

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



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

Katkı Sunanlar ve Temsil Ettikleri Kurumlar

Bayazıt İLHAN	Türk Tabipleri Birliği
Çiğdem ÖZDEMİR	Türk Hemşireler Derneği
Dilek ASLAN	Türk Geriatri Derneği Türk Tabipleri Birliği
Deniz ERDOĞDU	Türk Tabipleri Birliği Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği
Fikret ÇALAGAN	Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası
Naile BİLGİLİ	Geriatri Hemşireliği Derneği
Verda ERSOY	Türk Tabipleri Birliği





Türk Tabipleri Birliği



Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
Uzman Hekimleri Derneği



Geriatri Hemşireliği Derneği



Sağlık ve Sosyal Hizmet
Emekçileri Sendikası



Sosyal Hizmet Uzmanları
Derneği



Türk Geriatri Derneği



Türk Hemşireler Derneği

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

ISBN 978-605-5867-99-7

Aralık 2015, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları

Türk Tabipleri Birliği

Merkez Konseyi

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil 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	4
1. Kavramsal Çerçeve, Tarihsel Süreç ve Tanımlar	5
2. Evde Bakım Hizmetlerine Gereksinim Duyan Gruplar	9
3. Evde Bakım Hizmetleri Ekibi	10
4. Evde Bakım Hizmetleri Yapılanması	11
5. Evde Bakım Hizmetlerinde Kamusal Sorumluluk	13
6. Hangi Konu(lar)da Kısıtlılıklar Öne Çıkmaktadır?	15
7. Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Tespit ve Öneriler	16
Kaynaklar	18

ÖNSÖZ

Değerli okuyucu,

Dünyada ve Türkiye’de demografik değişim sağlık ve sosyal hizmetler başta olmak üzere pek çok alanda gereksinimlerin yeniden gözden geçirilmesine neden olmaktadır. Ülkemizde son dönemlerde yaygınlaşma eğiliminde olan evde bakım hizmetleri de bu kapsamda öne çıkan bir hizmet modelidir. Dolayısıyla, evde bakım hizmetleri ile ilgili bir “çerçeve” yaklaşıma bugün her zamankinden daha çok ihtiyaç vardır.

Bu amaca yönelik olarak, 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 bireyin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için önemli bir başlangıç noktası olabilir. Elinizdeki bu doküman tam da bu amaçla, ilgili bütün kişi ve kurumların çalışmalarına katkı sunabilmek amacıyla hazırlanmıştır. Doküman bizler açısından ortak bir çalışma zemini olmuştur. Süreç, şüphesiz gelişmeye ve ilerlemeye açıktır.

Bu vesileyle, çalışmalarda 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 hizmetleri 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, hasta bakıcılar, 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 bakım hizmeti 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 bakım hizmetlerinin 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).

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 gibi aktiviteleri, temel gereksinimler; yemek yapma gibi aktiviteleri ve sağlık hizmetleri bu başlıkta yer almaktadır (8).

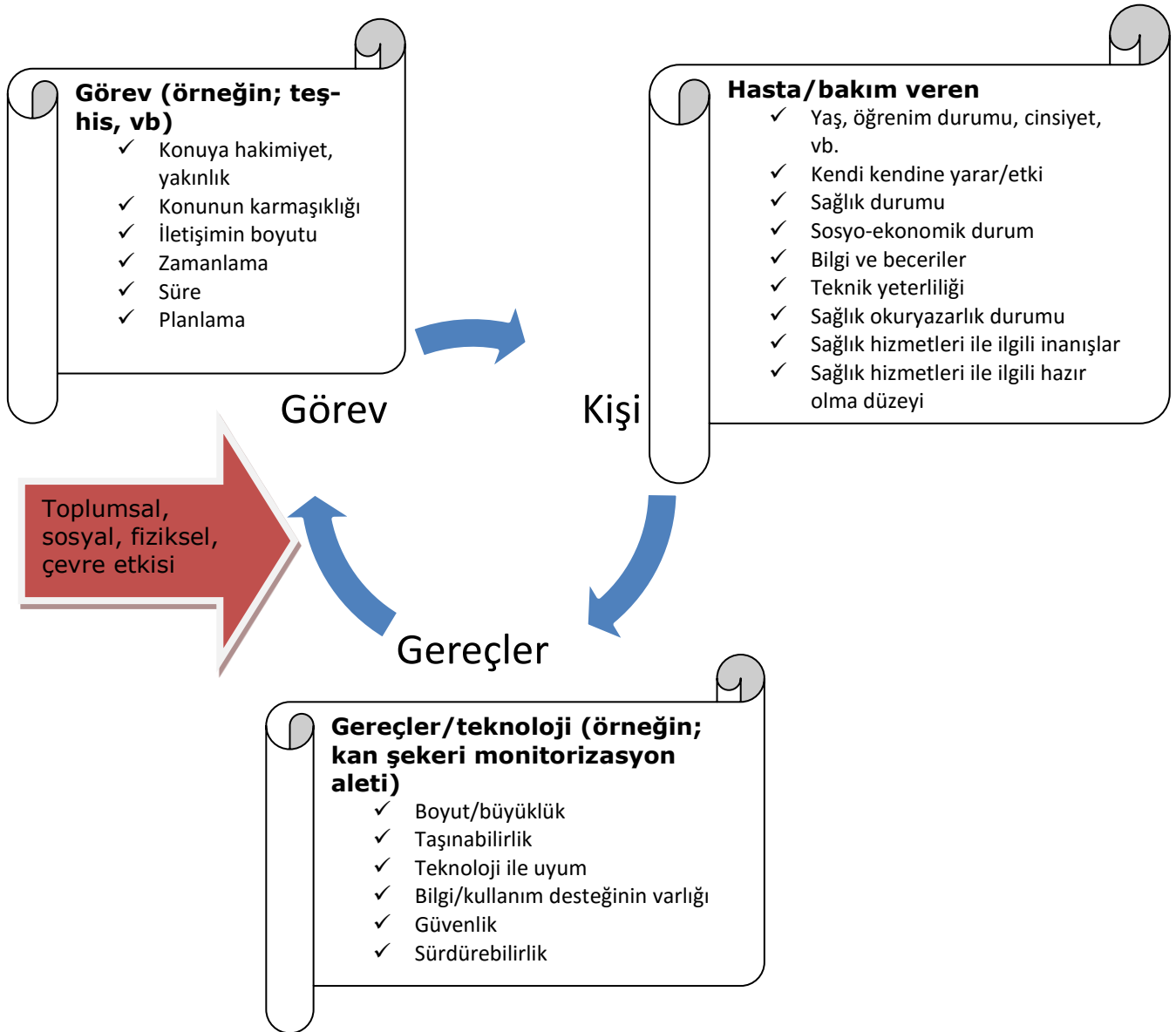
Evde bakım hizmeti ülkemizde 10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği’nde; “*hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi,*

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 kapsamda 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 uyaranlar tarafından etkilenmektedirler.

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



Sağlık Bakanlığı tarafından 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 hizmetleri 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) farklılaşmaktadır. 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 sınırlandırılmaktadır.

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 hastalığa ve gereksinime göre ilgili uzmanın ziyareti gerçekleştirilmelidir. Uzman hekim, tıbbi tedavi, ev programı, egzersiz planlaması yapıp, ekipte bulunan hemşire fizyoterapist, psikolog gibi 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 hizmeti 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; fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı hekimin hastayı görme olanağını bulamaması, ev ortamında 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, cihazları kullanamaması, bazı cihazların elektrik akımı ile ilgili tehlikeleri sıralanabilir. Bu gibi nedenlerden dolayı öncelikle hastalara erken rehabilitasyonun yatırılarak yapılabilceği rehabilitasyon kliniklerinin sayısının artırılması gerekir.

Rehabilitasyon kliniğinde takip edilen hasta bir hafta-10 gün süre ile izlenir, durumuna göre hasta evde bakım hastası olarak takip edilebilir. Öte yandan nörolojik rehabilitasyon programını tamamlanmış, enfeksiyon nedeniyle belli süre intra venöz antibiyotik tedavisi verilen hastanın yataklı bir kurumda izlenmesine gerek olmayabilir, bu durumda hastaya evde hemşire ziyaretinin yapılması sağlanabilir. 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 aşağıda sıralanmıştır (2,13):

1. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi hizmetleri
2. Kişisel/öz bakım hizmetleri
3. Acil müdahale ile ilgili hizmetler
4. Ev işleri ile ilgili hizmetler
5. Tıbbi bakım
6. Hemşirelik bakım hizmetleri
7. Bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık hizmetleri
8. Rehabilitasyon hizmetleri
9. Ulaşım
10. Ekonomik danışmanlık
11. Yeti yitimi olan bireylere yönelik hizmetler
12. 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 yılına kadar artması muhtemeldir (7).

Evde bakım hizmeti gereksinimi duyulabilen kronik hastalıklar arasında kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), serebral palsi, meningo miyelosel, 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) bireyleridir. 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 hizmeti gereksinimi olan hastalara sunulacak rehabilitasyon kapsamında fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı hekimin değerlendirmesi sonrası ev programı, egzersiz programı için fizyoterapistin zaman zaman ev ziyaretleri bulunabilir. Bu esnada hasta ve hasta 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 teknenin seviyesinin ayarlanması, tutamak yerleştirilmesi sayılabilir (14). Ayrıca hastanın sürekli kullandığı ilaçların takibi, ilaç, alt bezi, total parenteral nütrisyon raporu çıkarılması, reçete yazılması, tekerlekli iskemle, havalı 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 yönetmelik-leri hatırlamakta yarar bulunmaktadır:

Ülkemizde evde bakım hizmetleri denildiğine, bu şekilde geniş bir bakımı kapsayan bir uygulama değil, asıl olarak “evde sağlık” hizmetleri sınırlılığı içinde bir bakım anlaşılmaktadır.

- ✓ 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 bireylerine 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 hastanelere bünyesinde kurulan “H” tipi evde sağlık hizmet birimleri ve TKHK’na bağlı ADSM’ler bünyesinde kurulan “D” tipi evde sağlık hizmet birimleri 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 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 07.08.2008 tarih 26960 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik de halen yürürlüktedir. 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 özürlü 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 yürüten birim olarak tanımlanmaktadır.

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 ve üretim ilişkileri tüm toplumsal ilişkileri merkezileştirdiği gibi üretilen tüm birikimi de merkezileştirmiştir. Geçmişte bakıma ihtiyaç duyanlar toplumsal duyarlılıkla bakımı giderilirken, üretim yerel olduğu için biriktirilen değerler dayanışma ilişkileri ile hizmete destek sunma olanakları yaratabiliyordu. Bugünkü modern devlet vatandaşlık hukuku ile ilişkileri merkezileştirirken, toplumsal birikim vergi ile merkezleştirilmiş toplum adına devlet otoritesi altında toplanmıştır. Güncel anlamda da kamusal devlet indirgendir 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 haktır. 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 sigortalının/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 kullanılabilirliğini ve 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 ödevdir, böyle tanımlanmalıdır. Ancak liberal anlayışın gelişmesiyle sosyal sorumluluktan da vazgeçilmeye çalışılmaktadır. Ancak bu kabul edilir olmamakla birlikte toplumsal olarak sürdürülmesi de mümkün değildir. Zorunluluk olan bu kamusal sorumluluğu ise aşağıdaki şekilde tanımlanabilir:

1. Bakıma ihtiyaç duyanlar ve yakınlarının devlet 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 ve dolayısıyla kadın emeği üzerinden sürdürülme eğilimi devam etmektedir. Çoğu kez ev içi emeği sömürülen kadın, toplumsal hayattan çekilerek, profesyonel bir iş edinemeyerek bedel ödeyebilmektedir. Devlet tarafından verilen bakım ücreti çoğu kez bakımı veren kadının eline geçmemektedir.
4. Bakım hizmetleri kurumsal yapıda kamu görevlileri eliyle yürütülmelidir. Bu görevliler hizmetlerin denetiminde, desteklenmesinde ve yürütülmesinde görev almalıdır.
5. Tüm hizmetler kamu bütçesinde karşılanmalıdır.

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

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

- ✓ Evde bakım hizmeti olanaklarının yeterli olmamasından kaynaklanan sorunlar
- ✓ Bazı “ciddi/ağır” durumların/sağlık koşullarının hastane, vb. kurumlarda sunulmasının daha yararlı olabilmesi
- ✓ Sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü içerisinde tanımlanan görevler
- ✓ Başvuranlar tarafından “kötüye” kullanım riskleri
- ✓ Hizmet sunanlar tarafından “yanlış”, “kötüye” kullanım riskleri
- ✓ Hizmetlerin ekonomik açıdan pahalı olması
- ✓ Evde bakım hizmetleri konusunda eğitim veren kadrolarda ve eğitim almış personel sayılarında yetersizlik
- ✓ Özel sektörde sunulan hizmetlerin denetim sorunu
- ✓ Profesyonel meslek gruplarının görev alanı çakışmaları
- ✓ Kadın emeğinin ucuz işgücü olarak kullanılma riski
- ✓ Yasal düzenlemelerde yetersizlik
- ✓ Evde bakım hizmetleri kapsamındaki görev tanımlarında karışıklık, 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, Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılmış olan yönetmelikle 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 (15).
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.
5. Yaşlıya, yatağa bağımlı hastaya, yeti yitimi olan çocuklara evde bakılması çoğunlukla kadınlar tarafından sağlanmaktadır. Dolayısıyla bu süreç **kadın emek sömürsünün** bir aracı haline gelmiştir. Kadın istihdamını şekillendirmektedir. Bu durum bir ölçüde kadının toplumsal hayattan çekilmesi, eğitim olanağının olmaması, profesyonellik gerektiren meslekleri (öğretmenlik, doktorluk, avukatlık, hemşirelik, mühendislik v.s.) yapamaması anlamına da gelmektedir. Maaş, emeklilik hakkı, sağlık güvencesi olmadan güvencesiz, esnek çalışma daha çok kadınlar üzerinden kurgulanmaktadır.
6. **Sosyal devlet evde bakım hizmetlerinin yanı sıra yaşlı bakım merkezi, çocuk-genç yurtları, rehabilitasyon merkezleri, kamu kreşleri gibi kurumsal yapılanmaları sağlamalıdır.** Her bir başlığın gerekçesi, kurumsal yapısı, hedef grubu, işlevi birbirinden farklıdır.
7. Sağlık Kurul’larına başvurulduğunda hasta en az %60 yeti yitimi (özürlülük) 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. Ücretlendirmenin bağımsız olması sağlanmalıdır.
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 bu kalem için SGK ödeme yapmamaktadır. Oysa, gereksinimin profesyonel meslek gruplarında tanımlandığı ka-

lemler için geri ödeme mekanizmasının sağlanması eşitlik ve hakkaniyet açısından önemlidir.

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 hizmetleri gereksinimi zaman içinde değişim gösterebilir.** Hizmetlerin bu bakış açısıyla esnekliğinin sağlanabilmesi önemlidir. Örneğin, evde sağlık bakımı alan bir kişinin hastane gereksinimi doğabilir, bu durumda hizmetler arası geçişin de sürekliliğinin sağlanması gerekir.
12. **Evde bakım hizmetleri için insan, gereç, vb. altyapının yeterli olması gerekir.** Herhangi bir eksiklikte hizmet sunumunda kesinti olması kaçınılmazdır.
13. **Sağlık sisteminin kendisi evde bakım hizmetlerinin başarılı olup olmayacağını belirlemektedir.** Örneğin, ülkemizde sağlıkta dönüşüm programının etkisiyle, evde bakım hizmetlerinin bir kamu hizmeti olarak sunumunda kesinti olmuştur.
14. **Evde bakım hizmetlerinin kapsamı çok geniştir. Sosyal, sağlık, vb. alt başlıkların birbiri yerine kullanılması uygun değildir.** Örneğin bakım hizmeti denildiğinde toplumda ilaç, tekerlekli iskemle, havalı yatak, ortez, walker raporu temini gibi gereksinimlerin karşılandığı sistem akla gelmektedir. Oysa evde bakım bu hizmetlerden çok daha geniş bir yelpazeye sahiptir.
15. **Evde bakım hizmetleri geniş bir ekip hizmetinin sunumunu gerektirir.** Özellikle evde sağlık bakımı hizmetlerinin sunumuyla ilgili farklı profesyonel meslek gruplarının (hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, 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 önerilmektedir.
16. **Hastane bakımından evde sağlık bakımı aşamasına geçiş döneminde “ara dönem yaklaşımları”na gereksinim olabilir.** Bu bağlamda, yoğun bakım, palyatif bakım ünitelerinin sayıca ve nitelik açısından geliştirilmesi uygun olur.

Kaynaklar

1. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğan-yılmaz S. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Derg- Istanbul 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. Costs and benefits of home care for the elderly versus re-sidential care: a comparison using propensity scores. *Eur J Health Econ* 2015;16(2):119–131.
4. Averill JB. Priorities for action in a rural older adults study. *Fam. Community Health* 2012;35(4):358–372.
5. Beer JM, McBride SE, Mitzner TL, Rogers WA. Understanding challenges in the front lines of home health care: 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. Erişim:30.11.2015.
8. [Internet] http://www.eldercare.gov/ELDERCARE.NET/Public/Resources/Factsheets/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&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=evde%20bak%C4%B1m>. Erişim:30.11.2015.
10. [Internet] <http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/voenergeler/603-salk-bakanlncasunulan-evde-salk-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslar-hakknda-yoenerge-.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
13. Paksoy-Erbaydar N. Evde Bakım. *Halk Sağlığında Temel Bilgiler Kitabında* (Güler Ç, Akın L, Editörler). Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012, pp 1870-93.
14. Erkiş M, Aydoğdu F, Aslan D, Gökçe-Kutsal, Y. Yaşlının Evi ve Çevresi-Yaşlılık Dönemi İçin Uygun Çevre Koşulları Nasıl Düzenlenmelidir? *Türk Geriatri Derneği Yayınları*, Ankara, 2006.
15. İzgi, MC, Çoban M, İzgi VA. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik'e eleştirel bakış. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2008, 16:43-48.