



T.C
ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETLERİNDE KAPSAYICI
TANIM/HİZMET SUNUMUNDA KURUMLARARASI
ORGANİZASYONUN ÖNEMİ: MALTEPE İLÇE ÖRNEĞİ**

NUH AKDOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ BERNA EREN

İSTANBUL - 2019





T.C

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETLERİNDE KAPSAYICI
TANIM/HİZMET SUNUMUNDA KURUMLARARASI
ORGANİZASYONUN ÖNEMİ: MALTEPE İLÇE ÖRNEĞİ**

NUH AKDOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ BERNA EREN

İSTANBUL - 2019

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih

"Ad Soyadı"

(İmza)

ÖNSÖZ

İlime her geçen gün daha fazla ihtiyaç duyduğumuz günümüzde bu değerli çalışmayı yapmamda destek olan danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Berna Eren' e , çalışma esnasında yardımlarını eksik etmeyen iş arkadaşlarım Uz.Dr.Müge Zeynep Özdemir ve Havva Çubukçu Sürücü' ye , iş ve eğitim hayatım başta olmak üzere yaşamım boyunca teşvik ve desteklerini her an yanımda hissettiğim sevgili ve çok kıymetli Anne ve Babama , özellikle yoğun çalışma anlarımda biran olsun desteğini esirgemedi hem işi hem de ailemize zaman ayırarak aynı zamanda moral kaynağımız olan eşime şükür ve teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

PROJE ONAYI	1
BEYAN	v
ÖNSÖZ	1
KISALTMALAR LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ	xi
ÖZET	1
SUMMARY	2
GİRİŞ VE AMAÇ	3
1. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİ	5
1.1. Sağlık Kavramı	5
1.2. Sağlık Hizmetleri	6
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	9
1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
1.3.1.1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
1.3.1.2.Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	11
1.3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	12
1.3.3.Rehabilitasyon içerikli Sağlık Hizmetleri(Esenlendirme)	13

1.3.4.Sağlığı Geliştirici Hizmetler	13
2. SAĞLIKTA BAKIM KAVRAMI VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ	15
2.1. Sağlıkta Bakım Kavramı	15
2.1.1. Evde Bakım Hizmetleri	15
2.1.2. Evde Sağlık Hizmetleri	18
2.2. Evde Sağlık ve Bakım hizmetleri İhtiyacını Doğuran Nedenler	19
2.3. Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişim Süreci	23
2.3.1. Dünyada Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Gelişimi	23
2.3.2. Türkiye’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Gelişimi	26
2.4. Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Açısından Hizmet Finansman Yöntemleri	28
2.5. Türkiye’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmet Sunumunda Yaşanan Sorunlar	33
3. GEREÇ ve YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	38
3.2. Evren ve Örneklem	38
3.3. Veri Toplama Yöntemi	39
3.4. Verilerin Analizi	39
3.5. Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlılıklar	40
4. BULGULAR	41
5.TARTIŞMA VE SONUÇ	62

5.1.Tespit ve Öneriler	62
5.2. Hizmetin Şekli ve özellikleri doğrultusunda kapsayıcı tanım nasıl olmalıdır?(Evde Sağlık Hizmetleri?/Evde Bakım Hizmetleri ?)	69
5.3.Örnek Hizmet Sunum Modeli Önerisi	71
KAYNAKLAR	76
EKLER	
EK 1. ANKET	80
ÖZGEÇMİŞ	87

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
CP	CerebralPalsy (Beyin Felci)
CPAP	ContinuousPositiveAirwayPressure
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
OECD	OrganisationforEconomicCo-operationand Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
PEG	Perkutan Endoskopik Gastrostomi
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TDK	Türk Dil Kurumu
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UHK	Umumî Hıfzıssıhha Kanunu
WHO	World HealthOrganization (Dünya Sağlık Örgütü)

Şekil 1.	Dünyada her iki cins için yıl olarak doğumda beklenen yaşam süresi (2017).	8
Şekil 2.	Ülkelere göre doğumda beklenen yaşam süresi (2017).	8
Şekil 3.	Doğumda beklenen yaşam sürelerinin uluslararası karşılaştırılması, 2015. (Türkiye verisi 2014 yılına aittir).	9
Şekil 4.	Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.	10
Şekil 5.	Tüm Kanserlerin Yaşa Standardize İnsidans Hızlarının Cinsiyete Göre 2011-2015 Yılları Arasındaki Dağılımı (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2011-2015	22
Şekil 6.	Sağlık Hizmetlerinin Alternatif Finansman Yöntemleri.	32
Şekil 7.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı (n=134).	41
Şekil 8.	Araştırmaya katılanların yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı (n=134).	41
Şekil 9.	Araştırmaya katılanların İstanbul ilinde ikamet yılına göre dağılımı (n=133).	42
Şekil 10.	Araştırmaya katılanların gelir durumuna göre dağılımı (n=134).	43
Şekil 11.	Araştırmaya katılanların ikamet ettikleri yer durumuna göre dağılımları (n=134).	43
Şekil 12.	Araştırmaya katılanların günlük yaşam aktivitelerine göre bağımlılık durumu (n=134).	44
Şekil 13.	Araştırmaya katılanların evde sağlık hizmetinin kapsamı hakkındaki düşünceleri (n=134) .	45
Şekil 14.	Araştırmaya katılanlardan evde sağlık hizmetinin kapsamı	47

	hakkında ‘diğer’ seçeneğini işaretleyenlerin belirttikleri hizmetlerin dağılımı (n=56).	
Şekil 15.	Araştırmaya katılanların (hekimleri tarafından) ihtiyaç duydukları belirtilen hizmetlerin dağılımı (n=134)	47
Şekil 16.	Araştırmaya katılanlardan ihtiyaç duydukları hizmetler için ‘diğer’ şıkkına verdikleri cevapların dağılımı (n=37).	48
Şekil 17.	Araştırmaya katılanların (hekimleri tarafından) ihtiyaç duydukları belirtilen hizmeti alma durumlarına göre dağılımı (n=134).	49
Şekil 18.	Araştırmaya katılanlardan (hekimleri tarafından) ihtiyaç duydukları belirtilen hizmeti kısmen aldığını ifade eden kişilerin hizmet dağılımı (n=35).	50
Şekil 19.	Araştırmaya katılanların farklı evde sağlık hizmet sunucularını bilme durumlarına göre dağılımı (n=134).	51
Şekil 20.	Araştırmaya katılanların belediye veya özel kişi/kuruluşlardantalepte bulunma durumlarına göre dağılımı (n=119)	51
Şekil 21.	Belediye ve özel kişi/kuruluşlardan hizmet talep eden katılımcıların başvuruda buldukları kişi, kurum ve kuruluşlara göre dağılımı (n=104).	52
Şekil 22.	Maltepe ilçe belediyesinden hizmet aldığını söyleyen kişilerin kamu hastanesi tarafından sunulan hizmetler ile sunulamayan (sağlık hizmetleri dışında sosyal ve destek hizmeti gerektiren) hizmetleri talep etme durumlarına göre dağılımı (n=100).	53
Şekil 23.	Araştırmaya katılanların ilçe belediyesinden talep ettikleri hizmetlerin dağılımı (n=78).	53
Şekil 24.	Araştırmaya katılanların ilçe belediyesinden talep ettikleri ‘diğer’ hizmetlerin dağılımı (n=35).	54
Şekil 25.	Araştırmaya katılanların kamu hastanesinin yanı sıra Büyükşehir belediyesinden talep ettikleri hizmetlerin dağılımı (n=12).	55
Şekil 26.	Araştırmaya katılanların kamu hastanesinin yanı sıra özel kişi/kuruluşlardan talep ettikleri hizmetlerin dağılımı (n=18).	56

Şekil 27.	Araştırmaya katılanların Büyükşehir belediyesinden talep ettikleri 'diğer' hizmetlerin dağılımı (n=14).	56
Şekil 28.	Araştırmaya katılanların birden fazla kurum, kişi ve kuruluştan hizmet talep etme gerekçelerinin dağılımı (n=96)	57
Şekil 29.	Araştırmaya katılanların ikamet ettikleri ilçe veya Büyükşehir belediyesinden talep etmiş olsalar isteyecekleri hizmetlerin dağılımı (n=13).	59
Şekil 30.	(Anket ikinci kısım 15.soru/Birden fazla birimden hizmet alanları düşünüldüğünde neden birden fazla birimden hizmet talep etmişolabilecekleri hakkında (birden fazla birimden hizmet almadığını ifade eden kişilerin) verilen cevapların dağılımı (n=15).	60
Şekil 31.	Örnek Model Ülke geneli organizasyon şeması	74

TABLULARLİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1.	Evde bakım hizmetlerinin amaçlarına göre dağılımı.	18
Tablo 2.	Yıllara göre kaza ve yaralı sayıları, 2017.	22
Tablo 3.	Sağlık Sistemleri Modelleri.	30
Tablo 4.	Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre 2018 Şubat ayı itibari ile Evde Sağlık Hizmetlerinin ödeme tablosu.	34
Tablo 5.	Aralık 2015 itibarıyla Evde Sağlık Hizmetleri Mevcut Durum.	66

ÖZET

Günümüzde yaşam süresinin uzaması ile yaşlılığın, kronik salgın hastalıkların(Diyabet, Obezite, Hiper tansiyon vb), kaza ve yaralanmaların ve kanser vakalarının arttığı bir durum söz konusudur. Ortak noktada hepsinin oluşturduğu hastalık etkisi; evde sağlık ve bakım ihtiyacını dünyada olduğu kadar ülkemizde de arttıran önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ülkemizde evde sağlık ve bakım hizmetleri, sağlık süreçleri yanında ekonomik ve mali yardımları da içerecek şekilde kamu hastaneleri başta olmak üzere, Üniversite hastaneleri, İlçe belediyeleri, İl büyükşehir belediyeleri, özel kişi ve kurumlar ile bunun yanında vakıf ve dernekler tarafından da sunulabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde hem devlet hem özel sektör eli ile; ekonomik ve mali yardımlarda ise devlet eli ile sunulan kısımlarda mevzuat ve yönerge bulunsa da kamu kaynakları ile finanse edilerek yerel yönetimler tarafından(İl, İlçe, Büyükşehir belediyeleri) sunulan hizmetlere yönelik her hangi bir kapsayıcı mevzuat bulunmamaktadır.

Bu gözlemsel tanımlayıcı çalışma da hizmet sunan birimlerin içerik olarak birbirine benzer veya farklı hizmetleri ya evde sağlık hizmetleri ya da evde bakım hizmetleri adı altında sunmakta oldukları, birbirine benzeyen ve/veya birbirinden farklı içerikli hizmetlerin farklı isimler altında verilseler dahi hizmet alan hasta ve yakınları tarafından aynı şekilde algılanabildiği, bu durumun ülkemizde olduğu kadar Avrupa kıtası başta olmak üzere birçok ülkede de benzer şekilde gerçekleştiği, farklı birimler tarafından sunulan hizmetlerin birçoğunun aynı kaynaklar kullanılarak kurumlar arasında herhangi bir organizasyon ve koordinasyon olmadan sunulduğu ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Ayrıca çalışma da sistemin eksik ve yetersiz diğer yönleri de irdelenerek bu doğrultuda farklı bakış açısı ve alternatif model önerisi ile sorunların çözümü ve sistemin gelişmesi adına fikir tartışması yapılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Evde sağlık ve bakım, yerel yönetimler, kaynaklar, koordinasyon, organizasyon

SUMMARY

THE COMPREHENSIVE DEFINITION OF HOME HEALTH AND CARE SERVICES/ THE IMPORTANCE OF INTER-INSTITUTIONAL ORGANIZATION FOR SERVICE PROVISION: MALTEPE DISTRICT CASE

With the increased life expectancy, we now face an increase in the number of senior citizens, chronic epidemic disorders (diabetes, obesity, hypertension etc.), accidents, injuries and cancer cases. The impact of illnesses is a significant factor driving an increased need for healthcare services at home on a global scale as well as in Turkey.

Home care services in Turkey are provided by public hospitals, university hospitals, local administrations, provincial administrations and private institutions as well as foundations and associations with a focus on financial assistance as well as healthcare processes.

Although regulations are in place for healthcare services provided by private and public institutions as well as financial support provided by the government, there is no legislation in place applicable to the services financed by public resources and provided by the local administrations (provincial, district, metropolitan administrations).

In this observational and descriptive research, the aim is to reveal that various units provide various services of similar or different contents at home or at institutions, that these services may be perceived as the same by the patients and their families even if they are provided under different names, that this is true both for Turkey and other parts of the world including Europe, and that services provided by various units are usually provided through the same resources without any organization and coordination between these institutions.

This research also addresses the inadequacies of the system and proposes an alternative approach and an alternative model to handle the challenges and improve the system.

Keywords: Healthcare at home, local administrations, resources, coordination, organization

GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan, yaşamın başlangıcından sonuna kadar dünyayı, çevresi ve diğer canlılar ile birlikte anlamlı kılan tek varlıktır. Sahip olduğu en önemli değer ise sağlıktır.

Dünyada sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik sosyal devlet anlayışının en önemli ayaklarından birisini oluştururken, evde mobil olarak sunumu gittikçe kolaylaşan sağlık ve bakım hizmetlerine de bu anlayışın bir parçası gibi bakmak zamanımızda elzem bir durum olarak öne çıkmaya başlamıştır.

Ortalama yaşam süresinin giderek arttığı, teknoloji ve bilimin de bu yaşam biçimine her geçen gün devinim içerisinde hizmet ettiği bir dünyada yaşamaktayız. Yaşam süresi uzarken insanlık açısından en büyük sorun ise gittikçe yaşlanan nüfus, salgın düzeye ulaşmış kronik hastalıklar ve giderek yalnızlaşan insandır. Maalesef kronik hastalıklar başta olmak üzere bahsedilen durumların hastalık etkileri ve oluşturdukları yükler giderek sorun olmakta, aynı zamanda dezavantajlı grup olarak adlandırabileceğimiz, yaşlı, engelli, düşkün ve yatağa bağımlı insanların sağlık ve bakım ihtiyaçları da aynı oranda artmaktadır.

Evde monitörize bir şekilde yatan hastanın takiplerinin tamamının bir telefon veya tablet aracılığıyla uzaktan takip edildiği, hastaneden taburculuk sonrası kontrol muayenelerinin görüntülü sistemler üzerinden yapılabildiği, bazı temel kan değerlerinin ve görüntülüme hizmetlerinin mobil olarak evde sunulabildiği bir çağda; muayene, tanı ve tetkiklerin önemli bir kısmının hastaların yaşadıkları ortamda yapılamayacağını söylemek mümkün değildir. Ayrıca böyle bir ortamda bu tür hastaların her durum için hastaneye veya ilgili merkezlere gitmelerinin gerekmesi hem birey ve yakınları, hem de devlet açısından önemli bir külfet ve ekonomik bir maliyettir.

Evde sağlık ve bakım hizmetleri ilk bakışta var olan sorunu çözmeye yönelik bir yaklaşım gibi görünse de; sunulan hizmetleri insana ve insan onuruna verilen değer bir parçası olarak görmek daha sağlıklı bir yaklaşım olacaktır.

Yine bu bireylerin sağlık dışında ihtiyaçları da bulunmakta olup, bu ihtiyaçların giderilmesi o kişilerin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmelerine yönelik önemli bir katkı sunmaktadır.

Evde sağlık ve bakım hizmetleri dünyada geçmişten günümüze birçok yöntem ve şekil ile insanların hizmetine sunulmuş olsa da; hiçbir zaman günümüzdeki kadar ön planda ve gündemde olmamıştır. Buna birçok sebep neden olmakla birlikte; insan beklentileri, ekonomik faktörler ve sosyal yaşamda meydana getirdiği sorunlar en önemli etmenler olarak sıralanabilir.

Bu çalışmada amaç; mevcut durumda kavram karışıklığına sebep olan tanımlar(Evde sağlık ? Evde Bakım?) doğrultusunda hizmetin ne olduğu ve nasıl sunulduğu hakkında detaylı bir tablo ortaya çıkararak kapsamlı tanımın ortaya konulması ve bunun ile birlikte hizmetin içeriği ve bileşenlerinin ne olması gerektiğini ortaya koymaktır. Bir başka yönüyle, ilgili kamu kurum ve kuruluşları ve /veya yerel yönetimlerin birbirinden ayrı ve aralarında koordinasyon olmayan birimleri tarafından çoğu zaman aynı hastalara ve aynı hizmetleri farklı şekil ve içerikte sunuyor olmalarının kamu kaynaklarının verimli kullanılmasını ve ülke genelinde hizmete ulaşmada eşit ve adletli bir ortamı engellemesini Maltepe ilçe rneği ile ortaya koymaya çalışmaktadır. Nihayetinde bu durum Maltepe ilçe rneği olarak ele alınmış olsada İstanbul ili genelinde ilçelerin tamamı tarafından kamu kurumları ve yerel yönetim (Büyük Şehir belediyesi, ilçe belediyeleri) birimleri tarafından hizmet Maltepe ilesindekine benzer sunulmakta, ülke genelinde de her il ve ilçede yerel düzeyde tekerrür ediyor olması veya etmesine her hangi bir mevzuat veya yasal engel bulunmamaktadır. Çalışmanın bu yönüyle de amaı kurumlar arası organizasyonluğu Maltepe ilçe rneği ile ele alarak örnek model eşliğinde en küçük birimlere aynı oranda ulaşılabilecek şekilde en küçük yerel yönetim düzeyinde kurumlar arası işbirliği ve organizasyon esaslı çözüm nerisi sunmaya çalışmaktadır.

Mevcut durumda her ne kadar sorun ve problemler yaşanıyor olsa da; bu alanda yapılacak daha çok Őey olduğunu düşünmek ve bilmek, bu hizmete dolayısıyla insanlığa katacağı fayda açısından çok önemlidir.

1. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, insanlığın varoluşu ile birlikte ele alınması gereken bir kavramdır. İnsan yaratılışı gereği biyolojik bir varlık olmasının yanı sıra, doğumdan ölüme diğer insanlarla farklı alan ve çevreyi paylaşmak zorunda olan sosyal de bir varlıktır. Bunun yanında kendi iç dengesini korumak ve geliştirmek adına inançları olan ve yaşamın kendisinde hissettirdiği iyilik ve/veya kötülük haliyle de ruhsal yönü bulunmaktadır.

Bu yönleri ile ele alındığında süreğen ve birçok değişken ile ayrılmaz bir şekilde hayatı idame ettirmek zorunda olan insanın sağlık kavramına bakışı ve onu tanımlaması da hep güç ve değişken olmuştur. Anlaşılan o ki bundan sonra da böyle olacaktır.

Değişik zamanlarda, değişik toplum ve kültürlerde farklı anlamlandırılmış olan sağlığın, bilgi, bilişim ve teknolojinin ileri düzeye ulaştığı ve tıp sektörünün de bu gelişmelerden nasibini en iyi şekilde aldığı bir çağ olan günümüzde bile kavram ve tanım olarak ifade edilmesinde ortak bir kanaate varılamamıştır. Bu durum sağlığın belirleyici faktörleri ve bunların sağlık üzerine etkilerinin hangi oranda olduğunun sınırlarının geçmişte olduğu gibi günümüzde de kesin ve net bir şekilde ortaya konulamamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Eski dönemlerde Hygieia sağlığı 'sorumlu ve disiplinli bir yaşam sürme' olarak açıklarken; Aesculap 'hastalıkları yenme sanatı' olarak ifade etmiştir (1). Bu farklı bakışla İnanç ve arkadaşlarına göre sağlık; bir bilimsel bilgi ve fikir olmaktan öte fonksiyon görmekte olan bir bedenin dili olarak ifade edilmiştir(2). İlich; çevredeki değişimlere uyum sağlayarak büyüme, yaşlanma, iyileşme ve huzurlu bir şekilde ölme olarak adlandırmıştır (3). Aggleton ise tanımın resmi olup olmadığı ile ilgilenmiştir (4). Buradaki resmiyetten kasıt sağlık profesyonellerince yapılmış olan tanım olsa da; devlet, kurum ve kuruluşların yetkili mercileri tarafından yapılan tanım da resmi olarak değerlendirilebilir.

Genel anlamda fikir birliğine varılmış bir durum söz konusu olmasa da en geçerli ve herkes tarafından kabul görebilecek tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımıdır. Hastalık ve iyilik halini bütüncül bir yaklaşımla ele alan bu tanıma göre sağlık; "**sadece hastalık ve sakathğın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik**

hali" olarak ifade edilmektedir. Tanımdan da anlaşılacağı üzere insan sağlığının sadece fiziksel olarak ele alınamayacağı ruhsal ve sosyal yönünün de olduğundan bahsedilmektedir. Bu anlamda DSÖ'nün tanımının resmi tanımlar içerisinde herkes tarafından kabul görebilecek pozitif bir tanım olduğu göze çarpmaktadır.

Bu tanımdan hareketle dünya genelini düşünecek olursak; iyilik haliyle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülke ve toplumlarda daha çok sağlığın fiziksel hissedilir yanı ağır olan hastalıklar ile mücadele edildiği, sosyoekonomik olarak gelişmiş toplum ve kültürlerde ise içinde bulunduğumuz çağın meydana getirdiği stres ve sıkıntılara bağlı olarak ruhsal ve sosyal yönden hastalık boyutuyla mücadelenin daha ön planda olduğundan bahsedilebilir. Bu konuda DSÖ'nün 1977 yılında toplanan Dünya Sağlık Asamblesi'nde, dünyadaki tüm insanların sosyal ve ekonomik yönden verimli bir hayat yaşayabilmesi için yapılması gerekenlerin belirlendiği ve 1991 yılında Lizbon'da toplanan Bölge Komitesi tarafından güncellenen "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Bildirisi"nin 6. hedefine bakıldığında aynı durumun çözümüne yönelik atılması gereken adımlardan bahsedildiği görülmektedir (5).

Sağlık içerik olarak iyi olma halini ifade ederken kötü olma durumu da hastalık olarak anlandırılmaktadır. O zaman hastalanma durumu göz önünde bulundurulduğunda tanımlamada sağlık profesyonelleri ve akademisyenlerin bakış açısı kadar hizmetten yararlanacak olan insanların algıladıkları yön de bulunmaktadır. Bu konuda Amerika'da hane halkı üzerinde yapılan araştırmada sağlık kişilerin ihtiyaç duydukları şeyleri yapabilme yeteneği olarak ifade edilmiştir(4).

Özetle sağlık; biyolojik ve sosyal yönüyle en temel belirleyicisi birey olan, dünyadaki her insanın ulaşım ve kullanımında eşit haklara sahip olmadığı; tanımlanmasının her dönem güç olduğu, korunması ve sürdürülebilirliği ise her geçen gün zorlaşan bir kavram olarak ele alınabilir.

1.2. Sağlık Hizmetleri

Türk Dil Kurumu'na göre hizmet; birisinin işini görme veya birine yarayan bir işi yapma şeklinde tarif edilmektedir. Daha geniş ve kapsamlı olarak tanımlamak gerekirse, ihtiyaç sahiplerine sunulduğu esnada herkes tarafından farklı algılanabilecek, subjektif ve soyut bir kavramdır. Birçok yönü olmakla birlikte en önemli yanı üretildiği anda

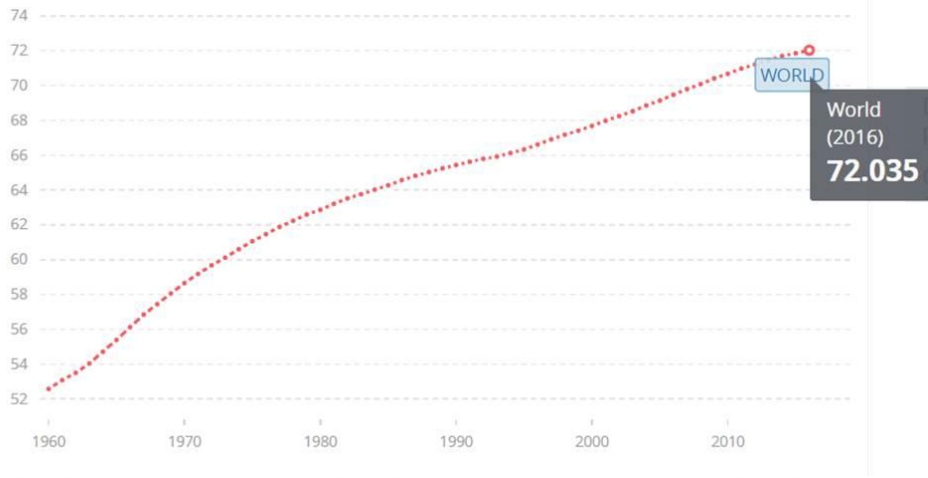
tüketilmesi gereken bir yapıda olmasıdır. Bu yönüyle hizmeti alanların ‘o an’ hissettikleri duygu ve verecekleri tepki çok önemlidir. ‘O an’ olarak tanımlanan zaman dilimi saniyeler sürebileceği gibi uzun bir zaman dilimini de kapsayabilir.

Günümüzde birçok hizmet çeşidi bulunmakla birlikte sağlık hizmeti bunlar içerisinde her zaman hayati öneme sahip, süreğen veya ansızın(acil) ihtiyaç duyulabilecek ve ihtiyaçlar içerisinde de her zaman öncelikli olması gereken olmaz ise olmaz bir hizmet çeşididir.

Genel anlamda sağlık hizmeti; gerek kişilerin, gerekse toplumun sağlığını korumak, hastalıkları tedavi etmek ve hastalık sonrası oluşabilecek hasar ve defektlerin rehabilitasyonunu sağlamaya yönelik sunulan hizmetler ile birey ve toplum düzeyinde sağlık bilgi ve seviyesinin yükselmesi için yapılan çaba ve gayretler ile sağlığın araştırılması ve geliştirilmesine yönelik çalışmaların tamamını da kapsayan süreçler bütünü olarak ifade edebiliriz.

Sağlık hizmetleri insanlığın varoluşundan bu yana değişik evre ve aşamalardan geçmiştir. Bu evrelere göre geçmiş çağ ve zamanlarda sebebi bilinmeyen etkenlerin sonucu olarak değerlendirilen hastalık, günümüzde ise sebeplerinin en ince detaylarına inilerek araştırılıp etkilerinin ortadan kaldırılabilirdiği bir hal almıştır.

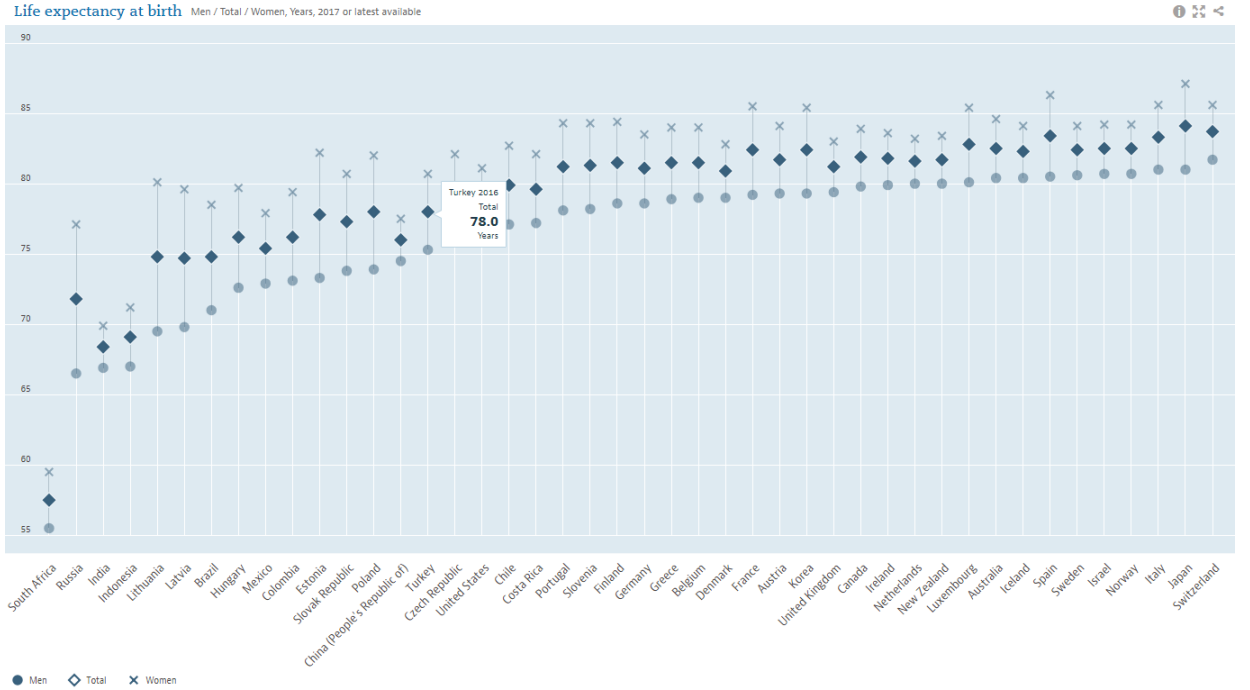
Bu döneme Akdur’un ifadesi ile Çağdaş Sağlık Hizmetleri Dönemi de denebilir. Bu dönem için özetle sağlığı korumanın hastalığı tedavi etmekten daha önemli ve daha az maliyetli olduğu, sağlık hizmetlerinin interdisipliner ve multidisipliner yaklaşımları içerdiği ve çevre ile direkt ilişkili olduğundan bahsedilebilir (6). Ayrıca sağlık hizmetleri, ilaç, eczacılık, laboratuvar, tıbbi cihaz donanım ve teknolojileri, alternatif tıp yaklaşımları vb. hizmetlerin bütünü ile birlikte endüstri olarak adlandırabilecek büyük bir sektör haline gelmiştir. Bu anlamda küreselleşmenin hızlı ve güçlü bir şekilde gerçekleşmekte olduğu dünyada sağlığın düzenli ve etkin sunulması ile elde edilen fayda aynı zamanda ekonomik katma değer oluşturan ve rekabet üstünlüğü sağlayan bir unsur olarak da önem arz etmektedir. Sonuçta yapılan tüm hizmet ve harcamalar temel değerler ve iktisadi anlamda insan kaynağına yapılmış değerli bir yatırımdır. Bu anlamda baktığımızda ülke ve toplumların doğumda beklenen ortalama yaşam sürelerini bu parametrelerin bir göstergesi olarak da değerlendirebiliriz (Şekil 1; 2; 3).



Şekil 1 Dünyada her iki cins için yıl olarak doğumda beklenen yaşam süresi (2017).

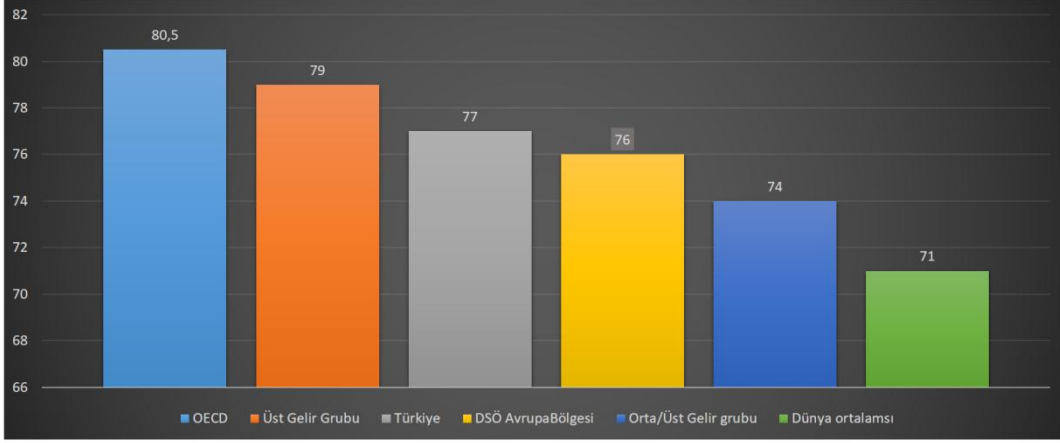
Kaynak The World Bank Data.

<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2016&start=1960&view=chart>



Şekil 2 Ülkelere göre doğumda beklenen yaşam süresi (2017).

Kaynak OECD Data. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>



Şekil 3 Doğumda beklenen yaşam sürelerinin uluslararası karşılaştırılması, 2015. (Türkiye verisi 2014 yılına aittir).

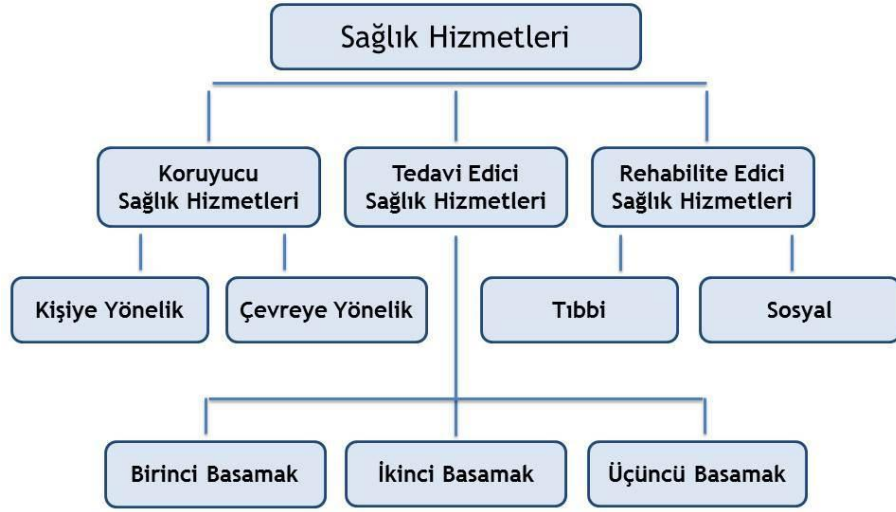
Kaynak TÜİK, DSÖ World Health Statistics 2015, OECD Health Data 2015.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “belirli sağlık kurumlarında farklı tip sağlık elemanından faydalanarak toplumun ihtiyaç ve isteklerine göre değişen gayeleri gerçekleştirmek ve böylelikle bireylerin ve toplumun sağlık bakımını her şekilde koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem” olarak tanımlanmıştır (7).

Sağlık Bakanlığı ise sağlık hizmetlerini “insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler” olarak tanımlamıştır (8).

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, Şekil 4’de gösterilmiştir.



Şekil 4 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

“Kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Kişiyeye yönelik olarak yapılan bağışıklama, ilaçla ve serumla koruma, erken tanı, aile planlaması, beslenme durumlarının iyileştirilmesini sağlamak için gıda güvenliği ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sağlık eğitimi gibi işler ile fizik, biyolojik ve sosyal çevredeki olumsuz koşullardan kaynaklanan sağlık sorunlarını önlemek amacıyla çevreye yapılan müdahaleler koruyucu hizmetlerdir” (8). Sunumu daha kolay ve etkili olup, tedavi edici hizmetlere kıyasla daha az maliyetli sağlık hizmetleridir. Kişiyeye ve çevreye yönelik sunulabilirler.

1.3.1.1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

“Kişileri ve toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır.”Özellikle sağlık sektörü ve sağlık personeli tarafından yürütülen hizmetlerdir (6).

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri;

- Erken tanı ve uygun tedavi,

- Sağlık eğitimi,
- Kişisel hijyen,
- İlaçla koruma,
- Ana-çocuk sağlığı hizmetleri sunumu,
- Aile planlaması ve üreme sağlığı,
- Bağışıklama,

Bunlara ek olarak, dünyada bir salgın olarak adlandırabileceğimiz bazı kronik hastalıkların (Diyabet, Obezite, Hipertansiyon vb.) tedavisinde koruyucu anlamda gittikçe daha da önem kazanan:

- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Fiziksel aktivite gibi unsurları da içerisinde barındırır.

1.3.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Dünya giderek kalabalıklaşmakta ve kirlenmektedir. Bu durumun, insan sağlığının en önemli belirleyicilerinden biri olan çevreye de olumsuz yansımaları olmaktadır. Bu anlamda insanın çevresinde bulunan veonun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fizik kimyasal ve sosyal etkenleri yok etmeye ya da zarar verici etkilerini önlemeye yönelik hizmetler bütünübu başlık altında toplanmaktadır.Sağlık sektörü ve sağlık personelinin daha çok, diğer sektör, alan ve disiplinleri bir hizmet grubudur (6). Aynı zamanda çevrenin insan hayatında ne kadar geniş bir alana sahip olduğunun da göstergesi kabul edilebilir.

Bu başlık altındaki başlıca hizmetler;

- İş ve çalışma çevresinin sağlığı ve güvenliğine yönelik yapılan çalışmalar,
- Çevreyi kirleten her türlü atıkların kontrolü ve bertaraf edilmesi için yapılan ve yapılacak çalışmalar,
- Kullanma suyu ve içme sularının sağlığa elverişli hale getirilmesi,
- Hava kirliliğinin azaltılması ve önlenmesine yönelik çalışmalar,
- Hava kirliliğini azaltmaya ve önlemeye yönelik işlemler,
- Ses ve gürültünün azaltılması ve kontrolü,
- Yaşam alanlarının insan sağlığına uygun hale getirilmesi için yapılan işlemler.

Bunların yanı sıra, günümüzde gittikçe sorun haline gelmeye başlayan radyasyon ve manyetik alanın zararlı etkileri ile mücadele edilmesi, teknoloji ve dijital çağın etkisiyle de hızla yayılan sosyal etkileşimin getirdiği bağımlılık, şiddet, vb. olumsuz durumlar ve bu durumlara yönelik yapılacak mücadele ve önlemler de önemli yer teşkil etmektedir.

1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan; muayene, tetkik, tahlil ve laboratuvar süreçlerini kapsayan, tedavi süreçlerinin ayaktan veya yatılı şekilde verildiği hizmetlerdir. Tamamen sağlık sektörü tarafından, uzman sağlık personeli ve ekip organizasyonu ile yürütülür ve güncel tıbbi literatür ile uygun teknolojinin kullanılmasını gerektirir (6).

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri:

Hastaların evde veya hastanede yatmadan ayakta tedavi edildiği hizmetlerdir. Sağlığın korunması adına önemli bir yere sahip olan bu hizmetler tedaviye yönelik detaylı tetkikler gerektirmeyen ve koruyucu sağlık hizmet yönü fazla olan yataksız sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle birarada verilir. Günümüzde Toplum Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, Özel Tıp Merkezleri, birinci basamakta hizmet veren sağlık kuruluşlarına örnek olarak verilebilir (6).

- İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri:

Hastaların bir yataklı sağlık kuruluşunda (hastanede) yatırılarak, sağlık personelinin kontrolünde, çeşitli tıbbi araç-gereç yardımıyla aldıkları teşhis ve tedavi hizmetleridir. Amaç, kişiyi eski sağlığına tekrar kavuşturmadır. Özel ve kamu düzeyinde tedavi etmeye yönelik genel hizmetlerin sunulduğu yataklı tedavi kurumları bu basamakta yer alır (Devlet hastaneleri, özel hastaneler)(6).

- Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri:

Özel bir yaş grubu, hastalık ya da cinsiyete yönelik olarak, o konuda en geniş imkanlara sahip yataklı tedavi kuruluşlarında verilen tedavi hizmetidir. Bu hizmetler, genellikle özel dal, eğitim ve araştırma hastaneleri ve Üniversite hastanelerinde verilir(6).

1.3.3. Rehabilitasyon İçerikli Sağlık Hizmetleri (Esenlendirme)

Kişilerin kaybetmiş oldukları fiziksel, zihinsel ve psikososyal yetilerin yeniden kazandırılması ve maksimum bağımsızlık düzeyinin sağlanması için verilen sağlık hizmetleridir. Bu açıdan kaybedilen yetilerin kazanılması ve/veya bağımsızlık düzeylerinin artırılması tıbbi ve sosyal rehabilitasyon süreçleri ile sağlanabilir. Ayrıca günümüzde engellilik kavramının hayatımızda önemli bir yer teşkil etmesi ile birlikte mesleki rehabilitasyon da her geçen gün daha önemli bir hale gelmektedir. Tüm bu süreçlerde ana amaç bireyin bağımsızlığının maksimum düzeye getirilerek yeniden topluma kazandırılmasıdır. Bu hizmetlere, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastane/Merkezleri, Ruh Sağlığına yönelik hizmet veren hastaneler ve mesleki rehabilitasyona yönelik hizmet sunan merkezleri iyi birer örnek gösterebiliriz. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirebileceğimiz hastane temelli yaklaşım ile hizmet vermekte olan ve ülke genelinde sayıları her geçen gün artan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerini (TRSM) de bu alanda örnek gösterebiliriz. Hastalık, engellilik veya yaşlılığa bağlı bakım ihtiyacı sonrası sağlığı korumaya yönelik evde sunulan hizmetlerin önemli bir kısmının amacı da aynı zamanda hastaların rehabilitasyonunu sağlamaktır.

1.3.4.Sağlığı Geliştirici Hizmetler

Sağlığın geliştirilmesi kavramı Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1986 yılında bu konuda düzenlenen ilk uluslararası konferansta kabul edilen Ottawa Bildirgesi'nde, 'insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırma ve sağlık düzeylerini daha da iyiye götürme sürecinin bütünü' olarak tanımlanmıştır (9, 10).

Sağlığın geliştirilmesi kavramı ilk olarak Winslow'un halk sağlığı tanımında yer almıştır (11). Sağlığın temel düzeyde sunumu yanında geliştirilmesi gerçeği DSÖ tarafından ilk olarak Alma Ata Bildirgesi'nde yer almış olup (12); bu durumun nasıl ve ne şekilde gerçekleşeceği Ottawa Bildirgesi'nde stratejileri ile birlikte ele alınmıştır (10). Özetle sağlığın DSÖ tarafından belirtilen temel önkoşullarının (gıda, barınma, gelir, hakkaniyet, stabil ekosistem, eğitim, sosyal adalet, kaynak sürekliliği) sağlanması yanında belirlenecek plan ve program dahilinde geliştirilmesinin birey ve toplumlara sağlayacağı fayda bakımından önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu anlamda sağlığın geliştirilmesi için yapılacak faaliyetler ana hatları ile beş başlık altında toplanabilir:

- 1.Sağlıklı ve uygulanabilir kamu politikaları oluşturmak.
2. Destekleyici çevreler oluşturmak.
- 3.Toplumsal etkinliği geliştirmek ve güçlendirmek.
- 4.Bireysel becerileri geliştirmek.
- 5.Sağlık hizmetini yeniden düzenlemek (9, 11).



2. SAĞLIKTA BAKIM KAVRAMI VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ

2.1. Sağlıkta Bakım Kavramı

Bakım çok değişik anlamlarda kullanılsa da, sözcük olarak Türk Dil Kurumu'na göre bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi şeklinde tanımlanmaktadır. Yine aynı sözlükte, bireyin bedensel, ruhsal ve eğitsel gelişimi için; ana, baba, okul ve öbür toplumsal kurumların gösterdiği çabaların tümü olarak da ifade edilmektedir (13).

Bir başka açıdan bakım; fiziki, psikolojik ve sosyal aktivitelerin ve fonksiyonların devamının sağlanması yanında, kaybedildiği durumlarda yeniden kazanım ve adaptasyon sürecinde bakım ihtiyacında olan kişiye yardımcı olmak olarak da tanımlanabilir (14).

Kısaca; insanın yaşamı boyunca değişik zaman ve evrelerde, belirli süre zarfında ihtiyaç duyulan, sağlık ve yaşamın bütünlüğünü korumaya yönelik kendisi veya başkaları tarafından yapılan yardım ve müdahalelere bakım diyebiliriz.

Tanımlardan anlaşılacağı gibi bakım insanın kendi kendine yapabileceği bir eylem olmakla birlikte, bir başkası tarafından da uygulanması çoğu durumda elzemdir. İncelediğimiz konu açısından ele alındığında ise; sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olduğu tanımından yola çıkarak insanın bu iyilik hallerini devam ettirebilmesi için kendine iyi bakması gerekmektedir. Bu anlamda kaybedilen sağlığı kazanmak, korumak ve desteklemek için yapılan davranışların bütünü de bakım süreçleri içerisinde yer alır. Bakım, insanın doğumundan ölümüne kadar yaşamının her durum ve evresinde ihtiyaç duyacağı temel gereksinimlerinden bir tanesidir.

Bakım, kişisel bakım (banyo, traş, tuvalet, giyim, beslenme, kişisel hijyen içeren diğer faaliyetler), sosyal bakım, psikolojik bakım, fiziksel bakım, tıbbi bakım, çocuk bakımı, yaşlı bakımı, hasta bakımı, estetik bakım vb. birçok farklı alt başlığa sahip bir kavramdır. Artık bakım; günümüzde insan ihtiyaçları doğrultusunda kurumsal yönüyle her toplum ve devlet tarafından verilmesi gerekli bir hal almış önemli bir hizmet çeşididir.

2.2.1. Evde Bakım Hizmetleri

Kişinin hastalık veya sağlığı bozacak diğer faktörler sonrası kaybettiği veya azalan günlük yaşam ve aktivitelerini sürdürebilmek üzere destek olarak evde verilen bakım hizmetlerin tamamına evde bakım hizmetleri denir.

Bir başka deyişle, ihtiyaçları karşılamak ve yaşam kalitesini sürdürmek için başkalarının desteğine duyulan gereksinim ve etkinlikler olarak da ifade edilebileceği gibi (15); Barker'a göre evde bakım, başvuru sahiplerine sağlığın yanında ev işlerinin idaresi ve sosyal ihtiyaçların karşılanması yönünde hizmet sunulması olarak tanımlanmaktadır(16).

Bakıma duyulan ihtiyaç her birey ve duruma göre değişmekte; kısa süreli olabildiği gibi, inme, doğumda veya sonradan kazanılmış engellilik, kronik hastalıkların bakım seyri gibi ani gelişen bazı hastalık durumları başta olmak üzere bazı durumlarda çok uzun sürebilmektedir.

Bu yönüyle, 'evde bakım' adı altında hizmet sunan birimlerde kısa süreli bakımın daha çok sağlık açısından tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini içerdiği; doktor muayenesi, cerrahi sonrası yara bakımı ve pansumanı, kan alma, diyabetik ayak ve yara bakımı, evde fizyoterapi, psikoterapi, dil ve konuşma terapisi vb. sağlık içerikli hizmetler başta olmak üzere, zaman açısından kısa sürede sonuçlandırılacak sosyal ve idari ihtiyaçlara yönelik olduğu görülmektedir.

Uzun süreli bakımda ise, kısa süreliden farklı olarak; yaşlılık, hastalık ve/veya engelliliğe bağlı oluşan ve kronik seyreden durumlarda hastalığı iyileştirmeye çalışmanın yanı sıra; hastanın mevcut durumunun gerilemesinin engellenmesi, korunması, desteklenmesi ve/veya artırılabilmesine yönelik çalışmalar söz konusu olmaktadır.

Kısa ve uzun süreli bakım, kapsadıkları zaman ve durumlar açısından gözle görülebilir ve takip edilebilir unsurlardan oluşmaktadır. Örneğin, diz veya kalçasındaki osteoartrit (halk arasında kireçlenme) bağlı olarak kısmi veya total protez takılması amacıyla cerrahi operasyon geçirmiş bir hastanın, taburcu edilmesi sonrasında evde geçirdiği sürede tekrar eski sağlığına kavuşması için yapılan doktor ziyaretleri, cerrahi sonrası yara yeri kontrolü, dikişlerin alınması ve bakımının yapılması; gerekli görüldüğünde aileye ve bakıcıya yapılması gereken işlemlerin öğretilmesi, hastanın tekrar mobilize olabilmesi ve eski hareketli yaşamına dönebilmesi için fizyoterapi işlemlerinin uygulanması, hastanın

yaşadığı travmaya bağlı oluşabilecek geçici depresyona yönelik verilecek psikoterapi vb. hizmetler, 'evde bakım'adı altında hizmet sunanbirimler tarafından tıbbi bakım süreçlerini kapsayan kısa süreli bakım hizmeti olarak adlandırılmaktadır.

Diğer taraftan, bir bebeğin anne karnında, doğumda veya doğum sonrası herhangi bir nedenle oksijensiz kalmasına bağlı olarak gelişen engel tablosu (spatisite vb.) ve beraberinde solunum kasları dahil tüm uzuvlarının tutulması, tablonun ağırlığı ile beraber mekanik ventilasyon cihazına bağlı bir durum gelişmesi ve bu durumun uzun sürecek olması, onun belki de yaşamı boyu bakıma ihtiyaç duymasını gerektirecek bir tablo ortaya çıkaracaktır. Bu bebek hasta açısından, kısa süreli bakımın içeriğinde yer alan tıbbi bakım süreçlerinin yanında öngörülemeyen daha uzun zaman süresi boyunca birey olarak yapamadığı tüm fonksiyonlara bağlı olarak ihtiyaç duyacağı beslenme, kişisel hijyen, herhangi bir durumda hastaneye veya başka yere nakil, aile ve birey olarak iş gücü kayıplarına bağlı ekonomik ve sosyal kayıplar vb. kapsayan uzun süreli bakım ihtiyacı ortaya çıkacaktır.

Bir başka açıdan, bakım ihtiyaçlarının kısa veya uzun süreli olmasının tespitinde, ödeme kanalları olan bakım hizmeti sunucuları veya ilgili sağlık sigortalarının belirlediği ödeme süreleri de referans olarak kabul edilebilmektedir. Dünyanın birçok ülkesinde, özellikle gelişmiş ülkelerde, tıbbi ihtiyaçlar ve bakım sürelerini belirleyen faktör devlet veya diğer sağlık sistemleri aracılığı ile gerçekleşen ödeme kanalları tarafından belirlenmektedir. Kısa süreli tedavi ve bakım ihtiyaçları çok sorun olmamakla birlikte, uzun süreli bakım başta finansman ve insan kaynağı olmak üzere birçok faktörü bir arada bulundurma ve bu alanda gerekli tedbir ve planlamaları yapma zorunluluğu oluşturmaktadır.

DSÖ Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu (Home-BasedLongTermCareStudyGroup) tarafından hazırlanan ve 2000 yılında yayınlanan rapora göre, uzun süreli bakım hizmetlerinin kurumsal ya da ev-tabanlı olabileceği;ve resmi (formal) veya gayri resmi (informal) kanallar ile sunulabileceği ifade edilmektedir(17, 18). DSÖ her ne kadar bu durumu uzun süreli bakım için ifade etmiş olsa da, hizmetin formal ve informal olması günümüzde kısa süreli bakım içinde geçerli bir kavramdır. Raporda; resmi (formal)bakım, kamu kurumları tarafından finanse ve organize edilen yapılar; yerel, ulusal ve uluslararası sivil toplum kuruluşları ve örgütler ve özel sektör tarafından doktor,

fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, hemşire vb. sağlık profesyonelleri eşliğinde sunulan bakım hizmetleri olarak ifade edilmiş; resmi olmayan (informal) bakım ise aile bireylerinin, komşuların, arkadaşların, gönüllü kuruluşların veya dini kuruluşların verebileceği hizmetler olarak belirtilmiştir (17, 18).

Dünya genelinde hasta ve bakıma muhtaç kişilere evde sunulan hizmetler farklı adlar altında ve farklı hizmetler ile tanımlanmaktadır. Evde yardım hizmetleri, evde diyaliz hizmetleri, evde takip ve kontrol hizmetleri, evde sağlık hizmetleri, evlere yemek ve temizlik servisi, telefon ile sunulan sağlık ve yardım servisi, evlere bakım-onarım hizmetleri bu alanda en yaygın kullanılan hizmet sunum şekilleridir. Günümüzde bunlara ihtiyaçlar doğrultusunda nakil hizmetleri, evlere kuaför servisi, bakıcı desteği vb. hizmetlerde eklenebilmektedir.

Tablo 1 Evde bakım hizmetlerinin amaçlarına göre dağılımı.

Evde Bakım Hizmeti	Amaç
Evde Koruyucu Bakım	Bireyin mevcut hastalıklarına ikincil bir hastalık ya da yeti yetimi gelişmeden önce yapılan müdahalelerle oluşabilecek komplikasyonları önleyici müdahalelerdir.
Evde Tanı Koyucu Bakım	Hastaneye gelmeyen, yatağa bağımlı ya da ruhsal sorunları olan hastaların muayene ve tanılarının ev ortamında yapılmasıdır.
Evde Tedavi Edici Bakım	Hastaların hastanede yatış sürelerini azaltmak için veya tıbbi durumu nedeniyle tedavi edici hizmetlere gereksinim duyan, fakat bu tedaviyi evde almak isteyen kronik hastalara yönelik verilen hizmetlerdir.
Evde Rehabilitasyon Edici Bakım	Bireylerin hastalığı sebebiyle kaybettiği yetimini yeniden kazanmasını sağlayıcı girişimlerdir.
Evde Uzun Süreli Bakım	Kronik, fiziksel ve ruhsal hastalıkları bulunan ya da engelli bireylerin ihtiyaçları olan bakımın sağlanmasıdır. Genellikle günlük yaşam aktivitelerine yönelik sosyal desteği içerir.
Evde Hospis Bakımı	AİDS, Kanser gibi hastalıklar nedeniyle terminal dönem yaşayan hastalar için evlerinde yaşam kalitelerini artırıcı, başka bir ifadeyle palyatif bakım içeren girişim ve uygulamalardır.

Kaynak Kaya, H., Özkan, B., Ayhan, F., Gökalp, G. Evde Bakımda Kanıta Dayalı Psikososyal Müdahaleler. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi 2015; 2(2).

2.1.2.Evde Sağlık Hizmetleri

Küreselleşen dünyada gelişen ekonomiler, değişen teknoloji, bilişim, sosyokültürel ve sosyoekonomik yapılar ile birlikte her türlü hizmete duyulan ihtiyaç şekli, istek ve arzusu da sürekli değişime uğramak zorunda kalmaktadır. Bu açıdan ele aldığımızda sağlık hizmet sunumunun bu değişimlerden etkilenmeyeceğini söylemek günümüz şartlarında pek de mümkün değildir. Üstelik sağlığın yaşamsal boyutuyla vazgeçilmez olması, bu hizmet sunumunda ihtiyaç ve isteklerin de değişmesini etkileyecek en önemli dinamiklerden biridir. Bu bağlamda sağlık; hizmet olarak günümüzde kurumların yanında evde de sunulabilmekte, bu sunum ihtiyacı da duyulan gereksinimlere bağlı olarak sürekli bir değişim göstermektedir. Geçmişte salgın hastalıklardan korunmak için izole edilen hastalara yönelik bir uygulama olarak verilen evde sağlık hizmetleri, daha yakın zamanlarda ülkenin her yerinde sağlık hizmeti sunmak adına doğum için ebelerin evlere gittiği bir uygulama şeklinde kullanılmıştır. Günümüzde, çok hızlı veri iletişiminin sağlandığı bu dijital çağda, bir nimet olarak hastaların evlerine gidilmeden muayene edilmeleri, tıbbi tedavi, takip ve kontrollerinin yapılabildiği bir döneme gelinmiştir.

Evde sağlık hizmeti; kısaca sağlık hizmetlerinin evde sunulması olarak tanımlanmakla birlikte; hizmet sunum içeriği geniş ve kapsamlıdır. Ana hatları ile acil ve yaşamsal tehdit oluşturmayan durumlar esnasında, doğum öncesi, esnası ve sonrasında, kazanılmış veya kronik hastalıklara bağlı ani gelişen durumlarda ortaya çıkabilen; bunun yanında kaza ve travmaya bağlı olarak sonradan da kazanılabilen ve aynı zamanda yaşlılığa bağlı rahatsızlıkların da oluşturabileceği geçici veya kalıcı engellilik durumlarında kişilere sağlık hizmetlerinin ev ortamında sunulması olarak adlandırılabilir.

Evde sunulan hizmetlere muayene başta olmak üzere, tetkik ve tahlillerin yapılarak bu doğrultuda tedavilerin sağlanması, hemşirelik bakımı ve diyet hizmetleri, oluşabilecek psikolojik ve fiziksel kısıtlılığın önlenmesine yönelik verilecek rehabilitasyon hizmetlerini örnek gösterebiliriz. Günümüzde sosyalleşmenin de sağlığın önemli bir parçası haline gelmiş olmasından dolayı; sosyal hizmetlerin, tıbbi ihtiyaçlar doğrultusunda verilen bir hizmet unsuru olarak ele alınması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

2.2. Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri İhtiyacını Doğuran Nedenler

Türkiye İstatistik Kurumu Türkiye Sağlık Araştırması 2016 verilerine göre, Türkiye’de obez bireylerin oranı yüzde 19,6 olarak açıklanmış olup (20); Ekonomik

İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)ülkeleri arasında Türkiye'nin %28.8'lik oranla 6. sırada yer aldığı görülmektedir (21). 'Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans' ÇalışmalarıTURDEP-I(1997-1998) ve TURDEP-II (2010)sonuçları, Türkiye'de hipertansiyon prevalansının %30 civarında olduğunu göstermektedir. İki çalışma arasında geçen yaklaşık 12 yıllık zaman diliminde diyabet sıklığı %90, obezite ise %44 artmıştır(22). Kontrol altına alınmadığı ve takip edilmediği durumlarda bu tür kronik hastalıklara sahip hastalar sistem ve organ hasarları nedeni ile ölmekte veya uzun süreli sağlık ve bakım ihtiyacı duymaya aday kişiler arasında yer almaktadırlar. Kalıcı hasar ve uzun süreli bakım ihtiyacı doğuracak etkenler yönüyle inme vb. durumlara sebep olan hastalıklar içerisinde hipertansiyon ve diyabet ön sıralarda yer almaktadır. Tüm dünyada, özellikle de endüstri toplumlarında,obezite ve hipertansiyon hızla artmaktadır. Hipertansif hastaların en az 1/3-2/3'ü obezdir. Obezlerde ise hipertansiyon gözlenme olasılığı 3 kez fazladır (23).Görüldüğü üzere durum, dünyada ve Türkiye'de benzer şekilde seyretmektedir.

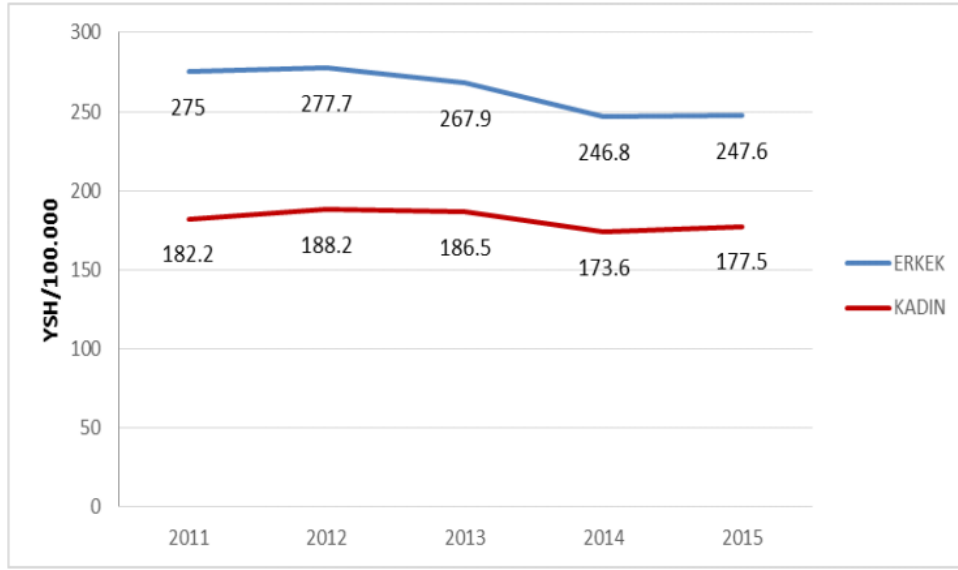
Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı işbirliği ile yapılan "2002 Türkiye Özürlüler Araştırması" sonuçlarına göre,özürlü olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12.29'dur (24). 2010 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Türkiye İstatistik Kurumutarafındanyapılan ve ulusal özürlüler veri tabanına kayıtlı özürlülerin baz alındığı "Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması"nda; bireylerin özürlülüğüne sebep olan nedenlerden %56,8'inin hastalık, %15,9'unun genetik ve kalıtsal sebepler, %9,6'sının kaza,%3'ünün de gebelik/doğumda gelişen olumsuzluklar olduğu ifade edilmiştir (25). Son olarak, 2011 yılında yapılan TÜİK Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre, "en az bir engeli olan 3 ve daha yukarı yaştaki nüfus" %6.9 olarak tespit edilmiştir (26). Günümüzde engellilik kavramı Türkiye'de önemli bir sorun alanı oluşturmakta; bu alan içerisinde sağlık ve bakım ihtiyaçları önemli bir yer tutmaktadır.

TÜİK 2016yılı verilerine göre, yaşlı nüfus olarak tanımlanan 65 yaş ve üzerindeki nüfusun toplam nüfus içindeki oranının2012 yılında %7,5 iken, 2016 yılında %8,3'e yükseldiği; yaşlı nüfusun %43,9'unu erkek, %56,1'ini kadın nüfusun oluşturduğu görülmektedir (27).2016 yılı verilerine göre dünya nüfusunun %8,7'sini yaşlılar oluşturmuş olup; en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ülkeler sıralamasında Türkiye 167 ülke arasında 66. sırada yer almıştır (27).

2017 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçları temel alınarak yapılan nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfusun 2023'te %10,2, 2080'de %25,6 olacağı öngörülmektedir (28).Türkiye’de yaşlı bağımlılık oranı, 2012 yılında %11,1 iken bu oran 2016 yılında %12,3’e yükselmiştir (27).

Evde sağlık ve bakım süreçleri ile sıkı ilişkileri olan palyatif bakım hizmetleri de giderek daha fazla ihtiyaç duyulan bir hizmet haline gelmektedir. Hastalık gereği acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım olan palyatif bakım, DSÖ tarafından, 2002’de “yaşamı tehdit eden durumlarda sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyip değerlendirerek ve tedavi ederek geliştirilen bir yaklaşım” olarak tanımlanmış; 2014 yılında “palyatif bakım tüm hekimlerin vicdani sorumluluğudur” görüşü ile hasta yakınlarının bu süreçte ve yas döneminde psikolojik, sosyal, maneviyat ve fiziksel yönden desteklenmesi konusu da tanıma dahil edilmiştir (29).

Bu anlamda evde buldukları süre zarfında aynı zamanda evde sağlık ve bakım hizmetlerine de ihtiyaç duymakta olan palyatif bakım hastalarının 1/3’ünü kanser tanılı, diğer 2/3’ünü ise organ yetmezliği, enfeksiyon ve nörolojik kökenli hastalığa sahip kişiler oluşturmaktadır (30).Anlaşılabacağı üzere, kanser başlı başına hizmet ihtiyacı doğuran önemli bir hastalık gurubudur. Resmi verilere göre ülkemizde 97 bini erkek, 62 bini kadın olmak üzere her yıl 159 bin kişi kansere yakalanmıştır (31).Türkiye’de 2014 yılında yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 246,8 kadınlarda ise yüz binde 173,6’dır. Toplamda kanser insidansı ise yüz binde 210,2’dir. Türkiye’de toplam 163.417 kişiye yeni kanser teşhisi konulmuştur (32). Bu anlamda kanser olgusu ülkemizde her yönüyle önemli bir yer işgal etmektedir.



Şekil 5 Tüm Kanserlerin Yaşa Standardize İnsidans Hızlarının Cinsiyete Göre 2011-2015 Yılları Arasındaki Dağılımı (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2011-2015)

Kaynak Kara F, İltter H, Keskinçilç B. (Eds), Türkiye Kanser İstatistikleri 2015. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara; 2018.

Tüm bu veriler ışığında yaşlılık ve diyabet, hipertansiyon vb. kronik hastalıklara bağlı ani gelişen ölümler veya uzun süreli bakım gerektiren sekeller gün geçtikçe artmaktadır. Buna ek olarak, kaza ve/veya travmalara bağlı olarak geçici ve kalıcı hasar meydana gelmiş yaralı sayılarında da artış olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 2 Yıllara göre kaza ve yaralı sayıları, 2017.

Yıl	Toplam kaza sayısı	Ölümlü, yaralanmalıkaza sayısı	Yaralı sayısı
2002	439 777	65 748	116 412
2004	537 352	77 008	136 437
2006	728 755	96 128	169 080
2008	950 120	104 212	184 468
2010	1 106 201	116 804	211 496
2012	1 296 634	153 552	268 079
2014	1 199 010	168 512	285 059
2016	1 182 491	185 128	303 812
2017	1 202 716	182 669	300 383

Kaynak Yıllara göre kaza ve yaralı sayıları, 2017.Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığı.www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1586

Belirtilen durumlara bağılı olarak hasta olan bireylerin sağıık ve bakım ihtiyaçlarının da aynı oranda artış göstereceği ngrldğinde bu tür hastalara verilecek sağıık ve bakım hizmetlerinin ülke genelinde planlı ve organize bir Şekilde verilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Günümüzde bu tip hastaların sağıık durumlarının hastane ortamlarında stabil hale gelmesini takiben, iyileşme ve bakım gerektirecek sürelerinin hastalık durumlarına bağılı olarak değişmesi ve belirsizliği nedeniyle, hastanede yatırmaları gereksiz yatak iŐgaline, ülke kaynaklarının israfına, kendileri ve yakınlarının maddi ve manevi kayıplarına sebep olmaktadır. Bu gibi durumlarda bu tip hastalara sağıık ve bakım hizmetinin kendi evinde ve aile ortamında verilmesi önemli hale gelmekte ve verilerden de anlaŐıldıęı üzere bu önem gittikçe artacağı öngörülmektedir.

2.3. Evde Sağıık ve Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişim Süreci

2.3.1. Dünyada Evde Sağıık ve Bakım Hizmetlerinin Gelişimi

Hizmetin ilk ne zaman ve ne Şekilde verilmeye baŐlandıęı hakkında sağııklı ve kesin bilgiler olmasa da, insanların dünya üzerinde değişik ve dağınık coğrafi konumlarda yaŐamaları ve bununla birlikte sağıığa ulaŐılabilirlięin her yerde aynı olmayacağı n grldğinde sağıık hizmetinin doğası gereği geçmişte birçok durum için evde hizmet verildiğini söylemek mümkündür. rnek olarak doğum olayını ele alacak olursak, sağıık altyapısının düzenli ve sistemli olmadığı her dönem ve yerleŐim yerinde doğumun evde ve ebe eşliğinde yapılması doğal bir ihtiyaç olarak görülmektedir. Bu anlamda 18. yy. da eski Roma döneminde doğumun evde yapılması ile ilgili kayıtlı bilgiler olduğu anlaşılmaktadır. Benzer Şekilde Orta ağ Avrupası'nda 17. yy.da veba salgını sırasında hastaların tecrit edilmeleri ve ev ya da belirli alanlardan çıkmamaları sağlanmış; bu alanlarda hastalara sağıık hizmetinden çok yemek, barınma türü sosyal ihtiyaçları gideren hizmetler verilmiş ve hizmetin verilmesinin sağlanması dini nedenler ön planda yer alarak kilise tarafından gönüllü kişiler eşliğinde sunulmuŐtur (35).

Dünyada evde sağıık ve bakım hizmetlerinin formal düzeyde ele alınıp geliŐmesinde daha çok Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa lkelerinin öncülük ettiği anlaşılmaktadır. Tarihsel geliŐime bakıldığında, sanayi devrimi ile birlikte kentleŐmenin hızlanması, sosyoekonomik yapının gelişmesi, yaşam süresinin ve buna bağılı olarak yaşlı sayısının artması ve beraberinde kronik hastalıkların eŐlik etmesi hizmetin formal ve

sistemli şekilde sunulması ihtiyacının doğmasında en önemli etkenler olarak göze çarpmaktadır.

Eyalet sistemi uygulamalarında farklılık olmakla birlikte ABD’de evde sağlık ve bakım hizmetleri anlamında ilk örgütlenme 1796 yılında Boston Dispanseri tarafından gerçekleştirilmiştir (36). 1898'de Los Angeles Sağlık Departmanı tarafından sosyoekonomik düzeyi düşük hastalara hizmet vermek üzere ücretli çalışanlardan oluşan bir birim kurulmuştur. Yine 1947’de New York’taki Montefiore Hastanesi de evde sağlık ve bakım birimi kurarak hastane destekli evde sağlık ve bakım uygulamalarının ilkinin gerçekleştirmiştir (36).

Avrupa’da, literatür taramalarında ilk kayıtlı veriler olarak İngiltere’de 1859 yılında Willam Rathbone adlı bir İngiliz antropoloğun hasta eşi için almış olduğu hizmetten etkilenmesi sonrası ihtiyaç sahibi yoksul hastalar için gönüllü bir hemşire servis hizmeti oluşturması, evde sağlık ve bakım alanında ilk düzenli ve sistemli yapılanma olarak karşımıza çıkmaktadır. Yine İngiltere’de hemşirelik ve bakım hizmetlerinin öncülerinden Florence Nightingale tarafından 1862 yılında Liverpool’da evlerde hastalara evde hizmet vermek adına hemşirelik okulu açılmıştır (35).

Hollanda’da ise, 1875 yılında Kızılhaç’ın çalışmalarından etkilenmiş bir doktor olan Jacobus Penn tarafından Beyaz Haç adlı organizasyon kurulmuş ve resmi olarak evde sağlık bakım hizmetlerinin temeli atılmıştır. Yine bu yıllarda Amsterdam’da gönüllü sağlık çalışanları eşliğinde başlatılan hizmetlere sosyal içerikli gıda, giyecek ve yakacak hizmetleri de eklenmiştir (16).

Avrupa’da yaşanan savaşlar, ekonomik krizler, endüstrileşme ve diğer sosyal faktörler halk sağlığı hemşireliğinin ve aynı zamanda evde sağlık bakım hizmetlerinin gelişmesini hızlandıran önemli olaylar olarak karşımıza çıkmaktadır (37). 18. yüzyılın sonlarında, Hollanda’nın başkenti Amsterdam’da gönüllüler, hasta bakıcılar, ebeler ve hemşireler tarafından dar kapsamlı olarak, pansuman, enjeksiyon, tıbbi malzeme yardımı, gıda, giyecek ve yakacak yardımları şeklinde başlamışsa da, hızlı nüfus artışı ile birlikte fakir, hasta ve işsizlerin çoğalması sonucunda gönüllüler tarafından yürütülen evde hasta bakım hizmetlerinin, profesyonel ve organizasyonel yapıda sunulması gereksinimi had safhaya ulaşmıştır (16).

Danimarka’da başlatılan Avrupa’daki en geniş ev ziyareti programı, başarılı hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. Danimarka’daki gelişmiş evde sağlık ve bakım sistemi 19. yüzyıl sonlarına dayanmaktadır. Danimarka’da ilk olarak 1937 yılında başlatılan, dört coğrafi bölgede 6 yıl uygulanmış pilot çalışma sonuçlarında, ev ziyaretinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranını azalttığını göstermesi evde sağlık bakım hizmetinin öneminin artmasında büyük rol oynamıştır (35).

ABD ve Avrupa ülkeleri dışındaki dünya ülkelerinde de evde sağlık ve bakım hizmeti geçmişten günümüze verilmeye devam etmektedir. Uygulamalar, toplumların hastalığa ve yaşlılığa bakışı ile farklılık göstermektedir. Çin ve Japonya gibi Uzak Doğu ve Asya kültürlerinde yaşlılara ve hastalara bakmak toplumsal ve kültürel yapı gereği aile içerisinde çözülmesi gereken bir durum olarak karşımıza çıkmakta ve evde bakım hizmetleri, yaşlılara hizmet sunum yöntemi olarak kullanılmaktadır (35).

Günümüzde tüm dünyada kronik hastalıklar başta olmak üzere, hastalık ve yaşlanmaya bağlı olarak hizmete olan ihtiyaç gittikçe artmakta; toplumların sosyo-kültürel ve ekonomik yapılarının değişmesi, kadınların üretim ve istihdamda daha etkin rol almaları, özellikle gelişmekte olan ülkelerde azalan kaynaklar nedeniyle devlete ait sağlık (özellikle hastane) hizmetlerinin kalitesindeki düşüklük gibi nedenlerle odak giderek kurumsal ve ev merkezli sağlık bakım hizmetlerine doğru kaymaktadır (35).

Evde bakım hizmetleri özellikle ABD ve Kanada’da, kronik hastalıklar ve yaşlı bakımının etkinliği açısından önemli yer tutmaktadır. Kronik hastalıkların yaşlıları diğer gruplara göre daha çok etkilemesi, bu nedenle de ev ortamında belirlenecek sürekli bakım hizmetlerine daha çok gereksinim duymaları ve yaşlıların göreceli olarak hastaneleri daha çok kullanmalarına bağlı olarak daha yüksek oranda hastane sonrası bakıma ihtiyaç duymaları, bu durumun önemli iki nedenidir(35).

ABD’nde 1970’lerde kurulan Medicare ve Medicaid sistemi, hizmete duyulan ihtiyacı arttırmış ve hizmet veren kuruluş sayısında önemli artış olmuştur. ABD’de 1982 yılında ulusal düzeyde evde sağlık bakım birliği kurulmuş olup; birliğin amacı, hizmet kalitesini geliştirmek, hizmet sunanların haklarını korumak ve kurumsal bakımla entegre evde bakım hizmetlerinin toplumsal bilinirliğini arttırmak ve hizmetin yaygınlaşması yönünde çalışmalar yapmak olmuştur(38).

Günümüzde evde sağlık ve bakım hizmetleri bir sektör haline gelmiş olup, bu hizmetlere yönelik harcamalar, sağlık ve sosyal harcamalar içerisinde önemli bir yer

tutmakta;ekonomik boyutuyla devletlerin karar alma, planlama ve organizasyon yapılarında sürdürülebilirlik açısından önemli değişikliklere gitmek zorunda kaldıkları bir alan haline gelmeye başlamıştır.

2.3.2. Türkiye’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Gelişimi

Türklerde çok eski zamanlarda hastaları tedavi eden kişilere “Kam” veya “Baksı” denilmiştir. Daha sonraki dönemlerde ise “Otacı”, “Emçi” veya “Atasagun” adı verilen hekimler tarafından sağlık hizmetleri yürütülmüştür (37, 17). Eski dönemlerde Türklerin göçebe bir yaşam tarzına sahip oldukları düşünülürse sağlık hizmetinin çadırlarda ve /veya hastaların kendi yaşam alanlarında sunulmuş olabileceğini düşünmek gayet makul bir yaklaşım olarak görünmektedir.

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin geçmişi Selçuklular ve Osmanlılar dönemine dayanmaktadır. Bu dönemdeki sağlık hizmetleri tamamen vakıf sistemi ile yürütülmüştür. Bu anlamda geçmiş döneme ait en sağlıklı veriler Osmanlı arşivleri olup, bu arşivlerde 2. Abdülhamit devrinde hastaların zengin fakir gözetmeksizin ücretsiz tedavi edildiği, tedavilerin daha çok evlerde gerçekleştiği ve doktorların bizzat eve kadar gidip hastaları ile ilgilendiklerinden bahsedilmektedir(39). Yine Osmanlıda sağlık ve sosyal hizmetler alanında kurumsallaşmaya yönelik adımların atıldığı dönem kabul edilebilecek 2. Abdülhamit döneminde yaşlı, sakat ve kimsesizlere yönelik kurumsal bakım anlayışına hakim Darülaceze Vakfı kurulmuş ve insanların bakım ihtiyaçları bu merkezlerde görülmüştür ve bu hizmet günümüzde de hala devam etmektedir.

Türkiye Cumhuriyet’inin kuruluşu ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda Bakanlık teşkilatlanması düzeyinde sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara devlet tarafından sunulmasını hedefleyen sağlık politikaları oluşturulmuştur. Evde sağlık ve bakım alanında kabul edilebilecek hizmetler 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda yer almıştır. Kanun kapsamında; bulaşıcı hastalıklar ile mücadele, ana çocuk sağlığı hizmetlerinin sunumuna yönelik olarak hekimlerin evde hasta takip ve tedavi işlemlerini yapması hakkında hükümler yer almıştır (40). Umumî Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) Tatbikatına Dair 19 Temmuz 1931 tarihli 1852 sayılı 21 No’luTamim’de ilk defa “ev ziyareti” kavramından resmi olarak söz edilmektedir (41).1954 yılında kabul edilen Hemşirelik Kanunu da hemşirelerin sağlık kabini açabilmelerine imkan vermiş olup, bu

yasa ile dolaylı yoldan hemşirelerin evde hastalara enjeksiyon, pansuman vb hizmet verebilmelerinin önü açılmıştır (42).

Birinci Kalkınma Planı'nda, evde tedavi hizmetleri yataklı tedavi hizmetlerinin bir alternatifi olarak ifade edilmiştir(43). Evde sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin ana ilkesi ve temel prensiplerinin açıklandığı1961 tarih ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (44)ve bu Kanun'a bağılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiğı Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik(45) ile halk sağlığı çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak değerlendirilmiş; sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması ve etkisinin artırılması açısından evde hasta muayenesinin önemine vurgu yapılmıştır. Kronik hastalıklı bireylerin, gebe ve lohusalar ile 0-6 yaş arası çocukların izlem ve takipleri ile doğumların evde yapılabilmesi görevleri halk sağlığı hemşireleri ve ebelere verilmiştir(40, 46).Evde hasta muayenesi mesai saatlerinde sağlık ocağı hekimin takdirine bırakılmış; uzman hekimlerin, sağlık ocağı hekiminin daveti üzerine konsültasyon için eve hasta muayenesine gidebileceğı ve bu muayenelerin ücrete tabi olmayacağı ifade edilmiştir (17).

Cumhuriyet dönemine bakıldığında gerçekleşmiş olan tüm bu uygulamalar evde sağlık ve bakım hizmetlerinin tamamını kapsamamakla birlikte mevcut imkanlar ile daha çok hekim, hemşirelik ve ebelik hizmetlerinin evde verildiğı bir anlayışa sahiptir.

Türkiye'de gerçek anlamda alana özel ilk yasal düzenleme, Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik'in2005 yılında 10/03/2005 tarih ve 25751 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanması ile başlatılmıştır (38). Bu yönetmelik, özel kurum ve kuruluşların hizmet sunum şartları ve normlarını belirleyen ilk düzenli yönetmelik ünvanına sahip olmakla birlikte, hizmet sunumunun özel kurumlar bünyesinde sürdürülmesi anlamında da bir ilki temsil etmektedir (47).

Sağlık Bakanlığı dışında bu alana yönelik yasal düzenlemeler arasında yer alan ve 01/07/2005 tarihinde yayınlanan 5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'da, özürlülerin bakımı ve süreçler hakkında görüşler yer almış ve kurumsal bakım anlayışından çok evde bakıma teşvik edici düzenlemelere atıfta bulunulmuştur (48).

Ulusal düzeyde kamu adına “Sağlık Bakanlığı’na sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde, “evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamak” ifadesi ile yürürlüğe konulmuş olup; aynı yıl içerisinde aile hekimleri, kamu hastanelerine kurulan birimler ve İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde oluşturulmuş Koordinasyon Merkezleri ve mobil ekipler eşliğinde evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır (49).

Ruh sağlığı hizmetleri ve hizmet planlamaları kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023 ile, ruh sağlığı alanında hastane temelli hizmet kavramından daha çok toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin ülke geneline yaygınlaşması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar ile ülke genelinde her geçen gün yaygınlaşan TRSM ’nin sayısı arttırılmaktadır. Bu merkezler koruyucu sağlık hizmetleri alanında da önemli işleve sahip olup, bu işlevlerinden bir tanesi de takip edilen hastalardan (belli tanı gruplu psikiyatrik hastalar) bir kısmının tıbbi tedavi ve bakımlarının evlerinde yapılmasını sağlamaktır (50).

Bu çalışmaların yanı sıra, Morbid Obez Hasta Takip Programı kapsamında, morbid obez hastaların, dahiliye/endokrin hastalıkları uzmanı, psikiyatrist ve diyetisyenden oluşan bir ekip eşliğinde evlerinde belirli periyotlar ile ziyaret edilerek gerekli muayene ve kontrollerinin yapılması ve gerek görülmesi halinde bu hastaların hastaneye nakilleri sağlanmaktadır.

2.4. Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Açısından Hizmet Finansman Yöntemleri

Tüm dünyada sağlık sistemleri, halkın sağlık düzeyini yükseltmeyi ve geliştirmeyi amaçlamakta olup; bu amaca ulaşmak, sağlığın tüm vatandaşlarca erişilebilir, hakkaniyetli, kaliteli ve sürdürülebilir olması ile mümkündür. Buna ek olarak, hizmet alanların mali risklerden korunması, hizmet alımının kesintiye uğratılmaması ve kaynakların verimli ve etkili kullanımının sağlanması da gerekmektedir (51, 52).

Evde sağlık ve bakım hizmetleri sunumu şekil ve model olarak geçmişten bugüne dünyanın birçok ülkesinde birçok farklı deneyimlerle uygulanmakla birlikte, hala değiştirilmesi ve geliştirilmesi gereken yönleri olan dinamik bir hizmet çeşididir. Bu

durum, yaşam şekilleri ve ihtiyaçların her toplum ve kültürde değişebileceği gibi aynı toplum ve kültürler içerisinde bile değişimlerin hızlı ve farklı şekilde olmasından kaynaklanmaktadır. İhtiyaçların kısıtlı ve kıt kaynaklarla karşılanmak zorunda olması ise bu değişimin uygulama modelinde en belirleyici etkidir.

Temel anlamda her insan için ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti alma hakkının dünyanın her yerinde adil ve eşit olması gerekmektedir. Günümüz dünyasında bu mümkün görünmemektedir. Her ülkede, hatta her eyalette o devletin siyasi, ekonomik, kültürel, demografik yapısı ile sağlık finansman sistemine bağlı olarak farklılıklar görülebilmektedir.

Hizmet sunumuna teşkil eden temel sağlık sistemleri ve bu sistemlerin finansman yöntemleri sunumun şekli ve modellenmesinde kuşkusuz en önemli faktörlerden birisi olarak öne çıkmaktadır. Nitekim hizmetlerin sürdürülebilir, verimli ve etkin olması için bu faktörlerin uyumlu ve ahenk içerisinde işleyebilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmet politikalarının belki de en belirleyici faktörü olan sürdürülebilirlik hakkında farklı tanımlamalar yapılmakla birlikte uzlaşılabilecek ortak tanım bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumunda dünyada uygulanan sağlık finansman yöntemlerini incelediğimizde içeriğin sınıflamasında birden farklı yöntem bulunmakla birlikte ana hatları ile dört başlıkta toplanabilir.

1. Sosyal Sağlık Sigortası (Bismarck modeli)
2. Vergi Temelli Sağlık Sigortası (Beveridge Modeli)
3. Kişisel Harcamalar
 - Tıbbi tasarruf hesapları
 - Özel sağlık sigortacılığı sistemi
 - Cepten harcamalar
4. Gönüllü kuruluşlar, bağışlar ve diğer benzer yöntemler

Beveridge ve Bismarck modeli ile özel sağlık sigortası olarak sınıflandırılan üç temel sağlık finansman modeli Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3 Sağlık Sistemleri Modelleri.

	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmeti Örn. Birleşik Krallık	Sosyal Sağlık Sigortası Örn. Almanya	Birleşik Amerika
Karar verme mekanizması	Devlet tarafından karar verme ve yönetim	Sigorta fonu ve hekim birlikleri tarafından karar verme ve yönetim	Özel girişimcilik ilkeleri
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve işverenlerin katkıları	Özel finansman
Sağlık hizmetleri sunucuları	Kamu	Kamu/Özel	Özel

Kaynak Tatar M. Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi 2011; 1:103-133.

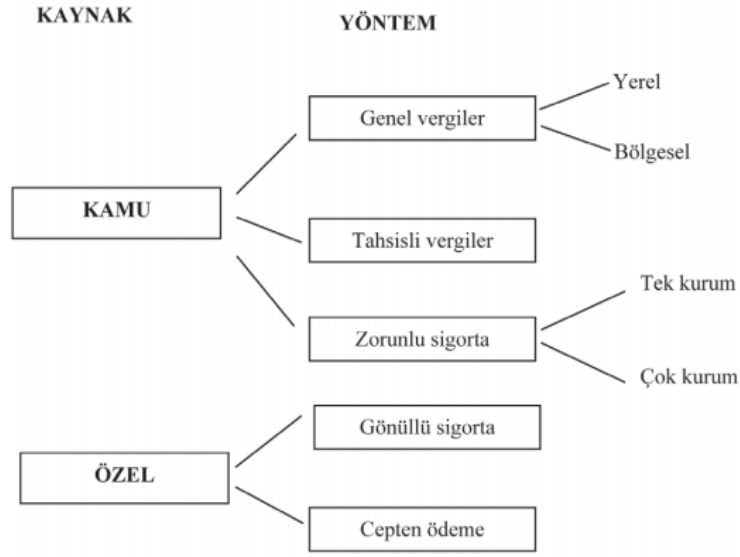
Bismarck Modeli (sosyal sağlık sigortası yaklaşımı), sanayileşmeyle birlikte çalışanlarda meydana gelen hastalıkların giderilmesine yönelik olarak 1880’li yıllarda Almanya’da uygulamaya konulan, daha sonra iş kazaları ve sakatlık gibi durumların getirdiği sağlık ve sosyal harcamaları da kapsayacak şekilde genişletilmiş, prim esaslı sosyal sigortacılık anlayışına sahip bir sistemdir. Bu sistem, gönüllülük yapısına sahip mevcut sigorta sisteminin devlet tarafından yürütülmesinin zorunlu hale getirildiği Almanya’da geliştirilmiş olup, Hollanda, İsveç, Fransa, Belçika gibi ülkelerde kullanılmaktadır. Özellikleri, bağımsız veya yarı bağımsız sigorta fonlarının olması; bireyin ödeme gücüne bağlı olarak belirlenen, işçi ve işveren tarafından yapılan zorunlu katkıların olması ve toplanan katkıların belli amaçlar için kullanılmak üzere ayrılmış olması; sigortalı nüfusun sağlık hizmetleri ile ilgili haklarının tanımlanması olarak özetlenebilir. Gelişmiş ülkeler yanında gelişmekte olan ülkelerde de uygulanabilen bu finansman yöntemi, dünya genelinde uluslararası fonlar tarafından da desteklenen bir sistem olup ülkemiz de bu sistemden etkilenmektedir(54). Bismarck Modeli’ni evde sağlık ve bakım hizmetleri açısından ele alacak olursak, endüstrileşmiş toplum yapısı gereği çalışan ve işgücü katılımının yüksek olduğu toplumlarda evde sağlık ve bakım hizmetlerini de öngörecektir şekilde kapsayıcı bir model olarak ön plana çıkmaktadır. Prim esaslı olması

nedeni ile belirlenecek primlerin tüm bireyleri kapsayacak şekilde evde sağlık ve bakım ihtiyacı doğurabilecek nedenlere göre ele alınması önem arz edecektir.

Bir diğer yöntem, sağlık hizmetlerinin finansmanın ülke genelinde toplanan vergilerden sağlandığı ve başarılı olarak ilk defa İngiltere’de uygulanmış olan **BeveridgeModeli**’dir. Kamusal finansman yöntemli bu modelde, bütün nüfus kapsamakta olup, hizmetlerden yararlanma, yasal olarak belirlenmiş katkı payları hariç, ücretsizdir. Kimlerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanacağı, bireyin mali katkısına bakılmaksızın, vatandaşlık veya diğer hukuk kuralları ile tanımlanır.Sonuçta halktan toplanan vergiler yine halkın sağlığına yönelik harcamalarda kullanılmaktadır. Vergilere dayalı bu sistemde ülke gelişmişlik düzeyi, kayıtlı, şeffaf ekonomi ve vergi sistemine sahip olunması adaletli, hakkaniyetli ve sürdürülebilir bir model olması için önem arz etmektedir. Günümüzde İrlanda, Yunanistan, Portekiz, İtalya, İsveç, İspanya, Danimarka, Norveç gibi ülkelerde kullanılan bir sistemdir(54). Evde sağlık ve bakım hizmetleri açısından ele alacak olursak,bu model bir çok riski de beraberinde barındırmaktadır. Bu modelde, çalışsın ya da çalışmasın, her bireyin bu hizmete ihtiyaç duyabileceği ön görülür ise, toplumun kronik hastalıklar başta olmak üzere hastalık yükü, yaş ve iş gücüne katılım durumlarının göz önünde bulundurulduğu bir vergi sistemine sahip olması tüm bireylerin ihtiyaç anında hizmete ulaşabilmeleri açısından önem arz etmektedir.

Kişisel harcamalar olarak adlandırabileceğimiz üçüncü başlığı da kendi içerisinde tıbbi tasarruf hesapları, özel sigorta sistemi ve resmi olmayan cepten harcamalar şeklinde ayırabiliriz. Bu başlıkta yer alan yöntemlerde sistem tamamen kişinin kendisi tarafından finanse edilmektedir. Tıbbi tasarruf hesapları, daha çok genç nüfusa yönelik, ileride yaşla birlikte artması muhtemel sağlık risk faktörlerinin göz önünde bulundurulduğu belirli fonlarda toplanan paralardır.Özel sağlık sigortası, kişinin talep edeceği muhtemel sağlık hizmetlerini karşılıklı bir poliçe kapsamında satın alıp ihtiyaç duyulması halinde kullanmasını içerir.Cepten harcamalar, daha çok yeterli ve tüm kesimleri kapsayıcı sağlık sistemine sahip olmayan ülkelere karşımıza çıkan bir durumdur. Daha çok resmi olmayan kayıt dışı harcamalardan oluşur.

Sağlık hizmetlerinde finansman kaynakları önce özel ve kamu olarak ikiye, daha sonra da kendi içinde alt dallara ayrılmaktadır (Şekil 6).



Şekil 6 Sağlık Hizmetlerinin Alternatif Finansman Yöntemleri.

Kaynak Tatar M. Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi 2011; 1:103-133.

Kişisel harcamalar her sağlık sisteminde yer almakla birlikte, sağlığın kendi içerisinde barındırdığı riskler ve ani gelişebilecek istenmeyen olaylar nedeniyle tek yöntem olarak yürütülmesi, gerek kişiler gerekse de devletler açısından tehlikeli ve sürdürülebilirliği olmayan harcamalardır. Özel sigorta poliçeleri başta olmak üzere içerisinde kişisel sağlık harcamalarını fazlası ile barındıran bir yöntem olarak Amerikan sağlık sistemi dünya genelinde insan odaklı sosyal devlet anlayışı açısından makbul görmeyen bir model olarak görülmektedir.

Bir diğer yöntem olan gönüllü kuruluşlar ve bağış yönteminde ise, hizmet sunumu sosyal, siyasi, dini veya diğer nedenlere bağlı olarak faaliyet gösteren kiliseler, Kızıl Haç, vakıf ve dernekler, Kızılay, sivil toplum kuruluşları vb.kurum ve kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Sağlık finansman sistemi olarak tek başına yürütülmeleri mümkün olmayıp, ulusal veya uluslararası düzeyde mevcut sistemlere destek olmak amacı ile kurulmuş yöntemlerdir.

Sonuç olarak, sunulan hizmetin gerek kurumsal olarak, gerekse de evde sağlık ve bakım hizmetleri açısından tüm toplumun ihtiyacını kapsamasiçin, çalışanların prim esaslı olarak sisteme katıldığı;emekli, engelli, yaşlı, yoksul vbçalışmayanların sisteme getireceği yükün ise kamu finansman yöntemi olarak vergi sistemi ile desteklendiği; tüm hizmetlerin

temel düzeyde, insan onuruna yakışır ve kapsayıcı bir şekilde sunulduğu; bunun dışında özel sağlık poliçeleri ve kurumlar aracılığı ile hizmete ulaşılabilecek bir sistemin de var olduğu bir yapı, günümüz dünyasında en adaletli ve ulaşılabilir finansman modeli olarak görülmektedir. Sistemin yürümesi ve sürdürülebilirliği açısından toplum genelinde iş gücüne katılım oranının yüksek olması gerekmektedir; kronik hastalıklar başta olmak üzere hastalık yükü, yaşlılık ve sağlık bileşenli diğer faktörlerin sisteme getireceği yük ve risklerin güncel ve süreğen şekilde analiz edilmesini de gerektirmektedir. Bir diğer önemli unsur ise, özel sağlık sistemine ihtiyacın (sigorta sistemi ve sağlık kurumları) mevcut ekonomik ve sosyal koşullar doğrultusunda devlet kontrolünde belirlenmesi ve takip ediliyor olması gerekliliğidir. Burada ekonomik kaygı duyan her sistemi işletme olarak ele alacak olursak, sistemin devamı ve sürdürülebilirliği açısından bu denetim mekanizması önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır.

2.5. Türkiye’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmet Sunumunda Yaşanan Sorunlar

Ülkemizde hasta, yaşlı ve engelli bireylere evde sağlık ve bakım hizmetleri çeşitli kurum ve kuruluşlar aracılığı ile sunulmaktadır. Hizmetin çok kanaldan sunuluyor olması her ne kadar olumlu gibi görünse de, hizmeti veren kurum ve kuruluşlar arasında gerekli organizasyon ve işbirliğinin olmaması hizmetin her yönüyle takip ve koordine edilmesini güçleştirmekte; kaynakların etkili ve verimli kullanımına engel olmakta; sistemin sürdürülebilirliği açısından risk teşkil etmektedir.

Sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı, anlaşma yapılması kaydıyla, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmaktadır. Ancak mevcut durumda, sunulan hizmetler ve verilen emeğin karşılığı SGK tarafından yapılan ödemeler ile karşılanabilmesi mümkün görülmemektedir. Örneğin, SGK tarafından yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği’ne (SUT) göre, tüm tıbbi sarf ve malzemeler hizmet sunan kurum tarafından karşılanmak kaydı ile evde gerçekleştirilecek muayene ücreti 2. ve 3. Basamak sağlık sunucularında ihmal edilebilir değer farkı ile ortalama 15,50 tldir (55). Bu fiyatlar ile hizmeti sunmak zorunda olan kamu hastaneleri, hizmetin finansal sürdürülebilirliğini döner sermaye işlemleri ile gerçekleştiren diğer gelirlerden finanse etmektedir. Özel kurum ve kuruluşların sözkonusu hizmetleri SGK ile anlaşma yapsalar dahi piyasa koşullarına göre belirlenen fiyatlar ile ve hastanın cebinden harcama gerçekleştirilmeden vermeleri mümkün görünmemektedir.

Tablo 4 Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre 2018 Şubat ayı itibari ile Evde Sağlık Hizmetlerinin ödeme tablosu.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından Sağlık Uygulama Tebliği Esasları doğrultusunda Evde verilecek sağlık hizmetlerine ait işlem puan ve ücretleri 2018 ŞUBAT			
İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM PUANI	Ödenecek Tahmini Ücret (Puan çarpan katsayısı 2. basamak ve 3.basamak sağlık sunucularına göre değişmektedir.)
Konsültasyon (Her bir hekim için)	Hekim branşı yazılmalıdır.	10,12	
Normal poliklinik muayenesi		26,14	
Sağlık kurulu raporu	İlaç ve malzeme temini için bir rapor ve bir muayene	5,06	
Uzman hekim raporu		1,69	
Diyabetli hasta eğitimi	Bir hasta için, yılda en fazla iki defa faturalandırılır.	5,05	
Diyabetik ayak korunma ve tedavi eğitimi	3. basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. Yılda bir defa faturalandırılır.	5,05	
Elektrokardiyogram	12 derivasyonlu, EKG trase çekimi	5,06	
İntramusküler enjeksiyon	Günde üç adetten fazla faturalandırılmaz.	3,04	
İntravenöz enjeksiyon	Günde üç defadan fazla ve 530.080, 530.160 ile birlikte	4,05	
İntravenöz ilaç infüzyonu	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	15,01	
Mesane sonda uygulaması		15,01	
Nazogastrik sonda uygulaması	Diğer girişimlerde yapılan nazogastrik uygulamalar o işlemin bir parçası olarak kabul edilir ve ayrıca bu kod üzerinden faturalandırılmaz. Günde bir defadan fazla faturalandırılmaz.	20,07	
Nebülizatör ile ilaç uygulaması	Günde en fazla bir defa faturalandırılır.	15,01	

Kaynak T.C. Resmi Gazete. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Sayı: 30322, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 4 Şubat 2018.

Belediyelerde ise durum farklıdır. Belediyeler kişilere sundukları evde sağlık ve bakım hizmetlerinin sosyal ve destek bakım hizmetleri ayağını kendi kaynakları ile finanse etmekte iken; tıbbi hizmet süreçlerine yönelik harcamaları ya kendi bünyelerinde kurdukları SGK ile anlaşmalı tıp merkezleri aracılığıyla ve SUT'ta belirtilen fiyatlar üzerinden karşılamaya çalışmakta; bu imkana sahip olmayan belediyeler ise bir başka yöntem olarak bu hizmeti sunmak üzere herhangi bir sağlık kurum ve kuruluşu ile hizmet alımı şeklinde anlaşarak finansmanını yine belediye kaynakları ile sağlamaktadırlar. Ayrıca, SGK ile anlaşma yapabilecek şartlara haiz olmayıp, bünyesinde bulundurduğu hekim ve diğer sağlık personeli ile hizmet sunmakta olan belediyelerde ise; muayene ücretsiz olmakla birlikte gerekli ilaç, sarf ve malzemelerin alımı hizmet alanlar tarafından, ya cepten ödeme ile gerçekleşmekte veya kişiler bir kez daha SGK kapsamında ödemenin yapılabildiği sağlık kuruluşlarını tercih etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu durum mükerrer işlem oluşturmanın yanı sıra, zaman ve kaynak israfına da sebep olmaktadır. Ayrıca özel sigorta poliçeleri kapsamında sunulan hizmetler sağlık ve bakım hizmetlerinin evde verilmesini kapsayan bir süreç olmayıp, poliçeler (trafik, kasko, sağlık) daha çok kısa süreli tıbbi bakım ihtiyacı doğurandurumlar (kaza, yaralanma vb.) için dolaylı hizmetleri kapsamaktadır.

Özetle, evde sağlık ve bakım hizmetleri için talepte bulunan bireylere, ülke genelinde her ilçede yaygın olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastaneleri tarafından evde sağlık

hizmetleri adı altında hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Kamu hastanelerinin hizmet verdiği bu hastalara ülke genelinde birçok belediye tarafından, sağlık hizmetlerini de içeren ve evde bakım hizmetleri olarak adlandırılan hizmet verilebilmektedir. Hizmetler aynı kişilere İlçe Belediyesi tarafından sunulabileceği gibi, o ilin Büyükşehir Belediyesi tarafından da sunulabilmektedir (İstanbul ili örneğinde olduğu gibi). Bu anlamda, kamu hastaneleri tarafından evde sağlık hizmetleri adı altında sunulan hizmet ülke genelinde herkes için aynı şekilde sunulabilmekte iken, bazı belediyelerde hizmeti sunmanın kriterinisosyo-ekonomik gelir oluşturmaktadır. Bazı belediyeler tarafından ise; bu hizmetler herhangi bir kriter olmadan talep eden herkese sunulmaktadır. Ayrıca, bu kişilere kaymakamlıklar aracılığı ile sosyal ve ekonomik yardımlar yapıldığı gibi, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı aracılığı ile evde yataklık şekilde sağlık ve bakım ihtiyacı olan kişilerin bakmakla yükümlü yakınlarına da sosyoekonomik gelir endeksli kriterlere göre düzenli şekilde evde bakım aylığı adı altında nakdi yardımlar yapılmaktadır. Bunun dışında sunulan hizmetten memnun kalmama veya ülke genelinde her ilçede aynı düzeyde yaygın olarak sunulamayan hizmetler kapsamında cepten yapılan harcamalar da önemli bir yer tutmaktadır.

Ülke genelinde düşünüldüğünde, kaynakların evde sağlık ve bakım hizmetlerine ihtiyacı olan her vatandaşa hizmetlerin tüm bileşenlerini kapsayacak şekilde eşit ve ulaşılabilir sunulduğunu söylemek pek mümkün görünmemektedir. Temel sorun, devletin bakanlık ve bağlı kurumlarında sunulan hizmetten yararlanma kriterleri yasal mevzuat ve yönetmelikler kapsamında belirlenmekte iken; bu alanda hizmet sunumu ve sağlayıcısı olmalarında herhangi bir yasal mevzuat ve engel bulunmayan İl, İlçe ve Büyükşehir Belediyeleri, vakıf, dernek ve gönüllü kuruluşlar ile özel kurum ve kuruluşların kendi belirledikleri kriterler doğrultusunda hizmet sunmaları; özellikle belediye kanalı ile sunulan hizmetlerin çoğunlukla kamu kaynakları ile finanse edilmesi ve ülke genelinde her belediye için bu hizmetlerin sunumunun o belediyenin kendi anlayışı doğrultusunda gerçekleşmesi; hizmete ulaşmada fırsat eşitliğini ortadan kaldıran bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülke genelinde yaşanmakta olan bu karmaşıklığın ortadan kaldırılabilmesi için, konunun 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamına benzer bir şekilde ele alınması ve finansmanı dahil, SGK benzeri tek çatı altında toplanması yönünde bir yaklaşım oldukça faydalı olacaktır. Unutmayalım ki; Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde genel sağlık hizmetleri ülke genelinde değişik

kurum ve kuruluşlar aracılığı ile sadece kendi mensuplarına sunulan, içerik ve finansman açısından herkesin farklı kapsamlarda katılım sağladığı, herkesin istediği an ihtiyaç duyduğu hizmeti alamadığı bir noktadayken; şu an ülke genelinde yaygın, ulaşılabilir ve aynı hizmetleri alabildiği bir konuma gelmiştir.

Türkiye’de evde sağlık ve bakım hizmetleri içerisinde yer alan benzer içerikli hizmetler farklı kurum ve kuruluşlar tarafından ayrı isimler ile adlandırılarak sunulmaktadır. Bu durum hizmetin gerek içeriği, gerekse sunumu ile ilgili toplumda ve hizmet alanlarda kafa karışıklıklarına sebep olabilmektedir. Buradaki temel sorun hizmetin kapsayıcı ve tüm toplumda kabul gören bir adının olmamasıdır.

Farklı kurum ve kuruluşlar tarafından ülke genelinde sunulan hizmetlerin içeriğinin alanı ve sınırları belirlenmiş değildir ve belirli bir kalite standardı bulunmamaktadır. Hizmet sunum kalitesinin farklı ve değişebilir olması nedeni ile bu durum sunulan hizmete ve hizmeti veren kurum/kuruluşa olan güveni ve gelecekteki beklentileri sarsabilmektedir. Ayrıca bu durum, çalışan ve hasta güvenliği açısından da önemli sorunlar teşkil edebilmektedir. 2017 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelere bağlı birimlerde, kalite standardı oluşturulması adına adım atılmış ve sağlıkta kalite değerlendirmeleri sürecinde değerlendirilecek standartlar ve göstergeler ilan edilmiştir. Sağlıkta Kalite Standartları Evde Sağlıksetine ilişkin kalite çalışmalarının, Kamu Hastaneleri Genel Sekreterlikleri bünyesinde evde sağlık koordinasyon merkezlerinde oluşturulan kalite yönetim birimleri sorumluluğunda yürütülmesine karar verilmiş (56); ancak bu durum ülke genelinde evde sağlık hizmeti sunan her hastane ve birimde kalite standartlarının uygulanabilir olduğu bir hale ulaşamamıştır. Hizmeti sunanlara yönelik mesleki bir standart ve eğitim prosedürü bulunmamakta; her kurum kendi politikaları doğrultusunda hizmete yönelik eğitimler düzenlemekte veya hiç düzenlememektedir.

Ülke genelinde evde ve sağlık bakım ihtiyacı olan önemli sayıda kişiye aileleri dışında bakıcılar tarafından hizmet sunulmakta olup; bakıcıların bu alanda ne kadar eğitilmiş ve deneyimli oldukları hakkında herhangi bir somut veri ve bilgi bulunmamaktadır. Bu durum hasta güvenliği açısından olduğu kadar çalışan güvenliği açısından da önemli bir sorun olarak göze çarpmaktadır.

Kamu politikaları gereği birçok sağlık ve bakım ihtiyacı olan yatalak düzeydeki kişilerin bakımı için ailelere destek ve teşvik verilmekte ve ödenen aylık miktarı ile birçok aile hastalarına evde bakmaktadır. Bu durum aile içi dayanışmayı kuvvetlendirmekle birlikte aynı zamanda hastalara moral ve motivasyon kaynağı da olmaktadır. Bu açıdan olumlu ve desteklenmesi gereken bir girişim olmakla birlikte, bakıcı rolündeki aile elemanlarına yönelik teşvik ve destek öncesi herhangi bir eğitim ve formasyon sunulmamaktadır. Bu durum daha öncede tekrar edildiği üzere hasta ve çalışan güvenliği başta olmak üzere yaşanabilecek diğer olumsuz durumlara da zemin hazırlayabilmektedir.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışma da amaç, evde sunulan sağlık ve bakım hizmetlerinin ülke genelinde içerik ve kapsam olarak ortak yönleri olan hizmetler için bile farklı adlar ile sunulabilmesi nedeniyle kapsayıcı tanımın ne olması gerektiği hakkında fikir oluşturmak ve hizmetin İstanbul ili özelinde tüm ilçelerde kamu hastaneleri yanında Büyükşehir belediyeleri ve/veya ilçe belediyeleri tarafından aralarından herhangi bir organizasyon ve koordinasyon olmadan sunulması durumunun ortaya çıkardığı problemleri gözlemek açısından konuyu Maltepe ilçe örneği ile ele alıp irdelemek, çözüm önerileri sunmak ve benzer sorunların ülke genelinde de tekrarlanabileceği düşünülerek elde edilen veriler ve öngörülen sorunlar doğrultusunda Finansmanı, veri ağı sistemi genel sağlık sigortası benzeri merkezi bir çatıda toplanmış eşit, hakkaniyetli ve herkes için ulaşılabilir olan sürdürülebilir örnek bir model sunumu yapmaktır.

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışma, amacına uygun olmak üzere, evde sağlık ve bakım hizmetlerine Sağlık Bakanlığı, İlçe Belediyesi, Büyükşehir Belediyesi, bireylerin kendi imkanları ve özel kişi/kuruluşlar aracılığı ile aynı hastalar olsalar bile ayrı kanallardan ulaşabilmelerine herhangi bir engel bulunmayan İstanbul ili Maltepe ilçesinde yürütülmüştür.

Maltepe ilçesinde ikamet eden ve sağlık ve bakım hizmeti ihtiyacı olan kişilere, hizmet talebinde bulunmaları halinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanesi tarafından hizmet verildiği gibi; kriterlerini kendileri belirlemek üzere İlçe Belediyesi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından da hizmet sunulmaktadır. Sunulan sağlık, sosyal ve destek bakım hizmetlerinin içeriği, çoğunlukla birbirinin aynısı ya da çok benzeridir. Bunun yanında kamu hastanesi tarafından sunulamayan fakat belediyeler tarafından sunulabilme imkanı olan sosyal yönü ağırlıklı diğer hizmetlerde söz konusudur. Bu nedenle, sorunların belirlenmesi, irdelenmesi ve çözüm üretilebilmesi anlamında gerek İstanbul ili diğer ilçelerinde de aynı durumun yaşanıyor olması gerek se ülke genelinde de aynı durumların yaşanmasına herhangi bir engel bulunmaması nedeni ile Maltepe ilçesi iyi bir örneklem olacaktır.

Çalışmada uygulanacak anket için örneklem olarak, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı evde sağlık hizmet birimi tarafından takip edilmekte olan 187 hasta ve/veya hasta yakını seçilmiştir.

3.3. Veri Toplama Yöntemi

Bu çalışma, “Gözlemsel-Tanımlayıcı” bir araştırma olarak planlanmış; verilerin toplanması için araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu, evde sağlık ve bakım hizmeti alan ancak çalışmanın hedef grubu olarak belirlenen Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık birimine kayıtlı olmayan 20 kişiye uygulanarak ön denemesi yapılmış; daha sonra gerekli değişiklikler yapılarak son şekli verilmiştir.

Anket formu 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelerde oluşturulmuş hasta başvuru formlarında yer alan yaş, cinsiyet, gelir durumu, ikamet yılı ve yeri, bağımlılık durumu ile kullanılan cihaz ve protez bilgilerini derlemeye yönelik sorular yer almaktadır. İkinci bölüm ise, bireylerin ihtiyaç duydukları hizmetlere, hangi kanallardan nasıl ulaştıkları veya ulaşamadıklarına ve bu konudaki tercihlerine yönelik 15 sorudan oluşmaktadır.

Anket formu, hasta ve/veya yakınları ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Hasta ve hasta yakınlarının birden fazla kurumdan hizmet aldıklarının ortaya çıkacağı endişesi ile cevap vermemesi; yabancı bakıcılar ve kendisi cevaplayamayacak konumdaki hastaların yakınlarına ulaşamaması gibi nedenlerle tüm hastalara anket uygulaması yapılamamıştır. Bu nedenle Kayıtlı 187 hastadan 135'ine anket doldurulmuş; bir anket ise neredeyse tamamına yakın tutarsız bilgiler içermesi nedeni ile değerlendirmeye alınmamıştır. Değerlendirmeye alınan toplam anket sayısı 134 olmuştur.

3.4. Verilerin Analizi

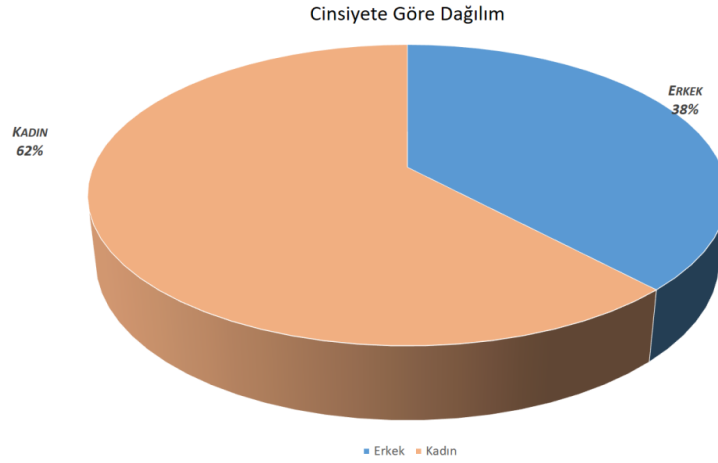
Anket formları ile toplanan veriler, cevapları kodlanarak excel tabloya aktarılmıştır. her sorunun kendi içerisindeki ve diğer cevaplara göre durumunun kıyaslanması için excel tablolardan filtrelenerek yapılmış ve analiz edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışmada kullanılan anket formunun, Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanesinden hizmet alan hastalara uygulanması nedeniyle, kamu sorumluluğu adına uygulanması gereken prosedürler nedeniyle, gerekli izin ve onaylar alındıktan sonra hastalara ulaşılmıştır. Hastalara ulaşıldıktan sonra ise, bazı hasta ve hasta yakınları birden fazla kurumdan hizmet aldıklarının ortaya çıkacağı ve hizmetlerin kesileceği endişesi ile soruları cevaplamak istememiş ya da verdikleri cevaplarda çekimser kalmışlardır.

4. BULGULAR

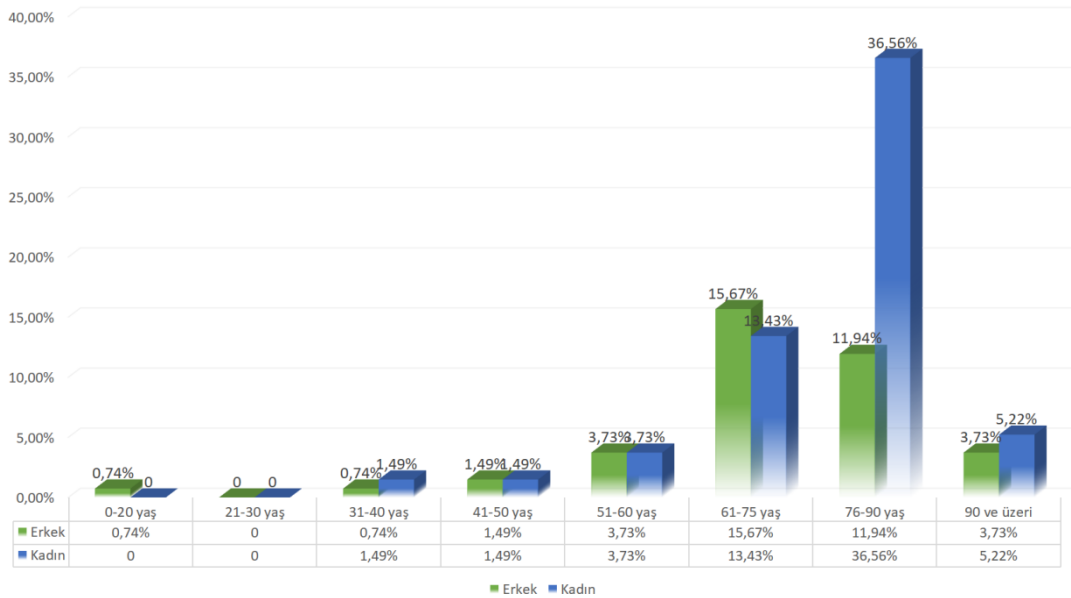
Cinsiyet



Şekil 7 Araştırmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı (n=134).

Araştırmaya katılan 134 hastadan 83'ü (%61,95) kadın, 51'i (%38,05) erkektir (Şekil 7).

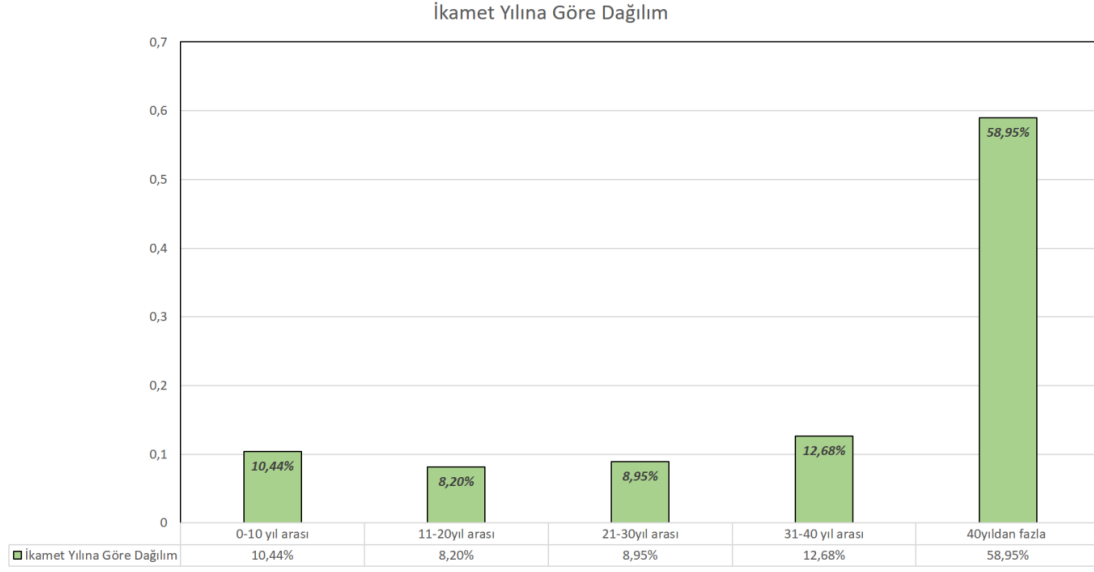
Yaş



Şekil 8 Araştırmaya katılanların yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı (n=134).

Araştırmaya katılanların %77,6'sı (104 kişi) 60 ile 90 yaş arasında yer almakta olup, bunların %64,42'si (67 kişi) kadındır (Şekil 8).

İstanbul'da İkamet Süresi



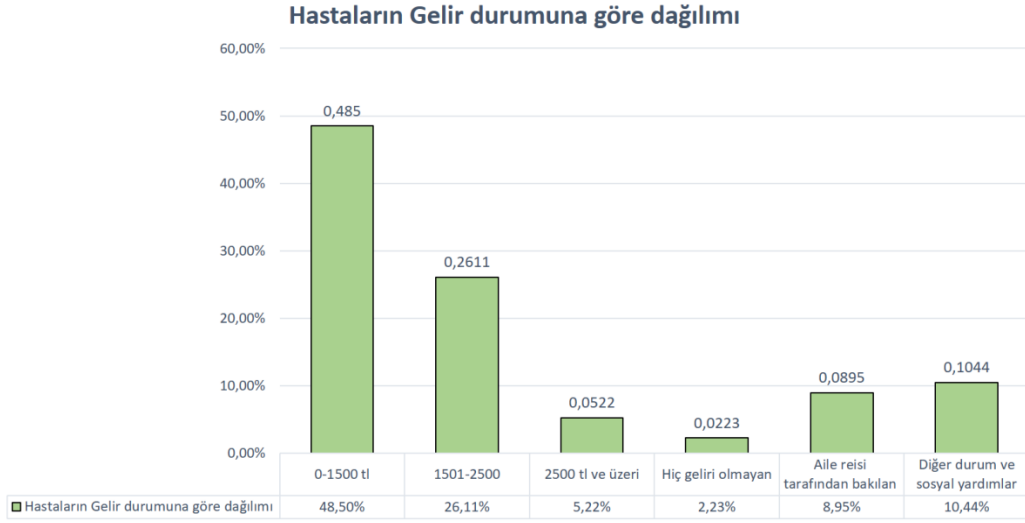
Şekil 9 Araştırmaya katılanların İstanbul ilinde ikamet yılına göre dağılımı (n=133).

Araştırmaya katılan 1 kişi bu soruyu işaretlememiş olup, değerlendirme 133 kişi üzerinden yapılmıştır. Araştırmaya katılanların %58,95'i (79 kişi) 40 yıldan fazla süredir İstanbul'da ikamet ettiğini belirtmiştir. 14 kişi (%10,44) 0-10 yıl; 11 kişi (%8,20) 11-20 yıl; 12 kişi (%8,95) 21-30 yıl; 17 kişi (%12,68) ise 31-40 yıl arası süreyle İstanbul ilinde ikamet ettiklerini ifade etmişlerdir (Şekil 9).

Sosyal Güvence Durumu

Araştırmaya katılanların tamamı Genel Sağlık Sigortası'na tabi olup, sadece 1 kişi (%0,74) aynı zamanda özel sağlık sigortasından da yararlandığını ifade etmiştir.

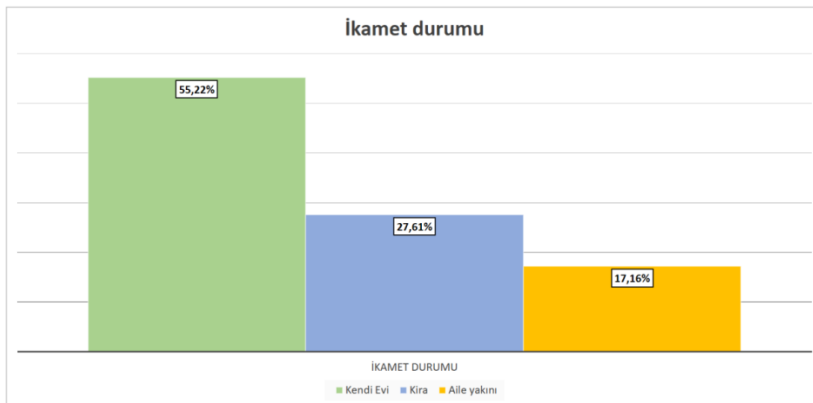
Gelir Durumu



Şekil 10 Araştırmaya katılanların gelir durumuna göre dağılımı (n=134).

Araştırmaya katılanların %48,50'si (65 kişi) 0-1500TL arası geliri olduğunu belirtmiştir. 1501-2500TL gelire sahip kişi sayısı 35 (%26,11); 2500TL üzeri gelire sahip kişi sayısı ise 7 (%5,22) olarak tespit edilmiştir. 12 kişi (%8,95) kendilerine aile reisinin baktığını ifade ederken, 14 katılımcı (%10,44) ya belirli bir gelir durumu ile veya sadece tek şık olarak bakım aylığı, dul yetim maaşı, engelli maaşı veya diğer sosyal yardımları aldıklarını dile getirmiştir. Toplamda sadece 2 katılımcı (%1,49) "aile reisi bakıyor" seçeneği ile birlikte ikinci seçenek olarak "bakım aylığı alıyor" ve "diğer yardımlar" başlığını bir arada işaretlemiştir. Katılımcıların %2,23'ü (3 kişi) ise hiç bir gelire sahip olmadığı belirtmiş olup; bu kişilerin ya aile reisi veya yakınları tarafından bakılan kişiler oldukları düşünülmektedir (Şekil 10).

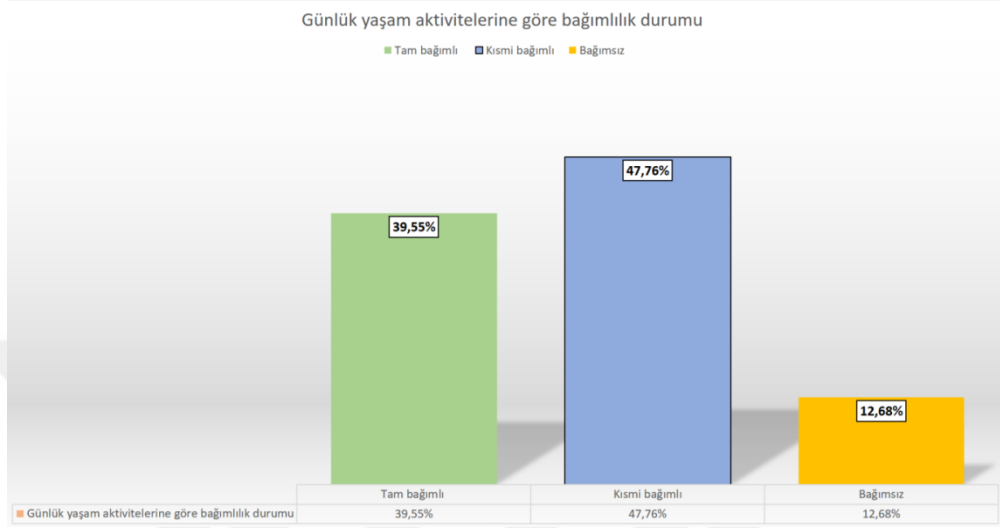
İkamet Edilen Yer



Şekil 11 Araştırmaya katılanların ikamet ettikleri yer durumuna göre dağılımları (n=134).

Araştırmaya katılanların %55,22'si (74 kişi) kendi evinde, %27,61'i (37 kişi) kirada, . %17,16'sı (23 kişi) ise 1. derece yakını ile ikamet ettiğini belirtmiştir (Şekil 11).

Bağımlılık Durumu



Şekil 12 Araştırmaya katılanların günlük yaşam aktivitelerine göre bağımlılık durumu (n=134).

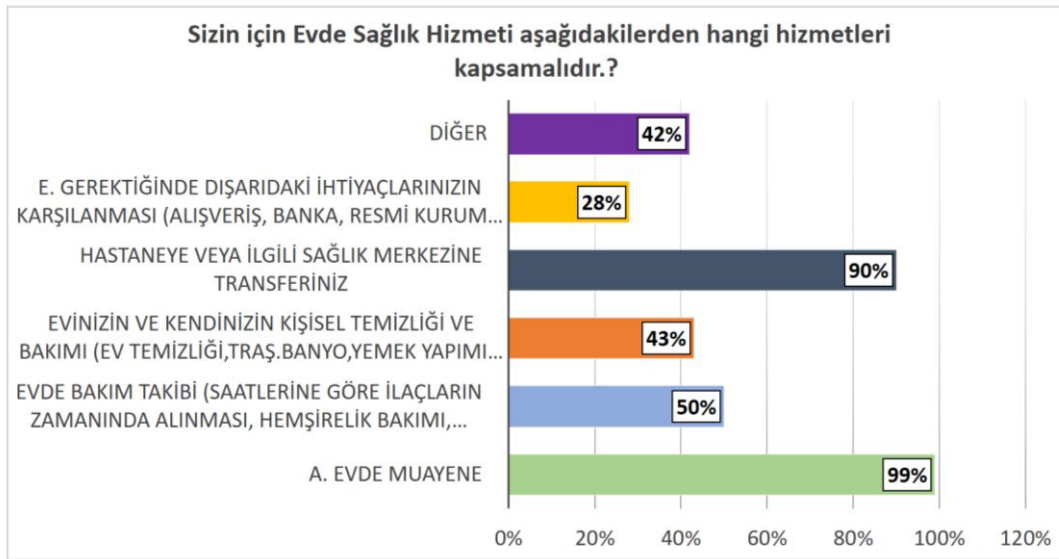
Günlük yaşamlarında bağımlılık durumuna göre kendilerini tarif etmeleri istendiğinde, araştırmaya katılanların %39,55'i (53 kişi) tam bağımlı; %47,76'sı (64 kişi) yarı bağımlı olduklarını; %12,68'i (17 kişi) kendi kendilerine yetebildiklerini ifade etmişlerdir (Şekil 12). Bu durum, sayıları az olsa da kendi kendine yetebilecek düzeyde kişilerinde evde sağlık ve bakım hizmeti aldığını göstermektedir

Yardımcı Cihaz, Ortez ve Protez Kullanım Durumu

Araştırmaya katılanlara, kullanmakta oldukları yardımcı cihaz, ortez ve protezleri sorulduğunda her hasta tekerlekli sandalye başta olmak üzere, havalı yatak, baston, walker, protez diş, nebulizatör ve akülü araba gibi yardımcı araç ve gereçlerden en az bir veya birkaçını birlikte kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Uygulanan anket formunun ikinci kısmında; her hastanın aldığı veya alamadığı hizmet durumuna göre cevaplayacağı soru sayısı değişmekle birlikte, toplam 15 soru yer almaktadır. Bu sorular, hizmetin işleyişi ve alınan hizmetlerin hasta ve/veya hasta yakınları tarafından değerlendirilmesine yönelik sorular olup;bu yolla tıbbi yardım yanında sosyal ve ekonomik boyutu olan hizmetlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Sizin için evde sağlık hizmeti aşağıdakilerden hangi hizmetleri kapsamalıdır?

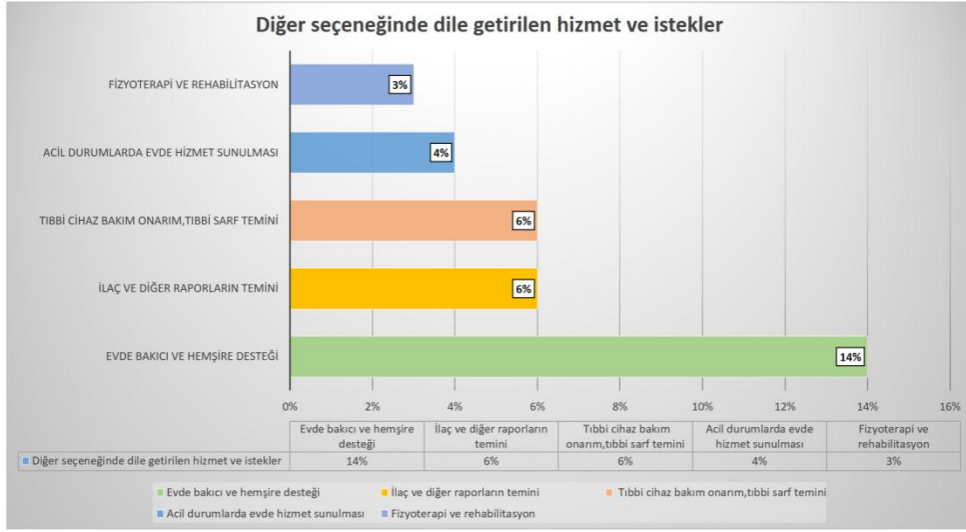


Şekil 13 Araştırmaya katılanların evde sağlık hizmetinin kapsamı hakkındaki düşünceleri (n=134) .

Bu soruya cevap olarak hizmetin sadece evde muayene hizmetini kapsamaması gerektiğini söyleyip bunun dışında hiçbir şık işaretlemeyen kişi sayısı 7 kişi (%5,22) olmuştur. Tek şık işaretleyen 7 kişi dışında diğer 127 kişi (%94,77) hizmetin neleri kapsamaması gerektiği hakkında fikirlerini en az 2 veya daha fazla şık ile dile getirmişlerdir. *a şıkında* yer alan *evde muayene hizmetini* tek şık olarak veya diğer şıklar ile birlikte 132 kişi (%98,50) ifade etmiştir. Soruya *bşıkında* yer alan *evde bakım takibi (saatlerine göre ilaçların zamanında alınması, hemşirelik bakımı, perhiz ve diyet yemeklerin takip ve kontrolü vb.)* olarak cevap veren kişi sayısı 67 kişi (%50); *c şıkında* yer alan *evinizin ve kendinizin kişisel temizliği ve bakımı (ev temizliği, traş, banyo, yemek yapımı vb.)* olarak işaretleyen kişi sayısı 57 kişi (%42,53); *d şıkında* yer alan *hastaneye veya ilgili sağlık merkezine transferiniz* şeklinde işaretleyen kişi sayısı da oldukça fazla olup 120 kişi (%89,55)'dir. *d şıkının* yanına 3 kişi (%2,23) tarafından kan alma, reçete /rapor

yazılması ve hastaneye gidilmeden rapor verilmesi şeklinde açıklama yazısı yazılmış olup; bunun nakil süreci ile ilgili seçenek olarak cevap verilmesi gereken bir durum iken, hasta ve yakınlarında bu durumun stres ve yük oluşturması nedeni ile burada cevap verilmiş olduğu düşünülmektedir. *e şıkında* yer alan *gerektiğinde dışarıdaki ihtiyaçlarınızın karşılanması (alışveriş, banka, resmi kurum ve kuruluşlar ile ilgili işlemlerin vb)* olarak soruyu cevaplayan kişi sayısı ise **37 kişi (%27,61)**'dir. *e şıkını* işaretleyen **4 kişi(%2,98)** tarafından yanına açıklama yazısı yazılmıştır. Açıklama olarak, hastaneye gidilmeden heyet raporu verilmesi, resmi işlemlerde öncelik, yakını olmayanların tüm bakımlarının yapılması ve acil durum için ambulans temini talepleri dile getirilmiştir. Bu ifadelerin *f şıkında* yer alan *diğer* seçeneğinde dile getirilmeden önce *eşıkı* ile dile getirilmesinin nedeninin, kişinin kendi ihtiyaçlarına duyduğu yakınlık derecesi doğrultusunda o şık içerisinde ayrıntılı yazma gereği duydukları düşünülmektedir (Şekil 13).

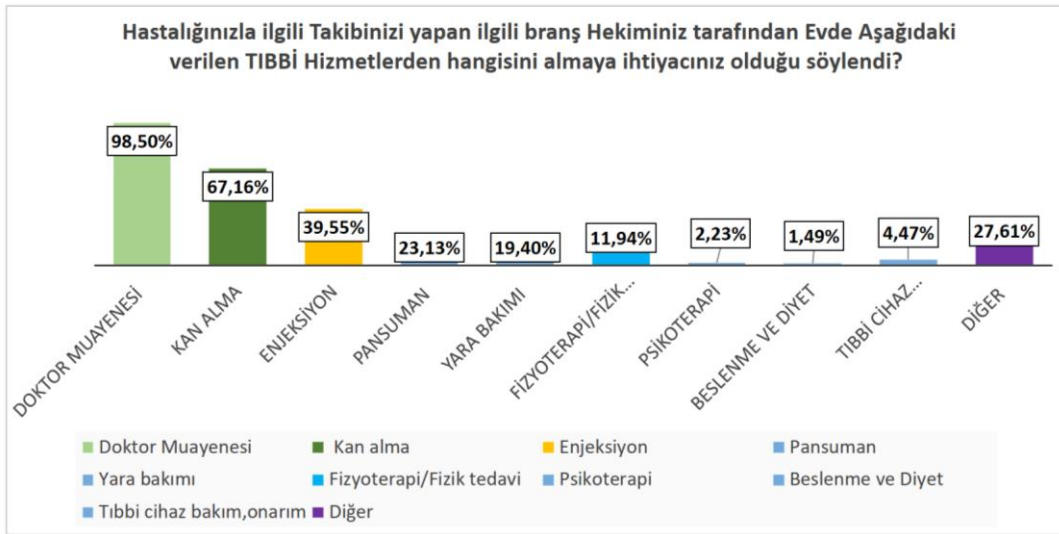
f şıkı olarak *diğer* seçeneği, hasta ve hasta yakınlarının kendi algı ve ihtiyaçları doğrultusunda öbür şıklar ile birlikte **56 kişi (%42)** tarafından işaretlenmiştir. Bu kişiler tarafından *diğer* seçeneği olarak *faturaların indirimini kapsamı, maaş yardımı, bakıcı desteği, fizik tedavi, sağlık kurulu raporlarının evde verilmesi, acil durumlarda eve gelinmesi, bez parası verilmesi, bez raporu ve sarfların temini* gibi birçok istek bir veya birkaç şekilde aynı anda evde sağlık hizmetinin kapsamı içerisinde yer alması gerektiği hususunda istekler olarak dile getirilmiştir. *Diğer* seçeneği başlığı altında en fazla sayıda dile getirilen ilk 5 istek ve hizmetler Şekil 14'de detaylı olarak gösterilmiştir.



Şekil 14 Araştırmaya katılanlardan evde sağlık hizmetinin kapsamı hakkında ‘diğer’ seçeneğini işaretleyenlerin belirttikleri hizmetlerin dağılımı (n=56).

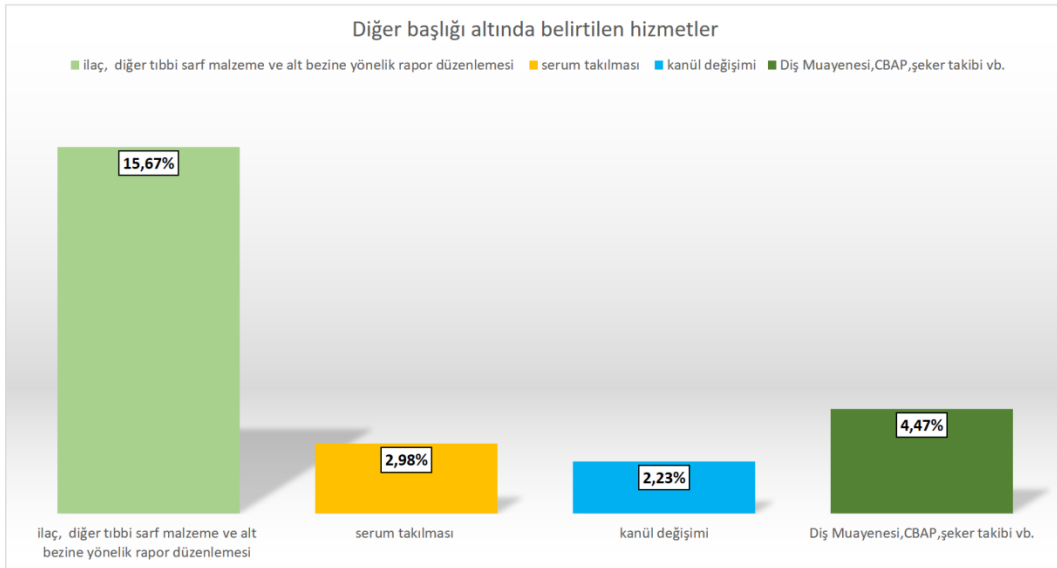
Diğer seçeneğini işaretleyen katılımcıların cevapları irdelendiğinde hastaların en fazla bakıcı desteği talebinde buldukları görülmektedir (19 kişi (%14,17;%33,92)). Bu kişiler içerisinde sadece 1 kişi (%0,74;%1,78) hizmetlerin bakıcı değil hemşire tarafından verilmesini talep etmektedir. En fazla talep edilen diğer 4 istek ve sayısal oranları Şekil 14’de gösterilmektedir.

Hastalığınızla ilgili takibinizi yapan ilgili branş hekiminiz tarafından evde aşağıdaki verilen TIBBİ hizmetlerden hangisini almaya ihtiyacınız olduğu söylendi?



Şekil 15 Araştırmaya katılanların (hekimleri tarafından) ihtiyaç duydukları belirtilen hizmetlerin dağılımı (n=134)

Bu soruda katılımcılara birden fazla hizmet seçebilecekleri belirtilmiştir. Seçimini *a şıkında* yer alan *doktor muayenesi* olarak dile getiren kişi sayısı **132 kişi(%98,50)** olmuştur. Soruya *b şıkında* yer alan *kan alma hizmeti* olarak cevap veren kişi sayısı **90 kişidir (%67,16)**. **53 kişi (%39,55)** tarafından *c şıkında* yer alan *enjeksiyon hizmeti* işaretlenmiştir. *d şıkında* yer alan *pansuman hizmetini* alması gerektiğini ifade eden kişi sayısı ise **31 kişi (%23,13)** olmuştur. *e şıkında* yer alan *yara bakım hizmetini* alması gerektiğini ifade eden kişi sayısı ise **26'dır (%19,40)**. *f şıkında* *fizyoterapi/fizik tedavi* olarak belirtilen hizmete ihtiyaç duyduğunu belirten kişi sayısı **16 kişi (%11,94)** olmuştur. *g şıkında* yer alan *psikoterapi hizmetine* ihtiyacı olduğunu belirten kişi sayısı **3 (%2,23)**; *h şıkında* yer alan *beslenme ve diyet hizmetine* ihtiyacı olduğunu belirten kişi sayısı **2 (%1,49)**; *i şıkında* yer alan *tıbbi cihazının bakım ve onarımı hizmeti* alması gerektiğini belirten kişi sayısı ise **6 kişi (%4,47)** olmuştur.

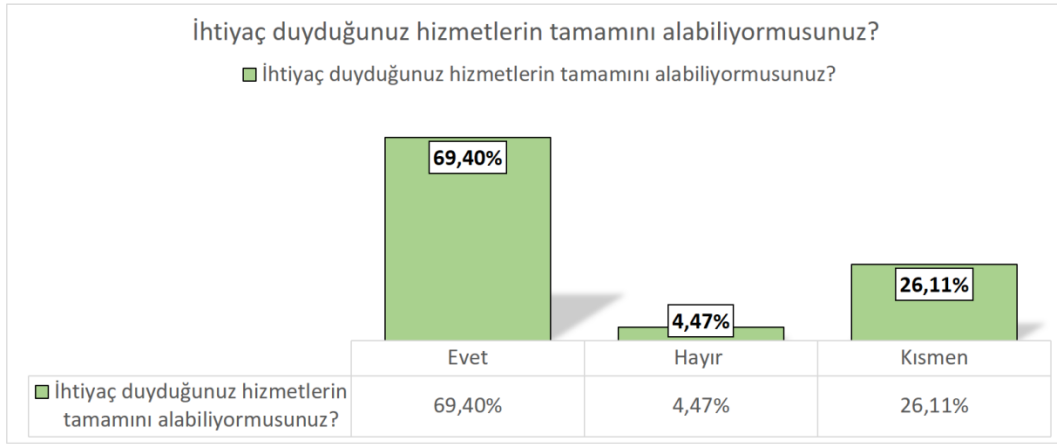


Şekil 16 Araştırmaya katılanlardan ihtiyaç duydukları hizmetler için ‘diğer’ şıkına verdikleri cevapların dağılımı (n=37).

Diğer şıkını 37 kişi (%27,61) kişi işaretlemiş olup, içlerinden 2 kişi (%1,49;%5,40) işaretlemiş olduğu seçeneğin karşılığını doldurmamıştır. 21 kişi (%15,67;%56,75) hizmet ihtiyacının ilaç, diğer tıbbi sarf malzeme ve alt bezine yönelik rapor düzenlenmesi olduğunu belirtmiştir. 4 kişi (%2,98;%10,81) kişi serum takılması; 3 kişi (%2,23;%8,10) kanül değişimi; 1'er kişiden olmak üzere toplam 6 kişi (%4,47;%16,21) sonda takılması, düzenli kontrollerinin yapılması, tüm bakımının yapılması, CBAP kullanması, diş muayenesi, şeker takibinin yapılması gibi cevaplar vermiştir (Şekil 16).

İhtiyacınız olduğu söylenen hizmetlerin hepsini alabiliyor musunuz?

Araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarından **93 kişi (%69,40)** ihtiyaç duyulan hizmetin *tamamını aldığını*, **35 kişi (%26,11)** *kısmen aldığını* ifade etmiştir. Söylenen hizmetleri *alamadıklarını ifade edip hayır cevabı veren* kişi sayısı ise **6'dır (%4,47)**. Hayır cevabı verenlerin talep edilen hizmetleri hiç alamayan kişiler olacağı varsayılmış olsa da; verilen cevaplar incelendiğinde **4 kişinin (%2,98)** hayır şikkını işaretlemelerine rağmen kısmen hizmet aldıkları görülmüştür. Sadece **2 kişinin (%1,49)** cevabı tam olarak böyle anlaşılmaktadır (Şekil 17).

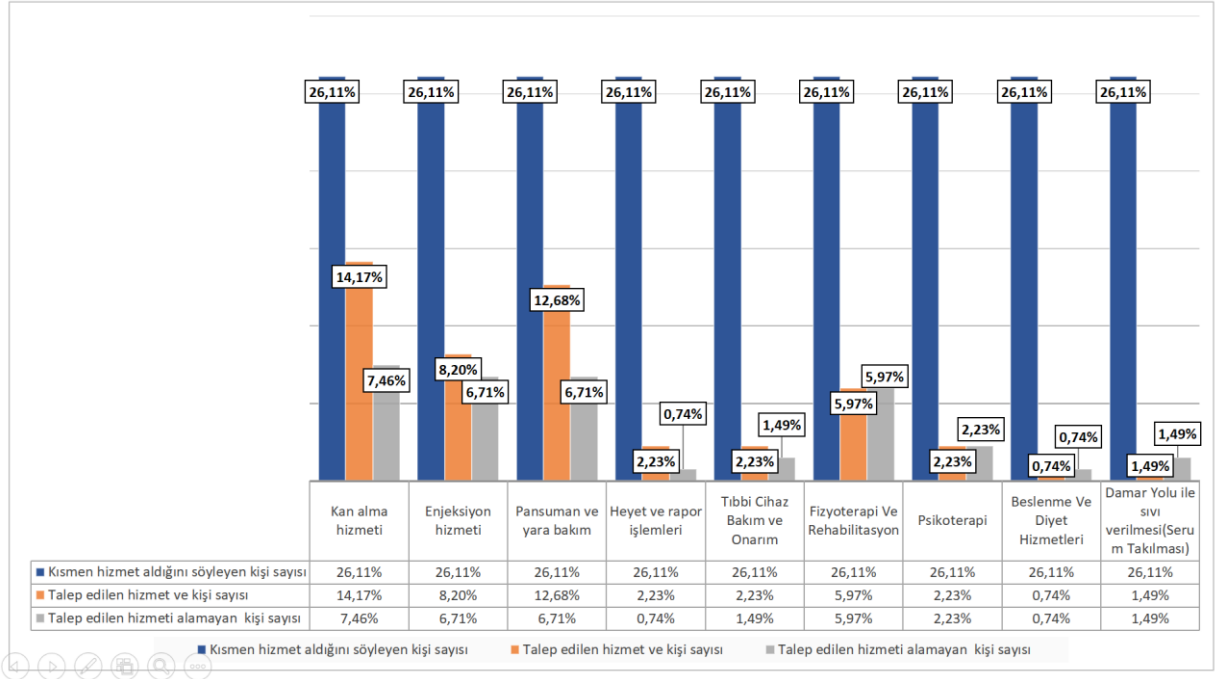


Şekil 17 Araştırmaya katılanların (hekimleri tarafından) ihtiyaç duydukları belirtilen hizmeti alma durumlarına göre dağılımı (n=134).

(3. Soruya cevabınız hayır ise) Yukarıda belirtilen hekiminizin almanızı söylediği hangi hizmetleri alamıyorsunuz?

Bir önceki soruya gereği gibi cevap veren **2 kişinin (%1,49)** cevabı dikkate alınmış; bu katılımcılar doktor muayenesi, kan alma, Fizyoterapi/Fizik tedavi hizmetlerini talep ettikleri halde hiç alamadıklarını ifade etmişlerdir. Diğer **4 kişinin (%2,98)** talep ettikleri hizmeti kısmi olarak alabilmeleri, soruyu cevaplarırken hayır demelerine gerekçe gösterilebilir.

(3. Soruya Cevabınız Kısmen ise) Hekiminizin almanızı söylediği hizmetlerden hangilerini alabiliyorsunuz?



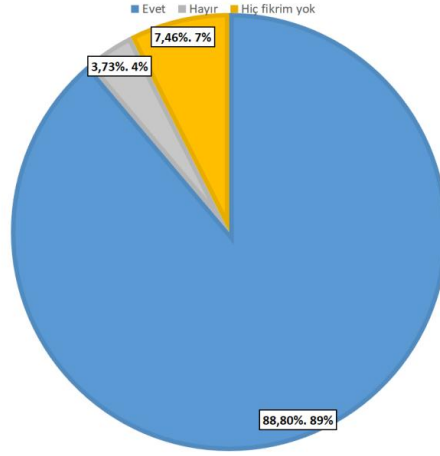
Şekil 18 Araştırmaya katılanlardan (hekimleri tarafından) ihtiyaç duydukları belirtilen hizmeti kısmen aldığını ifade eden kişilerin hizmet dağılımı (n=35).

Bu soru, 3. soruya ‘kısmen’ cevabı veren **35 kişiye (%26,11)** yöneltilmiş olup hangi hizmete kaç kişinin başvurduğu ve bunlardan hangilerinin kısmen alındığı Şekil 18’de gösterilmiştir. Alması gerektiği hizmetleri hiç alamadığını belirten **2 kişi (%1,49)** ile kısmen aldığını söyleyen toplam **35 kişinin (%26,11)** cevapları incelendiğinde Fizyoterapi, Beslenme ve Diyet, Psikoterapi gibi hizmetler ortak noktada ulaşılamayan hizmetler olarak göze çarpmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin hastaneler dışında belediyeler, özel kuruluşlar ve/veya kişiler tarafından da evde verilebildiğini biliyor musunuz?

Bilindiği üzere sağlık hizmetleri kamu hastaneleri tarafından evde sunulduğu gibi, ilçe ve Büyükşehir belediyeleri tarafından da sunulabilmektedir. Bunun yanı sıra, kişiler memnuniyetleri ve/veya hizmete ulaşamadıkları durumlarda özel kurum ve kuruluşlar veya alanında uzman kişilerden ücret karşılığında hizmet talep edebilmektedirler.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN HASTANELER DIŞINDA BELEDİYELER,ÖZEL KİŞİ/KURUMLAR TARAFINDAN VERİLDİĞİNİ BİLİYORMUSUNUZ?

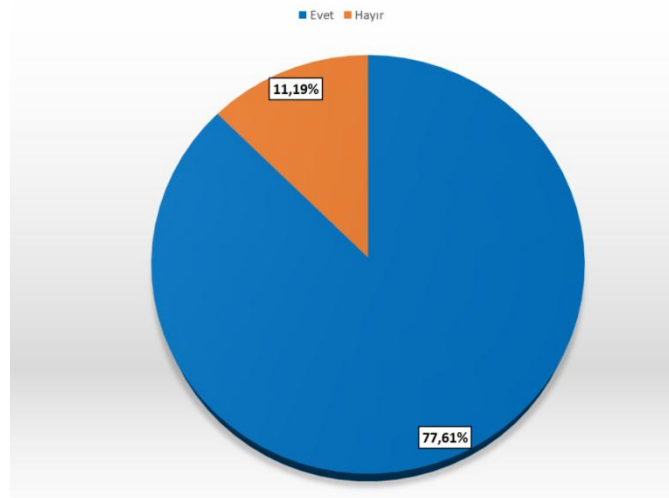


Şekil 19 Araştırmaya katılanların farklı evde sağlık hizmet sunucularını bilme durumlarına göre dağılımı (n=134).

Bu soruya **119 kişi (%88,80)** evet cevabı verirken **5 kişi (%3,73)** hayır demiştir. **10 kişi (%7,46)** ise hiç bilgim yok şeklinde cevap vermiştir. Ankette cevaplar arasında “Bu konuda hiçbir bilgim yok” şıkkının yer almasının nedeni, birbirinden ayrı birimlerden aynı hizmeti talep ettiğinin ortaya çıkmasını istemeyen kişilerin kesin cevap verebilmeleri adına çekincelerini ortadan kaldırmak içindir (Şekil 19).

(6.soruya evet cevabı verildi ise)Belediye veya özel kişi/kuruluşlardan böyle bir talepte buldunuz mu?

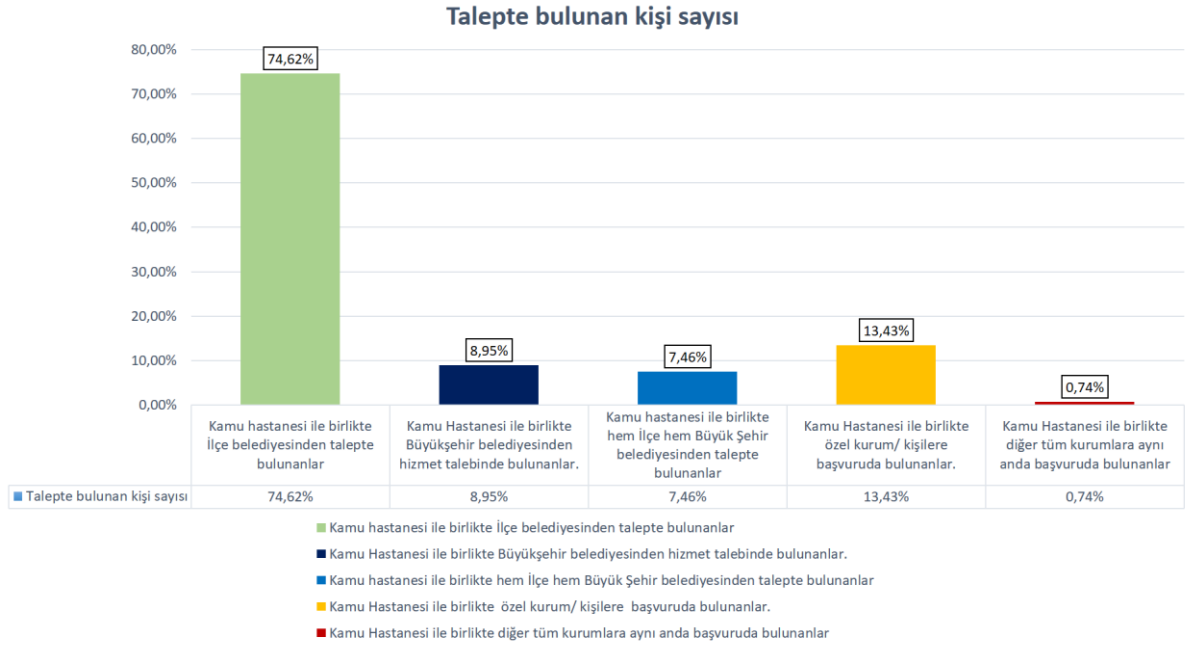
Belediye veya özel kişi / kuruluşlardan böyle bir talepte buldunuz mu?



Şekil 20 Araştırmaya katılanların belediye veya özel kişi/kuruluşlardan talepte bulunma durumlarına göre dağılımı (n=119)

Soru, hizmetin kamu hastaneleri dışında belediye ve özel kişi/kuruluşlar tarafından verildiğini bildiğini söyleyen **119 kişiye (%88,80;%100)** yöneltmiştir. Bunlardan **104 kişi (%77,61;%87,39)** evet cevabı verirken **15 kişi (%11,19;%12,60)** hayır şeklinde cevaplamıştır (Şekil 20).

Hizmet almak için başvuruda bulunduğunuz kişi, kurum, kuruluşlar kimler?

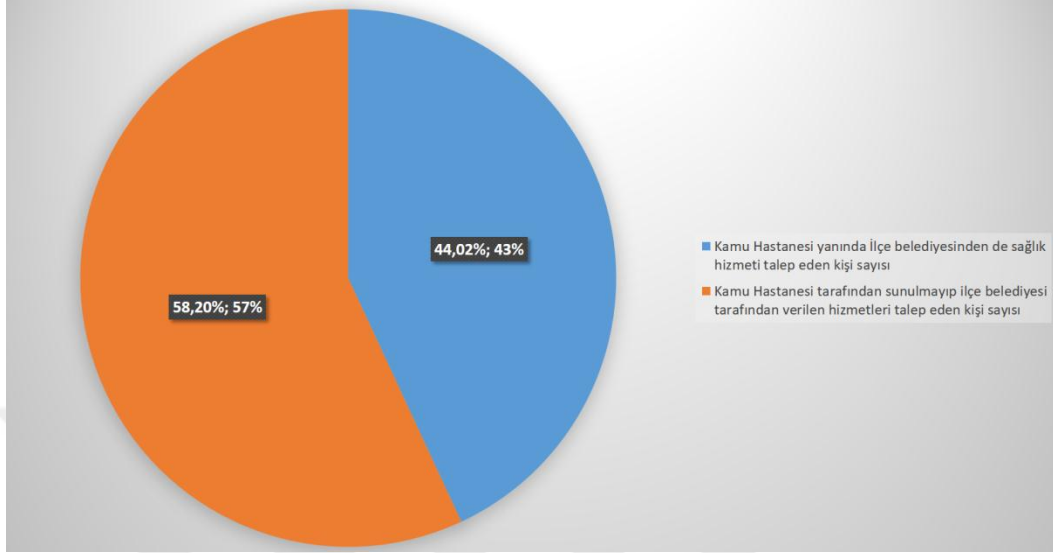


Şekil 21 Belediye ve özel kişi/kuruluşlardan hizmet talep eden katılımcıların başvuruda buldukları kişi, kurum ve kuruluşlara göre dağılımı (n=104).

Soru, bir önceki soruya evet cevabı veren **104 kişiye (%77,61,%100)** yöneltmiş olup, katılımcılar bu soruya kamu hastaneleri yanında hizmet aldıkları belediye ve özel kuruluşların durumuna göre cevap vermişlerdir.

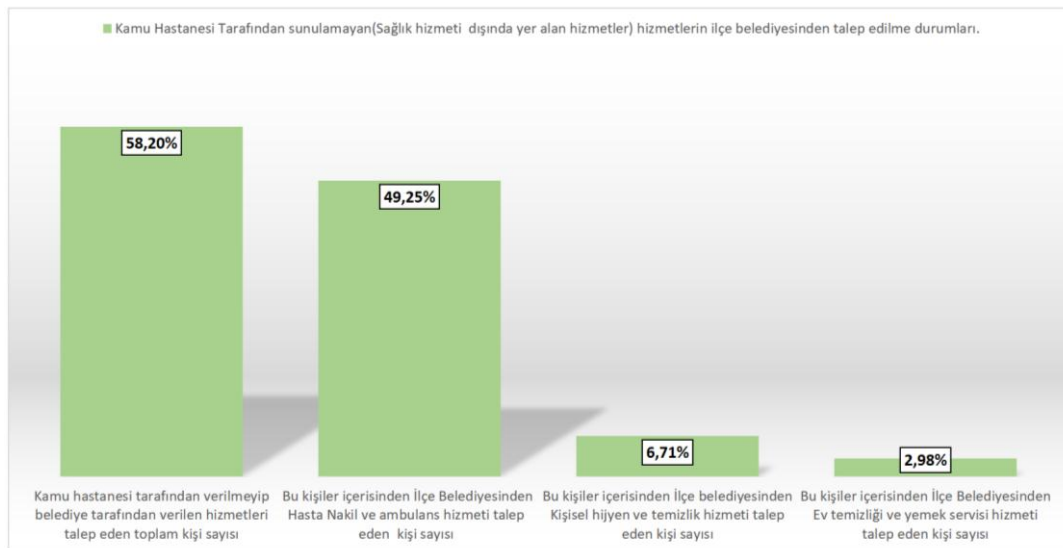
Bu kişiler arasında **100 kişi (%74,62;%96,15)** kamu hastanesi ile birlikte ilçe belediyesine de talepte bulunduğunu; **12 kişi (%8,95;%11,53)** kamu hastanesi ile birlikte Büyükşehir belediyesine de başvurduğunu; **10 kişi (%7,46;%9,61)** kamu hastaneleri yanında aynı zamanda hem ilçe, hem de Büyükşehir belediyesine başvuru yaptığını bildirmiştir. Kamu hastanesi yanında özel kuruluş/kişilere **18 kişinin (%13,43;%17,30)** başvurduğu tespit edilmiştir. Hepsinden aynı anda hizmet almak için başvuruda bulunduğunu belirten sadece **1 kişidir (%0,74;%0,96)** (Şekil 21).

Eğer ilçe belediyesinden (Maltepe Belediyesi) hizmet alıyorsanız, belediye tarafından sunulan aşağıdaki hizmetlerden hangisi/hangilerini evinizde alabiliyorsunuz?



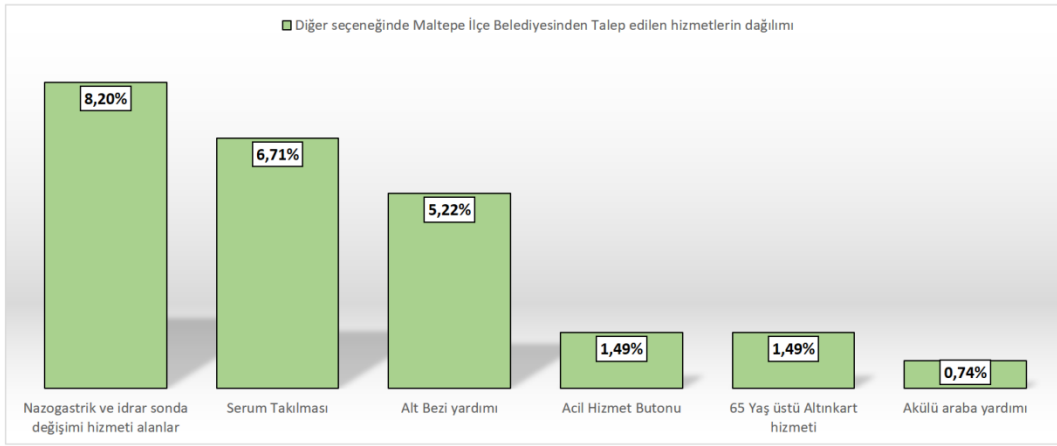
Şekil 22 Maltepe ilçe belediyesinden hizmet aldığını söyleyen kişilerin kamu hastanesi tarafından sunulan hizmetler ile sunulamayan (sağlık hizmetleri dışında sosyal ve destek hizmeti gerektiren) hizmetleri talep etme durumlarına göre dağılımı (n=100).

Kamu hastanesi yanında Maltepe ilçe belediyesinden de hizmet aldığını bildiren **100 kişinin (%74,62;%100)** cevapları irdelenmiştir. **59 kişinin (%44,02;%59,00)** kamu hastaneleri tarafından da verilmekte olan sağlık hizmetlerinden en az bir veya bir kaçını ilçe belediyesinden de talep ettikleri anlaşılmıştır (Şekil 22).



Şekil 23 Araştırmaya katılanların ilçe belediyesinden talep ettikleri hizmetlerin dağılımı (n=78).

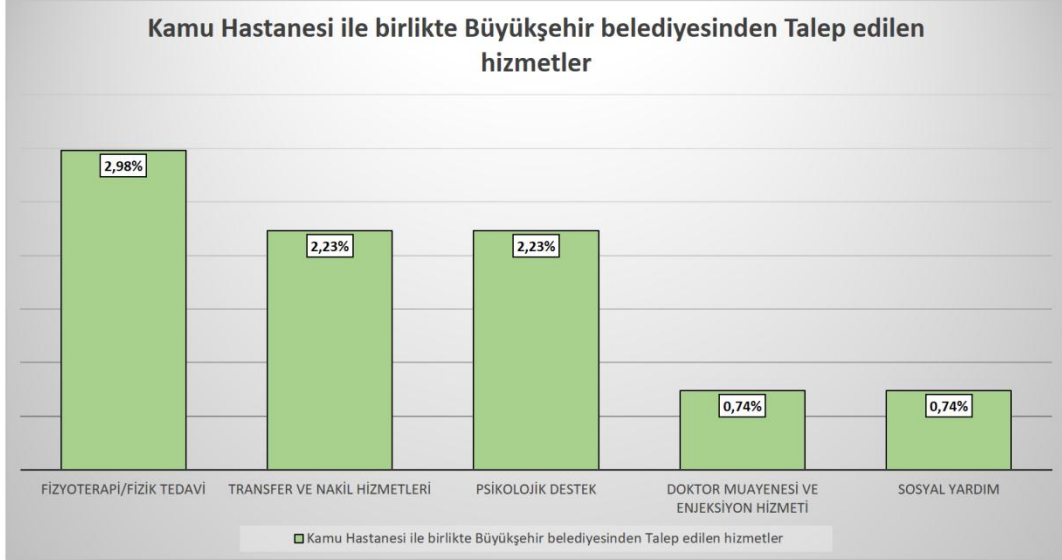
Bunun dışında, Kamu Hastanesi tarafından sunulamayan, ama ilçe belediyesi tarafından verilen hizmetleri talep eden kişi sayısı **78 kişi** (%58,20;%78,00;%100) olup; bu kişiler arasında **66 kişinin** (%49,25;%66,00;%84,61) başka bir yere veya hastaneye transfer hizmeti; **4 kişinin** (%2,98;%4,00;%5,12) ev temizliği ve yemek servisi hizmeti; **9 kişinin** (%6,71;%9,00;%11,53) kişisel temizlik hizmetleri(banyo, kuaför, çamaşır yıkama, tırnak bakımı vb) talep ettiği görülmüştür. Bu hizmetler kişiler tarafından tek olarak veya bir arada istenmiştir (Şekil 23).



Şekil 24 Araştırmaya katılanların ilçe belediyesinden talep ettikleri ‘diğer’ hizmetlerin dağılımı (n=35).

Araştırmaya katılanlardan **35 kişi**(%26,11;%35,00;%100) ilçe belediyesinden aldığı hizmetler veya yaşadığı durumu anlatmak için *diğer* seçeneğini işaretlemiş olup; bu başlık altında **11 kişi** (%8,20;%11,00;%31,00) nazogastrik veya idrar sondası değişimi; **9 kişi** (%6,71;%9,00;%25,71) serum takılması; **7 kişi** (%5,22;%7,00;%20,00) bez yardımı; **2 kişi** %1,49;%2,00;%5,71) belediye tarafından sunulan acil hizmet butonu; **2 kişi** (%1,49;%2;%5,71) belediye tarafından 65 yaş üstü kişilere sunulan altın kart; **1 kişi** (%0,74;%1,00;%2,85) akülü araba talebinde bulunduğunu belirtmiştir. Cevaplar arasında fizyoterapi, psikoterapi, beslenme ve diyet hizmetini talep edip aldığını dile getiren **3 kişi** (%2,23,%3,00,%8,57) bulunsa da, yapılan araştırma sonrası belediye tarafından böyle bir hizmetin sunulmadığı ve bu cevapların yanlışlık ile verildiği düşünülmektedir (Şekil 24).

Eğer Büyükşehir Belediyesi'nden (İstanbul Büyükşehir Belediyesi) hizmet alıyorsanız aşağıdaki hizmetlerden hangisi/hangilerini evinizde alabiliyorsunuz?

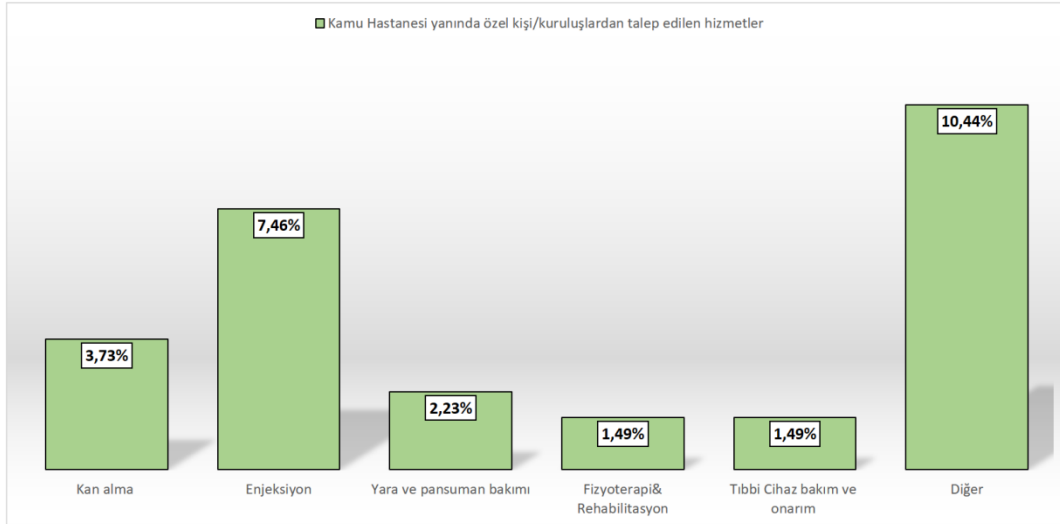


Şekil 25 Araştırmaya katılanların kamu hastanesinin yanı sıra Büyükşehir belediyesinden talep ettikleri hizmetlerin dağılımı (n=12).

Büyükşehir Belediyesi'nden hizmet almak için başvuran **12 kişi (%8,95;%100)** içerisinde **1 kişi (%0,74;%8,33)** hizmete başvurduğu halde gelinmediğini; **1 kişi (%0,74;%8,33)** başvuruyu yaptığını ve yanıt beklediğini; **1 kişi (%0,74,%8,33)** başvuru sonrası başka bir kuruma yönlendirildiğini; **1 kişi (%0,74;%8,33)** sosyal yardım ve **1 kişi (%0,74,%8,33)** doktor muayenesi ve enjeksiyon hizmeti aldığını belirtmiştir. Bu 12 kişi (%8,95;%100) içerisinde **4 kişi (%2,98;%33,33)** fizyoterapi hizmeti, **3 kişi (%2,23;%25,00)** psikolojik destek, **3 kişi (%2,23;25,00)** transfer ve nakil hizmetlerini aldığını dile getirmiştir (Şekil 25).

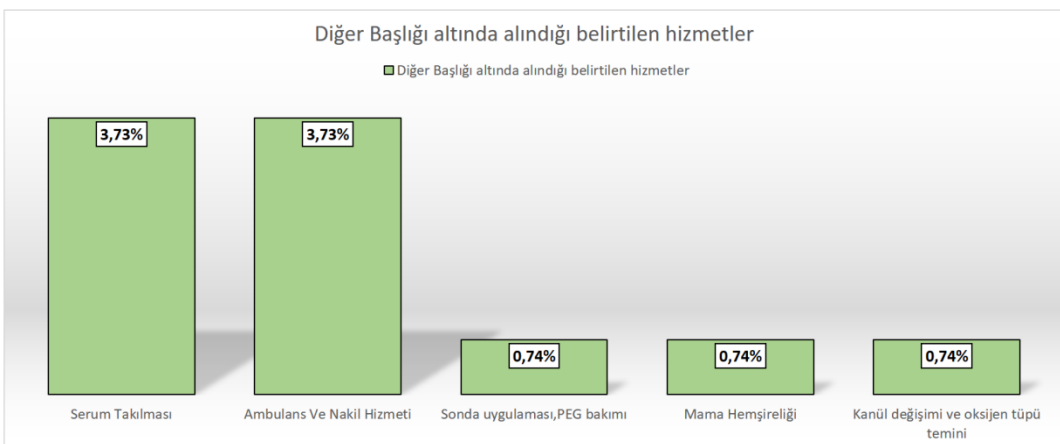
Buradan anlaşılacağı üzere, kamu hastaneleri ve ilçe belediyesi tarafından sunulamayan fizyoterapi ve psikolojik destek hizmetinin Büyükşehir belediyesi tarafından verilebildiği anlaşılmaktadır. Büyükşehir belediyesinin ilgili birimleri ile yapılan görüşmede bu hizmetlerin verildiği teyid edilmiştir. Büyükşehir belediyesinden hizmet talep eden **7 kişinin (%5)** talep ettikleri hizmetler, kamu hastaneleri tarafından da verilebilecek sağlık hizmetleri olup, bunun dışındaki isteklerden sadece **3 kişinin (%2)** nakil ve ambulans ile hastane veya diğer yerlere transfer hizmeti talebi için başvurduğu ve sadece **1 kişinin (%1)** sosyal yardım için Büyükşehir belediyesine başvurduğu görülmektedir.

Eğer özel kurum ve/veya kişilerden kendi cebinizden yaptığınız ödemeler ile hizmet alıyor iseniz aşağıdakilerden hangisi/hangilerini evde alıyorsunuz?



Şekil 26 Araştırmaya katılanların kamu hastanesinin yanı sıra özel kişi/kuruluşlardan talep ettikleri hizmetlerin dağılımı (n=18).

Araştırmaya katılanlardan **18 kişi (%13,43;%100)** kamu hastanesi yanında özel kişi ve kuruluşlardan hizmet talep etmiş olup; bu kişiler içerisinde **5 kişi (%3,73;%27,77)** kan alma; **10 kişi (%7,46;%55,55)** enjeksiyon, **3 kişi (%2,23;%16,66)** yara ve pansuman bakımı; **2 kişi (%1,49;%11,11)** fizyoterapi ve rehabilitasyon, **2 kişi (%1,49;%11,11)** tıbbi cihaz bakım, onarım ve değişim hizmetini özel olarak talep ettiklerini belirtmişlerdir. **14 kişi (%10,44;%77,77;%100)** ise diğer seçeneği altında farklı işlemleri özel olarak talep ettiklerini belirtmişlerdir (Şekil 26).

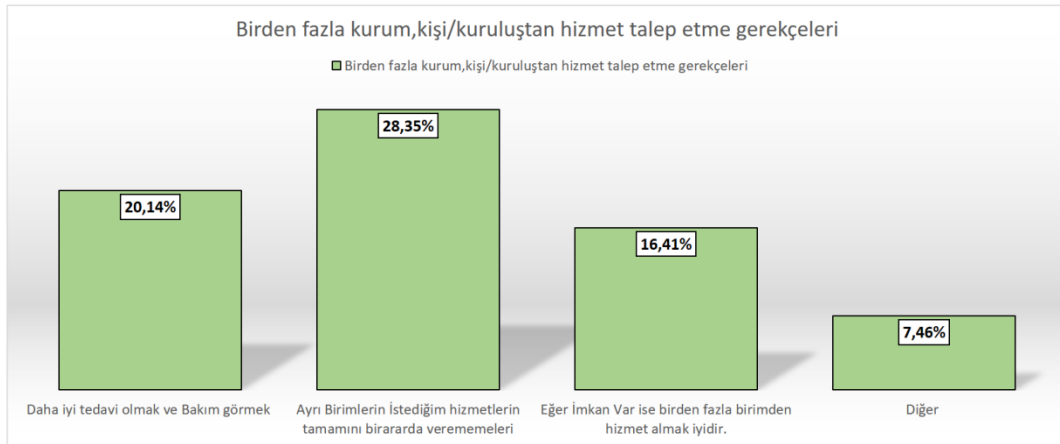


Şekil 27 Araştırmaya katılanların Büyükşehir belediyesinden talep ettikleri 'diğer' hizmetlerin dağılımı (n=14).

‘Diğer’ başlığı altında **5 kişi (%3,73;%27,77;%35,71)** serum takılması; **5 kişi (%3,73;%27,77;%35,71)** ambulans ve nakil hizmetleri; **3 kişi (%2,23;%16,66;%21,42)** sonda ve Perkutan Endoskopik Gastrostomi (PEG) tüpü takılması; **1 kişi (%0,74;%5,55;%7,14)** mama hemşireliği, **1 kişi (%0,74;%5,55;%7,14)** de kanül değişimi ve oksijen tüpü temini için özel hizmet talebinde bulunduğunu belirtmiştir (Şekil 27).

Birden fazla kurum ve kuruluştan hizmet almak istemenizin önem sebebine göre sıralaması nasıl olurdu?

Bu soru, kamu hastanesi, ilçe belediyesi ve Büyükşehir belediyesi ile özel kişi ve kuruluşlardan hizmet talebinde bulunan **104 kişiye (%77,61;%100)** sorulmuş olup, **8 kişi (%5,97;%7,69)** cevap vermemiştir.



Şekil 28 Araştırmaya katılanların birden fazla kurum, kişi ve kuruluştan hizmet talep etme gerekçelerinin dağılımı (n=96)

Cevap veren **96 kişi (%71,64;%92,00)** arasından **12 kişi (%8,95;%12,5)** diğer şıkkını ya tek seçenek veya diğer şıklar ile birlikte cevaplamış; ancak **2 kişi (%1,49;%16,66)** diğer şıkkını işaretlediği halde cevap yazmamıştır. Bu nedenle diğer şıkkını işaretleyip açıklama yazan **10 kişinin (%7,46;%10,63)** cevabı işleme tabi tutulmuştur. **Diğer** şıkkını işaretleyen kişilerin cevapları aşağıdaki gibidir:

- Zor durumda olduğum için hepsinden almak isterim.
- Her bakıma ihtiyacım olduğu için.
- Ambulans hizmeti alabilmek için.

- Raporlu ilaçları yazdırabilmek için.
- Her birim farklı tarihlerde randevu verdiği için.
- Çağırıldığında hangisi daha hızlı gelirse diye.
- İstedğim zaman hangisi acil isteğime erken gelirse diye.
- Hastane doktoru yönlendirdiği için.
- Ambulans hizmeti alabilmek için.
- Bir birim yeterli.

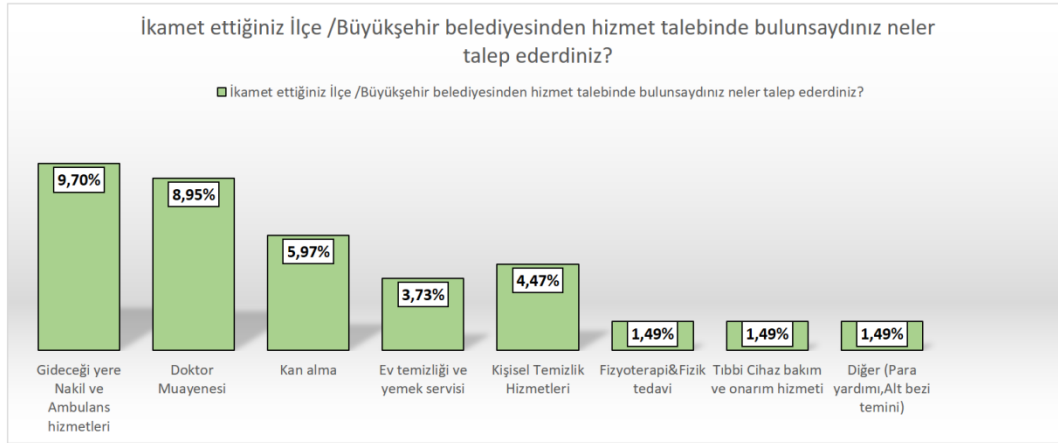
Cevaplarında bir veya birden fazla şıkkı öncelik sırasına göre sıralayıp cevaplayan kişi sayısı **87 (%64,92;%90,62)** olmuştur. Bu kişiler arasında sadece **2 kişi (%1,49;%2,29)(a)daha iyi tedavi olmak ve bakım görebilmek için** şıkkını; **2 kişi (%1,49;%2,29)(b)ayrı birimlerin istediğim hizmetlerin tamamını bir arada verememeleri** şıkkını; **6 kişi (%4,47;%6,89)(c)eğer imkan var ise birden fazla birimden hizmet almak daha iyidir** seçeneğini tek cevap olarak işaretlemişlerdir. Geriye kalan **77 kişi (%57,46;%88,50)** birden fazla şıkkı öncelik sırasına göre sıralı olarak işaretlemiştir. Kişiler içerisinde **(a)şıkkını önem sırasında ilk sırada veya tek seçenek olarak işaretleyen kişi sayısı 27 (%20,14;%31,03);(b)** seçeneğini ilk sırada veya tek seçenek olarak işaretleyen kişi sayısı **38 (%28,35;%43,67);(c)** seçeneğini önem sırasında ilk veya tek seçenek olarak yazan kişi sayısı ise **22'dir (%16,41,%25,28)** (Şekil 28).

Görüldüğü üzere önem sırasında öncelikte en fazla sayıda kişi ayrı birimlerin istedikleri hizmetlerin tamamını bir arada verememelerini gerekçe göstermektedirler. Bu duruma sağlık hizmeti başta olmak üzere farklı birimler(kamu hastanesi, İlçe/Büyükşehir belediyeleri) tarafından ortak sunulan hizmetler olsa dahi, bazı hizmetlere ulaşımında sıkıntı yaşandığı veya birisinin sunmadığı hizmetin diğeri tarafından sunuluyor olmasının bu cevabın verilmesinde etkili olduğu düşünülebilir.

Eğer imkan var ise birden fazla birimden hizmet almak iyidir şıkkını tek cevap olarak veya öncelik olarak ilk sırada yazan toplam **22 kişinin (%16,41)** bu fikirde olduğu düşünülürse, hizmetlerin ayrı birimler tarafından aynı standart ve kalitede verileceği zamanlarda bile yadsınamayacak sayıda kişinin birimler arası organizasyon ve iletişimin olmadığını durumlarda aynı hizmeti gereksiz yere kullanılabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Eğer ikamet ettiğiniz belediye ve/veya Büyükşehir belediyesinden hizmet almış olsaydınız aşağıdaki hizmetlerin hangilerini evinizde sunmasını isterdiniz?

Bu soru,daha önceki sorularda hizmetlerin belediyeler ve diğer kurum/kuruluşlar tarafından verildiğini bildiğini söyleyip çekinceleri nedeni ile hizmet talebinde bulunmadığını belirttiği düşünülen **15 kişiye (%11,19)** yöneltilmiş; ankette hizmet talebinde bulunmadıklarını belirtmiş olsalar da, bu hizmetleri kamu hastanesi yanı sıra ilçe/il belediyesinden de istemiş olsalardı neler talep edecekleri ölçülmeye çalışılmıştır. 15 kişiden **2 kişi (%1,49;%13,33)** tarafından sorunun hiçbir şikkının işaretlenmediği tespit edilmiştir. Bu nedenle cevap veren **13 kişi (%9,70;%100)** üzerinden değerlendirme yapılmıştır.



Şekil 29 Araştırmaya katılanların ikamet ettikleri ilçe veya Büyükşehir belediyesinden talep etmiş olsalar isteyecekleri hizmetlerin dağılımı (n=13).

13 kişinin (%9,70) tamamı kamu hastanesi tarafından da verilebilecek düzeydeki sağlık hizmetlerini isteyeceklerini belirtmişlerdir. Bu istekler içerisinde en fazla istenilen tıbbi hizmet talebi ise doktor muayenesi olup **12 kişi (%8,95;%92,30)**bu seçeneği işaretlemiştir. Kan alma işlemini ise **8 kişi (%5,97;%61,53)**belirtmiştir.**4 kişi (%2,98;%30,76)** enjeksiyon hizmetini;**2 kişi (%1,49,%15,38)**fizyoterapi/fizik tedavi hizmetini işaretlemiştir. Tıbbi hizmetler dışında mevcut durumda kamu hastanesi tarafından verilemeyen diğer hizmetler anlamında **2 kişi (%1,49;%15,38)** tıbbi cihaz bakım, onarım ve değişimini belirtirken,**13 kişinin (%9,70;%100)** tamamı ambulans ve nakil hizmeti;**5 kişi (%3,73;%38,46)** ev temizliği, yemek servisi;**6kişi (%4,47;%46,15)** kişisel temizlik, hijyen hizmetleri talep edeceklerini belirtmişlerdir. **Diğer** seçeneğini işaretleyen **2 kişi (%1,49;%15,38)** hasta bezi temini ve para yardımı talep edeceklerini bildirmişlerdir. Cevaplar irdelendiğinde tıbbi içerikli hizmetler başta olmak üzere birçoğu

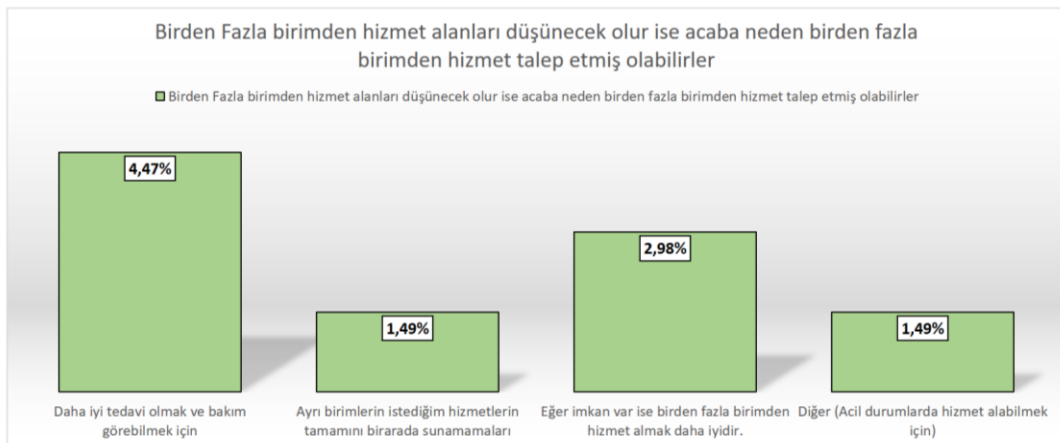
aynı zamanda kamu hastaneleri tarafından verilmekte olan hizmetlerden oluşmaktadır. Dikkat çeken diğer konu ise nakil ve ambulans hizmeti isteğinin anket sorusunda değerlendirmeye tabi tutulan kişilerin tamamı (13 kişi (%9,70,%100)) tarafından da istenmiş olmasıdır.

Özel kurum ve/veya kişilerden kendi cebinizden ödeme yaparak(özel sigortacılık sistemi ile veya peşin ödeme yaparak) hizmet alma fırsatınız olsaydı hangi hizmetlerin evinizde sunulmasını talep ederdingiz?

Bu soru da, bir önceki soru gibi,kritere uygun 15 kişinin cevapları incelenerek irdelenmiş; bunlardan sadece 7 kişinin (%5,22;%100) cevap verdiği anlaşılmıştır. 4 kişi (%2,98;%57,14) ayrı ayrı tek bir hizmet almak istediklerini belirtmiş olup; bu hizmetler sırasıyla doktor muayenesi, enjeksiyon, fizyoterapi ve rehabilitasyon, psikoterapi hizmetleridir. Ayrıca 2 kişi (%1,49;%28,57) *hizmetlerin tamamını isterdim*; 1 kişi (%0,74;%14,28) ise *diyet ve beslenme dışındaki tüm hizmetleri talep ederdim* şeklinde bildirimde bulunmuştur.

Birden fazla Birimden hizmet alan kişileri düşüncecek olur isek acaba sizce neden birden fazla kurum,kişi veya kuruluşlardan hizmet almak istemiş olabilirler?

Bu soru da, önceki iki soru gibi, kritere uygun 15 kişinin (%11,19) cevaplarına göre irdelenmiş olup; 1 kişinin (%0,74,%6,66) cevabını içerikleri aynı olması nedeni ile karıştırarak 12. Numaralı soruda yanlışlıkla cevap verdiği anlaşılmıştır. Düşünce içeriği olarak herhangi bir çelişki bulunmaması nedeni ile cevap 15. Soruda verilmiş gibi kabul edilmiştir.



Şekil 30 (Anket ikinci kısım 15.soru/Birden fazla birimden hizmet alanları düşünülduğünde neden birden fazla birimden hizmet talep etmiş olabilecekleri hakkında (birden fazla birimden hizmet almadığını ifade eden kişilerin) verilen cevapların dağılımı (n=15).

Birden fazla şıkka cevap verilebilen bu soruda, **2 kişi (%1,49;%13,33) diğer** şıkkını işaretlemiş ve bu şıklara açıklama olarak da aynı durumları anlatacak şekilde acil durumlarda hizmet alabilmek(talepte bulunduğu anda hemen gelinmesi) gerekçesi ile birden fazla kişi veya kurumdan hizmet almak istediklerini belirtmişlerdir.

Diğer kişiler şıkları öncelik sırasına göre 3 şık olarak işaretlemiş olup; bu şıklar içerisinde **6 kişi (%4,47;%40)** cevap olarak ilk sırada *(a) daha iyi tedavi olmak ve bakım görebilmek için*; **2 kişi (%1,49;%13,33)** *(b) ayrı birimlerin istediğim hizmetlerin tamamını bir arada sunamaları*; **4 kişi (%2,98;%26,66)** *(c) eğer imkan var ise birden fazla birimden hizmet almak daha iyidir* şıkkını ilk sırada işaretleyip cevap vermişlerdir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Tespit ve Öneriler

Hastaların ikamet durumları irdelendiğinde; önemli bir kısmının birinci derece yakını ile kaldıkları görülmektedir. Buradan anlaşılacağı üzere sosyal dayanışma yönünden aile bağları ülkemizde hala önemli bir yere sahip bulunmaktadır. Ayrıca devlet tarafından gelir durumuna göre verilmekte olan evde bakım aylığının da, aile yakınlarının hastalarına bakmalarında etkili olduğu düşünülmektedir.

Yaş grupları irdelendiğinde; özellikle doğumda veya yaşamın ilk yıllarında gelişen nedenler ile engelliğe sebep olan CP başta olmak üzere diğer hastalık grupları haricinde, çocukluk ve gençlik yaşlarında hizmet ihtiyacı duyacak hasta grubuneredeyse hiç bulunmamaktadır. Bu durum ilçenin demografik yapısı gereği olabileceği gibi, bu gruplar başka nedenlere bağlı olarak evde sağlık ve bakım hizmetinden yararlanamamış da olabilirler. Konunun bu açıdan ayrıca araştırılmasına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Hastaların bağımlılık durumları irdelendiğinde; azda olsa kendi kendilerine yetebildiklerini bildiren hastalar olduğu gözlemlenmiştir. Kişilerin yaşları göz önüne alındığında, bu durum yaşlılığa bağlı olabileceği gibi, kısa süreli bakım gerektiren hastalık durumlarına bağlı (kalça ,diz protez ameliyatı vb durumlar) da olabileceği düşünülmektedir.

Anketin ikinci kısmında; ‘evde sağlık hizmetlerinin neleri kapsaması gerektiği’ sorusuna verilen cevaplar irdelendiğinde; sağlık hizmeti dışındaki sosyal ve ekonomik bakım isteklerin geniş anlamda yer aldığı görülmektedir. Bu da, hizmet “evde sağlık” olarak adlandırılrsa bile kişilerin kendi diğer bakım isteklerini de evde sağlık hizmeti olarak alabileceklerini düşündüklerini göstermektedir. Yine bu durumun hizmet sunucuların farklı kanaldan olsalar bile bir kısmının sadece sağlık hizmeti vermesi (Kamu Hastanesi) diğerlerinin(İlçe Belediyesi, Büyükşehir Belediyesi) de sağlık hizmetleri ile birlikte diğer bakım hizmetlerini de sunuyor olabilmelerinin, yine bu birimlerin kendi isimlerini ayrı ayrı evde sağlık birimi (Kamu Hastanesi) veya evde bakım hizmeti(Maltepe Belediyesi birimi) olarak adlandırmalarının anlam eşleştirmesine, hizmet talep edenlerde farklı hizmetleri de içeren durumlar olsa bile eş anlamlı kullanılmalarına sebep olduğu anlaşılmaktadır. Bu

durum ülkemiz genelinde hizmet sunmakta olan birçok belediye veya özel kurum/kuruluşlar tarafından da aynı şekilde gerçekleşmekte olup ülke genelinde de isim anlamlandırılmasında benzer kanının hakim olduğu düşünülmektedir. f şikkında yer alan Diğer seçeneğine verilen cevaplarda göze çarpan farklı diğer bir önemli hususta hastaların ankette b şikkında yer alan bakıcı veya sağlık personeli eşliğinde yapılacak bakım hizmetlerini işaretlemeleri gerekirken veya işaretlemişlerken bunun yanında kendilerine bakıcı desteği sağlanması için f şikkında yer alan diğer seçeneğine de bakıcı desteği talebini hizmetin kapsamı içerisinde olması gereken ayrı bir unsurmuş gibi ayrıca dile getirmişlerdir. Bu durumun hasta ve yakınları için hem sağlık bakım hem de diğer bakım hizmetlerinin sağlanmasında yaşam alanlarında önemli bir sorun olduğu ve sıkıntılara yer açtığı düşünülmektedir.

Dikkat çeken bir diğer durumda hasta ve yakınlarının anketin birçok sorusunda ya cevap olarak yada açıklayıcı seçenek olan diğer seçeneğinde acil durumlarda evde hizmet sunulması talebi oldukça fazla dile getirilmektedir. Burada bahsi geçen Acil durumu hasta ve yakınları ile yapılan sözlü görüşmelerde daha çok hastaların ateşlendiği, halsiz olduğu, sonda tıkanması veya niceliğe göre değişmek ile birlikte hastanın durumunun iyi olmadığını düşündükleri anlarda hızlı bir şekilde eve gelinerek muayene ve tetkiklerin yapılması olarak ifade etmektedirler. Anlaşılmaktadır ki acil durum diye bahsedilen olaylar 24 saat esaslı hizmet sunumunu gerektirecek düzeyde değil normal mesai şartlarında kontrol ve muayeneleri yapıldıktan sonra gerekli ise hastaneye transferin gerçekleştirilmesini içeren durumlar olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca bu ve benzer durumlarda hizmet almak için başvurulduğunda hizmet sunan gerek kamu gerek belediye birimlerine bağlı hizmet noktalarının hasta ve yakınlarına bu gibi durumlarda 112 acil sağlık hizmetlerine başvurmaları gerektiğini ifade ettikleri, 112 ile hasta transferinin çok zor olduğu ve çoğu zaman da hastane acil servisine başvurdukları zamanlarda kaygılanacak bir durum olmadığı gerekçesi ile evde tedavi önerisi ile geri eve gönderildiklerini dile getirmektedirler. Bu durumlarda en önemli sorun hastanın transferi olmakla birlikte acil servislere gidiş esnasında 112 acil ambulans hizmeti sistemi ile gidilmesi mümkün iken hastaneden işlemlerin bitişi sonrası eve transferi 112 sistemi ile etkin sağlanamamakta, bu durum da hasta ve yakınları açısından önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu durumlardan anlaşılmaktadır ki yatağa bağımlı ve bakıma muhtaç hastaların hastaneye gitmesini gerektirmeyen fakat hasta ve yakınlarının acil durum diye

ifade ettiği durumlara yönelik evde hizmet sunulacak bir çözümünde bulunması gerekmektedir. Hasta ve yakınları tarafından dile getirilen acil durumların hangi anları ve neleri içereceğini belirlemek güç olmak ile birlikte bu hususta ekiplerin kazandıkları belirli deneyimler sonrası gerek hasta özelinde gerekse diğer bilimsel kriterlere göre karar verilmesi daha sağlıklı olacaktır.

Anket sorularında birden fazla soru içerisinde ya direk şık olarak veya diğer şıkta içerisinde belirtilen sorun ve istek olarak nakil hizmetlerinin önemli bir yer işgal ettiği ve bu anlamda gerek belediye gerekse kamu hastanesi olarak yeterli cevap verilemediği anlaşılmaktadır. Nakil olarak sağlık bakanlığı bünyesinde Ambulans hizmetleri Acil sağlık hizmetleri 112 başlığında tüm dünyada benzer olduğu gibi sadece hayati tehlike arz eden durumlarda en yakın sağlık merkezine transfer hizmetini içerip sonrasında sağlık merkezinden eve transfer hizmetleri kişilerin kendi imkanları ile sağlanmaktadır. Burada sorun evde sağlık ve bakım hizmeti alan hastaların büyük kısmının yatağa bağımlı veya yardımcı araç gereçle hareket ediyor olabilmeleri nedeni ile gerek hastanın ikamet ettiği evden aşağı indirilmesi gerekse de dönüşlere evlerine çıkarılma durumları çok zor olmaktadır. Ayrıca bu kişilerin durumları gereği Kamu imkanlarından yararlanmak için idari makamlara yapacakları başvurularda (Engelli yardımları, Bakım Aylığı Sağlık Kurulu Raporları) ve kendi sağlıklarına yönelik kullanılması gerekli İlaç, Tıbbi cihaz ,Ortez, protez için gerekli birden fazla hekim onayı gerektiren rapor işlemleri vb malzemelerin önemli bir kısmı için hastaneye gidilmesi gerekmekte ve bu durumların tamamında nakil hizmetini kapsayan bir hizmet tam anlamıyla alınamamaktadır. Böyle durumlarda hastalar ya acil sağlık hizmetleri olan 112 sistemine başvurarak gereksiz yoğunluk oluşturmakta veya bu durumu bilen ve 112 ile nakil işleminin gerçekleştirilmeyeceğini daha önceki deneyimlerinden öğrenen hasta ve yakınlarının bu tür durumlarda mağduriyet yaşadıkları düşünölmektedir. Bu durum ele alındığında sağlık hizmeti sunan kamu hastanelerinin ilçe ve bölge nüfusuna göre Sağlık bakanlığı verileri ışığında 2015 yılı sonu itibari ile 693648 hastaya ulaşıldığı ve bu hastalar içerisinde 272934 ünün aktif olarak hizmet almaya devam ettikleri düşünöürse hastane imkanları ile veya ülke genelinde sadece bu hastalara yönelik verilecek nakil hizmetleri acil 112 sağlık hizmetleri kadar yoğun ve organize bir şekilde olması gerekmektedir. Ayrıca bu hizmetin mevcut durumda Maltepe ilçesi örneğinde olduğu gibi ulaşımı tam ve etkin olmasa da ilçe veya Büyük şehir belediyeleri tarafından sunabilmesi olumlu bir gelişme olup belediyelerin bu anlamda ilçelerinde ülke

genelinde her ilçede yer alan sağlık bakanlığına bağlı bir hastane tarafından mutlaka sağlık hizmeti sunuluyor olması sağlık hizmetine olan ulaşımı hastalar açısından daha ulaşılabilir kılarken belediyelerin bu anlamda sağlık hizmeti sunmayarak buradaki enerjisini sağlık hizmeti ihtiyacı dışında duyulan veya duyulabilecek nakil işlemleri veya diğer bakım işlevlerine y6nelik ihtiyaçlara kanalize etmesi hizmeti alanlara yapılacak daha b6y6k bir iyilik olarak g6r6lmektedir.

Bu ve benzer yaşanan sorunların aynı ilçe ve b6lgede hizmet sunmalarına yasal mani olmayan kurum ve kuruluşlar arasında sağlanacak karşılıklı işbirliği ve koordinasyon ile 6z6lmesi m6mk6n iken bu anlamda zorlayacı herhangi bir yasa ve mevzuat olmaması nedeni ile yerel d6zeyde karşılıklı işbirliğinin sağlanmasını kamu hizmeti sunan kurumlar ve yerel y6netimler arasında kişisel ilişkilere bırakılmakta olup bu durumun t6m 6lke genelinde yaşanabilecek benzer sorunlar olduğu d6ř6n6ld6đinde bu şekli ile s6rd6r6lebilmesi pek m6mk6n g6r6nmemektedir.

Ankette yer alan değişik sorulara verilen cevaplardan fizyoterapi ve rehabilitasyon, beslenme ve diyet, psikolojik danışmanlık hizmet talebinde bulunup ya tamamen yada kısmen aldığını belirtip veya hizmet talep etseydim bu hizmetleri talep ederdim diyenlerin cevapları incelendiğinde sayıları az da olsa bu hizmetlere ulaşımlarının sağlık hizmeti olarak gerek kamu hastanesi (Maltepe ilçesi) tarafından hiçbir şekilde, belediyeler tarafından da B6y6k şehir belediyesinde kısmi olarak verilmek 6zere hiç verilemediği anlaşılmaktadır. Bu durumun alanında uzman sağlık lisansiyeri (fizyoterapist, psikolog, diyetisyen) branş 7alışanlarının kamu hastaneleri ve belediyelerde hizmete sunabilecek sayıda olmadıkları veya bu hizmetlerin zaman ve emek yoğun olmaları nedeni ile birimler tarafından tercih edilmediği d6ř6n6lmektedir.

Hizmet 7eşitleri incelendiğinde kurum ve kişilerden 6zel olarak(kendi maddi imkan ve olanakları ile)talep edilen hizmetlerin sağlık kısmında daha 7ok g6zlem ve takip gerektiren serum takılması, kan alma, sonda takılması gibi girişimsel işlemlerden oluştuğu g6zlemlenmektedir. Ayrıca ambulans ve transfer hizmetleri de belediyelerde olduğu gibi 6zel olarak kendi imkanları ile 76z6lmesi gereken hizmet talebi olarak istenen bir diğer 6nemli hizmet 7eşididir.

Gerek kamu hastanesi gerek ilçe belediyesi, gerek büyükşehir belediyesi gerekse cepten ödenerek alınan hizmetler incelendiğinde ortak noktada alınan hizmetlerin büyük çoğunluğu sağlık hizmeti olup sağlık dışındaki sosyal ve destek bakım ihtiyaçlarında belediyelerin yeteri kadar etkin çalışmadığı veya kişilerin bu yönde taleplerinin çok olmadığı anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin içerisinde ise fizyoterapi ve psikoterapide hizmete ulaşmanın çok güç olduğu, kan alma, enjeksiyon, yara bakımı ve pansuman, damar yolu ile sıvı takibi ve hasta nakil süreçlerinde yaşanan sıkıntıların tüm hizmet veren kurumlardan yararlanan kişiler için ortak sorunlar olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 5 Aralık 2015 itibarıyla Evde Sağlık Hizmetleri Mevcut Durum.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Toplam Ulaşılan Hasta	16.651	124.085	244.961	380.814	510.352	693.648
Aktif Hizmet Sunulan Hasta	16.651	80.388	139.214	186.666	218.353	272.934
Birim Sayısı	407	642	715	817	915	947
Araç Sayısı	78	793	956	1.128	1.111	1.251
Personel Sayısı	478	3.512	4.143	4.248	4.605	5.091

Kaynak Keklik K. Evde Sağlık Hizmetleri (Mevcut Durum ve Bakanlık Vizyonu). Şubat 2016. https://www.tccd.org.tr/application/files/9815/2719/4698/14_Kanuni_Keklik_Evde_Saglik_Hizmetleri.pdf

Hastalardan diğer hizmetleri alabilirlerken serum takılması yönünde talepleri olup alamadığını söyleyen hastalar mevcuttur. Bu durum özelinde ise gerek hekim gerekse diğer sağlık çalışanları tarafından evde damar yoluyla sıvı takibinin oluşturabileceği riskler açısından ortak kanı olarak çekinceler olduğu ve bu haklılık payı yüksek nedenle hastane ortamında bu işlemin yapılmasının uygun görülmesinin böyle bir sonuç ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Bununla birlikte hastaların böyle zamanlarda hastaneye nakilleri de önemli bir sorun olmakta bu durum nedeni ile hastalar bu hizmeti alabilmek için aynı anda ilçede hizmet sunan başka bir birime yönlenecek zorunda kalmakta veya son çare olarak hizmeti kişisel harcamalar ile özel kişi ve kurumlardan talep ederek ihtiyaçlarını giderdikleri anlaşılmaktadır. Anket sonuçları incelendiğinde Maltepe ilçesinde kamu hastanesi tarafından hastalara sunulan hizmetlerden kan alma, enjeksiyon işlemleri ile yara bakımı ve pansuman işlemlerinde kısmen benzer sorunlar yaşandığı anlaşılmaktadır.

Serum takılmada olduğu üzere Bu hizmetlerin evde yapılmasının takip gerektiren ve olası risklerde müdahale şansının olmaması nedeni ile yataklı kurumlarda yapılması ve bunun belirli bir organizasyon dahilinde nakil işleminin hasta ve yakınlarına bırakılmadan ilgili kurumlarca gerçekleştirilmesi bu sorunun çözülmesi açısından önem arz eden durum olarak ortaya çıkmaktadır.

Kamu hastanesi yanında ilçe belediyesi, büyükşehir belediyesi veya diğer kurum kuruluşların bir veya birkaçından aynı anda hizmet alınabilme durumu İstanbul Maltepe ilçesinde olduğu kadar diğer İstanbul ilçelerinde ve hatta ülke genelinde bazı illerin büyük şehir belediyelerinde de aynı şekilde olduğu aşikardır.

Çalışma esnasında birden fazla kurum ve kuruluştan hizmet aldıklarını ifade edenler ile almadıklarını söyleyip alanların neden böyle bir yola başvurmuş oldukları sorulduğunda Aynı birimlerin istediğim hizmetlerin tamamını bir arada sunamamaları ve daha iyi tedavi ve bakım görebilmek için cevapları ön plana çıkmakla birlikte oransal olarak azımsanamayacak sayıda kişi tarafından da Eğer imkan var ise birden fazla birimden hizmet almak daha iyidir cevabı verilmiştir. Bu anlamda kamu hastanesi düzeyinde ülke genelinde tüm il ilçelerde evde sağlık hizmeti sunulmakla birlikte diğer anlamda ilçe veya büyük şehir belediyelerinin sunmuş oldukları hizmet tüm ülke genelinde yaygın olmayıp bu durum bu tür yaygın kanallardan sunum şekli ile aynı ilin farklı ilçelerinde oturanlar dahil tüm ülke genelinde eşit ve adaletli şekilde hizmete ulaşmayı mümkün kılmamaktadır. Ayrıca bu durum kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılabilmesi adına da önemli bir kayıptır.

Gerçek hizmet ihtiyacının ne olduğu ve tespitinde hekimler görev alsın da hastanın aile hekimi ve diğer hekimler başta olmak üzere birden fazla hekimle muhattap olması ve her hekimin kendi alanına göre ihtiyaç belirtmesi hastalarda kafa karışıklığına sebep olduğu gibi hastalarında muayene dışında herhangi bir hizmeti de evde sağlık ve bakım hizmeti sunan birimlerden talep etmelerinde herhangi bir engel bulunmaması hastalar açısından gerçek ihtiyacın tespitinin yapılmasını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle her ne olursa olsun hasta tarafından sözel talep edilen hizmetlerin onlar açısından gerekli olup olmadığının ilgili birim hekimi tarafından gerekli muayene ve değerlendirmesi sonrası yapılması ve ondan sonraki işlemlerin o hekimin kontrol ve organizasyonunda yürütülmesi gereklilik olarak göze çarpmaktadır. Nihayetinde hasta kamu hastanesine başvurduğunda doktor

muayenesi sonrası yapılması gereken işlemlere ulaşabilirken aynı işlemler için ilçe belediyesine veya büyükşehir belediyesine başvurduğunda doktor muayenesi olmadan da hizmet alabilmektedir. Bu durumdan hastalar gereksiz yere aynı hizmetten birden fazla faydalanabildiği gibi yine bu duruma bağlı olarak evde sağlık ve bakım birimlerinin nasıl olsa diğer birimler tarafından da ilçede hizmet verildiği bilinerek oraya yönlendirme veya hizmeti sunmama yönünde engeller çıkarabilecekleri de unutulmamalıdır. Bu nedenle hizmeti talep eden kişilerin yaşlı, hasta, engelli ve bakıma muhtaç kişiler olduğu düşünülürse bu kişilerin talepleri sonrası evde sağlık ve bakım birimlerinin değerlendirmesi ve ihtiyacın bu şekilde tüm yönleri ile değerlendirilip belirlenmesinin daha sağlıklı olacağı düşünülmektedir. Birimler tarafından sunulması gerekli hizmetlerin karar mekanizması da tüm birimlerde kullanılacak standardize edilmiş ve muayene, tahlil ve laboratuvar sonuçlarının kayıt altına alındığı, hasta veya yakınları tarafından bildirilen ekonomik gelir kayıtları dahil söylemlerin yazılı beyan ile tutulduğu ve ilgili devlet kurumlarında beyan edilen hususlar hakkında var olan kayıtlar ile kontrolü sağlanabilen, yine sosyal ve ekonomik diğer ihtiyaçlarında bu şekilde kayıt altına alınabildiği ve gerektiğinde ilgili bakanlık ve kurumların veri ağlarına bağlanabilen ortak bilişim altyapısına sahip bir merkezi veri sistemi ile takip edilebilmelidir.

Bu bilişim altyapısına sahip kurulacak sistem ile ülke genelinde tablo 29 da belirtildiği üzere 2015 yılsonu itibari ile 272,934 hasta ve bakıma muhtaç kişinin aktif olarak hizmet alamaya devam ettiği ve bu hizmetin ülke genelinde bilinir ve etkin şekilde verilmesi sonrası daha ne kadar çok sayıda artacağı öngörülememektedir. Ülke genelinde bu kadar çok sayıda ihtiyacı olan kişiye sunum esnasında gerek hizmeti alanlar gerekse de hizmeti sunanlar açısından tüm kayıtların şeffaf ve kontrol edilebilir, dijital ortamda her noktadan yetkili birimler dahilinde ulaşılabilir şekilde kayıtlı olması hizmetin her yönü ile verimliliğinin sağlanması ve kontrol edilebilirliği açısından elzemdir.

5.1. Hizmetin şekli ve özellikleri doğrultusunda kapsayıcı tanımı nasıl olmalıdır?

(Evde Sağlık Hizmetleri ?/ Evde Bakım Hizmetleri ?)

Bu iki kavram geçmişte de günümüzde de birbirinin yerine geçecek şekilde çokça kullanılmış ve hala da kullanılmaya devam etmektedir. Dünya genelinde ve ülkemizde de yapılan yasa, yönetmelik ile sağlık ve sigorta sistemlerine bakıldığında bu kavramların kendi içlerinde ayrı ayrı irdelenmediği ve bir çok yerde aynı anlama gelecek şekilde kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca literatür ve makale taramaları sonrası Avrupa başta olmak üzere diğer bir çok ülke eyalet veya yerel yönetim düzeyinde de aynı şekilde olduğu görülmektedir. Sağlık yaşamsal fonksiyonlar ve durumu etkileyen ötelenemez bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkarken, bakım yaşamsal fonksiyonların sürdürülebilmesi için gerekli olan argümanları sağlık dışı unsurlarda olabilen ve yaşamın her aşamasında farklı ihtiyaçlar doğrultusunda destek amaçlı verilmesi gereken hizmetler bütünüdür. Bu nedenle günümüz de bu iki isimlendirme içerisinde ortak noktalar olmakla birlikte bir çok farklı durumu barındıran hizmet ve içerikleri de mevcuttur. En önemli ortak noktaları ise yaşlılık, engellilik, düşünlük ve hastalık durumlarında kullanılıyor olmalarıdır. İki açıdan da ele aldığımız da birbirlerinin yerine veya farklı anlamlarda kullanılmalarının her zaman geçerli ve doğru olmadığı önemli ve ayırıcı bir tespit olarak öne çıkmaktadır. Buna örnek olarak 2005 yılında çıkarılan ve sağlık bakanlığı bünyesinde hastaneler tarafından verilecek hizmetler kapsam olarak evde bakım hizmetleri yönetmeliği doğrultusunda sunulurken bu kavram 2012 yılında çıkarılan yönerge ile evde sağlık hizmetleri adı altında değişikliğe uğramıştır. Bu karışıklığı gidermek adına öncelikli olarak bakıma muhtaç olan kişilerin ve ihtiyaç duyacakları sağlık ve bakım hizmetlerinin sınırlarının iyi çizilmesi gerekmektedir.

Yapılan çalışmadan da anlaşılmaktadır ki hizmet sunucuların farklı kanaldan olsalar bile bir kısmının sadece sağlık hizmeti vermesi(Kamu Hastanesi), diğerlerinin(İlçe Belediyesi, Büyükşehir Belediyesi) de sağlık hizmetleri ile birlikte diğer bakım hizmetlerini de sunuyor olabilmelerinin, yine bu birimlerin kendi isimlerini ayrı ayrı evde sağlık birimi(Kamu Hastanesi) veya Evde bakım hizmeti(Maltepe Belediyesi birimi) olarak adlandırmalarının anlam eşleştirmesine, hizmet talep edenlerde farklı hizmetleri de içeren durumlar olsa bile eş anlamlı kullanılmalarına sebep olduğu anlaşılmaktadır.

Genel anlamda sağlık hizmeti ve bakıma muhtaç kişilere yaşlı, engelli ve/veya hasta denilebilir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte beyindeki kimyasal iletkenlerin metabolizması ve üretiminde belirgin değişiklikler olur. Beyindeki bu olağan değişimler nedeniyle yaşla birlikte bellek, dikkat, hareket ve algılama gibi zihinsel işlevlerde kısmi bir kayıp gözlenir(57). Bu duruma göre yaşlılığı bir çeşit hastalık olarak değerlendirmek yanlış bir tabir olmayacaktır. Engelliliği ele alırsak ;doğum esnasında ve sonrasında herhangi bir hastalığa bağlı veya aniden ortaya çıkan sekel ,kaza veya çeşitli travmalara maruz kalınması sonucu ortaya çıkan fonksiyon kayıpları tablosu olarak adlandırabiliriz. Yine bulaşıcı olmayan kronik hastalıkları da (diyabet,tansiyon, obezite vb.) ani gelişmesi muhtemel komplikasyonlara zemin hazırlaması nedeni ile engelliliğe sebep olacak faktörler arasında değerlendirebiliriz. Bu durumlara göre engelliliğin süreğen akışını da hastalık olarak değerlendirmemiz çok doğaldır. Bu açıdan ele aldığımızda hastaların muayene, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine ihtiyaçları olabilecekleri gibi büyük kısmı sosyal ihtiyaçlardan oluşan diğer hizmetlere de(sosyal,hukuki, idari vb.) ihtiyaçları söz konusu olacaktır.

Hasta, yaşlı ve engellileri hastalık olgusu çerçevesinde değerlendirip gereksinim duyacakları hizmetleri bir bütün olarak ele aldığımız da profesyoneller (doktor, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, hemşire) ve bunların danışmanlığı ve eğitimi eşliğinde enformel bakıcılar tarafından verilecek gerek sağlık hizmetleri gerek sosyal hizmetler gerekse de diğer bakım hizmetleri bir bütün halinde onların sağlıklarını korumak veya arttırmak adına yapılan hizmetler olarak değerlendirilmelidir. Nihayetinde bu kişilere sunulan hizmetlerin tamamı sağlık hizmeti olmasa da sağlık bakım hizmeti dışında yer alan bakım hizmetlerinin de uygulama amacı hasta ve insan odaklı olup kişinin sağlığını bütünüyle korumak veya geliştirmeye yöneliktir.

Bu nedenle hastalara evde verilecek başta muayene, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere formal ve informal düzeyde verilecek tıbbi ve diğer tüm bakım süreçlerinin tamamının hizmet veren kişi, kurum ve kuruluşlar farklı olsalar bile **Evdesağlık ve bakım hizmetleri** adı altında ortak bir çatıda toplanması ve bu şekilde adlandırılması daha doğru bir tabir olacaktır. Bu başlık ihtiyaç duyulan hizmetleri verecek kurum, kişi ve kuruluşlara göre evde sağlık veya evde bakım hizmetleri şeklinde alt başlıklara ayrılabilme imkanı verse de dünyada ve ülkemizde gerek sağlık gerek diğer

bakım hizmetlerini kendi misyonları gereği ayrı ayrı veya bir arada vermek zorunda olan birden fazla kurum ve kuruluş(hastaneler, yabancı devletler için eyalet yönetimleri, il, ilçe belediyeleri, kamuda değişik bakanlıkları tarafından verilen sağlık ve bakım hizmetleri vb.)bulunması dolayısı ile bu kavramları ayrı ayrı ele almak işleri daha da karıştıracaktır. Ama aynı çatı altında toplanarak hizmetlerin sınırlarının belirlenip hangi hizmetin hangi kurum veya kişiler tarafından verileceğinin amaca yönelik tespit edilmesi ve işbirliği ve organizasyon dahilinde hizmet sunulması daha gerçekçi bir yöntem olarak görünmektedir.

Böylece bir tanımlama yapacak olursak; kişinin farklı etkenlere bağlı olarak ihtiyaç duyması halinde kısa süreli veya uzun süreli zamanlarda verilebilecek sağlık ve diğer bakım ihtiyaçlarının tamamının formel ve /veya enformel kişiler tarafından kendi ev ortamında sunulmasına “*Evde sağlık ve bakım hizmetleri*” denir.

Bu tanım kapsamında Evde sağlık ve bakım hizmetleri doğrultusunda verilen hizmetleri ana hatları ile;

- I. Muayene, tanı, tedavi ve rehabilitasyon içerikli tıbbi bakım süreçleri,
- II. Kişilerin yaşam alanlarının düzenlenmesi ,beslenme, giyinme ,kişisel hijyen, ekonomik yardımlar ile ilgili düzenlemeler ve takibi, idareye karşı sorumluluklar ve haklar ile sosyal çevre ile entegrasyonun sağlanması açısından diğer sosyal bakım ve destek hizmet süreçleri şeklinde iki ana başlığa ayırmak oldukça faydalı ve etkin olacaktır.

5.2. Örnek Hizmet Sunum Modeli Önerisi

Tartışma bölümünde Maltepe ilçe örneğinde elde edilen verilerin incelenmesi sonrası yaşanan benzer sorunların aynı şekilde sunum yapılabilmesinde bir engel olamayan ülke genelinde de diğer iller ve ilçelerde de yaşanmayacağını belirtmek pek mümkün görünmemektedir.

Bu doğrultuda Öncelikli olarak hizmetin kafa karışıklığına sebep olmadan herkes tarafından kabul görebilmesi için, adının net ve kabul görür bir tanımlama ile belirlenmesi gerekmektedir. Bu anlamda hizmetin adına içeriği ve boyutları göz önüne alınarak “**evde**

sağlık ve bakım hizmetleri” denilmesi genel ve kapsayıcı olması adına önemli bir adım olacaktır.

Talep edenlerin hizmet ihtiyaçlarının sağlıklı belirlenebilmesi adına da evde sağlık ve bakım hizmetlerinin ana hatları ile sağlık hizmetleri süreçleri ile sosyal ve destek bakım hizmetleri süreçleri olarak 2 ana başlığa ayrılması uygun olacaktır.

İhtiyaç halinde sunulmak üzere sağlık hizmetleri süreçlerini içeriğe uygun şekilde;

- Muayene,
- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri,
- Tetkik, Tahlil (Görüntüleme, Kan Hizmetleri),
- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon,
- Psikoterapi,
- Beslenme ve Diyet Hizmetleri,
- Hemşirelik Bakım Süreçleri,
- Hasta Nakil Hizmetleri,

gibi başlıklar altında ayırabiliriz.

Sosyal destek ve bakım hizmet süreçlerini ise başka faktörlere bağlı değişebilen yönleri olmakla birlikte;

- Ev İdaresi (ev bakım ve onarımı, ev temizliği servisi, evlere yemek servisi),
- Kişisel Hijyen (evde berber ve kuaför hizmetleri, manikür ,pedikür hizmetleri),
- Yardımcı ve Bakıcı Desteği,
- Nakil ve Transfer İşlemleri,
- Gıda, giyim, yakacak vb. ayni ve ekonomik diğer yardımlar,
- Hukuki ve idari yardımlar

şeklinde sınıflayabiliriz.

Bu başlıklar altında talepte bulunan kişilere, hangi hizmetin hangi kurumlar tarafından ne zaman ve ne şekilde verileceğinin sınırları ve kurumların görev alanları net bir şekilde belirlenmelidir. Bu durum her yerel yönetim düzeyinde etkin bir şekilde sağlanmalı ve ülke

genelinde politika oluşturulması ve kaynakların etkin planlanabilmesi için merkezi veri sistemini ağı ile verilerin tamamı tek bir merkezde toplanabilmelidir.

Yine hizmetin ülke genelinde aynı düzey ve kalitede herkesin ulaşabileceği şekilde sunulabilmesi adına içeriklerin, tıbbi, sosyal ve ekonomik faktör ve referanslar eşliğinde kritize edilerek hakkaniyetli ve bilimsel ölçekli standardizasyonun sağlanması ve akredite bir şekilde takibinin yapılması gerekmektedir.

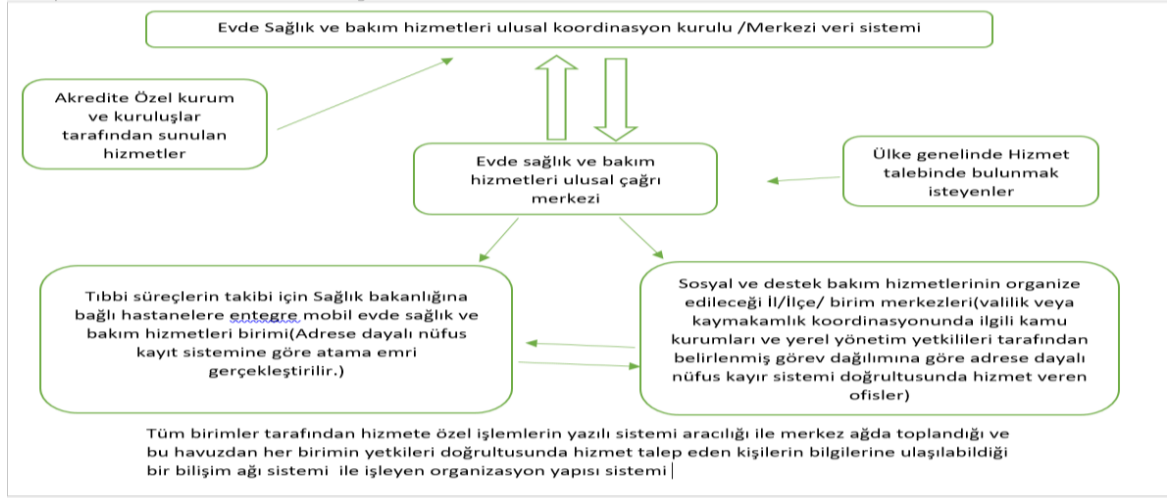
Maltepe ilçe örneğinde gerçekleştiği gibi Yerel düzeyde hizmet sunan tüm kaynakların evde sağlık ve bakım hizmeti ihtiyacı duyanlara hizmetin tüm bileşenlerini kapsayacak şekilde; eşit, ulaşılabilir ve aynı düzeyde hizmet sunduklarını söylemek pek mümkün görünmemektedir. Bu durumun aynı anda kamu kurumları ve yerel yönetimlerince benzer şekilde sunulan diğer il ve ilçeler de olmayacağına yönelik bir çalışma ve veri bulunmamaktadır hatta insan davranışları ve hizmete ulaşma yöntemleri göz önünde bulundurulduğunda oralarda benzer durumların gözleneceği düşünülmektedir. Burada temel sorun; bakanlık ve bağlı kurumlar aracılığı ile sunulan hizmetten yararlanma kriterleri eleştirilebilir olsa da yasal mevzuat ve yönetmelikler kapsamında belirlenmekte iken bu alanda hizmet sunumu ve sağlayıcısı olmalarında herhangi bir yasal mevzuat ve engel bulunmayan il, ilçe ve büyükşehir belediyeleri ile diğer kurum ve kuruluşların kendi belirledikleri kriterler esas alınarak hizmet sunmaları ülke genelinde hizmete ulaşmada fırsat eşitliğini ortadan kaldıran bir durum olarak önümüze çıkmaktadır.

Bu yönüyle yaşanmakta olan çok başlılığın ortadan kaldırılabilmesi adına konunun 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamına benzer bir şekilde ele alınması ve finansmanı ile birlikte SGK benzeri tek çatı altında toplanması oldukça faydalı bir iş olacaktır. Unutmayalım ki; sağlıkta dönüşüm programı öncesinde genel sağlık hizmetleri ülke genelinde değişik kurum ve kuruluşlar aracılığı ile sadece kendi mensuplarına sunulan, içerik ve finansman açısından herkesin farklı kapsamlarda katılım sağladığı, herkesin istediği an ihtiyaç duyduğu hizmeti alamadığı bir noktadayken şuan ülke genelinde yaygın, ulaşılabilir ve aynı hizmetlerin alınabildiği bir konuma gelinmiştir.

Soruna çözüm üretilmesi adına organizasyon yapısı açısından evde sağlık ve bakım ihtiyacı duyan her kişi veya yakınının şuan mevcutta sağlık bakanlığı tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerini organize etmek adına kullanmakta olduğu ülke geneline hizmet

veren ortak çağrı sistemi benzeri bir sistemin hizmetin tüm bileşenlerini kapsayacak kurumları da sisteme dahil etmek kaydı ile sunulması iyi bir çözüm önerisi olabilir. Bu çağrı sistemine başvuran kişilerin hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi adına adrese dayalı nüfus kayıt veya beyan edilen adres doğrultusunda tüm ilgili kurum birimlerine hizmet emri atanarak ilk ziyaretin gerçekleştirilip her kurumun kendi sorumlulukları dahilinde hizmet ihtiyaçlarını belirleyerek ortak veri sistemine bildirmesi hizmet talep eden kişinin hangi hizmete ne şekilde ihtiyaç duyduğunun tespiti için çok önemli bir adım olacaktır. Mevcutta bu hizmetin sağlık ayağı sağlık bakanlığı bünyesinde merkezi çağrı sistemi ile mevcut imkanlar dahilinde de sunulmak ile birlikte hizmetlerin diğer çeşitlerini sunmak ile yükümlü kurumlar ile işbirliği ve eşgüdüm sağlayacak bir idari yapı ve organizasyon bulunmamaktadır. Görev sorumlulukları açısından tıbbi hizmet süreçlerinin tamamının ülke genelinde her ilçede hizmet sunma kapasitesine sahip sağlık bakanlığınca yürütülmesi, diğer sosyal ve destek bakım hizmetlerinin de yerelde en küçük birimlere kadar yerel yönetimler ve devletin diğer kurumları tarafından o bölgenin coğrafi yapısı, sosyoekonomik durumu, kurumların insan kaynağı vb diğer faktörler göz önünde bulundurularak değerlendirilip karşılıklı işbirliği ve organizasyon yapısı doğrultusunda (Her ilde valilik, İlçelerde Kaymakamlık koordinasyonluğunda) ihtiyaç sahiplerine sunulması hizmetin, kaynakların etkin ve verimli kullanılarak verilmesini sağlayacağı gibi sürdürülebilirlik açısından da çok önemli bir işlevi olacaktır. Her ne kadar aynı ilçe özelinde yapılan çalışma da (58) yerel yönetimlerin bu konuda hizmet sunanlar için kaynak aktırılarak desteklenmesi gerektiği söylene de aynı hastalara çoğu zaman aynı hizmetler için kamu kaynakları ile finanse edilen farklı birimler tarafından hizmet sunulması ülke kaynakları için bir kayıp olacak ve hizmetin ülke genelinde sunumu esnasında sürekliliği ve etkinliğini ortadan kaldıracaktır. farklı birimler sunulması tüm birimler tarafından doğrultusunda sunulması kamu kaynakları ve Kişiler istemeleri halinde hizmeti merkezi sisteme veri göndermesi kaydı ile akredite olmuş özel kurum ve kuruluşlardan da temin edebilmelidirler. Bu yöntemin en önemli belirleyicisi finans sistemi olmakla birlikte bu konuda merkezi sistemden elde edilen veriler eşliğinde sağlık süreçlerinin finansman modeli ayrı, sosyal ve destek bakım hizmetlerinin finansmanı ayrı olabileceği gibi hizmet talepleri göz önünde bulundurularak projeksiyon yöntemleri ile ortak finansman modeli de belirlenebilir. Finansman modeli dünyada uygulanan farklı modeller de incelenerek sağlık ve sosyal yardım politikaları için kullanılmakta olan

mevcut kaynakların mali ve iktisadi boyutuyla yeniden gözden geçirilip hizmetin kendi iç dinamiklerine göre belirlenmesi daha uygun olacaktır.



Şekil 31 Örnek Model Ülke geneli organizasyon şeması

KAYNAKLAR:

1. Somunoğlu S. Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi. içinde Sağlık Kurumları Yönetimi-1. TatarM, Ed. 1. Baskı, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2631, Aikğretim Fakültesi Yayını No: 1599: 2012, pp. 2-25.
2. Bolsoy N, Sevil . Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(3):78-87.
3. nder R. Sağlık Arama Davranışı ve Etki Eden Etkenler. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Aydın, 2014 (Danışman: Prof. Dr. O. Başak).
4. Somunoğlu S. Kavramsal açıdan sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi Sonbahar 1999; 4(1):51-62.
5. Aktan CC, Işık AK. 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık: 21 Hedef.
<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkes-icin.pdf>
6. Akdur R. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu lkeleri ile Kıyaslanması nc Baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2000.
7. Yıldırım A. Sağlık kurumlarında üretim ve süreç yönetimi üzerine bir değerlendirme: Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi rneği. TheJournal of AcademicSocialScienceStudies International Journal of SocialScienceAutumn III 2014; 29:459-460.
8. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge.
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240
9. Tezel A. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi. Ankara Üniversitesi Açık Ders Malzemeleri.
https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/7785/mod_resource/content/0/6.Hafta-
10. Ottawa Charter forHealthPromotion, 1986. WHO Europe.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
11. şimşek Z. Sağlığı geliştirmenin tarihsel gelişimi ve örneklerle sağlığı geliştirme stratejileri. TAF PreventiveMedicineBulletin 2013; 12(3):343-358.
12. Declaration of Alma-Ata International Conference on PrimaryHealthCare, 1978.
https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
13. Türk Dil Kurumu.
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c3cd3b8052ba1.34967729
14. Genç Y, Barış İ. Yaşlı bakım hizmetlerinde ağdaş yaklaşım: kurumsal bakım yerine evde bakım hizmetlerinin gclendirilmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi Mart 2015; 3(10):36-57.

15. Bilge U, Elçioğlu Ö, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. Türkiye’de yaşlı evde bakım hizmetleri.Euras J FamMed 2014; 3(1):1-8.
16. Danış MZ, Solak Y. Evde bakım hizmetlerinin organizasyonu: Hollanda örneği. TheJournal Of AcademicSocialScienceStudies Spring 2014; 24:57-71.
17. Aksoy H, Kahveci R, Şencan İ, Kasım İ, Özkara A. Evde bakım hizmetlerine genel bakış ve Türkiye’deki mevcut durum. TurkMed J. 2015; 7(2):162-168.
18. Home-BasedLong-TermCare: Report of a WHO StudyGroup. WHO Technical Report Series 898. World HealthOrganization, Geneva; 2000. <http://www.who.int/iris/handle/10665/42343>
19. Kaya, H., Özkan, B., Ayhan, F., Gökalp, G. Evde Bakımda Kanıtı Dayalı Psikososyal Müdahaleler. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi 2015; 2(2).
20. Türkiye Sağlık Araştırması 2016. TÜİK Haber Bülteni 31 Mayıs 2017: 24573. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573>
21. Obesityrates. OECD HealthStatistics 2018. <http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm>
22. TURDEP-II Çalışma Grubu. TURDEP-II Sonuçlarının Özeti. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, 2010. http://istanbultip.istanbul.edu.tr/wpcontent/uploads/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aci_klamasi.pdf
23. Obezite ve Hipertansiyon. TurkishJournal of EndocrinologyandMetabolism. <http://www.turkjem.org/fulltext/obezite-ve-hipertansiyon-2779>
24. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. <https://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0014899.pdf>
25. Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması 2010. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Kasım 2011.
26. Nüfus ve Konut Araştırması 2011. TÜİK. <https://eyh.aile.gov.tr/uploads/pages/nufus-ve-konut-arastirmasi-2011/nka-internete-verilecek-2.docx>.
27. İstatistiklerle Yaşlılar 2016. TÜİK Haber Bülteni 16 Mart 2017: 24644. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>
28. Nüfus Projeksiyonları 2018-2080. TÜİK Haber Bülteni 21 Şubat 2018: 30567. www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=30567
29. Madenoğlu Kıvanç M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri HSP2017;4(2):132-135.
30. Keklik K. Evde Sağlık Hizmetleri (Mevcut Durum ve Bakanlık Vizyonu).Şubat 2016.https://www.tccd.org.tr/application/files/9815/2719/4698/14_Kanuni_Keklik_Evde_Saglik_Hizmetleri.pdf

31. Türkiye'de 2014'te 159 bin kişiye kanser teşhisi kondu. Anadolu Ajansı, 02.02.2015
<https://www.aa.com.tr/tr/saglik/turkiyede-2014te-159-bin-kisiye-kanser-teshisi-kondu/78427>
32. Şencan İ, Keskinlik B. (Eds). Türkiye Kanser İstatistikleri. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara, 2017.
33. Kara F, İltter H, Keskinlik B. (Eds). Türkiye Kanser İstatistikleri 2015. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ankara, 2018.
34. Yıllara göre kaza ve yaralı sayıları, 2017.Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığı.
www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1586
35. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanılmaz D, Erdem S. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Tıp Dergisi - IstanbulMed J2010;11(3):125-132.
36. Aksoy H, Kahveci R, Şencan İ, Kasım İ, Özkara A. Evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve uygulamaları. *TurkMed J.* 2015; 7(1):118-123.
37. Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007 (Danışman: Prof. Dr. D. Tengilimoğlu).
38. Özer Ö, Şantaş F. Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 3(2):96-103.
39. Osmanlı'da tedavi ücretsizdi, doktor eve kadar gidip hastasıyla ilgilenirdi.
www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-osmanlida-tedavi-uccretsizdi-doktor-eve-kadar-gidip-hastasiyla-ilgilenirdi-1-11-66854.html
40. T.C. Resmi Gazete. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Sayı: 1593, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 6 Mayıs 1930.
41. Çoban M, Esatoğlu AE, İzgi MC. Türkiye'de evde sağlık ve bakım hizmetleri uygulamalarının mevzuat içindeki tarihsel değişimi. *Türkiye Biyoetik Dergisi* 2014; 1(3):154-76.
42. T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Kanunu. Sayı: 6283, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 2 Mart 1954.
43. T.C. Resmi Gazete. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963 Yıllık Programı. Sayı:11329, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 8 Şubat 1963.
44. T.C. Resmi Gazete. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Sayı:224, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 12 Ocak 1961.
45. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik. Bakanlar Kurulu Kararı, Sayı: 6/3470, 17 Ağustos 1964.

46. Çavuş FÖ. Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
47. T.C. Resmi Gazete. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Sayısı: 25751, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 10 Mart 2005.
48. T.C. Resmi Gazete. Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Sayı: 5378, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 7 Temmuz 2005.
49. Onarcan M. Türkiye’de evde bakım hizmetleri ve ülke modeli için öneriler. SD Platform 2 Ağustos 2011, 19.
<http://www.sdplatform.com/Dergi/519/Turkiyede-evde-bakim-hizmetleri-ve-ulke-modeli-icin-oneriler.aspx>
50. Erkoç Y, Çom S, Torunoğlu A, Alataş G, Kahiloğulları AK. (Eds). T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. ANKARA, 2011.
51. Özer Ö, Yıldırım HH. Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine yönelik bir uygulama. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Eylül 2016; 8(16):149-161.
52. Akdağ R, Mollahaliloğlu S. Kamu Hastanelerinin Genel Verimliliğinin Değerlendirilmesi: Araştırma Raporu. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara, 2011.
53. Tatar M. Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi 2011; 1:103-133.
54. Uğurluoğlu E, Özgen H. Sağlık hizmetleri finansmanı ve hakkaniyet. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2008; 11(2):133-159.
55. T.C. Resmi Gazete. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Sayı: 30322, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 4 Şubat 2018.
56. Sağlıkta Kalite Standartları Evde Sağlık. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Ankara, Ocak 2017.
57. Geriatri nedir? <https://www.acibadem.com.tr/Hayat/Bilgi/geriatri-nedir>
58. <http://www.evdebakimkongresi2017.com/gorseller/files/evdebakim-kitap.pdf> Sosyal Yardım Başvurusunda Bulunan Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılama Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: 2013 Yılı T.C. Maltepe Belediyesi Örneği/ Sözel bildiri

EKLER

EK 1.ANKET FORMU

EVDE SAĞLIK (Mobil Sağlık) VE BAKIM HİZMETLERİNDEN YARARLANAN HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİ VE KURUM TERCİHLERİNİ BELİRLEME ANKET FORMU

Bu çalışma Evde Sağlık Ve Bakım Hizmeti alan hastaların aldıkları hizmetlerde kurum tercihlerinin neler olduğu, var ise çeşitliliğin kaynağının irdelenmesi açısından bilimsel bir çalışmada kullanılmak üzere hazırlanmıştır.

HASTANIN:

Adı:

Soyadı:

(1)Kaç Yıldır İstanbul da İkamet ettiği:

(1)Doğum Tarihi: .././....

Cinsiyeti: E() K()

Mesleği:

Sosyal Güvencesi: Ücretli çalışan() GSS() özel sigorta() Yeşil Kart() Diğer()

Gelir Durumu: (TL/ay)

Gelir 0-500 () 501-1500 () 1501- 2500 () 2500-5000 () Diğer()

Gelir yok () Aile reisi bakıyor() Bakıma muhtaç aylığı() Diğer Sosyal Yardımlar()

Günlük yaşam aktiviteleri/Kronik hastalık bilgisi

Yaşam Alanı:

Kendi evi () Kira() 1.derece yakını veya akrabası() Bakım evi()

Yatağa bağımlılık durumu: Tam bağımlı() Yarı Bağımlı() Bağımsız()

Kişisel Bakım: (Giyinme, Yemek yeme, Tuvalet, Banyo, Tırnak bakım)

Kendisi() Bakıcısı() Ailesi() Komşusu() diğer()

Ev ortamında Kullandığı Yardımcı Araç ve gereçler:

- Tekerlekli sandalye () Wc yükseltici ()
- Yürüteç(walker) () Koltuk değneği / baston()
- Havali yatak () ortez (uzuvun çalışmaması sonrası destekleyici atel vb) ()
- Protez (uzuv kopması sonrası yerini tutan cihazlar, takma kol, takam bacak ,Takma diş vb) ()
- Diğer() Hiçbirisi ()

1) Sizin için Evde Sağlık Hizmeti aşağıdakilerden hangi hizmetleri kapsamalıdır.?

- a. Evde muayene ()
- b. Evde Bakım takibi (saatlerine göre ilaçların zamanında alınması, Hemşirelik bakımı, perhiz ve diyet yemeklerin takip ve kontrolü vb) ()
- c. Evinizin ve kendinizin kişisel temizliği ve bakımı (ev temizliği,traş,banyo,yemek yapımı vb) ()
- d. Hastaneye veya ilgili sağlık merkezine transferiniz ()
- e. Gerektiğinde Dışarıdaki ihtiyaçlarınızın karşılanması (alışveriş, banka, resmi kurum ve kuruluşlar ile ilgili işlemleriniz vb) ()
- f. Diğer ()

2) Hastalığınızla ilgili Takibinizi yapan ilgili branş Hekiminiz tarafından Evde Aşağıdaki verilen TIBBİ Hizmetlerden hangisini almaya ihtiyacınız olduğu söylendi?

- a. Doktor Muayenesi ()
- b. Kan alma()
- c. Enjeksiyon()
- d. Pansuman()
- e. Yara bakımı()
- f. Fizyoterapi/Fizik tedavi ()
- g. Psikoterapi()
- h. Diyet hizmetleri()
- i. Tıbbi cihaz bakım onarımı ve değişimi()
- j. Diğer()

3) İhtiyacınız olduğu söylenen hizmetlerin hepsini alabiliyor musunuz?

- a) evet () b) hayır () c) kısmen()

4) (3. Soruya cevabınız hayır ise) Yukarıda belirtilen Hekiminizin almanızı söylediği hangi hizmetleri alamıyorsunuz?

- a. Doktor Muayenesi ()
- b. Kan alma()
- c. Enjeksiyon()
- d. Pansuman()
- e. Yara bakımı()
- f. Fizyoterapi/Fizik tedavi ()
- g. Psikoterapi()
- h. Diyet hizmetleri()
- i. Tıbbi cihaz bakım onarımı ve değişimi()
- j. Diğer()

5) (3. Soruya Cevabınız Kısmen ise) Hekiminizin almanızı söylediği hizmetlerden hangilerini alabiliyorsunuz?

- a. Doktor Muayenesi ()
- b. Kan alma()
- c. Enjeksiyon()
- d. Pansuman()
- e. Yara bakımı()
- f. Fizyoterapi/Fizik tedavi ()
- g. Psikoterapi()
- h. Diyet hizmetleri()
- i. Tıbbi cihaz bakım onarımı ve değişimi()
- j. Diğer()

6) Sağlık hizmetlerinin Hastaneler dışında Belediyeler, Özel kuruluşlar ve /veya kişiler tarafından da evde verilebildiğini biliyor musunuz.?

- a) Evet () b) Hayır() c) Bu konuda hiçbir bilgim yok ()

7) (6.soruya evet cevabı verildi ise)Belediye veya özel kişi / kuruluşlardan böyle bir talepte bulundunuz mu?

- a) Evet () b) Hayır ()

7.SORUYA EVET CEVABI VERENLER 8.9.10 VE 11.12. NUMARALI SORULARDAN KENDİLERİNE UYGUN OLANLARI CEVAPLAYACAK OLUP 7. SORUYA HAYIR CEVABI VERENLER İSE 13.14. NUMARALI SORULARA CEVAP VERECEKLERDİR.

8) Hizmet almak için Başuruda Bulunduğunuz Kişi, kurum, kuruluşlar kimler ?

- a) İlęe belediyesi () b) Büyükşehir Belediyesi () c) Özel kişi /kuruluş () d) Hepsisi()

9) Eğer ilęe Belediyesinden(Maltepe belediyesi) hizmet alıyorsanız belediye tarafından sunulan aşağıdaki hizmetlerden hangisi/hangilerini evinizde alabiliyorsunuz.?

- a. Doktor Muayenesi ()
- b. Kan alma()
- c. Enjeksiyon()
- d. Pansuman()
- e. Yara bakımı()
- f. Fizyoterapi/Fizik tedavi ()
- g. Psikoterapi()
- h. Diyet hizmetleri()

- i. Tıbbi cihaz bakım onarımı ve değişimi()
- j Hastane veya gideceğiniz yerlere araçla nakil hizmeti()
- k Ev temizliği, Yemek servisi, ()
- l Kişisel Temizlik Hizmetleri(Banyo, kuaför, çamaşır yıkama, tırnak bakımı vb) ()
- m Diğer ()

10) Eğer Büyük Şehir Belediyesinden(İstanbul Büyük Şehir Belediyesi) hizmet alıyor iseniz aşağıdaki sunulan hizmetlerden hangisi/ hangilerini evinizde alabiliyorsunuz?

- a. Doktor Muayenesi ()
- b. Kan alma()
- c. Enjeksiyon()
- d. Pansuman()
- e. Yara bakımı()
- f. Fizyoterapi/Fizik tedavi ()
- g. Psikoterapi()
- h. Diyet hizmetleri()
- i. Tıbbi cihaz bakım onarımı ve değişimi()
- j Hastane veya gideceğiniz yerlere araçla nakil hizmeti()
- k Ev temizliği, Yemek servisi, ()
- l Kişisel Temizlik Hizmetleri(Banyo, kuaför, çamaşır yıkama, tırnak bakımı vb) ()
- m Diğer ()....

11)Eğer Özel Kurum ve /veya kişilerden Kendi cebinizden yaptığınız ödemeler ile hizmet alıyorsanız aşağıdakilerden hangisi/hangilerini evde alıyorsunuz?

- a. Doktor Muayenesi ()
- b. Kan alma()
- c. Enjeksiyon()

- d. Pansuman()
- e. Yara bakımı()
- f. Fizyoterapi/Fizik tedavi ()
- g. Psikoterapi()
- h. Diyetisyen hizmetleri()
- i. Tıbbi cihaz bakım onarımı ve değişimi()
- j. Diğer ()....

12)Birden Fazla kurum ve kuruluştan Hizmet almak istemenizin önem sebebine göre sıralaması nasıl olurdu.?(cevap tek şık olacağı gibi 1/2/3 şeklinde önem derecesine göre sıralama yapılacak)

- a. Daha iyi tedavi olmak ve bakım görebilmek için ()
- b. Ayrı birimlerin istediğim hizmetlerin tamamını bir arada verememeleri ()
- c. Eğer imkan var ise birden fazla birimden hizmet almak daha iyidir.()
- d. Diğer () ...

‘‘13, 14 ve 15 Numaralı sorular 7.soruya hayır cevabı veren kişiler tarafından doldurulmalıdır.’’

13)Eğer İkamet ettiğiniz belediye ve/veya Büyükşehir belediyesinden hizmet almış olsaydınız aşağıdaki hizmetlerin hangilerini evinizde sunmasını isterdiniz?

- a. Doktor Muayenesi ()
- b. Kan alma()
- c. Enjeksiyon()
- d. Pansuman()
- e. Yara bakımı()
- f. Fizyoterapi/Fizik tedavi ()
- g. Psikoterapi()
- h. Diyet hizmetleri()
- i. Tıbbi cihaz bakım onarımı ve değişimi()
- j Hastane veya gideceğiniz yerlere araçla nakil hizmeti()
- k Ev temizliği, Yemek servisi, ()
- l Kişisel Temizlik Hizmetleri(Banyo, kuaför, çamaşır yıkama,tırnak bakımı vb) ()
- m Diğer ()

14)Özel Kurum ve /veya kişilerden Kendi cebinizden ödeme yaparak(özel sigortacılık sistemi ile veya peşin ödeme yaparak) hizmet alma fırsatınız olsaydı hangi hizmetlerin evinizde sunulmasını talep ederdingiz.?

- a. Doktor Muayenesi ()
- b. Kan alma()
- c. Enjeksiyon()
- d. Pansuman()
- e. Yara bakımı()
- f. Fizyoterapi/Fizik tedavi ()
- g. Psikoterapi()
- h. Diyetisyen hizmetleri()
- i. Tıbbi cihaz bakım onarımı ve değişimi()
- j Diğer ()....

15)Birden Fazla Birimden hizmet alan kişileri düşünecek olur isek acaba sizce neden birden fazla kurum ,kişi veya kuruluşlardan hizmet almak istemiş olabilirler.? (Birden fazla şıkka cevap verilebilir.)

- a. Daha iyi tedavi olmak ve bakım görebilmek için ()
- b. Ayrı birimlerin istediğim hizmetlerin tamamını bir arada sunamamaları ()
- c. Eğer imkan var ise birden fazla birimden hizmet almak daha iyidir.()
- d. Diğer ()

Hasta veya yakının (Hastanın engeli veya sağlık durumunun elverişli olmadığı durumlarda bakıcısı veya yakının onayı alınacaktır.)

Adı ve Soyadı:

İmza:

Tarih:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Nuh	Soyadı	Akdoğan
Doğum Yeri	İçel(Mersin)	Doğum Tarihi	20/06/1978
Uyruğu	T.C	Telefon	05056662636
E-mail	akdogannuh@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans		
Lisans	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Bölümü/(Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Bölümü)	1996-2002
Lisans	Anadolu Üniversitesi (AÖF) İktisat Fakültesi/ Kamu Yönetimi	2009-2013
Lise	Mersin Tevfik Sırrı Gür Lisesi	1992-1995

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.Fizyoterapist/Birim İdari sorumlusu	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2018-2018
2.Fizyoterapist/Uzman	İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	2015-2018
3.Fizyoterapist/Uzman /Saha Görevlisi	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Beyoğlu Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği (Koordinatör Genel Sekreterlik)	2013-2015
4.Fizyoterapist/Ortopedi, Nöroşirürji Kliniği	Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2008-2013
5.Fizyoterapist	Dr. Ayten Bozkaya Spastik Çocuklar Hastanesi	2005-2008
6.Sorumlu Fizyoterapist	Karaman Özel Rehabilitasyon	2003-2005

	Merkezi	
--	----------------	--

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	orta	zayıf	zayıf

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	66,27229	66,94027	62,17397
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Word	İyi
Excell	iyi
Power Point	iyi