

Aslan, Ş., Uyar, S. ve Güzel, Ş. (2018). Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 45-56.

Derleme/Review

Makale Geliş Tarihi: 01.02.2019
Makale Kabul Tarihi: 06.02.2019

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMASINDA TÜRKİYE¹



<https://doi.org/10.35375/sayod.520957>

Prof. Dr. Şebnem ASLAN²
Arş. Gör. Seda UYAR³
Arş. Gör. Şerife GÜZEL⁴

ÖZET

Bilimsel ve teknolojik atılımlar, sosyal hakların gelişmesi ve yaygınlaşması, uzun süreli kurumsal bakım hizmetlerindeki yetersizlikler, sağlık hizmetleri harcamalarında artan maliyetler evde sağlık hizmetlerini gündeme taşıyan faktörler arasında yer almaktadır. Dünyada sağlık hizmetleri sunumunda alternatif yöntem olarak kullanılan evde sağlık hizmetleri ülkemizde 2005 yılında çıkartılmış olan yönetmelikle uygulanmaya başlanmıştır. Böylelikle kısa süreli hemşirelik hizmetleri, uzun süreli sağlık bakımı gibi hizmetler ev ortamında ve uzman kadro tarafından verilebilmektedir.

Çalışma tanımlayıcı tipte olup ikincil verilerden yararlanılarak Sağlık Bakanlığı'nın evde sağlık hizmetleri kapsamında sunmuş olduğu hizmetin Türkiye genelinde değerlendirilmesinden oluşmaktadır. Çalışmanın sonucunda evde sağlık hizmetleri birimleri, verilen hizmetler, hasta grubuna ait bilgiler ve evde ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili veriler kapsamında Türkiye'deki evde sağlık hizmetleri profili tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Evde sağlık hizmetleri, hastalık, bakım, Sağlık Bakanlığı

HOME HEALTH CARE SERVICES PRACTICE IN TURKEY

ABSTRACT

Scientific and technological developments, improvement and spread of social rights, in adequacies in the long-term institutional care services and increasing expenditures in health care services are among the factors bring in gup home health care services to the agenda. Home health care services which are used as an alternative method in the presentation of healthcare services in the World have started to be applied in our country since are gulation made in 2005. By this way, services such as short-term nursing service sandlong-term health care can be provided by an expert staff in the home environment.

The descriptive studye valuates the service provided by the Ministry of Health within the scope of home health care services across Turkey using secondary data. As a result of the study, the home health care services profile in Turkey was discussed within the scope of data concerning home health care services units, services provided, information about the patient group and mouth and dental health services at home.

Keywords: Home health care services, disease, care, Ministry of Health

¹Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora seminerinden üretilmiştir ve 4. Uluslararası Sağlık Yönetimi Kongresi'nde poster bildirisi olarak yayınlanmıştır.

²Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü.sebnemas@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2135-242X>

³Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, seda_inan@outlook.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8051-8464>

⁴Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, serife_eren.89@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4141-9110>

1. GİRİŞ

Günümüzde ortalama yaşam süresinin uzaması; medikal desteklere ihtiyaç duyan yaşlı nüfusun artması; tıptaki ve teknolojidaki gelişmelerin sağlık hizmetlerinin birçoğunun evde verilmesine olanak sağlaması gibi birçok etken evde sağlık hizmetlerinin önemini arttırmaktadır (Doğan 2001, Erdil 2004, Talkington 1995). Evde sağlık hizmetleri kavram olarak kısmen evde bakım hizmetlerini içerse de özünde tıbbi bir hizmet anlayışını barındırmaktadır. Yaklaşım olarak da kişilerin sağlığını korumak, geliştirmek ve gerektiğinde yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla evde sağlık hizmeti alabilmesini kapsamaktadır (Shepperd ve ark 2009).

Bilimsel ve teknolojik atılımlar, sosyal hakların gelişmesi ve yaygınlaşması, uzun süreli kurumsal bakım hizmetlerindeki yetersizlikler, sağlık hizmetleri harcamalarında artan maliyetler evde sağlık hizmetlerini gündeme taşıyan faktörler arasında yer almaktadır (Genç ve Alptekin 2013). Özellikle bireylerin bağımsız yaşamlarını sağlaması, maliyet etkili bir yöntem olması (Kok 2015; Averill 2012) ve sunulacak hizmetlerin bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda değiştirilebilmesi (Erdil 2009) bu hizmeti çekici kılmaktadır.

Sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacıyla güden evde sağlık hizmetleri (Evde Bakım Derneği Yönetim Kurulu 2010) koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerden oluşmaktadır (Türk Tabipleri Birliği 2016). Evde sağlık hizmetlerinin geleneksel yataklı tedavi hizmetlerine nazaran düşük maliyetli bir alternatif olması (Genç ve Alptekin 2013) gelişmekte olan ülkeler adına önemli bir seçenek olarak görülmektedir.

Bu çalışmada evde sağlık hizmetleri kavramı, hizmetlerin avantajları ve dezavantajları ile Türkiye'deki evde sağlık hizmetlerinin mevcut durumu hakkında bilgiler verilmektedir. Daha önceki çalışmaların literatüre sağladığı değerli bilgiye rağmen, çalışmanın önemli bir boşluğu doldurduğu düşünülmektedir.

1.1. Evde Sağlık Hizmetleri

Literatüre ve pratik uygulamaya bakıldığında, evde sağlık ve bakım uygulamaları farklı kavramlar şeklinde kullanılmaktadır (World Health Organization 1963). Evde bakım, evde tedavi, evde sağlık, ev ziyareti, evde sağlık uygulamaları, evde muayene gibi ifadelerin hepsi evde sağlık ve bakım uygulamalarını içermektedir. Değişik isimlendirmenin temelinde evde sunulan hizmetin içeriği ve kapsamındaki değişiklikler yer almaktadır (Genet ve ark 2012).

Dünya genelinde evde sağlık hizmetleri tarih boyunca eğitilmiş aileler başta olmak üzere kiliseler, gönüllüler, sosyal yardım kuruluşları, darülaceze, kamu/özel hastane ya da sağlık merkezleri yoluyla verilmiş ve verilmeye devam etmektedir (WHO 2008).

Evde bakım hizmetleri, farklı meslek ve dal üyelerinin işbirliği ve eşgüdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize bir biçimde sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetleri kapsamaktadır (Seyyar ve Genç 2010). Evde bakım, bireyin yaşamını etkileyen hastalık durumunun, günlük yaşam aktivitelerine etkisinin en aza indirilerek kısa sürede en yüksek düzeyde fonksiyon görme becerisine, bağımsızlığına ulaşmasını ve yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan profesyonel ve multidisipliner bir ekibin sunacağı kapsamlı bir hizmet modelidir (Ekici ve Özdemir 2003). Tablo 1.1'de evde sağlık hizmeti sunumunda hizmet veren ekip, kurum ve kuruluşlar sıralanmaktadır. Tablo incelendiğinde evde sağlık hizmeti sunumunun çok farklı kurumlar tarafından sağlandığı görülmektedir.

Tablo1.1.Evde sağlık hizmetleri sunucuları

Ekip	Kurumlar	Kuruluşlar
Hekim	Eğitim Kurumları	Meslek Kuruluşları
Hemşire	İlgili Bakanlıklar	Gönüllü Kuruluşlar
Diyetisyen	Hastaneler	Sigorta Şirketleri
Fizyoterapist	Belediyeler	Firmalar
Sosyal Hizmet Uzmanı		Özel Bakım Kuruluşları
Psikolog		Hemşirelik Kuruluşları
Ev Ekonomisi		
Sağlık Yöneticisi		

Kaynak: Fadiloğlu (2004) kaynağından uyarlanarak oluşturulmuştur.

Evde sağlık hizmetleri, hastaları hastane dışında daha sıcak bir ortamda yakınlarıyla beraber daha az maliyetle tedavi etmeyi amaçlayan bir süreci ifade etmektedir (Teigen1991). Bir diğer ifade ile kendi ev ortamında bakım almak isteyen; fakat yakınları tarafından verilemeyen sağlık, ekonomik ve sosyal hizmetler gibi pek çok alan içeren hizmetler şeklinde tanımlanmaktadır (Karahan ve Güven 2002). Evde sağlık hizmetleri, ihtiyaç duyulan her sağlık ve bakım hizmetlerinin hekim gözetimi altında hasta evinde sunulmasını kapsamaktadır (Klug 1991).

Özürü, yaşlı, kalıcı hastalığı olan veya hastalık sonrası iyileşme dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak (Karahan ve Güven 2002), yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumla bütünleşmelerini sağlamak (Karabağ 2007), bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadınlar üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modeli şeklinde de tanımlanabilmektedir (Danış 2006). Diğer bir ifade ile evde sağlık hizmetleri kapsamında; hekimlik hizmeti, hemşirelik hizmeti, fizyoterapi, tıbbi malzeme ve aygıt hizmetleri, ilaçların eve ulaştırılması ve psikolojik destek yer almaktadır (Can ve ark 2013, Klug 1991). Burada hizmeti alanlar hasta olup; amaç bozulan sağlık durumunu düzeltmek ya da iyileştirmek ve hastaneye yatışları azaltmaktır (Klug 1991, Tanlı ve Utku 2008).

Evde sağlık hizmetleri, sağlık hizmetinin evde verilmesinden çok daha fazla anlamlar içermektedir (Tanlı ve Utku 2008). Söz konusu alternatif sağlık hizmeti sayesinde gereksiz hastane kullanımı önemli ölçüde azaltılarak yalnızca hastalar ve ödeyiciler için değil hastaneler için de maliyet tasarrufu sağlanmış olmaktadır. Ayrıca hizmet alanların yaşam kaliteleri olumlu etkilenmekle birlikte hastane ortamında yakalanabilecek olası enfeksiyon riskleri de elimine edilmektedir (Cindoruk ve şen 2009, Karabağ 2007, Cindoruk ve şen 2009, Yılmaz ve ark 2010). Bununla birlikte hastaların bağımsızlığa ulaşmaları, yaşam kalitelerini geliştirmeleri veya devam ettirmeleri amacıyla hizmeti alanlar için en iyi alternatif olduğu görüşü evde sağlık hizmetlerinin dayanak noktasını oluşturmaktadır (Karadağ 2006, Thome ve ark 2003).

Evde sağlık hizmetleri ile ameliyat sonrası bakım, uzun veya kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyan hasta ve yaşlılar, yeni doğum yapan anne, tedavisi evde de sürdürülebilecek hastalar, aşılama ve laboratuvar tetkikleri gibi çok geniş bir yelpazede hizmet sunulmaktadır (Güven ve Hazer 1998, Sağlıklı Nesiller Derneği 2011). Bu hizmet sürecinde de yararlılık, zarar vermeme, adalet, dürürlük, gerçeğin söylenmesi, gizlilik, mahremiyet ve hastaya sadakat ilkesi

olmak üzere genel tıp etiği ilkeleri doğrultusunda hareket edilmektedir (Tanlı ve Utku 2008 s. 62).

Evde bakımın en önemli faydaları, sağlık harcamalarında tasarrufa gidilmesi ve kişinin kendi sosyal ortamından ayrılmadan hizmet almasıdır. Ayrıca kişiye özel bakım sağlaması, aileyi bir arada tutması, yaşam kalitesini yükseltmesi gibi beraberinde birçok fayda da sağlamaktadır (Cindoruk ve şen, 2009: 110). Evde sağlık hizmetlerinin yeni bir sektör olmasının beraberinde getirdiği riskler, hizmeti verecek sağlık çalışanının alışmış olduğu ortam dışında hizmet vermesi ve sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması bu hizmetin kısıtlılıkları olarak görölmektedir (Karabağ 2007, Karadağ 2006).Kişinin eve gönderilmekten ötürü umutlarını yitirebilmesi, tıbbi otoritenin evde sağlanamaması, ev halkının da özel yaşam gizliliğinin zedelenebilmesi, evde yapılan tıbbi uygulamalar sırasında ilaçların ya da cihazların hatalı kullanımına bağlı komplikasyon oluşumu gibi dezavantajlar da olabilmektedir (Öztop ve ark 2008, Yılmaz ve ark 2010).

1.2. Türkiye’ de Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık hizmetleri ölkemizde ilk olarak Sağlık Bakanlığı’nın yayımladığı 10 Mart 2005 tarihli 25751 sayılı Resmi Gazete’ de “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile uygulamaya girmiştir. Böylelikle evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı’na bağlı özel sağlık kuruluşları aracılığıyla verilmeye başlanmıştır. 1 şubat 2010 tarihi itibari ile de “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” kapsamında Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşları tarafından hizmet verilmeye başlanmıştır.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, evde bakım hizmetleriyle ilgili yaptığı ilk düzenlemelerde evde bakım terimini kullanırken (Resmi Gazete, 2005), daha sonraki uygulamalarında evde sağlık terminolojisini kullanmayı tercih etmiştir (Resmi Gazete, 2013), Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) ise, evde bakım kavramını tercih etmiştir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2012).

Evde sağlık hizmeti, 10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazete ’de yayınlanan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği’nde; “*hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması*” olarak tanımlanmaktadır (Resmi Gazete 2005).Sağlık ve bakım hizmetlerini kapsayan tanımında evde bakım ayağı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı gerçekleştirilirken evde sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı’nın evde sağlık birimleri ile profesyonel sağlık ekipleri tarafından sunulan her türlü sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Işık ve ark 2016).

Türkiye’de verilen evde bakım hizmetlerinin yapıları incelendiğinde, çoğunlukla hastane destekli hizmet sunum modelinin kullanıldığı görölmektedir. Ayrıca hastanelerden bağımsız bazı özel firmalar tarafından sağlanan ve yine finansmanı cepten ödemelerle karşılanan evde bakım hizmetleri sunumlarında da özellikle son yıllarda artış görölmektedir (Erdil, 2009).

2. BULGULAR

Tablo 2.1.Türkiye’de evde sağlık hizmetleri genel bilgileri, 2017

Genel Bilgiler		Hizmet Bilgileri	
Nüfus	78.965.647	Ulaşılan Toplam Hasta Sayısı (2011-2017)	890.869
Hedef Nüfus (Nüfusun % 0,2’si)	157.931	Toplam Kayıtlı (Aktif) Hasta Sayısı (Takipli Hasta)	311.780

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Sağlık Bakanlığı tarafından evde sağlık hizmeti verilmesi hedeflenen ve ulaşılan hasta sayısına ilişkin bilgileri Tablo 2.1’de yer almaktadır. Nüfusun % 0,2’si ulaşılmaması hedeflenen nüfus, 2011-2017 yılı toplamında da ulaşılan toplam hasta sayısı da 890.869 olarak görülmektedir. Ayrıca halen aktif olarak takip edilen hasta sayısı da 311.780 şeklinde verilmektedir.

Tablo 2.2. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri birim bilgileri, 2017

Birimlere Ait Bilgiler			
Tescil Edilen Birim Sayısı		Personel Sayısı	
Mobil Ekip	321	Hekim	861
ADSM (Mobil Ekip)	11	Hemşire/Sağ. Mem./ATT	2.275
Evde Sağlık Birimi	582	Tıbbi Sekreter(VHKİ)	207
TOPLAM	1.014	Şoför	938
		Fizyoterapist	100
Araç Sayısı		Diyetisyen	52
Ekip Aracı Sayısı	851	Psikolog	62
Giydirilmiş Hasta Nakil Aracı Sayısı	409	Sosyal Çalışmacı	59
TOPLAM	1.260	TOPLAM	4.554

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Sağlık müdürlükleri tarafından oluşturulan mobil ekip sayısı 321, hastaneler bünyesinde kurulan evde sağlık birimi sayısı 582 ve evde ağız ve diş sağlığı hizmeti veren mobil ekip sayısı da 11 olmak üzere toplamda 1014 birim ile 2017 yılında evde sağlık hizmetleri sunumu yapılmıştır (Tablo 2.2). Sağlık Bakanlığı’na bağlı evde sağlık hizmetleri bünyesinde hizmet veren ekip aracı sayısı 851 ve giydirilmiş hasta nakil aracı sayısı da 409 olmak üzere toplamda 1.260 araç ile hizmet verilmektedir. Tablodaki bilgilere göre 2.275 yardımcı sağlık personeli, 861 hekim, 207 tıbbi sekreter, 100 fizyoterapist, 62 psikolog ve 59 sosyal çalışmacı hizmet vermiştir.

Tablo 2.3. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri birimi tarafından verilen hizmetler, 2012-2017

Verilen Hizmetler (2012-2017)			
Hizmet Adı	Sayısı	Hizmet Adı	Sayısı
Hasta Muayenesi	3.563.826	Oksijen İnhalasyon Tedavi Seansı	17.287
Konsültasyon	372.132	Subkutan Enjeksiyon	101.229
Sağlık Kurulu Raporu (Tıbbi Cihaz)	62.028	Sütür Alınması	40.432
Sağlık Kurulu Raporu (Tedavi)	105.202	Total Par. Nütrisyon (Tpn) Takibi	6.232
Uzman Hekim Raporu (İlaç)	213.336	Ventilatör İle Takip	2.774
Enteral Hiperalimentasyon Takibi	9.327	Yanık Pansumanı	22.200
Fototerapi (4 Saatlik Seansı)	1.143	Yara Pansumanı	1.471.351
Hastanın Mek Ventilatore Bağlanması	2.336	EKG Evde Çekim	12.433
Enjeksiyon	347.590	Kalp Pili Kontrolü	454
İntravenöz İlaç İnfüzyonu	257.634	Buhar Tedavisi	4.940
Lavman	15.591	Fizik Tedavi Uygulamaları	60.400
Mesane Sonda Uygulaması	525.925	Rehabilitasyon Uygulamaları	56.112
Nazogastrik Sonda Uygulaması	40.612	Psikiyatrik Uygulamalar	41.174
Tetkik İçin Kan Alma	788.725	Eğitim Uygulamaları	1.438.282
Nebülizatör İle İlaç Uygulaması	446	TOPLAM	9.581.153

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Tablodaki verilere göre evde sağlık hizmetleri birimi tarafından verilen sayıca en fazla hizmet hasta muayenesi (3.563.826) ve sırasıyla da yara pansumanı (1.471.351), eğitim uygulamaları (1.438.282), tetkik için kan alma (788.725), mesane sonda uygulaması (525.925), enjeksiyon (347.590) olmak üzere çeşitli tıbbi uygulamaları içeren 9.581.153 işlem gerçekleştirilmiştir.

Tablo 2.4. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri birimince kullanılan tıbbi cihazlar, 2017

Kullanıma Verilen Tıbbi Cihazlar			
Cihaz Adı	Sayısı	Cihaz Adı	Sayısı
Enteral Beslenme İnfüzyon Pompası	18	Nebülizatör	114
Ev Tipi Aspiratör	165	Non-İnvazivMek.Vent.Cih	1
Ev Tipiİnvaziv Mekanik Ventilatör	11	Oksijen Konsantratörü	64
Fonksiyonlu Hasta Karyolası	1.882	Oksijen Tüpü-Manometresi	221
Havah Yatak	414	Portabi Solunum Fonksiyon Cihazı	8
Isıtıcı Nemlendirici	2	Pulse Oksimetre	370
Likit Oksijen Kaynağı	5	Şeker Ölçüm Cihazı	427
Mikro İnfüzyon (İnsülin) Pompası	0	TOPLAM	3.702

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Evde sağlık hizmetleri kapsamında evde kullanım için hastalara verilen tıbbi cihazlara ilişkin bilgiler Tablo 8’de yer almaktadır. Türkiye genelinde toplamda kullanıma verilen cihaz sayısı 3702 adettir. Bu sonuçlara göre en fazla verilen cihaz fonksiyonlu hasta karyolası (1.882) sonrasında da havalı yataktır (414).

Tablo 2.5. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri birimince kullanılan tıbbi cihazlar, 2017

Hasta Grubuna Ait Özellikler			
Hastalık Grubu	%	Hizmetten Çıkarılma Sebepleri	%
Nörolojik Hastalıklar	38	İyileşme	16
Kas Hastalıkları (Yatağa Bağlı)	2	Tedavinin Sağlık Personeli Gerektirmeden Uygulanabilecek Hale Gelmesi	10
Kardiovasküler Hastalıklar	24	Sonlandırmanın Talebi	2
Kronik-Endokrin Hastalıklar	10	Tedaviyi Red Etme	1
Hematolojik-Onkolojik Hastalıklar	4	Tedaviye Yanıt Alamama	0,25
Akciğer- Solunum Sistemi Hastalıkları	5	İkamet Değişikliği	6
Ortopedi-Travmatoloji Hastalıkları	12	Vefat	65
Psikiyatrik Hastalıklar	3		
TOPLAM	100	TOPLAM	100

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Evde sağlık hizmetleri kapsamında ziyaret edilen hastaların hastalık gruplarına ilişkin bilgilerin yer aldığı tabloya göre en fazla nörolojik hastalıklar toplam ziyaret sayısının %38’lik kısmını oluşturmaktadır. Oran olarak hizmet verilen en az hastalık psikiyatrik hastalıklar (%3) grubu oluşturmaktadır.

Evde sağlık hizmetleri kapsamındaki hasta gruplarının hizmetten çıkarılma sebeplerine bakıldığında; toplam hastaların %65’i vefat etme nedeniyle hizmet dâhilinden çıkarılmıştır. Hastaların %16’sı iyileşme nedeniyle hizmet dâhilinden çıkarılırken tedaviden yanıt alamam nedeni ile hizmet kapsamından çıkarılan hasta oranı %0.25 olarak görölmektedir.

Tablo 2.6. Türkiye’de evde ağız ve diş sağlığı hizmet verileri, Eylül 2017

Genel Bilgiler	
Tescil Edilen Birim Sayısı	111
Hizmet Bilgileri	
Ulaşılan Toplam Hasta Sayısı	52.138
Hizmet Verilen Hasta Sayısı	1.790
Gerçekleşen Hasta Ziyaret Sayısı	2.698

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Sağlık Bakanlığı’na ait ağız ve diş sağlığı kapsamında hizmet veren birim sayısı 111, ulaşılan toplam hasta sayısı 2017 Eylül itibari ile 52.138 hastaya ulaşılmakla birlikte toplamda 1.790 hastaya hizmet verilmiştir. Bununla birlikte 2.698 hasta ziyareti gerçekleştirilmiştir.

Tablo 2.7. Türkiye’de evde ağız ve diş sağılığı hizmet birim verileri, Eylül 2017

Birimlere Ait Bilgiler			
Donanım Özellikleri		Personel Sayısı	
Evde Sağılık Birimi Mobil Ünite Sayısı	136	Diş Tabibi	161
		Hemşire/Sağılık Memuru	124
Araç Sayısı		Diş Protez Teknisyeni	126
Ekip Araç Sayısı	109	Acil Tıp Teknisyeni	0
Ev Donanımlı Araç Sayısı	31	Şoför	122
TOPLAM	276	TOPLAM	533

Kaynak: T.C. Sağılık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Evde ağız ve diş sağılığı hizmeti veren mobil ünite sayısının 2017 yılında 136 olduğu Tablo 2.7’de verilmiştir. . Bununla birlikte 109 ekip araç ve 31 ev donanımlı araç olmak üzere toplamda 276 araç hizmet vermektedir.

Türkiye’de 2017 eylül ayı itibari ile 161 diş tabibi, 124 hemşire, 126 diş protez teknisyeni ve 122 şoför hizmet vermektedir. Ayrıca tablodaki verilere görevde ağız ve diş sağılığı hizmeti kapsamında acil teknisyeni bulunmamaktadır.

Tablo 2.7. Türkiye’de evde ağız ve diş sağılığı hizmetince verilen hizmetler, Eylül 2017

Verilen Hizmetler			
Hizmet Adı	Sayısı	Hizmet Adı	Sayısı
Diş Hekimi Muayenesi	1.932	Oklüzal Aşındırmalar (Tek Çene)	146
KonsültanDişhekim Muayenesi	9	Gece Plağı	2
Diş Röntgen Filmi Adedi	8	Düşümüş Kron-Köprü	102
Fissur Örtülmesi (Tek Diş)	14	Diş Çekimi	637
Yerel Flor Uygulaması Yarım Çene	0	Kanama Müdahalesi	2
Tam Protez (Tek Çene)	196	Apse Drenajı	0
Bölümlü Protez (Tek Çene)	142	Lokal Anestezi	137
Proteze Yumuşak Akrilik Uygulanması	1	Periodontal Apse Tedavisi	0
Besleme (Tek Çene)	36	Detertraj (Alt Sol Çene)	4
Tamir (Proteizde Çatlak/Kırık)	54	Detertraj (Alt Sağ Çene)	5
Kroşe İlavesi	11	Detertraj (Üst Sol Çene)	4
Metal İskelet Tamiri	0	Detertraj (Alt Sağ Çene)	4
Diş İlavesi (Tek Diş)	9	Aşırı Kole Hassasiyet Ted.(Yarım Çene)	1
Kas Muayenesi	2	Atravmatik Restoratif Tedavi	2
TOPLAM	3.511		

Kaynak: T.C. Sağılık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017

Tablodaki verilere 2017 yılı eylül ayı itibari ile evde ağız ve diş sağığı hizmetleri aracılığıyla en fazla diş hekimi muayenesi (1.932) işlemi gerçekleştirilmiştir. Ayrıca diş çekimi, protez işlemleri, köprü, lokal anestezi ve çeşitli tıbbi uygulamaları içeren 3.511 işlem gerçekleştirilmiştir.

3. SONUÇ

Gelişen sağıık hizmeti anlayışının bir ürünü ve değişen toplum özelliklerinin bir gereksinimi olarak ortaya çıkan evde sağıık hizmetlerinin yaşam kalitesini arttırmaktaki rolü yadsınamaz. Hastane ortamında verilen bakıma alternatif olarak görülen evde sağıık hizmetleri(Cindoruk ve Şen 2009) gerek uzun dönemli kurum bakımının bireyler üzerindeki olumsuz etkileri (yalnızlaşma, depresyon, sosyal izolasyon, duygusal çökmüşlük, yabancılaşma vb.) gerekse maliyetinin yüksek olması nedeniyle günümüzde önemli bir hizmet şekli olarak görülmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı [MEB] 2016). Ayrıca birey merkezli hizmet olması, sosyo-ekonomik yönden kurumsal bakım hizmetlerine göre birçok üstünlüklerinin olması evde sağıık hizmetlerinin bireyler ve hükümetler tarafından tercih nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Bauld ve ark 2000).

Türkiye'nin evde sağıık hizmetleri profili incelendiğinde; bu konuda yapılan çalıştayların ve ilgili literatürde göz önünde bulundurularak yeni bir hizmet anlayışı olmasından dolayı birtakım düzenlemelere ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır. Buna nazaran veriler incelendiğinde hedef alınan hasta sayısına ulaşıldığı görülmektedir. Bununla birlikte evde sağıık hizmetleri için tescil edilen birim ve araç sayısı da ülkemizde bu sağıık sunumu şeklinin aktif hizmet verdiğinin göstergesi olmaktadır.

Çalışma sonucuna göre evde sağıık hizmetleri kapsamında yalnızca tıbbi desteğin değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik desteğinde verildiği görülmektedir. Evde sağıık hizmetleri başlangıç aşamasında “hasta bakımı” olarak algılanmış olsa da günümüzde kavramın çok farklı boyutları olduğu bilinmektedir(Türk Tabipleri Birliği, 2016).

Hellström ve Hallberg (2001) evde sağıık hizmeti alan yaşlıların ortalama üç hastalığı ve on ayrı şikâyet alanının bulunduğunu belirlemişlerdir. TÜİK (2016) verilerine göre yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken son beş yılda %17,1 artarak 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi olmuştur. Aile yapısı araştırması sonuçlarına göre, evde bakım hizmeti almak isteyen yaşlı bireylerin oranı %38,6 olması (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK] 2016), yaşlıların evde bakımı güvenli bulması ve tercih etmesi (TÜİK 2016) ve ülkemizin sosyo-kültürel yapısı yaşlı bakımında evde sağıık hizmetlerinin önemini özetlemektedir. Bu bağlamda evde sağıık hizmeti sunumunda öğrenciler ve gönüllüler de etkin kullanılabileceği gibi sivil toplum kuruluşlarının da aktif olmaları için modeller geliştirilebilir.

Bu sonuçlardan hareketle evde sağıık hizmetlerinin hem birey hem de devlet açısından birer tasarruf olduğu düşünölmektedir. Karabağ'ın (2007) yapmış olduğu çalışmaya göre hastaların kısa ve uzun süreli evde bakım maliyetleri hastanede kalış maliyetlerine göre çok daha düşük olmaktadır. Kavuncubaşı ve Yıldırım'a (2011) göre ameliyat sonrası günlük bakım hastanede 300-450 dolar iken, evde bakım 25-75 dolar; kronik hastalığı bulunan yaşlı bakımı hastanede 75-150 dolar iken, evde bakım 50-75 dolar olarak bulunmuştur (Talento, 1994).

Yaşlı, engelli ve çocuk bakımı çoğunlukla kadınlar tarafından sağlanmakta ve bu durum da kadın istihdamını engelleyecek bir süreç haline gelmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2016). Bundan dolayı geçici veya sürekli bakıma ihtiyaç duyulan bakım ihtiyaçlarına yalnızca aile bağları ile

çözüm aramak yerine evde sağlık hizmetleri kapsamındaki bakım hizmetlerinin organizasyonunda topluma da sorumluluk yüklenmesi çok yönlü bir çözüm olarak görülebilir.

Sims-Gould ve Martin-Matthews (2010) yaptıkları araştırmanın sonuçlarına dayanarak evde bakım sorumluluğunu paylaşmada hizmeti sunan kişi ile hizmeti alan kişi arasında kurulacak ilişkilerin son derece önemli olduğunu saptanmıştır. Öyle ki evde sağlık hizmetleri gereksinimi zaman içinde değişim gösterebilmekte ve kurum bakımı alma gereği doğabilmekte, bu durumda hizmetler arası geçişin sağlanması hasta ve hizmet sunucu arasındaki ilişkiye bağlı olmaktadır (Türk Tabipleri Birliği, 2016, s.2 7).

Hastane merkezli anlayışın yerine evde bakım uygulamalarının benimsenmesi amacıyla hangi hastalara, hangi şartlarda, hangi hizmetlerin verilebileceği ile ilgili doğru bilgilendirme yapılması önem arz etmektedir. Daha sağlıklı bir sağlık hizmeti sunumu için evde sağlık hizmetleri birim personellerini kapsayıcı çalışan güvenliği ile ilgili usul ve esaslar düzenlenmelidir.

4. KAYNAKLAR

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB). ASPB' lığının özürlü ve yaşlı hizmetleri genel müdürlüğü' nün 2012/24 no.lu evde bakım hizmetleri konulu ve 16 Ekim 2012 tarihli genelgesi.
- Averill JB.2012. Priorities for action in a rural older adults study. *Fam. Community Health*, 35(4), 358–72.
- Bauld L, Chesterman J, Judge K. 2000. Measuring satisfaction with social care among stolder service users: issues from the literature. *Health and Social Care in The Community*, 8(5), 316–24.
- Cindoruk M, Şen İ. 2009. Yaşlının evde bakımı. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 29, 110-2.
- Danış MZ. 2006. Toplum temelli bakım anlayışı. *Özveri Dergisi*, <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov3/ov3ttrbakim.htm> (Erişim tarihi: 20.12.2017)
- Doğan O. 2001. Şizofreni hastalarının evde bakımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2, 41-6.
- Ekici B, Özdemir S. 2003. Yaşlı bireylerin sağlık ve evde bakım durumlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu*, 6(4), 27-36.
- Erdil F. 2009. Yaşlanan toplum ve yaşlının evde bakımı. Erişim Adresi: (http://www.ekutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/23.pdf) (Erişim tarihi: 28.12.2017).
- Erdil F, Bayraktar N. 2004. Cerrahi hastasının evde bakımı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 14, 3-8.
- Evde Bakım Derneği Yönetim Kurulu. 2010. Evde bakım tanımı, kapsamı, temel kavramlar ve ülkemizde mevcut durum.
- Genç Y, Alptekin K. 2013. Korunmaya muhtaç yaşlılara evde sağlık ve bakım hizmeti sunulması” adlı proje üzerine bir araştırma. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 5, 76-92.
- Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. 2012. Home care across Europe, Current structure and future challenges, (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), The European Observatory on Health Systems, Copenhagen, Denmark.
- Güven S, Hazer O. 1998. Ülkemizde evde bakım sistemlerinin aile ve yaşlılık açısından gereği, önemi ve bu konuda ev ekonomistlerinin yeri. İstanbul: I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı.

- Hellström Y, Halberg IR. 2001. Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health and Social Care in the Community*, 9(2), 61–71.
- Işık, O. Kandemir, A. Erişen, M. A. Fidan, C. 2016. Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 171-186.
- Karabağ H. 2007. Evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin gürüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Karadağ M. 2006. Türk silahlı kuvvetlerinde görevli hekim öğretim üyelerinin evde bakım hizmetleri konusundaki gürüşleri, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara.
- Karahan A, Güven S. 2002. Yaşlılıkta evde bakım. *Tur J Geriatrics*, 5(4), 155- 9.
- Kavuncubaşı Ő, Yıldırım S. 2010. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 2.Baskı, Ankara, Siyasal Kitabevi, s. 61.
- Klug, RM. 1991. Under standing private insurance for funding pediatric home care. *Pediatr Nurs*, 17, 197-198.
- Kok L, Berden C, Sardiraj K. 2015. Cost and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *Eur J Health Econ*, 16(2), 119–31.
- Öztop H, Őener A, Güven S. 2008. Evde bakımın yaşlı ve aile aısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1, 39-49.
- Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, 28539 sayılı “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”.(Erişim Tarihi: 29.12.2017)
- Resmi Gazete, 10 Mart 2005. “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik”.(Erişim Tarihi: 29.12.2017)
- Sağlıklı Nesiller Derneği. Avrupa’da Evde Bakım Hizmetleri, <http://www.sagliklinesiller.org/yazilar/Evdebakim.doc> (Erişim Tarihi: 27.12.2017)
- Seyyar A, Genç Y. 2010. Sosyal hizmet terimleri: ansiklopedik sosyal pedagojik çalışma sözlüğü. Adapazarı, Sakarya Yayıncılık, s. 214.
- Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, Richards S, Martin F, Harris R. 2009. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1.
- Sims-Gould J, Martin-Matthews A. 2010. We share the care: family care givers’ experiences of their older relative receiving home support services. *Health and Social Care in The Community*, 18(4), 415–23.
- Tanlı S, Utku T. 2008. Evde bakımda organizasyon ve etik sorunlar. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6 (4), 58-63.
- Talkington S. 1995. Ethical issues in home care. *HEC Forum*, 7, 290-5.
- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı (MEB). Hasta ve yaşlı hizmetleri, evde bakım hizmetleri, Ankara, 2016.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. 2017. (Erişim Tarihi: 20.01.2017)
- Teigen, T. 1991. Patients go home for care, but for their doctors make house calls? *Minn Med*, 74, 15-19.

- Thome B, Dykes AK, Hallberg RI. 2003. Home care with regard to definition, care recipients content and out come: systematic literatüre review. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 869.
- Türk Tabipleri Birliği. 2016. Evde bakım hizmetleri ile ilgili sağlık emek ve meslek örgütlerinin görüş ve yaklaşımları. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, ISBN 978-605-9665-08-7
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 2016. İstatistiklerle yaşlılar, <http://www.tuik.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 29.12.2017
- World Health Organization (WHO) 1963. Drug acceptability in do miciliary tuberculosis contro lprograms. *Bulletin of the World Health Organization*, 29(5), 627-639.
- World Health Organization (WHO) 2008. Home Care in Europe: The Solid Facts. Milan, Italy. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf. Erişim Tarihi: 20.11.2017.
- Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanyılmaz S. 2010. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi, İstanbul Med J*, 11(3), 125-132.