

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI  
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN  
TÜRKİYE'DEKİ YERİ (ANTALYA ÖRNEĞİ)**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Mehtap ALPAK**

İstanbul, 2015

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI  
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN  
TÜRKİYE'DEKİ YERİ (ANTALYA ÖRNEĞİ)**  
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Mehtap ALPAK**

Öğrenci No: 1107461000

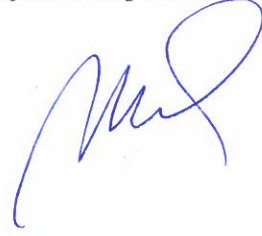
Danışman: Prof. Dr. M. Fikret GEZGİN

İstanbul, 2015

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Evde Sağlık Hizmetlerinin Türkiye’deki Yeri (Antalya Örneği)” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım 04/09/2015

Aday: Mehtap ALPAK



**BEYKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**  
**TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI**

04/192015

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 1107461000 numaralı *Mehtap ALPAK*'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Evde Sağlık Hizmetlerinin Türkiye'deki Yeri (Antalya Örneği)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 01.09.2015 tarih ve 2015/35 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.



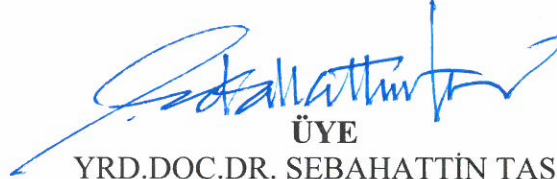
**DANIŞMAN**

PROF.DR. MEHMET FİKRET GEZGİN  
(Beykent Üniversitesi)



**ÜYE**

YRD. DOÇ. DR. ALİ RIZA AKTAŞ  
(Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi)



**ÜYE**

YRD.DOÇ.DR. SEBAHATTİN TAŞ  
(Akdeniz Üniversitesi)

**Adı ve Soyadı : Mehtap ALPAK**  
**Danışmanı : Prof. Dr. M. Fikret GEZGİN**  
**Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2015**  
**Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**  
**Anahtar Kelimeler : Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Evde Sağlık Hizmetleri**

## **ÖZ**

### **EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TÜRKİYE'DEKİ YERİ (ANTALYA ÖRNEĞİ)**

Sağlık hizmetleri günümüzde sadece belirli sağlık kuruluşlarında ve organizasyonları kapsamında gerçekleştirilmemektedir. İnsanın ve toplumun yaşam kalitesini artıracak şekilde bir sağlık sistemi oluşturulmaya çalışılmaktadır. Ayrıca bireyin sağlık hakkının her koşulda ve yaşta sağlık hizmetine ulaşmayı gerektirmesi nedeniyle sosyal devletin bireyin bu hakkına göre organizasyonel yapıyı oluşturduğu görülmektedir. Bununla birlikte yönetsel alanda işletmeciliğin ön plana çıkması aynı zamanda esnek çalışma biçimini de mümkün hale getirmiştir. Bu noktada sağlık hizmetleri, sadece belirli kurumların mekânsal çatısı altında gerçekleştirilecek yerler olmaktan çıkmıştır.

Çeşitli nedenlerle sağlık hizmetlerinin hastanın ya da yaşlının bulunduğu yerde sağlanması yaşam kalitesi açısından sağlık hizmetlerinden beklenen verimi ve etkiyi artırmaktadır. Bu bakımdan ülkemizde son yıllarda mevzuat, yönetsel yapı, insan kaynağı ve uygulama açısından yeniden yapılanma oluşturulmuş, evde sağlık hizmetleri adıyla etkin çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu çalışma kapsamında evde sağlık hizmetlerinin niteliği, mevcut yönetsel ve uygulama anlamındaki durumu, sorunlar ve olumlu gelişmeler Antalya'da yürütülmekte olan uygulamalar temelinde incelenmektedir. Bu noktada Antalya'da yapılmış olan bir çalıştay üzerinde inceleme yapılmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir.

**Name and Surname : Mehtap ALPAK**  
**Supervisor : M. Fikret GEZGIN, Ph. D. Prof.**  
**Degree and Date : Master, 2015**  
**Major : Hospital and Health Care Management**  
**Key Words : Health, Health Services, Home Health Services**

**ABSTRACT**

**HOME HEALTH CARE SERVICES IN TURKEY**

**(SAMPLE OF ANTALYA)**

Health services only for certain health care facilities and organizations within the scope of today is not performed. People and society to improve the quality of life is aimed to develop a health care system. In addition, each individual's health condition and age of the right of access to health care because of the welfare state requires that the individual is seen that the right organizational structure based. However, managerial come to the forefront in the field of business administration at the same time also made it possible for flexible working conditions. At this point, health care, only to be carried out under specific spatial locations of the institutions has ceased.

Several reasons of the health services or old location patient quality of life in terms of ensuring the necessary efficiency and effectiveness of health care increases. In this regard our country in recent years, legislation, administrative structures, human resources and in terms of implementation of restructuring created, with the name of home health services began to be working effectively. In this study, the quality of home care services, within the meaning of the current administrative and application status, problems and positive developments in Antalya are analyzed on the basis of the application being executed. At this point, a workshop held in Antalya has investigated and the results are evaluated.

## İÇİNDEKİLER

ÖZ .....	i
ABSTRACT .....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
KISALTMALAR .....	vi
GİRİŞ .....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ ve SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI ve ÖZELLİKLERİ .....	3
1.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı .....	3
1.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	5
1.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri .....	6
1.4. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri .....	8
1.5. Sağlığın Geliştirilmesi .....	9
2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ ve AŞAMALARI .....	9

## İKİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE’DE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ, NİTELİĞİ, ÖZELLİKLERİ, SORUNLAR ve ÇÖZÜMLER

1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMI ve İRDELENMESİ .....	12
1.1. Evde Sağlık Hizmetleri Tanımı .....	12
1.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin İrdelenmesi .....	14
2. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ ve MEVZUAT YAPISI .....	15

2.1. Tarihsel Gelişimi .....	15
2.2. Mevzuat Yapısı .....	19
<b>3. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI ve FİİLİ ÖRGÜTLENMESİ .....</b>	<b>23</b>
3.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı .....	23
3.2. Evde Sağlık Hizmetlerinde Fiili Örgütlenme .....	26
3.2.1. Evde Sağlık Hizmetlerinde Hastane Biriminin Çalışma Sistemi .	33
3.2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin Çalışma Sistemi .....	34
<b>4. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAĞI .....</b>	<b>36</b>
4.1. Hekimin Rolü .....	36
4.2. Hekimin Görevleri .....	37
4.3. Evde Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekiminin Çalışma Sistemi .....	37
4.4. Birimdeki Sağlık Personelinin Görevleri.....	38
4.5. Hemşirenin Görevleri .....	41
4.6. Tıbbi Sekreterin Görevleri.....	45
4.7. Halkla İlişkiler Personelinin Görevleri .....	49
4.8. Diğer Yetkili Personelin Rol ve Görevleri.....	52
<b>5. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN BAŞLICA SORUNLARI ve ÇÖZÜM ÖNERİLERİ .....</b>	<b>54</b>
5.1. Başlıca Sorunlar .....	54
5.2. Çözüm Önerileri.....	55

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### ANTALYA'DA EVDE SAĞLIK/BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMASI, SORUNLAR ve ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

<b>1. ANTALYA'DA BULUNAN KAMU HASTANELERİNE İLİŞKİN TEMEL BİLGİLER .....</b>	<b>59</b>
1.1. Antalya Atatürk Devlet Hastanesi .....	59
1.2. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi.....	60
1.3. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi .....	62



<b>2. ANTALYA’DA EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN UYGULANMASINA İLİŞKİN BİLGİLER.....</b>	<b>63</b>
2.1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlüğü Evde Bakım Hizmetleri .....	63
2.2. Belediyeler Evde Bakım Hizmetleri .....	63
2.3. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Birimi.....	63
<b>3. BAŞLICA SORUNLAR .....</b>	<b>64</b>
3.1. Birinci Grup Tarafından Tespit Edilen Sorunlar .....	64
3.2. İkinci Grup Tarafından Tespit Edilen Sorunlar .....	66
3.3. Üçüncü Grup Tarafından Tespit Edilen Sorunlar .....	66
3.4. Dördüncü Grup Tarafından Tespit Edilen Sorunlar.....	67
<b>4. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ .....</b>	<b>68</b>
4.1. Birinci Grubun Çözüm Önerileri .....	68
4.2. İkinci Grubun Çözüm Önerileri .....	69
4.3. Üçüncü Grubun Çözüm Önerileri .....	70
4.4. Dördüncü Grubun Çözüm Önerileri .....	71
4.5. Organizasyonel Yapıya İlişkin Öneriler .....	73
4.6. Finansal Yapıya İlişkin Öneriler .....	74
4.7. Diğer Ülke Modelleri Örnekleri ve Türkiye Modeli.....	74
<b>SONUÇ .....</b>	<b>77</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>82</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>86</b>

## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ADSM</b>	: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
<b>ANTA</b>	: Ateş Nabız Tansiyon
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>ASPB</b>	: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
<b>BTC</b>	: Besin Tüketim Cetveli
<b>C.</b>	: Cilt
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ESH</b>	: Evde Sağlık Hizmetleri
<b>GSS</b>	: Genel Sağlık Sigortası
<b>OECD</b>	: Organisation for Economic Co-operation and Development
<b>S.</b>	: Sayı
<b>s.</b>	: Sayfa
<b>SBE</b>	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SHSHK</b>	: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
<b>T.C.</b>	: Türkiye Cumhuriyeti
<b>TSM</b>	: Toplum Sağlığı Merkezi
<b>UHK</b>	: Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
<b>Vb.</b>	: Ve benzeri
<b>YYLT</b>	: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

## GİRİŞ

**-Çalışma Konusunun Seçimi:** Evde sağlık hizmetleri (ESH), dünyada tarihsel kökleri oldukça eskiye dayanan, modern anlamda ise ABD’de uygulama örneklerinin görüldüğü, ülkemizde ise yeni yeni gelişmeye ve iyi uygulama örnekleri verilmeye başlanan bir sağlık hizmetleri alanıdır. Asıl amacı bireyin ve toplumun yaşam kalitesini artırmak ve sağlık hakkının gereklerini tam olarak yerine getirmek olan evde sağlık hizmetleri, sağlığın basamaklanmış örgütsel yapı içerisinde daha geniş kitlelere yaygınlaştırılması için oldukça yeni ve işlevsel bir organizasyonel yapıyı ifade etmektedir. ESH konusu, akademik açıdan üzerinde durulması, nitelikleri, özellikleri, diğer sağlık hizmetlerinden ayrıldığı noktalar ve mevcut sorunlar, çözüm önerileri noktasında üzerinde durulması, tartışılması, değerlendirme ve önerilerin getirilmesi gereken önemli bir konudur.

**-Çalışma Amacı:** Çalışmanın amacı, ESH’nin niteliğini, özelliklerini, diğer sağlık hizmetlerinden ayrıldığı noktaları, sorunları ve çözüm önerilerini ortaya koymaktır. Ayrıca çalışmanın bir başka amacı da bütün bunları Antalya örneği üzerinden tartışarak uygulamalarda dikkat edilmesi gereken noktaları tespit etmektir.

**-Çalışmanın Önemi:** Bu çalışmanın önemi ise, Antalya’da ESH konusunda yapılan çalışmaların organizasyonel yapı açısından ve uygulama açısından mevcut durumunu ortaya koymasından kaynaklanmaktadır. Çünkü bu noktada yapılacak araştırmalara, bundan sonrası için yapılacaklara ilişkin öngörülere ihtiyaç bulunmaktadır.

**-Çalışmanın Planı:** Çalışma, tümdengelim yönteminin gereklerine göre düzenlenmiştir. Bu yönde çalışma üç bölüm halinde düzenlenmiştir.

İlk bölümde Türkiye’de sağlık hizmetleri genel bir bakışla tartışılmış, özellikle basamaklı yapılanma ve yeni yapılanma anlayışı ortaya konulmuştur. İkinci bölümde ESH nitelik, özellikler, mevzuat, insan gücü, sorunlar ve çözümler temelinde tartışılmaktadır. Üçüncü bölümde ise Antalya örneği üzerinden evde sağlık hizmetlerine ilişkin uygulamalar değerlendirilmektedir.

**-Kullanılan Metod ve Teknikler:** Çalışmada literatür taraması ve deneysel olarak Antalya’da mevcut ESH’ne ilişkin bir örnek üzerinde durulmaktadır. Literatür taraması, sağlık hizmetleri ve evde sağlık hizmetleri alanında mevcut akademik çalışmalardan elde edilen verilerden oluşmaktadır. Özgün bir çalışma olması nedeniyle konuya ilişkin değerlendirme ve önerilerde sağlık sektöründe bizzat yaşanmış olaylardan, kişisel deneyimlerden, ve mesleki birikimlerden yararlanılmıştır. Bunun dışında çalışmada yer almış olan araştırma 2013 yılında Antalya ölçeğinde, Antalya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Daire Başkanlığı tarafından gerçekleştirilen “Evde Sağlık Çalıştayı”nda ortaya konulan veriler üzerinde şekillenmektedir.

**-Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar:** Çalışma, sağlık hizmetleri alanında son yıllarda sağlık alanında yeniden yapılanma ile bağlantılı olarak uygulanmaya başlanan evde sağlık hizmetlerinin değerlendirmesini konu aldığı için oldukça yeni ve özgün bir alanı kapsamaktadır. Bu açıdan evde sağlık hizmetleri hususunda henüz ülkemizde tam olarak olgunlaşmamış bir sağlık hizmeti alanı üzerinde tartışılmaktadır. Öte yandan uygulama açısından araştırmanın özgün niteliği, araştırma verilerinin tam olarak genellenebilirliğini engellemekte, Türkiye çapında tüm hastanelere ve evde sağlık hizmetlerine uyarlanması mümkün görünmemektedir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ ve SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

#### 1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI ve ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri, geniş boyutlu ve farklı tanımlara sahip bir alanı ifade etmektedir. Aynı zamanda bilimsel disiplin açısından da son yıllarda popüler hale gelmiş, mesleki uzmanlaşma ve teknoloji geliştikçe sağlık hizmetleri alanı da önemli bir iş kolu haline gelmiştir. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin niteliği de dönüşüme uğramıştır. Hasta odaklı bir anlayış çerçevesinde sağlık hizmetleri yerine getirilmeye başlanmıştır.

##### 1.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı

Sağlık hizmetleri, ileri derecede uzmanlık gerektiren bir alandır. Sözen ve Özdevecioğlu, sağlık hizmetleri ile ilgili olarak şu hususa dikkat çekmektedirler: “Sağlık hizmetleri, kesinlikle mesleğinde uzman ve profesyonel meslek mensuplarınca gerçekleştirilir. Bireye ve aileye doğrudan sunulan hizmetlerin tamamını ifade etmektedir.”<sup>1</sup> Sağlık hizmetleri bu açıdan aşırı uzmanlık gerektiren ve kapsamı oldukça geniş bir hizmet alanını ifade etmektedir. Zira kapsamının genişliği ve uzmanlığın yoğun olması sağlık hizmetleri alanında insan kaynaklarının önemini artırmaktadır.

Sağlık hizmetleri ile ilgili tanımlamalara bakıldığında, Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) sağlık hizmetleri tanımına öncelikle değinilebilir. Sağlık hizmetlerinde değişik tip sağlık personelinden yararlanılmaktadır. Bu

---

<sup>1</sup> C. Sözen – M. Özdevecioğlu, Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 1999, s. 2

sayede toplumun farklı kesimlerinin ihtiyaç ve isteklerine cevap verilebilir. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler tüm ülke sathında örgütlenmiş bir yapı ile gerçekleştirilir.<sup>1</sup> O halde sağlık hizmetlerinin kalıcılığı bu hizmetlerin temel insan ihtiyaçlarına hitap ediyor oluşu ile ilgilidir. Sağlık temel bir insan ihtiyacıdır. Ancak, sağlık hizmetleri karmaşık ve değişik sağlık taleplerini karşılamak zorundadır. Bu nedenle pek çok amacın bir arada gerçekleştirilmeye çalışılması söz konusudur.

Sağlık hizmetleri bazı amaçlar doğrultusunda tüm kamunun menfaatine olacak şekilde yerine getirilmektedir. Bu bilgi ışığında sağlık hizmetlerinin bazı amaçlar doğrultusunda yerine getirildiği düşünüldüğünde bu amaçların neler olduğunu şöyle sıralanmaktadır:

- “Toplumsal sağlık standardının yükseltilmesi,
- Sağlık talebinin oluşturulması
- Erken ölümleri önlemek ve yaşam süresini uzatmak
- Bireylerin hasta olmasını önlemek
- Psikolojik ve işlevsel normlardan sapmaları azaltmak
- Hastalığı azaltmak, tedavi imkânlarını artırmak
- Sakatlığı azaltmak, sakatları iyileştirerek topluma uyumlarını sağlamak
- Bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi
- Kaynakları sınırlı kesimin sağlıkla ilgili konulara katılımını sağlamak ve artırmak.”<sup>2</sup>

Sağlık hizmetlerinde hasta ve sağlık kurumu karşılıklı ilişki halindedir. Bu noktada hasta, iç hasta ve dış hasta, hastalık gibi kavramlar sağlık hizmetlerinde hasta sağlık kurumu ilişkisinin kurulmasında temel kavramlardır. Sağlık hizmetlerinin bu kavramlarla ve bu kavramların ilişkili

---

<sup>1</sup> Ç. Akar – H. Özalp, Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 1997, s. 190

<sup>2</sup> Sözen, s. 1-2

olduğu boyutlarla birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda sağlık hizmetleri çeşitli sınıflara ayrılarak farklı boyutlardaki hizmet alanlarına karşılık gelmektedir.

## **1.2. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Sağlık hizmetleri belirli bir sistem içerisinde yerine getirilmektedir. Bir başka deyişle sağlık hizmetleri alanında bir sistem içerisinde hizmetin üretilmesi, sunulması, amaçlara hizmet etmesi gibi türlere ve özelliklere göre sınıflandırılması mümkündür.

Sağlık hizmetlerinin klasik sınıflandırmasına göre koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri şeklinde 4 başlık altında sınıflandırma yapılabilir.<sup>1</sup> Sırasıyla bu başlıkları incelediğimizde öncelikli olarak koruyucu sağlık hizmetlerine değinilmelidir.

Sağlık hizmetlerinde öncelikle hastalıkların önlenmesi amacı güdülmektedir. Bireyin sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürdürmesi amaçtır. Bu nedenle bilinçlendirme faaliyetleri de aynı zamanda sağlık hizmetleri arasında sayılabilir. Koruyucu hekimlik ve sağlık hizmetleri son yıllarda lkemizde üzerinde yoğun biçimde durulan bir konu haline gelmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin içeriği net biçimde şöyle ifade edilebilir. “Koruyucu sağlık hizmetlerinde, sağlığın bozulmaması için alınan önlemler ifade edilmektedir. Sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi amaçlanmaktadır. Bu hizmetler iki kısıma ayrılır. Katı atık, hava kirliliği ve çevreyle ilgili hizmetler olarak ayrılabilirken, beslenme ve sağlık eğitimi gibi bireyi ilgilendiren biçimde de yerine getirilebilir.”<sup>2</sup> Sağlık Hizmetlerinin Yrtlmesi Hakkında Yönerge'nin 4/c maddesinde

---

<sup>1</sup> ř. Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s. 35

<sup>2</sup> Kavuncubaşı, s. 36

koruyucu sağlık hizmetleri tanımlanmaktadır. Tanım irdelendiğinde bu hükmün şu tanımları iğerdiği ifade edilmektedir:

- “Bireyleri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen hizmetler bu kategoriye girmektedir.
- Bağışıklama,
- Hastalıklardan korumak için ilaçla ve serumla koruma ya da erken tanı, aile planlaması, beslenme durumlarının iyileştirilmesini sağlamak için sağlık eğitimi yoluyla gıda güvenliği ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması aynı şekilde önemlidir.
- Keza bu bağlamda fizik, biyolojik ve sosyal çevredeki olumsuz koşullardan kaynaklanan sağlık sorunlarını önlemek amacıyla çevreye yapılan müdahaleler koruyucu hizmetlerdir.”<sup>1</sup>

Bu noktada ölkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinin, kamu hizmetlerinde verimlilik ve etkinlik bakımından ve harcamaların etkinliği açısından da faydalı bulunduğu, bu noktada çeşitli kampanyalarla sürecin desteklenmekte olduğu, birinci basamak sağlık hizmetleri açısından konunun üzerinde hususiyetle durulduğu gözlemlenmektedir.

### **1.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmetleri ayakta ve yataklı hizmet veren sağlık kurumları tarafından yerine getirilmektedir. Hastaneler bu konuda yataklı ve ayaktan tedavi hizmetleri sunan sağlık kuruluşlarıdır.<sup>2</sup> Günümüzde basamak tipi örgütlenme yapısı ile tedavi edici sağlık hizmetleri yapılandırılmış durumdadır.

---

<sup>1</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Yürütölmesi Hakkında Yönerge; [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=240&itemid=34](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&itemid=34), (08.08.2013)

<sup>2</sup> Kavuncubaşı, s. 39



Hastaları tedavi etmek amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleri üç aşamada ele alınmaktadır:

- i. “Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara ilişkin bazı örneklerdir.
- ii. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir.
- iii. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir.”<sup>1</sup>

Basamak türü sağlık örgütlenmesi yeni bir olgu olmamakla birlikte ülkemizde sağlık örgütlerinin yeni kamu yönetimi anlayışı ve sağlıkta reform politikaları ile örtüşür biçimde yeniden faal ve etkin biçimde organize edilmeleri, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin önemini yeniden gündeme getirmiştir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin kalitesi de artmaktadır.

---

<sup>1</sup> O. Hayran, Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri; <http://www.merih.net/m1/wosmhay12.htm>, (08.08.2013)

#### 1.4. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Sonradan meydana gelen kaza ve hastalıklar nedeniyle ya da doğuştan gelen bazı sakatlık hallerinin bireyin yaşamını etkilememesi veya en aza indirmeyi amaçlayan sağlık hizmetleri alanını ifade etmektedir. Burada bir başka amaç bireyin ruhen ve bedenen bireylere bağımlılığını azaltmak ve topluma uyumunu sağlamaktır.<sup>1</sup> Rehabilitasyon hizmetleri, bedensel sakatlıkları düzeltmeye yönelik tıbbi rehabilitasyon ve özürülerin hayata uyumunu sağlamaya yönelik sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılarak incelenebilir:

- “Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması, işitme, görme, vb. kusurların en aza indirgenmesi çalışmaları bazı örneklerdir.
- Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlık ya da özrü olan kişilerin, günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsar.”<sup>2</sup>

Her iki rehabilitasyon uygulaması için de gerekli ve yeterli alt yapının sağlanması önemlidir. Personel ve bütçe gereklerinin tam olarak yerine getirilmesi gereklidir. Aksi halde yetersiz ve eksik hizmet sunumu, rehabilitasyon uygulamalarında daha olumsuz ve geri dönüşü olmayan sonuçları ortaya çıkarabilmektedir.

---

<sup>1</sup> Hayran, s. 19

<sup>2</sup> Kavuncubaşı, s. 45

## 1.5. Sađlđın Geliştirilmesi

Sağlık hizmetlerinin amaçlarını sıralarken değinildiği gibi, sađlđın aynı zamanda toplumun ve bireyin sağlıklı gelişimini sağlama, yaşam kalitesini ve sũresini artırma gibi amaçları da vardır. Bu doğrultuda sađlđın geliştirilmesi uzun soluklu ve geniş toplumsal boyutlu bir olgudur.<sup>1</sup>

## 2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ ve AŞAMALARI

Sağlık hizmetleri, sağlık işletmeleri eliyle yũrũtũlmektedir. Bunlar kamu yararı gũdũsũyle çalışan birer hizmet işletmesidir. Sağlık hizmetleri toplumsal niteliktedir. Sağlık hizmetlerinde talep belirsizdir. Ne zaman talebin artacağı veya azalacağı bilinemez. Ayrıca risk fazladır. Hem hasta hem de çalışan açısından risk mevcuttur. Son olarak ise sağlık hizmetlerinde uzmanlık bilgisine duyulan ihtiyaç fazladır.<sup>2</sup>

Sağlık hizmetleri sahip olduğu özellikler ile bağlantılı olarak ũlkelerin, toplumların ve bireylerin refah dũzeyinde belirleyici rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinin ũretilmesiyle bireylerin ve toplumların sũrekli biçimde sağlıklı olmaları sağlanmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri diğer hizmet sektũrũ unsurları içerisinde bũyũk öneme sahiptir. Kalkınma ve gelişme dũzeyi sağlık hizmetlerinin gelişmesi ile paralellik gũsterebilir. Öte yandan toplumların sağlık ve dolayısı ile hastalık konusuna bakışları da kũltũrel algılamaları ve sosyal yaşamları doğrultusunda değişebilmektedir. Bu farklılıklar nedeniyle sağlık hizmetlerinin kapsamı ve çeşitliliği de değişebilmektedir.<sup>3</sup> Tũrkiye’de kũresel ölçekte tatbik edilen

---

<sup>1</sup> Kavuncubaşı, s. 46

<sup>2</sup> N. Turan, Tũrkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektũrũnde Temel Sorunlar; özũm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları, Eskişehir, 2004, s. 8

<sup>3</sup> A. Altay, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Tũrkiye Açısından Değerlendirilmesi”, s. 34; <http://dergi.sayistay.gov.tr/icerik/der64m2.pdf> , (23.06.2013)

tıbbi gelişmeler yakından takip edilmekte, bu yöndeki gelişim ekonomiye kazandırılmaya çalışılmaktadır. Uzmanlık bilgisinin sektörde müşteri memnuniyetini sağlaması için stratejik programlar geliştirilmekte ve uygulanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda günümüzde Türkiye’de basamaklı sistem benimsenmiştir. Plan ve denetim Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Eğer birinci basamakta kaliteli sağlık hizmeti sağlanırsa ikinci ve üçüncü basamakta da kaliteli sağlık hizmeti verilecektir. Ayrıca toplumsal anlamda hastalık yükü de azalacaktır.<sup>1</sup> Zira son yıllarda yapılan çalışmalarla birinci basamak sağlık hizmetleri sevk zinciri temelinde hizmet veren birimler olarak düşünülmüştür.

Herkes İçin Sağlık anlayışı, aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşılabilmelerini sağlamayı amaçlamaktadır. Bu DSÖ tarafından Alma Ata Kongresinde değinilen bir husustur ve ayrıca 21. Yüzyıl hedefleri arasında da yer almıştır. Türkiye’de de 2005 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı, aileye dayalı temel sağlık hizmetlerini gerekli eğitim ve beceri ile donanmış sağlık ekipleriyle, entegre bir şekilde sunmayı öngörmektedir. Dünyanın pek çok ülkesinde aile hekimliği başarıyla uygulanmış olup ülkemizdeki aile hekimliği uygulama çalışmaları desteklenmektedir.<sup>2</sup>

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde ise, kamu hastaneleri ve özel sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşları mevcuttur. Ancak, yine sağlıkta dönüşüm programı kapsamında oluşturulan Kamu Hastaneleri Kurumu bütçe maliyetlerinde etkinlik, verimlilik ve hesap verebilirliğin daha net biçimde uygulanabilmesi için 2012 yılından itibaren her ilde oluşturulmaya

---

<sup>1</sup> ....., Türkiye’de Aile Hekimliği;  
[http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=log&id=54&Itemid=213](http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=log&id=54&Itemid=213), (28.06.2013)

<sup>2</sup> ....., Türkiye’de Aile Hekimliği;  
[http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=log&id=54&Itemid=213](http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=log&id=54&Itemid=213), (28.06.2013)

başlanmıştır. Tek bir merkez üzerinden tüm kamu hastanelerinin koordine edildiği ve satın alma süreçlerinin yönetildiği bu sistem de ülkemizde Avrupa Birliği sürecinin en önemli uygulamalarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır.<sup>1</sup>

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, eğitim, araştırma ve bilimsel ölçütlere göre hizmet sunan sağlık kurumlarına ilişkin bir kategoridir. Üniversite, eğitim hastaneleri ile araştırma merkezleri bu kapsamda yer almaktadır. Maliyet bu basamakta oldukça yüksektir. Nitelikli personel, bilişim ve teknoloji, finansman ihtiyacı en fazladır.<sup>2</sup>

Günümüz sağlık hizmetleri anlayışında hastanın evde tedavisinin de mümkün olduğu durumlarda sağlık hizmetinin ev ortamında sağlanması evde sağlık hizmetleri adıyla yürütülmektedir. Evde bakım hizmetleri ile karıştırılmaması gereken evde sağlık hizmetleri, yaşlı bakım hizmetinden farklı olarak tedavi gerektiren bir hastalığı olan bireylerin sağlık hizmetlerine oturdukları ikametgâhlarında erişebilmelerini, bu hizmetin evde sağlanmasını ifade etmektedir. Türkiye’de ESH gelişimi son yıllarda hızlı bir ivme kazanmış, kalkınma toplumu olma yolunda ve sağlık alanında önemli adımlar atılmıştır.

---

<sup>1</sup> ....., Türkiye’de Aile Hekimliği,  
[http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213](http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213), (28.06.2013)

<sup>2</sup> Altay, s. 45-46

## İKİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE’DE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ, NİTELİĞİ, ÖZELLİKLERİ, SORUNLAR ve ÇÖZÜMLER

#### 1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMI ve İRDELENMESİ

##### 1.1. Evde Sağlık Hizmetleri Tanımı

ESH, mesleki açıdan ehil bir sağlık personelinin hasta bireye ve yakınlarına, barındıkları mekana ilişkin profesyonel yardım sağlama girişimi olarak tanımlanabilir. İçerisinde pek çok sağlık hizmetini barındırmaktadır. Asıl olarak sosyal, psikolojik ve tıbbi ihtiyaçlar dikkate alınmaktadır.<sup>1</sup>

ESH, herhangi bir yaş grubuna özel değildir. Bu bakımdan, ESH bireylerin yaşına bağlı değildir. Çocuklar, kronik hastalığı bulunanlar ve yaşlılar bu hizmetten yararlanabilirler. Hasta yakınları da sürece dahil olabilirler. Ailenin bu hizmetin yerine getirilmesinde katılımcı olması beklenir. Bu sayede hem söz konusu hizmetin sunulması kolaylaşır hem de hizmet birimi ile koordinasyon artar.<sup>2</sup> Bu tanımlamada esas olarak evde sağlık hizmetlerinin hitap ettiği kesim ve aktörleri arasındaki eşgüdüm vurgulanmaktadır.

Bir başka tanımlamada ise bu hizmetin içeriğine ve amacına vurgu yapılmaktadır. ESH ile bireyin sağlığı korunur, iyileştirilir, sağlıklı hale gelmesi sağlanır. Bireyin evinde bu hizmet profesyonel bir anlayışla sağlanır. Bireylerin gündelik yaşantıları asgari ölçüde etkilenecek şekilde

---

<sup>1</sup> H. Karabağ, Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), Ankara, 2007, s. 34

<sup>2</sup> Karabağ, s. 34

süreç kontrol altında tutulur. Bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması amaçlanır.<sup>1-2</sup> Yaşam kalitesinin artırılması son derece önemlidir. Sağlık hizmetlerinin başarısı bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi ile doğru orantılıdır. O halde kalkınma ve refah devleti olma yolunda özellikle sağlık hizmetlerinin bireyin ve toplumun yaşam kalitesinde oluşturduğu olumlu etki göz önünde bulundurulmalıdır. ESH bu açıdan ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin toplam kalitesini yükseltebilecek değerli ve önemli bir sağlık hizmetleri alanını oluşturmaktadır.

ESH sadece bireysel anlamda düşünülmemelidir. Hastanın yakını, ailesi, bakım ve tedavi uygulayan bireyler ve çevresi açısından da düşünülmelidir. Bu açıdan sağlık hizmetleri alanındaki bu hizmetler bireyin ve ailesinin yaşadığı ortamda gerçekleştirilmektedir. Bunun teşvik edilmesi söz konusudur. Öte yandan hastanın bağımsızlığının artırılması gayesi güdülmektedir.<sup>3</sup> Hastanın bağımsızlığı yani kendi başına gündelik yaşamın gereklerini yerine getirebilme becerisi oldukça önemlidir. Bu açıdan bireyin kendini gündelik yaşam içerisinde çekip çevirebilmesi, bununla bağlantılı olarak yaşam kalitesinin artması evde sağlık hizmetlerinin başarısı açısından önemli bir ölçüttür.

Önceki bölümde ifade edildiği gibi pek çok açıdan ve farklı nitelikleri ele alan sağlık hizmetleri tanımı mevcuttur. Bu noktada Kavuncubaşı'nın ESH tanımı oldukça kapsamlıdır ve referans tanım olarak ele alınabilir: ESH; hastayı yaşadığı mekanda iyileştirmek ve sağlığını yükseltmek için gerekli teçhizatın sağlanmasıdır.<sup>4</sup> Görülmektedir ki, daha basit ve doğrudan

---

<sup>1</sup> M. Yorulmaz – M. Özata – H. Küçükendirci – M. Demirkıran, “Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Uygulaması, Konya İli ile İç Anadolu Bölgesi ve Türkiye Geneli Verilerinin Karşılaştırılması”, Süleyman Demirel Üniversitesi, Vizyoner Dergisi, Cilt (C.)4, Sayı (S.)8, 2013, s. 2

<sup>2</sup> S. Ünsar – Ü. Yıldız Fındık – S. Kurt – H. Özcan, Kanseri Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.2, S.5, 2007, s. 1

<sup>3</sup> Karabağ, s. 34

<sup>4</sup> Kavuncubaşı, s. 41

bir tanım olan bu tanım evde sağlık hizmetlerinin niteliğini net biçimde ortaya koymaktadır.

## 1.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin İrdelenmesi

Farklı adlarla da anılan ve literatürde yer alan ESH hastaya evinde sağlanan bir sağlık hizmeti türüdür. Ev hastanesi, tıbbi evde bakım veya duvarsız hastane olarak da bilinmektedir.<sup>1</sup> ESH, hastane çatısı altında gerçekleştirilebilecek hizmetlerin ev şartlarında sağlanmasını ifade etmektedir. Yalnız burada hasta üzerinde tıbbi bir bakım da söz konusudur. Bu açıdan ESH'nin evde bakım hizmetlerinden ayrıldığını ifade etmek gerekmektedir.

Özer ve Şantaş'ın ifade ettiği biçimde evde sağlık hizmetleri sağlık alanında tıbbi ihtiyaçların karşılanması ile ilgili olarak, farklı alanlardaki kurumların sundukları hizmetlerin tek çatı altında ve etkin bir kontrol mekanizması ile yerine getirilmesini ifade etmektedir. ESH; “sunulan sağlık hizmetleri kapsamında kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi ve konuşma tedavileri, solunum tedavileri, bazı ilaç uygulamaları, parental beslenme ve daha birçok mevcut ya da potansiyel sağlık sorunları yer alır.”<sup>2</sup> ESH özellikle sürekliliği olan hastalıklar ve hasta bağımsızlığı odaklı biçimde yerine getirilen sağlık hizmetleri alanını ifade etmektedir.

Günümüzde ESH çok aktörlü bir yapı içerisinde gerçekleştirilmektedir. Bu yapı, bir yandan teknik uzmanlık sahibi kurumların bir arada hizmet sunması anlamına gelirken, diğer yandan bir süre için ya da sürekli bakım gerektiren hallerde sorumluluğun aile ve toplumun sorumluluğu ile yerine getirilebilecek bir hizmeti ifade

---

<sup>1</sup> Karabağ, s. 33

<sup>2</sup> Ö. Özer – F. Şantaş, “Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı”, Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, C.3, S.2, İstanbul, 2012, s. 97



etmektedir. Bir başka deyişle ESH'nde bireylerin ve toplumun ortak sorumluluğu söz konusudur. Bu durum özellikle ESH ile bakım hizmetlerinin arasında bir çizgiyi ifade etmektedir. ESH tıbbi gereksinime ihtiyaç duyan bir hedef kitlesini ifade ederken evde bakım hizmetleri daha çok yaş ilerlemesi gibi fizyolojik nedenlerden dolayı yaşam kalitesinin etkilenmemesine yönelik hizmetleri ifade etmektedir.

Ancak, bu anlamda da evde bakım hizmetleri ile ilgili bir takım çalışmaların yapılması yeni ve güncel bir konudur. “Evde bakım hizmeti verilecek hastaların belirlenmesinde objektif kriterlerin bulunması, evde bakım verenlerin bakım konusunda eğitim ihtiyaçlarının karşılanması, bakım standartlarının oluşturulması ve destekleyici nitelikteki hizmetlerin verilmesi gerekmektedir. Önemli olan nokta, ülkemizde halen pek çok batılı ülkede kaybedilmiş olan güçlü aile bağlarının korunması ve daha da güçlü hale getirilmesidir. Kurumların ve devlet politikalarının katkısı bu bakımda maddi destek ve bilgi aktarımı yönünde olursa anlam taşıyabilir.”<sup>1</sup> Yaşlı bakım hizmetleri ile ilgili yazılan bu hususlar aynı zamanda büyük oranda sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Zira hem evde sağlık hizmeti alan bireylerin eğitilmeleri, hem de personelin bu konuda uzmanlığı son derece önemlidir.

## **2. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ ve MEVZUAT YAPISI**

### **2.1. Tarihsel Gelişimi**

ESH, tarihsel kökleri olan bir sağlık hizmetleri alanını ifade etmektedir. Bu açıdan kimi yazarlara göre ESH'nin kökenleri Hitit ve Roma dönemlerine kadar dayandırılmaktadır: “Evde sağlık hizmetleri sunmanın tarihsel gelişimi incelenirken bireye sunulan, en ilkel sağlık hizmeti olarak

---

<sup>1</sup> A. Bahar – S. Parlar, “Yaşlılık ve Evde Bakım”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.2, S.4, 2007, s. 37

değerlendirilebilen doğumun, evde mi yapılması yoksa ev dışında mı yapılması gerektiği tartışmalarının yaşandığı Hititler, Romalılar dönemini göz ardı etmemek gerekmektedir. Eski toplumların birçoğunda doğum esnasında vücuttan kan çıktığından, doğumun kadını ve doğumda bulunanları kirli hale getirdiğine inanılmıştır. Bu sebeple doğuran kadının tecrit edilerek özel doğum mekânlarına götürülmesi gerektiği düşünülmüştür.”<sup>1</sup> Tarihsel anlamda evde sağlık hizmetleri aynı zamanda bireye, bireyin sağlığına ve bireyin yaşam kalitesine verilen önemin de bir göstergesidir. Sağlığın bireyden başlayıp topluma yayıldığı gerçeği kimi toplumlarda ihmal edilse de geçmişten günümüzde medeniyetlerin sağlıkla ilgili ürettikleri ilk değerler ve uygulamalar bugün gelişmiş biçimde uygulanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin mekân açısından donanımlı sağlık kurumlarının dışında bir yerde de yerine getirilmesi mümkündür. Bu durum özellikle acil sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde daha net görülmektedir. Ancak, ESH de bu şekilde hastane benzeri yataklı ve donanımlı sağlık kuruluşları dışında yerine getirilen bir sağlık hizmetidir. Tarihsel kökleri her ne kadar ritüel ve inanışlara dayansa da bugün ESH hastanın yaşam kalitesini artırmaya yönelik her türlü imkanı bünyesinde barındıracak niteliklere sahiptir.

Tarihsel kökleri derin olmasına rağmen evde sağlık hizmetlerinin modern anlamda uygulanmaya başladığı tarihler 18. Yüzyıla tekabül etmektedir. Modern sağlık hizmetleri anlayışı ile yerine getirildiği ülke ise Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’dir. Tarihsel açıdan ve modern anlamda ABD’de uygulanmaya başlanan bu sağlık hizmeti alanı, 1800’lü yılların başında organizasyonel yapı oluşturulmuştur.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Karabağ, s. 37

<sup>2</sup> Özer-Şantaş, s. 99

ESH, ABD’de ağırlıklı olarak özel sektör tarafından yerine getirilen bir hizmet grubudur. Günümüzde çok büyük bir kapasiteye sahip olan bu hizmet alanı büyük bir sektör oluşturmaktadır. Bu açıdan yurt dışından bazı istatistikler bu hizmet alanının büyüklüğünü ve önemini ortaya koymaktadır. “1990’lı yıllar evde sağlık hizmetinin kapsamının genişlediği (laboratuvar testleri, diş tedavileri, röntgen olanakları vb.), hizmet sunan kuruluşların arttığı ve çok sayıda hastaya ulaşıldığı yıllar olmuştur. ESH sektörü de Amerika’da ikinci en hızlı büyüyen sektör konumuna gelmiştir. ABD’de aileler evde tüm bakımın %80’ini sağlamakta, yaklaşık olarak 15-25 milyon arasında yetişkin ev ortamında (informal) bakım sunmakta ve 12,8 milyon Amerikalı uzun dönem bakım veren yardımcılara gereksinim duymaktadır. Bu ülkede yaşlıların 2,4 milyonu bakım evlerinde kalmasına rağmen yaklaşık olarak %90’ı aile, arkadaş ve komşuları tarafından bakılmaktadır. Günümüzde ABD’de 22 binin üzerinde evde bakım şirketi bulunmaktadır. Evde sağlık hizmetleri sektörünün büyüklüğü 170 milyar dolar civarında olup taburcu olan hastaların yüzde 15-20’si de evde bakım hizmetlerine yönlendirilmektedir. Bu hizmetlerin tüm sağlık harcamaları içindeki payı ise yüzde 7,8’dir.”<sup>1</sup> Bu oran sağlık hizmetleri alanında ciddi bir orandır. Taburcu sonrası hizmetler açısından değerlendirildiğinde hastalığın tekrarlanmaması ve sağlık hizmetlerinin yeni yüklerden kurtulması açısından da evde sağlık hizmetleri toplum ve birey için bir teminat rolü oynamaktadır.

Bireysel anlamda ESH ile ilgili modern zamanların en önemli isimlerinden biri de Florance Nightingale’dir. Hastalara evlerinde sağlık hizmeti sunulması konusundaki çabalarından dolayı hemşirelik mesleğinin kurucularından Florance Nightingale, ESH’nin de önde gelen isimlerinden biri olarak kabul edillir. Nightingale, söz konusu hizmetlerin sağlanmasında

---

<sup>1</sup> Özer-Şantaş, s. 99

rol alacak kadınların mesleki açıdan eğitilmesini ve sorumluluk sahalarında görevlendirilmelerini önermiştir.<sup>1</sup>

ESH ve bakım hizmetleri alanında dünyada özellikle gelişmiş ülkeler geçmişten bugüne belirli bir strateji ve politika doğrultusunda hareket etmektedirler. Hukuki anlamda bu yönde bir alt yapıya da ihtiyaç olduğundan evde sağlık politikalarının belirli bir politika eşgüdümünde yapılması gerekmektedir. Bu husus gelişmiş ülkelerde daha çok evde bakım hizmetleri için geçerli politikalar olsa da ESH için de düşünülebilir. “Şimdiye kadar sadece Avusturya, Almanya, İsrail, Japonya ve Hollanda gibi birkaç ülke, kişilere uzun süreli bakım hakkı sağlayan yasaları yürürlüğe koymuştur.”<sup>2</sup> Bu doğrultuda düşünüldüğünde ülkemizde de özellikle ESH’nin bir kamu hizmeti olarak düşünülerek hükümet tarafından yönlendirilmeye çalışıldığı tespiti yapılabilir. Bu bakımdan ülkemizde finansman kaynağı ve sürdürülebilirlik üzerinde daha çok stratejik çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

Ülkemizde ESH’ne ilişkin geçmiş modern anlamda çok eskilere dayanmamaktadır. Ancak, Türklerin geçmişten bu güne ESH’ne benzer şekilde tıbbi anlayışa sahip oldukları kimi yazarlar tarafından ifade edilmektedir. “Türklerin İslam’ı kabul etmelerinden önceki dönemlerde toplumun sağlığını korumakla ve hastalıklarla savaşmakla görevli olan toplumsal gruplar mevcuttur. Bunlardan bir grup insan ruhuna ‘musallat’ olan, onu çalan ya da yolunu şaşırtan kötü ruhlarla mücadele ederken, öteki grup, ampirik tıp uygulayıcıları olan, ‘emci’, ‘otacı’, ‘atasagun’lardan oluşmaktadır. Türklerin bu dönemde yaşam tarzlarının göçebe olması ve yerleşik hayata geçmemelerinden sağlık hizmeti sunum işlemlerini hasta bireylerin evlerinde sundukları düşünülmektedir. Anadolu Selçukluları döneminde ise açık hava yardımı şeklinde sağlanan sağlık hizmetlerine de rastlanmaktadır. Hekimler, mahalle halkına pazarlarda, çarşılarda ve

---

<sup>1</sup> Karabağ, s. 40

<sup>2</sup> Karabağ, s. 42-43

evlerde sağlık hizmeti sunmuşlardır. Osmanlı İmparatorluğu dönemine bakıldığında, genel idari örgütlenmenin askeri temele oturmasına koşut olarak sağlık hizmetleri daha çok orduya yönelik sağlık hizmetlerinin devlet eliyle yürütülmesi dışında; padişah, sultan ve hayırsever kişilerin kurdukları hastane şifa evleri ve benzeri kuruluşlarca verilmiştir.”<sup>1</sup> Görüldüğü gibi dünyada ve Türkiye’de modern anlamda çok detaylı bir geçmişe sahip olmayan ESH muhakkak tarihsel bir takım verilere sahiptir ancak, günümüz tıbbi anlayışı ile mukayese edildiğinde sağlık hizmetleri alanında yeni ve gelişmekte olan bir sektördür.

## 2.2. Mevzuat Yapısı

ESH ile ilgili mevzuat son yıllarda gelişme göstermektedir. Sistemin eksikleri ve sorunlarına yönelik olarak mevzuat hükümleri de geliştirilmekte ve revize edilmektedir. Türkiye’de ESH alanında üç mevzuat kalemi dikkat çekmektedir: “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) ve 1980 yılı sonrası yürütölen evde sağlık hizmeti uygulamalarıdır. Mevzuatla ilişkili olarak süreç 2005 yılı sonrasında olgunlaşmaya başlamıştır. Evde sağlık bakım hizmetlerinin en güncel ve günümüze ilişkin hukuki ve yönetsel çerçevesi 10.03.2005 tarihinde ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’ ile belirlenmiştir.”<sup>2</sup> Bu yönetmeliğin dışında son olarak 27.02.2015 tarihinde ve 29280 sayılı resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren **Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik** hükümleri son güncel mevzuat maddelerini bünyesinde barındırmaktadır.

Yönetmelik dışında Türkiye’de hemen her İl’de Evde Sağlık Hizmetleri Uygulama Talimatnamesi ile de bu alana düzenleme

---

<sup>1</sup> Karabağ, s. 47

<sup>2</sup> Özer-şantaş, s. 99

getirilmiştir. Hemen her İl’de bu tür bir talimatname ile mevzuat alanı uygulama yönünde geliştirilmiştir. Antalya İli özelinde de ilgili mevzuat hükümleri şekillendirilmiştir. Bahsi geçen talimatname hükümleri arasında dikkat çeken noktalar şu şekilde sıralanabilir:<sup>1</sup>

Antalya İli özelinde örgütlenmeyi tarif eden 5. Madde bağlamında evde sağlık hizmeti; Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM) bünyesinde kurulan söz konusu birim ile Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi, Alanya, Manavgat, Serik, Korkuteli, Elmalı, Kumluca, Finike, Gazipaşa, Akseki, Demre, Kaş Devlet Hastaneleri ve diğer ilçelerde Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) tarafından verileceği ifade edilmektedir.

Aynı talimatnamenin 6. Maddesinde Toplum Sağlığı Merkezlerinde evde sağlık hizmeti ile ilgili bilgiler verilmektedir. Bu yönde evde sağlık hizmetleri ile ilgili veri tabanı oluşturulması öncelikli faaliyetlerdendir. Buna ilişkin olarak veri tabanının her ay güncellenmesi hedeflenmektedir. Ölüm halinde hastalar listeden çıkartılır. İlgili kayıtlardan düşülerek güncellemeler yapılır.

7. madde evde sağlık hizmetleri ile ilgilenen birime müracaatlarla ilgilidir. ESH’den yararlanmak isteyen bireyler ve yakınları aile hekimine, toplum sağlığı merkezine, evde sağlık hizmeti veren ilçe devlet hastanelerinde kurulmuş olan evde sağlık hizmeti birimlerine ve koordinasyon merkezine yapabilirler. Bu başvurularda Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu kullanılır.

Birim tarafından alınan başvurularda ilk değerlendirme şu şekilde yapılacaktır:

- a) “ESH başvuru sürecinde her bir hastaya yönelik bilgi formu doldurulmak suretiyle bilgiler kaydedilmiş olur.

---

<sup>1</sup> Antalya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, “Evde Sağlık Hizmetleri Uygulama Talimatnamesi”; <http://www.antalya.gov.tr/yukleme/dosya/e98649accf704951115da4fbfdc54507.pdf>, (20.04.2015)

- b) Söz konusu hizmetin gözden geçirilmesi ve kendi görev alanına girmiş olan hizmeti gerçekleştirmeye yönelir.
- c) Eğer görev tanımı dışında bir iş ise koordinasyon merkezi ile temas kurar.
- d) Koordinasyon merkezi değerlendirmesi sonrası evde sağlık hizmetinin devam edip etmeyeceğini ve devam edecekse hangi birim tarafından verileceğini karara bağlayıp ilgili birime iletir.
- e) Sağlık kurumlarında yatan ve taburcu aşamasında olan hastalar için ilgili klinikler tarafından birim ile gerekli koordinasyon sağlanır ve evde sağlık hizmeti alması uygun görülen hastalara verilecek hizmetin kapsamı, hizmetin hangi seviyede, ne kadar süreyle, ne şekilde ve hangi sıklıkta verilmesi gerektiği belirlenir. Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu, müdavi tabip tarafından hazırlanan epikriz, evde sağlık hizmetinin kapsamı ve düzenlenen tedavi planı eklenerek hastane bünyesinde oluşturulmuş evde sağlık hizmetleri birimine teslim edilir.
- f) Evde Sağlık Hizmeti almak isteyen hastalara veya kanuni yakınlarına Evde Sağlık Hizmeti İletişim ve Koordinasyon Merkezi Bilgilendirilmiş Onam Formu doldurulur”.

Aynı talimatın 8. Maddesinde başvuruların değerlendirilmesi ve kabulü ile ilgili şu hususlar belirtilmektedir:

- a) “ESH Başvuru Formu ile birimlere yapılan veya telefon ile koordinasyon merkezine yapılan başvurular ilgisine göre, sağlık birim sorumlusu tabibe havale edilir. Başvurular kayıt altına alınarak, en kısa zamanda tabip, hemşire veya sosyal çalışmacı tarafından yerinde değerlendirilir. Hasta Evde Sağlık Hizmetine Kabul Edildiği takdirde ilgili formlar doldurulur ve yerinde değerlendirme veya varsa kurul raporları ekine eklenir. İhtiyaç duyulan durumlarda birim sorumlusu hekim hastanın tedavisinin düzenlenmesi, süresinin belirtilmesi amacıyla Evde Sağlık Hizmeti Konsültasyon İstem Formunu doldurarak ilgili uzman hekimce hastanın muayene edilmesine karar verebilir.
- b) Hastanın naklini gerektiren durumlarda ilgili form doldurularak birime ait hasta nakil araçları kullanılır.

- c) Evde sağlık hizmetinin Aile Hekimi tarafından verilebileceği kararı verilmiş ise hasta ve/veya yakınının muvaffakatı alınarak doldurulan başvuru formu, hizmetin kapsamı ve hastanın durumunu belirtir bilgi ve belgeler sağlık hizmeti verilmesi amacıyla ilgili aile hekimine ve bilgi amacıyla TSM'ne ve koordinasyon merkezine iletir.

Eğer söz konusu hizmetin ikinci basamak hizmet olarak verilmesine karar verilmiş ise bu durumda yerine göre hasta veya yakınlarının muvaffakatının güçlü olduğu hallerde bizzat kendileri tarafından ya da ilgili birim tarafından başvuru formu ile duruma ilişkin bilgi ve belgeler koordinasyon merkezine iletilmek üzere verilir.<sup>1</sup>

Bu hizmet bizatihi hastane içinde kurulmuş olan birim tarafından da verilebilir. Eğer durumu değerlendirmek durumunda olan hekim bu düzeyde hizmet verilmesi gerektiği kanaatinde ise geçerli formu doldurur ve koordinasyon merkezine ulaştırılmasını gerçekleştirir. Bu aşamanın ardından doldurulan başvuru formu yetkili komisyonca ele alınarak incelenir ev bir karar oluşturularak imza altına alınan bir karar şekline dönüştürülür. Bu karar bağlamında başvurunun gerekçeli kararı birimdeki yetkili doktora havale edilerek ya da bizatihi tekrar değerlendirmesi gerçekleştirilerek aile hekimine yönlendirilmesi sağlanır.<sup>2</sup>

ESH'nin Sonlandırılması ile ilgili olarak 9. Maddede kişiye verilen evde sağlık hizmetinin aşağıdaki hallerde sonlandırıldığı ifade edilmektedir:

- a) "Hastanın iyileşmesi ve hizmetin sebeplerinin ortadan kalkması,
- b) Hizmetin artık sağlık personeli gerektirmeden uygulanabilecek hale gelmesi,
- c) Hastanın kendisi veya yakınlarının hizmeti sonlandırmayı talep etmesi,
- d) Hastanın ölmesi,

---

<sup>1</sup> Antalya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, "Evde Sağlık Hizmetleri Uygulama Talimatnamesi"; <http://www.antalya.gov.tr/yukleme/dosya/e98649accf704951115da4fbfdc54507.pdf>, (20.04.2015)

<sup>2</sup> Antalya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, "Evde Sağlık Hizmetleri Uygulama Talimatnamesi"; <http://www.antalya.gov.tr/yukleme/dosya/e98649accf704951115da4fbfdc54507.pdf>, (20.04.2015)



- e) Hastanın ikametgahının değişmesi,
- f) Hastanın aile hekiminin değişmesi,
- g) Hastanın üst basamak tedavi kuruluşlarına devredilmesi,
- h) Hasta veya yakınlarının tedavi ile ilgili uyumsuzluğu ve buna bağlı olarak komisyonun tedaviyi sonlandırması.”

ESH'nin sonlandırıldığı durumlarda Evde Sağlık Hizmeti Hizmet Sonlandırma Formu doldurulur.

10. Maddede Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi'nin, görevlendirilecek bir hekim sorumluluğunda İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar ile İlgili Şube Müdürlüğü bünyesinde Evde Sağlık Hizmetleri Komisyonuna bağlı olarak çalıştığı ifade edilmektedir.

Talimatın 11. Maddesinde Evde Sağlık Hizmetleri Komisyonu kurulmuş olup komisyon her ayın ilk haftası ve acil durumlarda komisyon başkanının çağrısı ile toplanacaktır ifadesi yer almaktadır.

### **3. EVDE SAğLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI ve FİİLİ ÖRGÜTLENMESİ**

#### **3.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı**

ESH denildiğinde uluslararası açıdan belirli bir standarttan bahsedebilmek güç görünmektedir. Çünkü, farklı teknolojiler ve gelişmişlik düzeyleri söz konusudur. Ülkelerin aynı zamanda sosyo-kültürel yapıları ve kurumsal örgütlenme biçimleri, mevzuatları da bu farklılıkta rol oynamaktadır. Ayrıca hizmet anlayışında ve algısında da farklılıklar söz konusudur.

ESH'nin kurgulanmasında maliyetlerin ve kalitenin göz önünde bulundurulması doğru tercihlerin yapılması gerekmektedir. Hem mevzuat hem de uygulama anlamında yapılabileceklerin bir sorun-çözüm ikilemesi eşliğinde yerine getirilmesi uygun olacaktır. Bu doğrultuda bir takım öneriler getirilebilir. Uygun rehber ve politikalarla desteklendiğinde etkin bir sağlık hizmetleri uygulaması ortaya çıkarılabilir. Bir takım sorular eşliğinde bu süreç etkin biçimde tasarlanabilir. ESH için kaynaklar, deneyimler, faaliyetlerin araştırılması, ve buna ilişkin politikaların belirlenmesi, hasta ve hizmet sağlayan personelin görüşleri, kamuoyu, hükümetin sağlıkta kalite güvencesi ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde rolü, eşitlik ve kalitenin geliştirilmesi, ESH'ne ulaşabilirlik ve devamlılığının garanti altına alınması ve stratejilerin belirlenmesi gibi hususlar üzerinde düşünülmesi hizmetin etkinliğini artıracaktır.<sup>1</sup>

ESH uygulanmasında bazı avantajlar ve dezavantajlar taşımaktadır. Hasta gündelik yaşam içerisinde daha özgürdür. Kendi iradesi ile süreci yönetebilir ve katkı sağlayabilir. Yakınları da sürecin içerisinde. Kendi hasta haklarına ilişkin kişisel bilgilerini rahatlıkla muhafaza edebilirler. Hastane ortamına ilişkin enfeksiyon riski gibi risklere maruz kalma oranı düşmektedir. Maliyetler, kısa ve uzun süreli bakımlarında hastanede kalış maliyetlerine göre çok daha düşüktür. İleri teknoloji ürünlerinin kullanılması da mümkündür. Yaşam kalitesi belirgin biçimde artırılabilir. Bazı bireylere ulaşmanın tek yoludur. Hastanelerin gereksiz yere işgalini önlemektedir.<sup>2</sup>

Öte yandan ESH ülkemiz için yeni bir sektör durumundadır. Yeni riskler ve denetim sorunu taşımaktadır. Ayrıntılı bir eğitim programı gerektirmektedir. Sağlık personeli, hasta ve ailesi arasında etkin bir

---

<sup>1</sup> Karabağ, s. 48

<sup>2</sup> Özer-Şantaş, s. 97

eşgüdüm oluşmalıdır. Sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması, ESH'nin kısıtlılıklarındandır.<sup>1</sup>

ESH kapsamında hastalar, temel gereksinimleri sağlayamayacak durumda olan yaşlılar, kanser hastaları, kronik hastalar, parenteral ve enteral beslenme gereksinimi duyulan hasta grupları, psikiyatri hastaları gelmektedir.<sup>2</sup>

Bu hasta gruplarını şu şekilde sıralamak da mümkündür:

-“Yürüyemeyen ve kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayan yatağa bağımlı hastalar (Örneğin; felç, Alzheimer, demans, obezite vb.),

- Ağır özürlü kişiler,
- Terminal dönem kanser hastaları,
- İleri derece kas hastaları,
- Ağır KOAH hastaları,

-Evde sağlık hizmeti kapsamına alınanlardan ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ihtiyacı olanlar başvuru yaparak hizmetten yararlanabilir. Evde sağlık hizmeti verilen kişilerin mevcut durumları hariç, yeni oluşan acil haller birimin görev alanına girmez. (Acil durumlarda 112 Ambulans servisi veya direk sağlık kuruluşu acil servise başvuru yapılır).”<sup>3</sup>

Özel nitelikli bir sağlık hizmeti anlayışı gerektiren evde sağlık hizmetleri, hasta profili açısından ve sağlık personeli açısından üzerinde özel planlamaların yapılması gerektiren bir alanı ifade etmektedir.

---

<sup>1</sup> Özer-Şantaş, s. 98

<sup>2</sup> Karabağ, s. 49

<sup>3</sup> Y. Çayır, Birinci Basamakta Evde Sağlık Hizmetleri: Neler Yapabiliriz?, Dicle Tıp Dergisi, C.40, S.2, 2013, s. 341

### 3.2. Evde Sağlık Hizmetlerinde Fiili Örgütlenme

ESH'nin yerine getirilmesinde personel büyük öneme sahiptir. Uzmanlık gerektiren ve sağlık kurumu dışında bir hizmet sunumu gerektiği için mevcut örgütlenmenin iyi kurgulanmış olması, hata payının da sıfıra indirgenebilmesi gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığının 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı yönergesiyle ülkemizde Evde Sağlık Hizmetleri verilmeye başlanmıştır. 24.02.2011 tarih ve 8751 sayılı makam onayı ile yeni yönerge yürürlüğe girmiştir.

ESH'nin tüm il kapsamında çeşitli basamaklarda hizmet sunan sağlık kurumları tarafından gerçekleştirilmesinden dolayı, teşkilat yapısı da koordinasyon merkezi biçiminde düşünülmüştür. İlgili yönergeye göre evde sağlık hizmetleri teşkilatlanması şu şekilde gerçekleştirilmiştir:

Yönergenin 5. Maddesi'nde ifade edildiği şekilde; hizmetin yönetimi, birimler arasındaki iletişim ve koordinasyon müdürlük bünyesinde oluşturulan koordinasyon merkezi tarafından sağlanır. Koordinasyon merkezinin sorumluluğunu müdürün görevlendireceği bir sağlık müdür yardımcısı yürütür. Koordinasyon merkezi sorumlusu müdür yardımcısı aynı zamanda komisyonun da başkanıdır.

(2) İldeki tüm tüm birimler, merkezler ve aile hekimleri, iletişim ve haberleşme yönünden koordinasyon merkezi ile irtibatlandırılır.

(3) Koordinasyon merkezine has bir mekan tahsis edilir ve teknik donanımı gerçekleştirilir. İletişim, haberleşme, kayıt, arşiv ve sekretarya işlemlerinin yürütülebilmesi için müdürlükçe yeterli sayı ve nitelikte personel görevlendirilir. Koordinasyon merkezi ile komisyon, etkin bir koordinasyon ve işbirliği içerisinde çalışır.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> TC Sağlık Bakanlığı, 3895 Sayılı Yönerge; [www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72397/h/68.DOC](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72397/h/68.DOC), (07.10.2013)

Madde 5'te belirtilen teşkilat yapısına ek olarak hizmet sunumuna ilişkin sürecin değerlendirilmesi ve sorunların çözümü maksatlı bir komisyon oluşturulmakta ve denetleme faaliyetini üstlenmektedir. Bu açıdan komisyon ile ilgili olarak yönergenin 6. maddesi şu hükümleri içermektedir:

“(1) Evde sağlık hizmetlerinin sunumu, birimlerin işleyişi, uygulama sırasında ortaya çıkan sorun ve aksaklıkların tespiti ve çözüme kavuşturulması, evde sağlık hizmeti alan birey ve yakınlarının hizmetle ilgili şikâyetlerini değerlendirmek ve karara bağlamak amacıyla koordinasyon merkezi başkanlığını yürüten müdür yardımcısının başkanlığında; yataklı tedavi kurumları şube müdürü, ruh ve sosyal hastalıklar şube müdürü, aile ve toplum sağlığı şube müdürü, acil sağlık hizmetleri şube müdürü, ağız ve diş sağlığı şube müdürü ve birim sorumlusu tabip ve diş tabiplerinin katılımı ile en az 7 (yedi) üyeden oluşan inceleme ve değerlendirme komisyonu kurulur. Komisyon koordinasyon merkezi sorumlusu müdür yardımcısına bağlı olarak çalışır.

(2) Komisyon ayda bir defadan az olmamak üzere, her ayın ilk haftasında başkanın önceden belirlediği gündemle toplanır. Acil olarak değerlendirilmesi gereken durumlar için komisyon başkanının her daveti üzerine toplanmakla yükümlüdür.

(3) Komisyon oy çokluğu ile karar alır. Kararlar tutanağa bağlanır. Oylarda eşitlik olması halinde başkanın taraf olduğu karar geçerlidir. Komisyonun sekretaryası koordinasyon merkezince yürütülür.”

Antalya İli Evde Sağlık Hizmetleri Uygulama Talimatı'nın 12. maddesinde Evde Sağlık Hizmetleri birimlerinin görev tanımları yapılmaktadır. Bunlardan ilki Koordinasyon Merkezi'dir. Koordinasyon Merkezi'nin görev tanımına bakıldığında şu hususlar sıralanabilir:

- a) “Aile hekimleri, toplum sağlığı merkezleri, ağız ve diş sağlığı merkez ve hastaneleri ve devlet hastanelerindeki evde sağlık hizmeti birimleri arasındaki koordinasyonun sağlanması.

- b) Yapılan başvuruların kayda alınması, ESH kapsamına giren vatandaşların bağlı oldukları aile hekimi, hastane, TSM ve ADSM'ne bildirilmesi.
- c) Evde sağlık hizmetlerinin sekretaryasını yürütülmesi.
- d) Evde sağlık hizmetinde kullanılan malzemelerin temini ve TSM'ler aracılığı ile de dağıtım ve organizasyonunun sağlanması,
- e) Evde sağlık hizmetlerinde çalışan personelin eğitimini organize ettirilmesi, yaptırılması,
- f) Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan sorunların çözülmesi,
- g) Kurum ve kuruluşlarla koordinasyon sağlanması (Belediyeler, Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı, STK'lar vb.)
- h) Hizmetin seviyesi, kapsamı, süresi ve benzeri konularda birim ile aile hekimliği arasında itilafa düşülmesi halinde komisyon marifetiyle karara bağlanmasıdır.”

Toplum Sağlığı Merkezleri'nin Evde Sağlık Hizmetleri ile ilgili görevleri işe şu şekilde sıralanabilir:

- a) “Bölgesinde yaşayan hastaların sosyal destek ihtiyaçlarının giderilmesi için ilgili sosyal destek kurumlarına yönlendirilmesi.
- b) Sosyal güvenlik desteğinin sağlanması.
- c) Hasta ve hasta yakınlarının eğitiminin yapılması.
- d) Evde sağlık hizmeti veri tabanında kayıtlı hastaların verilerinin güncellenmesi.
- e) Aylık olarak Aile Hekimlerinden toplanan ESH Aylık Bilgi Formundaki verilerin tek formda birleştirilerek bir sonraki ayın 10'una kadar Koordinasyon Merkezine gönderilmesi,
- f) Yıllık Çalışma Formunda yer alan veriler Toplum Sağlığı Merkezleri ve hastaneler bünyesinde bulunan birimler tarafından aylık olarak izlenir. Yıl boyunca izlenen verilerin her yılsonunda bir kez İl Sağlık Müdürlüğü Koordinasyon Merkezine iletilmesi,

- g) TSM de bu görevleri takip edecek Sosyal Hizmet Birimlerinin/Evde Sağlık Hizmeti Mobil Birimlerinin kurulmasıdır.”

Devlet Hastaneleri Bünyesindeki Evde Sağlık Birimleri'nin görevleri şunlardır:

- a) “Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin doğrudan hastane başhekimliğine bağlı olarak çalışması, birimlerin ihtiyaçlarının hastane imkânları ile karşılanması,
- b) Hasta veya yakınlarının, aile hekiminin veya toplum sağlığı merkezinin talebi ile hastane biriminin yapacağı yerinde değerlendirme ile hastanın tıbbi bakım, tedavi, takip ve rehabilitasyonunun sağlanması,
- c) Evde sağlık hizmeti kapsamında yapılacak ziyaretlerin randevu sistemine dayalı olarak yapılması,
- d) Hastanın heyet raporlarının çıkarılması,
- e) Hastanın laboratuvar tetkiklerinin ve diğer tıbbi tetkiklerinin yaptırılması.
- f) Gerekirse uzman hekim konsültasyonunun yaptırılması.
- g) Diyetisyen, fizyoterapist ve psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı desteğinin sağlanması.
- h) İhtiyacı olan hastaların AD/SM Evde Sağlık Hizmeti Birimine yönlendirilmesi,
- i) Post-op hastaların yönerge doğrultusunda evde tedavilerinin ve takiplerinin sağlanması, gereğinde koordinasyon merkezi ile irtibata geçilmesi ve bildirimlerinin yapılması,
- j) Görev alanında 1. basamak evde sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin uzman hekim konsültasyonunu, heyet raporu taleplerinin teminini sağlanması,
- k) Hastane bulunmayan ilçelerde yada hastane uzman hekim kadrosu/tıbbi donanımı yeterli olmayan ilçelerde aile hekimi/ evde sağlık mobil ekibi/evde sağlık birimi tarafından hizmet verilen hastaların bulunduğu ilçede karşılanamayan konsültasyon/tetkik/rapor/televizyon nakil vb. ihtiyaçlarının gerekli hallerde İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bulunan

Evde Sağlık Hizmetleri komisyonu kararıyla uygun görülen hastane evde sağlık birimince karşılanması,

- 1) Evde sağlık hizmeti kapsamında değerlendirilen hastanın çeşitli nedenlerle geçici süreliğine (misafir hasta) ikamet ettiği bölgenin dışında bulunması halinde geçici ikamet bölgesinde bulunan evde sağlık hizmet birimince hizmetin devamlılığı sağlanır.”

Ayrıca sunulan hizmetin Aile Hekimliği ile ilgili de bir boyutu bulunmaktadır. Bu noktada Aile Hekimleri'ne de görevler paylaştırılmıştır. Bunları şöyle sıralamak mümkündür:

- a) “Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- b) Evde sağlık hizmeti kapsamında yapılacak ziyaretlerin randevu sistemine dayalı olarak yapılması,
- c) Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaların sevk edilmesi, sevk edilen hastaların, geri bildirim yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerinin değerlendirilmesi, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunun sağlanması.
- d) Komisyonun uygun göreceği yerleşimlerde ESH alma niteliğindeki hastalara aile hekimi düzeyinde yapılabilecek tedavi ve takiplerinin yapılması,
- e) Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilecek evde sağlık hizmetlerine ilişkin çalışma ve iş planının hazırlanması,
- f) Tespit ettiği ESH alma niteliğindeki vatandaşların TSM ve hastane birimlerine bildirimini yapılması,
- g) İhtiyacı olan hastaların ADSM evde sağlık hizmeti birimine yönlendirilmesi,



- h) Her ay ESH Aylık Bilgi Formu doldurularak bir sonraki ayın 5'ine kadar bağlı bulunduğu sağlık Grup Başkanlığına gönderilmesi,
- i) Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın; çeşitli nedenlerle ikamet ettiği bölgenin değişmesi/aile hekimi değişikliği talebi olması halinde kayıtlı olunan aile hekimi tarafından hizmet sonlandırılır ve Toplum Sağlığı Merkezine gerekli bildirimler yapılır. Yeni kayıt olunan aile hekiminden evde sağlık hizmeti talebinde bulunulması halinde aile hekimince başvuru değerlendirilerek uygun bulunması halinde hizmet devamlılığı sağlanır.”

Bu teşkilatlanma yapısının hitap ettiği hedef kitle nüfusunun 2005 yılından 2050 yılına kadar artması tahmin edilmektedir. Özellikle bu nüfusun yaşlı ve engellilerden oluştuğu düşünüldüğünde kuvvetli tahminlerde bulunmak mümkündür. 2005 yılı verilerine göre %5,9 olan 65 yaş ve üzerindeki nüfus oranının 2025 yılında %9'a ulaşacağı öngörülmektedir. Yine 2002 yılında gerçekleştirilen Türkiye Özürlüler Araştırmasına göre ise %12,29 olan özürlü nüfusun içinde kronik hastalıklara bağlı özürlülük sıklığı %9,7'dir. Türkiye'nin doğuşta beklenen ortalama yaşam süresi 2003 yılı için 68,7'dir. OECD ülkeleri ile kıyaslandığında kısa olan bu sürenin 2045-2050 yılları için ortalama 78 yıl olacağı varsayılmaktadır. Ülkemizde kişi başına düşen yatak sayısının yanında hekim ve hemşire sayısının da OECD ülkeleri ortalamasının altında kalmasının yanında, yatakların büyük bir bölümü de etkin ve verimli kullanılamamaktadır. Ayrıca etkin taburculuk planlamasının yetersizliği ve evlerine gidecek hastaların ve diğer bakıma muhtaç bireylerin bakımının evde devam edebilmesi olanaklarının yetersizliği hastanede kalış süresini uzatan faktörlerin başında gelmektedir. Taburcu olduktan sonra bakımın sürdürülmesine ilişkin sistematik yaklaşımın olmaması ve hastane dışında sağlık hizmetlerinin sağlık sigortası tarafından karşılanmaması, bakım gereksinimi olanların söz konusu hizmetleri ya özel sağlık sigortası ya da

kendi kişisel harcamalarıyla karşılamak zorunda kalmalarına neden olmaktadır.<sup>1</sup>

Ülkemizde ESH alanında yapılan güncel düzenlemeler içerisinde etkili bir iletişim yöntemi kullanılmaktadır. Randevu sistemi oluşturulmuştur. Hastalar veya yakınları 444 38 33 (444 EV DE) numaralı telefon üzerinden koordinasyon merkezlerine ulaşılabilir ya da sorumlu birimlere telefonla sözlü veya form ile yazılı olarak müracaat edebilirler.<sup>2</sup>

Türkiye’de son yıllarda sağlık alanında yaşanan değişim organizasyonel anlamda önemli bir boyut taşımaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından organizasyon yapısında da bir değişim gerçekleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda daha özerk bir yapı benimsenmeye çalışılmaktadır. Buna en iyi örnek evde sağlık hizmetleridir.<sup>3</sup> Bu anlamda yapılan yenilikçi çalışmalarda güdülen temel prensipler şunlardır:

- “Türkiye’deki Hasta Hakları Kanunu’nun uluslararası standartlara göre düzenlenmesi,
- Bilişim alt yapısının geliştirilmesi,
- Genel sağlık sigortası sisteminin oturtulması,
- Sosyal güvenlik sisteminin güçlendirilmesi,
- Özel sağlık ve hayat sigortası şirketleri için tevsikler sağlanması,
- Sağlık Bakanlığı’nın sağlık sistemi için merkezi planlayıcı ve düzenleyici rolünü üstlenmesi, sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sunucular tarafından sunulması,
- Emeklilik ve sağlık sigortası yapılanmalarının ayrıştırılması,

---

<sup>1</sup> M. Yılmaz ve diğ., “Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Bakım Hizmetleri”, İstanbul Tıp Dergisi, S.11, C.3, İstanbul, 2010, s. 130

<sup>2</sup> Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, Evde Sağlık Hizmetleri;  
www.asm.gov.tr/.../Dosyalar/143/EGİTİM/02\_02\_2012\_10\_52\_37.doc, (09.10.2013)

<sup>3</sup> Yorulmaz – Özata – Küçükkendirci – Demirkıran, s. 2

- Bütün vatandaşlara tek bir kimlik numarasının verildiği ve sağlık hizmetlerinin de bundan yararlandığı bir bilgi sisteminin oluşturulması,
- Ulusal bir kalite ve akreditasyon kurumunun kurulması,
- Ulusal İlaç Kurumu'nun kurulması,
- Ulusal Tıbbi Gereç Kurumu'nun kurulması.”<sup>1</sup>

ESH'nin tüm bu yenilikçi süreç ve uygulamalarla bir bütün olarak değerlendirilmesi ve uygulamaların bu sisteme tam olarak entegre edilmesi gerekmektedir. Bu aşamada ESH alanında görev yapan personel ve birimler de bu süreçte koordinasyon ve denetime ihtiyaç duymaktadır. Çünkü, ESH bütün bir İl genelinde hizmet sunan sağlık merkezlerini ve bu işle görevlendirilmiş personeli kapsamaktadır.

### **3.2.1. Evde Sağlık Hizmetlerinde Hastane Biriminin Çalışma Sistemi**

İkinci ve üçüncü basamak hizmet seviyesinde hizmet veren hastane evde sağlık birimlerinin çalışma düzeni birim sorumlu tabibi tarafından hazırlanan ve ilgili kurum amirince onaylanan iş planına göre yürütülür. ESH'nde, hizmet verilen kişinin durumu, yapılan tüm tıbbi müdahaleler ve ziyaretin seyri raporlanır. ESH biriminin görevi, konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, kişinin bulunduğu ev ortamında;

- “Muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi,
- Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması,
- Hastanın ve ailesinin hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi,

---

<sup>1</sup> Karabağ, s. 32

- Hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar.”<sup>1</sup>

Gerekli hallerde ilgili dal uzmanlarının da görüşü alınarak evde gerekli konsültasyon sağlanır. Hizmetin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında devam edebileceği kanaati oluştuğunda ise hastane birimi aracılığıyla tüm bilgi ve belgeler ile birlikte koordinasyon merkezine iletilir. Koordinasyon merkezi gerekli incelemeyi yaparak kayıt altına aldığı hasta için kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezi veya aile hekimine evde sağlık hizmetinin başlatılması için gerekli bildirimini yapar.<sup>2</sup>

### **3.2.2. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin Çalışma Sistemi**

ESH kapsamında verilebilecek diş hekimliği hizmetleri, klinik ortama taşınması mümkün ve gerekli olmayan hastalarda, hastalığın tipi ve derecesine göre ilgili uzman konsültasyonu sağlandıktan sonra şu işlemlerden gerekli olan yerine getirilir.

- “Oral muayene,
- Diş ve diş eti enfeksiyonları için medikasyon,
- Özellikle çocuk hastalarda topikal florür uygulaması gibi koruyucu uygulamalar,
- Hasta ve hasta yakınlarına oral hijyen eğitimi verilmesi,
- Basit diş çekimleri,
- Detertraj,
- Sabit restorasyon gerektirmeyen total/parsiyel protez,
- Daha önceden yapılmış olan protez ve tedavilerin kontrollerinin yapılması,

---

<sup>1</sup> Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, Evde Sağlık Hizmetleri;  
www.asm.gov.tr/.../Dosyalar/143/EGİTİM/02\_02\_2012\_10\_52\_37.doc, (09.10.2013)

<sup>2</sup> Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, Evde Sağlık Hizmetleri;  
www.asm.gov.tr/.../Dosyalar/143/EGİTİM/02\_02\_2012\_10\_52\_37.doc, (09.10.2013)

- Protez vuruğunun alınması,
- Kırık tamiri ve benzeri işlemleri kapsar.”<sup>1</sup>

Ancak, hastanın genel durumu ve hastalık sınıflaması ev ortamında tedavi olmasına imkân tanımıyor ise diş hekimince değerlendirilerek mutlaka ilgili Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi’ne nakli sağlanır ve gerekli tedavisi burada yapılır.<sup>2</sup>

ESH kapsamında verilen hizmetler kısaca şu şekilde özetlenebilir:

- “Randevu sistemiyle ve mesai saatleri içerisinde hizmet verir, ücretsizdir.
- Evde sağlık hizmetleri biriminin görevi hastalığın teşhisini koymak olmayıp daha önce ilgili dal uzman tabiplerince konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde ve kişinin bulunduğu ev ortamında hizmet verir.
- Muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi,
- Gerektiğinde uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi,
- Tıbbi cihaz ve malzeme raporların çıkarılmasına yardımcı olunması,
- Hastanın ve ailesinin bilgilendirilmesi,
- Kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanılması hakkında bilgilendirme,
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri
- Lüzumu halinde ilgili dal uzmanlarının da görüşü alınarak gerekli konsültasyon sağlanır.”<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, Evde Sağlık Hizmetleri; [www.asm.gov.tr/.../Dosyalar/143/EĞİTİM/02\\_02\\_2012\\_10\\_52\\_37.doc](http://www.asm.gov.tr/.../Dosyalar/143/EĞİTİM/02_02_2012_10_52_37.doc), (09.10.2013)

<sup>2</sup> TC Sağlık Bakanlığı, 3895 Sayılı Yönerge, Madde 14; [www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72397/h/68.DOC](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72397/h/68.DOC), (07.10.2013)

<sup>3</sup> ....., Evde Sağlık Hizmetleri; <http://nhs.gov.tr/sayfa/63/evde-saglik-hizmetleri.html>, (12.09.2013)

Görüldüğü gibi ESH bütün sağlık hizmetlerinin evde sunulması değildir. Sadece tedavi maksatlı sürdürülebilir sağlık hizmetlerinin ev koşulları altında yerine getirilmesidir.

#### **4. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAĞI**

ESH'ndeki teşkilat yapısı içerisinde çalışan ve kurumların sağladıkları hizmetleri yerine getiren personel bu konuda nitelikli ve donanımlı olmalıdır. Bu noktada ilgili personelin dikkat edeceği noktalar net biçimde belirlenmelidir. İnsan kaynağı açısından yapılan tasniflemede Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi birimleri dikkate alınarak alt başlıklar oluşturulmuştur.

##### **4.1. Hekimin Rolü**

Hekimin rolünü gerektiren süreç, hastanın konumunun ve kaynakların evde bakıma uygun olduğunu belirlemesiyle başlar. Bu uygulamanın başarılı olabilmesi için doktor, hasta, hasta yakınları ve diğer sağlık elemanlarıyla sürekli bir temas halinde olması gerekir. Ayrıca bu bakımın amacına uygun yapılıp yapılmadığını, görevlilerin üzerine düşenleri yapıp yapmadığını kontrol etmek ve denetlemek de doktorun yasal sorumluluğu dâhilindedir. ESH bir ekip çalışmasıdır ve yüksek düzeyde kurumsal koordinasyonla birlikte yapılmalıdır. Hekimin bu disiplinler arası çalışmada bazı önemli görevleri vardır. Bu görevler yüz yüze kontakt kurarak sağlık hizmeti sunmaya alışmış olan doktorlar için zorlayıcıdır. Görev ve sorumlulukların açıkça anlaşılması hekimin evde sağlık hizmeti sunulması sürecinde aktif rolünün etkinliğini artırır.

## 4.2. Hekimin Görevleri

ESH alanında özellikle Aile Hekimliği müessesinin büyük önemi mevcuttur. Bu noktada hekimler görevlerini şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Tıbbi problemlerin çözümü,
- Evde bakıma uygun olan hastanın tanımlanması,
- Evde bakım planı içinde kısa ve uzun dönem hedeflerinin belirlenmesi,
- Yeni, acil ve akut medikal sorunların diğer tıbbi elemanlarla birlikte çözümü,
- Hasta ve evde bakım çalışanları arasındaki iletişimi sağlamak,
- Tıbbi kayıtların dokümantasyonunu yapmak,
- Gerektiğinde telefonla eve gelerek ziyaret yapmak.

Telefon görüşmesi ev temelli tedavinin ilk adımıdır. Doktorlar için de öncelikli aşamada tercih edilebilir bir seçenektir. Bir kaç istisnai durum olmakla birlikte (örneğin preoperatif hasta muayenesi ve değerlendirmesi, postoperatif takip gibi) telefon görüşmeleri pek çok akut ve/veya kronik durumun çözülmesi için gerekli kritik bilgilerin temini için yeterli olmaktadır.<sup>1</sup>

## 4.3. Evde Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekiminin Çalışma Sistemi

Ülkemizde evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar ile evde sağlık hizmeti alması gerektiği ilgili yönergede belirtilen usul ve esaslara göre tespit edilen kişilere yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri, 25/05/2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan

---

<sup>1</sup> Yılmaz ve diğ., s. 128

“Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” ve aile hekimliği uygulamaları ile ilgili diğer mevzuat gereği toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtasıyla verilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilecek evde sağlık hizmetlerine ilişkin çalışma planı aile hekimince hazırlanmaktadır. Bu çalışma planı, Sağlık Grup Başkanlığı tarafından onaylanarak koordinasyon merkezine gönderilir. Aile hekimi evde sağlık hizmetini kendisi verecekse hasta veya yakınının da onayıyla başvuru formu doldurularak koordinasyon merkezine ileterek hastayı takibine alır.

Aile hekimi hizmetin sağlık kurumu bünyesindeki birim vasıtası ile verilmesi gerektirdiği kanaatinde ise başvuru formunu nedenlerini açıklayarak doldurup koordinasyon merkezine gönderir. Başvuru, komisyon tarafından ekli bilgi ve belgeler doğrultusunda değerlendirilerek hizmetin kim tarafından verileceğine karar verilir.<sup>1</sup>

#### **4.4. Birimdeki Sağlık Personelinin Görevleri**

ESH birimi personeline ilişkin görev tanımı şu unsurları içermektedir:

- Ev ziyareti için gidilecek adres güzergahların belirlenmesi. Bunun sağlanması için adreslerin ve hizmet ihtiyacı olan hastaların en uyumlu şekilde değerlendirilmesi
- Günlük ziyaret güzergâhların ayarlanması için 40 adet dosyanın gözden geçirilerek telefon ile aranması
- Hasta ziyaret randevularının telefonla hastalara bildirilmesi

---

<sup>1</sup> Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, Evde Sağlık Hizmetleri;  
www.asm.gov.tr/.../Dosyalar/143/EĞİTİM/02\_02\_2012\_10\_52\_37.doc, (09.10.2013)



- Hastaneye gelen evde sağlık hastalarına tetkik amaçlı sonda takılması, sondayla idrar örneği alınması ve sonda değişimi sağlanması
- Kanül değişimi için naklini sağladığımız hastaların girişimsel işlemlerinde yardımcı görev alınması
- Gerekli durumlarda Genel Rutin Kan Tetkiki alınması
- Birim sorumlusu doktorumuz tarafından değerlendirilen sonuçların hasta yakınlarına her gün telefonla bildirilmesi
- Birimi arayan hasta yakını sonda sorunu olduğunu söylediğinde, kan alınmasını istediğini, hastasının acil diye şikayetini belirttiği veya farklı diğer durumlarda hasta dosyası tekrar alınarak dosya değerlendirilir hasta yakınına geri telefonla aranarak bilgi verilir.
- Birime gelen hasta yakınlarıyla değerlendirme formlarının düzenlenmesi
- Ev ziyaretine çıkıldığında her gün farklı adreslere gidilir araç içinde şoför'ün gideceği adreslere yönlendirilmesi ve tek tek dönüşlerin anlatılması. Sağa dön sola dön vb. şekilde yön tariflenir. Navigasyon cihazına adres girilmesi sağlanır. Ancak çoğunlukla cihaz'ın girilen adresi tam olarak bulamaması nedeniyle gidilecek olan evin kişisel çabayla bulunması
- İl genelindeki mahalle, sokak ve kapı numaralarının belediyenin güncellemesinin farklı olması sebebiyle
- Ev ziyaretinde hastaya genel evde bakım değerlendirilmesi yapılması

- Günlük birimde işlem gören ve içi biten hasta dosyalarının numaralandırma şekline göre klasörlerine yerleştirilmesi. Bu günlük yaklaşık 60-80 arası sayıdadır. Her dosya içindeki not kağıtları incelenir. Tamamlananlar ıkartılır. İçi biten barkodlar çıkartılır.
- Günlük dosyaların yerine takılma içi numaralandırmaya titizlikle uyularak uyarak yapılmalıdır. Yanlışlıkla farklı bir numaraya yerleştirilecek olma ihtimalinde 61 adet klasörden yaklaşık 1460 adet hasta dosyası elden geçirilmek zorunda kalınmaktadır. Birimde kayıt altına alınan hasta sayısı arttıkça klasör ve dosya numaraları da artış gösteriyor. Belirtilen rakamlar ağustos/2014 itibariyle mevcut olandır.
- Aylık hasta yakını eğitiminin katılımcı listelerinin oluşturulması
- Aylık eğitim katılımcılarının telefonla bilgilendirilmesi çağırılması (yaklaşık 60 hasta yakınının telefon ile tek tek aranması)
- Sunum için gereken bilgisayar kurulumunun toplantı salonunda sağlanması
- Sunumda kullanılacak olan bilgi materyallerinin hazırlanması
- Katılım belgelerinin ve bilgi materyallerinin çoğaltılması yazdırılması
- Eğitim sırasında katılımcı yoklamasının tutulması ve katılımcılara bilgi materyallerinin dağıtılması
- Eğitim sonunda katılımcı sorularının listelendirilmesi
- Eğitim sonrasındaki günlerde birim doktoruyla katılımcı dosyalarının değerlendirilmesi

- Birime ait giden evrakların resmi giriş kaydı takibinin yapılması.”<sup>1</sup>

#### **4.5. Hemşirenin Görevleri**

ESH birimine bağlı olarak çalışan hemşirelerin görevleri şu şekilde sıralanabilir:

- Sabah erken çanta hazırlamak(tüpler, barkodlar kontrol etmek, navigasyon cihazını koymak, sonda çantasını kontrol etmek vb.)
- Her gün farklı hastalara, farklı adreslere gidilir(navigasyon cihazından sağa, sola düz veya U dönüşü yapınız diye şoföre komutlar verilir. Şoföre yardımcı olunur.)
- Hasta evinde her gün ziyaretler yapılır (sonda, kan, tit, kültür, genel ziyaretler)
- Ziyaret esnasında hasta, evinde izlenir, beslenmesi sorulur, yatak içi hareketleri, egzersizler anlatılır, eğer gerekli olursa fizyoterapist için program ayarlanır.
- Beslenmesi kötü ya da kilo kaybı olduğu gözlenirse hasta yakınına besin tüketim cetveli verilir (BTC) nasıl dolduracağı anlatılır.
- Kullandığı ilaçlar sorulur. İlaçların kullanımı hakkında bilgi verilir
- Hasta bakıcısı gözlemlenir. Eğer sıkıntılı, endişeli panik olduğu gözlemlenirse psikolog için randevu ayarlanır. Bazen bu durum aynı şekilde hastanın kendisi için de geçerlidir.

---

<sup>1</sup> Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi Görev Tanımları, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Arşiv Verileri, 2015

- Hasta evinde gözlemlenir. Eksikleri varsa(tekerlekli sandalye, havalı yatak, alt bez raporu çıkması, enteral beslenme raporu çıkması, yenilenmesi, ilaç raporları çıkması, yenilenmesi) işlemlerde yardımcı olmak, bilgi toplamak.
- Hasta evinde ANTA takibi yapmak.
- Hastanın evinde sonda değişimi yapmak. Foley ve silikon sonda takılması (20, 45 günlük) sondalarda sorun olursa tekrar günlerini ayarlamak.
- Sonda bakımı yapılır ve eğitimi verilir.
- Mesane yıkaması uygun durumlarda yapılır ve eğitimi verilir.
- Sonda takıldıktan sonra idrar gelmezse, yine mesane yıkaması yapılır.
- Evde sağlık hizmetleri birimi hastaları, demans, alzheimer, nörolojik, spastik, obesite, kas hastası vb olduğu için extremitelerde yaygın kas katılığı mevcut olup kan alımı, sonda değişimi gibi müdahalelerde kollar bacaklar açılmamaktadır. Buna bağlı en az iki sağlık personeli ve en az bir hasta yakını olmak zorundadır.
- Evde sağlık hizmetleri biriminde sonda değişimde, genel ziyaretlerde, genel rutinler alınmasında, INR için mutlaka hasta yakını telefonla aranır . Hastanın hangi adreste olduğu belirlenir . Mutlaka bir gün önce haber verilir.
- Evden alınan günlük kanlar hastanemiz 3.kat merkez laboratuvarına teslim edilir.

- Birimde kullanmak için gerekli malzemeler (lab. Tüpler, kırtasiye, tıbbi malzemeler, ilaçlar, medikal malzemeler vb. bilgisayar ortamında istem yapmak) her biri farklı günlerde yapılır(1 gün önce),istem yapıldıktan 1 gün sonra hemşire imza eşliğinde depodan sayarak alınır.
- Tıbbi atıkların birimde ayrılması.
- Diş tedavi talebi olan hastalar, rapor yenilemesi istemi olan hastalar TSM istekleri halka ilişkilere, hekime, sekretere iletilir.
- Her iki araba için hastaların dosyaları ve güzergahları sabah, öğleden sonra olmak üzere ayarlanır. Adres bilgisi sorgulanır.
- Evde sağlık hizmetleriyle planlanarak acil servise getirtilen hastaların, kan ve idrar için örneklerini almak (engelli polikliniğinde işlem gerçekleştirmek),
- Polikliniklere evde sağlık hizmetleri tarafından nakil ile getirtilen hastanın kan, idrar, kültür vb. istenen tetkikleri engelli polikliniğinde gerçekleştirilir.
- Ev ziyaretinde hasta ile ilgili sorunları birim DR danışılarak gerekli polikliniklere gelmesini sağlamak.( tekrar hasta yakınına telefonla bilgi vermek),
- Ev ziyaretinde hastanın sosyo-ekonomik yönden gözlenip gerekli olursa, hasta bakıcısını sosyal hizmete yönlendirmek veya sosyal inceleme için sosyal hizmet uzmanı tarafından ev değerlendirmesinin planlanması,

- Diğer polikliniklerden yapılmış doktor istemlerinin (kan, idrar, sonda, kültür vb.) hastanın evinde alınması için randevu günü verilmesi.
- Kan sonucu bildirilen hastalara tekrar 4 ya da 6 ay sonrasına randevu vermek. INR tetkiki alım zamanı değişkendir ve önceliklidir.
- Her gün rutin olarak sonuçları değerlendirilen( INR, genel rutinler)hastaların yakını telefonla birebir aranır (sonuç olarak normal özellik yok, ya da farklı polikliniğe getirilmesi ya da reçete şeklinde ifade edilir...). Bazı hasta yakınlarının kulaklarının iyi duymaması, verilen ilaç kullanım bilgisini anlamaması, iletilen bilgiye ilgisiz olması ve diğer sebeplerle telefon görüşmeleri zordur.
- Hasta dosyasının içindeki dizilimin düzenini kontrol etmek ve eksikliği gidermek.
- Günlük birimde işlem gören ve içi biten hasta dosyalarının numaralandırma şekline göre klasörlere yerleştirilmesi. Bu günlük yaklaşık 60-80 arası sayıdadır. Her dosya içindeki not kağıtları incelenir. Tamamlananlar ıkartılır. İçi biten barkodlar çıkartılır.
- Vefat eden hastanın dosyasına ait hizmet sonlandırma formunu doldurup, dosyayı ex klasörüne taşımak.
- Sekreter ve halkla ilişkiler personeline iletilen soru ve isteklerin notları imza karşılığında alınır. Hasta dosyası incelenip telefon ile hasta yakınına geri dönüş yapılır.
- Yapılan bütün işler ekip içinde işbirliği ile ve koordineli şekilde olmak zorundadır.

- Telefon iletişimleri ya da ev ziyaretlerinde hastanın il dışında olma haberi alınır, iyileşme hali tespit edilirse, farklı bir sağlık kuruluşunda yatışı olduğu öğrenilirse, bir tür bakım evine yattığı öğrenilirse, sekretere bilgi verilerek hastanın dosyasına ait hizmet sonlandırma formu doldurulur. Dosya programdan çıkanlar klasörüne taşınır.
- Halkla ilişkiler personeli veya sekreter yoğunluğu durumunda birime gelen telefonlara cevap verilir. Hasta yakını istekleri not edilir ve yardımcı olunur.
- Birimi arayan hasta yakını sonda sorunu olduğunu söylediğinde, kan alınmasını istediğini, hastasının acil diye şikâyetini belirttiği veya farklı diğer durumlarda hasta dosyası tekrar alınarak dosya değerlendirilir hasta yakınına bilgi verilir.
- Telefon ile ulaşılamayan hastalara ölüm sorgulaması yapılması için birim doktoruna iletilir.<sup>1</sup>

#### **4.6. Tıbbi Sekreterin Görevleri**

ESH'nin yürütülmesinde özellikle başvuruların alınması ile ilgili olarak tıbbi sekreterlerin bir takım görevleri bulunmaktadır. Bunları şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Hasta yakını birime hastasının evde sağlık hizmetlerinden yararlanma veya bilgi almak için başvurur. Programımız hakkında hasta yakını bilgilendirilir. Hasta yakını formunun doldurulmasında yardımcı olunur.

---

<sup>1</sup> Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi Görev Tanımları, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Arşiv Verileri, 2015

- Başvuru evrağını, başvuru tarihlerine göre sıralama listesine yazar.
- Programa alınan hastanın dosyasının oluşturulması.
- Hasta başvuru formunun fotokopisi çektilirerek evrakta yedeklendirme yapılmasını.
- Hastanın ilaç ve malzeme raporlarının düzenlenmesi ve yenilenmesinde poliklinik sıra numaraları ve gideceği polikliniğe hasta bildirim ve işbirliği istem formunu doldurarak hasta yakınıyla bir gün önceden telefonla irtibata geçerek gerekli evrakları getirmesi hakkında bilgi verilmesi.
- Günlük ev ziyaret raporlarının (hastanın bilgileri, ekip araçlarının plaka ve kilometre bilgilerinin) düzenlenerek elektronik ortamda gönderilmesi.
- Hasta gelmeden rapor sağlanan işlemler için günlük ölüm sorgulama sisteminden sorgulama yapılması.
- Kayıt kabul modülünden poliklinik sıra numaralarının alınması
- Laboratuvar sonuç sisteminden son tetkiklerin çıkartılması
- Kotası dolan poliklinik randevu alımında ilgili polikliniğin sekreteri ve doktoruyla irtibata geçilmesi
- Kepez ve Büyükşehir belediyesi hastalarının hastanemizdeki poliklinik randevularının bir gün öncesinden alınması



- Nakil ambulansından yararlanacak hastaların poliklinik randevularının bir gün önceden alınması
- Dışarıdaki ekiplerin girişimsel hizmetleri sırasında telefonla iletişime geçilerek yeni kan veya işlem girişinin yapılması
- Diğer bir evde sağlık biriminden hizmet almakta iken birimize başvuruda diğer evde sağlık hizmetleri ve koordinasyonla irtibata geçerek teyit edilmesi.
- Sağlık Bakanlığına iletmek üzere istatistiksel aylık çalışmalarını yazılı dökümünün hazırlanması.
- Koordinasyon Merkezinin birimle ilgili istatistiksel verilerinin düzenlenerek sunulması.
- Antalya Merkez İlçeleri dışındaki evde sağlık hizmetlerine yardımcı olmak adına hastanemiz poliklinik randevularının sağlanması.
- Besin tüketim cetvelinin hesaplanması için hasta dosyasının düzenlenmesi. Diyetisyenle telefon irtibatına geçilerek hasta yakınının yönlendirilmesi.
- Fizyoterapistin ev ziyaretlerine gideceği hasta dosyalarının hazırlanması. Fizyoterapist ile telefon irtibatı gerçekleştirilerek hasta dosyalarının teslim edilmesi.
- Sosyal hizmetler uzmanının gideceği hasta dosyaları hazırlanır. Sosyal hizmetler ile telefon irtibatı gerçekleştirilerek hasta dosyaları teslim edilir.

- Psikoloğun gideceği hasta dosyalarının hazırlanması. Psikolog ile telefon irtibatı gerçekleştirilerek hasta dosyalarının teslim edilmesi.
- Evde sağlık hizmetler birimine ait gelen ve giden resmi yazışmaların düzenlenmesi ve kayıt altına alınması.
- Ex olan hastaların dosyalarının ölüm sebebiyle programdan çıkartılan hasta listesinden düşölmesi
- Koordinasyon merkezinden gelen konsültasyon istem formlarında öngörölren polikliniklerin randevularının alınması ve nakil randevusunun yazdırılması
- Konsültasyondaki poliklinik muayenelerinin tamamlanmasından sonra barkod hazırlanması ve işlem sonucunun yazılması, birim doktoruna sonucun değerlendirmesini sağlamak
- Polikliniklere getirilen birime kayıtlı yada Aile Hekimliği konsültasyon hastalarının getirilen polikliniklerce istenen yeni birimlerde diğer birime sevk etmesinde sıra numaralarının alınması.
- İleri düzey tetkiklerin (röntgen, M.R., BT, ultrason, EEG, EMG, EKO...) aynı gün içerisinde yaptırılması için irtibata geçilmesi.
- Kan tetkikleri, sonda, pansuman vb. malzeme çıkışlarının yapılması.
- İlaç ve malzeme raporları çıkarılacak ve çıkarılan hastaların listelerinin hazırlanması.
- Programa alınmayan hastaların listelendirilmesi.

- Diğer tüm sebeplerle programdan çıkarılan hastaların listelerinin düzenlenmesi
- Birime gelen telefonlarla irtibata geçilmesi.
- Bilgi ve başvuru amaçlı hasta veya hasta yakınlarına yazılı ve sözlü bilgilendirilme yapılması.
- Birimize kayıtlı olan hastaların pansuman, enjeksiyon, diş taleplerinde ‘hasta tedavi planı formu, konsültasyon formunun’ düzenlenmesi.<sup>1</sup>

#### **4.7. Halkla İlişkiler Personelinin Görevleri**

ESH alanında halkla ilişkiler personeli de görev yapmaktadır. Yerine getirmekle yükümlü olduğu görevler şu şekilde sıralanabilir:

- Birime gelerek başvuruda bulunan hasta ve yakınları ile birebir iletişim kurmak ve yol gösterilmesi.
- Evde sağlık hizmetleri birimi hakkında bilgi verilmesi.
- Birime gelen telefonlara cevap verilmesi.
- Günlük ziyarete gidilen hastaların kan girişi barkodunun ıkartılması.
- Günlük tetkikleri evinden alınan hastaların kan sonuçlarının en geç saat 14.30 da yazıcıdan bastırılması.

---

<sup>1</sup> Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi Görev Tanımları, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Arşiv Verileri, 2015

- Onay gelmemiş sonuçlar için merkez laboratuvarına giderek çıktı alınması.
- Nakil ambulansından yararlanacak hastaların yakınlarının arayarak bilgi verilmesi.
- Nakil aracını hasta güzergahının ayarlanması.
- Nakil aracı için hasta sevk formunun doldurulması.
- Günlük hasta sevk formunun nakil birimine teslim edilmesi.
- Nakille gelecek olan hastaların bir gün öncesinden telefon ile aranması ve teyit edilmesi.
- Kepez ve Büyükşehir belediyesi hastalarının nakil randevularının sağlanması için belediye iletişim merkezi ile telefonla bağlantıya geçilmesi
- Hastalara gerek poliklinik gerekse diğer işlemleri yönünde eşlik etmek.
- Telefon ile arayan hasta yakınlarının sağlık personeline yönelttiği soruların ve aktaracağı bilgi ve randevuların eksiksiz olarak sağlık personeline iletilmesi.
- Hasta randevu tarihlerinin sekretere iletilmesi.
- PEG değişim talebi olan hastaların işbirliği formunu birim doktoruna yazdırılması.

- PEG değişimi amaçlı gastro randevu takibinin alınması için gastroloji sekreterliği ile yüz yüze görüşülmesi.
- PEG değişim hastalarının hastane içi preop. hazırlıklarının sağlanması (Akciğer grafisi çektirilmesi, EKG ektirilmesi).
- Mekanik ventilatöre bağlı hastaların kanül değişim taleplerini birim doktoruna danışılması.
- Kanül değişimi planlanan hastanın 112 nakil formunun birim doktoruna yazdırılması.
- Kanül değişimi randevusunun bir gün öncesinden 112 nakil formununun 112 komuta merkezine faks ile iletilmesi.
- 112 nakil sorumlusunun telefon ile aranarak bilgilendirilmesi.
- Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis sorumlu hemşiresini telefon ile aranarak gelecek hastanın bir gün önceden bilgisinin verilmesi.
- Mekanik ventilatörlü hastaların Acil Servise geldikten sonra gerekli konsültan hekimlerle irtibata geçilerek bilgilendirilmesi.
- Konsültan hekimlerin hastayı yerinde değerlendirilmesinin sağlanması.
- Hastaların faks evraklarının günlük mutlaka hastanemiz idare binası 2. Kat Satın Alma Biriminden Koordinasyon Merkezine iletilmesi.

- Konsültasyondaki poliklinik muayenelerinin tamamlanmasından sonra birim doktorunun sonucu değerlendirmesi takibinde evrağın koordinasyon merkezine faksla gönderilmesi.
- Birimize kayıtlı olan hastaların pansuman, enjeksiyon, diş taleplerinde ‘hasta tedavi planı formu, konsültasyon formunun’, Koordinasyon Merkezine fakslanması.
- Koordinasyon merkezinden faks ile birime iletilen konsültasyon istem formlarının Başhekimlikteki giriş danışma bölümünden alınarak birime ulaştırılması.
- Faks iletim raporunun kaydının tutulması.<sup>1</sup>

#### **4.8. Diğer Yetkili Personelin Rol ve Görevleri**

Ayrıca ESH ile ilgili yönergenin 12. Maddesi kapsamında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde de uygulandığı şekliyle anılan görevli personel, yetki ve sorumlulukları şu şekilde belirtilmektedir:

“MADDE 12- Laboratuvar teknisyeni:

1) Evde sağlık hizmetleri kapsamındaki laboratuvar hizmetleri, sağlık kurumu bünyesindeki merkezi laboratuvar veya hizmet alımı yoluyla temin edilen laboratuvarlar vasıtasıyla verilir. Bu hizmetler, sağlık kurum baştabibinin onayı alınarak, laboratuvar sorumlusu tabip ile birim sorumlusu tabibin ortaklaşa belirleyeceği yönteme uygun olarak ve işbirliği içerisinde yürütülür. Evde sağlık hizmetleri verecek ekipte laboratuvar teknisyeni görevlendirilmesi zorunluluğu bulunmamaktadır. Bu hizmetler ekipte görevli hemşire veya sağlık memuru tarafından yerine getirilebilir. İhtiyaç duyulması halinde bu Yönergenin 10’uncu

---

<sup>1</sup> Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi Görev Tanımları, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Arşiv Verileri, 2015

maddesinin ikinci fıkrasına uygun olarak bir laboratuvar teknisyeni ekibe dahil edilebilir. Bu takdirde laboratuvar teknisyeni aşağıdaki görevleri yapmakla yükümlüdür.

a) Hizmet sırasında yapılabilecek tetkikleri yapar, sonuçlarını kayıt ve muhafaza eder,

b) Tetkik için alınan kan ve numunelerin muhafazasından sorumludur. Elde edilen tetkik ve tahlil sonuçlarını kayıt altına alır ve tabibe bildirir.

c) Gerektiğinde tetkik için numune alır.

ç) Kullandığı araç gereç ve malzemelerin takibini yapar eksilenlerin takviyesini sağlar.

d) Kullandığı araç gereç, tıbbi cihaz ve malzemeleri temizler dezenfeksiyon ve sterilizasyonunu sağlar, düzenli bakım ve kalibrasyonun sağlanmasından sorumludur.

e) Sorumlu tabip tarafından iş planında belirlenen diğer görevleri yapar.

C- Fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve sosyal çalışmacı: Evde sağlık hizmetleri ekibinde yer alan fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve sosyal çalışmacı, evde sağlık bakım hizmeti verilen kişi ve aile bireylerine müdavi tabip ve sorumlu tabibin belirlediği tedavi planı doğrultusunda, mesleklerinin gerektirdiği beslenme, rehabilitasyon hizmetleri ile sosyal ve psikolojik destek hizmetleri verirler.

#### Diş Protez Teknisyeni:

a) Tedavi ve evde bakım işlemleri kapsamında diş tabibinin talimatları doğrultusunda diş tabibine ve ekibin diğer üyelerine destek sağlar.

b) Diş tabibi tarafından hastadan elde edilen ölçü, model ve hastanın önceden yapılmış protezleri üzerinde yine diş tabibinin talimatları ve meslek bilgisinin gerektirdiği kurallar doğrultusunda işlem yapar.

c) Kullandığı araç gereç ve malzemelerin takibini yapar eksilenlerin takviyesini sağlar.

d) Kullandığı araç gereç, tıbbi cihaz ve malzemeleri temizler dezenfeksiyon ve sterilizasyonunu sağlar, düzenli bakım ve kalibrasyonun sağlanmasından sorumludur.

(e) Sorumlu diş tabibi tarafından iş planında belirlenen diğer görevleri yapar.

Ekipte görevlendirilen diğer personelin görev, yetki ve sorumlulukları Şunlardır:

a) Evde sağlık hizmetleri ekibinde yer alan Şoför; ekibin hizmet yerine güvenli bir Şekilde götürülüp getirilmesinden, aracın her zaman harekete hazır ve faal tutulmasından, aracın temizlik, bakım ve onarımlarının zamanında yaptırılmasından,

b) Kayıt ve arşivleme işlemleri için görevlendirilen personel; evde bakım hizmetleri ile ilgili kayıtların doğru, okunaklı ve noksansız tutulmasından muhafazasından, kayıtlara ilişkin bilgi, belge ve dokümanların arşivlenmesinden ve muhafazasından,

c) Haberleşme ve iletişimin sağlanması amacıyla görevlendirilen personel; evde sağlık hizmeti ekibinin birbirleriyle olan iletişimini ve evde sağlık hizmeti alacak kişi ve aile bireyleri ile iletişimlerini, randevu ve danışma hizmetlerini düzenler, yürüttüğü hizmetlerin kayıt altına alınması ve muhafazasından, görevli ve sorumludur.

d) Ekipte görevlendirilen ve bunların dışında kalan diğer personel ise sorumlu tabibin veya diş tabibinin belirlediği görev dağılımı ve iş akış planına uygun olarak görev yapmakla yükümlüdür.”<sup>1</sup>

## **5. EVDE SAğLIK HİZMETLERİNİN BAŞLICA SORUNLARI ve ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

### **5.1. BaŐlica Sorunlar**

Tüm alternatif hizmetler gibi ESH uygulamasında da bazı sorunlarla karşılaşılmaktadır. ESH'nin yeni bir alan olması yeni riskler ve denetim

---

<sup>1</sup> TC Sağlık Bakanlığı, 3895 Sayılı Yönerge; [www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72397/h/68.DOC](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72397/h/68.DOC), (07.10.2013)



sorununu beraberinde getirmektedir. ESH, detaylı bir eğitim programı ve ciddi bir kontrol mekanizması gerektiren zor organizasyonlardır.

ESH'ni verecek personelin alışmış olduğu bir ortam dışında hizmet vermesi verimliliğini azaltmakta ve hizmet sunumunu zorlaştırabilmektedir. Kimi zaman da sağlık personeli, hasta ve aile arasında etkili iletişim kurulamayabilir. Aile fertlerinin sürekli bir hasta ile birlikte olmasının yarattığı gerginlik bu iletişimin kurulmasını zorlaştırabilir.

Ayrıca sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması, evde sağlık hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonel bir kişinin olmaması evde bakımın hastane bakımı karşısında bir dezavantajdır.<sup>1</sup>

## 5.2. Çözüm Önerileri

Yapılan bir araştırmada ESH'nden yararlanan hastaların memnuniyet düzeyleri tespit edilmiştir. Hastaların memnuniyetleri artıran hususlardan ilki özellikle tedavi öncesi safhaya ilişkindir. Araştırmada, evde sağlık hizmetleri biriminde görev yapan personelin; hastalara karşı yeterince ilgili ve nezaketli olması, planlanan tedaviye gitmeden önce hastayı haberdar etmesi, tedaviye planlanan günde ve saatinde gitmeleri ile hastaların memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiş olup, hizmet alanların memnuniyetini artırdığının göstergesi olabilir.<sup>2</sup>

Araştırmada bir başka önemli husus hastanın nakli ile ilgili memnuniyet düzeyine ilişkin olarak saptanmıştır. Hastanın ESH'ne ilk başvuru sırası ile hastaneye nakli sırasında herhangi bir sorun yaşanmaması, hastaların memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiş

---

<sup>1</sup> Yorulmaz – Özata – Küçükkendirci – Demirkıran, s. 3

<sup>2</sup> R. Duman – A. N. Tosun – S. Nacarküçük, Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Hasta Memnuniyet Durumlarının Değerlendirmesi; bhsn.gov.tr/galeri/mini\_galeri/esh\_calisan\_anketi.doc, (16.10.2013)

olup, hizmet alanların memnuniyetini etkilemediğinin göstergesi olabilir. Ayrıca kalite göstergeleri bakımından değerlendirildiğinde, evde sağlık hizmetlerinin daha kaliteli hizmet sunulabilmesi için, anketin dilek ve öneriler kısmından veriler elde edilmiştir. Bu doğrultuda evde sağlık hizmeti alan hastaların 424 kişisi (% 73) herhangi bir öneride bulunmamıştır. Öneride bulunan 156 kişinin; 104'ü (% 66,6) hasta nakil aracı sayısının ve nakil işlemleri için yardımcı olan hizmetli personel sayısının artırılmasını istemiş, 34 kişisi de (% 21,9) evde sağlık hizmetleri ekibi tarafından daha sık ziyaret edilmek istediklerini, 18 kişisi de (%11,5) ev ortamında fizik tedavi verilmesini önermiştir.<sup>1</sup>

Bundan da anlaşılmaktadır ki, hasta nakli ile ilgili çalışmaların geliştirilmesi, ziyaretlerin niteliği ve süresi ile fizik tedavi almak isteyen bireylerin dikkate alınması gerekmektedir. Elbette unutulmamalı ki, yaşlı ilerlemiş hastaların çoğunlukta olması bu verilerin neticelerine etki etmektedir. Sağlık hizmetlerinin bu açıdan deneyim edilmiş eksikliklerinin giderilmesi gerekmektedir. Bu da etkin bir denetim ve kalite uygulamalarına yansımış bir takip sistemi ile mümkündür.

Ocak 2013'te İstanbul'da yapılmış olan Evde Sağlık Hizmetleri İstanbul Çalıştayı Sonuç Raporunda, Türkiye'de ESH alanında yapılmakta olan çalışmalar ile ilgili sorunlar ortaya konulmuş ve bunlara ilişkin çözüm önerileri sıralanmıştır.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Duman – Tosun – Nacarküçük, (16.10.2013)

<sup>2</sup> ....., Evde Sağlık Hizmetleri İstanbul Çalıştayı Sonuç Raporu;  
[http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/te dk/belge/Evde\\_Sag\\_%C4%B0stanbul\\_Calistay\\_Sonuc\\_Rapor.pdf](http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/te dk/belge/Evde_Sag_%C4%B0stanbul_Calistay_Sonuc_Rapor.pdf), (14.11.2013)

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### ANTALYA'DA EVDE SAĞLIK/BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMASI, SORUNLAR ve ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Antalya'da ESH ile ilgili uygulama sürecini en iyi şekilde son olarak 3 Aralık 2013 tarihinde Antalya'da yapılan "Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Çalıştayı" sonuç raporu ile ortaya koyabilmek mümkündür. Bu çalıştay sayesinde sunulan hizmet ile ilgili şu hedeflere ilişkin tespitlerde bulunulmaya çalışılmıştır:

- a) Antalya ilinde Evde Sağlık/Bakım Hizmeti sunumunda il bazında karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerilerinin tartışılması hedeflenmiştir.
- b) Antalya ilinde Evde Sağlık/Bakım Hizmeti sunumunda kurumların rolleri ve görevleri neler olmalıdır? Sorusuna cevaplar bulunması hedeflenmiştir.
- c) Diğer ülkelerin evde sağlık/bakım alanındaki modellerinin değerlendirilip Antalya'ya uyarlanması konusunun tartışılması hedeflenmiştir.
- d) Evde Sağlık/Bakım Hizmetlerinin tek çatı altında toplanması fikrinin Antalya'ya uyarlanmasının tartışılması hedeflenmiştir.
- e) Finansal sürdürülebilirliğin sağlanması önerilerine ulaşılması hedeflenmiştir.

Çalıştay'a çeşitli kurumlardan katılımcılar iştirak etmiştir. Antalya Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Çalıştayı Katılımcıları şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık Bakanlığı
  - Kamu Hastaneleri ve ADSM Birimleri,
  - Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Toplum Sağlığı Merkezleri,
  - Antalya İl Sağlık Müdürlüğü,
  - 112 Temsilcisi
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlüğü (Kepez Sosyal Hiz. Müd.),
- Sosyal Güvenlik Kurumu (GSS Müd.),

- Akdeniz Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu,
- Sivil Toplum Örgütleri
  - Türkiye Engelliler Vakfı Antalya Şubesi,
  - Aile Hekimleri Derneği Antalya Şubesi,
- Yerel Yönetimler
  - Antalya Büyükşehir Belediyesi,
  - Kepez Belediyesi,
  - Muratpaşa Belediyesi,
  - Konyaaltı Belediyesi,
  - Döşemealtı Belediyesi,
  - Aksu Belediyesi.

İl temsilcileri olmak üzere toplam 77 kişinin katılımıyla 03 Aralık 2013 tarihinde Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cumhuriyet Konferans Salonunda 08:00-17:00 saatleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalıştay kapsamında programda belirlenen içerik dâhilinde, çalıştaydaki grupların tartışma konu başlıkları 01 Kasım 2013 tarihinde yapılan 1. ön çalışma toplantısında açık uçlu sorulardan oluşan anket formunun cevaplarının içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmesi ve beyin fırtınası yöntemiyle belirlenmiştir.

İlk ön çalışmanın katılımcılarıyla 13 Kasım 2013 tarihinde yapılan 2. ön çalışmada ise kısaca her bir katılımcı kendi kurumunun Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri alanındaki hizmetlerini gruba sunarak sorun yaşanan noktaların tespiti yapılmaya çalışılmıştır. Aynı toplantıda, çalıştay katılımcılarının kimler olacağı ve çalıştay programına karar verilmiştir.

Çalıştayın grup çalışması bölümü, belirlenen beş konu başlığıyla adlandırılan gruplarla masa başı toplantılarından oluşmuştur. Gruplara hastane yöneticileri moderatörlük yapmıştır. Her bir kurumun temsilcileri gruplara dengeli şekilde dağıtılmıştır.

Sonuç oturumunda tüm katılımcılar bir araya gelerek grupların çalışma raporları paylaşarak katılımcıların görüşleri alınarak grup raporları ve tartışmada alınan notlar doğrultusunda Antalya Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Çalıştay Raporu oluşturulmuştur.

Çalıştay gruplarında tartışılan konular şunlardır:

- i. Sahada Yaşanan Problemler ve Çözüm Önerileri
- ii. Kurumların Alması Gereken Roller ve Görevleri
- iii. Evde Sağlık/Bakım Hizmetlerinin Tek Çatı Altında Toplanması Düşüncesi
- iv. Evde Sağlık/Bakım Hizmetlerinde Finansal Sürdürülebilirlik
- v. Diğer Ülke Modelleri Örnekleri ve Türkiye Modeli

## **1. ANTALYA'DA BULUNAN KAMU HASTANELERİNE İLİŞKİN TEMEL BİLGİLER**

Araştırma kapsamında Antalya İli'nde faaliyet göstermekte olan 3 kamu hastanesinde görev yapmakta olan orta düzey ve üst düzey yöneticiler esas alınmıştır.

### **1.1. Antalya Atatürk Devlet Hastanesi**

Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, tarihsel açıdan öncelikle Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) çatısı altında hizmet vermeye başlamıştır. “SSK Antalya Bölge Hastanesi önce 120 yatak kapasitesiyle hizmete açılmış, zaman içerisinde SSK güvenceli hasta sayısının artması nedeniyle 200 yatak kapasitesine yükseltilmiştir. Hemodiyaliz Ünitesi 07.02.1995 tarihinde açılarak 5 makine ile hizmet vermeye başlamıştır. B Blok Hastane binası 1998 yılı içerisinde tamamlanmıştır. 01.09.1998'de Acil Servis, 06.12.1998 tarihinde ise 13 katlı (zemin katla birlikte) 360 yatak kapasiteli bölüm hizmete açılmıştır. 19.02.2005 tarihinde Sağlık Bakanlığı'na devredilen SSK Antalya Hastanesi, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi adını almıştır. 6 kişilik

olan hasta odaları 4'e düşürülerek 502 yatakla hizmete devam edilmiştir. Prefabrik poliklinik binası eklenerek poliklinik sayısı 102'ye çıkartılmıştır. Döşemealtı ilçesinde Hüseyin Savaş Semt Polikliniği hizmete açılmıştır. Bunun yanında diğer branşlarda poliklinik hizmeti sunulmaktadır.”<sup>63</sup> Ayrıca son olarak hastane bünyesinde, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları hizmetleri ek hizmet binasında faaliyet göstermeye başlamıştır. Atatürk Devlet Hastanesi insan kaynakları yapısına bakıldığında ise 502 yataklı hastanede, 182 uzman hekim, 21 pratisyen hekim, 297 hemşire ve 132 ebe mevcuttur.<sup>64</sup>

## 1.2. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi fiziki görünümü şu şekildedir: “Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile ilgili bilgilere bakıldığında, 904 yatak kapasiteli hastane 01.12.2007 yılında şu anki binasında hizmet vermeye başlamıştır. 20.08.2008 tarihinde Eğitim ve Araştırma Hastanesi adını almıştır. Toplam hastane arsası 122.609 m<sup>2</sup> alan üzerine kuruludur.”<sup>65</sup>

“Antalya Devlet Hastanesinin (Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi) nüvesi 1918 yılında İtalyanlar tarafından atılmış olup, 1920 yılına kadar İtalyan Hastanesi adı altında hizmet vermiştir. 1920 yılında Mermerli Sema'nın üst kısmında Dizdarzade Rıza Efendi'nin belediye reisliği zamanında Guraba Hastanesi adıyla ve 20 yatakla hizmetlerine devam etmiş, poliklinik hizmeti de hastanenin karşısında, tadil edilmiş bir evde verilmiştir. O zamanki şartlarda, hastanenin kadrolu bir doktoru ve hemşiresi olmadığından, sağlık hizmetleri belediye doktoru tarafından yürütülmekteydi. Bir kaç yıl sonra maddi imkânsızlık yüzünden kapanmakla karşı karşıya kalan hastane, belediyenin devreye girmesi ile faaliyetlerine devam edebilmiştir. 1925 yılında 1 başhekim, 3 doktor, 30 yatak

---

<sup>63</sup> Antalya Atatürk Devlet Hastanesi (AADH), Tarihçe; <http://antalyaataturkdh.saglik.gov.tr/tr/62/tarihce/#sthash.1xox3VEN.dpuf>, (21.06.2015)

<sup>64</sup> Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Arşiv Verileri, 2015

<sup>65</sup> Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi (AEAH), Arşiv Kayıtları, 2015

kapasiteli Guraba Hastanesi, 1930 yılında Özel İdareye geçerek Memleket Hastanesi adını almıştır. Sadece dahiliye ve hariciye servisleri ile hizmet verebilen hastaneye, 1935 yılında Doğum ve Kadın Hastalıkları Servisi de eklenerek 1952 yılında yatak sayısı 90'a, 1968 yılında ise 200'e çıkarılmıştır.”<sup>66</sup>

Hastanenin tarihsel süreç içerisinde gelişim kaydettiği görülmektedir. “1970'li yılların başında, yeni hastane projesine ağırlık verilmesi nedeniyle yenileme yapılamayan mevcut binanın, iyice yetersiz kaldığı görülerek kapsamlı bir tadilat ve yenileme hareketi başlatılmasına karar verilmiştir. Maddi imkân bir yardım derneği kurularak arttırılması için, Antalyalı hayırseverlerin desteği alınmıştır. Bu nedenle hastanenin onarımı ve donatımını amaç edinen Antalya Devlet Hastanesi Güçlendirme Derneği kurulmuştur. Yardımsever insanların görülmemiş bir içtenlikle sağladıkları kaynaklarla tıbbi alet ve cihaz eksikleri tamamlanmış, hastaneye ek kat yapılmış, yatak sayısı tekrar normal seviyesine getirilmiştir. 1985-2007 yılları arası hizmet veren Antalya Devlet Hastanesi binasının 1970 yılında 400 yatak kapasiteli olacak şekilde yapımına başlanmış ve 15 yıllık inşaat süresinden sonra 1985 yılı ortalarında hizmete girmiştir. Aynı binada hizmet veren 125 yataklı Doğum Evi ise, 1986 yılında kapatılarak Devlet Hastanesi bünyesine dâhil edilmiş, hastanenin kadrolu yatağı da 525 'e çıkarılmıştır. Yatak kapasitesinin hizmet verilen nüfus yoğunluğuna göre yetersiz kalması nedeniyle binaya yapılan ilavelerle, 1997 yılında kadrolu yatağı 600'e çıkarılmıştır. Bölge hastanesi konumunda hizmet vermiş olan Antalya Devlet Hastanesinin 2005 yılındaki fiili yatak sayısı ise 625 idi. Semt poliklinikleri ile de poliklinik hizmetleri yaygınlaştırılmıştır.”<sup>67</sup>

Antalya İli ile birlikte kamu hastanelerinin profili, fiziksel yapısı da gelişme göstermiştir. “Antalya'nın hızlı büyümesi ve bölge hastanesi olması nedeni ile talep artmıştır. Artan talebi karşılayabilmek için; geleceğin koşullarına uygun olarak, modern tıp hizmetinin verilebileceği hasta konforunun

<sup>66</sup> .....; <http://www.aksaglik.org/hastaneler/antalya-egitim-ve-arastirma-hastanesi.html>, (15.06.2015)

<sup>67</sup> .....; <http://www.aksaglik.org/hastaneler/antalya-egitim-ve-arastirma-hastanesi.html>, (15.06.2015)

düşünüldüğü, modern hastane mimarisinin örneklerinden biri sayılabilecek Yeni Hastane binası, Kasım 2007 tarihinde hizmet vermeye başlamıştır. Aşır Aksu Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile birlikte toplam 892 yatak kapasitesi olan hastane Antalya'ya yaraşır bir sağlık hizmeti vermektedir. Zamanın şartlarına göre sürekli yenilenen ve gelişen hastanenin, hem hizmet alanı genişlemiş hem de ilde yaşayan insanların sağlık ihtiyacına cevap verme potansiyeli artmış, günümüzde 2014 yılı itibariyle 54'ü yoğun bakım olmak üzere 904 yatak kapasitesi ile Antalya ve çevre illere hizmet veren bir hastanedir.”<sup>68</sup>

### **1.3. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi**

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1973 yılında Ankara Üniversitesi'ne bağlı Antalya Tıp Fakültesi olarak kurulmuş ve 1977 yılına kadar eğitimini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi içinde sürdürmüştür. 1977 yılından itibaren temel tıp eğitimini Antalya'da Topçular'daki geçici tıp fakültesi binasında vermeye başlamıştır. 1981 yılında Antalya Kepez yöresindeki Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde klinik bilimler eğitimi başlanmıştır. 1981 yılında Akdeniz Üniversitesi'nin kuruluşu ile adı Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi olarak değiştirilmiştir. 1988 yılından itibaren poliklinik hizmetleri, Üniversitemizin merkez kampüsündeki binalarda verilmeye başlamıştır. 1991 yılında Temel Bilimler bölümü Topçular'daki geçici binadan kampüsteki yeni yerine taşınmıştır. 1997 yılında Kepez'deki geçici hastanede hizmet veren tüm birimler kampüsteki 425 yataklı yeni hastanemize taşınmıştır. 1998 yılında yapımına başlanan 150 yataklı Acil-Yardım, Travma ve Organ Nakli Hastanesi 1999 yılında tamamlanarak ana hastane ile bütünlük içinde hizmete girmiştir. 2001 yılında hizmete açılan C blok ile beraber yatak kapasitesi 650'ye ulaşmıştır. Bugün 125.000 m<sup>2</sup> si tamamlanmış, 35.000 m<sup>2</sup> si inşaat halinde toplam 160.000 m<sup>2</sup> lik örtülü alana sahip olan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde batı standartlarında eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti verilmektedir. Temel Tıp

---

<sup>68</sup> .....; <http://www.aksaglik.org/hastaneler/antalya-egitim-ve-arastirma-hastanesi.html>, (15.06.2015)



Bilimleri üniversite kampüsü içinde 22.000 m2 örtülü alana sahiptir. Öğrenci Laboratuvarları 3310 m2 Öğrenci Derslikleri 2950 m2 Buradaki modern ders araç ve gereçleri ile donatılmış derslik ve laboratuvarlarda Probleme Dayalı Öğrenim (PDÖ) oturumları ve interaktif yöntemlerle teorik ve uygulamalı eğitim yürütülmektedir.<sup>69</sup>

## **2. ANTALYA'DA EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN UYGULANMASINA İLİŞKİN BİLGİLER**

### **2.1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlüğü Evde Bakım Hizmetleri**

İhtiyaç sahiplerine; evde bakım ücreti adı altında maddi destek verilmesi, gündüzlü ve yatılı bakım merkezlerinin kurulup kişilerin yerleştirilmesi, özel kurumda kalıyorsa da kişi adına ödeme yapılması.

### **2.2. Belediyeler Evde Bakım Hizmetleri**

Evde bakım (temizlik, boya, kuaförlük vs.), tedavi ve sosyal destek (refakat, kitap okuma, fatura ödeme vs.) şuan verilen hizmetlerdendir.

### **2.3. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Birimi**

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı içerisinde de evde sağlık hizmetleri belirli bir örgütlenmeye sahiptir.

- a) Aile Hekimliği
- b) Toplum Sağlığı Merkezi
- c) Hastanelerde Evde Sağlık Hizmetleri Birimi

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde muayene amaçlı gelip polikliniklerden birime yönlendirilen, servislerde yatmakta olan, yoğun bakımdan

---

<sup>69</sup> Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Tarihçe; <http://hastane.akdeniz.edu.tr/tarihce>, (21.05.2015)

servise taburcu sonrası, servislerden taburcu sonrası, direkt birime gelen, koordinasyon merkezinden gelen faks başvuruları alınmakta, nöroloji, yoğun bakım, ortopedi, göğüs hastalıkları, onkoloji gibi bölümler sekreterilerine ESH birimi tarafından başvuru formu verilmektedir. Servis sekreterleri belirli aralıklarla aranarak hatırlatma yapılmaktadır. Tüm başvurular sıralamaya alınarak ziyareti planlanmaktadır.<sup>70</sup>

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ocak 2011-Ekim 2014 tarihleri arasında toplam verilen hizmet kaydı 10846 kişi olarak gerçekleşmiştir. Sistemde kayıt altına alınan kişi sayısı 1524'tür. Aktif hasta sayısı 840 iken, programdan çıkartılanlar 684 kişi olarak gerçekleşmiştir. Değerlendirmesi yapılan ancak programa kabul edilmeyen 602 kişi olmuştur. İlaç, malzeme raporu sağlanan kişi sayısı 1558'dir. Konsültasyon sağlanan 535 kişi olmuştur. Beslenme-Egzersiz-Sosyal inceleme-Yara bakımı-Diş tedavi hizmeti alan hasta sayısı ise 1089'dur. Bu rakamlar Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ciddi anlamda çalışma yürütüldüğünü ve gelişmek olan bir sistemin öngörüldüğünü ispatlamaktadır.<sup>71</sup>

### **3. BAŞLICA SORUNLAR**

#### **3.1.Birinci Grup Tarafından Tespit Edilen Sorunlar**

Antalya ili genelinde Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri alanında sahada yaşanan problemlerin tartışılarak tespit edilmesi ve çözüm önerilerinin oluşturulması hedeflenmiştir. Antalya genelinde Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri alanında yaşanan sorunlar ve çözüm önerilerini tespit etmek amacıyla çalışmalar şu başlıklar altında incelenmiştir:

- Hizmetin Sunumu
- Hizmetin Yapısı

---

<sup>70</sup> M. Alpak, Evde Sağlık Hizmetler Birimi, Hastane İçi Organizasyon Konulu Yayınlanmamış Kişisel Sunum

<sup>71</sup> Alpak, Yayınlanmamış Kişisel Sunum

- Hizmet Verenlerle İlgili Sorunlar
- Hizmet Alanlar ile İlgili Sorunlar

Amaç ve hedeflerin belirlenmesinin ardından sorunlar tespit edilmiş ve çözüm önerileri geliştirilmiştir. Sorunları şu şekilde sıralamak mümkündür:

- a) Antalya'nın kıyıya paralel 650 km'lik yerleşim yapısı sebebiyle hastaların nakilleri uzun sürmekte ve çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Tıbbi malzeme ve personel açısından sorun yaşanmamakla birlikte nakil araçları yetersiz kalabilmektedir.
- b) Hem 112 ile gelen hastaların taburculuk sonrası hem de ilçe devlet hastanelerinden il merkezine yapılan sevkler sonrasında yapılan nakiller planlı Evde Sağlık Hizmetini aksatmaktadır.
- c) Hasta yakınlarının bakım ücreti başvurularına Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın (ASPB) dönüşü geç olabilmekte, hasta ve yakınları mağduriyet yaşayabilmektedir.
- d) Gerek yerel yönetimler gerekse Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Birimleri sahadan gelen yoğun talebe cevap vermekte zorlanabilmektedirler. Bu sebeple sahada görev yapan her bir birimin görev tanımları ve sınırlarının net olarak mevzuatla belirlenmesi gerekmektedir.
- e) Sahada; Evde Sağlık Hizmeti kavramıyla Evde Bakım Hizmeti kavramının hizmet alanlar tarafından ayırt edilememesi sebebiyle beklentilerin karşılanamaması söz konusu olabilmektedir. Bu da verilen Evde Sağlık Hizmetlerinden memnuniyetsizlik gibi algılanmaktadır.
- f) Hizmetin sunumunda; belediye ekiplerinin TSM ekiplerinin ve Hastane birimlerinin kayıtlarında olan kişiler, mükerrer kayıt olması sebebiyle sorun oluşturmaktadır.

### 3.2.İkinci Grup Tarafından Tespit Edilen Sorunlar

İkinci gruba ait çalışma kapsamında hedeflerin belirlenmesinin ardından sorunlar tespit edilmiş ve çözüm önerileri geliştirilmiştir. Sorunları şu şekilde sıralamak mümkündür:

- a) Mevcut mevzuatta 1., 2. ve 3. basamak Evde Sağlık Hizmeti ayrımının net olmaması hizmet sunucularını aralarında anlaşmazlığa düşürmektedir.
- b) Periferde ilçe belediyelerinde Evde Bakım Hizmetleri Birimlerinin olmaması merkez-perifer arası yapı uyumsuzluğuna sebep olmaktadır.
- c) Ortak yazılım programının olmaması mükerrer kayıtlara sebep olmaktadır. Hizmetin planlanması ve uygulanmasında çifte kayıt ve plansız hizmet verilmesine neden olmaktadır.

Hizmetin kapsamı, seviyesi, hasta nakilleri ve sorumlu kurumlarla ilgili mevcut mevzuatın tanımlamalarının uygulamada yetersiz olduğu tespit edilmiştir.

### 3.3.Üçüncü Grup Tarafından Tespit Edilen Sorunlar

Üçüncü gruba ait çalışma kapsamında hedeflerin belirlenmesinin ardından sorunlar tespit edilmiş ve çözüm önerileri geliştirilmiştir. Sorunları şu şekilde sıralamak mümkündür:

- a) Hizmetin tek bir çatıda toplanması, hizmet sunan kurumların yönetsel olarak ayrı kurumlar olması nedeniyle memnuniyetsizlik sebebi olabilecektir.
- b) İl merkezinde farklı kurumların verdiği Evde Sağlık/Bakım hizmetlerinin il merkezi dışında karşılıkları bulunmadığından (örn. Belediyelerin birimleri) ilçeler için Evde Bakım Hizmetlerinin karşılığı bulunmamaktadır.
- c) Evde Sağlık Hizmetleri başvuruları hastane, TSM birimleri, Aile hekimleri ve Koordinasyon Merkezine yapılabilmektedir. Ortak veri tabanı olmadığından mükerrer kayıtlar oluşmaktadır.
- d) İstatistik bilgisinin farklı kurumlardan toplanıyor olması ve mükerrer kayıtların varlığı bilgi güvenilirliğinde sorun teşkil etmektedir.

- e) Kurumların bazılarında şoför varken araç bulunmamakta, araç varken de şoför bulunmamakta dolayısıyla araç ve personel zaman zaman hizmet sunumuna yetişememektedir.
- f) Hizmet sunumunda kurumlar arasında zaman zaman koordinasyon problemi yaşandığından, nakil, muayene, tedavi uygulamaları ve bakım hizmetlerinde sahada sıkıntılar yaşanmaktadır.
- g) İl merkezinde yapılan koordinasyon merkezi, ilçelerdeki sorunlara müdahale etmekte yetersiz kalabilmektedir.
- h) Eğitimsiz ve bilgilendirilmeyen personel Evde Sağlık Hizmetlerinin uygulanmasında aksaklıklara ve sorunlara neden olmaktadır.

### **3.4.Dördüncü Grup Tarafından Tespit Edilen Sorunlar**

Dördüncü gruba ait çalışma kapsamında hedeflerin belirlenmesinin ardından sorunlar tespit edilmiş ve çözüm önerileri geliştirilmiştir. Sorunları şu şekilde sıralamak mümkündür:

- a) Son düzenlemelerle evde sağlık hizmetleri, hizmet başı ödeme sitemine göre fatura edilerek SGK tarafından karşılanmaktadır. Bu konuyla ilgili sahada şu sorunlar yaşanmaktadır:
  - Uygulamada hizmet alanların katkı payı ödemek zorunda olması,
  - Bazı hizmetlerin fatura edilebilmesi için yatış gerekliliği olması,
  - Transferler için herhangi bir ücret ödenmemesi
  - ADSM hizmetlerinde katkı payı ödenmesi ve bu katkı payının hizmet vermek üzere eve giden ekip tarafından tahsil edilememesi
- b) Evde sağlık ekibinin performans beklentileri karşılanmamaktadır.
- c) Personelin kaza sigortaları bulunmamaktadır.
- d) Zorunlu mesleki sigortaların evde sağlık hizmetlerini kapsayıp kapsamadığı açık değildir.
- e) Hastalıkların sebebinin çoğunlukla fakirlik ve bakımsızlık olduğu yapılan ev ziyaretlerinde tespit edilmiştir. Kişisel bakımlarını yapamayan

hastaların; vücut temizliği, ev temizliği, çamaşır hizmeti, kuaförlük hizmeti, sıcak yemek hizmeti gibi hizmetlere ihtiyacı olmaktadır.

- f) Asgari yaşam standartları belirlenmelidir. Bu kapsamda eksiklik yaşayan hastaların ASPB tarafından desteklenmesi gerekmektedir.
- g) Evde Sağlık Hizmeti sunucusu sağlık personeli kötü yaşam koşullarını tespit ettiği hastalar için sosyal çalışmacılar aracılığıyla ASPB'ye yönlendirme ve/veya bildirim yapma şeklinde devam eden uygulamanın ASPB yetkililerince geri dönüşleri çok gecikmeli olabilmektedir.
- h) Evde hasta bakıcılığı yapan kişilerin ücretleri, sosyal hizmetler tarafından karşılanıyorsa da bu kişilerin SSK'lı olmaması, tek kişiye verilmesi ve verilme şartlarının ağır olması sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.
- i) Evde sağlık hastalarına hasta bakıcılığı yapan kişilerin, evde hasta bakımı konusunda bilgisiz oldukları evlere yapılan ziyaretlerde ekiplerce tespit edilmiştir.

Evde sağlık hastalarına hasta bakıcılığı yapan kişilerin ve hastaların sosyal ve psikolojik olarak desteğe ihtiyaç duydukları gözlenmiştir. Bu kişiler, bakımın sürekliliği sebebiyle günlük işlerini yerine getirememektedirler.

## **4. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

### **4.1. Birinci Grubun Çözüm Önerileri**

Belirtilen sorunlarla ilişkili olarak getirilen çözüm önerileri şu şekilde sıralanabilir:

- a) İlgili mevzuatlarda Evde Sağlık/Bakım Hizmetlerinin içeriği ve yapısıyla ilgili açık ve net tanımlamalar yapılmalıdır.
- b) Sahada yapılacak hasta nakilleri; hem araç ve insan kaynaklarının yetersizliği hem de mevzuatta görev ayrımlarının net olmaması sebebiyle sorun oluşturmaktadır. Mevzuat Evde Sağlık Hizmetleri hastalarının nakillerini detaylı şekilde açıklamalıdır. Nakiller Sağlık Müdürlüğü 112 ASH çatısında ayrı bir birim tarafından da sağlanabilir.

- c) Gerek hastanelere gerekse Halk Sağlığı Evde Sağlık Birimlerine araç ve personel desteğinin sağlanması yanında koordinasyon ve işbirliği yapmaları aksaklıkları giderecektir.
- g) Mükerrer kayıt sorunu, çalıştay esnasında tanışan ekiplerin iletişim kurması ile önemli bir çözüm aşamasına gelmiştir ve en önemlisi de Evde Sağlık Hizmetleri alanında ortak yazılım programı kullanılmaya başlanmasıyla çözülecektir.
- h) Evde Bakım Hizmeti kavramıyla Evde Sağlık Hizmeti kavramı kargaşasının, gerek medyada gerekse sahada ekiplerin doğru bilgilendirme ve uygun yönlendirmeler yapmalarıyla çözülecektir.
- i) İl genelinde hizmet sunan kurumların birbirleriyle tanışarak işbirliği yapması hizmetin sunumunu kolay ulaşılabilir, hızlı ve etkin bir hale getirecektir.

#### **4.2. İkinci Grubun Çözüm Önerileri**

İfade edilen sorunlarla bağlantılı olarak getirilen çözüm önerileri şu şekilde sıralanabilir:

- a) Merkez ilçeler dışında periferde ilçe Belediyelerinin de sisteme dahil edilmesi ile Evde Bakım Hizmetlerinin daha yaygın ve ulaşılabilir olmasını sağlayacaktır. Ayrıca koordinasyon birimi ile entegre olması sağlanmalıdır.
- b) Ortak veri tabanı oluşturulmalıdır. Hizmetin planlanması, koordinasyonu ve takibi açısından oldukça önemli bir uygulama olacaktır.
- c) 112 benzeri Koordinasyon Merkezi kurularak yönlendirmelerin ve organizasyonunun buradan yapılması sağlanmalıdır.
- d) Belediyeler bünyesinde Bakımevi/Rehabilitasyon Merkezi, Bakım otellerinin (Kısa süreli bakım amaçlı) açılması sağlanmalıdır.
- e) Evde Bakım ücreti ödemeleri devam etmelidir (Bakan kişiye ücret verilmesi )
- f) Aileleri tarafından bakılmayan veya barınma ihtiyacı olan ancak ücret ödemesi de yapılamayan hastaların Devletin Bakımevleri/Rehabilitasyon Merkezlerine yerleştirilmesi konusunda organizasyon yapmak ASPB'nin görevi olarak devam etmelidir.

- g) Başvurular doğrudan hastane evde sağlık hizmetleri birimine, aile hekimlerine, toplum sağlığı merkezlerine ve/veya belediye evde bakım birimlerine yapılmalı, bu başvurular ortak yazılımla entegre olup koordinasyon merkezine düşmesi sağlanmalı ve tüm birimlerin görmesi sağlanmalıdır.
- h) 1., 2. ve 3. basamak Evde Sağlık Hizmetlerinin içeriğinin ve hizmet sunucularının görevlerinin açık şekilde tanımlandığı mevzuat çalışmasıyla sahada yaşanan anlaşmazlıklar çözülebilecektir.
- i) Hastaların evden hastaneye, hastaneden eve ve randevu için ileri merkeze sevklerindeki nakillerin, hangi kurum tarafından yapılacağı düzenlenecek mevzuatta belirlenmelidir. Belediyelerin ve TSM lerin bu nakillerde etkin rol alması sağlanmalıdır. Nakiller sağlık müdürlüğü 112 ASH çatısında ayrı bir birim tarafından da sağlanabilir mi? tartışılmalıdır.
- j) Hastanelere ulaştırılan Evde Sağlık Hizmetleri hastalarının muayene önceliği olmalıdır.
- k) Hastaneye ulaştırılan Evde Sağlık Hizmetleri hastalarına yönlendirme elemanı verilmelidir.

### **4.3. Üçüncü Grubun Çözüm Önerileri**

Sorunlarla bağlantılı olarak getirilen çözüm önerileri şu şekilde sıralanabilir:

- a) Hizmetin tek bir çatıda toplanması, hizmet sunan kurumların yönetsel olarak ayrı kurumlar olması nedeniyle memnuniyetsizlik sebebi olabilecektir. Ancak, valilik olurlu bir talimatname ile bu sorun çözülebilecektir.
- b) Ülke genelinde Evde Sağlık Hizmetlerinin büyük çoğunluğu kamu hastaneleri birimleri tarafından yürütüldüğünden (%70-75'i) nispeten oturmuş bir sistem bulunmaktadır. Bu sebeple koordinasyon merkezinin Kamu Hastanelerine bağlı çalışması uygun olacaktır.
- c) İstatistik alt yapısının büyük bir kısmı kamu hastaneler birliği çalışmasıdır. Tek merkez koordinasyonunun kamu hastanelerinde yapılmasıyla güvenilir bilgiye tek elden, ortak yazılımla ulaşılabilecektir.



- d) Ortak yazılım sistemi kullanılmasıyla mükerrer kayıt, talep ve hizmetin önüne geçilebilir.
- e) Hizmetin tek çatıda toplanması başvurular farklı birimlerden değil tek birimden kabul edilip değerlendirilecektir.
- f) Hizmetin tek çatıda toplanması araç, personel, tıbbi donanım, kıyafet standardizasyonu uygun yapıda tasarruflu kullanılabilir olacaktır.
- g) Hizmetin tek elden yürütülmesi Her türlü tıbbi malzeme teminini, tıbbi uygulama ve sterilizasyon işlemlerinin daha kolay ulaşmasını sağlayacaktır.
- h) Tüm TSM Birimleri ve Aile Hekimleri'nin aktif görev alması sağlanmalıdır. Ayrıca Halk Sağlığı İl Müdürlüğü kendi içinde iyi bir şekilde organize olmalı, Toplum Sağlığı Merkezlerinin Aile Hekimlerine evde enjeksiyon, pansuman, sonda değişimi, yara bakımı vb. konularda destek sağlayacak daha aktif mobil ekipler kurması sağlanarak Evde Sağlık Hizmetlerinde daha aktif rol alması sağlanmalıdır.
- i) Diğer kurumlarla valilik kanalıyla iş birliği sağlanmalı ve hizmet protokolleri hazırlanarak daha aktif hizmet vermesi sağlanmalıdır.
- j) Personelin hizmet içi eğitim ve sertifikasyon işlemleri hız kazanmalıdır. Evde Sağlık Hizmetlerinde etkin verimli insan kaynakları planlaması yapılmalıdır. Evde Sağlık Hizmetlerinde çalışan personel gönüllü, eğitilmiş, hoşgörülü ve istekli personeller arasından seçilmelidir. Bu personellerin görev yerleri değiştirilmemelidir. Bu sahada evde sağlık hizmetlerinin daha başarılı olmasını sağlayacaktır.
- k) Evde sağlık hizmetleri profesyonelleri olan evde sağlık tekniker ve teknisyenleri yetiştiren fakülte ve yüksek okulların sayısı artırılmalı ve sahada daha fazla evde sağlık hizmetleri teknisyen ve teknikerlerinin görev alması sağlanmalıdır.

#### **4.4. Dördüncü Grubun Çözüm Önerileri**

Belirtilen sorunlarla bağlantılı olarak getirilen çözüm önerileri şu şekilde sıralanabilir:

- a) Hizmetin daha etkili ve ekonomik verilebilmesi için aile hekimleri için özendirici uygulamalarla veya etkin bilgilendirmelerle hizmetin içine çekilmelidir.
- b) 2.Basamak Evde Sağlık Hizmeti başvurularının sevke bağlanması gerekmektedir.
- c) Aile hekimleri için Evde Sağlık Hizmeti uygulamalarının performansa bağlanması (aşılarda olduğu gibi) gerekmektedir.
- d) Evde Sağlık Hizmeti veren birimlerin hasta nakli esnasında taşıyıcı personel sorununun çözümü için Sağlık Bakanlığı hizmet alımı yapmalıdır.
- e) SGK ödemelerinin yetersiz kaldığı durumlara karşılık gelmek üzere tamamlayıcı sigorta veya evde bakım fonu kesintisi oluşturulması sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır.
- f) Evde sağlık hizmetlerinin hizmet bedellerinin ASPB tarafından karşılanması sağlanmalıdır.
- g) ADŞM'lerin verdiği hizmetlerin ameliyathane şartlarında verilmesi ile ilgili faturalama sorunlarının çözülmesi yada entegre ameliyathaneler oluşturulması.
- h) Kişisel bakımlarını yapamayan hastaların; vücut temizliği, ev temizliği, çamaşır hizmeti, kuaförlük hizmeti, sıcak yemek hizmeti gibi hizmetlere ihtiyacı olmaktadır. Bu gruptaki hastaların finansmanı ASPB/ Sosyal Yardımlaşma Vakfı tarafından doğrudan, hizmet alımı yoluyla veya ilgili belediyelerce verilmesi sağlanmalı ve oluşturulacak fon ile de belediyeler desteklenmelidir.
- i) Hizmet sunuculara ve merkeze uzak, kötü koşullarda yaşayan ihtiyaç sahipleri veya yaşam koşulları kaynağında iyileştirilemeyenler için ASPB'ye bağlı bakım merkezleri sayısı artırılmalıdır.
- j) Evde hasta bakıcılığı yapan kişilere; evde hasta bakımı konusunda standartları ile içeriği belli eğitim yapılıp ve sertifikasyon sağlanarak hem bakımın kalitesi artırılmalı hem bu kişilere istihdam sağlanmalıdır.
- k) Evde hasta bakımı konusunda verilecek eğitimler Halk Eğitim Merkezleri ve İş-Kur ortaklığında verilmelidir.

- l) Evde hasta bakıcılığı yapan kişilere haftanın/ayın belirli günlerinde evinde bakıcı desteği sunulmalıdır. Bu iş için ASPB organizasyonunda hizmet alımı yoluyla sertifikalı hasta bakıcıları kullanılmalıdır.
- m) Gerek hasta gerekse hasta yakını karşılaştıkları kronik hastalığa karşı, sosyal ve psikolojik olarak desteklenmelidir. Bu destek ASPB veya Sağlık Bakanlığınca verilmelidir.

#### 4.5. Organizasyonel Yapıya İlişkin Öneriler

Katılımcıların Evde Sağlık/Bakım Hizmetlerinin tek bir çatıda toplanarak koordine edilmesi düşüncesini tartışarak alternatif modeller geliştirmeleri hedeflenmiştir.

**Grup Çalışması:** Evde Bakım Hizmetlerinin doğrudan Belediyeler, sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı Birimleri, bakım ücretinin ise (finansal desteğin) ASPB tarafından verilmesi kurumlar arası işbirliği ve koordinasyonu zorunlu kılmaktadır. Yönetimsel olarak farklı mevzuata sahip olmaları ve mevcut mevzuatların da işbirliği için yetersiz olmasından dolayı sadece Sağlık Bakanlığı Kurumlarının birleştirilmesi tartışılmıştır.

Evde Sağlık Hizmetleri alanında hangi kurumların görevli olması gerektiğinin değerlendirildiği grupta üç model önerisinde bulunulmuştur. Her bir model avantaj ve dezavantajları açısından değerlendirilmiştir.

**Model 1:** Kamu Hastaneleri Çatısında Birleştirilmesi

**Model 2:** İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve TSM Çatısında Birleştirilmesi

**Model 3:** İl Sağlık Müdürlüğü Bünyesinde Özel Bir Birim Olarak Birleştirilmesi (112 Modeli Benzeri)

Yönetimsel ve mevzuat olarak farklı yükümlülükleri olan farklı kurumlar Evde Sağlık/Bakım Hizmetlerini sunmaktadır. İl merkezinde yapılması düşünülen koordinasyon merkezinin hangi kuruma bağlı olarak çalışacağı

kararlaştırıldıktan sonra bu karar valilik onaylı bir talimatname ile tüm kurumlarda uygulanmalıdır.

#### **4.6. Finansal Yapıya İlişkin Öneriler**

Evde Sağlık/Bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliğinde mevcut ve alternatif finans kaynaklarının değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Evde Sağlık Hizmetlerinin finans konusunu tartışan grup çalışmasını aşağıdaki başlıklar halinde özetleyerek tamamlamıştır:

- a) Evde Sağlık Hizmetleri Sunulmasının Finanse Edilmesi
- b) Evde Verilmesi Gereken Kişisel Bakım Temizlik Gibi Bakım Giderlerin Finansmanı
- c) Evde Bakımın Bir Parçası Olan Kişilerin Yaşam Alanlarının İyileştirilmesinin Finansmanı
- d) Evde Sağlık Hastalarının Bakıcılarının Giderlerinin Finansmanı
- e) Eğitim Sosyal Destek Gibi Konularda Giderler

Mevcut evde bakım hizmetlerinin finans kaynaklarını; yerel yönetimler, ASPB ve SGK oluşturmaktadır. Yerel yönetimler; evde bakım hizmet giderlerini kendi kurumlarının bütçesinden karşılamaktadır. ASPB; evde bakım hizmetleri alanında ihtiyaç sahiplerine finansal destek (bakım ücreti) ve yatılı/gündüzlü bakım merkezi hizmeti sunmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı Kurumlarının evde sağlık hizmetleri uygulamalarındaki tedavi giderleri SGK tarafından Global bütçeden karşılanmaktadır. Bakım hizmetinin diğer bileşenlerinin (temizlik, yemek, boya, kuaförlük vs.) ve özellikle de sosyal bakım desteğinin finansal kaynağı bulunmamaktadır. Evde Sosyal Bakım Modeli ölkemizde de uygulanmaya başlanmalı ve öncelikle finans kaynakları, içerik, kapsam, hizmet sunucuları vb. gibi konular mevzuat düzenlemesinde açıkça ifade edilmelidir.

#### **4.7. Diğer Ülke Modelleri Örnekleri ve Türkiye Modeli**

Gruba Akdeniz Üniversitesinden bir akademisyen moderatörlük yapmıştır. Grup çalışmasında, Evde Bakım Hizmetleri Modeli geliştirmiş ve başarılı olmuş

ülkelerin modellerini ve Türkiye'deki durumu inceleyerek ideal bir Türkiye Evde Bakım Hizmetleri Modeli belirlemesi hedeflenmiştir.

**Grup Çalışması:** Evde Bakım Hizmetleri alanında model geliştirmiş ve işleyen bir sistemi olan ülkelerin modelleri incelenerek Türkiye'nin durum değerlendirmesi yapılmıştır. Modelleri incelenen ülkeler:

- Avusturya
- Almanya
- İngiltere
- Danimarka
- İsveç
- Türkiye

Bu ülkeler şu başlıklar açısından değerlendirilmiştir:

- a) Finansman
  - ✓ Genel Vergi
  - ✓ Sigorta
- b) Sosyal Bakım-Evde Tedavi Ayrımı
- c) Hizmet Sağlayıcılar
  - ✓ Kamu
  - ✓ Kar Amacı Gütmeyen Kuruluş
  - ✓ Kar Amacı Guden Kuruluş
- d) Bir/Birkaç Bakanlığın Sorumluluğu
- e) Aile Hekimlerinin Yaklaşımı
- f) Sağlanan Hizmetler
  - ✓ Ev İşleri
  - ✓ Günlük Yaşam
  - ✓ Tıbbi Bakım
  - ✓ Alet Desteği
  - ✓ İformel Bakıcılara Destek

**Grup Sonucu:** Türkiye’de Evde Sağlık/Bakım Hizmetlerinin, değerlendirilen diğer ülkelerle hem benzer hem farklı yapısal özelliklere sahip olduğu gözlenmiştir. Mevcut Türkiye Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Modeli tartışılarak şematize edilmiştir. İncelenen diğer ülke örneklerinden alıntılar yapılarak, ülkenin gelenekleri ve sosyolojik yapısı göz önünde bulundurularak “Türkiye Evde Bakım Hizmetleri Modeli” oluşturulmasının uygun olacağı düşünölmüştür.

## SONUÇ

Antalya, özellikle sağlık hizmetleri alanında kamu kurumları bakımından oldukça yetkin bir konuma gelmiş durumdadır. ESH çalışmaları bakımından da son yıllarda yapılan mevzuat düzenlemeleri ile paralel olarak kamu hastanelerinde oluşturulan birimler sürece önemli ölçüde ivme kazandırmıştır. Çalışma kapsamında kuramsal irdelemelere ek olarak söz konusu alanda Antalya'da mevcut durumun analiz edilmesine yönelik sorun tespitleri ve çözüm önerileri getirilmiştir.

Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi örneğinden hareketle Antalya'da yapılan çalışmaların geneline bakıldığında koordinasyonun sağlanması gerekliliği görülmektedir. Ayrıca yeni gelişen bir alan olması nedeniyle mevzuat eksiliği halen hissedilmektedir. Bu konuda evde sağlık hizmetlerinin tam bir tanımlamasının yapılması, net görev dağılımlarının yapılması, aile hekimlerinin hizmete katılımlarının teşvik edilmesi, belediyeler ile ilişkilerde rollerin net biçimde tespit edilmesi ve 1. 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarındaki ESH görevlerinin mevzuatta net biçimde belirlenmesi gereklidir.

Ne yazık ki Türkiye'de henüz evde sağlık hizmetleri ile ilgili ortak bir veri tabanı mevcut değildir. Ayrıca hizmetin sürdürülebilir bir finans kaynağına ihtiyacı bulunmaktadır. Öte yandan insan kaynaklarının yeterli düzeyde olmadığı ortadadır. Özellikle eğitimli personel eksikliği yaşanmaktadır. Ayrıca hasta yakınlarının ve bakım verenlerin evde hastaya tıbbi yaklaşım konusunda bilgi eksiklikleri vardır. Bununla ilgili eğitim seminerlerinin düzenlenmesi gerekmektedir.

Bu tespitler ışığında şu öneriler getirilebilir:

- ESH birimleri evde sağlık araçları ve personel ile güçlendirilmelidir.

- ESH alanında hizmet veren her bir kurumu kapsayacak olan mevzuat düzenlemesi yapılmalıdır.
- Evde sosyal destek ve bakım hizmetlerinin yerel yönetimlerce verilmesinin sağlanması gerekmektedir. Hizmet akışı buna göre kurgulanmalı ve evde sağlık/bakım algo ritmi buna göre oluşturulmalıdır.
- 1. 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarındaki ESH tanımının hazırlanacak mevzuatta net olarak yapılması gerekmektedir.

Yasal düzenlemeler yapıncaya kadar yerel çözüm olarak ESH sunan kurumların ortak katılımıyla Valilik il çalışma talimatı Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğince yayınlanabilir. Bu düzenleme organize ve kaliteli ESH sunumunun gerçekleştirilmesini sağlayacaktır.

Ülke genelinde ESH'nin %70-%75'ini Kamu Hastaneleri Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri sağlamaktadır. Buradan hareketle, tüm hastanelere kurulması hazırlığı yapılan ortak veri tabanı olan hastane otomasyon sistemi aracılığıyla il bazında hasta kaydı ve hasta bilgileri ortak bir veri havuzunda toplanarak yönetilebilecektir. Diğer kurumlara ortak veri havuzuna sınırlı yetki ile ulaşma ve kullanma yetkisi de verilecektir. Bunlar hem mükerrer kayıt problemini çözecek hem de Evde Sağlık/Bakım Hizmetinin planlamalarını daha organize olmasını sağlayacaktır.

ESH çalışanlarına, evde bakım hizmeti veren hasta yakını veya hasta bakıcılarına modüler eğitimler planlanmalı ve verilmelidir. Sahadaki sağlık personelinin ESH konusundaki bilgilerinin eğitimlerle artırılması gerekir.

Lakin ESH hastalarına sunulan hizmet sağlık kurumunun dışında sağlanmaktadır. Sağlık personelinin hastane ya da genel bir ifadeyle sağlık kuruluşu dışında hizmet sunuyor olmasının elbette getirdiği bir takım zorluklar bulunmaktadır. Bunlardan başlıcası güvenlik problemidir. Ev ziyaretlerinde bazı hasta yakınlarının sağlık görevlilerine karşı saldırgan tutumları ulaşılan bazı



evlerin yaşam merkezlerinin oldukça periferinde bulunması bunda etkilidir. Hava durumuna bağlı sıkıntılar da bulunmaktadır. ESH'nin sunulduğu konuma göre ülkemizdeki illerin genel hava durumları göz önüne alındığında kış aylarında; aşırı soğuk, şiddetli yağışlı havaya maruziyet, yaz aylarında; aşırı ve tehlikeli sıcaklara maruziyet, hemen akıllara gelecektir. İl ve ilçelerin coğrafik konumundan kaynaklanan sıkıntılar ise; hastanın evinin tepe, rampa ya da dik eğimli dağ eteklerinde bulunması, hizmet aracının giremediği dar, uzun ve taşlı köy yolları, adres bulmada yaşanan sıkıntılar; navigasyonun güncellenememesi, uydu verilerinin geç ya da hatalı alınması, ilçe semt mahalle sokak kapı numarası gibi adres verilerinin yetkililer tarafından uyduda güncellenmemiş olması, hasta yakınının başvuru sırasında hatalı adres vermesi, hasta yakınının randevu amaçlı arandığında hastasına ait adres değişikliğini bildirmemesi, görevli şoförün adrese erişim konusundaki trafik veya sürüş engelleri şeklinde sıralanmaktadır.

ESH hastalarına nakil hizmeti sağlanması konusunda yönetmelikte yeni bilgiler paylaşıldığı görülmektedir. Zira naklin konsültasyon isteyen birim aracılığı ile sağlanacağı hususu belirtilmiş olmasından yola çıkılarak ESH veren birinci, ikinci, ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında nakil hizmetinin düzenli ve ihtiyacı karşılayacak şekilde sunulması yönünde çalışmalar yapılmasının yararlı olacağı kanısındayım. Bununla birlikte dikkate alınması gereken birkaç noktayı da vurgulamak gerekmektedir. Söz konusu hizmetin yerine getirilmesinde nakil araçlarının birimlerce hizmete uygun nitelikte giydirilmiş olması, araçlarda hastayı taşımaya uygun nitelikte personel çalıştırılması, araçların teknik donanımlarının yönetmelik ile uyum göstermesi son derece önemlidir.

Hastane içi organizasyonun iyi ve koordineli sağlanması ESH alan hastaların hastane işlemlerinin mümkün olan en kısa sürede gerçekleştirilmesine olanak sağlamaktadır. Amaç hastaneye getirilerek sağlık hizmeti alması gereken ESH hastalarının hastanedeki muayenelerinin en kısa sürede tamamlanmasıdır. Yine hastaya istenen ileri tetkiklerin veya görüntülemelerin hastanedeki hizmet akışını da engellemeyecek şekilde, sırada en kısa bekleme süresi sağlanarak tamamlanmasına dikkat edilmelidir. Burada hastanın sabah erken saatte hastaneye

naklinin sağlanması ile işlem başlamakta, hastane içi doğru polikliniklere uygun refakatle ulaşması sağlanmalıdır. ESH birimlerinin çalışma koşulları hastane içi tüm birimlerle sıkı iletişim halinde olunarak, hem birimin beklentileri hem de hastaların beklentileri açıkça paylaşılmalı, ortak hizmeti geliştirici yöntem ve yaklaşımlar ortaya koyulmalıdır.

ESH kamu kurumları ve personelleri tarafından karşılanmakta iken, evde bakım kapsamında verilecek hizmetin belediyelerce sağlanmasının, ESH hastalarının evde muayene ve tedavileri dışındaki özbakım, ev hijyeni, aile sosyal desteği gibi bir takım ihtiyaçlarına da temas edilerek, evde sağlık hizmeti kapsamındaki hastaların sağlık ve sosyal yaşam kalitelerinin artırılmış olacağını düşünmekteyim.

Aile hekimlerinin ESH sisteminde yeterince aktif rol almamaları, ESH hastalarının birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurularını, ulaşmalarını, güvenmelerini zorlaştırmaktadır. Bu durumun ortaya çıkmasında aile sağlığı merkezinden mesai saatleri içinde ayrılıp ev ziyaretine gitmenin merkezde muayene için bekleyen diğer hastalara verilecek hizmeti aksatacak olması endişesi ve aile hekimlerine ESH hastalarına düzenleyeceği ziyaret ve ev tedavi hizmetlerinin hekime motivasyon amaçlı performansa dayalı bir sistemin bulunmaması etkilidir.

İldeki majör hizmet İl kamu hastaneleri birliği genel sekreterliğine bağlı hastane birimlerinde sağlanmaktadır. Hastanelerdeki birimler il halk sağlığı müdürlüğü koordinasyon merkezlerine bağlı bulunmaktadır. Koordinasyon merkezi il genelindeki tüm birimler ile koordineli bir çalışma yürütmektedir. Hizmet sağlayıcı hastane birimlerindeki personel ve araç temininin koordinasyonun bağlı bulunduğu müdürlük tarafından sağlanması ile birimler ve koordinasyon arasındaki çalışmanın, etkileşimin daha sağlıklı yürütülmesine olanak sağlayacaktır.

ESH'nin ülkemizdeki geçmişinin eskilere dayanmaması sebebiyle uygulamalarda yenilikler keşfedilmekte, öte yandan zorluklar da tecrübe edilmektedir. O halde yaşanan zorlukların da edinilen olumlu tecrübelerin de değerlendirilerek mevzuatta revizyonlara gidilmesi ile hastalar ve çalışanlar lehine katkılar sağlanmış olacaktır.

Her iş alanında tercih edileceği gibi bilindiği üzere ESH sunumunda da tecrübeli ve yetişmiş personele ihtiyaç duyulmaktadır. ESH personelle çalışılması hizmet kalitesini ve sürekliliğini arttıracaktır. O nedenle yetişmiş personellerin mümkün olduğu ölçüde ESH kapsamında çalıştırılması, farklı ek görevlere yönlendirilmemesi kar sağlayacaktır.

Yine hizmet içi eğitim uygulamaları da ESH'inde önemli rol oynamaktadır. ESH sunan personelin belirli aralıklarla eğitimlere tabi tutulması hem devam eden tedavi yöntemlerinin pekiştirilmesi adına hem de gelişmelerle ilgili yeni bilgilere ulaşılması adına gereklilik arz etmektedir. Hasta yakınlarının ve bakım verenlerinin evde bakım hastalarına yönelik genel tıbbi yaklaşım konularında düzenli eğitimlere tabi tutulması, hastalarını bırakacak kimseleri olmaması nedeni ile eğitimlere katılamamaları, eğitim dilinin hasta yakınlarının anlayabileceği bir şekilde olması gerekmektedir.

Gündüzlü bakımevlerinin oluşturulması, var olanların geliştirilmesi ve sayılarının artırılması katkı sağlayan bir diğer unsurdur. Bu sayede bakım verenlerde evde hasta bakımının getirdiği ağır psikolojik yükün kaldırılamadığı, tükenmişlik sendromu yaşanıldığı durumlarda, hastanın gündüz belirli zaman dilimlerinde bakımevlerinden faydalandırılması sayesinde, bakım verenler de küçük molalar elde etmiş olacaktır.

## KAYNAKÇA

- Akar, Ç. – Özalp, H., Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 1997.
- Alpak, M., Evde Sağlık Hizmetler Birimi, Hastane İçi Organizasyon Konulu Yayınlanmamış Kişisel Sunum.
- Altay, A., “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”;  
<http://dergi.sayistay.gov.tr/icerik/der64m2.pdf> , (23.06.2013)
- Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Arşiv Verileri, 2015
- Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Tarihçe;  
<http://antalyaataturkdh.saglik.gov.tr/tr/62/tarihce/#sthash.1xox3VEN.dpu>  
f, (21.06.2015)
- Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Arşiv Verileri, 2015
- Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, Evde Sağlık Hizmetleri;  
[www.asm.gov.tr/.../Dosyalar/143/EĞİTİM/02\\_02\\_2012\\_10\\_52\\_37.doc](http://www.asm.gov.tr/.../Dosyalar/143/EĞİTİM/02_02_2012_10_52_37.doc),  
(09.10.2013)
- Antalya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, “Evde Sağlık Hizmetleri Uygulama Talimatnamesi”;  
<http://www.antalya.gov.tr/yukleme/dosya/e98649accf704951115da4fbfd54507.pdf>, (20.04.2015)
- Bahar, A. – Parlar, S., “Yaşlılık ve Evde Bakım”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.2, S.4, 2007.

Çayır, Y., “Birinci Basamakta Evde Sağlık Hizmetleri: Neler Yapabiliriz?”, Dicle Tıp Dergisi, C.40, S.2, 2013.

Duman, R. – Tosun, A. N. – Nacarküçük, S., Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Hasta Memnuniyet Durumlarının Değerlendirmesi, bhs.gov.tr/galeri/mini\_galeri/esh\_calisan\_anketi.doc, (16.10.2013)

Hayran, O., Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri;  
<http://www.merih.net/m1/wosmhay12.htm>, (08.08.2013)

Karabağ, H., Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Gazi Üniversitesi, SBE, YYLT, Ankara, 2007.

Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000.

Özer, Ö. – Şantaş, F., “Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı”, Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, C.3, S.2, İstanbul, 2012.

Sözen, C. – Özdevecioğlu, M., Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, 1999.

TC Sağlık Bakanlığı, 3895 Sayılı Yönerge; [www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72397/h/68.DOC](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72397/h/68.DOC), (07.10.2013)

Taş, E., “Antalya Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Çalıştayı”, Antalya, 3 Aralık 2013.

Turan, N., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar; Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları, Eskişehir, 2004.

Ünsar, S. – Yıldız Fındık, Ü. – Kurt, S. – Özcan, H., “Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.2, S.5, 2007.

Yılmaz, M. ve diğ., “Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Bakım Hizmetleri”, İstanbul Tıp Dergisi, S.11, C.3, İstanbul, 2010.

Yorulmaz, M. – Özata, M. – Küçükkendirci, H. – Demirkıran, M., “Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Uygulaması, Konya İli ile İç Anadolu Bölgesi ve Türkiye Geneli Verilerinin Karşılaştırılması”, Süleyman Demirel Üniversitesi, Vizyoner Dergisi, C.4, S.8, Isparta, 2013.

....; Türkiye’de Aile Hekimliği;

[http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213](http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213), (28.06.2013)

.....; Evde Sağlık Hizmetleri İstanbul Çalıştay Sonuç Raporu;

[http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tedk/belge/Evde\\_Sag\\_%C4%B0stanbul\\_Calistay\\_Sonuc\\_Rapor.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tedk/belge/Evde_Sag_%C4%B0stanbul_Calistay_Sonuc_Rapor.pdf), (14.11.2013)

.....; Evde Sağlık Hizmetleri; <http://nhsm.gov.tr/sayfa/63/evde-saglik-hizmetleri.html>, (12.09.2013)

.....; Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge;

[http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=240&itemid=34](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&itemid=34), (08.08.2013)

.....; <http://www.aksaglik.org/hastaneler/antalya-egitim-ve-arastirma-hastanesi.html>, (15.06.2015)

## ÖZGEÇMİŞ

1974 Antalya doğumluyum. 1992-1999 yılları arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde tıp tahsilimi tamamladım. 2000-2009 yılları arasında Antalya Merkez Sağlık Ocağı tabipliği görevinde bulundum. 2009-2010 yılları arasında ise Antalya'da aile hekimi olarak görev yaptım. 2010-2011 yıllarında Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Acil Servis tabibi olarak görevde bulundum. 2012 yılından itibaren ise Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birim Sorumlusu olarak görevim devam etmektedir.