

SOMUT GERÇEK



World Health
Organization
REGIONAL OFFICE FOR Europe



AVRUPA'DA EVDE BAKIM HİZMETLERİ



Università Commerciale
Luigi Bocconi





SOMUT GERÇEK

AVRUPA'DA

EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Rosanna Tarricone ve Agis D. Tsouros
tarafından düzenlenmiştir.



Università Commerciale
Luigi Bocconi

ÖZET

Avrupa'daki demografik, epidemiyolojik, sosyal ve kültürel trendler, geleneksel bakım yöntemlerini de değiştirmektedir. Önümüzdeki senelerde bakıma muhtaç insan sayısının ve bulaşıcı olmayan hastalıkların temel sebebi olarak giderek artan kronik hastalıklar ve engelliliği görmeye başlayacağız. Geleneksel büyük aile yapısının kırılması ve kentleşme de yaşlı ve engelli aile üyelerinin bakımında sorunlara yol açacaktır. İhtiyaçların ve sosyal yapının bu şekilde değişmesi, hastalık odaklı yaklaşımları tali kılacağından sağlık sektörü ve sosyal sektör politika ve hizmetlerinde farklı bir yaklaşım izlemek gerekecektir. Bunlara cevap olarak 'evde bakım' gösterebiliriz; zira evde bakım, akut ve uzun süreli hastaneye kaldırmanın önüne geçerek bireyi evinde ve toplum içinde tutmayı amaçlayan sürdürülebilir bir yaklaşımdır. Sağlık hizmetleri entegrasyonu ve koordinasyonu artırabilirse; teknolojik yenilikler, modern hizmet sunma yöntemleriyle birlikte Avrupa'da evde bakım hizmetlerinin gelişmesi için bir çözüm olabilir. Bu yayın, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi'nin bir çalışması olup, sağlık politikaları ve karar mercileri için gerekli bulguları açık ve anlaşılabilir bir şekilde sunmakta; sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin yaşlı ve engelli insanlar için neden kaliteli ve hedefe yönelik evde bakım hizmeti sunması gerektiğini açıklamakta; evde bakımın etkisini gösteren kanıtlar sunmakta; bu hizmetin nasıl iyileştirilebileceğini gösterip herkese eşit erişim imkânı tanımının önemini anlatmaktadır. Bu yayın ayrıca farklı ülkelerdeki bakım hizmetlerinin kültürel bağlamını araştırıp, kamuyu ve profesyonelleri bu hususlarda nasıl eğitmek gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu kitapçık farkındalığı ve tartışmaları arttırmayı ve eylemlerin başlatılmasını teşvik etmeyi amaçlamaktadır.

Ön kapak: © Teo Lannie

Grafik tasarım: Tipolitografia Trabella Srl, Milan, İtalya

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2008 under the title **Home Care in Europe**.

© World Health Organization 2008

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

© Turkish Healthy Cities Association, 2013

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından 2008 yılında **Home Care in Europe** başlığı ile İngilizce dilinde yayınlanmıştır.

©Dünya Sağlık Örgütü 2008

Tercümesi Sağlıklı Kentler Birliği tarafından yaptırılmıştır.

© Sağlıklı Kentler Birliği, 2013

Tercümenin doğruluğundan yalnızca tercümanı sorumludur.

Sağlıklı Kentler Birliği'nden izin alınmaksızın çoğaltma yapılamaz.

Teşekkür	IV
Koordinasyon ekibi ve katkıda bulunanlar	V
Önsöz	VI
1. Avrupa’da evde bakım hizmetleri: genel bakış	1
2. Avrupa’da evde bakım hizmetlerine duyulan ihtiyaçtaki artış	3
3. Avrupa’da Evde Bakım Hizmetlerinin Arzı	9
4. Sağlık Politikası ve Karar Mercilerinin Karşılaşabileceği Güçlükler	33



© Teo Lannie

TEŞEKKÜRLER

Bu kitabın gelişimine ve yayınlanmasındaki cömert katkıları için Bocconi Üniversitesi'ne teşekkür ederiz. Taslağı kapsamlı olarak gözden geçiren ve yardımlarıyla çalışmamıza katkıda bulunan Birleşik Krallık York Üniversitesi Sosyal Politika Araştırma Ünitesi Yardımcı Direktörü ve Sosyal Politika Profesörü Caroline Glendinning'e özel olarak teşekkür ederiz. Ayrıca danışma ve hazırlanma sürecinde yorumlarıyla ve çalışmaya olan katkılarıyla bize destek olan Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi çalışan ve danışmanlarına teşekkürü de borç biliriz: Francois Decaillet, Pim de Graaf, Antonio Duran ve Martina Pellny. David Breuer'a yayın dili ve biçiminin geliştirilmesindeki katkılarından ötürü teşekkür ederiz.

Rosanna Tarricone ve Agis D. Tsouros

KOORDİNASYON EKİBİ

Giovanni Aguzzi

Bocconi Üniversitesi, Milan, İtalya

Rosanna Tarricone

Bocconi Üniversitesi, Milan, İtalya

Agis D. Tsouros

Avrupa Bölge Ofisi, Kopenhag, Danimarka

KATKIDA BULUNANLAR

Giovanni Aguzzi

Bocconi Üniversitesi, Milan, İtalya

Matthias Braubach

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Çevre ve Sağlık Merkezi
Bonn, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi

Laure Com-Ruelle

Sağlık Ekonomisi Araştırma ve Bilgi Enstitüsü
(IRDES), Paris, Fransa

John Wilkinson

Eucomed, Brüksel, Belçika

Giovanni Gambassi

Policlinico Gemelli Rehabilitasyon Ünitesi, Dahili
Tıp ve Geriatri
Cattolica Üniversitesi, Roma, İtalya

Jörg Hoffmann

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi

Kai Leichsenring

Avrupa Sosyal Refah ve Araştırma Merkezi
Viyana, Avusturya

Neil Lunt

York Üniversitesi, Birleşik Krallık

Russell Mannion

York Üniversitesi, Birleşik Krallık

Michel Naiditch

Paris Diderot Üniversitesi, Paris 7, Fransa

Steven J. O'Connor

Birmingham Alabama Üniversitesi, Alabama, ABD

Antoni Peris i Grao

Consorti Agents de Salut (CASAP), Birinci Bakım
Ekibi,
Can Bou, Barselona, Katalonya, İspanya

Rosanna Tarricone

Bocconi Üniversitesi, Milan, İtalya

Paolo Tedeschi

Bocconi Üniversitesi, Milan, İtalya

Agis D. Tsouros

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi

Emanuele Vendramini

Katolik Üniversitesi, Piacenza, İtalya

Geraldine Visser

Uzun Süreli Bakım Uzmanlık Merkezi,
Utrecht, Hollanda

ÖNSÖZ

‘Evde bakım hizmeti’ teriminin cazibesi, politikacıların, profesyonellerin ve kamunun hayal gücünden kaçmamıştır. “Geleceğe dönüş” ifadesi, eski bir fikri bugünün teknolojisi ve araçları ile eski bir bilgiyi kullanıp, uygulayarak potansiyelini açığa çıkarmanın tezahürüdür. ‘Evde bakım’ kişinin kendisine tanıdık bir çevrede çeşitli hizmetler almasına olanak tanımaktadır. Bugün evde bakım, özellikle yaşlılık, engellilik ve kronik hastalıklarla ilişkili pek çok durumda, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin sağlanmasında umut vaat eden bir alternatif olarak öne çıkar.

Evde bakıma ihtiyaç duyulmasının ve bu hizmetin talep edilmesi birtakım etmenlere bağlıdır: demografik trendler, hastalığın epidemiyolojik coğrafyasının değişmesi, kullanıcı odaklı hizmetlere giderek daha fazla odaklanılması, yeni destek teknolojilerine erişimin artması ve sağlık sistemlerinin taleplere hızlı cevap verebilecek, süreklilik, etkililik ve eşitlik sağlayacak şekilde yeniden düzenlenmesine acilen ihtiyaç duyulması.

Evde bakım hizmeti, Avrupa bölgesinde çeşitli şekillerde anlaşılıp uygulanmaktadır. Benzer şekilde, evde bakım hizmetlerinin etkinliği ve uygunluğuna ilişkin bulgular karışık ve çeşitli olduğundan, bu bulguları toplayıp analiz etmek ve bu hususta bilinçli karar vermek doğal olarak güçtür. Bu yayın temelde, Avrupa Bölgesi’ndeki farklılıklara ilişkin, mevcut en doğru bulgular ışığında, evde bakım hizmetlerinin çeşitli boyutlarına genel ve sistematik bir bakış açısı sunmak amacıyla oluşturulmuştur. Evde bakım hizmetlerinin çeşitli boyutlarına ilişkin (örgütsel, hizmet sağlanmasına ilişkin esaslar, finansman ve sağlık hizmetleri yönetimi vb.) algının genişletilmesi, konuya ilişkin tartışmaların ve alınan aksiyonun arttırılması amaçlanmaktadır. ‘Evde bakımın’ gelecekte sağlık sistemlerinin giderek vazgeçilmez ve temel bir unsuru olacağına inanmaktayım. Bu sebeple, bu güncel yayının, bu önemli konuya ilişkin bilgi tabanımızdaki açıkları dolduracağına inanıyorum.

Enis Barış

Direktör, Ülke Sağlık Sistemleri Birimi

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi

Evde bakım hizmeti için çeşitli sebepler bulunur. Pek çok insan evde bakımını diğer alternatiflere tercih eder. Evimiz bize duygusal ve fiziksel olarak pek çok çağrışımı, anıyı ve konforu sunan bir yerdir. Her ne kadar pek çok insan destekli yaşam tesislerinde, emekli evlerinde ve huzurevlerinde mutlu olsa da –ki bunlar çok sayıda insan için daha iyi bir çözümdür– evi terk etmek iç karartıcı olduğu kadar yıkıcı da olabilmektedir.

‘Evde bakım hizmeti’ evde sunulur. Pek çok insan iyi hissetmediğinde evde olmak ister. Evde bakım hizmeti aileleri bir arada tutar ki bu hastalık dönemlerinde oldukça önemlidir. Evde bakım hizmeti hastaneye kaldırılma vakalarını geciktirir ve hatta önleyebilir. Evde bakım hizmeti, iyileşmeyi destekler, hastanelere kıyasla kişiye maksimum özgürlük tanır ve kişinin özel ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde düzenlenebilir.

Bu temel ihtiyaçlara cevap verebilmek için muazzam bir kamu sorumluluğu gerekmektedir. Bu da, beraberinde kültürel değişiklikleri, davranış değişikliklerini getirecek sosyal ve politik bir atılım gerektirir. Ayrıca gerek toplumda gerekse sağlık kurumlarındaki ve sosyal kurumlardaki profesyonellerin, evde bakıma ihtiyacı olan insanlarla ilgilenen enformel bakıcıların geniş ölçüde eğitilmesi gerekir. Bütün bunlar pahalı ilaçlar ve müdahalelerden daha çok insan gerektiren, esnek kurumlara ihtiyacın yüksek olduğu ve bütün hükümetleri ilgilendiren konulardır.

Dahası, evdeki doğru bakıcı kimdir? İyi eğitilmiş ve güçlü enformel bakıcılar mı, hemşireler mi, yoksa hekimler mi? Çeşitli durumlarda bu bakıcıların doğru kombinasyonu nasıl olmalıdır? Konunun başındaki, hizmet programını oluşturan, farklı bakıcıları idare eden uygun yönetici kim olmalıdır?

Bu yayın, yukarıda bahsi geçen güçlükleri açık örneklerle gözler önüne serer, evde bakıma ilişkin en iyi bulgulara bir genel bakış sunar ve Avrupa şehirlerinde uygulanmakta olan bir dizi ilgi çekici ve aydınlatıcı politikayı okuyucuyla buluşturur.

Francesco Longo

Direktör

Sağlık ve Sosyal Hizmetler İdaresi Araştırma Merkezi

Bocconi Üniversitesi

Milan

İtalya

1. Avrupa’da Evde Bakım Hizmetleri: Genel Bakış

Evde bakım hizmeti; kişilerin sağlık ve sosyal ihtiyaçlarının, evlerinde uygun ve kaliteli sağlık ve sosyal hizmetler sunarak, formel ve enformel bakıcılar aracılığıyla, gerektiğinde teknolojiden yararlanarak, dengeli ve düşük maliyetli bir bakım süreci içerisinde karşılanmasıdır (1, 2).

Geçtiğimiz yıllar boyunca, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa Bölgesi’nde ortalama yaşam süresi artış göstermiştir. Avrupa Bölgesi’nde yaşlı nüfusun, nüfusun tamamına oranı giderek artmakta ve bu artışın önümüzdeki yıllarda hızlanacağı öngörülmektedir. Bu da bakıma muhtaç yaşlı sayısının artacağı anlamına gelir (3). Engelliliğin ve ölümün önde gelen sebeplerinden bulaşıcı olmayan hastalıklara sahip kişilerin ihtiyaçları da zaman içinde değişecektir. Kronik hastalıklara sahip çok sayıda insan, hareket zorlukları yüzünden evde kalabilir; veya ciddi sağlık problemleri olan çocuklar ile zihinsel engelli kişiler de evde bakım hizmetine muhtaçtır (4-6).

Sosyal ve demografik değişim ve hareketlilik trendleri, evde bakım hizmetine duyulan ihtiyacı etkiler. Geleneksel büyük aile yapısının ayrışması ve kentleşme gibi diğer sosyolojik trendler durumu daha da karmaşık bir hale sokar. Kırsal kesimlerde aile grupları genel olarak uzun süreler boyunca aynı çatı altında yaşamaktadır ve bu da aile bireylerinin, ailedeki diğer yaşlı ve engelli bireylere bakmasını sağlar. Kentlerde durum biraz farklıdır, daha küçük bir aile, kısıtlı yaşam alanı ve işleri sebebiyle aileden uzaklaşmak zorunda kalan genç nesil... Bütün bu etmenler, bugünün ve gelecek nesillerin, ailelerinin kendilerine sağlayamayacağı bakıma olan ihtiyaçlarını arttırmakta ve bu da ulusal hükümetten, bölgesel idarelere; şehirlerden belediyelere kadar her

seviyeden idare birimlerine büyük sorumluluk yüklemektedir; özellikle belediye idareleri evde bakım hizmetinin uygulandığı yerler olması açısından bilhassa önemlidir (7).

İhtiyaçlardaki ve sosyal yapıdaki bu değişim, hastalık odaklı bir yaklaşım artık yeterli olmadığı için, sağlık ve sosyal hizmet politikalarına farklı yaklaşmayı gerektirir. Araştırmalardan elde edilen bulgular engelli ve yaşlı insanların bakım kurumlarını istemediklerini ve aileler gibi diğer enformel bakıcıların da bakıma muhtaç aile bireylerini kendi evleri gibi sıcak ve dostane ortamlarda bakmayı tercih ettiklerini göstermektedir (8).

Günümüzde ve gelecekte, karar mercileri, ‘evde bakım hizmetini’, kişilerin akut ve/veya uzun süreli olarak bakım evlerine yerleştiril-



mesini önleyen ve onları kendi evlerinde/çevresinde mümkün olduğu kadar tutmayı sağlayan sürdürülebilir bir yaklaşım olarak düşüneceklerdir.

Referanslar

1. *Home-based and long-term care: home care issues and evidence*. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html), erişim: 25 Temmuz 2008).
2. *Community home-based care in resource-limited settings: a framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html), erişim: 25 Temmuz 2008).
3. Eurostat. *Europe in figures: Eurostat yearbook 2008*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2008.
4. Thornicroft T, Tansella M. *What are the arguments for community-based mental health care?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (Health Evidence Network report; http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/mentalhealth/20030903_8, erişim: 25 Temmuz 2008).
5. Moise P et al. *Dementia in 9 OECD countries: a comparative analysis*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2004 (OECD Health Working Paper 13).
6. Moon L et al. *Stroke care in OECD countries: a comparison of treatment, costs, and outcomes in 17 countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003 (OECD Health Working Paper 5).
7. *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU-25 Member States on pension, healthcare, long-term care, education and unemployment transfers (2004–50)*. Brussels, Economic Policy Committee and the European Commission, 2006 (Special Report Number 1).
8. European Commission. *i2010: independent living for the ageing society*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2006.

2. Avrupa’da evde bakım hizmetlerine duyulan ihtiyaçtaki artış

Her ne kadar geçmiş, değişim dinamikleri ve bunlarla ilişkili politikalar Avrupa içinde farklılıklar gösterse de, hemen hemen tüm ülkeler, evde bakım hizmetine olan arz ve talep ile bu hizmetin sağlanmasında çeşitli demografik, sosyal, teknolojik, epidemiyolojik ve politik güçlüklerle karşı karşıya kalır (Şekil 2.1) (1).

Demografik değişimler

Demografik değişimler evde bakım hizmetine olan talebi giderek arttırmaktadır. Avrupa Birliği’ne (AB) üye ülkelerin nüfus yapısı yakın gelecekte önemli ölçüde değişecektir. Özellikle yaşlı ve çok yaşlı insanların oranının artması beklenirken (Şekil 2.2), doğurganlığın düşmesiyle paralel olarak çocuk, genç ve yetişkin genç ve yetişkin insanların oranında düşüşler gözlenecektir.

Oranlar bölgeden bölgeye farklılık gösterecekse de, yine de oranlarda düşme olacaktır. Bu da giderek daha yaşlı bir nüfus profiline ve bakıcıların bakıma muhtaç insan oranında düşmeye sebep olacaktır. Bu da vergi tabanının azalmasına sebebiyet vererek, kamu hizmetlerine ayrılan fon ile mevcut formel ve enformel bakıcı sayısını azaltacaktır.

Her ne kadar günümüzde bireyler, eskiye kıyasla daha yaşlıyken bakıma muhtaç hale geliyor olsa bile yaş ilerledikçe evde bakım hizmetine duyulan ihtiyaç artmaktadır. Bireylerin eski nesillere göre ilerleyen yaşlarda bakıma muhtaç olması hayat tarzları, besin, kişisel hijyen ve barınma alanındaki ilerlemeler sayesinde. Ayrıca hastalıkların önlenmesi, yaşam standartları ve kişisel bakım alanındaki gelişmeler gereken destek miktarını ve kişinin ne kadar bakıma muhtaç olduğunu etkilemektedir (3).

Şekil. 2.1. Şekil 2.1 Evde bakım hizmetleri arz ve talebini etkileyen faktörler

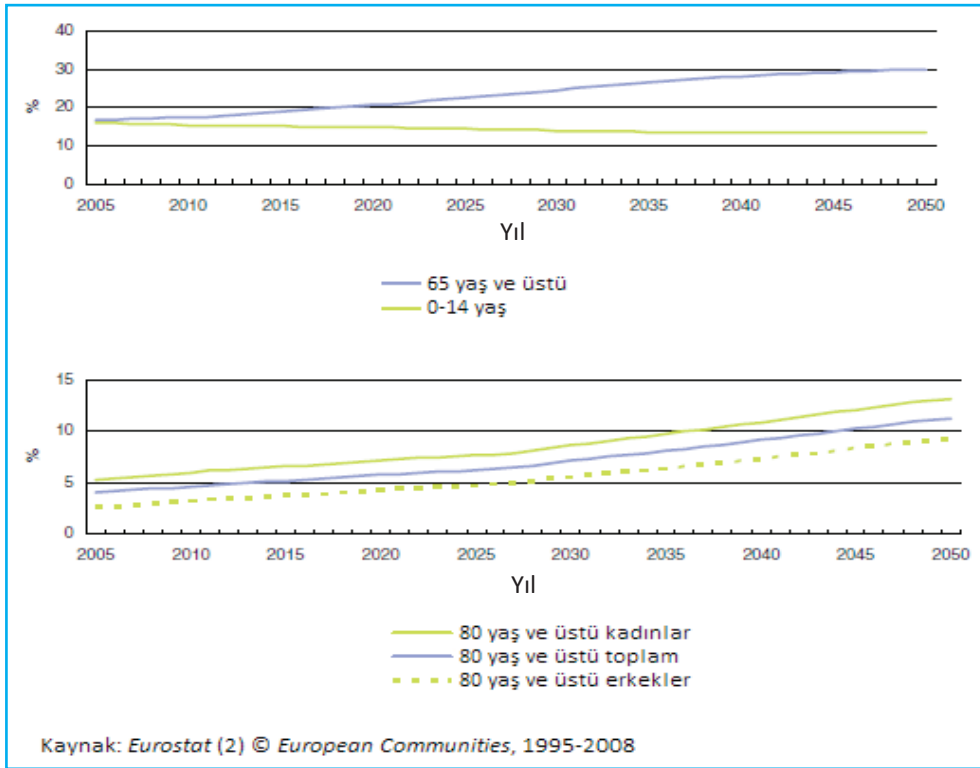


Sosyal değişim

Sosyal tutum, değer ve davranışların değişmesi formel evde bakım hizmetine duyulan talebin giderek artmasına sebep olmaktadır. Geleneksel büyük aile gruplarının, kentsel bağlamda daha ufak çekirdek birimlere bölünmesi, bakıma muhtaç kişiye bu hizmeti sağlayacak kişi sayısını azaltmaktadır. Bunun yanında, kadınların işgücü piyasasına katılımı giderek yükselmiş ve kadınların kariyer imkânları ile iş ücretlerinin geliştirilmesine daha fazla önem verilmeye başlanmıştır. Kadınların işgücü piyasasına giderek artan katılımı ve bu piyasaların giderek daha katı kurallarla düzenlenmesi aile bakımını

azaltmıştır. Kadınların işgücü piyasalarına katılımının teşvik edildiği ve işgücü politikalarının kadının aktif katılımını arttırmayı planladığı ülkelerde bu durum, gerek formel gerekse enformel bakım hizmetlerinin uygulanmasında önemli sonuçlar doğurmaktadır. Bu politikalar, emekliliği geciktirmeyi ve erken emeklilikten vazgeçirip Avrupa içindeki tüm sektörlerde işgücü piyasasına katılımı arttırmayı amaçlayan geniş Lizbon Avrupa için Büyüme ve İstihdam stratejisinin bir parçasıdır. Dolayısıyla, yaşlı bir insana bakan bir insanın maksimum yaş aralığı 45-60 olduğundan, bu politikalar informal bakıcılarda genel bir azalmaya sebep olacaktır (4,5).

Avrupa içindeki (gerek çalışma çağı gerek emeklilik çağında olsun) hareket serbestliği, aile bireyleri arasında önemli ölçüde mesafeler yaratabilir. AB'ye yeni katılan ülkelerin genç ve profesyonel nüfuslarında büyük göçler gözlenmiştir ve bu da beyin göçünün yanı sıra giderek genişleyen bir hizmet boşluğunu da beraberinde getirmektedir (2).



Şekil 2.2 Avrupa Birliği'ndeki (27 ülke) çeşitli yaş gruplarının nüfusa oranlarının projeksiyonu

Epidemiyolojideki Değişiklikler

Kamu sağlığındaki gelişmeler, epidemiyolojik değişiklikleri de beraberinde getirmiştir. Aşağıdakilerin de içinde bulunduğu bulaşıcı olmayan hastalıkların artması, evde bakım hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmuştur (6-8):

- Zihinsel hastalıklar artık daha fazla fark edilip tedavi edilmektedir. Evde bakım, kurum içerisinde sunulan bakım hizmetleri ne tercih edilmektedir.
- Hastalıkların düzeni değişmektedir. Örneğin Alzheimer ve bu nama gibi hastalıklara yaşlı insanlarda daha sık rastlanmaktadır. Bu koşulların, çeşitli hizmetler ile evde verilen etkili tedavi ve desteğin ne kadar etkili olabileceği giderek daha fazla fark edilmekte ve anlaşılmaktadır.
- Daha fazla insan diyabet, kalp hastalıkları, solunum yolu hastalıkları, inme ve kanserin sonuçlarıyla yaşamaktadır. Bu hastalıklar, uygun ve hedefe yönelik destek yöntemleriyle evde etkili bir şekilde halledilebilir.

Bilimsel ve Teknik Yenilikler

Bilim ve teknolojiye gelişmeler (gerek medikal gerek medikal olmayan gelişmeler) evde bakım hizmetine duyulan arz ve talebi etkilemektedir. Tıbbi ilaç, cihaz ve cerrahi teknolojiler de dâhil olmak üzere tıp alanındaki gelişmeler, ortalama yaşam süresini arttırmış ve hayatı birçok ihtiyaçla dolu olan engellilerin, yaşlıların ve çocukların hayat standardını yükseltmiştir. Basit ev modifikasyonları (uygun tuvaletler, duş ve banyolar, kaldırma ekipmanları gibi), konutların engelli insanların ihtiyaçlarına göre ayarlanmasını sağlamıştır. Teknolojinin gelişmesi ve teknolojik yenilikler, evlerinde kalmak isteyen nüfus gruplarına pek çok fırsat ve çözüm sunmakta; yüksek ve düşük teknolojiyle donatılan evde bakım çözümleri, geleneksel evde bakım hizmetlerini desteklemekte ve tamamlamaktadır.

Tutum ve Beklentilerdeki Değişiklikler

Hizmetlerin organizasyonu ve sağlanması hususunda vatandaşın sesi, beklentileri ve tercihleri giderek yükselmektedir (10,11).

- Bazı durumlarda, özellikle de evde bakımda, kullanıcı hakları ve salahiyet söylemi, kişiselleştirilmiş ve duruma göre uyarlanmış çözümler üzerinde durmakta ve kişinin seçiminin, kontrol sahibi olmasının ve hizmetlerin

maddi olarak karşılanması ve tedarikinde otonom olmasının önemine dikkat çekmektedir.

- Huzurevi koşullarının uygunluğu artarak sorgulanmakta, ev ve toplum kökenli çözümler ve hizmetler daha fazla tercih edilmektedir. Avrupa'da yapılan bir araştırmaya katılanların neredeyse %90'ı sosyal hizmetlerin ve sağlık hizmetlerinin yaşlı kimselerin mümkün olduğunca evde kalmasına yardımcı olması gerektiğini düşünmektedir (10).
- Avrupa içinde nüfus hareketliliğinin ve göçün artması sonucu, tüm Avrupa ülkeleri farklı toplumların ihtiyaçlarına cevap vermek zorunda olmuştur. Toplum, hizmetlerin kültürel duyarlılığa sahip olması ve etnik azınlık gruplarının ihtiyaçlarına cevap vermesi gerektiğini düşünmekte ve bu da evde bakımın sağlanmasında daha fazla talep doğurmaktadır.

Politik Öncelikler ve Tercihler

Bir dizi politika değişiklikleri ve öncelikleri evde bakım hizmeti üzerinde baskı oluşturmaktadır. Ev odaklı çözümlerin kişilerin kendisi, aileleri ve toplumun geneli için daha yararlı olacağına dair bir siyasi görüş hakimdir (11,12).

- Çoğu Avrupa ülkesinde huzurevi dışında bakımın ve toplum içi yaşamın, sağlık politikalarının oluşturulmasında genel ve belirleyici ilkeler olduğu fikri mevcuttur. (1) akıl hastanelerinde uzun süreli yatmanın kaldırılması, (2) öğrenme güçlüğü çeken insanların toplum içinde ve küçük ortamlarda yaşamasının sağlanması, (3) yaşlı insanların bakım evlerindense toplumla iç içe yaşayıp daha kaliteli bir hayata kavuşması gibi hedefler, bu politikalara örnek teşkil eder.
- Yaşlanmakta olan nüfusla ilgili, özellikle emeklilik ve sağlık hizmetlerinin kamu harcamaları üzerinde yarattığı baskı hususunda artan endişeler bulunmaktadır. Tüm OECD ülkelerinde 1990-2004 yılları arasında sağlık harcamalarındaki artış, gayri safi yurtiçi hâsıladaki artıştan daha fazla olmuştur.
- Ev tabanlı çözümler sadece sosyal, sağlık ve duygusal faydaları için değil, kamu harcamalarını düşüreceğinden dolayı da önerilmektedir; zira evde bakımın, huzurevleri ve benzeri kurumlardaki bakımdan daha efektif ve uygun olduğu kanıtlanmıştır.
- Temel sağlık hizmetlerinin (ev tabanlı hemşirelik hizmetleri, evde hasta ve darülaceze hizmetleri gibi) yaşam kalitesini arttırmada önemli bir yeri olduğu açıktır. Bu da sağlık ve sosyal hizmet sistemlerinde akut ve uzun süreli yataklı tedavi yöntemlerinden toplum içi bakım hizmetlerine doğru geçişi sağlayan temel etmen olmuştur.

- Enformel bakımın (aile, arkadaşlar veya komşular tarafından) öneminin anlaşılması, bu önemli aktörlerin politika yapımcılar ve hizmet sağlayıcılar tarafından fark edilmesini sağlamış ve enformel bakıcılardan yararlanmaya devam etmenin gerekliliği görülmüştür.

Referanslar

1. *Home-based long-term care: report of a WHO study group*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 898; whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf, Erişim: 25 Temmuz 2008).
2. Eurostat. *Europe in figures: Eurostat yearbook 2008*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2008.
3. Andrews GR. Promoting health and function in an ageing population. *British Medical Journal*, 2001, 322:728–729.
4. Vlasblom JD, Schippers JL. *Increases in female labour force participation in Europe: similarities and differences*. Utrecht, Tjalling C. Koopmans Research Institute, University of Utrecht, 2004 (Discussion Paper 04 -12).
5. *Facing the challenge: the Lisbon strategy for growth and employment. Report from the High Level Group chaired by Wim Kok*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004.
6. Thornicroft T, Tansella M. *What are the arguments for community-based mental health care?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (Health Evidence Network report; http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/mentalhealth/20030903_8, Erişim: 25 Temmuz 2008).
7. Moise P et al. *Dementia in 9 OECD countries: a comparative analysis*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2004 (OECD Health Working Paper 13).
8. Moon L et al. *Stroke care in OECD countries: a comparison of treatment, costs, and outcomes in 17 countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003 (OECD Health Working Paper 5).
9. Heaton J et al. *Technology-dependent children and family life*. York, Social Policy Research Unit, University of York, 2003 (Research Works, 2003-02).
10. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Health and care in an enlarged Europe*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004.
11. *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU-25 Member States on pension, healthcare, long-term care, education and unemployment transfers (2004–50)*. Brussels, Economic Policy Committee and the European Commission, 2006 (Special Report Number 1).
12. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (3): CD000356.



© Joan Teno

3. Avrupa’da Evde Bakım Hizmetlerinin Arzı

Evde Bakım Hizmet ve Çözümlerinin Organizasyonu

Evde Bakım Hizmetinin Tarihçesi

Avrupa’da evde bakım hizmetlerinin ve ilgili politikaların gelişimi ve uygulanmasında tek bir geçmişten söz etmek mümkün değildir. Evde hemşirelik ve yardım hizmetlerinin gelişimi, ülkeden ülkeye finansman ve uygulamada farklılık gösteren ve gidişatı farklı karmaşık refah, sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinin ortaya çıkmasıyla ilişkilidir. Bu karmaşıklığa ulusal düzeydeki sosyal ve kültürel kurumları da eklersek, sosyal politika ve reformlarının dokusu iyice renkli bir hale bürünür. Sonuç; evde bakım hizmetinin verilmesi, organize edilmesi ve finansmanında, vergi tabanlı uygulamalarda, belediye/bölge/ulusal seviyedeki sorumluluk paylaşımında, sağlık ve sosyal hizmetlerin ayrımında ve enformel bakıma ne kadar destek verileceği gibi politikaların belirlenmesinde zengin bir yaklaşım ve strateji çeşitliliğidir (1).

Avrupa’da evde bakım hizmetleri tarihsel olarak aile başta olmak üzere, kilise ve gönüllüler tarafından sağlanan enformel bakım hizmetlerine dayanmaktadır. Aile ve akrabalık bağlarının, yaşlı ve engelli kimselere bakım hizmeti sağlanmasında önemli bir yere sahip olması, hemen tüm Avrupa sosyal devletlerinde görülen bir durumdur. Ancak 19. yüzyılda büyüyen devletlerin giderek sağlık hizmetleri ve sosyal refah alanına dahil olması, bu uygulamaları arttırmış fakat bu uygulamaların yerini yine de tam olarak almamıştır (2).

20. yüzyılda büyük ölçekli kurumlar ve hastaneler, yaşlı insanlar, çocuklar, fiziksel engelliler ve zihinsel engelli grupları da içeren pek çok gruba destek veren temel birimler olmuşlardır. Bununla birlikte, özellikle Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde başta olmak üzere, profesyoneller ve kullanıcıların bu kurumların ne kadar söze sahip olması gerektiğiyle ilgili eleştirileri 1950’lerden beri giderek artış göstermiştir. 1960’lardan beri çocukları ve yaşlıları hastanelerde uzun süreli yatırmanın azaltılması, çocuklar ve engelli insanlar için hemşirelik ve bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi, bakım evlerinin arttırılması ve zihinsel engelli kimseler için akıl hastanesi gibi zihinsel kurumların kapatılması için çağrıda bulunan hareketler bulunmaktadır. Toplum sağlığı, sürekli bakım, entegre bakım ve evde bakım gibi politikalar, diğer kurumlardaki bakım hizmetlerine alternatif olarak öne sürülmüş ve desteklenmiştir. Enformel bakımın ve aile tarafından verilen bakımın bu uygulamalardaki rolünün öneminin anlaşılması da, anlayıştaki bu değişikliğin temelinde bulunmaktadır. İngiltere ve İskandinav ülkeleri gibi bazı ülkelere, kurumsal yaklaşımlardan aile temelli yaklaşımlara geçilmesi ancak yakın geçmişte mümkün olmuş, fakat bu arada kurumsal yaklaşımlar yerine toplumsal yaklaşımlar ve hizmetler

yaygın olarak uygulanmıştır.

Kurumsal ve kurumsal olmayan süreçler Avrupa’da farklı zamanlarda ve hızlarda varlık göstermiştir. Her ikisi de Güney ve Doğu Avrupa ülkeleri için yeni bir olgudur. Örneğin Doğu Avrupa ülkelerinde, kurumsal yaklaşımlar (hastaneye kaldırma gibi) 1990’lı yılların başına kadar en yaygın uygulama olarak geçerliliğini korumuştur (3).

Geleneksel evde bakım hizmetlerine ek olarak, evdeki hastane ve bakımevi uygulamaları ile evde hemşirelik hizmetlerinin ve gerekli desteğin verilmesi gibi uygulamalar yeni ve karmaşık müdahale yöntemleri olup, tıp ve bilgi teknolojileri alanındaki gelişmelerin doğrudan yansımasıdır. Günümüzde tüm Avrupa ülkeleri, savunmasız gruplar için çok çeşitli bakım hizmetleri sunmanın önemini kavradıysa da, bunun anlamı ve ilgili politika değişiklikleri, tarihsel ve bağlamsal durumlara göre ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Örneğin pek çok Güney Avrupa ülkesinde formel evde bakım hizmeti tam olarak gelişmemişken, İskandinav ülkelerinde gönüllü sektörler kısmen gelişmiştir. Bu farklılıklar tarihsel farklılıklarla, uygulamadaki kalıtsal farklılıklarla, devletin ve sivil toplumun geleneksel rolleriyle ve evde bakım hizmetini sağlayanın sorumluluğunu kimin üstleneceğiyle ilgili giderek artan beklentilerle açıklanabilir (1,4).

Hizmetlerin Sunumunda Yer Alan Meslek Grupları ve Sağlayıcılar

Evde bakım, ev ortamında formel klinik ve sosyal hizmetler ile enformel hizmetlerin, çeşitli sağlayıcılar aracılığıyla sunulduğu ve doğal olarak da emek yoğunluklu bir hizmettir. Bu sağlayıcılar hemşire, terapist (fiziksel terapist, mesleki ve konuşma terapisti gibi), evde bakım yardımcıları, sosyal hizmetler çalışanları, doktorlar, diyetisyenler, evde çalışan hizmetliler, ev arkadaşları ve gönüllüler gibi profesyonel veya profesyonel olmayan kişilerden oluşabilir.

Hemşireler, profesyonel evde bakım çalışanları içinde en büyük



© Joan Teno

grubu oluşturmaktadır. Genel olarak hemşireler, bakım hizmeti alan kişileri değerlendirir, bakım planlarını oluşturur, nitelikli hemşirelik bakım hizmeti sunar ve kişinin başka bir hizmete ihtiyacı olup olmadığını belirler. Ayrıca hemşireler, mevcut bakım hizmetlerinden en iyi şekilde faydalanmak için hizmeti alan kişilere ve diğer aile fertlerine eğitim yoluyla yardımcı olur. Ev ortamı, hemşirelerin giderek daha bağımsız çalışmasını gerektirir; çünkü bağımsız karar alabilmeleri, bakım ekibinin koordinasyonunun sağlanması ve daha karmaşık fakat daha gelişmiş prosedürlerin uygulanması gereklidir. Bununla birlikte, pek çok Avrupa ülkesinde hemşirelik ve sağlık hizmetleri; ulusal, bölgesel ve kentsel düzeylerde, evde bakım hizmetlerinden bağımsız şekilde düzenlenmekte ve finanse edilmektedir (evde bakım hizmetleri genelde belediyelerin sorumluluklarındandır – bkz. sonraki paragraf) (4).

Evde bakım asistanları (veya yardımcıları), sundukları farklı hizmetlerden ötürü evde bakım hizmetlerini oluşturan işgücünün temelidir. Bu hizmetler, terapide yardım etmek ve gündelik aktivitelerde yardımcı olmaktan yemek hazırlamaya kadar çok çeşitlidir. Bu yardımcıları genel olarak daha fazla ziyaret yapmakta ve bakım hizmetini alan kişiyle daha çok vakit geçirmektedir. Her ne kadar bu yardımcıları evde bakım hizmetleri için kritik önem taşısa da, dünyada evdeki bakıcıların sayısının az olması endişeleri arttırmaktadır. Trendlere göre, bu iş alanında çalışan insan sayısını arttıracak bir plan olmadığı sürece, gelecek yıllarda durum daha da vahim bir hal alacaktır. Göçmenler, bu sorunun çözümünde mantıklı bir cevap olarak görülmektedir. Orta ve düşük gelirli ülkelerden, yüksek gelirli Avrupa ülkelerine doğru önemli ölçüde bir bakıcı akışı mevcuttur (Slovakya ve Macaristan'dan Avusturya'ya, Doğu Avrupa ülkelerinden Birleşik Krallık'a, Arnavutluk'tan İtalya'ya vb.) (5). Örneğin İtalya'da, İtalya dışında doğup da İtalya'da ev içi pozisyonlarda çalışanların oranı 2001'de %20'den 2006'da %83'e çıkmıştır. Fakat bu çalışanların çoğunun lisansı bulunmamakta ve resmi kurumların gözetiminden, denetiminden uzak çalışmaktadırlar. Bu da verilen bakım hizmetinin kalitesiyle ilgili soru işaretlerini beraberinde getirmektedir. Yerel düzeyde, hükümetler ev bakıcılarına olan talebi, eğitilmiş hemşire ve yardımcıları karşılamaya yönelik programlar uygulamaya koymaya başlamaktadır. Daha iyi eğitim ve akreditasyon programları nitelikli bakıcı ihtiyacını kalıcı olarak çözebilir (6).

Bu olgunun bir de dezavantajı vardır: Günümüz uluslararası göç trendleri, işgücü ihraç eden Doğu Avrupa ülkelerinde, aktif ve genç işgücünün çekilmesine sebep olmakta ve bu durum söz konusu ülkelerin yaşlı nesli için bakım hizmetlerinde potansiyel bir boşluk riski doğurmaktadır (7).

Sosyal hizmetler görevlileri ve terapistler de diğer evde bakım çalışanlarıdır. Sosyal hizmetler çalışanları; hizmeti alan kişi ve aile fertlerine, toplumsal destek konusunda, bürokrasiyi ve finansal sıkıntıları aşmada ve evde tedavi sürecini etkileyebilecek sosyal yönler hususunda yardımcı ve destek olurlar. Fizik-

sel terapistler, iş uğraş terapistleri ve konuşma terapistleri ise, kişinin terapi ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak gerekli rehabilitasyon planını hazırlar ve terapinin verilmesinde görevli yardımcılarının gözetmenliğini yapar (5).

Enformel Bakım

Geleneksel olarak enformel bakıcı, ailesi, eşi, arkadaşları veya komşularına, hastalık, acizlik veya engellilik durumlarında, ücretsiz olarak bakan kimseleri tanımlamak için kullanılır (8). Tarihsel olarak, enformel bakım, evde bakımın önemli bir bölümünü oluşturmuştur ve halen daha evde bakımın en büyük kaynağını oluşturmaya devam etmektedir. Ev ortamlarında formel bakım, ancak 20. yüzyılın ortalarından itibaren enformel bakımın yanında önemli bir yer almaya başlamıştır. Enformel bakım genelde eşler, çocuklar, çocukların eşleri veya diğer aile fertleri tarafından sağlanır (9).

Formel ve enformel bakım arasındaki denge; politik, ekonomik, demografik ve kültürel faktörlere göre ülkeden ülkeye ve farklı zamanlarda önemli değişiklikler gösterir. Güney Avrupa ülkelerinde, enformel bakım, evde bakımın önemli kaynağını oluşturmaktadır. Bu parasız bakıcılar olmasaydı, evde bakım hizmetleri sürdürülebilirliğini yitirir, pek çok acil ihtiyaç da karşılanamazdı. Kuzey Avrupa ülkelerinde durum biraz daha farklıdır. Buralarda, enformel bakım daha az yaygındır çünkü belediyeler geniş kapsamlı kişisel bakım ve domestik hizmetler sunmakta (örneğin belediyelerin finanse ettiği özel kurumlar tarafından evde bakım hizmetinin verildiği Danimarka’da olduğu gibi), enformel bakım ise daha çok dostluk mahiyetinde ve sosyal destek sağlama amaçlı olmaktadır. Benzer bir durum İskoçya’da da geçerlidir. Burada belediye tarafından finanse edilen evde bakım, önceden akrabaların sağladığı bireysel bakımın yerini almış ve akrabaların yüklerini azaltmıştır. Araştırmalara göre, Norveç gibi diğer İskandinav ülkelerinde, yaşlı insanların, kendilerine yakın akrabaları tarafından değil, formel olarak bakım görevlileri tarafından bakılmasını tercih ettiği tespit edilmiştir. Enformel bakıcıların yaptığı görev ve aktivitelerin çeşitliliği, tipi ve seviyesi, Avrupa ülkeleri arasında ve bu ülkelerin içinde farklılık göstermektedir (Kutu 3.1) (10).

Her ne kadar enformel bakım, engelli ve yaşlı insanlar için evde bakımın büyük bölümünü karşılasa da, bazı trendler mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

- Giderek yaşlanan nüfus ve yaşlı insanların oranının artması: Enformel bakıcıların giderek daha yaşlı insanlardan oluşması (eşler gibi) sebebiyle, bu kişilerin yapabileceği işlerin daha kısıtlı olması.
- Aktif devlet politikaları doğrultusunda, kadınların işgücü piyasalarına katılımının artması: Avrupa ekonomilerinin yeni işgücü talebi ve enformel

Kutu 3.1 Katalonya, İspanya'daki birincil bakım ekipleri

Katalonya'da sosyal hizmetlerle sağlık hizmetleri arasındaki ayırım fazladır (her alan farklı bir idari birime bağlı olup, bütçeleri farklıdır) ve ulusal sağlık sistemi bu problemi çözme amaçlamaktadır. Temel sağlık ekiplerinin görevi sosyal ve klinik açıdan risk altında bulunan insanları bulmak ve tespit etmektir. Aile doktorları ve temel sağlık ekiplerinin hemşireleri her ev ünitesinin bakımından sorumludur: bu bakım, akut hizmetleri veya kronik bakım hizmetlerini içerebilir. Bakım hizmetini alan kişinin evinde, hemşireler, kişinin sadece fiziksel ihtiyaçlarını (beslenme değerlendirmesi, kronik vakaların varlığı ve kontrolü gibi) değil, aynı zamanda günlük aktivitelerde, iletişimde ve zihinsel ihtiyaçlarda bağımsız olup olmadığını değerlendirir. Hemşireler bunun yanında enformel bakım durumunu da değerlendirir. Eğer sosyal bir ihtiyaç tespit edilirse hemşireler sosyal hizmetlerden gerekli kişilerle hemen iletişime geçer. Bu profesyoneller bazı durumlarda olduğu gibi temel sağlık ekipleriyle birlikte çalışabilirken, bazı durumlarda yerel otoritelere bağlıdır. Koordinasyondaki aksamaları önlemek için de, temel sağlık ekiplerinden bir "aracı hemşire" hastaneye bilgi verir, gerekli hazırlıkların yapılmasını sağlar ve hizmeti alan kişinin, ailesinin, temel sağlık ekiplerinin ve sosyal hizmetlerin evde oluşabilecek diğer ihtiyaçlara karşı da hazırlıklı olmasını sağlar. Bir yandan da temel sağlık ekipleri, deneyimli hemşirelerden birini vaka lideri seçer; bu hemşire hastaneye yatırılan ve bakım hizmetini alan kişinin her türlü klinik ihtiyacıyla ilgilenir. Son olarak, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler arasındaki ayırımı azaltmak için, yerel sosyal hizmetleri ve devlete ait temel sağlık hizmetlerini içeren bir vakıf kurulmuştur (11).

bakıcı ihtiyacı arasındaki çatışma göz ardı edilmemelidir.

- 'Bakım karşılığı ücret' programları, formel ve enformel bakım arasındaki çizginin netliğini kaybetmesine sebep olmaktadır. Örneğin Hollanda'da olduğu gibi, bazı programlar, yakın akrabaların, sağladıkları bakım hizmetleri için para almalarına olanak tanımaktadır. Bazı ülkelerde (özellikle Avusturya, İtalya ve Yunanistan'da), akrabalar bu parayı yaşlı insanlar için kayıt dışı yatılı bakıcılar tutmak için kullanmaktadır (7,12).

Evde Bakım Hizmetleri: Organizasyonel Dizayn ve Yapı

Neredeyse tüm Avrupa Birliği ülkelerinde, evde bakım hizmeti sağlık hizmetleriyle sosyal hizmetlerin tam kesiştiği yerde konumlanmış ve her ikisinin özelliklerini barındırmaktadır. Geleneksel olarak, sağlık hizmetleriyle sosyal hizmetler arasındaki ayırım, evde verilen hizmetin niteliğinde yatmaktadır, yani sağlıkla mı sosyallikle mi ilişkili olduğuyla alakalıdır.

Sağlık hizmetleri tarafından evde verilen hizmetler genelde şunları içerir:

- Rehabilitasyon; gerek akut gerekse kronik durumlar için destek verici, sağlık artırıcı veya hastalık önleyici teknik hemşirelik hizmetleri (kronik vakalar için olana 'evdeki hastane' programı da denmektedir); mesleki terapiler, fizyoterapi (13)
- Evde sağlık hizmetlerini alanlar genelde yaşlı, karmaşık hastalıklara veya ölümcül hastalıklara sahip kişilerdir.
- Geleneksel olarak sosyal hizmet sektörü tarafından sağlanan evde yardım hizmetleri ise şunları içermektedir:
- Alışveriş, yemek yapma, temizlik ve idari işler (form doldurmak, fatura ödemek gibi) gibi ev işleri; sosyalleşme, yürüyüşe çıkarma ve kişisel bakıma (yıkama, giyinme vb.) yardımcı olma gibi aktiviteler.
- Bu hizmetler genelde enformel bakımın yerini almaktadır; yine de bu hizmetler aileye, komşulara ve arkadaşlara yardım sağlayarak enformel bakıma yardımcı olabilir, danışmanlık yaparak manevi ve psikolojik destek sağlayabilirler.
- Sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, evde yardım hizmeti alan kişiler, çoğunluğu yalnız yaşayan yaşlı kişilerdir.

Belçika, Fransa, İtalya, Portekiz, İspanya ve Birleşik Krallık gibi çok sayıda ülkenin, evde bakımın 'sağlık' bileşenin sağlık hizmetleri sistemine, 'sosyal' bileşenin ise sosyal sisteme dahil olduğu bir organizasyon yapısı bulunmaktadır (Tablo 3.1) (1,4). Özellikle Danimarka, Finlandiya, İsveç gibi diğer

ülkelerde, karar mercileri evde bakım hizmetini tek bir kurumun sorumluluğunda toplamanın avantajlarını fark etmiştir: belediyelerin sorumluluğunda. Örneğin Danimarka’da belediyeler, 1992’den beri evde bakım hizmeti vermektedir. Yerel yönetim odaklı, tek bir aktörlü çözümlerin aksine, Almanya ve Hollanda, evde hemşirelik ve sosyal bakım hizmetlerini, sigorta tabanlı tek bir fon ile finanse etmektedir. Bu kurumsal aktörlere ek olarak, gönüllülerin, derneklerin ve kar amaçlı kurumların da evde bakım hizmetlerinin sağlanmasında geniş rolü bulunmaktadır.

Tablo 3.1. Bazı AB ülkelerinde evde sağlık ve sosyal hizmetlerin organizasyonu		
Ülke	Evde sağlık hizmeti	Evde sosyal hizmetler
Belçika	Merkezi veya bölgesel yönetim	Yerel yönetim veya belediye
Danimarka	Yerel yönetim veya belediye	Yerel yönetim veya belediye
Finlandiya	Yerel yönetim veya belediye	Yerel yönetim veya belediye
Fransa	Sosyal güvenlik ve Yerel yönetim veya belediye	Yerel yönetim veya belediye
Almanya	Sosyal güvenlik	Sosyal güvenlik
İrlanda	Merkezi veya bölgesel yönetim	Merkezi veya bölgesel yönetim
İtalya	Merkezi veya bölgesel yönetim	Yerel yönetim veya belediye
Hollanda	Sosyal güvenlik	Sosyal güvenlik
Portekiz	Merkezi veya bölgesel yönetim	Yerel yönetim veya belediye
İspanya	Sosyal güvenlik	Yerel yönetim veya belediye
İsveç	Yerel yönetim veya belediye	Yerel yönetim veya belediye
Birleşik Krallık	Merkezi veya bölgesel yönetim	Yerel yönetim veya belediye

Evde Bakım Hizmetinin Verilmesi: İhtiyaç Başlangıcı ve İhtiyaç Değerlendirmesi

Evde bakım hizmetlerinin doğasını, yoğunluğunu ve en nihayetinde organizasyonel yapısını etkileyen önemli faktörler şunlardır:

- Evde bakım hizmetlerini almaya uygunluk kriterinin tanımı
- Uygun insanların erken tespit edilmesi
- Uygun ihtiyaç değerlendirmesi

Ülke tabanlı uygunluk kriterleri çeşitlilik gösterebilir. Bu kriterler sadece ülkeler arasında değil, aynı ülkenin içinde de değişebilmektedir: özellikle İngiltere ve Finlandiya’da bu durum geçerlidir.

İngiltere ve Almanya gibi farklı finansman rejimlerine, değerlendirme düzenlemelerine sahip ülkelerin net bir alt eşiği bulunmakta ve bu eşiğin altında kalan kişiler evde bakım hizmetleri için uygun görülmemektedir: bu eşikler talebi paylaştırmakta ve evde bakım hizmetlerindeki kaynak gücünün göstermektedir. Durumu evde bakıma uygun bireyler, bu ihtiyacın erken dönemlerinde tespit edilmelidir; çünkü insanlar genelde bunama, yaşlanma veya sosyal izolasyon gibi mevcut kronik durumlar kötüye gittiğinde ancak bu programlara dâhil edilmektedir (14).

Her ne kadar pek çok Avrupa ülkesinde ihtiyaç değerlendirmesi bölünmüş ve medikal ekspertize dayalı da olsa, bazı ülkelerde disiplinler arası değerlendirme ve tek-puan değerlendirme ekipleri ve/veya ajansları, çeşitli hizmet sağlayıcılar aracılığıyla vatandaşları değerlendirmekle mükelleftir (Tablo 3.2).

Ancak kişilere ulaşmak, etkili ve verimli bir evde bakım hizmeti sunmak için yeterli değildir. Bunlara ek olarak aileler ve diğer enformel bakıcılar da erken aşamalardan başlayarak dikkate alınmalıdır. Bakıcılara, karşılaştıkları güçlüklerde yardımcı olan doğrudan destek hizmetlerinin değerlendirmesi şu alanlara odaklanmalıdır: (1) bakıcı rolünü destekleyen, bilinçli karar alınmasını sağlayan kaliteli bilginin verilmesi; (2) bakıcının fiziksel sorunlarını, zihinsel ve duygusal güçlüklerini aşmasında destek vermek, geçici ve profesyonel bakıma kolay erişim imkanı sağlamak; (3) bakıcılık rolüyle duygusal olarak başa çıkabilmek için pratik eğitim (15).

Tablo 3.2. Bazı Avrupa ülkelerindeki ihtiyaç değerlendirmesi örnekleri	
Ülke	İhtiyaç değerlendirme yöntemi
Fransa	Yerel bilgi ve koordinasyon merkezleri
İtalya	Çok boyutlu geriatrik değerlendirme birimleri
Hollanda	Bakım ihtiyacı değerlendirme merkezleri
Birleşik Krallık	Tek değerlendirme süreci

Yine de aslında bunların tamamı her zaman gerçekleşmez; gerçekte evde bakım hizmeti, aile içinde bakıcısı olmayan yaşlı insanlara sağlanır. Eğer aile içi bir bakıcı mevcutsa, evde bakım hizmetlerinin verilmeme olasılığı daha fazladır. Evde bakım hizmetleri, enformel bakıcıların karşılaştıkları ekonomik maliyeti düşürmekte doğrudan etkili olmasa da, enformel bakıcıların çalışmasına olanak tanıyarak ekonomik kayıpların büyük ölçüde önüne geçilmesini sağlar.

Politikaya Etkileri

- Evde bakım politikaları, hem doğrudan bu hizmetlerden yararlananları hem de enformel bakıcıları hedef almalıdır.
- Politikalar, enformel bakıcıların omuzlarındaki yükü arttıran, hemşire ve ev yardımcılarını eksikliği sorununu ele almalıdır.
- Bazı ülkelerde yabancı uyruklu bakıcılar bu boşluğu doldurmuştur; bu genç göçmen kuşağını nitelikli hale getirmek, böylece eğitim ve sosyal dezavantajlarını telafi etmek amacıyla bir inisiyatife ihtiyaç vardır.
- Yerel hükümetler bu yabancı uyruklu bakıcıları resmi ağlara entegre ederek evlerdeki kaçak bakıcı oranını düşürmeye çalışmalıdır.
- Kaynakların kısıtlı olması, değerlendirme sürecini, evde bakım hizmetlerine erişimi ve bu hizmetlerin kalitesini etkileyebilir. Bu kısıtlamalar aynı zamanda durumu henüz 'ciddi' boyutlara ulaşmayan kişilere verilebilecek önleyici bakım hizmetlerini de zayıflatmaktadır.



© Joan Teno

Referanslar

1. Hutten JBF, Kerkstra A. *Home care in Europe. A country-specific guide to its organization and financing*. Arena, Aldershot, 1996.
2. Twigg J, ed. *Informal care in Europe*. York, University of York/SPRU, 1993.
3. Risse GB. *Mending bodies, saving souls: a history of hospitals*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
4. Ehrenfeld M. Nursing and home care in Europe. *International Nursing Review*, 1998, 45:61–64.
5. Stone R. *Long-term care workforce shortages: impact on families*. San Francisco, Family Caregiver Alliance, 2001 (Policy Brief No. 3).
6. Lamura G, Polverini F. *East to west: the migration of informal caregivers*. Washington, DC, AARP International, September 1, 2005 (http://www.aarpinternational.org/gra_sub/gra_sub_show.htm?doc_id=556115 , erişim: 25 Temmuz 2008).
7. Eurostat. *Europe in figures: Eurostat yearbook 2008*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2008.
8. *White paper: together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013*. Bunnik, the Netherlands, European Association Working for Carers, EUROCARERS, 2007.
9. Mestheneos E, Triantafillou J. *Supporting family carers of older people in Europe – the pan-European background*. Hamburg, University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, 2005.
10. Penning MJ. Hydra revisited: substituting formal care for self and informal in home care among the older adults with disabilities. *The Gerontologist*, 2002, 42:4–16.
11. Aranzana A, Cegri F. Home care program structure. In: *Home care guidebook*. Barcelona, Catalan Family and Community Medicine Society, 2003.
12. Vlasblom JD, Schippers JL. *Increases in female labour force participation in Europe: similarities and differences*. Utrecht, Tjalling C. Koopmans Research Institute, University of Utrecht, 2004 (Discussion Paper 04-12).
13. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (3): CD000356.
14. Nies H, Berman PC. *Integrating services for older people: a resource book for managers*. Dublin, European Health Management Association, 2004.
15. Thomé B, Dykes AN, Hallberg IR. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcomes: systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 2003, 12:860–872.

Evde Bakım Hizmetinin Finansmanı

Evde Bakım Hizmetinin Finansmanına İlişkin Genel Hususlar

Evde bakım hizmetlerinin finansmanına ilişkin temel hususlar, neyin, kime verileceği ve bunun nasıl finanse edileceğiyle ilgilidir. Evde bakım hizmetleri için kaynak yaratma ve bu hizmetlerin alımı, sağlık ve sosyal hizmetlere uygunluk kriterleriyle yakından ilişkilidir: evrensellik veya hedefleme, hak etme ve/veya bütçe kısıtlamaları, değerlendirme sistemleri, sınır koyma ve maliyet tasarrufu (1).

Finansmanla ilgili hususlar, kaynakların nasıl yaratılacağını (vergilendirme, kullanıcı katkıları, bireysel ödemeler veya piyasa tipi diğer mekanizmalar vb. ile) ve kullanıcılara nasıl dağıtılacağını (kısıtlamalı alışveriş kuponları veya paranın nereye harcanacağına kısıtlama koymayan nakit ödemeleri vb. ile) içer-

Şekil 3.1. Evde bakım hizmetlerinin finansmanı, dağıtımı ve uygulanması		
Kaynaklar	Kaynak harcama ve dağıtımı	Karma uygulama ekonomisi
Devlet müdahalesi - Ulusal vergilendirme - Sosyal güvenlik Yerel vergilendirme - Kullanıcı ortak ödemeleri	Sağlık ve sosyal hizmetlerin sağlanması (devlet veya sivil toplum tarafından veya doğrudan) Piyasa sigorta mekanizmaları	Devlet tarafından ve yerel olarak organize edilmiş hizmetler
Aile yardımı - Aile ortak ödemeleri - Enformel bakım harcaması - Kullanıcı ortak ödemeleri - Kullanıcı özel satın alımları	Doğrudan ödemeler veya tüketicinin tercihlerine göre yardım Bakıcıya yapılan nakit ödemeleri Serbest piyasa	Gönüllülük ve inanç esasına dayalı kurumlar ile derneklerin sunduğu evde bakım hizmetleri Özel kuruluşlar veya kar amaçlı hizmet sağlayıcıları Enformel bakım
Sivil toplum - Gönüllülük ya da inanç esasına dayalı uygulamalar - Dernekler		

Kutu 3.2. Danimarka – Hizmetlerin tek bir finansman akışı ile entegrasyonu

Danimarka’da belediyenin vergilendirmesi ile oluşan tek bir kaynak akışı, evde hemşirelik ve diğer kişisel bakım hizmetleri için yeterli maddi kaynakları oluşturmaktadır. Bu hizmetler hem yaşlı insanların evlerinde, hem de bakım evlerinde verilmektedir. Toplum sağlık merkezleri, evde bakım ve hemşirelik hizmetlerinin temelini oluşturmakta ve entegre ekipler halinde çalışarak hem yaşlı ve zayıf kimselerin bakımını sağlamakta hem de toplum içinde yalnız yaşayan kişilerle ilgilenmektedir.

Kutu 3.3. Almanya – Kişinin haysiyeti, onuru, seçimi ve özgürlüğünün finansmanı

Almanya’daki uzun vadeli bakım sigortasının temel hedefi sosyal desteğe olan bağımlılığı azaltmaktır. Bir kişi yapılan uygunluk değerlendirmesinin sonucu olarak uzun süreli bakım sigortasına uygun görüldüğünde, bu kişi dilerse bu hizmetleri nakit ödemesi şeklinde, dilerse kendisine sağlanacak bakım hizmetleri olarak dilerse de kendi seçimine göre bu ikisinin bir kombinasyonu olarak alabilir.

mehtedir. Avrupa'da evde bakım hizmetlerinin finansmanının tutarlılığı ve sürdürülebilirliği ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir; özellikle hizmetlerin finansmanı, dağıtımı, erişilebilirliği, kalitesi, ödeme mekanizmaları, kamu tarafından mı özel sektör tarafından mı sağlanacağı, nüfus kapsama oranı ve memnuniyeti hususunda belirgin farklılıklar mevcuttur. Fakat Avrupa'daki finansman düzenlemeleri birbirinden farklı olsa da, yükselen talebe paralel olarak daha fazla sürdürülebilirlik arayışı gibi yaygın bir eğilim de mevcuttur. Genel mekanizmalar şu şekildedir:

- Kamu tarafından finanse edilen temizlik ve ev işleri gibi evde bakım hizmetlerinin sunulması
- Profesyonel hizmetlerdense nakit ödemeleri veya kupon verilmesi gibi piyasa mekanizmaları
- Yaygın ve giderek artan piyasa mekanizmalarının kullanımı (nakit ödemeleri, bakım ödenekleri, kişisel bütçeler, kuponlar gibi), çeşitli ve duyarlı evde bakım hizmetlerinin tedarikini arttırmak ve formel hizmetlerden enformel hizmetlere geçişi sağlamayı amaçlamaktadır. Bu mekanizmaların birkaç farklı sonucu bulunmaktadır.
- Refah devletlerinin (gerek yerel gerekse ulusal düzeyde olsun) evde sundukları hizmetlere nazaran daha farklı bir dizi politik kaldıracağı gerektirir. Özellikle hizmetlerin kalitesinin düzenlenmesi için çeşitli mekanizmalar gereklidir.
- Potansiyel kullanıcılara en uygun hizmet sağlayıcısını seçmelerinde yardımcı olmakta ve bireyselleştirilmiş hizmet seçeneklerinin müzakeresinde bilgilendirme, danışmanlık ve aracılık hizmetleri çok daha önemli bir hale gelmiştir.
- Bu mekanizmalar formel bakım hizmetleri, kayıt dışı bakıcılar ve enformel bakım hizmetlerinin arasındaki çizginin bulanıklaşmasına sebep olur: örneğin bazı sistemlerde bakım ödeneklerinin veya kişisel bütçe için ayrılan paranın enformel bakıcıya ödenmesi mümkündür.

Avrupa'daki yaşlanma olgusunu göz önünde bulundurduğumuzda, evde bakıma ihtiyaç duyacak zayıf, aciz insan sayısının gelecekte artması kuvvetle muhtemeldir. Bu durum da, etkili, verimli ve entegre bakım hizmetlerinin sağlanmasında, kaynakların dağıtımında (personelin hastanelerden toplum bakım ünitelerine yerleştirilmesi; geçici bakım, enformel bakım hizmetlerinin finansmanı gibi hususlarda) çeşitli seçeneklerin olacağı anlamına gelir (Kutu 3.2 ve 3.3)

Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanında Yaklaşımlar

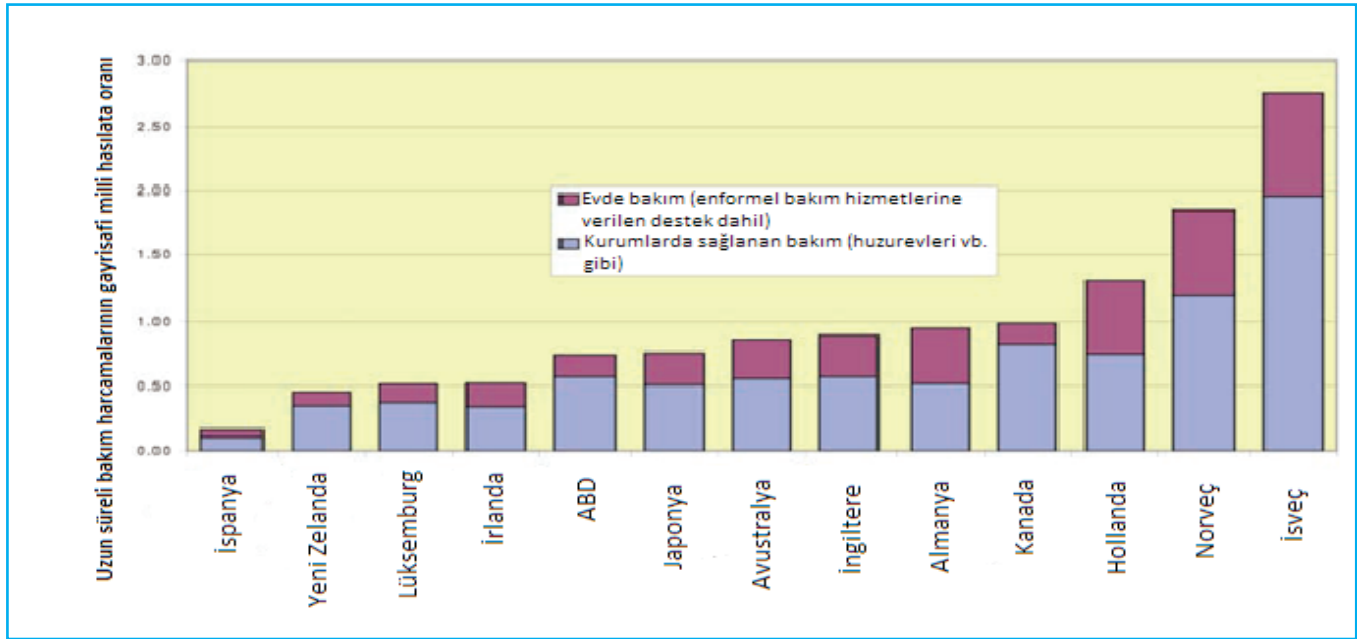
Devlet müdahalesi, piyasa alımları, aile bireylerinin katkıları ve sivil toplumun kaynakları sayesinde çeşitli evde bakım hizmetlerini finanse eden mekanizma mevcuttur (Şekil 3.1)(2).

Evde bakım için yapılan katkı payı ödemeleri ve diğer girdiler, bireysel sistemlere hizmet sağlanması veya bakım hizmetlerinden yararlananlar ile enformel bakıcılara yapılan nakit ödemeleri gibi çeşitli finansal kaynaklar olarak yansımaktadır (3).

Kamunun ve ailelerin kaynakları ve özel kaynakların bütünü, ulusal çevrelerde uygulamaya konan evde bakım hizmetlerinin karma ekonomisini şekillendirmektedir. Dolayısıyla, kamu harcamalarının tam olarak ne kadarının evde bakım hizmetlerine ayrılacağını net olarak belirlemek mümkün değildir zira bu harcamalar

için ödenek genelde sağlık hizmetleri, sosyal güvenlik ve sosyal hizmetlerin bütçelerinden ayrılmakta ve kişilerin bireysel olarak satın aldıkları evde bakım hizmetleri evde bakım paketlerinin seviyesine ve kalitesine önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Pek çok OECD ülkesinde, uzun süreli bakım hizmetlerine harcanan kaynakların %30'dan fazlasını evde bakım hizmetleri için yapılan kamu harcamaları oluşturmaktadır. Bu harcamalar İspanya'da gayri safi milli hasılatın %0.2'sine tekabül ederken, İsveç'te bu oran %2.75'tir (Şekil 3.2) (4).

Şekil 3.2. Bazı OECD ülkelerinde uzun süreli bakım harcamalarının gayrisafi milli hasılatı (GDP'ye) oranı, 2004



Kaynak: *Long-term care for older people*(4).

Uzun süreli bakıma duyulan ihtiyacın artması karşısında, bazı ülkeler vergileri yükselterek veya sosyal güvenlik primlerini arttırarak, evde bakım hizmetlerinin de içinde bulunduğu pek çok hizmeti finanse etmek için hazırlıklıydılar (4). Dolayısıyla uzun süreli evrensel bakım hizmeti bulunan ülkeler, özellikle de ulusal nüfusun gelecekte büyük ölçüde artması bekleniyorken, bu sistemlerin finansal olarak sürdürülebilirliği konusunda endişelenmektedir.

- Almanya ve Hollanda gibi bazı ülkeler tek bir finansman akış sistemi kurmuşlardır.
- Diğer ülkelerde ise kamu harcamalarının kapsamı daraltılmıştır: örneğin Hollanda'daki sosyal güvenlik tabanlı sistem, 'AWBZ yüksek medikal harcamalar sigortası' tarafından karşılanan hizmetlerin kapsamını büyük ölçüde daraltmıştır.
- Bazı ülkelerdeyse rehabilitasyon ve hastalık önleme merkezleri gibi farklı reformlar kabul edilmiştir: örneğin İngiltere'deki vergi tabanlı sistem, rehabilitasyon ve yeniden güçlendirme hizmetlerine büyük yatırımlar yapmaktadır.

Kutu 3.4. Hollanda – Daha az bağımlı hissettirmek için ‘kişisel bütçe programı’

Hollanda, yaşlı insanların listede sıraları gelene kadar zaten az miktarda sunulan hizmetleri almak için sıra beklemesini engellemek adına, İngiltere’deki doğrudan ödemelerin bir benzeri olan ‘kişisel bütçe programının’ kapsamını genişletti. Kişisel bütçeler, tıpkı diğer hizmetler gibi, bir ihtiyaç değerlendirmesinin sonucunda dağıtılmaktadır. Bu bütçeler, enformel veya formel bakım hizmeti gibi, sosyal hizmet sigorta sisteminin kapsadığı her türlü hizmeti satın almada kullanılabilir. Kişisel bütçe uygulaması, evde bakım hizmeti veren ajansların sayısında az miktarda da olsa artmaya sebep olmuştur. Her ne kadar uygulamanın idari yükü ve bütçe sahiplerine sağlanan desteğin yetersizliği hararetli tartışmalara konu olsa da, kullanıcılar artan seçenek ve sahip oldukları kontrolle ilgili memnuniyetlerini dile getirmektedir.

- Diğer ülkeler maliyet artarken, yardım seviyelerini dondurmıştır böylece oluşan boşluğun bireysel katkılarla kapatılması öngörülmektedir (örneğin Almanya’da uzun süreli bakım sigortasına uygun olanlar için sağlanan evde bakım hizmetlerinin değeri dondurulmuştur).
- Nüfusun çoğuna yardım yapıldığı bazı ülkelerdeyse ‘ortalama testleri’ sıkılaştırılmış, evde bakım sübvansiyonları içinse bu testler arttırılmıştır.

Bunlara ek olarak, özel piyasa ve gayri resmi maaşlar karşılığında çalışıp vergi ödemedikleri halde evde bakım hizmetlerinin çoğunu sağlayan kaçak göçmenlerin Avrupa ülkelerinde yarattığı kayıt dışı ekonomi hakkında nispeten çok az şey bilinmektedir. Örneğin Avusturya ve İtalya gibi bazı ülkelerde yaşlı ve engelli insanların evde bakım hizmetlerinden yararlanması için yapılan doğrudan ödemeler, dolaylı da olsa kayıt dışı işgücünü ve bakıcı göçmenleri teşvik etmiştir. Örneğin İtalya’da 2 milyondan fazla ev yardımcısının ancak 700.000’i resmi olarak çalışmaktadır (5).

Enformel bakımın katkıları ve fırsat maliyetleri özenle ele alınmalıdır: kişinin ailesine karşı olan sorumlulukları, toplumun beklentileriyle doğrudan alakalıdır (6). İskandinav ülkelerinde yasal olarak beklenen yükümlülükler az olduğundan ve sunulan hizmetlerin doğrudan kişiye yönelik olmasından ötürü, aile içi bakım hizmetlerinin aktarımı bir zorunluluk değil bir seçim meselesidir. Bunun yanı sıra Akdeniz ülkelerinde, aileye karşı yükümlülükler daha çok sülale üzerinde bulunmakta, Batı Avrupa ülkelerindeyse bu sorumluluklar çekirdek ailede bulunmaktadır: dolayısıyla kamu harcama ve finansmanı ile ilgili kararlar, bahsi geçen ülkelerdeki bireylerin ve ailelerin ne kadar katkı yapacağını da şekillendirebilir.

Avusturya, İngiltere, Almanya, Hollanda ve İspanya gibi pek çok ülkede, geleneksel olarak hizmet sağlayan – gerek kamu olsun gerekse özel sektör– tekeli piyasa ile rekabeti arttırmak, kaliteyi ve kullanıcı geri bildirimlerini yükseltmek, arzı tetiklemek ve en nihayetinde maliyetleri düşürmek amacıyla yarı-piyasa mekanizmaları uygulamaya konmuştur. Piyasa tipi mekanizmalar şunları içerebilir(7) :

Kutu 3.5. İtalya – Kuponlar ve evde bakım hizmetleri için ileriye dönük ödeme sistemi

İtalya’da evde bakım hizmetleri genelde, yerel sağlık otoritelerine ayrılan bütçeyle finanse edilen bir kamu hizmetidir. Fakat bölgeler farklı finansman yöntemleri de tercih edebilirler. Örneğin Lombardy Bölgesi, hak sahiplerine, bu hizmetten yararlanabilmeleri için kuponlar vermeye karar vermiştir. Kupon sahibi, akredite olmuş çeşitli hizmet sağlayıcılarından (özel veya kamusal) istediğini seçip, bu hizmetin ücretini elindeki kuponla ödeyebilmektedir. İhtiyacın cinsine (sosyal ve sağlık problemleri olan insanlar, daha büyük zorlukları olan insanlar, ve ölümcül hasta olan insanlar gibi), ihtiyaç duyulan kaynağa (profesyoneller veya teknolojik ekipman gibi) ve gereken bakımın yoğunluğuna göre olmak üzere üç farklı seviyede ihtiyaç tanımlanmış ve aylık kuponlar buna göre dağıtılmaktadır.

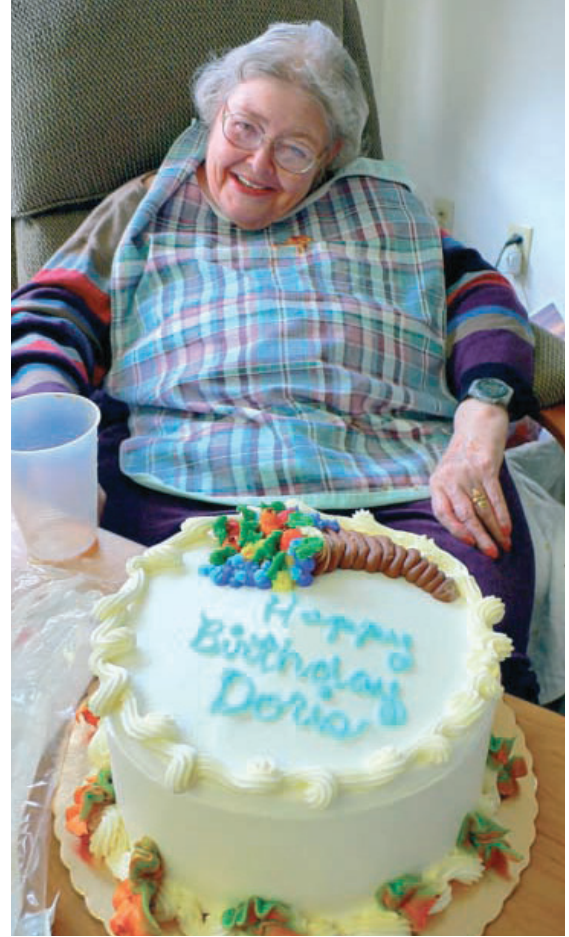
Kutu 3.6. Birleşik veya Birleşik Olmayan Krallık?

Geleneksel olarak, İngiltere, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'daki yerel otoriteler evde bakım hizmetleri için farklı ücretlendirme politikaları uygulamaktaydı. Bazıları bu hizmetleri ücretsiz olarak sunarken diğerleri sabit oranlı ücretlerle veya karmaşık ortalama testleriyle bu hizmetleri sağlamaktaydı. Sağlık Bakanlığı'nın 2001'de daha adil ücretlendirme politikalarıyla ilgili düzenlemesinden beri, önceleri 'posta kodu çekilişi' olarak da anılan pratiğin kaldırılması için çaba sarf edilmektedir (6). Fakat 'İngiltere'de Yaş Araştırması'nın bulgularına göre, düşük gelirli aileler arasında daha fazla tutarlılık mevcutken, daha fazla imkâna sahip aileler bu kaynakların nasıl değerlendirildiği konusunda farklı yaklaşımlar tecrübe etmektedir. Birbirine komşu yerel otoriteler hala büyük ölçüde farklı sistemler kullanmaktadır ve bu sistemler karmaşık olup net olarak anlaşılabilmiş değildir (10). Ayrıca Birleşik Krallık içinde de farklılıklar bulunmaktadır: bugün İskoçya 65 yaşını aşmış kişiler için ücretsiz bireysel bakım hizmeti sunarken, İngiltere'deki pek çok yerel otorite ücret almaya devam etmektedir.

- Mikro satın alıcılar olarak hareket eden bakım müdürleri (İngiltere'de)
- Hizmetleri kullanan bireylere yapılan nakit ödemeler (Avusturya, İngiltere, Hollanda ve İspanya'da)
- Kupon tipi düzenlemeler (Almanya'da ve İtalya'nın Lombardy Bölgesi'nde kullanılan 'hizmet alma hakkı' uygulamaları)

Özellikle nakit para ödemeleri maliyeti kontrol altında tutmak için önemli fırsatlar sunmaktadır: bu ödemeler sınırlandırılabilir ve ödeme miktarları hesaplanırken enformel veya yarı formel bakıcıların sağladığı hizmetlerin (az maliyetli veya maliyetsiz), belediye veya bölge idarelerince sağlanan hizmetlerden (örneğin Hollanda'daki kişisel bütçe uygulaması gibi – bkz. Kutu 3.4) daha az maliyetli olacağı varsayımı geçerli olduğu için, ciddi miktarda azalmalar görülür. Bununla birlikte, konsolidasyon ile ölçek ekonomilerinden yararlanmadıkları veya yeni teknolojiler sayesinde verimliliği arttırmadıkları sürece; özel hizmet sağlayıcılarının, bütçe sabitken maliyeti azaltarak ya da kaliteyi artırarak ev hizmetinin en iyisini verebileceğine yönelik endişeler mevcuttur (8).

Evde bakım hizmeti alan bireylerin seçim gücünü arttırmak için birkaç farklı düzenleme mevcuttur: kişisel bütçeler, kullanıcının yönlendirmesiyle seçilen bireysel yardımcıları, bakıma ihtiyacı olan kişinin kendisine istediği gibi harcayabileceği şekilde yapılan para yardımları ve enformel bakıcılara yapılan gelir desteği gibi. Sabit oranlı ücretler veya ortalama testleri gibi, ortak ödemeleri toplamamanın çeşitli yolları vardır. Ortalama testleri, finansal değerlendirme ünitesi birey, aile veya ev olabilmekte ve kimi zaman da değerlendirme ölçütlerine birikimler veya ev gibi varlıklar da dâhil edilebilmektedir.



© Joan Teno

Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanının Nasıl Geliştirilebileceğine Dair Güncel Tartışmalar

Evde bakım hizmetlerinin finansmanı; sağlık hizmetlerinin kapsamı, sağlık hizmetlerini en uygun şekilde finanse etme yöntemleri ve huzurevlerinde uzun süreli bakım ile evde bakımın en iyi nasıl finanse edilebileceği gibi güncel tartışmalarla yakından ilişkilidir. Uygun olmayan bir finansman yönteminin seçilmesi teşviki azaltabilir, çeşitli sektörlerde tam anlamıyla uygun olmayan bakım uygulamaları doğurabilir ve aileler ile bireylerin katkılarını azaltabilir (Kutu 3.4, 3.5 ve 3.6).

Politikaya Etkileri

İdeal olarak karar mercileri, etkili bir evde bakım hizmeti oluştururken birkaç meseleyi göz önünde bulundurmalıdır: Hem kamusal hem özel sektörde, evde bakım hizmetinin kullanımı ve harcamalarıyla hastanede akut bakım masraflarının karşılaştırılması ve bu husustan güvenilir bilginin varlığı

- Bakım hizmet paketinin çeşitli seviyeleri ve bileşenleri arasında kaynakların nasıl aktarılacağıyla ilgili net kriterler belirlenerek neyin devlet tarafından neyin kullanıcının kendisi tarafından karşılandığının şeffaf hale getirilmesi
- Talebin arttığı göz önünde bulundurularak, güncel finansman düzenlemelerinin sürdürülebilirliği
- Hizmet verimliliğinin, hizmetlerin entegrasyonu veya bakıcıların becerilerinin değiştirilmesi yoluyla arttırılabilme potansiyeli
- Ailelerden beklenen destek seviyesinin değiştirilebilmesi ve bu şekilde daha az maliyetli olan aile desteğinin formel evde bakım hizmetlerinin yerini almasının sağlanması

Kutu 3.7. Hastanelere uygun olmayan yatırılma

Araştırmalara göre hastanelere yatırılan 75 yaşını aşmış insanların %20-30'u akut hastane ortamına uygun olmayan şekilde kabul edilmektedir. Bulgular, bu kişilerin hastanede daha uzun süreler kaldığını ve hastanelerde kullanılmakta olan akut tedavi yataklarının %30-40'ının aslında akut bakıma ve tedaviye ihtiyacı olmayan kişilerce işgal edildiğini göstermektedir.

Referanslar

1. Brodsky J, Habib J, Hirschfeld MJ, eds. Key policy issues in long-term care. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/policy_issues_ltc/en/index.html , erişim 25 Temmuz 2008).
2. Wittenberg R, Sandhu B, Knapp M. Funding long-term care: the private and public options. In: Mossialos E, Figueras J, Dixon A, eds. Funding health care: options in Europe. Maidenhead, Open University Press, 2002.
3. Glendinning C et al. Funding long-term care for older people: lessons from other countries. York, Joseph Rowntree Foundation, 2004.
4. Long-term care for older people. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005.
5. Spano P. Le convenienze nascoste. Il fenomeno badanti e le risposte del welfare [Hidden conveniences. The issue of home care assistants and the response of the welfare system]. Verona, Nuova Dimensione, 2006.
6. Wanless D. Securing good care for older people: taking a long-term view. London, King's Fund, 2006.
7. Lundsgaard J. Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment, and fiscal sustainability. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (OECD Working Paper, 20).
8. Davies B, Drake P. Strategies for achieving best value in commissioned home care. International Journal of Public Sector Management, 2007, 20:206–225.
9. Home-based long-term care: report of a WHO study group. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 898; whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf, erişim 25 Temmuz 2008).
10. Thompson P, Mathew D. Fair enough? London, Age Concern England, 2004.

Kutu 3.8. Evde bakım hizmetlerinde koordinasyon eksikliğiyle ilgili bir vaka çalışması

70 yaşındaki Bayan B, bir inme sonucu hastaneye kaldırılmasından üç hafta sonra taburcu ediliyordu. Hastane çalışanları, kadın hastaneden çıktıktan sonra olacak şeylerden kendilerini sorumlu hissetmiyorlardı ve Bayan B'yi cuma günü taburcu etmeye karar verdiler. Ne pratisyenine, ne de topluluk hemşiresine bilgi verilmişti. 75 yaşındaki kocasına, Bayan B'nin bir yürütece ve reçeteyle satılan ilaçlara ihtiyacı olduğu söylenmişti ancak kocasının pratisyen hekimin işbaşı yapacağı pazartesi gününe kadar ilaçları alması mümkün değildi. Bay B aynı zamanda eşinin rehabilitasyona ihtiyacı olacağı konusunda bilgilendirilmişti fakat bu rehabilitasyonun ne zaman ve hangi rehabilitasyon merkezinde yapılacağı da belli değildi. Ayrıca hastane hemşiresi rehabilitasyon ortak ödemesinin ne kadar tutacağını da bilmiyordu. Hemşire ayrıca Bay B'ye toplum sağlığı hizmet sağlayıcılarının telefonlarının bulunduğu bir liste vermişti. Bunlardan bazıları hem evde bakım hem de ev yardımı sunarken bazılarıysa sadece ev yardımı sunmaktaydı. Bayan B'nin bu hizmetler için ödeme yapması gerekecekti, fakat her zaman bakım ödeneği için başvurma imkânı da bulunmaktaydı. İlgili başvuru formları hastanede yoktu fakat Bay ya da Bayan B bu formları yerel sosyal destek ofisinden temin edebilirdi.

Evde Bakım Hizmeti ve Diğer Hizmetlerin Entegrasyonu

Evde Bakım Hizmetinde Entegrasyon ve Koordinasyon Problemleri

Giderek artan hizmetler, müdahaleler, teknolojiler, finansman yöntemleri, uzman profesyoneller ve uzmanlık sahibi olmayan aktörler geleneksel tedavi de bakım yöntemlerini değiştirmiş, sağlık sistemlerinin içinde ve sağlık ve sosyal bakım tesisleri arasındaki ilişkinin değişmesini sağlamıştır.

Hizmetlerin kullanıcıları ve aileleri bu karmaşıklaşan değişikliği sorun veya kriz şeklinde hissedebilir: örneğin, uzun süreli bakıma muhtaç kişiler hastaneden aile bireylerine haber verilmeden taburcu edilir veya hastane, pratisyenlere konunun nasıl takip edilmesi gerektiğiyle ilgili bilgi vermezse problemler oluşabilir. Akut hastane bakımı ve evde bakım sistemleri arasındaki bu koordinasyon ve entegrasyon eksikliği sebebiyle, taburcu edilen hastaların çoğu yeniden hastanelere gelmekte ve bu da hastalarda 'döner kapı sendromu' yaratmaktadır (Kutu 3.7) (1).

Hastanelerde, huzurevlerinde ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan profesyonellerin bakış açısından ise; akut hastane hizmetleri ile evde bakım hizmetleri arasındaki koordinasyon ve entegrasyon yetersizliğinin, hastanelerden erken taburcu olunmasını sağlayacak kapasitede evde bakım hizmetlerinin bulunmaması, bekleme listelerinde artışa, hastaneler uygun olmayan yatırmalara, yatakların gereksiz yere dolu olmasına, teşhis, test ve prosedürlerdeki hata oranının artmasına, medikal hataların artmasına, optimal olmayan değerlendirmelere ve rehabilitasyonda gecikmeye ve yanlış anlaşılmalara sebep vermektedir (Kutu 3.8 ve 3.9). Aşağıdaki sorunlar, koordinasyon ve entegrasyonun önündeki en büyük engeller olarak tespit edilmiştir (2,3):

- Sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler arasındaki ayrışma hemen her ülkede bulunmaktadır; çünkü sağlık meseleleri genelde bir ulusal sağlık sistemi (Yunanistan, İtalya, İskandinav ülkeleri ve İngiltere'de olduğu gibi) veya ulusal sosyal güvenlik sistemi (Avusturya, Fransa, Almanya ve Hollanda'da olduğu gibi) çerçevesinde idare edilirken; genelde bölgesel ve yerel hükümetler tarafından uygulanan sosyal refah sistemleri, sosyal bakımla ilgili meselelerle ilgilenmektedir. Dolayısıyla pek çok ülkede sağlık ve sosyal hizmetlere erişim hakkı birbirinde farklı olarak tanımlanmıştır. Ayrıca farklı yasal düzenlemeler ve mali kuruluşlar farklı hesap verebilirlik ve performans yönetimi rejimlerine sahip olduğundan, bu kuruluşlar entegrasyona büyük engel teşkil edebilmektedir.



© Photosearch

- İhtiyaçların karmaşık yapısı, belirli bir profesyonel kültüre ve kurum kültürüne sahip farklı meslek gruplarının ve kuruluşların konuya müdahalesini gerektirebilir. Farkındalık eksikliği, çıkarların veya profesyonel standartların çatışması, nitelikli sosyal hizmetler çalışanlarının noksanlığı, şeffaflık standartlarının ve sorumluluk tanımlamalarının eksik olması gibi sebeplerle meslekler arası koordinasyon oldukça nadir görülür. En önemlisi de evde bakım hizmetlerinin hem profesyonel hem de profesyonel olmayan, ilişkisel ve iletişim zorlukları içeren işler içeriyor olmasıdır.
- Özel, çıkar amacı gütmeyen, yardımsever kuruluşların evde bakım hizmeti sunması da, nakit ödemeler ile kişinin kendi bakım hizmetini seçmesinin teşvik edilmesiyle birlikte, ‘entegre takım’ konseptini zayıflatmaktadır.

Kutu 3.9. İnsanları evlerine döndürmek – Peterborough, Birleşik Krallık’ta ara bakım

Nisan 2004’ten bu yana iki yerel ‘Ulusal Sağlık Servisi Kurumu’nun ve Peterborough Şehir Konseyi’ne bağlı yetişkin sosyal yardım departmanının bütçeleri birleştirilmiştir. 2005 baharından bu yana, ilçedeki bakım evleri ve sosyal hizmetler çalışanları entegre ekiplerin parçası olarak çalışmalarına devam etmektedir. Bu bütünleşmiş ekipler Peterborough’daki insanlar için çoktan fark yaratmaya başlamışlardır bile. Geçtiğimiz senenin sonunda, 92 yaşındaki Bayan V, bağırsak tıkanması yüzünden hastanede tedavi gördü. Tedavi başarılıydı fakat Bayan V’nin evde kendine bakması mümkün değildi. Entegre bakım ekibi, Bayan V’nin, Peterborough Şehir Konseyi’nin özel olarak tahsis ettiği bakımevi sahasında bulunan Greenwood Yurdu’ndaki ara bakım yataklarından birine yerleştirilmesini sağladı. Bayan V “Kendime bakmam mümkün değildi, Bence bu benim için iyi bir fikirdi çünkü ayaklarım üzerindeyim. Bana çok iyi baktılar, kaldığım yer çok konforluymuş ve bakıcılar ihtiyacınız olduğunda hemen yardım ederlerdi.” dedi. Bakım yardımcısı Herma Whyte ise “Bu ufak bir birim ve daha zamanımız var. Buradaki hastalarımızın iyi beslenmesini sağlıyor ve onlarla kısa mesafelerde yürüyüşlere çıkıyoruz. Böylece kendi gelişimlerini görebiliyorlar, bu da kendilerine olan güvenlerini artırıyor. Biz burada, onların evlerine dönmelerine yardımcı olmak için varız, ki bu da herkesin istediği bir şeydir” dedi. Kaynak: *Our health, our care, our say: a new direction for community services (4)*.

Kutu 3.10. Vaka yönetimi nedir?

Zor durumlardaki insanların ihtiyaçlarını, çeşitli hizmetlerin koordinasyonu ve entegrasyonu ile karşılamayı amaçlayan yöntem vaka yönetimi ya da bakım yönetimi denir. Burada mantık, hizmetlerden yararlanan insanları ve ailelerini, zaman içinde çeşitli hizmet ve kaynak ağları kurarak, bu hizmetlerin kullanımında bağımsız hale getirmek ve güçlendirmektir. Kullanılan yöntemler birey düzeyinde olup talebe yöneliktir. Amaç koordinasyon sayesinde belirli bir miktar kaynaktan alınan faydayı maksimize ederek, bilgi kayıpları ve çifte tedavinin önüne geçmektir. Bu araç, farklı yorumlarla da olsa, pek çok ülkede kullanılmaktadır. Hollanda, İskandinav ülkeleri ve Birleşik Krallık gibi bazı ülkelerde vaka yöneticileri ana akım bir hizmet olarak görülürken, Avusturya, Fransa, Almanya ve İtalya gibi ülkelereyse bu hizmetler pilot proje olarak yürütülmektedir. Aradaki farklar amaç, finansman ve organizasyonel düzenlemelerden kaynaklanmaktadır. Örneğin Birleşik Krallık’ta vaka yöneticileri aynı zamanda hizmeti alacak kişilerin seçimini de gerçekleştirir. Avusturya ve Almanya gibi bazı ülkelereyse, vaka yöneticileri toplum sağlığı hizmetleriyle hastaneler arasında konumlandırılmış olup genelde projelerde çalışırlar. Vaka yöneticileri, kişinin bakıma ihtiyaç duyduğu ilk andan itibaren konuyu takip etmekle yükümlüdür. Dolayısıyla pek çok ülkede çeşitli kurumlarda (belediyeler, sağlık merkezleri ve emekli evleri gibi) proje temelli bir çözüm olarak bilgi merkezleri kurulmuştur. Diğer önemli meseleler de vaka yöneticileri ve bakım yöneticilerinin kim olacağı, hangi mesleki geçmişe sahip insanlardan seçileceği (huzurevi bakıcıları, sosyal hizmetler çalışanları veya enformel bakıcılar gibi), ne tarz bir eğitim alacakları ve bu görevlilerin, hizmeti alan kişiler adına haraket etmesini sağlayacak araç ve yetkilere sahip olup olmayacağıdır.

Evde Bakım Hizmetlerinde Bağlantı, Koordinasyon ve Ağ Çalışmaları

Entegrasyon süreci; tek bir bakım düzeyinde, sağlık profesyonellerinin kendi arasında, sağlık profesyonelleriyle sosyal hizmetlerin bakıcıları arasında ve bu aktörlerle enformel bakıcılar arasındaki bağlantıları birleştirerek (yatay entegrasyon) çok meslekli ekipler yaratacak; ve/veya birincil, ikincil, üçüncül

bakım düzeyi gibi farklı seviyelerin birbiriyle bağlantısını (dikey entegrasyon) sağlayacaktır. Bakım hizmetlerinin kendi içinde ve birbirleriyle olan entegrasyonunun sağlanması, özellikle kronik hastalar, farklı hastalıkları bulunan kişiler ve engelli kimseler için, uzun süreli ve farklı hizmetlerin sunulmasında bilhassa önemlidir. O zaman iyi uygulama modelleri ve pilot projeler aslında; ellerinin altındaki araçları ve kaynakları, karmaşık veya acil durumları çözmek için tasarlanan bilgi, sosyal hizmetler, sağlık hizmetleri ve hastalık önleyici hizmetleri oluşturmak için seferber eden profesyonellerin, farklı kurumlar arası geçici veya kalıcı işbirliği temeline dayalı koordinasyonudur. Entegre bakım, çeşitli ülkelerde çeşitli isimler altında bulunabilir: kusursuz bakım, trans-mural bakım, ara bakım, vaka yönetimi (Kutu 3.10), bakım yönetimi ya da basitçe networking (5,6).

Evde bakım hizmetlerinin entegrasyonu enformel bakıcıların aktif katılımı olmadan sürdürülemez. Enformel bakıcılar;

- Doğrudan bakım sağlayıcıları,
- Yaşlı ve engelli insanların aldığı bakım hizmetlerinin (yardım ödeneği sayesinde karşılanan bakım hizmetleri çalışanlarının işe alımında olduğu gibi) yönetici ve koordinatörleri konumunda olmaları sebebiyle özel bir öneme sahiptirler.

Bu durum, hiçbir bakım sistemi uzun vadede tüm ihtiyaçları profesyonel hizmetlerle karşılayamayacağından, bilhassa doğrudur.

Enformel bakımın önemi ve profesyonel bakımla olan karmaşık ilişkisi, ev tabanlı ve kurum tabanlı bakım hizmetleri arasındaki en büyük farklardan birini oluşturur. Genel olarak varsayım, hizmet kullanıcılarının ihtiyaçları ve teknolojik araçlara duyduğu ihtiyaç arttıkça, enformel bakımın formal bakıma daha fazla yardımcı olması gerektirir. Araştırmalarda, hizmet kullanıcılarını ve enformel bakıcıları karmaşık tıbbi meselelerde ve yeni teknolojilerde eğitmenin daha iyi sonuçlar doğuracağını gösteren az miktarda bulguya rastlanmıştır, fakat araştırmalar enformel bakıcılar ve hizmet kullanıcılarının üzerine binen duygusal yükün arttığını gösterir. Bu durumun aksine, daha az karmaşık bakıma ihtiyaç duyulan



© Joan Teno

durumlarda, bazı hizmetlerin sağlanmasında enformel bakıcılar ile profesyonellerin görevlerinin çakışma riski vardır, bu da potansiyel çatışmalara mahal verebilir (7). Ayrıca bulgulara göre, enformel bakıcıları entegre etmenin en etkili yolu, bu enformel bakıcıların ev işlerinin bir kısmını karşılamaktır: örneğin, büyük ölçüde engelli veya teknolojik cihazlara bağlı yaşayan bir çocuğun ebeveynlerine temel ev işlerinde yardımcı olarak, ailelerine ve diğer çocuklarına daha fazla vakit ayırmaları sağlanabilir (7).

Profesyoneller bir de enformel bakıcıların daha iyi hizmet sunabilmeleri için duygusal desteğe, teknik tavsiyelere ve profesyonel desteğe ihtiyacı olduğunu anlamalıdır. Her ne kadar formel hizmetlerin enformel bakıcıları desteklemekteki en önemli görevlerinden biri, onların ilk elden bakım hizmetlerini vermeye devam etmesini sağlamak olsa da; enformel bakıcıların zihinsel, fiziksel ve duygusal yükü ile hizmet kullanıcılarının endişe ve stresinin kimi zaman çatışmalara yol açabileceği gerçeği üzerinde çok az durulmaktadır (8).

Sonuç olarak entegre bakım hizmetlerinin sağlanmasında, ailenin ve enformel bakımın entegrasyonu büyük önem arz etmektedir; çünkü ailedeki bakıcılar bazen kendilerini bakıcı olarak bile görmemekte ve yine çünkü profesyoneller, bakıma muhtaç kişinin ailesini çoğu zaman değerli bir kaynak olarak değil, bir engel, bir rakip olarak görmektedir. Bu nedenle, her iki taraf için iyileştirme yapmak güç olsa da; enformel bakıcıları ve aile içindeki bakıcıları destekleyip eşlerinin ve yaşlılarının aldığı destek hizmetlerinin entegrasyonunu sağlayarak ve bu kişileri formel bakım sistemlerine dahil etmek suretiyle bu iyileştirmeleri sağlamak mümkündür.

Politikaya etkileri

- Temel evde bakım hizmetlerini (sosyal veya sağlıksal olsun) sağlayacak tek bir kurum yaratmak, kurumlar arası bölünme problemlerini çözebilir; fakat evde bakım ve akut sağlık hizmet üniteleri arasındaki uyum problemi detaylıca ele alınmalıdır: taburcu olan hasta için gerekli hazırlıkları yapmak, hastanede geçirilen zaman ile evde bakım hizmetleri arasında bir zaman boşluğu bırakmamak, hastane sonrası bakımla ilgili hastane çalışanlarının bilgi eksikliğini gidermek vb.
- Farklı mantıkla ve kültürle işleyen, personelleri farklı olan kurumlarda çalışan profesyonellerin, diğer pozisyonlarda (özellikle sağlık ve sosyal hizmet sektöründe) çalışan kişilerin görevini ve önemini anlaması sağlanmalıdır.
- Entegre evde bakım hizmetlerinin payının artması, yönetim ve diğer idari işlerin önemini de arttıracaktır. Bir yandan, sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının direk bakım görevlerine ek olarak idari işler de yapacak olması vaka yönetimi, bakım yönetimi gibi yeni mesleklerin oluşmasını sağlaya-

bilir. Diğer yandan ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde sağlıklı işleyen bir sistem kurmak için sözleşme, satın alma, planlama, değerlendirme ve kalite güvence mekanizmalarında daha fazla idari karar mercilerine ihtiyaç vardır.

- Ücretli iş ve ücretli bakım arasındaki çatışma; esnek çalışma, izin, ödemeli bakım izni ve/veya diğer hizmetler vasıtasıyla çözülebilir. Böylece enformel bakıcılar ücretli işlerde çalışmaya başlayabilir veya devam edebilirler.

Referanslar

1. Foote C, Stanners C, eds. *Integrating care for older people. New care for old – a systems approach*. London, Jessica Kingsley Publishers, 2002.
2. Leichsenring K, Alaszewski A, eds. *Providing integrated health and social care for older persons. A European overview of issues at stake*. Aldershot, Ashgate, 2004.
3. Billings J, Leichsenring K, eds. *Integrating health and social care services for older persons. Evidence from 9 European countries*. Aldershot, Ashgate, 2005.
4. *Our health, our care, our say: a new direction for community services*. London, Department of Health, 2006.
5. Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care*, 2001, 1:e21.
6. Lewis J. Integrated and fragmented care observed from two case studies. *International Journal of Integrated Care*, 2000, 1:e09.
7. Penning MJ. Hydra revisited: substituting formal care for self and informal in home care among the older adults with disabilities. *The Gerontologist*, 2002, 42:4–16.
8. Klinkenberg M et al. The last 3 months of life: care, transitions and the place of death of older people. *Health and Social Care in the Community*, 2005, 13:420–430.
9. Donelan K et al. Challenged to care: informal caregivers in a changing health system. *Health Affairs*, 2002, 21:222–231.

Kutu 3.11. Evde kalp monitörü

75 yaşındaki Bay D, küçük bir kasabanın dışındaki evinde tek başına yaşamaktadır ve kendisinde isemik kalp hastalığı bulunmaktadır. Kasabaya ulan uzaklığı sebebiyle düzenli kontrollere gitmek kendisi için büyük bir güçlük oluşturmaktadır. Birkaç anjin dönemi geçirdiyse de hiç kalp enfarktüsü yaşamamıştır. Yakın zamanda, Bay D, uzun süreli göğüs yanması şikayetiyle en yakınındaki kliniğe başvurmuştur. Burada tek bir hemşire çalışmakta olup, en yakın doktor da oldukça uzakta bulunmaktadır. Hemşire, hastaya elektrokardiyogram (ECG) yapmış ve sonucu internet üzerinden kardiologa göndermiştir. Kardiolog da hemen kararsız anjina teşhisi koymuştur. Aynı gece Bay D, yerel bir hastaneye kaldırılmış, sonraki gün de doktoru tarafından ziyaret edilip kontrolleri yapılmıştır. Doktor kendisine kullanımı basit bir ECG cihazı vermiş ve kullanımını anlatmıştır. Bu cihaz telefon hattı üzerinden bulgularını karşı tarafa iletme kapasitesine sahiptir. Bay D evine, kalp durumunun sürekli gözetim altında tutulacağını ve bir anjin atağı olursa anında yardım alacağını bilmenin rahatlığıyla dönmüştür.

Kutu 3.12. Deliryum'un tespiti

85 yaşındaki Bayan P bunama bulunmaktadır. Kendisi tek başına yaşamakta ve evde bakım programı almaktadır. Geçtiğimiz 6 ayda, artan deliryum sebebiyle Bayan P iki defa hastaneye kaldırılmıştır. İlkine yeni bir ilaç, ikincisine de idrar sepsisi sebep olmuştur. İkinci defadan sonra, evde davranış düzeni denetleme sistemi uygulanmaya konmuştur. Bir gün sistem, Bayan P'nin davranış düzeninin normalden farklı olduğunu tespit etmiş ve genel pratisyene hemen haber vermiştir. Pratisyen de bunun yeni bir deliryum vakası olduğunu tespit edip, acil bir ziyaret ayarlamıştır. Geriatri uzmanı Bayan P'nin kabız olduğunu ve idrar retansiyonu tespit etmiştir. Bayan P hastaneye kaldırılmış ve kendisine lavman sıvısı enjekte edilerek idrar çıkarması sağlanmıştır. Orta idrar yolları mikroskopisi temiz çıkan Bayan P, aynı gün evine gönderilmiş ve davranış düzeni normale dönmüştür. Böylelikle acil bir durumun erken tespiti ve müdahale edilmesi sayesinde Bayan B'nin hastanede uzun süreli tedavi edilmesi önlenmiştir (9).

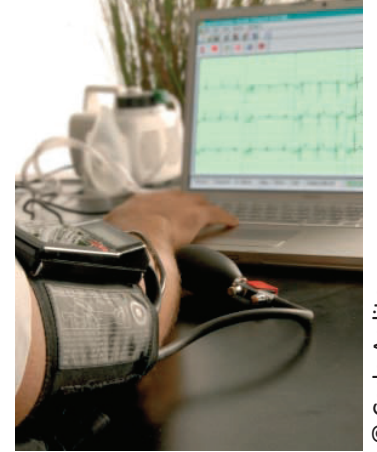
Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişiminde Teknolojinin Etkisi

Evde Bakım Hizmetlerinde Yeni Teknolojik Gelişmeler

Medikal olsun veya olmasın, kullanıcısının evindeki günlük aktivitelerini gerçekleştiren veya kolaylaştıran her teknoloji bir 'evde bakım teknolojisi' olarak düşünülebilir. Bu teknolojilerin, geleneksel yöntemlere nazaran çok sayıda avantajı olabilir: kullanıcılarının bakım hizmeti almak için doktora, kliniklere veya hastaneye gitmesini önleyebilirler. Örneğin kronik hastalığa sahip kişiler için bu gibi hastane ziyaretleri büyük zaman ve emek gerektirir, ayrıca hem kendilerinin hem de ailelerinin profesyonel ve sosyal aktivitelerini gerçekleştirmesini de kısıtlar (1). Uzaktan kontrol sistemleri (kalp ve kan şekeri monitörleri gibi), konvansiyonel modellere göre daha sık ve daha az göze batan kontrol imkânı tanımaktadır. Düzensizlikler daha erken fark edilip, hizmet alıcılarının durumları daha kötüye gitmeden müdahale edilebilir ve bu kişilere gerekli geri bildirim verilerek durumlarını daha iyi idare etmeleri sağlanır (2,3).

Evde teknoloji kullanımının özelliklerini ve faydalarını tartışmak için birkaç kategori yardımcı olacaktır:

- Aktif araçlar kullanıcılara terapi uygulamaktadır: evde diyaliz sistemleri, perfüzyon pompaları, ilaç verme sistemleri, oksijen sistemleri (4,5).
- Aktif olmayan araçlar, klinisyenlerin veya kullanıcının müdahalesi olmaksızın, elektriğe veya programlamaya ihtiyaç duymadan çalışmaktadır: yetişkinler için idrar bezi gibi.
- Genel yardım ve gözetim araçları düşüş detektörleri, ilaç saati hatırlatıcıları gibi araçları içerir. Gelişmiş bilgi ve iletişim teknolojileri, bunama veya Alzheimer gibi hastalar evlerinden uzaklaştığında yerlerinin saptanmasında kullanılabilir. Bilgi ve iletişim teknolojileri sayesinde bilgi, simültane olarak evde bakım ekibiyle paylaşılmakta ve bu veriler ilerde kullanılabilmesi için depolanmaktadır (2,3).
- Ev modifikasyonları: kişinin hayat tarzını çevre şartlarına değil, yaşanan ortamı kişinin ihtiyaçlarına uygun hale getirmek ve böylece kişinin ev ortamında özgürlüğünü arttırmak bu hususta önemlidir. Bu kategoride, daha az karmaşık fakat bir o kadar gerekli tıbbi olma-



© Carlo Ardito

yan ekipmanlar bulunur: örneğin özel sandalyeler, asansörler, ray sistemleri ve eve giren rampalar, engelliler için özel tuvalet, banyo ve duş, kaldırma ekipmanları, özel mutfak ekipmanları ve basınç yaralarını önlemek için özel yataklar (7,8).

Pek çok araştırma evde bakım hizmetlerinde teknolojinin etkisini göstermektedir. Pek çok hastalıkta, teknolojinin klinik sonuçları geliştirdiği, hastanede yatış süresini kısalttığı, yeniden hastaneye yatışları azalttığı ve insanların hayat kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir. Teknoloji aynı zamanda enformel bakıcıların da hayat kalitesini arttırmaktadır, çünkü bakım hizmeti alan kişi ve onların enformel bakıcıları, bu sayede hastane gibi kurumlarda olmaksızın evde ve toplumda aktif olarak hayatlarına devam edebilmektedirler (Kutu 3.11 ve 3.12)

Hizmet Kullanıcılarına Teknoloji Yoluyla Erişim

Tıbbi ve diğer teknolojilerdeki ilerlemeler sayesinde, durumu karmaşık kişiler bile hastanelerde uzun süreli tedavi edilmek yerine evlerinde yaşamlarına devam edebilmektedir. Bu da toplum tabanlı hemşirelik hizmetlerine duyulan ihtiyacı arttırmaktadır. Örneğin deri bakımı, stoma bakımı, palyatif bakım gibi belirli uzmanlık alanlarındaki ihtiyaç oldukça fazladır. Yine de, teknoloji gelişmeye devam etse de teknolojik kısıtlamalar ve sistemin katı olması, teknolojinin sağlık hizmetlerinin içine yayılmasını engellemektedir:

- Boyut ve taşınabilirlik, başarılı bir evde bakım hizmeti için önemli unsurlardır; yine de bazı araçları küçültmek kullanışsız olabilir (10).
- Alt yapı kısıtlamaları (hizmet kullanıcısının evindeki iletişim ve elektrik sistemleri gibi) da evde bakım teknolojilerinin uygulanmasını engelleyebilir (10).



© Joan Teno

Politikaya Etkileri

- Politikalar, hizmet kullanıcılarının ihtiyaçlarıyla, ev ve çevre koşullarını eşleştirmeyi amaçlamalı, bu ihtiyaçlara en iyi cevap verecek teknolojilerden (tıbbi, tıbbi olmayan, bilgi ve iletişim teknolojileri gibi) yararlanmalı ve aşağıdaki noktaları da dikkate alarak düzenlenmelidir.
- Teknoloji insanların kültürüne, isteklerine uyum sağlamalıdır; tam tersi değil
- Teknoloji değerlendirme süreçlerinde, teknolojinin profesyoneller, bakıcılar ve kullanıcıların ilişkisini nasıl değiştirdiğine önem verilmelidir.
- Karar mercileri, evde bakım hizmetlerinin ve bu hizmetlerde kullanılan teknolojilerin performans değerlendirmesinin basit bir iş olmadığını farkında olmalıdırlar.
- Evde bakım hizmeti, çeşitli sağlık ve sosyal sorunları ve kararları içeren hizmetler arasındaki bağdan oluşur: bir müdahale yöntemine veya teknolojiye sınırları belirli sonuçlar atfetmek, diğer tüm hizmetler denklem dışında bırakılsa ve tüm dış etmenler kontrol edilse bile, oldukça zordur.
- Teknolojilerin kullanıcının evindeki etkisi ve performansı, aynı zamanda sistemler arasındaki koordinasyon ve entegrasyona, organizasyon ve geri ödeme rejimlerine de bağlıdır: bu sebeple iletişime açık bir ortam teknolojiden verimli şekilde yararlanmak için ideal bir ortamdır.
- Uygun iskân politikaları, evde bakımda teknolojinin uygun şekilde kullanımını etkileyecektir; çünkü kiracıların ev sahibi konumuna gelmesi, potansiyel ihtiyaçları için evleri modifiye edebilmelerini sağlayacaktır.

Referanslar

1. Levy J. Home dialysis can improve quality of life. *Practitioner*, 2007, 251:8, 10–12, 14–15.
2. Clark RA et al. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 2007, 334:942.
3. Jaana M, Paré G. Home telemonitoring of patients with diabetes: a systematic assessment of observed effects. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2007, 13:242–253.
4. Breitfeld PP. Belief in home chemotherapy. *Pediatric Blood and Cancer*, 2006, 47:237–238.
5. Stevens B et al. Children receiving chemotherapy at home: perceptions of children and parents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2006, 23:276–285.
6. Reeves P et al. The current and future burden and cost of overactive bladder in five European countries. *European Urology*, 2006, 50:1050–1057.
7. Alber J, Fahey T. Perceptions of living conditions in an enlarged Europe. In: *Quality of life in Europe*. Vienna, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004.
8. Lyons RA et al. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (4):CD003600.
9. Celler BG, Lovell NH, Chan DK. The potential impact of home telecare on clinical practice. *Medical Journal of Australia*, 1999, 171:518–521.
10. Farrero E et al. Impact of a hospital-based home-care program on the management of COPD patients receiving long-term oxygen therapy. *Chest*, 2001, 119:364–369.
11. *Les technologies de la santé à domicile: opportunités et enjeux*. Paris, Ministry of the Economy, Finance and Employment, 2006.

4. Sağlık Politikası ve Karar Mercilerinin Karşılaşabileceği Güçlükler

Doğru Kişilere, Doğru Zamanda, Doğru Araçları Kullanarak Hizmet Götürmek

Politika yapıcılar ve karar mercileri, her modern sağlık ve sosyal sistemde bulunan üç genel hedefe (1,2) odaklanmalıdırlar:

- İyi bir sistem bütün nüfus için sağlık hizmetleri ve sosyal hayatın iyileştirilmesine katkıda bulunur
- Sistemden tıbbi olmayan beklentiler, insanların haysiyetinin korunması, kullanıcının gizliliği ve otonomisine saygı gösterilmesi ve tüm nüfus gruplarının belirli ihtiyaçlarına ve duyarlılıklarına karşı hassas olmasıdır.
- Sağlık ve sosyal ihtiyaçlara adil maddi katkının sağlanması için, aileleri ve bireyleri fakirliğe itmeden evrensel erişim imkanı sağlayacak yeterli finansman gereklidir.

Evde bakım hizmetinin sağlıklı gelişmesi hizmetlerin sağlanmasındaki önemli fonksiyonları sistemin nasıl yerine getirdiği, sistemin finansmanı, sistem için kaynak yaratılması ve evde bakım hizmetlerinde görev ve sorumluluk paylaşımıyla yakından bağlantılıdır.

Evde Bakımda Hizmetlerin Verilmesi

Evde bakım hizmetlerinin karmaşık sürecinde aşağıdaki temel etmenlere odaklanılmalıdır:

- İhtiyaç değerlendirmesi: net uygunluk kriterleri, uygun gözetleme, erken ve çok yönlü ihtiyaç değerlendirmeleri Avrupa ülkelerinde evde bakım hizmetlerinin modernleştirilmesinin bir parçası olmalıdır. Özellikle kendisine en çok faydası dokunacak kişilere (ki bu kişiler, doğrudan hizmet kullanıcıları veya enformel bakıcıları olabilir) özellikle dikkat edilmelidir.
- Entegrasyon: etkililiği ve verimliliği sağlamak, kaliteyi yükseltmek, hizmet kullanıcılarının ve sağlayıcılarının memnuniyetini arttırmak için bireysel hizmet sağlayıcılar koordineli bir şekilde çalışmalıdır. Bu amaca ulaşmak için süreklilik arttırılmalı, hizmetler kişiye göre düzenlenmeli ve hizmet kullanıcıların eli güçlendirilmelidir.

- Uygun idari beceriler: evde bakım hizmetlerinin verilmesinde her düzeyde idari beceriler önem atfeder. Bu da doğrudan bakıma ek olarak, sosyal ve sağlık hizmetleri çalışanlarının daha çok idari görev yapmaları anlamına gelecektir. Aynı durum sağlıklı işleyen bir sistem kurmak için sözleşme, satın alma, planlama, değerlendirme ve kalite güvence mekanizmaları geliştirmek zorunda olan ulusal, bölgesel ve yerel hükümetler için de geçerlidir. Bu kuruluşlar uygun formasyona ve becerilere sahip bakıcıları işe alma, ücretlendirme ve işte tutmayı sağlayacak politikalar geliştirmekle mükelleftir.
- Müşterilere ihtiyaçlarını netleştirmede yardımcı olmak ve çeşitli profesyoneller ile profesyonel olmayan bakıcılar arasındaki işbirliğini arttırmak amacıyla merkezi bir bilgi, öneri ve yardım noktası kurulmalıdır.

Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı

Evde bakım hizmetlerinin finansmanındaki reform çabaları; finansman sistemlerinin entegrasyonuna ve özellikle de yatılı ve ayakta bakım hizmetleri arasındaki, sağlık ve sosyal servisler arasındaki, profesyonel ve enformel bakım hizmetleri arasındaki kurumsal bariyerleri aşmaya odaklanmalıdır. Bunlar dışında politika yapıcı ve karar mercilerinin göz önünde bulundurması gereken birkaç mesela daha vardır:

- Evde bakım hizmetlerinin kullanımı, bu husustaki kamu ve özel sektör harcamalarıyla ilgili bilgilerin güvenilir ve doğru olması
- Bakım hizmet paketinin çeşitli seviyeleri ve bileşenleri arasında kaynakların nasıl aktarılacağıyla ilgili net kriterler belirlenerek neyin devlet tarafından neyin kullanıcının kendisi tarafından karşılandığının şeffaf hale getirilmesi
- Piyasa mekanizmalarının (nakit ödemeler, bakım ödenekleri, kişisel bütçeler, kuponlar gibi) doğru kullanılmasının sağlanması, talebin artacağı varsayımıyla hareket ederek güncel finansman düzenlemelerinin sürdürülebilirliği

Evde Bakım Hizmetleri için Kaynak Yaratmak

Profesyoneller ve kamunun evde bakımla ilgili bilgilendirilmesi gereklidir. Evde bakım personelinin eğitimi büyük ölçüde yetersizdir. Talep artışı, bakım hizmetlerinin daha karmaşık bir hal alması ve enformel bakım ağlarının da giderek azaldığı düşünülürse; evde bakımın mantıklı bir çözüm olarak kalması için bakıcı personeller daha iyi eğitilmelidir. Özellikle (3):

- Hizmet kullanıcılarına ve enformel destek ağlarındaki insanlara daha fazla eğitim verilmelidir.
- Evde bakım profesyonelleri için verilen eğitim daha entegre ve disiplinler arası olmalı, beceri eğitimlerinin yanı sıra kişisel iletişim becerilerine yardımcı olacak eğitimler de içermelidir.
- Evde bakım hizmetlerinin bir parçası olarak, bakıcı personel teknolojinin kullanımı konusunda da eğitilmelidir.

Evde bakımın geleceğinde gerek tıbbi gerekse tıbbi olmayan teknolojik yeniliklerin önemli bir rolü olduğu düşünüldüğünde, bu hizmet için yapılacak yatırımların desteklenmesi ve özenle planlanması gereklidir.

Evde Bakım Hizmetlerinde Görev ve Sorumluluk Paylaşımı

Evde bakım hizmetlerinde görev ve sorumluluklar farklı yönetim düzeylerinde gerçekleşmektedir: yerel, il, bölge ve merkezi (4). Farklı düzeylerdeki yönetimler, hizmetlerin finansmanı, paylaştırılması ve sunulmasında farklı karar süreçlerine dâhildirler ve görevleri ülkeden ülkeye farklılık gösterir. Çeşitli seviyelerdeki sorumluluklarla ilgili önerilerde bulunurken, bu farklılık dikkate alınmalıdır.

- Ulusal düzeyde, evde bakımın planlaması, mevzuatı ve düzenlenmesi için birtakım politikalar gereklidir. Merkezi idareler, az miktardaki kaynakların nasıl dağıtılacağını belirleyen öncelikleri net bir şekilde tanımlamakla mükelleftir (kurumsal bakım, birincil bakım ve toplum sağlığı arasındaki dengenin sağlanması gibi). Ayrıca, merkezi yönetim, maddi kaynakların ve insan kaynaklarının ülkede homojen olarak dağıtımını sağlamalıdır.
- İl ve bölge yönetimleri, ulusal yönetimin belirlediği öncelik kriterlerine göre kaynakların dağıtımından sorumludur. Ulusal standartlar, şehir ve bölgenin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyarlanmalı, il ve bölgede evde bakım hizmetleri için anahatlar oluşturulmalıdır. İl ve bölgedeki idare seviyesi ile yerel idarelere aktarılabilecek sorumluluklar karara bağlanmalıdır. Avrupa ülkelerinin çoğunda, evde bakımın ‘sağlık’ bileşeni sağlık hizmetlerinin parçasıyken, ‘sosyal’ bileşeni yerel hükümetlerin görev ve sorumluluğundadır. Her düzeydeki yönetimin sorumluluklarının farkına varması için, evde bakımın planlama aşamasında gerekli kararlar alınmalı, anahatlar çıkarılmalı ve böylece her yönetim sorumluluklarını yerine getirmelidir. Bu anahatlar, servislerin tekrarını, arasındaki boşlukları ve

çatışmalarını engellemede kılavuz olarak kullanılır.

- Yerel hükümet: kimin yönlendirdiğinden bağımsız olarak evde bakım hizmetlerinin toplum seviyesinde pratiğini sağlar. Evde bakım hizmeti programlarında, toplumun bir araya gelme kültürü, normları, standartları ve liderlik önemli rol oynar. Kullanılan organizasyonel yapıyla (tek bir sağlayıcı, sağlık ve sosyal hizmetlerin ayrımı veya farklı yönetim seviyesindeki sorumlulukların ayrılması gibi) uyumlu olarak, efektif liderliği destekleyen, ev bakımının planlaması ve uygulanmasında toplumu harekete geçiren stratejiler geliştirilmelidir. Toplumun dahil olması bakıcıların, hizmet kullanıcılarının, sağlık ve sosyal hizmetler çalışanlarının, toplum gönüllülerinin, toplumu oluşturan fertlerin ve/veya toplumdaki liderlerin dahil olması anlamına gelir. Bu da evde bakım ile alakalı bütün bireylerin, bu programların başlatılması ve sürdürülmesinde yer alması demektir.

Referanslar

1. *Strengthened health systems save more lives: an insight into WHO's European Health Systems' Strategy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/healthsystems> , erişim 25 Temmuz 2008).
2. *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/Information/Sources/Publications/Catalogue/20051201_1 , erişim 25 Temmuz 2008).
3. *Home-based and long-term care: home care issues and evidence*. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html , erişim 25 Temmuz 2008).
4. *Community home-based care in resource-limited settings: a framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html , erişim 25 Temmuz 2008).

