

Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı

In-Home Health Services as an Alternative Form of Presentation of Patient Care

Mesut YILMAZ, Fettah SAMETOĞLU, Gülden AKMEŞE, Aslıhan TAK, Belma YAĞBASAN, Serkan GÖKÇAY, Mustafa SAĞLAM, Derya DOĞANYILMAZ, Simge ERDEM

ÖZET

Bireylerin sağlığını korumak ve hastanın hastanede başlanan tedavisine taburcu olduktan sonra ev ortamında devam etmesini sağlamak önemlidir. Evde bakım veya başka bir ifade ile; hastaya ev ortamında sağlık hizmetinin sunumu her ne kadar orta çağlara kadar uzanmış olsa da, 19. yy'dan itibaren gerçek anlamda uygulanmaya başlanmış olduğu anlaşılmaktadır. Bu yazıda, evde hasta bakımının tarihi yanısıra hangi ülkelerde bu uygulamanın daha çok başvurulduğu, sunum şekli ve kapsamı hakkında bilgi verildi. Başta Amerika Birleşik Devletlerinde olmak üzere bu uygulamanın ülkelerin sosyal güvenlik kurumlarına ne tür mali yükler getirebileceği ele alındı.

Anahtar sözcükler: Evde hasta bakımı; sosyal güvenlik kurumları.

SUMMARY

The preservation of public health and provision of health services at home after patients are discharged from the hospital has gained in importance in recent years. Although the history of home-care, which implies the provision of healthcare in an individual's household environment, began in the Middle Ages, the true practice of home-care for patients started in the 19th century. In this article, the history and nature of home-care of patients, its extent and the economic burden on social security organizations in countries like the United States are discussed.

Key words: In-home patient care; social security institutions.

GİRİŞ

Evde bakım hizmetleri genel olarak, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Sözü edilen bu hizmetler, hem sağlık hem de sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede bireyin gereksinimi doğrultusunda yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını da amaçlamaktadır. Bu anlamda evde bakım hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir.^[1]

Evde Bakımın Tarihsel ve Felsefi Gelişimi

Evde sağlık hizmeti sunmanın tarihsel gelişimini, bireye sunulan en ilkel sağlık hizmeti olan doğumun

evde mi yoksa hastanede mi olması gerektiği tartışmalarının yaşandığı Roma'dan başlayarak anlatmak yerinde olabilir. Roma'da doğumlar alet ve edevatlarını bir çantayla yanında getiren ebenin eşliğinde gebenin evinde gerçekleştirilmekteyken, bazı toplumlarda doğumun sadece aile için değil toplumun bütünü için kutsal ve önemli sayılmasından ötürü doğum günlük kullanımın olmadığı özel mekanlarda gerçekleştirildiği bilinmektedir. Ortaçağ Avrupa'sında ise evde sağlık hizmeti uygulamaları, hastanın hastalığını diğer insanlara bulaştırmasını engellemek amacıyla yapılmıştır. Burada sunulan hizmetlerin tıbbi boyutu geri plandayken sosyal hizmetler (barınma, yemek vb.) ön plandadır. Bazı koşullar 19. yüzyıldan itibaren bakıma muhtaç kişilere yardım etmek amacıyla organize resmi girişimlerin oluşmasında ve bu girişimlerin hızlanmasında aktif rol oy-

namışlardır. Kentlerde yaşayan fakir ve hasta kişiler hastanede bakım için gerekli parayı bulamadıklarından 19. yüzyılın sonlarında evde tedavi edilmeye ve desteklenmeye ihtiyaç duymuşlardır. 20. yüzyıla girilirken kentleşmedeki hızlı artış, şehirde yaşayan yoksul insan sayısındaki artışı ve buna bağlı sosyal koşullardaki bozulmayı beraberinde getirmiş, evde bakım ve desteğe olan ihtiyacı arttırmıştır. Bu dönem içinde İngiltere’de bakıma muhtaç olan çocukların ve yaşlıların toplanıp evlerinden ayrı oldukları halde birarada buldukları bakımevlerine yerleştirilmeleri gerçekleştirilmiştir. Bu durum bazı topluluklarda tepkilere de neden olmuştur. Evde bakımla ilgili anlatılan felsefi değişiklikler yaşanırken, İngiltere’de eğitilmiş ev ziyaretçileri yoluyla evde bakım hizmeti verilmesi için kurumsallaşma çalışmaları başlamıştır. Evde hasta bakımı kilisenin önderliğinde gönüllü kurumlar tarafından uzun yıllardır temel hizmet sunma yolu olarak benimsenmesine rağmen, dini kuruluşlar dışında evde hasta bakım hizmeti, gerçek anlamda 1859 yılına kadar yapılamamıştır. Bu tarihte gerçek anlamda hemşirelik hizmeti Willam Rathbone adlı bir İngiliz antropolog tarafından oluşturulmuştur. Rathbone, evinde eşine bir hemşire tarafından verilen hizmetten etkilenerek fakir hastalar için gönüllü bir hemşire servis hizmeti oluşturmuştur. Mary Robinson Liverpool’da evde hemşirelik hizmeti veren ilk hemşiredir. Robinson sadece hemşirelik hizmeti vermemiş aynı zamanda aile mensuplarına genel hijyen kuralları ve hasta bakımı hakkında eğitim de vermiştir. Evde bakım hizmetlerinin öncülerinden olan Florance Nightingale, hasta kişilerin bakımı ile görevlendirilecek olan kadınların özel olarak eğitilmesini önermiş ve eğitilmiş kadınların hastanelerde, bölgelerde, ev ziyaretleri gerçekleştirecek özel hemşire olarak görevlendirilmeleri ile ilgili bir plan sunmuştur. Nightingale’in önerileri üzerine, 1862 yılında Liverpool’da evlerde hasta bakımı gerçekleştirecek, ziyaretçi hemşire yetiştiren ve 1,5 yıllık eğitim veren ilk okul açılmıştır. Nightingale’in bölge hemşireliği ve ev bakımıyla ilgili raporları 1890’dan 1. Dünya Savaşına kadar Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) olan büyük kültürel ve sosyal değişimlerle çakışmıştır. Bu dönemde ABD’de evde sağlık hizmeti ile ilgili pek çok ilerleme kaydedilmiştir. Burada öncülüğü ya-

pan hemşire Lillian Wald olmuştur. Yirminci yüzyılın başlarında ziyaretçi hemşirelerin görevi genişlemeye başlamış, ev ziyaretlerine öğretmenler ve sosyaller de katılmaya başlamıştır. Ziyaretçi hemşireler çalışmalarına koruyucu bakım hizmetlerini de eklemiştir. Savaşlar, ekonomik krizler, endüstrileşme ve diğer sosyal faktörler, halk sağlığı hemşireliğinin ve evde bakım hizmetlerinin gelişmesini hızlandırmıştır. Ev ziyareti hareketi ABD’deki 1930’lardaki büyük ekonomik çöküşten etkilenmiş, birçok eyalet evde bakım hizmetleri için yeterli kaynak ayıramamaya ve sorunları kendi imkanlarıyla çözemeye başlamıştır. Kaynak sorununu çözmek için federal yardım başlatılmıştır. İkinci Dünya Savaşı sırasında da, hastanelerdeki hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sayılarının azalması ile birlikte o zamana kadar hastanede tedavi gören hastalar evde tedavi edilmiş ve ev hemşireliği hizmetleri niteliksel ve niceliksel olarak artış göstermiştir. 1965 yılında Medicare lisanslı evde bakım şirketlerinin sayısı 1753 iken, bu rakam 1993 şubatında 6497’ye ulaşmıştır. ABD’de evde bakım şirketleri büyük sıçramayı 1990-96 yılları arasında %31,4’lük bir artışla yapmıştır. Amerikan Ulusal Evde Bakım Derneği kayıtlarına göre 1995’te yaklaşık 15000 evde bakım şirketi ve 700 bin sağlık çalışanı bulunmaktaymış. Evde bakım hizmetlerinin sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler olmak üzere iki temel boyutu bulunmaktadır. Avrupa’daki evde bakım hizmetleri programları bireylerin psikososyal sorunları ve sosyal hizmetler boyutuna ABD’ye oranla daha fazla önem vermişlerdir. Danimarka’da başlatılan Avrupa’daki en geniş ev ziyareti programı, başarılı hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. Danimarka’daki ileri derecede gelişmiş evde bakım sistemi 19. yüzyıl sonlarına dayanmaktadır. Danimarka’da 1937 yılında başlatılan, dört coğrafi bölgede uygulanan 6 yıllık bir pilot çalışmanın sonuçlarının, ev ziyaretinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranını azalttığını göstermesi evde bakımın ve ev ziyaretlerinin önemini artmasında büyük rol oynamıştır. Çin’deki sağlık sisteminde evde bakım hizmetleri, yaşlılara hizmet sunumunda bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Çin’deki evde bakım hizmetlerindeki gelişimde en önemli unsur, ekonomik nedenlerden çok sosyokültürel dinamiklerdir. Hizmet sunumundaki esas kişiler aile içerisinde evde sağlık

hizmeti sunumu için eğitilmiş kişilerdir. Evde bakım hizmetlerinde bu bireyler gayriresmi bakıcılar adı altında çalıştırılmaktadırlar. Evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreci içinde ev ziyaretlerinin başlangıcından bugüne kadarki durumuna bakıldığında, evde bakım hizmetlerinin değerinin sürekli yeniden keşfedilmekte olduğu ve bütün ülkelerde hızla yaygınlaştığı saptanmıştır. Yaygınlaşma ve artışın nedeni kısmen artan ihtiyaç olmakla birlikte, gelişmiş ülkelerde, ekonomik nedenlerden dolayı hastanede bakımdan evde ve toplum içinde bakıma doğru bir yönelme olmasından da kaynaklanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde temel olarak azalan kaynaklar nedeniyle, devlete ait sağlık hizmetleri ve özellikle hastane hizmetleri kalitesiz olduğu, nüfusun çoğunluğunun özel sağlık hizmetlerine ulaşabilme imkanından uzak olduğu ve bundan dolayı hem akut hem de uzun süreli bakımın yükünün ailenin üzerine kaydığı ifade edilmektedir. ABD ve Kanada'da evde bakım hizmetleri kronik hastalıklar ve yaşlı bakımının etkinliği açısından önemli yer tutmaktadır. Yaşlıların evde bakıma olan ilgilerinin artmasının iki nedeni vardır. Bunlardan birincisi kronik hastalıkların yaşlıları diğer gruplara göre daha çok etkilemesi, bu nedenle de ev ortamında belirlenecek sürekli bakım hizmetlerine yaşlıların daha çok gereksinim duymalarıdır. İkinci nedense yaşlıların göreceli olarak hastaneleri daha çok kullanmalarına bağlı olarak daha yüksek oranda hastane sonrası bakıma ihtiyaç duymalarıdır.^[2]

Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Uluslararası düzeyde evde bakım hizmetlerinde anlaşmaya varılmış asgari veya temel bir hizmet listesi yoktur. Bu nedenle her ülke kendi olanakları ve sosyokültürel dinamikleri açısından aralıklı olarak yenileyebildiği bir hizmet listesi oluşturmuştur. Evde bakım hizmetlerinin kapsamı konusunda alınacak kararın çok dikkatli alınması ve topluma oldukça anlaşılır bir biçimde açıklanması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 2000 raporunun bütününde, uzun süreli bakımın tanımına uygun olarak, uzun süreli sağlık sorununu olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olarak yardıma ihtiyacı olan bütün yaşlardaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakım üzerine vurgulama yapılmıştır. Bu bağlamda, evde bakım hizmetlerinden faydalanacak hedef kit-

le, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkları veya kalp damar hastalıkları, kanser gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıkları olanlar, etyolojisine bakılmaksızın, gelişimsel veya poliomiyelite sekonder özürleri de kapsayacak şekilde, özürli olan kişiler, HIV/AIDS'liler, kaza sonucu sakat kalanlar, duyuşsal kısıtlılığı olanlar, mental hastalığı olanlar ve madde bağımlılarıdır. Batı ülkelerinde politika üretenler, sağlık hizmeti sunanlar ve finansal yöneticiler, evde bakımın maliyet ve bakım kalitesi açısından hastaneler için bir alternatif olup olmadığını sorgulamaktadırlar.

Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastaların yanısıra kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklar da çok yönlü bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında alabilmektedirler. 1998 yılında ev hizmeti alanların Avusturya'da %83'ünü, Almanya'da %83'ünü, ABD'de %63'ünü 65 yaş ve üzerindeki kişiler oluşturmaktadır. Ayrıca terminal dönemdeki kanserli yetişkin ve çocuk hastaların onur ve saygınlığını korumak, yaşamın son günlerini daha sevgi dolu ve şefkatle geçirilmesini sağlamak amacıyla bakım hizmetleri evde verilebilmektedir. Öte yandan tedavisi olanaksız ve ilerlemiş olan bir çok hastanın ölümüne kadar bakımlarının evde verilmesi tercih edilmektedir.^[3] Evde bakım hizmetleri, özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılmaktadır. Birincisi; evde bakım yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır. İkincisi; evde bakım, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamı çoğu kez birbirinden oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası nekahat dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak 30 gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamakla birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve 6 aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumunda verilen hizmetleri içine almaktadır. Üçüncüsü ise; farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım (*formal care*) ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (*informal care*). Uzmanlık düzeyinde verilen (*formal care*) evde bakım

hizmetleri genel olarak şu hizmetlerden oluşmaktadır:

1. Hemşirelik hizmetleri: Bireyin evine düzenli ve belirli aralıklarla uzman hemşirelerin ziyaretleri ve evde hemşirelik hizmetleri,

2. Destek sağlık hizmetleri: Psikoterapi, fizik tedavi, ayak bakımı, konuşma ve meşguliyet tedavisi gibi bireyin hareketini ve evde birine muhtaç olmanın yaşamasına yardım edecek hizmetler,

3. Gündüz/Gece bakımı: Bakıma muhtaç bireylerin gereksinimlerine uygun hizmet,

4. Kişisel bakım (özbakım): Bakıma muhtaç bireyin banyo yaptırılması, giyinmesine yardım vb. gibi günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardımcı olacak hizmetler,

5. Ev işlerine yardım, ev düzeninin yeniden oluşturulması: Evin temizlik, ütü, alışveriş gibi hizmetlerine yardım ile daha güvenli yaşamayı sağlayacak ev düzeni değişikliklerinin yapılmasıdır. Örneğin kapı, kilit onarımı, çatı onarımı, çıkış rampaları oluşturmak, banyo güvenliği sağlamak, tekerlekli sandalyenin evde dolaşımındaki engelleri ortadan kaldırmak vb.

6. Sosyal destek: Bireyin alışverişine yardım, randevularına götürülmesi, faturalarının ödenmesi, sosyal etkinliklere ve arkadaş ziyaretlerine götürülmesini sağlayacak hizmetler,

7. Gıda ve beslenme hizmetleri: Evinde yemek hazırlama ve pişirme işlevini yerine getiremeyenlere evlere yemek dağıtım hizmetleri, sağlık eğitimi vb.

8. Danışmanlık hizmetleri: Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetleri ile bireyin istek ve şikayetlerinin ele alındığı hizmetler.

Kısa Süreli Evde Bakım Hizmetleri

Bu hizmetlerin temel hedefi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon gibi bireyin en kısa sürede kendi kendine yetebilecek duruma gelmesini sağlayacak hizmetlerin bireyin evinde sağlanmasıdır. Bu hizmetler birey merkezli olup, yeniden sağlığına kavuşması, sağlık düzeyinin yükseltilmesi, eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile ailesi ve kendisine sağlık sorunlarıyla baş

edebileceği temel becerilerin kazandırılmasını sağlayacak birçok disiplini kapsayan hizmetlerle bir bütünlük içinde verilmektedir. Kısa süreli evde bakım, hekimlik, hemşirelik hizmetleri, meşguliyet tedavisi, ayak bakımı, fizik tedavi, beslenme ve sosyal hizmetlerin verilmesini içermektedir. Örneğin, ameliyat sonrası bakım, cerrahi kaynaklı yara bakımı, solunum tedavisi, fiziksel ve meşguliyet tedavisi, konuşma, dil gelişimi tedavisi, hasta ve bakım verenin eğitimi, damar içi ve beslenme tedavisi ile enjeksiyon uygulamaları vb. gibi oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır.

Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri

Uzun süreli evde bakım hizmetlerinin hedefi, bakım hizmetlerine sürekli olarak gereksinim duyan kronik hastalar, yaşlılar ve özürlülerin sağlığını korumak, bakıma muhtaçlık derecesinin daha da artmasını önlemek, hastalık ve özürlülüğün ortadan kaldıramadığı durumlarda olabildiğince bağımsız yaşamayı sağlayacak eğitim ve beceriler kazandırmak ve profesyonel anlamda kaliteli bakım hizmetleri sunmaktır. Bakıma muhtaçlık, günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı yaşam aktivitelerinden en az birini yardımsız yerine getirememesidir. Bu sayılan fonksiyonları yerine getirmede zorluk çekme ve bilişsel yetersizlik, zorunlu gözetim altında tutulma gereksinimi, bakım hizmetlerinden yararlanma koşulu olarak birçok ülkede kullanılmaktadır. Bazı ülkelerde yaşa bağlı oluşabilecek sağlık ve bakım sorunlarından dolayı bakıma muhtaç olanlar da kapsam içine alınmıştır.

Evde Bakım Hizmetlerinde Aile Bireyi veya Bakıcının Rolü

Kurum ve evde bakım hizmetlerinin giderek artmasına karşın ülkemizde ve dünyada evde bakım, büyük çoğunlukla aile bireyleri tarafından verilmektedir. Bu durum sadece ekonomik nedenlerden değil aynı zamanda sosyal ve kültürel nedenlerden evde bakımın “ailenin temel görevi” olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır. Aile bireylerinin bakımında ise, büyük çoğunluğun kadınlardan (eş, kız, gelin) oluştuğu görülmektedir. Birçok Avrupa ülkesinde aile bireyi bakım sıklığı evde bakımın yaklaşık %80-90’ını oluşturmaktadır.

Ancak, çalışma yaşamına kadınların aktif katkı

lımından sonra bakıma muhtaç bireylerin bakımında aile bireylerinin yerini belirli bir ücret karşılığında çalışan bakıcılar ya da kurumsal bakım seçeneği almaktadır. Gelişmiş ülkelerin bakım yükünün, ekonomik ve sosyal nedenlerle altından kalkılamayacak boyutlara ulaşacağını öngördüklerinden ailenin desteklenmesini hedef alan bakım sigortası kapsamında yasal düzenlemelere yer verdikleri görülmektedir. Nitekim Almanya, Avusturya, Hollanda, İsrail ve Japonya’da sosyal güvenlik sistemi içinde “bakım sigortası” uygulamaları yer almaktadır. Bunun yanında sosyal hizmet uygulamalarının içinde İngiltere, İsveç, Norveç, Almanya ve Hollanda’da devletin bakıcı aile bireylerini destekleyici programları söz konusudur. Ülkemizde de devletin bakım hizmetlerini sağlamadaki yetersizliği ve bakım hizmetlerini veren kuruluşların maddi açıdan getirdiği ek külfet nedeniyle yaşlı, özürlü ve kronik hastaların bakımı büyük ölçüde aile üyeleri ve/veya gönüllü bakıcılar tarafından yürütülmektedir.

Evde Bakımda Hekimin Rolü

Evde bakım doktorun hastanın konumunun ve kaynakların evde bakıma uygun olduğunu belirlemesiyle başlar. Evde bakım uygulamasının başarılı olabilmesi için doktor, hasta, hasta yakınları ve evde bakım takımının diğer elemanlarıyla sürekli bir temas halinde olması gerekir. Ayrıca bu bakımın amacına uygun yapılabildiğini, görevlilerin üzerine düşenleri yapıp yapmadığını kontrol etmek ve denetlemek de doktorun yasal sorumluluğu dahilindedir. Evde bakım bir ekip çalışmasıdır ve 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 bakım sürecinde aktif rolünün etkinliğini artırır.

Hekimin Görevleri

1. Tıbbi problemlerin çözümü,
2. Evde bakıma uygun olan hastanın tanımlanması,
3. Evde bakım planı içinde kısa ve uzun dönem hedeflerinin belirlenmesi,
4. Yeni, acil ve akut medikal sorunların diğer tıbbi elemanlarla birlikte çözümü,

5. Hasta ve evde bakım çalışanları arasındaki iletişimi sağlamak,

6. Tıbbi kayıtların dokümentasyonunu yapmak,

7. Gerektiğinde telefonla eve gelerek ziyaret yapmak.

Telefon görüşmesi ev temelli tedavinin ilk adımıdır. 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.

Evde Sağlık Hizmeti Almaya Uygun Hasta Grupları

Kardiyovasküler hastalıklardan, konjestif kalp yetmezliği, derin ven trombozu, antikoagülan tedavi, telemetri, endokrinolojik hastalıklardan, diabetes mellitus tedavisi, eğitimi ve monitörizasyonu, acil tıp: hospitalizasyonun gerekli olmadığı veya istenmediği akut durumlar, gastreterolojik hastalıklarda, nütrisyonel terapiler, parenteral nütrisyon, enteral besleme, hematoloji-onkoloji olgularında, kemoterapi, ağrı yönetimi, koagülopatilerin monitörizasyonu ve tedavisi, anemi, hemoglobinopatiler, nötrojeni.

Enfeksiyon hastalıklarda, bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyonların tedavisi, HIV/AIDS, diğer immün yetmezlik sendromları evde sağlık hizmeti almaya aday hasta grubunu oluşturmaktadır.

Yine, nefrolojik olgularda, son dönem böbrek yetmezliği, evde diyaliz, periton diyalizi.

Nörolojik hastalıklarda, inme, demans, Alzheimer Hastalığı, multipl skleroz gibi demiyelizan hastalıklar, amyotrofik lateral skleroz, Guillain-Barre, fiziksel terapiler, konuşma tedavisi, obstetrik hastalarda, fetal monitörizasyon, emzirme eğitimi, postpartum bakım, pediatrik olgularda, apne monitörizasyonu, evde mekanik ventilasyon, total parenteral nütrisyon ve enteral beslenme, psikiyatrik hastalıklarda, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, kişilik bozuklukları, psikoz, yeme bozuklukları ve göğüs hastalıklarda, uyku apne sendromu, CPAP (*continuous positive airway pressure*), astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan olgular da evde sağlık hizmeti sunumundan istifade edebilen hastalık grubunu oluşturmaktadırlar.^[4]

Türkiye’de Mevcut Sağlık ve Sosyal Hizmetlere Genel Bakış

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 %12,29 olan özürlü nüfusun içinde kronik hastalıklara bağlı özürlülük sıklığı %9,7’dir. Türkiye’nin doğu’da 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. Evde bakım hizmetlerinin mantığını tanımlamak için “güçlendirmek”, “kolaylaştırmak” ve “yükseltmek” terimleri kullanılabilir. Güçlendirmek, kişinin ya da ailenin kendi hedeflerini tanımlamasının ve kendi kararlarını almasının sağlanmasıdır. Güçlendirme aile merkezli hizmetin kalbini ve ruhunu temsil eden bir terim olarak kabul görmektedir. Güçlendirme tanımında üç temel yeti önem kazanmaktadır. Bunlar gereksinim duyulan kaynaklara ulaşabilme ve onları kontrol edebilme, karar verme ve problem çözme ile kaynakları temin etmek amacıyla diğer insanlarla iletişim kurabilme davranışlarının kazanılmasıdır. Kolaylaştırmak, ailenin kendi kendisine faaliyette bulunmasını kolaylaştıracak kaynakları bulmasında ona yardımcı olmak anlamına gelmektedir. Kavramlardan üçüncüsü olan yükseltmek, halihazırda mevcut olan güçlerin üzerinde yapılanmanın sağlanmasını ifade eder. Evde sağlık hizmetleri yalnızca hasta ve hastalığa yönelik bir faaliyet değildir. Bütün sağlık hizmetleri-

ni ve sosyal hizmetleri içermesi, kapsadığı alanın büyüklüğünü göstermektedir. Avrupa ve ABD’de çeşitli evde sağlık hizmeti örgütlenmelerinden biri de “hastane temelli evde bakım hizmetleri”dir. Hastane temeline dayanan evde bakım, kronik bakım gerektiren yatan ve ayaktan tedavisi yapılan hastalar için alternatif olarak doğmuş ve yayılmakta olan bir bakım türüdür. Sağlık teknolojisi geliştikçe ve beklentiler değiştikçe evde bakım hizmetlerinin kapsamı ve ulaşabilirliği de genişlemektedir.

Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları

– Hastalara özerkliklerini ve kendiliklerini koruma olanağı vererek insanların yaşadıkları ortamda daha mutlu olmalarını sağlamaktadır.

– Evde bakım hizmetleri hastalara elde edebilecekleri özgürlük düzeyinin en yükseğine izin vermektedir.

– Hastaların çevreyle olan iletişimlerini onların daha hızlı iyileşmelerini sağlamaktadır.

– Hastanın hastanede hasta rolünü oyadığı ve bu rolü oynamasının iyileşmeyi geciktirdiğine inanılmaktadır.

– Hastane hizmetlerinden daha etkilidir ve daha ekonomiktir.

– Evde sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırmaktadır.

– Evde bakım hizmetleri uygunsuz hastane yatışlarını azaltmaktadır.

– Hastaneye başvurularda, hastanede kalış süresinde ve hastane enfeksiyonlarında azalma olmaktadır. Hastane enfeksiyonları maliyetleri oldukça arttırmaktadır.

Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları

Evde bakım hizmetleri pek çok dış etkene açık, detaylı bir eğitim programı ve yakın bir kontrol mekanizması gerektiren güç organizasyonlardır.

– Sağlık personeli sürekli hastanın yakınında değildir.

– Evde damar yolu tedavisi alanlarda teknolojinin hatalı kullanımına bağlı olarak sepsis, tromboz ve damar tıkanıklığı gibi komplikasyonlar gelişebilir.

Tablo 1. Evde bakımın maliyet-etkinlik analizi

	2001	2002	2003
Hastane bakımının günlük maaliyeti	\$3080	\$3574	\$3838
Evde sağlık hizmeti sunmanın günlük maliyeti	\$105	\$108	\$109

Tablo 2. ABD'de 2003 yılının kişisel sağlık harcamalarının yüzde olarak dağılımı

Hastane bakımı	%36
Klinisyen ücreti ve klinikte bakımı	%25
Evde hemşirelik hizmeti	%8
İlaç reçeteleri	%12
Diğer profesyonel hizmetler	%3
Diş bakımı	%5
Evde bakım	%3
Diğer kişisel sağlık bakımları	%3
Diğer medikal ürünler	%4

– Evde bakımı sağlayacak sağlık personelinin güvenliğini sağlamada bazı problemler ortaya çıkabilir.^[5]

Evde Bakımın Maliyet-Etkinlik Analizi (Medicare Verilerine Göre)

Tablo 1’de de açıkça görüldüğü gibi evde sağlık hizmeti sunmak hastaya bağımsızlık kazandırmanın ve hastayı tedavi sürecinin aktif bir parçası yapmanın yanında maliyet açısından da büyük kazançlar sağlamaktadır.

Tablo 2’de ABD’de yıllık sağlık harcamalarının dökümünü gösterilmektedir. Hastane temelli evde sağlık hizmeti sunumunun hastane harcamaları içinde gösterildiğini belirtmek önemlidir. Hem evde bakımın sağlık harcamalarında tek başına edindiği yüzdenin hem de hastane harcamalarının içinde yer alan hastane bazlı evde sağlık hizmeti sunumunun giderek artan yüzdelere sahip olduğunu söylenebilir. Birkaç yıl öncesine kadar özel sağlık sigortalarının sıcak bakmadığı evde bakımın maliyet analizlerinde daha uygun olduğunun anlaşılmasının ardından bu kuruluşların da desteklemesiyle evde bakımdan faydalanan hasta sayısında da artış olmaktadır.^[6]

SONUÇ

Çağımızda yaşlanma ve beraberinde ortaya çıkan kronik hastalık ve özürllülüğün artması, sosyal politikalar üzerinde büyük bir baskı oluşturmaya başlamış-

tır. Çünkü bu artış, ortalama yaşam süresinin uzaması ile birlikte bakıma muhtaçlığın artmasına, sağlık harcamalarının tahmin edilenin ötesine çıkmasına ve alternatif bakım istemlerinin geliştirilmesine neden olmuştur. Tüm dünya ülkeleri tarafından, bakıma muhtaçların temel gereksinmelerini karşılayacak, uygun ve etkili bakım hizmetlerini daha düşük maliyette, etkili, kapsamlı ve aile ile devletin rolü arasındaki dengeyi sağlayacak kısa ve uzun süreli evde bakım hizmetlerini geliştirme ve politika oluşturma konusunda çaba gösterilmektedir. Bireye uygun bakım sistemi olduğu kabul edilen evde bakım hizmetleri, tüm gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla kurum bakım sisteminin yerini almaya başlamıştır. Tüm bu gelişmeler de sosyal politikalar üzerinde çok önemli etki yapmaya başlamış, sağlık ve sosyal gereksinimlerle ilgili yasal düzenlemelerin yeniden gözden geçirilmesine ve bakım sigortası ile ilgili uygulamaların yürürlüğe konulmasına neden olmuştur. Ülkemizde de yaşlılık, özürllülük ve kronik hastalıkların artması ve hastane sonrası bakım hizmetlerine olan talebin yükselmesi, gelecek yıllarda sağlık harcamalarında ciddi bir artış olacağını işaretlerini vermektedir. Türkiye’de kamu tarafından desteklenen gerek kısa süreli gerekse de uzun süreli evde bakım hizmetlerine yönelik tüm vatandaşları içine alan yasal düzenleme ve organizasyon oluşturulmamıştır. Öte yandan, bakıma muhtaç özürllülere yönelik olarak 5378 sayılı yasa ile özürllülerin evde bakım hizmetleri, bakım güvence sisteminin sosyal güvenlik sistemi içinde sosyal yardım ve sosyal hizmetler çerçevesinde ele alınması ülkemiz için sevindirici olmakla birlikte, kapsamı açısından yeterli görülmemektedir. Sosyal güvenlik açısından bakıma muhtaç bireylerin bakımı güvence altına alınmamıştır. Gelişmiş ülkelerin bakım sigortası uygulamalarının, yalnızca gelir düzeyi düşük olanlara değil, gelir durumu iyi olanları da içine alacak şekilde oluşturulmaya doğru bir çaba içinde oldukları görülmektedir. Gerek maliyet etkinlik analizlerinin ortaya koyduğu karlılık, gerekse de evde bakım

hizmeti sunuyor olmanın hasta ve hasta yakınlarına sağladığı pozitif faktörlerin göz önüne alınmasıyla önümüzdeki yıllarda sağlık hizmeti sunumunun en önemli parçalarından birinin ev ortamında sağlık hizmeti sunmak olacağı aşikardır.

KAYNAKLAR

1. Annual Report; Medical Management of the Home care patient. American Medical Association-American Academy of Home Care Physicians, 2004.
2. Çobanoğlu AE, Çoban M. Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi 2004;12.
3. Karahan A. Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal of Geriatrics 2002;5:155-9.
4. Oğlak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. Turkish Journal of Geriatrics 2007;10:100-8.
5. Annual Report; Medical management of the home care patient/American Medical Association-American Academy of Home Care Physicians, 2005.
6. Smith BM, Malay KA, Hawkins DJ. Basic statistics about home care updated. National Association for Home Care & Hospice, 2004.