



*Cilt / Volume: 12, Sayı / Issue: 23, Sayfalar / Pages: 358-372*

*Araştırma Makalesi / Research Article*

*Received / Alınma: 07.03.2022*

*Accepted / Kabul: 05.05.2022*

## EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA VE POLİTİKA ÖNERİLERİ: DİYARBAKIR ÖRNEĞİ

Mehmet Emin KURT<sup>1</sup>

Mehmet Aziz ÇAKMAK<sup>2</sup>

### Öz

Bu çalışmanın amacı evde sağlık hizmeti alan hastaların profillerini belirleyerek evde sağlık hizmetleri sunumunda sağlık politikaları açısından alınabilecek önlem ve önerileri içermektedir. Çalışma retrospektif ve kesitsel özelliktedir. Yaş, cinsiyet, tıbbi teşhis ve hizmet süresi değişkenlerine ait veri analizlerinde frekans, yüzde ve ortalama gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Demografik verilere göre, hizmeti sonlandırılan hastaların ortalama tanı sayısı 2, aldıkları hizmetin ortalama süresi 581 gündür. Hizmeti alan hastaların %53,7'si kadın iken hastaların %66,2'si 65 yaş üstü ve yaş ortalamaları 63'tür. ICD-11 tanı türleri itibarı ile hastaların %23,83'ü Akıl ve Davranış Bozuklukları tanısı almışken, %26,29'u Dolaşım Sistemi Hastalıkları tanısı, %11,61'i Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları tanısı almıştır. Evde sağlık hizmetleri kapsamında hizmet alan bireylerin genç nüfustan yaşlı nüfusa doğru artış göstermiş olması, verilen hizmetin önemini ve hizmet kapsamının genişlemesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Hastaların almış oldukları tanı gruplarına göre hizmet sunulurken hizmet ekibinde ayrıca kardiyojji, ortopedi, psikiyatri uzmanlarının katılması hizmetin daha çok hastaya ulaştırılabilmesi açısından büyük öneme sahiptir. Kadın hastaların aldıkları tanı sayısının fazla olması kadınların evde sağlık hizmetleri almadan önceki sağlık hizmetlerine ulaşmaları noktasında olası problemlerin ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Elde edilen bulgular ışığında ülke sağlık politikaları açısından büyük öneme sahip olan evde sağlık hizmetlerinin etkili ve ulaşılabilir olması için hizmetlerin daha etkin şekillerde uygulanması gerekmektedir. Bunun içinde örneğin hizmet sunan ekip içerisinde ilk ziyarette olmasa da ikinci ev ziyaretinde farklı uzmanlıkların (fizik tedavi, kardiyojji uzmanı vb.) bulundurulması sayesinde hastalara ev ortamında hizmet sunulurken hastane ortamları meşgul edilmemiş olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Evde Sağlık, Hastalık Tanısı, Sağlık Politikası.

**Jel Kodları:** I19, I10, I18.

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Dicle Üniversitesi, E-posta: [memin.kurt@dicle.edu.tr](mailto:memin.kurt@dicle.edu.tr), ORCID: 0000-0002-7181-8681.

<sup>2</sup>Yüksek Lisans Öğr., Dicle Üniversitesi, E-posta: [mehmetazizcakmak21@gmail.com](mailto:mehmetazizcakmak21@gmail.com), ORCID: 0000-0002-5040-5642.

### Atıf/Citation

Kurt, M. E. & Çakmak, M. E. (2022). Evde sağlık hizmeti alan hastalara yönelik bir araştırma ve politika önerileri: Diyarbakır örneği. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 12(23), 358-372.

## A RESEARCH AND POLICY RECOMMENDATIONS FOR PATIENTS RECEIVING HOME HEALTH SERVICE: THE CASE OF DIYARBAKIR

### *Abstract*

This study includes the precautions and suggestions that can be taken in terms of health policies in the provision of home health services in Turkey, in line with the evaluation made with the data of 10,553 patients who received home health services in the last 10 years in Diyarbakır but whose services were terminated for various reasons. The study is retrospective and cross-sectional. Descriptive statistical analyzes were used in the analysis of demographic information such as age groups, gender, medical diagnosis status, and the time of service provided. According to demographic data, the average number of diagnoses of the patients whose service was terminated was 2, and the average duration of the service they received was 581 days. While 53.7% of the patients receiving the service are women, 66.2% of the patients are over 65 years old and their average age is 63. As of the ICD-11 diagnosis types, 23.83% of the patients were diagnosed with Mental and Behavioral Disorders, 26.29% were diagnosed with Circulatory System Diseases, and 11.61% were diagnosed with Musculoskeletal and Connective Tissue Diseases. The fact that the individuals receiving services within the scope of home health services have increased from the young population to the elderly population reveals the importance of the service provided and the scope of the service should be expanded. While providing services according to the diagnosis groups of the patients, the participation of cardiology, orthopedics, and psychiatry specialists in the service team is of great importance in terms of delivering the service to more patients. The high number of diagnoses received by female patients necessitates addressing possible problems in women's access to health services before receiving home health services. In the light of the findings obtained, it is necessary to implement the services more effectively for the home health services, which are of great importance in terms of country health policies, to be effective and accessible, for example, different specialties (physical therapist, cardiologist, etc.) will be able to provide the services that should be provided in-home health more effectively, therefore, the hospital environment will not be occupied by providing services to the patients in the home environment.

**Keywords:** Home Health, Disease Diagnosis, Health Policy.

**Jel Codes:** I19, I10, I18.

### 1. GİRİŞ

Son yıllarda teknolojik gelişmeler, hasta beklentilerindeki artışlar, hastane yoğunlukları vb. sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişimlerle beraber, hastane ortamında sunulan hizmetlerin ev ortamında, evde sağlık ya da evde bakım konseptiyle sunulması yeni bir tür sağlık hizmet modeli geliştirmiştir.

İnsanların yaşadıkları ev ortamlarında kendi bakımlarının sağlanmasına yönelik istekleri doğrultusunda, “evde sağlık” başlığı altında gerek kamu sağlık kurumları gerekse de kâr amaçlı özel şirketler eli ile sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bu sunumun ülkeler genelinde gün geçtikçe çok büyük bir öneme sahip olduğu bilinmektedir. Evde sağlık, sağlık hizmetleri konusunda profesyonel görevliler tarafından hem hastaya hem de 1. derece yakınlarına, ev ortamında sağlık yardımı sağlanmasıdır. (Çoban, 2004:109).

Evde sağlık hizmetleri; Türkiye’de aile hekimlikleri, hastaneler bünyesindeki evde sağlık birimleri ve İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı mobil sağlık birimleri tarafından uygulanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından ilk aşamada yatağa bağımlı hastalara hizmet verilmesi amaçlanmış olmasına rağmen Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) gibi solunum sistemi hastalıkları, terminal dönem palyatif bakım hastaları, ileri derecedeki kas hastaları da hizmet kapsamında yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Evde bakım; maksimum düzeyde konfor, işlevsellik ve sağlığı geliştirmek, eski haline getirmek veya sürdürmek için resmi veya gayri resmi bakıcılar tarafından evde sağlık hizmetlerinin sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda, sosyodemografik değişiklikler evde bakım talebini artırmıştır. Ev hem bireyin hem de ailenin sağlık sorunlarını saptamak, değerlendirmek, desteklemek ve kontrol etmek için ideal bir yerdir; özerklik, yetkilendirme ve insanların yaşam kalitesinin iyileştirilmesini desteklemektedir (Fernández-Medina et al. 2022:1-2)

### **Literatür Taraması ve Kavramsal Çerçeve**

Artan yaşlı nüfus ve gittikçe daha karmaşık hale gelen sağlık, sosyal bakım ihtiyaçlarına cevap verme refleksi; Sağlık sistemlerinin *kurumsal temelli yaklaşımlardan toplum temelli yaklaşımlara “yeniden dengelenmesini” teşvik eden politikalara* duyulan ihtiyaçları da beraberinde getirmiştir (Peckham, Morton-Chang, Williams & Miller, 2018). Bu doğrultuda sağlık sistemleri özelindeki politik süreçlerin yeniden dengelemesinde toplumsal temelli yaklaşımların toplumun yapısı ile birebir ilişkili olduğundan söz edilebilmektedir. Farklı toplum yapıları farklı politik yaklaşımları da beraberinde getirmektedir. Burau vd. (2017) tarafından yapılan bir araştırmada; Danimarka ve Finlandiya'daki İskandinav sağlık sistemleri ve İtalya'daki Güney Avrupa aile temelli sağlık modeli olmak üzere iki yaşlı bakım sistemi karşılaştırılmış ve söz konusu ülkelerdeki yaşlı bakım özelinde sağlık sistemlerinde algılanan sorunların farklılıkları gösterilmiştir (Burau, Zechner, Dahl & Ranci, 2017).

Sağlık Sistemlerindeki politik süreçler, değişen toplumsal yapı ve göstergeler gibi geribildirimler temel alınarak değişebilmektedir. Andersson & Kvist (2015) tarafından yapılan bir araştırmada yaşlı ve engelli bakımını temel alan İskandinav Sağlık Modeli ile ilgili olarak; (1) Yaşlı bakımının dönüşümü, ekonomik verimliliği ve rekabet yoluyla maliyet düşürmeyi vurgulayan neoliberal politikalarından etkilendiği, (2) Yaşlı bakımının çok boyutlu bir sistem haline geldiği ve evde bakım temelli yaşlı bakımı için özel bir pazar oluşturulduğu, (3) Yaşlı bakımı sağlayıcılarının sayısının önemli ölçüde arttığı ve yaşlı bakımını organize etmenin yeni yolları oluşturulduğu aktarılmıştır. Çalışma kapsamında değerlendirilen olgular doğrultusunda Ocak 2009'da, “Kamu Sektöründe Seçim Sistemi Yasası”nın faaliyete konulduğu aktarılmıştır (Andersson & Kvist, 2015).

Uzun süreli bakım ve sağlık sistemleri ile ilgili olguların incelendiği çalışmalar değerlendirildiğinde, politik mekanizmaların toplumsal özellikleri gibi durağan olmayan/dinamik göstergelerden etkilendiği ve bu doğrultuda reaksiyon gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu çalışmada, Diyarbakır ili özelinde tüm kamu evde sağlık birimlerine ait 2010-2022 yılları arası sunulan sağlık hizmetleri sonrası çeşitli nedenler (ailenin bakım yapabilmesi, ekip reddi, evde sağlık hizmetlerine uygun değil, iyileşme, tedaviye uyumsuzluk, tedaviye yanıt alamama, tedaviyi reddetme, vefat vb.) ile hizmet sonlandırmaları yapılan bireylerin demografik bilgileri ile hastalıklarına ilişkin veri incelenmiştir. Değerlendirilen zaman kesiti içerisindeki demografik değişimlere vurguda bulunularak sağlık yönetimi bakış açısı ile politika önerilerin tartışmaya açılması hedeflenmiştir.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, evde sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilen hastaların demografik bilgileri ile tıbbi tanılarının tamamını içermektedir. Çalışma retrospektif ve kesitsel özelliindedir. İl genelinde hizmetin başlangıç tarihi olan 2010 ile 2022 yıllarının tamamını kapsayan çalışma, hizmeti sonlandırılmış toplam 10553 hasta verilerinden, eksiksiz olan 9334 hastaya ait verileri içermektedir. Veriler için İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır (10.12.2021-191103). Çalışma kapsamında incelenen veriler, birim tarafından tutulan istatistiki bilgileri içerdiğinden, hastaların mahremiyetine aykırılık teşkil edecek veri içermemektedir. Klinik uygulama ve anket uygulama çalışması yapılmadığından herhangi bir etik kurul iznine tabi değildir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizi için SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences, version 22.0) programı kullanılmıştır. Yaş grupları, cinsiyet gibi demografik (diğer tür demografik bilgiler mevcut değildi) bilgiler ile tıbbi teşhis durumu ve sunulan hizmet sürelerinin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizlerden faydalanılmıştır.

Hastalara ait tanımlar çok çeşitli ve dağınık bir şekilde olduğundan çalışma modeli kapsamında anlamlı istatistiksel bulgular elde edebilmek adına ICD-11 ve ICD-10 arasındaki farklılıklar aktarılarak ICD 11 tanı kodları esas alınmıştır. Tanı kategorilerini ICD-11 ve ICD-10 arasındaki farklılıklar aktarılarak çalışma kapsamında değerlendirilen hastaların tanısal veriyle elde edilen kategorileri aşağıda ayrıntılı biçimde aktarılmıştır.

### **ICD-10-11 Kodları (International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems)**

ICD'nin kökeni, 18. yüzyıla kadar uzanır (Sauvages' Nosologia Methodica, Linnaeus' Genera Morborum, Cullen's Synopsis Nosologiae Methodicae). ICD-10 farklı ülke veya bölgelerde ve

farklı zamanlarda toplanan mortalite ve morbidite verilerinin sistematik olarak kaydedilmesine, analizine, yorumlanmasına ve karşılaştırılmasına yardımcı olmaktadır. ICD'nin en son revizyonu olan ICD-11, 2019'da 72. Dünya Sağlık Asamblesi tarafından kabul edilmiş ve 1 Ocak 2022'de yürürlüğe girmiştir. ICD-11, ICD-10'un farklı modifikasyonlarını ve uyarlamalarını bütünleştirmekte ve mevcut küresel klinik durumu yansıtmaktadır. ICD sınıflandırması, verilerin uzun vadeli karşılaştırılabilirliğini sağlamakta ve içinde yaşadığımız dijital çağ için standartlaştırılmış çözümler sunmaktadır (WHO-ICD-10,11). ICD-10' a göre ICD-11 7 farklı kod başlığı ihtiva etmekte olup yeni gelen kod başlıkları arasında hastaların tanıları (07-Uyku-uyanıklık bozuklukları, 20-Gelişimsel anomaliler, 21-Semptomlar, işaretler veya klinik bulgular, başka yerde sınıflandırılmamış, 22-Yaralanma, zehirlenme veya dış nedenlerin diğer bazı sonuçları, 23-Morbidite veya mortalitenin dış nedenleri, 24-Sağlık durumunu veya sağlık hizmetleriyle teması etkileyen faktörler, 25-Özel amaçlı kod, 26-Ek Bölüm Geleneksel Tıp Koşulları) yer almamakta idi.

Hastalık tanılarımız, ICD-10'a göre 22 koddan 19 kod başlığında, güncel ICD-11' e göre ise 26 koddan 19 kod başlığında kümelenebilir. Çalışma kapsamına dâhil edilen hastalardan elde edilen tanımlar ICD-11 kodlarına göre şu şekilde sıralanmaktadır;

- 1- Akıl ve Davranış Bozuklukları (F00-F99)
- 2- Cilt ve Cilt altı Dokusu Hastalıkları (L00-L99)
- 3- Dolaşım Sistemi Hastalıkları (I00-I99)
- 4- Endokrin, Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar (E00- E90)
- 5- Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar (A00 ile B99 arası)
- 6- Gebelik, Doğum ve Lohusalık Dönemi Hastalıkları (O00-O99)
- 7- Göz ve Gözle Bağlantılı Doku Hastalıkları (H00-H49)
- 8- Kan ve Kan Yapıcı Organ Hastalıkları ve Bağışıklık Sistemini İçeren Hastalıklar (D50-D89)
- 9- Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları (M00-M99)
- 10- Konjenital Malformasyon, Deformasyon ve Kromozom Anomalileri (Q00-Q99)
- 11- Kulak ve Mastoid Oluşum Hastalıkları (H60-H95)
- 12- Neoplazmalar (C00 ile D48 arası)

- 13- Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Faktörler (Z00-Z99)
- 14- Semptomlar ve Anormal Klinik ve laboratuvar Bulguları (R00-R99)
- 15- Sindirim Sistemi Hastalıkları (K00-K93)
- 16- Sinir Sistemi Hastalıkları (G00-G99)
- 17- Solunum Sistemi Hastalıkları (J00-J99)
- 18- Ürogenital Sistem Hastalıkları (N00-N99)
- 19- Yaralanma, Zehirlenme ve Dış Nedenlere Bağlı Diğer Durumlar (S00-T98)

### 3. BULGULAR

**Tablo 1.** Tanımlayıcı Özellikler

		<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
Bireylerin Yaş Ortalaması: 63		1 yaş	121 yaş
Hastalık Tanı/Teşhis Ortalaması: 2 tanı		1 tanı	9 tanı
Verilen Hizmetin Ortalama Süresi: 581 gün		1 gün	3932 gün
		<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Cinsiyet	Erkek	4325	46,3
	Kadın	5009	53,7
Toplam		9334	100,0
Ergen Hasta Grubu (0-17 yaş)		966	10,3
Genç Hasta Grubu (18-45)		1245	13,3
Orta Yaşlı Hasta Grubu (46-65)		940	10,1
Yaşlı Hasta Grubu (66-121)		6183	66,2
<b>Toplam</b>		<b>9334</b>	<b>100,0</b>

Tablo 1’ de elde edilen bulgulara göre; araştırma örnekleminin %53,7 sinin kadınlardan oluştuğu tespit edilmiş olup hizmet sunulan hastaların yaş ortalamasının 63 olduğu, 1 yaşındaki yeni doğan hasta ile 121 yaşındaki hastaya da hizmet verilmiş olduğu ve 65 yaş üstü hasta oranının ise %66,2’i olduğu tespit edilmiştir. Hastaların en az 1 ile 9 tanıya kadar hastalık teşhislerinin olduğu, aldıkları tanı ortalamasının 2 olduğu, aldıkları hizmet sürelerinin ise 1 gün ile 3932 gün arasında olduğu ve hastalara ortalama 581 gün hizmet sunulduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 2.** Evde Sağlık Hizmetleri Tanı Verileri

Hastalık Sınıfları/ICD Kodları	(f)	(%)
(1) Akıl ve Davranış Bozuklukları (F00-F99)	2223	23,83
(2) Cilt ve Cilt altı Dokusu Hastalıkları (L00-L99)	5	0,05
(3) Dolaşım Sistemi Hastalıkları (I00-I99)	2503	26,29
(4) Endokrin, Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar (E00- E90)	677	7,25
(5) Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar (A00 ile B99 arası)	36	0,39
(6) Gebelik, Doğum ve Lohusalık Dönemi Hastalıkları (O00-O99)	2	0,02
(7) Göz ve Gözle Bağlantılı Doku Hastalıkları (H00-H49)	73	0,78
(8) Kan ve Kan Yapıcı Organ Hastalıkları ve Bağışıklık Sistemini İçeren Hastalıklar (D50-D89)	16	0,17
(9) Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları (M00-M99)	1084	11,61
(10) Konjenital Malformasyon, Deformasyon ve Kromozom Anomalileri (Q00-Q99)	101	1,08
(11) Kulak ve Mastoid Oluşum Hastalıkları (H60-H95)	28	0,30
(12) Neoplazmalar (C00 ile D48 arası)	706	8,08
(13) Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Faktörler (Z00-Z99)	90	0,97
(14) Semptomlar ve Anormal Klinik ve laboratuvar Bulguları (R00-R99)	4	0,04
(15) Sindirim Sistemi Hastalıkları (K00-K93)	13	0,14
(16) Sinir Sistemi Hastalıkları (G00-G99)	682	7,31
(17) Solunum Sistemi Hastalıkları (J00-J99)	561	6,01
(18) Ürogenital Sistem Hastalıkları (N00-N99)	59	0,63
(19) Yaralanma, Zehirlenme ve Dış Nedenlere Bağlı Diğer Durumlar (S00-T98)	471	5,05
<b>Toplam</b>	<b>9334</b>	<b>100,00</b>

Tablo 2' den elde edilen verilere incelendiğinde; ICD-11 kodlarına göre 19 kod başlığında tanıların kümelenebilmektedir. Tanıların büyük bir bölümünün (%26,29) Dolaşım Sistemi Hastalıkları (I00-I99), %23,89'unun Akıl ve Davranış Bozuklukları (F00-F99), %11,61'inin Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları (M00-M99), %8,08'ini Neoplazmalar (C00-D48) ve %7,31'inin Sinir Sistemi Hastalıkları (G00-G99) olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 3.** Hizmeti Alan Hastaların Cinsiyet ile Aldıkları Tanıları Arasındaki Dağılımı

Cinsiyet/Tanı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	T
E n	1050	5	1122	307	18	1	30	4	483	55	10	317	45	3	6	366	258	27	218	4325
%	24,3	0,1	25,9	7,1	0,4	0,0	0,7	0,1	11,2	1,3	0,2	7,3	1,0	0,1	0,1	8,5	6,0	0,6	5,0	100,0
K n	1173	0	1381	370	18	1	43	12	601	46	18	389	45	1	7	316	303	32	253	5009
%	23,4	0,0	27,6	7,4	0,4	0,0	0,9	0,2	12,0	0,9	0,4	7,8	0,9	0,0	0,1	6,3	6,0	0,6	5,1	100,0
T n	2223	5	2503	677	36	2	73	16	1084	101	28	706	90	4	13	682	561	59	471	9334
%	23,8	0,1	26,8	7,3	0,4	0,0	0,8	0,2	11,6	1,1	0,3	7,6	1,0	0,0	0,1	7,3	6,0	0,6	5,0	100,0

**E: Erkek, K: Kadın, T: Toplam**

Tablo 3' de erkek hastalardan en çok %25,9'u Dolaşım Sistemi Hastalıkları tanılarına sahip iken, %24,3'ü ise Akıl ve Davranış Bozuklukları tanılarına sahiptirler. Kadınların ise erkeklerle paralel biçimde %27,6'sı Dolaşım Sistemi Hastalıkları tanılarına sahip iken, %23,4'ü Akıl ve Davranış Bozuklukları tanılarına sahiptirler.

**Tablo 4.** Hizmeti Alan Hastaların Yaş Grupları ile Tanıları Arasındaki Dağılımı

Yaş Grubu/Tanı		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Toplam
Ergen Hasta	n	366	0	26	14	2	0	3	1	91	41	0	18	0	1	0	358	10	0	35	966
	%	37,9	0,0	2,7	1,4	0,2	0,0	0,3	0,1	9,4	4,2	0,0	1,9	0,0	0,1	0,0	37,1	1,0	0,0	3,6	100,0
Genç Hasta	n	375	0	42	15	8	2	3	0	342	38	1	56	0	0	3	191	34	2	133	1245
	%	30,1	0,0	3,4	1,2	0,6	0,2	0,2	0,0	27,5	3,1	0,1	4,5	0,0	0,0	0,2	15,3	2,7	0,2	10,7	100,0
Orta Yaşlı Hasta	n	87	2	231	104	7	0	7	2	147	8	3	166	1	0	2	39	48	9	77	940
	%	9,3	0,2	24,6	11,1	0,7	0,0	0,7	0,2	15,6	0,9	0,3	17,7	0,1	0,0	0,2	4,1	5,1	1,0	8,2	100,0
Yaşlı Hasta	n	349	1	808	263	9	0	11	6	200	1	6	253	20	1	4	28	193	13	76	2242



	%	15,6	0,0	36,0	11,7	0,4	0,0	0,5	0,3	8,9	0,0	0,3	11,3	0,9	0,0	0,2	1,2	8,6	0,6	3,4	100,0
Uzun Ömürlü Hasta	n	1046	2	1396	281	10	0	49	7	304	13	18	213	69	2	4	66	276	35	150	3941
	%	26,5	0,1	35,4	7,1	0,3	0,0	1,2	0,2	7,7	0,3	0,5	5,4	1,8	0,1	0,1	1,7	7,0	0,9	3,8	100,0
Toplam	n	2223	5	2503	677	36	2	73	16	1084	101	28	706	90	4	13	682	561	59	471	9334
	%	23,8	0,1	26,8	7,3	0,4	0,0	0,8	0,2	11,6	1,1	0,3	7,6	1,0	0,0	0,1	7,3	6,0	0,6	5,0	100,0

Tablo 4’te evde sağlık hizmeti alan hastaların yaş grupları ile tanıları arasında yapılan analizinde; ergen hastaların 966’sı 19 tanı grubundan farklı tipte tanı almış iken, genç hastaların 1245’i, yaşlı hastaların 2242’si, uzun ömürlü hastaların ise 3941’i tanı almışlardır. Yani yaş arttıkça alınan tanı sayısında artış görülmektedir.

**Tablo 5.** Hizmeti Alan Hastaların Hizmeti Sonlandırma Nedeni ile Tanıları Arasındaki Dağılımı

Sonlandırma Nedeni/Tanı		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Toplam
Ailenin Evde Bakım Yapabilmesi	n	30	0	26	7	1	1	2	1	12	2	0	9	0	0	1	24	7	0	23	146
	%	20,5	0,0	17,8	4,8	0,7	0,7	1,4	0,7	8,2	1,4	0,0	6,2	0,0	0,0	0,7	16,4	4,8	0,0	15,8	100,0
Diğer Evde Sağlık Birimine Devir	n	130	0	12	5	0	0	0	0	67	9	0	3	0	0	0	132	2	1	4	365
	%	35,6	0,0	3,3	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	18,4	2,5	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	36,2	0,5	0,3	1,1	100,0
Ekip Reddi	n	0	0	4	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
	%	0,0	0,0	57,1	28,6	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Evde Sağlık Hizmetine Uygun Değil	n	202	0	67	24	3	0	1	0	36	18	1	9	1	0	1	194	10	3	23	593
	%	34,1	0,0	11,3	4,0	0,5	0,0	0,2	0,0	6,1	3,0	0,2	1,5	0,2	0,0	0,2	32,7	1,7	0,5	3,9	100,0
Hasta/Ailesinin Sonlandırma Talebi	n	49	0	45	18	1	0	0	0	26	0	1	10	5	1	0	16	12	3	18	205
	%	23,9	0,0	22,0	8,8	0,5	0,0	0,0	0,0	12,7	0,0	0,5	4,9	2,4	0,5	0,0	7,8	5,9	1,5	8,8	100,0
İkametgah Değişikliği	n	274	1	393	120	6	0	15	1	227	20	3	58	12	0	3	80	91	7	114	1425

	%	19,2	0,1	27,6	8,4	0,4	0,0	1,1	0,1	15,9	1,4	0,2	4,1	0,8	0,0	0,2	5,6	6,4	0,5	8,0	100,0
İyileşme	n	56	0	129	51	5	1	2	1	81	10	3	22	4	0	3	19	25	2	123	537
	%	10,4	0,0	24,0	9,5	0,9	0,2	0,4	0,2	15,1	1,9	0,6	4,1	0,7	0,0	0,6	3,5	4,7	0,4	22,9	100,0
Tedaviye Uyumsuzluk	n	4	0	8	0	1	0	1	0	1	0	0	3	0	0	0	1	0	0	5	24
	%	16,7	0,0	33,3	0,0	4,2	0,0	4,2	0,0	4,2	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	0,0	20,8	100,0
Tedaviye Yanıt Alamama	n	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4
	%	25,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	100,0
Tedaviye Red Etme	n	2	0	3	2	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0	0	1	2	0	1	16
	%	12,5	0,0	18,8	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	6,3	0,0	0,0	0,0	6,3	12,5	0,0	6,3	100,0
Vefat	n	1475	3	1816	448	19	0	51	13	630	42	20	590	68	3	5	215	411	43	160	6012
	%	24,5	0,0	30,2	7,5	0,3	0,0	0,8	0,2	10,5	0,7	0,3	9,8	1,1	0,0	0,1	3,6	6,8	0,7	2,7	100,0
Toplam	n	2223	5	2503	677	36	2	73	16	1084	101	28	706	90	4	13	682	561	59	471	9334
	%	23,8	0,1	26,8	7,3	0,4	0,0	0,8	0,2	11,6	1,1	0,3	7,6	1,0	0,0	0,1	7,3	6,0	0,6	5,0	100,0

Tablo 5’te evde sağlık hizmeti alan hastaların hizmeti sonlandırma gerekçeleri ile tanıları arasında yapılan analizde; Akıl ve Davranış Bozuklukları tanılı 1475 hasta vefat nedeni ile hizmeti sonlandırır iken Dolaşım Sistemi Hastalıkları tanılı 1816 hasta vefat nedeni ile hizmeti sonlandırmıştır. Hizmeti alan vatandaşlardan 7 ekip reddi ile 4 tedaviye yanıt alamama kaynaklı hizmet sonlandırma nedeni vardır. 9334 hastanın 6012’si vefat kaynaklı hizmet sonlandırması var iken 1425 hastaya ikamet değişikliği nedeniyle hizmet sonlandırma yapılmıştır.

#### 4. TARTIŞMA

Evde sağlık hizmeti kapsamında değerlendirilen hastalar hastane ortamında alınması gereken sağlık hizmetlerini “*Duvarsız Hastane*” olarak isimlendirilen ev ortamlarında alarak hem ülke sağlık politikasının sürdürülebilirliğine katkı sağlamaktadır. Mevcut hizmet alan bireylerin sayısal verileri itibari ile evde sağlık hizmetlerinin geleceğe yönelik geliştirilebilirliği noktasında analizlere ihtiyaç duyulmaktadır.

İl Sağlık Müdürlüğünden alınan veriler değerlendirildiğinde; 2010 yılından başlanarak son 12 yılda, ildeki evde sağlık hizmetlerinin farklı birimlerinde 18.550 hastanın hizmet aldığı

görülmektedir. Bu hastaların 10.553'ü yukarıda sayılı çeşitli nedenler ile hizmetleri sonlandırılmış ve geriye kalan hastalara verilen hizmet artarak devam etmiştir.

Demografik verilere göre, hizmeti sonlandırılan hastaların ortalama tanı sayısı 2, aldıkları hizmetin ortalama süresi 581 gündür. Hizmeti alan hastaların %53,7'si kadın iken hastaların %66,2'si 65 yaş üstü ve yaş ortalamaları 63'tür.

Işık ve ark. (2016:177) tarafından Kırıkkale ilinde yürütülen bir evde sağlık hizmetleri çalışmasında hastaların %57,9'unun kadın olduğu ve ayrıca Dawani ve ark. (2014:549) tarafından Ürdün' de yapılan evde sağlık hizmetleri çalışmasında hastaların %51'inin kadın, %54,8'inin 60 yaş ve üzerinde hastalar olduğu tespit edilmiştir. Çankaya' da yapılan bir evde sağlık hizmetleri çalışmasında hastaların %62,5'inin kadın, %42,2'sinin ise 65 yaş üzeri hastalar olduğu tespit edilmiştir (Subaşı ve Öztekin, 2006:19). Uzan ve ark. (2017: 120) yapmış oldukları bir evde sağlık hizmeti çalışmasında da hastaların, evde sağlık hizmeti gerektirecek hastalıklarının (hizmet verilen hasta tanılarının) çok çeşitli olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada görüldüğü üzere diğer çalışmalara paralel olarak kadın hasta sayısında ve 65 yaş üzeri hasta popülasyonu oranının yüksek olduğu ve ayrıca hastaların almış oldukları tanı sayısının da çeşitlilik olduğu görülmüştür.

ICD-11 tanı türleri itibari ile hastaların %23,83'ü Akıl ve Davranış Bozuklukları tanısı almışken, %26,29'u Dolaşım Sistemi Hastalıkları tanısı, %11,61'i Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları tanısı almıştır. Bununla beraber yaş arttıkça alınan tanı sayısı yukarıda sayılı tanı gruplarına göre artmakta iken vefat nedeni tanılarının fazla olması da önemli bir husus olarak değerlendirilmelidir. Elde edilen bulgular neticesinde yaş grupları ve hizmet sonlandırma nedenleri ile hastaların aldıkları tanıları arasında anlamlı farklılıklar olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca yaş arttıkça hastaların almış oldukları tanı miktarları artmakta olup, cinsiyet ve tanı grupları arasında farklılık olduğu düşünülmemekle beraber kadın hastaların almış oldukları tanı sayılarının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu çalışma kapsamında elde edilen bulgular ve önerilen değerlendirmelerin, alanla ilgili yapılacak diğer çalışmalarda rol oynayabileceği bununla beraber evde sağlık hizmetlerine yönelik sağlık politikalarının yapılacak öneriler ile tekrardan gözden geçirilebileceği öngörülmektedir.

## **5. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Elde edilen veriler neticesinde evde sağlık hizmetlerinin ülke sağlık politikaları açısından ele alınabilecek öneriler şu şekilde sıralanabilir;

- 1- Hastalara hizmet sunan evde sağlık hizmetleri ekibine frekansı yüksek çıkan tanılar doğrultusunda alanında uzman hekimler veya sağlık profesyonellerinin dâhil edilebileceği önerilmektedir. Zira söz konusu ekip tarafından gerçekleştirilen ilk randevuda ortaya çıkan tanı grubuna göre ikinci randevuda ilgili alan uzmanı gerekli görüldüğünde götürülmekte ya da ilk randevuda hasta hastaneye konsülte edilmektedir. Bu durumun zaman ve maddi israfa yol açtığı düşünülmektedir. Bu doğrultuda hizmet ekipleri yönetmelik veya yönergeyle yeniden yapılandırılması, Dolaşım Sistemi Hastalıkları, akıl sağlığı ve kas iskelet sistemi alanlarında uzman hekimlerin (Ortopedi uzmanı, psikiyatri uzmanı, fizik tedavi uzmanı) ekibe dâhil edilmesiyle söz konusu problemlerin aşılabilirliği düşünülmektedir.
- 2- Evde sağlık hizmetleri kapsamında 121 yaşa kadar hasta gruplarının takip edilmesi sebebiyle; hastalara bakım veren birinci derece yakınlarına ya da resmi bakıcılarına evde sağlık hizmeti ekibi tarafından ilgili eğitimlerin verilmesi ve özellikle uzun ömürlü sayılan yaş grubunda (81-121 yaş) bulunan hastanın evde yakın takibe alınmasıyla iş yükünün hafifletilebileceği düşünülmektedir. İleri yaşa bağlı ortaya çıkan hastalık semptomları ancak hastane ortamındaki müdahalelerle takip edilmesi ve Palyatif Bakım Merkezleri ile koordinasyonun geliştirilmesi ile hasta son zamanlarında desteklenebileceği düşünülmektedir.
- 3- Hastalara sunulan hizmetin ortalama 581 günlük bakımıyla, hastalara verilen randevu sayılarının ancak evde sağlık birimlerinin sayıları ya da birimler içerisindeki ekiplerin artışı sağlanmasıyla bakım randevu günlerinin arttırılabileceği öngörülmektedir. Söz konusu düzenlemeyle hastalara ev ortamlarında daha sık vakit ayrılabilirliği düşünülmektedir. Yapılan düzenleyici-önleyici faaliyetlerle hastaları hastaneye olası gereksiz başvurusu engellenebilir.
- 4- Kadın grupta hastalık tanı sayısının görece fazla olması kadın hastaların ayrı bir bakış açısı ile ele alınmalarını gerekli kıldığı, kadınlara yönelik sağlık hizmetleri varlığına rağmen hastalık yükü artışının sebepleri üzerine çalışmalar yapılabilirliği öngörülmektedir.
- 5- 2010 yılında başlanan evde sağlık hizmetlerinin artarak devam eden yapısı nedeni ile Diyarbakır ilinde hizmeti yürüten ekiplerin ve ekipte çalışacak personellerin sayısının arttırılmasına dair zorunluluğun oluşabileceği düşünülmektedir.

- 6- Çalışmamızda da tespit edildiği üzere yaş ilerledikçe artan hastalık yükünün yüksek sayıda vefatları beraberinde getirmesi nedeniyle, hasta yakınlarına manevi rehberlik doğrultusunda seans düzenleme yolunun açılacağı öngörülmektedir. Hasta ve hasta yakınlarına psikolog eşliğinde randevular düzenlenmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir.
- 7- Bir hizmet sonlandırma nedeni olarak “ekip reddi” nin görece az olması, hasta/hasta ailesinin hizmeti sonlandırma talebinin olması gibi hususların diğer çalışmalarda ele alınabileceği düşünülmektedir. Artan hizmet yükü paralelinde il veya illerdeki sağlık otoriteleri tarafından söz konusu durumun değerlendirilebileceği ve bu sebeple Evde Sağlık Hizmetinin daha etkin yönetilebileceği öngörülmektedir.
- 8- Ülke genelinde yaşlı nüfusun artışı ile beraber Evde Sağlık Hizmetlerine kayıtlı yaşlı popülasyonunun sürekli bir artış eğiliminde olması; evde sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik bakanlıkları nezdinde ele alınmasını, bakım planları, bakım ücretleri vs. başlıklarda daha yüksek bütçelerde politika değişikliklerine gidilmesini zaruri kılacağı düşünülmektedir.
- 9- 2010 yılından bu yana çalışmanın yapıldığı ilde ve diğer illerde yoğun iş temposuna sahip evde sağlık hizmetleri (araç ile seyahat, hasta ve yakınları tarafından olası yaşanabilecek riskler vb.) ekip çalışanlarının hastanelerde belirlenmiş olan riskli birim fark ödemeleri kapsamına alınmasına dair yapılacak düzenlemelerle; sağlık profesyonellerinin motivasyon ve iş bağlılığını geliştirebileceği düşünülmektedir.
- 10- Dikkat çekilebilecek hususlardan bir tanesi de 2015 yılı evde sağlık hizmetleri yönetmeliğine göre aile hekimlerinin evde sağlık hizmetleri görevlerinin olduğu belirtilmiş olmasına rağmen (Doğusan, 2019:688), evde sağlık birimi tarafından hizmetin sürdürülmesi ile ilgili aile hekimlerine aktarılması gereken hasta sayıları mevcut il verilerinde tespit edilememiştir. Bu durum sağlık politikası ve planlaması açısından evde sağlık hizmetleri yönetmeliğinin daha etkin bir şekilde uygulanmasını ve aile hekimlerin bu konuda daha aktif roller almaları gerektiğini gözler önüne sermektedir.
- 11- Yapılan bir çalışmada Gastro İntestinal Sistem maligniteli hastalara sunulan evde sağlık ziyaret sayılarının, tespit edilen malignitelerin insidansları ile doğru orantılı olduğu görülmüştür (Göksel ve Doğan, 2019:52). Evde sağlık hizmeti kapsamında sunulan hizmet sayesinde hasta sayısının yıllar içerisinde kademeli bir artış gösterdiği ve tespit edilen malignite sayısında artış olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda da 2010 yılından

bu yana evde sağlık hizmetlerinden hizmet alan ve bu sayede tespit edilen tanı sayılarında artış yaşanmıştır. Dolayısı ile evde sağlık hizmetlerinin sağlık politikalarının vazgeçilmez bir hizmet türü olarak devam etmelidir.

### KAYNAKÇA

- Andersson, K., & Kvist, E. (2015). The neoliberal turn and the marketization of care: The transformation of eldercare in Sweden. *European Journal of Women's Studies*, 22(3), 274-287.
- Burau, V., Zechner, M., Dahl, H. M., & Ranci, C. (2017). The political construction of elder care markets: Comparing Denmark, Finland and Italy. *Social Policy & Administration*, 51(7), 1023-1041.
- Çoban M. (2004), Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*; 12 (2): s.109-120.
- Dawani, H. , Hamdan-Mansour, A. and Ajlouni, M. (2014) Users' Perception and Satisfaction of Current Situation of Home Health Care Services in Jordan. *Health*, 6, 549-558. doi: [10.4236/health.2014.67074](https://doi.org/10.4236/health.2014.67074).
- Doğusan, A. R. (2019). Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetleri ile İlgili Mevzuat ve Gelişimi . *Ankara Medical Journal* , 19 (3) , 684-693 . DOI: 10.17098/amj.624563
- Fatih Göksel, Lütfi Doğan. Process of home health services provided to patients with gastrointestinal cancers in Turkey. *Acta Oncol Tur.*. 2019; 52(1): 48-52
- Fernández-Medina IM, Ruíz-Fernández MD, Gálvez-Ramírez F, Martínez-Mengíbar E, Ruíz-García ME, Jiménez-Lasserrotte MdM, Ortega-Galán ÁM, Hernández-Padilla JM. The Experiences of Home Care Nurses in Regard to the Care of Vulnerable Populations: A Qualitative Study. *Healthcare*. 2022; 10(1):21. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010021>.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, (ET: 20.02.2022).
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), <https://icd.who.int/browse10/2019/en>,
- Işık O. , Kandemir A. , Erişen M. A. , Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2016; 19(2): 0-0.
- Peckham, A., Morton-Chang, F., Williams, A. P., & Miller, F. A. (2018). Rebalancing health systems toward community-based care: The role of subsectoral politics. *Health Policy*, 122(11), 1260-1265.
- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2010), Sağlık Bakanlığı, Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/2665,evde-saglik.pdf>, (ET: 29.01.2022).

Satisfaction of Current Situation of Home Health Care Services in Jordan”, *Health*; 6 (7): s.549-558.

Subaşı N. ve Öztekin Z. (2006), “Unmet Need In Turkey: Home Care Service”. *TAF Preventive Medicine Bulletin*; 5(1): s.19–31.

Uzan MM, Taşkın Eğici M, Toprak D. (2017). Sociodemographic Characteristics and Medical Conditions of Patients under Homecare Service. *JAREM*; 7: s.117-121