

DERLEME / REVIEW

Yaşlılık ve Evde Sağlık Hizmetinde Finansman

Mehmet Yılmaz, Eda Şara

Bayburt İl Sağlık Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri, Bayburt, Türkiye

Özet:

Evde bakım hizmetleri sağlık sistemleri içerisindeki yerini her geçen gün daha da genişletmektedir. Evde bakım, hastanın evinde sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan sağlık hizmeti veya desteğini ifade etmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin amacı sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek ve verimini artırmaktır. Evde sağlık bakımı geleneksel yataklı tedavi hizmetleri için düşük maliyetli bir alternatiftir ve sağlık hizmetleri için finansal kaynakların kısıtlı olduğu gelişmekte olan ülkeler için önemli bir seçenektir. Bu çalışmada evde bakım hizmetleri kavramı, finansman yapısı, evde bakım hizmetlerinin avantajları ve dezavantajları ile Türkiye’de ve dünyadaki evde bakım hizmetlerinin mevcut durumu hakkında bilgiler verilmiştir.

Abstract:

Home care services enlarge every passing day inside health care systems. Home care is health care or supportive care provided in the patient’s home by healthcare professionals. The aim of home care is to decrease price of health services and to increase performance.

Home health care is a low costv alternative to traditional inpatient care an appealing selection for developing countries where financial resources for health care are particularly scarce. In this study, the concept of home care services, financing structure, advantages and disadvantages of home care services and present situation of home care services in Turkey and world are examined.

Anahtar Kelimeler:

Evde bakım hizmetleri, evde bakım hizmetlerinin finansmanı

Key Words:

Home care services, financing of home care services

Sorumlu yazar/

Corresponding author:

Mehmet Yılmaz,
Bayburt İl Sağlık Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri, Bayburt,
Türkiye

GİRİŞ

Evde bakım, sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için hastalara ev ortamında sağlık hizmeti ve hizmet donanımının sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Hastane yatak kapasitelerinin azaltılması sonucunda evde bakım hizmetleri popülerlik kazanmış ve bütüncül sağlık hizmetlerinin önemli bir ögesi haline gelmiştir. Evde bakım hizmetleri genellikle hemşirelik hizmetleri organizasyonu, ziyaretçi hemşireler, hastaneler, evde bakım hizmet kurumları tarafından sağlanmaktadır (1). Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik uzun süreli bakımı gerektiren yaşlı hastaların yanı sıra kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklardır (2).

Evde bakım hizmetleri Amerika Birleşik Devletleri’nde Medicare ve Medicaid sigorta sisteminin 1965 yılında hayata geçişiyle birlikte hızlı bir şekilde yaygınlaşmıştır. 20. yüzyılda, ABD’de dünyadaki diğer ülkelere göre daha hızlı bir gelişme sağlanmış ve bu gelişmede büyük ölçüde ekonomik ve finansal nedenler ile evde bakım hizmeti sunan kuruluşların bu alandaki hâkimiyeti rol oynamıştır (3).

Bu çalışmanın ilk bölümünde evde bakım hizmeti kavramına, evde bakım hizmetlerinin avantajlarına,

dezavantajlarına ve evde bakım hizmetleri ile ilgili dünyada ve Türkiye’de yapılan bazı çalışmalara değinilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde, evde bakım hizmetlerinin Türkiye’de ve dünyadaki mevcut durumu hakkında bilgiler verilmiş, üçüncü bölümünde ise evde bakım hizmetlerinin finansman yapısı incelenmiştir.

Evde bakım hizmeti

Evde bakım kavramı; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık bakımı sürekliliğinin etkili biçimde sürdürülmesi amacıyla güden, birey ve aileye yaşadığı ortamda sunulan sağlık bakım hizmetleri yaklaşımıdır. Sunulan bu sağlık hizmetlerinin 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 (4). Evde bakım, ev hastanesi, tıbbi evde bakım veya duvarsız hastane olarak bilinir ve hastaya evinde sağlanan tıbbi hizmet anlamına gelmektedir (5).

Evde bakım hizmeti yaşlıların kendi evlerinde ya da çevrelerinde bağımsız olarak yaşayabilmelerini sağlayarak yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. Bu yüzden, evde bakım hizmetleri sosyal ve sağlık hizmetlerinin geniş bir bölümünü kapsamaktadır (6). Evde bakım hizmetlerinin tercih edilmesinin nedeni, gereksinim olduğu anda profesyonel sağlık ekibi

üyelerinin hasta ve ailesine kendi ev ortamlarında sağlık hizmetini sunabilmesidir. Böylece hasta ve aile kendi ortamlarında takip edilecek ve ekip üyeleri onların gereksinimi olduğu sürece yanlarında olacaktır (7).

Evde bakım hizmetleri, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiği için ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Yaşlının sağlık durumu ve bakım gereksinimlerine göre hekimler, hemşireler, ev ekonomistleri, eczacılar, sosyal çalışmacılar, psikologlar, fizyoterapistler, konuşma terapistleri, uğraşı terapistleri gibi farklı meslek grupları bakımda rol alır. Tedavinin bir parçası olarak aile üyelerinin ve bakım sunulan bireyin bu plana katılması planın etkililiğini artırır (8). Evde bakımın yaygınlaşmasında, evde bakım hizmeti veren klinisyen, hemşire ve sağlık personeli sayısının artmasına, teknolojik gelişmelere ve sağlık sigortalarının evde bakım hizmetlerini desteklemeleri önemli rol oynamaktadır (9).

Evde bakım hizmetleri, özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılabilir.

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 kapsamları birbirinden farklı olabilmektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastalıktan sonra iyileşme dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak 30 gün ile sınırlanmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamakla birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve altı aydan daha fazla bakım gereksinim duyulması durumunda verilen hizmetleri kapsamaktadır.

Üçüncüsü ise; farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım (formal care) ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (informal care) (10).

Evde bakım hizmetleri hem yeni hem de kurumsal bakıma alternatif bir sağlık hizmeti türü olarak birçok avantajın yanı sıra dezavantajı da beraberinde getirmektedir. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları şöyle sıralanabilir; (11)

• Evde bakım kurumsal hasta bakımına alternatif bir sağlık hizmeti sağlayarak, hasta ve ihtiyacı olan kişiye daha özgür ve kendi otonomisinde olma şansı verir.

• Ailenin ve tanıdık çevrenin varlığı, evde bakım hizmetini hasta için cazip kılar.

• Hastaların kendi kurallarına değer verilir.

• Hastalar kendi kimliklerini hastane ortamına göre evlerinde daha iyi muhafaza ederler.

• Hastanede kalışta hasta için her zaman bir enfeksiyon riski söz konusu iken, evde bakımda enfeksiyona yakalanma olasılığı daha azdır.

• Hastaların evde bakım maliyetleri, kısa ve uzun süreli bakımlarında hastanede kalış maliyetlerine göre çok daha düşüktür. Sadece hastalar ve ödeyiciler için değil, hastaneler için de bu önemli bir durumdur.

• İleri teknolojiye sahip, kullanım kolaylığı olan ve emniyetli aletler evde verilen hizmetlerin çeşitlenmesini sağlamaktadır.

Bu tür yüksek teknolojinin kullanımı sayesinde hastaların daha erken taburcu olarak tedavilerinin devamı sağlanabilir.

• Evde bakım hizmetlerinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi vardır.

• Evde bakım bazı bireylere ulaşmanın tek yoludur.

• Evde bakım hizmetleri gereksiz hastane kullanımını önemli ölçüde azaltmaktadır.

Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları; (11,12)

• Evde bakım hizmetlerinin birçok ülke için yeni bir sektör olması, yeni riskleri ve denetim sorununu beraberinde getirmektedir. Evde bakım hizmetleri, birçok dış etkene açık, ayrıntılı bir eğitim programı ve yakın bir denetim gerektiren bir örgütlenmedir.

• Evde bakım hizmeti verecek bireyin alışmış olduğu bir ortam dışında bakım verecek olması verimliliği azaltabilir. Sağlık personeli, hasta ve ailesi arasında etkili bir etkileşim kurulamayabilir.

• Profesyonel sağlık personeli olarak yetişmemiş aile üyeleri için giydirme, yemek yapma, banyo yaptırma, kaldırma, ev temizliği, çamaşır, ilaç verme gibi günlük hasta ve ev bakım faaliyetleri zor gelebilir ve bu da aile fertleri üzerinde artan bir baskıya neden olabilir.

• Sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması, evde bakım hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir.

Evde bakım hizmetlerinin temel dayanak noktası; “hastaların bağımsızlığa ulaşmaları ve yaşam kalitelerini geliştirmeleri veya devam ettirmeleri amacıyla hizmeti alanlar için en iyi alternatif olduğu” görüşüdür. Bu hizmetlerin hedefinde; yaşam kalitesini artırmak, hizmeti alanların iyi olma durumunu en üst düzeyde korumak ve sürdürmek amacı bulunmaktadır. Evde bakım, hastane bakımı ile karşılaştırıldığında, etkili bakım türü olarak kabul edilmekte olup, evde kalmak, kendi içinde olumlu bir amaç olarak

düşünülmektedir. Kronik hastalığı olanlar için evde bakımın hedefleri açıkça tanımlanmıştır. Ancak, hayatlarının son dönemindeki hastalar için hedefler, terminal dönemin etkilerine rağmen, kalan yaşamı değerli kılmak için fiziksel ve zihinsel rahatlık sağlamak ve hastaların büyük bölümünün yeğlediği gibi ölümün ev ortamında gerçekleşmesini sağlamaktır. Evde bakımın diğer bir hedefi, hastanın günlük yaşam etkinliklerini yapabilmesine olanak sağlamaktır (12,13).

Evde bakım hizmetleri, ameliyat sonrası bakım gereksinimi olanlardan uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hasta ve yaşlılara, yeni doğum yapan annelerden tedavisi evde de sürdürülebilecek hastalara, kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyanlardan, aşılama ve laboratuvar tetkikleri gibi hizmetleri evinde veya işyerinde almak isteyenlere kadar çok geniş bir yelpazede ihtiyaç sahiplerine hitap etmektedir. Evde Bakım Hizmetleri alanlar arasında en büyük çoğunluğu oluşturan gruplar aşağıda sıralanmıştır (14).

- Ameliyat sonrası bakım ihtiyacı olanlar
- Ortopedi ve Travmatoloji hastaları
- Kalp, Damar ve Hipertansiyon hastaları
- Hemipleji (Felçli) hastaları
- Onkoloji (Kanser) hastaları
- Akciğer ve Solunum hastaları
- Diyabet hastaları
- Nöroloji hastaları
- Oksijen tedavisine ihtiyacı olan diğer hastalar
- Yeni doğum yapan anne ve bebekleri
- Bakım ihtiyacı olan yaşlılar ve özürülüler
- Yara bakımı, enjeksiyon, infüzyon ve diğer kısa süreli hemşirelik hizmetlerine ihtiyacı duyanlar
- Grip, Hepatit-B, Zatürre gibi hastalıklardan korunmak için aşılanmak isteyenler
- Laboratuvar tetkik ve test hizmetlerine ihtiyacı olanlar
- Evinde her türlü medikal ekipman ihtiyacı olanlar

Evde bakım hizmetlerinin ortaya çıkmasıyla çok sayıda değişik yapıda kuruluş bakım ihtiyacı olan kişilerin gereksinimlerini karşılamak üzere ortaya çıkmıştır. Evde bakım hizmetlerinin sunumunda yapısal ve yönetsel olarak birbirinden farklı özellikleri olan beş tip kuruluş vardır. Bunlar; resmi kuruluşlar, gönüllü kuruluşlar, karma kuruluşlar, hastane destekli kuruluşlar ve özel kuruluşlardır (15).

Evde bakım hizmetleri ile ilgili literatürde pek çok çalışma yer almaktadır. Aksayan ve Cimete'nin (1998) yapmış oldukları çalışmada, yaşlıların %63,1'inin evde bakımı tercih ettiği belirlenmiştir (16). Subaşı ve Öztekin (2006) Ankara ilinin Çankaya ilçesinde 18 yaş ve üzeri kişilerde evde bakım hizmeti verilme sıklığını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada evde bakılanlara en fazla uygulanan tedavinin ağızdan ilaç tedavisi (%81,4) olduğu sonucuna ulaşılmıştır (17). Cindoruk ve diğerlerinin (2010) Ankara ili Mamak ilçesinde evde bakım hizmetine ihtiyaç gösteren bireylerin demografik yapılarını incelemek amacıyla yapmış oldukları çalışma sonucunda bireylerin %77,7'sinin doktor muayene hizmetine ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir (3).

Özer Ö ve ark. ölüm ve hastalık oranını azaltmak için evde bakımın etkilerini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları çalışmaya göre kişilerin bu hizmet sonucunda HIV/AIDS konusunda bilgilerinin arttığı ve tedaviye uyumlarının sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır (18).

Agra Valera ve diğerlerinin (2003) İspanya'da onkoloji hastalarında farklı evde bakım modelleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek için onkolojik olgular üzerinde primer bakım ve evde bakım ekipleri karşılaştırılmış ve sonuç olarak evde bakım ekibi tarafından takip edilen hastaların sağlık durumlarının ve iyilik hallerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (19).

Türkiye'de ve dünyada evde bakım hizmetleri

Türkiye'de evde bakımın tarihi henüz çok yenidir ve bu alandaki ilk çalışmalar özel sektör ile başlamıştır. Bugün ülkemizde evde bakım hizmetleri, yerel yönetimler tarafından yoğun olmakla birlikte, yerel yönetimler, özel hastaneler, özel evde bakım merkezleri ve kamu hastanelerinin evde bakım birimleri tarafından yürütülmektedir (20).

Türkiye'de evde sağlık hizmetleri uygulamalarında üç aşama dikkat çekmektedir. Bunlar; Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) çerçevesince yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) çerçevesinde yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları ve 1980 yılı sonrası yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarıdır. Yasal çerçeve açısından durum değerlendirildiğinde ise 2005 yılına kadar evde bakım hizmetlerini sağlayacak teşekküller oluşturulmamıştır. Evde sağlık bakım hizmetlerinin kanuni çerçevesi 10.03.2005 tarihinde ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile yürürlüğe girmiştir (11).

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) kapsamında yürütülen evde sağlık hizmetleri uygulamaları; bulaşıcı ve salgın hastalıklarla savaş için yürütülen hizmetler içinde bir hizmet sunum şekli olarak yer almakta, yapılan işlemler hastaların evlerinde tecrit ve muayenelerini esas almaktadır. UHK'de evde sağlık hizmeti uygulamalarının hem tıbbi, hem de sosyal boyutu ele alınmaktadır. SHSHK gereğince evde sağlık hizmeti uygulamasının en belirgin özelliği, koruyucu sağlık hizmetlerini içerir. Bu hizmetler, bağışıklama, gebe ve çocuk izlemi çalışmalarıdır. Bu çalışmalar sağlık evi, sağlık ocağında yapıldığı gibi risk grubunun evinde de gerçekleştirilmektedir. Türkiye'de SHSHK çerçevesinde sunulan evde sağlık hizmeti uygulamalarında referans alınan nokta bağışıklama, gebe ve bebek izlem çalışmalarıdır (12).

1980 yılı öncesi dönemde evde sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri odaklı ve devlet tarafından yürütülen bir hizmet olmuşken, 1980 sonrası hastaların evde bakımı özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından hastaların hastane sonrası tedavilerinin ve bakımının yürütülmesi olarak işlev görmüştür (11).

Türkiye'de son yıllarda özellikle büyük şehirlerde, özel sağlık kuruluşları tarafından verilen evde bakım hizmetlerine rastlanmakta ancak bu yapılanma hakkında sağlıklı istatistiksel verilere ulaşılamamaktadır. Verilen evde bakım hizmetlerinin yapıları incelendiğinde, çoğunlukla hastane destekli hizmet sunum modelinin kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca hastanelerden bağımsız bazı özel firmalar tarafından sağlanan ve yine finansmanı cepten ödemelerle karşılanan evde bakım hizmetleri sunumları da vardır (21).

Evde bakım hizmetlerinin ortaya çıkışına bakıldığında ilk kapsamlı kayıtların ABD'ye ait olduğu söylenebilir (22).1800'lü yılların başında Amerika'da ilk evde bakım hizmeti sunan yapılanmalar kurulmuştur. 1960'larda yaygınlaşıp kapsamı genişlemiş ve sigorta kapsamına girmiştir.1982'de ABD'de Ulusal Evde Bakım Birliği kurulmuştur. Birliğin amacı hastalar için bakım kalitesini geliştirmek, bakım hizmeti sunanların haklarını korumak ve temsil etmek, sağlık bakımının merkezine evde bakımı yerleştirmektir.

Birlik aynı zamanda yaptığı çalışmalarla evde bakımın toplumda bilinirliğini %20'lerden %90'ların üzerine, evde bakım hizmeti alan hasta oranını %10'lardan %40'lara çıkarmıştır. 1990'lı yıllar evde bakım hizmetinin kapsamının genişlediği (laboratuvar testleri, diş tedavileri, röntgen olanakları vb.), hizmet sunan kuruluşların arttığı ve çok sayıda hastaya ulaşıldığı yıllar olmuştur. Evde bakım hizmetleri sektörü de Amerika'da ikinci en hızlı büyüyen sektör konumuna gelmiştir (23). ABD'de aileler evde tüm

bakımın %80'inin sağlamakta, yaklaşık olarak 15-25 milyon yetişkin, ev ortamında (informal) bakım sunmakta ve 12,8 milyon Amerikalı uzun dönem bakım veren yardımcılarına gereksinim duymaktadır. Bu ülkede yaşlıların 2,4 milyonu bakım evlerinde kalmasına rağmen yaklaşık olarak %90'ı aile, arkadaş ve komşuları tarafından bakılmaktadır (8).

Günümüzde ABD'de 22 binin üzerinde evde bakım şirketi bulunmaktadır. Evde bakım 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 (24). Kanada'da evde bakım hizmetleri kavramı sağlık sistemi kapsamına 1970'li yıllarda girmiş ve son 10 yıl içerisinde iyice yaygınlaşmıştır. Bu ülkede evde bakım destek ve Evde Bakım Hizmetleri servislerine kadar uzanmaktadır. 2005 yılında yaklaşık 400.000 Kanadalı ihtiyaç duymasına rağmen evde bakımdan yararlanamadığını belirtmiştir. Bunun nedenleri olarak; %26 hastanın bekleme listesinde olması, %20 hastanın ödeme gücünün olması, %16 hastanın nereye başvurması gerektiğini bilmemesi, %10 hastada lokal yetersizlik olması, %5 hasta kalifiye edilememekten dolayı, %5 hastanın bekleme süresinin uzun olması gösterilmiştir (3).

İspanya'da evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı yaklaşık 14 milyondur. İngiltere'de ise yaşlıların 1/6'sı uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Japonya'da yaşlıların büyük bölümü geleneksel yapılarına bağlı olarak aileleri tarafından ev ortamında bakılmaktadır (8). Jakopzode (2000)'e göre, 65 yaş üzeri nüfusta 1998 yılı itibarıyla evde bakım hizmeti alan yaşlı nüfus Kanada'da %17, Amerika'da %16, Avustralya'da %11,7, İsveç'te %11,2, Almanya'da %9,6, Fransa'da %6,1 ve Japonya'da ise %5'dir. Bunların dışında Hollanda, Belçika, Lüksemburg, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Endonezya, Tayvan ve Suudi Arabistan gibi pek çok ülkede de evde bakım hizmetleri yürütülmektedir (25).

Evde bakım hizmetlerinin finansmanı

Evde bakım hizmetlerinin finansmanı, tüm ülkeler için önemli bir konudur. Devletin katkı düzeyi, özel sigortaların rolü ve sosyal sigorta prim ödemeleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Ülkeler, evde bakım hizmetleri finansman politikalarının oluşturulmasında beş temel soru üzerinde durmaktadır (10).

1. Bakım hizmetlerinden kimler yararlanacak?
2. Hizmetlerden yararlanma hakkı nasıl belirlenecek?

3. Finansmanı hangi kaynaklardan sağlanacak?

4. Bu hizmetler nasıl sunulacak (Hizmet sunum stratejileri ve yöntemleri)?

5. Bakım hizmetleri sistemi içinde sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu nasıl sağlanacak?

Tüm bunları içine alabilen kapsamlı ve bakıma muhtaçlara sunulacak hizmetlerin yüksek kaliteli, ailenin finansal, fiziksel ve duygusal yükünü hafifletecek uygulamaların tercih edilmesinin kamu sorumluluğu açısından önemli olduğu savunulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında dünyada ağırlıklı olarak üç ana mekanizma kullanılmaktadır. Bunlar; genel vergiler (bütçeden/Beveridge modeli), sosyal sağlık sigortası (primler yoluyla/Bismarck modeli), cepten yapılan harcamalar ya da özel sigortalardır. Prim gelirlerine dayalı sosyal sigorta uygulamaları olarak bilinen Bismarck modelinde devlet sağlık hizmetlerinde günlük faaliyetlerden çekilip daha makro düzeyde sağlık politikalarını belirleyen ve uygulamasını denetleyen bir konumdur. Kamu mali kaynaklı sosyal güvenlik modellerinin özünü oluşturan Beveridge modelinde ise devlet hem makro hem de mikro düzeyde hizmet sunan, finanse eden ve düzenleyen konumdur (26, 27).

Evde bakım hizmetlerinin finansmanında ülkeler gelişmişlik düzeylerine göre farklı yöntemler benimsemektedirler. Geri kalmış ülkeler kamu finansmanını artıracak hemen hemen hiçbir olanağa sahip değildir. Bu ülkelerde, evde uzun süreli bakım, tümüyle profesyonel olmayan bakıcılar ya da aileler tarafından sağlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü evde uzun süreli bakımın finansmanı ile ilgili beş yaklaşıma yer vermektedir. Bunlar; (28)

- Genel vergilendirme,
- Sosyal sağlık sigortası,
- Değişebilen oranlardaki hizmet içeriğine göre cepten veya hizmet değişimi şeklinde ödeme,
- Özel sigorta,
- Ücretsiz personel kullanımınıdır (gönüllüler).

Birçok ülkede, evde bakım hizmetinin sosyal sigortalar fonundan karşılanmasını sağlamak için yasal girişimler vardır. Bu ülkelerde evde bakım hizmetlerinin finansmanı genel vergilendirme üzerinden sağlanmaktadır. Uygulamada, bu fonlar sağlık sigortasına bağlı olmaktan çok, özel hedef grupları için düzenlenmiş ve birincil ölçüt olarak maluliyete odaklanmıştır. Aynı zamanda bu fonlar, her düzeyde istemin değerlendirildiği hizmet hakkının

kapsamı konusunda çok sıkı bir şekilde tanımlanmış ölçütlere sahiptir (29).

Amerika'da evde bakım hizmetlerinin finansmanı sekiz farklı yöntemle karşılanmaktadır. Bunlar; Medicare, Medicaid, çalışanların desteği, çeşitli programlar, diğer devlet ödemeleri, özel sigorta ve cepten ödemelerdir (11).

Medicare, 1965 yılında kabul edilen, The Medicare Act sosyal güvenlik sistemi içinde bütün yaşlılara getirilen sağlık sigortasıdır. Harcamaları Sosyal Güvenlik İdaresi'nin finansmanı ile karşılanır. ABD'de 65 yaşının üstündeki herkes, maluller ve kronik böbrek hastalığı olan her yaş grubundaki kişiler gelir seviyesine ve zenginlik durumuna bakılmaksızın bu program kapsamına alınır.

Medicare iki ayrı ödeme planından oluşmaktadır. Medicare'in birinci ödeme planında hastane masrafları karşılanırken, ikinci ödeme planında doktor ve hemşirelik bakımları, ayakta tedavi ve laboratuvar giderleri karşılanır (30).

Medicare programı; Medicare A, Medicare B, Medicare C ve Medicare D olmak üzere 4 farklı şekilde incelenebilir.

Medicare A (hastane sigortası) zorunlu hastalık sigortasıdır ve sağlık yardımları; hastane tedavilerini, özel hemşirelik bakımını, evde bakımı kapsamaktadır. Medicare A için kişiler prim ödemek zorunda değildir çünkü çalışanlar Medicare vergisi ödemektedir.

Medicare B (tıbbi sigorta) ise gönüllü ek sağlık sigortasıdır ve sağlık yardımları doktorların ve diğer sağlık görevlilerinin hizmetlerini, ayakta tedaviyi, evde bakımı kapsamaktadır. Kişiler Medicare B primini aylık olarak düzenli bir şekilde ödemektedir.

Medicare C (Medicare avantajı) onaylanmış özel sigorta kampanyaları için sağlık planı seçimi sağlar.

Medicare D (Medicare reçeteli ilaç sigorta kapsamı) ise sürekli ve uzun süreli bakımla ilgili tedavi giderleri, reçeteli ilaçların ödemelerini kapsar. Reçeteli ilaçların maliyetlerini düşürmeye ve yüksek maliyetlere karşı korumaya yardımcı olur (31). Medicare kapsamında evde bakım hizmetlerine yapılan harcamalar 1994 yılında 12,5 milyar dolar düzeyindeyken 2001 yılında 8,0 milyar dolara düşmüş, 2008 yılında 16,9 milyar dolara, 2009 yılında ise 18,3 milyar dolara yükselmiştir (32).

Medicaid yardımıyla ise sosyal güvenlik sistemi içinde bulunan tamamlayıcı güvenlik geliri programından nakit yardımı alan herkes yararlanmaktadır. Tamamlayıcı güvenlik geliri yaşlılar, körler ve sakatlar için asgari gelir garantisi sağlamaktadır. Yıllık gelir düzeyi belli bir rakamın

altında olan kişiler ya da aileler Medicaid kapsamına alınır.

Toplumun yaklaşık %10'u bu uygulamanın kapsamı içindedir (30). Medicaid kapsamında sağlık hizmetlerini karşılayamayan kişilere verilen hizmetler; yatarak tedavi, ayakta tedavi, aşılama, evde bakım, aile planlaması, ebe ve hemşire hizmetleri, erken teşhis ve tanı hizmetleridir (33).

Medicaid kapsamında evde bakım hizmetlerine yapılan harcamalar 1995 yılında 9,4 milyon dolar düzeyindeyken, 2001 yılında bu rakam 16,6 milyon dolara yükselmiş 2008 yılına gelindiğinde ise 44,9 milyon dolar olmuştur (34).

ABD'de evde bakım hizmetleri için yapılan ödeme kaynaklarını göstermektedir. Buna göre Medicare sisteminde ödemeler, diğer ödeme kaynaklarına göre daha yüksek bir orana sahiptir. 2003 yılında Medicare sisteminde ödemeler 2003 yılında % 31,9 iken 2009 yılında % 41'e yükselmiştir.1. Evde bakım hizmetleri için ödeme kaynakları.

ABD'de sosyal güvenlik sisteminde, Medicare tarafından evde bakım hizmetinin finansmanının sağlanması için bir takım kriterler vardır. Bunlar; (36)

- Hekim tarafından evde tedavinin gerektiğine karar verilmeli ve tedavi planı hazırlanmalıdır
- Hastalık aralıklı veya sürekli olarak profesyonel bakımı gerektirmelidir
- Hastanın eve bağımlı olması veya hastanın evinden çok kısa bir süre için ayrılabilir kadar gücünün olması gerekmektedir
- Evde bakım hizmeti verecek olan birimin Medicare tarafından onaylanmış olması gerekmektedir.

İrlanda'da devlet, evde bakım hizmetlerinin tamamını ödemektedir. İzlanda, İsveç, Macaristan'da belediyeler geri ödeme yapmakta ve tıbbi hizmetlerin hepsini vermektedir.

Hollanda'da bu hizmetler, hem hemşirelik hizmetlerini hem de annelik bakımına kadar geniş bir yelpazeyi bünyesinde bulundurmaktadır.

Kanada, İngiltere, İtalya ve Fransa'da da evde bakım hizmetleri geri ödeme kapsamındadır.

Norveç ve Danimarka'da sadece evlere yapılan sağlık amaçlı ziyaretlerin bedeli ödenmekte ve refakat hizmetleri de ödeme kapsamında değerlendirilmektedir.

Dünyadaki genel durumu incelendiğinde evde bakım sektörünün ne denli rağbet edilen bir hizmet alanı olduğu görülmektedir (24).

Türkiye'de özel kuruluşların yanı sıra kamu kesiminden Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Hizmetler ve

Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından evde bakım hizmetleri sunulmaktadır. Ülkemizde, evde bakım hizmetlerinden ekonomik yoksunluk içerisinde bulunan bireylerle ağır özürülüler karşılıksız olarak yararlanabilmektedir. Türkiye'de evde bakım hizmetleri SHÇEK tarafından özel bakım hizmetlerinden bakım hizmeti alan engelliler için özel bakım merkezine, hizmet karşılığı olarak her ay net olarak iki aylık asgari ücret tutarında ödeme yapmasıyla gerçekleştirilmektedir.

Bakıma muhtaç özürülülere verilecek evde bakım ücreti kişiye bakana verilmektedir. Ancak engelli olan ve engelliye bakmakla yükümlü olan kişi arasında kan bağı olmalıdır ve engelli ile ona bakan kişinin aynı evde yaşaması zorunludur. SHÇEK'in verilerine göre evde bakım hizmetlerinden yararlanan özürülü kişi sayısı 2007 yılında 28.583 iken 2009 yılı sonunda bu rakam 210.320'ye yükselmiştir. 2009 yılında evde bakım hizmetleri için yapılan harcama tutarı ise 869.362 TL olmuştur (37).

Türkiye'de 1 Mart 2011 tarihinde Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) yapılan değişiklikle, Sağlık Bakanlığı birimlerince verilen evde bakım hizmetleri günübirlik tedavi kapsamında SGK tarafından ödenmeye başlanmıştır. Evde sağlık hizmetleri kapsamında yer alacak olan hastalara yapılacak olan harcamalar (serum, ilaç, enjeksiyon, enjektör, pansuman, pansuman malzemeleri vb.) SGK tarafından ödenmektedir. Bu hizmetler, hastane bünyesinde kurulan

Evde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından hastane otomasyonunda açılacak olan günübirlik tedavi kısmına işlenmesi sonucunda faturası SGK tarafından kesilebilmektedir. Verilen evde sağlık hizmeti için hastanın muayene, tedavi ve kullanılacak malzemeye (örn. serum, enjektör, spanç vb. gibi) para ödememesi için bu hizmeti hastanelere bağlı evde sağlık birimlerinden alması gerekmektedir (38).

YAŞLILIK NEDİR

Yaşlanma, organizmanın giderek biyolojik verimliliğinin yitirmesi, çevresine uyumda güçlük çekmesi ve direnç mekanizmalarında gerileme olarak tanımlanabilir. Tıbbi ve toplumsal gelişmelerin yaşlılığın sınırını sürekli olarak yukarı çekmelerine karşın genel uygulama 65 yaşın başlangıç olarak kabul edilmektedir. Ancak kronolojik yaşın tek ölçüt olması doğru değildir. Günümüzde her bir bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşantılarından söz edilmektedir. Bunun yanı sıra farklı genetik ve sosyokültürel gruplarda normal yaşlanma özelliklerinin farklı olduğu öngörüldüğünden "normal yaşlanma"ya ilişkin tek bir tanım yapılamamaktadır.

Son yıllarda gelişen teknolojiyle birlikte tıptaki yeni buluşlar, bireyin kendine ve yaşamına daha fazla değer vermesi insan ömrünün uzamasına yol açmıştır ve dünyada 65 yaş ve üzerindeki insanların sayısı hızla artmaktadır. Ülkemizde yaşlı nüfusun toplumdaki oranı yaklaşık % 4,5 iken 2030'larda bu oranın %6 olması beklenmektedir. Yaşlılık, yaşam sürecinin; çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal bir çağıdır.

Yaşlılık dönemi üçe ayrılır:Genç yaşlılar (65-74 yaş) Orta yaşlılar (75-84) İleri derecede yaşlılar (85 yaş ve üzeri).Yaşlanmaya bağlı olarak fiziksel aktivitede bazı değişiklikler görülür. Genel olarak kas dokusunda bir azalma olur. Kadınlarda özellikle menopozdan sonraki dönemde yoğun bir şekilde kemik kayıpları ortaya çıkar. Bu kayıplara bağlı olarak boy kısalmaları, omurlarda çökmeler, hatta kırıklar olabilir. Yaşlanmayla birlikte zihinsel değişiklikler de ortaya çıkar. Algılamada ve yaratıcı yeteneklerde yaşlanmayla birlikte bir azalma, dikkatsizlik ve düşünme hızında yavaşlama görülebilir. Öğrenme yeteneğindeki azalmaya, hareketlerdeki yavaşlama da eşlik edebilir.

Yaşlılıkta zihinsel değişikliklere paralel olarak, kişilikte de bazı değişiklikler oluşabilir. Yeni durumlara uyum sağlayabilme, yeni düşünceleri kabul etmede güçlük yaşanabilir. Çevreye karşı daha az ilgili, kendi bedenine ve kendine karşı daha ilgili olup, ilişkilerde daha derin ve seçici olabilirler. Yeniliklerden ürkebilirler ve eski yaşamlarını özlerler. Sağlıklarına aşırı önem verirler. Aşırı tutumluluk, kişisel eşyalarına karşı bağımlılık gelişebilir.

Yaşlılık ve Unutkanlık

Yaşlanmayla birlikte gelen unutkanlık (senil demans) yaşın ilerlemesiyle birlikte yavaş yavaş ortaya çıkar ve kendini 70-75 yaşlarından sonra iyice hissettirir. Yaşlılarda daha önce edinilen bilgiler sağlam kalır ve yeni öğrenilen bilgiler çabuk unutulur.

Demans (bunama) sıklıkla yaşlılarda görülen bir rahatsızlıktır. Hastanın bilinci yerinde olmasına rağmen hafızada zayıflama ve bazı zihinsel yetilerde azalma olur. Kişi çevresinde olanlara ilgisini yitirmeye başlar. Yeni bilgiler öğrenmede ve bunları hatırlamada, konuşma sırasında doğru kelimeleri bulmada, günlük yaşantıya ait sorunları çözmede yavaşlama zamanla belirginleşir.

Bellekte zayıflama öncelikle telefon numaralarını, isimleri, yaşanan günlük olayları tam olarak hatırlayamama şeklindedir. Dikkat kolayca dağılır. Çevreyle kurulan ilişkiler sınırlanmaya başlar. Sosyal yetersizlik belirginleştikçe yalnızlık derinleşir. Kişi huzursuz ve kederlidir. Daha kırılğan, öfkeli ya da şüpheli olabilir. Zamanla geçmişe ait anılar da silinmeye başlayabilir.

Yaşlıların sosyal hayattan tecrit edilmemeleri, günlük yaşama dahil olabilmeleri, arkadaş sohbetleri yapabilecekleri ortamlarda bulunmaları, becerileri doğrultusunda sorumluluk almaları gerek zihinsel gerekse bedensel sağlıkları açısından faydalı olacaktır. Bunun yanı sıra çok fazla ve çok yağlı yememeleri, bol egzersiz yapmaları, sigara içmemeleri ve alkol konusunda ilimli olmaları önerilebilir.

Yaşlılıkta normal veya normal dışı durumların belirlenmesi için nöropsikolojide testler ve fMR çalışmaları yapılmasında yarar vardır. Erken tanı ve tedaviyi öneriyoruz. (39-40)

65 yaş ve üzeri dönem yaşlılık dönemi diye ifade edilir. Bu dönemde bedensel ve zihinsel faaliyetler azalır. Dolaşım, destek ve hareket gibi sistemler artık yetemez hale gelebilir. Bu nedenle romatizma, yüksek tansiyon, kalp yetmezliği gibi hastalıklarla baş edilmek zorunda kalınır. Görme ve duyma kabiliyetleri azalabilir. Zihinsel uygulamalarda yavaşlık, unutkanlık, yeni şeyler kavrama sıkıntısı gibi sorunlar yaşanabilir.

Yaşlılık dönemi çoğunlukla bedenen çalışmanın sonlandığı emeklilik dönemidir. Uzun seneler fiilen faaliyet göstermiş yaşlı insanlar, bu dönemde kendilerini toplumda dışlanmış, fazlalık gibi hissedebilirler. Aslında bu böyle değildir. Toplumda yaşlıların tecrübeleri ve düşünceleri oldukça dikkate alınır. Yaşlılar, bir toplumda geçmiş ile geleceği birleştiren, kültürün geleceğe nesillere ulaşmasına yardımcı olan kişilerdir. Yaşlıların bu yönde yararlanarak onların önemli olduğunu fark ettirmeliyiz.(40)

YAŞLIYA EVDE BAKIM

Yaşlı bakımı konusundaki görüş ve tercihleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlarda gerek yaşlılar gerekse yetişkin çocuklar tarafından yaşlılık döneminde evde bakımın tercih edildiğini göstermektedir. Yapılan benzer araştırmaların sonuçları da yaşlıların huzurevinde kalmak istemediklerini göstermektedir.

Yaşlıların huzurevlerinde kendilerini soyutlanmış hissettikleri, yalnızlık ve tüketilmişlik duygularına kapıldıkları ve ruhsal sorunlarının arttığı, kurumsal bakımdan yeme, içme, yatma ve temizlik gibi konularda memnun oldukları halde yine de kendi evlerinde kalmayı tercih ettikleri bu çalışmaların bulguları arasındadır.

Araştırma bulgularından da görüldüğü gibi yaşlılar kurum bakımından çok ev ortamında aileleri ile birlikte yaşamak istemektedirler.Ev kişinin kendisini rahat ve mutlu hissettiği, alışıktığı bir ortamdır. Bu nedenle ev, fiziksel ve ruhsal olarak, içindeki kişiler ve

donanımıyla hastane ve kurum ortamından farklı özellikler taşır.

Bu bağlamda evde bakım hizmeti de hasta ve bakıma muhtaç bireylere, sevgi ve şefkat ortamında bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu çağdaş bir sistemdir. Bireyin, ailenin ve toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi en mükemmel şekilde evde bakım hizmetleri ile sağlanır. Hemen hemen tüm dünyada uygulanan ve giderek yaygınlaşan çağdaş evde bakım hizmeti, sağlığı korumanın, yaşam kalitesini artırmanın en uygun yöntemi olarak görülmektedir. Çünkü kişinin yaşamının son döneminde alışkın olduğu ortamda ve kendi alışkanlıklarını sürdürerek yaşama isteği her kültürde kabul görmekte ve benimsenmektedir. Nitekim Dünya’da birçok ülke pahalı olan kurum hizmeti yerine evde bakım hizmetlerini nitelik ve nicelik olarak geliştirmeye doğru yönelmiştir. Amerika, Kanada, İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, İspanya, Portekiz, Danimarka, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Japonya, Suudi Arabistan, Endonezya ve Tayvan gibi birçok ülkede evde bakım hizmetleri yürütülmektedir. Türkiye’de sosyokültürel yapı itibariyle yaşlı bireylerin evde bakımı anlayışının yaygın olduğu söylenebilir. Modernleşme ve kentleşme sosyal süreçlerinin etkinliği dikkate alındığında; yaşlı bireylere hizmet veren huzurevi gibi kuruluşların sayısının arttığı görülse de aile yanında bakım anlayışı gerek yaşlılar gerekse yetişkin evlatlar tarafından kabul gören bir durumdur.

Ancak özellikle sağlığı bozulmuş ileri yaştaki yaşlıların bakımının yalnızca evlat ya da evlatlar tarafından yapılması yetişkin evladın da sosyo-psikolojik sorunlar yaşamasına yol açabilmektedir. Literatürde “manevi yük” olarak kuramsallaştırılan bu durum, yetişkin evladın işine, eşine, çocuklarına ve kendisine ayırabileceği zamanın yeterli olmamasına neden olmaktadır. Evli yetişkin evlatlarda bu duruma daha sık rastlanmakta ve sorun tüm sosyo-ekonomik düzeylerde yaşanmaktadır.

Kurumsal Yaşlı Bakım Hizmeti

Yaşlının Ailesi Dışında Bakım Biçimi

Dünya genelinde ağır somatik ve psişik sorunları olan yaşlılara rehabilitasyon ve tıbbi refakat olanağı bulunan sağlık kuruluşu özelliği taşıyan bakımevlerinde, sosyal ve psikolojik açıdan yalnızlık ve güvenlik gereksinimi duyduğundan tek başına yaşam sürdüremeyen, sürekli bakıma gereksinim duyan yaşlılara da huzurevlerinde hizmet verilmektedir.

Kurumsal Bakım Hizmeti Alan Yaşlı;

• Yıllarını geçirdiği, kendini güvende ve özgür hissettiği,

• Alıştığı, hâkim olduğu, anılarıyla yaşadığı evinden, sevdiklerinden uzaklaştığı,

• Çevre denetimini –görel- yitirdiği huzurevindeki konumunu kabullenemediğinden uyum sorunları yaşadığı,

• Statü kaybına uğradığını düşündüğü,

• Ailesinin sevgi ve ilgisinden, bedensel temaslarından yoksun kaldığı

• Öz güveninin azalması dâhil psikolojik sorunlar ve sosyal yoksunluklar yaşadığı,

• Vardiya sistemiyle çalışan görevlilerle düzenli ilişki geliştirmekte zorlandığı,

• Gereksinimleri fark edilmediği, sorunları çözümlenmediği,

• Hizmet aksadığında mutsuz olduğu,

• Yoksulluğu nedeniyle kuruma yerleştirilmeyi kabullenmekte zorlandığı,

• Ailesi, yakınları ya da toplumun istismar / ihmal ettiği yaşlılarla aynı bina içinde bakılmaktan rahatsız olduğu için sorunlar yaşar ve bazı davranış bozuklukları gösterir.

Yatılı kurumsal bakımı tercih eden yaşlı ya da yakınları karar verme sürecinde uygun bir huzurevi ararken;

• Resmi kuruluş onaylı olması,

• Bina fiziksel konumunun amaca uygunluğu,

• Sağlık kurumlarına yakınlığı,

• Yaşlı odası donanımının amaca uygunluğu,

• Personelin nitelik ve niceliği,

• Yaşlılara gösterilen özenin fark edilebilirliği,

• Süresiz tıbbi bakım ve gözetim olanağı,

• Uygun hijyen koşulları,

• Gürültüsüz bir ortam olması,

• Gece nöbetçi sağlık elemanı bulunması,

• Banyo, kapı, pencere ve bahçenin güvenli olması,

• Tefrişte toz, kir tutmayan ve kolay temizlenen mefruşata yer verilmesi,

• Fiziksel destek araçları bulunması,

• Aylık aktivite programları olması,

• Yemek listelerinin diyetisyen tarafından hazırlanması,

- Doktor, ambulans ve hastane bağlantısı olması,
- Tıbbi donanım (oksijen tüpü, aspiratör, havalı yatak vb.) bulunması,
- Bahçe ve uğraşı odaları olması,
- Islak zeminlerde ve koridorlarda tutamak bulunmasına dikkat etmelidir.(41)

Yaşlılarda Sık Görülen Hastalıklar;

- 1- Solunum Yolları ve Akciğer Hastalıkları;
- 2- Kalp ve Dolaşım sistemi Hastalıkları;
- 3- Sindirim Sistemi Hastalıkları;
- 4- Troid Bezi ve Pankreas Hastalıkları;
- 5- İdrar Yolları ve Cinsel Organ Hastalıkları;
- 6- Hareket Organları Hastalıkları;
- 7- Göz ve Kulak Hastalıkları;
- 8- Deri Hastalıkları;
- 9- Nörolojik Hastalıklar;
- 10-Psikolojik Bozukluklar;
- 11-Psikosomatik Bozukluklar;

Evde Bakımın Sağlanması

Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi ve psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır.

Evde Bakım hizmeti hastaların ya da yaşlıların ihtiyaçları doğrultusunda planlanan, evde doktor muayenesinden, hemşirelik hizmetlerine, tedavi hizmetlerinden, laboratuvar hizmetlerine, fizik tedaviden, sağlık eğitimine kadar her alanda deneyimli sağlık personeli tarafından özel evde bakım teknolojisi kullanılarak sunulur.

Ülkemizde ve dünyada yaşam süreleri gittikçe uzamakta ve yaşlı nüfus artmaktadır. Buna bağlı olarak yaşlılığa özgü sağlık sorunları da artmakta ve bu sorunların çözümleri için yeni öneriler oluşturulmaktadır.Yapılan çalışmalar yaşlıların kendi ev ortamlarında kalmayı ve bakım almayı tercih ettiklerini göstermektedir ve yaşlılıkta evde bakım giderek önem kazanmaktadır.Gelişmiş ülkelerde yoğun olarak kullanılan evde hasta bakımı ve tedavi uygulamaları Türkiye’de de yaygınlaşmaktadır.Gelişen teknoloji sayesinde günümüzde birçok tedavi yöntemini, evde uygulayabilmek mümkün hale gelmiştir.

Evde Bakımın Faydaları

Hasta olan insan mümkün olduğu kadar rahat bir ortam ve olabildiğince fazla ilgi ister. İnsanın kendisini en rahat hissettiği yeri evidir.Bu rahatlığın getirdiği psikolojik ve moral avantajlar hastanın iyileşmesine olumlu katkılarda bulunmaktadır. Bu nedenle pek çok hasta evinde kalarak tedavi olmayı tercih etmektedir.Aile içerisinde yardıma ve bakıma muhtaç insanlar ile ilgilenilmesi kolay bir görev değildir. Çok fazla bilgi, sabır, maddi ve manevi destek gerektiren bir sorumluluktur.

Örneğin bandaj değişimi, enjeksiyon veya vücut bakımı gibi hizmetler evinize gelen diplomalı hastabakıcılar ve hemşireler tarafından yapılabilir. Bu şahıslar aynı zamanda size memnuniyetle bu konularda danışmanlık da yapacaktır.İyi bir sağlık bakım hizmeti sunulmadığı zaman; sağlığın bozulması, erken ölüm, kapasite, yetenek ve iş gücü kaybı, yüksek tanı-tedavi maliyetleri ve yüksek hastane faturaları oluşur.Evde bakım, hasta ve bakıma ihtiyacı olan kişiye, kendi ortamında daha özgür yaşama imkânı sunmaktadır.

Hastanın ya da yaşlının ailesiyle birlikte ve kendi ev ortamında bulunması, bu hizmeti birey için cazip kılan en önemli faktörlerdendir. Hastanın kendi ortamında, sevdikleriyle yakın iletişim içinde olması, daha hızlı iyileşmesini ve bağımsızlığını kazanmasını sağlamaktadır.Ev ortamında bakımın kalitesinin arttığı vurgulanmaktadır. Bireyin bakım sorumluluğunun aile üyelerinin üzerinden alınması ile tükenmişlik yaşamaları engellenebilir.Hastaneden erken taburcu edilerek evlerine gönderilen ve evde bakım hizmeti alan hastaların memnun olduğu, genel sağlık ve moral durumlarının daha iyi olduğu belirtilmektedir.Hastanede kalmak hasta için her zaman enfeksiyon kapma riski taşımaktadır. Evde bakımda enfeksiyona yakalanma ihtimali azalmaktadır.

Uzun süreli bakım gerektiren hastaların bakımı evde daha kolaydır. Birçok hasta için evde bakımın hastaneyle kıyaslandığında maliyeti daha uygundur.Evde bakım hizmetleri ile bireylerin kendi ortamında bakılması tedavi sürecini hızlandırmaktadır. Yoğun bakım dâhil, diyabet, astım ve kalp problemleri gibi pek çok durum için evde bakım olanağı mevcuttur.Evde bakım temel olarak bir ekip hizmetidir. Bu ekibin içinde hekimler, hemşireler, ev ekonomistleri, eczacılar, tıbbi sosyal çalışmacılar, psikologlar, fizyoterapistler, konuşma ve mesleki terapistler gibi farklı meslek grupları yer alır.Evde bakıma ilgi giderek artarken ve ekip anlayışı içinde verilmesi önerilirken, genel olarak tüm dünyada yaşlılara bakım ev ortamında ve ağırlıklı olarak kadınlar tarafından verilmektedir.Bunların ötesinde yaşlıların çok büyük bir bölümü kendi ev ortamında kalmayı tercih etmektedirler. Tüm bu faktörler

yaşlıların ev ortamında bakımını gündeme getirmiştir.(42)

SONUÇ

Bireyin, ailenin ve toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi evde bakım hizmeti ile sağlanabilir. Dünyanın pek çok ülkesinde uygulanan ve giderek yaygınlaşan evde bakım hizmeti, sağlığı korumanın, yaşam kalitesini artırmanın en uygun yöntemlerinden biridir (6).

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, sosyal politikalar üzerinde çok önemli etki yapmaya başlamıştır. Sağlık ve sosyal gereksinimlerle ilgili yasal düzenlemelerin yeniden gözden geçirilmesine, bakım sigortası ile ilgili uygulamaların yürürlüğe konulmasına neden olmuştur (10).

Evde bakım hizmetlerinin kamu kaynaklarıyla finanse edilmesi, sağlık giderlerinin kontrol altına alınması ve yataklı tedavi hizmetleriyle ilgili giderlerin azaltması için önemlidir. Bazı ülkelerde evde bakım hizmetlerinin sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamında olmaması sonucunda, ailelerin bu hizmetleri kendi kaynakları ile ödemek zorunda kalması ailelerin oldukça yüksek maliyetlerle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Bu durumda, maddi açıdan güçlü olmayan kişiler evde bakım hizmetleriyle ilgili gereksinimlerini tam olarak karşılayamamaktadır ve kişiler arasında eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır. Bugün gündelik yaşamda çoğunlukla özel sektör tarafından yürütülen evde bakım hizmetlerinin, sosyal devlet anlayışıyla kamusal hizmetler olarak sunulması öncelikli olmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1 Kavuncubaşı Ş. ve Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2010:60
- 2 Demir M. ve Ünsar S. Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008;3(8):122
- 3 Cindoruk M. ve arkadaşları (2010). Evde Bakım Hizmetleri, Akad Geriatri, 2:121-127
- 4 Sayan A. Günümüzde Evde Bakım, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004;7(3):91
- 5 Bentur N. Hospital at Home: What is its place in the health system, Health Policy, 2001;71-79
- 6 Öztop H., Şener A. ve Güven S. Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008;(1):39-49
- 7 Arslantaş H. Psikiyatrik Hastalarda Evde Bakım ve Hemşirelik Sürecinin Uygulanması, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009;12:4
- 8 Karahan A. ve Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım, Turkish

Journal of Geriatrics 2002;5(4):155-159

- 9 Can Ö. ve Ünal N. Evde Bakım ve Tedavi, Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 2008;6(4):6-13
- 10 Oğlak S. Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası, Turkish Journal of Geriatrics, 2007;10(2):100-108
- 11 Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye'de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007
- 12 Karadağ M. Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görevli Hekim Öğretim Üyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Konusundaki Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006
- 13 Thome B. Dykes AK. and Hallberg RI. "Home Care with Regard to Definition, Care Recipients Content and Outcome: Systematic Literature Review", Journal of Clinical Nursing 2003;12: 869
- 14 Sağlıklı Nesiller Derneği. Avrupa'da Evde Bakım Hizmetleri, <http://www.sagliklinesiller.org/yazilar/Evdebakim.doc> (Son Erişim: 18.06.2014)
- 15 Subaşı N. Ankara İli Çankaya İlçesinde Evde Bakım Durumu Araştırması, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2001;6
- 16 Aksayan S. ve Çimete G. Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri. I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, 1998; 24-26 Eylül ACU Sağlık Bil Derg 2012(3):96-103 Özer Ö ve ark.
- 17 Subaşı N. ve Öztekin Z. Türkiye'de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006;5(1):19-31
- 18 Young T. and Busgeeth K. Home-based care for reducing morbidity and mortality in people infected with HIV/AIDS. Cochrane Database of Systematic Reviews, Jan 2010;20(1):CD005417
- 19 Agra Varela Y. Sacristan Rodea A. Pelayo Alvarez M. and Fernandez J. Relationship Between Quality of Life and Various Models of Home Care in Terminal Oncology Patients from A Health Area of Madrid. Rev Esp Salud Publica, 2003;77:567-579.
- 20 Pınar R. Türkiye'de Evde Bakımda Mevcut Durum, Akademik Geriatri, 2010;153-156
- 21 Çoban M ve Esatoğlu A. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku-Tarih, 2004;12:109-120
- 22 Erdil F. Yaşlanan Toplum ve Yaşlının Evde Bakımı, www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/23.pdf (Son Erişim: 18.06.2014)
- 23 Aydın D. Evde Bakım Kavram ve Kapsamı, Evde Bakım Hizmetleri. 1. Baskı. Ankara. Sağlıklı Nesiller Derneği, 2005;14-25.
- 24 Alnigeniş E. Evde Bakım Hizmetlerine Bakış, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2009;10 <http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=240>
- 25 Bahar A. ve Parlar S. Yaşlılık ve Evde Bakım, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007;2 (4):35
- 26 Tatar M. "Genel Sağlık Sigortası: Türkiye Uygulamalarının Teoride ve Uluslararası Uygulamalardaki Yeri", Makro Bakış, 2006;2
- 27 Sargutan E. Sosyal Politika Bilimi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006;250

- 28 WHO, Home-Based Long Term Care, WHO Technical Report Series 898, Geneva, 2000
- 29 WHO, Long Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review. Available from: 2000
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_laws_5developed_countries.pdf
- 30 Işık K. Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi, Bursa, 2005;312-313
- 31 <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10050.pdf>
(Son Erişim: 28.06.2014)
- 32 A Data Book: Healthcare Spending And The Medicare Programme, Medicare Payment Advisory Commision, June 2010;139
- 33 Oral, İ. ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, Sosyal Bilimler Dergisi, 2002-2003;68
- 34 Basic Statistics About Home Care, http://www.nahc.org/facts/10hc_stats.pdf (Son Erişim: 28.06.2014)
- 35 Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Care Expenditures www.cms.gov (Son Erişim 28.06.2014)
- 36 Centers for Medicare and Medicaid Services, Department of Health-Human Services, Medicare and Home Health Care, Publication:10969, Baltimore USA, 2002
- 37 Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013), [www.resmigazete.gov.tr /eskiler/2011/01/20110119-6-1.doc](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/01/20110119-6-1.doc) (Son Erişim: 30.06.2014)
- 38 Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmelik ve Yönergeler Uygulama Örnekleri,
http://www.ailehekimleri.net/index.php?option=com_content&view=article&id=4042:evde-salk-hizmetleri-yoenetmelik-ve-yoenergeler-uygulama-oernekleri&catid=82:ulu-sal (Son Erişim 01.07.2014)
- 39 <http://www.eokul-meb.com/yaslilik-donemi-nedir-49164/>
- 40 <http://www.yaslibakicisi.net/yaslibakimi-10020-Yaslilik-Nedir.html>
- 41 <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yasliihtimamister2.htm>
- 42 <http://www.yaslibakicisi.net/yaslilikta-saglik-10129-Evde-Bakimin-Saglanmasi.html>