

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE’DE EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN
ENTEGRASYONUNA YÖNELİK BİR MODEL
ÖNERİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma BENK

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT

HAZİRAN – 2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ

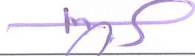
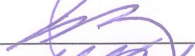

TÜRKİYE'DE EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN
ENTEGRASYONUNA YÖNELİK BİR MODEL ÖNERİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma BENK

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

“Bu tez 15/06/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç. Dr. Mahmut AKSOY	KABUL	
Doç. Dr. Mustafa KIRILMAZ	KABUL	
Doç. Dr. Harun KIRILMAZ	KABUL	



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Fatma BENK
Öğrenci Numarası	:	1360Y47007
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı	:	
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Eentegrasyonuna Yönelik Bir Model Önerisi
Benzerlik Oranı	:	%15

İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

14.1.2019
İmza

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

...../20....
İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT

Tarih: 14/06/2019

İmza:

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitim hayatım boyunca bilgisiyle, emeğiyle, sabrıyla desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT'a, tez aşamasında motivasyon ve desteği ile her daim yanımda olan Dr. Öğr. Üyesi Mustafa METE'ye, zorlu süreçlerde yolumu aydınlatan Prof. Dr. Ahmet İLVAN'a sonsuz teşekkür ederim.

Hayatım boyunca hayallerimin peşinden koşmam için maddi her türlü imkanı sağlayan, sevgisi ve şefkatiyle yanımda olan, yol gösteren ve arkadaş olan annem Ayşe BENK'e ve babam Mehmet BENK'e sevgi ve saygılarımı sunuyorum. Ayrıca bana yaşama sevinci veren, sevginin sınırsız olduğunu öğreten, özlemleriyle her daim kalbimde büyüyen canım yeğenlerim Hüseyin Eymen TANÇ ve Sena ÇATIKKAŞ'a hayatıma kattıkları renk için sonsuz sevgilerimi sunuyorum.

Çalışma hayatımın tüm zorlu süreçlerinde sabırla beni dinleyen, seven, önemseyen ve tezimi yazabilmem için yükümü hafifleten canım arkadaşlarım Yüksel KANTEKİN, Ahsen KARTAL, Ümit Can ÇETİNKAYA, Damla Zeynep BAKMAZ, Merve MERAL ve Behice Belkıs ÇALIŞKAN'a varlıkları ve yardımları için teşekkür ederim.

Fatma BENK

19.05.2019

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
SUMMARY	viii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1. EVDE BAKIM HİZMETLERİ	5
1.1. Kavramsal Çerçeve	5
1.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı	7
1.2.1. Evde Sağlık Hizmetleri.....	8
1.2.2. Evde Sosyal Bakım Hizmetleri	10
1.3. Evde Bakım Hizmeti Sunan Kuruluşlar	10
1.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu	11
1.4.1. Mevcut Durum	12
1.4.2. Evde Bakım Hizmetinin Mevcut Durumdaki Problemler ve Gelişim Alanları	21
1.5. Evde Bakım Hizmetine Erişim ve Bakım Kalitesi.....	23
1.6. Evde Bakım Hizmetinin Finansmanı	26
1.7. Evde Bakım Hizmetinin Entegrasyonu	29
1.7.1. Evde Bakım Hizmetinin Entegrasyonun Avantajları	32
1.7.2. Evde Bakım Hizmetinin Entegrasyonun Zorlukları	33
1.8. Dünya’da Evde Bakım Hizmetleriyle İlgili Ülke Örnekleri	34
1.8.1. Finlandiya	37
1.8.2. Avusturya	39
1.8.3. Birleşik Krallık	41
1.8.4. Hollanda	43
BÖLÜM 2: EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN ENTEGRASYONUNA YÖNELİK BİR MODEL ÖNERİSİ.....	46
2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	46

2.2. Araştırma Yöntemi.....	47
2.3. Araştırma Soruları.....	47
2.4. Araştırma Evren ve Örneklemi	50
2.5. Veri Toplama Süreci	50
2.6. Araştırmanın Kısıtları.....	51
2.7. Araştırmanın Yöntemi.....	51
2.8. Verilerin Analizi.....	52
2.9. Araştırmanın Bulguları.....	52
Ana Tema 1. Evde Bakım Tanımı.....	53
Ana Tema 2. Evde Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu.....	55
Ana Tema 3. Kalite Çalışma ve Performans Değerlemesi.....	62
Ana tema 4: Kalite Ölçüm Standartları	64
Ana Tema 5. Evde Bakım Hizmetlerinin Finansman Kaynağı ve Sürdürülebilirliği .	65
Ana Tema 6: Evde Bakım Hizmetlerinin Tek Merkezden Yönetimi.....	67
Ana Tema 7: Evde Bakım Hizmetleri Sunan Diğer Kurumlarla İletişim ve Ortak Çalışma.....	68
Ana Tema 8: Entegrasyon Önerisi	70
Ana Tema 9. Evde Bakım Hizmetlerinin Geleceğine İlişkin Görüşler	73
Ana Tema 10: Evde Bakım Hizmetleri İçin Rol Model Alınabilecek Ülkeler	74
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
KAYNAKÇA	86
EKLER.....	98
ÖZGEÇMİŞ.....	104

KISALTMALAR

ADSM : Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

BHKS : Bakım Hizmeti Kalite Standartları

ESH : Evde Sağlık Hizmetleri

GP : Genel pratisyen

GSS : Genel Sağlık Sigortası

NHS : Ulusal Sağlık Sisteminde

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

SYGM : Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü

SOYBİS: Sosyal Yardımlar Bilgi Sistemi

TSM : Toplum Sağlığı Merkezi

YADES : Yaşlı Destek Programı

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Entegre Bakım Stratejilerinin Süreçleri	31
Tablo 2: Ülkelerin Entegre Bakım Süreçlerine Genel Bakış	36
Tablo 3: Bakım Yardım Düzeyleri Ve Aylık Ödenekler İçin Uygunluk Kriterleri	40
Tablo 4: Katılımcıların Demografik Bilgileri	52



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Evde Bakım Hizmetlerinin Bakım İhtiyacına Göre Sınıflandırması.....	9
Şekil 2: Sosyal Yardım Bilgi Sistemi Sorgulamaları	15
Şekil 3: Belediyelerde Sağlık Hizmetleri	20
Şekil 4: Kalite, Standartlar ve Çıktılar.....	26
Şekil 5: Finansman Kaynakları, Finansman Mekanizmaları ve Fon Toplama Kurumları	27
Şekil 6: Evde Bakım Hizmetlerinin Tanımı	54
Şekil 7: Evde Bakım Hizmeti Sunulan Gruplar.....	56
Şekil 8: Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler	60
Şekil 9: Evde Bakım Hizmeti Sunumunda Önkoşullar	62
Şekil 10: Evde Bakım Hizmetlerinin Performans Değerlemesi	64
Şekil 11: Sistemin Sürdürülebilirliği	67
Şekil 12: Entegrasyon Sağlanması Gereken Süreçler.....	73

Tezin Başlığı: Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Entegrasyonuna Yönelik Bir Model Önerisi	
Tezin Yazarı: Fatma BENK	Danışman: Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT
Tez Teslim Tarihi: 14 Haziran 2019	Sayfa Sayısı: viii (ön kısım) + 97 (tez) + 6 (ek)
Anabilimdalı: Sağlık Yönetimi	
<p>Dünyada ve Türkiye’de önemi gittikçe artan evde bakım hizmeti kavramının tanım, kapsam, hizmet sunumuna ilişkin kriterler, kalite çalışmaları bakımından ulusal ve uluslararası sahada standart bir çerçevesi bulunmamaktadır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Belediyeler birbirinden bağımsız olarak evde bakım hizmeti yürütmektedir. Bu bağlamda hazırlanan tezin amacı sağlık ve sosyal bakım hizmeti olarak bütüncül bir yapıda olması gereken evde bakım hizmetlerini yürüten Belediyeler, Sağlık Bakanlığı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın entegrasyonu için model önerisi sunmaktır. Araştırma nitel araştırma yöntemlerinden olan fenomenoloji deseninde gerçekleştirilmiştir. Bu desenin seçilmesinin sebebi, entegrasyon modelinin oluşturulması için evde bakım hizmetlerinin mevcut durumunu tanımlama ve kuruluşların evde bakım hizmetlerine ilişkin yürüttükleri çalışmaları tespit etme açısından avantajlar sağlamasıdır. Araştırmada veri toplamak amacıyla evde bakım hizmeti sunan kuruluşların yerel düzeydeki birim sorumluları ile gerçekleştirilmiştir. Toplam 12 birim sorumlusu ile yarı yapılandırılmış görüşme formu ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerden elde edilen veriler, elektronik ortama aktarılmıştır. Veriler Nvivo 12 programı yardımı ile önce kodlara daha sonra temalara ayrılarak analiz edilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre evde bakım hizmeti sunumunda aktif görev alan Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetleri; Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı maddi destek; Belediyeler ise sağlık ve sosyal bakım ayağını yürütmektedir. Kuruluşlar arası sunulan hizmet farklılıklarının yanı sıra, evde bakım tanımı, hizmet sunum kriteri, kalite çalışmaları, finansmanı, yasal dayanakları ile insan kaynağı, malzeme ve teknolojik altyapı bakımından farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Hizmetlerin entegrasyonunu sağlayabilmek için yasal düzenlemeler doğrultusunda evde bakım hizmetlerinin tanımı, sunulacak hizmetler, hizmet sunumunda kullanılacak önkoşullar, kalite ölçüm standartları, finansmanı, hizmet sunacak personelin sayısal ve niteliksel özellikleri ile kalite geliştirme ve performans değerlendirme çalışmalarının çerçevesi çizilmelidir. Araştırmanın sonucunda hizmet sunan personel sayısının yetersiz olduğu, evde bakım hizmetinin sürdürülebilirliği için personel sayısının artırılması ve birimlerde çeşitli uzmanlık alanlarına ilişkin personelin yer alması gerekmektedir. Hizmet sunan kuruluşlar arası resmi iletişim kanalı olmaması sebebiyle çalışanlar gayri resim iletişim yoluyla ilgili birimlerle irtibat sağlamakta ya da hizmet ihtiyacı duyan bireyi ilgili birime yönlendirmektedir. Bu kapsamda veri akışının ve iletişimin sağlanması için bilişim altyapısının oluşturulması gerekmektedir. Aynı zamanda bilişim altyapısının tüm birimler tarafından erişilebilir ve güncellenebilir olmasının güncel verilerin tek elden toplanması açısından önem arz etmektedir. Araştırmanın sonucunda Sağlık Bakanlığı’na bağlı birimleri merkeze alarak ve Sağlık Bakanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Belediyelerin entegrasyonunun sağlanması ve finansman aracı olarak SGK ve kullanıcı katkılarının kullanılması önerilmektedir.</p>	
Anahtar Kelimeler: Evde Bakım, Evde Sağlık Hizmetleri, Evde Bakım Hizmetlerinin Entegrasyonu, Evde bakım hizmetleri model önerisi	

Title of the Thesis: A Model Proposal for the Integration of Home Care Services in Turkey	
Author: Fatma BENK	Supervisor: Assoc. Prof. Mahmut AKBOLAT
Date: 14 Jun. 2019	Nu. of pages: viii (pre text) + 97 (main body) + 6 (app)
Anabilimdalı: Health Management	
<p>The concept of home care service, which is getting more and more important worldwide and in Turkey, does not have a standard framework in national and international area in terms of definition, scope, criteria of service delivery, and quality works. In Turkey, the Ministry of Health, the Ministry of Family, Labor and Social Services, and municipalities conduct home care services independently of each other. In this regard, the purpose of this thesis is to provide a model proposal for the integration of the Ministry of Health, the Ministry of Family, Labor and Social Services, and municipalities in terms of home care services that need to be provided in a holistic structure as health and social care service. The study employed the phenomenological design, which is a qualitative research method. This design was adopted because it would provide advantages in defining the current situation of home care services and detecting the works performed by institutions within the context of home care services for constructing an integration model.</p> <p>Data were collected through interviews with local level unit supervisors of institutions providing home care services. In-depth interviews were conducted with a total of 12 unit supervisors through semi-structured interview form. The data obtained from the interviews were transferred to the electronic environment. They were analyzed after being divided first into codes and then into themes via Nvivo 12. The findings of the study show that the Ministry of Health, which is actively involved in home care service delivery, provides home care services while the Ministry of Family, Labor and Social Services provides financial support, and municipalities provide health and social care. Besides the differences between the services provided by the said institutions, there were also differences in terms of the definition of home care, criterion of service delivery, quality works, financing, legal foundations, human resources, materials, and technological infrastructure. To ensure the integration of services, a framework must be set for the definition of home care services, the services to be provided, the prerequisites to be applied in service delivery, quality measurement standards, financing, quantitative and qualitative characteristics of staff to deliver services, and quality improvement and performance evaluation works in accordance with legal regulations. The findings indicate that the number of employees delivering services is inadequate; their number should be increased for the sustainability of home care services; and staff specialized in certain areas should be included in relevant units. Because there is no official communication channel between the institutions delivering services, employees contact relevant units or redirect individuals in need of service to relevant units through informal communication. Thus, information infrastructure should be constructed to provide data flow and communication. In addition, the accessibility and updatability of the information infrastructure by all units is important for the collection of up-to-date data at first hand.</p> <p>The study proposes integrating the Ministry of Health, the Ministry of Family, Labor and Social Services, and municipalities by putting the units affiliated to the Ministry of Health in the center and using SSI and user contributions for financing.</p>	
Anahtar Kelimeler: Home Care, Home Care Services, Integration of Home Care Services, Home Care Services Model Proposal	

GİRİŞ

Günümüzde Türkiye'nin nüfus yapısına ilişkin yapılan incelemeler, yaşlanan bir toplum olma yöneliminde olduğunu göstermektedir. Yaşlanan toplum beraberinde yaşlılığa bağlı hastalıkları ve yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük çekmeyi getirmektedir. Yaşlıların yanı sıra toplumda bedensel ve zihinsel engeli olan bakıma muhtaç kişiler de mevcuttur. Bu bağlamda yaşlı ve engelli bakıma muhtaç kişilerin kendi ev ortamlarında, ailelerinden ve sosyal çevrelerinden uzaklaşmadan yaşamlarını kaliteli bir şekilde sürdürebilmeleri için evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duymaktadırlar.

Evde bakım hizmeti sağlık ve sosyal bakım hizmeti süreçlerinin birlikte sunulduğu bütünsel bir hizmeti ifade etmektedir. Sağlık ve sosyal bakım sürecinin birlikte yürütülmesi hizmetin kalitesi ve verimliliği açısından önem arz etmektedir (Yücel, 2013: 28). Bu bağlamda bir taraftan hizmet alan bireylere sosyal hizmetler sunulurken, diğer yandan da ev ortamında verilebilecek sağlık hizmetlerinin sunumu gerçekleştirilmektedir.

Son yıllarda evde bakım hizmetlerine olan talep hızla artmakta, ancak evde bakım hizmetlerinin etkili bir şekilde yanıt verebilme yeteneğini zedeleyen örgütsel sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlardan ilki, evde bakım hizmetlerinin örgütsel istikrarını baltalayan çalkantılı bir mali ve politik ortamın olmasıdır. İkincisi, hizmetin etkililiğinin profesyonel olmayan bir iş gücü ile kolayca elde edilemeyecek düzeyde hizmet sunucusu ve alıcısı arasındaki yakın kişilerarası ilişkilere dayanmasıdır. Üçüncüsü ise hizmetin örgütsel sınırların dışında verilmesi sebebiyle, kalite kontrol sorunlarının bulunmasıdır (Schmid ve Hasenfeld, 1993: 40). Tüm sağlık ve sosyal bakım sistemleri genel olarak aynı sorunlarla karşı karşıya olduğundan, bu sorunların çözümü için entegre bakım sistemlerine ihtiyaç bulunmaktadır (Mur-Veeman ve diğerleri, 2008: 172).

Türkiye'de evde bakım hizmetleri Belediyeler, Sağlık Bakanlığı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından sunulmaktadır. Hizmetlerin farklı kurumlar tarafından sunulması örgütsel eksikliklere ve ortak veri havuzunun oluşturulamamasına neden olmasının yanı sıra, finansal kaynakların daha etkili ve verimli kullanımı, insan kaynağının etkin kullanımı, kalite değerlendirme ve bakıma ihtiyaç duyan kişilere eşit, etkin, verimli ve kaliteli hizmete kolay erişim konularında iyileştirmelere de engel oluşturmaktadır. Bu eksikliklerin giderilerek, iyileştirilmelerin yapılabilmesi için

kurumlar arası entegrasyonu sağlayacak hizmet sunum modellerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Başarılı bir evde bakım entegrasyon modeli oluşturabilmek için evde bakım hizmetlerinin ne olduğunu, kapsamını, hizmet sunan kurumları, hizmetin erişim ve kalitesini, finansmanını bilmek gerekmektedir. Bu sayede mevcut sistemi tanıma, eksiklikleri tespit ederek, çözüm odaklı model oluşturulması mümkün olacaktır. Çalışma planlanırken bu husustan hareket ederek, birinci bölümünde evde bakım kavramı, evde bakım hizmetlerinin kapsamı, evde bakım hizmeti sunan kuruluşlar, evde bakım hizmetlerinin organizasyonu, evde bakım hizmetine erişim ve bakım kalitesi, evde bakım hizmetinin finansmanı, evde bakım hizmetinin entegrasyonu ve Dünya’da evde bakım hizmetleriyle ilgili ülke örneklerine ilişkin bilgiler ele alınmaktadır.

İkinci bölümde araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın yöntemi, araştırmanın soruları, araştırma evren ve örnekleme, veri toplama süreci, araştırmanın kısıtları, araştırmanın yöntemi, verilerin analizi ile araştırmanın bulguları detaylı bir şekilde anlatılmaktadır. Son olarak sonuç ve öneriler yer almaktadır.

1. Çalışmanın Konusu

Çalışmada, Türkiye’de evde bakım hizmeti sunan kuruluşlar hakkında genel bilgi elde edildikten sonra bu kurumların daha etkili ve verimli hizmet sunumunu sağlamak için gerekli finansman, personel ve diğer örgütsel kaynakların yanı sıra, kurumların örgütsel yapısının nasıl olması gerektiği ve farklı örgütler tarafından sunulan evde bakım hizmetlerinin entegrasyonu ve koordinasyonunun nasıl olması gerektiği konusunda diğer ülke örnekleri de incelenerek bir model oluşturulmaya çalışılmaktadır. Modelin oluşturulmasında literatür incelemesinin yanı sıra, evde bakım hizmeti sunan belediyeler, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı birim yöneticileri ile yapılan görüşmelerden yararlanılmaktadır.

2. Çalışmanın Önemi

Literatürde evde bakımın Türkiye’deki mevcut durumu, evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın tespiti, ihtiyaçların karşılanma düzeyi, bakım alan kişilerle yakınlarının memnuniyet durumları, yaşam kaliteleri, karşılaştıkları tıbbi ve sosyal sorunların tespiti, bakım veren kişilerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerini belirlemeye yönelik çok

sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak evde bakım hizmeti sunan Belediye, Sağlık Bakanlığı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın ortak organizasyonunu temel alan çalışmalar oldukça sınırlı düzeydedir.

“Evde Sağlık, Bakım ve Sosyal Destek Hizmetlerinin İşbirliği İçerisine Yürütülmesine Dair Protokol” 2015 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı, İçişleri Bakanı, Sağlık Bakanı ve Türkiye Belediyeler Birliği Başkanı tarafından imzalanarak, belirlene 9 pilot ilde uygulanmasının ardından Türkiye genelinde uygulanması amaçlanmıştır (www.saglik.gov.tr). Ancak imzalanan protokol yetersiz kalmış olup, yapılmış çalışmalar ile oluşturulan protokolün alt başlıklarının öncelikle tamamını kapsayan, iyileştirme ve çözüm odaklı bir model oluşturmak ve bu modelin ülke geneline yayılmasının sağlanması, sonrasında alt başlıkların ayrı ayrı ele alınarak uygulanma durumları ve sonuçların değerlendirilmesi konusundaki eksiklikler akademik açıdan doldurulması gereken boşluklar olduğunu göstermektedir.

Evde bakım hizmeti sunan kurumların entegrasyonu sağlanarak organizasyon performansının iyileştirilmesi, kaynakların etkili ve verimli kullanımı, insan kaynağının etkin kullanımı, veri havuzunun oluşturulması, herkese eşit, ulaşılabilir, etkin, verimli ve kaliteli hizmet sunulması, kalite değerlendirmelerinin yapılması konularına dikkat çekileceği düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda elde edilen temalardan yararlanılarak üç farklı kurum tarafından sunulan evde bakım hizmetinin bütünleştirilmesi ya da birlikte koordine edilmesine ilişkin model önerisi sunulması bu tezin özgün değerini oluşturmaktadır.

3. Çalışmanın Amacı

Bu tezin temel amacı, evde bakım hizmetlerinin sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin entegrasyonunu sağlamak amacıyla evde bakım hizmeti sunan kurumların organizasyon yapılarının tanınması, sunulan hizmetlerin belirlenmesi, finansmanı, kalite ve performans değerlendirme çalışmaları, hizmet sunan kurumlarla ortaklık ve yürütülen ortak çalışmalara ilişkin bilgiler ışığında entegrasyonun sağlanmasıdır. Bu amaç doğrultusunda, Türkiye’de yaşlı, kronik hastalığı olan, post-op ve hastalık sonrası bakıma ihtiyaç duyan kişilere ve engelli vatandaşlara evde bakım hizmeti sunan belediyeler,

Sağlık Bakanlığı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın entegrasyonu için model oluşturulması hedeflenmemektedir.

Yukarıdaki amaç doğrultusunda;

- Kurumların sundukları hizmetlerin benzerlik ve farklılık durumları,
- Hizmetlerin niteliği,
- Bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi,
- Evde bakım hizmetlerinin finansmanı,
- İnsan kaynağı planlaması,
- Hizmet sunan personelin nitelikleri,
- Hizmetlerin yasal dayanaklar,
- Ortak veri havuzu geliştirilmesi,
- Hizmetlerde yaşanan duplikasyonların sebep olduğu verimsizliğin ortadan kaldıracak modelin geliştirilmesi çalışmanın alt amaçlarıdır.

4. Çalışmanın Yöntemi

Türkiye’de evde bakım hizmetlerini yürütmekle olan Belediyeler, Sağlık Bakanlığı ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın entegrasyonu için oluşturulacak model önerisi sunmak amacıyla yapılan bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden “durum çalışması” yöntemi kullanılmaktadır. Çalışmanın evrenini İstanbul ilinde evde bakım hizmeti sunan kurumlar oluşturmaktadır. Veriler, örneklem çerçevesinde İstanbul ilinde evde bakım hizmeti sunan Belediye, Sağlık Bakanlığı ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı kuruluşlardan görüşülen 12 yönetici ile derinlemesine görüşmeler sonucunda elde edilmiştir.

Elde edilen veriler Nvivo12 istatistik programı yardımıyla kodlar ve temalar oluşturularak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen bulgular ile ulusal ve uluslararası literatürden elde edilen bilgilerden yararlanılarak bir model önerisi geliştirilmektedir.

BÖLÜM 1. EVDE BAKIM HİZMETLERİ

1.1. Kavramsal Çerçeve

Evde bakım, zorunlu olarak ev ortamında bir dizi resmi klinik ve sosyal hizmetin yanı sıra gayri resmi hizmet sunmak için çeşitli sağlayıcılara dayanan, emek yoğun bir faaliyettir (Tarricone ve Tsouros, 2008: 10). Ayrıca günlük yaşam hizmetleri, sosyal ve psikolojik destek gibi yoğun destek ve bakım sunmaktadır (Marcon ve diğerleri, 2017: 134). Bu sunucular arasında hemşireler, terapistler (fiziksel, iş ve konuşma), evde bakım asistanları, sosyal hizmet uzmanları, doktorlar, diyetisyenler, ev hanımları, eşler, gönüllüler vb. dahil olmak üzere, profesyonel ve profesyonel olmayan personelin bir karışımı bulunmaktadır (Tarricone ve Tsouros, 2008: 10).

Evde bakım hizmeti, duvarsız hastane, evde sağlık bakımı, ev ziyaretleri, tıbbi evde bakım gibi farklı isimler altında karşımıza çıkmakta, henüz bu kavramı tanımlamak için evrenselleşmiş bir terim bulunmamaktadır (Kaplan ve Ateş, 2013: 110). Bunun yanı sıra sunulan hizmet çeşitliliği, hizmet sunulan grup ve hizmet sunan kurum ve kuruluş gibi faktörlere göre evde bakım hizmeti tanımı da farklılık göstermektedir.

Evde bakım hizmeti, hasta ihtiyaçlarına bağlı olarak uzatılabilecek, evde hastalara sınırlı bir süre için sunulan tıbbi ve paramedikal hizmetlerden oluşmaktadır. Ayrıca hastanelerin olağan yükümlülüklerine tabi olup, hastalara tam ve koordineli bakım sunma zorunluluğu olan hizmetlerdir (En-nahli ve diğerleri, 2016: 1210).

Türk mevzuatında evde bakım hizmetleri farklı şekillerde tanımlanmaktadır. 26960 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Yaşlı Hizmet Merkezleri’ne yönelik yönetmelik’e göre, evde bakım hizmeti şu şekilde tanımlanmaktadır. *“Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özrü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya komşu akraba gibi diğer destek unsurlarına rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla sunulan sosyal, fiziksel, psikolojik destek hizmetlerini yürüten birimi,”*. 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Sağlık Bakanlığı’na ait evde bakım hizmetine yönelik yönetmelikte 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 sunulması” olarak tanımlanmaktadır. Tanımlara dikkat edilirse ilkinde yalnızca yaşlılarla, ikincisinde ise daha çok evde sunulabilecek sağlık hizmetleri ile sınırlanmaktadır. Sosyal bakım ya da yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı fonksiyonlar tanımlarda yer almamaktadır. Halbuki evde bakım hizmetleri, özellikleri açısından üç sınıfa ayrılmaktadır (Yılmaz ve diğerleri, 2010: 127):

1. Evde bakım hizmetleri tıbbi hizmetlerin yanı sıra, bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de kapsamaktadır.
2. Evde bakım hizmetleri, sürelerine göre ayrılmakta ve kısa veya uzun süreli olarak sunulmaktadır. Kısa süreli ve uzun süreli bakım hizmetleri kapsamaları bakımından çoğu kez birbirinden farklılık göstermektedir. Kısa süreli evde bakım hizmetleri, tıbbi ağırlıklı olarak hizmet sunmaktadır. Genellikle hastane sonrası iyileşme dönemi içinde 30 gün ile sınırlandırılmış bakım hizmetleridir. Uzun süreli evde bakım hizmetleri, tıbbi ve sosyal bakım hizmetlerinin ikisini de kapsamaktadır. Sosyal bakım ağırlıklı hizmet sunulmakta ve 6 aydan daha fazla bakım ihtiyacı duyan kişilere verilen hizmetleri içine almaktadır.
3. Evde bakım hizmeti veren kişiler açısından bakım hizmeti ikiye ayrılmaktadır. Bunlar, farklı meslek gruplarında yer alan uzman veya yarı uzman kişiler tarafından sunulan evde bakım hizmeti (formal care) ile aile bireyleri tarafından sunulan evde bakım hizmetini (informal care) içermektedir.

Evde bakım hizmeti ihtiyacı; akut hastalık, ameliyat ve hastanede yatış sonrası tedavi, uzun süreli bakım gerektiren durumlar, kronik hastalıklar, fiziksel ve zihinsel engellilik dahil olmak üzere, kalıcı sakatlık veya terminal dönem hastalar için ortaya çıkmaktadır (Hertz ve Lahrichi, 2009: 481). Ayrıca, evde bakım hizmetleri tıbbi ve diğer teknolojilerdeki gelişmelerle birlikte, doku bakımı, stoma bakımı, palyatif bakım, kemoterapi gibi tedavi ve bakımı da kapsamına almaktadır. Bu durum, uzmanlık becerilerine sahip toplum temelli hasta bakım personeline olan talebi artırmaktadır (Tarricone ve Tsouros, 2008: 29).

Evde bakım hizmetlerinin amacı, hastaların, yaşlıların ve engellilerin yaşam koşullarını iyileştirmek, hastanelerin yoğunluğunun ve sağlık sisteminin artan maliyetlerini azaltmaktır (En-nahli ve diğerleri, 2015: 698). Ayrıca bakım hizmetlerine sürekli olarak

ihtiyaç duyan yaşlılar, kronik hastalar ve engellilerin sağlığını korumak ve onlara bağımsız yaşamayı sağlayabilecekleri eğitim ve becerileri kazandırarak profesyonel açıdan kaliteli bakım hizmeti sunmak amaçlanmaktadır (Bilge ve diğerleri, 2014: 2).

Etkili evde bakım hizmetleri, çeşitli sağlık ve evde güvenlik risklerini önlenmeye yardımcı olabilmekte ve acil servislere yapılan başvurular ile ani hastane yatış sayılarını azaltma gibi sağlık hizmetleri kullanımını iyileştirme konusunda katkıda bulunabilmektedir. Ayrıca yaşlı insanların ağrılarını ve ıstırabını azaltmalarına, bakım veren aile üyelerinin üzerindeki yükü azaltmalarına ve toplum sağlığı hizmetlerinin üzerindeki baskı ve maliyetlerin azaltılmasına yardımcı olabilmektedir (Fu ve diğerleri, 2018: 52).

1.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Evde bakım hizmetleri üç farklı kolu olan dinamik bir kavramdır. Bu unsurlar; sağlık bakım hizmetlerini içeren tıbbi hizmetler, sosyal bakım hizmetlerini kapsayan sosyal hizmetler ve toplumun değer yargılarıyla örtüşen manevi bakım hizmetleridir. Türkiye'deki mevcut evde bakım hizmetleri sürecinde bu üçayak henüz tamamlanabilmiş değildir (Genç ve Barış, 2015: 49).

Evde bakım hizmetlerini Ekinci ve Sur (2012: 1), hizmetin sunum sürecinde ihtiyaç duyulan ileri teknolojik ürünlerin kullanım durumuna ve emek faktörünün uzmanlık düzeyine göre evde tıbbi bakım hizmeti, evde sosyal bakım hizmeti ve evde rehabilitasyon hizmeti olarak üç ana başlıkta sınıflandırmıştır.

AB ülkelerinin neredeyse tamamında evde bakım hizmetleri, sağlık sistemi ile sosyal sistem arasındaki kesişme noktasında yer almaktadır. Bu iki sistemin her birinin kendine has özellikleri bulunmakta ve sağlık hizmetleri ile sosyal sistemler arasındaki ayırım ise evde sunulan hizmetin niteliğine dayanmaktadır (Tarricone ve Tsouros, 2008: 13).

Evde bakım hizmetleri kapsamında sunulan hizmetlerin uluslararası düzeyde anlaşmaya varılmış temel veya asgari bir hizmet listesi bulunmamaktadır. Her ülke kendi imkanları ve sosyokültürel dinamikleri doğrultusunda aralıklı olarak yenileyebildiği hizmet listeleri oluşturmaktadır (Yılmaz ve diğerleri, 2010: 127). Türkiye'de de sunulmakta olan evde bakım hizmetleri incelendiğinde, evde sağlık hizmetleri ve sosyal bakım hizmeti olarak iki grupta hizmet sunulduğu görülmektedir.

1.2.1. Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık hizmetleri, evde koruyucu bakım, evde tanı koyucu bakım, evde tedavi edici bakım, evde rehabilite edici bakım, evde uzun süreli bakım ve evde hospis bakımı kapsamaktadır (Kaplan ve Ateş, 2013: 116). Başka bir ifade ile bu hizmetler; yaşlılar, kompleks hastalıkları ve terminal dönem hastalığı olan kişilerin ihtiyaç duyduğu tedavi ve bakım evde bakım hizmetlerinin alt kolu olarak sunulmasını da kapsamaktadır (Tarricone ve Tsouros, 2008: 13).

Şekil 1’de görüldüğü gibi evde sağlık hizmetleri, hizmetin kapsamı ve yoğunluğu dikkate alınarak üç düzeyde sınıflandırılmaktadır (Ekinci ve Sur, 2012: 2).

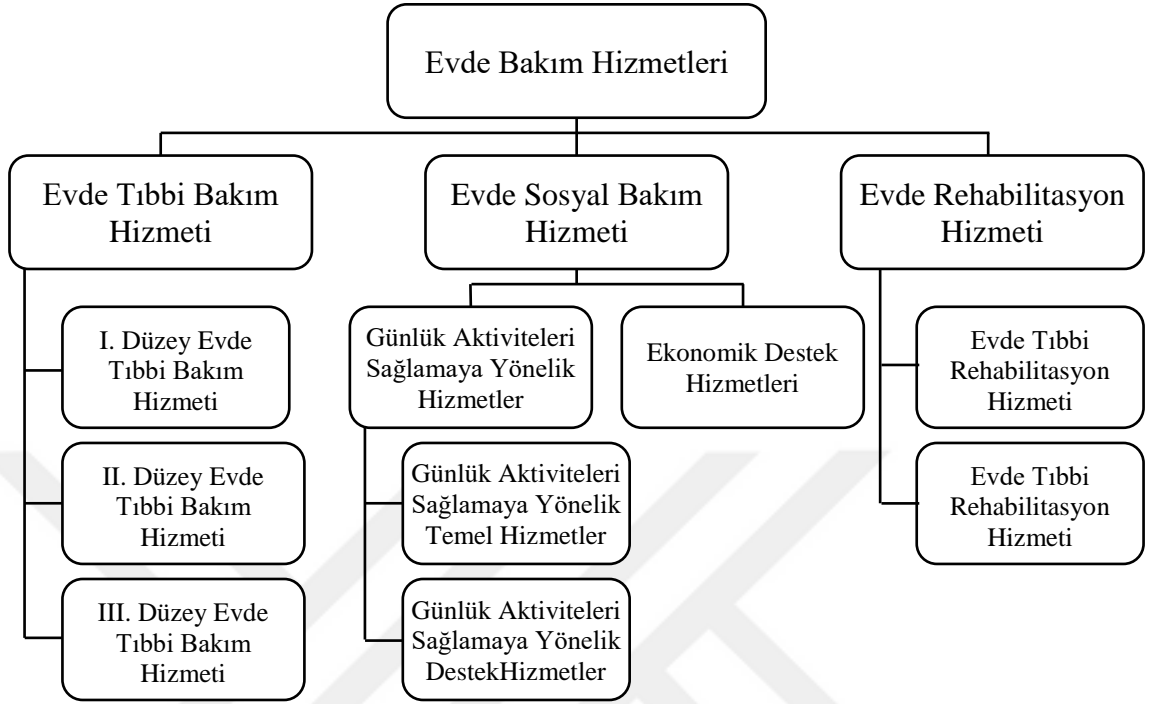
Birinci Düzey Evde Sağlık Hizmeti: Kişinin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında teşhis ve tedavisinin sağlandığı, koruyucu sağlık hizmeti odaklı hizmet türüdür. Bu kapsamda sunulan hizmetlere; evde uygulanabilen enjeksiyonlar, evde basit pansuman uygulaması, lohusa ev ziyaretleri ve yeni doğan evde ziyareti örnek olarak gösterilebilir.

İkinci Düzey Evde Sağlık Hizmeti: İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında kişinin teşhis ve tedavisinin profesyonel bir ekip tarafından hasta yakınlarının katılımıyla ev ortamında sağlanan hizmetlerdir. İkinci düzey evde sağlık hizmeti, tıbbi bilgi gerektiren fakat teknolojinin daha az kullanıldığı, bakım sürecinde tek bir uzmanın olduğu grup çalışması şeklinde sürdürülen hizmet türüdür. Bu kapsamda sunulan hizmetlere; evde doğum uygulaması hizmeti, nekahet dönemi ihtiyaç duyulan bakım ve tedavilerinin evde sürdürülmesi, tıbbi rehabilitasyon gerektiren durumlarda hasta bakımı vb. örnek verilebilir.

Üçüncü Düzey Evde Sağlık Hizmeti: Kişinin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında teşhis ve tedavisinin profesyonel bir ekip tarafından hasta yakınlarının da katılımı sağlanarak ev veya ev olarak kabul edilen bir kurum ortamında yürütülen hizmetlerdir. Bu kapsamda sunulabilecek hizmetlere terminal dönem hasta bakım hizmeti, palyatif bakım hizmeti, evde diyaliz uygulaması (hemodializ-periton dializ vb.) örnek olarak gösterilmektedir.

Entegre evde bakım hizmetleri kapsamında yürütülen evde sağlık hizmeti, üç temel hemşirelik bakım hizmeti olan pansuman, dekubitus bakımı, kateter yönetimini, üç olağan teknik hemşirelik bakımı olan venöz ilaç tedavisi, beslenme tedavisi, aspirasyonu

içermektedir. İş ve uğraşı, konuşma, psiko-sosyal ve fizyoterapi olarak dört terapiyi içermektedir (Henrard ve diğerleri, 2006: 3).



Şekil 1: Evde Bakım Hizmetlerinin Bakım İhtiyacına Göre Sınıflandırması

Kaynak: Ekinci ve Sur, 2012

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmeliği'nin 19. maddesinde sunulan evde sağlık hizmetleri;

- Hastaya konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini,
- İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesini,
- Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunmasını,
- Hastanın ve ailesinin, evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgilendirilmesini,
- Hastaya, evde kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanlar konusunda, eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini,

- Gerekli görülen hallerde hastanın ilgili sağlık kuruluşuna ve/veya sağlık kuruluşundan evine naklini kapsamaktadır.

1.2.2. Evde Sosyal Bakım Hizmetleri

Sosyal bakım, yaşam boyunca bağımsız, aktif ve sağlıklı olmak, bunun yanı sıra topluma katılabilmek ve topluma katkıda bulunabilmek için bakıma ihtiyaç duyan kişilere yardımcı olacak faaliyetler, hizmetler ve ilişkiler olarak tanımlanmaktadır (HM Government, 2008: 7).

Sosyal hizmet sektörü tarafından çoğu yalnız yaşayan yaşlı insanlara sunulan evde sosyal bakım hizmetleri; alışveriş, yemek pişirme, temizlik ve idari evrak (fatura ödeme vb.) gibi ev işleri, sosyalleşme, yürüyüşe çıkma ve kişisel bakım sağlama gibi ev işlerini (banyo ve giyinmeye yardımcı olma vb.) kapsamaktadır. Bu hizmetler genel olarak enformel bakım süreci içinde yer almaktadır. Bu kapsamda aile üyeleri, komşular veya arkadaşlar için yardım hizmetleri teşvik edilmekte, manevi ve psikolojik destek (danışmanlık ve tavsiye) sağlanabilmektedir (Tarricone ve Tsouros, 2008: 13).

Evde bakıma destek sağlamak ve enformel bakıcılar tarafından sağlanan günlük yaşam aktiviteleri ile yardımcı günlük yaşam aktiviteleri desteğinin sürdürülebilirliğini sağlamak ve teşvik etmek amacıyla, sosyal bakım ve yardım desteği sağlanması da evde sosyal bakım hizmetleri kapsamında yer almaktadır.

1.3. Evde Bakım Hizmeti Sunan Kuruluşlar

Evde bakım hizmeti sunumunda, yapı ve yönetim açısından birbirinden farklı özellik taşıyan dört tip kuruluş mevcuttur. Bunlar, resmi kuruluşlar, gönüllü kuruluşlar, hastane destekli kuruluşlar ve özel kuruluşlardır. Resmi kurumlar, devlet veya yerel yönetimlerin sağlık birimleri tarafından yönetilen, finansmanı vergi fonlarından sağlanan ve kar amacı gütmeyen kurumlardır. Ancak evde bakım için ödeme yapan kuruluşlarla anlaşma yaparak, verdikleri hizmetlerin karşılığını bu kurumlardan temin edebilmektedir. Gönüllü kuruluşlar, kar amacı gütmeyen hayır kurumları olduğu gibi özel sigorta şirketleri, sigorta kuruluşları ile bakım alan kişilerin yaptıkları ödemelerle finanse edilebilmektedir. Hastane destekli kuruluşlar, akut hastane bakımı sonrasında bakımın sürekliliğinin sağlanması ve hastaneler için kazanç kaynağı olan kuruluşlardır. Özel kuruluşlar,

hizmetlerin özel sigorta şirketleri ve bakım alan kişilerin yaptıkları ödemelerle finanse edilen kar amaçlı kuruluşlardır (Kaplan ve Ateş, 2013: 123).

1.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu

Hızla artan evde bakım talebine yanıt olarak, kamu, gönüllü ve özel kuruluşlardan oluşan, kamu sigortası ve özel ödemelerle finanse edilen ve gelişen bir endüstri ortaya çıkmıştır. Evde bakım sağlayan bu organizasyonların özellikleri ve sektörün gelişmekte olan yapısı, bakıma muhtaç kişilerin aldığı hizmetin niteliği ve kalitesi üzerinde derin bir etkiye sahiptir (Schmid ve Hasenfeld, 1993: 41).

Hizmetin niteliği, yoğunluğu ve nihayetinde evde bakım hizmetlerinin organizasyon yapılarını etkileyen önemli noktalar şunlardır (Tarricone ve Tsouros, 2008: 14):

- Evde bakım hizmetleri için uygun kriterlerin tanımı,
- Uygun kişilerin erken tespit edilmesi,
- Uygun ihtiyaç değerlendirmesidir.

Evde bakım hizmetlerinin organizasyon yapısının oluşturulmasında temel alınması gereken politika uygulamaları şu şekildedir (Tarricone ve Tsouros, 2008: 16):

- Evde bakım politikaları, hem doğrudan hizmet kullanıcıları hem de resmi olmayan bakım verenler için oluşturulmalıdır.
- Politikalar, hemşireler ve informal bakıcıların yükünü hafifletecek olan ev asistanları için kaynakların azlığıyla baş edebilmelidir.
- Göçmenlerin buldukları ülkede sundukları evde bakım hizmeti ile bazı ülkelerde bu boşluğu doldurmaktadır. Bu genç göçmen grupların eğitim ve sosyal eksikliklerini telafi etmek için yoğun bir şekilde girişime ihtiyaç vardır.
- Yerel yönetimler, bu bakım veren göçmenleri resmi sisteme entegre etmeli ve özel hanelerde düzensiz iş katılım payı en aza indirilmelidir.
- Kaynak kısıtlamaları değerlendirme süreçlerini şekillendirebilir ve sağlanan evde bakım hizmetlerinin seviyelerini ve erişimi kısıtlayabilir. Bu kısıtlamalar, ihtiyaçları henüz şiddetli olmayan kişilere düşük seviyeli (ihtiyaçlarına yönelik) koruyucu evde bakım desteğinin sağlanmasını engelleyebilir.

1.4.1. Mevcut Durum

Evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan kişilerin temel ihtiyaçlarını karşılaması, uygun ve etkili bakım hizmetlerinin düşük maliyette, etkili, kapsamlı ve devlet ile ailenin rolü arasında denge sağlanması, kısa süreli ve uzun süreli bakım hizmetlerini geliştirilmesi ve politika oluşturulmasına yönelik çalışmalar Türkiye’de resmi ve özel kuruluşlar tarafından yürütmektedir (Genç ve Barış, 2015: 53). Türkiye’de evde bakım hizmeti sunan resmi kuruluşlar incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile belediyelerden oluştuğu görülmektedir.

1.4.1.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı’na ait 29280 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan yönetmelikte evde sağlık hizmetlerinin, Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesinde olan genel hastaneler veya dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesinde kurulan birimler ile Aile Hekimliği Birimleri vasıtası ile sunulduğu belirtilmektedir. Aynı yönetmelikte *“Birimler; başvuruda bulunan hasta ya da hasta yakınlarının taleplerini değerlendirmek, başvuruları uygun olarak değerlendirilen hastalara ihtiyacı olan evde sağlık hizmetini sunmak, gerektiği hallerde hastaların hastaneye naklini sağlamak amacıyla, bu Yönetmelikte belirtilen kriterler doğrultusunda kurulur.”* ibaresiyle birimlerin kuruluş amacı ve kuruluş kriterlerinin temeli açıkça belirtilmiştir.

Yönetmelik kapsamında birimler üç tip olarak örgütlenmiş ve standart personel kadroları planlanmıştır. Buna göre birimler, toplum sağlığı merkezlerine bağlı T tipi birimler, hastanelere bağlı H tipi birimler ve ağız ve diş sağlığı merkezlerine bağlı D tipi birimler olarak belirlenmiş ve basamaklı evde sağlık hizmet sunumu tanımlaması yapılmıştır (Keklik, 2015: 24).

Sağlık Bakanlığı’na ait 29258 Toplum Sağlığı Merkez’lerine ve 29280 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına yönelik Resmi Gazete’de yayınlanan yönetmeliklerle, Toplum sağlığı merkezleri (TSM) evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak, TSM bünyesinde hizmet sunumu için birim kurmak ve hizmet sunum sürecini yürütmekle görevlendirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, 27 Şubat 2012 tarihinde yayınlanan “Evde Sağlık Hizmetlerinin Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinden Alınması Hakkında Genelge” ile ağız ve diş sağlığına yönelik hizmet birimlerinin oluşturulması, hizmetin takip ve denetim sorumluluğu il düzeyinde valiye verilmiştir. Bu bağlamda, sunulan hizmetlerin kapsamı il düzeyinde belirlenmekte ve illere göre değişiklik gösterebilmektedir.

Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) tarafından sunulan evde sağlık hizmetleri kapsamında diş hekimi muayenesi, tam protez (metal kaideli) (tek çene), bölümlü protez (akrilik, tek çene), tamir (akrilik protezde kırık veya çatlak), besleme (tek çene), tam protez (akrilik) (tek çene), oklüzyal aşındırmalar (tek çene), diş çekimi (rejyonel anestezi ile), diş çekimi (infiltrasyon anestezi ile), düşmüş kron-köprü simantasyonu (her sabit tutucu için), kron sökümü (her üye için), veneer kron (seramik) her ayak üye için, diş ilavesi (tek diş) total+bölümlü, kroşe ilavesi, bölümlü protez (metal kaideli, tek çene), alveol düzeltilmesi (tek çene) gibi sağlık hizmetleri sunulmaktadır (<https://canakkaleadsm.saglik.gov.tr>).

Birimlerin asgari personel ölçütleri 2015 yılı 29280 sayılı yönetmelikte şu şekilde belirtilmiştir:

- T Tipi ESH birim ekipleri, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulur. Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dâhil edilir. İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır.
- H Tipi ESH birim ekipleri, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim/uzman hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulur. Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dahil edilir. İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır. Hastanın ihtiyacına göre ekibe uzman hekim ya da hekimler dâhil edilir.
- D Tipi ESH birim ekibinde, bir diş hekimi ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri bulunur.

1.4.1.2. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

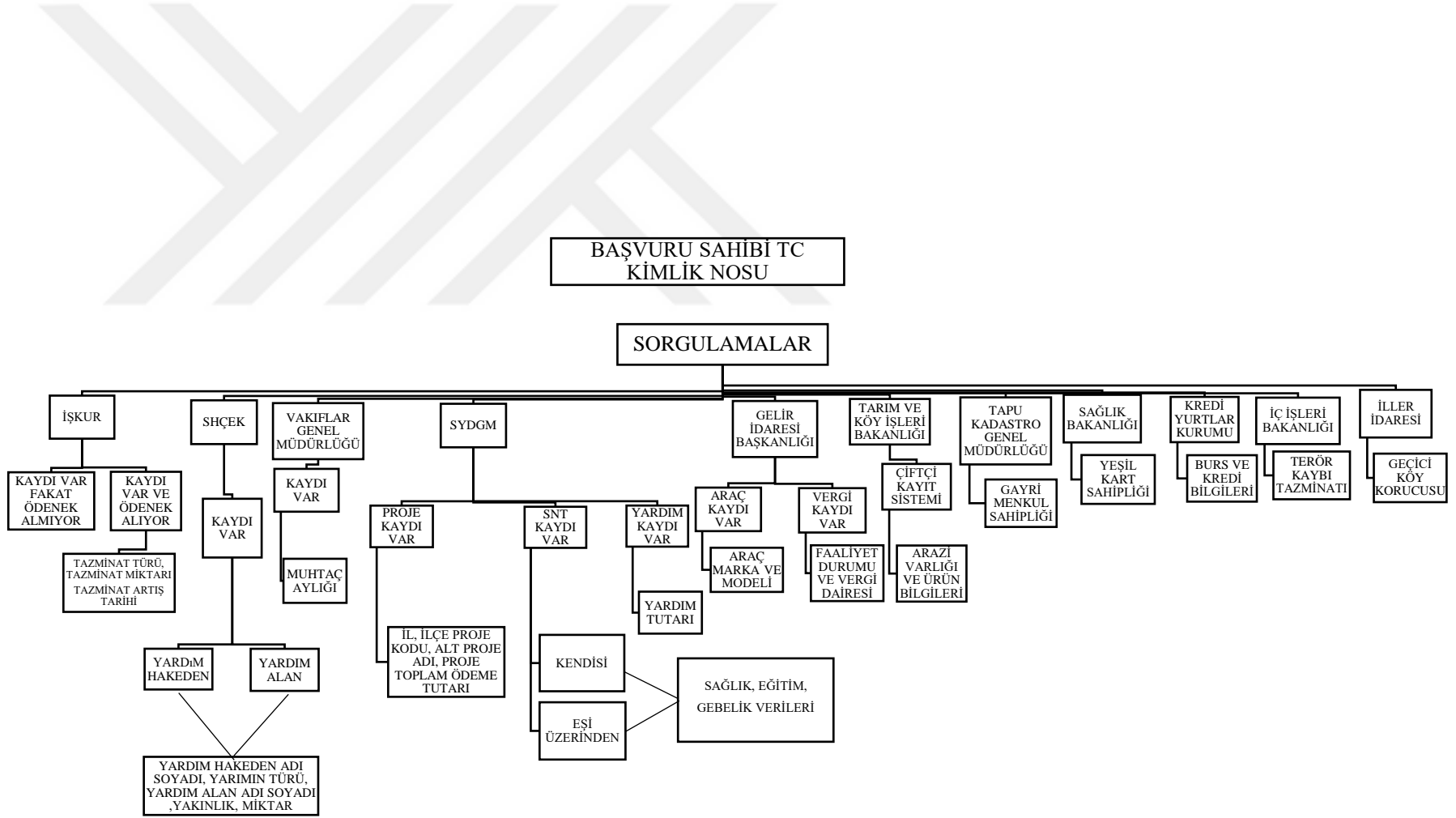
Türkiye’de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde bulunan Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü (SYGM) ile Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü evde bakım hizmeti sunumunu iki yönlü yürütmektedir.

Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü evde bakım hizmeti kapsamında bakıma muhtaç olan yaşlı aylığı, engelli aylığı, 18 yaş altı engelli yakını aylığı, engelli ihtiyaç yardımları ve evde bakım desteği gibi sosyal yardım sağlamaktadır.

Evde bakım desteği, bakıma ihtiyaç duyan engelli ve yaşlılardan uygun şartlara sahip olanların ailelerinin yanında bakımlarını sağlamak için, bakım sunan yakınlarına maddi destek sağlamaktır (Genç ve Barış, 2015: 50). Engelli ihtiyaç yardımları, engelli kişilere tekerlekli ve akülü engelli aracı, protez ve cihaz gibi yardımları kapsamaktadır (Yılmaz ve Akyüz, 2018: 854). Yaşlı aylığı, 65 yaş üstü sosyal güvencesi olmayan, kendisi ile eşinin gelirleri ortalamasının net asgari ücretin 1/3’ünden az olan kişilere yapılmaktadır. Engelli aylığı, 18 yaşından büyük, 65 yaşından küçük olan %40-%69 arası oranda engeli bulunan kişilere ve 18 yaşından büyük %70 ve üzeri oranda engelli olan kişilere yapılan ödemelerdir. 18 yaş altı engelli yakını aylığı, aynı hanede ikamet eden ve fiilen bakımını gerçekleştiren, 18 yaşından küçük %40 ve üzeri oranda engelli yakını olan kişiler yapılan ödemelerdir (<https://sosyalyardimlar.aile.gov.tr>).

Yaşlı ve engellilere yönelik yardımlar kapsamında, yaşlı aylığı 543,27 ₺, engelli yakını aylığı 433,68 ₺, evde bakım yardımı 1179, 40 ₺ ve %40-69 arası engeli olan kişilere 433,68 ₺ ve %70 ve üzeri engeli olan kişilere 650,52 ₺ olarak ödemeler gerçekleştirilmektedir (<https://sosyalyardimlar.aile.gov.tr>).

Sosyal yardım başvurusu yapan bakıma muhtaç kişilerin muhtaçlık durumlarının tespiti, Sosyal Yardım Bilgi Sistemi üzerinden TC Kimlik Numaraları ile 13 başlık altında oluşturulan 28 ayrı sorgulama sonucunda yapılmaktadır (<https://sosyalyardimlar.aile.gov.tr/soybis>). SYGM tarafından oluşturulan Sosyal Yardımlar Bilgi Sistemi (SOYBİS)’nin amacı, sosyal yardım başvurusu yapan kişilerin muhtaçlık durumları ile kişisel verilerine merkezi veri tabanlarından ulaşmak ve mükerrer yardımların önlenmesi için kurumlar arası online veri paylaşımını sağlamaktır (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Dünya Bankası, 2017: 15)



Şekil 2: Sosyal Yardım Bilgi Sistemi Sorgulamaları

Kaynak: <https://sosyalyardimlar.aile.gov.tr/soybis>

Yapılan sorgulama neticesinde muhtaçlık kararı verilen kişilerin yardım ödemelerine ilişkin banka talimatlarının verilmesi, yapılan tüm yardımların otomatik olarak elektronik ortamda muhasebeleştirilmesi, vatandaşlar tarafından yapılmış olan sosyal yardım başvuru sonuçlarının e-Devlet kapısı üzerinden izlenebilmesi süreçleri Bütünleşik Sosyal Yardım Bilgi Sistemi üzerinden yapılabilmektedir (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Dünya Bankası, 2017: 12).

SYGM tarafından yerel düzeyde yönetilen sosyal yardımlar Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'ndan sağlanmaktadır. Bu yardımlar il düzeyinde vali, ilçe düzeyinde kaymakam başkanlığında Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı tarafından yürütülmektedir (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Dünya Bankası, 2017: 11).

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü evde bakım hizmetlerine yönelik Bakım Hizmetleri Kalite Standartları ile Bakım Hizmeti Uygulama Rehberi oluşturmakta ve Yaşlı Destek Programını yürütmektedir.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından, bakım hizmet kalitesinin geliştirilmesi, süreçlerin yönetilmesi, performans ölçümlerinin yapılması, bakım hizmeti alan bireyin mahremiyeti, hizmet alan ve veren kişilerin güvenliği ve memnuniyetini ölçen bir sistemin kurulmasına destek olmak amacıyla yürütülen kalite çalışmaları neticesinde Bakım Hizmeti Kalite Standartları (BHKS) oluşturulmuştur. BHKS, bakım hizmetleri ile sağlık hizmetlerinin çoğu zaman iç içe olması sebebiyle Sağlık Bakanlığı'na ait "Hastane Kalite Standartları" metodolojisine uygun olarak geliştirilmiştir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2014: 11).

BHKS, bakım hizmet modelleri, kurumsal hizmet yönetimi, bakım hizmeti yönetimi ve kalite göstergeleri olarak dört bölümde ele alınmıştır.

- Bakım hizmet modelleri evde bakım/evde destek hizmetleri, gündüzlü hizmetler, yaşam evi-umut evi, huzur evi, bakım evi, yaşam destek merkezleri, süreli ve sürekli bakım ve danışma merkezleri olarak ayrılmaktadır. Her bir modelin kendine özgü sundukları hizmetlere, sunulan ortama, ihtiyaç tespitlerine, eğitim programlarına, hizmet organizasyonu gibi özelliklerine göre standartlar ve katsayıları belirlenmiştir.

- Kurumsal hizmet yönetimi kapsamında yönetim hizmetleri, kuruluş yönetimi, acil durum ve afet yönetimi, bilgi yönetimi, stok yönetimi, atık yönetimi, hizmet alan dosyası ve arşiv hizmetleri, mutfak hizmetleri, çamaşırhane hizmetleri ve cenaze hizmetlerine yönelik standart ve katsayılar belirlenmiştir.
- Bakım hizmeti yönetimi kapsamında karşılama hizmeti, sağlık hizmetleri, temizlik hizmetleri, kişisel bakım hizmetleri, beslenme hizmetleri, fiziki ve ergonomik düzenlemeler, güvenlik ve uygunluk ve yaşama katılım başlıkları altında standart ve katsayılar belirlenmiştir.
- Kalite göstergeleri kişilerin sağlığına yönelik aylık kilo takibi, düşme riski ve düşme oranı, malnutrisyon riski takibi, tansiyon/şeker takip oranları ve ağız ve diş sağlığı kontrol oranlarının izlenmesinin yanı sıra, bakım alan kişilerin sosyal yönlerini ve kuruluşu değerlendiren personel değişim oranları, kuruluş ve kuruluş dışı düzenlenen sosyal aktivite oranları, iş-meşguliyet faaliyetlerine katılanların oranları, bakım hizmeti alanların yakınlarına veya vasisine bakıma ilişkin eğitim verilme oranlarını da kapsamaktadır.

BHKS mevzuatı çerçevesinde; uygulama, puanlama ve belgelendirme, performansa yansımaları, değerlendiricilere yönelik düzenlemeler, özerk değerlendirme komisyonu, ulusal bakım hizmetlerine ilişkin mevzuat ile uyumlandırılması, BHKS'nın uluslararası akreditasyon sistemleri tarafından tanınması çalışmaları devam etmektedir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2014: 10).

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce bakım hizmeti sunan kişiler için bakıma yönelik bilgilendirme amacıyla Bakım Hizmeti Uygulama Rehberi oluşturulmuştur. Bakım Hizmeti Uygulama Rehberinin oluşturulma sürecine, alanda çalışan hemşire, fizyoterapist, psikolog, sosyal çalışmacı ve sağlık meslek lisesi öğretmeninden katkı sağlanmıştır. Rehberde sade bir anlatım ve empatiyi geliştiren ben dilini ifade eden görsellerle yaşlılık, engellilik ve hastalık durumlarına ait geçici, süreğen ve ilerleyen süreçleri kapsayan tüm durumlara yönelik çözüm önerileri sunulmuştur (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013: xii).

Rehberin içeriğinde;

1. Göz sağlığı ve temizliği, ağız ve diş temizliği, tuvalet ihtiyacı, elbiselerin giyimi gibi günlük bakım,
2. Cilt sağlığı ve bakımı, bıyık-sakal tıraşı ve banyo gibi kişisel bakım,
3. Oda ile yatağın temizliği ve düzeni, ilaç kullanımı ve saklanması gibi temizlik ve güvenlik,
4. Egzersiz başlığı altında çarşafı taşıma, yer değiştirme ve egzersiz,
5. Beslenme başlığı altında yemek yeme, yiyecek ve içecek hazırlığı ve beslenme,
6. Yaşama katılım,
7. Acil durum ve
8. Yatakta uzun süre kalma durumlarına yönelik bilgilendirmeler, koşullara bağlı alternatif çözümler, ortaya çıkabilecek sorunlar ve çözüm önerileri yer almaktadır.

Bu alanda yararlanılan diğer bir program yaşlı destek programıdır (YADES). YADES, “Türkiye’de ikamet eden 65 yaş üstü yaşlıların korunması ve desteklenmesi ile biyo-psiko sosyal bakıma ihtiyacı olanların yaşadıkları mekânlarda ve/veya gündüzlü merkezlerde gerekli olan bakımlarının yapılarak yaşamlarının kolaylaştırılmasını ve bu hizmetlerin ülke genelinde yaygınlaştırılması ile bu konudaki hizmetlerin bütünleşik ve standart bir şekilde sunulması kaynak israfının ve olası olumsuz diğer sorunların önüne geçilmesini amaçlayan alan uygulamalarını destekleyen program”dır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2018: 2).

Program kapsamında Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Büyükşehir Belediyelerinin hazırlayacakları projeler içerisinde öncelikli olması gereken faaliyet ve hizmetler (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2018: 3);

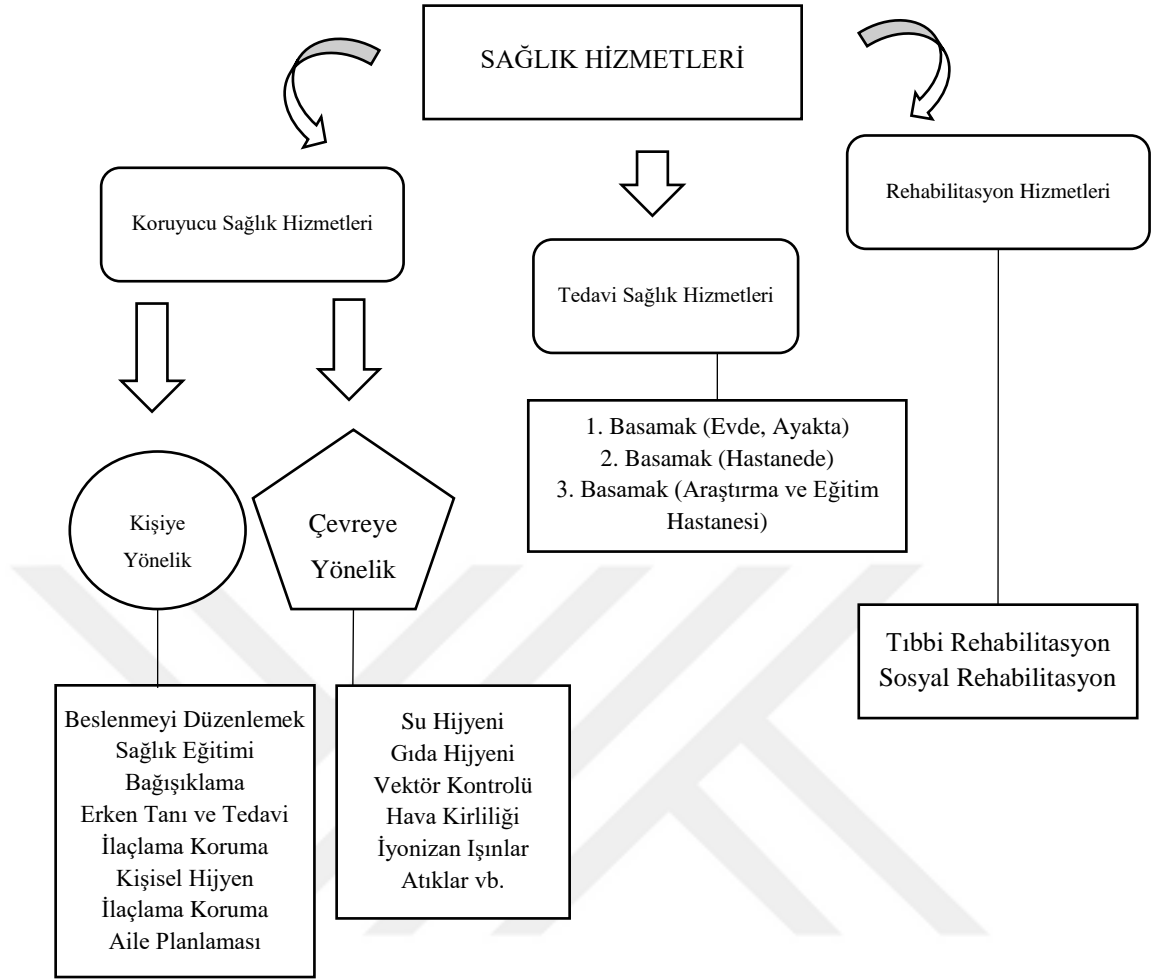
- Yaşlılara yönelik evde bakıma destek ve evde bakım hizmetleri,
- Psiko-sosyal destek hizmetleri,
- Evde teknik destek hizmetleri,
- Mobil ekip oluşturulması,
- Koordinasyon merkezi kurulması şeklinde belirlenmiştir.

1.4.1.3. Belediyeler

Yerel düzeyde belediyeler yasal olarak, her yaşta ki bakıma muhtaç kişilere evde bakım hizmetleri de dahil olmak üzere sosyal hizmet sunmakla yükümlüdür (Szebehely ve

Trydegard, 2012: 301). Hastalık ya da sakatlık nedeniyle özel yardım ihtiyacı olan tüm bireylerin yaşadıkları ya da ikamet ettikleri belediyelere evde sağlık hizmetleri için başvurabilmektedir. Başvurdukları hizmetlere bağlı olarak, başvuru sahibinden bilgi almak amacıyla ev ziyareti gerçekleştirilmektedir. Bu süreçte günlük ev işleri, yiyecek ve eşya tedariki, kişisel hijyen, giyinme ve soyunma, tuvalet rutinleri, yemek yemek, evin etrafında ve dışarıda dolaşmak, kendi sağlığı, hafızası, iletişimi, günlük yaşam kararları, sosyal aktiviteler, kendi davranışlarını kontrol etme gibi durumları incelenerek gereken yardım seviyesini değerlendirilmekte ve kaydedilmektedir (Holm ve diğerleri, 2017: 2).

Türkiye’de 25531 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Büyükşehir Belediye Kanunu’nun 7. Maddesinin (v) bendinde “*Sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri ile yetişkinler, yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak*” ibaresi yer almaktadır. Bu ibare ile belediyelere koruyucu ve tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra evde sağlık hizmeti sunma yetki ve sorumluluğu da tanınmaktadır.



Şekil 3: Belediyelerde Sağlık Hizmetleri

Kaynak: Kök ve Sayım, 2009

Ayrıca Belediye Kanununun 60. maddesinin (i) bendinde belirtilen “Dar gelirli, yoksul, muhtaç ve kimsesizler ile engellilere yapılacak sosyal hizmet ve yardımlar”ın belediyelerin hizmet kapsamında olduğu ve belediyelerin sağlık hizmetlerinin yanı sıra muhtaç ve engellilere sosyal bakım hizmeti ile maddi yardım sağlama yükümlülükleri olduğu görülmektedir.

Belediyelerin sunduğu evde bakım hizmetlerine yönelik çalışmaların zorunlu olmaması sebebiyle tüm Türkiye’de uygulanamamaktadır. Hizmet ihtiyacı olan kitlenin daha hızlı tespiti, ulaşılması ve sorgulanabilir olması açısından belediyeler daha etkin bir yapıdadır. Belediyeler tarafından sunulan hizmetler incelendiğinde, bazı belediyelerin sağlık bazılarının ise sosyal bakımı önde tuttuğu görülmektedir (Genç ve Barış, 2015: 53).

Türkiye’de belediyelerin evde bakım hizmetleri kapsamında yürüttükleri çalışmalara, doktor muayenesi, hemşirelik hizmetleri, acil yardım hizmetleri, psikolojik danışmanlık, fizyoterapi, hasta nakli, ev ve hastane refakati, sosyal çalışma, hane ve kişisel temizlik hizmeti, tamirat ve tadilat desteği, ekonomik destek hizmetleri örnek olarak gösterilebilir.

1.4.2. Evde Bakım Hizmetinin Mevcut Durumdaki Problemler ve Gelişim Alanları

Hizmet talepleri için başvuruların çok kanallı yollarla gerçekleştirilmesi koordinasyon sorunlarına ve kayıt sisteminde taleplerin tekrarlanmasına neden olmaktadır (İstanbul Sağlık Müdürlüğü, 2013: 2). Ayrıca, evde bakım hizmetlerine yönelik hizmet politikasının oluşturulmaması, hizmetlerin izlem ve denetim mekanizmasının mevcut olmaması ve hizmet kapsamının tanımlanmaması sorun teşkil etmektedir (Evde Bakım Derneği, 2010: 8).

Evde bakım konusuyla ilgili diğer bir problem, yeterli bilgi ve beceri düzeyine sahip olmayan informal bakıcıların tükenmişlik sendromu, fiziksel ve psikolojik sorunları, sosyal dışlanma ve ekonomik yoksulluk sorunları ile karşı karşıya kalınmasıdır (Genç ve Barış, 2015: 54). Ayrıca, evde bakım hizmeti sunacak personelin yetersizliği, personelin niteliğinin belirlenmesi ve personelin eğitim durumları konusunda yetersizlikler bulunmaktadır. Alanda çalışma izni olmayan ve eğitimsiz evde bakım personelinin çalışması da önemli bir sorun olarak görülmektedir (Evde Bakım Derneği, 2010: 7).

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yaşlı ve engellilere evde bakım sunan yakınlarının parasal olarak desteklenmesi önemli bir hizmet olmakla birlikte bakım elemanlarının kapasitelerinin artırılmaması, gerekli ve yeterli denetimlerin yapılamaması önemli bir sorun olarak görülmektedir (Genç ve Barış, 2015: 50).

Türkiye’de farklı yasalarda sosyal hizmet ve yardımların yanı sıra sağlık hizmetlerine ilişkin uygulamaları kapsayan düzenlemeler bulunmaktadır. Hizmetlerin dağınık olması, mükerrerliği, hizmet sunumunda nesnel kriterlerin bulunmaması, kaynakların etkin kullanılmaması gibi sorunlar farklı yasal düzenleme ve uygulamalardan kaynaklanmaktadır (Taşgın ve Özel, 2011: 181). Evde bakım hizmetleri kalite standartları doğrultusunda belirlenen kuruluşların kalite puanları ile ilişkili olarak ödemeler yapılarak kaynakların rasyonel kullanılması amaçlanmıştır. Ancak veri eksikliği sebebiyle uygulama gerçekleştirilememiştir (Akpınar, 2014: 135).

Belediyelerin sunduğu evde bakım hizmetlerine yönelik çalışmalar zorunlu olmadığından, Türkiye genelinde uygulanmasında noksanlıklar bulunmaktadır. Ayrıca, bu alanda bir standart da yoktur. Belediyeler tarafından sunulan hizmetler incelendiğinde, bazı belediyelerin sağlık bazılarının ise sosyal bakımı önde tuttuğu görülmektedir (Genç ve Barış, 2015: 53).

Tüm bu kuruluşlar bünyesinde yaşanan sorunların yanı sıra diğer önemli iki problem, evde bakım hizmeti sunan kamu kurumları arasında koordinasyon ve güç birliğinin olmaması ve teknolojik destek yetersizliğidir (Evde Bakım Derneği, 2010: 9). Bu alandaki yetersizlikler hizmet duplikasyonlarına sebep olabildiği gibi, hizmete erişememe sorununu da gündeme getirebilecek niteliktedir.

Belirlenen sorunlar ışığında etkin bir evde bakım hizmeti sunabilmek amacıyla; hizmete gereksinim duyan hasta gruplarının tespiti, kişilerin tedavi ve tıbbi ve sosyal rehabilitasyon gereksinimlerinin tanımlanması gerekmektedir (Altuntaş ve diğerleri, 2010: 157). Hizmet sunan birimlerde kullanılmak üzere, hizmete ihtiyaç duyan kişilerin kabulü sürecinde kullanabilecekleri standart ölçekler ve süreçler oluşturulmalıdır. Bu kapsamda, evde bakım hizmeti alan kişilerin kayıtlarının saklanması ve başvuruların daha sağlıklı değerlendirilebilmesi için uzaktan erişim sağlanabilen ortak bir veri tabanına ihtiyaç duyulmaktadır (İstanbul Sağlık Müdürlüğü, 2013: 3).

Evde bakım hizmetini daha etkili ve verimli hale getirebilecek diğer bir çözüm, evde bakım hizmeti sunacak personelin gereksinimler doğrultusunda belirlenmesi, personelin görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması, eğitimlerinin geliştirilmesi standardize edilmesi, çalışma izni olmayan ve eğitimsiz personelin engellenmesi ve evde bakım hizmeti alan kişilere ve yakınlarına eğitim verilmesi şeklinde ortaya konulabilir (Evde Bakım Derneği, 2010: 8). Ayrıca hizmet sunan personel, mesleki, sosyal ve psikolojik olarak desteklenmelidir (Genç ve Barış, 2015: 54).

Evde bakım hizmeti sunan kuruluş ve farklı yapılanmaların hizmete yönelik rollerinin belirlenmesi ve eşgüdümlü hizmet sunabilmeleri için basit ve uygun yolların geliştirilmesi, hizmete ihtiyaç duyan kişilerin hizmete erişimine engel olan faktörlerin tanımlanması ve bu faktörlere ilişkin somut çözüm önerilerinin oluşturulması, hizmet sunumunun başlaması, sürdürülmesi ve sonlandırması süreçlerin işleyişine ait en düşük ölçütlerin saptanması, evde bakım hizmeti sunan tüm kuruluşları kapsayan yasal

düzenlemelerin tanımlanması, evde bakım hizmet maliyetlerinin karşılanmasını sağlayacak bir ödeme modeli oluşturulabilmesi gerekmektedir (Altuntaş ve diğerleri, 2010: 157). Bu kapsamda evde bakım hizmetleri finansmanı için Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında bakım sigortası oluşturulmasının yararlı olacağı düşünülmektedir (Evde Bakım Derneği, 2010: 7).

1.5. Evde Bakım Hizmetine Erişim ve Bakım Kalitesi

Erişim kavramı genellikle iki şekilde kullanılır. Bunlardan birincisi, erişime sahip olmak gerektiği takdirde, hizmeti kullanılabilecek teorik potansiyeli belirtir. Bir hizmete erişebilmek, gerekli hizmetlerin mevcut olduğu ve sağlık hizmetiyle temas kurulduktan sonra hizmet kullanımına izin verecek sistemlerin mevcut olduğu anlamına gelir. Diğeri ise erişim sağlama, hizmeti kullanma süreçlerine gerçek giriş prosedürünü ima eder. Burada erişim sağlanmışsa, bu hizmetten faydalanılmış demektir. Bu tanım sağlık hizmetlerine giriş veya bu hizmetlerin kullanımını ifade eder (Gulliford ve diğerleri, 2001: 20).

Sağlık hizmetlerine erişim, hastanın ne zaman ve nerede hizmete ihtiyaç duyacağı ve mevcut sisteme giriş noktasının iyi tanımlandığı durumların mevcut olduğu anlamına gelmektedir. Erişim kavramı ile ilgili literatürde iki ana tema yer almaktadır. Bazı araştırmacılar erişimi, nüfusun (ailenin geliri, sigorta kapsamı, tıbbi bakıma yönelik tutumlar vb.) veya hizmet sunum sisteminin (örneğin, insan gücü ve tesislerin dağıtımı ve organizasyonu) özellikleriyle eşitleme eğilimindedir. Diğerleri ise erişimi, kullanım oranları ya da memnuniyet düzeyleri gibi bireyin sistemden geçişinin sonuç göstergeleri ile en iyi şekilde değerlendirilebileceğini savunmaktadır (Aday ve Andersen, 1974: 209).

Sağlık hizmetlerine erişim, doktorlar tarafından belirlenen tıbbi ihtiyaçlara dayanırken, kamu tarafından finanse edilen uzun süreli bakım yardımlarına erişim, genellikle hemşireler veya sosyal çalışanlar tarafından belirlenen fonksiyonel duruma dayanmaktadır (Leutz, 1999: 93).

Uzun süreli bakım kapsamında sunulan evde bakım hizmetleri, sağlık hizmetlerinin yanı sıra sosyal süreçlerinin beraber yürütüldüğü bütünsel bir hizmettir. Sağlık ve sosyal hizmet süreçlerinin beraber yürütülmesi hizmetin kalitesi ve verimliliği açısından önem arz etmektedir. Ancak Türkiye’de hizmetin sağlık boyutunu kamuda Sağlık Bakanlığı ve

Belediyeler yürütürken sosyal boyutunu ise Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı yürütmektedir. Sağlık ve sosyal hizmet sunum süreçlerinin ayrı olarak yürütülmesi hizmet sunucuları arasındaki koordinasyon bozukluğuna neden olmakta ve bu da evde bakım hizmeti alan hastaların hizmete erişimine engel teşkil etmektedir (Yücel, 2013: 28).

Evde bakım hizmeti sunumdaki karmaşık süreçte hizmete ihtiyaç duyan kişilerin erişimini kolaylaştırmaya yönelik kilit noktalar şu şekildedir (Tarricone ve Tsouros, 2008: 33):

1. İhtiyaçların Değerlendirilmesi: Açık bir şekilde hizmete uygunluk kriterlerinin, doğru taramanın, erken ve çok boyutlu ihtiyaçların değerlendirilmesi, birçok Avrupa ülkesinde evde bakım sunan sistemlerin modernleştirilmesinin bir parçası olmalıdır. Bakım, hem hizmetlerin doğrudan kullanıcıları hem de resmi olmayan bakıcılar olan nihai müşteriler için en iyisini yapabileceklere yönlendirilecektir.
2. Entegrasyon: Bireysel sağlayıcı birimler koordine edilmelidir, bunun yapılmasındaki amaç etkinliği ve verimliliği sağlamayı, kaliteyi geliştirmeyi ve hem kullanıcıların hem de bakım sağlayıcılarının memnuniyet düzeyini artırmayı sağlamaktır. Sürekliliğin artırılması, hizmetlerin uyarlanması ve hizmet kullanıcılarının güçlendirilmesi amacına ulaşması araçlar içermektedir.
3. Uygun Yönetim Becerileri: Yönetim becerileri evde bakım hizmeti sisteminin tüm seviyelerinde önemlidir. Hem sosyal hem de sağlık bakım personeli doğrudan bakımın yanı sıra daha fazla yönetsel çalışma yapmak zorunda kalacaklardır. Aynı durum, ulusal, bölgesel ve yerel yönetimler için, atama, sözleşme, satın alma, planlama, değerlendirme, kalite güvence mekanizmaları için yönetim mekanizmalarının geliştirilmesinin gerekliliği ve evde bakım çalışanlarının uygun eğitim ve ücret seviyelerini de içeren işe alma ve elde tutma amaçlı politikalar üretmek ile başa çıkmak için de geçerlidir.
4. Hastaların ihtiyaçlarını açıklığa kavuşturmak ve farklı evde bakım profesyonelleri ile profesyonel olmayan sağlayıcılar arasındaki işbirliğini geliştirmek, hastalara destek olmak amacıyla tavsiye, bilgi ve yardım için merkezi bir hizmet noktası gereklidir.

Hizmetlere erişim sorununun çözümü, eşitsizliklerin büyük ölçüde azaltılması veya ortadan kaldırılmasında sağlık sigortasının da etkili olacağı düşünülmektedir. Sağlık sigortası sağlık hizmetlerinin kullanımında önemli bir etken ancak varlığı, uygun hizmetlerin veya yüksek kaliteli bakım hizmetlerin alınmasının bir garantisi değildir (Starfield ve Shi, 2008: 1493).

Bakım kalitesi, cevapsız veya geç görüşmelerin sıklığı, düzenleyiciler için hazırlanan raporlamada birçok kamu hizmetinin kabul ettiği yaklaşım türü veya hizmet kullanıcılarının öznel algıları gibi nesnel faktörler olarak tanımlanmaktadır (Francis ve Netten, 2004: 292). Ancak hizmet kullanıcılarının görüşleri, kalite değerlendirmelerinde nadiren merkezi belirleyici olmaktadır (Bowers ve diğerleri, 2001: 539).

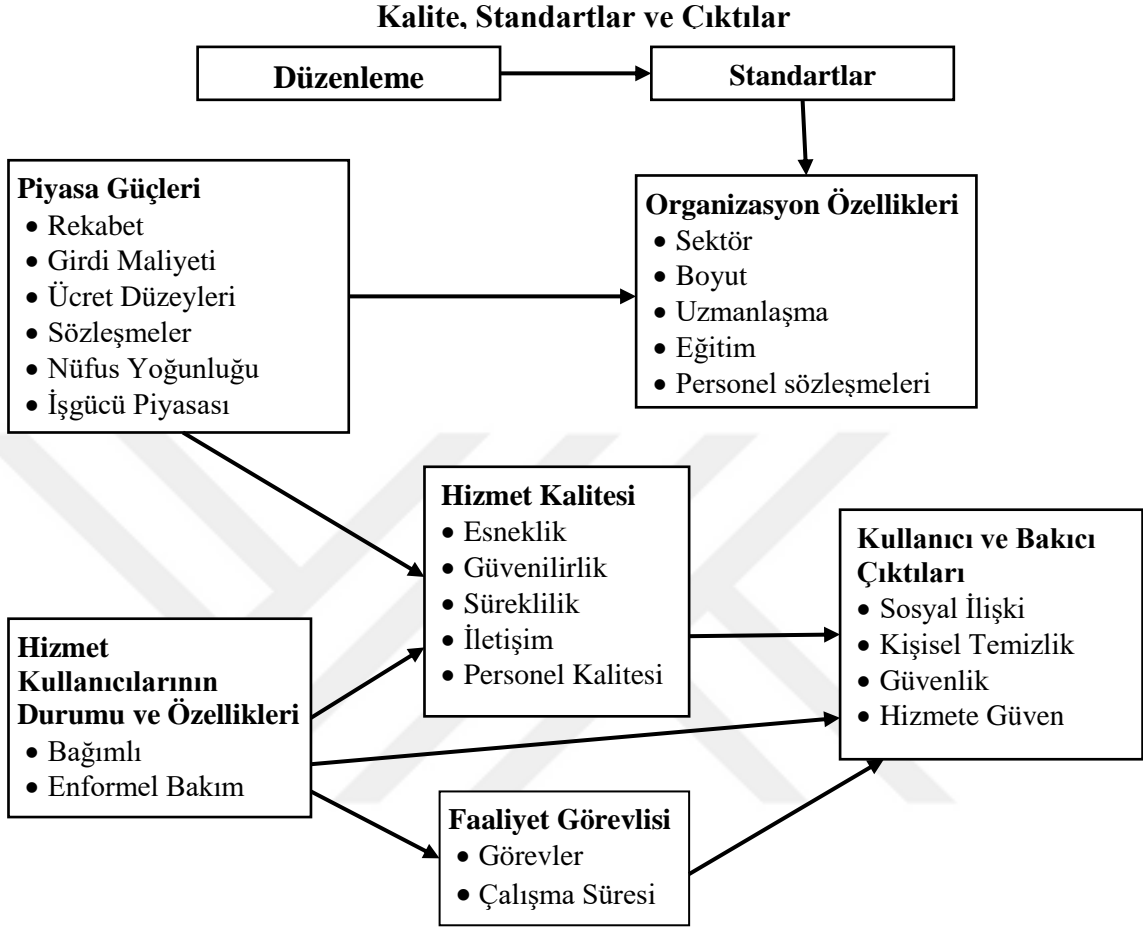
Bakımın yapısını, sürecini ve sonuçlarını inceleyerek kaliteyi ölçebilecek performans göstergelerinin oluşturulmasına ilgi artmakta ve karşılaştırılabilir ulusal kalite göstergeleri evde bakım için son zamanlarda uygun hale getirilmeye başlanmaktadır (Hirdes ve diğerleri, 2004: 665).

Bireyler birden fazla kurum veya profesyonelin yanı sıra aile üyeleri tarafından da evde bakım hizmeti almaktadır. Bu bağlamda bakıma ilişkin sonuçların, bireylerin hizmet aldıkları hem formal hem de informal bakımın kalitesine bağlı olacağı düşünülmektedir. Bakım kalitesinin belirlenmesinde evde bakım sunucularının tek başına, bireylerin aldığı bakım hizmetinin tümünü ya da çoğunu doğrudan kontrol etme ya da denetleme konusunda problemler yaşayacağı düşünülmektedir (Hirdes ve diğerleri, 2004: 667).

Bakım kalitesine ilişkin araştırmalar neticesinde, hizmet kuruluşları için hizmet kalitesinin boyutlarının maddi değerler, güvenilirlik, duyarlılık, güvence ve empati olduğu düşünülmektedir (Francis ve Netten, 2004: 292).

Şekil 4'te bakım hizmetlerinin kalitesini, bakım sonuçlarını ve evde bakım hizmetlerinin kalitesini etkilemesi beklenen faktörler ile sonuçları arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Hizmet sunucular, personel eğitimi ve bakım çalışanlarının hizmet kullanıcılarına tahsis edilmesi hizmet sunumu ile ilgili kalite unsurları üzerinde kontrol sahibi olduğu görülmektedir. Hizmet sunucular, komisyon düzenlemelerinden, piyasa faktörlerinden (işgücü arzı gibi) ve yasal gerekliliklerden etkilenmektedir. Hizmet kullanıcılarının kendi

ihtiyaçları ile ilgili durumlarına bağlı olarak elde ettikleri sonuçlar verilen hizmetin kalitesini etkileyecektir (Francis ve diğerleri, 2004: 290).



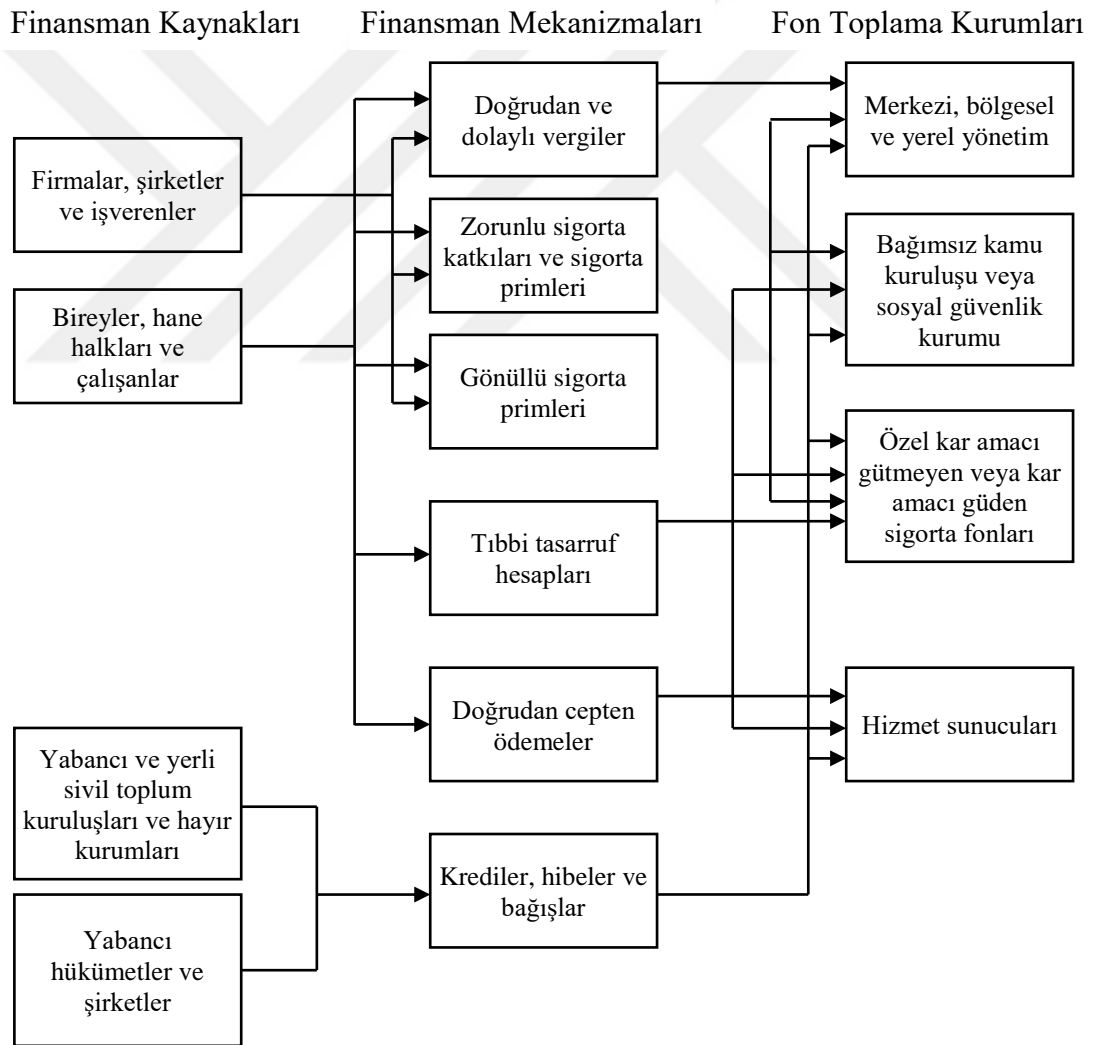
Şekil 4: Kalite, Standartlar ve Çıktılar

Kaynak: Francis ve Raising, 2001

1.6. Evde Bakım Hizmetinin Finansmanı

Evde bakımın yüksek maliyeti ve büyüyen yaşlı nüfusun muhtemel ihtiyaçları, evde bakım finansmanı konusuna dikkat çekmektedir. Bakımın finansmanı konusunda kimi uzmanlar bakımın ilk dönemi için kamu yararına yardımı önermekte, diğerleri yardımların başlaması için bir bekleme süresi gerektiğini ve tüm bu görüşlere rağmen diğerleri kamu yararından ziyade sigortaya güvendiğini belirtmektedir (Kemper ve diğerleri, 1991: 333).

OECD ülkeleri önemli ölçüde, neredeyse hepsi gerçekleşen finansmanın farklı şekillerini benimsemiştir. Farklılıkların bazıları, piyasa başarısızlığı yüzünden kaynakların farklı teşhisi sebebiyle olabilmektedir. Planlanan finansal mekanizmalar, (sosyal sigortaların gelecekteki maliyetlerinin bir kısmının önceden ödenmesini de içerebilir) bir miktar planlanan yatırım düzenini kapsar. Buna karşılık, gerçekleşen yatırım mekanizmaları genel olarak genel vergilendirmeyi veya belirlenmiş vergileri veya bireysel varlık birikimini içerir. Planlanan finansmanın kapsamında, sosyal sigorta, özel uzun süreli bakım sigortası ve ihtiyati tasarruf finansmanı yer almaktadır. Gerçekleşen finansman ise, vergiye dayalı finansman, kişinin kendine ait finansman kaynağı ve aile desteğini kapsamaktadır (Costa-Font ve diğerleri, 2015: 47).



Şekil 5: Finansman Kaynakları, Finansman Mekanizmaları ve Fon Toplama Kurumları

Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002

Evde bakım hizmetlerini finanse etmek tüm ülkeler için problem arz etmektedir. Devlet kapsamı, özel sigortanın rolü ve doğrudan veya dolaylı kişisel finansal katkılar ülkeler içinde ve arasında büyük farklılıklar göstermektedir (Bergman ve diğerleri, 2002: 224). Ayrıca evde bakım hizmetlerinin çoğunda koordinasyon eksikliği ve hizmetler için koordineli bir finansman mekanizması mevcut olmadığı görülmektedir. Entegre bakım sistemleri, kamu ve özel mükelleflerden elde edilen entegre bir geri ödeme sistemi ile finanse edilmesi gerekmektedir (Eng ve diğerleri, 1997: 224).

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin entegre olmaması ve farklı kuruluşlar tarafından yürütülmekte olması, evde bakım hizmetinin finansmanının da birbirinden bağımsız yöntemlerle sağlanmaya çalışıldığını göstermektedir (Ekinci ve Sur, 2012: 5). Evde Bakım Derneği’nin gerçekleştirmiş olduğu “Ülkemiz İçin Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı”nda ülke kaynaklarından karşılanabilecek ve ihtiyacı giderebilecek bir ödeme modeli oluşturulması yönünde görüş bildirilmiştir. Ayrıca evde bakım hizmetlerinin finansman sorununa ilişkin çözüm önerisi olarak birçok görüş ortaya çıkmaktadır. Bu görüşler çerçevesinde finansman modelleri geliştirilebileceği düşünülmektedir. Bunlar (Evde Bakım Derneği, 2017: 7);

- Evde bakım hizmetlerinin finansmanına ilişkin özel modeller geliştirilene kadar kamu hastaneleri bünyesindeki evde bakım birimlerinin sunduğu hizmetler SGK tarafından karşılanacak şekilde sistemde yer almalı,
- Aile Sağlığı Merkezleri tarafından sunulan evde bakım hizmeti tanımlanmalı ve çeşitlendirilmiş paketler şeklinde ücretlendirilmeli,
- Mevcut ödeme uygulamalarındaki verimsizlikler ve suiistimaller denetlenmeli ve denetimler neticesinde elde edilen kaynaklar evde bakım hizmeti sunum sürecinde kullanılmalı,
- Özel bakım sigortaları teşvik edilmeli,
- Hem sağlık hem de bakım ihtiyaçlarının SGK tarafından karşılanan bir “Bakım Sigortası” oluşturmalı,
- Evde sağlık hizmetleri GSS kapsamında, evde bakım hizmetleri ise bakım sigortası kapsamında olmalı,

- Ek prim alınmayabileceği gibi, vergiler ve ek prim ödemesi ile “Bakım Sigortası Fonu” oluşturulmalıdır.

Bakım sigortası, zihinsel, bedensel, ruhsal engellilik veya sorunlar sebebiyle özürlü ve yaşlılara yardım etmek amacıyla tasarlanmış bir uygulamadır. Ayrıca sosyal güvenlik sisteminin bir parçasıdır. Emeklilik, hastalık, işsizlik sigortalarından sonra devreye sokulması gereken bakım sigortasına, sosyal güvenlik sisteminin dördüncü sütunu olarak da bilinmektedir. Gelişmiş Avrupa ülkelerinde bakım sigortası zorunlu sigorta kapsamındadır. Bakım sigortası yalnızca gelir düzeyi düşük olanları değil, toplumun tüm katmanlarını kapsamalıdır (Genç ve Barış, 2015: 54).

Bakım sigortası kapsamı içinde; evde bakım hizmeti sunumu, bakım parası ile evde bakımı kolaylaştıran cihaz ve teknolojik hizmetlerden yararlanma yer almaktadır. Bakım parası, doğrudan ödenebilmesinin yanı sıra, dolaylı şekilde de ödenebilmektedir. Doğrudan ödeme, evde bakım hizmeti alan bireye veya bakıcısına yapılan ödemelerdir. Dolaylı ödemeler ise, vergi indirimi, belirli giderlerde vergiden muaf olma veya ulaşım giderlerinde belirli miktarda indirim yapılmasıdır (Oğlak, 2007: 102).

1.7. Evde Bakım Hizmetinin Entegrasyonu

Entegrasyon, çok boyutlu bir havuz finansmanı, hizmetlerin ortak satın alınması, paylaşılan bilgi sistemleri, ortak değerlendirmeler ve ekipler tarafından bakım koordinasyonu anlamına gelmektedir (Leutz, 2005: 4). Brown ve McCool'e göre entegrasyon, daha fazla verimlilik ve etkinlik, daha az duplikasyon ve israf, daha esnek hizmet sunumu ve daha iyi koordinasyon ve süreklilik sağlamaktır (Kodner ve Spreeuwenberg, 2002: 2). Entegre sistemler, farklı ortaklar tarafından paylaşılan veya erişilebilir olan ayrı sistemler yerine, tek veya ortak bilgi sistemleri ile karakterize edilir. Ayrıca entegrasyon makro düzeyde (kaynak tahsisi ve yatırım ile ilgili önemli kararların alındığı ulusal veya devlet bakanlıkları veya ilçe düzeyinde stratejik planlama organları düzeyinde), bölgesel düzeylerde (yerel hizmet birimlerinin veya frontline ekiplerinin operasyonel yönetiminin gerçekleştirildiği seviye) ve bireysel hizmet kullanıcıları düzeyinde, vaka yönetimi, yaşlı bireyler için farklı hizmetlerin farklı unsurlarını bütünleştirmek için bir mekanizma olarak yorumlanabilmektedir (Glendinning, 2003: 140).

Entegre bakım, geniş bir yelpazedeki sağlık ve sosyal bakım kuruluşları, çeşitli profesyoneller ve resmi olmayan bakım verenler arasında bireysel hizmet kullanıcılarına tutarlı ve koordineli hizmet sunumu ile karakterize edilmektedir (Mur-Veeman ve diğerleri, 2008: 172).

Evde bakım hizmetlerinin entegrasyonu hizmet boşlukları, parçalanma ya da işbirliği eksikliği olmaksızın bakım sağlamayı ifade etmektedir. Yaşlanma, fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı içeren karmaşık ve sıklıkla birbiriyle ilişkili problemlerle bağlantılıdır. Bu karmaşıklık, sağlık ve sosyal bakım arasındaki işbirliği ve entegrasyon çağrısında bulunmaktadır (Bergman ve diğerleri, 1997: 1115). Ayrıca evde bakım hizmetlerinin entegrasyonu yalnızca yaşlılarla sınırlı değildir, aynı zamanda fiziksel ve zihinsel engelli veya akıl hastalığı olan bireyler gibi birden fazla bakım sisteminden aynı anda hizmet alan diğer popülasyonlarla da ilgilidir (Leutz, 2005: 3).

Evde bakım hizmetlerinin entegrasyonu politika, finans, yönetim ve klinik seviyelerde gerçekleştirilebilir. Entegrasyon araçları ortak planlama, eğitim, karar verme, malzeme, bilgi sistemleri, satın alma, ayırma ve yönlendirme, bakım planlaması, yardım parası, hizmet sunumu, izleme ve geri bildirimini içermektedir (Leutz, 1999: 78).

Evde bakım hizmetlerinin entegrasyonunu sağlamak için makrodan mikroya kadar stratejilerin süreçleri bulunmaktadır. Bu stratejilerin uygulanması sadece daha insancıl hasta sonuçlarına ulaşmak için çok önemli değil, aynı zamanda hem verimlilik hem de maliyet etkinliği açısından daha iyi sonuçlar vermesi açısından da önem arz etmektedir. Evde bakım hizmetleri entegrasyon stratejilerine ilişkin süreçler finansman, idari, örgütsel, hizmet sunumu ve klinik düzeyleri içermektedir (Kodner ve Spreeuwenberg, 2002: 2).

Tablo 1

Entegre Bakım Stratejilerinin Süreçleri

SÜREÇLER	ARAÇLAR
Finansman	Fonların havuzlanması (çeşitli düzeylerde)
	Peşin ödenen kişi başı ödemeler (çeşitli düzeylerde)
İdari	Sorumlulukların/fonksiyonların sağlamaştırılması/ yerelleştirilmesi
	Sektörler arası planlama
	İhtiyaç değerlendirmesi / ödenek zinciri
Örgütsel	Ortak satın alma veya görevlendirme
	Hizmetlerin ortak konumu
	Taburcu ve transfer anlaşmaları
	Kurumlar arası planlama ve/veya bütçeleme
	Hizmetlerin birleştirilmesi veya sözleşme yapılması
	Ortak olarak yönetilen programlar veya hizmetler
	Stratejik ittifaklar veya bakım ağları
Konsolidasyon, ortak mülkiyet veya birleşme	
Hizmet Sunumu	Ortak eğitim
	Merkezi bilgi, sevk ve alım
	Vaka/bakım yönetimi
	Multidisipliner, disiplinlerarası takım çalışması
	Günün her saati (aramada) kapsama alanı
	Entegre bilgi sistemleri
Klinik	Standart tanı kriterleri (DSM IV vb.)
	Tek tip, kapsamlı değerlendirme prosedürleri
	Ortak bakım planlaması
	Paylaşılan klinik kayıt (lar)
	Sürekli hasta takibi
	Ortak karar destek araçları (örneğin, uygulama ilkeleri ve protokolleri)
	Düzenli hasta-aile iletişimi ve süregelen destek

Kaynak: Kodner ve Spreeuwenberg, 2002: 4

Evde bakım hizmetlerinin entegrasyonunun sağlanabilmesi için sistemin sahip olması gereken özellikler şu şekildedir (Bergman ve diğerleri, 1997: 1115):

- Tam kapsamlı sağlık ve sosyal hizmetlerden sorumlu olan temel sağlık hizmetlerine dayalı bir kamu sistemi olmak,
- Tanımlanmış bir nüfusun bakımından sorumlu olmak,
- Sağlanan tüm hizmet yelpazesi için klinik sorumluluk ile vaka yönetimi sağlamak,
- Tüm hizmetler için mali sorumlulukla kişi başına peşin ödeme bazında finanse etmek,

- Kamuya açık bir şekilde yönetilmektir.

Kuruluşlar arasındaki ilişkilerin aşağıdaki özelliklerden en az birkaçını taşımasıyla kuruluşlar entegrasyona ulaşılabilir. Bunlar (Glendinning, 2003: 140);

- Ortak hedefler,
- Çok sıkı örülmüş ve yüksek bağlı iletişim ağı,
- Karşılıklı ve yaygın bir uzun vadeli yükümlülük duygusu ile desteklenen karşılıklı ilişki konusunda az endişe,
- Yüksek derecede karşılıklı güven ve saygı,
- Marjinal olmaktan ziyade ana teması “temel iş” olan ortak düzenlemeler,
- Stratejik ve operasyonel konuları kapsayan ortak düzenlemeler,
- Ortak veya tek yönetim düzenlemeleri,
- Makro ve mikro seviyelerde ortak görevlendirmedir.

Entegre bakım gelişimini teşvik etmek için finansal teşvikler, klinik aktiviteyi yönetme teknikleri, klinik rehberler, hastalık yönetimi veya vaka yönetim süreçlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi gerekmektedir (Mur-Veeman ve diğerleri, 2007: 176). Ayrıca entegrasyon çalışmalarından daha iyi sonuç alabilmek için kısa vadede maliyetleri artırmasına rağmen, başlangıç desteği sağlanmalı, personel ve destek sistemleri artırılmalı, mevcut hizmetler için yeni hizmetler veya finansman desteği sağlanmalıdır (Leutz, 2005: 9).

1.7.1. Evde Bakım Hizmetinin Entegrasyonun Avantajları

Sağlık ve sosyal hizmetler arasındaki kurumsal engeller, hizmet kullanıcılarının ihtiyaç duydukları bakımı almasına engel olarak görülmekte ve entegrasyon çalışması, özellikle yaşlı insanlar ve onlara bakım sunan kişiler için daha iyi sonuçlar elde etmenin bir yolu olarak görülmektedir.

Etkili bir entegrasyon sistemi, bakıma erişimi kısıtlamak, değişken maliyetleri ya da idari engelleri dikte etmek yerine şeffaflık, sistematik eğitim, iletişim, hastalarla ve topluluklarla paylaşılan karar verme yoluyla daha iyi olan kültüre dönüştürmek için çalışmalar yürütmektedir (Berwick ve diğerleri, 2008: 763).

Kişi başına maliyetlerin kontrolü ve maliyetleri azaltmanın temel dayanağı, her türlü israfi azaltmak amacıyla özellikle tekrarlayan hizmet sunumu, hatalar, bilimsel olmayan bakım veya başka türlü değerli hizmetleri gösteren prosedürler, testler ve ziyaretler için girişimler yapmakta (Berwick ve diğerleri, 2008: 765), bu çalışmalar sonucunda kaliteli, etkili ve verimli evde bakım hizmeti sunumuna katkı sağlamaktadır.

1.7.2. Evde Bakım Hizmetinin Entegrasyonun Zorlukları

Entegrasyona yönelik artan taleplere rağmen, entegrasyonla ilgili girişimlerin uygulanması ve değerlendirilmesi ile ilgili bilgiler dağınık ve kolay erişilebilir değildir. Entegre sistemlerin nasıl planlanacağı ve uygulanacağı konusunda planlamacılara ve karar alıcılara pek az yol gösterici vardır (Suter ve diğerleri, 2009: 16). Bu durum evde bakım hizmetlerinin entegrasyonunun oluşturulması sürecinde karşımıza çıkan zorluklardan birisidir.

Evde bakım hizmetlerinin entegrasyonunun sağlanmasında karşılaşılan zorluklar şu şekildedir (Tarricone ve Tsouros, 2008: 22-23):

- Sağlık ve sosyal bakım hizmetleri arasında görülen fark tüm ülkelerde mevcuttur. Çünkü sosyal bakım konularını genellikle bölgesel veya yerel yönetimler tarafından yönetilen sosyal refah sistemleri ele alırken, sağlık konuları genellikle ulusal sağlık sistemi veya ulusal bir sosyal sigorta sistemi çerçevesinde düzenlenmektedir.
- Çoğu ülkede, sağlık hakkı, sosyal bakım hakkından oldukça farklı olarak tanımlanmaktadır. Farklı yasal düzenlemeler ve finansman kurumları farklı hesap verebilirlik ve performans yönetimi rejimleri ve hedefleri de üretebilir ve bunlar sonuç olarak entegrasyonun önünde büyük engeller oluşturabilir.
- İhtiyaçların karmaşıklığı, belirli meslek ve örgüt kültürleriyle çeşitli meslek ve örgütlerin müdahalesini gerektirir. Mesleklerarası koordinasyon, farkındalık eksikliği, çatışan öncelikler veya mesleki standartlar, vasıflı sosyal hizmet uzmanlarının eksikliği veya şeffaflık standartlarının eksikliği ve tanımlanmış sorumluluklar nedeniyle hâlâ azdır. En önemlisi, evde bakım hizmetleri genellikle hem profesyonel hem de profesyonel olmayan bakım işleri ile ilgili ilişkisel ve iletişim zorlukları içerir.

- Kar amacı gütmeyen ve hayırsever evde bakım hizmeti sağlayıcılarının özel katılımı, kişilerin kendi hizmetlerini satın almalarını teşvik eden nakit ödemeler ve belge düzenlemelerinin getirilmesi entegre ekipler fikrini daha da zayıflatmaktadır.

Daha iyi bir entegre sistem oluşturmanın önündeki en büyük dış engel, sağlayıcıların sigorta şirketleri ve ödeme yapanlarla karşılaştıkları karma finansal teşviklerdir. Diğer engeller ise şunları içermektedir (Shortell ve diğerleri, 1994: 56):

- Çoğu klinik bilgi sisteminin embriyonik gelişimi,
- Yeterli coğrafi tesis konsantrasyonunun bulunmaması,
- Belirsiz roller ve sorumluluklar,
- Akut bakım hastanesi paradigmasına aşırı vurgu,
- Stratejik uyum eksikliği,
- Sistemin stratejisini uygulayamamak,
- Yönlendirilmiş sağlık hizmetini “yönetememe”.

1.8. Dünya’da Evde Bakım Hizmetleriyle İlgili Ülke Örnekleri

Pek çok ülke, ulusal, bölgesel veya yerel düzeyde amaca yönelik politikalar oluşturarak entegrasyonu teşvik etmek için düzenlemeler yapmıştır. Bu politikalar sektörler arasındaki baskıları ortadan kaldırmaya ve her düzeyde kapsamlı yapılar, daha yakın işbirliği ve koordinasyon geliştirmeye gayret eder. Teorik olarak, böyle bir politika süreci, gündem belirleme, politika oluşturma (politika vizyonları oluşturma, politika hedefleri ve araçları oluşturma, uygulama planları yapma) ve politika uygulaması gibi birbirleriyle ilişkili birkaç aşamayı içerir. Entegre bakım uygulama planları açısından fonksiyonel, örgütsel, finansal ve /veya klinik entegrasyon sağlamayı hedeflemektedir (Mur-Veeman ve diğerleri, 2007: 173).

Belçika, Fransa, İtalya, Portekiz, İspanya ve Birleşik Krallık gibi birçok ülkenin, evde bakımın “sağlık” bileşeninin sağlık sisteminin bir parçası olduğu ve “sosyal” bileşeninin sosyal sistemin bir parçası olduğu bir örgütsel modeli vardır. Diğer ülkelerde, özellikle Danimarka, Finlandiya ve İsveç'te politika yapıcılar, bir kurumun sorumluluğu altında tek bir kurumda yani belediyelerin evde bakım hizmeti sağlamasının avantajlı olduğunu kabul etmişlerdir (Tarricone ve Tsouros, 2008: 13).

İngiltere'de, ulusal hükümet daha hiyerarşik yön ve baskın etkileşim modu olarak tek taraflı eylemle daha çok yasal ve zorunlu kurallar ve yükümlülükler kullanmaktadır. Hollanda, Finlandiya ve İsveç hükümetleri destekleyici politika notları üretmekte ve / veya teşvik edici teşvikler, kurallar, kılavuzlar, tavsiyeler ve elverişli koşullar yaratmaktadır. Uygulama ile ilgili olarak, tüm ülkelerde, sağlayıcılar, gündem belirleme ve politika oluşturma sürecinden ziyade aktör takımı yıldızlarında daha önemli bir rol oynamaktadır. Ancak, sağlayıcılar ve politika belirleyiciler arasındaki güç dengesi bir ülkeden diğerine farklılık göstermektedir. Hollandalı meslektaşlarıyla karşılaştırıldığında, Finlandiya, İsveç ve İngiliz bölgesel ve yerel yetkililer, hastanelere, birinci basamak bakım hizmetlerine veya bakım evlerine sahip oldukları için, bakım sunumu üzerinde daha fazla etkiye sahiptir. Ayrıca bakım endikasyonu ve ödeneği üzerinde daha fazla etkiye sahiptirler. Avusturya ve İspanya'da, birincil ve toplum bakımı zayıftır ve ikincil (akut) bakım sektörü, entegre bakım geliştirmek için çok fazla girişimde bulunmamıştır. Çünkü yetkililer bu sektörün bakım kurumlarını ve profesyonellerini bunu yapmaya teşvik etmediler (Mur-Veeman ve diğerleri, 2008: 179). Üçüncüsü, ulusal düzeyde bütünleşmiş bakım politikalarının eksikliğinin, zayıf bir birincil sağlık sektörü ve nispeten yoksul topluluk hizmetleri el ele gitmekte olduğu sonucuna vardık (Mur-Veeman ve diğerleri, 2008: 181).

ABD'de Yaşlılara Her Şey Dahil Bakım Programı (PACE) ve Sosyal Sağlık Bakım Organizasyonu (S/HMO), Birleşik Krallık'taki Darlington Projesi ve İsveç'teki Adel reformu, değişen derecelerde artan hasta ve aile memnuniyetinin, birincil bakım ve toplum kaynaklarının (alternatif konut dahil) artan kullanımının, hastanelere ve kurumlara kabul oranlarının azaldığını ve maliyet etkinliğinin arttığını göstermiştir (Bergman ve diğerleri, 1997: 1117).

Tablo 2

Ülkelerin Entegre Bakım Süreçlerine Genel Bakış

Ülkeler	Entegre Bakım Politikasının Başlangıç Yılı	Politika Yapım Aşaması	Baskın Bölme Hatları	Baskın Sorunlar
Finlandiya	1970-1980	Politika Uygulama ve Sürekli Politika Oluşturma	Birinci ve İkinci Basamak Arasında	Bakımın Sürekliliğinin Eksikliği, Hizmetlerin Bölünmesi
İsveç	1990'ların başı	Politika Uygulama ve Sürekli Politika Oluşturma	Birinci ve İkinci Basamak Arasında Bölgeler Arası	Hasta Akışlarını Engelleme, Zayıf Bilgi Alışverişi, Hizmetlerin Bölünmesi
Avusturya	2000	Gündem Belirleme ve Erken Politika Oluşturma	Birinci Basamak ve Hastaneler Arasında	Entegre Bakım Politikası Sınırlılığı veya Eksikliği, Sağlayıcılar, Sosyal Sigorta Kuruluşları, Hizmet Kullanıcıları ve Yetkililer Arasında İşbirliğinin Olmaması, Sistemin Bölünmesi
İspanya	2008	Gündemin Belirlenmesine Yönelik İlk Adımlar	Hükümetlerarası Bölgelerarası Sağlık Bakım Hükümleri Arasında	Hükümetler Arası Koordinasyon Eksikliği, Evde ve Uzun Dönemli Sosyal Bakım Gelişim Eksikliği, Birinci Basamakta Sınırlı Koordinasyon Yetkileri, Kaynak Eksikliği, Sistemin Bölünmesi
Hollanda	1990'ların başı	Politika Uygulama ve Sürekli Politika Oluşturma	Uzun süreli ve Akut Bakım Arasında	Bakım Sürekliliğinin Olmaması, Bütüncül Bakımın Yaygınlaştırılmaması, Hizmetlerin Bölünmesi
İngiltere	1980-1990	Politika Uygulama ve Sürekli Politika Oluşturma	Sağlık ve Sosyal Bakım Arasında	Ortak Çalışmanın Önündeki Engeller, Politika ve Hizmet Sistemlerinin Bölünmesi

Kaynak: Mur-Veeman ve diğerleri, 2008

1.8.1. Finlandiya

Finlandiya’da evde bakım hizmetleri kapsamına özellikle yaşlılar, akıl sağlığı sorunları olanlar, alkol ve uyuşturucu kullanıcıları, hamile kadınlar ve küçük çocukları olan aileler alınmıştır (Mur-Veeman ve diğerleri, 2008: 181).

Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı, yaşlılar için ana hizmet türlerini çoğu belediyede akşamları ve hafta sonları da dahil olmak üzere sağlanan destek, ev yardımı, evde hemşirelik hizmetleri ve sağlık merkezi hizmetleri olarak belirlemiştir. Evde bakım hizmetleri kapsamında bakım vermek, numune almak ve testler yapmak bulunmaktadır. Bu amaçla sağlık merkezinde halk sağlığı hemşireleri, uzman hemşireler, kayıtlı hemşireler veya pratik hemşireler olarak eğitilmiş ayrı personel istihdam edilmektedir. Evde bakım hizmetlerinin bir diğer yönü, özellikle terminal bakım sırasında aile üyelerini desteklemektir (Salonen ve Haverinen, 2003: 11).

Sosyal yardım kuruluşları tarafından sağlanan evde yardım hizmetleri, 1990 yılında birçok şehirde evde hemşirelik hizmetleri ile bütünleşerek, “evde bakım” başlığı altında yeni bir hizmet oluşturulmuştur. Evde bakım hizmeti daha tıbbi hale gelmiş ve daha önce yalnızca kurumsal bakımda mevcut olan bu tür bir yoğunluğa hizmet vermeye başlamıştır (Kröger ve Leinonen, 2011: 117). Finlandiya’da, entegrasyon kavramı sosyal hizmetler için de geçerlidir, çünkü özellikle uzun süreli bakım hastalarının sosyal sektörün de bir görevi olan desteğe ihtiyacı vardır (Niskanen, 2002: 1-2).

Finlandiya’da meydana gelen bu değişikliklerin ana itici güçleri, bakım gereksinimlerinin artması ve toplum için maliyetleri, ademi merkezîyetçilik, desantralizasyon ve hizmet konutlarının yaygınlaştırılması, ev temelli sosyal bakımın ve evde hemşirelik hizmetlerinin birleştirilmesi ve resmi olmayan aile bakımının kamu tarafından organize edilen bakım sisteminin bir parçası olarak entegrasyon ile ilgili kaygıdır (Kröger ve Leinonen, 2011: 117). Finlandiya, İsveç, Hollanda ve İngiltere’deki deneyimler, mevzuatın, mali teşviklerin ve diğer teşvik edici önlemlerin sağlayıcıları entegre bakım düzenlemeleri oluşturmaya ve çabalarını desteklemeye teşvik ettiğini göstermiştir (Mur-Veeman ve diğerleri, 2008: 175).

Yaşlılar için bakım hizmeti sunumunda belediyeler arasındaki farklılıklar ulusal endişeyi gündeme getirmiştir. Bu bağlamda 2000 yılından itibaren Sosyal İşler ve Sağlık

Bakanlığı'nın bilgilendirme stratejisi ile yapılan ulusal yönlendirme, “Yaşlı İnsanlar İçin Yüksek Kaliteli Bakım ve Hizmetler Ulusal Çerçevesi” ve kalite iyileştirme önerileri sağlayarak kalite konuları ele alınmaya başlanmıştır (Salonen ve Haverinen, 2003: 16). Çerçeve, yerel yetkililere kendi faaliyetlerini planlama ve değerlendirme konusunda yardımcı olmak için tasarlandı. Yaşlı insanlar için iyi hizmetler geliştirmek için ulusal kurallar koyar ve yerel makamların gelecekteki bakım ve hizmetlerini yerel ihtiyaç ve koşullara dayandırmasını gerektirir. Bu amaçla belediyeler, yaşlıların bakımı için hizmetlerin somut gelişimi ile ilgili politika stratejileri için planlar yapmalıdır (Salonen ve Haverinen, 2003: 7).

Yüksek kaliteli ve çeşitlendirilmiş ve bireyselleştirilmiş ihtiyaçların karşılanması ile evde bakımın yoğunlaştırılması süreci, artık evde bakımda daha kapsamlı ve sürekli ihtiyaçların karşılanabileceği anlamına gelmektedir. Öte yandan, daha az yoğun bakım ya da ev işleri için ihtiyaçlar artık kamu sistemi tarafından karşılanmamaktadır, insanlar piyasadan bu tür bir destek almak için (eğer varsa) kendi paralarını kullanmaları gerekir (Kröger ve Leinonen, 2011: 130).

Evde bakım hizmetlerinin finansman sistemi üç şekilde sağlanmaktadır (Kröger ve Leinonen, 2011: 130):

1. Kamu evde bakım hizmetleri, öncelikle yerel vergi gelirleriyle ve ikincil olarak sosyal ve sağlık bakımı için merkezi hibelerle ve son olarak da kullanıcı ücretleriyle finanse edilmektedir.
2. Yerel makamlarca dış kaynaklı özel (kar amacı güden veya kar amacı gütmeyen) evde bakım hizmetleri de aynı şekilde finanse edilir: yerel vergilendirme, merkezi hibeler ve kullanıcı ücretleri finanse edilmektedir.
3. Doğrudan kullanıcılar tarafından satın alınan özel (kar amacı güden veya kar amacı gütmeyen) evde bakım hizmetleri öncelikle kısmen, yerel vergi makamlarının vergi indirimleri ve / veya belgeleri ile karşılanabilecek kullanıcı ücretleri ile finanse edilmektedir.

Sistem Beveridge benzeri karaktere uygun olarak, kilit aktörler, devlet, belediye birincil bakım sistemi ve belediye özel ikincil ve üçüncül bakım sistemi olan kamu hizmeti sağlayıcı sektörlerdir. Bir başka ilgili aktör, özel ve üçüncü sektör (bölge) refah hizmetidir. Belediyeler politika, fonlama ve bakım sağlama yoluyla ifade edilen merkezi

bir rol oynamaktadır. Bakım koordinasyonu, çok işlevli belediyenin temel sağlık merkezleri veya ortak sağlık ve sosyal bakım merkezleri tarafından, bağlantı fonksiyonlarına sahip bazı profesyonellerle gerçekleştirilmektedir. Tele-homecare gibi bilgi ve iletişim teknoloji sistemleri geliştirilerek uygulanmış ve büyümeye devam etmektedir (Mur-Veeman ve diğerleri, 2008: 181).

1.8.2. Avusturya

Avusturya'da evde bakım hizmeti, evde hemşirelik hizmeti ve evde yardım sağlamayı kapsamaktadır (Österle ve Bauer, 2011: 54). Bunların yanı sıra mobil tedavi hizmetleri, evlere yemek servisi, ulaşım hizmetleri, ev temizliği, çamaşır hizmetleri ve hafta sonu yardımını da içermektedir (Riedel ve Kraus, 2010: 4).

Avusturya'da evde bakım hizmetlerine duyulan ihtiyacın değerlendirilmesinde kişisel hizmetler ve destek için bireysel gereksinimlere dayanmaktadır. Sosyal yardım kapsamında verilen bakım ödeneğinden yararlanabilmek için belirlenmiş bir bakıma muhtaçlık tanımı yoktur. Ancak nakit ödeneğine uygunluk gerekliliklerinde belirtilen hem kişisel hizmetlere hem de yardıma ihtiyaç duyulduğunun tespiti gerekmektedir (Riedel ve Kraus, 2010: 2). Evde hemşirelik hizmetlerine uygunluk, zihinsel, fiziksel ya da duyuşsal sakatlık nedeninden bağımsız olarak, doğrudan sakatlığa dayanmaktadır. Bakım ödeneği için uygunluk kriteri, finansal statüye veya aile yardımının mevcudiyetine bağlı değildir, evde hemşirelik hizmetleri ile aynıdır. (Brodsky ve diğerleri, 2000: 40).

Tablo 3
Bakım Yardım Düzeyleri Ve Aylık Ödenekler İçin Uygunluk Kriterleri

Düzyey	Aylık Bakım İhtiyacı Saati	Bakım Ödenęi Miktarı
I.	65 saatten fazla	157.30 Euro
II.	95 saatten fazla	290,00 Euro
III.	120 saatten fazla	451.80 Euro
IV.	160 saatten fazla	677,60 Euro
V.	180 saatten fazla, olağanüstü derecede bir hemşirelik bakımına ihtiyaç duymak,	920,30 Euro
VI.	180 saatten fazla, 1) Zaman açısından koordine edilemeyen bakım önlemleri gerekmektedir ve gündüz ve gece boyunca düzenli olarak sağlanmalıdır, veya 2) Kendine veya başka tehlikelere maruz kalma olasılığı nedeniyle gündüz ve gece boyunca bakıcının sürekli varlığı gerekmektedir.	1285,20 Euro
VII.	180 saatten fazla, 1) Fonksiyonel uygulama ile dört ekstremitenin hedefe yönelik hareketleri mümkün değildir, veya 2) Eşdeğer bir durum mevcuttur.	1688,90 Euro

Kaynak: www.ris.bka.gv.at

Evde bakım hizmetleri kalifiye hemşireler, sağlık görevlileri, sosyal hizmet uzmanı ve kalifiye olmayan çalışanlar tarafından verilmektedir. Evde bakım sektöründe çalışan hemşirelerin özel eğitimine gerek yoktur. Ancak devam eden yeterlilik ve kalite güvence programlarının bir parçası olarak evde bakımla ilgili uzmanlıklarla ilgili özel eğitimler verilmektedir (Österle ve Bauer, 2011: 54- 55).

İl yönetimine bağlı olarak evde bakım hizmeti sunan sosyal yardım kuruluşlarının sunduğu hizmetlerin kapsamları sınırlı kalmıştır. Sağlanan hizmetlerin düzeyi ve bunları alma kriterleri, eşit olmayan vergi tabanları ve bağımsız egemenlikleri nedeniyle eyaletler arasında farklılık göstermiştir. Bu durum eyalet hükümetleri tarafından federal yardım olmadan eşitlenememiştir (Brodsky ve diğerleri, 2000: 39)

Avusturya'da, 1990'larda entegre bakımla çok az ilgi gösterilmiştir. Entegre bakım politikası, hükümetin gelecekteki halk sağlığı için kılavuz belirlediği 2000 yılında ilk aşamasına gelmiştir (Mur-Veeman ve diğerleri, 2008: 175). 1993'de çıkarılan Uzun Süreli Bakım Kanunu, ülke genelinde sunulan desteğin parçalanmasını ve farklılaşmasını

azaltmada önemli bir adım olsa da, Avusturya'nın yaşlı bağımlılığı sorunlarına verdiği karşılık aynı şekilde değerlendirilemez. Kanun ile uzun süreli bakım sorumlulukları federal hükümet ile 9 eyalet hükümeti arasında paylaşılmaktadır. Farklı hükümet düzeylerinde sorumlulukların dağılımı konusunda bir anlaşmaya varılmıştır (Schneider ve Trukeschitz, 2008: 11). Aynı zamanda, il düzeyinde uygulanacak hizmetler ve kalite değerlendirmesi için bazı asgari standartları içermektedir (Österle ve Bauer, 2011: 57).

Bölgesel yetkililer ve bakım sağlayıcılar entegre bakım programları başlatmış, Sağlık ve Sosyal İdari Bölgeler kurulmuştur ve entegre bakım projeleri için devlet sübvansiyonları dağıtılmıştır. Bakım sağlayıcılar (örneğin, hastaneler ve evde tıbbi ve sosyal bakım için), zaman zaman hasta tedavi koordinasyonu için iletişim ağları gibi entegre bakımın özelliklerini gösteren işbirlikçi düzenlemeler kurmuşlardır. Uzmanlar, entegre bakım gelişimini teşvik etmek için finansal teşvikler, klinik aktiviteyi yönetme teknikleri, klinik rehberler ile hastalık yönetimi veya vaka yönetiminin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Mur-Veeman ve diğerleri, 2008: 176).

Avusturya'da genel olarak, uzun vadeli bakımın ve sağlık hizmetlerinin sağlanmasından ve finanse edilmesinden farklı kurumlar sorumludur. Sağlık hizmetleri sosyal sağlık sigortası sistemi tarafından finanse edilir ve düzenlenirken; uzun süreli bakım, topluluklar tarafından düzenlenen ve büyük ölçüde vergilerle finanse edilen sosyal hizmetler tarafından sağlanmaktadır (Riedel ve Kraus, 2010:6).

1.8.3. Birleşik Krallık

Kazalar, kronik hastalıklar, engelli olma ve yaşlılık sebebiyle bakıma ve desteğe ihtiyaç duymaktadır (HM Government, 2008: 7). İngiltere'de tüm yerel otoriteler 2002 yılından itibaren, evde bakım hizmetlerine duyulan ihtiyacı azaltmayı amaçlayan, genellikle yerel NHS ortaklarıyla ortaklaşa bir dizi rehabilitasyon ve önleyici hizmetler geliştirmiştir. Genel olarak ikisi hastanede verilen tedavi ve evde bakım arasındaki boşluğu kapatmaya yardımcı olan bu hizmetler üç ana formda oluşmaktadır (Glendinning ve Wilde, 2011: 98):

- Orta Düzey Bakım: Sağlığı koruma hizmetlerinde ve rehabilitasyon hizmetlerinde artış sağlamak, hastane taburculuk sisteminin daha iyi yönetimi, hastane

başvurularında azalma ve uzun süreli bakım kullanımında azalma görmek amacıyla sunulan bir bakımdır. (Institute of Health Sciences, 2005: 11).

- Evde bakım hizmetleri kapsamında yeniden olanak tanıma: Fiziksel ya da zihinsel sağlığı kötü olan insanlara, günlük yaşam için gerekli becerileri öğreterek ya da yeniden öğreterek hastalıklarını geçirmelerine yardımcı olmaya yönelik hizmetlerdir. Genel olarak amaç, uzun vadeli bağımsızlık ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır (Petch, 2008: 38).
- Düşük seviye önleyici hizmetler: Alışveriş, ziyaret, sosyal faaliyetler için destek, genellikle hayır kurumları tarafından sağlanan ve yerel makamlardan hibe fonu ile desteklenen hizmetlerdir (Windle ve diğerleri, 2009: 268).

1999'da sağlık ve sosyal bakım politika ve hizmetlerinin sorumluluğu Birleşik Krallık Parlamentosu'ndan İskoç Parlamentosu ile Galler ve Kuzey İrlanda Meclislerine devredilmiştir. Sosyal koruma ve sosyal güvenlik dahil olmak üzere diğer fonksiyonlar Birleşik Krallık Parlamentosu'nun sorumluluğunda yürütülmektedir (Glendinning ve Wilde, 2011: 95). İskoç Parlamentosu ile Galler ve Kuzey İrlanda Meclislerinin kurulması sonucunda, Birleşik Krallık'ın kurucu kısımlarına yani gelişmiş ülkelere kendi uzun vadeli bakım politikalarını tasarlama ve uygulama konusunda daha fazla özgürlük tanınmıştır. Sonuç olarak, Birleşik Krallık genelinde politika çeşitliliği artmaktadır. Ancak, politikanın geliştirilmesi aynı zamanda, gelişmiş kuruluşlar için mevcut mali kaynaklardaki değişimleri, yaşlı insanlar tarafından uzun süreli bakım talebini ve bu bakım için ödeme yapma yeteneğini de yansıtmaktadır. Bu tür politikaların, Birleşik Krallık'ın her bir kesiminde var olan talepteki ve ödeme kabiliyetindeki geniş çaplı değişkenleri de hesaba katması gerekir (Bell, 2010: 4).

Birleşik Krallık'ta evde bakım hizmetlerinin finansmanına yüksek bir devlet katkısı sağlamaktadır (Genet, 2013: 91). Yerel makamlar, esas olarak merkezi hükümetten vergilendirilmiş yardımlar yoluyla, yerel finansmanı karşılayan ve uygunluk kriterlerine ihtiyaç duyanlar için fon hizmetleri vermektedir. İkinci finansman kaynağı özel kişilerdir (hizmet kullanıcıları ve aileleri) (Glendinning ve Wilde, 2011: 107). Sağlık Bakanlığı, yerel makamlar ve sağlık kurulları için kaynaklar sağlamaktadır. Bu kaynaklar, uzun süreli bakım gerektiren yaşlı insanlar için hizmetleri desteklemektedir. Yerel otoritenin fon sağladığı hizmetler özel sektör tarafından, gönüllü sektör tarafından veya doğrudan kendileri tarafından sağlanabilmektedir. Birleşik Krallık'ta, yerel otoriteler öncelikle

ilgili sağlık kurullarıyla bağlantı kurarak yaşlılara bakım sağlamaktan sorumludur (Bell, 2010: 5).

Tüm evde bakım hizmeti veren kuruluşlar kurum içi yerel otorite hizmetleri dahil olmak üzere, İngiltere'deki tüm sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin kalitesini denetleyen ulusal, bağımsız bir düzenleyici kurum olan Care Quality Commission'a kayıtlı olmak zorundadır. Kayıt olmak için, Evde bakım hizmeti veren bir kurum, bir başvuru formunun doldurulması ve uygun mali referanslar, bir amaç beyanı, bir iş planı ve kurumun 2002 Evde Bakım Yönetmeliğine ve Ulusal Minimum Standartlarına nasıl uymayı hedeflediğini açıkça belirten bir dizi yazılı politika ve prosedür sağlaması ve hizmet yönetimini denetlemekten sorumlu kuruluşun kıdemli bir üyesi olan "sorumlu bir birey" tarafından aday gösterilmesi gerekmektedir. Ek olarak, kayıt olduktan sonra, evde bakım kuruluşlarının gelecek altı ay boyunca yöneticiler de dahil olmak üzere tüm personel için eğitim programının ana hatlarını vermesi gerekmektedir (Glendinning ve Wilde, 2011: 111).

Birleşik Krallık 2000 NHS Planında, on temel prensipten biri olan bakım hizmetlerinin her düzeyde entegrasyonunu ve entegrasyon çabaları ortaklık, hasta odağı ve entegre bakım temalarını kapsamaktadır. Bu temalar, ortak çabalar ve hizmet entegrasyonu ile ilgili engellerin üstesinden gelmeyi amaçlayan önceki politika belgelerinde de açıklanmıştır. Bu politika belgeleri ayrıca, genellikle yaşlı insanlar olmak üzere çok çeşitli müşteri gruplarını ve koşullarını da hedeflemiştir (Mur-Veeman ve diğerleri, 2008: 176).

1.8.4. Hollanda

Hollanda'da evde bakım hizmetleri temizlik, alışveriş yapmak, yemek hazırlamak, çamaşır yıkamak ve bulaşıkları yıkamak ve örgütsel düzeyde, hane halkı organizasyonuna yardım etmek veya yemek hazırlamak gibi görevleri içerir (Staveren, 2010: 3). Ayrıca yaşlılara danışmanlık hizmeti de yaygın bir hizmettir. Ancak farklı hizmet sunucuları üzerinde etkili olmak ve koordine etmek yerine, bilgi ve desteğe daha fazla odaklanmaktadır (Leichsenring, 2004: 7). Omtinker (yaşlılar için danışman) olarak adlandırılan danışman, yaşlı kişi ile birlikte bireysel bakım ve bakıma ilişkin ihtiyaç duyulan bireysel ihtiyacı açıklığa kavuşturmakta, istenen desteğin nasıl ve nerede

alınabileceğini araştırmakta ve gerektiğinde talep eden ve hizmet sunucu arasında aracılık etmektedir (Ex ve diğerleri, 2003: 18).

2007 yılından önce evde bakım kuruluşlarının çoğunluğu yalnızca bir kasaba veya bölgeye hitap etmekteydi ve 2007 yılında pazarının serbestleşme politikasına hazırlanmak için geliştirilen stratejik bir hamle içerisinde bölgeler içinde ve genelinde birleşmiştir. Evde bakım, ulusal düzeyde sosyal sigorta yoluyla finanse edilmekte ve ulusal düzeyde yerel evde bakım sağlayıcıları aracılığıyla tahsis edilmektedir (Staveren, 2010: 2).

Hükümet, kurumlar arası işbirliğini geliştirmek için düzenlemeler başlatmıştır. Kilit aktörler, düzenlemeleri ve standartları belirleyen hükümet ve çeşitli bakım sektörlerinden bakım sağlayıcılarıdır. Çoğunlukla kronik hastalıklar ve tip 2 diyabet, romatoid artrit, inme, ortopedik ve kardiyovasküler durumlar ve psikolojik geriatrik sorunlar gibi engellerden muzdarip yaşlı kişiler için entegre hizmetler sağlamak amacıyla işbirliği ve koordinasyon inisiyatifleri almaktadır (Mur-Veeman ve diğerleri, 2008: 176).

Hollanda'da, Bölgesel Değerlendirme Kurulları (RIO'lar) entegre bakım stratejileri için en önemli başlangıç noktasıdır (Leichsenring, 2004: 8). 1997/98'den bu yana, bakım ihtiyaçlarının bakım taleplerine dönüştürülmesi için bölgesel kuruluşlar olarak hizmet sunmaktadır (Ex ve diğerleri, 2003: 13). Her bir RIO politika sahipleri, tüketici kuruluşları, servis sağlayıcılar, doktorlar, sigorta şirketleri ve yerel otorite veya belediyenin temsilcilerinden olmaktadır. Bu temsilciler, üyeleri yardım başvurusu türüne göre değişen ve hemşireleri, sosyal hizmet uzmanlarını, psiko-geriatristleri ve sosyal geriatristleri içerebilen profesyonel değerlendirme ekiplerini hedef almaktadır (Brodsky ve diğerleri, 2000: 57). Bakımın gerekli olduğunu düşündüğü zaman, bakım talebi bölgedeki idari bakım ofisine iletilir. Hangi bakım türüne ihtiyaç duyulduğu, yedi fonksiyona dayanarak belirlenir. Bunlar, temizlik yardımı, kişisel bakım, hemşirelik, rehberlik desteği, rehberliği etkinleştirme / danışmanlık ile tedavi ve konaklamadır (Ex ve diğerleri, 2003: 13).

Kurumsal yapılara güvenmek yerine insanları kendileri için daha büyük sorumluluk almaya teşvik eden felsefi yaklaşıma dayanan bir maliyet kontrol politikası ikame politikası olarak dönüşüme uğramıştır. İkame politikası, her biri bir değerlendirme

eşliğinde çeşitli deneysel programların geliştirilmesine yol açmıştır. Bunlar (Coolen, 1995; Akt Brodsky ve diğerleri, 2000: 56);

- Genişletilmiş evde bakım hizmetleri (Birden fazla ihtiyacı olan insanlara 7 gün/24 saat yardım),
- Ameliyat sonrası nekahet döneminde veya ölümcül bir hastalığı olan insanlar için evde bakım,
- Yaşlı evlerinde gündüz bakım tesisleri, bağımsız bir yaşam tarzı sürdürmeyi zorlaştıran ama kuruma yatırılmayan insanlara yönelik (Uzun süreli bakım kurumlarında gündüz bakım çerçeveleri daha önce mevcuttu),
- Yaşlı evlerinde kısa süreli bakım, işleyişinde önemli ancak geçici bir bozulma yaşayan insanlar için (bu hizmet gayri resmi bakıcılar üzerindeki yükün azaltılmasına yardımcı olmak içindir) ve
- Teknik uyarlamalar, toplum hizmetlerine erişim ve yakındaki bir servis merkezinden veya yaşlılık evinden yardım sağlayan destekleyici bir ortamda bağımsız olarak yaşayabilen insanlar için korunaklı konutlar.

BÖLÜM 2: EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN ENTEGRASYONUNA YÖNELİK BİR MODEL ÖNERİSİ

Bu bölümde çalışmanın konusu, yöntemine ilişkin bilgiler, amaç ve önem, veri toplama süreci, araştırma kısıtları, araştırma sorularına yer verilmektedir.

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık hizmetleri her yaşta bireyin temel insan hakkıdır ve en uygun koşullarda sağlanması büyük önem arz etmektedir. Bu bağlamda hastane ortamında sürekli hizmet alan hastaların kedilerini sosyal çevrelerinden kopuk hissetmelerinin önüne geçmek, başka bir ifade ile hastaların sosyal çevrelerinden koparılmadan hizmet almasını sağlamak için evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi çok önemli bulunmaktadır. Bu kapsamda çalışmayla bir taraftan evde bakım hizmetlerinin ne olduğu ve nasıl sunulması tartışılırken, diğer taraftan da evde bakım hizmetlerinin nasıl sunulması gerektiği önemli bir sorun olarak görülmektedir. Cevaplanması gereken diğer bir soru, evde bakım hizmetlerinin hangi kuruluş tarafından sunulacağıdır. Zira Türkiye’de bu hizmetler farklı kuruluşlar (Belediye, Sağlık Bakanlığı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı) tarafından sunulmakta ve bu kuruluşların entegrasyonu konusunda problemler yaşanmaktadır. Buna bağlı olarak da hizmet yoksunluğu ya da duplikasyon gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Evde bakım literatürü incelendiğinde, Türkiye’deki mevcut durumu, evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın tespiti, ihtiyaçların karşılanma düzeyi, bakım alan kişilerle yakınlarının memnuniyet durumları, yaşam kaliteleri, karşılaştıkları tıbbi ve sosyal sorunların tespiti, bakım veren kişilerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerini belirlemeye yönelik çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak evde bakım hizmeti sunan kuruluşların entegrasyonunu esas alan çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu durumu esas alan bu çalışmayla evde bakım hizmeti sunan kurumların organizasyon yapılarının tanınması, sunulan hizmetlerin belirlenmesi, finansmanı, kalite ve performans değerlendirme çalışmaları, hizmet sunan kurumlarla ortaklık ve yürütülen ortak çalışmalara ilişkin bilgilerden yararlanılarak bir model önerisi geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

2.2. Araştırma Yöntemi

Evde sağlık hizmetleri konusunda nicel yöntemler kullanılarak evde bakım çalışanları ya da hizmetten yararlanan bireylerin algılarına ya da memnuniyetlerine ilişkin çalışmalar yapılmaktadır. Ancak bu çalışmanın amacı mevcut durumdan yararlanılarak yeni ve daha işlevsel bir model önerisinde bulunmaktır. Dolayısıyla bu çalışmayla literatürde yer alan ve genellenebilir bir takım sonuçlar elde etmek yerine, Türkiye’de nasıl bir evde bakım sistemi oluşturulmalı, bu sistemin örgütlenmesi nasıl olmalı, birden fazla kurum ya da kuruluş tarafından hizmet sunulması gerekiyorsa bu kuruluşlar nasıl entegre edilmeli gibi soruların cevapları aranmaktadır. Bu tür bulguların nicel çalışmalarla elde edilmesi oldukça güçtür. Bu sebeple çalışmada evde bakım hizmeti sunan kuruluşlarda yönetici olarak görev yapan bireylerin evde bakım hizmetini nasıl algıladıklarını ortaya koymak amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji deseni bir araştırma gerçekleştirilmiştir.

Fenomenolojik araştırmalar günlük hayatta farkında olunan; ancak hakkında derinlemesine ve ayrıntılı bilgi, görüş, anlayış ya da kavrayış sahibi olunmayan olgulara odaklanmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Başka bir ifade ile fenomenolojik araştırma; insanların fenomenleri nasıl algıladıkları, nasıl anımsadıkları ve nasıl anlamlandırdıkları üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu tür araştırmalarda nitel verinin elde edilmesi, fenomeni dolaylı olarak deneyimleyen insanların aksine, doğrudan deneyimleyen insanlarla derinlemesine görüşmeler yapılmasını gerektirir (Sart, 2015: 70). Dolayısıyla, fenomenolojik araştırma yönteminin seçilmesinin sebebi, bir olgu ya da olayın taraflara göre ne anlam ifade ettiğini tespit etmeyi mümkün kılmasından kaynaklanmaktadır (Baş ve Akturan, 2017).

Araştırma kapsamında Belediye, Sağlık Bakanlığı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’na bağlı hizmet sunum birimlerinin yöneticileri ile derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde literatür incelemesi sonucunda oluşturulan yarı yapılandırılmış mülakat formundan yararlanılmıştır (Ek-1).

2.3. Araştırma Soruları

Araştırmada kullanılan sorular Çoban’ın 2015 ve Alliance for Home Health Quality and Innovation’ın Evde Bakım Hizmetinin Geleceği Projesi kapsamında hazırlamış oldukları

sorulardan ve evde bakım hizmetlerine ilişkin mevzuattan yararlanılarak aşağıdaki belirtilen şekilde hazırlanmıştır. Hazırlanan sorulara ilişkin olarak akademisyen görüşleri alınmış olup; bu görüşler doğrultusunda sorular revize edilmiştir. Daha sonra bir yönetici ile pilot görüşme yapılmış olup, bu görüşmeden sonra Ek-1’de yer alan yarı yapılandırılmış soru formuna son hali verilmiştir. Ayrıca ilave sorularla birlikte gelişen soru formu aşağıda sunulmuştur.

1. Evde bakım hizmetlerini tanımlar mısınız?

- -Kurumunuzda hangi hizmetleri sunuyorsunuz?

2. Kurumunuzun kimlere hizmet sunduğu, bakım hizmeti ve yardımların sağlanmasındaki kriterler konusunda bilgi verir misiniz?

- İhtiyaç kriterlerinin belirlenmesinde Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğünün hazırladığı “Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım ESYS Evde Sağlık Modülünden yararlanıyor musunuz?
- Sağlık hizmeti sunumu esnasında sosyal destek ihtiyacı belirlenen hastalar için neler yapılmaktadır?
- Bakım talebinde bulunan kişilerin klinik / fonksiyonel ihtiyaçları nelerdir?

3. Kurumunuzun sunduğu hizmetlere yönelik kalite geliştirme ve performans değerlendirme çalışmaları yürütmekte misiniz?

- Evde bakım hizmetlerinin size göre başarısındaki kilit noktalar nelerdir?
- Kurumunuzun başarısını nasıl ölçüyorsunuz?

4. Kurumuza ait kullanmakta olduğunuz kalite ölçüm standartlarınız mevcut mudur?

- Sürdürmekte olduğunuz hizmet sunumu esnasında Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne ait Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarından yararlanıyor musunuz?
- Özellikle, ölçmekte olduğunuz kalite ölçütleri veya çıktıları mevcut mu?
- Kalite standartlarına göre ödeme sistemi oluşturulması konusunda ne düşünüyorsunuz?

5. Evde bakım hizmetlerinin finansmanı ve sürdürülebilirliği konusunda bilgi verir misiniz?

- Evde bakım hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanabilmesi için kaynakların yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
- Hizmet sunumu esnasında ve sürekliliğinin sağlanması konusunda karşılaşılan sorunlar nelerdir?
 - İşgücü eğitimi
 - Düzenleyici engeller
 - Finansman akışı
- Bakım sigortası oluşturulması konusundaki görüşleriniz nelerdir?
- Kurumlar, evde bakım hizmetinin devamlılığını sağlayabilecek personel sayısı ve yetkinliği açısından yeterli midir?
- Kurumlar, yüksek riskli faydalanıcılara evde bakım sağlamak için ne ölçüde disiplinlerarası bir takıma ihtiyaç duyacaklardır?
- Kurumlar, yüksek değerli bakım sağlamak için ne yapmaya başlamalıdır?
- Kurumunuzca evde bakım hizmeti sunan aile bireylerine ve bakım sunan kişilere bakıma ilişkin eğitim verilmekte midir?

6. Gelişmekte olan evde bakım hizmet sunum sistemi için evde bakım hizmeti sunan kurumlar tek bir merkezden yönetilebilir mi? Eğer yönetilebileceğini düşünüyorsanız, sizce bu kurum hangisi olmalıdır?

- Evde Bakım Hizmeti sunan bu kurumların rolleri ve görevleri konusundaki görüş ve önerileriniz nelerdir?

7. Hizmet sunumunda Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Vakfı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Belediyeler gibi hizmet veya yardım sunan diğer sağlayıcılarla ortaklıklarınız mevcut mu?

- -Farklı kurumlar tarafından sunulan sağlık ve sosyal bakım ile bakım desteğiyle ilgili ortak veri havuzunuz mevcut mu? Oluşturulması konusundaki görüşleriniz nedir?
- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın YADES programı hakkında bilginiz var mı? YADES programından yararlanıyor musunuz?

8. Evde bakım hizmetlerinin farklı kurumlar tarafından sunulması ve bu kurumların entegrasyonun sağlanmasındaki konusundaki görüşleriniz nelerdir?

- -Hizmetlerin sunumunda entegrasyon sağlanmalı mıdır?
- -Entegrasyon konusundaki önerileriniz nelerdir?
- -Hizmet sunan bu kurumların entegre evde bakım hizmeti sunumundaki engeller nelerdir?
- -Evde bakım hizmeti sunumunda daha başarılı olmak için, kuruluşların diğer sağlayıcılarla ne ölçüde entegre olması gerekmektedir?

9. Evde bakım hizmetlerinin geleceği konusundaki görüşleriniz nelerdir?

10. Dünyada evde sağlık/bakım alanındaki modellerin değerlendirerek ülkemize uyarlanması konusundaki görüşleriniz nelerdir?

- -Ülke modelleri konusunda araştırmalarınız mevcut mu?
- -Hangi ülkelerin uyguladığı modeller Türkiye'ye daha uygundur?

2.4. Araştırma Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini evde bakım hizmeti sunumu birimlerinin yöneticileri oluşturmaktadır. Ancak çalışma İstanbul ili ile sınırlı tutulmuştur. Çalışma nitel bir çalışma olduğundan büyük örneklem gruplarına ulaşılması hedeflenmemiştir. Araştırma üç farklı yönetici grubu üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu gruplar, İstanbul ilinde evde bakım hizmeti sunan Belediye, Sağlık Bakanlığı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı birimlerin yöneticilerinden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini yukarıda belirtilen kurum yöneticilerinden toplam 12 kişi oluşturmaktadır.

2.5. Veri Toplama Süreci

Çalışma İstanbul ilinde evde bakım hizmeti sunan Belediyeler, Sağlık Bakanlığı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı evde bakım birimlerinde yapılmıştır. Çalışma, örnekleme belirtilen kurum yöneticileri ile görüşmek üzere ilgili ilçelere gidilerek gerçekleştirilmiştir. Daha önce randevu alınarak belirtilen tarih ve saatte yapılan görüşmelerde, öncelikli olarak konuya ilişkin bilgi verilmiş ve tekrardan görüşmecilerin onayı alındıktan sonra görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmecilerin iznine uygun olarak görüşme süresince veriler ses kayıt cihazı yardımıyla kaydedilmiştir.

Ses kaydını kabul etmeyen katılımcıların kayıtları not alınmak suretiyle gerçekleştirilmiştir. Kısa notlar şeklinde yapılan uygulama, görüşmeden sonra analiz edilerek eksik bırakılan yerler tamamlanmıştır. Görüşmeler, 26 Nisan 2019- 17 Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir ve ortalama olarak 60±10 dakika sürmüştür.

2.6. Araştırmanın Kısıtları

Görüşme yapılacak yöneticiler İstanbul ilindeki yöneticilerle sınırlı olup, ülke genelindeki ilgili kurum yöneticilerini kapsamayacaktır. Model önerisinin temelini İstanbul ilindeki yöneticilerin görüşlerinin oluşturması veri konusunda sınırlılığı ortaya koymaktadır.

Çalışma kamu kurumlarına bağlı evde bakım hizmeti sunan kurumları kapsamaktadır. Özel sektöre bağlı evde bakım hizmeti sunan kurumların dahil edilmesi çalışmanın sınırlılığıdır.

2.7. Araştırmanın Yöntemi

Türkiye’de evde bakım hizmetlerini yürütmekle olan Belediyeler, Sağlık Bakanlığı ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın entegrasyonu için oluşturulacak model önerisi sunmak amacıyla yapılan bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden “durum çalışması” yöntemi kullanılmıştır.

Çalışma nitel araştırma yöntemleri içerisinde yer alan durum çalışması deseninde dizayn edilmiştir. Bu araştırma deseninin seçilmesindeki amaç, katılımcılar tarafından evde bakım hizmetini tanımlamak ve betimlemektir. Yin’e (1994) göre durum çalışması yönteminde durumu gerçek ortamında durumu gerçek ortamında ve kendi akışı içerisinde derinlemesine inceleyerek etraflı bir şekilde betimlemektir (Leymun ve diğerleri, 2017: 371). Yöntem, evde bakım hizmetlerinin sunumu, sunucuları, yasal dayanakları, finansmanı gibi durumlarının incelenmesi ve betimlenmesi neticesinde ideal bir evde bakım hizmeti modeli tanımlamak konusunda avantajlar sunmaktadır. Bu sebeple Türkiye’de evde bakım hizmeti sunan 3 kurumun evde bakım hizmeti sunan birimlerinin yöneticileri ile derinlemesine görüşme yöntemi seçilmiştir. Derinlemesine görüşmeye katılacak yöneticilere sorulmak üzere ulusal ve uluslararası veri tabanlarındaki çalışmaların incelenmesi sonucunda görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme formu oluşturulmuştur.

Ses kayıt cihazı ile yapılan görüşmeler ile not alınmak suretiyle elde edilen veriler önce elektronik ortama aktarılmıştır. Elektronik verileri Nvivo 12 programı kullanılarak durum çalışması deseninden yararlanılarak analiz edilmiştir.

2.8. Verilerin Analizi

Görüşme sürecinde, katılımcıların araştırma sorularına ilişkin sözleri ve görüşme sürecinde sergiledikleri davranışları araştırmacı tarafından gözlemlenmiş ve kaydedilmiştir. Görüşmeler sonucunda elde edilen veriler (ses kayıtları ve gözlem notları) elektronik ortama aktarılmıştır. Elde edilen verilerin Nvivo12 istatistik programı yardımıyla kodları ve temaları oluşturulmuştur. Görüşmelerden elde edilen veriler ile ulusal ve uluslararası literatür taramaları sonucunda elde edilen bilgilerden yararlanılarak model önerisi geliştirilmiştir.

2.9. Araştırmanın Bulguları

Çalışmada Sağlık Bakanlığı ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı olarak görev yapan dört Sosyal Hizmet Merkezi Sorumlusu, Avcılar, Bakırköy,

Tablo 4
Katılımcıların Demografik Bilgileri

Görüşülen Birim Sorumluları	Eğitim Durumu	Unvanı
K1	Yüksek Lisans	Sosyal Hizmet Merkezi Sorumlusu
K2	Lisans	Sosyal Hizmet Merkezi Sorumlusu
K3	Lisans	Sosyal Hizmet Merkezi Sorumlusu
K4	Lisans	Sosyal Hizmet Merkezi Sorumlusu
K5	Lisans	Evde Sağlık Hizmetleri Birim Sorumlusu
K6	Lisans	Evde Sağlık Hizmetleri Birim Sorumlusu
K7	Lisans	Evde Sağlık Hizmetleri Birim Sorumlusu
K8	Lisans	Evde Sağlık Hizmetleri Birim Sorumlusu
K9	Lisans	Evde Sağlık Hizmetleri Birim Sorumlusu
K10	Lisans	Koordinasyon Merkezi Sorumlusu
K11	Lisans	Koordinasyon Merkezi Sorumlusu
K12	Lisans	Koordinasyon Merkezi Sorumlusu

Beylikdüzü, Eyüp ve Zeytinburnu İlçe belediyelerinde görev yapan beş Evde Sağlık Hizmetleri Birim Sorumlusu ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinde görev yapan üç Koordinasyon Merkezi Sorumlusundan oluşmaktadır. Tablo 4'de görüldüğü

gibi katılımcılardan yalnızca biri yüksek lisans mezunu olup, diğer katılımcıların tamamı lisans mezunudur.

Ana Tema 1. Evde Bakım Tanımı

Araştırmada örneklekimizi oluşturan kişilerin evde bakım hizmetlerini tanımlarına ilişkin soruya verdikleri cevaplara baktığımızda katılımcıların detaylı bir evde bakım hizmeti tanımı yapamadığı görülmektedir. Ayrıca araştırmaya katılan evde bakım hizmeti sunan Belediyeler, Sağlık Bakanlığı ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın ilgili birim sorumlularının tanımlarının farklılık gösterdiği görülmektedir. Sosyal Hizmet Merkezi sorumlularının evde bakım kapsamında sundukları bakım maaşını, Evde Sağlık Hizmetleri birim sorumluları yürütmekte oldukları sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini ve Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi sorumlularının ise sağlık hizmetlerini içeren tanımlar yaptığı görülmektedir.

Şekil 6'da görüleceği üzere Evde Sağlık Hizmetleri birim sorumluları için öne çıkan kelimeler temizlik, destek, sağlık kavramlarıdır. Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi sorumluları hasta ve sağlık kelimelerini kullanmıştır. Sosyal hizmet merkezi sorumlularında ise en fazla kullanılan kelimeler bakıcı, engelli, sağlık ve vakıf kelimeleridir.

Evde bakım hizmetlerinin tanımına ilişkin örnek ifadeler;

“K1: Kontrollü denetimli bir şekilde yaşlıya, engelliye aileye yardım vermektir. Çünkü engelliye bakmak zor. Diğer sağlık, kişisel bakım hizmetlerini hastaneler, belediyeler hizmet sunuyor. O noktada şunu yapsalar daha iyi olur diyebileceğim bir durum yok. Evde bakım deyince benim gözümde maaş canlanıyor. Evde bakım denince maaş, sağlığa sorarsanız sağlık hizmeti hepsine göre değişiyor.”

K6: Yaşlı, yatalak, evden dışarı çıkamayan destek ihtiyacı olan kişilere sunulan hizmetlerdir. Genel bakımı yani banyo, temizlik, erkekler için sakal ve traşı evde bakımı kapsamalıdır, sadece evde sağlık hizmeti değildir.”

K10: Evde bakım beslenme, sağlık takiplerini, sosyokültürel takibinin yapılmasını kapsar. Kişisel bakımı, saç bakımı, yataktan düşme, sosyokültürel ortam alanlarını kapsıyor. Dünyada evde bakım temel yaşamsal faaliyetleri desteklemeyi kapsar.”



Şekil 6: Evde Bakım Hizmetlerinin Tanımı

Ana Tema 2. Evde Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu

Evde bakım hizmetlerinin Türkiye’deki mevcut durumunun tespitini yapmak amacıyla araştırmaya katılan kişilere evde bakım hizmeti sunulan gruplar, evde bakım hizmeti kapsamında sunulan hizmetler ve hizmet sunumuna ilişkin önkoşullar sorulmuştur. Hizmet sunulan gruplara baktığımızda kurumlar arasında benzer özellik taşıyan bireylere hizmet sunulduğu görülmektedir. Ancak Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri ile Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi sorumlularının sunulan hizmetler ve hizmet sunumunda kullanılan önkoşullar açısından bakıldığında ortak cevaplar verildiği görülmektedir.

Görüşme yapılan katılımcıların verdikleri cevaplar doğrultusunda evde bakım hizmeti sunulan gruplar 6 kategoriye ayrılmıştır. Bunlar, post-op hastalar, evden dışarıya çıkamayan bireyler, yatağa bağımlı bireyler, yaşlılar, engelli bireyler ve kronik hastalığı olan bireylerdir.

Kronik hastalıklar olarak psikiyatrik hastalıklar, kas hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, kronik ve endokrin hastalıklar, hematolojik ve onkoloji hastalıklar, akciğer ve solunum sistemi hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji gibi hastalık grupları olarak ayrılmaktadır. Bu hastalık gruplarında yoğunlukla hizmet sunulan hastalar, kanser hastaları, felçli hastalar, KOAH hastaları, demans, alzheimer hastalarıdır. Post-op hastalara baktığımızda kalça kemiği ameliyatı olan hastalara yoğunlukta hizmet sunulduğu görülmektedir.

Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birim sorumluları hizmet sundukları grupları post-op hastalar, evden dışarıya çıkamayan bireyler, yatağa bağımlı bireyler, yaşlılar ve kronik hastalığı olan bireyler olduğunu belirtmişlerdir. Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi sorumluları yatağa bağımlı bireyler, yaşlılar, engelli bireyler ve kronik hastalığı olan bireylere hizmet sunduklarını belirtmiştir. Sosyal Hizmet Merkezi sorumluları ise yalnızca engelli bireylere hizmet sunduklarını belirtmiştir. Görüşmeler neticesinde hizmet sunulan gruplar açısından en geniş profile sahip olan kurumun belediyeler olduğu görülmektedir. En dar hizmet sunum grubunun ise Sosyal Hizmet Merkezine ait olduğu görülmektedir (Şekil 7).

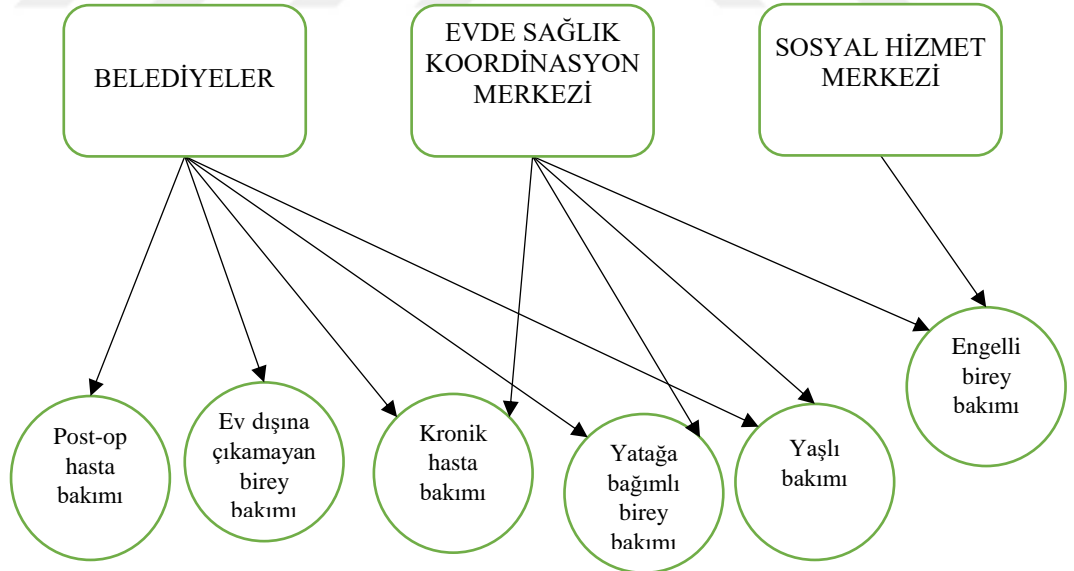
Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri ile Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezlerinin ortak hizmet sundukları gruplar yatağa bağımlı bireyler, yaşlılar, engelli bireyler ve kronik hastalığı olan bireylerdir. Araştırmaya katılan Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birim sorumluları ve Sosyal Hizmet Merkezi sorumlularının görüşleri neticesinde iki kurumun hizmet sunulan ortak grubu olmadığı görülmektedir. Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi ile Sosyal Hizmet Merkezi ortak olarak engelli bireylere hizmet sundukları görülmektedir.

Evde bakım hizmeti sunulan gruplara ilişkin örnek ifadeler;

“K2: Engelliler, ekonomik anlamda yoksullara hizmet sunuyoruz.

K7: Kanser hastaları, demans, Alzheimer hastaları, ameliyat sonrası nekahat dönemi hastaları gibi geniş yelpazede sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

K10: Hastalık grubu olarak nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar, kas hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, kronik ve endokrin hastalıklar, hematolojik ve onkoloji hastalıklar, akciğer ve solunum sistemi hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji hastalıklar.”



Şekil 7: Evde Bakım Hizmeti Sunulan Gruplar

Evde bakım hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler katılımcılardan elde edilen veriler neticesinde trakeostomi değişimi, ventilatör bakımı, sonda takımı, serum ve enjeksiyon işlemleri, rutin muayene ve tetkikler, refakat hizmeti, rapor, psikolojik destek, pansuman

ve yara bakımı, nakil hizmetleri, kişisel bakım ve temizlik, ilaçların reçete edilmesi, evde bakım eğitimi ve bakım maaşı olarak 12 kategori olarak belirlenmiştir.

Şekil 8’de de görüleceği üzere Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri ile Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezleri arasında sunulan hizmetler benzerlik gösterirken, Sosyal Hizmet Merkezleri yalnızca bakım maaşı sunmakta ve diğer birimlerle ortak sundukları hizmet bulunmamaktadır.

Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri ile Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezlerinin ortak sundukları hizmetler, pansuman ve yara bakımı hizmeti, sonda takımı ile rutin muayene ve tetkiklerdir. Pansuman ve yara bakımı kapsamında Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri önceden her tür yara bakımı ve pansumanını yaptıklarını ancak son zamanlarda hastaları Büyükşehir Belediyesi ve Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezlerine yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. Bunun sebebini evde yara bakımının tedavisinin zor olması ve malzemelerinin pahalı olması şeklinde belirtmişlerdir. K5: *Devlet hastanelerinde yara bakım ünitesi diye bir şey yok. Diyabetik ayak polikliniğine götürüyoruz mesela yani geri döndürüyoruz. Çünkü bizimde bilgilerimiz burada sınırlı, kendimizi çok fazla yenileyemiyoruz, bildiğimiz şeylerle devam etmeye çalışıyoruz ama teknoloji çok hızlı geliyor, yeni bakım ürünleri çıkıyor veya biz bütçe olarak bunları alamıyoruz, erişemiyoruz. Yani bu yara bakımı konusunda Türkiye’de ciddi bir sıkıntı var. Şuandaki en temel konu bence yara bakımı.*

Evde Sağlık Hizmetleri Birim sorumluları sonda takımı konusunda hastaların başvurduklarını ancak örneğin kanser hastalarına sonda takamadıklarını belirtmişlerdir. Ekiplerin sonda takımı ve yara bakımı konusunda saha ziyareti sonrasında hizmeti sunma ya da sunmama kararı aldıkları, hastalara ve hastalık süreçlerine ilişkin birimler arası bilgi erişimi olmadığı için hizmet sunumunda duplikasyon yaşandığı ve hastanın tedavi sürecine yönelik zaman kaybı yaşadığı görülmektedir. Ayrıca Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezlerinin bölgesel olarak geniş bir alana hizmet sunmaları sebebiyle her hastaya her gün gidememeleri, hastaların pansumanının aksaması, serum veya enjeksiyon tedavilerinin yapılamaması ve sonuyla alakalı hastaların yaşadıkları sıkıntılar gibi süreçler tedavinin aksamasına sebep olabilmektedir. Bu hizmetlerin sunumunu Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri her gün gerçekleştirebilmekte ve hastalara daha kısa sürede hizmet sunabilmektedir. Bu noktada hasta ve yakınları her 2

kuruma başvuruda bulunarak bu süreci yürütmektedir. Bu süreçlere ilişkin yaşanan duplikasyonları önlemek, hastalara en kısa sürede erişim ve doğru tedavi için bilişim altyapısına ihtiyaç duyulmaktadır. Bilişim altyapısına ihtiyaç duyulmasının bir diğer sebebi ise, ilaç reçetelerini Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin göremiyor olmasıdır. “K2: Ayrıca reçetenin şifreyle verilmiş olması sebebiyle ilaçların nasıl kullanılacağını bilemiyoruz. Eczanelerin gördüğü sistemin bizimde görebilmemizin sağlanması ve doğru tedavinin uygulanması gerekmektedir. Reçete yol gösterici olabildiğinde hizmet sunulmalı.”

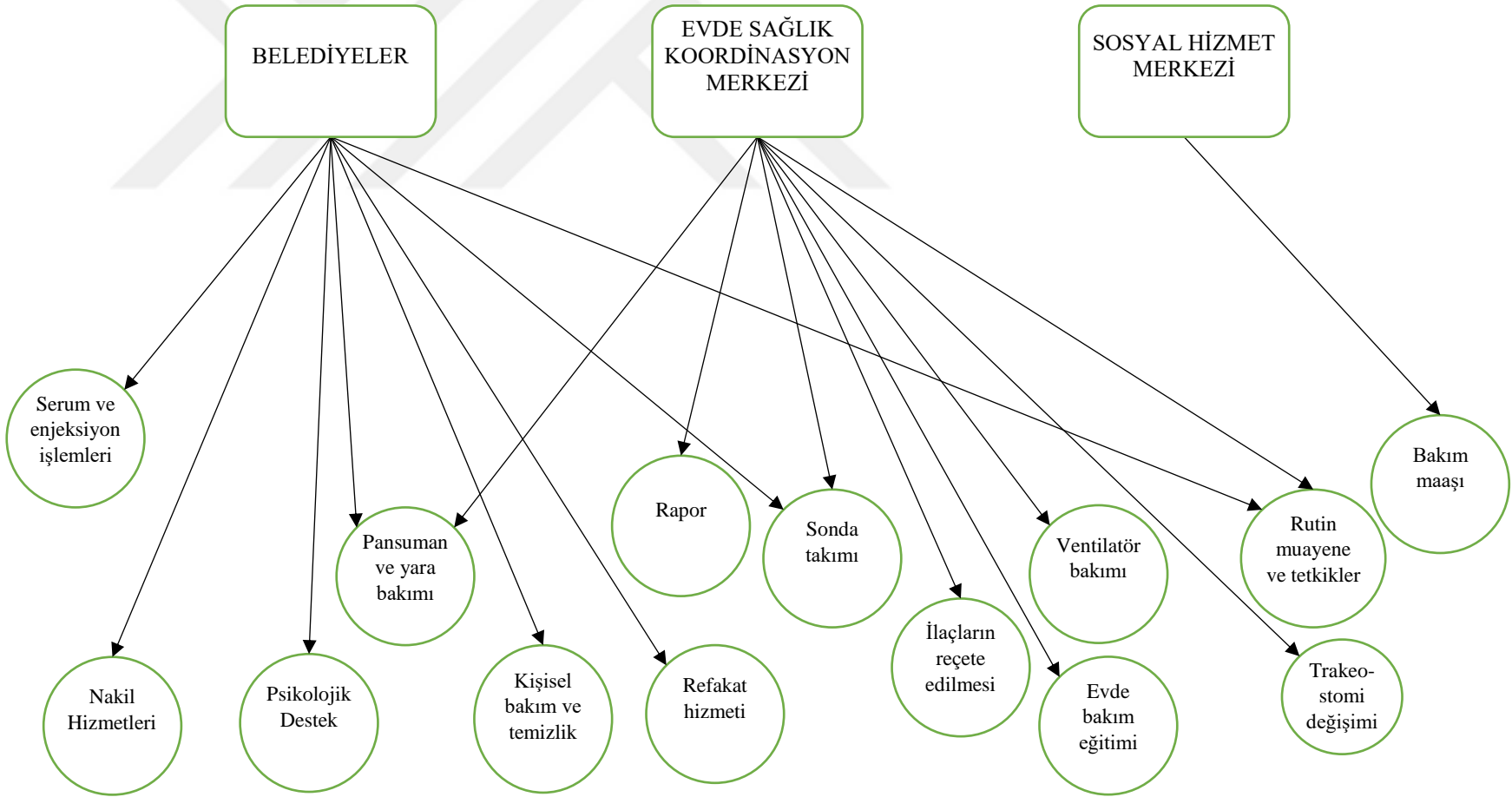
Evde bakım hizmeti sunulan gruplara ilişkin örnek ifadeler;

“K6: Sunduğumuz hizmetler iğne, serum, pansuman, rutin kontrol takipleri yapıyoruz. Cerrahpaşa, Çapa ve ilçe hastanelerinden evden çıkamayan hastalar için talep edilen kanlar alınıyor. Kendi bünyemizde rutin kontrol kapsamında kan alım işlemi belediyemize bağlı bulunan laboratuvarında işlenip sonuçları hasta yakınlarıyla ilgili hastaneye ulaştırılıyor. Hastanelerin istediği ve kendi bünyemizde yapılamayan testler için istem yapılan hastaneden hasta yakınları aracılığıyla barkodlu tüpler alınıyor, bizde kanları alınıp hasta yakınlarıyla ilgili hastaneye ulaştırmalarını sağlıyoruz.

K9: Evde hemşirelik hizmetimizde pansuman, sonda takımı, dikiş ve kan alımı, kan sulandırıcı iğneler yapıyoruz. Evde bakım hizmetimizde banyo, yatak banyosu, kimsesiz olanlar için temizlik, refakat hizmetimiz ve rapor çıkarma bakımından yardımcı oluyoruz. Evde psikolojik destek hizmetimiz var. Kurumda da aynı bu çatı altında da psikolojik destek hizmeti veriyoruz. Bu birim sosyal hizmet birimi, bu birim altında sosyal destek sağlıyoruz. Geçen ay Alzheimer’lı hastalarımızı tek tek ziyaret edip Alzheimer’la ilgili hasta yakınlarına bilgilendirici eğitim çalışmaları yapıldı ve evde psikolojik destekte hastaya bakana bu desteği sağlıyoruz. Refakat hizmeti de sadece hastanede değil, evden çıkamayan hastalarımız için yakınlarına nefes aldirmek için sunduğumuz bir hizmet.

K10: Kurumumuz hastanın sağlık yönünden takibi, olabilecek komplikasyon her şeyi bir hastane ortamında hastanın sağlık açısından olabilecek birincisi Alzheimer tanısı vardır, bunun çıkarılacak ilaç raporları vardır bunu çıkarırız. İkincisi raporlu ilaçları reçete ederiz. Çünkü evde sağlık hizmetlerinde yatalak hastalara

hizmet veriyoruz. Türkiye’de 2011 yılından beri devam eden bir sistem evde sağlık hastaneye gidemeyen yatalak hastalara hizmet için sunulmuştur. İlaç raporu bitiyor, kullanması gerekiyor, Şeker hastasıdır biz bunu yenileriz, reçetelerini yazarız. Sonda takılıyorsa sonda takarız. Hastanın yara pansumanı varsa pansuman yaparız. Hastalarımıza rutin muayeneye gideriz. Rutin muayene kan düzeyine bakılan hastalar vardır. Örneğin INR, coumadin biz bunu aylık takibe alırız. Bu aylık takibi INR karnelerinde aksi dalgalanmalar olursa 2 haftada 1’e çekeriz, eğer INR değerisi istediğimiz normal tolerans düzeye geldiğinde ise aylığa çeviririz. İlk rutin muayenemiz bu. İkincisi pansuman ekiplerimiz genellikle ya haftada 2 kere gideriz ağır olan pansumanlar veya haftada 1 kere gideriz veya çok hafif olanlarda 2 haftada 1 gideriz. Normal rutin muayene olan düzenli kan takibi yapmanız gereken hemogram, biyokimya, koagülasyon kaskadı baktığımız değerler. Hastanın karaciğer enzimleri, beslenme değerleri, pankreas değerleri, biyokimyasal değerler, sıvı ihtiyacı, böbrek değerleri aklınıza gelebilecek vitaminler hepsine bakıyoruz. Bunları genel olarak 3 aylık kontrol Şeklinde ilerleriz. Her gün gittiğimiz hasta yok, Şuan yok.”



Şekil 8: Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler

Şekil 9’da da görüldüğü üzere Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimi, Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezleri ve Sosyal Hizmet Merkezlerinin hizmet sunumunda kullanıldığı önkoşullar katılımcıların görüşleri doğrultusunda 6 kategoride ele alınmıştır. Bunlar, belediye mücavir alanında olmak, evden dışarıya çıkamayacak durumda olmak, yatağa bağımlı olmak, sağlık kurulu raporu, minimum 8 saat hizmet sunma ve hanede kişi başına düşen gelirdir.

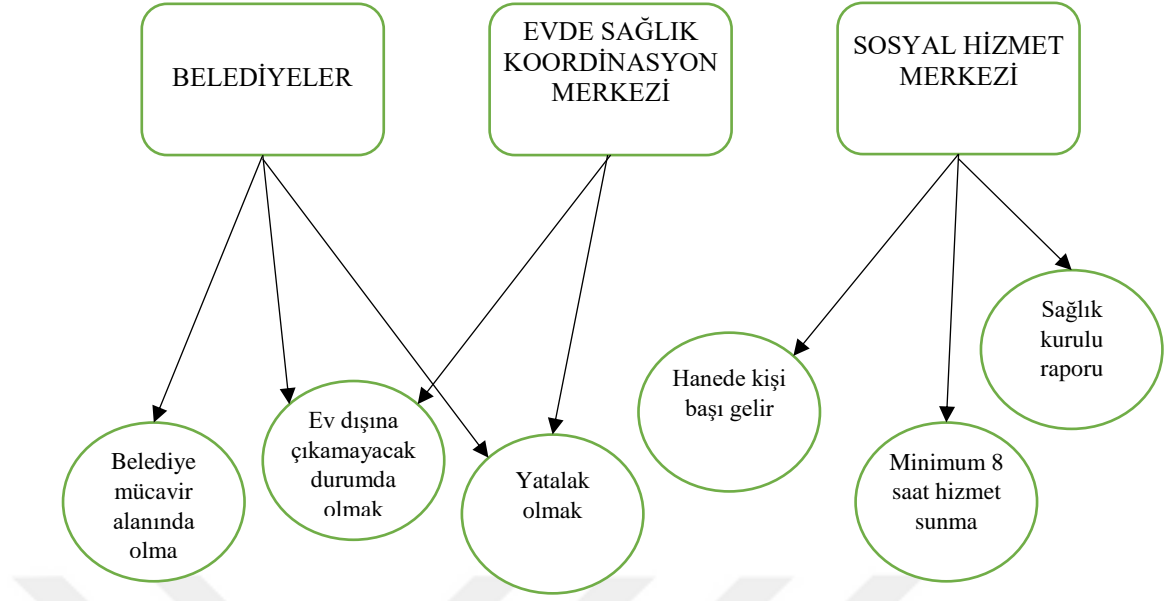
Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri ile Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezleri arasında hizmet sunumunda kullanılan yatağa bağımlı olma ve evden dışarıya çıkamayacak durumda olma kriterleri ortak iken, Sosyal Hizmet Merkezlerinin diğer birimlerle ortak kritere sahip olmadığı görülmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin sunumunda kullanılan kriterlere ilişkin örnek ifadeler;

“K2: Bakım maaşı için kriter Sağlık Kurul Raporunda ağır engelli ibaresi yer alması gerekiyordu, yeni kararda tam bağımlı ibaresi gerekiyor. Çocuklarda özel, çok özel ve belirgin gereksinim olarak belirlendi. Ağır engelli olduğu tespit edilmesinin yanı sıra rapor %50 ve üzeri engelli olması gerekiyor. Ayrıca hanedeki gelirin kişi başına düşen payı asgari ücretin 3’te 2’sini geçmeyecek şekilde olması gerekiyor. Bu ücret 1219,35 olması lazım. Bakıcı ile bakıma muhtaç kişi aynı hanede oturmak zorunda değil, en az 8 saat bakmak zorunda ve aynı ilçede olması lazım.

K8: 1. önceliğimiz yatalak olacak, evden çıkamayacak durumunda olan kişilere hizmet sunuyoruz. Hizmet sunum kriterimiz bu.

K11: Hizmet sunum kriteri tamamen yatalak olması, yaşlı hastalar, mobilize olan hastaları almıyoruz.”



Şekil 9: Evde Bakım Hizmeti Sunumunda Önkoşullar

Ana Tema 3. Kalite Çalışma ve Performans Değerlemesi

Çalışmaya katılan kişilere birimlerinde performans değerlemesi yapma durumuna ilişkin soruya verdikleri yanıtlar doğrultusunda 6 alt tema oluşturulmuştur. Şekilde 10'da görüldüğü üzere 3 biriminde performans değerlendirme çalışması yapılmadığı görülmektedir. Katılımcılardan K2'nin “*Kalite ve performansa nitelik olarak bakmıyoruz, nicelik açısından bakıyoruz.*” şeklindeki ifadesinde olduğu gibi evde bakım hasta sayısı, hizmet kullanıcılarının memnuniyet düzeyleri, sunulan hizmet sayısı, hizmet sunulan hasta sayısı, müracaat onay ve red dosya sayılarının tutularak raporlandığı ilgili birimlerin üst makamlarına sunulduğu katılımcıların çoğunluğu tarafından belirtilmiştir.

Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri ile Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezlerinin performans değerlendirmesine ilişkin benzer yürüttükleri çalışmalar hizmet sunulan bireylerin memnuniyet düzeyleri ve hizmet sunulan hasta sayısı olduğu görülmektedir. Diğer 3 birimin benzer yürüttüğü performans çalışması olmadığı görülmektedir.

Sunulan evde bakım hizmetlerine yönelik kalite geliştirme ve performans değerlendirme çalışmalarına ilişkin örnek ifadeler;

K3: Yani incelemelerimizi yapma sayısı, yapılan incelemeler karşılığında evrak istiyoruz. Bu evrakların kaçını temin etmişiz, evrak getirenlerden kaç tane rapor

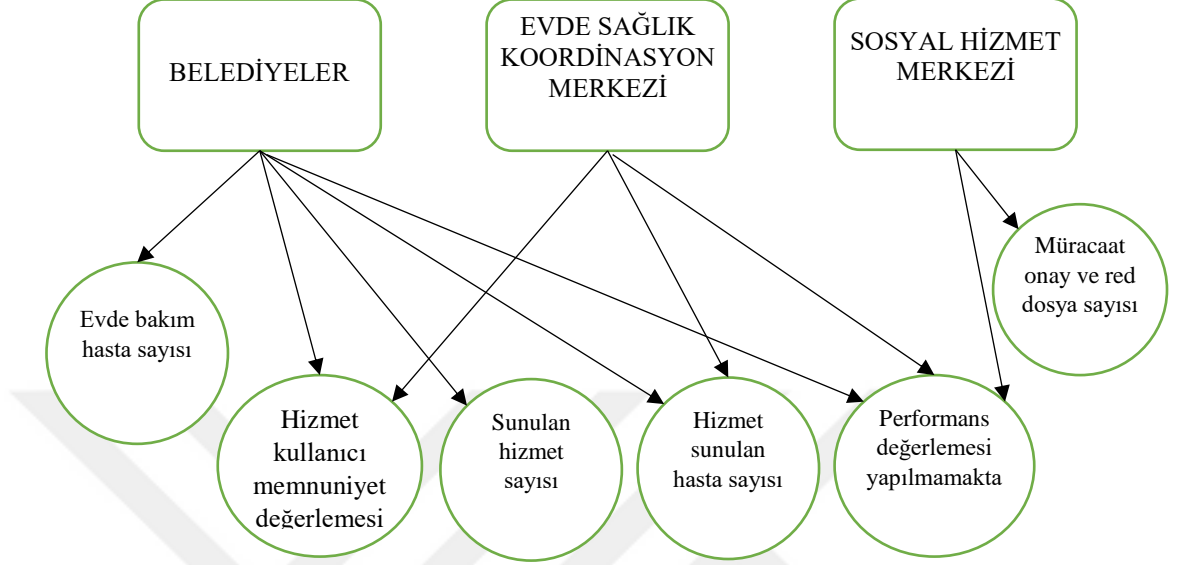
yazmışız. Bunların tamamıyla istatistikleri var. Personelin istatistiği ayrı tutuluyor, kuruma gelen müracaatçının, verdiğimiz hizmetin ve hizmetten yararlananlar olarak bunların istatistikleri ayrı tutuluyor. Yani kaç kişi başvurmuş, müracaat etmiş, kaç kişinin evine gitmişiz, kaç kişinin olumlu sonuçlanmış, kaç kişi reddedilmiş, reddedilenler neden reddedilmiş gibi istatistikler tutuluyor. Bunlara istinaden raporlar tutulup, raporlaştırılarak Bakanlığı da bu kişiler mağdur oldu, bunun sebebi ücret sınırı var, o sınırdan dolayı ya da hane tanımından ya da başka sebeplerden dolayı gibi. Olumlu olanlardan bunun için ipin ucu kaçtı, bu kadar olmaz düzensizlik, dolandırıcılık gibi şeylerde var anlamında bildirilmesini yapıyoruz ki çokça karşılaşıyoruz. Bunlar için yönetmelikte 6 ayda 1 denetim var yapılması konusunda madde var

K8: Kalite, performans değerlendirme çalışmamız yok. Sayı olarak kayıt altına alıyor.

K11: Sonda, nazogastrik sonda, yara bakımı için aydınlatılmış onam formu oluşturduk. Hastanenin kalite biriminden Evde Sağlık Hizmetlerine ait formlar olarak hastane yönetimimizin onayından geçti ve kullanıyoruz. Ayrıca bağlı olduğumuz hastanenin tüm kalite verimlilik denetimi, evrak, fiziksel denetimlerinden bizde geçiyoruz.”

Performans değerlendirmesi kapsamında kalite çalışmalarının yürütülme durumuna baktığımızda katılımcılarının çoğunluğunun çalışmaları olmadığı görülmektedir. Sosyal Hizmetleri Merkezleri sorumlularının tamamı kalite çalışması yapmadıklarını belirtmişlerdir. Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezlerinin tamamının kalite çalışmaları yapmaya başladıkları görülmektedir. Yalnızca 1 belediyenin Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin kaliteye yönelik çalışma yaptığı görülmektedir. “K7: Etkin bir kalite yönetim sistemimiz var. Amaç, vizyon ve politikamız var. Kalite Yönetim Sistemimiz politikaya göre süreçler var. Herkese eşit, güvenilir, kapsayıcı sağlık hizmetlerinin sunulmasını hedefliyoruz. Politikamıza bağlı olarak alt amaçlarımız var. Bunlar, 1. Vatandaş memnuniyeti, 2. Çalışan güvenliği (İSG) ve 3. Çevre etkilerinin standartlarını dikkate alıyoruz.” Diğer belediyeye ait birim sorumluları personel eğitimleri ve süreçlere ilişkin şikayet, öneri ve istekler doğrultusunda iyileştirmeler yaptıklarını belirtmiştir. K5 kalite geliştirme çalışmaları olarak yaptıkları hizmetleri, “Bir kalite geliştirme açısından

hemşireleri eğitime gönderdik. Daha yeni teknikleri öğrensinler diye. Yeni kitaplar falan oluyor onları okutuyoruz.” ve “Şikayetler, öneriler bizim kendi sistemimiz var, ona gelen şikayetleri, önerileri, teşekkürleri dikkate alıyoruz.” şeklinde ifade etmiştir.



Şekil 10: Evde Bakım Hizmetlerinin Performans Değerlemesi

Ana tema 4: Kalite Ölçüm Standartları

Görüşmeye katılan birim sorumlularına biriminizde uygulamakta olduğunuz kalite ölçüm standardı olup olmadığına ilişkin soruya katılımcılarının çoğunluğunun kalite ölçüm standardı olmadığını belirttikleri görülmektedir. Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri içinden yalnızca K7'nin birim sorumlusu olduğu Evde Sağlık Hizmetleri Birimine ait kalite ölçüm standartları olduğu görülmektedir. “Sağlık müdürlüğü olarak kendimize özgü oluşturduğumuz kalite standartlarımız ve formlarımız mevcut. İş akış şemaları, diyagramlar, hizmetle ilgili işleyiş, süreç ve anlık durumlara ilişkin formlar bulunmaktadır. Örneğin hastaya gidecek olan ekibin şoförü aracı saat kaçta, kaç km olarak, yakıt durumuna ilişkin bilgileri içeren anlık durum formunu doldurmak zorundadır. Bu da sürecin takibini kolaylaştırmaktadır. Hemşirelik hizmetlerine ilişkin işleyiş için süreçler ve ilgili süreleri belirten formlar oluşturulmuştur.”

Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezlerinin tamamının kalite ölçüm standartları oluşturmaya yönelik alt yapı çalışmaları yapmaya başladıkları görülmektedir. “K9: Şuan kalite ile ilgili çalışmalarım var ama standartların oluşturulduğu bir bölge yok.

Oluşturulmuş kalite standartları var ama %60-70 arası uygulanıyor. Ama kendi standartlarımızı, kalite politikamızı oluşturmadık. Bana kalırsa bunu il sağlık müdürlüğünde bir kurulun oluşturulup, koordinasyon, koordinasyondaki kişilerin görevleri, veri girişçilerin görevleri, arşivin vb. tanımlamalarını onların yapması gerektiğini düşünüyorum. Hem buradaki iş yükü hem organize et ve bu iş zor. Bunu yapacak başka eleman yok. Benim için şuan en önemli şey saha, hastanın mağdur edilmemesi.” K11: “Birimimize ait kalite standardı oluşturmalarına da başlayacağız. Birimde sorumlu hemşire hanım kalite sorumlusu olarak da görevli. Evde sağlık hastaneye bağlı olarak ama SKS kitapçığında sanki ayrı bir hastane gibi oluşturulmuş. Kendine ait kalite kitabı, kalite koordinatörü, kalite ekibi, eğitim ekibi, eğitim sorumlusu gibi bunları ufak ufak oluşturuyoruz. Bu tarzda çalışmalarımız var, alt yapısını yaptık ama geliştirilmesi lazım.”

Araştırmaya katılan Sosyal Hizmet Merkezi sorumlularının tamamı ise K2'nin de belirttiği üzere kalite ölçüm standartları olmadığını belirtmiştir. “Kurumda kullandığımız kalite ölçüm standardımız yok.”

Ana Tema 5. Evde Bakım Hizmetlerinin Finansman Kaynağı ve Sürdürülebilirliği

Araştırmaya katılan katılımcıların hizmetlerin finansmanının bağlı oldukları kurumlar tarafından sağlandığını belirtmişlerdir.

Evde bakım hizmetinin finansmanına ilişkin örnek ifadeler;

“K2: Bakanlığın belgelere ilişkin sistemi üzerinden evrak geliş gidişi yapılıyor. Ödemeleri il müdürlüğü yapıyor. Bakıcının hesap numarası bütünleşik sisteme girilip evde bakım ödemesi yapılıyor.

K7: Yıllık bütçe hazırlığı yapıp yıl değerlendirilmesi sonucunda bir sonraki yılın planlamasını yapıyoruz. Bu bütçeyle hemşirelik hizmetleri için tıbbi ve sarf malzeme alınıyor ve evlerde uygulama alanlarında tüketiliyor. Bu doğrultuda geri dönük çalışmalarla bir sonraki yılın planlamasını yapıyoruz.

K11: Finansman bakanlıktan zaten de bu sistem devam eder.”

Şekil 11'de görüldüğü üzere evde bakım sisteminin sürdürülebilirliği konusunda görüşleri sorulan katılımcılardan alınan cevaplar doğrultusunda personel sayısı ve

eğitimlerinin yeterliliği konularına değindikleri görülmektedir. Bu doğrultuda Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birim sorumluları personel sayısının yeterli olduğunu, ancak personel eğitimlerinin uzmanlık alanı açısından yetersiz olduğunu belirtmektedir. “K5: *Personel sayımız yeterli.*” “*Evde bakım hizmetlerinde yüksek riskli hasta gruplarının özellikli ihtiyaçları konusunda ayrı bir eğitim almadık. Benim daha önce yoğun bakım tecrübem olduğu için birazcık daha biliyorum, enfeksiyon hastalıkları asistanlığı yaptığım için birazcık daha konuya hakimim ama benimde bilgilerim sonuçta eskidi, yeni şeyler çıktı. Bunlar içinde mesela eğitim gerekiyor.*” Diğer Evde Sağlık Hizmetleri Birim sorumlularının hizmet sunan personel sayısının yanı sıra alanında uzman personel sayısının yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. K9: *Branş hemşirelerimiz yok, uzmanlık gerektiren alanlara ilişkin eksikliklerimiz var. Fizyoterapist talebimiz var, ancak bu talebi de karşılayamıyoruz. Doktor talepleri de oluyor. Bu talepleri farklı kurumlara yönlendiriyoruz.*”

Sosyal Hizmet Merkezi sorumlularının çoğunluğunun personel sayısı ve eğitimlerin tamamının yetersiz olduğuna ilişkin görüş bildirmişlerdir.

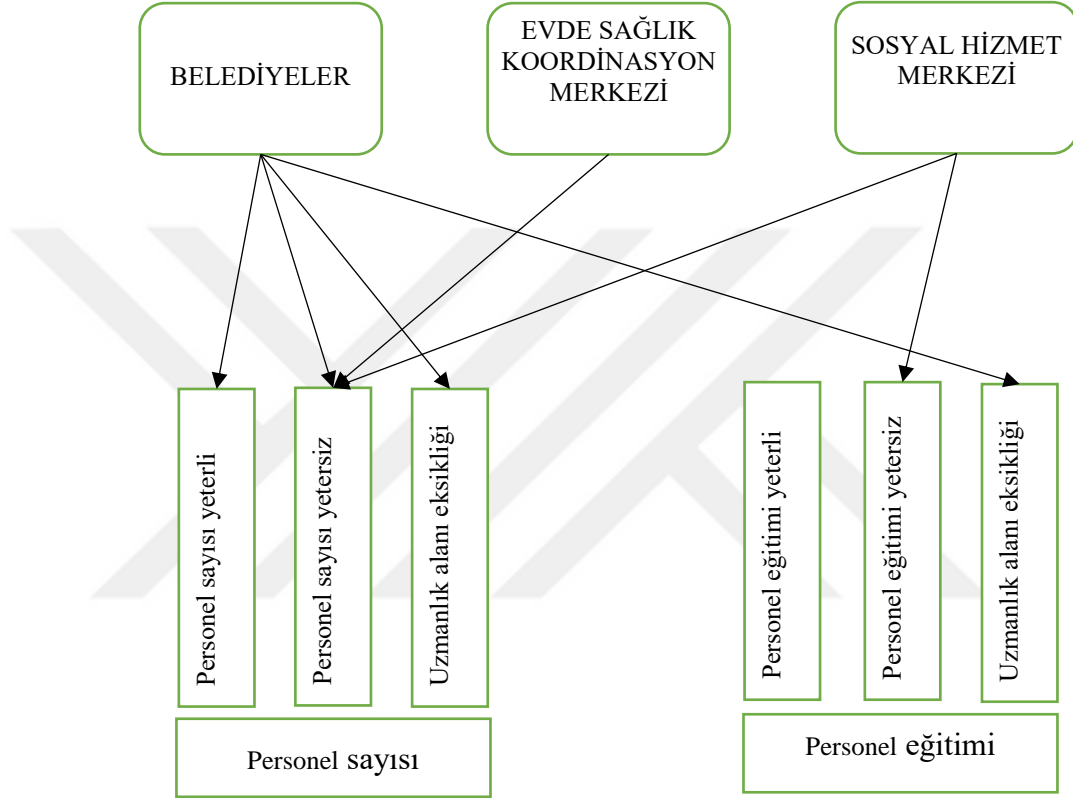
Sosyal hizmet merkezi evde bakım hizmetleri sunumuna ilişkin personel sayısı ve uzman personel sayısının yetersiz olduğuna ilişkin örnek ifadeler;

“K2: *Personelin eğitimi yetersiz. Üniversitelerde verilen eğitim ile buradaki pratik birbirini tutmuyor, 4 yıl eğitim olsa bile tutmuyor.*”

K3: *Personel sayısı olarak bir bu kadar daha personelim olsa hayır demem. Eğitim durumları konusunda meslek elemanı olarak kasıt lisans ise lisans mezunu. Ama benim için lisansın içeriği önemli. Lisans, yüksek lisans okuması, ben okudum demesi beni ilgilendirmiyor. Onun içeriğinin ne kadar dolu olduğu benim için önemli. Ama şundaki mevcut benim meslek personelim, bu da bir tek bizim ülkemizde var meslek personeli kavramı. Yani biz psikoloğu, sosyoloğu, sosyal çalışmacıyı bu bakanlık adı altında hepsini aynı görüyoruz. Bu zaten yanlış bir şey.*”

Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi sorumlularının sistemin sürdürülebilirliğine ilişkin soruya yalnızca personel sayısının yetersiz olduğunu belirttikleri görülmektedir. “K10: *Evde sağlığın sürekliliği için personelin bir bu kadar*

daha artması lazım. Nüfusa göre planlanması lazım. Nüfusun %5'i yaşlı gruptur. Bunları istatistiğe göre belirleyip hekim, araç, ekip sayısı düzenlenmelidir.” K11: Doktor açığımız devlet atama yaparken ilgili hastaneye 20 tane doktor ataması yapıyorum ama 10 tanesi evde sağlıkta çalışacak demeli. Hemşireler zaten burada işlerin %80 inini yapıyor. Ama beslenme konusunda order hangi mama, hang çeşit, ne kadar kaloride ne verileceğini doktor hesaplıyor, bir doktor kaşesi ve imzası lazım.”



Şekil 11: Sistemin Sürdürülebilirliği

Ana Tema 6: Evde Bakım Hizmetlerinin Tek Merkezden Yönetimi

Katılımcılara “Evde bakım hizmeti sunan kurumlar tek bir merkezden yönetilebilir mi? Eğer yönetilebileceğini düşünüyorsanız, sizce bu kurum hangisi olmalıdır?” sorusuna verdikleri yanıtlara baktığımızda, Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi ve Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birim sorumlularının tamamının Sağlık Bakanlığı’nın merkez birim olması gerektiğini belirterek görüş birliği sağladıkları görülmektedir. Ancak Sosyal Hizmet Merkezi sorumlularının belediyeler, Sağlık

Bakanlığı veya kendi bünyelerinde bu hizmeti yürütebileceklerine ilişkin görüş belirtmişlerdir.

Evde bakım hizmetlerinin merkezi seçilebilecek kurumla ilgili görüşlere ilişkin örnek ifadeler;

K5: Evde bakım tek bir merkezden yönetilse çok iyi olur. Ama hepsinin içinde olması gerekiyor. Evde bakımı, sağlık hizmeti, hemşirelik hizmetleri, doktor hizmetleri yani evde hastanın traşı, bütün hizmetleri aynı çatı altında olmalı. Bu görev Sağlık Bakanlığının görevi olmalı ya da Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının da olabilir. Destekle ikisi de olabilir. Bu durumun hastane ayağı olduğu için, ağırlıklı hastane ayağı olduğu için Sağlık Bakanlığı devreye girmeden olmaz. Asıl koordine olmamız gereken yer Sağlık Bakanlığı.

K12: Evde bakımın merkezi Sağlık Bakanlığı olmalı, geçiş kademli olarak yapılmalı, belediyelerde dahil edilerek olmalı. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığında kademeli olarak sağlık ve bakım olarak birleşmeli.

K9: Bu hizmeti Sağlık Bakanlığı'nda biz de yürütebiliriz, belediye de yürütebilir. Tek bir elde yürütülecek olsa fark etmez. Herhangi biri yürütebilir.”

Ana Tema 7: Evde Bakım Hizmetleri Sunan Diğer Kurumlarla İletişim ve Ortak Çalışma

Birim sorumlularına evde bakım hizmeti sunan diğer birimlerle iletişimlerine dair sorulan soruya tüm katılımcılar resmi iletişim kanalının olmadığını belirtmiştir. Ancak araştırmaya katılan Sosyal Hizmet Merkezi ile Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi sorumlularından 1'er sorumlunun, Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birim sorumlularından 2 kişinin kendi imkanlarıyla gayri resmi iletişim sağladığı tespit edilmiştir. İletişim sağlayamayan birim sorumlularının da hastaları ilgili birimlere yönlendirme yaptıklarını belirtmişlerdir. Gayri resmi iletişim kanalıyla veya bakıma muhtaç kişi ve yakınlarını yönlendirme suretiyle Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin hastane, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü, Büyükşehir Evde Sağlık Birimi ve bağlı oldukları belediye bünyesinde yer alan sosyal bakım sunan ilgili birimlere yönlendirme yaptıkları görülmektedir. Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezinin ise, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü, Belediyelerin Evde

Sağlık Hizmetleri Birimlerine, Hastane bünyesinde yer alan sosyal hizmet birimine, evde sağlık hizmeti sunan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine yönlendirme yaptıklarını belirtmişlerdir. Evde bakım hizmeti sunumunun aktif şekilde yürütülebilmesi için bilişimsel altyapıyla desteklenmiş resmi iletişim kanalının oluşturulması gerektiğini belirtmişlerdir.

Evde bakım hizmet sunumunda evde bakım hizmetleri sunan diğer kurumlarla iletişim ilişkin örnek ifadeler;

K9: ASPB ile sürekli iletişimdeyiz, birbirimizi arıyoruz. Vakaları soruyoruz ya da onlardan yönlendirmeler oluyor. Onunla ilgili her 2 tarafta hassasiyet gösteriyor. Protokolümüz yok, sosyal çalışanların kendi inisiyatif ve işbirlikleriyle oluyor.

K12: Saç, sakal, duş, tırnak kesimi, kişisel bakım, ev temizliği, gıda yardımı, düşkün ve kimsesiz olanlar dosyaya not alınıyor. İBB'ye TC ile yakınının rızasıyla telefon numarası veriliyor. 3-4 gün içinde tespit ekibi tespit yapıp hizmet sunuyor. Bu bildirim ve iletişim resmi değil, İBB ekipleriyle hastayı mağdur etmeden hizmet sunuyoruz.

Araştırmaya katılan sorumlulara birlikte yürütülen çalışmalar sorulduğunda, yalnızca 2 Sosyal Hizmet Merkezi ile Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezinin diğer birimlerle ortak çalışma yürüttüklerini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan diğer birim sorumluları ortak çalışma yürütmediklerini belirtmişlerdir.

Evde bakım hizmet sunumunda birlikte yürütülen çalışmalara ilişkin örnek ifadeler;

K6: Şahsi olarak iletişimimiz var. Hastanedeki ekip hastaya sık gidemedikleri için birbirimizle paslaşıyoruz. Bunun haricinde ortaklığımız yok. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile hasta açısından sosyal yardım konusunda görüşmeler oluyor, onun haricinde maddi destek olarak YADES gibi çalışmalardan yararlanmıyoruz.

K12: 2 yıldır proje yapıyoruz. Proje kapsamındaki hasta sayısı sınırlı ancak kendi bölgemizde böyle bir hizmeti başlatmakta olumlu bir çalışma. Bu proje kapsamında evde sağlık hizmetlerinden yararlanan kişileri hastaneye 2 gün yatırıp kişisel

bakımlarını, tedavilerini yaptık. Bakım sunan yakınlarını da sinemaya, geziye, yemeğe götürdük. Belediye şirket arabasıyla taşıma işlemlerini, Kaymakamlık maddi sponsor ve gezilecek yerlerin planlamasını yaptı. Üçlü bir ortak çalışma yapıldı.

K1: Belediye ile birlikte Sosyal Hizmetler Rehberini oluşturduk. Bu rehberle talep edilen sosyal hizmetlerin nereden, nasıl ve hangi koşullarda alınabileceği yazıyor. İçerisinde ekonomik destek, engelli ve yaşlı hizmetleri, eğitim ve danışmanlık, kadın ve çocuk, bağımlılıkla mücadele ve sağlık hizmetlerine ilişkin bilgiler mevcut.”

Ana Tema 8: Entegrasyon Önerisi

Katılımcıların evde bakım hizmetlerinin farklı kurumlar tarafından sunulması ve bu kurumların entegrasyonun sağlanması konusundaki görüşleri neticesinde 2 alt tema oluşturulmuştur. Bunlardan ilki entegrasyonun hangi kurumlarla sağlanması gerektiği ve ikincisi entegrasyon sağlanması gereken süreçler olarak belirlenmiştir.

Birinci alt tema doğrultusunda katılımcıların ifadelerine baktığımızda; tüm evde bakım hizmeti sunan kurumların diğer kurumlarla entegrasyon sağlaması gerektiği konusunda görüş bildirmişlerdir.

Araştırmaya katılan tüm Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birim sorumluları, Sağlık Bakanlığı ile entegrasyon sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra K7 birim sorumlusu Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile de entegrasyon sağlanması gerektiğini belirtmiştir.

Evde bakım hizmetleri yürüten belediyelerin sorumlularının entegrasyona ilişkin görüşlerinden örnek ifadeler;

“K5: Entegrasyon konusunda Sağlık Bakanlığı ile biz irtibat halinde olmalıyız. Belediyelerin evde bakım hizmetiyle irtibat halinde olmalı. En azından Devlet Hastanesinin evde bakım hizmeti yok ama yine de Devlet Hastanesinin başhekimiyile ya da biriyle daha yakın irtibat halinde olmamız gerekiyor. İlçe belediyelerle ilçe içerisinde olan hastanelerle olmalı. Entegrasyonda iletişimin daha iyi olması, daha özverili, istekli olması gerekiyor. Normal bir hasta gibi evde bakım hastasını götürdüğümüz zaman normal bir hasta gibi değerlendirilmemesi

gerekıyor. Biz o hastayı oraya götürene kadar çok eziyet çekiyoruz. Hiç kolay değil o hastayı yerinden kaldırarak götürmek. İsefle yıka kapat deyip geri gönderen doktorlar var.

K7: Hastaların ve bakım veren yakınların psikolojik ve sosyal açıdan bakıma ihtiyaçları var. Örneğin 4 yıldır Alzheimer hastasına bakım veren yakını evden dışarı çıkamıyor. Onlar için ASPB ya da ilgili kurumlar destek sağlamalı. Örneğin, gündüz bakım evleri tarzında hizmet sunabilir. Bakım sunan kişilere tatile, sinema gibi faaliyetleri yaparak sosyal yaşam alanı sağlanmasına katkıda bulunmalıdır.”

Araştırmaya katılan Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi sorumlularının çoğunluğu diğer kurumlarla entegrasyon sağlanabileceğini belirtirken, bir sorumlu entegrasyonun sağlanamayacağı konusunda görüş bildirmiştir.

Evde bakım hizmetleri yürüten Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi sorumlularının entegrasyona ilişkin görüşlerinden örnek ifadeler;

“K11: Entegrasyon olacaksa da tek bir binada olmalı. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, belediyelerin bakım birimleri tek bina, tek bir hizmet, tek bir sorumlu altında bölge bölge yapabilirsin onu da il sağlık müdürlüğü altında yapılabilir. Sağlık hizmetleri daire başkanlığı adı altında toplayabiliriz. Denetimlerin daha sık olması, kurulduktan sonra öncelik eleman eksikliğini ortadan kaldırılmalı.

K12: Entegrasyon zor. Şuan vefat eden hastaları ayrı bir sistemden öğreniyoruz. Vergi dairesinden olacak işlemleri, mahkeme kararlarını tek bir sistem üzerinden görmeyi devlet yapamıyor. Biz evde bakım için nasıl yapalım. Bunun yapılması için bilgi işlem, teknoloji kullanımını artırmalıyız.”

Sosyal Hizmet Merkezi sorumlularının çoğunluğu entegrasyon sağlanması konusunda görüş bildirmişlerdir. “K3: Biz yardım yapıyoruz. Belediye, İBB, dışarda binlerce vakıf var ve bunlar yardım yapıyor ve entegre bir sistem yok. Ben bir sisteme kişinin TC sini yazınca, bu kişi A vakıftan, şu dernekten, belediyeden ne almışsa her şeyi görmem lazım. Birisinden koli alıyor, belediye erzak kolisi verse bunları sisteme girsin ki ben göreyim. SOYBİS var ama bir insanın bilgilerinin % 10 unu görebiliyorsunuz, bilinmeyen bir dağ var geride. Bu sisteme TC sini yazınca ne sağlık sorunu var, ekonomik durumu nedir,

sabıka durumu nedir, annesi kardeşini ailesine ilişkin bilgilerini, psikolojik durumuna kadar. E-devletin birbirine bağlantılı olması gibi, tek bir sistem. Bu sistem MEB, biz, Sağlık Bakanlığı herkes kullansın. Sağlık Bakanlığı sağlık kurul raporu çıkarıyor, şahıs bunu bana getiriyor. Ben bu raporu oradan görebileyim. Benim ilçe tarıma kadar bilgiye ihtiyacım var. Gelirini bilemiyorsunuz, ilçe tarıma soruyorum. Bu benim için büyük zaman kaybı. Bunun dışında nüfus var. İkametim burada şurada diyor kişi, ben girip bunu görebileyim. Böyle bir yazılım sistemi olması lazım ama belki 20-30 yıl sene sonra olur.”

Katılımcıların görüşleri doğrultusunda entegrasyon sağlanması gereken süreçler 6 alt tema olarak belirlenmiştir. Bunlar bilişim altyapısının oluşturulması, hukuki düzenlemeler, kalite çalışmaları, finansman ve malzeme altyapısının temini, personeldir.

Sosyal Hizmet Merkezi, Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimi ve Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi sorumlularının görüşleri doğrultusunda entegrasyon gerçekleştirilmesi gereken ortak süreçlerin bilişim altyapısının oluşturulması, personel, hukuki düzenlemeler, finansman ve malzeme altyapısının temini olması gerektiğini belirtmişlerdir. Yalnızca Sosyal Hizmet Merkezi sorumluları kalite çalışmaları konusunda görüş birliğine varamamıştır.

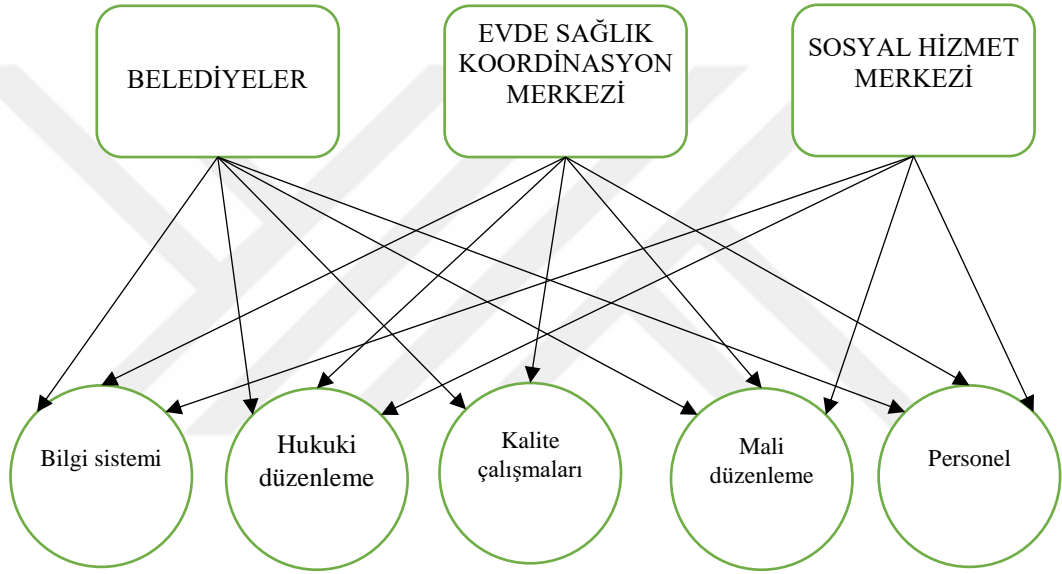
Evde bakım hizmetlerinde entegrasyon sağlanması gereken süreçlere ilişkin örnek ifadeler;

“K7: Bası yarası konusunda bilgilendirme yapılıyor, yaralar için haftalık bizim kontrolümüzde tedavi oluyor. Bizi aşarsa üst kuruma yönlendiriliyor. Veri havuzu, bilişim altyapısı olursa ihtiyaçlar doğrultusunda bu süreç kolaylaşır.

K10: Hukuki düzenlemeler ortak düzenlenebilir, personel ve mali düzenlemeler açısından entegrasyon sağlanabilir. Yerel düzeyde de yapılabilir. Kurumlar arası sen ne yapıyorsun denildiği zaman görev dağılımının bilinmesi gerekiyor, görev tanımları yapılabilecek bunlar yapılırsa entegre sistem olabilir. Sonrasında sistemden talep oluşturduğumuz zaman doktor şu şu ihtiyaçları var, evin temizlenmesi gerekiyor diye yazdığı zaman değerlendirme için sosyal hizmet uzmanına yönlendirilir.

K2: Daha önce belediye ile çalışılırken belediye personeli dosyayı yapıyor, kendi aracıyla gidip geliyor bizim aracımızla değil. Baktığınız zaman belediye bizden

yararlanıyor. Maaşı bağlayan biziz, hizmeti götüren o masrafı karşılayan belediye oluyordu. Kendi personeli, kendi aracı, kendi vakti ve kendi kirası ve yeri. Belediye ayrıca toplum işleri olarak görüyor, Sosyal Hizmet Merkezi 'ninde işine geliyor. Bu mantıkta olduğu sürece sıkıntı yok. Yani merkezden gelir olduğu sürece ama yine de bunu yasal düzenlemeyle yani mesela belediye SHM'ler bu konuyla keza engellilerle ilgili hizmetlerde işbirliği yapabilir diye yönetmelik ya da yasa olursa mesela protokol iptal edilebilir ya da olursa daha çok dayanağı olabilir. Protokol iptal edilebiliyor, valilik onayıyla falan olduğu için ama bu yasayla olursa siyaseti işin içinden çıkartmış olabilirsiniz.”



Şekil 12: Entegrasyon Sağlanması Gereken Süreçler

Ana Tema 9. Evde Bakım Hizmetlerinin Geleceğine İlişkin Görüşler

Araştırmaya katılan kişilere evde bakımın geleceğine ilişkin görüşleri sorulduğunda Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimi ve Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi sorumlularının evde bakıma olan talebin artış göstereceğini belirtirken, Sosyal Hizmet Merkezi sorumluları arasında evde bakıma olan talep artışı ile kurum bakımına olan talep artışı arasında görüş farklılıkları olduğu görülmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin geleceğine ilişkin görüşlere örnek ifadeler;

“K7: Yaşlı nüfus arttıkça Alzheimer, demans, kanser hastalıkları, yaşlılığa bağlı hastalıklar artacak. Bu da evde bakım hizmetlerine olan talebin artacağını gösteriyor.

K11: Evde bakım sistemi devam edecektir. Koordinasyon merkezlerinin oluşturulması bunun göstergesidir. Koordinasyon merkezinin kurulmasındaki amaç hasta ziyaretlerinin artırılması, denetimin tek elden olmasıdır. Yani burada denetleyebiliyorum, günde kaç hastaya gittim, ona ne yaptım, bu nedir, bunlar şimdi yavaş yavaş oturmaya başladı. Ziyaret sayılarımız arttı. Burada günlük her araç 10 hastaya gitmek zorunda. Bu şekilde süreklilik sağlanıp, daha fazla hastaya daha iyi evde bakım hizmeti sunulacağını düşünüyorum.

K2: Aile yapımız toplum olarak değişiyor, evde bakım gün geçtikçe azalacaktır. Aileler tarafından bakılmayanlar, evlerinden atılanlar kurum bakımına alınıyor. Yaşlı ve engelli toplumda yer alamıyor.”

Ana Tema 10: Evde Bakım Hizmetleri İçin Rol Model Alınabilecek Ülkeler

Katılımcılara dünyadaki evde bakım hizmetleri sunumunda rol model alınabilecek ülkeler sorulduğunda Almanya, Danimarka, Fransa, Hollanda, İngiltere, İsveç, Kanada ve Norveç örnek alınabilecek ülkeler olarak katılımcılar tarafından gösterilmiştir. Kurumlar açısından ele alındığında 3 kurumunda Almanya’yı rol model alabileceğini belirttikleri görülmektedir. Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimi ve Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi olarak benzer verilen ülke ülkeleri ise, Danimarka, İsveç ve Norveç’tir. Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimi ile Sosyal Hizmet Merkezi Hollanda’yı rol model ülke olarak gösterilmiştir. Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi ile Sosyal Hizmet Merkezi İngiltere’yi rol model olarak gösterdikleri görülmektedir. Fransa’yı Sosyal Hizmet Merkezi örnek gösterirken, Kanada’yı Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimi rol model olarak göstermektedir.

Evde bakım hizmetlerinde rol model alınabilecek ülkelere ve rol model alınabileceğine ilişkin örnek ifadeler;

“K9: İskandinav ülkeleri bu konuda çok iyiler. Norveç, Danimarka, İsveç bu konularda ön plandalar. Özellikle Hollanda’nın yaşlılığa olan bakışı bunlar kıymetli çalışmaların olduğu yerler. Rol model olabiliyor muyuz, hayır olamıyoruz.

Bunlar benim kendi şahsi araştırmalarım ile bakmış olduğum deneyimlemiş olduğum yerler. Buralar gerçek anlamda yaşlılarına ve hastalarına kıymet veriyor.

K10: Kuzey lkeleri evde bakımı paralı yapıyor, parasız yapan yerlerde var. Tansiyon liyorlar elektronik ortamdan bilgisayara geçiyor, yataktan hastayı takip ediyor. Skype ile görüşme yapıyorlar. Onlarda evde bakım kapsamında yemek hizmetleri, gezdirme, refakat hizmetleri veriyorlar. Rol model alınabilecek Kuzey lkeleri var.

K3: Sosyal yardım konusunda Almanya var. Engelliye destekleme de çok kaliteli. Verdiği ücretle geinebiliyorsunuz. Sosyal hizmetin ilk çıktığı İngiltere var. Fransa çok etkili değil. Hollanda, İsviçre var. İsviçre kurum bakımında rol model, muhteşem hatta. Onlar bizim 50 yıl sonraki halimize gelmiş durumdadalar. şuan biz gelenekseliz, onların gelenekselliği, aile yapısı zaten yoktu. Onlar daha çabuk adapte sağladılar kurum bakımı meselesine.”

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmelerden elde edilen sonuçlar öncelikle ayrı ayrı ele alınmakta; daha sonra ise bir bütün olarak araştırma sorularına cevap aranmaktadır. Araştırma sonuçları literatürden yararlanılarak tartışılmaktadır.

Çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcıların evde bakım hizmetleri kavramını tam olarak bilmedikleri, her kurumda görevli birim sorumlusunun kendi sundukları hizmetleri evde bakım hizmeti olarak algıladığı görülmektedir. Bu görüşe örnek olarak evde bakım hizmetlerinin tanımlanmasına ilişkin sorulan soru neticesinde her birim sorumlusunun evde bakım kavramını tanımlamaya çalışmak yerine, sundukları hizmetler üzerinden kavramı açıklamaya çalışmasıdır. Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi sorumluları evde bakımı tanımlarken “sağlık”, “hasta”, “kan”, “muayene”, “pansuman” kavramlarını sıklıkla kullanmakta, evde sağlık kapsamında hastaların rutin muayeneleri ve kan tetkikleri, pansuman, ilaç raporu çıkartma gibi sağlık hizmetlerinden söz ettikleri, görülmektedir. Başka bir ifade ile evde bakım hizmetlerini evde sağlık hizmetleri ile sınırlandırmaktadırlar. Buna karşılık, Sosyal Hizmet Merkezi sorumluları “bakıcı”, “vakıf”, “engelli” ve “ücret” kelimeleri ile tanımlamakta ve tanımın temelini kurumun Sağlık Kurulu Raporu ile engelli olduğunun tespiti neticesinde bakım sunacak kişiye ücret ödenmesi oluşturmaktadır. Vakıf kelimesinin temelini ise aynı kurum bünyesi içinde yer alan ve sağlık kurulu raporu ile engelli olduğu tespit edilen bireylere maaş ödemesi yapan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı oluşturmaktadır. Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birim sorumluları ise “destek”, “temizlik”, “sağlık” ve “banyo” kelimeleri ile evde bakım hizmetlerini tanımlamakta ve sağlık ve sosyal bakımı içeren tıp hizmetleri ve temizlik ve kişisel bakım gibi hizmetleri saymaktadır. Benzer durum farklı çalışmalarda da söz konusudur. Örneğin Çoban (2015: 105) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada da katılımcıların literatürdekine benzer bir tanımlı yapamadıkları ve ifade edilen tanımların verilen hizmetin içeriğiyle çerçevelendiğini ileri sürmektedir.

Lanzarone ve Matta (2014: 48) yaptıkları çalışma neticesinde evde bakım hizmetini hastaneden ziyade, hanelerinde hastalara tıbbi, paramedikal ve sosyal hizmetler sunmak olarak tanımlamaktadır. Bu doğrultuda evde bakım tanımının sadece ulusal literatürde değil, uluslararası literatürde de farklılıklar içerdiği görülmektedir.

Araştırma neticesinde evde bakım hizmeti kapsamında Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri post-op hastaların özellikle kalça ve diz ameliyatlarının pansumanı, hekim tarafından reçete edilen evden dışarıya çıkamayan, yatağa bağımlı hastalar için serum ve enjeksiyon tedavileri, sonda takımının yanı sıra hekim tarafından talep edilen kan tetkikleri için kan alma işlemlerini yürütmektedir. Ayrıca diyabet, tansiyon hastalarının takibi ile demans, alzheimer, KOAH ve kanser hastaları, felçli hastaların tedavilerini yapmaktadır. Mur-Veeman ve arkadaşları (2008: 175) yaptıkları çalışmada İsviçre’de ilçe meclisleri tarafından sunulan evde bakım hizmeti kapsamında diz ve kalça replasmanı, KOAH hastalarının yanı sıra kalp ile ilgili hastalıklar, inme ve kanser olan kişiler için bakımı sunulduğunu belirtmişlerdir. Türkiye’de de benzer hastalık gruplarına hizmet sunulduğu görülmektedir.

Evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezi yatağa bağımlı bireyler, yaşlılar, engelli bireyler ve kronik hastalığı olan bireylere trakeostomi değişimi, ventilatör bakımı, sonda takımı, serum ve enjeksiyon işlemleri, rutin muayene ve tetkikler, ilaç raporu çıkartılması, ilaçların reçete edilmesi, pansuman ve yara bakımı hizmeti sunmakta ve belediyelerin evde sağlık hizmetleri birimi ile benzer hizmetler yürütmektedirler. Benzer ihtiyaçlara sahip olan bireylerin her iki birime de başvuru yaparak, hizmet talep ettiği için duplikasyonlar yaşanmaktadır. Belediye evde sağlık hizmetleri birimleri, böyle durumlarda hastalara yalnızca bilgilendirme yapmakta ve kendi imkanları içerisinde sunmayacakları hizmetler için hastaları evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezlerine yönlendirmektedir. Sosyal Hizmet Merkezi ise engelli bireylere bakım maaşı bağlanması gibi çok kısıtlı hizmetleri sunmaktadır.

Hizmet sunan birimler arasında hizmet sunumunda önkoşul olarak yasal standardizasyon bulunmamakta ve bu konuda birimler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bu konuda evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezleri ile belediyelerin evde sağlık hizmetleri birimleri benzer önkoşullara sahip olmakla birlikte, sosyal hizmet merkezlerinin önkoşulları diğer birimlerden tamamen bağımsızdır. Ayrıca bakım maaşı, bakım ihtiyaç düzeyi ya da hizmet sunulan saat başına ayrımı yapılmadan standart maaş olarak ödenmektedir. Katılımcılar bu maaşların bakım sunan kişilerin geçimlerini sağlamada yeterli düzeyde olmadığı için çalışmak zorunda kaldıklarını ve bakımın yeterli düzeyde olmadığını belirtmiştir. Bu noktada evde bakım hizmetleri için Avusturya’nın Federal

Bakım Yardımı Yasasında belirtildiği gibi bakım ihtiyaç kriterleri ve ihtiyaçlara dayanan bakım düzeyleri belirlenmeli ve bakım maaşı ödemeleri bu düzeylere göre yapılmalıdır (<https://www.ris.bka.gv.at>).

Araştırmanın sonuçlarına göre, kurumlarda sunulan hizmetlere ilişkin performans değerlendirme çalışmaları yürütülmemekte, sadece sunulan hizmetlere ilişkin bilgilerin kayıt altına alınması ve sayısal verilere dayalı bir performans değerlendirme algısı bulunmaktadır. Performans değerlendirmesi amacıyla evde bakılan hasta sayısı, hizmet kullanıcılarının memnuniyet düzeyleri, sunulan hizmet sayısı, hizmet sunulan hasta sayısı, müracaat onay ve red dosya sayıları kullanılmaktadır. Kalite çalışmaları kapsamında ise personelin eğitime gönderilmesi veya hizmet içi eğitim düzenlenmesinin yanı sıra süreç odaklı iyileştirmeler de yapılmaktadır.

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Hastane Kalite Standartları metodolojisine uygun olarak Bakım Hizmetleri Kalite Standartları olmasına rağmen, hizmet sürecinde hiçbir birim tarafından mevcut standartlar kullanılmamaktadır. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı'nın Hastane Kalite Standartları Evde Sağlık Modülü mevcut olmasına rağmen, evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezlerinin bu modülü kullanmadıkları ve kendilerine özgü standart oluşturma çalışmaları yapmakta oldukları görülmektedir. Ayrıca, yapılan gözlemlere göre, evde bakım hizmeti sunan ilgili kurumların standartlarla hizmet kalitesini artırma yönünde çalışma yapabilecek sayıda ve yetkinlikte personeli de bulunmamaktadır. Nihai olarak, evde bakım hizmeti sunan birimler için önceden belirlenmiş standartlar ve kriterlere dayalı olarak kalite çalışmaları ve performans değerlendirmesi yapılmamaktadır. Hirdes ve diğerlerinin (2004: 667) yaptığı araştırmaya göre Amerika'da da Türkiye'de olduğu gibi bakıma muhtaç kişiler birden fazla kurum veya profesyonelden evde bakım hizmeti alabilmekte ve hizmet sunucularının sunduğu hizmetlerin kalitesi doğrudan kontrol edilmemekte ya da denetleme yapılmamaktadır.

Birleşik Krallık'ta bütün evde bakım hizmeti sunan kuruluşların sundukları hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi için Care Quality Commission'a kayıtlı olma zorunluğu vardır. Aynı zamanda bu komisyona kayıt için Ulusal Minimum Standartlarına uyma ve Ulusal Minimum Standartlarına uyum sağlamak için yapılacak çalışmaları belirten yazılı politika ve prosedürleri oluşturma zorunlulukları vardır (Glendinning ve Wilde, 2011: 111).

Ayrıca bakım kalitesini artırmak amacıyla eğitimlerin ve sertifika programlarının düzenlenmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Özellikle bakım maaşı için başvuran kişilerin sertifika programına katılması zorunlu hale getirilerek, eğitimleri başarıyla tamamlamasının zorunlu hale getirilmesi bakım kalitesine katkı sağlayacaktır.

Çalışmanın neticesinde birimlerin evde bakım hizmetleri finansmanının bağlı oldukları kurumlar tarafından karşılandığı görülmektedir. Belediyelerin evde sağlık hizmetleri birimlerinin zaman zaman malzeme sıkıntısı yaşadıkları görülmektedir. Belediyelerin Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri bireysel iletişimleri sayesinde evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezlerinden malzeme alabilmektedir. Bu noktada bazı birimlerde finansman sorunu olduğu kanısı ortaya çıkmaktadır. Hizmetin sürekliliği için finansmanın ortak olmasının hizmet sunumuna katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Türkiye’de evde bakım hizmetine olan ihtiyacın giderek artması beklendiğinden, bu yöntemler finansmanın disipline edilmesi ve maliyetlerin kontrol altına alınması da sağlanabilir.

Glendinning ve Wilde (2011:107) Birleşik Krallık’ta yaptıkları çalışmada evde bakım hizmetlerinin finansman kaynağı olarak kamusal kaynakların yanı sıra, vergilendirilmiş hibeler ve fonlar ile hizmet kullanıcıları ve aileleri tarafından yapılacak ek ödemeleri de kabul etmektedir. Ancak kamu tarafından finanse edilen hizmetler, giderek düşük gelirli ve kişisel bakıma en üst düzeyde ihtiyaç duyan kişilerle sınırlandırılmakta ve bunun neticesinde yaşlılar ve aileleri bireysel kaynaklarla evde bakım hizmeti almak zorunda kalmaktadırlar. Kanada’da zayıf yaşlılar için entegre bakım sistemi (A System Of Integrated Care For The Frail Elderly-SIPA), çalışması sonucunda, kamu finansmanının bütünleşmesi ile yeni oluşan kuruluşun tüm giderlerin finansmanından sorumlu tutulması ve hizmet kullanıcılarından belirli hizmetler için maliyetinin bir kısmına katkı sağlayabileceği tespit edilmiştir (Bergman ve diğerleri, 1997: 1118). Kanada ve Birleşik Krallık’ta yürütülen çalışmalara benzer şekilde Türkiye’de bakım ihtiyacı olan kişilerin bakım finansmanının sağlanması için Sosyal Güvenlik Kurumu altında bir fon oluşturulması ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından gelir tespitleri yapılarak, gelir düzeyine göre ve kişilerin fakirleşmesine sebep olmayacak şekilde katkı payı alınması sağlanabilir.

Araştırmanın sonuçlarına göre, evde bakım hizmetlerine artan talebi karşılayabilecek ve mevcut sistemin sürdürülebilirliğini sağlayacak personel sayı ve nitelik bakımından yeterli düzeyde bulunmamaktadır. Belediyelerin evde sağlık hizmetleri birimlerinin tamamını kapsayacak şekilde çalışmalar için belirlenmiş sayı ve niteliklere ilişkin standartlar mevcut değildir. Bu bağlamda uzmanlık alanı gerektiren hekim, branş hemşireleri, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog gibi alanlara ait personel mevcut değildir.

Sosyal hizmet merkezlerinde göre yapan personelin de nicelik ve nitelik bakımından yetersiz olduğu belirlenmiştir. Uygulamada görev yapan sosyal çalışmacıların ilk atandıklarında alana ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu; sosyal çalışmacı yerine birimlere psikolog, sosyolog, psikolojik danışmanlık ve rehberlik alanlarından mezun meslek elemanlarının alınmasının personelin verimsiz kullanımına sebep olduğu iddia edilmektedir. Ayrıca sosyal hizmet merkezleri bakım maaşı ödemelerini yürüten ve denetimleri gerçekleştiren birimler olmasına karşın, bu birimlerde çalışan personelin bakıma ilişkin bilgileri bulunmamakta ve dolayısıyla bakıcıları yönlendirememektedirler. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın "Bakım Hizmetleri Uygulama Rehberi" adı altında bakımın kalitesini artırmak amacıyla geliştirdiği bir eğitim rehberi bulunmakta, ancak görüşülen birimlere göre uygulamaya yönelik çalışmalar bulunmamaktadır. Evde bakım maaşı alan bireylere bakıma ilişkin eğitim verilmediği; eğitim verebilecek kişilerin birimde görevli olmaması ve birim çalışanlarına konu hakkında eğitimlerin düzenlenmemesi katılımcılar tarafından eksiklik olarak belirtilmiştir. Bütün bunlara ilave olarak, evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezlerinin en önemli problemi personel sayısının yetersizliğidir. Çoban (2015: 119) tarafından yürütülen çalışmada da personel sayısının yetersiz olduğunu tespit etmiştir. Tarricone ve Tsouros (2005: 34) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise Avrupa'da evde bakım hizmeti sunan personelin eğitim açısından yetersiz olduğu iddia edilmektedir.

Araştırmanın sonucunda Türkiye'de evde bakım hizmetinin tek bir kurum tarafından sağlanmadığı ve hizmet sunan kurumlar arası koordinasyon olmadığı tespit edilmiştir. Yalnızca belediyelerin sistematik olmasa dahi sağlık ve sosyal bakım hizmeti sunması açısından evde bakım hizmetini bütüncül sunabilen tek kurum olduğu söylenebilir. Ancak belediyeler evde sağlık birimi olarak evde sağlık hizmetleri ile kadın ve aile hizmetleri birimleri tarafından sosyal bakım hizmetleri adı altında ev temizliği, kişisel bakım gibi

destek hizmetleri yürütmektedir. Belediyelerin evde sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini birbirinden farklı birimlerle yürütmesi evde bakım hizmeti kavramının bütüncül bir hizmet olduğunun anlaşamadığını göstermektedir.

Hizmet talep eden bireylerin benzer özelliklere sahip olmasına karşın, hizmet sunumunu yürüten kurumların farklı olması, sunulan hizmetin çeşitliliği, hizmeti sunacak personelin uzmanlık alanları ve sayısı, hizmet sunumunda hukuki dayanakların farklı olması, finansman kaynakları bakımından evde bakım hizmetinin tek bir merkezden yönetilmesinin güç olduğu düşünülmektedir. Ancak mevcut sistemin geliştirilmesi, denetimi, verimliliğin artırılması, kaynakların doğru kullanılması, hukuki altyapının oluşturulması, hizmet sunan birimlerin personel ve mali açıdan güçlendirilmesi amacıyla tek bir merkeze bağlı bir entegrasyon sistemi kurulmasının hizmetin sürdürülebilirliği açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Sağlık ve sosyal bakım hizmetine ihtiyaç duyan ve bu hizmetleri sunan belediyelerin evde sağlık hizmeti birimleri, evde sağlık hizmeti koordinasyon merkezi ve sosyal hizmet merkezlerine başvuruda bulunan bireylerin benzer özellikleri taşıdığı ve birimler arası iletişim olmadığı veya iletişimin gayri resmi şekilde sağlanması sebebiyle hizmetlerin verimli şekilde yürütülmesinde problemler yaşanmaktadır. Bu noktada hizmetin ve kurumların parçalanmış yapısını azaltmak ve kaynakların daha iyi kullanımını sağlamak için Kanada'da uzun süreli bakıma kabul için oluşturulan vaka yönetimi ile tek bir giriş noktası uygulaması Türkiye'de uygulanabilir (Bergman ve diğerleri, 1997: 1115). ABD'de Abraham ve arkadaşları (1992) tarafından yapılan bir çalışmada da vaka yöneticilerinin sosyal ve tıbbi bakımı koordine ettiği belirtilmiştir. Koordinasyonun sağlanabilmesi, vaka yönetiminin yanı sıra, ilgili birinci basamak sağlık personelinin çalışma durumuna ve ihtiyaç durumunda hizmet sunabilecek hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve tıbbi bakım yöneticisi tarafından desteklenip desteklenmediğine bağlıdır (Leutz, 2005: 7). Bergman ve arkadaşları (1997: 1118)'nin çalışmasına göre, Kanada entegrasyon modeli olan SIPA'da bireye aile hekimi, sağlık çalışanları ve sosyal hizmet uzmanlarını içeren disiplinler arası bir ekip tarafından bakım sağlanmaktadır. Benzer şekilde, kaliteli evde bakım hizmetinin sunulabilmesi için Türkiye'de oluşturulacak merkez bünyesinde doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet

uzmanı, yardımcı sağlık personeli, yardımcı personel, veri giriş elemanı ve şoförün de dahil olduğu evde bakım ekipleri oluşturulmalıdır.

Evde bakım sağlayıcıları, çok sayıda hastayı, farklı operatör kategorilerini, destek personeli ve malzeme kaynaklarını yüksek değişkenlikten etkilenen bir bağlamda yöneten karmaşık organizasyonlardır (Lanzarone ve Matta, 2014: 48). Mur-Veeman ve arkadaşları (2008: 175) Finlandiya, İsveç, Hollanda, İngiltere, İspanya ve Avusturya'yı inceledikleri çalışmalarında mevzuat, mali teşvikler ve diğer teşvik edici önlemler ile entegrasyonun sağlanabileceği ve gelişebileceği, böyle bir politikanın yokluğunda ise entegrasyonun gelişemeyeceğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde araştırma doğrultusunda entegrasyon sağlanması gereken süreçler 6 alt tema olarak belirlenmiştir. Bunlar bilişim altyapısının oluşturulması, hukuki düzenlemeler, kalite çalışmaları, finansman, malzeme altyapısının temini ve personeldir.

Avrupa ülkelerinde yaşlıların, engellilerin ve kronik hastalığı olan hastaların bakımı için entegre evde bakım hizmeti oluşturmak ve evde bakım hizmetlerinin karmaşıklığına çözüm bulmak için ICT (bilgi ve iletişim teknolojisi) teknolojileri ile oluşturulan K4CARE (Knowledge-Based HomeCare eServices for an Ageing Europe) Modeline (Campana ve diğerleri, 2007: 4) benzer bir modelin yerel düzeyde hizmet sunan kişilerin katılımıyla Türkiye'de de oluşturulmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezinin kullanmakta olduğu Korteks Bilgi Sistemine diğer evde bakım hizmeti sunan kurumların da dahil edilmesi faydalı olacaktır.

İspanya'da, evde bakım hizmetlerine ilişkin tek bir karar mekanizması bulunmamakta, bazı bölgelerde devletin, bazı bölgelerde ise bölgesel otoritelerin baskın role sahip olduğu bir yapı bulunmaktadır (Mur-Veeman ve diğerleri, 2008: 179). İsveç evde bakım hizmetlerinin sunumunda hükümet, ilçe meclislerine ve belediyelere yetki vermiştir. Sağlık bakım ve tıp hizmetlerinden ilçe meclisleri, sosyal hizmetlerden ise yerel düzeyde belediyeler sorumlu tutulmuştur. Yerel koşullara bağlı olarak teşkilatların oluşturulmasına izin verildiğinden, bu durum belediyeler arasında farklılık oluşmasına sebep olmuştur (Hedman ve arkadaşları, 2007: 2). Avusturya'da ise bu sorumluluklar, büyük ölçüde il ve yerel yönetimlerde (Österle ve Bauer, 2011: 57). Mur-veeman ve arkadaşlarının (2008: 179) çalışmalarında 6 ülkenin farklı hizmet aktörlerinin sağlık ve sosyal bakım hizmetleri üzerindeki etkisini incelemiş ve ulusal hükümet, il veya bölge

(sağlık) yetkilileri, yerel yetkililer ve hizmet sunucuları veya sosyal paydaşların hizmeti etkileme düzeylerinin farklı olduğunu tespit etmişlerdir. Bu bağlamda evde bakım hizmeti için oluşturulmuş tek bir yönetim anlayışı bulunmamakta ve ülkenin yönetim yapısına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Türkiye’de de ulusal dinamikler dikkate alınarak özgün bir model geliştirilebilir.

Evde bakım hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve ihtiyaç tespitinin daha hızlı yapılmasını sağlamak amacıyla hizmetin yerel düzeyde sunulması gerekmektedir. Ancak belediyelerin kaynaklarının evde bakım hizmeti sunumu için yetersiz olması, kaliteli evde bakım hizmeti sunabilecek personelin bünyelerinde bulunmaması gibi sebeplerle evde bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliği konusunda sıkıntılar yaşanacağı düşünülmektedir. Bu sebeple Türkiye’de Sağlık Bakanlığının merkez olduğu bir entegrasyon sisteminin oluşturulması gerektiği düşünülmektedir. Evde bakım hizmetlerinin kapsamını, sunulacak hizmetlerin çerçevesini, kurumlar arası görev ve yetki dağılımını, hizmet için gereken asgari personel sayı ve niteliklerini, finansmanına ilişkin bilgileri içeren yasal bir dayanak oluşturulması ve bu doğrultuda ilgili kurum ve birimlerde görev yapan bireylere eğitimler verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Belediyelerin evde sağlık hizmetleri birimi hastane hekimlerinin orderlarını yerine getirmekte, bu işlemleri yaparken hekimle iletişim kurmak zorunda kalmaktadır. Bunun yanı sıra hekimlerin düzenlediği reçeteyi sistem üzerinden görememekte, bu nedenle katılımcılar tedavi sürecini yürütürken sorun yaşamakta ve genellikle hizmet sunamadıkları için hasta yakınlarından tepki görmektedirler. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde engelli ve yaşlı aylığı Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Vakfı tarafından bağlanırken, engelli ve yaşlıya bakım sunan bakım maaşı sosyal hizmet merkezleri tarafından bağlanmaktadır. Çalışmaya katılan katılımcılar maaş bağlanma işlemlerinin tek bir birim tarafından yürütülmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Aynı zamanda evde bakım hizmeti sunan kurumlar arasında iletişim ağının olmaması sebebiyle İlçe Belediyeler, İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezi ve Sosyal Hizmet Merkezleri arasında informal iletişim sağlanmaktadır. Bu sorunların ortadan kaldırılması için hizmet sunan tüm kurumların evde bakım hizmetlerine başvuran bireylere ilişkin tüm bilgilerine erişebileceği bilişim altyapısı sağlanmalıdır.

Bu tartışmalar ışığında Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin entegre şekilde üretilebilmesi için aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Hizmetlerin entegrasyonunu sağlayabilmek için gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Bu düzenlemeler içerisinde evde bakım hizmetlerinin tanımı, sunulacak hizmetler, hizmet sunumunda kullanılacak önkoşullar, kalite ölçüm standartları, finansmanı, hizmet sunacak personelin sayısal ve niteliksel özellikleri ile kalite geliştirme ve performans değerlendirme çalışmalarının çerçevesinin çizilmesi gerekmektedir.
2. Entegrasyon modeli Sağlık Bakanlığının koordinasyonu altında, yerel dinamikleri ve sosyal hizmetleri kapsayacak şekilde, evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezi, belediye evde sağlık birimleri ve sosyal hizmet merkezlerini kapsayacak şekilde oluşturulmalıdır.
3. Hizmet sunan birimler arasında entegrasyonu sağlayacak bir bilişim alt yapısı geliştirilmelidir. Tüm hizmet birimlerinin bireylerin iletişim bilgileri, sağlık durumu, ilaç reçeteleri, ekonomik düzeyi, faydalandıkları sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine ilişkin bilgilere erişebilmesinin yanı sıra, bu sistem üzerinden yürüttükleri hizmetleri kaydetme gerçekleştirmelidir.
4. Kuruluşlar arasında bilişim altyapısıyla desteklenmiş resmi iletişim kanallarının oluşturulmasının ihtiyaç tespiti yapılan kişilerin ihtiyaçlarına hızlı cevap verilmesi açısından önem arz etmektedir.
5. Duplikasyonların önlenmesi, hızlı, etkili ve verimli hizmet sunumu için başvuru sürecinin tek bir sistem üzerinden yapılması ve belirlenen önkoşullar doğrultusunda ilgili birimlerin yönlendirilmesini sağlayacak altyapının oluşturulması önerilmektedir.
6. Evde sağlık hizmeti kapsamında sunulacak hizmetler ile hizmetlerin klinik açıdan düzeylerinin belirlenmesi ve bu düzeylere göre belediye evde sağlık birimi ile evde sağlık koordinasyon merkezi arasında görev dağılımının yapılarak bilişim altyapısı ile destekli evde sağlık hizmeti sunulması önerilmektedir.
7. Finansman tek elden yürütülmeli ve tüm birimlerin insan kaynağı, malzeme ve teknoloji planlaması koordinasyon merkezleri tarafından gerçekleştirilmelidir. Finansman aracı olarak SGK ve kullanıcı katkılarının kullanılması önerilmektedir.

8. Sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini kapsayan, hizmet sunan personelin görüş ve nerileri doğrultusunda kalite ölçüm standartları oluşturularak uygulanması hizmetin kalitesinin denetiminin sağlanması açısından önem arz etmektedir. Kalite çalışmalarının yanı sıra ödeme sistemleri ile ilişkili performansa yönelik çalışmalar yapılarak çalışanların motivasyonu sağlanmalıdır.
9. İnsan kaynağının etkin kullanımı için evde hasta bakım teknikerlerinin ekiplere dahil edilerek, yetki alanının genişletilmesi önerilmektedir.



KAYNAKÇA

Kitaplar

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2013). *Bakım Hizmeti Uygulama Rehberi*. Ankara: Pulat Basımevi.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2014). *Bakım Hizmetleri Kalite Standartları*. Ankara. Anıl Reklam Matbaa.
- Ateş, M. (Ed.). (2013). *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. İstanbul. Beta Yayıncılık.
- Baş, T ve Akturan, U. (2017). *Sosyal Bilimlerde Bilgisayar Destekli Nitel Araştırma Yöntemleri*. 3. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Keklik, K. (03-05 Aralık 2015). Evde Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum. *IV. Uluslararası Evde Sağlık Ve Sosyal Hizmetler Kongre Kitabı*. İstanbul: SADEFE, 23-24.
- Kök, M. ve F. Sayım. (19-21 Mart 2009). Sağlık Hizmetlerinde Yerel Yönetim Yatırımları. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 276- 292.
- Mossialos, E. ve A. Dixon. (2002). Funding Health Care: Option for Europe. Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras ve J. Kutzin (Ed.). *Funding Health Care: Option for Europe içinde*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems and Policies, (2002), 1-30 Aktaran: Yıldırım, H. H. (Ed.). (2012). *Sağlık Sigortacılığı*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Özgöbek, H. R. (Ed.) (2014). *Bakım Hizmetleri Kalite Standartları*. Ankara: Anıl Matbaa.
- Sart, G. (2015). *Fenomenoloji ve Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz. İçinde Seggie F. N. ve Bayyurt Y. (Edt.), Nitel Araştırma: Yöntem, Teknik, Analiz ve -Yaklaşımlar*. Ankara: Anı Yayıncılık, 70-81.
- Tarricone, R. ve A. D. Tsouros (Ed.). (2008). *The Solid Facts: Home Care In Europe*. Milano: Università Commerciale Luigi Bocconi.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2011). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. 8. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık.



Sürekli Yayınlar

- Aday, L. A. ve R. Andersen. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*. 9.3: 208–220.
- Altuntaş, M., T. T. Yılmaz, Y. A. Güçlü ve K. Öngel. (2010). Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri. *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*. 20, 3: 153-8.
- Bergman, H., F. Béland, P. Lebel, A. P. Contandriopoulos, P. Tousignant, Y. Brunelle, T. Kaufman, E. Leibovich, R. Rodriguez ve M. Clarfield. (1997). Care for Canada's frail elderly population: Fragmentation or integration?. *Canadian Medical Association Journal*. 157: 1116-1121.
- Berwick, D. M., T. W. Nolan ve J. Whittington. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*. 27. 3: 759–769.
- Bilge U., Ö. Elçioğlu, M. Ünalacak ve İ. Ünlüoğlu. (2014). Aile Hekimliği Anabilim Türkiye’de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri. *Euras J Fam Med*. 3.1: 1-8.
- Bowers, B. J., B. Fibich ve N. Jacobson. (2001). Care-as-Service, Care-as-Relating, Care-as-Comfort: Understanding Nursing Home Residents' Definitions of Quality. *The Gerontologist*. 41. 4: 539–545.
- Costa-Font, J., C. Courbage ve K. Swartzc. (2015). Financing Long-Term Care: Ex Ante, Ex Post or Both?. *Health Economics*. 24.1: 45–57.
- Dennis L. Kodner ve Cor Spreeuwenberg. (2002). Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, And Implications– A Discussion Paper. *International Journal of Integrated Care*. 2.14: 1-6.
- Ekinci, G. ve H. Sur. (2012). Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi. *Sağlıkta Düşünce Ve Tıp Kültürü Dergisi*. 24: 68-71.

- En-nahli, L., H. Allaoui ve I. Nouaouri. (2015). A Multi-objective Modelling to Human Resource Assignment and Routing Problem for Home Health Care Services. *IFAC-PapersOnLine*. 48.3: 698–703.
- Eng, C., J. Pedulla, G. P. Eleazer, R. McCann ve N. Fox. (1997). Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): An Innovative Model of Integrated Geriatric Care and Financing. *Journal of the American Geriatrics Society*. 45. 2: 223-232.
- En-nahli, L., S. Afifi, H. Allaoui ve I. Nouaouri. (2016). Local Search Analysis for a Vehicle Routing Problem with Synchronization and Time Windows Constraints in Home Health Care Services. *IFAC-PapersOnLine*. 49.12: 1210–1215.
- Francis, J. ve A. N. Raising. (2004). Raising the Quality of Home Care: A Study of Service Users' Views. *Social Policy and Administration*. 38. 3:290–305.
- Fu Y.Y., E.W.T. Chui, W.S. Kan ve L. Ko. (2018). Improving primary level home and community care services for older people: The case of Hong Kong. *International Journal Of Social Welfare*. 27: 52–61.
- Genç, Y ve İ. Barış. (2015). Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 3.10: 36-57.
- Genet,N., M. Kroneman ve W. G.W. Boerma. (2013). Explaining governmental involvement in home care across Europe: An international comparative study. *Health Policy*. 110: 84– 93
- Glendinning, C. (2003). Breaking Down Barriers: Integrating Health and Care Services for Older People in England. *Health Policy*. 65: 139-151.
- Hedman, N. O., R. Johansson ve U. Rosenqvist. (2007). Clustering and Inertia: Structural Integration of Home Care in Swedish Elderly Care. *International Journal of Integrated Care*. 7. 12: 1-9.
- Henrard, J. C., J. Ankri, D. Frijters, I. Carpenter, E. Topinkova, V. Garms-Homolova, H. Finne-Soveri, L. W. Sørbye, P. V. Jo´nsson, G. Ljunggren, M. Schroll, C.

- Wagner ve R. Bernabei. (2006). Proposal Of A Service Delivery Integration Index Of Home Care For Older Persons: Application In Several European Cities. *International Journal of Integrated Care*. 6: 1-9.
- Hertz, A ve N. Lahrichi. (2009). A patient assignment algorithm for home care services. *Journal of the Operational Research Society*. 60.4: 481–495.
- Hirdes, J. P., B. E. Fries, J. N. Morris, N. Ikegami, D. Zimmerman, D. M. Dalby, P. Aliaga, S. Hammer ve R. Jones. (2004). Home Care Quality Indicators (HCQIs) Based on the MDS-HC. *The Gerontologist*. 44. 5: 665–679.
- Holm, S. G., T. A. Mathisen, T. M. Sæterstrand ve B. S. Brinchmann. (2017). Allocation of Home Care Services By Municipalities in Norway: A Document Analysis. *BMC Health Services Research*. 17.673, 1-10.
- Kemper, P., B. C. Spillman ve C. M. Murtaugh. (1991). A Lifetime Perspective on Proposals for Financing Nursing Home Care. *Blue Cross Blue Shield Association*. 28: 333-344.
- Lanzarone, E. ve A. Matta. (2014). Robust nurse-to-patient assignment in home care services to minimize overtimes under continuity of care. *Operations Research for Health Care* 3 48–58
- Leichsenring, K. (2004). Developing Integrated Health And Social Care Services For Older Persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*. 4.3: 1-15.
- Leutz, W. N. (1999). Five Laws For Integrating Medical and Social Services: Lessons From The United States and The United Kingdom. *The Milbank Quarterly*. 77.1: 77-110.
- Leutz, W. N. (2005). Reflections on Integrating Medical and Social Care: Five Laws Revisited. *Journal of Integrated Care*. 13.5: 3-12.
- Leymun, Ş. O., H.F. Odabaşı ve I. K. Yurdakul (2017). Eğitim Ortamlarında Durum Çalışmasının Önemi. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*. 5.3: 369-385.

- Marcon, E., S. Chaabane, Y. Sallez, T. Bonte ve D. Trentesaux. (2017). A Multi-Agent System Based On Reactive Decision Rules for Solving The Caregiver Routing Problem In Home Health Care. *Simulation Modelling Practice and Theory*. 74: 134-151.
- Mur-Veeman, I. A. V. Raak ve A. Paulus. (2008). Comparing integrated care policy in Europe: Does policy matter?. *Health Policy*. 85: 172–183.
- Niskanen, J. J. (2002). Finnish Care Integrated?. *International Journal of Integrated Care*. 2. 1: 1-10.
- Oğlak, S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics*. 10.2: 100-108.
- Petch, A. (2008). Reablement and the Role of the Occupational Therapist. *Journal of Integrated Care*. 16. 2: 38-40. •
- Schmid, H. ve Y. Hasenfeld. (1993). Organizational Dilemmas in the Provision of Home-Care Services. *Social Service Review*. 67.1: 40-54.
- Shortell, S. M., R. R. Gillies ve D. A. Anderson. (1994). The New World Of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems. *Health Affairs*. 13.5 :46-64.
- Starfield, B. ve L. Shi. (2008). The Medical Home, Access to Care, and Insurance: A Review of Evidence. *Pediatrics*. 113.5: 1493-1498.
- Staveren, I. V. (2010). Home Care Reform in the Netherlands: Impacts on Unpaid Care in Rotterdam. *Forum for Social Economics*. 39.1:13-21.
- Suter, E. N. D. Oelke, C. E. Adair ve G. D. Armitage. (2009). Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthc Q*. 13.Spec No: 16–23.
- Szebehely, M. ve G. B. Trydegard. (2012). Home Care For Older People in Sweden: A Universal Model In Transition. *Health and Social Care in the Community*. 20.3, 300-309.

Taşğın, N. Ş. ve H. Özel. (2011).Türkiye’de Sosyal Hizmetlerin Dönüşümü. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 22.2: 175-190.

Yılmaz, M., F. Sametoğlu,G. Akmeşe, A. Tak, B, Yağbasan, S. Gökçay, M. Sağlam, D, Doğanyılmaz ve S. Erdem. (2010). Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. *Istanbul Med J*. 11.3: 125-132.

Yılmaz, S ve K. Akyüz. (2018). Türkiye’de Sosyal Koruma Yardımları: Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarının İşlevselliği. *Business & Management Studies: An International Journal*. 6.4: 835-861.



Tezler

Çoban, M. (2015). “Evde Bakım Hizmet Sisteminin Almanya ve Türkiye Örneğinde İncelenmesi ve Türkiye İçin Bir Model Önerisi”, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.



İnternet Kaynakları

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2018). *Yaşlı Destek Programı 2018 Yılı Projesi Uygulama Usul ve Esasları*. <https://eyh.aile.gov.tr/uploads/pages/yasli-destek-programi-yades-2018/2018-yades-uu-esaslari-05062018.pdf>. Erişim Tarihi: 05 Haziran 2018.

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Dünya Bankası. (2017). *Türkiye'nin Bütünleşik Sosyal Yardım Sistemi*. https://www.ailevecalisma.gov.tr/SYGM/PDF/Turkiyenin_Butunlesik_Sosyal_Yardim_Sistemi.pdf. Erişim Tarihi: 8 Mart 2018.

Evde Sağlık Hizmetleri (2018), <https://canakkaleadm.saglik.gov.tr/TR,44462/evde-saglik-hizmetleri.html>. Erişim Tarihi: 26 Mart 2019

Evde Sağlık Hizmetlerinin Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinden Alınması Hakkında Genelge. (27 Şubat 2012). <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1069,agiz-evde-saglikpdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 14 Şubat 2019.

http://ahhq.org/images/uploads/APP_C_Interview_Methodology.pdf Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2018

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859> Erişim Tarihi: 20 Nisan 2019

<https://www.saglik.gov.tr/TR,1257/evde-saglik-ve-sosyal-destek-hizmetlerinin-isbirligi-icerisinde-yurutulmesine-dair-protokol-imzalandi.html> Erişim Tarihi: 14 Mart 2019

SOYBİS. <https://sosyalyardimlar.aile.gov.tr/soybis>, Erişim Tarihi: 14 Şubat 2019.

Yaşlı ve Engellilere Yönelik Yardımlar. <https://sosyalyardimlar.aile.gov.tr/engellilere-yonelik-yardimlar> Erişim Tarihi: 27 Mart 2019.

Diğer Yayınlar

Akpınar, S. (2014). Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarının Puanlanması. *Bakım Hizmetleri ve Kalite Standartları Alanda Uygulama ve Değerlendirme Çalışması-III Bildiri Kitapçığı*. İzmir: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 118-135.

Belediye Kanunu. Tarih: 3/7/2005, Sayı: 5393, Yayınlandığı Resmi Gazetenin Tarihi: 3 Temmuz 2005; Sayısı: 25874.

Bell D. (2010). The impact of devolution. *Long-term care provision in the UK*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Büyükşehir Belediyesi Kanunu. Tarih: 10/7/2004, Sayı: 5216, Yayınlandığı Resmi Gazetenin Tarihi: 10 Temmuz 2004; Sayısı: 25531.

Campana, F., E. Cerracchio, R. Annicchiario ve A. Federici. (2007). Knowledge-Based HomeCare eServices for an Ageing Europe. FP 6 Specific Targeted Research or Innovation Project Thematic Priority 2:”Information Society Technology Rome.

Coolen, J. 1995. Multiple effects of innovation in community care: what can we learn from the netherlands? Aktaran: Brodsky, J., J. Habib ve I. Mizrahi. (2000). Long-Term Care Laws In Developed Countries A Review. WHO.

Evde Bakım Derneği. (2010). Ülkemiz İçin Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştay Sonuç Raporu. Ankara.

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Yayınlandığı Resmi Gazetenin Tarihi: 10 Mart 2005; Sayısı: 25751.

Ex, C., K. Gorter ve U. Janssen. (2003). PROCARE National Report the Netherlands. *Providing Integrated Health And Social Care For Older Persons In The Netherlands*. The Verwey-Jonker Institute.

- Glendinning, V ve A. Wilde. (2011). LIVINDHOME Living Independently at Home Reforms in Home Care in 9 European Countries. *The Danish National Centre for Social Research*. Copenhagen.
- Gulliford, M., M. Morgan, D. Hughes, R. Beech, J. Figeroa-Munoz, B. Gibson, M. Hudson, C. Arumugam, P. Connell, A. Mohiddin ve J. Sedgwick. (2001). Access to Health Care. *Report of a Scoping Exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*. London.
- HM Government. (2008). The Case for Change – Why England Needs a New Care and Support System. London.
- Institute of Health Sciences and Public Health Research. () an Evaluation of Intermediate Care for Older People Final Report. University of Leeds, Institute of Health Sciences and Public Health Research.
- İstanbul Sağlık Müdürlüğü*. (2013).Evde Sağlık Hizmetleri İstanbul Çalıştayı Sonuç Raporu. İstanbul.
- Kröger, T. ve A. Leinonen. (2011). LIVINDHOME. Living Independently at Home Reforms in Home Care in 9 European Countries. The Danish National Centre for Social Research. Copenhagen.
- Österle, A. ve G. Bauer. (2011). LIVINDHOME. *Living Independently at Home Reforms in Home Care in 9 European Countries*. The Danish National Centre for Social Research. Copenhagen.
- Riedel, M. ve M. Kraus. (2010).The Austrian Long-Term Care System. Institut für Höhere Studien (IHS). Wien Institute for Advanced Studies. Projektbericht Research Report. Vienna.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. Yayınlandığı Resmi Gazetenin Tarihi: 27 Şubat 2015; sayısı: 29280.

Salonen, P. ve R. Haverinen. (2003).Providing Integrated Health and Social Care For Older Persons in Finland. National Research and Development Centre for Welfare and Health. University of Tampere Tampere School of Public Health Helsinki.

Schneider, U. ve B. Trukeschitz. (2008). Changing Long-Term Care Needs In Ageing Societies: Austria's Policy Responses. Vienna University of Economics and Business Research Institute for Economics of Aging Institute for Social Policy. Vienna.

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. Yayınlandığı Resmi Gazetenin Tarihi: 5 Şubat 2015; Sayısı: 29258.

Windle K., Wagland R., Forder J., D'amico F., Janssen, D. ve Wistow G. (2009), *National evaluation of partnerships for older people projects*, University of Kent, Personal Social Services Research Unit.

Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. Yayınlandığı Resmi Gazetenin Tarihi: 7 Ağustos 2008; Sayısı: 26960.

Yücel, D. (2013). Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Anadolu Kamu Hastaneleri Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi, Evde Sağlık Hizmetleri Süreci ve Yeni Yapılanma Modeli, Uygulaması : Deneyim Paylaşımı. *Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesi Sempozyumu*. İstanbul. 28-30.

EKLER

Ek- 1 Mülakat Soruları

1. Evde bakım hizmetlerini tanımlar mısınız?
2. Kurumunuzun kimlere hizmet sunduğu, bakım hizmeti ve yardımların sağlanmasındaki kriterler konusunda bilgi verir misiniz?
3. Kurumunuzun sunduğu hizmetlere yönelik kalite geliştirme ve performans değerlendirme çalışmaları yürütmekte misiniz?
4. Kurumunuza ait kullanmakta olduğunuz kalite ölçüm standartlarınız mevcut mudur?
5. Evde bakım hizmetlerinin finansmanı ve sürdürülebilirliği konusunda bilgi verir misiniz?
6. Gelişmekte olan evde bakım hizmet sunum sistemi için evde bakım hizmeti sunan kurumlar tek bir merkezden yönetilebilir mi? Eğer yönetilebileceğini düşünüyorsanız, sizce bu kurum hangisi olmalıdır?
7. Hizmet sunumunda Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Vakfı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Belediyeler gibi hizmet veya yardım sunan diğer sağlayıcılarla ortaklıklarınız mevcut mudur?
8. Evde bakım hizmetlerinin farklı kurumlar tarafından sunulması ve bu kurumların entegrasyonun sağlanması konusundaki görüşleriniz nelerdir?
9. Evde bakım hizmetlerinin geleceği konusundaki görüşleriniz nelerdir?
10. Dünyada evde bakım alanındaki modellerin değerlendirilerek ülkemize uyarlanması konusundaki görüşleriniz nelerdir?

Ek-2 Etik Kurul Onayı

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ



THE REPUBLIC OF TURKEY
İSTANBUL AYDIN UNIVERSITY

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARARI

Sayı : B.30.2.AYD.0.00.00-050.06.04/72
Konu : Çalışmanız hk.

25.04.2019

Sayın, Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT

İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25.04.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 2019/72 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Ahmet Şükrü AYNACIOĞLU
İstanbul Aydın Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı



KARAR 1

Protokol No : 2019/71
Sorumlu Yürütücü : Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT
Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yardımcı Araştırmacı : Fatma BENK

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Elemanı Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT'ın "Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Entegrasyonuna Yönelik Bir Model Önerisi" konulu yukarıda bilgileri verilen girişimsel olmayan klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup çalışmanın belirtilen yöntemlerle gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel olarak herhangi bir sakınca olmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Entegrasyonuna Yönelik Bir Model Önerisi"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2019/71

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi Beşyol Mahallesi, İnönü Cad. No:38, 34295 Kültüğeğmece/İstanbul
	TELEFON	+90 (212) 411 61 00 / 29190
	FAKS	+90 (212) 411 62 43
	E-POSTA	iaa@etik@aydin.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik çalışması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz: Retrospektif analiz taraması					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı/Prof. Dr. Ahmet Şükrü AYNACIOĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarhi	Version Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		08.11.2018	01	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		-	-	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
OLGU RAPOR FORMU		08.11.2018	01	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		-	-	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 72	Tarih: 25.04.2019				
	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Elemanı Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT'ın "Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Entegrasyonuna Yönelik Bir Model Önerisi" konulu yukarıda bilgileri verilen girişimsel olmayan klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup çalışmanın belirtilen yöntemlerle gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel olarak herhangi bir sakınca olmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.					
NOT: Yukarıda belirtilen eksiklikler tamamlandıktan sonra etik kurula sorumlu araştırmacı tarafından belgeler sunulmalıdır.						

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ahmet Şükrü AYNACIOĞLU
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Ahmet Şükrü Aynacıoğlu

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma Türü		Katılım		İmza
			E	X	E	H	E	H	
Prof. Dr. Ahmet Şükrü AYNACIOĞLU	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Aydın Üniversitesi	E	X	E	H	E	H	
Prof. Dr. Aysel Canan YAZICI GÜVERCİN	Biyostatistik ve Tıp Bilimi	İstanbul Aydın Üniversitesi	E	X	E	H	E	H	
Prof. Dr. Erman Bülent TUNCER	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Aydın Üniversitesi	E	X	E	H	E	H	
Prof. Dr. Hasan SAYGIN	Makine Müh.	İstanbul Aydın Üniversitesi	E	X	E	H	E	H	
Zeynep AKYAR	Hukuk	İstanbul Aydın Üniversitesi	E	X	E	H	E	H	
Dr. Öğr. Üyesi Kamil TEMİZYÜREK	Biyofizik	İstanbul Aydın Üniversitesi	E	X	E	H	E	H	
Dr. Öğr. Üyesi Murat AKSU	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Aydın Üniversitesi	E	X	E	H	E	H	

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ahmet Şükrü AYNACIOĞLU

İmza:

Not: Etik kurul başkanı, internetten yer almadığı her seçkiye imza atmalıdır.

ÖZGEÇMİŞ

Fatma BENK; 20.04.1990 Antalya doğumlu. İlkokulu Cumhuriyet İlkokulunda bitirdi. Lise eğitimini Yabancı Dil Ağırlıklı Gül- Çetin Kaur Lisesinde aldı. Lisans eğitimini Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümünde aldı. Yüksek lisans eğitimine 2013 senesinde Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi A.B.D.'da başladı. 02.04. 2017 tarihinden itibaren İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümünde Araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

