

2023

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sebahat Sümeyye TAŞKIN KOÇ



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ANKARA İL MERKEZİNDE EVDE SAĞLIK
HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: KALİTATİF
BİR ÇALIŞMA**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sebahat Sümeyye TAŞKIN KOÇ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Ankara, 2023

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ANKARA İL MERKEZİNDE EVDE SAĞLIK
HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:
KALİTATİF BİR ÇALIŞMA**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sebahat Sümeyye TAŞKIN KOÇ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Ankara, 2023

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

25.04.2023

Sebahat Sümeyye TAŞKIN KOÇ



TEŐEKKÖR

Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitim sürecim boyunca her konuda tecrübelerini bizimle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet KESKİN, Prof. Dr. Adem ÖZKARA ve üzerimde emeği geçen bütün hocalarıma,

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde göstermiş olduğu sabır, hoşgörü ve katkılarından dolayı tez danışmanım Doç. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ' a,

Bugünlere gelmemde büyük katkıları olan ve her daim yanımda olan annem Zehra TAŞKIN'a, babam Ali Cumhur TAŞKIN'a, sevgili kardeşlerime, çok değerli eşim Dr. İsmail KOÇ'a ve biricik kızım Elif Ebrar KOÇ'a teşekkürlerimi sunuyorum...

Sebahat Sümeyye TAŞKIN KOÇ

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	3
ABSTRACT	5
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	7
TABLolar DİZİNİ	8
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Evde Sağlık Hizmetleri Tanımı.....	3
2.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı	4
2.3. Dünyada Evde Sağlık Hizmetleri.....	6
2.4. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri	8
2.4.1. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri Mevzuatı	9
2.4.2. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri Yapılanması	14
2.5. Evde Sağlık Hizmetlerinde Kalite Değerlendirmesi	15
2.6. Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantajları	17
2.7. Evde Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yaşanan Sorunlar.....	19
2.8. Pandemi Döneminde Evde Sağlık Hizmetleri	20
2.9. Kalitatif Araştırmalar	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi, Evreni ve Örneklemi	25
3.2. Verilerin Toplanması	25
3.2.1. Veri Toplama Süreci	25
3.2.1. Veri Toplama Aracı.....	26
3.3. Araştırmanın Analizi	26
3.4. İzinler	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. ESHB’lerin Fiziksel Şartları; Personel, Araç, Malzeme ve Ekipman Durumu	28
4.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Genel İşleyişi	38
4.3. Nakil Hizmetleri ve Nöbetler	46
4.4. Uygunsuz Başvurular ve Güvenlik Sorunu.....	50
4.5. Ücretlendirme.....	55
4.6. Hastane ve Koordinasyon Merkezi ile İlişkiler.....	57
4.7. Covid Döneminde Evde Sağlık Hizmetleri.....	59

4.9. Ankara’da Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin Birleşimi.....	68
5. TARTIŞMA	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90
7. KAYNAKLAR	93
8. EKLER.....	99
Ek-1. Etik Kurul Onay Belgesi	99
Ek-2 Hastanelerden Alınan İzinler	100
Ek-3. Bilgi Formu	103
Ek-4. Röportaj Konu Başlıkları	104
Ek-5. Özgeçmiş	105



ÖZET

Giriş ve Amaç: Evde sağlık hizmetleri bakıma ihtiyaç duyan kişilerin evde tıbbi bakımını sağlayan bir hizmettir. Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus oranının artmaya başlamasıyla evde sağlık hizmetinin önemi artmıştır. Bu çalışmanın amacı Ankara il merkezinde, evde sağlık hizmetlerinin 4 merkezde birleşmesinden sonra evde sağlık hizmeti veren birimlerin mevcut durumlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız kalitatif tiptedir. Bu çalışmaya Ankara merkezde 3 Evde Sağlık Hizmetleri Birimi (ESHB) dahil edilmiş ve bu merkezlerin sorumlu hekim ve sorumlu hemşireleri ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerde yarı yapılandırılmış röportaj tekniği kullanılmıştır. Veriler niteliksel yöntemle analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcılar birleşmenin olumlu ve olumsuz yönleri olduğunu, birleşme sonrasında mesafelerin çok artmasını olumsuz olarak değerlendirmişlerdir. Yolda geçirilen zamanın bakılan hasta sayısını azalttığını ve personelde yorgunluğa neden olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların yarısı birleşmeden sonra yönetimden kendilerine verilen desteğin arttığını belirtmişlerdir. Hekim ve hemşirelerin çoğu evde sağlık hizmeti mevzuatında değişiklikler olması gerektiğini belirtmiştir. Katılımcıların tamamı ESHB’de çalışan hekim ve hemşirelerin özel bir eğitim alması gerektiğini belirtmiştir. Özellikle Covid-19 pandemisinin başlamasıyla beraber hasta sayılarında çok artış olduğu, mobil hastalar gibi uygunsuz başvuruların çok fazla olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların çoğu birimlerindeki sabit hekim sayısının yetersiz olduğunu ve bu yüzden hekim olması gereken yerde sadece hemşirelerden oluşan ekiplerin olduğunu belirtmişlerdir. Hekim ve hemşireler genel olarak evde sağlık hizmetinde çalışmaktan memnuniyet duymalarına karşın çalışma koşullarının iyileştirilmesinin ve verilen ücretlerin artmasının çalışanların motivasyonunu arttıracaklarını belirtmiştir.

Sonuç: Evde sağlık hizmetlerinin önemi, ortalama insan ömrünün ve buna bağlı olarak kronik hastalıkların artması sonucunda günden güne artmaktadır. Evde bakım ihtiyacı olan hastalara kaliteli hizmet verebilmek için öncelikle çalışanlara iyi bir çalışma ortamı sağlanması gerekmektedir. Evde sağlık hizmetinin 4 merkezde birleştirilmesinin hizmet kalitesini arttırmak ve hizmeti standart hale getirmek adına olumlu olduğu görülse de mevzuatın kapsamındaki eksiklik, sabit personel eksikliği,

ek ödeme ve eğitim açığı gibi konularda halen geliştirilmesi gereken yerler ve kapatılması gereken açıklar görölmektedir.

Anahtar Kelimeler: evde sağlık hizmeti, kalitatif çalışma, sağlıkta kalite



ABSTRACT

Introduction and Aim: Home health services provide medical care at home for people who need health care. The importance of home health services has increased with the enlargement of elderly population in the world and also in our country. This study aims to evaluate the current situation of the units providing home health services after the merger of home health services in the city center of Ankara.

Materials and Methods: Our research is qualitative type. Three Home Health Services Units (HHSU) in the center of Ankara were included in this study and face-to-face interviews were conducted with responsible physicians and responsible nurses of these centers. Semi-structured interview technique was used in the interviews. The data were analyzed with the qualitative method.

Results: The participants stated there are positive and negative aspects of the merger. The increasing distances after the merger have been evaluated negatively. They stated that the time spent on the road reduces the number of patients cared for and causes fatigue in the staff. Half of the participants stated that the support given to them by the management increased after the merger. Most of the physicians and nurses stated that there should be changes in the home health care legislation. All of the participants stated that physicians and nurses working in HHSU should receive special training. They stated that especially with the onset of the Covid-19 pandemic, the number of patients has increased much more than before, and there are many inappropriate applications such as mobile patients. Most of the participants stated that the number of fixed physicians in their units was insufficient and therefore there were teams of only nurses without physicians instead of with physicians. Although physicians and nurses were generally pleased to work in home health services, they stated that improving working conditions and increasing wages would increase the motivation of the employees.

Conclusion: The importance of home health services is increasing day by day as a result of the increase in the average human lifespan and consequently chronic diseases. To provide quality service to patients in need of home care, first of all, it is necessary to provide a good working environment for the employees. Although it was seen that the merger of home health services in 4 centers is positive in terms of

increasing the quality of service and standardizing the service, there are still areas that need improvement and gaps that need to be closed in issues such as lack of legislation and fixed personnel. Also, additional payment and training gaps are another issue.

Keywords: home health care, qualitative work, quality in health



SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

AHB	: Aile Hekimliği Birimi
ADSM	: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
EAH	: Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ESH	: Evde Sağlık Hizmetleri
ESHB	: Evde Sağlık Hizmetleri Birimi
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
UHK	: Umumi Hıfzısıhha Kanunu
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. <i>Kalitatif ve kantitatif araştırma farkları</i>	23
Tablo 4.1. <i>ESHB'lerin fiziksel şartları</i>	28
Tablo 4.2. <i>ESHB'lerin personel dağılımı</i>	30
Tablo 4.3. <i>ESHB Ekipman ve Malzeme ile İlgili Bilgiler</i>	34



1.GİRİŞ

Bilim ve teknolojideki ilerlemeler sonucu ilaçların, tıbbi cihazların ve cerrahi teknolojinin gelişimi ile yaşlı ve engelli bireylerin beklenen yaşam süresi uzamış, ilerlemiş yaş ile beraber kronik hastalıkların artması ile evde bakıma talep artmış ve evde sağlık hizmetleri tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir hizmet haline gelmiştir (1).

Literatürde hem ‘Evde Sağlık Hizmetleri’, hem ‘Evde Bakım Hizmetleri’ kapsamında sağlık hizmetlerinden bahsedilmektedir. Evde bakım hizmetleri kapsam olarak daha geniş olup sosyal ve tıbbi bakımı içerirken, evde sağlık hizmetleri daha çok tıbbi bakım ile ilişkilidir.

Evde sağlık hizmetleri Türkiye’de çıkan son yönetmeliğe göre; “Sağlık hizmeti için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru engeli olan kişilerin, ihtiyaçları doğrultusunda muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin evinde sağlandığı, aynı zamanda bu kişilere ve bakımını üstlenen kişilere sosyal ve psikolojik destek hizmetinin verildiği sağlık hizmetidir.” şeklinde tanımlanmıştır (2).

Evde bakım hizmetleri ise; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici bakımın devamlılığını sağlayan, sağlık hizmetlerini destekleyen ve güçlendiren bir bakım sistemidir. Özürlü, yaşlı, kronik hastalığı olan veya hastalık sonrası iyileşme dönemindeki bireyleri destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlayan, bakıma ihtiyacı olan bireylerin ailelerinin, özellikle de kadınların üzerindeki yükü hafifletme amacı taşıyan psikososyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile birlikte sosyal hizmetleri de içeren bir bakım modeli olarak tanımlanır. Evde bakım kendi ev ortamında bakım almak isteyen fakat yakınları tarafından karşılanamayan tıbbi bakım ve sosyal hizmet ihtiyacının bu alanlarda çalışan meslek grupları tarafından hastanın kendi evinde karşılanmasıdır (3-5).

Devletlerin temel sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak vatandaşlarına sunmaları ve bireylerin en kolay ulaşabilecekleri hale getirmeleri sosyal devlet olma ilkesine sahip devletlerin özelliklerindendir. Evde sağlık hizmetleri, hastanelerin hastanede verdiği hizmeti hasta vatandaşların evlerine taşıyarak randevu alma, hastaneye

ulaşım, sıra bekleme gibi hastalar için zor duruma gelebilen durumlara katlanmadan evlerinde daha konforlu bir şekilde muayene, tetkik ve tedavi edilmelerini sağlar. Bu hizmet sosyal devlet olma ilkesinin doğruluğunu kanıtlamaktadır (6).

Evde sağlık hizmetleri sağlık kuruluşuna başvuru engeli olan her yaştan insana verilmesine rağmen oran olarak en fazla 65 yaş ve üstü vatandaşlara verilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) göre; yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2017 yılında %8,5 iken 2022 yılında %9,9'a yükselmiştir (7). 65 yaş üstü vatandaşların oranının 2025 yılında %11'e 2050'ye kadar %21'e ve 2075'e kadar %28'e çıkması beklenmektedir. Bu tahminlere göre Türkiye, dünyadaki en hızlı yaşlanan nüfuslardan biri haline gelmekte olup yaşlı bakımı, sağlıklı yaşlanma ve kronik hastalık yönetimi gibi konuların daha da önemli hale gelmesini sağlamıştır (8, 9).

Türkiye'de mevcut durumda evde sağlık hizmetleri kamu ve özel sektörde birbirinden bağımsız olarak yürütölmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hizmet, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı hastanelerin evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından sunulmaktadır. Bu çalışmamızda Ankara ilinde evde sağlık hizmetleri, organizasyon ve işleyiş açısından değerlendirilmiş, Ankara il merkezindeki evde sağlık hizmetlerinin 2020 yılı mart ayı itibariyle 4 merkezde toplanmasının işleyiş açısından avantajları ve dezavantajları tartışılmış, yine aynı dönemde başlayan Covid-19 pandemisinin sürece olan etkileri tartışılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Sağlık Hizmetleri Tanımı

Evde sağlık hizmeti özel bakım gereksinimi olan kişilere evlerinde verilen tıbbi bakım hizmetidir. Evde bakım hizmetlerinin sağlıkla ilgili olan bakım kısmını kapsamaktadır. Evde bakım hizmeti ise; kişilerin sağlığını korumak, geliştirmek veya yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla yaşlı veya engelli gibi bakıma muhtaç olan kişilere kendi evlerinde veya yaşadığı ortamda sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel olarak sunulmasıdır (10). Evde bakım hizmetleri bu anlamda evde sağlık hizmetlerine göre daha geniş bir kavram olup sağlık hizmetleri haricinde sosyal ihtiyaçlar için olan bakımı da kapsamaktadır.

Evde sağlık hizmeti, Ulusal Klinik Evde Bakım Derneği (2011) tarafından “toplumdaki hastalara doğrudan tıbbi malzeme ve/veya klinik hizmet sağlanması” olarak tanımlanmaktadır (11).

Evde sağlık ve evde bakım hizmetleri, sağlık ve sosyal hizmetleri içine alarak bireyin ihtiyaçları doğrultusunda yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını amaçlamaktadır. Bu bakımdan evde bakım hizmetleri, kurum bakımının yerini alan veya kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak da ifade edilebilir (12).

Evde bakım, ev hastanesi, ev hospilitizasyonu, tıbbi evde bakım veya duvarsız hastane olarak bilinen, hastaya evinde sağlanan tıbbi hizmet anlamına gelmektedir. Evde bakım kavramı çeşitli ülkelerde farklı terimlerle ifade edilmektedir. İsrail’de ev hastanesi (hospital at home), ABD’de ev hemşireliği (home nursing) ve evde bakım (home care), Batı Avrupa’da ise ev ziyareti (home visiting) ve evde sağlık bakımı (home health care) sık kullanılan terimlerdir (13). Türkiye’de de aynı şekilde hem ‘Evde Bakım Hizmetleri’, hem de ‘Evde Sağlık Hizmetleri’ kavramları sıklıkla kullanılan kavramlardır.

Türkiye’de evde sağlık hizmetleriyle ilgili ilk yönetmelik 2005 yılında ‘Evde Bakım Hizmetleri’ olarak; “Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik

tedavi de dahil tıbbi gereksinimlerini karşılayacak şekilde sağlık bakımı ile sağlık hizmetlerinin sunulması” şeklinde tanımlanmış, 2015 yılında çıkarılan en son yönetmelikte ise ‘Evde Sağlık Hizmetleri’ olarak; “Sağlık hizmeti için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru engeli olan kişilerin, ihtiyaçları doğrultusunda muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin evinde sağlandığı, aynı zamanda bu kişilere ve bakımını üstlenen kişilere sosyal ve psikolojik destek hizmetinin verildiği sağlık hizmetidir.” şeklinde tanımlanmıştır (2, 14).

2.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Evde sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastalara sağlık bakımı vermekle beraber bebek ve çocuklar dahil kronik hastalığı olan her yaş grubuna kendi yaşadıkları ortamda hizmet vermektedir (12). ABD’de evde sağlık hizmetini alan kişilerin %75’inin 65 yaş ve üstü olduğu belirtilmektedir (15).

2015 yılında yayımlanan ‘Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik’ e göre;

“Evde Sağlık Hizmetleri;

a) Hastaya konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini,

b) İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesini,

c) Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunmasını,

ç) Hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgilendirilmesini,

d) Hastaya evde kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanlar konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini,

e) Gerekli görülen hallerde hastanın ilgili sağlık kuruluşuna ve/veya sağlık kuruluşundan evine naklini kapsar” (2).

Evde bakım hizmetlerinde uluslararası düzeyde anlaşmaya varılmış asgari bir hizmet listesi yoktur. Bu sebeple her ülke kendi imkanları ve sosyokültürel dinamikleri açısından zaman zaman yenileyebildiği bir hizmet listesi oluşturmuştur (12).

Hizmet veren kişilere göre evde bakım hizmetleri 2 sınıfa ayrılır. Farklı meslek gruplarındaki uzman kişilerin evde verdikleri bakım “formal bakım”; akraba, arkadaş gibi aile üyelerinin verdikleri bakım ise “informal bakım” olarak tanımlanır. Evde bakım hizmetleri, evde sağlık hizmetleri ve evde sosyal destek hizmetleri olarak 2 grupta sınıflanır (3, 16).

Evde sağlık hizmeti kapsamına giren hastalar; terminal dönem kanser hastaları, ilerlemiş demans hastaları, şizofreni gibi mental hastalıklar, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar, ileri derecedeki kas hastaları, kaza sonucu sakat kalanlar, etyolojisine bakılmaksızın doğuştan veya poliomiyelit gibi hastalıklara sekonder oluşan özürlü hastalar, kalp damar hastaları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi solunum sistemi hastalıkları, HIV/AIDS’li hastalar, madde bağımlıları, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara sahip yatağa bağımlı veya yarı bağımlı hastalar ve fototerapi uygulaması gereken yeni doğan sarılıklarına sahip hastalardır. Bu kapsamdaki hastaların ihtiyaç duyduğu ağız ve diş sağlığı hizmetleri de evde sağlık hizmetleri kapsamındadır (12, 17).

Türkiye’de evde sağlık hastalarında yapılan bir çalışmaya göre evde sağlık hizmeti verilen kişilerin bakım nedenlerine bakıldığında en sık nedenler ameliyat sonrası bakım ve inme gibi serebrovasküler olaylardır. Daha sonra sıklık sırasına göre neoplaziler, diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları ve ortopedik hastalıklar gelmiştir (18). Evde sağlık hastalarına yapılan başka bir çalışmada ise en sık bakım nedeni olarak hipertansiyon hastalığı olup bunu sırasıyla diyabetes mellitus, demans, koroner arter hastalığı ve serebrovasküler olaylar izlemektedir (19).

2.3. Dünyada Evde Sağlık Hizmetleri

Dünyada pek çok ülke, kurum hizmetleri yerine alternatif bir tedavi seçeneği olarak evde sağlık hizmetlerine yönelmiştir. Böylece hastanelerin yükünü azaltacak, yatak kapasitelerinin daha verimli kullanımını sağlayarak gereksiz sağlık harcamalarının önüne geçecektir (17).

Evde sağlık hizmeti uygulaması orta çağlara kadar uzanmıştır. Özellikle 18. yüzyılda temel sağlık hizmeti olarak uygulanmasıyla beraber, gerçek anlamda uygulaması 19. yy'dan itibaren başlamıştır. 20. yy'de hastane hizmet çeşitliliğinin artması ile hastanelerde tedavi daha ön plana çıkmıştır (12, 20).

Doğumların evde mi, hastanede mi yapılması gerektiği tartışmalarının yaşandığı Roma'da, doğumlar elinde çanta ile alet ve malzemelerini getiren ebenin eşliğinde, gebe kadının evinde gerçekleştirilirdi. Ortaçağ Avrupa'sında ise evde sağlık hizmetleri, hastalığın diğer insanlara yayılmasını engellemek amacıyla, bir nevi karantina hizmeti olarak yapılmıştır (21).

Evde sağlık hizmeti ABD'de 1880'li yıllarda başlamıştır. Bir araştırmaya göre 2009 yılında ABD'de evde sağlık hizmetleri için yılda ortalama 72,2 milyar dolar harcanmakta ve 12 milyon kişi, 33.000'den fazla hizmet veren kişiden hizmet almaktadır (22). Bir çalışmaya göre 2050 yılına kadar ABD'de her 5 kişiden birinin 65 yaş üzeri olacağı belirtilmektedir (23).

Hastane destekli evde sağlık bakımı uygulamalarının ilki olarak, ABD'de bir hastanenin kurduğu evde bakım birimi gösterilmektedir. ABD'de 1965'ten itibaren evde bakım hizmetleri sosyal güvence kapsamı altına alınmıştır. ABD, Kanada, Avustralya ve pek çok Avrupa ülkesi evde bakım hizmetlerini yaygın ve iyi örgütlenmiş bir şekilde sunmaktadır (24).

İsveç'te 80 yaş ve üzeri yaşlı vatandaşın oranı %5 civarındadır ve Avrupa Birliği ülkeleri arasında bu oran ile birinci sıradadır. İsveç'te evde bakım hizmeti 3 aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada 1918-1949 yılları arasında ESH belediyeler tarafından verilmeye başlanmış ancak yetersiz kalmıştır. 1950-1990 yılları arasında hizmet biraz daha gelişmiştir. Üçüncü aşamada ise 1990 yılı sonrasında yerel belediyelere devredilerek ESH'ye ulaşım arttırılmıştır. 1992 yılında Adel Reformu

ile yaşlılara yönelik evde sağlık ve evde bakım hizmetleri merkezi yönetimden yerel yönetimlere devredilmiş ve sorumluluk tek elde toplanmıştır. Son yıllarda vergilerle ilgili çıkan bazı zorluklardan dolayı ESH'yi özel sektörlerle devretmeye yönelik bir eğilim vardır. Burada da evde bakım hizmeti, evde sağlık ve evde yardım hizmeti olarak ikiye ayrılmıştır. ESH sağlık personeli tarafından sağlanmaktadır (25).

İtalya, Avrupa'da yaşlı oranı en yüksek olan ülkelerden biridir. İtalya'da ESH ve EBH belediyeler tarafından entegre bir şekilde verilmektedir. Aynı zamanda ESH birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından da verilmektedir (25).

Avrupa ülkeleri arasından kurum bakımı alan yaşlı oranının en yüksek olduğu yer Hollanda'dır. Toplumun hızla yaşlanması sonucunda kaynakların verimli kullanılması açısından hastanede kalma süresini azaltmak, huzurevi gibi bakımevlerine girişi geciktirmek ve azaltmak amacı ile evde bakımın geliştirilmesi düşüncesi ağırlık kazanmış ve yeni bir politika geliştirilmiştir. Yaşlıların kendi imkanlarıyla yaşamlarını devam ettirmesi anlayışı 'İkame Politikası' olarak adlandırılmıştır. Bunun sonucunda kurumlarda yaşayan yaşlı oranı azalmaya başlamıştır (25).

Dünyanın en hızlı yaşlanan, ortalama yaşam beklentisi en yüksek olan ve en yaşlı nüfusa sahip ülkesi Japonya'dır. 1989 yılında kurumsal bakım yerine evde bakım hizmeti vermek amacıyla 'Gold Plan' uygulanmaya başlanmış, bu sayede yaşlı vatandaşların sağlık refahını yükseltmeyi amaçlamıştır. Bu plan ile kronik hastalıklara sahip ve rehabilitasyon alması gereken yaşlı hastalara, hastaneye yatırmadan ve sağlık sigortası ile karşılanan evde sağlık hizmeti uygulamasını başlatmıştır (25).

Dünyada 1940'lı yıllarda ikinci dünya savaşı sonrasında evde sağlık hizmetleri giderek azalmış ve hastanelerde bakım önem kazanmaya başlamıştır. Daha sonra ise kentleşmedeki hızlı artış, sosyal koşullarda bozulma ve şehirlerde yaşayan yoksul insan sayısında artış, evde sağlık bakımına olan ihtiyacı tekrar arttırmıştır (21).

2.4. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri uygulaması Cumhuriyetin ilk yıllarına dayanmaktadır. Cumhuriyetten önce Osmanlı Devleti’nde 15. yy’de gezici tababet hizmetlerinin sunulması Türkiye’de evde sağlık hizmetlerine dair ilk uygulamalar olarak sayılmaktadır (17). Türkiye’de 1940’lı yıllara kadar hastaların bakımı genellikle evlerde yapılmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası sağlıkta teknolojinin ilerlemesi ile hasta bakımı evlerden hastanelere kaymıştır. Evde hasta bakımının oranı 1940’lı yıllarda %40 iken, 1950’lerde %10’a, 1980’lerde ise %1’e düşmüştür (24).

Türkiye’de evde sağlık hizmeti uygulamalarında dikkat çeken üç aşama vardır. Birincisi 1930’da çıkarılan 1593 sayılı ‘Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK)’ dur. Bu kanun ile ‘Evde bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisi, ana-çocuk izlemi ve hekimlerin evde hasta muayenesi’ hükümlerini getirmiştir. Bu kanunun uygulanmasına dair 1931 tarihli 1852 sayılı 21 No’lu Tamim’de ‘ev ziyareti’ kavramından ilk defa resmi olarak bahsedilmiştir. İkinci aşama 1961 yılında çıkarılan ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK)’ çerçevesinde yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarıdır. Bu yasa ‘Herkes, her yerde ve her zaman sağlık hizmeti’ anlayışını getirmiştir. Sağlık alanında Cumhuriyet sonrası dönemde yapılan en önemli girişim olarak kabul edilmektedir. Üçüncü önemli aşama ise 1980 sonrasında yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarıdır (20, 21, 24, 26, 27).

1997 tarihli, ‘Sağlık Kabinlerinin Açılışı ve İşleyişi Hakkındaki Genelge’ de evde bakım uygulamaları ile ilgili aşağıdaki ibare yer almaktadır : “Hemşire ve sağlık memurlarının (toplum sağlığı bölümünden mezun olanların) meslek kanunlarında belirtilmiş olan yetkileri çerçevesinde kişilere yönelik olarak sunacakları evde bakım hizmetleri ile ilgili mesleğin serbest olarak icrası kapsamında yer aldığından, bu tür hizmetlerin de, hizmeti sunan sağlık personelinin işlettiği sağlık kabini aracılığı ile sunulması esastır.” (24)

Bütün bu yasal düzenlemeler sonunda durum değerlendirildiğinde yaygın ve örgütlü bir evde bakım hizmeti uygulamaya konulamamıştır. Ülkemizde önce özel

sektör sonra kamu hastaneleri tarafından fiili olarak evde bakım hizmetleri başladıktan sonra 2005 yılında konu ile ilgili yasal mevzuat oluşturulmuştur (24).

Evde bakım hizmetleri kapsamında birbirinden yapı ve yönetim açısından farklı özellikte beş tip kuruluş vardır. Bu kuruluşlar; resmi, gönüllü, hastane destekli, karma ve özel kuruluşlardır (21).

Ülkemizde yaşlı vatandaş oranının, özürlülük durumunun ve kronik hastalıkların artması ve hastanede yatış sonrasında bakıma ilişkin taleplerin artması, önümüzdeki yıllarda sağlık harcamalarında önemli bir artış olacağını göstermektedir (12).

Türkiye’de evde sağlık hizmeti uygulamaları hekim odaklı bir hizmet sunumu olarak uygulanmaktadır. Mevzuatta sadece hekimlere verilen görevler, tüm sağlık personeline verilen görev tanımlarının içinde %55,7’sini oluşturmaktadır. Birçok Avrupa ülkesi, ABD ve Kanada gibi ülkelerde ağırlıklı olarak hemşire odaklı bir hizmet sunumu vardır. Türkiye’de diğer ülkelerden farklı olarak evde sağlık hizmeti hekim odaklı başlamış ve devam etmektedir (20).

2.4.1. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri Mevzuatı

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri ile ilgili ilk yönetmelik 10 Mart 2005 yılında, 25751 sayılı “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkındaki Yönetmelik” ile Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikte evde sağlık hizmetlerinin esas olarak özel sektör tarafından verilmesi planlanmıştır. Yönetmelikte birim tanımı; “g) Birim: Evde bakım hizmeti vermek üzere hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi, poliklinik gibi özel sağlık kuruluşları bünyesinde bulunan evde bakım birimini” şeklinde yapılmıştır. Bu dönemde evde sağlık bakımı hizmetlerinin ödemesinin SUT’ta karşılığı olmadığı için bireyler bu hizmete kendileri ödeme yaparak ulaşabilmiş ve özel sağlık kuruluşlarının bir kısmı finansman sıkıntısı nedeni ile kapanmıştır. Bu yönetmelikte 2007 ve 2008 yıllarında bazı değişiklikler yapılmıştır (14, 28, 29).

2005 yılında çıkarılan ‘Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik’ ile aile hekimlerinin ihtiyacı olan hastalara ev ziyareti yapmasını ve

evde tanı, tedavi ve birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi planlanmıştır (30).

01.02.2010 tarihinde yayınlanan “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurum ve kuruluşlarda evde sağlık hizmetleri vermeye başlanmıştır. Bu yönerge ile 8 yıldır özel sağlık kurumları tarafından sunulan hizmetin, bakanlığın bünyesinde eğitim araştırma hastaneleri ve genel/dal hastanelerinde kurulacak ‘Evde Sağlık Hizmeti Birimleri’, TSM ve ASM’lerde sunulması ve buralarda çalışan personelin hizmet vermesi hedeflenmiştir. 2005 yılındaki mevzuatta ‘Evde Bakım Hizmeti’ kavramı ‘Evde Sağlık Hizmeti’ olarak değiştirilmiştir (6, 28, 31).

“Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile 2010 yılında alt yapı tam hazırlanmadan evde sağlık hizmetlerine giriş yapılmış, eksiklikler tespit edildikçe 2011 ve 2012’de çıkarılan 2 yönerge ile eksiklikler tamamlanmaya çalışılmıştır. 2011 yönergesi ile hizmet kapsamındaki hastalara, evde ağız ve diş sağlığı hizmeti verilmesi planlanmış ve hizmetin uygulama esnasında ortaya çıkan ihtiyaçların giderilmesi amaçlanmıştır. 2012 yönergesinde birimde çalışan personelin giyeceği kıyafetlerin standardı ve hasta nakil aracı olarak kullanılacak araçlarda bulunması gereken özellikler belirlenmiştir. En son ciddi bir yeniliğe gerek duyulan yönerge 2015 yılında çıkarılmıştır. Ancak yönergeye göre evde sağlık birimlerinin bağlı olduğu kurumun değişmesi ve il sağlık müdürlüğüne bağlanması sonucunda 2016’da yönerge tekrar düzenlenmiştir (6).

Evde bakımla ilgili ilk yönetmelik olan 2005 yönetmeliğinde sağlık kuruluşunun açılması ile ilgili 8. maddesinde “Mevzuatında halka sağlık hizmeti sunumu ile ilgili düzenleme yer alan kamu kurum ve kuruluşları ile kamu hastaneleri, bu Yönetmelik kapsamında evde bakım hizmeti verebilirler” şeklinde yazmaktadır. Bu kapsamda kamu hastaneleri ve yönetmeliğinde sağlık hizmeti sunumu düzenlemeleri olan, Belediyeler ve diğer kamu kuruluşları da hizmet kapsamına alınmıştır (28).

En son yönetmelik 2015 tarihinde çıkarılan 29280 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” tir. Evde sağlık hizmetlerinde Bakanlık tarafından, 2017 yılında uygulama değişikliği yapılmış ve hizmet sunumu bütünüyle hastanelere devredilmiştir. Bu uygulama bir mevzuat zemini olmadan yapılmıştır. Bu uygulama ile ilgili mevzuat çalışmasının Sağlık Bakanlığınca yapılmaya devam edildiği bilinmektedir (28).

2015 mevzuatının tanımlarla ilgili 4. maddesinde “f) Birim: Evde sağlık hizmetini sunmak üzere Bakanlığa bağlı sağlık kuruluşları bünyesinde teşekkül ettirilen birimi.” olarak tanımlanmıştır. Şu anda 2005 yönetmeliği ile özel sektör düzenlenmekte, 2015 yönetmeliği ile Sağlık Bakanlığına bağlı evde sağlık hizmetleri düzenlenmekte olup her iki mevzuatta uygulamadadır (2, 28).

Evde sağlık hizmeti birimleri son mevzuatta 3 tipe ayrılmıştır:

“a) T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: TSM’lere bağlı olarak kurulan birimlerdir. Evde sağlık hizmetini öncelikli olarak sunmakla görevlidir. Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulur. Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dâhil edilir. İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır. Evde sağlık hizmeti sunulan günlük hasta sayısı on ve üzerinde olan yerlerde en az bir T tipi birim kurulur. Birbirine yakın olan küçük ilçelerde aynı kriter doğrultusunda ortak hizmet birimi açılabilir.

b) H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler bünyesinde kurulan birimlerdir. Öncelikli olarak uzman hekim konsültasyonu, fizyoterapi gibi T tipi birimler tarafından verilmesi mümkün olmayan hizmetlerin sunumuyla mükelleftir. Koordinasyon Merkezinin planlaması doğrultusunda T tipi birimleri destekler. Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim/uzman hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulur. Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli

ekibe dahil edilir. İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır. Hastanın ihtiyacına göre ekibe uzman hekim ya da hekimler dâhil edilir. Hastane rollerinin belirlendiği gruplamaya göre A, B ve C tipi hastanelerin bulunduğu ilçelerde en az bir H tipi birim kurulur.

c) D Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı ADSM'ler bünyesinde kurulan birimlerdir. Ekipte bir diş hekimi ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri bulunur.” (2).

Yönetmelikte aile hekimlerine de görevler yüklenmiştir. Madde 16'da aile hekiminin görev tanımı şu şekilde belirlenmiştir:

“(1) Kendisine başvuran ya da yerinde veya gezici hizmet sunumu esnasında tespit ettiği evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan hastayı koordinasyon merkezine bildirir.

(2) Birimler tarafından evde sağlık hizmet sunumu tamamlanan ve koordinasyon merkezi tarafından kendisine bildirim yapılan kayıtlı kişiyi, bildirimini takip eden beş iş günü içerisinde evinde ziyaret eder.

(3) Evde sağlık hizmet birimi kurulmayan ilçelerle belde ve köylerdeki evde sağlık hastalarına, koordinasyon merkezinin yönlendirmesiyle 25/1/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ve aile hekimliği uygulamaları ile ilgili diğer mevzuat gereği evde sağlık hizmetini sunar. Bu hizmetin sunumunda, sağlık hizmeti ihtiyacının düzeyine göre kendisine bağlı olarak faaliyet gösteren sağlık evi ebesinden/ebelerinden de yararlanır.” (2).

Yönetmeliğin 4. Bölümünde Evde Sağlık Hizmetleri Sunumu kısmında; başvurunun yapılması ve değerlendirilmesi, çalışma usul ve esasları, hizmetin kapsamı, konsültasyon, sağlık kuruluşuna sevk, kayıtların tutulması, hizmet sunumunda uyulacak ilkeler, hizmetin sonlandırılması, denetim ve sorumluluk, kamu kurum ve kuruluşları ile sivil toplum kuruluşları arasında evde sağlık ve bakımın işbirliği içinde yürütülmesi ile ilgili maddelere yer verilmiş ve açıklanmıştır (2). Bunları şu şekilde özetleyebiliriz:

“Madde 17: ‘Başvuru; hasta, hasta yakını, diğer kişi veya kurumlar tarafından 444 3 833 numaralı telefon hattı aranarak ya da Ek-3’te yer alan “Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu” doldurularak veya TSM/AHB’ler aracılığıyla il koordinasyon merkezine yapılır.’ Başvuru hasta, yakını, aile hekimi ya da hastaneden taburculuk esnasında müdavi hekim tarafından yapılabilir. Başvurular koordinasyon merkezi tarafından değerlendirilir. Kabul edilen başvurular sonucunda çalışma usul ve esaslarına göre hareket edilir.

Madde 18: (1) Evde sağlık hizmetleri, birim sorumlu tabibi/dış tabibi ya da AHB tarafından, gerektiği hallerde müdavi tabip ya da ilgili uzman tabipler ile istişare edilerek hazırlanan ve koordinasyon merkezi sorumlusu tarafından uygun görülerek onaylanan çalışma ve iş planına göre yürütülür. (2) Vakanın durumuna göre günlük, haftalık veya aylık dilimler halinde önceden hazırlanan, ziyaret gün ve saatlerini, ekipte yer alacak personelin unvan ve kimlik bilgilerini içeren ziyaret planı, hizmet verilecek hasta ve/veya aile bireylerine önceden bildirilir.” Ayrıca bu maddede evde sağlık hizmetlerinin mesai saatleri içerisinde randevu sistemiyle sunulması gerektiği belirtilmiştir. Hizmetin kapsamında ev ortamında muayene, tetkik ve tedavilerinin yapılması gerekirse ilaç, tıbbi cihaz ve malzeme raporlarının çıkarılması, hasta ve yakınlarının eğitimi ve bilgilendirilmesinden bahsedilmiştir (2).

Konsültasyon kısmında hastanın gerektiği durumlarda ilgili dalın uzman hekimine konsültasyonunun yapılması ve konsültasyon hekiminin hastayı zamanında değerlendirmesi gerektiğinden bahsedilmiştir. Bir sonraki maddede, hastanın hastaneye gelmesi gereken durumlarda hizmeti sunan birim tarafından hastaneye sevk edilmesi gerektiğinden ve bu sevk işleminin evde sağlık hizmetlerine tahsis edilen hasta nakil ambulansı ile veya hasta nakil ambulansının uygun olmadığı durumlarda 112 komuta merkezine ait bir ambulansla yapılması gerektiğinden ve evde sağlık hastalarının geçici olarak yatırılacağı “Evde Sağlık Hizmeti Ünitesi” oluşturulmasından bahsedilmiştir. Acil duruma girebilecek yeni oluşmuş durumların da evde sağlık hizmetleri kapsamına girmediği belirtilmiştir (2).

Madde 22’de verilerin kayıtlarının tutulmasından, Madde 23’te hizmet verilen hastalara veya hastanın durumu müsait değilse yakınlarından ‘Aydınlatılmış Onam Formu’ imzalatılarak rızasının alınmasından bahseder (2).

Madde 24'te evde sağlık hizmetinin sonlandırılması gereken durumlardan bahsedilmiştir. Bu durumlar şunlardır:

- “a) Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın iyileşmesi,
- b) Evde sağlık hizmeti sunulan hasta için uygulanan bakım ve tedavinin, sağlık personeli gerektirmeden yapılabilecek hale gelmesi,
- c) Hastanın kendisinin veya kk ya da ayırt etme göçüne sahip olmayan hastanın veli/vasisinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi,
- ) Hastanın vefat etmesi,
- d) Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde sorumlu tabip, diş tabibi ya da aile hekimi tarafından verilen hizmetin faydası olmayacağına kanaat getirilmesi,
- e) Hasta veya küçük ya da ayırt etme göçüne sahip olmayan hastanın veli/vasisinin personelin güvenliğine yönelik uygun olmayan davranışlarda bulunmaları,
- f) Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın, çeşitli nedenlerle ikamet ettiği bölgenin değişmesi.” (2)

Yönetmeliğin 25. Maddesinde, evde sağlık hizmetlerinin mevzuata uygun olarak yürütülmesinden Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun beraber sorumlu olduğu yazılıdır. Diğer madde ise ‘Kamu kurum ve kuruluşları ile sivil toplum kuruluşları arasında evde sağlık, bakım ve sosyal destek hizmetlerinin işbirliği içerisinde yrtlmesi’ hakkındadır (2).

2.4.2. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri Yapılanması

Ülkemizde 2017 yılı ve sonrasında mevzuat değişikliği yapılmadan ESH’de yeni bir uygulamaya geçilmiştir. Bütün ESHB kendi personeliyle beraber Türkiye Kamu Hastanelerine geçmiştir (32). Böylece ESH’leri tek çatı altında birleştirilmek istenmiş ve bu şekilde işleyişin hızlanması ve kalitenin arttırılması planlanmıştır. Bu uygulama ile ilgili yeni bir mevzuat yoktur ancak Bakanlığın mevzuat çalışmalarına

başladığı bilinmektedir. Bu uygulama ile ESH bütünüyle Sağlık Bakanlığına bağlı 2. Basamak hastanelere devredildi. TSM'ler ve aile hekimleri hizmet sunumundan çıkarıldı. Bütün illerde genel sekreterliklere bağlı koordinasyon merkezleri oluşturuldu. İllerdeki genel sekreterliklerin kapanması, Kamu Hastanelerinin genel müdürlüğe dönüşmesi gibi yapısal değişimlerden sonra koordinasyon merkezleri sağlık müdürlüklerine bağlandı. Hastaların başvuru numarası 444 3 833 numarası kullanılmaya devam edildi. Başvurular yalnız bu numaradan yapılmaya başlandı. Bu numaraya gelen başvurular Kamu Hastaneleri Kurumu aracılığıyla illere ve illerden ilgili hastanelere aktarılmaya başlandı. İlgili hastaneye başvurunun ulaşmasından sonra, birimlerin 24 saat içerisinde hasta yakınına telefonla ulaşmaları ve ilk ziyaretin yapılması istendi. TSM'lerde kaydı bulunan hastaların kayıtları ilgili hastanelere aktarıldı. Sonuç olarak ESH tek elden yürütölmeye başlandı (28).

2.4.2.1. Ankara'da Evde Sağlık Hizmetleri Yapılanması

Ankara ilinde Evde Sağlık Hizmetleri mevcut durumda kamu ve özel sektörde birbirinden bağımsız olarak yürütölmektedir. Kamuya bağılı evde sağlık hizmeti birimleri 2020 yılı Mart ayı itibarıyla, 27.02.2015 Tarihli ve 29280 Sayılı, Sağlık Bakanlığı ve Bağılı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik gereğince; Evde sağlık alanında hizmetin daha etkin ve verimli sunulması, standart hizmet sunumunun sağlanması amacıyla hastane (dal hastaneleri ve perifer ilçe hastaneleri hariç) Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi (A Bölgesi), Ankara Şehir Hastanesi (B Bölgesi), Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi (C bölgesi) Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi (D Bölgesi) altında birleştirilerek, il merkezinde 4 lokasyondan evde sağlık hizmetlerinin yürütölməsi planlanmıştır. Bu planlama gereğince yaklaşık üç senedir Ankara il merkezinde bu hizmet 4 hastanenin Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri tarafından verilmektedir (33).

2.5. Evde Sağlık Hizmetlerinde Kalite Değerlendirmesi

Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO)'nün tanımına göre kalite; bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamıdır (15).

Sağlıkta kalitenin geliştirilmesindeki hedef; toplumdaki bireylerin sağlık durumlarını sürdürmelerini ve hastalanmaları durumunda en kısa sürede sağlıklarına geri dönmelerini sağlamaktır. Kaliteyi iyileştirmek için, kalite standartlarını tanımlamak, standartlara uygun hizmet sunmak ve her yerde en yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmaya çalışmak gerekir (15).

Sağlık bakımında kaliteyi kavramsallaştıran Donabedian'a göre bakım hizmetleri yapı, süreç ve sonuç standartları olarak 3 bileşenden oluşur. Yapısal standartlar: Bakım verilen ortamın karakteristiğini anlatır. Örneğin bir hastane için yatan hasta sayısı başına düşen personel sayısının yeterliliği, odaların büyüklüğü, teknolojiye yeterince faydalanıp faydalanılmadığı, personelin eğitimi gibi olması gereken standartlardır. Süreç standartları: Bakım hizmetleri içerisinde yapılan faaliyetler bu grupta sınıflanır. Teknik süreçler, hastaya bakımın zamanında ve etkin bir şekilde verilebilmesidir. Hasta ile iletişimin uygun ve hassas bir şekilde sürdürülmesi gerekir. Bakım hizmetleri ile ilgili bütün faaliyetlerin bakım planlarında önerilen ölçülere uygun yapılması gerekmektedir. Sonuç standartları ise: Bakım hizmetlerinden elde edilen sonuçların, istenilen hedeflere ne kadar ulaşıldığını gösterir. Verilen hizmetin sağlık durumuna olan etkisini ve bakıma ihtiyacı olan kişilerin memnuniyet derecesini gösterir (34).

Sağlıkta kaliteli bir hizmet verilebilmesi; hizmetin ulaşılabilir olması, kaynakların verimli kullanılması, teknik yeterlilik, hizmette süreklilik, eşitlik, etkinlik, güvenilirlik, hasta ve personel memnuniyetinin sağlanması ve hizmetten kaynaklanabilecek sorunların en aza indirilmesi gibi faktörlere dayalıdır (15).

Kaliteli evde bakımın sunulmasında doğrudan ilişkili olan diğer bir etmen ise; yetkili personelin istihdamıdır. Evde sağlık hizmetlerine olan talebin artması, hemşire, doktor ve diğer personel sayısındaki kısıtlılıklar, yeterli ücretin verilmemesi gibi faktörler evde sağlık hizmetlerinin kalitesini azaltmaktadır (15).

Kaliteli bir evde sağlık hizmetinin verilmesi bu hizmetin sunumunda ilk öncelik olmalıdır. Bir araştırmaya göre evde sağlık hizmetinin kalitesinden duyulan genel memnuniyet ile sağlık arasında pozitif bir ilişki vardır. Bu evde bakımın önemini gösteren önemli bir kanıttır (35).

Yapılan bir araştırmaya göre evde bakım hizmetleri değerlendirildiğinde hastalar için en önemli olan kısım sağlıkla ilgili kısmıydı. Evde sağlık hizmetlerinin kalitesi de hastaların yaşam memnuniyetlerini arttırmaktaydı (35).

Sağlıkta kaliteli hizmetin sağlanmasına yönelik tek bir yaklaşım bulunmamaktadır. Her bir sağlık kurumu, kendi içinde yapacağı değerlendirmeler ile kurumun yapısına, çalışanlarının özellik ve ihtiyaçlarına ve diğer kaynaklarının özelliklerine göre içinde bulunduğu çerçevede kendisine en uygun yöntemleri seçmelidir (36).

Yaşlı ve engelli vatandaşlar için kurumlarda kalma oranının düşmesiyle evde bakıma ihtiyaç duyan vatandaş oranında artış yaşanmıştır. Bu da evde bakım hizmetinin daha yüksek sayıda hasta ile başa çıkmaya adapte olması gerektiğini göstermektedir (37).

Evde sağlık hizmetleri mevcut durumlarından dolayı hastaneye ulaşmakta zorlanan hastalar ve yakınları için çok önemli bir hizmettir. Bu hizmetin kalitesinin artırılması yaşlı ve muhtaç durumdaki insanların yaşam kalitesini iyileştirmenin ve yaşlı bakımını korumanın anahtarı durumundadır. Aynı anda birkaç cihaza bağlı olarak yaşayan, hastalığı nedeniyle evinden çıkamayan hastaların ilaç raporu ya da bez raporu için hastaneye gitmek zorunda kalmaları kendileri ve de yakınları için büyük bir eziyettir. Aynı zamanda onları hastaneye getirip götüreren araçlar içinde büyük bir yükür. Bu hastaların hastaneye gelmek zorunda kalmadan ihtiyaçlarının giderilmesi çok önemli bir hizmettir. Bu sebeple evde sağlık hizmetlerinin kalite olarak artırılması Bakanlığımızın üzerinde önemle durması gereken bir konudur (28, 38).

2.6. Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantajları

Evde sağlık hizmetlerinin hastane ve toplum için birçok avantajı vardır. Hastaneye gidemeyip evde bakım alması gereken grubun ihtiyaçlarını karşılayarak arz ve talep arasındaki dengeyi düzenler, bakım yükünün yayılmasını sağlayarak sağlık çalışanlarının ve hastaya informal bakım verenlerin üzerindeki yükü hafifletir, hastalık maliyetlerinde özellikle kronik hastalık maliyetlerinde ciddi bir azalma

sağlar, hastalar kendi evlerinde bakıldıkları için kendilerini daha rahat hissederler, hastaneler sağlık personelinin daha rahat kullanarak hastane gelirlerini arttırabilir (39).

Yaşlı ve bakıma muhtaç bireylere verilen evde bakım, toplumsal önyargıları giderme, desteğe ihtiyacı olan bireyin çekingenliğini azaltma, toplum kaynaklarını harekete geçirme, hastanın ve ailesinin yaşamını kolaylaştırma gibi pek çok açıdan önem taşır (16). Evde tedavi, rehabilitasyon ve iyileştirmenin en iyi şekilde sağlanması ve kişiye özel bakım olması yaşlı kişinin ihtiyaçlarını sürekli olarak karşılayabilir. Evde kendilerini daha özgür ve güvende hissederler (40).

Kanada’da yapılan bir çalışmaya göre evde bakım verilen hastaların 6 aylık süreç içerisinde acil servise başvurma oranlarında %57 azalma, hastaneye yatış oranlarında ise %64 azalma olmuştur (41). Evde bakım alan hastalar genelde karmaşık, fazla semptomu ve birçok kronik hastalığı olan hastalardır. Dolayısıyla bu hastaların hastaneye gitmesi kendileri ve bakıcıları için büyük bir zaman kaybıdır. Aynı zamanda sık sık hastaneye gitmek zorunda olmaları ve hastanelere kabul edilmeden önce hastanelerde kalabalık ve gürültülü ortamlarda saatlerce beklemeleri onların semptomlarında artışa veya başka akut hastalıklara sebebiyet verebilir. Hekim veya hemşire tarafından yapılan ev ziyaretlerinin faydası bu anlamda tartışılmayacak ölçüde büyüktür (23).

Evde sağlık hizmetlerinin en önemli katkıları sağlık harcamalarında düşüş sağlanması ve hastanın kendi evinde sağlık hizmetine erişimi ve bakımının sağlanmasıdır. Aynı zamanda hastanın iyileşmesini hızlandırma, enfeksiyon riskini azaltma, hastanın ve bakım verenin yükünü azaltarak stresi azaltma, bakımevlerine ihtiyacı azaltma, hasta ve yakınlarının eğitimi sağlama ve aileyi bir arada tutma gibi pek çok yararları vardır. Hastaların kesintisiz ve kaliteli hizmet almalarını, yaşam kalitelerini arttırmayı amaçlar. Hastaların yaşadıkları yerde onlara hizmet verilmesi onların daha mutlu olmalarını ve çevreleriyle iletişim halinde olmaları da daha hızlı iyileşmelerini sağlar, koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşmalarını kolaylaştırır ve uygunsuz hastane yatışlarını önler (12, 15, 17).

Yaşlı ve engelli bireylerin kurumsal bakım yerine evlerinde kendi aileleri tarafından veya kendi istedikleri başka bir bakıcı tarafından bakım görmeyi çok daha fazla tercih ettikleri kanıtlanmış araştırmalar arasındadır. Yapılan bir çalışmaya göre

evde sağlık hizmetleri kronik konjestif kalp yetmezliği olan hastaların plansız hastaneye yatış oranını ve sağlık bakımı maliyetlerini azaltmaktadır. Yine başka bir çalışmaya göre hastaneden taburcu edilen yüksek riskli hastalarda taburcu edilmelerinden sonra planlanmamış hastane başvurularını azaltmada ve hastane dışında ölüm riskini azaltmada faydalı olduğu gösterilmiştir (42-44).

Evde sağlık hizmetleri kurumlarda kalma gereksinimini azaltmaya ve kurum bakımının yerini hızlı bir şekilde almaya başlamıştır. Evde sağlık hizmetleri hastaların hastanelerde yatış süresini kısaltarak hastanelerdeki yoğunluğu azaltacak böylece tedavi masraflarını azaltarak ülke ekonomisine katkı sağlayacaktır. Ülkemizde de hızla yaşılanan nüfusumuz ve buna bağlı olarak artan özürlülük ve kronik hastalıkları düşündüğümüzde evde sağlık hizmetlerinin gelecekte çok daha önemli bir konuma geleceğini söyleyebiliriz (12, 15).

Evde sağlık hizmetinin en hızlı ilerleyen sektörlerden olduğu belirtilmektedir. ABD’de evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesiyle, 1999-2002 yılları arasında hastaneye yatırılan her 1000 hastada %22’lik bir düşme ve hastanede yatma süresinde %20’lik bir düşüş olduğu belirtilmiştir (45).

Evde bakım hizmetleri, birey merkezli olması ve kurumsal bakım hizmetlerine göre sağlık harcamaları ve maliyet tarafından da birçok üstünlükleri olması nedeni ile hastalar ve hükümetler tarafından tercih nedeni olmaktadır (46).

2.7. Evde Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yaşanan Sorunlar

Evde sağlık hizmetleri yeni gelişmeye başlayan bir hizmet dalı olması sebebiyle uygulama sırasında bazı sorunlarla karşılaşılabilir (15, 28).

Bu sorunlar şöyle sıralanabilir:

- Evde sağlık hizmetlerini veren personelin alışık olmadığı bir ortamda hizmet vermesinin personelin verimliliğini azaltıp hizmet sunumunu zorlaştırması.
- Bazı durumlarda sağlık personelinin hasta ve yakınları ile yeterli iletişim kuramaması. Aile bireyleri ve diğer bakım verenlerin hasta ile sürekli beraber olması onlarda gerginliğe sebep olup iletişimi zorlaştırması.

- Evde sağlık hizmetleri acil bir hizmet olmamakla beraber hasta yakınları sağlık personelinden acil durumlarda da hizmet vermesini talep edebilmesi veya hastaneye gitmesi gereken durumlarda hastaneye gitmeyi reddetmesi ve hizmet veren personeli zor durumda bırakması.
- Hizmet verme esnasında sağlık personelinin ne ile karşılaşacağını bilmediği için tedirginlik duyması, güvenlik endişesi yaşayabilmesi.
- Hastanın evini bulamama veya hastayı evde bulamama gibi sorunlar olabilmemesi.
- Evde muayene ve tedavi için uygun ortam bulunmaması.
- Ev ortamında dikkat dağıtıcıların (radyo, TV, komşu gibi) bulunması.
- Evde bakım hastasının gün geçtikçe artması sonucunda personelin artan talebe karşı yetersiz kalması.
- Hastanın yaşadığı binanın çok katlı olup asansör olmaması sonucunda elde taşınması gereken cihazları çıkarmada zorluk yaşanması.
- Enjeksiyon yapılması gereken durumlarda alerji riskinin olması.
- Serum veya iv. hidrasyon gereken durumlarda evde sağlık personeli ekibinin bu ortamı sağlayacak ekipman ve zamanının olmaması.
- Evde sağlık personelinin artan hasta sayısı sonucunda iş yükünün gün geçtikçe artması ve bunun sonucunda verimli hizmet verilememesi.
- Personelde ESH konusundaki eğitim eksikliği.
- Hastaneye gidebilecek durumda olan hastaların da bazen sisteme dahil edilmesi sonucu personelin bu aşırı iş yüküne karşı yetersiz kalması ve gerçekten ihtiya ı olan hastalara hizmetin geç ulaşması.
- Yapılan işin karşılığında alınan mali ücret dengesinin tam olarak sağlanamaması sonucunda personelde oluşan motivasyon eksikliği.
- Evde sağlık hizmetleri mevzuatında verilecek hizmetin içeriğinin net olarak belirtilmemesi ve bir standartının olmaması.

2.8. Pandemi Döneminde Evde Sağlık Hizmetleri

2019 yılının sonlarına doğru  in'in Wuhan eyaletinin Hubei kentinde yeni tip koronavirüs vakalarının görülmeye başladığı bildirildi. Yüksek bulaştırıcılığı olan bu virüsün pnömoni vakalarına sebep olduğu görüldü ve hastalığa Koronavirüs Hastalığı

2019 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ismi verildi (47). Ardından virüs hızla tüm Çin ülkesi ve diğer ülkelere yayılarak küresel salgın (pandemi) halini aldı ve DSÖ 11.03.2020’de COVID-19 hastalığını pandemi ilan etti. Aynı gün ülkemizde ilk vaka görüldü (48). Takip eden günlerde ise sokağa çıkma yasağı, belirli yaşların toplu taşıma ve ulaşım araçları kullanımının engellenmesi gibi hastalığın yayılımını engellemeye yönelik önlemler devlet otoriteleri tarafından alınmıştır (49). Neticede insanlarda hem getirilen bu kısıtlılıklara bağlı olarak, hem de hastalığın kendilerine bulaşma riskinden endişe etmeleri dolayısıyla sağlık kuruluşlarına başvurularında çekinme ve başvurularda azalmalar meydana geldiği görülmüştür (50). Fakat sağlık hizmeti talebinin ESH olarak istenmesinde ise artış meydana geldiği gösterilmiştir (51). Evde sağlık hizmetlerine daha öncesinde 80 yaş ve üstü hastaların başvurusu alınırken Covid-19 pandemisinin başlamasıyla yaş sınırı 65’e düşmüştür. Bunun sonucunda başvuru talepleri 6 kat kadar artmıştır (52).

2.9. Kalitatif Araştırmalar

Bilimsel araştırmalar kalitatif ve kantitatif araştırmalar olarak iki gruba ayrılır. Kantitatif çalışmalar biyoloji, fizik, kimya gibi bilim dallarında, gözlemleyebildiğimiz ve ölçebildiğimiz konularda tercih edilen araştırma tipidir. Bu çalışmaların esas özelliği gözlemlerin ve ölçümlerin objektif yapılabilmesi ve başka araştırmacılar tarafından da tekrarlanabilir olmasıdır. Kalitatif araştırmalar ise psikoloji, sosyoloji ve antropoloji gibi daha çok sosyal alanlarda çalışan araştırmacıların insanın sosyal dünyasını incelemek ve davranışlarını anlamlandırmak amacıyla yaptıkları araştırmalardır. Kalitatif araştırmaların sorusu; insanların bir olayı deneyimleme ile ilgili tecrübeleri, bir konuda görüşlerinin keşfedilmesi veya yeni verilmeye başlanan bir hizmetin uygulanabilirliği ile ilgili olabilir. Kalitatif çalışmalar bir deney ortamında değil, gerçek bir ortamda yapıldığı için ‘Saha Çalışması’ olarak da adlandırılabilir (53, 54).

Kalitatif kavramının sözlükteki anlamı nitelikselidir. ‘Kalitatif Değerlendirme’ ile araştırılan konunun kalitesi, niteliği ve özellikleri incelenir. Bu araştırma tipi ile belli bir kültür veya kişisel özellikler araştırılabildiği için bu çalışmalar etnografik çalışma olarak da adlandırılabilir (53).

Kalitatif araştırma yapan araştırmacılar bir tecrübe ya da yaşanmış bir öykü sonrası ortaya çıkan sorunları ele alır. Bu problemler, araştırmada sorulacak soruların ortaya çıkmasını sağlar. Çalışmanın yöntemi bu soruları en iyi cevaplayacak şekilde oluşturulur. Bu araştırma metodu, sosyal fenomenleri en iyi şekilde açıklamakla ilgilenmektedir. Fenomenler; tecrübeler, olaylar, durumlar veya kavramlar olabilir (53).

Kalitatif araştırmalarda araştırmacı sorulara ‘neden?’, ‘nasıl?’, ‘hangi yolla?’ şeklinde başlayan soru kelimeleriyle başlar. Kantitatif araştırmalar ise ‘ne kadar?’, ‘ne derece?’, ‘ne sıklıkta?’ gibi soru kelimeleriyle başlar ve ölçüm ile ortaya çıkan miktar ifade edilerek cevaplanır. Kalitatif araştırmalarda verileri analiz ederken ortaya çıkan miktar ve dağılımlardan çok kelimelerin anlamları üzerinde durulmaktadır (53).

Kalitatif araştırmalar ile kantitatif araştırmaların farkları şu şekilde özetlenebilir:

- 1) Kalitatif araştırmalar; kişilerin fikirleri, tecrübeleri ve hisleri üzerinde odaklanarak subjektif veriler elde eder.
- 2) Kalitatif araştırmalar kendiliğinden doğal olarak oluşan fenomenleri açıklar. Bütüncül bir bakış açısı ile konuyu araştırır.
- 3) Kantitatif araştırmalar bir grup değişkeni tanımlama üzerinden yapılır.
- 4) Kalitatif araştırmalarda elde edilen bilgiler kavram ve teorileri geliştirmek için kullanılırlar. Bu yaklaşıma tümevarım yaklaşımı denir. Araştırma sonunda yeni kavram ve teoriler oluşturur. Kantitatif araştırmalar ise en başından bir teori ile başlayarak tümdengelim yöntemini kullanır.
- 5) Kalitatif araştırmalar, yüz yüze görüşme, doküman incelemesi, vaka çalışması veya grup görüşmeleri ile yapılmakta ve bilgiler röportaj tekniği ve gözlem ile alınmaktadır. Bu açıdan veri toplama süreci uzun sürmektedir.

- 6) Kalitatif çalışmalar zaman gerektiren bir çalışma olması ve kısıtlı bir alanda çalışılabilmesi nedeni ile sadece küçük gruplar üzerinde yapılabilmektedir.
- 7) Kantitatif çalışmalarda bütünü yansıtan örneklemeler seçilerek çalışmaya başlanmaktadır. Kalitatif çalışmalarda ise örneklem olarak popülasyondaki alt gruplar ve özellikli gruplar seçilerek çalışmaya başlanır ve bu gruplar üzerinde çalışmalar yapılır (53, 54).

Tablo 2.1. Kalitatif ve kantitatif araştırma farkları

Kalitatif Araştırma	Kantitatif Araştırma
Subjektif	Objektif
Fenomenolojik	Bilimsel
Anti pozitivist	Pozitivist
Tanımlayıcı	Deneyisel
Doğal	Planlanmış
İnduktif (tümevarım)	Deduktif (tümdengelim)

Kalitatif araştırmalardan elde edilen sonuçlar, küçük gruplarla çalışıldığı ve örnekler rastgele seçilmediği için tüm popülasyona genellenemez. Fakat araştırma sorusu, ele alınan popülasyonun alt grubuna bir iç bakış sağlayabilir (55).

Kalitatif araştırmalar genellikle yarı yapılandırılmış olarak gerçekleşir. Yarı yapılandırılmış görüşme, sağlık ve sosyal alanlarla ilgili araştırmalarda en yaygın nitel veri toplama türüdür. Görüşmenin kaliteli olabilmesi için; görüşülen kişiyi rahat ettirmek, iyi bir dinleme becerisine sahip olmak, seçilen konularla ilgili kişinin gerçek duygu ve düşüncelerini anlayabilecek şekilde görüşmeyi yürütmek gerekir (54).

Hastaları ilk karşılayan ve bireyleri her açıdan değerlendiren aile hekimliği disiplini için oldukça önemli bir araştırma tipidir. Bu çalışma türü araştırdığı konu üzerine derinlemesine bir bakış açısı ile bakar ve bu şekilde o konu üzerinde farkındalığı arttırmaya çalışır. Kalitatif çalışmaları yapacağımız araştırmalarda uygulamamız ve birinci basamakta koruyucu hekimlik ve tedavi açısından araştırılan

konunun neden ve nasıllarını öğrenmemiz aile hekimliği disiplini açısından çok önemlidir (53).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Evreni ve Örneklemi

Araştırmamız kalitatif (niteliksel) tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evreninde Ankara’da evde sağlık hizmeti veren merkezlerdeki birimlerin sorumlu hekim ve sorumlu hemşireleri vardır.

3.2. Verilerin Toplanması

3.2.1. Veri Toplama Süreci

Araştırmamızın başlangıç aşamasında Ankara merkezde A, B, C, D olarak planlanan evde sağlık hizmet bölgelerine hizmet veren 4 farklı Evde Sağlık Hizmetleri Birimini (ESHB) değerlendirmeye yönelik olarak, her birimin sorumlu hekim ve hemşiresiyle yüz yüze görüşme yapılması planlanmıştır. Bu merkezler Ankara Şehir Hastanesi ESHB, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi ESHB, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi ESHB ve Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi ESHB olarak belirlenmiştir. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan 18/12/2020 tarihinde alınan onay alınmıştır. Araştırma dönemi 15/12/2020 ve 15/02/2021 olarak belirlenmiştir. Ankara Şehir Hastanesi, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi ve Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi başhekimliklerinden gerekli izinler alınmış ve çalışmaya başlanmıştır. Görüşmemizden önce çalışmamıza katılacak doktor ve hemşireler bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Görüşmemizde yarı yapılandırılmış röportaj tekniği uygulanmıştır. Röportaj araştırmacı tarafından ayrı bir odada yapılmıştır. Röportaj sırasında röportaj kaydı ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Konuşma sırasında konuşmacının sözü kesilmeden soruyu tamamlaması hedeflenmiştir. Cevaplanmayan alanlar olduğunda araştırmacı tarafından tekrar sorulmuştur. Cevaplamak istemediği sorular atlanmıştır. Röportajlar yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Sonrasında konu bütünlüğüne uygun olarak araştırmacı tarafından raporlanmıştır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulmuştur. Görüşme dışında değerlendirilen merkezlerin personel, ekipman ve fizik özellikleri ile ilgili bilgilere hazırlanmış form aracılığıyla ulaşılmıştır.

3.2.1. Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında yarı yapılandırılmış röportaj tekniği kullanılmıştır. Röportaj konu başlıkları araştırmacı ve araştırma sorumlusu tarafından belirlenmiştir. Bu röportajda konu başlıkları birim sorumlularının mesleki bilgileri, çalışan personel ile ilgili bilgiler, birimlerin fiziki şartları, araç ve malzeme bilgileri, günlük işleyişleri, organizasyon ve yönetsel bilgiler, birleşmeden sonraki durum, pandeminin ESH'e etkisi ve işlerinde çalışmaktan duydukları memnuniyet sorulmuştur.

Ayrıca önceden hazırlanmış 'Evde Sağlık Hizmetleri Bilgi Formu' ile ESHB'nin personel bilgileri, fiziksel durum bilgileri, ekipman ve malzeme bilgileri ve işleyiş ile ilgili genel bilgiler öğrenilmiştir. Bu form aracılığı ile birimlerde kaçar tane hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin bulunduğu, odaların kaçar tane olduğu ve nasıl kullanıldığı, araç, bilgisayar, telefon sayıları, toplam kayıtlı hasta sayısı ve günde kaçar ziyaret yapıldığı gibi bilgilere ulaşılmıştır.

3.3. Araştırmanın Analizi

Röportajların dinlenmesi, raporlanması ve analiz edilmesi araştırmacı tarafından bizzat yapılmıştır. Röportajların kelime kelime kodlaması yapılmış ardından kodlamalardan minör kategoriler oluşturulmuştur. Minör kategorilerden majör kategoriler ve daha sonrasında ana temalar oluşturulmuştur. Sayısal veriler ayrıca tablolarda belirtilmiştir.

3.4. İzinler

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulundan 08.12.2020 tarihinde etik kurul onayı alınmıştır (Ek-1). Daha sonra Ankara Şehir Hastanesi aracılığıyla Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden araştırma yapılması planlanan 4 Hastaneden çalışma yapabilmek için izin istenmiştir. Ankara Şehir Hastanesi, Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi ve Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimliklerinden gerekli izinler alınmıştır (Ek-2). Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden izin alınamadığı için araştırma dışı bırakılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın, Ankara merkezinin A, B, C ve D bölgelerine bölünerek bu bölgelere hizmet sunan 4 ESHB biriminde yapılması planlanmıştır. Ancak 1 ESHB'nin idari konularla ilgili sorulara cevap vermek istememesi ve bu nedenle çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle çalışmaya 3 ESHB dahil edilmiştir. Bu birimlerin sorumlu hekim ve sorumlu hemşireleri çalışmaya katılmıştır. Her birimdeki 1 sorumlu hekim ve 1 sorumlu hemşire olmak üzere toplamda 6 kişiye açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu üzerinden sorular yöneltilerek görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Hemşirelerin hepsi kadın, doktorların ise 1'i kadın, 2'si erkektir. Bulgular açıklanırken aynı fikri belirten katılımcıların sayısı 4 ve üstü ise 'çoğu' şeklinde bahsedilmiştir. Aynı fikri belirten katılımcıların sayısı 3 veya daha az ise sayı olarak belirtilmiştir. Çalışmamıza katılan hekim ve hemşirelerin mesleklerinde çalışma süreleri 15 ila 33 yıl ($26,5 \pm 6,41$) arasında değişmektedir. Ortalama çalışma süresi 25,5 yıldır. Evde sağlık hizmetlerinde çalışma süreleri ise 1 sene ila 10 sene ($4,5 \pm 3,50$) arasında değişmekte olup, ortalama süre 5,3 yıldır.

Araştırmamıza katılan hekim ve hemşirelerin ekipler ile beraber ev ziyaretlerine katılma durumlarını; "ihtiyaç oldukça katılıyorum", "her zaman katılıyorum" ve "önceden çok katıldım fakat son zamanlarda katılamıyorum", şeklinde belirtmişlerdir.

ESH ile ilgili konularda kendilerini yeterli hissetme durumları ise çoğunlukla "evet genel olarak yeterli hissediyorum" şeklinde belirtmişlerdir. Bir katılımcı genel olarak yeterli hissetmekle beraber yeni gelişmelerde olduğu için bir eğitim desteği verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bir diğer katılımcı ise "her konuda yeterli olmak mümkün değil ama sürekli görülen hastalarda daha bir uzmanlaşıyorsunuz" şeklinde fikrini belirtmiştir.

4.1. ESHB'lerin Fiziksel Şartları; Personel, Araç, Malzeme ve Ekipman Durumu

Araştırmaya katılan ESHB'lerin hepsi hastaneye bağlı çalışmakla beraber 2'si hastane içinde bulunmakta 1 tanesi hastaneden ayrı bir yerde bulunmaktadır.

Birimlerin fiziksel şartları ile ilgili bulgular Tablo-2'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. ESHB'lerin fiziksel şartları

ESHB'lerin Fiziksel Şartları ile İlgili Bilgiler	ESHB 1	ESHB 2	ESHB 3
Ayrı bir dinlenme odası var mı?	var	var	var
Kadın ve erkek personel için ayrı giyinme odaları var mı?	var	var	var
Sorumlu hekim için ayrı bir oda var mı?	var	var	var
Sorumlu hemşire için ayrı oda var mı?	yok	var	yok
Nakil birimi için ayrı oda var mı?	var	yok	yok
Toplam oda sayısı	10	16	7

Birimin fiziksel şartları ile ilgili bilgiler sorulduğunda ise katılımcıların yarısı fiziksel şartların yeterli olduğunu, 1 katılımcı yeterli olduğunu fakat bağlı bulundukları hastane içinde yer almadıkları için malzeme taşıma gibi sıkıntılara benzer sıkıntıların olduğunu belirtmiştir. 2 katılımcı ise fiziksel şartları yeterli bulmadıklarını belirtmiştir. 1 hekim ESHB'nin odalarının mevzuata göre yeterli olduğunu ancak ekip büyüklüğüne göre yetersiz olduğunu belirtmiştir.

“Hani mevzuata göre yeterli görünür ama bu iş mevzuata göre planlanmamalı, buranın işlerliğine göre planlanmalı. Biz 3-4 araçlık bir ekip olsaydık yeterli derdim ama şu an yetersiz.”

Giyinme, soyunma odalarının düzensiz olduğundan, personelin eşyalarını araçlarında bıraktığından, sekreterlerin ayrı bir odası bulunmadığından, dinlenme odasının kişi sayısının fazlalığından dolayı yeterli gelmediğinden bahsetmiştir.

“Şu anda sekreterlerle hekimler bir arada oturuyor, rapor yazma ve hassas işlerde olan sekreteryaya için ayrı bir oda gerekir. Yine sorumlu hemşiremizin tek başına kullanabileceği oda yok. Dinlenme odası var bir tane ama 45 personele bir tane dinlenme odası var. Yine hekimlerin ve sağlık personelinin giyinme soyunma

odaları düzensiz. Personelimiz kendi imkanları ile odalarda giyiniyor, eşyalarını araçlarında bırakıyor. Dolap sayısı, yer sayısı...”

Fiziksel durumun iyileşmesi için ESHB’nin kapasitesine uygun ortamın hazırlanması gerektiğini ve şu an pandemi döneminde bulunduğu için bu ortamın uygun olmadığını belirtmiştir.

“Mutlaka evde sağlık hizmetlerinde uygulamayı ve işlerliği görerek ortam düşünülmeli, evde sağlık hizmetlerinin kapasitesine göre bir fiziksel şart hazırlanmalı, çünkü bütün bu personel her gün araçla şehrin pek çok yerine dağılıyor ve geri dönüyor. Giyinme, soyunma, dinlenme, bilgisayar işlerini halletme, eşyalarını koyabilme gibi konularda rahat edebilmeli ve bu pandemi döneminde de bu kadar kalabalıkların bir arada durması çok uygun değil. Biz zaten hiç esnek mesai yapmadığımız için sürekli hastanedeyiz ve sürekli hastaya çıkıyoruz dolayısıyla bunlar düşünülerek fiziksel şartlar mutlaka artırılmalı.”

Başka bir katılımcı ise malzeme deposu ve arşiv alanı sıkıntısından bahsetmiştir ayrıca daha önce her hastanede küçük küçük ekipler olduğunu fakat ekipler birleşip personel sayıları arttığı için oda ihtiyacının da arttığını belirtmiştir.

“Eleman sayısına göre yeterli sayıda oda yok. Kendi dinlenme alanımız ayrı değil, çalışma alanlarımız ayrı değil. Sahaya gidip geldiğimiz için birtakım sıkıntılar yaşıyoruz. Malzeme deposu sıkıntısı mevcut, arşiv problemimiz var. Daha önce her hastanede küçük küçük ekipler vardı. Şimdi hepimiz birleştiğimiz için sayı artıyor sayı arttıkça da oda ihtiyacı artıyor. Ya da lavabo ihtiyacı artıyor. Yeterli değil.”

Personel Durumu

Araştırmaya katılan ESHB’lerde görevli hekim, yardımcı sağlık personeli ve diğer çalışanların dağılımı Tablo-3’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. ESHB'lerin personel dağılımı

ESHB Personel Bilgileri	ESHB 1	ESHB 2	ESHB 3
Uzman Hekim	2	1	2
Pratisyen Hekim	6	4	3
Asistan Hekim	-	-	6
Hemşire	11	9	12
Sağlık memuru	2	4	5
Evde Sağlık Teknikeri	2	1	1
Psikolog	1	-	1
Fizyoterapist	1	-	-
Diyetisyen	1	-	-
Sekreter	3	5	5
Şoför	6	11	7
Diğer (Lütfen belirtiniz)		2 (memur)	1 (taşıma elemanı)
Toplam Personel Sayısı	35	37	43

Katılımcıların çoğunluğu birimlerinde çalışan personel sayısını yetersiz bulmakla beraber, 2 katılımcı ‘şu anda yeterli’ şeklinde değerlendirmişlerdir.

“...arada geçici görevli arkadaşlar takviye ediliyor, onlarda arada aksama olduğu zamanlarda bir bocalama oluyor, ama sürekli takviye ile iyiyiz...”

“...Bizim en büyük sıkıntımız personel sayımızın eksikliği. Dolayısıyla insanlar üzerine çok fazla iş yükü düşüyor. Sekreteryaya üzerine iş yükü düşüyor...”

“Personel sayımız az, kalifiye personel de gerekiyor bize, evde sağlık hizmeti eğitimi almış, evde sağlık teknikeri ve dahili birimlerde çok çalışmış arkadaşlara bu tip çalışanlara ihtiyacımız var. Doktor sayımız da yetersiz, sekreteryamız da biraz açığımız var...”

Bir katılımcı özellikle hekim sayısının az olduğundan bahsederken, başka bir katılımcı birimlerine eğitimli ve kalifiye personel gerektiğinden bahsetmiş fakat pandemi dönemi olduğu için eleman verilmesinde genel bir sıkıntı olduğundan bahsetmiştir. Yine bir katılımcı hizmet vermede aile hekimliği asistanlarından destek aldıklarını belirtip sabit hekim ve personel sayısının yeterli olmadığından bahsetmiştir. Bazen nöbet ertesi izinleri olduğu için o durumlarda personel sıkıntısı yaşadıklarını ve artan hasta sayısı ile beraber mevcut durumda bir yetersizlik olduğunu belirtmiştir.

“...Özellikle hekim sayısı çok yetersiz...”

ESH ile ilgili konularda (yara bakımı, beslenme, yaşlı sağlığı vb.) özel bir eğitim alma durumlarını katılımcıların çoğu ‘hayır, özel bir eğitimim yok’ demiştir. 2 katılımcı ‘evet aldım, sertifikam var’ demiştir.

Sorumlu hekim ve hemşirelerin tamamı ise ESH birimindeki hekim, hemşire ve diğer sağlık personeline özel bir eğitim verilmesi gerektiğini söylemişlerdir. Bir katılımcı özellikle yara bakımı ve trakeostomi bakımı gibi konularla ilgili eğitim verilmesi gerektiğinden, bir diğer katılımcı ise eğitimlerin pratiğe yönelik olması teorikte kalmaması gerektiğinden bahsetmiştir.

“Mutlaka evde sağlık hizmetlerine yönelik bir eğitim gerekir ve bu eğitimlerin periyodik ve pratiğe yönelik olması gerekir. Teorikte kalmaması gerekir.”

Katılımcılara her ekipte hekimin bulunup bulunmadığını veya her ekipte bir hekim olmasını gerekli görüp görmediklerini sorduk. Katılımcıların yarısı her ekipte hekim olsa iyi olacağını sadece bazı hastalardan düzenli olarak kontrol kanı bakıldığını bu ekip için hekimin gerekli olmadığını söylemiştir.

“Evet her ekipte bulunuyor ama yani her ekipte de gerekli bir hekimin olması bence. Şeyde olmayabilir; şu kan pıhtılaşma zamanı (INR için) olmasa da olur çünkü sadece tahlil alınıyor orada, ama bence doğru...”

“Evet biz hemen her ekipte doktor bulunduruyoruz. Sadece bir ekibi bazen doktorsuz ekip olarak çıkartıyoruz o da yakın zamanda gördüğümüz kontrol kan istediğimiz hastalar varsa. Mesela üç gün, bir hafta önce görmüşüz kontrol kan istemişiz ona doktorsuz ekip gidebilir. Bir de yara konusunda hemşireler çok tecrübeli olmalı, bizde o kadar eğitilmiş maalesef yok. Bu konuda eğitim alınmalı. Pansuman için de öyle, mutlaka biliyorlar ama daha üst düzey bilmekten bahsediyorum ben. Bazen ilk doktorlu ekibin gördüğü hastanın pansumanı için de daha sonra doktorsuz ekip gidebilir.”

“Bulunuyor. Sadece İNR ekibinde şu an hekim olmuyor. Bulunması gerekiyor, evet.”

İki katılımcı ise hekimin gerekli durumlarda olması gerektiğini, INR takipli hastalara giden ekipler gibi her ekipte bulunmasının gerekmeyeceğini belirtmiştir.

“İhtiyaca göre belirliyoruz, eğer sadece muayene hastası almışsak, her ekip doktorlu oluyor ama mesela sadece kan alınacak hasta gibi durumlar varsa o zaman doktor olmuyor. Bence her ekipte doktor gerekli değil, bizim mesela INR takipli yaklaşık 120 hastamız var, bu hastalardan 2 haftaya bir kan alıyoruz. Hekimin bu gibi durumlarda yapacağı çok bir şey yok, sadece kan alıp çıkıyoruz, ihtiyaca göre hekim görevlendirilebilir.”

“Her ekipte bulunması gerekmez. Mesela İNR kan alımında hekimin bulunmasına gerek yok 1 ya da 2 hemşire gidip alabilir onu. Ama enjeksiyonlarda, pansumanlarda, sonda değiştirmelerde ve muayenelerde tabi ki hekim bulunması gerekir. Ama maalesef bizim hekim sayımız eksik olduğu için maalesef bunların çoğuna sağlık personelimizi gönderiyoruz. Pansumanlar da dahil, enjeksiyonlar da dahil, sonda da dahil bunlara hekim gönderemiyoruz, bunlar da olması lazım. Ama muhtemelen vakaların %10’udur veya %20’sidir sadece kan alımına hemşire tek başına gidebilir.”

Bir katılımcı hekim sayısının yetersiz olduğu için çoğunlukla hekimsiz ekiplerin çıktığını, hekim olmayan ekiplerde kan alma gibi hemşirelik hizmetlerinin yapıldığını, fakat hekimli olması veya daha donanımlı bir ekip olmasının daha iyi olacağını belirtmiştir.

“Her ekipte hekim yok. 5 tane doktorumuz var, 5 ekibimiz hekimli, onun dışında 11 tane sabah aracımız çıkıyor, 8-9-10 tane de öğleden sonra aracımız çıkıyor. Bizim bütün araçlarımız hem sabah çıkıyor hem öğleden sonra. 5 araç dışında ekiplerimiz hekimsiz. Ama hekimsiz ekipler hemşirelik hizmetleri yapıyor, sabahları çoğunlukla kanlar alınıyor, öğleden sonra da sonda işlemleri ve pansumanlar yapıyor kan kontrolü de olduğu da oluyor. Günde 20 ekip çıksa yaklaşık 14-15’i hekimsiz çıkıyor, doktor sayımız çok yetersiz... (ümitsiz bir ifade ile) Ekipler hekimli olsa çok daha güzel olur. Ya da deneyimli ve donanımlı bir sağlık personel ekibi olması gerekir. Yine de doktora sorulacak ilaç ayarlamaları falan gerekiyor, doktor çok önemli bence. Ama o kadar doktoru da ne sağlık bakanlığı ne sağlık müdürlüğü bulabiliyor ne de hastane (gülerek)...”

Katılımcıların çoğu ESH’de diyetisyen, psikolog veya fizyoterapist olmasının hastalar için iyi olacağını belirttiler. Bazı katılımcılar kendi hastanelerinde bu personellerden faydalandıklarını, bazıları şu anda bu personellerin bulunmadığını fakat olsa faydalı olacağını belirttiler.

“Şimdi evet diyetisyen olsaydı iyi olurdu yani biz işin o kısmını yok sayıyoruz. Diyetisyene yönlendiriyoruz. Psikolog çok oracıkta halledemez yani öyle bir görev değil ama diyetisyenden bayağı katkı alabiliriz. Çoğu obez olabiliyor ya da sedanter olabiliyor. Belki gıdasını orada düzenleyebilir.”

“Bizim bir psikoloğumuz var ama ayrılacak, biraz daha aktif bu işe biraz daha hevesli olan, bu iş motivasyon işi çünkü, psikolog mutlaka olmalı. Bizde var ama bu pandemi döneminde ve onun ayrılma dönemi sebebiyle çok verimli kullanamadık, yani bu hizmeti çok iyi verdiğimiz söylenemez. Diyetisyen olmalı, hastaların beslenmesi çok önemli. Hekimle hemşireyle çalışan bir diyetisyen olmalı veya hastanenin diyetisyenlerinden birisi evde sağlık hizmetlerine özel olarak danışmalık vermeli...”

“Psikolog arkadaşımız bir tane onlar kendi alanlarını, iş ve işleyişlerini çok yapamıyorlar. Kendi işini yapan bir fizyoterapist olsa mükemmel olur bizim alanımızda. Diyetisyen arkadaşlar açısından enteral ürünler çıkartıyoruz bir sürü tabi bir diyetisyen arkadaşın bunu değerlendirmesi daha doğru olur. Her işin ehli farklı. Olsa daha kaliteli olur.”

“Biz genel olarak hastaneyle uyumlu çalışıyoruz. Çok fazla sıkıntımız yok o konuda. Diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı desteği alıyoruz, ihtiyacımız oldukça geliyorlar. Psikoloğumuz pek olmuyor ama şu ana kadar çok ihtiyacımız olmadı. Belki yara hemşiresi bir iki tane bizim ekibimizde olsa daha iyi olabilir...”

İki katılımcı ise diyetisyen, psikolog gibi personellerden yardım aldıklarını bunun yanında ESH’e çıkan başka dallarda uzman doktor olsa rapor çıkarma gibi konularda hastalar için faydalı olacağını söyledi.

“Bu personeller için hastaneden yardım alıyoruz aslında, diyetisyenler aktif olarak ve çok da uyumlu çalışıyorlar ben (hastane ismi) diyetisyenlerinden çok memnunum. Beslenme hemşiresinden çok memnunum. Eski hastanemizde

çalışırken fizyoterapist de psikolog da götürüyorduk. Ama bu pandemi sürecinde onlarla çok gidemiyoruz, ben birleşimden sonra’den (hastane ismi) buraya geldim. Orada diyetisyen de götürüyorduk aktif bir şekilde. Orada uzman doktorlarımız da çıkıyordu, öyle bir artımız vardı (tebessümle). Uzman dahiliye doktoru ihtiyaç halinde çıkıyordu, psikiyatrist her hafta mutlaka çıkıyordu, Nöroloji ve FTR uzman doktoru mutlaka çıkıyordu haftada bir gün. Biz onlara öğleden sonralarına randevu oluşturunuyorduk, mesela perşembe günü nöroloji günü, çarşamba günü fizik tedavi hekimi günü... Psikiyatri doktorunun uygun olduğu bir gün ayarlıyorduk. Psikolog götürdüğümüz psikiyatri hastalarımız da oluyordu. Onu burada sağlayamadık ama pandemi süreci kargaşa dönemi... Bu süreçte’de olsak da bunu yapamazdık ama doktor sayısı yeterli olursa burada da bunu yapabiliriz diye düşünüyorum.”

“Bu personeller var ama sabit değil, lüzum halinde kullanabiliyoruz. Benim mesela en çok istediğim şey pek çok ilaç raporu çıkarabilecek bir uzman doktor, mesela bir dahiliye uzmanı olsa hasta yakınlarını diyabet ilacı için dahiliyeye göndermeyiz hiç, O da hemen burada çözülebilir. Çünkü bu bizim için konsültasyon açısından değil de, hastalar için bir sıkıntı oluyor. Gidiyoruz hastanın hiç kimsesi yok burada gelip işini takip edecek kimsesi de yok. Böyle bir sıkıntı giderilmiş olur buradaki doktor halleder bunu.”

Araç, Malzeme ve Ekipman Durumu:

ESHB’lerin araç, ekipman ve malzeme donanımı ile ilgili verileri Tablo-4’te sunulmuştur.

Tablo 4.3. ESHB Ekipman ve Malzeme ile İlgili Bilgiler

ESHB Ekipman ve Malzeme ile İlgili Bilgiler	ESHB 1	ESHB 2	ESHB 3
Kaç tane ekip aracınız var?	6	11	6
Kaç tane nakil ambulansınız var? (Aktif olarak kullanılan)	1	1	1
Toplamda kaç tane masa üstü bilgisayarınız var?	18	22	16
Toplamda kaç tane diz üstü bilgisayar veya tabletiniz var?	-	5	1
Toplamda kaç tane mobil telefonunuz var?	2	3	1
Toplamda kaç tane GSM (internetli) hattınız var?	2	3	2
Toplamda kaç tane dış hatta açık sabit telefonunuz var?	6	5	12

Katılımcılara bilgisayar, sabit telefon sayılarının birimlerine yeterli gelip gelmediğini sorduğumuzda çoğu yeterli geldiğini söylemiştir. 2 Katılımcı yetersiz geldiğini belirtmiştir.

Katılımcıların yarısı cep telefonu konusunda yetersizlik olduğunu, hastalara ulaşmaları gerektiğinde personelin kendi şahsi telefonlarını kullanmak zorunda kaldıklarını söylemiştir.

“GSM yetersizliği var. Her araçta bir cep telefonu olması lazım genelde kendi telefonlarımızı kullanıyoruz. Ben özellikle hep kendi cep telefonumu kullanırım. Bütün işlerimi oradan yaparım o yüzden hastalar beni 24 saat ararlar o da hoş olmuyor tabi ki...”

“...GSM hattına geldiğimizde şu anda bizim iki tane GSM hattımız var. Birini nakil ekibi kullanıyor, ekiplerin kullanabildiği sadece bir GSM hattı var. Yani yedi ekip çıktığı zaman yanında telefon veya tablet olan sadece bir ekip oluyor. Dolayısıyla bu büyük bir sıkıntı, hastayı araçtan aramak zorunda kalabiliyoruz, bulamayabiliyoruz, evde olmayabiliyor veya farklı bir şey sormak gerekebiliyor. Mutlaka hareket halindeki ekibin hastaya ulaşabileceği bir cep telefonu lazım veya tablet lazım. İnsanlar kendi özel telefonlarıyla arıyorlar, bunun olmaması gerekiyor...”

Bazen kan sonuçlarını hastalara göndermek gerekebildiğini veya hastalardan kendilerine gönderilen tansiyon takibi gibi takipler için her ekibe 1 tane GSM hattı olması gerektiğini söylemiştir.

“...Yine hastaların kan sonuçları, hastalar e-nabızdan indiremiyor, ya da sonuçlar hemen e-nabız’a yüklenmiyor. Bizim onlara kan sonuçlarını göndermemiz, bizim onlardan bazı fotoğraflar almamız mesela lezyonları ile ilgili, veya kan şekeri takibi, tansiyon takibi yapın liste tutun bize gönderin dediğimiz zaman göndermeleri lazım ama bizim bunun için sadece bir GSM hattımız var. Bunun da ekip sayısı ile aynı sayıda olacak şekilde planlanması gerekiyor.”

Bir hemşire herkesin kendisine ait bilgisayarını olsa daha efektif olacağını fakat böyle bir imkan bulunmadığından bahsetmiştir. Aynı şekilde cep telefonu daha fazla olsa daha iyi olacağını da belirtmiştir.

Bir hekim bu malzemelerin ekip sayısına göre yeterli gelmediğini söylemiştir. Bilgisayar sayısının, sabit telefon sayısının eksik olduğunu, hekim ve hemşirelerin hastaların işlerini tamamlayabilmek için sıra beklediğini söylemiştir. Ekip sayısına göre bunların arttırılması gerektiğini ifade etmiştir.

“Tabii ki yetersiz, ekip arttıkça bilgisayar talebimiz oluyor ama bunun altyapısını kaldırmamız da mümkün olmuyor. Yer de olmuyor. Biz şu an on araçla, on ekiplik bir evde sağlık hizmeti olacaksak mutlaka hekimler için on bilgisayar, artı 4-5 sekreter için birer bilgisayar, ki bizim 4 sekreterimiz var şu anda, yine hemşireler için de her biri için birer olmasa bile en az kullanabileceğimiz 4-5 bilgisayar olması gerekiyor. Çünkü bizim geldiğimizde sıra beklemeden, sıkışmadan istemleri atmamız, kanları bir an önce laboratuvara ulaştırmamız, sonrasında hekimlerin bir önceki günün veya mevcut gündeki hastaların konsültasyonları ve sonuçları değerlendirmesi, notlarını yazması gerekir. O yüzden ekranın sürekli başında oluyorlar. Yine hemşirelerin doldurması gereken formlar ve malzemeler oluyor. Sekreterler zaten sürekli randevu veriyorlar, dosya işleri oluyor, rapor çıkartıyorlar. Bu üç beş bilgisayarla olacak bir şey değil. Ekip sayısını gözeterek bilgisayar sayısını tutmamız lazım. Sabit telefonlarda da eksiklik oluyor ne yazık ki. Telefon sırası bekliyoruz...”

Katılımcıların çoğu tıbbi ve tıbbi olmayan malzemelerin yeterli geldiğini belirtmişlerdir. Bir hekim yeni gelen araçlarda acil çantalarının bulunmadığından bahsetmiştir. Tıbbi malzemeler için SGK’nın bazı malzemeleri sadece yatan hastalara ödediğini, ESH’i hastaları için gerekli malzemeleri hastane deposundan çekemediklerini ve bazı hastalarında bunları almaya güçlerinin yetmediğini söylemiştir. Evde sağlık hastalarının bu açıdan poliklinik hastaları gibi değerlendirilmemesi gerektiğini belirtmiştir.

“Yeni gelen araçlarımız olacak şu an halen bu araçların acil çantaları yok. Bunlar gözükmeyen ama bizi sıkıntıya sokan şeyler. Bizim standart, kullanışlı, ergonomik rahatlıkla kullanabileceğimiz yeni ekipmanlara ihtiyacımız var. Araçlarda acil çantaları, malzeme çantaları yok maalesef. Sağdan soldan uydurulan, hatta yırtık olan bazı eşyaları kullanmak zorunda kalıyoruz (üzüntüyle). Tıbbi malzemeler açısından düşündüğümde ise mesela bazı malzemeleri sadece yatan hasta için ödüyor SGK. Biz bunda zorlanıyoruz özellikle yara bakımı konusunda hastaya

kullanacağımız ürünleri hastane deposundan çekemiyoruz. Bunları hasta kendi cebinden karşılamak zorunda kalıyor. Karşılamakta güçlük çeken hastalar ise çok fazla ve alamıyorlar. Evde sağlık hastaları poliklinik hastaları gibi değerlendirilmeyip ayrı bir kategoride ele alınması gerekir. Hastaneden malzeme çekebilmemiz ve bunları kullanabilmemiz gerekir.”

Katılımcıların çoğu araç sayısının yeterli olduğunu belirtmiştir. 2 katılımcı ise araç sayısını ekip sayısına oranla yetersiz bulmuştur.

“Araç sayımız yetersiz. Şu anda 7 araç var nakil ambulansı ile beraber. Normalde bize verilen hasta sayısına göre her 250 hastaya bir ekip planlanması gerekiyor. Daha önceki görüşmelerimizde 32 tane araç olması gerektiği söylenmişti. Hasta sayısı arttıkça tabi o sayının da artması gerekiyor...”

Ambulans için ise katılımcıların çoğu ambulansın eski olduğu için sık sık arıza yaşadıklarını ve bu yüzden verimli kullanamadıklarını belirtmiştir.

“...Aynı şekilde ambulans için de eski ambulanslarımız var. Sürekli arızalanıyor, biz bir aydır nakil hizmeti yapamıyoruz neredeyse. Çünkü arızası var...”

“...Bize zaten eski ambulanslar geldi. Bir türlü düzelmedi yaklaşık 1 aydır da ambulans arızası nedeniyle hastaya çıkamıyoruz...”

“... ambulansımız çok eski bir ambulans o konuda sorun yaşıyoruz, tam donanımlı değil ve hastane ile ortak kullandığımız için zaman zaman bazı sorunlar yaşıyoruz...”

“...nakil aracı eski, aracın sıkıntıları var aslında yedek bir araç olsa mutlaka daha da iyi olur çünkü birçok kişi de evde sağlıktaki nakil konusunu pek bilmiyor. O yüzden 2. bir araç şimdi olmasa bile yakın zamanda mutlaka gerekecek.”

Bir hekim randevulara yetişebilmek için araç sayısının ve bunun yanında ekip ve personel sayısının da artırılmasını istediğini dile getirmiştir.

“...Çünkü bekleyen randevular olmasa, istendiği an hizmet götürebiliriz. Ama bu şekilde personelle bunu dengelemek ve kapasiteleri dengelemek lazım.

Sekreter vermeden, personel vermeden ekip aracını göndermek bizim işimize yaramıyor. Dolayısıyla bu bir sıkıntı...”

4.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Genel İşleyişi

Mevzuat

ESH ile ilgili mevzuat Sağlık Bakanlığı tarafından en son 2015 yılında yayınlanmıştır. Katılımcıların çoğunluğu bu mevzuat ile ilgili bazı değişikliklerin ve yeniliklerin olması gerektiğini belirttiler. Hangi hastalara hizmet verileceği, işleyişin nasıl olması gerektiği, bir ekibe kaç doktor gerektiği, uzman doktor ihtiyacı, görevlendirmeler, özellikli birim konusu, iş ve işleyiş, fiziki şartların nasıl düzenlenmesi gerektiği gibi bilgilerin mevzuatta ayrıntılı olarak yer alması gerektiği belirttiler.

“Mutlaka değişiklikler gerekir, en son 2015 mevzuatına sahibiz. Orada ana hatlar yapılmış ama hastanenin ve müdürlüğün sorumlulukları, bizim bağlı olduğumuz şeyler ve şartlarımız daha netleşmeli. Mutlaka kapasite ile ilgili değerlendirme yapılmalı. 250 hasta başına bir ekip deniyor ama her ekip başına kaç hekim düşmeli ya da oradaki uzman sayısı kaç olmalı, fiziki şartlar nasıl olmalı? Ekip sayısına göre bu işler olmalı.”

“Mevzuat yeterli değil. 2015’te bir yönetmelik çıktı hâlâ onu kullanıyoruz. Güncellenmesi gerekiyor. Hasta ve hastalıkların belirlenmesi gerekiyor. İş ve işleyişimizin belirlenmesi gerekiyor. Hangi hastaya nasıl hizmet vermemiz gerekiyor vs. belirlenmesi gerekiyor. Gruplar, görevlendirmeler, parasal konular, bizlerin özellikle birim haline getirilmesi bütün bunların mevzuatta olması gerekiyor.”

Bir katılımcı yönetmelikte bazı şeylerin net olmadığını, bunların uygulamasının birimden birime değişebildiğini, hemşirelerin sağlık memurunun görevlerinin tam olarak belli olmadığını, parenteral antibiyotik gibi tedavileri evde yapmakla ilgili daha önceden sıkıntı yaşadıklarını belirtti.

“Mevzuatta her şey genel olarak yazılmış. Üstü kapalı şeyler yani sahaya indiğinizde kişisel olarak orada yazana evet de diyebilirsiniz, hayır da diyebilirsiniz. İl koordinatörlük (İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon

Merkezi) sözel olarak yapabilirsiniz derse biz yapıyoruz genelde. İdari amire danışmak zorunda kalıyoruz. Antibiyotik tedavilerinde çok yaşadık biz bunu. Her hastane kabul etmiyordu yapılmasını. Daha önce büyük sıkıntı yaşadık şimdi antibiyotikleri, parenteralleri falan yapabiliyoruz. Mevzuatta şunu yapabilirsin, şunu yapmayabilirsin veya bunu evde yapamazsın gibi şeyler belirtilmediği için sıkıntı yaşıyoruz. Hemşire grubunun veya sağlık memurunun evde neler yapabileceği nelerle yetkili bunlar tam belirlenmemiş.”

Bir hekim ESH hastalarının poliklinik hastası olmadığını ve ona göre geri ödemelerle ilgili yeni bir düzenleme yapılması gerektiğini ve bakım yükü fazla olduğu için malzeme ve personel konusunda desteklenmeleri gerektiğini söyledi.

“...Evde sağlık hizmetlerinin SGK ve geri ödemesiyle ilgili yeniden üzerinden geçilmeli. Poliklinik hastası değil bu hastalar. Evde yatan ve hatta çoğu palyatif merkez veya servise yatabilecek olan hastalar. Bakımı evde yapılan hastalar olduğu dolayısıyla bakım yükü çok fazla. Bunlarla ilgili hem eğitim hem malzeme konusunda hem de personel konusunda desteklenmeliyiz...”

Bir hekim güvenlikle ilgili sorunun çıkmaması için mevzuatta bazı yenilikler olabileceğini belirtti. Çalışmaları sırasında bir sorunla karşılaştıkları zaman bu konuda kendilerine karar verme yetkisinin tanımlanmasını istedi.

“...Mevzuatta güvenlik sorunu mutlaka planlanmalı. Hangi hastalara çıkılıp çıkılmayacağı konusu net olmalı. Sonlandırmayla ilgili evde sağlık birimlerinin bir söz söyleme hakkı olmalı. Bir şey yapıldığı zaman bununla ilgili karar verici durumda da olmalıyız. Bununla ilgili taleplerimizi ilettiğimiz zaman karşılık bulmalı. Görev ve sorumluluklar daha detaylı olmalı (bir müddet düşündükten sonra). Belki şoförler güvenlik sertifikası almış kişilerden oluşup en azından evin kapısına kadar çıkma durumu sağlanırsa eve girmese de kapıda bile dursa bir güvenlik zafiyetini engellemiş olabiliriz. Şoför de kendi sorumluluğunu bilebilir ve güvenlik zaafiyeti engellenebilir...”

Bir hekim ESH mevzuatıyla ilgili, en son mevzuatın 2015 yılında çıkarıldığını fakat 2017 yılında ESH sisteminin değiştiğini ve yeni bir sisteme geçildiğini, artık sadece hastanelerin bu hizmeti verdiğini ve bununla ilgili bir

mevzuatın henüz yapılmadığını belirtti. ESH'nin esas olarak aile hekimlerinin görevi olduğunu fakat şu anda bunun uygulanmadığını gerektiğini belirtti.

“Evde sağlık mevzuatı yok ki. 2015’te bir mevzuat çıktı 2017’de biz yeni bir sisteme geçtik. Bütün T tipi evde sağlık birimleri kapandı ve hastanelere geçti. T tipi D tipi ve H tipi vardı 2015 mevzuatına göre. T tipi; temel sağlık yani birinci basamak. H tipi; hastane. D tipi ise dış. 2017’de Sağlık Bakanı sadece hastane bu hizmeti verecek denilince T tipindeki bütün malzeme ve personel hastanelere taşındı. Dolayısıyla birinci basamak hizmetten tamamen çıktı. Aile hekimlerinin görevidir aslında ev ziyaretleri ama onlar da fiilen ortadan kalktı aile hekimliğinin mevzuatında olduğu halde. 2017’de mevzuatsız olarak sistem değişti. Görünürde 2015’teki mevzuat geçerli. O yüzden ben sistem değiştiği için şu anda evde sağlık mevzuatı yok diyorum.”

Bir hemşire mevzuata göre doktorla yapılması gereken uygulamaların doktor olmadığı için uygulamayı yapamadıklarını belirtti.

“Yeterli değil gibi (tebessümle)... Mesela şu uygulama doktorla yapılır dediği bir uygulamayı yapamıyoruz; doktor yok, ya doktor verilsin ya uygulama değişsin (gülerek)... Böyle sıkıntılar olabiliyor yani bence mevzuat güncellenebilir.”

Bir hemşire düzenlenen mevzuatın pandemi döneminde uygulanamadığını belirtti.

“Düzenlenen mevzuatı şu an pandemi döneminde uygulayamıyoruz. Belki oradaki tanımlamalar daha genişletilebilir.”

Bir hemşire telefonla başvuruyu doğru bulmadığını belirtti. “Koordinasyon ve telefonla başvuru olayını doğru bulmuyorum. Çünkü hastalar doğru bir triyajdan geçerek gelmiyor.”

Bir hekim ise mevzuatın vatandaşa hizmet götürme açısından bir sıkıntısı olmadığını söyledi.

Hasta Başvuruları, Planlama, Hasta Ziyaretleri, Konsültasyonlar:

Hastalar 4443833 (444EVDE) nolu telefon ile ESH'e başvuru yapıyorlar. Bir hemşire başvuru sırasında hastalara telefon numaralarını verdiklerini ve bu şekilde de başvuru kabul ettiklerini söyledi

“...Hastalarımız 4443833 no'lu telefondan başvuru yapıyorlar ve Ankara evde sağlık koordinasyon birimi ilgili hastaneye atama yapıyor...”

“...Programı yaptıktan sonra da yine hastaların evlerine gittiğimiz zaman telefon numaralarımızı veriyoruz. İkinci kez başvuru yapmanız gerekemeyebilir eğer bizi bu hatlardan ararsanız ihtiyaç varsa biz geliriz diyoruz. Günlük 90- 100 hasta planladığımız zaman bunların 50-60 tanesi koordinasyon tarafından hizmet emir ataması ile düşüyor. Yine eski hastalarımızdan bize telefonla ulaşanları da mutlaka programa alıyoruz...” “...Biz ekip gönderip bakıyoruz, şikayetine göre yeniden programa alıyoruz, yapmamız gerekeni yapıyoruz. Sadece hizmet emir atamasına göre değil de telefonla da hastaya hizmet veriyoruz.”

Katılımcılar hastaların telefonla başvuru yaptıktan sonra koordinasyonun hastanelere atama yaptığını ardından kendilerinin başvuru sırasına göre hastalara ziyaret planlandığını söylediler. Günlük yapılması gereken bir işlem varsa randevusuz bir şekilde o gün yapıldığını söylediler.

“...İlgili hastaneye atama yapıldıktan sonra bizde randevu ve başvuru sırasına göre ziyaret planlıyoruz hastalara. Ama bunun içinde günlük yapılması gereken, enjeksiyon işlemi gibi günlük işler içinse randevu sırası verilmeden o gün gidip yapıyoruz.”

“Hasta hizmetini şu şekilde planlıyoruz, evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezinden hizmet emir ataması yapılıyor önce, hizmet emir atamasına göre sekreteryadaki arkadaşlar kimin ne ihtiyacı varmış onun listesini çıkarıyorlar...”

Katılımcılar bir önceki günden ekiplerin hazırlandığını, hastaların planlandığını söylüyor. Hizmet planı yaparken ihtiyaca göre doktorlu ekipler ve sadece kan alma gibi işler için doktorsuz ekipler planlanıyor. Randevu gününden 1 gün önce ise hastaların tekrar arandığını söylüyorlar.

“Bir önceki günden gidilecek ekipler hazırlanıyor, ekip sayısına göre bir gün önceden hastalar planlanıyor. Planlama yaparken de doktorlu ve doktorsuz ekip ayarlıyoruz Bir muayene ekibi bir hemşire ekibi oluyor (pansuman, kan alma gibi işler gerekiyorsa sadece), bunlar hastaların ihtiyacına göre belirleniyor...”

“Bir gün öncesinden gideceğimiz hasta belli olmuş oluyor. Bize ilk başvuru geldiğinde hastaların randevusu planlanıyor. Gitmeden 1 gün önce hastaları arıyoruz. Hastaneye giden oluyor, vefat eden oluyor veya randevuyu iptal etmek isteyen olabiliyor...”

Bir hemşire muayene ve hemşirelik işlemlerini hemşire ve doktor sayısına göre planladıklarını anlattı. Bazen hastanın cinsiyetine göre bayan veya erkek personel olarak da ayırım yapabildiklerini belirtti.

“...Sonra planlamamızı hemşire ve doktor sayımıza göre yapıyoruz. Önce muayene ihtiyacı olanları ayırıyoruz, doktorlar kaç muayeneye gidecek diğer hemşirelik ihtiyaçları için de, sonda, enjeksiyon, pansuman kan alma gibi ayırıyoruz. Hastanın cinsiyetine göre ayırdığımız şeyler de oluyor. Bayan hastaya sonda takımı için bayan personel yönlendiriyoruz, erkek hastaya erkek personel gidiyor genelde o şekilde ayarlıyoruz...”

Hizmet planı yaparken kan kontrolleri için ve diğer ihtiyaçlar için ayrı ayrı programlama yapıldığını belirtti bir hemşire.

“...Kan kontrolleri için ayrı bir program yapıyoruz, pansuman için ayrı bir program yapıyoruz. İhtiyacına göre de ayrı bir program yapıyoruz...” “...Mesela sondam tıkanıp diye arayan bir hastayı hemen programa alıyoruz, ya da pansumanın da şöyle bir durumum var, kan kontrolüm var veya şu doktora gitmişim bize şunu dediler diye hasta yakınları arıyor ve biz ona göre telefonla da kabul ediyoruz...”

ESH’nin genel işleyişi ile ilgili bir hekim şu an hızlarının normal olduğunu, daha önceden işleyişte yavaşlamalar olduğunu ancak personel ve araç takviyesi ile hızlandıklarını belirtti.

“Şimdi tabi çok hassas bir dönemdeyiz hem yaşlıların çok dışarı çıkmaması gereken bir dönemdeyiz hem de hastalıklar arttı yani bakım ihtiyacı arttı. Bu nedenle arkadaşlarımız çok hızlı döndürmeye çalışıyor, bizim amacımız talebin geldiği 1-2

gün içinde talebi sonuçlandırmak...” “...Yani biz şu anda haftalık hızda gidiyoruz. Döngümüzde bir sıkıntı yok. Ama tabi bunlar hep takviye ile oldu. Daha önce böyle 3-4 haftaya kadar uzadığı oluyordu, bundan iki sene önce. Şimdi tabi hem araç hem takviye iyi olunca, personel takviyesi olunca, bayağı bir hızlandık.”

Bir önceki günden planlanan ziyaretlere ertesi gün hastanede hastaların girişleri yapıldıktan sonra çıkılıyor. Hasta sayısından dolayı her hastaya istenildiği kadar zaman ayrılamıyor, dönüşte kan tetkikleri vs. istemleri yapıldıktan sonra hekimler kan sonuçlarına göre hastaları tekrar değerlendiriyor.

“... Planlıyoruz ertesi gün ekipler 8.30-9.00 gibi hazır oluyolar ve hastaların girişini sağladıktan sonra sahaya çıkıyorlar. Orada gerekli işlemler yapılıyor. Her hastada 1 saat kalın veya 20 dk kalın diye bir şey var ama bizim işleyişi hızlandırmamız gerekiyor. Her hastaya istenildiği kadar zaman ayıramıyor olabiliriz. Ayırırsak zaten hastalara yetişmemiz mümkün değil. Hastalardan döndükten sonra kan tetkiklerinin istemleri yapılıyor. Kanlar sonuçlandıktan sonra hekim arkadaşlar ne yapılması gerekiyorsa yapıyorlar.”

Kanama pıhtılaşma zamanı bakılan hastalara bakan özel ekipler olduğunu söyledi bir hekim katılımcı.

“...Bunun yanında bir de şey var sürekli mesela kanama pıhtılaşma zamanı bakmak zorunda olduğumuz, kalp kapakçık hastalıkları gibi özel bir grup var. Bunlara özel günler ayrılıyor, özel ekipler bunlara çıkıyor onları da aksatmamak için...”

Bir hekim yollarda çok zaman harcandığını ve bunun bakacakları hasta sayısını azalttığını söyledi.

“...Yollarda bir sürü zaman harcıyoruz. Mesafe olmasa biz günde 8-10 hasta daha bitirebiliriz.”

ESH’i alan hastaların konsültasyon ihtiyaçları olduğunda, hastane içindeki konsültasyon durumları hakkında katılımcılardan bilgi aldık. Katılımcıların çoğu hastalarla ilgili konsültasyon isteklerinin ESH açısından sıkıntılı bir süreç olduğunu belirtti.

“Bizim evde sađlđın en bđyđk problemi odur zaten. Ben aile hekimi uzmanıyım benim de bir sđrđ ilaē raporunu ēıkarma yetkim yok. Bazı hastaları uzmanlara danışmamız gerekiyor. Ŗzellikle Covid dđneminde genel olarak salı ve perşembe gđnđ bizim uzmanlarımız konsđltasyon istiyorlar sadece o gđn gđnderin diyorlar. O gđnde 14.30-15.00’ten sonra gđnderdiklerimize pek cevap alamıyoruz. Doktorlarımız kendi aēılarından da haklı, Covid’den dolayı kendi hastalarına pek bakamıyorlar. O yđzden bizim konsđltasyonlar onlar iēin artı bir yđk getiriyor onlarda zor durumdalar. Covid öncesi nasıldı? Biz yeni sistemde dđrt hastane birleştik burada şimdi dđrt bđlge.’de (bir semt ismi) bir hastanın ilaē raporunu uzmanlar hiē gđrmeden ēıkarmaları gerekiyor. Gđven problemi var haklı olarak direnē gđsteriyorlar. Sonuē olarak biz gđnderdiēimiz konsđltasyonların %70-%80’ine aynı gđn cevap alamıyoruz. 2-3 gđnde %30-40 ı kalıyor, %60-70 ine cevap alabiliyoruz gđnderdiēimiz konsđltasyonların kabaca sđylđyorum. Bazen bu işi ēözđmlememiz bir haftayı, iki haftayı bulabiliyor. Hele 2,3 hekimli raporlarda iş daha da uzayabiliyor. Biz hastayla uzman arasında kalıyoruz. Hasta haklı, uzman haklı biz zaten haklıyız. Sistemde problem var sonuē olarak...”

Aynı katılımcı konsđltasyon ve rapor problemlerine ēözđm olarak evde sağlık hekimine yetki verilmesini ve raporların onlar tarafından ēıkarılabilmesini önerdi.

“...Bazı konularda evde sağlık hizmetleri ekibine yetki verilmesi lazım. Bizim pratisyen arkadaşlarımız birēok ilacın gerekli olduēuna karar verebiliyor. Ama SGK’nın SUT talimatları sebebiyle biz o raporları ēıkaramıyoruz. Eēer SGK uygun bir dđzenleme yaparsa konsđltasyonlarımız 1/10 oranına dđřer. Raporların birēoēunu pratisyen veya uzman fark etmez evde sağlık hekiminin ēıkarabilmesi lazım. En pratik ēözđmlerden birisi budur. Bu ēok rahatlatacaktır bizi.”

Bir hemşire konsđltasyon sıkıntılarının doktor yetersizliēinden olduēunu belirtti.

“Konsđltasyon konusu biraz sıkıntılı evet... (üzgđn bir şekilde) Herhalde polikliniklerin yoēunluēundan, uzman doktor sayılarının azlıēından kaynaklanıyor. Onların kendi aralarında dđnüşümlü ēalıřmalarından kaynaklanıyor diye dđřđnđyorum. Bazen kendi aralarında listelerin dēiřtiēi oluyor. Dēiřřen listelerin bize ulaşmasıyla ilgili ufak aksaklıkların olduēu oluyor. Onlar da giderilmeyecek

şeyler değil ama herhalde kendi sayılarının azlığından, bizim doktor sayılarımızın azlığından sebeple oluyor...”

“Genelde kötü tavırla karşılanabiliyoruz. Hasta poliklinikte olmadığı için hekim görmediği bir hastaya işlem yapmak istemiyor. Hekim arkadaşta sonuçlandırmak istiyor hasta yakınına geri dönüş yapması gerekiyor. O süreçte bir sıkıntı yaşanıyor...”

Bir hekim konsültasyon probleminin diğer bölümlerinde işin içine katılarak çözülmesi gerektiğini söyledi. Gereken durumlarda ESH’nin içinde olmayan diğer uzman hekimlerinde hastaları evlerinde görebileceğini belirtti.

“Bu da çok zor olan konulardan bir tanesi. Bu konsültasyonlar bizim işimizin büyük bir kısmı. Bununla ilgili görüşüyoruz, bazı bölümlerle iyi ilişki içindeyiz ama genel olarak baktığımızda bu konuyu angarya olarak görüyor bölümler. Konsültasyonlarımızı cevaplatmak için biz çok fazla çaba harcıyoruz. Telefonla arıyoruz, dönüş istiyoruz, bireysel olarak gidiyoruz. İlk zamanlara göre şu anda azaldı ama bu hep kendi gayretimizle. Maalesef bir merkezi yaptırım çok olamıyor. Yatış için veya hastayı değerlendirmek için yapılan görüşmelerde hastayı görmek için eve davet ettiğimizde olumsuz bir yanıt alıyoruz. Bu konuda sürekli bir çatışma içinde olmak istemediğimiz için diğer bölümlerle, biz bunu bir şekilde çözmeye çalışıyoruz. Zorlayıcı olarak bu işi yapmak doğru değil, aslında bizimde üstümüzde başhekimlik ve il sağlık müdürlüğü bu konuda net olarak tavrını ortaya koymalı. Her bölüm için evde sağlığa özel konsültan hekim tanımlanmalı. Biz kendimiz uzmanlık gerektirmeyen bir hizmet veriyoruz. Biz aile hekim uzmanları sonrasında hastayı değerlendirip ona göre karar veriyoruz ama bazı bölümlerin görmesi gerekebiliyor hastayı. O bölümlerinde her gün olmasa da en azından haftanın belli günleri belli hastalar için, ayda bir bile olabilir bu iş, ama ekiple beraber eve gidip onu görmeli. Mesela psikiyatrik hastalarda, dermatolojik hastalarda, özellikle yara bakımında, dekübitli hastaların yara bakımı polikliniği var bizim hastanemizde, bunların haftanın belli günlerinde belli saatlerinde yerinde görülmesi, hem de bize eğitim olması için ev ziyaretlerini gerçekleştirebilirler. Yani hem hastane içindeki konsültasyonlara biraz titiz davranmalılar, sahiplenmeliler hem de eve gelmekte bu kadar geri durulmamalı diye düşünüyorum.”

İki katılımcı ise konsültasyon konusunun hastanelerinde yönetim tarafından çözüldüğünü ve hastalar ve hasta yakınlarının rapor gibi işlerinin kolay bir şekilde halledilebildiğini belirtti.

“Konsültasyonları otomasyon ile de konuşup sistem üzerinden hasta yakınına hiç konsültasyon istenen bölüme göndermeden evde sağlık bölümünün isteğine saygı gösterilerek rapor çıkarılması hallediliyor/kolaylaştırılıyor. Hasta yakını için kolaylaşmış oluyor. Şimdi şöyle bir şey yaptık: hastayı mümkün olduğunca hiç göndermeden, bez diyelim mesela, nörolojinin önüne çat diye düşüyor. Özel bir ikonla yani bu evde sağlık hastasıdır gibi bir özel ibare ile düşüyor. Ve mümkün olduğunca evde sağlığın öngörüsüne saygı gösterilip o rapor çıkarılıyor. Bizim tabii en büyük vakit kaybımız, hasta ve hasta yakını için konuşuyoruz, bu konsültasyonlar için git gel yapılması. Bunu ortadan kaldırmak için böyle bir usul bulduk. Başhekimlik topladı bütün klinik şeflerini bakın dedi bu insanlar evlere gidiyor, ihtiyaç duydukları takdirde lütfen sizde uzmanlar olarak imzalayın. Herkes de saygı gösterdi buna yani o git-geli hiç yapmadan hasta yakınına biz bu hizmeti sunuyoruz. Yani bir sıkıntımız olmuyor.”

“Hastayı ziyaret ediyoruz sonra ilgili ihtiyaca göre konsültasyon kağıdı düzenliyoruz, hasta yakını gelip o belge ile ilgili branşa gidip işini halledebiliyor, bir sıkıntı olmuyor...”

4.3. Nakil Hizmetleri ve Nöbetler

ESHB'nin nakil hizmetleri konusunda katılımcıların yarısı ambulansla ilgili sıkıntılar yaşadıklarını, ambulanslarının çok eski olduğunu ve bazen yolda kalabildiğini söyledi. Bir katılımcı herhangi bir aksaklık yaşanmadığını söyledi

“Ambulansımız çok eski, kendi ambulansımız çok eski olduğu için trafikten menedildi, hastane ile ortak bir ambulans kullanıyoruz ve bazen ambulans ile giden arkadaşlarımız telefon açıp ambulans yolda kaldı diyebiliyorlar öyle bir sıkıntımız var...”

“Ambulansımız şu an çalışmıyor.”

Nakil hizmetleri ile ilgili 2 katılımcı bazen zaman ve mesafe ile ilgili problemlerin yaşandığını onun dışında bir sorun yaşamadıklarını belirttiler.

“Hasta 8.00-8.30’a randevu almıştır, evi Ankara’nın bir ucundadır. Bizim personelimiz 8.00’de iş yerinde olacak burada nakil ambulansına binecek ve 8.30 randevusuna hastayı yetiştirecek bu pek mümkün olmuyor. Ya personel evinden erken çıkacak ya da hasta geç kalıyor bu tür sıkıntı oluyor. Zamansal ve mesafesel sıkıntı olabiliyor. Onun dışında pek sıkıntı olmuyor.”

“Biz nakil hizmetlerine sonradan başladık, sabah erken saatlerde nakil gerekirse sorun oluyor, aracın 8.00’de en geç buradan çıkması gerekiyor. 08.30-09.00 randevularına yetişmekte güçlük çekiyoruz mesafeden dolayı. Daha donanımlı ambulansımız olsa güzel olabilir...”

Bir hemşire taşıma personellerinin daha deneyimli olsa daha iyi olacağını belirtti.

“...Taşıma personeli de daha profesyonel olmalı, böyle bir sıkıntımız var. Taşıma personeli eski temizlik personellerinden, onlar da çok deneyimli değil. Biraz da hiçbir yerde çalıştırılmayan, belki yaşlı personel veriliyor. Yani daha güçlü kuvvetli (gülerek), daha deneyimli bu konuda profesyonelleşmiş, taşıma personeli ayarlansa sırf evde sağlık birimine özel, belki bu sağlık müdürlüğünce yapılabilir. Öyle olsa daha iyi olur başka bir sıkıntımız yok.”

Bir hekim aslında nakil hizmetinin öncelik olarak ESH alan hastalara verildiğini fakat nakil hizmetinin çok geniş tanımlandığı için daha çok hastaneden taburculukta kullanıldığını bu yüzden ESH hastalarına pek sıra gelmediğini belirtti. Herkesin kendi bölgesindeki hastaların naklini yapması gerektiğini belirtti. Kötü durumdaki hastalar için değil stabil hastalar için hizmet vermeleri gerektiğini belirtti.

“Bizim evde sağlık hastalarımız zaten tam kapasite kullansalar nakil hizmeti bize yetmez. Çünkü hastalarımızı buraya getirmemiz gerekebiliyor (hastaneye), poliklinik hizmeti sağlamamız gerekebiliyor ama hastaneden taburculukta çok fazla talep olduğu için maalesef evde sağlık hastalarına çok sıra gelmiyor. Öncelik onlarda deniyor ama her zaman sağlanamadığı için onlar da başvurmuyor. Yani bu kadar geniş olmamalı. Herkes kendi bölgesindeki hastanın naklini yapmalı. Çünkü başka

hastanelerden de olunca hem bizim bilmediğimiz hastalar oluyor, bu doktorsuz bir ekip onun kararını vermek zor, bir de taburculuk sırasında kötü durumdaki ventilatöre bağlı gibi hastalar da zor, mesela başımıza gelen bir olay, stabil dediler ama ventilatör arıza verdi onu da yapabilecek personel maalesef bulunamadı. Ya da çocuk hasta talebi geliyor bize, bizce bu konularda hassas olunmalı, nakil hizmetleri sadece hastaneden eve, evden hastaneye acil olmayan evde sağlık hastalarının taşınması olmalı ve kendi bölgemizde olmalı diye düşünüyorum.”

ESH’de tüm Ankara geneline bakmak üzere her hastaneye düşen aylık 7-8 nöbet vardır. Bu nöbetlerde bir hastanenin ESHB Ankara merkezde o gün ihtiyacı olan tüm hastalardan sorumludur. Nöbetlerde genellikle günde 2 defa i.m. (intramuskuler) veya i.v (intravenöz) yapılması gereken ilaçlar gibi muayene gerektirmeyen ve acil olmayan ESH hastalarına gidilir. Nöbetlerde genellikle 1 hekim ve 2 hemşire nöbet tutar. Nöbetler ile ilgili durum sorulduğunda katılımcıların çoğu nöbet sayılarından memnun olduğunu belirtmiştir.

“Biz burada beş kişiyiz nöbet sayımız yedi-sekiz falan. Bir hekim 1 ya da 2 nöbet tutuyor. Hemşire sayımız da yeterli...”

“Nöbet tutuyoruz, bütün Ankara’da aylık 7 nöbet düşüyor. 1 doktor, 1 erkek, 1 kadın sağlık personeli şeklinde nöbet tutuyoruz...”

“Nöbet sayımız çok değil, ayda ortalama 7 nöbet tutuyoruz. Nöbetlerden hemşire arkadaşlarımız çok memnun, sadece hafta sonu nöbetlerimiz yoğun oluyor. Gönüllü nöbet almak isteyen arkadaş sayımız çok. Bir bayan, bir erkek sağlık personeli ve bir doktor olacak şekilde ayarlıyoruz. Nöbetlerle ilgili çok sıkıntımız yok...”

Katılımcıların çoğu hafta sonu nöbetlerinin yoğunluğundan, mesafelerin uzaklığından, yemek yemeye ve dinlenmeye imkan bulamadıklarından bahsetmiştir.

“...Bizim asıl sıkıntımız hafta sonu nöbetlerinde sabah saat dokuzda nöbetçi ekip yola çıkıyor gece onbir, oniki, bir, iki gibi bitiyor. Hafta sonu ve 24 saatlik nöbetlerde bayramlarda vs. çok vaka çıkıyor. Hafta sonu nöbetlerine bir çözüm bulunmalı. Belki Ankara ikiye bölünür ve iki ekip çıkabilir. Hafta sonu nöbetleri

genelde çok sıkıntılı. Yemek yemeye vakit bulamayan ekiplerimiz bile oluyor bu yüzden hafta sonu nöbetlerine çözüm bulunması gerekiyor.”

“...Hafta sonu nöbetlerinin yoğun olmasından şikayetçi arkadaşlarımız var. Hafta sonu personel çift yazılabilir aslında ama nöbet izinlerini kullanmak istedikleri zaman hafta içi sayımız çok düşeceği için sıkıntı olabilir. Onu tam ayarlamadılar herhalde (müdürlükten bahseder), birkaç personel daha olsa hafta sonu ve bayram nöbetlerinde personel çiftlense daha güzel olur.”

“Nöbetlerde Ankara 4 bölgeye ayrıldığı için her bölgenin hastasına gidebiliyoruz. Ankara merkez ve yakın ilçelere bakıyoruz. O yüzden problem oluyor çok uzak mevkilere gitmek zorunda kalıyorsunuz. Birisi Sincan’da ise diğeri Mamak’ta, hasta sayısı da fazla olduğu için gün içinde hiç durmuyorsunuz. Sahada hem işi bitirmeye çalışıyorsunuz hem randevuya yetişmeye çalışıyorsunuz. Dinlenme şansınız hiç olmuyor. Lavabo tuvalet ihtiyacınız için bile duramıyorsunuz, hasta evini kullanmakta sıkıntı yaşıyorsunuz kullanamıyorsunuz. Genelde benzinliklere falan uğranıyor. Yemek sıkıntısı oluyor. (semt ismi) veya’e (semt ismi) gittiniz hastaneye dönüşünüz hem sizin için hem tedavi süresi için sıkıntı oluyor. Geri dönemiyoruz her seferinde dışarda yemek zorunda kalıyoruz. Nöbet olarak hafta sonu yetişemediğimiz için biz iki ekip yaptık. İki hemşire bir hekim bir şoför arkadaştan oluşuyor her ekip...”

“...Nöbette çok uzak bölgelere gereksiz gidilebiliyor. Buradan gece kalkıp Gölbaşı’na clexan yapmaya gidebiliyoruz. Benim nöbetimde gece saat 12’de Gölbaşına gittik, hastanın antibiyotiği var yapıcaz, hastamızın çok ağrısı var acile götürün dediler (tebessümle). Clexan, dodex gibi (intramuskuler) ilaçların da hafta sonu nöbetlerine sarkması sıkıntı oluyor. Bir de hafta sonu tüm Ankara’ya bakıyor arkadaşlar, 22-23 hasta düşüyor nöbet başına ve günlük 300-350 Km yol yapılıyor. Günlük 5-6 saat yolda geçiyor...”

Bir hemşire güvenlik açısından nöbetlerde bir bayan bir erkek personel koymaya çalıştıklarını belirtti.

“...Genelde bir bayan hemşire hanım bir de sağlık memuru arkadaş koymaya çalışıyoruz ki ekibimizde bir erkek olsun en azından diye. O da güvenlik açısından.”

Bir hekim nöbetlerle ilgili olarak nöbetlerde muayene isteklerinin olabildiğini bazen acil bir nöbeti gibi düşünülebildiğini söyledi. Nöbetlerin bu durumlar için uygun olmadığını söyledi.

“Elbette evde sağlığın nöbeti olmalı ama bu nöbetten ziyade bir esnek mesaidir. Akşam enjeksiyonları gibi durumlar için gidilebilir ama gece muayene için bir ekip hastaya gitmemeli. Bu hastayla ilgili bir durum değil, gece o saatlerde sorununu çözecek kadar bir ekipman yoktur. Yani şartlar uygun değildir. Ne biz görüşebiliriz ne konsültasyon yapabiliriz ne kan çalıştırabiliriz. Hastalara bu anlatılmalı, bu nöbet aslında tamamen kendi bölgemizde olarak planlanmalı. Esnek mesai gibi belli bir saate kadar yapılan mesai olabilir onunla da ilgili ek ücret alınır. Onun dışında bir acil nöbeti gibi olmamalı.”

4.4. Uygunsuz Başvurular ve Güvenlik Sorunu

Katılımcılara ESH’e uygun olmayan hasta başvurularının olup olmadığını sorduğumuzda katılımcıların çoğunun uygunsuz hasta başvurularının olduğunu söyledi.

“Evet evet geliyor, ama tabi hani devletin biraz da şefkatli yapısı nedeniyle onlara da cevap veriliyor, yani biraz lükse kaçan istekler oluyor.

“Çok oluyor, hem genç hasta oluyor, mobilize hastalarımız oluyor, yaşlı olup da mobilize hastalarımız oluyor, hastaneye gelebilecek hasta. Ama Covid döneminde bunun çok ayrımını yapamadık örneğin kronik hastalığı olan 65 yaş üstü tüm hastalara gidiyoruz şu anda ayrım yapmaksızın, yine mesela yaşlı olmasa bile lösemi hastası ama evde sağlık hastası değil genç bir hasta ona da gidiyoruz...”

Başka bir katılımcı ise uygunsuz başvuruların çok fazla olmadığını ancak Covid dönemi ile dışarıya çıkmak istemeyen mobil hastaların başvurabildiğini belirtti.

“Bağımsız hastalar çok talep etmiyor sadece Covid dönemiyle tedirgin olan hastalarımız oldu, yani işte ben evden çıkamam, çıkmak istemiyorum gibi. Evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezi zaten bunu bir ön elemeden geçiriyor ama ısrar edenler de oluyor. Bugün şöyle bir olay olmuş, hasta olduğunu belirtiyor kişi rahatsızlığını söylüyor, koordinasyon merkezindeki kişi yatalak değilseniz biz size

hizmet veremeyiz diyor. Ertesi gün aynı kişi yeniden arıyor ve ben yatalağım gelmeniz lazım diyor. Arada nadiren de olsa böyle şeyler çıkıyor mesela. Onların da gerçekten hem fiziksel hem psikolojik ihtiyaçları olabiliyor ama tam veya yarı bağımlı olmadıkları için hizmetini sonlandırdığımız hastalarımız da oluyor. Mobil hastalardan ilk Covid döneminde panikle başvuranlar çok oldu. Onları da sonraki ekipler gittikçe eliyoruz.”

İki katılımcı ESH’nin acil hizmet gibi de düşünölebildiğini belirttiler.

“...En uygunsuz başvurularımız ise hastalarımızın evde sağlık hizmetini acil gibi düşünmeleri, 112 gibi görev yapmamızı istiyorlar en büyük sıkıntımız bu noktada yaşanıyor, çünkü randevu ile çalışıyoruz ama randevu zamanında gittiğimizde ‘2 gün önce aradım, neredeydiniz?!’ gibi sorularla karşılaşılıyor.”

“...Acil hizmeti gibi düşünenler var. Evde sağlık hizmetleri acil bir hizmet değildir. Bunu biz söylüyoruz ama koordinasyon biriminin de bunu hastalara söylemesi ve bu konuda hastaları bilinçlendirmesi gerekiyor...”

Bir hemşire hastaların kendilerine hiç uygun olmayan ilaç ve tedavileri veya ev temizliği gibi uygunsuz istekleri talep edebildiğini belirtti.

“Tabi oluyor. Hiç raporlandırılmamış bir ilaç, kendi kafasına göre bu ilacı kullanmak istiyorum deyip rapor isteyebiliyor. Ev temizliği gibi veya hasta temizliği gibi şeyler isteyebiliyorlar. (hayret ve üzüntüyle) Normalde hastaya uygun olmayan tedaviyi bize zorla yaptırmak isteyebiliyorlar.”

Bir hemşire hastaların talebine göre değil hekimlerin değerlendirmesine göre bir hastalara gidilmesi gerektiğini söyledi.

“...hastaların çok defa başvurusu olabiliyor. Biz hastayı bilgilendirsek de uygun gördüğümüz periyotlara versek de randevularını, hasta bir başvuru yaptığı zaman maalesef müdürlük doğrudan bize düşürüyor başvuruyu. Burada bir kontrol mekanizması olması lazım. Yani hastanın talebine göre verilen bir hizmet değil, burada hasta talep eder ama hekim değerlendirir ona göre bir planlama yapılması gerekiyor...”

Bir hekim nöbetlerde hastaların muayene talep edebildiğini, nöbette muayeneye uygun şartların olmadığını belirtti.

“... Nöbetlerde genel muayene talebiyle başvurular oluyor mesela. Nöbette bu hiç uygun değil çünkü orada gerekli kan tetkiklerini alamazsınız, gerekli konsültasyonları yapamazsınız.”

Bir hemşire ise ESH’nin gerçekten ihtiyacı olan hastaların alması gerektiğini, eğer ihtiyacı olmamasına rağmen almak istiyorsa da bunun için maddi bir bedel ödemesi gerektiğini belirtti.

“...Ben şöyle düşünüyorum. Herkes evde sağlık hizmeti almamalı. Gerçekten ihtiyacı olan insanlara gitmeliyiz. Bunun kararını da biz vermeliyiz. Evet, bu hasta bizim için uygun hastaneye gidemez hizmetini de buradan almak zorundadır demeliyiz. Ama bizim öyle bir şansımız olmuyor...”

“...Veya bir bedel (maddi olarak) ödenmeli, yürüyen bir hasta hastaneye gitmek istemiyor, evde sağlık hizmeti almak istiyor ise bence bir bedel ödemelidir. Ama hastanın gerçekten ihtiyacı var mekanik ventilatöre bağlı ya da serebral palsili, ciddi taşınamayacak halde ise bu hasta bedel ödememeli. Bu konuda Sağlık Bakanlığının çalışma yapması lazım. Hasta cihaza bağlı ise mesela o hastayı taşımak demek hem hastayı taşımak hem cihazı taşımak demek. Bir de değil birkaç tane cihaz hepsini taşıyorsunuz hastayla birlikte. Onların da kararını sağlık ekibi vermeli. Gerçekten bu hasta bu hizmeti alsın ve bu parayı ödemesin demeli. Ama keyfi olarak ben hastaneye gidipte stres yaşamadan evde durarak bütün işlemlerimi yaptırayım diyen bir insan da bir bedel ödemeli bence...”

Katılımcılara ev ziyareti esnasında güvenlik ile ilgili herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadıkları sorulunca katılımcıların çoğu güvenlik sorununun çok nadir yaşandığını bazen şizofren veya psikolojik rahatsızlığı olan hastaların veya hasta yakınlarının olduğu durumlarda bu tarz güvenlik endişelerinin yaşandığını belirtmişlerdir. Bazen de hastanın hastaneye gitmesi gereken durumlar olduğunda yakınlarının hastaneye götürmek istemedikleri için bu duruma tepki gösterdiklerini belirtmişlerdir.

“Nadiren oluyor o da şu nedenle oluyor deminki konuyla alakalı. Arkadaşlarımız ‘bizi niye bunun için çağırdınız ki?! bu iş için siz hastaneye gelseniz olmaz mıydı?’ gibi bir şeyler söyleyince; ‘sizin işin nedir ki böyle yapacaksınız’ gibi tepkiler oluyordu. Bunun gibi olayları biraz hizmet içi eğitim gibi, arkadaşlara karşıdaki mağdurdur, daha alttan alalım diye tembihleyince onlar da kalktı, başka öyle bir güvenlik sorununuz yok.”

“Ben şimdiye kadar böyle bir sıkıntı yaşamadım ama sonuçta insanların evine gidiyoruz ve yaşayan arkadaşlarımız ya da ekiplerimiz olduğunu duyuyoruz. Evde sağlığı yanlış değerlendirmelerinden kaynaklı, o esnada evde her ihtiyacı karşılayacak gibi düşünüyorlar, gidiyoruz hastanın mesela MR veya tomografi ihtiyacı var hastaneye götürmeniz gerekiyor dediğimiz anda sen ne işe yarıyorsun gibi bir tepkiyle karşılaşabiliyoruz. Artı bizim hekimlerimiz uzman değil, uzman hekim raporu isteyen ilaç vs. gibi durumlarda hasta yakınlarını çağırmak durumunda kalıyoruz.”

“Hemşire arkadaşlar nadir de olsa birkaç sıkıntı yaşamışlar. Çok nadir oluyor, psikiyatrik bir hastaya gitmişler ailevi bir özelliği olduğu için hastalığın ailedeki diğer insanlarda da sıkıntı varmış. Bir iki kere olmuştur onun haricinde pek sıkıntı olmuyor. Tedirgin olan arkadaşları mümkün olduğu kadar iki kişi gönderiyoruz. Zaten doktor tek başına gitmiyor doktor artı sağlık personeli gidiyor orda bir sıkıntı yok.”

“...Şahsım adına güvenlik sorunu hiç yaşamadım ama bir iki arkadaşımızın tedirgin olduğu bir dönem oldu. O hastamız şizofrendi, ailesi de belki psikolojik hastaydı. Nadiren oluyor böyle.”

Bir hemşire kendisinin hiç güvenlik sorunu yaşamadığını ESH alan insanların genelde sağlık çalışanlarını görmekten mutlu olduğunu söyledi.

“...Ben 8 yıl bizzat sahada çalıştım ve hiçbir zaman güvenlik sorunu yaşamadım, o insanlar dışardan gelecek beyaz önlüklü birine hasret oluyor, bir sağlıkçı gelsin de ihtiyacımı gidersin diye. Ben hiç olumsuz bir şey yaşamadım...”

Bir hekim güvenlik sorunlarının olduğunu, kendilerini zorlayan isteklerle karşılaşabildiklerini, psikolojik sorunları olan hasta yakınlarının olduğunu ve her zaman bir riskleri olduğunu söyledi.

“Güvenlik sorunumuz var tabi ki. Gece nöbette olabiliyor. Ankara’nın çok ücra bir yerine gidiyorsunuz ve sadece kadın personel olabiliyor araçta. Bir güvenlik yok oraya gittiğinizde. Başımıza da geldi, hoş olmayan zorlayıcı talep ve eylemlerle karşılaşabiliyoruz. Burada psikolojik sorunları olan hasta yakınları da olabiliyor. Bunu öngöremiyoruz, oradaki hekimimiz, hemşiremiz bir şiddete maruz kalabiliyor ve bunun riski altında her zaman. Bu konuda mutlaka bir şey yapılması lazım, kaldı ki tek personel gönderin bazı yerlere diye de talepler var. Bu durumda asla bu düşünülemez bence.”

Bir hemşire gidilen evlerde insanların genelde stresleri fazla olduğu için hastaların ESH ekiplerine karşı öfke patlaması yaşayabildiklerinden bahsetmiştir.

“...Güvenlik problemi zaten oluyor. Her gittiğimiz evde insanların psikolojik durumu bozuk oluyor. Uzun süre hasta baktıkları için stresleri çok fazla, dışardan bir muhatap bulduklarında da hem bütün sıkıntılarını anlatmak istiyorlar. Ya da çok stresten dolayı öfke patlamasını bizde yaşıyorlar. Şizofren hasta veya hasta yakınları olabiliyor. Onlar tabi güvenlik açısından bizi zorluyor.”

Bir hemşire gerçekten büyük bir problem yaşamadıkça bütün hastalara hizmet vermeye devam ettiklerini belirtti. Fakat can güvenliği sorunu gibi büyük bir problem yaşanır da bu hizmetin sonlandırılması gerektiğini ifade etti.

“...Güvenlik problemi yaşadığımızda gerçekten ciddi manada bir sıkıntı olmadıkça hiçbir sağlıkçı bunu, biz bu hastada problem yaşadık aman bu hastanın hizmetini sonlandırılabilir demiyoruz. Kendi can güvenliğini aşan bir problem olmadıkça veya psikolojimizi ciddi manada bozmadığı müddetçe o hastaya hizmet vermeye devam ediyoruz. Ama gerçekten böyle bir geri dönüş oluyorsa bizim ekibimiz gerçekten orda hırpalanmıştır ve buna müdahil olabilmeliyiz bence, o yüzden o hastaya hizmeti sonlandırabilmeliyiz bir daha hizmet alamamalı mesela...”

Bir hekim ESH deki güvenlik konusunda ciddi bir çalışma yapılması gerektiğini belirtti.

“...Ama orada kalabalık da olsanız evdeki bazı olumsuz olayları engelleyemeyebilirsiniz. Dolayısıyla bu konuda müdürlük ve bakanlığın ciddi bir çalışma yapması gerekiyor. Bununla ilgili önlemler alması gerekiyor.”

4.5. Ücretlendirme

Katılımcıların tümü ESH çalışanlarına ek bir ödeme yapılması gerektiğini bunun hem motivasyonlarını arttıracığını hem de gerçekten efor isteyen bir iş olduğunu belirtmişlerdir. Aynı zamanda Covid-19 pandemi dönemi olduğu için Covid-19 hastalarına baktıklarından bir ödemenin yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

“Hastane evde sağlık biriminden ek ödenek kazanmıyor, çalışanlarında ek kazancı olmuyor. Evde sağlık biriminde çalışıyoruz ama ne mobil hizmet tazminatımız var ne başka bir şeyimiz var, gece dahi nöbet tutuluyor burada. Sürekli yollardayız ama hiçbir hakkımız yok. Hatta şu anda Covid-19’lu hastalara gittiğimiz halde evde sağlık birimi kapsam dışında olduğu için ek ödeme alamıyoruz. Ama biz her gün gidiyoruz.”

“Kesinlikle ek ödeme yapılmalı. Daha önce de biz yoğun çalışıyorduk. Diğer birçok bölüm kadar yoğun çalışıyorduk. Covid döneminde tahmin ediyorum bizim kadar yoğun çalışan yok. Birçok birim esnek mesai yapıyor. Diğer illeri bilmiyorum ama biz Ankara’da sürekli çalışıyoruz. Her gün çalışıyoruz 17.00’te çıktığımızda erken çıktık diyoruz biz. Ben 18.30-19.00’a kadar çok kalmışım. Çok yoğun çalışan bir grubuz bu bir. İkincisi evde sağlığı teşvik etmek lazım. İnsanlar başka yerde çalışamıyorsa bir mazereti varsa evde sağlığa geliyor. Asistanları saymıyorum onlar hariç mecbur kalınca insanlar evde sağlığa geliyor. Teşvik için de ilk akla gelen paradır tabi ek bir ücret olması lazım.”

“Yani özellikle şu durumda hakikaten çocuklar her girdikleri evde bir temizleniyorlar giyiniyorlar. Tam bir Covid hastasına müdahale ediliyor gibi giyiniyor çünkü belki hastada bilmiyor, söylemiyor hani evde sağlıktan mahrum kalmamak için. Herkese bir Covid şüphesi ile gidiliyor. Belki bu konuda pandemi sebebiyle bir primlendirme ödenebilir.”

“Bütün arkadaşlarım istiyor, ben de ek ödeme yapılması gerektiğini düşünüyorum, en azından cazip hale gelir evde sağlık hizmetleri. İstekli ve gönüllü gelir arkadaşlar. Buranın çok bir katkısı yok diye düşünüyor olabilirler. Fiziksel olarak yorucu bir hizmet. Sürekli hareket halinde. Belirli bir yaşın üzerindeki kişilerin yapabileceği bir iş değil.”

“...Halbuki pandemi döneminde en yoğun çalışan birimlerden birisidir evde sağlık. Hatta en yoğun üç birimden biridir. Yoğun bakımlar, aciller ve servisler doludur ama poliklinik hizmetleri çok daha rahatladı ama biz evde sağlık olarak çok arttık. Bizim işimiz eve gitmek, çok lüks bir iş yapıyoruz, personel hastanın evinde gidiyor, çok da gerekli bir iş yapıyoruz. Mutlaka evde sağlık çalışanları zor bir iş yapıyor ve motive edilmeli. Belli bir oranda döner sermaye için kat sayı verilmeli. Özellikle Covid döneminde ek ödeme için bir sürü yazı yazdık ama ek ödeme Covid hastası taşıyan ya da Covid hastasına giden evde sağlık birimine Covid ödemesi yapılmadı. Bu motivasyon kırıcı bir şey...”

Bir hekim ESH’nin yoğun bakım, acil servis gibi özellikli birim kapsamına alınması gerektiğini ve belli bir oranda döner sermayeden katsayı verilmesi gerektiğini belirtti.

“Hastaneler için söylüyorum, özellikli birim kapsamına alınmalı evde sağlık hizmetleri. Ama pek çok yerin web sitesinde özellikli olarak geçebiliyor. Yoğun bakım, kan merkezi, kalite, diyaliz, acil gibi pek çok bölümün kendine has bir döner sermaye katsayısı var. Evde sağlık hizmetlerinin maalesef çok düşük...”

Bir hemşire ESH ile ayrıcalıklı ve özel bir hizmet verildiğini belirtti.

“... Biz gerçekten bir sürü stres kaynağı ile karşı karşıya kalıyoruz. Sürekli yatağa bağımlı insanlarla karşılaşıyoruz. Hastanın evinde oluyoruz, bu zaten ayrıcalıklı bir hizmet, siz de bu hizmeti ayrıcalıklı hale getirmelisiniz. Burada 10 dk bir hasta ile ilgilenilse diğerleri kapıyı zorlarlar ama orada hastanın evinde bazen 1 saat kadar kaldığımız zaman oluyor. Hastaya ayrıcalıklı bir hizmet veriliyor.”

Katılımcıların çoğu ücretlendirme için SGK tarafından yeni bir düzenleme yapılması gerektiğini belirtti.

“Bakın şunu şöyle söyleyebiliriz mesela acil serviste çalışan arkadaşlar, pratisyen hekimlerden bahsediyorum, ortalamadan maaş alabiliyor, evde sağlık hekimlerine de ortalamadan bir prim verilebilir hiç olmazsa bu bir destek olur. Yani çünkü çalışan hekim grubu itibariyle daha çok pratisyen hekim oldukları için zaten çok büyük bir bonus böyle verilemiyor, yani bunu yapsak bile 1000 TL daha avantaj olur bu da böylece hekim arkadaşlarımızı taltif eder, yani ortalamadan vermek onları belki şey yapabilir. Ne de olsa bir mobil işteleyer yani efor var...”

“...SGK ile bir protokol oluşturulabilir.”

“Maddi olarak hastaneye çok katkısı olmadığı için biz biraz şey görüyoruz. Bize ek ödeme olursa personel memnuniyeti artar. SGK’nın hasta başına verdiği ücret artırılabilir. Hastanelerde sadece gider değil gelir de getiren katkısı olan bir bölüm olarak görür bizi.”

“Bir evde sağlık hekimi 7 gün 24 saat çalışsa bakacağı hasta sayısı bellidir. Normal şartlarda ortalamayı geçmesi mümkün değildir. Ek ödemeyi tavandan alması falan hayaldir. Dolayısıyla evde sağlık muayenesinin SGK ve bakanlıkça yeniden düzenlenmesi lazım...”

4.6. Hastane ve Koordinasyon Merkezi ile İlişkiler

Katılımcıların çoğu sorun yaşadıklarında hastane yönetiminden yeterli desteği aldıklarını söylediler. Fakat hastanenin de yetersiz kalabildiği bazı durumlar olduğunu belirttiler.

“...onlar da imkanları ölçüsünde hareket ediyorlar ben ona inanıyorum. Elleriinde hekim olsa verecekler ama hekimleri yok.”

“İletişim kurabiliyoruz hastane yönetimiyle. O konuda ben çok büyük sorun yaşamıyorum ama yeni bir oluşum olduğu için birleşmenin ardına bir süre uyum sorunu oldu. Hemşire ya da sağlık personeli arkadaşlarımızdan nöbet tutmak istemeyen, pandemi de çalışmak istemeyen ya da yoğun yerlerde çok çalışmak istemeyen biraz yaşı ilerlemiş insanlar evde sağlığı talep ediyor. Adı evde ya (gülerek), böyle bir algı var. Evdeyse rahattır gibi algı var. Eskisi gibi değil artık. Ben ilk çalışanlarımdanım evde sağlık hizmetlerinin, eskiden günde 3-4 hastaya

çıkıyorduk. Kimse de bilmiyordu nasıl hizmet verildiğini, şimdi çok duyuldu, reklamları oldu. Ama ekipler yetersiz kaldı özellikle ülkemizin de girdiği bu son pandemi sürecinde. Evde sağlık beklentisi çok arttı insanların. Biz yine de hizmet vermeye çalışıyoruz ama yoğunluktan kaynaklanan iş yükümüz çok fazla...”

“Hastane yönetiminden destek alıyoruz. Tabi ki her şey belli bir plan doğrultusunda ama biraz daha evde sağlığın sahiplenilmesi lazım bu sadece hastane yönetimi ile ilgili değil, mevzuat ve bakanlıkla da ilgili. Biraz daha sahiplenilmeli ve biraz daha sorunlarına eğilinmeli. Biraz kendi imkanımızla kendi sesimizi duyurmaya çalışıyoruz. Destek alıyoruz tabi ki ama Daha fazla destek tabi ki isteriz...”

Katılımcıların çoğu koordinasyon merkezine genellikle ulaşabildiklerini, bir sorun olduğu zaman yardımcı olduklarını söylediler. Fakat bazen iletişim problemi yaşadıklarını ve koordinasyon merkezinin ESH’e uygun olmayan hastaları tekrar tekrar atayabildiğini belirttiler. Bazı sorunları koordinasyon merkezinin, ESH’nin sahadaki işleyişlerini tam olarak bilmedikleri için yardımcı olamadıklarını belirttiler.

“Koordinasyona ulaştığımız zaman görüşebiliyoruz. Genel olarak onlara ulaşma açısından bir problemimiz yok. Ama koordinasyon bizim problemlerimizi fazla bilmiyor. Bizden uzaklar ben koordinasyondan isterim ki ayda bir en azından birisi gelsin sabahtan akşama kadar bizimle beraber olsun, bizim havamızı hissetsinler ama böyle bir şey hiç olmadı. Geldiklerinde sadece odamızda beraber oturuyoruz. Koordinasyonun bizi anlayabilmesi için bizi sabahtan akşama kadar izlemesi gerekiyor yoksa bizi anlayamazlar Koordinasyonla böyle bir eksikimiz var...”

“Genel olarak alıyoruz, hastane yöneticilerinden de koordinasyon da yeterli desteği aldığımızı düşünüyorum. Sahada çalışmadıkları için her iki ekip de evde sağlığı çok iyi bilmiyor olabilir ama sorunlarımızı dile getirdiğimizde yardımcı olmaya çalışıyorlar.”

“Onlar da tabi ki destek veriyorlar ama daha önce bahsettiğim gibi bazı konularda pratiği düşünerek yaklaşımları gerekiyor. Sıkıntı yaşadığımız veya evde sağlık hizmetini sonlandırdığımız, uygun bulmadığımız hastalara tekrarlayan randevu vermemeliler. Mesela bağımsız bir hasta evde sağlık hizmeti almasını

gereken kronik bir hastalığı yok, bu hastaların başvurularını kabul ederek biz sonlandırsak da tekrar gitmemizi istiyorlar. Bu da tabi ki bizi sıkıntıya sokuyor, işleyişimizi zorlaştırıyor. Hiçbir şeye karar veremez duruma geliyoruz. ESH’de ki kriterler net çizilmemiş. Her gelenin başvurusunun kabul edildiğini düşünüyorum ben. Hastayı biz ikna etmeye çalışıyoruz. Hastaneye gitmeniz şöyle iyi olur böyle iyi olur diyerek. Uygun değilsiniz dediğiniz zaman hasta tepki koyuyor. Bu konuda da hastayla bizi karşı karşıya bırakıyor koordinasyon merkezi maalesef. Bunu isteyerek tabi ki yapmıyorlar ama bu konuda hastanın daha ilk başvurusundan itibaren bu konu net anlaşılmalı. Hastanın kriterleri net çizilmeli. Biz kendimiz istesek bile uygun olmayan hastaya gidememeliyiz mesela. Bunun ödemesi ve SGK karşılığı da olmamalı. Böyle sınırlandırmalar olursa bize de uygunsuz talepler gelmez diye düşünüyorum.”

“Koordinasyon merkezi sadece hasta atıyor. Yardımcı olmaya çalışıyorlar ama onların da elinde olan bir şey yok galiba. Hasta sayısını azaltma işini bir türlü çözemiyoruz. Her başvuruyu almayın, yürüyen bir hastayı hizmete kabul etmeyin dedik. Ama atadıkları zaman biz bu hastayı size atadık mutlaka o hastayı göreceksiniz diyorlar. Ziyaret ettikten sonra bu hastayı sonlandırabilirsiniz diyorlar. Biz bu hastayı sonlandırıyoruz, sonra aynı hasta yeniden başvurduğunda tekrar bize düşüyor ve hastaya tekrar gidiyoruz. Siz bu hastayı sonlandırmışsınız deyip bu hastanın hizmetini geri çekmiyorlar. Bununla ilgili problem çok yaşıyoruz. Koordinasyonla olan bu problemi çözebilmek için il koordinasyonunun bizimle iş birliği içinde olması gerekiyor aslında. Ama böyle bir koordinasyonu sağlayamıyorlar. O arada da bir problem yaşıyoruz. Daha öncesinde daha kötüydü her hastane kendine göre ayrı bir işleyiş yürütüyordu. Şimdi hastaneler birleşince bir nebze daha iyi ama yeterli değil.”

4.7. Covid Döneminde Evde Sağlık Hizmetleri

Katılımcıların tamamı Covid-19 pandemi sürecinde ESH’e olan talebin çok arttığını söylediler. Eskiden gerçekten ihtiyacı olan bağımlı hastalara gidildiğini, pandemi sürecinin başlamasıyla insanların hastaneye gelmekten korkması nedeniyle artık evde bakıma ihtiyacı olmayan bağımsız hastalara da gidildiğini söylediler.

Bunun sonucunda yüklerinin çok arttığını ve kapasitelerinin üzerinde çalışmak zorunda kaldıklarını söylediler.

“Yani bizim (hastanenin) diğer bölümlerine talep ne kadar düştüyse evde sağlığa talep o kadar arttı, yani insanlar evde kaldıkça evde sağlık hizmetine talep arttı, bu bir yük getirdi ve bu beklenen bir şeydi tabi. Ama dediğim gibi Devlet bu konuda çok hassas olduğu için gerekli desteği yapıp sayımızı artırdı ve biz aynı süratle çalışabiliyoruz ama netice itibari ile yükümüz arttı.”

“Artık hasta seçme gibi bir şansımız kalmadı, 65 yaş üstü olan veya kronik hastalığı olan her hastaya gitmek zorunda kalıyoruz, mevzuat uygulanamıyor. Normalde yarı ve tam bağımlı hastalara hizmet vermemiz gerekiyor ama şu an mesela 65 yaş üstünde diye vitamin B12 iğnesi yapmaya gidiyoruz, her gün gidip dodexini yapıyoruz, aslında teyzemiz sağlıklı, mobilize kendisi gidip aile hekimliğinde yaptırabilecek ama pandemi sürecinde sokağa çıkamadığı için biz gitmek zorunda kalıyoruz. Hasta sayımız çok arttı. Normal kayıtlı hasta dışında başvuru da çok arttı. ESH direk hizmeti değil ama enjeksiyon, kan alma, pansuman ihtiyacı gibi başvurular çok arttı bunları hep biz karşılamak zorunda kalıyoruz.”

“Covid-19 sebebiyle birçok yaşlı hasta hastaneye gitmedi, gidemedi. Dolayısıyla bizim hasta sayımız çok arttı. Hatta bir ara 65 yaş üstü hastaneye gitmesin evde sağlık onlara baksın diye bir talimatta gelmişti Sağlık Bakanlığından. Evde sağlığa kayıtlı olmayan gayet rahat hastaneye gidebilecek mobil hastalar da bize başvurdu.”

“Tabii, iş yükümüzü çok artırdı, pandemi süresince beklenti çok arttı. Herkes gelsinler bize evde baksınlar ben dışarı çıkmayayım, çıkmak istemiyorum markete bile gitmiyorum diyenler oldu. Onları ikna etme süreci biraz zor oldu. Ama şimdi kabullendi insanlar. Pandemiyle yaşamaya alıştılar diye düşünüyorum. Hasta sayımız arttı. Biz 8000 hasta ile teslim aldık ondan sonra 12.800 ü buldu. Bunlardan mobil olanlar oldu, çıkardıklarımız oldu, ex olanlar oldu...”

“...Şu anda giderek artıyor çünkü sokağa çıkma kısıtlılıkları olduğundan 65 yaş üstü her ne kadar hastaneye gelebilse de onlar da gelmemeye başladı. Bazı işlerini ESH ile yapmak istediler. Biz bu dönemde, koordinasyon merkezi hiç sorgulamadığı için, her hastayı kabul etmek zorunda kaldık yani evde sağlık

kapsamında olmayan hastalara da gittik ve hala gitmekteyiz. Çünkü bunlar pandemi koşullarında olması gereken şeyler olarak bakıldı. Biz de buna ayak diretmediğimiz için bazı hastalıkların uygun olabileceğini düşündüğümüz için gittik ama tabi ki bu bizim randevularımızı çok artırdı. Kapasitemizin üzerinde çalışmak zorunda kaldık.”

“65 yaş yasağında kimse evden çıkamadı herkes evde sağlık hizmetinden yararlanmak istedi. Bu süreçte hiçbir hastaya yetişemedik. Covid(+) hastalardan bizi ilk başta uzak tutmaya çalıştılar. Yaşlı ve riskli gruba gittiğimiz için. Ama hastalık süreci de arttığı için Covid(+) hastalarla da karşılaştık. Clexan tedavileri için bize atamalar yapıldı. Veya hastaya gittik hasta ertesi gün Covid(+) çıktı...”

Bir hekim pandeminin ilk aylarında ihtiyacı olan hastaların hastanelerden korktukları için evlerine de hastane personeli istemediklerini fakat sürecin devam etmesi ile hastalıkların kontrol edilemediğini ve bu yüzden ilk aylar sonrasında başvuruların çok fazla arttığını belirtti.

“Pandemi mart ayında başladı, ilk etapta, ilk üç ayda başvuru sayısı azaldı. Randevu oluşturduğumuz hastaları aradığımızda bizi kabul etmediler çünkü korktular. Hastaneden gelen ekibin onlara hastalık taşıyacağını düşündüler. Ama sonra pandemi devam ettiği sürece insanların kontrol edilemeyen kronik hastalıkları ortaya çıktı. Gerçekten bakım ihtiyacı olanlar da bu dönemde bakım almayı reddettiler yakınları veya kendileri. İlk 3 ayda başvuru sayısı azaldı ama şu anda yaz döneminden bu yana ise arttı...”

Katılımcıların çoğu personelin Covid-19 hastalarına hizmet verme ile ilgili tutumlarında ilk başlarda bir korku olduğunu fakat sonradan bu duruma alıştıklarını belirttiler.

“İlk başta çok dirençlilerdi, gitmek istemediler. Bu bizim işimiz değil filyasyon ekipleri gitsin dediler. Bu 1-1,5 ay sürdü. Baya mücadele ettik, bizim de işimiz bizim de görevimiz diyerek. Onlar mağdur, yaşlıymış, kronik hastalığı da varmış diyerek (tebessümle). İkna etme süreci biraz zor oldu ama şimdi kabullendiler. O konuda şu an sıkıntı yok alıştılar. Gönüllü de gitmeye başladılar, o hastayı ben alıyorum diyor mesela...”

“İlk dönemdeki o korku yenildi. Eskiye nazaran daha kabullenebiliyorlar. Tabi kimsenin yapmak istemediği işi yaparken sağlık camiası olarak endişelerimiz de oluyor. Kendimizden ziyade yakınlarımıza bulaştırma korkusu yaşıyoruz şimdi...”

“Tutumlarında hiçbir değişiklik yok her hastaya dikkatle yaklaşıyorlar...”

“Özellikle ilk başlarda daha sıkıntılıydı. İnsanlar daha tedirgindi. Gitmek istemedi, tepki gösterdi. Koordinasyonla konuştuk gitmeyelim diye yok gideceksiniz denildi. Şimdi biraz daha alıştık. Son zamanlarda hiçbir problem bana yansımadı. Biz de gidiyoruz zaten...”

“Yani ilk başta hepimiz tedirgindik ama artık hepimiz alıştık. Bütün sağlık camiası gibi hepimiz alıştık (gülerek). Ekiplerimizden 6-7 kişi Covid-19’u atlattı, eski birim sorumlumuz ise çok ağır atlattı, YBÜ’de yattı uzun süre...”

Bir hekim pandeminin başlangıcında kişisel koruyucu ekipmanları kullanma için yeterli bilgilendirme yapılmadığını, çıkarılan rehberlerde evde bakılan hastalar için personelin ne yapması gerektiğinin yazılmadığını söyledi. Pandemi sürecinde mecbur kaldıkları için 4-5 farklı kişinin saatlerce aynı arabada bulunduklarını, gittikleri evlerde bazen insanların maske takmadıklarını ve bunun kendileri için ayrı bir risk oluşturduğunu söyledi.

“...Hatta bilim kurulunun çıkardığı rehberde de bir hasta ziyaret ettiğinde, hastanede, poliklinikte ve serviste adım adım sağlık personelinin uygulaması gereken şeyler anlatıldı ama bir kısmı ev ziyaretlerine uygulanabilir olsa da bir kısmı evde sağlık hizmetleri için boş kaldı. Yani biz orada çok küçük bir odada çalışıyoruz, bazen çok kötü şartlarda yaşayan hastalara gidiyoruz. Pek çok kişi bir arada oluyor. Maskeleri olmuyor, maske taktırıyoruz ama biz oradaki tıbbi atığımızı atacak şeyimizi yanımızda taşımak zorundayız her zaman. E oradaki düzen sıkıntı, arabada ne yapacağız, pandemi de herkes ayrı ayrı gezerken biz dört kişi iki saatini, bir buçuk iki saatini maskeli olarak arabada arabanın içinde geçiriyoruz ve bu görülüyor. Bu riskler mutlaka görülmeli, bu kişiler temaslı da oluyor, pozitif de çıkan oldu ekipten. Bunlar mutlaka baştan ön görülmeli, biz söylememize rağmen çok da dikkate alındığımızı düşünmüyorum. Elbette bu yüzden de ekibimiz tedirgindi ama biz kendimiz Covid-19 ekibi kurduk. Koordinasyon merkezi bize böyle bir şey söylemedi. Bunu talep ettiğimiz halde söylemedi. Dolayısıyla biz kendimiz bir

Covid-19 ekibi kurduk, sadece Covid(+) hastaya bir ekip gitsin diye konuştuk. Ancak öyle bir çözüm bulabildik...”

Katılımcıların tümü covid hastalarına baktıkları için covid ile ilgili bir ek ödeme yapılabileceğini belirttiler. Şimdiye kadar verilmemesinin motivasyonlarını düşürdüğünü söylediler.

“...Covid-19 hastalarına bakan personele yapılan ek ödeme bizde yapılmıyor. Bizim hastanemiz bir ek ödeme için mevzuatı zorladı ama pek verimli olmadı. Baktığımız Covid-19 hastası sayısı kadar bize bir hesaplama yapıp ödeme yapmaya çalıştılar ama çok az bir miktar çıktı ve çok bir anlamı olmadı. Covid-19 sebebiyle evde sağlık çalışanlarının hepsine ek ödeme yapılmalı. Hatta ben bütün sağlık personeline sabit miktar ek ödeme yapılmalı diye düşünüyorum. Covid-19 polikliniğinde çalışmayanlar da sık sık Covid-19 hastası ile karşı karşıya kalıyorlar. Ayırt etmek mümkün değil. Verilmemesi üzücü yani, çok yoğun çalışıyoruz bir sürü Covid(+) hastamızda oluyor ama hiçbir ek ödeme alamayacağız.”

“...Hastanede bazen ek ödemeler oluyor ondan da faydalanamıyoruz biz. Hiçbir şekilde ekstra olarak ödenek yok...”

“...Bu konuda filyasyon ekibine verilen destek gibi belki daha ufak da olsa mali destek verilebilir. Hakikaten çocuklar o şekilde çalışıyor çünkü.”

“...Ek ödeme olsa motivasyonumuz artabilir, sonuçta o hizmet veriliyor ama karşılığını hiçbir şekilde almıyoruz.”

“...Ve bu konuda da Covid(+) hastaya gitmemiz, hatta temaslı hastaya hatta gittiğimiz herkesin çoğu şüpheli onları geçiyorum, temaslı olduğunu ve pozitif olduğunu bildiğimiz hastaya gitmemize rağmen bu konuda ek ödeme almadık. Bu yüzden de dediğim gibi biraz önce personelin motivasyonunu düşürdü.”

“...Ek ödeme yapılırsa iyi olur. Tek ebeveyn olan arkadaşlarımız var. Sağlık çalışanlarının maaşı zaten genel olarak düşük. Özellikle yardımcı sağlık çalışanları çok az alıyorlar. Çok çok küçük farklar aldılar Covid(+) hastasına baktıklarından dolayı ama çok tatmin edici değildi. Sabit bir ödeme olarak artırılabilir bu süreçte.”

Katılımcıların tamamı Covid-19 sürecinde kişisel koruyucu ekipmanların yeterli olduğunu ve hastanelerin karşıladığını belirttiler.

“Bir kısıtlılık yaşamadık.”

“Yeterli, hastane karşılıyor bir sıkıntı çıkarmadılar.”

“Yeterli.”

“Hiç sıkıntı yaşamadık, özellikle hastane bize çok destek oldu o konuda. Bu anlamda da hastaneye bağlı olmamız iyi.”

“Şöyle ki N95 teminimiz zor ama onu da şu anda yaptık. Dediğim gibi Covid-19 ekibinde kullanıyoruz. İlk başta birazcık sıkıntı yaşadık daha sonra biraz daha rahatladık.”

“...Ne kadar korunsak da ilk dönemde malzeme olarak sıkıntı yaşadık günlük 1 adet maske veriliyordu. Şimdi daha iyi durumdayız tabi ama en başta sıkıntı oldu. Şu anda bu problemimiz ortadan kalktı. O agresif dönemde o tip şeyler olabiliyor.”

4.8. Evde Sağlık Hizmetlerinde Çalışmak

Katılımcılara ESH’de çalışan hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin çalışma motivasyonlarını arttırmak için neler yapılacağını sorduğumuzda tamamı maddi olarak kazançlarının arttırılmasını, ek ödeme sisteminin düzenlenmesini önerdiler. Evde sağlık hizmetlerinin hem hastaneye hem de çalışanlara maddi olarak ekstra bir katkısının olmadığını belirttiler. Hastanede bütün sağlık personeline ek bir ödeme yapılsa bile kendilerine bunun yansımadığını belirttiler. Dışarıda çalışmanın hastanede çalışmaktan daha zor olduğunu, fiziksel olarak yorucu bir iş yaptıklarını ve çok yoğun çalıştıklarını belirttiler. Hasta sayısının düşürülmesini, personel sayısının arttırılmasını, mobil hizmet farkının yansımalarını ekiplere düzgün organizasyonların yapılmasını önerdiler. Hastaların yaşadığı sıkıntıları görmek de psikolojik olarak yorucu olduğunu belirttiler. Önceden insanların evlerinde hekim görmekten çok mutlu olduklarını fakat şimdi olağan bir hizmet gibi görüldüğünü ve saygınlıklarını yitirdiklerini belirttiler.

“...Motivasyon artırmak için hasta sayısı düşürölüp ekiplere düzgün organizasyonlar yapılabilir. Mobil hizmet farkı yansıtılabilir. Şimdiye kadar çalışması yapılmadı ama artık yapılabilir. Ek ödeme alamıyoruz, ek ödeme çıkarılabilir. Yani artı hiçbir şeyi yok evde sağlığın hastaneye de çalışana da ekstra bir geliri yok. Motivasyonu hastanenin yoğun bakım gibi çok yoğun çalışma ortamlarına nispeten daha rahat bir yer olması olabilir. Başka bir motivasyon kaynağı yok evde sağlığın.”

“...Tabi bu ek ödeme sisteminden herkes şikayetçi. Gerçekten çok çalışıyoruz. Ben bu Covid-19 döneminde yoğun çalışan bir acil var diyordum, acilde en başta çok boştu Covid-19’dan dolayı sadece Covid-19 poliklinikleri yoğunlu bir de evde sağlık çok yoğunlu. Ama ilginç bir şekilde evde sağlığı kimse ciddiye almadı....”

“...Ücret değişiklikleri olabilir motivasyon artırıcı olarak. Personel sayısı biraz daha artırılsa dönüşümlü çalışılabilir. Hemşire arkadaşların en çok isteğı biz yarım gün çalışalım yarım gün istirahat edelim. Biz bunu sağlayamıyoruz. Çift kişi vakaya çıkalım diyorlar bu sayıyla mümkün değil. Çift kişi çıkalım, yarım gün çıkalım öğleden sonra da evrak ve bilgisayar işlerimizi yapalım diyorlar onu sayımız az olduğı için sağlayamıyoruz. Bide bu süreç çok yoğun. Personel sayısı çok ve yeterli olursa yapılabilir. Hem sabah hem öğleden sonra çıkılıyor çoğunlukla. Bu da yorucu oluyor, araç yoruyor aslında. Merdiven in çık gibi fiziksel bir yoruculuk oluyor. Bizim hasta başı işimiz çok ağır değil aslında. Bazı hastalarda sadece enjeksiyon yapıyoruz, aşı yapıyoruz çıkıyoruz. Pansuman ve sonda işlerimiz biraz daha uzun sürüyor ama hemşirelik işlerimiz süre olarak da çok yorucu değil.”

“Personelin tabi ki, burada çalışmak istemeyen bir şekilde ayrılmaya çalışıp buradan ayrılanlar da oluyor aramızda dönem dönem. Geçen hafta bir sekreterimiz ayrıldı. Daha önce tayini çıkan başka sekreterler, tayin isteyenler oldu. Bu da şunu gösteriyor aslında motivasyon gerçekten düştüğü zaman insanlar artık sevseler bile burada çalışmak istemiyorlar. Bu da biraz önce bahsettiğim gibi size verilen değerle ilgili. Bir ücretlendirmeye ilgili. Yani ücretlendirme derken bütün hastaneye ilgili sağlık personeli ile ilgili alınan kararlardan hariç bırakıldığınız zaman ve yaptığınız işin çok önemli olduğunu bildiğiniz halde bunun görülmediğini düşündüğünüz zaman bir motivasyon kırılıyor. Dolayısıyla bence evde sağlık hizmetleri

personelinde bir motivasyon düşüklüğü var. Hem hekimlerde hem hemşirelerde hem sekreterlerde bütün çalışanlarda olduğunu düşünüyorum ama bir iki iyileştirme ile de bunun aşılabacağını düşünüyorum.”

“...Tabi bizim genel şartlarımız iyi değil. Motivasyonumuz artırılmalı, para arttırılmalı daha iyi olur. Ek ödeme olsa daha iyi olur. Saygınlığımızı yeniden elde etmemiz gerekiyor. Eskiden insanlar sağlık hizmeti aldıklarında ya da bir hekimi evde gördüklerinde daha mutlu oluyorlardı. Şu anda bu olağan bir hizmetmiş gibi görülüyor. Tabi değer verenler de var ama eskiye göre daha az. Fiziksel şartlarımız düzeltilse daha iyi olur. Yani gerçekten hastanede hizmet vermektense, dışarıda hizmet vermek çok zor. Soğukta kimse dışarı çıkmazken siz çıkıyorsunuz. Montunuzla kabanınızla hastaya gidiyorsunuz. Beş kat merdiven inip çıkıyorsunuz, sürekli bu. Hani her gittiğiniz hastanın 5. Katta olma ihtimali de oluyor. Genelde de buralar böyle bizim bölgemiz genellikle asansörsüz. Dışardan bakıldığında evde sağlık 10 hasta görüyor geliyor denilebilir ama onun psikolojik baskısı orada insanların yaşadığı sıkıntıları görmek yorucu şeyler, ruhunuzu yoruyor. Ama birisinin bir kere Allah razı olsun demesi yetiyor.”

Katılımcıların tamamı ESH’de çalışmaktan memnun olduklarını belirtti. Hayata ve hastalara dair bakış açılarının değiştiğini ve bu işin kendilerini motive ettiğini belirttiler. Yaptıkları işin gerçekten önemli bir iş olduğunu belirttiler.

“Ben memnunum, çok güzel bir hizmet bence ve insani ve uygar bir hizmet. Konsept çok güzel. Arkadaşlarım çok güzeller ve uyumlu bir ekip, Birileri bu işi yapmalı. Bu dünya çapında güzel bir hizmet bu benim düşüncem ve ben yurt dışında da böyle bir örneğini bu kadar içten örnek görmedim. Yapılsın diye değil gerçekten yapılsın işe yarasın diye yapılan bir hizmet bu. Şov amaçlı değil, çok doyurucu memnunum ben.”

“Memnunum, ben çok uzun süre yenidoğan ve kardiyoloji YBÜ hemşireliği yaptım. Hastane ortamında gördüğünüz o hastaları ev ortamında görmek bambaşka bir şey. Çok farklı... Bakış açınız değişiyor her açıdan.”

“Memnunum çalışmaktan. İdareci olmaktan çok memnun değilim ama çalışmaktan memnunum. İnsan hayatı biraz daha tanıyor. Yatalak hastalarla, yaşlı

hastalarla ilgilenmek insanı gerçekten düşündürüyor, hayatı daha iyi okumamızı sağlıyor.”

“Ben memnunum, vazgeçemedim. 8-9 yıl önce bu işe başladım. Hayat görüşüm değişti gerçekten, daha merhametli oldum. Daha insan oldum diyeyim(gülerek). Hastalara bakışım değişti. Bir hastaya yaklaşımla, onların evlerinin içine giriyorsun özel alanlarını paylaşıyorsun, sana dertlerini anlatıyorlar. Merhamet duygularım gelişti, o anlamda iyi oldu. Ben evde sağlık biriminde çalışmaktan çok memnunum.”

“Ben memnunum. Zor bir iş... Ama bu zor bir işin sonunda bir katma değer olduğunu gördüğüm için bu beni nispeten motive ediyor. Yani hastaların çok ihtiyacı var böyle bir hizmete. Başta bahsettiğim gibi bazen gereksiz başvurularda bizi yoruyor ama genel olarak baktığımızda ihtiyacı olan için çok önemli bir hizmet. O yüzden memnunum...”

“Evet memnunum (gülümseyerek). Yani ben evde sağlık kurulurken en başından işin içinde olduğum için belki de. Hep yapmak istiyordum bir zaafım vardı. Oradaki insanlar gerçekten yaşlı ve onları mutlu etmek sizi de mutlu ediyor aslında. Gerçekten o hastaya çözüm ürettiğinizde o hasta hiç yorulmadan ve üzülmeden, çünkü o hastanın evde çıkması, taşınması, hastaneye gelmesi, kötü hastalar için diyorum, gerçekten hastaya ve hasta yakınına çok büyük bir eziyet. Burada hastane süreçleri de çok sıkıntılı. Onların evde işlemlerinin yapılması gerçekten onlar için çok büyük kolaylık. Onların mutlu olması tabi ki bizi de mutlu ediyor.”

Katılımcıların çoğu ESH’de çalışan hekim ve hemşirelerinde genel olarak yaptıkları işten memnun olduklarını fakat biraz daha desteğe ihtiyaç duyduklarını belirttiler.

“Genelde arkadaşlarımız memnunlar...”

“Onlar da memnun sadece motivasyon artırmak için biraz ekstra bonus destek istiyorlar.”

“...Bizim evde sağlıkta çalışan ekip arkadaşlarımız genel olarak memnunlar. Tabi bu konuda ayrı bir çalışma yapmak gerekir memnuniyet konusunda...”

“Yeni arkadaşlarımız çok fazla. Birkaç kişi sadece, artık yaşımız büyüdü, gidelim evde sağıkta rahat edelim psikolojisiyle, işleyişi bilmedikleri için gelenler oldu. Onların biraz kabullenmeleri zor oldu. Onun dışında genel olarak, yoğun bakımlarda çalışmaktan, acil serviste çalışmaktan daha kolay olduğunu düşünenler ve tercih edenler oluyor. Bir de nöbet sayısı az. Başka bir birimde 7-8 nöbet tutmak yerine giderim evde sağıkta ayda bir nöbet ancak denk geliyor diye düşünülüyor. Öyle bir artıları da var...”

“Genel olarak arkadaşlar yaptıkları işi seviyorlar...”

Bir hemşire hastaların ve yakınlarının birçoğunun kendilerini aileden biri gibi gördüğünü sonradan hastaları vefat etse bile arayıp teşekkür ettiklerini belirtti.

“...Birçoğu sonradan aile gibi görüyor bizi. İletişime geçenler, telefonla ulaşanlar. Eskiden mobil hatlarımız yoktu özel telefonumu çok verdiğim oldu benim. Hastası ex olsa bile yıllar sonra arayıp hal hatır soranlar sizin emeğiniz çok geçti diyenler çok oldu... (Heyecanla)”

4.9. Ankara’da Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin Birleşimi

Ankara il merkezinde ESH’nin 4 merkezde birleştirilmesi sonrasındaki durum sorulduğunda katılımcıların 2 tanesi bu birleşmeyi olumlu olarak değerlendirmiştir. 2 katılımcı olumsuz olarak değerlendirirken, 2 katılımcı ise bazı yönlerden olumlu bazı yönlerden olumsuz olarak değerlendirmiştir.

İki katılımcı ESHB’nin birleşimi ile kendilerine olan desteğin arttığını, seslerinin duyulmaya başladığını ve hizmet kalitesini arttırdığını belirtti.

“Bence olumlu oldu, bakın ben kendi grubum için söyleyeyim. Olduğumuz gruba, muhite hakimiz bölgeler büyük de olsa, ... ve(ilçe isimleri) gibi, ondan sonra bir de merkezileştiği için desteğimiz çok arttı bir anda. Yani İl Sağlık Müdürlüğü’nde bir kimlik oluştu daha bir uzanabileceğimiz insanlar oldu. Desteğimiz arttı. Biz tek başımızayken sesimiz duyulmuyordu, yani herhangi bir hastanenin herhangi bir talebi gibiydi şimdi bu iş ciddi bir iş oldu. Onun için ben bunu kesinlikle destekliyorum...”

“Bir nebze de olsa bir birliktelik sağladı. Hastane yönetimi kısmen de olsa evde sağlık hizmetini sahiplendi. Daha önce hiç kimse evde sağlığı sahiplenmiyordu. Bir hekim grubunun bu işi sahiplenmesi iş ve işleyişi artırdı. Hastaya verilen hizmet kalitesini artırdı...”

Bir hekim yeni uygulamanın verilen hizmeti standartlaştırdığını belirterek bu anlamda olumlu değerlendirmiştir.

“Mutlaka bir ihtiyaca binaen olmuştur, ben buna olumsuz bakmıyorum. Bunun sebeplerinden bir tanesi hizmeti standart hale getirmek ve daha kapsamlı hale getirmek. Bu yönlerden olumlu buluyorum...”

Bir hemşire birleşmenin hem artısı hem eksileri olduğunu, kalabalığa hakim olmanın zorlaştığını fakat personelleri daha iyi değerlendirebildiğini, ESH’deki uygulamaları tek tip yaptıklarını bunların olumlu olduğunu belirtti.

“...olumsuz yönü de kalabalığa hakim olmak biraz zor oluyor...”

“Aslında birleşmenin artısı da oldu bence. Her birimi kontrol etmek zordu, her birimin doktoru yoktu belki. Burada bir personeli diğer tarafta değerlendirebiliyorsun. Tek çatı altında toplandık. Birimlerin en doğru uyguladıkları şeyleri tek tip yapmaya çalıştık. Olumlu yönleri de oldu, olumsuz yönleri de oldu...”

Katılımcıların çoğu birleşme ile bakılan bölgenin çok genişlediğini ve bunun sonucunda personelin gittiği mesafelerin arttığını bu anlamda olumsuz etkilendiklerini belirttiler. Bu yüzden daha fazla yorulmalarına rağmen günlük bakılan hasta sayısının da azaldığını belirttiler. Yönetimin çok zorlaştığını problemlerin fazlalaştığını belirttiler.

“... Ama elbette ki bölge alanı çok genişlediği için ekiplerin hareket alanı çok genişledi. O da bizi fazla yoruyor ve günlük baktığımız hasta sayısını azaltıyor. Bu dikkate alınmıyor, sanki kağıt üzerindeki hasta sayısı önemliymiş gibi algılanıyor koordinasyon merkezi ve il sağlık müdürlüğünden. Bu konuda eleştiriler alıyoruz ve ben bunu doğru bulmuyorum.”

“...Kalabalığa hakim olmak zor, yönetim zor, mesafeler zor...”

“Kesinlikle olumsuz. Söylediğim gibi mesafe, çok sayıda insanın aynı yerde görülmesi o insanların yönetilmesi gibi sorunlar ortaya çıktı. Biz’de çalışırken 7-8 kişiydik. Sorumlu hemşire diye bir birimimiz yoktu. Sorumlu hekimimiz vardı her şeyi beraber hallederdik. Çok nadir problem çıkardı. Biz buraya geldik bir sorumlu hekim var bir sorumlu hemşire var bunlar da yetmiyor zaten ama bir sürü problem çıktı. Dolayısıyla bir araya geldiğimiz zaman yönetim çok daha zorlaşıyor...”

Bir hemşire birleşmenin ilk zamanlarında zorlandıklarını eski yerlerinden uzak kalan çalışanlarda isteksizlik olduğunu fakat sonradan bazı değişimlerle beraber düzenlerinin oturduğunu ve yeni bir sistem kurduklarını, eskisine göre çok daha hızlı ve düzenli hizmet vermeye başladıklarını söyledi. Yeni sistemi olumlu görmekle beraber kalabalık bir grubu yönetmenin ve mesafelerin artmasının eskisine göre daha zor olduğunu belirtti.

“Birleşme birden (aniden) oldu. Çok hazırlıklı değildi çalışanlar. Kendi evleri eski iş yerlerine yakındı konum olarak, ...’de oturan arkadaş buraya 3 araçla gelebiliyor. Evimden uzak kaldım diyor. Eski iş yerime evim yakındı burası uzak diye bir gönülsüzlük oldu. Gönüllülük esasına göre hareket edilmedi. İlk başta böyle çırpınışlar oldu, gitmek istemeler oldu.”

“...Ondan sonra değişimler oldu, ...’ta oturan arkadaşlardan talepler geldi değişimler oldu. Ama kalabalığı yönetmek zor. Her kişiden bir ses çıkıyor. Daha önceden evde sağlık hizmeti eğitimi almamış ya da ben sahaya gitmek istemiyorum diyen kişiler oldu aramızda. Elimizden geldiğince onları motive ederek işimizi yapmaya çalıştık. Bizim için zor oldu, kervan yolda düzülür gibi başladık işe ama zor oldu bizim için biraz. Şu an düzen oturdu, ilk baştakine göre çok iyi. Tek tip oldu işler, dosyalar tek tip oldu. Sistemimizi kurduk. Bütün hastalara tüm arkadaşlar gidiyor. İlk başlarda olan benim bölgem seni bölgen olayı kalmadı....”

Bir hemşire birimlerde kullanılan evraklarda ve çalışma sistemlerinde farklılık olduğu için bunun karışıklığa sebep olduğunu ve bu konuda hem kendilerinin hem hastaların sıkıntı yaşadığını belirtti.

“...Hem de büyük bir karmaşa yaşadık, herkesin bir şekilde kendisine göre sistemi vardı, farklı evraklar kullanılıyordu. Mesela benim değişmesini istediğim

şeylerden biri de bu, evde sağlığın tüm evrakları standart olsun. Koordinasyon desin ki, konsültasyon kağıdı bu, hemşire izlem kağıdı bu. Ama her hastanede farklı. Şu an biraz önce bahsettiğim, istedikleri hasta listelerini bölgesi olarak hallettik ama bölgesini daha farklı çalıştığı için halledemedik. Mesela onlar hasta dosyalama sisteminde hastanın kullandığı cihazı yazmıyorlar, biz yazıyorduk. Bu konularda çok sıkıntı yaşadık ve bizden daha çok da hastalar yaşadı.”

Katılımcıların çoğu birleşmeden sonra mesafelerin çok arttığını belirtti. Hastaların zorluk çektiğini, 2-3 araçla hastaneye gelebildikleri ve hastaya ulaşmada zorluk yaşadıkları için daha az hasta bakıldığı belirtildi. Aynı zamanda bir hemşire birleşmenin biriken hastaları çözmediğini belirtti.

“Kendi adıma ve gözlemlediğim kadarıyla bu birleşmeyi hiç doğru bulmuyorum, biz bölgesine bakıyorduk, ... bölgesi ile birleştik, ...’a bakan hastanesi ile birleşmiş olduk.’daki hastalarımız bizim hastanemize gelmek zorundalar. 2-3 araç değiştirerek hastanemize gelmek zorunda olan hasta yakınları var, daha önceden herkes en yakın olduğu hastaneden işini halledebiliyordu ama şimdi halledemiyor...”

“Ben birleşmeyi gereksiz buluyorum, hasta yakını kendisine yakın hastaneye gidip işini halletmeliydi. Üç otobüsle buraya gelmek zorunda olanlar var. Biz değiliz, buradan veya Hastanesine gönderiyoruz hasta yakını. Evde hastası bekliyor, işini biraz önce halletmesi gerekiyor, çoğu maddi durumu kötü olan insanlar, 3 araç değiştirip gelmek kolay değil bir de bunun dönüşü var. Bizim yaşadığımız sorunlardan ziyade hasta yakınları için de sorun oldu ve hiçbir sorunumuzu da çözmedi bu birleşme. Ne biriken hasta azaldı ne başka bir şey. Bizden çok hastalar için olumsuz oldu.”

“...ikincisi mesafe artıyor hastaya ulaşımında zorluk oluyor daha az hasta bakmak zorunda kalıyoruz mesafeden dolayı.”

Başka bir hemşire birleşme ile biriken hastalara gidildiğini sistemin hızlandığını belirtti.

“...Yani 24 saat için de evde sağlık hizmetlerine gidiyoruz. Mesela 2 saat önce düşen bir hastaya, 2.saatinde hizmet vermeye gidiyoruz. Öyle bir sistem

kurduk, çok hızlandık. Birikmiş 700-800 hastamız vardı eskiden gidilmeyen, yani hakim olmak zor dedim ya ayrı ayrı birimlere, bekletmiş o birim, sonra gideriz demiş. Büyük bir grup haline gelince onlara engel olduk. Tek sistemde birleştirdik. Bu da olumlu yönü oldu...”

Katılımcılara birleşmeden sonra olan sorunlar için çözüm önerileri sorulduğunda bir hemşire eski sistemin geri gelmesini veya tam bir birleşme ile hastaların kendilerine en yakın olan hastaneye gidebilmesinin bir çözüm olabileceğini söyledi.

“Eski sistem daha iyiydi, belki tam bir birleşme sağlanıp bütün hastanelere yönlendirilebilir hastalar, bölge olarak ayırma yerine, ben hastamı’da Hastanesine’de gönderebilmem lazım. Hastalar kendilerine en yakın hastaneye gidebilir. Hastanın işleri için bütün hastanelere gidebilmesi lazım. Biz şu an mesela sadece hastanesine yönlendirebiliyoruz. Konsültasyonu oraya yapabiliyoruz. Başka hastanelerden konsültasyon alabilmemiz lazım. Her ekibin yine bölgesi olmalı ama hastanın mesela hem hem’ya (hastane isimleri) gidebilmeli. Onkoloji hastalarımız var mesela, hiçbir şey yapamıyoruz, sadece kan alıyoruz. Hasta yakını o kan sonuçlarını buradan alıp’ne götürmek zorunda kalıyor...”

Bir hemşire bütün ekipler bir araya gelip aynı anda yönetilse daha iyi olacağını söyledi.

“Keşke İl Sağlık Müdürlüğü bütün ekipleri bir araya getirse nakiller vs. aynı anda yönetilebilse. Hastane ayağını küçültüp saha ayağını büyültseler bence daha iyi olur.”

Bir hekim eski sistemin daha iyi olduğunu fakat ESH’nin asıl aile hekimlerinin işi olduğunu belirtti. Ankara’da dört bölgenin hastası ile ilgilenmenin farklı sorunlara yol açtığını her hastanenin kendi bölgesine bakmasının daha doğru olduğunu belirtti.

“Eski sistem daha iyiydi fakat en iyisi aile hekimliği, o olmayacaksa eski sistem benim görüşüm o...”

“Genel özet olarak şunu söyleyeyim. Evde sağlık aile hekimlerinin işidir, hastanelerin işi değildir. Ama Türkiye’de böyle bir sistem kabul edilmiş. En azından kendi hastanelerimizde devam etseydik... Ankara’daki gibi dört bölgenin hastası ile ilgilenmek farklı sorunlara yol açıyor. İki nöroloji uzmanımız varsa tanımadıkları onlarca kişiye rapor vermek durumunda kalıyorlar. Dolayısıyla her hastanenin kendi bölgesine bakması gerekir. Bu dörtlü sistem yanlış...”

Birleşmeyi genel olarak olumlu bulmakla beraber bazı eksikliklerinin olduğunu söyleyen bir hekim, bunlar düzelirse daha iyi olacağını söyledi. Gidilecek alan genişlediği için toplamda daha az hastaya gidilebildiğine ve daha çok yorgunluğa sebep olduğunu ESH hastalarının sayısı ile değil verilen hizmetin kalitesi ile değerlendirilmesi gerektiğini söylemiştir.

“Evde sağlık hizmetlerine hasta sayısı ile değil kalitatif olarak bakılmalı. Mutlaka bu hesaplanmalı. Büyümeyle beraber buna çözüm önerileri getirilmeli personel için fiziksel şartlar zorlanmalı. Gerekirse bu hastanede evde sağlığın yanında olan diğer birimler başka yerlere taşınarak evde sağlığın alanını genişletmemiz gerekiyor çünkü çok daha fazla hastaya bakıyorsunuz. Genel olarak elbette olumlu buluyorum ama bunun desteklenmesi gerektiğini düşünüyorum. Kağıt üzerinde birleştirip ve araç vermekle aynı hizmeti sağlamak mümkün değil.”

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışması Ankara ilinde uygulamaya geçirilen Merkezi Evde Sağlık Hizmetleri uygulamasının işleyişinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Üç büyük evde sağlık hizmetleri birim sorumlu hekim ve hemşirelerin katılımıyla, kendi birimlerinde gerçekleştirilen bu kalitatif çalışmadan elde edilen sonuçlar, evde sağlık hizmetlerinde mevcut durumun ortaya koyulması açısından önemlidir. Ayrıca birimlerin işleyişi açısından olumlu ve olumsuz noktaların açığa çıkarılmasının, sağlık politikaları açısından doğru müdahalelerin yapılmasına ve bu sayede evde sağlık hizmet kalitesinin artırılmasına olanak sağlayacağını düşünüyoruz.

Ankara’da Evde Sağlık Hizmetleri 2020 yılı mart ayında 4 merkezde birleştirilmiştir. Bu birleşim Covid-19 pandemisinin başlangıcıyla hemen hemen aynı zamanlara denk gelmiştir. Katılımcılara birleşmeyi nasıl gördüklerini sorduğumuzda 2 tanesi olumlu değerlendirmiştir. Birleşme ile beraber kendilerine gelen desteğin arttığını, seslerinin daha çok duyulduğunu, hastane yönetiminin ESH’i sahiplendiğini belirtmişlerdir. İki katılımcı olumlu ve olumsuz yönlerinin olduğunu belirtmiştir. Hizmetin standart hale getirilip kalitenin arttırılmaya çalışılmasının olumlu olduğunu belirtmiştir. Bir katılımcı birleşme ile yeni bir sistem kurduklarını ve eskisine oranla çok daha hızlı ve düzenli çalışmaya başladıklarını belirtti. İki katılımcı olumsuz olarak değerlendirmiştir.

Ortaya çıkan bulguları değerlendirdiğimizde en önemli sonucun birleşme sonrası birimlerin var olan durumlarındaki değişiklik olduğunu görüyoruz. Birleşmenin personele ve hastalara olan etkilerini değerlendirdiğimizde katılımcıların çoğu bakılan bölgenin büyüdüğü için mesafelerin çok arttığını bu durumun hem kendileri için hem hastalar için zor olduğunu belirttiler. Mesafeler çok arttığı için hastalara ulaşmada zorluk yaşadıklarını bu yüzden daha çok yorulduklarını ve daha az hasta bakabildiklerini belirttiler. Hasta yakınlarının hastaneye gelmekte zorlandıklarını belirttiler. Birimlerin kalabalıklaşmasından dolayı problemlerin arttığını ve bununla beraber yönetimin zorlaştığını belirttiler. Bir hemşire birleşmenin var olan sorunlarını çözmediğini, biriken hastaların azaltmadığını ve daha çok hastaların sıkıntı çektiğini belirtti. Evraklarda ve eski çalışma sistemlerinde farklılık olmasının sıkıntı oluşturduğunu belirtti. Daha önceden her hastanenin kendi

sınırlı bölgesine hizmet verdiği düşünöldüğünde Ankara merkezin yalnızca dört bölgeye ayrılması hizmet verilen alanını çok genişletmiştir. Bu yüzden hastalara ulaşmak önceki sisteme göre daha zorlaşmış gidilen kilometreler artmıştır. Mesafeler hem personel için hem hastalar için büyük bir problemdir. Bir çalışmaya göre mesafelerin ESH vermenin önündeki engellerden olduğu belirtilmiştir (56). Evde sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerle ilgili yapılan bir çalışmada personele denetim yapıldığında bakımın kalitesinden çok ziyaret edilen hasta sayısına bakıldığını söylemişlerdir (57). Bizim çalışmamızda da bir hekim ESH'nin hasta sayısı ile değil kalite ile değerlendirilmesi gerektiğini ve büyüyen ekiplerin fiziki imkanlarla da desteklenmesi gerektiğini belirtmiştir. Biz de ESH'de ziyaret edilen hasta sayısı kadar verilen bakımın kalitesinde önemsenmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Ekiplerin birleşmesi ile sorumlu olunan hasta sayısı çok artmış, gidilen bölge çok genişlemiş, ekipteki personel sayısı kalabalıklaşmıştır. Katılımcılarında bu yönde şikayetleri bulunmaktadır. Bir hemşire öneri olarak eski sistemin olmasını veya tam bir birleşme ile hastaları onlara en yakın hastaneye yönlendirebilmeyi ve konsültasyonları da oraya yapabilmeyi önermiştir. Bir hemşire tam birleşme ile bütün ekiplerin ve nakillerin aynı anda yönetilebilmesini önermiştir. Bir hekim çözüm olarak eski sistemi veya aile hekimliği sistemini önermiştir. Çözüm önerileri olarak bu öneriler değerlendirilebilir. Ankara ili genelinde büyük ilçelerin kendi içinde bir kere daha bölünmesi önerilebilir. Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde aile hekimlerinin görevleri tanımlanırken evde takibi zorunlu hastalara da ESH vermesi gerektiği belirtilmektedir (58). ESH'nin hem aile hekimleri hem de hastane tarafından beraber yürütölmesi de bir öneri olabilir. Aile hekimleri kendi imkanlarıyla bakabilecekleri hastaya bakıp eğer ileri tetkik ihtiyacı olursa hastanenin ESHB'e yönlendirebilir. Veya tam bir birleşme ile bütün hastaneler tek bir elden yönetilebilir.

Evde sağlık hizmeti birimlerindeki fiziksel şartlarla ilgili bilgileri incelediğimizde tüm birimlerde personele ait birer dinlenme odasının olduğunu, kadın ve erkek personel için ayrı giyinme odalarının olduğunu ve sorumlu doktorlara ait ayrı bir oda olduğunu görüyoruz. Sorumlu hemşirelere ait ayrı oda sadece bir birimde varken diğer iki birimde bulunmamakta, nakil birimine ait ayrı oda 1 birimde varken diğer 2 birimde bulunmamaktadır. Birimlerin toplam oda sayıları ise 16, 10 ve 7 dir. Katılımcılara birimlerinin fiziksel şartlarının personele yeterli gelip

gelmediğini sorduğumuzda katılımcıların çoğu birimlerinin fiziksel şartlarını yeterli bulmuştur. Bir hemşire yeterli bulmakla beraber bağlı bulundukları hastane içinde yer almadıkları için malzeme taşıma gibi durumlarda sıkıntı yaşadıklarını belirtmiştir. 2015 ESH mevzuatında ESH veren sağlık kuruluşlarında kayıt, arşiv, sekreteryaya gibi hizmetlerin yürütülebileceği genişlikte fiziki mekanın ayrılması gerektiği belirtilmiştir. 2005 ESH mevzuatında ise birimlerin fiziki özelliklerine yer verilmiştir. Bir hekim ESHB'nin odalarının mevzuata göre yeterli görünmekle beraber ekip büyüklüğüne göre yetersiz olduğunu belirtmiştir. Giyinme soyunma odalarının düzensizliğinden, personellere yeterli miktarda dolap olmadığından, doktorlarla sekreterlerin aynı yerde çalıştıklarından bahsetmiştir. Bir hemşire arşiv ve depo alanı sıkıntısından, dinlenme ve çalışma alanlarının ayrı olmamasından bahsetmiştir. Ayrıca ekipler birleştiği için eleman sayısına göre yeterli sayıda oda ve lavabo eksikliğinden bahsetmiştir. Fiziksel şartlar yeterli görünmekle beraber personel sayısına göre yeterli çalışma alanlarının olması önemlidir. Geçtiğimiz senelerde Covid-19 pandemisi ile mücadele ettiğimiz düşünüldüğünde pandemi şartlarında bir oda içerisinde çok fazla sayıda insanın bir arada çalışması uygun değildir. Mevcut mevzuatın asgari şartları sağlamaya yönelik maddeler içerdiği unutulmamalıdır. Asgari şartlar sağlandıktan sonra her birim kendi içinde değerlendirilmeli ve birimde çalışan personelin ihtiyacına göre planlanmalıdır.

ESHB'de çalışan toplam personel sayıları sırasıyla 35, 37 ve 43'tür. Hekim sayıları sırası ile; uzman doktor sayısı 2, 1 ve 2; pratisyen hekim sayısı 6,4 ve 3; asistan hekimler bir birimde çalışmakta olup sayıları 6 olarak bildirilmiştir. Katılımcıların çoğu birimlerinde çalışan personel sayısını yetersiz bulmuş, 2 katılımcı ise yeterli bulmuştur. Personel sayısını yetersiz bulan katılımcılar özellikle hekim eksikliği olduğunu belirtmişlerdir. Aile hekimlerinden destek aldıklarını söyleyen bir hekim sabit hekimlerinin yetersiz olmasından söz etmiştir. Bir birimde öğleden önce ve öğleden sonra çıkan toplam 20 ekibin sadece 5 tanesinde doktor bulunurken, 15 tanesi doktorsuz olarak çıkmaktadır. Bu hekim yetersizliğine ciddi bir örnektir. Yapılan bir çalışmada yeterli bakımın sağlanması için ESH hekimlerinin artırılmasının çok gerekli olduğu belirtilmiştir (59). Bir hekim günlük işleyiş sırasında personel sayısının yeterli olmadığı için çalışan personel üzerine çok fazla iş yükü düştüğünden bahsetmiştir. ESHB'de hemşire sayısı 11, 9 ve 12, sağlık memuru sayısı 2, 4 ve 5, evde sağlık teknikeri sayısı 2, 1 ve 1'dir. 2020 yılı ocak ayında

Kamu Hizmetleri Genel Müdürlüğünün yaptığı ESHB'deki personel araç ve ekip standartlarında 250 kayıtlı hastaya 1 hekim, 2 sağlık personeli, 1 şoför olması şeklinde planlanmıştır (60). Birimlerin 6000 ila 12000 arasında değişen kayıtlı hasta sayılarına göre, olması gereken hekim, hemşire ve şoför sayıları çok daha fazladır. Başka bir çalışmada ESH'deki talep artışına yeterli cevap verilebilmesi için ESH hemşirelerinin memnuniyetinin arttırılarak hizmete devam etmelerini sağlamak ve bu şekilde hemşirelerin evde sağlık hizmetleri birimlerinde kalmalarının sağlanması gerektiği belirtilmiştir (61). Türkiye'de de artan talebe cevap verebilmek için bizde ESH'de hekim ve hemşirelerin sayısının arttırılması gerektiğini düşünüyoruz.

Katılımcıların tamamı ESH'de diyetisyen, psikolog, fizyoterapist gibi mesleklerden personelin olmasının hastalar için faydalı olacağını belirtmiştir. 2 birimde 1'er tane psikolog bulunmaktadır. Diyetisyen yalnızca 1 birimde 1 tane bulunmaktadır. Standart olarak her birimde 1'er tane diyetisyen, psikolog, sosyal çalışmacı ve fizyoterapistin olması gerekmektedir. Ancak çalışmamızda tespit ettiğimiz üzere, her birimde diyetisyen, psikolog ve fizyoterapist bulunmamaktadır. Dahiliye, nöroloji gibi uzmanlık alanlarında doktorların ESH'de yer almasının da hastalara rapor çıkarma gibi konularda çok fayda sağlayacağını belirtmişlerdir. Bir çalışmada ESH'de çeşitli mesleklerden ekiplerin olmasıyla hastaların hem fiziksel hem de sosyal, zihinsel ve ruhsal yönlerden desteklenmesinin gerektiğini belirtmektedir (62). Bizim çalışmamızda da hekim ve hemşirelerin görüşleri bu çalışmaya benzer çıkmıştır. Başka bir çalışmada inme hastalarının ESH almasıyla ağrı, yatak yarası, enfeksiyon, hastalık, ilaç gibi sorunlarının çözümlendiği ancak psikososyal, uykusuzluk gibi sorunlar yarı oranda çözülememiştir (63). Bu çalışmadan da hareketle ESH'de psikolog desteğinin olmasının gerekliliği görülmektedir. Hastaların her türlü ihtiyacına cevap verebilmek için, diyetisyen, psikolog ve fizyoterapist gibi diğer meslek gruplarından da ESH ekibine eklenmelidir.

Katılımcıların tamamı ESH'de çalışan hekim, hemşire ve diğer personele özel bir eğitim verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Türkiye'de 73 ildeki 1123 ESH personelinin eğitim ihtiyacı üzerinde yapılan bir çalışmaya göre hekim ve hekim dışı sağlık personelinin eğitim istediği konuların başında temel kavramlar ve mevzuat, palyatif bakım hastasına yaklaşım, trakeostomi bakımı, yara bakımı ve nöro-

psikiyatrik hastalara yaklaşım konuları gelmektedir (64). Yine yapılan başka bir çalışmada ESH veren personelin yara bakımı, nutrisyon gibi konularda eğitim alması gerektiği belirtilmiştir (65). Bizim çalışmamızdaki katılımcıların da hepsinin ESH personeli için bir eğitim isteği bulunmakta ve yara bakımı ve trakeostomi gibi konularda özel eğitim verilmesi gerektiği düşüncesi bu çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü 2021 yılında ESH personeline ESH ile ilgili uzaktan eğitim vermiştir (66). Bir hekim eğitimlerin pratiğe yönelik ve düzenli aralıklarla yapılması gerektiğinden bahsetmiştir. Eğitimlerin sürekliliği ESH'nin gelişimi ve hasta bakımının kalitesi açısından önem arz etmektedir.

ESH'deki her ekipte bir hekim bulunup bulunmaması konusunda katılımcılarımızın yarısı her ekipte bir hekimin olması gerektiğini belirtmiştir. Katılımcılardan ikisi muayene gibi durumlarda hekimin olması gerektiğini, INR kanı bakılan hastalardan sadece kan alındığı için tek başına hemşirenin gidebileceğini söylemişlerdir. Türkiye'de ESH'nin diğer ülkelerden farklı olarak daha çok hekim odaklı olduğu gösterilmiştir. Diğer ülkelerde ise daha çok hemşire odaklı ESH olduğu bilinmektedir (20). Bizim çalışmamızda katılımcıların çoğu ESH'de hekimin gerekli olduğunu belirtmesi bu çalışma ile benzerlik göstermiştir.

Birimlerin ekipman ve malzeme ile ilgili sayısal verilerine baktığımızda masa üstü bilgisayar sayıları 18, 22 ve 16'dır. Dizüstü bilgisayar ve tablet bir birimde bulunmamaktayken, diğer birimlerde sayıları 5 ve 1'dir. Mobil telefon sayıları 2, 3 ve 1'dir. GSM hattı sayıları 2, 3 ve 2'dir. Dış hatta açık sabit telefon sayıları ise bir birimde hepsi açık, diğer birimlerde ise 5 ve 12'dir. Bu sayıların birimlere yeterli gelip gelmediğini sordüğümüzda katılımcıların çoğu yeterli geldiğini belirtmiştir. 2 katılımcı yetersiz bulmuştur. Bir hemşire herkese ait bir bilgisayar olsa işlerinin daha kolaylaşacağını belirtmiştir. Bir hekim ise hekimlerin ve hemşirelerin günlük işlerini yapabilmek için sıra beklediklerini yeterli sayıda bilgisayar ve sabit telefon olmadığını belirtmiştir. Evde sağlık hizmetlerinde giderek artan hasta sayısı personelin daha yoğun çalışmasını gerektirmektedir. Bu yüzden işlerini daha hızlı yapabilmek için yeterli sayıda ekipman olması gerekmektedir. ESH ekibinin işlerini kolaylaştırmak için yeterli sayıda bilgisayar ve telefonun olması önemlidir. Bulgularda genel olarak cep telefonunda yetersizlik olduğunu, hastalara ulaşmaları gerektiğinde personelin kendi cep telefonlarını kullanmak zorunda kaldıkları

belirtilmiştir. Bir hekim her ekibe 1 tane mobil telefon olması gerektiğinden hastalara ulaşılması gereken durumlarda ekiplerin o telefonu kullanmaları gerektiğini söylemiştir. Bazen hastalara kan sonuçlarını göndermek gerektiğini veya hastalardan kendilerine bir şey iletilmesi gerektiğini ve bu yüzden GSM hattına ihtiyaç duyulduğunu söylemiştir. Hasta ziyaretleri sırasında hastalara ulaşabilmek için araçlarda kullanılmak üzere mobil telefonların olması gereklidir. Personelin kendi özel cep telefonlarıyla hastalara ulaşmak durumunda kalması personelin iş dışı zamanlarda da gereksiz yere rahatsız edilmesi gibi sıkıntılara neden olabilir.

Tıbbi ve tıbbi olmayan malzemelerin yeterliliği hakkında katılımcıların çoğunluğu yeterli şeklinde görüş bildirmiştir. İki katılımcı yeterli değil diye görüş bildirmiştir. Bazı malzemelerin SGK'nın ESH alan hastalara ödemediği için hastaların kendi cebinden karşılamak zorunda kaldığını ve hastaların bu yüzden malzemeleri alamadığını belirtilmiştir. Ekip araç sayıları sırasıyla; 6 (1 tanesi yedek), 11 ve 6'dır. Nakil ambulans sayıları 1'dir. Katılımcıların çoğu araç sayısının yeterli olduğunu belirtmiştir. Bir birimdeki hekim ve hemşire araç sayısının yetersiz olduğunu, ellerinde 7 araç olmasına rağmen baktıkları hasta sayısına göre 32 araçlarının olması gerektiğinin söylendiğini belirtmiştir. 2020 yılı ocak ayında Kamu Hizmetleri Genel Müdürlüğünün yaptığı ESHB'ndeki personel araç ve ekip standartları cetveline göre standart olarak 250 hastaya bir ekip ve ekip başına bir araç şeklinde planlanmıştır (60). Birimlere kayıtlı hasta sayıları 6000 ile 12000 arasında değişmektedir. Buna göre olması gereken araç sayıları standartın çok altındadır. Bu cetveldən yola çıkarak araç sayısının artırılmasının çok gerekli olduğu görülmektedir. Bir hekim araç sayısının artırılması gerektiğini fakat bunun yanında personel sayısının da artırılması gerektiğini sadece araç sayısının artışının kendilerine fayda sağlamayacağını belirtmiştir. Nakil aracı yani ambulans için ise katılımcıların çoğu ambulanslarının çok eski olduğunu bu yüzden sık sık arıza yaşadıklarını belirtmiştir. Bir birimdeki katılımcılar ambulansları arızalı olduğu için 1 aydır kullanamadıklarını belirtmiştir. Bir hekim evde sağlıkta nakil konusunun pek bilinmediğini bu yüzden yakında 1 ambulansın kendilerine yetmeyeceğini bildirmiştir. Ambulanslarla ilgili yapılan bir çalışmaya göre iyi işleyen bir sağlık sistemi için kullanım süresi dolan ambulansların hizmetten alınıp yerine yeni araçların gelmesi gerektiği belirtilmiştir. Eskiye ambulansların personel yetiştirme gibi başka bir alanda kullanılmasını ve bu şekilde ekonomimize katkısının devam

etmesi önerilmektedir (67). Bir birimde ambulans çalışmadığı ve tamir edilemediği için 1 aydır hizmet verilememesi ESH hastaları için büyük bir sorundur. Bir çalışmada ESH alan hastaların karşılanamayan ihtiyaçları sorulduğunda 2. sırada nakil hizmeti çıkmıştır (68). Dolayısıyla ihtiyacı olan hastalara hizmet verebilmek için ESHB'deki eskiyen ve kullanılamayan ambulanslar yerine yeni ambulansların verilmesi çok önemlidir.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik son olarak 2015 yılında yayınlanmıştır. 2017 yılında mevzuattan bağımsız olarak sistem değiştirilmiş ve hizmetin verilmesi sadece hastanelerdeki evde sağlık hizmeti birimleri aracılığıyla olmuştur. Katılımcıların çoğu ESH'deki mevzuatta yenilikler olması gerektiğini söylemiştir. Mevzuatta hasta sayısına göre ekip sayısının belli olduğunu ancak kaç ekibe kaç doktor kaç hemşire olacağının yazılmadığı söylenmiştir. Hemşirenin, doktorun ve diğer sağlık personelinin evde hangi uygulamaları yapabileceklerinin ayrıntılı olarak yazılması gerektiğinin aksi takdirde ESH verilirken karışıklık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hangi hasta ve hastalıklara hizmet verilmesi gerektiğinin ve işleyişlerinin daha detaylı yazılması gerektiğini belirtmişlerdir. ESH hastanede verilen hizmetlerden farklı olarak evde verilen bir hizmet olduğu için özellikli birim olarak kabul edilmesi gerektiğini, SGK'nın da geri ödeme ile ilgili bu yönde bir düzenleme yapması gerektiğini belirtmişlerdir. Bir hekim mevzuatta güvenlikle ilgili de bir madde olması gerektiğini belirtmiştir. ESH'nin aile hekimliği mevzuatına göre aile hekimlerince yapılması gereken bir hizmet olduğunu söyleyen bir hekim şu anda bu mevzuattan farklı olarak yalnızca hastanelerin hizmet verdiğini bu yüzden mevcut uygulamaya yönelik bir mevzuatın olmadığını söylemiştir. Yapılan bir çalışmaya göre ESH'de yeni çıkarılacak mevzuatta ESH'yi kimlerin vereceği, kimlere vermesi gerektiği, hangi hizmetleri vereceği, mesai dışında verilen nöbet hizmetinin ve hastaların nakil durumunun ayrıntılı olarak yazılması gerektiği belirtilmiştir (28). Bizim çalışmamızda da hekim ve hemşirelerin bu yönde talepleri bulunmaktadır. Ayrıca bizim çalışmamızda farklı olarak ESH hastalarının SGK geri ödemeleri ve personelin güvenlik durumu ile ilgili olarak da mevzuatta düzenlemelerin olması gerektiği görülmektedir. Yine yapılan bir çalışmada ESH'nin hangi hastalara verileceğinin, hangi şartlarda verileceğinin ve hangi hizmetlerin verileceğinin doğru bir şekilde bildirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Aynı zamanda ESH personelinin güvenliği ile

ilgili de usul ve esasların düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir (69). Bizim çalışmamızda da hekim ve hemşireler bunların mevzuatta detaylı olarak yazması gerektiğini belirtmişlerdir.

Katılımcılar hizmet planlamasında önce hastaların telefonla başvuru yaptıklarını daha sonra koordinasyon merkezinden birimlerine hizmet emir ataması yapıldığını ardından ziyaretin planlandığını belirttiler. Ziyaretlerini planlarken hastaların ihtiyaçlarına göre randevu planladıklarını, günlük yapılması gereken bir işlem olduğunda randevu verilmeden o gün gittiklerini belirttiler. Bir hemşire muayene olacak hastalara doktorlu ekiplerin yalnız hemşirelik işlemleri varsa doktorsuz ekiplerin planlandığını belirtti. Bazen hastaların cinsiyetine göre de bayan veya erkek personel ayarladıklarını belirtti. Hastaların bir gün önceden teyit edildiği ve ekiplerin planlandığı belirtildi.

Katılımcılar ekiplerin günlük ziyaretlerini yapmadan önce sabahleyin hastaların hastanede girişlerinin yapıldığını ve daha sonra ziyarete çıkıldığını belirttiler. Ziyaretler yapıldıktan sonra hastanede kan tetkiki gibi istemlerin gönderildiğini ve sonuçlara göre hekimlerin hastaları tekrar değerlendirdiği belirtildi. Katılımcılar hasta sayısı ve mesafelerden dolayı her hastaya gerekli olan zamanı ayıramadıklarını eğer ayırırlarsa hastalara yetişemediklerini ifade ettiler. Bir hekim yollarda çok fazla zaman harcadıklarını bu yüzden bakacakları hasta sayısının azaldığını belirtti. Aile hekimleriyle yapılan bir çalışmada ev ziyaretleri yapmanın önündeki engeller sorulduğunda 1. sırada zaman eksikliği, 2. sırada yetersiz ücretlendirme sonrasında 3. sırada mesafe olarak belirtilmiştir (56). Bizim çalışmamızda da artan mesafelerin hastalara ulaşımı zorlaştırdığından, hastalara ayrılan zamanı azalttığından ve daha çok yorgunluk olmasına rağmen daha az hasta bakıldığından bahsedilmiştir. Personelin yorgunluğunun azalması için personel sayısı arttırılabilir ancak personel artsa bile yine de gidilen km sayısı değişmeyecektir. Gereksiz yakıt masrafı yine olacak ve yine çok yol gidilip az hastaya bakılacaktır. Gidilen mesafeler azalırsa personelde oluşan yorgunluk azalıp, hastalara ayrılan zaman artacaktır. Mesafe probleminin çözümü için her hastanenin kendi bölgesine bakması veya ESH'e aile hekimlerinin tekrar dahil edilmesi önerilebilir.

Evde bakılan hastaların evde sağlık hekimlerince çözülemeyecek bir rahatsızlığı veya bez, beslenme ürünü gibi rapor ihtiyacının olduğu durumlarda başka

bir uzman doktorun bakması gerekebiliyor. Bu durumlarda hastalar başka bölümlere konsülte ediliyor. Katılımcıların çoğu konsültasyon konusunun ESH açısından genelde problemli olduğundan bahsettiler. Diğer uzman doktorların rapor çıkartma da ve diğer işlemlerde hastaları görmedikleri için genelde direnç gösterdiğini bu yüzden bazen bir raporun 2-3 hafta boyunca çıkarılamadığından bahsettiler. Bir birimdeki katılımcılar kendi hastanelerinde yönetim tarafından konsültasyon problemlerinin çözüldüğünü rapor veya diğer işlemlerin özel bir ibareyle uzman doktorlara gittiğini onlarında konsültasyonlarına cevap verdiklerini belirtti. Evde sağlık hizmeti veren hekimlerle yapılan bir çalışmada hekimler konsültasyon konusunda diğer uzman doktorların kendilerine yardımcı olmak için istekli olmadığını belirttiler (70). Bizim çalışmamızda da hekim ve hemşireler genel olarak konsültasyon konusunda sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Problemin çözümü için bir birimde yönetim tarafından konsültasyon konusundaki problemin çözülmesi durumu diğer birimler içinde önerilebilir. Ancak uzman doktorların görmedikleri hastalara rapor çıkarmama istekleri de anlaşılmaktadır. Bir hekim öneri olarak her bölüme bir konsültan hekim tanımlanmasını ve belli günlerde kendileriyle beraber ihtiyacı olan hastayı görmesini önermiştir. Bu öneri uzman doktorların rapor çıkarmaları gereken hastayı görmelerini sağlaması açısından değerlendirilebilir. Bir hekim ESH veren hekimlere SGK'nın da düzenlemesiyle yetki verilmesini ve rapor ihtiyacı olan hastalara ESH hekimlerinin rapor çıkarabilmesini önerdi. Bu öneride genel bir konsültasyon probleminin çözülmesi için değerlendirilebilir.

ESH'de hastaların, hastaneden eve veya evden hastaneye taşınması gerektiğinde kullanılması için nakil hizmetleri bulunmaktadır. Katılımcıların yarısı ambulanslarının çok eski olduğunu hatta bazen yolda kalabildiğini bu yüzden nakil hizmetlerinin yeterli yapılamadığını belirtti. Katılımcıların 2 tanesi sabah erken saate verilen randevulara mesafelerin uzun olmasından dolayı geç kalılabildiğini belirtti. Bir hekim nakil hizmetinin çok geniş tutulduğu için genelde hastaneden taburcu olan hastalarda kullanıldığını o yüzden ESH hastalarına pek sıra gelmediğini belirtti. Yapılan bir çalışmada ESH alan hastaların karşılanamayan ihtiyaçlarında 2. sırada hastaların sağlık kuruluşlarına nakil ihtiyacı çıkmıştır. Çalışmada, hasta yakınları hastaların nakil hizmeti alabilmek için sıra beklemek durumunda kalmalarından ve taşınma sırasında yaşadıkları zorluklardan bahsetmişlerdir. Hastaların nakil ihtiyacı için ESH'deki araç ve ambulans sayısının arttırılması önerilmiştir (68). Bizim

çalışmamızda da katılımcılar ambulanslarının eski olmasından ve yeterli verim alamadıklarından bahsetmiştir. Bir hemşire nakil hizmetlerinde çalışan taşıma personellerinin genelde eski temizlik personellerinden verildiğini ve bu işi daha iyi bilen profesyonel taşıma personelleri olursa hizmetin daha iyi verilebileceğini belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada bu iş için gerekli ve yeterli personellerin istihdamı önerilmiştir (68). Başka bir çalışmada hastaların taşınması esnasında ambulansla lazım olabilecek minimum ekipman, malzeme ve sağlık personelinin hazır durumda olması gerektiği belirtilmiştir (71). Bir hekim stabil denilen hastanın kötü durumda ve ventilatöre bağlı olduğunu ve ambulanslarında ventilatörün bozulduğunu belirtmiştir. Bu durumda ambulansların malzeme bakımından yeterli olması çok önemlidir. Çalışmamız bu yönüyle yapılan çalışmalara benzerdir.

Ankara merkezde ESH'nin tüm bölgelerden sorumlu mesai dışı nöbetleri vardır. Her birimin aylık ortalama 7-8 tane nöbeti bulunmaktadır. Katılımcıların genel olarak nöbet sayılarından şikayeti bulunmamaktadır. Katılımcılar genelde nöbetlerde çok fazla mesafe gidildiğinden bu yüzden yemek yemeye ve dinlenmeye fırsat bulamadıklarından bahsettiler. Bir çalışmada ESH'nin acil bir hizmet olmayıp randevu usulü çalışıldığı için nöbet gerekliliğinin tartışılması gerektiği belirtilmiştir. Evde sağlık hizmetlerinde nöbetler acil nöbeti şeklinde değil, elektif olarak hizmet vermektedir. Nöbetteki vakaların çoğunluğunu enjeksiyon ve pansuman işlemlerinin oluşturduğu belirtilmiştir. Mesai dışı olan nöbetlerde hangi işlemlerin yapılması gerektiğinin mevzuatta yazılması gerektiği belirtilmiştir (28). Nöbetlerde yapılması gereken işlemlerin net bir şekilde belli olması sağlık çalışanlarından istenen gereksiz talepleri engelleyecektir. Ankara gibi büyük bir şehirde tüm gün boyunca yalnız bir ekibin bütün Ankara'daki ESH hastalarına gitmesinin yorucu olmakla beraber hizmet kalitesini düşüreceği görülmektedir. Her hastanenin kendi bölgesinde nöbet tutması gidilen mesafeleri azaltıp yoğunluğu önleyecektir. Hem de hastaların taleplerine daha hızlı ulaşılacaktır.

Evde sağlık hizmetlerine hasta başvuruları 4443833 (444EVDE) nolu telefon ile yapılır. Katılımcıların çoğu ESH'e uygunsuz başvuruların yapıldığını belirtti. Mobil hastaların başvurabildiğini ve bunlara hizmet verdiklerini, şu anda Covid-19 pandemisi nedeniyle evden çıkmak istememe nedeniyle de bu taleplerin arttığını belirttiler. ESH'nin randevu ile çalıştığını, acil bir hizmet olmadığını fakat hastalar

tarafından acil hizmet gibi düşünölebildiğini söylediler. Uygunşuz ilaç isteklerinin veya ev temizliği gibi isteklerin olabildiğini belirttiler. Bazen nöbetlerde de genel muayene gibi nöbet sırasında yapılamayacak taleplerin geldiğini söylediler. Herhangi bir hasta ESH'e bir başvuru yaptığı zaman bu başvurunun direk kendilerine gelmesinin doğru olmadığını söyledi bir katılımcı. Çünkü yanlış başvuruların olabildiğini bu yüzden başvuru isteğine göre değil hekimin değerlendirilmesine göre hastalara gidilmesi gerektiğini belirtti. Bir hemşire ESH'i gerçekten ihtiyacı olan hastalara verilmesini eğer ihtiyacı olmayan bir hasta evde bakılmak istiyorsa bunun için bir ücret ödemesi gerektiğini belirtti. Evde sağlık hizmeti veren hekimlere yapılan bir çalışmada hekimlerin uygunşuz başvurulardan şikayet ettikleri görölmüşür. Uygunşuz başvurular ile hizmetin kötüye kullanıldığı ve zaman kaybına yol açtığı belirtilmiştir (70). Pandemi döneminde bu başvurulara daha toleranslı olunması anlaşılabilir. Ancak ihtiyacı olmayan hastalara sınırlı personel sayısı ile hizmet vermeye devam edilmesi personelde aşırı iş yüküne neden olmakta ve gerçekten ihtiyacı olan hastalara verilen hizmetin gecikmesine neden olmaktadır. Uygunşuz başvuruların azaltılması için mevzuatta hangi hasta grubuna hizmet verilmesi gerektiği detaylı olarak yazılmalıdır.

Katılımcılar ev ziyaretleri esnasında zaman zaman güvenlik sorunlarının yaşandığını ifade ettiler. Bazen psikiyatrik hasta veya hasta yakınlarının olduğu zamanlarda güvenlik endişesi yaşanabildiğini belirttiler. Hastaların tomografi veya MR çekilmesi gibi nedenlerle hastaneye gitmesi gerektiğinde bunu kabul etmeyip evde bakılmak istediklerinde tepki gösterdiklerini belirttiler. Evlerde kalan insanların streslerinin fazla olduğunu ve kendilerine yansıttıklarını, nöbetlerde de bu olayların olabildiğini, kendilerini zor duruma sokan isteklerle karşılaşabildiklerini belirttiler. Gidilen evlerde güvenlik olmadığı için hekim ve hemşirenin her zaman bir şiddet riski altında olduğunu belirttiler. Müdürlük ve Bakanlığın bu konuyla ilgili önlem alması gerektiğini belirtildi. Bir hemşire personelin kendilerine bu yönde bir geri dönüşü olduğunda ciddi manada bir olayın yaşandığını çünkü ciddi bir sıkıntı yaşanmadıkça hiçbir sağlıkçının hizmetten geri durmayacağını söyledi. Öyle bir durum olduğunda o hastaya hizmetin sonlandırılması gerektiğini ve hastaya bir daha hizmet verilmemesi gerektiğini belirtti. Evde sağlık hizmeti veren hekimlerle yapılan çalışma sonucunda hekimlerin güvenlik konusunda endişe duydukları belirtildi. Özellikle kadın hekimlerin tek olarak hizmet vermeye çekindikleri belirtildi (70).

Bizim çalışmamızda da katılımcılar güvenlik sorunlarının olmaması için nöbetlerde hekimin yanında bir kadın bir erkek personel gidecek şekilde ayarlama yaptıklarını belirtti. Sağlık çalışanlarına yapılan bir çalışmada sağlıkta kalite tanımında çalışan güvenliğinin de olması gerektiği belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarından dolayı hasta ve yakınlarından şiddete maruz kalma konusunda risk altında olduğu belirtilmiştir. (72). Yapılan bir başka çalışma sonucunda ESH veren personelin hastane dışında hizmet vermelerinden ötürü güvenlik problemi yaşayabileceklerini bu yüzden personel güvenliğinin sağlanması için merkezle irtibat kurabileceği bir iletişim sisteminin oluşması gerektiği belirtilmiştir (73). Evde Sağlık hizmetlerinde güvenlik sorunu ayrıca ele alınması gereken bir konudur. Sağlıkta şiddet gerçeğinin göz ardı edilmemesi gerekir. Evde sağlık hizmeti hastaların kendi evlerinde verilen bir özel bir hizmettir. Güvenliği tehit edebilecek bir olay gerçekleştiğinde sağlık personelinin yapabileceği şeyler kısıtlıdır. Herhangi bir güvenlik personeli ortamda bulunmadığı için personelin tek yapabileceği şey, ortamdaki uzaklaşmak olacaktır. Bu nedenle şiddet oluşmasını önlemek en akılcı yaklaşımdır. Bu konuda daha evde sağlık hizmeti talebinin iletildiği ilk başvurudan itibaren yetkili merciler tarafından hasta ve/veya hasta yakınlarına verilecek hizmetle ilgili bilgilendirmenin yanı sıra şiddete mahal verebilecek herhangi bir davranıştan kaçınmaları gerektiği, hizmet kapsamında sağlık personeli ile işbirlikçi bir tutum sergilemelerinin önemli olduğu belirtilmelidir. Kuşku uyandırabilecek durumlarda hizmetin sonlandırılabilirliği ifade edilmelidir. Sağlık personeli için herhangi bir şiddet vakasında, olay sonrasındaki hukuki süreç net olarak açıklanmalıdır. Sağlıkta şiddet konusu tolerans gösterilemeyecek kadar önemli bir konudur. Bu açıdan idarecilerin konuya hassasiyetle yaklaşmaları gerekmektedir.

Evde sağlık hizmetlerinde ücretlendirme konusunda katılımcıların tamamı ESH çalışanlarına ek bir ödeme yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Evlerde hasta bakımının efor isteyen zor bir hizmet olduğunu özellikle Covid-19 döneminde çok yoğun çalıştıklarını belirtmişlerdir. Pandemi döneminde Covid-19 hastalarına da hizmet verdikleri halde bunun geri ödemesinin yapılmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların çoğu ESH’de ücretlendirme ile ilgili SGK’nın yeni bir düzenleme yapması gerektiğini söylediler. Katılımcılar ESH ile ayrıcalıklı bir hizmet verildiğini ve yoğun bakım, acil servis gibi özellikli birim kapsamına alınması gerektiğini ve belli bir oranda döner sermaye katsayısının olması gerektiğini belirtti. ESH’de

verilen hizmetlerin ücretlendirilmesiyle ilgili yapılan bir çalışmada muayene, enjeksiyon, pansuman ve diğer hizmetler verilmesine rağmen elde edilen gelirin çok düşük olduğu gösterilmektedir. Bu maliyeti hastanelerin kendi bütçelerinden karşılamak zorunda kaldıklarını ve bu durumun hastane döner sermayesine ekstra bir yük getirdiği belirtilmektedir. Bu yüzden verilen hizmetin olumsuz yönde etkilenebildiği belirtilmektedir (6). Aile hekimleri ve dahiliye uzmanlarının ev ziyareti yapmasıyla ilgili bir çalışmada, doktorların en çok geri ödemediği memnuniyetsiz oldukları gösterilmiştir (74). Yine aile hekimlerine yapılan bir çalışmada hekimlerin yarısından fazlası yetersiz ücretlendirmeden dolayı ESH vermek istemediklerini belirtmiştir (56). Bizim çalışmamızda da hekim ve hemşirelerin en çok yeterli şekilde ek ödeme alamamaktan şikayet ettikleri görülmektedir. Çalışmamız bu yönüyle yapılan bu çalışmalara benzemektedir. Personelin iş yoğunluğu da değerlendirildiğinde çalışma motivasyonlarını arttırmak için ücretlerinin artırılması veya ek ödeme verilmesi iyi bir seçenektir.

Katılımcıların tamamı bir sorun yaşadıklarında veya bir talepleri olduğunda hastanelerinden yeterli desteği aldıklarını belirttiler. Bazen yeterli hekimin olmaması gibi durumlarda hastanenin de elinde olmayan durumlar olduğu belirtildi. Koordinasyon merkezine katılımcılar çoğunlukla ulaşabildiklerini fakat koordinasyonun sahada çalışmadığı için ESH'nin sıkıntılarını tam olarak anlayamadığı bunun için yeterli desteği veremediğini belirttiler. Genelde uygun olmayan başvuruları tekrar tekrar kendilerine atadıklarını belirttiler. Bu yüzden hastaların net olarak tanımlanmasını ve tanıma uygun olmayan hastalara gidilmemesi gerektiği belirtildi. Hekim ve hemşirelerin çalışma esnasında yaşadıkları problemlere hastane ve koordinasyon merkezi tarafından yeterli destek verilmesi çok önemlidir. Hastaneden yeterli destek almakla beraber koordinasyon merkezinin sahayı tam bilemediği için problemlerini anlayamadığı belirtilmektedir. Bir hekim koordinasyonun kendileriyle beraber bütün bir gün boyunca çalışmalarını izlemesini bu şekilde kendilerini daha iyi anlayabileceğini belirtti. Bu öneri ESH'de hizmet veren personelin çalışma esnasında yaşadığı sorunların giderilmesi açısından değerlendirilebilir.

Katılımcıların tamamı Covid-19 pandemi sürecinde ESH'e olan talebin çok arttığını belirttiler. İnsanların hastaneye gelmek istememesi nedeniyle hasta

sayılarının çok arttığını ve bağımlı olmayan hastalara da hizmet vermeye başladıklarını belirttiler. Tüm katılımcılar KKE'lerin hastaneleri tarafından yeterli miktarda temin edildiğini belirttiler. Bir hekim pandeminin başlangıcında KKE kullanma konusunda ESH için ayrı bir bilgilendirme yapılmadığını bu yüzden sıkıntı yaşadıklarını belirtti. Gittikleri evlerde insanların maske takmadıklarını, bazen çok küçük odalarda çalışmak zorunda kaldıklarını ve bir arabada 4-5 kişi gitmek zorunda oldukları için hastalık bulaşma risklerinin her zaman olduğunu belirtti. Katılımcıların tamamı Covid-19 hastalarına baktıkları için personele ek ödeme yapılması gerektiğini şu ana kadar Covid-19'dan dolayı ek bir ödeme alamadıklarını belirttiler. Covid-19 döneminde sağlık çalışanlarına verilen ek ödeme ile ilgili yapılan bir çalışmada ek ödemelerin adil bir şekilde dağıtılması gerektiği belirtilmiştir. Sadece belli ünvanlardaki personellerin değil Covid-19 hastalarına bakan ve hayati risk altında çalışan bütün personellerin bu ödemeden faydalanması gerektiği belirtilmiştir (75). Bizim çalışmamızda da Covid(+) hastalar ziyaret edildiği halde herhangi bir ek ödeme alınmaması ek ödemelerin tam olarak adil bir şekilde dağıtılmadığını göstermektedir. Ödemelerin adil bir şekilde dağıtılması bütün sağlık çalışanlarının yararına olacaktır.

Evde sağlık hizmetlerinde hekim, hemşire veya diğer sağlık çalışanlarının motivasyonlarının nasıl arttırılacağı konusunda katılımcıların tamamı maddi kazançlarının arttırılmasını önerdiler. Hastanelerinde bütün sağlık personeline yapılan ek ödemenin kendilerine yapılmadığını ve bunun çalışma motivasyonlarını düşürdüğünü belirttiler. Özellikle pandemi döneminde çok yoğun çalıştıklarını ve yorucu bir iş yaptıklarını belirttiler. Öneri olarak mobil hizmet farkının yansıtılmasını bunun dışında hasta sayılarının düşürülüp, personel sayılarının artmasını ve ekiplere daha düzgün organizasyonlar yapılmasını söylediler. Eskiden evlerinde hekim gören insanların çok mutlu olduklarını saygınlıklarının daha fazla olduğunu fakat şimdi sıradanlaştıklarını eski saygınlıklarının geri kazanılması gerektiğini belirttiler. Sağlık çalışanlarında motivasyon ile ilgili yapılan bir çalışmada çalışanların en büyük beklentileri döner sermayelerin adaletli bir şekilde dağıtılmasıdır. Çalışma ortamı dünya standartlarına ulaşan, ekonomik refah içinde yaşayan, beklentilerine cevap bulabilen, idarecileri tarafından saygı ve sevgi gören personelin daha motive bir şekilde çalışacağı ve daha iyi hizmet vereceği belirtilmiştir (76). Bizim çalışmamızda da katılımcıların bu yönde istekleri bulunmaktadır. Hekimlerimizin, hemşirelerimizin

ve diğerk sağlık çalışanlarımızın motivasyonlarını arttırdığımızda sağlıkta çok daha iyi bir hizmet kalitesine ulaşacağımızı düşünöyoruz.

Katılımcılara ESH’de çalışmaktan memnun olup olmadıklarını sorduğumuzda tamamı memnun olduklarını belirtti. Verilen hizmetin çok güzel ve çok gerekli bir hizmet olduğundan, bakıma muhtaç hastalarla ilgilenmenin onları mutlu ettiğinden, hayata ve hastalara karşı bakış açılarının değıştiğinden bahsettiler. Katılımcılar birimlerinde çalışan hekim ve hemşirelerinde genel olarak işlerinden memnun olduklarını fakat var olan sorunlar giderilirse memnuniyetlerinin artacağını belirttiler. Sağlık çalışanlarına yapılan bir araştırmada kalite tanımında düzeltilmesi gereken hususlardan biri olarak çalışan memnuniyeti gösterilmiştir. Sağlıkta hasta memnuniyetini sağlamak için önce çalışan memnuniyetini sağlamak gerektiğı belirtilmiştir (72). Evde sağlık hizmeti alan hastalara yönelik yapılan bir çalışmada hastalar, personelin hizmet vermeye dair istek düzeyini %87.6 oranında ‘iyi’ ve ‘ok iyi’ olarak değerdendirmiştir (73). Bizim alışmamızda da katılımcılar ESH vermekten memnuniyet duyduklarını belirtmiştir. Buradaki esas amaç Hem evde sağlık hizmet sunucusu pozisyonundaki evde sağlık çalışanlarının, hemde evde sağlık hizmetinden yararlanan kişilerin hizmetten memnun olmalarının sağlanması olmalıdır. Bunun için öncelikle hizmette aksayan noktalar ile bununla ilişkili faktörlerin ortaya konulması gerekir. Çalışmamızın kalitatif nitelikte bir çalışma olması, evde sağlık hizmetleri ve Ankara İlindeki evde sağlık hizmetlerinin merkezi yapılması ile ilgili olumlu ve olumsuz yönlerin ayrıntılı bir şekilde değerdendirilmesine olanak sağlamıştır. Çalışma kapsamında Ankara ilindeki 4 büyük ESHB’deki sorumlu hekim ve hemşirelerin kendi birimleri ve genel olarak evde sağlık hizmetleri ile ilgili düşönceleri, aksayan yönleri ve olumlu yönleriyle ilgili görüşlerine başvurularak konunun derinlemesine ele alınması amaçlanmıştır. Bu nedenle kalitatif bir çalışma metodu tercih edilmiştir.. Evde sağlık hizmetleri biriminde aktif olarak çalışan sorumlu hekim ve hemşirelerin kendilerini sınırlamadan net bir şekilde ifade etmeleri sayesinde mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerileri tüm yönleriyle değerdendirilebilmiş ve sunulabilmiştir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları olarak Ankara il merkezinde evde sağlık hizmeti veren 4 birimden 3 birimin çalışmaya dahil edilmesi gösterilebilir. 4 birim de çalışmaya katılım için davet edilmişler ancak 1 birim çalışmada hastane yönetimi ile

ilgili soruların olmasından dolayı çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Bu nedenle elde edilen veriler 3 birimi temsil etmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında, Ankara il merkezinde evde sağlık hizmetlerinin 4 merkezde toplanması sonrasındaki durum, organizasyon ve işleyiş açısından değerlendirildi. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, evde sağlık hizmetlerindeki mevcut durum, karşılaşılan sorunlar ve bunlara yönelik çözüm önerileri aşağıda sıralanmıştır:

- Evde sağlık hizmetinin 4 merkezde birleştirilmesinin hizmet kalitesini arttırmak ve hizmeti standart hale getirmek adına olumlu olduğu görülse de mevzuatın kapsamındaki yetersizlik, sabit personel eksikliği, ek ödeme sorunu ve eğitim açığı gibi konular halen mevcuttur. Bu konularda geliştirilmesi gereken yerler ve kapatılması gereken açıklar olduğu görülmektedir. Bu açıkların giderilmesi için hastane yönetiminin ve ESH birim sorumlularının katıldığı toplantılar faydalı olacaktır.
- Evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastalara kaliteli hizmet verebilmek için öncelikle çalışanlara iyi bir iş ortamı sağlanması gerekmektedir. Birimlerde personelin ihtiyacı doğrultusunda çalışma alanlarının iyileştirilmesi, oda sayılarının artırılması ve standartlar doğrultusunda rahat çalışma alanlarının oluşturulması gerekmektedir.
- Evde sağlık hizmetleri birimlerinde çalışan, hekim başta olmak üzere hemşire, sekreter ve diğer sağlık personeli sayılarının artırılması, her birimde psikolog, diyetisyen ve fizyoterapistin bulunması mevcut personelin iş yükünü hafifletecek ve hasta bakım kalitesini artıracaktır. Evde sağlık hizmetlerinde çalışan personelin hastane dışında hizmet vermesi ve mobil sağlık hizmeti sunması nedeniyle diğer sağlık personelinin çalışma şartları farklıdır. Bu durum göz önünde bulundurularak ücret ödemelerinin düzenlenmesi ve evde sağlık hizmetlerinin dezavantajlı değil avantajlı bir birim olarak planlanması mevcut personel için motivasyon sağlayacaktır. Olumlu düzenlemeler

neticesinde evde sağlık birimlerinin daha tercih edilir yerler olması hizmet kalitesini arttıracaktır.

- Uygun olmayan evde sağlık hizmet talepleri işleyişte aksamalara neden olmaktadır. Evde sağlık hizmetleri mevzuatında hizmet verilecek hasta grupları ve hizmetin içeriği daha açık bir şekilde belirtilmeli, hizmet standartları netleştirilmelidir.
- Evde sağlık hizmetleri birimlerinde bazı hizmetlerin sunumunda farklılıklar görölmektedir. Ambulans eksikliği veya bozulan ambulansların kullanılamaması gibi nedenlerle bazı birimlerde hasta nakil hizmeti gerçekleştirilememektedir. Bu durum çalışmaya dahil edilen aynı ildeki 3 ESHB için dahi evde sağlık hizmetlerinde standart uygulamanın yapılamadığını göstermektedir. Hizmet kriterleri belirlenmeli, bazı hizmetlerin her birim tarafından verilmesi mümkün görünmüyorsa asgari ölçütler belirlenerek hizmet sunumu kademelendirilmelidir. Evde sağlık hizmetleri birimlerine sunulan imkanlar ile beklenen hizmet uyumlu olmalıdır. Hizmet kalitesi bu ölçütlere göre değerlendirilmelidir.
- Katılımcıların tamamının hemfikir olduğu konulardan biri personel için eğitim isteğidir ve bu ESHB'deki hekim ve hemşirelerde genel bir eğitim ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Eğitimlerin pratiğe yönelik olarak personelin ihtiyacını giderecek şekilde düzenli olarak verilmesi önemlidir. İhtiyaç duyulan konular başta olmak üzere eğitim teorik ve pratik olarak bir müfredat çerçevesi içinde verilebilir. Birimler arasındaki standartı sağlayabilmek için müdürlük bünyesinde bir Evde Sağlık Hizmetleri Eğitim Birimi oluşturulabilir.
- Evde sağlık hizmetlerinde istenilen konsültasyonlara zamanında cevap verilmemesi konsültasyon işlemlerinin uzamasına sebep olmaktadır. Konsültasyon probleminin çözümü için hastane yönetimi ilgili klinikleri ve ESHB'ni bir araya getirecek bilgilendirme toplantıları yapabilir. Bu sayede aradaki iletişim kuvvetlendirilip ve evde sağlık hastalarına konsültasyon hizmeti kolaylığı sağlanabilir. Ayaktan veya

nakil ile gelebilecek hastalar var ise onlar için de randevu oluşturulabilir. Bu öneriler doğrultusunda hastaların uzman hekimlere ulaşmasının kolaylaştırılması konsültasyon sorununa bir çözüm olabilir.

- Evde sağlık hizmetlerinde güvenlik sorununun önemli bir konu başlığı olduğu görülmektedir. Ev ziyaretleri esnasında oluşabilecek herhangi bir güvenlik sorunu için etkin önlemler alınması gerekmektedir. Sahada çalışan ekibin hastane ve kolluk kuvvetleri ile daima irtibatta olabilecekleri bir sistem planlanabilir. Yine araçta şoför olarak görevlendirilen kişinin aynı zamanda güvenlik personeli olarak da görevlendirilmesi, bunun için işe alınırken gerekli eğitimleri almış olması tercih edilebilir. Bu doğrultuda bir mevzuat çalışması yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Tarricone R TA. Home Care in Europe: The Solid Facts: World Health Organization; 2008.
2. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. TC Resmi Gazete. Sayı : 29280. 27 Şubat 2015
3. Altuntaş M, Yilmazer T, Güçlü Y, Öngel K. Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi. 2010;20:153-8.
4. Karahan AG, S. Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal of Geriatrics. 2002;5:155-9.
5. Danış M. Toplum temelli bakım anlayışı. Özveri Dergisi. 2006.
6. Kurt ME, Ceylan A, Çemberlitaş İ. Evde sağlık hizmetleri biriminden elde edilen yıllık gelir-gider, kar-zarar incelenmesi ve bir model önerisi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;19(75):1407-18.
7. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2020 04 Şubat 2021 [updated 04 Şubat 2021; cited Sayı: 37210]. Erişim Tarihi: 16-03-2021:[Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210>].
8. Albayrak T, Kahveci R, Ozkara A, Kasim I. The future of elderly care in Turkey. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2014;64(618):14-5.
9. İstatistiklerle Yaşlılar, 2022. TÜİK. 17 Mart 2023;49667.
10. Report A. Medical management of the home care patient. American Medical Association/American Academy of Home Care Physicians. 2004.
11. Organization WH. The growing need for home health care for the elderly: home health care for the elderly as an integral part of primary health care services. 2015.
12. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, et al. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Tıp Dergisi. 2010;11:125-32.
13. Çoban M, AE E. Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi. 2004;12(2):109-20.
14. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. TC Resmi Gazete. 10 Mart 2005;Sayı: 25751.

15. Solmaz T, Altay B. Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetleri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2019;6(2):150-7.
16. Dönümcü Ş. Yaşlı ve sosyal hizmetler. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2006;52A:42-6.
17. Güzel ET, D. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2018;10(5):15-9.
18. Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye’de karşılanamayan bir gereksinim: Evde bakım hizmeti. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2006;5(1):19-31.
19. Hafalır A. 2021 Yılında Ankara Şehir Hastanesi evde sağlık hizmetleri biriminden hizmet alan hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi. 2022.
20. Çoban M, Esatoğlu AE, İzgi MC. Türkiye’de evde sağlık ve bakım hizmetleri uygulamalarının mevzuat içindeki tarihsel değişimi. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2014;1(3):154-76.
21. Ardahan MA, Zeynep. Evde Bakımda Sosyal Politikalar ve Evde Bakım Hemşireliği. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2017;26(1):38-43.
22. Care NAFH, Hospice. Basic statistics about home care. Washington, DC: National Association for Home Care & Hospice. 2010:1-14.
23. Loengard AU, Boal J. Home care of the frail elderly. Clinics in geriatric medicine. 2004;20(4):795-807, viii.
24. Çifçili SS. Aile Hekimliği Gözü ile Evde Bakım. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2018;10(1):23-9.
25. Yılmaz S AA, Çevik C., Selçuk KT UR. Yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmet sunumu; ülke örnekleri üzerinden değerlendirmeler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2013;22(3):105-14.
26. Kıvanç M. Evrensel sağlık bildirgeleri ve Türkiye’de sağlık reformları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2015;2:162-6.
27. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. T.C. Resmi Gazete. 12 Ocak 1961.
28. Doğusan AR. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri ile İlgili Mevzuat ve Gelişimi. Ankara Medical Journal. 2019;19(3):684-93.
29. Yücel DÜ, PC. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Sunumu Mevzuatında Güncel Durum. The Journal of Turkish Family Physician. 2015;6:87-95.
30. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete. 06.07.2005; Sayı: 25867.

31. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 01.02.2010.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı. Evde Bakım Hizmetleri Konulu Yazı. 05.05.2017.
33. Kamu Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinin Birleştirilmesine Yönelik Pilot Uygulama Hk. 19.02.2020.
34. Noelker LS, Harel Z. Linking quality of long-term care and quality of life: Springer Publishing Company; 2000.
35. Hsieh CM, Kenagy GP. Exploring the association between quality of homecare services and older adults' well-being. Home health care services quarterly. 2020;39(2):65-79.
36. Arpat ÖGB, Şaşmaz UN, Yürekli ÖGE. Sağlık hizmetlerinde kalite maliyetleri. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2014;19(3):313-32.
37. Rostgaard T, Timonen V, Glendinning C. Guest editorial: reforming home care in ageing societies. Health & social care in the community. 2012;20(3):225-7.
38. Spasova S, Baeten R, Vanhercke B. Challenges in long-term care in Europe. Eurohealth. 2018;24(4):7-12.
39. Xu K HS. Home care for the elderly. World Health Forum. 1996;17.
40. Toiviainen L. Home care for older people. The journal of the British Menopause Society. 2005;11(2):57-60.
41. Johnson S, Bacsu J, Abeykoon H, McIntosh T, Jeffery B, Novik N. No Place Like Home: A Systematic Review of Home Care for Older Adults in Canada. Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement. 2018;37(4):400-19.
42. Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. Lancet (London, England). 1999;354(9184):1077-83.
43. Stewart S, Pearson S, Luke CG, Horowitz JD. Effects of home-based intervention on unplanned readmissions and out-of-hospital deaths. Journal of the American Geriatrics Society. 1998;46(2):174-80.
44. Commission E. i2010: Independent living for the ageing society. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2006.
45. Fadiloğlu Ç. Evde sağlık ve bakım. Amasya: Göktuğ Yayıncılık; 2013.
46. Oglak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. Turkish Journal Of Geriatrics. 2007;10:100-8.

47. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. The New England journal of medicine. 2020;382(8):727-33.
48. TC Sağlık Bakanlığı. COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji Ve Tani. 07.12.2020.
49. Tokatlı C VM. Impact of the COVID-19 lockdown period on surface water quality in the Meriç-Ergene River Basin, Northwest Turkey. Environmental Research. 2021.
50. Markus HS, Brainin M. COVID-19 and stroke-A global World Stroke Organization perspective. International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society. 2020;15(4):361-4.
51. Balcı N, Koçatakan P. Covid-19 gibi salgınlarda evde bakım hizmetlerinin önemi: Kısa bir bakış. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021;15(1):186-93.
52. Olcay Ö. Evde Sağlık Hizmetleri Birimine gelen çağrı sayısı koronavirüs nedeniyle 6 kat arttı. Anadolu Ajansı. 26.03.2020.
53. Döner P, Şencan İ, Kazım İ, Kahveci R, Özkara A. Aile Hekimliğinde Kalitatif Çalışmaların Değeri Value of Qualitative Studies in Family Medicine. Smyrna Tıp Dergisi. 2013;48-52.
54. Hancock BO, E; Windridge, K. Nottingham: Trent Focus Group. 1998.
55. Lacey AL, D. Qualitative Data Analysis. Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care. 2001:1-34.
56. Hammett T. What do Victoria family physicians think about housecalls? Canadian family physician Medecin de famille canadien. 2013;59(1):e33-8.
57. Yurtsever N, Yılmaz M. Evde Bakım Alanında Çalışan Hemşirelerin Çalışma Koşulları, Yaşadıkları Güçlükler ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2016;1(1):19-25.
58. Resmi Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25.01.2013.
59. Iwata H, Matsushima M, Watanabe T, Sugiyama Y, Yokobayashi K, Son D, et al. The need for home care physicians in Japan - 2020 to 2060. BMC health services research. 2020;20(1):752.
60. Kamu Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Evde Sağlık Hizmetleri Personel, Araç ve Ekip Standartları Cetveli/Ekip Envanter Çizelgesi 2020 Yılı Ocak Ayı. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-53566/evde-saglik-hizmetleri-personel-arac-ve-ekip-standartlari-cetveliekip-envanter-cizelgesi-2020-yili-ocak-ayi.html> 10 Mart 2022.

61. McCreary DDJ. Home Health Nursing Job Satisfaction and Retention: Meeting the Growing Need for Home Health Nurses. The Nursing clinics of North America. 2020;55(1):121-32.
62. Seow H, Bainbridge D. A Review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home. Journal of palliative medicine. 2018;21(S1):S37-s44.
63. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. Dicle Tıp Dergisi. 2011;38(1).
64. Bulut S, Yiğitbaşoğlu Ö, Keklik K, Yücel A, Kartal SB, Şencan İ. Evde sağlık hizmetleri çalışanlarının eğitim ihtiyacının belirlenmesi. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi. 2017;74(2):147-54.
65. Artantaş AB, Köroğlu FT. Bir Hastane Bünyesindeki Evde Sağlık Birimi Tarafından Verilen Hizmetlerin Değerlendirilmesi: 2018 Yılı İstatistikleri. Ankara Medical Journal. 2019;19(1):170-7.
66. Kamu Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Evde Sağlık Hizmetleri Temel Eğitimleri Başlıyor. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,78452/evde-saglik-hizmetleri-temel-egitimleri-basliyor.html>. 26 Şubat 2022
67. Sevim İ, Maden Ş. Ülkemizde Kullanılan Ambulans Tipleri ve Bölgelere Göre Hizmet Alanlarının İncelenmesi.
68. Yavuz E. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Karşılanmamış İhtiyaçları. Eurasian Journal of Family Medicine. 2018;7(2):68-72.
69. Aslan Ş, Seda U, Güzel Ş. Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi. (1):45-56.
70. Aksoy H, Kahveci R, Döner P, Aksoy İ, Ayhan D, Koç EM, et al. Physicians' attitudes toward home healthcare services in Turkey: a qualitative study. European Journal of General Practice. 2015;21(4):246-52.
71. Kutlu F. Evde Bakım Hastasının Transportu. Türk Yoğun Bakım Dergisi. 2008;6:54-7.
72. Gürsöz H, Mahmood A, Öztürk A, Tarhan D, Aksoy H, Gündüz Ş, et al. Türkiye Klinik Kalite Programı; Sağlık Hizmet Sunucuları, Hasta ve Hasta Yakınlarının Kalite Algısı. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2017;14(2):73-86.
73. Yeşiltaş A, Adigüzel O. Evde sağlık hizmetlerinde hasta yakınlarının memnuniyeti. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016;7(1):863-80.

74. Keenan JM, Boling PE, Schwartzberg JG, Olson L, Schneiderman M, McCaffrey DJ, et al. A national survey of the home visiting practice and attitudes of family physicians and internists. Archives of internal medicine. 1992;152(10):2025-32.
75. Arık Ö, Aydoğdu A. Sağlık Bakanlığı Tarafından Yapılan Covid-19 Ek Ödemesi Hakkında Sağlık Personeli Görüşlerinin İncelenmesi. 2021.
76. Kılıç R, Keklik B. Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi Ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2012;14(2):147-60.



8. EKLER

Ek-1. Etik Kurul Onay Belgesi

 ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ) ETİK KURULU PROJE ONAY BELGESİ 	
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı bölümü öğrencilerinden Dr. Sebahat Sümeyye Taşkın Koç'un, ANKARA İL MERKEZİNDE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: KALİTATİF BİR ÇALIŞMA adlı araştırması değerlendirilmiştir. <i>(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)</i>	
Proje etik açısından uygun bulunmuştur. ✓	
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.	
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.	
AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2020-384
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	25.11.2020
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	08.12.2020-34
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.
<u>KURUL BASKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:</u>	
İMZA	
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Üye
Prof. Dr. Muharrem KILIÇ	Üye
Doç. Dr. Behlül TOKUR	Üye
Doç. Dr. Birgül ÖZKAN	Üye
Doç. Dr. Yüksel Akay UNVAN	Üye
Dr. Öğr. Üyesi Şule KAYA	Üye
Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul DEMİRDEL	Üye
Dr. Öğr. Üyesi Nimet YILDIRIM TİRGİL	Üye

Ek-2 Hastanelerden Alınan İzinler



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ŞEHİT SAİT ERTÜRK DEVLET
HASTAHANE - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ŞEHİT SAİT
ERTÜRK DEVLET HASTAHANE
02012901 15-A1 - E-26945601 - 799 - 338
0013877479

Sayı : E-26945601-799
Konu : Dr. Sebahat Sümeyye TAŞKIN KOÇ
(Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Sağlık Geliştirilmesi Birimi -Eğitim Tescil Birimi)

İlgi :01.02.2021 tarih ve E-90739940-799-8 sayılı yazı gereği;

Ankara Şehir Hastanesi'nde Aile Hekimliği asistanı olarak görev yapan Dr. Sebahat Sümeyye TAŞKIN KOÇ' un "Ankara İl Merkezinde Evde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Kalitatif Bir Çalışma" konulu tez çalışması talebine ilişkin yazısı yönetimimizce değerlendirilmiş olup, başvurusu uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Mustafa H. TÜRKKANİ
Başhekim



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-72300690-799
Konu : Dr.Sebahat Sümeyye TAŞKIN KOÇ
(Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: a) 28.12.2020 tarih ve 90739940-799-E.1674 sayılı yazınız.
b) 05.01.2021 tarih ve E-90739940-799-8 sayılı yazınız.

İlgi yazılarınıza istinaden, Hastanemizde Aile Hekimliği Kliniği Asistanı olarak görev yapan Dr. Sebahat Sümeyye TAŞKIN KOÇ'un "Ankara İl Merkezinde Evde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Kalitatif Bir Çalışma" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi, Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzun 29.01.2021 tarih ve 25 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Aziz Ahmet SUREL
Koordinatör Başhekim



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
0042/2021 10.39 - E-90739940-799-8
0013487945

Sayı : E-93471371-929
Konu : Dr. Sabahat Sümeyye TAŞKIN KOÇ
(Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
(Eğitim ve Tescil Birimine)

İlgi : 05/01/2021 tarihli ve 90739940-799-E-90739940-799-8 sayılı yazınız.

Ankara Şehir Hastanesi'nde Aile Hekimliği asistanı olarak görev yapan Dr. Sebahat Sümeyye TAŞKIN KOÇ' un "Ankara İl Merkezinde Evde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Kalitatif Bir Çalışma" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Rahmi KILIÇ
Başhekim

Ek-3. Evde Sağlık Hizmetleri Bilgi Formu

Çalışmanın Adı: Ankara İl Merkezinde Evde Sağlık Hizmetlerinin
Değerlendirilmesi: Kalitatif Bir Çalışma

Araştırmacı: Dr. Sebahat Sümeyye Taşkın Koç

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Aylin Baydar Artantaş

Evde Sağlık Hizmetleri Bilgi Formu

Değişken	Sayı
ESHB* Personel Bilgileri	
Uzman Hekim	
Pratisyen Hekim	
Asistan Hekim	
Hemşire	
Sağlık memuru	
Evde Sağlık Teknikeri	
Psikolog	
Fizyoterapist	
Diyetisyen	
Sekreter	
Şoför	
Diğer (Lütfen belirtiniz)	
ESHB Fiziksel Durum ile İlgili Bilgiler	
Ayrı bir dinlenme odası var mı?	Evet ☐ Hayır ☐
Kadın ve erkek personel için ayrı giyinme odaları var mı?	Evet ☐ Hayır ☐
Sorumlu hekim için ayrı bir oda var mı?	Evet ☐ Hayır ☐
Sorumlu hemşire için ayrı oda var mı?	Evet ☐ Hayır ☐
Nakil birimi için ayrı oda var mı?	Evet ☐ Hayır ☐
Toplam oda sayısı	
ESHB Ekipman ve Malzeme ile İlgili Bilgiler	
Kaç tane ekip aracınız var?	
Kaç tane nakil ambulansınız var? (Aktif olarak kullanılan)	
Toplamda kaç tane masa üstü bilgisayarınız var?	
Toplamda kaç tane diz üstü bilgisayar veya tabletiniz var?	
Toplamda kaç tane mobil telefonunuz var?	
Toplamda kaç tane GSM (internetli) hattınız var?	
Toplamda kaç tane dış hatta açık sabit telefonunuz var?	
ESHB İşleyiş ile İlgili Bilgiler	
ESHB kayıtlı toplam hasta sayısı	
Günde ortalama kaç ev ziyareti yapıyorsunuz?	
Koordinasyon merkezinden COVID 19 + hastalar için başvuru geliyor mu?	Evet ☐ Hayır ☐
Ziyaret ettiğiniz COVID 19 + hasta sayısı	
COVID 19 + veya temaslı hastalar için ayrı bir ekip oluşturduunuz mu?	Evet ☐ Hayır ☐

*ESHB: Evde Sağlık Hizmetleri Birimi

Ek-4. Röportaj Konu Başlıkları Formu

Çalışmanın Adı: Ankara İl Merkezinde Evde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Kalitatif Bir Çalışma

Araştırmacı: Dr. Sebahat Sümeyye Taşkın Koç

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Aylin Baydar Artantaş

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİM (ESHB) SORUMLULARI İLE YAPILACAK RÖPORTAJ: KONU BAŞLIKLARI

1. Birimlerin sorumluları ile ilgili mesleki bilgiler
2. Birimde çalışan personel ile ilgili bilgiler
3. Birimin fiziksel şartları ile ilgili bilgiler
4. Birimdeki araç, malzeme, ekipman, donanım ile ilgili bilgiler
5. Birimin günlük işleyişi ile ilgili bilgiler
6. Organizasyonel, yönetsel, idari konular
7. Birleşmeden sonraki durum
8. Covid-19 pandemisinin ESH üzerine olan etkisi
9. ESHB’nde çalışmaktan memnuniyet

Ek-5. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Sebahat Sümeyye Taşkın Koç
Uyruğu	: T.C
EĞİTİM	
Lise	: Özel Ferda Anadolu Lisesi (2006-2010)
Ön Lisans	: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi (2010-2012)
Lisans	: Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (2012-2016)
Uzmanlık	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği ABD (2018-halen)
MESLEKİ DENEYİM	
Eyüp Toplum Sağlığı Merkezi (2016-2018)	
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği ABD (2018-halen)	
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	
BİLİMSEL KONGRE VE SEMPOZYUMLAR	
2. Türkiye EKMUD Erişkin Bağışıklama Akademisi GETAT Klinik Araştırmaları Etik Yaklaşım Kursu Türkiye Sağlık Çalışanları Sağlık Okuryazarlığı Davranış Geliştirme Programları Eğitici Eğitimi 12. Aile Hekimliği Güz Okulu	
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği	