

## **Aile Hekimliği Gözü ile Evde Bakım** ***Home Care with Family Physician Eye***

### **Öz**

Evde bakım “bireyin sağlığını korumak, yükseltmek ve bireyi yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır” şeklinde tanımlanmaktadır. Bireylerin “kişisel hekimi” olan aile hekimi, evde bakım hizmeti sürecinde kilit bir görev üstlenmelidir. Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan Evde Sağlık hizmetleri yönetmeliğinde aile hekimlerine, evde sağlık ihtiyacı olan hastayı bildirme, evde sağlık birimleri tarafından takip edilen bireyi daha sonra evinde ziyaret etme görevi tanımlanmıştır. Oysa Aile hekimliği disiplininin temel özellikleri gereğince aile hekimleri evde bakım hizmetleri organizasyonunda mutlaka yer almalıdır. Aile hekimlerinin çeşitli gerekçelerle ev ziyareti yapması gerekmektedir. Bu gerekçeler arasında eve bağımlı hastanın akut ve kronik hastalıklarının yönetimi, bu hastalara koruyucu hizmetlerin ulaştırılması, ölmekte olan hastanın desteklenmesi, hastanın ev ortamının ve ilaçlarının kontrolü sayılabilir. Bu yazıda Aile Hekimi'nin Evde Bakım Hizmetleri'nde hangi noktada hangi görevleri alabileceğinin tartışılması amaçlanmıştır.

### **Abstract**

Home care is defined as "providing health and social care services at a professional-level or by family members in an individual's home or living environment in order to protect, raise and rehabilitate the individual's health". The family physician, who is the "personal physician" of individuals, should play a key role in the process of home care. In the "Home Health Service regulation" of the Ministry of Health, family physicians are assigned to report the patients who are in need of home care and after the delivery of home care, to visit these patients at home. However, according to the basic characteristics of the discipline of family medicine, family physicians should definitely take part in the organization of home care services. Family physicians need to visit home for a variety of reasons. These include management of acute and chronic illnesses of the home-bound patient, delivery of preventive services, support of the dying patient, control of the patient's home environment and medications. In this article, it is aimed to discuss what tasks the family physicians should deliver in home care.

### **Aile Hekimliği Gözü ile Evde Bakım**

Evde bakım kavramının tek bir tanımı olmamakla birlikte (1) birçok kaynakta; “bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve

**Saliha Serap ÇİFÇİLİ**

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:**

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fevzi Çakmak Mah. Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10, Pendik/ İstanbul

**Tel/phone:** +90 0542 232 46 52

**E-mail:** serapcifcili@gmail.com

**Anahtar Kelimeler:**

Aile hekimliği, Evde bakım

**Keywords:**

Home care, Family physician

**Geliş Tarihi - Received**  
07/12/2017

**Kabul Tarihi - Accepted**  
05/01/2018

sosyal bakım hizmetlerinin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır” şeklinde tanımlanmaktadır (2). Her ne kadar farklı tanımlar olsa da var olan evde bakım hizmetleri; bireyin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve işlevsel kapasitesinin artırılması veya korunması amacı ile evde sunulan ve koruyucu hizmetlerden rehabilite edici hizmetlere kadar bir dizi bakım hizmetini kapsayan bir olgudur (1). Başlıca; eve bağımlı olan özürlü, yaşlı, süregen hastalığı olan veya hastalık sonrası iyileşme dönemindeki bireylerin yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumla bütünleşmelerini sağlamak, bakıma gereksinim duyan bireyin profesyonel olmayan bakım vericilerin üzerindeki yükünü hafifletmek amacı ile sunulan kapsamlı hizmetleri içeren bir bakım modeli şeklinde de tanımlanabilmektedir (3). Evde bakım hizmeti kapsamında; kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi ve konuşma tedavileri, solunum tedavileri, bazı ilaç uygulamaları, parenteral beslenme ve benzeri birçok hizmet sunulmaktadır. Evde bakım; ev hastanesi, tıbbi evde bakım veya duvarsız hastane olarak da bilinmektedir (4). Bu tanımlarda görülebileceği üzere evde bakım kavramı çok geniş bir hizmet alanını kapsamaktadır ve dolayısıyla sağlık ve sağlık dışında farklı alanlardan uzmanların, başlıca bakım verici aile ile birlikte işbirliği içinde çalışmasını gerektirmektedir. Evde bakım hizmeti alan kişinin gereksinimi de zaman içinde değiştiği için farklı tıbbi yada tıp dışı disiplinlerden çalışanların bakım sürecinde görev alması gerekebilmektedir.

Bireylerin “kişisel hekimi” olan aile hekiminin diğer tüm sağlık süreçlerinde olması gerektiği gibi evde bakım hizmeti sürecinde de kilit bir görev üstlenmesinin gereği açıktır. Bu yazıda kısaca Evde Bakım Hizmetleri’nin ülkemizdeki uygulamalarının tanıtılmasının ardından Aile Hekimi’nin Evde Bakım Hizmetleri’nde hangi noktada hangi görevleri alabileceği tartışılacaktır.

### **Evde Bakım Hizmetleri Kısa Tarihçesi**

Dünya’da modern anlamda evde bakım hizmetleri tarihçesi incelendiğinde ilk olarak ABD’de 20. yüzyıl başında evlere ziyaretler şeklinde yürütülen Halk Sağlığı Hemşireliği hizmetlerinin ödeme kapsamına alındığı görülmektedir. Yine ABD’de bir hastanenin kurduğu evde bakım birimi, hastane destekli evde bakım uygulamalarının ilki olarak görülmektedir. 1965’ten itibaren ABD’deki Evde Bakım Hizmetleri Sosyal Güvence kapsamına almaya başlamıştır. ABD, pek çok Avrupa ülkesi, Kanada ve Avustralya’da yaygın ve iyi örgütlenmiş Evde Bakım hizmetleri sunulmaktadır (5). Ülkemizde ise geçmişte çıkarılan az sayıdaki kanun ile evde bakıma yönelik düzenlemeler getirilmiş; ancak bu hizmetin ülke çapında yaygınlaştırılması 21. yüzyıla dek mümkün olamamıştır (3). Kuşkusuz evlerde yürütülen hekimlik ve hemşirelik hizmeti örnekleri mevcuttur. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ‘Evde bulaşıcı

cı hastalıkların tanı ve tedavisi, ana-çocuk izlemi ve hekimlerin evde hasta muayenesi’ hükümlerini getirmiştir. Sosyalizasyon Yasası ile de kronik hastalıkları olan bireylerin takiplerinin halk sağlığı hemşireleri tarafından evde yapılması ön görülmüştür (3). 1997 tarihli, Sağlık Kabinlerinin Açılışı ve İşleyişi Hakkındaki Genelge’de evde bakım uygulamalarına dair aşağıdaki ibare yer almaktadır (6):

“Hemşire ve sağlık memurlarının (toplum sağlığı bölümünden mezun olanların) meslek kanunlarında belirtilmiş olan yetkileri çerçevesinde kişilere yönelik olarak sunacakları evde bakım hizmetleri ile ilgili mesleğin serbest olarak icrası kapsamında yer aldığından, bu tür hizmetlerin de, hizmeti sunan sağlık personelinin işlettiği sağlık kabini aracılığı ile sunulması esastır.” Ancak bütün bu düzenleme ve uygulamalar ile yaygın ve örgütlü bir evde bakım hizmeti ağı oluşturulamamıştır. Ülkemizde modern anlamı ile Evde Bakım Hizmetleri önce özel sektör daha sonra da kamu hastaneleri tarafından fiili olarak başladıktan sonra konu ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerden ilki olan “Evde Bakım Hizmetleri Hakkındaki Yönetmelik” 10.03.2005 tarihinde 25751 sayılı ile Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (3). Bu yönetmelik ile ağırlıklı olarak bu alanda hizmet veren özel evde bakım kuruluşlarının çalışması ile ilgili bir düzenleme yapılmıştır (7). Konu ile ilgili ikinci düzenleme ise 2010 yılında yürürlüğe konan “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”dir. Bu Yönergede Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde Evde Sağlık birimleri kurulması, kurulum sırasında bulunması gereken temel gereklilikler, asgari personel ve birimlerin işleyişi düzenlenmiştir (8). Düzenlemede “Evde Sağlık” ismi kullanılmıştır zira bu düzenlemede “Evde Bakım” hizmetinin sosyal alanı kapsamamaktadır. Sosyal hizmetler ülkemizde “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı” tarafından düzenlendiği için bu yönetmelikte yalnızca sağlık hizmetlerine atıfta bulunmak amacı ile özellikle “Evde Sağlık” terimi kullanılmıştır. Bu düzenleme sonrasında ülke çapında tüm kamu hastanelerinde Evde Sağlık birimleri açılmış ve hizmete girmişlerdir. Bu birimlerde sunulan hizmet ev ziyaretleri şeklinde gerçekleştirilmekte olup takip gerektiren hemşirelik hizmetleri genellikle sunulmamaktadır. Bunların yanı sıra Belediyeler tarafından da evde sağlık ve sosyal hizmetler sunulmaktadır (3).

Yukarıda sözü edilen yönerge kapsamında evde sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimlerine düşen görevler de belirlenmiştir. Buna göre evde takibi zorunlu, çeşitli nedenler ile evinden çıkamayan bireylere yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri, ilgili mevzuatı gereği toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile verileceği belirtilmektedir (6). Aynı görev “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”nde de tanımlanmaktadır (9). Daha sonra 27.02.2015 tarih ve 29280 resmi gazete sayısı ile çıkarılan

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetlerinin sunulmasına dair yönetmelikte ise Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan Evde Sağlık hizmetleri yeniden düzenlenmiş ve üç tip evde sağlık hizmet birimi tanımlanmıştır. Bu yönetmelikte aile hekimlerine, evde sağlık ihtiyacı olan hastayı koordinasyon merkezine bildirme, birimler tarafından takip edilen bireyi daha sonra evinde ziyaret etme, evde sağlık birimi kurulamayan ilçe, belde ve köylerde evde sağlık hizmeti sunma görevleri tanımlanmıştır (10). Ancak aile hekimlerinin kalabalık hasta listeleri nedeni ile oluşan ağır poliklinik yüklerinden ne ölçüde fırsat bulup ev ziyareti yapabildikleri bilinmemektedir.

### **Aile Hekimliğinin Temel Disiplin Özellikleri ve Evde Bakım**

Aile hekimliği disiplininin temel özellikleri gereğince aile hekimleri evde bakım hizmetleri organizasyonunda mutlaka yer almalıdır. Bu temel disiplin özelliklerinden evde bakım kavramı ile yakından ilişkili olanlar aşağıda kısaca irdelenmiştir:

Disiplinin “birinci basamak yönetimi” çekirdek yeterliği altında toplanan iki temel özellik de evde bakım hizmeti ile doğrudan ilişkilidir. Bunlardan ilki; aile hekiminin sağlık sistemi ile ilk temas noktası olmave sınırsız erişim sağlama özelliğidir. Burada kast edilen majör travma gibi acil durumlar dışında bireyin tüm sağlıkla ilişkili hemen her durumunda ilk temas noktasını oluşturması ve kolay erişilebilir olmasıdır (11). Birey Aile Sağlığı Merkezi’ne ulaşamayacak kadar hasta veya tamamen yatağa bağımlı ise bu ilkenin sağlanmasının tek yolu hekimin hastayı evinde görmesi olacaktır. Ancak bu yazıda ileride tartışılacağı gibi aile hekimleri giderek daha az ev ziyareti yapmaktadırlar (12). Bu durumda hekim ziyarette gelemeyen, eve bağımlı bir hasta özelliklerle nüfusun kalabalık olduğu büyük şehirde ikamet ediyorsa akut hastalık sırasında ne yapılmalıdır? Ülkemizdeki sağlık örgütlenmesinde bu durumdaki hastalara hizmet verebilecek tek hekim “aile hekim” olsa da aile hekimlerinin mevzuatı ve ödeme planlarında bu tür bir hizmetin sınırları iyi tanımlanmamıştır. Herhangi bir yasal düzenlemede pek çok Avrupa ülkesinde tanımlanmış ve düzenlenmiş olan “mesai dışı hizmet” kavramı tarif edilmemiştir. Hastane evde sağlık birimleri randevu ile çalışmakta, çoğu kez akut hastalıkta kısa süre içinde ziyaret planlayamamaktadır. İl acil ambulans servisi ancak hastane acil servislerinde tedavi edilmesi gereken hastayı hastaneye taşımaktadır. Bu durumda hastanede tedavi görece kadar hasta olmayan, ancak aile sağlığı merkezine erişemeyecek durumda olan yaşlı, engelli bireylerin akut hastalıklarında hangi sağlık kuruluşundan hizmet alacakları tam tanımlanmış değildir. Aynı maddede geçen sınırsız erişim sağlama (11) ile ilgili eve veya yatağa bağımlı hastaların da akut hastalık, kronik hastalık takibi veya koruyucu hizmetlerin sunumu için aile hekiminin hastasını evde görmesi gerektirdiğini ifade etmek mümkündür.

Birinci basamak yönetimi yeterliği altında listelenen bir diğer özellik; bireylere sunulan bakımın koordinasyonu- zelliği de aile hekiminin evde bakım sürecinde koordinasyon görevini üstlenmesini gerektirmektedir (11). Bu nedenle de aile hekimleri evde bakım hizmetlerinde ekibin kilit bir üyesi olmalıdır.

Bir diğer çekirdek yeterlik “kişi merkezli bakım”dır(11). Kişi merkezli bakım yeterliği altında toplanan disiplin özelliklerinden “sürekli bakım”evde bakım hizmeti ile doğrudan ilişkilidir. Sürekli bakım geleneksel olarak hastanın aynı hekimini görmesi anlamını taşır (12). Bu özellik WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), kısaca Dünya Aile Hekimleri Birliği, 2005 tanımında şu şekilde ifade edilmektedir: “Aile hekimleri sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boyamsal/uzunlamasına (longitudinal) sürekliliğini sağlamaktan sorumludur”. Bu özellik kapsamında aile hekimlerinin bireylere yaşamlarının önemli bir bölümünde birçok hastalık epizodunda, 24 saat boyunca sağlık hizmeti sunması ve bunu kişisel olarak yapamadıkları durumlarda başkalarına devretmeleri ve koordine etmeleri beklenmektedir (11). Sürekli bakım özelliği bağlamında aile hekiminin çeşitli nedenlerle hastalarına evde hizmet vermeleri gerekecektir. Çeşitli nedenlerle aile sağlığı merkezine erişemeyen hastalar ile evlerinde yapılan görüşme “ev ziyareti” olarak isimlendirilebilir. Ev ziyareti kavramı daha sonra ayrıntılı olarak incelenecektir. Günümüzde, özellikle de kent merkezlerinde hizmet sunan aile hekimlerinin koşulları düşünüldüğünde süreklilik kavramı da tartışılmaktadır (13). Ancak her durumda bireyler mümkün olduğunca aynı hekimden hizmet almak istemektedirler ve sürekli hasta hekim ilişkisinin doğrudan terapötik etki yarattığına dair kanıtlar vardır (13).

Kişi merkezli bakım yeterliği altında incelenen bir diğer özellik de; “kişi merkezli yaklaşım”dır. Kişi merkezli yaklaşım, kişilerle ve onların yaşadıkları ortamlarda oluşan sorunlarla ilgilenmeyi gerektirir (11). Bu bağlamda ev ziyaretleri aile hekiminin aile hakkındaki bilgisinin derinleşmesini, ailenin değerlerini anlamasını sağlar. Ev ziyareti ile bireyin işlevselliği, ev koşulları, hastalığın aile üzerindeki etkileri doğrudan gözlemlenebilir (14).

Yukarıda sıralanan temel özellikler nedeni ile aile hekimleri gerek ev ziyaretleri ile gerekse diğer kapsamlı evde sağlık uygulamalarını yürüten evde bakım ekibinin bir parçası olarak evde bakım sürecinde kilit bir rol üstlenmelidir (14).

### **Aile Hekimliğinde Ev Ziyaretleri ve Evde Bakım**

Tababet uygulaması 1940’lı yıllara dek büyük ölçüde evlerde uygulanmıştır (14,15). İkinci Dünya Savaşı sonrası tıbbi teknolojinin hızla ilerlemesi nedeni ile sağlık hizmeti daha çok hastanelerde sunulur hale gelmiştir. 1940’lı yıllarda hasta ile karşılaşmaların yaklaşık % 40’ı hastanın evinde gerçekleşirken, 1950’lerde bu oran %10’a, 1980’lerde ise %1’e

dek düşmüştür (15). Bu nedenle de hekim adayları rol model olarak ev ziyareti yapan hekimleri gözlemlene şansına sahip olamamaktadır (16). Günümüzde palyatif bakım giderek bir uzmanlık alanı olarak görülmekte, aile hekimliği asistanları uzmanlık eğitimi sırasında alana yeterli ilgi göstermemektedir. Bununla paralel olarak da örneğin Kanada’da aile hekimliği asistanlarının neredeyse yarısı uzman olduktan sonra evde bakım hizmeti sunmayı düşünmemektedir (16). Oysa günümüzde yaşlı hasta sayısının artması ve bu hastaların hastane enfeksiyonlarına karşı hassas bir grup olması nedeni ile aile hekimlerinin hastalarını evlerinde ziyaret etmeleri için duyulan gereksinim büyüktür (14). Hastayı ev yerine muayenehane veya hastanede görmenin daha kaliteli bir sağlık bakımı sağladığına yönelik söylemleri destekleyen kanıt yoktur. Öte yandan sağlık alanındaki birçok gelişme evde bakım hizmetlerinin yerini artırmıştır. Evde bakım hizmetinin içeriğinin oldukça kapsamlı olmasının yanı sıra toplum ve sağlık sisteminin bu hizmete olan gereksinimi gelecek yıllarda daha da artacaktır (14). Bu artışın nedenlerinden biri de ekonomik baskıdır. Yatan hastanın maliyeti çok yüksektir. Bu nedenle akut hastalık nedeni ile hastanede yatış süreleri giderek kısalmaktadır. Cerrahi teknolojideki gelişmeler dolayısıyla da operasyon sonrası hastanede yatış süresi kısalmaktadır. Tıp teknolojisinde 1950-1990 arasındaki gelişmeler yoğun bakım süreçlerini geliştirmiştir ancak bu tarihten sonra tıp teknolojisindeki gelişmeler ağırlıklı olarak bu teknolojinin daha yaygın kullanımını sağlayacak yönde olmuştur. 1990’lı yıllardan günümüze değin geçen süre içinde ise; evde kan glikoz düzeyi, kan basıncı ölçümleri gibi pek çok kronik hastalığın takibi ve tedavisinin evde kişilerin kendisi tarafından yapılması sağlanabilmektedir (14). Ayrıca birçok araştırma sonucuna göre kişiler özellikle de terminal bir hastalık varlığında veya yaşları ileri ise, kendilerini daha özgür hissettikleri için evde bakımı tercih etmektedirler. Evde bakım süreci ayrıca iyileşme sürecini hızlandırmakta, uygunsuz hastaneye yatış; toplam yatış süresi ve hastane enfeksiyonlarının azalmasını sağlamaktadır (17). Evde bakım hizmetlerine olan talebin artmasına neden olan bir başka unsur da ciddi sakatlık ve yaralanmaların tedavilerinin sağlanabiliyor olması nedeni ile evde yaşayan her yaşta engellilerin sayısının artmasıdır. Bu nedenle evde hemşire bakımı, fizyoterapi, uğraş terapisi ve sosyal bakım hizmetlerine talep günümüzde çok artmıştır (14). Evde bakım hizmetlerine yönelik gereksinimin artışında önemli bir diğer unsur da Alzheimer Hastalığı sıklığının hızla artışı ve önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü birinci basamak sağlık hizmetlerinin yardımı olmaksızın AH’nin toplum üzerinde oluşturduğu yük ile başa çıkmanın mümkün olmayacağını bildirmektedir (18). Alzheimer hastalarının bakım yükü ağırlıklı olarak formal olmayan bakım vericiler tarafından üstlenilmektedir. Alzheimer hastalarının karşılanmamış gereksinimlerine yönelik yapılmış hem kalitatif hem de kantitatif

çalışmaların derlendiği bir çalışmada Alzheimer Hastalarını takip eden olgu yöneticisinin aile hekimleri ile yakın işbirliği içinde çalıştığı çalışmalarda karşılanmamış gereksinimlerin daha az olduğu ve hastaların bakım kalitesinin arttığı vurgulanmaktadır (19). Bu noktada kısaca vaka yöneticisi kavramına değinmek yararlı olacaktır. Uluslararası uygulamalarda evde bakım hizmetlerinde önemli bir kavram da “vaka yönetimi”dir. Vaka yönetimi kavramı ilk kez Kuzey Amerika’da İkinci Dünya Savaşı sonrası özellikle de hastaneden taburcu edilen psikiyatrik hastalar için gereken hizmetlerin topluma dayalı olarak sunulmasının sağlanabilmesi için organize edilmiştir. 1960’lı yıllarda ise sağlık hizmetinin parçalı ve koordine olamayan yapısının oluşturduğu sorunların üstesinden gelebilmek için kullanılmış ve daha sonra da evde bakım hizmetlerinin organizasyon ve sunumunda tercih edilen yöntem haline gelmiştir. Her ne kadar “olgu yönetimi” kavramı da üzerinde tam uzlaşılammış bir kavram olsa da hemen tüm tanımlarda olgu yöneticisi ile sağlık hizmetinin sürekliliğini sağlamak; hizmet kalitesinin artırmak ve sağlık harcamalarının azalmasını sağlamak amaçlanmaktadır. Olgu yöneticileri farklı disiplinlerden olabilir ancak en sık hemşirelerdir ve evde bakım hizmeti alan bir hastanın sağlık sistemi içindeki karşılaşmalarını bir kişinin yönetmesi amacını taşır (20).

Son 30 yılda başını hemşirelerin çektiği evde bakım hizmeti büyük bir gelişim göstermiştir ve özellikle gelişmiş ülkelerde en hızlı büyüyen sağlık sektörü olmuştur. Bu hizmetin sürdürülmesinde hekimlerden çok hemşireler görev almaktadır ancak belli görevleri hekim sürdürmelidir (15). Türkiye’de ise kamuda sunulan hizmetlerde süreci yöneten kişi evde sağlık hekimi olarak tanımlanmıştır (8). Evde Bakım sürecinde hekimin; eve bağımlı bireyin akut ve kronik tıbbi sorunlarının yönetimi, bireyin evde bakım gereksiniminin belirlenmesi, hastanın bakımının farklı ortamlarda (ev, hastane, bakımevi vb) kesintisiz sağlanabilmesi, bakım kalitesinin değerlendirilmesi, diğer hekimlerle konsültasyonların sağlanması, bakım planının onaylanması ve belli aralıklarla gözden geçirilmesi ve tıbbi kayıtların tutulması gibi bir dizi görevi vardır (15).

### **Aile Hekiminin Ev Ziyareti**

Türkiye’de aile hekimlerinin hasta sayıları diğer tüm ülkelere oranla daha yüksektir. Bu nedenle genellikle yoğun poliklinik hizmeti sunmaktadırlar ve olasılıkla ev ziyareti ne oldukça az zaman ayırabilmektedirler. Oysa yukarıda tartışıldığı gibi aile hekiminin disiplin özellikleri gereği çeşitli gerekçelerle ev ziyareti yapması gerekmektedir. Hastanın evde değerlendirilmesinin bazı olumlu tarafları vardır. Ev ziyareti ile ailenin değerlerini ve geçmişini tanımak mümkün olabilir. Ev ziyaretinin gerekli olduğu durumlar aşağıda sıralanmıştır (14,21):

- Yeni-doğan bebeğin takibi
- Bireylerin evde bakım hizmet gereksiniminin saptanması



- Eve bağımlı hastanın koruyucu hekimlik hizmetlerinin sunulması
- Eve bağımlı hastanın akut hastalıklarının yönetimi
- Eve bağımlı hastanın kronik hastalıklarının takibi
- Ev ortamının güvenlik açısından değerlendirilmesi
- Gerçek ortamda işlevsel değerlendirme yapma
- İstismar şüphesi
- Ölmekte olan hastanın ve hasta yakınlarının desteklenmesi
- İlaçların gözden geçirilmesi
- Bakım veren kişinin değerlendirilmesi

Hastaları evinde değerlendirmenin getirdiği eşsiz fırsatların yanı sıra güçlükleri de vardır. Bunlardan en önemlisi hastanın evinin hekimin alışkın olduğu ve kontrol edebileceği bir mekan olmamasıdır (17).

Ev ziyaretlerinde kuşkusuz hastaların özelliklerine göre hedefler değişmektedir. Özellikle yaşlı hastaların ev ziyaretinde asıl amaç yaşlının işlevsel kapasitesini olabildiğince korumaya yönelik önlemler almaktır. Kronik hastalıkların semptom kontrolü de ev ziyaretinin başlıca hedeflerinden biridir. Demans hastalarının ev güvenliğinin gözden geçirilmesi bir diğer önemli hedefdir. Görüldüğü üzere aile hekimlerinin çeşitli hedeflerle ve farklı tipte ev ziyareti yapmaları gerekmektedir. Ancak hangi amaçla ev ziyareti yapılırsa yapılsın bu sırada bir dizi başlıkta inceleme yapmak gerekmektedir.

Tablo 1’de Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen Evde Sağlık Birimi’nde kullanılan ev ziyareti hasta değerlendirme formunda bulunan başlıklar sıralanmıştır.

**Tablo 1.** Ev Ziyareti içeriği

Kontrol edilecek alanlar	Açıklamalar
Hastanın kimlik bilgileri ve sosyal özellikleri <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eğitim, gelir durumu</li> <li>• Birlikte yaşadığı kişiler</li> <li>• Ev değişikliği öyküsü*</li> </ul>	*Ülkemizde belli mevsimde tarım veya tatil amaçlı uzun süreli şehir değiştirme veya yaşlı bireyin bakımının çocuklarının arasında paylaşılması amacı ile özellikle de yaşlı bireyler ev değişikliği yapabilmektedir.
<b>Evin Değerlendirilmesi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Güvenlik*, acil servislere erişim</li> <li>• Bakıma uygunluk</li> </ul>	*Yangın alarmı, banyoda sıcaklık kontrolü, evde düşme önleyici önlemler vb. çeşitli alanları içeren kontrol listeleri ilgili kaynaklarda bulunabilir (21).
Bakım vericinin değerlendirilmesi	Evde bakım hizmetinde bakım verici aile bireyi sağlık ekibinin bir parçası olduğu için iş birliğine açıklığı, iletişim kapasitesini değerlendirmek gerekir. Ayrıca bakım verici ciddi bir yük altındadır. Bu bakımdan bakım vericiye yardım eden diğer bireylerin varlığı ve bakım vericinin sağlık durumunun değerlendirmek iyi olacaktır.
Hastanın var olan yakınması	
Hastanın/bakım vericinin beklentileri	Hastanın veya bakım vericinin evde sağlık hizmetini, veya ev ziyaretini talep nedeni İyiye giderse yaşam kalitesini artıracak sağlık durumları
<b>Özgeçmiş</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Var ise evde sağlık hizmetini gerektiren sağlık durumu/tanısı</li> <li>• Bilinen Hastalıkları</li> <li>• Kullandığı ilaçlar ve bitkisel vb. ürünler (22)</li> <li>• Psikososyal öykü</li> <li>• Tütün, alkol kullanımı</li> <li>• Hastaneye yatış, operasyon, kaza vb. öyküsü</li> </ul>	
<b>İşlevsel Değerlendirme/ Genel Sağlık Durumu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Günlük Yaşam aktiviteleri (GYA)*</li> <li>• Bilişsel durum**</li> <li>• Ruhsal Durum***</li> </ul> Genel Sağlık Durumu <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uyku</li> <li>• İdrar kontinansı (Sonda/bez kullanım gereksinimi)</li> <li>• Defekasyon sorunları</li> <li>• Bası yarası riski****</li> <li>• Düşme riski ve öyküsü*****</li> </ul>	*GYA değerlendirilmesi için Barthel veya Katzgibi ölçekler mevcuttur (23, 24). **Bilişsel durumun değerlendirilmesinde Mini Mental Durum Değerlendirilmesi, SixItem Skor kullanılabilir (24, 25). ***Ruhsal Durum değerlendirilmesinde gerekirse Geriatrik Depresyon Ölçeği kullanılabilir (24). ****Bası yarası riski değerlendirilmesinde en sık kullanılan ölçek Braden ölçeğidir (26). *****Düşme riski değerlendirmesi için İthaki Düşme Riski Ölçeği kullanılabilir (27)

<p>Beslenme*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sıvı alımı</li> <li>• Malnutrisyon riski/malnutrisyon</li> <li>• Obezite</li> <li>• Perkütan endoskopik gastrotomi</li> <li>• Yutma refleksi</li> </ul>	<p>*Beslenme değerlendirmesi için Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği kullanılabilir (24,28).</p>
<p>Fizik Muayene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VitalBugular</li> <li>• Cilt*</li> <li>• Baş –boyun**</li> <li>• Solunum Sistemi</li> <li>•Dolaşım Sistemi</li> <li>• Batın</li> <li>• Kas-İskelet***</li> <li>• Nörolojik Muayene****</li> </ul>	<p>*Cilt bası yarası, diğer kronik yaralar, malign lezyonlar, yaralanmalara ait bulgular açısından dikkatle incelenmelidir.  **Ağız muayenesinde dil ve dişlerin durumu incelenirken beslenmeye engel teşkil edebilecek durumlar akılda tutulmalıdır.  ***Eve bağımlı hastada kas-iskelet sistem muayenesi özellikle önem taşır. Hastanın mobilitesinin geliştirilebilmesi açısından mutlaka kas gücü bakılmalı, eklem muayenesi yapılmalıdır. ****Duyu muayenesi, ayağa kalkabilen hastalarda denge ve yürüme muayenesi yapılmalıdır</p>
<p>Sorunlar listesi ve Plan (Ziyaret sonunda sorunlar listelenmeli ve bir bakım planı oluşturulmalıdır)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmakolojik Tedavi</li> <li>• Danışmanlık ve eğitim</li> <li>• Diğer tedavi (Pansuman, destek ürünler vb)</li> <li>• Aşı ve kemoprofilaksi</li> <li>• Konsültasyon</li> <li>• Tıp dışı hizmetlerle koordinasyon</li> </ul>	
<p>Verilen eğitimler(ilaç kullanımı, hastaya pozisyon verme, ağız bakımı, beslenme eğitimi, Hijyen eğitimi vb) mutlaka kaydedilmelidir.</p>	

**Sonuç olarak;** evde bakım aile hekimliği uygulamasının bir parçasıdır (29). Türkiye’de aile hekimleri mutlaka hastalarını evde de görmeli ve uzun süreli evde bakım hizmeti gereksinimi olan hastaları için de kapsamlı evde bakım hizmeti sunan kamu veya özel evde bakım birimleri ile işbirliği içinde çalışmalıdırlar. Bu hizmet sunum sürecinde evde sağlık ekibinin bir parçası olmalı ve hizmeti sürekli izlemelidirler. Toplumda bu hizmetlere olan gereksinimin giderek artacağı göz önünde bulundurularak aile hekimlerinin hasta listelerinin azaltılması, bu hizmet için yer alacak tüm tarafların iş birliği ve koordinasyon içinde çalışmasını sağlayacak düzenlemelerin tarafların da görüşleri alınarak bir an önce yapılması hizmetlerin gelişmesini sağlayabilir.

### Kaynaklar

1. Thome B, Dykes AK, Hallberg IR. Home carewithregardto-definition, carerecipients, contentandoutcome: systematicliteraturereview. *Journal of ClinicalNursing* 2003; 12: 860–872.
2. Oğlak S. Evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Color Ofset Matbaacılık. İskenderun* 2008. S. 14.
3. Altuntaş M, Yılmaz TT, Güçlü YA, Öngel K. Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğit Hast-Derg* 2010; 20(3):153-8.
4. Özer Ö, Şantaş F. Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 3(2): 96-103.
5. Bahar Z, Ersin F. Evde bakım hizmetleri: Türkiye perspektifi. *Türkiye Klinikleri J PublicHealthNurs-Special Topics* 2016;2(3):1-7.
6. Sağlık Kabinlerinin Açılışı ve İşleyişi Hakkında Genelge ([www.saglik.gov.tr/TR,11081/saglik-kabinlerinin-acilisi-ve-isleyisi-hakkinda-genelge.html](http://www.saglik.gov.tr/TR,11081/saglik-kabinlerinin-acilisi-ve-isleyisi-hakkinda-genelge.html)) adresinden 24.10.2017 tarihinde erişilmiştir.
7. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik10.03.2005 ResmiGazeteSayısı: 25751. ([www.saglik.gov.tr/TR,10474/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik](http://www.saglik.gov.tr/TR,10474/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik).) adresinden 23.10.2017 tarihinde erişilmiştir.
8. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. ([www.saglik.gov.tr/TR,11271/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge](http://www.saglik.gov.tr/TR,11271/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge).) adresinden 23.10.2017 tarihinde erişilmiştir.
9. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28539. ([www.saglik.gov.tr/TR,10516/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği](http://www.saglik.gov.tr/TR,10516/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği).) adresinden 25.10.2017 tarihinde erişilmiştir.
10. SağlıkBakanlığıveBağlıKuruluşlararafundanevdesağlık hizmetlerinininsunulmasınadairyonnetmelik. 27.02.2015 tarih, 29280 sayılıresmigazete. ([hwww.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm)) adresinden 25.10.2017 tarihinde erişilmiştir.
11. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı WONCA Avrupa 2005 Basımı Türkçe Çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 4. Nisan 2011.
12. Başak O. Sürekli Bakım: Aile hekimliği uygulamasında ne yapıyoruz, neler yapmalıyız? *Türk Aile HekDerg* 2003;7(3): 122-130.
13. Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essentiakl element of modern general practice? *FamilyPrac-tice* 2003;20:623-27.

14. McWhinney IR, Freeman T. Aile Hekimliği Çeviri Ed. Güldal D. Medikal Akademi 2012, İstanbul. S. 363.
15. Sloane PD, Slatt LM, Curtis P, Ebell MH. Essentials of Family Medicine. Williams and Wilkins Baltimore USA, 1993. S.44.
16. Ladouceur R. Editorial: Where is family medicine heading? Canadian Family Physician 2015;61: 10: 1029.
17. Çiğçili SS. Evde bakımda önemli bir ilgi grubu olarak yaşlılar. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics 2016;2(3)
18. World Health Organization, Alzheimer's Disease International. Dementia: A Public Health Priority. Geneva, Switzerland. World Health Organization. 2012.
19. Khassanov V, Vedel I. Family Physician-case manager collaboration and needs of patients with dementia and their care-givers: a systematic mixed studies review. Annals of Family Medicine 2016; 14(2): 166-177.
20. Lee DTF, Mackenzie AE, Dudley-Brown S, Chin TM. Case management: a review of the definitions and practices. Journal of Advanced Nursing 1998;27:933-939.
21. Unwin BK, Tatum PE. House Calls. Am Fam Physician. 2011;83(8): 925-935.
22. Apaydın Kaya Ç. Birinci basamakta yaşlılarda ilaç kullanım ilkeleri. Aile Hekimleri için Yaşlı Sağlığı'na Bütüncül Yaklaşım'da. Ed. Çiğçili S. Deomed, İstanbul 2011. s. 115.
23. Çiğçili S, Cöbek Ünal P. Yaşlılarda Fonksiyonel Kayıplara Yaklaşım. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2004; 8(4): 166-73.
24. Uzuner A. Yaşlı Bireyin Değerlendirilmesinde kullanılacak ölçekler. Aile Hekimleri için Yaşlı Sağlığı'na Bütüncül Yaklaşım'da. Ed. Çiğçili S. Deomed, İstanbul 2011. S. 126.
25. Carpenter CR, DesPain B, Keeling TN, Shah M, Rothnberger M. The six-item screener and AD8 for the detection of cognitive impairment in geriatric emergency department patients. Ann Emerg Med 2011; 57(6): 653-661.
26. Kasım AB, Cöbek Ünal P. Palyatif bakımda bası yaraları. Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics 2017; 8(4): 256-62.
- 27) İthaki Düşme Riski Ölçeği ([www.dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4202,itakisonolcekpdf.pdf](http://www.dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4202,itakisonolcekpdf.pdf)) adresinden 2.11.2017 tarihinde erişilmiştir.
- 28) Arslan Özkul S, Ünal PC. Yaşlı evde bakım hastasının beslenme durumu. Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics 2015; 6(6):28-34.
29. The Role of Family Physician in home care a discussion paper. ([www.cfpc.ca/projectassets/templates/resource.aspx?id=1515&langType=4105](http://www.cfpc.ca/projectassets/templates/resource.aspx?id=1515&langType=4105)) adresinden 1.11.2017 tarihinde erişilmiştir.