ile noter onaylı hizmet sözleşmesinin örneği,

l) Evde bakım hizmeti alan kişinin gerekli durumlarda muayene ve tedavisi için nakledilebileceği ve bünyesinde kardiyojoloji, nöroloji, anesteziyoloji ve reanimasyon, genel cerrahi uzmanlık alanları bulunan özel sağlık kuruluşu ile yapılmış hizmet sözleşmesi,

m)....

eklenir.

Açılma İzni

Madde 9- Madde ..'e göre yapılan başvuru öncelikle dosya üzerinde incelenir. Başvuru dosyası Müdürlük tarafından başvuru tarihinden itibaren 15 iş günü içinde incelenerek, eksikleri var ise sağlık kuruluşunu açmak isteyenlere bildirilir. Başvuru dosyasında eksiklik yok ise Müdürlük tarafından sağlık kuruluşunun kuruluş ve faaliyetlerinin yönetmeliğe uygun olup olmadığının incelenmesi ve denetlenmesi için en az bir hekim, bir hemşire olmak üzere 3 kişi olarak oluşturulan ekip tarafından sağlık kuruluşu yerinde incelenir.

Bu inceleme sonucunda uygun görülenlere Müdürlük tarafından Ek-..'de yer alan uygunluk belgesi, Ek-..'de mesul müdürlük belgesi düzenlenir. İlave olarak çalışanların her birine Ek-..'de yer alan personel çalışma belgesinden 2'şer nüsha düzenlenir. Düzenlenen bu belgeler ve başvuru dosyasının bir örneği Müdürlükte saklanıp diğer nüshaları sağlık kuruluşu mesul müdürüne imza karşılığında verilir.

Birim olarak faaliyet gösterecek olan sağlık kuruluşları için mesul müdürlük belgesi yerine "birim sorumlusu" belgesi düzenlenir.

Bu Yönetmelik kapsamındaki mevcut sağlık kuruluşunu açanlar ve işletenlerce, şube niteliğinde ikinci bir kuruluşun açılmak istenmesi veya faaliyet gösterdiği adresin değişmesi durumunda, uncu maddede belirtilen şekilde yeniden başvuru yapılır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Personel Standartları

Mesul Müdür :

Madde - Merkezlerde hekim olan bir mes'ul müdür bulunur. Mes'ul müdürün bulunmadığı ve merkezin hizmet verdiği saatlerde yetki devri yaptığı bir hekim bulunur. Mes'ul müdür sadece bir merkezde mes'ul müdürlük görevini üstlenebilir. Mes'ul müdürün idari işlerinden, merkezin işleyişinden ve sunulan sağlık hizmetinin gerektirdiği alt yapı olanaklarının sağlanmasından sağlık kuruluşunun sahipleri de bizzat sorumludurlar.

Mes'ul müdürün görevleri şunlardır:

- Açılış ve işleyiş ile ilgili her türlü izin işlemlerini yürütmek,
- İşleyişte tanımlanmış alt yapı ve hizmet kalite standartlarının korunması ve sürdürülmesini sağlamak,
- Merkezde görevine son verilen veya ayrılan sağlık personelinin çalışma izin

- belgelerini en geç 1 hafta içerisinde Müdürlüğe iade etmek,
- d) Merkez adına ilgili belgeleri onaylamak,
 - e) Tanımlanan düzenlemelerin ilgililer tarafından yerine getirilmesini sağlamak üzere gerekli iş tetkikleri yürütmek,
 - f) Denetim sırasında yetkililere gereken bilgi ve belgeleri sunmak ve denetime yardımcı olmak,
 - g) Sağlık mevzuatında belirtilen ve yetkililerce tanımlanacak diğer görevleri yerine getirmek,
 - h) ..

Mesul Müdür, merkezin kuruluşu, işleyişi ve denetimi ile ilgili her türlü işleminde Müdürlük ve Bakanlığın birinci derecede muhatabıdır.

Mesul Müdür, merkezdeki görevini sona erdirmek istediğinde veya Mesul Müdürün görevine son verilmek istendiğinde, bu durumun merkezin sahibi veya Mesul Müdürü tarafından Müdürlüğe bir hafta öncesinden bildirilmesi şarttır.

Birim sorumlusu yukarıda belirtilen görevlerin yerine getirilmesinde evde bakım biriminin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun mesul müdürüne karşı sorumludur.

Personel

Madde- Evde bakım hizmeti, verilecek hizmetin niteliğine göre doktor, hemşire, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen ya da sağlık destek personeli tarafından verilir.

Hekim

Madde – Merkezde mesul müdür, birimde ise birim sorumlusu haricinde en az 1'i tam zamanlı görev yapacak en az 2 hekim bulunur.

Hekim;

- a) Hastanın kapsamlı olarak tıbbi değerlendirmesini yapar,
- b) Hastanın birincil hekimi ile bağlantı kurar, gerekli bilgi ve önerileri alarak mümkünse birincil hekimi ile birlikte bakım planını hazırlar,
- c) Hasta ve ailesinin evde bakım için olanaklarını değerlendirir, evde bakım için ortamın düzenlenmesini sağlar,
- d) Hemşirelik hizmetleri ile hastaya ulaştırılması gereken diğer tüm hizmetlerin koordinasyonunu sağlar
- e) Bakım veren sağlık personeli ile bakım destek personelinin görev dağılımını yazılı olarak yapar,
- f) Bakım planlarının amacına uygun ve doğru olarak uygulanmasını sağlar,
- g) Hastaları belli aralıklarla ziyaret ederek, hastaların durumuna ve bakımına ilişkin bilgi toplar, gereksinimlerini ve bakım sonuçlarını sürekli değerlendirerek gerektiğinde yeni gereksinim ve sorunlara yönelik hastanın birincil hekimi ile görüşerek yeni bakım planı düzenler,
- h) Bakım veren hemşire, hekim ve gerektiğinde ekibin diğer üyeleri ile bağlantı kurarak hastanın durumuna, bakım planındaki değişikliklere yönelik rapor hazırlar,
- i) Hasta bakım planları ve diğer kayıtların doğru, eksiksiz ve zamanında tutulmasını sağlar,
- j) Bakım veren personele danışmanlık sağlar,
- k) Verilecek evde bakım hizmetinde gerekli olacak araç-gereç, malzeme ve cihazlar için istek yapar, bunların yeterli ve çalışır şekilde bakımı için ilgili birim ile koordinasyonu sağlar,
- l) Hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin, sınırları önceden hekimi ile birlikte belirlenmiş olarak bilgi verir,
- m) Bakım hizmeti veren personel ile hizmetleri geliştirmeye yönelik kararlar almak ve

sorunları tartışmak üzere toplantılar düzenler,

- n) Tüm uygulama ve işlemlerin etik kurallara uyularak, hasta hakları doğrultusunda yapılmasını sağlar,
- o)

Ayrıca hekim; evde bakım hizmeti verdikleri kişilere uyguladıkları tıbbi işlemlerden, yapılan işlemlerin hasta dosyalarına işlenmesinden, sağlık kuruluşunun işleyişinde, kendi çalışma alanı ile ilgili aksaklıklar öncelikli olmak üzere gördükleri bütün aksaklıkları mes'ul müdüre/birim sorumlusuna bildirmekten, sorumludurlar.

Hemşire

Madde – Merkez veya birim olarak hizmet verecek sağlık kuruluşunda tam zamanlı en az 4 hemşire görev yapar. Ayrıca her 30 hasta için bir uzman hemşire bulunur.

Evde bakım hemşiresi;

- a) Bakım planının hazırlanmasında ve uygulanmasında hekime yardım eder,
- b) Hekimin tedavi için yazılı ve imzalı istemini alır, hemşire formlarına kaydeder ve uygular, uygulama sonuçlarını değerlendirerek kaydeder,
- c) Bakım planlarını amacına uygun ve doğru olarak uygular,
- d) Hasta için gerekli özel işlemlerin uygulanmasında hekime ve diğer ekip üyelerine destek sağlar,
- e) Hastanın yaşam bulgularını değerlendirir, kaydeder, değişiklikleri hekime rapor eder,
- f) Bakım planına göre hastaya oral, parenteral ve haricen verilecek ilaçlarını verir ve kaydeder, uygulanan ilaçların etki ve yan etkilerini gözler, kaydeder,
- g) Hizmetlerde gerekli olacak araç-gereç, malzemeler için hekime istek yapar, bunların yeterli ve çalışır şekilde bakımı için hekime görüş bildirir,
- h) Araç-gereçleri kullandıktan sonra temizler, dezenfekte eder ve gerektiğinde sterilizasyon için hazırlar,
- i) Hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin, sınırları önceden hekimi ile birlikte belirlenmiş olarak bilgi verir,
- j) Hasta ve ailesine, gereksinimlerine göre, hastalığa özel, kendi kendine bakım ya da yardımla bakım teknikleri gibi konularda ve genel sağlık konularında eğitim yapar,
- k) Acil durumlar için geliştirilen, yeniden canlandırma, oksijen verme, acil ilaç uygulama, tıbbi aletlerin uygulanması gibi protokole uygun karar alır, uygular ve kaydeder,
- l) Tüm uygulama ve işlemlerini etik kurallara uyarak, hasta hakları doğrultusunda uygular,

Bakım destek personeli

Madde – Merkez veya birim olarak hizmet verecek sağlık kuruluşunda en az iki bakım destek personeli görev yapar. Bakım destek personeli sağlık ve bakım ilkeleri konusunda en az 3 haftalık bir eğitim almış olan en az lise ve dengi okul mezunu kişi olmalıdır.

Bakım destek personeli;

- a) Hasta için rahat, temiz ve güvenli ortam sağlar,
- b) Tedavi planına göre, hastanın oral ilaçlarının zamanında ve yeterli dozda alınmasını sağlar, gözlemlerini kaydeder,
- c) Hastanın banyo ve tuvalete gitmesine yardım eder, gerektiğinde banyo ya da diğer kişisel gereksinimlerinin giderilmesine yardım eder,

- d) Yatağa bağımlı hastaların bakımını sağlar, hastanın pozisyonunu ayarlar ve özelliği varsa bakım planı doğrultusunda yemek yeme, diyet yiyemiyorsa yardım eder, gereksinimi olan tüm besinleri hastaya sunar ve beslenme durumunu kaydeder,
- e) Gereken hastalar için bakım planını hazırlar ve uygular,
- f) Bakım planına göre hastanın bakımını yürütür, oturup kalkmasını sağlar, hastanın pozisyonunu ayarlar ve özelliği varsa bakım planı doğrultusunda yemek yeme, diyet yiyemiyorsa yardım eder, gereksinimi olan tüm besinleri hastaya sunar ve beslenme durumunu kaydeder,
- g) Hastanın durumuna göre bakım planını uygular ve özelliği varsa bakım planı doğrultusunda yemek yeme, diyet yiyemiyorsa yardım eder, gereksinimi olan tüm besinleri hastaya sunar ve beslenme durumunu kaydeder,
- h) Gereksinimi olan hastanın bakımını sağlar, hastanın tüm günlük yaşamını yönetir, hastanın ihtiyaçlarını karşılar, hastanın etik kurallara uyararak, hasta hakları doğrultusunda bakımını sağlar.
- i) Tüm uygulama ve işlemleri kaydeder.

Diğer sağlık personeli

Madde- Evde bakım hizmeti veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, hekimlerin sorumluluğu altında görev yaparlar.

Sağlık personelinin Tüm Kuruluşlarda çalışan personelinin görev yapması en az yılda bir göğüs muayenelerinin personelle ait dosyaları saklanması zorunludur.

Merkezin hizmet veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen görev alabilir. İlgili uzmanlık alanlarındaki uzmanların görev yapması en az yılda bir göğüs muayenelerinin personelle ait dosyaları saklanması zorunludur.

Merkezin hizmet veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen görev alabilir. İlgili uzmanlık alanlarındaki uzmanların görev yapması en az yılda bir göğüs muayenelerinin personelle ait dosyaları saklanması zorunludur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Alt Yapı Standardı ve Donanım

Binanın İç Mekan ve Donanım
Madde – Merkezlerin Bütün birimleri aynı bina içerisinde yer almalıdır. Bütün birimleri aynı bina içerisinde yer almalıdır. Bütün birimleri aynı bina içerisinde yer almalıdır.

Altyapı Durumu

Merkezin hizmet veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen görev alabilir. İlgili uzmanlık alanlarındaki uzmanların görev yapması en az yılda bir göğüs muayenelerinin personelle ait dosyaları saklanması zorunludur.

Bölümler

Madde 10- Merkezlerin hizmet veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen görev alabilir. İlgili uzmanlık alanlarındaki uzmanların görev yapması en az yılda bir göğüs muayenelerinin personelle ait dosyaları saklanması zorunludur.

- a) **Başvuru ve müşteri hizmetleri bölümü:** En az 20 m² genişlikte ve rahat şekilde hizmet verebileceği alanlar bulunan, en az 5 personel için ayrılmış, rahatlıkla soyunma giyinme alanı konabileceği dolaplar bulunan oda, diğer personel için düzenlenmiş binanın durumuna göre hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen görev alabilir. İlgili uzmanlık alanlarındaki uzmanların görev yapması en az yılda bir göğüs muayenelerinin personelle ait dosyaları saklanması zorunludur.
- b) **Çağrı merkezi:** Hasta hizmetleri için en az 1 adet telefon hattı olan ofis, hizmet veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen görev alabilir. İlgili uzmanlık alanlarındaki uzmanların görev yapması en az yılda bir göğüs muayenelerinin personelle ait dosyaları saklanması zorunludur.
- c) **Soyunma-giyinme odası:** Personel için ayrılmış, rahatlıkla soyunma giyinme alanı konabileceği dolaplar bulunan oda, diğer personel için düzenlenmiş binanın durumuna göre hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen görev alabilir. İlgili uzmanlık alanlarındaki uzmanların görev yapması en az yılda bir göğüs muayenelerinin personelle ait dosyaları saklanması zorunludur.
- d) **Çalışma odası:** Hekimlerin hizmet veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen görev alabilir. İlgili uzmanlık alanlarındaki uzmanların görev yapması en az yılda bir göğüs muayenelerinin personelle ait dosyaları saklanması zorunludur.
- e) **Eğitim odası:** En az 1 adet 20 m² mekan, hizmet veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen görev alabilir. İlgili uzmanlık alanlarındaki uzmanların görev yapması en az yılda bir göğüs muayenelerinin personelle ait dosyaları saklanması zorunludur.
- f) **Malzeme odası:** Tıbbi malzemelerin etiketli ve düzenli şekilde saklanması için en az 10 m² genişlikte, nem ve güneşten etkilenmeyen, havalandırılabilen bir mekandır.

- g) **Büro:** Teknik personelin çalışmalarını yürüteceği ayrı bir oda
h) **Atık toplama bölümü:** Kişilerin kullanım alanlarından izole edilmiş ve atıklar için kapalı bir konteynır veya kabın bulunduğu alan,
i) **Arşiv bölümü:** Kişilerin kullanım alanından izole edilmiş kapalı bir bölme veya oda,
j) **Tuvalet ve lavabo**

Birim olarak açılacak evde bakım hizmeti verecek kuruluşlarda; başvuru ve müşteri hizmetleri bölümü, soyunma-giyinme odası, malzeme odası, atık toplama birimi, tuvalet ve lavabo bölümleri ortak bölüm olarak kullanılabilir.

Elektrik Jeneratörü

Madde - Evde bakım hizmeti merkezinde elektrik kesintilerinde otomatik olarak devreye girebilecek ve yeterli enerjiyi üretebilecek kapasitede bir jeneratörün bulunması veya böyle bir jeneratör ile bağlantının kurulabilmesi gerekmektedir.

Araç ve Gereçler

Madde - Evde bakım hizmeti merkezine açılış izni veya ruhsat verilebilmesi için (EK:) de belirtilen araç ve gerecin bulunması şarttır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Çalışma Usul ve esasları

Hizmet Kapsamı

Madde- Evde bakım hizmeti iki temel alanda verilir.

-Hastanede yatmasını gerektirmeyecek şekilde tıbbi tedavisi ve bakımı devam edecek hastalara verilecek hizmet

-Herhangi bir tıbbi tedavi gerektirmeyen ancak kendine bakamayacak günlük aktivitelerini tek başına yapamayacak durumda olan bakıma muhtaç kişilere verilecek hizmet.

Evde bakım hizmeti sunan sağlık kuruluşunun faaliyet alanları;

-24 saat hemşire ve hastabakıcı tarafından verilen bakım hizmeti,

-Rehabilitasyon, psikolojik yardım hizmetleri (Fizik tedavi ve rehabilitasyon, psikiyatri uzmanı sorumluluğunda)

- Hemşirelik hizmetleri

- İnfüzyon hizmetleri (ilaçların iv. im. Uygulamaları, TPN vb)
- Postoperatif bakım (tüm yaralar, pansuman vb.)
- Enteral beslenme takip ve eğitimi
- Periton diyalizi takip ve eğitimi
- Kronik hastalıkların takibi ve hasta ve ailesi eğitimi (KOAH, hipertansiyon, diyabet, hormonal hastalıklar, osteoporoz, kronik karaciğer hastalıkları, noromuskular hastalıklar, alzheimer vb.)
- Sağlam kişi takibi ve eğitimi
- Yenidoğan bebek bakım ve anne eğitimi
- Yaşlı takibi ve eğitimi
- Kemoterapi (Bu hizmet, ilaçların hazırlanması için hastane eczanesi ile anlaşma olması gerekmekte ve bir onkolog sorumluluğunda yapılması gerekmektedir.

Hizmet sunumu

Madde- Evde bakım hizmetinde devamlılık esastır. Bu devamlılık, gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dahil olmak üzere 24 saat kesintisiz hizmet verilmesini kapsar.

Devamlılığın sağlanması için merkezde yeterli personel ve çağrı merkezi bulunacaktır.

Hastaların merkeze ulaşabilmeleri için gerekli telefon numaraları kendilerine verilecektir.

Sağlık kuruluşunun hizmet vereceği alana göre çalışma saatleri belirlenir.

Evde bakım hizmeti almak isteyen kişi, sağlık kuruluşuna bizzat veya telefon ile müracaat eder. 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 hangi alanda hizmet sunulacağı belirlenir. Bakım hizmeti alacak kişi hemşire veya hekim tarafından evde ziyaret edilir, kişinin bakım ihtiyaçları, ev şartları belirlenir. Hekim tarafından evde bakım hizmeti alacak kişinin varsa birincil hekimi ile bağlantı kurulur, varsa tedavi planı alınır ve son olarak evde bakım planı ve tedavi planı oluşturulur. Hastanın birincil hekimi bulunmuyor veya bağlantı kurulamıyorsa hizmet alacak kişinin sağlık durumuna göre sağlık kuruluşunun hekimi tarafından muayene, tanı ve tedavi protokolleri hazırlanır. Gerekli durumlarda ilgili uzmanlık alanlarındaki uzman hekimlerle hasta konsültasyonu sağlanır.

Evde bakım planına göre hemşire, destek personeli ve fizyoterapist, psikolog gibi diğer sağlık personelinin görev saatleri ve uygulayacakları işlemler belirlenir ve görev dağılımı yapılır.

Evde bakım hizmeti verilen hastalara, hizmetin niteliğini denetlemek amacıyla uzman hemşire tarafından süpervizyon ziyaretleri yapılır.

Laboratuvar Hizmetleri

Madde – Merkez bünyesinde laboratuvar hizmetleri verilmesi istenmesi durumunda durumunda, kuruluş bünyesinde 19/3/1927 tarihli ve 992 sayılı Kanun hükümlerine göre ilgili laboratuvar dalında uzman hekimin sorumluluğunda faaliyet göstermek üzere Bakanlıkça ruhsatlı bir laboratuvarın veya laboratuvarların bulundurulabilir. Bakanlıkça ruhsatlı laboratuvarlar, faaliyetlerini 992 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak yürütürler.

Merkezler isterlerse laboratuvar hizmetlerini 19/3/1927 tarihli ve 992 sayılı Kanuna uygun olarak Bakanlıkça ruhsatlı laboratuvar hizmeti sunan bir veya birden çok özel laboratuvarlar ile sözleşme yaparak sunabilirler.

Acil Hizmetler

Madde – Sağlık kuruluşları evde bakım hizmeti sundukları kişilerin acil durumlarında ambulans ile en uygun bir sağlık kuruluşuna naklini yapmak/yaptırmak ile yükümlüdür.

Evde bakım merkezi bünyesinde ambulans bulundurabilir veya her türlü acil durumlarda başvurulması için bir ambulans şirketi ile anlaşma yapabilir. Bu anlaşma bu yönetmelik hükümlerinde belirtilen hizmet sunumuna uygun olmalıdır ve anlaşmanın belgelenmesi zorunludur.

Kıyafet

Madde – Evde bakım hizmeti veren sağlık personeli ev ziyaretlerinde mesleğine ve hizmetlerine uygun önlük veya üniforma giymek ve adını, soyadını, unvanını veya mesleğini belirten fotoğraflı ve mes'ul müdürün imzasını taşıyan bir yaka kartı takmak zorundadır.

ALTINCI BÖLÜM

Kayıt ve Bildirim Sistemi

Kayıtlar

Madde- Sağlık kuruluşundan hizmet alan her kişinin bir dosyası bulunur. Bu dosyalarda hastalar hakkında genel bilgi, sağlık fişleri bulunur.) (Ek :)

Açılacak dosyanın içerisinde hastanın kendi doktorunun istekleri, tanıları, evde bakım hizmeti veren sağlık ekibinin takip notları, görüşleri, laboratuvar ve görüntüleme tetkik sonuçları ve diğer tıbbi bilgiler olacaktır. Bu dosya hastanın tedavi ve tıbbi durumunu ve

gelişimini devamlı kaydetmek amacıyla kullanılacaktır.

Ayrıca;

- Denetim defteri (İl Sağlık Müdürlüğüne onaylı)
- Gelen ve giden yazı kayıt defteri,
- Gerekli muhasebe kayıtları,
- Personelin özlük ve sağlık dosyaları, bulunur.

Hasta, dosyasındaki bilgileri görmeyi istediği herhangi bir zaman bu talepte bulunabilir.

Hastanın hakları ve sorumluluklarıyla ilgili bilgiler bir dosya halinde hastaya sunulacaktır.

Bildirim

Madde - Evde bakım hizmeti merkezlerinin uygulama ve uygulama sonuçları, evde bakım hizmeti merkezi bilgi formu (EK..) ile 3 ayda bir Genel Müdürlüğe bildirilir. Genel Müdürlükçe gelen formlar değerlendirilir ve gerekli görürse yerinde inceleme ve değerlendirme yapar.

Bakanlık, evde bakım hizmeti merkezlerinde uygulamanın her safhasında gerekli gördüğü incelemeleri yapmaya yetkilidir.

Bakanlık, ihtiyaca göre değerlendirme ve izleme görevlerini yapabilmek için komisyon oluşturabilir.

Hastalara verilecek belgeler:

Madde - Evde bakım hizmeti merkezleri, hastalarca istenirse aşağıdaki belgeleri ücretsiz olarak vermek zorundadırlar:

- a) Hasta için kullanılıp bedeli hastadan alınan pansuman malzemesinin tür ve miktarını gösterir liste,
- b) Evde ya da dışarıda yapılan, bedeli hastaca ödenen laboratuvar ve röntgen muayene raporları ve röntgen filmleri ve şemaları (Adli olaylara ait olanların asılları verilmez).
- c) Hastaların klinik ve laboratuvar bulguları, hastalığın tanısı, gidişi, yapılan inceleme, tedaviye ve sonucuna ilişkin olarak tabipçe düzenlenecek bir sonuç özeti (epikriz)

YEDİNCİ BÖLÜM

Hastanın Evde Bakıma Kabulü Ve Evde Bakımdan Taburcu Edilmesi

Hastanın Evde Bakıma Kabulü

Madde - Aşağıdaki durumlara uyan kişilere evde bakım hizmeti verilebilir:

- a. Evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşunda, hastanın veya hastanın tıbbi durumu olur vermeye elverişli değilse yasal vasilerinin bilgilendirilmiş olur formu ile (EK:) rızası alındıktan sonra işlem yapılabilir.
- b. Evde Bakım Hizmeti almak isteyen hasta kendi hekimi tarafından takip altında olmalıdır. Kendisini takip eden bir hekimi olmayan hastalar, evde bakım hizmeti merkezinin Evde Bakım Hizmeti sunan hekimleri tarafından ve gerekirse konsültan hekimler tarafından değerlendirilir ve bir hekim atanır.
- c. Evde Bakım Hizmeti için, hekim tarafından istem yapılmalıdır. Planlamada yapılacak değişiklikler ya da ileri düzey yeni hizmet seçenekleri için hekim onayı alınır.
- d. Hasta, evde bakım hizmeti merkezinin hizmet verdiği coğrafi bölge içinde ikamet ediyor olmalıdır.
- 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 değerlendirilmez.

- g. Evde Bakım Hizmeti için kabul edilen hastalar, yasalar tarafından belirlenen her türlü hakları korunacak şekilde, hasta hakları ve yükümlülükleri ve hizmet içeriği konusunda bilgilendirilirler. Hastanın kendisi, eğer kendisi karar verme yetisine sahip değilse yasal vasisi, sunulacak hizmetin varsa riskleri konusunda her türlü bilgiyi almaya ve değerlendirme yaptıktan sonra hizmeti kabul etmeme hakkına sahiptirler.
- h. Hasta bakımı açısından evde bakım hizmeti merkezi tarafından önerilen tedavi planının kabul edilmemesi durumunda, bu bakımın yapılmamış olmasının yol açabileceği riskler anlatılarak hizmetin kabul edilmediğine ilişkin yazılı beyan istenir.

Hastanın Evde Bakımdan Taburcu Edilmesi

Madde- Aşağıdaki durumlarda, hasta Evde Bakım Hizmetinden taburcu edilir veya 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 eğitilmiş sağlık personelinin tam olarak sağlanamaması,
- e. Evde Bakım Hizmeti sunulan hastanın, verilen hizmet sırasında durumunun kötüleşerek hastaneye yatırılma endikasyonlarının gelişmesi,

Evde Bakım Hizmeti Verilemeyecek Durumlar

Madde- Aşağıdaki durumlarda hastalar evde bakım hizmetine kabul edilemezler:

- a. Talep edilen tedavinin hastane ortamında uygulanmasının tıbben şart olduğunun hekimi tarafından kabul edilmesi ve hasta ve ailesinin hastanede tedaviyi kabul etmesi.
- b. Hastayı takip eden birincil hekimin, talep edilen tedavinin evde uygulanmasına tıbbi gerekçelerle karşı çıkması ve bunu hasta ya da evde tedavi hizmetini uygulayacak birime bildirmiş olması,
- c. Talep edilen tedavinin, sağlık personeli eşliğinde uygulanacak olsa bile, ev ortamında yapılabilmesi açısından tıbbi kontr-endikasyon bulunması,
- d. Hasta ve hastalık grubunun evde tedavisi için tıbbi açıdan gerekli ekipman veya eğitilmiş sağlık personelinin evde bakım hizmeti veren merkez tarafından sağlanamaması
- e. Suçu işledikleri zaman bilinçlerin ya da hareket serbestilerini tamamen kaldıracak biçimde akıl hastalığına tutulmuş bulunmalarından dolayı mahkemece, korunmalarına ve tedavi altına alınmalarına karar verilmiş olan hastalar,
- f. Akıl ya da ruh hastalığından dolayı mahkemelerce hastanelerde tıbbi gözlem altına alınmasına gerek gösterilenler,
- g. Zehirli ya da uyuşturucu madde alışkanlığından dolayı hastanelerde tedavilerine mahkemelerce karar verilenler,
- h. Bir suç işleyip de akıl hastalıklarından birine tutulmuş olan ya da bu hastalıklardan birine tutulduğu öne sürülen ve mahkemelerce haklarında henüz karar verilmemiş olan kişiler.
- i. ...

Hastanın veya ailesinin tedavi planına ve çalışma şartlarına uymaması ve kendi sorumluluklarını yerine getirmemesi ya da evde bakım merkezi çalışanlarına karşı uygunsuz

hükümlerine ve aşağıda belirlenen hususlara uymak zorundadırlar:

- a) Uygunluk belgesi almadan faaliyete geçilemez.
- b) Müdürlükçe adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmemiş hekim ve hekim dışı sağlık personeli, her ne surette olursa olsun, sağlık kuruluşunda çalıştırılmaz.
- c) Sağlık kuruluşu bir şirket ise, şirketin faaliyetine giren diğer işler sağlık kuruluşunda yapılamaz.
- d) Sağlık kuruluşunda, staj yapma dahil olmak üzere, her ne surette olursa olsun, sağlık mesleği ile ilgili öğrenim gören öğrenci bulunamaz ve çalıştırılmaz.
- e) Sağlık kuruluşları yukarıda belirtilen çalışma düzenine tam olarak uymak ve uygunluk belgelerinde belirtilen süreler içinde öngörülen hizmetleri sunmak zorundadırlar.
- f) Sağlık kuruluşları, vatandaşın yanlış algılamalarının ve haksız rekabetin önlenmesi amacıyla; resmî sağlık kuruluşlarınca kullanılan isimleri ticarî isim olarak kullanamaz ve tabelalarında belirtemezler.
- g) Evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşunda, hastanın veya hastanın tıbbi durumu olur vermeye elverişli değilse yasal vasilerinin bilgilendirilmiş olur formu ile rızası alınmadan işlem yapılamaz.
- h) Hasta ile ilgili sonuçlar, hiçbir şekilde üçüncü kişilere bildirilemez.
- i)
- j)
- k)

Ek düzenlemeler

Madde - Bu Yönetmelikte belirtilen asgari araç-gereç, tıbbi malzeme ve donanım, her türlü kayıt defterleri, formlar, sağlık kuruluşlarının bildirimleri ve diğer hususlar Yönetmeliğin yayımı tarihinden itibaren en geç iki ay içinde Bakanlıkça çıkarılacak bir genelge ile düzenlenir.

Müeyyideler

Madde - Bu Yönetmelikte belirlenen usul ve esaslara uymayanlar ile yasaklara aykırı hareket edenlere bu Yönetmelikte öngörülen müeyyideler uygulanır; bunlar, cezai ve hukuki sorumlulukları bakımından genel hükümlere tabidir.

Geçici Madde 1- Bu Yönetmelik kapsamına giren ve Yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden önce faaliyete geçmiş olan özel sağlık kuruluşları, bu Yönetmelik yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç 30 gün içerisinde Yönetmelikte belirtilen özel sağlık kuruluşları türleri için öngörülen asgari araç, gereç, personel, tıbbi malzeme, bölüm ve birimler gibi hususları dikkate alarak hangi alanda hizmet vereceğine dair mes'ul müdürleri ve sahipleri tarafından bir dilekçe ile uygunluk belgesi taleplerini Müdürlüğe bildirirler.

Müdürlük gerekli incelemelerden sonra en geç 15 gün içinde bu taleplerini uygun görmesi halinde, en geç altı ay içerisinde bu Yönetmelik hükümlerine uygun hale getirilmeleri hususunu yazı ile sağlık kuruluşuna bildirir. Mücbir sebeplerden dolayı öngörülen altı aylık süre içinde eksikliklerini tamamlayamadığı tespit edilen özel sağlık kuruluşlarına bir defaya mahsus olarak üç ayı geçmemek üzere makul bir süre verilir. Bu süre sonunda da eksikliklerini tamamlaymayan sağlık kuruluşu Valilikçe faaliyetten men edilir.

Yürürlük

Madde - Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde - Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

EK 2.

EVDE BAKIM HİZMETİNDE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ANKETİ

Sayın katılımcı, bu araştırma Sakarya Üniversitesinde yürütmekte olduğum Yüksek Lisans Tez çalışması için yapılmaktadır. Vereceğiniz bilgiler, kişi ve kurum adları gizli tutulacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Sultan Yiğit
Sakarya Üniversitesi Yüksek Lisans
Öğrencisi
Adres: Kuzuluk Sağlık Ocağı-Sakarya / Akyazı

Referans
Doç. Dr. Recai COŞKUN
Adres: Sakarya Üniversitesi- Sosyal Bilimler Enstitüsü
Enstitü Başkanı

Hasta:

Hasta Yakını:

1)-Yaşınız:.....

1)-Yaşınız:.....

Lütfen uygun boşluklara X koyunuz.

2)- Cinsiyet:

2)- Cinsiyet:

() Bay () Bayan

() Bay () Bayan

3)-Eğitim Durumunuz

3)-Eğitim Durumunuz

() Okur-yazar değil

() Okur-yazar değil

() Okur-yazar

() Okur-yazar

() ilkokul

() ilkokul

() Ortaokul

() Ortaokul

() Lise

() Lise

() Üniversite ve üstü

() Üniversite ve üstü

4)- Medeni durumunuz

4)- Medeni durumunuz

() Evli

() Evli

() Bekar

() Bekar

() Dul

() Dul

() Boşanmış

() Boşanmış

5)- Sosyal Güvenceniz

5)- Sosyal Güvenceniz

(/) Yok

() Yok

() Emekli Sandığı

() Emekli Sandığı

() Sosyal Sigortalar Kurumu

() Sosyal Sigortalar Kurumu

() Bağ-kur

() Bağ-kur

() Özel Sigorta

() Özel Sigorta

() Yeşil Kart

() Yeşil Kart

() Yaşlı aylığı

() Yaşlı aylığı

6)-Evde bakım aldığınız hizmet türü nedir?

(/) Hemşire () Fizyoterapist () Psiko terapist () Solunum Terapisti () Cihaz

() Hekim () Diyetisyen ()Bebek bakımı ()Hasta bakıcı

()Sağlık destek personeli () Konuşma Terapisti

7)-Evde bakım hizmetine neden ihtiyaç duydunuz?

- Hastalığım nedeniyle kendime bakacak güçte değilim.
- Evde bana bakacak kimse olmadığı için
- Doktorum istediği için
- Hastanede yapılacak bir işlem olmadığı ve tedavimin evde devam etmesi için
- İlaçların düzenli verilip tedavilerin uygulanması için
- Hastalığıma özgü bakım uygulamaları ve gereksinimlerimi karşılaması için
- Yalnızlığımın giderilmesi, arkadaşlık yapılması için
- Rehabilite edici hizmetler sırasında yardım edilmesi için
- Diğer (Lütfen belirtiniz)

8) -Evde bakım verecek personeli bulmak için ne yaptınız?

- Gazeteye ilan verdik (Bakıcı veya Hemşire aranyor diye..)
- Hastanenin ilgili bölümlerine başvurduk
- Özel evde bakım bürolarına başvurduk
- Ne yapacağımızı bilemedik
- Diğer (lütfen belirtiniz).....

9)-Evde bakım hizmetini alma süreniz?

- 1 ay veya daha az
- 2 ay - 6 ay
- 7 ay- 1 yıl
- 1 yıl üstü

10)- Aldığınız evde bakım hizmetinin maliyetini değerlendirir misiniz?

- Beklediğimden çok yüksek
- Beklediğimden yüksek
- Beklediğim kadar
- Beklediğimden daha düşük
- Beklediğimden düşük

11)- Evde bakım hizmeti veren personel tarafından size sunulan hizmetin kalitesini aşağıdaki özelliklerden açısından nasıl değerlendirirsiniz? (Uygun kutuya X koyunuz)

	Çok memnunum	Memnunum	Kararsızım	Memnun değilim	Hiç memnun değilim
Sorunlarınızla ilgilenirken gösterilen tavır					
Personelin tecrübesi					
Personelin eğitimi					
Personelin yaptığı açıklamaların yeterliliği					
İhtiyaçlarınıza uygun çözümler bulunabilmesi					
Sorunlarınızın çözümünde gösterilen çaba					
Nezaket ve güleryüz					

12)- Evde bakım personelinin hastalara karşı hizmetleri sizlere güven veriyor mu?

Hizmetler	Çok güven verici	Güven verici	Kararsızım	Güven verici değil	Hiç güven verici değil	İfade benim için geçerli değil
Tedavinin yeterliliği						
Acil durumlarda müdahale yeteneği						
Bakım konularında eğitim ve danışmanlık						
Yeni doğan, bebek ve anne bakımı, eğitimi						
Tıbbi sorulara karşı cevap verebilme yeteneği						

13)- Evde bakım hizmeti veren sağlık personelinin, aşağıdaki verdiği hizmetler ihtiyaçlarınıza karşılayabiliyor mu?

HİZMETLER	Fazlasıyla karşılıyor	Karşılıyor	Kararsızım	Karşılmıyor	Hiç Karşılmıyor	İfade benim için geçerli değil
Hasta temizliği						
İlaçların zamanında verilmesi						
Hasta tedavisi						
Hastaya yapılan müdahaleler (damar yolu açma, iğne vurma gibi..)						
Hastaya uygulanan fizik tedavi programı						
Hasta muayene						
Hastanın genel durumu hakkında Doktoruna bilgi verme						
Tansiyon takibi ve hipertansiyon kontrol eğitimi						
Katater, sonda uygulamaları ve bakımı						
Sıvı tedavisi alan hastaların tedavisi						
Oksijen, solunum terapisi ve takibi						
Yeni doğan, bebek ve anne bakımı, eğitimi						
Bakım konularında eğitim ve danışmanlık						
Hasta, yaşlı, felçli, zrl bakımı						
Tüm laboratuvar hizmetleri						
Tıbbi cihaz ve ekipman temini						
Ameliyat sonrası bakım						

14) Evde bakım hizmeti aldığınız kurumla ilgili ifadelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz?

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Evde sağlık hizmetlerini aradığımda telefon kısa zamanda açıldı doğru kişiye önlendirildim					
Personelin telefonla görüşme kalitesi yüksek					
Verilen randevu saatine uyuldu					
Evde bakım hizmeti veren kuruluşu aradığımda ilgili kişiye rahatça ulaşabildim					
Verilen hizmetin kalitesinden memnunum					
Evde sağlık hizmeti ihtiyacım olduğu zaman tekrar hizmet talep edeceğim.					

15)- Genel olarak, aldığınız evde bakım hizmetinden memnun olma derecenizi belirtiniz.

() Çok memnunum () memnunum () memnun değilim () hiç memnun değilim

() fikrim yok

16)- Lütfen evde bakım hizmetlerinin daha iyi olması için üç öneride bulununuz

a-

b-

c-

Anket bitmiştir, katıldığınız için teşekkür ederiz.

yada suç teşkil edecek davranışta bulunması durumunda evde bakım merkezleri tek taraflı olarak hizmeti durdurabilir ve hizmet sözleşmesini iptal edebilirler.

SEKİZİNCİ BÖLÜM Çeşitli ve Son Hükümler

Denetim

Madde- Sağlık kuruluşlarının denetimi Müdürlük tarafından oluşturulan biri hekim olmak kaydıyla en az iki sağlık personeli tarafından gerçekleştirilir. Şikayet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya Müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere, olağan denetimler en az dört ayda bir yapılır. Denetimlerde (Ek-)da yer alan denetleme formu kullanılır. Denetim ile ilgili bulgular ve sonuçlar Müdürlüğe ait teftiş ve denetim defterine yazılır.

Olağan denetimler, düzenli aralıklarla gerçekleştirilir. Bu denetimlerde tespit edilen eksiklikler için, denetim formunda eksikliğin giderilmesi için verilecek süre sütununda belirlenen süreler verilir. Bu süre içerisinde, belirlenen eksikliğini gidermediği tespit edilen sağlık kuruluşuna, denetim formunda eksikliğin devamında verilecek faaliyet durdurma süresinde belirlenen süre boyunca evde bakım hizmeti faaliyet durdurması uygulanır. Bu şekilde faaliyet geçici olarak durdurulan sağlık kuruluşunun verilen süre sonunda; süresiz durdurulanın ise, üç ay içerisinde eksikliklerini gidermediği tespit edildiği takdirde sağlık kuruluşunun evde bakım hizmeti uygunluk belgesi geçersiz sayılarak iptal edilip geri alınır.

Denetimlerde bir sağlık kuruluşunda denetim formundaki birden çok eksikliğin aynı anda tespit edildiği durumlarda, eksikliklerin giderilmesi için tanınacak süre veya eksiklikler giderilmediğinde uygulanacak faaliyeti durdurma süresi olarak, süresi en uzun olan hüküm için belirlenen süre uygulanır.

Evde bakım hizmeti sunan sağlık kuruluşları çalışma şartları, standartları ve hizmet kalitesi, analiz ve sonuçları, kalite kontrolü bakımından yılda en az bir kez, Bakanlık görevlileri ve görevlendireceği ilgili uzmanlar tarafından denetlenir.

Bir takvim yılı içerisinde sağlık kuruluşuna yönelik olarak gerçekleştirilen olağan ve olağanüstü denetimlerde, Yönetmelik hükümlerine uygunluğun tam olarak devam ettiğinin tespit edilmesi veya herhangi bir eksikliğin tespit olunmaması durumunda, sağlık kuruluşuna, başarılı çalışmalarını teşvik etmek amacıyla İl Sağlık Müdürünün teklifi ve Valiliğin onayı ile hizmet teşekkür belgesi düzenlenebilir.

Reklam, tanıtım ve bilgilendirme

Madde - Sağlık kuruluşları çalışmalarına ticari bir görünüm veremeyecekleri gibi; insanları yanıltıcı, paniğe sevk edici, yanlış yönlendirici, benzer nitelikteki kuruluşlar ve çalışanları arasında rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamazlar.

Ancak, sadece sağlık kuruluşundan evde bakım hizmeti talep eden kişilerin kullanımına yönelik olarak, temel olarak sağlığı geliştirici ve koruyucu nitelikte, faaliyet gösterdiği alan ile ilgili sağlık sorunları, bu sorunlardan korunma veya sağlık sorunlarının kişide meydana getirdiği olumsuzlukların şahsi tedbirler aracılığı ile giderilmesi veya azaltılması hakkında bilgiler içeren eğitim materyalleri hazırlayabilirler.

Sağlık kuruluşları ve çalışanları, yukarıda açıklanan hususlara riayet etmek ve reklam, tanıtım, bilgilendirme niteliğindeki her türlü faaliyetleri için Müdürlükten izin almak zorundadır.

Yasaklar

Madde – Bu Yönetmelik kapsamında olan sağlık kuruluşları ile kişiler Yönetmelik

ÖZGEÇMİŞ

Sultan YİĞİT, 20.12.1974 Çorum doğumludur. İlk ve orta öğrenimi İstanbul'da Liseyi Adapazarı Sağlık Meslek Lisesinde tamamlamıştır. 1997-2001 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Uluslararası İlişkiler bölümünde lisans eğitimini yapmıştır. Halen Sakarya Üniversitesi İşletme Anabilim dalı Yönetim Organizasyon Bilim dalında halen yüksek lisans eğitimini yapmaktadır.

