

64773

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME FAKÜLTESİ
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM
BİLİM DALI

**EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN FİRMALAŞTIRILMASI:
BİR İŞLETME PLANI ÖNERİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. FULYA SARVAN**

**DR. SARPER TANLI
6251**

İSTANBUL - 1996

Bu çalışmanın hazırlanması sırasında bana sabırla yol gösteren, yurt dışındaki çalışmalarım nedeniyle kendi programını değiştirip benim programıma uyduran ve en kısa zamanda gerekli cevapları bana ulaştıran tez danışmanım Sayın Doç.Dr. Fulya Sarvan`a teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sarper Tanlı



İÇİNDEKİLER

GİRİŞ

I. BÖLÜM: EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN TANITILMASI

A-EVDE BAKIM HİZMETİ İLE İLGİLİ KAVRAMLAR	1
1- Sağlık Kavramı	1
2- Evde Bakım Hizmeti Kavramı	1
3- Evde Bakım Hizmeti Organizasyonu	4
4- Evde Bakımın Yarar ve Sakıncaları	7
a- Yararlar	7
b- Sakıncalar	9
5- Evde Bakım Hizmetine Uygun Hasta ve Hastalıklar	10
a- Yaşlılık	11
b- Kanser ve Benzeri Hastalıklar	14
c- Solunum Hastalıkları	15
d- Evde İnfüzyon Tedavi	15
B- A.B.D.'DE EVDE BAKIM HİZMETLERİ	17
1- Sektörün Tarihçesi	17
2- Sektörün Bugünkü Durumu	19

3- Sağlık Maliyetlerine Etkileri	24
C- EVDE BAKIM HİZMETLERİNİ DEĞERLENDİRME	27
1- Yeni Kurulacak Programların Değerlendirilmesi	27
2- Varolan Programların Değerlendirilmesi	28

II. BÖLÜM: TÜRKİYE'DE EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN FİRMALAŞTIRILMASI

A- TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GENEL GÖRÜNÜMÜ	31
B- TÜRKİYE VE İSTANBUL İLİ İÇİN EVDE BAKIM HİZMETLERİNE OLAN İHTİYACIN TAHMİNLENMESİ	38
1- Türkiye Geneli Açısından Yaklaşım	38
2- İstanbul İli Açısından İhtiyaç Tahmini	40

III. BÖLÜM: EVDE BAKIM HİZMETLERİ FİRMASI İÇİN İŞLETME PLANI ÖNERİSİ

A- İŞLETME PLANI ÖNERİSİNİN AMAÇ, KAPSAM VE YÖNTEMİ	45
B- İŞLETME PLANININ UNSURLARI	47

1- İşletme Hedefleri	47
2- İşletme Stratejisi	48
3- Organizasyon Yapısı	49
4- Hizmet Alanları	50
a- Tıbbi Hizmetler	51
b- Destek Hizmetleri	52
5- Pazarlama Stratejisi	52
a- Hedef Pazar	53
b- Halkla İlişkiler	54
c- Reklam Hizmetleri	54
ç- Rekabet	55
6- Pazar Genişletme Planı	55
7- Finansal Hedeler ve Tablolar	56
C- YÖNTEM VE UYGULAMALAR	57
1- İdari Yöntem ve Uygulamalar.....	58
a- Hizmet Koordinasyonu	58
b- Hasta Kabul	59
c- Tedavinin Devamı ve Taburcu Olma	60
ç- Tıbbi Personelin Görevlendirilmesi	61
d- Ev Ziyaretinde Uyulması Gerekenler	61
e- Hasta Bakımı İçin Gerekli Güvenlik Şartları	62

f- Acil Durum veya Felaket Şartlarına Hazırlanma	62
g- Şikayet Mekanizması	63
h- Hasta Tatmin Anketi	63
ı- Olay ve Kaza Raporlama	63
 2- Klinik Yöntem ve Uygulamalar	 63
a- Doktor Direktiflerinin Alımı ve İşleme Koyma	63
b- Hasta Bakım Planı Geliştirme, Takip ve Değişirme	64
c- Acil Durumdaki Hastalar	64
ç- Hasta Dosyası ve Dökümantasyonu	64
d- Hemşire Bakımı	65
e- Genel Enfeksiyon Kontrol	65
f- Dekontaminasyon ve Sterilizasyon	66
g- Enfeksiyonların Kaydı	66
h- Özel Bakım - Fizik Terapi, Solunum Terapi, Psikoterapi, Diyet Konsultasyon	66
 3- İnsan Kaynakları Yöntem ve Uygulamalar	 66
 SONUÇ VE ÖNERİLER	 68
 YARARLANILAN KAYNAKLAR	 72
 EKLER	 76
EK I - PRO-FORMA FİNANSAL TABLOLAR	77
EK II - YÖNTEM VE UYGULAMALAR	84
EK III - FORMLAR	112
 ÖZET	 117

TABLÖLAR

Tablo I-1. Tipik Evde Bakım Hizmetleri ve Ürünleri

Tablo I-2. ABD`de Evde Bakım Hizmetleri Kronolojisi

Tablo I-3. Medicare Lisanslı Evde Bakım Firmaları

Tablo I-4. Medicare Hastalarının Evde Bakıma Sevk Edilme Sıklığı

Tablo I-5. Hasta Bakım Maliyetlerinin Ev ve Hastane Ortamına Göre Karşılaştırılması

Tablo II-1. Yatak Sayısının ve Hastanelerin Kurumlara Göre Dağılımı

Tablo II-2. Özel Sermayenin Değişik Sektörlerdeki Yatırım Payı

Tablo II-3. Türkiye`deki Sağlık Sigortalı Sayısı ve Büyüme Hızı

Tablo II-4. Aile Gelir Seviyesi

Tablo II-5. Ev Harcamaları Dağılımı

Tablo II-6. Huzurevlerinde Yaş Dağılımı

Tablo II-7. İstanbul Nüfusunun Yıllara Göre Gelişimi

Tablo II-8. Nüfus ve Göç Oranları

Tablo II-9. İstanbul`daki Toplam Yatak Kapasitesinin Kurumlara Göre Dağılımı

Tablo II-10. İstanbul Sağlık Hizmetleri İstatistikleri

Tablo II-11. İstanbul Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

GİRİŞ

21. yüzyıl hemen yanıbaşımızda. Bu demektir ki, geleceğin sağlık hizmetini veren sistemler daha biz farkına varmadan başlayıp etkilerini göstereceklerdir. Sağlık hizmeti yöneticileri geleceğin sağlık hizmetlerine hazırlıklı olmak durumundadırlar. Sağlık hizmetinde olan değişiklikler tabii ki bir gece içinde olmayacaktır. Büyük ve uzun bir dönem alacak değişiklikler kaçınılmazdır ve bu dönemde farklı sağlık hizmetleri yöntemlerini denemek gerekecektir. Bugün sağlık sistemlerinde odaklaşılan nokta, verilen hizmetlerin kimin tarafından ve nasıl ödeneceği konusudur. Sağlık reform denemelerinde de hep bu konunun üzerinde durulmaktadır.

Geleceğin sağlık hizmetlerindeki önemli bir gelişme hastaya verilen hizmetlerde olacaktır. Yüksek teknoloji aletler, dozu 10,000 doları bulan kanser ilaçları ve diğer harika ilaçlar 2001 yılı sağlık hizmetlerinin devrimleşmesine neden olabilirler. Bununla beraber daha köklü gelişmelerin ana kaynağı bugün içinde olduğumuz sağlık sisteminde aranmalıdır. Hasta 2001 yılında kendi sağlığında çok daha etkin bir rol alacak ve hatta sağlığının yönetimini devralacaktır. Hastalar kendi tedavi alternatiflerini, tedavi görmek istedikleri mekan ve tedaviyi verecek kişiyi seçme hakkına daha fazla sahip olacaklardır. Geleceğin yöneticisi, daha bilgili ve güçlü hastanın isteklerine cevap verecek durumda olmalı, bir yandan da maliyet, kalite, ulaşılabilirlik ve sonuç gibi geleceğin sağlık hizmetlerinin seçimini etkileyecek olgularla uğraşmalıdır.

Tıbbi hizmetlerin, yapılanmanın ve teknolojinin son 10 yıl içerisinde hızla gelişmesi, sağlık hizmeti sunanların ve tüketicilerinin “EV” in temel bir sağlık merkezi olduğunu unutmamasına neden olmuştur. Yüzyıllar boyunca doğumdan ölüme kadar evde sağlanan bakım, modern tıbbın gelişimiyle hastanelere ve diğer yataklı sağlık kuruluşlarına kaymıştır. Evde verilen sağlık bakımı kurumsallaşamamış, ilkel boyutlarda kalmıştır. Öte yandan devlet destekli hastanelerdeki uzun listeler, özel hastanelerin yüksek fiyatları hastaları ve ailelerini evde tedaviye itmiş, sonuç olarak da sağlıksız bir topluma doğru kaymaya başlamamıza neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yükselmesi, kaliteye ve evde verilen sağlık hizmetlerine verilen önemi

artıracak ve örgütlenmiş evde bakım hizmetleri doktorundan hastasına herkes için kaçınılmaz olacaktır.

Hastanede zorlu bir hastalık veya ameliyat sonrası kalmak zorunda kalanlar biran önce evde bildikleri ortama kavuşmak isterler. Hastaların hastaneden en kısa zamanda eve çıkma isteğinin yanısıra bekleme listelerinin uzunluğu da doktorları biran önce hastaları taburcu etmeye yöneltmektedir. Aile, ev gibi geleneksel kavramların bu kadar güçlü olduğu ülkemizde, evde bakım hizmetinin şimdiye dek hiç yapılanmamış olması şaşırtıcıdır. Yukarıda saydıklarımız, örgütlü bir şekilde sunulması önerilen sağlık hizmetleri kuruluşu senaryosunun kolaylıkla başarıya ulaşmasında birer etkindir.

Çalışmamızın odağını oluşturan evde bakım hizmetlerinin Türkiye şartlarında uygulanıp uygulanamayacağının belirlenmesi için varolan sistemlerin tecrübelerine ve bugünkü gelişmelerine bakmak gerekir. Evde bakım hizmetleri ABD’de yıllardır uygulanan bir hizmet alternatifidir. Bu hizmet alternatifi hızla büyüyen bir sektör haline gelmiş durumdadır. Amerika çapında hizmet veren milyar dolarlık yıllık geliri olan evde bakım firmalarının yanısıra, hastanelerin kendi departmanları ve küçük çaplı evde bakım şirketleriyle sağlık hizmeti veren kuruluşların sayıları binlere ulaşmıştır. İlk örgütlü evde bakım hizmetlerini 1880 yılında başlatan ABD, bugün yaklaşık 15,000 evde bakım hizmeti veren kuruluşuyla, senede 90 milyonu aşkın ev ziyaretiyle, yaklaşık 15 milyar dolarlık para akışıyla, ulusal çapta dernekleri, konfederasyonları, devamlı verilen seminer ve konferansları ve devlet desteğiyle bu sağlık hizmet birimini bir endüstri haline getirmeyi başarmıştır.

Bu bilgiler ışığında, çalışmanın birinci bölümünde sağlık tanımı ve hemen sonrasında evde bakım hizmetinin tanımı yapılmış, evde bakımın bir sağlık hizmeti olarak içeriği gözden geçirilmiştir. Daha sonra evde bakım hizmetlerinin ayrıntılı tanıtılmasına geçilmiştir. Böyle bir hizmeti sunabilmek için organizasyonun nasıl yapılacağını bilmek gerekir. Hizmet organizasyonunun yapılabilmesi için, gerekli elemanların saptanması gerekir. Bu bölüm öncelikle, hasta, hasta ailesi ve sağlık görevlileri olgularını tartışmakta, daha sonra hasta bakımının nasıl yapılacağına değinmektedir. Evde bakımın yarar ve sakıncaları ile bu alternatif sağlık hizmeti şeklinin

hangi hasta, hastalık veya ihtiyacı olan kişilere uygun olduğu örnekleriyle gösterilmektedir.

Birinci bölüm aynı zamanda ABD'deki evde bakım hizmetlerinin ayrıntılarıyla tartışıldığı bölümdür. Gelişmiş ülkelerin bir çoğunda evde bakım hizmetlerinin devlet tarafından sosyal hizmet olarak veriliyor olması ve ABD'deki serbest piyasa ekonomisinde rekabet eden evde bakım firmalarının çalışmamız konusu olan işletme planı önerisine yakınlığı nedeniyle ABD evde bakım sistemleri incelenmiştir.

Evde bakım hizmetleri, bu bölümde de tartışıldığı gibi sağlık ve insan olgusuna getirdiği bir çok yeniliğe rağmen, bu hizmet şeklinin bulunmadığı ortamlarda sağlık maliyetlerine pozitif etkisiyle ilgi çekmiştir. Serbest piyasa ekonomisinde, sağlık hizmeti sunulurken karlılık faktörü gözardı edilemez. Yine serbest piyasa ekonomisinde bu karlılık faktörünün sağlık hizmetini olumsuz etkilememesi için gerekli değerlendirme mekanizmaları oluşturulmalı ve takip edilmelidir. İlk bölümün son kısmında da evde bakım hizmetlerinin sağlık hizmetlerine yapabileceği mali etkilerden örnekler verilmiş, evde bakım hizmetlerini firmalaştırırken veya firmalaştırdıktan sonra hangi konuları değerlendirmek gerektiği tartışılmıştır.

İlk bölümde evde bakım hizmetlerinin tanıtımından sonra, ikinci bölümde firmalaşma için gerekli piyasa araştırmasına giriş yapılmış ve firmalaşmanın önerildiği ülkemiz ve İstanbul şehrinin ekonomik, demografik ve sosyal özellikleriyle sağlık sistemlerinin bugünkü durumu incelenmiştir. Türkiye genelinde ve özellikle İstanbul ili için evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın tahminlenmesi yapılmıştır.

Üçüncü bölüm işletme planı önerisini içermektedir. İşletme planı önerisinde evde bakım hizmetleri firmalaştırılırken izlenecek kademeler ve bu kademelerde neler yapılması gerektiği örnekleriyle gösterilmiştir. Bu bölümde, bir evde bakım hizmeti firmalaşması sırasındaki bazı aşamaların benzetimi yapılmıştır.

İşletme planı önerisinde firmalaşmanın sadece yatırım açısından yeterliliği gösterilmekle kalınmamış, aynı zamanda nasıl işletilmesi gerektiği Ekler bölümündeki detaylı örneklerle desteklenmiştir. Eklerin birinci bölümünde evde bakım hizmetinin firmalaşması sırasında örnek olarak kullanılabilecek yatırım proforma finansal tablolarından örnekler gösterilmiştir. Eklerin ikinci bölümünde evde bakım hizmetleri

firmalaştıktan sonra işletilmesinde önemli bir faktör olan yöntem ve uygulamalardan uyarlanmaya uygun örnekler verilmiştir. Eklerin nc bölümünde ise yöntem ve uygulamalarda bahsi geçen formlardan bazı örnekler sunulmuştur.

Nihayet çalışmanın sonuç bölümünde evde bakım hizmetlerinin neden ve nasıl uygulanması gerektiği tartişılmıştır.



I. BÖLÜM: EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN TANITILMASI

A- EVDE BAKIM HİZMETİ İLE İLGİLİ KAVRAMLAR

1- Sağlık Kavramı

Günümüzde sağlık kavramı, kişilerin hasta olmadan hayatlarını sürdürmesi tanımından daha farklı anlamlar kazanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık tanımını “yalnızca hastalık veya sakatlığın bulunmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir” olarak belirlemiştir.

İnsan, fizyolojik, sosyal ve psikolojik öğelerden oluşan karmaşık yapısıyla bazı durumlarda dengesini kaybederek hastalanabilir veya kendi kendine yetemez duruma gelebilir ¹. Bu durumlarda sağlık konusunda bilgili, insanın karmaşık yapısını tanıyan ve verilmesi gereken yardımı bilen profesyoneller aracılığıyla insana iyilik hali kazandırılmaya çalışılır.

2- Evde Bakım Hizmeti Kavramı

Evde bakım hizmetleri sağlık hizmetlerinin bir parçası olup tıbbi kontrol altında hastalara ve ailelerine bulundukları ve yaşadıkları ortamda gerekli sağlık hizmetlerinin götürülmesidir. Amaç günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek maksimum tedaviye ulaşmak yolu ile hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda yaşam ve yaşama şartlarını yükseltmektir.

Ev, kendimizi “evde” hissettiğimiz, tanıdığımız olduğumuz eşya, ses, koku ve yüzlerle çevrelendiğimiz bizi rahatlatan bir ortamdır. Ev, fiziksel ve ruhsal olarak, içindeki kişiler ve donanımıyla hastane ortamından farklı özelliklere sahiptir ². Evde

¹ S. Turan, Hastanelerde Matriks Organizasyon İşleyişinin Hemşireler Üzerindeki Etkileri, Yarattığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, 1995, s. 1

² A. Mack, “Home: A place in the world”, Social Research, 1991, 58, s. 5-307

bakım hemen hemen tüm dünyada, uzun dönem kronik hastalık bakımını akla getirir, çünkü kişinin alışkın olduğu ortamda ve kendi alışkanlıklarıyla yaşamının son döneminde beraber olma isteği her kültür için geçerlidir. Modern evde bakım kavramı bu geleneksel düşünüş şeklinden farklıdır ³.

Hastaların evde bakımı eski zamanlarda olduğu gibi hekimlerin avucunda ısıtılmış bir stetoskop veya siyah bir hekim çantası olmaktan öteye gitmiştir. Gelişen tıbbın ve teknolojinin gereği olarak evde hasta bakımı için özel olarak yetiştirilmiş hemşire ve diğer sağlık personeli, daha gelişmiş cihazlar gereklidir. Bunun yanında birtakım davranış biçimleri ve becerileri gerekmektedir ki, bir çok doktor buna alışkın değildir ⁴. Evde bakım hizmeti gerektiren hastaların ihtiyaçları daha kontrollü ortamlardaki hastaların ihtiyaçlarından farklıdır. Hastalarla evde ilgilenmek hastane ortamına göre daha zordur. Hastalara verilen direktiflerin hasta tarafından uygulanıp uygulanmadığını kontrol etmek ev ortamında hastaneye göre daha güçtür. Aynı zamanda hastaların ulaşmak istedikleri hedeflerle sağlık hizmeti verenlerin hedefleri aynı olmayabilir. Bu nedenle evde bakım hizmeti verenler, hedeflerini hastanın hedeflerine göre değiştirmelidirler.

Amerika'daki birçok örneklerinden biri olan evde bakım şirketi Critical Care America'nın belirttiği gibi, evde bakım hizmetleri, hastaları hastaneden uzaklaştıran yöntemleri bulup, hastayı daha sıcak bir ortamda yakınlarıyla beraber tedavi ederken, maliyetleri azaltarak sigorta şirketleri ve diğer ödeme kaynaklarının da onayını kolaylıkla kazanır ⁵.

Hastanın evde bakımında ilgili herkesin birbirine destek olması gereklidir. Hasta ailesi hastaya psikolojik destek, iyi bir gözlem, fiziksel yardım, tedavi planının takibi ve gerektiğinde yardım çağırarak gibi hastanın evde bakımında önemli bir takım faktörleri yerine getirebilirler. Bu faktörler yüksek teknolojiyi tedavi teknikleri kullanıldığında bile

³ C. Zuckerman, N.N. Dubler, B. Collopy, Home Health Care Options- A Guide for Older Persons and Concerned Families, New York, Insight Books, 1990, s. xi

⁴ T. Teigen, "Patients go home for care, but fo their doctors make house calls? ", Minn. Medicine, May 1991, 74(5), s. 15-9

⁵ Home Health Line Dergisi, May 27, 1992, s. 245

evde hasta bakımının bel kemiğini teşkil eder. Hekimler hasta ailesine kurdukları iletişim yoluyla hasta ailesinin rolünü ve bu rolün önemini anlatırlar ⁶.

Ailenin hasta bakımındaki önemini göz önüne aldığımızda, aile tanımını incelemekte yarar vardır. Geleneksel aile tanımında, aile sadece en yakın biyolojik akrabaları içerir. Evde bakımı gereken hastaların ailesinden bahsederken bu sınırın ötesine çıkarak hastaya bakım verebilecek kaynakları artırmak gereklidir. Pratikte aile hastanın daha uzak akrabaları, yakın arkadaşları, aynı evde uzun yıllar yaşamış yardımcıları da içine alır. Evde bakım kuruluşları, sadece hastaların değil hasta ailesinin de ihtiyaçlarını saptamak ve mümkün olduğu kadar karşılamakla yükümlüdürler.

Hastanın evde bakımında etkisi olan bir başka faktör de, hasta ve ailesinin toplum içindeki yerleridir. Ailenin ve hastanın sosyo-ekonomik düzeyleri ve sosyal sınıfları ulaşabilecekleri sağlık bakımının cinsinde ve kalitesinde etkilidir. Ailenin kültürel ve etnik geçmişi, sağlık hizmetlerinden beklentilerini de etkiler. Kültürler ve gelenekler, sağlığı ve ölümü değişik şekillerde algılayıp tanımlayabilirler. Evde bakım hizmetlerinin bu olguları dikkate alması gereklidir. Sağlık profesyonelleri hasta bakımını hastanede vermek üzere yetiştiklerinden evde verilen bakım sırasında devamlı olarak farklı durumlarla karşılaşabilirler. Hastanın bir takım yabancı kuralları evine uyarlaması yerine, evde bakım profesyonelleri hasta ve ailesinin kural ve geleneklerini hasta bakımını etkilemeyecek derecede kendilerine uyarlar ⁷.

Evde bakım dendiği zaman akla sadece hasta bakımı gelmemelidir. Evde bakım, daha bir çok konuda hasta evine sağlık hizmet ve ürünlerini götürür ⁸. Bu hizmetler arasında aralıklı ve yarı zamanlı hemşirelik bakımı, fizik terapi, konuşma tedavisi ve hastabakıcılık hizmetleri sayılabilir. Tablo I-1'de bu hizmet ve ürünler sıralanmıştır.

Modern evde bakım hizmetleri, evde hemşirelik bakımı olarak 19. yüzyılda başlayan hizmetlerin devamıdır. Sağlık hizmetleri geliştikçe evde verilen bakıma diğer disiplinlerde eklenmeye başlamıştır. Evde verilen hizmet çeşitleri ne kadar değişirse

⁶ A.J. Grieco, "Physicians guide to managing home care of older patients", Geriatrics, May 1991, 46(5), s. 49-55

⁷ M.D. Harris, Handbook of Home Health Care Administration, Gaithersburg, Md., Aspen Publication, 1994, s. 5

⁸ D. Lerman, Home Care - Positioning the Hospital for the Future, American Hospital Association, 1987, s. 2

değişsin, 100 yüzyılı aşkın süredir değişmeyen iki ana hedef hastaya evinde bakım ve hasta ve ailesinin eğitimidir⁹.

Tablo I-1. Tipik Evde Bakım Hizmetleri ve Ürünleri

Hizmetler	Ürünler
Hemşire bakımı	Oksijen tedavi
Fizik terapi	Tıbbi donanım
Hastabakıcı bakımı	Rehabilitasyon donanım
Sosyal hizmetler	Günlük yaşam yardımcı aletleri
Mesleki terapi	Tıbbi ve cerrahi malzemeler
Kişisel bakım	İlaç tedavisi
Özel hemşirelik	Eczacılık
Yaşlı bakıcıları	Beslenme
Hayvan ve çiçek bakımı	Intravenöz donanım
Eğitim	Dializ
Hasta bilgi işlem	Kendi kendine tedavi malzemeleri
Sağlık tanıtımları	Eksersiz donanım
Faturalama	Kendi kendine tanı malzemeleri
Konuşma tedavisi	İşitme cihazları
Evde telemetri	Acil cevap sistemleri

Kaynak: Dan Lerman, Home Care-Positioning Hospital for the Future, AHA, 1987, s. 2

3- Evde Bakım Hizmeti Organizasyonu

Evde bakım hizmetleri değişik şekillerde örgütlenebilir. Tek başına hizmet veren evde bakım firması veya hastaneye bağlı evde bakım departmanı bu organizasyon şekillerinden bazı örneklerdir. Hastanelerin evde bakım firmalarını satın almaları veya ortak olmaları da son yıllarda görülen organizasyon şekillerindendir. Evde bakım

⁹ Harris, op. cit., s. 3

hizmetinin firma şeklinde organizasyonu kar amaçlı veya kar amaçsız olabilir; özel teşebbüs veya devlet tarafından kurulabilir ¹⁰.

Evde bakımın kapsadığı alanlar, yoğunluğu ve süresi de değişebilir. Bazen sadece bir çeşit sağlık hizmeti, aralıklı olarak, kısa bir süre için verilebilir. Bazen de bir çok formdaki hizmet şekli çok uzun sürelerle verilir ¹¹.

Hastane dışı ortamlarda sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan her yaştaki kişinin sayısı hızla artmaktadır. Akut, yarı-akut, rehabilitasyon, koruyucu, uzun-dönem ve huzurevi tarzı sağlık bakım hizmetleri hekimin gözetimi altında hasta evinde sunulabilir. Bu hizmetleri sunarken sadece hekimin değil diğer sağlık görevlilerinin de beraber ekip halinde çalışmaları gereklidir. Hekimler, hemşireler, fizik terapistler, solunum terapistleri, hastabakıcılar bu ekibin üyeleridirler. Hekimin evde bakımdaki rolü, hastalarla olan ilişkisi, hasta değerlendirme, disiplinlerarası ekibin seçilmesi, bakım planının hazırlanması, hastanın hak ve sorumluluklarının saptanması, bakımın koordinasyonu ve kamu kaynaklarının mümkün olduğunca kullanılması evde bakım hizmetlerinin sunulmasında önemli faktörlerdir ¹².

Evde bakım hizmetleri, evde bakımı gereken kişinin saptanması ile başlar. Saptanan bu kişi, hasta, evde bakımın merkez noktası olsa da bir bütün olarak hedeflenen sonuç, hasta ailesi ve yaşadığı ortamı da içine alan karmaşık bir yapıdadır. Hastalık veya yetersizlik durumlarında hasta ailesi, komşular ve ailenin diğer üyeleri 24 saat bakımı bir dereceye kadar verebilecek kaynaklardır. Evde bakım kurumları aile ve yakınların veremeyecekleri, bilgi ve donanım gerektiren hizmetleri sunarlar. Hastanın bağımlılığının artması, daha fazla bakım bilgisi ve organizasyon gerektirecektir. Evde bakım hizmetlerinin yetersiz kalacağı durumlar hasta değerlendirmeleri yapılarak saptanır ve hastanın daha uygun koşullara transferi sağlanır ¹³.

Evde bakım hizmetlerinde hekimin rolü sadece hastanın evde bakıma sevki değildir. Hekimin sorumluluklarından biri de evde tedavisi devam eden hastanın

¹⁰ M.D. Nathanson, *Home Health Care Answer Book*, Gaithersburg, Md., Aspen Publication, 1995, s. 3

¹¹ Zuckerman, et. al., op. cit., s. 26

¹² Anonim, "Guidelines for the medical management of the home-care patient", American Association of Home Care Advisory Panel, *Archives of Family Medicine*, February 1993, 2(2), s. 194-206

¹³ Harris, op.cit., s. 4-5

fonksiyonel gelişmesini değerlendirmektir. Hekim veya asistanı belli aralıklarla ev ziyaretleri yaparak bu sorumluluklarını yerine getirirler. Bu ziyaretler sırasında hastanın yaşadığı ortam, ailenin hastaya verdiği bakımın kapasitesi ve verilen ilaç tedavisinin doğru uygulanıp uygulanmadığı kontrol edilmelidir. Hekimler, ailenin hasta bakımında alacağı rolün önemini sağlık personeline anlatarak, personelin de hasta ailesine gerekli bilgileri vermelerini teşvik etmelidirler.

Evde bakım hizmetleri genelde hastanelerden gelen sevklerle beslenir. Bu tür sevklerin uygun bir şekilde yapılması için bir çok hastane taburcu planlama ve evde bakım koordinatörleri kullanırlar. Bu koordinatörler, uygun soru sorma ve gerekli bilgiyi toplama becerilerini geliştirmişlerdir ¹⁴. Kronik solunum hastalarını yoğun bakım ünitelerinden taburcu etmek genelde üstesinden gelinmesi gereken zor bir görevdir ve ekip çalışması gerektirir. Hastanın tam bir klinik ve fonksiyonel değerlendirmesi hastanede yatışı sırasında yapılmalıdır. Bu değerlendirme sırasında oksijenden ayırma olasılığına ve hastanın solunum kapasitesine bakılır. Yoğun bakımdaki hastaların sonuçta evde bakım hizmetine transferleri için gerekli mekanizmalar oluşturulmalıdır ¹⁵.

Hastanın yaşadığı çevre de evde verilecek bakım hizmetlerini etkileyebilir. Hasta evine ulaşımın kolaylığı, yakın çevrede market, eczane ve diğer ihtiyaçların sağlanacağı merkezlerin olması verilen bakımın organizasyonunda önemlidir. Ayrıca, evde bakım hizmetleri verilirken hastaya özel bakım planlarının hazırlanması gereklidir. Her hastaya özel bakım planı hazırlanırken standart bakım planlarından yararlanılır. Standart bakım planları bazı belirlenmiş teşhis, problem ve koşullar için hazırlanmış olup genel olarak kabul gören kuralları, beklenen sonuçlarla normal hemşire bakımını kapsar. Bakım planları sayesinde evde bakım hastalarının gelişimi beklenen sonuçlarıyla karşılaştırılarak hastanın değerlendirilmesi yapılır ¹⁶.

Hasta bakım planı yapılmadan önce hastanın tam bir değerlendirilmesi yapılır. İlk ziyaret sırasında, hemşire veya diğer sağlık görevlisi, hasta ve ailenin yanısıra çevre

¹⁴ R.M. Klug, "Understanding private insurance for funding pediatric home care", *Pediatric Nursing*, March-April 1991, 17(2), s. 197-8

¹⁵ E. Cline, M. Vitacca, "From intermediate unit to home care", *Monaldi Archives for Chest Disease*, December 1994, 49(6), s.533-6

¹⁶ L.Z. Webb, S.L. Berquist, "Standardized care plans for home care", *Home Healthcare Nurse*, November-December 1990, 8(6), s. 21-9

şartlarını, hastalığın hastada yarattığı etkiyi, hastanın hastalık hakkındaki bilgisini, gerekli yardımcı elemanları değerlendirir. Hasta bakım planlarında hastanın ve ailenin aktif olarak katılımı belirtilir. Hastalara değişik zaman aralıklarında evde bakım hizmeti verilebilir. Bu hizmetler bir defaya mahsus olabileceği gibi aylar sürecektir tedavi planlarını da içerebilir. Hastanın tedavisinin bitimi saptanan hedeflere ulaşılmasından sonra olur. Bazı hastalar bu hedeflere çabuk ulaşır, bazılarıysa ancak bir kısmına ulaşabilirler. Evde bakım hizmetleri verilirken, hasta ve ailesi iyilik hali için ve evde profesyonel bakıma ihtiyaç duyulmayacak hal için devamlı olarak eğitilir ve hazırlanırlar. Evde bakım hizmetleri sonrası hastaya gerekecek bakım öğretilir ¹⁷.

Evde bakım hizmetlerinde kaliteli bakımdan ne kadar çok söz edilse de gerçekten etkili kalite kontrol sistemlerinin sayısı fazla değildir. Bu sistemlerden en son yıllarda geliştirilen biri de hasta merkezli kalite kontrol programıdır. Bu programa göre hastaya verilen her hizmetin ayrı ayrı değil, hastanın bir bütün olarak değerlendirilmesi söz konusudur. Kalite kontrol evde bakım organizasyonunda düzenli ve devamlı kullanılan bir mekanizma olmalıdır ¹⁸.

4- Evde Bakımın Yarar ve Sakıncaları

Evde bakım hizmetleri yeni ve alternatif bir sağlık hizmeti olarak bir çok olumlu etkisinin yanında beraberinde olumsuz etkileri de getirecektir. Bu olumlu ve olumsuz etkilerin önceden bilinmesi önemlidir. Olumsuz etkileri kaldırıcı gerekli tedbirler alınabilir ve olumlu etkileri artıracak yöntemler geliştirilebilir.

a- Yararlar

Evde bakım kurumsal hasta bakımına alternatif bir sağlık hizmeti sağlayarak, hasta ve ihtiyaçlıya daha özgür ve kendi otonomisinde olma şansı verir. Ailenin ve

¹⁷ Harris, op. cit., s. 4-6

¹⁸ P.A. Riley, R.H. Fortinsky, A.F. Coburn, "Developing consumer-centered quality assurance strategies for home care. A case management model", Journal of Case Management, 1992, 1(2), s. 39-48

tanıdık çevrenin varlığı, evde bakım hizmetini hasta için cazip kılan faktörlerdendir. Ev ortamında hastanın aile içi yaşama katılarak daha fazla faaliyette bulunması, çevresiyle olan iletişimi durumunun daha hızla düzelmesini sağlar ¹⁹.

Evde bakımda hastanın yiyeceği kendine özel olarak hazırlandığından “hastane yemeği” şikayetine rastlanmaz. Hastaların kendi kurallarına değer verilir. Hastalar kendi kimliklerini hastane ortamına göre evlerinde daha iyi muhafaza ederler ²⁰.

Hastanelerde kalış hasta için her zaman bir enfeksiyon riskidir. Evde bakımda enfeksiyona yakalanma şansı daha azalır. Hastanelerde damar içi kateterli hastaların enfeksiyona yakalanma sıklığı %21 civarındadır. Evde bakım hizmetlerinde uygulanan bu tür tedavi yöntemlerinde enfeksiyon riski çok daha azalmaktadır. Evde verilecek damar içi tedaviler hastanelere oranla daha az enfeksiyon gösterdiklerinden güvenli bir şekilde uygulanabilirler ²¹. Uzun süreli bakım gerektiren hastalıkların bakımı evde daha kolaydır. Bu tür hastalar daha fazla ihtiyaç duydukları psikolojik desteği evde daha rahat bulabilirler.

Hastaların kısa ve uzun süreli bakımlarında hastanede kalış maliyetleri, evde bakım maliyetlerine göre çok daha yüksektir. Sadece hastalar ve ödeme kaynakları için değil hastaneler için de bu önemli bir faktördür. Evde bakım hizmetlerini kullanarak hastaneler maliyetlerini düşürebilirler. Evde bakım hizmetlerini kendi departmanı veya diğer firmalarla sözleşmesi aracılığıyla sunan hastaneler toplum içinde de hizmet yelpazesini genişlettiklerinden değer kazanırlar.

Yüksek teknoloji, kullanım kolaylığı ve emniyetli aletler evde verilen hizmetlerin çok çeşitlenmesine neden olmuştur. Bu tür yüksek teknoloji grubuna giren hizmetler içinde solunum cihazlarının kullanımı, damar veya barsak içi tedavi ve dializ gelmektedir. Bu teknoloji sayesinde hastaların eve daha erken giderek tedavilerinin devamı sağlanabilir.

¹⁹ Zuckerman, op. cit. 6

²⁰ A.D. Spiegel, Home Health Care, Owings Mills, Md., National Health Publishing, 1987, s. 35

²¹ D.R. Graham, et. al., “Infectious complications among patients receiving home intravenous therapy with peripheral, central, or peripherally placed central venous catheters”, American Journal of Medicine, September 16, 1991, 91(3B), s. 95S-100S

Evde bakım hizmetlerinin bu tür yararları saptandıkça hastaya olan etkilerini artırmakta kullanılmalıdır. Uygun hasta ve hastalık seçimiyle bu yararlar atırıldığı gibi hastaların yakın takibi, tedavi sonuçlarının kontrolü ve zamanında müdahalelerle de evde bakım hizmetlerinin yararları artırılabilir.

b- Sakıncalar

Evde bakım hizmetlerinin sakıncaları veya diğer bir deyişle yan etkilerini incelediğimizde karşımıza aileyi ve hastayı etkileyen aşağıdaki olgular çıkmaktadır:

- a) aile üzerinde artan baskı,
- b) aile içi gizliliğin açığa çıkması,
- c) hasta ve ailenin kendi kaynaklarından karşılayacakları mali külfet.

Profesyonel sağlık personeli olarak yetişmemiş hasta ailesi üyeleri için, giydirme, yemek yapma, banyo yaptırma, kaldırma, ev temizliği, çamaşır, ilaç verme gibi yapılması gereken günlük hasta ve ev bakım faaliyetleri zor gelebilir ve bu aile ferdi üzerinde artan bir baskıya neden olabilir²². Aile fonksiyonlarının gerektiği gibi işlemediği durumlarda aile fertlerinin bakıma katılması hatta hastanın evde kalması sakıncalı olabilir. Ayrıca aile üyelerinin değerli zamanının maliyeti hesap edilirse toplam dolaylı maliyet az olmayabilir²³.

Evde bakım hizmetlerini verecek personelin normal bakım şartları dışındaki bir ortamda hizmet vermeleri de bir yan etki olarak kabul edilebilir²⁴. Kaliteli bakımın sunumu için iç ve dış etkenlerin altında nasıl çalışacakları, saptanan yöntem ve uygulamaları nasıl takip edecekleri, hasta evindeki davranış biçimlerini nasıl saptayacakları sağlık personeli için üstesinden gelinmesi gereken noktalardır. Hekimin hasta bakım tarzlarında bazı değişiklikler yapması gereği hizmet sunumunu zorlaştırabilir. Sağlık ekibinin koordinasyonu, aile, hasta ve hasta doktoru arasındaki iletişim yetersiz kalabilir.

²² J.D. Arras, *Bringing the Hospital Home- Ethical and Social Implications of High-Tech Home Care*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1995, s. 7

²³ Spiegel, op. cit., s. 38

²⁴ Harris, op. cit., s. 704

Evde bakım hizmetlerinde kullanılan bazı yüksek teknoloji cihazları bilgisizlik ve yetersizlik sonucu sorun çıkarabilirler. Örneğin son yıllarda hızla gelişen damar yolu tedavisi için planlanan cihazlar, teknolojinin tüm üstünlüklerine rağmen sepsis, tromboz ve damar tıkanıklığı gibi komplikasyonların gelişmesine açıktır ²⁵. Evde bakımda kullanılan yüksek teknolojinin, kontrolü ele geçirmesine izin vermek yerine, yararlarını göz ardı etmeden insan sağlığına en iyi nasıl hizmet vereceğini kontrol etmek gerekir ²⁶.

Evde bakım hizmetlerinin sakınca yaratabilecek bir diğer durumu sağlık personelinin hasta evinde devamlı bulunmayışıdır. Acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonel bakımın olmayışı, evde bakımın hastane bakımı karşısında bir dezavantajdır. Evde verilen hizmetler bir çok dış etkene karşı açık, detaylı bir eğitim programı ve yakın bir kontrol mekanizması gerektiren işletilmesi zor organizasyonlardır ²⁷.

Yukarda sayılan nedenlerden dolayı kurulacak organizasyonlarda bu sakıncaların etkilerini hafifletecek ya da giderecek unsurlar kazandırılması önem kazanmaktadır.

5- Evde Bakım Hizmetine Uygun Hasta ve Hastalıklar

Evde bakım hizmetlerinin uygulanması için, her hastalığın ve hastanın bu tür bakım için uygun olup olmadığını incelemek gereklidir. Yalnızca hastalığın özelliği değil aynı zamanda hasta ve hasta ailesinin de evde bakıma psikolojik ve biçimsel olarak uygun durumda olmaları gerekmektedir.

Evde bakım kronik hastalıklı ve özürlü hastaların evde alışkın oldukları ortamda sağlık bakım hizmetini sağladığından bu kategorideki hastalar evde bakım hizmetleri listesinin en başındadır. Diyabet, artrit gibi kronik hastalığı olanlar durumları ağırlaşınca bile evde kalmayı hastaneye gitmeye tercih ederler. Buna başka bir çok örnek eklemek mümkündür:

²⁵ M.E. Orr, M.A. Ryder, "Vascular access devices: perspectives on designs, complications, and management", *Nutrition in Clinical Practice*, August 1993, 8(4), s. 143-4

²⁶ Arras, op. cit., s. 30

²⁷ I.M. Marks, et. al., "Home-based versus hospital based care for people with serious mental illness", *British Journal of Psychiatry*, August 1994, 165(2), s.179-94

- diabet, böbrek hastalığı veya felç gibi sıkı takip gerektiren kronik durumları olan hastalar,
- özel bakım, ağrı kontrolü ve psikolojik desteğe ihtiyacı olan ve hastalıklarının son dönemindeki kronik hastalar (kanser vb.),
- hareket kısıtlılığı olan hastalar veya günlük faaliyetlerinde yardıma ihtiyacı olan yaşlılar,
- uzun süredir kronik hastalıklı aile bireyinin bakımını sağlayan ve bir süre yardımcıya, refakatçiye ihtiyacı olan aileler,
- yaşam destek aletlerine bağlı ve yakın hemşire bakımıyla günlük yaşamlarına devam edebilecek yetişkin veya çocuklar.

Bu tür kronik hastaların yanısıra, akut dönemde olup da hastaneden çeşitli nedenlerle taburcu edilerek bakımına evde devam edilebilecek hastalar da evde bakım hizmetlerinin büyük bir bölümünü teşkil eder. Hastaneden yeni taburcu olmuş, nekahat devresini tam atlatmamış cerrahi veya doğum hastaları, devamlı yara bakımı gereken cerrahi hastalar, günlük tedavi planı hastanede kalmayı gerektirmeyen hastalar gibi hastalar bu gruba girmektedir.

a- Yaşlılık

Evde bakımın önemli öğelerinden biri olan yaşlı bakımının üzerinde önemle durmakta yarar vardır. Avrupa`da yapılan bir çalışmaya göre, yaşlılara verilen anlamlı bir sosyal rol, olumlu bir imaj ve dünya görüşü yaşlıların geleceğini belirleyen faktörlerdir. Yaşlanmayla ilgili biyolojik, sosyal ve tıbbi bilgiler biraraya getirildiği zaman yaşlıların sorunlarını anlama şansı daha da yükselecektir. Hızla artan yaşlı oranının büyük bir kısmını kadınlar oluşturmaktadır. Buna paralel olarak da, evde bakım kuruluşlarının yaşlı müşterilerinin yine büyük bir kısmını kadınlar oluşturur.

Bakıma ihtiyacı olan bu insanların çoğu dul, kronik hastalıklı, evde günlük faaliyetlerini yerine getiremeyen kişilerdir ²⁸.

Yaşlıların hastane dışı ortamlarda bakımı yaşlı bakımının önemli faktörlerinden biridir. Yaşlıların hastaneden alabilecekleri bakım, ihtiyaçları olan bakımın çok az bir kısmını temsil eder. Dünya Sağlık Teşkilatının tanımlamasına göre geriatrik bakımın amacı yaşlıların kendi evlerinde sağlıklı ve kendi başlarına mutlu bir şekilde yaşamalarını sağlamak olmalıdır. Bu amaca ulaşabilmek için hastanede verilen bakım ile evde verilen bakımın koordinasyonu gereklidir.

Evde yaşlı bakımını verecek sağlık personeli özellikle hastanın sosyal özelliklerini ve evde verilebilecek bakımın sınırlarını bilmelidir ²⁹. Yaşlı bakımı veren kurumlar yaşlanmanın yan etkileri, doğal hücre yıkımına uğramanın patolojik etkileri ve sosyal parçalanmayla uğraşmak zorundadırlar. Evde yalnız yaşayan, bir yakınını kaybetmiş, zihin bozukluğu olan, hareketle ilgili sorunları olan, hastaneden bir süre önce taburcu olmuş, kendini toplumdan ve yakınlarından izole etmek isteyen yaşlılar risktedir ve herhangi bir akut hastalıkları olmasa da evde düzenli bakıma ihtiyaçları vardır.

Evde yardım hizmeti, ev idaresi gibi yaşlıların tek başlarına yerine getiremeyecekleri işleri yerine getirmek üzere düzenlenir. Verilecek hizmetlerin çeşidi ve sıklığı yapılacak ihtiyaç değerlendirmesi sonrasında kararlaştırılır. Bu tür hizmetler hemşirelik hizmetleriyle karıştırılmamalıdır. Refakatçi görevliler, gece yaşlı yanında kalarak hizmet verirler ve hasta yakınlarının da mola vermesini sağlarlar. Yaşlı evine özellikle inkontinans (idrar kaçırma) gibi problemleri olduğunda çamaşır servisi de verilebilir. Evde bakım hemşireleri inkontinanslı hastaların tanısında ve tedavisinde önemli bir rol alırlar ³⁰.

Yaşlı hastaların hastaneye yatışı bir çok durumda yaşlıların sağlık gelişmeleri için olumlu değildir. Yaşlıların çoğu hastaneye yatmayı özgürlüklerinin kaybı olarak görürler

²⁸ E. Heikkinen, W.E. Waters, Z.J. Brzezinski, "The Elderly In Eleven Countries, A Sociomedical Survey", World Health Organization, Albany, NY, WHO Publications Centre, USA, 1983

²⁹ F. Barrowclough, C. Pinel, Geriatric Care for Nurses , s. 190

³⁰ M.J. Brooks, "Assesment and nursing management of homebound clients with urinary incontinence", Home Healthcare Nurse, September-October 1995, 13(5), s. 11-6

ve direnç gösterebilirler. Yaşlılar evleri bakım için yetersiz sağlık koşullarında bile olsa hastanenin kuralcı ortamına evlerini tercih ederler.

Yaşlıların olağan özelliklerinden biri de yeni bir ortama zorlukla uyum sağlamalarıdır. Hastaneye yatış öncesi yaşlıların fiziksel ve zihinsel kapasiteleri ciddi bir şekilde azalmıştır ve bu durum yeni koşullara uyumlarını zorlaştırır. Hastanede uzun süreli kalışa bağlı enfeksiyon, zihinsel karışıklık, alışkın olunmayan yemek gibi etkiler de yaşlıların hastanede kalış süresini etkiler. Yaşlıların yaşadığı ortam günlük faaliyetlerini devam ettirebilmeleri için gerekli şartlara uygun şekilde düzenlenebilir. Sakat ve yaşlı hastaların çoğu çeşitli yardımcı aletler kullanarak normal yaşamlarını evde devam ettirebilirler ³¹. Yaşlıların hareket kısıtlılığına yardımcı olmak için gerekli baston ve yürüme aletleri kullanılabilir. Yemek için özel çatal, kaşık, tabak ve bardaklar sağlanmalıdır. Yaşlıların banyo yapmalarında kullanılmak üzere özel kaldıraçlar kullanılmalıdır ³².

Yapılan bir çok araştırma göstermiştir ki, yaşlı grubunda çok sayıda raporlanmamış veya tedavi edilmemiş hastalık veya yetersizlik vardır. Yaşlılar bir çok defa hastalık belirtilerinin farkında değildirler veya bu etkileri yaşlanmaya yorarlar. Zihin gerilemesi yaşlı insanın fiziksel değişikliklerini farketmesine veya kendi kendine bakım ve diğer faaliyetlerin organizasyonunu başlatmasına engel olacaktır. Hastaneye veya huzurevine yatırılma korkusu da şikayetlerini belirtmelerine engel olur ³³. Bazı yaşlılar kendi kendilerine bakmadan yoksun, yetersiz beslenerek ve bir çok patolojik durum içerisinde durumlarının farkında olmadan, herhangi bir yardım istemeden, hatta teklif edilen yardımları red ederek yaşarlar. Aslında yardıma ihtiyaçları olmadığını ve durumlarının herhangi bir bakımı gerektirmediğini savunurlar. Bu belirtiler Diogenes Sendromu olarak adlandırılır ³⁴. Bu tür sendromu olan hastalar evde bakım için uygun hasta grubuna girmektedirler. Bu hastalara hastane ortamında değil de kendi ortamlarında sunulan hizmet, verilen bakımı kabul etmelerine yardım edecektir.

³¹ M. Porter, "Sexuality and People With Physical Disabilities: Report on a Study", World Health Organization, Regional Office for Europe, 1987, s.45

³² Barrowclough, op.cit., s.196

³³ W.F. Anderson, N.R. Cowan, "A Consultative Health Centre For Older People", Lancet s. 239-240

³⁴ A.N.G. Clark, "The Diogenes Syndrome", Nursing Times, 71, 1975, s. 800-802

Bugün varolan yaşlı bakımıyla ilgili hizmetler ya yeterli değildir ya da hedef gruba ulaşmamaktadır. Verilen hizmetleri içeren herhangi bir kılavuz bulunmamaktadır. Kanada'da yapılan bir araştırmada yaş ortalaması 79 olan 105 yaşlının iki yıl boyunca evde bakım ve sosyal yaşama uyumları sağlanmış ve çalışmanın sonunda yaşlıların %70'inin hala ev ortamında oldukları saptanmıştır ³⁵. Yapılan başka bir araştırma da evlerinde kalan yaşlıların günlük faaliyetlerinin hastanede kalışlarına göre daha fazla olduğunu, bu yaşlılarda idrar sondası kullanma oranının daha az olduğunu göstermiştir ³⁶.

b- Kanser ve Benzeri Hastalıklar

Kanserli hastaların kemoterapiye ek olarak başka bir takım tedavilere ihtiyaçları olur. Damariçi (parenteral) olarak verilen ağrı gidericiler, kemoterapinin neden olabileceği anoreksi veya fiziksel zayıflıkları tedavi amaçlı toplam parenteral beslenme, hidrasyon tedavileri, kanserin veya kemoterapinin kendisinin neden olabileceği anemi tedavisi için kan transfüzyonu, damariçi antibiyotikler bu tür tedavilerin arasındadır ³⁷. Terminal dönemdeki bir kronik hastanın ev veya hastane ortamında ağrı kontrolü aynı tür sorunlarla uğraşmayı gerektirir. Ağrı kontrolü için seçilen tedavi yöntemi, tedaviye cevap ve aile üzerindeki etkileri hastane ve ev ortamındaki farklılıkları belirler. İyi düzenlenmiş bir evde ağrı idaresi programıyla bu tür hastaların yaşamlarının son dönemini ailelerinin yanında ve kendi evlerinde geçirmeleri sağlanabilir ³⁸. Ameliyat edilemez durumdaki habis barsak kanserli hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, hastaların evde aldıkları bakımla daha az komplikasyon geliştirdikleri ve barsak

³⁵ A.M. Clarfield, H. Bergman, "Medical home care services for the housebond elderly", *Can. Med. Assoc. J.*, January 1, 1991, 144(1), s.40-5

³⁶ T. Ueda, N. Yoshimura, Y. Arai, O. Yoshida, "Management of voiding dysfunction in elderly patients: prognosis 1 year after discharge from hospital", *Hinyokika Kiy- Acta Urologica Japonica*, November 1994, 40(11), s. 971-4

³⁷ *MedPro Month Dergisi*, November 1991, Vol.1: No: 11, s. 166

³⁸ J. Spencer, "Caring for a terminally ill person with pain, at home.-an Australian perspective", *Cancer Nursing*, February 1991, 14(1) s. 55-8

sisteminin primer tümörlü hastalarında evde bakımın daha etkili olduğu varsayımının, hastalar ve sağlık elemanlarının kabul edildiği gösterilmiştir ³⁹.

c- Solunum Hastalıkları

Modern ventilatörler (solunum cihazları) sayesinde ağır solunum problemleri olan hastaların trakeostomi (boğazda açılan havayolu) yapılmadan evlerinde solunum işlemini devam ettirmeleri sağlanır. Evde kullanılan solunum cihazları arasında negatif basınçlı ventilasyon ve mekanik ventilasyon yer almaktadır ⁴⁰. Daha yeni teknikler arasında maskeyle uygulanan pozitif basınçlı hava bulunmaktadır ki bu tür metodlar sayesinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, amfizem gibi hastalıkların tedavisi ev ortamında rahatlıkla devam ettirilebilir ⁴¹. Evde uzun süreli ventilatör kullanması gereken hastaların bu konuda eğitimi de önemlidir. University of California`da yapılan bir araştırmada evde uzun süreli ventilatör kullanması gereken çocukların ailelerine teknikler öğretilmiş, uzun dönem sonuçlara bakıldığında sağlık görevlisi ile anne-babanın verdiği bakımda herhangi bir farklılık saptanmamıştır ⁴². Evde bakım hizmetleri bu tür eğitimleri verecek şekilde düzenlenmelidir.

d- Evde İnfüzyon Tedavi

Evde infüzyon (damar yoluyla yayılım) tedavinin (EİT) kemik, yumuşak doku, solunum, üretim ve idrar yolları ve kalple ilgili infeksiyonlarda uygun bir şekilde seçilmiş hastalara uygulandığında güvenli, etkili ve daha az maliyetli bir yöntem olduğu ispatlanmıştır. Önceleri infüzyon tedavisi gerektiren hastalar yaşamlarının sonuna kadar

³⁹ D.A. August, D. Thorn, R.L. Fisher, C.M. Welch, "Home parenteral nutrition of patients with inoperable malignant bowel obstruction", Journal of Parenteral Enteral Nutrition, May-June 1991, 15(3), s. 323-7

⁴⁰ M. Gugger, "Mechanical home ventilation - methods and technique", Ther. Umsch., November 1990, 47(11), s. 896-902.

⁴¹ A. Knoblauch, P. Walther, "Home ventilatory support - retrospective view and perspectives", Ther. Umsch, November 1990, 47(11), s. 885-9

⁴² R.D. Quint, et. al., "Home-care for ventilator-dependent children, psychosocial impact on the family", Am. Journal of Disable Children, November 1990, 144 (11), s. 1238-41

hastanelerde kalarak bu tür bakımı almaları gerekirken gelişen teknolojiyle evlerinde yaşamlarını idame ettirebilirler. Bunun da ötesinde EİT'nin doktor ve hastalar tarafından kabul görüşü damariçi tedaviyi kolaylaştıracak alet ve teçhizatın da hızla gelişmesini sağlamıştır. EİT'nin ne zaman kullanılacağına karar verirken hastanın durumu, hastalığı ve seçilen antibiyotiğin özellikleri göz önüne alınmalıdır. EİT hizmeti verilirken doktor, eczacı ve hemşirenin rol aldığı bir ekip anlayışıyla hastaya yaklaşılmalıdır ⁴³. EİT'nin uygulama alanlarından biri olan AIDS hastalığında da başarılı sonuçları kanıtlanmıştır. EİT uygulanan AIDS hastalarının sepsis gelişmeden, hedeflenen sonuç olan kilo almaları ve klinik gelişmeleri hızlanmıştır ⁴⁴. Yukarıda bahsedilen infüzyon tedavi yetişkinler için olduğu kadar çocuklar için de evde uygulanarak yarar getirebilecek bir yöntemdir. Bir aydan daha küçük bebeklerde de evde infüzyon tedavi uygulanabilir. Yenidoğan bebekler, EİT'nin kendine has özellikleri olan bir grubudur ve yöntem ve tekniklerin adapte edilerek uygulanmasını gerektirir ⁴⁵.

EİT hizmeti verecek hastane veya firmalar bu hizmete başlamadan önce çeşitli infüzyon cihazlarının varlığından haberdar olmalı ve bakımı yapılacak hastaların hastalığına göre en uygun cihazı seçmelidirler. Bu seçim sırasında göz önüne alınması gereken diğer faktörler arasında maliyet, sağlık profesyonellerinin eğitimi, hasta ve ailesinin eğitimi, kontrol sistemleri ve güvenlik yer alır ⁴⁶. Evde bakım sırasında verilen ilaçların oral formları varsa tercih edilir. Örneğin morfin tedavisi oral formda veya EİT yoluyla verilebilir. Yakın gelecekte, transdermal uygulamalar gibi yöntemler evde ilaç uygulamalarını kolaylaştıracaktır ⁴⁷.

Başka bir tedavi yöntemi ve hasta grubu da devamlı heparin alması gereken hastalardır. Yapılan araştırmalar evde heparin uygulamasının emniyetli ve başarılı

⁴³ L. H. Bernstein, "An update on home intravenous antibiotic therapy", *Geriatrics*, June 1991, 46(6), s. 47-54

⁴⁴ P. Singer, et. al., "Risks and benefits of home parenteral nutrition in the acquired immunodeficiency syndrome", *Journal of Parenteral Enteral Nutrition*, January-February 1991, 15(1), s. 75-9

⁴⁵ B.A. Ferris, "A neonatal intravenous antibiotic therapy program", *Journal Intravenous Nursing*, November-December 1990, 13(6), s. 13-5

⁴⁶ E. Bruera, "Ambulatory infusion services in the continuing care of patients with advanced diseases", *Journal of Pain Symptom Management*, October 1990, 5(5), s. 287-96

⁴⁷ T. Mizuguchi, "Cancer-pain management in home care", *Gan to Kagaku Ryoho (Japanese Journal of Cancer & Chemotherapy)*, September 1995, 22(11), s. 1453-5

olduğunu göstermiştir. Heparinin evde verilmesi için hasta seçiminde kılavuzlar kullanmak, hastaneden eve geçişin organizasyonunu sağlamak, hasta ve ailesini yeterli bir eğitimden geçirmek kabul gören uygulamalar arasındadır ⁴⁸.

Avrupa`da evde bakım hizmetleri de yıllardır uygulanan bir toplum hizmetidir. Hollanda, İsveç, Danimarka ve İngiltere gibi ülkelerde merkezi hükümetler evde bakım hizmetlerini sunarken, bir yandan da kaliteli hizmetlerin verilmesini sağlayacak programları desteklerler ⁴⁹. Bu çalışmada, evde bakım hizmetlerinin bir sosyal hizmet olarak verildiği Avrupa ve Japonya`daki uygulamalar yerine, bu hizmetlerin serbest piyasa ekonomisi kurallarıyla kar amaçlı veya kar amaçsız olarak sunulduğu uygulamalar incelenmiştir. Evde bakım hizmetlerinin serbest piyasa uygulama yöntemlerini daha iyi anlamak için başladığı yer olan ABD`deki gelişimini ve bugünkü durumunu gözden geçirmekte yarar vardır.

B- ABD`DE EVDE BAKIM HİZMETLERİ

1- Sektörün Tarihçesi

Evde bakım hizmetlerine olan ilgi ancak son yıllarda artmasına rağmen evde bakım uzun bir süredir varolan ve zengin bir geçmişi olan sağlık hizmetidir. Yüzyıl önce evlere giderek hastalara bakan hemşirelik organizasyonlarının odağı yaşlı ve fakir hastalardı. Hastalardan alınan az bir ücretle ve halkın yardımıyla bu organizasyonlar ayakta durabilmişlerdir. 20. yüzyılın başlarında bölgesel sağlık idarelerinin oluşmasından sonra, bu idareler evde bakım hizmeti veren hemşireleri kadrolarına almışlardır. Yüzyılın ortalarında bu tür devlet kuruluşları ve bağışlarla işletilen hayır kurumu tarzı evde bakım hizmetleri birleştirilmiştir. Hastane temelli ilk evde bakım

⁴⁸ S.A. Homza, "Continous home heparin infusion therapy in the ambulatory patient", *Journal of Intravenous Nursing*, January-February 1991, 14(1), S. 37-40

⁴⁹ B.J. Coleman, "European models of long-term care in the home and community", *International Journal of Health Services*, 1995, 25(3), s. 455-74

programı 1947 yılında New York, Bronx'un Montefiore Hastanesinde başlamıştır. Bu programla evde bakım sadece hemşirelik bakımı olmaktan öteye gitmiş ve çok disiplinli olarak sunulan bir sağlık hizmet alternatifi halini almıştır. Montefiore modeliyle başlayan sağlık kuruluşlarının evde bakım hizmeti sunmaları sadece hastanelerle sınırlı kalmamıştır. Rehabilitasyon merkezleri ve hemşire bakım evleri de evde bakım programları sunmaktadırlar. 1966'da Medicare (65 yaşın üzerindekiilere ücretsiz bakım sağlayan devlet programı) evde bakımı programını kapsamına aldıktan sonra evde bakım hizmetlerinin büyüme hızı artmıştır. 1981'de evde bakımın kabulü için gerekli en az üç gün hastane yatış kuralı kaldırılmış ve 1983'de evde bakım firmalarının maliyetleri çerçevesinde belirlenen fiyatlardan sonra büyüme hızı bir kat daha artmıştır⁵⁰. Evde bakım hizmetlerinin kronolojik olarak incelenmesi bu tür sağlık hizmetinin ABD'deki gelişmesini anlamak açısından önemlidir. Aşağıdaki Tablo I-2'de evde bakım hizmetleri kronolojisinden bazı önemli dönem noktaları belirtilmiştir.

ABD'nin gelişen endüstrileri arasındaki sağlık endüstrisi kısa bir zamanda çalışan kişi kapasitesi itibariyle üçüncü en büyük endüstri olmuştur. Bu endüstride çalışan yaklaşık sekiz milyon kişinin iki milyonu yüksek eğitilidir ve yaklaşık 200,000 kadar değişik türde sağlık kurumunda çalışmaktadır⁵¹.

Tablo I-2. ABD'de Evde Bakım Hizmetleri Kronolojisi

1813	South Carolina'da Benevolent Society adlı ilk kadın örgütü fakir hastalara bakım için kurulur
1832	Philadelphia Hemşirelik Örgütü fakirlere evlerinde bakım verir
1877	New York Şehri Kilisesi eğitilmiş hemşireleri fakir hastaların evlerine gönderir
1898	İlk belediye evde bakım hemşiresi fakir hastalara hizmet vermek üzere işe alınır
1901	Toplam 58 kurum 130 hemşireyle kamu sağlığı hizmeti verir
1909	Visiting Nurse Quarterly, ilk meslek dergisi aylık basılmaya başlanır
1909	Metropolitan Life sigorta şirketi sigortalılarına ilk defa evde bakım hizmetini sunar
1916	1,922 halk sağlığı kurumu 5,150 hemşireyle hizmet verir
1921	Evde prenatal ve yenidoğan bakımı hükümetçe kabul edilir
1935	Devlet finansı ile sağlık müdürlüklerinin resmi evde bakım hizmetleri başlar

⁵⁰ Lerman, op.cit., s. 1

⁵¹ E. Ginzberg, The U.S. Health Care System- A look to the 1990s, New Jersey, Rowman & Allanheld Publishers, 1985, s. 6

1947	İlk organize evde bakım programı Montefiore Hastanesinde başlar (Bronx, New York)
1950	Halk sağlığı hemşire sayısı 25,100'e ulaşır
1953	Yaşam sigortaları evde hemşire bakımını poliçelerinden çıkarır
1960	Yaşlılar için devlet tarafından ücretsiz evde bakım onaylanır
1966	Medicare ve Medicaid evde bakım hizmetlerini kabul edip sunmaya başlar
1982	Ulusal Evde bakım Organizasyonu kurulur
1983	Devlet hastanelerde kalış süresini azaltan ödeme planını uygulamaya koyar
1993	Evde ve Huzurevinde Bakım Dünya Organizasyonu kurulur

Kaynak: M.D. Harris, Handbook of Home Health Care Administration, Gaithersburg, Md. Aspen Publication, 1994

2- Sektörün Bugünkü Durumu

Bugün ABD'nin sağlık sistemlerinin değişmesine etki eden ana güçleri değerlendirdiğimizde karşımıza hızla artan hekim sayısı, daha az hastane hizmetini kapsayan sigorta planlarının büyümesi, yeniden yapılanan sağlık sigorta poliçeleri (daha fazla poliklinik hizmeti kapsama), gelişen teknolojinin yarattığı daha az hastanede yatış günleri, artan özel sermaye payı, hekimler için yeni finansal ve organizasyonel yapılanma çıkar. Bu güçlerin etkileri sonucunda yaşlı nüfusun artmasına rağmen hastaneye yatış sayıları azalmış, hastanede kalış süreleri kısalmış, aile doktoru olmayan ailelerin sayıları azalmış, hastane dışı ayakta tedavi merkezlerinin sayıları artmış, hastane ve doktorlar arasında değişik yapıda iş ortaklıkları doğmuştur⁵².

Amerika'da evde bakım firmaları yüzyıldan daha fazla bir süredir hizmet sunmalarına karşın, gerçek büyüme son 25 yılda devletin evde bakım hizmetlerini kabul etmesinden sonra olmuştur. Devlet bu tür firmaların açılışını ve verdikleri hizmetleri denetler. Yeni açılacak bir evde bakım firması, gerekli bir dizi yasal yükümlülüğü yerine getirdikten sonra devletin onayından geçip hizmet verme lisansı alırlar. 1980 yılından beri devlet lisansı alan firmaların sayısı 5,800'e kadar ulaşmıştır⁵³.

Medicare ve Medicaid gibi devlet sağlık programları evde bakım ücretlerini karşıladıklarından bu endüstrinin toplam rakamları astronomikleşmektedir. 1990 yılında,

⁵² Ginzberg, op.cit. s. 8-15

⁵³ Home Health Line Dergisi, May 18, 1992, op.cit., s. 106

2.1 milyon Medicare`e bağılı kişiye toplam 6.1 milyar dolar karşılığı evde bakım hizmeti verilmiştir <sup>54</sup>. Medicare hastalarına hizmet verme lisansı olan firmaların hastalarının %75`i Medicare hastasıdır ⁵⁵.

Evde bakım hizmetleri 1990`larda yılda ortalama 10 milyar dolarlık ciroıyla en başarılı çağlarından birini yaşamaktadır. Özellikle son on yılda evde bakım en hızlı büyüyen sağlık hizmeti sektörü olmuştur. Bu hızlı gelişme farklı nedenlere bağlanabilir. Medicare`in hastanelere uygulamaya başladığı vaka başına ödeme sistemi, hastaneleri daha kısa süreli hastane kalışlarına ve hastanede bakımı hala devam edebilecek taburcu etmeye yöneltmiştir ⁵⁶. Bu ödeme sisteminin başlamasından sonra hastalara daha fazla rehabilitasyon ve hemşirelik hizmeti sunulmuş ve acil servise başvurularda artma, hastaneye yeniden yatma, ölüm gibi olumsuz sonuçlara rastlanmamıştır ⁵⁷.

Büyümenin bir diğer nedeni de ABD`de artan yaşlı nüfusudur ⁵⁸. Evde bakım yaşlılara evde aile ve akrabalar yakındayken bağımsız olarak yaşama imkanı sağlamaktadır. Ayrıca kronik hastalıklı çocuk ve yetişkinlerin yaşama sürelerinin uzaması evde bakıma olan ilgiyi artırmıştır. Evde bakım özellikleri nedeniyle kronik hastalıklı çocukların bakımında daha çok seçilir bir yöntem olmuştur ⁵⁹.

Evde bakım hizmetleri lisansı alabilen firmalar devletin ödemelerini yaptığı Medicare hastalarına bakma şansını elde ederler. Medicare lisansı olmadan sadece özel sigortalı hastalara hizmet götüren evde bakım firmaları da vardır. Medicare lisansı olan kurumların gelişmesine baktığımızda bu sektörün ne kadar hızlı bir şekilde geliştiği gözlenebilir. Tablo I-3`de 1967 yılından itibaren Medicare lisanslı evde bakım firmalarının sayısı gösterilmiştir. Medicare lisansı olmayan kurumlar hakkında kesin

⁵⁴ MedPro Monthly Dergisi, November 1991, vol.1: No. 11 s. 164 -165

⁵⁵ U.S. House Select Committee on Aging, Building a Long-Term Care System: Home Care Data and Implications, October 1984, No. 98-484

⁵⁶ "Medicare program: prospective payments for Medicare inpatient hospital services". Federal Register 1983; 48 (171): 39752 - 39807

⁵⁷ L.S. Easton, R.Cogen, F.M. Fulcomer, "Effect of Medicare prospective payment system on a home health agency: changes in patient population and services provided", Appl. Nursing Res., August 1991, 4(3), s. 107-12

⁵⁸ A.M. Haddad, "Ethical Problems in Home Healthcare", JONA, Vol.22, No.3, March 1992

⁵⁹ M. Cetron M., "The public opinion of home care: a survey report executive summary", Caring 1985; 4(10): 12-15

rakamlar olmasa da sayılarının hemen hemen lisanslı kurumlar kadar olduğu tahmin edilmektedir ⁶⁰.

Tablo I-3. Medicare Lisanslı Evde Bakım Firmaları

Yıl	Toplam	Hemşire Hizmetleri	Devlet / Kamu	Hastaneye bağlı	Özel Sektör	Vakıfa bağlı	Diğer
1967	1,753	642	939	133	0	0	39
1977	2,496	546	1,242	281	81	309	37
1983	3,415	575	1,232	481	471	587	69
1986	5,983	573	1,205	1,277	1,943	832	153
1991	5,831	525	932	1,558	2,016	683	117
1993	6,617	639	1,194	1,858	2,222	554	150
Toplam fark	+4,864	-3	+255	+1,725	+2,222	+554	+111

Kaynak: NAHC Raporu No. 511, National Association of Home Care, 7 Mayıs 1993

Medicare lisansı alabilmek için evde bakım kurumlarının bazı özerk teftiş kurumlarının değerlendirmesinden geçmesi gereklidir. Bu teftiş kurullarının başında Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) gelmektedir. Bu teftiş kurullarının belirlediği bir çok kılavuz ve elkitabı evde bakım organizasyonlarının teftişe hazırlanmalarına yardımcı olur. Evde bakım personeli teftiş kurallarını anlar ve uygulanmasından sorumlu tutulur ⁶¹.

ABD’de evde bakım şirketlerinden biri olan Staff Builders üç yılda 25 defa büyüme nedenleri olarak yönetim bilgi sistemleri, yeterli muhasebe ve faturalama programları, konusunda bilgili ve yetenekli kişileri göstermişlerdir ⁶². Beş yıl önce evde uygulanması düşünülemeyen tedavi yöntemleri, büyüme hormonu tatbiki, AIDS tedavisi, yüksek riskli gebelik ve kalp hastalarının ilaçları bugün yüksek teknoloji sayesinde evde

⁶⁰ N. Moyer, “Public policy, politics, and home health care”, Home Healthcare Nurse, 1986, 4, s. 7-12

⁶¹ A.L. Rooney, D.M. Biere, “Demonstrating excellence in home care through Joint Commission accreditation”, Journal of Nursing Administration, September 1992, 22(9), s. 31-6

⁶² Home Health Line, January 27, 1992, s.69

verilebilmektedir. Bugün Amerika`da evde infuzyon (damariçi) tedavisi için gerekli düzeneği kuramamış şirketler, evde bakım teknolojisinin gelişmesi nedeniyle rekabet edemeyecek duruma geleceklerdir. Evde infuzyon tedavisinin (EİT) kar marjı, masraflar, borçlar, indirimler düşüldükten sonra %20`ler civarında bulunmuştur ⁶³. EİT endüstrisinin hızla büyümesi rakamlarla da ispatlanmıştır. 1987 yılında 900 milyon Amerikan Doları (AD) olan bu endüstri rakamları 1993 yılında 3.3 milyar AD`na yükselmiştir ⁶⁴.

Evde bakım hizmet şirketleri her yıl hizmet verdikleri dallarda kazançlarının arttığını belirtmektedirler. Bazı şirketler değişik yöntemler uygulamakta ve sadece belli bir konuda uzmanlaşmaktadırlar (örneğin kalp hastalıkları veya çocuk infuzyon hizmetleri) ⁶⁵. Evde bakım endüstrisinin üçte ikilik kısmı basit hasta bakımı dışında verilen diğer hizmetleri kapsamaktadır ⁶⁶.

Amerika`da bugün sadece devlet programları değil, aynı zamanda özel sigorta şirketlerinin de dış etkileri nedeniyle iç hastalıkları uzmanları ve aile hekimleri de evde bakım hizmetlerini sıkça kullanmaktadırlar. Sigorta şirketleri kendileriyle kontratla çalışan hekimleri, hastaların ortalama hastanede kalış sürelerine (ALOS) bakarak denetlemektedirler ⁶⁷. Doktorlar da bu rekabet ortamı içerisinde hastaları biran önce taburcu etmeyi ve taburcu ederken de evde bakım hizmetlerini kullanmayı tercih etmektedirler.

American Medical Association`ın (AMA) 1990`da Amerika çapında 5,000 doktora yaptığı ankete göre iç hastalıkları uzmanlarının gözetimindeki hastaların %44`ü hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım veya diğer destek bakıma ihtiyaç duymaktadır. Yine bu ankete göre aile hekimleri hastalarını %5.4`lere ulaşan oranlarda evde bakıma havale etmektedirler. Diğer uzmanlık dallarıyla beraber toplam olarak,

⁶³ Home Health Line, February 19, 1992, s. 73

⁶⁴ Arras, op. cit., s. 223

⁶⁵ Modern Healthcare, May 18, 1992, s. 105

⁶⁶ Lerman, op.cit., s. 2

⁶⁷ Kaiser Permanente California, 1996 İlk Yarı Corporate Raporu

hastaların ortalama %6.4'ü hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım hizmetine sevk edilmektedirler⁶⁸.

Bugün ABD'de evde bakım firmaları tarafından en çok verilen bakım hizmetleri arasında diyabet, yüksek tansiyon, kalp ve dolaşım sistemi problemleri, kanser, felç, artirit, solunum sistemi problemleri, barsak ve idrar problemleri ve cilt hastalıkları yer almaktadır. Maryland eyaletinde en fazla evde bakım hizmeti verilen hastalıklardan en yüksek oranlı dört tanesi aşağıda sıralanmıştır⁶⁹.

Tablo I- 4. Medicare Hastalarının Evde Bakıma Sevk Edilme Sıklığı

Hastalık	Evde Bakıma Sevk Edilme Yüzdesi
1. Kalp yetmezliği ve şok	7.7
2. Cerebrovasküler hastalıklar	5.6
3. Kronik obstruktif akciğer hastalığı	3.8
4. Ateroskleroz	3.6

Kaynak: National Center for Health Services Research, USA, 1992

Dinamik ve genç evde bakım şirketleri bugün ABD'de sadece böyle bir hizmeti sağlamaktan öte kaynaklarını gerekli yerlere yatırarak değişen ve gelişen teknolojiye uyum sağlayıp endüstrinin gereklerine ayak uydurmaya çalışmaktadırlar⁷⁰. Endüstrinin gereklerinden biri de hukuki gelişmeleri yakından takip etmektir. Yalnızca evde bakım işletmeleri değil hekimler de sağlık ekonomisi konusunda kendilerini bilgilendirmektedirler. Medicare'in 1992 yılı başında arttırdığı evde bakım hizmetleri ödemeleri ve sigorta şirketlerinin kısa süreli hastane kalışları üzerine yoğunlaşarak evde bakım hizmetlerini ödüllendirecek derecede kontratlarında tolerans tanımaları, bu endüstrinin özellikle infüzyon tedavisinin büyümesine ve doktorların evde bakım şirketi seçimi konusunda daha seçici olmalarına neden olmuştur. Hekimler evde bakım şirketlerinden sadece hastaya verilen bakımın maliyetini değil, aynı zamanda kalite

⁶⁸ American Medical Association, Center for Health Policy Research, Physician Marketplace Update, March 1991, Vol 2, Num. 2,

⁶⁹ Lerman, op.cit., s. 6

⁷⁰ Home Health Line, June 10, 1992, s. 148

kontrol programlarını, sağlık görevlisi eğitim programlarını ve yönetim biçimlerini de sormaktadırlar. Bugün herhangi bir evde bakım işletmesi doktorun soracağı bu tür sorulara hazır durumdadır ve hatta bu bilgileri pazarlama malzemesi olarak kullanılmaktadırlar⁷¹.

ABD’de son 3-4 yıldır etkisi özellikle beliren “yönlendirilmiş tıp” (managed care) evde bakım hizmetlerinin yüksek kar avantajlı ürünleri üzerinde daha etkili olmaktadır. Kısaca sözleşmeli sağlık hizmetleri olarak açıklanabilen yönlendirilmiş tıp, maliyetleri azaltmak ilkesini benimsediğinden verilen her türlü sağlık hizmeti üzerinde yoğun bir kontrol mekanizması oluşturmuştur⁷².

Sağlık reformunun geleceğine bakıldığında evde bakım hizmetleri büyüyen sağlık endüstrisinin bir parçasıdır. Girişimci evde bakım şirketleri bu kontrol mekanizmasına rağmen hasta kalitesini fazla tehlikeye atmadan, stratejilerini belirleyip, planlarını gerçekleştirecek kaynakları bularak önlerindeki zorluklarla başa çıkmasını bilmişlerdir. Kaynakların yönlendirildiği alanlar, gelişmiş bilgi sistemleri, klinik konularda uzman yüksek hemşirelerin işe alınıp hasta bakım protokollerinin hazırlanması ve vaka idaresi gibi alanlardır. Bilinen bir gerçek şudur ki, ABD’de bugün verilen ürün başına ücret dönemi geçmiştir ve evde bakım firmalarının da bu gerçeğe göre hareket etmeleri gerekmektedir⁷³.

3- Sağlık Maliyetlerine Etkileri

Evde bakım hizmetlerinin toplam maliyetlere olan olumlu etkisi bir çok defa kanıtlanmıştır. Örneğin Aetna Sağlık Sigortası şirketi terminal dönemdeki (yaşamının son dönemindeki kronik hasta) hastalarda evde bakım hizmeti kullanarak hasta başına yıllık 78,000 AD kadar tasarruf yapmıştır⁷⁴. Terminal dönem hastalar dışında, hastanede uzun süre bakımı gereken yaşlı hastalar için uygulanan özel halk sağlığı programları

⁷¹ Home Health Line, February 19, 1992, op. cit., s. 72

⁷² Home Health Line, August 19, 1992, s. 388

⁷³ P.A. Dee-Kelly, S. Heller, M. Sibley, “Managed care. An opportunity for home care agencies”, Nursing Clinics of North America, September 1994, 29(3), s. 471-81

⁷⁴ MedPro, op.cit. s. 165

kapsamındaki evde bakım hizmetleri, personel sayısını artırıp maliyeti yükseltiyor gibi görülse de uzun dönemde hastane kalış maliyetlerini azaltarak toplum üzerinde olumlu etki yapmaktadır ⁷⁵.

Aşağıdaki Tablo I-5`de MedPro Month dergisi tarafından değişik sağlık sektörü kaynaklarının verilerinden hazırlanan örnek vaka başına ortalama tasarruf gösterilmektedir. Bu fiyatlar hazırlanırken ortalama komplikasyonu olan hastalar düşünülmüş ve yine ortalama bir bakım ve tedavi planı üzerinden evde bakım fiyatları çıkarılmıştır. Türkiye`de hastanede vaka başına maliyet Amerika`ya oranla çok daha düşüktür. Bunun en önemli nedeni maaşların ABD`ye oranla çok daha düşük olmasıdır. Evde bakım hizmetlerinin en büyük maliyet kısmını maaşlar oluşturduğundan, evde bakımı Türkiye`de çok daha ucuza mal etmek mümkündür. Aşağıdaki Tablo`daki tasarruf oranları Türkiye`deki fiyatlara uygulanarak toplam tahmini tasarruf meblağı konusunda bir fikir edinilebilir. Bu örneklerin sayılarını da artırmak mümkündür.

Tablo I-5. Hasta Bakım Maliyetlerinin Ev ve Hastane Ortamına Göre Karşılaştırılması

Vaka	Hastane Bakımı	Evde Bakım	Tasarruf
Beslenme ve solunum güçlüğü olan yeni doğan	\$60,970	\$20,209	\$40,700 (%67)
Omurilik zedelenmesi olan felçli hasta	23,862	13,931	9,931 (%42)
AIDS hastası	23,190	2,820	20,370 (%88)
Tüple beslenen hastalar	16,600	6,000	10,600 (%64)
Kanser kemoterapi	10,500	3,500	7,000 (%67)
Cerebral felçli hasta	8,400	4,800	3,600 (%43)
Solunum cihazına bağlı hasta	2,320	1,766	554 (%24)
Böbrek diyalizi olan hasta	2,000	1,200	800 (%40)
Normal hemşire bakımı	2,000	750	1,250 (%63)

Kaynak: MedPro Month, November 1991, Vol.1: No: 11

⁷⁵ D. Challis, et. al., "An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients", Age Ageing, July 1991, 20(4), s. 245-54

New York'ta yapılan bir çalışmada bir çok sayıda hastane yatışı gerektiren kronik akciğer hastalarına evde bakım programı uygulandığında hastane günlerinin evde bakım programıyla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı ($p=0.022$) gösterilmiştir. Acil servis başvurularında da yine istatistiksel açıdan anlamlı bir düşüş saptanmıştır ($p=0.017$). Bakım maliyetleri de hasta başına ayda \$300 AD'nin üzerinde olmak üzere azalmıştır ⁷⁶. Bir başka çalışmada, solunum cihazına bağlı çocuklardaki evde bakımın sağladığı tasarruf hasta başına yılda yaklaşık ortalama 80,000 AD olarak bulunmuştur. Bu rakam çalışma içindeki 50 hasta için yılda toplam yaklaşık 4 milyon AD kadar bir tasarruf göstermiştir ⁷⁷.

Evde bakım hizmetlerine sevk yaparken hekimlerin bilmesi gereken bazı önemli noktalar vardır. Hastaların içinde bulunduğu duruma göre evde bakım hizmetlerine uygun olup olmadığını değerlendirmek ve hastanın ihtiyacı olan bakımı evde alacağından emin olmak bilinmesi gereken noktalardandır. Bunun yanı sıra hekimler birtakım maliyet bilgilerine de sahip olmalıdırlar. Örneğin hastanın evde bakım hizmetlerini ödeyebilecek durumda veya bu hizmetleri karşılayan bir sigortasının olup olmadığının bilinmesi, hastaya verilecek bakımın hastane ve ev koşullarındaki maliyetleri bilinerek karşılaştırılması gereklidir ⁷⁸.

Evde bakım hizmetlerinin kapsamı genişledikçe yukarda gösterilen hastane ortamına karşı maliyet avantajı azalabilir. Yüksek teknolojinin ev ortamında kullanıldığı durumlarda maliyet özellikle artar. Maliyetin büyük avantaj olmadığı durumlarda hastanın sonuçları iyi analiz edilip, evde bakım diğer bakım biçimleriyle karşılaştırılarak diğer avantajları üzerinde durmak ve bu avantajları gözden geçirmek gerekir ⁷⁹.

⁷⁶ M.C. Haggerty, R. Stockdale-Woolley, S. Nair, "An innovative home care program for the patient with chronic obstructive pulmonary disease", Chest, September 1991, 100(3), s. 607-12

⁷⁷ A.I. Fields, A. Rosenblatt, M.M. Pollack, J. Kaufman, "Home care cost-effectiveness for respiratory technology-dependent children", American Journal of Disabled Children, July 1991 145(7), s. 729-33

⁷⁸ K.S. Katz, C. Baker, D. Osborn, "Home health care: surmounting the obstacles to Medicare coverage", Geriatrics, April 1991, 46(4), s. 28-30

⁷⁹ Arras, op. cit., s. 231

C- EVDE BAKIM HİZMETLERİNİ DEĞERLENDİRME

1- Yeni Kurulacak Programların Değerlendirilmesi

ABD`de de örnekleri görüldüğü gibi evde bakım hizmetleri programları hazırlanırken ve kurulduktan sonra dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. İlk olarak, böyle bir programı hazırlamaya başlamadan önce bir araştırma yapmak şarttır. Bu çalışmayı yaparken bazı sorulara cevap bulmak gerekmektedir. Toplumun ihtiyaçlarını, eksik ve yetersiz olan hizmetleri hekimlerin görüşlerine göre saptamakta yarar vardır. Bunun yanısıra bazı finansal faktörleri de göz önüne almak gerekir. Örneğin: Programı altı ay ve daha uzun süre herhangi bir gelir olmadan işletecek sermaye var mıdır? Yapılan tahminlerde tahmini senaryoyla beraber, en iyi ve en kötü senaryolar da dikkate alınmış mıdır?

Programa başlamadan önce rakipleri tanımak gerekir. Tahmini veya kesin rakiplerin bulunduğu veya hizmet verdiği bölgeler, piyasa payları, verdikleri hizmet çeşitleri saptanmalıdır. Rakiplerin hastaneler, sevk eden doktorlar ve diğer sevk kaynaklarıyla olan anlaşma şekilleri önemlidir. Bu anlaşmaların teknik özellikleri nedeniyle piyasaya giriş yolları tıkanmışsa yeni bir programın başarı şansı azalacaktır⁸⁰. Bu nedenle hasta kaynaklarını saptamak gereklidir. Hastaları etkileyecek ve rakiplerden uzaklaştıracak farklı bir takım hizmetlerin saptanmasında da yarar vardır.

Kurulması düşünülen evde bakım programının özelliklerinin iyice saptanması gereklidir. İlaç, alet, malzeme ve hemşirelik hizmetleri sağlanabilecek midir? Hizmet, fiyat, kapasite, kalite, araştırma ve gelişme bazında diğer rakiplerle çekişebilecek kaynak ve kapasite var mıdır? Bu tür hizmetleri verebilmek için uyulması gereken kanunlar nelerdir? İhtiyaç duyulan kaliteli eleman bulunabilir mi? Bu sorular öncelikle cevaplanması gereken konulardır. Yeni bir programı uygulamaya geçirmek için iyi bir planlama ve sağlam kaynakların yanısıra planlanan ürünün iyi bir şekilde pazarlanmak da şarttır⁸¹.

⁸⁰ Home Health Line, June 10, 1992, s. 147

⁸¹ Home Health Line, June 10, 1992, s. 148

Sigorta şirketleri veya diğer sağlık hizmeti ödeme kaynaklarının bu tür bir hizmeti nasıl karşılayacakları kurulacak programın geleceğini de belirler. Sigorta şirketleri hastane ve doktorlarla yaptıkları hizmet sunum sözleşmelerini tercihli seçim olarak yaparlarsa, evde bakım hizmetini sigorta şirketinin sigortalısına sağlayan tek kuruluş olma şansı da vardır.

Fizibilite çalışması yapılırken, hasta sayısını tahmin etmek için kesin bir formül mevcut değildir. Hasta sayısını hastaları havale edecek potansiyel kaynaklarla konuşarak saptamakta yarar vardır.

2- Varolan Programların Değerlendirilmesi

Hastaneler ve sigorta şirketleri evde bakım şirketleri ile yaptıkları anlaşmalar sayesinde bu tür sağlık hizmetini hastalarına ve sigortalılarına sunarlar. Evde bakım hizmetlerinin işletmeye geçirilmesi tahmin edilebileceğinden daha zor olabilir. Evde bakım hizmetlerinin başarısı, yüksek kalitenin sağlanması için gerekli mekanizmaların kurulmasına bağlıdır. Hastaneler ve sigorta şirketleri evde bakım şirketini seçerken kalite kontrol mekanizmalarının nasıl kurulduğuna dikkat etmelidirler. Dikkat edilecek noktaların başında hastaların ve doktorların evde bakım şirketiyle olan tecrübeleri gelir. Kalite kontrol programlarını yerinde görmek, yapılacak şirket ziyaretleriyle mümkün olabilir. Evde bakım şirketinin sunabileceği hizmetlerin çeşitliliği ve fiyatları da değerlendirmeyi etkileyecek faktörlerdendir ⁸². Değerlendirmeyi tamamlarken evde bakım şirketlerinden istenmesi gereken bazı bilgiler aşağıya çıkarılmıştır:

- i- Damariçi tedavisi gibi tedavilerin kontrolünü ve aseptik tekniklerin kullanıldığını gösteren yönetmelik ve mekanizmalar.
- ii- Hasta bakımı sırasında uygulanan tekniklerin yöntem ve uygulama kayıtlarında gösterilmesi.
- iii- Sağlık personelinin yeterliliği ve devamlı eğitim programlarının varlığı.

⁸² D.S. Rich, N. Ayers, "Hospital selection of home infusion therapy companies as preferred providers", Am. J. Hosp. Pharm., July 1992, vol. 49, s. 1707-1708

- iv- Hasta ve hasta ailesi için yeterli eğitim malzemelerinin varlığı.
- v- Sağlık personeli arasında yeterli iletişimin hasta kayıtlarında görülmesi.
- vi- Evde bakım şirketinin kapsadığı coğrafi alan.
- vii- Çalışma günleri ve saatleri.
- viii- Hastane ve hasta doktorlarına verilen bilginin sıklığı.
- ix- Yapılan hasta sevkine verilen cevabın çabukluğu.
- x- Kullanılan alet ve malzemelerin kalitesi ve markası.
- xi- AIDS, omurilik yaralanmaları gibi farklı bakım gerektiren hastalar için hizmet verebilecek kapasitenin varlığı.

Hastanelerde özellikle hemşirelik yöneticileri, bakımın evde devam ettirilmesi için başvuru alan kişilerdir. Amerika'da yapılan bir anket çalışmasında hastane çalışanlarına hastaların taburcu olmalarıyla ilgili sorular sorulmuştur. Hemşire ve doktorlar kendilerini hastaların taburcu olduktan sonraki ihtiyaçlarını belirlemekle sorumlu görmüşlerdir. Hemşire ve doktorlar hastaya evde bakım hizmeti verecek kurumu seçerken hizmet güvenilirliğini ve kaliteli bakımı seçim kriterlerinin en başına almışlardır. Evde bakım kurumlarına yaptıkları sevkleri bu kriterler çerçevesinde gerçekleştirmektedirler⁸³.

Evde bakım hizmeti firmaları da kendi içlerinde bir takım değerlendirme mekanizmaları kurarak kaliteli bakımın devamını sağlarlar. Evde bakım hizmeti veren kurumlara bu tür değerlendirmeleri yaparken daha objektif olabilmek için danışman firmaların uzmanlığından yararlanmaları tavsiye edilmektedir⁸⁴. Evde bakım hizmetlerinin firma içi değerlendirilmesi saptanan hedeflere ulaşmak üzere belirlenen faaliyetlerin değerlendirilmesini kapsar. Değerlendirme programları hedeflere ulaşıp ulaşılmadığını kontrol ettiğinden, bu programların güvenilirliği önemlidir. Değerlendirme, gelişmesi gereken alanları saptamak için kanıtların toplandığı ve analiz edildiği bir işlemdir. Değerlendirme bir kalite kontrol sistemidir ve evde bakım

⁸³ C.E. Schmidt, D.A. Gillies, D. Biordi, D.A. Child, "Marketing the home healthcare agency, do nurses and physicians agree? ", *Journal of Nursing Administration*, November 1990, 20(11), s. 9-17

⁸⁴ C. Noone, L. Szekely, "Working with consultants to achieve home health agency goals", *Journal of Nursing Administration*, October 1991, 21(10), s. 61-6

hizmetlerinin etkinliğini kontrol eder. Program değerlendirmeleri sırasında bazı iç ve dış etkenlerin etkileri göz önüne alınmalıdır. Dış etkenlere örnek olarak sağlık endüstrisinin içinde bulunduğu durum, ödeme yapan kaynakların durumu, hizmet verilen nüfusun ihtiyaçları ve durumu, uyulması gereken kanun ve tüzükler sayılabilir. İç etkenler arasında evde bakım kurumunun hedefleri ve bakım anlayışı, personelin kalitesi, yönetimin profesyonelliği ve bilgi sistemleri sayılabilir ⁸⁵

Evde bakım hizmetlerini değerlendirirken profesyonel sağlık görevlileri ile hastalar arasındaki ilişki de gözden geçirilmelidir. Hasta ve sağlık görevlisi arasındaki ilişki, verilen hizmetin uzunluğuna bağlı olarak resmiyet veya samimiyet arasında değişiklik gösterebilir. Uzun süreli bakımlarda sağlık görevlisinin profesyonellikten uzaklaşp, hastanın hastalığından etkilenmesi riski vardır. Evde bakım programları hasta ve bakım veren sağlık görevlisi arasındaki ilişkiyi kontrol eden mekanizmalara sahip olmalıdırlar ⁸⁶.

Bu bölümde üzerinde durduğumuz evde bakım hizmetleri hakkındaki genel bilgiler, kapsadığı alanlar, işleyiş tarzları, ABD`de edinilen tecrübelerden sonra, Türkiye`nin sağlık sistemi olarak böyle bir sağlık hizmetine hazır olup olmadığını incelemekte yarar vardır.

⁸⁵ Harris, op. cit., s. 269-75

⁸⁶ N. Eustis, L.R. Fischer, "Relationship between home care clients and their workers: implications for quality of care", Gerontologist, August 1991, 31(4), s. 447-56

II.BÖLÜM: TÜRKİYE'DE EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN FİRMALAŞTIRILMASI

A- TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GENEL GÖRÜNÜMÜ

Türkiye Batı ile Doğu arasında bir köprü gibidir. Doğu ile olan güçlü bağlarına rağmen teknoloji, eğitim ve kanun modellerini Batı'dan uyarlayan Türkiye lojistik ve politik köprü görevini başarıyla devam ettirmektedir. Türkiye, ayrıca son on yılda yapılan dramatik ekonomik değişikliklerden sonra yabancı yatırımcılar için oldukça cazip duruma gelmiştir. 1983 yılında 87 milyon AD olan doğrudan yabancı sermaye 1992'de 913 milyon AD'ye ulaşmıştır ⁸⁷. Bu yabancı sermayenin %49'u Avrupa Konseyine bağlı ülkeler tarafından sağlanmıştır ⁸⁸. 1960'ların sonunda Avrupa Birliği'ne başvuran Türkiye, Aralık 1995'de Gümrük Birliğine kabul edilmiştir. Bu katılım Avrupa Birliği üyeliğine bir adım olacaktır. Türkiye ekonomisi Avrupa Konseyi'ne katılabilmek için verilen çabalar sayesinde de ileri bir adım atacaktır.

Dış ekonomide bu tür gelişmeler olurken, 1980'lerde enflasyon yıllık %60'lara kadar çıkmış ⁸⁹ ve 1994 yılındaki devaluasyonla Türk Lirası Amerikan Doları karşısında üç kat değer kaybetmiştir. Aynı yıl enflasyon %156.8 lere kadar ulaşmıştır. 1980 ve 1990 yılları arasında ekonominin yıllık büyüme hızı %6 ve 9 arasında olmuş, Körfez Savaşı sırasında bu oran %0.5'e kadar gerilemiş, 1993 yılında %6.8'e ulaşmış ve 1994 krizi sırasında %-6.1'e kadar düşmüştür ⁹⁰. Bu ekonomik kriz döneminde tüm yatırımlar yavaşlamasına rağmen, ticari endekslere göre 1995 yılı büyüme hızı tekrar %6.5'a kadar ulaşmıştır.

Bu ekonomik problemlerin etkisi altında işsiz ve fakir sayısının artmasına rağmen, serbest ekonomi daha fazla tüketime yönelik ve satın alma gücü olan bir grup yaratmıştır. Yüzde 43'e varan şehirleşme hızı hizmet sektörünün öncelikle nüfusu yoğun

⁸⁷ Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu (DEİK), Video 94 Graphics, Ocak 1994

⁸⁸ DEİK, Bulletin, Aralık 1993

⁸⁹ İstanbul Ticaret Odası, 1990 Raporu

⁹⁰ State Privatization Organization, Privatization in Turkey, Turkish - American Business Council Presentation, Houston, April 1995

bölgelerde büyümesine neden olmuştur⁹¹. Sağlık hizmetleri başta olmak üzere sunulan hizmetlerin çeşidinin de artması ihtiyacı doğmuştur.

Türk sağlık hizmetleri sistemi çoğunlukla devlet kaynaklı olmaktan özelleştirmeye doğru kayan ve teknolojinin son gelişmelerine ayak uydurmaya çalışan bir geçiş dönemindedir. Devlet sağlık hizmetinin büyük bir bölümünü Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu yoluyla karşılamaktadır. Devlet hastanelerinin yönetimi yerel sağlık idarelerine bırakılmış durumdadır. Türkiye'deki sağlık hizmetlerini sağlayan diğer kuruluşlar arasında belediyeler, vakıflar, tıp fakülteleri, kamu iktisadi teşekkülleri (KİT) ve özel sektörü sayabiliriz. Devletin belediyeler, KİT ve tıp fakülteleri üzerinde farklı bakanlıklar yoluyla bir kontrolü söz konusuysa, özel sektör üzerinde fazla bir etkisi yoktur.

Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra diğer reformlarla birlikte halk sağlığına verilen önem sayesinde kurulan koruyucu tıp kurumları, verem, kızıl, glokom, kuduz, çiçek gibi bir çok bulaşıcı hastalığın üstesinden gelmeyi başarmıştır. Bununla beraber devlet koordinasyon ve iletişim eksikleri nedeniyle bu kurumların finansal desteğini tam olarak sağlayamaz hale gelmiştir.

Son 15 yıl içerisinde serbest ekonominin gelişmesine rağmen, devletin sağlık hizmetlerine ayırdığı pay hemen hemen aynı kalmıştır. Başarılı bir sağlık hizmetleri sisteminin en büyük nedenlerinden biri sağlığa ayrılan devlet harcamaları payının yeterliliğidir. Dünya Bankası'na yayınlanan Dünya Gelişim Raporunun 1991 yılı basımında belirtildiği gibi Türkiye'nin ulusal gelirinin sadece %4'ü sağlık hizmetlerine ayrılmış durumdadır. Son 10 yılda ortalama sağlığa ayrılan oran %3.5 civarlarında seyretmiştir. Bu oran gelişmiş ülkelerin %8-10'luk ve ABD'nin %14'lük oranının çok altında seyretmektedir.

Özel hastanelerin yatak kapasitesinin devlet hastanelerinden daha az olması, son beş yılda daha fazla hastanın özel hastane bakımını mali olarak karşılayabilecek hale gelmesi ve böyle bir hizmete ihtiyaç duymaları bir çok yatırımcının ilgisini çekmiştir.

⁹¹ Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE), İstatistik Yıllığı 1994

Bunun sonucu olarak da son bir kaç yılda özel hastanelerin yatak sayısında artış görülmüştür ⁹².

Tablo II-1`de 1993 yılında hastanelerin ve yatak sayısının kurumlara göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo II-1. Yatak Sayısının ve Hastanelerin Kurumlara Göre Dağılımı

Hastaneler	Hastane Sayısı	%	Yatak Sayısı	%
Sağlık Bakanlığı	962	53	112,194	25
Sosyal Sigortalar Kurumu	654	36	297,014	66
Üniversite Hastaneleri	27	1.4	18,235	4
Savunma Bakanlığı	15	0.8	12,974	3
Belediye Hastaneleri	5	0.3	1,078	0.2
Vakıf Hastaneleri	11	0.6	642	0.1
Yabancı/Azınlık Hastaneleri	11	0.6	1,165	0.2
Özel Hastaneler	129	7.1	4,432	1
TOPLAM	1,184		447,734	

Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, İstatistik Göstergeler 1993

Özel sektörün tüm yatırım kollarındaki yatırım oranı %55`tir <sup>93</sup>. İnşaat, imalat ve turizm bu kollardan özel sektörün en fazla oranda yatırım yaptığı dallardır. Tablo II-2`de görüldüğü gibi özel sektörün sağlık hizmetlerine yatırımı %40 kadardır.

Tablo II-2. Özel Sermayenin Değişik Sektörlerdeki Yatırım Payı

	ÖZEL YATIRIM ORANI
TARIM	%33
MADENCİLİK	%31
İMALAT	%86

⁹² Devlet İstatistik Enstitüsü, İstatistik Yıllığı 1993

⁹³ DİE, 1993 op.cit.

İKTİSADİ TEŞEKKÜLLER	%10
HABERLEŞME VE ULAŞIM	%31
TURİZM	%83
İNŞAAT	%97
EĞİTİM	%12
SAĞLIK	%40
DİĞER HİZMETLER	%23
TOPLAM	%55

Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, İstatistik Yıllığı 1993

Özel sağlık hizmetlerine artan ilgi ve bu çeşit hizmet maliyetinin yüksek oluşu özel sağlık sigortalarının doğuşuna neden olmuştur. 1980'lerin sonuna doğru sadece iki adet sağlık sigortası şirketi varken bu sayı 1995 yılı itibariyle 25'e kadar yükselmiştir ⁹⁴. 1989 yılında ilk sağlık sigortasını hizmete sunan Halk Yaşam uzun dönem bu pazarın başını çekmiştir. 1992 yılında Maliye Bakanlığı o zamana kadar diğer sigorta çeşitleriyle aynı kategoride kabul edilen sağlık sigortasını ayrı bir sigorta kategorisi olarak kabul etmiştir. Bu karar sigorta şirketlerinin sağlık sigortasına yönelmelerine ve çok sayıda sayıda sağlık sigortası ürünü doğmasına neden olmuştur. Özel sağlık sigortası büyüme hızı 1992'de %90'lara ulaşmıştır. Bu oran 1993'de %47, 1994'te %79'a olarak devam etmiştir. 1995 yılındaki tahmini büyüme hızı %60 olarak kabul edilmiştir. Tablo II-3'de yıllara göre sigortalı sayısı ve yıllık artışlar gösterilmiştir.

Tablo II-3. Türkiye'deki Sağlık Sigortalı Sayısı ve Büyüme Hızı.

	1991	1992	1993	1994	1995 Tahmini	1998 Tahmini
Sigortalı	50,000	95,000	140,000	250,000	400,000	1,350,000
Yıllık artış		%90	%47	%79	%60	%50

Kaynak: MedNet Sağlık Hizmetleri Görüşme Notları, Haziran 1996, İstanbul

⁹⁴ MedNet Sağlık Hizmetleri Görüşme Notları, Haziran 1996, İstanbul

Tablo II-4`de görüldüğü üzere, bugün Türkiye`de yaklaşık 1,780,000 ailenin ekonomik durumunun kolaylıkla özel sağlık sigortasını karşılayabilecek durumda olduğu tahmin edilmektedir ⁹⁵. Bir ailede ortalama kişi sayısı 4.8 olarak alınırsa ⁹⁶ toplam kişi sayısı 7,544,000 bulunur. 1994 yılındaki 250,000 sigortalı üzerinden hesapladığımızda, sağlık sigortası piyasasının ancak %3`lük kısmına ulaşılmış durumdadır. Sağlık sigortası şirketlerinin geriye kalan %97`lik kısma ulaşmalarında kişilerin gelir seviyesi kadar devletin de sağlık ile ilgili planlarının önemli bir payı vardır. Devlet bu arada sağlık hizmetlerini özelleştirme ve genel sağlık sigortası planları üzerinde çalışmaktadır. Eğer devletin sağlık hizmetlerini özelleştirme çabaları kısa sürede sonuçlanmazsa özel sigortalı sayısı daha hızlı bir şekilde artacaktır. Bu artışa bağlı olarak da özel sağlık hizmetlerine olan yatırımın artması gerekecektir.

Tablo II-4`te ailelerin geliri üzerine yapılan bir araştırma görülmektedir. Kapital Dergisi, Devlet İstatistik Enstitüsü, PİAR ve AR/DA Araştırma firmalarının verilerini kullanarak, Türk ailesini gelir seviyesine göre beş ana gruba ayırmış ve her bir gruba düşen aile sayısı, yıllık ortalama gelirleri ve toplam gelirler gösterilmiştir. Tablo II-4`te, Kapital Dergisinin bu araştırmasından bulunan rakamlar AD`ye çevrildikten sonra çıkan değerler kullanılmıştır ⁹⁷. Aile grupları ve altgruplarından A ve B grubu ailelerin ortalama yıllık gelirinin en az 31,700 AD olduğu görülüp toplam ailelerin %14.2`sinin rahatlıkla her türlü özel sağlık hizmetlerini satın alabileceği sonucu çıkarılabilir.

Tablo II-5`de görüldüğü üzere bir aile gelirinin yaklaşık %3`ünü sağlık hizmetlerine ayırmaktadır ⁹⁸. A ve B grubu ailelerinin ayıracağı bu oran rahatlıkla her türlü sağlık hizmetini almaya yeterli olacaktır. Aile grubu kapsamını genişletip en düşük geliri yıllık 15,900 AD olan aileleri içine alan C grubu da A ve B grubuna katılırsa, tüm ailelerin %41.9`u gibi bir kısmının özel sağlık harcamalarını bir noktaya kadar karşılayabileceği, özellikle özel sağlık sigortasını satın almaya mali gücü olacağı sonucu çıkarılabilir.

⁹⁵ Kapital Dergisi, Haziran 1993

⁹⁶ DİE, 1993, op.cit.

⁹⁷ Kapital Dergisi, op.cit.

⁹⁸ DİE, 1993, op.cit.

Tablo II-4. Aile Gelir Seviyesi

<i>Aile Grubu</i>	<i>Aile Sayısı</i>	<i>Yıllık Gelir (AD)</i>	<i>Toplam Gelir (AD)</i>
AAAA	1,800	762,900	1,373,220,000
AAA	8,500	341,500	2,902,750,000
AA	70,000	165,000	11,550,000,000
A	84,000	100,000	8,400,000,000
TOPLAM	164,300		
%	1.3	10.2	10.2
BBBB	312,500	64,100	20,031,250,000
BBB	375,000	46,800	17,550,000,000
BB	354,000	37,500	13,275,000,000
B	575,000	31,700	18,227,500,000
TOPLAM	1,616,500		
%	12.9	31.7	31.7
Ara Toplam	1,780,800		
%	14.2	41.9	41.9
CCC	877,000	25,900	22,714,300,000
CC	1,480,000	20,000	29,600,000,000
C	1,118,000	15,900	17,776,200,000
TOPLAM	3,475,000		
%	27.7	31.2	31.2
Ara Toplam	5,255,800		
%	41.9	73.1	73.1
DDD	1,506,000	13,000	19,578,000,000
DD	1,918,000	10,400	19,947,200,000
D	2,036,000	7,200	14,659,200,000
TOPLAM	5,460,000		
%	43.6	24.1	24.1
EE	1,420,000	4,600	6,532,000,000
E	364,000	1,900	691,600,000
TOPLAM	1,784,000		
%	14.3	3.2	3.2
Toplam Gelir			224,808,220,097
Toplam Aile Sayısı	12,499,800	Toplam Nüfus	59,999,040
Ortalama Aile Geliri	17,985 AD	Kişi Başına Ortalama Gelir	3,747 AD

Kaynak: Kapital Dergisi, Haziran 1993 (DİE, PİAR ve AR/DA kaynakları kullanılarak hazırlanmıştır).

Bu bulgular Dünya Bankası raporunda belirtildiği gibi Türk halkının %46'sının özel doktor ve/veya hastaneye gittiği bulgusuna uymaktadır ⁹⁹. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 1993 yılı raporunda özel sağlık hizmetleri isteyenlerin oranı %60 olarak belirtilmiştir. Bu oranın içerisine özel doktor ve hastanelerin yanı sıra, devlet ve üniversite hastaneleri tarafından ücret karşılığı verilen hizmetler de katılmıştır.

Tablo II-5'te de yukarıda bahsedildiği gibi Türkiye'deki ev harcamaları dağılımı görülmektedir. Sağlık hizmetleri yaklaşık %3'lerde iken kişisel bakım harcamaları sadece %0.9'dur.

Tablo II-5. Ev Harcamaları Dağılımı

İletişim ve Ulaşım	%8.6
Kültür ve Eğitim	%4.7
Yiyecek	%31.8
Diğer	%3.2
Kira vb.	%20.7
Sağlık	%2.9
Restaurant	%3.5
Mobilya	%9.5
Hizmetler	%2.1
Giyim	%12.2
Kişisel Bakım	%0.9

Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, İstatistik Yıllığı 1991

⁹⁹ World Bank Report, 1989

B- TÜRKİYE VE İSTANBUL İLİ İÇİN EVDE BAKIM HİZMETLERİNE OLAN İHTİYACIN TAHMİNLENMESİ

1- Türkiye Geneli Açısından Yaklaşım

Türkiye`de sosyal sigortalardan devlet hastanelerine, kurum hastanelerinden üniversite hastanelerine kadar değişik tıbbi bakım sistemlerine rağmen sağlık hizmetlerini yüksek kaliteye ulaştırma çabaları istenen düzeye ulaşamamıştır. Özellikle bir çok devlet ve devletle bağlantılı hastanelerdeki düşük kalitedeki sağlık hizmeti, daha kaliteli hizmet verildiği yargısıyla özel hastanelere olan isteği artırmaktadır.

Türkiye`de yaygın dini inançlara göre sağlık kişinin inancının bir parçasıdır. Aile bağlarının güçlülüğü ve geleneksel kurallar nedeniyle, aile üyelerinden biri hastalandığında tüm aile hasta bakımını üstlenmeye çalışır. Fakat yetersiz sağlık eğitimi, gelişen ekomiye bağlı olarak tüm aile bireylerinin çalışıyor olması, aile üyelerinin yeterli bakımı gösterememelerine ve özel hastane bakımına yönelmelerine neden olmaktadır. Evde verilecek kaliteli, uygun ve daha ucuz bir bakım ailenin hem kültürel, hem dinsel hem de ekonomik şartlara en uygun sağlık hizmeti şeklidir.

Evde bakım hizmetlerine en fazla ihtiyacı olan yaşlıların bakımını incelediğimizde, sosyo-ekonomik seviye değişikliklerine bağlı olarak yaşlı bakımının da son yıllarda değiştiğini gözlemleyebiliriz. Geleneksel Türk ailesi büyükanne, büyükbaba, çocuk ve torunların birarada bulunduğu bir yapıdadır. Böyle bir ailenin üyeleri bir hastanın veya aile yaşlılarının bakımını üstlenecektir. Son 20 yılda geleneksel aile gelişen ekonomik yapıya bağlı olarak değişmiş ve yapı olarak küçülüp anne, baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aile yapısını kazanmıştır. Çekirdek aile Türkiye'nin %79.7'sini kapsamaktadır. Bu rakam kırsal kesimde %73.7, şehirlerde %80.7'e ulaşmaktadır ¹⁰⁰. Çekirdek ailelerin sayısının artması yaşlı aile bireylerinin yalnız yaşadıkları ve bunun sonucu olarak evde bakıma ihtiyaç olunan bir toplum yaratmaktadır.

Yaşlı bakım merkezleri ve huzurevlerinin sayısı tüm ülkede toplam 75`dir. Bu merkezler toplam 10,000 yaşlıya hizmet vermektedir. Toplam 4 milyonluk yaşlı (60 ve

¹⁰⁰ DİE, 1991, op.cit.

üzeri yaş) nüfusuna karşı yetersiz kalan bu rakam evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacı göstermektedir.

Ortalama yaşam süresi de son yıllarda artarak erkeklerde 64.1, kadınlarda 68.4 olmuştur ¹⁰¹. Aşağıda İstanbul'daki 4 huzurevinde yapılan bir araştırmaya göre huzurevlerindeki yaşlıların dağılımı görülmektedir ¹⁰².

Tablo II-6. Huzurevlerinde Yaş Dağılımı

YAŞ	%
90-99	2.5
80-89	32.0
70-79	44.5
60-69	21.0

Kaynak: Refika Yazgaç, İstanbul'da Dört Huzurevinde Yapılan Araştırma, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1992, s. 43

Bu tabloya göre huzurevlerindeki yaşlıların %79'unu 69 yaşın üzerindeki yaşlılar oluşturmaktadır. Bu tür yaşlıların bakımı evde bakım hizmetlerinin en önemli özelliklerinden birini oluşturmaktadır. Artan yaşlı sayısı, yaşlıların bakıma olan ihtiyacı ve yetersiz huzurevi sayısı evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacı göstermektedir.

ABD kaynakları, herhangi bir toplumun %15'inin yılda ortalama en az bir kere hastaneye yatma ihtiyacı olduğunu belirtmekte ve piyasa araştırmaları bu orana göre yapılmaktadır ¹⁰³. Bu oran Türkiye şartlarında eğitim ve gelir düzeyi nedenlerinden dolayı kişilerin daha az sıklıkla hastaneye gittikleri varsayımından yola çıkılarak %10 olarak alınırsa, ortalama hedef nüfusa göre tahmini bir hastaneye yatış sayısı bulunabilir. Türkiye nüfusunun 65 milyon olduğu tahminiyle, bu orana göre yılda 6.5 milyon kişinin hastaneye başvurduğu hesaplanabilir. Bu rakam evde bakıma sevk edilebilecek hastaların sayısı hakkında bize bir fikir verebilir.

¹⁰¹ DİE, 1991, op.cit.

¹⁰² R. Yazgaç, İstanbul'da Dört Huzurevinde Yapılan Araştırma, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1992, s. 43

¹⁰³ Columbia Health Care System, Stratejik Planlama Ofisi, Houston, TX

Türkiye`de hastaların zamanında taburcu olması konusu incelenmesi gereken bir ikilem içindedir. Bazı hastaların hastanede kalış süresi gereğinden fazla iken bazı hastalar mümkün olan en kısa zamanda taburcu edilmektedirler. Bunun nedenleri incelendiğinde Türkiye`de kişi başına düşen yatak sayısının yetersizliğinden, hekimlerin hastaları biran önce taburcu ederek sırada bekleyen hastalara yer açmaya çalışmalarına kadar çeşitli nedenler bulunabilir. ABD`de koroner bypass hastasının hastanede ortalama kalış süresi 12.5 gün iken <sup>104</sup> Türkiye`de bu rakam ortalama 10.5 gündür ¹⁰⁵. Bu rakamın Türkiye`de düşük oluşunu Türkiye`deki ameliyat sonrası hasta bakımının ABD`den daha iyi olmasına değil, bypass gibi bir ameliyat için bekleme sırasının uzunluğu nedeniyle hastaların daha kısa zamanda taburcu edilmelerine bağlamak mümkündür.

Devlet ve sosyal sigorta hastanelerindeki bekleme listelerinin uzunluğu hekimleri hastaları mümkün olan en kısa zamanda taburcu etmeye ve böylece hasta sirkülasyonunu artırmaya yöneltmiştir. Taburcu işlemi yapılırken de hastanın ve hasta ailesinin evde bakımı devam ettirip ettiremeyeceği, hasta evinin sağlık koşullarının nasıl olduğu dikkate alınmaz. Sırada bekleyen diğer hastalara yer açabilmek için eve biran önce taburcu edilen hastanın evde bakımının ne kadar yeterli olduğu da kuşku götürür. Öte yandan bazı kronik hastalar da başka bir bakım alternatifi olmadığından hastane yataklarını gereksiz yere doldurmaktadır. Tıbbi bir testin sonucunu beklerken gereksiz yere hastanede yatanların yanında, tedavisi gün boyunca sadece antibiyotik ve nabız-tansiyon ölçülmesi olan ve bu yüzden hastanede kalan hastaların sayısı da azımsanmayacak kadar yüksektir. Bu tür hastaların evde bakım hizmetlerine sevk edilme olasılıkları oldukça yüksektir.

2- İstanbul İli Açısından İhtiyaç Tahmini

İstanbul ülkenin en büyük metropolü olarak hem ekonomik hem de kültürel açıdan büyümeye devam etmesine karşın, nüfus patlaması son yıllarda diğer şehirlere oranla daha fazla hissedilir boyutlara ulaşmıştır. 1927`de ülke nüfusunun ancak %5`i

¹⁰⁴ Medicare, HCFA Demonstration Project 1995 Report (1993 MedPAR)

¹⁰⁵ MedNet op.cit.

İstanbul'dayken bu oran 1995 yılında %14.6'ya çıkmıştır. Tablo II-7'de şehir nüfusunun büyüme hızı ve ülke nüfusuna oranları yıllara göre gösterilmiştir. Son beş yılda nüfus patlamasını önleyici programlar sayesinde ülkenin nüfus büyüme hızı gerileyip %8'lere inmiş olmasına rağmen İstanbul nüfusu büyüme hızı hala %23'lerde seyretmektedir ¹⁰⁶.

Tablo II-7. İstanbul Nüfusunun Yıllara Göre Gelişimi

Yıl	Türkiye Nüfusu (000)	Türkiye Nüfusu Büyüme Hızı %	İstanbul Nüfusu (000)	İstanbul Nüfusu Büyüme Hızı %	İstanbul Nüfusunun Türkiye'ye Oranı
1927	13,648		691		5.0%
1935	16,158	18	741	7	4.5%
1940	17,820	10	794	7	4.4%
1950	20,947	17	1,010	27	4.8%
1960	27,754	32	1,466	45	5.2%
1970	35,605	28	2,500	70	7.0%
1980	45,217	26	4,741	89	10.4%
1990	56,473	24	7,309	54	12.9%
1995*	61,500	8	9,017	23	14.6%

* Tahmini rakam İstanbul Sağlık Müdürlüğü Ekim 1995 Raporundan alınmıştır.

Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, İstatistik Yıllığı 1993

İstanbul bugün 9 milyon üzerindeki nüfusu ve 5,712 kilometre kareye yayılan alanıyla Türkiye'nin en büyük ve en hızlı gelişen şehri olma özelliğini korumaktadır. Tablo II-7 ve II-8'de görülen büyüyen ve gelişen şehrin hızına bağlı olarak sağlık hizmetleri ihtiyacı da artmaktadır. Ekonomik, sosyal ve kültürel özellikleri nedeniyle İstanbul her yıl yaklaşık 350,000 kadar göçe maruz kalmaktadır ¹⁰⁷.

İstanbul'da özel sağlık hizmetlerini karşılamaya ekonomik gücü olanların sayısı Tablo II-5 ve II-8'deki oranlar kullanılarak 3.7 milyon olarak hesaplanabilir. Bu sayının

¹⁰⁶ DİE, 1993, op.cit.

¹⁰⁷ Ekonomik Panaroma, 19 Aralık 1992

%10'u yani 370,000 kişi de yılda bir kez hastaneye yatıyor olarak tahmin edilebilir. Bu rakama ulaşmak için günde ortalama 1,480 yatış gerekmektedir. Özel hastanelerde ortalama kalış süresi 4 gün ¹⁰⁸ olduğuna göre 5,920 yatak kapasitesine ihtiyaç vardır. Tablo II-9'da görüldüğü gibi İstanbul'daki özel yatak kapasitesi 2,820'dir ¹⁰⁹. Bu da daha 3,100 fazla özel hastane yatağının İstanbul'da yaşayan alım gücü yeterli kişilerce rahatlıkla doldurulabileceği hesabı yapılabilir anlamına gelir.

Tablo II-8. Nüfus ve Göç Oranları

Türkiye yıllık ortalama büyüme hızı	%2.3
İstanbul yıllık ortalama büyüme hızı	%4.8
İstanbul'a göç yıllık ortalama sayısı	350,000
Türkiye nüfus yoğunluğu (km ² başına düşen kişi)	74
İstanbul nüfus yoğunluğu	1,301
Şehir merkezi yoğunluğu	3,483
Son 10 yılda göçe bağı nüfus artışı	%26

Kaynak: Ekonomik Panaroma, 19 Aralık 1992

Tablo II-9. İstanbul'daki Toplam Yatak Kapasitesinin Kurumlara Göre Dağılımı

KURUM	AKTİF YATAK SAYISI
Sağlık Bakanlığı	8,505
Üniversiteler	5,316
S.S.K.	6,238
Diğer Kamu	2,305
Özel	2,820
Yabancı/Azınlık	963
TOPLAM	26,147

Kaynak: İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Ekim 1995 Raporu

¹⁰⁸ İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Ekim 1995 Raporu

¹⁰⁹ İstanbul Sağlık Müdürlüğü, op. cit.

Bu yeni yatak ihtiyacı pahalı bir yöntem olan yatak kapasitesinin yükseltilmesiyle giderilebilir veya bazı etkili sağlık hizmetleriyle varolan yatak kapasitesi daha yeterli kullanılır hale getirilebilir. Bu etkili hizmetler arasında poliklinik ve teşhis merkezleri gibi geleneksel sağlık hizmetleriyle, daha önce denenmemiş fakat geçerlilikleri başka ülkelerde kanıtlanmış evde bakım hizmetleri gibi alternatif sağlık hizmetleri sayılabilir. Evde bakım hizmetleri hastaneden erken taburcu olmayı ve uygun bakımın evde verilmesini sağlayarak dolu yatakları bir sonraki hastaların yatışı için boşaltır. Ayrıca bazı hastaların hastaneye yatışı da evde bakım hizmetleri sayesinde geciktirilebilir.

İstanbul'da toplam 26,147 yatak mevcut iken doluluk oranının %60'larda seyrediyor olması (Tablo II-10), verimsiz yatak idaresinin göstergesidir. Amerikan Hastanesi ve International Hospital gibi özel hastanelerin doluluk oranları %90'lara varırken ¹¹⁰, tüm hastanelerin ortalamasının %60 olması hasta dönüşümünün yetersizliğini göstermektedir.

Tablo II-10. İstanbul Sağlık Hizmetleri İstatistikleri

Toplam Aktif Yatak	26,147
Yatak Başına Nüfus	345
Doluluk oranı	%60.3

Kaynak: İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Ekim 1995 Raporu

İstanbul ilinin yaş gruplarına göre dağılımı incelenirse yaşlı nüfusunun da hızla arttığı görülmektedir. Tablo II-11'de görüldüğü gibi, İstanbul ilinde 65 yaş ve üzeri yaş grubu nüfusun %4'ünü oluşturmaktadır. Bu gruba evde bakım hizmetinin yaşlılarla ilgili ürünleri sunulabilir. Yaş grupları 35-49 ve 50-64 akut veya kronik hastalıkların gençlere oranla daha sık görüldüğü yaş gruplarıdır. Bu grupların toplamı il nüfusunun %25.4'ünü oluşturmaktadır. Buna ek olarak özel bakım gerektirecek sorunlu bebeklerin bulunduğu 1-4 yaş grubu da il nüfusunun %8'idir. Bu veriler evde bakım hizmetleri hedef grubunun da İstanbul'da yeterli sayıda olduğunu ve İstanbul'da verilecek evde

¹¹⁰ Amerikan Hastanesi ve International Hospital Genel Müdürlükleri ile Görüşme Notları, Haziran 1996, İstanbul

bakım hizmetlerinin hasta sayısı konusunda bir sorunla karşılaşmayacağını göstermektedir.

Tablo II-11. İstanbul Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

YAŞ GRUBU	1994 NÜFUSU	1995 NÜFUSU
0-12 AY	146,730	158,805
01-04 YAŞ	666,573	716,883
05-14 YAŞ	1,813,582	1,950,463
15-24 YAŞ	1,742,312	1,873,816
25-34 YAŞ	1,542,760	1,658,202
35-49 YAŞ	1,330,631	1,431,060
50-64 YAŞ	802,403	862,966
65 + YAŞ	339,574	365,205
TOPLAM	8,384,565	9,017,400

Kaynak: İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Ekim 1995 Raporu

Yukarıdaki bölümlerde Türkiye'nin ve ekonomik ve sosyal nitelikleri nedeniyle özellikle İstanbul ilinin sağlık hizmetleri kapsamında özel teşebbüse oldukça müsait olduğu gösterilmiştir. Nüfusun dağılımı ve ekonomik gücü özel sağlık hizmetlerinin satın alınmasını kolaylaştırmaktadır. Evde bakım hizmeti gibi sağlık hizmetlerindeki yenilikçi, alternatif, Türk kültürüne uygun yaklaşımlar ve İstanbul ili hedef nüfusunun yeterliliği yapılacak işletme girişimlerine uygun bir zemin teşkil etmektedir.

III. BÖLÜM: EVDE BAKIM HİZMETLERİ FİRMASI İÇİN İŞLETME PLANI ÖNERİSİ

A- İŞLETME PLANI ÖNERİSİNİN AMAÇ, KAPSAM VE YÖNTEMİ

Bu çalışmanın ilk bölümünde evde bakım hizmetlerinin tanımı, özellikleri, yarar ve sakıncaları, bu tür sağlık hizmetlerinin başladığı ve özel sektörde önemli bir yeri olan ABD'deki uygulamaları anlatılmıştır. İkinci bölümde ise Türkiye ve İstanbul'un ekonomisi ve sağlık hizmetleri incelenmiş, evde bakım hizmetlerine olan ihtiyaç tartışılmıştır.

Bu bölümde Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin bir firma yapısında verilebileceği tartışılmış ve bu firmanın oluşturulması sırasında yapılması gerekenler anlatılmıştır. İşletme planı önerisinin amacı evde bakım hizmetleri sunacak kurumlara bir rehber tarzında bilgi sunmaktır. Bu bölüm hazırlanırken Houston, ABD'deki üç evde bakım işletmesinde yakın incelemelerde bulunulmuştur. Matogorda Hospital Home Health Care Department, The Methodist Hospital Home Health Care Department ve Houston Visiting Nursing Association'da 1993 yılında toplam iki ayı bulan bir süre içinde günlük işletme kurallarından hasta bakımına kadar her türlü evde bakım hizmeti incelenmiş ve Türk sağlık sistemine uyum sağlayabilecek olanlar işletme planı önerisinde belirtilmiştir.

İşletme planı önerisinde evde bakım hizmetleri bilgi sistemlerine değinilmemiştir. Bunun nedeni ülkemizde sağlık hizmetleri bilgi sistemlerinin yeterli olgunluğa ulaşmamış olması ve evde bakım hizmetlerinde otomasyonun en 1-2 yıl bu hizmet verildikten sonra yapılması gereğidir. Evde bakım hizmetlerinde otomasyon başlı başına bir konu olarak ayrıca incelenmelidir.

Evde bakım hizmetlerinin bir işletme olarak uygulamaya geçirilmesi için en uygun başlangıç bölgesi olarak İstanbul görülmektedir. İşletme planı önerisinde İstanbul'un sosyal ve ekonomik özelliklerinden dolayı bu şehirde firmalaşma öngörülmüştür. Önerilen evde sağlık hizmetleri firması kar amaçlı veya kar amaçsız

olarak kurulabilir. Bu firma tek başına kurulabileceği gibi bir hastanenin departmanı olarak da işletilebilir. Bu işletme devletin bölgesel sağlık kurumlarınca da tatbik edilebilir. İşletme planı önerisi böyle bir hizmet firmalaştırılırken yapılması gerekenleri tartışmakta ve aynı zamanda yapılması gerekenlere örnekler vermektedir. Firmalaştırılması düşünülen evde bakım hizmetleri “firma” olarak isimlendirilmiştir. Eklerde bu firmanın işletilmesi için gereken yöntem ve uygulamalardan örnekler verilmiş ve bu firmanın beş yıllık proforma finansal tabloları da gösterilmiştir.

Evde bakım hizmetlerinin firmalaştırılması için öncelikle piyasa araştırması yapılmalı ve verilecek hizmetlerin hedef kitlesinin böyle bir yatırımı destekleyebilecek yapıda olup olmadığı araştırılmalıdır. Bölüm II’de piyasa araştırmasına değinilmiş ve İstanbul şehrinin böyle bir hizmet başlangıcı için hedef piyasa olduğu belirlenmiştir.

Evde bakım hizmetlerinin firmalaştırılması için işletmenin hedefleri saptanmalı, organizasyonun yapısı belirlenmeli, verilecek hizmetler ve ürünler saptanmalı, bu ürünleri pazarlamak için pazarlama metodları seçilmeli ve büyüme stratejisi planlanmalıdır. Saptanan bu özellikler ışığında firmalaşmanın yatırım gerekleri, finansal hedefler ve harcamalar da finansal tablolarda tahminlerle gösterilmeli, yatırımın geri dönüş oranları ve işletmenin karlılığı gibi hesaplamalar yapılmalıdır. İşletme planı olarak adlandıracağımız bu çalışmanın örneği gösterilmiştir.

İşletme planı böyle bir firmanın uygulamaya geçmesi için yeterli değildir. Bu planın uygulanmasını gerçekleştirmek için gerekli yöntem ve uygulamalar da tavsiye edilmektedir. Yöntem ve uygulamalar firmanın günlük işletmesi için gerekli kuralların yanı sıra hasta ve çalışanların sağlıklı ve kaliteli hizmet verilmesi için uyması gerekli kuralları belirlemektedir.

Böyle bir hizmet firmalaştırılırken, profesyonel bir kadronun yönetimde görev alması ve bu kadronun evde bakım hizmetleri konusunda tecrübe sahibi sağlık elemanlarıyla belirli kurallara uyarak çalışması gerekmektedir. İşletme ve yönetim kurallarına uygun olmadan, amatörce yapılacak girişimler evde bakım hizmetlerinin sağlıklı doğmasına ve büyük bir potansiyel olan bu yeni hizmet yaklaşımının yavaş gelişmesine neden olacaktır. Bahsi geçen firma, yetkin profesyonellerin yönetiminde ve önerilen kurallarla işletilerek proforma tablolarda belirtilen başarıya ulaşabilir.

Aşağıdaki kısımlarda firmanın işletme planında neler olması gerektiğinden bahsedilmektedir. Bu bahis sırasında firmanın genel yöneticisi veya genel müdürü firma direktörü veya direktör olarak adlandırılmıştır. Direktörün altında tıbbi direktör ve hemşirelik direktörü bulunur. Günlük planları yapan ve personel trafiğini kontrol eden kişi firma koordinatörü olarak, firmayla çalışan her türlü sağlık elemanı da firma personeli veya sağlık personeli olarak adlandırılmıştır.

B- İŞLETME PLANININ UNSURLARI

1- İşletme Hedefleri

Firma Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımladığı sağlık kavramını benimsemelidir. WHO'nun tanımına göre sağlık “sadece bir hastalık veya özürden yoksun olmak değil aynı zamanda tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halidir”. Buna bağlı olarak firma, toplum içindeki fiziksel, ruhsal ve sosyal durum gelişmesinin temeli olan yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmaya kendini adanmalıdır.

Hasta ve ailesi varolan sağlık durumları ile ilgili, geleceklerini etkileyecek kararları alma özerkliğine sahiptirler. Bunun yanında hasta ve ailesinin verilen sağlık hizmetlerine karşı bir takım hakları ve aynı zamanda sorumlulukları da vardır. Firma hasta ve hasta ailesinin bu tür haklarını kabul etmeli ve bu hakları koruyucu önlemleri almalıdır.

Toplum içindeki sağlık hizmetlerinin birbirine bağlı olduğunu kabul edersek, toplumun gelişen ve değişen ihtiyaçlarına bağlı olarak, firma sürekli yeni ve topluma uygun sağlık hizmetlerini araştırmalı ve uygulamalıdır. Evde bakım hizmetleri, toplum sağlık hizmetlerinden biridir ve hasta ve ailelerine yaşadıkları yerde aralıklarla veya devamlı olarak sağlık hizmeti verilir. Amaç hastanın yaşam şartlarını en az düzeyde değiştirerek, en yüksek düzeyde iyileşme sağlamak, hastalığın etkisini en aza indirmek veya sağlığı muhafaza etmek, bununla beraber yaşam ve çevresel şartları geliştirmek olmalıdır.

Aşağıdakiler firmanın amaçları olarak kabul edilebilir:

- i- Mümkün olan en kaliteli sağlık hizmetleri personelini sağlamak.
- ii- Mümkün olan en kaliteli hasta bakımını sağlamak.
- iii- Evde bakım hizmetlerine havale edilen kişilerin ihtiyaçlarını en yüksek düzeyde karşılamak.
- iv- Evdeki hastanın ihtiyaçlarını ve sağlık sorunlarını devamlı olarak değerlendirmek.
- v- Evdeki hastanın ihtiyacına göre değişik sağlık hizmetlerini koordine etmek ve gerekirse başka kurum ve hastanelere havale etmek.

2- İşletme Stratejisi

Firma yukarıda belirtilen hedeflere ulaşabilmek için gerekli işletme stratejilerini benimsemelidir. İşletme stratejileri planlanması zor olduğu kadar firmanın geleceğini etkilemesi açısından da önemlidir. İşletme stratejileri işletmenin gelişme hızıyla başedebilecek şekilde planlanmalıdır. Organizasyonun yapısını iyi anlamak ve değişen iç ve dış etkenlerin etkilerini doğru saptamak başarılı işletme stratejisi için gereklidir. Her organizasyon işletme stratejisini belirlemelidir, ama bunun doğru ve kurallarına uygun yapılması gereklidir. Toplanması gereken bilginin sonu yoktur, bu nedenle hangi bilgilere ne kadar ihtiyaç olduğunu saptamak gereklidir.

İşletme stratejileri uzun ve kısa dönemlerde uygulanmak üzere hazırlanır. Stratejik planlama dinamik bir işlemdir. Bu nedenle her yıl iç büyüme ve dış etkiler gözönüne alınarak incelenir ve değiştirilmesi gerekiyorsa değiştirilir. Firma aşağıda bazı örnekleri verilen işletme stratejilerini benimseyebilir.

- i- Büyüme hızı yüksek alanlara yoğunlaşmak: Firma gelişme ve kar payı yüksek alanlara odaklaşarak, yeni ürünlerini buna göre seçmelidir.

ii- Piyasa payını yükseltmek: Firma rekabet avantajını devam ettirmek için, yenilikçi yaklaşımı ve evde bakım hizmeti sunan diğer kuruluşlarla belli ürünlerde ortaklaşma veya bu kuruluşları satın alma yoluyla piyasa payını daima yüksek tutmalıdır.

iii- İşletme etkinliğini artırmak: İşletme maliyetlerini, faturalama ve tahsil işlemleri için gelişmiş sistem ve kontrol mekanizmalarından oluşan bilgi sistemlerini kullanarak, çalışanların üretimini artırarak ve idari harcamaları azaltarak düşürmelidir.

iv- Sevk kaynakları üzerinde yoğunlaşmak: Firma değişik pazarlama teknikleri uygulamalıdır. Verilen hizmetlerden ve yeniliklerden sevk kaynaklarını haberdar etmenin ötesinde gerekli kurumlarla yapılan anlaşmalar yoluyla sevk sayısını artırmalıdır.

v- Yönetim bilgi sistemlerini uygun bir şekilde kullanmak: Firma bilgi sistemlerini yerinde ve yeterli kullanarak iç kontrolü zamanında sağlamalı ve gerekli kararların alınmasını kolaylaştırmalıdır.

vi- Devamlı eğitim programları uygulamak: Yalnızca kendi çalışanlarına değil doktor, hasta ve hasta aileleri için hazırlanan programlarla, firma evde bakım hizmetleri konusunda gerekli kişilerin bilgilendirilmesini sağlamalıdır.

3- Organizasyon Yapısı

Firmanın yönetiminden birinci derecede sorumlu firma Yönetim Kurulu olmalıdır. Yönetim Kurulu firmanın günlük işletmesini idare eden firma direktörünü seçer ve kontrol eder. Direktörün seçilmesi için Yönetim Kurulu tarafından seçim yöntem ve kılavuzu hazırlanmalı ve bu kılavuza göre adayların özellikleri değerlendirilmelidir. Firma stratejik planlaması, gelişmesi ve yeni hizmetlerin sunulması gibi kararları Yönetim Kurulu almalı ve uygulanmasını sağlamalıdır. Günlük operasyonlardan ve verilen hizmetin kalitesinden sorumlu firma direktörüdür. Direktöre bağlı birimler tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri, diğer sağlık hizmetleri, hizmet

koordinasyonu ve muhasebe bölümleridir. Yeni ürünlerin ve bütçelerin hazırlanarak Yönetim Kuruluna sunulması direktörün sorumluluğunda olmalıdır. Hemşirelik hizmetlerinin sunulması ve hemşirelerin eğitim kalitesinden birinci derecede hemşirelik direktörü sorumlu olmalıdır. Hemşirelik direktörü organizasyon şemasında direktörün altındaki idari kadamededir. Tıbbi direktör her türlü sağlık elemanının eğitimi, verilen evde bakımın uygunluğu ile doktor bakımının kalitesinden sorumlu olmalıdır. Tıbbi direktör evde bakım hizmetlerini bilen bir hekim olmalıdır. Direktör, hemşirelik direktörü ve tıbbi direktör firmanın üst düzey yönetim kadrosunu oluştururlar.

4- Hizmet Alanları

Firma evdeki hastaya temel olarak hasta destek sistemlerini, tıbbi ve cerrahi bakımları, fizik tedavi ve hemşirelik hizmetlerini sağlayabilir. Bu hizmetler genel olarak hastanın kişisel doktorunun verdiği direktifler doğrultusunda aralıklı veya devamlı bakım sağlanmasını kapsar. Firma sadece evde bakımdan yararlanabilecek hastaları kabul etmelidir. Hizmet verilen her hasta için bir hasta bakım planı hazırlanmalıdır. Sağlık personeli firma ofisiyle ve hasta doktoruyla koordinasyon içinde çalışarak hastanın bakım planında belirtilen hedeflerine ulaşmasını sağlamalıdır.

Firma hastayı, hasta ailesini ve firma personelini riskli ve tehlikeli durumlardan korumayı amaçlayan programlar hazırlamalı ve uygulamalıdır. Enfeksiyonlardan korunma için gerekli kural ve yöntemler geliştirilmelidir. Firma üst düzey yöneticileri idari, tıbbi ve destek sistemlerinin devamlı kalitesini ölçen ve iyileştirilmesini sağlayan programları ve yöntemleri planlamalı ve uygulamalıdır. Kalite yönetimi programları verilen her türlü hizmeti kapsar.

Hekim tanı ve tedavisi, hemşire bakımı, damar içi tedavi, kemoterapi, fizik tedavi, solunum tedavisi, hastabakıcılık hizmetleri ve ev idaresi asistanlığı gibi evde verilebilecek bakım hizmetleri sunulabilir. Bu hizmetler sunulurken, hasta sayısına bağlı olarak ya tamamı firma kadrolu personele veya bir kısmı sözleşmeli personele atanarak yerine getirilir.

Firmanın hizmetleri iki ana başlıkta toplanabilir.

a- Tıbbi Hizmetler

Bu hizmet şeklini de iki ayrı gruba ayırmak mümkündür.

i- Hekimlik Hizmetleri

Her türlü hasta muayenesi ve hekim bakımı hizmetleri, kadrolu veya sözleşmeli hekimlerin organizasyonu ile sağlanmalıdır. Verilen hekimlik hizmetleri hastanın halihazırda bir doktoru varsa, bu doktorun bilgisi ve konsultasyonu altında uygulanmalıdır. Tıbbi direktör, firma hekimlerinin uyguladığı teşhis ve tedaviyi yakından takip ederek hasta doktoruna gerekli ve zamanında hastayla ilgili bilgiyi iletmelidir.

ii- Birincil Sağlık Hizmetleri

Normal hemşire bakımı, hastabakıcı bakımı, fizik tedavi ve solunum terapisi bu kategoriye giren hizmetlerdir. Bu kadar çeşitli sağlık hizmeti verilebilmesi için firma gerekli sayıda sağlık görevlisini bünyesinde bulundurmalıdır. Sağlık personeli detaylı bir eğitim programından geçirilmeli ve uygulama için gerekli hasta bakım kılavuzları açıklamalarıyla verilmelidir.

Hemşirelik hizmetleri hastanın doktorunun belirttiği biçimde evde bakım planına uygun olarak hastanın değerlendirilmesi, gözlenmesi, pansumanı, ilaç tedavisi, hasta ve ailesinin eğitimi gibi hizmetleri içerir. Hemşireler hastalara atanırken,

- hastanın hastalık derecesine,
 - bakım için gereken tıbbi ekipman ve malzemeye,
 - hastanın yaşadığı bölgeye,
 - hemşirelerin bilgi ve tecrübesine
- dikkat edilmeli ve atama buna bağlı olarak yapılmalıdır.

iii- Özel Tedavi Hizmetleri

Evde infuzyon tedavisi bu hizmetin kapsamındadır. İnfüzyon tedavisine aşağıdaki tedavi şekilleri katılmaktadır:

- Damar ve/veya barsak sistemi yoluyla beslenme
- Hasta kontrollü cihazlarla (PCA pompaları) ağrı idaresi
- Kemoterapinin komplike olmayan şekilleri
- Damariçi ve/veya kasiçi antibiyotik tedavisi
- Sıvı tedavisi
- İnfertilite tedavisi ve tokolitik (komplikasyonlu gebe) tedavi
- Büyüme hormonu tedavisi
- İmmunolojik tedavi ve gamma globulin
- Kan ürünlerinin tatbiki

b- Destek Hizmetleri

Evde uzun süreli kalan hastaların genel ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla verilen hizmetlerdir. Gerekli tıbbi diyetin hazırlanarak günlük olarak sunulması, hasta evinin hastanın hareket kabiliyetine uygun biçimde düzenlenmesi, hastaya gerekli tıbbi aletlerin evde sağlanması gibi hizmetleri kapsar. Yaşlıların ve tedavisi gerekmeyen hastaların yanında refakatçi kalma da bu kategori içindedir. Hasta ve hasta ailesinin hastalık ve genel sağlık konularındaki eğitimi de bu kategorideki hizmetlerdir. Firma destek hizmetlerinin önemini kavrayarak bu hizmet biriminin en iyi şekilde sunulması için gerekli önlemleri almalıdır.

5- Pazarlama Stratejisi

Türkiye`de artan sağlık hizmetleri talebine bağlı olarak, sağlık hizmetlerinde büyük bir gelişme görülmekte, varolan kurumlar kendilerini geliştirmekte veya yenileri

eklenmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumlar, sağlık hizmetlerini bilerek, araştırarak daha iyisini isteyen çağımız alıcısına kendilerini kanıtlamaya, gelişen rakipleriyle mücadeleye etmeye hazır olmalıdırlar. Günümüz sağlık hizmetleri sunumunun temel öğeleri arasında hizmet çeşitliliği, paket fiyat, yönlendirilmiş tıbbi hizmetler, maliyet kısıtlaması, uygun ürün kullanımı, uygun alan kullanımı, personel geliştirme ve işe alma planları, hasta sevk mekanizmaları yer almaktadır. Firma pazarlama stratejileri bu öğeler çerçevesinde geliştirilmelidir.

Pazarlama planı hazırlanırken öncelikle verilecek hizmetler bilinmeli ve bu hizmetlerin özellikleri iyice saptanmalıdır. Böylece bu hizmetleri satın alanlar ne aldıklarını bilebilirler. Fiyatların saptanması da pazarlama planının bir parçasıdır. Piyasanın ve ödeme yapan kaynakların özellikleri ile rakip işletmelerin fiyatları, fiyatlandırma işlemini etkileyen faktörlerdir. Pazarlanacak ürünün nasıl ve nereye götürüleceği de önemlidir. Firma hizmet vereceği alanları ve bu alanlara nasıl ulaşılacağını saptamalıdır.

Hazırlanacak pazarlama stratejisinde hizmet tanıtım yöntemlerini belirlemek için hedef pazarın özellikleri saptanmalı, rakipler tanınmalı, halkla ilişkiler ve reklam çeşitleri saptanmalıdır. Aşağıda pazarlama stratejisinde hizmet tanıtım yöntemi olarak kullanılabilecek birkaç öğeden örnekler verilmiştir:

a- Hedef Pazar

Evde bakım hizmetleri değişik gruplardan gelen sevklerle bağlıdır. Özel muayenehanesi olan doktorlar, hastanede çalışan doktorlar, yeni tıp fakültesi mezunları, doktor muayenehane asistanları, mahalle eczacıları, hastane yöneticileri, hastanelerde çalışan hemşire ve terapistler, hastane servis şefleri, büyük firmaların işletme ve personel müdürleri, hastanede yatan veya taburcu olmuş hastalar, hasta aileleri ve komşular firmanın hasta sevk kaynaklarıdır.

Son 10 yılda artan tıp mezunu sayısı, hekimlerin büyük şehirlerde öbekleşmesine neden olmuş, özel sağlık sigortası şirketlerinin artması ve kanuni uygulamalar doktorların kendilerini büyük bir rekabet ortamında bulmalarına neden olmuştur. Böyle bir rekabet

ortamında doktorlar daha etkili bakım hizmeti vererek rakipleriyle çekişebilirler. Etkili hizmetin ana öğelerinden biri de hastalara evde bakım hizmeti alternatifinin sunulmasıdır. Hastaya veya diğer ödeme kaynaklarına daha ucuz maliyet, hastanın erken taburcu olması, ev ortamında bakımının devam ettirilmesi ve tatmin dercecesinin artması hekimin etkili bakımının göstergelerinden birkaçıdır. Firma etkili pratik yöntemlerini hekimlere tanıtmalı ve hekimlerin evde bakım hizmetlerini onaylamasını hızlı bir şekilde sağlamalıdır. Böylece sevk kaynakları sayısı artacaktır.

Firma temel olarak bölgesel hastaneler, doktorlar, hastane idarecileri, ulusal sigorta şirketleri, devlet ve özel muayanehane doktorlarını hedef pazar olarak seçmelidir.

b- Halkla İlişkiler

Firmanın yöneticileri bölgesel toplantılara gözlemci ve konuşmacı olarak katılarak yerel sağlık hizmetleri gruplarıyla sıkı bağlantı içinde olmalıdır. Firma tıbbi veya magazin dergilerinde evde bakımla ilgili makaleleri yayınlayarak halkla ilişkileri yüksek seviyede tutmaya çalışmalıdır. Buna ilave olarak firma pazar hedeflerine aylık bülten hazırlayarak doğrudan pazarlama yöntemlerini de uygulamalıdır. Amaç evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacı ve sağlık hizmetlerindeki yenilikleri göstermektir.

Firma yeni bir hizmeti piyasaya sunmadan önce gazete ve dergilere gerekli anonsları ve açıklamaları göndermelidir. Firma hasta ve hasta aileleri için eğitici tıbbi broşürler hazırlamalıdır. Bu broşürlerde hastaların özellikle evde bakımından bahsedilir. Firma evde bakımla ilgili seminerler düzenleyerek konunun güncelliğini korumasını sağlamalıdır.

c- Reklam Malzemeleri

Reklam malzemeleri firmanın sağlık hizmetlerine bakış açısıyla, sunduğu yenilikleri yansıtacak şekilde hazırlanmalıdır. Reklam malzemeleri doğrudan postayla gönderilerek, gazete ve dergilere ilan verilerek ve radyo ve televizyonda yayın yapılarak

sunulmalıdır. Potansiyel sevk kaynaklarına özel ziyaretlerle evde bakım hizmetleri tanıtımı yapılmalıdır.

ç- Rekabet

İstanbul`da evde bakım hizmetleri örgütlenmiş olmamasına rağmen komşuluk ve tanıdık ilişkileriyle evde refakatçi kalan hemşire ve hastabakıcılar rekabet piyasasını oluştururlar. Bazı özel hastanelerin hastane bakımının devamı olarak evde bakım hizmetlerini sunma girişimleri vardır. Firma tüm İstanbul ve diğer şehirlere yayılan profesyonel sağlık elemanı ağı ve sevk mekanizmaları sayesinde daha fazla sayıda ürünü daha ucuza sunarak bu tür girişimlerle rekabet edebilir. Bazı kurumlar evde bakım hizmetlerini kullanmak yerine hastaları mümkün olduğunca uzun süreli hastanede tutmayı tercih edebilirler. Bu tür bir durumda hastanede kalıştan daha ucuza maledilebilecek evde bakım hizmetleri tanıtılarak, doğrudan sözleşme yoluyla bu kuruluşlarla bağlantı yolları aranmalıdır.

Firma, geniş doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli ağı, güçlü eğitim ve kalite kontrol programları, yeniliği ve kaliteliyi sunma özelliği ve başarılı pazarlama stratejileri sayesinde rekabete devam etmelidir.

6- Pazar Genişletme Planı

Hızla gelişen sağlık sigorta şirketleri ve artan sigortalı sayısı, sigorta şirketlerinin rekabeti devam ettirebilmek için kullanıma ve maliyete önem vermelerine neden olmuştur. Sigorta şirketlerinin kaçınılmaz rekabeti sunulan sağlık hizmetlerinin daha da çeşitlenmesine neden olacaktır. Bu etkilerin altında firma sağlık hizmetlerine getirdiği yeni bakış açısı ve çeşitliliği ile gerekli piyasa payını kuruluşundan itibaren ilk 6 ay içerisinde ele geçirebilir.

Firma ilk olarak, daha önceki bölümlerde bahsedilen özelliklerinden dolayı İstanbul`da işletmeye başlamalıdır. Daha sonra Ankara, İzmir gibi ikinci derecede büyük şehirlerde ve daha sonra da Bursa, Adana, Antalya gibi üçüncü derecedeki şehirlerde

işletmeye açılmalıdır. Uzun dönemde de nüfus yoğunluğuna ve yapılacak pazar araştırmaları sonucuna bağlı olarak ülkenin belli başlı şehirlerinde firma ofisi açılarak tüm ülkeye yayılması planlanmalıdır.

7- Finansal Hedefler ve Tablolar

Finansal hedefler ve tablolar bir çok değişik amaç için kullanılabilir. Bu tablolar iç ve dış kullanıcılar için hazırlanır. İç kullanıcılar firmanın yöneticileri ve yönetim kuruludur. Dış kullanıcılar ise sınırsız sayıda tüzel ve özel kişi olabilir. Bunların arasında bankalar, yatırımcılar, leasing firmaları yer alır.

Ek 1'deki Proforma tablolarında firmalaşmanın yatırım gerekleri, finansal hedefler, harcamalar, yatırımın geri dönüş oranları ve firmanın karlılığı gibi hesaplamaların örnekleri gösterilmiştir. Yatırımcı, hastane yöneticileri, vakıf yöneticileri ve devlet sağlık kurumları idarecileri bu tablolardan yararlanarak gerekli karara varabilirler. Proforma tablolar yıllık bütçe hazırlanmalarında da kullanılır ve yeniden gözden geçirilmelidir.

Proforma tablolar aşağıdaki varsayımlardan yola çıkılarak hazırlanmıştır:

- Yılda ortalama çalışma gün sayısı 250`dir.
- Ziyaret saatlerine ulaşım için geçirilen tahmini zaman eklenmiştir.
- Bir hekim günde ortalama hasta evine 5 ziyaret yapar, bu da yılda toplam 1,250 ziyarete denk gelir.
- Bir hemşire günde ortalama 6, yılda 1,500 ziyaret yapabilir.
- Fizik terapist ve solunum terapisti günde ortalama 4, yılda toplam 1,000 ziyaret yapabilir.
- Hastabakıcı veya evde bakım asistanı ortalama günde 5 yılda 1,250 ziyaret yapabilir.
- İntravenöz tedavi uygulayacak hemşire yılda toplam 1,000 ziyaret yapabilir.
- Yıllık enflasyon, fiyat ve ücret artışları dolar üzerinden %5 olarak hesaplanmıştır.
- Tüm maaşlar brüt maaş olarak belirtilmiştir.
- 1 AD 80,000 TL karşılığı olarak hesap edilmiştir.

12 ve 24 saatlik hasta bakımları mümkün olduğu sürece sözleşmeli sağlık hizmetlileri kullanılarak gerçekleştirilir.

Yukardaki varsayımlar Houston'daki üç ayrı evde bakım kurumunda geçirilen toplam 2 aylık gözlem ve asistanlık dönemi sonucunda yapılan gözlemlere ve notlara dayanmaktadır. Bu varsayımlardan yola çıkılarak hazırlanan Ek-1'deki Proforma tabloları işletmenin açılması ve 5 yıl sonrası yatırım sonuçlarını içermektedir. Açılış öncesi toplam harcamaları 57,000 AD iken, 5 yıl sonu birikimli net kar yaklaşık 674,000 AD'na kadar ulaşmaktadır. Net gelir ortalama işletme gelirinin %30'u kadardır. Serbest nakit akışı beşinci yılın sonunda 400,000 AD kadar ulaşmaktadır.

C- YÖNTEM VE UYGULAMALAR

Evde bakım hizmetlerinin idaresi ve hizmet sunumu için temel yöntem ve uygulamaların saptanması gereklidir. Yöntem ve uygulamalar firmanın günlük işletmesi için gerekli kuralları içerir. Bu kurallar etkili ve kaliteli hizmet verilmesi için hasta ve çalışanların uyması gerekli kurallardır. Bu kurallar firmanın görev ve işletme anlayışını yansıtır. Firmanın idari, klinik ve insan kaynakları ile ilgili işlemleri yöntem ve uygulamalarda belirtilir.

Yöntem ve uygulamalar devamlı olarak değiştirilir veya yenileri geliştirilir. Firma, çalıştığı hekimlerden oluşan bir danışma kurulu oluşturarak yöntem ve uygulamaların düzenli bir şekilde geliştirilmesini ve yenilenmesini sağlar. Yöntem ve uygulamaların kullanılması danışma kurulunun onayından sonra yapılmalıdır. Yeni yöntem ve uygulamalar geliştirilirken personelden ve hastalardan gelen istekler değerlendirilir. Kalite geliştirme programlarının sonuçları da yöntem ve uygulamaların geliştirilmesinde kullanılır. Personel yöntem ve uygulamaların geliştirilmesinde olduğu kadar zamanı geçen veya yetersiz kalanları yönetime aktararak kaldırılmasında da rol alırlar.

Yöntem ve uygulamalar tüm personele en uygun biçimde duyurulmalıdır.. Personel işe alınırken ve düzenli aralıklarla yöntem ve uygulamalar hakkında bilgilendirilmelidir. Yöntem ve uygulamalar personelin her zaman ulaşabileceği mekanlarda tutulmalıdır. Herhangibir değişiklik durumunda olağanüstü toplantı anonsuyla yeni yöntem ve uygulamalar personele aktarılmalıdır.

Aşağıda içeriği önerilen yöntem ve uygulamaların örnekleri Ek II`de verilmiştir. Örnekler okuyucuya kolaylık olması için aynı sırayla gösterilmiştir. Örnekler yöntem ve uygulama geliştirecelerin kullanacakları bir referans tarzındadır. Bu yöntem ve uygulamalar kurulacak firmanın özelliğine ve işletme amaçlarına göre değiştirilmeli veya adapte edilmelidir. Ek III`te yöntem ve uygulamalarda bahsedilen formların bazılarından örnekler sunulmuştur.

1- İdari Yöntem ve Uygulamalar

a- Hizmet Koordinasyonu

Firmanın amacı, evde bakım gerektiren kişilerin evdeki sağlık problemlerini ve ihtiyaçlarını değerlendirmek, buna göre gerekli disiplindeki en kaliteli sağlık personelinin ve hasta bakımı ile ilgili olanları biraraya getirerek hasta bakımının evde de devamını koordine etmek ve hastanın ihtiyaçlarını en kaliteli sağlık hizmeti vererek karşılamaktır. Bu koordinasyonu sağlarken Dünya Sağlık Teşkilatına paralel olarak herhangi bir ırk, din, politik inanç ekonomik ve sosyal durum gözetmeksizin, fiziksel, ruhsal ve sosyal durumun toplum içerisinde yükselmesini sağlayacak kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasını amaç edinmelidir.

Firmanın hizmet verdiği alan saptanmalı ve hudutları çizilmelidir. Personel sayısının yeterliğine bağlı olarak saptanan bölgelere hizmet ulaştırılır. Firmanın çalışma gün ve saatleri belirlenmeli tanıtım broşürlerine ve tüzüklere bu bilgi geçirilmelidir. Normal çalışma saatleri dışında, haftasonları ve tatillerde normal ve acil hasta bakımının

sağlanması için gerekli hizmete nasıl ulaşılacağı ayrıntılarıyla belirtilmelidir. Ek-II'de bunun örnekleri görülebilir.

b- Hasta Kabul

Hangi tür hastanın evde bakım hizmeti göreceği belli kurallar kullanılarak verilmesi gereken bir karardır. Bazı hasta ve hastalıklar evde bakım hizmetlerinden yeterli yararı göremeyebilirler. Devamlı uyulan, düzenli bir hasta kabul kriteri geliştirmek ve yerleştirmek, firmanın hastadan ve sevk eden hekimden göreceği memnuniyet derecesini artıracaktır. Firma sigorta şirketleri veya devlet tarafından konulan kuralları da hastanın özelliğine göre takip etmek durumunda kalabilir ve buna hazırlıklı olmalıdır.

Hasta kabul değerlendirmesi yapılırken ilk olarak hastanın tıbbi durumunun, yaşadığı ortamın ve aile şartlarının değerlendirilmesi gereklidir. Hasta kabul değerlendirmesinin kimler tarafından, ne kadar sürede yapılacağı, bu değerlendirmenin hasta ve hasta doktoruna nasıl iletileceği belirlenmesi gereken kurallar arasındadır. Bazı özel durumlarda hastanın evde bakım hizmetlerine kabulü için karar yetkilisinin de belirlenmesi gereklidir. Kabul işleminin nasıl yapılacağı detaylarıyla belirtilmeli, herhangi bir farklı işlem gerektiren durumlarda hangi önlemlerin alınması gerektiği belirlenmelidir.

Kabul kuralları tıbbi olduğu kadar finansal da bir takım öğeler taşımaktadır. Hastanın ödeme kaynakları sosyal sigortalar, devlet kuruluşları, özel sigorta şirketleri veya hastanın kendi finansal kaynakları hastanın bu hizmete kabul edilmesinde ikinci bir önemli faktördür. Verilen hizmetleri devlet veya özel sigorta tarafından karşılanan hastalar, bu kuruluşlar tarafından konulan kurallar çerçevesinde ihtiyaçları olan hemşirelik, fizik tedavi ve her türlü diğer evde bakım hizmetlerine ulaşma hakkına sahiptirler. Bu kurallar çerçevesinde hasta kabulü yapılabilir. Evde bakım hizmetlerini kendi kaynaklarıyla karşılayacak hastaların kabulü için de bazı kriterler belirlemekte yarar vardır.

Hastane gibi bir sağlık kuruluşundan transfer olacak hastaların daha hastanedeyken, hastaneden taburcu planına katılmak ve hastanın bu geçiş dönemini en rahat bir şekilde geçirmesini sağlamak da önemlidir.

c- Tedavinin Devamı ve Taburcu Olma

Firmaya kabul edilen hastaların bakımının düzenli bir şekilde devam etmesi ve gerektiğinde bakımın sona erdirilmesi evde bakım hizmetlerinin kalite kontrol göstergelerinden biri olarak kabul edilir. Kabul edilen hastaya nasıl bir hizmet verileceği belirlenmeli ve hizmetin verilmesinde görevli sağlık personeli belirlenen plan çerçevesinde hareket etmelidir.

Belirlenen plandaki gelişmelerin hasta doktoruna nasıl iletileceği, bir hastaya hizmet veren birden fazla sağlık görevlisinin hasta gelişmesiyle ilgili birbirlerini nasıl bilgilendirecekleri Ek-II'de olduğu gibi belirlenmelidir. Uzun süreli tedavi planı olan hastaların hangi sıklıkta genel bir değerlendirmeden geçirileceği saptanmalıdır. Bu değerlendirmeler sonucunda hastanın taburcu olup olmamasına karar verileceğinden, taburcu olma kuralları belirlenmelidir. Verilen hizmetin yeterliliği aile ve hastanın verilen hizmete cevabı, yapılan tedavi planının uygunluğu hizmet devamı için gözönüne alınması gereken faktörlerdir. Taburcu kararını kimin hangi şartlarda alması gerektiği önemlidir. Genelde firma doktoru, hastanın doktoru, hasta ailesi ve hemşirelik direktörü bu kararı ortaklaşa alırlar. Zorunlu hallerde firma direktörünün kararına başvurulur. Taburcu olma kuralları tıbbi sonuçlar kadar bir takım sosyal ve finansal sonuçların da biçimlendirdiği kurallardır. Hastanın mali durumu ve ailenin içinde bulunduğu psikolojik durum taburcu olma kararlarını etkileyecektir.

Hastanın istenmeyen taburcu hali olan ölüm sonucu zorunlu hizmet kesintisi durumlarında da yapılması gerekenler belirlenmelidir. Böyle bir durumla karşılaşan evde bakım hizmetleri görevlilerinin yapılacak işlemlerden haberdar olmaları önemlidir.

Verilen hizmetler sona erdikten sonra hastanın yapması gereken takip işlemleri belritilmelidir.

ç- Tıbbi Personelin Görevlendirilmesi

Hastaya verilen sağlık hizmetinin hastaya en uygun biçimde koordine edilmesi sırasında hastaya en uygun sağlık personelinin görevlendirilmesi önemlidir. Personel arasındaki koordinasyonu kimin sağlayacağı saptanmalıdır. Ek-II'de belirtildiği gibi hastaların yaşadıkları bölge, bulundukları ortam, verilecek hizmetin çeşidi hastalara bakmakla görevlendirilecek personelin seçiminde önemlidir. Bazı hastaların özel istekleri ve personelin tercihleri de biraraya getirilerek hasta ve personel eşleştirilmelidir.

d- Ev Ziyaretinde Uyulması Gerekenler

Evde verilen sağlık hizmeti ile hastanede verilen sağlık hizmeti arasında bir çok yönden farklılıklar vardır. Evde hasta ve hasta ailesi mekanın sahibi iken, hemşire sadece bir misafirdir. Bunun tam tersi hastane durumunda söz konusudur. Hastanede hemşire evsahibi, hasta ise misafirdir. Bu her zaman görevli sağlık personelinin, özellikle hemşirelerin çalışmalarında gözönüne alacakları bir kural olmalıdır. Başkalarının hakkına saygılı olmak başarılı evde bakım hizmeti için önemli noktalardan biridir. Hasta haklarını kişisel gizlilik prensiplerine dayanarak korumak ve gözetmek gereklidir.

Teknik yetenek verilen hizmetin sadece bir parçasını kapsamaktadır. Hastaya ve ailesine gösterilecek saygı verilen hizmeti tamamlar. Ev ziyareti yapılırken görevli sağlık personelinin dikkate alacağı bir takım davranış kurallarının saptanması gereklidir. Bu kurallar hasta evine yapılacak ziyaretin zamanlamasını, hastaya ve ailesine gerekli değişikliklerin iletilmesini, hasta evine giriş-çıkış ve hasta evinde davranış biçimlerini kapsamalıdır. Hastanın hastalığı, tedavi planı ve ev halkının sosyal yaşam şartları hasta evine yapılacak ziyareti etkileyecektir. Örneğin, hastanın eşi ve evde oturanlar gece çalışıyorlarsa öğleden sonra yapılacak bir ziyaret hoş karşılanmayabilir. Diyabetik bir hastanın en büyük öğünü sabah saat 7'de olduğundan ziyaret saati buna göre ayarlanmalıdır.

Hastalar evlerinde alışkın oldukları davranışları sağlıklarını etkilemediği sürece devam ettirmek isterler. Sağlık görevlileri bu istekler çerçevesinde mümkün olduğu derecede verdikleri bakımı düzenleyebilirler.

Hiç bir ev hastane gibi teçhizatlandırılmamıştır. Sağlık görevlisi yaratıcılık gücüyle evde bulunan en az sayıdaki teçhizatı kullanarak, verilebilecek en iyi sağlık hizmetini sunabilmelidir. Ayrıca hemşire kendi sınırlarını bilmeli ve tıbbi bir teknik veya yöntem hasta açısından tehlikeli ve pratik değilse bunun farkına varmalı ve uygulamamalıdır. Ek-II`de gösterildiği şekilde bu tür kuralları yazılı hale getirmek ve herkesin uymasını sağlamak gereklidir.

e- Hasta Bakımı İçin Gerekli Güvenlik Şartları

Hasta evinde veya hasta evinin etrafında hastanın ve personelin güvenliğini tehlikeye düşürecek durumlardan korunma yöntemleri saptanmalıdır. Hasta evinde veya etrafında herhangi bir güvensiz ve tehlikeli durumla karşılaştığında sağlık personelinin doğru hareket etmesini sağlayacak metodlar saptanmalıdır. Hasta evinde yangın veya buna benzer bir tehlike anında sağlık personelinin aynı düzen içerisinde hareket etmesini sağlamak bu metodların saptanmasıyla mümkündür. Bu metodları takip eden personel zor durumlarda bile yapılması gerekenleri bilerek uygular. Metodların kapsamında fiziksel ve sözlü saldırıya uğrama durumunda yapılacaklarla, ulaşım zorluklarında takip edilecek kurallar da bulunur. Ek-II`de bu metodlara örnekler verilmiştir.

f- Acil Durum veya Felaket Şartlarına Hazırlanma

Devamlı hizmeti gerektiren evde bakım gibi bir sağlık hizmetinde acil durumlar için gerekli olacak işlemlerin hazırlanması önemlidir. Ek-II`de örneği verilen, kötü hava şartlarında alınması gereken tedbirler ve sorumluların yapması gereken işlemlerin sıralandığı acil durum planları hazırlanmalıdır.

g- Şikayet Mekanizması

Sağlık hizmeti olarak evde bakım hizmetleri müşteri şikayetlerini yerinde ve zamanında yakalayıp hastaların memnuniyet derecelerini artırmaya çalışmalıdır. Firmanın ilk görevi hasta ve ailelerine herhangi bir şikayet anında yapılması gereken işlemleri tanıtmak ve göstermek olmalıdır. Ek-II'de örneği verildiği üzere, şikayet durumlarında izlenecek kurallar da belirlenmelidir. Hasta şikayetlerini takipten kimin sorumlu olduğu açıkça belirtilmelidir.

h- Hasta Tatmin Anketi

Hastanın kabulünden, hizmet sonuna kadar olan dönemde kendisine verilen sağlık ve organizasyon hizmetini değerlendirmek gereklidir. Hasta memnuniyeti olarak adlandıracağımız bu değerlendirme bir dizi soruları içeren anket formlarıyla yapılabilir. Tatmin değerlendirmelerinin hasta bakımını iyileştirmek üzere nasıl kullanılacağı belirtilmelidir.

1- Olay ve Kaza Raporlama

Bir çok alet ve teknolojinin kullanıldığı evde bakım sırasında hastaya bağlı veya fiziksel bir olay meydana gelebilir. Bu tür olayların meydana gelişinden korunma yöntemleri ile olduğunda yapılması gerekenler belirtilmelidir. Ek-II'de bu konuyla ilgili yöntem ve yönetmeliklerin örnekleri sıralanmıştır.

2- Klinik Yöntem ve Uygulamalar

a- Doktor Direktiflerinin Alımı ve İşleme Koyma

Evde bakım hizmetleri verilirken hastanın doktorunun verdiği direktifler önemlidir. Firma doktorunun hastaya yapacağı müdahalelerde de hasta doktorunun

belirlediği limitler geçerli olmalıdır. Firma hasta doktorunun direktiflerinin uygun olarak alınmasından ve uygulanmasından emin olmak durumundadır. Hastanın gelişmesi de hasta doktoruna yeterli bir zaman içinde iletilmeli ve yeni direktifler doğrultusunda hasta bakımı şekillendirilmelidir.

b- Hasta Bakım Planı Geliştirme, Takip ve Değiştirme

Evde bakım hizmeti verilen hastaların bakım planlarının uygun bir şekilde geliştirilmesi ve düzenli bir şekilde değiştirilmesi gereklidir. Bakım planının uygulanmasından ve gerektiği zamanlarda değiştirilmesinden emin olmak için de gerekli kuralların konması şarttır. Hasta bakım planı hastanın ilk ve devamlı değerlendirmesine bağlı olarak uygun ve ölçülebilir hedefleri olan, hastanın problemlerini ve ihtiyaçlarını saptayan bir plan olmalıdır. Hasta bakım planı içerisinde hastaya uygun ve özel olarak verilecek hizmetler, hastanın hedeflerine ulaşması için yapılması gereken faaliyetler, verilecek hizmetin uygunluğu, cinsi, sıklığı ve zamanı belirtilir. Ek-II'de gösterildiği gibi planın uygulanmasından kimin sorumlu olduğu ve hangi sıklıkla yenilenmesi gerektiği belirtilmelidir.

c- Acil Durumdaki Hastalar

Acil durumda olan hastanın zamanında ve uygun bir şekilde bakımının yapılmasını sağlamak için gerekli mekanizmalar oluşturulmalıdır. Bu mekanizmalar sağlık görevlilerinin acil hasta durumuyla karşılaştıklarında yapması gereken işlemlerle aile üyelerinin aynı şartlarda yapmaları gereken işlemleri kapsamalıdır.

ç- Hasta Dosyası ve Dökümantasyonu

Hastaya verilen bakımın kaydının uygun bir şekilde tutulmasını sağlamak evde bakım için hem kayıtların yeterliliği hem de sonuçların kanıtlanabilmesi açısından önemlidir. Örneği Ek-II'de gösterildiği gibi hasta dosyalarının organizasyonu ve

gerektiğinde kullanılmaya hazır olmaları önemlidir. Bunun en kolay yolu kayıt işlemlerini standardize etmektir.

Hastaya verilen bakım, bakımı veren kişi tarafından kaydedilmeli, bu kayıt mümkünse ziyaret sırasında veya ziyaret sonrasında yapılmalıdır. Hasta doktoru ile yapılan sözlü veya yazılı iletişim, hastaya bakım veren diğer sağlık elemanları ile yapılan konsültasyon hemşire notlarında gösterilmeli ve kaydedilmelidir.

d- Hemşire Bakımı

Kabul edilmiş hemşire bakım standartlarının uygulanması evde verilen bakım şartlarında farklı bir takım kuralları gerektirir. Özellikle bazı hastalıklar için evde bakım hemşirelik standartları uyarlanmalıdır. Evde bakım hemşirelik standartları doktor direktiflerinin alınmasından sonra akut veya kronik hastalıklar için uygulanabilir.

Hemşire standardalarında ters ilaç reaksiyonları, özel tedavi yöntemleri gibi durumlarda yapılması gerekenler ayrıntılarıyla belirtilmelidir.

e- Genel Enfeksiyon Kontrol

Evde bakım hizmetlerinde sağlık görevlileri devamlı hareket halinde olduğundan enfeksiyonun bir kaynaktan diğerine yayılma riski vardır. Böyle bir yayılmayı kontrol etmek ve önlem almak için gerekli metodlar kullanılmalıdır. Hemşire ve diğer sağlık personeli Ek-II'de örneği verilen enfeksiyon kontrol yönetmelik ve yöntemlerini uygulamak ile yükümlü olmalıdırlar.

Personel için özel enfeksiyon kontrol programları geliştirilmeli, personelin bu programlara devamı zorunlu kılınmalıdır. Personelin teknik deneyimlerinin ve becerilerinin kontrolunda enfeksiyon ve asepsi hakkındaki bilgileri ve bu konuda firmanın koyduğu kuralları takip edip etmemeleri önem taşımaktadır.

Hasta ve aileleri için de eğitim amaçlı programlar hazırlanabilir. Bu programlarda basit enfeksiyondan korunma kurallarından bahsedilebilir.

f- Dekontaminasyon ve Sterilizasyon

Hastaya evinde verilen tedavide de bir çok steril ve tek kullanımlık malzeme kullanılır. Malzemelerin steril olarak hazırlanması ve steril aletlerin kalite kontrolü sterilitenin devamı açısından önemlidir. Son kullanma tarihi geçmiş malzeme ve aletlerin raflarda bulunmasını önlemek ve steril malzemenin her zaman el altında bulunmasını sağlamak için belirlenecek kurallara uymak gerekir.

g- Enfeksiyonların Kaydı

Hasta, hasta ailesi ve sağlık personeli arasında karşılıklı kontaminasyondan korunma ve böyle bir durum olduğunda kontrol etmek de enfeksiyon kontrol açısından önemlidir. Evde bakım hizmeti verilmeye başlandıktan sonra enfeksiyon tanısı konulan hastalar belirlenmeli ve yakından takip edilmelidir.

h- Özel Bakım- Fizik Terapi, Solunum Terapi, Psikoterapi ve Diyet Konsultasyon

Hastanın gerekli teknik ve tıbbi bilgi gerektiren bakımının evde uygun ve emniyetli bir şekilde uygulanması için bu tür bakımları verirken sağlık görevlilerin izlemesi gereken kurallar belirlenmelidir. Sağlık görevlileri Ek-II`de örnekleri verilen kuralları uygulamakla sorumlu tutulmalıdırlar.

3- İnsan Kaynakları Yöntem ve Uygulamalar

Personelin işe alınması sırasında gerekecek dökümanlarla, işte devamlılığı için gereken kurallar belirlenerek bu yöntemler her türlü sağlık personeline uygulanmalıdır. Sağlık personel dosyalarının yeterli ve düzenli olarak yenilenmesi, kaliteli ve devamlı kontrolden geçen bir kadronun işaretidir.

Personelin işe alınması sonrasında firma yöntem ve uygulamalarının tanıtılması ve tıbbi personelin evde bakım yöntemleriyle ilgili bilgilendirilmesi için personel oryantasyon programları hazırlanmalıdır. Oryantasyon programına katılma kuralları belirlenerek her çalışana uygulanmalıdır.

Evde bakım hizmetleri hem kadrolu hem sözleşmeli personel ile verilebileceğinden, bu personelde aranan özellikler önceden belirlenmelidir. Belirlenen bu özelliklere göre her personel grubu için iş tanımları hazırlanmalıdır. Personel tıbbi bilgi ve teknik becerisinin düzenli bir şekilde takip edilmesi ve geliştirilmesi, iş tanımlarında belirtilen performansa göre karşılaştırmayla mümkündür. Performans değerlendirmelerinin nasıl ve hangi aralıklarla yapılacağı belirtilmelidir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Evde bakım hizmetleri Türkiye için yeni bir sağlık hizmet sunum şekli olmasına rağmen, ABD ve diğer ülkelerde yıllardır değişik şekilleri uygulanan bir sektördür. Son 10 yılda, yüksek teknoloji evde bakım hizmetleri sayesinde, evle hastane, yoğun bakımla yatak odası arasındaki mesafeler kısalmış, eğitilmiş sağlık personeli, hasta ve hasta ailesi sağlık hizmetinde ekip olarak aktif rol almışlardır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri finans kaynaklarının değişmesi ve gelişmesinin, evde bakım hizmetleri üzerinde büyük etkisi olacaktır. Hastaların hastanelerden daha çabuk taburcu olmalarına neden olan ödeme metodları, tıbbi bakımın evde de devamı ihtiyacını doğuracaktır. Evde kalan yaşlı nüfusu evde bakım hizmetlerine ihtiyacı olan büyük bir grubu oluştursa da, diğer yaş gruplarının ve hastalıkların da evde bakımdan yararlandığı önceki bölümlerde tartışılmıştır.

Evde bakımın yararları sıralanmaya kalkışıldığında oldukça kabarık bir liste olur. Listenin başında evde bakımın hastaneden erken taburcu olmayı sağlaması ve hastaneye yatışı geciktirmesi gelir. Bunun sonucu olarak da sağlık hizmet maliyetleri düşer, hastalar alıştıkları bir ortamda olduklarından iyileşme süreleri kısalmış. Evde bakım doktorun evdeki bir uzantısı gibidir. Hastanın doktoru evde hastaya bakan sağlık görevlileri sayesinde hastanın gelişmesinden, çıkabilecek komplikasyonlardan haberdar olur. Verilen hizmetler birebirdir ve kişisel ihtiyaçlara göre düzenlenebilir. Hastaneler ve huzurevleri belli bir düzenin sağlanabilmesi için kuralları olan ve bu kurallara uyulması gereken yerlerdir. Halbuki evde kişi kendi kurallarıyla yaşar ve evine gelenler kişinin kurallarına göre hareket ederler. Hastanelerde uygulanabilen geleneksel birçok tedavi yöntemi gelişen teknoloji sayesinde evde rahatlıkla uygulanabilir ve birim maliyeti daha da ucuza mal olabilir. Evde bakım Türk kültürünü en iyi şekilde temsil eden, sağlık bakımının hastanın evinde sağlandığı bir yöntemdir.

Evde sunulabilen hizmetlerin başında hemşirelik hizmeti gelir. Uzman hemşireler veya yüksek hemşireler, geleneksel hemşire bakımından yüksek teknoloji tedavi uygulamalarına kadar değişik dallarda hizmet verebilirler. İntravenöz tedaviden hastanın yara bakımına kadar, kemoterapi uygulanmasından diyaliz kateterinin temizliğine kadar

geniş bir alandaki hemşirelik hizmetleri evde verilebilir. Hastanın doktorunun verdiği plana göre hareket eden hemşire hastadaki herhangi bir değişikliği anında haber vererek doktorun hasta evindeki gözü gibi davranır. Hemşire hastaya verilen diğer hizmetleri de kontrol eder.

Hastabakıcılar hemşirelerin kontrolunda hastanın günlük temizlik, banyo, traş gibi ihtiyaçlarının yanısıra hastaya yataktan kalkış, yürüyüş gibi aktivitelerinde refakat eder. Hastaya alacağı ilaçları hatırlatmak ve aldığından emin olmak da hastabakıcının görevleri arasındadır.

Fizik terapistler kolaylıkla fizik tedavi uzmanının verdiği tedavi egzersizlerinin uygulanmasını sağlar. Hareket kısıtlılığı olan felçli, Parkinson hastalığı olan, şiddetli artiritli ve multipl sklerozlu hastaların tedavisinde fizik terapistler bazı fizik tedavi yöntemlerini hasta doktorunun direktiflerini takip ederek yerine getirebilirler.

Solunum terapistleri bu konuda uzmanlaşmış sağlık elemanları olup solunumla ilgili hastalığı olan hastalara solunum masajı, solunum aletlerinin takılması ve kullanılmasının öğretilmesi gibi hizmetleri verirler.

Hasta evine hava filtrelerinden, hastane yatağına, tekerlekli sandalyeden intravenöz tedavi pompalarına kadar bir çok alet yerleştirilerek hasta evinin hastane şartlarına yakın hale getirilmesine çalışılır.

Evde bakım hizmetleri Türkiye`de bir ihtiyaçtır ve profesyonel bir şekilde kurularak işletilmesi gereklidir. ABD ve diğer ülkelerin bu konudaki tecrübesi ve geçirdikleri dönemler yakından izlenmeli ve bu yeni alternatif sağlık hizmeti başından sağlıklı bir şekilde yaratılmalıdır. Evde bakım hizmetlerinin, yüksek teknolojinin etkisi, sosyal ve politik çevrelerin baskıları ile kalite kontrolsuz, insan olgusundan uzak, hasta ve aile üzerinde baskı yaratan bir sağlık hizmeti şekli olmasına izin verilmeden gelişmesi sağlanmalıdır. Evde bakım hizmetlerinin yeterli, uygun ve etkili kullanımları sağlanmalıdır. Evde bakım için gerekli eğitim programları, kılavuzlar, kalite kontrol ölçekleri hazırlanmalı ve programlar yakın değerlendirmede olmalıdır.

Türkiye`de evde bakım hizmetleri yöneticileri, firmalarını iç ve dış etkenlerin değişmesine, ekonominin durumuna, kanun ve tüzüklerin yaptırımlarına rağmen etkili ve yetkin bir şekilde idare etmelidirler. Bunu yaparken işletme yönetimi kurallarını

uygulamalı ve bu yeni sağlık hizmeti türünü bir işletme olarak görmelidirler. Türkiye`de evde bakım hizmetleri firmalaşırken ve firmalaşmadan sonra bazı zorluklarla karşılaşılabilir. Örneğin:

- devamlı değişen sağlık hizmetleri ortamında kaliteli sağlık hizmetinin oluşturulması ve devamının sağlanması,
- evde bakım firmasını gelir getiren bir yatırım olarak tutmak,
- kaliteli sağlık ve destek personelinin oluşturmak ve bu personeli devamlı elde tutmak,
- personel eğitim programlarını yerinde ve uygun bir şekilde yapmak,
- sevk kaynaklarını bu yeni hizmet konusunda devamlı eğitmek,
- hasta ve hekim tatminini en yüksek seviyede tutmak,
- yöntem ve uygulamaların herkes tarafından takip edilmesini sağlamak.

İstanbul`da firmalaştırılarak ülkeye yayılması önerilen evde bakım hizmetlerinin devamı ve başarısı için bazı stratejilerin izlenmesi gereklidir. Maliyeti düşük ve kaliteli bakımın sunulması bu stratejilerin başında gelmelidir. Hasta sonuçlarının değerlendirilip böylece kaliteli bakımın kanıtlanması gereklidir. Devlet sağlık hizmetleri planlarını yakından izlemek ve ödeme kaynaklarını buna göre belirlemek gereklidir. Bunları yaparken sağlam bir işletme planı hazırlanmalı ve bu plan çerçevesinde hareket edilmelidir. Hastaların sadece bakımı değil sağlık eğitimleriyle ilgilenmek de stratejilerden biri olmalıdır.

Bu çalışmada, evde bakım hizmetlerinin kurulma gerekleri ve nasıl firmalaşması gerektiği anlatılmış ve bu alternatif sağlık hizmetinin başarılı bir yatırım olup olamayacağı tartışılmıştır. Evde bakım hizmetleri diğer sağlık kurumları gibi, işletmenin devamı için temel iş, ticaret ve hizmet sunumu kurallarını izlerken, insan olgusunu bir kenara bırakmadan kişilerin sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını bulundukları ortamda sağlayarak gelecekte de başarılı olabilir.

Tıbbi teknolojinin hızla ilerlediği çağımızda, ülkemiz alternatif sağlık hizmetlerinin kamu kurumu dışında sunulması konusunda aynı hıza ulaşamamıştır. Devlet destekli kamu kurumları da alternatif sağlık hizmetlerinin sadece bazılarını

sunmakta ve çağımız sağlık sistemlerinin eksikliği hissedilmektedir. Türkiye bu eksikliği açılacak finansal, tıbbi ve sosyal açıdan başarılı evde bakım firmaları ile kolayca kapatacaktır.



YARARLANILAN KAYNAKLAR

American Medical Association, Center for Health Policy Research, Physician Marketplace Update, Vol 2, Num. 2, March 1991

Amerikan Hastanesi Genel Müdürlüğü Görüşme Notları, Haziran 1996, İstanbul

Anonim, "Guidelines for the medical management of the home-care patient". American Association of Home Care Advisory Panel, Archives of Family Medicine, February 1993, 2(2)

Anderson W. F., Cowan N. R. , "A Consultative Health Centre For Older People", Lancet

Arras J.D., Bringing the Hospital Home- Ethical and Social İmplications of High-Tech Home Care, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1995

August D.A. ve diğerleri, "Home parenteral nutrition of patients with inoperable malignant bowel obstruction", Journal of Parenteral Enteral Nutrition, May-June 1991, 15(3)

Barrowclough F., Pinel C., Geriatric Care for Nurses, Oregon, 1979

Bernstein L.H., "An update on home intravenous antibiotic therapy", Geriatrics, June 1991, 46(6)

Brooks, M.J., "Assesment and nursing management of homebound clients with urinary incontinence", Home Healthcare Nurse, September-October 1995, 13(5)

Bruera, E., "Ambulatory infusion services in the continuing care of patients with advanced diseases", Journal of Pain Symptom Management, October 1990, 5(5)

Cetron M., "The public opinion of home care: a survey report executive summary", Caring 1985; 4(10)

Challis D., ve diğerleri, "An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients", Age Ageing, July 1991, 20(4)

Clarfield A.M., Bergman H., "Medical home care services for the housebond elderly", Canadian Medical Association Journal, January 1, 1991, 144(1)

Clark, A. N. G., "The Diogenes Syndrome", Nursing Times , 71, 1975

Clini E., Vitacca M., "From intermediate unit to home care", Monaldi Archives for Chest Disease, December 1994, 49(6)

Coleman, B.J., "European models of long-term care in the home and community", **International Journal of Health Services**, 1995, 25(3)

Columbia Health Care System, Stratejik Planlama Ofisi, Houston, TX

Devlet İstatistik Enstitüsü, **İstatistiki Göstergeler 1991**

Dee-Kelly P.A., Heller S., Sibley M., "Managed care. An opportunity for home care agencies", **Nursing Clinics of North America**, September 1994, 29(3)

Devlet İstatistik Enstitüsü, **İstatistik Yıllığı 1991**

Devlet İstatistik Enstitüsü, **İstatistik Yıllığı 1993**

Devlet İstatistik Enstitüsü, **İstatistik Yıllığı 1994**

Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu, **Bulletin**, Aralık 1993

Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu, **Video 94 Graphics**, Ocak 1994

Easton L.S., Cogen R., Fulcomer F.M., "Effect of Medicare prospective payment system on a home health agency: changes in patient population and services provided", **Applications of Nursing Residency**, August 1991, 4(3)

Ekonomik Panaroma, 19 Aralık, 1992

Eustis N.N., Fischer L.R., "Relationship between home care clients and their workers: implications for quality of care", **Gerontologist**, August 1991, 31(4)

Ferris, B.A., "A neonatal intravenous antibiotic therapy program", **Journal Intravenous Nursing**, November-December 1990, 13(6)

Fields A.I., ve diğerleri, "Home care cost-effectiveness for respiratory technology-dependent children", **American Journal of Disabled Children**, July 1991, 145(7)

Ginzberg, Eli, **The U.S. Health Care System- A look to the 1990s**, New Jersey, Rowman & Allanheld Publishers, 1985

Graham D.R., ve diğerleri, "Infectious complications among patients receiving home intravenous therapy with peripheral, central, or peripherally placed central venous catheters", **American Journal of Medicine**, September 16, 1991, 91(3B)

Grieco A.J., "Physicians guide to managing home care of older patients", **Geriatrics**, May 1991, 46(5)

Gugger M., "Mechanical home ventilation - methods and technique", **Therapeutica Umsch.**, November 1990, 47(11)

Haddad A.M., "Ethical Problems in Home Healthcare", JONA, March 1992, Vol.22, No.3

Haggerty M.C., Stockdale-Woolley R., Nair S., "An innovative home care program for the patient with chronic obstructive pulmonary disease", Chest, September 1991, 100(3)

Harris M.D., Handbook of Home Health Care Administration, Gaithersburg, Md., Aspen Publication, 1994

Heikkinen E., Waters W.E., Brzezinski Z.J., "The Elderly In Eleven Countries, A Sociomedical Survey", World Health Organization, Albany, NY, WHO Publications Centre U.S.A., 1983

Home Health Line, January 12, 1992

Home Health Line, February 19, 1992

Home Health Line, May 18, 1992

Home Health Line, May 27, 1992

Home Health Line, June 10, 1992

Home Health Line, August 19, 1992

Homza, S.A., "Continuous home heparin infusion therapy in the ambulatory patient, Journal of Intravenous Nursing, January-February 1991, 14(1)

International Hospital Genel Müdürlüğü Görüşme Notları, Haziran 1996, İstanbul

İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Ekim 1995 Raporu

İstanbul Ticaret Odası, 1990 Raporu

Kaiser Permanente California, 1996 İlk Yarı Corporate Raporu

Kapital Dergisi, Haziran 1993

Katz K.S., Baker C., Osborn D., "Home health care: surmounting the obstacles to Medicare coverage", Geriatrics, April 1991, 46(4)

Klug R.M., "Understanding private insurance for funding pediatric home care", Pediatric Nursing, March-April 1991, 17(2)

Knoblauch A., Walther P., "Home ventilatory support - retrospective view and perspectives", Therapeutica Umsch, November 1990, 47(11)

Lerman, Dan, Home Care - Positioning the Hospital for the Future, American Hospital Association, 1987, U.S.A.

- Jack A., "Home: A place in the world", **Social Research**, 1991, 58, s. 5-307
- Marks IM, ve diğerleri, "Home-based versus hospital based care for people with serious mental illness", **British Journal of Psychiatry**, August 1994, 165(2)
- Medicare, HCFA Demonstration Project 1995 Report (1993 MedPAR)
- "Medicare program: prospective payments for Medicare inpatient hospital services", **Federal Register**, 1983; 48 (171)
- MedNet Sağlık Hizmetleri Görüşme Notları, Haziran 1996, İstanbul
- MedPro Month, November 1991, Vol.1: No: 11
- Mizuguchi, T., "Cancer-pain management in home care", **Gan to Kagaku Ryoho (Japanese Journal of Cancer & Chemotherapy)**, September 1995, 22(11)
- Moyer N., "Public policy, poitics, and home health care", **Home Healthcare Nurse**, 1986, 4
- Nathanson, Martha Dale, **Home Health Care Answer Book**, Gaithersburg, Md., Aspen Publication, 1995
- Noone C., Szekely L., "Working with consultants to achieve home health agency goals", **Journal of Nursing Administration**, October 1991, 21(10)
- Orr M.E., Ryder M.A., "Vascular access devices: perspectives on designs, complications, and management", **Nutrition in Clinical Practice**, August 1993, 8(4)
- Porter Mary, **Sexuality and People With Physical Disabilities: Report on a Study**, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1987
- Quint R.D. ve diğerleri, "Home-care for ventilator-dependent children, psychosocial impact on the family", **American Journal of Disable Children**, November 1990, 144 (11)
- Rich D.S., Ayers N., "Hospital selection of home infusion therapy companies as preferred providers", **American Journal of Hospital Pharmacy**, July 1992, vol. 49
- Riley P.A., Fortinsky R.H., Coburn A.F., "Developing consumer-centered quality assurance strategies for home care. A case management model", **Journal of Case Management**, 1992, 1(2)
- Rooney A.L., Biere D.M., "Demonstrating excellence in home care through Joint Commission accreditation", **Journal of Nursing Administration**, September 1992, 22(9)
- Schmidt C.E. ve diğerleri, "Marketing the home healthcare agency, do nurses and physicians agree? ", **Journal of Nursing Administration**, November 1990, 20(11)

Singer P. ve diğeri, "Risks and benefits of home parenteral nutrition in the acquired immunodeficiency syndrome", **Journal of Parenteral Enteral Nutrition**, January-February 1991, 15(1)

Spencer J., "Caring for a terminally ill person with pain, at home.-an Australian perspective", **Cancer Nursing**, February 1991, 14(1)

Spiegel A.D., **Home Health Care**, Owings Mills, Md., National Health Publishing, 1987

State Privatization Organization, **Privatization in Turkey**, Turkish - American Business Council Presentation, 1995

U.S. House Select Committee on Aging, **Building a Long-Term Care System: Home Care Data and İmplications**, October 1984, No. 98-484

Ueda T. ve diğeri, "Management of voiding dysfunction in elderly patients: prognosis 1 year after discharge form hospital", **Hinyokika Kiy- Acta Urologica Japonica**, November 1994, 40(11)

Teigen T., "Patients go home for care, but fo their doctors make house calls? ", **Minn. Medicine**, May 1991, 74(5), s. 15-9

Turan, S., **Hastanelerde Matriks Organizasyon İşleyişinin Hemşireler Üzerindeki Etkileri, Yarattığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, 1995, s. 1

Webb L.Z., Berquist S.L., "Standardized care plans for home care", **Home Healthcare Nurse**, November- December 1990, 8(6)

World Bank Report, 1989

Yazgaç, R., **İstanbul`da Dört Huzurevinde Yapılan Araştırma**, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1992

Wagner, M., "All homecare segments report gains", **Modern Healthcare**, May18, 1992, s. 105

Zuckerman C., Dubler N.N., Collopy B., **Home Health Care Options- A Guide for Older Persons and Concerned Families**, New York, Insight Books, 1990

EKLER

EK I - PRO-FORMA FİNANSAL TABLOLAR



EVDE BAKIM HİZMETLERİ 5 YILLIK FİNANSAL HEDEFLER
SERBEST NAKİT AKIŞ TABLOSU

SERBEST NAKİT AKIŞI

	1. YIL	2. YIL	3. YIL	4. YIL	5. YIL
NET KAR	\$34.6	\$179.0	\$276.3	\$332.4	\$396.0
AÇILIŞ ÖNCESİ AMORTİSMAN (EKLE)	\$1.2	\$1.2	\$1.2	\$1.2	\$1.2
SABİT MAL AMORTİSMANI (EKLE)	\$10.1	\$10.4	\$10.4	\$10.7	\$10.7
SABİT MAL HARCAMALARI (ÇIKAR)	\$10.0	\$1.5	\$0.0	\$1.5	\$0.0
TOPLAM	\$35.9	\$189.1	\$287.9	\$342.8	\$407.9

**EVDE BAKIM HİZMETLERİ 5 YILLIK FİNANSAL HEDEFLER
PROFORMA GELİR-GİDER TABLOSU**

(ADET)

VARSAYIMLAR	1. YIL	2. YIL	3. YIL	4. YIL	5. YIL
HASTA ZİYARETLERİ SAYISI	10,301	19,510	25,995	30,314	35,056
MALZEME VE KÜÇÜK ALET	4,500	8,100	12,150	13,365	14,702
TIBBİ CİHAZ	1,000	1,850	2,775	3,053	3,358

(1,000 USD)

GELİRLER	1. YIL	2. YIL	3. YIL	4. YIL	5. YIL
EVDE BAKIM HİZMET GELİRİ	274.3	506.1	685.5	797.6	923.6
MALZEME VE KÜÇÜK ALET	22.5	40.5	60.8	66.8	73.5
TIBBİ CİHAZ	20.0	37.0	55.5	61.1	67.2
TOPLAM GELİR	316.8	583.6	801.8	925.5	1,064.2

(1,000 USD)

İŞLETME HARCAMALARI	1. YIL	2. YIL	3. YIL	4. YIL	5. YIL
ÜCRETLER	115.1	136.8	143.7	158.4	173.8
SÖZLEŞMELİ PERSONEL	125.3	225.5	338.3	389.1	447.4
MALZEME VE ALETLER	3.7	2.6	2.3	2.7	2.5
HİZMETLER VE DİĞER	26.8	28.1	29.5	31.0	32.6
AÇILIŞ ÖNCESİ AMORTİSMANI	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
SABİT MAL AMORTİSMANI	10.1	10.4	10.4	10.7	10.7
TOPLAM	\$282.2	\$404.6	\$525.5	\$593.1	\$668.2

NET GELİR 34.6 179.0 276.3 332.4 396.0

VERGİ (%46) (0.0) (82.3) (127.1) (152.9) (182.2)

NET KAR 34.6 96.6 149.2 179.5 213.9

BİRİKİMLİ NET KAR 34.6 131.3 280.5 460.0 673.9

EVDE BAKIM HİZMETLERİ 5 YILLIK FİNANSAL HEDEFLER

(USD)

SAYIMLAR	1. YIL	2. YIL	3. YIL	4. YIL	5. YIL
TA ZİYARETLERİ SAYISI					
Kadrolu Personel					
Doktor	890	1,200	1,200	1,200	1,200
Uzman Hemşire (IV)	0	780	1,000	1,000	1,000
Hemşire	1,050	3,000	3,000	4,500	6,000
Fizik Terapist	750	1,000	1,000	1,000	1,000
Solunum Terapist	650	1,000	1,000	1,000	1,000
Sözleşmeli Personel					
Doktor	460	828	1,242	1,428	1,643
Uzman Hemşire (IV)	560	1,008	1,512	1,739	2,000
Hemşire	1,200	2,160	3,240	3,726	4,285
Fizik Terapist	400	720	1,080	1,242	1,428
Solunum Terapist	250	450	675	776	893
Diyetisyen	156	281	421	484	557
Hastabakıcı/Evde Bakım Asist	1,785	3,213	4,820	5,542	6,374
Özel Hemşire	2,150	3,870	5,805	6,676	7,677
Toplam	10,301	19,510	25,995	30,314	35,056
MALZEME VE KÜÇÜK ALET	4,500	8,100	12,150	13,365	14,702
(ADET ÜZERİNDEN)					
TIBBİ CİHAZ	1,000	1,850	2,775	3,053	3,358
(ADET ÜZERİNDEN)					
Gelirin %70'i sözleşmeli personele ödenir. Doktor ziyareti 50 USD'dir. tedavi ziyareti 25 USD'dir. enel hemşire ziyareti 15 USD'dir. Fizik ve Solunum terapist ziyareti 25 USD'dir. Diyetisyen ziyareti 25 USD'dir. Hastabakıcı/evde bakım asistanı ziyareti 10 USD'dir. Özel hemşire kalışı 40 USD'dir. Ortalama hasta başına kullanılan malzeme 5 USD'dir. Ortalama tıbbi cihaz fiyatı 20 USD'dir. İlk yıl büyüme hızı %75-100, ikinci yıl büyüme hızı %50 olarak hedeflenmiştir. Büyüme hızı takibeden yıllarda %10 - 15 olarak hedeflenmiştir. Enflasyon AD üzerinden yıllık %5 olarak hizmet fiyatları ve harcamalara uygulanmıştır.					

VDE BAKIM HİZMETLERİ 5 YILLIK FİNANSAL HEDEFLER

(milyon USD)

RİLER	1. YIL	2. YIL	3. YIL	4. YIL	5. YIL
VDE BAKIM HİZMET GELİRİ	274.3	506.1	685.5	797.6	923.6
Direkt Gelir					
Doktor	44.5	63.6	67.2	70.8	74.4
IV Tedavi	0.0	20.3	28.0	30.0	32.0
Hemşire	15.8	48.0	51.0	81.0	114.0
Fizik Terapi	18.8	26.0	28.0	30.0	32.0
Solunum Terapisi	16.3	26.0	28.0	30.0	32.0
Ara-toplam	95.3	183.9	202.2	241.8	284.4
Sözleşmeli Gelir					
Doktor	23.0	41.4	62.1	71.4	82.1
IV Tedavi	14.0	25.2	37.8	43.5	50.0
Hemşire	18.0	32.4	48.6	55.9	64.3
Fizik Terapi	10.0	18.0	27.0	31.1	35.7
Solunum Terapisi	6.3	11.3	16.9	19.4	22.3
Diyetisyen	3.9	7.0	10.5	12.1	13.9
Hastabakıcı/Evde Bakım Asist	17.9	32.1	48.2	55.4	63.7
Özel Hemşire	86.0	154.8	232.2	267.0	307.1
Ara-toplam	179.0	322.2	483.3	555.8	639.2
MALZEME VE KÜÇÜK ALET	22.5	40.5	60.8	66.8	73.5
TİBBİ CİHAZ	20.0	37.0	55.5	61.1	67.2
TOPLAM GELİR	316.8	583.6	801.8	925.5	1,064.2

EVDE BAKIM HİZMETLERİ 5 YILLIK FİNANSAL HEDEFLER

(000 USD)

ABT MALLAR		1. YIL	2. YIL	3. YIL	4. YIL	5. YIL
Mobilya	Ömür					
Bilgisayar (5. 1. 1)	5 yıl	10.0				
Yazıcı (2)	5 yıl	7.5	1.5		1.5	
Faks Makinesi	5 yıl	1.5				
Telefon Hatları	5 yıl	1.0				
Telefon Sistemleri	5 yıl	0.5				
Minibüs	5 yıl	0.5				
		30.0				
TOPLAM		51.0	1.5	0	1.5	0
AMORTİSMAN		10.1	10.4	10.4	10.7	10.7
(Sabit Yüzdeli Metoda Hesaplanmıştır)						

AÇILIŞ ÖNCESİ HARCAMALAR		1. YIL	2. YIL	3. YIL	4. YIL	5. YIL
Yazılım Dökümanları		3.0				
Transferler		1.0				
Hekim ve Halkla İlişkiler		1.5				
Yasal İşlemler		0.5				
Toplam		6.0				
AMORTİSMAN		1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
(Sabit Yüzdeli Metoda Hesaplanmıştır)						

EVDE BAKIM HİZMETLERİ 5 YILLIK FİNANSAL HEDEFLER

(1.000 USD)

İŞLETME HARCAMALARI	1. YIL	2. YIL	3. YIL	4. YIL	5. YIL
ÜCRETLER	115.1	136.8	143.7	158.4	173.8
Kadrolu					
Direktör	17.5	18.4	19.3	20.3	21.3
Tıbbi Direktör	15.0	15.8	16.5	17.4	18.2
Hemşirelik Direktörü	10.0	10.5	11.0	11.6	12.2
Faaliyetler Koordinatörü	7.5	7.9	8.3	8.7	9.1
Muhasebeci	10.2	10.7	11.2	11.8	12.4
Uzman Hemşire	0.0	8.5	8.9	9.4	9.8
Hemşire 1	7.5	7.9	8.3	8.7	9.1
Hemşire 2	0.0	7.5	7.9	8.3	8.7
Hemşire 3	0.0	0.0	0.0	7.5	7.9
Hemşire 4	0.0	0.0	0.0	0.0	7.5
Fizik Terapist	8.5	8.9	9.4	9.9	10.4
Solunum Terapisti	10.2	10.7	11.2	11.8	12.4
Sekreter I	10.2	10.7	11.2	11.8	12.4
Sekreter II	5.0	5.3	5.5	5.8	6.1
Şöför (2)	8.4	8.8	9.3	9.7	10.2
Hizmetli (2)	5.0	5.3	5.5	5.8	6.1
SÖZLEŞMELİ PERSONEL (Sözleşmeli gelirin %70'i)	125.3	225.5	338.3	389.1	447.4
MALZEME VE ALETLER	3.7	2.6	2.3	2.7	2.5
Ofis Malzemeleri	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5
Genel Tıbbi Malzeme	0.8	0.8	0.9	0.9	1.0
Uniformalar	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Küçük Aletler	1.0	0.5	0.5	0.5	0.5
Yazılım Programları	1.0	0.3	0.0	0.3	0.0
HİZMETLER VE DİĞER	26.8	28.1	29.5	31.0	32.6
Pazarlama ve Halkla İlişkiler	5.0	5.3	5.5	5.8	6.1
Posta	1.0	1.1	1.1	1.2	1.2
İş Yemekleri vb.	1.0	1.1	1.1	1.2	1.2
Seyahat ve Toplantılar	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
Bakım ve Onarım	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6
Abone Ücretleri	1.0	1.1	1.1	1.2	1.2
Ulaşım	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6
Eğitim ve Kurslar	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
Kira	12.0	12.6	13.2	13.9	14.6
Kullanım (telefon, ısıtma, elektrik)	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2
AÇILIŞ ÖNCESİ AMORTİSMANI	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
SABİT MALLAR AMORTİSMANI	10.1	10.4	10.4	10.7	10.7
TOPLAM	\$282.2	\$404.7	\$525.5	\$593.0	\$668.2

EK II - YÖNTEM VE UYGULAMALAR

(ÖNERİLEN EVDE BAKIM HİZMETLERİ FİRMASI İÇİN HAZIRLANMIŞTIR)

I- İDARİ YÖNTEM VE UYGULAMALAR

A- Hizmet Koordinasyonu

1- Firma, Dünya Sağlık Teşkilatı'na paralel olarak, herhangi bir ırk, din, politik inanç ekonomik ve sosyal durum gözetmeksizin, fiziksel, ruhsal ve sosyal durumun toplum içerisinde yükselmesini sağlayacak kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasını amaç edinmiştir.

2- Firma aşağıdaki sağlık hizmetlerinin organizasyonunu sağlar:

Her türlü hemşire bakım ve tedavisi, günlük hemşire refakati, fizik tedavi ve solunum tedavisi, hasta bakıcı servisi ve refakati, intravenöz tedavi ve infüzyon tedavisi, diyetisyen, psikoterapi ve doktor konsültasyonları.

3- Organizasyonun hizmet verdiği alan İstanbul Büyük Şehir Belediye hudutları içersindedir.

4- Firma evde bakım hizmetini personel sayısı yeterliliğine bağlı olarak gerekli çalışma hudutları içindeki bölgelere ulaştırır.

5- Firma ofisi Pazartesi-Cuma günleri sabah 8:00 ile akşam 5:00 arasında açıktır. Ulusal tatillerde ofis kapalıdır. Ofis saatleri dışındaki aramalarda firma nöbetçi santralı devreye girer. Acil durumlarda nöbetçi santral görevli kişileri çağrı cihazı veya mobil telefonlardan bularak durumu haberdar eder.

6- Firmanın tüm tam gün kadrolu personeli nöbet tutarlar.

7- Nöbet tutma normal ofis saatleri olan 8:00 - 17:00 dışı saatlerde geçerlidir. Hafta arası nöbet 17:00'de başlar ve sabah 8:00'de biter. Haftasonu nöbetleri Cuma 17:00'de başlar ve Pazartesi sabah 8:00'de biter. Tatil nöbetleri tatil süresine göre firma direktörü tarafından karar verilerek birden fazla kişiye dağıtılabilir.

8- Nöbetçi personel firma tarafından sağlanacak mobil telefon veya çağrı cihazını yanında taşır ve nöbetçi santralin aramalarına cevap verir. Nöbet sırasında gelen istekler idari konulardaysa nöbetçi personel firma direktörünü arayarak durumu rapor eder.

B- Hasta Kabul

1- Hasta kabul değerlendirmesi firmanın görevli doktoru tarafından en geç 48 saat içerisinde hastanın ihtiyacına ve özelliğine göre yapılır.

2- Hastanın firmaya kabulü için son karar firma direktörünün yetkisi ve gözetimi altındadır.

3- Telefonla yapılan hasta kabul isteği, firma koordinatörü tarafından alınır ve gerekli sevk formları doldurulur. Gelen sevkler firma direktörü veya koordinatörü tarafından hastanın ihtiyaçları, bulundukları bölgeye ve personel yeterliliğine bağlı olarak gerekli personele atanır.

4- Hastalar firmaya sağlık ihtiyaçları çerçevesinde giriş yaparlar. Ödeme kaynakları, sosyal sigortalar, devlet kuruluşları, özel sigorta şirketleri veya hastanın kendi finansal kaynaklarıdır. Bu kaynakların kapsadığı hizmetler buralardan karşılanmak, diğer hizmet kısımları hastanın kendisi tarafından karşılanmak üzere hasta kabul edilir.

5- Firma hizmetlerini kendi kaynakları ile karşılayacak hastalar için firma muhasabesi özel bir değerlendirme yapar. Bu değerlendirme sonucunda sunulacak sağlık hizmetlerinin tahmini bedelinin %50'si depozit olarak hastadan temin edilir.

6- Hasta, giriş kriterlerinin herhangi birine uymadığında, havale eden doktor veya kuruma haber verilir.

7- Hastanın tıbbi, hemşirelik ve sosyal ihtiyaçlarının kendi evinde yeterlice karşılanabildiği, tedavinin akla yakın beklentiler içerisinde uygulanabileceği durumlarda hasta kabul gerçekleştirilebilir. Evde sağlık hizmeti isteği durumlarında hasta kabulü için aşağıdaki durumlar dikkate alınacaktır:

a- Hastalar renk, ırk ve seks ayırt edilmeksizin kabul edilir.

b- Hasta İstanbul Büyük Şehir Belediyesinin sınırları içerisinde yaşamalıdır.

c- Aralıklı tedavi (intermitant) hasta bakımı için yeterli olabilmelidir.

ç- Hizmet isteği bir sağlık sebebine dayandırılmalıdır.

d- Hastanın doktoru hastanın tıbbi tedavisinin en üst sorumlu kişisidir ve evde bakım sırasında bu sorumluluğu taşımaya devam etmeyi kabul eder.

e- Profesyonel hizmet isteği firmanın tüzüğüne uymadığı durumlarda direktöre danışılır.

f- Aile üyeleri ve yakın akraba gerekli durumlarda hastanın bakımına katılmaya yetkin ve istekli olmalıdırlar. Hastanın bulunduğu ev, sağlık hizmetlerinin yeterli bir şekilde görülebileceği bir ortam olmalıdır. Bu nedenlerden giyecek, yiyecek ve korunma gibi önemli faktörler kişinin bakımı açısından önemlidir. Hasta veya ailesi firma personelinin olmadığı durumlarda veya acil durumlarda gerekli direktifleri takip edebilecek potansiyel ve yetkinliğe sahip olmalıdırlar.

g- Hasta ve ailesinin özel istek ve ihtiyaçlarını karşılamak üzere başka hizmetlerin organizasyonları da firma yöneticilerince hasta kabul sırasında kararlaştırılır ve uygulanır.

8- Firma, hasta havalesinin hastaneden taburcu olmadan yeteri kadar erken yapıldığı durumlarda hastanın taburcu planını yapar veya yapılmasına yardımcı olur.

9- Hastanın doktorunun direktifi ve izni doğrultusunda, firma uzman hemşiresi veya hemşirelik direktörü hastayı değerlendirerek hastaneden taburcu planını yapar.

C- Tedavinin Devamı ve Taburcu Olma

1- Verilen hizmet hasta doktorunca kontrol edilen ve personel tarafından hazırlanan tedavi planına göre gerçekleştirilir.

2- Hasta hizmet raporu şirket ofisinden hasta doktoruna düzenli bir şekilde gönderilir.

3- Günlük gelişme notları tıbbi direktör veya hemşirelik direktörü tarafından kontrol edilir ve ziyaret tarihinden itibaren 2 gün içerisinde hasta dosyasına konur.

4- Hizmet ihtiyacı her 15 günde bir veya gerektiğinde daha sık olarak değerlendirilir. Değerlendirme sırasında hasta sağlığının gelişmesi ile hedefine yakınlığı gözönüne alınarak hastaya verilen hizmetin miktarı, cinsi ve uygunluğu saptanır.

5- Hizmetin sona erdirilmesi için yapılacaklar direktör veya görevli hemşire tarafından hasta doktoru ile tartışılır ve planlanır. Hastanın taburcu olmasından önce doktor direktiflerinin yerine getirilip getirilmediği ve hastanın hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı denetlenir.

6- Hastanın firmadan taburcu oluşu aşağıdaki durumlarda geçerlidir:

a- Hasta, aile veya hasta doktorunun hizmetin sona erdirilmesine ilişkin taleplerinde,

- b- Hastanın sağlık durumundaki bir değişiklik, firmanın sağladığı hizmet dışında bir hizmet gerektirdiğinde,
- c- Yapılan hizmetin hedeflerine ulaşıldığında ve daha fazla hizmet gerekmediğinde,
- ç- Aile içindeki herhangi bir kişinin veya akrabasının verilen hizmeti yapabilecek duruma eriştiğinde ve bu sorumluluğu alabilecek pozisyona ve yeterliliğe geldiğinde,
- d- Hastanın ihtiyaçlarının çeşitliliği hasta ve ailesi tarafından evde bakım durumunda karşılanamaz duruma geldiğinde,
- e- Hasta veya ailesi verilen hizmet hedeflerine ulaşmada iş birliği yapamaz olduğu durumlarda veya işbirliği yapmak istemediğinde,
- f- Hastanın varolan kısıtlılığına veya aile bireylerinden birinin yokluğuna bağlı olarak ev durumunun, hastanın 24 saatlik ihtiyaçlarını karşılayamayacak duruma gelmesinde,
- g- Hasta evi durumunun firma personelinin davranışına veya sağlığına tehlike arz ettiğinde,
- h- Hastanın verilecek sağlık hizmeti için 15 günden fazla evinde mevcut olmadığı durumlarda,
- i- Hastanın vefatı durumunda.

7- Verilen servisin sona erdirilmesinin nedeni hasta kayıtlarına kayıt edilir.

8- Taburcu özetleri hastanın hizmetinin sonuncu gününden 7 gün içerisinde hasta doktoruna postalanır.

9- Hastanın evde ölü bulunduğu durumlarda:

- a- Hastanın dosyasında Önceden İstem Formu varsa, hastanın doktoruna ve ilgili devlet makamına haber verilir. Hasta ailesinin ihtiyaçları doğrultusunda psikososyal hizmet sağlanır veya organize edilir.

b- Eğer hasta dosyasında Önceden İstem Formu yoksa görevli tıbbi personel hemşire olduğu durumlarda hemşire yeniden canlandırma işlemine başlar.

10- Servisin sona erdirilmesinden sonra hasta veya hasta yakınları firma hizmetlerinin ileride de hastanın durumunun değişikliğinde uygun olabileceği ve başka sağlık problemlerinde firmayı kullanabilecekleri konusunda bilgilendirilirler.

11- Servis sonundan 30 gün içerisinde servis sonu işlemi tamamlanır ve taburcu formu alfabetik bir sıra içerisinde taburcu dosyalarının arasına yerleştirilir.

Ç- Tıbbi Personelin Görevlendirilmesi

1- Firma personeli tarafından sunulan her türlü sağlık hizmeti firma direktörü tarafından koordine edilir ve takip edilir. Görevli koordinatör her türlü tam gün ve part time personelin haberleşmesi ve verdikleri hizmetin koordine edilmesinden sorumludur. Tüm personel hastanın tedavi planı hedeflerine ulaşması için gerekli olan hizmetin verilmesini firma direktörü ile devamlı olarak haberleşerek sağlar.

2- Firma tıbbi direktörü veya hemşirelik direktörü hasta değerlendirmesini, planlamanın tatbikini ve hastaya verilen tedavinin ve bakımın değerlendirmesini yapar.

3- Personelin hastaya atanması aşağıdaki kriterler çerçevesindedir:

- a- Hastanın hastalığının derecesi
- b- Verilecek tedavi için gerekli olan beceri
- c- Hastanın bulunduğu bölge
- ç- Personelin yeterliliği ve becerisi
- d- Hastanın veya ailesinin özel istekleri

D- Ev Ziyaretinde Uyulması Gerekenler

1- Hasta ziyareti planlaması yapılırken öncelikle üzerinde durulacaklar, hastanın ihtiyaçları, hasta aktivitesinin toleransı ve aile ve hastanın isteği doğrultusundadır.

2- Ziyaretin yapılacağı saat hastalığın derecesine, verilen tedavi bakımının gerektirdiği şartlara ve hasta evine ulaşım zamanına göre ayarlanır. Hasta ve hasta ailesine ziyaret için belirlenen saatin uygunluğu saptanır.

3- Eğer saptanılan gün ve saatte ziyaret yerine getirilemiyorsa veya ortada bir geç kalma durumu varsa yapılan ziyaretten bir gün önce veya ziyaret günü telefonla arayarak evsahibine ve hastaya haber verilir. Eğer sağlık personeli geciktiyse mümkün olan en kısa zaman içerisinde hasta evi aranır ve gecikme saati hasta ve hasta ailesine uygun değilse yeniden programlama yoluna gidilir.

4- Hastanın sağlığı ve emniyeti açısından hasta evinde yapılması gereken mobilya, ısklandırma ve başka türlü değişiklikler hasta ve hasta ailesi ile önceden tartışılır ve ortaklaşa karar verilir. Eğer evdeki tek telefon mutfakta veya oturma odasında ise hasta yatağının telefona yakın olması için gerekli tedbirler alınır. Bu türdeki hasta hayatı ile ilgili davranışlar hastanın görüşü doğrultusunda en uygun bir şekilde takip edilmelidir.

5- Ev ziyareti sırasında görevli personel hastanın değer yargılarıyla çelişkiye düşecek durumlardan kaçınır. Hiç bir şekilde hastanın değer yargıları ile çatışacak herhangi bir yoruma veya tartışma içerisine girilmez.

6- Sağlık görevlisi gerektiğinde hasta evinde bulunan en az sayıdaki teçhizatı kullanarak sağlık hizmetini sunabilecek pratik yöntemleri kullanır. Evdeki teçhizat kullanılırken tıbbi bir teknik veya yöntem hasta açısından tehlikeli ve pratik değilse uygulanmaz.

7- Sağlık personeli her zaman hasta evinde ailenin üyesi olmadığı bilincindedir. Hastaya verilen hizmet ve ziyaret sıklığı ne kadar olursa olsun, sağlık personeli her zaman kendisini evdeki bir ziyaretçi olarak değerlendirir ve ona göre hareket eder. Bu davranış şekli hastayı rahatlatır ve gerekli olduğu durumlarda kolaylıkla iletişim kurulmasını sağlar.

E- Hasta Bakımı İçin Gerekli Güvenlik Şartları

1- Hasta değerlendirmesinin bir parçası olarak hastanın evi de potansiyel yangın veya diğer tehlikelere karşı değerlendirilir.

2- Oksijen kullanan tüm hastalar oksijenin tehlikeleri ile ilgili bilgilendirilir.

3- Fizik terapist, eğer hastanın doktoru tarafından direktif olarak verilmişse veya hastanın isteğine bağlı olarak bir güvenlik değerlendirmesi yapabilir.

4- Firma personel oryantasyonu ve eğitimi, kişisel güvenliği sağlama ve devam ettirme gibi kısımları da içerir.

5- Firma personeli tehlikeli bir durum sezinlediklerinde bu durumdan hemen uzaklaşırlar ve en kısa sürede direktöre haber verirler.

6- Tehdit edici durumlar (seksüel, fiziksel, sözlü) :

a- Herhangi bir tehlike anında firma personeli polisi ve firma direktörünü arar ve bu durumdan hemen uzaklaşır.

b- Direktör bir sonraki ziyaret için durumu değerlendirir ve hasta doktoru ile görüşür. Aynı hasta evine veya bölgeye başka bir personel atanacaksa, daha önceden olmuş durum personele iletilir.

- c- Sağlık malzemesi çantası ve teçhizatın çalındığı hırsızlık durumlarında hemen direktöre, polise ve gerekli diğer makamlara haber verilir.
- ç- Hasta evinde tehlikeli sayılabilecek herhangi bir durum görüldüğünde hasta kayıtlarına geçirilir ve bu durum firma direktörüne iletilir.
- d- Kendi araçları ile hasta evine giden firma personeli; araç arızalandığında firma ofisini arar ve yardım ister. Firma koordinatörü bu durum karşısında gecikme süresini tahmin ederek hasta evini arar ve gerekli ise hastaya yeniden randevu verilir. Personel yeterliliğine bağlı olarak hasta evine yeni personel gönderilir.
- e- Kötü hava şartlarında, taşma veya buzlanma gibi durumlarda hasta evine yapılan ziyaretlerde 4 saate kadar gecikmeye göz yumulur. Her durumda sağlık personeli, firma ofisini veya firma ofisi kapalıysa hasta evini arayarak geç kalma durumunu bildirir.

F- Acil Durum veya Felaket Şartlarına Hazırlanma

Kötü hava koşulları, doğal felaket gibi durumlarda firma direktörü Acil Durum Planı'nı harekete geçirir ve alarm durumuna geçilir. Kötü hava koşullarında yapılacak acil durum hazırlanma işlemi:

1- Önceden tahmin edilen kötü hava koşulları durumunda firma koordinatörü 48 saat öncesinden mümkün olabilecek ölçüde aşağıda belirtilen durumda olan hastaların isimlerini bir liste halinde hazırlar:

- a- Yaşam destek sistemlerine bağlı hastalar,
- b- Verilen tedavinin kesilmemesi gereken hastalar,
- c- Şehir içerisinde su taşmaları, buzlanma gibi durumlara daha kolaylıkla maruz kalan bölgelerde bulunan hastalar,
- ç- Yalnız yaşayan veya yakın akrabası bulunmayan hastalar,
- d- Yatağa bağlı hastalar.

2- Firma personelinin yardımı ile belirlenen hastaların evindeki el feneri, pil, mum, su, yiyecek maddesi gibi acil durumlarda gereken malzeme saptanır ve bir liste halinde çıkarılır. Firma personelinin kullanacağı gerekli tıbbi malzeme ve ilaç listesi hazırlanır ve gerekli departman veya sözleşmeyle çalışılan firmalara ulaştırılır.

3- Hasta yakınları ile doğrudan irtibata geçilir ve aşağıdaki durumlar hasta yakınlarına bildirilir:

- a- Firma personeli doğal felaket sırasında hastanın bakımını ve evini gözetecektir.
- b- Firma personeli hastanın evinde gerekecek acil malzemeyi bilir ve gerekli malzemeyi sağlar.
- c- Firma personeli hasta için gerekli ilaç ve tıbbi malzemeyi yeteri kadar bulundurur ve doğal felaket sırasında daha fazlasını gerektiğinde sağlar.
- ç- Firma personeli gerekli durumlarda acil yardım alma yöntem ve yollarını öğrenmişlerdir.

4- Yapılan tüm işlemler kayıtlara geçirilir.

5- Doğal felaketten 36 saat önce:

- a- Bakıma devam etmesi gereken saatlik ve aralıklı tedavi gerektiren hastalar için geçici personel planlaması yapılır.
- b- Gerekli malzeme ve teçhizatın dağıtımı için plan hazırlanır.
- c- Yaşam destek sistemlerine bağlı hastalar için gerekli enerji güçlerinin desteği sağlanır.
- ç- Kontratlı eczane ile irtibata geçilerek gerekli ilacın yedeğinin sağlanması istenir.

ç- Yapılan bütün işlemlerin kaydı tutulur.

d- Acil planın etkinliği değerlendirilir ve bir sonraki alarm durumu için gerekli önlemler alınır.

G- Şikayet Mekanizması

1- Hasta ve hasta yakınlarına hasta kabul sırasında şikayet mekanizması ve hasta kabul paketindeki acil telefon numaraları hemşire tarafından hastaya gösterilir.

2- Telefonla yapılan şikayet durumlarında da yine şikayet mekanizması hastaya anlatılır. Hasta veya hasta yakını şikayette bulunmak için bilgi istediğinde hastaya bakan personelin ismi, firma direktörünün veya diğer yöneticilerin ismi verilir.

3- İstanbul Sağlık Müdürlüğü'ne herhangi bir şikayette bulunulduğunda;

a- Olağanüstü durum raporu hazırlanır ve o ay içindeki Kalite Geliştirme ve Kontrol Raporu'na eklenir.

b- Direktör sorumlu Yönetim Kurulu üyesini hemen durumdan haberdar eder.

c- İdare her türlü şikayetin listesini ve durumunu bir dosya halinde saklar.

H- Hasta Tatmin Anketi

1- Hastaya son ziyaret sırasında pullu, gönderme adresi yazılmış zarfla beraber hasta tatmin anketi verilir.

2- Firmaya gelen anket formları özel bir dosyada toplanır ve sonuçları direktör tarafından ayda bir hazırlanan Kalite Geliştirme ve Kontrol Raporunda belirtilir.

3- Gelen anket formlarının anında değerlendirmesinden sonra saptanacak herhangi bir sorun ve tatminsizlik durumlarında, ilgili doktor, hasta ve hasta yakınları ile irtibat kurularak ilerde aynı olayların meydana gelmemesi için gerekli önlemler alınır.

I- Olay ve Kaza Raporlama

1- Firma personelinin evde bulunduğu zaman içerisinde olan her türlü kaza ve olaylar ayrı bir yazılı döküman halinde rapor edilir. Eğer hasta, ziyaretler arasında olmuş herhangi bir düşme veya sakatlanma gibi bir durumu personele iletirse bu durum hemşire veya hastabakıcı notlarında belirtilir.

2- Yazılı dökümantasyon olayın olduğu veya haber verildiği aynı gün hazırlanır. Eğer personel bu olaya şahit olmuşsa Hasta Kaza ve Olay Formu doldurulur.

3- Tüm hasta kaza ve olay raporları firma direktörüne iletilir.

II- KLİNİK YÖNTEM VE UYGULAMALAR

A- Doktor Direktiflerinin Alımı ve İşleme Koyma

1- Firma hemşirelik direktörü veya koordinatör doktordan gelen direktifleri alır ve bu sözlü direktifleri yazılı hale getirir.

2- Acil durumlarda hemşire veya terapist hastanın doktoru ile irtibata geçip durumu doktora bildirmelidir. Bu hallerde doktorun verdiği sözlü direktifler hemşire veya terapist tarafından doktor direktif formuna doldurularak hasta dosyasına eklenir ve firma ofisine geri getirilir.

3- Doktora ulaşamadığı acil durumlarda veya hastanın hekim ihtiyacının firma tarafından karşılandığı durumlarda hemşire, terapist, koordinatör veya yönetici hemşire görevli firma doktoru ile irtibata geçerek hastaya gerekli olan işlemlerin yapılmasını sağlarlar.

4- Hastaya verilen hizmet sırasında, hastanın doktoru ile devamlı irtibat halinde olunur. Bu dönem içersinde hasta doktorunun vereceği sözlü direktifler hemşire, fizik tedavi ve solunum terapisti tarafından alınır. Alınan tüm sözlü direktifler daha sonra hasta doktoru tarafından yazılı hale getirilip imzalanmalıdır.

5- İlaç veya diğer tedavi yöntemleri hasta doktorunun verdiği direktifler doğrultusunda firma personeli tarafından uygulanır.

6- Firma sağlık görevlisi hasta bakım planını etkileyecek herhangi bir değişiklik olduğunda hasta doktoruna haber verir. Tedavi planında yapılacak herhangi bir değişiklik, tedavi uygulanmadan önce hasta doktoru tarafından onaylanır.

7- Firma koordinatörü verilen tüm direktiflerin uygun bir zaman dilimi içerisinde imzalanmasından emin olur.

B- Hasta Bakım Planı Geliştirme, Takip ve Değişirme

1- Hastanın kabulünden sonra 2 gün içerisinde hastanın ilk ve takibi değerlendirmeleri sonucunda hastanın özelliklerine bağlı olarak hasta bakım planı hazırlanır. Eğer mümkünse hasta, "Hasta Bakım Planı" hazırlanması sırasında yardımcı olur.

2- Plan içerisinde hastaya uygun ve özel olarak verilecek hizmetler hastanın hedeflerine ulaşması için yapılması gereken faaliyetler, verilecek servisin uygunluğu, cinsi, sıklığı ve zamanı belirtilir. Hasta bakım planı, hastanın durumu gerektirdiğinde veya en az her 30 günde bir, özellikle hasta doktorunun tavsiyesi de göz önüne alınarak, hastanın doktoru olmadığı durumlarda da mümkün olduğu kadar hastanın katılımı ile firma doktorlarının gözetiminden ve değiştirme işleminden geçer. Bu işlem sırasında hastanın yeni hedefleri saptanır ve bu hedefler çerçevesinde yapılacak aktiviteler ve verilecek hizmet, bakım planına geçirilir.

3- Hemşire, bakım planının uygulanmasından sorumlu kişidir. Hastaya fizik veya solunum terapisi ve hastabakıcı hizmetleri de verildiği durumlarda bakım planının organizasyonundan yine hemşire sorumludur.

C- Acil Durumdaki Hastalar

Evde ziyaret sırasında hemşirenin değerlendirmesine göre hastanın durumu bir hastanenin acil servisinin müdahalesini gerektirecek durumda ise;

1- Hemen hastanın doktoru aranır, doktorun verdiği direktiflere göre bütün işlemler yapılır.

2- Eğer hastanın doktoruna ulaşamıyorsa acil ambulans aranır.

3- Hemen firma ofisine durum haber verilir. Hastanın yaşamsal değerleri, semptomları ve yapılan işlemler ofise iletilir.

4- Eğer evde sadece hastabakıcı veya başka yardımcı varsa hemen ambulansa haber verilir ve firma ofisi aranarak yönetici hemşire veya başka bir görevlinin hasta doktoru ile irtibata geçmesi sağlanır.

Ç- Hasta Dosyası ve Dökümantasyonu

1- Tüm dosyalar alfabetik bir sıra içerisinde saklanır. Her hastanın dosyası aşağıdaki bölümleri kapsar:

- a- Taburcu özeti
- b- Doktor direktifleri
- c- Tedavi direktifleri ve notları
- ç- 30 günlük değerlendirme
- d- Bakım planları
- e- Hemşire notları
- f- Hasta kabul değerlendirmesi
- g- İlaç kayıtları
- h- Laboratuar sonuçları
- ı- Hasta izin formları
- i- Çeşitli

2- Yapılan tüm kayıtlar en geç 36 saat içinde firma ofisine hastanın dosyası ile beraber sunulur.

3- Hasta dosyasına aşağıdaki sağlık elemanları kayıta bulunabilirler.

- a- Uzman hemşire
- b- Fizik tedavi terapisti
- c- Solunum terapisti
- ç- Hemşire
- d- Psikoterapist
- e- Diyetisyen
- f- Hastabakıcı
- g- Firma doktorları
- h- Gerekli durumlarda hastanın doktoru

4- Doldurulan tüm hasta kayıt formları dolduran kişi tarafından imzalanır ve tarih konur.

D- Hemşire Bakımı

1- Bulaşıcı hastalıklar: Bu tür hastalara yapılan ziyaretler sadece hemşire bakımına gerçekten ihtiyaç olduğu durumlarda uygulanır. Karantina kuralları ve gözlemleme sorumluluğu Sağlık Müdürlüğünün yetkisindedir.

2- Osteoporoz: Eğer hastada bir osteoporoz veya şüphelenildiği bir durum varsa hemşire veya fizik terapist, hasta doktorunun hasta ve hasta ailesi ile durumu tartıştıktan ve terapi sırasında kendiliğinden herhangi bir kırık olabileceğini aktardığından emin olmalıdırlar.

3- Aşağıdaki rehabilitasyon türündeki tedavi yöntemleri her ne kadar fizik terapistinin uğraşı olsa da bazı durumlarda hemşireler tarafından da uygulanabilir.

a- Terapötik egzersizler,

i- ROM (range of motion) hareket egzersizleri ağrı ve rahatsızlığın izin verdiği ölçüde eklemin varolan hareket kabiliyetini devam ettirmek veya daha ileri hareket kısıtlanmalarına engel olmak için yapılır (ROM egzersizleri aktif, asist aktif, pasif ve birtakım makaralar kullanılarak da yapılabilir)

ii- Transfer aktivitelerine hazırlık olarak veya kullanılmamaya bağlı olan atrofilere engel olmak için normal kaslar ve kas gruplarını kuvvetlendirici egzersizler.

b- Fizik terapisti tarafından başarılı bir şekilde hastaya öğretilen, her türlü zeminde (düzgün yüzeyler, merdiven veya düzgün olmayan yüzeyler) yürüyüş hareketlerinin kontrolü. Bu tür terapi yürüyüşleri ortostatik araçlarla veya yürüme yardımcı cihazları (alçı , koltuk değneği , yürütücüler, paralel barlar) ile yapılır.

c- Günlük yaşam hareketleri:

i- Yatak içersinde dik olarak oturmak, dönmek ve yatak içinde bir yerden bir yere hareket etmek gibi hareket teknikleri.

ii- Dolaşma hareketleri.

iii- Korse ve protezlerin kendi kendine takılması, ayakkabı bağlarının bağlanması, düğmelerin iliklenmesi ve terlik giyilmesi gibi giyinme ve çıkarma hareketleri.

iv- Beslenme.

v- Banyo yapma, duş yapma, kozmetiklerin uygulanması ve diğer süslenme aktivitelerini de içine alan temizlik faaliyetleri.

vi- Ev içerisinde gerektiğinde koltuk değneklerinin kullanılmasını kolaylaştırmak gibi tedavi standartları için bir takım düzenlemelerin yapılması ve bu düzenlemelerin hastaya alıştırılması.

ç- Sıcak veya soğuk terapi uygulanması:

i- Isıtıcı pet

ii- Nemlendirici paketler

iii- Soğuk paketler

d- Amputasyon sonrası kol ve bacakların bandajlanması.

e- İyi bir vücut dengesini sağlayıcı, destek ölçülerini de içine alan pozisyonlama.

4- Enjeksiyonlar: Lisanslı bir hemşire yetenek değerlendirmelerini tamamladıktan sonra subkutan (cilt altı), hipodermik (deri altı) veya intramuskular (kas içi) enjeksiyonları uygulayabilir.

a- İnfüzyonların cilt altına yapılması (hipodermosilizis) türündeki direktifler uygulanmaz.

b- İntravenöz yapılacak ilaç uygulanmalarında aşağıdaki kriterlerin olması gereklidir:

i- İlacın ilk dozu hastanede veya doktor ofisinde daha önceden verilmiş olmalıdır. Eğer böyle bir olay söz konusu değilse firma kendi doktorlarından birini bu ilacın uygulanması sırasında hasta yanında bulundurur.

ii- Hastanın evinde muhakkak çalışan bir telefon hattı olmalıdır.

iii- Hemşireler tedavinin ters reaksiyon gösterdiği durumlarda tedavi edilecek semptomları, kullanılacak ilaçlar ve dozlarını belirtir direktifleri almalıdırlar.

c- Ters ilaç reaksiyonları hemşire notlarına kaydedilmeli ve hasta doktoruna bildirilmelidir.

i- Eğer hasta döküntü, ateş, ishal, bulantı, kusma, hafif göğüs ağrısı ve nefes alamama durumunda ise hastanın doktoru ile irtibata geçilmelidir.

ii- Eğer hasta ciddi nefes darlığı, göğüs ağrısı veya ani düşen kan basıncı gibi durumlar gösteriyorsa, boğaz veya dilde şişme, kalp ve solunum

durmasının her türlü diğer belirtilerini gösteriyorsa daha önceden verilen direktifler uygulanır ve hemen ambulans çağrılır.

ç- Hasta ve ailesi intravenöz uygulanan ilaçların kontra-endikasyonları ve ters etkilerinden daha önceden bilgilendirilir.

d- Deneysel türde veya değişik bir yöntemle uygulanması direktifi verilen ilaçlar firma tıbbi direktörü tarafından onaylanmalıdır. Hastanın doktoru direktifini yazılı olarak vermelidir. Yazılı direktifte uygulanacak olan ilacın adı, dozu, sıklığı, enjeksiyon cinsi, beklenen sonuç ve ters reaksiyonlar belirtilmelidir.

e- Firma, geçmişte hastada beklenmeyen bir etki yaratan, kapasiteden daha fazla gözlem ve denetleme gerektiren ilaçları uygulamayı veya uygulanma yöntemlerini hasta ve hasta yakınlarına öğretmeyi rededebilir.

5- Enema:

a- Eğer başka türlü direktif verilmemişse, enema yapılırken 1000cc'den fazla olmamak üzere musluk suyu veya hipertonic tipte enema uygulanır.

b- Hemşire normal enemayı uygulama sırasında zorlukla karşılaşrsa hastanın doktoruna firma yönetmeliklerini takip ederek haber verir.

6- Sonda Bakımı:

a- İdrar sondası takılması durumlarında, irrigasyon (serum fizyolojik enjekte ederek yıkama) direktifi özel olarak belirtilmelidir.

b- Özel bir solüsyon belirtilmediği durumlarda sondalar steril serum fizyolojik ile yıkanır.

c- Erkek sondası takılması durumlarında, hastanın doktoru hastada büyümüş bir prostat veya tümör olmadığını belirtmelidir.

7- Nabız ve Tansiyon ölçümleri: Eğer nabız ve tansiyon değerleri normale dönene kadar hastanın kontrolünü isteyen bir direktif varsa, hastanın doktorundan normal kabul edilen

değerleri belirtmesi istenir. Firma üst üste 4 ziyaret sırasında bu değerler içerisinde nabız ve kan basıncı ölçülen hastayı, hastanın doktoruna bildirir. Eğer hasta nabız ve kan basıncı normale dönmüyorsa hemşire hastanın doktorundan gerekli direktifleri ister.

8- Dikişler ve pansuman: Hemşire eğer doktor tarafından direktif verilmişse enfeksiyon olmamış dikişleri alabilir. Hastanın dikişlerinin pansumanı aseptik kurallarına uygun olarak yapılır.

E- Genel Enfeksiyon Kontrol

1- Personel:

a- Hasta evinde hastaya yapılan her temastan önce ve sonra el yıkama işlemi yapılır. Suların akmadığı durumlarda bu bilgi daha önceden randevu sırasında hasta evinden ve hasta yakınlarından alınır. Bu durumda hasta evinde yeterli miktarda su bulundurulması veya en kötü şartlarda sağlık personelinin yanında el yıkamaya yetecek kadar bir şişe su getirmesi tavsiye edilir.

b- Tüm personel kendi kişisel temizliklerine özen göstermek zorundadırlar.

c- Hasta evinde sigara içmek kesinlikle yasaktır.

ç- Üst solunum yolu enfeksiyonu, grip gibi geçici hastalığı olan personel hastayla temastan uzaklaştırılırlar. Firma tıbbi direktörünün veya firma doktorunun yapacağı muayeneden sonra görevlerine geri dönebilirler.

d- Eğer bir personel enfeksiyonlu bir hastaya önemli ölçüde açık temasta bulunursa durum hemen direktöre bildirilir ve gerekirse personel gereken sağlık muayenesinden geçirilir.

e- Genel enfeksiyon kontrol yönetmelik ve yöntemleri tüm personel tarafından ilk oryantasyon sırasında gözden geçirilir. Tüm tam gün personel enfeksiyon kontrol eğitimini her sene yenilerler. Bu eğitim senelik değerlendirmelerden önce yapılmalı ve personel dosyasına konulmalıdır.

2- Hasta:

- a- Enfeksiyonlu bir hastalığı olan hastalara ve ailelerine hastalığı yenme ve önleme yöntemleri tarif edilir.**
- b- Bulaşıcı hastalığı olan hastaların, her personelin günlük programında özellikle en son sırada bulundurulmasına dikkat edilir.**

3- Ortam:

- a- Evde, aletlerin ve malzemelerin konabileceği temiz bir alan saptanır.**
- b- Firma personeli, personel elbiselerinin ve üniformasının enfeksiyonla temas edebileceği potansiyelde bir işlem yapacaksa atılabilir önlük giyerler. Personel enfeksiyonlu alanla temas eden herhangi bir kıyafetin veya elbisenin yıkanmasından kendileri sorumludurlar.**
- c- Eğer hastanın bulaşabilir solunum yolu enfeksiyonu varsa, firma personeli maske takar. Eğer hastanın bulaşıcı bir gastrointestinal enfeksiyonu varsa eldiven giyilir.**
- ç- Kontamine olmuş materyal, örneğin yara ve sargı bezleri, bir kağıda veya gazete kağıdına iyice sarıldıktan sonra plastik bir torbaya konur ve hasta evindeki çöp torbasının içine başka bir torba ile beraber yerleştirilir.**
- d- Kan, vücut enfeksiyonları gibi tehlikeli döküntüleri temizlemek ve dezenfekte etmek için ev çamaşır suyu kullanılır (1/10 dilusyon, 9 kısım suya 1 kısım çamaşır suyu).**

4- Atıkların yok edilmesi:

Kullanılmış şırınga veya iğneleri atarken iğnenin kapağı yerine yerleştirilmez. İğneler veya diğer kesici malzemeler hemşire çantasında bulunan kapalı delinmez plastik kutular içerisine konulur.

5- Kayıtlar:

Hemşire hasta gelişme notları hastaya özel olarak verilen enfeksiyon kontrol direktiflerine uygun olmalı ve bu direktiflerin uygulandığını gösterir şekilde yazılmalıdır.

F- Dekontaminasyon ve Sterilizasyon

1- Firma içerisinde etiketlenen veya dışardan alınan malzemelerin son kullanma tarihleri iki haftada bir kontrol edilir.

2- Yeni bir steril malzeme alındığında üzerinde son kullanma tarihi yoksa gerekli firma ile bağlantıya geçilerek son kullanma tarihi saptanır ve firmada etiketlenir.

3- Hemşire ve hasta bakıcı çantasında bulunacak steril malzemenin korunması tamamen firma personelinin sorumluluğundadır. Bu malzemelerin kontrolü hemşire ve hastabakıcı çantalarının firma ofisine geri getirilmesinde ve malzemenin sayımı sırasında yapılır.

G- İnfeksiyonların Kaydı

1- Firmaya giriş yaptıktan sonra yeni bir infeksiyon tanısı konulan tüm hastalar için infeksiyon kayıt formu doldurulur. Bu infeksiyonlar üst solunum yolu, idrar yolu, bağırsak sistemi, yara infeksiyonları ve başka infeksiyonlar olabilir.

2- Personelin hastaya geçebilecek bir infeksiyon hastalığı varsa, ev ziyaretleri bu personel için geçici bir süre için programlanmaz ve hastalar başka personele dağıtılır.

3- Firma direktörü infeksiyon kayıt formlarını aylık olarak inceler.

H- Özel Bakım - Fizik Terapi, Solunum Terapi, Psikoterapi ve Diyet Konsultasyon

1- Fizik Terapi:

- a- Fizik terapist, sadece doktor direktifini aldıktan sonra değerlendirme ziyareti yapar.
- b- Uzman hemşire hasta evine tedavi izin formlarının imzalanması ve hastanın normal hemşire ve hastabakıcı bakımından başka herhangi bir fizik terapi ihtiyacı olup olmadığını değerlendiren bir ziyaret yapar.
- c- Fizik terapist tedavi planına uymakla yükümlüdür. Tedavi planında hasta doktorunun fizik terapi ile ilgili direktifleri, erişilmesi gereken hedefler ve ziyaret sıklığı bulunur.
- ç- Fizik terapi planı hastanın evinde bakımını doğal bir şekilde yeterli kılacak, hastaya özel tedavi yöntemlerini içerir, hastanın test sonuçları ve değerlerini kullanır.
- d- Fonksiyonel bağımsızlığı geliştirecek olan güç, dayanıklılık, koordinasyon ve hareket çeşitliliğini sağlayıcı aletlerden hastaya uygulanması gerekenler saptanır.
- e- Fizik terapist hasta, hasta ailesi ve diğer sağlık elemanlarını, seçilmiş fonksiyonel aktiviteler ve tedavi yöntemlerinin uygulanması konusunda bilgilendirir.

2- Solunum Terapisi:

- a- Yapılacak her türlü solunum terapisi direktifi hastanın doktoru veya firma doktoru tarafından verilmelidir.
- b- Hasta ve ailesine uygulanması gereken cihazı kiralama veya satın alma olasılıkları anlatılır. Her iki koşulun avantaj ve dezavantajları hastaya klinik ve finansal olarak en uygunu tavsiye edilecek şekilde belirtilir.

c- Firma koordinatörü hastaya uygun solunum cihazlarını sağlayan anlaşmalı firmalarla irtibata geçerek, gerekli cihazı ısmarlar.

ç- Firma solunum terapisini tıbbın bu konusunda eğitim görmüş solunum terapisti veya solunum terapisi konusunda tecrübesi olan uzman hemşireleri organize ederek sağlar.

d- Rutin solunum terapisinde hastaya sunulan solunumla ilgili cihazların yanında,

Oksijen,

Aerosol tedavi,

IPPB tedavi,

Nebulizer,

Broncodilatör inhaler,

Nasal-oral vakumlama,

Trakeostomi temizliği,

Trakeostomi bağlarının değişimi hizmetleri verilir.

e- Hasta ve hastaya solunumla ilgili cihazların kullanılmasında yardımcı olan aile üyesine sözlü ve yazılı olarak aletlerin nasıl temizleneceği, bazı uygulanabilecek tekniklerin nasıl olduğu anlatılır.

f- Hastanın cihazı tamirat veya başka bir nedenle alındığında geçici süreli cihaz bulunması anlaşmalı firmalarla temasa geçilerek sağlanır.

3- Psikoterapi:

a- Hastaya verilecek psikolojik destek ve terapi hasta doktoru tarafından belirlenir. Hasta veya ailesinin psikoterapi isteği durumunda hastanın doktoruyla irtibata geçilir ve istek değerlendirildikten sonra doktorun katılımıyla hizmet sunulmasına karar verilir.

b- Psikolojik değerlendirme ve psikoterapi deneyimli klinik psikologlar tarafından uygulanır.

c- Psikoterapist, diğer klinik personelle beraber çalışır ve hasta ve ailesinin psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarıyla ilgili personele rehberlik ve danışmanlık yapar.

ç- Hasta tedavisi sırasında daha ileri derecede psikiyatrik veya sosyolojik sorunları saptandığında hastanın uygun kuruma havale edilmesi için firma direktörüne haber verilir.

4- Diyet Konsültasyon:

a- Hastanın doktorundan veya hastanın kendisinden gelen istek doğrultusunda lisanslı diyet uzmanı, hasta evinde diyet konsültasyonu verir.

b- Kronik hastalıklı, kemoterapi alan, solunum cihazlarına bağımlı, ve diabetik hastalar diyet konsültasyonuna uygundurlar.

c- Konsültasyon sonuçları hastanın doktoruna yazılı olarak 48 saat içerisinde iletilir.

ç- Diyet direktifleri ve talimatları hastaya sözlü ve yazılı olarak verilir.

III- İNSAN KAYNAKLARI YÖNTEM VE UYGULAMALAR

A- Personel Dosyaları

1- Tüm sözleşmeli, tam gün ve yarım gün personelin, personel dosyasında aşağıda sıralanan dökümanların bulunması gereklidir.

- a- İş başvuru formu
- b- Geçerli diploma veya sertifika kopyası (tüm tıbbi personel)
- c- Sağlık muayene raporu
- ç- Nüfus cüzdanı veya ehliyet fotokopisi
- d- Personel tarafından imzalanmış iş tanımı
- e- Personel tarafından imzalanmış firma oryantasyon kontrol listesi
- f- Performans değerlendirme
- g- Diğer yasal belgeler

2- Tüm personel dosyaları her üç ayda bir yönetmeliğe uygunluğu açısından kontrol edilir.

3- Yönetmeliğe tam uygun personel dosyaları "aktif" olarak işaretlenir. Yönetmeliğe göre eksik olan personel dosyaları "pasif" olarak işaretlenir. Bu personel planlama programında da pasif grubuna konur. Pasif grubundaki personele mümkün olduğu kadar hasta tayin edilmez.

B- Personel Oryantasyonu

1- Tüm personel hasta atanmadan önce firma oryantasyonundan geçer.

2- Oryantasyon idari ve tıbbi olmak üzere iki çeşittir. İdari oryantasyon firma direktörü veya hemşirelik direktörü tarafından, tıbbi oryantasyon ise tıbbi direktör tarafından verilir.

3- Oryantasyon listesi ilk üç ayın sonunda tamamlanmış olmalıdır.

C- Personelde Aranılan Özellikler ve Değerlendirilmeleri

1- Tüm kadrolu personel firma direktörü tarafından teftiş ve kontrol edilir.

2- Sözleşmeli personel firma ile kontrat altında çalışır. Sözleşmeli personel çalışma saatleri ve maaşlar kontrat maddelerine uygun olarak ayarlanır.

3- Kadrolu ve sözleşmeli personel organizasyon şemasına uygun olarak üstlerine rapor eder.

4- Kadrolu ve sözleşmeli personel firma yönetmelik ve yöntemlerini bilmek ve uygulamakla yükümlüdür.

5- Kadrolu tam gün veya yarım gün şeklinde olabilir. Tam gün personel haftada toplam 40 saat, yarım gün personel haftada toplam 20 saat çalışır. Personelin çalışma saatleri firma direktörü tarafından hasta yoğunluğuna göre ayarlanır.

6- Deneme dönemi performans değerlendirmesi ilk üç ayın sonunda yapılır. Yıllık performans değerlendirmesi ilk yılın sonunda yapılır ve sonuçlar personel dosyasında saklanır.

EK III - FORMLAR



ZİYARET ENE FORMU

JSKULER:

Yok

atif

rısı

matoz

☐ Fiks ☐ Dilate

A MOTOR

- ☐ Tam
☐ Parsiyel
☐ Yok

İHTİYACI

- ☐ Yok
☐ Yürüme Desteği
☐ W/C

alkamıyor

lak

nal

İOR

☐ Orta ☐ Zayıf

ara:

s:

zasyon: _____

nlugu: _____

cesi: _____

5

10

KARDİOVASKÜLER:

☐ Problem Yok

KALP TEPE ATIMI

- ☐ Düzenli ☐ Palpyasyon
☐ Düzensiz ☐ JVD
☐ Göğüs Ağrısı

ALT EKSTREMİTE NABIZI

- ☐ Eşit ☐ Sağ ☐ Sol
☐ Zayıf ☐ Sağ ☐ Sol
☐ Yok

☐ Gode BIRAKMAYAN Ödem

☐ Gode BIRAKAN Ödem

1+ 2+ 3+ 4+

☐ Ödem Yok

Diğer _____

Diğer _____

GASTROİNTESTİNAL

☐ Problem Yok

- ☐ Bulantı ☐ Kusma
☐ Diyare ☐ Disfaji
☐ Kabızlık ☐ İnkontinans
☐ Hemaroid ☐ Kolostomi
☐ Raktal Kanama

BARSAK SESLERİ

- ☐ Aktif ☐ Kayıp
☐ Azalmış ☐ Artmış

ABDOMİNAL DİSTANSIN

- ☐ Yumuşak, non-distandü
☐ Yumuşak, distandü
☐ Gergin
☐ Hassas
☐ Diğer
☐ Geçirme

ÖZEL SERVİSLER:

- ☐ Damar yolu ☐ Enjeksiyon
☐ Pansuman değişimi ☐ IV Enj.
☐ Değerlendirme
Diğer _____
Diğer _____
Son Dr. Ziyareti _____
Gelecek Dr. Ziyareti _____

SOLUNUM SİSTEMİ:

☐ Problem Yok

SOLUNUM SESLERİ

- ☐ Temiz ☐ Ronkus
☐ Azalmış ☐ Raller
☐ SOB ☐ S.S. yok
☐ Ortopneik ☐ Öksürük
☐ Hemoptizi ☐ Wheezing
O₂ ☐ Evet ☐ Hayır

☐ Dispne

☐ Konuşma

☐ Pozisyon değişikliği

☐ Balgam

Diğer _____

Diğer _____

GENİTO-ÜRİNER:

☐ Problem Yok

- ☐ İnkontinans ☐ Retansin
☐ Foley ☐ Hematuri
☐ Poliüri ☐ Sıklık
☐ Yanma

Diğer _____

Diğer _____

BESLENME:

DİYET _____

Uyumlu ☐ Evet ☐ Hayır

İŞTAH

☐ Tam ☐ Orta ☐ Azalmış

Diğer _____

SIVI ALIMI

☐ Tam ☐ Orta ☐ Azalmış

Diğer _____

MALZEMELER:

EVDE

EVDE BAKIM HİZMETLERİ
YENİ HASTA TANITIM FORMU

Adı : _____ Tel: () _____
Soyadı : _____
Adres - 1 : _____
Adres - 2 : _____ Şehir : _____
Posta Kodu : _____
Sigorta tipi : _____ Sigorta No : _____

KREDİ BİLGİLERİ

BANKA REFERANSLARI:

Banka : _____ Şube: _____ Tel: _____
İlgili Kişi : _____ Hes. açılışı : _____ Hesap Ortalaması: _____

TİCARİ REFERANSLAR :

Firma Adı : _____ Tel: _____
İlgili Kişi : _____ Tic. İlişki Süresi : _____
Ödemeleri : Düzenli () Yeterli () Yavaş ()

Firma Adı : _____ Tel: _____
İlgili Kişi : _____ Tic. İlişki Süresi : _____
Ödemeleri : Düzenli () Yeterli () Yavaş ()

Firma Adı : _____ Tel: _____
İlgili Kişi : _____ Tic. İlişki Süresi : _____
Ödemeleri : Düzenli () Yeterli () Yavaş ()

VERİLEN KREDİ LİMİTİ:

Hazırlayan:

Tarih:

ÖDEMELER:

EVDE BAKIM PERSONEL ORYANTASYON KONTROL LİSTESİ	BİTİŞ TARİHİ	İMZA
1. Görev Anlayışı		
2. Organizasyon Şemasının Kontrolü		
3. Yöntem ve Uygulamaların Kontrolü		
4. Sevk İşlemi		
5. Kayıt Süreci / Atanma Süreci		
6. Zaman Programlanması		
7. Zaman Programlanmasında Değişiklik		
8. Haftasonu / 24 Saat Hizmet Programı		
9. Hastane Servisleri ile Çalışma		
10. Evde Sağlık Hizmetleri Hasta Kayıt Sistemi: Hastanede ve Evde		
11. Personel Çalışma Saatleri Kartları		
12. İş Tanımları		
13. Güvenlik		
14. Enfeksiyon Kontrolü		

EVDE BAKIM HİZMETLERİ

EVDE BAKIM HEMŞİRE BİLGİLERİ KONTROL LİSTESİ	EVET	HAYIR	HAYIR İSE GELİŞTİRME YÖNTEMİ
1. Ev Sağlığı Gereksinimleri			
2. Çağrı Uygulaması			
3. İlk Ziyaret			
4. Telefon			
5. Faturalama			
6. Malzeme			
7. Techizat			
8. Laboratuar			
9. Vaka Konferansları			
10. Doktor Direktifleri			
11. El Yıkama			
12. Bakım Planlaması			
13. Taburcu İşlemi			
14. Hemşire Notları			
15. İlaç Tatbiki			
16. Kayıt İşlemi			
17. Devlet Sigortalı			
18. Özel Sigorta			
19. Özel Ödeme			
20. Kaynaklar			
21. Konuşma			
22. IV Terapi			
23. Üniforma			
24. Hemşirenin Sorumluluğu			
25. Hastabakıcı Oryantasyonu			
26. Malzeme Listesi			
27. Kayıp Malzeme Tutarı			
28. Hemşirelik Uygulamaları			

EVDE BAKIM HİZMETLERİ

ÖZET

Tıbbi teknolojinin hızla ilerlediği çağımızda, Türk sağlık sistemi alternatif sağlık hizmetlerinin sunulması konusunda aynı hıza ulaşamamıştır. Devlet destekli kamu kurumları alternatif sağlık hizmetlerinin sadece bazılarını sunmakta ve çağımız sağlık hizmetlerinin eksikliği hissedilmektedir. Evde bakım hizmeti gibi sağlık hizmetlerindeki yenilikçi, alternatif, Türk kültürüne uygun yaklaşımlar ve İstanbul ili hedef nüfusunun yeterliliği bu konuda yapılacak işletme girişimlerine uygun bir zemin teşkil etmektedir.

Bu çalışmada İstanbul ilinde evde bakım hizmetlerinin bir firma yapısında verilebileceği tartışılmış ve bu firmanın oluşturulması sırasında yapılması gerekenler anlatılmıştır. İşletme planı önerisinin amacı evde bakım hizmetleri sunacak kurumlara bir rehber tarzında bilgi sunmaktır. Çalışma hazırlanırken Houston, ABD'deki üç evde bakım işletmesinde yakın incelemelerde bulunulmuş ve Türk sağlık sistemine uyum sağlayabilecek olan evde bakım hizmetleri kuralları işletme planı önerisinde belirtilmiştir. Evde bakım firması yetkin profesyonellerin yönetiminde, günümüz sağlık hizmetleri sunumunun temel öğeleri arasında yer alan hizmet çeşitliliği, paket fiyat, yönlendirilmiş tıbbi hizmetler, maliyet kısıtlaması, uygun ürün kullanımı, uygun alan kullanımı, personel geliştirme ve işe alma planları, hasta sevk mekanizmaları gibi kurallarla işletilerek belirtilen başarıya ulaşabilir. Hastaya ve diğer ödeme kaynaklarına daha ucuz maliyet, hastanın erken taburcu olması, ev ortamında bakımının devam ettirilmesi ve tatmin derecesinin artması evde bakımın olumlu etkisinin bir göstergesidir.

Evde bakım hizmetleri diğer sağlık kurumları gibi, işletmenin devamı için temel olan ticaret ve hizmet sunumu kurallarını izlerken, insan olgusunu bir kenara bırakmadan kişilerin sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını bulundukları ortamda sağlayarak bugünkü ve gelecekteki Türk sağlık sisteminde önemli bir rol alacaktır.