



Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetleri

Home care services for elder people

Tuğba Solmaz¹, Birsen Altay²

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi,
Erbaa Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksekokulu, Tokat
²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Fakültesi, Samsun

Anahtar Kelimeler:

Yaşlı, evde bakım, sağlık hizmeti

Key Words:

Elderly, home care, health service

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Tuğba Solmaz,
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi,
Erbaa Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksekokulu, Tokat
tugbasolmaz.gou@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
22.03.2019

Kabul Tarihi/Accepted Date:
22.04.2019

Yayımlanma Tarihi/Published
Online:
30.06.2019

ÖZET

Giriş ve Amaç: Yaşlanma geri dönüşlü olmayan, tüm sistemleri etkileyen ve kaçınılmaz fizyolojik bir süreçtir. Yaşlıların dünya üzerinde genel nüfus içindeki oranı hızla artış göstermektedir. Bireylerin bakım ihtiyaçlarının ev ortamında karşılanması olarak tanımlanan evde bakım hizmeti, bakıma muhtaç kişilerin yakınları ve profesyonel bakım elemanları tarafından verilmektedir. Bu derlemenin amacı, Türkiye’de yakın zamanda uygulanmaya başlayan evde bakım hizmetlerinin detaylarını açıklamaktır. **Gereç ve Yöntem:** Derleme niteliğindeki bu makale hazırlanırken, evde bakım alanındaki kitaplar ve bazı veri tabanları farklı anahtar kelimeler (yaşlılık, evde bakım hizmetleri, akreditasyon, standartlar, sağlık hizmeti kalitesi vb.) kullanılarak taranmıştır. Makalede, ağırlıklı olarak son 10 yıla ait literatür bilgileri kullanılmıştır. **Bulgular:** Son yıllarda artan yaşlı nüfusa odaklı birinci basamak sağlık hizmet sunumunda ve evde bakım hizmetlerinde önemli gelişmeler olmuştur. 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 kıt olduğu gelişmekte olan ülkeler için önemli bir seçenektir. **Sonuç:** Yaşlı bireylerin sahip oldukları kronik hastalıkların ve bozuklukların sürekli tedaviye ihtiyaç göstermesi evde bakım hizmeti konusunun daha fazla gündemde olmasına neden olmaktadır. Evde bakım hizmetleri sadece altta yatan sorunları belirleyerek değil, aynı zamanda yaşlılarla ilgili konularda eğitim yoluyla çözümler sunarak ve bakım veren kişilerin farkındalığını artırarak daha etkili hale getirilebilir.

ABSTRACT

Introduction and Objective: Aging is a non-recycling, inevitable and physiologic process, which affects all systems. The general population of elderly people in the world has been growing rapidly. Home care is a care model where needs of a person are satisfied by relatives or care professionals in his/her home. The purpose of this compilation is to explain the details of the home care services that has been implemented in Turkey in the recent years. **Materials and Methods:** While preparing this review article, books and some databases in the field of home care were scanned using different keywords (aging, home care services, accreditation, standards, quality of healthcare etc.). The literature information of the last 10 years was mainly used in the article. **Findings:** In recent years, there has been considerable development in primary health care delivery and home care services focused on the growing elderly population. 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. **Conclusion:** Since the elderly need continuous care and treatment due to their chronic diseases and disorders, various issues related to elderly home care never drop off the agenda. Home care services can be made more effective not only by determining the underlying problems, but also by providing solutions and raising caregiver awareness via education focusing on elderly.

YAŞLANMA SÜRECİ

Dünya genelinde ve ülkemizde yaşlı nüfus oranı giderek artış göstermektedir. Tıp alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, hastalıkların önlenmesi, erken dönemde teşhis ve tedavinin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimi, doğurganlık hızı ve bebek ölümlerinin azalması gibi faktörler yaşlı nüfus artışının önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık dönemini “65 yaş ve üzeri” olarak kabul etmektedir (1, 2). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre dünya nüfusunun 2016 yılında % 8.7’sini yaşlı nüfus (65 yaş

ve üzeri) oluşturmaktadır. Türkiye’de ise bu oranın 2017 yılında % 8.5 olduğu görülmektedir (3). Yaşlanma, her canlı için intrauterin hayatta başlayıp ölüme kadar devam eden kaçınılmaz ve geri dönüşmez bir süreçtir (4). Yaşlılıkla ilgili tanımlar çeşitlilik göstermektedir. Simone de Beauvoir (1970) yaşlılığı, “ilerleyen yaşla birlikte bireyin yeti yitiminin getirdiği çaresizlik duygusu ve ölümün belirsizliği ile yüz yüze gelmesidir” şeklinde tanımlamıştır. Bir başka tanıma göre yaşlılık; morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerlediği, çeşitli hastalıkların birleştiği, fizik ve ruhsal yeteneklerin gerilediği bir yetmezlik olayı olarak değerlendirilmektedir (5).

Normal yaşlanma, “hastalık söz konusu olmaksızın zamanın geçişine bağlı olarak anatomik yapıda ve fizyolojik işlevlerde değişikliklerin yaşanması” olarak tanımlanmaktadır. Bir diğer tanımda biyolojik yaşlılıktan söz edilerek, biyolojik yaşlılığın yumurtanın döllenmesi ile başlayan, tüm yaşam boyu devam eden bir olgu olduğu ifade edilmektedir. *Sosyal yaşlılık*, kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdaki topluma değişen zaman akışı içinde edinilen sosyal özellik, sosyal konumların ve sosyal yönlerin değişmesi olarak tanımlanmaktadır. *Psikolojik yaşlılık*, bireyin davranışsal yeteneğindeki değişiklikler, ekonomik yaşlılık ise; parasal koşullardaki değişikliklerin etkisi ile yaşlı kişinin yaşam tarzının değişmesi olarak tanımlanmaktadır. Bir diğer tanım da *kronolojik yaşlılıktan* söz edilerek; geçen zamana göre, birer yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımıdır (6). Yaşlanmayı konu edinen gerontoloji biliminde yaşlanma; “Kronolojik yaşın ilerlemesiyle, çevresel koşullar altında yaşayan organizmada ya da yetişkin insanda meydana gelen düzenli değişiklikler” olarak tanımlanır (7).

Her yaşının bir biyolojik geçmişi, iş deneyimleri ve duygusal bir yaşamı vardır. Ayrıca, yaşlılık bir toplumdaki diğerine ve çağdan çağa göre de farklılık gösterir. Bu nedenle yaşlılık göreceli bir kavramdır. Yaşlanma, bireysel olmakla birlikte, toplumsal değerler ve diğer etkenler toplumda yaşlılığa verilen değeri belirlemektedir. Bu nedenle yaşlılık sadece biyolojik bir olay olmayıp, aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olaydır (8).

EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Yaşlılar evde bakıma en fazla gereksinim duyan yaş grubunu oluşturmaktadır. ABD’nde sağlık hizmetlerinin verilmesinde evde bakımın en hızlı genişleyen sektör olduğu, bu hizmeti alanların % 75’inin 65 ve üzeri yaş grubundaki bireyler olduğu belirtilmektedir. ABD’nde yaşlı bakımına yönelik hizmetlerin geliştirilmesiyle, 1999-2002 yılları arasında hastaneye kabul edilen her 1000 hastada % 22’lik, hastanede yatış süresinde %20’lik bir azalma olduğu belirlenmiştir. Kanada’da evde bakıma ayrılan harcamaların, total sağlık harcamalarının %5’ini oluşturduğu bildirilmektedir (9). Evde bakım hizmetleri genel olarak, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Sözü edilen bu hizmetler, hem sağlık hem de sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede bireyin gereksinimi doğrultusunda yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını da

amaçlamaktadır. Bu anlamda evde bakım hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir (10).

Oğlak’ın aktardığına göre evde bakım hizmetleri, özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılmaktadır. Birincisi; evde bakım, yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır. İkincisi; evde bakım, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamı çoğu kez birbirinden oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası nekahat dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak 30 gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamakla birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve altı aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumundaki verilen hizmetleri içermektedir. Üçüncüsü ise; farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım (formal care) ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (informal care) (11).

Evde bakım hizmetleri; birey ve ailesinin fiziksel, sosyal, duygusal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile birlikte değerlendirilerek, bir plan dahilinde ekip çalışmasını içermelidir. Aynı zamanda aile üyelerinin ve bakım sunulan bireyin plana katılması da planın etkinliğini arttırmaktadır. Bu hizmet modelinin gelişmesine zemin hazırlayan nedenler; yaşlı nüfusun giderek artması, sağlık sorunlarındaki değişiklikler, kronik hastalıklar, teknolojik gelişmeler, hasta tercihi, maliyetin düşük olması, çekirdek aile yapısının yaygınlaşması, bakım sorunlarının artması olarak sayılabilir.

Bu hizmet modelinin temelinde; yaşlının kendine değer verme duygusu çerçevesinde bir insan olarak gereksinim duyduğu noktalarda ona destek sağlayarak, en iyi şekilde yaşlıya ya da ailesine destek vermek, işlevselliğini artırmak, bağımsız yaşamasına yardımcı olmak ve tam iyilik halini sağlamaya çalışmak, sağlıklı ilişkili harcamaları azaltmak, sağ kalımı artırmak, fonksiyonel kapasiteyi artırarak morbiditeyi azaltmak, yaşam kalitesini artırmak, kendine bakımı iyileştirmek ve bağımlılığı azaltmak, terminal dönem hastalarında fiziksel ve psikolojik rahatlığın sağlanması vardır (12).

Evde sağlık hizmetinde amaç, günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek en doğru tedaviye ulaşmak yolu ile hastalığın etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir (13). *Yaşlının evde bakımında amaç*; yaşlının sağlık ve sosyal hizmet gereksiniminin belirlenip para ödenerek alınacak

hizmetlerin ve ödeme yapılmaksızın alınacak aile ve arkadaş yardımlarının koordine edilerek yaşlı bireyin mümkün olduğunca bağımsız yaşamasını sağlamak olarak tanımlanmaktadır. Yaşlının evde bakımında hedefler; yaşlının sağlığının, fonksiyonunun ve rahatının en üst düzeyde sürdürülmesini ve bozulduğu durumlarda gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır. Bu hedeflere ulaşmada temel ilke; sağlık sistemi içinde yer alan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetlerin ve sosyal destek hizmetlerinin entegre edilmesidir. Yaşlılıkta evde bakımın; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal katılım, kişilerarası ilişkiler, kendi potansiyelini gerçekleştirme ve entelektüel gelişim süreçleri üzerinde olumlu etkileri söz konusudur. Amaç, yaşlıya sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması ve sürdürülmesidir (Tablo 1) (9).

Evde sağlık hizmetlerinin en önemli iki katkısından biri sağlık harcamalarında düşüş sağlanması diğeri ise bireyin kendi evinde sağlık hizmetine erişimi ve bakımının sağlanmasıdır. Bunlara ek olarak, kişiye özel bakım, iyileşme sürecinin hızlanması, kesintisiz kaliteli ve standart hizmet, hasta ve yakınlarının bakım konusunda eğitimi, zamandan tasarruf, yaşam kalitesini artırma, terminal dönem hastaların palyatif bakım alabilmelerine olanak sağlar Dünya genelinde politika yapıcı kurumlar, sağlık hizmeti sunucuları, finansal yöneticiler ve araştırmacılar tarafından evde bakım hizmetlerinin maliyeti ve kalitesi konusunda hastanelere alternatif olup olmadığı araştırılmakta ve herkes tarafından ulaşılabilir evde bakım ve sağlık hizmetlerinin finansmanının kamu kaynaklı olması sosyal devlet anlayışının bir gereği olduğu düşünülmektedir (10, 14).

EVDE BAKIMDA KALİTE VE STANDARTLAR

Kalite; müşteri isteklerini önceden tahmin ederek, beklentilerinin ötesine geçmek ve müşteriye memnun etmek olarak tanımlanabilir. Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO)'nün tanımına göre kalite; bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır. Kalite yönetimi; organizasyonda liderlik, yönetim, insan, sistem ve ürün kalitesinin bir arada sürekli olarak geliştirilmesini, kalite geliştirme, kalite planlama ve kalite kontrol çalışmalarının yapılmasını ve aynı zamanda kalite güvence sistem standartlarının oluşturulmasını amaçlayan yönetim anlayışı olarak tanımlanmaktadır.

Amerikan Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesinin tanımına göre; sağlık bakımında kalite: "Günün bilgileri ışığında verilen bakımın, hastalardan istenen sonuçlarının alınmasını artırma ve olası istenmeyen

sonuçları azaltma derecesidir. Hedef, toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı durumunu sürdürmelerini, hastalanmaları durumunda ise en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak eski sağlıklarına kavuşmalarını sağlamaktır. Kalite konusundaki reform çalışmaları;

- (1) Kalite standartlarının tanımlanması,
- (2) Standartlara uygun kaliteli hizmetin sunulması,
- (3) Her yerde en yüksek kalitede sağlık hizmetinin izlenmesi olarak üç başlık altında toplanabilir.

İyi kalitede bir hizmette;

- Ulaşılabilir optimal süreç ve hizmet kalitesi,
- Kaynakların verimli kullanılması,
- Hizmetten kaynaklanabilecek problemlerin en aza indirilmesi,
- Müşteri ve personel memnuniyetinin sağlanmasını içeren dört temel öge vardır (9).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, hizmete ulaşılabilirlik, teknik yeterlilik, eşitlik, etkinlik, verimlilik, süreklilik, güvenilirlik, kişiler arası ilişkiler ve kolaylıklar gibi farklı etkenlere dayanmaktadır. Kaliteyi artırmak için, tüm bu etkenlerin dikkate alınması gerekmektedir (15).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanmasına yönelik tek bir teknik veya yaklaşım bulunmamaktadır. Her sağlık kurumu, kendi içerisinde yapacağı değerlendirmelerin ışığında, kurumun yapısına, çalışanlarının ve diğer kaynaklarının özelliklerine, yönetim biçimine ve içinde bulunduğu çevreye göre kendisine en uygun olan yöntemleri seçip uygulamalıdır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanmasına ilişkin girişimler, günü birlik, geçici, belli bir dönemi içine alan veya ek bir iş gibi görülmemeli, diğer yönetsel işlevlerin temel bir parçası olarak ele alınmalıdır (16).

Kalite Standartları

Kalite yaklaşımında, bakıma ihtiyacı olan kişilerin beklentilerine en ideal bir biçimde yanıt verebilecek nitelikte bakım standartlarına gereksinim duyulmaktadır. Bakım kalitesi; bakım hizmetlerinin mevcut seviyesini ve yapısını, bir başka ifadeyle bakım hizmetlerinin nasıl sunulduğunu gösterirken, bakım standartları; olması gerekeni, yani optimal bakım hizmetinin temel esaslarını yansıtmaktadır.

Hastanın gereksinimlerinin karşılanması, bilimsel ve teknik olanakların kullanılması bakımında kalite güvenliği programlarının temel ilkesidir.

Kalite güvenliği programının beş ana tamamlayıcısı olduğu belirtilmektedir:

1. Standartları saptamak
2. Bu standartları mevcut uygulama ile karşılaştırmak
3. Bulguları yorumlayıp analiz etmek
4. Uygulamayı iyileştirecek eylemi seçmek ve yürütmek,
5. Eylemin etkililiğini değerlendirmek (9).

Donabedian tarafından 1960'lı yıllarda geliştirilen üç boyutlu bakım standartlarına göre, bakım hizmetleri; yapısal, süreç ve sonuç standartlarına göre sınıflandırılmaktadır;

Yapısal Standartlar: Bakımın hangi teknik, örgütsel, personel, mekansal, hukuki şartlar çerçevesinde yapıldığını gösteren bir kavramdır.

Süreç Standartları: Bakım hizmetleri ile ilgili yapılan çalışmaların ve faaliyetlerin tümü süreç standartları çerçevesinde belirlenmiştir. Bakım hizmetleri alanında adım adım takip edilmesi gereken prosedürler, müdahaleler ve genel anlamda bütün faaliyetlerin bakım modellerinde (planlarında) önerilen ölçülere göre yürütülmesi gerekmektedir.

Sonuç Standartları: Sonuç standartları, bakım faaliyetlerinden elde edilen sonuçların konulan hedeflere ne derecede ulaşıldığını gösteren bir ölçü olması nedeni ile bakım kalitesinin seviyesini ve dolayısıyla bakıma muhtaç kişinin memnuniyet derecesini yansıtabilmektedir (17).

Evde Bakımda Kalite

Son yıllarda, sağlık bakımının sunulmasında, evde bakım sağlayıcılarının iki büyük etkisi görülmektedir. Bunlardan ilki; bakım yönetiminin gündeme gelmesi ve topluma dayalı hizmetlerde yatağa bağımlı hasta bakımında meydana gelen değişim ile evde bakım hizmetlerini sunan kurumlarda büyüme meydana gelmesi, ikinci etki olarak ise; toplam kalite yönetimi ve sürekli kalite iyileştirme ilke ve uygulamalarının organizasyon, yönetim ve evde sağlık bakımı uygulamalarına entegre edilmesidir.

Kalite yönetimi felsefesinin temel ilkeleri beş temel alanda incelenebilir. Bunlar;

1. Bireysel performans yerine sistemler ve süreçler
2. Katılım, işbirliği ve güçlendirme
3. İç ve dış müşteriler
4. Veri toplama ve ölçüm sonuçları
5. Standartlar, rehberler ve bakım sonuçlarıdır (9).

Evde sağlık hizmetleri bakıma muhtaç bireylerin ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için çok geniş ve

çeşitli bir hizmet yelpazesine sahiptir. Hasta bireyin ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile incelenmesini gerektirdiği için multidisipliner bir ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Hasta bireyin sağlık durumu ve bakım ihtiyaçlarına göre hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog, fizyoterapist, konuşma terapisti, uğraşı terapisti, ev ekonomisti, eczacı gibi farklı meslek grupları bu bakım sürecinde yer alabilmektedir (18). Günümüzde evde bakım hizmetleri, evde bakım sertifikalı; profesyoneller ve Medicare gibi geri ödemeleri olan kurumlar tarafından sağlanırken; bunların dışında profesyonel ve sertifikası olmayan birçok kurum tarafından da sağlanmaktadır.

Kaliteli bakımın sunulmasında doğrudan ilişkili bir diğer etken ise; yetkili personellerin istihdamıdır. Evde bakıma olan talebin artması, hemşire sayısındaki kısıtlılıklar, düşük ücretler, gelişen teknolojinin artan kullanımı, evde sağlanan resmi hizmetleri giderek güçlendirmektedir. Evde bakım kurumları için mevcut personellerin gereksinimleri o ülkelerin yasalarına temellendirilmektedir. Bu gereksinimlerin ötesinde, kurumlar, personel istihdamı için akreditasyon standartları karşılayacak nitelikteki bireyleri tercih etmektedir. İki büyük akreditasyon programı olan Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) ve Community Health Accreditation Program (CHAP) of the National League for Nursing (NLN) personel seçiminde gerekli kriterleri belirlemiş ve çalışanların eğitim düzeyine de gereken yeri vermiştir (9, 19). Türkiye’de evde bakımda kalite kavramı çok iyi tanımlanmamıştır. Evde bakım ve toplum temelli hizmetler, bu hizmetlerin sunulması ve sonuçlarında hemşirelik uygulamalarına temellenen daha fazla araştırmaya gerek duyulmaktadır. Evde bakımda kalite sürecinin ölçümü, dikkatli bir şekilde tanımlanmamış ve izlenmemiştir. Bununla birlikte, günümüzde araştırmacılar tarafından yapılan kalite çalışmalarında görülen büyük boşluk bakım sonuçlarını da etkilemektedir (9).

EVDE BAKIMDA AKREDİTASYON VE STANDARTLAR

Evde bakım organizasyonlarının akredite olması ile kurumlarda gerçekleştirilen çalışmaların ve bu çalışmalar sonucunda düzenlenen uygunluk düzeyini belirleme belgelerinin (deney ve muayene raporları, kalibrasyon sertifikaları, yönetim sistemi belgeleri, ürün belgeleri, personel belgeleri vb) güvenilirliğini ve geçerliliğini desteklemek amacıyla oluşturulmuş bir kalite altyapısı sağlanmış olur. Uygunluk değerlendirme kuruluşlarının akreditasyonu, ilgili uygunluk değerlendirme kuruluşları için yeterlilik

kriterlerini belirleyen uluslararası standartlar, ilgili sektöre özel gereklilikler ve bölgesel veya uluslararası akreditasyon kuruluşları tarafından belirlenmiş rehber dokümanlarda belirlenmiş, dünya genelinde kabul görmekte olan, gereklilikler esas alınarak gerçekleştirilmektedir (9).

Akreditasyonun Temel Amaçları

Günümüzde sağlık bakım hizmetlerinde en heyecan veren alanlardan birisi hasta bakım ve hizmet kalitesinin değerlendirildiği akreditasyon sistemidir. Akreditasyon sisteminin kaynağı sağlık çalışanlarının sürekli gelişme arzuları, kaliteli sağlık hizmet sunumu ve toplum sağlığının iyileştirilmesi faktörleridir ve temel amaçları da şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına yönelik standartları karşılamada optimal başarı hedefleri koyarak sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek,
- Seçilmiş yapı, süreç ve sonuç standartlarını veya kriterlerini karşılayabilmek için sağlık hizmetleri kuruluşlarının karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak,
- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkililiği üzerine odaklanarak sağlık hizmetleri maliyetlerini düzenlemek,
- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına; sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve en iyi uygulamalar konusunda eğitim ve danışmanlık sağlamak,
- Halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini sağlamak,
- Hastalar ve personelle ilgili olarak yaralanma ve enfeksiyonlara bağlı riskleri azaltmaktır (20).

Sağlık hizmetlerinde kalite ve standart çalışmalarını batı dünyasında en erken başlatan ülke Amerika Birleşik Devletleri'dir. Bu programın geliştirilmesinde, bölgesel ve genel yönetimlerce oluşturulan eksper gruplarının saptadığı hizmetlerle ilgili standartlar, dış denetleyici kuruluşların onayından geçirilir. Akredite etme yetkisine sahip bu kuruluşlara örnek olarak Amerika "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)" Kanada ve Avustralya hastane akreditasyon kuruluşları gösterilebilir. Bu kuruluşların rolü, hastanelerin olanak ve performansını belirleyen açık standartları ve kriterleri saptamaktır. Önceleri yapısal standartlar ile yürütülen sistem daha sonra süreç ve sonuç değerlendirmelerini de kapsayarak, kaliteyi oluşturan kavramlara bütüncül bir yaklaşım kazanmıştır.

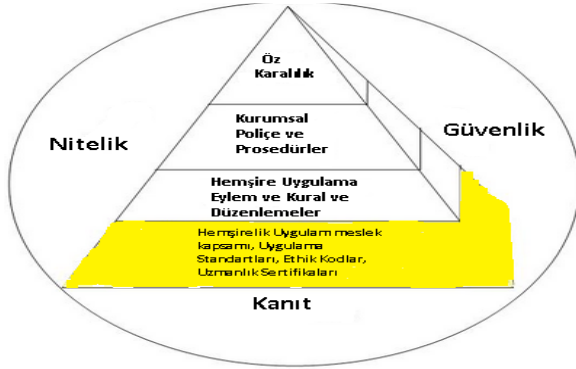
Yerel ihtiyaçlar çeşitlidir ve farklı kültürler benzersiz zorluklar ortaya koyar, bununla birlikte Joint Commission International (JCI) global toplulukta hasta güvenliği ve kalite geliştirme konusunda tek başına sürekli bir yol göstericidir. 1994 yılında Joint Commission tarafından oluşturulan JCI bugün 90'ın üzerinde ülkede varlığını sürdürmektedir. JCI (Joint Commission International), evde bakım hizmeti sunan kuruluşlar için "hasta gereksinimlerini karşılamaya uygun sayıda ve yeterlilikte personel çalıştırma, personelin oryantasyonunu, sürekli eğitimini gerçekleştirme, personelin gelişimini ve yeterliliğini değerlendirme" şeklinde genel standartlar/akreditasyon kriterleri koymuştur. Bununla birlikte, evde bakım hizmeti sunacak personel için eğitim çeşitleri, her ülkenin gereksinimleri ve koşulları dahilinde şekillendirilmekte, ancak çoğunluğu birbiriyle benzerlik göstermektedir (21)

Evde bakım ve uzun süreli bakımda en yeni akreditasyon programları, JCI akreditasyon programlarıdır, ancak bu akreditasyon programlarının standartları ilk olarak 2003 yılında yayımlanan JCI'nin bakım sürekliliği akreditasyon programı standartlarından alınmıştır. Bu standartlar kronik hastalığı, rehabilitasyon gereksinimi olan ve yaşamının sonunda olan bireylerin bakımıyla ilgilenmek üzere tasarlanmıştır. Bakım sürekliliği standartları, bireyin evde bakımından uzun süreli bakım kurumlarına ve destekli yaşam ortamlarına kadar farklı birçok alanlarda bakım sunma konusu çerçevesinde düzenlenmiştir. Her ortamda kullanılan süreçler bir şekilde benzer olsa da, bu ortamların her birinde sunulan görevler ve hizmetler farklıdır. Bu nedenle, uzun süreli bakım ve evde bakımdan başlayarak her ortam için farklı standartlar geliştirmeye karar verilmiştir.

Hemşirelik uygulamaları bireyseldir, bakım merkezlidir. Hemşireler işbirliği ile bakımı koordine eder, sağlık bakım alıcıları için bireysel bakımı sağlamak ve planlamak amacıyla hemşirelik sürecini kullanır. Hemşire, bakımın tanınması, planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde diğer ekip üyeleri ve bakım alıcıları ile işbirliği yaparak, kanıta dayalı, teorik bilgiyi uygulama alanında kullanır. Kaliteli sağlık bakımı ve optimal sonuçlarını sağlamak için profesyonel iş çevresi ve hemşire becerileri arasında güçlü bir bağlantı vardır. Bu nedenle; profesyonel hemşireler kaliteli sağlık bakımının sağlanmasında sağlık bakım uygulama çevresini geliştirmek ve sürekliliğini sağlamak için etik yükümlülüklerle sahiptir.

Profesyonel Hemşirelik Uygulamalarını Düzenleme Modeli; 2006 yılında ANA tarafından tanımlanmış ve özel, ileri hemşirelik uygulamaları tartışmalarına açıklık getirmiştir (Şekil 1). Modelin alt seviyesinde;

profesyonel ve özel hemşirelik organizasyonlarını hemşirelik uygulamalarında üyelerine ve topluma hemşirelik uygulama standartlarını tanımlama ve uygulamalara bir bakış açısı geliştirmiştir. Piramidin diğer seviyesinde; hemşirelik uygulamalarındaki eylemler, kurallar, düzenlemeler ve yetkileri tanımlamıştır. Üçüncü seviyede; kurumsal politikalar ve işlemler, sertifikalı ve ileri uygulama hemşireleri için hemşirelik uygulamalarının düzenlenmesine yol gösterir. En üst seviyede bulunan hemşirelerin öz-tanımlaması, profesyonel hemşirelik uygulamalarının düzenlenmesine ilişkin diğer seviyelerdeki tüm girdileri dikkate alınmasından sonra yer alır. Çıktılar; güvenli, kaliteli ve kanıta dayalı uygulamaları yansıtır (9, 22, 23).



Şekil 1. Profesyonel Hemşirelik Uygulamaları Düzenleme Modeli (22).

Uluslararası Akreditasyon Ortak Komisyonu Evde Bakım Standartları

Uluslararası hasta güvenliği hedefleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir;

1. Hastaları doğru tanımak,
2. Etkili iletişimi geliştirmek,
3. Tehlikeli ilaçlar için güvenliği arttırmak,
4. Evde bakım için uygun olmayan durumları belirlemek,
5. Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyon riskini azaltmak,
6. Hasta zararı ile sonuçlanan düşme riskini azaltmaktır (9).

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Tüm alternatif hizmetler gibi evde sağlık hizmetleri uygulamasında da bazı sorunlarla karşılaşmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinin yeni bir alan olması yeni riskler ve denetim sorununu beraberinde

getirmektedir. Evde sağlık hizmetleri, detaylı bir eğitim programı ve ciddi bir kontrol mekanizması gerektiren zor organizasyonlardır (24).

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

Ayrıca sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunmaması, evde sağlık hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonel bir kişinin olmaması evde bakımın hastane bakımı karşısında bir dezavantajdır (25, 26, 27).

Yaşlanmakta olan nüfusumuz düşünüldüğünde evde sağlık hizmetlerinin gelecekte çok daha önemli bir yere sahip olacağı düşünülmektedir. Evde sağlık hizmetleri ile ilgili projelerin geliştirilerek, gerekirse diğer kurumlarla entegre bir şekilde çalışılması ve bu sistemin daha iyi bir noktaya ulaşması sağlanmalıdır. Evde sağlık hizmet hizmetleri uygulaması, hastanelerdeki yığılmaları önleyerek, hasta yatış süresini kısaltacak ve tedavi masraflarını düşürerek ülke ekonomisine katkıda bulunacaktır.

Evde sağlık hizmetlerinin mesai saati dışında verilmemesi, hasta ve yakınlarının mağdur olmasına sebep olmaktadır. Hastanın mesai dışında yapılması gereken tedavileri aksamaktadır ve bundan dolayı verilen hizmet eksik kalmakta, amacına tam olarak ulaşmamaktadır. Ancak sistemin yeni olması, personel, araç ve diğer eksiklikler göz önüne alındığında evde sağlık hizmetinin mesai saatleri içerisinde verilmesini, sistemin işleyişi açısından şuanda doğru bir uygulama olarak görebiliriz. Gelecekte aksaklıkların ve eksikliklerin giderilerek bu hizmetin mesai dışında da verilmesi, hasta ve yakınlarının mağduriyetinin giderilmesi açısından önem taşımaktadır. Evde sağlık hizmetleri uygulamasında personel ve hasta güvenliği ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Maalesef son dönemlerde medya aracılığı ile hepimizin de bildiği gibi ailelerin güvenliğini tehdit eden yasa dışı olaylar meydana gelmektedir. Evde sağlık hizmetlerinin, bu açıdan bazı kişiler için fırsat kapısı olacağı düşünülmektedir. Personel güvenliğini ele alırsak, eve gidildiğinde neyle karşılaşılacağı bilinmemektedir. Evde sağlık hizmetleri uygulamasının yeni olmasına rağmen bazı ciddi olmayan olayların yaşandığı bilinmektedir. Ciddi olaylar yaşanmadan ve birileri zarar görmeden bu konuda önlemler alınması gerekmektedir (28).

EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN VERİMLİ OLMASI İÇİN YAPILMASI GEREKENLER

Türkiye toplumunda ortalama yaşam süresi yükselmiş ve yaşlı nüfus artmıştır. Bir toplumda yaşlı nüfus ne kadar artarsa, kronik ve yataklık hastaların oranı o denli artar. Hastaneler; uzun yatışlı, kronik tabiatlı yaşlı dönem hastalarını kabul etmede daima isteksizdirler. Hastalar da, zaten hastane ortamında uzun süre yatma arzusunda değillerdir. Elbette ki yatış olayı; yani hastanenin teşhis ve ileri tetkik imkanları dışındaki bakım ve tedavi hizmetleri, hastanın kendi evinde, kendi güvenli ortamında verilebilir. Aynı profesyonel ekip olarak evde bakım konusunda gelişmeler ve aile hekimliği hekim, hemşire ve diğer yardımcı sağlık elemanları hizmetlerini ev ortamında sunabilirler. Bütün mesele, bu davranış örüntüsünün topluma kazandırılması ve toplum bireylerinin sağlıklarını kazanmak için yaptığı girişimlerde para harcamayı da öğrenmelerinin sağlanmasıdır. Böylece uygun sigortalama sağlanabilir ve evde bakımın ekonomik yükü sigorta sistemlerince karşılanabilir.

Gelişmiş ülkelerde evde bakım hizmetine itibar oldukça yüksektir. Öylesine yaygınlaşmıştır ki; yaşlı bakım evleri ve huzur evlerinin pek çoğu bu sebeple kapanmış ve kapanmakta, yaşlı hastalar kendi evlerinde sağlığı koruma, kontrol, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini profesyonellerden almaktadır. Evde bakım hizmeti alan ailenin eğitimi, hasta evinin bakıma uygun düzenlenmesi ve iletişimin tam gerçekleştirilebilmesi bu sayılan işlerden bazılarıdır. Kalp hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıklar bütün dünya ülkeleri gibi, Türkiye'de de artış içinde olduğuna göre; hastanede yatak tedavileri çok yüksek maliyetle sektöre yansıyan bu hastalıkların, evde bakım ve tedavileri sağlık ekonomisinde maliyet düşürücü etkisi olacaktır. Buna ek olarak; Saatçi ve ark. (2000), ev ziyaretinde karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri hakkında kapsamlı şekilde görüş ortaya koymuştur. Buna göre:

1. Zaman sorunu: Aile hekimi; hasta sayısının fazla olması, poliklinik işlerinin yoğunluğu ve idari görev gibi nedenlerle evde bakım hizmetlerini ihmal edebilir. Genel eğilim bu ziyaretlerin hemşireye delege edilmesidir. Bu soruna karşılık; aile hekimi ve birlikte hizmet sunan sağlık personeli bir zaman çizelgesi hazırlayarak buna göre çalışmalarını ve bu çizelgede evde bakım hizmetleri için mutlaka yer ayrılmış olması gerekmektedir. Poliklinik hasta muayene randevuları buna göre düzenlenmelidir.

2. Ulaşım gideri: Evde bakım hizmetlerinin mali karşılığı mutlaka ödenmelidir. En azından evde bakım hizmeti sunmak için eve giden sağlık personeline yol ve yemek masraflarını karşılama imkanı tanınmalıdır.

3. Beklenmeyen sorunlar (evde bulamama, evi bulamama): Bölgenin ayrıntılı bir krokisi, sağlık personeline bulunmalı ve özellikle ilk ev ziyareti yapılmadan önce telefonla ev halkı ile irtibata geçerek randevu alınmalı ve geliş nedeni, amaçlar, beklentiler, gelecekle ilgili planlar konusunda netlik sağlanarak görüş birliğine varılmalıdır.

4. Dikkat dağıtıcılar (tv, müzik seti, komşu, arkadaş, telefon vs.): Hekim ve sağlık personelinin, evde bakım hizmeti için gittikleri evde misafir konumunda oldukları düşünülürse; eve gelenlere, telefonlara, müziğe müdahale etmeleri tepkiye yol açabilir ancak zaman içinde uygun bir dille ve aile ile sağlık personeli arasında güven ve saygıya dayalı iletişim geliştikçe gerekçeleri belirtilerek bu konular ile ilgili nazik uyarılar yapılabilir.

5. Direnç: Bazı durumlarda hastanın ve/veya ailesinin, önerilen yönetim planına karşın direnç gösterdikleri ve iletişim güçlükleri yaşandığı gözlenmektedir. Sağlık personeli ile hasta ve ailesi arasındaki direncin kırılmasının tek yolu, iletişim becerilerinin devreye sokularak ortak bir dille ulaşılabilmesi ve hasta ve ailesinin direnç gösterdikleri konuların ve neden direnç gösterdiklerinin ortaya konmasını takiben bunların çözümüne yönelik hasta ve ailesinin de katılımının sağlandığı çözüm yolları aranmasıdır. Burada özellikle göz ardı edilmemesi gereken nokta, hasta hakları konusudur.

6. Rol karmaşası: Hasta ve ailesinin sağlık personeline beklentileri, sağlık personelinin rolü ile örtüşmeyebilir. Sağlık personelinin görevlerinin tanımı ile ilgili bir yanlış anlaşılma veya beklenti olduğu gözlemlendiğinde hasta ve ailesi ile konu açıkça konuşulmalı, ikna olduklarından emin olduktan sonra bekledikleri görevleri yapacak diğer kişilerin temin edilmesi yoluna gidilmelidir.

7. Eğitim eksikliği: Evde bakım konusu, gerek aile hekimliği disiplini gerekse diğer disiplinler tarafından ihmal edilmiş bir konudur. Bu konunun mezuniyet öncesi eğitim programlarında, uzmanlık eğitiminde ve sürekli tıp eğitimi etkinlikleri içinde yer alması gerekmektedir.

8. Yayın eksikliği: Evde bakım hizmeti konusunda yayın eksikliği vardır. Birinci basamak hekimlerini, bu alandaki yayın eksikliğini giderme amacıyla araştırma yapmalarını sağlamalıyız.

9. Düşük mali karşılık: Yapılan ev ziyaretlerinin ve evde bakım hizmetlerinin mali karşılığını alamamak, sağlık personeline, bu hizmetleri sunma konusunda motivasyonunu azaltmaktadır. Ek mali kaynaklar yaratılarak prim gibi teşvikler sağlanmalıdır.

10. Etik sorunlar: Evde bakım hizmetlerinin sunumunda bazı yasal ve etik sorumluluklar göz ardı edilmemelidir. Yasal ve etik sorunlarla karşılaşmamak için hekim; birlikte görev yaptığı sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarını iyi bilmeli, onlardan yapamayacakları, görev tanımları evde bakım konusunda gelişmeler ve aile hekimliği içinde yer almayan işleri yapmalarını beklememelidir.

SONUÇ

Evde bakım hizmeti sunan kurumların yetki ve sorumlulukları sınırlarının artırılması sağlanmalıdır. Bakım sağlayıcılara eğitim verilmeli, konuyla ilgili bilimsel yayınların sayısı arttırılmalı ve evde bakım hizmetinin önemi vurgulanmalıdır. Evde bakım hizmetinin gerçekleştirilmesi ile hastaların ve bakım sağlayanların maddi ve manevi yükleri azalacaktır. Türkiye’de aile hekimi başına düşen mevcut hasta sayısının üç binin üzerinde olduğu düşünüldüğünde; bu durum evde bakım hizmetlerinin kalitesini de etkilemektedir. Zamanla hekim başına düşen hasta miktarının azalması ve konuyla ilgili sağlık personelinin eğitimlerinin artırılması ile birlikte evde bakım hizmetlerinin daha kaliteli olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Bahar, G., Bahar, A., Savaş, H. (2009). Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4, 86-98.
- Aslan, D., Ertem, M. (2012). Yaşlı sağlığı: sorunlar ve çözümler. Ankara: Palme Yayıncılık.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), (2018). İstatistiklerle Yaşlılar, 2017. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 27595.
- Bertan, M. & Güler, Ç. (1997). Halk sağlığı temel bilgiler. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- Koptagel, İ.G. (1992). Yaşlılık sorunları ve hemşirelik yaklaşımları. Nöropsikiyatri Arşivi, 29, 3-14.
- Güler, Ç. (1997). Toplum sağlığı sorunu olarak yaşlılık. Geriatri 1. Ankara: Medicographics Ajans ve Matbaası.
- Tuncay, AC. (2012). Geciken yaşlılık ve emeklilik üzerine. Sosyal Güvenlik Dergisi, 2, 84-102.
- Taşçı, F. (2010). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri. Çalışma ve Toplum Dergisi, 1, 175-202.
- Fadıloğlu, Ç. (2013). Evde sağlık ve bakım. Amasya: Göktuğ Yayıncılık.
- Yılmaz, M. ve ark. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Med, 11, 125-132.
- Oğlak, S. (2007). Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. Turkish Journal Of Geriatrics, 10, 100-108.
- Şensoy, N. & Karabekir, H. S. (2011). Evde bakım: Olgu serisi. Journal of Geriatrics and Geriatric Neuropsychiatry, 2, 21-27.
- Sarsılmaz, H. & Fadıloğlu, Ç. (2015). Evde bakım hemşirelerinde tükenmişlik. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6, 13-20.
- Özer, Ö. & Şantaş, F. (2012). Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3, 96-103.
- Offei, A.K., Bannermann, C. & Kyeremeh, K. (2004). Healthcare quality assurance manual for sub-districts in Ghana, Ghana Health Service.
- Arpat, B., Şaşmaz, N. & Yürekli, E. (2014). Sağlık hizmetlerinde kalite maliyetleri. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19, 313-332.
- Noelker, L.S. & Harel, Z. (2000). Linking quality of long-term care and quality of life. Kanada: Springer Publishing Company.
- Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M.A. ve Fidan, C. (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19, 171-186.
- Kavaler, F. & Alexander, R.S. (2012). Risk management in health care institutions. USA: Jones & Bartlett Publishers.
- Saufl, N.M. & Fieldus, M.H. (2003). Accreditation: a "voluntary" regulatory requirement. Journal of Perianesthesia Nursing, 18, 152-159.
- Cimete, G. (2008). Evde bakım hemşireliği. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 6, 47-53.
- Nursing: Scope and Standards of Practice (2010). American Nurses Association. Silver Spring, MD: Nursebooks.org.
- Marelli, T.M. (2016). Home care nursing: Surviving in an ever-changing care environment. Sigma Theta Tau International.
- Karabağ, H. (2007). Evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Marks, I.M. et al. (1994). Home-based versus hospital based care for people with serious mental illness. British Journal of Psychiatry, 165, 179-194.
- Arras, J.D. (1995). Bringing the hospital home: ethical and social implications of high-tech home care. The Johns Hopkins University Press: Baltimore.
- Karamercan, E. (2001). Evde bakım: sağlık hizmetlerinde yeni bir olgu, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, 39, 935-944.
- Başgöl, Çiğdem, Keskin, İ, Kara, H., & Aksoy, M. (2012). Sağlık alanında yeni bir hizmet: evde sağlık hizmetleri, Erişim Tarihi: 02.01.2019, <http://www.asm.gov.tr>.