



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA
TEZİ**

**EVDE BAKIM HİZMET SİSTEMİNİN
ALMANYA VE TÜRKİYE ÖRNEĞİNDE
İNCELENMESİ VE TÜRKİYE İÇİN BİR
MODEL ÖNERİSİ**

MUSTAFA ÇOBAN

**İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

ŞUBAT 2015



**EVDE BAKIM HİZMET SİSTEMİNİN ALMANYA VE TÜRKİYE
ÖRNEĞİNDE İNCELENMESİ VE TÜRKİYE İÇİN BİR MODEL ÖNERİSİ**

Mustafa ÇOBAN

**DOKTORA TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

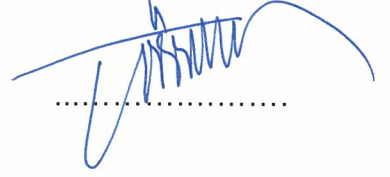
ŞUBAT 2015

Mustafa ÇOBAN tarafından hazırlanan “Evde Bakım Hizmet Sisteminin Almanya ve Türkiye Örneğinde İncelenmesi ve Türkiye İçin Bir Model Önerisi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. A. Ezel ESATOĞLU

Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Başkan : Prof. Dr. Emine ORHANER

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

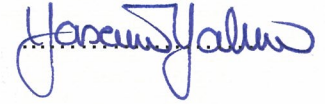
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye : Prof. Dr. N. Yasemin YALIM

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye : Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL

Ekonomi Anabilim Dalı, TED Üniversitesi

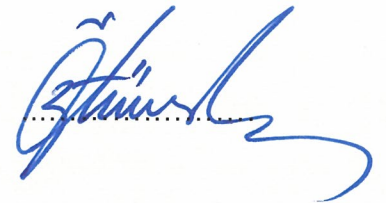
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye : Doç. Dr. Zekai ÖZTÜRK

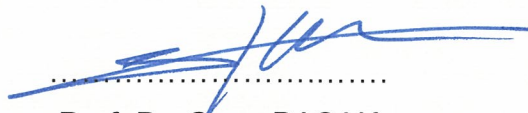
Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Tez Savunma Tarihi 25.02.2015

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Doktora Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.



Prof. Dr. Suna BAŞAK

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Mustafa ÇOBAN

25.02.2015

EVDE BAKIM HİZMET SİSTEMİNİN ALMANYA VE TÜRKİYE ÖRNEĞİNDE İNCELENMESİ VE TÜRKİYE İÇİN BİR MODEL ÖNERİSİ

(Doktora Tezi)

Mustafa ÇOBAN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Şubat 2015

ÖZET

Birey haklarının öncelenmesine yönelik değersel değişim, yaşam süresinin uzaması, sağlık hizmetlerinde maliyet artışları, toplumda yaşanan sosyoekonomik değişimler gibi birçok etken alternatif ve tamamlayıcı olarak profesyonel sunulan evde bakım hizmetlerine olan talebi artırmıştır. Bu çalışmanın amacı; Türkiye'nin hukuki, ekonomik, kültürel yapısı ve sağlık örgütlenme modeline uygun bir evde bakım hizmeti modeli önerisi geliştirmektir. Bu kapsamda evde bakım sistemini bakım sigortası ile bütünleştiren ve Türk kökenli kişilerin Türkiye dışında en fazla yaşadığı ülke olan Almanya örneği incelenmiştir. Araştırma nitel araştırma yapısı ile Almanya ve Türkiye'de evde bakım hizmetleri sunumunun farklı kademelerinde yönetici konumunda yer alan kişilerle yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Almanya'daki görüşmeciler, evde bakım hizmetlerinin sunumunda etik dışı uygulamalara yol açan yoğun bir rekabetin yaşandığını, bakım planlarının esneklikten uzak ve zaman baskısı ile sıkıştırılmış olduğunu, sigorta şirketlerinin maliyetleri düşürmek odaklı yaklaşım içerisinde olduklarını, denetimlerin daha çok hizmetin uygulanmasına yönelik olmasından öte bürokratik işlemlere odaklandığını belirtmişlerdir. Türkiye'deki görüşmecilerin ifadeleri değerlendirildiğinde, evde bakım hizmetlerinin tanımı, kapsamı gibi birçok konuda benzerlik olmadığı saptanmıştır. Türkiye'de kapsayıcı nitelikte tek bir mevzuatın olmaması, sağlık ve sosyal bakım uygulamalarının farklı kurumlar tarafından yönetilmesi, evde bakım hizmetlerinin özel sektördeki sunumunda yaşanan yasadışı çalışma durumunun sistem içinde haksız rekabete neden olması temel sorunlar olarak belirtilmiştir. Türkiye için önerilen modelde güçler ayrılığı temelinde hizmeti sunan ve yöneten kurumların birbirlerinden farklı olması esas alınmıştır. Evde bakım hizmet sunumunun kamu, özel ve kâr amacı gütmeyen sivil toplum örgütleri tarafından, üçlü bir yapı ile sağlanması önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1167

Anahtar Kelimeler : Sağlık Kurumları Yönetimi, Sosyal Güvenlik, Sosyal Hizmet,
Sosyal Demografi, Avrupa ve Bölge Çalışmaları

Sayfa Adedi : 281

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

INVESTIGATING THE HOME CARE SERVICE SYSTEM IN TURKEY AND GERMANY
AND PROPOSAL OF HOME CARE MODEL FOR TURKEY

(Ph. D. Thesis)

Mustafa ÇOBAN

GAZI UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES

February 2015

ABSTRACT

Change in approach prioritized the individual rights, increasing the life expectancy, increasing the costs of health services, change in socioeconomic conditions in society leads to demand growth in home care services provided professionally as an alternative and complementary. The aim of this study is to develop proposal for home care service model applicable to legal, cultural, economic structure and health organization model of Turkey. In this extent, Germany as a representative country whose care home care system is integrated with the care insurance and where the people with Turkish roots live mostly in Germany after Turkey was investigated. This study with qualitative research structure was carried through using semi-structured questionnaire forms conducted to the personnel working at different levels of management in home care service providers from Turkey and Germany. The interviewers from Germany states that there is very intensive competition that leads to unethical applications during service provision, the care plans are far away from the flexibility, the insurance institutions only focus on the approaches to decrease in costs of expenditure, the audits on home care institutions are mostly based on the bureaucratic procedures rather than how the care services are provided. When considering the statements of interviewers from Turkey, it was found that there is no similarity in most of the issues like definition and scope of home care services. Deficiency in legal regulation with an integrated approach to the home care services, management of health and social care applications by different governmental institutions, illegal working situations in private sector leading to unfair competition during home care service provision are stated as the main problems faced with in this sector. Proposed model developed through this study is based on the principle of division of powers, which focus on the fact that the institution of service provider and service manager will be different from each other. It is proposed that home care services should be provided by mainly three structures including public institution, private institution and non-profit organizations.

Science Code : 1167

Key Words : Health Care Management, Social Security, Social Work, Social
Demography, European and Area Studies

Page : 281

Supervisor : Prof. Dr. Afsun Ezel Esatoğlu

TEŞEKKÜR

Çalışma kapsamında görüşme yapmama izin veren tüm kurumlara ve görüşme yaptığım katılımcılara; çalışma sırasında hep yanımda olan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu çalışma arkadaşlarıma ve öğrencilerime; tezimi farklı disiplin bakış açısı ile okuyarak katkı sunan Selâhattin Kardeş, Çiğdem Sarısaltık, Hülya Uncu, Asuman İnce, Ferda Tanacı ve Derya Akbulut'a;

Tez izleme jürimde bulunmayı kabul ederek bu çalışmanın ortaya çıkmasında bana her türlü desteği veren, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi emekli öğretim üyesi Prof.Dr. Rasih Demirci, TED Üniversitesi Ekonomi Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Julide Yıldırım Öcal'a;

Almanya'daki araştırma sürecinde desteğini esirgemeyen sosyal çalışmacı Suna Kök'e ve çalışmanın bütün aşamalarında yanımda olan ve desteğini hep hissettiğim, "başka ne yapabilirim" sorusunu içtenlikle soran Zeki Çağlar'a;

Yüksek lisans eğitimimden itibaren hep yanımda olan ve akademik anlamda desteğini hissettiğim ve bu çalışmam sırasında sürekli yapıcı görüşlerini bildiren Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr. Yasemin Yalın'a;

Tezi, kendi çalışması kadar özümseyen, bütün yüreği, emeği ve sabrı ile destek olan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı abim Öğr. Gör. Dr.M.Cumhur İZGİ'ye;

Lisans eğitimimden bugüne değin hep yanımda olan ve hep yanımda olmasını temenni ettiğim, benim için her anlamda rehber olan tez danışmanım, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyesi Prof.Dr.Afsun Ezel Esatoğlu'na;

Bana olan güvenlerini ve sevgilerini her zaman gösteren başta annem, ablam ve kızkardeşlerim ile ailem kadar yakınımda olan Halise ve Mikdat Ercan'a ve Sevinç Yurdakul olmak üzere tüm sevdiklerime;

“Mustafamın tezinden sonra” sözünü hayatının bir parçası yapan, sabır erdemini bana ve oğlumuz Bulut’a sevgisiyle nakşeden karım Nilgün Akbulut Çoban’a ve “babam hep ders çalışıyor, sonra da uyuyor” sözcükleriyle sitemini ve özlemini dile getiren, zamanını ödünç aldığım oğlum Bulut’a teşekkür ederim.

Bu çalışmayı iyi ve doğru davranışın ne olması gerektiğini toplumsal uzlaşımında aramayan ve bu durumu yaşamıyla gösteren babama adıyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	viii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	xii
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xv
KISALTMALAR	xvi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Evde Bakım Hizmetleri ile ilgili Genel Bilgiler ve Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	9
2.1.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tanımı	10
2.1.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi	13
2.2. Evde Bakım Hizmetleriyle İlgili Ülke Örnekleri	18
2.2.1. Amerika Birleşik Devletleri'nde evde bakım uygulamaları	20
2.2.2. İtalya'da evde bakım hizmetleri	30
2.2.3. Danimarka'da evde bakım hizmetleri	34
2.2.4. İngiltere'de evde bakım hizmetleri	39
2.3. Almanya'da Evde Bakım Hizmetleri	41
2.3.1. Almanya'da bakım hizmetlerinin genel yapısı	41
2.3.2. Almanya'da bakım sigortasının ardılları	47
2.3.3. Almanya'da evde bakım hizmetlerinde hizmet sunumu	59
2.3.4. Almanya'da bakım sigortasında derecelendirme	63
2.4. Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri	67
2.4.1. Türkiye'de evde bakım hizmetleri ile ilgili mevzuat	71

Sayfa

2.4.2. Sağlık Bakanlığı iznine bağlı özel evde bakım kuruluşları tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri	75
2.4.3. Aile hekimliği kapsamında yürütülen evde bakım hizmetleri	78
2.4.4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı iznine bağlı özel evde bakım kuruluşları tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri	81
2.4.5. Türkiye Kamu Hastane Kurumu tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri.....	81
2.4.6. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri.....	83
2.4.7. Belediyeler tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri.....	88
3. YÖNTEM	93
3.1. Araştırmanın Modeli	93
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	94
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	94
3.4. Veri Toplama Araçları	96
3.5. Veri Toplama Yöntemi.....	98
3.6. Verilerin Analizi	98
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	99
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu ile ilgili Çalışmalar	99
4. BULGULAR	101
4.1. Araştırma Grubuna İlişkin Sosyo- Demografik Bilgiler.....	101
4.2. Türkiye'deki Evde Bakım Uygulamalarına İlişkin Bulgular.....	101
4.2.1. Evde bakım hizmetlerinin kuruluş gerekçesi	102
4.2.2. Evde bakım hizmetleri ile ilgili tanımlar	104
4.2.3. Evde bakım hizmetinin kapsamı	105
4.2.4. Evde bakım hizmeti alacak kişilerin belirlenmesi	108
4.2.5. Hizmeti veren personelin özellikleri.....	112
4.2.6. Evde bakım hizmetin finansmanın sağlanması	114

Sayfa

4.2.7. Evde bakım hizmetinin denetlenmesi.....	115
4.2.8. Evde bakım hizmetlerinde kalite kontrol uygulamaları	117
4.2.9. Evde bakım hizmeti sunumundaki güçlükler	117
4.2.10. Evde bakım hizmetlerinin avantajları	130
4.2.11. Evde bakım hizmetlerinin dezavantajları.....	134
4.2.12. Evde bakım sistemi için öneriler.....	135
4.3. Almanya'daki Evde Bakım Uygulamalarına İlişkin Bulgular	141
4.3.1. Evde bakım hizmetleri ile ilgili tanımlar	142
4.3.2. Evde bakım hizmetinin kapsamı	143
4.3.3. Evde bakım hizmeti alacak kişilerin belirlenmesi	145
4.3.4. Verilecek hizmetin çeşitliliğinin belirlenmesi.....	147
4.3.5. Evde bakım hizmeti veren personelin özellikleri.....	149
4.3.6. Evde bakım hizmetinin finansmanının sağlanması	151
4.3.7. Evde bakım hizmetinin denetlenmesi.....	152
4.3.8. Evde bakım hizmeti sunumundaki güçlükler	155
4.3.9. Evde bakım hizmetlerinin avantajları	174
4.3.10. Evde bakım hizmetlerinin dezavantajları.....	176
4.3.11. Evde bakım sistemi için öneriler.....	177
5. TARTIŞMA.....	181
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	217
6.1. Sonuçlar.....	217
6.2. Türkiye'de Evde Bakım Sisteminin Geliştirilmesine İlişkin Model Önerisi	219
6.2.1. Evde bakım hizmetlerinde ana sorumlu kuruluşa ilişkin öneriler ..	223
6.2.2. Evde bakım hizmetlerinin finans kaynağına ilişkin öneriler	225
6.2.3. Hizmet sağlayıcının niteliklerinin belirlenmesi ve planlanmasına ilişkin öneriler	226

Sayfa

6.2.4. Hizmet içerikleri ve hizmet alanların belirlenmesine ilişkin öneriler.....	228
6.2.5. Evde bakım hizmetlerinde denetleme ve denetim sürecine ilişkin öneriler	230
6.2.6. Evde bakım hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin iş akışına ilişkin öneriler.....	232
KAYNAKLAR.....	237
EKLER.....	269
EK-1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	270
EK-2. Etik Kurul Kararı	273
ÖZGEÇMİŞ	275

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Avrupa Birliği Ülkelerinde evde bakım kuruluşlarının organizasyon yapısı	19
Çizelge 2.2. Amerika Birleşik Devletleri'nde evde bakım kuruluşlarındaki artışların yıllara göre dağılımı (2002-2011)	27
Çizelge 2.3. Amerika Birleşik Devletleri'nde evde bakım hizmetlerinde hizmet sınıflandırmaları	28
Çizelge 2.4. İtalya'da yaşlılar için kamusal uzun dönem bakım hizmetleri ve sorumlu idare	31
Çizelge 2.5. İtalya'da 65 yaş ve üzeri kişilerin bakım sigortasından yararlanma durumu	33
Çizelge 2.6. İtalya'da uzun dönem bakım hizmetlerinde bölgesel kalite göstergeleri	33
Çizelge 2.7. Almanya'da toplam sağlık sektörü hacminin yıllara göre dağılımı	42
Çizelge 2.8. Almanya'da sağlık harcamalarının alt segmentlerine göre dağılımı	42
Çizelge 2.9. Almanya uzun dönem bakım sektöründe çalışanların yıllara göre dağılımı (2003-2011)	44
Çizelge 2.10. Almanya Sosyal Güvenlik Kanunu'nun bölümleri	48
Çizelge 2.11. Almanya'da sosyal sigortalara kişisel katkı oranlarının yıllara göre gelişimi (%)	50
Çizelge 2.12. Almanya uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlananların sayıları	54
Çizelge 2.13. Almanya'da uzun dönem bakım sigortası kapsamında sağlanan informal bakım ücretleri (bakım derecesine göre)	55
Çizelge 2.14. Almanya'da uzun dönem bakım sigortası kapsamında profesyonel evde bakım kuruluşlarına yapılan ödemeler (bakım derecesine göre)	56
Çizelge 2.15. Almanya'da uzun dönem bakım sigortası kapsamında sağlanan gündüzlü bakım ücretleri (bakım derecesine göre)	56
Çizelge 2.16. Almanya'da uzun dönem bakım sigortası kapsamında verilen engelli bakım ücretleri (bakım derecesine göre)	57

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.17. Almanya’da uzun dönem bakım sigortası kapsamında verilen kısa süreli bakım ücretleri (bakım derecesine göre)	57
Çizelge 2.18. Almanya’da uzun dönem bakım sigortası kapsamında yatılı bakım kurumlarına yapılan ödemeler (bakım derecesine göre).....	58
Çizelge 2.19. Almanya’da uzun dönem bakım sigortası kapsamında yaşanan mekân ve yakın çevresini iyileştirici önlemler için yapılan ödemeler (bakım derecesine göre)	59
Çizelge 2.20. Almanya’da bakım hizmetinden yararlananların yaş durumlarına göre hizmet türlerinin dağılımı (2009)	62
Çizelge 2.21. Almanya bakım sigortasında bakım derecelendirmeleri	63
Çizelge 2.22. Almanya’da bağımlılık derecelendirme durumu	64
Çizelge 2.23. Almanya’da evde bakım hizmetlerinden yararlananların bakım derecelerine göre yıllık artış düzeyleri	65
Çizelge 2.24. Almanya’da bakım derecelerine göre kurumda bakıma ödenen ücretler (aylık euro).....	66
Çizelge 2.25. Türkiye’de evde bakım uygulamalarının hizmet içerikleri.....	70
Çizelge 2.26. Türkiye’de evde bakım hizmetleri ile ilgili güncel mevzuat karşılaştırılması	73
Çizelge 2.27. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı izinli özel evde bakım kuruluşlarında bulundurulması zorunlu personelin dağılımı	76
Çizelge 2.28. Aile hekimliğinin evde bakım hizmetlerine entegrasyonun Avrupa Birliği ve Avrupa Serbest Ticaret Birliği (EFTA) ülkelerindeki durumu	80
Çizelge 2.29. Türkiye’de evde sağlık biriminde zorunlu ve/veya tercihen olması gereken personel	82
Çizelge 2.30. Türkiye’de bakıma muhtaç özürülere verilen hizmet sunum biçimleri ve ödeme miktarları	86
Çizelge 2.31. Türkiye’de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından sunulan evde bakım hizmetlerinden yararlanan bakıma muhtaç kişi sayısı ve ödeme miktarlarının yıllara göre dağılımı	88
Çizelge 2.32. Türkiye’de evde bakım hizmeti veren il belediyelerinde hizmet türü	90
Çizelge 2.33. Evde bakım hizmeti veren belediye nüfusları	91
Çizelge 4.1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri	101

Çizelge	Sayfa
Çizelge 6.1. Almanya ve Türkiye’deki görüşmecilerin evde bakım hizmetleri temaları hakkındaki görüşlerinin karşılaştırılması.....	218
Çizelge 6.2. Türkiye’de evde bakım hizmetleri için geliştirilen modelin anahtar bileşenleri	221

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Almanya'da evde bakım kuruluşlarının sahiplik yapıları ve yıllara göre dağılımı.....	61
Şekil 2.2. Almanya'da evde bakım kuruluşlarından yararlananların evde bakım kuruluşlarının sahiplik yapıları ve yıllara göre dağılımı.....	61
Şekil 2.3. Almanya'da evde bakım hizmetlerinden yararlananların bakım derecelerine göre dağılımı (1999-2011).....	66
Şekil 6.1. Evde Bakım Hizmetleri İş Akış Şeması.....	235

KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
AB (EU)	Avrupa Birliği (European Union)
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
ADSM	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
ALMA	Allo Maltraitance personnes âgées et personnes en situation de handicap
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ASPB	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
BDBK	Bakım Derecesi Belirleme Komisyonu
BİMER	Başbakanlık Bilgi Edinme Merkezi
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
CEDEFOP	The European Centre for the Development of Vocational Training
CSCI	Commission for Social Care Inspection
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
EC	European Commission
ENEPRI	European Network of Economic Policy Research Institutes
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V
GFMH	German Federal Ministry of Health
GSS	Genel Sağlık Sigortası
HCBS	Home and Community Based Services
JAMDA	Journal of the American Medical Directors Association
İSMEK	İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sanat ve Meslek Eğitim Kursları
LIVINDHOME	Living Independently at Home
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MEDPAC	The Medicare Payment Advisory Commission

Kısaltmalar**Açıklamalar**

MIS	Mercury Information System
SB	Sağlık Bakanlığı
SGB	Sozialgesetzbuch
SSCB	Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TKHK	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
UHK	Umumi Hıfzısıhha Kanunu
UN	United Nations
UNICEF	United Nations International Children's Emergency (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
NASUAD	National Association of States United for Aging and Disabilities
VDEK	Der Vorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V.

1. GİRİŞ

Dünya, yaşlanmanın büyük bir utku olduğu toplumsal dönemden (Smith, 2001: 69) yaşlı toplumuna geçişi yaşamaktadır (European Commission [EC], 2012; Sethi ve diğerleri, 2011). Savaşlar, bulaşıcı hastalıklar, sağlık hizmetlerinin yetersizliği gibi birçok nedenden dolayı insanlar yaşlanamıyor ya da yaşlılığı¹ yaşayamıyordu; toplumda çok az bir kesim yaşlanabilmekteydi (Smith, 2001: 69-70). Yaşlanmanın olmadığı bir toplumda da bugün yaşlılık ve yaşlanmaya ilişkin tartışılan birçok sorun gündem oluşturmamıştır. Yaşlılık ve yaşlanma ile günümüzde önemli bir sorun olarak görülen yaşlı bakımı, sorun olarak değerlendirilmemiş, bakım kavramı, çocukların ve hastaların bakımı ile özdeşleştirilmiştir (Roebuck, 1979). Toplumsal roller ve çözümlemelerin ekonomi ile bütünleştiği ilk eserlerden biri olan Kapital’de, Karl Marx, kadınların çalışma yaşamındaki toplumsal rollerinden söz ederken, toplumsal düzeyde kadının çocuklara bakma görevi ile yükümlendirildiğini belirtmekte, kadının yaşlı bakımı ile ilgili rolünden hiç söz etmemektedir (Marx, 1997: 381). Bu durum Marx’ın kadının rolünü betimlemedeki eksikliğinden öte “yaşlı bakım” olgusunun olmaması ile açıklanabilir. Günümüz toplumu birçok nedenden yaşlanmaktadır ve bakım hizmetlerinden yararlananların büyük bir kısmını yaşlılar oluşturmaktadır (Eurostat, 2012a,b,c, German Federal Ministry of Health [GFMH], 2013: 15; Government Offices of Sweden, 2010; Kröger ve Leinonen, 2011: 120; Österle ve Bauer, 2011: 62; Rostgaard, 2011: 78, 79) Hizmet alanların büyük bir kısmını yaşlıların oluşturması, bakım kavramını yaşlılıkla özdeşleştirmekte ve bakım ile ilişkili tüm çalışmalarda, yaşlılık ve yaşlanmanın etkileri dikkate alınmaktadır (EC, 2001; Soma ve Yamashita, 2011).

Bakım hizmetlerine olan gereksinimin artması ile birlikte artan talebi karşılamaya yönelik dinamiklerin gelişmesi de kaçınılmazdır. Evde bakım hizmetleri, artan bakım gereksinimine karşılık gelişen hizmet sunum modellerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (DePalma, 2008; Genet, Boerma, Kroneman,

¹ Yaşlı kişiyi kronolojik olarak tanımlamada farklılıklar bulunmaktadır. Birçok gelişmiş ülkede yaşlı, kronolojik olarak 65 yaş ve üzeri kişileri tanımlamaktadır. Birleşmiş Miletler ise yaşlı tanımında 60 yaş ve üzerini esas almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ise yaşlılık tanımında kronolojik olarak standart bir yaş belirtmemektedir. Örneğin Afrika toplumunda yaşlı tanımlaması yaparken 50 yaş ve üzeri kişileri yaşlı olarak kabul etmektedir (World Health Organization [WHO], 2015).

Hutchinson ve Saltman, 2012; Jones, 2014; Shang ve Wu, 2011; Weissert, Matthews ve Pawelak, 2005).

Evde bakım hizmetlerine talep arttığına ilişkin söylemler değerlendirilirken, talebin kaynağı ve oluşum sürecinin dikkatle değerlendirilmesinin gerektiği düşünülmektedir. Evde bakım hizmetlerine olan talebin; hizmet gereksinimi olan kişilerden mi, sigorta kuruluşlarından mı, devletten mi, ya da hizmet sağlayıcıdan mı geldiğine ilişkin değerlendirmelerin yapılması, talebin yönünün belirlenmesi noktasında önemli olacaktır. Politika yapıcılar tarafından evde bakım hizmetlerine olan talebin oluşum süreci değerlendirilemediğinde, politika üretme sürecinde sorunlar oluşacağı düşünülmektedir. Literatürde evde bakım hizmetlerine olan talebin oluşumu ve oluşturulma biçimi konusunda tartışmalara rastlanılmamıştır. Evde bakım hizmetlerine olan talebin gerçek bir talep mi yoksa bir pazarlama tekniği olarak oluşturulmuş yapay talep mi olduğu sorgulanmamaktadır. Talebin oluşum süreci sorgulanmaksızın yapılan değerlendirmeler ışığında, evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın küresel ve ulusal düzeyde arttığı (DePalma, 2008; Genet ve diğerleri, 2012; Jones, 2014; Shang ve Wu, 2011; Weissert ve diğerleri; Zeytinoglu, Denton, Davies ve Plenderleith, 2009), bu artışa paralel olarak evde bakım hizmetleri kullanımının da eş zamanlı artış gösterdiği söylenebilir (Hillier ve Barrow, 2007:313; Parker, Zimmerman, Rodriguez ve Lee, 2014; Simonazzi, 2009; Soma ve Yamashita, 2011).

Evde bakım hizmetlerinde arz ve talebin birlikte artması, hizmetin içeriği ve kapsamını da genişletmiştir (Swedberg, Chririac Hammar, Törnkvist ve Hylander, 2012). Evde bakım hizmetinin kapsamının genişlemesinde, tıp teknolojisinin evde hizmet sunumunu kolaylaştırıcı uygulamalar geliştirmesinin yanı sıra (Palm, 2014; Pigini, Facal, Blasi ve Andrich, 2012; Steward, 1985; Tamura, Mizukura ve Tatsumi, 2010; Turner, 2012:1,3; Turner, Campbell ve Wang, 2012) kişinin kendisine evde hizmet sunulmasını istemesi, kadının rolünün değişmesi ve finans kuruluşu açısından evde bakım maliyetlerinin kurumda bakım hizmetlerine göre daha düşük olması gibi nedenler etkin rol oynamıştır (Littauer, 1960; McCusker ve Stoddard, 1987; Pierini ve Hoerold, 2014; Szebehely ve Trydegard, 2012).

Bilginin ve hizmetin ölkelerarası hareketliliği kapsamında, evde bakım hizmetlerinin, birçok ölkede birbiriyle etkileşim içerisinde sağlık ve sosyal hizmet modeli olarak uygulandığı izlenmektedir (Gupta, 2013; Arita ve Ryu, 2013; Nadash, Doty, Mahoney ve Schwanenflugel, 2012; Santana, 2010, Schmid, 2005). Türkiye’de de Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından hazırlanan Birinci Kalkınma Planı’nda (Resmi Gazete [RG], 1963), evde bakım hizmetleri, yataklı tedavi hizmetlerinin bir alternatifi ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve maliyetin azaltılması için bir araç olarak görölmektedir. Kalkınma planında, evde bakım hizmetleri örgütlenmesinin geliştirilmesi ve evde bakım birimlerinin kurulması konusunda pilot bölge çalışmalarının yapılması önerilmektedir ancak evde bakım hizmetleri ile ilgili bu öneriler uygulamaya geçirilmemiştir. Bu bağlamda, Türkiye’de de son yıllarda, politika yapıcıların ve özel sağlık kuruluşlarının evde bakım hizmetlerine olan ilgisi artmış ve evde bakım hizmetleri ölk sağlık hizmetleri gündemine tekrar girmiştir.

Evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşmasına paralel olarak alanda yapılan çalışmaların sayısı da artmıştır (Weissert ve diğerleri, 2005; Genet ve diğerleri, 2011). Türkiye’de 2000’li yıllardan sonra evde bakım hizmetleri ile ilgili yapılan çalışmalarda da artış izlenmektedir ancak diğer ölk örnekleri ile karşılaştırmalı ve içerisinde model önerisi de taşıyan bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Türkiye’de evde bakım hizmetleri ile ilgili saptanan model geliştirmeye yönelik çalışmalar araştırma yapılmadan sadece çalıştay ve sempozyum düzeyinde gerçekleştirildiği saptanmıştır (Evde Bakım Derneği, 2010, 2013; Taş ve Cenker, 2014). Bu nedenlerle evde bakım hizmetleri sunumunun ana tema olarak belirlendiği ve bu bağlamda Türkiye’ye yönelik uygulanabilir, erişilebilir ve nitelikli bir hizmet model önerisinin geliştirildiği bir çalışma planlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı niteliksel görüşmelerde yer alan kişilerin görüşleri kapsamında Almanya evde bakım hizmetleri sisteminin Türkiye ile karşılaştırılmalı olarak yapı, içerik ve süreç yönünden incelenmesi ve inceleme sonuçları ve literatür bilgileri rehberliğinde, Türkiye’nin hukuki, ekonomik, kültürel yapısı ve sağlık örgütlenme modeline uygun bir evde bakım hizmetleri modeli önerisi geliştirmektir.

Aşağıdaki problemlerin çözümlerinin bulunması ve bu çözümlerle bir model önerisi geliştirilmesi amaçları nitel araştırma kapsamında ve çerçevesinde gerçekleştirilmiştir:

- Almanya'daki evde bakım hizmetleri sisteminde çalışan insan gücü ile Türkiye'deki evde bakım hizmetlerinde çalışan insan gücü hangi yönlerden farklılık göstermektedir?
- Almanya'da evde bakım hizmetleri sisteminde kullanılan standartlarla Türkiye'de evde bakım hizmetleri sisteminde kullanılan standartlar farklı mıdır? Nasıl bir farklılık vardır?
- Almanya'daki evde bakım hizmetlerinin kapsamında verilen hizmet çeşitliliği ile Türkiye'deki evde bakım hizmetlerinin kapsamında verilen hizmet çeşitliliği farklı mıdır? Nasıl bir farklılık vardır?
- Almanya'daki evde bakım hizmetleri sisteminin organizasyon yapısı ile Türkiye'deki evde bakım hizmetleri sisteminin organizasyon yapısı farklı mıdır? Nasıl bir farklılık vardır?
- Almanya'daki evde bakım hizmetleri sisteminin kapsayıcılığı ile Türkiye'deki evde bakım hizmetleri sisteminin kapsayıcılığı farklı mıdır? Nasıl bir farklılık vardır?
- Almanya'daki evde bakım hizmetleri sistemi ile Türkiye'deki evde bakım hizmetleri sistemindeki finansal kaynaklar farklı mıdır? Nasıl bir farklılık vardır?
- Almanya'daki evde bakım hizmetleri sisteminin denetimi ile Türkiye'deki evde bakım hizmetleri sisteminin denetimi farklı mıdır? Nasıl bir farklılık vardır?

Evde bakım hizmetleri, son yıllarda sağlık hizmet sunum modelleri içerisinde entegre ve kendi içerisinde değişim gösteren bir hizmet sunum modelidir. Türkiye'de de evde bakım hizmetlerine sağlık sistemi içerisinde yer verilmesi, sunumunun sağlanması, 2000 yılından itibaren daha yoğun olarak tartışılır olmuştur. SB tarafından 2005 yılında çıkartılan yönetmelik ile birlikte evde bakım hizmetleri Türkiye'de sistematik anlamda düzenleme uğraşlarının başlangıcı

olmuştur. Aradan geçen süre içinde evde bakım hizmetleri SB ve ASPB'nin sürekli gündeminde olmasına rağmen, çalışmaların istenilen düzeyde olduğu söylenememektedir. Tez kapsamında yürütülen çalışma sonucu oluşturulacak model önerisi ile Türkiye'de henüz yeterli olarak sürdürülemeyen evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesine ve niteliğinin artmasına ciddi bir katkı sunması beklenmektedir.

Çalışmada evde bakım hizmetleri konusunda gelişmiş bir ülke olan Almanya ile sistematik anlamda evde bakım hizmetleri deneyimi daha yeni olan Türkiye sisteminin karşılaştırmalı olarak incelenmesinin, her iki sistemin güçlü ve zayıf yanlarının belirlenmesinin, nihayetinde Türkiye için bir model önerisi geliştirilmesinin; evde bakım hizmetlerine ilişkin olarak çalışan politika yapıcılara yol gösterici olacağı da düşünülmektedir.

Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin yaygınlığının gereksinimi karşılayacak durumda olmaması ve henüz söz konusu hizmetin yasal alt yapısının standartlarının oluşturulmamış olması, bu alandaki boşluğu ortaya koymakta ve çalışmanın özgünlüğüne katkı sunmaktadır. Bunlarla birlikte çalışmanın iki farklı kültürde planlanması, kültürel farklılıkların sağlık hizmetleri yönetimine etkisini yansıtmaya olasığını yaratması açısından araştırmanın orijinalliğine katkı sunmaktadır.

Bu çalışma kapsamında, evde bakım hizmetleri sistemini 1995 yılından beri uzun dönem bakım sigortası ile entegre ederek uygulayan bir ülke olan Almanya ile Türkiye'nin evde bakım sistemi uygulamaları incelenmiş, ülkelerdeki uygulamalar nitel bir araştırma kapsamında değerlendirilmiş, ortaya çıkan araştırma bulguları ve literatür bilgileri ışığında Türkiye için bir model önerisi geliştirilmiştir.

Araştırma kapsamında Almanya'nın seçilmesinin nedenleri aşağıda yer almaktadır:

- Evde bakım hizmetlerinde kültürel ve kişisel değerler önemli bir yer tutmakta ve evde bakım hizmetlerinin işleyiş sürecine doğrudan etki

etmektedir (Glodny, Yilmaz-Aslan ve Razum, 2011; Lange, Mager ve Andrews, 2013; Lottmann, Lowenstein ve Katz, 2013). Bu nedenle evde bakım hizmetleri konusunda, Türkiye sınırları dışında, Türkiye toplumuna ait kültürel ve kişisel değerlerin evde bakım hizmetlerine olan etkisinin izlenebileceği, Türk kökenli nüfusun en çok yaşadığı ülke olan Almanya (Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı, 2011:3) seçilmiş, Almanya'daki evdeki bakım hizmetleri yöneticilerinin görüşleri dikkate alınmıştır.

- Türkiye'de son yıllarda bakım sigortasının gerekli olduğuna ilişkin tartışmalarda ivmelenme bulunmaktadır (Oğlak, 2007). Bakım sigortasının gelişiminde büyük katkısı bulunması ve bu sigortanın ilk uygulayıcılarından biri olan Almanya'nın deneyiminin önemli olması öngörüsü, seçim nedenlerinden bir diğeridir.
- Almanya, Türkiye'nin ekonomik ve sosyal ilişkileri açısından önemli partnerlerinden biridir (TÜİK, 2014a; Dışişleri Bakanlığı, 2014) ve bu nedenle kurumların ve sektörlerin birbirini etkilemesi kaçınılmaz olup Almanya sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin etkileri Türkiye için yüksektir.
- Almanya'nın sosyal refah yasası kapsamında evde bakım hizmetlerine başladığı ilk dönemlerdeki (1960'lı yıllar) nüfus yapısı ile Türkiye'nin günümüz nüfus yapısı benzerlik göstermektedir (Federal Statistical Office of Germany, 2013: 11).

Evde bakım hizmetlerinin tanımı, tarihçesi ve ülke örnekleri gibi tüm boyutlarıyla ele alındığı bu çalışmanın Türkiye'de gelişmekte olan evde bakım sektörünün nitelikli olarak yapılanmasına katkı sağlaması ve işlevsel olması amaçlanmıştır. Çalışma kapsamında evde bakım hizmetleri ile ilgili genel bilgiler, evde bakım hizmetlerinin tarihçesi, evde bakım hizmetleri ülke örnekleri, Türkiye'deki evde bakım hizmeti uygulamaları genel bilgiler kısmında yer almaktadır.

Araştırma sonuçları Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na sunularak ve gerekli durumlarda danışmanlık yapılması sağlanarak araştırma sonuçlarının kullanılabilirliği sağlanacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Bakım Hizmetleri ile ilgili Genel Bilgiler ve Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetlerinin, tarihsel süreç içerisinde sürekli bir dönüşüm ve arayış çabası içerisinde olması, yeni sağlık hizmet modellerinin gelişimine ve değişimine neden olmuştur (Stroetmann, 2013). Değişim, var olan paradigma² içerisinde olabildiği gibi, yeni bir paradigma oluşturacak biçimde de gerçekleşmiştir. Evde bakım hizmetleri, tüm bakım sistemlerinde temel bir hizmet sunum biçimi olarak yer almıştır (Buhler-Wilkerson, 2007; Grypma, Wolfs ve Reimer-Kirkham, 2012; Missoni, Tediosi, Pacileo ve Gautier; 2014; Simonazzi, 2009; Watson, 1999: 38, 204; Watson, 2000). Evde bakım hizmetlerinin tüm dönemlerde kullanılmasının nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, kişi için varoluşsal bir nitelik olan isteme ve özerklik niteliklerini geliştirici ve bu niteliklerle uyumlu olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Evde bakım hizmetleri olgusunu değerlendirirken, tarihsel süreçten bağımsız değerlendirmek olanaksızdır; ancak bu durumda anakronizm³ riskini de kontrol altına almak gerekmektedir. Bu riski azaltmak için, çalışmada önce evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreci ve tanımı birlikte değerlendirilmeye çalışılmış ve daha sonra evde bakım hizmetleri bulunduğu dönem içerisinde ele alınmıştır. Evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi incelenirken geçmişin eğilimlerinden yola çıkarak bugün ve gelecek için bir evde bakım hizmeti modeli sunma gibi bir yönelimde bulunulmamaya özen gösterilmiştir. Popper (2005: 219) bu durumu; “bugünün eğilimlerinden yola çıkarak yarın ne olacağını söylerken yaptığımız gibi, geçmişten genel bir sonuç çıkarmayı denemek bile büyük bir hatadır” ve “doğru

² Paradigma: (1) Genel olarak, ideal bir durum ya da örnek, bir şeye bakış tarzı; yargılama ölçütü sağlayan her türlü ideal tip ya da model. (2) Bilim insanının dünyaya bakışını belirleyen, ana fenomenleri açıklama imkânı veren model, kavramsal çerçeve ya da ideal teori. Yönlendirmeyi bilim dalında, araştırmanın kurallarını ve standartlarını koyan, bu alanda çalışan bilim insanlarının problem çözme çabasını koordine eden ve yönlendiren teori, teorik çerçeve (Cevizci, 2003: 317).

³ Anakronizm: (1) Doğru tarihsel veya kronolojik zamanda olmayan; o ana veya güne ait olmayan şey ya da kişi. (2) Bir kişinin, olayın, nesnenin vb. asıl tarihinden başka bir tarihe, döneme vb. aitmiş gibi görülmesiyle tanımlanan hata. (3) Mevcut güne, koşullara, gelişim düzeyine vb. uymayan davranış, durum (Budak, 2000: 63).

olan tek tavır geçmişî gelecekte çok farklı olarak görmektir: neyin mümkün ve neyin ahlakbilimsel olarak doğru olduğunu öğrenmek için geçmişteki olguları tarihsel ve ahlaksal olarak yargılamalıyız. Geçmişten geleceğin öngörülmesi için yönelimler ve eğilimler çıkarsamayı ise denememeliyiz bile. Çünkü gelecek açıktır. Her şey olabilir.” sözleriyle ifade etmiştir.

2.1.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tanımı

Evde bakım hizmetleri birçok ülkede yaygın bir şekilde kullanılmasına rağmen, bir örnek tanım ve kapsamı bulunmamaktadır (Bentur, 2001; Davis, 1994; Genet, Kroneman, Boerma 2013; Littauer, 1960; Living Independently at Home [Livindhome], 2011; Ryder, Stitt Pauline ve William, 1969; Thomé, Dykes ve Hallberg, 2003); ancak incelenen tanımlarda ortak olan temel öge, hizmetin evde sunulmasıdır. Hizmetin içeriği, hizmetin kimler tarafından verildiği, kime verildiği, evde bakım hizmetleri tanımlarında farklılık gösteren temel unsurlardır (Bentur, 2001; Genet ve diğerleri, 2012: 9; Kersktra ve Hutten, 1996; Ryder ve diğerleri, 1969; Thomé ve diğerleri, 2003). Kersktra ve Hutten (1996) birçok alanda benzer yönelimlerin ve ortaklaşmanın olduğu 15 Avrupa Birliği ⁴ (AB) ülkesinde yaptıkları bir çalışmada, evde bakım hizmetlerinden “ne anlaşılması” gerektiği konusunda AB ülkeleri arasında dahi bir uzlaşım olmadığını belirtirken yaklaşık 15 yıl sonra yapılan başka bir çalışmada da tanım konusunda bir uzlaşım olmadığı belirtilmektedir (Livindhome, 2011). Ortak bir tanımın olmamasının bir sonucu olarak üye ülkelerde ortak bir sağlık sunumunu hedefleyen “sınırlar ötesi sağlık hizmetleri sunumu direktifinde” uzun dönem bakım hizmetlerinin bir parçası olan evde bakım hizmetleri kapsam dışı bırakılmıştır. Bu tanımın ve içeriğinin belirsizliği AB vatandaşlarının AB ülkelerinde ortak bir evde bakım hizmeti almasını engelleyen durumlardan bir tanesi olarak değerlendirilmektedir (European Union [EU], 2008, 2011).

Profesyonel evde bakım hizmetleri ile ilgili, araştırmacı tarafından ulaşılmış en eski iki İngilizce eser incelendiğinde (Home Care of the Sick; Home Care for

⁴Araştırma yapılan ülkeler: Avusturya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Portekiz, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık.

Dependent Children) (Pope, 1907; Grace,1926), “home care” terminolojisinin kullanıldığı belirlenmiştir. Her iki eserde de, evde bakım hizmetlerinin tanımına yer verilmemiş olup evde bakım hizmetleri kapsamında sunulan hizmetlerin hem tıbbi bakım hem de sosyal hizmet bileşenlerini içerdiği belirlenmiştir. Evde bakım hizmetleri kapsamında özel olarak evde tedavi hizmeti odaklı kavram olarak ise “domiciliary treatment” kavramının yirminci yüzyılın ortalarında tercih edilen bir kavram olduğu saptanmıştır (World Health Organization [WHO], 1959,1963a).

Evde bakım hizmetleri ile ilgili İngilizce literatürde benzer ve ilişkili olarak, “home health care services, home care, home visiting, domiciliary care, domiciliary treatment, home and community care, home help services, hospital at home, home nursing” gibi çeşitli terimler kullanılmıştır (Ammerman, Peugh, Putnam ve Ginkel, 2012; Arai, Kumamotoa, Mizunoa ve Washio, 2014; Bentur, 2001; Care Quality Commission, 2013; Durand, James, Ravishankar, Bamrah ve Purandare, 2009; Pope, 1907; Naruse, Nagata, Taguchi ve Murashima, 2009; Ryder ve diğerleri, 1969). Bu kavramlar arasında farklılıklar olsa da, hepsinin ortak özelliği kişiye evinde hizmet sunulması olgusunun hedeflenmiş olmasıdır.

Evde bakım kavramı ile ilişkili kavramlardan ev hemşireliği (home nursing), hemşirelik hizmetlerinin hastalara profesyonel evde bakım kuruluşları tarafından verilmesi olarak tanımlanmaktadır. Ev hemşireliği hizmetleri, rehabilite edici hizmetleri, destek hizmetlerini, sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini, bulaşıcı hastalıklardan korunma hizmetlerini ve teknik beceri gerektiren hemşirelik hizmetlerini içermektedir (Kersktra ve Hutten, 1996). Buradaki temel ayraç sadece hemşirelik hizmetlerinin evde verilmesidir.

Kersktra ve Hutten (1996), ev hemşireliğinin Avrupa Birliği’nde sağlık hizmetlerinin bir parçası olduğunu, ancak ev hemşireliğinin tarihsel gelişimi açısından üye ülkeler arasında farklılık gösterdiğini ifade etmektedir. Belçika, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, Hollanda ve Birleşik Krallık’ta evde bakım uzun bir geleneğe sahip iken, Avusturya, Yunanistan, İtalya, Lüksemburg, Portekiz ve İspanya’da daha yakın tarihe sahiptir. Ev hemşireliği hizmetleri, bazı ülkelerde din temelli bir geçmişe sahiptir. Örneğin Almanya’da ev hemşireliği hizmetleri daha çok, şemsiye dinî örgütler tarafından sunulan bir hizmettir. Avrupa Birliği

lkelerinden Fransa, İspanya, Yunanistan'da 1990'lı yıllarda ev hemşireliği hizmetleri tüm bölgeleri kapsayacak biçimde yaygınlaşmamıştır (Kerskra ve Hutten, 1996).

Bentur'a (2001) göre, evde bakım, hastane hospitalizasyonu, tıbbi evde bakım ya da duvarsız hastane⁵ olarak da tanımlanır. Evde bakım hizmetlerini diğer sağlık hizmet sunumlarından farklı kılan bir takım temel özellikleri bulunmaktadır. Bunlar, hizmetin hastanın ayağına gitmesi, odakta hastanın olması, kontrolün hastada olmasıdır (Bentur, 2001).

Trkęe literatürde, evde bakım hizmetlerine özel ulaşılmış en eski eser; 1963 yılında WHO tarafından basılmış olan Hospital and Domiciliary Care Report on Symposium" adlı eserin (WHO, 1963b) Dr. Engin Geçtan tarafından 1964 yılında çevrisi yapılan "Hastane ve Ev Bakımı Konusunda Sempozyum" adlı eserdir (Geçtan, 1964). Söz konusu eserde "ev bakımı" kavramı kullanılırken 1980'ler sonrası Trkęe alan yazında, evde bakım, evde hasta bakımı, evde sağlık, evde tedavi, ev ziyareti terimlerinin kullanıldığı belirlenmiştir (Çoban ve Esatoğlu, 2004; ztop, şener, Güven, 2008; şensoy ve Karabekir, 2011; Yorulmaz, zata, Küçükkendirci, Demirkıran, 2013).

Türk Hkmeti ile United Nations International Children's Emergency (UNICEF) arasında "1988–1992 iş birliği programı uygulama planı" kapsamında geręekleřtirilen uluslararası bir anlaşmada (RG,1989), İngilizce metinde "home care" şeklinde yer alan kavramın, aynı metnin Trkęe dilindeki çevirisinde ise "evde tedavi" biçiminde yer aldığı belirlenmiştir. Söz konusu kavramın İngilizce'deki karşılığına eşdeğer şekilde Trkęe'ye çevrilmemesinde etkili olan temel nedenlerinden birinin, tedavi hizmetlerini önceleyen neoliberal politika yaklaşımı (Belek, 2010, 2009) olduğu düşünülmektedir. Antlaşmanın (RG, 1989) bütünü dikkate alındığında, "home care" kavramının "evde bakım" olarak çevrilmesinin daha uygun olacağı belirtilmektedir (Çoban, Esatoğlu ve İzgi, 2014).

⁵ Duvarsız hastane (hospital without walls) tanımı ilk defa Kanada'da 1981 yılında New Bruswick Extra Mural Hastanesi'nde bir uygulama olarak yaşama geğirilen program kapsamında kullanılmıştır. Maliyetleri azaltmak için hastanede sunulacak bazı hizmetleri hastane tarafından kişilerin evlerinde sunulmasını sağlayan bir program olarak yer almıştır (Steward, 1985).

“Evde bakım” terimi, Türkiye’de mevzuat düzeyinde ilk kez “uzun süreli evde bakım” anlamı ile “Millî Eğitim Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Merkezlerinin Kuruluş ve Çalışmaları Hakkında Yönetmelik’te” yer almıştır (RG, 1976 aktaran Çoban ve diğerleri, 2014). Türkiye’de daha önceki kullanımlar evde muayene ve tedavi, evde tedavi, ev ziyareti şeklindedir (Çoban ve diğerleri, 2014). Türkiye’de, günümüzde evde bakım hizmetlerinden sorumlu iki kuruluş olan Sağlık Bakanlığı (SB) ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) farklı terminoloji kullanmaktadır. SB, evde bakım hizmetlerine özel yaptığı ilk düzenlemelerde evde bakım terimini kullanmayı tercih ederken (RG, 2005a, 2005b) daha sonraki uygulamalarda (SB, 2010, 2011) evde sağlık terimini kullanmıştır. SB’nda, terminoloji değişse de hizmetin içeriğinde bir değişiklik olmamıştır. ASPB ise, evde bakım kavramını tercih etmiştir (ASPB, 2012; Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu [SHÇEK], 2007a; 2008a, 2008b; RG, 2006, 2008a).

SB tarafından evde bakım hizmetleri; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dâhil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması şeklinde tanımlanmıştır (RG, 2005a). ASPB ise, akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özürlü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya komşu akraba gibi diğer destek unsurlarına rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla sunulan sosyal, fiziksel, psikolojik destek hizmetleri olarak tanımlamaktadır (RG, 2008a).

2.1.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi

Evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi incelenirken bireye sunulan, en ilkel sağlık hizmeti olarak değerlendirilebilen doğumun, yaşanılan mekânda mı yoksa yaşanılan mekân dışında farklı bir yerde mi yapılması gerektiği tartışmalarının yapıldığı dönemden başlatmak gerekmektedir (Çoban, 2003). Tarih öncesi toplumların birçoğunda, doğum esnasında vücuttan kan çıktığından, doğumun kadını veya yakınında bulunanları kirlettiğine inanılmıştır. Bu sebeple

gebenin tecrit edilerek özel doğum mekânlarına götürülmesi gerektiği düşünülmüştür. Hastaların bu özel doğum mekânlarına götürülmesi mistik nedenlerle de olsa, kişilerin kendi yaşadıkları mekânlardan uzaklaştırılarak doğumun gerçekleşeceği mekânlarda sağlık hizmetleri almalarını sağlamıştır. Kurumda doğum yapılmasına neden olan diğer yaklaşım ise; doğumun yalnızca kişi için değil, bütün toplum için önemli bir olay olarak görülmesi, kutsal sayılması ve doğum olgusuna farklı bir değer yüklenmesidir. Bu nedenle doğumun günlük sıradan bir yer yerine, özel bir yerde gerçekleştirilmesi söz konusudur (Pausanias, 1967 aktaran Gilgil, 2002; Pieri,1982: 7 aktaran Erginöz, 2002). Bu uygulamalar kurumda sağlık hizmetlerinin başlangıcı olarak değerlendirilebilir. Doğumun kutsal mekânları kirlenmesinden dolayı doğumun evde yapıldığına ilişkin olarak ise Soronas, “Gynaecology” başlıklı eserinde, Roma’da doğumun genelde gebenin evinde gerçekleştirildiğinden ve doğum başladığında ebeinin gerekli alet ve malzemeyi yanına alarak gebenin evine gittiğinden söz etmektedir (Erginöz, 2002).

Tarihsel süreç içerisinde evde bakım hizmetleri bazı dönemlerde daha etkin kullanılırken bazı dönemlerde daha pasif kullanılmıştır. Ama her dönemde, bir sağlık hizmet sunumu biçimi olarak kullanılmıştır. Evde bakım hizmetleri, özellikle on sekizinci yüzyılda temel sağlık hizmet sunum modeli olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO, 1959: 9). Avrupa’da, ortaçağda, yoksulları gözetken hayır kurumları olarak hastaneler kentsel mimarinin ve yaşamın bir parçası olmuştur. Illich (1995), on sekizinci yüzyılın sonlarına değin, hastaneye gitmenin tipik olarak, dönüşü olmayan bir yolculuk olarak görüldüğünü belirtmektedir. Hastaneler, on sekizinci yüzyılda, ruh hastaları, sakatlar, saralılar, o dönem için diğer çaresiz hastalar, yetimler ve bir organı kesilecek hastaların yaş ve cinsiyet farkı gözetmeden, karmaşık bir biçimde yattığı yerler olarak konumlanmaktadır (Illich, 1995:109). Hastane hizmetlerinden 1900’lü yıllara kadar daha çok yoksullar yararlanırken, orta ve yüksek gelir düzeyindekiler evde hizmet almayı tercih etmişlerdir (Noel-Weiss, 2007: 1). Bu dönemdeki hastaneler hakkındaki olumsuz yargılar, evde bakım hizmeti uygulamaları için hazırlayıcı faktörler olarak değerlendirilebilir. On dokuzuncu yüzyılın ortalarında Amerika ve Avrupa kıtasında evde bakım hizmetlerinde temel hizmet sağlayıcılar içerisinde günümüzden farklı olarak sağlık profesyonelleri ve aileler dışında, din adamları ve öğretmenler de yer

almıştır (Stanley, 2011; Neff, 2011). Evde bakım hizmetlerinin gelişiminde dinî kuruluşlar özellikle kilise önemli rol oynamıştır. Kilisenin önderliğinde, gönüllü kuruluşlar tarafından evde hasta bakımı, hizmet sunma yöntemi olarak benimsenmesine rağmen, dinî gruplar dışında evde hasta bakımı hizmeti, 1859 yılına kadar yapılmamıştır.

Gerçek anlamda ziyaretçi hemşirelik hizmeti, William Rathbone adlı bir İngiliz antropolog tarafından oluşturulmuştur. Rathbone, eşine, bir hemşire tarafından evde verilen bakımdan etkilenerek fakir hastalar için gönüllü bir ziyaretçi hemşire servisi oluşturmuştur. Mary Robinson, Liverpool'da evde hasta bakımı veren ilk ziyaretçi hemşiredir. Robinson ev ziyaretleri sırasında sadece hasta bakımı yapmamış aynı zamanda, aile bireylerine evde hasta bakımı ve genel hijyen kuralları da öğretmiş, böylece İngiltere'de bölge hemşirelik sisteminin temeli atılmıştır (Gallagher, 1985: 330, Öztekin ve Kubilay, 1995: 3). Florence Nightingale, hasta kişilerin bakımı için görevlendirilecek kadınların özel olarak eğitilmesini önermiş ve eğitilmiş kadınların hastanelerde, bölgelerde, ev ziyaretleri gerçekleştirecek özel hemşire olarak görevlendirilmeleriyle ilgili bir plan sunmuştur. Nightingale'in önerileri doğrultusunda, Liverpool'da 1862 yılında evlerde hasta bakımını gerçekleştirecek ziyaretçi hemşire yetiştiren ve 1,5 yıllık eğitim veren ilk okul açılmıştır (Gallagher, 1985: 331, Öztekin ve Kubilay, 1995: 3). Ev ziyaretlerinde sağlık profesyonellerinin yanı sıra din adamları, kilise gönüllüleri birlikte ya da ayrı zamanlarda yer almıştır. Ev ziyaretleri sırasında, sağlık hizmet sunumları yapılırken aynı zamanda misyonerlik faaliyetleri de yürütülmüştür (Przyrembel, 2013; Society for the Support of the Colored Home; 1851: 9, 13, 14).

Evde bakım hizmeti verirken aynı zamanda misyonerlik faaliyeti günümüzde de devam etmekte yaşlılık ve evde bakım hizmetleri misyonerlik faaliyetleri için uygun bir alan olarak değerlendirilmektedir (Halvarson, 2012). Örneğin Japonya'da Gerontoloji biliminin gelişiminde önemli bir rolü olan Obirin Üniversitesi, 1966 yılında Tokyo'da Hristiyan misyonerler tarafından açılmış bir okuldur (Tsukada ve Tatara, 2005). Almanya'da yaşlı bakım sektöründeki iki önemli kuruluş olan

Katolik Kilisesine bağılı Caritas ve Protestan Kilisesine bağılı Diakonie'de⁶ de misyonerlik faaliyetleri devam ettirilmektedir (Diakonie, 2014; Caritas, 2015a). Caritas 1991 yılında mültecilere hizmet götürmek için Türkiye'de başlattığı çalışmaları genişleterek, artık belirli bir sınırlılıkla yaşlı bakım alanında da hizmet vermektedir (Caritas, 2015b).

Yirminci yüzyıla girilirken kentleşmedeki hızlı artış, özellikle de kentte yaşayan yoksul insan sayısındaki artış, buna bağılı sosyal koşullardaki bozulmayı da beraberinde getirmiş, evde bakıma ve desteğe olan ihtiyacı artırmıştır. Artışa paralel olarak ziyaretçi hemşirenin rolü ve ziyaretin kapsamı, koruyucu bakım hizmetini de kapsayacak biçimde genişlemiştir. Birçok hemşire kuruluşu, 1910'lu yıllarda öğrenciler, bebekler, anneler ve tüberkülozlu hastalar için koruyucu programlar başlatmıştır. Ziyaretçi hemşirelerin ve halk sağlığı hemşirelerinin tedavi edici ve koruyucu hizmetlerdeki görevleriyle ilgili tartışmalar günümüze kadar sürmüş olmakla birlikte, her iki grup hemşire de tüm yüzyıl boyunca ev bakımında görev almışlardır (Buhler-Wilkerson, 1985). Savaşlar, ekonomik krizler, endüstrileşme ve diğer sosyal faktörler, halk sağlığı hemşireliğinin ve evde bakım hizmetlerinin gelişmesini hızlandıran önemli etkenlerdendir (Schulmerich, Timothy, Riordan ve Davis, 1996:5). Ziyaretçi hemşirenin rolünde genişleme yaşanırken benzer dönemlerde hastanelere ilişkin düşünceler de değişmeye başlamıştır. Değişimin temel hızlandırıcıları; sağlık bakım hizmetlerindeki gelişmeler, cerrahi müdahaleler gibi bazı hizmetlerin sadece hastanelerde verilebilmesi ve evde sunulamamasıdır. Özellikle hastalıkların tanımlanmasında etkili olan hücre teorisinin gelişimi ile birlikte, hastalıkların tedavi biçimi değişmiş ve hastane odaklı bir yaklaşım başlamıştır. Bazı hastalıkların tedavisinde hastanelerin evde sunulan hizmetlere göre daha etkin olması, hastaneler üzerindeki olumsuz sosyal etketin kalkması için bir başlangıç olmuştur. Örneğin doğumlar hastanede kabul edilebilir olmaya başlamıştır (Noel-Weiss, 2007: 1). Değişimler, hastanelerin yoksullara hizmet veren kuruluşlar olduğu algısında da dönüşüme neden olmuş ve hastanelerden yoksul kesimler dışındakiler de hizmet almaya başlamışlardır (Noel-Weiss, 2007: 2).

⁶ Dikonie, Alman Protestan Kilisesine bağılı sosyal yardım kuruluşudur ve Protestan inancı doğrultusunda çalışmalarını yürütmektedir (Diakonie, 2014).

Evde bakım hizmetleri, yirminci yüzyılın ortalarına kadar tedavi hizmetleri odaklı bir hizmet olarak temellendiğinden hastane hizmetleri ile karşılaştırılmış ve hastane hizmetlerine bir alternatif olarak değerlendirilmiştir (Association of Schools of Public Health, 1940). Yaşlanma olgusunun birer gerçeklik ve sorun olarak görünür olması ve yaşlı bakımına olan ihtiyacın artması, tedavi hizmetlerinden öte bakım hizmetleri odaklı bir hizmet sunan huzurevleri için talep oluşturma çabalarını hızlandırmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gazetelerin ve dergilerin reklam ilanları içerisinde huzurevleri reklamları yer almış (Time, 1956: 31) ve huzurevlerine ilgiyi artırma ve huzurevleri için pazar oluşturma çabası başlamıştır. Evde bakım hizmetleri harcamaları, hastane ve huzurevleri harcamalarından daha düşüktür. Huzurevlerine olan talebi Medicaid⁷ harcamaları da destekler niteliktedir. ABD'de, 1970'li yıllarda Medicaid ödemelerinin %31,5 huzurevleri, %37,7'sini hastaneler, %10,8'ini evde bakım hizmetleri oluşturmaktadır (Morris ve Haris, 1972: 1088).

Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren huzurevlerine ve hastane hizmetlerine yönelik ilgi ve talep oluşturma süreci, yirmibirinci yüzyılda tam tersi bir yönelim içerisine girmiş ve evde bakım hizmetleri desteklenmeye başlanmıştır (Wiener, Anderson ve Brown, 2009). Wibberley'e (2013: 156) göre, İngiltere'de evde bakım hizmetlerinde hizmet içeriği ve kavramsal dönüşüm öncelikle arz oluşturma şeklinde oluşmuş ve oluşan arz ile birlikte talepte de evde bakım hizmeti alma yönelimli değişiklik yaşanmıştır. İngiltere'de evde bakım (domiciliary care) kavramı ilk dönemlerde düşük düzeyde bakıma ihtiyacı olan yaşlılar için temizlik, alışveriş, yemek pişirme, çamaşır yıkama gibi işlerden oluşan ev yardımı hizmetini (home help) sunmak için tasarlanmıştır. İngiltere'de Ulusal Sağlık Sistemi Yasası ve Toplum Bakım Yasası'nın 1990 yılından itibaren uygulanması ile birlikte yaşlılara mümkün olduğunca kendi yaşadıkları mekânda hizmet sunmak hedeflenmiş ve yaşlı talebi de hedeflenen bir şekilde evde bakım hizmetleri olmuştur. Evde bakım hizmetlerinin içeriğinin de genişlemesi kurumda bakıma olan ilgiyi azaltmıştır. Evde hizmet sunmaya olan ilgi ve yönelimle birlikte evde yardımı içeren bir evde bakım olgusu yetersiz kalmış ve evde bakım geleneksel evde yardım uygulamaları

⁷ Medicaid, ABD'de federal ve eyalet düzeyinde gelir durumu düşük kişiler için sağlık hizmetlerini karşılayan bir program olup eyaletler arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır (Medicare, 2014a).

ile birlikte tıbbi hemşirelik uygulamalarını ve tedavi hizmetlerini de kapsayan bir dönüşüm süreci yaşamıştır (Wibberley, 2013:156). Evde bakım hizmetleri, ABD’de taburculuk sonrası özellikle uzun dönemli hastane yatışlarının uzadığı durumlarda ortaya çıkan maliyetleri düşürme amaçlı olarak uygulanan kısa dönemli bir bakım türü iken, günümüzde evde bakım, kısa dönemli bakım hizmetleri ile birlikte huzur evinde kalmak zorunda olabilecek kişilere ya da yaşamsal olarak yardım edilmesi zorunlu kişilere uzun dönemli bakım hizmetini de içeren bir değişim yaşamıştır (Scharpf, 2005: 18).

2.2. Evde Bakım Hizmetleriyle İlgili Ülke Örnekleri

Evde bakım hizmetleri; kurumda bakım ve tedavi hizmetlerinde ve diğer hizmet modellerinde olduğu gibi benzer bir biçimde algılanmamaktadır. Evde bakım hizmet içeriğinin farklı biçimde algılanması, evde bakım hizmetlerine zenginlik katarken diğer taraftan bu alanda yapılacak karşılaştırmalı çalışmaları da özellikle güçleştirmektedir. Evde bakım hizmetlerinin bu kadar farklılık göstermesi; kişi, kültür ve olanaklarla doğrudan örüntülü bir hizmet olması ile açıklanabilir. Evde bakım hizmetleri uygulamaları ülkelerden ülkelere farklılık gösterebildiği gibi, ülke içerisinde de farklılık göstermektedir (Martínez-Buján, 2014; Bao, Casalio ve Pincus 2012; Blackman, 2000; Firbank, 2011; Gori, 2012; Grant ve Greene, 2012; Leitch, Hall ve Reed, 2012; Liu, Fu, Qu ve Wang, 2014; Molina, Nuño-Solinis, Idioaga, Flores, Hasson ve Medía, 2013; Thumé, Facchini, Wyshak ve Campbell 2011). Örneğin birçok alanda benzeşmeyi hedefleyen ve bunu başarabilen ve ortak direktifler çıkaran AB’de sektörel düzeyde evde bakım alanında benzer organizasyonel yapılar bulunmamaktadır. Danimarka, Finlandiya, İrlanda, Hollanda, Portekiz, İsveç ve Birleşik Krallık’ta tek bir organizasyon yapısı bulunurken, Belçika, Fransa ve Almanya’da iki farklı tip organizasyon yapısı, Avusturya, Yunanistan İtalya, Luxemburg ve İspanya’da üç ve daha farklı tipte evde bakım organizasyonu bulunmaktadır (Çizelge 2.1.). Ana sorumluluğun hangi kurumda olduğu olgusu farklılığın oluşmasında etkili olmuştur. Yapılandırmalar temelde daha çok tıbbi bakımdan oluşan ve sağlık sisteminin bir parçası olan profesyonel evde bakım hizmetleri, daha çok evde yardım hizmetleri ile görünür olan ve sosyal hizmet sistemi içerisinde yer alan sosyal bakım hizmetleri ve

informal bakım ve nakit yardımı kapsamında biçimsel olarak değerlendirilmekte ve bu hizmet türünün yerel yönetimler, bölgesel ve merkezi hükûmetler düzeyinde hizmet sunulması ile çeşitlenerek oldukça karmaşık ve matrix bir yapı biçimde yer almaktadır” (Kersktra ve Hunten, 1996; Tarricone ve Tsouros, 2008: 13-14, Genet ve diğerleri, 2012: 30,46).

Çizelge 2.1. Avrupa Birliği Ülkelerinde evde bakım kuruluşlarının organizasyon yapısı

Tek Bir Tip Organizasyona Sahip Olan Ülkeler	İki Farklı Tip Organizasyona Sahip Olan Ülkeler	Üç ve Daha Fazla Tip Organizasyona Sahip Olan Ülkeler
Danimarka	Belçika	Avusturya
Finlandiya	Fransa	Yunanistan
İrlanda	Almanya	İtalya
Hollanda		Lüksemburg
Portekiz		İspanya
İsveç		
Birleşik Krallık		

Kaynak: Kersktra ve Hunten, 1996

Evde bakım hizmetlerindeki farklılıklar temelde hizmetin içeriği, finans kaynakları, hizmetin uygulanma biçimini kapsayan yapısal alanlarda gerçekleşmektedir. Evde bakım hizmetleri uygulamaları, çoğu zaman ülkelerin uzun dönem bakım uygulamaları içerisinde yer aldığından dolayı uzun dönem bakım hizmetlerinden bağımsız değerlendirilmesi olanaksızdır (Rostgaard, 2012, Bode ve Firbank 2009, Gabriele ve Tediosi, 2014). Evde bakım hizmetlerinde olduğu gibi, uzun dönem bakım hizmetleri de karmaşık bir yapı içerisinde ve ülkelerin iç ve dış kaynakları ve toplumsal değer sistemleri ile birlikte değerlendirmek gerekmektedir (Theobald ve Kern, 2011). Çalışma kapsamında bazı ülkelerde uzun dönem bakım hizmetleri ile birlikte evde bakım uygulamaları hakkında bilgiler sunulmuştur. Ülkelerin seçimi sırasında evde bakım sistemleri ve bakım rejimine ilişkin reformlardan elde edilen deneyim ve tecrübeler ön plana çıkmıştır. Bakım rejimi teorisi kapsamında ülkeler, evrensel kamu hizmetlerine sahip olan ülkeler (Danimarka), kamu ödemeleri ile desteklenen ve sorumluluğun aileye de yansıtıldığı devlet destekli modele sahip olan ülkeler (Almanya) , sadece daha az varlıklı olanlara sağlanan ve kamu tarafından maliyetleri karşılanan ülkeler (İngiltere) ve aile bakım modeline sahip olan Güney Avrupa ülkeleri (İtalya)

olmak üzere dört temel kategoride değerlendirilebilir (Livindhome, 2011: 21). Bu çalışmada her bir bakım rejimini temsilen, bir ülke seçilmiş ve uygulamaları çalışma içerisinde ele alınmıştır. Ayrıca daha çok İngiltere bakım rejiminin izleri taşıyan ancak hiçbir kategori içerisinde yer almayan ABD de çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışma sırasında her bir bakım rejiminden ülkeler seçilirken uygulama, finansman, içerik farklılıkları ve etkileme güçleri, evde bakım hizmetleri deneyimleri dikkate alınmıştır (Campbell, Ikegami ve Kwon, 2009, Gori, 2011: 185). Bu kapsamda çalışmada araştırmanın yapıldığı ülke Almanya dışında, ABD, İtalya ve Danimarka, İngiltere evde bakım hizmetlerine de yer verilmiştir.

2.2.1. Amerika Birleşik Devletleri’nde evde bakım uygulamaları

Amerika’da on sekizinci yüzyılda verilen evde bakım uygulaması ve ev ziyaretleri, fakir çocuklara ve onların ailelerine sağlanan kamusal bakım metodu olarak benimsenmiş ve kurumsal bakıma göre özellikle tercih edilmiştir. Ancak on dokuzuncu yüzyılla birlikte bu felsefede büyük bir değişim meydana gelmiş ve yoksul çocukların kurumlarda bakımı, evde bakıma göre daha üstün kabul edilmiştir. Aileler, çocuklarının bakımlarını sağlayamadığında, çocuklarını ihmal ettiğinde veya çocuklar öksüz-yetim kaldıklarında, evlerinden alınarak bakımevlerine yerleştirilmişlerdir. Başta New York olmak üzere pek çok şehirde çocuklar ve yaşlılar için bakımevleri kurulmuştur. Eş zamanlarda, İngiltere’de de dullara ve onların çocuklarına evlerinde destek sağlanmamış bunun yerine, çocuklar ailelerinden alınarak binlerce çocuğun barındığı bakımevlerine yerleştirilmiştir. Bu girişimlere “aileleri bir arada tutma yerine onları ayırmanın olumsuz etkilerini tanımlayan” güçlü eleştiriler yapılmıştır. Bazı eyaletler ise, on dokuzuncu yüzyıl öncesinde olduğu gibi evde hizmet sunmaya devam etmiş ve daha sonra New York eyaleti de evde hizmet sunumu üzerine yoğunlaşmıştır (Wasik, Bryant ve Lyons, 1990: 18).

ABD’de profesyonel evde bakım hizmetlerinin başlangıcı olarak kabul edilebilecek 1813 yıllarında Charleston’da varlıklı kadınlar, kilise ile birlikte yoksul ailelere, ev işlerinde ve bakım hizmetlerinde destek sunma çalışmalarını başlatmıştır. Gönüllüler bakım hizmetleri sırasında geleneksel yaklaşımdan kaynaklanan birtakım güçlüklerin yanı sıra profesyonel hizmetlerinin gerekliliğini

önceleyen bir takım sorulara yanıt vermede zorlanmışlardır. Profesyonel evde bakım hizmetleri aşağıda verilen sorulara yanıt arama çabası olarak ortaya çıkmıştır. Gönüllüler tarafından yürütülen çalışmalar bu sorulara tatmin edici düzeyde yanıt verememiş ve süreç profesyonel evde bakım hizmetlerinin ABD için başlangıcı olmuştur (Buhler- Wilkerson, 2012:446). Bu sorular aşağıdakiler olarak belirlenmiştir.

- Bakım almaya değer olan kimdir?
- Bakım hizmetinden sorumlu olan kimdir?
- Ne tür bir bakım verilecektir?
- Bakım hizmetleri ne kadar süre verilecektir? (Buhler- Wilkerson, 2012:446).

Amerika'da on dokuzuncu yüzyılda hastaların bakımı, geleneksel aile bakım işleri kapsamında değerlendirilerek tıbbi uygulamalar ve hemşirelik hizmetleri de geleneksel ev işleri kapsamında yer almıştır. Aileler evlerinde sağlık hizmeti almak için doktor ya da hemşirelerden ücret karşılığında profesyonel hizmet almışlardır. Profesyonel anlamda evde bakım uygulamaları gerçekleştirilirken aile üyesi kadınlar ya da hizmetçiler, hemşirelere ve doktorlara hizmet sunumları sırasında yardımda bulunmuşlardır (Buhler- Wilkerson, 2012).

Ev ziyareti hareketi, tüm dünyayı sarsan ve köklü değişimlerin hazırlayıcısı olan 1930'lardaki büyük ekonomik çöküşten etkilenmiştir. ABD'de, birçok eyalet, evde bakım hizmetleri için yeterli kaynak yaratamamış ve sorunlarını kendi kaynakları ile çözememişlerdir. Eyaletlerin sağlık hizmetlerinde yaşadıkları sorunun çözümü için federal destek sağlanmış, ABD'de Kamu Hizmetler Müdürlüğü'nün yetkisi altında büyük bir çalışma ve özveri gösterilerek 10 000'den fazla hemşireye yerel sağlık kuruluşlarında görev verilmiştir. Bu yeni eğitilen hemşirelerin görevlerinin önemli bir parçası, evde sağlık hizmeti sunmak olmuştur. II. Dünya Savaşı sırasında da, hastanelerdeki hemşire ve diğer sağlık personeli sayılarının büyük ölçüde azalması ile birlikte hastanede tedavi görmesi gereken kişiler, evde tedavi edilmek zorunda kalmış ve ev hemşireliği belirgin olarak artmıştır. ABD'de; 1942 yılı sonuna kadar 500 000 kadın Kızılhaç'ın verdiği ev hemşireliği kursunu tamamlayarak evde bakım hizmetlerinde rol almışlar ve

bunların yaklaşık 17 000 tanesi hemşire yardımcısı sertifikası almıştır (Roberts ve Heinrich, 1985: 1165).

ABD’de devlet tarafından hastane sistemine karşı yükselen tepkilere yanıt olarak 1963 yılında ‘Akıl Sağlığı Merkezleri Kanunu’ çıkartılmıştır. Kanunun hedefi, evlerinde tedavi edilebilecek psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların hastane yerine, evde tedavilerinin sağlanmasıdır. Evde tedavi hastalara ‘hürmete dayalı’ bir hizmet sağlamıştır (Murphy, 1995: 145). ABD’de 1970’lerde gebe ve çocuk sağlığına ilginin artması da, evde bakım kuruluşlarının gelişmesine olumlu katkı yapmıştır. Medicare⁸ lisanslı evde bakım şirketlerinin sayısının 1965 yılında 1753’den 1993 yılında 6497’e yükselmesi de söz konusu katkının kanıtı olarak değerlendirilebilir (Schulmerich, 1996: 12). Evde bakım hizmetlerindeki sayısal artışa paralel olarak, ilerleyen yıllarda (1990-1996 yılları arası) evde bakım harcamalarında yaklaşık %31’lik bir artış gözlenmiştir (Dudzinski, Erikson ve Ziegert, 1998).

Evde bakım hizmetleri kullanımı ile doğrudan bir ilişki içinde olan huzurevi kullanımı ise ABD’de düşmeye başlamıştır. ABD’de 1997- 2007 yılları arasında huzurevlerinden en fazla yararlanan grup olan 75 yaş ve üzeri kişilerin toplam nüfus içindeki sayısı, 15,6 milyondan 18,5 milyon kişiye yükselmiştir. Bu %18,6’lık bir artışa denk gelmektedir. Bununla birlikte aynı period süresince huzurevlerinde kalan 75 yaş ve üzeri kişilerin sayısı ise 1,5 milyondan 1,4 milyona düşmüştür. Sonuç olarak 75 yaş ve üzeri yaşlıların huzurevi kullanımı %0,96’dan %0,77’ye düşmüştür (Wiener ve diğerleri, 2009: 9). Huzurevi kullanımının düşmesi ve yaşlı nüfusun artması, evde bakım hizmeti kullanımında artışa işaret etmektedir. Halen, Eyaletler ve Federal Hükûmet düzeyindeki birçok politika yapıcı, evde bakım hizmetlerine olan talebin artması ile birlikte huzurevi kullanımının azalması gerektiğine inanmakta ve maliyetleri düşüreceğine olan inanç nedeniyle bakıma muhtaç kişilerin evde bakım hizmetlerine yönelik tercihlerini artırmaya yönelik politika geliştirilmesini arzu etmektedir. Evde bakım ve yatılı bakım kurumlarının hizmet maliyetlerinin karşılaştırılmasına yönelik birçok çalışma bulunmaktadır; fakat evde bakım hizmetlerinin maliyetlerinin toplam maliyeti azalttığına ilişkin

⁸ Medicare: ABD’de 65 yaş ve üzeri kişiler için oluşturulmuş Federal Sağlık Sigorta programıdır. Kalıcı engellilik ve organ yetmezliği gibi son dönem kronik rahatsızlık durumlarında tüm yaş gruplarını kapsamaktadır (Medicare, 2014a).

çalışmalara rastlanılmamıştır (König ve diğlerleri, 2014; Wiener ve diğlerleri, 2009). Evde bakım hizmetlerinin maliyetlerinin düşük olması, sigorta kuruluşu ağıısından ödeme miktarının düşüklüğü ile eş tutulduğı için maliyetlerin düşük olduğı varsayılmaktadır. Evde bakım hizmetlerinde, otelcilik hizmetleri gibi maliyet kalemleri hizmet alan ve/veya hizmet alanın yakınları tarafından karşılandığı için sigorta kuruluşunun ödeme miktarları içerisinde yer almamakta ve bu durum da evde bakım hizmetlerinin maliyetlerinin yatılı kurumlara göre daha düşük olduğı algısı yaratmaktadır.

ABD’de uzun dönem bakım hizmetleri, geniş bir sağıık yelpazesi içermektedir. Yaşlı ve bakıma muhtaç kişiler için kişisel bakımı, günlük yaşam aktivitelerini destekleyici hizmetleri ve tıbbi hizmetleri içermektedir (Harris-Kojetin, Sengupta, Park-Lee ve Valverde, 2013: 2). ABD’de uzun dönem bakım hizmetlerinde ana hizmet sağıılayıcılar temel düzeyde, huzurevi ve bakımevleri gibi yatılı bakım kurumları, evde bakım kuruluşları ve gündüzlü bakım merkezlerinden oluşmaktadır (Harris-Kojetin ve diğlerleri, 2013: 8).

Kozol’a göre uzun dönem bakım hizmetleri, yapısı gereğı çözölmesi zor bir sorun olmakla birlikte, doğum oranının yüksek olduğı bir dönemde doğanlara (baby boomer) hizmet verilecek olması, zorluk derecesini artırmaktadır. Bu nedenle uzun dönem bakım politikaları ve sigorta düzenlemeleri yapılırken, doğum oranlarının yüksek olduğı dönem dikkate alınmalıdır (EC, 2006: 5-33; Kozol, 2012).

ABD’de temel olarak üç farklı şekilde, geleneksel bakım sigorta poliçe türü bulunmaktadır (Fevurly, 2012).

- Sadece kurumda bakımı kapsayan bakım poliçeleri.
- Sadece evde bakımı kapsayan bakım poliçeleri.
- Hem kurumda bakımı hem de evde bakımı kapsayan poliçeler.

ABD’de uzun dönem bakım sigortaları kapsamında nitelikli hemşire bakımı, orta düzey hemşire bakımı, kişisel bakım, yaşam yardımı, evde bakım hizmetleri,

hospis hizmetleri, yetişkin günlük bakım hizmetleri olmak üzere yedi tip hizmet sunulmaktadır (Fevurly, 2012). Bunlar aşağıda açıklanmıştır:

- **Nitelikli Hemşire Bakımı:** Üst düzey tıbbi bakım hizmetlerini içermektedir ve genelde bakım merkezlerinde ve profesyonellerce sağlanır. Aynı zamanda acil durumlar sonrası oluşan bakım hizmetlerini de kapsar (Örnek: inme sonrası gelişen durumlarda) (Fevurly, 2012; U.S. Department of Health and Human Services, 2014a).
- **Orta Düzey Hemşirelik Bakımı:** Nitelikli hemşirelik bakımına benzer ancak bu hizmet günlük değil ara sıra verilen hizmet türüdür.
- **Kişisel Bakım:** Profesyonel beceri gerektirmeyen bakım hizmetleridir. Örneğin banyo yaptıрма, yemek yedirme, evin düzeni, tuvalet kullanma gibi kişisel bakım hizmetlerini içermektedir.
- **Yaşam Yardımı:** Örneğin apartman tipi bir yapıda kişisel ihtiyaçlarını karşılamak (sıklıkla yemek hizmetleri) ve günlük yaşam aktivitelerine destek olmak için aralıklı olarak verilen hizmet türüdür (Fevurly, 2012; Department of Health and Human Services, 2014a)
- **Evde Bakım:** Hastanın yaşadığı mekânda nitelikli hemşirelik bakımı ve rehabilite edici faaliyetleri kapsamaktadır.
- **Hospis Hizmetleri:** Son dönem hastalar için uygulanan bir bakım biçimi olup beklenen yaşam süresi altı ay ve daha az olan kişiler için uygulanmaktadır. Hospis bakımı genelde hasta ve ailesi için ağrı yönetimi, duygusal, dini ve fiziksel desteklere odaklanmaktadır. Hastanede, bakım merkezlerinde, evde ve hospis merkezlerinde hizmet sunulabilir (Fevurly, 2012; Department of Health and Human Services, 2014a).
- **Yetişkin Günlük Bakımı:** Evde, gün boyunca yardım ve gözetim ihtiyacı olan kişi için, eş veya aile bireylerinin ev dışında çalıştığı durumlarda sağlanan hizmetleri kapsar (Fevurly, 2012).

ABD’de bakım sigorta poliçelerinin birçoğunda ödeme yapılabilmesi için, iki durumun gerçekleşmesi gerekmektedir. Bu koşullar aşağıda belirtilmiştir:

Birinci Ön Koşul: Kronik bir hastalık durumunda altı günlük yaşam aktivitesinden (yemek yiyebilme, banyo yapabilme, giyinebilme, yataktan sandalyeye transfer, tuvaleti kendi yapabilme, öz bakımı) en az iki tanesini 90 gün boyunca yerine getiremez durumda olmasıdır.

İkinci Ön Koşul: Sağlığı tehdit eden Alzheimer gibi ciddi bir hastalık durumudur. Ancak son dönemlerde demans belirtilerini bakım sigortaları kabul etmemeye başlamıştır (Fevurly, 2012: 62).

ABD’de evde bakım hizmetlerinde ödeme kaynakları dikkate alındığında; Medicare tarafından finansmanı sağlanan evde bakım hizmetleri, Medicaid tarafından finansmanı sağlanan evde bakım hizmetleri, özel sigortalar tarafından finansmanı sağlanan evde bakım hizmetleri ve cepten ödemeler olmak üzere temel düzeyde dört tür yapılanma mevcuttur. Evde bakım kuruluşlarının örgütlenme biçimi ve hizmet sunum biçimleri temel finans kaynağına göre değişiklik göstermektedir. Ayrıca evde bakım hizmet içerikleri eyaletlere göre de değişiklik göstermektedir. Medicare tarafından finansmanı sağlanan evde bakım hizmetlerinde federal düzeyde bir örneklik olduğu söylenebilir. Kuruluşlar Medicare ve Medicaid tarafından akredite edilmedikleri sürece Medicaid ve Medicare tarafından finansmanları sağlanmamaktadır. ABD’de evde bakım kuruluşlarının %77,5’i Medicare, %98,6’sı Medicaid tarafından akredite edilmiş durumdadır (Harris-Kojetin ve diğerleri, 2013: 12).

ABD’de Medicare, evde bakım hizmetlerini sınırlı biçimde karşılamakta ve daha çok tıbbi hizmetleri içeren bir yaklaşım sergilemektedir. Medicare kapsamında nitelikli hemşire bakımı, fiziksel terapi, uğraş terapisi, tıbbi sosyal hizmetler karşılanmaktadır. Evde 24 saat bakım hizmetleri, eve yemek hizmetleri, ev işleri ve kişisel bakım hizmetleri ise Medicare kapsamına girmemektedir (Medicare, 2014b, MEDPAC, 2013: 189). Kozol (2012), Medicare tarafından sağlanan bakım hizmetlerinin yeterli olmasa da, özellikle yaşlılar için olumlu katkı sağladığını belirtmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin Medicare tarafından karşılanabilmesi için sunulan hizmetin bir hekim tarafından takip edilmesi ve belli bir bakım planı kapsamında

hizmet sunulması gerekmektedir. Bu kapsamda evde bakım kuruluşlarının sürekli ya da part-time hekim çalıştırmaları gerekmektedir (Medicare, 2014a, MEDPAC, 2014: 215).

Medicare tarafından sunulan hospis hizmetleri kapsamında; belirli zamanlarda sunulan evde bakım hizmetleri, sürekli evde bakım hizmetleri, uzun süreli hastanede yatan hasta bakımı hizmetleri ve süreli olarak hastanede yatan hasta bakımı olmak üzere dört bakım türü yer almaktadır. Belirli zamanlarda sağlanan evde bakım hizmetleri kapsamında geniş bir hizmet içeriği bulunmaktadır. Medicare, son dönem hastalara sağlanan evde bakım hizmetleri amacıyla hastanın evine her gün ziyaret edip edilmediğine bakılmaksızın, her bir gün için ortalama 153 dolar (coğrafi alanlar için ücret oranlarındaki farklılıklar için adapte edilmiş) götürü bir ödeme yapmaktadır (MEDPAC, 2013: 263). MEDPAC 2009 yılında, hizmetin verimliliğini etkilediğini düşündüğünden, Medicare'in hospis hizmetleri için ödemelerin iyileştirilmesini ve bunun değişken günlük ücretler yerine, günlük sabit ödemeler biçiminde yapılmasını önermiştir. Değişken günlük ödemeler yüksek oranlarla başlamakta ve bakım süresi uzadıkça, ödeme miktarları düşmektedir (MEDPAC, 2013: 263).

ABD'de 2010 yılında Hasta Koruma ve Uygun Bakım Yasası'nda (Patient Protection and Affordable Care Act) Medicare ödemeleri ile ilgili yeni düzenlemeler oluşturulmuştur. Ödeme oranları ile ilgili yeni düzenlemelerin de 2014 yılından itibaren gerçekleştirilmesi planlanmaktadır. Her yıl yaklaşık olarak %3,5 oranında indirim olması ve toplamda bu indirimlerin %14'lük orana denk gelmesi planlanmaktadır (MEDPAC, 2013: 191).

ABD'de evde bakım hizmetleri için diğer bir hizmet sağlayıcı olan Medicaid kapsamında 21 yaş ve üzeri kişilere hizmet sunulmaktadır. Medicaid tarafından sunulan evde bakım hizmetleri kapsamında, kişisel bakım hizmetleri, çamaşır yıkama gibi ev işleri karşılanmakta ancak ev kirası, evin rutin giderleri gibi hizmetler ise karşılanmamaktadır. Medicaid hizmetlerinin kapsamı ve ödeme miktarları eyaletler arasında farklılık göstermektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 2014b). ABD'de Medicaid tarafından evde bakım hizmetleri kapsamında hizmet alabilmek için temel bazı kriterler tanımlanmıştır. Söz konusu

bu kriterler içerisinde, öncelikle gelir durumunun düşük olması gerekmektedir. Bu durum, Eyaletlere göre farklılık göstermesine rağmen aylık geliri ortalama 931\$'dan daha düşük olanlar uygun grup içerisinde yer almaktadır. Ayrıca 65 yaş ve üzeri olanlar, sosyal güvenlik sistemi tarafından belirlenen derecede kalıcı engellilik durumu olanlar, gebeler, bakıma muhtaç çocuklar bu hizmetten yararlanabilmektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 2014c).

ABD'de, özel sağlık sigortaları genellikle evde bakım hizmetleri kapsamında tıbbi bakım hizmetlerini karşılamamaktadır. Günlük yaşam aktivitelerini destekleyecek örneğin günlük işler, banyo, giyinme gibi kişisel bakım hizmetleri ve kişisel yardımlar özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır (Kozol, 2012). ABD'de özel sigortalar bu kapsamda birer tamamlayıcı sigorta görevini üstlenmişler, Medicare tarafından evde bakım hizmetleri kapsamında karşılanmayan bölümleri karşılama işlevini yerine getirmektedirler. ABD'de evde bakım hizmetleri harcamaları 1991 ve 1998 yılları arasında her yıl yaklaşık %20 oranında bir artış göstermiştir (Hooyman ve Kiyak, 2005: 407).

ABD'de evde bakım kuruluşlarının sayısındaki 2000 yılından sonraki artış Çizelge 2.2'de verilmiştir (The Medicare Payment Advisory Commission [MEDPAC], 2013:194). Benzer bir artış Medicare'nin evde bakım hizmetlerini kapsamadığı 1960'lı yıllarda da olmuştur (Ryder ve diğerleri, 1969). Çizelge'de sunulduğu gibi, evde bakım hizmetleri ABD'de sürekli bir artış eğiliminde olmuştur.

Çizelge 2.2. Amerika Birleşik Devletleri'nde evde bakım kuruluşlarındaki artışların yıllara göre dağılımı (2002-2011)

Kuruluş	Yıllar						Ortalama Artış Yüzdesi (%)	
	2002	2004	2006	2008	2010	2011	2002-2010	2010- 2011
Kuruluş sayısı	7 057	7 804	8 955	10 040	11 654	12 199	6,5	4,6
Açılan Kuruluş	399	656	828	780	831	730	9,8	-14
Kapanan Kuruluş Sayısı	277	183	176	167	181	218	-4,6	15
Yararlanıcıya düşen kuruluş sayısı (onbinde)	2	2,1	2,5	2,8	3,3	3,4	6,1	3,7

Kaynak: MEDPAC; 2013:19

ABD’de evde bakım hizmetlerinin içeriğini daha iyi tanımlamak, ortak dil ve veri tabanı oluşturmak, hizmet sınıflandırmasından kaynaklanan sorunları çözebilmek için taksonomik çalışmalar yapılmaktadır. Yapılan çalışmaların en sonuncusu 2012 yılı Ağustos ayında tamamlanmıştır. Ancak çalışmanın tamamlanması, sınıflandırmanın istenen düzeyde olduğunu göstermemektedir; konu ile ilgili çalışma grupların çalışmaları devam etmekte ve sürekli bir arayış sürmektedir (National Association of States United for Aging and Disabilities [NASUAD], 2013: 3). ABD’de evde bakım hizmetleri sınıflandırma sistemi Çizelge 2.3.’de verilmiştir.

NASUAD’un evde bakım hizmet sınıflandırmasına göre, farklı evde bakım hizmet sunumları bulunmaktadır. Bu grupları birbirinden ayırmak, keskin çizgiler oluşturmak güçtür ve bu sınıflandırmanın en güç yanını bu oluşturmaktadır. Bazı hizmet biçimleri bir diğerini kapsarken, bazen de birbirleri arasında kesişmeler bulunmaktadır (NASUAD, 2013).

Sonuç olarak ABD’de evde bakım sistemi, eyaletlere göre farklılık göstermekte ve bir örnek bir uygulama bulunmamaktadır. ABD’de evde bakım hizmetleri kamusal bir yükümlük olarak görülmemektedir. Evde bakım hizmet sunucuları özel sektördür. Evde bakım hizmetlerinin finansmanı Medicare, Medicaid, özel sigortalar ve cepten ödeme biçimindedir. Her bir fon kaynağı evde bakım hizmetlerinin bir bölümünü karşılamaktadır ve özel sigortalar büyük oranda evde tıbbi uygulamaları karşılamaktadır.

Çizelge 2.3. Amerika Birleşik Devletleri’nde evde bakım hizmetlerinde hizmet sınıflandırmaları

Hizmet Türü	Kapsamı
24 Saat Hizmet	Konutlarda toplu yaşam desteği, Ruh sağlığı servislerinde toplu yaşam desteği, Diğer yapılarda toplu yaşam desteği, Konutlarda paylaşılmış yaşam desteği, Ruh sağlığı servislerinde paylaşılmış yaşam desteği, Diğer yapılarda toplu yaşam desteği,
İstihdam Desteği	Mesleki gelişim, Bireysel istihdam desteği, Toplu olarak istihdam desteği, Kariyer planlama,

Çizelge 2.3. (devam) Amerika Birleşik Devletleri'nde evde bakım hizmetlerinde hizmet sınıflandırmaları

Hizmet Türü	Kapsamı
Günlük Hizmetler	Öndestek hizmetleri, Günlük yaşam alanları, Eğitim hizmetleri, Günlük tedavi-kısmi hastane desteği, Yetişkin sağlığı, Yetişkin günlük hizmetler, Toplumla entegrasyon, Çocuklar için medikal günlük bakım,
Hemşirelik Hizmetleri	Özel bakım, Nitelikli bakım,
Eve Yemek Sağlama Hizmetleri	Eve yemek sağlama hizmetleri
Bakım Hizmeti Veren İçin Kira ve Gıda Harcamaları	Bakım hizmeti veren için kira ve gıda harcamaları
Ev Temelli Hizmetler	Ev yaşam alanının düzenlenmesi, Evde sağlık yardımı, Kişisel bakım, Refakatçi hizmetleri, Ev temizliği desteği, Günlük ev işleri desteği,
Bakım Personeli Desteği	Ev dışında dinlenme, Ev içinde dinlenme, Bakım personeli danışmanlığı ve/veya eğitimi,
Diğer Mental Sağlık ve Psikolojik Hizmetler	Ruh sağlığı değerlendirmesi, Toplum tedavisi, Kriz müdahale, Davranışsal destek, Akran uzmanı/desteği, Danışmanlık, Psikolojik rehabilitasyon, Klinik hizmetler, Diğer hizmetler,
Diğer Sağlık ve Terapötik Hizmetler	Sağlık durumu izleme, Sağlık durumu değerlendirme, Tıbbi değerlendirme/yönetim, Beslenme desteği, Hekim hizmetleri, Reçetelendirme, Ağız ve diş sağlığı hizmetleri, Uğraş terapisi, Fiziksel terapi, Konuşma, işitme ve dil terapisi, Solunum terapisi, Bilişsel rehabilitasyon ve terapi, Diğer terapiler,

Çizelge 2.3. (devam) Amerika Birleşik Devletleri'nde evde bakım hizmetlerinde hizmet sınıflandırmaları

Hizmet Türü	Kapsamı
Katılımcı Yönlü Hizmetleri Desteklemek	Finansal yönetim hizmetleri, Bilgi desteği,
Katılımcı Eğitimi	Katılımcı eğitimi,
Ekipman, Teknoloji ve Uyarlama Hizmetleri	Kişisel acil çağrı sistemi, Ev ve/ veya araç- ulaşım uyum, Ekipman ve teknoloji, Kaynaklar,
Tıbbi Olmayan Taşıma	Tıbbi olmayan taşıma,
Toplum Geçiş Hizmetleri	Toplum geçiş hizmetleri,

Kaynak: Peebles ve Bohl, (2013)

2.2.2. İtalya'da evde bakım hizmetleri

İtalya Ulusal Sağlık Sistemi (Servizio Sanitarion Nazionale [SSN]) 1978 yılında oluşturulmuştur. SSN, kapsayıcıdır ve finansmanın büyük bir kısmı merkezî ve yerel vergilerden oluşmaktadır (Comas-Herrera, Gori, Costa--Font, Di Maio, Patxot, Pickard, Pozzi ve Rothgang, 2006: 288, Missoni, 2009: 24). Sağlık ve sosyal bakıma yönelik hizmetlerin sunumunda merkezî hükûmet, bölgesel yönetim, yerel sağlık otoriteleri, belediyeler ve iller olmak üzere hem merkezî, hem bölgesel hem de yerel düzeyde paydaşlar yer almaktadır. İtalya'da sağlık hizmetleri ve sosyal bakım hizmetleri büyük oranda bölgesel yönetimin sorumluluğundandır (Casanova, 2012). Merkezî devletin sağlık ve sosyal bakım hizmetlerindeki temel sorumluluğu bakım standartlarını belirlemek, hedeflerini oluşturmak, politika üretmek, izlemek ve kalite güvencesi sağlamak olarak belirlenmiştir (Casanova, 2012). Bölgesel ve yerel yönetimler farklı hizmet modelleri kapsamında sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini sunmaktadır (Tediosi ve Gabriele, 2010).

İtalya'da uzun dönem bakım hizmetleri, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin önemli bir parçası olup fon sağlayıcılar, yönetim ve yönetsel sorumluluklar olarak ayrıştırılmış, karakterize bir yapı içerisinde sunulmaktadır (Tediosi ve Gabriele, 2010). İtalya'da uzun dönem bakım sistemi, sağlık, sosyal ve nakit yardımı olmak üzere üç öğeden oluşmaktadır. Yaşlılarda ve engellilerde sağlık hizmetleri; ayakta bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri, yarı zamanlı ve tam

zamanlı kurumda bakım hizmetleri, ilaç ve alkol bağımlılığı hizmetlerini kapsayacak şekilde psikiyatrik hizmetleri de içermektedir. Nakit yardım, tüm özürllülere, bağımlı durumdaki yaşlılara ekonomik durumlarına göre verilir. Nakit yardımlar doğrudan uzun dönem bakım hizmetleri ile ilgili değildir, ancak genelde uzun dönem bakım sisteminin içerisinde değerlendirilmektedir (Gabriela ve Tediosi, 2011). Gori (2011: 188) tarafından İtalya'da bakıma muhtaç yaşlılara yönelik kamusal uzun dönem bakım hizmetleri; evde bakım profesyonel hizmet sunumu içeren hizmetler, nakit yardımını içeren evde bakım hizmetleri, yatılı bakım kurumlarında sunulan hizmetler, gündüzlü bakım hizmetleri, informal ve özel bakıma destek olmak üzere beş farklı biçimde sınıflandırılmıştır. İtalya'da ki uzun dönem yaşlı bakım hizmetlerinde var olan üçlü yapılanma (merkezi yönetim, bölgesel yönetim ve belediyeler) Çizelge 2.4. verilmiştir.

Çizelge 2.4. İtalya'da yaşlılar için kamusal uzun dönem bakım hizmetleri ve sorumlu idare

Ana Hizmet Yapısı	Hizmet Türü	Sorumlu idare
Profesyonel evde bakım hizmeti	Entegre evde bakım	Bölgesel yönetim
	Evde yardım	Belediyeler
Evde bakımda nakit yardımı	İnformel bakıma nakit yardımı	Merkezî Yönetim
	Yerel bakım ödeneği	Bölgesel yönetim/Belediyeler
Yatılı kurumda bakım	Huzurevi	Bölgesel Yönetim
	Bakım merkezi	Belediyeler
Gündüzlü bakım hizmetleri	Gündüzlü bakım merkezi	Bölgesel yönetim/Belediyeler
İnformel ve özel bakıma destek	Vergi indirimi	Merkezî Yönetim
	Eğitim kursları	Belediyeler

Kaynak: Gori (2011:188)

İtalya'da uzun dönem bakım hizmetleri, kamusal bir hizmet olarak görülmekte ve uzun dönem bakım hizmetlerinin standartları, hedefleri ve içeriği kamu tarafından belirlenmektedir. Özel sektör ve kâr amacı gütmeyen sivil toplum kuruluşları, kamu ile anlaşma yaparak uzun dönem bakım hizmetlerinde hizmet sunumunu gerçekleştirmektedirler. Sunulan hizmetlerin finansmanının büyük kısmı kamu tarafından sağlanmaktadır (Gori, 2012: 256). İtalya evde bakım hizmetleri AB ülkeleri içerisinde en yeni olanıdır ve sınırlı bir geçmişi vardır (Gori, 2011:

185). Bu nedenle Türkiye’de evde bakım hizmetleri ile ilgili politika geliştirme sürecinde İtalya deneyiminin önemli olduğu düşünülmektedir.

İtalya’da kamusal anlamda evde bakım hizmetleri;

- Entegre evde bakım hizmetleri (Assistenza domiciliare integrata- ADI),
- Evde yardım hizmetleri (Servizio di assistenza domiciliare, SAD)
- İnfomal bakım için nakit yardımı (Indennita di accompagnamento)
- Yerel bakım ödeneği (Assegni di cura) olmak üzere temelde dört biçimde sağlanmaktadır (Gori, 2011: 188).

Entegre evde bakım hizmetleri henüz 1990 yılında, resmî olarak başlamıştır (Tediosi ve Gabriele, 2010: 18). Bölgesel yönetimler tarafından evde yardım ve evde sağlık hizmetlerini birlikte içerecek şekilde sağlanmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinin içeriğini hemşirelik hizmetleri, fizyoterapi hizmetleri ve uzman hekim ve pratisyen hekim ziyaretleri oluşturmaktadır (Gori, 2012: 256). Kişinin entegre evde bakım hizmeti kapsamında alacağı hizmet ve bakım planı, sosyal ve sağlık hizmeti profesyonellerinden oluşan Geriatrik Değerlendirme Birimi (*Unità Valutativa Geriatrica*) tarafından planlanmaktadır.

Evde yardım hizmetleri belediyeler tarafından sağlanmaktadır ve sosyal bakım odaklıdır. Kişisel bakım hizmetleri, temel düzeyde bakım hizmetlerini içermektedir ve daha çok gelir düzeyi düşük kişileri kapsamaktadır (Gori, 2012: 256). Nakit yardım olarak sağlanan hizmetler ise genel vergilerden sağlanmakta ve merkezî hükûmetin sorumluluğundadır. Hangi yaşta olursa olsun tüm özürllülere onların gereksinimlerine göre nakdi yardım sağlanmaktadır. Yaklaşık olarak aylık 487 euro tutarında nakit yardımı söz konusudur (Gori, 2012: 256).

İtalya’da, son yıllarda 65 yaş ve üzeri kişilerin bakım sigortasından yararlanma oranlarında, evde bakım kuruluşları tarafından sağlanan evde bakımda ve aileye finansal destek sağlanarak yapılan evde bakım hizmetlerinde artış bulunmaktadır. Ancak huzurevi ve bakım merkezi gibi kurumda bakım sağlayan kuruluşlarda, benzer bir artış izlenmemekte ve durağan bir seyir gözlenmektedir (Çizelge 2.5.).

Çizelge 2.5. İtalya’da 65 yaş ve üzeri kişilerin bakım sigortasından yararlanma durumu

		1990’ların Başı %	2000’lerin Başı %	2000 sonrası %
Kamusal Bakım	Yatılı Kurumda Bakım	2,9	3	3
	Evde Bakım Kuruluşu	2	3,8	4,9
	Aile ve Kişiyeye Nakit Ödeme	5	5,4	9,5
Özel Kuruluş	Özel Evde Bakım	Bilgi Yok	7	9

Kaynak: Gori (2012: 255-264)

İtalya’da kalite göstergeleri açısından ele alındığında da, evde bakım ve kurumda bakım hizmetleri arasında farklılık bulunmaktadır. Evde bakım hizmetlerinde kapsam, hasta başına ayrılan süre bölgesel bir kalite göstergesi iken, yatılı bakım kurumları için yatak sayısı, bekleme listesi, sağlık personelinin sayısı önemli bir kalite kriteridir (Casanova, 2012). İtalya’da uzun dönem bakım hizmetlerinde bölgesel kalite göstergeleri Çizelge 2.6.’da verilmiştir.

Çizelge 2.6. İtalya’da uzun dönem bakım hizmetlerinde bölgesel kalite göstergeleri

	Gösterge	Tanım
Evde Bakım	Kapsam	Hizmetlerin sayısı, 65 yaş ve üzeri kişilerin yüzdesi
	Saat / hasta	Her bir hasta için ayrılmış saat
	Saat / hasta/ profesyonel rolü	Her bir profesyonelin her bir hastaya ayırdığı saat
Yatılı Bakım	Yatak	Yatak sayısı
	Bekleme listesi	Başvuru sonrası bekleme süresi
	Günlük personel	Sağlık profesyonellerinin sayısı

Kaynak: Casanova (2012: 11).

Evde bakım kuruluşlarının faaliyete başlayabilmesi için öncelikle akredite edilmeleri gerekmektedir. Ancak İtalya’da, evde bakım kuruluşlarının akreditasyonunda bölgesel olarak farklılıklar olabilmektedir. Aşağıdaki örnekte üç aşamada tamamlanan bir akreditasyon süreci yer almaktadır (Casanova, 2012: 7).

Birinci Aşama: Asgari gerekliliklerin denetimidir. Yapısal anlamda ilgili standartlara bakılır, uzman görüşleri alınarak kuruluşun finansal durumu değerlendirilir.

İkinci Aşama: Geçici akreditasyon olarak da adlandırılır. Daha çok hizmet sunumu sırasındaki yeterliliklere bakılarak kuruluşun hizmet vermeye başlamasına olanak sağlanır. Organizasyonel yaklaşımlar, yapısal gereklilikler ve kalite güvence gereklilikleri açısından değerlendirmeler yapılır.

Organizasyonel yaklaşımlar kapsamında iş görenlerin nitelikleri, vaka yönetimi, insan kaynakları yönetimi ilkeleri gibi değişkenler irdelenmektedir. Yapısal gereklilikler kapsamında değerlendirme süreçleri, açılış için gerekli uygunluk kriterleri, işletmenin tüm kaynakları incelenirken kalite güvence gereklilikleri kapsamında, çalışanların eğitimi, yönetimin hizmet alanlarla ilişkisi, hizmet süreçleri, yönetim sistemi incelenmektedir.

Üçüncü Aşama: Son akreditasyon olarak da adlandırılır. Önceki aşamalardaki gereklilikler tamamlandıktan sonra son bir değerlendirmenin yapılmasıdır. Akreditasyonu tamamlanan işletme tüm haklardan yararlanabilir.

Sonuç olarak İtalya’da evde bakım merkezi, bölgesel ve yerel düzeyde olmak üzere üçlü bir yapılanma söz konusudur ve sunulan hizmetler bölgelerin güçlerine ve ilgilerine göre farklılık göstermektedir.

2.2.3. Danimarka’da evde bakım hizmetleri

Danimarka evde bakım hizmetleri, refah devleti hizmet sunumu kapsamında değerlendirilmektedir; evde bakım hizmetleri devletin temel sorumlulukları arasından yer almakta olup köklü bir geçmişe sahiptir (Lewinter, 2004). Danimarka’da evde bakım hizmetlerinin temeli 1937 yılında başlatılan ev ziyareti programı olmuştur (Wasik ve diğerleri, 1990: 25). Ev ziyareti çalışmalarının başlangıcı İkinci Dünya Savaşı sırasında oluşan bakım sorunlarına yanıt arama çabasıdır ve özellikle ev kadınları, doğum ve bazı hastalıkların bakımında etkin rol oynamışlardır. Bu hizmet, yoksul işsiz kadınlara istihdam projesi olarak başlamış ve kökleri 1920’lerde özel yardım kuruluşları tarafından

organize edilmiş yardımlara dayanmaktadır. Uygulama, 15 yaşından küçük çocuğu olan yoksul aileleri kapsamış, finansmanı belediye ve ulusal fonlardan sağlanmış ve ülkenin aile politikasının bir parçası olarak kabul edilmiştir. Bir proje olarak başlayan uygulama 1949 yılında kalıcı olmuş ve merkezi hükûmet tarafından belediyelere bu uygulamaları yürütmek için ayrı bir fon ayrılmıştır (Jartoft ve Lippert, 1992 aktaran Lewinter, 2004).

Danimarka'da ev ziyaretleri, evde bakım hizmetleri kapsamında önemli bir yer tutar ve uzun zamandır uygulanmaktadır. Ev ziyaretlerinin çıkış felsefesi, koruyucu sağlık hizmetleri odaklı bir sağlık hizmeti sunmaktır. Evde bakım hizmetleri kapsamında 1950'li yıllarda Danimarka Tıp Kurumu çalışmalar yapmış, 1960'lı yıllarda bölgesel hemşireler tarafından yaşlılara yönelik ev ziyaretleri yapılarak gerekli yardımlar sağlanmıştır. Daha sonra yoksullara yapılacak hizmetler içerisine bölgesel hemşirelik hizmetleri de tanımlanarak ev ziyaretleri ağı genişletilmiştir. Bölgesel otoriteler tarafından 1970'li yıllarda 75 yaş ve üzeri kişilere yapılacak ev ziyaretleri kurumsallaştırılmıştır. 1990'lı yıllarda birkaç belediye kendi bünyelerinde ev ziyaretleri yapmaya başlamışlar, fakat verilen hizmetler birbirlerinden çok farklı içerik ve kapsamda sunulmuştur (Vass, Avlund, Hendriksen, Philipson ve Riis; 2007: 210).

Danimarka'da 1996 yılında 80 yaş ve üzeri yaşlılar için başlayan ev ziyareti uygulaması, 1998 yılından itibaren onların bakım ihtiyaçları göz önüne alınarak 75 yaş ve üzeri bütün yaşlıları kapsayacak biçimde koruyucu amaçlı ve yılda en az iki ev ziyareti olacak biçimde uygulanmaya başlanmıştır (Yamada, Ekmann, Nilson, Vass ve Avlund, 2012: 1). Ev ziyaretlerinin amacı, yaşlıların kendilerini güvenli hissetmelerini sağlamak ve sağlıklarını geliştirici uygulamalara yönlendirmektir (Yamada ve diğerleri, 2012: 1). Yaşlılar, ev ziyaretlerini kabul edip etmeme hakkına sahiptir (Ekmann, Vass ve Avlund, 2010: 563). Ev ziyaretleri, belediye konsülü tarafından düzenlenir ve bağımsız yaşam durumları, kişisel ihtiyaçlar ve ev işlerinde yardım açısından değerlendirilir (Schulz, 2010: 2). Belediye konsülleri kişisel bakım, yardım ya da ev işleri için önerilerde bulunurlar. Bakım ihtiyacı olan kişi, öncelikli olarak geçici ya da kalıcı fiziksel ve ruhsal bozukluklar ya da özel sosyal problemler açısından değerlendirilir. Daha sonra bakım ihtiyacı belirlenir. Ev ziyaretleri özellikle hemşireler tarafından yapılmakta olup, uğraş terapisti,

fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı gibi diğer meslek grupları da ev ziyaretleri yapmaktadırlar. Yaşlı hastalara taburculuk sonrası bölgesel düzeyde ve hekimler tarafından yapılan ev ziyaretlerinin ümit verici düzeyde önemli sonuçları bulunmaktadır (Schulz, 2010).

Danimarka'da, evde bakım hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen ev ziyaretlerinin amacı, kişilerin kendi evlerinde tedavi olmalarına olanak sağlamaktır. Ev ziyaretleri, hastaneye tekrar yatışları ve huzurevleri gibi diğer kurumda bakım hizmeti almalarını azaltmıştır. Yaşlının fonksiyonel yetenekleri ve genel sağlık durumunun iyileşmesi hedeflenmektedir. Bölgesel hemşireler ve hekimler tarafından yapılan ev ziyaretleri taburculuktan sonraki bir hafta içerisinde gerçekleşmektedir. Bu ziyaretler ortalama bir saat sürmekte olup hastanın durumuna ve ihtiyacına göre bu süre değişebilmektedir. Yapılan ilk ziyaretten sonra iki ev ziyareti daha gerçekleşmektedir. Yapılan bu ziyaretler taburculuk sonrasında üç ile sekiz haftalık bir süre içerisinde olmaktadır (Hjelmar, Hendriksen ve Hansen, 2011: 2). Merkezî hükûmet, belediyeler tarafından organize edilen yaşlılar için koruyucu ev ziyaretlerinde taraftır; ancak kesinlikle emredici bir şekilde rehberler hazırlayamaz ve örgütlenme yapamazlar.

Danimarka'da uzun dönem bakım hizmetleri, büyük oranda sosyal bakım hizmetleri kapsamında ve evde yardım hizmetleri olarak değerlendirilmektedir. Uzun dönem bakım hizmetleri, hem finansal hem de hizmet sunumu açısından yerel konsüllerin sorumluluğundadır. Uzun dönem bakımda kurallar, sosyal hizmetler yasası içerisinde yer alır. Yerel otoriteler, eşitlik ve serbestlik prensipleri temelinde yaşlılar için bakım sağlarlar. Uzun dönem bakım hizmetlerinin maliyetleri, büyük oranda yerel vergilerden ve devlet serbest bütçesinden sağlanır (Schulz, 2010).

Danimarka'da hizmet alanların istemleri aracılığı ile de önce yaşlıların ne istedikleri araştırılmıştır; daha sonra da onların gereksinimleri temelinde uzun dönem bakım politikalarının genel amaçları oluşturulmuştur. Hastalık ve yetersizlik gibi durumlarda da mümkün olduğu hasta tercihleri dikkate alınmakta, hasta tercihlerini önceleyen bir yaklaşım korunmaya ve sürdürülmeye çalışılmaktadır (Schulz, 2010: 2).

Danimarka yaşıllı bakım hizmetlerinin temel felsefesi “yerinde yaşlanma” yani yaşıllı insanların mümkün olduğunca uzun süre kendi evlerinde kalmalarına olanak sağlayacak toplumsal bakımı sağlamaktır; dolayısıyla Danimarka diğler bütün Avrupa ülkelerinden daha açık bir şekilde önceliğı kurumsal bakımdansa toplumsal bakıma vermiştir. Danimarka’da 1987 yılında çıkartılan “Yaşıllı ve Engelli İnsanlara Konut Yasası” ile birlikte kişilerin kendi yaşadıkları yerde yaşamaları desteklenmiştir. Yaşıllı ve Engelli İnsanlara Konut Yasası ile birlikte alışlagelmiş klasik bakım evleri yaşıllıların kendi mutfağının, oturma odasının, yatak odasının ve banyosunun olduğu ve ortak hizmetlere erişimi olan kişisel evlerden oluşan ve ortak yaşam evleri (plejeboliger) denilen mekânsal bir değışim yaşamıştır. Bu mekânlar ya dönüştürölmüş bakım evlerine ya da yeni binalar şeklinde olmuştur. Ayrıca bir de yaşıllılar için özel evler (ældrebolig) olarak adlandırılan daha niteliksel ve özelleşmiş yapılanmalarda söz konusudur (Rostgaard, 2011: 76).

Yerinde yaşlanma politikasının bir sonucu olarak ev yardımı, toplumsal bakımın ana ayaklarından biri olarak kabul edilmektedir. 1997 Sosyal Hizmet Yasası’na göre ev yardımı “kişisel bakım ve hizmetlerini” kapsamaktadır ancak günlük hayatta terimsel olarak ev yardım hizmetleri (hjemmehjælp) kullanılmaktadır. Evde yardım hizmetleri; ev idaresi ve kişisel bakım yardımını da içerir, örneğın temizlik, çamaşır yıkama, yatak yapma, ve bazı durumlarda alışveriş yapma gibi “Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri” (IADL- Instrumental Activities of Daily Living) hizmetleri ve tuvalette, giyinmede, yıkanmada ve saç taramada yardımcı olmak gibi Günlük Yaşam Aktiviteleri (ADL- Activities of Daily Living) hizmetlerini kapsamaktadır. Psikolojik müdahaleler de ev yardım hizmetinin bir parçası olabilir, örneğın eşini kaybetmiş ve aksi halde bir yaşam krizinde olan bir yaşıllıyı rahatlatmak için ev yardımcısı desteğı sağlanabilir (Rostgaard, 2011: 77). Ev yardımı kısa süreli veya daimi bir hizmet olarak sunulur. Ev yardımı ilke olarak bakıma ihtiyacı olan bütün vatandaşlara en çok da 65 yaş üstüne verilir. Bu hizmet 1960’ların ortalarında refah devletinin sağlamlaştırılması ile devletin hizmet sunumunda daha etkin ve artan bir sorumluluk almasıyla genişlemiştir (Rostgaard, 2011: 78-79).

Danimarka’da hizmet alanlar için nakit yardımı, profesyonel evde bakım hizmetleri için birer alternatif hizmet sunum biçimi olarak değeriendirilmemektedir.

Ancak “Sosyal Hizmetler Tasarısı’nın” ev yardımı mevzuatında nakit desteği ve informal bakıma kolaylık sağlayan bazı istisnalar bulunmaktadır. Bu hizmet sunum biçimi özellikle 65 yaş altında olan günün ve gecenin büyük bölümünde yardıma ve bakıma muhtaç kişiler için düşünülmektedir. Uygulama kapsamında yerel otoriteye, aile üyesi de olabilecek biçimde bakım çalışanı çalıştırmak zorunda olan bakıma muhtaç kişi için nakit yardımı (Kontanttilskud) sağlama olanağı bulunmaktadır. Bu seçenek, belki bakıma muhtaç kişi kırsalda ve uzakta oturduğu zaman veya bakım alıcı yerel otorite tarafından önerilen hizmetleri reddettiği zaman ve yerel otorite gerekli bakımı temin edemezse geçerlidir. Bu süre haftada 20 saatten fazla bakıma ihtiyacı olanlar için de mevcuttur. Ayrıca nakit yardımı 1990’da başlatılan düzenleme ile ölümcül hastalıklı insanlar için de mevcuttur. Bu düzenleme bakıma muhtaç kişinin bakımını üstlendikleri için gelir kaybeden yakınlarını da kapsamaktadır (Rostgaard, 2011: 78-79).

Danimarka’da ev yardım sistemi dışında bir diğer nakit seçeneği uygulaması da aktif bakım alıcıları için mevcut olup bu düzenleme 2009 yılından önceki Engelli Yardım Düzenlemesi (Handicaphjælperordningen)’nin yerini “Vatandaş-Gözetimli Kişisel Yardım” (Borgerstyret Personlig Assistance, BPA) yaklaşımının almasıyla başlamıştır. Ciddi şekilde ve kalıcı azalmış fiziksel veya mental yetenekleri olan insanlar şayet büyük çapta bakıma, gözleme veya refakata ihtiyaçları varsa veya tedarığın sosyal düzenlemesi kapsamındaki klasik kişisel yardımla ve bakımla karşılanamayacak ihtiyaçlara sahiplerse, bu düzenlemeye başvurabilirler. Bu düzenleme Birleşik Krallık’ta uygulanan doğrudan ödeme düzenlemesine eşittir ve Danimarka’da da daha fazla bağımsızlık için engellileri temsil eden kurumların baskıları sonucu başlatılmıştır.

Danimarka’da evde bakım hizmetlerinden 2007 yılında yaklaşık 206600 kişi yararlanmıştır; evde bakım hizmetlerinden yararlananların sayısı 2007 yılındaki Danimarka nüfusunun %3,8’ine denk gelmektedir. Evde bakım hizmetlerinden yararlananların %87’si 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır. (Schulz, 2010: 2).

Sonuç olarak; Danimarka evde bakım sistemi, koruyucu sağlık hizmetlerini de içerecek biçimde yapılandırılmış, yaş ve gelir düzeyi, sosyal statü vb durumlara bakılmaksızın oturma izni olan herkesi kapsayıcı nitelikte yapılmış ve kamu

tarafından finansmanı sağlanan bir sistem olarak değerlendirilebilir (Lewinter, 2004; Schulz, 2010: 2).

2.2.4. İngiltere’de evde bakım hizmetleri

Birleşik Krallık Parlamentosu tarafından 1999 yılında yapılan bir değişiklik, sağlık ve sosyal hizmetler ülkelerin kendi özerklikleri içinde değerlendirilmiş ve ülkelerin bu konularda Birleşik Krallık Parlamentosu’ndan bağımsız olarak kendi yapılandırmalarını oluşturmaları sağlanmıştır. Dolayısıyla Birleşik Krallık içerisinde yer alan İskoçya, Kuzey İrlanda ve Galler ve İngiltere birbirlerinden farklı sağlık ve sosyal hizmet uygulamaları geliştirmişlerdir (Glendinning ve Wilde, 2011: 95). Bu çalışmada sadece İngiltere evde bakım sistemi esas alınmıştır.

İngiltere’deki evde bakım hizmetleri ile ilgili düzenlemelerde, uzun dönem bakım hizmetlerindeki yapısal değişiklikler, demografik değişim ve evde bakım hizmetlerinin yatılı bakım kurumlarına öncelenmesi olmak üzere üç faktör önemli rol oynamıştır. Bu şekilde evde bakım hizmetleri bakıma muhtaçlar tarafından özellikle yaşlılar ve genç engelliler tarafından daha fazla tercih edilir hale gelmiştir (Glendinning ve Wilde, 2011: 95).

İngiltere’de evde bakım hizmetleri merkezi yönetim ve yerel yönetimlerin sorumlulukları olmak üzere ikili bir yapılanma biçimindedir. Merkezi yönetim daha çok tedavi hizmetleri, nitelikli ve özelleşmiş bakım hizmetleri sağlayan evde bakım hizmetlerine odaklanmışken yerel yönetimler ise sosyal bakım hizmetlerine yönelmiştir (Genet ve diğerleri, 2012: 8, Glendinning ve Wilde, 2011: 96). İngiltere’de evde bakım hizmetlerindeki ikili yapı evde bakım hizmetlerinin finansmanına da yansımıştır. Merkezî yönetimlerin sorumluluğunda olan evde bakım hizmetlerinin finansmanı genel vergilerden sağlanırken; yerel yönetimlerin sorumluluğunda olan evde bakım hizmetlerinin finansmanı, genel ve yerel vergilerden sağlanmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin finansmanında kişilerin gelir durumları dikkate alınmakta, ihtiyaç durumlarına göre destek sağlanmaktadır (Genet ve diğerleri, 2012: 8; Glendinning ve Wilde, 2011: 96).

İngiltere’de, yerel yönetimlerin çoğu, sosyal bakıma ayrılan bütçenin düşürülmesiyle hizmet kapsamlarını daraltmış ve kişilerin seçiminde daha seçici olmuşlar, bakıma muhtaçlık kriterlerini yükseltmişler ve bakıma muhtaç kişilerin bakım hizmetlerinden yararlanmalarında sorunlar yaşanmıştır (Commission for Social Care Inspection [CSCI], 2008). Bu kapsamda, İngiltere’de yerel yönetimlerin sorumluluğunda olan evde bakım hizmetleri kapsamında bakıma muhtaç kişi için temel olarak aşağıdaki destekler sağlanmaktadır:

- Evin temizlenmesi
- Alışveriş için yardım
- Evin bakım muhtaç kişi için uygun hale getirilmesi,
- Kişisel hijyen
- Bakım personeli için destek
- Finansal destek
- Günlük bakım desteği (National Health Services [NHS], 2014).

İngiltere’de yerel hükümetler, evde bakım hizmet sunumunda dış kaynak alımını bir yöntem olarak kullanmaktadırlar (Drake ve Davies, 2006). Yerel hükümetlerin dış alım yolu ile bakım hizmetinden yararlanmaları Muhafazakâr Parti Hükümeti tarafından 1990 yılında çıkartılan 1993 yılından itibaren yürürlükte olan Ulusal Sağlık Sistemi ve Toplumsal Bakım Yasası ile birlikte hızlı bir şekilde yükselmeye başlamıştır. İngiltere’de yapılan bu değişiklik ile birlikte yerel yönetimlere evde bakım hizmetlerinin sorumluluğu verilerek yatılı bakım kurumlarına bir alternatif oluşturmak ve özel sektörü güçlendirmek hedeflenmiştir (Drake ve Davies, 2006:175-176). Bu kapsamda yerel yönetimler, farklı yapılanmalar oluşturmuşlar ve özel sektörü evde bakım hizmetleri için teşvik etmişlerdir. Bakıma muhtaç kişi için yerel yönetimin sözleşme yaptığı bir evde bakım kuruluşundan hizmet satın alınmasına olanak sağlanmıştır. Hizmet satın alınma sürecinde hizmet satın alacak kişi için evde bakım kuruluşunu seçme esnekliği de sağlanmıştır (Means, Morbey ve Smith, 2002 aktaran Glendinning ve Wilde, 2011: 100).

Glendinning ve Wilde göre (2011), yerel yönetimlerin evde bakım hizmetlerinde hizmet alımını bir yöntem olarak kullanması, evde bakım hizmetlerindeki hizmet sunmaya ilişkin yükümlülüklerini belli süreyle özel kuruluşlara devretmesi ve bu devir sonucunda da evde bakım konusunda genel vergi ödemeleri dışında cepten ödemelerinin de her gün giderek artması, karma bir ekonomin gelişmesine ve bu karma ekonominin, İngiltere evde bakım piyasasının 'sözde piyasa' (quasi market) olarak adlandırılmasına neden olmuştur. İngiltere'de evde bakım hizmetlerinin sözde piyasa olarak adlandırılmasında pazarın düzenlenmesinde serbest piyasa ekonomisi kurallarının değil, yerel yönetimlerin etkin rol oynaması yer almaktadır.

Sonuç olarak; İngiltere'de evde bakım hizmetleri kamusal bir yükümlülük olarak görülmesine rağmen, maliyetleri azaltıcı tedbirlerden dolayı sınırlandırılmış ve kapsayıcılığı azalmıştır. Evde bakım hizmetlerinde dış alım etkin bir hizmet sunum modeli olarak yer almaktadır. Evde bakım hizmetlerinde kamunun geriye çekilmesi ile özel sektör hareketlenmiş ve cepten harcamalarda yükselmeye başlamıştır (Glendinning ve Wilde, 2011; Care Quality Commission, 2014).

2.3. Almanya'da Evde Bakım Hizmetleri

Almanya'da evde bakım hizmetleri incelenirken, öncelikle bakım hizmetlerinin genel yapısı ile bakım sigortasının ardılları ele alınmıştır. Bu iki değişken evde bakım hizmetlerine doğrudan etki etmekte ve evde bakım hizmetlerin yapılanmasını biçimlendirmektedir.

2.3.1. Almanya'da bakım hizmetlerinin genel yapısı

Almanya'da sağlık hizmetleri, hizmet sektörleri içerisinde önemli bir yer tutmakta ve sürekli bir gelişim göstermektedir. Sağlık sektörünün 2009 yılında yaklaşık 279 milyar Euro'luk bir işlem hacmi bulunurken, 2013 yılında bu miktar 306,9 milyar Euro olmuştur. (Çizelge 2.7). Almanya sağlık sektörünün segmentlere göre dağılımı incelendiğinde, ayakta bakılan hastalar yaklaşık %28.8'ini oluştururken, uzun dönem bakım sektörü %12,2'lik bir kısmını oluşturmaktadır (Çizelge 2.8.).

Çizelge 2.7. Almanya’da toplam sağlık sektörü hacminin yıllara göre dağılımı

Yıl	USD\$ (milyar)	Euro (milyar)
2009	370,4	279
2010	382,7	288,3
2011	390	293,8
2012	396	298,3
2013	407,4	306,9

Kaynak: Marketline (2014)

Çizelge 2.8. Almanya’da sağlık harcamalarının alt segmentlerine göre dağılımı

Kategori	2013 (USD\$) (milyar)	%
Ayakta Bakılan Hasta	117,4	28,8
Yatan Hasta	116,4	28,5
Tıbbi Malzemeler	79,2	19,4
Uzun Dönem Bakım	49,6	12,2
Ortak Hizmetler	44,9	11,0

Kaynak: Marketline (2014)

Bakım sektöründeki kuruluşların sayısının artması, Almanya çalışma yaşamının yapısında da etkili olmaktadır. Günümüzde Almanya’da çalışma yaşamının önemli bir kısmını sağlık sektörü oluşturmakta ve her 9 çalışandan bir tanesi (4,3 milyon kişi) sağlık ve bakım sektöründe çalışmaktadır (Klein, 2008). Almanya’da 15 Aralık 2013 verilerine göre bakım merkezlerinde toplam 661179 kişi çalışmakta bunun %67,9’unu (n=448763) part- time çalışanlar, evde bakım kuruluşlarında 290714 kişi çalışmakta bunun %72,6’sını (n=210959) part- time çalışanlar oluşturmaktadır. Almanya uzun dönem bakım sektöründe toplam 951893 çalışanın %69,3’ünü part-time çalışanlar oluşturmaktadır (Statistisches Bundesamt, 2014). Almanya’da uzun dönem bakım sektöründe part-time çalışan oranı yıllara göre incelendiğinde, sürekli bir artış olduğu görülmektedir (Çizelge 2.9.).

Bakım hizmetlerinin kadınla özdeşleştirilmesi toplumsal cinsiyet algısının yaşama yansımasının bir sonucu olarak görülebilir. Almanya’da da sağlık sektöründe çalışanların yaklaşık %72’sinin kadınlardan oluştuğu görülmekte ve çalışma yükünün büyük bir kısmı kadınlar tarafından karşılanmaktadır (Klein,

2008). Evde bakım sektörünün geliştiği tüm ÷lkelerde kadın iş gücü oranı erkeklere göre oldukça yoğundur (Mercury Information Services [MIS], 2002:3).

Çizelge 2.9. Almanya uzun dönem bakım sektöründe çalışanların yıllara göre dağılımı (2003-2011)

Yıl	Bakım Merkezi Personeli				Evde Bakım Kuruluşu Personeli				Toplam Personel		
	Tüm Çalışan (n)	Full Time (n)	Part- Time (n)	Part-Time (%)	Tüm Çalışan (n)	Full Time (n)	Part- Time (n)	Part-Time (%)	Tüm çalışan (n)	Part Time (n)	Part- Time (%)
2003	510 857	216 510	294 347	57,6	200 897	57 510	143 387	71,4	711 754	437 734	61,5
2005	546 397	208 201	338 196	61,9	214 307	56 354	157 953	73,7	760 704	496 149	65,2
2007	573 545	202 764	370 781	64,6	236 162	62 405	173 757	73,6	809 707	544 538	67,3
2009	621 392	207 126	414 266	66,7	268 891	71 964	196 927	73,2	890 283	611 193	68,7
2011	661 179	212 416	448 763	67,9	290 714	79 755	210 959	72,6	951 893	659 722	69,3

Kaynak: Statistisches Bundesamt, 2014'den araştırmacı tarafından derlenmiştir.

AB ülkeleri içinde Almanya'nın en fazla yaşlı nüfusa sahip olması yanında, yaşlı bağımlık oranının da yüksek olması, ayrıca bakım hizmetlerinde sürekli yenileşme içerisinde olması bakım hizmeti sunumu açısından incelenmesi gereken temel bir ülke olarak değerlendirilmesine yol açmaktadır. Ayrıca Almanya'nın araştırdığı yeni yaklaşımların da, uzun dönem bakım güvenlik ağı bulunmayan ülkelere bir model olarak sunulabilme olasılığı bulunmaktadır (WHO, 2012).

Almanya'da da yaşanan demografik değişim nedeniyle bakım hizmetlerine olan ihtiyacın göstergesi, 1999 ve 2005 yılları arasında bakım gereksinimi olan insan sayısındaki % 6'lık artıştır. Uzun dönem bakım ihtiyacı gereksimi riski, yaş artıkça artmaktadır. Almanya Federal Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 60 yaş ve altı kişilerde bu risk %0,7, 60 yaş ve üzeri kişilerde %4,2 ve 80 yaş üzeri kişilerde ise %28,8'dir (GFMH, 2014: 13). Klein'e (2008) göre, Almanya'da bakım hizmetlerindeki artışın temel nedenlerinden biri, 80 yaş ve üzerindeki nüfusun artmasıdır. Sadece 80 yaş ve üzeri nüfus, 1999 ve 2005 yılları arasında %3,6'dan %4,5'e yükselmiştir. Genel olarak AB ülkelerinde 80 yaş ve üzeri nüfusta 2010 yılı için 698 723 kişilik bir artış olurken sadece Almanya'da aynı yıl içerisinde 119 581 kişi artmıştır. Almanya'daki söz konusu bu artış, AB ülkelerindeki toplam artışın yaklaşık %17'sini oluşturmaktadır (Eurostat, 2014).

Almanya'da 80 yaş ve üzeri nüfustaki söz konusu artış, oransal olarak %4,95'ten %5,11'e yükselişi ifade eder. Bakım gereksiniminin büyük bir kısmını (%54,9) oluşturan 80 yaş ve üzeri yaş grubu (Statistisches Bundesamt, 2009: 8) 2008 yılında toplam nüfusun yaklaşık %4,9 oluştururken, 2020 yılında %7,5, 2030 yılında %8,3, 2040 yılında %11, 2050 yılında %14,8, 2060 yılında toplam nüfusun %14'2'sini oluşturacaktır (GFMH, 2014: 12). Bu durum uzun dönem bakım hizmetlerine olan gereksinimin artarak devam edeceğini gösterir niteliktedir. Almanya'da 2013 yılında yaklaşık 2,48 milyon kişi uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlanırken bu rakamın 2020 yılında⁹ 2,85 milyon, 2030 yılında

⁹ Uzun dönem bakım hizmetleri ile ilgili geleceğe yönelik projeksiyonlar, Almanya Federal Sağlık Bakanlığı tarafından her yıl revize edilmektedir. Örneğin 2013 yılındaki tahminlerinde 2020 yılı için bakıma muhtaç kişi sayısını 2,78 milyon, 2050 yılını için 4,21 milyon kişi olarak belirtirken (GFMH, 2013:15). rakamları 2014 yılında bu rakamları artırarak revize etmiştir (GFMH, 2014: 13).

3.31, 2040 yılında 3,64 ve 2050 yılında ise 4,36 milyon olması beklenmektedir (GFMH, 2014: 10, 13, 14).

Almanya'da artan yaşlı nüfus ve etkileri nedeniyle son otuz yıldır yaşlanma ve yaşlılık politikaları ile ilgili araştırmalarda artış gözlenmektedir ve yaşlanma ile ilgili araştırmalar teşvik edilmektedir (Walker ve Naegele, 2009: 1; Bundesministerium für Bildung und Forschung [BMBF], 2014: 13). Bu çalışmalar içerisinde özellikle bakım yükündeki artış ve olası sonuçları, etkin bakım modelleri, yaşlanmanın etkilerini politik ve ekonomik düzlemde azaltma ve politika geliştirme önemli yer tutmaktadır (Arntz ve Thomsen, 2011). Almanya'da bakım sektörü ile ilgili politika gelişim sürecinde kurumsal düzeyde birçok politik aktör bulunmaktadır ve politika üretme sürecinde etkin rol oynamaktadır. Bunlardan bazıları aşağıda sıralanmıştır (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions [Eurofound], 2013: 11).

- Aile İşleri, Yaşlılar, Kadınlar ve Gençlik Federal Bakanlığı (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)
- Federal Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, (Bundesministerium für Arbeit und Soziales);
- Federal Sağlık Bakanlığı, (Bundesministerium für Gesundheit);
- Federal Ekonomi ve Teknoloji Bakanlığı, (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie);
- Alman Sağlık Profesyonelleri Derneği (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe);
- Alman Bakım Derneği, DPV (Deutscher Pflegeverband);
- Alman Bakım Meclisi, DPR (Deutscher Pflegerat);
- AOK Federal Birliği (AOK-Bundesverband);
- Bakım İşverenleri Derneği (Arbeitgeberverband Pflege e.V.);
- İstihdam Desteği Federal Birliği (Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e.V.);

- Mesleki Eğitim Gençlik Merkezi (Berufsbildungswerke);
- Alman Engelli Meclisi, (Deutscher Behindertenrat);
- Sivil Toplum Refah Hizmetleri Federal Çalışma Grubu; (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege);
- Almanya Protestan Kilisesi Sosyal Refah Organizasyonu (Diakonie);
- Alman Kızıl Haçı, (Deutsches Rotes Kreuz);
- Alman Caritas Derneği (Deutscher Caritasverband e.V.);
- Almanya İşçi Federasyonu (Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V.);
- Alman Eşitlik ve Refah Derneği (Paritätischer Wohlfahrtsverband e.G.);
- Almanya Yahudi merkez Ofisi (Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.);
- İşçi Refah Organizasyonu (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.).

2.3.2. Almanya’da bakım sigortasının ardılları

Alman refah sisteminin temeli, Alman Anayasası’nda yer alan onurlu yaşam hakkına dayanır (Heinicke ve Thomsen, 2010: 2) ve günümüzdeki sosyal güvenlik sistemi kişinin onurlu yaşamını sağlayan temel araçlardan biri olarak kabul edilmektedir. Almanya’da bakım hizmetleri, sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alan uzun dönem bakım sigortası yasalaşmadan önce bakım hizmetleri ile ilgili fonlar eyaletler ve hayır kurumları arasında paylaştırılmıştır. Bakım hizmetlerinde yoğun olarak kurumda ve evde bakım hizmet modelleri uygulanmakta olup, hizmet sunumu kamu kurumları ve hayır kurumlarına bağlı kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır ve gönüllülük esaslı hayır işi olarak görülmektedir (Theobald, 2012a: 65).

Almanya sosyal güvenlik sisteminin temel taşıyıcısı Almanya Sosyal Kod Kitabı, (Sosyal Güvenlik Kanunu- Sozialgesetzbuch) (SGB), 12 bölümden oluşmaktadır (<http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/index.php>). İlk bölüm genel hükümlerden oluşmaktadır; diğer bölümlerin herbiri ise bir sosyal güvenlik başlığını içermektedir ve literatürde bakım sigortası veya uzun dönem bakım sigortası

olarak ifade edilen “zorunlu uzun dönem bakım sigortası” bu yasanın içerisindeki bir bölümdür ve kısaca SGB XI olarak adlandırılmaktadır (Çizelge 2.10.). Almanya sosyal güvenlik sistemi büyük bir bölümü işsizlik sigortası, sağlık sigortası, emeklilik sigortası, kaza sigortası ve zorunlu uzun dönem bakım sigortası olmak üzere beş temel sigortadan oluşmaktadır (Heinicke ve Thomsen, 2010:4).

Evde bakım hizmetlerinin finansman kaynağı temel olarak SGB XI'dir. Almanya Sosyal Güvenlik Kanunu içinde yer alan ve SGB V diye kısaltılan zorunlu sağlık sigortası, daha çok tedavi hizmetlerini finanse etmektedir. Evde bakım hizmetleri kapsamındaki tedaviye yönelik bazı uygulamaların finansmanı da bu kalemden karşılanmaktadır. Ayrıca sosyal yardım gereksinimi olan kişilere destek olmak için oluşturulmuş SGB XII olarak kısaltılan sosyal yardım sigortası, gerektiği durumlarda yoksullar ve yardıma muhtaç kişiler için evde bakım hizmetlerinin finansmanında tamamlayıcı ve destek unsuru olarak da yer almaktadır. Bunun yanında SGB XII psikiyatrik hastalara sunulan bazı evde bakım hizmeti uygulamalarının finansmanını da sağlamaktadır (<http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/index.php>).

Çizelge 2.10. Almanya Sosyal Güvenlik Kanunu'nun bölümleri

Kod	Bölüm	
SGB I	Genel Hükümler	Allgemeiner Teil
SGB II	İş Arayanlar İçin Sosyal Bakım	Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB III	İstihdam teşviki	Arbeitsförderung
SGB IV	Çeşitli Sosyal Sigorta Biçimleri İçin Kurallar	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Yasal Sağlık Sigortası	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Yasal Emeklilik Sigortası	Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Genel Kaza Sigortası	Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Çocuk ve Genç Refahı	Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Engellilerin Rehabilitasyonu ve Katılımı	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB X	Yönetim ve Veri Koruma	Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
SGB XI	Zorunlu Uzun Dönem Bakım Sigortası	Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sosyal Refah/Yardım	Sozialhilfe

Kaynak. <http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/index.php>

Almanya sosyal güvenlik sistemi içerisinde, uzun dönem bakım hizmetleri ilk defa 1962 yılında Federal Refah Yasası (Bundessozialhilfegesetz) içerisinde yer almış ve sosyal refah yardımının bir parçası olarak düzenlenmiştir (Wiener ve Cuellar,1999). Almanya bakım ile ilgili reform çabaları içerisinde en köklü değişimi, Nisan 1994'de uzun dönem bakım için genel bakım sigortasını (Soziale Pflegeversicherung) yasallaştırarak yapmıştır (Wiener ve Cuellar,1999). Almanya uzun dönem bakım sigortasında 2002 ve 2008 yılında olmak üzere iki defa önemli değişiklik olmuştur (Deutsches Zentrum für Altersfragen [DZA], 2011: 6). Bakım sigortası kapsamında kurumda bakım ve evde bakım hizmetlerinden yararlanma aşamalı olarak gerçekleşmiştir. Kişiler evde bakım hizmetlerinden 1 Nisan 1995'den itibaren, kurumda bakım hizmetlerinden ise 1 Temmuz 1996'dan itibaren yararlanabilmişlerdir. Bakım sigortasının uygulamaya geçtiği ilk yıllarda, özellikle 1996'da, yoğun talepten dolayı ödemelerde kargaşalar yaşanmıştır (Wiener ve Cuellar,1999).

Almanya'da bakım sigortasının aşamalı olarak faaliyete geçtiği 1995 yılında (Wiener ve Cuellar, 1999) 65 yaş ve üzeri nüfus, tüm nüfusunun yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır. Aynı yıllarda Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfus tüm nüfusun yaklaşık %4'ünü ve 2010 yılında ise yaklaşık %7'sini oluşturmaktadır. Almanya'da bakım sigortasının faaliyete geçtiği 1995 yılındaki 80 yaş üzeri nüfus, Türkiye'deki 65 yaş ve üzeri nüfusla yaklaşık aynı düzeydedir (United Nations [UN], 2011).

Günümüzde, Almanya'daki bakım sigortası tüm nüfusun büyük bir kısmını kapsamaktadır. Sadece evsizler ve kaçaklardan oluşan % 0,5'lik bir oran herhangi bir bakım sigortası kapsamında değildir (Arntz ve Thomsen, 2010: 381). Bakım sigortası kişilerin mali durumlarını göz önünde bulundurmaksızın yetersizliği olan genç ve yaşlı kişileri ayırt etmeden kişilerin geniş çaplı bakım merkezlerinden ve evde bakım hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamayı hedeflemektedir (Wiener ve Cuellar,1999; Zuchandke, Reddemann, Krummacker ve Schulenburg, 2010: 629).

Almanya'da kişilerin sigortalara katkılarının yıllara göre değişimi incelendiğinde, sağlık sigortası ve uzun dönem bakım sigortası katkı oranlarında sürekli bir artış olduğu izlenmektedir. (Çizelge 2.11.), (Heinicke ve Thomsen, 2010:

5; Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. [GDV], 2014: 115, 116, 117, 119). Bu durumun, artan bakıma muhtaç yaşlı oranı nedeniyle toplumun karşı karşıya kaldığı ekonomik yükün bireylere yansıtılmasının bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Bakım sigortası prim oranı, çalışanların maaşlarının %1,95 ile %2,15 arasında değişmektedir (Artzn ve Thomsen, 2011: 4). Bakım sigortasından yararlanabilmek için, kişinin beş yıl sigorta primi ödemiş olması gerekmektedir. Bakım sigortası gelir durumu göz önüne alınarak “kaynaktan kesme yolu ile ödeme (pay as you go earn)¹⁰” prensibi kapsamında yapılandırılmış olup işveren ve çalışan arasında eşit katkıyı esas almaktadır. (Schwarzkopf ve diğerleri, 2012: 2, Zuchandke ve diğerleri, 2010: 629).

Çizelge 2.11. Almanya’da sosyal sigortalara kişisel katkı oranlarının yıllara göre gelişimi (%)

Sigorta Türü	Yıllar							
	1995	2000	2005	2009	2010	2011	2012	2013
İşsizlik Sigortası	6,50	6,50	6,50	2,80	2,80	3,00	3,00	----
Sağlık Sigortası*	13,20 (12,80)	13,60 (13,80)	14,20 (14,00)	14,00	14,00	14,60	14,60	14,60
Uzun Dönem Bakım Sigortası	1,00	1,70	1,70**	1,95**	1,95	1,95	1,95	2,05
Emeklilik Sigortası	18,60	19,30	19,50	19,90	19,90	19,90	19,60	18,90

Kaynak: Heinicke ve Thomsen (2010: 5) ve GDV (2014: 115,116,117,119) kullanılarak araştırmacı tarafından derlenmiştir.

*Parantez içindeki değerler Doğu Almanya’ya aittir.

**Çocuksuz çalışanlar, %0,25 daha fazla katkı sağlamaktadır.

Almanya’da bakım sigortası kapsamında hizmet sunulurken kuruluşlar “uzun dönem bakım taahhütnamesi”nde (GFMH, 2007: 4,5) belirtilen ilkeleri dikkate almak zorundadırlar. Bu ilkeler aşağıda verilmiştir.

¹⁰ Kaynaktan kesme yolu ile vergilendirme (pay as you go earn). Bu ödeme biçimine, stopaj usulü de denmektedir. Gelir vergisinin işveren tarafından maaş ve ücretlerin ödenmesi sırasında (aylık veya haftalık) kesilip ilgili ödeme yerine doğrudan yatırılmasına dayanan bir sistem. Kaynaktan kesme yolu ile ödeme ile vergi kaçakçılığı en aza indirilmektedir. Toplanan vergiler, gelir ve istihdam ile birlikte otomatik olarak değiştiği için bu yöntemin ekonomide istikrar sağlayan araçlardan birisi olduğu söylenebilir (Seyidoğlu, 2002: 345).

Almanya Uzun Dönem Bakım Hizmetleri Taahhütnamesi

- Uzun dönem bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkes destek hakkına sahiptir.
- Uzun dönem bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkesin fiziksel ve ruhsal tehditlere karşı korunma hakkı vardır.
- Uzun dönem bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkesin özel alanının ve mahremiyetinin korunmasını isteme hakkı bulunmaktadır.
- Uzun dönem bakıma ve yardıma ihtiyacı olan kendi kişisel ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş sağlığı geliştirici nitelikli bakım hakkına sahiptir.
- Uzun dönem bakım ve yardım ihtiyacına sahip herkes danışmanlık, bakım ve tedavi için mevcut olanaklar ve fırsatlar hakkında tam bir bilgilendirme hakkına sahiptir.
- Uzun dönem bakım ihtiyacına sahip herkes saygın bir şekilde diğerleri ile etkileşim ve toplumsal yaşama katılım hakkına sahiptir.
- Uzun dönem bakım ihtiyacına sahip herkes kendi kültürüne ve inançlarına göre hizmet alma hakkına ve dini vecibelerini yerine getirme hakkına sahiptir.
- Uzun dönem bakım ihtiyacına sahip herkes onurlu bir şekilde ölme hakkına sahiptir.

Almanya’da kuruluşlar yukarıda belirtilen “uzun dönem bakım hizmetleri taahhütnamesi” dışında bakım sigortasının temel ilke ve değerlerini de dikkate almaktadırlar (Döhner, Lüdecke ve Eickhoff, 2008: 4). Bu ilkeler aşağıda yer almaktadır.

Almanya Uzun Dönem Bakım Sigortası Temel İlkeleri

- Bakım hizmetinin kapsamı, bakım hizmetini alan kişinin fonksiyonel yetersizliğine ve değerlendirme prosedürüne bağlı olarak belirlenmelidir.

- Evde bakım hizmetlerinde kişi, evde bakım kuruluşları tarafından verilen profesyonel bakımı ya da aile fertleri tarafından verilen bakım hizmetini ya da bunların her ikisinin birleşimini seğebilmelidir.
- Kısmi hizmet sunulabilme olanağı sağlanabilmelidir.
- Bakım hizmeti kapsamında belirlenen ekonomik tahsis, ailede bakım verene değil, bakıma muhtaç kişiye yapılmalıdır.
- Bakım hizmetlerinde koruyucu ve rehabilite edici hizmetlere daha fazla öncelik verilmelidir.
- Kişiler evde bakımda, kurumsal hizmetten ziyade aile fertleri tarafından verilen bakımı tercih etmektedir.

Rothgang ve Igl (2007), uzun dönem bakım sigortasının on yılını analiz ederek bakım sigortasının başarılı ve başarısız olduğu temel konuları saptamışlardır. Bakım sigortasının başarılı olduğu beş konu aşağıda verilmiştir.

1. Uygun kişiye verilen uygun bakım hizmeti yararlanıcılara anında yararlar sağlamıştır.
2. Bakım hizmetlerinde yer alan aile üyelerine sağlanan nakit yardımlar ve emekli sigortası katkıları, aile bakımını güçlendirmiştir.
3. Sosyal danışmanlık harcamaları, üçte iki oranında düşmüş, sosyal danışmanlık hizmetlerinden yararlananların sayısı üçte bir oranında azalmış ve sonuç olarak belediyelerin daha az mali yükümlölükleri olmuştur.
4. Profesyonel bakımın kapasitesi genişlemiş ve bakım kalitesinde iyileşmeler olmuştur.
5. Maliyet kontrolü konusunda oldukça başarılı olunmuştur.

Aynı çalışmada uzun dönem bakım sigortasının eksiklikleri de aşağıdaki biçimde özetlenmiştir (Rothgang ve Igl, 2007).

1. Bakım hizmetlerinde yapısal problemler hâlâ bulunmakla birlikte, bakım hizmetlerinin kalitesi daha da iyileştirilebilir yapıya sahiptir.

2. Hizmet karşılığı uzun dönem bakım sigortasından yapılan ödemelerin değişmemesi, 1994- 2008 yılları arasında hizmet sağlayıcılarının bütçelerini olumsuz etkilemiş ve kadrosuz çalışmaya sebep olmuştur.
3. Yaşanan problemlerin birçoğu ödemelerin ve fonların artırılması gibi yöntemlerle ve finansmanın düzenlenmesi ile çözülebilir boyuttadır.
4. Hastaneler, bakımevleri ve rehabilitasyon kuruluşları arasında yaşanan işbirliği sorunları, vaka yönetimi gibi yöntemlerle geliştirilebilir yapıdadır.
5. Yaşam kalitesini artırmak amacıyla rehabilitasyon hizmetleri daha fazla teşvik edilmelidir.
6. Alternatif bakım yöntemleri arzu edilen düzeyde gelişmemiştir.

Uzun dönem bakım hizmetlerindeki ihtiyaçlar ile ilgili sosyal haklar, yeni fon yapılarının şemaları, bakım hizmetleri ve düzenlemelerinin yeniden organizasyonu olmak üzere üç gelişmeden etkilenmiştir (Pacolet ve Bouten, Lanoye ve Versieck, 2000 aktaran Theobald, 2012a).

Almanya’da uzun dönem bakım sigortası yasalaşmadan önce “Federal Sosyal Yardım Yasası” kapsamında hizmet alanların sayısı, 1994 yılında 563 000 kişi iken uzun dönem bakım sigortası kapsamında bakım hizmetlerinden yararlananların sayısı 2009 istatistiklerine göre 2,34 milyona ulaşmıştır (Eisen ve Magner, 1999, aktaran Theobald, 2012b: 276). Görüldüğü gibi bakım hizmetlerinden yararlananlarda hızlı bir yükseliş söz konusudur. Almanya’da bakım hizmeti alanlarla ilgili olarak ulaşılmış en son rakam, 28 Mayıs 2014 tarihli Almanya Federal Sağlık Bakanlığı’nın bülteninde yer almakta olup kamu uzun dönem bakım sigortası kapsamında hizmet alanların sayısı 2479 590 kişi ve özel uzun dönem bakım sigortası kapsamında hizmet alanların sayısı 151 141 olmak üzere toplam 2 630 731 kişidir. Almanya’da özel uzun dönem bakım sigortaları tüm evde bakım hizmetinde yararlananların yaklaşık %5,7’sini oluştururken kurumda bakım hizmetinden yararlananların %0,6’sını oluşturmaktadır. (Çizelge 2.12.).

Çizelge 2.12. Almanya uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlananların sayıları

Sigorta Türü	Evde Bakım		Kurumda Bakım		Toplam	
	N	%	n	%	n	%
Kamu Uzun Dönem Bakım Sigortası*	1 739 337	94,3	740 253	99,6	2 479 590	94,2
Özel Uzun Dönem Bakım Sigortası**	105 758	5,7	4 383	0,4	151 141	5,8
Toplam	1 845 095	100	744 636	100	2 630 731	100

Kaynak: GFMH (2014: 13) kullanılarak araştırmacı tarafından derlenmiştir.

*31 Aralık 2013 tarihli veri, **31 Aralık 2012 tarihli veri

Almanya’da bakım hizmet türü seçimini, tıbbi endikasyonlar dışında ekonomik durumlar da etkilemektedir. Almanya’da üst seviye gelir düzeyindekiler profesyonel evde bakım hizmetlerini ya da bakım gereksinimine göre kurumda bakımı, orta düzey gelir düzeyinde olanlar ise dışarıdan özellikle kayıt dışı pazardan (grey market) hizmet almak için parasal yardım talep etmektedirler. En alt gelir düzeyindekiler ise isteksiz olarak kurumda bakımı kabul etmektedirler (Theobald, 2012b). Almanya’da uzun dönem bakım yasasına göre hizmet vermek isteyen kuruluşlar bölgesel düzeyde kayıtlı olmak zorundadırlar (Theobald, 2012b).

Almanya’da bakım sigortası kapsamındaki unsurlar: informal bakım sağlayan kişiye verilen bakım parası, profesyoneller tarafından kişiye sunulan hizmetlerin sağlanması, kısmen ayakta bakım hizmetleri, engellilik bakımı, kısa süreli bakım hizmetleri, yatılı bakım kurumlarında sağlanan tam yataklı bakım hizmetleri, bakım kursları, bakım hizmetleri için gerekli araç ve gereçler, yaşanılan mekân ve çevresini iyileştirici düzenlemeler olmak üzere dokuz temel başlıkta incelenebilir. Sunulan bu hizmetler aşağıda yer almıştır.

Bakım Parası (Pflegegeld)

İnformal bakım personeli tarafından sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Informal bakım personeli kavramı içerisine aile üyeleri, arkadaşlar veya tanıdıklar girmektedir. (Bundesministerium für Gesundheit, 2014a) İnformal bakım sunanlara verilen ücretler, bakım derecesine göre değişmektedir (Çizelge 2.13.). Birinci ve ikinci derece bakım derecesinden yararlananların altı ayda en az bir defa, üçüncü derece bakım hizmetlerinden yararlanaların ise üç ayda en az bir

defa olmak üzere bakım hizmetlerinin uygun verilip verilmediği ve bakım derecelerinde olası değişiklik olup olmadığını belirlemek amacıyla bakım sigortası tarafından onaylı kuruluşlar tarafından yerinde denetim yapılma zorunluluğu bulunmaktadır (Heinicke ve Thomsen, 2010: 11).

Çizelge 2.13. Almanya’da uzun dönem bakım sigortası kapsamında sağlanan informal bakım ücretleri (bakım derecesine göre)

Bakım Derecesi	2014 Yılı İçin Ödeme (Euro/Ay)	2015 Yılı İçin Ödeme (Euro/Ay)
Sıfır Derece (Demans gelişmiş)	120	123
Birinci Derece	235	244
Birinci Derece (Demans gelişmiş)	305	316
İkinci Derece	440	458
İkinci Derece (Demanslı)	525	545
Üçüncü Derece	700	728
Üçüncü Derece (Demanslı)	700	728

Kaynak: Bundesministerium für Gesundheit. (2014b:2)

Profesyonel Evde Bakım Hizmetleri (Ambulante Pflegesachleistungen)

Bakım hizmeti, profesyonel evde bakım kuruluşu tarafından verilmektedir. Ödemeler, doğrudan evde bakım kuruluşuna yapılmaktadır (Bundesministerium für Gesundheit, 2014c). Evde bakım kuruluşlarının lisanslı ve her akredite olma zorunluluğu bulunmaktadır (Heinicke ve Thomsen, 2010: 10). Profesyonel evde bakım kuruluşlarına yapılan ödemeler bakım derecelerine göre değişmektedir (Çizelge 2.14.). Ücretler incelendiğinde 2015 yılı için bakım derecesi sıfır olan ama demansı bulunan bir kişi için 231 Euro ile en düşük iken, yoğun bakım gereksinimi ve demansı da bulunan bir kişi için 1995 Euro ile en yüksek miktar olarak değişmektedir.

Çizelge 2.14. Almanya'da uzun dönem bakım sigortası kapsamında profesyonel evde bakım kuruluşlarına yapılan ödemeler (bakım derecesine göre)

Bakım Derecesi	2014 Yılı için Ödeme (Euro/Ay)	2015 Yılı için Ödeme (Euro/Ay)
Sıfır Derece (Demans gelişmiş)	225	231
Birinci Derece	450	468
Birinci Derece (Demans gelişmiş)	665	689
İkinci Derece	1 100	1 144
İkinci Derece (Demanslı)	1 250	1 298
Üçüncü Derece	1 550	1 612
Üçüncü Derece (Demanslı)	1 550	1 612
Yoğun bakım gereksinimi	1 918	1 995
Yoğun bakım gereksinimi (Demanslı)	1 918	1 995

Kaynak: Bundesministerium für Gesundheit (2014b:3)

Kısmen Ayakta Bakım (Tages- und Nachtpflege, Teilstationäre Versorgung)

Evde bakım hizmetleri verilemediği durumlarda ya da kişi evde bakımı istemediği durumlarda, günün belli bir bölümünü kapsayacak biçimde (gündüz veya gece) kurumda sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Gündüz bakım merkezleri, buna örnek olarak verilebilir (Bundesministerium für Gesundheit, 2014d). Uzun dönem bakım sigortası kapsamında bakım derecelerine göre ödeme yapılmaktadır (Çizelge 2.15.).

Çizelge 2.15. Almanya'da uzun dönem bakım sigortası kapsamında sağlanan gündüzlü bakım ücretleri (bakım derecesine göre)

Bakım Derecesi	2014 Yılı için Ödeme (Euro/Ay)	2015 Yılı için Ödeme (Euro/Ay)
Sıfır Derece (Demans gelişmiş)	0	231
Birinci Derece	450	468
Birinci Derece (Demans gelişmiş)	450	689
İkinci Derece	1 100	1 144
İkinci Derece (Demanslı)	1 100	1 298
Üçüncü Derece	1 550	1 612
Üçüncü Derece (Demanslı)	1 550	1 612

Kaynak: Bundesministerium für Gesundheit. (2014b:6)

Engellilik Bakım Yardımı (Verhinderungspflege/ Urlaubsvertretung)

Bakım personelinin hastalık veya tatil nedeniyle bakım işini yapamadığı durumlarda hizmeti sürdüren yedek bakım sağlayıcı için engellilik bakım parası ödenir (Bundesministerium für Gesundheit, 2014e). Bakım derecelerine göre ödemeler değişmektedir (Çizelge 2.16).

Çizelge 2.16. Almanya’da uzun dönem bakım sigortası kapsamında verilen engelli bakım ücretleri (bakım derecesine göre)

Bakım Derecesi	2014 Yılı için Ödeme	2015 Yılı için Ödeme
Sıfır Derece (Demans gelişmiş)	En fazla dört haftalık süre için yılda 1550 Euro	En fazla altı haftalık süre için yılda 1612 Euro
Bakım Derecesi, I, II, III	En fazla dört haftalık süre için yılda 1550 Euro	En fazla altı haftalık süre için yılda 1612 Euro

Kaynak: Bundesministerium für Gesundheit. (2014b: 5)

Kısa Süreli Bakım Parası (Kurzzeitpflege)

Bakım hizmetinin kişinin evinde yapılmasının geçici olarak mümkün olmadığı veya yeterli seviyede yapılmasının mümkün olmadığı durumlarda, profesyonel hizmet sağlayıcılara kısa süreli bakım ücreti ödemesi yapılmaktadır (Bundesministerium für Gesundheit, 2014f). Bakım sigortası, kısa süreli bakım parası kapsamında en fazla dört haftalık süre için hizmet sağlamaktadır. Kısa süreli bakım parası 2014 yılı için yılda en fazla 1550 Euro, 2015 yılı için 1612 Euro olarak belirlenmiştir (Çizelge 2.17.).

Çizelge 2.17. Almanya’da uzun dönem bakım sigortası kapsamında verilen kısa süreli bakım ücretleri (bakım derecesine göre)

Bakım Derecesi	2014 Yılı için Ödeme	2015 Yılı için Ödeme
Sıfır Derece (Demans gelişmiş)	-----	En fazla dört haftalık süre için yılda 1612 Euro ödenir
Bakım Derecesi, I, II, III	En fazla dört haftalık süre için yılda 1550 Euro ödenir	En fazla dörthaftalık süre için yılda 1612 Euro ödenir

Kaynak: Bundesministerium für Gesundheit (2014b: 7)

Yatılı Bakım Kurumlarında Sağlanan Tam Süreli Hizmetler (Stationäre Pflege- Vollstationäre Versorgung)

Yatılı bakım kurumlarında sunulan hizmetleri kapsamaktadır (Bundesministerium für Gesundheit, 2014g). Bakım sigortası kapsamında bakım derecelerine göre ödemeler yapılmaktadır (Çizelge 2.18).

Çizelge 2.18. Almanya’da uzun dönem bakım sigortası kapsamında yatılı bakım kurumlarına yapılan ödemeler (bakım derecesine göre)

Bakım Derecesi	2014 Yılı için Ödeme (Euro/Ay)	2015 Yılı için Ödeme (Euro/Ay)
Sıfır Derece (Demans gelişmiş)	0	0
Birinci Derece	1 023	1 064
Birinci Derece (Demans gelişmiş)	1 023	1 064
İkinci Derece	1 279	1 330
İkinci Derece (Demanslı)	1 279	1 612
Üçüncü Derece	1 550	1 612
Üçüncü Derece (Demanslı)	1 550	1 612
Yoğun bakım gereksinimi	1 918	1 995
Yoğun bakım gereksinimi (Demanslı)	1 918	1 995

Kaynak: Bundesministerium für Gesundheit (2014b:10)

Bakım Kursları (Pflegekurse)

Bakım sigortası kapsamında bakım yapan aile üyeleri için bakım kursları düzenlenmektedir ve finansmanı bakım sigortası tarafından karşılanmaktadır. Kurs kapsamında sadece teorik ve pratik bilgi değil, aynı zamanda danışmanlık ve çeşitli destekler de sunulmaktadır. Eğitim, hastanın ev ortamında da gerçekleşmektedir. Kurs ayrıca kişilerin sosyalleşmesi ve başkalarıyla etkileşim içerisinde olmalarını da olanak sağlamaktadır (Bundesministerium für Gesundheit, 2014h).

Bakım Hizmetleri İçin Gerekli Araç ve Gereçlerinin Sağlanması (Pflegehilfsmittel)

Bakım araç ve gereçleri, evde yapılan bakımı kolaylaştırdığı ve bakımı yapılan kişilerin durumunu iyileştirdiği takdirde bakım sigortası tarafından

ödenir. Tekerlekli sandalye ya da koltuk değnekleri bir doktor tarafından reçete edildiği zaman, sağlık sigortası tarafından ödeme yapılır (Bundesministerium für Gesundheit, 2014i).

Yaşanılan Mekân ve Yakın Çevresini İyileştirici Önlemler (Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen)

Yaşanılan mekân ve yakın çevresini iyileştirici önlemler için en fazla 2557 Euro ek ödeme yapılır. Bu ödemenin yapılması için, bakıma muhtaç kişinin evinde yaşayabilmesi veya düzenlemelerin bakım hizmetleri kolaylaştırıcı nitelikte olması gerekmektedir (Bundesministerium für Gesundheit (2014b: 9). Bakım derecelerine göre ödeme miktarlarında değişiklik bulunmaktadır (Çizelge 2.19.).

Çizelge 2.19. Almanya’da uzun dönem bakım sigortası kapsamında yaşanılan mekân ve yakın çevresini iyileştirici önlemler için yapılan ödemeler (bakım derecesine göre)

Bakım Derecesi	2014 Yılı için Ödeme	2015 Yılı için Ödeme
Sıfır Derece (Demans gelişmiş)	2557 Euro (Birden fazla yararlanıcı bir arada ise 10228 Euro)	4000 Euro (Birden fazla yararlanıcı bir arada ise 16000 Euro)
Bakım Derecesi, I, II, III	2557 Euro (Birden fazla yararlanıcı bir arada ise 10228 Euro)	4000 Euro (Birden fazla yararlanıcı bir arada ise 16000 Euro)

Kaynak: Bundesministerium für Gesundheit (2014b: 9)

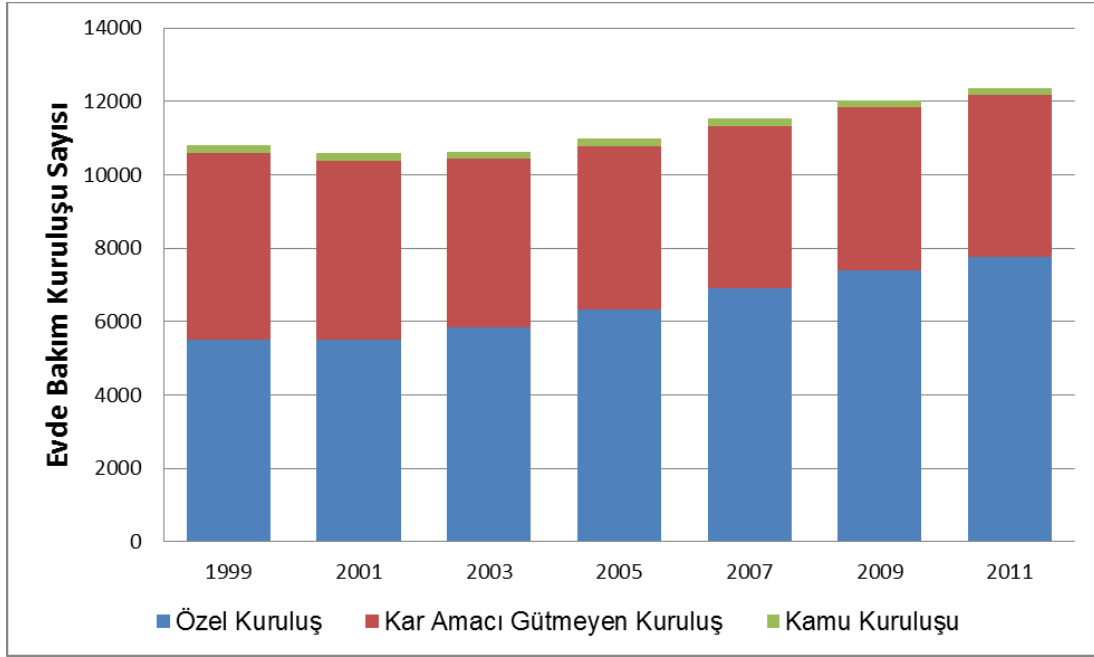
2.3.3. Almanya’da evde bakım hizmetlerinde hizmet sunumu

Almanya’da kişilerin, bakım gereksinimleri, bakım olanakları ölçüsünde temel düzeyde kurumda bakım veya evde bakım hizmetlerinden birini seçim hakları söz konusudur. Kişi evde bakım hizmetleri içinde ise, informal evde bakımı veya evde bakım kuruluşlarından profesyonel hizmet ya da profesyonel evde bakım kuruluşlarının danışmanlığında aile fertlerinin sunduğu hizmetlerden birini seçebilir. Genellikle aile üyeleri tarafından verilen informal evde bakım hizmeti tercih edilmektedir (Statistisches Bundesamt, 2011a: 4). Kişilerin aile tarafından verilen informal bakım hizmetlerini tercih etmelerinde, aile üyelerine çalışma

olanağı sağlaması, aile için bir gelir olarak görülmesi ve bakım hizmeti alan bireyin mahremiyetinin daha iyi korunabilmesine olanak sağlaması gibi nedenlerin rol oynadığı düşünülmektedir.

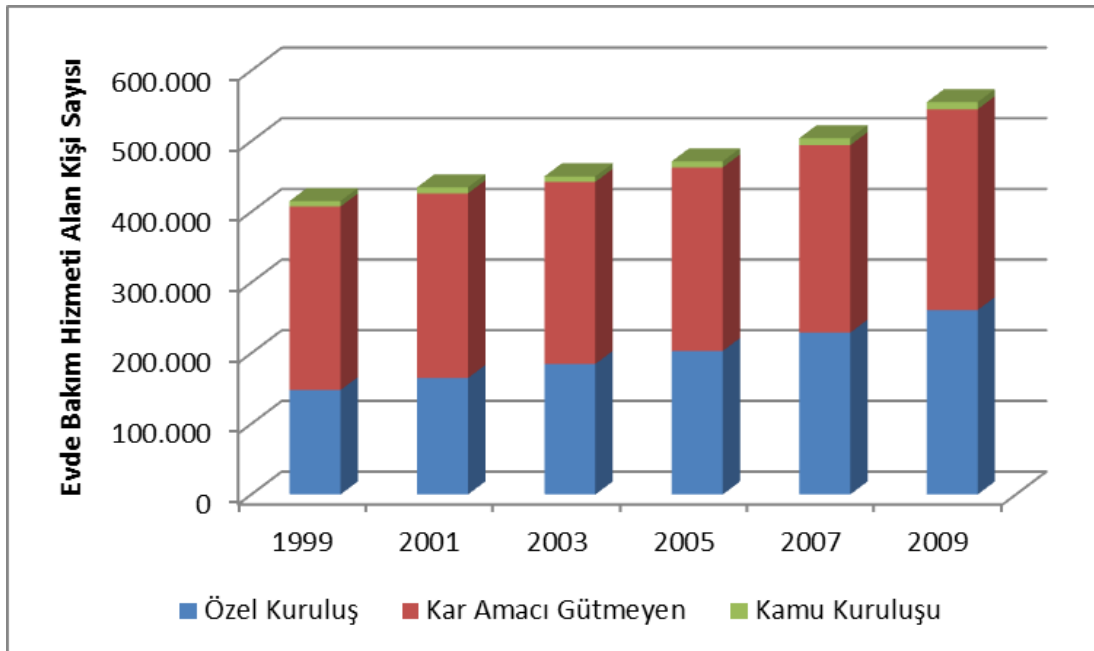
Almanya’da 2009 yılında bakım hizmetlerinden yaklaşık 2,34 milyon kişi (nüfusun % 3ü) yararlanmıştır. Bakım hizmetlerinden yararlananların %69’u (n=1,62 milyon kişi) evde bakım hizmetinden yararlanırken, geri kalan %31’i (717.000 kişi) huzurevleri, hospice, gündüz bakım merkezleri gibi kurumda bakım hizmetlerinden yararlanmıştır. Evde bakım hizmetlerinden yararlananların %66’sı (1,07 milyon kişi) aile fertleri tarafından bakılmakta ve bakım sigortasından verdikleri hizmet karşılığında ücret almaktadırlar. Evde bakım kuruluşlarından hizmet alanların sayısı yaklaşık 555 000’dir (Statistisches Bundesamt, 2011a:4). Evde bakım hizmeti alan kişilerin %66’sı informal bakım alırken, %34’ü profesyonel evde bakım kuruluşlarından hizmet almaktadırlar. Informal bakım hizmeti alanlar tüm bakım hizmetlerinden yararlananların yaklaşık %46’sını oluşturmaktadır (Statistisches Bundesamt, 2011a: 4).

Almanya’daki evde bakım kuruluşlarının %61,5’i özel evde bakım kuruluşları, %36,9’unu kâr amacı gütmeyen kuruluşlara bağlı evde bakım kuruluşları; %1,6’sını ise kamuya ait evde bakım kuruluşları oluşturmaktadır (Statistisches Bundesamt, 2011b: 6). Evde bakım kuruluşlarının yıllara göre dağılımı incelediğinde, bakım sigortasının ilk yıllarında kâr amacı gütmeyen kuruluşlara bağlı evde bakım kuruluşlarının sayısı ile özel sektöre bağlı evde bakım kuruluşlarının sayısı birbirine yakın iken, zaman içerisinde kâr amacı gütmeyen kuruluşlara bağlı evde bakım kuruluşlarının sayısında ciddi oranda değişiklik olmadığı, buna karşın ise özel evde bakım kuruluşlarının sayısının arttığı görülmektedir (Grafik 2.1.). Ancak kâr amacı gütmeyen kuruluşlara bağlı evde bakım kuruluşlarının sayısının değişmemesine rağmen, hizmet alanların sayısı artmıştır. Kâr amacı gütmeyen kuruluşlar evde bakım sektöründe önemli bir yer tutmakta ve evde bakım sektöründe yıllardır en fazla kişiye hizmet veren kuruluşlardır. Grafik 2.2’de kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, özel evde bakım kuruluşları ve kamuya ait evde bakım kuruluşları izlenmektedir.



Şekil 2.1. Almanya'da evde bakım kuruluşlarının sahiplik yapıları ve yıllara göre dağılımı

Kaynak: Statistisches Bundesamt (2002, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013) kullanılarak araştırmacı tarafından derlenmiştir.



Şekil 2.2. Almanya'da evde bakım kuruluşlarından yararlananların evde bakım kuruluşlarının sahiplik yapıları ve yıllara göre dağılımı

Kaynak: Statistisches Bundesamt (2002, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011) kullanılarak araştırmacı tarafından derlenmiştir.

Wiener ve Cuellar'a (1999) göre, Almanya'da evde bakım hizmetlerinin kurumda bakıma tercih edilmesinde maliyetten ziyade hem hastaya hem de ailesine daha iyi hizmet verilmesi durumu etkili olmuştur. Tüm yaş gruplarında bakım hizmetlerinden yararlananlar, evde bakım hizmetlerini kurumda bakım hizmetine göre daha çok tercih etmektedirler. Ancak yaş ilerledikçe, kurumda bakım hizmetlerine olan ilgide artma eğilimi bulunmaktadır. Ancak çocuklarda evde bakım hizmetleri, çok baskın bir hizmet sunum modeli olarak kullanılmaktadır (Çizelge 2.19.). Parker ve diğerleri (2014) göre; çocuklar için verilen bakım hizmetlerinin bir kısmının geçici süreli olması, ailenin kendi çocuklarına karşı hissettiği sorumluluk duygusunun yoğun olması, çocuklarda evde bakım hizmetlerinin daha çok kullanılmasına neden olmaktadır. Bunun yanında artan hastalık çeşitliliğinin getirdiği bakım güçlüğü ve yoğun teknoloji gereksinimi gibi nedenler, yaşlı bireylerde ise kurumsal bakım hizmetlerinin daha fazla kullanılmasına neden olmaktadır.

Çizelge 2.20. Almanya'da bakım hizmetinden yararlananların yaş durumlarına göre hizmet türlerinin dağılımı (2009)

Yaş	Evde Bakım		Kurumda Bakım		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
15 <	66 116	99,5	358	0,5	66 474	2,8
15-60	222 169	86,7	34 167	13,3	256 336	11,0
60-65	55 464	77,7	15 906	22,3	71 370	3,1
65-70	98 605	76,0	31 082	24,0	129 687	5,5
70-75	168 615	75,0	56 187	25,0	224 802	9,6
75-80	224 368	73,1	82 544	26,9	306 912	13,1
80-85	313 491	68,1	146 638	31,9	460 129	19,7
85-90	309 027	60,7	200 356	39,3	509 383	21,8
>	162 906	52,0	150 243	48,0	313 149	13,4
Toplam	1 620 762	69,3	717 490	30,7	2 338 252	100,0

Kaynak: Pflegestatistik, 2009(a)

Almanya'da bakım hizmetlerinin büyük çoğunluğunu oluşturan ve kişiler tarafından tercih edilen evde bakım hizmetlerinin gelişiminde ve sayısının artmasında uzun dönem bakım sigortasına yönelik yasal düzenlemelerin gerçekleştirilmesi etkili olmuştur (Wiener ve Cuellar, 1999, Theobald, 2012b). Örneğin 1990'larda yaklaşık 6000 olan evde bakım kuruluşu sayısı 1995 yılında bakım sigortasının yürürlüğe girmesi ile birlikte yaklaşık 11000'leri bulmuştur

(Theobald, 2004: 19). Evde bakım kuruluşu sayısı 2009 yılında ise yaklaşık 12000 olmuştur. Evde bakım kuruluşlarının %62'sini (7400) özel evde bakım kuruluşları oluştururken, %37'sini Diakonie, Caritas gibi kuruluşlara bağlı, kâr amacı gütmeyen evde bakım kuruluşları oluşturmaktadır (Statistisches Bundesamt, 2011a: 9).

2.3.4. Almanya'da bakım sigortasında derecelendirme

Uzun dönem bakım sigortası kapsamında sunulan bakım hizmetleri, kişilerin bakım gereksinimlerine göre üç derecede verilmektedir (Arntz ve Thomsen, 2008: 6). Derecelendirme kişilerin bakım gereksinimleri, bağımlılık düzeyleri temel alınarak oluşturulmaktadır. Bağımlılık düzeylerine göre bakım dereceleri Çizelge 2.21'de verilmiştir (Arntz, Sacchetto, Sperman, Steffes ve Widmaier, 2007: 6).

Çizelge 2.21. Almanya bakım sigortasında bakım derecelendirmeleri

Kriter	Bakım Dereceleri		
	Bakım Derecesi 1	Bakım Derecesi 2	Bakım Derecesi 3
Yardımlı kişisel bakım ve harekete ihtiyaç	Günde bir defa, bir veya daha çok alanda en az iki görev	Günün farklı zamanlarında günde en az üç defa	Günün tamamında
İlave yardım alma	Haftada birkaç defa ev işlerinde yardım	Haftada birkaç defa ev işlerinde yardım	Haftada birkaç defa ev işlerinde yardım
Hemşire gereksinimi duyma	Günde en az bir buçuk saat bakım	Günde en az üç saat bakım	Günde en az 5 saat

Kaynak: Arntz, Sacchetto, Sperman, Steffes ve Widmaier (2007: 6)

Almanya'da uzun dönem bakım sigortasındaki bakım derecelendirilmelerinde ve bakım gereksinimlerinin doğru saptanmasında çeşitli sorunlar yaşanmış ve çeşitli itirazlar gelmiştir. Kişilerin bakım gereksinimlerinin daha nitelikli belirlenebilmesi için yapılan çalışmalar kapsamında, Almanya Federal Sağlık Bakanlığı ve Tıbbi Danışma Kurulu tarafından bağımlılık düzeylerini belirlemek üzere yeni bir ölçek geliştirilmiştir. Uygulanan ölçekten elde edilen puanlara göre, kişilerin bağımlılık düzeyleri beş dereceye ayrılmaktadır (Büscher, Wingelfeld ve Schaeffer, 2011: 7). (Çizelge 2.22.). Yeni geliştirilen değerlendirme aracı ile kullanılmakta olan mevcut uygunluk kriterleri, özellikle bilişsel bozukluğu olan kişileri de kapsayacak şekilde önemli ölçüde genişletilmiştir. Geliştirilen

ölçeğin bağımlılık değerlendirme için güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu da ayrıca belirlenmiştir. Ölçek ile bakım hizmetlerinden yararlananlar için değerlendirme süreci daha açık ve anlaşılır hâle gelebilmiştir. Ayrıca geliştirilecek yeni bir araç aracılığı ile bu ölçek, medikal hizmetlerin de değerlendirilebilmesi olanağını sağlayabilecektir. Kullanılacak bu ölçeğin değerlendirme sonuçlarının kişilerin bakım planlarının hazırlanması için de kullanılabileceği belirtilmektedir (Büscher ve diğerleri, 2011:4-5).

Çizelge 2.22. Almanya'da bağımlılık derecelendirme durumu

Derece	Eşik değer/skor
1.derece bağımlılık	15-29
2.derece bağımlılık	30-49
3.derece bağımlılık	50-69
4.derece bağımlılık	70-89
5.derece bağımlılık	90 ve üzeri 90 ve üzeri ve ek özel ihtiyacı

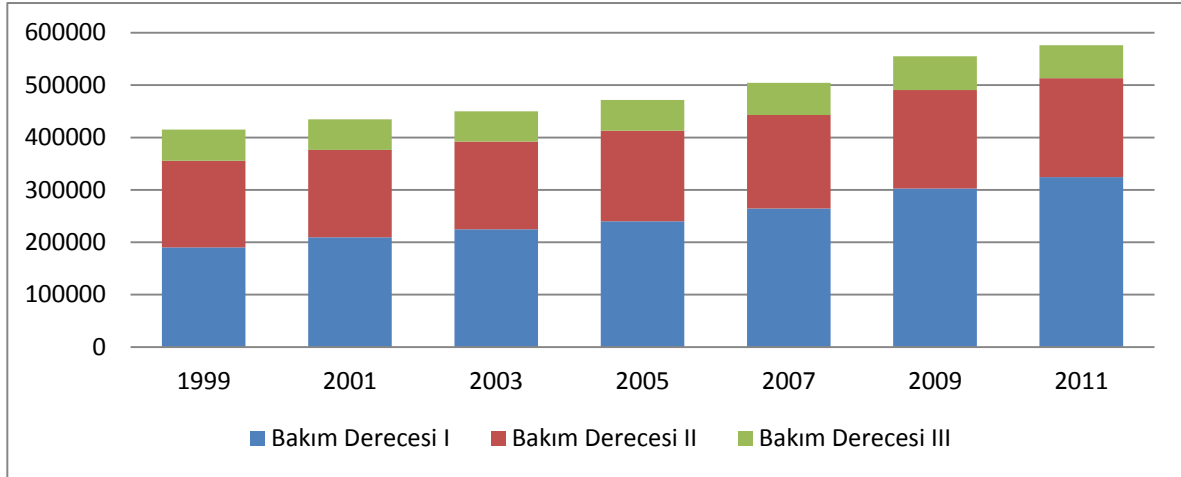
Kaynak: Büscher ve diğerleri, 2011

Almanya'da bakım hizmetlerinden yararlananların bakım derecelerine göre dağılımı incelendiğinde, kişilerin büyük çoğunluğunu birinci derece bakım alanlar oluşturmaktadır. Bakım sigortası kapsamında bakım hizmeti alanların %53,6'sı (n=1247564) birinci derece bakım hizmetlerinden, %33,8'i (n= 787018) ikinci derece bakım hizmetlerinden, %12,6'sı ise (n= 293096) üçüncü derece bakım hizmetlerinden yararlanmaktadır (Statistisches Bundesamt, 2011c:10). Almanya'da bakım decelerine göre hizmet alanların yıllara göre (1999- 2011) değişimi incelendiğinde, 12 yıllık süre içerisinde toplamda 160 975 kişilik bir artışın olduğu (%38,8), en büyük oransal ve sayısal artışın birinci derece bakım hizmetlerinden yararlanarlarda olduğu (n=134 085, %70,5), bunu sırasıyla ikinci derece bakım hizmetlerinden yararlananlar (n=23506; %14,2) ve üçüncü derece bakım hizmetlerinden yararlananlar (n=3384; %5,6) olduğu izlenmektedir (Çizelge 2.22). Evde bakım hizmetlerinden yararlananlar içerisinde birinci derece ve ikinci derece bakım derecesinde olanlarda düzenli bir artış olurken üçüncü derece bakım derecesi olanlarda bazı yıllarda artış olurken bazı yıllar arasında azalma olduğu saptanmıştır (Çizelge 2.23; Grafik 2.3.)

Çizelge 2.23. Almanya’da evde bakım hizmetlerinden yararlananların bakım derecelerine göre yıllık artış düzeyleri

	Her İki Yıl İçin Artış Düzeyi (n; %)												Toplam Artış	
	1999-2001		2001-2003		2003-2005		2005-2007		2007-2009		2009-2011		1999- 2011	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bakım Derecesi I	19 313	10,1	151 19	6,7	15 354	6,4	24 441	9,2	38 201	12,6	21 657	6,7	134 085	70,5
Bakım Derecesi II	1 349	0,8	841	0,5	5 379	3,1	5 595	3,1	94 59	5,0	883	0,5	23 506	14,2
Bakım Derecesi III	-1 272	-2,1	-513	-0,9	684	1,2	2 653	4,3	3 306	5,1	-1474	-2,3	3 384	5,7
Toplam	19 390	4,7	15 447	3,4	21 417	4,5	32 689	6,5	509 66	9,2	21 066	3,7	160 975	38,8

Kaynak: Statistisches Bundesamt (2002, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013) kullanılarak araştırmacı tarafından derlenmiştir.



Şekil 2.3. Almanya'da evde bakım hizmetlerinden yararlananların bakım derecelerine göre dağılımı (1999-2011)

Kaynak: Statistisches Bundesamt (2002, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013) kullanılarak araştırmacı tarafından derlenmiştir.

Bakım veren kurumlara yapılan ödemeler, bakım derecelerine göre değişiklik göstermektedir. Çizelge 2.24.'de yer alan ücretler, normal durumlarda bakım sigortası tarafından karşılanan miktarlardır. Kurumda bakım hizmetleri sırasında birinci ve ikinci derece bakım hizmetlerinin ücretlendirilmesinde yıllara göre önemli oranda bir değişkenlik bulunmazken, üçüncü derece bakım ve üçüncü derecenin varyasyonu olarak kabul edilen güç vakalarda ise yıllara göre artış söz konusudur. Bu artışta bakım hizmetlerinin kapsamının her geçen gün genişlemesi ve teknolojinin yoğun kullanımı etkili olmuştur. Sigorta kapsamı dışında kalıp ek olarak alınan hizmetlerde cepten ödemeler, tamamlayıcı özel sigortalar ve yerel yönetimlerin destekleri söz konusudur (Heinicke ve Thomsen, 2010: 13).

Çizelge 2.24. Almanya'da bakım derecelerine göre kurumda bakıma ödenen ücretler (aylık euro)

Bakım Derecesi	Yıllar					
	2008 öncesi	2008	2010	2012	2014	2015
Birinci Derece	1 023	1 023	1 023	1 023	1 023	1 064
İkinci Derece	1 279	1 279	1 279	1 279	1 279	1 330
Üçüncü Derece	1 432	1 470	1 510	1 550	1 550	1 612
Güç Vakalar	1 432	1 750	1 825	1 918	1 918	1 995

Kaynak: Bundesministerium für Gesundheit. (2014b) kullanılarak araştırmacı tarafından derlenmiştir.

Bakım sigortası fonlarına bağılı olarak 2009 yılında yedi zorunlu sigorta kapsamında fon sağlamaktadır. Bu sigortalar, kamu hukukuna tabi özerk kuruluşlar olup görevlerini kamu hukuk sistemi içerisinde yaparlar, ancak yönetim biçimi ve finansman yapısı olarak bağımsız kuruluşlardır. Ayrıca 40'a yakın özel bakım sigortası bulunmaktadır. Yedi tane zorunlu sigorta, ulusal sağılık sigorta fonunun (GKV-Spitzenverband) içerisinde yer almaktadır (Schulz, 2012:2).

2.4. Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi incelenirken, çeşitli güçlükler bulunmaktadır. Bu güçlüklerin temelinde; geleneksel sağılık uygulamalarının evde yapılıyor olması, evde sunulan bakımın kurumda sunulan bakımdan daha önce yapılıyor olması ve evde bazı uygulamaların, insanlığın başlangıcı ile birlikte yapılıyor olması (doğum, hasta beslenmesi vb.), evde bakım kavramının değişkenliği ve yeterli sayıda araştırmamanın olmaması gibi etmenler sıralanabilir.

Evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi Türkiye açısından ele alındığında, konu ile ilgili ilk yasal düzenleme bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve bakımı ile ilgili uygulamaları içeren ve hâlâ yürürlükte olan 6 Mayıs 1930 tarihli Umumî Hıfzıssıhha Kanunu'dur (UHK) (RG,1930). Daha sonra bu Kanuna bağılı olarak çıkartılan tamimlerde çocuklara yönelik koruyucu sağılık hizmetlerini içerecek biçimde ev ziyaretlerinin yapılması gerektiğı belirtilmektedir (RG, 1931). UHK ile yapılan bu başlangıç, günümüzde evde bakım hizmetlerini ülke sağılık sistemine entegre etmiş Danimarka, Japonya gibi ülkelerdeki evde bakım uygulamalarının başlangıcına paralellik göstermektedir (Wasik ve diğeri 1990; Vass ve diğeri, 2007:210).

Günümüzde, Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinden ve denetiminden SB ve ASPB olmak üzere iki bakanlık sorumludur. Bu görev paylaşımının gerekçesi hizmet sunulacak kitlenin ve sunulacak hizmetlerin içeriğinin farklı olmasından kaynaklanmaktadır. SB tarafından hizmet sunulacak temel grup hasta olarak (RG, 2005a; RG, 2005b; SB,2010) ASPB tarafından hizmet sunulacak temel grup ise sağılıklı yaşlı ve bakıma muhtaç özürü olarak tanımlanmıştır (RG, 2008a). Hasta, sağılıklı yaşlı ve bakıma muhtaç kişilerin

gereksinimlerinin birbirinden farklı ve birbirinden ayrı sunulması gerekliliği ön kabulü ile oluşturulan Türkiye evde bakım sistemi, hizmet sunumu sırasında kurumların ve hizmet sağlayıcıların çeşitlenmesi aynı konuda birçok hukuksal düzenlemelerin oluşmasına da sebep olmuştur.

Türkiye'deki evde bakım hizmetlerine yönelik yürürlükteki mevzuatın incelenmesi ve ülkedeki tüm uygulamaların gözlemlenmesiyle, on iki farklı uygulamanın bulunduğu saptanmıştır. Bunların bazıları daha etkin olarak kullanılırken, bazıları sadece mevzuat düzeyinde kalmış ve uygulamaya geçememiştir. Türkiye'de saptanan evde bakım uygulamalarının tümü aşağıda verilmiştir.

1. SB Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) sorumluluğunda aile hekimleri kapsamında sunulan hizmetler.
2. SB Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) tarafından hastaneler bünyesinde oluşturulmuş evde sağlık birimleri tarafından yürütülen hizmetler.
3. SB TKHK ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM) tarafından yürütülen hizmetler.
4. SB THSK bağlı Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) tarafından yürütülen hizmetler.
5. SB izni ile açılan özel evde bakım kuruluşları tarafından yürütülen hizmetler.
6. ASPB izni ile açılan özel evde bakım kuruluşları tarafından yürütülen hizmetler.
7. ASPB tarafından aile üyelerine sağlanan nakit yardımı kapsamındaki hizmetler.
8. ASPB izni ile açılan yatılı bakım kurumları tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri.
9. ASPB izni ile açılan gündüz bakım merkezleri tarafından yürütülen hizmetler

10. Belediyeler tarafından sağlanan hizmetler.
11. Hiçbir kuruluşa bağlı olmaksızın yasadışı şekilde yürütölen hizmetler.
12. Aile üyeleri tarafından verilen geleneksel bakım hizmetleri.

Türkiye'deki bu hizmet farklılığı “Hedef kitle farklı ise, gereksinimleri de farklıdır; her bir gereksinim için farklı bir örgütlenme olmalıdır, hiçbir kurum başkasının alanına girmemelidir.” argümanı ile açıklanabilir. Bu argüman ile çeşitlenen Türkiye'deki evde bakım kuruluşları ve hizmet içerikleri ana başlıklar hâlinde Çizelge 2.25.'de verilmiştir. Ancak uygulamada kişiye sunulan hizmetlerin bütönlük içinde verilmesi gerekliliği, yasalardaki boşluk, denetim eksikliği, kuruluşun hizmeti vermemesi/verememesi vb. nedenler aynı hizmeti birçok kuruluşun vermesine ya da bazı örgütlenme biçimleri için talebin olmamasına neden olmuştur.

Çizelge 2.25. Türkiye’de evde bakım uygulamalarının hizmet içerikleri

Hizmet Sunum Biçimi	Hizmet İçeriği								
	Ev İşleri	Yemek Hazırlama	Kişisel Bakım	Tıbbi Bakım	Tedavi	Muayene	Psiko, Sosyal Rehabilitasyon	Hasta Nakli	Ağız ve Diş Sağlığı
Aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri kapsamında sunulan evde bakım hizmetleri				X	X	X	X		
TKHK tarafından hastaneler bünyesinde oluşturulmuş evde sağlık birimleri				X	X	X	X	X	
TKHK bağlı ADSM tarafından yürütülen hizmetler									X
THSK bağlı TSM hizmetleri				X	X	X	X	X	
SB izni ile açılan özel evde bakım kuruluşları tarafından yürütülen hizmetler	X	X	X	X	X	X	X	X	
ASPB izni ile açılan özel evde bakım kuruluşları tarafından yürütülen hizmetler	X	X	X				X		
ASPB tarafından evde bakım hizmeti sunumu için aile üyelerine sağlanan nakit yardımı kapsamındaki evde bakım hizmetleri	X	X	X				X		
ASPB tarafından evde bakım hizmeti sunumu için yatılı bakım kurumları tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri	X	X	X				X		
ASPB tarafından evde bakım hizmeti sunumu gündüz bakım merkezleri tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri	X	X	X				X		
Belediyeler tarafından sağlanan evde bakım hizmetleri	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hiçbir kuruluşa bağlı olmadan yasadışı şekilde yürütülen evde bakım hizmetleri	X	X	X	X	X	X	X	X	
Aile üyeleri tarafından verilen geleneksel bakım	X	X	X				X	X	

2.4.1. Türkiye’de evde bakım hizmetleri ile ilgili mevzuat

Türkiye’de evde bakım hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemeler SB ve ASPB tarafından çıkartılan yönetmelik, yönerge ve genelgelerle yürütülmektedir. Ayrıca belediyeler evde sundukları hizmetleri, Büyükşehir Belediyesi Kanunu’nun yedinci maddesine¹¹ ve Belediyeler Kanunu’nun 14. maddesine¹² dayandırarak gerçekleştirmektedirler.

SB tarafından hazırlanan ve yürürlükteki yasal düzenlemeler aşağıda verilmiştir.

- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, (RG, 2005a)
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (RG, 2013)
- SB Tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (SB, 2010)
- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ (RG, 2005b)
- SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2011/8nolu “Evde Sağlık Hizmeti Standart Dosya Formları” konulu 18.02.2011 tarihli genelgesi (SB, 2011)

¹¹ Büyükşehir Belediyesi Kanununun 7.md n fıkrası: Gerektiğinde mabetler ile sağlık, eğitim ve kültür hizmetleri için bina ve tesisler yapmak, kamu kurum ve kuruluşlarına ait bu hizmetlerle ilgili bina ve tesislerin her türlü bakımını, onarımını yapmak ve gerekli malzeme desteğini sağlamak

7. Büyükşehir Belediyesi Kanunun md.v fıkrası sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri ile yetişkinler, yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek veya işlettirmek, bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksek okullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmak.

¹² Belediyeler Kanunu, 14md.b fıkrası: Devlete ait her derecedeki okul binalarının inşaatı ile bakım ve onarımını yapabilir veya yaptırabilir, her türlü araç, gereç ve malzeme ihtiyaçlarını karşılayabilir; sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilir; mabetlerin yapımı, bakımı, onarımını yapabilir; kültür ve tabiat varlıkları ile tarihî dokunun ve kent tarihi bakımından önem taşıyan mekânların ve işlevlerinin korunmasını sağlayabilir; bu amaçla bakım ve onarımını yapabilir, korunması mümkün olmayanları aslına uygun olarak yeniden inşa edebilir.

ASPB tarafından hazırlanan ve yürürlükteki temel yasal düzenlemeler aşağıda verilmiştir.

- Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik (RG, 2006)
- Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik (RG, 2008a)
- Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2012/24 nolu evde bakım hizmetleri konulu ve 16 Ekim 2012 tarihli genelgesi (ASBP, 2012)
- SHÇEK'in "Bireysel Bakım Planı" konulu 31.12.2007 tarihli görüşü (SHÇEK, 2007b)
- SHÇEK'in "Özürlü Evde Bakım" konulu 18.01.2008 tarihli görüşü (SHÇEK, 2008)

Söz konusu evde bakım hizmetleri ile ilgili yürürlükteki mevzuatın hizmeti veren, hedef kitle, hizmet içeriği ve finansman açısından karşılaştırmalı değerlendirmesi Çizelge 2.26.'da verilmiştir.

Çizelge 2.26. Türkiye’de evde bakım hizmetleri ile ilgili güncel mevzuat karşılaştırılması

Mevzuat Adı*	Yürürlük Tarihi ve Yürütücü	Hizmeti Veren	Hedef Kitle	Hizmet İçeriği	Finansmanı
Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik	10.03.2005, SB	Özel ve Kamu	Hasta kişi	Rehabilitasyon Fizyoterapi Tedavi Tıbbi Bakım	Cepten ödeme, GSS
Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik	30.07.2006, ASPB	Akraba ¹³ Gündüzlü bakım merkezi (Özel- Kamu) Yatılı Bakım Merkezi (Özel- Kamu)	Yoksul ¹⁴ bakıma muhtaç özürlü	Kişisel bakım Psiko-sosyal destek	Genel Bütçe
Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik	07.08.2008, ASPB	Kamu Özel	Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özürlü bulunmayan	Sosyal, psikolojik destek hizmetleri, Kişisel bakım hizmetleri Boş zamanları değerlendirme Beslenme Ev düzenlemesi	Cepten ödeme Genel Bütçe
SB Tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge	01.02.2010, SB	SB bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri, genel veya dal hastaneleri, ADSD, toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezi, aile hekimi hizmetleri ve tıp fakültesi hastaneleri	Hasta kişi	Sosyal ve psikolojik danışmanlık Tedavi hizmetleri Tetkik ve tahlil Tıbbi bakım Takip Rehabilitasyon hizmetleri Ağız ve diş sağlığı hizmetleri	Genel Bütçe, Genel Sağlık Sigortası
Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği	25.01.2013, SB	Aile hekimliği birimi Aile sağlığı merkezi	Hasta kişi	Birinci basamak sağlık hizmetleri	Genel Bütçe Genel Sağlık Sigortası

*Tarih sırasına göre listelenmiştir.

¹³Akraba: İlgili yönetmeliğin uygulanmasında, üveyler dâhil olmak üzere bakıma muhtaç özürlünün; eşi, çocukları ile çocuklarının eşleri, ana ve babası ile bunların ana ve babası, torunları ile torunlarının eşleri, kardeşleri ile kardeşlerinin eşleri, kardeşlerinin çocukları ile kardeş çocuklarının eşleri, eşinin ana ve babası, eşinin kardeşleri, eşinin kardeşlerinin eşleri ile çocukları, amcaları ve amcalarının eşleri, amca çocukları ile bunların eşleri, halaları ile halalarının eşleri, hala çocukları ile bunların eşleri, dayıları ve dayılarının eşleri, dayı çocukları ile bunların eşleri, teyzeleri ve teyzelerinin eşleri, teyze çocukları ile bunların eşlerinden her birini (RG,2007).

¹⁴ Hanede kişi başı düşen toplam gelirin bir aylık net asgari ücret tutarın 2/3’ünden az olması durumu

Aileler tarafından geleneksel yöntemlerle kamusal destek almadan yürütülen evde bakım hizmetleri ve yasadışı sürdürülen evde bakım hizmetlerinin evde bakım sistemi içerisinde sıklıkla yer aldığı gözlemlenmektedir. Ancak söz konusu uygulamalar, yapısı gereği kayıtlara geçmemiş olduğu için konu hakkında yeterli veriye ulaşılamamaktadır. Bu nedenle konu hakkındaki açıklayıcı bilgiler gözlemlere dayanmaktadır. Türkiye’de yasadışı evde bakım hizmetleri, kamu sağlık kuruluşlarında çalışanların özel evde bakım kuruluşlarında izinsiz çalışma veya hiçbir kuruluşa, yapılanmaya bağlı olmadan evde bakım hizmeti verme biçiminde ve yabancıların izinsiz biçimde evde hasta bakma biçiminde olmaktadır. Yasadışı çalışan yabancıların iki türlü yasadışı çalışma biçimleri bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesinde yabancılar çalışma izinlerini ev yardımcısı olarak almakta ama çalışırken hasta bakıcısı olarak çalışmaktadırlar. Bu işlem daha çok, eski Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB) ülkelerinden gelen kişilerin özel iş ve işçi bulma kurumlarının koordinasyonu ile çalıştırılması biçiminde gerçekleşmektedir.

Bir başka yöntem ise hiçbir şekilde çalışma izni almadan evde hasta bakımı şeklinde olmaktadır. Yabancı ülkelere gelen kişiler, evde bakım hizmetlerinde, kişisel bakım, evde yardım işleri ve tıbbi bakım uygulamalarında yer almaktadırlar. Bu hizmet süreci çalışma izni kapsamında veya çalışma izni olmadan yürütülmektedir. Çalışma izni kapsamında yürütülen evde bakım hizmetlerinde çalışanlar, temizlik ve ev işleri çalışma izni alarak evde bakım hizmetlerinde yer almaktadır. Bunların içerisinde sağlık personeli kökenli olanlar olduğu gibi, sağlık personeli olmayanlar da bulunmaktadır. Türkiye’de yasadışı biçimde çalışanların sayılarının ne kadar olduğu bilinmemektedir. Ayrıca yasadışı olarak Türkiye’de özel ya da kamu sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin çalışma süresi haricinde ikinci iş olarak evde bakım hizmetlerinde yer almaları biçiminde de bir diğer yasadışı çalışma biçimi bulunmaktadır.

2.4.2. Sağlık Bakanlığı iznine bağlı özel evde bakım kuruluşları tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri

SB iznine bağlı olarak açılacak özel evde bakım kuruluşları SB tarafından çıkartılan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında kuruluş işlemlerini gerçekleştirirler (RG, 2005a).

SB izinli özel evde bakım kuruluşları, evde sağlık birimi şeklinde kurulabildiği gibi, bağımsız evde bakım merkezi şeklinde de faaliyet gösterebilirler. Merkez ya da birim şeklinde kurulmaları, sunacakları hizmetin içeriğinde ve kapsamında bir değişikliğe sebep olmamaktadır. Birim, hastane, tıp merkezi özel dal merkezi, poliklinik gibi sağlık kuruluşları içerisinde, evde bakım hizmeti vermek için oluşturulmuş ayrı bir örgütlenme biçimidir. Araştırmacı tarafından Bilgi Edinme Kanunu kapsamında SB izinli özel evde bakım kuruluşlarının sayısına ilişkin bilgi talebine SB’nın 10.11.2014 tarihli cevabında 23 evde bakım merkezi ve 9 evde bakım birimi olduğu bildirilmiştir (SB, 2014).

Türkiye’de işletmelerin evde bakım ile ilgili hizmet sunumu vermek için genellikle SB’ndan izin almayı tercih ettikleri gözlemlenmektedir. Çünkü SB’na bağlı evde bakım kuruluşlarının tıbbi hizmetleri nasıl sunacakları yönetmelik kapsamında belirtilmiştir. Bununla birlikte söz konusu yönetmelik, sağlık tanımının gerektirdiği diğer kişisel hijyen, ev düzenlenmesi, kişinin sosyal yaşama katılımı gibi bileşenleri de yapabilmesine olanak sağlamaktadır. Böylece SB izni ile kurulacak evde bakım hizmetleri kuruluşları ASPB’na bağlı kuruluşların sunacağı hizmetleri de kapsayıcı niteliktedir.

SB izni ile kurulacak özel evde bakım kuruluşlarında bulunması gereken personel sayıları ve nitelikleri Çizelge 2.27.’de verilmektedir. Personel nitelikleri incelendiğinde de evde bakım hizmetlerinin tedavi hizmetleri ve tıbbi bakım odaklı olduğu izlenmektedir.

Çizelge 2.27. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı izinli özel evde bakım kuruluşlarında bulundurulması zorunlu personelin dağılımı

Unvan	Zorunlu/ İsteğe Bağlı	Sayı	Ek Bilgi
Hekim	Zorunlu	En az üç	Bir tanesi yarı zamanlı olabilir
Hemşire veya sağlık memuru	Zorunlu	Dört	Bir tanesi ebe olabilir
Psikolog	İsteğe bağlı	-----	-----
Fizyoterapist	İsteğe bağlı	-----	-----
Diyetisyen		-----	-----
Sosyal hizmet uzmanı	İsteğe bağlı	-----	-----
Bakım destek personeli	İsteğe bağlı	-----	Herhangi bir nitelik belirtilmemiştir.

* Araştırmacı tarafından düzenlenmiştir.

Özel evde bakım kuruluşlarında en az üç hekim bulundurma zorunluluğu evde bakım hizmetlerini uzun süredir yürüten ülkelerde dahi bulunmamaktadır. Hemşire ve sağlık memuru olarak ise, en az dört personel bulundurma zorunluluğu olması, buna karşın bakım destek personelinin isteğe bağlı olması, hizmet içeriği kurgusunun tıbbi bakım odaklı yönelim içerisinde olduğunu göstermektedir. Özel evde bakım kuruluşlarında bulunması zorunlu personel belirlenirken, hizmetin ve hastanın nitelikleri, kurumun kaç kişiye hizmet vereceği göz ardı edilmiştir. Örneğin 20 hastası olan bir evde bakım kuruluşu ile 200 hastası olan bir evde bakım kuruluşunun bulunduracağı zorunlu personel sayısı yasal anlamda aynıdır. Bu kapsamda personel nitelikleri ve sayıları belirlenirken hizmet içerikleri ve hizmet sunulan kişi sayısı dikkate alınmamıştır. Türkiye’de tüm özel evde bakım kuruluşlarının aynı nitelikte, aynı kapsamda ve aynı konseptte hizmet sunacakları ön kabulü bulunmaktadır.

“Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ve “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ” birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye’de SB izinli evde bakım kuruluşunun açılış ve işleyişinde temel kriterlerin, hekim ve hemşire personeli sayısı ve kuruluşun iç mekân ve fizikî alt yapısı olduğu saptanmıştır.

Türkiye’de SB izinli özel evde bakım kuruluşlarının denetimleri Sağlık İl Müdürlüğü tarafından yapılmaktadır ve denetim ekibinde en az bir hekim ve bir

hemşire bulunmak zorundadır. Özel evde bakım kuruluşlarına üç türlü denetim yapılabilmektedir (RG,2005a). Bunlar;

- Şikâyet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının talebi üzerine yapılan denetimler
- Olağan denetimler (6 ayda bir yapılır)
- Hekim dışı sağlık personeli tarafından hastaya verilen evde bakım hizmetlerinin denetimi (3 ayda bir)

Denetimler sırasında çalışma esasları, birim ve odalar ile ilgili yapısal unsurlar, kayıt ve bildirim ve genel işleyişle ilgili durumlar açısından denetimler yapıldığı gibi hizmetin sunumuna ilişkin de denetimler yapılmaktadır.

Evde verilen hizmetlerin denetiminde, hekim dışı sağlık personelinin denetimi, hekime göre hastayla daha sık ve hastanın özel yaşam alanında birebir ilişki kurması nedeniyle özel bir önem taşıdığı düşünülmektedir. Bu nedenle evde bakım hizmetleri ile ilgili yönetmelikte hekimlerin evde sundukları hizmetlerin denetimi ile ilgili ayrı bir hüküm ve başlık bulunmazken, hekim dışı sağlık personelinin evde sundukları hizmetler için özel bir hüküm bulunmaktadır (RG, 2005a).

Hazırlanan denetim raporu ve rapor sonuçları Sağlık İl Müdürlüğü'nde tutulmaktadır. Hizmet alanların, hizmet aldıkları evde bakım kuruluşunun denetim raporlarına veya denetim raporlarına dayanarak oluşturulmuş hizmet kalite göstergelerine ulaşma olanağı yoktur ve bu durum hizmet alanların evde bakım kuruluşunu seçimi için bir tercih sebebi olamamaktadır. Evde bakım kuruluşlarının denetim raporlarının sonuçları temel alınarak oluşturulmuş hizmet kalite göstergelerinin internet üzerinden yayınlandığı Almanya'da, hizmet alanlar hizmet aldıkları ya da alacakları kuruluşların kalite puanlarını görmekte ve ona göre kurumu seçme olanağına sahip olmaktadır (Der Vorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. [VDEK], 2014).

2.4.3. Aile hekimliği kapsamında yürütölen evde bakım hizmetleri

Türkiye’de aile hekimliği sistemi 15.09.2005 tarihinde Düzce’de pilot çalışma ile başlamış ve 2010 yılından itibaren tüm Türkiye’de uygulanmaya başlamıştır. Aile hekimlerinin sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili görevleri ve yetkileri 25.1.2013 tarih ve 28539 sayılı RG’de yayımlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”nde tanımlanmıştır. Söz konusu yönetmelikte aile hekimlerinin evde bakım hizmetleri ile ilgili olarak da aşğıdaki görevleri belirtilmiştir.

- Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek, (RG, 2013: Md3-c)
- Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütölmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek (RG, 2013: Md3-g),
- Evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak (RG, 2013: Md3-ğ)

Yukarıda tanımlanan görevler incelendiğinde, aile hekiminin sağlık kuruluşunda vereceği hizmetlerin büyük kısmını evde de vermesi söz konusudur ve evde bakım hizmetlerinin içeriği oldukça kapsayıcıdır. Evde sunduğu hizmet ile kuruluşta sunacağı hizmet arasındaki ana farkı hizmet sunacağı grup oluşturmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin hedef kitlesi, evde takibi zorunlu engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kişilerdir. Aile hekimleri tarafından sunulacak hizmet, hizmet alan açısından bir tercih durumu değil, kişi için zorunlu durumlarda söz konusudur. SB, aile hekimleri tarafından sunulacak evde bakım hizmetlerinde birinci basamak sağlık hizmetleri gibi geniş bir hizmet içeriğinin sunulmasını gerekli kılarken, hedef kitleyi “evde takibi zorunlu özörlö, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar” olarak belirterek daraltmıştır (SB, 2010).

Aile hekimi, kendisine kayıtlı hastalardan evde sağlık hizmeti alması gerektiğine karar verdiği hastanın tıbbi durumunu değerlendirerek hizmetin seviyesini belirler. Evde sağlık hizmeti, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile hekimi tarafından verilecek ise hasta veya yakınının da onayını alarak koordinasyon merkezine bildirir (SB, 2010). Burada söz edilen hizmet

seviyesi birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti olma durumudur. Belirlenen hizmet basamağı birinci basamak sağlık hizmeti olması durumunda bu görev aile hekiminin, ikinci ve üçüncü basamak olması durumunda ise kamu hastaneleri bünyesinde kurulan evde sağlık birimlerinin hizmet kapsamındadır. Hizmet düzeylerinin belirlenmesinde temel bir kılavuz bulunmamakta, hekimin bilgi ve deneyimi kapsamında belirlenmektedir. Bu belirleme sürecinde aile hekimi ve evde sağlık birimi arasında hizmetin seviyesi, kapsamı, süresi ve benzeri konularda yaşanacak olan uyuşmazlıkların çözümü THSK bünyesinde kurulan koordinasyon merkezince sağlanır (SB, 2010). Koordinasyon merkezinde sorumlu müdür yardımcısı, yataklı tedavi kurumları şube müdürü, ruh ve sosyal hastalıklar şube müdürü, aile ve toplum sağlığı şube müdürü, acil sağlık hizmetleri şube müdürü, ağız ve diş sağlığı şube müdürü ve birim sorumlusu tabip ve diş tabiplerinin katılımı ile en az yedi üyeden oluşan inceleme ve değerlendirme komisyonu kurulur. Komisyon kararları kesindir.

Aile hekimi, hizmetin sağlık kurumu bünyesinde kurulu birim vasıtası ile verilmesini gerektirdiği görüşünde ise “hasta evde bakım başvuru formunu” doldurarak koordinasyon merkezine gönderir. Başvuru, komisyon tarafından kendisine iletilen bilgi ve belgeler doğrultusunda değerlendirilir ve gerekçeleri de belirtilerek hizmetin hangi seviyede verilmesi gerektiği karara bağlanır. Komisyonun kararı doğrultusunda başvuru gerekçeli kararı ile birlikte ya birim sorumlusu hekim veya diş hekimine havale edilir ya da başvuruyu yapan aile hekimine gönderilir. Karar; hizmetin evde sağlık birim tarafından verilmesi yönünde ise aile hekimine de ayrıca bilgi verilir. Evde sağlık birimi veya aile hekimi karar doğrultusunda işlem yapmakla yükümlüdür (SB, 2010).

Aile hekimlerinin evde bakım hizmetleri kapsamında sunacakları hizmetlerin birinci basamak sağlık hizmetleri olarak geniş bir içeriğe sahip olması hizmet alan için oldukça önemli bir kazanımdır. Ancak bu kadar geniş içerikli evde bakım hizmeti sunmak aile hekimleri için oldukça güç olabilir ve bu nedenle evde bakım hizmeti vermekten kaçınabilir.

AB ve Avrupa Serbest Ticaret Birliği¹⁵ ülkelerinde evde bakım sistemi ile aile hekimleri arasındaki ilişki Çizelge 2.28’de verilmiştir. Çizelge incelendiğinde,

¹⁵ Avrupa Serbest Ticaret Birliği ülkeleri, Norveç, İsviçre, İzlanda ve Lihtenştayn olmak üzere 4 ülkeden oluşmaktadır. İzlanda ve Lihtenştayn aynı zamanda AB ülkelerindendir.

lkeler arasında evde bakım sistemi ile aile hekimleri arasındaki ilişkide bir örnek uygulama yoktur. Aile hekimliği ve evde bakım hizmetlerinin entegre olduğu ülkeler değerlendirildiğinde, çoğunlukla tıbbi bakım düzeyinde entegresyon olduğu, evde sosyal bakımının hariç tutulduğu izlenmektedir.

Çizelge 2.28. Aile hekimliğinin evde bakım hizmetlerine entegrasyonun Avrupa Birliği ve Avrupa Serbest Ticaret Birliği (EFTA) lkelerindeki durumu

lke Adı*	Entegre Değil	Seçilmiş Vakalarla Entegresyon	Entegre
Avusturya		X	
Belçika		X	
Bulgaristan	X		
Hırvatistan			X (Evde Tıbbi Bakım)
Kıbrıs		X	
ek Cumhuriyeti		X	
Danimarka		X (Evde Sosyal Bakım)	X (Evde Tıbbi Bakım)
İngiltere		X	
İspanya	X (Evde Sosyal Bakım)		X (Evde Tıbbi Bakım)
Finlandiya			X
Fransa	X		
Almanya			X
Yunanistan	X		
Macaristan	X (Evde Sosyal Bakım)		X (Evde Tıbbi Bakım)
İzlanda		X	
İrlanda		X	
İtalya	X (Evde Sosyal Bakım)		X (Evde Tıbbi Bakım)
Letonya	X (Evde Sosyal Bakım)		X (Evde Tıbbi Bakım)
Litvanya	X (Evde Sosyal Bakım)	X (Evde Tıbbi Bakım)	
Lüksemburg		X	
Malta	X (Evde Sosyal Bakım)		X (Evde Tıbbi Bakım)
Hollanda		X	
Norveç	X		
Polonya	X (Evde Sosyal Bakım)		X (Evde Tıbbi Bakım)
Portekiz		X	
Romanya	Bilgi Yok	Bilgi Yok	Bilgi Yok
Slovakya	X (Evde Sosyal Bakım)		X (Evde Tıbbi Bakım)
Slovenya	X (Evde Sosyal Bakım)	X (Evde Tıbbi Bakım)	

Kaynak: Genet ve diğerleri (2012: 81)

2.4.4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı iznine bağlı özel evde bakım kuruluşları tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri

ASPB izni ile açılacak özel evde bakım kuruluşları “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” kapsamında uygulamalarını yürütmektedir. ASPB iznine bağlı özel evde bakım kuruluşları tarafından hizmet sunulacak grup aşağıda tanımlanmıştır (RG, 2008a).

- Yaşlı
- Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan kişi
- Tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan kişi
- Herhangi bir özrü bulunmayan kişi
- Aile üyeleri tarafından tek başına bakılamayan kişi

ASPB iznine bağlı özel evde bakım kuruluşlarının hizmet sunacağı grup değerlendirildiğinde, bu kişilerin evde bakım hizmetlerine taleplerinin olmayacağı belirtilmektedir (Çoban ve Esatoğlu, 2010: 167). Yukarıdaki hizmetleri sunacak hiçbir kuruluşun olmaması da, arz-talep dengesi bağlamında değerlendirilmelidir.

2.4.5. Türkiye Kamu Hastane Kurumu tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri

TKHK 2 Kasım 2012 tarih ve 28103 sayılı RG’de yayınlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile kurulmuştur. TKHK tarafından sunulacak evde bakım hizmetleri 01 Şubat 2010 tarihinde 3895 sayılı makam oluru ile yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” kapsamında yürütülmektedir.

Kamu hastane birlikleri evde sundukları hizmetleri tanımlarken, evde sağlık terimini kullanmayı tercih etmiştir. Ancak söz konusu yönergede tanımlanan evde sağlık tanımı ile “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkındaki Yönetmelikle” tanımlanan evde bakım hizmetleri tanımı arasında büyük bir fark bulunmamaktadır.

Evde sağlık “çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyaçı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri” olarak oldukça kapsayıcı olarak tanımlanmıştır (SB, 2010). Evde bakım hizmeti ise hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dâhil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması şeklinde ifade edilmiştir (RG, 2005a) İki tanım birlikte incelendiğinde, hizmet kapsamının birbiriyle örtüştüğu, ayrıca evde bakım hizmeti tanımı içerisinde belirtilen hedef grubun hasta kişiler olarak ifade edildiği göz önüne alındığında tanımların birbirinden farklı olmadığı görölmektedir. Her iki tanımın lafzı da tedavi hizmetleri sunmak ve tıbbi bakım yapmaktır.

Evde bakım hizmeti sunmak için kamu hastaneleri bünyesinde kurulmuş evde sağlık birimlerinde, “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” gereğince zorunlu personel ve tercihen ve/veya hizmetin içeriğine göre olması gereken personel olmak üzere iki grup personel dağılımı söz konusudur (Çizelge 2.29.). Personel nitelikleri dikkate alındığında evde tıbbi bakım vermek üzere oluşturulmuş birimler olduğu izlenmektedir.

Çizelge 2.29. Türkiye’de evde sağlık biriminde zorunlu ve/veya tercihen olması gereken personel

Personel Türü	Zorunlu	Tercihen ve/veya hizmet içeriğine göre
Doktor	X	
Hemşire	X	
Sağlık Memuru	X	
Tıbbi Sekreter*	X	
şoför	X	
Fizyoterapist		X
Diyetisyen		X
Psikolog		X
Sosyal Çalışmacı		X

*Tıbbi sekreter bulunmaması durumunda uygun nitelikte bir personel

Kamuya ait evde sağlık birimleri tarafından verilen hizmetler, Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) yer alarak Genel Sağlık Sigortası (GSS) tarafından ücretlendirilmektedir. Ücretlendirme 01.05.2013 tarihine kadar günübirlik tedavi kapsamında değerlendirilmiştir. Kamu sağlık kuruluşları bünyesinde evde bakım hizmeti sunmak için kurulmuş evde sağlık birimlerince sunulacak hizmetlerin ücretleri 01.05.2013 itibaren ayaktan tedavi kapsamına alınmıştır. Böylece hizmet bir paket hizmet anlayışından  kartılarak uygulamanın her bir kaleminin  cretlendirilebildiği sisteme geçilmiştir.

2.4.6. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri

ASPB tarafından yürütülen evde bakım hizmetlerinin temelinde sağlıklı yaşlı ve bakıma muhtaç  z rl  gruplara hizmet sunmak bulunmaktadır. Sağlıklı yaşlılara evde bakım hizmetleri, "Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında yürütülmektedir. Bakıma muhtaç  z rl lere ise, "Bakıma Muhtaç  z rl lerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik" kapsamında hizmet sunulmaktadır (RG, 2006).

Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik kapsamında sunulacak evde bakım hizmetleri, yasal anlamda bir örgütlenme biçimi olarak yer almasına rağmen, uygulamada bu tür bir kuruluş olmadığı için söz konusu hizmet sunulmamaktadır.

Bakıma Muhtaç  z rl lerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik'te tanımlanan "bakıma muhtaç  z rl " kavramı, fiziksel mental yetersizlikler gibi engeli oluşturan kriterler ile birlikte ekonomik yoksunluk kriterini de içermektedir (RG, 2006).

Bakıma muhtaç özürlü;

- Özürlülük sınıflandırmasına göre ağır özürlü,
- Günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün,
- Tüm geliri kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre, kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarının, bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olanlar şeklinde tanımlanmaktadır (RG, 2006)

Yönetmelikte bakım hizmetlerinin kapsamında kişisel bakım hizmetleri ve psiko-sosyal destek hizmetleri daha ayrıntılı bir biçimde tanımlanmıştır (RG, 2006).

Kişisel bakım hizmetleri kapsamında; aşağıdaki uygulamalar gerçekleştirilecektir.

- Banyo yaptırılması,
- Tuvalet ihtiyacını gidermede yardım edilmesi ve gerektiğinde temizliğinin yapılması,
- Tırnaklarının kesilmesi,
- Saçlarının taranması,
- Dişlerinin temizlenmesi,
- Yemek ve içecek ihtiyacının giderilmesi,
- El, yüz ve ayak temizliği,
- Sakal tıraşının yapılması,
- İstenmeyen tüylerin temizlenmesi,
- Elbiselerinin giydirilmesi ve çıkarılması,
- Burun ve kulak temizliğinin yapılması,
- Yatağının temizlenmesi ve düzeltilmesi,
- Odasının temizlenmesi,
- Çamaşırlarının yıkanması
- Tehlikelere karşı korunması ve gözetilmesi gibi hizmetler bulunmaktadır.

Psiko-sosyal destek hizmetleri kapsamında da aşağıdaki hizmetler belirlenmiştir:

- Bakıma muhtaç özürlü ailesinin, özürünü ve özür durumunu kabullenmesine, bilgilendirilmesine yönelik kişisel veya grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetler,
- Bakıma muhtaç özürünün özrünü, mevcut durumunu ve yerleştirildiği ortamı kabullenmesine, bilgilendirilmesine ve gelişim alanlarında desteklenmesine yönelik kişisel ve grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetler,
- Özürlü ve ailesinin sosyal hakları ve mevcut kaynakların kullanılmasına yönelik kişisel ve grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetler,
- Özürünün bağımsız yaşama, sosyal hayata uyumuna ve katılımına yönelik sosyal, kültürel, sanatsal ve sportif etkinlikler ile düzenlenecek bu tür etkinliklere katılabilmesi için refakat hizmetler,
- Özürünün terk edilme, reddedilme, özür durumunu kabullenememe, ümitsizlik, intihar etme, yalnızlık, sevgisizlik ve benzeri olumsuz duygulardan kurtarılmasına ve depresyon, stres ve benzeri durumların yaşanmasının engellenmesine yönelik kişisel veya grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetler yer almaktadır.

Bakıma Muhtaç Özürülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik'te (RG, 2006); bakıma muhtaç özürüye “evde bakım, yatılı kurumda bakım, gündüz bakım merkezlerinde bakım” olmak üzere üç türlü bakım hizmeti verilebileceği belirtilmiştir. Evde bakım hizmetleri ise, yatılı ve gündüzlü bakım kurumlarında çalışan bakım elemanları tarafından kişinin evine giderek verilen evde bakım veya akrabalar tarafından verilen evde bakım olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Bu hizmetlerinin sadece üç saati kamu tarafından karşılanmaktadır ve ödeme miktarı bir aylık net asgari ücret olarak belirlenmiştir (Çizelge 2.30.). Bu Yönetmelik kapsamında hizmet alan kişilere günde üç saat ve haftanın altı günü ulaşılmaktadır. Haftanın diğer günü ve dinî ve millî bayram günleri kişilere hizmet verilmemektedir. Bu durum, hizmetin sürekliliği açısından önemli bir eksiklik.

Akrabaları tarafından verilecek hizmetler 24 saattir ve ödeme miktarı bir aylık net asgari ücret kadardır. Teorik olarak belirtilen 24 saatlik sürekli bir hizmetin bir kişi tarafından verilebilmesi olanaksızdır. Hizmet sağlayan kişinin bireysel gereksinimlerinin göz ardı edildiği düzenlemenin, ayrıca hizmetin kesintiye uğradığı tespit edilmesi durumunda yaptırımlar içermesi, insan hakları kapsamında değerlendirilecek bir sorundur.

Çizelge 2.30. Türkiye’de bakıma muhtaç özürllülere verilen hizmet sunum biçimleri ve ödeme miktarları

Hizmet Sunum Biçimi	Ücret Miktarı
Yatılı bakım merkezlerinden, günde yirmidört saat süreyle bakım hizmeti	İki aylık net asgari ücret
Gündüzlü bakım merkezlerinden, günde sekiz saat süreyle tam gün hizmet	Bir aylık net ücret
Gündüzlü bakım merkezlerinden, günde dört saat süreyle yarım gün bakım hizmet	Bir aylık net ücretin yarısı
Gündüzlü veya yatılı bakım merkezlerinde istihdam edilen bakıcı personel tarafından bakıma muhtaç özürllünün ikametgâhında günde üç saat süreyle hizmet	Bir aylık net ücret
Akrabaları tarafından günde yirmi dört saat süreyle bakılan bakıma muhtaç özürllüler	Bir aylık net ücret

Kaynak: RG (2006), Bakıma Muhtaç Özürllülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik

Akrabalar tarafından verilecek hizmetlerde hizmet veren kişide bakım hizmetleri konusunda formal bir eğitim alma şartı bulunmazken, yatılı ve gündüzlü bakım merkezleri tarafından verilecek evde bakım hizmetlerinde çalışacak bakım elemanında bakım hizmetleri konusunda formal bir eğitim şartı bulunmaktadır (RG, 2007). Ancak hem aile yakınlarından hem de bakım merkezi işgörenlerinden talep edilen hizmetlerin aynı niteliklerde olması gerekmektedir. Sunulacak hizmetin aynı olmasına rağmen kurumsal anlamda evde bakım hizmeti verecek personelin bakım becerisinin yüksek olması, evde informal bakım hizmeti alacak kişi açısından eşitsizlik yaratabilecektir.

ASPB tarafından evde bakım hizmetini yürüten aile fertlerinin yararlanması amacıyla, eğitici nitelikte “Bakım Hizmeti Uygulama Rehberi” adlı bir yayın hazırlanmıştır (ASPB, 2012). Aile fertleri için oluşturulmuş olan bu rehberde bakım ihtiyacı duyan bireylerin temelde bakım ihtiyaçlarının aynı olduğu varsayımı kabul

edilerek, yeterlilikleri destekleyen ve ötelemeyen bir bakış açısıyla; yaşlılık, engellilik ve hastalık durumlarının geçici, süreğen ve ilerleyen süreçlerini kapsayan tüm durumlar için çözüm önerilerinde bulunulmuştur. Rehberde sade bir anlatım ve empatiyi geliştiren ben dili anlayışına önem verildiği belirtilmektedir (ASPB, 2013).

Verilecek bakım hizmetlerinin belirlenmesinde kişi ve ailenin tercihi önemli olmakla birlikte, hazırlanacak bakım raporu kapsamında nihai karar, bakım hizmetlerini değerlendirme heyeti tarafından verilmektedir (SHÇEK, 2008a). Bakım raporu, gelir durumu, bakıma muhtaçlık durumu, kişinin ve ailesinin psikososyal durumu göz önüne alınarak bakım hizmetleri değerlendirme heyeti tarafından hazırlanmakta ve verilecek bakım türünü kapsamaktadır.

Evde bakım hizmetinin bakıma muhtaç özürünün akrabaları tarafından verilmesi durumunda, bakım hizmetleri değerlendirme heyeti bireysel bakım planının¹⁶ uygulanması konusunda bakım hizmetini verecek kişiye rehberlik etmek zorundadır. Almanya'da da benzer bir uygulama bulunmakta fakat danışmanlık hizmeti evde bakım kuruluşları tarafından verilmektedir (Statistisches Bundesamt, 2011a:4, Schulz, 2012: 20)

Yönetmeliğe göre, bakıma muhtaç özürliye akrabasının¹⁷ bakım hizmeti vermesi hâlinde, bakıma muhtaç özürli ile akrabasının aynı adreste ikamet etmesi zorunludur. Ancak bakıma muhtaç özürliye bakacak başka kişinin bulunamaması ve bakıma muhtaç özürünün veya yasal temsilcisinin özel veya resmi merkezlerde bakım hizmeti almayı istememesi hâlinde; bakım hizmetleri değerlendirme heyetinin de bakım hizmetinin verilmesinde sorun veya yetersizlik olmayacağına

¹⁶ Bireysel Bakım Planı: Bakıma muhtaç özürünün bakımına ilişkin fiziksel, psiko-sosyal ve benzeri alanlarda yaşanan sorunları, bu sorunların sebepleri ve tespit edilen veriler dikkate alınarak hangi alanlarda ve süreçte bakıma ihtiyaçlarının olduğunun belirlenmesi, belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda yapılabilecek çalışmaların içeren ve genel çerçevesi Genel Müdürlükçe belirlenen plandır (RG,2006:Md4e)

¹⁷Bu yönetmelikte geçen akraba terimi: Bu Yönetmeliğin uygulanmasında, üveyler dâhil olmak üzere bakıma muhtaç özürünün; eşi, çocukları ile çocuklarının eşleri, ana ve babası ile bunların ana ve babası, torunları ile torunlarının eşleri, kardeşleri ile kardeşlerinin eşleri, kardeşlerinin çocukları ile kardeş çocuklarının eşleri, eşinin ana ve babası, eşinin kardeşleri, eşinin kardeşlerinin eşleri ile çocukları, amcaları ve amcalarının eşleri, amca çocukları ile bunların eşleri, halaları ile halalarının eşleri, hala çocukları ile bunların eşleri, dayıları ve dayılarının eşleri, dayı çocukları ile bunların eşleri, teyzeleri ve teyzelerinin eşleri, teyze çocukları ile bunların eşlerinden her birini kapsar (RG, 2006: Md4)

kanaat getirmesi şartıyla, bakım hizmeti her gün rahatlıkla gelinip gidilebilecek yakınlıktaki farklı adresteki akraba tarafından da verilebilmektedir. Bu durumda, bakıma muhtaç özürünün yirmi dört saat içindeki tüm bakım ihtiyacının giderilmesi ve fiilen en az sekiz saat bakıma muhtaç özürü ile birlikte olunması ve bakım raporunda sekiz saatten az olmamak üzere kaç saat birlikte olunacağını belirtilmesi gerekmektedir (RG, 2007).

Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten günümüze akrabaların sundukları evde bakım hizmetleri ile ilgili olarak aile bireylerine yapılan nakit yardımların yıllara göre dağılımı Çizelge 2.31’de verilmiştir.

Çizelge 2.31. Türkiye’de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından sunulan evde bakım hizmetlerinden yararlanan bakıma muhtaç kişi sayısı ve ödeme miktarlarının yıllara göre dağılımı

Yıl	Bakıma Muhtaç Engelli Sayısı	Toplam Ödeme Miktarı (TL)	Kişi Başı Ortalama Ödeme (TL/Yıl)
2014	449 769 (Eylül)	3 363 646 972	7478
2013	427 434	3 449 908 836	8071
2012	398 335	2 944 114 529	7 391
2011	347 756	2 214 804 515	6 368
2010	284 595	1 483 480 030	5 212
2009	210 320	869 362 353	4 133
2008	120 000	417 603 212	3 480
2007	30638	35 386 656	115

Kaynak: ASPB, (2014).

2.4.7. Belediyeler tarafından yürütülen evde bakım hizmetleri

Türkiye’de belediyeler tarafından sunulan evde bakım hizmetleri belediyelerin konuya duyarlılıklarına, maddi güçlerine ve olanaklarına göre değişiklik göstermektedir.

Türkiye’de belediyeler tarafından verilen evde bakım hizmetleri ile ilgili düzenli bir bilgiye ulaşılmamıştır. Araştırmacı tarafından Bilgi Edinme Kanunu ile belediyelere bağlı evde bakım kuruluşlarının sayısı ve hangi belediyeler tarafından evde bakım hizmetleri yürütüldüğü Başbakanlık Bilgi Edinme Merkezi’nden (BİMER) istenmiştir. Ancak konu hakkında bilgi gelmemiştir.

Yapılan sınırlı tarama ve Özdemir (2014) tarafından yapılan çalışma birlikte değerlendirildiğinde Türkiye’de büyükşehirlerin birçoğunda evde bakım hizmeti sunulduğu belirlenmiştir. Adana, Mardin, Şanlıurfa ve Tekirdağ olmak üzere sadece dört büyükşehirde evde bakım hizmeti sunulmamaktadır. Büyükşehirler dışında Çanakkale, Çankırı, Çorum, Kırklareli, Kırşehir, Kütahya, Niğde, Tokat belediyeleri tarafından da evde bakım hizmetleri sunulmaktadır. Türkiye’de belediyeler tarafından sunulan evde bakım hizmetleri Özdemir (2014) tarafından evde sıcak yemek, evde temizlik hizmetleri ve evde sağlık hizmetleri olmak üzere sınıflandırılmıştır. Türkiye’de ki il belediyelerin 31 tanesi evde sıcak yemek sunma hizmeti, 30 tanesi evde yardım ve temizlik hizmeti, 12 tanesi evde sağlık hizmeti sunmaktadır (Çizelge 2.32.).

Türkiye’de evde bakım hizmeti verilen belediye nüfusları dikkate alındığında adrese dayalı nüfus kayıt sistemi (ADNKS) göre (TÜİK,2014b,c,c,d,f,h,i,j,k) toplam 55.502.394 kişiden oluşan bir nüfus, evde bakım hizmeti veren belediyelerin evde bakım hizmet ağı içerisinde yer almaktadır (Çizelge 2.33.). Türkiye nüfusu ADNKS’ne göre 76667864’tür (TÜİK,2014I). Türkiye toplam nüfusu ve belediye evde bakım hizmet ağı içerisinde yer alan her iki nüfus birlikte değerlendirildiğinde belediye evde bakım hizmet ağı içerisinde yer alan nüfus tüm Türkiye nüfusunun yaklaşık %72’4’üne denk gelmektedir. Ayrıca ilçe belediyelerde yer alan evde bakım hizmetleri de dikkate alındığında yaklaşık olarak Türkiye’de belediye evde bakım hizmetleri örgütlenmesinin Türkiye nüfusunun yaklaşık %75’ine hizmet götürme olanağına sahip oldukları söylenebilir. Türkiye’de evde bakım hizmetlerine yerel yönetimler tarafından ilgi giderek artmakta ve yerel yönetimler evde bakım hizmetleri için çeşitli örgütlenme biçimleri oluşturmaktadırlar. Örneğin Van Büyükşehir Belediyesi, evde bakım hizmetlerine özel “Evde Bakım Hizmetleri Şube Müdürlüğü” biçiminde bir örgütlenme modeli oluşturmuştur (Van Büyükşehir Belediyesi, 2015).

Belediyeler tarafından sunulan evde bakım hizmetlerinin maliyetleri belediyelerin kendi bütçelerinden karşılanmaktadır. Türkiye’de belediyeler evde bakım hizmetleri sunumunda bakıma muhtaç yoksullara hizmet sunmaktadırlar.

Türkiye’de belediyeler, hizmet alımı yöntemi ve belediye kadrolu personelinin kullanımı olmak üzere evde bakım hizmet sunumunda iki türlü yöntemi kullanmaktadırlar. Türkiye’de, Özdemir (2014) yapılan bir araştırmada, evde bakım hizmeti sunan 27 il belediyesinin 17 tanesinin (% 62.9) evde bakım hizmetini belediye kadrolu personeline verdiği, 10 tanesinin ise (% 37.1) hizmet satın alma yöntemi kullandıkları saptanmıştır.

Çizelge 2.32. Türkiye’de evde bakım hizmeti veren il belediyelerinde hizmet türü

İl Adı	Hizmet Türü		
	Evde Sıcak Yemek	Evde Yardım- Temizlik	Evde Sağlık Hizmeti
Ankara	X	X	X
Antalya	X	X	X
Aydın	X	X	X
Balıkesir		X	
Bolu	X	X	
Bursa	X	X	X
Çanakkale		X	
Çankırı		X	
Çorum		X	
Denizli	X	X	
Diyarbakır	X		
Erzurum	X	X	
Eskişehir	X	X	
Gaziantep	X	X	X
Hatay	X	X	
Mersin	X	X	X
İstanbul	X	X	X
İzmir			X
Karaman	X		
Kayseri	X		
Kocaeli	X	X	X
Konya	X	X	X
Kırklareli	X		
Kırşehir		X	
Malatya	X	X	
Manisa	X	X	
Kahramanmaraş	X	X	
Muğla	X	X	X

Çizelge 2.32. (devam) Türkiye’de evde bakım hizmeti veren il belediyelerinde hizmet türü

İl Adı	Hizmet Türü		
	Evde Sıcak Yemek	Evde Yardım- Temizlik	Evde Sağlık Hizmeti
Niğde	X	X	
Ordu	X	X	
Sakarya	X		
Samsun	X	X	X
Tekirdağ	X	X	
Trabzon	X	X	
Van	X	X	
Zonguldak	X	X	
Toplam	31	30	12

Kaynak: Özdemir (2014) ve araştırmacı derlemesi.

Çizelge 2.33. Evde bakım hizmeti veren belediye nüfusları

İl Adı	Nüfus	İl Adı	Nüfus
Ankara	5 045 083	Karaman	148 868
Antalya	2 158 265	Kayseri	1 295 355
Aydın	1 020 957	Kocaeli	1 676 202
Balıkesir	1 162 761	Konya	2 079 225
Bolu	142 671	Kırklareli	75 860
Bursa	2 740 970	Kırşehir	121 515
Çanakkale	133 469	Malatya	762 538
Çankırı	74 442	Manisa	1 359 463
Çorum	237 678	Kahramanmaraş	1 075 706
Denizli	963 464	Muğla	866 665
Diyarbakır	1 607 437	Niğde	174 471
Erzurum	766 729	Ordu	731 452
Eskişehir	799 724	Sakarya	917 373
Gaziantep	1 844 438	Samsun	1 261 810
Hatay	1 503 066	Tekirdağ (Çorlu)	874 475
Mersin	1 705 774	Trabzon	758 237
İstanbul	14 160 467	Van	1 070 113
İzmir	4 061 074	Zonguldak (Kdz Ereğli)	124 597
Toplam	55 502 394		

2014, TÜİK, 2014b, TÜİK, 2014c, TÜİK, 2014d; TÜİK, 2014e; TÜİK, 2014f; TÜİK, 2014g, TÜİK, 2014h, TÜİK, 2014i, TÜİK, 2014j, TÜİK, 2014k kullanılarak hazırlanmıştır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma, Almanya’da (Berlin Eyaleti) ve Türkiye’de evde bakım hizmeti sağlayan evde bakım yöneticilerinin, evde bakım hizmetleri konusundaki görüşlerini belirlemeye yönelik niteliksel tasarımlı bir araştırmadır.

Evde bakım yöneticilerinin hizmetler konusundaki görüşlerini belirlemeye yönelik olarak, bir niteliksel araştırma yöntemi olan derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada genellenebilecek veri elde etmekten çok, evde bakım sistemini analiz etmeye ve sistemin güçlü ve zayıf yanlarını değerlendirmeye yönelinmiştir. Evde bakımın rekabetin yoğun yaşandığı ve ticari sır kaygısının, konsept aşırma kaygısının, hasta mahremiyetinin zedelenmesi olasılığının ve denetim kaygısının yüksek olduğu sektörlerden olması nedeniyle bu çalışmada derinlemesine görüşme yönteminin kullanılması tercih edilmiştir.

Niceliksel çalışmaların yapıları gereği bireylerin kendilerine sunulan verili seçeneklerden birisini seçmeye dayanması gerçek düşüncenin yansıtılmasını zorlaştırmaktadır. İnsana değen bir hizmetin ve bu nedenle insanın biyopsikososyal¹⁸ yapısının getirdiği iç içe geçmiş özelliklerinin değerlendirileceği ve elde edilen verilerin yorumlanması ile hizmet modeli önerisinin oluşturulacağı bu çalışmada gerçek düşüncenin yansıtılmasında zorluk gibi sınırlılığı bulunan niceliksel çalışma deseninin seçilmesinin uygun olmayacağı düşünülmüştür. Bunun yanında literatürde nitel araştırmanın, sosyal yaşamın ve insanla ilintili problemlerin sorgulanmasına ve anlamlandırılmasına yönelik uygulama olarak tanımlanması, bu çalışma için yöntemin seçilmesinin kriterlerini oluşturmuştur.

Çalışmanın amacının genellenebilecek bilgi üretmekten çok model geliştirilmesi olması, model geliştirme sürecinin iç içe geçmiş birçok bileşeninin bulunması ve bu bileşenlerin ayrımının niteliksel çalışma ile daha rahat detaylandırılabilir olması bu çalışma modelinin seçilmesinin nedenini

¹⁸ Biyopsikososyal model: Sağlığın korunmasını ve hastalıkların ortaya çıkışını açıklamak için biyolojik, sosyolojikve psikolojik etkenleri birlikte ele alan, çok değişkenli sağlık modelidir (Budak, 2000.151).

oluşturmuştur. Niceliksel çalışmaların da verili seçeneklerden kendisine en yakını seçmek zorunda kalan katılımcının gerçek düşüncelerinin ve değerlendirmelerinin anlaşılmasına çok olanak yaratmadığı düşünülmektedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Almanya'daki evde bakım hizmetleri ile ilişkili olarak çalışan on yönetici ve Türkiye'de evde bakım hizmetleri ile ilgili olarak çalışan on üç yönetici ile yapılmıştır.

Araştırmanın Almanya'da Berlin özelinde yapılmasının temel nedenleri olarak Türkiye kökenli nüfusun en yoğun olarak yaşadığı şehir/eyalet olması, diğer eyaletlere göre kişi başı gelir oranının Almanya ortalamasına yakın olması, başkent kimliği ile bürokrasinin merkezi olması alınmıştır. Tüm bu nedenlerle Berlin'in tüm Almanya'yı temsiliyete sahip durumda olduğu düşünülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Almanya evrenini, Berlin'de ki evde bakım kuruluşları oluşturmaktadır. Almanya'da hizmet veren evde bakım kuruluşlarının sayısı toplam 12349, Berlin'deki evde bakım kuruluşlarının sayısı ise 524'dür (Statistisches Bundesamt (2013a: 6). Evde bakım kuruluşları genel olarak değerlendirildiğinde, araştırmacı tarafından verdikleri hizmet içerikleri hedef kitle dikkate alınarak on farklı grup oluşturulmuştur. Oluşturulan her gruptan en az bir kurum seçilmiş ve seçilen kurumlardan da birer yönetici ile görüşme yapılması belirlenmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemlerinden uygun örnekleme yöntemi seçilmiştir (Merriam, 2009/2013: 78). Almanya'da seçilen kuruluşların bu farklılıklarına ilişkin karakteristik özellikleri aşağıda verilmiştir.

A Kurumu: Bu kurum hizmetleri içerisinde hospice hizmetlerini de vermektedir. Farklı eyaletlerde de hizmet sunmaktadır.

B Kurumu: Bu kurum hizmet kapsamında çoğunlukla evde yardım hizmetleri (home help) sunmaktadır.

C Kurumu: Bu kurum hizmet kapsamlarını evde psikiyatrik hizmetler ve sosyal hizmetler olarak belirlemiştir.

D Kurumu: Bu kurum, gündüzlü bakım hizmeti ile entegre olmuş biçimde evde bakım hizmeti sunmaktadır.

E. Kurumu: Bu kurum Almanya'nın farklı eyaletlerinde de evde bakım hizmetleri sunumu örgütlenmesini gerçekleştirmiş büyük ölçekli bir kurumdur.

F Kurumu: Bu kurum evde ergoterapi, logopeti ve fizik tedavi odaklı evde bakım hizmeti sunan özelleşmiş kurumdur.

G Kurumu: Bu kurumun hasta kitlesinin tamamı Türk ve Arap göçmenlerden oluşmakta ve kültüre özgü evde bakım hizmeti sunmaktadır.

H Kurumu: Berlin kırsalında hizmet vermektedir. Hizmet içeriği oldukça geniştir.

I Kurumu. Hem hizmet sağlayıcı, hem de sigorta kuruluşu olarak çalışan bir çatı kurumdur.

J Kurumu: Sadece Almanya'da değil, birçok AB ülkesinde evde bakım hizmet sunan çatı bir örgüttür.

Türkiye'deki evde bakım kuruluşlarının gerçek sayısına ulaşamamıştır. Türkiye'de evde bakım hizmetleri farklı biçimlerde sunulduğundan tüm farklı sunum biçimlerini de kapsayacak biçimde bir örneklem seçimi yapılmıştır.

- ASPB tarafından yürütülen evde bakım hizmetlerinden sorumlu iki yönetici
- SB, THSK'ndan iki yönetici
- Sağlık İl Müdürlüğü'nden bir yönetici
- Halk Sağlığı İl Müdürlüğü'nden bir yönetici

- Belediyelere bağılı evde bakım kuruluşlarından bir yönetici,
- Kamu Hastane Birliklerine bağılı olarak evde bakım hizmetleri sunan hastane yöneticilerinden iki kişi,
- Sağlık Bakanlığı'ndan izinli olarak özel evde bakım hizmeti veren kuruluşlardan iki yönetici,
- Aile hekimliğı biriminden bir yönetici
- Yasal olmayan bir şekilde evde bakım hizmeti sunan oluşumlardan bir yönetici olmak üzere toplam on üç kişiden oluşmaktadır.

Türkiye'de evde bakım örgütlenmesi başlangıç aşamasında olduğundan, model geliştirme süreci hala devam ettiğinden ve üst düzey yöneticilerin politika yapma sürecinde aktif rol oynayacakları kabulü ile Türkiye'de üst düzey yöneticilerle de görüşülmüştür. Almanya'da ise var olan bir model kapsamında hizmet sağlandığı için evde bakım kuruluş yöneticileri seçilmiştir.

Nitel araştırma yöntemlerinde, örneklem sayısının yeterli olma durumuna, elde edilen verinin tekrarlanmaya başlaması ile karar verilir. Araştırmada da hem Almanya hem de Türkiye için belirlenen kişilerle gerçekleştirilen görüşmeler sürecinde, ele alınan ülkenin evde bakım hizmetlerinin değerlendirmesine yönelik elde edilen verilerin tekrarlamaya başladığının saptanması nedeniyle görüşme sayıları artırılmamıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma öncesi yapılan literatür taramasında konu ile ilgili bir ölçme aracına rastlanılmaması ve evde bakım kavramının oluşumunda kültürel dinamiklerin etkisi nedeniyle, araştırmada görüşmeler araştırmacı tarafından oluşturulmuş yarı yapılandırılmış bir form aracılığı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada kullanılan yarı yapılandırılmış formun geliştirilme aşamaları aşağıda verilmiştir.

Aşama 1: Literatür taramak için öncelikle PubMed'in anahtar sözcük sınıflama yöntemi olan Medical Subject Headings (MeSH) incelenmiş ve konuyla ilgili yer alan başlık ve altbaşlıklardan aşağıdaki görülen anahtar sözcükler seçilmiştir.

Home care agencies	(Evde bakım kuruluşu)
Home health care agencies	(Evde sağlık bakım kuruluşu)
Home health nursing	(Evde sağlık hemşireliği)
Home health care nursing	(Evde bakım hemşireliği)
Ambulatory care	(Ayakta bakım)
Long term care	(Uzun dönem bakım)
Day care	(Gündüzlü bakım)
Palliative care	(Palyatif bakım)
Terminal care	(Son dönem bakım)
Community health nursing	(Toplum sağlığı hemşireliği)

Aşama 2: Araştırmanın gerçekleştirileceği ülkelerdeki evde bakım çalışanlarına kendi ülkelerindeki evde bakım hizmetleri ile ilgili düşüncelerini içeren kısa metin yazdırılmıştır.

Aşama 3: Basında yer alan evde bakım hizmetleri ile ilgili haberler incelenmiştir

Aşama 4: Araştırmacı tarafından araştırmanın gerçekleştirileceği her iki ülkede farklı evde bakım birimlerine gidilerek metodolojik gözlem gerçekleştirilmiştir.

Aşama 5: Aşama 1, Aşama 2 ve Aşama 3 ve aşama 4 sonucu elde edilen veriler ile "yarı yapılandırılmış görüşme formu" (Ek- 1) oluşturulmuştur.

Aşama 6: Formun ön uygulaması her iki ülkede araştırma dışında kalan kurumlarda çalışan Almanya’da ve Türkiye’de iki kişi ile yapılmıştır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Tüm görüşmeler öncesi yapılan görüşmenin içeriği ve amacı katılımcılara anlatılarak ve soru sormalarına olanak verilerek onamları alınmış ve istedikleri anda görüşmeyi bırakabilecekleri ifade edilmiştir.

Araştırma kapsamında derinlemesine görüşmeler ortalama 50 dakika kadar sürmüştür. Araştırma aşamasında Almanya’ya beş defa gidilmiş, her bir görüşmeden sonra yarı yapılandırılmış görüşme formu (Ek-1) tekrar değerlendirilerek form üzerinde gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Görüşmeler yüzyüze yöntemle görüşmecilerin çalıştıkları yerlerde gerçekleştirilmiştir.

3.6. Verilerin Analizi

Niteliksel çalışma için içerik analizi ve betimsel analiz yapılmıştır. Analiz aşamaları sırasıyla aşağıdaki gibi gerçekleşmiştir.

- Analiz öncesinde, oluşturulan görüşme kayıtları okunmuş, araştırmanın temel tema başlıkları belirlenip sınıflandırılmış ve kodlanmıştır.
- Araştırma öncesi hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formlarında öngörülen temalarla görüşmelerde ortaya çıkan temalar arasındaki farklılıklar değerlendirilerek görüşme kayıtları tekrar okunmuş ve temalar yeniden sınıflandırılarak kodlanmıştır.
- Birbiriyle bağlantılı olan temalar aynı başlık altında alt başlık olarak sınıflandırılmış, kodlamalar yeniden düzenlenmiş ve birbiriyle bağlantılı veya farklılaşan ifadeler aynı kod altında toplanmış ve yorumlanmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, nitel araştırma metodolojisi kapsamında belirlenmiştir ve evde bakım yöneticilerinin görüşleri ile sınırlıdır. Bu çalışmada, Almanya'daki farklı evde bakım konseptinde hizmet sunan evde bakım kuruluşları içerisinde birer kişi seçilerek görüşme gerçekleştirildiğinden, çalışma Almanya'daki evde bakım kuruluşu sistemini genelleyecek nitelikte değildir. Evde bakım hizmeti alanların görüşleri araştırma kapsamı dışındadır. Bir diğer sınırlılık evde bakımın kavramsal farklılıklarından oluşan bir sınırlılıktır. Çalışma kapsamında terminolojik olarak *evde bakım* terimi tercih edilmiştir.

Çalışmanın bir bölümünün farklı bir ülkede gerçekleştirilmesi (ulaşım, iletişim, kültürel farklılıklar ve ekonomik güçlükler vb.), araştırmanın en temel güçlüğüdür. Evde bakım algısının yöneticiler arasında farklılık göstermesi bir diğer güçlüğü oluşturmıştır. Özellikle kurumların ve ülkelerin karşılaştırması durumlarında güçlük oluşturmaktadır.

Diğer önemli bir güçlük ise eve bakım sektöründe yoğun bir rekabetin yaşandığı (özellikle Almanya) firmaların evde bakım uygulamaları ile ilgili soruların bir kısmını ticari sır olarak kabul etmesi, kendi bakım konseptlerinin aşırılması kaygısıdır.

Bir diğer güçlük ise, bazı görüşmelerde ses kaydı tutulmasının istenmemesi durumu nedeniyle görüşmelerin deşifresindeki güçlük olmuştur. Ses kaydının istenmemesinin nedenleri arasında görüşmeler esnasında farklı kurumları denetim kurumları ve kendi kurumu hakkında kullanılan eleştirel ifadelerin kayıt altına alınmama istemidir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu ile ilgili Çalışmalar

Çalışma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.11.2012 tarih ve 92 sayılı yazı (Ek-2) ile gerekli izinler alınmıştır. Görüşmeciler görüşmeye katılıp katılmamalarının gönüllülük esasına bağlı olduğu, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları, isimlerinin

ve tanıtıcı bilgilerinin asla üçüncü kişilere iletmeyeceği, bunun yerine bilgilerin kodlanarak kullanılacağı ifade edilerek aydınlatılmıştır. Görüşmeyi kabul etmeleri onam olarak değerlendirilerek ayrıca yazılı onamları alınmamıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Grubuna İlişkin Sosyo- Demografik Bilgiler

Araştırma grubuna ilişkin sosyo-demografik özellikler Çizelge 4.1. verilmiştir. 23 katılımcının on tanesi Almanya'dan on üç tanesi Türkiye'dendir. Katılımcıların 12'si kadın ve 11'i erkektir. Grubun yaş ortalaması 44,65 olarak saptanmıştır. Almanya'dan katılan katılımcıların evde bakım hizmetlerinde çalışma süresi ortalama 12 iken Türkiye'deki katılımcıların ise 3,8 olarak saptanmıştır (Çizelge 4.1.) Tüm katılımcılar yüksek öğrenim mezunudur.

Çizelge 4.1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri (n=23)

Sosyodemografik Özellikler	Araştırma Ülkeleri		Toplam
	Almanya	Türkiye	
Cinsiyet			
Kadın	7	5	12
Erkek	3	8	11
Toplam	10	13	23
Yaş Dağılımı			
40 yaş ve altı	2	7	9
41-50	6	3	9
51 yaş ve üzeri	2	3	5
Ortalama	44,70	44,61	44,65
Evde Bakım Hizmetlerinde Çalışma Süresi (yıl)			
5 ve daha az	3	10	13
6-10	3	3	6
11 ve daha fazla	4	-	4
Ortalama	12	3,8	7,4

4.2. Türkiye'deki Evde Bakım Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Türkiye'de evde bakım hizmetlerine ilişkin bulgular 11 temel başlık altında gruplanmış ve aşağıda verilmiştir.

- Evde bakım hizmetlerinin kuruluş gerekçesi
- Evde bakım hizmetleri ile ilgili tanımlar

- Evde bakım hizmetinin kapsamı
- Evde bakım hizmeti alacak kişilerin belirlenmesi
- Hizmeti veren personelin özellikleri
- Evde bakım hizmetinin finansmanının sağlanması
- Evde bakım hizmetinin denetlenmesi
- Evde bakım hizmetlerinde kalite kontrol uygulamaları
- Evde bakım hizmeti sunumundaki güçlükler
 - Personelle ilintili sorunlar
 - Hizmeti alanla ilintili sorunlar
 - Aileyle ilintili sorunlar
 - Hizmetin doğasıyla ilintili sorunlar
 - Kültürel yapının hizmet içeriğine etkisi
 - Rekabetin neden olduğu sorunlar
 - Yürürlükteki sağlık sistemiyle ilintili sorunlar
 - Finansmanla ilintili sorunlar
 - Güvenlikle ilintili sorunlar
- Evde bakım hizmetlerinin avantajları
- Evde bakım hizmetlerinin dezavantajları
- Evde bakım sistemi için öneriler

4.2.1. Evde bakım hizmetlerinin kuruluş gerekçesi

Evde bakım hizmetlerinin çalışma yaşamından kaynaklanan ihtiyacı gidermek için bir hizmet sunum biçimi olarak geliştiği *“Aileler çalışıyor, sosyo-ekonomik durumunu yükseltmek için, kültürel nedenlerle artık insanlar mecbur çalışmaya, evde destek verecek bir ekibe ihtiyaç duyuyorlar”* (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) ifadesinde yer almaktadır.

Görüşmecilerden birisi evde bakım hizmetlerinin gerekliliğini belirtmek için *“Sosyal devlet olmanın en önemli noktalarından birinin bu (evde bakım) olduğunu düşünüyorum”* (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi) şeklinde düşüncesini ifade ederek, bunu bir sağlık hakkı olarak gördüğünü de belirtmiştir. Bir başka görüşmeci de, benzer bir yaklaşımla görüşünü *“Bakım gereksinimi olan*

bireylerin bu hizmete ulaşması bir lütuf değil, hak olarak ele alınmalıdır” (G15 Belediye Evde Bakım Birimi Yöneticisi) ifadesi ile belirtmiştir.

Evde bakım hizmetlerini bir sağlık hakkı olarak gören görüşe karşın başka bir görüşmeci ise evde bakımı bir hayır işi olarak değerlendirerek farklı bağlamda ele almış ve *“Bu işin bir de sosyal yanı var. Bu sosyal bir şey zaten yani bu sosyal bir şey olduğu için yani her kurum kuruluş her özel kuruluş bunu yapabilir, yani diyelim ki buradaki bir şirket herhangi bir şirket tüp vererek, su vererek bu şirkete hayır işi yapabilir, bakım hizmetleri de bir hayır işidir. Yani Bakanlık çeşitli şekillerde evde bakım verecek kuruluşlara destek olmalı. Evde bakım hizmetleri bir hayır işi, personel de öyle düşünüyor. O nedenle çok fazla sorun olmuyor” (G14 Kamu Hastanesi Başhekimisi) şeklinde görüşünü belirtmiştir.*

Evde bakım hizmetine gereksinimin yıllar içinde sürekli bir artış gösterdiği ve bu hizmeti alan bireylerin yaşam kalitelerine olumlu etkileri olduğu aşağıdaki ifadelerden anlaşılmaktadır.

“Yaklaşık 20 yıllık hekimlik hayatımda görmediğim kadar yardım bekleyen, iyi ki varsınız diyen insanı evde bakımda çalıştığım sürenin ilk bir yılında gördüm.” (G15 Belediye Evde Bakım Birim Yöneticisi).

“Hastalarımız yatağa bağımlı hastalar, onların bütün eli, kolu, ayağı, gözü bir nebze duyguları bile olabiliyorsunuz.” (G16 Evde Bakım Hizmeti Veren Özel Hemşire).

“Eğer taşlar yerine oturursa, hizmet çok güzel bir hizmet, çünkü ihtiyacı olan insanlara hizmet götürüyorsunuz” (G17 Halk Sağlığı Kurumu Yöneticisi)

“Hastayı mobilize etmek, gezdirmek, dolaştırmak, dışarıyı göstermek çok önemli. Onların hayatla bağlantılarını pekiştiriyor. Bu hayatla bağlantısını kurmak çok önemli. Yatağa bağımlı diye diye siz onları yatağa bağımlı hâle getirirseniz, bir kere zaten baştan kaybediyorsunuz. Kendileri pes ediyor.” (G16 Özel Evde Bakım Hemşiresi)

4.2.2. Evde bakım hizmetleri ile ilgili tanımlar

Yapılan çalışmada evde bakım hizmetleri ile ilgili olarak alan literatüründe de olduğu gibi “bir örnek, benzer bir tanım” görüşmeciler tarafından ifade edilmemiştir. İfade edilen tanımların da, verilen hizmetin içeriği ile çerçevelendiği tespit edilmiştir. Evde bakım hizmetlerini tedavi hizmeti odaklı, bütüncül, kişisel hijyene ve ev işlerine odaklı bir biçimde veren kurumlarda çalışan kişilerin, çalıştıkları kurumların yapısı ve işlevi ile örtüşen tanımları benimsedikleri saptanmıştır. Hatta yine alan literatüründe de olduğu gibi, verilen hizmetin isimlendirilmesinde de hizmetin içeriğinden kaynaklanan farklılıkların vurgulandığı saptanmıştır. Bu farklılığı görüşmecilerden birisi *“Mesela Sağlık Bakanlığı evde sağlık terimini kullanıyor. Sosyal bakımı içermemesi için. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı evde bakım terimini kullanıyor. Onlar da evde tedavi ile karışmamak için evde tedavi ve evde bakımı birbirinden ayırmaya çalışılıyor.”* (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu) ifadesi ile bir diğeri de *“evde bakım ve evde sağlık kavramlarının ayrı olduğunu düşünmekteyim”* (G18 TSM Yöneticisi) ifadesi ile belirtmiştir.

Evde bakım hizmetlerinde daha bütüncül odaklı yaklaşımı savunanların evde bakım tanımlaması ile ilgili olarak aşağıdaki ifadeleri kullandıkları saptanmıştır.

“Özellikle kendi başına birtakım ihtiyaçlarını gideremeyen, kronik hastalıkları olan kişilerin evde tıbbi ihtiyaçlarını ve genel ihtiyaçlarını karşılayacak sistemlerin bütünleştiği bütünsel bir sistemdir. Evde bakım sadece tıbbi ihtiyaçla sınırlı kalmaz. Evdeki diğer ihtiyaçların da gerek beslenme gerek bir takım ihtiyaçların karşılanmasını gerektiren bir sistemdir. Sadece hekimlik üzerinden evde bakım tanımı yapmak mümkün değildir” (G 10 Aile Hekimi)

“...yaşlı, engelli, hasta bireylere kendi yaşam mekânlarında sunulan sağlık ve sosyal bakımı kapsayan bir hizmet modelidir” (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu-Hekim)

“...klinik olarak veya hastalık olarak evde bakım ve sağlık kapsamına giren hastaların her türlü tıbbi artı sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasını gerekliliği şeklinde düşünüyorum” (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi)

Oysa evde bakım hizmetlerini tedavi odaklı yaklaşımla değerlendiren görüşmecilerden birisi, verilecek hizmetin, hastane hizmetlerinin alternatifi olduğunu *“Evde bakım hastanın evde konforunu daha iyi sağlamak için yapılan bir sistem kendi evinde ona hastane şartlarını sağlamak hasta ve hasta yakını için en birinci önem taşıyan şey”* (G16 Evde Bakım Hizmeti Veren Özel Çalışan Hemşire) sözleri ile belirtmiştir. Bir diğeri ise, evde bakım hizmetini yine tedavi odaklı bir yaklaşım ile hastane hizmetlerinin tamamlayıcısı olarak ele alarak *“Hastanede çözülmesi gerekmeyen sağlık sorunlarının evde çözülmesi”* (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) biçiminde tanımlamıştır.

Kişisel hijyen ve ev yaşamı düzenlemeleri odaklı tanımlama ise *“Evde bakım hizmeti kişilere evlerinde sağlık hizmeti dışında evin temizliği, kişinin kişisel hijyeninin yapılmasını içermektedir.”* (G18 Toplum Sağlığı Merkezi Yöneticisi) sözleri ile belirtilmiştir.

4.2.3. Evde bakım hizmetinin kapsamı

Evde bakım hizmetlerinin tanımını etkileyen bileşenlerin, evde bakım hizmetlerinin kapsamının belirlenmesinde de etkin olduğu görülmektedir. Bu görüşü görüşmecilerden birisi *“Sadece tıbbi açıdan mesela ayda bir gidip kontrol etmek bu insana ne derecede bir evde bakım hizmeti sunabilir? Adına bakım diyorsunuz. Yani evde bakım diyoruz. Evde hasta muayenesi demiyoruz ya da evde hasta takibi demiyoruz. Evde bakım diyorsak bakım farklı bir şey.”*(G 10 Aile Hekimi) sözleri ile belirtmiştir. Bu etkilemenin sonucu olarak hizmet kapsamı hastane hizmetlerinin eve aktarımı, ev işleri, sosyal hizmet uygulamaları olarak değişkenlik göstermektedir. Bu başlıklar tek tek hizmet alanını belirlediği gibi, hizmet kapsamında iki, hatta üç başlığın bir arada bulunması da söz konusu olabilmektedir.

Hizmet kapsamının tedavi hizmetleri ve tıbbi bakım odaklı içeriklerle belirlendiği aşağıdaki ifadeler ile dile getirilmiştir.

“Tüm sağlık hizmetlerini veriyoruz bu nedir? İşte doktor hizmeti, hemşire, hasta bakıcı, psikoterapi hizmeti de verdiğimiz oluyor; fakat çok nadir, fizyoterapi daha ağırlıklı, sonra biz ambulans hizmeti de veriyoruz; çok evde bakımın içinde olmamakla beraber.” (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Evde bakım hizmetleri ve ev işleri ayrı iki konu olduğu için kesinlikle hatta ayırıyoruz birbirinden. Bizim amacımız hastayı gözümüzün önünden ayırmamak, hastaya tam anlamıyla sağlık bakımı verilmesi evde bir hastane ünitesini kurmamıza olanak sağlıyor. Sadece neleri yapamıyoruz dersek; ciddi hani kontrol gerektiren radyasyon gerektiren MR tomografler büyük çaplı cihazları evde bulunduramıyoruz. Ayrıca cerrahi uygulamaları da evde uygulayamıyoruz.” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bizim burada şu andaki verdiğimiz bir yönetmeliğimiz var, evde sağlık kapsamına girmesi gereken kriterlere uygun hastaların randevu yöntemiyle yerinde tespitlerinin yapılması, tedavilerinin yapılması, yerinde tedavi edilemiyorsa, bir üst kuruma sevkini sağlanarak tedavisinin gerçekleştirilmesini sağlamak.” (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi).

“Taburculuk sonrası tedavisi gerekiyorsa onlar yapılıyor. Varsa pansumanı, enjeksiyonu yapılıyor, gerekirse yeniden ilaçları düzenleniyor. Çünkü doktor tekrar muayene ediyor. Bazen laboratuvar testleri oluyor, kanlarını alıp hastaneye götürüp tetkiklerini yapıyoruz. Hastanın hastanelik bir durumu varsa hastaneye yönlendiriyoruz.” (G14 Kamu Hastanesinde Başhekim).

“Biz evde bakımdan çok, evde sağlık hizmeti olarak, Bakanlık olarak o hizmetleri veriyoruz. Yürüyemeyen, evde hareket edemeyen ve doktora ulaşamayan kişilerin evlerine doktor ve sağlık personeli ulaştırmak. Gerekli basit kontrolleri yapmak, evdeki yatak yaralarına bakmak, basit müdahale

ile düzelebilen hizmet vermek. Gerektiğinde eğer hastanın sevki gerekiyorsa ya da daha üst kuruma gitmesi gerekiyorsa, hastaneler üzerinden bu hastaların hastaneye ulaşimleri sağlanıyor.” (G19 Sağlık İl Müdürlüğü Yöneticisi).

Evde bakım tanımına bütüncül yaklaşan bir başka görüşmeci de evde bakım tanımlamasına paralel bir yaklaşımla verdikleri hizmetin kapsamını da tüm bileşenleri içerecek şekilde düzenlediklerini belirtmektedir. Hizmeti tıbbi hizmetler, bakım hizmetleri, destek ve teknik hizmetler olarak ayırmaktadır. Görüşlerini *“Sağlık hizmetleri kapsamında doktor, diş doktoru, hemşire ziyaretleri ve muayeneler gerçekleştiriyoruz. Evde yapılabilecek tıbbi uygulamalar kapsamında üriner sonda değişimi, pansuman, enjeksiyon vb hizmetler de bulunmakta. Ayrıca hastaneye servis aracı veya ambulans ile taşıma hizmetleri ve hastane işlerinde refakat etme yer almaktadır. Refakat hizmeti sadece hastaneye götürme, oradaki işlemlerini yapmakla da kalmıyor. Gerekirse hastanede kalıyoruz da, ama yaşlının yapacak durumu kalmadığı durumlarda... Bakıma yönelik hizmetler kapsamında kişisel bakım, ev işleri, ev dışı işlerde yardım ve birlikte boş zaman değerlendirme gibi hizmetler bulunmaktadır... Destek hizmetleri kapsamında alt bezi, pansuman malzemesi, bağış gelen tıbbi hasta yatağı, tekerlekli sandalye, yürüteç vb. malzemeleri dağıtıyoruz. Ayrıca hizmet alan kişilerin yaşam mekânları ile ilgili olarak küçük çaplı teknik hizmet desteği (elektrik su tesisatı, elektrikli cihazların tamiri gibi) de sağlıyoruz”* (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu) sözcükleriyle ifade etmiştir.

Evde bakım hizmetinin kapsamının ortaya konulmasında hizmet götürülecek hedef kitlenin de belirleyici olabileceği *“evde bakımda daha çok yatalak hastalar üzerinden bir tanımlama yapıyoruz.”* (G 10 Aile Hekimi) ve *“bizim belirlediğimiz bir hizmet standardı var. Ancak bu teorik düzeyde kalabiliyor. Asıl kişinin ne istediği ve siz elinizdeki personelle ne kadar bu talebi karşılayabilirsiniz bunu değerlendirmek gerek. Biz burada şu hizmetleri de yapıyoruz diyebiliriz. Fakat gerçekte bu, elinizdeki personele ve hastaya bağlı bu noktaya dikkat etmek gerek. Hastanın bilgi düzeyi, kültürel yapısı önemli, bu konuları atlamamak gerek.”* (G18 TSM Yöneticisi) biçimlerinde ifade edilmiştir.

Görüşmecilerden bir diğeri de, evde bakım hizmetlerinin kapsamı belirlenirken DSÖ' nün tanımladığı ve genel kabul gören sağlık tanımında yer alan kişinin sosyal yönden tam iyilik halinin sağlanmasının da gerçekleştirilmesi gerektiğini vurgulamakta ve bunu;

“Bugünkü uygulama açısından baktığımızda yatalak hastanın birinci temel ihtiyacı tıbbi hizmet değildir. Birincil ihtiyacı yaşamsal ihtiyacın karşılanmasıdır ki bunun için de gerek dışkılama idrar beslenme ya da farklı sosyal şeylerin öncelikli olarak karşılanması; arkasından tıbbi ihtiyaç duyulduğunda tıbbi ihtiyacın karşılanmasıdır.” (G 10 Aile Hekimi) sözleriyle ifade etmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin gerçekte tıbbi hizmetleri aşan boyutu olduğu ancak uygulamada mevcut olanakların sınırlılığı nedeniyle kapsamın dar tutulduğu, *“kişinin sağlık hizmetlerinden tutun, evdeki hijyeni, ev şartları, yaşadığı ortam, gerekiyorsa bakıcı hizmetine kadar geniş bir kapsam. Tabii Sağlık Bakanlığı olarak biz tüm bu hizmetleri veremeyeceğimiz için, biz daha çok evde sağlık ile ilgili bölümü verdik.”* (G19 İl Sağlık Müdürlüğü Yöneticisi) ifadesi ile açıklanmıştır.

4.2.4. Evde bakım hizmeti alacak kişilerin belirlenmesi

Bireylerin ekonomik durumlarının evde bakım hizmeti alabilme olanaklarının belirlenmesinde bir kriter olduğu görüşmeciler tarafından ifade edilmiştir. Özel kurum ya da kişiler kuruluş amacına uygun olarak artı değer elde etmek için ekonomik düzeyi yüksek kişilere hizmet vermektedirler ve birçok alanda hizmet verebileceklerini *“laboratuvar, röntgen, ultrason da yapıyoruz; evde bir tek acil durumlar kalıyor bir de ekonomik durumu müsait olmayanlar kalıyor”* (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) biçiminde ifade etmektedirler. Kişilerin ekonomik durumunun da alacakları hizmet türünü belirlediği *“yabancı uyruklu çalışan, ücretler daha uygun olması için aileler bunları tercih ediyorlar”* (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) ifadesinde görülmektedir.

Kaynakların sınırlı olması nedeniyle belediyelerde evde bakım hizmetlerini alacak kişilerin belirlenmesinde, ekonomik ve sosyal yoksunluklar temel kriter olarak ortaya çıkmaktadır. Belediye’de görevli bir görüşmeci bu durumu “*öncelikle sosyo-ekonomik yoksunluk içinde olan, yeterince aile desteği olmayan, bakıma muhtaç yaşlı, engelli, hasta bireylere hizmet sunuyoruz. Aslında bizim tıbbi endikasyon dışında sosyal endikasyon olarak gördüğümüz yoksulluk da var... pozitif ayrımcılık adaletli mi diye? Ama herkese ulaşma imkânımız olmayınca bir kriter koymamız gerekiyor.*” (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu) sözleriyle ortaya koymuştur.

SB tarafından sunulan evde bakım hizmetlerinde, hizmet almayı isteyen kişinin belirlenen yerlere, aile hekimine, koordinasyon merkezine başvurması gerekmektedir. Hastanın evde bakım hizmetine ulaşımında kamu hizmetinin ve birimlerin yaygınlığı nedeniyle bir sorun bulunmadığı halk sağlığı kurumu yöneticisi tarafından “*...yani her şekilde ulaşabiliyorlar, yeter ki ulaşmak istesinler ve bu hizmeti bilsinler*” (G17 Halk Sağlığı Kurumu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Kamu hastaneleri tarafından sunulan evde bakım hizmetlerine başvuru, öncelikle aile hekimi tarafından değerlendirilmekte ve gerekli hizmet aile hekimi ya da evde sağlık birimi tarafından verilmektedir. Konu ile ilgili görüşmecilerin ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Bugünkü uygulamada randevu üzerinden çalışılıyor. Aile hekimi açısından baktığımızda, biz yol gösterici oluyoruz. Gidiyoruz öncelikli olarak bakıyoruz. Şu anki ihtiyacı aile hekimliği üzerinden giderilebiliyorsa, aile hekimliği üzerinden gideriyoruz. Ya da bir formlar silsilesi var üç dört tane. Diyelim ki herhangi bir uzmanlık alanının görmesi gerektiği bir durum söz konusu ise, o talep formunu doldurup merkezi evde bakım birimine bunu fakslıyoruz. Acil taleplerde henüz mevcut olan 112 sistemi üzerinden yararlanmalarını aileye bilgi olarak veriyoruz.” (G10 Aile Hekimi).

“Bizim koordinasyon merkezimiz var. Oranın telefon numarası 444 38 33, bu numarayı aradıkları zaman her şekilde ulaşabiliyorlar. Aile hekimine başvurabiliyorlar. Toplum sağlığı merkezlerine başvurabiliyorlar; eğer

koordinasyon merkezine ulaşamadırlarsa. Hastanede var, evde sağlık birimi, onlara yönlendirebiliyorlar tedavi aldıktan sonra.” (G17 Halk Sağlığı Kurumu Yöneticisi).

“Evde sağlık hizmetlerinin halk sağlığı müdürlüğü olarak koordinasyon merkeziyiz. Örneğin aradınız benim evde sağlıkla ilgili bir hastam var dediniz. O bizim merkezimize geliyor, telefonla ya da başka bir şekilde dilekçeyle başvuruyorsunuz. Biz ilgili kişiyi, hastayı, aile hekimine yönlendiriyoruz. Aile hekimini randevu veriyor, o gün hastasına gidip evinde görüyor ve evde sağlık kapsamına girip girmediği konusunda değerlendirmesini yapıyor. Kapsamına giriyor ve kendisinin yapacağı bir iş var ise, öncelikle kendisi orda tedavi programını uyguluyor. Kendisini aşan, hastaneyi ilgilendiren bir durum varsa bunu sevk kâğıdıyla bize bildiriyor hastaneyle koordinasyon sağlayarak, kişinin hastaneye getirilerek orada tedavi edilmesini sağlıyoruz.” (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi).

Hastanede tedavi gören hastaların müdavi hekimlerinin evde bakım gereksinimi saptaması durumunda, o hastanın hastanenin evde sağlık birimine bildirilmesi de bir yöntem olarak uygulanmakta ve aile hekimleri ön değerlendirme yapmadan hastanın evde sağlık hizmeti almasının sağlanabildiği bir başhekim görüşmecinin *“hastalarımızın çoğu hastanemizden taburcu olan hastalar, ama bize bildirilenler de oluyor. Taburcu olmadan önce servisler bize bildiriyor. Hangi hastanın evde tedaviye ihtiyacı olduğunu. Biz de en fazla bir hafta içinde hastaları evlerinde ziyaret edip tedavilerini yapıyoruz”* şeklindeki ifadesinden anlaşılmaktadır (G14 Kamu Hastanesinde Başhekim).

Özel evde bakım kuruluşlarının kendi olanakları ile olabildiğince fazla kişiye ulaşabilmek amacıyla sanal ortam, sosyal medya gibi modern pazarlama yöntemleri yanında, referans ve hekim ziyareti gibi geleneksel yöntemleri de kullandıkları aşağıdaki ifadelerden anlaşılmaktadır.

“Hastalar bize iki şekilde ulaşıyor; ya referans üzerinden ya da internet üzerinden ulaşıyorlar. Referansla daha çok, hastaların hastaneyle bir

şekilde bağlantıları olduğu için, hastanelerde biz daha çok bilinir olduğumuz için oradan bizim telefonumuzu veriyorlar.” (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu).

“Web sitelerimizden, facebook ve tweeter bağlantılarımızdan kurumsal iletişim ve pazarlamamızın sağladığı şey var; sosyal medya aracılığıyla bize ulaşıyorlar, biz ulaşmaya çalışıyoruz. Buna ek olarak hekimlere olan ziyaretlerimiz var. Bunlarla kurumsal anlaşmalarımız olabiliyor, çünkü hastanelerde de bu ihtiyacı duyabiliyorlar.” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Geleneksel başvuru yöntemleri ile hasta başvurusu alan kurumlardan bir tanesi de belediyelerdir. Belediyede çalışan bir görüşmeci başvuru sürecini *“hizmet almak isteyen kişiler merkezimize bizzat kendileri veya yakınları, komşuları gelerek ya da telefonla ilk başvurularını yapıyorlar. Mahalle muhtarları hizmete gereksinim duyanları bildirebiliyor. Belediyelerde çalışan sosyal hizmet uzmanları, hastanelerde çalışan sağlık personeli ihtiyaç sahiplerini bize yönlendirebiliyor ve bunlar bizimle iletişime geçiyor” (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu)* şeklinde ifade etmektedir.

Evde bakım hizmeti veren özel hemşireler ise, genellikle yürüttükleri kuruluş hizmetlerinde ilişki kurdukları hastalara evde bakım hizmeti verdiklerini *“hastalar yoğun bakımdan çıkmadan önce bizi buluyorlar. Zaten çalışan hemşirelerimizin hepsi yoğun bakım hemşiresi” (G16 Özel Evde Bakım Hemşiresi)* şeklinde ifade etmektedirler.

Görüşmelerde, evde bakım hizmeti almak için başvuran kişilere verilecek hizmetin belirlenmesinde hekimin tek söz sahibi olduğu yöntem yanında, hekimin de dâhil olduğu bir ekip tarafından belirlendiği farklı uygulama tarzları saptanmıştır. Hizmetin ekip tarafından belirlendiği bir yöntem, bütüncül yaklaşımı benimseyen uygulamalarda karşımıza çıkmakta ve *“daha sonra saha doktoru, hemşire, yaşlı bakım teknikeri ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekiple ilk ziyaretimizi gerçekleştiriyoruz” (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu)* sözleriyle ifade edilmektedir. Hizmetin kapsamını sadece tıbbi uygulamalar olarak belirleyen

kurumlar ise, hastanın gereksinimlerinin belirlenmesini sadece hekim üzerinden gerçekleştirmektedirler ve bu durum kamu ve özel sektör açısından fark etmemektedir. Özel sektörde çalışan bir görüşmeci *“hastaya hekimimiz bir tanımlayıcı ziyaret gerçekleştirip hastanın klinik durumunu görüyoruz, ihtiyaçlarını belirliyoruz. Hangi hizmete sağlık destek personelini, hangi hizmete hemşire ya da hangi hizmete doktor uzman hekim konsultan olarak gönderileceği belli. Bunun ayrımını zaten biz, yani hekimler yapıyoruz.”* (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) derken, kamuda çalışan bir görüşmeci ise *“biz ilgili kişinin, hastanın, aile hekimine yönlendiriyoruz. Aile hekimi randevu veriyor, o gün hastasına gidip evinde görüyor ve evde sağlık kapsamına girip girmediği konusunda değerlendirmesini yapıyor”*. (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi) şeklinde ifade etmektedir.

4.2.5. Hizmeti veren personelin özellikleri

Evde bakım hizmetleri sürecinde personel ile hizmeti alan arasında kurulan ilişkinin, mahremiyet alanına girmesi nedeniyle özel bir ilişki olduğu genel kabul gören bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle çalışacak personelin niteliğinin önemli bir kriter olması kaçınılmazdır. Personel niteliğine atfedilen bu önem *“insanlar net bir şekilde şunu fark eder duruma geldi; evde yabancı uyruklu bir çalışanın bakacağıyla bir sağlık profesyonelinden göreceği desteğin farklarını çok net görmeye başladılar. Hatta iki sağlık profesyonelinin bile arasındaki farkları gözlemleyebilir oldu insanlar.”* (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) sözleri ile ifade edilmektedir.

Evde bakım hizmetlerinde personel çeşitliliği görülmektedir. Bu çeşitliliğin en önemli nedenlerinden birisinin verilen hizmet içeriklerinin değişkenliği olduğu düşünülmektedir. Çeşitliliğin içeriğini görüşmeciler aşağıdaki ifadelerle belirtmişlerdir.

“Dokuz hemşire, 3 tane hizmet koordinasyon birimi, ayrıca 3 tane doktor, bir fizyoterapist bir vizit hemşiresi, 27 sağlık destek personeli.” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bir bayan doktorumuz var; ekstra başka bir yönlendirilmesi yok, yani tek işi sadece evde bakım. Evde bakım ekibinde, sağlık memuru, hemşire, yaşlı bakım teknikeri bulunmakta. Bu kişiler ayrı bir işte çalıştırılmıyor.” (G14 Kamu Hastanesinde Başhekim).

“Hizmet sunumunda saha doktoru, diş doktoru, hemşire, yaşlı bakım teknikeri, yaşlı bakım elemanı, hasta bakıcı görev almaktadır.” (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu).

SB tarafından yürürlüğe konmuş olan yönetmelik hükümleri gereği özel evde bakım kuruluşlarının kadrolarında en az 3 hekim bulundurma zorunluluğu, bu zorunluluğun hasta kapasitesinden bağımsız olması ve verilen hizmetin maliyetini artırması nedenleriyle kuruluş yöneticileri tarafından eleştirilmektedir. Aynı zamanda bu zorunluluğun diğer personel sayısının azaltılmasına neden olabileceği de *“...personel sayısını azaltarak hastanın memnuniyetini yüksek tuttuk ve daha ayakta durabilir hâle geldik.”* (G11Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) ifadesiyle belirtilmektedir. Hekim sayısı zorunluluğuna ilişkin ifadeler aşağıdaki gibi yer almıştır.

“Mesela diyelim ki evde bakım için üç tane doktor istiyor; doktor oldukça maliyetli bir personel oluyor. Bir doktor bile çok fazlasıyla yeterli, yani iki doktor çok gereksiz bence; çünkü evde bakım bir doktor hizmeti değil hemşirelik hizmeti, evde bakım hizmetinin özü hemşirelik hizmetidir. Ama doktor daha çok bir back-up olarak takip eden sağlık görevlisi bana kalırsa.” (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Mevzuatla ilgili şöyle; gerçekten gerekli mi tartışılır, zorunlu hâller var, minimum fulltime (tam zamanlı) iki doktor ve bir tane part-time doktor gibi, hani bunlar gerçekten zorunluluk olmalı mı onlar biraz tartışılır.” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Zaten yeni sağlık sistemine göre de her hastanın bir doktoru olduğuna göre, devletin kurduğu aile hekimi sistemine göre artı bize gelen hastanın ekonomik durumu iyi olduğu için, hepsinin zaten birer özel doktoru da var,

bu kadar doktora gerek yok; yani bir tane doktor bunların hepsini takip edebilir, belli bir sayıda hasta için personel sayıları belirlenebilir, mesela 20 – 30 hasta için üç doktora gerek yok da 100 üzerinde hasta olduğu zaman tabii gerekli olabilir.” (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Hastaların tıbbi tedavileri zaten ayarlanmış oluyor, geriye sadece bakım kalıyor; acil şartlarda gidip bakıp görüp sonra bakıma devam ettiğimiz zaman, sorun çözülüp gerçek anlamda acil bir durum olmadığı sürece, hastaneye gidişin reddedildiği durumlarda biz hekimlik yapıyoruz; bunlar da çok önemli sayılar değil” (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

Evde bakım hizmetlerindeki personel istihdamında, sınırlı kaynakların akılcı kullanımı bağlamında dikkatli olunması gerektiği belirtilmektedir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının oluşturulması gereksinimi ve bunun önemi *“yaşlı bakımı konusunda İSMEK’ten, Millî Eğitim’den ya da şu an üniversitelerde bu bölüm iki yıllık eğitimler verilmeye başlandı yaşlı bakım teknikerliği adı altında, buradan mezun olanlardan yararlanıyoruz.her hizmet her bakım için hemşire lükse kaçabiliyor. Ki bu kadar hemşire ihtiyacının olduğu bir ülkede hemşire bulma sıkıntısını da düşünürsek çok doğru değil aslında. Son dönemde yaşlı bakım teknikeri bölümlerin açılması çok büyük bir avantaj sağladı.”* (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) sözleriyle belirtilmektedir.

4.2.6. Evde bakım hizmetin finansmanın sağlanması

Türkiye’de sürdürülen evde bakım hizmetleri finansman açısından ele alındığında, başlıca üç kaynağın söz konusu olduğu dikkati çekmektedir. Bu kaynakların birincisi kamusal kaynaklar iken, diğeri kişilerin doğrudan kendilerinin ödemeleri, bir diğeri de özel sağlık sigortasıdır. Hizmetin finansmanı ile ilgili görüşmecilerin ifadeleri aşağıdaki gibidir.

“Aile hekimliği açısından bakacak olursak sosyal güvencesi varsa kaydını yapıp, sosyal güvencesi yoksa da yok diye yazıyoruz biz işimizi yapıyoruz” (G10 Aile Hekimi).

“Sağlık Bakanlığımızın kaynaklarını kullanıyoruz. Kamu Hastaneleri Birlikleri ise bunları Sosyal Güvenlik Kurumu’na faturalandırma yoluyla bu hastalara yaptıkları işlemleri faturalandırma yoluyla ödüyorlar”. (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi).

“Hizmetimiz ücretsizdir. Belediye ne kadar destek sağlarsa o kadar.” (G15 Belediye Evde Bakım Birimi Sorumlusu).

“Biz %100 ücretli ya da özel sağlık sigortalarından evde bakım teminatı olan hastalara hizmet veriyoruz. Yani biz SGK ya da Emekli Sandığı’yla anlaşmamız olmadığı için asıl finansman kişi oluyor. Özellikle yüksek ödemeli poliçeler de evde bakım teminatını kapsıyor”. (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Evde bakımda kullandığımız petler, gazlı bezler, aspirasyon sondaları, ventilator, solunum devreleri, nemlendirici filtreler bunların hepsini hasta yakınları karşılıyor. Devlet bunları ödemiyor, devletin ödediği sadece ilaçlar, onların da bazılarını ödemiyor” (G16 Özel Evde Bakım Hemşiresi).

4.2.7. Evde bakım hizmetinin denetlenmesi

Evde bakım hizmetlerinin denetlenmesi sürecinin konuya ilişkin yönetmeliğe uygun olarak rutin denetimler ve şikâyete bağlı denetimler olarak sürdürüldüğü görülmektedir. Ancak söz konusu denetimlerin etkin ve çözüm odaklı olmadığı;

“Çok komik. Sağlık müdürlüğünden geldiklerinde sadece ilaçların son kullanma tarihine bakıyorlar. O da bir şey tabii, ama bundan daha önce bakılması gerekenler bir sürü şey var. Mesela çalışmalarımıza yardımda olacak tarzda yaklaşımda bulunmaları gerekiyor. Ne gibi sorunlar yaşayabiliyoruz, bunların çözümleri neler olabilir. Kayıtlar var mı yok mu, bakılıyor ama bu kayıtlarda nelerin olması daha iyi olur, daha çok dikkatli olunması gerekiyor ve bizleri korumaya yönelik ne gibi tedbirler alınabilir.” (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) sözleriyle belirtilmektedir.

Rutin denetimlerin ise tahmin edilebilir bir zamanda gerçekleştirildiğine ilişkin *“yaklaşık ortalama olarak tahmin ediyoruz, artık ne kadarlık dönemlerde gelineceğini”* (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) görüşüne karşın, şikâyetle bağlı denetimlerin ise hiçbir ön elemenden geçirilmeden her türlü şikâyet durumunda olduğuna ilişkin *“Sağlık Müdürlüğü herkes bir ‘alo’ dediğinde bizi denetlemeye geliyorlar. Hiçbir şey sormuyorlar, bu çok acı bir durum yani yoldan geçip bize kızan herkes bizi şikâyet edebiliyor. Telefon ediyor; burada sadece bizi gelip denetliyorlar, bunlar bir çözüm değil”* (G11Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) görüşleri bulunmaktadır.

Evde bakım hizmetlerinde denetimlerin şikâyet odaklı bir yönelim içinde olduğu, şikâyet olmadığı sürece ilişkilerin iyi olduğuna ilişkin bir yaklaşım *“şikâyet olmadığı sürece her şey iyi gidiyordur diye bir algı var. Şimdiye kadar hiç şikâyet eden olmadı”* (G14 Kamu Hastanesi Başhekimisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Görüşme yapılan özel evde bakım hemşiresi, yaptığı işin çok da yasal olmadığını *“kontROLSÜZ. Göz yumuyorlar”*. (G16 Özel Evde Bakım Hemşiresi) şeklinde ifade etmektedir. İzinsiz bir şekilde evde bakım hizmeti sunan hemşirelere göz yumma uygulaması özel evde bakım kuruluşu yöneticisi tarafından da *“Bakanlığımız da bunu biliyor diye düşünüyorum. Çünkü her yerde bu uygulanıyor açıkçası, ya da bu bahsettiğim part- time kayıtsız çalışan hemşireler diğer sağlık kuruluşlarında yani kamu kurumlarında çalışıyorlar aslında”* şeklinde eleştirilmektedir.

İzinsiz bir şekilde evde bakım hizmeti yürüten özel evde bakım hemşiresi, görüşmecinin sorumlulukların hastaya olduğunu, devlete karşı bir sorumluluklarının olmadığını düşünmekte ve bunu;

“Bizim evde bakımda bizim sorumluluğumuz hasta ve hasta yakınları, devlete karşı bir sorumluluğumuz yok. Bunlar memnun olduğu sürece, biz de işimizden memnun olduğumuz sürece işimiz devam ediyor. Bizim sorumluluğumuz hasta ve hasta yakınlarına, çünkü paramızı onlar karşılıyor.” (G16 Özel Evde Bakım Hemşiresi) şeklinde ifade etmektedir.

4.2.8. Evde bakım hizmetlerinde kalite kontrol uygulamaları

Kalitede bütüncül bir evde bakım hizmeti sunumunu esas alan yaklaşım *“hasta gerçekten alabiliyor mu hizmeti, bütünlüklü olarak alabiliyor mu yoksa tek başına sadece ilaç, pansuman ihtiyaçları mı gideriliyor”* (G10 Aile hekimi) şeklinde belirtilirken, evde bakım hizmetini sadece tedavi ve tıbbi bakım odaklı gören yaklaşım ise *“önemli olan kalite gösterileri şunlardır. Hastanın var olan durumunun daha iyi hale gelmesi yatak yarası varsa bunun iyileşmesi, hastanın beslenme durumunun evde bakım verildiği zaman hastanın yaşının daha iyi hâle gelmesi, hastanın bağımlılığının daha azalabilmesi; bana göre bakım kalitesi bunlarla ilgilidir, hastanın hastaneye gidiş sayısının azalması olabilir”* (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde belirtilmekte ve kalite göstergesi olarak kişinin hastalığının iyileşmesi öne sürülmektedir.

Evde bakım hizmetlerinde kaliteyi artırmak için hizmet içi eğitimlerin bir yöntem olarak kullanıldığı *“yalnız biz daha çok kaliteyi sağlamak için hizmet içi eğitimleri artırıyoruz. Bununla ilgili özel ekipler oluşturduğumuz için kişiler sadece bu konuda daha spesifik çalışıyor. Başka işlerle uğraşmıyor buradaki ekipler. Bu iş üzerine yoğunlaştıkları için mümkün olduğu kadar kaliteyi gün be gün artırıyoruz”*. (G19 İl Sağlık Müdürlüğü Yöneticisi) sözleri ile ifade edilmiştir.

4.2.9. Evde bakım hizmeti sunumundaki güçlükler

Evde bakım hizmetlerinin sunumunda hizmetin çok bileşenli yapısı gereği birçok sorun yaşanabilmektedir. Yaşanan bu sorunlar personel, hizmeti alan, hizmeti alanın ailesi, hizmetin doğası, yürürlükteki sağlık sistemi, kurumlar arası yaşanan rekabet, hizmetin finansmanı başlıklarında ele alınmış ve kültürün sorunlar üzerindeki etkisi irdelenmiştir.

4.2.9.1. Personelle ilintili sorunlar

Evde bakım hizmetlerinde temel hizmet sunum biçimi kişiye evinde hizmet sunmaktır; ancak bazı hizmet sunucuların evde hizmet sunmayıp hastayı

hastanede görmeyi tercih ettikleri ya da geç hizmet sundukları saptanmıştır. Bu durum aşağıdaki ifadelerde yer almaktadır.

“Uzmanların evde bakımda eve konsültasyona gitmeyip ambulansla hastaneye getirtip muayene etmesi. Bu evde bakımın ruhuna aykırı bir durum” (G10 Aile Hekimi).

“Hekimler valla şöyle genel anlamda ekstra iş olarak görüyorlar bu işi. Hekimler bu iş gerçekten ekstra bir iş olarak görüyorlar. Hele hele uzman doktorlar bunu tamamen ekstra bir iş olarak görüyorlar.” (G14 Kamu Hastanesi Başhekimisi).

Özellikle uzman hekimlerin evde bakım hizmetlerinde yer almama eğilimi, uzman hekimin vereceği tıbbi hizmetin evde verilemeyeceği ve hastanede verilmesi gereken bir hizmet olduğu savı ile *“uzman hekimin gitmesi gereken bir durum varsa zaten bu hasta hastanelik bir hastadır ve evde buna hizmet sunulmaz. Bu anlayış her durum için geçerli değil ama genelde doğru olabilir”* (G14 Kamu Hastanesi Başhekimisi) şeklinde gerekçelendirilmektedir.

Personelin risk almama isteğinin ve bu nedenle bazı hizmet sunumlarından kaçınmasının hizmet tanımları ile çelişmesi nedeniyle hizmet üretiminde aksamaya ve hizmet sunan personel arasında çatışmaya neden olduğu;

“Aile hekimi gidiyor. Görev tanımı dediğim şey bu. Sonda takmak. Şimdi sondayı takabilir aile hekimi. Bir de riski var. O sondayı takarken bir komplikasyon olduğu zaman aile hekimi bunu yapmak istemiyor. Hastaneye yönlendiriyor. Hastane diyor ki aile hekimi bunu takabilir, onların yapması gerekeni niye biz yapıyoruz. Ama bu kurumlar arasında olduğu gibi kendi sağlık kurumumuz içinde de soruna sebep oluyor”. (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi) sözleri ile ifade edilmiştir.

Aile hekimleri ise, tıbbi girişimleri kendi hizmet yükümlülükleri içinde değerlendirmedikleri, bu hizmet bağlamındaki görevlerinin danışmanlık hizmeti ile sınırlı olduğunu;

“Aile hekimliği bazında bizim yapabileceğimiz evde bakım hizmetleri, büyük oranda aileyi yönlendirme gibi danışmanlık gibi bir şey. Pansuman gibi, sonda değişimi gibi işlemler olduğu zaman biz evde bakım birimine bildiriyoruz. Onlar aile ile irtibatlı bir şekilde enjeksiyonmuş, pansumanmış yapabiliyor” (G10 Aile Hekimi) sözleriyle ifade etmektedirler.

Evde bakım hizmetlerinde sayısal anlamda personel yetersizliği, görüşmeciler tarafından aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir. Bu sorun hem kamu hem de özel sektör için geçerlidir.

“Personel sayı olarak da yetersiz kalıyor.” (G15 Belediye Evde Bakım Birimi Sorumlusu).

“Biz de yeterince çok fazla personel yok. Mevcut personelle maksimum kişiye hizmet vermek istiyoruz.” (G19 İl Sağlık Müdürlüğü Yöneticisi)

“Personel bulmak çok zor eleman bulmak hemşire bulmak çok zor.” (G16 Özel Evde Bakım Hemşiresi Yöneticisi).

“Çünkü kadrolaşmak çok büyük bir sorun, evde bakım daha özel bir hizmete girdiği için ucuz maliyetlerle bir personel çalıştıramazsınız. Daha yüksek maliyetler gerek çünkü kişiye özel hizmet veriyorsunuz. Sonuçta toplu bir hizmet verilmiyor. Burada personel sorunu çok büyük; buna çözüm bulunması gerekiyor.” (G11Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Personelin sayısal anlamda yetersizliği yanında, niteliksel anlamda yeterli ve yetersiz olduklarına ilişkin iki farklı görüş de bulunmaktadır.

“Personel ile asıl sorun sayısal anlamda yetersizlik. Bilgi düzeyinde bir sorun yok, hepsi sağlıkçı, sonuçta verilen hizmet belli, o verilen hizmeti de karşılayamayacak niteliksiz personel olduğunu düşünmüyorum” (G17 Halk Sağlığı Kurumu Yöneticisi) şeklinde personelin niteliksel anlamda yeterli olduğu ifade edilirken; *“personelin konuyla ilgili eğitim ve motivasyon eksiklikleri var”* (G15

Belediye Evde Bakım Birimi Yöneticisi) sözleri ile bir görüşmeci tarafından aksi görüş ifade edilmektedir.

Personelin yeterince güdülendiğini ve işi istediği durumlarda sorun yaşanmadığını ve bunun kaynağını da evde bakımı bir hayır işi olarak görmesi olduğunu benimseyen yaklaşım *“Personelin işi ne kadar istediği önemli. Evde sağlık bir hayır işi. Bizim personelimiz evde sağlıklı hayır işi olarak gördüğünden hastaya yaklaşımı da farklı oluyor. İşini severek yapıyor; o nedenle çok fazla sorun yaşanmıyor, diye düşünüyorum”* (G18 Toplum Sağlığı Merkezi Yöneticisi) ifadesinde görülmektedir.

Personel temin etme güçlüğüne yasal olmayan bir çalışma yöntemi ile çözdüklerini ve bunun da sorun olduğunu *“biz genelde çekirdek bir kadro bulunduruyoruz, genelde part- time elemanlarla çalışıyoruz. Legal olmuyor tabii ki”* (G11 Özel Evde Bakım Kurumu Yöneticisi) ve *“yine şey kısmı bizi biraz zorluyor aslında sağlık kurumunda çalışan birinin başka bir kurumda çalışmaması”* (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi), şeklinde ifade eden görüşmeciler olmuştur.

Evde bakım hizmetlerinde yurtdışından gelen ve izinsiz çalışan personelin hasta güvenliğini riske attığı;

“Evde kaçak çalışanlar ciddi sıkıntı yaratıyor. Birçok hastamızda biz şunu gördük yurt dışından gelen hekim hasta bakıcılığı yapıyor. Bir hekimin vereceği destek daha iyi bile olabilir, ama hastaya bir şey gelse başına hiçbir şey kanıtlayamıyor.” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Personelin denetimlerinde sorun olduğu ve bunun iş görenin farklı bir ortamda çalışmasından kaynaklandığı *“çalışanı takip etmek ve kontrol etmek çok önemli çünkü ofis ortamında bunlar sizin gözünüzün önünde onları kontrol etmek çalışıp çalışmadığını kontrol etmek daha kolay”* (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Evde bakım sırasında personelin fiziksel anlamda da zorlanabileceği, *“giden personelin daha sabırlı ve daha özverili olması gerekiyor. Ruh durumunu biraz daha anlaması gerekiyor. Fiziksel olarak yaptıkları iş güç”* (G19 İl sağlık müdürlüğü yöneticisi) sözleri ile ifade edilirken, alanda çalışan özel hemşire de konuyla ilgili olarak *“hastaları kaldırma, hareket ettirme konusunda sorunlar yaşıyoruz”* (G16 Özel Evde Bakım Hemşiresi) sözlerine yer vermiştir.

Personelin güvenlik ile ilgili sorunlarının da olduğu *“personelin zaman zaman güvenlik kaygısı olabiliyor. Bilişsel fonksiyonu yetersiz yaşlıların suçlamalarına maruz kalınabiliyor”* (G15 Belediye Evde Bakım Birimi Sorumlusu) şeklinde ifade edilmektedir.

4.2.9.2. Hizmeti alanla ilintili sorunlar

Evde bakım hizmetlerinde verilen hizmetle ilgili yaşanan sıkıntıların temel bileşenlerinden birisinin de, hizmet alanla kurulacak ilişkinin kendisi olduğu saptanmıştır. Yaşanan sıkıntılarda hizmet istemine verilen yanıtın hızının, hizmetin sınırlarının bilinmemesinin, hizmeti alanın psikolojik yapısı gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir. Hizmeti alan nedenli yaşanan sıkıntılar, görüşmeciler tarafından aşağıdaki ifadelerle ortaya konmaktadır.

“Hızlı bir yanıt istiyor bizden. Hemen kalkacaksınız bulunduğunuz o an bulunduğunuz görevden gideceksiniz” (G10 Aile Hekimi)

“Hizmetin içeriğini ve sınırını yeterince algılayamayanlar her türlü konuda ve her istediğinde destek almak istiyor” G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu)

“Hasta daha farklı hizmet bekliyor, personel verebileceği hizmeti veriyor; bu sefer hasta yakınlarıyla sıkıntı yaşıyor” (G17 Halk Sağlığı Kurum Yöneticisi)

“Psikolojik olarak yatağa bağlı oldukları için biraz daha alıngan ve biraz daha kırılğan yapıya sahipler. ...Bir de hastaların beklentisi çok fazla oluyor. Gittiğiniz zaman ekiplerin müdahale edecekleri noktalar belli basit. Çünkü

orda da risk alacak damar yolundan ilaç verilecek hali yok. Hastaların çoğunda bu beklentiler de var.” (G19 İl Sağlık Müdürlüğü Yöneticisi).

4.2.9.3. Aileyle ilintili sorunlar

Evde bakım hizmetleri kapsamında verilen hizmet, hizmeti alan bireyin özel yaşam alanında gerçekleşen ve böylece bireylerin mahremiyetlerinin sınırlandırılmasına ve/veya örselenmesine neden olan bir özelliğe sahiptir. Hizmeti alan birey ile aynı özel yaşam alanını paylaşan diğer bireyler için de mahremiyet sorunu doğabilmektedir. Bu nedenle hizmet sürecinde hizmeti alan dışında kalan diğer bireylerle de birtakım sorunların yaşanması kaçınılmaz olmaktadır. Yaşanan bu olumsuzlukların diğer bireylerin psikolojik yapılarından, hizmetten beklentilerden, mahremiyetin örselenmesinden, özel yaşam alanına değişik kişilerce müdahale edilmesinin istenmemesinden ve hizmet kapsamı dışında hizmetler de istenmesinden kaynaklanabildiği, aşağıdaki ifadelerden anlaşılmaktadır.

“Evde olmanın, hastaya yakın olmanın, aile içinde olmanın, tedavi yönünden hastaya çok avantajları var; ama bu bazen hem çalışanlar için hem aile için sorun olabiliyor. Eğer yoğun bir bakım olacak ise panik oluyorlar, bazı hizmetleri ventilatör, solunum cihazlarına bağlı hastaların evde bakımı onlarda tedirginlik yaratabilir. Sonuçta buna belli bir zaman içinde alışabiliyor; bu durumdan tedirgin olabiliyorlar.” (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bakım hizmeti vermekten tükenen bazı hasta yakınları, sorumluluklarını tamamen bizlere vermek istiyor. Bizlerle her zaman olumlu iş birliği içinde olunmayabiliyor. Onları da anlamak gerekiyor. Hasta yanında kala kala onlar da hasta gibi davranmaya başlıyorlar. ...Aileler bakıma ihtiyacı olan kişilerle yaşadıklarında, onlardan hasta olmayı öğreniyorlar; burada sosyal bulaşma olduğunu düşünüyorum.” (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu)

“Bizi en çok zorlayan hasta memnuniyeti. Yani hasta- hasta yakını ilişkisi bunlar çok zorluyor; çünkü her hastanın farklı beklentisi olabiliyor. Bazılarının %100 sağlık bakımı beklentisi varken, bazılarının temizlik, ev işleri gibi beklentileri de oluyor.” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Diyor ki: “ben bir kişiyi bileyim benim evime bir kişi gelsin.” Aslında güven unsuru var. Yani evinize yabancı birilerinin girip çıkmasını çok istemiyor insanlar. Özellikle de yaşlılar, alıştığı kişiyle sürekli devam etmek istiyor. Ama bu bizde çok mümkün olmuyor. Kendileri bulduğunda, yabancı uyruklu bir bayan bulduğunda tabii o riskleri de göz alarak sağlık risklerini kabul etmiş oluyorlar.” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Hizmetin kişinin evinde verilmesi, onun özel yaşamına, mahremiyetine müdahaleyi beraberinde getiriyor, ister istemez aile ilişkilerine müdahil olunabiliyor.” (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu).

“Evde sağlık hizmeti denildiği zaman aileler şöyle düşünüyor bakım amaçlı. Bakım amaçlı değil, tedavi amaçlı bu. Hastanın işte alt temizliğinden tutun, evin temizliğine kadar her türlü bakımına yardım destek olacağını düşünüyor hasta yakınları; ama bu evde sağlık hizmeti o kapsamda kurulmuş bir hizmet değil, tamamen hani tedavi amaçlı, hastanın tedaviye yönelik ihtiyaçlarını giderme amaçlı kurulmuş bir hizmet, o yüzden de tabii o yönde sıkıntılar oluyor.” (G17 Halk Sağlığı Kurum Yöneticisi).

4.2.9.4. Hizmetin doğasıyla ilintili sorunlar

Hizmetin doğasının da farklı sorunların kaynağı olabileceği görüşmecilerin aşağıdaki ifadelerinden anlaşılmaktadır.

“Bizim için her ev ayrı bir kurum olarak düşünmemiz gerekiyor. Bu nedenle de birçok kurumla sanki anlaşmamız var gibi düşünerek yapacağımız bir hata direkt bize yansıyor. Mesela 10 dakika geç gidilmesi bile evdeki düzeni bozan bir unsur.” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Evde bakımda bizi en çok zorlayan hastanın kaldırılması, transportu, bir de finansman ile güçlükler de var.” (G16 Evde Bakım Hizmeti Veren Özel Hemşire)

4.2.9.5. Kültürel yapının hizmet içeriğine etkisi

Kültürün evde bakım hizmetlerine olan etkisi ve kültürel sorunlar, aşağıdaki ifadeler ile belirtilmiştir.

“Biz yapamıyoruz. Siz altını temizlettirebilir misiniz veya yıkatabilir misiniz ya da böyle bir hizmetiniz var mı diye soran da olmuyor. Böyle bir talep yok. Hani böyle vatandaş eğer böyle bir istekte bulunuyorsa, o zaman düşünülebilir tabii ki. Hani arz talep meselesi.”(G14 Kamu Hastanesi Başhekim)

“Bizim kültürümüzde aileler geniş olduğu için, hasta olan kişiye illa ki bakan birisi çıkıyor. O kişiler zaten hani bu bakımı da üstlenmiş oluyor bir bakıma, fakat tıbbi bakımı yapamıyorlar.” (G14 Kamu Hastanesi Başhekim)

“Aileden birisi bakımı genelde üstleniyor. Burada annesine babasına bakmıyor diye dışlanma söz konusu. O nedenle aile muhakkak bakımının içinde yer almalı. Evde bakımda aile işin içinde olmalı, bu evde bakımın kabulü ve ailenin dışlanmaması için önemlidir.” (G14 Kamu hastanesi Başhekim).

Evde bakım hizmeti bağlamında birey kültür ilişkisinin öneminin belirtilmesi ile ilgili olarak bir görüşmeci, tamamen kültür odaklı bir değerlendirme yaparak meslek değerlerinin bu hizmet sürecinde göz ardı edilmesi gerektiğine vurgu yaparak *“evde bakımda kültür çok önemli. Nabza göre şerbet vermek gerek” (G14 Kamu Hastanesi Başhekim)* ifadesini kullanmıştır.

4.2.9.6. Rekabetin neden olduğu sorunlar

Yasal olmayan biçimde personelin çalıştırılmasının haksız rekabete yol açtığı *“bazı kuruluşlar maalesef part-time adı altında tanımadıkları bilmedikleri hemşireleri hastalara yönlendirerek hizmet kalitesinin düşürülmesine sebebiyet veriyorlar. Belki hemşire olduğu bile bilinmeyen, çünkü diplomasını sorgulamıyorlar belki de hemşire olmayan birini hemşirelik hizmetine yönlendirebiliyorlar. Bunlar haksız rekabete sebep oluyor. Sonuçta full- time çalışanın bize getirdiği maddi yükü part- time çalışanın getireceği yük çok farklı”* (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

4.2.9.7. Yürürlükteki sağlık sistemiyle ilintili sorunlar

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütölen uygulamalarda henüz sistemin etkin bir şekilde kullanılamadığı, her ne kadar hukuksal anlamda görevler tanımlanmış olsa da bir görev kargaşasının olduğu, aşağıdaki şekilde belirtilmektedir.

“Sıkıntılı oturmamış bir sistem var. Lokasyonu belli olmayan bir merkez var. Yani, nerde olduğu belli değil şu an. Halk Sağlığı Kurumu’nda diye geçiyor ama Halk Sağlığı Kurumu da çok düzenli işlemedi” (G17 Halk Sağlığı Kurumu Yöneticisi).

“Birinci basamak sağlık hizmetlerini Halk Sağlığı Kurumu aile hekimleri verecek, ikinci basamak evde sağlık hizmetlerini Kamu Hastaneleri evde sağlık birimleri verecek deniyor; ancak birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin birbirinden ayırmak o kadar basit değil, bu sorun çok yaşanıyor, hangi hastanın aile hekiminin hastası, hangisi hastane evde sağlık biriminin hastası bunun ayırımında zorlanıyoruz”. (G18 TSM Yöneticisi)

Evde bakım hizmetlerini bir yük olarak gören yaklaşım da bulunmaktadır ve bu görüşünü *“zaten sürekli aile hekimliği üzerine yüklenen birtakım şeyler var, bu da (evde bakım) olmaması gereken bir şey”* (G10 Aile Hekimi) şeklinde ifade etmektedir. Ayrıca işlevsel olarak da evde bakım hizmetlerini yürütemeyeceklerini

ve bu sorumluluğun tek başlarına onlar için çok olduğunu, aşağıdaki ifadelerle belirtmektedirler:

“Aile hekimliği içinde bu mümkün değil tek hekim tek yardımcı sağlık personelinin yürüttüğü bir sistem, hem bulunduğunuz bir kurumda hastaya hizmet vereceksiniz hem de evde bakım hizmeti yürüteceksiniz. Bu pratikte de olabilecek şey değil zaten.” (G10 Aile Hekimi).

“Evde bakım hizmeti dediğinizde sadece bir günlük birşeyi tanımlamıyorsunuz, rutin ve periyodik bir hizmeti tanımlıyorsunuz. O yüzden tek başına evde bakım aile hekimliği üzerinden yürütülecek bir şey değil.” (G10 Aile Hekimi).

“Aile hekimleri evde sağlığa çok sıcak bakmıyorlar. Hasta sayıları çok fazla kayıtlı 3000’in üzerinde kişileri var, bu kadar çok nüfusu olan bir aile hekiminin evde sağlık hizmeti sunması zor. Her ne kadar sistem içerisinde aile hekimleri var olarak gözüксе de, çok etkin kullanıldığı söylenemez.” (G18 TSM Yöneticisi).

Evde bakım hizmetlerinde tanımlanmamış bazı görevlerin olduğu ve bu işlemleri yapıp yapmamanın hizmet uygulayıcıya bırakılmasının söz konusu olduğu ve bu durum *“hastaya gitmek için kendi aracınızı kullanmak zorundasınız. Gideceksiniz arabanız varsa gelin. Arabanız yoksa ne yapacaksınız, böyle bir aile hekimliğinde tanımlama yok. Yani, kendi aracınızı mobil hizmetlerde kullanın diye bir şey yok. Bizim bir anlamda vicdanımıza, insafımıza bırakılmış bazı önemli şeyler de var.”* (G10 Aile Hekimi Yöneticisi) sözleri ile ifade edilmektedir.

Evde bakım hizmetlerinde, topluma yansıtılan ile uygulamanın farklı olduğu, hizmet sunulacak kitlenin beklentilerin yüksek olduğu *“diyor ki siz hükümlüsünüz genelgeye göre size gelecekler. O kadar topluma aktarılan şeyle pratikte anlatılan şey aynı şey değil. Topluma aktarılan sanki her an hekim bekliyor, hekim hasta talep eder etmez gidiyor”* (G10 Aile Hekimi) şeklinde ifade edilmektedir.

Aile hekimlerinin evde bakım hizmetlerinde yer almalarının poliklinik hastaları için bir sorun olduğu, hem aile hekimleri hem de koordinasyon merkezi tarafından kabul edilmektedir.

Aile hekimi evde bakım hizmetleri sunumu sırasında, poliklinik hastalarına hizmet sunamayacağı ve bu durumun çatışma yaratacağı, hatta fiziksel şiddete yol açacağı *“poliklinikteki hastaya, bekleyin ben iki saat sonra geleceğim diyerek, iki hasta var deyip gitmek mümkün değil. Burada ya dayak yersiniz ya ciddi anlamda bir sıkıntı çıkar, yani hekimin hastayla karşı karşıya gelmesi. Diğer tarafta da başka tür hizmet bekleyen biri var.”* (G10 Aile Hekimi) şeklinde ifade edilirken, aile hekimlerinin bu görevleri yapıp yapmadıklarını denetlemekle yükümlü kurum olan koordinasyon merkezi görüşmecisi bu sorunun yaşandığını kabul etmekte ve sorunda çözüm sürecine girildiğini aşağıdaki ifadelerle belirtmektedir.

“Bütün üyelerimizin olduğu yapıda biz konuşuyoruz. Yani böyle bir şey var. Tabii çok zor. Tabii burada bir dert çözülmesini beklemek de bir başka sıkıntı. Her iki taraf da sağlığın elemanı. Aile hekimine dönseniz, o bir feryat koparıyor. Hastaneye dönseniz, bizim iş yükümüz fazla denir. Mümkün olduğu kadar koordinasyon merkezi çözmeye çalışıyor, ama ara ara sıkıntılarımız devam ediyor”. (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi)

“Aile hekimleri şöyle düşünebiliyor: ‘Benim bu kadar işimin gücümün içerisinde ben evde sağlık hastasıyla nasıl ilgileneceğim’. Kişi senin hastan yani bu 3000-4000 kişilik nüfus hasta senin hastan mutlaka öncelikle senin değerlendirmen lazım gerektiğini söylüyoruz aile hekimimize.” (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi).

“Lojistik destek sıkıntısı var. Artı hastaları bırakıp evde sağlık hastalarına gittiği zaman, kendi hastalarıyla yaşadığı sıkıntılar oluyor. Ama bunların büyük bir kısmını aştık. Mutlaka aile hekimine gitmesi lazım”. (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi).

Evde bakım hizmetlerinde birden çok kurumun yetkilerinin ve sorumluluklarının olması ve hizmet sunumunda yer alması, *“bizi en çok zorlayan çok ayaklı bir yapının olması. Sağlık, Aile ve Sosyal politikalar Bakanlığını, belediyeleri ilgilendiren yapı”*. (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Hizmet sunumunun birden çok kurum tarafından yapılması, kaynak israfına neden olmaktadır ve görüşmeciler tarafından aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir.

“Kurumlarla ortak bir çalışma ve veri tabanı oluşturulmadığı için mükerrer ziyaretler olabiliyor. Bu da iş gücü kaybına neden oluyor”. (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu)

“SHÇEK tarafından hizmet sunuluyor. Şimdi belediyeler tarafından da sunuluyor. Herkes parça parça bir şeyler yapmaya çalışıyor. 1+1+1 üç yapmıyor. Yapmıyor. 1+1+1 1,5 yapıyor”. (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi) .

“Belediyeler de bu işi yapıyor. Özel firmalar da yapıyor. Biz de yapıyoruz. Tabii kimin ne yaptığı bazen karışıyor birbirine. Diğer hastalara ulaşım da sıkıntılar yaşanmasına neden oluyor.” (G19 İl Sağlık Müdürlüğü Yöneticisi).

Evde bakım hizmetlerinin yasal sınırlarının belirlendiği yönetmeliğe ait eleştiriler ruhsatlandırma aşamasından itibaren söz konusudur. Buralardaki olumsuzlukların giderilmemesinin bireylerin söz konusu hizmetleri daha pahalıya almalarına neden olduğu, yasal olmayan çalışma yöntemlerinin ortaya çıkmasına neden olduğu *“ruhsatlandırmayla ilgili bir sorun var gereksiz birçok şey isteniyor... Bu durum maliyetleri yükseltiyor. Ya yasadışı çalışmalar çoğalıyor yahut da maliyetler yükseliyor, ama bunlar daha revize edilirse daha çok evde bakım şirketi olur, herkes daha legal çalışabilir.”* (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde belirtilmektedir.

Yürürlükteki sağlık sistemi içinde kamuya bağlı evde bakım hizmeti sunumu özelliği *“Ayrı bir birim gibi, daha bağımsızlar. Belirlenmiş hastalara gidip gerekli*

olan neyse onları yapıyorlar.” (G14 Kamu Hastanesi Başhekimisi) şeklinde ifade edilmiştir.

Evde bakım hizmetlerinde yaşanan sıkıntılardan bir diğerinin de ülkede yaşanan trafik sorunlarından kaynaklandığı, bu nedenle hastaya erişimde gecikmelerin söz konusu olabildiği *“acil bir durum olduğunda özellikle trafikten dolayı çözümü zor olabiliyor. Çünkü alınan hizmet yetersiz kalıyor, acil durumda mesela diyelim ki hemşire hizmeti alıyor solunum cihazına bağlı bir hasta ani bir değişiklik oldu, ani bir bozukluk oldu, cihazda bir problem oldu veyahut hastada bir problem oldu, buraya daha profesyonel bir kişinin gitmesi mümkün olmayabiliyor”* (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) sözleriyle belirtilmektedir.

4.2.9.8. Finansmanla ilintili sorunlar

Evde bakım hizmetlerinde ödemelerdeki belirsizlik ve yeterince ödemenin olmamasının hem kâr amacı güden kuruluşlar hem de kâr amacı gütmeyen kuruluşlar için bir sorun olduğu aşağıdaki ifadelerde görülmektedir.

“Gerçekten asıl sorun Türkiye’deki bir finansman kaynağının ortaya konmaması. Şu anda biz daha kaliteli hizmet verebiliriz aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezleri olarak. Bizim herhangi bir şekilde SGK’dan bu hizmetin karşılığı alma şeyimiz yok. Bunu faturalandıramıyoruz. Bunu faturalandıramadığım zaman Ankara’ya bakıyorum Ankara bana ne gönderir.” (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi)

“Özel sigortalara da hizmet veriyoruz ama çok değil, çünkü evde bakım pahalı bir hizmet, devlet desteği yok, özel sigortalar bir nevi çözüm olabiliyor ama burası sonuçta özel ticari bir kuruluş, bir sigorta şirketiyle çalıştığınız zaman karlı bir çalışmanız olamayabiliyor.” (G11Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Sadece tek sizi ilgilendiren bir konu olmadığı için, gerekli kaynağın ve bütçenin de olmaması sizi zorluyor.” (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi).

Türkiye’de yaşanan yapısal değişiklikler sonrası kamusal sosyal güvenlik ağı olan SGK özel sektörle olan ödeme bağlantıları nedeniyle en büyük sigorta şirketi konumuna gelmiştir. Bu değişim ve her yurttaşın SGK şemsiyesi altında olma zorunluluğu, sağlık hizmeti veren kuruluşları daha çok kişiye hizmet sunabilmesi için SGK ile bağlantılı olmaya zorlamaktadır. Ancak SGK’nın her özel sektör kuruluşu ve özel hekimle sözleşme yapmaması, bazı hizmetlerin SGK tarafından karşılanmamasına neden olarak hizmet alan kişilerin ekonomik yüklerini artırmaktadır. Bu durum görüşmeciler tarafından;

“Devlet özel sektörü, doktor mesela, bizi doktor olarak kabul etmiyor; reçetemizi onaylamıyor. Çok ciddi bir sorun. Hasta bizden hizmet alıyor, ama bizim yazdığımız reçeteyi hasta alamıyor, Sosyal Güvenlik Kuruluşu ödemiyor; geri ödemesini alamıyor, ama devletteki bir kişi yazdığında ilacın parasını alabiliyor. Bu da çok ciddi bir sorun, çünkü bizden hizmet alıyor, ama gidip ilacını aile hekimine yazdırmak zorunda.” (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) sözleriyle iletilmektedir.

4.2.9.9. Güvenlikle ilintili sorunlar

Türkiye’de her geçen gün artan sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin evde bakım hizmetleri çalışanlarına da yansıdığı *“oraya hizmet vermeye giden personel sonra sıkıntı yaşayıp ya da kötü muameleye maruz kalıp geri dönebiliyor. Ama Türkiye koşullarında, yani her yerde bu sorun var; bu sağlık personelinin hasta yakınlarıyla her zaman yaşadığı sıkıntılardan bir tanesi, hastanede bile oluyor.”* (G17 Halk Sağlığı Kurumu Yöneticisi) sözleriyle iletilmektedir.

4.2.10. Evde bakım hizmetlerinin avantajları

Evde bakım hizmetleri sosyo-ekonomik değişimler sonucu, bir gereksinim olarak ortaya çıkmış olmakla birlikte, görüşmeciler bu tür hizmetin bazı önemli avantajları olduğunu aşağıdaki cümlelerle belirtmektedirler.

- Evde bakım hizmetlerinde hastane enfeksiyon riskinin az olması ve bunun da hasta iyileşmesine katkı sağlaması, görüşmeciler tarafından hizmetin avantajları arasında belirtilmiştir. Söz konusu bulguya ilişkin görüşler aşağıdadır.

“Ciddi hastane enfeksiyonlarından onu uzaklaştırmış oluyorsunuz.” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Hastane ortamı daha riskli bir ortamdır, enfeksiyon açısından. Çünkü evde bakım ihtiyacı duyan bir kişi enfeksiyona daha meyillidir.” (G10 Aile Hekimi)

- Evde bakım hizmetlerinin hastayı ailesinin yanında olmasına olanak vererek rahatlattığı, bunun hastalığın tedavi edilmesine destek olduğu, *“hastanede daha az süre kalıp geri kalanını evde geçiriyor; psikolojik olarak ailesinin yanında olmak onları rahatlatıyor, daha pozitif etkileyebiliyor.”* (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

- Evde bakım hizmetlerinin mali açıdan daha efektif olduğuna ilişkin bulgular da mevcuttur. Konu ile ilgili görüşler aşağıdadır.

“...ekonomik yönünden de büyük avantajı var; her ne kadar pahalı olarak gözükse de, kişi hastanede kaldığı dönemdeki maliyetinden daha düşük maliyet ödeyerek hastanedeki aynı hizmeti evde alabilir akut dönem geçtikten sonra.” (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“...daha ekonomik olduğunu düşünüyorum.” (G10 Aile hekimi)

- Ailenin de sağlık hizmet sunumunun planlamasına destek olmasına ve sağlık ekibi ile aile arasında işbirliğinin gelişmesine olanak sağlayarak hastalığın iyileşmesinin daha hızlı olmasına yol açtığına ilişkin görüşler de bulunmaktadır. Görüşmecilerden bir tanesi bu durumu;

“Sadece bildiklerimizi uygulamak değil, hasta yakınlarının bildiklerini değerlendiriyoruz; o da çok işimize yarıyor, yani evde bakımında en büyük avantajı hasta yakınlarıyla, hastayla birlikte işbirliği yaparak tedavi yapmak,

bakım yapmak. Bu da büyük bir başarı getiriyor. Hastaneden aldığımız bir hasta yoğun bakımda aylarca yatar, eve geldiği zaman çok hızlı iyileşir solunum cihazından ayrılabilir, ama bu hastane de çok zor.” (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) sözleriyle ifade etmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin, hastanın sosyal yaşamının gelişimine destek olduğu görüşü, hastayı aile üyelerinden uzaklaşmamasıyla gerekçelendirmektedir.

“Ev ortamında bunu devam ettirebilmesi, yine onu o sosyal yaşamdan kopmaması çok önemli, özellikle çocuklarından, eşinden, dostundan uzaklaşmaması çok önemli” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Evde bakımın en büyük avantajı, sağlık hizmetinin ayağımıza gelmesi. O kendi sosyal çevrenizden uzaklaşmadan bu desteği almak, özellikle kronik hastalar ve tam bağımlı hastalar için söylüyorum.” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

- Uygunsuz hastane kullanımını azaltarak sınırlı kaynakların uygun kullanılmasını sağlaması da, avantajlar arasında yer almaktadır. Bu duruma ilişkin ifadeler aşağıdadır.

“Yoğun bakımdaki ortam evde sağlandığı takdirde, yoğun bakım yatağını işgal etmeyecek ve evde bakımını devam ettirebilecekse, o açıdan tabii ki evde bakımın yapılması her açıdan daha iyi... evde yapamadıkları için getirip hastanede yatırmak istiyorlar gereksiz yere.” (G14 Kamu Hastanesi Başhekimisi)

“Hastanelerin yükü artık azalacak, ondan sonra daha kaliteli bakım almış olacak.” (G17 Halk Sağlığı Kurumu)

“Enfeksiyon durumu düzelince, klinik durumu stabilite kazandıktan sonra hastanede artık o hastanede o hasta için yapılacak bir şey yoktur. Ağırıklı olarak tedavi merkezidir, bakım merkezi değildir. Buradaki asıl püf noktası da bu.” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

- Kişinin sağlık hizmetine ulaşımında kendini özel hissetmesini sağladığı ve bu durum da hastanın daha hızlı iyileşmesine neden olduğu düşüncesi de, aşağıdaki ifadelerde belirtilmektedir.

“Vatandaş artık daha çok birilerinin gelmesini istiyor, birileri yanlarına gittiği takdirde mutlu oluyor, ilgi alaka görüyor yani. O bile bazen yetiyor. Hiçbir şey yapmasanız bile devlet bizimle ilgileniyor hissi uyanıyor, o bile hastaların daha hızlı iyileşmesini sağlıyor.” (G14 Kamu Hastanesi Başhekimisi).

“Psikolojik olarak rahatlatıyor. Bizim hiçbir şey yapmasak bile eve gitmemiz hastayı ve aileyi rahatlatıyor.” (G14 Kamu Hastanesi Başhekimisi).

“Kişi kendini özel hissediyor.” (G18 TSM Yöneticisi).

- Evde bakım hizmetlerinin sağlık hizmetlerinden yararlanamayanlar için bir alternatif olabildiği ve incinebilir gruplara hizmet sunma olanağı sunduğu; *“hastane hizmetlerinden yararlanmayanlara hizmet sunması. Bizim kitlemiz unutulmuş bir kitle. Biz unutulmuşlara hizmet sunuyoruz, dolayısıyla evde bakım unutulmuşların hatırlanmasını sağlıyor”* (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu) şeklinde ifade edilebilmektedir.

- Mahremiyet kavramı ile özerklik arasındaki doğrudan ilişki, mahremiyet kavramının özel yaşamı da kapsayan anlam yükü dolayısıyla, evde bakım uygulamaları bireyin özerkliğinin gerçekleşmesinde araç haline gelmektedir. Bununla birlikte bireyin mahrem alanına girilmesi nedeniyle hizmet sağlayıcının bu durumun farkında olarak mahremiyete ve bireyin değerlerine saygı göstermesi gerektiği de, aşağıdaki ifadelerde vurgulanmaktadır.

“Hastanede hasta tanımadığı ortamda, ama evinde, kendi bildik yatağında, kendi bildiği eşyaları ile kendini daha iyi hissediyor.” (G16 Özel Evde Bakım Veren Hemşire).

“Hastanelerde hasta bize uyarken, aslında evde bakımda biz hastaya uyuyoruz. Eve gidildiğinde sadece hasta yok. Hastanın ailesi, evin mutfak, hastanın yatağı, her şeyi var. Bunlar hastayı değiştiriyor. Dolayısıyla da siz de değişmek zorundasınız.” (G17 Halk Sağlığı Kurumu Yöneticisi).

- Yukarıda kültürel yapının kişiye verilecek evde bakım hizmetlerinin kapsamını etkilediği belirtilmiştir. Bu kapsamda evde bakım hizmetlerinin Türk kültürüne uygun olması da bir avantaj olarak değerlendirilmekte ve bu avantaj *“en önemli avantajı bizim kültürümüze uyması”*. (G18 TSM Yöneticisi) ve *“Türk insanı kendi evinde yaşamayı ve hizmet almayı ister.”* (G19 İl Sağlık Müdürlüğü Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

4.2.11. Evde bakım hizmetlerinin dezavantajları

Görüşmeciler, evde bakım hizmetlerinde dezavantaj olarak; acil durumlarda sağlık hizmetlerine hızlı erişememe, denetleme işlemlerinin güçlüğü, personelin daha özenli davranma zorunluluğu, ev ortamının sağlık hizmeti sunmaya uygun olmaması hususları ifade etmişlerdir. Bununla birlikte evde, kendi ortamında, kendi sosyal çevresinde hizmet almak bir avantaj olarak gözükmekle sosyal desteklerin yetersizliği durumlarında, evde yalnız kalmak sosyal yaşamdan soyutlanmaya neden olarak dezavantaj haline gelebilmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin, eğer sistem uygun bir sistem ise hiçbir dezavantajının olmadığı *“kesinlikle dezavantajı olmaz eğer sistem oturursa”* (G17 Halk Sağlığı Kurumu Yöneticisi) şeklinde ifade edilirken, aynı zamanda sadece acil durumların bir dezavantaj şeklinde görüldüğü ve *“bir tek acil durumlarda biraz dezavantaj olabilir, onun dışında ben bir dezavantaj görmüyorum açıkçası.”* (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edildiği bir görüş de söz konusudur. Acil durumlarda evde bakım hizmetlerindeki dezavantaj evde sunulacak hizmetlerdeki sınırlıklar ile gerekçelendirilerek *“acil bir durum olduğunda maalesef ne kadar evde bakım hizmeti de verseniz sonuçta evde yapabileceğiniz şeyler sınırlı ve kısıtlı”* (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmiştir.

Evde bakım hizmetlerinin, hastaların sosyal yaşamını engelleyici durumlara neden olabileceği ve hastanelerin kişilerin sosyal yaşamlarına katkı sağladığı “*aile desteği olmayan kişilerin sosyal yaşamdan kopmasına neden olabiliyor. Hastane belki onların tek sosyal bağı idi. Hastanedekilerle hastalıklarını konuşmak, hastaneye giderken yaşamın bir parçası olmak, onlar için belki de tek sosyal ilişki idi. Bazı hastalarımız var. Tek gördükleri kişi şu an yaşlı bakım elemanları. Biz hastalarımızı sosyal yaşama katamıyoruz. Biz istesek de dışarı çıkmıyorlar.*” (G15 Belediye Evde Bakım Birimi Sorumlusu) biçiminde ifade edilmektedir.

Evde hizmet sunumu sırasında özel yaşamın örselenebilmesi ve özel yaşam ile sağlık hizmeti sunma arasındaki sınırın korunmasındaki güçlük bir dezavantaj olarak görülmektedir. Görüşmecilerden bir tanesi bu durumu. “*evdeki mahremiyete dikkat etmek gerek. Kişinin evine gidiyorsun, hem misafirsin hem de sağlık personelisin. Hem misafirliğinin hem de sağlık personelinin gerektirdiğini yapacaksın*” (G18 Toplum Sağlığı Merkezi Yöneticisi) şeklinde bildirmektedir.

Evlerin sağlık hizmetleri sunumu için uygun olmaması “*ortam hijyenik olmuyor, standart olmuyor, sağlık koşulları ve çevresel faktörleri iyi olmayabiliyor*” (G19 Sağlık İl Müdürlüğü Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

4.2.12. Evde bakım sistemi için öneriler

Evde bakım hizmetlerinde; sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmet uygulamalarının bütüncül bir yaklaşımla hayata geçirilmesi ve bu anlayışa dayalı yasal düzenlemelerin yapılması gerektiğine dair görüşler, aşağıda yer almaktadır.

“Evde bakım hizmetlerinde sağlık ve sosyal bakımın bir arada yürütüldüğü bir sistem oluşturulmalıdır. Çalışmalar sağlık ve sosyal bakımı içeren bütüncül bir yaklaşımla yapılmalıdır. Meslekî anlamda multidisipliner bir çalışma gereklidir.” (G15 Belediye Evde Bakım Birimi Sorumlusu).

“Bu koordinasyon merkezinde şu an belediye ayağından ve aile sosyal politikalar ayağından kimsenin olmaması, Yönetmelikte bunların da koordinasyon merkezinin de üye olması gerektiğini düşünüyorum. ...Üç

yapının aile ve sosyal politikaların, sağlının ve belediyelerin ortak bir çatı altında bütün güçlerini tek bir yapı altında birleştirerek bu işi yürütmelerini istiyorum” (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi).

“Sosyal hizmetler farklı bir yerde farklı bir anlayışa sahip, evde bakım hizmetleri farklı bir yerde farklı bir hizmet tanımlamasına sahip, bu bana göre doğru değil. Bütünlüklü olması birbirini anlaması gerekir. Evde bakımı sağlayacaksanız evde iyi fiziksel koşulları sağlamak öncelikli olarak o zaman değerlendirmeniz gereken elbette ki hastanın durumunu değerlendireceksin, ama fiziki koşullarının değerlendirilmesi ve bunun uygunluğunun sağlanması. İkincisi o fiziki koşulun devamlılığını sağlayacak eğitilmiş personelin sağlanması, üçüncüsü zaman zaman evde bakım ihtiyacı duyan kişilerin ciddi psikolojik sorunları da beraberinde mutlaka olur, çünkü yatalak bir hastanın psikolojisinin bozulmaması hemen hemen mümkün değil. Bunun önüne geçebilecek psikolojik destek ve fiziksel destek. Yani yeri geldiğinde evdeki o hastanın dışarı ile temasını kuracak bir şey desteği de vermeniz gerekir.” (G10 Aile Hekimi).

“Yatalak bir hasta kimseyle görüşemiyor, saçı uzuyor, sakalı uzuyor. Onun her türlü evde bakım hijyeninin sağlanması, ev düzeninin sağlanması, ara ara çıkartılıp toplum içine kazandırılması hepsini bir bütün olarak ama bunun içerisine medikal yani tıbbi tedavinin de olması birbirinin iç içe olması gerektiğini düşünüyorum. İkisinin ayrı ele alınmasına da şahsi olarak karşıyım”. (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi).

“...hastanın atıyorum ek gıda alacak sosyal güvencesi yok, durumu yok ne kadar evde bakım hizmeti sunarsanız sunun bunun hastaya katkı sağlamanız mümkün değil.” (G10 Aile hekimi).

“Sağlık Bakanlığı ve Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı yönetmeliklerinin birleştirilmesi ve yasal çerçevenin tüm hizmeti kapsayıcı hâle getirilmesi gerekiyor.” (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu).

Evde bakım hizmetinin tek çatı altında yürütülmesi gerektiğine ilişkin görüşlere karşın varolan sistem gibi değişik kurumlar tarafından yürütülmesi, ancak entegrasyonun geliştirilmesine ilişkin görüş, *“kurumların birbirleri ile koordineli biçimde çalışmaları gerekmekte. Evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan kişi ev işlerine de ihtiyacı vardır, temizliği de. Kurumlar birbirlerine bu türden hastaları bildirmeleri gerekmekte.”* (G18 TSM Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Evde bakım hizmetlerini yürütmek için bağımsız bir örgütlenmenin olmasına ve bu örgütün evde bakım hizmetlerini tek bir yapı içerisinde yürütmesine ilişkin öneriler bulunmaktadır. Konu ile ilgili görüşler aşağıdadır.

“Bir koordinasyon merkezi, 112 hizmetleri var ya aynen onlar gibi bir koordinasyon merkezi aradığında evde sağlık birimine ulaşacak. Böyle ayrı ayrı yapılar yerine oradaki arkadaşlarımız kendileri gidip değerlendirecekler.” (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi)

“...acil sağlık hizmetleri (112) gibi ayrı bir birim olmuş olsa tamamen bağımsız hareket etmiş olsa, çok daha iyi olacağını düşünüyorum.” (G17 Halk Sağlığı Kurumu Yöneticisi).

“...bunu yürütülmesi için çok kapsamlı bir merkezin oluşturulması, anında mobil hizmet sunulabilecek bir merkezin olması gerekir. Dışarıdan gelecek bir ekiple bunu yapmak zor. Evde bakımda sürekli bir hekim grubunun bulunması lazım.”(G10 Aile Hekimi).

Evde bakım hizmetlerinin izinsiz ve ruhsatsız çalışan kişilerce sürdürülmesinin önlenmesi ve çalışma olanaklarının yasal hâle getirilerek sisteme entegre edilmesi gerektiği, hem özel çalışan hemşirelerce hem de ruhsatlı kuruluşlarca dile getirilen ortak bir görüş olarak öne çıkmaktadır. Konuya ilişkin görüşler, aşağıdaki gibi ifade edilmiştir.

“Yani hepsinin legalleştirilmesi gerekiyor; herkes yasadışı çalışıyor, legalleştirmek gerek. Legalleşirse hem maliyetler düşer, hem personel

sorunu çözülür. Hem de her şey çözülür, nedense bir legalleştirme yoluna gidilmiyor.” (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Üç-beş hemşire bir araya gelip evde bakım hizmeti vermemeli, takip edilmeli ve Sağlık Bakanlığı’nda çalışan kişilerin bu tarz evde bakımı törpülenmelidir. Bu tarafta ciddi açık var.” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Evde bakımın daha iyi olması için, bir kere bunun tamamı ile yasal ve devlete bağlı olması, hem hasta hem hasta ailesi hem de devlet olmak üzere üçlü organizasyon şeklinde daha uygun olacağını düşünüyorum.” (G16 Özel Evde Bakım Hemşiresi Yöneticisi).

“Yabancı uyruklular ile ilgili düzenleme yapılmalı. Kaçak olarak çok fazla evde bakım sektöründe çalışanlar var. Doktor, hemşire olduğunu söyleyip çalışan çok kişi var. Hasta yakınları için yabancı uyrukluların maliyetleri daha düşük olduğu için onları seçiyorlar, ama genelde çok da fazla sorun yaşıyorlar.” (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Evde bakım hizmetlerinin sosyal güvenlik sistemi tarafından karşılanabilir hale gelmesine ilişkin görüşler, aşağıda yer almaktadır.

“Evde bakım için devletin desteği şart. SGK, BAĞKUR ya da Emekli Sandığı her neyse bunun sisteminin biraz daha artırılması gerekiyor”. (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu).

“SGK kapsamında bakım sigortası yapılandırılmalı. Onun ele alınması gerektiğini düşünenlerdenim veya özel bakım sigortası içerisinde yapılandırılabilir.” (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi).

“Bakım sigortası hem bizler açısından hem de hastalar açısından avantajlı bir durum. Bakım sigortası derken devletin sağlayacağı bir durumdan bahsediyoruz. Orada şöyle bir şey olabilir; devlet para ödeyecek ama büyük bir avantaj olacak. Bu şekilde hastaneye gereksiz yığılmalar olmayacak,

“çünkü bazı sorunlar evde çözülebilir; zaten bunlar hastaneye gidecek hastalar değillerdi.” (G11 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Evde bakımın ülke sosyal güvencesi kapsamında olması bu sorunu çözecektir.” (G15 Belediye Evde Bakım Birimi Sorumlusu).

Evde bakım hizmet kuruluşlarının sonuç olarak sosyal bir hizmet sürdürdükleri, bu nedenle de vergi muafiyeti sağlanması gerektiği; *“sosyal fayda sağlayacak şekilde bir evde bakım kuran kişiye vergiden muafiyet olsun, indirim olsun ya da bu tür şeyler yapılabilir yani.”* (G14 Kamu Hastanesi Başhekimisi) şeklinde ifade edilmiştir.

Evde bakım uygulamalarının bir hizmet sektörü olması, bu alanda çalışacak personelin seçiminin, niteliğinin, hizmet içi eğitiminin, hizmetin yarattığı yükten korunma yöntemlerinin önemini artırmaktadır. Bu bilinçle görüşmeciler alanda, çalışacak personelle ilgili olarak aşağıdaki önerileri dile getirmişlerdir.

“Bence en önemlisi tükenmişlikten korunma eğitimi verilmeli.” (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu).

“Sürekli evde yatağa bağımlı bir insan ve sürekli onların üzerinde yük gibi. Hani bir süre sonra evdeki bakan insanın da psikolojisi bozuluyor, bakılan insanın da psikolojisi bozuluyor; çünkü bir süre sonra artık onlar da hani şey davranmamaya başlıyorlar, yükmüş gibi davranmaya başlıyorlar, hani böyle bir imkân olmuş olsa, düşünsenize arada bir gelip sizin yükünüzü hafifletecek birileri olacak, ama bu hani sağlık personeli tarafından yapılması şey değil, hani bunun için ayrı hani birilerinin olması gerekiyor.” (G17 Toplum Sağlığı Merkezi Yöneticisi).

“Personel eğitilebilir yaşlı bakımı ile ilgili evde ya da yatağa bağlı hasta bakımı ile ilgili personel daha farklı eğitilebilir.” (G17 TSM Yöneticisi).

“Öncelik olarak iyi bir eğitim almış, donanımlı personelin olması lazım. Personelin içerisinde kafanızda düşündüğünüzde kimler olması lazım. İşte

bir hemşiresi, sağlık memuru, hekimi, psikologu şusu busu, yani o alanla ilgili değerlendirme yapabilecek bir ekibin olması lazım. Sadece aile hekiminin tek başına değerlendirebileceği bir şey gibi düşünülmemesi gerekiyor.” (G10 Aile Hekimi)

“Aslında hastanın tamamen evde ihtiyaçlarını karşılayabilecek bir ekibimiz olması gerekir. Bunun için de hem evde bakımı yapabilecek eğitimi almış, belki de yakın zamanda bu şekilde çalışmış kişiler, o kişiler belki de evde bakım ünitesinin eğitimini almış olup, bu şekilde tam yetkiyle hastanın bütün sağlık hizmetini, yani patolojik bulgular falan bunlar belki bilgi işlemle entegre bir şekilde bir sisteme olunan yerde girip, gerekli şeyleri yapabilseydik daha iyi olacaktı.” (G14 Kamu Hastanesinde Başhekim).

“Öncelikli olarak hani evde bakım işini gerçekten bu yaşlı bakım ve evde bakım eğitimini almış çalışanlarımız öncelikle yapıp, hani bu şekilde basamaklandırılıp belli bir aşamadan sonra doktorların bu işe dâhil olması, entegre olması daha iyi olacaktır.” (G14 Kamu Hastanesinde Başhekim).

“Hastane ve kurum odaklı yetiştirildik. Hastanede çalışırken kalıplarımız var, sorunlar ve çözümler birbirine benzer, ama burada farklı sorunlarla karşılaşıyorsunuz, esnek ve pratik olmamız gerek.” (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu).

“Her türlü sağlık personeli çalışabilir, ama evde bakım personeli biraz esnek olmalı.” (G17 Halk Sağlığı Kurumu Yöneticisi)

Evde bakım hizmetlerinin daha nitelikli olarak sürdürülebilmesi için şu anda yürürlükte olan sistemin revize edilmesi ile ilgili olarak getirilen önerilerden biri de *“hastanelerde aslında sadece bu hastalarla ilgili ayrılan bir bölüm olsa, yani koordinasyon açısından evden alıp hastaneye götürüldüğünde ilgili branş hekimi karşılayacak olsa, bu sistem daha mükemmel çalışır.” (G19 İl Sağlık Müdürlüğü Yöneticisi)* biçimindedir.

Evde bakım hizmetleri ile ilgili yasal çerçevenin iyi belirlenmesi, görev tanımlarının ortaya konması, hizmetin standardının ülke çapında belirlenmesi gerektiği, aynı alanda hizmet veren kuruluşların iletişiminin geliştirilmesi gerekliliği de öneriler arasında yer almış ve aşağıdaki şekilde belirtilmiştir.

“Yani kimin görevi ve yetkisinin nereye kadar olduğu, hukuksal bir açıklaması olmalı, ekip donanımı ve personel donanımı yeterli olmalı, bu konuda yetişmiş personelin olması gerekli.” (G19 İl Sağlık Müdürlüğü Yöneticisi)

“Diğer evde bakım kuruluşları ile iletişimin en üst düzeyde olması gerekiyor.” (G19 İl Sağlık Müdürlüğü Yöneticisi)

“Yine kamu ve özel hizmet sunucularında farklı standartlar, mevzuat olmamalı. Ulusal akreditasyon ve sertifikasyon sistemlerinin oluşturulması.” (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi).

4.3. Almanya’daki Evde Bakım Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Almanya’da evde bakım hizmetlerine ilişkin bulgular aşağıda belirtilmiş olan 13 başlık altında gruplanmıştır.

- Evde bakım hizmetleri ile ilgili tanımlar
- Evde bakım hizmetinin kapsamı
- Evde bakım hizmeti alacak kişilerin belirlenmesi
- Verilecek hizmetin çeşitliliğinin belirlenmesi
- Evde bakım hizmetin finansmanın sağlanması
- Evde bakım hizmetinin denetlenmesi
- Evde bakım hizmeti sunumundaki güçlükler
 - Personelle ilintili sorunlar
 - Hizmeti alanla ilintili sorunlar
 - Aileyle ilintili sorunlar
 - Hizmetin doğasıyla ilintili sorunlar

- Kültürel yapının hizmet içeriğine etkisi
- Rekabetin neden olduğu sorunlar
- Yürürlükteki sağlık sistemiyle ilintili sorunlar
- Finansmanla ilintili sorunlar
- Güvenlikle ilintili sorunlar
- Evde bakım hizmetlerinin avantajları
- Evde bakım hizmetlerinin dezavantajları
- Evde bakım sistemi için öneriler

4.3.1. Evde bakım hizmetleri ile ilgili tanımlar

İnsan yaşam süresinin uzaması ve insan hakları kavramının merkezî önem kazanması, bir taraftan bireylerin bakım gereksinimini, diğer taraftan da kamusal yaşamın temel düzenleyicilerinden olan devletin artan gereksinimin karşılanması bağlamındaki ödevini artırmaktadır. Bu artışın devletin sınırlı kaynaklarının akılcı kullanımı çerçevesinde karşılanması, politik arenadaki tartışmaların bakımın tanımından başlayarak, bakım hizmeti modelleri, sınırları, nerede sürdürülmesi gerektiği gibi birçok başlıkta çeşitlenmekte olduğu fikri görüşmeciler tarafından; *“şu an politik arenada bakım kelimesinin tanımı üzerine tartışmalar yapılıyor. Bakım nedir ve bakım nerede başlıyor? Bir hastanın evinden ayrılması gereken koşullar oluştuğunda, orada insan soruyor. Evinde mi kalmalı? Hastaneye mi gitmeli? Bakım evine mi gitmeli?”* (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmiştir.

Almanya’da evde bakım hizmetleri uygulamaları, bakım merkezlerinin bir alternatifi olarak tanımlanmakta ve bu yaklaşım, *“evde bakım; hasta ve yaşlı, bakıma muhtaç insanların kendi evinde bu bakımdan faydalanmasıdır. Gidip yaşlı evlerinde kalmaktansa kendi evlerinde hizmet almalarıdır.”* (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Evde bakım hizmetlerini bütüncül bir anlayışla sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin birlikte sunulduğu bir alan olarak tanımlayanlar, aşağıdaki ifadeleri kullanmışlardır.

“Bir kişiye evde sağlanabilecek her türlü hizmetin karşılanması. Kişiye evinde sunulabilecek her türlü tedavi hizmetleri ile birlikte onun yaşamını devam ettirebilecek her türlü hizmetin sunulması.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bir kişinin günlük ihtiyaçlarının giderilmesi. O demek oluyor ki; vücut bakımından tutun yemesi, içmesi, mobilize edilmesi, evin temizliğine kadar olan bakımdır. Artı bir de tedavi hizmetleri var”. (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Kişiye yaşadığı yerde ona hizmet sunmaktır. Onun sağlığını geliştirecek hizmetlerdir. Yemeğinden, vücut temizliğinden, tedavisine, rehabilitasyonuna kadar evinde yapılabilecek tüm hizmetlerdir.” (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Evde bakım hizmetleri, kişinin evinde, onun yaşamını etkileyen yetersizliklerin giderilmesi olarak da tanımlanmaktadır. Konu ile ilgili görüşler aşağıdadır.

“Evlerinde zorlandıkları noktada onlara yardım etmek.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“... temel kriter hasta kendi yapamadığını hizmetlerinin sağlanması. Hastanın yapamadıklarını yapmak, evinde yaşayabilmesini sağlamaktır.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Etik olarak yaşayabilecek şekilde yardımcı olabilme.” (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi).

4.3.2. Evde bakım hizmetinin kapsamı

Evde bakım hizmetlerinin kapsamının geniş olarak değerlendirilerek sağlık bakımını ve sosyal hizmetleri içerecek şekilde bir bütün olarak ele alındığı görülmektedir. Görüşmecilerin konu hakkındaki ifadeleri, aşağıda yer almaktadır.

“Biz gerekirse tedavi, gerekirse temel bakım ve evde hayatı kolaylaştırıcı bütün işlemleri yapıyoruz. Ama genelde hastalarımızın çoğunun kişisel bakıma ve ev işlerine desteği olduğu için, işimizin büyük çoğunluğunu kişisel bakım ve işleri oluşturuyor. Hastanın vücut bakımından tutun da, yemeğini, ütüsünü yapmaya kadar bütün işler”. (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“İlaçları da veriyoruz, tedavi varsa tedavilerini de yapıyoruz. Bakım ihtiyacı varsa bakım ihtiyaçlarını da yapıyoruz. Bunun içerisine vücut bakımından tutun da evin temizliği, hastaya yemek hazırlanma, alışverişini yapma, gerekirse doktora götürme.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Onları yıkıyoruz, kahvaltılarını veriyoruz, evlerini topluyoruz, ilaçları veriliyor, sonra alışverişleri yapılıyor, öğle yemekleri ve yemekleri yapılıyor ondan sonra evleri tekrar toplanıyor. Biliyorsunuz evler dağılıyor gün içinde, sürekli toplanması gerekiyor.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Evde bakım, rahatsız olan kişinin uyandığı andan itibaren yıkama, giydirme, tarama, yemek hazırlama, yedirme, çok daha önemli olan tuvalet, banyo ihtiyaçlarını görme, evi temizleme, sosyal hayattaki katılımını sağlamadır.... Bunlar Almanya’daki normal bakım. Ayrıca özel bakım var, sağlık hizmetleri, iğne vurma, pansuman gibi bakımları da karşılanıyor.” (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi).

Evde bakım hizmetinin kapsamının ve sınırlılıklarının kuruluşun kendisi tarafından belirlendiği, “konseptinizde ne varsa verebilirsiniz. Açılış aşamasında bir konsept yazıyorsunuz. O konseptte ne yapacağınız, hangi bakım modelini uygulayacağınız hepsi var. Mesela biz evde çocuklar için hospis hizmet veremiyoruz. Konseptimizde yok.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu) ve “birçok kuruluş sırf bakım yapıyor, bazı kuruluşlar ise hem bakım hem de tedavi yapıyor. Anlaşması olursa sağlık sigortasıyla ikisini de yapabiliyor.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmiştir.

Özel dal evde bakım hizmeti sunan bir kuruluş, hekim tarafından belirtilen işlemlerin uygulanması olarak kapsamın belirlendiğini *“hastaya doktoru tarafından yapılacak uygulama yazılıyor....Bunu doktor yazıyor. Hasta da bize ulaşıyor. Bu hasta ev hastası ise onun evine gidip bu hizmeti yapıyoruz.”* (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde belirtmektedir.

4.3.3. Evde bakım hizmeti alacak kişilerin belirlenmesi

Hastaların evde bakım hizmetlerine ihtiyacının sigorta kuruluşları, belediye ve sağlık kuruluşları tarafından belirlendiği aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir.

“Temel olarak dört şekilde oluyor. Birincisi sigortalı bedensel olarak bakıma ihtiyacı varsa, sigortasına dilekçe verebilir. Sigorta kişinin ihtiyacı var mı yok mu diye bilirkişi ile tespitte bulunuyor. İkincisi de insanlar özel olarak kendi kaynakları ile bu hizmeti satın alabilirler. Ve belediye üzerinden. Belediye tespit etmişse kişiyi kendisine bakacak durumda değil, ev dağınık, bakıma muhtaç; böyle bir durum tespit edildiğinde de belediye üzerinden o kişi o hizmeti alabiliyor. Ya da doktor yazar. Mesela doktor der ki bu hastanın tedavi ihtiyacı var, ilaçlarının yapılmasına ihtiyacı var. Yazar ve sevk eder. Böyle bir durumda da bakılır.”(G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Almanya’da normal süreçte kişilerin bakım gereksinimleri belirlendikten sonra, evde bakım kuruluşlarına başvurularını yaparak hizmet almaları beklenmektedir. Ancak sürecin bu şekilde işlemediği, evde bakım kuruluşlarının talep oluşturdukları ve hizmet alacak kişileri kendilerinin belirledikleri ifade edilmektedir. Görüşmecilerden biri bu durumu aşağıdaki şekilde ifade ederken bunun bir itiraf olduğunu ve diğer kuruluşların da benzer yöntemleri uyguladıklarını ama bunu söylemeyeceklerini belirtmektedir.

“Normalde evde bakıma ihtiyacı olan hastaların bize başvurması gerekiyor. Evde bakım ihtiyacı, doktor ya da belediyeler tarafından yazılıyor. Bu hastaların bize başvurması gerekiyor. Fakat bazen işler tersten de oluyor. Hastayı biz buluyoruz. Onun evde bakıma ihtiyacı olduğunu fark edip onların evde bakım derecelerini belirlenmesini ve evde bakım hastası

olmasını sağlıyoruz. Ama size söylediğim bu durumu, görüşme yapacağınız çoğu evde bakım kuruluğu size söylemez. Sanki hastanelerdeki gibi bütün hastaların kendilerine geldiklerini söylerler. Çoğu zaman gerçek böyle değildir. Evde bakım kuruluşlarının çoğu kendi hastalarını kendileri oluştururlar. Çünkü evde bakım hastalarının birçoğu, özellikle bizim çalıştığımız kitle, hizmetten nasıl yararlanacağını bilmez. Ya da kasalar (Sosyal Güvenlik Kuruluşları) en düşük dereceden hizmet almalarını istiyorlar, çünkü daha az para ödemek istiyorlar.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Bir başka görüşmeci evde bakım kurumlarının talep oluşturmaları durumunu, sektördeki yoğun rekabete bağlamakta ve durumu aşağıdaki biçimde ifade etmektedir.

“Bakım sigortasından ya da sağlık sigortası tarafından evde bakıma ihtiyaç olan kişilerin bizlere ulaşması gerekiyor. Fakat sektörde yoğun bir rekabet olduğu için, hasta kapma yarışı var. O nedenle de bizler sigortalar tarafından evde bakım ihtiyacı olan kişilere ulaşmaya çalışıyoruz; bu bazı kuruluşlar tarafından hasta çalmaya kadar gidebiliyor.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Psikiyatrik evde bakım hizmetlerinin hekimin talebi üzerine belediyenin sorumluluğunda hastanın ihtiyaçları belirlenip bir ile on iki arasında bir ihtiyaç derecesinin belirlenmesinin ardından yaşama geçirildiği bir özel dal psikiyatri evde bakım kuruluşu sorumlusu, aşağıdaki şekilde bildirmiştir.

“Doktor bilirkişi olarak kontrolden geçiriyor ve bu yardıma ihtiyacı olduğunu tespit ederse, belediye bu insana bir ihtiyaç derecesi belirliyor ve belediye kendi elindeki ya da onların bilgisi dâhilindeki özel şirketlere veya kendi bünyesinde bu şekilde çalışan insanları varsa onlardan ricada bulunuyor.” (G6-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Birden on ikiye kadar gruplandırma var. Mesela HGB (yardım ihtiyacı) bir’e göre bir insanın alabileceği yardım haftada 180 dakika. Yani üç saat direkt,

69 dakika da indirekt. Bunlar dakika olarak hesaplanıyor.” (G6-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

4.3.4. Verilecek hizmetin çeşitliliğinin belirlenmesi

Evde bakım hizmetlerinde kişinin bakım ihtiyacına göre bakım derecesi belirlendiği, bakım derecesi belirleme işleminin belediyeler ve sigorta kuruluşları tarafından yapıldığı ve belirlenen bakım derecesi kapsamında kişiye hizmet sunulduğu belirtilmektedir.

“Bakım derecesini sadece sağlık sigortasından gelen insan veriyor. Ve belediyede yeniden geliyor ve belediyenin ne kadar üstleneceğini, sağlık sigortasına bakarak veriyor.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Hastalığın ağırlığına göre belirli bir bakım notası (derecesi) veriliyor. Bir ya da iki ya da üç bakım derecesi veriliyor. Sıfır bakım derecesi de var. Sıfırı çok hafif rahatsızlıklar için veriliyor. Onu da artık kabul ettikten sonra, bir miktar para ödeniyor ya bireysel ya da hastaya ödeniyor. Kimi seçerse ona veriliyor.” (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi).

“Her bir dereceye göre bakım kriterleri var. Bakım gereksinimlerine göre derecelendirmeler yapılıyor. Bakım derecelerine göre ihtiyaçları gideriliyor. Hizmetin kapsamı belirlenmiş olarak bize geliyor. Bize reçete gibi şunları yapacaksın şeklinde geliyor.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Belediyeye biz başvuruyoruz. Şöyle bir kişinin bakıma ihtiyacı var diyoruz. Belediyenin kendi birimlerinde çalışan sağlık personeli var, hemşireleri var. Onlar gelip bakıyorlar. Vücut bakımını dörde ayırmışlar. Kısmi yardım, yatakta yardım, duş yardımı.. diye dörde ayırmışlar. Onlar da kontrol ediyorlar, başvurduğumuz hizmetlere eğer uygunsa kabul ediyorlar.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Bakım derecesinin belirlenmesinin kişinin yeterlilikleri dikkate alınarak yapıldığı, kişinin kişisel hijyeni ve ev işlerini yapabilmesine bakıldığı aşağıdaki ifadede yer almaktadır.

“Bakım derecesi bir alması için o kişinin en az 45 dakika vücut bakımına ihtiyacı olması lazım, 45 dakika da ev işine. Vücut bakımı, genel bakım dediğimiz zaman vücut bakımı, yeme içme ve mobilite giriyor işin içine. Ev işleri de alışveriş, yani ne yapılıyorsa onlar yapılıyor.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Belirlenen bakım derecesine göre kişinin gerçekte daha fazla bakım hizmetine ihtiyacı olduğu düşünüldüğünde, kişi bakım derecesini veren kuruluşa ya da belediyeye yönlendirilerek bakım derecesine itiraz edilebildiği, görüşmeciler tarafından aşağıdaki gibi belirtilmiştir.

“Genelde işlem şöyle oluyor. Kişi bize geldiğinde biz kişiye bakıyoruz. Bir derece verildi, biz ona bakıyoruz, fakat o derecenin az olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca ailede birinin ya da hastanın kendisinin itiraz etmesi gerekiyor. Bunu aile yapıyor. Diyelim ki bakım derecesi yeterli değil ve kişi kendisi söyleyemiyor, o zaman belediyelere başvuruyoruz. Belediyeden oradan da bilirkişi geliyor, tamam diyor. Bakım sigortası zaten %100 bakımı karşılamıyor. Burada biz bunun üstüne vereceğiz, belediye kendi denetime geliyor. Bir kişi gönderiyor diyor ki, normal bakım sigortası şu kadar zaman ödüyor, ama bu kadar zaman yeterli değil, bu kadar zaman biz daha veriyoruz, ama bunu onlar bildiriyor.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Başvuru derecesine itiraz evde bakım kuruluşu için gelir artırıcı bir uygulama olabilmesi nedeniyle kuruluş tarafından yapılan itirazın dikkate alınmadığı, bu nedenle de ailenin yönlendirilmesi ile bu işlemin yapıldığı görüşmeci tarafından, *“biz hizmet veren kişi olduğumuz için bakım derecesinin artmasında bizim menfaatimiz olduğunu düşündükleri için, bizim başvurularımız çok dikkate alınmıyor. Ama biz aileyi yönlendiriyoruz aile başvuruyor”*. (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Özel dal evde bakım hizmeti olan psikiyatrik evde bakım hizmetlerinde ihtiyaç derecesi (HGB), diğer evde bakım hizmetlerinden farklı olarak hizmeti verecek kuruluş tarafından belirlenmektedir. Ancak belirlenen bu ihtiyaç derecesi, belediye tarafından onaylanmak zorundadır. Onaylanma sürecinde belediyenin belirlenen ihtiyaç derecesini azaltma veya artırma yönünde değiştirme hakkı saklı kalmaktadır. Söz konusu uygulama özel dal evde bakım yöneticisi tarafından; *“belediye bakıyor. Çok absürt bir şey yoksa, duruma uymayacak bir şey yoksa, yani onlar o kişiyi tanıyor zaten, süre saatler konusundan abartılmış bir şey varsa, diyelim ki HGB 5 yapmışsınız bu haftada 540 dakika bu kişiye çok fazla diyebilir mesela. Bazen oluyor ki biz bazı ihtiyaçları az görüyoruz, onlar diyor ki dört dakika veriyoruz, haftada 352 dakika artırıyor mesela”* (G6-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmiştir.

Psikiyatrik evde bakım hizmetlerinde ihtiyaç belirlemenin hastanın belirlediği hedefler doğrultusunda gerçekleştiği, *“bu insanın kendisinin belirlediği ihtiyaçlara yönelik hedefler belirleniyor”*. (G6-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

4.3.5. Evde bakım hizmeti veren personelin özellikleri

Evde bakım hizmetlerinde personel sayısının kuruluşun büyüklüğüne göre değişiklik gösterdiği, *“istasyonun büyüklüğüne göre değişir.”* (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Evde bakım hizmetlerinde farklı meslek gruplarının yer aldığı ve görev tanımlarının da belirlenmiş olduğu ifade edilmektedir. Meslek grupları içerisinde yönetici, hemşire, uzman bakım elemanı, yaşlı bakım elemanı, hasta bakım elemanı yer almaktadır. Konu ile ilgili görüşler aşağıdadır.

“İki yöneticiyiz burada. Çalışanların hastalara sunumuyla ilgili, hastalara gitme turlarının yapılmasını biz iki kişi planlıyoruz. Hastaların kabulü vb. işleri yapıyoruz. Yedi uzman bakım elemanımız var. Bunlar üç yıllık hemşirelik eğitiminden geçmişler. 12 kişi de temel eğitimden geçmiş olan elemanlar var.” (G9-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Hasta bakıcı yardımcıları var, bu yardımcılar tabii her şeyi yapamazlar. Misal ilaç dizemezler, ilaç veremezler bunları ayırmak gerekiyor. Bu hasta bakıcı yardımcı sizi yıkayabilir, size yemek yapabilir, sizin alışverişinizi yapabilir. Size yardımcı çok kolayca diyebilirim. Hemşirelerimiz farklı tabii, iğne yapabilir, yaranızı temizleyebilir, ilacınızı verebilir, pansumanınızı yapabilir ve daha çok şey yapabilirler. Yaşlı bakım eğitimi alanlar da hemşirelerle benzer işleri yapabiliyorlar. Pansumanınızı yapabiliyor, yaranızı temizleyebiliyor; onlar da aynı. Onlar da 3 sene okuyor hemşireler gibi, yine de ayrıntıları var tabii.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bizim istasyonumuzda şu an 30 çalışanımız var. 10 kişi hemşire, özel eğitimini almış şahıslar. Diğer 20’si 200 saatlik kurs almışlar. Temel ev bakımı ve temel vücut bakımı eğitimi verilen kursa gitmiş. Haftada 15 saat çalışan bir sosyal hizmet uzmanımız var ve muhasebecimiz var. Bir de ben varım yönetici olarak.” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Hemşireler var, onlar genelde tıbbi şeyler yapıyor, fakat onun yanında bakım kısmını da yapıyorlar. Hemşire yardımcısı dediğimiz hasta bakım elemanımız var. Onlar ev işleri ve hastaların diğer ihtiyaçlarını gideriyorlar. Vücut bakımı, yemesi, içmesi, doktora götürülmesi, alışverişinin yapılması, evinin toparlanması, çamaşırının yıkanması, bir evde yapılan tüm işlerin yapılması.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Çoğunluğunu vücut bakımı, ev işlerini yapan personel oluşturmakta. Hemşire ve hemşire yardımlarımız var. Kimin ne iş yapacağı belli.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Evde ergoterapi ve psikiyatrik hizmet veren özel dal evde bakım kuruluşlarında, sadece uzmanlık alanını gerektiren meslek uzmanının yer aldığı; *“biz evde sadece ergoterapi yaptığımız için bizde farklı meslekler yok. Tabii her ergoterapist her işlemi yapamıyor, bazı uygulamaları yapabilmemiz için ek bir eğitim almanız gerekiyor.” (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)* biçiminde ifade edilmiştir.

Evde bakım kuruluşunda bürokratik işlemleri yapan personelin de önemli bir görev üstlendiği; *“idari işleri iyi yapamazsanız, diğer yaptığınız işler bir işe yaramıyor. Yazışmaları yapan personel, bakım işlerini yapan personel kadar önemli.”* (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Kuruluşunun hizmet sunum içeriğine göre personel çeşitliğinin değiştiği *“herkese her işi yaptıramıyorsunuz. Bulundurduğunuz personel konseptinizi belirliyor. Mesela çocuk hemşiresi olmadan, çocuk hospisi açamıyorsunuz”* (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) biçiminde ifade edilmektedir.

4.3.6. Evde bakım hizmetinin finansmanının sağlanması

Evde bakım hizmetlerinin bakım ve hastalık sigortası, belediye, özel sigortalar ve meslek örgütlerinin özel sigortalarından karşılandığı belirtilmektedir. Görüşmeciler kendi kuruluşlarının etkin olarak yararlandığı finansman kaynaklarını belirtmişlerdir.

Psikiyatrik evde bakım hizmeti sunan bir kuruluş yararlandığı ana finansman kaynağını cepten harcama ve sosyal yardım sigortası (SGB 12) olarak; *“kendi geliriyle yaşıyorsa kendisi vermek zorunda; bu paralı bir yardım. Ücretsiz değil sonuçta. Kişi sosyal yardım alıyorsa sosyal yardım aldığı kurum karşılıyor... Ayrıca SGB 12 paragraf 53-54 bunun finansman kaynağı”* (G6-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade ederken, evde ergoterapi hizmeti sunan evde bakım kuruluşu, *“biz paramızı sağlık sigortasından (SGB 5) alıyoruz. Ama bunu alabilmemiz için doktor tarafından yazılmış olması gerekiyor.”* (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde belirtmektedir.

Görüşmecilerin evde bakım hizmetlerinin finansman kaynağı ile ilgili ifadeleri aşağıdadır.

“Bir, sigorta üzerinden bakım ve hastalık sigortası, iki belediye, üç özel sigortalar. Çok nadir durumlarda meslekî örgütler var ve bir insan meslek dolayısıyla hasta oldu ise mesleki örgütler o zaman destek oluyor. Bağlı olduğu örgüt üzerinden, kuruluş üzerinden de bu imkânlardan yararlanma

olanağı var. Bakım sigortası var, ama kısmi hepsini kapsamıyor.” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Bakım sigortasından alınıyor. Bakım sigortasındaki para yetmiyorsa belediyelerden alınıyor.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Yaptığım işlemleri faturalandırırken SGB 5 ve SGB 11’e yapıyoruz. Yani ben bakıyorum işlemler SGB 5 başlığından, bakıyorum SGB 11 başlığından, ona göre hesaplarımı çıkarıyorum. Bir katalog vardır. Yıkamaya şu kadar alıyorum, şuna bu kadar gibi.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bakım sigortasından, sağlık sigortasından ve belediyeden karşılanıyor. Bakım sigortasından, sağlık sigortasından alınan ücret yetmediği zaman, belediyeden yardım talep ediliyor.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Masrafların üstlenmesinde dört kurum sayabiliriz. Hastalık sigortası, bakım sigortası, sosyal sigorta ya da özel sigorta.” (G8- Kâr amacı Gütmeyen Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

4.3.7. Evde bakım hizmetinin denetlenmesi

Görüşmeciler tarafından iç denetim ve sigorta kuruluşu tarafından yapılan dış denetim olmak üzere iki türlü denetim olduğu ifade edilmektedir. İç denetim kurumun kendi işleyişini gözden geçirmesine olanak sağlamakta ve kalite sisteminin bir parçası olarak kabul edilmektedir. Dış denetim ise, sigorta kuruluşu tarafından yapılmaktadır. Kendi yaptıkları denetimin daha işlevsel olduğu ve hizmet kalitelerini artırdığı, buna karşın sigorta tarafından yapılan denetimin daha çok bürokratik işlemleri içerdiği, asıl kalite değerlendirmenin de daha çok bürokratik işlemler üzerinden yapıldığı, bu tarz bir denetimin de hizmet kalitesini artırmadığını ifade etmektedirler. Konu ile ilgili görüşler aşağıdadır.

“Kalite menajerliği sistemimiz var. Kalite sorumlumuz var. Bakım viziteleri yapıyor, bakıcılarla konuşuyor, vakalarla ilgili vaka konuşması yapılıyor. Bir de MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) dedikleri bir kurum var, sigortalara bağlı, sağlık kurumu; oradan da geliyorlar senede bir. İnternet üzerinden kamuoyuna duyuruluyor. Bir not sistemi var, oradan bakılıyor.” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Genelde denetim yaparak kalitemizi kontrol ediyoruz. Denetim sırasında gördüğümüz eksiklikleri düzeltmeye çalışıyoruz. Bizim denetimlerimiz daha çok hizmetin kendisi ile ilgili. Bir de denetim kasanın (sigorta kuruluşu) yaptığı denetimler var, onlar daha çok kâğıt üzerinde denetim yapıyorlar. Neleri eksik yapmışız. Hangi evrağımız eksik gibi. Denetlemede iyi puan alabilmeniz için bürokratik işlemlerde de iyi olmak gerekiyor. Yani o kadar çok şeyler istiyorlar ki sizden onu biz biraz sorun görüyoruz. Yani böyle onu zamanında yapmak zorundayız. Hasta için verilen bir bütçe var, o bütçenin içinde biz o hizmetleri yapmak zorundayız. Ve onu yaparken hep hastanın zamanından gidiyor. Ve bu bürokratik işlemler gitgide büyüyor. Kontrollerde hizmetin kendisi de var, ama asıl size not verirken bürokratik işlemler, kâğıt işleri bu notun çok büyük bir kısmını kapsıyor.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Kâğıt üzerinde uymamız gerekiyor. Aslında uyuluyor da. Kasa (sigorta) tarafından yapılan denetimlerde kişiye soruyorlar. Size ne zaman geldiler, ne zaman gittiler, ne kadar süre kaldılar neler yaptılar diye. Bizim raporlara da bakıyorlar ve hastanın dedikleri ile bizim yazdıklarımız arasındakilere bakıyorlar.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bu subjektif bir değerlendirme. Bu kontrol yapılırken kâğıtta ne yazıldığına bakılıyor. O yüzden tam olarak işin kalitesini gösteriyor mu bilinemez. Mesela hastanın bakımı çok iyi yapılıyordur. Ancak personel dokümantasyonu iyi tutmamıştır. O zaman olumsuz değerlendiriliyor. Bu gerçeği göstermez. O hastanın bakımı iyidir aslında. Hizmeti almıştır.” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Her bir kriter açısından değerlendiriliyorsunuz ve bunu internetten yayınlıyorlar. Orada 1 den 5’e puanlarınız var. Bir puan en iyi puan, 5 puan en düşük puan. Ben öyle kuruluşlar biliyorum ki puanı çok yüksek ama gerçekte çok kötü hizmet veriyor. Sadece kayıtları iyi tutmasından dolayı puanları yüksek oluyor.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Kurumların iç denetimlerinin personeli kontrol etmek için de kullanılmakta olduğu *“bazen gönderilen personel yapmadıklarını yazabiliyor. Az kalmasına rağmen çok kalmış gibi de yazabiliyor. Bunu evde bakım kuruluşun kendi denetimini kendisi yapması gerekiyor.”* (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) biçiminde ifade edilmiştir.

Sigorta kuruluşları tarafından yapılan denetimlerin bürokratik bir denetim olmasına karşın, kuruluşların kendilerini değerlendirmelerine olanak sağladığına ilişkin görüşler de bulunmaktadır ve bu tip bir görüş aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir.

“Özel bir kalite kontrol sistemimiz yok. Ama genel bir kalite sistemi var. Oradan akredite olmamız gerek. Yoksa sigorta ödemeleri yapmıyor. Ama bu daha çok bürokratik yönden kaliteyi kontrol ediyor, ama yine de bizim belli standartlarda olmamızı sağlıyor... Yılda en az bir defa sigortadan kişiler gelip sizin işlerinizin denetimini yapıyor. Bu bile sizin kendinize çeki düzen vermenizi sağlıyor.” (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

Kimi kurumların kendi iç denetimlerini düzenli bir şekilde yapmadıkları, ancak şikâyet üzerine denetim gerçekleştirildiği; *“düzenli bir şekilde kontrol ettiğimiz yok. Şikâyetlere bakıyoruz. Bir de kasadan (sigortadan) raporlara bakıyoruz. Yine de arasıra gidip neler yapılmış nasıl yapılmış gibisinden kontrollerimizde var”.* (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklindeki ifadelerden anlaşılmaktadır.

İç denetimlerin her bir hasta için eskiden yılda iki defa, şimdi ise bir defa yapıldığı ve hazırlanan rapor kapsamının azaltıldığı; *“bakım ziyaretleri yapılıyor hastada. Bakım dokümantasyonu kontrol edilir o vizitede. Ve hastanın durumuna*

bakılır. Bakım iyi yapılmış mı? Dış görünüşü nasıl? Eskiden senede iki kez olmak üzere 18 sayfalık bakım vizitesi yapılıyordu. Çok zaman alıyordu. Şimdi azaltıldı, senede bir sefer 6 sayfalık vizite yapılıyor” (G8-Kâr amacı Gütmeyen Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmiştir.

Sigorta kuruluşları tarafından yapılan dış denetimlerin önceki yıllarda şikâyet üzerine gerçekleştirildiği, ancak günümüzde bunun yılda bir defa olmak üzere rutin şekilde gerçekleştiği, aşağıdaki ifadelerden anlaşılmaktadır.

“Hasta bakım sigortası eskiden şikâyet olunca gelip kontrol ediyorlardı. Şimdi senede bir habersiz bütün firmalar kontrol ediliyor.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu).

“Burada denetim kuruluşları var. Bunlar çat kapı gelebiliyor ve her şeyinizi denetleyebiliyorlar. Tabii önce kâğıt üzerinde bakıyorlar. Sonra eve gidip gerçekten işlem yapılmış mı yapılmamış mı, planda belirtilen şekilde mi yapılmış ona bakıyorlar.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

4.3.8. Evde bakım hizmeti sunumundaki güçlükler

Evde bakım hizmetlerinin sunumunda birçok sorun yaşanabilmektedir. Yaşanan bu sorunlar temel olarak personel, hizmeti alan ve ailesi, hizmetin doğası, kültürel yapı, rekabet, yürürlükteki sağlık sistemi, hizmetin finansmanı başlıklarında ele alınmış ve güvenlik olarak belirlenmiştir.

4.3.8.1. Personelle ilintili sorunlar

Kişiler arası ilişkiye dayanan tüm hizmet modellerinde olduğu gibi evde bakım hizmetlerinde de kalitenin yüksek olabilmesinde en önemli etkenlerden ikisi, çalışma alanına yönelik yetişmiş personelin varlığı ve personelin iş motivasyonudur. Bu nedenle hem örgün eğitim hem de örgün olmayan eğitim programları dışındaki eğitim biçimleri ile alana özgü personel yetiştirilmesinde, eğitimin önemi açıktır. Bu bağlamda sektörde nitelikli yetişmiş personel bulmanın

ve söz konusu personelin iş memnuniyetin sağlayabilmenin temel sorunlardan olduğu, aşağıdaki ifadelerden anlaşılmaktadır.

“Bir de bakıcı bulma sıkıntısı var, aslında hemşire bulma konusunda da sıkıntı yaşıyor. Çok kazanmıyorlar yani. O yüzden gelirlerin biraz yükseltilmesi gerekiyor. Mesleğe çekmek için. Asıl sorunlardan biri.” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“İkinci bir sorun; insanlarla birebir çalışmayı herkes etkin bir şekilde yapamıyor. Personeldeki sorun birincisi kalifiye elemanımızda çok fazla sorun yaşıyoruz. Asıl sorunumuz, hemşire yardımcılarında asıl problemi yaşıyoruz. Üç saat kurs almış kişileri yatalak insanlarla birlikte baş başa bırakıyorsunuz. Yani her şey gözlemleyebiliyor mu, insanlarla iletişim becerisi nasıl? İnsanlara empatisi var mı yok mu? Bunlar temel beceriler. Ayrıca kişisel özellikler de ön plana çıkıyor. Bu nedenle bu işi herkes yapamıyor. Profesyonel bir iş olduğunu bazen personelimiz anlayamayabiliyor.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Personel eksikliğimiz var. Personel bulamıyorum. Çok personel var ama işini iyi yapan personel yok.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Ev hanımları, hiç bakımla alakası olmayan insanlara üç dört günde öğretiliyor, insanların üzerlerine bırakılıyor; bu da çok büyük bir sorun.” (G5 Sigorta Kuruluşu Yöneticisi).

“En önemlisi personelin kalitesi düşük olabiliyor. İşini düzgün yapmıyor, bize yansıyor. Aile ile tartışıyor. Kayıtlarını düzgün tutmuyor; bunlar hep bize yansıyor.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bizim için en önemli sorun personel. Kaliteli personel bulmak çok zor. Bizim işlerinizde işin kendini bilmek kadar insan ilişkilerini de bilmek gerek. Kişinin evine gidiyorsunuz. Orada sizin hastaya yaptığınız tedavi kadar hastayla yaptığınız sohbet, hasta yakınları ile ilişkilerinizde önemli.” (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bu hizmet alanında uzman eleman bulmak çok zor. Bu mesleği canı gönülden çalışmak çok önemli, çünkü gerektiğinden daha fazla çaba sarf etmesi gerekiyor.... Meslekte kazandıkları yevmiye de çok az. Cazip bir miktar değil. Ağır işte çalışıyorlar, fiziksel hem psikolojik olarak ağır bir meslek hasta bakıcılığı; saygım sonsuzdur. Onun karşılığında aldıkları gelir de çok az. Onun için de tam gönüllü yapılamıyor.” (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi)

“Evde muayene edecek doktor bulmak zor oluyor, uzmanlık alanlarında.” (G9-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Evde bakım hizmetini veren kişilerin bireysel değerlerinin mesleki değerleri ve hizmet verdiği kişilerin değerleriyle olan çatışmaları alanın hizmet sağlayıcılar açısından ikilemlerin yaşanmasına yol açarak hem hizmetin kalitesini hem de personelin verimini, yaşamını etkileyebilmekte, olumsuzluklara neden olabilmektedir. Konu ile ilgili görüşmecilerin düşünceleri aşağıdaki gibidir.

“Bazen çalışanlarımıza zor geliyor bakmak; hem yoksulluklarını görmek, hem evin durumu. Çalışanlarımız zorlanabiliyor.” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Psikolojik anlamda da yoruluyorsunuz. Onların dertlerini dinliyorsunuz. Bir evden çıkıp başka bir eve gidiyorsunuz. Kendinizi diğer hastaya göre hazırlamanız gerekiyor. Çünkü herkesin alışkanlıkları, özellikleri farklı. Herkes başka bir şey istiyor.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Çalışanların çoğu bayan, eve gittiğinde özel sorunları da oluyor, kendi sorunlarını da gittikleri eve götürebiliyorlar, gittikleri evlerindeki sorunları kendi evlerine götürüyorlar.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

Evde bakım hizmetleri, kadın temelli bir iş olarak görülmektedir. Bu bağlamda bir görüşmeci düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir:

“Bu meslek tarihte de rahibelerden çıkmıştır; Yani kadınlardan çıkmıştır. Birisi hasta olduğu zaman anne bakar, baba bakmaz ya da kız kardeş bakar. Ya da gelin bakar, damat bakmaz. Sektörde erkek oranları çok az. Yani bu işi yapmak isteyenler az. Gerek işin kadın işi olarak görülmesi, gerekse bayanı her tarafa gönderebiliyorsunuz her işi yaptırabiliyorsunuz. Bulaşığı yıkayabiliyor, alışverişe gidebiliyor. Ama erkek yapamıyor. Genelde bu işi yapan erkek sayısı az. Ayrıca vücut bakımında erkeklerin yer alması sorun olur. Genelde bayanlar erkeklere göre daha fazla tercih ediliyor. Alman yaşlı bayanlarda erkek sorun olmuyor. Türkiyeli bir bayanın vücut bakımı için erkeği gönderemezsiniz. Kültürel yönden ve dinî yönden bir erkek kadına vücut bakımı yapamaz. Yabancı bir erkek yapamaz. Ama bir bayan erkeğe vücut bakımı yapabiliyor. Aşırı dinci de olsa onda bir sorun olmuyor. Bir erkeğin bir bayana vücut bakımı yapması sorun. Türkiyeli hastalarda toplumun ne düşündüğü çok önemli oluyor. Daha çok başkaları için yaşıyorlar. Davranışlarını başkalarına göre yönlendirebiliyorlar. Eğer bir bakım evindeyse, eğer başka kimse yoksa oradaki insanlar da kendisiyle aynı durumda olduğu için sesini çıkartmayabilir; ama evde bakımda böyle değil, sesini daha çok çıkartıyor, tercih edebiliyor, isteyebiliyor.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bakımın yükü kadınındır” görüşünün toplumda belirli bir cinsiyete yüklenmiş ödev oluşturması, bu hizmet alanında çalışan kadınların kendi aile birimlerinde de aynı ödev yükümlülüğü ile karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Bu durumun da çalışanlar için olumsuzluk yarattığı, görüşmeciler tarafından aşağıdaki sözlerle belirtilmektedir.

“Çoğunluğu günde 6 saat çalışıyor. Bayan olduğu için kendi evindeki kendi özel ihtiyaçlarına da zaman ayırması gerekiyor. Kendi çocuklarına da zaman ayırması lazım; o yüzden çoğu 6 saat çalışıyor. Personelin çoğu bayan, onların da kendi çocukları var. Vardiyalı çalışmada sorunlar yaşanabiliyor. İş ve çocuk aynı zamanda yürümesi zor olabiliyor. Bizim işimiz 365 gün 24 saat gerektiriyor. Dönem dönem hafta sonları çalışmaları gerekiyor. Dönem dönem öğleden sonra ya da gecenin geç saatlerinde

çalışmaları gerekebiliyor. Orada da çok ciddi sorunlar yaşıyabiliyoruz, personel açısından.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Kurum dışı hizmet sunma modeli olan evde bakım hizmetlerinde, sahadaki uygulamaların denetlenebilirliğinin oldukça zor olması nedeni ile çalışanların mesleki değerleri benimsemelerinin çok önemli olduğu, aşağıdaki ifadelerden çıkarılabilmektedir.

“Kişiyi sonradan kontrol etmek çok zor. Yaptım dedi ise yapmıştır. Gidip en fazla ne yaptığını hastaya sorabilirsiniz. Nasıl yaptığını ne kadar yaptığını soramazsınız. Hasta bunu bilemez. Bu işlem hastanede, merkezde olsa kontrol edebilir izleyebilirsiniz. Ama evde bunu yapamazsınız. ...Personel güvenilir olmak zorunda. Güvenilir personel bulmak çok zor. İş ahlakı çok önemli evde bakımda.” (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi),

“Kontrol edilemeyecek bir şey zaten. Yasa koyucular bile bunu artık kontrol edemiyor zaten. Bu yüzden sigortaların yeni ve kocaman binaları var. Çok çalışanları var. Bu işten para kazanıyorlar” (G8-Kâr amacı Gütmeyen Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

İş hayatının temel amaçlarından birinin, bireylerin gündelik yaşamlarını sürdürmek için ekonomik değer elde etmesi olduğu göz önüne alındığında, nitelikli personelin yaşam standartlarını yükseltebilmek için kendi iş yerlerini açmak istemeleri ve bu durumun kuruluşların hizmet niteliğini olumsuz etkilemesi *“iyi personel daha sonra kendisi merkez açmak istiyor. O da kendince haklı. Bu alanda bir kişiyle uzun süre çalışmıyorsun. Ortalama bir kişinin bir iş yerinde çalışma süresi bir yıl diyebiliriz.” (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu)* ifadesinde yer almaktadır. Bunun yanında evde bakım hizmetlerinin kamusal bir hizmet olarak değil de, özel sektör aracılığıyla sürdürülüyor olmasının bu hizmet alanının toplam finansmanı içinden pay almak isteyen kişilerin niteliğinin kuşkulu olması yanında, hizmet kalitesinin düşmesine ve sonuçta bireylerin bakım hakkının örselenmesine neden olabildiği; *“şu an her yerde hasta bakım şirketleri açılıyor, bilen bilmeyen yapıyor. Alanda uzman olan olmayan. Çok açıp kapanan şirketler de var. Ama*

onların yaptığı zarar insanlara aslında.” (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde belirtilmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin doğası gereği bazı uygulamaların çalışanları mekanik nedenlerle etkilediği ve bu etkilemenin çalışanların sağlığının ve çalışma hayatının bozulmasına neden olabildiği; *“işimiz çok ağır, hem bedensel hem de ruhsal anlamda. Kişi için ne kadar yardımcı malzemeler olsa da vücut bakımı gibi hizmetlerde hastaları yatırıp kaldırıyorlar; fiziksel olarak yoruluyorlar”* (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu) ve *“personel sağlıklı olmalı. O da önemli. Bir arkadaşım var, o da hasta bakım personeli. Beli gitti. Bel fıtığı oldu. Şimdi çalışmıyor”* (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi) biçiminde ifade edilmektedir.

Kişilerarası iletişimin ana bileşenlerinden birisinin dil olduğu ve evde bakım hizmeti sürecinin niteliğinin iyi iletişimle arttığı gerçekleri birlikte değerlendirildiği zaman hizmeti alan ve verenin aynı dili konuşabiliyor olmalarının önemi ortaya çıkacaktır ve bu gereklilik; *“...diğer bir önemli sorun da dil sorunu. Türkiye kökenli hastalara gittiğimiz için Türkçe bilen personel bulmakta zorlanıyoruz. Türkiyeli hastaların çoğunun Almancaları yeterli değil ve Türkçe hizmet sunmak gerek.”* (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Son olarak alanda çalışanların görev tanımları içinde hareket etmelerinin önemi ve gereği, *“diplomasız doktor diyebilirim, yani hemşirelik diploması ile kendilerini doktor sanıyorlar. Gerçekten yüksek bir standarda koymuşlar kendilerini ve indiremiyorsunuz.”* (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) sözleriyle vurgulanmaktadır.

4.3.8.2. Hizmeti alanla ilintili sorunlar

Toplumsal yaşam içerisinde bireylerin kendi haklarını ve haklarının kapsadığı kavramların tanımlarını bilmeleri, söz konusu hakları talep edebilmelerinin, bu haklara erişebilmelerinin temelini oluşturur. Bir görüşmeci bu durumu; *“hastalarımızın %70’i 70 yaşın üzerindeki yaşlı insanlar. Aslında daha çok yardıma ihtiyaçları var, ama istemiyorlar. Yardım almakta zorlanıyorlar; isteklerini neye ihtiyaçları olduğunu dile getirmekte zorlanıyorlar”* (G1-Özel Evde Bakım

Kuruluşu Yöneticisi) sözcükleri ile dile getirmiştir. Ancak kimi bireyler açısından, haklara sahip olmayı ve bunun yaşama geçirilebilmesinin olanağını sağlayan profesyonelliği yanlış algılamakla ilgili olumsuzluklar ise *“kişinin evine gidiyorsunuz. Bu hastaya, ailesine patronmuş havasına sokuyor. Hasta size daha çok hükmetmeye çalışıyor.”* (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) sözleriyle anlatılmaktadır.

Yaşlılığın, bağımlılığın, yalnızlığın neden olduğu biyolojik yetersizliklerin psikolojik ve algısal kayıplara da neden olarak hizmete ve çalışana yönelik olumsuz yaklaşımlara yol açabildiği, aşağıdaki ifadelerle yansıtılmaktadır.

“Zaten kimse yok; 24 saat yalnız öyle insanlarımız da var maalesef. Bütün hırsını ona aktarıyor.” (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi).

“Yaşlı insanların bu dakika kavramlarını anlaması çok zor oluyor.” (G8-Kâr amacı Gütmeyen Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

4.3.8.3. Aileyle ilintili sorunlar

Evde bakım hizmetlerinin en önemli özelliklerinden birisi, isimlendirilmesinden de anlaşılacağı gibi, hizmetin doğası gereği uygulamaların hizmet alanının özel yaşam alanında gerçekleşmesi ve böylece hem hizmet alanının hem de aynı özel yaşam alanını paylaşanların mahremiyetine yapılan müdahaledir. Bu durum verilen kurumsal hizmetler ile ciddi farklılıklar yaratmaktadır. Kurumsal hizmetlerin talep edilmesi, o kurumun verdiği hizmetle ilgili oluşturduğu sınırlamaların da kabul edilmesini getirmektedir. Öte yandan özel yaşam alanında verilen hizmet modelinde mahremiyetin ve o alanın mülkiyetinin korunması amacıyla sınırların birey tarafından belirlenmesi gereği ile hizmetin gerekliliklerinin çatışması söz konusu olabilmektedir. Konu ile ilgili yaşanmışlıklar *“aile ile nadir de olsa sorunlar olabiliyor. Evde olunca tabii, ben o eve giderken bakıcı olarak değil; ben misafir olarak oradayım. Hâlbuki kurumda olsa ben onun değil, o benim dediğimi yapmak durumunda. Bazen yapıları uyuşmuyor, birbirlerini istemiyorlar”* (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) sözlerinde şekillenmiştir. Mahrem alanın mülkiyetine de sahip olma, o alana giren öteki ile ilgili algısal

farklılıklar yaratmakta ve kültürel değerlerin bireylere yüklemiş olduğu ödevlerin de mahrem alana giren kişiye yüklenilmesine neden olabilmektedir. Konu ile ilgili görüşler aşağıda belirtildiği gibidir.

“Hasta yakınlarının hastalardan daha zor olduğunu düşünüyorum. Yani elemanlar giderken hasta yakınlarının o kadar çok beklentileri var ki, kendilerinin yapamadığı anne babaların istediği her şeyi gelen elemana yüklemek istiyorlar. Mesela, “ben ailemin tek çocuğuyum, benden başka kimsesi yok, annem ya da babam çok iyi bakılsın istiyorum. Günde üç defa değil de beş defa tansiyon ölçebilir misiniz? Günde iki defa değil de dört defa krem sürebilir misiniz? Yarım saat daha fazla kalabilir misiniz? Kendisini iyi hissetmiyor, ne olur benimle doktora gidebilir misin?”, korkunç derecede kendi görevlerini bizlere yüklemeye çalışıyorlar. Tabii ki biz profesyonel çalışıyoruz, ailenin içinde biri varsa ya da bakıyor gibi görünen biri varsa, tabii ki bu zor bir durum bütün gün o insanla berabersiniz çok beklentileri oluyor; özellikle evde aile fertleri olunca “benim işimi de yapar mısın” da var işte; bana da biraz yemek yapar mısın; çamaşırını, kendisi için alışveriş yapılsın, kendi ihtiyaçlarının da görülmesini istiyor. Hatta dönem dönem ütülerini de isteyebiliyor. O elemanları zorluyor. Kişiye muhtaç olan kişinin ihtiyaçlarını görmek başka bir şey, eli kolu sağlam olanın işlerini yapmak başka bir şey.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Biz aslında bir kişi için sorumluyuz. Ama bir kişi tek başına, bir kişinin sorunları sadece kendinden ibaret değil sonuçta.” (G6-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu).

“Eve bulaşıkçı kız, temizlikçi kız, gelmiş” diyorlar. “Hastanın banyosunu ben yaptırayım, sen evin genel temizliği yap, ütüsünü yap” diyenler oluyor.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Hastaların, ailelerin beklentileri çok. Eve gitmişken sizden her şeyi isteyebiliyorlar. Orada bir saat kalmanız gerek, bir saat yerine iki saat isteyebiliyor. Sadece hastanın işini yapmanız gerekirken kendi işlerini de

yapmanızı isteyebiliyorlar.. Personele saygılı davranmıyorlar. Bunun profesyonel bir iş olduğunu düşünmüyorlar.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

Evde bakım hizmetlerinde, özellikle bakım hizmetlerinin profesyonel bir hizmet olarak değerlendirilmediği; “Geçen gün benim hastabakıcı iki bayanım geldi ve onlara “bulaşıkçılar geldi” diye hitap edilmiş.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

4.3.8.4. Hizmetin doğasıyla ilintili sorunlar

Evde bakım hizmeti sunumu sırasında personel, hastanın değerlerine göre davranmakta ve sürekli başkalarının değer sistemine göre davranış geliştirmenin de kişide psikolojik sorunlar oluşturduğu, aşağıda şekilde ifade edilmektedir.

“A’dan çıkıp B’ye gittiğiniz zaman B’deki insana göre hareket etmek zorundasın. B’den çıkıp C’ye gittiğinizde yine kendini değiştiriyorsun. Herkesin psikolojik durumu bunu kaldırmıyor.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

Evde bakım kuruluşunun kapasitesinin artmasının hastalarla iletişim kurulmasında sorun oluşturduğu; “şu an 30 kadar hastamız var, zaten 50’ den fazla istemiyoruz. 50’yi aştıktan sonra hiçbir hastanızla çok fazla diyaloga giremiyorsunuz çünkü, zamanınız az ve tanımlıyorsunuz hastanızı.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde belirtilmektedir.

Evde bakım hizmetlerinde çalışmak, personelin tükenmişlik ve çaresizlik duygusuna kapılmasına neden olmaktadır. Konu ile ilgili görüşler aşağıda belirtilmektedir.

“Tükenmişlik veriyor. İlk zamanlarda daha çok derbeder oluyordum. Ama şimdi biraz daha mesafe koymasını öğrendim. Tamam, böyle sorunlar var dünyada, bir sürü insan var, herkeste birtakım sorunlar var, ben ne

yapabilirim bu kişi için, elimde geleni yapıyor muyum, ona bakıyorum.” (G6-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bazen insanın çaresiz kalması, yani bazı sorunlarda belki bir adım atmaları yaşamlarını kolaylaştıracak ama o adımı atacak kişisel yeterlilikte değiller. Dışarıdan baktığınızda şunu yapsa her şey düzelecek diyorsunuz; ama kolay değil. Yani insanın bazen çaresiz kalması çok üzücü oluyor.” (G6-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Uzun süre bu işi yapanlar da oluyor, yapamayanlar da olabiliyor. O kişinin birazcık ruh sağlığına ve ne kadar güçlü olduğuna bağlı.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bütün gün bu işi yaptığımız için bir gün “stop” diyoruz. Bu çok da insani bir durum aslında. Çünkü onlar ile sürekli beraber olmak yoruyor tabii.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

4.3.8.5. Kültürel yapının hizmet içeriğine etkisi

Evde bakım hizmetleri profesyonel bir hizmet olarak görülmemektedir ve bu durum kültürle ilişkilendirilmektedir. Konu ile görüşmecilerin ifadeleri aşağıdadır.

“Diğer bir sorun bizim hizmet sunduğumuz hastalar kültürel yapılarından dolayı hasta bakım hizmetlerini profesyonel bir hizmet olarak görmüyorlar. Gurbette çalışanlar daha önce başka evlerde de çalışmışlar. “Bana ne iş verilirse yapardım yaklaşımı” var. “Çok çalışırdım” mantığı var. Buradaki ona hizmet vermek için gelen kişiden de aynısını bekliyorlar. “Fazla kalsın çok çalışsın” beklentileri var. “Biraz daha kalsın biraz daha çalışsın evin kızımı geliniymiş” gibi beklentiler”. (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bizim Türkler, hastabakıcılarımıza hizmetçi gibi davranıyorlar... Hasta bakıcılarımız “biz hasta bakmıyoruz ve hizmetçiyiz” diye düşünüyorlar.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bilhassa bizim yabancılarımız akraba, eş, gelin, çocuk, komşudan bakılmak istiyor. Almanlardan çok çok farklı. Onlar (Almanlar) genelde profesyonel bakım istiyorlar. Bizim insanlarımız para boşa gitmesin diye, çoğu da onu gelir desteği görüyor, bakım parası olarak görmüyorlar; bakıma harcamıyor. Ne bileyim “benim gelinim bakıyor, kocam bakıyor” diye eve gelir kaynağı olarak görüyorlar” (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi).

Bakım hizmetlerine katılım kültürel bir değişken olarak değerlendirilmekte ve Türk kökenli göçmenler bakım hizmetlerine aktif katılım sağlamamakta, yeterlilikleri kapsamında yapmaları gereken ve sağlığın gelişime olumlu katkı sağlayacak işlemleri kendileri yapmamakta ve iş görenden beklemektedirler. Konu ile ilgili ifadeler aşağıda yer almaktadır.

“Aktif bakımda çok zorlanıyoruz. Kişi geliyor kendisi bir şey yapabiliyorsa “bunlar ne de olsa burada ben hiç bir şey yapmayayım” yaklaşımı var. Örneğin kişinin yüzünü yıkıyorsunuz, yüzünün kurulanmasını da kendisi yapabildiği hâlde sizden bekliyor. “Onlar nasıl olsa buradalar, bütün işlerimi de onlar yapsınlar diyorlar”. (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Mümkün olduğu kadar kendi işlerini kendi yapabilmesinin kendi sağlığı için ne kadar önemli olduğunu bilmiyor. Bu da kültüre bağlı. Onlar önceden kadın olsun erkek olsun hep başköşede oturuyorlardı. Gelinler, torunlar onlara hizmet ediyorlardı. Her şeyi bakım veren personelden bekliyor. Böyle bir sorunumuz var. Bu genelde bizim kültürümüze ait bir sorun.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Hizmet alanlar iş görenlere farklı davranmakta, özellikle kendi kültürlerine yakın kişilerden bakım planları dışında farklı taleplerde de bulundukları; *“Türkiyeli hemşire ya da hemşire yardımcısına davrandıkları gibi Alman hemşirelere davranmıyorlar. Kendilerinden olan hemşireden, bakım personelinden daha çok şey istiyorlar, bakım planı dışında şeyler de istiyorlar... Zamanın ve bakım planı dışında özel istekleri var. “Beni şuraya götürün beni buraya götürün” şeklinde isteklerde bulunabiliyorlar.* (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Evde bakım hizmetleri çalışanlarına karşı hizmet alanlarda minnet duygusu eksikliği ve teşekkür etmeme tutumu; *“Türkiye’deki insanlar bakıma ihtiyaç olduğu zaman ona biri elini uzattığı zaman teşekkür etmesini biliyorlar. İnşallah bu durum değişmemiştir. Burada teşekkür eden çok az. Ne kadar yardım ediyorsun kendinden de veriyorsun, çok az insan teşekkür ediyor. Yani %10 15 i yaptığın emeğin ne kadar zor olduğunu anlayabiliyor”* (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) ve *“ayrıca bizim insanımız teşekkür etmeyi de bilmiyor.” Siz bizim üzerimizden para kazanıyorsunuz” diye düşünüyorlar. Bunu hasta iken söylüyorlar. Yani ona hasta olduğu için yardım ettiğinizi düşünmüyorlar, görmüyorlar.”* (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) biçimlerinde ifade edilmektedir.

Bakıma muhtaç kişinin yakınlarının, özellikle çocukların ve eşlerin, kendilerini bakım verme mecburiyetinde hissettikleri bunun kültürel bir fenomen olduğu; *“bu bizim kültürel olarak getirdiğimiz bir durum, yani benim bakmam lazım eşime, bakmam lazım anneme gibi olaylar da var. Yani kendilerini genç yaşta annelerinden daha hasta duruma getiriyorlar ya da eşlerine bakarken daha çok hasta olmuşlar ve bunu görmüyorlar. Onlar benim gelecek hastalarım oluyorlar yani ilerideki.”* (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Bazı bireyler, taşıdıkları kültürel değerleri nedeniyle bir başkasının bakımına gereksinim duymayı muhtaçlık olarak görmekte, bu durumu gurursuzluk, utanç kaynağı olarak değerlendirebilmekte ve hizmeti reddedebilmektedir. Bir görüşmecinin konu ile ilgili görüşleri aşağıdaki gibidir.

“Bizim insanlarımızın kendi blokesi, istemiyorlar, çekiniyorlar, utanıyorlar. Eve hasta bakımı, geldiğinde evi temizlemeye çalışıyorlar zar zor. Aslında onlar yapamıyorlar. Ama ayıp olmasın diye ben bir ortalığı temizliyorum. ...Gururuna yediremiyorlar. Kimsem yok mu bana bakacak? Muhtaç mıyım? Aman en büyük sorun bizim insanlarda bakım servisini istememeleri.” (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi).

4.3.8.6. Rekabetin neden olduğu sorunlar

Kuruluşlar arasında, etik ve hukuki olmayan yöntemlerle hasta kapma yarışı bulunmaktadır. Hastalara ve yakınlarına, hediyelerden altın ve para vermeye uzanan bir teşvik yöntemi kullanılmaktadır. Bu durum aşağıdaki gibi ifade edilmiştir. .

“Çok büyük rekabet var Berlin’de. Aslında kirli bir rekabet. Çok yanlış şeyler bence. Ben hiçbir hasta bakım servisinin hastasını buraya çekmem, bir şey teklif ederek. Belki karşı taraftan hiç memnun değilse bize geçebilir ama bir şeyler teklif ederek ve bunun adına da promosyon diyerek başka bir kurumun hastasını kabul edemem.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Aralarında çok rakip var. Birbirlerinin hastalarını çalmaya çalışıyorlar.” (G5-Sigorta Kuruluşu).

“Bazı firmalar var ki “bir hasta getirin size 500 Euro 1000 Euro verelim”. Ondan sonra bakıyoruz 10 kişi geldi, 20 kişi, 30 kişi geldi gibi. Bir sıra bunun tartışmasına girdik, bizde yapalım diye. Üzerinde çok konuştuk, ama sonra bir insanın zayıflığından yararlanıp onu kullanmanın çok doğru olmadığını gördük. Yani o insan para vereceğim, ona bir çorap alacak, bir çikolata alacak yani onun zayıflığını kullanacak çünkü hastalar evin içindeler, bir yere çıkmıyorlar, yeterince paraları yok bunun bir değer olduğunu biz yapmayacağız, başka yerler para verebilir ama biz vermeyeceğiz, bu hastalık tüccarlığı gibi bir şey. Biz insan olarak buna tamamen karşıyız; bizim üzerimizde de böyle bir şey yapılmasını istemiyoruz. Herkes kendi sorumluluğunu yerine getirse düzelterek, ama biraz zorlanıyoruz”. (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Onun için geldiğiniz yerden bize hasta getirmeyin, burada da başka bir hastanın size alışması gerekiyor diyoruz, bu moral bir değerdir. Yani iş yerinde olması gereken moral bir değerdir.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Evde bakım kuruluşları arasında çok çirkin bir rekabet var. Hasta kapma yarışına girdiler. Bu yarış kontrolsüz bir şekilde sürüyor. Evde bakım kuruluşları sağlık sektörü içerisinde kötü bir imaja sahip olmaya başladılar. Kendi kendilerini kirletiyorlar.” (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Asıl sorun burada. Hediye vererek hasta bile çalışıyorlar.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Evde bakım sektöründe çok yoğun rekabet yaşanmakta ve yaşanan rekabet sürecinde yasal ve etik olmayan dolayısıyla haksız rekabete yol açan durumlar gelişmektedir. Konu;

“Çok fazla rekabet var. Buranın Kızılhaçı diyebileceğimiz kuruluş mesela bu rekabetten dolayı kendini geri çekti.” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Mesela biz tarife üzerinden değerlendirme yapıyoruz, ama özel kuruluşlar kendi kafalarına göre yapıyorlar. Ve o zaman çalışanı daha ucuza çalıştırıp hastayı daha çok alıyorlar. O çok büyük zorluk oldu.” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Öteki taraftan rekabet var. Hizmeti daha ucuza verenler var.”(G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Hastaları kendi kuruluşlarına çekme sürecinde, promosyonel yöntemler dışında, hizmet içeriği belirlenen plan dışında hastanın talebine göre değiştirerek plan dışı uygulamaları seçmede bir yöntem olarak kullanılmakta ve “...hastanın bu isteğini fark ettikleri için hasta kapmak için hastanın isteğine uyuyorlar.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

4.3.8.7. Yürürlükteki sağlık sistemiyle ilintili sorunlar

Aile hekimlerinin sayısının azalması nedeniyle aile hekimlerinin evde muayene yapmaması bir sorun olarak görülmekte ve *“Ev doktoru (aile hekimi) sistemine de bağlı. Son yıllarda ev doktorlarının sayısı çok azaldı. Eve giden doktorların sayısında azalma var.”* (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

4.3.8.8. Finansmanla ilintili sorunlar

Bakım derecelerinin belirlenmesinde, değerlendirmelerin bazen iyi yapılamadığı, sigorta kuruluşundan bir görüşmeci tarafından *“bakım sigortası için de dilerim biraz daha insani bakılması lazım. Bazen hiç muayene yapmadan dinlemeden, üstüne başına bakıyor, üstü başı düzgün, saçları taralı. Bu kendi yapabiliyor diye reddediliyor”*. (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Belediyenin personel sayısının azlığından ve evde bakım hizmetlerindeki bürokratik işlemlerin yoğunluğundan dolayı gerekli incelemeleri zamanında tamamlamadığını bu nedenle de evde bakım kuruluşlarına ödemeleri zamanında yapmadığını ve bunun hizmetleri etkilediği belirtilmektedir.

“Belediyelerde şu sorun oluyor. Sözlü olarak tamam diyorlar, ama yazılı olarak cevap geç geliyor. Bu yüzden paramızı bazen geç alıyoruz. İşçilere ödüyoruz. Ama firma olarak paramızı geç alıyoruz. Belediyenin yavaşlığından, personelin belli bir sayıda olmamasından kaynaklanıyor. Onlara çok fazla başvuru oluyor.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bürokrasi, belediyede problem. Sağlık sigortasında değil. Eskidenmiş. Kayıt yaptığımız an, orada 2-3 hafta içinde hemen denetime geliyorlar. “Tamam derecesi budur”. Ancak belediyede çok az insan var. Ve tüm kayıtlarla baş edemiyorlar. Zaman açısından sorun. Zamanlama çok uzun. 3 ay sürüyor. Birini göndermesi gerekiyor. Denetim yapılması gerekiyor, para

gönderecekleri zaman. Ve bu zaman aşımı çok uzun.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Sigortanın maliyetleri azaltma yöneliminde olduğu ve bu nedenle de çeşitli kesintiler yaptığı, görüşmecilerin çoğu tarafından ifade edilmektedir. Konu ile ilgili ifadeler aşağıdadır:

“Sigortalar fiyatı hep aşağı çekmeye çalışıyor. Kendileri için en ekonomik hâle getirmeye çalışıyor”. (G9-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Hizmetin üstlenilmesi konusunda tabii ki sigorta elinden geldiğince az üstlenmek istiyor. (G8-Kâr amacı Gütmeyen Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Sürekli bir kesinti yapma peşinde. Doktorların daha fazla ergoterapi yazmamalarını istiyor. Eskiden yaptığı bazı uygulamaları, şimdi ödemedi kaldırdı. Onların amacı da maliyetleri azaltmak”. (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Sigortanın derdi maliyetleri azaltmak. Onun için her gün ödemeleri düşürmeye çalışıyor. Daha düşük bakım dereceleri verebiliyor. Hastanın daha fazla bakıma ihtiyacı var. Ama o daha azını veriyor.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Çalışan diyor ki “bu insan daha fazla zamana ihtiyacı var”, onlar ekonomik sebeplerden dolayı kısıtlamak istiyorlar. Orda sorunlar olabiliyor.” (G6-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Şirketler bakım sigortasının ödediği miktarları az buluyorlar.” (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi).

Evde bakım uygulamaları sırasında işlemler için belirlenen bakım sürelerinin yetersizliği, birçok görüşmeci tarafından benzer şekilde ifade edilmiştir.

“Eğer bakım derecesi varsa, bakım derecesi kapsamında onunla geçireceğiniz zaman tanımlanmış. Birer saat ya da ikişer saat hizmet

verilmesi gerekiyor. En büyük problemlerimizden bir tanesi, işte bu zamanın yetersiz olması.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Yarım saat içinde sen o insanı yıkayacaksın, yemek yapacaksın, evini toplayacaksın.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Yaşlı insanların bu dakika kavramlarını anlaması çok zor oluyor.” (G8-Kâr amacı Gütmeyen Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Hizmetin içeriğini belirleyen bu dakikalar teknik bir sorun. Yani yaşlı bir insana zorluk çıkarıyor, bu hizmetin bu şekilde tanımlanması. Bu gün benim sırtımın yıkanması gerekiyor, yarın duş yapmam gerekiyor. Yani bu hizmetleri bu şekilde anlaması çok zor. Bunlar önceden belirlenmiş, kesinleşmiş, madde madde hazırlanmış, sabit kalıplar yani. Bunları hayata uyarlamak zor oluyor. Ve bunlar bireysel de değil aynı zamanda.” (G8-Kâr amacı Gütmeyen Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“MDK’nin sabit yazdığı zaman koridorları gibi bir tanım. Bir insanın vücut bakımı için 10-12 dakika ve herkes için aynı şekilde. Bireysel farklılıklar gözetmeksizin bir şablon şeklinde 12 dakika. Bazen olmuyor, herkese uymayabiliyor. Aslında bu mekanikleşmeyi de getiriyor. Zaman baskısı altında çalışanları mekânikleştiriyor.” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Sigorta kuruluşunda çalışan görüşmecisi tarafından da bakım saati konusunda evde bakım kuruluşları ile sorunlar olduğu belirtilmekte, ancak bazen kuruluşların hasta bakımı için verilen zamana uymadığını, aşağıdaki şekilde ifade etmektedir.

“Ücret konusunda gereken ve bakım saati konusunda sürtüşmeler oluyor. Sorun olan yol saati de içine giriyor, bazen bazı bakım şirketlerinde fakat bu yanlış. Görevliye bakım servisine verilen zaman, aslında kapıdan ayak bastığı andan itibaren sayılması lazım”. (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi)

Bakım hizmetlerinde bir diğer sorun aile yakınları ile evde bakım kuruluşlarının anlaşarak hastaya profesyonel hizmet vermeyip sigorta kuruluşundan ücreti alması ve aralarında paylaşımıdır. Konu ile ilgili sigorta kuruluşu görüşmecisinin görüşleri aşağıdadır.

“Bizi zorlayan çok büyük sorun bakım parası ödeniyor, bakım yapılmıyor, sağlanmıyor.... Üç yüz Euroluk hasta bakım para hakkı varken kendisinin şahsen, komşusu, kızı, akrabası bakarsa. Ama bir şirket diyelim ki bir şirket bakarsa 700 Euro ödüyoruz. Çünkü profesyonel olduğu için. Bunlar diyorlar “tamam teyze” hiç bakım derecesi ölçülmemiş karar verilmemiş, hakkı var mı yok mu diye. Sana bakım sigortası bir derece almaya yardımcı olacağım en azından birinci dereceyi alırsan hiçbir şey yapmama gerek yok bizim gelmemize de gerek yok, işini iyi götürüyorsun. Çocuklarıyla sana ayda ne bileyim sana ayda 300 Euro biz para veririz diyorlar. Bizden de 700- 800 Euro alıyorlar. Maddi gelir kaynağı diye büyük sorun bu.” (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi)

Sigorta şirketleri tarafından belirtilen işlemlerin her bir hasta için uygulanabilir olmadığı, esnekliğe olanak tanınmaması ve bu nedenle de ödemelerde sorun olduğu; *“bazen bireysel durumlarla uymuyor, katalog şeklinde bu hizmetlerin verilmesi. Oraya yazınca mesela siz “şu hizmet için gitmeliydiniz, ama siz bunu yapmışsınız” deyip “buna uymuyor” deyip faturayı geri gönderebiliyor”.* (G9-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

Sigorta kuruluşu çeşitli nedenlerle hastanın gereksinim duyduğu bakım derecesini uygun biçimde belirleyemediği ve genellikle daha düşük gösterme yöneliminde olduğu, bunun da hizmeti olumsuz etkilediği, aşağıdaki sözlerle ifade edilmektedir.

“Ama çoğu zaman gerekli olanla yapılması istenen arasında fark oluyor. 2. derecelik bir hastaya birinci derece verilebiliyor. Bu da alması gerekenden daha az bakım demek.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Aslında zorlandıkları olay bakım derecesi. Bakım sigortası diyor “bu şahsa bu bakım yeterli” onlar da “hayır bu şahsa daha geniş ayrıntılı bakım gerekli” (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi).

“Mesela normalde bir insan vücudunda herhangi engeli yoksa kendine bakabilir diye tanımlanıyor, ama hasta demans ise unutuyorsa dişlerini fırçalama, banyo yapma... o zamanda bakıma ihtiyacı var.” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bence her zaman en önemlisi elemanlar ve ödeme. Onlar gelip size küçük bir derece verdiğinde, ben size ideal bir bakım sağlayamam.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

4.3.8.9. Güvenlikle ilintili sorunlar

İstismar ve ayrımcılık, örselenebilir grupların karşı karşıya kaldığı önemli sorunlardandır. Bakıma muhtaç olma, özerkliğin gerçekleştirilmesinin olanağını yaratan yeterliliğin sınırlandırılması nedeniyle örselenebilirlik nedenlerindendir. Bu durum, hizmet alanların da istismara ve ayrımcılığa uğrama olasılıklarının artmasına neden olabilmektedir. Bir diğer yandan ise bakıma muhtaçlığı yaratan nedenler, bireyin toplumsallığının ve sosyal ilişkilerinin azalmasına neden olabilmektedir. Bu sosyal yaşamdan kopuş ve bilişsel, psikolojik yetersizlikler hizmet alanın hizmet verene yönelik yaklaşımlarında istismar olarak kabul edilebilecek davranışlara neden olabilmektedir. Bu davranışların bazılarının bireyde var olan organik gerekçelerden kaynaklanabileceği göz önünde tutulması gerektiği, ancak bunların maruz kalan tarafından değerlendirmesinin de önemli olduğu söylenebilir. Hizmet sürecinde bu bağlamda yaşanan sorunlar, görüşmeciler tarafından aşağıdaki ifadelerle belirtilmiştir.

“Hastaya hizmet verirken hastanın kötüye kullanılması, zarar verilmesi, hastanın sağlık personeline zarar vermesi ya da hasta yakınının sağlık personeline zarar vermesi, bu illa ki travmatik anlamda fiziksel saldırı şeklinde de olabilir psikolojik saldırı da olabilir.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“En büyük güvenlik sorunu, cinsel tacize uğramaları. Hasta kendisini biliyor olması da çok önemli. O taciz durumu ne kadar bilinçli yapılıyor, o da önemli. Demanslı hasta mı yapıyor bunu, o da çok önemli. Bazı personel karşısındaki hastanın bilinç durumu iyi değilken bunları yapsa da, bunu kabul edemeyebiliyor.”(G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Genç bayanlarımız çok çalışıyor bakım kuruluşlarında onlara sarkıntılık oluyor erkekler tarafından. Yaşlı erkekler tarafından.” (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi)

Bu konu ile ilgili yaşanan sorunların çözümü için çalışanın önceliği temel alınarak son noktanın hizmetin sonlandırılması olduğu, ancak bu noktada da hizmet alanın mağduriyetinin önlenmesi için koruyucu önlemlerin söz konusu olduğu, *“hiç çözemiyorsak bakımın çıkışını veriyoruz o zaman. “Bu şartlar altında size bakım yapamayız”; bizim için çalışanımızın güvenliği çok önemli. Hastaya, bırakmadan önce dört hafta süre vermek zorundayız. Size yardım edebilecek başka bir kurum bulacağız biz kendimiz aile yakınları ya da hasta kendisi buluyor. Ama süre vermek zorundayız o kişiyi bugünden yarına bırakamayız. Bakıma muhtaçsa şikâyet ederlerse, biz suçlu duruma düşüyoruz”* (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) sözleriyle ifade edilmektedir.

4.3.9. Evde bakım hizmetlerinin avantajları

Evde bakım hizmetleri, kişiye alışkın olduğu ortamda alışkanlıklarından vazgeçmeden bakım hizmeti sunulmasına olanak sağlamaktadır. Konu ile ilgili görüşler aşağıdadır.

“Yasaların çizdiği dar sınırlara rağmen hastaneden daha avantajlı. Çünkü bireysel bakım yapılıyor. İnsan kendi evinde iken belirli bir gündelik hayatı var.” (G8-Kâr amacı Gütmeyen Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Evinden çıkmadan ona hizmet sunabilmek, alışkanlıklarından vazgeçmemesini sağlamak.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Kendi yerinizde kalıyorsunuz. Kendi tanıdığınız bölgede kalıyorsunuz. Tanıdığınız insanlar etrafınızda, evinizdesiniz” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“En büyük avantajı insanın kendi bildiği, tanıdığı ve kendi ev ortamında kalması. Ve hasta olarak herhangi bir bakım kurumuna bağlı değilim ve kendi kararlarımı kendim veriyorum. Hastalar böyle diyor.” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Evde bakım hizmeti gereksinimi duyan kişilerin birçoğunun yalnız yaşayan kişiler olduğu göz önüne alındığında bakım hizmeti verenin kısa süreli de olsa iletişim kurması ile söz konusu yalnızlığı bir ölçüde paylaşmasının verilen hizmetin önemli bir artış olduğu aşağıdaki ifadelerde vurgulanmaktadır.

“.....kadın konuşmak ihtiyacı var, eşiyle yığınla sorunları var eşi dinlemek istemiyor, “tüm hafta sizi bekledim” diyor konuşmak için.” (G6-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Sadece onlar ile muhabbet etmeniz bile onlara yeniden yaşamak için bir sevinç oluyor, heves oluyor yalnız kalmalarına. Bir ses var yabancı bir ses ve onlara çok iyi geliyor bence.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Evde bakım hizmetlerinin özerkliğin gerçekleştirilmesine ve kişilerin kendi kararlarını vermelerine olanak sağlaması, bir avantaj olarak değerlendirilmekte ve konu ile görüşler aşağıda yer almaktadır.

“Bir de kişisel bir şey sonuçta kendisi karar veriyor.” (G8-Kar Amacı Gütmeyen Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Bakım evlerindeki gibi programa uymak zorunda değiller. Kendi kendilerinin efendileri. Bakım evlerinde öyle değil, bir program var. Ona göre gün 10.00’da başlıyor vs. gibi durumlar yok evinde.” (G9-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Kendin olabiliyorsun personel size ayak uyduruyor”. (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Kişinin kendini özel hissetmesini sağlıyor.” (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

4.3.10. Evde bakım hizmetlerinin dezavantajları

Ev ortamının, bazı demans hastası gibi hasta grupları için uygun ortam olmadığı ve bu nedenle de evde bakım hizmeti verilememesi bir dezavantaj olarak *“mesela demans hastası ise evde bu hizmeti vermek olmuyor. İnsan sınırları zorluyor. Evden kaçma durumu oluyor, ocağı açık bırakma durumu oluyor; böyle durumlarda evde bakım zor oluyor tabii”* (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) dile getirilmiştir.

Evde bakım hizmetleri hasta değerlerini öncelemekte ve her bir hastanın değerlerine göre davranmak personel için zorluk oluşturmaktadır. Bu durum, *“her bir kişiye ayak uydurmak zorunda. Bu da bir dezavantaj”* şeklinde ifade edilmektedir (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Evde bakım hizmetlerinin kişinin yalnızlaşmasını artırabileceği; *“bazı insanlar var çok yalnızlar ve yalnızlığa mahkûmlar. Evden çıkamıyorlar artık. Hastalıkları ile o eve hapis olmuşlar. Onların yatılı bir kurumda olmaları, sosyal hayatlarını geliştiriyor. Yalnızlığa mahkûmlar gelen kişi ile bir saat geçiriyorlar o kadar.”* (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmiştir.

Evde bakım hizmetlerinde personel denetlemek daha güç ve hizmet sunumu sırasında personel nitelikleri daha fazla ön plana çıktığından, hizmet kalitesinin personel odaklı değerlendirilmesinin bir dezavantaj olarak görüldüğü *“evde bakımda personeli denetlemek çok zor”* (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu) ve *“kontrol etmek çok daha zor. İnanmak zorundasın. Personeline inanmak zorundasın. Personeline huzurevlerine göre, hastanelere göre daha bağımlısın. O iyiye sen de iyisin; o kötü ise sen de kötüsün”* (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir.

4.3.11. Evde bakım sistemi için öneriler

Evde bakım hizmetleri ile ilgili öneriler; sisteme, personele, hizmet alanına ve finansmana ilişkin olarak aşağıda verilmiştir. Evde bakım hizmetlerinin gelişimi için personelin sayısının, niteliğinin, ücretlerinin artırılması önerilmektedir. Personelin niteliği olarak özellikle insan ilişkileri, iş ahlakının gelişiminin sağlanması, personel sürekliliği ve kalıcılığın sağlanması önerilmektedir. Personel ile önerileri içeren ifadeler aşağıda yer almaktadır.

“Personelin, kaliteli ve uzun vadeli eleman olması çok önemli”. (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Bakım hizmetini veren çalışanların daha fazla zaman olmasını isterdim ve ödemelerin iyi olmasını”. (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Personelin çok iyi eğitilmiş olması lazım, özellikle insan ilişkileri konusunda çok iyi eğitilmiş olması gerek.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Evde bakımda çalışacak personelin iş ahlakının çok iyi olması gerek, bu konuya ayrı bir önem verilmeli.” (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Biz her zaman aynı kişinin aynı hastaya devam etmesinden yanayız. Çünkü kişi o zaman hastayı tanıyor. Hasta da elemanı tanıyor. Sorun olmuyor. O zaman daha rahat çalışabiliyorlar; ne yapacaklarını daha iyi tanımlayıp bütün haftalarını ona göre planlayabiliyorlar.” (G2 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bizim insanlar aynı yüzü ister. Çoğu zaman sağlayamıyorlar bunu.” (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi)

Sisteme ilişkin öneriler içerisinde, bürokratik işlemlerin azaltılması, tek bir sigorta olması, rekabetin düzenlenmesi, aile hekimliği sisteminin evde bakım kuruluşları ile entegrasyonunun sağlanması, evde bakım kuruluşlarının hizmet

sunduğu alanın coğrafi sınırlarının belirlenmesi ve hastanelerle entegre çalışılması önerilmektedir. Konu ile ifadeler aşağıdadır.

“Burada bürokratik işlemler çok fazla, bunların azalmasını isterdim” (G9-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Elimde bir sihirli değneğim olsa sigortaların hepsini kaldırır, tek bir sigorta yapardım. Bütün bu dilekçe vb. prosedürleri basitleştirirdim. Hasta bakım elemanına yetki verirdim” (G8-Kar Amacı Gütmeyen Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Evde bakım kuruluşlarının kendi aralarında bir anlaşma yapmaları lazım ve uymaları gereken kuralları belirlemeleri gerek. Rekabet evde bakımda kaliteyi düşürüyor.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi)

“Ev doktorları da önemli bir unsur entegre edilmeli. Bence bir ev doktoru bakım istasyonu ile çalışsın. Yasal olarak söylenmeli. Bizim tecrübelerimize göre bakım istasyonunun bulunduğu mahalle ile sınırlı kalması daha iyi olur. Başka mahallelerden hasta alması anlamlı değil” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Hastanelerle dialogda da sorun yaşanabiliyor. Mesela hasta hastaneye düştü, hastaneden eve döndüğünde tekrar hizmetin devam edebilmesi için koşulların hazırlanması gerekiyor.” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

Hizmet alanın evde bakım hizmet algısının değişmesi ve evde bakım hizmetlerinin profesyonel bir hizmet olarak algılanması gerektiği belirtilmektedir. Konu ile ilgili görüşmeciler ifadeleri aşağıdadır.

“Hastaların beyninde. Beklentileri değişmeli; kimileri, eve gelindiğinde bakım istemiyor, Eve gelen kişiye “camı sil, perdeleri yıka” diyorlar, temizlikçi değil sonuçta. Tamam, günlük işleri yapar ama aslında bakışın değişmesi lazım...” (G5-Sigorta Kuruluşu Yöneticisi)

“Bu işin sosyal yanı var, insanlarla birebir çalıştığımızı unutmamak gerek, yani biz bir fabrikada değiliz, makine değiliz, bir mal çıkarmıyoruz; insanlarla çalışıyoruz, onun için insan yanını unutmamak gerek. Tabii ki bir yandan para kazanacaksın, senin de hayatını yaşaman için para gerekli, ama diğer taraftan da insan yanını unutmazsan, işler yolunda gider: İnsanın yapabileceği bir iş bence senin anlayışına bağlı.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma bulguları, Almanya ve Türkiye’de yürütülen evde bakım hizmetlerinin benzerlik ve farklılıkları bağlamıyla ele alınmış ve bu veriler literatürle birlikte karşılaştırılmıştır. Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin yeni bir hizmet alanı olduğu göz önüne alındığında, söz konusu hizmeti uzun yıllardır düzenli bir şekilde sürdüren ve konuyu sistematik bir şekilde ele alan Almanya ile karşılaştırma yapma olanağını tartışma sürecinde güçleştirmiştir. Ancak bu farklılık ve güçlük, tezin amacı olan Türkiye için hizmet modeli önerisinin oluşturulmasına katkı sunmuştur.

Araştırma kapsamında görüşmecilerin bazıları evde bakım hizmetlerinin sosyal devlet ve insan hakkı kavramı temelinde ele alınması gerektiğini belirtirken, bazı görüşmeciler ise evde bakımın bir çeşit “hayır işi” olarak ele alınması gerektiğini ifade etmişlerdir. Görüşmecilere göre evde bakım hizmetleriyle ilgili iki temel yaklaşım bulunmaktadır. Türkiye’den katılan görüşmeciler, evde bakım hizmetinin hak boyutunu *“sosyal devlet olmanın en önemli noktalarından birinin bu olduğunu düşünüyorum.”* (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi) ve *“bakım gereksinimi olan bireylerin bu hizmete ulaşması bir lütuf değil, hak olarak ele alınmalıdır.”* (G15 Belediye Evde Bakım Birimi) biçiminde ifade etmişler ve evde bakım hizmeti alma hakkının kullanımında “devleti” birincil sorumlu olarak tanımlamışlardır. Evde bakım hizmetlerinin “hak” olarak görülmesi, kamusal bir yükümlülük getirmekte ve aile bireylerinin bakım hizmetlerinde birincil hizmet sağlayıcı ve sorumlu olarak değerlendirilmemesi gerektiğini ortaya çıkarmaktadır.

Türkiye’de Yargıtay 3. Hukuk Dairesi’nin 28.06.2004 tarih ve 2004/7213 tarihli kararında ise; bakıma muhtaç olan bir kişinin eşiyle birlikte yaşadığı evi terk ederek bakımı için ailesinin yanına taşınması, boşanma sürecine yönelik bir davada “birlikte yaşamaya ara verilmesi kapsamında haklı bir sebep olarak” değerlendirilmiştir. Bu mahkeme kararı, bakım hizmetinin kamusal bir görev olmasından öte ailenin ödevi olduğu ve bakım hizmetinde hizmet sunumunun aileden beklendiğini de gösterir niteliktedir. Ayrıca Yargıtay 11. Hukuk Dairesi’nin 11.10.2005 tarih ve 2005/9566 no’lu başka bir kararında ise, ailenin her

türlü hastalık ve sair sıkıntılarında yardımda bulunma görevinin bulunduğu belirtilmektedir.

Bakım hizmetleri tüm dünyada devletin, ailenin ve devlet ile ailenin birlikte sorumlulukları paylaştığı modeller olmak üzere temelde üç farklı biçimde yer almaktadır (Chen, 2014). Devletin sorumluluklarını belirlemek, teorik olarak kolay olmasına karşın, pratikte bu sorumlulukların sınırını çizmek oldukça güçtür (Lorau, 2001: 112). Bu nedenle bakım hizmetlerinde aile ve devletin yükümlölükleri arasında, ortaklaşmalar ve ayrışmalar söz konusu olabilmektedir. Bu ortaklaşmanın önemli örneklerinden bir tanesi, Çin Halk Cumhuriyeti'dir. Birçok alanda ana hizmet sağlayıcının devlet olduğu ve sorumluluğun devlette bulunduğu Çin Halk Cumhuriyeti'nde, bakım hizmetleri sağlama yükümlölüğü aile ve devlet arasında paylaşılmıştır. Herşeyin ana sorumlusu ve temel hizmet sağlayıcı devlet olan Çin'de ailenin de bakım hizmetlerinde etkin rol oynaması ve devletin ödevlerini üstlenmesi, ekonomik ve siyasi yapılanmadan öte Konfüçyüs öğretisinin bir gereği olarak değerlendirilmektedir (Shang ve Wu; 2011:123). Türkiye'de bir görüşmeci de, literatüre paralel olarak, ailenin evde bakım hizmetlerinde aktif katılımcı olmasının kültürel bir zorunluluk olduğunu; *“burada annesine babasına bakmıyor diye dışlanma söz konusu. O nedenle aile muhakkak bakımın içinde yer almalı. Evde bakımda aile işin içinde olmalı, bu evde bakımın kabulü ve ailenin dışlanmaması için önemlidir.”* (G14 Kamu Hastanesi Başhekimisi) sözleriyle belirtmiştir.

Birçok ülkede, bakım hizmetlerinde, ana hizmet sağlayıcı 1970'li yıllara kadar aile olmuştur. Ancak zamanla bu rolde değişim yaşanarak bakım hizmetleri, kamusal bir görev ve yükümlölük olarak değerlendirilmeye başlanmış ve aile ile gönüllü kuruluşların bakım hizmetlerindeki yükümlölüğü azalmıştır (Morris ve Harris, 1972; Tønnessen, Nortvedt ve Førde, 2011; Campbell ve Morgan, 2005; Munchus, Roberts, Rivers ve Gingercih, 1999; Santana, 2010). Örneğin Danimarka'da 1976 yılında (Lewinter, 2004), İsveç'te 1997 yılında (Government bill; 1997/1998 aktaran Hasson ve Arnetz, 2011:1424) uzun dönem bakım hizmetleri ailenin değil, belediyenin temel görevleri kapsamında kabul edilmiştir. Almanya'da ise 1994 tarihinde yürürlüğe girmiş olan uzun dönem bakım yasası ile

birlikte, bakım hizmetleri kamusal bir yükümlülük olarak konumlandırılmıştır. Almanya’da, bakım hizmetleri, bakım sigortası öncesi geleneksel ve aile odaklı bir yaklaşım içerisindedir (Zuchandke, 2010; Theobald, 2003:159). Almanya’da yaşlılar, 1990’lara kadar çoğunlukla kadın yakınları (kızları, gelinleri ya da eşleri) tarafından bakılmaktadır. Bu gerçeklik, toplumsal cinsiyet algısının yansıması olup aile ile toplum arasında iş gücü ayrımının ve sosyal bakım için paylaşılmış sorumluluğun idealize edilmiş biçimi olarak değerlendirilebilir (Theobald, 2003:172).

Theobald ve Kern’e göre (2011) uzun dönem bakım hizmetlerinde kamu desteğinin eksikliği, evrensel sosyal hakları temin eden yeni bir uzun dönem bakım yaklaşımının ortaya çıkmasını tetiklemiştir. Almanya’da “Uzun Dönem Bakım Sigortası”nın oluşturulmasıyla birlikte formal bakım sunumu “Yeni Kamu Yönetimi” bileşenlerinin oluşturulması ile yeniden yapılandırılmıştır. Reform kavramı olarak Yeni Kamu Yönetimi’nin kullanımı; evrensel sosyal haklar politika planı içerisinde, maliyetlerin kapsama dâhil edilmesine olanak sağlama hedefini ön planda tutan “Uzun Dönem Bakım Sigortası” ile ilişkilendirilmiştir. Yeni Kamu Yönetimi anlayışının kullanılması; sadece orta düzeyde kamu desteği ile finans planı içerisinde maliyet üst sınırlarının tanımlanmasının yanında, bakım hizmetlerinin genişlemesinden dolayı beklenen maliyetlerin de azalması anlamına gelmektedir (Theobald, 2011). Avrupa’da bakım hizmetinin sağlanması ve bununla ilgili yasal düzenlemeler genellikle Yeni Kamu Yönetimi anlayışına doğru eğilim göstermektedir. Bu anlayış; neo-liberal fikirlerce desteklenen özel bir reform türü olup daha verimli bir bakım hizmet sunumuna, rekabet serbestliğine ve hizmet sağlayıcıları da özgürce seçebilme hakkına dayanmaktadır (Vabø, 2009; Pacolet ve diğerleri., 2000; aktaran Theobald ve Kern, 2011).

Evde bakım hizmetlerini Türkiye’deki görüşmeciler, hayır işi olarak da değerlendirirken, Almanya’daki görüşmecilerin birçoğu profesyonel bir hizmet olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Evde bakım hizmetlerinin hayır işi olarak görülmesinin, profesyonelleşmeden uzaklaşılmasına ve gönüllülük esaslı bir yönelim içerisinde olunmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Ancak Almanya’dan çalışmaya katılan, kâr amacı gütmeyen ve temelinde hayır ve

yardımseverlik olgusu yatan Caritas, AWO ve Diakonie adlı üç kuruluşun yöneticisi olan görüşmeciler yaptıkları işi profesyonel bir iş olarak tanımlamaktadırlar. Almanya'da, evde bakım sistemindeki profesyonelleşmede, bu hizmetin uzun zamandır sunulmasının etkili olduğu söylenebilir. Thabethe (2011:790), evde bakım hizmetlerinin profesyonel bir iş olduğunu ve gönüllülük temelli yapılacak bir iş olmadığını belirtmektedir. Ancak evde bakım hizmetlerinin gelişim süreci incelendiğinde, evde bakım hizmetlerinde gönüllü çalışanlar ve kâr amacı gütmeyen sivil toplum örgütleri önemli yer tutmuştur (Ryder, 1960: 1135-1136; Schuster, Schulz ve Behrens, 2013). Avrupa'da ve Amerika kıtasında birçok ülkede evde bakım uygulamaları öncelikle, STK'lar tarafından başlatılmış, kamu ve özel sektör daha sonra sistem içine entegre edilmiştir (Schulmerich, 1999, Harris-Kojetin ve diğerleri, 2014:12). Örneğin Danimarka'da 2003 yılına kadar evde bakım sektöründe özel kuruluşlar yer almamaktadır. Maliyetleri azaltmak, özerkliği geliştirmek ve bakım kalitesini artırmak, vb. nedenlerle özel sektörün piyasaya girişini kolaylaştırıcı uygulamalar 2003 yılı sonrası geliştirilmiştir (Rostgaard, 2012), Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin gelişiminde STK'nın etkin şekilde yer almaması, diğer ülkelerin evde bakım hizmetlerinin gelişim sürecinden farklılık göstermektedir.

Hem Türkiye hem de Almanya'daki araştırma bulgularına paralel olarak literatürde de evde bakım hizmetlerini, profesyonel bir iş olarak değerlendirmeyenlerin de olduğu belirtilmektedir (Morgan, Semchukb, Stewart ve D'Arcy; 2002:1136; Theobald 2003). Evde bakım, beceri gerektiren bir meslek olarak tanınmamakta, ancak bürokratik düzenlemelerle, belli kurallarla dağıtımı yapılmayan sembolik olarak ödeme yapılan personel yardımı olarak görülmektedir. Mesleğin düşük statüsüne ilave olarak hizmeti veren personelin görev tanımlarının yapılmamış, hizmet sınırlarının çizilmemiş olması ve bakım hizmetinin geleneksel yapı içinde sürdürülegelen yapısı nedeniyle hizmet veren personelin hizmetin gerektirdiği her türlü işi yapabileceği algısı, profesyonelleşmenin önündeki engeller olarak gösterilmektedir (Gough, 1994; Johansson, 1997 aktaran Theobald 2003; The European Centre for the Development of Vocational Training [CEDEFOP], 2010). Kanada'da kırsal bölgede yapılan bir çalışmada, demans hastalarının, evde bakım sürecinde, özellikle kişisel destek ve evde yardım hizmetleri

sunumundaki bariyerlerden bir tanesinin hizmetin aileler tarafından profesyonel bir hizmet olarak görülmemesi olduğu belirlenmiştir (Morgan ve diğerleri; 2002:1136). Aynı çalışmada bir görüşmeci tarafından bu durum;

“Eğitilmiş kişiler olarak, evde sağlık yardımcılarının tanımlanabilmesine ihtiyaç duymaktayız. Ben her zaman şunu vurguluyorum; onlar (evde bakım hizmeti verenler), sokaktaki herhangi bir insan değiller, onlar eğitilmiş ve bilgi sahibi olan kişiler, bu işi bundan önce zaten yapmışlardır ve şimdi de yapıyorlar. Ve genellikle profesyonelliklerini bir kez sunduklarında, gösterdiklerinde sonrasında her şey rahatlamaktadır” şeklinde ifade edilmiştir (Morgan ve diğerleri; 2002: 1136).

Evde bakım hizmetlerinde çalışanların profesyonel birer çalışan olarak görülmemesini Morgan ve diğerleri (2002), “süreç içinde evde bakım hizmetlerinde, destekleyici ev hizmetlerinden, profesyonel hizmetlere yönelik değişim olması; bazı evde bakım çalışanlarının, özellikle evde sağlık yardımcılarının sorumluluklarının anlaşılmasının biraz zaman alabileceği” biçiminde değerlendirmektedir.

Türkiye’de bazı görüşmeciler, evde bakım hizmetlerinde daha az sorunla karşılaşılmasını, personelin hizmeti hayır işi olarak değerlendirmesiyle ve gönüllülük esaslı çalışmalarıyla gerekçelendirmişlerdir. Bu durumu “*evde sağlık bir hayır işi. Bizim personelimiz evde sağlığı hayır işi olarak gördüğünden hastaya yaklaşımı da farklı oluyor. İşini severek yapıyor, o nedenle çok fazla sorun yaşanmıyor diye düşünüyorum* (G18 TSM Yöneticisi) ve “*evde bakım hizmetleri bir hayır işi, personel de öyle düşünüyor. O nedenle çok fazla sorun olmuyor.*” (G14 Kamu Hastanesi Başhekimisi) ifadeleriyle açıklamışlardır. Araştırma bulgularına paralel olarak literatürde, evde bakım hizmetlerinde özellikle diğer insanların kaçındığı ve kirli iş (dirty work) olarak tanımlanan işlerin gönüllülük temelli yapılması ve bunun hizmet alanların yaşam kalitelerini yükselttiği inancı, çalışanların iş motivasyonlarını ve işe olan saygılarını arttırdığı belirtilmektedir (Stacey, 2005:845). Ayrıca Watson (1999: 93-104), bakım hizmetlerinde “hayır”

(caritas) olgusunu postmodern bakım paradigmasının¹⁹ temel bileşenleri arasında değerlendirmekte ve çalışanlar için güdüleyici bir fenomen olduğunu belirtmektedir. Keyder ise (2007), hayır kavramının vatandaşlık temelinde oluşturulmayan politikaların kapsayıcılığının eksikliğinden doğduğunu ve bu kapsamda sosyal güvenlik sistemlerinin kapsayıcılığının artması ile herkes tarafından ulaşılabilir formal bir hizmet sunumunun gerçekleşmiş olacağını ifade etmektedir. Bu kapsamda bakım hizmetlerinin hayır işi olarak görülmesi, sosyal güvenlik sistemlerinin bakım hizmetlerine ilişkin kapsayıcılığının düşüklüğü ile açıklanabilir. Sosyal güvenlik sistemlerinin kapsayıcılığının düşüklüğü, kapsam dışı kalanların hizmete ulaşımı için başka destekleyici unsurların oluşmasını ya da varolan dinamiklerin bu görevleri yerine getirecek biçimde yeniden yapılanmasını gerekli kılmaktadır. Bu kapsamda günümüzdeki sosyal güvenlik sistemlerinin evde bakım hizmeti sağlamadaki eksikliğini aile ve gönüllüler tamamlamaktadır. Benzer şekilde yine kamusal bir görev olan yaşlı suiistimallerinin belirlenmesi, önlenmesi görevi kamu tarafından yeterince yerine getirilemediğinden birçok AB ülkesinde gönüllü ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlar bu görevin yerine getirilmesindeki boşluğun doldurulmasında etkin rol oynamaya başlamışlardır. Örneğin Almanya'da Handen Stat Misshanden, Fransa'da ALMA adlı kuruluşlar yaşlı suistimalini önlemeye yönelik ev ziyaretlerini içerecek biçimde çeşitli çalışmalar yapmaktadır (Sethi ve diğerleri, 50).

Evde bakım hizmetlerinin içeriğinin tanımlanmasında Almanya'daki görüşmeciler arasında büyük oranda uzlaşım bulunurken, Türkiye'deki görüşmeciler arasında uzlaşım olmadığı belirlenmiştir. Almanya'daki görüşmeciler evde bakım hizmetlerini daha çok bütüncül yaklaşım içinde tıbbi ve sosyal bakım hizmetlerini içerecek biçimde tanımlamakta olup bu durum görüşmecilerin aşağıdaki ifadelerinde izlenmektedir.

¹⁹ Postmodern bakım paradigması kapsamında önemli varsayımlar aşağıdadır.

- Bakım, hayır, değer, bilinç ve gelenekleri kapsamaktadır.
- Bakım kişisel gelişimi, bilinç kontrolünü, iyi olma sürecini ve olabilirlikleri güçlendirmek ve bunlar arasında bir denge kurma çabasıdır.
- Bakım uygulamaları varoluşsal bir değerdir.
- Bakım ilişkisi ve ortamı kişinin saygınlığını, bütünlüğünü ve bölünmezliğini kapsamaktadır.
- Bakım kavramı ruhani bakımı da kapsamaktadır. Hem bakan hem de bakılan kişi için tinsel gelişim göz ardı edilmemelidir (Watson, 1999).

“Kişiy evinde sunulabilecek her türlü tedavi hizmetleri ile birlikte onun yaşamını devam ettirebilecek her türlü hizmetin sunulması” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu).

“Kişiy yaşadığı yerde ona hizmet sunmaktır. Onun sağlığını geliştirecek hizmetlerdir. Yemeğinden, vücut temizliğinden, tedavisine, rehabilitasyonuna kadar evinde yapılabilecek tüm hizmetlerdir” (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu).

Türkiye’deki görüşmeciler ise, evde bakım hizmetlerinde farklı hizmet sunucularının olması dolayısıyla sundukları hizmet içeriklerinin de değişkenlik gösterdiğini belirtmişlerdir. Görüşmeciler bu farklı yapılaşmalardan etkilenmektedir, bir kısmı hizmeti bütüncül yaklaşım ile tarif ederken, bir kısmı sadece evde tedavi ve tıbbi bakım uygulamaları olarak tanımlamakta ya da evde yardım ve evde sosyal destek olarak nitelendirmektedir:

“Evde bakım sadece tıbbi ihtiyaçla sınırlı kalmaz... gerek beslenme gerekse diğer bir takım ihtiyaçların karşılanmasını sağlayacak bir sistemdir. Sadece hekimlik üzerinden evde bakım tanımlı yapmak mümkün değildir.” (Görüşmeci 10 Aile hekimi)

“...yaşlı, engelli, hasta bireylere kendi yaşam mekânlarında sunulan sağlık ve sosyal bakımı kapsayan bir hizmet modelidir.” (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu).

“Evde bakım hizmeti kişilere evlerinde sağlık hizmeti dışında evin temizliği, kişinin kişisel hijyenin yapılmasını içermektedir.” (G18 TSM Yöneticisi)

“Kendi evinde ona hastane şartlarını sağlamak” (G16 Evde bakım hizmeti veren özel çalışan hemşire).

Türkiye’deki evde bakım hizmetlerinin içeriğinden kaynaklanan farklı yaklaşım, alanla ilgili mevzuata da yansımış ve evde bakım hizmetlerinden sorumlu olan iki kurum, SB ve ASPB, evde bakım ile ilgili farklı tanımlamalar

kullanmışlardır. SB, evde bakım hizmetini, hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dâhil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması şeklinde tanımlarken (RG, 2005), ASPB akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özrü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya komşu akraba gibi diğer destek unsurlarına rağmen yetersiz kaldığı durumlarda, yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla sunulan sosyal, fiziksel, psikolojik destek hizmetleri olarak tanımlamaktadır (RG; 2008).

Evde bakım hizmetlerinde tıbbi ve sosyal hizmet ayırımı ve önceleme sorunu, AB ülkelerinde de tartışılmaktadır (EC, 2011:17, Chen, 2012:31). İngiltere’de yapılan bir araştırmada da ele alınmış ve tıbbi bakımının sosyal bakımdan daha yüksek öncelikli olarak değerlendirildiği saptanmıştır (Chen, 2012: 31).

Evde bakım hizmetlerinin kapsamının ve içeriğinin değişimi, dinamik bir süreç olarak değerlendirilmelidir. Örneğin; Danimarka’da evde bakım hizmetleri kapsamının genişlemesi yürütülen bir proje ile olmuştur. Proje 1970 yılında başlamış olup 1980 yılında sona ermiş ve bu projenin sonuçları dikkate alınarak 1983 yılında hizmet içeriğinin genişletilmesine ilişkin değişiklikler olmuştur. Örneğin değişiklik öncesinde 24 saat esasına dayanan hizmetler sadece hemşirelik hizmetlerini kapsarken, değişiklik sonrasında evde yardım hizmetleri de 24 saatlik süreyi kapsayacak şekilde genişlemiştir (Lewinter, 2004). Profesyonel evde bakım hizmetlerinin tarihsel süreci incelendiğinde, ilk başlarda sadece hastane bakım süresinin uzaması ile oluşan yüksek maliyetin azaltılabilmesi amacıyla kısa dönemli bakım türü olarak ele alındığı ortaya çıkmıştır. Ancak günümüzde, evde bakım hizmetinde, kurumsal bakım gereksinimi olan kişilerin de yararlanabileceği uzun dönem bakımın da eklendiği dönüşüm yaşanmıştır (Scharpf, 2005: 18).

Evde bakım hizmetlerinde aile üyelerinin önemi, hem Türkiye'deki hem de Almanya'daki görüşmeciler tarafından ifade edilmektedir. Evde bakım hizmetlerinde ailenin katılımcı olması, amaca ulaşmada kolaylaştırıcı rol üstlenirken hasta, hasta ailesi ve sağlık personeli arasında ki eşgüdümü de artırmaktadır (Çoban ve diğerleri, 2005). Stacey tarafından yapılan araştırmada bir görüşmeci, bakım hizmetlerinde ailenin de yer alması gerektiğini *"...insanlara bakım hizmeti verebilmenin önemli olduğunu hissettim. Anneme, eski eşime ve erkek kardeşime baktım. Ben diğer insanları düşünmekten hoşlanıyorum... Ailenin, aile içinde tutulması gerektiğini düşünüyorum"* şeklinde ifade etmiştir (Stacey, 2012: 53).

Literatürde kişilerin, aile üyeleri tarafından verilen bakımı, evde bakım kuruluşları tarafından sunulan hizmete göre daha çok tercih ettikleri belirlenmiştir (Szebehely ve Trydegard, 2012: 305, 307). Kişilerin aileleri tarafından bakılmak istemeleri beraberinde bazı riskleri de getirmektedir. Kişilerin evlerinde aile üyeleri tarafından bakılması sırasında, aile üyelerinde özellikle bakım hizmetinden sorumlu kişide sağlık sorunlarına neden olduğu, hem Almanya'daki hem de Türkiye'deki görüşmeciler tarafından *"yani kendilerini genç yaşta annelerinden daha hasta duruma getiriyorlar ya da eşlerine bakarken daha çok hasta olmuşlar ve bunu görmüyorlar. Onlar benim gelecek hastalarım oluyorlar yani ileride ki"* (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu) ve *"aileler bakıma ihtiyacı olan kişilerle yaşadıklarında onlardan hasta olmayı öğreniyorlar, burada sosyal bulaşma olduğunu düşünüyorum."* (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu) şeklinde belirtilmiştir.

Aile içinde yaşanabilecek olumsuzlukların bireylere olan etkisi edebiyatta da yer almış ve Fransız yazar Marcel Proust'un "Sainte-Beuve'e Karşı" adlı eserinde söz konusu etki ve yaşlı ile yaşamanın güçlüğü Victor Hugo'nun dizeleriyle aşağıdaki biçimde belirtilmiştir:

"Yaşlılık gözlerde başlar bana kalırsa

Daha çabuk yaşlanır insan hep yaşlılara bakarsa" (Proust, 2006: 82).

Döhner, Lüdecke ve Eickhoff (2008: 3) yaptığı nitel araştırmadaki bir görüşmeci de araştırma bulgularına paralel şekilde, “ailelerine bakan kişilerde en sonunda kendileri de bakılacak duruma gelecekler” ifadesini kullanmaktadır. Arai ve diğerleri (2014:85) tarafından yapılan çalışmada da benzer bulgulara rastlanılmış, aile üyeleri tarafından evlerinde bakılan hastaların yakınlarında depresyon görülme sıklığında artış olduğu, özellikle günlük 12 saat ve üzeri bakım veren aile üyelerinin depresyon açısından risk altında oldukları saptanmıştır. Japonya’da yapılan bir çalışmada ise, aile bakım personelinin bakım verdiği süre 4 saatten fazla olduğunda bakım veren aile üyesinde depresyon görülme sıklığında artış olduğu saptanmıştır (Washio, Arai, Mori, 2014). Özellikle eşlerine bakan kişilerde depresyon ve tükenmişlik, diğer aile üyelerine göre daha yüksektir (Abdollahpour, Noroozian, Nedjat ve Majdzadeh, 2012; Washio ve diğerleri, 2014). Farklı Avrupa ülkelerinde aile içinde bakım hizmeti verenlerin durumlarına yönelik son yıllarda yapılan çalışmalarda, artmakta olan bakım yükü ile birlikte aile içinde bakım veren kişilerin sağlıklarında güçlü olumsuz etkilerin olduğu saptanmıştır (Lüdecke, Mnich and Kofahl, 2008 aktaran Döhner ve diğerleri 2008; Meyer ve Muntaner, 1999; Rubin ve White-Means, 2009).

Aile içi bakım veren bireylerin çeşitli sağlık risklerine maruz kalmalarına karşın evde bakım hizmetlerinin maliyetlerini azalttığı için özellikle aile içi bakım, sigorta kuruluşları ve hükûmetler tarafından özendirilmekte ve bir devlet politikası hâline getirilmektedir (Arntz ve Thomsen, 2011; Costa-Font ve Patxot, 2004; Golberstein ve diğerleri, 2009; Meng, 2013; Simonazzi, 2009; Yong ve Saito, 2012). Ülkeler aile bakımını teşvik etmek için çeşitli yöntemler kullanmaktadırlar. Örneğin Almanya, Avusturya, Fransa, İsrail, Norveç, İsviçre, Birleşik Krallık ve ABD’de aile bakımı sırasında ücret ve maaş desteği gibi doğrudan finansal desteklerin yanı sıra, vergi muafiyeti, sigorta primi desteği, iş güvencesi, gelir desteği, iş yaşamının düzenlenmesi gibi destekler de sunmaktadır (Hall, Petkova, Tsouros, Costantini ve Higginson; 2011:37). Ancak literatür tarandığında, aile üyeleri tarafından kişilere evde bakılmasının maliyetleri azalttığına ilişkin çalışmalara ulaşılmasına rağmen, aile üyeleri tarafından verilen bakım ile profesyonel evde bakım kuruluşları tarafından verilen hizmetin hasta açısından klinik sonuçlarının etkinliğini değerlendiren çalışmalara araştırmacı tarafından

rastlanılmamıştır. Evde bakım hizmetlerinin etkisinin hizmet alanlar açısından değerlendirildiği çalışmalarda ise, evde bakım hizmeti alan yaşlılarda psikiyatrik rahatsızlıklar, özellikle depresyon ve anksiyete görülme sıklığı, yatılı bakım kurumlarından yararlananlara göre daha düşük bulunmuştur (Beerens ve diğerleri, 2014; Castro-de-Araujo, Barcelos-Ferreira, Martins ve Bottino, 2013; Dozeman ve diğerleri, 2011; Dozeman ve diğerleri, 2012).

Evde bakım hizmetlerinde çalışmanın, personelde de tükenmişlik ve çaresizlik duygusuna neden olduğu görüşmeciler tarafından; *“bütün gün bu işi yaptığımız için bir gün stop diyoruz. Bu çok da insani bir durum aslında. Çünkü onlar ile sürekli beraber olmak yoruyor tabii.”* (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu) şeklinde ifade edilmiştir. Literatürde evde bakım personelindeki aşırı iş yükünün ve stresin depresyona (Barnes, Given ve Given, 1992 aktaran Naruse ve diğerleri, 2011) ve yaşlı suiistimaline ve ihmeline sebep olduğu (Nikura, Araki ve Kishitani, 2009; Schiamborg ve Gans, 2000 aktaran Naruse ve diğerleri, 2011) ve carpal tunnel sendromu geliştiği (England ve Dyck, 2012:1081) belirtilmektedir. Hasson ve Arnetz (2008:475) tarafından yapılan bir araştırmada ise, yaşlı bakım hizmetlerinin stresli bir iş olduğu, huzurevi çalışanların iş stresinin evde bakım hizmetleri çalışanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Thabethe (2011:790), tarafından evde bakım profesyonelleri arasında yapılan bir çalışmada evde bakım çalışanlarının hizmet sunumu sırasında stresle baş etmek için ruhani yöntemlere yöneldikleri saptanmıştır. Bakım veren personelden bir tanesi, *“kiliseye gitmek benim inancımı yeniliyor ve başkalarına hizmet etmenin önemini bana hatırlatıyor. Böylece benim inancım derinleşiyor ve stresim azalıyor, baş etmede gücümü artırıyor”* şeklinde bir ifade kullanmıştır (Thabethe, 2011:790).

Evde bakım hizmetlerinde hizmet alanlar ve hizmet verenler arasındaki rol kargaşası, hem Almanya'daki hem de Türkiye'deki görüşmeciler tarafından belirtilmiştir. Rol kargaşasının temelinde, hizmet alanın hizmet verenden beklediği rol ile hizmet verenin rolü arasında uyumsuzluk bulunmaktadır. Görüşmeciler tarafından hizmet alanlar, hizmet verenleri profesyonel bakım personeli olarak değil hizmetçi gibi gördüklerini, *“eve bulaşıkçı kız temizlikçi kız gelmiş diyorlar.*

Hastanın banyosunu ben yaptırayım sen evin genel temizliği yap, ütüsünü yap diyenler oluyor.” (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu) ve *“geçen gün benim hastabakıcı 2 bayanım geldi ve onlara bulaşıkçılar geldi diye hitap edilmiş.”* (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu) ve *“hastaların beyninde, beklentileri değişmeli, Kimileri, eve gelindiğinde bakım istemiyor, eve gelen kişiye camı sil perdeleri yıka diyorlar, temizlikçi değil sonuçta. Tamam, günlük işleri yapar ama aslında bakımın değişmesi lazım...”* (G5-Sigorta Kuruluşu) şeklinde ifade etmişlerdir. Almanya’da bir görüşmeci, bu durumun kültürel bir fenomen olduğunu *“bizim Türkler, hasta bakıcılarımıza hizmetçi gibi davranıyorlar... Hasta bakıcılarımız biz hasta bakmıyoruz ve hizmetçiyiz diye düşünüyorlar”* (G4 Özel Evde Bakım Kuruluşu) sözleriyle ifade etmektedir. Ayrıca Almanya’daki görüşmecilerden bir tanesi, hizmet alanların kendi kültürüne yakın sağlık personelinin beklentilerinin daha yüksek ve görev tanımları dışındaki işlemleri isteme yönelimli olduğunu; *“Türkiyeli hemşire ya da hemşire yardımcısına davrandıkları gibi Alman hemşirelere davranmıyorlar. Kendilerinden olan hemşireden, bakım personelinin daha çok şey istiyorlar, bakım planı dışında şeylerde istiyorlar.”* (G2 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) sözleriyle ortaya koymuştur.

Araştırma bulgularına paralel olarak Stacey tarafından (2005: 844) evde bakım çalışanları ile yapılan bir çalışmada, hizmet alanların taleplerinin ve beklentilerinin çalışanların görev tanımları dışında olduğuna ilişkin bulgular saptanmış ve söz konusu çalışmada bir görüşmeci bu durumu;

“Bazen o (hizmet alan), çok büyük bir taleple geliyor, bilirsiniz, benim insan olduğumu unutuyor. Benim robot olduğumu düşünüyor. Benim o işleri yapabilmem için başka türde bir insan olmam gerekiyor. Çünkü hizmet alanlar sizin insan olduğunuzu unutuyorlar. Bunu çok önemsemiyorlar. Onlara hatırlatmanız gerekiyor. [Hey, bak, ben bir insanoğluyum.]” biçiminde ifade etmiştir.

Evde bakım hizmetleri sırasında hastaların evde bakım çalışanlarından görev tanımları dışında onları zorlamayacak, ancak hasta için değer yükü olan basit işler istendiğinde de evde bakım çalışanları tarafından bu işlemlerin görev

kapsamları dışında olması nedeniyle bunların yapılmadığı, Chen (2012:33) tarafından yapılan niteliksel bir çalışmada, bir hizmet alan tarafından;

“Bahçede çiçeklerim ölüyordu ve o (evde bakım çalışanı) bana dedi ki: Ben bahçede sana yardım edemem, ben sadece senin kişisel bakımından sorumluyum” biçiminde ifade edilmiştir.

Evde bakım hizmetleri sırasında hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin hizmet verenin yeterlilikleri ve yetenekleri dışında olabileceğine ilişkin de literatürde bulgulara rastlanılmıştır (Stacey, 2005:842). Stacey (2005:842) tarafından yapılan nitel bir çalışmada evde bakım çalışanı bu durumu;

“Eğer sargılı yarası veya bunun gibi bir durum varsa, bu sargıyı çıkarıyorum, peroksitle temizleyip tekrar sargılıyorum. Eğer daha büyük açık yaraları varsa, bunu yapmıyorum. Ve hasta olan kişiye bunu açıklıyorum. Ayrıca, damar içi ilaç uygulamalarını da yapmayacağımı bildiriyorum. Ben ne yapılması bekleniyorsa ona bağlı kalıyorum. Eğer bunu istemiyorsanız, bu çok kötü olur. Ancak, ben çizgiyi aşmayacağım. Herkesin memnuniyeti için mesleğimi tehlikeye atamam.” şeklinde ifade etmiştir.

Araştırma bulgularına paralel olarak literatürde evde bakım hizmetlerinde hasta beklentileri yanında, ailelerin etkisinin ve beklentisinin çok yüksek olduğuna ilişkin görüşler saptanmıştır:

Bir evde bakım profesyoneli bu durumu; “Aileler değerlendirmelerde çok güçlü bir etkiye sahiptirler. Bazı aileler hizmet alacak kişiye çok da faydası olmayacak belirli bakım türlerinin sunulması konusunda bizleri zorlamaktadırlar.” sözleriyle belirtmiştir (Chen, 2012:33).

Araştırma bulgularına benzer biçimde, evde bakım hizmetlerinde, hizmet alanların özellikle bakım personelini etiketleme biçiminde “hizmetçi” olarak gördükleri belirtilmektedir (England ve Dyck, 2012:1081; Hrzenjak, 2012). Slovenya’da Hrzenjak (2012:48) tarafından yapılan bir çalışmada, evde bakım hizmetleri sırasında hem aile hem de hizmet alan tarafından bakım veren

personeli incitici uygulamalar olduğu saptanmıştır. Bakım veren personelden bir tanesi bu durumu;

“Bazen sizi hizmetçi gibi görmekteler ve aşağılama içindeler. Bir gün, bir bayan beni aşağılamak istedi, fakat ben ona bakım personeli olduğumu onun bana olan ihtiyacının benim ona olan ihtiyacımdan daha fazla olduğunu ifade ettim” şeklinde belirtmektedir (Hrzenjak, 2012).

Ayrıca evde bakım hizmetinin ve buna bağılı olarak hizmet verenin değersizleştirilmesinin birey üzerindeki olumsuz etkisi Stacey (2005:839) tarafından yapılan nitel bir araştırmada;

“Hiç kimse sizi dinlemeyecektir...sizler sadece yardımcısınız. Ben, yeteneksiz, aptal, hiçbir şeyi bilmeyen biri olarak düşünölmekten oldukça yoruldum. Fakat sanırım bu her zaman bu şekilde oldu ve hep bu şekilde devam edeceğini düşünüyorum. Bizler, hastaları ve her şeyi bilen kişileriz” sözleriyle vurgulanmıştır.

Başka bir araştırmada ise; değersizleştirilenin yanlış bir algı olduğu, alanda çalışma süreciyle kişilerle kurulan ilişki sonucunda söz konusu olumsuz algının değışeceğı görüşmecinin “Bu işin onur kırıcı olduğunu düşünürdüm. Fakat birliğı katıldığımdan beri bize ne kadar saygı duyulduğunu görüyorum.” sözleriyle belirtilmektedir (Delp and Quan 2002 aktaran Delp, 2006:17). Literatürde evde bakım sektörünün olumsuz imajının, evde bakım hizmetlerinin önemli sorunlarından birisi olduğu da vurgulanmaktadır (Hillier ve Barrow, 2007:313; Stacey, 2005; Twigg, 2000). Özellikle kişisel hijyen ve evde yardım alanında çalışanların yaptıkları işler “kirli iş” olarak tanımlanmaktadırlar (Delp, Wallace, Geiger-Brown ve Muntaner, 2010; Duffy, 2013; Mullins, 2013; Stacey, 2005:832;Twigg, 2000; Wibberley, 2013). Morgan ve diğerkleri (2002) evde bakım sektöründeki söz konusu olumsuz etiketlenmeyi azaltmak için, kitle iletişim araçlarının kullanılması gerektiğini belirtmektedir.

Evde bakım hizmetlerinde çalışanların profesyonel anlamda tanınırlılığının eksikliği ile yetersiz ve uygunsuz çalışma koşulları, iş güvencesinin düşük

olmasına ve çeşitli sağlık riskine maruz kalmaya sebep olurken, tüm bu süreç yüksek oranda personel devirlerine (Zeytinoglu ve diğerleri 2009) ve iş piyasasından erken geri çekilmelere (Waltisperger, 2008; Dellve, Lagerstrom ve Hugberg, 2003 aktaran Doniol-Shaw) neden olmaktadır. Evde bakım sektöründe personel devir oranı yıllık olarak %50-75 gibi yüksek oranlarda gerçekleşmektedir (Institute of Medicine, 2008; U.S. General Accounting Office, 2001). Bu çalışmada da, literatüre paralel olarak hem Almanya'daki hem de Türkiye'deki görüşmeciler personel devir oranının yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Almanya'daki bir görüşmeci, evde bakım sektöründe personel devir oranının yüksek olduğunu *"Bu alanda bir kişiyle uzun süre çalışmıyorsun. Ortalama bir kişinin bir iş yerinde çalışma süresi bir yıl diyebiliriz."* (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu) sözleriyle ifade etmiştir.

Bakım hizmetlerindeki önemli sorunlardan birisinin, bireyin öteki ile kurmak zorunda kaldığı ilişki nedeniyle özel yaşamına yapılan müdahale olduğu göz önüne alındığında (Çoban, Şanlıoğlu Bilgici ve Oğuz, 2005; İzgi, 2009), personel değişimlerinin mahremiyetin zedelenmesine ve güvenlik sorununa neden olacağı ve bu durumun da hizmetin niteliğini olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir. Evde bakım hizmetleri sunumu sırasında, evi meydana getiren rutin faaliyetlerin, yerleşik anlamların ve bakım alan kimsenin şekillenmiş öznelliğinin bozulması tehlikesi bulunmaktadır (Ruddick, 1995; Tamm, 1999 aktaran Dyck, Kontos, Angus ve McKeever, 2005). Evde bakım hizmetlerinde mahremiyet kavramı kurumsal bakımdan farklı olarak yalnız hastayı değil hasta yakınını da kapsamaktadır. Ev ortamında sağlık personeli ile hasta ve hasta yakınlarının özel yaşantısı arasındaki sınırlar müphemleşmiştir (Çoban ve diğerleri, 2005). Coffman (1995) tarafından yapılan çalışmada ise, evde bakım hizmetlerinden yararlanan bir çocuğun babası evindeki özel yaşamın ve mahremiyetin örselendiğini şu sözlerle ifade etmektedir (Wang ve Barnard, 2004:40):

"Özel yaşamım, mahremiyetim yok. Bize sürekli gelen ve gidenler bulunmakta. Gelenlerin çoğu hemşire ve kadın. Bu yüzden evin içinde dolaşırken bile sürekli evde uygun bir kıyafetle olmak zorundayım."

Araştırma bulgularına paralel olarak literatürde de hizmet alanların aynı kişiden hizmet talep etikleri farklı çalışmalarda izlenmektedir (England ve Dyck,

2012; Zeytinoglu 2009). England ve Dyck (2012:1081) tarafından yapılan araştırmada, hizmet için farklı kişilerin gelmesinin ayrıca güvensizlik de yarattığı görüşmecinin “evde bakım kuruluğu her bir gün için farklı bir kişi gönderiyordu. Bu benim için çok zordu. Onların büyük bir kısmı da tembeldi. Koca bir çantayla geliyorlardı ne göturdüklerini Tanrı bilir.” sözleriyle belirtilmektedir. Evde bakım çalışanlarının tembellikle suçlanmaları yanında, hırsızlıkla da itham edilme durumları söz konusudur (England ve Dyck (2012:1081). Tüm bunlara karşın Shin (2013:140) tarafından ABD’de huzurevlerinde yapılan bir çalışmada, tam zamanlı çalışan lisanslı hemşirelerin personel devri ile mahremiyetin korunması arasında yüksek pozitif bir ilişki bulunmuştur. Çalışmada artan personel devir oranı ile mahremiyetin korunması arasındaki pozitif ilişki, yeni işe girmiş olanların daha özenli davranmaları ile ilişkilendirilmiştir (Shin, 2013:140). Buna karşın sertifikalı hemşire yardımcılarının personel devir oranları ile güvenlik arasında negatif ilişki saptanmıştır (Shin, 2013: 141).

Literatüre paralel olarak, yapılan araştırmada personel devirlerinin yüksek olduğu ve bunun yaratabileceği olumsuzluklar; *“personelin, kaliteli ve uzun vadeli eleman olması çok önemli”*. (G2- Özel Evde Bakım Kuruluşu), *“bizim insanlar aynı yüzü ister. Çoğu zaman sağlayamıyorlar bunu”* (G5-Sigorta Kuruluşu) ve *“diyor ki ben bir kişiyi bileyim benim evime bir kişi gelsin. Aslında güven unsuru var. Yani evinize yabancı birilerinin girip çıkmasını çok istemiyor insanlar. Özellikle de yaşlılar alıştığı kişiyle sürekli devam etmek istiyor. Ama bu bizde çok mümkün olmuyor.”* (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu) ifadeleriyle belirtilmektedir.

Türkiye’de gerçekleştirilen görüşmelerde hizmet alanların ve ailelerin evde bakım hizmeti sunumunda personel değişiminin sık olmamasını talep ettikleri ve bunun kurumlarca karşılanmasında sorun olduğu, bu nedenle de ailelerin göçmen bakım personeline yöneldikleri saptanmıştır. Özel evde bakım yöneticilerinden bir tanesi bu durumu;

“Bir hizmet sunduğumuz için belli saatler içinde çalışanımızı yönlendirebileceğimiz için artık biz bir hizmet için minimum üç tane çalışanımızı o eve sokmak zorundayız. Yani bir gün biri, diğer gün başka biri nöbetçi sistemi şart. Aileler bazen buna sıcak bakmıyor. Diyor ki ben bir

kişiyi bileyim, benim evime bir kişi gelsin. Aslında güven unsuru var. Yani evinize yabancı birilerinin girip çıkmasını çok istemiyor insanlar. Özellikle de yaşlılar alıştığı kişiyle sürekli devam etmek istiyor. Ama bu bizde çok mümkün olmuyor. Kendileri bulduğunda, yabancı uyruklu bir bayan bulduğunda tabii o riskleri de göz alarak sağlık risklerini kabul etmiş oluyorlar” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu) biçiminde ifade etmiştir.

Literatürde evde bakım hizmetlerinde uzun süre aynı kişiden hizmet alamama güçlüğü sektörün zayıflıkları arasında değerlendirilmektedir (England ve Dyck, 2012: 1081). Zeytinoglu ve diğerleri de (2009) evde bakım hizmetlerinde, hizmet alanların aynı evde bakım çalışanı tarafından verilen bakımın devamlılığını beklemelerinin olağan olduğunu belirtirken, söz konusu devamlılığın sağlanmasının rekabete dayanan piyasa modellemesi içerisinde yer alan evde bakım sisteminde neredeyse olanaksız olduğunu ifade etmektedirler.

Almanya'daki görüşmeler sırasında görüşmeciler tarafından nitelikli personel konusundaki literatürde belirtilen eğitim eksikliği (Lundgren, 2011; Bell, 2001) yanında personeldeki niceliksel eksiklikler de, *“bu hizmet alanında uzman eleman bulmak çok zor”, “Ev hanımları, hiç bakımla alakası olmayan insanlara üç dört günde öğretiliyor, insanların üzerlerine bırakılıyor bu da çok büyük bir sorun”* (G5-Sigorta Kuruluşu) sözleriyle vurgulanmış ve görüşmeciler arasında bu konuda bir uzlaşım olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Türkiye’de ise görüşmeciler arasında evde bakım personelinin niceliği açısından sorun olduğu konusunda uzlaşım bulunurken, bazı görüşmeciler verilen hizmetin eğitilmiş personel tarafından verilen sağlık hizmeti olması nedeniyle niteliksel anlamda sorun olmayacağını; *“...personel ile asıl sorun sayısal anlamda yetersizlik. Bilgi düzeyinde bir sorun yok, hepsi sağlıkçı, sonuçta verilen hizmet belli, o verilen hizmeti de karşılayamayacak niteliksiz personel olduğunu düşünmüyorum.”* (G17 Halk Sağlığı Kurumu) sözleriyle belirtmektedirler.

Theobald (2012b), Almanya’da 2003’de yaşlı bakım alanında başlatılan meslekî eğitimin, evde bakım hizmetlerinde personelin niteliğini yükselttiğini ve dolayısıyla evde bakım hizmetlerine olan talebi artırdığını belirtmektedir. Ancak

hâlen evde bakım sektöründe bakım alanında herhangi bir eğitim almadan çalışan %24,8'lik bir grup bulunmaktadır; %18,8'lik bir grup ise sadece kurs düzeyinde eğitim almıştır (Theobald, 2012). İngiltere'de evde bakım personelinin niteliklerini artırmak için bir takım eğitim modülleri geliştirilmektedir. Bu modüller geliştirilirken özellikle evde bakım hizmetlerinin karmaşık yapısının ve hizmeti standardize etmenin güçlüğüne farkında olunmasına vurgu yapılmaktadır. Bu nedenle sunum biçimlerinin esnekleşmesine özen gösterilmektedir. Ayrıca hizmet alanların etnik, kültürel ve kişisel değerlerinin evde bakım hizmetleri sunumu sırasında kurumsal bakımdan daha fazla ön plana çıkma olasılığının yüksek olması ve hizmet verenin bu değerleri dikkate alan bir yaklaşım içerisinde olması gibi başlıklara önem verilmektedir (Bell; 2001). Evde bakım hizmetlerinin hizmet alanın kendi kültürünü dünyanın merkezine koymasına (etnosantrizm) olanak sağlayan bir hizmet sunum biçimi ön kabulü, kişinin standartları kendi kültürünü esas alacak biçimde değerlendirmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Hastanelerin sağlık hizmetlerinde etkin kullanılmaya başlanmasıyla sağlık personelinin, özellikle bakım hizmetlerinde görev alan temel personel olan hemşirelerin eğitimleri hastane odaklı olarak gerçekleşmiştir. Oysa hastane hizmetleri öncesi sağlık hizmet sunumu döneminde eğitim, ev ziyareti ve evde bakım hizmetleri odaklıdır. Örneğin evde bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde kullanıldığı ve derin bir geçmişe sahip ülkelerden biri olan Kanada'da, 1874 yılında hastane temelli hemşirelik eğitimi veren ilk okul St. Catharine Genel Hastanesi bünyesinde açılmıştır (Grypma ve diğerleri, 2012). Bu zamana kadar var olan bütün hemşirelik eğitimleri, daha çok ev ziyareti ve evde bakım odaklı olarak yapılandırılmıştır (Keddy ve Dodd, 2005 aktaran Grypma ve diğerleri, 2012:454). Hastaneler kurulana kadar eğitilmiş hemşirelerin birçoğu evde hasta bakımı odaklı ve özel hemşire olarak evlerde çalışmışlardır (aktaran Grypma ve diğerleri, 2012:455). Türkiye'de de hasta bakımıyla ilgilenen kadın personelin sağlık bilgisi ve eğitiminden yoksun olması nedeniyle, 1889'da Besim Ömer Paşa tarafından hastabakıcılık eğitiminin temelleri atılmış, ebelerle yönelik söz konusu eğitimler başlatılmış ve bu süreç hastabakıcılığının kurumsallaşmasının başlangıcı olmuştur (Sarı, 1996: 27). Türkiye'de sağlık mevzuatında klinik eğitim içerisinde evde bakım hemşireliğinin yer alması gerektiği ve ilk defa "Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş

Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik'te" yer almıştır (RG, 2008b). Bu kapsamda Türkiye'de evde bakım hizmeti sunumu sırasında gerekli hemşirelik niteliklerinin ve becerilerinin hastanede hizmet sunumundan farklı olması gerektiği mevzuatla desteklenmiştir.

Evde bakım sektöründe personel bulma konusunda güçlük yaratan nedenlerden bir tanesinin personelin tatmin edici ücret kazanmaması olduğu; *"bir de bakıcı bulma sıkıntısı var, aslında hemşire bulma konusunda da sıkıntı yaşıyor. Çok kazanmıyorlar yani. O yüzden gelirlerin biraz yükseltilmesi gerekiyor. Mesleğe çekmek için. Asıl sorunlardan biri."* (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu) şeklinde ifade edilmiştir. Literatürde de benzer bulgulara rastlanılmıştır. Konuyla ilgili olarak profesyonel evde bakım çalışanlarının gelirlerinin, huzurevi ve hastane çalışanlarına göre daha düşük olduğu ve ücret konusunda daha fazla sorun yaşadıkları belirtilmiştir (Hillier ve Barrow, 2007:313; Twigg, 2000; Delp, 2006:21). ABD'de yapılan bir araştırmada, evde bakım sektöründe özellikle kişisel bakım ve evde yardım işlerini sunan iş görenlerin büyük çoğunluğunun kendi faturalarını ve kiralarını ödeyebilecek bir kazanç için çalıştıkları ve ortalama saatlik ücretlerinin 7,25\$-9,25\$ arasında olduğu saptanmıştır (Stacey 2005:835-838). Stacey (2005:838), evde bakım çalışanlarının maaşlarının düşük olmasını, işin hafife alınması ve değersizleştirilmesi ile gerekçelendirmektedir. Evde bakım hizmetlerinde çalışanların, hastane ya da bakımevlerinde çalışanlardan daha az kazanmalarının gerekçesi, evin mekânsal olarak ücretsiz çalışma ile konumlandırılması ya da hizmetin daha yüksek değer biçilen tıbbi bakım modeli yerine sosyal bir bakım modeli ile ilişkilendirilmesi olarak değerlendirenler de bulunmaktadır (Delp, 2006:21).

Evde bakım hizmetlerindeki personel istihdamında, sınırlı kaynakların akılcı kullanımı bağlamında dikkatli olunması gerektiği, Türkiye'deki görüşmeciler tarafından özellikle ifade edilmiştir. Personel odaklı sınırlı kaynakların kullanımı kapsamında farklı meslek gruplarının oluşturulması gerekliliği ve bunun önemi;

"Yaşlı bakımı konusunda İSMEK'ten, Milli Eğitim'den ya da şu an üniversitelerde bu bölümde iki yıllık eğitimler verilmeye başlandı yaşlı bakım

teknikerliği adı altında, buradan mezun olanlardan yararlanıyoruz.Her hizmet her bakım için hemşire lüks kaçabiliyor. Ki bu kadar hemşire ihtiyacının olduğu bir ÷lkede hemşire bulma sıkıntısını da düşünürsek çok doğru değil aslında. Son dönemde yaşıli bakım teknikeri bölümlerinin açılması çok büyük bir avantaj sağladı.” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) sözleriyle belirtilmektedir.

Türkiye’de evde bakım hizmetinin kapsamının, standartlarının, hizmeti yürütecek personelin niteliklerinin belirlenmemiş olması ve hizmetin yaygınlaşmaması, söz konusu düşünceyi oluşturan bileşenlerdendir. Fransa’da da evde bakım sektöründe sınırlı kaynakların aktif kullanımı adına üst düzey beceri gerektiren bakım hizmetleri dışında, eğitimli ve yaşıli bakıma özel bakım personellerinin kullanılması, bir politika olarak belirlenmiştir (Doniol- Shawa ve Lada, 2011). Literatüre paralel olarak, Türkiye’de de yaşıli bakım hizmetlerine özel okulların açılmasının bu kapsamda öngör÷len bir çözüm olduğu, özel evde bakım kuruluşu yöneticileri tarafından ifade edilmiştir. Yaşıli bakım teknikerleri, özellikle kamu hastane birlikleri kapsamında evde sağlık hizmeti sunan birimlerde kullanılmaya başlanmıştır. Yaşıli Bakım Teknikerleri Derneği Başkanı Orhan Tahir Acar ile 15 Nisan 2014 tarihinde yapılan görüşmede (Yaşıli Bakım Teknikerleri Derneği, 2014), üniversitelerde yaşıli bakım programlarının 2005 yılında eğitime başladığı, mezunların kamuda ilk kez Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Bakım Merkezi’nde 21.10.2009 yılında çalışma olanağı bulunduğu, bugüne kadar yaklaşık yaşıli bakım teknikerliği alanında 4500 mezun verilmiş olmasına karşın henüz SB kadrosunda 133 yaşıli bakım teknikerinin bulunduğu ve bunların 94 tanesinin ise evde sağlık biriminde çalıştığı belirtilmektedir. Ayrıca görüşmede yaşıli bakım teknikerlerinin alanda kabul edilme sürecinde bazı meslek grupları tarafından mesleki alanlarına müdahale gerekçesi ile ciddi karşı çıkışlar bulursa da sürecin meslekî alana müdahale olmadığı, hizmetin doğasının gerektirdiği gelişme olduğunun anlaşılacağı ve yaşıli talepleri kapsamında, alanda çalışan yaşıli bakım teknikeri sayısının artacağı, böylece sınırlı nitelikli personelin akılcı kullanımının sağlanabileceği ifade edilmektedir.

Morgan, Sherlock ve Ritchie göre (2010), evde bakım alanında çalışan personel bulmada ciddi güçlükler ABD’de de yaşanmakta, bununla birlikte talep fazla olduğundan evde bakım çalışanlarının işten çıkma durumlarında kolayca yeniden aynı alanda iş bulabilmektedirler. Kanada’da da evde bakım çalışanlarına iş piyasasında büyük bir talep bulunmaktadır. Çalışanların sadece %7’lik bir kısmının, işlerini kaybetmeleri durumunda iş bulamayacakları endişesi yaşamakta oldukları belirlenmiştir (Zeytinoglu ve diğerleri 2009:263).

Evde bakım hizmetlerinin hasta değerlerini öncelemeyi zorlayan yapısı ve bunun sonucu olarak her bir hastanın değerlerine göre davranmanın personel için zorluk oluşturduğu, *“her bir kişiye ayak uydurmak zorunda. Bu da bir dezavantaj”* şeklinde ifade edilmektedir (G2-özel evde bakım kuruluşu). Oğuz (2004)’a göre sağlık personeli hizmet sunumu sırasında mesleki değerler, kişisel değerler ve kültürel değerler olmak üzere her üç değer kümesi arasında bir denge kurarak hizmet vermek yükümlüğündedir ve bir değer diğerlerine göre öncelenmesi, hizmet sunumu sırasında sorunlar oluşturacaktır. Thabethe (2011:790), evde bakım hizmetleri sunumu sırasında hasta talepleri ve hasta değerlerini önceleme sorununun, entegrasyon, akışkanlık, aerodinamik, bilinç ve dayanışma öğelerinin tümleşik biçimde kullanılması ile çözüleceğini belirtmektedir.

Dünyadaki toplumların genel yapıları göz önüne alındığında, patriyarkal yapı dikkati çekmektedir. Bu yapılanmanın da etkisi ile bakım hizmetleri tarihsel süreç içinde kadına yüklenmiş bir ödev olarak karşımıza çıkmakta (Karapehlivan Şenel, 2012; Marx, 1997:381; Öz, 1998) ve bakım hizmetlerinin çalışan yapısının temelini kadınların oluşturmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda Almanya’daki görüşmeci tarafından bakım hizmetlerinde temel görevin kadında olduğu tarihsel dinamikler çerçevesince şu şekilde ifade edilmiştir: *“bu meslek tarihte de rahibelerden çıkmıştır. Yani kadınlardan çıkmıştır. Birisi hasta olduğu zaman anne bakar, baba bakmaz ya da kız kardeş bakar. Ya da gelin bakar, damat bakmaz. Sektörde erkek oranları çok az. Yani bu işi yapmak isteyenler az. Gerek işin kadın işi olarak görülmesi, gerekse bayanı her tarafa gönderebiliyorsunuz her işi yaptırabiliyorsunuz. Bulaşığı yıkayabiliyor. Alışverişi gidebiliyor. Ama erkek yapamıyor. Genelde bu işi yapan erkek sayısı az. Ayrıca vücut bakımında*

erkeklerin yer alması sorun olur. Genelde bayanlar erkeklere göre daha fazla tercih ediliyor. Alman yaşlı bayanlarda erkek sorun olmuyor. Türkiyeli bir bayanın vücut bakımı için erkeği gönderemezsiniz. Kültürel yönden ve dinî yönden bir erkek kadına vücut bakımı yapamaz. Yabancı bir erkek yapamaz. Ama bir bayan erkeğe vücut bakımı yapabiliyor. Aşırı dinci de olsa onda bir sorun olmuyor. Bir erkeğin bir bayana vücut bakımı yapması sorun. Türkiyeli hastalarda toplumun ne düşündüğü çok önemli oluyor. Daha çok başkaları için yaşıyorlar. Davranışlarını başkalarına göre yönlendirebiliyorlar.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu).

Bakımın belli bir cinse yüklenmiş ödev oluşturması, bu hizmet alanında çalışan kadınların kendi aile birimlerinde de aynı ödev yükümlülüğü ile karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır (Armstrong ve Armstrong; 2010; George, 2008; Malacrida, 2009). Bunun da çalışanlar için olumsuzluk yarattığı, Almanya’daki görüşmeciler tarafından, *“çoğunluğu günde 6 saat çalışıyor. Bayan olduğu için kendi evindeki kendi özel ihtiyaçlarına da zaman ayırması gerekiyor. Kendi çocuklarına da zaman ayırması lazım, o yüzden çoğu 6 saat çalışıyor. Personelin çoğu bayan, onların da kendi çocukları var. Vardiyalı çalışmada sorunlar yaşanabiliyor. İş ve çocuk aynı zamanda yürütmesi zor olabiliyor. Bizim işimiz 365 gün 24 saat gerektiriyor. Dönem dönem hafta sonları çalışmaları gerekiyor. Dönem dönem öğleden sonra ya da gecenin geç saatlerinde çalışmaları gerekebiliyor. Orada da çok ciddi sorunlar yaşayabiliyoruz personel açısından.”* (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu) şeklinde belirtilmiştir.

Araştırma bulgularında da olduğu gibi kadın çalışan olarak evde bakım hizmeti veren kadınlar, kendi evlerinde de ağır sorumluluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Armstrong ve Armstrong; 2010; Malacrida, 2009). Kadınların aileye bakma konusunda en uygun kişiler olduklarına dair desteklenen toplumsal inanç, bakımın kadının görevi olduğunu kanıksatmayı ve algı oluşturmayı içermektedir. Bununla birlikte bu ödevin sessizce, fedakârca ve kazanç sağlanmadan sunulması gerektiğinin de toplumsal yapıda üstü kapalı biçimde ifade edilmesi kadının söz konusu ödevini sıradanlaştırmaktadır (Windebank, 2012; Zelizer, 2005 aktaran Stacey ve Ayers, 2012:49). Bakım piyasasında cinsiyete göre ayrımın sıradanlaştırılması, hastaların ve yaşlıların bakımı için de zaten doğal olarak

yatkınlaştırılmış, kadınları öneren toplumsal bir normu karşımıza çıkarmaktadır (Abel and Nelson, 1990 aktaran Stacey ve Ayers, 2012).

Evde bakım hizmetleri ile sağlık kurumları arasındaki entegrasyon sorunu hem Almanya'daki görüşmeciler hem de Türkiye'deki görüşmeciler tarafından ifade edilmiştir.

“Hastanelerle dialogda da sorun yaşanabiliyor. Mesela hasta hastaneye düştü, hastaneden eve döndüğünde tekrar hizmetin devam edebilmesi için koşulların hazırlanması gerekiyor.” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu).

“Kurumlarla ortak bir çalışma ve veri tabanı oluşturulmadığı için mükerrer ziyaretler olabiliyor. Bu da iş gücü kaybına neden oluyor.” (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu).

“SHÇEK tarafından hizmet sunuluyor. Şimdi belediyeler tarafından da sunuluyor. Herkes parça parça bir şeyler yapmaya çalışıyor. 1+1+1 üç yapmıyor. Yapmıyor. 1+1+1 bir buçuk yapıyor.” (G12 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Yöneticisi).

Ev doktoru (aile hekimi) sistemine de bağlı. Son yıllarda ev doktorlarının sayısı çok azaldı. Eve giden doktorların sayısında azalma var.” (G1- Özel Evde Bakım Kuruluşu).

Araştırma bulgularına paralel olarak entegrasyon sorunu ve koordinasyon eksikliği, özellikle evde bakım hizmetlerinde incinebilir gruplar (Bell, 2001; Satzinger, Courté-Wienecke, Wenng ve Herkert, 2005) ve uzun dönem bakım hizmetine ihtiyacı olanlar için önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır (Satzinger ve diğerleri, 2005; Tsutsui, Awata ve Kai, 2014). Almanya'da hastaneler, yatılı bakım kuruluşları ve evde bakım kuruluşları arasındaki entegrasyon sorunu, hastalıkların tedavisinden, bakımından ve kurumlar arası entegrasyon ve görev dağılımına kadar uzanan sistematik bir sorunlar silsilesine neden olmaktadır (Eenoo ve diğerleri, 2014: 33; Dini, Sarganas, Heintze ve Braun, 2012; Satzinger ve diğerleri, 2005). Ayrıca sağlık kuruluşlarındaki entegrasyon eksikliği, hastane

kalış süreleri ve bakım kalitesini etkileyen bakım planlarının hazırlanmasında önemli güçlüklerle de neden olabilmektedir (Noyes, 2012; Hjalmarsson ve Norman, 2005 aktaran Swedberg ve diğerleri, 2012). AB ülkeleri genel olarak ele alındığında, yatılı bakım kurumları ile evde bakım kuruluşları arasındaki entegrasyon sorununun, hastane ile evde bakım kuruluşları arasındaki entegrasyon sorunundan daha yoğun yaşanmakta olduğu belirtilmektedir (Genet ve diğerleri, 2012: 83). Almanya'da evde bakım kuruluşları ile hastaneler arasındaki koordinasyonu sağlamak için yasal düzenlemeler de mevcut olmasına (Genet ve diğerleri, 2012: 83) rağmen entegrasyon sorunlarının bulunması, yapısal bir sorun olduğunu göstermektedir. Almanya'da evde bakım kuruluşları ve diğer sağlık kuruluşları arasındaki entegrasyon sorunu çözümü için geliştirilen projelerden biri ASKİ (ambulatory s'tationare kommunikations integrative) olarak isimlendirilmiştir (Satzinger ve diğerleri, 2005). Bununla birlikte Almanya'da özellikle kırsal alanda hekimler tarafından ev ziyaretlerinin gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracak ve evde bakım hizmetlerinin daha etkin kullanımına yol açacaktır (Dini ve diğerleri, 2012).

Evde bakım hizmetlerinde belediye ve yerel hükûmetlerin farklı sorumluluklar taşımasının, İsveç'te bakım hizmetlerinin koordinasyonunda sorunlar oluşturduğu Swedberg ve diğerleri (2012) tarafından yapılan bir çalışmada saptanmıştır ve görüşmeciler bu durumu "birbirleriyle konuşmuyorlar. Onlar farklı gezegendeler, birbirlerinden tamamen ayrılmış durumdalar." sözleriyle ifade etmişlerdir. Ayrıca Norveç'de de benzer koordinasyon ve entegresyon sorunları yaşandığı için 2012 yılında yeniden bir düzenleme yapma gereksinimi duyulmuştur (Gupta, 2013). Evde bakım hizmetlerinde sağlık ve sosyal hizmet ayrımı, paylaştırılmış sorumluluk ve yetki yönetimi biçimi koordinasyon sorunlarına yol açacaktır. O nedenle evde bakım hizmetlerinde sağlık ve sosyal bakım hizmetleri ayrımı olmaksızın yetkinin tek kuruluştaki olmasının koordinasyon ve entegresyon sorununu çözeceği düşünülmektedir.

Almanya'daki görüşmeci; *"bir, bakım ve hastalık sigortası üzerinden, iki, belediye, üç özel sigortalar. Çok nadir durumlarda mesleki örgütler var ve bir insan meslek dolayısıyla hasta oldu ise mesleki örgütler o zaman destek oluyor. Bağlı*

olduğu örgüt üzerinden, kuruluş üzerinden de bu imkânlardan yararlanma olanağı var. Bakım sigortası var ama kısmi, hepsini kapsamıyor” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu) şeklindeki sözleriyle Almanya’daki günümüzdeki evde bakım hizmetlerinin finansmanını özetlemiştir. Bunların yanında Almanya’da uzun dönem bakım sigortasının evde sunulan hizmetlerinin tamamını kapsamaması ya da hizmet başına ödemelerinin düşük olması nedeniyle, evde bakım hizmeti yararlanıcılarının tamamlayıcı olarak başka sigortaları ve cepten ödeme yöntemlerini kullanmak zorunda kaldığı da unutulmamalıdır (Satzinger ve diğerleri, 2005, Simonazzi, 2012; WHO, 2012). Evde bakım hizmetleri sırasında ödemelerin bazılarının zorunlu uzun dönem sigortasından, bazılarının sağlık sigortasından, bazılarının belediyelerin kaynaklarından, bazılarının cepten ve özel sigortadan karşılanması önemli sorunlardandır (Klein-Lange 1998, Rosenbrock 1998, aktaran Satzinger ve diğerleri, 2005). DSÖ direktörü Bear De, *“Almanya’da ve diğer ülkelerde bu sistemle ilgili hâlâ birçok sorun bulunduğunu, özellikle sürdürülebilirlik, bakımın dağıtılması ve olası maliyetlerden ailelerin korunumu ile ilgili problemlerin hâlâ mevcut olduğunu, hızlı yaşanan bir nüfus dikkate alındığında uzun dönem bakım için doğru bir modelin bulunmasının aciliyetinin arttığını”* belirtmektedir (WHO, 2012). Başka bir çalışmada ise; evde bakım sektöründe önemli bir kitleye hizmet sunan kâr amacı gütmeyen bir kuruluş olan Diakonie yöneticisi ise, ödemelerle ilgili bir sorun olmadığını *“Almanya’daki bakım sigortaları yeterli paraya sahip çünkü ekonomi iyi durumda ve birçok kişi bu plana para yatırmakta. Ancak, politikacılar zaman ayarlı bir bombanın tiktakladığını bilmektedirler”* şeklinde ifade etmektedir (WHO, 2012).

Almaata’da 1978 yılında, evde bakımda hasta odaklı bakım yaklaşımlarının geliştirilmesi önerilmektedir. Hasta odaklı tıbbi bakım, sağlık bakım kalitesini iyileştirmek, maliyetleri düşürmek, hem hastaların hem de hizmet sağlayıcılarının deneyimlerini geliştirmek için giderek daha çok gelecek vaat eden bir model olarak yer almaktadır (Arend, Tsang-Quinn, Levine ve Thomas, 2012). Ancak Satzinger ve diğerleri (2005) sağlık sigortası ve bakım sigortası ayırımının bir yansıması olarak hastane ve evde bakım kuruluşu bölünmüşlüğüne karşımıza çıktığını ve bu durumun maliyetleri düşürebilmek amacıyla hastayı önceleyen yaklaşımı engellediğini belirtmektedirler.

Evde bakım hizmetlerinin hastane ve bakım merkezi hizmetlerine alternatif olarak değerlendirilmesi, hem Almanya'daki hem Türkiye'deki görüşmeciler tarafından aşağıda görüldüğü biçimde belirtilmiştir:

“Evde bakım hasta ve yaşlı, bakıma muhtaç insanların kendi evinde bu bakımdan faydalanmasıdır. Gidip yaşlı evlerinde kalmaktansa kendi evlerinde hizmet almalarıdır” (G1-Özel Evde Bakım Kuruluşu).

“Evde bakım hastanın evde konforunu daha iyi sağlamak için yapılan bir sistem kendi evinde ona hastane şartlarını sağlamak hasta ve hasta yakını için en birinci önem taşıyan şey” (G16 Evde Bakım Hizmeti Veren Özel Çalışan Hemşire).

Evde bakım hizmetleri, sağlık hizmetlerinden yararlanamayanlar için bir alternatif olabilmekte ve böylece incinebilir gruplara hizmet sunma olanağı yaratması *“hastane hizmetlerinden yararlanmayanlara hizmet sunması. Bizim kitemiz unutulmuş bir kitle. Biz unutulmuşlara hizmet sunuyoruz, dolayısıyla evde bakım unutulmuşların hatırlanmasını sağlıyor.”* (G15 Belediye Evde Bakım Birim Sorumlusu) şeklinde ifade edilebilmektedir.

Almanya'da evde bakım kuruluşları ve hastaneler tarafından verilen son dönem kanser hastaları için sağlanan palyatif evde bakım hizmetlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, evde bakım kuruluşlarının palyatif bakım konusunda hastanelere ciddi bir alternatif olduğu, hatta bazı değerlendirmelerde hastanelerden daha iyi olduğu saptanmıştır. Jocham, Dassen, Widdershoven, Middel ve Halfens (2009b: 344-345) tarafından yapılan başka bir araştırmada ise, son dönem hastalar için evde bakım kuruluşları tarafından verilen palyatif bakım hizmetlerinin niteliklerinin yüksek olduğu ve hastaların çoğunun bu hizmeti istemelerine karşın, evde bakım hizmetlerinde palyatif bakım hizmeti sunabilecek ekiplerin sayısının yeterli olmaması, hastaların hastaneden hizmet almaya yönelmesine neden olduğu saptanmıştır. Hastaneler ve yatılı bakım kurumları özellikle son dönem hastalar için ölecekleri mekân olarak değerlendirilmiştir. Örneğin; Osmanlı İmparatorluğu döneminde Hastane Başhekimisi Dr. Nahabedyan'ın raporuna göre hastaneye Eylül 1924 ile Ağustos 1925 yılları

arasında başvuru yapan 677 hastanın 155 tanesi hastanede ölmüştür. Dr. Nahabedyan; hastanelerdeki bu kadar yüksek ölüm olgusunu, hastaların hastanede ölmeyi istemeleri ile ilişkilendirmekte ve bu durumu “ölenlerin çoğu evlerinde değil, hastanede ölmeyi tercih eden yaşlılardan kaynaklanmaktadır” sözleriyle gerekçelendirmektedir (Yarman, 2001: 597).

Günümüzde Avrupa Birliği ülkelerinde ölümlerin %75’in fazlası hastanelerde gerçekleşmektedir (WHO; 2011:9). Grande, Addington- Hall ve Todd’a (1998) göre; hastanede ve huzurevlerinde ölüm oranının yüksek olması, son dönem bakım hizmeti verebilecek kişilere sahip olmamaları ve ek bakım ihtiyacı duymaları ile açıklanmaktadır. Lazenby ve Olshvevski’ (2012) göre evde bakım hizmetlerinin etkin kullanımı ile birlikte kişilerin son dönemlerinde bakım alabileceklerine olan inançları ve sonuç olarak kişilerin evlerinde ölümleri de artacaktır.

Birçok çalışma evde palyatif bakım hizmetlerinin hastaneden erken taburculuğa olanak sağladığını ortaya çıkartmaktadır (Drieskens ve diğerleri, 2008; Hu, Chiu, Cheng, Chuang ve Chen 2004; Hirabayashi ve Miyashita, Kawa, Kazuma, Yamashita ve Okamoto, 2007 aktaran Fukui, Fujita, Tsujimura, Sumikawa, Hayashi ve Fukui 2011; Morita ve diğerleri, 2005; Kusajima, Kawa, Miyashita, Kazuma ve Okabe, 2009).

Türkiye’de hastanede tedavi gören hastaların müdavi hekimlerinin evde bakım gereksinimi saptaması durumunda, taburculuk sonrası hastane evde sağlık birimi tarafından bir hafta içerisinde ev ziyareti gerçekleştirilmektedir. Bu durum hastane başhekimini bir görüşmeci tarafından; *“hastalarımızın çoğu hastanemizden taburcu olan hastalar, ama bize bildirilenler de oluyor. Taburcu olmadan önce servisler bize bildiriyor. Hangi hastanın evde tedaviye ihtiyacı olduğunu. Biz de en fazla bir hafta içinde hastaları evlerinde ziyaret edip tedavilerini yapıyoruz”* şeklinde ifade edilmektedir. (G14 Kamu Hastanesinde Başhekim). Türkiye’deki bu durum evde bakım hizmetlerinde gelişmiş ülke olarak tanımlanan Danimarka ve Japonya gibi ülkelerde uygulanmaktadır ve bir hafta içinde Türkiye’de olduğu gibi ev ziyareti gerçekleştirilmektedir (Hjelmar ve diğerleri, 2011:2; Nagata, Taguchi, Naruse, Kuwahara ve Murashima, 2013). Nagata ve diğerlerine (2013) göre; taburculuk sonrası evde bakım hizmetleri alacak hastaların taburculuk ve bakım

planları kapsamında evde bakım merkezlerine yönlendirilmesi gerekmektedir. Japonya’da bazı hastanelerin aşırı iş yükünden dolayı bu taburculuk sonrası bakım planlarını yapmamaları hastaların evde bakım hizmetlerini etkin biçimde almalarını engellemektedir. Evde bakım hizmetlerinin hastanelerden erken taburculuğu sağlaması bir olanak görülse de, hastaların hastanedeki tedavilerinin tamamlanmadan maliyetleri azaltmak için erken taburcu edilmelerine sebep olabildiği dikkate alınmalıdır. Yapılan bir araştırmada, hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım hizmeti alan kişilerin ilk yirmi günde %62,6’sının tekrar hastane yatışı gerçekleştiği saptanmıştır (Tao, Ellenbecker, Che, Zhan ve Dalton, 2012). Tekrar hastane yatışlarını azaltmak için hastane ve evde bakım kuruluşlarının birbirleriyle etkileşimli ve ortak bir biçimde tedavi ve bakım süreçlerini içeren evde bakım modelleri geliştirme çabaları artmıştır (Dilwali, 2013; Tinetti, Charpentier, Gottschalk ve Baker, 2012).

Türkiye’de evde bakım hizmetleri sırasında bürokratik işlemler önemli bir sorun olarak belirtilmezken, Almanya’da bürokratik işlemlerin önemli bir iş yükünü oluşturduğu, bazen hizmetin kendisinden daha önemli hâle geldiği saptanmıştır. Bir özel evde bakım yöneticisi bu durumu, evde bakım kuruluşunda bürokratik işlemleri yapan personelin de önemli bir görev üstlendiği *“idari işleri iyi yapamazsanız diğer yaptığınız işler bir işe yaramıyor. Yazışmaları yapan personel, bakım işlerini yapan personel kadar önemli”* (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde belirtmiştir. Benzer durum Chen (2012:329) tarafından yapılan bir çalışmada da bir görüşmeci tarafından *“Şu anda her bir hizmet kullanıcısı için, yaklaşık 2-3 saatimizi bilgisayarın önünde oturup durum değerlendirmeleri için kağıt temelli işlere harcıyoruz.”* şeklinde ifade edilmiştir. Lefebvre (1968:179), bürokrasiyi devletin bir dayanağı olarak görmekte ve bürokrasinin eleştirilmesini devletin eleştirilmesi olarak değerlendirebileceğini vurgulamaktadır. Bu kapsamda Türkiye’deki görüşmecilerin birçoğunun kamu görevlisi olduğu göz önüne alındığında, bürokrasinin bir sorun olarak belirtilmemesinin gerçekten bürokratik işlemlerin azlığından mı yoksa devleti eleştirmek endişesi ile mi olduğunu sorgulamak gerekmektedir. Liberal düşünür Ludwig VonMises (2000:72), kamu görevlilerin yasaları eleştirel biçimde düşünmemeleri gerektiğini; *“kamu görevlileri, memleket ihtiyaçlarına uymayan kanunların hesabını verecek mevkide değiller”*

sözleriyle ifade etmektedir. Almanya'daki görüşmecilerin sıklıkla bürokratik işlemlerden kaynaklanan sorunları iletmesi ile Dietze'nin (1998) "Almanlar, kurulu düzeni sorgulamayan bir millettir" (Hollinger, 2005:24) ifadesi birlikte düşünüldüğünde, Almanyada yürütülen evde bakım hizmetlerindeki bürokratik işlemlerin oldukça zorlayıcı olduğunu düşündürmektedir.

Herhangi bir hizmetin niteliğinin artırılabilmesi için, hizmetin ve hizmeti sunanın denetiminin önemi kaçınılmazdır. Evde bakım hizmetlerinde denetim sağlık presoneli, hasta ve hasta yakını arasındaki yakın ilişkide neler yaşandığını anlamak için de önemli bir araçtır (Çoban ve diğerleri, 2005:294). Çalışma kapsamında Almanya ve Türkiye'de sürdürülen görüşmelerde katılımcılar denetimlerin iç denetim ve dış denetim olarak ikiye ayrıldığını belirtmişlerdir. Ayrıca söz konusu dış denetimlerde daha çok bürokratik gereklilikler üzerinde durulduğu ifade edilmiştir. Gerçekleşen iç denetimlerde ise personelin denetiminin yapılmaya çalışıldığı saptanmıştır.

Evde bakım hizmetlerinde hizmet sunumu sırasında personel nitelikleri daha fazla ön plana çıktığından ve personel denetlemenin daha güç olmasından hizmet kalitesinin personel odaklı değerlendirilmesinin dezavantaj olarak görüldüğü *"evde bakımda personeli denetlemek çok zor"*. (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu) ve *"kontrol etmek çok daha zor. İnanmak zorundasın. Personeline inanmak zorundasın. Personeline huzurevlerine göre, hastanelere göre daha bağımlısın. O iyiye sen de iyisin o kötü ise sen de kötüsün"* (G7-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade edilmektedir. Literatürde evde bakım çalışanlarının uygulama da özerkliklerinin artması aynı zamanda hizmetin denetimini zorlaştırdığı ve yöneticinin çalışana olan bağımlılığının da artmasına sebep olduğu belirtilmektedir (Stacey, 2005).

Türkiye'de yürürlükte bulunan SB tarafından yayınlanmış yönetmelik incelendiğinde hekim dışı sağlık personelinin evde sunduğu hizmetlerin yerinde denetiminin üç ayda bir yapılması ve en az iki hastaya sunduğu hizmetin denetlenmesi gerektiği belirtilmektedir. Denetim sırasında denetleme ekibinde Sağlık İl Müdürlüğü'nden bir kişi, Tabip Odası'ndan bir kişi ve hekim dışı sağlık personelini temsil eden STK'dan bir kişi bulunması gerekmektedir (RG,2005a).

Hekim dışı sağlık personelinin evde hastaya sunduğu hizmetin yerinde denetiminde denetim ekibinde kamu görevlisi dışında STK'nın olması, denetimin etkililiği ve yansızlığı ilkesi ile örtüşmektedir. Mevzuatta denetimde STK'ların olması söz konusu olsa da, etkin kullanılmadığı söylenebilir. Ayrıca denetim sırasında hasta mahremiyetinin nasıl korunacağı ve hastanın denetimi istememesi durumunda ne yapılacağı konusunda ise belirsizlikler mevcuttur.

Literatürde evde bakım personeli; aşırı çalışmak zorunda kalan, eğitim seviyesi düşük ve genelde orta yaş göçmenlerden oluştuğu belirtilmektedir (Feldman, 1993 aktaran Hillier ve Barrow, 2007: 313; Hrzenjak, 2012). Ayrıca özellikle kaçak çalışan göçmenlerin denetimlerinin güçlüğünden söz edilmektedir (Döhner ve diğerleri, 2008). Türkiye'de de yabancı uyrukluların sıklıkla sektörde yer aldığı, hatta izinsiz olarak çalıştıkları ve bunun da sorunlar oluşturduğu, görüşmeciler tarafından ifade edilmiştir. Türkiye'de evde bakım hizmetlerinde, yurt dışından gelen ve izinsiz çalışan personelin hasta güvenliğini riske attığı; *“evde kaçak çalışanlar ciddi sıkıntı yaratıyor. Birçok hastamızda biz şunu gördük, yurtdışından gelen hekim hasta bakıcılığı yapıyor. Bir hekimin vereceği destek daha iyi bile olabilir, ama hastaya bir şey gelse başına hiçbir şey kanıtlayamıyor.”* (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde belirtilmektedir.

Almanya'daki görüşmeciler tarafından, evde bakım hizmetleri sunumunda yasadışı çalışma ve göçmen çalıştırmadan kaynaklanan sorunlar ifade edilmemektedir. Döhner ve diğerlerine (2008) göre; Almanya'da göçmen yaşlı bakım personeli sorunu kamu ve politika yapıcılar tarafından son birkaç yılda fark edilmeye başlanmıştır. Ancak bu evde yaşlı bakım göçmenlerle ilgili güvenilir veriler henüz mevcut olmayıp, bu sonuçlar sadece uzmanların görüşlerine dayanmaktadır. Ulusal düzeyde ve Avrupa düzeyinde hatta küresel ölçekte sadece bakım sektöründe değil, aynı zamanda düzensiz şekilde göçmen işçilerin çalıştığı diğer tüm iş türlerinde yasadışı olarak izinsiz çalışan göçmen işçi sayılarına ilişkin araştırmalarda çok büyük boşluk bulunmaktadır. Almanya'da çoğunluğu düzensiz-kuralsız bir şekilde çalışan 70 000-100 000 arasında göçmen kadın işçi bulunduğu tahmin edilmektedir. Göçmen bakım personeli gerçeği, birçok ülkede farklı biçimlerde karşımıza çıkmaktadır ve her ne kadar sorun olarak görülse de, bakım

hizmetlerindeki ve yaşı bakımındaki talebin ulusal insan gücünden karşılanamamasından kaynaklanan boşluğu önemli ölçüde doldurmaktadır (Bilotta, Nicolini ve Vergani, 2011; England ve Dyck, 2011; Huang, Yeoh ve Toyota, 2012; Kilkey, Lutz ve Palenga-Möllenberg, 2010, Lutz ve Palenga-Möllenberg, 2011, Österle ve Bauer, 2012; Reiko, 2012; Rosa, Melchiorre, Melchiorre ve Lamura, 2012; Shang ve Wu, 2011:125).

Evde bakım sektöründe çok yoğun rekabet yaşanmakta ve yaşanan rekabet sürecinde yasal ve etik olmayan, dolayısıyla haksız rekabete yol açan durumlar gelişmektedir. Çalışmada da evde bakım hizmetlerinde kurumlar arasındaki rekabet çeşitli biçimlerde sorun olarak hem Almanya'daki hem de Türkiye'deki görüşmeciler tarafından belirtilmiştir. Türkiye'de görüşmeciler, haksız rekabetin özel kuruluşlar arasında personel rejimine uyulmamasından ve yasalara uygun personel çalıştırılmamasından kaynaklandığını, yasalara uygun personel çalıştıranların ise maliyetlerinin artması nedeniyle mağdur olduklarını; *“bazı kuruluşlar maalesef part-time adı altında tanımadıkları bilmedikleri hemşireleri hastalara yönlendirerek, hizmet kalitesinin düşürülmesine sebebiyet veriyorlar. Belki hemşire olduğu bile bilinmeyen, çünkü diplomasını sorgulamıyorlar, belki de hemşire olmayan birini hemşirelik hizmetine yönlendirebiliyorlar. Bunlar haksız rekabete sebep oluyor Sonuçta full-time çalışanın bize getirdiği maddi yükle part-time çalışanın getireceği yük çok farklı”* (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi) şeklinde ifade etmektedir. Almanya'da ise, rekabetin daha çok bu kuruluşlar arasında etik ve hukuki olmayan yöntemlerle “müşteri” çekme anlamında yaşandığı; müşterilere ve yakınlarına çeşitli hediyelerden, altın ve para vermeye uzanan bir teşvik yöntemi kullanıldığı şeklinde belirtilmiş ve bu haksız rekabet yaklaşımlarının önemli bir sorun olduğu, birçok görüşmeci tarafından belirtilmiştir. Bu durum aşağıdaki gibi ifade edilmiştir:

“Evde bakım kuruluşları arasında çok çirkin bir rekabet var. Hasta kapma yarışına girdiler. Bu yarış kontrolsüz bir şekilde sürüyor. Evde bakım kuruluşları sağlık sektörü içerisinde kötü bir imaja sahip olmaya başladılar. Kendi kendilerini kirletiyorlar” (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Bazı firmalar var ki bir hasta getirin size 500 euro 1000 euro verelim. Ondan sonra bakıyoruz 10 kişi geldi 20 kişi 30 kişi geldi gibi. Bir sıra bunun tartışmasına girdik bizde yapalım diye. Üzerinde çok konuştuk ama sonra bir insanın zayıflığından yararlanıp onu kullanmanın çok doğru olmadığını gördük. Yani o insan para vereceğim ona bir çorap alacak bir çikolata alacak yani onun zayıflığını kullanacak çünkü hastalar evin içindeler bir yere çıkmıyorlar yeterince paraları yok bunun bir değer olduğunu, biz yapmayacağız başka yerler para verebilir ama biz veremeyeceğiz bu hastalık tüccarlığı gibi bir şey. Biz insan olarak buna tamamen karşıyız bizim üzerimizde de böyle bir şey yapılmasını istemiyoruz. Herkes kendi sorumluluğunu yerine getirirse düzeltereğiz ama biraz zorlanıyoruz.” (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Çok büyük rekabet var Berlin’de. Aslında kirli bir rekabet. Çok yanlış şeyler bence. Ben hiçbir hasta bakım servisinin hastasını buraya çekmem, bir şey teklif ederek. Belki karşı taraftan hiç memnun değilse bize geçebilir ama bir şeyler teklif ederek ve bunun adına da promosyon diyerek başka bir kurumun hastasını kabul edemem.” (G4-Özel Evde Bakım Kuruluşu Yöneticisi).

“Aralarında çok rakip var. Birbirlerinin hastalarını çalmaya çalışıyorlar.” (G5-Sigorta Kuruluşu).

Almanya’daki görüşmelerde, evde bakım sektöründe “müşteri” sağlama yöntemi olarak hasta yakınlarının ve hastaların kuruluşlarını seçmelerini etkilemek için yasal olmayan biçimde promosyon yönteminin bir pazarlama yöntemi olarak kullanıldığı belirtilirken, Türkiye’deki görüşmeciler tarafından hasta tercihlerini etkilemek için uygulanan etik ve yasal olmayan promosyonel yöntemlere ilişkin bir durum belirtilmemiştir. Bu durum Türkiye’de evde bakım alanında özel sektörün etkisinin düşük olması ve şu an için bir rekabet olgusu ile karşılaşılmaması ile açıklanabilir. Ancak Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin açık bir pazar haline gelmesi ile birlikte yaşanabilecek olası riskler gözardı edilmemelidir. Bununla birlikte evde bakım hizmetlerinde literatürde yasal olmayan promosyonel yöntemlere ilişkin bulguya rastlanılmamıştır (Abelson, Gold, Woodward, O’Connor

ve Hutchison, 2004; Cloutier-Fisher ve Skinner, 2006; Jung ve Polsky, 2014; Hill, Blaser ve Balmer; 1986; Polsky David, Yang, Kinoshian ve Werner, 2014; Randall, 2008).

Ekonomik küreselleşme ve neoliberal politikalar rekabete ve piyasa ekonomisine dayalı evde bakım hizmetlerinin temel dayanağıdır ve özellikle OECD ülkelerinde yoğun bir şekilde son yıllarda etkisini göstermektedir (Randall ve Williams, 2006). Deppe'ye (2010: 49) göre; neoliberal ekonomik model, hassas ve kırılgan yapıda olan sağlık hizmetlerine önemli darbeler vurmakta ve rekabet odaklı bir sağlık hizmeti sunmayı beraberinde getirmektedir. Kanada'da neoliberalizm toplumsal bakımda yaygın masraf azaltıcı tedbirler sayesinde, sağlık bakım hizmetlerinin yapılanmasında etkili olmuş ve verilen hizmetlerin sınırlandırılmasını, katı limitlerin konulmasını ve hizmete erişim sürecinde sıkı kontrollerin oluşmasını doğurmuştur (Dyck ve diğerleri, 2005). Evde bakım hizmetlerinde maliyet azaltma çabası, hizmet alan için riskler oluştururken aynı zamanda iş görenler için de iş güvencesi açısından ve çeşitli sağlık risklerine neden olarak sorunlar oluşturmaktadır. Ayrıca etik ihlallerin de oluşmasına neden olmaktadır (England ve Dyck, 2012: 1081). Neoliberal politikalar ile evde bakım hizmetlerinde kârı maksimize ederek rekabet edebilirliği artırmak hedeflenmektedir. Maliyetleri azaltmak için ise, insan gücü maliyetlerini olabildiğince azaltmak ilk seçenek olarak görülmektedir. Bu kapsamda evde bakım kuruluşları, personel maliyetlerini azaltmak ve kâr marjını artırmak için part- time çalışma, yasadışı çalıştırma ve göçmen personel çalıştırmayı bir yöntem olarak kullanmaktadırlar. Araştırmada da literatürle uyumlu olarak çalışma izni olmayanları çalıştırma, göçmen evde bakım personeli çalıştırma yöntemlerinin kullanıldığı görüşmeciler tarafından ifade edilmektedir.

Almanya'daki görüşmelerde part-time çalışma ve izinsiz çalışma ile ilgili herhangi bir ifade yer almazken, Türkiye'de kâr amacı güden evde bakım kuruluşları tarafından önemli bir sorun, hatta haksız rekabetin önemli dayanaklarından biri olarak belirtilmektedir:

“Üç-beş hemşire biraraya gelip evde bakım hizmeti vermemeli, takip edilmeli ve sağlık bakanlığında çalışan kişilerin bu tarz evde bakımı

törpülemeliler, bu tarafta ciddi açık var. ... hastanesi isim veriyorum ama birçok hastane için geçerli. Orda çalışan yoğun bakımdaki iki üç hemşire bir araya gelip bir hastaya evde destek verebiliyorlar. Bunun tamamen ortadan kaldırılması gerekiyor. Bakanlığımız da bunu biliyor diye düşünüyorum. Çünkü her yerde bu uygulanıyor açıkçası ya da bu bahsettiğim part time kayıtsız çalışan hemşireler diğer sağlık kuruluşlarında yani kamu kurumlarında çalışıyorlar aslında. Bunlara engel olunması gerekiyor ya da engel olunması istenmiyorsa maddi anlamda desteklenmesi isteniyorsa da kayıt altına alınarak part time çalışmalarına izin vererek bu sistemin uygulanması gerekiyor. Tam gün yasası sadece hekimlere değil hemşirelere de uygulanmalı.” (G13- Özel Evde Bakım Kuruluşu)

“Biz genelde çekirdek bir kadro bulunduruyoruz genelde part-time elemanlarla çalışıyoruz, legal olmuyor tabii ki” (G11 Özel evde bakım kurumu) ve “yine şey kısmı bizi biraz zorluyor aslında sağlık kurumunda çalışan birinin başka bir kurumda çalışmaması.” (G13 Özel Evde Bakım Kuruluşu).

AB ülkelerinde, evde bakım sektöründe part-time çalışma biçimi, bir çalışma yöntemi olarak etkin bir biçimde kullanılmaktadır ve ülkeler yasal düzenlemelerini de oluşturmuşlardır (Genet ve diğerleri, 2012: 86). Almanya’da da part- time çalışma biçimi yasalar tarafından tanımlanmış ve evde bakım sektöründe önemli oranda part- time çalışan personel bulunmaktadır (Rothgang ve Igl, 2007: 61). Araştırmada, Almanya’daki görüşmeciler tarafından part-time çalışmanın avantajları ve dezavantajları ile ilgili bir söyleme rastlanılmamıştır. Oysa literatürde evde bakım hizmetlerinde part-time çalışmanın evde bakım için bir sorun olduğu ve iş güvencesizliğine yol açtığı hizmet alanlar için de bir sorun oluşturduğuna (CEDEFOP, 2010: 50; Zeytinoglu ve diğerleri 2009) ilişkin saptamaların yanı sıra, part-time çalışmanın evde bakım hizmeti için bir fırsat olarak değerlendirenler de (McCaughey ve diğerleri, 2012: 314) bulunmaktadır.

Evde bakım hizmetlerinin avantajlarından biri olarak, evde bakım hizmetlerinin kişiye alışkanlıklarını devam ettirme olanağı sağlaması, hem Almanya hem de Türkiye’deki görüşmeciler tarafından ifade edilmiştir. Evde

bakım, süreklilik, aşinalık ve hayatlarının sonunda kişilerin rutinlerini devam ettirmelerine hastaneye göre daha çok olanak sağladığı için tercih edilen bir durum olarak belirtilmektedir (Jocham ve diğerleri, 2009a:125).

Evde bakım hizmetleri, hasta özerkliğinin gerçekleştirilmesine yardım ederek kişilerin kendi kararlarını vermelerine olanak sağlaması bir avantaj olarak değerlendirilmekte ve konu ile görüşler aşağıda yer almaktadır.

“Bir de kişisel bir şey sonuçta kendisi karar veriyor” (G8-Kâr amacı gütmeyen evde bakım kuruluşu)

“Bakım evlerindeki gibi programa uymak zorunda değiller. Kendi kendilerinin efendileri. Bakım evlerinde öyle değil bir program var. Ona göre gün 10.00’da başlıyor vs. gibi durumlar yok evinde (G9-Özel Evde Bakım Kuruluşu)

“Kendin olabiliyorsun personel size ayak uyduruyor”. (G2-Özel Evde Bakım Kuruluşu)

“Kişinin kendini özel hissetmesini sağlıyor” (G3-Özel Dal Evde Bakım Kuruluşu).

Türkiye’de sağlık personelinin evde bakım hizmetleri konusundaki görüşlerinin alındığı bir çalışmada, evde bakım hizmetlerinin bireyin hükümrânlık alanını koruyarak ve onun kendi alışkanlıklarını olabildiğince çok kısmını elinde tutmasına olanak vererek özerkliğin en üst düzeyde gerçekleştirmesini sağladığı ifade edilmiştir (Çoban, 2003). Literatürde evde bakım hizmetlerinin sadece hasta özerkliğinin gerçekleştirilmesine değil, aynı zamanda çalışan özerkliğinin de gerçekleştirilmesine olanak sağladığı belirtilmektedir (Hodson, 2001; Wardell, 1992 aktaran Stacey 2005). Yapılan bir çalışmada, evde bakım hizmeti işgörenlerin; kendilerine belli sorumluluklar için zaman verildiğinde, kendi sağduyularını kullanmada huzurevlerinde çalışan meslektaşlarına göre daha özgür oldukları ve bunun mesleki özerkliklerini arttırdığı belirtilmektedir (Wardell, 1992 aktaran Stacey, 2005: 845). Evde bakım hizmetlerinde, sağlık personelinin hizmet

sunma yerini, özel alanın en temel öznesine kadar genişletmesinin özgürlüğü ve hasta özerkliğini kısıtlayıcı uygulamaya dönüşebilme riskini doğurabileceği ve bu durumda bir özgürlük ve özerklik paradoksunun yaşanabileceği de belirtilmektedir (Çoban ve diğerleri 2005). Bakunin (1998) bu durumu “Hiçbir özgürlük mutlak ve her şeyi kapsayıcı değildir. Bir bağımlılıktan kurtulmanın yolu başka bir bağımlılığı kaldıraç olarak kullanmaktır” biçiminde ifade etmektedir. Popper’da (2005: 179) devlet ve özgürlük ilişkisini “devlet yetkisinin kötüye kullanılmasını engellemek için özgürlüğe, özgürlüğün kötüye kullanılmasını engellemek için de devlete gereksinimiz var” biçiminde ifade etmektedir.

Almanya’daki görüşmeciler, evde hizmet sunumu sırasında karşılaştıkları sorunlar arasında çalışanlara yönelik şiddetten söz etmemişlerdir. Oysa Türkiye’de evde bakım çalışanları, Türkiye’de her geçen gün sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddetin bir yansımasının evde bakım hizmetlerinde de yaşanabileceğini *“...oraya hizmet vermeye giden personel sonra sıkıntı yaşayıp ya da kötü muameleye maruz kalıp geri dönebiliyor. Ama Türkiye koşullarında yani her yerde bu sorun var bu sağlık personelinin hasta yakınlarıyla her zaman yaşadığı sıkıntılardan bir tanesi hastanede bile oluyor.”* (G17 Halk Sağlığı Kurumu Yöneticisi) sözleriyle belirtmektedir.

Campbell, McCoy, Burg ve Hoffman (2014) tarafından evde bakım hizmetlerinde çalışanlara yönelik alanyazının sistematik değerlendirildiği bir çalışmada, evde bakım sektöründe evde bakım çalışanlarına yönelik şiddetin yoğun bir biçimde yaşandığı ve önlemlerin alınması gerektiği belirtilmektedir. Almanya’da görüşmeciler, evde bakım hizmetlerinde çalışanlara yönelik şiddeti bir sorun olarak tanımlamasalar da Almanya’daki literatürde evde bakım çalışanlarına yönelik şiddetten söz edilmektedir (Büssing ve Hoge, 2004). Danimarka’da yapılan bir çalışmada ise, yatılı bakım kurumunda çalışanların evde bakım çalışanlarına göre; genç çalışanların yaşı ilerlemiş çalışanlara göre, daha fazla şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (Sharipova, Hogh ve Borg, 2010).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Türkiye için evde bakım hizmeti modeli oluşturma amaçlı bu çalışma kapsamında evde bakım hizmetini tüm toplumu kapsayacak biçimde yaygınlaştıran ve büyük oranda zorunlu kamu sigorta fonlarıyla finanse eden Almanya'daki evde bakım yöneticilerinin görüşleri ile Türkiye evde bakım sistemi içerisinde yer alan yöneticilerin görüşleri karşılaştırılmıştır. Bu kapsamda evde bakım hizmetlerinin kuruluş gerekçesi, tanımı ve kapsamı, finansmanı, personel çeşitliği, denetim, varolan sağlık sistemi ile bağlantısı vb benzerler temalar karşılıklı olarak incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına ilişkin tema başlıkları Çizelge 6.1'de verilmiştir.

Yapılan çalışma bütün olarak değerlendirildiğinde, “evde bakım” kavramının: “Tüm dünyada genel kabul görmüş DSÖ tarafından tanımlanmış sağlık kavramını ve sağlığın toplumsal belirleyicilerini göz ardı etmeden, toplumsal ve sosyal bağlamları olan sağlık hakkıyla doğrudan ilişkili ve bireyin yaşam niteliğinin artırılmasına yönelik sürdürülecek bakım hizmetlerinin bütüncül yaklaşım içinde, hizmet için özelleşmiş kurumsal mekanlar dışında bireyin yaşam mekanında sunulmasıdır.” şeklinde tanımlanmasının uygun olduğu düşünülmüştür

Çizelge 6.1. Almanya ve Türkiye’deki görüşmecilerin evde bakım hizmetleri temaları hakkındaki görüşlerinin karşılaştırılması

Tema Başlığı	Ülke	
	Türkiye	Almanya
Kuruluş gerekçesi	Sosyal devlet olmanın gerekliliği, Bakım gereksinimi duyan kişilerin sayısal artışı	Kişilerin hizmet süresi ve çeşitliliği açısından derecelendirilmiş bir sistemle gereksinim duyduğu bir bakım hizmetini alması
Tanımı ve kapsamı	Gereksinim içindekilerin tıbbi ve genel ihtiyaçlarının karşılanması, Hastane şartlarının evde sağlanması	Kurumsal hizmet yerine kişinin evinde verilen hizmet, Evinde sunulabilecek her türlü hizmet, Kişinin günlük gereksinimlerinin karşılanması, Kuruluş konseptinde belirtilen hizmetler
Finansmanı ve hizmeti alanların seçilmesi	Özel kurumlarda cepten ödeme, sınırlı biçimde özel sigorta, Belediyeler kısıtlı bütçeleri nedeniyle yoksul ve yoksunluk kriterlerine göre, Aile hekimleri kendi nüfuslarına ücretsiz, Kamu hastaneleri kısmi olarak SGK’dan,	Bakım sigortası, sağlık sigortası Kişinin özel olarak kendi kaynakları ile hizmeti alması, Ekonomik yetersizlik olması durumunda belediye desteği alması
Hizmet veren personel çeşitliliği	Temelde hekim ve hemşire olmak üzere, gereksinime göre diyetisyen, fizyoterapist vs., Bakım elemanı yetersizliği nedeniyle yabancı uyruklu kişiler, Son yıllarda alanda yaşlı bakım teknikerlerin yer alması,	Hemşire, uzman bakım elemanları, temel eğitim almış bakım elemanları, hasta bakıcı yardımcıları, özel dal hizmetleri için ergoterapist, psikolog vs.
Denetim yapan kurumlar	İl Sağlık Müdürlükleri’nce ve kurumların kendi iç denetimleri,	Sigorta kuruluşu tarafından yapılan dış denetim ve kalite menajerliği ile kurumların iç denetimleri.
Personelle ilgili sorunlar	Uzman hekimlerin eve gitmek istememeleri, Aile hekimlerinin iş yoğunluğu nedeniyle nitelikli hizmet verememeleri, evde uygulamadan kaçınılması, personelin yetersizliği	Nitelikli yetişmiş personel eksikliği, personelin iş memnuniyetinde özellikle ekonomik olumsuzluklar, işin personelin psikolojik durumuna negatif etkisi, hizmetin kadın cinsiyetine yüklenmiş ödev olması
Hizmet alanla ilgili sorunlar	Gereksinimlere hızlı yanıt verilememesi, hizmetin sınırlarında ortaklaşmaması, hizmeti alanın psikolojik yapısı	Yalnızlığın ve kişinin yetersizliklerinin yarattığı olumsuz ruhsal durum, gereksinimlerini dile getirmedeki yetersizlikler, hizmet alanın çalışan üzerinde onu hükmetmeye yönelik davranışları

Çizelge 6.1. (devam) Almanya ve Türkiye'deki görüşmecilerin evde bakım hizmetleri temaları hakkındaki görüşlerinin karşılaştırılması

Tema Başlığı	Ülke	
	Türkiye	Almanya
Hizmet alanın ailesi ile ilintili sorunlar	Aile bireylerinin tüm sorumluluklarını evde bakım çalışanlarına yüklemek istemesi, kapsam dışında hizmet istenmesi	Kendi sorumluluklarının çalışana yüklenmek istenmesi, Görev tanımları dışında hizmet istenmesi
Kültürün hizmete etkisi	Hizmet alanla veren arasındaki kültürel farklılıkların hizmeti etkilemesi	Her evin ayrı yapısının getirdiği hizmete ve çalışana yansıyan kültürel farklılıklar
Rekabetin hizmete yansması	Kurumlararası rekabetin hizmetin niteliğine olumsuz etkileri	Kurumlar arasında yaşanan hasta kapma yarışının yaşanması,
Geçerli sağlık sistemi ile bağlantısı	Sağlık sistemi içinde yerleşik yapısının olmaması	Aile hekimi sayısının yetersizliğinin bakım gereksinimlerinin geç tespitine neden olması, Sigorta sistemine dayanan hizmet modeli olması ve sigortaların maliyeti düşürme istemleri
Güvenlik sorunları	Çalışanların şiddet görmesi	İstismar, ayrımcılık
Hizmetin avantajları	Hizmet alanın mahremiyetinin kurumsal hizmetlere göre daha iyi korunabilmesi, Kurumsal hizmetlere göre enfeksiyon risklerinin azalması, Kurumsal hizmete göre maliyetinin daha az olması, sınırlı kaynakların dağıtımında adalet ilkesini gerçekleştirmeye katkısı	Kişinin mahremiyetinin korunması, kişinin yalnızlığını belli sürelerle paylaşılabilmesi
Hizmetin dezavantajları	Kurumsal bakıma göre acil durumlarda sağlık hizmetine ulaşımın gecikmesi, evlerin sağlık hizmeti için uygun olmaması, yetersiz sosyal desteği olan kişilerin evde bakım çalışanın olmadığı zamanlarda sosyal yaşamdan kopuk olması	Bakım gereksinimi duyan kişinin hastalıklarının evde bakım hizmetine uygun olmaması, her hizmet alanın değerlerine uygun hizmetin yürütülmesinin zorluğu, evde hizmet veren personelin denetiminin zor olması

6.2. Türkiye'de Evde Bakım Sisteminin Geliştirilmesine İlişkin Model Önerisi

Çalışmanın amacı, evde bakım hizmetlerinin sunumu konusunda yeterli altyapısını oluşturmuş ve nitelikli hizmet sunumunu hedefleyen Almanya ile her geçen gün evde bakım hizmetlerine gereksinimin ve buna bağlı olarak konu ile ilgili hizmetin arttığı Türkiye'deki evde bakım sistemleri arasında karşılaştırmalı araştırma yaparak ve literatürle birlikte diğer ülke örneklerini de kapsayacak

şekilde çalışmayı genişleterek Türkiye için ideal bir evde bakım hizmeti sunum modeli geliştirmek olarak belirlenmiştir. Amaca yönelik olarak Türkiye’de evde bakım sisteminin geliştirilmesine ilişkin öneriler, araştırma bulgularının ve literatürün değerlendirilmesi ile birlikte Türkiye’nin temel hukuki, ekonomik, kültürel yapısı ve sağlık örgütlenme modeliyle çelişmeyecek şekilde geliştirilmiştir.

Geliştirilen modelin uygulanabilir olması için; Türkiye’de varolan politik yapı, sağlık politikaları, AB uzun dönem bakım politikaları, hizmet sağlayıcılar ile hizmet alanların sisteme dair alışkanlıkları ve beklentileri, öngörülebilirlik değişebilirlik aralığı gibi temel bileşenler dikkate alınmıştır. Örneğin piyasa ekonomisinin desteklendiği ve sağlık hizmet sunumunda özel sektörün teşvik edildiği bir politik yapı içerisinde, özel evde bakım kuruluşlarının yok sayılması modelin işlevsizliğine yol açabilir. Fakat yukarıdaki değişkenleri dikkate almak “var olan bağımlılığına” yol açma riskini de doğurmakta ve sadece beklentiler ve var olanlar üzerine bir model gelişimine neden olabilmektedir. Bu kapsamda araştırma bulguları ve literatür, var olan bağımlılığının ve politik beklentilerinin etkilerinin azaltılmasında temel araç olarak kullanılmıştır.

Model önerisi, evde bakım hizmetlerinde modelin temel bileşenleri olarak değerlendirilen hizmetin temel sorumlusu, hizmetin finansmanı, hizmet sağlayıcının nitelikleri, hizmet içeriklerinin ve hizmet alanların belirlenmesi, hizmetin denetimi kapsamında ele alınmış ve aşağıda sunulmuştur. Türkiye’de evde bakım hizmetlerine dair geliştirilen model için öncelikle bir anahtar bileşen listesi hazırlanmış ve Çizelge 6.2.’de verilmiştir.

Çizelge 6.2. Türkiye’de evde bakım hizmetleri için geliştirilen modelin anahtar bileşenleri

Öneri No	Öneri	Öneri Gerekçesi
1	Evde bakım hizmetlerinin tüm bileşenleri ile birlikte tek bir kurumun sorumluluğunda olması	Hizmetin planlanması ve yönetiminde düalist yapının engellenmesi
2	Sağlık Bakanlığının ana sorumlu kuruluş olması	Koordinasyon sorununun engellenmesi
3	Bakım derecelendirme sistemine geçiş	Bakım planlarının hazırlanmasını kolaylaştırma ve ücret planlamasının yapılabilmesi
4	Altı aşamalı bakım derecelendirmesi sistemine geçiş	Hastalıkların çeşitlenmelerinin artmasıyla dört aşamalı bakım derecelerinin yetersiz kalması
5	Bakım derecelerinin belirlenmesi işlemi için bakım komisyonu oluşturulması	Personelin etkin kullanımı ve tarafsızlığın sağlanması
6	Birinci ve ikinci derece bakım derecelerinin İl Sağlık Müdürlüğü tarafından belirlenmesi	Personelin etkin kullanımının sağlanması
7	3.,4. ve 5. bakım derecelerinin komisyon tarafından belirlenmesi	Bakım dereceleri belirlenirken çeşitli meslek grupları ve kurumlar ile tarafsızlık, bütünlük ve kapsayıcılık sağlanması
8	Bakım derecesi belirleme komisyonu üyeleri arasında İl Sağlık Müdürlüğü temsilcisi, üniversitenin ilgili bölümlerinin temsilcisi, ASPB temsilcisi	Tarafsızlık ilkesinin korunması ve doğru bakım derecesinin belirlenmesi
9	3. derece ve daha yukarı bakım derecelerinde ödemenin tamamının GSS tarafından karşılanması	Sınırlı kaynakların uygun dağılımın sağlanması
10	1. derece bakım hizmetlerinde yılda 2 ev ziyareti ücretinin GSS tarafından karşılanması	Koruyucu sağlık hizmetleri uygulamaları ile bakıma muhtaçlığın azaltılması
11	2. derece bakım hastalarında yılda 4 defa ev ziyareti bedelinin GSS tarafından karşılanması	Koruyucu sağlık hizmetleri uygulamaları ile bakıma muhtaçlığın azaltılması
12	En az üç ay bakıma ihtiyacı olan kişiler için ödemenin GSS tarafından yapılması	Uzun dönem bakım hizmetleri ve kısa dönem hizmet ayrımının sağlanması (süreğen)
13	Tüm yaş grupları için ödemenin GSS tarafından yapılması	Eşitlik ilkesi gereği
14	Tüm gelir grupları için ödemenin GSS tarafından yapılması	Eşitlik ilkesi gereği
15	Tüm evde bakım kuruluşlarının GSS ile anlaşma yapabilmesi	Hizmetin erişilebilirliğini artırması
16	Evde bakım kuruluşlarında personel sayısının ve niteliklerinin kuruluşların sunacakları hizmet çeşitliliklerine ve hizmet sunacakları kişi sayısına göre değişebilirliği	Esnek ve değişebilir evde bakım kuruluşu yapılması
17	Nüfusu 100 000 üzeri olan belediyelerin evde bakım merkezi kurma zorunluluğu	Hizmetlere erişim kolaylığı

Çizelge 6.2. (devam) Türkiye’de evde bakım hizmetleri için geliştirilen modelin anahtar bileşenleri

Öneri No	Öneri	Öneri Gerekçesi
18	Kamu Hastane Birliklerinin evde bakım merkezi kurma zorunluluğu	Hizmet kapsamında kâr marjı düşük alanlarda kamunun herkese eşit hizmeti sağlayacak biçimde düzenleyici olarak yer alması gerekliliği
19	STK tarafından evde bakım kuruluşları örgütlenmesinin olmaması ve bu nedenle teşvik edilmesi	STK'lerin kamu ve özel sektör arasında dengeleyici bir kurum olarak yer alması
20	Başvuruların Sağlık İl Müdürlüğü’ne, telefon, dilekçe, internet vb iletişim yolları üzerinden yapılması	Hedef kitlenin özellikleri de dikkate alındığında başvuru işlemlerinin kolay ve yaygın olması
21	Aile bakımında farklı bakım derecelerinde aileye farklı düzeyde ödemelerin yapılması	İşin zorluk derecesine göre ücretlendirme
22	Bakım planlarının evde bakım kuruluşları tarafından yapılması	Kişiyi daha hızlı ve etkin bakım hizmeti sunumu Evde bakım kuruluşunun özerkliğinin sağlanması
23	Bakım planlarının aile hekimleri tarafından onaylanması	Aile hekimlerinin sisteme entegre edilmesi ve etkin sağlık hizmeti sunumu sağlamak
24	3., 4. ve 5. derece bakım hizmetlerinin evde bakım kuruluşları tarafından yapılması	Sınırlı kaynakların etkin kullanımı
25	1. ve 2. derece bakım hizmetlerinde danışmanlık yapılması	Erken önlem alarak ileri düzey bakım derecelerine geçiş süresini uzatma
26	1. ve 2. derece bakım hizmetlerinden yararlanım için belediyelerin kuruluşlar kurmasının teşvik edilmesi	Erken önlem alarak ileri düzey bakım derecelerine geçiş süresini uzatma
27	1. ve 2.derece bakım hizmetleri kapsamında belediye tarafından verilen ücretlerin GSS tarafından karşılanması	Koruyucu evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşması ve bakıma muhtaçlığının ilerlemesinin azaltılması ve geciktirilmesi
28	Kuruluşların etik ilkelerinin belirlenmesi	Toplumun kuruluşlara yönelik güveninin ve iş barışının geliştirilmesi, dürüstlük-saygı-eşitlik-adalet kavramlarının gelişiminin sağlanması
29	Rekabeti düzenleyici uygulamaların geliştirilmesi	Haksız rekabetin önlenmesi
30	Ana sorumluluğun SB olması	Yetkinin tek kuruluşta olması gerekliliği
31	Evde bakım kuruluşları konseptleri kapsamında hizmet sunabilme	Esnek ve değişebilir hizmet sunumu ve kurumsal özerkliklerinin gelişimi
32	En az yılda bir defa Sağlık İl Müdürlüğü, aile hekimi, STK, üniversiteden oluşan bir ekiple birleşik denetim yapılması	Etkin ve tarafsız denetim sağlama
33	Denetim sonuçları kapsamında şeffaflık belgesi hazırlanması	Denetimin işlevselliğinin artırılması
34	Şeffaflık belgesi web üzerinde yayınlanacak	Kişilerin kuruluş seçim özgürlüğünü sağlama ve kaliteli kuruluşların teşviki

6.2.1. Evde bakım hizmetlerinde ana sorumlu kuruluşa ilişkin öneriler

Evde bakım hizmetlerinde ana sorumlu kuruluş gerekliliği, hizmetin etkin ve istenilen düzeyde yürütülmesine, hizmetin tarafının net olarak belirlenmesine verilen bir yanıt olması gerektiğinden modelin temel önerileri bu perspektifle başlamıştır. Varolan durumda Türkiye’de evde bakım sistemi içerisinde, bakanlık düzeyinde SB ve ASPB olmak üzere iki ana sorumlu kuruluş yer almaktadır. Evde bakım hizmetlerinde sorumluluğun paylaşımı bazı hizmetlerin kesişmesine, bazılarının ise kapsam dışında kalmasına, hizmetin yaygınlaşmamasına ve entegrasyon sorununa neden olmakta, dolayısıyla etkin ve istenilen düzeyde bir hizmet sunulamamasına yol açabilmektedir.

Varolan sistem içerisinde evde bakım hizmetleri ile ilgili olarak SB’nın İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı İl Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Birliği olmak üzere üç taşra teşkilatının görevleri ve sorumlulukları bulunmaktadır. Özel evde bakım kuruluşların açılış işlemleri ve denetimlerinden, İl Sağlık Müdürlükleri; kamu hastaneleri bünyesinde kurulmuş evde sağlık birimleri tarafından verilen hizmetin sunumundan, Kamu Hastane Birlikleri; kamu hastaneleri tarafından verilen evde bakım hizmetlerinin koordinasyonundan, aile hekimleri ve TSM’ler tarafından verilen hizmetin sunumundan, Halk Sağlığı İl Müdürlükleri sorumludur. Görüldüğü üzere, SB bünyesinde üçlü bir yapılanma mevcuttur. SB taşra teşkilatının üçlü yapılanması dikkate alındığında, yeni modelde ana sorumluluğun ve koordinasyonun İl Sağlık Müdürlükleri’nde olması önerilmektedir. Kamu Hastane Birlikleri’nin ve Halk Sağlığı İl Müdürlükleri’nin birer hizmet sunucu olarak sistem içinde yer alması ve gelecekte daha etkin rol alacak olmaları dikkate alındığında, haksız rekabeti önleme ilkeleri bağlamında sorumlu kuruluşun hizmet sağlayıcı olarak yer almaması gerektiği düşünülmektedir.

Günümüzde desantralizasyon ve yerel yönetimlerin güçlendirilmesi önerilmektedir (Egeli ve Diril, 2012; Mengi, 2008). Bu bağlamda evde bakım hizmetlerinin yerel yönetimlerin sorumluluğunda olması, Türkiye’nin genel konjonktürü düşünüldüğünde arzu edilen bir yapılanma olabilir. Ancak yerel yönetimlerin var olan model içerisinde ana hizmet sağlayıcılardan birisi olması, rekabet ilkeleri bağlamında ana sorumlu kuruluş olarak değerlendirilmemesi

gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca büyükşehir belediyeleri dışındaki belediyelerde, mücavir alan dışında kalan bölgelerin olması ve özellikle belde belediyelerinin sağlık ve sosyal hizmetler bağlamında güçsüzlükleri de dikkate alındığında, her ne kadar politik süreç bağlamında yerel yönetimlerine yetki aktarımının istenilen bir uygulama olsa da, evde bakım hizmetlerinden sorumlu kuruluşun belediyeler olmasının uygun olamayabileceği düşünülmektedir.

Varolan sistem içerisinde evde bakım hizmetlerinden informal bakım ve aile desteği kapsamında hizmetin yürütülmesinde ve hizmet alacak kişilerin seçiminde ASPB aktif rol oynamaktadır. ASPB sorumluluğunda sunulan evde bakım hizmetleri, sosyal bakım yönelimlidir. Sağlık kavramının tanımı dikkate alındığında, sosyal yönden tam bir iyilik hâlinde söz edilmektedir. Tanım, sağlığın gerçekleştirilmesi, korunması ve sürdürülmesi boyutlarında bireyin sosyal açıdan da desteklenmesini gerektirmektedir. Ayrıca insan hakları bağlamında bakıldığında, sağlık hakkının da temel insan hakları içinde yer aldığı ve bu nedenle sağlık hakkına erişimin anayasal güvenceye alındığı ve bu ödevin devlete verildiği görülmektedir. Bu kapsamda Türkiye’de sağlık hakkının sağlanmasının temel bir sorumlusu olması ve bu hakkın ulaşılabilir olması için en geniş örgütlenme biçimine sahip olması nedeniyle, SB’nin evde bakım hizmetlerinde ana sorumlu kuruluş olması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Verilecek hizmetin entegrasyonunun, tıbbi ve sosyal yönünün bütüncül sunumunun, niteliğinin, ulaşılabilirliğinin sağlanması için tek elden yürütülmesinin önemi göz önüne alındığında, ASPB’nin bakım hizmetleri ve tezin konusu bağlamında özellikle evde bakım hizmetleri konusundaki tüm yetki ve sorumluluklarını, SB’na devretmesi önerilmektedir. Böylece tek elden sürdürülebilecek hizmetle mükerrer uygulamaların ortadan kaldırılması ve sınırlı kaynakların etkin kullanımı sağlanabilecektir. Ancak ASPB’nin evde bakım hizmetlerinde diğer yapılanmalar gibi hizmet sunucu olarak yer almasının sağlanması, hizmetin yaygınlığının sağlanabilmesinde önemli rol oynayacaktır. Bu nedenle ASBP’na bağlı kamusal evde bakım kuruluşları da sistem içerisinde yer almalıdır.

SB’nin uzun dönem bakım hizmetlerini de içerecek şekilde bir hizmet sunumu iki önemli riski de beraberinde getirebilecektir. Bunlardan ilki SB’nin tıbbi

bakımı sosyal bakıma; kısa dönem bakımı, uzun dönem bakıma önceleme durumu ve ikinci olarak da hizmet kapsamının genişlemesi nedeniyle yeterli sayıda nitelikli personel sağlama sorununun bulunmasıdır. Ancak SB içinde bakım hizmetlerinin ayrı bir birim olarak ve bakım hizmetinin multidisipliner yapısına uygun personel alt yapısı oluşturularak örgütlenmesi ve bakım derecelerinin belirlenmesinde farklı meslek gruplarının uzmanlarından oluşmuş, özerk yapısı korunmuş komisyon kurulması bu riskleri azaltabilmek için önemli rol oynayacak ve tıbbi bakımın öncelenme riskini azaltacaktır.

6.2.2. Evde bakım hizmetlerinin finans kaynağına ilişkin öneriler

Almanya'daki evde bakım hizmetlerinde zorunlu uzun dönem bakım sigortasının evde bakım hizmetleri için tek finans kaynağı olmadığı, uzun dönem bakım sigortasının yetersiz kaldığı durumlarda tamamlayıcı olarak sağlık sigortası, yerel yönetimler, özel sigortalar, meslek örgütleri ve cepten ödeme yöntemleri gibi çoklu yapının yer aldığını da görüşmeciler belirtmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular çerçevesinde, Almanya'daki çoklu finansman kaynaklı sigorta sisteminin bürokratik işlemleri artırdığı, hizmet sunumu sırasında sağlık sigortası ve uzun dönem bakım sigortası ayrimından kaynaklanan entegrasyon sorununa neden olduğu saptanmıştır. Literatürde de görüşmeciler tarafından belirtilen evde bakım hizmetlerinin finansmanındaki çoklu yapının çeşitli sorunlara neden olduğu belirtilmektedir. Türkiye'deki görüşmeciler tarafından ise, evde bakım hizmetlerinin finansmanının genel vergilerden ve GSS'den karşılanması gerektiği belirtilmiştir.

Araştırma bulguları ve literatür birlikte ele alındığında, araştırmacı tarafından evde bakım hizmetlerinin finansmanının GSS tarafından karşılanması ve ödeme gücü içinde olan bireyler için ise genel vergilerden GSS'nin desteklenmesi önerilmektedir. Söz konusu modelin GSS'ye getireceği ek yük ayrı bir araştırmada ölçülebilir. Ağören (2009: 72) tarafından yapılan "Bakım sigortası ve Türkiye Uygulaması" adlı çalışmada bakım sigortasının getireceği ek yük farklı senaryolar kapsamında değerlendirilmiş ve tek bir senaryo dışında yükün karşılanamayacak biçimde olmadığı, *"prim oranları senaryo 4 modeli hariç Türkiye şartlarında işçi, işveren ve devlete çok fazla yük getirmeyecek"* biçiminde ifade edilmiştir.

Araştırmacı tarafından araştırma bulguları ve literatür bilgileri kapsamında ayrı bir bakım sigortası önerilmemektedir. Varolan GSS'nin kapsamının bakım hizmetlerini de kapsayıcı nitelikte genişletilmesinin yeterli olacağı düşünülmektedir.

6.2.3. Hizmet sağlayıcının niteliklerinin belirlenmesi ve planlanmasına ilişkin öneriler

Almanya'da evde bakım sektöründe özel sektör, STK ve kamuya ait evde bakım kuruluşları olmak üzere üçlü yapılanma mevcuttur. Bütün hizmet sağlayıcı kuruluşlar, sigorta kuruluşları ile anlaşmalı olarak evde bakım hizmet sunumunda yer alabilmektedir. Almanya'da, evde bakım sektöründe farklı sahipliklere ait kuruluşların yer alması sorun olarak bildirilmemiş olup hizmet sunucularının çeşitliliği hizmetin erişilebilirliğini artırmaktadır. Türkiye'de halen evde bakım hizmetlerinin finansmanı büyük oranda cepten ödemelerle sağlanmakta olup, kamu hastane birliklerine bağlı evde sağlık birimleri, GSS'den kısmi olarak hizmet satın alabilmektedir; diğer hizmet sunucularının finansman kaynakları cepten ödeme ve özel sigortalardır. GSS'den bir ödeme yapılmamaktadır. Bu dualist ve eşitlik ilkesine aykırı yapı, Türkiye'deki görüşmeciler tarafından da sorun olarak bildirilmiş ve evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşmasını engelleyen temel sorunlardan biri olarak ifade edilmiştir. Araştırmacı tarafından finansman sağlayıcı kuruluşla, tüm kuruluşların anlaşma yapabilmelerinin sağlanması önerilmektedir. Hizmet sunumunda farklı kuruluşların çeşitliliği, rekabeti getirebileceği ön görülmektedir. Rekabet olgusu beraberinde haksız rekabet riskini de doğurmaktadır. Bu durum, hem literatürde hem de Almanya'daki görüşmeciler tarafından ifade edilmiştir. Bu kapsamda, haksız rekabeti önlemeye yönelik düzenlemeler de dikkate alınmalıdır.

Evde bakım hizmetlerinde haksız rekabeti önleyici düzenleyici önlemlerin, aşağıdaki şekilde olması önerilmektedir.

- Evde bakım kuruluşlarının hizmet alanlara yönelik promosyon etkinliklerinin yasaklanması önerilebilir.

- Evde bakım kuruluşlarının finans sağlayıcılara yönelik promosyon etkinliklerinin yasaklanması önerilebilir.
- Evde bakım çalışanlarının başka bir evde bakım kuruluşunda çalışması durumunda, eski çalıştığı evde bakım kuruluşundan hizmet alanı yeni çalıştığı kuruma ilk üç ay içinde nakletmek istemesi durumunda promosyonel bir uygulamanın önlenebilmesi için Bakım Derecesi Belirleme Komisyonu (BDBK)'dan izin alınabilir.
- Evde bakım kuruluşlarının ve çalışanlarının hizmet sürecinde uyması gereken meslek kuralları ve etik ilkelerin belirlenmesi uygun olabilir.
- Şeffaflık ilkesi bağlamında denetim sonuçlarının yayınlanması sağlanabilir.
- Evde bakım kuruluşları için part-time çalışma biçimi sınırlandırılabilir.
- Göçmen çalıştırma ile ilgili yasal düzenlenmelerin gerçekleştirilerek yasadışı çalışma durumunun ortadan kaldırılması²⁰ uygun olabilir.

Almanya'da evde bakım kuruluşlarının personel nitelikleri ve sayıları, hizmet içeriklerine ve hizmet verdikleri kişi sayısına göre belirlenmektedir. Bu yapılanma biçimi, kurumun kendi yeterliliklerini belirlemesine ve kurumsal özerkliklerinin gelişimine katkı sağlamıştır. Ancak Türkiye'de personel sayıları ve nitelikleri, hizmet içeriklerinden ve hizmet alanların sayısından bağımsız olarak tüm kurumların benzer kapasitede ve nitelikte olmaları gerekliliği ön kabulüyle sabit niteliktedir. Türkiye'de de personel sayısının ve niteliklerinin belirlenmesinin, kuruluştan hizmet alan kişi sayısı ve hizmet içeriğine göre değişmesi önerilmektedir. Bu kapsamda bir örnek evde bakım kuruluşu yapılanması olmamalıdır. Kuruluşlar, hizmet sunum biçimleri, bakım modelleri ile birlikte evde sunacakları hizmet içeriklerini belirlemiş bir şekilde kurulabilmelidir. Böylece kuruluşlar gereksinime göre planlanabilecekler, hizmet alacaklardan gelen taleplere hızlı yanıt verebilecekler ve yeterlilikleri ölçüsünde hizmet sunabilme olanağı elde edebileceklerdir.

²⁰ Türkiye'de yabancılar, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun uyarınca, hastabakıcılık yapamamaktadırlar.

6.2.4. Hizmet içerikleri ve hizmet alanların belirlenmesine ilişkin öneriler

Evde bakım hizmetleri kapsamında kimlere ve hangi durumlarda hizmet verilmesi gerektiğinin belirlenmesi, evde bakım modelinin temel bileşenlerindendir ve modelde gelecekte değiştirilmesi en güç dinamiklerden bir tanesidir.

Hizmet alacak kişilerin belirlenmesinde iki ana grup bulunmaktadır:

Birinci grup, kronik bir hastalığı ve bireysel yetersizliği olmadan akut gelişen sağlık sorunları nedeniyle, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sonrası gerekli tedavi ve bakımdan yararlanacak grup olacaktır. Buradaki ana hizmet kısa süreli bakımı içermektedir. Birinci gruptaki kişilerin belirlenmesi, müdavi hekim tarafından gerçekleştirilecektir. Müdavi hekim, bu şekilde kısa süreli evde bakım hizmeti alması gereken hastaların tedavi ve bakım planını hazırlayacaktır.

İkinci grup, uzun dönem bakım hizmetleri gereksinimi duyan kişilerden oluşacaktır. Kişinin alacağı hizmeti belirleyen bakım derecesinin belirlenmesi sürecinde hızlı ve çoklu görüş kapsamında, değerlendirme ve farklı meslek gruplarından oluşan bir komisyon tarafından bakım derecelerinin belirlenmesi esas alınmalıdır. Bu kapsamda İl Sağlık Müdürlüğü koordinasyonunda BDBK; hekimin, hemşirenin veya yaşlı bakım teknikerinin veya evde bakım teknikerinin, sosyal hizmet uzmanının veya gerontologun yer aldığı üç kişiden oluşan BDBK kurulması önerilmektedir.

Uzun dönem bakım hizmetlerine ihtiyacı olan kişilerin belirlenmesinin, bakım dereceleri dikkate alınarak gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Kişilerin bakıma muhtaçlıkları ve tedavi gereksinimleri de dikkate alınarak bakım dereceleri belirlenmesi uygun olacaktır. Ancak Almanya'daki "3+1" dereceden oluşan bakım derece sisteminde bakım derecelerinin sınırlarının belirlenmesinde, hastalıkların çeşitlenmesi de dikkate alındığında seçicilik ve ayırt edicilik yetersiz kalmaktadır. Bu durum hem Almanya'daki görüşmeciler tarafından hem de literatürde belirtilmektedir. Bu kapsamda 0. dereceden 5. dereceye toplam 6 düzeyli bir bakım derecesi önerilmektedir.

Bakım derecelerinin belirlenmesindeki temel ilkelerin aşağıdaki gibi olması önerilmektedir:

- Bakım derecesinin belirlenmesinde, yoksulluğun bir kriter olarak yer almaması uygun olabilir.
- Bakım derecesi belirlenirken bakım derecesi belirlenecek kişinin yetersizlikleri ve yeterlilikleri dikkate alınmalıdır. Ailenin ve diğer sosyal destek bileşenlerinin bireye desteği ancak ikincil unsur olarak değerlendirilebilir.
- Kişinin biyolojik, fiziksel, bilişsel ve sosyal yeterliliklerinin artırılmasının hedeflenmesi uygun olabilir.
- Bakım derecelerinin belirlenmesinde, varolan durum kadar bazı hastalıkların ilerleme dereceleri ve bakıma muhtaçlığı artırma bileşenleri de göz ardı edilmemeli, sadece an değil, geleceğe ilişkin örüntüler de dikkate alınmalıdır.
- Hizmet başvurusu yapan bireyler “hastalık değil hasta var, yetersizlikler değil yapılamayanlar ve yapılmak istenenler var” düşüncesiyle değerlendirilmelidir. Bu kapsamda bakım dereceleri belirlenirken kişinin hastalığından, yaşlanma ya da diğer değişkenlerden dolayı olan fiziksel kaybının değil, söz konusu kayıptan dolayı yapamadıkları, yapmak istedikleri ve yaşamını zorlaştıran unsurların dikkate alınması uygun olabilir.

Bakım hizmetlerinin çok bileşenli yapısı nedeniyle bakım derece aralıklarının multidisipliner başka bir akademik çalışma kapsamında detaylandırılması uygun olabilir. Bu çalışmada finans sağlayıcı kuruluşlar, hizmet sunan kuruluş temsilcileri, STK’ler ve üniversitelerin ilgili akademik birimleri de yer almalıdır. Bakım derecelerinin belirlenmesinde oluşturulacak puanlama sistemi ile niceliksel kriterler de kullanılabilir. Böylesi bir belirlemede, insanın biyopsikososyal yapısı nedeniyle yaşanabilecek farklılıklar göz önüne alınmalıdır. Araştırmacının

bakım derecelerinin belirlenmesindeki temel ayırt edici önerileri ise, aşağıdaki gibidir:

- Sıfır Derece Bakım: Şu an ve var olan durum dikkate alınarak hiçbir bakıma ihtiyacı bulunmamaktadır.
- Birinci Derece Bakım Gereksinimi: Kişisel ihtiyaçlarını tamamen karşılayabiliyor. Evin günlük temizliklerini yapabiliyor. İnce temizliklerini yapmada zorlanıyor. Alverişlerini yapabiliyor. Kişisel bakımında sorunları bulunmakta.
- İkinci Derece Bakım Gereksinimi: Kişisel ihtiyaçlarını kısmen yapabiliyor. Evin günlük temizliklerini yapamıyor. Oral ilaçlarını hatırlatmaya gerek kalmadan alabiliyor.
- Üçüncü Derece Bakım Gereksinimi: Kişisel ihtiyaçlarını yapmada zorlanıyor ve güçlüklerle yapabiliyor. El-yüz yıkama gibi kişisel hijyenini tek başına yapabiliyor, bütün vücut bakımını tek başına yapamıyor. Oral ilaçlarını hatırlatıldığı sürece alabiliyor. Yakın akrabaları dışındakilerle iletişim kurmada zorlanıyor.
- Dördüncü Derece Bakım Gereksinimi: Kişisel ihtiyaçlarını tek başına gideremiyor. Öz bakımını yapamıyor. Sosyal çevreyle iletişimi yok denecek kadar az.
- Beşinci Derece Bakım Gereksinimi: Yardımsız yaşantısını sürdürmede zorlanıyor. Kişisel hijyeni yapamıyor. Sosyal çevreyle ve yakın çevresiyle iletişimi yok. Çevreyi tanımıyor.

6.2.5. Evde bakım hizmetlerinde denetleme ve denetim sürecine ilişkin öneriler

Denetimlerin, hem Almanya'daki hem de Türkiye'deki görüşmeciler tarafından daha çok bürokratik işlemlere odaklandığı, sunulan hizmetin denetlenmesinin göz ardı edilebildiği belirtilmiştir. Varolan denetim sisteminin hizmet kalitesine etkisinin az olduğu belirtilmektedir.

Almanya’da aile hekimlerinin sistemde etkin olarak yer almamasının, sağlık kuruluşları ile evde bakım kuruluşları arasında entegrasyonda sorunlar oluşturduğu ve bunun kişinin sağlık hizmetlerinden etkili biçimde yararlanmasının önünde engel oluşturduğu, görüşmeciler tarafından belirtilmiştir. Türkiye’de ise, özellikle SB tarafından yürütülen evde bakım hizmetlerinde aile hekimlerinin yasal anlamda sistem içerisinde çok yoğun yer almasına karşın, kapasitelerinin üzerinde iş yükü altında kalmaları genel olarak evde bakım hizmetlerini uygulamak konusunda motivasyonlarının düşük olması gibi nedenlerle uygulamada evde bakım hizmetlerinde etkin olarak yer almadıkları saptanmıştır. Aile hekimlerinin kendi nüfusunu nitelikli olarak takip edebilmesi amacıyla sisteme entegre edilmeleri gerektiği düşünülmektedir. Bu amaçla evde bakım kuruluşlarından hizmet alan kişilerin aldıkları hizmetin denetiminde yer almalarının, aile hekimlerinin temel ödevleri içerisinde olması sağlanmalıdır. Bu şekilde aile hekimleri, sisteme hizmet sağlayıcı olarak değil, denetimci olarak entegre edilmiş olacaktır.

Türkiye’de geliştirilen modelde temel sorumluluğun, İl Sağlık Müdürlükleri’nde olması önerilmektedir. Ancak şeffaflığının sağlanması, niteliğinin artırılması ve özerkliğin sağlanabilmesi amacıyla, denetimlerin İl Sağlık Müdürlüğü koordinasyonunda sosyal hizmet uzmanı ve/veya gerontolog ve hizmet alan kişinin aile hekimi ile hizmet veren personelin derneklerinden bir üye ve üniversitenin ilgili bölümlerinden bir öğretim elemanı ile oluşturulacak komisyon tarafından yapılması sağlanmalıdır. Bu denetimler için hem denetleyene ve hem de denetlenene yasal yükümlülükler getirmesini sağlayacak mekanizmalar geliştirilmelidir.

Denetimler rutin ve şikâyet üzerine yapılan denetim olmak üzere iki türlü gerçekleşecektir. Şikâyet üzerine yapılacak olan denetimler, şikâyet konusunun aciliyetinden dolayı denetim ekibinden sadece İl Sağlık Müdürlüğü görevlisi ve aile hekiminin katılımı ile gerçekleştirilebilir. Denetim planı kapsamında hazırlanmış şeffaflık raporu, tüm tarafların ulaşabileceği bir şekilde internet üzerinden yayınlanacaktır ve denetim sonuçları özeti evde bakım kuruluşunun görülebilir bir yerinde asılı olacaktır.

Almanya’da denetim sonuçları kapsamında, kurum kalite puanları belirlenmektedir. Kurumlar, hizmet alacak kişilere hizmet alacağı kuruluşu seçme aşamasında tercih nedeni olabilmesi için kalite göstergelerini yayınlamakta ve kişiler buna göre tercihlerini belirleyebilmektedirler. Bu uygulama, kuruluşlar için de önemli bir motivasyon kaynağı olmaktadır. Kalite göstergelerinin Türkiye’de de benzer şekilde hizmet alacak kişilerin erişebileceği şekilde yayınlanmasını sağlayacak uygulamaların geliştirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

6.2.6. Evde bakım hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin iş akışına ilişkin öneriler

Türkiye’deki evde bakım hizmetlerinin örgütlenmesine ilişkin öneriler ana başlıkları ile yukarıda belirtildiği gibi düzenlenmiştir. Bu yapılanma içinde yürütülecek hizmetin hızlı, ulaşılabilir ve nitelikli olabilmesi için planlanan iş akışı şeması da aşağıdaki gibi oluşturulmuştur.

Evde bakım hizmetleri için başvurular, SB bünyesinde ayrı bir birim olarak yapılandırılmış bakım hizmetleri ile ilgili Genel Müdürlüğün İl ve İlçe Sağlık Müdürlüklerindeki taşra teşkilatlarına bireylerin kendilerinin veya bakıma gereksinimi olduğunu düşünen diğer kişilerin her türlü iletişim aracıyla veya doğrudan başvurusuyla yapılabilmelidir. Söz konusu başvuru, kişinin aile hekimi veya ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sonrası müdavi hekim tarafından kişinin demografik ve iletişim bilgileri, sosyoekonomik durumu, sağlık durumu ve hizmet gereksinimlerini belirtecek şekilde SB tarafından hazırlanmış formun doldurulması ile yapıldığında doğrudan BDBK’na gönderilerek hizmet programına alınır. Diğer başvurular için başvuru tarihini takip eden bir hafta içinde hemşire ve/veya yaşlı bakım teknikeri tarafından ilk ziyaret gerçekleştirilmelidir. İlk ziyarette kişinin bakım gereksinimi birinci veya ikinci derece bakım kapsamında değerlendirilirse, bu şekilde hizmet programına alınır. Eğer daha yüksek bakım derecesinde gereksinim olduğu düşünülürse, BDBK’na sevk edilerek komisyonun ziyareti planlanır ve bu ziyaret de sevk tarihini takip eden bir hafta içinde gerçekleştirilmelidir. Kişiye hizmet BDBK tarafından tespit edilen bakım derecesine (sıfır, bir, iki, üç, dört ve beş) göre verilecektir.

Modelde bakım derecelerine göre kişilere sunulacak hizmet içeriklerinin ve hizmet türlerinin değişkenlik göstermesi ve aşağıdaki gibi olması öngörülmektedir:

Sıfır derece bakım gereksinimi olan kişiye bakım hizmetleri kapsamında hiçbir işlem yapılmayacak ve başvuru dosyası kapatılacaktır. İleride bakım gereksinimi tekrarlarsa yeni başvuru yapacaklardır.

Birinci derece bakım hizmetleri kapsamında, evde bakım kuruluşunca hekim, hemşire ve/veya yaşlı bakım teknikerinden oluşan ekip tarafından üç aylık periyotlarla ev ziyaretleri gerçekleştirilecektir. Bu ziyaretler sürecinde bakım gereksinimi açısından değişiklik olduğu rapor edilirse, kişi tekrar BDBK'na sevk edilip yeni duruma göre değerlendirilecektir. Yapılan ev ziyaretlerinin ödemeleri, GSS tarafından karşılanacaktır. Birinci derece bakım hizmetlerinde informal bakım, için GSS tarafından herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

İkinci derece bakım hizmetleri kapsamında, bireylere informal bakım verecek kişiler tarafından evinde bakılması ya da kurumsal evde bakım kuruluşlarından hizmet alması konusunda seçim hakkı tanınacaktır.

Üçüncü derece bakım hizmeti alan kişi kurumsal evde bakım hizmetlerini, gündüzlü bakım hizmetlerini veya informal bakım hizmetlerini seçme hakkına sahiptir.

Dördüncü ve beşinci bakım derecesine sahip kişi, tüm bunlara ek olarak ayrıca yatılı bakım kurumlarını seçme olanağına da sahiptir.

Çalışmada, Almanya'da evde bakım planlarının esnekliğinin olmamasının, hizmetin sürdürülmesinde personel özerkliğini ve karar verme yetisini örselediği ortaya çıkartılmıştır. Bu yapı, hizmet verilecek kişinin biricikliğinin sürmesine olanak sağlamak amaçlı evde bakım hizmetlerinin kuruluş gerekçesi ile örtüşmemektedir. Dolayısıyla hizmet sunucunun daha etkin olduğu bir bakım planlamasına gerek vardır. Bu nedenle bakım derecesi belirlenen kişi için hizmet alınacak evde bakım kuruluşu tarafından hizmet alacak kişiyle birlikte bir bakım planı hazırlanması önerilmektedir. Ancak hazırlanan bakım planının bakım

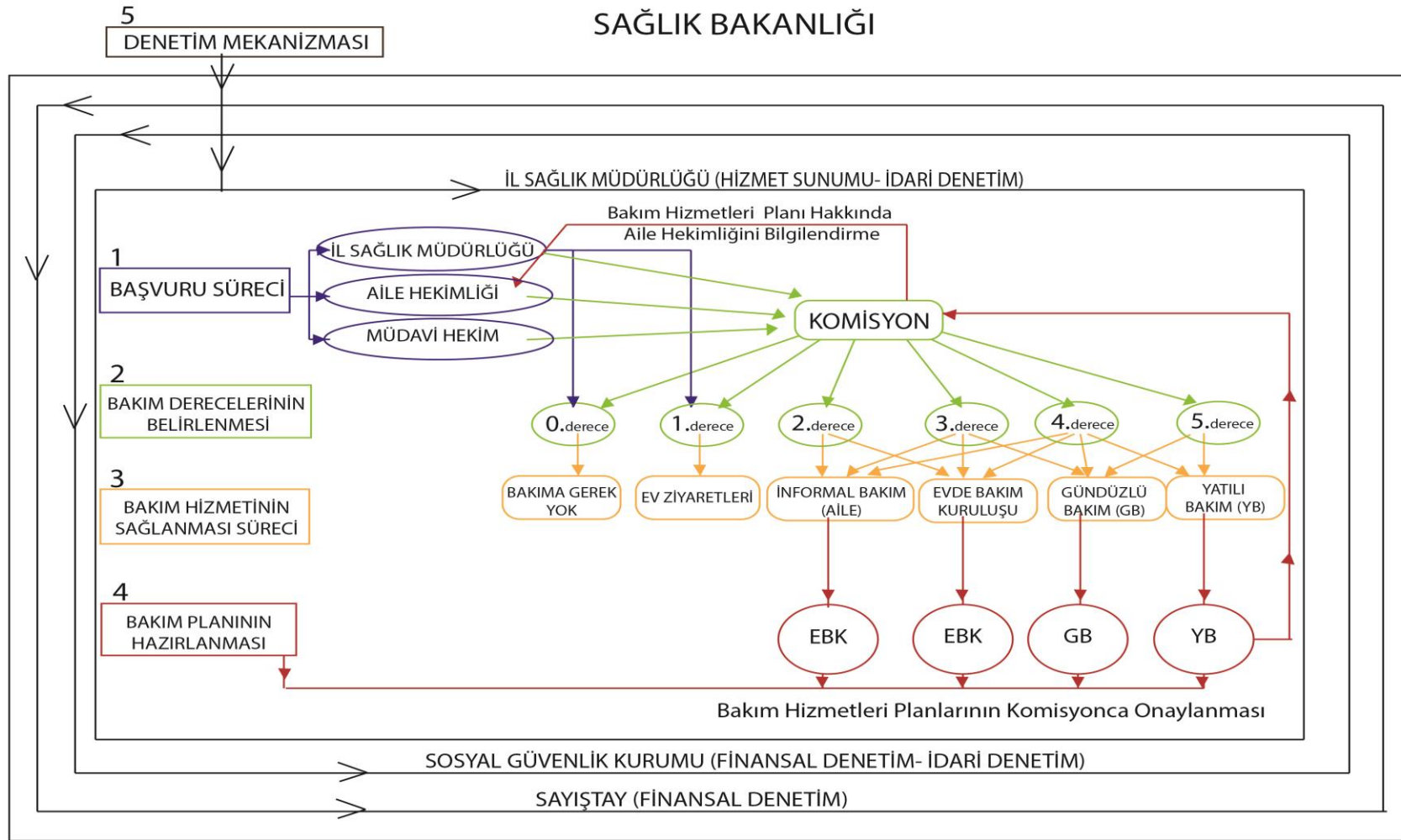
derecesini belirleyen BDBK tarafından onaylanması sağlanacaktır. Hizmet alımı için informal bakım tercih edilmişse, bakım planı BDBK tarafından hazırlanacaktır. Onaylanan bakım planlarının, kişinin aile hekimine bilgilendirilmek amacıyla iletilmesi önerilmektedir.

Rutin ve şikâyet üzerine yapılan denetimler sonrası, bakım planının ve/veya bakım derecesinin yenilenmesi önerilebilecektir. Bu kapsamda bakım planları ve bakım derecesi yeniden BDBK tarafından yenilenerek düzenlenecektir.

İnformal evde bakım hizmetlerinde, aileler veya akrabalar öncelikli olarak tercih edilmekle birlikte zorunluluk olmayacaktır. Kişilerin bakım derecelerine göre informal bakım personeline, GSS tarafından ödeme yapılacaktır. Hizmetin bu basamağında informal bakım veren kişinin akraba olma zorunluluğunun bulunmaması, yasadışı yabancı bakım personeline artışa sebep olabilir. Bu riski kontrol altına alacak düzenlemelerin de yapılması gerekmektedir.

Tez kapsamında yürütülen çalışmada, Almanya'daki evde bakım hizmetlerinde hasta odaklı ve hizmet alanın özerkliğinin mutlaklığı yönelimli yaklaşımın, personelin özerkliğini ve değer sistemlerini örselediği saptanmıştır. Hasta odaklılığın yanında personel özerkliğinin de gerçekleşmesini sağlayabilmek için, kişiye sunulabilecek hizmetler konusunda yeterli bilgilendirmelerin yapıldığı ve hizmetin sınırlarının belirlendiği bir uygulama benimsenmelidir.

Toplumsal açıdan bakıldığında, bakım hizmeti gereksiniminin azaltılması temel yaklaşımdır. Bu nedenle yukarıda ifade edilen evde bakım hizmetlerine paralel şekilde koruyucu önlemlerin geliştirilmesi, bu önlemlerin toplum tarafından benimsenip uygulanırlığının artırılması, böylece aktif yaşamın toplumun her kesimine ulaştırılması amacıyla politikaların üretilmesi de çok önemlidir. Hem söz konusu koruyucu önlemler için çalışmaların organize edilmesi, hem de informal bakım verecek kişilerin eğitimlerinin sağlanması görevlerini yürütecek yapılanmanın da bu sisteme entegre edilmesi gerekmektedir.



Şekil 6.1. Evde Bakım Hizmetleri İş Akış Şeması

KAYNAKLAR

- Abdollahpour, İ., Noroozian, M., Nedjat, S., and Majdzadeh, R. (2012). Caregiver burden and its determinants among the family members of patients with dementia in Iran, *International Journal of Preventive Medicine*, 3(8), 544-551.
- Abel, E, and Nelson, M.K. 1990. Circles of care: Work and identity in women's lives. Albany: State University of New York Press.
- Abelson, J., Gold, S.T., Woodward, C., O'Connor, D., Hutchison, B. (2004). Managing under managed community care: The experiences of clients, providers and managers in Ontario's competitive home care sector. *Health Policy*, 68(3), 359-372.
- Ağören, V. (2009). Bakım Sigortası ve Türkiye Uygulaması, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Yayınlanmamış Sosyal Güvenlik Uzmanlık tezi, Ankara, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) (2012). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2012/24 nolu Evde Bakım Hizmetleri konulu ve 16 Ekim 2012 tarihli genelgesi. Ankara.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) (2013). *2013 yılı kurumsal mali durum ve beklentiler raporu*. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Strateji Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB). (2013). *Bakım hizmeti uygulama rehberi*. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 7.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB). (2014) Engelli Bireylere İlişkin İstatistiki Bilgiler, Ankara: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Ammerman, R.T., Peugh, L.J., Frank W. Putnam, F.W., and Ginkel J.B. (2012). Predictors of treatment response in depressed mothers receiving in- home cognitive-behavioral therapy and concurrent home visiting. *Behavior Modification*, 36(4), 462-481.
- Arai, Y., Kumamotoa, K., Mizunoa, Y., and Washio, M. (2014). Depression among family caregivers of community dwelling older people who used services under the long term care insurance program: A large-scale population-based study in Japan. *Aging & Mental Health*, 18(1), 81–91.
- Arend, J., Tsang-Quinn, J., Levine, C. and Thomas, D. (2012). The patient-centered medical home: History, components, and review of the evidence. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 79(4), 433-450.
- Arita, K., and Ryu, H. (2013). A comparison of trends in research into home care services in Japan and Korea. *Bio Med Central (BMC) Nursing*, 12(18), 1-6.

- Armstrong, P. ve Armstrong, H., (2010). İşyerindeki kavga: Kanada sağlık hizmetlerindeki egemelik mücadelesi., Z.H.Akman (Editör), Kapitalizmde sağlık sağlıksızlık semptomları, U. Haksan, (Çeviren) İstanbul. Yordam Kitap,s.163-187. [Eserin orijinal adı: Morbid symptoms: Health under capitalism (2009). L. Panitch and C. Leys, in (Editörler)., London, Merlin Pres.
- Arntz, M. and Thomsen, S. L. (2008). Reforming consumer directed care in Germany: A woodwork effect. *Journal of Economic Literature Classification: I38 I12, C93.*, 6.
- Arntz, M. and Thomsen, S. L. (2010). Are personel budget a financially sound reform option for the German Long Term care insurance?.*Jahrbücher f. Nationalökonomie und Statistik*, 230(4), 378-402.
- Arntz, M. and Thomsen, S. L. (2011). *Reforming home care provision in Germany -Evidence from social experiment.* Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH, 08-114.
- Arntz, M., Sacchetto, R., Sperman, A., Steffes, S. and Widmaier, S. (2007). *The German social long-term care insurance - structure and reform options.* Bonn, Institute of Study and Labor (IZA), Discussion Paper No. 2625, 6
- Association of Schools of Public Health, Publich Health Report (1896-1970), Home care of sick, Association Of Schools of Public Health Publish, 1940,1865-1868.
- Bakunin, M. (1998). Tanrı ve Devlet, Ankara: Öteki Yayınları.
- Bao, Y., Casalio, L.P., and Pincus H.A. (2013). Behavioral health and health care reform models: Patient-centered medical home, health home, and accountable care organization. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40(1),121-132.
- Barnes, C. L., Given, B. A. and Given, C. W. (1992). Caregivers of elderly relatives; Spouses and adult children. *Health and Social Work*, 17, 282–289.
- Beerens, H.C., Sutcliffe, C., Renom-Guiteras, A., Soto, M., E., Suhonen, R., Zabalegui, A., Bökberg, C., Saks, K., and Hamers, J. P. H. (2014). Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: The European right time place care study. *Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA)*, 15, 54-61.
- Belek, İ. (2009). *Sağlığın Politik Ekonomisi, Sosyal Devletin Çöküşü*, 3. Baskı, Yazılama, İstanbul.
- Belek, İ. (2010). *Esnek Üretim Derin Sömürü*, İkinci Baskı, İstanbul: Yazılama.
- Bell, L. (2001). Competence in home care. *Quality in Ageing and Older Adults*, 2(2), 13- 20.

- Bentur, N. (2001). Hospital at home: What is its place in the health system. *Health Policy*, 55(1), 71-79.
- Bilotta, C., Nicolini, P. and Vergani, C. (2011). One-year predictors of turnover among personal-care workers for older adults living at home in Italy. *Ageing and Society*, 31(4), 611 – 624.
- Blackman, T. (2000). Defining responsibility for care: Approaches to the care of older people in six European countries. *Journal of Social Welfare*, 9, 181–190.
- Bode, I. and Firbank, O. (2009). Barriers to co-governance: Examining the “chemistry” of home-care networks in Germany, England, and Quebec. *The Policy Studies Journal*, 37(2), 325-351.
- Budak, S. (2000). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Buhler-Wilkerson, K. (1985). Public health nursing: In sickness or in health?. *American Journal of Public Health*, 75(10), 1155-1161.
- Buhler-Wilkerson, K. (2007). Care of the chronically ill at home: An unresolved dilemma in health policy, *The Milbank Quarterly*, 85 (4), 611–639.
- Buhler- Wilkerson, K. (2012). No place like home, a history of nursing and home care in the U.S. *Home Healthcare Nurse*, 30(8), 446-452.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2014) Aktionsplan Versorgungsforschung Forschung für ein patientenorientiertes Gesundheitswesen, Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung Referat Gesundheitsforschung, 10, 13, 14.
- Bundesministerium für Gesundheit (2014b) Pflegeleistungen nach einföhrung des pflegestärkungsgesetz 1, Bundesministerium für Gesundheit, 1.
- Büscher, A., Wingelfeld, K. and Schaeffer, D. (2011). Determining eligibility for long-term care- lessons from Germany. *International Journal of Integrated Care*, 11, 1-8.
- Büssing, A. and Höge, T. (2004). Aggression and violence against home care workers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(3), 206–219.
- Campbell, L.A. and Morgan, K.J. (2005) Federalism and the politics of old-age care in Germany and the United States. *Comparative Political Studies*, 38(8), 887-914.
- Campbell, J. C., Ikegami, N. and Kwon, S. (2009). Policy learning and cross-national diffusion in social long-term care insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea. *International Social Security Review*, 62(4), 63-80.
- Campbell, L.C., McCoy, S., Burg, A.M., and Hoffman, N. (2014). Enhancing home care staff safety through reducing client aggression and violence in

- noninstitutional care settings: A systematic review. *Home Health Care Management & Practice*, 26(1), 3-10.
- Care Quality Commission. (2013). Not just a number: Home care inspection programme – National overview, England: The Care Quality Commission.
- Care Quality Commission (2014). *The state of health care and adult social care in England 2013/14*. Presented to Parliament pursuant to section 83(4)(a) of Part 1 of the Health and Social Care Act 2008, London: Care Quality Commission.
- Castro-de-Araujo, L.F.S., Barcelos-Ferreira, R., Martins, C.B and Bottino, C.M.C (2013). Depressive morbidity among elderly individuals who are hospitalized, reside at long-term care facilities, and are under outpatient care in Brazil: A meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2), 201-207.
- Casanova, G. (2012). *Quality assurance policies and indicators for long-term care in the European Union, country report. Italy: European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI) Research Report No. 102*.
- Cevizci, A. (2003). *Felsefe Terimleri Sözlüğü*. İkinci Baskı, İstanbul: Paradigma Yayınları, 317.
- The European Centre for the Development of Vocational Training (CEDEFOP), (2010) *Quality assurance in the social care sector. Luxembourg: The European Centre for the Development of Vocational Training*, 50.
- Cloutier, E., David, H., Ledoux, E., Bourdouxhe, M., Gagnon, I. and Ouellet, F. (2008). Effects of government policies on the work of home care personnel and their occupational health and safety. *Work*, 30(4), 389-402.
- Cloutier-Fisher, D. and Skinner, M.W. (2006). Levelling the playing field? Exploring, implications of managed competition for voluntary sector providers of long-term care in small town Ontario. *Health and Place*, 12(1), 97–109.
- Costa-Font, J. and Patxot, C. (2004). The intergenerational impact of long-term care financing alternatives in Spain. *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 29(4), 599–605.
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Gori, C., Costa--Font, J., Di Maio, A., Patxot, C., Pickard, L., Pozzi, A. and Rothgang, H. (2006). Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. *Ageing and Society*, 26 (2), 285-302.
- Chen, L.H (2014) Meeting the care needs of older people: Long- term care practice in England, the Netherlands, and Taiwan. In M. M. Mervio (Ed.), *Contemporary social issues in East Asian societies: Examining the spectrum of public and private spheres*, USA: IGI Global Hershey.
- Chen, H. L. (2012). Everyday experience of front-line professionals and in/formal carers: Long term care of older people in England, the Netherlands and

Taiwan. *International Journal of Public and Private Healthcare Management and Economics*, 2(3), 27-39.

Coffman S. (1995) Crossing lines: Parents' experiences with pediatric nurses in the home. *Rehabilitation Nursing Research*, 4, 136–143.

Commission for Social Care Inspection (CSCI) (2008), The state of social care in England 2006-07, London: Commission for Social Care Inspection. Presented to Parliament under section 129 1(b) of the Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003.

Çoban, M. ve Esatoğlu, A. E. (2004). Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 12(2), 109-20.

Çoban, M., Şanlıoğlu, Bilgici, S., Oğuz, Y. (2005) Türkiye’de evde bakım hizmetleri ve olası etik sorunlar. *Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiri Kitabı*, Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitimi Fakültesi Sağlık Yönetimi, 292-295.

Çoban, M., Esatoğlu, A.E.(2010) One story of uncertainty- Home care services in Turkey, Editors: D. Emmett, F.Akıncı, A.Kısa, Ş.Kavuncubaşı, Proceeding of the Sixth International Conference on Health Care Systems, Gaziantep:Zirve University, 169.

Çoban, M., Esatoğlu, A.E., İzgi, M.C. (2014). Türkiye’de evde sağlık ve bakım hizmetleri uygulamalarının mevzuat içindeki tarihsel değişimi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(3), 154-176.

Davis, R.E. (1994). *Total quality management for home care*. Maryland: Aspen Publication.

Delp, L. (2006). *Job stressors among home care workers in California's consumer-directed model of care: The impact of job satisfaction and health outcomes*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, University Of California Public Health Department, California.

Delp, L., Wallace, S.P., Geiger-Brown, J. and Muntaner, C. (2010). Job stress and job satisfaction: Home care workers in a consumer-directed model of care. *Health Services Research*, 45(4), 922–940.

Dellve, L. Lagerstrom, M., and Hugberg, M. (2003) Work- system risk factors for permanent work among home- care workers: A case control study. *International archives of Occupational and Environmental Health*, 76(3), 216-224.

DePalma, J. A. (2008). Evidence needed to support home care in the future. *Home Health Care Management Practice*, 20(2), 186–188.

Deppe, H.U. (2010). *Sağlık hizmetlerinin doğası: Metalaştırmaya karşı dayanışma*. In Z.H.Akman (Türkçe Ed.) ve L. Panitch and C. Leys (English Eds.), *Kapitalizmde sağlık sağlıksızlık semptomları* (Çev. U. Haksan), İstanbul.

Yordam Kitap, (Eserin orijinali [Morbid symptoms: Health under capitalism] 2009'da yayımlandı), 163-187.

Deutsches Zentrum für Altersfragen. (2011). *Implementation of the long term care charter in home care services for the elderly*. Germany: Benchmarking Project with Home Care Services, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), S.6.

Dietze, G. (1998). *Liberalism Proper and Proper Liberalism*. USA: University Press of America.

Dilwali, P.K. (2013). From acute care to home care: The evolution of hospital responsibility and rationale for increased vertical integration. *Journal of Healthcare Management*, 58(4), 267-276.

Dini, L., Sarganas, G., Heintze, C. and Braun, V. (2012). Home visit delegation in primary care acceptability to general practitioners in the state of Mecklenburg–Western Pomerania, Germany. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(46), 795–801.

Doniol-Shaw, G. and Lada, E. (2011). Work schedules of home care workers for the elderly in France: Fragmented work, deteriorating quality of care, detrimental health impact. *Work*, 40, 31–46.

Dozeman, E., Marwijk Harm, W.J., Schaik Digna, J.F., Smit, F., Stek, M. L., Horst Henriette, E., Bohlmeijer Ernst, T. and Beekman Aartjan, T.F. (2012). Contradictory effects for prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 24 (8), 1242–1251.

Dozeman, E., Schaik Digna, J. F., Van Marwijk Harm, W. J., van Stek Max, L., Beekman Aartjan, T. F. and Horst Henriette E. (2011). Feasibility and effectiveness of activity-scheduling as a guided self-help intervention for the prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 23 (6), 969–978.

Döhner, H., Lüdecke, D. and Eickhoff, V. (2008). Migrant workers in home care for older people in Germany: The use and problems of legal and irregular care. *Gerobilim*, 1 (8), 2-13.

Drake, P.R. and Davies, B.M. (2006). Home care outsourcing strategy. *Journal of Health Organization and Management*, 20(3), 175 –193.

Drieskens, K., Bilsen, J., Van Den Block, L., Deschepper, R., Bauwens, S., Distelmans, W. and Deliëns, L. (2008). Characteristics of referral to a multidisciplinary palliative home care team. *Journal Palliative Care*, 24(3), 162–166.

Dudzinski, C.S., Erekson, H.O. and Ziegart, A.I. (1998). Estimating an hedonic translog cost function for the home health care industry. *Applied Economics*, 30(9), 1259-1267.

- Duffy, M. (2013). Doing the dirty work: Gender, race, and reproductive labor in historical perspective. *Gender and Society* 2007, 21(3), 313-336.
- Durand, M, James, A., Ravishankar, A., Bamrah, J.S. and Purandare, N.B. (2009). Domiciliary and day care services: Why do people with dementia refuse?. *Aging and Mental Health*, 13(3), 414–419.
- Dyck, I., Kontos, P. Angus, J. and McKeever, P. (2005). The home as a site for long-term care: meanings and management of bodies and spaces. *Health and Place*, 11(2), 173-185.
- Eenoo, V., Declercq, L., Roest, A., Hein and on behalf of the IBenC consortium (2014). *Review on the structure of community care of the six participating countries and their benchmarking practices*, IBenC consortium. S:33.
- Egeli, H. ve Diril, F. (2012). Türkiye’de yerel yönetimlerde mali özerklik ve vergilendirme yetkisi. *Sayıştay Dergisi*, 84(Ocak-Mart), 25-44.
- Eisen, R. and Magner, H. C. (1999). *Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in Ausgewählten Ländern*. Leske+Buderich, Opladen.
- Ekmann, A., Vass, M. and Avlund, K. (2010). Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: Are invitation procedures of importance? *Health and Social Care in the Community*, 18(6), 563-571.
- England, K. and Dyck, I. (2012) Migrant workers in home Care: Routes, responsibilities, and respect. *Annals of the Association of American Geographers*, 102(5), 1076-1083.
- Erginöz, Ş.G. (2002). İlk çağlarda Akdeniz Havzasında ve Anadolu’da doğum ve doğum yardımları. *Düşünen Siyaset*, 16, 148-160.
- European Commission (EC) (2001). *Budgetary challenges posed by ageing populations: The impact on public spending, health and long term care for elderly and possible indicators of the long term sustainability on public finances*. Brussels: European Commission, General Directorate for Economic and Financial Affairs, EPC/ECFIN/655/01-EN final.
- European Commission (EC) (2006). *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050)*. Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN) Brussels: European Commission, General Directorate for Economic and Financial Affairs. 5-33
- European Commission (EC). (2011). *Long-term care in the European Union*. Brussel: EC, Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG Social Protection and Integration, Social Protection, Social Services.
- European Commission (EC). (2012). *The 2012 Aging report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*. Brussels:

- European Commission (DG ECFIN) and The Economic Policy Committee (AWG).
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound). (2013). *More and better jobs in home-care services Germany*. EF/13/53/EN 6
- European Union (EU) (2008). *Long term care in the European Union*. Luxemburg: European Commission, Luxembourg: Office for Official Publications of The European Communities.
- European Union (EU) (2011). *Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare*. Brussels: European Commission, Official Journal of the European Union.
- Evde Bakım Derneği (2010). Ülkemiz için evde bakım modeli oluşturma çalıştay raporu, 8- 9 Nisan 2010, Evde Bakım Derneği.
- Evde Bakım Derneği (2013) *Evde sağlık ve sosyal hizmetlerin bütünleşmesi sempozyumu raporu*. 18-19 Eylül 2013, İstanbul: Evde Bakım Derneği.
- Feldman, P. (1993). Work life improvements for home care workers: Impact and feasibility. *Gerontologist*, 33(1),47-54.
- Federal Statistical Office of Germany (2013). Statistical Yearbook, Germany Extract/ Chapter 2, Population, families, living arrangements 2012 Wiesbaden: Federal Statistical Office, 11.
- Fevurly, K.R. (2012). Alternatives to long term care insurance. *Journal of Financial Service Professionals*, 66(6), 61-68.
- Firbank, O.E. (2011) Framing home- care policy: A case study of reforms in a Canadian jurisdiction. *Journal of Aging Studies*, 25, 34-44.
- Fukui, S., Fujita, J., Tsujimura, M., Sumikawa, Y., Hayashi, Y. and Fukui, N. (2011). Late referrals to home palliative care service affecting death at home in advanced cancer patients in Japan: A nationwide survey. *Annals of Oncology*, 22, 2113–2120.
- Gabriela, S. and Tediosi, F. (2011) Welfare Innovations and Federalism: The Failure Of Reforming Long Term Care in Italy. XXIII Conferenza, Pavia, Aule Storiche dell'Università, 19 - 20 Settembre 2011
- Gabriele, S. and Tediosi, F. (2014) Intergovernmental relations and Long Term Care reforms: Lessons from the Italian case. *Health Policy*, 116, 61–70.
- Gallagher, B. (1985) *Nursing role in home health care*, Editors: L.L. Jarvis, Community Health Nursing: Keeping the Public Health, USA: Davis Company, 330-331.

- Geçtan, E. (1964). Hastane ve Ev Bakımı Konusunda Sempozyum, Çeviren: Engin Geçtan, Eserin Orijinal Adı: Hospital and Domiciliary Care Report on Symposium Sağlık ve Sosyal Bakanlığı Yayınları: Yayın No:305.
- Genet, N., Boerma, W.G.W., Kringos, S.D., Bouman, A., Francke, A.L., Fagerström C., Melchiorre, M.G., Cosetta Greco, C., and Devillé, W. (2011). Home care in Europe: A systematic literature review. *Bio Med Central (BMC) Health Services Research*, 11(207), 1-14.
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A. and Saltman, R. B. (2012). *Home care across Europe, current structure and future challenges*. Denmark: World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), 9, 83
- Genet, N., Kroneman, M., Boerma W.G.W. (2013). Explaining governmental involvement in home care across Europe: An international comparative study. *Health Policy*, 110, 84– 93
- George, A. (2008). Nurses, community health workers, and home carers: Gendered human resources compensating for skewed health systems. *Global Public Health*, 3(1), 75-89.
- German Federal Ministry of Health (GFMH). (2007). *Charter of rights for people in need of long term care and assistance*. Germany: German Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women, and Youth and the German Federal Ministry of Health.
- Gilgil, E. (2001) Asklepion'dan Nosokomein'a antikçağ'da tedavi kurumlarının gelişimi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku- Tarihi*, 10(4), 279-284
- Glendinning, C. and Wilde, A, T. (2011) Home Care in England, *Livindhome*, Editors: Tine Rostgaard, Caroline Glendinning, Cristiano Gori, Teppo Gröger, August Österle, Marta Szebehely, Hildegard Theobald, Virpi Timonen, Mia Vabø; *Living Independently at Home*, Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research, 95-116
- Glodny, S., Yilmaz-Aslan Y. and Razum, O. (2011). Storytelling: an intervention to improve home care of Turkish migrants. *Zeitschrift Für Gerontologie und Geriatrie*, 44 (1), 19-26.
- Golberstein, E., Grabowski, D.G., Langa, M.K and Chernew M.E. (2009). Effect of medicare home health care payment on informal care. *Inquiry*, 46(1), 58-71.
- Gough, R. (1994) Fran hembiträden till social hemtjänst, in A. Baude and C. Runnström (eds) *Kvinnans plats i det tidiga välfärdssamhället*, Stockholm: Carlsson: 39–56.
- Gori, C. (2011) *Home Care in Italy*. *Livindhome*, Editors: Tine Rostgaard, Caroline Glendinning, Cristiano Gori, Teppo Gröger, August Österle, Marta Szebehely, Hildegard Theobald, Virpi Timonen, Mia Vabø; *Living*

- Independently at Home, Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research, 185,188.
- Gori, C. (2012). Home care in Italy: A system on the move, in the opposite direction to what we except. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 255-266.
- Government Offices of Sweden (2010). *The Future Need for Care. Results from the LEV*, Regeringskansliet, Stockholm: Government Offices of Sweden.
- Grace, A. F. (1926). *Home care for dependent children*. Washington: Washington: Government Printing Office, Bureau Publication No. 136.
- Grande, G.E., Addington- Hall, J.M., and Todd, J. (1998). Place of death and access to home care services: Are certain patient groups at a disadvantage? *Social Science Medicine*, 47(5), 565-579.
- Grant, R. and Greene, D. (2012). The health care home model: Primary health care meeting public health goals. *American Journal of Public Health*, 102(6), 1096-1099.
- Grypma, S., Wolfs, D. and Reimer-Kirkham, S. (2012). Returning home: historical influences on home healthcare in Canada. *Home Health Nurse*, 30(8), 453-460.
- Gupta, N. (2013). Models of social and health care for elderly in Norway. *Indian Journal of Gerontology*, 27(4), 574–587.
- Halvarson, B (2012) Women worlds: Material things, bureaucratization, and dilemmas of caregiving in Lutheran humanitarianism. *Journal of the American Ethnological Society*, 39(1), 122-137.
- Hall, S., Petkova, H., Tsouros, D. A., Costantini, M. and Higginson, J. I. (2011). *Palliative care for older people: Better practices*. Copenhagen: World Health Organization, 37.
- Harris-Kojetin L, Sengupta M, Park-Lee E, Valverde R (2013). Long-term care services in the United States: 2013 overview. National health care statistics reports; No 1. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2,8.
- Hasson, H. and Arnetz, E. J. (2008). Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (4), 468-481.
- Hasson, H. and Arnetz, E. J. (2011). Care recipients' and family members' perceptions of quality of older people care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1423-35.
- Heinicke, K. and Thomsen, L. S. (2010). *The social long term care insurance in Germany: origin, situation, threats and perspectives*, Discussion Paper, 10-012. Bonn: Center of Economic Research (ZEW), .2,4,5,13.

- Hill, B, S., Blaser, C.J. and Balmer, P.W. (1986). Oversight and competition in profit vs nonprofit contracts for home care. *Policy Studies Review*, 5(3), 588-597.
- Hillier, S.M. and Barrow, M.G. (2007). *Aging, the individual and society* (Eighth Edition). USA: Thomson and Wadsworth, 313.
- Hirabayashi, Y., Miyashita, M., Kawa, M., Kazuma, K., Yamashita, K. and Okamoto, N. (2007). Factors relating to terminally ill cancer patients' willingness to continue living at home during the early phase of home care after discharge from clinical cancer centers in Japan. *Palliative Support Care*, 5, 19–30.
- Hjalmarsson, I., Norman E (2005). Samverkan, enkelt i teorin svårare att praktisera (Collaboration, easy in theory difficult to practice), Stockholm: Stockholm County Council, Centre of Gerontology;.
- Hjelmar, U., Hendriksen, C. and Hansen, K. (2011). Motivation to take part in integrated care- an assessment of follow-up home visits to elderly persons. *International Journal of Integrated Care*, 11(31), 1-9.
- Hodson, R. (2001). *Dignity at Work*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hollinger, R. (2005) *Postmodernizm ve Sosyal bilimler* (Çev.A.Cevizci). Eserin orijinal adı: Postmodernism and the social sciences/ A thematic approach, İstanbul: Paradigma Yayınevi, 24.
- Hooyman, N.R. and Kiyak, A. H. (2005). *Social gerontology, A multidisciplinary perspective* (Seventh Edition). Boston: Pearson.
- Hrzenjak, M. (2012). Hierarchization and segmentation of informal care markets in Slovenia. *Social Politics*, 19(1). 38-57.
- Hu, W.Y., Chiu, T.Y., Cheng, Y.R., Chuang, R.B. and Chen, C.Y. (2004). Why Taiwanese hospice patients want to stay in hospital: health-care professionals' beliefs and solutions. *Support Care Cancer*, 12, 285–292.
- Huang, S., Yeoh, B.S.A. and Toyota, M. (2012). Caring for the elderly: The embodied labour of migrant care workers in Singapore. *Global Networks*, 12(2), 195–215.
- Illich, I. (1995). *Sağlığın Gaspi* (Çev.S.Sertabiboğlu), Eserin orijinal adı: Limits to Medicine Medical Nemesis: The Expropriation of Health, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 109.
- Institute of Medicine. (2008). *Retooling for an aging America: Building the health care workforce*. Washington: National Academy Press.
- İnternet: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Pflege-Weiterentwicklungsgesetz: Häufige Fragen und Antworten. Web:<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/root,did=128332.html> adresinden 21.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Bundesministerium für Gesundheit (2014a) Ambulante Pflege, Pflegegeld. Web: <http://www.bmg.bund.de/pflege/leistungen/ambulante-pflege/pflegegeld.html> adresinden 11.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Bundesministerium für Gesundheit (2014c) Glossar Begriff, Pflegesachleistungen. Web: <http://www.bmg.bund.de/pflege/leistungen/ambulante-pflege/pflegesachleistungen.html> adresinden 11.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Bundesministerium für Gesundheit (2014d) Tages- und Nachtpflege, Teilstationäre Versorgung, <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/t-u/tages-und-nachtpflege.html> adresinden 11.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Bundesministerium für Gesundheit (2014e). Verhinderungspflege/Urlaubsvertretung, <http://www.bmg.bund.de/pflege/leistungen/ambulante-pflege/urlaubsvertretung-verhinderungspflege.html> adresinden 11.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Bundesministerium für Gesundheit (2014f). Glossar Begriff, Kurzzeitpflege. Web: <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/k/kurzzeitpflege.html> adresinden 11.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Bundesministerium für Gesundheit (2014g). Stationäre Pflege, Vollstationäre Versorgung. Web: <http://www.bmg.bund.de/pflege/leistungen/stationaere-pflege.html> adresinden 11.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Bundesministerium für Gesundheit (2014h). Hilfen für Angehörige, Pflegekurse. Web: <http://www.bmg.bund.de/pflege/hilfen-fuer-angehoerige/pflegekurse.html> adresinden 11.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Bundesministerium für Gesundheit (2014i) Ambulante Pflege, Pflegehilfsmittel Web: <http://www.bmg.bund.de/pflege/leistungen/ambulante-pflege/pflegehilfsmittel.html> adresinden 11.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Caritas (2015a). Caritas Germany– Deutscher Caritasverband. Web: <http://www.caritas.org/where-we-are/europe/germany/> adresinden 01.01.2015 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Caritas (2015b). Turkey Caritas Turkey. Web: <http://www.caritas.org/where-we-are/europe/turkey/> adresinden 01.01.2015 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Çoban, M. (2003). Evde bakım hizmetleri konusunda görüş belirleme: Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi doktorları ve hemşireleri üzerinde bir uygulama. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Web: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> adresinden 23.04.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Dışişleri Bakanlığı. (2014) Türkiye-Almanya Federal Cumhuriyeti Siyasi İlişkileri. Web: http://www.mfa.gov.tr/turkiye-almanya_-siyasi-iliskileri.tr.mfa adresinden 10.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Eurostat. (2012a), Population Statistics. Web: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjan&lang=en adresinden 31 Aralık 2012 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Eurostat. (2012b). *Projected old-age dependency ratio*. Web: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&tableSelection=1&labeling=labels&footnotes=yes&language=en&pcode=tsdde511&plugin=1> adresinden 31 Aralık 2012 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Eurostat. (2012c). Old Age Dependency Ratio. Web: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsdde510&language=en> adresinden 31 Aralık 2012 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Eurostat (2014) Web: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/setupModifyTableLayout.do> adresinden 13.05.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Diakonie. (2014) The social welfare organisation of Germany's Protestant churches. Web: <http://www.diakonie.de/the-social-welfare-organisation-of-the-protestant-church-in-9306.html> adresinden 18.10.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: German Federal Ministry of Health (GFMH) (2013). Selected facts and figures about long-term care insurance (10/12). Web: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Englische_Dateien/121116_Factsheet_Long-Term_Care_Insurance.pdf adresinden 03 Ocak 2013 tarihinde alınmıştır.

İnternet: German Federal Ministry of Health (GFMH) (2014) Selected Facts and Figures about Long-Term Care Insurance, as of: 2014, May 28th. Web: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Englische_Dateien/Selected_Facts_and_Figures.pdf adresinden 01.01.2015 tarihinde alınmıştır.

İnternet: İzgi, M.C. (2009) Etik açıdan yaşlı mahremiyeti: Huzurevi örneğinde hizmet alanlar ve verenler açısından bir değerlendirme. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara. Web: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/SearchTez> adresinden 30.12.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Marketline (2014) Healthcare providers in Germany, Web: www.marketline.com adresinden 25 Ağustos 2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Medicare (2014a) Glossary, Web: <http://www.medicare.gov/glossary/m.html> adresinden 11.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Medicare (2014b) Home health services. How often is it covered? Web: <http://www.medicare.gov/coverage/home-health-services.html> adresinden 16.11.2014'te alınmıştır.

İnternet: Sozialgesetzbuch.de (2014) Gesetzesübersicht Web: <http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/index.php> adresinden 23 Ekim 2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: National Health Services (NHS), 2014. Introduction to social care services. Web: <http://www.nhs.uk/nhsengland/aboutnhsservices/social-care-services/pages/social-care-adults.aspx> adresinden 22.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Noel-Weiss, J. (2007). Medicalizing motherhood: Maternity care in Canada in the 1920s and 1930s, 1-2 Web: http://www.asklenore.info/parenting/resources/maternity_care.pdf adresinden 05.05.2014'te alınmıştır.

İnternet: Statistisches Bundesamt (2014) Staff in nursing care facilities, Web: <https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/SocietyState/Health/LongTermCare/Tables/StaffNursingCareFacilities.html> adresinden 18.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Keddy, B. and Dodd, D. (2005). The trained nurse: Private duty and home nursing (Late 1800s to 1940s). In C. Bates, D. Dodd and N. Rousseau (Eds.), *On all frontiers: Four centuries of Canadian nursing*. Ottawa, Canada: University of Ottawa Press, pp. 43-66. Web: [http://books.google.com.tr/books?id=uJ6dtAMcgeAC&pg=PA43&lpg=PA43&dq=The+trained+nurse:+Private+duty+and+home+nursing+Late+1800s+to+1940s\).&source=bl&ots=nkaQ9mEY5h&sig=uube7kvtzraI7DTAqiXTG1F0KFU&hl=tr&sa=X&ei=xdguVLbfJczEPbG9gBA&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=The%20trained%20nurse%3A%20Private%20duty%20and%20home%20nursing%20Late%201800s%20to%201940s\).&f=false](http://books.google.com.tr/books?id=uJ6dtAMcgeAC&pg=PA43&lpg=PA43&dq=The+trained+nurse:+Private+duty+and+home+nursing+Late+1800s+to+1940s).&source=bl&ots=nkaQ9mEY5h&sig=uube7kvtzraI7DTAqiXTG1F0KFU&hl=tr&sa=X&ei=xdguVLbfJczEPbG9gBA&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=The%20trained%20nurse%3A%20Private%20duty%20and%20home%20nursing%20Late%201800s%20to%201940s).&f=false) adresinden 03 Ekim 2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Tamura, T., Mizukura, I. and Tatsumi, H. (2010) Designing Pervasive Healthcare Applications in the Home. In. A. Coronato, G. De Pietra (Edt), *Pervasive and Smart Technologies for Healthcare: Ubiquitous Methodologies and Tools*. <http://www.igi-global.com/referance> adresinden 10.06.2014'da alınmıştır.

İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014a). Dış ticaret istatistikleri, Temmuz 2014, TÜİK Haber Bülteni, 16077, Web: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16077>, adresinden 10.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014b). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Veri Tabanı, Büyükşehir belediyeleri ve bağlı belediyelerin nüfusları – 2013, Web: <http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&re>

port=wa_buyukbelediye.RDF&p_kod=1&p_yil=2013&p_dil=1&desformat=html, adresinden 4 Nisan 2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014c). <http://rapory.tuik.gov.tr/28-11-2014-13:15:17-373639279141920718600346381.html> adresinden 22.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014c). <http://rapory.tuik.gov.tr/28-11-2014-13:18:13-17387085193801501831776747349.html> adresinden 22.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014e). <http://rapory.tuik.gov.tr/28-11-2014-13:20:29-167595110313919838971539665935.html> adresinden 22.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014f). <http://rapory.tuik.gov.tr/28-11-2014-13:21:41-123769503806746359221943739.html> adresinden 22.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014g). <http://rapory.tuik.gov.tr/28-11-2014-13:23:20-77809998717727800742083429180.html> adresinden 22.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014h). <http://rapory.tuik.gov.tr/28-11-2014-13:25:31-18089279689007293213354328.html> adresinden 22.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014i). <http://rapory.tuik.gov.tr/28-11-2014-13:27:59-181713607205536069992606024.html> adresinden 22.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014j). <http://rapory.tuik.gov.tr/28-11-2014-13:30:12-2132911940345886971164390334.html> adresinden 22.11.2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014k). <http://rapory.tuik.gov.tr/28-11-2014-13:36:38-920153097799895688968054784.html>

İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2014l). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2013, Türkiye İstatistik Kurumu haber Bülteni, Sayı:15974, Web: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15974> adresinden 4 Nisan 2014 tarihinde alınmıştır.

İnternet: United Nations (UN) (2011). *Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Population Estimates and Projection Sections*. Web: <http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/p2k0data.asp> adresinden 10 Aralık 2011 tarihinde alınmıştır.

İnternet: U.S. Department of Health and Human Services. (2014a) Glossary. Web: <http://longtermcare.gov/the-basics/glossary/> adresinden 17.11.2014 tarihinde alınmıştır.

- İnternet: U.S. Department of Health and Human Services. (2014b). Medicaid Long-term Care Services, Web: <http://longtermcare.gov/medicare-medicaid-more/medicaid/medicaid-long-term-care-services/> adresinden 17.11.2014 tarihinde alınmıştır.
- İnternet: U.S. Department of Health and Human Services. (2014c). General Medicaid Requirements, Web: <http://longtermcare.gov/medicare-medicaid-more/medicaid/medicaid-eligibility/general-medicaid-requirements/> adresinden 17.11.2014 tarihinde alınmıştır.
- İnternet: U.S. General Accounting Office Center. (2001). *Recruitment and retention of nurses and nurse aides is a growing concern*. Web: <http://www.gao.gov/new.items/d01750t.pdf> adresinden 14 Aralık 2009'da alınmıştır.
- İnternet: Van Büyükşehir Belediyesi (2015). *Evde Bakım Hizmetleri Şube Müdürlüğü*, web: http://www.van.bel.tr/tr/m/Evde_Bak%C4%B1m_Hizmetleri_%C5%9Eube_M%C3%BCd%C3%BCrl%C3%BC%C4%9F%C3%BC adresinden 01.01.2015 tarihinde alınmıştır.
- İnternet: Der Vorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V (VDEK). (2014). im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?. Web: http://www.pflegelotse.de/%28S%28xho5xr45bdy1x0553tie5fjj%29%29/presentation/pl_intro.aspx?krankenkasse=vdek adresinden 05 Mayıs 2014'te alınmıştır.
- İnternet: World Health Organization (WHO) (2015) *Definition of an older or elderly person*. Web: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> adresinden 01.05.2015 tarihinde alınmıştır.
- Jartoft, V. and Lippert, C. (1992). *Udvikling af alderdom og hjemmehjælp i et socialpsykologisk perspektiv [Development of ageing and home help in a social psychological perspective]*. Copenhagen: Department of Psychology, University of Copenhagen.
- Johansson, S. (1997) Hälsoprofessioner i välfärdstatens omvandling, in E. Sundin (ed) *Om makt och kön* SOU 83. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartement:69–102.
- Jocham, H. R., Dassen, T., Widdershoven, G., Middel, B. and Halfens, R. (2009a). The effect of palliative care in home care and hospital on quality of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 11 (2), 119-126.
- Jocham, H. R., Dassen, T., Widdershoven, G. and Halfens, R. J. G. (2009b). Quality-of-life assessment in a palliative care setting in Germany: An outcome evaluation. *International Journal of Palliative Nursing*, 15 (7), 338-345.

- Jones, S. (2014). Home care and PPACA: New challenges for a rapidly growing health care industry. *Journal of Health Care Compliance*, July – August, 35-61.
- Jung, K. and Polsky, D. (2014), Competition and quality in home health care markets. *Health Economics*, 23(3): 298–313.
- Karapehlivan Şenel, F. (2012). Tarihsel ve toplumsal süreçte kadın. *Toplum ve Hekim*, 27 (4), 246-255.
- Kersktra, A. and Hutten, J. B. F. (1996). Organization and financing of home nursing in the European Union. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1023-1032.
- Keyder, Ç. (2007). Giriş, Derleyenler: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar, Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar ve Tartışmalar, İstanbul: İletişim Yayınları, 16.
- Kilkey, M., Lutz, H. and Palenga-Möllenebeck, E. (2010). Introduction: Domestic and care work at the intersection of welfare, gender and migration regimes: Some European experiences. *Social Policy and Society*, 9, 379 – 384.
- Klein, B. (2008). Current situation of German care homes. *International Journal of Older People Nursing*, 3 (4), 287–290.
- Klein-Lange, M. (1998). Krankenversorgung. F. W. Schwartz (Eds), In *das public health buch*. Germany: Urban & Schwarzenberg, 213–244.
- Kozol, G.B. (2012). The long term care conundrum. *Journal of Financial Service Professionals*, 67(1), 30-35.
- König, H. H., Leicht, H., Brettschneider, C., Bachmann, C., Bickel, H., Fuchs, A., Jessen, F., Köhler, M., Lupa, M., Mösch, E., Pentzek, M., Werle, J., Weyerer, S., Wiese, B., Scherer, M., Maier, W. and Riedel-Heller, S. (2014). The costs of dementia from the societal perspective: Is care provided in the community really cheaper than nursing home care? *Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA)*, 15, 117-126.
- Kröger, T. and Leinonen, A. (2011) Home Care in Finland. *Livinghome*, Editors: Tine Rostgaard, Caroline Glendinning, Cristiano Gori, Teppo Gröger, August Österle, Marta Szebehely, Hildegard Theobald, Virpi Timonen, Mia Vabø; *Living Independently at Home*, Copenhagen, The Danish National Centre for Social Research, 120.
- Kusajima, E., Kawa, M., Miyashita, M., Kazuma, K. and Okabe, T. (2009). Prospective evaluation of transition to specialized home palliative care in Japan. *American Journal of Hospice Palliative Care*, 26(3) 172–179.
- Lange, J.W., Mager, D.R., and Andrews, N. (2013) The ELDER expansion project: building cultural competence among long term home care workers. *Applied Nursing Research* 26, 58–62

- Lazenby, M.J. and Olshvevski, J. (2012). Place of death among Bostwana's oldest old. *Omega* 65(3). 173-187.
- Lefebre, H. (1968) Marx'ın Sosyolojisi, (Çev.S. Hilav), Öncü Yayınları, İstanbul, s.179.
- Leitch, K., Hall, R. and Reed, R. (2012), Homecare in Washington state moves toward an independent provider attendant care model. *Journal of the American Society on Aging*, 36(1), 107-111.
- Lewinter, M. (2004). Developments in home help for elderly people in Denmark: The changing concept of home and institution. *International Journal of Social Welfare*, 13, 89–96.
- Littauer, D. (1960), Health services at home. The nature of health services. *Public Health Reports (1896-1970)* , 75(12), 1113-1115.
- Liu, L.J, Fu, F.Y., Qu, L. and Wang, Y. (2014). Home health care needs and willingness to pay for home health care among the empty-nest elderly in Shanghai, China. *International Journal of Gerontology*, 8, 31-36.
- Livindhome (Reforms in Organisation and Governance of European care for older people and People with Disabilities) (2011) Executive Summary, Editors:Tine Rostgaard, Caroline Glendinning, Cristiano Gori, Teppo Gröger, August Österle, Marta Szebehely, Hildegard Theobald, Virpi Timonen, Mia Vabø; Living Independently at Home, Copenhagen, Teh Danish National Centre for Social Research.
- Lorau, R. (2001). *Bilinçaltında Devlet*, (Çeviren: Işık Ergüden), Eserin Orijinal Adı:L'Etat-inconscient, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 112.
- Lottmann, R., Lowenstein, A. and Katz, R. (2013). A German-Israeli Comparison of Informal and Formal Service Use Among Aged 75+. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 28(29), 121-136.
- Lundgren, S. (2011). Learning opportunities for nurses working within home care. *Journal of Workplace Learning*, 23(1), 6-19.
- Lutz, H. and Palenga- Möllenbeck, E. (2010). Care work migration in Germany: Semi-compliance and complicity, *Social Policy and Society*, 9 (3), 419-430.
- Lüdecke, D., Mnich, E., & Kofahl, C. (2008). Characteristics of the sample. In H. Döhner; C. Kofahl; D.Lüdecke, & E. Mnich (Eds.), Family care for older people in Germany: Results from the European Project EUROFAMCARE 107–124).Hamburg: LIT
- Malacrida, C. (2009). Gendered ironies in home care: Surveillance, gender struggles and infantilisation. *International Journal of Inclusive Education*, 13(7),741-752.

- Martínez-Buján, R. (2014). Regional Models of Social Organization of in-home Care for the Elderly. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145(January – March), 99-124.
- Marx, K. (1997) Kapital, Birinci Cilt, (Çev: A.Bilgici), Beşinci Baskı, Ankara: Sol Yayınları, 381.
- McCaughey, D., McGhan, G., Kim, J., Brannon, D., Leroy, H. and Jablonski, R. (2012). Workforce implications of injury among home health workers: Evidence from the national home health aide survey. *The Gerontologist*, 52 (4), 493–505.
- McCusker, J. and Stoddard, M. (1987). Effect of an expanding home care program for the terminall ill. *Medical Care*, 25(5), 373-385.
- Means, R., Morbey, H.and Smith R. (2002), From Community Care to Market Care? The Development of Welfare Services for Older People, Bristol: Policy Press.
- MEDPAC (2013) *Report to the congress: Medicare payment policy*. Washington: The Medicare Payment Advisory Commission.
- MEDPAC (2014) *Report to the congress: Medicare payment policy*. Washington: The Medicare Payment Advisory Commission.
- Meng, A. (2013). Informal home care and labor-force participation of household members. *Empirical Economics*. 44, 959–979.
- Mengi, A. (2008). Yerinden yönetim: Avrupa Birliği'nde bölgeler ulus devlete karşı mı?. *Mülkiye Dergisi*, Cilt: XXVIII, 245, 47-56.
- Mercury Information Services (MIS). (2002). Labour market study of home care/ special care aides in Saskatchewan, Mercury Information Services,
- Merriam, S. B. (2013). *Nitel araştırma: Desen ve uygulama için bir rehber*. (Edt:S. Turan, Çev:S. Turan ve D. Yılmaz). Ankara: Nobel Yayınevi. Eserin Orjinali 2009 yılında yayınlandı),78.
- Meyer, J.D. and Muntaner, C. (1999). Injuries in home health care workers: An analysis of occupational morbidity from a state compensation database. *American Journal of Industrial Medicine*, 35:295–30.
- Missoni, E., Tediosi, F., Pacileo, G. and Gautier, L. (2004). Italy's contribution to global health: The need for a paradigm shift. *Globalization and Health*, 10(25), 1-9.
- Missoni, E. (2009). *The Italian Contribution to Global Health, Unleashing the Unexploid Potential*. Japan: Health Policy Institute.
- VonMises, L. (2000). Bürokrasi, Çeviren: Feridun Ergin, Liberte Yayınları, Ankara: Siyasal Kitabevi, , 72

- Molina, E.H., Nuño-Solinis, R., Idioaga, G.E., Flores, L.S. and Hasson, N., and Medía, J. F.O. (2013). Impact of a home-based social welfare program on care for palliative patients in the Basque Country (SAIATU Program). *BMC Palliative Care*, 12(3), 1-9.
- Morgan D.G., Semchukb, K. M., Stewart, N.J. and D'Arcy, C. (2002). Rural families caring for a relative with dementia: barriers to use of formal services. *Social Science and Medicine*, 55,1129-1142.
- Morgan, G.B. Sherlock, J.J. and Ritchie, W.J. (2010). Job satisfaction in the home Health care context: Validating a customized instrument for application. *Journal of Healthcare Management*, 55 (1): 11-23.
- Morita, T., Akechi, T., Ikenaga, M., Kizawa, Y., Kohara, Y., Mukaiyama, T., Nakaho, T., Nakashima, N., Shima, Y., Matsubara, T. and Uchitomi, Y. (2005). Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *Journal Clinical Oncology*, 23, 2637–2644.
- Morris, R. and Haris, E.A.B. (1972). Home health services in Massachusetts, 1971: Their role in care of the long-term sick. *American Journal of Public Health (AJPH)*, 62 (8), 1088-1093.
- Mullins, M. (2013). Aged care dirty work done dirt cheap. *Eureka Street*, 23(8), 23-24.
- Munchus,G, Roberts, V., Rivers, P.A., and Gingerich, B.S. (1999) The US home health care industry: past, present, and future, *Home Health Care Management Practice*, 11(21), 21-30.
- Murphy, J.W. (1995). Postmodern toplumsal analiz ve postmodern eleştiriri, (Çeviren: Hüsamettin Arslan), İstanbul: Eti Yayınları.
- Nadash, P., Doty, P., Mahoney, K.J. and M.V. Schwanenflugel (2012). European Long-Term Care Programs: Lessons for Community Living Assistance Services and Supports?. *Health Services Research* 47(1), 309–328.
- Nagata, S., Taguchi, A., Naruse, T., Kuwahara, Y., and Murashima, S. (2013). Unmet needs for visiting nurse services among older people after hospital discharge and related factors in Japan: Cross-sectional survey, *Japan Journal of Nursing Science*, 10, 242–254.
- Naruse, T., Nagata, S., Taguchi, A. and Murashima, S. (2011). Classification tree model identifies home-based service needs of Japanese long-term care insurance consumers. *Public Health Nursing*, 28 (3), 223–232.
- National Association of States United for Aging and Disabilities (NASUAD). (2013). *Medicaid home and community based services (HBCS) taxonomy, training Module*. USA: NASUAD, National Aging Information and Referral Support Center, 3.

- Neff, C. (2011). The role of the Toronto Girls' Home, 1863--1910. *Journal of Family History*, 36(3), 286-315.
- Nikura, M., Araki, H. and Kishitani, Y. (2009). Kazoku kaigosha no youkaigo koureisha ni taisuru shintaiteki oyobi shinriteki gyakutai no sep- pakukan ni kannrensuru youin [Factors compelling family caregivers to commit physical or emotional abuse toward elderly persons requiring care]. *Japanese Journal of Gerontology*, 31(1), 21–31.
- Noyes, J. (2002). Barriers that delay children and young people who are dependent on mechanical ventilators from being discharged from hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1), 2-11.
- Oğlak, S. (2007). Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası, *Türk Geriatri Dergisi*, 10(2), 100-108.
- Oğuz, NY. (2004). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Doktora Programı Tıbbi Etik Genel Konular basılmamış ders notları.
- Österle, A., and Bauer, G. (2011). Home care in Austria. Livindhome, Editors: Tine Rostgaard, Caroline Glendinning, Cristiano Gori, Teppo Gröger, August Österle, Marta Szebehely, Hildegard Theobald, Virpi Timonen, Mia Vabø; Living Independently at Home, Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research, 62
- Österle, A. and Bauer, G. (2012). Home care in Austria: The interplay of family orientation, cash-for-care and migrant care. *Health and Social Care in the Community*, 20(3).265-273.
- Öz, F. (1998). Bağışıklık ve hemşirelik. *Kriz Dergisi*, 6(1). 67-73.
- Özdemir, C. (2014). *Türkiye’de Yerel Yönetimler Tarafından Sunulan Evde Bakım Hizmetleri*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Öztek, Z. ve Kubilay, G.(1995). *Toplum sağlığı hemşireliği ve uygulamaları*, Ankara: Somgür Yayıncılık, 3
- Öztop, H., Şener, A. ve Güven, S. (2008). Evde bakımın yaşlı ve ailesi için olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunlarını Araştırma Dergisi*, 1, 39- 49.
- Pacolet, J. R., Bouten, R., Lanoye, H. and Versieck, K. (2000). Social protection for dependency in old age. Aldershot. Ashgate.
- Palm, E. (2014). A declaration of healthy dependence: The case of home care. *Health Care Analysis*, 22(4), 385–404.
- Parker, E., Zimmerman, S., Rodriguez, S., and Lee, T. (2014). Exploring best practices in home health care: A review of available evidence on select innovations. *Home Health Care Management & Practice*, 26(1) 17–33

- Peebles, V. and Bohl, A. (2013). The HCBS taxonomy: A new language for classifying home- and community- based services. *Mathematica Policy Research*, Bref 19, 1-12.
- Pierini, D. and Hoerold, D. (2014). Back home after an acquired brain injury: Building a “low-cost” team to provide theory-driven cognitive rehabilitation after routine interventions. *Neuro Rehabilitation*, 34(1), 65–80.
- Pigini, L., Facal, D., Blasi, L. and Andrich, R. (2012). Service robots in elderly care at home: Users’ needs and perceptions as a basis for concept development. *Technology and Disability*, 24, 303–31.
- Polsky, D., David G., Yang J, Kinoshian B. and Werner, R.M. (2014). The effect of entry regulation in the health care sector: The case of home health. *Journal of Public Economics*, 110, 1–14.
- Pope, E. A. (1907). *Home care of the sick*. Chicago: Amerikan School of Health Economics, Home Economics Association.
- Popper, K.R. (2005). Hayat problem çözmektir. (Çeviren: A. Nalbant), İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, (Eserin Orijinal Adı: Alles Leben ist Problemlösen. Über Erkenntnis, Geschichte und Politik), 179, 219.
- Proust, M. (2006). *Sainte Beuve’e karşı*, (Çeviren: R. Hakmen), Özgün Adı: Contre Sainte-Beuve, İstanbul: Doğu Batı Yayınları, 82.
- Przyrembel, A. (2013). The emotional bond of brotherliness: Protestant masculinity and the local and global networks among religious in the nineteenth century. *German History*, 31(2), 157–180.
- Randall, G.E. (2008). The impact of managed competition on diversity, innovation and creativity in the delivery of home-care services. *Health and Social Care in the Community*, 16(4), 347–353.
- Randall, E.G. and Williams, A.P. (2006). Exploring limits to market- based reform: Managed competition and rehabilitation home care services in Ontario. *Social Science and Medicine*, 62, 1594-1604.
- Reiko, O. (2012). Globalization of care and the context of reception of South East Asian are workers in Japan. *Southeast Asian Studies*, 49(4), 570-593.
- Resmi Gazete (RG). (1930). Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 6 Mayıs 1930, Sayı: 1489. Ankara: Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- Resmi Gazete (RG) (1931) Umumi Hıfzıssıhha Kanununun tatbikatına dair tamim, No.21, 19 Temmuz 1931, Sayı: 1852. Ankara: Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- Resmi Gazete (RG). (1963). *Birinci beş yıllık kalkınma planı 1963 yıllık programı*, 08.02 1963, Sayı: 11329. Ankara: Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı.

- Resmi Gazete (RG). (1976). *Millî Eğitim Bakanlığına bağlı sağlık merkezlerinin kuruluş ve çalışmaları hakkında yönetmelik*. 15.11.1976, Sayı: 15764. Ankara: Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- Resmi Gazete (RG). (1989). *Türk Hükûmeti İle UNICEF arasında 1988 – 1992 işbirliği programı uygulama planı Ocak 1989*. 22.10.1989, Sayı: 20320. Ankara: Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- Resmi Gazete (RG) (2013). *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*. 25.01. 2013; Sayı: 28539. Ankara: Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- Resmi Gazete (RG). (2005a). *Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 10 Mart 2005*. Ankara: Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- Resmi Gazete (RG). (2005b). *Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ, 13.09.2005; Sayı: 25935*. Ankara: Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- Resmi Gazete (RG). (2006). *Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, 30.07.2006, Sayı:26244*. Ankara: Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- Resmi Gazete RG. (2007). *Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 23.10. 2007, Sayı: 26679*. Ankara: Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- Resmi Gazete (RG). (2008a). *Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. 07.08.2008, Sayı: 26960*. Ankara: Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- Resmi Gazete (RG). (2008b). *Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık Ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik. 02.02.2008, Sayı: 26775*. Ankara: Başbakanlık Mevzuat Geliştirme Dairesi Başkanlığı.
- Roberts, D.E. and Heinrich, J. (1985). Public health nursing comes of age. *American Journal of Health*, 75(10), 1162-1172.
- Roebuck, J. (1979). When does old age begin?: The evolution of the English definition. *Journal of Social History*, 12(3), 416-28.
- Rosa, M., Melchiorre, M.G, Melchiorre, M. and Lamura, G. (2012). The impact of migrant work in the elder care sector: recent trends and empirical evidence in Italy. *European Journal of Social Work*, 15 (1), 9-27.
- Rosenbrock, R. (1998). *Gesundheitspolitik.*, K. Hurrelmann and U. Laaser (Editörler), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinham, Germany: Juventa, 707–751.

- Rostgaard, T. (2011) Home care in Denmark, Livindhome, Editors: Tine Rostgaard, Caroline Glendinning, Cristiano Gori, Teppo Gröger, August Österle, Marta Szebehely, Hildegard Theobald, Virpi Timonen, Mia Vabø; Living Independently at Home, Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research, 78-79.
- Rostgaard, T. (2012) Quality reforms in Danish home care – balancing between standardisation and individualisation. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 247–254.
- Rothgang, H. and Igl, G. (2007). Long term care in Germany. *The Japanese Journal of Social Security Policy*, 6(1). 54-83.
- Rubin, M.R. and White-Means, S.I.(2009) Informal caregiving: Dilemmas of sandwiched caregivers. *Journal of Family and Economic Issues*, 30(3), 252–267.
- Ruddick, W. (1995) Transforming homes into hospitals. In: Arras, J.D. (Ed.), *Bringing the Hospital Home*. Baltimore: John Hopkins University Press, 166–179.
- Ryder, C.F. (1960) Official and Voluntary Agencies, *Public Health Reports (1896-1970)*, 75(12), 1135-1136
- Ryder Claire, F., Stitt Pauline, G. and William, F.E. (1969). Home health services- past, present, future. *American Journal of Public Health (AJPH)*, 59(9), 1720-1729.
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2010). Sağlık Bakanlığı tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 1 Şubat 2010 tarih ve 3895 sayılı makam oluru. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2011), Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2011/8nolu Evde Sağlık Hizmeti Standart Dosya Formları konulu 18.02.2011 tarihli Genelgesi. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2014). Mustafa ÇOBAN tarafından Bilgi Edinme Kanunu Kapsamında 28.10.2014 tarih ve 9493 nolu başvuruya 10.11.2014 tarihinde e posta ile verilen yanıt.
- Santana, S. (2010). Reforming long- term care in Portugal: Dealing with the multidimensional character of quality. *Social Policy and Administration*, 44(4), 512-528.
- Sarı, N. (1996). Osmanlı sağlık hayatında kadının yeri. *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları*, 2-3, 11-64.
- Satzinger, W., Courté-Wienecke, S., Wenng, S. and Herkert, B. (2005). Bridging the information gap between hospitals and home care services: Experience with a patient admission and discharge form. *Journal of Nursing Management*, 13(3), 257-264.

- Scharpf, T. P. (2005). Functional status and quality in home health care, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Department of Epidemiology and Biostatistics Case, Western Reserve University. S.18.
- Schiamberg, L. B. and Gans, D. (2000). Elder abuse by adult children: An applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging and Human Development*, 50(4), 329– 359.
- Schmid, H.(2005) The Israeli long- term care insurance law: Selected issues in providing home care services to the frail elderly. *Health and Social Care in the Community*, 13(3), 191-200.
- Schulmerich, S.C. (1996). General Information, Editör: Schulmerich, S.C., Timothy, J., Riordan, J.R., David, S., Home Health Care Administation, Delmar Publishers, New York,.12.
- Schulmerich, S.C., Timothy, J., Riordan, J.R., and Davis S.T. (1996) Home Health Care Administration, New York: Delmar Publishers, 5.
- Schulmerich, S.C. (1999). Public policy out of control: the home health care experience. *Care Management Journals*, 1 (4), 258-66.
- Schuster, D.H., Schulz, M. and Behrens, J. (2013). Before empowerment: residents' memories of the role of the housemother in diaconal residential care setting in Germany 1945–1995. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 613–622.
- Schulz, E. (2010). The long-term care system in Denmark. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). Discussion Paper (1038).
- Schulz, E. (2012). Quality assurance policies and indicators for long-term care in the European Union country report: Germany, assessing needs of care in European Nations. Berlin: *European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI) Research Report No. 104. S.2,*
- Schwarzkopf, L., Menn, P., Leidl, R., Wunder, S., Mehlig, H., Marx, P., Graessel, E. and Holle, R. (2012). Excess costs of dementia disorders and the role of age and gender - An analysis of German health and long-term care insurance claims data. *BioMed Central (BMC) Health Services Research*, 12(1), 165-176.
- Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale B., Marmolejo, I.I., Lowenstein, A., Manthorpe, G. and Kärki, F.U. (2011) European report on preventing elder maltreatment, Copenhagen: WHO , 50.
- Seyidoğlu, H. (2002). *Ekonomik Terimler, Ansiklopedik Sözlük*. Geliştirilmiş Üçüncü Baskı, Güzem Can Yayınları, İstanbul.
- Sharipova, M., Høgh, H., and Borg, V. (2010). Individual and organizational risk factors of work-related violence in the Danish elder care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24 (2): 332-40.

- Shang, X. and Wu, X. (2011). The care regime in China: Elder and child care. *Journal of Comparative Social Welfare*, 27 (2), 123–131.
- Shin, J.H. (2013) Relationship between nursing staffing and quality of life in nursing homes. *Contemporary Nurse*, 44(2), 133-143.
- Simonazzi, A. (2009). Care regimes and national employment models. *Cambridge Journal of Economics*, 33, 211-232.
- Simonazzi, A. (2012). Time, cash and services: Reforms for a future sustainable long-term care. *Futures*, 44, 687–695..
- Smith, P. (2001) Rönesans ve reform çağı, bir sosyal arkaplan çalışması, (Çeviren: Serpil Çağlayan), Özgün Adı: The Social Background of the Reformation, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 69
- Society for the Support of the Colored Home. (1851). *Eleventh Annual Report, 1850-1851*, New York: Society for the Support of the Colored Home, John F. Trow, 9,13,14
- Soma, N. and Yamashita, J. (2011). Child care and elder care regimes in Japan. *Journal of Comparative Social Welfare*, 27(2), 133–142.
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK). (2007a). B.02.1.SÇE.0.13.00.00/010–06–01- 4056 sayılı ve “Bakım Hizmeti” konulu genelge
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK). (2007b). Mülga SHÇEK Genel Müdürlüğü’nün “Bireysel Bakım Planı” konulu 31.12.2007 tarihli görüşü.
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK). (2008a). Görüş Talebi (Karşılaşılan Sorunlar), SHÇEK Genel Müdürlüğü’nün B.02.1.SÇE.013.00.03-320/543 sayı ve 21 Şubat 2008 tarihli yazısı.
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK). (2008b). Mülga SHÇEK Genel Müdürlüğü’nün “Özürlü Evde Bakım” konulu 18.01.2008 tarihli görüşü
- Statistisches Bundesamt (2009a). Germany Population By 2060 Results of the 12th coordinated population projection, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Stacey, C.L. (2005). Finding dignity in dirty work: The constraints and rewards of low- wage home care labour. *Sociology of Health & Illness*, 27(6), 831-854.
- Stacey, C.L. and Ayers, L.L. (2012). Caught between love and money. The experiences of paid family caregivers. *Qualitative Sociology (Qual Sociol)*, 35, 47-64.
- Statistisches Bundesamt (2002). Pflegestatistik 1999 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3.Bericht Ländervergleich -Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

- Statistisches Bundesamt (2003). Pflegestatistik 2001 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3.Bericht: Ländervergleich -Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2005). Pflegestatistik 2003 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3.Bericht: Ländervergleich -Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007). Pflegestatistik 2005 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3.Bericht: Ländervergleich -Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2009). Pflegestatistik 2007 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3.Bericht: Ländervergleich -Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2011). Pflegestatistik 2009 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3.Bericht: Ländervergleich -Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013). Pflegestatistik 2011 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3.Bericht: Ländervergleich -Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011a) Pflegestatistik 2009 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011b) Pflegestatistik 2009 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3.Bericht: Ländervergleich -Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt. (2011c). Pflegestatistik 2009 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 2. Bericht: Ländervergleich- Pflegebedürftige, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Stanley, S.G. (2011). Visiting teachers and students with developmental disabilities. *Children and Schools*, 33 (3), 168-75.
- Steward, J. (1985). Hospitals without walls. The New Brunswick Extra-Mural Hospital. *International Nursing Review*, 32(6), 181-184.
- Stroetmann, K.,A. (2013). Achieving the integrated and smart health and wellbeing paradigm: A call for policy research and action on governance and business models. *International Journal of Medical Informatics*, 82(4), 29–37.
- Swedberg, L., Chririac Hammar, E., Törnkvist, L. and Hylander, I. (2012). Patients in 24-hour home care striving for control and safety, *British Medical Journal (BMJ) Nursing*, 11(9), 1-12.

- Szebehely, M. and Trydegard, G.B. (2012). Home care for older people in Sweden: A universal model in transition. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 300–309.
- Şensoy, N, ve Karabekir, S. (2011). Evde bakım: Olgu serisi. *Geriatric ve Geriatrik Nöropsikiyatri*, 2(2-3):21-27.
- Tamm, M., (1999). What does a home mean and when does it cease to be a home? Home as a setting for rehabilitation and care. *Disability and Rehabilitation* 21(2), 49–55.
- Tao, H., Ellenbecker, C.H., Che, J., Zhan, L. and Dalton, J. (2012). The Influence of Social Environmental Factors on Rehospitalization Among Patients Receiving Home Health Care Services. *Advances in Nursing Science*, 35(4), 346–358.
- Tarricone, R. and Agis D. Tsouros, A.D. (2008). *The solid facts, home care in European*. Copenhagen: The Regional Office for Europe of the World Health Organization, 13-14.
- Taş, E., Ateş, C. (2014). *Antalya evde sağlık hizmetleri çalıştay raporu*, Aralık 2013. Antalya: Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Antalya Kamu Hastaneleri Birliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı.
- Tediosi, F. and Gabriele, S. (2010). *The long-term care system for elderly in Italy report*. Italy: European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI).
- Thabethe, N. (2011). Community home-based care-a cost-effective model of care: who benefits? *AIDS Care*, 23(7), 787-791.
- Theobald, H. (2003). Care for the elderly: welfare system, professionalisation and the question of inequality. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23 (4/5), 159 – 185.
- Theobald, H. (2004). *Care services for the elderly in Germany, Infrastructure, access and utilisation from the perspective of different user groups*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) Bestell-Nr SPI 2004-302.19
- Theobald, H. (2011). Multi-level governance and universalism: Austria and Germany compared. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(3 /4), 209–221.
- Theobald, H. (2012a). Combining welfare mix and new public management: The case of long-term care insurance in Germany. *International Journal of Social Welfare*, 21(SUPPL.1), 61-74.
- Theobald, H. (2012b). Home based care provision within the German welfare mix, *Health and Social Care in the Community* 20(3), 274-282.

- Theobald, H. and Kern, K. (2011). The introduction of long-term care policy schemes: policy development, policy transfer and policy change. *Policy and Politics*, 39 (3), 325-342 .
- Thomé, B., Dykes, A.K. and Hallberg, R.I. (2003). Home care with regard to definition, care, recipient, care, content, and outcome: Systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 860-872.
- Thomé, E., Facchini Luiz, A., Wyshak, G. and Campbell, P. (2011). The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. *American Journal of Public Health*, 101 (5): 868-74.
- Time (1956). Nursing homes time. The weekly news magazine, , USA: Atlantic Edition, LXVII (7), 31.
- Tinetti, M.E., Charpentier, P., Gottschalk, M. and Baker, D. (2012). Effect of a restorative model of posthospital home care on hospital readmissions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 1521–1526.
- Tønnessen, S., Nortvedt, P., and Førde, T. (2011). Rationing home-based nursing care: Professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3), 386-396.
- Tsukada, N. and Tatara, T. (2005). Gerontology programs in Japanese higher education, *Gerontology and Geriatrics Education*, 26(1), 97-115.
- Turner K.J. (2012). Introduction and context. In. K.J. Turner (Edt), *Advances in home care technologies*. United Kingdom: IOS Pres, 1-3.
- Turner, K.J., Campbell, G.A. and Wang, F. (2012). Goals and policies for home care. In. K.J. Turner (Edt), *Advances in home care technologies*. United Kingdom: IOS Press, 30-49.
- Tsutsui, T., Awata, S., Kai, L. (2014). Implementation process and challenges for the community-based integrated care system in Japan. *International Journal of Integrated Care*, 14, 1-9.
- Twigg, J. (2000). Carework as a form of bodywork. *Ageing and Society*, 20, 389–411.
- Vabø, M. (2009). Home care in transition: The complex dynamic of competing drivers of change in Norway. *Journal of Health Organization and Management*, 23(3), 346-359.
- Wang, K.K. and Barnard, A. (2004). Technology-dependent children and their families: A review. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 36–46.
- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L. and Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark, Why, how, by whom, and when?. *Z Gerontol Geriat*, 40, 209-216.

- Wardell, M. (1992) Organizations: A bottom-up approach. In Reed, M. and Hughes, M. (eds). *Rethinking Organizations: New Directions in Organizational Theory and Analysis*. London: Sage
- Watson, J. (1999). *Postmodern Nursing and Beyond*, Eastbourne: Elsevier, 38, 93, 104, 204.
- Watson, J. (2000). Reconsidering Caring in the Home. *Geriatric Nursing*, 21(6), 330-331.
- Washio, M., Arai, Y., and Mori, M. (2014). Factors related to the depression among family caregivers of older people with disabilities who used home health care services in the metropolitan city of Hokkaido, Northern Japan. *International Medical Journal*, 21(3), 263 – 267.
- Walker, A. and Naegele, G. (2009). Major policy challenger of ageing societies: Britain and Germany compared. In A. Walker and G. Naegele (Eds), *Social policy in ageing societies*. United Kingdom: Palgrave Macmillan, Hampshire, 1-21.
- Waltisperger, D. (2008) P'enibilit'es au travail et sorties pr'ecoces de l'emploi, *Premi`eres synth`eses*.
- Wasik, B.H., Bryant, M.D. and Lyons, M.C. (1990). *Home procedures for helping families*. California: Sage Publications, 18.
- Weissert, W.G., Matthews, C.C. and Pawelak, J. E. (2005). The past and future of home- and community-based long-term care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 1–71.
- Wiener, M.J., Anderson, W. L. And Brown, D. (2009). *Why are nursing home utilization rates declining?*.USA: Centers for Medicare and Medicaid Services, 156.
- Wibberley, G. (2013). The problems of a 'dirty workplace' in domiciliary care. *Health and Place*, 21, 156–162.
- Wiener, M.J. and Cuellar, A. E. (1999). Public and private responsibilities: Home and community- based services in the United Kingdom and Germany. *Journal of Aging and Health*, 11(3). 417-444.
- Windebank, J. (2012) Social policy and gender divisions of domestic and care work in France, *Modern & Contemporary France*, 20(1), 21-35.
- World Health Organization (WHO). (1963a). Drug acceptability in domiciliary tuberculosis control programs. *Bulletin of the World Health Organization*, 29(5), 627-639.
- World Health Organization (WHO). (1963b). Hospital and domiciliary care report on symposium, Amsterdam, 19-23 November 1962, Copenhagen: World Health Organization.

- World Health Organization (WHO) (1959). *Role of hospitals in ambulatory and domiciliary medical care, Second Report of the Expert Committee on Organization of Medical Care*. Geneva: World Health Organization, Technical Report Series, 176.
- World Health Organization. (2011). Palliative care for older people: better practices. In. S. Hall, H. Perkova, A. D. Tsouros, M. Costantini, I. J. Higginson (Eds). Copenhagen: World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO). (2012). Defusing the demographic “time-bomb” in Germany. *Bulletin of the World Health Organization*, 90 (1).
- Yamada, Y., Ekmann, A., Nilson, J.C., Vass, M. and Avlund, K. (2012). Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: A cross sectional study in Denmark are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?. *BMJ Public Health*, 12(396).
- Yargıtay 11. Hukuk Dairesi. (2011). 11.10.2005 tarih ve Karar No: 2005/9566.
- Yargıtay 3. Hukuk Dairesi. (2014). Birlikte yaşamaya ara verilmesi ortak hayatın olanaksız hale gelmesi, 28.06.2004 tarih ve Karar No: 2004/7213.
- Yarman, A. (2001). *Osmanlı Sağlık Hizmetlerinde Ermeniler ve Surp Pırgıç Ermeni Hastanesi Tarihi*. İstanbul: Surp Pırgıç Ermeni Hastanesi Vakfı Yayını.
- Yaşlı Bakım Teknikerleri Derneği, (2014), Mustafa Çoban tarafından, Yaşlı Bakım Teknikerleri Mesleksel Gelişimi Hakkında Yaşlı Bakım Teknikerleri Derneği Başkanı Orhan Tahir Acar ile yapılan 15 Nisan 2014 tarihli söyleşi.
- Yorulmaz, M., Özata, M., Küçükkendirci, H. ve Demirkıran, M. (2013). Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetleri uygulaması: Konya ili ile İç Anadolu Bölgesi ve Türkiye geneli verilerinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 4(8), 1-13.
- Yong, V. and Saito, Y. (2012). National long-term care insurance policy in Japan a decade after implementation: Some lessons for aging countries. *Ageing Int*, 37, 271–284.
- Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı (2011) *Avrupa’da yaşayan Türkler, yaz tatili döneminde Türkiye’ye gelen Türkler örneği saha araştırması*, Ankara: TC Başbakanlık Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı, 3.
- Zelizer, V.A. (2005). *The Purchase of Intimacy*. Princeton: Princeton University Pres.
- Zeytinoglu, I. U., Denton, M., Davies, S. and Plenderleith, J.M. (2009). Casualized employment and turnover intention: home care workers in Ontario, Canada. *Health Policy*, 91(3), 258–268.

Zuchandke, A., Reddemann, S., Krummaker, S.J. and Schulenburg, M.G. (2010). Impact of the introduction of the social long term care insurance in Germany on financial security assesment in case of long term care need. *The Geneva Papers*, 35, 626-643.

EKLER

EK-1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
EVDE BAKIM MERKEZİ YÖNETİCİSİ GÖRÜŞME FORMU

İyi günler,

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünün İşletme Anabilim Dalı-Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı'nda, "Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi" konulu doktora tezim için nitel bir araştırma yapılması düşünülmüştür. Sizlerden gelen görüş ve önerilerin değerlendirilmesi sonucunda, Türkiye evde bakım sistemi hakkında yeterli ve doğru bilgi edinilmesi bunun sonucunda da Türkiye'de ki evde bakım hizmetlerinin örgütlenmesi ve niteliğinin artırılmasına ilişkin somut öneriler oluşturulması planlanmıştır.

Yukarıda kısaca açıklanan araştırma çerçevesinde, siz değerli katılımcıların evde bakım sistemine ilişkin görüş ve düşüncelerinizin öğrenilmesi arzu edilmektedir. Paylaşacağınız görüşler, yalnızca bu araştırma amacıyla kullanılacak, başka bir kişi ya da herhangi bir makama verilmeyecektir. Size sorulan sorulara ilişkin görüş ve düşüncelerinizi içinizden geldiği gibi belirtmeniz beklenmektedir. Belirteceğiniz her görüş, hem bu çalışmanın başarısı, hem de bu çalışma ile evde bakım hizmetinin niteliğini arttırmaya yönelik öneriler geliştirilebilmesi için çok önemlidir. Konuya ilişkin her türlü görüş ve önerinizin araştırmanın başarısı açısından açık ve net olarak bizimle paylaşılması beklenmektedir.

Araştırma sonuçlarına ve paylaşımına ilişkin sorularınız olması durumunda araştırmacının aşağıda belirtilen iletişim bilgileri aracılığı ile iletişim kurabilirsiniz. Anketteki soruları cevaplayarak araştırmaya çok önemli katkı sağlamış olacaksınız. İşbirliği ve yardımlarınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Mustafa ÇOBAN

+(90) 533 4147940

Görüşme Başlangıç Saati :

Görüşme Bitiş Saati:

EK-1. (devam) Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**1. Görüşülen Kişinin Adı Soyadı:****2. Cinsiyeti:**

1. Kadın ()
2. Erkek ()

3. Öğrenim Durumu:**4. Mesleği****5. Çalıştığı Kurum:****6. İlgili İş Deneyimi:****GENEL DEĞERLENDİRMELER****G1 . Ne kadar süredir evde bakım hizmeti alanında çalışıyorsunuz?****G2. Neden bu alanı çalışma alanı olarak seçtiniz**

EK-1. (devam) Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

EVDE BAKIM HİZMETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

D1.Evde bakım hizmeti sizce nedir?

D2.Sunduğunuz evde bakım hizmetinin kapsamı nedir?

- Hizmet sunacağınız kişileri nasıl belirliyorsunuz?
- Kişiye yönelik vereceğiniz hizmetin kapsamını nasıl belirliyorsunuz?
- Hizmetin kimlere verildiği
- Hizmetin nasıl sunulduğu

D3.Hizmeti veren personel sayısı ve görevleri nelerdir?

D4.Sunduğunuz hizmetin finansmanı nasıl sağlanıyor?

D5.Verdiğiniz hizmetin kalitesini nasıl kontrol ediyorsunuz ?

D6. Hizmet verirken sizi zorlayan unsurlar oluyor mu? Bunlarla ilgili önerileriniz nelerdir?

- Personelle ilgili
- Finansmanla ilgili
- Hizmetin doğasından kaynaklanan
- Fiziksel mekânla ilgili
- Hizmet alanla ilgili
- Hizmet alanın çevresi ile ilgili
- Hukuksal yapı ile ilgili
- Hizmeti denetleyen kurumlarla ilgili
- Diğer evde bakım merkezleri ile ilgili

D7. Evde bakım hizmetinin diğer kurumsal bakım hizmetlerinden farkı, avantaj ve dezavantajları hakkında ne düşünüyorsunuz?

D8. Sizce ideal bakım hizmeti nasıl olmalıdır ve nasıl yapılmalıdır?

EK-2. Etik Kurul Kararı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : B.30.2.AKD.0.20.05.05/92
Konu : Kurul Kararı Hk.

21.11.2012

Sayın Prof. Dr. A. Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Yürüttüğünü yaptığınız “Evde Bakım Hizmet Sisteminin Almanya ve Türkiye
Örneğinde İncelenmesi ve Türkiye İçin Bir Model Önerisi” adlı çalışmaya ait Kurul Kararı
ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Oktay DİNÇ
Dekan

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

EK-2. (devam) Etik Kurul Kararı

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Sayı: B.30.2.AKD.0.20.05.05/
Konu:

06/11/2012

KARAR

Kurulun Adı, Adresi

:Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel
Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ,
Dumlupınar Bulvarı Kampüs
07070/ANTALYA

Toplantı Tarihi ve Karar No

: 06.11.2012/277

Araştırmanın tam Adı

:" Evde Bakım Hizmet Sisteminin Almanya ve
Türkiye Örneğinde İncelenmesi ve Türkiye İçin
Bir Model Önerisi"

Sorumlu araştırmacının ismi

: Prof. Dr. A. Ezel ESATOĞLU

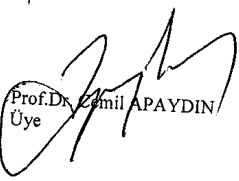
Sorumlu Araştırmacı Prof. Dr. A. Ezel ESATOĞLU tarafından yürütülecek olan "Evde Bakım Hizmet
Sisteminin Almanya ve Türkiye Örneğinde İncelenmesi ve Türkiye İçin Bir Model Önerisi" adlı
çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığı kararı alınmıştır.
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

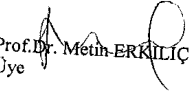

Prof.Dr. Şahin YAZAR
Başkan


Prof.Dr. Muzaffer SİNDEL
Başkan Yardımcısı


Öğr.Gör.Dr. M. Cumhuri İZGİ
Raportör


Prof.Dr. Sebahat GÖZÜM
Üye


Prof.Dr. Emel APAYDIN
Üye


Prof.Dr. Metin ERKİLİÇ
Üye

Prof.Dr. A. Gökhan ARSLAN
Üye(Derste)

Prof.Dr. Burhan SAVAŞ
Üye (Katılmadı)

Prof.Dr. Hakan ÖZDEMİR
Üye

Prof.Dr. Aykut ÇİLLİ
Üye

Doç.Dr. Aygen YILMAZ
Üye

Yrd.Doç.Dr. Hakan GÜLKESEN
Üye

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : Çoban, Mustafa
 Uyuğu : TC
 Doğum tarihi ve yeri : 10.03.1976, Erbaa
 Medeni hali : Evli
 Telefon : +(90) 533 4147940
 Faks : +(90) 242 2274540
 e-mail : mustafacoban@akdeniz.edu.tr



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek lisans (2)	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Yüksek Lisans Programı	2004
Yüksek lisans (1)	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı	2003
Lisans	Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü	2000
Lise	Konya Atatürk Sağlık Meslek Lisesi Sağlık Memurluğu Bölümü	1995

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2006- Devam	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Yaşlı Bakımı Programı	Öğretim Elemanı
2001-2006	Çevre ve Orman Bakanlığı	VHKİ
1996- 2000	Gökçeli İnşaat	Sağlık Memuru

Yabancı Dil

İngilizce B2

Yayınlar

Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

- İzgi, M.C., **Çoban, M.**, Kapçı, E.G., Yalım, N.Y. (2013). The Attitudes of Nursing Home Carers Towards The Privacy of Elderly People: A Scale Development Study (Huzurevi Çalışanlarının Yaşlı Mahremiyetine İlişkin Tutumları: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması). *Turkish Journal of Geriatrics*, 16 (2) 172-176
- Vatanoğlu Lutz, E., Hot, İ., **Çoban, M.**, (2013). What Do We Know About the Medical Biography of Kemal Atatürk (1881–1938)? A Summary of the State of Knowledge and Outlook on Relevant Issues for Further Research, *Journal of Medical Biography*, 21(3), 136-142.
- Vatanoğlu-Lutz EE, **Çoban, M.**, İzgi, M.C. (2014). Are All Deaths the Same for Physicians and Nurses?: Stereotype Questions Physicians and Nurses Utilize to Characterize a Person Who Has Died. *Omega: Journal of Death & Dying*, 2013-2014; 68(4) 367-82
- İzgi, M.C., Abdulla, T., **Coban, M.**, Onay, E., Lutz, E.E., (2014). The Socio-Cultural Perception of Death in Turkish Society Recorded in Lament Epics (1955-1975). *Omega: Journal of Death & Dying*, 70 (2), 209-23.

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayınlanan Orijinal Makaleler ve Derlemeler

- **Çoban, M.**, Esatoğlu, A.E. (2004). Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış, *Tıp Etiği-Hukuku- Tarihi*, 12 (2): 109–120
- İzgi, MC. **Çoban, M.**, İzgi, V. A. (2008). Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik'e Eleştirel Bakış. *Tıp Etiği-Hukuku- Tarihi*, 16 (1): 43–48
- İzgi, M.C., **Çoban, M.** (2014) Tıpta Uzmanlık Dallarının Cumhuriyet Dönemindeki Değişimi (Exchange Of Speciality Branches in Medical Science at Republican Era) *Lokman Hekim Journal*; 4(1), 26-37.
- **Çoban, M.**, İzgi, M.C., Esatoğlu, A.E. (2014). Türkiye'de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Uygulamalarının Mevzuat İçindeki Tarihsel Değişimi, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(3),154-176.

Uluslararası Kongre veya Sempozyum Bildirileri

- **Çoban, M.**, Esatoğlu E. (2004). Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Görüş Belirleme, IX Halk Sağlığı Kongresi, Poster Bildiri.
- **Çoban, M.** (2004). Sinop ve Samsun'da Depolanan Atık Dolu Varillerin Gazetelerde Yer Alış Biçimi Uluslararası Katılımlı 1. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu, Poster Bildiri.
- **Çoban M**, Oğuz, Y. (2004). Türkiye'de Ulusal Gazetelerde Yer Alan İntihar Yazılarının Dünya Sağlık Örgütü Kriterleri Açısından İncelenmesi, Uluslararası Katılımlı 1. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu, Poster Bildiri.
- **Çoban, M.**, Şanlıoğlu Bilgici, S., Oğuz, Y. (2005) Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri ve Olası Etik Sorunlar, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2.Ulusal Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Bildiriler Kitabı, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2.Ulusal Kongresi (Uluslararası Katılımlı), Ankara, 292-295.
- Bilgici, S.Ş., **Çoban, M.**, Göçmen, Z., Aydınтуğ, Y.S., Kahveci, M., İzgi, M.C., İlgi, Ö., Oğuz, N.Y. (2005) Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Uygulama Alanlarındaki Hasta Haklarına İlişkin Görüşleri. Uluslararası Birleşik Biyoetik Kongresi Kùltürler Arası Biyoetik: Asya ve Batı, Sözlü Bildiri.
- İzgi, M.C., **Çoban, M.**, İzgi, V. A. (2006). Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik'e Etik Açıdan Eleştirel Bakış. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi (Uluslararası Katılımlı), Sözlü Bildiri.
- Karadağ, M., Piyal, B., Işık, O., **Çoban M.**, Demir, C. (2007). Opinions of the Academic Physicians working in Turkish Armed Forces about homecare services. 56 th Session of the ISI, International Statistical Institute Lisboa, Portugal 22-29 August 2007.
- Baykara, Z.G., İzgi, M.C., Gün, M., **Çoban, M.**, Kahveci, M., Aydınтуğ, Y., Bilgici, S., Şahinoğlu, S. (2008). Türkiye'de Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Alanlarının Birlikteliğine İlişkin Bir Grup Uzmanın Görüşü. 5. Tıp Etiği Kongresi "Tıp Etiği'nden Biyoetiğe", Sözlü Bildiri, **Tam metin:** Tıp Etiğinden Biyoetiğe. Ed: YI

Ülman, TB Gül, FG Kadioğlu, G Yıldırım, Z Edisan Türkiye Biyoetik Derneği Yayınları No: XII, Ankara 2009: 92-6

- İzgi, M.C., Gelegen, D.G., **Çoban, M.**, Şahinoğlu, S. (2008). Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) Tarihi: Yasası, Yapısı ve Politikaları. 1. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi, Sözlü Bildiri.
- **Çoban, M.** (2008). Türkiye'de Huzurevlerinin Evrimsel Gelişimi, Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Antalya 2008, Sözlü Bildiri, 22-26 Mart 2008 Kemer, Antalya.
- **Çoban, M.** (2008). Son Dönem Bakım Merkezlerinde Verilen Hizmetler, Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Antalya 2008, Poster Bildiri, 22-26 Mart 2008 Kemer, Antalya.
- **Çoban, M.** (2008). Çalıştay Katılımcısı, AB Eğitim ve Gençlik Merkezleri Başkanlığı Hayat Boyu Öğrenme Programı 2007- 2009 LLP Etkinlik ve Verimlilik Analizi Çalıştayı 12-14 Mart 2010 TUSSİDE- Gebze- İzmit
- **Çoban, M.**, Akbulut Çoban N. (2010). Kentsel Bölgelerdeki Hastaneler "Sessiz Alanlar" Kapsamında Değerlendirilmeli midir?, IV. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Sözlü Bildiri, 04-07 Şubat 2010, Antalya.
- **Çoban M.**, Esatoğlu, A.E. (2010). Bir Belirsizlik Hikayesi, Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri, 6'th International Conference on Health Care Systems, 20-22 Ekim 2010, Gaziantep, Türkiye, Sözlü Bildiri.
- İzgi, M.C., **Çoban, M.** (2010). Genelgeye Eleştirel Bakış: Civalı Termometrelerin Akıbeti. İstanbul, 25-26 Kasım 2010, 6. Tıp Etiği Kongresi, Sözlü Bildiri
- **Çoban, M.** (2011) Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri Bir Başarısızlık Öyküsü, Yaşlı ve Yaşlı Bakım Hizmetleri Paneli, 28 Mart 2011, Eskişehir, Davetli Konuşmacı
- **Çoban, M.** (2011). *Yaşlı Nüfus mu Artıyor? Yaşlanıyor muyuz.*, 2.Uluslararası Yaşlı Bakım Sempozyumu 28-29 Kasım 2011, Antalya, Davetli konuşmacı
- **Çoban, M.**, Esatoğlu, A.E. (2012). *Türkiye'de Yaşayan Yabancıların Sağlık Hizmetlerine İlişkin Görüşleri*, 6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Isparta, Sözlü Bildiri.

- İzgi, M.C, **Çoban, M.** (2011). Anadolu'da Sağlık Hizmetinde Kullanılan Tekkeler: Erbaa Yöresi Örneği, VII. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, Mersin, 11–14 Mayıs 2011, Sözlü Bildiri
- **Çoban, M.**, Esatoğlu, A.E. (2013). Antalya'da Yaşayan Yabancıların Sağlık Hizmetlerine İlişkin Görüşleri II. Türk-Alman Bilimsel İşbirliği Forumu, Davetli Konuşmacı, Antalya, Mayıs 2013, Sözlü Bildiri.
- **Çoban, M.** (2013). Antalya'da Yaşayan Yabancıların Sağlık Hizmetlerine İlişkin Görüşleri II. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, Antalya, Haziran, 2013, Davetli Konuşmacı.
- **Çoban, M.**, İzgi, M.C., Esatoğlu, A.E. (2014). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Yabancı Personel Gerçeği. III. Türk-Alman Bilimsel İşbirliği Forumu, Davetli Konuşmacı, Antalya, 6-8 Kasım 2014, Sözlü Bildiri.

KATILDIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR- PROJELER

- Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmet Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Saha Koordinatörü, 2007, Birleşmiş Milletler ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu.
- Erasmus Ders Verme Hareketliliği, Erasmus Mobility Agreement with Evangelische Fachhochschule, 2008, Berlin, Germany
- AB Eğitim ve Gençlik Merkezleri Başkanlığı Hayat Boyu Öğrenme Programı LDV Proje kapsamında, Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Uygulamaları Eğitimi, Kurs Düzenleyicisi, Eğitmen, 15- 16 Haziran 2009, Yaşlı Bakım Teknikerleri Derneği, Antalya
- Erasmus Ders Verme Hareketliliği, Erasmus Mobility Agreement with Evangelische Fachhochschule, 2010, Berlin, Germany
- Leonardo da Vinci Projelerinin Mesleki Eğitime Katkısı Toplantısı , Ankara, DPT, Avrupa Birliği Eğitim ve Gençlik Programları Merkezi Başkanlığı, Moderatör (2010).

- “Social Service Applications Towards Elderly People”, European Union Lifelong Learning Programme, Leonardo da Vinci Programme, Proje Koordinatörü, Berlin, 2009
- The Different but the Same: The Hands of Different Generations and Different Culture on the Same Picture, European Union Lifelong Learning Programme Grundtvig Workshop, 2011, Antalya, Proje Koordinatörü,
- Yaşlılara Yönelik Ergoterapi Kursu (Uluslararası Katılımlı), Kurs Düzenleyicisi, Deva Praxis Für Ergotherapie, Berlin, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakım Teknikerleri Derneği, Mart 2011, Antalya.
- “Ergotherapy Applications on Elderly People”, European Union Lifelong Learning Programme, Leonardo da Vinci Programme, 2011. Berlin.
- Launch Conference of the 25th anniversary of the Erasmus Programme in Brussels, 30th - 31st January 2012, Türkiye Erasmus Personel Büyükelçisi olarak davetli, Bruksel, Belçika
- AB Eğitim ve Gençlik Merkezleri Başkanlığı hayat Boyu Öğrenme Programı Grundtvig Öğrenme Ortaklıkları Projesi kapsamında Aile Gelenekleri Korunması Yoluyla Aile Büyüklerinin, Yaşlıların Aileye Katılımının Sağlanması konulu proje katılımcısı, 02-06 Mart 2012, Lizbon, Portekiz.
- EU Danish Presidency Conference "Celebrating Erasmus 25 years past achievements and future perspectives" in Copenhagen on 9th May 2012, Türkiye Erasmus Personel Büyükelçisi olarak davetli, Kopenhag, Danimarka.
- Erasmus Ders Verme Hareketliliği, Erasmus Mobility Agreement with Alice Solomon University, Berlin, Germany, 2014.
- Mevlana Ders Verme Hareketliliği, Oberlin Üniversitesi, Tokyo, Japonya, 2014.

KATILDIĞI ULUSAL BİLİMSEL TOPLANTILAR

- AB Eğitim ve Gençlik Merkezleri Başkanlığı Hayat Boyu Öğrenme Programı LDV kapsamında tamamlanan Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmet Uygulamaları adlı proje deneyimleri, Akdeniz Üniversitesi Uluslararası İlişkiler Birimi, Erasmus Akademi, 01-04 Haziran 2010, Adrasan, Antalya.

- Yaşlı Bakım Çalıştayı, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Davetli Konuşmacı, 16- 18 Mayıs 2011.
- II. Erasmus Akademi Eğitim Programı, Akdeniz Üniversitesi Uluslararası İlişkiler Birimi, Adrasan- Antalya, 7 - 10 Haziran 2011 (Eğitimci)
- Leonardo da Vinci Antalya İrtibat Semineri, Antalya, DPT, Avrupa Birliği Eğitim ve Gençlik Programları Merkezi Başkanlığı, Davetli Konuşmacı , 2011.
- AB Eğitim ve Gençlik Merkezleri Başkanlığı Hayat Boyu Öğrenme Programı Grundtvig çalışma Grupları Toplantısı, Davetli Konuşmacı, 17 Haziran 2011, Ankara.
- 2. Uluslararası Yaşlı Bakım Sempozyumu, 28-29 Kasım 2011, Antalya, Sempozyum Düzenleme Kurulu Üyesi
- III. Erasmus Koordinatörleri Akademi Eğitim Programı, Akdeniz Üniversitesi Uluslararası İlişkiler Birimi, Adrasan- Antalya, 28 Mayıs - 1 Haziran 2012 (Eğitimci)
- AB Eğitim ve Gençlik Merkezleri Başkanlığı Hayat Boyu Öğrenme Programı Erasmus Yıllık Toplantısı, 11-12 Ekim 2013, Davetli Konuşmacı, Balıkesir.

BİLİMSEL HAKEMLİKLER

- Omega: Journal of Death and Dying, Dergide Hakemlik, Şubat 2012
- Omega: Journal of Death and Dying, Dergide Hakemlik, Nisan 2013
- Omega: Journal of Death and Dying, Dergide Hakemlik, Haziran 2013

Hobiler

- Olta balıkçılığı,
- Yüzme,



GAZİ GELECEKTİR...

