

Sağlıklı Nesiller Derneği

Sağlık ve Eğitim Yayınları 1

EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Hazırlayan

Dr. Dursun AYDIN (MD)

Ankara 2005

Kapak ismi : Evde Bakım Hizmetleri

Hazırlayan : Dr. Dursun AYDIN

Redaksiyon : Enginer BİRDAL

Yapım ve Organizasyon : Aren Tanıtım Hizmetleri Tic. Ltd. Şti.
0.312 430 70 81-82
www.arentanitim.com.tr

Kapak Tasarım : Kadir AKARSU

Baskı : Başak Matbaası
0.312 384 27 61

ISBN 975- 00605 - 0 - 4

Bu Kitap;
Sağlıklı Nesiller Derneği 15 / 2005 Sayılı Kararıyla bastırılmıştır.

Bütün Yayın ve Telif Hakları Dr. Dursun AYDIN'a aittir.

5846 Sayılı Fikir eserleri kanunu gereğince yazardan yazı ile izin alınmaksızın çoğaltılamaz. Kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

Birinci Baskı Kasım 2005 - 10.000 Adet Basılmıştır.

Sağlıklı Nesiller Derneği

Sağlık ve Eğitim Yayınları 1

EVDE BAKIM HİZMETLERİ



Bu Kitap Sağlıklı Nesiller Derneği'nin hediyesidir.

Ücretle satılmaz.

www.sagliklinesiller.org

**“Bir insan topluma faydalı olduğu kadar
değerlidir”
Dr. Dursun AYDIN**

**Bu kitap beni maddi-manevi olarak destekleyip yetiştirenlere ve
sağlıklı nesillerin inşaasına çalışanlara
ithaf olunur.**

Kitap isteme adresi:

Sağlıklı Nesiller Derneği

ř. Adem Yavuz Sok. 9/18 Kızılay / ANKARA

Tel - Faks : 0 312 419 02 79

Eleştiriler ve öneri için: irtibat@sagliklinesiller.org

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	7
SUNUŞ.....	9
KİTAP HAKKINDA.....	11

BÖLÜM 1

EVDE BAKIM KAVRAM VE KAPSAMI.....	14
Dünyada Evde Bakımın Tarihçesi.....	14
Türkiye’de Evde Bakımın Tarihçesi.....	17
Evde bakım hizmeti.....	19
Evde Bakımın Avantajları.....	20
Evde Bakım Hizmetlerinin Amacı.....	20
Evde Bakım Hizmet Çeşitleri.....	21
A) Evde Sağlık Hizmeti Sunumu.....	21
B) Yaşlılar Ve Özürlülerin Evde Bakımı.....	22
C) Hastanede Refakatçi Hizmetleri.....	22
Evde bakım tedavi maliyetlerini düşürebilir mi?.....	25

BÖLÜM 2

DÜNYADA YAŞLI BAKIMI VE EVDE BAKIM.....	32
Almanya’da Bakım Hizmetleri.....	39
Avrupa’lılar Bakım İçin Başka Ülkelere Gidebilir mi?.....	44
Danimarka’da Bakım Hizmetleri.....	46
Hollanda’da Bakım Hizmetleri.....	49
Avrupa’da Bakım Hizmetlerinin Nihai Değerlendirilmesi.....	53
Türkiye’de Yaşlı Tatil Köyleri.....	54

BÖLÜM 3

ÜLKEMİZDE BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI.....	58
Evde Bakım Alanında Çalışacak Personelin Yetiştirilmesi.....	62
Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı.....	64
Ülkemizde Evde Bakım Hizmetinin Sosyal Açıdan	

Değerlendirilmesi.....66

BÖLÜM 4

EVDE TIBBİ BAKIM KONULARI.....70

1-Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Bakımı71

2-Onkoloji (Kanser) Hastalarının Evde Bakımı71

3-Kronik Hastaların Evde Bakımı72

4-Diyabetik Ayak ve Diyabet Hastalarının
Evde Bakımı.....72

5-Doğum Öncesi ve Sonrası Evde Bakım.....72

6-Son Dönem Hastaların Evde Bakımı.....73

7-Evde Enteral ve Parenteral Besleme.....74

8-Dekübitis Ülserleri ve Yara Bakımı.....74

BÖLÜM 5

HASTA YAKINI OLMAK.....76

Hasta Yakını Olmanın Güçlükleri.....76

Hasta Yakınlarına Öneriler.....79

Hasta Yakınlarına Eğitim.....81

BÖLÜM 6

YEREL YÖNETİMLERDE EVDE BAKIM

HİZMETLERİ VE UYGULAMALARI.....84

BÖLÜM 7

DEĞERLENDİRME VE ÖNERİLER.....96

EKLER.....99

Yönetmelik (EK 1).....99

Faydalı Linkler (EK 2).....110

Kaynakça (EK 3).....110

Sağlıklı Nesiller Derneği Misyon ve Üyelik Formu (EK 4)1.....112

ÖNSÖZ

Sağlıklı yaşam insanın en temel haklarından biridir. Sağlıklı yaşam, sağlık kurumlarında kaliteli ve adil bir sağlık hizmeti sunumunun yanı sıra gerektiğinde hastanın huzurlu ve konforlu bir şekilde aile ortamında da sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini alabilmesiyle mümkündür.

Avrupa'da evde bakım kavramı ve uygulaması yüzyılı aşkın bir dönemden beri var olmasına rağmen kültürel, sosyal ve ekonomik koşulların değişmesi, iş hayatına kadınların katılmasındaki artış ve en önemlisi de değer kaymasının etkileri ile ülkemizde birkaç yıldan beri gündeme gelmiş ve uygulanmaya başlamıştır. Her ne kadar 1930 yılında Umumi Hıfzısıhha Kanunu ve 1961 yılında Sosyalizasyon Yasası evde bakım konusuna yer vermiş ise de gelişmiş batı ülkelerindeki gibi bir uygulama ancak 2005 yılında sağlık dönüşüm programı çerçevesinde yeni yasal düzenlemeler ile gündeme gelmiştir.

Batı ülkelerinde evde bakım konusuyla ilgili ihtisas alanları, üniversitelerde basılı eserler, birçok çalışma varken ülkemiz üniversitelerinde yeterli sayıda, konu ile ilgili öğretim elemanı ve yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Bu alanda yazılmış özgün eser sayısı çok azdır. Genel anlamda Türkiye'de evde bakım denilince yaşlı bakımı akla gelmektedir.

Gelişmiş ülkelerdeki temayül dikkate alındığında hastane yatak kapasitemizin verimli kullanılabilmesi için evde bakımın önemi daha da artmaktadır. Hastalar

ne kadar erken taburcu olursa tedavi maliyetleri o kadar düşecektir. Evde bakım hizmetlerinin tedavi maliyetlerini düşürdüğü dünyadaki birçok çalışmada gösterilmiştir.

Bizler bu alandaki çalışmalara katkıda bulunmak, hocalarımızı, idarecilerimizi, sektörde çalışanları ve konuya ilgi duyan diğer kişileri bilgilendirmek amacıyla bu konuda yapılan çalışmaları deneyimlerimiz ışığında derleyip düzenleyerek bir kitapçık hâline getirmek istedik.

Sağlık sorunu olan birey ve ailelerin, sağlık personelinin (hekim, hemşire, ATT, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, bakım destek görevlileri vb.) oluşan ekibin hizmetine ihtiyaçları vardır. Bu çalışmamızla hastalarımıza, yaşlılarımıza ve bakıma muhtaç vatandaşlarımıza katkıda bulunabilirsek ne mutlu bize.

Bu kitabın hazırlanmasında desteklerini esirgemeyen; dernek üyelerinden sayın; **Prof. Dr. Nihat TOSUN, Enginer BİRDAL, Serhan BALKANAL, Dr. Al Hassan ABDULMUMİN, Dr. Metin DİNÇER, Berna TUNA**'ya ve basım aşamasında katkılarından dolayı **Aren Tanıtım ile tüm çalışanlarına,**

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

Dr. Dursun AYDIN
Sağlıklı Nesiller Derneği Başkanı

SUNUŞ

Nüfusumuz giderek yaşlanmakta, yaşam koşullarının iyileşmesi, koruyucu ve tedavi edici tıp alanındaki gelişmeler bu kaçınılmaz sonu da beraberinde getirmektedir. İstatistiki göstergeler, önümüzdeki yıllarda bu değişimin çok daha hızlı olacağı gerçeğini gözler önüne sererken, diğer taraftan bu yaş grubuna ait bireysel ve toplumsal problemlerin de artacağı sinyallerini vermektedir.

Özellikle büyük şehirlerimizde daha belirgin olmak üzere, aile yapısının giderek küçülerek çekirdek aile yapısına dönüşmesi, kadının da çalışma hayatına katılması gibi faktörler, yaşlılarımızın gereksinimlerinin karşılanması, gerekli bakım ve tedavilerinin yapılmasında bir takım yetersizlikler ve sorunlar yaşanmasına sebep olmaktadır. Kültürel yapımızda büyüklere verilen değer ölçüsünde, çoğunlukla bu bakım hizmeti aileler tarafından üstlenilmekte, yukarıda ifade edilen gerekçelerle bir takım problemler yaşansa da, huzurevi, bakımevi gibi kurumsal bakım alternatifleri, çok büyük gereklilik hasıl olmadıkça gündeme getirilmemektedir.

Ayrıca evde hasta bakım hizmetleri sayesinde hastaları erken taburcu edilebilecek ve hastanelerde gereksiz yatak işgali önlenebilecek. Bu sayede hem hasta memnuniyeti artacak hemde tedavi maliyetleri düşürülebilecektir.

Batı toplumlarında yaşlı bakımı ile ilgili tarihsel süreci incelediğimizde, günümüzde gelinen noktanın, yaşlının, mümkün olduğu ölçüde kendi ortamında tutulması, evinde sevdikleri ile beraber yaşantısına devam etmesinin, gerek tıbbi, gerekse psikososyal iyilik halini en üst düzeyde tutacağı gerçeğinden hareketle, evde bakım olduğunu görmekteyiz. Hatta bu gerçek doğrultusunda Danimarka ve Hollanda gibi bir kısım Avrupa ülkesinde, kurumsal bakım ünitelerine son yıllarda sayısal azalmaların olduğu da ifade edilmektedir.

O halde kendi kültürel yapımız ve yaşlı bakımında bizden çok daha ileri düzeyde birikimi olan Batı ülkelerinin geldiği nokta, evde bakım modelinin, ülkemiz için en ideal bakım modeli olacağı gerçeğini gözler önüne sermektedir. Halihazırda ülkemizde münferit uygulamalar dışında organize bir yapıya sahip evde bakım hizmeti hasta ve yaşlılarımıza sunulamamakta, bu konudaki eksiklik giderek daha da hissedilir hale gelmektedir. Sağlıklı Nesiller Derneği olarak, konuyu gündeme taşımak için böyle bir kitabı yayınlamayı uygun gördük. Kitabı hazırlayan Dernek Başkanı Sayın Dr. Dursun AYDIN'a ve kitabın hazırlanmasına katkıda bulunan diğer dernek üyesi değerli meslektaşlarıma teşekkürü bir borç biliyor, gelecekte konuya yönelik çalışmalarda ışık tutan bir kaynak olmasını diliyorum.

Prof. Dr. Nihat Tosun
Sağlıklı Nesiller Derneği Kurucu Üyesi

KİTAP HAKKINDA

Son birkaç dekatta, dünya genelinde ciddi demografik değişiklikler meydana gelmekte, toplumsal yaşlanma olgusu da bu değişikliklerin, sonuçları itibarı ile en önemlilerinden birini teşkil etmektedir. Halihazırda genç bir nüfusa sahip görünmekle beraber, ülkemiz istatistiki projeksiyonlar ışığında hızlı şekilde yaşlanan bir nüfusa sahip olma gerçeği ile karşı karşıyadır.

Yaşlı nüfusun bu artışı, bu yaş dönemine ait bir çok sorunu da beraberinde getirmekte, sadece tıbbi değil psikolojik, sosyal, ekonomik, hukuki ve ailesel boyutları ile çok geniş perspektifte ele alınması gereken bu problemlerin çözümünde de farklı bakış açılarını gündeme taşıyan modellere ihtiyaç husule gelmektedir.

Yaşlıya verilen hizmetlerde önemli bir yere sahip olan bakım hizmeti, farklı ortamlarda sunulabilen, ilgili farklı disiplinlerin katılımı ile kompleks yapıya sahip bir hizmet olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanelerde, bakım ve huzur evlerinde kurumsal bazda sunulan kalıcı bir hizmet şeklinde olabildiği gibi, gündüz bakımevleri gibi geçici süreli bir yapıya da sahip olabilmektedir. İhtiyacı olan hizmetin, yaşlının evine götürülmesi mantığını esas edinmiş evde bakım modeli ise, son yıllarda daha yoğun bir ilgi görmektedir. Batı ülkelerinde giderek yaygınlaşan bu modelin, yaşlıların genel sağlık ve iyilik halleri üzerine olan pozitif etkileri, yapılan çalışmalar ile net bir şekilde ortaya konmuştur.

Yaşlısına verdiği değer ölçüsünde, her hal ve şartta bu hizmeti kendi yaşlılarına sunmak isteyen Türk insanı için de en uygun olduğu tartışmasız olan bu model, ülkemiz genelinde maalesef yaygın bir şekilde kullanım alanı bulamamıştır. Münferit bir takım uygulamalar ise ihtiyacı karşılamaktan oldukça uzak görünmektedir. Sağlıklı bir evde bakım hizmeti için, devletin ilgili kurumları, yerel yönetimler ve sivil toplum örgütlerinin koordineli çalışmasını sağlayacak yapılanmalara ihtiyaç olacaktır. Sağlıklı Nesiller Derneği tarafından hazırlanan bu kitapta emeği geçen herkese teşekkürlerimi sunuyor, bu tür çalışmalara ışık tutmasını temenni ediyorum.

Yrd. Doç. Dr. Ümit Ateşkan
İç Hast. ve Geriatri Uzmanı
ve Türk Geriatri Vakfı
yönetim kurulu üyesi

BÖLÜM 1



EVDE BAKIM KAVRAM VE KAPSAMI

EVDE BAKIM KAVRAM VE KAPSAMI

Dünyada Evde Bakımın Tarihçesi:

Evde bakım hizmetleri kurumsal anlamda 1700'lerin sonunda dini gereklilik nedeniyle fakir hastaların evlerine düzenlenen ziyaretler şeklinde başlamıştır. 1796 yılında kurulan Boston Dispanseri, Amerika'da evde bakım hizmeti sunan ilk kuruluş olmuştur.

1800'lü yıllar enfeksiyon hastalıklarının yaygın, ölüm oranlarının yüksek olduğu dönemdir. Eğitimli hemşirelerin evlerde hasta bakımı sunmaları ve ailelere bakım konusunda eğitim vermeleri, bu alanda ciddi bir atılımdır. Hemşireler aynı zamanda anne adaylarına doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hakkında bilgilendirme de yapmışlardır.

1898'de Los Angeles Sağlık Departmanı fakir hastaları evlerinde ziyaret etmek üzere diplomalı hemşireleri ücretli olarak çalıştırmaya başlamıştır. Böylece devletin ücretlendirdiği ilk evde bakım hizmetinin temelleri atılmıştır.

1900'lü yılların başında, endüstrileşmeye bağlı hızlı göçün getirdiği sağlıksız yaşam koşulları ve enfeksiyon hastalıkları, hemşirelerin evlere düzenledikleri ziyaretlerin nedenini oluşturmuştur. Toplumun çoğunluğu hızlı şehirleşmenin getirdiği sağlık sorunlarının çözümü için hemşirelere yönelmiştir. Bu dönemde ziyaretçi hemşirelerin yanı sıra, eğitimli ve eğitimsiz bir çok hemşire serbest çalışarak, akut ve kronik hastalıklı hastaların evlerinde günde 24 saat, haftada 7 gün bakım

sunmaya başlamıştır.

1955-64 yılları evde bakım hizmetlerinin yeniden doğuş dönemidir. Kronik hastalıklar ve yaşlı nüfusun hızla artması, hastane hizmeti maliyetlerinin yükselmesi, evde bakım hizmetinin daha düşük maliyetli, daha uygun bakım ortamı olarak eski statüsünü tekrar kazanmasını sağlamıştır. Evde bakım sistemi; hastaneye dayalı evde bakım, topluma dayalı evde bakım ve ev hizmetleri şeklinde üç farklı biçimde gelişmiştir.

1973'de Medicare'in finanse ettiği evde bakım hizmetinin 65 yaşın altındaki sakat bireyleri de kapsamı kararlaştırılmıştır.

Medicare'in yasalaşmasını takiben evde bakım hizmeti sunan kuruluş sayısı da hızla artmış ve kalitesiz hizmet sunan bazı kuruluşlar nedeniyle toplum tepkileri oluşmaya başlamıştır. Bu nedenle 1985'de Medicare'den ödeme yapılacak evde bakım kuruluşlarının hizmet kalitesini gösterici dokümanlarının incelenmesi kuralı getirilmiştir.

1960'lardan önce evde sağlık bakımı bir toplum hizmeti olarak görülmüştür. Toplum sağlığı ve evde bakım hemşireliğinin odaklandığı alan; sağlığın geliştirilmesi, düzeltilmesi ya da rahat bir ölümün sağlanması olmuştur. Medicare'in yasalaşmasını takiben Amerikan Tıp Birliği'nin baskısı ile Medicare ve Medicaid'in ödeme yapabilmesi için evde hizmet alacak bireylerin hekim kontrolü ve onayından geçirilmesi zorunlu hâle getirilmiş, bu durum evde bakım hizmetlerinin sağlığı geliştirici uygulamalardan çok, tedavi edici uygulamalara

kaymasına zemin hazırlamıştır. Ayrıca Medicare'in sağlığı geliştirici değil, düzeltici hizmetleri finanse etmesi de buna katkıda bulunmuştur.

1982'de Ulusal Evde Bakım Birliği kurulmuştur. Birliğin günümüzde de geçerliliğini koruyan misyonunu; evde bakım ve hospis hastaları için bakım kalitesini geliştirmek, bakım vericilerin haklarını korumak, tüm evde bakım ve hospislerdeki bakım vericileri etkili şekilde temsil etmek ve evde bakımı sağlık bakımının merkezine yerleştirmektir. Birlik, toplumun yalnızca %18'inin evde bakım konusundan haberdar olduğunu saptadığı için, konu ile ilgili toplumu bilgilendirme çabalarına girişmiş ve bu oran 1985'de %17.9'a, 1992'de %89'a ulaşmıştır. Bu doğrultuda, 1981 yılında hastaneden taburcu edilerek evde bakım hizmeti alan hasta oranı %9.1 iken, 1985 yılında %38'e çıkmıştır.

1990-97 yılları; Evde sağlık bakımı hizmeti kapsamının genişlemesi (laboratuvar testleri, diş tedavisi, x-ray olanakları da evde bakım kapsamına girmiştir), ilerleyen teknoloji ve sayıları hızla artan evde bakım kuruluşları nedeniyle, çok sayıda insan evde bakım hizmeti alabilmektedir. Evde bakım hizmetleri sektörü, sağlık bakımı alanının en hızlı gelişen bölümü, Amerika'nın ikinci hızlı gelişen endüstri alanı olmuştur. 1992-2005 yılları arasında evde bakım endüstrisi aracılığıyla yarım milyon insana yeni iş olanağı yaratılması hedeflenmiştir.

Türkiye’de evde bakımın tarihçesi

Ülkemizde henüz organize olmuş bir evde bakım sistemi yoktur. Ancak, toplumun yaygın sağlık sorunları dikkate alınarak, evlere bazı sağlık hizmetlerinin götürülmesi için oluşturulmuş yasalar vardır. Geçen yüzyılın başlarında, diğer bir çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de, enfeksiyon hastalıkları yaygın, ana-çocuk ölüm oranları yüksekti. Bu tablo nedeniyle 1930 yılında çıkarılan ve hâlen yürürlükte olan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanununa, bulaşıcı hastalıkların evde tanını ve tedavisi, hekimlerin evde hasta muayenesi ve ana-çocuk izlemini sağlayıcı hükümler konulmuştur. Bu tür hizmetlerin karşılanması amacıyla hekim ve hemşireler evlere ziyaretler düzenlemiştir.

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

1954 yılında kabul edilen 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, mecburi hizmet yükümlülüğü olmayan hemşirelerin, istediklerinde sanatlarını serbestçe yapabileceklerini belirtmektedir. Bu yasaya istinaden hemşireler, geçmiş yıllarda çoğunlukla "sağlık kabini" adı ve-

rilen özel işyerleri açarak, evlerde hastaların tedavilerini gerçekleştirmişlerdir. Hâlen var olan sağlık kabinlerine ilaveten, özellikle son yıllarda çok sayıda hemşire evde hasta bakımı kuruluşları açmaya başlamıştır.

Günümüzde toplumun evde sağlık bakımı hizmeti gereksinimine cevap vermek üzere, özel evde bakım şirketleri kurulmaktadır. Ancak, bu şirketlerin hizmetlerinin finansmanı, mevcut resmî sigorta sistemi içinde yer almadığı için toplumun çoğunluğu bu hizmetlerden yararlanamamaktadır. Özel sigorta şirketlerinden evde bakım poliçesi olan bireyler, yine özel evde bakım kuruluşlarının hizmetlerinden yararlanabilmektedirler. Fakat, finansman süresi genellikle iki ayı aşmamaktadır. Özel evde bakım kuruluşlarının hizmetleri, bugüne kadar hemşirelik hizmetleriyle sınırlı kalmakta idi. Yasal düzenlemelerin yapılması ile multidisipliner ekibi olan evde bakım kuruluşları kurulmaya başlamıştır.

2005’de 10/03/2005 tarih ve 25751 sayılı Resmî Gazete’de Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği yayınlanmıştır. 01/07/2005 tarihinde yayınlanan 5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile yapılan değişikliklerle özürlü bakımının mümkün olduğunca evde bakıma yönlendirilmesi önerilmiştir. Belli şartları taşıyan özürlülerin evde bakım ücretini ödemeyi devlet üstlenmiştir.

Evde bakım hizmeti:

“Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbî ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır” (10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan yönetmelikteki tanım).

Evde bakım hizmetinde hedef, günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek en doğru tedaviyi uygulayarak hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu hizmet ayrıca; evde kalmayı tercih eden ve tedavisi, bakımı devam eden; ancak yakın aile çevresi ve arkadaşları tarafından bakımı gerçekleştirilemeyenler için gereklidir.

Doğal olarak toplumdaki yaşlı oranı arttıkça kronik hastalık yükü de artmaktadır. 2000 yılında dünya genelinde total mortalitenin % 59'u kronik hastalıklardan kaynaklanmıştır (DSÖ). Hastalık yükünün % 46'sını da kronik hastalıklar oluşturmuştur. Bu yükün 2020'ye kadar %60'e çıkması beklenmektedir. Kayda değer başka bir şey de kronik hastalıkların artık gelişmekte olan ülkelerin de sorunu hâline gelmiş olmasıdır.

Yaşlanma bir çok ülkede kriz olarak görülmesine rağmen, yaşlıların topluma olan katkıları göz ardı edilmemelidir. Tecrübelerini genç nesillere aktarmak, gönüllü işlerde çalışmak ve bir çok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi, evde torunlarına bakmak, topluma olan

katkılarından sayılmaktadır. Fakat bu işlevlerini yerine getirebilmeleri için kendilerinin de sağlıklı ve kaliteli hayat sürdürmeleri gereklidir. İşte burada evde bakımın önemi ortaya çıkmaktadır.

Evde Bakımın Avantajları:

Evlerde sağlık bakımının yıllardır yurt dışında da görülen en önemli iki faydası, sağlık harcamalarında sağladığı düşüş ve kişinin kendi huzurlu ortamında, ailesi ile beraberken bakımına olanak vermesidir. Bunların yanında bu hizmetin yararlarını şöyle sıralayabiliriz:

1. Sağlık hizmetini ayağınıza getirir
2. Kişiyeye özel bir bakım sağlar
3. Bakım alan aileyi bir arada tutar
4. İyileşmeyi hızlandırır
5. Bakım maliyetlerini düşürür
6. Teşhisten iyileşmeye kadar geçen süreçte kesintisiz kaliteli ve standart hizmet sağlar
7. Hasta ve yakınlarına bakım konusunda eğitimi de içerir
8. Yalnızca yaşama yıllar değil, yıllara da yaşam katar
9. Zamanınızdan tasarruf sağlar
10. En üst düzeyde bağımsızlık sağlar
11. Yaşam kalitesini yükseltir

Evde Bakım Hizmetlerinin Amacı:

- Hastanın hastanede kalış süresini kısaltmak
- Hastane enfeksiyonu riskini erken taburcu ederek azaltmak

- Sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek
- Ülkemizdeki sınırlı sayıdaki hastane yatak kapasitesini daha verimli kullanmak
 - Hastanın aile ortamına kısa sürede dönmesi ile moral desteği sağlamak
 - Günlük yaşam şartlarını en az etkileyecek şekilde doğru tedaviyi evde de sunmak
 - Hastanın yaşam kalitesini eniyi seviyeye çıkarmak

Evde Bakım Hizmet Çeşitleri

A) Evde Sağlık Hizmeti Sunumu

(Sağlık personeli tarafından kısa süreli takip.)

1. Evde doktor muayenesi, kontrolü ve takibi
2. Evde fizyoterapi, psikoterapi seansları
3. Evde sağlık eğitimi (gebelik, emzirme, hasta bakımı)
4. Evde bebek bakımı, aşı takibi
5. Evde tetkik, tahlil ve röntgen hizmeti verilmesi
6. Hastaneden taburcu sonrası takip (ortopedik vakalar, uzun süreli tedaviler, pansuman, enjeksiyon vb.)
7. Kronik hastalıkların takibi (ileri düzey kalp yetmezliği, bazı kanser kür tedavileri, diyabetik ayak bakımı vb.)
8. Evde son dönem (siroz, kanser vb.) hastaların takibi

B) Yaşlılar Ve Özürlülerin Evde Bakımı

(Özel eğitim veya sertifika almış kişilerce uzun süreli bakım)

1. Kişisel bakım (tıraş, banyo, tuvalet ihtiyacı vb.)
2. Yemek yedirilmesi, elbise bakımı, yatağın hazırlanması

3. Gezdirme, alışveriş yapma ve meşguliyet tedavisi
4. Hastaneye götürülmesi ve resmî işlemlerin takibi
5. Özürlülerin özel bakım ve eğitimi
6. İhtiyaçlarını göremeyecek derecede bakıma muhtaçların sosyal hizmetlerine (yemeklerin hazırlanması, ev bakım ve onarımı, kişisel hijyen bakımı, resmî işlemlerin takibi vb.) yıllarca süren destek.

C) Hastanede Refakatçi Hizmetleri (Taburcu Öncesi Bakım)

Hastanın başında kalacak refakatçi yoksa gün boyu eğitimli sağlık personel refakatçi temin edilmesi, hastanın hastanedeki medikal ve paramedikal ihtiyaçlarına destek;

1. Hastanın hastanede gezdirilmesi
2. Kişisel bakım (tırış, banyo, tuvalet ihtiyacı vb.)
3. Hastanedeki resmî işlemlerin takibi (hosteslik)
4. İlaçların düzenli ve doktor tarafından belirtilen biçimde alınmasının temini
5. Moral ve motivasyon desteği sağlamak
6. Hasta ile hastane personeli arasında bir köprü vazifesi yaparak karşılıklı iletişimi sağlamak
7. Taburcu hizmetlerinin yapılması, epikriz (çıkış özeti) düzenlenmesi

Evde Bakım Hizmetlerinden Kimler Faydalanabilir ?

Evde sağlık bakımı hizmetleri, ameliyat sonrası bakım gereksinimi olanlardan, uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hasta ve yaşlılara, yeni doğum yapan anneler-

den, tedavisi evde de sürdürülebilecek hastalara, kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyanlardan, aşılama ve laboratuvar tetkikleri gibi hizmetleri evinde veya işyerinde almak isteyenlere kadar çok geniş bir yelpazede ihtiyaç sahiplerine hitap etmektedir.

Evde tıbbî bakım hizmetlerini alanların büyük çoğunluğu aşağıda ana başlıklar halinde sıralanmıştır:

1. Hastaneden taburcu sonrası tıbbî bakıma ihtiyaç duyanlar (Enjeksiyon, pansuman, ilaç takibi),

2. Ameliyat sonrası bakım ihtiyacı olanlar (Dikiş alma, pansuman, kolostomi bakımı),

3. Ortopedi ve travmatoloji hastaları (Düzenli egzersiz, röntgen hizmetleri),

4. Kalp, damar ve hipertansiyon hastaları (Düzenli tansiyon, kolesterol, EKG takibi),

5. Onkoloji (Kanser) hastaları (Kür tedavileri, ağrı tedavileri ve son dönem takibi),

6. Akciğer ve solunum hastaları (Oksijen tedavisi, ilaçların inhalasyonla verilmesi),

7. Diyabet hastaları (şeker hastaları) (Diyabetik ayak bakımı, düzenli şeker tahlili ve takibi),

8. Nöroloji hastaları (Hemipleji/felçli hastalara fizyoterapi seansları ve evde sosyal destek),

9. Yeni doğum yapan anneler ve bebekleri (Göbek pansumanları, emzirme eğitimi, aşı takibi),

10. Bakım ihtiyacı olan yaşlı ve özürülüler (Meşguliyet, fizyoterapi ve eğitim),

11. Yara bakımı, enjeksiyon, ilaç infüzyonu (Kısa süreli hemşirelik hizmetlerine ihtiyacı olanlar),

12. Laboratuvar tetkik ve tahlil hizmetlerine ihtiyacı olanlar (Mobil röntgen, EKG ve çeşitli kan tahlilleri vb.),

13. Evinde medikal ekipmana ihtiyacı olanlar (Evde tıbbî cihaz kiralama sistemleri),

14. Evde doktor muayenesi ve hemşirelik hizmeti isteyenler (Evde sağlık hizmeti sunumu).

Evde bakım hizmeti verebilecek kişiler:

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| * Hekimler | * Fizyoterapistler |
| * Hemşireler | * Diyetisyenler |
| * Ebeler | * Sosyal hizmet uzmanları |
| * Sağlık memurları | * Psikologlar |
| * Sağlık teknisyenleri | * Sertifikalı kişiler |

Hastanelerdeki tedavi hizmetlerinin gelişmiş olduğu bilinen ülkelerde en az otuz yıl önce, evde bakımın gerekliliğine işaret edilmiştir. Bugün tartışmasız herkesin ittifak ettiği evde bakımın, daha etkili, daha kaliteli ve daha ucuza nasıl sağlanabileceğine dönük çalışmalar yapılmaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetine gereksinim duyanlar ve bu hizmeti sunanlar açısından bilinen pek çok aksaklığın akılcı çözümü olabilecek bu hizmet, henüz yeterince tartışılmamıştır. Evde bakım kavramının anıldığı çoğu durumda ise içerik ve uygulama bakımından tam olarak doldurulamamıştır.

Evde bakım tedavi maliyetlerini düşürebilir mi? *Dünyadaki Çalışmalar*

Kronik hasta ve yaşlı nüfusu arttıkça uzun süreli bakımın maliyeti her geçen gün artmaktadır ve dünya genelinde hükümetler için büyük yük oluşturmaktadır.

Finansmanı bir çok ülkede genel vergilendirme ve zorunlu sosyal sigorta kurumları tarafından yapılmaktadır. Özel sigortaların rolü ülkeden ülkeye değişmesine rağmen daha azdır. İngiltere, Amerika, Danimarka, Hollanda, Almanya gibi ülkelerde genel bütçenin yaklaşık %1'i uzun süreli bakıma ayrılmaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerine yönelik kapsamlı maliyet-fayda, maliyet-etkililik çalışmaları olmamasına karşın, diğer ülkelerde yapılan çalışmalar evde bakım sisteminin sağlık hizmetlerinin maliyetlerini dikati çeker boyutlarda düşürdüğünü, ayrıca, evde bakımın hasta ve aileler açısından da birçok yararları olduğunu göstermektedir.

Evde bakım hizmetleri, kurum hizmetleri ile karşılaştırıldığında maliyet yönünden oldukça avantajlıdır. ABD'de Ulusal Evde Bakım Birliği'nin yayınladığı rapora göre, ventilatöre bağımlı hastanın hastanedeki aylık sağlık bakımı maliyeti 21570 USD iken evdeki bakım maliyeti 7050 USD'dir. Buna göre evde bakım hizmeti yalnızca bir vakada ve bir aylık sürede 14520 USD kâr anlamına gelmektedir. Bütün bunlar evde bakımın hasta ve aileleri açısından da birçok yararları olduğunu göstermektedir. Örnek vermek gerekirse;

* Evde ve hastanede kemoterapi uygulanan çocuklara yönelik bir araştırmaya göre, hastanedeki bakım maliyeti 2329 USD iken, aynı etkinlikte evde bakım maliyetinin 1865 USD'a düştüğü, yanı sıra, evde bakım hizmeti verilen çocukların bağımsızlık, kendini iyi hissetme, iştah, genel duygusal durum, okula devam konularında hastanede tedavi görenlerden daha iyi durumda oldukları, aile yaşam biçimlerinin olumlu yönde etkilendiği,

* Ventilatöre bağlı hastalarda hastane bakım giderleri 270.000 USD iken, evde bakım giderlerinin 21.000 USD'a düştüğü,

* Bronkopulmoner displazili çocuklarda evde oksijen tedavisinin 173.160 USD kâr sağladığı; 90 günlük hastane masrafları 46.920 USD iken evde bakım giderlerinin 5.195 USD olduğu,

* Demanslı hastaların uzun.süreli bakım kurumlarındaki giderleri 2,18 milyon USD iken, kendi ortamlarındaki bakım giderlerinin 1,25 milyon USD'a düştüğü,

* Konjestif kalp yetmezliği olan ve evde bakım uygulanan yetişkinlerin 90 günlük izlemleri sonucu yaşam kalitelerinde yükselme, hastaneye başvurma sıklığında ve tıbbî harcamalarında azalma olduğu uzmanlar tarafından belirtilen yararlıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre hastanede yatarak tedavi gören her 10 hastadan 1'inde hastane enfeksiyonu ortaya çıkmaktadır. 1995 yılı istatistikleri, ABD'de hastane enfeksiyonlarının getirdiği ek maliyeti 4.5 milyar dolar ve her 6 dakikada 1 kişinin hastane enfeksiyonu nedeniyle hayatını kaybettiğini göstermektedir.

Ülkemizdeki Durum

1990 yılı verileri ülkemizde, bireylerin hastalıklarına göre hastanede kalış sürelerinin uzun olduğunu düşündürmektedir. Örneğin; hastanede yatış gün sayısı, enfeksiyon ve paraziter hastalıklarda 10.6, malign tümörlerde 11.2, kemik, kas ve bağ dokusu hastalıklarında 12.3, yarık damak/dudakta 8.6, mental retardasyonda 37.8, diyabette 9 ve gripte 6.2'dir. Bunların hepsi, daha kısa bir hastane döneminden sonra hastaların kendi ev ortamlarında profesyonel bakım ve danışmanlık alabilecekleri durumlara örneklerdir.

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinin en önemli yöntemlerinden birisi de hastanın mümkün olduğu en erken dönemde taburcu edilerek hastanede kalış süresini kısaltmaktır. Bu da ancak uygun bir evde bakım hizmeti ile mümkündür.

Örneğin, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde 1997 yılında yapılan farmakoeconomik bir değerlendirilmede hastane enfeksiyonu nedeniyle hastanede kalış süresinin hasta başına yaklaşık 20 gün uzadığı, hasta başına maliyetin 1582 dolar arttığı gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada hastane enfeksiyonu gelişmeyen hastalarda ölüm oranı yüzde 3, enfeksiyon gelişen hastalarda ise yüzde 20 olarak bulunmuştur.

Türkiye'de hasta yatak sayısının azlığı sürekli gündeme getirilen bir konudur. Yaklaşık 500 kişiye bir hasta yatağı düşmektedir. Üstelik bu yatak kapasitesinin

önemli bir bölümü de verimli ve iyi bir planlama ile kullanılmamaktadır. Bu yetersizlik hastanede yatarak tedavi gereksinimi olanların bu olanaktan yararlanma olasılığının azalmasına yol açmakta ve giderek erken taburculuk zorunluluğunu doğurmaktadır.

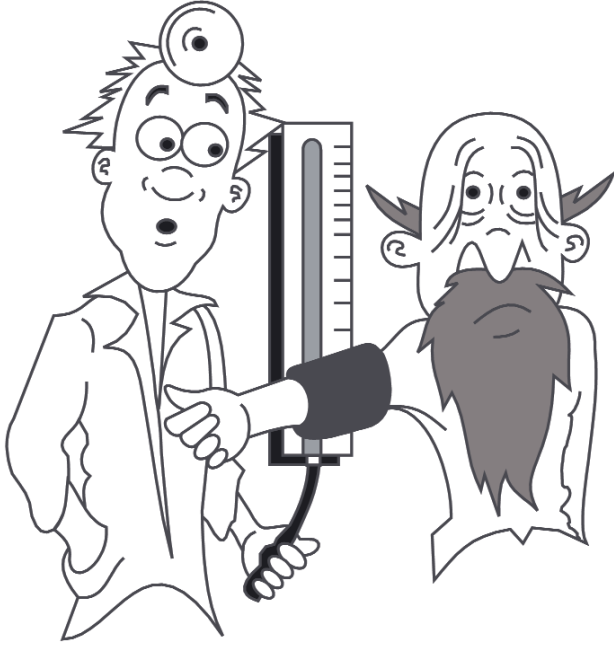
Bu sorunlara bir çözüm olarak yataklı tedavi kurumlarının ve hasta yataklarının artırılması düşünülebilir. Ancak diğer ülkelerde yapılan yarar-maliyet çalışmalarının sonuçlarına göre, bu girişimlerin evde bakım olanaklarının güçlendirilmesi ile karşılaştırıldığında, maliyeti çok artırdığı belirtilmektedir. Oysa daha ekonomik ve gerçekçi çözüm, varolanın yatak kapasitesinin etkin/verimli kullanılması ve evde bakım hizmetlerinin bir an önce geliştirilip güçlendirilmesidir.

Ayrıca, hastanelerde hastaların ve ailelerinin hastane sonrası yaşamlarında, tedavi ve bakımları sırasında karşılaştıkları sorunların çözümünde yol gösterebilecek bir çalışmanın olmadığı gibi mevcut yatak kapasitesinden daha fazla kişinin yararlanmasını sağlayacak sistemli bir "taburculuk planlaması"nın yapılmadığı gözlenmektedir.

Ülkemizde taburculuk planlamasının ve evde bakım hizmetlerinin olmamasının diğer bir sonucu da, hastaların hastanede kalış sürelerinin uzayabilmesidir. Bu durum hastanın hastanede yatış ile ilgili birçok fiziksel (hastane enfeksiyonları riski gibi), psikolojik ve sosyal sorunların eklenmesine neden olmakta ve uzun süreli hastane bakımı aile bütçesine olduğu kadar ülke ekonomisine de yük getirmektedir.

Sonuç olarak, ülkemizde, maliyet açısından hastane hizmetlerinden çok daha avantajlı olan evde bakım hizmetlerine yoğun gereksinim olduğu, bu gereksinimin özel evde bakım kuruluşları ile yeterince karşılanamayacağı, özel evde bakım şirketlerinin hizmet kalitesini artırıcı düzenlemelere, evde bakım hizmetlerinin finansmanı için yasalara gereksinim duyulduğu, özel sigorta şirketlerinin evde bakım poliçelerine ya da evde bakım şirketlerinin sunduğu hizmetlere yalnızca ekonomik düzeyi yüksek bireylerin ulaşabileceği, gerekli düzenlemeler yapılmadığı sürece toplumun sağlık problemlerinin katlanarak artacağı söylenebilir. Ülkemizin kısıtlı kaynakları ile yatak kapasitesini artırarak sağlık yatırımlarını daha da hantallaştırmaktan ziyade verimli kullanımın gerekli olduğu aşikârdır.

BÖLÜM 2



DÜNYA YAŞLI BAKIMI VE EVDE BAKIM

DÜNYADA YAŞLI BAKIMI VE EVDE BAKIM

Yaşlıların hastane ortamında uzun dönem bakılmasının ülkelere getirdiği maddi yük, günümüzde hızla artan nüfus, kişi başına düşen hastane yatak sayısında azalma, hastada hastaneye yatış ile ilgili birçok fiziksel (hastane enfeksiyonlarına maruz kalma), psikolojik ve sosyal sorunların eklenmesine neden olabilmektedir. Bu durumda uzun süreli hastanede bakım aile ve ülke bütçesine yük getirmektedir. Bunların ötesinde yaşlıların çok büyük bir bölümü kendi ev ortamında kalmayı tercih etmektedir. Tüm bu faktörler yaşlıların ev ortamında bakımını gündeme getirmiştir.

Evde bakım hizmetleri, hasta ve ailelerinin tıbbî ve bireysel gereksinimleri günlük olarak karşılanmak üzere resmî veya gayri resmî bakım veren kişilerce ifa edilir. Gayri resmî bakım verenler genellikle aile üyeleri ya da ödeme yapılmayan diğer yakınlardır. Resmî bakım verenler ise evde sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek gruplarından oluşur.

Evde bakımın yaygınlaşmasının temel sebebi şöyle sıralanmaktadır:

1. Evde bakım, hasta ve bakıma ihtiyacı olan bireylere, kendi ortamında daha özgür yaşama imkanı sunmaktadır. Hastanın ya da bireyin ailesiyle birlikte ve kendi ev ortamında bulunması, bu hizmeti birey için cazip kılan en önemli faktörlerdendir. Bireyin/hastanın daha saygın hissettiği bir ortamda, sevdikleriyle yakın iletişim içinde olması, daha hızlı iyileşmesini, kendisini işe yarar hissetmesini ve bağımsızlığını kazanmasını sağlamaktadır.

2. Hastaneden erken taburcu edilerek evlerine gönderilen ve evde bakım hizmeti alan hastaların memnuniyeti, genel sağlık durumu, üç aylık mortalite ve hastaneye tekrar yatış hızı, genel sağlık düzeyi ve emosyonel durumlarının daha iyi olduğu belirtilmektedir. Hastanede kalmak hasta için her zaman enfeksiyon kapma riskini taşımaktadır. Evde bakımda enfeksiyona yakalanma ihtimali azalmaktadır. Uzun süreli bakım gerektiren hastaların bakımı evde daha kolaydır. Bir çok hasta için evde bakımın hastaneyle kıyaslandığında maliyeti daha uygundur.

3. Kentleşme, iç ve dış göç gibi nedenlerle çekirdek aileye dönüşümün artmasıyla yaşlıya her tür güvence sağlayan geniş aile sayısının azalması,

4. Çekirdek aileye dönüşüm sunucunda konutların küçülmesi, konutların yaşlılar için uygun ve yeterli olmaması,

5. Ailede yaşlıların bakımında önemli rol oynayan kadınların çalışma yaşamına katılması veya katılmak istemesi,

6. Gençlerin yaşlılığa bakış açısı ve kuşaklar arası iletişim bozukluğu,

7. Yaşlıların ve ailelerinin ekonomik yetersizliği,

8. Yaşlılık hakkında ailenin ve yaşlının bilgi eksikliği,

9. Başkalarına bağımlı olma gibi nedenlerden dolayı aile içinde bakım verici rolündeki kişilerin sayısının azalması yaşlının bakım sorununu daha da arttırmaktadır.

Ortalama yaşam sürelerinin artması 20. yüzyılın bir başarısı olarak görülse de bazıları bunu bir kriz olarak yorumlamaktadır. Çünkü onlara göre sağlık harcamaları üzerine bir yük binmektedir (DSÖ). Gerçekte de uzun süreli bakımın finansmanı, gittikçe artan yaşlı nüfus ve kronik hastalıklar, aile desteğinin azalması ve yaşam süresindeki uzamaya bağlı olarak; bakım maliyetinin artması nedeniyle bir çok ülkede tartışmalı hâle gelmektedir.

Bugün Avrupa'nın bir çok ülkesinde 60 yaş üzerindeki nüfusu, genel nüfusun %20'sinden daha fazlasını oluşturmaktadır. Bu İtalya'da %24.7, Yunanistan'da %24, Almanya'da %24, İsveç'te %23, Belçika'da %22 ve İngiltere'de %20.8'dir.

Yüz yüze kalınan bu sorun karşısında bir çok ülkede sağlık sistemi ile bütünleşmiş ve oturmuş bir yaşlı ve uzun süreli bakım sistemi geliştirilmiştir. Örneğin, 1994'te Almanya'da yürürlüğe giren zorunlu sosyal sigorta sistemi toplumun %90'ını kapsamakta ve sigortalılar gerektiğinde yararlanmaktadır. İtalya'da uzun süreli sağlık bakımı ücretsiz olarak ulusal sağlık hizmetleri tarafından verilirken, İspanya'da maddi yardım mal varlığına göre verilmekte, İtalya'da ise gelir durumuna bakılmaksızın maddi yardım yapılmaktadır. İngiltere'de de sağlık bakımı ücretsiz ancak, yerel yönetimler tarafından denetlenen sosyal hizmetler, mal varlığı tespit edildikten sonra verilmektedir.

İngiltere'de birçok hastanede geriatri birimleri bulunmaktadır. Bunun yanı sıra uzun ve kısa tedavi hiz-

meti veren geriatri hastaneleri de bulunmaktadır. Bu hastanelerin bazılarında, psikogeriatrik ve rehabilitasyon programları uygulanmaktadır. Yaşlıların günlük tedavilerini yapan geriatri hastanelerinin yanı sıra geriatri alanında uzmanlaşmış hekimler ev ziyaretleri de yapmaktadırlar.

Bakım yurtları, kronik hastalığı olanların, hastalık ve tedavileri uzun süre yatakta kalmayı gerektirenlerin(yatalaklar), hastanede ameliyat geçiren veya tıbbî bakım gördükten sonra uzun bir nekahat döneminde barınacakları kurumlardır. Bu tip hastaların bakım yurtlarına alınmaları hem hastanelerin yoğunlaştırılmış tedavi fonksiyonlarını engellemekte hem de özel bir bakım görmeleri gereken bu kimselerin uzman personelin elinde bakıma kavuşmaları mümkün olmaktadır. Özetle, bakım yurtları genel olarak kronik hastalığı olan yaşlıların bakıldıkları yerlerdir. Pek çoğu hastanelerin uzantısı olarak hizmet vermektedir.

ABD'de hastane-bakım yurdu işbirliğinin gerçekleşmesi tedavi planının başarıya ulaşmasına imkan verdiğinden bakım yurtları kanunen hastane baş hekimliğine bağlanmakta ve kurum personelinin eğitimi ve çalışma tarzı hastanelerden tamamen ayrılmaktadır.

Yaşlı kişi, evinde yaşıyorsa evde bakım hizmetleri verilmektedir. İngiltere'de bu tip sağlık hizmetleri çok gelişmiştir. Bölge bakım servisi isteyene doktor sağlamakta, hastaya tıbbî bakım hizmeti evinde verilmektedir. Yaşlının hastaneye sevki ya da hastaneden çıkışında gerekli olan yardım yapılmaktadır. Gönüllü ku-

ruluşlar bu konuda çok aktif hizmet vermektedirler.

Avrupa yaşlanan nüfusu ve küçülen işgücüyle emekli aylığı ödemeleri, yaşlıların bakımı, sağlık sisteminin finansmanı gibi konularda pek yakında çok büyük ekonomik güçlüklerle yüzleşmek zorunda kalacak. 21. yüzyıla girerken Avrupa nüfusunun %17'si 65 yaşının üzerindedir. 2025 yılında bu oranın %20'yi aşacağı tahmin edilmektedir.

Avrupa'da, bakım evlerinin maliyetleri yüksek, fonksiyonelliği az olduğundan son yıllarda hızla evde bakım hizmetleri yaygınlaştırılmaya çalışılıyor.

Yunanistan ve İtalya'da bakım evleri çok azdır ve yaşlı nüfusun hızlı artışı aile fertleri için büyük bir sorun yaratmaktadır. Bunun çözümü olarak maddi durumu iyi olan aileler yurt dışından insanlar getirtmekte veya yabancı gurbetçilerden destek almaktadırlar. Yaşlıların ve kronik hastaların uzun süreli bakımı için İngiltere, ABD, Danimarka, Hollanda, Almanya gibi ülkeler genel bütçelerinin yaklaşık %1'ini ayırmaktadırlar.

ABD ve İsveç'te yaşlıların bakımında koruyucu hekimlik ön plana çıkmıştır. Yaşlılar, iyice düşkünleşmeden ve yatalak olmadan, 60'lı-70'li yaşlarda bakıma ve bilgilendirilmeye önem veriyorlar. Almanya'da 1990'lı yıllarda Robert Bosch Vakfının "bakımın elit insanlara ihtiyacı var" sözüyle başlayan bakım yerine önlem prensipleri yaşlıların bilgilendirilmesi, sağlıklı bir ortam, gezi, temiz ve güneşli hava (yaşlıların seyahati, meşguliyet terapisi, bol hareket vb.) ön plana çıkmaya başlamıştır.

Avrupa yaşlanan nüfusu ve azalan işgücüyle emekli aylığı, sağlık sistemleri gibi çok büyük ekonomik güçlüklerle yüzleşmek zorunda kalmıştır. Aynı zamanda, yaşlanan nüfus sosyal problemlere de neden olmaktadır. Sosyal durum giderek değişmekte (daha çok çalışan kadın nüfusu, boşanmış aileler) ve yaşlı insanlar toplum dışına itilmekle karşı karşıya kalmaktadır. Yaklaşan AB genişlemesiyle daha da ortaya çıkacak olan finansal yapıdaki farklılıklar Avrupa lkelerinde eşişsizliklere neden olacaktır.

Gerçekten İtalya, Yunanistan, ve İşve gibi ülkeler bugün dünyanın en yaşlı nüfusuna sahip ülkeler arasında sayılmaktadır. Bu ülkelerde doğan, erkeklerin ortalama 75 yıl, kızların ise 80 yılı aşkın yaşam sürmesi beklenmektedir.

Bütün Avrupa lkelerinde yaşlıların bakımı için kaynaklar ayrılmıştır. İşve’te, yaşlıların bakımına çok önem verilmiş ve yeterli bütçe ayrılarak yetenekli personeller de yetiştirilmiştir. Diğer lkeler ise yaşlıların sağlık ve sosyal bakımına yeterince önem vermemişlerdir. Örneğin İngiltere’de, son on yılda yaşlıların bakım hizmetlerinde ciddi bir gelişme olmuştur. Ancak bu gelişme önceden planlanmış olarak değil, yaşlı nüfusun ve bakım ihtiyaçlarının artışından kaynaklanmaktadır.

Hızlı bir şekilde yaşlanan toplumlarda meydana gelen en önemli sosyal risklerin başında doğumda beklenen ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlik-

te bakıma muhtaçlığın artması gelmektedir.

Bakıma muhtaçlık riskine karşı kapsamlı bir sosyal güvenlik sisteminin geliştirilmesi için çözüm modeli olarak bir çok yöntem mevcuttur.

Bakım güvence sisteminin finansmanı ile ilgili olarak ortaya çıkan modeller şu şekildedir.

1. İradî temele dayanan özel tasarruflar (kişiler ve ailenin yükleneceği)

2. İradî ve ihtiyarlık temeline dayanan özel sigorta (emeklilik bağlantılı özel sigorta kapsamında özür lülük veya bakıma muhtaçlık poliçesi)

3. Kamu destekli özel sigortalar (devletin para yardımı, vergi teşvikleri veya ortaklık düzenlemeleri gibi)

4. Vergiye dayalı kamusal bakım güvence sistemi (genel vergilerden finanse edilen bu sistemde kişinin bakıma muhtaçlık derecesine ve gelirine göre ücretli, ücretsiz veya kısmî katılımlı bakım hizmetleri verilmektedir)

5. Sosyal sigorta kapsamında bakım güvence sistemi
Birçok Avrupa ülkesinde uygulanan sistemde evde bakım hizmeti hem kamu hem de özel sektör tarafından ortaklaşa finanse edilmektedir. Örneğin, bazı ülkeler çok yoksul, yaşlı ve özür lü gruplarına ihtiyaç duydukları sosyal bakım hizmetlerini kamu fonlarıyla sağlamakta, daha varlıklı kişiler de genellikle kendi tasarruflarına yada özel sigortalarına güvenmektedirler. Ancak her iki kaynak arasındaki denge oldukça değişkendir.

Birçok Avrupa ülkesi bakım güvence sistemlerinden

yalnızca birisini tercih ederken bazıları da karma bir sistem tercih etmektedir.

Almanya’da bakım hizmetleri

Almanya'nın 80 milyonluk nüfusunun %24'ünden fazlası 60 yaş ve üzerindedir (DSÖ). 65 yaş ve üzeri kesim ise nüfusun % 17'sine tekabül etmektedir (Alman federal istatistik bürosu). Yabancıların da %5.62'si 65 yaş ve üzerindedir. Beklenen ortalama yaşam süresinin artması ve doğurganlık oranının azalması neticesinde böyle bir sonuç ortaya çıkmaktadır.

Uzun süreli bakım 1994'te yürürlüğe giren zorunlu sosyal sigorta sistemi ile finanse ediliyor. Uzun süreli bakım için kamu tarafından harcanan para genel bütçenin %0.82'sidir. Çoğu kişi evde bakımı tercih etmektedir. Bu tip bakımın başarısı aile yapısı ve büyüklüğüne bağlıdır. 65 yaş üzerindeki %6.8'i bakım yurtlarında kalmaktadır. Bunların çoğu yalnız yaşayan, kadın ve 80 yaş üzerindeki kişilerdir.

Gerektiğinde evde bakım hizmeti alanların ailelerine nefes aldirmek için gündüz bakım evleri vardır. Almanya'da 12000'den fazla bu tip işletme mevcuttur. 9000'den fazla kurum da bakım yurtları işlemektedir. Bu rakamın içine sivil toplum kuruluşları (%64) ve kâr amaçlı kuruluşlar da dahildir. Gündüz bakım evleri ve bakım yurtlarında hizmetlerin bir kısmı sigorta tarafından karşılandığı için kalan kısım sivil kuruluşlar veya hasta tarafından ödenmektedir

Almanya’da 2002 başında 2 milyonu aşkın bakıma

muhtaç insan kayıt edilmiştir. Bunların %69'u kadınlardan oluşmaktadır. %81'i 65 yaş ve üstü, %35'i 84 yaş üzerindedir. Bakım istatistiği sosyal ve özel sigortaları içermektedir. Yaşın ilerlemesiyle genelde insanlar daha fazla bakıma muhtaç duruma düşmektedirler. 70-75 yaşındaki insanların yirmide biri (%5) bakıma muhtaç iken, 85-90 yaş arası insanlarda bu oran %40'a çıkmaktadır.

Bakım hizmeti masrafının karşılanması devlet, belediye, sivil toplum kuruluşları ve sağlık sigortaları arasındaki anlaşmalar doğrultusunda karşılanır. Kilise ve derneklerin ilgileri de göz önünde bulundurulur.

Almayada yaşlılar için bakım hizmeti üç ana gruba ayrılır:

1. Açık yaşlılar yardımı: Yaşlıları bilgilendirme, yaşlılar merkezi, yaşlılar programı,

2. Yarım günlük yaşlılar yardımı: Geçici bakım, gündüz bakımı, bakıcı tatilde bakımı,

3. Tam günlük yaşlılar yardımı: Huzurevi, bakım evi, yaşlılar yurdu,

Genelde 80 yaş üzeri kişiler huzur ve bakım evlerine yerleştirilmektedir. Bu da bakım ve huzur evlerinin en zor vakalarla, başkalarının yardımına tamamen muhtaç olan kişilerle dolu olduğu anlamına gelmektedir. Bu hastalar kitlesinde demans hastalığı çok yüksektir, bu da bakımı daha zor hâle getirmektedir. Hastabakıcıların bedensel ve ruhsal yıpranmasının yanı sıra, ayrılan

bakım bütçesinin yetersiz oluşu işi daha da zorlaştırmaktadır. Bakım evleri bu zorluğu daha yeni yeni karşılayabilir duruma gelmiştir.

Almanya’da Koruyucu Yaşlı Bakım Hizmetleri

Bakım sigortaları, bakım hizmeti verenleri erken teşhis, önleme, tıbbî rehabilitasyon gibi engelleyici tedavilere öncelik tanıyarak hastanın bakıma muhtaç duruma düşmesini engellemek zorundadır.

Hastalığın ilerlememesi için gereken hizmeti vermelidirler, yani hastanın bakıma düşme durumunu engellemek için gerekli tedbirler alınmalıdır.

Bakım yerine önlem:

Yasal olarak bakım yerine önlem alınması ön görülmüştür. Bilindiği gibi önlem almak hastalığı iyileştirmekten daha kolaydır. Bu da bakıcıların ve toplumun bakım konusunda daha da bilinçlendirilmesi ile mümkündür. Bu konuda pek çok proje mevcuttur ve bunlar gelecekteki bakıma muhtaçlık oranını oldukça düşürecektir.

Almanya’da bakım bilimi ile ilgili bölümler ve bunun eğitimini verenlerin sayısı 50 civarındadır. Yani konu bilimsel esaslara göre ele alınmaktadır.

Gerontoloji (yaşlılar bilimi) de gözle görülür bir ilerleme gerçekleştirilmiş, böylece bakım kalitesinin daha da artacağı öngörülmüştür. Bu düşünce 90’lı yıllarda Robert Bosch Vakfı’nın "bakımın elit insanlara ihtiyacı var"

sözyle başlamıştır. Bu düşünce yeniliklere ve bakım alanında meslekî eğitim verilmesine yol açmıştır.

Önlemsel yaklaşım henüz tam gerektiği gibi uygulanmamaktadır. Hastalar muhtaç duruma düştükten sonra bakıma başvurduğunda, bakım hizmeti verilmektedir. Fakat gelecek yıllarda önleyici tedavi yaklaşımında oldukça önemli bir mesafe alınmış olacaktır. Önleyici tedavi yaklaşımı Amerika'dan İsveç üzerinden Almanya'ya gelmiş bir yaklaşımdır. Bakım uzmanı kişiler yaşlı insanların evlerine giderek sağlıklarını tehdit eden risk faktörleri hakkında uyarıp bilgilendirmektedirler. Almanya'da bu hizmet başlamış ve faydalı olmaktadır. Sigara içmemek, doğru beslenmek ve bol hareket önemlidir.

İnsan haklarına dayalı olarak gereken uygun tıbbî bakım ve diğer hizmetler verilmelidir. Bakım sigortası tüm bakımları finanse etmekte zorlanmaktadır. İlerde alternatif finansman imkanları bulunmalıdır.

Almanya'da 1 milyondan fazla insan evde aile fertlerinden birinin bakımını üstlenmiş durumdadır. Bakıcıların çoğunluğu kadınlardır. Onlar ya kendi başlarına yada profesyonel bir bakıcı desteği ile işlerini yapmaktadırlar.

Bakıma muhtaç kişiye gerektiğinde yarım günlük, evini düzenleyici gündüz veya gece yardımı hizmeti verilir. Bakıcı eve gelip günlük alış veriş ve diğer işlerde yardımcı olur. Kişi istediğinde akşamları bakım evinde kalabilir

Bakım sigortası sosyal ve tıbbî bakımı bakım derecesine göre yarım pansiyon, tam gün bakım için gerekli harcamaları öder.

Almanya’da Son Durum:

İnsana layık bir bakım tabii olmalı ve yasal olarak desteklenmelidir. Bakıcı sayısının yetersizliğinden Almanya’da bakıma muhtaç insanların temiz ve tok olması bile çok zor sağlanabilmektedir. Medya bakım evinde susuz kalmış, açık yaralı bakım evi sakinlerinden ve yaşlıları tuvalete götürmeye zamanları olmayan bakıcılardan haberler vermektedir. Bakımevindeki insanlarla sosyal ilgilenme ise hayal olmuş durumdadır.

Almanya’daki bakımın eksikleri olmasına rağmen araştırmalar bakım kalitesi konusunda olumlu sonuçlar vermektedir. Sağlık sigortasının tıbbî denetleme hizmeti (MDS) 90’lı yıllardaki olumlu gelişmelere rağmen yine de eksiklikler olduğunu bakım-kalite raporunda belirtmiştir.

Hastaların yatış şekillerinde gerektiği gibi aralıklarla bir değişiklik yapılmadığından %43’ünde dekubitus dediğimiz yarasal cilt açılmaları meydana gelmiştir. Bu da bakım yetersizliğini gösterir. %20’sinde inkontinenz denilen idrarını tutamama rahatsızlığına ilişkin yardım sağlanmamıştır. Denetim esnasındaki bakımdaki olumsuzlukların henüz hastalara zarar verecek nitelikte olmadığı tespit edilmiş ve hemen eksikliklerin karşılanması doğrultusunda ikaz edilip gerekenlerin yapılması sağlanmıştır.

Avrupalılar bakım için başka ülkelere gidebilir mi? (Sağlık Turizmi)

Alman Sosyal Mahkemesi (BSG) kim Almanya'ya sırtını dönüp yurtdışında hizmet görürse Alman bakım sigortasından çıkartılması gerektiğini mahkemede görülen iki davada da göstermiştir.

İspanya'da yaşayan Almanların hâlâ Alman zorunlu bakım sigortasından sigortalı olup olmamaları konusunda fikir ayrılığı vardır.

Mahkeme AB yasının, sadece sigortaları ilgilendirdiğini, sigortalı olma zorunluluğu hakkında bir hükümü olmadığını belirtmektedir.

İki ülkeden emeklilik aylığı alan kişiler gene iki ülkeden de sağlık hizmeti alma hakkına sahip olduklarından, gerektiğinde hangi ülkenin sigortası masrafı karşılayacağı belli değil.

İspanya'da yaşayan Almanlara bakım gerektiğinde Alman sigortanın neyi karşılayıp karşılamayacağı davadan davaya değişiklik gösterecektir. (BSG)

Özel sağlık ve bakım sigortaları AB ülkelerinde ve İsveç'te (ikili anlaşmalar doğrultusunda) gönüllü masrafları karşılanmaktadır.

İkametgahı yurtdışında olanlara hizmet sunumu

Ölçü olarak Avrupa mahkemesinde (EuGH) 5 Mart 1998 deki dava alınmıştır. Biri Alman diğeri Hollandalı Fransa'da oturup Almanya'da çalışmış bir çift dava açmıştır. Almanya'da ikisi de gönüllü sigortalı oldukları hâlde AOK Baden-Württemberg eyaletine göre Fransa'da ikamet ettikleri sürece bakım hizmetlerinden

faydalanma hakları olmadığı söylenmiştir. Bu ikâmet etme zorunluluğunu kabullenmeyen çift mahkemeye başvurmuşlardır. Karlsruhe'deki mahkeme bir AB üye ülkesinin bakım hizmeti istemesi AB yasalarına ters düşmez; eğer o ülkede çalışıyorsa demıştır. Ama sunulacak bakım hizmetinin sigorta anlaşması yapılan ülkede ikâmet etme şartına bağlanması, AB yasasına ters düşer hükmünü vermiştir.

(Az. : EuGH C-160-95).

Bu karar özel sigortalar için de bir ölçü kabul edilmiştir

Özel sigortaların kuralı :Kim Almanya'da özel bakım sigortasına üye olursa hizmetini yurtdışında da Almanya'daki özel sigortasından alır.

Emeklilik primi sadece Almanya'daki bakım hizmeti için mi ödenmeli?

Birinci davada Fransa'da ikamet edip Almanya'da yarım zamanlı çalışan Alman-Fransız çift dava açtı. İkisinin de Almanya'da zorunlu sağlık sigortaları mevcut olmasına rağmen (sağlık sigortası olan kişiler otomatik olarak bakım sigortalıda sayılırlar) ticaret sağlık sigortası (KKH) Almanya'da ikamet etmedikleri sürece özürlü oğulları için verdikleri aylık bakım parasını keseceklerini belirtmişlerdir.

İkinci davada Belçika'da ikamet eden Alman emekli memurun davasıdır. Eşi Almanya'dan bakım hizmeti almaktadır. Belçika'da oturduğu için sigorta emeklilik parasının kesilmesine karar vermiştir.

Mahkeme sonucun hasta kişinin lehine olması gerektiğine ve Almanya’da ikamet etmese bile evde bakım hizmetinin devam etmesi gerektiğine karar vermiştir. (Az.: EuGH C 502/01 und C 31/02).

Danimarka’da bakım hizmetleri

Toplam nüfusu 5,2 milyon olan Danimarka’da beklenen yaşam süresi 76 yıldır. Resmî emeklilik yaşının 67 olduğu Danimarka toplumunun yaklaşık %16’sı 65 yaş ve üstündedir. 80 yaş üstündekiler nüfusun %3,6’sını oluşturmaktadır.

İskandinav ülkelerinde genel nüfusun yaklaşık 1/5’i 60 yaş ve üzerindedir (İsveç %23, Danimarka %21, Finlandiya %21, Norveç %20). Doğumdan beklenen ortalama yaşam süreleri 78 ve üzerindedir. Avrupa’nın en yaşlı toplumunu İskandinav ülkelerinde yaşayanlar oluşturmaktadır.

İsveç ve Danimarka’da uzun süreli bakıma ayrılan bütçe genel bütçenin %2’sinden fazladır, Finlandiya’da ise %0,89’dur. Bu ülkelerde uzun süreli bakımın ortak noktası; çoğunlukla devlet tarafından karşılanıyor olmasıdır. Bu ülkelerde resmî evde bakım hizmeti veya ailesi tarafından bakılanların oranı %80’den fazladır. Kurumda bakım hizmeti alanlar %7 civarındadır.

Bütün bu ülkelerde mümkün oldukça yaşlı ve özür-lülerin bakımı daha çok evde yapılmaktadır. İhtiyaçlarına göre aileleri veya ajanslar tarafından hizmet verilmektedir. Masraflar çoğunlukla yerel yönetimler tarafından karşılanmaktadır.

Kişinin bakım yurdunda kalması gerekiyorsa masrafları devlet tarafından karşılanır, katkı payı hasta tarafından ödenmekle beraber çok düşüktür.

1987'de yasal düzenlemelerle kurumsal bakım hizmetleri yerine kurumsal olmayan evde sosyal bakım hizmetlerine ve "yaşlılar için konutlar" anlayışına geçilmiştir ("Housing for Elderly" Act). Bu süre içinde; huzurevi ve bakım yurdu yapımı ile ilgili giderler azaltılmış, gereksinimi olanlara sürekli ev yardımları ücretsiz sağlanmış, emeklilerin ekonomik şartları iyileştirilmiş evde bakım hizmetleri veren sağlık çalışanlarına ihtiyaçlarına uygun olarak çok aşamalı eğitim imkânları sağlanmış. Başarılı sağlık bakım projeleriyle huzurevleri, tıbbî bakım merkezlerine dönüştürülmeye başlanmış, evlerinde yaşayan yaşlılara, süregelen hastalara ve özürülere 24 saat sağlık hizmetlerini de içinde barındıran sosyal bakım hizmetleri verilmeye başlanmıştır.

1984'de Skaevinge Belediyesi tarafından uygulanan evde bakım projesi ile hem sosyal açıdan, hem de maliyetler açısından oldukça pozitif sağlık sonuçları elde edilmiştir. Bu belediyenin, eve dönük entegre sağlık ve bakım modeli, tüm diğer belediyeler için örnek oluşturmuştur. 1990'dan bu yana belediyelerin %75'i aynı yöntemi uygulamaktadır. Elde ettikleri sonuçlar ise Skaevinge Belediyesi ile hemen hemen aynı düzeyde olmuştur.

Bütün bu çalışmalardan sonra, 1985'de Danimarka'nın bakıma muhtaçlar için kişi başı harcamaları

ABD'den iki kat fazla iken, 1997'de kişi başı harcamaları hemen hemen ABD ile aynı düzeye indirilmiştir. Diğer taraftan 1982'de 75 yaş ve üstünde olanların % 16'sı huzurevinde veya bakım yurdunda kalırken, 1999'da bu oran, % 9'a düşürülmüştür. Danimarka, Avrupa ülkeleri içinde en yaygın bir şekilde evde veya sosyal konutta yaşayan bakıma muhtaçlara yönelik sosyal bakım hizmetlerinin genelde ücretsiz olarak sağlandığı ülkelerin lideri olarak kabul edilmektedir. Bakım güvence sisteminin özellikleri çok gelişmiş bir sosyal devlet yapısına sahip olan Danimarka'nın sosyal politikaları vergilerle finanse edilmektedir.

Hastalar, daha kısa süre hastanede tutulmakta, buna mukabil yerel yönetimlerin sağladığı evde bakım hizmetleri ile kişilerin tedavisinin ve bakımının devamı sağlanmaktadır. Danimarka'da sağlık sisteminin geliştirilmesiyle birlikte 1980'de hastanede kalış gün sayısı ortalama 12,7 iken, bu oran 1992'de 7,5'e indirilmiştir.

Entegre bakım sayesinde hem insan haysiyetine yakışır bir biçimde bakım hizmetleri sağlanabilmiş, hem de evde bakım hizmetlerinin etkinliği artırılabilmiştir. Koordineli bir şekilde yürütülen evde bakım hizmetleri içinde ev hemşireliği, gündüz bakım merkezlerinde kısmî veya geçici bakım ve değişik sosyal hizmetler (yeme-içme, ev yardım araçları) yer almaktadır. Yapılan bu çabalar sonucunda kurumsal bakım hizmetlerinin 1982'de milli gelir içindeki payı % 2,6 iken, 1994'de 2,3'e indirilebilmiştir. 1982'de % 20 olan ku-

rumsal bakım oranı, 1996'da % 12'ye ve 2001 yılında ise % 9,1'e indirilmiş, buna karşılık evde bakım hizmetlerinin payı % 25'e yükselmiştir

Hollanda'da bakım hizmetleri

Hollanda'da genel nüfusun % 18'i 60 yaş veya üzerindedir. Beklenen ortalama yaşam süresi 80.4'tür. Bir çok Avrupa ülkesi gibi yaşlanan bir toplumdur. 15,8 milyon Hollanda nüfusunun % 13,6'sını 65 yaş ve üstü kişiler oluşturmaktadır. 2010 yılında bu oranın % 15,8'e, 2025 de ise % 23'e yükseleceği tahmin edilmektedir.

Uzun süreli evde veya kurumda (bakım yurdu veya yaşlılar yurdu) bakım genel sigorta sistemi ile karşılanıyor. Uzun süreli bakım için ayrılan bütçe, genel bütçenin %2.7'sidir . 65 yaş üzerindekiilerin %8.8'i devamlı bakım yurdunda kalmaktadır. %70'ten fazlası ise kendi evinde ya resmî olarak yada ailesi tarafından bakılmaktadır.

Her hastaya uygun hizmet, bu hizmeti dağıtmaktan sorumlu yerel yönetimler tarafından belirlenmektedir. Hizmetlerin çoğu sivil toplum kuruluşları tarafından verilmekte (genel bütçeden pay almaktadırlar) ve günde 2.5 saat ücretsiz hizmet verilmektedir. Bu süre aşırsa kalan ücreti hasta kendisi ödemektedir. Palyatif bakım tamamen ücretlidir. Bakım yurdunda hizmetler bedelsizdir. Fakat konaklama için ödeme yapılmaktadır. Kü-ratif tedavilerin masrafları daha çok hastalık fonu ve özel sigortalar tarafından ödenmektedir.

Bir başka uzun süreli bakım hizmeti de müşteriye dayalı evde bakım hizmetidir. Şartlar sağlandıktan sonra hastaya belli bir miktar para verilir (sigorta tarafından) ve hizmeti nerden satın alacağı kendisi tarafından belirlenir (ailesi, bakıcı veya ajanstan).

Tarihi süreç içinde şekillenen Hollanda sosyal sigorta sistemi, günümüzün mevcut sağlık hizmeti sınıflamasına göre üç farklı boyutta gelişim göstermiştir:

1. Akut Tıbbî Bakım (Hastalık): Tıbbî bakım hizmetleri, 1966 yılında yürürlüğe girmiş olan Sağlık Sigortası Kanunu çerçevesinde yönetilmektedir. Sosyal sigorta kapsamı içinde yer alan tüm kişiler, bu sistem içinde yer almaktadır. Bu da ortalama olarak nüfusun % 64'üne tekabül etmektedir. Geri kalan % 5'i, devlet memurlarının sağlık sigorta düzenlemesi içinde, % 31'i de özel sigorta şirketlerinde yer almaktadır.

2. Bakımı Destekleyen Unsurlar: Özel sağlık sigortası düzenlemeleri tarafından yerine getirilebilen sosyal bakım hizmetleri.

3. İstisnaî Tıbbî Harcamalar: Uzun dönemli sosyal bakım ve(ya) yüksek maliyetli tıbbî tedavi ve bakım hizmetlerini içermektedir. Bu tür bakım hizmetleri 01 Ocak 1968 tarihinde yürürlüğe konulmuş olan "İstisnaî Tıbbî Harcamalar Kanunu" (Exceptional Medical Expenses Act) tarafından karşılanmaktadır. Bu Kanun, uzun dönemli sosyal bakımı ve(ya) yüksek maliyetli tıbbî bakımı da içine alan hizmetleri kapsamaktaydı. Kanun, 1980 yılında huzurevlerini ve bakım yurtlarını, 1989'da da eve dönük sosyal bakım hizmetlerini uygu-

lama kapsamına almak sûretiyle bakıma muhtaçlık riskine karşı kapsamlı bir sosyal güvenlik modelini oluşturmuştur

2000 yılı sağlık ve bakım harcamalarının millî gelir içindeki payı % 8,8'dir. Sağlık-bakım hizmetleri finansmanı, kamu ve özel kaynaklardan oluşan karma bir yapıya sahiptir. % 79'u kamu (sosyal sigortalar kapsamında hastalık sigortası primleri ve genel vergiler), % 21'i özel sigorta kaynaklarının dışında sağlık hizmetlerinden yararlananların gelirlerine göre ödemelerinden oluşmaktadır

Bakıma muhtaçlık kavramı, yasal olarak tanımlanmamasına rağmen, genelde hasta, özürlü ve yaşlılar arasında bir ayırım yapılmaksızın, bütün bakıma muhtaçlar kanunî olarak korunmaktadır. Diğer bir ifade ile somut olarak ifade etmek gerekirse; kişinin genel sağlığı, hastalığa bağlı gelişen bakıma muhtaçlık durumu, psikolojik ve sosyal fonksiyonları, ev ve çevre koşulları gibi kriterler, sürekli bakımın gerekliliği açısından dikkate alınmaktadır

Hollanda'da uygunluk tanımlandıktan (belirlendikten) sonra bakıma muhtaç kişi, kişisel bütçe adı altında bakım parası alabilmektedir. Bu parayla haricî bakım hizmetlerini, aile fertlerinden, bağımsız çalışan profesyonel bakıcılardan, sivil toplum kuruluşlarından ya da bakım şirketlerinden alabilmektedir. Sosyal bakım harcamalarının önemli bir kısmı, haricî bakım hizmetlerinden yararlanma şeklinde olmaktadır. Bakım ödeneklerinin sağlanmasının en olumlu sonucu, kalite ve fiyat re-

kabinetinin sağlanması ile bakım şirketleri üzerinde büyük baskı unsuru oluşturmaktadır.

Hollanda'da Evde Bakım Uygulama Biçimleri

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

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

Evde bakım hizmeti sağlayan kuruluşlar, üç kriteri yerine getirmek mecburiyetindedirler:

1. Sosyal bakım hizmetleri içinde hemşirelik bakımı, kişisel bakım (günderlik hayat aktivitelerinin sağlanmasına yardım), ev idaresi işleri ile birlikte bakımı kolaylaştıran, sağlığı geliştiren ve destekleyen araçların ödünç olarak verilmesini sağlayacak hizmetleri verebilmelidir.

2. Bakım elemanı olarak çalışanların sosyal güvenliği temin edilmeli ve sosyal kanun, tüzük ve toplu iş sözleşmeleri gibi düzenlemelerde veya anlaşmalarda bakım ile ilgili olan hükümlere riayet edilmelidir.

3. Kuruluş, belirlenmiş "Standart Bakım Modelleri"ne uygun ve kaliteli bakım hizmeti yerine getirmelidir.

Standart Bakım Modelleri (Bakım Standartları); bakım hizmetlerinin görev alanını (hasta, yaşlı veya özürlü bakımı) ve hedefini (sosyal bakım kalitesinin oluşturulması, korunması ve geliştirilmesi) belirleyen ve bakım elemanları tarafından genelde kabul edilen ve uygulanabilen bütün faydalı ve etkili norm ve ölçülerdir.

Avrupa'da bakım Hizmetlerinin nihai değerlendirilmesi

AB'de uygulanmakta olan sosyal güvenlik sistemlerinin birbirinden bazen çok farklı olmasından dolayı sağlıklı bir mukayesenin yapılması hayli zordur. Bununla birlikte, AB içinde sosyal güvenlik sistemlerinin birbirine uyumlu hâle getirilmesi politikaları çerçevesinde bakım hizmetlerinin de bu politikaların kapsamına alınması, anılan sistem farklılıklarından ötürü henüz erken görülmektedir. Avrupa kıtasında yaşlıların ve dolayısıyla Bakım muhtaç kişilerin sayısı hızla arttıkça, AB'nin ortak sosyal güvenlik politikalarının ilk sıralarında bakıma muhtaç yaşlıların sosyal güvenliği konusunun yer alacağına muhakkak gözüyle bakılmalıdır. Yaşlanan Avrupa nüfusunun sosyal vahameti 2000'li yıllardan sonra daha belirgin

hâle geleceğinden bu konuya henüz çözüm aramamış olan ülkeler de bundan sonra bakım hizmetleri alanında sistemlerini geliştirmek durumunda olacaktır.

Bakım hizmetlerini sistemli bir şekilde uygulamakta olan birçok AB ülkesi, bakım giderleri içinde önemli bir yeri teşkil eden yurt harcamalarını azaltabilmek ve Bakıma muhtaç kişileri toplumdan ve alışageldikleri sosyal çevrelerinden koparmadan hizmet vermek maksadıyla evde bakım hizmetlerine yönelmişlerdir. Bakıma muhtaçlık halinin derecelendirilmesinde kullanılan tıbbî kıstasların ülkeler arasında epey farklı olduğu görülmektedir.

Kendi nüfusu içinde kritik bir yaşlı oranına sahip olmayan AB ülkeleri Bakıma muhtaçlık halinin tanımında esnek bir uygulama sergileyip bakım hizmetlerine genel vergilerden finanse edilen sosyal yardım sandıklarından kaynak ayırmaktadırlar.

Artan yaşlı nüfusla beraber kamusal sosyal harcamaların astronomik bir şekilde artmasından ve bütçenin de bunu karşılamakta zorlanmasından dolayı bakım hizmetlerinde yeni arayışlara gidilmektedir. Bunun tipik örneği Almanya'dır. Sağladığı geniş kapsamlı bakım hizmetlerini ileride de aynı seviyede sunabilmek için bakım giderlerinin büyük bir payını 1995 yılından beri sosyal sigortalar sistemine yatırılan bakım primlerinden karşılamaktadır.

Türkiye’de Yaşlı Tatil Köyleri

Kısaca görüldüğü gibi Avrupa’da yaşlılık büyük bir so-

run ve bütçeye yük olarak görülmektedir. Ülkemizin iklimi, coğrafyası, misafirperverliği, bölgesel yakınlığı ve turizm potansiyeli ile Avrupalı yaşlılara özellikle 65-75 yaşları arasındaki (sağlıklı olan) yaşlılara belli projeler çerçevesinde daha güzel ve daha ekonomik bakım hizmeti ve yaşlı tatil köyleri sunulabilir. Böyle bir proje Avrupa'nın yaşlılarına daha ekonomik ve müreffeh bir hizmet, ülkemiz için de büyük bir sağlık turizmi girdisi olacaktır. Aynı zamanda böyle bir projenin yürütülmesi ülkemizin gelecekteki yaşlı sorunları için ön hazırlık çalışması olacaktır.

Bunun için Avrupalı yaşlılar kendi imkanlarıyla plansızca sonbahar aylarında “Üçüncü yaş grubu turizmi” adı altında ülkemize gelmektedirler. Ülkemizin iklimine, coğrafyasına ve misafirperverliğine hayran kalmaktadırlar. Ayrıca ülkemizde turizm hizmetlerinin birçok Avrupa ülkesine göre ekonomik olması da yaşlı turizmi için bir tercih sebebidir.

Artık ülkemizde Avrupalı yaşlılara yönelik organizasyon ve tatil köyleri oluşturma zamanı gelmiştir hatta geçmek üzeredir.

Yapılması gereken sağlık danışmanlık firmaları ve turizmciler ile işbirliği, içerisinde hükümetin desteğiyle ülkemizin potansiyelinin yurtdışında tanıtılması ve pazarlanmasıdır. Özellikle gelişmiş batı ülkelerinde yaşlı bakım evleri ve evde bakım şirketleriyle hatta özürlü dernek ve organizasyonlarla görüşmeler yapılmalı.

Öncelikli olarak mevcut olan turizm yatırımları (Akdeniz ve Ege sahillerindeki tesisler) kış ve ilkbahar sezonlarında değerlendirilmeli. Sonraki adım ise planlı, geniş olarak yeni yaşlı ve özürlü tatil köylerin kurulup işletilmesi olmalı.

Böyle çalışmalar ülkemizin batı ülkelerine karşı hem siyasi hemde ekonomik açıdan ciddi bir imaj kazanmasına sebep olacaktır.

BÖLÜM 3



ÜLKEMİZDE BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI

ÜLKEMİZDE BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI

Ülkemizde bakımevleri ve huzurevleri çok yaygın olmasa da mevcuttur. Evde bakım hizmetleri ise yeni yeni yapılmaya başlamıştır.

Ülkemizde Yaşlı Nüfus

Ülkemizde ise 65 yaş ve üzeri nüfus, toplam nüfusumuzun %5-6.0'sini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 Sağlık Raporu'na göre Türkiye' de toplumun % 38.0'i 50 yaşına gelmeden ölmektedir. Ülkemizde de yaşamdan beklenen sürenin uzamasıyla 2025 yılında yaşlı nüfusun %9-10.0'a ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Genel nüfus içerisinde yaşlı oranındaki bu artış;

* Başta tanı ve tedavi yöntemleri olmak üzere sağlık alanındaki çarpıcı ilerlemeler ve hizmetler,

* Enfeksiyon ve hastalıklara bağlı ölümlerin azalması,

* Bebek ve anne ölüm hızının düşmesi ve doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması,

* Yeterli beslenme olanaklarının sağlanması,

* Eğitim olanakları ve düzeyinin artması,

* İnsanların yaşam standartlarının yükselmesi nedeniyle dir.

Türkiye'de yaşlı bireyin hastalıkları sıralamasında en başta depresyon (%31.9), kardiyovasküler hastalıklar (%22.4), demans-deliryum (%14), kanser (%10.3) ve osteoporozla bağlı kırıklar (%8.6) görülmektedir. 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların % 90'ında en az bir kronik hastalık görülürken %35'inde iki, %23'ünde üç ve %14'ünde dört ve üzeri kronik hastalık görülmektedir.

Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) 2004 verilerine göre;

SHÇEK Genel Müdürlüğüne bağlı 57 resmî ve 61 özel olmak üzere toplam 118 adet huzurevi,

Emekli Sandığı, İçişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, PTT ve Darülaceze kurumlarına ait 7 adet huzurevi,

Yerel yönetimler tarafından işletilen 21 adet huzurevi,

Dernek ve vakıflar ait 30 adet huzurevi,

Azınlıklara ait 7 adet huzurevi olmak üzere toplam 182 adet huzurevi,

SHÇEK Genel Müdürlüğüne bağlı yatılı hizmet veren 35 rehabilitasyon merkezi bulunmaktadır.

Ayrıca Genel Kurmay Başkanlığına bağlı Türk Silahlı Kuvvetleri Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi ve Ayvalık Rehabilitasyon Merkezi de bakım hizmeti vermektedir.

Bu kurumlarda toplam 18771 özürlü ve yaşlı barınmaktadır. Bunların bir kısmının yatağa bağlı olarak bakım gördüğü bilinmektedir. Ayrıca huzur evlerindeki yaşlıların %33'üne özel bakım hizmeti sunulmaktadır. Bununla birlikte aynı kurumlarda bakım hizmeti için sıra bekleyen çok sayıda özürlü ve yaşlının olduğu bilinmektedir. SHÇEK'e bağlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinden hizmet almak üzere 2661 kişi sıra beklemektedir.

Bakım hizmetlerinde yer alması gereken kurumlar şunlardır;

Kamu kurumları

Merkezi yönetim

Yerel yönetimler

Üniversiteler

Özel kurumlar

Sivil toplum örgütleri (Dernekler, vakıflar)

Öncelikle yerel, bölgesel ve ulusal düzeyde bakım ihtiyacı olan kişilerin tespit edilmesi için bir sistem geliştirilmelidir. Bakım hizmetlerine katılan kamu kurum ve kuruluşları, STÖ (sivil toplum örgütleri), yerel yönetimler koordinasyon içinde çalışmalıdır. Bakım hizmeti anlayışı kurum odaklı değil hizmeti alacak birey odaklı olmalıdır. Bireysel ihtiyaçlara göre bakım hizmetleri planlanmalıdır.

Bakım hizmeti veren kurumların kalitesi yeterli değildir ve denetimi yeterince yapılamamaktadır. Mevzuatta boşluklar olması nedeniyle özel bakımevlerinde sağlık hizmetleri ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır. Sağlık Bakanlığı ile özel bakımevlerinin bu konuda yapacakları bir protokol ile bu sorunun giderilebileceği düşünülmektedir. Yeni çıkan evde bakım yönetmeliği genelde evde hasta bakımını kapsamaktadır. Zaten Sağlık Bakanlığı'nca yayımlanmıştır. Yaşlı ve özürünün özel sektör tarafından evde bakımı hakkında ciddi yasal düzenlemelere ihtiyaç vardır.

Evde Bakım Hizmetleri

Evde Bakım hizmetleri ülkemizde hâlihazırda yerel yönetimler, gönüllü kuruluşlar ve bir iki büyük şehirdeki özel kuruluş tarafından sağlanmaktadır. Bu hizmetler ülkemiz için son derece yeni uygulamalardır. Bu hizmetlerin nasıl sunulacağı Sağlık Bakanlığı tarafından 10 Mart 2005 tarihinde Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Yönetmeliği" ile belirlenmiştir. Bu hizmetlerin potansiyel yararlanıcı kitlesi özürllüer, ağır ve kronik hastalar ve yaşlılardır.

Ayrıca yaşlıların ve özürllüerinin hastane bakımı sonrasında evde bakımlarına devam edilmesi gerekeilmektedir. Ancak var olan çalışmalarında bu tür bir organizasyon yoktur. Bu hizmet ağırlıklı olarak gönüllü çalışmalar ve pilot projelerle yürütölmektedir. Bireysel bakım ihtiyacını karşılayacak gezici ekip çalışmaları yapılmamaktadır.

Bakım hizmetlerinde eğitimli personel ile çalışılması verilen hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hizmet kalitesinin artırılması için ara eleman yetiştirilmesinin yanı sıra hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi ve bu eğitimin sertifikalandırılması gerekmektedir. Sertifikalarda katılımcıların kazandığı beceriler ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Sertifikasyonda MEB, Sağlık Bakanlığı, ÖZİ, Üniversiteler ve Meslek Örgütleri arasında işbirliği sağlanmalıdır. Sertifikalı bakım elemanlarının bakım merkezlerinde istihdamı sağlanmalıdır.

Evde bakım bir ekip tarafından yürütülmelidir. Ekip elemanlarının görev ve sorumlulukları ilgili mevzuatla düzenlenmelidir.

Hâlen bakım kurumlarında kalan özürlü bireylerin, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında özürlü kişiye refakat eden kişilerin yetersizliği, sürekli değişmesi ve yeterli kayıt tutulmaması gibi nedenlerle çeşitli sorunlar yaşandığından bakımda süreklilik sağlayacak destek hizmeti (refakatçilik) düzenlemeleri yapılmalıdır.

Sivil toplum örgütleri evde bakım hizmetlerinin oluşması için talep oluşturmaktadır.

Evde bakım alanında çalışacak personelin yetiştirilmesi

Ülkemizde yeni yeni gündeme gelen evde bakım hizmetleri konusunda önümüzdeki en büyük sorun eğitilmiş kalifiye evde bakım personelinin hemen hemen olmayışıdır.

Bugün Almanya, Hollanda gibi birçok batı ülkesinde bile eğitilmiş evde bakım personeli azlığı önemli bir sorundur. Ülkemizde genellikle eğitimsiz ve kalifiye olmayan işsizler ordusu vardır. Evde bakım eğitimi kültürü ve bilgisi olan yardımcı sağlık personeli bile yoktur. Ayrıca ülkemizde sosyo kültürel olarakta bir genç bayanın başkasının evinde çalışmasına özellikle hasta bakıcı olmasına karşı ciddi bir direnç vardır.

Yeni yeşeren bu sektörde faaliyet gösteren üç beş'i geçmeyen özel evde bakım kurumları da yetişmiş,

kalifiye, bayan evde bakım elemanı bulamamaktadırlar. Mutlaka bu sorun giderilmeli kısa süreli sertifikasyon programları ve eğitim çalışmaları yapılmalıdır.

Düzenlenecek evde bakım hizmetleri sistemlerinde ihtiyaca göre belirlenecek sayıda koordinatör merkez oluşturulmalıdır. Evde bakım hizmetleri, hizmetler zinciri olarak planlanmalı, sağlık birimleri (tam teşekküllü devlet hastaneleri, rehabilitasyon merkezleri) sosyal hizmet merkezleri, eğitim merkezleri, STÖ'ler gibi bir çok kurum ve kuruluşla yakın ilişki içinde yürütülmelidir. Evde bakım hizmetleri bir ekip hizmeti olarak düzenlenmelidir.

Evde bakım hizmetleri ekip çalışması olarak düzenlenmelidir. Ekipte rehabilitasyon uzman hekimleri yer almalı ve kişiye özgü tedavi ve rehabilitasyon planlamasını bu hekimler yapmalıdır. Bakım hizmetleri planlanırken ekipte ihtiyaca göre uzman hekim, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, özel eğitim uzmanı, çocuk gelişim uzmanı, sağlık eğitim uzmanı ve bakım ara elemanlarını sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalıdır. Gerektiğinde eklenecek elemanlarla ekip desteklenmelidir. Evde bakım hizmeti sağlayacak kişinin daha uygulamaya geçmeden önce eğitimi sırasında ekip çalışması anlayışı içinde yetiştirilmesi gerekir. Eki bin görevleri ve ekip içinde kendi alanları ile ilgili yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

Özür lü ler alanında çalışan tüm meslek elemanları eğitimleri sırasında özür lü ler ve bakım konusunda temel düzeyde bilgilendirilmelidir.

Üniversitelerin bakım personeline yönelik eğitimler düzenlemesi sağlanmalı, toplum ve aile eğitimine yönelik çalışmalar teşvik edilmelidir.

Bakım ara elemanlarının yetiştirilmesinde ortak bir eğitim programı oluşturulmalı ve bu kişilerin yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir. Bu eğitim programları en az ilköğretim mezunlarına yönelik olmalıdır.

Bakım konusunda uzman bakım personelinin yetiştirilmesinde ön lisans programları açılmalıdır. Ülkemizde evde bakım personeli yetiştirilmez ise yeni kurulacak evde bakım kurumları ciddi sıkıntıya gireceklerdir. Sistem kaçak Moldova'lı kadınlarla çözüme gidecektir. Bu da ülkemizde işsizlik sorununu büyütecek kaçak işçi çalıştırılmasına sebep olacaktır.

Evde bakım hizmetlerinin finansmanı

Ülkemizde sosyal güvenlik sistemlerinde bakım hizmetleri yer almamaktadır. Bu konuyla ilgili önemli mevzuat eksikliği mevcuttur. SHÇEK korunmaya muhtaç kapsamı dışında kalan ancak bakım ihtiyacına sahip olan kişilere bu hizmeti ücret karşılığı sağlamaktadır. Bakıma muhtaç olan bireylerin genel sağlık sigortası olsun veya olmasın bu hizmetten yararlanmaları sağlanmalıdır. Bunun için gerekli kaynak genel bütçeden veya fonlardan sağlanabilir.

Bakım hizmetleri sosyal bir haktır. Anayasamızın 60. maddesinde "herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar" ve " 61. maddesinde ise "devlet sa-

katların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirler alır" ifadeleri yer almaktadır. Bu bağlamda sosyal devlet anlayışı içerisinde bakıma muhtaçlık, sosyal bir risk olarak kabul edilmelidir. Bakım hizmetleri sosyal güvenlik sistemleri içerisinde yer almalı ve bakım sigortası oluşturulmalıdır.

Yerel yönetimlerde özürlü danışma kurulları ve özürlü bakımı için kaynak oluşturulmalıdır. Özürlülerle ilgili hizmetleri organize ve koordine edecek birimlerin örgüt şeması içinde yapılandırılması gereklidir. Bunun için gerekli mevzuat değişiklikleri yapılmalıdır.

Batı ülkelerinin hepsinde değişik şekillerde olsada mutlaka bakım sigortası vardır. Bakıma muhtaç kişilerin (yaşlı, hasta veya özürlü) bakım hizmetleri bedelleri sigorta tarafından karşılanmaktadır. Yapılan birçok çalışmada bakım hizmetlerinin sigorta tarafından ödenmesi tedavi hizmetlerinin maliyetlerini arttırmaktan daha ziyade düşürmesine sebep olmaktadır.

Yerel yönetimler, ulusal bakım politikalarının temel esasları çerçevesinde yerel koşullara uygun bakım modelleri geliştirilmesi için özendirilmeli ve bu hizmetler için kaynak ayırmaları ve bu kaynakların etkin biçimde kullanılması için desteklenmelidir. Yerel yönetimlerin bütçelerinde özürlülere yönelik belli oranda payın yer alması ve bu mali kaynağın özürlülere yönelik harcanması sağlanmalıdır.

Ülkemizde evde bakım hizmetinin sosyal açıdan değerlendirilmesi

"Bülbülü altın kafese koymuşlar yine de yuvam demiş" deyimi insan fıtratını ve Türk kültürünü çok iyi yansıtmaktadır. İnsan temelde sosyal bir varlıktır ve karşılanması gereken ihtiyaçları vardır. Sağlıklı bir insan ile hasta veya yaşlı bir insanın diğer insanlardan alması gereken destek farklılık gösterir. Hastalarımız ve yaşlılarımız bakıma muhtaç olunca mahzunlaşır, duygusallaşır. Şefkat ve güler yüz bekler. Bütün bunlar insan oğlunun yaradılışında vardır. Kurumsal bakımdan ziyade evde bakım bizim kültürümüzdür.

Bütün bu fitrî yapıdan olsa gerek yaşlı ve hasta bakımını bizim kültürümüzde hiçbir toplumda olmadığı kadar önemlidir. Batıda son yüzyılda hasta ve yaşlı bakımı çok ileri düzeyde incelenmiş ve alt yapı hazırlanmıştır. Batı kültüründe bizim kültür değerlerimiz olmadığından olsa gerek istenen seviyede ve şefkate olamamıştır.

Ülkemizde son yıllarda yaşlı ve hasta bakımını gündeme gelmeye, Avrupa örnekleri incelenmeye başlamıştır. Avrupa'dakine benzer bir yapı oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bakım konusunda bugüne kadar ciddi çalışmalar yapılmamış olmasının sebepleri arasında yaşlıların genel nüfus içinde az olması, kronik hastalıkların batı ülkelerindeki gibi fazla olmaması ve kültürümüzde bu konunun pek yerinin olmaması sayılabilir. Bugün toplumumuz yaşlanıyor, kronik hastalık görülme sıklığı artıyor ve maalesef kültürümüz her gün dejenere olup

batılılaşıyor. Bunlar bakım konusunun gündeme gelmesine neden olmuştur.

Bakım konusu önümüze gelen önemli bir sosyal sorun olmaya başlamıştır. Bu sorun büyümeden kültürümüze ve insan fitratına daha uygun olan evde bakım konusu ele alınmalı alt yapı çalışmaları yapıp yaygınlaştırılmalıdır. Evde yaşlı ve özürlü bakımına yönelik ayrı bir yönetmelik çıkarılmalıdır.

Toplumumuz eskisi gibi geniş aile yapısında değildir. Çekirdek aile toplum düzenine hakim olmuştur. Ailelerin yaşlısıyla ve hastasıyla fazla ilgilenebilecek hem ekonomik hem de sosyal açıdan imkansızlıkları vardır. Ancak inanç ve kültür olarak hastasına, yaşlısına bakmak istemektedir. Toplumun bu samimi isteği günümüz şartlarında profesyonel evde bakım modeliyle çözülebilir.

BÖLÜM 4



EVDE TIBBİ BAKIM KONULARI

EVDE TIBBİ BAKIM KONULARI

Ülkemizde bugün için evde hasta bakımı konusu evde yaşlı bakımından çok daha önem arz etmektedir.

Hastanelerdeki yığılmalar ve yatak sıkıntısı hepimizin malumudur. Sağlıkta en büyük problem planlama yapılamaması ve kaynaklarımızı verimli kullanamayıştır. 100.000'i aşkın olan hekimlerimizin büyük bir kısmı 4-5 büyük şehirde bulunmaktadır. Kısıtlı olan yatak kapasitesi ve hastanelerimiz verimsiz kullanılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri yeterli olarak kullanılamamaktadır. Başu veya dişi ağrıyan bile hemen hastaneye gitmekte ve hangi bölüme gideceğine kendisi karar vermektedir. Dünyanın hiçbir yerinde hastanın kendisi gideceği bölüme karar veremez. Birinci basamak doktoru (Dünyada yaygın olan şekli ile aile hekimi) hastanın hangi bölüme gideceğine karar verir.

Hastanede 2-3 günde taburcu olacak hasta sadece pansuman veya enjeksiyon için bir hafta hastanede yatırılmaktadır. Kronik bronşitli hasta inhalasyon ilaçları veya oksijen tedavisi için hastanede bir ay yatmaktadır. Sıradaki hastalar da yatak bulacağız diye kuyruk beklemektedirler.

Hâlbuki bu tip hastaların tamamı sağlık ekibi kontrolünde evde bakım hizmeti alabilirler ve hastaneden erken taburcu edilebilirler. Dünyada yapılan birçok araştırma erken taburcu olma ve evde tıbbî bakımla tedavi giderlerinin % 50 civarında aşağıya çekildiğini göstermektedir.

Aşağıda evde tıbbî bakımla erken taburcu olabilecek, hem hastane enfeksiyonu kapma riski, hem de tedavi maliyetlerini azaltabilecek, en önemlisi hastanın memnuniyetini arttıracak ve iyileşmesini hızlandırabilecek bazı hasta gruplarından kısaca söz edeceğiz.

1- Ameliyat Sonrası Hastaların Evde Bakımı

Bir çok ameliyatta post-op dönem 3-5 günü geçmektedir. Doktor ve hemşire kontrolünde ve düzenli bir taburcu raporuyla bu hastalara evde tıbbî bakım sunulabilir.

- Apendektomi, kolosistektomi vb. batin cerrahisi
- Mide Ca, kolon Ca vb. kolostomili hastaların erken taburcu edilip kolostomi bakımları
- Beyin cerrahisi özellikle omurga cerrahisi operasyonları sonrası hareketler, egzersizler için evde bakım
- Ortopedik ameliyatlar sonrası tıbbî bakım

2- Onkoloji (Kanser) Hastalarının Evde Bakımı

- İlk teşhis konulup kür tedavisi planlanan hastaların büyük bir kısmı için evde kür tedavisi yapılabilir.
- Son dönem onkoloji hastalarının palyatif tedavileri için evde bakım hizmetleri verilebilir. Ülkemizde son dönem hasta yakınlarına eğitim verilmeden bu hastalar taburcu edilmekte, hasta yakınları hastanın üç beş aylık son döneminde ciddi psikolojik yıkıma girmektedirler. Bu grup hastalar için hasta yakınları yeterli derecede hastalarına bakım hizmeti verememektedirler. Bunlar için evde bakım ekibi çok

faydalı olacak hastaya medikal ve sosyal destek sağlayacaktır.

3- Kronik Hastaların Evde Bakımı

Kronik böbrek yetmezliği, KOAH, Demans, Alzheimer vb. hastalara hem eğitim, hem düzenli tedavi, hem de akut ataklar haricinde evde hemşire gözetiminde bakım hizmeti verilebilir. Bu tür bir bakımda hem hasta hem de hasta yakınları eğitilmiş olacaktır. Ayrıca bu grup hasta ve yakınlarına psikolojik destek de sunulmuş olacaktır.

4- Diyabetik Ayak ve Diyabet Hastalarının Evde Bakımı

Diyabet hastaları toplumda çok yaygındır. Diyabette en önemli konu hasta ve yakınlarının eğitimi, diyet ve düzenli ilaç kullanımınıdır. Bu tip hastaların evde bakımındaki amaç eğitim ve komplikasyonların önlenmesi olmalıdır.

Özellikle diyabetik ayakta hastanede belli bir düzeye gelmiş hasta mümkün olan en erken dönemde taburcu edilmelidir. Taburcu olan hastanın ayak bakımı tecrübeli bir sağlık ekibince evde de yapılabilir. Böyle bir uygulama, maliyeti çok düşürecektir. Hastanın ev ortamında diyete uyumu ve moral seviyenin yüksekliği tedavisini olumlu olarak etkileyecektir.

5- Doğum Öncesi ve Sonrası Evde Bakım

Doğumu yaklaşmış bir anne adayına bir ebenin evde bir hafta bakım yapması, annelik ve doğum hakkın-

da bilgi vermesi, doğuma hazırlaması çok önemlidir. Doğuma bu şekilde hazırlanmış bir annenin doğumda çok uyumlu ve başarılı olması beklenir. Bugün Batı ülkelerinde doğumdan bir gün önce hamile kadın hastaneye yatırılıp doğum hakkında bilgilendirilmektedir. Doğum egzersizleri de öğretilmelidir.

Doğum sonrası (postpartum) bakım, bebek bakımı, emzirme eğitimi, besleme şekilleri vb. konularında tecrübeli bir sağlık ekibi evde bakım ve eğitim verebilir.

6- Son Dönem Hastaların Evde Bakımı

Ülkemizde tedavi edilmesinden ve şifa bulmasından ümit kesilmiş birçok hastaya (kanser, siroz, felçli hasta AIDS vb.) evine git ölümünü bekle denilmektedir.

Eve götürülen bu son dönem hasta için ailesi ne yapacağını, hastaya nasıl bir bakım yapacağını bilmemektedir.

Ailenin göz bebeği, aileye ve ülkeye birçok hizmeti dokunmuş bu hastaya aile son görevini yapmak istemesine rağmen bu görevi yapamamaktadır. Bunun tabî bir sonucu olarak hasta yakınları depresyona varabilen psikolojik travmalar geçirmektedirler.

Avrupa'da bu grup hastalar hospis denilen hastane sonrası bakım evlerinde daha huzurlu bir ortamda pal-yatif sade bir tıbbî bakım yapılmaktadır. Ülkemizde evinde son dönem hastası olanlar 1 ay boyunca bu hastasıyla amatörce cedelleşen hatta bir ağrı kesici, bir serum taktırmak için hemşire bulamayan aileler vardır. Bu tip hastalara her zaman profesyonel evde bakım ekibince evde sağlık hizmeti sunulabilir.

7- Evde Enteral ve Parenteral Besleme

Yoğun bakımdan çıkmış veya son dönem hastalarda evine gönderildikten sonra bu hastaların tıbbî bakımlarının yanı sıra beslenmeleri de çok önemli bir konudur.

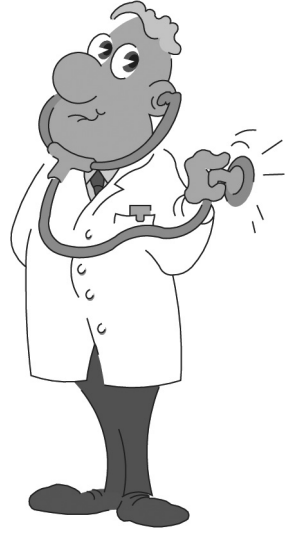
Özellikle son dönem hastalarında enteral veya parenteral beslenme için eğitimli bir sağlık personeli evde bakım hizmeti sunabilir.

8- Dekübitis Ülserleri ve Yara Bakımı

Evine gönderilen son dönem hastaları ve yatalak hastalarda dekübitise karşı tedbirler almak çok önemlidir. Evde bakım hizmeti veren sağlık personeli hastanın yara bakımını, belirli aralıklarla pozisyon değiştirmesini sağlamayı ve bu konuda hasta yakınlarını eğitmeyi ihmal etmemelidir.

Bu örnekler uzayıp gidebilir. Kısacası ülkemizde evde bakım kurumsallaşır ve eğitimli sağlık personeli yetiştirilirse hem sağlık hizmeti kalitesi artar, hem de genel tedavi maliyetleri düşer. Burada önemli olan sağlık çalışanları ve idarecilerimiz bu konulara eğilmeyi, hastaları bu alanda bilgilendirmeyi ve bu konunun kurumsallaşması önemlidir. Son 15 yılda dünyada evde bakım konusu çok önem kazanmıştır. Sektör hâline gelmiş tüm sigorta ve devlet kurumları bunun bedelini evde bakım sunan kurumlara ödemektedir.

BÖLÜM 5



HASTA YAKINI OLMAK

HASTA YAKINI OLMAK

Hasta Yakını Olmanın Güçlükleri

1- Finans

Bakım tedavi masrafları, özel diyet veya egzersiz için yapılan masraflar, ulaşım masrafları vb. gibi nedenlerle bütçe planlarında zorlanmalara yol açabilir. Bakım hizmeti uzadıkça, çeşitlendikçe ya da karmaşıklaştıkça bütçedeki yükü de artar.

2- İş

Hasta bakımı, çalışan hasta yakınlarının iş yaşamını olumsuz etkileyebilir. Pek çok hasta yakını, iş saatlerinde değişiklik yapmak, işe geç gitmek, erken çıkmak veya gün içinde kısa izinler kullanmak zorunda kalır. Hatta bazıları tam zamanlı işten yarı zamanlı işe geçmek ya da işi tamamen bırakmak zorunda kalabilmektedir.

3- Sosyal Yaşam

Hasta bakımıyla ilgilenmek, kişinin sosyal hayatını sürdürebilmesi için gerekli zaman ve enerjiyi kısıtlayarak, sosyal hayatında bir gerilemeye yol açabilir.

4- Fiziksel ve Ruhsal Stres

Hasta yakınının yaşı, bakım hizmetinin yoğunluğu ve bakımın süresi arttıkça, hasta yakınlarının yaşadığı fiziksel ve ruhsal stres de artar. Çalışmayan hasta yakınları, çalışanlara oranla daha yoğun fiziksel ve duygusal stres yaşarlar. Çünkü çalışmayan kişiler hasta bakımına daha çok zaman ve enerji ayırırlar. Unutulmaması gereken nokta ise, hasta bakımının yol açtığı fiziksel ve duygusal

stres, sadece o kişiye zarar vermeye kalmaz, verilen bakımın kalitesini de düşürür.

5- Aile Dinamikleri

Aile içi çatışmalar gibi bazı faktörler de bakım sürecini güçleştirebilir. Hastalık gibi bir kriz dönemi, bazı aile bireylerini birbirine yakınlaştırırken, bazı aile bireyleri arasındaki ilişkiyi güçleştirebilir. Bazen bakım işini sadece bir aile bireyi üstlenir. Diğer bireyler ise, ne yapılması ve nasıl yapılması gerektiği ile ilgili öneri veya şikayetler getirirken, çok fazla görev ve sorumluluk almazlar.

6- Bir Hastanın Bakımından Sorumlu Olmak Ne Demek?

Hasta veya engelli olan eşimize, çocuğumuza, anne babamıza, kardeşimize veya arkadaşımıza bakım sağlayan bizler arasındaki benzerlikler nelerdir?

Hastaların ihtiyacı benzer değildir... Bakım ihtiyacı hastadan hastaya, kişiden kişiye değişir.

Bakım için ayrılan zaman benzer değildir ... Hastanın bakım ihtiyacı bir kaç ay, birkaç yıl, hatta ömür boyu sürebilir.

Hastaların bulunduğu yer benzer değildir... Çoğu hasta yakınları hastaları ile aynı evi paylaşıyor olsa da, hastaları hastanede kalan veya bir bakım evinde, hatta başka şehirlerde olan ailelerin sayısı da az değildir. Yani, bakım vericilik aynı çatı altında olmakla sınırlı değildir. Hastası nerede olursa olsun, kişinin sağladığı destek, hasta bakımındır.

Hasta yakını olmak, görev ve sorumluluklarla, zamanla ve mekanla sınırlı değildir. Hasta yakını olmayı belirleyen temel kriter, hastalığın hasta yakını üzerindeki duygusal etkileridir. Hastanın karşılaştığı sorunları aşmanın en kolay yolu, profesyonel anlamda evde bakım hizmeti almaktır. Evde bakım hizmeti almak hem hastaya hem de hasta yakınına fayda sağlayacaktır.

Hasta yakınları arasındaki ortak noktalar, Acısı, ağrısı olan, normal fonksiyonlarını yerine getirmede güçlük çeken, bir ilaç veya tedaviye bağımlı olan yakınımız için duyduğumuz üzüntüdür.

Kimdir hasta yakını?

Hekim, hasta ve hasta yakınları arasındaki ilişki üçgeni, sadece hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini etkilemekle kalmıyor, sağlık ekibinin başarısını da etkiliyor.

Hasta yakınları ve bakım vericiler, bir anlamda sağlık sisteminin dayandığı, en temel iskelet. Hasta yakınlarının sağladığı bakımın, sağlık sistemi açısından pratik ve ekonomik pek çok getirisi var. Hasta yakınları hastalarına finansal, duygusal, sosyal, günlük bakım, ev işleri gibi pek çok konuda destek sağlıyor.

Hasta yakını olmak hem pek çok kişi için benzer, hem de herkes için çok farklı bir deneyim.

Hasta yakını olmak demek, bazen önemli yaşam kararlarının bu hastalıkla birlikte tekrar değerlendirmek demek, sürekli bir endişe hâli demek, doktorlar ve sağlık sisteminde çalışan diğer kişilerle nasıl çalışılabileceğini öğrenmek demek, mütevazı bir tıp öğrencisi gibi

sağlık sistemi, ilaçlar, tedavi araç gereçleri ile ilgili bilgi sahibi olmak demek, hasta yakını olmak demek, "öğrenmek" demek.

Hasta yakını olmak demek, hastanıza olduğu kadar size de nasıl olduğunuzun sorulmasını beklemek demek, bazen insanın kendi evinde bile yalnız kalmayı özlüyor olması demek, hastası kendini iyi hissettiğini söylediğinde veya durumunda küçük bir ilerleme olduğunda mutlu olmak demek, küçük molalarda hissedilen rahatlık, özgürlük hissi demek, çok çalışmak demek.

Hasta yakını olmak demek, bazen acı, bazen sevgi ve paylaşma demek.

Hasta yakınlarına öneriler

- Yalnız kalmayın, sosyal yaşamınızı sürdürün. Özellikle alıştığınız programınızı sürdürün ve yaşamınıza dikkat edin: Beslenmenizin zengin, çeşidi bol ve iyi dengelenmiş olmasına dikkat edin. Spor yapmayı bir yaşam biçimi hâline getirin. Yeterli ve düzenli uyuyun. Gerek duyduğunuz kadar dinlenin.

- Hasta ve yakınlarının bulunduğu ya da kurduğu derneklere başvurun. Onlar hastalığın seyri konusunda bilgi ve deneyim sahibi olduklarından, size çok değerli önerilerde bulunabilirler.

- İlgi alanlarınızı koruyun. Yakınınıza olduğu kadar kendinize de bakım sağlamayı hedefleyin. Hobilerinizden ve fiziksel faaliyetlerinizden vazgeçmeyin.

• Kendi sağlığınıza da zaman ayırın. Hastalanmanız sadece sizi değil, bakımından sorumlu olduğunuz yakınınızı da etkileyecektir. Hastanıza yardım ederken kendi sağlığınızı da koruyun.

• Yakınının bakımından sorumlu olmak herkes için farklı bir deneyimdir. Yeni konumunuza alışıırken psiko-sosyal bir destek almanız, zor dönemlerini kolaylaştırır.

• Bir hastanın bakımından sorumlu olmak uzun bir yolculuktur. Bu sırada ortaya çıkabilecek yanlış anlamaları önleyebilmek ve desteğinizin kesintiye uğramaması için önemli noktalardan biri hasta ile kurulacak sağlam bir iletişimdir.

• Hastalığı yok saymayın, yaşamınızdan soyutlamayın. Hastanın enerjisi zaten hastalığına odaklı olduğundan bu konuda konuşmaktan korkmayın.

• Hastalık odaklı bir yaşamdan uzaklaşabilmek ve sosyal yaşamınızı sürdürebilmek için, hastanız ve diğer aile fertlerini de kapsayan planlar hazırlayın.

• Gerektiği zaman hastanıza da hayır demeyi bilin.

• Yakınınız istemedikçe "öğüt" vermekten kaçının.

• Gerektiğinde diğer aile fertleri, arkadaşlarınız gibi yakınlarınızdan yardım alabileceğinizi unutmayın.

• Yakınınızın gündelik yaşantıdan kopmaması için işlere onu da dahil edin.

• Hastanızın da aktif bir rol üstlenebileceği sosyal dostluk çemberini koruyun.

• Yakınınızın davranış ve tepkilerini daha iyi anlayabilmek için psikiyatrist, psikolog ya da pedagoğ gibi bir uzmandan yardım almaktan çekinmeyin.

• Yakınınızı tedavi eden hekim onun durumunu en iyi anlayacak kişidir. Kafanızdaki soru, şüphe ve kaygıları açmaktan hekiminizle paylaşmaktan çekinmeyin. Bir uzman olarak görüşlerini öğrenin. Hekimle kuracağınız işbirliği ve dayanışma ilişkisi, sizin için de önemli bir psikolojik destek sağlayacaktır.

Hasta yakınlarına eğitim

Hasta yakınlarına verilecek eğitim konuları

1. Hasta nasıl bakılır?
2. Uzun süreli hastalıklarda gelişebilecek komplikasyonları (Dekübitis yaraları vb,) nasıl önleyebiliriz?
3. Sağlıklı beslenme nedir?
4. Hastanın genel bakımı nasıl olur? örneğin yıkama, mobilize etme...
5. Ailede hastamıza en iyi şekilde nasıl bakabiliriz?
6. Hastalık belirtilerini gözlemlemek ve müdahale etmek
7. Hasta odasının düzeni ve hijyeni
8. Hasta bakıcısının çalışma tarzı
9. Genel bakım faaliyetleri
10. Vücut bakımı
11. Erken önlemler
12. Yatırma şekilleri, araç ve gereçler
13. Beslenme
14. Doktor talimatlarını uygulama
15. ilaçların kullanımı
16. Hasta çocuk
17. Yaşlılık ve hastalık

Ülkemizde eğitimin eksikliği sıkıntıları hasta yakınlarına da yansımıştır. Maalesef bugün eğitim ve bilgiye yeterince önem verilmeyen bir toplumda yaşıyoruz.

Hastalarımıza gerekli tıbbî tedaviyi versek bile genellikle bilgilendirme ve hasta yakınını eğitmede ciddi sıkıntılarımız vardır.

Bilgilendirme tedavinin bir parçası olarak düşünülmesi ve evde bakımda en etkili kişi yine hasta yakını olacaktır. Özellikle kronik hastalarda ve son dönem hastalarında hasta yakınının eğitimi çok önemlidir. Bu kişiler hem bilgilendirmek hem de psikolojik destek verilmesi açısından önemlidir.

Evde tıbbî bakım konusunda tıbbî bakım yöntem ve konularının bu kitapçığımızda kaleme almak istemedik. Çünkü böyle bir tıbbî akademik çalışma sadece evde bakım personeline eğitim amaçlı olacaktır.

Ancak ilerleyen tarihlerde tıbbî bakımla ilgili uygulama yöntemlerini içeren bakım personeline ve hasta yakınlarına yönelik bir çalışmamız olacaktır.

BÖLÜM 6



YEREL YÖNETİMLERDE EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE UYGULAMALARI

YEREL YÖNETİMLERDE EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE UYGULAMALARI

Uzm Dr Hasan Hüseyin EKER*

1.GİRİŞ

1978'de Alma-Ata'da gerçekleştirilen tarihi konferans, 2000 Yılına Kadar Herkes için Sağlık hedefini koymuştur. Konferans, bu hedefi, "dünyadaki tüm insanların 2000 yılına kadar, sosyal ve ekonomik anlamda üretken bir hayat sürmelerini sağlayacak bir sağlık düzeyine ulaşması" olarak tanımlamıştır.¹ Bu kapsamda birçok ülkeye sağlık sistemini güçlendirmiş veya revize etme gereğini duymuştur. Örneğin İsveç'te yerel yönetimler (belediyeler) kendi bölgelerindeki sağlık hizmetlerinden sorumlu tutulmuştur. 1992 yılında evde hemşirelik hizmetleri sorumluluğu da il kurullarından belediyelere devredilmiştir.² DSÖ Onuncu Program toplantısında (1996-2001) sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması, yükselen maliyetlerin kontrolü, seçilmiş enfeksiyonel hastalıkların eradikasyonu ya da eliminasyonu, kronik hastalıklara karşı mücadele ve sağlıklı davranış ile sağlıklı çevrenin geliştirilmesinde yoğunlaşmıştır.³

Kaynakların sınırlı olması nedeniyle bütün vatandaşlara yüksek düzeyde sağlık hizmeti götürmek mümkün değildir. Bu durumda risk altındaki kişilere öncelik vermek

*Halk Sağlığı Uzmanı, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Eski Sağlık İşleri Müdürü

1.DSÖ 1999 Raporu

2.Sağlıkta Strateji. T.C. Sağlık Bakanlığı proje genel koordinatörlüğü yayın dergisi Aralık 1998

3.DSÖ 2004 Raporu

gerekmektedir. DSÖ'ye göre özellikle risk altında bulunanlar; çocuklar, doğurgan çağda bulunan kadınlar, yaşlılar, kronik ve bulaşıcı hastalığı olan bireyler ve özürlüler ile bakıma muhtaç kişilerdir.⁴

Evde bakım hizmetinin çok yaygın olduğu ABD'de 17 binin üzerinde evde bakım şirketi bulunmakta ve ABD sağlık sektörünün yüzde 5-6'sını evde bakım hizmetleri oluşturmaktadır.

Evde bakım hizmetleri gelişmiş ülkelerin bir çoğunda yerel yönetimler ve belediyeler tarafından yapılmaktadır. Örneğin İsveç, Danimarka, Finlandiya ve Norveç gibi ülkelerde evde bakım hizmetlerini belediyeler üslenmiştir.⁵ Danimarka'daki pek çok belediye son 15 yıl içinde 24 saatlik evde bakıma başlamıştır. Bu hizmet belediyelerce farklı şekillerde organize edilmiştir. Genellikle yaşlı insanlar için ev hemşireleri ve ev yardımcıları tarafından gece / gündüz ziyaret edilme şeklinde düzenlenmektedir. Ülkemizde evde bakım hizmetleri ciddi anlamda birkaç özel kuruluş dışında verilmemektedir.

Halen TBMM' de görüşülmekte olan "Merkezi idare ile mahalli idareler arasındaki görev bölüşümü ve hizmet ilişkilerinin esasları" hakkındaki yasa tasarısı gelişmiş ülkelerde olduğu gibi yerel yönetimlere sağlık ve sosyal alanlarda daha etkili görevler yüklemektedir. Söz konusu yasa tasarısında yerel yönetimler tarafından yerine getirilecek görevler içinde eğitim, sağlık, sosyal yardım gibi yöresel müşterek hizmetler sayılmaktadır.

4.DSÖ Sağlık Raporları internet sayfaları

5.Sağlıkta Strateji T.C. Sağlık Bakanlığı proje genel koordinatörlüğü yayım dergisi Aralık 1998

2. AMAÇ ve HEDEFLER:

Yerel yönetimlerde "Evde Bakım Hizmetleri" projesi çerçevesinde, morbidite ve mortalitenin azaltılması, bireyin, ailenin ve toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi , öncelikle risk gruplarının tespiti, bakıma muhtaç olanların, bakım ve takibi, sağlık eğitimlerinin verilmesi ve bu yöndeki ihtiyaçlarının karşılanması amaçlanmalıdır.

Bu çalışmalar ile bakıma muhtaç bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasını ve sosyal yaşama entegre olmasını sağlamak için yaşadığı ortamda bakımların sağlanması;

1. Bakıma muhtaç bireylerin bakımını yaparken aynı zamanda bireye veya ailede bulunan diğer bireylere bakım konusunda eğitim vererek sağlıklı yaşamalarına yardımcı olmak.

2. Programın değerlendirilmesi ve buna bağlı olarak, ileriye yönelik planlama amacıyla ve başka amaçlarla kullanılmak üzere bir kayıt sistemi oluşturulmak.

3. Ev ortamında, bakıma muhtaç kişinin yaşamını kolaylaştıracak değişiklikleri yapmak ve / veya yapılmasına önderlik etmek.

4. Toplumda bakıma muhtaç bireylere karşı pozitif davranışlar geliştirmek ve halkın programa katılımını sağlamak.

5. Toplumda bakıma muhtaç bireylerin ilgili sivil toplum kuruluşları tarafından tanınmasını ve bu kuruluşların daha yararlı hale gelmesini sağlamak.

6. Toplumda bakıma muhtaç bireylerin tıbbi bakımlarını sağlayarak sağlık kuruluşların dahi yoğunluğun azalmasına katkıda bulunmak.

7. Toplumda önemli sağlık konularında eğitim çalışmaları yapmak. Bu amaçla eğitim toplantıları, eğitim broşur veya kitapçıkları, basın yoluyla bilgilendirme internet sayfası yapmak v.s.

8. Çevrede ve hizmetlerin verililiş yöntemlerinde bakıma muhtaç bireylerin yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik gerekli değişiklikleri yapmalarını sağlamak amacıyla resmi, gayrı resmi kuruluşların dikkatlerini çekmek.

9. Elde edilen bu bilgiler, sağlık daire başkanlığının elektronik ortamına aktarılacak. Elde edilecek bu bilgiler benzer faaliyetleri gerçekleştiren kamu kurum ve kuruluşları ile de paylaşılarak hedef kitleye en kapsamlı ve en etkin yardımın ulaştırılmasını sağlanacaktır.

Bu alışmalar ile bakıma muhtaç kişilerin kayıtları tutulacak ve takibi yapılacak, sağlıklı toplumun oluşmasına katkıda bulunulacak, hastalıklardan korunma yolları öğretilecek, toplumdaki her bireyin kendi sağlığından sorumlu hale gelmesi sağlanacak, hastalık maliyetini düşürecek ve böylece ülke ekonomisine katkı sağlanacaktır.

3. HEDEF KİTLE:

Belediye sınırları içerisindeki bakıma muhtaç bireylerden sosyal güvencesi olmayan veya mutlak açlık sınırında olanlar ile sosyal olarak bakıma gereksinim duyan tüm bireylerden oluşmalıdır.

4. ÇALIŞMA METODU ve İLKELERİ:

Çağdaş dünyadaki gelişmelerin uygulanmasını gerekli kıldığı temel insan hakları, merkezin bütün çalışmalarında dikkatle gözetilecek, bakıma muhtaç kişiye yönelik olarak özel önem taşıyan; bireyin haklarına saygılı, aile çevresi ile işbirliği içerisinde, hizmetin sürekliliğini sağlayan ve kişiye özel düzenlenebilen hizmet programları personelin işe giriş eğitimini bir parçası olacaktır

Evde Sağlık Hizmeti kısaca 8 (sekiz) bölümden oluşmaktadır.

1. Sağlık ve sosyal ön tespit
2. Doktor değerlendirmesi
3. Evde bakım hizmeti uygulaması
4. İlaç tedavi hizmetleri
5. Uzman hekim muayeneleri
6. Laboratuvar tetkikleri
7. Hastane tedavi hizmetleri
8. Diğer tedavi hizmetler

Hastanın Tesbiti

Tespit, önemli ve öncelikli olarak yapılması gerekmektedir. Bu tespit;

a- Sağlık bakanlığının yaptığı ETF çalışmalarına bazı sular ilavesi ile yapılabilir.

Kaymakamlıklar, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları, muhtarlar, yardım sandığı, mavi masa, dernekler, vakıflar, sivil toplum örgütleri, müftülükler, üniversiteler,

milli eğitim müdürlükleri, vb... kamu kurum ve kuruluşlarından gelebilir.

c- Bizzat fakir, kimsesiz, aceze, yatalak hasta vs... durumunda olabilir bunun için belediyeler kitle iletişim araçlarını kullanarak bu çalışmalarını duyurmalılar

d- Bir veri tabanı oluşturulmak isteniyor ise belediyenin kendi organizasyonu ile hane halkı tespiti yapılarak. Evde bakıma gereksinim olanların tespiti yapılabilir.

Tespitte görev alacak personel hizmet içi eğitimden sonra hedef kitleye ulaşmalı her konuta tek tek gidecek tespit görevlisi kısaca ziyaretlerinin amacını ifade eden açıklamadan sonra, bu hizmetten yararlanmak isteyenlere; konut bilgileri ile konutta yaşayan tüm bireylerin eğitim, sosyal güvence, meslek bilgileri, ayrıca özürlü ve sakat durumu ve herhangi bir hastalığının olup olmadığının kaydedildiği bir hane anketi formu doldurmalıdır. Daha sonra bu forma kendi kanaatlerini de yazacaklardır.

Hastanın Doktor Tarafından Değerlendirmesi

Doktor değerlendirme hizmetinin gerçekleştirilmesinde en az bir doktor ve bir hemşireden oluşan ekipler görev alacaktır.

-En az bir hekim ve bir hemşireden oluşan doktor değerlendirme ekibi, değerlendirme ziyareti gerektiren evlere bizzat giderek, hastalarını; yaşadıkları ortamda fizik muayenelerini yapacak ve muayene sonucu elde ettiği bilgileri doktor muayene formlarına işleyecektir.

Doktor değerlendirme ekibince gerekli görülen kişiler / hastalar, hastalığın durumuna göre bakım planı kapsamına alınabileceği gibi ilgili yerlere sevki de yapılabilecektir

-Değerlendirme doktoru'nun muayenesi sonucunda, ilgili formun uygulanılacak bakım planı kısmına evde bakıma alınması uygun görülen hastalar için, hastaya hangi bakımın nasıl yapılacağı, hastanın iyileşmesi , eğitimi için yapılacak bakım planlarının hedefine ulaşmasında verilmesi gereken bakımın sayısı ve sıklığını da açıkça yazacaktır.

- Muayene neticesinde, uzman doktora sevk, laboratuvar veya radyolojik tetkiki vs. gereken hastalar için; değerlendirme doktoru tarafından sevk formu doldurulacak ve İdare'nin önerdiği ilgili birimlere sevki gerçekleştirilebilecektir.

5. ÖNGÖRÜLEN HİZMETLER

A - Sağlık hizmetleri

Evde doktor muayenesi

Evde doktor kontrolü ve hasta takibi

Evde hemşirelik hizmetleri

Evde hastabakıcı hizmetleri

Evde bakıcı ve refakat hizmetleri

Evde fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri

Evde Psikoterapi ve solunum terapisi

Evde yaşlı bakımı

Evde ameliyat sonrası hastanın bakım ve takibi

Evde onkoloji hastalarının bakım ve takibi

Evde kalp, şeker ve akciğer hastalarının bakımı ve takibi

Evde felçli ve yatağa bağımlı hastaların bakım ve takibi

Evde hastanede nöroloji ve ortopedi hastalarının bakım ve takibi

Evde özürlülerin bakımı ve takibi

Evde normal ve riskli gebelerin takibi

Evde doğum sonrası annenin bakım ve takibi

Evde yeni doğan ve bebeğin bakım ve takibi

Evde diyet düzenlenmesi ve takibi

Evde tüm bakım hizmetlerinde eğitim ve danışmanlık

Beslenme ve sıvı dengesinin takibi

B - Sosyal hizmetler

a. Genel Vücut Bakımı

Duş ve banyo yaptırma

Ağız ve diş bakımı

Saç ve sakal bakımı

El ve ayak bakımı

Göz ve kulak bakımı

Yapay uzuv parçalarının takılması, çıkarılması ve temizlenmesi

Giyindirme ve soyundurma

b. Yaşlıya Yönelik Proflaksi / Koruyucu Önlemler

Giyeceklerin ve Yatağın Bakımı

Giysileri yıkama, kurutma ve ütüleme

Giysileri ayırma ve düzenleme

Yatağın hazırlanması

Yatak örtülerinin değiştirilmesi
Vücuda ve duruma uygun yatağın temini ve yerleştirmesi
Yerleştirme tekniklerinin temini ve yerleştirme yar-
dımının sağlanması

c. Tuvalet Desteği

Sarf malzemelerini hazırlama ve yerleştirme
Tuvalet ve Banyoyu hijyen şartlarını uygun hale getirme
Tuvaleti yaşlıya uygun hale getirme
Destek ve genel yardım sunma
İdrarın gözetlenme
Kateterin bakımı
Tuvalet eğitimi
Bakım ihtiyaçlarının hazırlanması ve mahrem bakımı

d. Gıda ve Alışveriş Desteği

Hastalıklara yönelik uygun diyet programı hazırlan-
ması, gıda temini ve beslenme desteği
Diyete uygun gıdalarla beslenmesinin sağlanması
Diyete uygun öğünlerin düzenlenmesi
Gıda maddelerinin kullanılabilirliğini ve dayanıklılı-
ęını korumak
Mutfağın hijyen şartlarına uygun hale getirilmesi

C - Konut bakımı

Belirlenen aralıklarla evin genel temizliği
Yaşlının aktivitesine uygun konutun ısıtılması ve be-
lirlenen aralıklarla kontrol edilmesi
Konut içinde yaşlıya uygun yeni düzenlemelerin ya-

pılması

Elektrik, su telefon tesisatının yaşlının ihtiyacına uygun düzenlenmesi

D - Refakat Hizmetleri

Hobileri doğrultusunda programlara katılımını sağlama

Briç, satranç, dama, bulmaca... vb. oyunlar ile boş zamanları değerlendirme

Yürüyüş,yüzme,bisiklet...vb spor aktivitelerine katılımını sağlama

Sinema,tiyatroya...vb katılımını sağlama

İnançları doğrultusunda programlara katılımını sağlama

Geziler düzenleme ve katılımını sağlama

Resmi dairelerde işlemlerin takibinde refakat

Hastaneye gidişlerde refakat hizmetleri olabilir.

Bunlardan hastanın gereksinimi ve belediyelerin ayıracığı bütçeye göre öncelikli olanlar için bir plan çıkarılacaktır.

BÖLÜM 7



DEĞERLENDİRME VE ÖNERİLER

DEĞERLENDİRME VE ÖNERİLER

İnsanın sağlıklı bir yaşam sürmesi en temel haklarından dır. Devletlerin en önemli görevlerinden biri de fertlerin sağlıklı yaşamasını temin etmektir. Bu görevi yaparken ülkenin kaynaklarını optimum kullanması da esastır.

Sağlıklı yaşam ortamının oluşturulması hem ekonomik hem de kaliteli olmalıdır. Hastanelerin en verimli şekilde kullanılmasının, tedavi ve bakım maliyetlerinin düşürülmesinin yolu evde bakımdan geçer.

Dünyadaki tüm çalışmalar evde bakımın tedavi maliyetlerini düşürdüğünü, hizmet kalitesini ve etkinliğini artırdığını göstermiştir.

Evde bakım batı ülkelerinde yüzyılı aşkındır devam etmektedir. Ülkemizde ise son birkaç yıldır gündeme gelmiştir. Evde bakımla ilgili çalışmalar, eserler, yasal düzenlemeler yeni yeni başlamıştır.

Ülkemizde evde bakım konusunda eğitilmiş insan kaynağı, profesyonel kurum ve kuruluşlar yaygınlaşmalıdır. Bu konu hakkında toplum, sağlık çalışanları, yetkililer ve hastalar bilinçlendirilmelidir.

Öncelikli olarak evde bakım hizmeti verecek kalifiye eleman yetiştirilmeli. Bunlar için acilen sertifikasyon programları düzenlenmeli, kısa eğitimlerle acil ihtiyaçlar giderilmeli. Daha uzun vadede üniversitelerde bu konu ile ilgili bölümler açılmalı. Hemşirelik yüksek okullarına evde bakım ile ilgili dersler konulmalı böylece kalifiye evde bakım elemanı açığı giderilmelidir.

Evde bakım hem tedavi maliyetlerini düşürmek hem de hastalara daha kaliteli sağlık ve bakım hizmeti için şarttır. Hastalarımız, yaşlılarımız ve bakıma muhtaç insanlarımız bizden bunu beklemektedirler.

Ülkemizde gelişmiş ülkelerdeki gibi evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşabilmesi için;

1- Mevcut yasal düzenlemeler yetersizdir. Yaşlı ve özürllülere yönelik sosyal ağırlıklı bakım hizmetleri için yönetmelikler çıkartılmalıdır. (10 Mart 2005'deki evde bakım yönetmeliği ağırlıklı olarak hasta bakımına yöneliktir)

2- Başta üniversite olmak üzere yetkililer kalifiye evde bakım elemanı yetiştirmek üzere sağlık meslek yüksek okulları ve sosyal hizmetler bölümlerinde ders programları konmalı. Acil olarak evde bakımla ilgili standart kurslar yapılarak sertifikasyon yaygınlaştırılmalı.

3- Yapılacak araştırma ve çalışmalar sonunda evde bakımla ilgili eserler hazırlanmalı, sağlık camiası ve toplum bilgilendirilmeli.

4- Toplumda basın-yayın yoluyla evde bakım anlatılmalı, konu hakkında farkındalık oluşturulmalı.

5- Özel ve resmi kurumlar evde bakım konusunda yatırım yapmaya teşvik edilmeli.

6- Hastanede yatış sürelerini kısaltmak, stabil medikal takibi evde bakıma kaydırarak sağlık harcamaları azaltılmalıdır. Bununla ilgili çalışmalar bir an önce yapılmalıdır.

7- En önemlisi sosyal güvenlik kurumları evde bakım hizmetlerinin bedelini ödemelidir.

Ayrıca Sağlık bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlığı, üniversiteler ve evde bakımla ilgili Sivil Toplum Kuruluşlarından oluşan bir komisyon oluşturulmalı.

Bu komisyon dünyadaki evde bakım hizmetlerinin gelişimini, modellerini ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerine olumlu veya olumsuz yansımalarını araştırmalı.

Bu komisyon ülkemizin gelecek yıllarda sosyal güvenlik kurumlarına ciddi yük olacak olan kronik hastalıklar, özürllü ve yaşlıların sorunlarına şimdiden çözüm planlamaları yapmalı.

Böyle bir planlı çalışma inceleme yapılmazsa Avrupa ve ABD'yi bile sarsan bakıma muhtaç kişilerin (yaşlı, özürllü ve hasta) sorunları karşısında Türkiye'nin gelecek 15-20 yılda hali nice olur bilinmez.

Bütün bu saydıklarımız en kısa sürede yapılmalı ki ülkemizde modern ve standardize edilmiş bir evde bakım sistemi oluşsun. Böylece vatandaşlarımız daha kaliteli sağlık hizmeti alabilecek ve sağlık harcamaları da düşecektir.

EKLER:

YÖNETMELİK (EK 1)

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik

Resmi Gazete/Tarih: 10.03.2005; Sayı: 25751 Sağlık Bakanlığından:

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1 — Bu Yönetmeliğin amacı; fertlerin ve toplumun sağlığını korumak amacıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

Madde 2 — Bu Yönetmelik, bağımsız işyerleri şeklinde veya tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik ve özel hastane bünyesinde evde bakım hizmeti sunmak amacıyla açılan sağlık kuruluşları ile bu sağlık kuruluşlarının sahip ve işletenlerini ve evde bakım hizmeti faaliyetlerini kapsar.

Dayanak

Madde 3 — Bu Yönetmelik; 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 5/7/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 9 uncu maddesinin (c) bendi ve 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4 — Bu Yönetmelikte geçen;

- a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- b) Genel Müdürlük: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,
- c) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,
- d) Evde Bakım Hizmeti: Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasını,
- e) Sağlık Kuruluşu: Evde bakım hizmeti sunmak üzere faaliyet gösteren merkez ve birimi,
- f) Merkez: Özel hukuk tüzel kişilerine veya gerçek kişilere ait olup; sadece evde bakım hizmeti sunmak üzere açılan ve faaliyet gösteren müstakil evde bakım merkezini,
- g) Birim: Evde bakım hizmeti vermek üzere hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi, poliklinik gibi özel sağlık kuruluşları bünyesinde bulunan evde bakım birimini,
- h) Tedavi Planı Hastanın tıbbi olarak tedavisini üstlenen hekim tarafından hazırlanan tedavi planını,
- ı) Bakım Planı: Evde bakım merkezi/biriminde çalışan hekim dışı sağlık personeli tarafından hazırlanan ve evde bakım hekimi tarafından onaylanan, hastaya verilecek bakım içeriği ve sıklığını detaylı anlatan yazılı planı ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Kuruluşlarının Türleri ve Açılması

Sağlık Kuruluşu Türleri

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

Merkezzler

Madde 6 — Merkezler, tabip sorumluluğunda ve gerekli asgari standart donanım ve personel desteği ile sadece evde bakım hizmetleri verilmek üzere müstakil olarak açılan kuruluşlardır.

Birimler

Madde 7 — Birimler, hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi veya poliklinik olarak ilgili mevzuatına göre ruhsatlandırılmış özel sağlık kuruluşları bünyesinde, bir birim olarak gerekli asgari standart donanım ve personel desteği ile evde bakım hizmetleri sunan kuruluşlardır.

Sağlık Kuruluşunun Açılması

Madde 8 — Merkezler, özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişilerce müstakil olarak açılıp işletilebilirler.

Birimler ise, 9/3/2000 tarihli ve 23988 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre açılan merkezler, poliklinikler ile özel hastaneler mevzuatı uyarınca ruhsatlandırılan özel hastaneler bünyesinde açılabilir.

Mevzuatında halka sağlık hizmeti sunumu ile ilgili düzenleme yer alan kamu kurum ve kuruluşları ile kamu hastaneleri, bu Yönetmelik kapsamında evde bakım hizmeti veremezler.

Başvuru İçin Gereken Belgeler

Madde 9 — Sağlık kuruluşu açacakların bizzat veya mesul müdürleri vasıtasıyla sağlık kuruluşunun unvanı, sahibi veya sahiplerini, faaliyet göstereceği adresi, merkez olarak açılacak ise mesul müdürün, birim olarak açılacak ise birim sorumlusunun ismi, unvanı, hizmet vereceği alanları ve sağlık kuruluşunun açılması ile ilgili işlemlerin başlatılmasını talep eden ve bir örneği Ek-1'de bulunan dilekçe ile Müdürlüğe başvurmaları gerekir.

Dilekçeye ekli olarak başvuru dosyasında bulunması gereken bilgi ve belgeler şunlardır:

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

b) Merkez olarak açılacak sağlık kuruluşu bir ticaret şirketi tarafından açılacak ise, şirket ortaklarını gösterir ticaret sicil gazetesinin aslı veya noter tasdikli örneği,

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

d) Sağlık kuruluşunda çalışacak tüm personelin listesi ile diplomalarının Müdürlüğe onaylı örnekleri, nüfus cüzdanlarının fotokopisi ve ikişer adet vesikalık fotoğrafları,

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

f) Sağlık kuruluşunda ve evde bakım hizmeti verecek personelin yanında bulundurulacak asgari araç-gereç ve cihazları gösterir ayrıntılı bir liste,

g) Hizmet alacak kişilerin bakımı ve tedavisi için gerekli olan malzeme ve tıbbi cihazların sağlık kuruluşu tarafından temin edileceğine dair mesul müdür ve sağlık kuruluşu sahipleri tarafından imzalı taahhütname (Ek-2),

h) Evde bakım hizmeti alan kişinin gerekli durumlarda herhangi bir gerekçe göstermeksizin ikinci basamak sağlık kuruluşuna nakledileceğine dair mesul müdür ve sağlık kuruluşu sahipleri tarafından imzalı taahhütname (Ek-3).

Açılma İzni

Madde 10 — Sağlık kuruluşu açılmak üzere 9 uncu maddeye göre yapılan başvuru, Müdürlük tarafından, başvuru tarihinden itibaren onbeş iş günü içinde dosya üzerinde incelenerek, başvuru dosyasında eksikleri var ise sağlık kuruluşunu açmak isteyenlere bildirilir. Başvuru dosyasında eksiklik yok ise, Müdürlük tarafından sağlık kuruluşunun kuruluş ve faaliyetlerinin bu Yönetmeliğe uygun olup olmadığının incelenmesi ve denetlenmesi için en az bir hekim olmak üzere iki sağlık personeli ile ekip oluşturulur ve bu ekip tarafından sağlık kuruluşu yerinde incelenir.

Bu inceleme sonucunda uygun görülenlere Müdürlük tarafından Ek-4'de yer alan "uygunluk belgesi", Ek-5'de yer alan "mesul müdürlük belgesi" düzenlenir. İlave olarak çalışanların her birine Ek-6'da yer alan "personel çalışma belgesi"nden ikişer nüsha düzenlenir. Düzenlenen bu belgeler ve başvuru dosyasının bir örneği Müdürlükte saklanıp diğer nüshaları sağlık kuruluşu mesul müdürüne imza karşılığında verilir.

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

Bu Yönetmelik kapsamındaki mevcut sağlık kuruluşunu açanlar ve işletenlerce, şu-be niteliğinde ikinci bir kuruluşun açılmak istenmesi durumunda, 9 uncu maddede belirtilen şekilde yeniden başvuru yapılır.

Sağlık kuruluşunun diğer şartlarının korunması kaydıyla sadece faaliyet gösterdiği adresin değişmesi durumunda, durumu belirtir dilekçe ve merkezler için 9 uncu maddenin (a) ve (g) bentlerinde, birimler için (a), (c) ve (g) bentlerinde istenilen belgelerle başvuru yapılır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Personel Standartları

Mesul Müdür

Madde 11 — Merkezlerde hekim olan bir mesul müdür bulunur. Mesul müdürün bulunmadığı ve merkezin hizmet verdiği saatlerde yetki devri yaptığı bir hekim bulunur. Mesul müdür sadece bir merkezde mesul müdürlük görevini üstlenebilir. Mesul müdür, idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer hekimler ile birlikte sorumludur. Mesul müdürün idari işlerinden, merkezin işleyişinden ve sunulan sağlık hizmetinin gerektirdiği alt yapı olanaklarının sağlanmasından sağlık kuruluşunun sahipleri de bizzat sorumludurlar.

Mesul müdürün görevleri şunlardır:

- Açılış ve işleyiş ile ilgili her türlü izin işlemlerini yürütmek,
- İşleyişte tanımlanmış alt yapı ve hizmet kalite standartlarının korunması ve sürdürülmesini sağlamak,
- Merkezde görevine son verilen veya ayrılan sağlık personelinin çalışma izin belgelerini en geç bir hafta içerisinde Müdürlüğe iade etmek,

- d) Merkez adına ilgili belgeleri onaylamak,
- e) Tanımlanan düzenlemelerin ilgililer tarafından yerine getirilmesini sağlamak üzere gerekli iş tetkikleri yürütmek,
- f) Denetim sırasında yetkililere gereken bilgi ve belgeleri sunmak ve denetime yardımcı olmak,
- g) Çalışan personelin başta HIV, hepatit markerleri olmak üzere gerekli görülen tetkiklerini ve muayenelerini en az yılda bir defa periyodik olarak yaptırmak,
- h) Sağlık mevzuatında belirtilen ve yetkililerce tanımlanacak diğer görevleri yerine getirmek.

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

Mesul müdür değişiklikleri en geç, yeni mesul müdürün göreve başlayacağı güne kadar Müdürlüğe bildirilir.

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

Evde bakım biriminin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun mesul müdürü, aynı zamanda birim sorumlusu görevini de yapabilir.

Hekim

Madde 12 — Sağlık kuruluşunda mesul müdür veya birim sorumlusu haricinde en az iki hekim bulunur. Bu hekimlerden en az biri tam zamanlı görev yapmak zorundadır.

Hekim;

- a) Hastanın kapsamlı olarak tıbbi değerlendirmesini yaptıktan,
- b) Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekimi ile bağlantı kurarak, gerekli bilgi ve önerileri doğrultusunda tedavi planını hazırlamaktan,
- c) Hastaları belli aralıklarla ziyaret ederek, hastaların durumuna ve bakımına ilişkin bilgi toplayarak, gereksinimlerini ve bakım sonuçlarını sürekli değerlendirerek gerektiğinde yeni gereksinim ve sorunlara yönelik hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekimi ile görüşerek yeni tedavi planı düzenlemekten,
- d) Hastaya evde bakım hizmeti veren sağlık personeli ile bağlantı kurarak hastanın durumuna göre bakım planındaki değişikliklere yönelik rapor hazırlama ve gerektiğinde hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimlere bildirmekten,
- e) Hasta bakım planları, hasta dosyası ve diğer kayıtların doğru, eksiksiz ve zamanında tutulmasını sağlamaktan,
- f) Bakım hizmeti veren personele bilgi ve eğitim vermek, danışmanlık sağlamak, hizmetleri geliştirmeye yönelik kararlar almak ve sorunları tartışmak üzere toplantılar düzenlemekten,
- g) Tüm uygulama ve işlemlerin etik kurallara uyularak, hasta hakları doğrultusunda yapılmasını sağlamaktan,
- h) Tedavi sırasında kullanılacak ilaçların, tıbbi malzeme ve cihazların sağlanması, uygun koşullarda saklanması, yanlış kullanımının önlenmesi, tıbbi atıkların toplanması ve imhası, bulaşıcı hastalıklardan korunma, bildirimi zorunlu hastalıklar ile adli vakaların bildirimi konularında evde bakım ekibi üyeleri ile hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmekten,
- ı) Evde bakım hizmeti verdikleri kişilere uyguladıkları tıbbi işlemlerden, yapılan işlemlerin hasta dosyalarına işlenmesinden, sağlık kuruluşunun işleyişinde, kendi çalışma alanı ile ilgili aksaklıklar öncelikli olmak üzere gördüğü bütün aksaklıkları mesul müdüre/birim sorumlusuna bildirmekten sorumludur.

Gece veya gündüz devamlı evde bakım hizmeti verilen hastalar, verilen hizmetlerin niteliğini denetlemek amacıyla hekim tarafından en az haftada bir kez ziyaret edilir ve denetim kayıt altına alınır.

Hemşire veya Sağlık Memuru

Madde 13 — Sağlık kuruluşunda kadrolu en az dört hemşire veya sağlık memuru görev yapar. İstenirse bu dört personelden biri ebe olabilir.

Hemşire ve sağlık memurunun sorumluluğu şunlardır:

a) Hekimin tedavi için yazılı ve imzalı istemini almak, hemşire formlarına kaydetmek ve uygulamak, uygulama sonuçlarını kaydetmek,

b) Hasta için gerekli özel işlemlerin uygulanmasında hekime ve diğer ekip üyelerine destek sağlamak,

c) Hasta bakım planındaki işleri yapmak, yaşamsal bulgularını değerlendirmek, kaydetmek, değişiklikleri hekime rapor etmek,

d) Tedavi planına göre hastaya oral, parenteral ve haricen verilecek ilaçlarını vermek ve kaydetmek, uygulanan ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemek, kaydetmek,

e) Hizmetlerde gerekli olacak araç-gereç, malzemeler için istek yapmak, bunların yerli ve çalışır şekilde bakımı için görüş bildirmek,

f) Araç-gereçleri kullandıktan sonra temizlemek, dezenfekte eder ve gerektiğinde sterilizasyon için hazırlamak,

g) Hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin, sınırları önceden hekimi ile birlikte belirlenmiş olarak bilgi vermek,

h) Hasta ve ailesine, gereksinimlerine göre, hastalığa özel, kendi kendine bakım ya da yardımla bakım teknikleri gibi konularda ve genel sağlık konularında eğitim yapmak,

ı) Tüm uygulama ve işlemlerini etik kurallarına uyararak, hasta hakları doğrultusunda uygulamaktır.

Diğer Personel

Madde 14 — Evde bakım hizmeti veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli bulunabilir. Ancak bunların görev ve sorumlulukları kendi mesleki mevzuatı ile sınırlıdır. Ayrıca bunlara yardımcı olmak üzere bakım destek personeli çalıştırılabilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Fiziki Alt Yapı Standardı ve Donanım

Binanın İç Mekan ve Fiziki Altyapı Durumu

Madde 15 — Merkezler betonarme binada veya ahşap ise müstakil bir binada kurulur. Bütün bölümler aynı bina içerisinde ve birbirlerine bitişik konumda olmalıdır. Binada ilgili mevzuat uyarınca yangına karşı güvenlik önlemleri bulunmalıdır.

Bölümler

Madde 16 — Sağlık kuruluşlarında, asgari olarak aşağıdaki bölümlerin bulunması zorunludur:

a) Başvuru ve müşteri hizmetleri bölümü: En az 20 metrekare genişlikte ve hizmete uygun şekilde döşenmiş mekan olup burada; sağlık kuruluşuna ait uygunluk belgesinin aslı, mesul müdürlük belgesinin aslı, hizmet verilen alanların isimlerinin bulunduğu bir tabela, sağlık kuruluşu ile ilgili şikayetlerin yapılabileceği Müdürlüğün ve meslek odalarının belirlenmiş telefonlarının bulunduğu liste bulunur,

b) Çağrı merkezi: Hasta isteklerini kabul eden çalışanların rahatlıkla hizmet verebileceği, iletişimi sağlayacak telefon, faks, yazıcı, internet bağlantısı ve bilgisayarlı bulunan mekan,

- c) Muayene ve acil odası: Asgari 8 metrekare yüzölçümünde ve içerisinde asgari tıbbi malzemenin ve donanımın bulunduğu ayrı bir oda veya bölünmüş mekan,
- d) Malzeme odası: Usulüne uygun olarak tıbbi araç-gereç ve malzemelerin saklanabileceği ve gerekli donanımın bulunduğu bir mekan,
- e) Soyunma-giyinme odası: Personel için ayrılmış, rahatlıkla soyunma giyinme yapılabilecek ve kişisel eşyaların konabileceği dolaplar bulunan oda,
- f) Atık toplama bölümü: Kişilerin kullanım alanlarından izole edilmiş ve atıklar için kapalı bir konteynir veya kabin bulunduğu alan,
- g) Arşiv bölümü: Kişilerin kullanım alanından izole edilmiş kapalı bir bölme veya oda,

Birim olarak açılacak evde bakım hizmeti verecek kuruluşlarda; çağrı merkezi dışındaki bölümler ortak bölüm olarak kullanılabilir.

Tıbbi Cihaz, Malzeme ve İlaçlar

Madde 17 — Sağlık kuruluşlarında bulundurulması zorunlu asgari tıbbi cihaz, araç gereç ve ilaçlar ile evde bakım hizmeti veren personelin yanında bulunması gereken malzeme ve ilaçlar Bakanlıkça çıkarılacak bir Genelge ile düzenlenir.

Tabelalar

Madde 18 — Sağlık kuruluşunun bütün oda ve birimlerine ait kapılarında 5 cm. x 20 cm. boyutlarında, oda veya birimin ne amaçla kullanıldığını bildirir tabela bulunur.

Sağlık kuruluşunun dış tabelasında sadece uygunluk belgesinde belirtilen kuruluş ismi ve unvanı yazılır. Tabelalarda ve kullanılan basılı materyaldeki isimlendirmede, "Özel" ibaresini takiben sağlık kuruluşunun ismi ve bu ismi takiben ise bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak Müdürlükçe verilmiş "Evde Bakım Merkezi" unvanı yer alır.

Başka bir tabela ile sağlık kuruluşunda hizmet verilen alanların ve çalışan personelin isimleri, unvanları ve kuruluşun açık olduğu saatler gösterilebilir. Hizmet alanları tabelada uygunluk belgesinde yer alması şartı ile ve sadece uygunluk belgesinde belirtilen şekli ile yer alabilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Çalışma Usul ve Esasları

Hizmet Sunumu

Madde 19 — Evde bakım hizmetinde devamlılık esastır. Bu devamlılık, hastanın talebi ve hizmetin gereklerine göre gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dahil olmak üzere gerektiğinde 24 saat kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde olmalıdır. İhtiyaç durumunda belirli saatlerde evde bakım hizmeti verilebilir.

Evde bakım hizmeti almak isteyen kişi, sağlık kuruluşuna bizzat veya telefon ile müracaat edebilir. Çağrı merkezi görevlisi personel hizmet talep eden kişi ile görüşme yapar, gerekli bilgileri verir. İlk görüşmeyi takiben hekim veya hemşire tarafından görüşme yapılır. Hizmet alacak kişinin durumu ve sunulacak hizmet belirlenir. Bakım hizmeti alacak kişi hekim ve hemşire tarafından evde ziyaret edilir, kişinin bakım ihtiyaçları, ev şartları belirlenir. Hekim tarafından evde bakım hizmeti alacak kişinin varsa tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler ile bağlantı kurulur, tedavi planı alınır ve son olarak da evde bakım planı ve tedavi planı oluşturulur. Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler bulunmuyor veya bağlantı kurulamıyorsa hizmet alacak kişinin sağlık durumuna göre sağlık kuruluşunun hekimi tarafından muayene edilerek, tanı ve tedavi planı hazırlanır. Hemşire tarafından da bakım planı hazırlanarak hekimin onayına sunulur varsa gerekli değişiklikler yapılarak uygulanacak bakım planı hazırlanır. Gerektiği durumlarda ilgili uzmanlık alanlarındaki uzman hekimlerle hasta konsültasyonu sağlanır.

Evde bakım planına göre hekim dışı sağlık personelinin görev saatleri ve uygulayacakları işlemler belirlenir ve görev dağılımı yapılır.

Sağlık kuruluşu, evde tedavi veya bakımını yapabileceği kişi sayısı ve mevcut personel durumunu dikkate alarak uygun sayıda kişi ile bakım sözleşmesi yapabilir.

Laboratuvar ve Radyolojik Görüntüleme Hizmetleri

Madde 20 — Sağlık kuruluşları isterse tıbbi tahlil laboratuvar hizmetlerini 19/3/1927 tarihli ve 992 sayılı Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanun hükümlerine uygun olarak Bakanlık tarafından ruhsat verilmiş laboratuvar hizmeti sunan özel tıbbi tahlil laboratuvarları; radyolojik görüntüleme hizmetlerini ise 19/4/1937 tarihli ve 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak Bakanlık tarafından ruhsat verilmiş radyoloji laboratuvarları ile sözleşme yaparak sunabilirler.

Birimler, varsa bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunda faaliyet gösteren ruhsatlı tıbbi tahlil ve/veya radyoloji laboratuvarından hizmet alabilir.

Acil Hizmetler

Madde 21 — Sağlık kuruluşları evde bakım hizmeti sundukları kişilerin acil durumlarında ambulans ile en uygun bir sağlık kuruluşuna naklini yapmak/yaptırmak ile yükümlüdür. Evde bakım merkezi bünyesinde ambulans bulundurabilir veya her türlü acil durumlarda başvurulması için bir ambulans şirketi ile sözleşme yapabilir.

Tıbbi Cihaz Hizmetleri

Madde 22 — Merkez veya birimler, evde bakım hizmeti verdikleri sırada gerekli olabilecek oksijen, oksijen konsantrötörü, pulse oksimetre, her türlü solunum araçları, ortopedik malzemeler, havalı yatak, hasta karyolası, tekerlekli sandalye gibi cihazları sağladıkları takdirde bu cihazların kalibrasyonu, temizlik ve kontrollerinden de sorumludur. Bu hizmeti, tescilli distribütör veya üreticilerden sağladığı takdirde bu firmalarla yaptığı sözleşmeleri belgelemekle yükümlüdür.

Kıyafet

Madde 23 — Evde bakım hizmeti veren sağlık personeli, ev ziyaretlerinde mesleğini ve hizmetlerine uygun önlük veya üniforma giymek ve adını, soyadını, unvanını veya mesleğini belirten fotoğrafı ve mesul müdürün imzasını taşıyan bir yaka kartı takmak zorundadır.

ALTINCI BÖLÜM

Kayıt ve Bildirim Sistemi

Kayıtlar

Madde 24 — Sağlık kuruluşundan hizmet alan her kişinin bir dosyası bulunur.

Açılacak dosyanın içerisinde hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekim veya hekimlerin istekleri, tanıları, evde bakım hizmeti veren sağlık ekibinin takip notları, görüşleri, laboratuvar ve görüntüleme tetkik sonuçları ve diğer tıbbi bilgiler olacaktır. Bu dosya hastanın tedavi ve tıbbi durumunu ve gelişimini devamlı kaydetmek amacıyla kullanılacaktır.

Hasta, dosyasındaki bilgileri görmeyi istediği herhangi bir zamanda talep edebilir. Hastanın hakları ve sorumluluklarıyla ilgili bilgiler bir dosya halinde hastaya sunulacaktır.

Evde tedavi ve bakım süresince hastanın yanında tutulan hasta dosyaları hizmet tamamlanınca sağlık kuruluşunun arşivine kaldırılır.

Hastalara Verilecek Belgeler

Madde 25 — Sağlık kuruluşları, hastalarca istenirse aşağıdaki belgeleri ücretsiz olarak vermek zorundadırlar:

- a) Hasta için kullanılıp bedeli hastadan alınan pansuman malzemesinin tür ve miktarını gösterir liste,
- b) Röntgen filmleri ve bunlara ait raporları (Adli olaylara ait olanların asılları verilmez),
- c) Hastaların klinik ve laboratuvar bulguları, hastalığın tanısı ve seyri, yapılan inceleme, tedaviye ve sonucuna ilişkin olarak düzenlenen ve hekim tarafından imzalanan bir sonuç özeti.

YEDİNCİ BÖLÜM

Hastanın Evde Bakıma Kabulü ve Evde Bakımdan Taburcu Edilmesi

Hastanın Evde Bakıma Kabulü

Madde 26 — Aşağıdaki durumlara uyan hastalara evde bakım hizmeti verilebilir:

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

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

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

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

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

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

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

Hastaya Verilen Evde Bakım Hizmetinin Sonlandırılması

Madde 27 — Aşağıdaki durumlarda, evde bakım hizmeti sonlandırılır veya hasta yataklı tedavi kurumlarına transfer edilir:

- a) Evde bakım hizmeti sunulan hastanın uygulanan tedavi ile iyileşerek tedavi gerekliliğinin ortadan kalkması,
- b) Hastaya özgü hazırlanan bakım planlarında belirlenen amaçlara ulaşılmaması,

- c) Evde bakım hizmeti sunulan hasta için uygulanacak ilaç, bakım ve tedavinin, belli bir aşamadan sonra sağlık personeli gerektirmeden uygulanabilecek hale gelmesi,
- d) Evde bakım hizmeti için tıbbi açıdan gerekli ekipman veya eğitimli sağlık personelinin tam olarak sağlanamaması,
- e) Evde bakım hizmeti sunulan hastanın, hastaneye yatırılma endikasyonunun ortaya çıkması,
- f) Hasta veya temsilcilerinin hizmeti sonlandırmak istemesi.

Evde Bakım Hizmeti Verilemeyecek Durumlar

Madde 28 — Aşağıdaki durumlarda hastalar evde bakım hizmetine kabul edilemezler:

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

Hastanın veya ailesinin tedavi/bakım planına ve çalışma şartlarına uymaması, kendi sorumluluklarını yerine getirmemesi ya da evde bakım hizmeti sunan personeline karşı uygunsuz ya da suç teşkil edecek davranışta bulunması durumunda sağlık kuruluşu tek taraflı olarak hizmeti durdurabilir ve hizmet sözleşmesini sona erdirebilir.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

Çeşitli ve Son Hükümler

Denetim

Madde 29 — Sağlık kuruluşlarının denetimi; Müdürlük tarafından oluşturulan bir hekim, bir hemşire olmak üzere en az iki sağlık personeli tarafından gerçekleştirilir. Olağan denetimler, şikayet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya Müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere, en az altı ayda bir yapılır. Denetimlerde Ek-7'de yer alan Denetleme Formu kullanılır. Denetim ile ilgili bulgular ve sonuçlar Müdürlüğe ait teftiş ve denetim defterine yazılır.

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

Denetimlerde, Denetim Formundaki birden çok eksikliğin aynı anda tespit edildiği durumlarda, eksikliklerin giderilmesi için tanınacak süre veya eksiklikler giderilmediğinden uygulanacak faaliyeti durdurma süresi, Formda belirlenen en uzun süredir.

Sağlık kuruluşunun görevlendirdiği hekim dışı sağlık personeli tarafından hastaya verilen evde bakım hizmetleri; Müdürlük tarafından görevlendirilecek bir sağlık personeli başkanlığında; tabip odası temsilcisi ile hekim dışı sağlık personelinin temsil eden derneklerden bir temsilciden oluşturulacak bir ekip ile denetlenir. Denetim, şikayet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya Müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere en az üç ayda bir, her bir sağlık kuruluşu tarafından en az iki hastaya verilen hizmet yerinde denetlenir. Denetim sonucu bir rapor hazırlanarak Müdür-

lûge sunulur. Rapor Müdürlük tarafından değerlendirilerek sağlık kuruluşu hakkında mevzuat doğrultusunda gerekli işlemler uygulanır.

Denetim formunda belirtilen geçici süreli kapatmalarda, sağlık kuruluşunun hizmet verdiği hastalar bilgilendirilir. Hastaların talep etmeleri halinde, sağlık kuruluşunun teklif edeceği ve Müdürlük tarafından uygun görülen bir özel sağlık kuruluşunun gözetiminde hastaya geçici olarak hizmet verilmeye devam edilir. Bu hizmet ile ilgili olarak sağlık kuruluşu tarafından hastadan ek bir ücret talep edilemez ve yapılacak tüm harcamalar geçici süreli kapatılan sağlık kuruluşu tarafından karşılanır.

Tanıtım ve Bilgilendirme

Madde 30 — Sağlık kuruluşları, insanları yanıltıcı, paniğe sevk edici, yanlış yönlendirici, benzer nitelikteki kuruluşlar ve çalışanları arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamazlar.

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

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

Yasaklar

Madde 31 — Sağlık kuruluşları ile personeli aşağıdaki hususlara uymak zorundadır.

- a) Sağlık kuruluşları uygunluk belgesi almadan faaliyette bulunamaz.
- b) Müdürlükçe adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmemiş personel, her ne surette olursa olsun, sağlık kuruluşunda çalıştırılmaz.
- c) Sağlık kuruluşunda çalışan hekim ve diğer sağlık personeli başka bir özel sağlık kuruluşunda çalışamaz ve çalıştırılmaz.
- d) Sağlık kuruluşu bir şirket ise, şirketin faaliyetine giren genel sağlık hizmetleri dışındaki diğer işler sağlık kuruluşunda yapılamaz.
- e) Birimlerde görevli asgari personel, birimin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun başka bir bölümünde geçici de olsa görevlendirilemezler.
- f) Sağlık kuruluşları vatandaşın yanlış algılamasının ve haksız rekabetin önlenmesi amacıyla; resmi sağlık kuruluşlarıncı kullanılan isimleri ticari isim olarak kullanamaz ve tabelalarında belirtmezler.
- g) Sağlık kuruluşları tıbbi ve etik gerekleri yerine getiremeyeceği sayıda hasta ile sözleşme yapamaz, bakımını ve tedavisini üstlenemez.
- h) Hasta ile ilgili sonuçlar, hastanın yakınları, rızayı verenler; teftiş ve mahkeme istekleri hariç olmak üzere hiçbir şekilde üçüncü kişilere bildirilemez.

Ek Dzenlemeler

Madde 32 — Bu Yönetmelikte belirtilen asgari araç-gereç, tıbbi malzeme ve donanım, her türlü kayıt defterleri, hasta dosyasında bulunması gerekli formlar, sağlık kuruluşlarının bildirimleri ve bu Yönetmelikte belirtilmeyen işleyiş ile ilgili diğer usul ve esaslar, bu Yönetmeliğin yayımı tarihinden itibaren en geç iki ay içinde Bakanlıkça çıkarılacak bir Tebliğ ile düzenlenir.

Müeyyideler

Madde 33 — Bu Yönetmelikte belirlenen usul ve esaslara uymayanlar ile yasalara aykırı hareket edenlere bu Yönetmelikte öngörülen müeyyideler uygulanır; bunlar, cezai ve hukuki sorumlulukları bakımından genel hükümlere tabidir.

Geçici Madde 1 — Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden önce faaliyette geçmiş olan sağlık kuruluşları, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç üç ay içerisinde, bu Yönetmelik hükümlerine uygun hale getirilir. Yapılan denetimler sonucunda uygunluğu sağlamamış olduğu anlaşılan sağlık kuruluşlarının faaliyetleri, eksiklikleri veya aykırılıkları giderilinceye kadar Müdürlükçe durdurulur.

Yürürlük

Madde 34 — Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 35 — Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

FAYDALI LİNKLER (EK 2)

<http://www.buharasaglik.com.tr>
<http://www.eczacibasisaglik.com>
<http://www.istanbulsaglik.com.tr>
<http://www.sosambulace.com.tr>
<http://www.evdebakim.com>
<http://www.lifeevdebakim.com>
<http://www.e-bakim.com>
<http://www.sosyalsiyaset.com>
<http://www.doktorb.com>
<http://www.geriatri.dergisi.org>
<http://www.ozevvakfi.org>
<http://www.hastayakini.com>

<http://www.aarp.org>
<http://www.homehelpers.cc>
<http://www.mds-nh.org>
<http://www.eldercareadvocates.com>
<http://www.caremanager.org>
<http://www.vahlkamp.nl>
<http://www.hcam.org>
<http://www.aginghelp.com>
<http://www.nahc.org>
<http://www.iahsa.net>
<http://www.professionalthemenursing.com>
<http://www.medicare.gov>

KAYNAKÇA (EK 3)

- 1- I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitapçığı, Marmara Üniversitesi, 24-26 Eylül, İstanbul, 1998.
- 2- 1.Uluslararası Evde Bakım Kongresi, 02-08 Mayıs 2005 İstanbul
- 3- Stanhope M (1996) Community health nurse in home health and hospice çare, M Stanhope and j Lancaster (Ed), St.Louis, Baltimore, Chicago,
- 4- Rice R. (Ed) (1996) Historical perspective 2. Baskı, St.Louis, Baltimore, Chicago, NevvYork, Philadelphia.Portland, London,Madrid,Syngapore, Tokyo, Sydney.
- 5- Stall R. S.(2005) The Caregiver's Handbook, Case Managemant Services of the San Diego County Mental Health Services, San Diego, CA.
- 5- History of home health çare, [http:// indian-river.fl.us/health/homecare](http://indian-river.fl.us/health/homecare)
- 6- Eren N, Uyer G (1991) Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı, Ankara, Katipoğlu Yayinevi, s 143-148.
- 7- Karahan A, Güven S, Yaşlılıkta Evde Bakım, Geriatri, Cilt:5
- 8- Arpacı F (2005) Farlı Boyutlarıyla Yaşlılık, Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Yayınları, Ankara.

SAĞLIKLI NESİLLER DERNEĞİ

MİSYONUMUZ:

Derneğimiz sağlıklı bir neslin oluşmasına ve gelişmesine katkıda bulunmak için kurulmuştur.

Güçlü bir ülke fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı bir nesil ile mümkündür. Sağlıklı bir neslin temeli anne karında atılır, ailede devam eder toplum içinde gelişir, eğitimle perçinleşir.

Halk sağlığı güvenli annelik ana çocuk sağlığı konularında toplumun özellikle anelerin eğitilmeleri öncelikli konularımızdandır.

Geleceğimizin teminatı olan gençlerin çevresindeki tüm olumsuzluklardan, kötü alışkanlıklardan uzaklaştırılması ve kalifiye eğitimli bir iş gücü oluşturmak diğer öncelikli hedeflerimizdir.

Sağlıklı nesillerin gelişmesinde birikim ve tecrübeleri ile katkıda bulunan geçmişimizi borçlu olduğumuz yaşlıların sağlık ve sosyal sorunlarına çözüm bulmak yaşlıların bakımıyla ilgili hizmetler üretmekte hedeflerimizden birisidir.

Her alanda eğitim gören özellikle sağlık camiasının gelecekteki sahiplerinin eğitimleri süresince burslarımızla ve ilmi faaliyetlerimizle desteklemek onların eğitimlerine katkıda bulunmak en önemli hedeflerimizdendir.

KURUCU ÜYELERİMİZ:

DR. DURSUN AYDIN (Başkan)

ENGİNER BİRDAL (Başkan Yard.)

PROF. DR. NİHAT TOSUN

PROF. DR. ALİ PEKCAN DEMİRÖZ

PROF. DR. MEHMET İSMAİL SAFA KAPICIOĞLU

DOÇ. DR. FİLİZ AVŐAR

DOÇ. DR. BEHZAT ÖZKAN

YARD. DOÇ. DR. HAKKI YEŐİLYURT

UZM. DR. SAMİ SELÇUKBİRİCİK

MEHMET OSMAN KURTKAN KAPICIOĞLU

HASAN SEYİTHANOĞLU



SAĞLIKLI NESİLLER DERNEĞİ

ÜYE BAŞVURU FORMU

Adı / Soyadı :

Doğum Yeri / Tarihi :

Adres :

Tel :

E-Posta adresi :

Öğrenim durumunuz :

Meslek :

Halen çalıştığınız işyeri :

Göreviniz :

Bildiğiniz yabancı diller :

Üye olduğunuz dernekler :

Gönüllü olarak çalışmak istediğiniz bölümler:

Eğitim Halkla ilişkiler Basın ve Yayın

Araştırma-Geliştirme Proje Hazırlama Gençlik Kolu

Sağlıklı Nesiller Derneği'nin tüzüğünü okudum. Derneğin ilkelerini kabul ediyorum, belirtilen amaçların gerçekleştirilmesine katkıda bulunmak istiyorum. Derneğimize üyeliğimin kabulünü rica ederim.

İmza :

Tarih:...../...../200.....

Lütfen başvuru formunuza; nüfus cüzdanı fotokopisi, iki adet fotoğraf ve CV'nizi ekleyiniz.

Ş.Adem Yavuz Sokak No:9/18 06440 Kızılay-ANKARA Tel / Faks: 0312 419 02 79

www.sagliklinesiller.org

e-posta: irtibat@sagliklinesiller.org • drdursunaydin@sagliklinesiller.org

Dernek Hesap Numarası: 4214 145 15 80 Türkiye İş Bankası Kızılay Şubesi

Not: Üye olmak için bu bölümü doldurup faksalayabilir veya adresimize postayla ulaştırabilirsiniz.