

4.ULUSAL ve ULUSLARARASI KATIIMLI EVDE SAĞLIK VE BAKIM KONGRESİ SONUÇ BİLDİRİ

23-25 KASIM 2017 , İSTANBUL

Ülkemizde başta T.C. Sağlık Bakanlığı olmak üzere , yerel yönetimler, özel sektör (özel hastaneler ve özel şirketler), ve STK gibi farklı kurumlar farklı standartlarda evde sağlık ve bakım hizmetleri sunmaktadır. Hizmetin farklı yaklaşım ve standartlarda sunumu beraberinde sorunları getirmektedir. Bu sorunları beş temel başlık altında toplayabiliriz. Bunlar;

- 1- Evde sağlık ve bakımın işleyişi
- 2- Evde sağlık ve bakımın standartları-kalite yönetimi,
- 3- Evde sağlık / bakım ve sosyal hizmetlerinde entegrasyonu/ bütüncül hizmet sunumu
- 4- İnsan kaynakları
- 5- Evde sağlık ve bakımın finansmanı ile ilişkili sorunlardır.

Hızla yaşlanmakta olan ülkemiz çok yakın bir zamanda bağımlılık düzeyleri artmış, kronik hastalık sayıları yükselmiş bir nüfusun sağlık sorunları ile karşılaşacaktır. Bundan dolayıdır ki ivedilikle sağlık sisteminin sosyal hizmetler ile uyumlu, toplum gereksinimine yanıt verebilecek, uluslararası, çağdaş ve bilimsel standartlara uygun ve ülke kaynakları ile karşılanabilecek bir evde sağlık / bakım hizmet modelinin geliştirilebilmesi gerekmektedir. Evde sağlık /bakım hizmetleri sağlık sistemindeki hizmetlere alternatif değil BÜTÜNLEYİCİ bir hizmet olduğu unutulmamalıdır.

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin ülkemizde yaygınlaşması ve uluslararası standartlarda sunulması Evde Bakım Derneğimizin en birincil amaçlarından biridir. Bu amaca yönelik çalışmalarda kurumlardan gelebilecek ortak çalışma önerilerine hazır olduğumuzu paylaşmak isteriz.

KONGRENİN AMACI

Kongre temamızı “ Herkese Evde Sağlık / Bakım ” olarak belirledik. Bu yaklaşımla kongremizin temel amacı ; ilgili tüm tarafları bir araya getirmek, evde sağlık ve bakım alanındaki yeni gelişmeleri paylaşmak, evde bakım hizmetlerinin planlanması ve sunum süreçlerindeki sorunları ve çözümlerini saptamak ve ilgili kurumlar arasındaki iletişim ve koordinasyonu arttırmak. Bu amaç doğrultusunda kongremize; kamu, yerel ve özel sektör temsilcileri, hak temelli çalışmalar sürdürmekte olan sivil toplum kuruluşları , meslek örgütleri, akademisyenler ve evde sağlık/bakım alanından çalışan yabancı konuklarımız kongrede deneyimlerini katılımcılarla paylaşmalarını sağladık. Avusturalya, İngiltere, Hollanda, İtalya, İsrail ve Norveç’te sunulan evde sağlık /bakım hizmetleri uygulamalarını dinlemek önemliydi ve bizlere yeni açılımlar kazandırdı.

Kongre kapsamındaki oturumlarımızda aşağıdaki konuları multidisipliner ve çok sesli yaklaşımla tartıştık.

Kongre Konularımız;

- 1- Evde Sağlık ve Bakımda Ülkemiz Örnekleri, Sorunları, Çözüm Önerileri
- 2- Evde Sağlık ve Bakımda Uluslararası Örnekler
- 3-Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinde Kalite
- 4- Evde Sağlık ve Bakımda Finansman (Türkiye ve Yurtdışı Örnekleri)
- 5- Evde Bakım Hizmetlerinde Etik Yaklaşım
- 6- Evde Bakımın Yasal Yönü
- 7- Evde Bakımda Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesi; Sosyal Hizmetler Hastane Hizmetleri, Kurumda Bakım Hizmetleri
- 8- Evde Sağlık ve Bakımda Teknolojik Uygulamalar ve Evde Hastalık Yönetimi
- 9- İnterdisipliner Yaklaşımla Kanıta Dayalı Evde Bakım Uygulamaları
- 10-Yerel Yönetimlerde Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri
- 11-Evde Sağlık ve Bakım Hizmet Verenlerin Sorun Tespitleri ve Çözüm Önerileri

KONGRE SONUÇ BİLDİRİSİ VE ÖNERİLERİ

1-Evde bakım hizmetine gereksinim duyan hasta gruplarının, tedavi, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon açısından temel ihtiyaçlarının tanımlanması gerekmektedir. Evde bakım hizmetlerine gereksinim duyan kişi ya da gruplar çok çeşitli yaş ve gelişimsel dönemde, farklı sağlık ve sosyal sorunları olan bireyler olup, aşağıda belirtilen ihtiyaç grupları evde bakım hizmetlerinden yararlanmalıdır.

2- Evde bakımın hizmetlerinin kapsamının tanımı: Evde bakım hizmetleri bir sağlık hakkı olarak kabul edilerek sağlık ve sosyal hizmetler birbirleri ile koordineli şekilde yürütülmelidir. Evde bakım hizmetleri, birbirleri ile koordinasyon içinde sunulması gereken aşağıdaki hizmetleri kapsamalıdır:

- a. Sağlık Hizmetler
- b. Sosyal Bakım Hizmetler
- c. Sosyal Destek Hizmetler
- d. Koruyucu Sağlık Hizmetler
- e. Kronik Hastalık Yönetimi
- f. Psikolojik Hizmetler
- g. Cihaz-Ekipman Hizmetleri
- h. Eğitim Hizmetleri
- ı. Tıbbi ve Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri
- i. Beslenme Takibi,

3- Evde bakım hizmeti sunan kamu hastanesi, özel hastaneler ve özel şirketler, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, yerel yönetimler, STK gibi farklı yapılanmaların hizmet bütününde ve ülke modeli açısından rollerinin belirlenmesi, birbirleriyle koordine, ülkemiz için uygun ve pratik yolların geliştirilmesi gerekmektedir.

Devletin asli görevi sağlık ve bakım hizmetinin sunulmasını sağlamaktır. Bu amaçla evde sağlık ve bakım alanında;

- a. Mevzuat oluşturulmalıdır.
- b. Hizmet ve kalite standartlarını belirlemelidir.
- c. Denetim yapmalıdır.
- d. Hizmet sunumunda kamu, özel sektör ve kar amacı gütmeyen kurum/kuruluşlar evde sağlık ve bakım hizmeti vermeye teşvik edilmelidir.
- e. Belediyeler sosyal bakım ve destek hizmetlerin sunumu konusunda konusunda teşvik edilmelidir

4- Evde sağlık ve bakım alanında hizmet veren tüm kurum ve kuruluşlar arasında ihtiyaç sahiplerini ve ihtiyacın niteliğinin belirlendiğı bir “Ortak Veri Tabanı” oluşturmalıdır: Bu veri tabanı ile;

- a. İhtiyaç sahipleri ve ihtiyaçları belirlenebilir
- b. Hizmetin etkinliğı değerlendirilebilir.
- c. Verimlilik ölçülebilir ve değerlendirilebilir.
- d. Mükerreriğı önleme sağlanabilir.
- e. Ulaşılabilirlik değerlendirilebilir

5- Evde sağlık ve bakıma çok kanallı başvuru olabilmeli ve verilecek hizmetin içeriğı tanımlanacak olan bir “Koordinasyon Merkezi” tarafından belirlenmelidir.

Hizmet içeriğini belirleyecek bir triyaj ekibi temelinde çalışan bu “Koordinasyon Merkezi” sunulacak hizmeti takip etmelidir. Hedeflenen bakım modeli evde sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini kapsmalıdır.

Koordinasyon merkezi hastaların sosyal bakıma ilişkin gereksinimlerini de tespit etmeli, sivil toplum kuruluşları (STK), belediyeler, ASPB, kaymakamlık, vakıflar vasıtasıyla sosyal hizmetlerin sunulmasını sağlamalı ve denetlemelidir. Böylece, evde sağlık ve bakım farklı kurumlar aracılığıyla sunulması sağlanabilir.

6- Evde bakım hizmet sunumuna başlama, sürdürme ve sonlandırma süreçlerinin işleyişleri açısından asgari standartların tartışılması ve saptanması gerekmektedir. “Taburculuk Planlanması” evde sağlık ve bakım hizmetinin varlığı dikkate alınarak oluşturulmalıdır. Evde sunulacak hizmetlerin planlanması hastanenin evde bakım birimi tarafından gerçekleştirilmez.

7- Evde bakım hizmeti sunulacak hastanın sosyal hizmet ihtiyacının değerlendirilmesinde sosyal hizmet uzmanı görev almalıdır.

8- Evde bakım gereksinimi ideali vaka yönetimi modeli ve multidisipliner yaklaşım ile belirlenmelidir. Hemşire bu aşamada etkin görev ve sorumluluk almalıdır. Hastanın sosyal desteğe ve bakıma gereksinimi bu yaklaşım içinde mutlak yer almalıdır. Bakım gereksinimlerini belirleyen multidisipliner ekip içinde doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist ve gereğinde diğeri sağlık profesyonelleri de yer almalıdır.

9- Evde bakım hizmetinin belirlenmesi, hizmetin başlatılması, planlanması ve sonlandırılması aşamaları önceden belirlenen standartlar doğrultusunda yapılmalı ve bu standartlara tüm kurumların (kamu, özel, yerel yönetim ve STK) uyması sağlanmalıdır. Evde bakım hizmetinin sonlandırılmasına hastaya hizmet veren multidisipliner ekip karar vermelidir, koordinasyon merkezi ve finansmanı sağlayan kurumlar aynı zamanda bilgilendirilmelidir.

Evde bakım hizmetinin denetimi önceden belirlenen standartlar doğrultusunda yapılmalı ve hastanın evde bakım için uygun olup olmadığı, evde bakım gereksiniminin karşılanıp karşılanmadığı, hizmet veren personelin eğitiminin yeterliliği, doğru kriterlerle hizmetin sonlandırılması dikkate alınmalıdır.

Denetleme geliştirilecek Ulusal Akreditasyon Sistemi'ne göre yapılmalıdır.

10- Evde sağlık ve bakım hizmeti ile ilgili yasal düzenlemelerin tanımlanması, yasal düzenlemelerdeki eksiklerin giderilmesi gerekmektedir.

10.1. Evde sağlık ve bakım multidisipliner bir yaklaşımla sunulan bir hizmet modelidir. Bu nedenle evde bakım ekibinde yer alan sağlık profesyonellerinin birlikte çalışabilirliğini sağlayacak mevzuat oluşturulmalıdır.

10.2. Kamuda yapılandırılmış evde sağlık birimlerinde çalışan ekip elemanlarına özendirici nitelikte düzenlemeler yapılmalıdır. Hukuki altyapı düzenlemeleri multidisipliner anlayışı koruyucu ve geliştirici şekilde yapılmalıdır.

10.3. Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumuna yönelik mevzuatı (özel ve kamu) birleştirilmeli ve tek tip mevzuat olmalıdır. Bu mevzuat, asgari gereksinime dayalı, organizasyon yapısını dikkate alan ve hizmet standartlarını içerecek şekilde oluşturulmalıdır. Bu mevzuatta farklı tipte evde bakım hizmet sunucuları tanımlanmalıdır. Kamu/Özel hizmet sunumu için asgari standartlar ihtiyaca göre belirlenmelidir. Branşlaşma için farklı ruhsatlandırma/onay süreci olmalıdır (sadece yara bakımı, sadece fizyoterapi, hastalık yönetimi vb.)

11- Evde bakım hizmetinin finansı ile ilgili ülke kaynakları ile karşılanabilecek ve gereksinimi giderebilecek bir ödeme modelinin oluşturulabilmesi sağlanmalıdır.

11.1. SGK kapsamında hem sağlık hem de bakım gereksinimlerinin karşılandığı bir "Bakım Sigortası" oluşturulmalıdır.

11.2. Evde sağlık hizmetleri Genel Sağlık Sigortası kapsamından, uzun süreli bakım hizmetleri de bakım sigortası kapsamından ödenmelidir.

11.3. Evde sağlık / bakım finansman sisteminin yapılandırılması için "Çalışma Komisyonu" oluşturulabilir. Komisyonda ilgili kurumlar, STK, meslek örgütleri ve üniversite temsilcileri bulunmalıdır.

11.4. Özel sağlık sigortaları teŖvik edilmelidir

11.5.Mevcut ödeme uygulamalarındaki suistimaller ve verimsizlikler (ilaç, tıbbi cihaz vb ödemeler) denetlenmelidir. Bu çalıŖma sonucunda elde edilecek olan kaynaklar da evde sağlık ve bakım sistemi için kullanılmalıdır.

11.6. Mevcut durumda evde kullanılan oksijen, solunum cihazı vb gibi bazı ürünlerinin satın alınması için SGK tarafından ödeme sağlanmaktadır. Ancak cihazların uygun ve güvenli koŖullarda kullanımı için, eğitim, periyodik bakım ve kontrol, teknik destek ve kalibrasyonu gibi hizmetler mevcut değildir. Bu hizmetlerin de modele ilave edilmesi gerekir.

11.7. Uzun süreli bakım hizmetlerine iliŖkin bütünleŖtirilmiŖ mevzuatın düzenlenmesi gerekmektedir. Mevzuat aynı zamanda finansmanı da kapsamalıdır.

12- Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin odağında informal bakım verenler (aile-akraba gibi yada vasıfsız bakım verenler) olmasından dolayı bakım verenlerin desteklenmesi sağlanmalı ve bu alanda çalıŖma baŖlatılmalıdır.

13- Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Yerel Yönetimlerin evde sağlık ve bakım hizmetleri koordinasyonunun sağlanması ve geliŖtirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla evde sağlık ve bakım hizmetlerinde etkin bilgi iletiŖim teknolojilerinin (BiT) kullanılması sağlanmalıdır.

14- Sürdürülebilir evde sağlık ve bakım hizmetleri için bakım hizmet modelleri arasında güçlendirilmiŖ değerlendirme yöntemleri ile geçiŖlerin sağlanması, diğer bakım modellerinin de (gündüzlü merkezler, yaŖlı apartmanları, bakım ve rehabilitasyon merkezleri, palyatif/hospis bakım merkezleri vb) geliŖtirilmesi gerekmektedir.

15- Evde sağlık ve bakım hizmet sunumunda sağlık hizmetinin koordinasyonu çok önemli bir bileŖendir. Yine evde bakım hizmeti alan ve daha çok geriatrik yaŖ grubundaki hastalarımızın birden fazla organ sistemini etkileyen komorbiditelerinin varlığı nadir değerdir. Bu nedenle 12 çekirdek yeterliliğinden ikisi bakımın koordinasyonu ve savunuculuğu olan Aile Hekimliği Uzmanları evde sağlık ve bakım hizmetinin koordinasyonu konusunda yer almaları sağlanmalıdır. Özellikle hastanelerin evde bakım birimlerinde aile hekimliği uzmanlarının görevlendirilmesi etkin olabilir.

16.Evde sağlık ve bakım mevzuatında aile hekimliği uzmanlarının tanımlanması yapılmalıdır. Ayrıca; evde sağlık ve/veya yaŖlı bakım teknisyenlerinin bu alanda istihdam edilmesi de sağlanmalıdır.

17. Multidisipliner ve baŖaklandırılmıŖ bir evde sağlık ve bakım hizmet sunumu yapabilmek için evde sağlık ekiplerinin isteyeceği tıbbi ve sosyal konsültasyonlar ve hastayı devredeceği aile hekimleri ile ortak kayıt ve takip sistemleri oluŖturulmalıdır.

Bunun işleyişi olumlu yönde etkileyeceği ve teoriğinin pratiğe dönüştürülmesinde önemli olacağı düşünülmektedir.

18. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin uluslararası standartlarda uygulanması sağlanmalıdır.

18.1. Evde hastaya erişim ve hizmetin yaygınlaştırılması amacıyla spotlar, sesli ve görsel yayınlar ile toplumu ve sağlık personelini evde sağlık ve bakım konusunda bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır. İstismara açık alan, deneyimsiz ve denetimden yoksun alan olması nedeniyle ivedilikle farkındalık ve bilinçlendirme yapılmalıdır.

18.2. Hizmetin kalitesini geliştirmek amacıyla memnuniyet anketleri yapılmalıdır.

18.3. Hasta ve hasta yakını eğitimleri; JCI hasta bakım standartları doğrultusunda sağlanmalıdır. Hasta bakım standartları;

- a. Hasta Güvenliği,
- b. Hastaya Erişim
- c. Hastanın Değerlendirilmesi
- d. Hasta Hakları ve Sorumlulukları
- e. Hasta Bakımı ve Bakımın Sürekliliği
- f. İlaç Yönetimi
- g. Hasta ve Yakınlarının Eğitimi
- h. Sağlık Kuruluşu Yönetim Standartları
- ı. Çevre Yönetimi ve Güvenliği
- i. Çalışanların Niteliği ve Eğitimi
- k. Yönetim ve Liderlik
- l. İletişim ve Bilginin Yönetimi alanlarını kapsamaktadır.

18.4. Mevcut evde sağlık ve bakım hizmetlerinin bilgi yönetim sistemleri ve göstergeleri izlemeyi sağlayıcı biçimde geliştirilmelidir.

18.5. Evde sağlık ile ilgili enfeksiyonlar izlenmeli ve geliştirilmelidir. Tıbbi atık yönetimine yönelik rehberlere, insan gücü planlamasına, evde çalışan personelin çalışma ortamının değerlendirilmesine ve iyileştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması sağlanmalıdır.

19. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinde etik yaklaşım kişisel etik, sosyal yaşam etiği, ve bilimsel etik kuralları dikkate alınarak belirlenmelidir. Evde sağlık ve bakımda etik alanında; yasal düzenlemeleri, yeni sağlık politikasının oluşturulması, aile hekimliğinin rolü, aile sağlığı elemanı ve istihdamı, gelir ve eğitimi düşük aileler için evde bakım mevzuatında bir düzenlemenin yapılması, ayrımcılık vb. konularda da çalışmalar başlatılmalıdır. Örneğin yaşlılar için; sosyal destekle sağlanabilecek alışveriş olanağı, yaşlıların birlikte vakit geçirmesi gibi hizmetlerin sağlanması.

20. Evde sağlık ve bakımda uluslararası örnekler ve ölkemizde uygulanabilir süreçler için öneriler;

20.1. Yaşlılar için Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Geleceği

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır ve düşme, bulaşıcı olmayan hastalıklar (diyabet ve kardiyovasküler rahatsızlıklar), yoksulluk, sosyal izolasyon ve kötü muamele sonucu yaşlı kişilerde sağlık sorunları çok sık görölmektedir. Yaşlılara sunulan evde bakım hizmetlerinin sunumuna dair temel sorunlar, bakıcı bulmanın gün geçtikçe zorlaşması ve uzun süreli bakımın yüksek maliyetidir. Bu anlamda bazı ölkelerde yakın gelecekte insanlara bakım verebilecek kapasitede çalışabilecek robotların tasarlanmaya başlanmıştır.

20.2 Evde Sağlık ve Bakımda Uluslararası Örnekler

Evde bakım kavramı farklı ölkelerde farklı hizmetleri içermektedir. Çoğu ölkede kamu tarafından sunulan veya bedeli karşılanan evde sağlık ve bakım, evde sunulan hemşirelik, hekimlik ve bakım hizmetlerini içerirken, İngiltere, Hollanda ve Norveç'te evde sağlık ve bakım hizmetleri dahilinde kişiye sadece günlük yaşam aktivitelerinde destek sunulmaktadır. İsrail'de evde sağlık ve bakım hizmetlerine işitsel acil durum alarmı ve kuru temizleme hizmeti dahilken, Avustralya'da evde sağlık ve bakım kapsamında ev temizliği ve bahçe düzenleme hizmeti de sunulmaktadır.

20.3. Birçok Avrupa ölkesinde evde bakım hizmetleri Yerel Yönetimler' in sorumluluğundadır. Evde bakım hizmetlerin sunumu ve finansmanı konularında ölkede bir strateji oluşturulmuş ve uygulama safhası Yerel Yönetim' lerin sorumluluğuna verilmiştir. Bu örneklerden yola çıkarak ölkemizde evde sağlık ve bakım hizmetleri sunumunda yerel yönetimler desteklenmeli ve yasal engeller kaldırılmalıdır.

20.4. Ölkeler, evde bakım hizmetinden faydalanacak kişileri belirlemek üzere farklı değerlendirme kriterleri kullanmaktadır. İngiltere'de kişilerin hastalık veya fiziksel veya ruhsal bir sorundan dolayı en az 2 adet günlük yaşam aktivitesini bağımsız olarak yapamamaları baz alınırken, Avustralya'da bakım ihtiyacı 4 dilime bölünmüş ve her dilim için farklı hizmet kapsamı öngörülmüştür. İsrail'de ise kişinin bağımlılık puanı hesapladıktan sonra, yalnız yaşayıp yaşamadığı göz önüne alınarak ihtiyaç seviyesi belirlenmektedir.

20.5. Birçok ölkede, ihtiyaç sahibi kişilerin kamu tarafından sunulan veya bedeli karşılanan evde sağlık ve bakım hizmetlerinden faydalanabilmeleri için belirli bir gelir düzeyinin altında gelir etmeleri şart koşulmuştur. İhtiyaç sahiplerine evde bakım hizmetlerinin sunulması için gelir tespitinin yapılmadığı az sayıda ölkeden biri Norveç'tir.

İhtiyaç tespiti, evde sağlık ve bakım hizmetlerinden faydalanacak kişiler ile yüz yüze görüşme, telefon yoluyla görüşme veya kişinin internet üzerinden gerekli formları doldurmasıyla yapılmaktadır. İhtiyaç tespitini yapan meslek grupları ülkelere göre farklılık göstermekte, bu konuda genel olarak hemşireler, sosyal hizmet uzmanları ve hekimler görev almaktadır. Avustralya'da ihtiyaç sahiplerinin internet üzerinden hizmet başvurusu yapabilmeleri için çok kapsamlı bir web sitesi oluşturulmuştur.

20.6.Çoğu ülkede ihtiyaç tespiti yapıldıktan sonra, yerel yönetimler gerekli hizmetleri kendi kaynakları ile veya özel sektörden satın alarak, sunma yoluna gitmektedir. İtalya, İngiltere, İsrail ve Avustralya'da kişiye hizmet sunmak yerine, kendi tercih edeceği hizmet sağlayıcıdan hizmet satın alabilmesi için direk ödeme de yapılmaktadır.

20.7. Evde bakım alanında, bakım verici olarak formal ve informal olmak üzere iki farklı grup çalışmaktadır. İnfomal çalışanlar, aile yakınlarının bakım ihtiyaçları ile ilgilenen ve genellikle kadın olan kişilerdir. Formal çalışanlar ise hizmetleri için ücret alan kişilerdir, bu kişilerin büyük bir çoğunluğunun ailenin yanında yaşayan göçmen bakıcılar olduğu vurgulanmıştır.

20.8. Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri için gerekli finansman devlet fonları, emlak vergileri, maaşlar üzerinden yapılan kesintiler, iş vergileri ve kişilerden alınan katkı paylarıyla sağlanmaktadır.

20.9. Çoğu ülkede, yaşlılar tarafından en çok tercih edilen uzun süreli bakım alternatifinin evde bakım olduğu belirtilmiştir. Hükümetler de kurumda bakıma göre maliyet avantajı sağladığı için evde bakımı desteklemektedir ve yaş alan kişilerin evlerinde yaşamaya devam etmelerini destekleyecek politikalar üretmektedir. Benzer şekilde çoğu ülkede evde bakım konusunda formal bakıcıların sunduğu bakım yerine aile bireylerinin sunduğu bakım desteklenmektedir.

21- Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Finansmanı

21.1.Sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri, yaşlanan nüfus, giderek komplike hale gelen hastalık yapısı ve artan sağlık harcamaları karşısında zorlanmaktadır. Birçok ülke, sürdürülebilir bir çözüm olarak evde sağlık ve bakım hizmetlerine yönelmiştir, örneğin Amerika'da 1980'li yıllarda Medicare ile evde bakım geri ödeme sistemi başlatılmıştır.

21.2.Ülkemizde; evde sağlık ve bakım hizmetlerinin finansmanı için, hizmetleri insanlık hakkı ve kamusal sorumluluk olarak kabul edecek, hizmet sunumunu basamaklandırarak, uzun süreli bakımı sağlık ve sosyal bakım olarak birlikte değerlendirecek ve diğer bakım alternatifleri ile koordinasyonu mümkün kılacak bir model tasarlanmalıdır.

21.3.Türkiye için çalışanlar ve işverenlerden sağlanacak katkılar ve devlet desteğini içeren bir fonlama tasarlanabilir. Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin finansmanı için kullanılacak diğer bir kaynak da özel sağlık sigortalarıdır. Ancak günümüzde sigortalılar nezdinde evde sağlık hizmetlerinin bilinirliği yeterli seviyede olmadığı için, evde bakım teminatını kullanan üye sayısı azdır.

21.4.Uzun süreli bakım hizmetlerinin finansmanı için fon sağlanması ülkeler için son derece önemli hale gelmiştir. Geçen sene, uzun dönemli bakım hizmetlerinin finansmanı için yaklaşık 3.5 milyar avro harcanan İsrail’de, Gayri Safi Milli Hasıla’nın %1.2’si kullanılmıştır. Hizmetlerin finansmanı için kullanılan fonların nerdeyse yarısı Sağlık Bakanlığı bütçesi, Sosyal Hizmetler Bakanlığı bütçesi ve kamunun Uzun Dönemli Bakım Sigortası tarafından sağlanırken, kalan kısmı özel sigortalar tarafından karşılanmıştır. İsrail’de; çalışanlar ve işverenlerinin ödediği sosyal güvenlik primlerinin bir kısmı Uzun Dönemli Bakım Sigortası’na aktarılmaktadır. Uzun Dönemli Bakım Sigortası için 5 seneden fazla prim ödeyen kişiler, ihtiyaç sahibi olduklarında Sigorta’nın sunduğu imkanlardan faydalanmaktadır. Nüfusun %11’inin 65 yaş ve üstü olduğu ülkede, yaklaşık 230,000 kişi devlet tarafından sunulan veya bedeli ödenen evde ve kurumda bakım hizmetlerinden faydalanmaktadır. Ancak Uzun Dönemli Bakım Sigortası fonları yetersiz kalmakta ve gerekli fonlar diğer devlet kurumları tarafından takviye edilmektedir.

21.5.Ülkemizde uzun dönem bakım ihtiyacı vardır ve bu ihtiyaç en hızlı yaşlanan ülke olmamız nedeniyle de artacaktır. Bu nedenle Bakım Sigortasının ülkemizde başlatılması gerekmektedir. Çalışmalara ivedilikle başlanmalıdır.

22- Evde sağlık ve bakım hizmetlerinde teknolojik uygulamalar ve hastalık yönetimi

22.1 Kronik Hastalık Yönetimi

Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar (kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları başta olmak üzere) küresel ölümlerin %60’ını oluşturmaktadır. Dünyada son 100 yıl içerisinde yaşam süreleri ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların görülme sıklığında artışlar meydana gelmiştir.

22.2.Gelişmiş ve gelişmekte olan ülke ekonomilerinde bulaşıcı olmayan hastalıklar büyük finansal ve ekonomik risk oluşturmakta, sağlık hizmeti sunum sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Kronik Hastalıkların başlangıç aşamasında önlenmesi ya da tanı konulduktan sonra ilerlemesinin durdurulması, potansiyel hastalık komplikasyonlarının azaltılması için toplum tabanlı önleyici yaklaşım modelleri geliştirilmelidir.

22.3.Tüm dünyada kronik hastalıkların yönetimi çok zordur. Bu zorlukların başında sağlık hizmetinde sürekliliğin sağlanamaması, parçalı sağlık hizmeti sunumu, etkisiz ve verimsiz sağlık hizmeti ve koordinasyon eksikliği gelmektedir.

Gelişmiş ülkelerde etkin bir model olması nedeniyle kronik hastalık yönetimi modelleri geliştirilmiş ve uygulanmaya başlamıştır.

Ülkemizde de benzer programların başlatılması gerekmektedir. Oluşturulacak kronik hastalık yönetim modellerinde; topluma ve sağlık çalışanlarına yönelik farkındalık oluşturulmalı, eğitim ve sağlık okuryazarlığı arttırılmalı, davranış değişikliği geliştirilmeli, kanıta dayalı erken tanı ve tedavi rehberleri oluşturulmalı ve etkin rehabilitasyon amaçlanmalıdır.

23- Evde sağlık ve bakımda teknoloji kullanımı

23.1. Dünyada sunulan tele-tıp ve tele-sağlık uygulamalarına yönelik örnekler bulunmaktadır. Örneğin; İrlanda’ da akıllı telefonlar üzerinden zaman ve mekandan bağımsız akredite ve kayıtlı doktorlar ile video danışmanlık hizmeti sunan 3G DOCTOR, Amerika’ da ilaçlar ve hastalıklar hakkında bilgi sağlayan EPOCRATES, Almanya’da yoğun bakım ile ev arasında köprü oluşturan ve uzun vadeli bakım sağlayan ROMEO en önemli tele-tıp ve tele-sağlık uygulamalarına örneklerdir.

23.2. Türkiye’de tele-sağlık ve tele-tıp uygulamaları 2006 yılında, Sağlık Bakanlığının koordinasyonunda “e-dönüşüm Türkiye projesi” kapsamında bir eylem planı hazırlanarak yürürlüğe konulmuştur.

Ülkemizde tele-sağlık uygulamalarında olduğu gibi tele-tıp ile ilgili çalışmalar henüz başlangıç aşamasındadır. Bu alanlarda uygulama sonuçlarını gösteren yayınlara ihtiyaç bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması ve özellikle maliyet açısından avantajlı yönleri ile tele-tıp uygulamalarının uzun süreli takip gerektiren kronik hastalıklarda ve öncelikle radyoloji, oftalmoloji, patoloji, evde sağlık ve bakım, endokrinoloji gibi bilgisayar-internet uygulamalarının teknolojik entegrasyonunun daha kolay olduğu alanlarda yaygınlaşması gerekmektedir, Ülkemizde ekonomik ve sürdürülebilir olması amacıyla tele tıp ile ilgili bir strateji/politika belirlenmelidir.

23.2.3.Toplumun sağlık okuryazarlığı arttırılmalı, tele-tıp konusunda farkındalık oluşturulmalıdır.

23.2.4.Teletıp için geri ödeme mekanizmaları kurgulanmalı, SGK , Belediyeler ve Özel Sağlık Sigortaları finansmanda sorumluluk üstlenmelidirler.

23.2.5.Teletıp uygulamaları ile ilgili hukuki ve etik altyapı hazırlanmalıdır.

23.2.6. Evde sağlık ve bakım alanında pilot çalışmalar yapılarak Türkiye koşullarında yöntemlerin uygulanabilirliği ve standartları belirlenmelidir.

23.2.7.Teletıp konusunda çalışmalar yapılmalı ve bugüne kadar yapılan çalışmaların sonuçları yayınlanmalıdır.

24- Engellilerin yaşadıkları evde sağlık ve bakım sorunları

24.1.Ev ortamında yaşamlarını sürdüren ve bakımları sunulan engelliler uygun fiziki ortamlarda yaşayamamaktadır. Bu sorunlar; mimari engeller, asansörsüz katlı yapılar, uygun olmayan yataklar, koltuklar, uygun olmayan tuvalet ve banyo, dar kapı genişlikleri ve geçişleri, tutunma barları, ev mobilyalarının standardizasyonu, beyaz eşyaların kullanım zorlukları, uygun olmayan iklimlendirme / havalandırma. Evde sağlık ve bakım hizmetleri kapsamında ev ortamı değerlendirilmeli ve hasta /engelli için uygun hale getirilmelidir.

24.2.Engelliler için zorunlu olan ve yaşam kalitelerini sağlayacak medikal / yardımcı cihazlar yeteriz ya da güvenli kullanıma yönelik olmamaktadır. Tekerlekli sandalye, bası önleyici minder, bası önleyici yatak, hijyen araçları (banyo, tuvalet sandalyesi), kaldırma / transfer araçlarından yoksunluk, tekstil ürünleri (iç çamaşırı, çarşaf, kolay giyilebilir/çıkarılabilir giysiler), kapak açacağı, el destek aparatları, iletişim cihaz ve yöntemlerine ulaşamamak, teknolojik ürünler (akıllı ev sistemleri, bilgisayar ve iletişim araçları), güç kaynağı ve jeneratör vb. teknik donanımlar ev ortamında kullanım için sağlanmalıdır.

24.3.Evde sağlık ve bakım hizmetlerine ulaşamayan engelliler önemli sorunlar ve yoksunluklar yaşamaktadırlar. Bunlar;

- a. Fiziki kısıtlılığın “çekmek” olarak nitelendirilmesi
- b. Tek başlarına mücadele ile karşı karşıya
- c. İletişimden yoksun
- d. Tecrübe ederek ve bazen de yanılarak öğrenme
- e. Uygun olmayan kaldırma ve transfer yüzünden hasta yakının sakatlanması
- f. Bakım yükü nedeniyle hasta yakının zöel zaman kavramının ortadan kalkması
- g. Kişinin özerkliği ve seçim hakkı
- h. Fizyoterapiden (solunum, fiziki, konuşma) yoksunluk
- ı. Postür, şekil bozuklukları ve vücut bütünlüğündeki hasarlar
- i. Psikolojik sorunlar ve entelektüel yaşamın sınırlanması
- j. Evde bakım hizmeti alması gereken kişilerin yük olarak algılanması
- k. Kötü muameleye maruz kalmak ve özgüven yetersizliği

Evde sağlık ve bakım hizmeti engellileri bakım gereksinimleri dikkate alınarak planlanmalı ve hizmet ilgili tüm kurumların işbirliği ile sağlanmalıdır.

