

# EVDE BAKIM HİZMETLERİ İLE İLGİLİ SAĞLIK EMEK VE MESLEK ÖRGÜTLERİNİN GÖRÜŞ VE YAKLAŞIMLARI



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINLARI - 2016

# EVDE BAKIM HİZMETLERİ İLE İLGİLİ SAĞLIK EMEK VE MESLEK ÖRGÜTLERİNİN GÖRÜŞ VE YAKLAŞIMLARI

## Katkı Sunanlar ve Temsil Ettikleri Kurumlar

- Bayazıt İLHAN** Türk Tabipleri Birliği
- Bölent KARAKUŞ** Sosyal Hizmet Uzmanları Derneđi
- Dilek ASLAN** Türk Geriatri Derneđi  
Türk Tabipleri Birliği
- Deniz DÜLGEROĐLU ERDOĐDU** Türk Tabipleri Birliği  
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman  
Hekimleri Derneđi
- Fethiye ERDİL** Türk Geriatri Derneđi
- Fikret ÇALAGAN** Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri  
Sendikası
- Naile BİLGİLİ** Geriatri Hemşireliği Derneđi
- Verda ERSOY** Türk Tabipleri Birliği





Türk Tabipleri Birliği



Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon  
Uzman Hekimleri Derneđi



Geriatri Hemşireliđi Derneđi



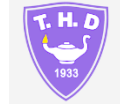
Sağlık ve Sosyal Hizmet  
Emekçileri Sendikası



Sosyal Hizmet Uzmanları  
Derneđi



Türk Geriatri Derneđi



Türk Hemşireler Derneđi

Evde Bakım Hizmetleri ile İlgili  
Sağlık Emek ve Meslek Örgütlerinin  
Görüş ve Yaklaşımları

ISBN 978-605-9665-08-7

*Nisan 2016, Ankara*  
*Türk Tabipleri Birliği Yayınları*

**Türk Tabipleri Birliği**  
**Merkez Konseyi**  
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunaliđil Sok.  
No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA  
Tel: (0 312) 231 31 79  
Faks: (0 312) 231 19 52-53  
e-posta: ttb@ttb.org.tr  
<http://www.ttb.org.tr>

## İÇİNDEKİLER

Önsöz .....	5
1. Kavramsal Çerçeve, Tarihsel Süreç ve Tanımlar .....	7
2. Evde Bakım Hizmetlerine Gereksinim Duyan Gruplar .....	13
3. Evde Bakım Hizmetleri Ekibi .....	14
4. Evde Bakım Hizmetleri Yapılanması .....	15
5. Evde Bakım Hizmetlerinde Kamusal Sorumluluk .....	20
6. Hangi Konu(lar)da Kısıtlılıklar Öne Çıkmaktadır? .....	23
7. Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Tespit ve Öneriler .....	25
Kaynaklar .....	30



## Önsöz

---

### **Değerli okuyucu,**

Dünyada ve Türkiye’de demografik, sosyal, sağlık, vb. yapılarıdaki değişimin de etkisiyle evde bakım hizmetlerine olan gereksinim gün geçtikçe artmaktadır. Evde bakım hizmetleri denildiğinde ise yelpazenin çok geniş olduğu, kapsamda ise öncelikle sağlık ve sosyal hizmetlerin ön planda yer aldığı bilinmektedir.

Toplumda hizmet alan ve hizmet sunan açısından karmaşık ve dinamik bir zemin üzerinden ilerleyen evde bakım hizmetlerine ilişkin sağlık meslek örgütlerinin ortak bir paydada buluşarak yapacakları saptamalar ve geliştirecekleri öneriler birey ve toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için önemli bir başlangıç noktasıdır.

Elinizdeki bu doküman tam da bu amaçla, ilgili bütün kişi ve kurumların çalışmalarına katkı sunabilmek amacıyla hazırlanmıştır.

Emeği geçen sağlık emek ve meslek örgütlerine ve temsilcilerine teşekkür eder, dokümanda yer alan bilgilerin ülkemiz sağlık ortamına katkı sağlayabilmesini dilerim.

Saygılarımla,

**Dr. Bayazıt İLHAN**

**Türk Tabipleri Birliği  
Merkez Konseyi Başkanı**



## 1. Kavramsal Çerçeve, Tarihsel Süreç ve Tanımlar

---

Evde bakım, ya da daha basit bir ifade ile “ev ortamında bakım” hizmetleri sağlık ve sosyal hizmetlerin ikisini de kapsamaktadır. Evde bakım uzun yıllardan bu yana dünyanın gündeminde olup önemine dair farklı evreler yaşanmıştır. Kavram 1700’lü yıllar sona ererken Avrupa’da İngiltere’de ve sonraları da Amerika Birleşik Devletleri’nde ortaya çıkmıştır. Evde bakım hizmet sunumunun tarihsel süreçte çok farklı amaçları olmuştur. Bunlar arasında; yoksul toplumlar, hastanelerin “kapasite” yetersizliği, bulaşıcı hastalıkların başkalarına bulaşma riskinin azaltılması yer almaktadır (1).

Yirminci yüzyılın ortalarına doğru yaklaşırken, modern tıbbın, sağlık kurumlarının gelişmesi ile birlikte daha önceleri aile bireyleri, hastabakıcılar, hemşireler tarafından sunulan bakım hizmetleri hastanelere ve kurumlara doğru bir yönelme eğilimi içinde olmuştur. Ancak, adı geçen kurumların kapasiteleri kronik hastalıkları olan bireyler için “yetmemeye” başladığında, evde bakım hizmetleri güncel ve gündemde bir konu olma özelliğini yeniden kazanmıştır. Bugün ise evde bakım hizmetleri çok geniş bir yelpazede değerlendirilmektedir (2).

Felsefe olarak da evde bakım, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici yaklaşımları kabul eder. Evde bakım hizmetleri önceleri “hasta bakımı” olarak algılanmış olsa da günümüzde kavramın çok farklı boyutları olduğu bilinmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin bireylerin “bağımsız” yaşamalarını sağlayan “maliyet etkili” bir yöntem olduğu, özellikle kurum yerine evlerinde yaşamayı tercih eden bireylerin tercih ettiği bir bakım türü olduğu ifade edilmektedir (3,4).

Evde bakım hizmetlerinin hastane enfeksiyonlarından korunmada da etkili olduğu belirtilmektedir (5).



Yapılan bazı araştırmalar farklı sonuçlara vurgu yapmaktadır. Ekonomik açıdan hastaneden erken taburcu ederek hastalara ev koşullarında hizmet verebilmenin daha maliyet etkili olduğu üzerinde durulsa da yazılan bir sistematik derleme sonucunda ekonomik yarar ya da olumlu sağlık çıktıları açısından yararın gösterilmesinde yeterli objektif verilerin olmadığı sonucu vurgulanmıştır. Aynı çalışmada evde hizmetlerin verilmesi, hasta açısından olumlu bir durum olarak değerlendirilmiştir (6).

Avrupa’da yapılmış olan bir çalışmada, Avrupalıların %90’dan fazlasının evde bakım hizmetlerinin hükümetler tarafından karşılanması gerektiği vurgulanmıştır. Aynı çalışmada katılımcıların %48’i ebeveynlerin gelir düzeyleri yetersiz olduğunda çocukların bakımı karşılayabileceklerini belirttikleri ifade edilmektedir. Profesyonel bakım tercih edilse de katılımcıların %34’ü herhangi birisine bağımlı olarak yaşayan kişilerin evlerinde bu hizmetleri alabileceklerinin daha karşılanabilir olduğunu düşünmektedirler (7).

Ülkemizde de sosyo-kültürel yapı ve TÜİK verilerinden de anlaşıldığı gibi yaşlılar evde bakımı güvenli bulmakta ve tercih etmekte, ailelerini ise mutluluk kaynağı olarak görmektedir (15).

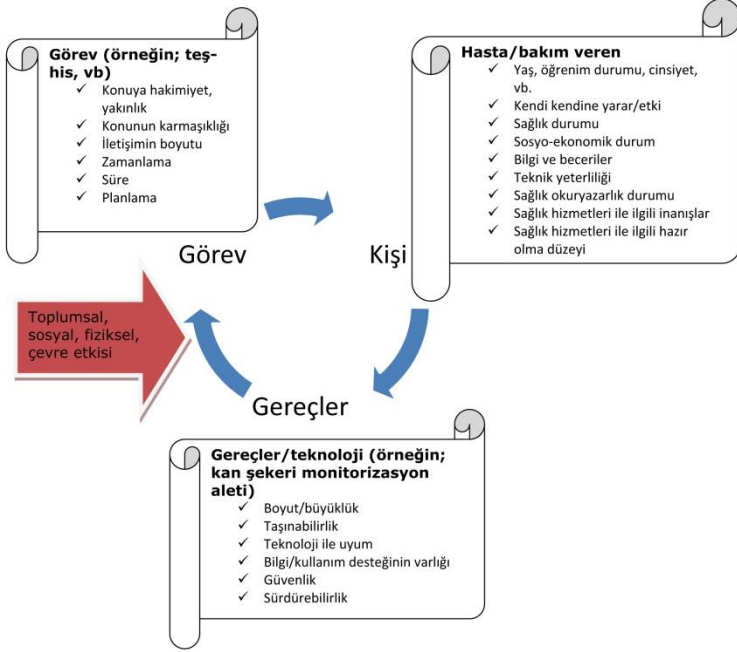
**Evde bakım hizmetleri denildiğinde;** kişisel bakım, evsel hizmetler, bireylerin yemek yemek gibi temel gereksinimlerinin karşılanması ve **evde sağlık hizmetleri** sunumu şeklinde geniş bir yelpaze anlaşılmaktadır. Daha ayrıntılı olarak ise; kişisel bakım; banyo yapma, giyinme gibi aktiviteleri, günlük eve ait işler; temizlik, ev güvenliği, tamir/bakım/onarım gibi aktiviteleri, temel gereksinimler; yemek yapma gibi aktiviteleri ve sağlık hizmetleri bu başlıkta yer almaktadır (8).

Evde bakım hizmeti ülkemizde 10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği’nde; *“hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması”* olarak tanımlanmıştır (9).

Kavram olarak **evde sağlık bakımı hizmetleri**, evde bakım hizmetlerini kısmen içerse de çoğunlukla tıbbi (medikal) bir hizmettir. Yaklaşım olarak ise **evde sağlık bakımı hizmetleri** kişilerin sağlığını korumak, geliştirmek ve gerektiğinde yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla özel gereksinimi olan kişilerin evde sağlık bakım hizmeti alabilmesini kapsamaktadır. Hemşirelik hizmetleri, egzersiz, iş-uğraş terapisi, konuşma terapisi, ağrı, enteral beslenme, ilaç gibi diğer hizmetler kapsamında öne çıkan başlıklardır (6,8).

Evde sağlık bakım hizmetlerine ilişkin bir algoritma Şekil 1'de sunulmuştur. Bu modele göre evde sağlık bakım hizmetlerinin bileşenleri etkileşim içindedir ve farklı uyarıcılar tarafından etkilenmektedirler.

**Şekil 1.** Evde sağlık bakımı hizmetlerinde “insan” faktörünün rolüne dair bir algoritma (5)



Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'ye göre; **evde sağlık hizmetleri**, “çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri” olarak tanımlanmaktadır (10).

Evde bakım ile ilgili tanımlamalar; evde bakım hizmetlerinin süresine göre (kısa süreli, uzun süreli), sunulan hizmetin sosyal ya da medikal olmasına göre, sunulan hizmetlerin kim(ler) tarafından sunulduğuna göre (formal, informal), hizmetin içeriğine göre (koruyucu, tanı koyucu, tedavi edici, rehabilite edici bakım) farklılaş-

maktadır. Aşağıda bazı tanımlara daha ayrıntılı olarak yer verilmiştir:

**Evde kısa süreli bakım:** Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri; tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası nekahat dönemi içinde verilmektedir. Bu süre genellikle 30 gün ile sınırlanmaktadır.

**Evde uzun süreli bakım:** Bu hizmetler hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini içermekte olup ve 6 aydan fazla bakım verilmesini gerektirir. Bu hastaların çoğu daha önce hastaneye başvurmuş, tanıları konulmuş hastalardır. İlk tanının evde konulması çoğu kez mümkün değildir, ayrıca evde bakım hizmetinin amacına uygun değildir. Evde ziyaret edilen bakım hastalarının ilk değerlendirmesi aile hekimi, hemşire tarafından yapıldıktan sonra hastalığına ve ihtiyaca göre ilgili uzmanın ziyareti gerçekleştirilmelidir. Uzman doktor, medikal tedavi, ev programı, egzersiz planlaması yapıp, ekipte bulunan fizyoterapist, psikolog gibi diğer meslek gruplarından yardım almalıdır.

**Evde formal bakım:** Profesyonel meslek grupları tarafından sunulan bakım hizmetlerini işaret eder.

**Evde informal bakım:** Bakıma gereksinimi olan kişinin eşinin, akrabalarının, arkadaşlarının bakım sürecinde olmasını işaret eder.

**Evde rehabilite edici bakım:** Evde rehabilite edici bakım almanın sağlanmasının temel amacı, bireylerin var olan fiziksel kapasitelerinin korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitelerinin sağlanması, yaşadıkları toplum içinde “bağımsız” yaşama olanağının artırılmasıdır (11).

Erken rehabilitasyon almayan hastalarda yatak yarası, eklem kontraktürü, kas atrofisi gibi komplikasyonlar gelişebilir. Bunların geç dönemde tedavisi oldukça zordur ve ev ortamında evde bakım hizmeti ile yerine getirilemez. Bunun nedenleri arasında; evde cihazların, tedavi ünitelerinin, egzersiz yapılacak mekanların/salonların olmaması ve/veya olanaklarının yetersiz olması, günlük olarak fizyoterapistin ev ziyareti yapamaması, bakımı veren aile fertlerinin bilgi yetersizliği, cihaz kullanamaması, bazı

cihazların elektrik akımı ile ilgili tehlikeleri sıralanabilir. Bundan dolayı öncelikle hastalara erken rehabilitasyonun yatırılarak uygulanacağı rehabilitasyon kliniklerinin sayısının artırılması gerekir. Rehabilitasyon kliniğinde takip edilen hasta 1 hafta-10 gün plato çizdi, gelişimi durdu ise eve gönderilebilir, evde bakım hastası olabilir. Öte yandan nörolojik rehabilitasyon programı tamamlanmış, enfeksiyon nedeniyle belli süre intravenöz antibiyotik tedavisi verilen hastanın yatak işgal etmesine gerek yoktur, evde hemşire ziyareti ile yapılabilir. Benzer şekilde, yoğun bakımdan taburcu edilecek düzeye gelen hasta ev tipi mekanik ventilatöre geçtiyse ev ziyaretleri ile takip edilebilir, yutma fonksiyonu olmayan PEG'e geçilen hastaların enteral beslenmesi de evde yapılabilir (12).

**Evde bakım hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler ise aşağıda sıralanmıştır (2,13):**

1. Sağlıkın korunması ve geliştirilmesi hizmetleri
2. Kişisel/öz bakım hizmetleri
3. Acil müdahale ile ilgili hizmetler
4. Ev işleri ile ilgili hizmetler, bakım, onarım
5. Tıbbi bakım
6. Hemşirelik bakım hizmetleri
7. Bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık hizmetleri
8. Rehabilitasyon hizmetleri
9. Psiko-sosyal destek hizmetleri
10. Ulaşım
11. Ekonomik danışmanlık
12. Yeti yitimi olan bireylere yönelik hizmetler
13. Özel gereksinimi olan bireylere yönelik hizmetler

## 2. Evde Bakım Hizmetlerine Gereksinim Duyan Gruplar

---

Evde bakım hizmetlerine gereksinim duyan grubun bir yaş sınırlaması bulunmamaktadır. Yeti yitimi olanlar, kendi kendine yaşamını idame ettiremeyenler, yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, cerrahi girişim geçirmiş olan bireylerin akut dönemlerini yaşayanlar, özel bakıma gereksinim duyulan bir hastalık geçiren herkes için evde bakım hizmetlerinin varlığı önemli ve gereklidir. Yaşlılık döneminde bu hizmetlerin gereksinimi var olan hastalıklarla yakından ilişkilidir. Kronik hastalıkların yaşın artması ile birlikte artma eğiliminde olması bir tespit olarak yapılabilir. Her ne kadar ülkeler bölgeler arasında farklılıklar olsa da dünyada yaşlı bağımlılık oranı-artma eğilimindedir. Yaşlı bağımlılık oranı 65 yaş ve üzeri nüfusun 15-64 yaş grubu nüfusa bölünmesi ile elde edilen bir değerdir. Bu değer 2050 yılında daha da artması muhtemeldir (7).

Evde bakım hizmeti gereksinimi duyulabilen kronik hastalıklar arasında KOAH, serebral palsi, meningomiyelose, miyopati, hemipleji, kafa travması, parapleji, tetrapleji, parkinson, multiple skleroz, ALS, polinöropati öne çıkmaktadır.

Evde bakıma, evde sağlık bakımına gereksinim duyan hastalar/bireyler, günlük yaşam aktivitelerinin çoğunda bağımlıdır, bakım veren kişinin desteğine ihtiyaç duyar. Bu hastalara tanı konulduktan sonra medikal tedavisinin yanında nörolojik, ortopedik rehabilitasyon için erken rehabilitasyonlarının yapılabileceği rehabilitasyon kliniklerinde bir süre yatırmak gerekir.

### 3. Evde Bakım Hizmetleri Ekibi

---

Evde bakım hizmetleri, ekip çalışması şeklinde sunulması beklenen bir hizmetler bütünüdür. Bu ekip içerisinde profesyonel meslek üyeleri olarak; hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, uğraşı terapisti, konuşma terapisti, beslenme ve diyet uzmanı yer almaktadır. Bu ekibin vazgeçilmez bileşeni ise hastanın kendisi ve hasta ile birlikte yaşayan/kalan (aile) bireylerdir. Varsa bakıma yardım eden kişiler de bu ekibin parçası olarak rol alırlar. Evde bakım hizmetleri ekibinin bütün üyelerinin işbirliği ve eşgüdüm içerisinde çalışabilmelerine gereksinim büyüktür. Süreç ise var olan sorunlara tanı(lar) konulduğu andan itibaren başlamalıdır (13).

Örneğin; evde bakım hastalarına yapılacak rehabilitasyon kapsamında Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzmanı değerlendirdikten sonra ev programı, egzersiz için fizyoterapistin zaman zaman ev ziyaretleri ile sürdürülebilir. Bu esnada hasta ve yakınına eğitim verilmeli, tedavide söz sahibi olmaları sağlanmalıdır. İdeal olan yatağa bağımlı, yaşlı, yeti yitimi olan hastaların evlerinin bir profesyonel tarafından incelenip, düzenleme yapılmasıdır. Bunlar arasında aydınlatma, kaymayan zeminler, ulaşılabilir mutfak gereçleri, dolaplar, tuvalet için tutamak, klozet, duş teknesinin seviyesinin ayarlanması, tutamak yerleştirilmesi sayılabilir. Ayrıca hastanın sürekli kullandığı ilaçların takibi, ilaç, alt bezi, total parenteral nütrisyon raporu çıkarılması, reçete yazılması, tekerlekli iskemle, havallı yatak, ortez, walker temini için gerekenler yapılabilir.

## 4. Evde Bakım Hizmetleri Yapılanması

### a. Mevzuat Düzenlemeleri ile Güncel Durum

Evde bakım hizmetleri ile ilgili olarak ülkemizde güncel mevzuat kapsamında bazı yönetmelikleri hatırlamakta yarar bulunmaktadır:

Ülkemizde evde bakım hizmetleri denildiğinde, geniş bir bakımı kapsayan bir uygulama değil, asıl olarak “evde sağlık” hizmetleri sınırlılığı içinde bir bakım anlaşılabilir. Evde bakım hizmetleri

Bu konuda;

- ✓ 10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ve
- ✓ Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge ile evde sağlık hizmetlerinin ne şekilde sunulacağı düzenlenmiştir.
- ✓ Son olarak Sağlık Bakanlığı tarafından “*ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amacıyla Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlemek*” amacıyla hazırlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 27.02.2015 tarih 29280 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Buna göre Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan birimler



ve aile hekimliği birimleri vasıtasıyla bu hizmetler sunulacaktır.

Bu son Yönetmeliğe göre TSM'lere bağlı olarak "T" tipi evde sağlık hizmet birimleri, TKHK'na bağlı hastaneler bünyesinde kurulan "H" tipi evde sağlık hizmet birimleri ve TKHK'na bağlı ADSM'ler bünyesinde kurulan "D" tipi evde sağlık hizmet birimleri olarak üç tip birim kurulmaktadır.

Evde sağlık hizmeti sunulan günlük hasta sayısı on ve üzerinde olan yerlerde en az bir adet kurulan "T" tipi birimler, öncelikle hizmet sunmakla görevlidir. Bu ekipte evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişi bulunur. İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı (sosyal hizmet uzmanı) ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır.

"H" tipi birimler, öncelikli olarak uzman hekim konsültasyonu, fizyoterapi gibi "T" tipi birimler tarafından verilmesi mümkün olmayan hizmetlerin sunumuyla yükümlüdür. Koordinasyon Merkezinin planlaması doğrultusunda T tipi birimleri destekler. Benzer şekilde ekip yapılanması vardır. İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır. Hastanın ihtiyacına göre ekibe uzman hekim ya da hekimler dâhil edilir. Hastane rollerinin belirlendiği gruplamaya göre A, B ve C tipi hastanelerin bulunduğu ilçelerde en az bir "H" tipi birim kurulur.

"D" tipi birimlerde ise ekipte bir diş hekimi ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri bulunur.

Bu yönetmelikte evde sağlık hizmetlerinin ne şekilde sevk ve idare edileceği gösterilmiştir.

- ✓ Evde sağlık hizmeti sunumuna ilişkin bu düzenlemelerin yanı sıra evde bakımı daha farklı ve bütünlüklü olarak ele

alan düzenlemeler de olmuş, son olarak 07.08.2008 tarih ve 26960 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmeliğin amacı, huzurevi bakımını tercih etmeyen yaşlılar için gündüzlü bakım ve evde bakım hizmetlerinin niteliği ve bu hizmetleri yerine getiren birim ve personele ilişkin usul ve esasların belirlenmesi olarak ifade edilmektedir.

Kamu kurum ve kuruluşları, gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılacak bu merkezlerde verilen hizmetler, gündüzlü bakım hizmeti ve evde bakım hizmeti şeklinde yürütülür.

**Evde bakım hizmeti birimi;** akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özrü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya komşu akraba gibi diğer destek unsurlarına rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla sunulan sosyal, fiziksel, psikolojik destek hizmetlerini yürüten birimdir.

**Gündüzlü bakım hizmeti birimi** ise yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren sağlıklı yaşlılar ile demans, Alzheimer gibi hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi olanaklarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerinde destek hizmetleri vermek, ilgilerine göre faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlemek suretiyle sosyal ilişkilerini zenginleştirmek, aktivitelerini artırmak ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak yaşlının yaşam kalitesinin artırılması amacıyla sunulan hizmetleri yani gün-

düzlü dayanışma hizmetlerini de yürüten birim olarak tanımlanmaktadır.

Ancak sonrasında yapılan düzenlemelerle Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmeliğin hukuki dayanağı ortadan kalkmış, 9 Şubat 2013 tarihli ve 28554 sayılı Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği ile Yaşlı Hizmet merkezleri de dahil gündüzlü hizmet veren kuruluşlar kapatılarak uygun görülenlerin ek hizmet binası olabileceği belirtilmiş fakat yaşlı hizmet merkezleri kapatılmıştır. Huzurevlerine bağlı çok az sayıda gündüzlü bakım birimleri bulunabilmektedir.

2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununda yapılan 6/2/2014 tarihli ve 6518/14 sayılı değişiklikle “Aktif Yaşam Merkezi”; Engelli bireylerin, yaşam kalitesinin artırılması ve sosyal hayata aktif katılımlarına katkı sağlanması amacıyla, engelli bireyler ile ailelerine rehberlik ve destek hizmeti ile evde gündüz bakım hizmeti sunan gündüzlü sosyal hizmet kuruluşları olarak tanımlanmış ancak henüz etkin olarak uygulamaya geçirilememiştir. Ancak 3 Eylül 2010 tarih ve 27691 sayılı Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu Ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik kapsamında az sayıdaki Bakım Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezlerinde engellilere ve ailelerine kurumsal gündüzlü hizmet ile Evde Bakıma Destek Hizmeti verilmektedir.

30.07.2006 tarih ve 26244 sayılı Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tesbiti Ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik kapsamında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığınca en az %50 engelli olan ve hane halkı geliri kişi başına asgari ücretin 2/3'ünden az olan engellilerin evde bakımı için yakınlarına ücret ödenmektedir.

Bunlar yanında birkaç büyükşehir belediyesi başta olmak üzere belediye ve yerel yönetimler ile kimi vakıf ve sivil toplum örgütleri ile üniversitelerin, özel ve tüzel kişilerin de

az da olsa evde bakım hizmetleri verebildikleri bilinmektedir.

### **b. Yaklaşım Nasıl Olmalıdır?**

Evde bakım hizmetleri değerlendirilmesi yapılmak istendiğinde evde bakım hizmetlerinin düzenlenmesi, kamu tarafından karşılanan hizmetlere ulaşım, hizmetin niteliği ve hizmetin nasıl finanse edildiği parametrelerinin incelenmesi uygun olur (7).

Evde sağlık hizmetleri ile ilgili olarak ise; tıpkı bütün sağlık hizmetlerinde olduğu gibi bu hizmetlerin de basamaklandırılmış bir modelde kurgulanması son derece önemlidir. Özellikle komplike (karmaşık) durumlarda, palyatif bakım, yoğun bakım hizmetlerine gereksinim duyulabilir. Örneğin; terminal dönem kanser hastaları, nörolojik iyileşmenin olmadığı kafa travması, Alzheimer, Parkinson, inme gibi durumları olan hastalar için palyatif bakım gereklidir. Böylesi durumlarda, hastaların geçiş döneminde yatırılacağı palyatif bakım kliniklerinin sayısının artırılması da önemli bir konudur. Yoğun bakımdan çıkarılması gereken, ancak kliniklere yatışı uygun olmayan, yatak bulunamayan, ev ortamında yakınlarının takip ve tedavisini yapamayacağı bu hastaların ortada kalmaması için yeni palyatif bakım ünitelerinin açılmasına gereksinim bulunmaktadır.

Evde bakım hizmetleri gerekli durumlarda, koşulların sağlanabilmesi halinde tele-rehabilitasyon hizmetleri ile de desteklenebilir.

## 5. Evde Bakım Hizmetlerinde Kamusal Sorumluluk

---

Günümüzde modern devletin-üretim ilişkileri tüm toplumsal ilişkileri merkezileştirdiği gibi üretilen tüm birikimi de merkezileştirmiştir. Geçmişte bakıma ihtiyaç duyanların bu ihtiyacı toplumsal duyarlılıkla giderilirken, biriktirilen değerler dayanışmayla hizmete dönüşebiliyordu. Bugünkü modern devlet vatandaşlık hukuku ile ilişkileri merkezileştirirken, toplumsal birikim vergi ile toplum adına devlet otoritesi altında toplanmıştır. Güncel anlamda da kamusal devlet indirgenmiştir için kamusal sorumluluk ta devlet etrafında daraltılmıştır. Doğal olarak kamu adına tüm yetkiyi tek elden toplayan devlet üretim ve toplumsal ilişkileri sonucu doğan arazların da sorumluluğunu almalıdır.

Bu anlamda bakım almak bir insan hakkıdır. Devletin vatandaşlara sağlamakla yükümlü olduğu sosyal bir hak. Bu hakkın nitelikli ve eşit olarak sağlanması, hakkın kullanılabilirliğini ve erişilebilirliğini sağlamak sosyal devletin görevleri arasına girmektedir.

Bu noktada, Avrupa’da evde bakım hizmetlerini sunarken kamusal sorumluluğun ne çerçevede olduğuna dair bir araştırma sonuçlarını paylaşmakta yarar bulunmaktadır(7):

1. İsveç, Norveç, Bulgaristan, Yunanistan, Danimarka, İzlanda ve İrlanda’da evde bakım hizmetleri ağırlıklı olarak hükümetler tarafından karşılanmaktadır.
2. Hizmetin niteliğinin değerlendirilmesi için ulusal değerlendirme kriterleri Avrupa ülkelerinin çoğunluğunda bulunmaktadır. Danimarka, İngiltere, Fransa, Yunanistan bu başlıkta güçlü kriterlere sahiptirler. Ancak, örneğin İtalya’da, Lüksemburg’da böylesi bir değerlendirme sürecinin olmadığı ifade edilmektedir.
3. Evde sağlık hizmetleri Avrupa ülkelerinde çoğunlukla hükümetler tarafından finanse edilmektedir. Yunanistan ve

Macaristan’da bu hizmetler tamamen hükümet tarafından finanse edilmektedir. Hükümetler gibi yerel yönetimler de bu hizmetleri desteklemektedirler.

4. Avrupa kıtası ülkelerinde evde sosyal hizmetlerin hükümetler tarafından finanse edilme durumu evde sağlık hizmetlerine göre daha geridedir. Bu başlıkta özel sigortaların/sektörün payı daha fazladır.

Görüldüğü üzere, Avrupa’da farklı modeller bulunmaktadır. Ülkemizde herkes için eşit, ulaşılabilir bir hizmet modeli planlayabilmek için Avrupa ülkelerinin bu bakış açısına sahip modellerinden de yararlanılabilir. Modeli yeniden tanımlarken/kurarken bakım almanın bir insan hakkı olduğu temel yaklaşımı birinci kabul olmalıdır. Bakım hakkı, devletlerin yurttaşlarına sağlamakla yükümlü olduğu sosyal bir haktır. Bu hakkın nitelikli ve eşit olarak sağlanması, hakkın kullanılabilirliğininve erişilebilirliğini sağlamak sosyal devletin görevleri arasına girmektedir. Bugün açısından bunun hukuktaki karşılığı devletin sosyal sorumluluğu olarak tanımlansa da, olması gereken “sosyal sorumluluk” değildir, bu bir ödevidir, böyle tanımlanmalıdır. Ancak liberal anlayışın gelişmesiyle sosyal sorumluluktan da vazgeçilmeye çalışılmaktadır. Ancak bu kabul edilir olmakla birlikte toplumsal olarak sürdürülmesi de mümkün değildir. Zorunluluk olan bu kamusal sorumluluğu ise aşağıdaki şekilde tanımlanabilir:

1. Bakıma ihtiyaç duyanlar ve yakınlarına devletin bu sorumluluğu yürüteceği konusunda yasal güvence verilmelidir.
2. Bakım hizmetleri kurumsal bir yapıya kavuşturulmalıdır. Ancak bu kurumsal yapılar bölgesel tabanlı olmalı ve yaşam alanı ile iç içe olmalıdır.
3. Bakım hizmetleri yakınlar tarafından yürütülebilir, desteklenebilir. Ancak özellikle sosyal hizmetlerin ve evde bakım hizmetlerinin örgütlenmesinde, bakım hizmetlerinin belirli bir ödeme karşılığında kamusal alandan özel alana kaydırılmaktadır. Bunun kadın emeği üzerinden sürdürülme eğilimi devam etmektedir. Kadınlar çocuk, hasta, yaşlı bakı-

mında birincil sorumlu olmaktadır. Erkekler ise paylarına düşen bu sorumluluklardan sıyrılmaktadır. Çoğu kez yoğun ev içi emeği veren kadın, bu emeğin parasal karşılığını alamamakta, emeklilik, sağlık güvencesi gibi kazanımları olmamaktadır. Sonuç olarak toplumsal hayattan çekilerek, profesyonel bir meslek edinemeyerek bedel ödeyebilmektedir.

4. Devlet tarafından hasta, yaşlı bakımı için sağlık kurulu raporu ile bakım ücreti verilse dahi ücret çoğu kez bakımı veren kadının eline geçmemektedir.
5. Bakım hizmetleri kurumsal yapıda kamu görevlileri eliyle yürütülmelidir. Bu görevliler hizmetlerin denetiminde, desteklenmesinde ve yürütülmesinde görev almalıdır.
6. Tüm hizmetler kamu bütçesinde karşılanmalıdır.

## 6. Hangi Konu(lar)da Kısıtlılıklar Öne Çıkmaktadır?

---

Evde bakım hizmetleri konusunda güncel döneme ilişkin kimi eleştirileri bilmek değerlidir. Bu bağlamda aşağıdaki başlıklar öne çıkmaktadır:

- ✓ Evde bakım hizmeti sunumunun yeterli olmamasından kaynaklanan sorunlar
- ✓ Bazı ciddi sağlık sorunlarının hastane, bakım merkezi vb. kurumlarda sunulmasının gerekliliği
- ✓ Sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının hastanelerde yoğun iş yüküne ek evde bakım işinin sırtlarına yüklenmesi
- ✓ Başvuranlar tarafından “kötüye” kullanım riskleri
- ✓ Hizmet sunanlar tarafından “yanlış”, “kötüye” kullanım riskleri, populizm, reklam adına yapılması
- ✓ Hizmetlerin birim maliyet açısından olmasa da ekonomik açıdan pahalı görülmesi
- ✓ Kadın emeğinin ucuz işgücü olarak kullanılma riski
- ✓ İhtiyaç sahibi olanların ekonomik yetersizlikleri
- ✓ Evde bakım hizmetlerinin finansmanına ilişkin bütünlüklü bir modelin/sigortanın olmaması
- ✓ Evde bakım hizmetleri konusunda eğitim veren kadrolarda ve eğitim almış personel sayılarında yetersizlik
- ✓ Özel sektörde sunulan hizmetlerin denetim sorunu
- ✓ Evde bakım hizmetleri kapsamındaki görev tanımlarında karışıklık, yetersizlik
- ✓ Profesyonel meslek gruplarının görev alanı çakışmaları



- ✓ Yasal düzenlemelerde yetersizlik
- ✓ Evde bakım hizmetleri kapsamındaki tanımların ve kavramların geniş yelpazesinden dolayı yapılması gereken sorumlulukların yeterince yerine getirilememesi (örneğin; rehabilitasyon oldukça geniş bir kapsama sahip olmasına rağmen hizmetler zaman zaman fiziksel rehabilitasyona daraltılabilmektedir)

## 7. Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Tespit ve Öneriler

1. Evde bakım hizmetlerinin **kamusal bir hizmet** olması hizmetin gereksinimi olanlara yönelik eşit ve sürekli sunumunun sağlanması açısından önemlidir.
2. Bu hizmetlerin planlanması, uygulanması, izlenmesi için güçlü mevzuat gerekir. Mevcut uygulamada evde bakım hizmetlerine ilişkin mevzuatın dağınık bir gelişim gösterdiği ve uygulamayla ilişkisi bakımından zayıf ve belirsiz bir durum arz ettiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılmış olan yönetmelikte ise bu görev il sağlık müdürlüğü, hastaneler, aile hekimleri tarafından yürütülebilmektedir. Ancak, mevcut uygulamanın karmaşık olduğu, özellikle saha uygulamalarında özellikle kurum içi iş yükü çok fazla ve parçalanmış olan uzman hekimlerin evde bakım hizmetleri yükümlülüklerinin verimli olmadığı görülmektedir. Bu uygulamanın “popülist” bir uygulama olduğuna dair gözlemler de bulunmaktadır.
  - a. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, genel olarak incelendiğinde, ağırlıklı olarak tedavi edici sağlık hizmeti anlayışı ile düzenlenmiş olduğu görülmektedir. Oysa evde bakım hizmetlerini sağlık hizmetlerine entegre edilmiş evde bakım hizmetleri uygulamaları kapsamında koruyucu sağlık hizmetlerini de içermelidir (14).
  - b. Evde bakım hizmetleri ve evde sağlık hizmetlerinin koordineli olarak ele alındığı, hizmetin işbirliğine dayalı kurumsal sorumluluklar ve finansman boyutuyla bütünlüklü olarak düzenlendiği bir mevzuat oluşumuna ihtiyaç vardır.

3. Evde bakım hizmetleri sunumunda yerel yönetimlerin desteğinin sağlanacağı mekanizmalara gereksinim bulunmaktadır. Örneğin; ilacın da içinde olduğu tıbbi bakım dışındaki gereksinimler için bu tür bir yapılanma yararlı olabilir.
4. Günlük yaşamda, özellikle saha uygulamalarında evde bakım hizmetlerini para karşılığında sunan ve bu hizmetlerin SGK geri ödeme kapsamına alınması için çaba gösteren özel sektör bileşenleri bulunmaktadır. Dolayısıyla, güçlü bir kamu sistemi kurulmadığında evde bakım hizmetlerinin “rant” yaratma riski olduğu unutulmamalıdır. Kamusal sorumluluk ve denetim altında sektör ancak sistemi tamamlayıcı bir rol üstlenebilir. Hizmetin finansmanında kamu sorumluluğunu önceleyen bütçe veya sigorta ağırlıklı, kişilerin ödeme gücünü de esas alan bir model geliştirilebilir.
5. Yaşlıya, engelliye, yatağa bağımlı hastaya, çocuklara evde bakılması çoğunlukla kadınlar tarafından sağlanmaktadır. Dolayısıyla bu süreç kadın emek sömürsününün bir aracı haline gelmiştir. Evde bakım işi bir kadın istihdamını müdahale anlamına gelmektedir. Bu durum kadının eve kapanması, toplumsal hayattan çekilmesi, eğitim olanağının olmaması, profesyonellik gerektiren meslekleri (öğretmenlik, doktorluk, avukatlık, hemşirelik, mühendislik v.s.) yapamaması sonucunu doğurmaktadır. Maaş, emeklilik hakkı, sağlık güvencesi olmadan, güvencesiz, esnek çalışma daha çok kadınların sorunu haline gelmektedir. Evde bakım hizmetinin standartları belirlenmeli, kadınlar yanında hizmete ihtiyaç duyanların başka yakınları veya profesyonel kişilerin de bu konuda eğitim alması ve bakım hizmeti vermesi sağlanmalı, bakım hizmeti verenlere ekonomik destek ve güvence sağlanarak denetimleri yapılmalıdır.
6. Sosyal devlet evde bakım hizmetlerinin yanı sıra ihtiyaç duyan çocuk, genç, engelli ve yaşlılar için bakım veya rehabilitasyon merkezleri, kamu kreşleri gibi kurumsal yapı-

lanmaları sağlamalıdır. Her bir başlığın gerekçesi, kurumsal yapısı, hedef grubu, işlevi birbirinden farklıdır.

7. Sağlık Kurul'larına başvurulduğunda hasta en az %50 yeti yitimi (engellilik) oranı alırsa bakım veren kişiye aylık olarak evde bakım ücreti verilmektedir. Ancak haneye giren gelire bağlı olarak bakım hizmeti sunan her kadın bu ücreti alamamaktadır. Kadın hasta bakımı yapıyorsa, hane gelirine bakılmadan kendisine ücret verilmelidir.
8. Evde sağlık bakımı hizmeti kapsamında olan ancak “yatan” hasta statüsünde olmadığı için evde bakım alan kişilere SGK tarafından geri ödeme yapılamamaktadır. Örneğin; total parenteral nütrisyon evde rahatlıkla uygulanabilir ancak hastanede yatan hasta değilse bu kalem için SGK ödeme yapmamaktadır.
9. Evde bakım ve evde sağlık bakımı hizmetleri ile ilgili gelişmeler takip edilmelidir, yeni uygulamalarla ilgili kanıtlar artırılmaya çalışılmalı, düzenlemeler güncelleştirilmelidir. Örneğin; tele/rehabilitasyon hizmeti gereksinimi ve uygulamasına ilişkin düzenlemelere ihtiyaç vardır.
10. Evde bakım hizmetleri planlanırken hizmet sunan, hizmet alan ve hizmetin sunulduğu ortamın birbiri ile uyumu son derece önemlidir. Bu üç'lü sistemde hizmet alanın kendisi ile ilgili her türlü kararı bilmesi, karara katılmasının sağlanması gerekmektedir.
11. Evde bakım hizmeti kurumsal bakıma göre sosyo-ekonomik nedenlerle daha çok tercih edilebilmektedir. Ancak evde bakım hizmetleri gereksinimi zaman içinde değişim gösterebilir. Hizmetlerin bu bakış açısıyla esnekliğinin sağlanabilmesi önemlidir. Örneğin, evde sağlık bakımı alan bir kişinin hastane gereksinimi, kurum bakımı alma tercihi doğabilir, bu durumda hizmetler arası geçişin sağlanması gerekir.

12. Evde bakım hizmetleri için insan, gereç, vb. altyapısının yeterli olması gerekir. Herhangi bir eksiklikte hizmet sunumunda kesinti olması kaçınılmazdır.
13. Sağlık ve sosyal hizmet sisteminin kendisi evde bakım hizmetlerinin başarılı olup olmayacağını belirlemektedir. Örneğin, ülkemizde sağıkta dönüşüm programı hastanelerde nitelikli, kolay ulaşılır sağık hizmetini olumsuz etkilemektedir. Bu yüzden hastalar yeterince tedavi olamayınca, evde bakım hizmeti talepleri artabilir. Ancak bu iyileşme için yeterli olmayacaktır.
14. Evde bakım hizmetlerinin kapsamı çok geniştir. Sosyal, sağık, vb. alt başlıkların birbiri yerine kullanılması uygun değildir. Örneğin evde bakım hizmeti denildiğinde toplumda ilaç, tekerlekli iskemle, havalı yatak, ortez, walker raporu temini gibi gereksinimlerin karşılandığı sistem akla gelmektedir.
15. Evde bakım hizmetleri geniş bir ekip hizmetinin sunumunu gerektirir. Özellikle evde sağık bakımı hizmetlerinin sunumuyla ilgili farklı profesyonel meslek gruplarının (hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı vb) farklı rol, işlev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumlulukların mevzuat başta olmak üzere net bir şekilde tanımlanması, ekip çalışmasının ruhu gereği ortak ve işbirliğine açık çalışma ortamlarının sağlanması gerekmektedir. Güncel mevzuatta tanımlanan “ekip başı” sunulan hizmetin içeriğine, tipine, verilme biçimine göre değişebilir. Bu ve benzeri nedenlerle ekip başı tanımını öne çıkarmak yerine ekip üyelerinin eşit sorumluluk alma duygusunu yaratacak düzenlemeler çalışma barışı açısından da önemlidir. Mevcut yasal düzenlemede eksiklikler bulunmaktadır. Mevzuatta bazı meslek gruplarının adının geçmemesi (örneğin; T, D ve H tipi bakım merkezlerinde hemşirelik mesleğinin yer almaması) gibi eksikliklerin tamamlanması gerekmektedir.

16. Hastane bakımından evde sağlık bakımı aşamasına geçiş döneminde “ara dönem desteklere” gereksinim olabilir. Bu bağlamda, yoğun bakım, palyatif bakım ünitelerinin sayıca ve nitelik açısından geliştirilmesi uygun olacaktır.

## Kaynaklar

---

1. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanyılmaz S. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Tıp Derg- İstanbul Med J 2010;11(3):125-132.
2. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. Turkish Journal of Geriatrics 2002;5(4):155-9.
3. Kok L, Berden C, Sardiraj K. Costsandbenefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. Eur J Health Econ 2015;16(2):119-31.
4. Averill JB. Priorities for action in a rural older adults study. Fam. Community Health 2012;35(4):358-72.
5. Beer JM, McBride SE, Mitzner TL, Rogers WA. Understanding challenges in the frontlines of home healthcare: A human-systems approach, Applied Ergonomics, November 2014;45(6):1687-99.
6. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, Richards S, Martin F, Harris R. Early discharge hospital at home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No: CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub3.
7. Home Care Across Europe. WHO publications, 2012, pp 3, 7, 31, 32.[Internet]  
[www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/181799/e96757.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf).  
Erişim:30.11.2015.
8. [Internet]  
[http://www.eldercare.gov/ELDERCARE.NET/Public/Resources/Factshets/Home\\_Health\\_Care.aspx](http://www.eldercare.gov/ELDERCARE.NET/Public/Resources/Factshets/Home_Health_Care.aspx). Erişim:30.11.2015.
9. Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. [Internet]  
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&Mevzuatilis-ki=0&sourceXmlSearch=evde%20bak%C4%B1m>.Erişim:30.11.2015.

10. [İnternet] <http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/voenergeler/603-salk-bakanligınca-sunulan-evde-salk-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslar-hakkında-yönerge-.html>. Erişim:30.11.2015.
11. Cook RJ, Berg K, Lee KA, Poss JW, Hirdes JP, Stolee P. Rehabilitation in home care is associated with functional improvement and preferred discharge. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation June 2013;96(6):1038-47.
12. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/181799/e96757.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf)
13. Paksoy-Erbyaydar N. Evde Bakım. Halk Sağlığında Temel Bilgiler Kitabında (Güler Ç, Akın L, Edtörler). Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012, pp 1870-93.
14. İzgi, MC, Çoban M, İzgi VA. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik'e eleştirel bakış. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2008, 16:43-48.
15. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar 2014; Türkiye İstatistik Kurumu web sitesi <http://www.tuik.gov.tr/>
16. 9 Şubat 2013 tarihli ve 28554 sayılı Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği. (İnternet) <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2828.pdf>
17. 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu. (İnternet) <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2828.pdf>
18. 3 Eylül 2010 tarih ve 27691 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik (İnternet) <http://www.resmiegazete.gov.tr/eskiler/2010/09/20100903-4.htm>
19. 30.07.2006 tarih ve 26244 sayılı Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tesbiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik (İnternet) <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.10545&Mevzuatlliski=0&sourceXmlSearch=bak%FDma>