“Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesi Sempozyumu”

RAPORU

18 – 19 Eylül 2013

İSTANBUL

EVDE BAKIM DERNEĞİ

18 -19 Eylül 2013, Ortaköy Kültür Merkezi, " İstanbul

Evde Bakım Derneği olarak; Evde Sağlık & Bakım Hizmetlerinin gelişmiş ülke örneklerini öğrenmek ve ülkemizin deneyimlerini paylaşmak amacıyla HOMECARE EUROPE Olağan Genel Kurul Toplantısını fırsat olarak kabul ettik ve 18-19 Eylül 2013 tarihinde İstanbul'da bir SEMPOZYUM gerçekleştirdik.

Sempozyumun ana teması ülkemiz ihtiyaçlarını da dikkate olarak **" Evde Bakım & Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Hizmetlerle Bütünleşmesi"** olarak belirledik. Sempozyum bünyesinde, Avrupa' da ve ülkemizde evde sağlık ve bakım sisteminin sosyal hizmetlerle bütünleşmesi, sorunları, çözüm önerileri ile ilgili Avrupa ve ülkemiz örneklerine ilişkin konulara yer verildi.

Bu sempozyuma Avrupa Evde Bakım Birliği (Home Care Europe) yönetim kurulu üyeleri düzeyinde konuşmacı ve katılımcı olarak sempozyuma destek vermişlerdir. Sempozyumu destekleyen diğer kuruluşlar ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü, İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Beşiktaş Belediyesi, Vefbi Koç Vakfı'dır. 2 gün süresince evde sağlık ve evde bakım hizmetleri alanında hizmet veren kamu ve özel kurum temsilcileri, yerel yönetim, sivil toplum kuruluşları, üniversite akademisyenleri, meslek örgütü temsilcileri olmak üzere toplam 170 katılımcı katıldı.

Sempozyum kapsamında 5 oturum gerçekleştirilmiş ve toplam ulusal ve uluslararası düzeyde toplam 24 konuşmacı, 10 oturum başkanı sempozyuma bilimsel olarak katkı vermişlerdir. Alanında uzman konuşmacılarımız deneyimlerini, sorunlarını ve çözüm önerilerini bizlerle paylaştılar. Home Care Europe üye ülke temsilcilerinin kendi ülkelerindeki evde sağlık ve bakım hizmetleri süreçlerini paylaştılar. Bu bilgilerin bizim süreçlerimize çok dönemli katkılar sağlamıştır.

Sempozyuma destek veren kurum ve kuruluşlar;

- Home Care Europe üye ülke temsilcileri
- Beşiktaş Belediyesi
- Vehbi Koç Vakfı
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
- İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü
- İstanbul Sağlık Müdürlüğü

Düzenleme Kurulu

SEMPOZYUM BAŞKANI

AYNUR DİK

DÜZENLEME KURULU ÜYELERİ

AYŞEGÜL OKULLU

DERYA TUNA

ELÇİN ÖNDER TURAN

FERHAT ŞAYESTE

FERYAL SUBAŞI

MEHMET ONARCAN

REYHAN ÖZGÖBEK

ŞÖHRET TAŞ

* İsme Göre Alfabetik Dizilmiştir.

Sempozyum Sekreteri

PEMRA C. ÜNALAN

Bilim Kurulu

Prof. Dr.	**Aslı Çurgunlu**	İstanbul Bilim Üniversitesi İç hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Geriatri Bilim Dalı Başkanı
Yard. Doç.Dr	**Cem Dikmen**	Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölüm Başkanı
Prof. Dr.	**Çiçek Fadıllıoğlu**	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr.	**Filiz Can**	Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr.	**Gül Ertem**	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr.	**Güler Çimete**	Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Prof. Dr.	**Güzel Dişcigil**	Adnan Menderes Ü.Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı - Aydın
Dr.	**İlyas Bozkurt**	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Müdür Yardımcısı
Doç.Dr.	**Kurtuluş Öngel**	
Sosyal Hizmet Uzmanı	**Murat Altuğgil**	Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Başkanı
Doç.Dr.	**Mustafa Taşdemir**	T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürü
Dr.	**Muzaffer Saraç**	İBB Sağlık ve Sosyal Hizmetler Müdürü
Doç.Dr.	**Nefise Bahçecik**	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç.Dr.	**Nil Tekin**	Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi-İzmir
Prof. Dr.	**Nuran Akdemir**	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr.	**Nursen Nahcıvan**	Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Dr.	**ÖmerAkcağıl**	İstanbul Büyükşehir Belediyesi Başkanlığı Sağlık ve Hıfzısıhha Müdürü
Sosyal Hizmet Uzmanı	**Önal İnaltekin**	T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İstanbul İl Müdürü
Uzman. Dr.	**Özlem Onur Köse**	İstanbul Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı- Evde Sağlık Hizmetlerinden Sorumlu Müdür Yardımcısı
Fzy	**Reyhan Özgöbek**	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
Prof. Dr.	**Rukiye Pınar**	Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı
Yard. Doç.	**Selda Seçginli**	Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Yard.Doç.Dr	**Sema Oğlak**	
Doç. Dr.	**Serap Çifçili**	Marmara Ü. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Prof. Dr.	**Serap İnal**	Yeditepe Üniversitesi
Öğr. Gör.	**Şeyda Ercan**	İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bakım Hizmetleri Bölüm Başkan Yardımcısı
Doç.Dr.	**Yakup Krespi**	Memorial Hospital
Prof. Dr.	**Zuhal Bahar**	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı

*İSME GÖRE ALFABETİK DİZİLMİŞTİR.

Bilimsel Program

18 EYLÜL 2013 - ÇARŞAMBA	
08:30- 09:30	Kayıt İşlemleri
09:30 - 10:30	Açılış
	Aynur Dik - Evde Bakım Derneği
	Gabriella Bon - Home Care Europe
	Hulusi Armağan Yıldırım - T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
	T.C. Sağlık Bakanlığı "Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetleri"
10:30 - 11:00	ARA
11:00 - 12:30	Türkiye'de Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler
	Oturum Başkanları: Sema Oğlak– Aynur Dik
	Muzaffer Saraç - İstanbul Büyükşehir Belediyesi
	Şeref Şeker - Beşiktaş Belediyesi Sağlık İşleri Müdürü
	Sakine Buzluçay , Alp Kemal Okyay - Bayındır Hastanesi
	Derya Yücel - Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği
	Ümmügül Geyik - Alzheimer Derneği
	Mehmet Atasoy - T.C. Sağlık Bakanlığı Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
12:30 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ
13:30 - 15:00	Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleştirilmesi ile İlgili Uluslarası Modeller

	Oturum Başkanları: Yakup Krespi– Mehmet Onarcan
	Gabriella Bon - İtalya
	Mona Jonsson – Finlandiya
15:00 - 15:30	ARA
15:30 - 17:00	Evde Sağlık veSosyal Hizmetlerin Bütünleştirilmesi ile İlgili Uluslarası Modeller
	Ian Benson - İngiltere
	Ucha Vakhania - Gürcistan
	Mariana Oancea - Romanya
19 EYLÜL 2013 - PERŞEMBE	
09:00 - 10:30	Türkiye'de Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin BütünleşmesindeKarşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri
	Oturum Başkanları: Güler Cimete, Feryal Subaşı
	Şöhret Taş - İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Yataklı Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Birimi
	Reyhan Özgöbek - T.C. Aile Ve Sosyal Poltikala Bakanlığı Yaşlı Hizmetleri Dairesi
	Uğur Osman Özcan – Özel Ankara Güven Evde Bakım Merkezi
	Erdoğan Taş - Antalya Kamu Hastaneler Birliği
	Pemra C.Ünalan - Marmara Üniversitesi Evde Sağlık Birimi
	Ali Osman Soluk- Sağlık A.Ş.
10:30 - 11:00	ARA
11:00 - 12:00	Türkiye'de Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesinde Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri

	Oturum Başkanları: Nursen Nahcıvan, Ferhat Şayeste
	Murat Altuğgil - Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
	Şükrü Boyraz - Türkiye Sakatlar Derneği
	Nilüfer Şeftalicioğlu- ALS Derneği
	Aynur Dik - Evde Bakım Derneği
12:00 - 13:00	Tartışma Moderatörler: Pemra C. Ünalan, Nil Tekin
13:00 - 13:15	Kapanış Aylin Çiftçi - T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

AÇILIŞ KONUŞMALARI

İstanbul Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Müdür Yardımcısı
Dr. İlyas BOZKURT

Değerli Katılımcılar,

Evde Bakım Derneğinin düzenlemiş olduğu Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesi Sempozyumuna hoş geldiniz. İstanbul Sağlık Müdürlüğü adına evde sağlık ve bakım hizmetlerinin değerleri paydaşları sizlere saygı ve selamlarımı sunarım.
Evde sağlık ve bakım dediğimizde bir kurumun, bir sivil toplum kuruluşunun veya vakfın üstlenmesi mümkün değildir. Multi-disipliner bir ekip anlayışının gerektirdiği kapsamı geniş bir hizmetten bahsediyoruz.

Ülkemizde Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri çalışmaları 2000'li yıllarda bazı yerel yönetimlerin özellikle İstanbul Büyükşehir Belediyesinin çalışmaları ile başlamıştır. Bu alanda hem kamu hem de yerel yönetim olması bakımından 13 yılı aşkın deneyim ve tecrübeye sahip olan İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanı Sayın Muzaffer SARAÇ bu sempozyumda bizlerle deneyimlerini paylaşması, yerel yönetimlerin yaklaşımı açısından önemli olacaktır. Sağlık Bakanlığımız tarafından ilk uygulama, 2004 yılında Balıkesir Devlet Hastanesinin evde sağlık hizmetleri biriminin kurulması ile başlamıştır. 2005 yılında "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" yayımlanmış ve özel sektörün evde sağlık/bakım hizmetlerinin verilme usul ve esasları düzenlenmiştir. 2010 yılında "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" yayımlanarak Bakanlığımıza bağlı kurum ve kuruluşlarda ülke genelinde evde sağlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır. İstanbul İlimizde de 01.02.2011 tarihinde evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlamıştır.

İlimizin 2012 Adrese Dayalı Nüfus Sayısı 13.854.740'dir. Nüfusun %5,7'si 65 yaş ve üzeridir. Hizmetin başladığı 01.02.2011 ile 31.06.2013 tarihine kadar toplam ulaşılan hasta sayısı 36.132'dir (Sayılara Ağız ve Diş Sağlığı Evde Sağlık Hizmetleri verileri dahildir). Haziran 2013 tarihi itibariyle kayıtlı 24.498 aktif hastaya hizmet verilmektedir. Türkiye'de Bakanlığımız tarafından hizmet verilen aktif kayıtlı evde sağlık hastalarının %14'ü İstanbul ili hastane Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerimiz tarafından verilmektedir.

Sağlık Bakanlığı evde bakımda; hastanın yaşadığı ev ortamında ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti boyutu ile ilgilenmektedir. Evde sağlık özellikle seçilmiş bir kavramdır. Evde bakım, sosyal ve destek hizmet boyutu için ilgili kurum ve kuruluşlarla koordinasyon ve işbirliği sağlanmaktadır. Evde bakım boyutu; sivil toplum kuruluşları, vakıflar, özel sektör ve yerel

yönetimlerin, sosyal boyutu ise; Aile ve Sosyal Politikalara Bakanlığının hizmet alanına girmektedir. Eğitim anlamında baktığımızda Üniversitelerin bu görevi üstlenmesi gerekmektedir.

Sahada evde sağlık hizmetlerinin sunumu, mevzuat, eğitimli personel, araç gereç, lojistik hizmetler ve koordinasyon ile ilgili sorunlarımız mevcuttur. İstanbul Sağlık Müdürlüğümüz tarafından, İstanbul Büyükşehir Belediyesinin katkıları ile, 31.01.2013 tarihinde, "Evde Sağlık Hizmetleri İstanbul Çalıştayı" düzenlendik. Çalıştayda ilimizde Evde Sağlık Hizmetleri değerlendirilerek, sorunlar ve çözüm önerileri paylaşılmıştır. Ülkemizde evde sağlık/bakım hizmetleri özel sektör, belediyeler, sivil toplum kuruluşları, Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından verilmektedir. En önemli sorunlarımızdan biride sağlık ve bakım hizmetlerinin birbirinden bağımsız farklı kurumlar tarafından verilmesi, ayrı ayrı mevzuatların olması, entegrasyonun olmaması ve kurumlar arasında koordinasyon eksikliğidir. Mevcut durum, kurumlar arası işbirliğini ve koordinasyonu zorunlu hale getirmiştir. Diğer önemli bir konu da evde sağlık/bakım hizmetinin finansal sürdürülebilirliğidir. Bakım sigortası gibi finansman modelinin hayata geçirilmesi önemli bir konudur. Kurumlar arası işbirliği ve entegrasyonu anlamında sempozyumun temasını önemli buluyorum.

Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin gelişmiş ülke örneklerini paylaşmak ve ülkemizin deneyimlerini paylaşmak amacıyla ülkemize gelen Homecare Europe üyelerine, Evde Bakım Derneği üyelerine ve Başkanı Sayın Aynur DİK'e, konuşmacılara, alanda şefkat ve özveriyle çalışan tüm paydaşlara teşekkür eder; Sağlık Bakanlığımızca evde sağlık/bakım hizmetleri ve eğitim standartlarının belirlendiği, tüm paydaşların kendi üzerine düşen sorumluluklarını yerine getirdiği entegre bir yapı içerisinde insanımıza hizmet verebilmek adına bu sempozyumun, bu yolda açılan ilk kapısı olmasını temenni eder, hepinizi saygıyla selamlarım.

Aynur DİK

Başkan

Evde Bakım Derneği

Değerli Sağlık Çalışanları

Hasta ve aileleri

Homecare Europe Üye Temsilcileri,

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

İstanbul Büyükşehir Belediyesi

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerine katkı sağlayan herkese HOŞGELDİNİZ.!

Evde Bakım Derneği olarak biliyoruz ki; Evde bakım hizmetleri gelişmiş ülkelerin sağlık ve sosyal sistemlerinin vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Ülkemizde ise son 15 yılda bu alandaki hizmet sunumu, özel ve kamu kurumları ile yerel yönetimlerin girişimleri ile artış göstermektedir. Ancak Türkiye geneline baktığımızda halen hizmet sunumu ve ihtiyaç sahiplerinin bu hizmetlerden faydalanma olanağı hala son derece sınırlıdır. Buna ek olarak; hizmet sunumu için altyapı, planlama, eğitim, standartlar ve sistem oluşturma alanlarında önemli eksiklikler bulunmaktadır.

Evde Bakım Derneğimiz 2005 yılından bu yana çalışmalarını sürdürmektedir. Amacımız evde bakım ve sağlık alanındaki eksiklikleri saptamak ve çözümler üretebilmek, ülkemiz koşullarına uygun evde sağlık ve bakım sisteminin oluşturulmasına katkı sağlamaktır. Derneğimiz; tüm bu çalışmaları evde bakım alanında çalışan sağlıkçılar, akademisyenler, kamu ve özel sektör yöneticileri ile birlikte yani MÜLTİDİSİPLİNER yaklaşım ile gerçekleştirmektedir.

Evde bakım alanında yapılacak çalışmaların başarısı ancak farklı disiplinlerin etkin bir koordinasyon ve iş birliği ile bir arada çalışmaları ile mümkün olacağına inanıyoruz. Bu nedenle de üyelerimizin multidispliner yapıda bir profil oluşturmasına önem veriyoruz. Derneğin mevcut yönetiminde ve üyeleri arasında doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler, paramedikler, psikoterapistler ve sağlık yöneticileri gibi farklı disiplinler yer almaktadır. Ayrıca; evde sağlık ve bakım alanında hizmet sunan kamu ve özel sektör temsilcileri ve yöneticileri de üyelerimiz arasında bulunmaktadır. Özetle; üye profilimizdeki çeşitliliği koruyarak çok sesli ve multidispliner yapımızla ülkemizin gereksinimlerini karşılayabilecek uluslararası standartlarda bir evde sağlık ve bakım sisteminin yaygınlaşmasını amaçlıyoruz.

Yaslı nüfus ve kronik hastalıkların giderek arttığı dünyamızda evde sağlık ve bakım, en verimli ve en etkin bakım modeli olarak ön plana çıkmaktadır. Teknolojik gelişmelerin evde sağlık ve bakımı uygulanabilir kılmasI ve kurumda hizmet alma maliyetlerinin yüksek olması bu süreci desteklemektedir. Yüksek oranda engelli nüfusa sahip olan ülkemizin önümüzdeki 25 yılda yaşlı nüfus artışında dünyada 2. sırada olacağı öngörülmektedir. Dolayısıyla ülkemizde uluslararası standartlarda bir evde sağlık ve bakım sistemine gereksinim önem kazanmaktadır. Ülkemiz koşullarına uygun evde sağlık ve bakım sisteminin kurulabilmesi için öncelikle; görev tanımları , eğitim ve bakım standartları, mevzuat ve denetim, hizmetin finansmanı, model ve politikaların oluşturulması gibi alanlarda çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Son üç yıldır Sağlık Bakanlığının evde sağlık alanında önemli girişimleri olduğunu memnuniyetle izliyoruz. Bugün çok sayıda kamu hastanesi bünyesinde "Evde Sağlık Birimleri" oluşturuldu. Eksikliklerin olmasına rağmen bu gelişmeyi Evde Bakım Derneği olarak çok önemsiyoruz.

Ülkemizdeki Evde Sağlık ve Bakım hizmetleri gelişim sürecine baktığımızda ; 1999 yılında **ilk kurumsal** evde bakım hizmetleri sunumunun başladığını görüyoruz. Eylül 1998'de Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu tarafından 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi İstanbul'da düzenlendi. Ülkemizde ilk defa evde bakım alanında düzenlenen bu kongrede üniversitelerin konuya ilgi duyan bilim insanları ve öğretim görevlileri bir araya gelerek dünya örneklerini, ülkemizdeki problem ve çözüm önerilerini tartışmış, ve öneriler üretmişlerdir.

Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin sunumuna yönelik ilk yasal düzenleme hizmet sunumunun başlamasından çok sonra 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete 'de yayınlanarak yürürlüğe giren ve Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan "Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik'tir. Bu yönetmelik özel evde bakım merkezlerinin ve hastaneler bünyesinde kurulacak evde sağlık ve bakım birimlerinin yapılanması, isleyişi, asgari gereksinimleri, denetimi gibi konularını düzenlemeyi amaçlamıştır. Diğer önemli yönerge ise 24.02.2011 tarihli "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" dir.

Tüm bu gelişmelere rağmen; bugün için evde sağlık ve bakım hizmetlerinin, bir sistem dâhilinde faaliyet göstermesini sağlayacak bir makro plana, kaynakların daha verimli kullanımına ve entegrasyonuna ihtiyaç vardır

Evde Bakım Derneği olarak kuruluşumuzdan bu yana özetle;

- Farkındalık ve bilinirlik çalışmaları yürütmekteyiz. Evde Sağlık ve bakım hizmetleri tanımının uluslararası tanımla örtüşmesi, evde sağlık ve bakım hizmetleri ile ilgili mevzuatın geliştirilmesi, hizmet denetiminin sağlanması, ilgili kurumlar arası koordinasyon, hizmet sunum standartları alanlarında çalışmalarımızı sürmekteyiz.
- Evde sağlık ve bakıma en çok ihtiyaç duyan gruplar, yaşlılar, engelliler ve kronik

hastalardır. Dolayısıyla özel grupların gereksinimlerine yönelik çalışmaları yürütmek öncelikli faaliyet alanlarımızdan biridir.

- Ülkemizde evde sağlık ve bakım hizmetlerinin standartları henüz oluşmamıştır. Derneğimiz bu alanda çalışan sağlık personeline yönelik sertifika programları ve kurslar düzenlemekte ya da düzenlenen organizasyonlara destek vermektedir.

İki kongre ve bir çalıştay gerçekleştirdik.

- **"Sağlık Sistemimizde Evde Bakım"** ana temalı 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Nisan 2008
- **"Ülkemiz İçin Evde Bakım Modeli Çalıştayı"** Nisan 2010
- **"Türkiye'de Evde Sağlık ve Bakımda Neredeyiz?** ana temalı 3. Ulusal Evde Bakım Kongresi Nisan 2011

Evde Bakım Derneği olarak; Evde Sağlık & Bakım Hizmetlerinin gelişmiş ülke örneklerini öğrenmek ve ülkemizin deneyimlerini paylaşmak amacıyla HOMECARE EUROPE Yönetim Kurulu Toplantısını fırsat olarak kabul ettik ve ilgili tüm özel ve kamu kurumlarını, yerel yönetim temsilcilerini, sağlık çalışanlarını, meslek ve hasta sivil toplum kuruluşlarını biraraya getirerek bu sempozyumu planladık. Sempozyumun ana teması ülkemizin ihtiyaçlarını dikkate olarak **" Evde Bakım & Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Hizmetlerle Bütünleşmesi"** olarak belirledik. Sempozyum bünyesinde, Avrupa' da ve ülkemizde evde sağlık ve bakım sisteminin sosyal hizmetlerle bütünleşmesi, sorunları, çözüm önerileri ile ilgili Avrupa ve ülkemiz örneklerine ilişkin konulara yer verildi. Alanında uzman konuşmacılarımız deneyimlerini, sorunlarını ve çözüm önerilerini bizlerle paylaşacaklar. HomeCare Europe üye ülke temsilcilerinin kendi ülkelerindeki evde sağlık ve bakım hizmetleri süreçlerini bizlere aktaracaktır. Bu bilgilerin bizim süreçlerimize çok değerli katkılar sağlayacağına inanıyoruz.

Evde bakım Derneği olarak ; ülkemizin ihtiyaçlarına yanıt verebilecek etkin ve başarılı bir sempozyum olmasını diliyoruz. Tüm katılımcılara, emeği geçen herkese ve destek verenlere çok teşekkür ediyoruz. Varlığınız ve deneyimleriniz bizim için çok önemli. Sizlerin sempozyumunuza vereceğiniz katkının çok ama çok değerli olduğunun bilincindeyiz.

Etkinliğimize destek veren;

- HomeCare Europe üye ülke temsilcilerine
- Beşiktaş Belediyesi
- Vehbi Koç Vakfına
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına
- İstanbul Üniversitesi Rektörlüğüne
- İstanbul Sağlık Müdürlüğüne çok teşekkür ediyoruz.

OTURUM 1: Türkiye'de Evde Sağlık ve Sosyal Bakım Hizmetleri

Oturumun amacı; ülkemizde aktif olarak Evde Sağlık ve Sosyal Bakım Hizmetleri alanında hizmet sunan kamu hastaneleri, özel hastaneler, belediyeler ve sivil toplum kuruluşlarının Türkiye'de Evde Sağlık ve Sosyal alanlarda yürüttükleri hizmetlerinin paylaşılmasıydı.

Oturumda; Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği, T.C. Sağlık Bakanlığı Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Beşiktaş Belediyesi, Bayındır Hastanesi'nden olmak üzere toplam 5 konuşmacı yer almıştır.

Türkiye'de Evde Sağlık Bakımı ve Sosyal Bakım Hizmetleri

Oturum Başkanları: Sema Oğlak - Aynur Dik

Muzaffer Saraç	İstanbul Büyükşehir Belediyesi İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal İşleri Müdürlüğü
Şeref Şeker	Beşiktaş Belediyesi
Sakine Buzluçay- Alp Kemal Okyay	Evde Bakım Birimi Bayındır Hastanesi
Derya Yücel	Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi Türkiye Kamu Hastaneleri Kurum İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri
Mehmet Atasoy	T.C. Sağlık Bakanlığı Bağcılar Eğitim Ve Araştırmalar Hastanesi Evde Sağlık Birimi
Ümmügül Geyik	Alzheimer Derneği

İstanbul Büyük Şehir Belediyesi bünyesinde mevcut durumdaki Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmetleri ve Hizmet Süreçleri:

Dr. Muzaffer Saraç

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal İşler Müdürü

Yaşlı nüfusun sayısındaki artış, maliyeti uygun bakım planlaması, hastanelerde yığılmaların önlenmesi gibi çeşitli nedenlerden dolayı son yıllarda Evde Sağlık Hizmetlerine duyulan ihtiyaçta artış gözlenmiştir. Evde Sağlık Hizmeti sağlanan vatandaşlarımızın çoğunun sadece sağlık hizmeti değil aynı zamanda sosyal destek hizmetlerine ihtiyaç duyduğu bir gerçektir.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi (İBB) Sağlık ve Sosyal İşler Müdürlüğü'ne bünyesinda Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmetleri'nde görev alan birimler;

İBB Sağlık ve Hıfzıssıhha Müdürlüğü : Evde Sağlık Hizmetleri ve İSADEM

İBB Engelliler Müdürlüğü (İSEM)

İBB Darülaceze Müdürlüğü: (Yaşam Evleri, Evde Yaşama Destek Hizmetleri ve Yaşlı Danışma Hattı)

İBB Sosyal Hizmetler Müdürlüğü: (Ayni ve Nakdi Yardımlar)

İBB EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA ÇALIŞAN EKİP

Doktor, Hemşire, Psikolog, Fizyoterapist, Sosyal Hizmet Uzmanı, Hasta nakil ekibi (ATT, Şoför, bakım destek), Kişisel ve Ortam hijyen personeli, Sosyal ihtiyaç tespit ve yönlendirme personeli, Evde ve hastanede refakat personeli vb.

İBB EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER ALANINDA VERİLEN HİZMETLER:

Sağlık alanında;

- Doktor muayenesi
- Hemşirelik bakımı ve takibi
- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
- Psikolojik danışmanlık
- Hasta nakli

Sosyal Hizmet alanında;

- Kişisel bakım,
- Hane temizliği
- Hastanede refakat hizmeti
- Evde refakat hizmeti
- Başvuru ve hizmet talebi ; ALO 153 numarasından yapılmaktadır.

İBB EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER ALANINDA VERİLEN HİZMETLER

Sağlık ve Sosyal alanlarında ihtiyaçları belirlemek için Ön Değerlendirme

- Yapılan başvuruların adreslerine ziyaret yapılarak, hastanın sosyal durumu ile ilgili tespitlerin yapılması
- Başvuru yapan bireylerin ihtiyacı oldukları hizmetler için İBB' nin ve devletin sosyal yardım birimlerine yönlendirmesi yapılıp, sonucu takip edilmektedir (Maddi yardım, ev eşyası temini, Yeşilkart başvurusu, kömür yardımı vb.)

Tıp Doktorları tarafından yapılan değerlendirmeler:

Doktor tarafından hasta evinde ziyaret edilerek muayenesi yapılmakta; yara bakımı, psikolog takibi, evde fizik tedavi, ev temizliği, kişisel bakım, hastaneye nakil gibi hizmetlerden yararlanması sağlanmaktadır. Periyodik muayenelerle hasta takip edilmektedir. Bugüne kadar **286.293 doktor muayenesi** gerçekleştirilir.

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Fizyoterapi gereken engelli, yatağa bağımlı, felç geçirmiş hastalara evinde uzman fizyoterapistler ve taşınabilir fizik tedavi aletleri ile tedavi yapılmaktadır. Bugüne kadar **125.001 fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti** verilmiştir.

Psikoterapi

İhtiyacı olan hasta veya yakınları uzman psikologlar tarafından yaşadıkları ortamda psikososyal açıdan desteklenmektedir (aile terapileri, bireysel psikoterapiler). Bugüne kadar **20.552 psikoterapi seansı** gerçekleştirilmiştir.

Ev ve Kişisel Hijyen

Evde yalnız yaşayan ve ihtiyaç sahibi hastalarımızın banyosu yaptırılmakta, tırnak kesimi, saç kesimi, giysilerinin giydirilmesi, vb gibi hastanın temizliği sağlanmaktadır. Ayrıca, temizlik yapılarak hastanın yaşadığı ortamın sağlık koşullarına uygun hale getirilmektedir. Bugüne kadar **7.316 hane ve kişisel temizlik hizmeti** verilmiştir

Ev ve Hastanede Refakat

Yalnız yaşayan ve ihtiyaç sahibi hastalar evinde veya hastanede hastaya refakat edilmektedir. Bugüne kadar **41.111 saat refakat hizmeti** verilmiştir.

İSADEM (İstanbul Aile Danışmanlığı ve Eğitim Merkezi)nin Verdiği Hizmetler:

- Hane tespiti ile kişilerin ihtiyaç ve sorunlarını tespit etmek
- Sağlığı etkileyen faktörlerle ilgili düzenli analizler yapmak,
- Hedef grubun ihtiyaçlarına yönelik hizmet vermek,
- Aile, okul ve diğer resmi kuruluşlarının ihtiyaçlarına uygun eğitim ve danışmanlık hizmet vermek, böylece ailenin yaşam kalitesini artırmak amaçlamaktadır.

Bu merkezde; Evde Tespitleri yapacak Personel, Sosyal Kayıt Personeli, Verileri Kayıt Personeli, Sosyal Hizmet Uzmanı, Sağlık Danışmanı, Psikolog, Çocuk Gelişimci ve Şoför çalışmaktadır.

Verilen Hizmetler;

- Hane ziyaretleri
- Ev ziyaretleri ile eğitim ve danışmanlık hizmeti
- Çocuk eğitim hizmeti
- Sosyal bilinç oluşturma toplantıları
- Aile ve Evlilik eğitimleri
- Çevre koruma eğitim organizasyonları vs.

İSEM (İstanbul Büyükşehir Belediyesi Engelliler Müdürlüğü)' nin verdiği Hizmetler:

İSEM, İstanbul'da yaşayan engellilerin yaşam koşullarını iyileştirmek, bağımsız yaşamalarına destek olmak, toplumsal gelişmelerden pay almalarına yardımcı olarak üretime katkıda bulunmalarını sağlamayı hedeflemektedir.

İSEM (İstanbul Büyükşehir Belediyesi Engelliler Müdürlüğü)' nin verdiği Hizmetler;

Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri: Sosyal Servis Hizmetleri, Sosyal Destek Programları, Yasal Haklar Danışmanlığı

Eğitim ve Rehabilitasyon Hizmetleri

- Zihinsel Özürlüler Beceri Kazandırma ve Mesleki Rehabilitasyon Merkezleri
- Karma Eğitim Hizmetleri
- Yaz Okulu Hizmetleri
- Türk İşaret Dili Eğitimleri
- Tiyatro ve Sanat Eğitimleri

Psikolojik Destek Hizmetleri

- Bireysel Ve Grupsal Psikolojik Danışmanlık
- Aile Eğitim ve Seminer Çalışmaları
- Konuşma Terapisi
- Küçük Adımlar Erken Eğitim Programı

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Hizmetleri

- Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hizmetleri
- Sporla Rehabilitasyon
- Atla Terapi
- Hidroterapi
- Yaz Kampı ve Sosyal, Kültürel Etkinlikleri
- İstihdam Hizmetleri
- Medikal Malzeme Desteği
- Ulaşım Hizmetleri
- ALO 153–3 Engelli ve Yaşlı Servisi'ni hayata geçiren İSEM, yaşamını İstanbul'da sürdüren ve toplu taşıma araçlarını kullanamayan engelli ve kimsesiz yaşlılara ücretsiz ulaşım hizmeti vermektedir. Bu servis sayesinde günde ortalama 750 kişi evlerinden alınarak istedikleri yere ulaştırılmakta, aynı araçlarla tekrar evlerine bırakılmaktadır. Bugüne kadar 486.321 servis hizmeti sağlanmıştır.

Sağlık Destek Hizmetleri

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Hizmetleri: Fizik tedaviye ihtiyacı olan engellilerin değerlendirmesi yapılır, ev egzersiz programı hazırlanır, kurum içi ve dışı yönlendirmeler yapılmakta, danışmanlık ve eğitim hizmetleri verilmektedir.

Medikal Malzeme Desteği: Ortez – protez, beyaz baston, ses kayıt cihazı, tekerlekli sandalye, akülü araba, koltuk değneği, işitme cihazı, hasta altı bezi dağıtımı yapılmaktadır. Bugüne kadar **79.548 kişiye hizmet** sağlanmıştır.

Psikoloji ve Sosyal Servis Hizmetleri: Bilgilendirme, danışmanlık, kurum içi ve dışı departmanlara yönlendirme ve bu yönlendirmelerin takibi bütüncül bir sosyal hizmet sisteminin gerektirdiği şekilde bu serviste gerçekleştirilir. Engelli bireyin ihtiyaç duyduğu desteğin türüne göre yardımcı olabilecek kurumlar araştırılır ve destek süreci planlanır. Engellilerin yaşam standartlarının yükseltilmesi için aile üyeleri ve ebeveynlerin spesifik alanlarda eğitimi sağlanır. Engelli kişinin yaşam boyu desteklenmesi için aile dayanışmasını güçlendirecek ve sosyal çevre dinamiklerini aktifleştirecek çalışmalar yapılır. Engelli bireylerin toplum içinde hareketliliğini sağlayacak sosyal aktiviteler düzenlenir. Bugüne kadar **1.476.340 hizme**t sağlanmıştır.

Psikolojik Destek Servisi: Ev ve kurum merkezli olmak üzere yapılan uygulamalarda aile, evlerindeki ya da birimlerimizdeki eğitimlere katılarak çocuklarının eğitimlerini destekler

duruma gelirler. Gerektiğinde aile üyelerinin psikolojik yönden güçlendirilmesi sağlanır. Bugüne kadar **69.412 kişiye eğitim** sağlanmıştır.

Kuaförlük Servisi: Engellilerin hayatlarını kolaylaştırmak için her zaman yeni projeleri hayata geçiren İSEM, bu çalışmalar kapsamında 2008 yılında evinden çıkamayan engellilere ücretsiz kuaförlük hizmeti vermeye başlamıştır. Bugüne kadar **2449 kişiye hizmet** sağlanmıştır.

DARÜLACEZE MÜDÜRLÜĞÜ'NDE VERİLEN HİZMETLER

1999 yılında açılan Kayışdağı yerleşkesinde 9 farklı yaşam sitesinde 735 sakine hizmet verilmektedir. 151.000 m² 'lik alanıyla ve hizmet verdiği sakin sayısıyla Türkiye'nin en büyük bakım ve huzurevidir. İstanbul Darülaceze Müdürlüğü, İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından hizmete açılmış olup, İstanbul sınırları içerisinde yaşayan, acizlik kriterlerine uygun, dezavantajlı yaşlı bireylerin bakımını ve toplumsal yaşama katılmalarını sağlayan ücretsiz bakım ve huzurevi hizmetleri veren Türkiye'nin en büyük öncü kurumudur. Sağlık, sosyal, manevi bakım, koruyucu sağlık, beslenme, barınma, fizik tedavi ve rehabilitasyon, spor faaliyetleri yapılmaktadır.

YAŞAM EVLERİ

Yaşlıların sosyal ortamlarından ayrılmadan yaşamlarını sürdürmeleri amacıyla mahalle içinde kurulan bu birimlerde; Yaşlıların bundan sonraki yaşamlarını mutlu ve huzurlu geçirmeleri, çalışabilir nitelikte olanlara kendi mesleklerini icra etme olanağı, hayatın içinde doğal motivasyon kaynakları ile meşgul olmaları sağlanmaktadır. 22 yaşam evinde 47 yaşlı barınmaktadır.

EVDE YAŞAMA DESTEK HİZMETLERİ

Yaşlıya kendi evinde ve sosyal ortamında verilen bakım hizmetleri kapsamında, her bir yaşlı için bakım planı oluşturularak sunmayı amaçlamaktadır. Ataşehir ve Kadıköy ilçeleri pilot bölge olmak üzere 2013 yılında evinde yalnız yaşayan ve ihtiyaç sahibi yaşlılarımız için; ev temizliği, kişisel bakım, basit tadilat ve tamirat, kuaförlük, alışveriş, şehir içi ve şehirler arası geziler , aile danışmanlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır.

YAŞLI DANIŞMA HATTI

Vatandaşlarımızın yaşlı hizmetleri alanlarındaki tüm ihtiyaçlarına en kısa sürede ulaşmak ve sosyal hizmet alanında rehberlik sunmak amacıyla mesai saatleri içerisinde çalışan yaşlı danışma hattı oluşturulmuştur (0216 528 85 85)

JADE PROJESİ (JADE – Joining ınnovative Approaches for the integration and Development of Transnational Knowledge Clusters Policies Related to Iindependent Living of Elderly)

Bu Projede Amaç; Hızla yaşlanan nüfusun ihtiyaçları doğrultusunda

- Ortam istihbaratı teknolojileri geliştirerek tele ev bakımı, telesağlık, tele danışmanlık, uzaktan
  bakım ve sosyal desteği de içeren (ev izleme, navigasyon vs) çeşitli uygulamalar gerçekleştirmek,

- Yaşlı nüfusun ihtiyaçlarına yönelik ortak bir araştırma ajandası ve eylem planı oluşturmak,
- Yaşlı bakımı konusunda uluslar arası bilimsel işbirliğini teşvik etmek,
- Yaşlı nüfusa teknolojik destek ile en iyi hizmetleri sunmak konusunda farkındalığı artırmak.

Bu projede; Konsorsiyum Ülkeleri; Lider İtalya , Fransa, Finlandiya, İngiltere, Türkiye.Bu hizmetlerin yansıra; eğitici yayınlar, hasta ve refakatçi Kursu, Sosyal Hizmetler (nakdi yardımlar ve ilaç yardımları), Kadına ve Aileye Yönelik Yardımlar (Alışveriş kuponu, Eşya ve giyecek yardımı.) İstanbul Büyükşehir Belediye Başkanlığı'na bağlı ekipler ayda ortalama 3 bin aile ile iletişime geçmektedir.

Beşiktaş Belediyesi tarafından sağlanan Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmetleri:

Şeref Şeker

Sağlık İşleri Müdürü

Beşiktaş Belediyesi

Beşiktaş Belediyesi Kapsamındaki Birimler ve Amaçları;

- KENT ARAŞTIRMALARI BİRİMİ

Uygulanan anketler ve diğer kurumlardan alınan veriler ışığında kent yapısını ve kentlinin ihtiyaçlarını belirlemek. elde edilen veriler ışığında Beşiktaş İlçesine ait (-

- SOSYAL SERVİS

Kent Araştırmaları Birimi tarafından tespit edilen, Beşiktaş Belediyesine doğrudan başvuran ve/ veya Beşiktaş Belediyesi'ne ihbarı yapılan İhtiyaç sahibi olduğu düşünülen kişileri yaşadıkları ortamda incelemek ve nelere ihtiyacı olduğunu tespit etmek

- PROJE BİRİMİ

Kent Araştırmaları Biriminden ve Sosyal Servisten gelen veriler ve öneriler doğrultusunda İlçenin yapısına ve ihtiyaçlarına yönelik projeler geliştirmek ve bu projeleri hayata geçirerek ilgili hizmet birimlerine yönlendirmek.

- HİZMET BİRİMLERİ

Proje Birimi tarafından geliştirilen projeleri yürütmek

BEŞİKTAŞ İLÇESİNİN YAŞLI NÜFUS PROFİLİ;

Kent Araştırmaları Birimi tarafından kent istatistikleri Beşiktaş İlçesi'nin Türkiye'nin diğer tüm bölgelerinden oldukça farklı bir kent yapısına sahip olduğunu göstermektedir.

2012 yılında TÜİK tarafından açıklanan ADNKS'nin (Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi) yaş grubu verilerine göre; 65+ yaş verileri açısından; Türkiye genelinde 65 yaş ve üstü yaş taki nüfusun oranı; %7.51 iken, Beşiktaş İlçesinde 65 yaş ve üstü nüfusun oranı %13,82 dir. Bu oran Türkiye ortalamasının neredeyse 2 katıdır. 75 yaş ve üstü olma sıklığı verileri ise ; Türkiye Genelinde bu oranı %2,98 olarak verirken, Beşiktaş İlçesi'nde %6,40 dir . Bu değer Türkiye ortalamasının 2 katıdır.

Beşiktaş Belediyesi Projesi:

Gerekçesi ve Hedefleri: TÜİK tarafından açıklanan ADNKS verilerine göre Nüfusu 186.067 olan Beşiktaş İlçesinde 75 yaş ve üstünde 11810 kişi yaşamaktadır (2011 yılı istatistikleri) .Kent Araştırmaları birimi tarafından yapılan çalışmayla ilçede hanede yaşayan herkesin 75 yaş ve üstünde olma durumuna bakıldığında, bu kişilerin sayısı ise 5518 olarak tespit edilmiştir. Yaşadıkları evlerde kendilerine yardımcı olacak daha genç yaşta birileri bulunmayan bu kişiler, Sağlık ve Sosyal anlamda hedefi olan Projenin odak grubunu oluşturmaktadır. Yaş ortalaması 82,43 olan bu 5518 kişinin 3218'i yalnız yaşarken, 2242 kişi ise evde iki kişi ve 48 kişi de ise evde üç kişi olarak yaşamaktadır.

5518 kentlinin cinsiyetlere göre dağılımı ise şöyledir.

Cinsiyet	Toplam Kişi Sayısı	% oran
Erkek	1575 kişi	% 28,54
Kadın	3943	%71,46

75 yaş ve üstü kişilere ise (n=551) yüz yüze görüşme yöntemiyle anket uygulanmıştır. Bu grup hanede yaşayan herkesin 75 yaş ve üstü olduğu bir gruptur.

Bu gruba Yaşlılık döneminde en çok ihtiyaç duyacagı konular sorulmuştur.

	Kişi sayısı	Yüzde
Sağlık Desteği	301	54.63
Kişisel Bakım ve Temizlik Desteği	182	33.03
Ev Temizliği-Hijyeni Desteği	164	29.76
Aile İlişkileri	105	19.06
Beslenme (Kuru Gıda- Yemek) Desteği	61	11.07
Saygı ve Hoşgörü	35	6.35
Sosyal İlişkiler	32	5.81

Bu veriler dikkate alındığında; Belediye tarafından yürütülen sağlık ve sosyal hizmetleri daha etkin getirebilmek için Proje Birimi ve Kent Araştırmaları Birimine ek olarak bir de Sosyal Servis kurulmuştur. Böylece alan incelemelerinin teknik personelce yürütülmesi ve hanenin gerçek ihtiyaçlarının daha doğru analiz edilmesi sağlanmıştır.

Sosyal Servisin Faaliyet Alanları;

- Aktif yaşlanmayı destekleyen yeni hizmet modelleri ile ilgili önerilerde bulunma, danışmanlık hizmetleri (Yaşlılık hakları, 2022 yaşlılık maaşı, kurum bakımı vb.) vermek.
- Engellilik konusunda konuyla ilgili açılacak kuruluş ve merkezlerin planlanmasını ve içeriğini oluşturacak öneriler sunma danışmanlık hizmeti vermek.
- Kadın ve toplumsal cinsiyet alanlarında proje önerileri sunma, 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun kapsamında bildirimleri yapma, sosyal danışmanlık hizmetleri sunmak.
- Çocuk Hakları ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında çocuklar ile ilgili faaliyetlerde bulunmak
- Sosyal Yardım başvurulanını yerinde incelenmesini ve raporlamalarını yapmak.
- Diğer dezavantajlı tüm grup ve bireyler ile çalışmalar yapma bu kişilere sunulacak hizmetleri planlamak.

Sağlık destek hizmeti

Sağlık Destek Hizmetlerinin temel amacı; Beşiktaş Belediyesi sınırları içerisinde ikamet eden, 65 yaş üstü kişilere, Çevresel Beslenme Eğitimi, Psikolojik Destek, Evde Tabip Muayenesi, Hasta Bakımı, Nakil Ambulansı hizmeti sağlayabilmek ve yaşam kalitelerini arttırabilmektir. Sağlık Destek Hizmetlerinin bir diğer amacı ise; bölgemizde ikamet eden tüm halkımıza Telefonda Tıbbı Danışma hizmeti, 7/24 Acil Yardım Hizmeti, Psikolog (Çocuk, Ergen Psikoloğu ve Aile Danışmanlığını da içeren) ve Diyetisyen hizmeti sunarak sağlıklı bir toplumun oluşmasına katkıda bulunmaktır.

Sağlık hizmet kapsamı: Bu hizmetler her gün için; haftanın yedi günü, yirmi dört saat, sekizer saatlik üç vardiya halinde dönüşümlü çalışacak şekilde planlanmıştır. Bu birimde; tıbbi danışma hizmeti veren asgari üç hekim, Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde belirtilen standartlarda çağrı yoluyla yapılan acil yardım sırasında azami on dakika içinde hastalara ulaşacak şekilde konuşlanmış yeteri kadar Acil Yardım Ambulansı ve ekipleri, asgari üç hasta nakil ambulansı ve ekipleri, Evde Sağlık Destek Hizmetinde çalışacak dört binek aracı ve personeli iki hekim, altı hemşire, dört hastabakıcı ile iki diyetisyen, dört psikolog (aile danışmanı, klinik psikolog, çocuk ergen Psikoloğu, yaşlı psikolojisi konusunda deneyimli Psikolog olmak üzere) ve bir sosyal hizmet uzmanı görev almaktadır. Tamamen ücretsiz olan bu hizmete yedi gün yirmi dört saat çalışan Çağrı Merkezi vasıtasıyla Belediyenin 444…lü hattından tek bir telefonla ulaşılabilmektedir.

Sağlık Destek Hizmetinin 2012 Yılındaki Ana Verileri;

Esenlik hizmeti: Uygulanılan Anket verileri Işığında; başlatılan bir diğer sosyal proje ise Esenlik Hizmetidir.

- “Esenlik Hizmetiyle; basit yaşamsal ihtiyaçlarını karşılayamayan, öncelikli olarak 75+ yalnız yaşayan Beşiktaş Kentlilerinin ve engelli/dezavantajlı bireylerin hayatlarının kolaylaştırılması amaçlanmaktadır. Zamanlarının büyük bir bölümünü geçirdikleri evlerinde sağlıklı, huzurlu ve güvenli bir ortam yaratılması hedeflenmektedir. Bu kapsamda “Evde Kuaför Hizmeti”, “Evde Temizlik-Hijyen Desteği” ve “Pratik Ev Düzenlemeleri Hizmeti” Beşiktaş Belediyesi’nin uzman personeli tarafından vatandaşa yerinde hizmet olarak sunulmaktadır.
- Beşiktaş kentlileri 444 44 55 numaralı çağrı merkezinden randevu alarak bu hizmetlerden ücretsiz olarak faydalanmaktadır.
- Ayrıca 75yaş üstü yalnız yaşayan kişiler, yaşa bağlı rahatsızlıklarla ortaya çıkan unutkanlık vb. sebeplerle sıkça görülen ev dışında kalma ya da ev içinde kilitli kalma durumlarında ücretsiz “Çilingir Hizmeti” n den yararlanabilmektedir.

  2013 yılı Ocak ayında başlatılan Esenlik Hizmetinden Ağustos Ayı sonuna kadar toplam

1525 kişi (yalnızca temizlik ve kuaför hizmetleri) yararlanmıştır.

TEMİZLİK HİZMETİ

AYLAR	Kadın	Erkek	Toplam
OCAK	25	18	43
ŞUBAT	55	18	73
MART	78	29	107
NİSAN 95	24	119	
MAYIS	95	26	121
HAZİRAN	93	20	113
TEMMUZ	101	27	128
AGUSTOS	80	27	107
TOPLAM	**622**	**189**	**811**

KUAFÖR HİZMETİ

	KADIN	ERKEK	TOPLAM
OCAK	17	10	27
ŞUBAT	38	16	54
MART	55	34	89
NİSAN	58	44	102
MAYIS	70	53	123
HAZİRAN	46	38	84
TEMMUZ	76	47	123
AĞUSTOS	64	48	112
TOPLAM	**424**	**290**	**714**

SOSYAL ALARM PROJESİ

Öncelikli olarak İlçede 75 yaş ve üzeri olup yalnız yaşayan (3228 kişi), veya yalnız yaşayan engelli kentlilere verilecek ve Belediyece ücretsiz sunulan Sağlık Destek hizmetlerine, Esenlik hizmetlerine ve Dost Eller Mutfak hizmetlerine de kolayca ulaşmayı sağlayacak bu hizmette; kişinin evindeki telefon hattına bağlanan, üç ayrı renkte düğmesi olan ve her bir düğmesinin ayrı fonksiyonları olan bir cihaz vasıtasıyla evinde oluşabilecek herhangi bir acil durumda kullanabileceği bir sistemdir. Bu sistemle; acil sağlık sorunları, ev kazaları v.b durumlarda derhal Acil Yardım Ambulansı çağrı merkezi tarafından yönlendirilecek, kişinin profil bilgilerinde kayıtlı bulunan yakınlarına durumla ilgili bilgi verilecek, yangın, hırsızlık v.s gibi durumlarda ilgili kurumlar anında uyarılacak böylece vakaya çok çabuk müdahale mümkün olacaktır. Ayrıca; belediyemizin Dost Eller Mutfağımızdan yemek talebinde bulunabilecek, Belediyece Esenlik hizmetlerine (evde kuaför hizmeti, ev temizliği hizmeti, küçük ev tamiratları ve ev kazalarının önlenmesine yönelik eşyaların dizayn edilmesi, Çilingir hizmeti v.b) ulaşabilecek veya Sağlık Destek hizmetlerimizin acil dışı bölümü olan Telefonda tıbbi danışma, Evde tabip muayenesi, Hemşirelik ve Hasta bakıcı hizmetleri, Hasta Nakil Ambulansı, Aile danışmanı desteği Psikolog desteği, Diyetisyen desteği, Sosyal Hizmet Uzmanı desteği talep edebilecektir. Ayrıca bu cihaz sayesinde çağrı merkezi kişinin talebi halinde belirli aralıklarla (örneğin 24 saatte bir) kişileri arayarak sağlık durumlarını öğrenebilecek, cihaza eklenen uygun aparatlarla ilaçlarını düzgün bir şekilde alması veya kişinin düşmesi durumunda çağrı merkezinin uyarılması sağlanabilecektir.

Bu proje öncelikli olarak; projenin hedef gruplarının (Yapılan araştırmalar bu projedeki hedef kitlemizin günün ortalama 23 saatini evlerinde geçirdiklerini göstermiştir, böylece geliştirilen çözümlerin de öncelikli olarak ev odaklı olması gerektiği düşünülmüştür)evlerinin güvenli yaşam alanlarına dönüşmesinin sağlanması, yaşam kalitesi ve süresinin arttırılması amaçlanmaktadır.

Bayındır Hastanesi tarafından verilmekte olan Evde Bakım Hizmetleri:

Hemşire Sakine Buzluçay - Dr. Alp Kemal Okyay

Bayındır Hastanesi Evde Bakım Birimi

Evde bakım: Farklı meslek üyelerinin işbirliği, eşgüdümü ile koruyucu ve tedavi edici hizmetleri hasta ve ailesine kendi ev ortamlarında sunan bir hizmet modelidir. Kurumumuzda Evde Bakım Tetkik ve Tedavi hizmeti ile ilgili çalışmalara Eylül 1999 yılında başlanmış uygulamaya ise Nisan 2001 tarihinde geçilmiştir.

Amaç : Tedavi, teşhis, koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde hemşirelik hizmetlerini insanların kendilerini en rahat ve güvende hissettikleri ev ortamında sunulmasını sağlamak.

Hizmet felsefesi: Bireylerin sağlığın bozulmasına bağlı yaşadıkları sıkıntıları bilerek, almasına inandığımız hemşirelik hizmetinin, alışkın olduğu kendini güvende ve rahat hissettiği aile ev ortamında sunduğumuz hizmet sırasında güleryüzlü ,bilgi, beceri ve teknolojiden yararlanarak hasta/ ailelere faydalı olacağımız inancındayız. Bakım verdiğimiz hastaların din, dil, sosyal durum gözetmeksizin hayatlarını devam ettirdikleri süre içinde optimum sağlık hizmeti alması ve yaşam kalitesinin yükselmesi gerekliliğinin bilincindeyiz.

Hizmet süresi: Evde Bakım hizmeti yelpazesi çok geniş olmakla beraber ; verilecek hemşirelik hizmeti de o derece geniştir. Hizmet alanı kurumun politikası ile doğru orantılıdır. Çünkü , evde verilecek bakım hizmetlerine karar verilirken alt yapı , personel organizasyonu, teknik donanım gibi faktörleri ne kadar temin edeceğini kurum belirler.

Genel işleyiş: Bayındır Hastanesi Evde Bakım Bölümü hizmetlerini Ankara İl Sınırları içinde vermektedir. Evde Bakım hizmetlerini personel sayısı yeterliliğine bağlı olarak çalışma alanı sınırları içinde verir. Evde Bakım Bölümü Pazartesi- Cuma sabah 08:30 ile akşam 18:00 saatleri arasında , Cumartesi günleri 08:30-13:00 saatleri arasında açıktır. Diğer zamanlarda hemşirelik girişimleri devam etmektedir. 24 Saat ve 12 Saatlik evde hemşire bakımı nöbet saatleri 08:00-20:00 ; 20:00-08:00 arasındadır. Evde Bakım ziyaretlerinin tümünde ulaşım Bayındır Hastanesi Şoför odasının düzenlemesi ile sağlanır. Muayene ve girişim amaçlı hekim ve hemşire ziyaretleri için saatler Evde Bakım

Sorumlu hemşiresi tarafından işleyişe göre düzenlenir. Evde Bakım Hizmet girişleri evde bakım bankosundaki görevli hasta danışmanı tarafından yürütülür. Hasta/ yakını evde bakım hemşiresi veya doktorunu telefon ile veya direk arar. Evde bakım hemşiresi /doktoru talep edilen hizmetin karşılanıp karşılanmayacağı konusunda ve ücret hakkında bilgi verir. Randevu saati kararlaştırılır. Evde Bakım Sorumlu Hemşiresi tarafından araç organizasyonu yapılır. Evde Bakım Hemşiresi işlem için gerekli malzemeleri hazırlar, hasta dosyası oluşturulur. Evde Bakım hasta danışmanı hastanın kabulünü Evde Bakım Bölümüne yapar. Hasta için uygulanacak prosedür ,malzeme, ilaç ve laboratuvar hizmetlerinin sisteme girişi yapılır. Fatura extrasi alınır. Randevu saatinde hastanın evine hareket edilir. Hasta/yakınına Evde Bakım Hasta Onay Formu imzalatılır. Uygulanacak prosedür gerçekleştirilir. Hemşire ve Doktor Gözlem Formlarına işlem kayıt edilir. Tahsilat makbuzu ile tahsilat yapılır. Hastaneye gelindiğinde hemşire alınan numuneyi bekletmeden laboratuvara gönderir. Tahsil edilen tutar hasta danışmanına teslim edilir. Hasta danışmanı faturayı keser ve adrese postalar. Evde Bakım Tetkik ve Tedavi Hizmetlerinin para ödemeli olduğu Hasta ve yakınlarına bilgi verilir.

Ekip Üyeleri

Uzman Doktor

Sorumlu Hemşire

Hemşire

Fizyoterapist

Diyetisyen

Psikolog

Hasta danışmanı

Şoför

Evde Bakım Hizmeti Verilen Hasta/ Hastalık Grupları

- Geriatrik hasta bakımı
- Kalp damar hastalıklarının izlenmesi (EKG,PTZ,HOLTER vb)
- Kronik metabolik hastalığı olan hastalar (ör: diabet)
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastaları
- Nörolojik defisiti olan hastalar
- Postoperatif hasta bakımı (Post operatif dönemde olan bakımı evde yürütülebilecek hastalar)
- Respiratöre bağlı hasta bakımı

Evde Bakım Kapsamda Yapılabilen Girişimler

A. Hekimlik Girişimleri

a. Abse ve Hematom Drenajı
b. Derideki Küçük Yüzeysel Yara Dikme
c. Mesane Sondası uygulaması
d. Nazogastrik Sonda Takılması
e. Pansuman
f. Total Parenteral Nutrisyon (TPN) Takibi

B. Hemşirelik Girişimleri

a. Ayak bakımı yapma (diabet)
b. EKG çekme
c. Vital bulguları izlemi
d. Hijyenik ihtiyaçların giderilmesi
e. Intravenoz enjeksiyon
f. İntramuskuler enjeksiyon
g. Kateter uygulama ve bakımı (parenteral tedavi dışındakiler)
h. Lavman
i. Numune alma (kan,idrar,gaita vs)
j. Yara bakımı yapma (dekübüt, stoma vb)
k. İntra venoz tedavi uygulama
l. SC enjeksiyon uygulaması (Aşılamalar)
m. Üriner kateter uygulama ve bakımı
n. 12 SaatHemşire Refakat hizmeti
o. 24 Saat Hemşire Refakat hizmeti

Evde Bakım Bölümünde verilen hizmetlerin ücretleri hiçbir kurum tarafından karşılanmadığı için Hasta ve Hasta yakınları tarafından karşılanmaktadır. Ödenen ücretler karşılığında Evde Bakım Bölümü üzerinden fatura işlemi yapılmaktadır. Hizmet almak isteyen Hasta ve Hasta yakınlarımıza hizmet ve ücretlerle ilgili bilgiler daha önceden verilmektedir

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Anadolu Kamu Hastaneleri Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi, Evde Sağlık Hizmetleri Süreci ve Yeni Yapılanma Modeli, Uygulaması : Deneyim Paylaşımı

Derya Yücel

Evde sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi Sorumlusu

Evde bakım hizmetleri hem sağlık hem de sosyal süreçlerin birlikte verildiği bütünsel bir hizmettir. Sağlık ve sosyal sürecin birlikte yürütülmesi hizmetin verimliliği ve kalitesi açısından önemlidir. Ancak ülkemizde sürecin sağlık boyutunu kamuda Sağlık Bakanlığı üstlenirken sosyal boyutunu ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı yürütmektedir. Ayrıca özel sağlık kuruluşları, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları ve üniversitelerde diğer hizmet sunucuları olarak yer almaktadır. Hizmeti veren bu farklı sunucuların farklı mevzuat yapılanmaları ise bazı sorunlara neden olmaktadır. Sağlık ve sosyal hizmet süreçlerinin ayrı yürütülmesi hizmet sunucular arasında koordinasyon bozukluğuna yol açmaktadır. Bu da evde bakım hastalarının hizmete erişimine engel olmaktadır.

Bu sorunlar aşağıda özetlenmiştir.

1.Farklı hizmet sunucuların temsilcilerinin bulunduğu bir koordinasyon merkezi bulunmamaktadır.

2. Hizmet ihtiyacına ve bölgenin koşullarına göre hizmetin nereden alınacağı belirlenememektedir

3. İhtiyaç sahiplerinin, ihtiyacın niteliğinin ve sunulan hizmetlerin kaydedildiği ortak veri tabanı yoktur.

4. Evde Sağlık Hizmetleri sunumunda ise Temel Sağlık ve Tedavi Edici Hizmetlerin Entegrasyonu bulunmamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamına girecek evde bakım hizmetleri tanımlanmamıştır. Zira aile hekimleri, ASM, toplum sağlığı merkezlerinden Evde Sağlık Hizmetleri birimlerine yapılan eksik ya da yanlış yönlendirmeler hizmet etkinliğini ve verimliliğini etkilemektedir.

5. Sunulan hizmetin takibi ve denetimi yoktur.

6. Hizmetin standardizasyonu sağlanmamıştır. İnisiyatiflerle hareket edilmektedir.

Evde bakım hizmetlerinde yaşanan sorunlar dikkate alınarak ülkemizde yeni bir yapılanma modeli İstanbul ili Anadolu Kuzey Kamu Hastaneler Birliği olarak başlatıldı. Bu projenin kapsamında Birliğe bağlı 11 hastane ve 4 Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinde bulunan evde sağlık hizmetleri ele alındı.

Yapılan tespitlerde bu birimlerde altyapı ve mevzuat eksikleri nedeniyle inisiyatifler ile hareket edildiği, atıl durumda çalışan birimlerin bulunduğu, birimlerde çalışan personelin aynı zamanda hastanenin farklı yerlerinde görevlendirildiği, hizmet araçlarının kullanımında yaşanan sorunlar nedeniyle hasta ziyaretlerine düzenli çıkılamadığı, birimler arasında hizmet sunumunda standardizasyonun olmadığı belirlendi. Hizmetin etkin ve verimli olarak sunulmadığı saptandı.

Bu sorunlar dikkate alınarak amaçlar;

1.Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmete ulaşılabilirliği en üst düzeye çıkarmak,

2. Hizmetin koordinasyonu sağlamak,

3. Sağlam bir veri tabanı oluşturarak etkin bilgi yönetimini sağlamak,

4. Teknolojiyi en üst düzeyde kullanarak hizmet kalitesini arttırmak

5. Eğitimli ve tecrübeli ‘’evde sağlık personeli’’ yetiştirmek

Proje kapsamında yapılanlar;

Öncelikle tüm sürecin koordinasyonu ve yönetiminin tek merkezden sağlanması için bir koordinasyon merkezi oluşturuldu. Hastanelerde bulunan evde sağlık birimleri oluşturulan bu koordinasyon merkezinde konuşlandırıldı. Görevlendirilen personel ve hizmet araçları da bu koordinasyon merkezinin kullanımına verildi. Tüm ekipler bu merkezden hareketle hizmet vermektedir. Koordinasyon merkezinde planlama ve organizasyondan sorumlu yönetim ve çağrı merkezi bulunmaktadır. İstanbul ili Kuzey Anadolu bölgesinde tüm evde sağlık hizmetleri talepleri bu çağrı merkezinde evde elektronik ortamda kayıt altına alınmaktadır. Başvuru ise internet, direkt koordinasyon merkezine gelerek, telefonla, Aile Hekimleri, ASM, Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından Halk sağlığı Müdürlüğü aracılığıyla yapılabilmektedir. Telefonla yapılan tüm görüşmeler ise kayıt altına alınmaktadır. Ayrıca çağrı merkezinde telefonla tıbbi danışmanlık ihtiyacı olan hastalarımız için, tıbbi konularda danışmanlık hizmeti veren sağlık personeli bulunmaktadır. Danışmanlık hizmetindeki amaç ziyaret yapılmadan sorunların çözümlenmesidir. Dolayısıyla evde bakım ekiplerinin gerçekten ihtiyacı olan hastalara ayıracak zamanı çoğalacak ve ekibin daha efektif kullanımını sağlamaktır. Başvurular alınırken hasta/ hasta yakınından gerekli bilgiler sorularak öncelik sınıflandırması(triyaj) yapılmaktadır. Hastanın triyaj puanına göre randevu önceliği olan hastalar belirlenmekte, evde bakım hizmetleri acil hizmet vermemekle beraber triyaj önceliği bulunan hastaların tespiti daha sağlıklı bir planlama yapılmasına olanak tanımaktadır. Koordinasyon merkezi tarafından bir gün önceden hizmet verilecek hastaları Evde Sağlık

Hizmetleri yazılım programından on- line olarak evde sağlık ekiplerine sistemden yönlendirme yapılmaktadır. Her ekip üyesi kullanıcı adı ve şifresi ile kendilerine yönlendirilen hastaları bilgisayar tabletlerinde görebilirler ve sahaya çıkmadan önce bu hastalar ile ilgili her türlü veriye ulaşabilmektedirler. Sistemde ön tespit ve değerlendirme ekibi ve müdahale ekibi olarak iki ekip tanımlanmıştır. Ön tespit ve değerlendirme ekiplerinde hemşire ve sosyal çalışmacı bulunmaktadır. Hemşire hastanın evde sağlık kriterlerine uygunluğunun tespitini yaparken sosyal çalışmacı hastayı sosyal yönden değerlendirmektedir. İhtiyaç doğrultusunda hasta yakınına eğitim ve danışmanlık hizmeti vermekte, pansuman, kan alımı, sonda değişimi gibi girişimsel işlemleri varsa müdahale ederek hastanın ihtiyacı hızlı bir şekilde giderilmektedir. Müdahale ekibine yönlendirilecek hastalar belirlenmekte ve yönlendirme elektronik ortamda yapılmaktadır.

Müdahale Ekipleri;

Hekim ve hemşireden oluşmaktadır. Hastanın muayenesi gerçekleştirirken tedavisini ve kontrol ziyaretlerini planlanmakta ve darsa İhtiyaçları doğrultusunda konsültasyon yada rapor ihtiyacı belirlenmektedir. Ekipler ev ortamında hasta ile ilgili işlemleri gerçekleştirdiklerinde tabletlerini kullanarak hizmet bilgilerini sisteme girmektedir. Hastada fotoğraflanması gereken yaralar ve diğer unsurlar hasta dosyasında elektronik olarak kaydedilmektedir. Bu girişimle ekip sonraki ziyaretlerde karşılaştırma yapma olanağı bulabilmektedir. Tüm bu süreçleri koordinasyon merkezi on- line olarak görebilmekte ve gerektiğinde anında müdahale edilebilmektedir. Bu projede koordinasyon merkezinden mobil ekibe kadar tüm alanlarda teknolojinin maksimum kullanımı hedeflenmiştir. Hasta takip ve randevu sürecinin yönetilmesi, hastaların evde sağlık ekibine yönlendirilmesi, ekibin ev ziyaret giriş çıkışları, araçların sahadaki takibi, hasta bilgilerinin elektronik ortamda kaydı, elektronik imza sistemi, tedavi sürecinin fotoğraflanması, kullanılan malzemelerin ve e- reçetenin hasta başında kayıt altına alınması, verilerin on line olarak anında koordinasyon merkezinde görülmesi, stok yönetimi ile bilginin yönetimi ve denetimi planlanmıştır.

Projeden beklenenler:

1.Evde Sağlık Hizmetlerinde standardizasyon sağlanması

2.Merkezi yapılanma nedeniyle personel tasarrufu

3.Hizmete ulaşılabilirliği arttırmak

4.Hizmet kalitesi ve verimliliği en üst düzeye çıkarmak

5.Verilen eğitim ve danışmanlık hizmetiyle hasta yakınları bakıma ortak etmek

6.İhtiyaç sahiplerinin hizmet talebi ile hizmetin gerçekleştirilmesi arasındaki bekleme süresini kısaltmak

7.Oluşturulan otomasyon sistemi ile veri yönetimi ve denetimi sağlamak

8.Bilimsel yayın ve makaleler için güvenilir veri tabanı sağlamak

9.Kurumsal bakım hizmetlerinde alternatif model oluşturmaktır.

T.C. Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Deneyimleri

Mehmet Atasoy

Evde Bakım Birimi Sorumlusu

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi evde sağlık hizmetine Mart 2011 tarihinde hizmete başlamıştır. Bugüne kadar verilen hizmet sayısı 2205 tür. Aktif hasta sayısı da 1315 dir. Kronik yara bakımı konusunda deneyimli personel ile Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve Avrupa Yara Yönetimi Derneği(EWMA) standartlarına uygun olarak hastalara; haftada 2-3, haftada1 ya da 15 günde 1 olmak üzere belirlenen periyotlarla hizmet sunulmaktadır. Mart 2012 tarihinde 'EVDE SAĞLIK GÜNLERİ" etkinliği düzenlenmiştir. Bu etkinlikte sağlık hizmetlerinin kapsamı ve uygulanmasındaki sorunlar tartışılmıştır. Ayrıca etkinlik kapsamında 2 sempozyum gerçekleştirilmiştir. Bunlar;

- Hastalık yönetimi,
- Kronik yara bakımı
- İnvaziv hemşirelik girişimleri hakkında eğitim verilmiştir.

Bağcılar evde sağlık olarak; sosyal hizmetler boyutunda öğreniminden geri kalmış yaklaşık 20 okul çağındaki hastamıza "MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI ÖZEL EĞİTİM GEREKTİREN BİREYLER İÇİN EVDE EĞİTİM HİZMETLERİ YÖNERGESİ" kapsamında evde öğretmen için tıbbı raporlama ve ilçe milli eğitimle olan çalışmaları tamamlanmaktadır. Mavi kapak kampanyasıyla ilkokula giden kas hastası öğrenciye akülü sandalye temini hastane tarafından yapılmıştır. Çocuk ve genç yaştaki engelli hasta sayısın fazladır. Manuel ve akülü sandalye ihtiyacı beklentilerin üzerindedir. Bu konuda da çalışmalar yürütülmektedir.

Saptanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

1-Sağlıklı bireyler oluşturmak için bir çok faktör etken olmakla birlikte sağlık bakanlığınca başlatılan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri henüz talebe cevap verecek konumda değildir.

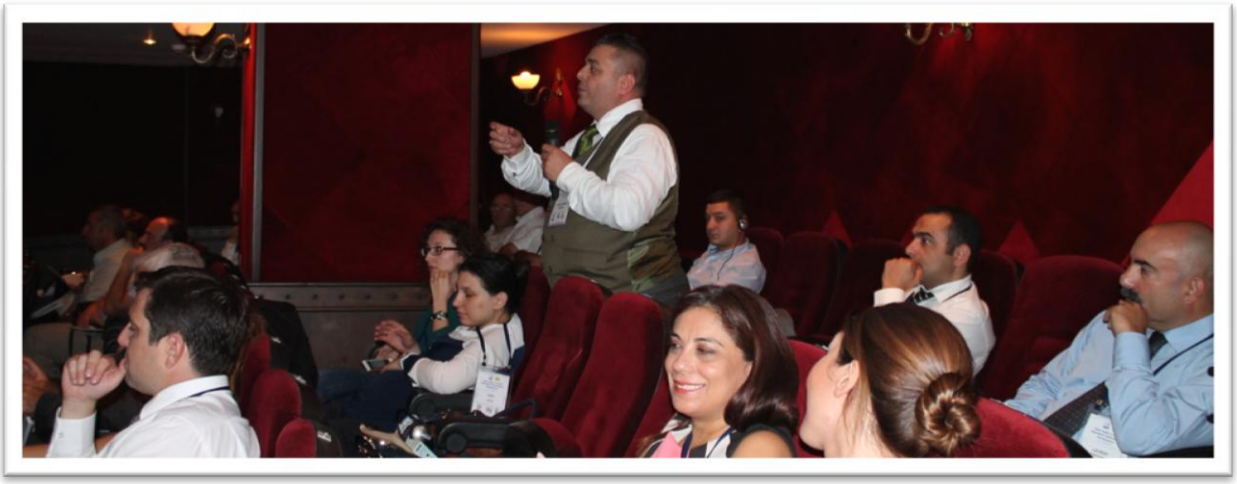
2-Bağcılar Evde Sağlık Birimimizde kullanılan formlarda formlarda yaşam alanının fiziki yapısı(kısmen), kişisel bakımı, psikolojik durumu gibi veriler toplansa da sosyal hayatını etkileyen sanitasyon, iletişim, uyuma ve cinselliği ifade etme durumları sorgulanmamaktadır. Yaşlılık ve sorunlarına ise hiç değinilmemektedir.

3-Yapılan araştırmalar ülkemizde evde sağlık ve sosyal hizmetler gereksiniminin boyutlarını ve evde sağlıkla ilgili sorunları ortaya koymaktadır. Ülkemizde yaşlı bakımıyla ilgili sorunlarla eninde sonunda yüzleşileceği düşünüldüğünde evde sağlığın genişletilebilmesi

için gereken çalışmalara en kısa sürede başlanması bir zorunluluk olarak görünmektedir.

4-Evde Sağlık Hizmetlerinde manevi destek programları da gerekmektedir.

5-S.T.K lar ve özellikle belediyelerin sosyal hizmet yönü çok güçlü olsa da sosyal hizmet desteği için genellikle fakirlik ya da evde tek başına yaşama gibi şartı aranmaktadır. Hizmet



verilen hastaların bir kısmı bu gerekçe ile destek alamamaktadır.

6-Hizmet bölgesi; Esenler Güngören ve Bağcılar ilçelerinden oluşmaktadır. Hastanenin belediyeler ve kamu kuruluşları ile ilişkileri hastaların tüm ihtiyaçlarını karşılayabilmek adına geliştirilmiştir. Ancak engelli durumunu belirten raporun hastane tarafından verilmemesi dolayısıyla başka bir kuruma başvuru gerektiği için en az 2 ay sonrası için randevu alınabilmektedir.

7- Raporu geç verilmesi nedeniyle hasta yakınları aradan geçen iki ay gibi bir zaman için belediyeler ve kaymakamlıklardan maddi ve tıbbi malzeme desteği için başvurmaktadır. Sonuç olarak; hasta ve yakını birkaç yerden aynı ve farklı yardımları almasıyla mükerrer yardımlar oluşmaya başlamaktadır.

8- Kamu Hastaneleri ile belediyeler arasında sosyal hizmet boyutunda koordinasyonsuzluğun yanında yaklaşım farklılıkları görülmektedir. Belediyelerin kendi aralarında standart bir yaklaşım ve uygulama birliği bulunmamaktadır. Sunulan hizmetler ve yardımlar her bir idareye göre farklılık göstermektedir. Merkezi yönetim kuruluşları bu konuda henüz çözüm üretememişlerdir.

9- Sosyal hizmet ve yardımların çok sayıdaki kurum tarafından (SHÇEK, SYDGM, Vakıflar Genel Müdürlüğü, yerel yönetimler ve STK'lar vb.) farklı şekilde tanımlanması ve bunlar arasındaki koordinasyon eksikliği bulunmaktadır.

10- Ulusal ölçekte yoksulluk kriteri bulunmamaktadır.

11- Sosyal destek ve yardım için ulusal bir veri tabanı bulunmamaktadır.

12- Tüm bu sorunlar ve eksiklikler hedef gruba ya hiç hizmet sunulamaması yada aynı kişilere birden fazla kurumca aynı nitelikte yardım ve hizmet sunulması sonucunu doğurmaktadır.

13- Ülke çapında sosyal yardım ve sosyal hizmetlerin kayıtlarının merkezi olarak tutulduğu bir bilgi işlem merkezi kurulmalıdır. Sistem ülke çapında kamu ve özel tüm sosyal yardım ve sosyal hizmet kuruluşlarının on-line bağlanabileceği, sürekli bilgi girişi yapabileceği veri tabanına sahip olmalıdır.

14- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından hazırlatılan sosyal yardım bilgi sistemi (SOYBİS) ihtiyaca cevap verememekte ve sadece kamu kurumlarını kapsamaktadır.

TÜRKİYE'DE EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER

Ümmügül Geyik

Sorumlu Hemşire

Alzheimer Derneği

2010 DÜNYA ALZHEİMER FEDERASYONU RAPORU

- Demansın dünya çapında yaygınlığı şu anda **36 milyon** kişi olduğu, önümüzdeki 20 yılda% 85 oranında artması ve 2050 yılına kadar **üç katından fazla** olması bekleniyor.(**115 milyon**)
- **Hastaya birebir bakan** kişilerin %40-75 arası psikolojik sorunlar, %15-32 sinde ise klinik major depresyon teşhis edilmiştir. Ayrıca bağışıklık sistemi zayıflayarak çeşitli ölümcül hastalıklara yakalanma riski taşımakta oldukları saptanmış,
- Dünyada demansın toplam maliyeti yıllık olarak **315 milyar $** olarak hesaplanmıştır.

TÜRKİYE ALZHEİMER DERNEĞİ ÇALIŞMALARI:

Çağımızda sosyal-ekonomik ve teknolojik değişmeler hızla artmakta ve etkileri her alanda görülmektedir. Hızlı gelişmelerin yaşanması insanları, kurumları ve ülkeleri artık bu değişime ayak uydurmaya zorlamaktadır. Bu hızlı gelişimlere ayak uydurmanın en etkin ve temel yolu da hiç kuşkusuz "eğitim" dir.

Özellikle Alzheimer Hastalığı hakkında bilinçlendirme ve farkındalığın artmasını sağlamak ve böylece hastalarımızın ve yakınlarının yaşam kalitelerinin arttırmak en önemli amaçlarımızdandır.

- **TOPLUMU BİLGİLENDİRME**
- Yerel Yönetimler
- Semt Dernekleri
- Çeşitli Sivil Toplum Örgütleri
- Okullar
- Polis
- Taksi Şoförler
- Medya aracılığı ile bilgilendirme ve farkındalığın artırılması Alzheimer hastalığı hakkında bilinç oluşturmak ve toplumu bilgilendirmek amacıyla doktorlarımızın

katıldığı televizyon sağlık programlarını ve özel bir tiyatronun sahneye koyduğu ‘’ Alzheimer Sahnede’ tiyatro oyununu sayabiliriz.

- **YAŞLI BAKIM ELEMANI KURSU** :

Türkiye’de “Hasta ve Yaşlı Bakım Elemanı” meslek grubu oluşmaktadır. Hastanın ihtiyaçlarının zamanında ve uygun karşılanabilmesi, davranış problemlerinin de önüne geçilebilmesi için dikkatli takip ve gözlemin önemliliği, çevrelerinin onlara uygun bir biçimde düzenlenmesi ve hastanın doktoru ile işbirliğinin önemi vurgulanmaktadır. Eğitimlerimiz teorik ve pratik olarak verilmektedir.

- **KOMPOZİSYON YARIŞMASI:**

İlk ve orta öğrenim öğrencileri ile yaptığımız program, gençlere bu hastalığa yakalanan büyükleri ile sağlıklı iletişim kurabilmelerini sağlayacak bilgileri aktarabilmek, bunamanın bir hastalık olduğunu anlatmak, yaşlılara sevgilerini verebilmeleri konusunda yönlendirebilmek adına, yarışma düzenlenmiştir. Yoğun ilginin olduğu yarışma eserlerinden yüz tanesi kitap haline getirildi.

- **PAYLAŞIM VE DESTEK TOPLANTILARI & SEMİNERLER:**

Alzheimer hastalığı ve hasta bakımı hakkında gerekli bilgilerin, aktarılmasını sağlamak üzere 2 hafta aralıklarla düzenlenen seminerlerdir. Hasta yakınlarının hastalık nedeni ile oluşan sorunlarla başa çıkmalarına üzerlerindeki bu ağır yük ile baş edebilme, stratejiler geliştirmelerini sağlamak ve yardımcı olmak için psikologlarla buluştukları destek toplantıları organize etmekteyiz. Hasta yakınlarına ve tüm halkımıza açık olarak düzenlemekteyiz.

Almanya’da yaşayan Türk Ailelerine de seminer ve destek toplantıları yapmayı hedefledik. Bu konuda çalışmalarımız sürmekte ve Eylül-2014 tarihinde, gerçekleştirmeyi planlıyoruz.

- **EĞİTİME DESTEK PROGRAMI:**

Çeşitli üniversitelerin, öğrencilerinin ‘’Toplumsal Sorumluluk’’ adlı projelerinin kapsamında almaları gereken teorik ve uygulamalı stajlarını gündüz yaşam evimizin bünyesinde, gerçekleştirebilmeleri için olanak sağlamaktayız.

- **BİLİMSEL ÇALIŞMA:**

Ulusal Alzheimer Kongresi; demans ve Alzheimer Hastalığı konusunu tüm boyutları ile ele alan, son gelişmelerin sunulduğu ve ulusal sorunların irdelendiği bilimsel kongrenin ilkini Mart-2011 yılında gerçekleşmiştir.
Kongrede bilimsel programın yanı sıra hemşirelik/bakım personeli ve hasta yakınlarına yönelik “Evde Bakım” kursu ve Aile Hekimlerine de eğitim amaçlı seminerler verilmiştir.
4. Ulusal Alzheimer Kongresi, 20-23 mart 2014 tarihleri arasında gerçekleşecektir.

- **HASTA VE HASTA YAKINI DESTEK PROGRAMLARI**
- **Evde Bakım Hizmeti:** Alzheimer hastalığının ileriki evrelerindeki yatağa bağımlı dönemlerinde hastaların yakınlarına destek olmak üzere evde hemşirelik ve/veya hasta bakıcılık hizmeti ücretsiz olarak sağlanmaya başlanmıştır. Evde bakım hizmetleri yatağa bağımlı olan hastaların hijyenik bakımı, ilaçların düzenlenmesi, yatağa bağımlı hastalarda görülen yaraların tedavisi, nefes egzersizlerini kapsamaktadır.

15.02.2014 tarihinden itibaren bu hizmetimize yeniden başladık.

- **Ev Ziyaretleri:** Eylül-2013 tarihinden itibaren ev ziyaretlerine başladık.
  Sosyal Hizmet Uzmanımız ve Yönetim Kurul Üyemiz (hasta yakını) gerçekleştirmektedir
  Sosyal incelemeler yapmak ve verilecek hizmet türünü belirlemek
  Yaşlıların yakın çevresi ile olan sosyal ilişkilerini düzenlemek, geliştirilmesine yardımcı olmak, hastalara ve yakınlarına yönelik psiko-sosyal programlar hazırlamak.
  Buna göre resmi (devlet ve sivil toplum kuruluşları) veya resmi olmayan (aile, komşular, toplum gönüllüleri kurum ve personel ile işbirliğini sağlamak amaçlarımız arasındadır.

- **Alzheimer Çağrı Merkezi Hizmeti:** 2010 yılında **ü**cretsiz hat üzerinden, Alzheimer tedavisi alan hastaların yakınlarına uzman psikolog eşliğinde destek verildi. Alzheimer Çağrı Merkezi'ni arayarak kayıt olan hastalar ve yakınları belirli aralıklarla telefonla aranarak sağlık durumları takip edilerek, Alzheimer hastalığı ve hastaya yaklaşım konularında bilgilendirilip hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin arttırılması için psikolojik destekler verildi. Gerektiğinde hastanın doktoru ile irtibata geçilerek süreçle ilgili bilgi paylaşımı sağlandı.

- **Türkiye Alzheimer Derneği Gündüzlü Bakım ve Evde Bakım Yaşlı Hizmet Merkezi:** Derneğimiz hastaların sosyalleşerek, kaliteli zaman geçirmelerini sağlamak ve hasta yakınlarına hasta bakımında destek olmak amacı ile Gündüz Yaşam Evleri açmayı hedeflemiştir. Bu doğrultuda ilk Gündüz Yaşam evimizi Şişli Belediyesi tarafından sağlanan binanın, derneğimize yapılan bağışlarla tadilat ve tefrişatının tamamlanması ile, Mayıs-2011 tarihinde hizmete açılmıştır. Gündüz Yaşam Evinde keyifle yapılan el becerileri, egzersiz çalışmaları ve çay saatindeki sohbetler hepsi misafirlerimiz için, rehabilitasyon çalışmalarının önemli bir parçasını oluşturmaktadır.

- **Hasta çay saatleri etkinliği** :Yaşam evine gelen ve derneğimize üye olan tüm hasta ve hasta yakınlarına yönelik yaptığımız etkinliklerin en önemlisi, **Hasta Çay Saati Toplantıları**dır. Bu toplantılarda hastaların ve hasta yakınlarının birlikte kaliteli zaman geçirmelerine yönelik resim yapma, dans, ritim çalışmaları, nefes alıştırmaları ve vücut egzersizleri vb. etkinlikler gerçekleştirilmektedir. Hastaların sosyal hayattan kopmamalarını ve hala bir şeyler başarabildiklerini görerek mutlu olmalarını sağlayan bu toplantılar, 15 (on beş) günde bir keyifli bir ortam olan Maslak Kasrında yapılmaktadır.

➢ **SOSYAL SORUMLULUK PROJESI:**

Derneğimiz Alzheimer hastalarının kaybolma risklerine yönelik ''**Gönüllü Parmak İzi''** pilot projesi adı altında İstanbul Emniyet Müdürlüğü Asayiş Şube Müdürlüğü Kayıp Şahıslar Büro Amirliği ve Olay Yeri İnceleme Şube işbirliği ile merkezimize

üye olan hastalarımızın parmak izleri alınmış ve diğer Alzheimer hastalarına bu konuda öncülük edilmiştir.

Kaybolan şahıslar 24 saat geçmeden aranma yapılamaz; Alzheimer Hastaları için kaldırılmıştır.

- **DİĞER SOSYAL ETKİNLİKLER VE PROJELER**

- **Alzheimer Bülten:** Senede iki kez bahar ve kış aylarında çıkartılan ''Alzheimer Haber Dergisi'' ile yapılan etkinlikler, hastalıktaki yeni gelişmeler ve çeşitli röportajlar ile hasta yakınlarını bilgilendirmekteyiz.
- **Lezzet Festivali :** Hastalıkta beslenmenin önemini vurgulamak için ''Lezzet festivali'' adı altında organizasyonlar düzenledik.
- **Golf ve Satranç Turnuvaları:** Hastaların fiziksel, zihinsel konsantrasyonunu ve sosyal ilişkilerini güçlendirmek için her yıl ''Golf ve Satranç Turnuvaları'' organize ediyoruz.
- **Mönü yarışması:** Sağlıklı ve doğru beslenmenin Alzheimer hastalığındaki önemine dikkat çekmek için 15 Mart 2014 tarihinde "Sağlıklı ve Lezzetli Mönü Yarışması" organize edilmiştir.

- **ARAŞTIRMA**

Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer Derneği Bilinirlik Araştırması

GFK (özel araştırma şirketi)

Araştırma Neticesi

- **Yaşlı insanlarda bunama**: %83 normal,

%17 normal değil

- **DEVLETTEN BEKLENTİLER:**

- Eğitim düzenlemesi %66
- Düzenli maddi destek sağlaması %56
- Evde ücretsiz bakım vermesi **%**54
- Dernekleri desteklemesi %42
- Yatılı Bakım evlerini çoğaltması %42
- Gündüzlü Bakımevi açması %35

- **ALZHEİMER DERNEĞİNDEN BEKLENTİLER:**

- Bilgilendirme toplantıları
- Medya aracılığı ile hastalıkla ilgili birimlere ulaşamayan hasta yakınlarını ve halkı bilinçlendirmeleri
- Hastalık dışında ortak paylaşımların olabileceği ve hasta yakınlarını buluşturacak toplantılar

- Hasta yakınlarını içinde bulundukları depresyondan çıkarabilecek rahatlamalarını sağlayacak organizasyonlar
- Rutin hayatı kolaylaştırabilecek yardımlar (bez, tekerlekli sandalye vs.)
- Hekimle olan iletişimi kolaylaştırmak
- Yasal konularda bilgilendirilmesi (sosyal güvenlik veya hasta hakları ile ilgili) ve kanunlar için hükümete baskı oluşturulması.

➢ YAPILMASI GEREKENLER

- Hastalığın ülkemizde tanınırlığının artırılarak, bu konudaki toplum bilincinin ve duyarlılığının geliştirilmesine
- Hastalığın utanılmasını ve gizlenmesini engellemek amacı ile hasta yakını eğitim toplantıları yapılmasına
- Bakım veren kurumlar ve eğitimli bakıcı personeli yetersizliğini gidermek amaci ile sertifikalı eğitim kursları açılmasına
- Hukuksal düzenlemelerin yetersizliğinden kaynaklı sorunları çözebilmek için yeni yasal düzenlemelerin yapılması konusunda girişimlerde bulunulmasına
- Hastalıkla ilgili devletin sağlık politikası oluşturması için yetkili mercilerle iletişime geçilmesine

➢ GELECEK DÖNEM PLANLARIMIZ

- Hükümet ile ilişkileri güçlendirerek ülke çapında hastalıkla mücadele için doğru politikalar, ulusal planlar oluşturulmasına katkı sağlayabilmek,
- Alzheimer Hastalarının kanunlar ile korunması adına **haklar kazanmasına** aracı olmak, bu amaçla akademik kurumlar, sağlık kuruluşları, sivil toplum örgütleri ile halk arasında birlikteliği sağlayabilmek.

➢ YAŞAMEVİ SAKİNLERİMİZİN SORUN VE İHTİYAÇLARI

- İhtiyaç tespit ve danışmanlık
- Temel bakım ihtiyaçlarının desteklenmesi
- Muayene ve tedavi için ev ortamında destek (ilaç temini, Dr. Randevu vs.)
- Refakat desteği (1-2 saat ev ortamı veya merkez)
- Acil çağrı sistemleri
- Sağlık merkezlerine ulaşım (araç temini)

- Yardımcı araç (tutamaçlar, merdiven asansörleri)
- Yaşlılara uygun daireler/binalar oluşturmak
- Eğitim: Polis, taksi şoförleri vs dahil (Kaybolma riskleri)
- Bakım yapan kişiler için kurslar/eğitimler
- Bakıcılara ve yakınlarına (çocuklar) psikolojik destek
- Gündüz yaşam evine transfer hizmetleri
- Bazı aile bireylerinin hastalığı reddetmesi

➢ **SONUÇ OLARAK**
- Multidisipliner ekip ile alzheimer merkezler oluşturmak
- Zorunlu bakım sigortası

OTURUM 2 ve OTURUM 3 : Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleştirilmesi ile İlgili Uluslararası Modeller I ve II

Bu iki oturumda amacı; Evde Bakım alanında hizmet vermekte olan, kendi ülke veya kurum modellerini yerleştirmiş ve bu modelleri uygulamakta olan İtalya, Finlandiya, İngiltere, Gürcistan ve Romanya'nın deneyimlerinin ve model örneklerinin paylaşımı.

Bu oturumlarda ; İtalya, Finlandiya, İngiltere, Gürcistan ve Romanya'nın olmak üzere toplam 5 konuşmacı yer almıştır.

Evde Sağlık ve sosyal Hizmetlerin Bütünleştirilmesi ile İlgili Uluslararası Modeller I

Oturum Başkanları: Yakup Krespi- Mehmet Onarcan

Gabriella Bon	Evde Bakım Deneyimleri: İtalya
Mona Jonssson	Evde Bakım Deneyimleri: Finlandiya

Gabriella Bon
HomeCare Europe – Avrupa Evde Bakım Derneği

Home Care Europe kar amacı gütmeyen bir kuruluştur, bireylerin kendi evlerinde ve bulundukları toplumda destek hizmetlerini almalarını sağlayan evde bakım hizmetlerini geliştirmek ve yaygınlaştırmak için çalışır. Üyelikler Avrupa genelindeki ülkelerden oluşmaktadır. Bu seneki yıllık Genel Kurul Toplantımızı bu Cuma günü İstanbul'da gerçekleştireceğiz.

Home Care Europe Brüksel'de Belçika kanunlarına göre kurulmuş bir organizasyondur. Kuruluş sözleşmemizin 4. Maddesinde amacımız:

- Bireylerin hayatlarının sonuna kadar evde yaşama ve hastalık, yaş, engellilik ve sosyal çevrelerine bakılmaksızın kendi bakım kararlarında kontrol sahibi olmalarını desteklemek,
- Destek organizasyonları arasındaki iletişimi artırmak
- Evde bakım alanındaki bilimsel araştırmaları desteklemek
- Avrupa Birliği nezdinde evde bakım ve evde destek alanını savunmak
- Hizmet kalitesini geliştirmek
- Üye ülkeler arasındaki iyi deneyimleri paylaşmak
- Bu amaçları AB üyesi ülkelerin yanı sıra AB üyesi olmayan ülkelerde de desteklemek
- Bu amaçlara ulaşmak için aktiviteler organize etmek, projeler yürütmek, çalışma grupları, çalıştay ve eğitim ziyaretleri, konferanslar düzenlemek ve yayınlar yapmak.

Avrupa Evde Bakım Derneği, Avrupa Ülkelerinde sağlık ve bakım alanlarında aktif, evde bakım ve destek hizmetleri sunan organizasyonların üyeliğine açıktır. Bir ülkeden birden fazla üye olabilir. Üyelerinin birçoğu geniş bir hizmet alanına sahiptir: evde bakım, kurumda bakım, son dönem bakım hizmetleri ve giderek daha fazla hizmet arasında bağlantı kuran yeni modeller. Avrupa Evde Bakım Derneği yalnızca kar amacı gütmeyen kurumlara ve sivil toplum kuruluşlarına tam üyelik hakkı vermektedir, ancak özel sektör ile işbirliği yapmanın da öneminin farkındadır.

Şu anda üyesi bulunan ülkeler; Avusturya, Belçika, Bulgaristan, Finlandiya, Gürcistan, İtalya, Romanya, Türkiye ve İngiltere'dir.

Üye organizasyonların katılımı ile düzenlenen Eğitim Ziyaretlerinde ziyaret edilen ülkedeki bakım modellerinin incelenmesi ve deneyimlerden faydalanılması amaçlanmaktadır. Şu ana kadar Finlandiya ve Estonya, Belçika, Bulgaristan, Avusturya, İtalya ve İngiltere'de düzenlenmiştir. 6-9 Haziran 2012'de Avrupa Konferansı Programında Avrupa Evde Bakım Derneği paylaşımda bulunmuştur. Takip edilen Avrupa Birliği Projeleri Interlinks (http://interlinks.euro.centre.org) , Eurhomap (www.nivel.eu/ec/eurhomap) ve Soprano Projesi'dir.

HomeCare Europe - Avrupa Evde Bakım Derneği faaliyetleri www.homecareeurope.org adresinden takip edilebilir.

İtalya'da Aile, Gönüllü Organizasyonlar, Devlet ve Sosyal Kooperatifler bir arada çalışmaya gayret ediyoruz. Belki sizin için Sosyal Kooperatifler yeni bir tanım olabilir. Beraber çalışmaya gayret ediyoruz demiştim. Devlet derken hem Bakanlığı hem yerel sağlık yönetimini hem de yerel sosyal hizmetler yönetimini kastediyoruz. Toplum seviyesinde sağlık ve sosyal hizmetlerin bir arada çalışması bizim için de çok zor bir konu. Bakım sürecinde rol alanlara baktığımızda ailelerin bakım sürecinde çok yüksek oranda bir dahiliyeti var. Onların ardından gönüllüler ve devlet aynı zamanda giderek artış gösteren kar amacı gütmeyen kurumlar var.

İtalya'da sağlık ve sosyal hizmetlerin bütünleşmesi açısından az sayıda örnek var. Öncelikle evde sosyal bakımın ve evde sağlık bakımının kapsamını ifade etmemiz gerekli. Evde sosyal bakımda kamu hizmetlerini görüyoruz. Kamu ihtiyaç sahipleri için sosyal hizmetleri sağlamakta. İtalya'da maalesef kayıt dışı hizmet sunumu çok fazla. Bu yolla bakım verenlerden destek hizmetleri, kişisel bakım ve temizlik hizmetleri temin etmek mümkün. Bunlar eğitimli ve kalifiye elemanlar değiller. Bunların yanı sıra 3. Sektör olarak da adlandırdığımız kar amacı gütmeyen kuruluşlar mevcut. Burda bakım hizmeti profesyonel, eğitimli bakım verenler tarafından sağlanmakta. İtalya'da özel sektörün bu alanda hizmet sunumu oldukça sınırlı. Evde sağlık hizmetlerinde kamu tarafından hizmet sunumu mevcut, doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler. Kamuda aile hekimlerinin sunduğu hizmetler ücretsiz olarak sağlanmakta. Ancak hekimler eve gitmeyi tercih etmiyorlar, hastaların kendilerine gelmesini istiyorlar. Hemşireler ve fizyoterapistler de nadiren eve gidiyor. İtalya'nın farklı bölgelerinde farklı uygulamalar söz konusu. Kuzeyde daha iyi örnekler mevcut, hemşireler ve fizyoterapistler evlere daha çok ziyaret yapıyorlar ama güneyde ve orta İtalya'da bu çok zor. Ancak kuzey bölgelerde dahi evde hizmet sunumunun tamamen ücretsiz olmasına az rastlıyoruz.

Kar amacı gütmeyen kuruluşlar yerel yönetimlerle kontratlar yaparak evde hemşirelik ve fizyoterapi hizmetleri sunmaktadır. Ancak şu anda devlet ekonomik problemler nedeniyle bu önemli hizmeti yeterince sunamamaktadır. Hastane hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır. Diğer yandan hastaneler ve yerel yönetimler ayrı yapılar olup hastanedeki ekipler ve hastane organizsyonu, aile hekimi, yerel yönetim ve eve giden hemşireler iş birliği içinde çalışmamaktadır.

Peki 3. Sektör nedir ? Sosyal kooperatifler, sosyal girişimler, gönüllü organizasyonlar, vakıflar, derneklerden oluşmaktadır. 2000'li yıllardan itibaren 3. Sektör hızlı bir büyüme içinde. 2001 yılından 2007 yılına kadar 3. Sektörün bu alandaki istihdamı %30 arttı.

Ben bütünleştirilmiş evde bakım hizmetleri için ağ oluşturan bir konsorsiyumun, FHOCUS'un yönetim kurulu başkanıyım. FHOCUS ismi "Evde Bakım için Birleşmiş Hizmetler"den geliyor. Hem bu alanda araştırma çalışmaları yapan hem de birçok sosyal girişim ve derneği bir arada çalışmaları için bir çatı altında birleştiren bir konsorsiyum. Bunlar arasında fiziksel engellilere, bebeklere, zihinsel engellilere gibi farklı ihtiyaç sahiplerine yönelik çalışan birçok organizasyon yer almakta. İtalya'da 3. sektörün hizmetleri için önemli bir kanun düzenlememiz var, ayrıca kooperatifler için bir Avrupa ağı var. Ve biliyorumki birçok ülke bu deneyimden faydalanmak, bizim sosyal kooperatif modelimizi kopyalamak istiyor.

Sabahki konuşmamda açıklamaya çalıştığım gibi bu kültürel bir problem. Öncelikle bireyin, hastanın ihtiyacından yola çıkmalıyız. Burdan bakıma giderken amacımız sosyo kültürel bir model oluşturmak olmalı. Bu çok önemli ama kolay olmayan bir şey. Bu Sempozyumun konusu olan entegrasyon için bu konuyu daha fazla gündemde tutmalı, konuşarak birbirimizi anlamalıyız. Öncelikle bilmemiz gereken entegrasyon kültürel bir problem. Aynı amaç doğrultusunda birbirimizle deneyimlerimizi paylaşarak Avrupa seviyesinde bir model oluşturabiliriz.

Bir örnek olarak evde bakım ve süreli bakım (respite care). Bir arada çalışılması önemli. Evde bakım hizmeti alıyoruz ama eğer hastamız daha ağırlaşıyorsa ve aile çok yorulduysa hastaneye ya da bir bakım merkezine götürmemiz gerekebilir. Ama belli bir süre için, bir hafta ya da on gün. Süreli bakım (respite care) İngiltere'den güzel bir model. Bakım verenler hem evde hem bakım merkezinde çalışıyor olabilirler. Hasta evden bakım merkezine gittiğinde onunla bereber gidebilirler ve sonrasında aynı hastanın evine dönüşünü sağlayabilirler. Hastane ya da bakım merkezindeki bir dönemden sonra eve dönüş kolay değildir. Eğer evde bakım başarılıysa bu hastane ve evde bakımın entegrasyon içinde çalışması sayesindedir.

Bu İtalya'dan bir örnek. Yaşlılar ve engelliler için bir bakım merkezi. Yüzyıl önce burası bir hastaneymiş şimdi ise 200 yataklı bir bakım merkezi. Yerel hizmetler ve evde bakım hizmetleri ile yakın çalışıyorlar. İleri seviyede bakım gerektiren hastalar için yeni bir bölüm açtık. Bu hastalar bazen burada yattıktan sonra tekrar eve dönmeleri de mümkün. Amacımız bu hastaları sonsuza dek bakım merkezinde tutmak değil.

İtalya'dan başka bir örnek. Sizlere akreditasyon modelini anlatmak istiyorum. Örnek olarak devletin bir saatlik belli bir hizmet için 20 euro ödeme kaynağı varsa bu sadece bir kişiye ücretsiz hizmet vermek için yeterli olabilecektir. Biz Aile'nin de bakım maliyetine katkıda bulunmasını istiyoruz. Aile 20 euro, devlet de 20 euro kaynak ayırdığında iki misli hizmet sunabilmek mümkün oluyor. Bununla kayıt dışı çalışmaların önüne geçmeye çalışıyoruz. Bu yöntemle profesyonel hizmet sunumunu artırabiliyoruz. Profesyonel hizmet sunumu hem bizim hem de hasta için daha doğru bir alternatif.

Evde bakım bir sistem dahilinde vasıflı hizmetler sunan ve hastanın ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan hizmetler ağına katkıda bulunan bir modeldir. Zayıf parti sadece hasta değil aynı zamanda hasta ailesidir. İtalya'da Sistema olarak adlandırılmaktadır ve hastanın çevresindeki herkesi, aileyi kapsar. Gelecekte zayıf parti entegrasyon için en önemli nokta olacaktır.

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin entegrasyonu için bazı soru ve cevaplar paylaşmak gerekirse:

- Hasta ve Aileler ne istiyor ve neye ihtiyaçları var? : Tek noktadan bilgiye ulaşmak. Türkiye'yi billmiyorum ama İtalya'da bu aile için çok büyük bir problem. Çünkü aile hizmetlerle ilgili bilgiye nereden ulaşacağını bilemiyor. Aileler ayrıca kalifiye personel istiyor ve hizmetler için çok para ödeme istemiyor.

- İkinci soru, hizmetlerin bütünleşmesini nasıl artırabiliriz ? : Sağlık ve sosyal hizmetler ülke politikalarında bütünleştirmeli. Hizmet sunucular seçilmeli ve monitörlenmeli, yeni mesleki eğitim programları düzenlenmeli. Tek önemli olan hizmetin ödemesi değildir, hizmetlerin takibi ve kontrolü sağlanmalıdır. Hangi hizmetler verildi ve bakım kalitesi takip edilmelidir. Bunun için teknoloji sektörü ve yeni yazılımlar da önemlidir. Ve tabi eğitim. Bazen Aile'nin çok fakir olduğu durumlarda devlet onlar için ödeme yapmak durumundadır. Ancak Aile'nin kısmen ödeme yapması da önemlidir.

- Hizmetlerde bütünleşme sağlanamadığı için ana problemler nelerdir? : Bunlara birinci maddede değindim. Bakım hizmetinin tüm yükü Ailenin üzerindedir.

- Sağlık ve sosyal hizmetlerin bütünleştirilmesi ile hangi problemler çözülebilir? : Kamu ve özel ödeneklerin israfı azaltılabilir. Önleyici yaklaşım sağlanabilir ve refah artırılabilir.

- Hizmetlerin bütünleşmesi ile Aileler için sağlanabilecek faydalar neler olabilir? : Doğru maliyetlerle hizmetlere erişim. Destek almak için seçim özgürlüğü ve saygı.

Mona Jonsson
Väestöliitto Family Federation of Finland – Väestöliitto Finlandiya Aile Federasyonu

Merhaba. Ben Väestöliitto Finlandiya Aile Federasyonu'nunda çalışıyorum. Federasyon Helsinki merkezli fakat toplam 4 şehirde mevcudiyeti bulunuyor. Sosyal yardımlaşma organizasyonu olan Federasyon sosyal ve sağlık alanında faaliyet gösteriyor. Hizmet vermenin yanı sıra araştırma çalışmaları yapma ve toplumu etkileme rolleri bulunuyor. 37 üye organizasyonu bulunan Federasyonun yaklaşık 85 çalışanı var. Ayrıca, ev hizmetleri sağlayan Vaestöliiton Kotisisar Ltd'de 100 çocuk bakım elemanı, Fertilite Kliniklerinde 75 çalışanı bulunuyor. Kuruluş yılı 1941.

Federasyon'un neler yaptığından bahsetmek istiyorum. Federasyon tamamıyla aile ilgili konulara odaklanmıştır. Araştırmalar yürütür, çalışmaları için uluslararası işbirlikleri kurar. Biz güvenli, sağlıklı ve dengeli yapının ailede başladığına ve tüm toplumunu etkilediğine inanıyoruz. Bizim değerlerimiz insan sevgisi, güven, önyargısız yaklaşım, işbirliği imkanı ve adalet. Yaptığımız her işte bu değerlerle hareket ediyoruz.

Biz verdiğimiz hizmetler ve geliştirme çalışmalarıyla, yürüttüğümüz araştırmalarla, yurtçi ve dışı işbirlikleriyle ve 37 üye organizasyon ile toplumda bir etki yaratıyoruz. Bu sayede karar mercilerine, medyaya ve doğrudan topluma ulaşıyoruz.

Väestöliitto Finlandiya Aile Federasyonu'nun yıllık bütçesi yaklaşık 6 milyon euro civarındadır. En önemli finans kaynağı Finlandiya Slot Makinaları Derneği'dir. Gelirlerinin %46'sı bu kaynaktan sağlanmaktadır. Gelirlerin %29'u Federasyon'un ve Federasyon'a bağlı şirketlerin hizmetlerinden sağlanmakta, %13'ü merkezi hükümet, %1'i yerel hükümet ve %10'u diğer yardımlarla sağlanmaktadır.

Federasyonumuz Home Care Europe'un bir üyesidir. Aynı zamanda Federasyon Finlandiya hükümetinden destek almaktadır. Hükümetten aldığı bu destek nedeniyle haksız rekabet yaratmamak için serbest piyasada hizmet sunamamaktadır. Vaestöliiton Kotisisar Ltd şirketi bu nedenle kurulmuştur. Ben de bu şirkette çalışıyorum. Bu şirketin elde ettiği kar Federasyon tarafından faaliyetleri için kullanılmaktadır.

Şirket bünyesinde verdiğimiz hizmetler, aile yapısını ve iyi bir ebeveyn olabilmek için ilişkileri desteklemekte, kültürler arası anlayış ve toleransı teşvik etmektedir. Aile ağı, eşler arası ilişkiler merkezi, kültürlerarası rehberlik.

Şirket mantığı ile diğer şirketlerle rekabet edebilmek için müşterilerimize, sunduğumuz hizmet ve ürünlere enerji harcamak durumundayız. Ürünün/hizmetin neler içerdiği, sınırlarının ne olduğu ve ne sunmadığınız çok önemli. Yaklaşık 100 çalışanımız var. Uzun bir işe alım sürecimiz bulunuyor. Çalışanların sosyal veya sağlık hizmetler konusunda sertifikalı olma zorunluluğu var. Bunun yanında adaylar arasından seçim yaparken başka kriterlerimiz de bulunuyor. Müşterilerimiz arasında aileler, belediyeler ve şirketler bulunuyor. Onların maliyet ve hizmet beklentilerini dikkate alıp ürünlerimizi şekillendiriyoruz. Bu şekilde müşterilerimizin memnuniyetini sağlıyoruz. Evde bakım, çocuk bakımı ve ev işleri ile ilgili hizmetlerimiz bulunuyor. Hizmetlerimiz ilgili kurumlar tarafından onaylanmıştır. Helsinki'de bulunan şirketimiz geçen sene yaklaşık 1800 aileye hizmet vermiştir.

Daha ayrıntılı bilgi için www.vaestoliitto.fi

Evde Sağlık ve sosyal Hizmetlerin Bütünleştirilmesi ile İlgili Uluslararası Modeller II

Ian Benson	Evde Bakım Deneyimleri: İngiltere
Ucha Vakhania	Evde Bakım Deneyimleri: Gürcistan
Mariana Oancea	Evde Bakım Deneyimleri: Romanya

Ian Benson
National Homecare Council UK – İngiltere Ulusal Evde Bakım Kurulu

Sempozyuma İngiltere'den katılan Ian Benson, evde sağlık hizmetlerinin sosyal hizmetler ile bütünleşmesine örnek olarak İngiltere'nin Staffordshire bölgesinde kurulan organizasyonu örnek verdi.

Staffordshire İngiltere'nin tam ortasında yer alan ve 1000 millik alan üzerinde 1 milyon kişinin yaşadığı bir bölge. Bölgede yer yer büyük fabrikalar bulunuyor ancak geneli fazla şehirleşmemiş. Staffordshire Yerel Yönetimi, vatandaşları evlerinde ziyaret ederek sosyal destek ihtiyaçlarını belirliyor ve vatandaşlara sunduğu tüm sosyal destek hizmetlerini özel şirketlerden tedarik ediyor Şu anda Staffordshire'da yaklaşık 5000 sosyal hizmet çalışanı, haftada 25.000 ev ziyareti gerçekleştiriyor. Ian Benson'ın verdiği bilgilere göre Yerel Yönetimin bir saatlik hizmet üretim maliyeti 35 euro civarındayken, özel sektörün bir saatlik hizmet ücreti 15 euro civarındaymış. Aradaki farkın sebebi ise Yerel Yönetim tarafından işe alınan kişilere yapılan kamu çalışanı ödemeleriymiş. Bu yüzden Yerel Yönetimler bu hizmetleri özel sektörden tedarik etmeyi tercih ediyorlarmış.

- İngiltere'de evde sunulan sosyal hizmetlerin boyutu
- Yıllık yaklaşık 213 milyon saat hizmet sunuluyor
- 2010 yılı itibariyle 543,000 kişi Devlet tarafından ödenen evde sosyal hizmetlerden faydalandı, 150,000 kişi ise özel hizmet satın aldı
- 2010 yılı itibariyle evde sosyal hizmetlerde çalışan kişi sayısı 351,470
- Sunulan hizmetlerin %80'i devlet tarafından ödenmekte, devletin bu alanda sağladığı fon
  büyüklüğü 3.8 milyar avro

- Devletin karşıladığı hizmetlerin %89'u özel veya kar amacı gütmeyen şirketler tarafından sağlanıyor

- Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hizmet veren Ülke Sağlık Hizmetleri'nin Staffordshire bölgesinde görev yapan kolu da o bölgede yaşayan vatandaşları evlerinde ziyaret ederek, sağlık ihtiyaçlarını belirliyor ve daha sonra kendine bağlı birimlerle bu hizmetleri ücretsiz olarak sunuyor
- Staffordshire Yerel Yönetimi'nin sunduğu sosyal hizmetlerin, Ülke Sağlık Hizmetleri'nin o bölgede sunduğu sağlık hizmetleri ile entegre edilmesi süreci 1 Nisan 2012'de başladı
- Yeni bir organizasyon kuruldu ve bu kurum bünyesinde Ülke Sağlık Hizmetleri'nin hemşireleri, hastaneleri ve Yerel Yönetim'in sosyal hizmet satın almak amacıyla oluşturduğu fon bir araya getirildi
- Yaklaşık 1000 çalışan ve 280M avroluk bir bütçeye sahip bu organizasyonda, Stafforshire Yerel Yönetimi denetleme ve hizmetleri ihale sorumluluğunu üstlendi
- Yeni organizasyonun en önemli amacı kişinin sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarını tespit etmek için eve sadece 1 çalışanın gitmesini sağlamak ve o çalışanın ziyaret ettiği kişinin alacağı tüm destekleri koordine etmesini mümkün kılmak

Entegrasyon sürecinin başarı ölçüm kriterleri şöyle belirlendi:

- Bakım alan kişiler ile sunulan hizmetler arasındaki uyumun artırılması
- Bürokratik işlemlerin azaltılması
- Mali verimliliğin artırılması
- Kişilerin bağımsız yaşamalarına destek olurken, kaynakların verimli kullanılması

Bugüne kadar yaşanan sorunlar:

- Fiziksel bütünleşme yani organizasyonların bir araya gelmesi tahmin edilenden daha yavaş gerçekleşiyor
- Çalışan personelde gerekli olan kültür değişimini mümkün kılmak için yoğun çaba gerekiyor
- Evde sosyal hizmet sunan özel tedarikçilerin bu sürece nasıl tepki verecekleri yavaş yavaş belli oluyor

Kazanılan öğrenimler:

- Entegrasyon bir gecede olmuyor!
- Mali verimliliğin sağlanması hemen mümkün olmuyor
- Başta entegrasyonu sağlamak için ilave masrafların yapılması gerekiyor
  İstenen faydalar hemen ortaya çıkmıyor, çünkü ideal organizasyon zamanla oluşuyor

- Değişim için kültür değişimi gerekiyor

Organizasyonun başarılı olup olmadığını anlamak için sahada çalışan kişiler için ne faydalar sağladığını görebilmek gerekiyor – sahada hizmet veren personel işini daha iyi yapabiliyor mu?

Ucha Vakhania
Coalition Homecare in Georgia – Evde Bakım Koalisyonu, Gürcistan

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık fiziksel, mental ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir. Yani sağlık ile sosyal konular arasında kesin bir çizgi çizmek mümkün değildir.

Daha önceki konuşmacıların da değindiği bir konudan bahsetmek istiyorum: demografik bir trend olarak yaşlanma. 21. Yüzyılın başlıca sorunları küresel ısınma, uluslararası terörizm, enerji güvenliği konuları ve yaşlanmadır. Analiz edildiğinde diğer sorunların yarısının arkasında yatan yaşlanma sorunudur.

Görünen o ki, gittikçe azalan çocuk sayısı ve vergi tahsilatına karşılık artan yaşlı ve bakım ihtiyacı ile karşı karşıyayız. Bu soruna hızlı bir şeklide çözüm bulmak gerekiyor.

Verilere baktığımızda, bakıma ihtiyacı olanların oranı 60 yaşın altındakilerde %1'in altındayken 80 yaşın üzerinde %30'lara çıkmakta. Dünyanın toplam nüfusunda ortalama % 0,5 ila 1 arasına denk gelmektedir.

Gürcistan'ın genel verilerine baktığımızda 69,700 km2 yüzölçümü, yaklaşık 4 milyon nüfusu, herhalde İstanbul'un bir ilçesi kadardır, $3.500 kişibaşı GSMH'sı vardır. Üzülerek söylüyorum ki toplam bütçesi İngiltere'nin evdebakım bütçesi kadardır. Gürcistan'ın tarihi boyunca baktığımızda, yaşlıların bakımı ailenin sorumluluğu olmuştur. Yaşlı nüfusun artması, genç nüfusun göç etmesi, değerlerin değişmesi, çok jenerasyonlu aile yapısının değişmesi gibi yakın zamanda yaşanan demografik gelişmelerle evde bakım ihtiyacı artmıştır. 1990'lardan bu yana, yabancı – Alman, Hollandalı vb – bağışçıların da katkısı ile Sivil Toplum Örgütleri profesyonel evde bakım hizmetleri konusunda öncülük yapmaya başladılar.

2006 yılında sayıları 10'dan az olan ve kendi modelleri ile hizmet veren organizasyonlar hükümeti evde bakım hizmetlerine ihtiyaç olduğu konusunda ikna etmekte başarılı olamadılar. Bu organizasyonlar bir araya gelerek lobi faaliyetlerinde bulunmaya karar verdiler ve 2006 yılında "Coalition Home Care Georgia – Gürcistan Evde Bakım Koalisyonu" isimli birliği kurdular. Ben de bu birliğin Başkanlığını yürütüyorum. Bu organizasyonları bir araya getiren nedir diye bakarsak: öncelikle insanların bakım alma hakları en önemli konu, ayrıca gelenekler ve zamanın gerçekleri var.

Avrupa'da onlarca farklı evde bakım modeli var. Her toplumun gerçeği ve ihtiyacı olan model farklı. Diğer tarafta en iyi uygulamalar var. Çok etkileyici ve faydalı örnekler var. Koalisyon

olarak bizim görevimiz Gürcistan'ın gerçeklerine uygun modeli saptamak ve en iyi uygulama örneklerine bakarak uygun olanı getirmek. Bir başka boyut ise toplumu ihtiyaç konusunda ikna etmek.

Koalisyonumuz, resmi kuruluş tarih olan 2009 yılından bu yana iş yapma prensiplerini, hedeflerini, yönetmeliklerini oluşturmuş ve uluslararası kalite belgesi (ISO) almıştır. Amacımız bio-pyscho-socio, yani fiziksel, psikolojik ve sosyal, bütünsel ihtiyaç giderilmesidir. Bunu multi-disipliner bir yaklaşımla ve vakaya özel sağlamaya çalışıyoruz. Bir ekip lideri, 10 hemşire, 1 pratisyen hekim, 1 sosyal görevli, 1 evişleri görevlisi ve 1 teknik görevliden oluşan multi-disipliner ekibimiz haftalık toplantılar yapar. İki ana hizmet konumuz doktor ve hemşireler tarafından sağlanan sağlık hizmetleri ve ev işleri, eğitim, sosyal konular gibi konuları kapsayan sosyal hizmet.

Bu iki hizmetin uygulamadaki oranları kentsel ve kırsal bölgelerde farklılaşma göstermekte. Kentsel bölgelerde fiziksel ve sosyal informal bakımın oranı eşit sayılabilir. Kırsal bölgede ise hala çok nesilli aile yapısı korunduğu için fiziksel hizmetten çok informal alanda daha çok ihtiyaç olmaktadır.

Organizasyona örnek vermek gerekirse, yaklaşık 1.000 kişiye hizmet veren bir evde bakım ajansı 300m2 den küçük bir ofise sahip ve 170 kişi çalışıyor. Bildiğiniz gibi hepsinin ofis alanına ihtiyacı yok. Ofiste geçirilen süre ortalama 4 saattir. Ofis toplantılar ve planlama için kullanılıyor. 35 kişinin çalışabileceği alana sahip olması yeterli oluyor.

Evde bakımın Gürcistan'daki tarihsel gelişimine bakarsak, 2009 yılında biz başladığımızda kimse evde bakımın anlamını bilmiyordu. 2010'da öğrenmeye ve ilgilenmeye başladılar. 2011'deki yaklaşım "faydalıymış fakat bunun için paramız yok" şeklinde oldu. Bu yanlıştı çünkü evde bakım yapmamak yapmaktan daha maliyetli. 2012 yılında, ilk evde bakım devlet programı taslağı yapıldı. Bu hızlı bir gelişme idi ancak hala uygulamaya konmuş değil maalesef. 2013 yılında belediyeler seviyesinde kısıtlı destek almaya başladık. 2014'ü bilmiyoruz ama binlerce kişi öyle bir durumda ki bekleme lüksü yok; süreci hızlandırmak zorundayız.

Şimdi 1990'lara dönüp başka bir yönünü anlatacağım. 1990'larda bağışçılar yeni yaklaşımın geliştirilmesi için destek oldular. Sonraki aşamada bu modelin paylaşılması gerektiğini vurguladılar. Maliyetleri azalttık ve yaygınlaştırdık. Bu aşamada bağışçılar hizmet seviyesinde ilgi gösteriyordu. Daha sonra ise lobi faaliyetleri de ilgi alanına girdi. Buradaki aktörler, devlet ve özel sektörde, ilk seviyede sorumluluk alıyor. Bu yapıdan daha sağlam yapıya geçme sorunu ile karşı karşıya kaldık. Bu yüzden bir araya geldik. Organizasyon, koalisyon ve süper-koalisyon kademeleri oluştu. Tematik ağlar bir araya gelerek bakım platformunu oluşturdu. Esas olan hakka dayalı bakım yaklaşımı idi.

Süreç şöyle işliyordu: bakım kurumları olmadığı için hasta önce aile hekimliğine veya acil servise sonra hastaneye başvuruyordu. Yüksek maliyetler oluşuyor – ki genellikle devlet tarafından ödeniyor. Pek çok vakada insanlar uygun hizmeti alamıyor. Çünkü hastaneler tedavi odaklı olduğu için sosyal taraf ve bakım ihtiyacı karşılanmamış oluyor. Bakım kurumlarının sosyal sağlık sistemi içindeki yeri bu yüzden çok önemli. Bizim hizmetlerimizin

%70'ini evde bakım hizmetleri oluşturuyor. Sonuç olarak daha kaliteli ve düşük maliyetleri hizmet verilmesi sağlanmış oluyor.

İnsan Haklarına dayalı yaklaşım Coffee Annan'ın desteklediği yaklaşımdır. Tüm programlarda temel insan haklarına dayanır, özellikle sosyal ve sağlık hizmetleri konuları. Bu yaklaşım bir tarafta ihtiyaç ve hak sahiplerini, diğer tarafta sorumluluk sahiplerini tanımlar. İhtiyacın tanımlanması ve anlaşılmasında yardımcı olurken, bu ihtiyacın karşılanması konusunda da daha iyi bir analiz kapasitesi getirir. Böylece lobi aktiviteleri için iyi bir araç teşkil eder. Bu konuda iyi veya kötü hükümet farkı olmamalı; hükümet kişilerin bakım alma hakkını karşılamak sorumluluğuna sahiptir.

Margaret Mead'in çok beğendiğim bir sözü ile konuşmamı bitirmek istiyorum: "Gelişmiş toplumlar ancak en zayıf, en korunmasız vatandaşları kadar güçlüdür"

Mariana Oancea
White Yellow Cross Foundation Romania – Beyaz Sarı Haç Vakfı, Romanya

Beyaz Sarı Haç Vakfı Romanya'daki evde bakım hizmetlerinin öncülerindendir. Vakfın merkezi Bükreş'tedir ve 1996 yılında Belçika'daki Beyaz Sarı Haç Vakfı'nın desteği ile kurulmuştur. Belçika'lı destekçilerimiz Romanya'da evde bakım hizmetlerini nasıl sunabileceğimizi bize öğretmek için 6 yıl boyunca bizimle çalıştılar. 2001 yılı itibarıyla Vakıf Bükreş'teki en büyük hastanelerin ikisinde merkeze sahip olmuştur. 2002 yılında ulusal çapta 5 şubesi oluşmuş, bugün bu rakam 8'e ulaşmıştır. Vakıf, 2003'te evde bakım hizmetlerinin ilk normlarının Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmasına katkıda bulunmuştur. Yine aynı yıl Bükreş Sigorta merkezi ile evde bakım hizmetlerini kapsayan ilk anlaşma imzalanmıştır. 2003 yılından bu yana aralarında Bükreş Belediyesi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sivil Toplum Örgütlerininde bulunduğu 11 kurumla stratejik işbirliği anlaşmaları imzalanmıştır.

Romanya'da 41 vilayet ve 19 milyon civarında bir nüfus mevcuttur ve her vilayetin kendi sigorta merkezi vardır. Bükreş'de 2 milyon nüfus mevcuttur ve kendi belediye sigorta sistemi vardır. Ayrıca ordu mensupları ve kamu çalışanları için sağlık sigorta sistemi vardır, bunların hepsi Ulusal Sigorta Merkezi tarafından yönetilmektedir. Sağlığa ayrılan bütçe toplam milli gelirin yalnızca % 4'üdür. Sağlık Bakanlığı'na göre bu oranının en az % 6 olması gerektiği ifade edilmektedir. Maalesef evde bakıma harcanan bütçe rakamına ulaşamadım. Ancak bütçenin büyük bir çoğunluğunun hastanelere ayrıldığını söyleyebilirim.

Romanya'da evde bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş ve sigorta kurumları tarafından onaylanmış hizmet sunucular tarafından verilmektedir. Aile hekimleri ve uzman hekimler hastaların ihtiyaçlarına ve bakıma bağımlılık derecelerine göre evde bakıma yönlendirme yaparlar. Evde bakım hizmetlerinin süresi yılda 90 gün ile sınırlıdır. Sağlık sigortası olan tüm hastalar evde bakım hizmetinden faydalanabilmektedir.

Sadece Bükreş'te sigorta kurumları tarafından onaylanmış 45 evde bakım şirketi bulunmaktadır. Bunların arasında Beyaz Sarı Haç Vakfı ve Umut Evi Derneği olmak üzere sadece ikisi sivil toplum kuruluşudur. Diğerleri özel şirket statüsündedir. Bükreş'teki yerel yönetim ve Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı hastaların sosyal hizmet ihtiyaçlarının farkındadır ve bu konuda mali destek sağlamaktadır. Böylece sağlık hizmetlerinin yanı sıra hastalarımıza sosyal hizmetler de sunmaya başladık.

Ekibimizde 17 hemşire, 1 tam zamanlı uzman hekim ve 2 gönüllü doktor, 5 sosyal hizmet çalışanı, 2 evde bakım elemanı, 1 yönetici, 9 idari personel ve 25 müdahale aracı bulunmaktadır. 2 yıl önce ben çalışmaya başladığımda sadece 2 sosyal hizmet elemanı vardı. Şimdi bu sayı 5 ve gelecek sene 7 kişi olacak. Bu sayede umarım sunulan sosyal hizmetlerin kalitesini artıracağız.

Çalışma sistemimize bakarsak; hastalar hasta yakınları, çevreleri, doktorlar, yerel yönetim veya internet kanalıyla bize ulaşıyor. İlk değerlendirme 24-48 saat içinde veya acil bir durum

varsa aynı günün içinde yapılıyor. Ön değerlendirme bir hemşire ve bir sosyal hizmet uzmanı tarafından gerçekleştiriliyor. Hastanın önceden tıbbi değerlendirilmesi ve tavsiyesi bulunmuyorsa doktorumuz tarafından yapılıyor. Tıbbi ve sosyal durum değerlendirmesi, fiziksek engelliliklerin tespiti, aile imkanlarının ve destek olabileceklerin tespiti yapılıyor. Ayrıca hemşirelerimiz önceden başlamış bir tedavi varsa buna uyumu değerlendiriyor, sosyal bakım ihtiyacı saptanıyor ve sözleşme imzalanıp ihtiyaç duyuluyorsa öncelikli tıbbi müdahale gerçekleştiriliyor. Doktorumuzun gözetiminde bir sağlık bakım planı oluşturuluyor. Bu planda mevcut fiziksel durum, tıbbi tedavi, sosyal bakım, hizmet süresi, sıklığı ve hemşirelik hizmetlerini içeriyor. Hastalar tedavinin ihtiyacına göre her gün, haftada bir veya gereksinim üzerine ziyaret edilebilir. Tedavi istenen aşamaya ulaştığında hastanın bakım anlaşması sonlandırılır.

Tıbbi müdahale, teknik yeterliliği olan, inisiyatif alabilen hemşireler tarafından yapılır. Hemşirelerimizin çoğu Genel Müdürümüzün zamanında evde bakımı öğrettiği eski öğrencilerindendir. Hepsi eğitimli ve yüksek yeterlilik düzeyindedir. Tüm tıbbi müdahaleler doktorlarımızın gözetimindedir.

Bükreş valisi Vakfımızın önemli destekleyicilerindendir.

Sosyal hizmetler 5 sosyal hizmet uzmanı tarafından sağlanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarımızın hepsi yüksek lisans sahibidir. İşe alımda ana kriterler diplomanın yanı sıra empatik, motivasyonu yüksek, hasta ilişkilerinin iyi olmasıdır. Öncelikleri hastalığın duygusal ve sosyal etkileridir. Sosyal gereksinimleri ve hastanın ihtiyaçlarını anlar, en uygun olan programı tespit eder ve gerekirse ilave mali kaynak bulurlar. Malesef her zaman hastanın tüm ihtiyacını karşılayamıyoruz, diğer sivil toplum örgütlerinden veya yerel yönetimden destek istiyoruz. Her ay 250 hastaya hijyen ürünleri paketi verilmektedir. Sosyal hizmet uzmanları hemşirelerle beraber çalışarak hastaya en uygun programı tespit etmektedir.

Vakfımız merkezi ve yerel yönetimle birlikte tıbbi ve sosyal hizmetler içeren 6 farklı program yürütmektedir. Hizmetlerimiz arasında hastanın hareket serbestisini, fonksiyonel bağımsızlığını ve hayat kalitesini geliştirmek için uzmanlar tarafından yapılan fizik tedavi de bulunmaktadır. Ayrıca Beyaz Sarı Haç Vakfı'nın Bükreş Müşterek Yardım Derneği ile yaptığı bir işbirliği sayesinde bir pilot proje uygulaması kapsamında hastalar, tekerlekli sandalye, baston, yara önleyici yataklar gibi medikal ekipmanları kiralayabilmektedir. Bükreş Müşterek Sağlık Kurumu ile işbirliği içinde yürüttüğümüz evde bakım koordinasyon merkezi pilot uygulamamız Bükreş belediyesi tarafından fonlanmaktadır.

Hastalarımızın bir kısmına ev işleri, kişisel bakım ve fiziksel destek konularında hizmet verebilmekteyiz. Vakıf bu konuda hizmetlerini geliştirmeyi amaçlıyor. Maalesef, daha fazla ihtiyaç olmasına rağmen şu anda sadece 2 bakım elemanımız bulunuyor.

Hastalara yapılan ziyaretler kısa ve sayıca yetersiz olsa da evde bakım ile iyi sonuçlar elde edilebiliyor. Vakıf olarak çalışanların devamlılığına önem veriyoruz çünkü hastalarla çalışanların iyi ilişki içinde olmaları kritik bir konu. Hasta aileleri ile ilişkileri yoğun tutmaya ve onları da bakıma dahil etmeye çalışıyoruz.

2012 yılında ayda yaklaşık 750 hastaya hizmet verdik. Maddi kaynaklarımız içinde %66 ile en büyük payı yerel yönetim alıyor. Kaynaklarımızın %22'si Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'ndan karşılandı. 15% ise sağlık sigortası birliğinden sağlandı. Bükreş Sigorta Kurumu ile çok iyi ilişkiler içinde olduğumuzu söyleyemeyeceğim. Bu yüzden buradan fazla kaynak sağlayamıyoruz.

Biraz zorluklarımızdan bahsedersek: Hastalar evde bakım hizmetlerine erişebilme haklarının bilincinde değiller. Sigortalar tarafından istenen belgeler hastalar için çok uzun ve karmaşık. Aldığımız ödenekler genellikle sadece ilaç ve ulaşım maliyetlerine yeterli geliyor, çalışanların ücretlerini karşılayamıyor. Bu yüzden Vakıf profesyonel personele ödeme yapabilmek ve bağlılıklarını sağlayabilmek için ilave kaynak bulmak zorunda kalıyor. Hastanelerdeki tıbbi personel evde bakım hizmeti önerebileceklerinin farkında değil veya bir kısmı belirli bir evde bakım şirketine yönlendirmesi karşılığında kişisel avantaj sağlıyor. Yerel yönetimlerin bütçe kısıtlı olması nedeniyle hastaların küçük bir bölümü evde bakım hizmeti ödeneği alabiliyor. Bürokrasi çok fazla ve kurumlar arasında koordinasyon yok. Vakıf olarak hizmetlerimizle ilgili farklı kurumlara raporlama yapmak zorunda kalıyoruz.

Çözümlere baktığımızda Vakıf olarak hastaları hakları konusunda bilinçlendirmeye çalışıyoruz. Konuya göre ihtiyaçlara cevap verebilmek için en uygun kurumlarla iletişim ve işbirliği kuruyoruz. Sağlık Bakanlığından daha fazla destek almak için çalışmalarda liderlik ediyoruz. Bu sene Caritas Romanya ve Motivation Romania for Change Association ile beraber AB fonu ile desteklenmiş SeniorNet isimli proje üzerinde çalışma şansını elde ettik. Bu projede ulusalararası düzeyde en az 400 sivil toplum örgütü ile kurumsal evde bakım hizmetleri konusunda çalışma imkanı elde ettik. Bükreş'in evde bakım konusunda nerede olduğunu çok iyi bilmekle beraber ulusal düzeyde daha fazla bilgilenme ihtiyacımız olduğunun farkındayız.

Evde bakım hizmetleri ekonomik ve hümanist açıdan pek çok avantaj sağlıyor. Kişinin kendi hayatında ve bakımında daha fazla kontrol sahibi olmasını sağlıyor. Mevzuat altyapısının hasta ihtiyaçlarına göre şekillendirilmesi gerekiyor. Romanya'daki mevzuatın da Avrupa standartlarına uyumlu hale etigrilmesi gerekiyor.

OTURUM IV

Türkiye'de Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesinde Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri – I

Sempozyumda Türkiye'de Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesinde Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri iki oturumla tartışıldı. Birinci oturumda halen ülkemizde yönetmenliklere göre hizmet vermekte olan hizmet sağlayıcılar; Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastaneleri' nde, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından verilen Evde Bakım kapsamındaki hizmetlerde, özel hastanelerin evde bakım hizmet birimlerinde, üniversite bünyesinde evde sağlık birimleri' nde büyük şehir belediyesi evde sağlık birimleri bünyesinde sıklıkla karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri paylaşıldı.

Oturum Başkanları : Güler Cimete- Feryal Subaşı

Şöhret Taş	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Yataklı Sağlık Hizmetleri Birimi
Reyhan Özgöbek	T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı
Uğur Osman Özcan	Özel Ankara Güven Hastanesi Evde Bakım Birimi
Erdoğan Taş	Antalya Kamu Hastaneleri Birliği
Pemra C. Ünalan	Marmara Üniversitesi Evde Sağlık Birimi
Ali Osman Soluk	IBB Sağlık AŞ

İstanbul Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri

Şöhret TAŞ
Evde Sağlık Birim Sorumlusu
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

Bakıma muhtaçlık; bireyin normal yaşamının devamında (özürlülük, yaşlılık, hastalık nedeniyle) gereken temel ve zorunlu aktivitelerinin (kişisel hijyen, beslenme ve ev işleri…vb) yerine getirilmesinde başkalarının bakım ve desteğine gereksinim duyma durumudur.

Evde Bakım hizmetleri, genel olarak; bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır (WHO). Evde Bakım Hizmetleri, gerek sağlık gerek sosyal bakım hizmetlerini içine alan geniş bir yelpazede, bireyin gereksinimi doğrultusunda yaşam kalitesini yükselterek, bakıma muhtaçlığını en aza indirgeyerek toplumsal saygınlığını korumayı sağlamaktır.

Sağlık Bakanlığı evde bakımda; hastanın yaşadığı ev ortamında ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti boyutu ile ilgilenmektedir. Bakım, sosyal ve destek hizmet boyutu için ilgili kurum ve kuruluşlarla koordinasyon ve işbirliği sağlanmaktadır.

Evde Bakım Hizmetlerinde Sorumlu Kuruluşlar,

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar: Evde sağlık hizmetleri, yaşlı ve engellilere yönelik koruyucu hizmetler, Aile Hekimliği uygulamaları programları.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı: Evde Bakım Aylığı ve kurumsal bakım, özürlülere yönelik bakım, rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezleri, yaşlılara yönelik huzurevleri, Destek Yaşam Evleri, Yaşamevi / Umutevi, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından yürütülen eğitim, sağlık, gıda yardımları …vs gibi yardımlar.

Yerel Yönetimler: Evde sağlık hizmetleri, ev temizliği, kişisel temizlik gibi yaşlılara ve engellilere yönelik bakım hizmetleri ve yaşlılara yönelik bakım merkezleri.

Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlar: Evde sağlık ve bakım hizmetleri.

Sivil Toplum Kuruluşları: Sosyal destek hizmetleri, maddi yardımlar, bağışlar, personel eğitimi, sosyal etkinlikler gibi dolaylı hizmetler.

Evde Bakım Hizmetlerinde Destek Kuruluşlar ise; Sosyal Güvenlik Kurumu, Diğer Kurum ve Kuruluşlar (Üniversiteler, Türkiye İş Kurumu, TÜBİTAK vb)'dır.

Evde Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısında Yeri
663 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı ile Bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılmıştır. Bu çerçevede Evde Sağlık Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Halk Sağlığı

Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından koordineli bir şekilde yürütülmektedir.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Evde Sağlık Hizmetleri ile Görevleri:

- Hizmet standartlarının belirlenmesi
- Mevzuat altyapısının hazırlanması
- Açılacak birimlerin planlanması, tescili
- Merkez teşkilatında birimler arası koordinasyon

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun Evde Sağlık Hizmetleri ile Görevleri:

- Koruyucu hizmetler
- Önleyici hizmetler
- Eğitim destek hizmetleri
- Kronik hastalıklarının Takibi
- Komplikasyonların önlenmesi

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun Sağlık Hizmetleri ile Görevleri:

- Belirlenen standartlara ve planlamalara uygun birimlerin açılması
- Tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin sunulması,
- Hizmetin izlenmesi ve değerlendirilmesi
- Denetim

Evde Sağlık Hizmetlerinin Taşra Teşkilat Yapısında Yeri

Evde Sağlık Hizmetleri denetim ve tescil işlemleri İl Sağlık Müdürlüğü'nce yapılmakta, hizmet sunumu ise Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün koordinasyonunda ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerince yürütülmektedir. Halk Sağlık Müdürlüğü Koordinasyon Merkezi; başvuruları kabul eder ve ilgili birime yönlendirir, hizmet basamakları arasında sevk ve koordinasyonu sağlar. Halk Sağlığı Müdürlüğü, birinci basamakta evde sağlık hizmetlerini Aile Hekimleri ile vermektedir. Hastane evde sağlık hizmet biriminin bulunmadığı yerlerde ve periferde Toplum Sağlığı Merkezleri Mobil ekipler ile hizmet verilir. Genel Sekreterlikler, ikinci ve üçüncü basamakta evde sağlık hizmetlerini, hastane ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerindeki Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri ile gerçekleştirmektedir.

Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimleri ile:

- Kronik hastaların periyodik takibi
- Komplikasyonların önlenmesi
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri
- Muayene ve konsültasyon hizmeti, ilaçların yazılması
- Birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri
- Kayıtlı evde sağlık hastalarının, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu
- Eğitim ve destek hizmetleri verir.

Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlikler hastane ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri Evde Sağlık Birimleri ile:

- Muayene ve konsültasyon hizmeti, İlaçların yazılması,
- Sağlık Kurulu Raporlarının çıkarılması- Süresi Dolan Raporların yenilenmesi,
- Tetkik ve tedavi (evde kan tahlili, EKG) hizmetleri,
- Rehabilitasyon, eğitim ve destek hizmetleri,
- Yeni doğan fototerapisi,

- Evden hastaneye; hastaneden eve hasta nakil hizmetleri
- Hastaların ihtiyaç duyduğu, tedaviye yardımcı olabilecek ve demirbaş niteliğindeki tıbbi cihazların temini,
- Muhtaç durumdaki hastaların sosyal ve destek hizmetlere olan ihtiyaçlarını tespit edilmesi ve ilgili kurum ve kuruluşlara yönlendirilmesi.
- ADSM Evde sağlık birimleri tarafından bu hastaların ihtiyaç duydukları ağız ve diş sağlığı hizmetleri verilir.

İstanbul'da Evde Sağlık Hizmetleri

"Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında uygulamaya konulan "Evde Sağlık Hizmetleri" uygulaması, 01.02.2010 tarihinde 3895 sayılı Bakan onayı ile "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge" ile başlatılmış olup 24.02.2011 tarihli ve 8751 sayılı Makam Onayı ile "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge" ile de Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde de evde sağlık hizmeti başlatılmıştır.

Yönergenin yayımlanmasını takiben bir yıllık geçiş sürecinin ardından, 01.02.2011 tarihinde İstanbul'da Sağlık Müdürlüğümüze bağlı kurum ve kuruluşlarda evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlamıştır. Hizmetin başladığı 01.02.2011 ile 31.06.2013 tarihine kadar toplam ulaşılan hasta sayısı 36.132 *(Sayılara Ağız ve Diş Sağlığı Evde Sağlık Hizmetleri verileri dahil)*'dir. Halen kayıtlı 24.498 aktif hastaya hizmet verilmektedir. Türkiye'de Bakanlığımız tarafından aktif kayıtlı evde sağlık hastalarının[1] %14'ü İstanbul ili Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerimiz tarafından verilmektedir.

Evde Sağlık Hizmetleri İstanbul Çalıştayı

İstanbul Büyükşehir Belediyesinin katkıları ile İstanbul Sağlık Müdürlüğü tarafından, 31.01.2013 tarihinde Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Konferans Salonunda, "Evde Sağlık Hizmetleri İstanbul Çalıştayı" düzenlenmiştir. Amaç, İstanbul'da evde sağlık hizmetlerinin değerlendirmesini yapmak, sorunlar ve çözüm önerilerini paylaşmaktır.

İstanbul Sağlık Müdürlüğü ve Büyükşehir Belediyesi İşbirliği ile Halk Sağlığı Müdürlüğü, İstanbul Kamu Hastaneleri Kurumu Genel Sekreterlikleri ve Evde Sağlık Hizmetleri Birimi hizmeti sunan temsilcilerin katılımı ile Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Metin ATEŞ moderatörlüğünde gerçekleştirilmiştir. Çalıştay raporu ilgili kurum ve kuruluşlara gönderilmiştir.

1) Evde Sağlık Hizmet sunumunun tüm basamaklarında, hizmet sunum sürecinde yaşanan sorunlar,

2) Evde sağlık hizmeti ile ilgili yasal düzenlemelerdeki eksiklerin tartışılması, döner sermaye ödemeleri ve performans değerlendirmesi ile ilgili sorunlar,

3) Evde Sağlık hizmeti sunumunda görev alan personel, mobil araç, çalışma şartlarının değerlendirilmesi,

4) Evde Sağlık Hizmetlerinde çalışan ekibin eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, önerilerin paylaşılması ve ilaç, tıbbi cihaz raporları ve özürlü sağlık kurulu raporları ile ilgili süreçlerde yaşanan sorunlar, dört ana başlıkta tartışılmış ve çözüm önerileri paylaşılmıştır.

ÖNERİLER

1. Evde Sağlık Hizmetlerine ilk başvurular: Aile Hekimine yapılmalı, hastaları ilk aile hekimleri değerlendirmelidir. Aile Hekimleri, hastalarını tüm yönleriyle tanıyor olmaları sebebiyle bu sistemin merkezinde olmalıdır.
2. Evde Sağlık Birimlerine hasta yönlendirilmesi ise;
   - Aile Hekimi tarafından tek kaynaktan yapılmalıdır.
   - Hasta hastanede yatıyorsa; taburculuk sırasında müdavi tabip, **(taburculuk planlaması)** hastanın ihtiyacı olan evde sağlık hizmetini tanımlamalı ayrı bir formda belirtmelidir. Hasta yakını bu form ile ikametine en yakın Evde Sağlık Hizmetleri Birimine başvurabilmelidir.
3. Evde Sağlık Hizmetlerine, hasta kabul ve red kriterleri belirlenmeli, kullanılacak standart ölçekler tanımlanmalıdır. Başvuru formu revize edilmelidir.
4. Başvuru kabul sürecinde ilk ziyarette mutlaka sosyal hizmet uzmanının da olduğu ekiple gerçekleşmelidir. Hastanın, ailenin ve ev ortamının değerlendirilmesi, evde sağlık hizmeti sürecini kolaylaştıracaktır.
5. Yatağa bağımlı olmayan, her özürlü raporu olan hasta/kişiler, Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin kapsamında değerlendirilmemelidir. Bu hastalar yatağa bağımlı olmadığı sürece, aile hekimlerinden ve gerekirse diğer sağlık kuruluşlarından hizmet alabilirler.
6. Toplum tarafından evde sağlık hizmetleri tam anlaşılamamıştır. Hangi hastalara, hangi şartlarda, hangi hizmetlerin verilebileceği ile ilgili doğru bilgilendirme yapılmalıdır.
7. Hasta veya yakınlarının evde sağlık hizmetleri birimi personeline uygunsuz fiil ve davranışları nedeniyle hizmetin verilmesine engel bir durum tespit edildiğinde, hizmetin sonlandırılması veya başka bir birim tarafından hizmetin devamı ile ilgili usul ve esaslar bakanlık tarafından düzenlenmelidir.
8. Bir birime düşen hasta sayısı belirlenmeli ve bu sayıya ulaşıldığında, ekip ve personel sayısı arttırılmalıdır. Günlük hasta ziyaret sayısı, çalışma verimi ölçülerek belirlenmeli ve ekip başına düşen hasta sayısı sınırlandırılmalıdır.
9. Evde yapılan uzman konsültasyon hizmetlerinin puanı yükseltilmeli ve ev ziyaretinde gecen bu süredeki performans kaybı giderilmelidir.
10. ESH birimlerinin en az bir hizmet aracı ve bir hasta nakil aracı olmalı, bu araçlar sadece birime tahsis edilmeli ve başka hiçbir işte kullanılmamalıdır.
11. Hasta nakil işlemlerinin standardizasyonu sağlanmalı, hangi durumda, ne zaman, ne şekilde, nasıl ve kim tarafından hasta nakli yapılacağı tanımlanmalıdır.
12. Hasta yakınlarına psiko-sosyal destek sağlanmasına ihtiyaç vardır. Sadece hastayı değil, bütün aileyi bakım ihtiyacı olan bir birim olarak kabul etmek gerekir. Hastayı ev ortamıyla, sosyal çevresiyle ve aile bireyleriyle değerlendirmek önemlidir.

13. Evde Sağlık Hizmeti kapsamının doğru anlaşılması, hizmetin beklentileri karşılaması ve planlanan zamanda verilebilmesi için birimlerin güçlendirilmesi gerekir. **Birimlerin güçlendirilmesi için:**

    - Hastane yönetimlerince birimlere sahip çıkılmalıdır.
    - Ekiplerin ihtiyacı olan şartlar sağlanmalıdır. Birimlere müstakil oda tahsisi yapılmalı, fiziki şartlar ve donanım yönünden iyileştirilmesi sağlanmalıdır.
    - Ekipler, personel yönünden desteklenmelidir.
    - Ekipteki personel sabitlenmeli, personel, evde sağlık hizmetlerinin dışında başka bir işte görevlendirilmemelidir (Nöbet sistemine dâhil edilmemesi… vb.)
    - Kurum dışında araç ile hizmet verildiğinden kaza riski mevcuttur. Bu personel için kaza sigortası yapılmalıdır.
    - Hekim ve hekim dışı personelin, performans ek ödeme kat sayısı arttırılmalıdır.
    - Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri, özellikli ve riskli birimler olarak kabul edilmelidir.
14. Yönerge, Evde Sağlık Hizmetleri gibi kapsamlı ve detaylı bir hizmet için yeterli değildir. Evde Sağlık Hizmetleri için daha ayrıntılı standartların ve uygulamaların tanımlandığı yeni bir Yönergeye ihtiyaç vardır.

15. Yeni teşkilat yapısına uygun gerekli mevzuat düzenlemeleri yapılmalıdır.

16. Aile hekimliğinde çalışan sağlık personeli ile 2. ve 3. basamakta çalışan sağlık personelinin evde sağlık hizmetleri ile ilgili vereceği hizmetler, görev, yetki ve sorumluluklar ayrıntılı olarak mevzuatta tanımlanmalı ve görev ayırımı yapılmalıdır.

17. Aile hekimlerinin evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan kronik hasta takibinin usul ve esasları ile ilgili yeni bir düzenleme yapılmalıdır. Bu düzenlemenin yapılması, ikinci ve üçüncü basamak ESH Birimlerinin hem iş yükünü azaltacak hem de birimler tarafından hedef gruba hizmet edilmesi sağlanacaktır.

18. Yönergenin **"oral, paranteral ve haricen uygulanması gereken ilaçlar verilir"** ibaresi ile ilgili sorunlar: Hastaya serum uygulandığında etki ve yan etkilerinin takip edilmesi gerekir. Mevcut insan kaynağı ile, bu taleplerin karşılanması, mümkün gözükmemektedir. Hangi ilacın, ne zaman yan etki yapacağı bilinemediğinden, ortaya çıkacak olan sağlık problemleri ile ilgili olarak, mevzuatta sağlık personelini koruyacak bir düzenlenme bulunmamaktadır. ESH kapsamındaki tedavi uygulamaları sınırlarının belirlenmesi, evde yapılan parenteral uygulamaların (IV/İM enjeksiyon, TPN) ne şekilde ve kim tarafından yapılacağı net olarak tanımlanmalıdır.

19. Evde Sağlık Hizmetlerinde kullanılan ziyaret formları hekim, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı ve psikolog için ayrı ayrı düzenlenmelidir.

20. Sertifika programları Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Eğitici Eğitimi ve Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Uygulayıcıları (Hemşire, Hekimi, Sosyal Çalışmacı, Fizyoterapist…vs) için ayrı planlanmalıdır. Bu programların içeriği, süresi, kriterleri ile sertifikanın geçerliliği ile yenileme süresi Sivil Toplum Kuruluşları, Üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile belirlenmelidir.

21. Sağlık Kurul Raporlarının çıkarılabilmesi için özellikle tamamen yatağa ve/veya cihaza bağımlı hastalar için hastaların, hastaneye gitmeden evde özürlü sağlık kurulu

raporu verilebilmesi için ilgili mevzuatlarda (Sağlık Uygulama Tebliğ ve Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde) düzenleme yapılmalıdır.

22. SABİM ve BİMER sadece şikayet hattı olarak bilinmektedir. SABİM ve BİMER'in hasta memnuniyetlerinin de bildirilebileceği merkezler olduğu KAMU spotları ile tanıtılmalıdır. Bu uygulama personelin motivasyonunu da arttıracaktır.

23. Bakanlıkça belirlenen ölçekler doğrultusunda çalışan ve hasta memnuniyeti değerlendirilmelidir.

24. Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin tescil, hizmetlerin yerinde değerlendirilmesi ve izlenmesi ile ilgili usul ve esaslar mevzuatta tanımlanmalıdır.

Evde Sağlık Ve Sosyal Hizmetlerin Entegrasyonu

1. Hasta nakli ile ilgili gerektiğinde, belediyeler ile işbirliği sağlanıp, bu görev belediyelere verilebilir.

2. Evde sağlık hizmetleri kapsamında, bakım ve sosyal hizmet ihtiyacı olan hastaların, ihtiyaçlarının karşılanması birim personelinin bilgisi ve inisiyatifi ile sınırlı olmaktadır. Kurumlar arası işbirliği ile ilgili örneğin Valiliklerde koordinasyon merkezi oluşturulması faydalı olacaktır.

3. Hasta ihmali/istismarı söz konusu ise ilgili işlemler başlatılmalı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile süreç geliştirilmelidir.

4. Kurumlar arası acil bakım kodu / alarmı oluşturulmalı, sosyo-ekonomik durumu çok kötü olan, bakıma muhtaç, çok yoksul ve çok düşkünlere öncelik verilmelidir.

5. IV/İM enjeksiyon, IV tedavi ve yara bakımı pansuman hizmetleri belli sıklıkta yapılması gereken hizmetlerdir. İstanbul ilinin nüfus yoğunluğu ve taleplerin fazlalığı nedeniyle, kamu hastanelerinin mevcut insan kaynağı ile bu hizmetlerin karşılanması ile ilgili sıkıntılar mevcuttur.Bu hizmetlerin karşılanabilmesi için:Evde verilen sağlık hizmetleri, uzun dönemli bakım ve rehabilitasyon hizmetleri sosyal güvence kapsamına alınmalıdır.Bu hizmetler için diğer kurumlar ile (belediye, sivil toplum kuruluşları…) görev paylaşımı yapılmalı ve bu hizmetler hakkında kurumlar bilgilendirilmelidir.

6. İlgili bakanlıklar ve bağlı kuruluşları ile belediyeler ve özel sektör tarafından bağımsız olarak yürütülmekte olan bu faaliyetlerin ve çeşitli dernekler tarafından desteklenen bu hizmetlerin etkin bir koordinasyonla bir araya getirilmesi uygun olacaktır.

7. Üstlenecekleri rollerin, hizmetin kapsamı ve yürütecekleri görevlerin ortak mutabakatla belirlenerek uygulama protokollerinin hazırlanması ve en kısa sürede uygulamaya konulmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

8. Bu hizmetlerin entegrasyonu ve hangi hizmetin kimin tarafından verileceği bir mevzuatla belirlenmelidir.

9. Kurum ve kuruluşlar arası entegre veri tabanı oluşturulmalıdır.

10. Evde sağlık hizmeti Sağlık Bakanlığına bağlı birimlerce verilmeli, gerektiğinde belediyelerle işbirliği yapılmalıdır. Bakım hizmeti ASPB tarafından verilmelidir. Bakım hizmetleri için ayrıca yerel yönetimler ve özel merkezlerle işbirliği yapılabilir, hizmet alımı yöntemi kullanılabilir.

11. Sosyal ve destek hizmetler ise sivil toplum kuruluşları, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları ve diğer kamu kurumları tarafından sağlanmalıdır.

Evde Sağlık Ve Bakım Hizmetleri İle Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesi: Özel Hastane Evde Bakım - Birimi Örneği

Dr. Uğur Osman Özcan

Güven Hastanesi Evde Bakım Birimi Sorumlusu

1-Evde sağlık ve bakım'ın tanımı

2-Sosyal anlamda evde tam bir iyilik halinin oluşturulması

3-Sağlık personelinin evde sağlık ve bakım hizmetlerine uyumu

4-Hasta ve hasta sosyal durumunun tanılaması

5-İletişim ve bilgi alımı aktarımı kayıt ve paylaşımı ile ilgili ortak sistem oluşturulması.

6-Evde sağlık ve bakım ünitelerinin, başvuru birimlerinin standardizasyonu.

7-Dinlenme ve bakım merkezleri ile evde bakım merkezlerinin kurulum-işleyiş düzenlemeleri.

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda sağlık şöyle tanımlanmıştır:
'' Sağlık sadece hastalık halinin olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.''

Evde sağlık ve bakım hizmetleri ise*;* Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumu ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında, sosyal danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tedavi, tedavinin idamesi, refakatçilerle öz-bakım desteği, rehabilitasyon hizmetleri ve sosyal destek hizmetleridir.

Hastalarımızın sosyal ihtiyaçlarının sağlık sistemi ya da çabaları ile bütünleşmesi ancak biz evde bakım mensuplarının sosyal statü ve ilişkilerimizi kullanması , tüm tanıdığımız kişilere, hastalarımıza , çevremizdeki her kişiye evde sağlık ve bakım hizmetinin gereklerini, hayat kurtarış olduğunu, hiç kimsenin ulaşmadığı hastalara ulaşmak demek olduğunu, DAHA ÇOK SAĞLIK DEMEK OLDUĞUNU ve bu sistemin ivedilikle, bir an önce

yaygınlaştırılması ve herkesin ulaşabileceği bir hizmet olması şartını anlatmamız gerekmektedir. Tabi sorulması gerekende bence şudur: ARAMIZDAN KAÇ KİŞİ BU KONUDA ÇABA GÖSTEREN EVDE BAKIM DERNEĞİ'NE ÜYEDİR?

Bu tam iyilik halinin yapılandırılabilmesi için çok farklı mekanlarda çalışan, ayrı eğitimler almış ve çok farklı işler yapan, çalışan kurum üyesi kişilerin, tam bir iletişim ve koordinasyon ile organize olmalarını gerektirmektedir. Şu aşikardır ki hastayı muayene etmek, tetkikler istemek, ameliyat etmek; rutinde olan bir sağlık hizmetidir. Ancak hastayı evinde yaşadığı ev ortamında görmek, hastaya verilen tıbbi emek ve uğraşın başarıya ulaşmasında çok fazla rolü olan ve sonucu belirleyen bir hizmettir. Aynı zamanda tıbbi tedaviyi başlatan sağlık personelinde takip sürecinde iş yükünü azaltacak, daha sağlıklı bir izlem ve gereğinde müdahale sağlayacaktır.

Hastanın taburculuğu planlandığı anda evde sağlık ve bakım süreci başlatılmalıdır.

Bu süreç dahilindeki etkenlerden bazıları

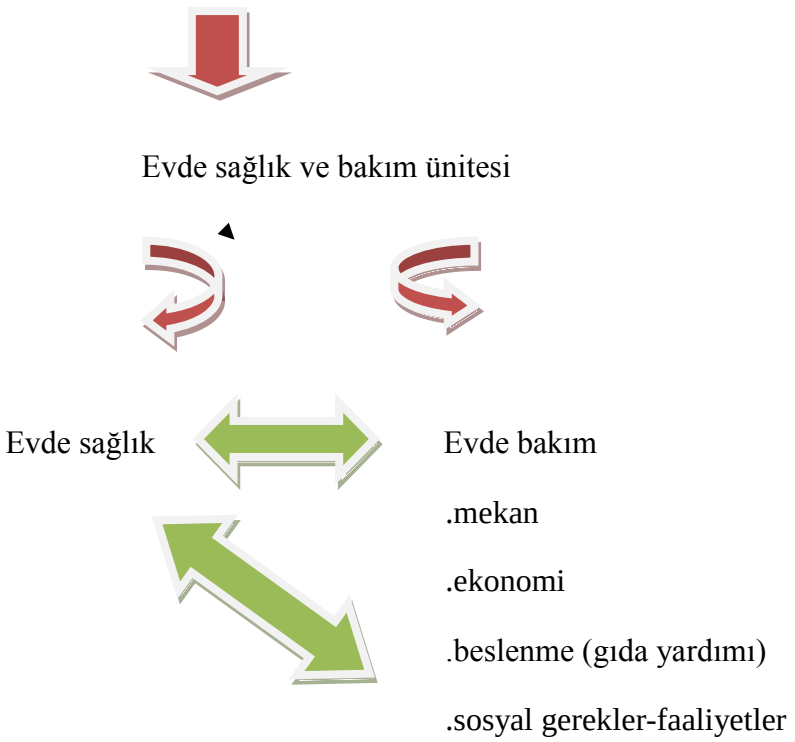
- Özbakım
- İkamet mekanı ve mekan düzeni
- Sosyo ekonomik durum
- Beslenme gereği
- Tedavisinin idamesi gereği
- Takibi(tetkik ,muayene, vb…)
- Sosyal kalabilmesi

Öz bakımını yapamayacak durumda bir hasta tespit edildiği anda ilgili üniteler bilgilendirilmeli kayıt alınmalı, yakını eğitilmeli, yakınına sağlık halinin devamlılığı, gerekiyorsa tedavisinin idamesi ile ilgili bilgi verilmeli, yakını yoksa gereğinde refakat elemanı tahsis edilebilmelidir. Bunlar evde sağlık ve bakım ünitelerince planlanmalı ve standardize edilmelidir. Hastaya konforlu ve ergonomisi uygun bir yaşam alanı tahsis edilmeli varsa mevcut alan düzenlenmelidir.

Hasta ve yakının sosyal yetileri değerlendirilmeli ve bu düzeye uygun sosyal ve gereğinde ekonomik destek ile ilgili planlamalar yapılmalı, ilgili ünitelere yönlendirilmeli ve bildirimi yapılmalıdır. Bu süreçte mutlak suretle aileye yapılan yardım ve destek hizmetleri ile ilgili sağlık oluru sağlık personelinden alınmalıdır.

Tedavisinin idamesi anlamında ise; taburculuğu planlandığı anda ihtiyacı düşünülen hastanın bir kontrol listesi ile gerekirse puanlanması ve uygun görülen hastaların evde sağlık ve bakım ünitesine bildirimi -planlaması dahilinde evinde tedavisi, tetkikleri ile takibi, sosyal ve bakım hizmetlerinin planlanması gerekmektedir. Aynı şekilde evde sağlık ihtiyacı duyduğu düşünülen hastaların ünitelere bildirimi yapılabilmeli, irtibatı sağlanmalıdır(aile hekimleri, muhtarlar, hasta yakınları…..)

Hasta(taburculuğu ya da tespiti)



Tabloda aslında şu ortaya çıkmakta; aslında tıbbi hizmetler sosyal hizmetlerin içinde mi? Sosyal hizmetler tıbbi hizmetlerin içinde mi? Bu ikilemi hiç tartışmayıp bir kabullenme yapmak ve tüm evde sağlık ve bakım hizmetlerini sosyal danışmanların düzenlemesi, ekip koordinasyonunu sağlaması ve mutlak ortak görünürlüğü olan bir kayıt sisteminin olmasıdır. Buradaki esas ekipteki tüm üyelerinin hasta ile ilgili her şeyi bilmeleri iletişim ve paylaşımın tam ve eksiksiz olmasıdır. Sürece katılan herkesin kayıt yapıp, yapılan kayıtları görebilmesi, ortak bir ekranın varlığı sağlık hizmetinin ve akabinde sosyal desteğin daha verimli olmasını sağlayacaktır. Ayrıca bu hizmetlerin sosyal hizmet uzmanlarınca yapılabilmesi; sağlık personelinin iş yoğunluğunu azaltacak, sağlık personeli harici çalışanların sorumluluk altına girmelerine engel olacak , hizmet daha sıhhi ve kaliteli olacaktır. Ekip üyelerinin, hasta ya da bakıma muhtaç kişilerde tam bir iyilik hali oluşturabilmeleri, sağlıklı nitelemeler yapabilmeleri için; kalifiye, yetişmiş, kendi karar verme yeteneğine sahip, eğitimli kişiler olması, işlerini seven, mutlu çalışan kişiler olması, verdikleri hizmet gereği tükenmişliğe girmemeleri gerekmektedir.

Yine sağlık personeli açısından bakarsak;

- Eğitimli, tecrübeli
- Maddi kaygısı olmayan
- Evde hasta bakmaktan kendisi ve ailesi korku ve endişe duymayan
- İletişimi ve öğreti-bilgi aktarma yeteneği yüksek kişiler olmalıdır.
- Kişisel ihtiyaçları giderilmelidir.(kılık kıyafet,yemek, kişisel gerekler…)
- Gerekli ekipmanları olmalıdır. (112 gibi)
- Kayıt tutmayı ve önemini çok iyi kavramış- bilen kişiler olmalıdır.
- Tüm evde bakım çalışanlarının yaratıcılık yönünde teşvik edilmesi gereklidir.
-

Sağlığın özellikle yaşlı sağlığının önemli bir takip ayağı olan, huzur evi diye anılan dinlenme ve bakım evlerinde mutlaka hekim ve hemşire bulundurma zorunluluğu getirilmeli, arada bir uğrayan sağlık personeli kuralı(!) değiştirilmelidir. Aynı şekilde evde sağlık ve bakım ünitelerinin açılması ve denetimi ayağında mutlaka evde bakım derneği üyeliği ve oluru aranmalı bununla ilgili yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Unutmayınız hepimiz bir gün evde sağlık ve bakım hizmetine ihtiyaç duyabiliriz, evde sağlık ve bakım çalışanlarına ne kadar iyi bakarsak onlarda bize o kadar iyi bakarlar.

OTURUM V

Türkiye'de Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesinde Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri – II

Sempozyumda "Türkiye'de Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesinde Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri " başlıklı oturumda ise halen ülkemizde Evde Bakıma ihtiyaç duyan, kronik hastalığa sahip hasta ve hasta yakınlarının veya engellilerin üyesi olduğu sivil toplum kuruluşlarının yaşamakta oldukları sorunlar ve çözüm önerileri paylaşıldı.

Oturum Başkanları : Nursen Nahcıvan- Ferhat Şayeste

Murat Altuğgil	Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
Şükrü Poyraz	Türkiye Sakatlar Derneği
Nilüfer Şeftalicioğlu	ALS Derneği
Aynur Dik	Evde Bakım Derneği

Murat Altugil

Başkan

Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği

Ülkemizde son yıllarda uygulanan yeni sağ politikalar meyvesini; yolsuzluk, işsizlik, açlık, yoksulluk, yoksunluk ve en önemlisi derin ve ağır bir tabloda çocuk yoksulluğu olarak vermektedir. Bu durumun yarattığı sosyal sorunlar günden güne daha da ağırlaşmakta ve giderek topluma daha muhtaç, daha çaresiz, gelecekten umutsuz bir süreci yaşatmaktadır.

Ailelerin, insanca yaşayabilmeleri için gerekli gelire sahip olması, iyi ve yeterli beslenmesi, gereksinimlerini

karşılayacak sağlık, eğitim ve sosyal hizmet alma haklarını rahat ve özgürce kullanabilmeleri en doğal ve anayasal haklarıdır. Toplumun her kesiminde yaşanılan ağır yoksulluk ve yoksunluk ülkemizin geleceğini tehdit eder boyutlara ulaşmıştır.

Koruma altında bulunan ve "engelli" tanısı almış olan bireylerin sağlık durumu ve gelişim alanlarındaki performansı ölçüldüğünde sorumlu kişiler (Bakım elemanları) tarafından, toplumsal değerlerin ve uzman görüşünün birleştirilmesi ile engelli bireyin zarar gördüğü olgular ile karşı karşıya kalınmaktadır. Bunun yanında engelli, aile üyelerinden biri ya da toplumda yaşayan başka bir bireyin istismarına da uğrayabilmektedir.

Kurum Bakımı; hizmetten yararlanan tüm bireyleri olumsuz etkileyen bir sistemdir. Kışla tipi Bakım Modeli olarak da tanımlanan kurum bakımında olan toplu yaşam, bireyin özgürlüklerini kısıtlar. Günlük yaşamının tamamı programlı olan engelli ya da yaşlı bireylerin de özgürlükleri kısıtlanabilmektedir.

Kurum bakımında; yemek, uyku, banyo, oyun, dinlenme, çay içme, pasta yeme v.b gibi temel gereksinimlerin saati bellidir. Spor, müzik dinleme, eğitim, gezilere katılma belli bir plan ve program içerisinde gerçekleştirilmektedir.

Kuruluşlarda bakım ve koruma altında bulunan engellilerin veya yaşlıların günlük yaşamlarının kurallı bir yaşam modeli içinde olması kaçınılmazdır. Toplu yaşam söz konusudur. Bu nedenle kuralların işlemediği anlarda kargaşa olabilir.

Engellilerin ve Yaşlıların bakım ve iyileştirilmesi ile ilgili olan hizmet modelleri geliştirilirken insan hakları temelinde, temel hak ve özgürlükler çerçevesinde stratejik plan ve programların oluşturulması gerekmektedir.

Sosyal Hizmet alma hakkı anayasal bir haktır. Tıpkı Sağlık, Eğitim, Sosyal Güvenlik gibi. O halde engellilerin ve yaşlıların toplumsal yaşama tam olarak katılımlarının sağlanması yolunda anayasal bir hak olan "Sosyal Hizmet" alma haklarını onlara vermek de anayasal bir yükümlülüktür.

Belirlenen Sosyal Politikaların; Engellinin ve yaşlının yaşadığı çevrenin gereksinimlerine uygun olarak tasarlanması, engellinin eğitim öğretimden yararlandırılması, okullarda ve mahallede gerekli ve yeterli fiziksel düzenlemelerin gerçekleştirilmesini kapsaması gerekmektedir.

Uygulanabilir ve sürdürülebilir bir Model olan Sosyal Modelde Mikro, Mezzo ve Makro seviyede değerlendirme, planlama ve uygulama yapılması engellilerin toplumsal yaşama tam katılımlarını sağlar. Bu bağlamda;

Mikro seviyede yapılan uygulamalar, fiziksel, duygusal ve sosyal destekleri içerir. Örneğin; ağır engelli bireylere ağırlıklı olarak bakım hizmeti verilirken, eğitilebilir zihinsel engelli bireylere veya fiziksel engelli bireylere öfke kontrolü, kendini ortaya koyma, yaşlıların alış-veriş, yemek hazırlama, bankacılık hizmetlerinden yararlanması gibi günlük yaşama ilişkin fiziksel, sosyal ve duygusal destekler verilmektedir.

Mezzo seviyede yapılan uygulamalarda ise; engellinin ve yaşlının yaşamındaki sosyal sistemlerin etkileri değerlendirilmektedir. Mezzo seviyede uygulanan müdahalelerde komşuluk, arkadaşlık, referans grupları, sosyal kurumlar, yaşlılar için atölye etkinlikleri, engelli bireylerin istihdam edildiği iş yerleri vb. gibi ortamları kapsar.

Bunun yanında Makro seviyede yapılan uygulamalara bakacak olursak; Makro müdahale, toplumsal yaşamdaki sosyal yapıların ve kurumların engelli ve yaşlı bireylerin yaşamlarına olan etkilerini kapsar. Makro seviyedeki müdahaleler güç farklılıkları ve sosyal koşulların değerlendirilmesi, kabul edilmesi ve çözüm yollarını içermektedir. Örneğin; engelli bireylerin mesleki iyileştirilmesi ve istihdamı, iş dünyası, yaşlılara verilen sağlık ve sosyal hizmetler, sağlık ve sosyal politikalar ve uygulamalarının değerlendirilmesini ekleyebiliriz.

Engelli ya da yaşlı bireylerin bulundukları çevreden koparılmadan, temel gereksinimlerinin yanı sıra psiko sosyal ve tıbbi desteklerin yaşamlarını sürdürdükleri evde verilmesi, özellikle devletin yurttaşları için var olduğu gerçeğinden yola çıkarak oldukça önemli bir olgudur.

Sosyal Devlet; yurttaşları için vardır. Yurttaşlarının tüm gereksinimlerinin karşılanmasında, insan hakları temelinde, insana, insanla, insanca hizmet vermekle yükümlüdür.

Evde Bakım Hizmetleri yerine getirilirken, bütüncül yaklaşım ile konuya yaklaşmak gerekir. Evde Bakıma gereksinimi olan bir engellinin ya da yaşlının gereksinimlerini karşılayacak sistemin parçaları arasında iyi bir eşgüdüm ve işbirliği gerekliliği vardır.

Ekonomik yoksunluk içinde olan engelli ya da yaşlı bireylere yapılan Sosyal Yardımlar konusunda bir dağınıklık ve kaynak israfı söz konusudur. Aynı müracaatçı, birden fazla kurum ya da kuruluştan ayni ya da nakdi yardımlar alabilmektedir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın yayınladığı ilgili yönetmelikler olmasına rağmen bugün gelinen nokta; yoksul yaşlı ve engelli yurttaşlarımızın gereksinimlerinin zamanında ve sürdürülebilir müdahaleler ile karşılanamadığı yönündedir.

Öyle ki kimi yurttaşlarımız Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı "Evde Bakım Projesi" çerçevesinde verilen bir asgari ücret karşılığındaki yardımı sadece sosyal yardım olarak algılamıştır. Bu yapılan yardımı kendisine bağlanan bir maaş olarak görmektedir.

Oysa Bakanlık; illerde Evde Bakım Komisyonları aracılığı ile gereksinim sahibi engellilere bu yardımı bağlarken, engellinin bakımını üstlenen bireye, engelliye nasıl davranacağı, neler yapması gerektiği, beslenmesi, ilaç alma saatlerinin önemi gibi bilgilendirme çalışmaları yapmaktadır. Ancak bu bilgilendirme yeterli olamamaktadır.

Evde Bakım Hizmetlerinden yararlanan ailelerin denetimi konusunda ciddi sorunlar da yaşanmaktadır. Bu yardımı alan ya da alacak olan engelli birey sahibi kimi ailelerin, engelli bireye karşı yapabilecekleri duygusal, fiziksel istismar ya da ihmal edilmelerine karşı önlemler alınmalıdır. Bunun yolu tek ziyarette aileye bu yardımı bağlayan "Evde Bakım Komisyon"larının denetim amacıyla aile ziyaretlerini sıklaştırmalarından geçer. Bu bağlamda Sosyal Hizmet Uzmanlarının yaptığı ***"Sosyal İnceleme"*** uygulamaları oldukça önemlidir. Ancak ne yazık ki SH ve ÇEK Genel Müdürlüğü döneminde bu uygulamadan personel

sayısının eksikliğini öne sürülerek vazgeçilmiştir. Bu durum Aile ve Sosyal politikalar Bakanlığı kurulduktan sonra da devam etmektedir.

Evde Bakım Hizmetlerine gereksinimi olan yaşlı ya da engelliler; hizmet talebinde bulunurken oldukça örselenmektedir. Dakikalarca kendisine yardım edecek kişi ya da kurumlara ulaşmaya çalışmaktadır. Ulaştıklarında da resmi başvuruları alındıktan sonra sıraya alındıkları kendilerine iletilmektedir. Bu durum Kurumsal istismardır.

Yardıma muhtaç olan bireyi bekletmek ya da sıraya almak o bireyi bir süre daha belki de uzunca bir süre daha yokluk ve yoksunlukla baş başa bırakmak demektir.

Kurum bakımının sıkıntılarından söz etmiştik. Ancak; Yaşlı ya da engelli bireylerin yaşamlarını en güzel şekilde geçirecekleri yer kendi ailelerinin yanıdır. Aileler ekonomik, sosyal ya da psikolojik nedenler ile yaşlısına ya da engellisine bakım hizmeti veremeyebilir. Sosyal Hizmet Uzmanlarının ev, işyeri ya da okul ziyaretleri sonunda yaptıkları Sosyal İnceleme ile toplanan bulgular sonucunda varılan karar ile kimi yaşlı ya da engelli bireylerin aileleri ile bir arada kalmaları uygun bulunmayabilir. Ancak bu durumda kurum bakımından engelliyi yararlandırmak son çare olarak görülmektedir.

ÖNERİLER:

- Evde bakım hizmetlerine ilişkin; Sosyal politikalar geliştirilirken insan hakları temelinde ve temel hak ve özgürlükler çerçevesinde planlanmalıdır.
- Evde Bakım Hizmetleri "hizmet modeli", stratejik plan ve programlar disiplinler arası ve bütüncül bir yaklaşım ile oluşturulmalıdır.
- Evde Bakım Hizmetlerinin bütçesi tüm yurttaşların bu hizmetlerden yararlandırılabilecek bir yapı ve sistematiğe göre hazırlanmalıdır. "S0SYAL BAKIM" tıpkı "TIBBİ BAKIM" gibi kuruşlandırılmalıdır.
- Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bütçeden ayrılan pay elde edilen bilimsel veriler ve ülkemizde halen yaşanan ağır ve derin yoksulluk ve yoksunlukların gerçeği üzerinden planlanmalıdır.
- Evde Bakım Hizmetlerinden yararlanabilecek olan (Tıbbi ve Psiko-sosyal Bakım) engelli ya da yaşlılara götürülecek olan hizmetler, bütüncül yaklaşım ile planlanmalı ve oluşturulan sosyal politikalar, Anayasamızda öngörülen "Sosyal bir Hukuk Devleti" olması gereken ülkemizin yurttaşlarına eşit olarak verilmelidir.
- Hizmetin içeriği, kapasitesi yeniden belirlenmeli ve hizmet alanların ve alacak olanların bir yandan durum tespiti yapılırken, diğer yandan denetiminde sağlıklı bir şekilde yerine getirilmesi gerekmektedir.
- Evde bakım hizmetlerinin mevzuatında yaşanan çok başlılık ortadan kaldırılmalıdır.
- SGK tarafından ***BAKIM SİGORTASI*** 'nın çıkarılması gerekmektedir.
- Evde sağlık ve sosyal bakım hizmetleri birlikte ve eşgüdüm içinde planlanmalıdır.
- "Evde Bakım Hizmetleri" nden yararlanan ailelerin denetimi oldukça önemlidir. Bu bağlamda; duygusal istismar, fiziksel istismar ve ihmal edilmelerine karşı önlemler alınmalıdır.
- "Evde Bakım Komisyon"l arının denetim amacıyla aile ziyaretlerini sıklaştırmaları gerekmektedir.
- Evde Bakım Hizmetleri; amacının, görev, yetki ve sorumluluklarının bilimsel çerçevede belirlendiği deneyimli profesyonellerce verilmelidir.

- Eğitim, Sağlık ve Sosyal Hizmet üçgeninde multidisipliner bir yaklaşım ile sektörler arası işbirliği ve eşgüdüm sağlanmalıdır.
- Hizmeti planlayan ve uygulayan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı il Sağlık Bakanlığı'nın gelecek ile ilgili uygulanabilir ve sürdürülebilir ortak master planları olmalıdır.

Türkiye Sakatlar Derneği

Başkanı

Şükrü Poyraz

Ülkemizde tarihi çok uzun olmayan ve henüz daha emekleme aşamasında bulunan bir konu üzerinde konuşmaya çalışacağım.

Konunun uzmanı olduğum için değil, sorunun bir cephesinin parçası olduğum için burada bulunduğumun farkındayım.

Türkiye'nin en büyük engelli örgütünün yöneticisi olarak, uzman arkadaşlarımızın çalışmalarına ve dolayısıyla var olan sorunların çözümüne katkı sağlamak istiyorum.

En azından beklentilerimizin bilinmesinin bile sürece yön verilmesinde önemli olabileceğini düşünüyorum.

Öncelikle bazı noktalarda tespitler yapmalıyız.

Engelli, yaşlı veya hasta vatandaşlarımızdan bakıma muhtaç durumda olanlara gerçekten bakım yapabilir bir sisteme sahip miyiz?

Daha önceki yapı ve yapılanların yetersiz kaldığı düşünülerek, 2005 yılında yayınlanan bir tür torba yasa ile engellilere yönelik bazı düzenlemeler getirildi. Bu düzenlemelerin bir parçası da evde bakım hizmetleriydi.

Uygulamanın temel gerekçesinin, dünyadaki gelişmiş ülke deneyimlerinden yola çıkılarak, bakıma muhtaç kişilerin evlerinde bakımlarının sürdürülmesiydi.

Aslında bu noktaya gelişin önemli bir etkeni ülkemizde, ihtiyacı karşılayacak sayıda ve nitelikte bakım merkezinin bulunmamasıydı.

İstenilen düzeyde bir yatırımın ise çok yüksek maliyet gerektirmesiydi.

O nedenle, işin kolayına kaçıldı, büyük masraflarla bakım merkezleri oluşturmak yerine, toplumu da kolaylıkla ikna edebilecek bir yöntem önümüze konuldu.

Bunları, en doğru yolun bakım merkezleri, huzurevleri kuralım, yaşlılarımızı, bakıma muhtaç yakınlarımızı buralarda toplayalım gibi bir düşünceyi savunduğum için söylemiyorum.

Günümüz dünyasında bir fiziki veya manevi ailesi bile olmayan ya da ailesinin de bakamayacağı durumdaki vatandaşlarımızın da ihtiyaçlarının gözden kaçırılmakta olduğunu vurgulamaya çalışıyorum.

Yakın zamana kadar yapılan araştırmalarda, hep evde bakımın huzurevinde bakımı göre daha fazla tercih edilir olduğu belirtilmekteydi. Bakanlığın bile hala kullandığı 1998-2000 yılları arasındaki bazı araştırma sonuçları bu şekilde görüş belirtmekteydi.

Kısa bir süre önce kamuoyu ile paylaşılan ve huzurevlerinde yapılan bir araştırma, aslında huzurevlerinin yaşlılar tarafından daha fazla tercih edilir ve tavsiye edilir olduğuna işaret etmesi bu genel yargıyla çelişen bir durum ortaya koymuştur.

En azından bizim çıkarmamız gereken, her iki yapının yani evde ve huzurevinde bakımın birlikte düşünülmesinde yarar olacağıdır. Birini öne çıkarıp, diğerini yok saymak veya yok etmek doğru bir yaklaşım kabul edilmemelidir.

Değerli konuklar;

Bizler henüz ilk aşamasında yapılanın örnek alınan ülkelerdeki sistemle isim benzerliğinin dışında uyumlu olmadığını söyledik.

Çünkü aslında zaten geleneksel olarak yaptığımızdan ve var olan yapıdan farklı olarak bir hizmet sunulmamıştı.

Yani en azından bakım için yeterli sağlık ve teknik destek alt yapısı kurulmamış, bakımı yapacak kişiler eğitilmemişti.

Yeni olan sadece ailelere verilen bir miktar parasal destekti. Bunun da ne ölçüde adaletli dağıtıldığı, ne ölçüde yeterli olduğu, ne kadar düzenli ve düzgün işletildiği hep tartışma konusu oldu.

Özetle, evde bakım adına getirilmek istenen yapı, bir tür “sosyal yardım” olmaktan öte gidemedi.

Yukarıdaki tespitlerimiz, sadece bizlerin gözlemleri, üyelerimizden ve üyemiz olmayan ailelerden gelen şikâyetlerden oluşmuyor.

Yarı akademik diyeceğimiz, bazı tez araştırmaları da bunları destekliyor.

Öncelikle evde bakımın temel olarak kadınların üstlendiği bir gerçektir. Doğal olarak kadınlar, aldıkları bu yeni sorumlulukla birlikte fiziksel, psikolojik ve sosyal hayat

bakımından son derece olumsuz etkilenmektedir.

Bu durum evde bakılan kişinin mental sorunlarıyla birleştiğinde daha da ağırlaşmakta, bir süre sonra da "aile ortamı" bir huzursuzluk ve çatışma ortamına dönüşmektedir.

Haliyle, evde bakımdan beklenen önemli bir işlev, "mutlu aile ortamı" yerini çatışmaya, hatta yer yer çatırdamaya bırakmaktadır. Böyle bir ortamda bakılan da bakan da mutlu olamaz, haliyle evde bakımdan beklenti de boşa çıkar.

Kimileri, ailelerin yaşadığı bu sorunların üstesinden gelmeleri için "manevi destek" verilmesi gibi öneriler getirmektedir. Bu yaklaşım aslında bir başka gerçekliğimizi gizlemek ve sorunu çözmek yerine baskı altına almanın tipik bir örneğidir.

Kastedilen özellikle bakan kişinin yaşadığı psikolojik baskıyı azaltma adına din görevlilerince dini telkinde bulunmaktır. Oysa bakan kişinin gerçek ihtiyacının bu olmadığı, açıktır.

Bunlar yaşamın içinden çıkan sonuçlar, birçok yaşlımız, hastamız, engellimiz ne yazık ki psikolojik olarak ezilmekte, kendini dışlamakta veya dışlandığını hissetmekte ve sosyal ortamdan kopmaktadır.

Evde bakımı yapılan kişi, bir süre sonra aile için adeta yalnızca "yan gelir" kapısı olarak görülmekte, bakım için gereken harcamalar zaten düşük olan ailenin gelirine katkıya dönüşmektedir.

Yapılan araştırmalar; bakım hizmetini veren aile bireylerinin büyük çoğunluğunum uzman yardımına gereksinim duyduğunu işaret etmektedir. Ancak bunu verebilecek bir alt yapı oluşmamış veya olgunlaştırılmamıştır.

Bakım yapan kişiye gereken bilgi ve eğitim verilmediğinden psikolojik sorunların yanında, çeşitli fiziksel sorunlar da boy göstermektedir. Bel ağrısı, bel fıtığı, eklem ağrısı en fazla şikayet olunan konular arasındadır. Bu da bakımı yapılan ile bakımı yapan bakımından bir başka sorun odağına dönüşmektedir.

Öte yandan, bütün aile fertleri çalışan ailelerin durumu ise bir başka sorunu ortaya çıkarmaktadır. Sözlerimin hemen başında ifade ettiğim, bakım merkezlerinin yetersizliği bu tür aileleri daha büyük sorunlarla karşı karşıya bırakmaktadır.

Ailenin bir üyesi, ki bu daha çok kadın üye olmakta, işini terk etmek zorunda kalmaktadır. Bu da hem sosyal hem de ekonomik anlamda aileye darbe vurmaktadır. Verilen evde bakım yardımı ekonomik anlamda yetersiz kalabilmektedir.

Sosyal yaşamdan kopma, başlı başına büyük bir sorundur. Aileyi tümüyle eve bağlayan, en az bir kişinin mutlak biçimde evde kalmasını zorunlu kılan bir durumdur. Sistem bunun için de bir çözümü üretmemiştir.

Bütün bunlar, bakan ile bakılan arasında giderek artan bir çatışma kaynağına dönüşmektedir.

Özetle, yakın zamana kadar uygulanmakta olan yapı, ne amacına hizmet etmekte ne de istenilen işlevleri yerine getirmekteydi.

Değerli konuklar;Şimdi ne değişiyor, nasıl değişiyor?Maalesef henüz tam oturmuş bir sistemden söz etmiyoruz.Hala arayış içindeyiz, hala "yeni" bir şeyler yapma girişimlerimiz var.

5-6 Eylül tarihlerinde Ankara'da Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Avrupa Birliği'nin teknik destek birimi tarafından bir çalıştay düzenlendi.

Burada yapılan açıklamalardan, Almanya ve Hollanda'yı örnek alan bir yapılanmaya gidildiğinden bahsedildi.

Doğrusunu isterseniz, bugüne kadar olanların dikkate aldığımızda neyin, ne kadar değişeceği konusunda ciddi endişelerimiz var.

Alınan örnekler güzel, çünkü gerek Almanya gerekse Hollanda "sosyal devlet" ve özellikle engelliler, yaşlılar, bakıma muhtaç kişiler, çocuklar, gençler kısaca toplumun her kesintide özel

ihtiyaçları olan vatandaşları için çok gelişmiş politika ve uygulamaları olan ülkeler.

Bizde ise temel bir farklılık var, Türkiye yeni liberal ekonomi politikanın hızlı bir izleyicisi ve hızla "sosyal devlet" anlayışından uzaklaşan bir ülke.

Bakanlığın ve hatta sayın Bakan Şahin'in girişimlerini takdirle karşılıyorum. Bakın bunları benden duymak zordur. Genelde eleştirel yaklaşımı olan, muhalif kimliğimle tanınırım ve sözümü de hiç sakınmam.

Sayın Fatma Şahin ve Bakanlıktaki birçok kadronun iyi niyetle ve gerçekten engellilere, yaşlılara bir hizmet üretme, sorun çözme konusunda çabalarının olduğunu biliyor ve inanıyorum.

Ama sonuçta Bakanlık tek başına karar verici değil, Hükümetin bir parçası ve kararların oluşumunda mali unsur ve piyasanın beklentileri baskın unsur olarak öne çıkmaktadır. Yani hizmetleri genişletmek, iyileştirmek gibi bir karar tek başına Bakanlığın inisiyatifinde değil.

Bir daha vurgulamak gerekirse, bakıma muhtaç durumdaki vatandaşlarımızın akıbeti, tümüyle mali bir kararla belirlenecektir. Bunun günümüz koşullarında anlamı, yapılacak her ne ise ek bir maliyet getiriyorsa bunun nasıl finanse edileceği sorununa dayanacaktır. Ya ek bir sigorta kesintisi olarak bize yansıyacak ya da büyük çaplı maliyetli işlerden kaçınılacaktır.

Bakanlığın aşırı iyimser bir tutum içinde olduğunu düşünüyorum. Büyük olasılıkla yaşanan gerçekliği farkındalar ama bizlere "manevi güç" verme gibi bir çaba içine girmişler izlenimi ediniyorum. Pembe bir tablo çizmek için ellerinden geleni yapıyorlar.

Bakın yakın zamanda, bir araştırma yayınladılar: "Türkiye' de Huzurevinde Yaşayan

Yaşlıların Huzurevine Yerleşme Nedenleri ve Huzurevi Yaşamına İlişkin Algıları 2013." Sözlerimin başında da belirttiğim araştırma buydu.

Türkiye'deki toplam huzurevi sayısı özeller dahil 295 tane. Almanya'da bu sayının 2000'li yılların başında 13 bin dolayında olduğunu çeşitli kaynaklarda belirtilmektedir.

Huzurevi sayısı son 13 yılda yüzde 97 oranında artmış. Aynı dönemde huzurevlerinde bakılan yaşlıların oranı yüzde 48 artarak 19.893'e yükselmiş.

Bina sayısı bir kat artıyor ama bakılan insan sayısı yarısı kadar artıyorsa bir tuhaflık vardır. Bakanlık bu rakamları nasıl yorumluyor; "Bu dönem içinde huzurevi sayısında ve huzurevinde yaşayan yaşlı sayısında iki kat artış meydana gelmiştir." Ben iyi bir matematikçi değilim ama bu hesapta bir yanlışlık olduğunu söyleyecek kadar 4 işlem biliyorum.

Söz konusu araştırmanın sonuçlarının değerlendirildiği sunumu izlerseniz, Bakanlığın adeta zorlama bir iyimserlik içinde olduğu görürsünüz.

Neden bunları söylüyorum. Çünkü aslında ciddi sorunlarımız var ve ne yazık ki bunları tüm gerçekliğiyle görüp, uygun çözüm nasıl üretiriz diye düşünmüyoruz. Topluma, özellikle bu sorunları yaşamayanlara yönelik bir illüzyon, yani yanılsama yaratıyoruz. Başka bir ifade ile tozları halının altına toplayarak, sözde temiz bir ortam yaratıyoruz. İçinde yaşamayanlar alkışlıyor ve içinde yaşayan azınlığın sesleri bu alkışlarla boğuluyor. Toplum baskısı kuruluyor. Ne zaman bu konular açılsa, hemen bir bakan çıkıp, sosyal güvenlik ve sağlık harcamalarının ne kadar arttığına bütçe üzerinde ne kadar "yük" oluşturduğunu açıklama yoluna gidiyor.

Hemen her tek parti iktidarında görülen tipik davranışları gözlüyoruz. Benim dediğim her koşulda doğrudur! Ve böyle iktidarlar döneminde onların her dediğine canı gönülden katılan "sivil toplum örgütleri" ortaya çıkar veya üretilir. Bunların da alkışlarıyla iktidarın politikası, görünürde "geniş toplum kesimleri" tarafından da desteklenmiş, milli irade kendini göstermiş olur.

Oysa hayat hiç öyle değildir. Bir iktidar gönüldeşlerinin desteğine ihtiyaç duyabilir. Ama muhalefet olarak algıladığı kesimleri de dinlemeyi bilmelidir. Hiç olmazsa bu yanlışlarını önlemede onlara yardımcı olur.

Bizlerin görevi, içinde bulunduğumuz toplumun, üyelerimizin hak ve çıkarlarını korumaya çalışmaktır. Söylemeye çalıştığımız her şey zaten eşit olmayan koşullarımızın bir parça olsun düzeltilmesine yöneliktir. Elbette bunların söylenmesi kimileri tarafından "düşmanlık" olarak da algılanabilir. Böyle bir algılama, bizleri üzer ama daha çok bunlar üzerinden bizleri damgalamaya ve mahkûm etmeye çalışanlara zarar verir.

Değerli konuklar;

Çok fazla siyasi mesajlar verdiğim düşünülebilir. Ama bütün bu tartıştığımız konular siyasetten bağımsız değil. Evde bakım hizmeti alıp almayacağımız, alacaksak nasıl alacağımız

sonuçta siyasi iradenin kararlarına, ideolojisine, yönetim biçimine bağlı. Haliyle teknik yönleri yaşadığımız sorunlar bakımından ikinci plana düşüyor.

Şimdi kısaca bazı beklentilerimizi dile getirmek istiyorum.

Evde bakım hizmeti veya desteği adına ne dersek diyelim en az iki boyutlu olmak zorundadır.

Birincisi bakılan yönünden, ikincisi bakıcı yönünden gerekli düzenlemelerdir.

Her iki boyutun da kesiştiği noktalar şunlardır;

Yeterli sağlık ve teknik destek her an bakan ve bakılan vatandaşlarımıza verilebilecek düzeyde hazırlanmalıdır.

Bunun için bina, donanım, araç-gereç, uzman hekim, hemşire, bakıcı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı yani bilimin gerektirdiği her şey olmalıdır.

Bakılan ve bakan kişinin sosyal olarak da desteklenmesi gerekmektedir. Onların hayatla bağlarını yeniden kurmasına, hayatın içinde kalmasına yetecek destek verilmelidir.

Bakımın gerektirdiği mali ve tıbbi yardım, günün koşullarına uygun şekilde sağlanmalıdır. Ne bakılan ne de bakan bir başka kaynak arayışına girmeyecek, insan onuruna yaraşır bir gelir sahibi olmalıdır.

Hemen her semtte, geçici konaklama merkezleri, tam donanımlı olarak oluşturulmalıdır. Bu özellikle bakıcı aileler için çok önemli bir konudur. Onların sosyal bağlarının, iç düzenlerinin korunması bakımından çok da anlamlı olacaktır.

Bakanlık ve özellikle Hükümet, sadece kağıt üzerinde kalmayan bir şekilde Almanya ve Hollanda örneklerini ülkemize yansıtma konusunda kararlı olmalıdır. Onlar kararlı olmasa da bizler, sağlıklı işleyen ve bakıma muhtaç olan vatandaşlarımızın evrensel ilkelerle korunan haklarına sahip çıkan bir tutumda kararlı duracağız.

Hepinize beni sabırla dinlediğiniz için teşekkür ediyorum, bu sempozyumu düzenleyen “Evde Bakım Derneği” ve “Home Care Europe”u kutluyorum.

Nilüfer Şeftalioğlu

ALS /MND Derneği Üyesi

Bir ALS Hastasının eşi ve ALS MNH Derneği Yönetim Kurulu üyesi olarak sizleri, ALS Hastalığı ve ALS Derneğimiz hakkında bilgilendirmek ve evde bakımın hastalarımız için ne kadar hayati olduğunun, aldığımız ve maalesef alamadığımız hizmetlerle alakalı sorunlarımız, beklentilerimiz ve çözüm önerilerimizi içeren bir konuşma için buradayım. Konuşmama başlamadan önce bize, hastalarımız ve derneğimiz adına bu imkanı sunan Evde Bakım Derneği Başkanı Sayın Aynur Dik Hanımefendi'ye teşekkürlerimizi iletmek istiyorum.

ALS NASIL BİR HASTALIKTIR?

ALS hastalarında hem omurilikteki hem de beyindeki motor sinir hücreleri ölmektedir. Motor sinir hücreleri hareketimizi sağlayan, yürürken, parmaklarımızı oynatırken kullandığımız hücrelerdir. Sinir hücreleri zamanla ölen ALS hastaları yine zaman içerisinde, yutkunamıyor, yürüyemiyor, kas gücü gerektiren hiçbir hareketi gerçekleştiremiyorlar. Hastalığın ilerlediği dönemlerde hastalar yaşamak için çeşitli cihazlardan ve tıbbi araçlardan yardım almak zorundadır. Örneğin nefes alamayan hasta için solunum cihazı, yutkunamayan hastalara mideden direk beslenmek için mide tüpü, tükürüğünü atamayan hasta için aspire cihazı, hayati önem taşımaktadır. Henüz nedeni ve sebebi bilinmeyen bu kronik hastalığın nihai sonucu ölümdür.

Genellikle çok basit sağlık sorunlarıyla başlayan hastalığın belirtileri kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Çoğu zaman herhangi bir kasta sürekli meydana gelen seğirmeler hastalığın belirtisi olabiliyorken bazen de yürürken halıya takılma, tuttuğunuz bir şeyi elinizden düşürme gibi basit günlük kazalar hastalığın habercisi olabilmektedir. Hastalığın teşhisi ancak ilerleyen safhalarda, hastalık vücutta aktif hale geldiğinde, çoğunlukla da yürümede zorlanma, ayağa kalkamama, kollarda güçsüzlük gibi şikayetlerden sonra uzman hekimler tarafından yapılan EMG sonrası konabilmektedir. Hastalığın oluşma sebebi henüz net olarak bilinmese de çevresel faktörlerin ve genetik aktarmanın bir rolü olduğu bilim insanları tarafından öne sürülmektedir. Hastalık, tıp literatüründe nadir görülen öksüz hastalıklar sınıfından sayılmakla

beraber yakalanma oranı yüz binde bir olarak görülmektedir. Fakat yeni yapılan araştırmalar bu oranın daha da artığı yönünde. Bu oran içinde genetik aktarmanın rolü yüzde 5 olarak değerlendirilmektedir. Yani hastaların ciddi bir çoğunluğu çevresel faktörler yüzünden bu hastalığa yakalanmaktadır. Türkiye'de tahmin edilen hasta sayısı 8-9 bin civarındadır. ALS, cinsiyet ve yaş ayırt etmeksizin her yaştan ve cinsiyetten insanda görülebilmektedir. Nihai sonucu ölüm olan hastalığın ortalama yaşam süresi tıp kitaplarında 3 yıl olarak yazsa da bu aslında yaşamını devam ettirecek cihazlara geçme süresini ifade etmektedir. Hastaların ömrünü çoğunlukla yaşam kalitesi ve bilinç belirlemekte yani yaşam kalitesi ve hastanın bakımını üstlenen kişilerin bilinci ne kadar yüksek olursa hasta o kadar fazla yaşayabilmektedir. Maalesef ülkemizde yaşam kalitesi maddi açıdan rahat hastalar için belirleyici bir unsur olmaktadır.

2001 Yılının Aralık ayında hasta ve hasta yakınlarından oluşan 10 kişi ile kurulan derneğimiz, 18m2'lik bir konteynırda faaliyetlerine başlamıştır. 2003 yılında 50m2, 2006 yılında da Bakırköy Belediye Başkanı Sayın Ateş Ünal Erzen'nin duyarlılığıyla, 200m2'lik yeni binasında daha güçlü ve kalıcı olarak faaliyetlerine devam etmektedir. Derneğimizin üye sayısı 2013 Eylül ayı itibariyle 995 kişiye ulaşmıştır. **Derneğimiz Bakanlar Kurulunun 15.06.2012 tarih ve 2012/3324 sayılı kararı ile kamu yararına çalışan dernek statüsündedir.**

ALS'DE EVDE BAKIM NEDİR?

Evde Bakım gerek teşhis ve tedavi sonrası bakım sürecinde, gerek kronik bir hastalığın takibinde gerekse herhangi bir sağlık problemi olmaksızın koruyucu sağlık ve tetkik hizmetlerinin verilmesi süreçlerinde, ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında sağlık hizmetlerinin verilmesidir.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ NEDİR?

Evde sağlık hizmeti, yatağa bağımlı ve kronik hastalığı olan hastaların ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin ev ortamında ve bu konuda uzman bir kadro sunulmasıdır. Bu hizmetler hastaya düzenlenen tedavinin takibi ve uygulanmasını sağlıyor.

ALS HASTALARINDA EVDE BAKIMIN ÖNEMİ

ALS tanısı olan bireylerde fiziksel, sosyal ve ruhsal gereksinimlerin karşılanması son derece önemlidir. Özellikle, günlük yaşam aktivitelerinin bozulması ve fiziksel aktivitenin sınırlanması bu hastalarda en fazla rahatsızlığa neden olan durumdur. Her kronik hastalığı olan kişi veya aile, kendilerine olan güven ve saygının, aile içi statünün ve bağımsızlığın yitirilmesi, kabul edilmeme ve umutsuzluk gibi duygularla büyük kişisel ve duygusal kayıplara uğramaktadır. ALS tanısı olan bireyler günlük yaşam aktivitelerinde değişik oranlarda bağımlılık yaşadıkları için uzun süreli izlem, kontrol ve bakım gerektiren olgulardır. Bu izlem ve bakımın sürekli hastane ortamında gerçekleştirilmesi mümkün olmadığından, evde sürdürülmesi gerekmektedir.

ALS hastasına evde bakım veren kişiler çoğunlukla aile üyeleri, arkadaş ve komşular olmaktadır. Özellikle, aile bireylerinden kadınlar hasta bakımında doğal bakıcılar olarak

görülmekte ve onların fedakârlığı doğal karşılanmaktadır. ALS hastalığı birçok sorunu da beraberinde getirir ve hastanın bakımını üslenen kişilere de bu anlamda büyük sorumluluklar yükler. Beslenme, solunum, temizlik ve kişisel bakım, iletişim, depresyon gibi profesyonel bakım gerektiren sorunları aile bireyleri kendi arasında çözüm üreterek başa çıkmaktadır.

EVDE BAKIM ALDIĞIMIZ KURUMLAR

112 ACİL

SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ

İL VE İLÇE BELEDİYELERİ- Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri

Özel Evde Bakım Veren Kuruluşlar

KARŞILAŞILAN BAŞLICA SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİMİZ

Zorluklarla hastaneye getirilen hasta, hastane de gerekli müdahaleyi gördükten sonra kaderine terk edilmekte ve herhangi bir yardım alamamaktadır. Evde Bakım Hizmetleri gerekli faydayı ALS hastalarına sağlayamamaktadır. Görevlendirilen personel bu anlamda gereken donanıma maalesef sahip değildir ve yanlış veya yetersiz uygulamalar hastalar için büyük risk doğurmaktadır. Örnekleyecek olursak, evde bakım hizmetlerini arayarak kayıt bıraktığımızda, gelinip tespit yapılıyor. Fakat acil durumlarda beklemek zorunda kalınıyor. Kanül değişimi için gün alındığında çok önceden haber verildiği halde maalesef gününde hizmet alınamıyor. Özellikle enfeksiyonlu hastalarda bu durum hayati risk oluşturuyor. Bu sadece kanül değişiminde değil, sonda, peg gibi zamanında değiştirilmesi gereken durumlarda da aynı şekilde uygulanıyor. Kan alımında da durum yine sık aralıklarla kan alımı yapılamıyor. İlçe Belediyelerinin verdiği hizmet daha hızlı olduğu için genellikle sorunlarımızı onlarla çözmeyi tercih ediyoruz. Fizik Tedavi Biriminde de solunum terapisi bölümü maalesef ALS hastaları için yeterli değil. Kuşkusuz ki, ekipler ellerinden geleni özveriyle yapmaya çalışıyorlar. Fakat eleman yetersizliği bu sorunlara sebebiyet veriyor. Eve gelen ekipler, bundan önceki yıllarla kıyaslandığında verilen hizmetin daha geniş kapsamlı ve çok olduğu belirtiyorlar. Dileriz ki gelecek yıllarda daha kaliteli, çabuk ve yeterli bir evde bakım hizmetini doğru ellerden alabileceğiz.

ALS hastalarının iyileşme gibi bir ihtimal bulunmamasına rağmen her yıl özürlülük raporlarının devlet tarafından yeniletilmesi istenmektedir. Bu hem hasta hem de hasta yakını için eziyet veren bir durumdur. Hareket yeteneğini kısmen veya tamamen kaybetmiş bir bireyin sağlık sorunları için bile ulaşım sorunlarını aşıp hastaneye gidemezken rapor için hastane yollarında ve hastanede rapor peşinde koşturması gereksiz bir işlemdir. Evde sağlık hizmeti veren ekipte, bu anlamda isteğe cevap verecek uzman kişilerin bulunması ve rapor yenileme prosedürünün daha kolay ulaşılabilir hale getirilmesi şarttır.

Bir soruna daha değinecek olursak, yoğun bakım hastası olan ALS hastalarının bakımları mutlaka cihaz ve sarf malzemeleri kullanabilen, gerektiği zaman malzemeleri değiştirebilecek uzman kişiler tarafından veya aile bireylerini eğiterek hastanın ihtiyaçlarının giderilmesi gerekmektedir. Ancak; henüz doktorların dahi yeterince bilgi sahibi olmadıkları bir alanda bu hastalar yeterince eğitilmiş ve hastalığı bilen bakıcı veya hemşire bulamaktadırlar. Deneyimli bakıcı ve hemşireler ise dudak uçuklatacak fiyattadırlar. ALS gibi yoğun bakım hastalarına, devlet gelir düzeyine bakılmaksızın maddi destek (bakıcı ve hemşire ihtiyacını karşılanması için) vermelidir.

Bakıma muhtaç kişinin 'Evde bakım yardımı' alabilmesi için hane halkı kişi başına düşen aylık gelirinin, net asgari ücretin 2/3'ünden az olması şartı aranmaktadır. Bu rakam şu an 415 TL dir. Örneğin 3 kişilik bir ailedeki hastanın evde bakım yardımı alabilmesi için ailenin toplam aylık gelirinin 1245 TL nin altında olması gerekmektedir. Bu rakam hesaplanırken en azından ev kirası düşürülüp öyle hesaplanmadır. ALS gibi oldukça zor ve pahalı bir hastalık için bu rakam çok düşüktür. Evde bakım parası standartları belirlenirken; kira, fatura gibi zorunlu ihtiyaçlar göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle makinelere bağlı hastalarda elektrik faturası fahiş fiyatları bulmaktadır. Aylık en az 250-300 TL gibi rakamları bulan faturalar aileler için yıkım olmaktadır. ALS hastalığı 24 saat bakım gerektiren bir hastalık olduğu için, bakımını üstlenen aile bireylerinin de çalışma hayatları olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu sebeple evde bakım için özel bakıcılara başvurulmaktadır. Bugün itibari ile standart bir bakıcının- sağlık konusunda deneyimsiz kalifiye elemanlar – aldığı ücret aylık 1200-1300 TL civarındadır. Ortalama emekli aylığı ise 1000TL civarında olduğu düşünüldüğünde ortaya çıkan ekonomik boyut oldukça dramatiktir.

ALS Hastalarının bakım konusunda en büyük sorunu kuşkusuz ki ülkemizde sadece ALS için palyatif bakımın yapıldığı bir kliniğin bulunmamasıdır. Ülkemizde, kendisine bakabilecek bir yakını olmayan ALS hastaları için bakımının yapılacağı bir merkezin bulunmaması kimsesiz hastalar için büyük önem taşımaktadır. ALS hastalarına hizmet sunabilecek rehabilitasyon merkezleri (en azından büyük şehirlerde) ve Türkiye'de ALS hastalarına özel klinik eğitim de veren klinikler olmalıdır.

İSTEK VE DİLEKLER

1- Ülke genelinde evde bakım ve sağlık hizmeti veren birimlerin, uzman kadro ile peg ve trekeostomi kanülü değişimi gibi zamanında yapılması gereken hayati işlevleri yerine getirebilmesi

2- Günlük uygulanması gereken pansuman ve bakım için uzman kişilerin aile bireylerine eğitim vermesi.

3- Sarf malzemeleri raporlarının yenileme prosedürün evde sağlık birimleri tarafından yenilenmesi

4- Acil durumlarda uygulamalı ilk yardım eğitimi (Solunum ve kalp durması, bilinç kaybı, boğulma vs…)

5- Hasta ve hasta yakınlarına psikolojik destek

6- Bakım verenlerin tükenmişlik sendromu ile ilgili sorunlarına destek

7- Hasta transferlerinde yardımcı personel desteği

8- 112 Ambulans hizmetlerinin hastaneden eve nakillerde de ücretsiz hale getirilmesi

9- 112 Hekim ve personele ALS hastalığı hakkında eğitim verilmesi

10- Hastalara kişisel bakımda (temizlik, traş vb…) yardımcı destek sağlanması

Derneğimizi temsilen ve bir hasta yakını olarak kısaca sizlere yaşadığımız sorunları aktardığımı düşünüyorum ve yetkililerden evde bakıma muhtaç tüm hastalarımızın ortak sorunlarını çözüme kavuşturacak hizmetlerin yakın bir gelecekte sağlanacağına inanıyorum. Dinlediğiniz için herkese çok teşekkür ederim.

Aynur Dik

Başkan

Evde Bakım Derneği

Neden evde sağlık ve bakım hizmetleri;

- Giderek genişleyen hizmet kapsamı,
- Verimli ve etkin çözüm modeli,
- Giderek daha fazla hizmeti evde olanaklı kılan teknolojik gelişim

Multidisipliner Hizmet Sunumu evde sağlık ve bakım hizmetlerinde önemli. Ekip;

- Hekim
- Bakım Koordinatörü (Vaka Yöneticisi)
- Evde Bakım Hemşiresi
- Fizyoterapist
- Solunum Terapisti
- Meşguliyet Terapisti
- Konuşma Terapisti
- Psikoterapist
- Diyet Uzmanı
- Sosyal Hizmet Uzmanı
- Sosyal Çalışmacı
- Bakım Destek Personeli
- Medikal Ekipman Teknisyeni
- Diğer Evde Bakım Çalışanları

Yaşlılıkta;

Yaşlı nüfusta gelecek 25 yılda ülkemizde;

- Toplam nüfusun % 30 artması

65 yaş üstü nüfusta ise **% 120** artış olması bekleniyor

- Gelecek 25 Yılda Türkiye,

Dünyada yaşlı nüfusun en hızlı arttığı **2. ülke** olacaktır

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; 2050 yılında ülkemizde "Günlük Bakım Gereksinimi"

Türkiye nüfusunun **6,6 milyonunun günlük bakım gereksinimi** olacağı var sayılmaktadır. Diğer ülkelere baktığımızda; Almanya 4,1, İngiltere 3,2 , İtalya 2,6 ve İsrail 0,68 milyon olması öngörülmektedir. Bu sayılar ülkemizin gelecek için en kısa zamanda planlarını yapması gerektiğini göstermektedir.

Ülkemizdeki Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerindeki yasal durum;

Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin sunumuna yönelik ilk yasal düzenleme hizmet sunumunun başlamasından çok sonra 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete 'de yayınlanarak yürürlüğe giren ve Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan "Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik'tir. Bu yönetmelik özel evde bakım merkezlerinin ve hastaneler bünyesinde kurulacak evde sağlık ve bakım birimlerinin yapılanması, isleyişi, asgari gereksinimleri, denetimi gibi konularını düzenlemeyi amaçlamıştır. Diğer önemli yönerge ise 24.02.2011 tarihli "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" dir. Tüm bu gelişmelere rağmen; bugün için evde sağlık ve bakım hizmetlerinin, bir sistem dâhilinde faaliyet göstermesini sağlayacak bir makro plana, kaynakların daha verimli kullanımına ve entegrasyonuna ihtiyaç vardır

Evde Bakım Derneği olarak; İki kongre ve bir çalıştay gerçekleştirdik. Bunlar;

- **"Sağlık Sistemimizde Evde Bakım"** ana temalı 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Nisan 2008
- **"Ülkemiz İçin Evde Bakım Modeli Çalıştayı"** Nisan 2008
- **"Türkiye'de Evde Sağlık ve Bakımda Neredeyiz?** ana temalı 3. Ulusal Evde Bakım Kongresi Nisan 2011

Evde bakım alanında yapılacak çalışmaların başarısı ancak farklı disiplinlerin etkin bir koordinasyon ve iş birliği ile bir arada çalışmaları ile mümkün olacağına inanıyoruz. Bu yaklaşım ile düzenlediğimiz kongre ve çalıştayda Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerindeki

sorunları ve çözüm önerilerini belirlemeye çalıştık.

Belirlediğimiz sorunların başlıkları özetle;

- Bakımla ilgili tanımlamalarda farklılık/karışıklık
- Multi-disipliner yaklaşım eksikliği
- Mevzuat eksikliği ve karışıklığı
- Hizmet verecek personel eksikliği
- Hizmet standartlarının olmayışı
- Eğitim standartlarının olmayışı
- Eğitim eksikliği
- Mevzuata aykırı, kayıt dışı hizmet sunumu, denetim eksikliği
- Farklı bakım ihtiyaçlarını karşılayacak farklı modellerin olmayışı
- Finansman problemleri
- Aile bireylerinin sorunları, bakım sürecinde yalnız kalmaları ve destek alamamaları

Sorunların çözüm önerilerini ana başlıklar altından toparlarsak;

1. Hizmet Sunumunda Mevcut Sistemin İyileşleştirilmesine Yönelik Öneriler
2. Mevzuat, İstihdam ve Eğitim Konularına Yönelik Öneriler
3. Finansman ile İlgili Öneriler

1. **Hizmet Sunumunda Mevcut Sistemin İyileşleştirilmesine Yönelik Önerilerimiz;**
   - **a.** Evde Bakım tanımı uluslararası tanımla aynı olmalı ve tüm kurumlar tarafından benimsenmelidir. Bu yaklaşım evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesinde önem taşımaktadır.
   - **b.** Evde bakım hizmeti sunan ekip elemanları arasındaki iletişimin geliştirilmesi ve iş tanımlarının oluşturulması.
   - **c.** Evde bakım hizmeti sunan ve alan tüm kurumlar arası koordinasyonun sağlanması.
   - **d.** Evde bakıma gereksinimi olan hasta ve gruplarının (engelliler, kronik hastalığı olanlar dahil) belirlenmesi ve bu alanda veri tabanının ülke düzeyinde oluşturulması.
   - e. Evde bakım & sağlık hizmeti kapsamında hasta ve ailelerinin psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin de planlanması ve bu konuda destek sağlanması.
   - f. Evde sağlık hizmeti verilen hastaların ev içi ve dışı çevre koşullarının hastanın işlevsellik düzeyine göre planlanması ve uyumlarının sağlanması.
   - g. Ülkemizde yasa dışı çok sayıda göçmen ya da kaçak işçi çalışmaktadır. Bilgi ve deneyimleri bilinmeyen ve sağlık kontrolleri yapılmayan bu kişiler ciddi tehdit oluşturmaktadırlar. Kaçak işçi olarak çalışan ve evlerde denetimsiz bakım veren bu kişilerin mevcut ve yeni oluşturulacak mevzuata uygun olarak denetim altında hizmet sunmaları ve eğitimleri sağlanmalı, istihdam

bürolarının hizmetleri de disipline edilmeli ve bununla ilgili yasal düzenlemeler gerçekleştirilmelidir.

h. Evde sağlık hizmetlerinin hem birinci basamak hem de ikinci basamak hizmetlere entegre olması gereklidir. Birinci ve ikinci basamakta sunulacak evde sağlık hizmetlerinin entegrasyonu sağlanmalıdır.
i. Yaşlı bireyler için farklı bakım modelleri (gündüz bakım, rehabilitasyon hizmetleri, bakım merkezleri, sağlıklı yaşlıların sosyal yaşamdan ayrılmadan kalacakları alanlar) ve sistemleri oluşturulmalıdır. Bakım kavram olarak bir bütündür ve kurumsal bakım model olarak evde bakımın karşıtı değildir. Bakım evlerinde de Evde Bakım kavramı tartışılmalı ve birlikte verilmesi doğrultusunda çalışmalar başlatılmalıdır
j. Evde bakım hizmeti veren kurumlar (belediyeler, kamu, özel ve STK'lar) birbirinden bağımsız ve farklı hizmet sunmaktadır. Hizmet sunan bu kurumların verecekleri hizmetler ve sistemdeki rolleri tanımlanmalı ve uluslararası standartlar doğrultusunda sunulması sağlanmalıdır.
k. Hizmet sunumunda ortak dil oluşturulması ve geri ödeyici kurumların denetimlerini kolaylaştırmak adına, kişilerin evde bakım ihtiyacının tespit edilmesi sürecinde kullanılacak ve evde bakım ihtiyaçlarını sınıflandırmaya yarayacak bir cetvel oluşturulmalıdır.
l. Evde bakım & sağlık hizmetlerinde pediatrik popülasyon gereksinimleri de dikkate alınmalı ve planlanmalıdır.
m. Sivil toplum kuruluşlarının bu alana yönelik çalışmaları teşvik edilmesi için modeller geliştirilmelidir.
n. Evde Bakım & Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması amacıyla sistem düzeyinde bir oluşuma gereksinim vardır. Bu oluşum; öncelikleri ve hedefleri belirlemeli, ilgili kurumların desteğini alarak çözümler oluşturmalıdır.

o. Bireyin günlük yaşama aktif katılımı dolayısıyla yaşamdan memnuniyetinin artırılması çok önemlidir. Evde bakım hizmetlerinde hasta ve yakınlarının sosyal gereksinimlerine yönelik düzenlemelerin yer alması gerekmektedir. (Sağlığın korunması)
p. Evde bakım & sağlık ile ilgili sorunların analizi yapılmalı, öncelikler belirlenmeli ve çalıştaylar yapılarak saptanan sorunlar ve çözüm önerileri ilgili bakanlıklara sunulmalıdır.
q. Hasta merkezli yaklaşım benimsenmelidir.
r. Evde sağlık ve bakım için evlerde tıbbi cihaz ve ekipman temini profesyonel bir hizmet alanı olarak yapılandırılmalıdır. Hasta ve çalışan güvenliği açısından son derece önemli olan bu hizmetlerin sunumunun da belli standartlarla ve uzmanlaşmış kurumlarca yapılması için gerekli çalışmalar ve düzenlemeler yapılmalıdır.

2. Mevzuat, İstihdam ve Eğitim Konularına Yönelik Önerilerimiz

a. Evde bakım & sağlıkta çalışan profesyonellerin gereksinimleri dikkate alınarak eğitim planlanmalı ve sertifikasyon sistemi oluşturulmalıdır.
b. Evde bakım & sağlık hizmetlerini düzenleyen ve hizmet akışını sağlayacak tüm ilgili mevzuatın birbiriyle uyumluluğu sağlanmalıdır.
c. Evde bakım ekibinde yer alan profesyonellerin rolleri mevzuatta belirtilmeli ve ayrıntılı iş tanımları yapılmalıdır.
d. Evde bakım elemanlarının sundukları hizmetler denetlenmeli ve

geliştirilmelidir.

e. Evde bakım & sağlık hizmeti veren kuruluşların hizmet kalitesini geliştirmek ve standartlarını oluşturmak amacıyla çalışmalar yapmalıdır.
f. Meslekler ve hizmet veren kuruluşlar arası koordinasyon sağlanmalı ve geliştirilmelidir.
g. Evde bakımda hizmet veren ve profesyonel olmayan bakım vericilerin standardize eğitim almaları sağlanmalı, sertifikasyon programları oluşturulmalı ve çalışanlar arasında standardizasyon sağlanmalıdır.
h. Üniversite hastaneleri tarafından sunulan ya da sunulacak olan evde bakım hizmetleri de ödeme kapsamına alınmalıdır.
i. Evde bakım & sağlık hizmetinde çalışacak olan potansiyel insan gücü belirlenmeli ve iş tanımları yapılmalıdır.
j. Malpraktis sorunları iyi tanımlanmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
k. Evde bakım & sağlık hizmetlerine yaklaşım bütüncül olmalı ve makro düzeyde çözümler belirlenmelidir.
l. Çalışanların özlük hakları iyileştirilmelidir.
m. Evde sağlık ve bakım konusunda genel politikalar tüm hizmet vericileri kapsayacak şekilde oluşturulmalı ve meslek örgütlerinin karar mekanizmasında yer alması sağlanmalıdır.
n. Evde bakım & sağlık hizmetleri yerel yönetimler ve vakıflar tarafından da sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığının yanı sıra diğer ilgili kurumların katılımı ile geniş bir yapılanma sağlanmalı ve tüm mevzuatlar tek bir mevzuat altında toplanmalıdır.
o. Hekim dışındaki diğer sağlık personeline de yarı zamanlı çalışma izni verilmelidir. Bu yaklaşım sağlık iş gücü sorununa çözüm getirebilir.
p. Eve giden sağlık ekibinin güvenliğini koruyacak bir mevzuat çalışması yapılmalıdır.
q. Evde bakımda sosyal hizmet uzmanlarının sayıları artırılmalı ve sahada diğer ekip üyeleriyle ve aile hekimleri ile birlikte çalışmaları sağlanmalıdır.
r. Hekimlerin evde sağlık ve bakım hizmetleri konusunda eğitimleri çok sınırlıdır. Farkındalık düzeyleri artırılmalıdır.
s. Eğitim programlarında evde bakım yer almalı ve evde bakım alanında çalışma teşvik edilmelidir.
t. Aile hekimlerinin evde sağlık hizmetlerindeki rolü netleştirilmelidir.
u. Küçük cerrahi girişimlerin ev ortamında yapılabilmesine olanak sağlanmalı ve ilgili düzenlemeler yapılarak mobil ekiplerin oluşturulması sağlanmalıdır.

3. Finansman ile İlgili Önerilerimiz;

a. Evde bakım aylığı sağlanan ailelerin eğitim ve denetimi yetersizdir. Bu alanda acil iyileştirme sağlanmalı ve sistem geliştirilmelidir.
b. Uzun süreli bakımın finansmanı için bakım sigortası sistemi çok acil bir gerekliliktir. Uygulamaya geçirilmesi için gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.
c. Evde bakım & sağlık alanında hizmet sunan özel kuruluşların sundukları hizmetlerin geri ödemesi başlatılmalıdır.
d.
e. Aile bakım vericilerine bakım ücreti verilmeden önce eğitim almaları zorunlu olmalı ve denetimleri yapılmalıdır.
f. Evde bakım alanında çalışan sağlık personeli 112 gibi riskli birim olarak değerlendirilmeli ve uygun şekilde ücretlendirilmelidir.

Evde sağlık ve bakım hizmetlerindeki tüm gelişmelere rağmen; bugün için evde sağlık ve bakım hizmetlerinin, bir sistem dâhilinde faaliyet göstermesini sağlayacak bir makro plana, kaynakların daha verimli kullanımına ve entegrasyonuna ihtiyaç vardır. Ülkemizde uluslararası standartlarda bir evde sağlık ve bakım sistemine gereksinim önem kazanmaktadır. Ülkemiz koşullarına uygun evde sağlık ve bakım sisteminin kurulabilmesi için öncelikle; görev tanımları , eğitim ve bakım standartları, mevzuat ve denetim, hizmetin finansmanı, model ve politikaların oluşturulması gibi alanlarda çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Oturum VI- Tartışma

Oturum Başkanları: Pemra C.Ünalan - Nil Tekin

Bu oturumda moderatörler aracılığıyla sempozyum boyunca ortaya koyulan önemli sorular tüm katılımcılara yöneltilerek, çözüm önerileri ve bundan sonrası için planları/beklentileri soruldu.

Moderatör : Kurumsal Sağlık Hizmeti sunan bir hekim olarak Evde Bakım Hizmetleri konusunda deneyimlerimi aktarmak teorik olarak bir tezatlık gibi görülebilir. Ancak Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu şemsiyesi altında yürütülebilen kısmı yataklı tedavi kurumları ile ilişkilendirilerek kurulmuş olduğundan ortaya çıkan bu durum kaçınılmazdır. Doğrudan yaşlı bakımı, kronik hastalıklar, evde bakım ve ekip çalışması alanlarındaki deneyimi 9 yılı tamamlamış bir hekim olarak aslında kurumsal bakım ile evde bakımın birbirinin alternatifi ya da karşıtı değil tamamlayıcısı olduğunu gördüm. Yaşam devinim halinde ve insan da biyolojik, ruhsal ve sosyal hayatıyla bir bütün olduğu sürece sağlık alanında oluşturulacak modellerin birbiri arasında kolayca geçişler gösterebilen bir şekilde kurgulanması gerekir. Bu durum da ciddi bir koordinasyon konusudur. Sempozyum boyunca yataklı tedavi birimlerinde çalışmakta olsun, ayaktan hasta bakmakta olsun, birinci basamak koruyucu ve tedavi edici hizmetlerde çalışıyor olsun tüm sağlık personelinin konu evde bakım olduğunda benzer ihtiyaçlar içinde olduğunu dinledik. Evde Bakım; profesyoneller tarafından hizmete ihtiyacı olanların evlerinde verilen sağlık ve bakım hizmetlerinden oluşur ama bunu gerçekleştirirken aile üyelerinin

verdiği/vereceği bakım hizmetleri de göz ardı edilemez. Hatta kavramın tam da merkezine oturtulmalıdır. Kısacası konunun ne tarafından bakarsak bakalım hep "ekip çalışması, aile/toplum merkezli yaklaşım ve koordinasyon" sözcükleri gündeme gelmektedir. Bu nedenle son oturumda tüm sempozyum boyunca paylaşılanları kendi deneyimlerimizle birleştirdiğimizde **"Evde Sağlık Hizmetlerinin sunumunda görev alan ekipler olarak bundan sonra neleri yapmayı düşünüyoruz ya da nelerin yapılmasına ihtiyacımız var?"** konusunda bir tartışma başlatmak istiyoruz.

1- Nasreddin hoca demiş ki : "damdan düşen birini getirin" damdan düşenin halini ancak damdan düşen anlar. Yurt dışından bir örnek; İngiltere'de bir televizyon kanalına temizlikçi olarak işe giren birisi genel müdür olabiliyor. O genel müdürün 30 yıl boyunca türlü basamakları geçerek o kurumun işleyişini ve sorunlarını iyi öğrenmiş olacağını varsayıyorlar. Bizler de bu işi yürütmekte olan kişiler olarak bizim toplum yapımız, hasta yapımız ve organizasyon koşullarımız içinde "doğru örgütlenmeyi" en uygun biçimde tanımlayabiliriz. Evde Sağlık hizmetleri ciddi bir planlama yapılmadan başlamıştır. Ancak halen daha bugüne kadar elde edilmiş olan deneyime dayanarak bundan sonrasını düzenleyebilme şansı vardır. Ve hatta bu durum daha da avantajlar getirebilir. Bir omlet yapmak için gereken malzeme hazır olmadan başlanmaz, eğer başlandıysa da elinde bu malzemelerden birini getiren kişilerin işin içine katılmasını beklemek gerekecektir. Bizler şimdi Evde Sağlık Hizmetlerinde iyi-kötü bir deneyim kazanmış kişiler olarak farklı malzemeleri mutfağa getirmiş durumdayız. Bundan sonra bu malzemelerin doğru sırayla birleştirilmesini, kullanılmasını sağlayacak bir sistem gerekecektir ki ziyan olmasın. Ortaya verimli bir iş çıkabilsin. Üstelik bu işin ucunda sağlık, hasta ve hasta yakınlarının huzuru, mutluluğu varken bu işte zaman da kaybetmemek gerekir.

- **Evde Sağlık Hizmetlerinde organizasyon yapısı doğru kurulmamıştır.**
- **Aynı kurum içinde bile EB hizmetleri örgütlenmemiştir.**

2- Artık somut bir yargıya varmamız gerektiğini düşünüyorum. Mutlaka ve mutlaka kısıtlı olan kaynaklarımızın koordinasyonsuz ilerlemesini engellememiz lazım. Zaman ve para kaybı yaşıyoruz. Hiçbir uygulama güzel olmuyor ve bu da ümitsizlik yaratıyor.

Ülkemizde evde sağlık mıyız? evde bakım mı? tam bir kavram karmaşası mevcut. Temel tanım yapılmalı ve ardından hangi hizmetlerin kim tarafından yürütüleceği tanımlanmalı ve bu amaçla diyaloglar kurulmalı. Bu iletişim kişisel çabalara bırakılmamalı. Örn: Belediyeler sağlık hizmetinden çekilsin. Sağlık işini sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanacak şekilde sağlıkçılara bıraksınlar. İşin sadece sosyal boyutuyla ilgilensinler. Çünkü bu alanda da geri ödeme olmadığı için sağlık personeli bir hizmet sunamıyor.

- **Koordinasyonun da sağlanması için yerel birimler gerekir. Bu işi valilikler yürütebilir.**

3- Çok başlılık olması çok sakıncalı. Hizmeti belediyeler de, il sağlık müdürlükleri de kamu hastaneleri de veriyor. Aile hekimlerinin de verdiği var. Sınırlar nedir? nasıl yapılmalıdır?

- **Koordinasyon tek bir merkezde toplanmalı.**
- **Hizmetlerde bir standart oluşturulmalı. Böylece halkta güven oluşur ve SGK da geri ödemeler de kötü niyet aramaz ve kararlılık gösterebilir.**

4- Politikacıların bu işin koordinasyonu ile bir an önce ilgilenmesi gerekiyor. Kervan yolda düzülür, zihniyetiyle orta doğu ülkesi gibi ilerliyoruz. Bu tarz sempozyumların olması ve 1 gün 2 gün değil ciddi bir şekilde ilgili Sağlık Bakanlığı bünyesinde ama ilgili bakanlıklar, SGK, dernekler, belediyeler, özel hastaneler v.b. çağrılarak yapılması gerekir. Bunun en kısa zamanda olması lazım. Çünkü sürekli üst kademe yöneticileri değişebiliyor, bu işlerin hafızası çok önemli, bugün anlatılanlar unutulursa ya da hatırlanmazsa her şey yeniden başlarsa bir umutsuzluk doğuyor.

- **Koordinasyon modeli bir an önce oluşturulmalı.**
- **Tüm tarafların katılımıyla oluşturulmalı ve politika yapıcılar bu durumu planlandığı gibi başlatmak konusunda hızlı davranmalı**.

5- Yaşadığımız sorunların bir, bir dile getirilmesi gerekiyor. Bunların il sağlıkta ya da genel sekreterlikler de toplanması gerekiyor.

- **Geri bildirimler ve denetlemeler için yöntem oluşturulmalı. Kriterler belirlenmeli.**

6- Geri ödemeler, faturalandırılmalar konusu netleştirilmeli. Belediyelerin hizmet sunumunda yer alması bu bakımdan da güç.

- **Sağlık bakanlığı ve Belediyeler arasında nasıl bir işbirliği kurulabilir şeffaflaştırılmalı.**

7- Gönül isterdi ki Sağlık Bakanlığından da temsilciler burada olsun. Orada da çalışmalar devam ediyor. Ancak ayrı, ayrı yapılması hem haberleşmeyi bozuyor, hem de etkinliği azaltıyor. Evde sağlık hastalarının cihaz kullanımıyla alakalı SGK kapsamında çalışmalar mevcut. Yine Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığıyla evde sağlık hastalarıyla ilgili çalışmalara devam ediyor. Oysa tek şekilde hareket edip sonuca ulaşmamız gerekiyor. Gerçekten yol alıyoruz. İlk evde sağlık hizmetiyle tanıştığımda 2001 yılıydı. Geldik 2013'e. Aslında çok yol kat ettiğimizi düşünüyorum. Ama bunca zamanda daha iyi olmalı.

- **Alanda politika üreten, bilgi üreten ve hizmet sunan kurumların bir arada çalışarak, yönetmelikler çıkarması ve bunları uygulamaya geçirmemesi bize büyük zaman ve emek kaybettiriyor. Etkinlik azalıyor.**

8- Aynı şey Evde Bakım hastalarının bakıcılarına yönelik eğitim konusunda da yaşanıyor. Bu konuda ne yapılacağı çok karmakarışık. Öncelikle eğitim dalındaki koordinasyonlarda eksiklik olduğunu gördüğümü söylemek istiyorum. Çünkü hem toplumun eğitimi hem de bakım verecek kişilerin eğitimi için koordinasyon gerekiyor. Ayrıca bu alanda destek personeller yetiştirilmeli. Bununla ilgili önlisan programlarında yaşlı bakım bölümleri açılmış. Fakat bu kişilerin bazıları uzaktan eğitim alarak mezun oluyor. Hastaya dokunmadan hissetmeden bize ne kadar faydalı olabilirler

diye düşünmekteyim. Bu konuda ne yapılıyor? Hangi taraflar ne bekliyor. Bunun çözümü yönetmeliklerle düzenlenemez mi?

- **Bakım vericilere ve ailelere yönelik eğitimlerin standardizasyonu, başlatılması netleşmeli. Bu eğitimler kurumsal bakımın evde bakıma dönüştürülmesini sağlayacak temel unsur olduğu için öncelikle üzerinde durulmalı.**
- **Evde bakım elemanı, evde bakım teknisyeni kavramları, görev tanımları ve sertifikasyonları da netleşmeli.**

9- Evde Bakım aylığının da yeniden hesaplanması ve kimlere verileceğinin yeniden düşünülmesi gerekir. Ama bunu düşünürken bakımın nasıl olması gerektiğine dair bir kriterimiz de olmalı. Bunu biz bilmiyoruz ki ailelere nasıl öğretelim. Yani bu parayı almalarının sebebi ortala bir bakım hizmetini kurumun üzerinden almaları değil mi? Oysa bu paranın dağıtılmasında bir ciddiyetsizlik var. Türk-iş kurumunun açıkladığı açlık sınırı; 1050 TL, yoksulluk sınırı; 1300 TL. Evde bakım aylığı asgari ücrete göre hesaplanıyor...

- **Evde bakım ücreti yeniden hesaplanmalı ve "gerçek" evde bakım hizmeti sunumunun desteklenmesi için "gerçek" bakım vericilere ulaştırılmalı.**

10- Kimlerin evde bakım alacağı konusunda da eksiklerimiz var. Bunları Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı temsilcileri de söyledi. Tekrar şekillendirilmeli. Temel bir kriterimiz var "yatağa bağımlı olmak" . Ama hizmet sunanlar bu noktada çaresiz kalıyor çünkü yatağa bağımlı değil ama demans hastası olan birinin de evde bakıma ihtiyacı olduğunu görüyoruz. Bu kişiye nasıl evde bakım hizmetleri sunulmalı diyoruz. Ama yönetmeliğe göre demeyebiliriz de...Bu bir örnektir. Kabul şartları her birey için aynı olmalı, adil olmalı.

- **Kabul kriterleri yeniden tanımlanmalı. Yatağa bağımlı terimi yerine eve bağımlı kullanılmalı.**
- **Hizmete kabul kriterleri ve evde bakımda tanılama konusunda sağlık hizmeti sunanlar standart bilgileri edinmeli.**

11- Evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için umut var mı? Planlar ne yönde? Bunları bilmediğimiz zaman biz hizmet sunanlar motivasyon kaybediyoruz. Hayal kurmak istemiyoruz.

- **Gerçekçi planlamalar yapılmalı. Her kesimin beklentilerini değerlendiren gelecek planları yapılmalı ve duyurulmalı.**

12- Evde Bakım hizmetlerine ihtiyacı olanların saptanmasında bütün iş aile hekimlerinde. Ama Türkiye'de aile hekimi başına 3500-4000 hasta düşüyor. Bunu yabancı meslektaşlarımıza söylediğimizde dehşete düşüyorlar. Sağlık Bakanlığı sevkler çıkarıldığı zaman aile hekimi başına 2700 hasta düştüğünü söylüyor. Böyle bile olsa evde bakım hizmetleri aile hekimleri için ciddi iş yüküdür. Burada aile hekimlerinden beklenilen nedir? Nereye kadar destekleneceklerdir, bilgi ve beceri açısından da organizasyon açısından da hem diğer branşlar hem de Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenmeleri gereklidir. Bir işin hazırlığı ve karşılığı verilmeden istenmesi o işin olmaması için yapıldığını düşündürür. Daha çok aile hekimine ihtiyaç var. Daha çok hemşireye ihtiyaç var. Ne iş yapmaları gerekiyor ve nasıl yapacaklar bunu da öğrenmemiz gerekiyor.

- **Türkiye'deki Aile Hekimliği Uygulaması Evde Bakım hizmetlerinin basamaklandırılmış modelleri içinde yer almaya uygundur. Ancak bu modelin ne olduğu nasıl işlediği konusunda sağlık ekiplerinin aydınlatılması ve endişelerinin giderilmesi beklenmektedir.**
- **Modellerin işleyişi konusunda hem teorik bilginin aktarılması hem de iyi uygulama örneklerinin ortaya konulması sahadaki ekipleri cesaretlendirebilir.**

- **Birinci basamakta çalışan hekim ve hemşirelerin bilgi, beceri ve alt yapı olanakları açısından geliştirilmeleri beklenmektedir. Evde Bakım hizmetlerinin "yük" gibi algılanmaması için bu hizmetin anlaşılması, öğrenilmesi, uygulamanın bu hizmet sunumuna uygun olanaklarla donatılması gerekir.**

13- Evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu kim tarafından yapılır? Bizde bunu kim yapabilecektir. Bu yeni bir iştir yeni bir insan kaynağı gerekmez mi? Hemşire sayımız zaten yetersiz iken bunu kim yapacak?

- **Evde Bakım hizmetlerinde "vaka yöneticisi" kavramı şeffaflaştırılmalıdır.**
- **Evde Bakım hemşiresi/teknisyeni tarif edilmeli, koordinatörlük görevi tanımlanmalıdır.**

14- Bu ülkede çok yeni değil evde bakımın konuşulması oldukça eskilere dayanıyor. 1996 da beri konuşuyoruz. 1998 den beri resmi toplantılarla girişimler var. Süre hiç de az değil. Kat edilen yol buna paralel mi? Şu anda İstanbul örneklerini dinledik, birkaç başka il örneğini dinledik. Acaba belediyelerin bu sosyal hizmet anlamında verdiği hizmetler Hakkari ya da Artvin belediyesi tarafından da yapılabiliyor mu? Hakkari'deki ALS hastası İstanbul'daki kadar hizmet alabiliyor mu? Hepimiz çevremizdeki örnekleri biliyoruz ama bunların bile birbirine benzemediğini de görüyoruz. Bu durum standart eksikliğini ve öğütlenmenin olmadığını ya da çok lokal kaldığını göstermez mi?

- **Evde Bakım hizmetleri eve bağımlı hastaların hakkı olan temel sağlık hizmetlerinin onlara ulaştırılmasıdır. Bu durumda adil biçimde yaygınlaştırılması gerekir.**
- **Sağlık Bakanlığı bu hakkaniyetli dağılımın gerçekleştirilmesinden sorumludur. Tüm topluma hitap edecek bir öneri getirmelidir.**
- **Sağlık Bakanlığı bu hizmetin gerçekleşmesinden sorumlu olduğuna göre niteliğini yükseltmek amacıyla yapılması gerekenleri de yapmak onun görevidir.**
- **Sağlık Bakanlığı Kamu kurumları dışında bu hizmetin oluşturulması, yürütülmesi ve denetlenmesinde rol alacak STK ve Üniversiteler gibi kaynakları da kullanmalıdır.** 15- Belki zorlamamız gereken nokta, onlara her fırsatta kendimizi hatırlatmamız, kulağımızı dört açıp hep birlikte ne oluyor deyip işin içine girmemiz, kendimizi katmamızdır. İl sağlık müdürlüğündeki ya da İl Halk Sağlığı müdürlüğündeki yetkililer de bu konuda bizden daha çok şey bilmiyorlardır. Bazı birimlerin sağlık ve sosyal hizmetlerin bütünleşmesi bazıyla çok güzel örnekler verdiğini görüyoruz. İyi örnekleri dinlemeliyiz. Bu önerileri dinlemeliyiz. Ama karar vericilerin bunları ortaya çıkarması, değerlendirmesi ve sonuçlarına ulaştırması gerekir. Keşke sağlık bakanlığı yetkilileri de olsaydı da bu örnekleri dinleyip nasıl

yararlanabileceğimizi bizlerle paylaşsaydı. Her hoşumuza giden uygulamanın hayata geçirilmesi de imkanlar nedeniyle mümkün değil. Bunu da biliyoruz. Ama bazı şeylerde hedefleri anlayıp, koşullar uygun hale geldiğinde bu hedefe varmak için çalışacağımızı söylemek de yeterlidir. Biz bu toplantılarda ortaya çıkanlar ne kadar karar verenlere ulaşıyor bilmek istiyoruz. Her toplantı olayı en başından ele almasın, kaldığımız yerden devam etsin.

- **Her konuda olduğu gibi Evde Bakım alanında da yapılanlar birbirini izlemeli, gelişmeli. Sağlık Bakanlığı tüm grupları bir araya getirebilmeli ve karar alma süreçleri şeffaf olmalı.**

Moderatör : Evde bakımın gelişmesini özellikle çok istiyoruz. Hızlı bir yaşlanma oranımız var. Acilen bir reçeteye ihtiyacımız var. Ben hekim olarak bir hap istiyorum. Bir reçete yazmam lazım. Yabancı konuşmacılardan kendi modellerine dayanarak bir reçete yazmalarını isteyebilir miyiz? **"Bu entegrasyonda, bu organizasyonda ilk önce hangi ilacın yer alması gerekir diye sorsak siz bu durumda ne önerirsiniz, ne söylersiniz? B**u işi yaparken aman şu da yapılmalı diyebileceğiniz şeyler var mı?"

16- **Yabancı Konuklar;**

- Bu alanda hizmet sunan, bilgi üreten, insan kaynağı yaratan, finansmanı yapan, sorumlu olan, alt yapı olanaklarına sahip olan ve hizmet alanlar olmak üzere tüm taraflar arasında daha çok paylaşım olmalıdır. Bunların birbirini bütünlemesine fırsat vermelidir. Evde Bakım hizmetleri kadar emek yoğun bir uygulama maliyet etkin olacağı için öne sürülmektedir. Etkinlik söz konusu ise "kalite"den söz edebilmek gerekir. Buda öncelikle insan kaynağının hazırlanması, yetiştirilmesi ve kalite kriterlerinin oluşturulması ile mümkündür. Finansman modelinin netleşmesi Evde Bakım hizmetlerinin kim tarafından ve nasıl sunulacağı konusunda belirleyicidir. Buna da ancak siyasi otorite karar verebilir. Hizmet akışı ve içeriğindeki karmaşanın giderilebilmesi için bu kararın bir an önce verilmesi gereklidir. Bunu da siyasi otorite yapabilir.
- Çoğrafi eşitsizlikler de dikkate alınırsa yerel kurumların ihtiyaç belirlemeleri, organizasyonlar yapmaları, yetkilerini kullanmaları ve denetleme yapmalarının her

zaman daha kolay olacağı açıktır. Bu nedenle kaynaklar ve yetkiler desantralize edilirse daha etkili çözümler bulunabilir. Uygulamalar daha hızlı yapılabilir.

- Avrupa ülkelerinde ortaya çıkan sorunlar ve bunları çözebilmek için ortaya atılan öneriler ve uygulamalar vardır. Bunlar incelenerek yararlanılabilir. Çünkü evde bakımda ortay çıkan engeller Avrupa'da da ulaşılabilirlik (EB hizmetlerinin adil dağılımı), insan kaynağı ve bu işe uygun hazırlanmış birimlerin eksikliği (alt yapı ve insan kaynağı eksiği), kalitede farklılıklar, bütçelendirme ve entegrasyon (hem farklı hizmetler hem de farklı kurumlar arasında) olarak sıralanmaktadır ki bunların bugün Türkiye'deki sempozyumunuzda konuşulanlardan farkı yoktur.

Moderatör; Birkaç konuşmanın içinde evde bakım hizmetleri içinde bütün personelin aslında bu hizmete odaklanmış bir eğitim ihtiyacı belki de eğitim yoluyla bu hizmetleri sunmaya hazırlanması gibi bir başlık var. Aile Sosyal Politikalar bakanlığı olarak bakım vericilerin eğitimi konusunda sizlerin çaba ve uygulamaları olduğunu biliyoruz. Bu konuda ne düşündüğünüzü ekler misiniz?

17- **Reyhan Özgöbek - T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı**

Öncelikle evde sağlıkla sosyal hizmetlerin bütünleşmesinde konunun dönüp dolaşıp aile bakanlığına gelmesindeki nedeni şöyle algılıyorum. Bugüne kadar kurumsal bakımda elde edilen deneyimlerin evde bakıma geçişi nasıl olacak diye merak konusu olduğunu düşünüyorum. Biz bunu ilk baskıyı azaltmak için maddi destekle çözebilir miyiz diye düşünerek bir adım attık. Bu bir işe yaradı. Şuan sağlık hizmetlerinin evde bakımda çok önemli bir yeri var evet ama bakımın daha farklı bir yeri var. Bu konuda hepimiz hem fikiriz. Türkiye'nin geldiği nokta bu. Şimdiye kadar bu sıkıntılar yok muydu? Vardı ve bir yandan da kadınlar, teyzeler, komşular çok iyi idare ediyordu. Fakat gerçekten profesyonel bakıma çok ihtiyaç var bugün. Peki, bu evde bakıma nasıl karar vereceğiz? Neye? Ne kadar bakacağız? Sadece yatağa bağımlılar değil haklısınız. Ama nereye kadar? Bunun ölçüsünü oluşturmalıyız. Bununla ilgili bizim evde bakım denetlerimiz var. içerisinde; fizyoterapist, sosyal hizmetler uzmanı, psikologlarında yer aldığı... Ama şu an onlar var olan yönetmeliğe uygun mu? Bunları inceliyoruz. Biz kişilerin teşhisten sonra hangi hizmetlere ihtiyaçları var diye belirleyecek bir ekip, bir sistemi kurgulamaya

çalışıyoruz. Bu şöyle olacak, bir kişi bakıma ihtiyacım var, tansiyon hastasıyım yemek yapamıyorum, haftada 2 saat istiyorum. Yani biz günde 2 saat, 1 saat, ya da 3 gün bunları planlayan ve daha sonra refakate kadar giden hizmetin evde verildiği ağır bakıma kadar giden bir bakım süreci, bir bakım skalası, yani evde bakımın bir hizmet skalasını oluşturmak istiyoruz. Bunun içerisinde sağlık hizmetlerinin de çok girip çıktığı bir alan var tabii. Özellikle hospitalize hastalar için. Orada da sağlığın reçete edildiği yani hemşire bakımının reçete edildiği bir sistemle sağlık bakanlığıyla kol kola gidebiliriz. Yani onun iğnesi yapılacak, aile hekimini oraya gönderecek ama ondan sonra yemeği de mi yapılacak? Orada sağlık bakanlığının organizasyonlarının var olması gerekiyor. Ve biz bununla ilgili çalışıyoruz. Sağlık Bakanlığı ile çok sık toplantılar yapıyoruz.

Evde bakım denildiğinde beynelmilel dünyada 2 terim var. Bizim home care 'in içini bu anlamda doğru doldurmamız gerekiyor. Eğitim konusunda da tabi ki insan gücü olmazsa olmaz. İstediğiniz mükemmel sistemi kurun insan yoksa hiçbir şey yok. Ama şunu da görmek gerekiyor. Türkiye'de şu an halk eğitim kurslarından yaklaşık on bin kişi yılda mezun oluyor. Sağlık meslek liselerinden de bir o kadar mezun oluyor lise düzeyinde. Ve bu sene sadece yaşlı bakım teknikerlerinden 2000 kişi mezun olmuş. Ama içeriklerinden emin değiliz. Ne kadar bizim ihtiyacımızı karşılamaya yönelik açık değil. Mesela halk eğitimin evde bakımla ilgili bakıcıların eğitimlerin müfredatlarını inceledim. Mesela aktivitelerde egzersiz diyor. İçeriğine bakıyorum otelcilik hizmetlerindeki animasyonu tarif ediyor. Yani içeriklerin Milli Eğitim tarafından tekrar tekrar ele alınması gerekiyor. Şuan Anadolu Üniversitesi'nin ortak açık öğretim düzeyinde bir hizmette anlaştık. Protokol imzaladık. Şunu hedefliyoruz. Biz kimler nerden mezun olursa olsun 3 boyutta da (lise, yüksekokul, üniversite) eğitimlerini aynı paralele getirecek bir e-sertifika program yani uzaktan online olabilir diyoruz. Yani kişinin illa oraya gitmesi değil bir anlamda borç sınavı gibi vermesini. Merkezi bir eğitimle açıkları kapatıp, regüle etmeyi planlıyoruz. Bunun dolaylı olarak müfredatları da etkileyeceğini düşünüyoruz. Buna eğitim diyoruz bu 1.'si. 2.'si de e-belge dediğimiz bir sistem. Burada evde bakım parası alan aileler, informal yani yakınlarına bakım verenlere yönelik, bakımın ne olması gerektiğiyle ilgili kısa mesajlar içeren bir pratik eğitim. Bunun da alt yapısını hazırlıyoruz.Yani Hakkari'deki bir kişinin de okuma yazma bilmeden de hareketleri izleyebileceği bizim de onu izleyebileceğimiz ve bu doğru diyebileceğimiz bir

sitemin üzerinde çalışıyoruz. Bu da gene informal eğitimin yükünü kaldırmakla alakalı bir çalışma. Bunların hepsine baktığımızda hizmetin standardı çok önemli. Biliyoruz evde bakımla ilgili sağlık bakanlığının standardatla ilgili ortaya koymuş olduğu çok net bir çalışması yok. Ama biliyorsunuz hastane kalite sistemi var. Biz de bunun paralelinde bakım hizmetleri kalite standartlarında çalışıyoruz. Biraz önce bir kitap gösteriyordum ki internette de yayınlar bölümünde böyle bir şey bulacaksınız. Burada yaklaşık 1000 soruyu topladık. Bakımın tüm komponentleri ve modelleri üzerinde, yani gündüzcü merkezler, umut evleri, evde bakım, bakım evleri, hastaneler olmak üzere bu bakımlar hangi hizmette hangi boyutta verilmeliyi göstermek ve rehberlik yapmak istiyoruz. Biz şimdi mutfaktayız. Tabii buna bir mevzuatlaştırma yapılacak. Sağlık bakanlığı bunun üzerinde 9-10 yıldır çalışıyor. Ve son 6 yıldır çok aktif bunun üzerinde. Bizde 1 yıldır bu hale getirebildik. Onların çok büyük desteğini aldık yol, yöntemde. Bizim yapmak istediğimiz bunu eşgüdümlü olarak götürmek kesiştiğimiz yerde kimin hangi hizmeti hangi standartta vereceğini tanımlayıp moniterize edebilmek. Biz burada temel kurallar koyduk. Mevzuata uygun olması birinci puan. Kalite ikinci puan. Çünkü bakımda 2. kalite olamaz. Ama hizmet farklılıklarını monüterize edebilen bir sistemi kurguluyoruz. Yani belediye şu hizmeti yürütebilir, Sosyal hizmetlere şu hizmetler dahildir gibi... ve bunları ödemelerle ilişkilendirmek gerekiyor. Asgari ücretle özel hizmetten hizmet alımı yapıyoruz. Bakıma muhtaç kimseler için. Bunun puanlamasına göre hizmeti entegre parayı ödeme koşulu yapıyoruz. Ayrıca şunu da unutmamamız lazım. Biz bakıma muhtaçlık olarak giden bir bakım kurguluyoruz ama bakım ihtiyacı da ayrı bir durum. Bakıma ihtiyacı olmak ve muhtaçlık olan iki durumu da düşünmek lazım ki param var diyen bir kişi sistemi zorluyor, hekimleri zorluyor. O zaman param var diyorsanız bakım güvence sisteminden geri ödemelerin yapıldığı bir sistem olabilir. Bu özel sigortalar da olabilir, prime dayalı sigortalar da olabilir. Bu nedenle biz maliyeyle de konuşuyoruz. Maliye bakanlığından biz bir görüş istedik bakım sigortasıyla ilgili. Onlar da çok farkında. Biz şuan 3 milyar lirayı hazineden doğrudan ödüyoruz. Yani bir fon değil. Ama bir fon olmaması çok zorlayıcı. Refahtan ödenen bir para bu. Bunun daha sürdürülebilir olması için sigortaya geçmesi gerektiğine hemfikiriz. Dünyada herkes bilir sağlık harcamasının ucu bucağı gözükmez diye. Hiçbir bütçe sağlık harcamalarını kontrol edemiyor. Sağlık harcamaları her zaman bütçenin bir adım önünde gidiyor. Biz gördük ki bakımda da aynısı. Avrupa ülkelerindeki arkadaşlarımızda belki bu konuda benzer şeyi

söyleyecektir. Bakımda en büyük sıkıntı finansman. Hala biz bunu çözmüş değilim. Bize hala yeni talepler geliyor. Örneğin şuan siz göçmen Türkleri kendiniz bakabilir misiniz? Mesela Hollanda'da? Neden bunu diyoruz? Çünkü orada bu hizmetler çok daha pahalı. O yüzden bizden bu bakımın yapılmasını istiyorlar. Biz de diyoruz ki kişi orda bu iş için primini ödediyse ve biz de bakım hizmetini aynı kalitede veriyorsak, o halde o ödenmiş prim karşılığında biz de bakabiliriz. Tabii önce aynı standartta bakım yapmalıyız ya da bunu garanti altına almalıyız. Eğer bu sektör gelişecekse bu şekilde sigortalar üzerinden gelişen bir sektör olmalı. Biz yokluk payından gerçekten muhtaca bakan bir sistem olmalıyız. Sosyal devlet anlayışı olarak bu ikili sistemi yani bakıma muhtaçlıkla, bakıma ihtiyacı ayırarak, tabii bu ayırım hizmetleri ayırmak değil fikren anlamak ve finansmanını ayırmak olacak, bunun tam yerine oturması sağlanabilir. Bu da bakımın sürdürülebilirliği ve erişilebilirliği için faydalı olacaktır. (Çok teşekkür ederim)

Moderatör: Sizin bu zengin içerikli, bizi bilgilendiren ve umutlandıran konuşmanızdan sonra bir şeyi hatırlatmak istiyorum. Tartışmalardaki uyarılardan biri de şuydu. "Aman artık bölmeyelim. Sağlık ve sosyal bakımı, artık bütünleştirmeye bakalım." Bu tek bir konudur, bölünmemelidir. Çünkü biz hasta başına gittiğimizde kalbine bakayım ama stresine değil diyemiyoruz. Aynı durum finansmanla ilgili de söylenmeli. Siz evde bakımda sosyal hizmetlerin finansmanı ile ilgili çok derin düşünüyorsunuz. Ama diğer uygulayıcılardan ayrı düşünüyorsunuz. Lütfen bunu da ayrı düşünmeyin. Çünkü sağlık hizmeti ayrı düşünüldüğünde bir türlü gerçekleşmiyor, olmuyor. Yani SGK'nın bunu bir paket olarak sunmayı düşünmesini sağlamak için beraber hareket etmeli. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı da Sağlık Bakanlığı da beraber düşünürse... lütfen yeter artık. Ama burada sizin gibi Sağlık Bakanlığı adına , Maliye adına aynı içtenlikle planlarını aktaracak yetkililer konuşmadığı için Evde Bakım konusu yine sisli kalıyor, yalnız bırakılıyor.

Moderaör: Sanırım Reyhan Hanımın açıkladığı üzere bakım çalışması ayaklarının ayrı bir şekilde uzun soluklu olması ve sürdürülmesi için uğraştıklarından kuşkumuz yok, elimizden geldiğince desteklemek isteriz. Her kesimin hedefleriyle ilgili ortaklaşa çalışmaları da var. Ama şu anda yetersiz olduğu görülüyor. Bakım sigortası konusu da ayrı bir kulvar. Size katılıyoruz. Finansmanıyla ilgili tarafların da bu

oturumlarda bulunması gerekli. Çünkü finansmanın da ortak olması lazım. Beraber düşünülmesi lazım. Uzun süreli sağlık bakım sigortası bütün tarafların istediği bir şey. Burada modeller var. Tartışıyoruz ortak noktayı bulalım diye. Peki Kamu Hastaneleriyle ilgili durumu yakından bildiğiniz için entegrasyon konusunda siz ne diyorsunuz Erdoğan Bey?

18- Öncelikle siyasi otoritenin karar vermesi lazım. Bu işi yapacak mı yapmayacak mı?Karar verdiğinde de kararının arkasından gitmeli. Yapacak gibi davranıp, ardından bir şey yapmamak da doğru olmuyor. Eğer siyasi otorite evde bakım hizmetlerini içinde sosyal hizmetlerinde bulunduğu bir şekilde düzenlemeye karar verdiyse o zaman onun sorumluluğunu da ilgili bakanlıklara bırakmalıdır. Biz daha düzenleme işini konuşmaktan somut olarak karşılaştığımız sorunlara giremedik bile. Mesela evde sağlık hizmetlerine başlayınca güvenlik sorunu olduğunu toplumun içinde gördük. Yani sağlık personeli derken ayırt etmeden söylüyorum. Sosyal hizmet personelleri zaten bu işin içindeler. Belediyeden gelen görevlilerin de niyetini anlamayanlar var. Bu evde bakım konusunda bir para da var. Sanki parayı vermekle biz sağlıkçılar görevliymişiz gibi de anlaşılıyor. Karar verecek siyasi otorite derken şunu anlatmak istiyorum. 1. yaşlı ve özürlü bakımının içine giren hizmetlerin ne olduğu, bunları hangi kamu kurumlarının karşılamakla yükümlü olduğu ve nasıl ödemesinin olacağına karar vermeli siyasi otorite. 2.'si bu alanda çalışacak yardımcı sağlık personelinin eğitimi ve sertifikasyonu ile ilgili tek bir yol çizmeli. YÖK'e de talimat verdi. YÖK de okul açtı. Çocuklar mezun oldular. Devlet dairesinde kadro yok. Ortalıkta boş geziyorlar şu an. İstanbul'da da onlarcası yüzlercesi açıkta geziyor. Yine siyasi otorite karar verdi. Türkiye'de sosyal hizmet uzmanları az. Onu da Avrupa Birliği sorduğu için gündeme aldı. Okullar açılmaya başladı. Şu an Türkiye'de 51 okulda sosyal hizmet eğitimi veriliyor. Önümüzdeki 3 yıldan itibaren yılda 7000 mezun verecekler. Peki biz buna hazır mıyız acaba? Hem özel sektör hem de kamu. 7000 sosyal hizmet uzmanının mezun olması durumunda istihdam edebilecek mi? Hangi işleri yapacaklar. Diğer taraftan evde bakım için çalışacak ara elemanlar ile ilgili düzenleme yok. Şimdi herkes Nasreddin Hoca'nın hikayesini söylüyor. Un var şeker var helva yapmasak iyi olur. Niye? Bir başka şey aile bakanlığı kendi içinde bir açılım yapıyor. Sağlık Bakanlığı öbür taraftan yapıyor. Kavram kargaşasının bir nedeni de bu. Çünkü bu tarafın öncelikleri farklı, literatürü farklı. Birbirlerinden habersiz mi birbirlerine sorumluluk biçiyorlar acaba? Bir

taraftan aile bakanlığı sosyal hizmet uzmanlarını özel rehabilitasyonlarından çıkardı. Diğer taraftan sağlık bakanlığı psikolog kliniklerinde sosyal hizmetler uzmanlarını çalıştırıyor??? İşbirliği yapamayınca yerimizde patinaj yapıyor olmamızın sebebi bu olabilir. (Teşekkür ederim)

- **Devletin evde bakım alanında oluşturacağı kanun ve yönetmelikler eksiktir. Geliştirilmeye ve ayrıntılandırılmaya ihtiyaç vardır. Bu siyasi otoriteden beklenmektedir.**
- **Bu alanda çalışmakta olan Sağlık Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Politikalardan Sorumlu Bakanlığı mutlaka bir arada çalışarak görev tanımları, kalite kriterleri, personel istihdamı ve finansman konularını aydınlığa kavuşturmalıdır.**
- **Bu alanda çalışacak sağlık personelinin sertifikasyonu, eğitim programlarının amacı ve içeriği dikkatle oluşturulmalıdır.**

Moderatör:__Kamu Hastaneler Birliği'nin çalışmalarını yakından takip ediyorsunuzdur. Onların insan gücü yetiştirmek , sosyal hizmetlerle entegre etmek konusunda neler düşündüğüne dair bir şey söylemek ister misiniz?

19-Şimdi derneklerin bu kadar keskin konuşması normaldir. Onlar eksikleri görüp öneriler getirmekle yükümlü. Kabul etmeliyiz ki 2003 yılına kadar devlet dairelerinde istatistik diye bir birim bile yoktu. Ben sağlık müdürlüğünde göreve başladığımda personel sayımın ne olduğunu ne kadar olması gerektiğini belirlemek için bile zorluk çektiğim için biliyorum. Tabii ki bu problemlerin çözümünde yol kat ettik. Özellikle yerel yönetimler çok gelişti. Belki bir araya gelerek bunları sağlık bakanlığına ulaştıramadık. Onların kullanacağı veri haline getiremedik belki...Aristo "karanlığa küfretmektense kalk bir mum ışığıda sen yak" diyor. O nedenle beraber çalışmalıyız. Yoksa hepimiz tek tek mum yaksa da çok cılız kalıyor. Şuan evde sağlık hizmeti verilecek nüfus için %12 özürlü, %6,5 yaşlı, en iyi ihtimalle bu nüfusun %30-40'ının gereksinimi var. Evde bakım içerisinde sağlık ve sosyal bakım yer alır. Bu bazda ele alırsak 70 milyonluk nüfusun 7 milyonunun değişik şekillerde evde bakıma gereksinimi olduğunu söyleyebiliyoruz. Bilgisayar teknolojisi yaygınlaşması yıllar oldu. Bilebiliriz artık bazı şeyleri.

20- Sağlık Bakanlığı yatağa bağımlı olan yaklaşık 150.000 kişi yi kapsayan bir araştırma yaptı. Sağlık müdürlüğünde çalışan biri olarak yaklaşık 300.000 kişiye

ulaşmamız gerekiyor. Haftada bir, ayda bir sağlık hizmeti sunmamız gereken hasta var. O yüzden sağlık organizasyonu kurarken bu sayılar üzerinden yapmamız lazım. Türkiye'de hekim açığının olduğu yerde , hemşire açığının olduğu yerde elbette tartışırken sayılara ihtiyacımız var. Evde Bakım hizmetleri organize edilirken güvenilir ulusal ve bölgesel istatistiklere gereksinim vardır. Bu çalışmalar yurdumuzda hali hazırda yapılmaktadır. Sonuçların bir araya getirilerek buradan bir projeksiyon yapılması gereklidir.

- **Evde Bakım hizmetlerinin organizasyonu ulusal istatistiklere dayanılarak merkezi olarak yapılmalıdır.**

Moderatör: İhtiyaçlarımızdan söz ederken artık benzer başlıklar tekrar etmeye başladı. Hekim açığı var. Hemşire açığı var. Yetiştirilen ara personelin görev tanımının yapılamasına ihtiyaç var. Ailede bakımı üstlenen kişilerin eğitilmesi, sertifika verilmesi çalışmaları var. Bu hizmeti eşit olarak sunabilmek ve dengeli biçimde yaygınlaştırabilmek için planlamalara ihtiyaç var. Bu alanda çalışan sağlık personelinin güvenlik, sürekli eğitim, diğer kurumlarla koordinasyon konusunda desteklenmeye ihtiyacı var. Finansman konusunda netleşmeye, hizmet sunanların halkla para konusunda karşı karşıya getirilmemesine ihtiyaç var. Kamu hastaneler birliği bu sorunun neresinde çözümcü olarak yer alabilir?

21- Kamu hastaneleri hizmet sunucuyla beraber birlik üzerinden hizmet veriyor. Yaklaşık ülkemizde 150.000 civarında evde bakım hastası olduğu tezi üzerinden gidiliyor. Yani dediğim gibi tahminimiz oran binde dörtleri buluyor. Dolayısıyla şu an eksikleriyle birlikte hizmet veriyor. Bakanlıkta da koordinasyon bozukluğu olduğunu düşünüyorum. İşin organizasyon boyutu eski ismiyle sağlık hizmetleri genel müdürlüğünün mevzuat kısmındaki kurum başkanları bu konuda hizmet sunmada istekli. Şuan ellerinde mevzuat var zaten. Evde sağlık hizmetleri ile ilgili yönerge değişikliği de var. Her iki kurum da hizmeti sunma konusunda istekliler gayretliler. Sahada çok yol almamız lazım. Personeli eğitmemiz lazım. Biz burada gönüllü toplandık ama sahada ki insan gönüllü mü? Çünkü biz bunları yetiştireceğiz, destekleyeceğiz ama onlar istekli mi? Nasıl motive olabilirler. İşte burada dile getirilen net olmayan durumların netleştirilmesiyle başlanmalı. Daha çok yol almamız lazım.

- **Evde bakım hizmetlerinin düzenlenmesi merkezi olarak yapılmış istatistiklerden yararlanılarak yapılır ancak bu hizmet sunumu sırasında ortaya çıkacak gereksinimler çok yerel özellikler taşıyacaktır. O nedenle hizmet sunumunda yerel örgütlenmeler için çalışılmalıdır.**
- **Hizmet sunan ekibin gönüllülüğü ve motivasyonu sağlanmalıdır. Çünkü bu alanda ciddi insan kaynağı açığı ve eğitim gereksinimi vardır.**

Moderatör: Her şeyi konuşuyoruz. Sorunları daha doğrusu ihtiyaçları sıraladık. Taraflar bunlarda hemfikir. Bakım sigortası da çok konuşulan bir konu oldu. Tabii birde denetleme. Yani oyunun kurallarını koymak lazım. Biz nasıl oynamalıyız? Çünkü denetleme bu kurallara uyup uymadığımız şeklinde yapılacaktır. Aslında bu denetleme konusunun merkezinde Aynur Hanım'ın bahsettiği gibi bakımda kalite kriterleri/unsurları var. Bundan da bize bahseder misiniz?

22- İngiltere örneğini sunan konıuşmacı, yaptığı sunumda organizasyonda 3 ana başlık belirtmişti 1. hizmet sunumu , 2. finansman, 3. denetleme. Biz 3. yü hiç düşünmedik. Çünkü 2.'ye yani finansmana bile daha ulaşamadık, konuşamadık. Çünkü hizmet sunumunda bir noktaya gelemedik. Ama finansman netleşmeden hizmet sunumu beklemek de gerçekçi değil. Burada hem bireysel hem de kurumsal kazanımlar düşünülmeli. Ayrıca Evde Bakım hizmetleri maliyet etkin olduğu için ortaya çıkmıştır. O nedenle işin ekonomik boyutunu Evde Bakımın varlık nedenidir. Finansman ya da geri ödemenin şartları oturtulmadan hizmet sunumu gerçek hızına ve çapına ulaşamayacaktır. Ama finansman sorununun çözülmesi için de, denetleme için de hizmet standartlarının oluşturulması gerekecektir. O halde standartların, görevlerin oluşturulması en önceliklidir ki bunu finansman ve denetleme görüşmeleri izleyebilsin. Evde bakım çok emek isteyen yoğun bir iş...

- **Denetleme ve finansman tartışmalarından önce hizmetin standartları ve tanımları oluşturulmalıdır.**

23- Bakımda hizmet kalitesiyle ilgili Avrupa'ya baktığımızda 2 sistem görüyoruz. Kuzey Avrupa daha isteğe bağlı fakat Güney, İtalya tarafları daha zorunlu standartlarla değerlendirmeler yapıyor. Amerika ise tamamen isteğe bağlı. Sağlık sisteminde

akreditasyon ve kalite çalışmaları çok eski olmasına rağmen bakımda dünya standardında akreditasyon çok yeni. O yüzden Türkiye'de bunu kurgulamaya çalışırsa zor ama geç değil. Şu anki programımız bütün modellerde hangi hizmetin nasıl verileceği ve bunun nasıl ölçülebilir olduğu. ISQ ua Dünya örgütü. Bağımsız özel bir kuruluş. Hastaneleri de akredite eden bir kurum. Sağlık bakanlığımız da şu an ISQ ua'ya gidiyor. Biz de deneme aşamasındayız. Şu an bütün kurumlarımız deniyor geri bildirim veriyor. Mevzuatlaştırdıktan sonra 1 sene içinde uygulamanın oturması ama eşgüdümsel olarak ISQua kurallarına göre yapmaya çalıştığımız bir çalışma var. Ama değerlendirme daha çok hizmet kalitesi derinliğine ilişkin işler. Yani herşey mevzuata uygundur fakat hizmet yoktur şeklinde değil hizmetin niteliğini ölçmeye çalışıyoruz. Bu konuyla ilgili de şimdiye kadar 24 toplantı 6 çalışma yaptık. Geldiğimiz noktada çok geri bildirim aldık. Bundan sonraki çalışmalarımız daha geliştirici olacak.

Moderatör: Tüm katılımcılara çok teşekkür ederiz değerli katılımlarınız için. Aslında ciddi birer gönüllüyüz değil mi? Sivil toplum kuruluşunun eşliğinde burada toplandık ama bu saate kadar evde bakıma ihtiyacı olan insanlar açısından konuştuk. Umarım bir katılımcımızın dediği gibi bize de umarız çok iyi evde bakım şartları sağlanır. Bunun için çalışıyoruz. Herkes gibi gibi bizler de hayatımızın ileri yıllarında en uygun şekilde en doğru şekilde bize de birilerinin bakmasını bekliyoruz.

Moderatör: Sempozyum sırasında konunun taraflarının şimdiye dek çok bilgi ve deneyim biriktirmiş olduğunu gördüm. Her 2 bakanlık da kendi alanlarında düzenlemeler yapma çabasındalar. Finansman konusunda ise henüz bir netlik yok. Geldiğimiz aşama Ülkemizde çalışanlarında da yetkililerinde de konuyu incelendiğini, değerlendirdiğini, ve artık planlamalar yapıldığını gösteriyor. Çok da güzel planlamalar yapılıyor. Artık bir karar aşamasına geçmek lazım diye sabırsızlanıldığını da düşünüyorum. Ve bu kararları alma noktasında yürütücüleri bir arada çalışmaya kim zorlayabilir kim bu işi hızlandırabilir diye baktığımda işin finansmanından sorumlu SGK ve maliye bakanlığı gibi kurumları görüyorum. Çünkü evde bakım hizmetlerinin nasıl bütçelendirileceği konusu hem politika yapıcıların hizmet sunumunu kurgularken nasıl karar vereceklerini hem de uygulayıcıların bu işi hangi nitelikte yürüteceklerini belirliyor.

Evde Bakım Derneğimiz adına tüm katılımcılara çok teşekkür ediyorum.

BOĞAZDA KONUKLARIMIZLA YEMEK…

SEMPOZYUM TALEPLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

GENEL TANIM, UYGULAMA VE SÜREÇ İLE İLGİLİ;

1. Evde sağlık ve bakım tanımı uluslararası tanımla aynı olmalı ve tüm kurumlar tarafından benimsenmelidir.

2. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin verimliliği, kalitesi ve toplum tarafından ulaşılabilirliği en üst düzeye çıkarılmalıdır.

3. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin yansıra bakım hizmetlerinde alternatif modeller de geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.

4. Evde sağlık hizmeti kapsamının doğru anlaşılması, hizmetin beklentileri karşılaması ve planlanan zamanda verilebilmesi için birimlerin güçlendirilmesi gerekir.

5. Evde bakım hizmetlerine ilişkin; Sosyal politikalar geliştirilirken insan hakları temelinde ve temel hak ve özgürlükler çerçevesinde planlanmalıdır.

6. Evde Bakım Hizmetleri "hizmet modeli", stratejik plan ve programlar disiplinler arası ve bütüncül bir yaklaşım ile oluşturulmalıdır.

7. Bakım kavram olarak bir bütündür ve kurumsal bakım model olarak evde bakımın karşıtı değildir. Bakım evlerinde de "Evde Bakım" kavramı tartışılmalı ve birlikte verilmesi doğrultusunda çalışmalar başlatılmalıdır. Aynı şekilde yaşlı bireyler için farklı bakım modelleri (gündüz bakım, rehabilitasyon hizmetleri, bakım merkezleri, sağlıklı yaşlıların sosyal yaşamdan ayrılmadan kalacakları alanlar) ve sistemleri oluşturulmalıdır.

8. Evde sağlık ve bakım hizmetleri eve bağımlı hastaların hakkı olan temel sağlık hizmetlerinin kendilerine ulaştırılmasıdır. Hizmetin eşit bir biçimde yaygınlaştırılması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı bu eşit dağılımın gerçekleştirilmesinden sorumludur. Tüm toplumu kapsayacak model geliştirilmelidir.

9. Evde sağlık ve bakım hizmeti veren kurumlar (belediyeler, kamu, özel ve STK'lar) birbirinden bağımsız ve farklı hizmet sunmaktadır. Hizmet sunan bu kurumların verecekleri hizmetler ve sistemdeki rolleri tanımlanmalı ve uluslararası standartlar doğrultusunda sunulması sağlanmalıdır.

10. Evde sağlık ve sosyal hizmetlerde farklı hizmet sunucuların temsilcilerinin bulunduğu bir koordinasyon merkezi bulunmamaktadır. Acilen tüm taleplerin alındığı, planlandığı, denetlendiği ve geliştirildiği multidispliner bir merkez oluşturulmalıdır.

11. Evde sağlık ve bakıma gereksinimi olan hasta ve gruplarının (engelliler, kronik hastalığı olanlar dahil) belirlenmesi ve bu alanda veri tabanının ülke düzeyinde oluşturulması hizmet kapsamının planlanması açısında çok önemlidir. Bu bağlamda kişilerin evde bakım ihtiyacının tespit edilmesi surecinde kullanılacak ve evde bakım ihtiyaçlarını sınıflandırmaya yarayacak bir cetvel oluşturulmalıdır. Bu cetvel hizmet sunumunda ortak dil oluşturulması ve geri ödeyici kurumların denetimlerini kolaylaştırmak adına önemli bir rol oynayacaktır.

12. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin organizasyonu ulusal istatistiklere ve araştırmalara dayanılarak merkezi olarak yapılmalıdır. Hizmet sunumu sırasında ortaya çıkacak gereksinimlerde yerel yönetimlerin ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği sağlanmalıdır.

13. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinde otomasyon sistemi sağlanmalı, geliştirilmeli , veri yönetimi sağlanarak denetim sağlanmalıdır.

14. Evde sağlık ve sosyal bakım hizmetleri birlikte ve eşgüdüm içinde planlanmalıdır.

15. Evde sağlık hizmetlerinin hem birinci basamak hem de ikinci basamak hizmetlere entegre olması gereklidir.

16. Evde sağlık ve bakım hizmetinin takibi ve denetimi yoktur. Sistem acilen oluşturulmalıdır.

17. Evde bakım ve sağlık hizmetleri pediatrik popülasyon gereksinimleri de dikkate alınmalı ve planlanmalıdır.

18. Sivil toplum kuruluşlarının evde sağlık ve bakım hizmetlerine yönelik çalışmaları teşvik edilmeli ve modeller geliştirilmelidir.

19. Evde sağlık ve bakım için evlerde tıbbi cihaz ve ekipman temini profesyonel bir hizmet alanı olarak yapılandırılmalıdır. Hasta ve çalışan güvenliği acısından son derece önemli olan bu hizmetlerin sunumunun da belli standartlarla ve uzmanlaşmış kurumlarca yapılması için gerekli çalışmalar ve düzenlemeler yapılmalıdır.

20. Evde sağlık ve bakım hizmetine ihtiyacı olan bireylerin talepleri ile hizmetin gerçekleştirilmesi arasındaki bekleme süresi kısaltılmalıdır.

21. Yapılan araştırmalar ülkemizde evde sağlık ve sosyal hizmetler gereksiniminin boyutlarını ve evde sağlıkla ilgili sorunları ortaya koymaktadır. Ülkemizde yaşlı bakımıyla ilgili sorunların yaşanması kaçınılmazdır. Dolayısıyla yaşlı bireyler de düşünülerek evde sağlığın ve bakımın hizmet alanı genişletilmelidir.

22. Evde sağlık ve bakım hizmetleri sürecine, verilen eğitim ve danışmanlık hizmetine hasta ve hasta yakınları yakınları dahil edilmelidir.

23. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinde hasta nakil işlemlerinin standardizasyonu sağlanmalı, hangi durumda, ne zaman, ne şekilde, nasıl ve kim tarafından hasta nakli yapılacağı tanımlanmalıdır.

24. Evde sağlık hizmetlerinde, hasta kabul ve red kriterleri belirlenmeli, kullanılacak standart ölçekler tanımlanmalıdır.

25. Evde Sağlık Hizmetlerinde kullanılan ziyaret formları hekim, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı ve psikolog için ayrı ayrı düzenlenmelidir.

26. Hizmeti planlayan ve uygulayan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı il Sağlık Bakanlığı'nın gelecek ile ilgili uygulanabilir ve sürdürülebilir ortak master planları olmalıdır.

İNSAN KAYNAKLARI VE EĞİTİM

27. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin standardizasyonu sağlanmamıştır. İnisiyatiflerle hareket edilmektedir. Hizmetin koordinasyonu sağlanmalıdır ve eğitimli ve tecrübeli ''evde sağlık personeli'' yetiştirilmelidir.

28. Sertifika programları Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Eğitici Eğitimi ve Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Uygulayıcıları (Hemşire, Hekimi, Sosyal Çalışmacı, Fizyoterapist…vs) için ayrı planlanmalıdır. Bu programların içeriği, süresi, kriterleri ile sertifikanın geçerliliği ile yenileme süresi Sivil Toplum Kuruluşları, Üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile belirlenmelidir.

29. Birinci basamakta çalışan hekim ve hemşirelerin bilgi, beceri ve alt yapı olanakları açısından geliştirilmelidir. Evde Bakım hizmetlerinin "yük" gibi algılanmaması için bu hizmetin anlaşılması, öğrenilmesi, uygulamanın bu hizmet sunumuna uygun olanaklarla donatılmalıdır.

30. Hekimlerin evde sağlık ve bakım hizmetleri konusunda eğitimleri çok sınırlıdır. Farkındalık düzeyleri artırılmalıdır.

31. Ülkemizde yasa dışı çok sayıda göçmen ya da kaçak işçi çalışmaktadır. Bilgi ve deneyimleri bilinmeyen ve sağlık kontrolleri yapılmayan bu kişiler ciddi tehdit oluşturmaktadırlar. Kaçak işçi olarak çalışan ve evlerde denetimsiz bakım veren bu kişilerin mevcut ve yeni oluşturulacak mevzuata uygun olarak denetim altında hizmet sunmaları ve eğitimleri sağlanmalı, istihdam bürolarının hizmetleri de disipline edilmeli ve bununla ilgili yasal düzenlemeler gerçekleştirilmelidir.

32. Hekim dışındaki diğer sağlık personeline de yarı zamanlı çalışma izni verilmelidir. Bu yaklaşım sağlık iş gücü sorununa çözüm getirebilir.

33. Modellerin işleyişi konusunda hem teorik bilginin aktarılması hem de iyi uygulama örneklerinin ortaya konulması sahadaki ekipleri cesaretlendirilmelidir.

34. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinde bilimsel yayın ve makaleler için güvenilir veri tabanı sağlanmalı ve ortak paylaşıma açılmalıdır.

35. Evde Bakım Hizmetleri; amacının, görev, yetki ve sorumluluklarının bilimsel çerçevede belirlendiği deneyimli profesyonellerce verilmelidir.

36. Eğitim, Sağlık ve Sosyal Hizmet üçgeninde multidisipliner bir yaklaşım ile sektörler arası işbirliği ve eşgüdüm sağlanmalıdır.

MEVZUAT

37. Yönerge, Evde Sağlık Hizmetleri gibi kapsamlı ve detaylı bir hizmet için yeterli değildir. Evde Sağlık Hizmetleri için daha ayrıntılı, standartların ve uygulamaların tanımlandığı yeni bir "Yönergeye" ihtiyaç vardır.

38. Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin tescil, hizmetlerin yerinde değerlendirilmesi ve izlenmesi ile ilgili usul ve esaslar mevzuatta tanımlanmalıdır.

39. Tüm hizmetlerin entegrasyonu ve hangi hizmetin kimin tarafından verileceği bir mevzuatla belirlenmelidir.

40. Evde sağlık ve bakım hizmetleri yerel yönetimler ve vakıflar tarafından da sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığının yanı sıra diğer ilgili kurumların katılımı ile geniş bir yapılanma sağlanmalı ve tüm mevzuatlar tek bir mevzuat altında toplanmalıdır. Evde bakım

ekibinde yer alan profesyonellerin rolleri mevzuatta belirtilmeli ve ayrıntılı iş tanımları yapılmalıdır.

41. İlgili bakanlıklar ve bağlı kuruluşları ile belediyeler ve özel sektör tarafından bağımsız olarak yürütülmekte olan bu faaliyetlerin ve çeşitli dernekler tarafından desteklenen bu hizmetlerin etkin bir koordinasyonla bir araya getirilmesi uygun olacaktır. Üstlenecekleri rollerin, hizmetin kapsamı ve yürütecekleri görevlerin ortak mutabakatla belirlenerek uygulama protokollerinin hazırlanması ve en kısa sürede uygulamaya konulmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

42. Evde Bakım Hizmetlerinden yararlanabilecek olan (Tıbbi ve Psiko-sosyal Bakım) engelli ya da yaşlılara götürülecek olan hizmetler, bütüncül yaklaşım ile planlanmalı ve oluşturulan sosyal politikalar, Anayasamızda öngörülen "Sosyal bir Hukuk Devleti" olması gereken ülkemizin yurttaşlarına eşit olarak verilmelidir.

43. Hizmetin içeriği, kapasitesi yeniden belirlenmeli ve hizmet alanların ve alacak olanların bir yandan durum tespiti yapılırken, diğer yandan denetiminde sağlıklı bir şekilde yerine getirilmesi gerekmektedir.

44. Evde bakım hizmetlerinin mevzuatında yaşanan çok başlılık ortadan kaldırılmalıdır.

45. "Evde Bakım Hizmetleri"nden yararlanan ailelerin denetimi oldukça önemlidir. Bu bağlamda; duygusal istismar, fiziksel istismar ve ihmal edilmelerine karşı önlemler alınmalıdır.

46. Sağlık Kurul Raporlarının çıkarılabilmesi için özellikle tamamen yatağa ve/veya cihaza bağımlı hastalar için hastaların, hastaneye gitmeden evde özürlü sağlık kurulu raporu verilebilmesi için ilgili mevzuatlarda (Sağlık Uygulama Tebliğ ve Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde) düzenleme yapılmalıdır.

47. Bireyin günlük yaşama aktif katılımı dolayısıyla yaşamdan memnuniyetinin artırılması çok önemlidir. Evde bakım hizmetlerinde hasta ve yakınlarının sosyal gereksinimlerine yönelik düzenlemelerin yer alması gerekmektedir.

48. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ölçekler doğrultusunda çalışan ve hasta memnuniyeti değerlendirilmelidir.

49. Ülkemizde engelli durumunu belirten raporun hastane tarafından verilememesi dolayısıyla başka bir kuruma başvuru gerektiği için engelliler bu rapora ulaşımda zorlanmaktadırlar. Hastaneler tarafından da bu raporun verilmesi sağlanmalıdır. Raporun geç verilmesi engellilere sağlanan desteklerin mükerrer olmasına neden olmaktadır.

50. Devletin evde sağlık ve bakım hizmetleri alanında varolan kanun ve yönetmelikler eksiktir. Geliştirilmeye ve detaylandırılmaya ihtiyaç vardır. Bu alanda çalışmakta olan Sağlık Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı mutlaka bir arada çalışarak görev tanımları, kalite kriterleri, personel istihdamı ve finansman konularını sonuçlandırmalıdır.

51. Malpraktis sorunları iyi tanımlanmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

52. Eve giden sağlık ekibinin güvenliğini koruyacak bir mevzuat çalışması yapılmalıdır.

53. Aile hekimlerinin evde sağlık hizmetlerindeki rolü netleştirilmelidir.

54. Türkiye'deki Aile Hekimliği Uygulaması Evde Bakım hizmetlerinin başaklandırılmış modelleri içinde yer almaya uygundur. Ancak bu modelin ne olduğu nasıl işlediği konusunda sağlık ekiplerinin aydınlatılması ve endişelerinin giderilmesi gerekmektedir.

SOSYAL HİZMETLER

55. Hastalara sosyal destek ve yardım için ulusal bir veri tabanı bulunmamaktadır. Bu durum ve eksiklikler hedef gruba ya hiç hizmet sunulamaması yada aynı kişilere birden fazla kurumca aynı nitelikte yardım ve hizmet sunulmasına neden olmaktadır. Ülke çapında sosyal yardım ve sosyal hizmetlerin kayıtlarının merkezi olarak tutulduğu bir bilgi işlem merkezi kurulmalıdır.

56. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından hazırlatılan sosyal yardım bilgi sistemi (SOYBİS) ihtiyaca cevap verememekte ve sadece kamu kurumlarını kapsamaktadır. Bu sisteme ilgili tüm kurumlar dahil edilmelidir.

57. Ülkemizde ulusal ölçekte yoksulluk kriteri bulunmamaktadır. Bunun acilen uluslararası kriterler dikkate alınarak oluşturulması gerekmektedir.

58. Hasta veya yakınlarının evde sağlık hizmetleri birimi personeline uygunsuz fiil ve davranışları nedeniyle hizmetin verilmesine engel bir durum tespit edildiğinde, hizmetin sonlandırılması veya başka bir birim tarafından hizmetin devamı ile ilgili usul ve esaslar Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmelidir.

59. Toplum tarafından evde sağlık hizmetleri tam anlaşılamamıştır. Hangi hastalara, hangi şartlarda, hangi hizmetlerin verilebileceği ile ilgili doğru bilgilendirme yapılmalıdır.

60. Sivil toplum kuruluşları ve belediyeler sosyal hizmet desteği sağlarken hizmet sunumunda, fakirlik ya da evde tek başına yaşama şartı aranmaktadır. Bu şart ve yaklaşım nedeniyle hastaların bir kısmı sosyal hizmet desteğinden yoksun kalmaktadırlar. Bu durum tarafsızlık ilkesi ile çözümlenmelidir.

61. Hasta yakınlarına psiko-sosyal destek sağlanmasına ihtiyaç vardır. Sadece hastayı değil, bütün aileyi bakım ihtiyacı olan bir birim olarak kabul etmek gerekir. Hasta; ev ortamı, sosyal çevresi ve aile bireyleriyle birlikte değerlendirilmelidir.

62. Evde sağlık hizmetleri kapsamında, bakım ve sosyal hizmet ihtiyacı olan hastaların, ihtiyaçlarının karşılanması birim personelinin bilgisi ve inisiyatifi ile sınırlı olmaktadır. Kurumlar arası işbirliği ile ilgili örneğin Valiliklerde koordinasyon merkezi oluşturulması faydalı olacaktır.

63. Hasta ihmali/istismarı söz konusu ise ilgili işlemler başlatılmalı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile süreç geliştirilmelidir.

64. Kurumlar arası acil bakım kodu / alarmı oluşturulmalı, sosyo-ekonomik durumu çok kötü olan, bakıma muhtaç, çok yoksul ve çok düşkünlere öncelik verilmelidir.

65. Sosyal ve destek hizmetler ise sivil toplum kuruluşları, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları ve diğer kamu kurumları tarafından sağlanmalıdır.

66. Evde Sağlık Hizmetlerinde manevi destek programlarına da ihtiyaç vardır ve bu alanda da hizmet planlanmalıdır.

KAMU EVDE SAĞLIK BİRİMLERİ VE HASTANELERİ

67. Evde Sağlık Hizmetleri sunumunda Temel Sağlık ve Tedavi Edici Hizmetlerin Entegrasyonu bulunmamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamına girecek evde bakım hizmetleri tanımlanmamıştır. Bu durum; aile hekimleri, ASM, toplum sağlığı merkezlerinden Evde Sağlık Hizmetleri birimlerine yapılan eksik ya da yanlış yönlendirmeler hizmet etkinliğini ve verimliliğini etkilemektedir.

68. Evde sağlık hizmeti Sağlık Bakanlığına bağlı birimlerce verilmeli, gerektiğinde belediyelerle işbirliği yapılmalıdır. Bakım hizmeti ASPB tarafından verilmelidir. Bakım hizmetleri için ayrıca yerel yönetimler ve özel merkezlerle işbirliği yapılabilir, hizmet alımı yöntemi kullanılabilir.

69. Sağlıklı bireyler oluşturmak için bir çok faktör etken olmakla birlikte sağlık bakanlığınca başlatılan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri henüz talebe cevap verecek konumda değildir.

70. Kamu tarafından sunulan evde sağlık ve bakım hizmetlerinin sunumunda hastadan alınan veriler yetersizdir. Ev ortamının fiziki yapısı (kısmen), kişisel bakım, psikolojik durumu gibi veriler toplansa da sosyal yaşamı etkileyen sanitasyon, iletişim, uyuma ve cinselliği ifade etme durumları sorgulanmamaktadır. Yaşlılık ve sorunlarına ise hiç değinilmemektedir.

71. Kamu Hastanelerinin evde sağlık hizmetleri ile belediyelerin sunduğu hizmetler arasında koordinasyon yoktur. Hizmet sunumunda her iki kurum arasında yaklaşım farklılıkları görülmektedir. Belediyelerin kendi aralarında standart bir yaklaşım ve uygulama birliği bulunmamaktadır. Sunulan hizmetler ve yardımlar her bir idareye göre farklılık göstermektedir. Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumlar bu alanda çözüm üretmeleri gerekmektedir.

72. Kamu Evde Sağlık Birimlerinde başvuru kabul sürecinde ilk ziyarette mutlaka sosyal hizmet uzmanının da olduğu ekiple gerçekleşmelidir. Hastanın, ailenin ve ev ortamının değerlendirilmesi, evde sağlık hizmeti sürecini kolaylaştıracaktır.

73. Kamu Hastanelerinin Evde Sağlık Birimlerine düşen hasta sayısı belirlenmeli ve bu sayıya ulaşıldığında, ekip ve personel sayısı arttırılmalıdır. Günlük hasta ziyaret sayısı, çalışma verimi ölçülerek belirlenmeli ve ekip başına düşen hasta sayısı sınırlandırılmalıdır.

74. Kamu Hastaneleri Evde Sağlık Birimleri tarafından evde yapılan uzman konsültasyon hizmetlerinin puanı yükseltilmeli ve ev ziyaretinde geçen sürenin performans kaybı giderilmelidir.

75. Kamu Hastaneleri Evde Sağlık Hizmetleri birimlerinin en az bir hizmet aracı ve bir hasta nakil aracı olmalı, bu araçlar sadece birime tahsis edilmeli ve başka hiçbir işte kullanılmamalıdır.

HİZMETİN FİNANSI VE ÖDEMESİ

76. Üniversite hastaneleri tarafından sunulan ya da sunulacak olan evde bakım hizmetleri de ödeme kapsamına alınmalıdır.

77. Evde bakım aylığı sağlanan ailelerin eğitim ve denetimi yetersizdir. Bu alanda acil iyileştirme sağlanmalı ve sistem geliştirilmelidir.

78. Uzun sureli bakımın finansmanı için bakım sigortası sistemi çok acil bir gerekliliktir. Uygulamaya geçirilmesi için gerekli çalışmalar başlatılmalıdır. SGK tarafından BAKIM SİGORTASI geri ödemesinin çıkarılması gerekmektedir.

79. Evde Bakım Hizmetlerinin bütçesi tüm yurttaşların bu hizmetlerden yararlandırılabilecek bir yapı ve sistematiğe göre hazırlanmalıdır. “S0SYAL BAKIM” tıpkı “TIBBİ BAKIM” gibi kuruşlandırılmalıdır.

80. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bütçeden ayrılan pay elde edilen bilimsel veriler ve ülkemizde halen yaşanan ağır ve derin yoksulluk ve yoksunlukların gerçeği üzerinden planlanmalıdır.

81. Evde bakım ve sağlık alanında hizmet sunan özel kuruluşların sundukları hizmetlerin geri ödemesi b

0RGANİZASYON SEKRETERYASI

MOTTO ORGANİZASYON

O

MOTTO Organizasyon & İnternet Çözümleri yıllar içerisinde gerçekleştirilen organizasyonlar ile edinilmiş olan deneyimlerini sizlerle paylaşmak için kurulmuş, organizasyon ve internet çözümleri alanında engin bilgiye sahip çalışma gruplarıyla sizlere hizmet vermek parolası yani MOTTO' su ile yola çıkmış bir firmadır.

Profesyonel, güler yüzlü ve eğlenceli, yoğun iş temposuna alışkın çalışma arkadaşlarımız ile, en başta güvenilirlik, devamında titizlik ve zamanında size sunulan hizmet çözümleri ile var olan tüm çalışma yükünüzü üzerinizden alacak bir anlayışa sahip olarak, bu yolda sizlerle beraber olmak amacındayız. Bu nedenle MOTTO' muz şudur ki; sizin işinizi kendi işimiz gibi yapıyoruz ve sonunda başarının getirdiği mutluluğu yine birlikte paylaşıyoruz.

Her seferinde ayrı bir heyecanla bizler sizlerin yanında olmaya, profesyonel hizmetlerin getirdiği başarı deneyimlerini sizlerle paylaşmaya geldik.

MOTTO ORGANİZASYON YAZILIM DANIŞMANLIK LTD. ŞTİ.

1359 Sok. Mimarsinan Mah. Umut Sitesi No:1 Kat:4 Daire:14 Alsancak/ KONAK / İZMİR

Tel : 0 232 446 06 10 Fax: 0 232 446 07 11

e-mail: info@motto.tc Web: www.motto.tc

DESTEKLEYEN KURUMLAR

BEŞİKTAŞ BELEDİYESİ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI

İSTANBUL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

VEHBİ KOÇ VAKFI