

“Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’e” Eleştirel Bakış

Critical View to "Regulation on Presentation of Home Care Servis"

Dr. M. Cumhuri İZGİ,^a
Dr. Mustafa ÇOBAN,^b
Dr. V. Aydan İZGİ^b

^aAnkara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, ANKARA

^bAkdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri
Meslek Yüksekokulu, ANTALYA

Geliş Tarihi/Received: 20.02.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 11.09.2007

Bu maddenin daha basit bir biçimi aynı yazar grupları tarafından Türkiye 1. Ulusal Sağlık Geliştirme Kongresinde sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Mustafa ÇOBAN
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri
Meslek Yüksekokulu, ANTALYA
cobantr@hotmail.com

ÖZET Bu çalışmada; ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’; etik açıdan incelenmiştir. Yönetmelik tedavi hizmetleri odaklı hazırlanmış olup koruyucu hizmetler göz ardı edilmiştir. Yönetmelik paternalist bir yaklaşımla hazırlanmıştır. Yönetmelikte özellikle de özerklik ilkesinin zedelendiği (göz ardı edildiği) saptanmıştır. Yönetmelikte kavramsal bütünlük, hizmetlerin içeriği ve etik duyarlılık eksikliği bulunmaktadır. Yönetmelikte kavramların tanımlanması uygun yapılmamış ve tanımlarda belirsizlik bulunmaktadır. Örneğin Yönetmelikte yer alan ‘evde bakım hekimi’ kavramı Türkiye’de hiçbir mevzuatta olmayan bir tanımdır. Ayrıca Türkiye’de ne standart tıp eğitimi süresince ne de uzmanlık eğitimlerinde ‘evde bakım hekimi’ kavramını içeren bir tanımlama yapılamamaktadır. Yönetmelikte ‘hastaların hiçbir gerekçe gösterilmeden ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilebileceği’ ifade edilmektedir. Bu durum kişi özerkliğini zedelemektedir. Ayrıca paternalizmin ön plana çıktığı bir diğer konuda hastaya verilecek bilgidir. Yönetmelikte hastaya yalnızca hekimin uygun gördüğü bilgilerin verilebileceği belirtilmektedir. Bu durum hastanın bilgilene hakkını kullanılmasını engellemektedir. Yönetmelik etik disiplini kural koyan bir disiplin olarak ele almakta ve etik sorunsallar üzerinde bir uzlaşım olduğunu varsaymaktadır. Yönetmeliğin etik duyarlılıkla, koruyucu sağlık hizmeti anlayışını da içerecek ve kişilere göre değişik anlamlar içermeyecek biçimde tekrar hazırlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım hizmetleri; tıbbi etik; yasalaştırma

ABSTRACT In this study, the regulation was studied as ethics. The regulation was prepared only focus on the treatment device and to neglect the preventive service. The regulation was prepared with an approach paternalist. It was determined specially the principle of autonomy was damaged in the regulation. There is lack of the conceptual integrity, the content of services and the sensibility of ethics in the regulation. There is darkness in the definition of concepts, for instance the conception of home care physician in the regulation isn’t take place in the any laws and regulation in Turkey. Furthermore, there isn’t any definition the concept interest in home care physician in medical education in area of specialization in Turkey. Moreover, it was predicated that the patient will be send in secondary care without reason in the regulation. This situation has damage autonomy. Besides, the other subject which is stand in the forefront of paternalism is informed consent. It was determined that only the information thought fit by physician give to patient. This situation also frustrate informed consent rights of patient. The regulation discuss the ethics discipline such as make a rule and it suppose an accordance on ethics issues. This is required that regulation prepare with including in apprehension of preventive health service, objective and with ethics sensibility.

Key Words: Home care services; ethics, medical; legislation

Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2008, 16:43-48

İnsanın varoluşu ile birlikte, acılarını dindirme, yaşamını uzatma ve yaşam kalitesini artırma uğraşları da başlamıştır. İnsanın ilkel yaşamı boyunca içgüdüsel, deneme yanılma yöntemi ve mistik davranışlarıyla bu

uğraşlar şekillenmiş, Hipokrat’la birlikte ise akılcı yöntemler kullanılarak ilerlemeler sağlanmıştır. Söz konusu uğraşlar “Tıp” olarak isimlendirilmiştir.

Ortaçağın karanlığından, kul anlayışından Aydınlanma çağı ile birlikte kurtulan insan, “birey” kavramı içinde değerlendirilmeye ve kendi temel haklarına sahip çıkmaya başlamıştır. Bu sahipleniş bireyin bilinçlenmesine, bireyi koruyan önlemler alınmasının sağlanmasına neden olmuştur. Sağlık hizmetleri de modernizmle birlikte yalnızca hasta olan kişilerin sorunu olmaktan çıkarak toplumsal bir alan haline gelmiştir.¹

19. yüzyılda bilimin tüm paradigmasının kabulü ve bu paradigmalara uygun teknolojilerin gelişmesinden tıp da teknik bir disiplin olarak nasibini almıştır. 20. yüzyılda bilişim teknolojilerinin de artması sonucu tıp ilerlemesini hızlandırmıştır.

Hem teknolojik gelişmelerin tıbbi etkilemesi, hem de sosyal alanda insanın değerlendirilmesindeki değişikliklerin etkileriyle insanların ölüm nedenlerinin başında gelen bulaşıcı hastalıklar engellenmiş, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilerek bireyin hasta olması engellenmeye çalışılmış ve tüm bu gelişmelerle insanın yaşam süreci uzatılmıştır. Toplumların yaşlanması daha çok son yüzyılın kavramıdır. Özellikle gelişmiş ülkelerde toplum, değişen nüfus piramidiyle birlikte birçok sosyopolitik sorunla karşı karşıya kalmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde de 65 yaş üzeri nüfus her geçen gün artmaktadır. “Dünya Sağlık Örgütü’nün 1998 yılı raporuna göre; 1998’de 390 milyon olan 65 yaş üzeri nüfusun 2025 yılında 800 milyona ulaşarak dünya nüfusunun %10’unu oluşturacağı; 1955 yılında doğumdan itibaren 48 yıl olan yaşam beklentisinin 1975 yılında 59’a, 1995 yılında 65’e yükseldiği ve 2025 yılında 73 yıla ulaşacağı; çalışmakta olan erişkin nüfusun bakması gereken yaşlı nüfusa oranı 1955’de %10,5 iken 1995’de %12,3’e yükseldiği ve 2025’de %17,2’ye ulaşacağı ortaya konan gerçeklerdendir”.² Ortalama yaşam beklentisi günümüzde Türkiye’de erkekler için 69 yıl, kadınlar için 73 yıl olarak tahmin edilmektedir. Yaşamın uzaması doğal olarak sağlık problemlerinin ortaya çıkmasını, özellikle kronik hastalıkları ve bunların

yarattığı kronik sorunları artırmıştır. Daha uzun ömre sahip olurken yaşam kalitesinin artması için sağlık beklentisinin önemi vurgulanmaktadır. “Batı ülkelerinde yaşlı nüfus toplam nüfusun %15’ini oluşturmaktadır. Bununla beraber %15’lik bu kesim hastaneye kabullerin %50’den fazlasını ve sağlık kaynaklarının yaklaşık %40’ını tüketmektedir”.² Dünya nüfusunun ve kronik sağlık sorunlarının artması sağlık hizmetlerinin örgütlenmesini, nitelikli ve ulaşılabilir olmasını zorlamaktadır.

Yaşlı hastaların ve kronik hastalıkların yarattığı sorunlar nedeniyle terminal dönemi yaşayan hastaların hastanelerde tedavi edilmek zorunda kalınması sağlık hizmetleri düzenlenmesinde, hastanelerin tedavi edici sağlık hizmeti sunumunda aksaklıklara neden olmaktadır. Ayrıca bu hizmetler hastanelerin görev tanımına da uymamaktadır. Batı Avrupa ve Kuzey Amerika’dan esen küreselleşme fırtınası tüm ülkeleri ve sektörleri etkilemiştir. Tüm dünyada yaşanan küreselleşme ve bilgi toplumuna geçiş süreci, beraberinde yeni kavramları, yeni değerleri ve yeni anlayışları gündeme taşımıştır.³ Sağlık hizmetlerinin sunumunda baskın seçenek olan hastanelerden uzaklaşmaya başlanarak, terminal dönem bakımevleri (hospisler), gündüz hastaneleri ve evde bakım kuruluşları gibi alternatif sağlık hizmetleri ön plana çıkmıştır.⁴ Sağlık hizmetlerinde alternatif arayışının katalizörü de memnuniyet, ekonomik olma ve hizmet kalitesidir.

Türkiye’deki geleneksel aile yapısı içinde yaşlı hastaların çoğu evlerde, aile bireyleri tarafından bakılmak zorunda kalmaktadır. Ancak sosyal hayattaki değişiklikler nedeniyle daha küçük çekirdek aile yaşamının yerleşmesi ve ailenin tüm bireylerinin çalışma hayatına daha çok katılması nedeniyle evde bakım hizmeti de yeterince verilememektedir. Hem bakım hizmetini veren aile bireyleri hem de hastalar sorun yaşamakta, her iki tarafın da yaşam kaliteleri düşmektedir. Bununla birlikte evde bakım hizmetleri hastaların evlerinde, yaşadıkları ortamda tedavilerini ve bakımlarını temel alarak hastanın yeganeliğinin korunmasını sağlar. Evde bakım hizmetleri ile sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin düştüğüne ve hastaların yaşam kalitelerinin yükseldiğine ilişkin bir çok çalışma mevcuttur.⁵⁻⁹

Tüm bunlar göz önüne alınarak, yataklı tedavi kurumlarının yükünü azaltmak için evde bakım hizmeti sunumunun daha bilinçli yapılabilmesi amacıyla bu hizmeti sunan kuruluşlar yapılanmıştır. Birçok Avrupa Birliği ülkesi, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Kanada, Japonya ve Çin¹⁰ sağlık sistemlerinde önemli yer tutan evde bakım hizmetlerinin, Türkiye sağlık sisteminde de zamanla etkin biçimde yer alacağı aşikardır.

Evde bakım hizmetleri, bireylere ve ailelere yaşadıkları ortamda sağlık hizmetleri almayı teşvik etmek, sağlığı düzenlemek için ya da hastanın bağımsızlığının en yüksek seviyesini sağlamak için oluşturulmuş hizmetlerdir.¹¹ Evde bakım hizmetleri; sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için hastalara ev ortamında sağlık hizmeti ve hizmet donanımının (araç, gereç) sağlanmasıdır.¹² Evde bakım hizmetleri, hastalara özgürlüklerini ve bireyselliklerini koruma olanağı vererek, insanların yaşadıkları ortamda daha mutlu olmalarını sağlamaktadır.¹³ Schulmerich ve ark. göre,¹⁴ evde sağlık bakımı, toplumsal bakım, ev ziyaretleri ve hemşire ziyaretleri kavramlarının hepsi evdeki profesyonel bakımı içermektedir.

Medicare, evde bakım hizmetlerini yara ya da hastalığın tedavisi için evde alınabilececek eğitimli hemşire bakımı ve diğer sağlık bakımları olarak tanımlamaktadır.¹⁵ Evde bakım hizmetleri, yalnızca hasta ve hastalığa dönük bir faaliyet değildir. Bütün medikal ve sosyal hizmetleri içermesi kapsadığı alanın büyüklüğünü göstermektedir. ABD’de evde bakım kuruluşları tıbbi ve sosyal hizmetleri içeren 25 çeşit hizmet sunmaktadır. ABD’de evde bakım kuruluşlarından yararlanan grupların başında 65 yaş ve üzeri kişiler gelmektedir.¹⁶ DSÖ yaşlılık dönemini 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmektedir.¹⁷ Bu yaş sınırı demografik bir sınır olmasına karşın, yaşlılık bireyin biyolojik ve sosyal açılardan bağımsız konumundan bağımlı konumuna geçtiği dönem olarak da adlandırılmaktadır.¹⁸ Evde sunulan yardım sosyal, duygusal, bilişsel ve tıbbi gereksinimler üzerine odaklanmaktadır. Evde bakım, evde bulunan tüm bireylere, çocuklardan kronik hastalığı olan yaşlılara kadar herkese hizmet sunmak için kullanılmaktadır.

Devlet anlayışı içinde bu yapılanmaların hukuksal bir boyut kazanmaları ve kuruluşların yasal bir zemine oturtulması gerekliliği kaçınılmazdır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı tarafından, 10 Mart 2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de konu ile ilgili yönetmelik yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Makalede yönetmeliğin eleştirel bir bakışla değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

TARTIŞMA

Evde Bakım Hizmetleri Yönetmeliği¹⁹ 8 bölüm ve 35 maddeden oluşmaktadır. Yönetmeliğe ilişkin eleştiri noktalarını şöyle sıralayabiliriz:

1. bölümün tanımlar başlıklı 4. maddesinin “1” şıkında “evde bakım hekimi” kavramı ortaya atılmaktadır. Ancak ülkemizde ne standart tıp eğitimi süresince ne de uzmanlık eğitimlerinde “evde bakım hekimi” tanımlaması bulunmamaktadır. Yönetmeliğin; ne yasal dayanaklarını oluşturan Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ’da ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede ne de Türkiye’deki her hangi bir sağlık mevzuatında ‘evde bakım hekimi’ tanımlanmamıştır.

Yönetmeliklerin yasalara aykırı olmaması ve yasalarda bulunmayan kavramlar getirmemesi gerekir. Hukuk düzenini sağlayan kuralların ise herkesin anlayabileceği bir dille yazılmış olması ve ülkede daha önce tanımlaması yapılmamış ifadelerle yer vermemesi gerektiği aşikardır. Kullanılmayan kavramın yazılması konunun kişilerce yorumlanmasına neden olmakta ve netliği ortadan kaldırmaktadır.

Ayrıca yönetmeliğin tanımlar kısmında yer alan merkez ve birim tanımlarında; bu işletmelerin özel hukuk tüzel kişilere ve gerçek kişilere ait olabileceği belirtilmektedir. Kamu tarafından (devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri) sağlanacak olan evde bakım hizmetlerine ilişkin bir tanımlama bulunmamaktadır. Bu anlamda yönetmelikte yer alan merkez ve birim tanımlarının kapsamına kamu tüzel kişiliği ibaresinin de konulmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Yönetmeliğin 8. maddesi

sinde kamu kuruluşlarının da bu yönetmeliğe tabi olduğunu söylemenin yeterli olamayacağı ve kamu tarafından sağlanacak evde bakım hizmetinin nasıl tanımlanması gerektiğine ilişkin bir boşluk oluşacağı endişesi taşınmaktadır. Bu boşluk kamu hastaneleri tarafından evde bakım birimi kurulama yacağı biçiminde de yorumlanabilir.

2. bölümün başvuru için gereken belgeler başlıklı 9. maddesinin “h” şikkında ise “evde bakım hizmeti alan kişinin gerekli durumlarda herhangi bir gerekçe gösterilmeksizin ikinci basamak sağlık kuruluşuna nakledileceğine ...” ifadesi bulunmaktadır. Bu maddedeki “herhangi bir gerekçe gösterilmeksizin” ifadesi tamamen paternalist bir anlayışın sonucu olarak kişi özerkliğini hiçe sayan bir bakışın ifadesidir. İnsan başkalarının değer atfedilmesine gerek kalmaksızın kendinde değer olan varlık olarak değer üretme olanaklarına sahiptir. Bu noktada da seçim yapma ve seçimine uygun davranma özgürlüğünü de kendinde taşımaktadır.

Ayrıca aynı yönetmeliğin 12/g ve 13/1 maddelerinde sözü edilen etik kurallara uyma ifadesi ile bu madde çelişmektedir. İlkeci etik kuramı açısından irdelendiğinde de bu kuramın 4 temel ilkesinden-zarar vermeme, yarar sağlama, adalet ve özerklik-özerklik ilkesine uymadığı görülmektedir.

3. bölümün mesul müdür başlıklı 11. maddesinin “g” şikkında “çalışan personelin başta HIV, hepatit markerları olmak üzere gerekli görülen tetkiklerini ve muayenelerini en az yılda bir defa periyodik olarak yaptırtmak” şeklinde bir ifade yer almaktadır. Ancak bu muayeneler sonucu pozitif çıkan personele nasıl bir işlem uygulanacağı konusunda yönetmeliğin hiçbir maddesinde herhangi bir açıklama bulunmamaktadır. Ayrıca bu bilgilerin nasıl saklanacağı konusunda hiçbir açıklama olmaması da kişi bilgilerinin mahremiyetinin sağlanamayacağı kuşkusu uyandırmaktadır.

Bu konuda diğer önemli bir nokta ise kamu kurum ve kuruluşlarının da evde bakım hizmeti ile ilgili olarak bu yönetmeliğe bağlı olduğu belirtilmiştir. Kamu kurum ve kuruluşlarında başka birimlerde çalışan hiçbir personele bu tetkiklerin yaptırılması zorunluluğu bulunmazken sadece bu birimde çalışanlara zorunluluk getirilmesinin ge-

rekçeleri de açıklanmamıştır. Bu birimlerde çalışan – özel veya kamu kurumlarında – personelin aydınlatılmış onamı olmaksızın, iş bulmak amacıyla zorunlu tetkik ve muayeneye maruz bırakılmasını etik kuramlar açısından nasıl temellendirileceği anlaşılamamıştır. Yönetmeliğin bir çok maddesinde etik kurallara ve hasta haklarına uymaktan bahsedilirken başka birimlerde bulunmayan bu zorunlu muayenenin çelişki yarattığını düşünmekteyiz.

3. bölümün hekim başlıklı 12. maddesinin “g” ve hemşire başlıklı 13. maddesinin “ı” şıklarında “...tüm uygulama ve işlemlerin etik kurallarına uyarak...” ve 8. bölümün yasaklar başlıklı 31. maddesinin “g” şikkında “...etik gerekleri yerine getiremeyeceği...” ifadeleri bulunmaktadır. Ancak sözü edilen etik kuralların ve etik gereklerin neler olduğu belirtilmemiş veya belirtilen yer ifade edilmemiştir. Zaten etik kuralların düzenlenmesi de düşünülemez. Etik, değerler felsefesidir. Etik, insanın kendi olanakları ve kurduğu ilişkilerle yarattığı değerler hakkında sorular soran, bunlara yanıtlar arayan, neyin değer olduğu veya hangi değer geçerli olduğunun yanıtlarını arayan felsefe dalıdır. Etik, iyi-kötü, doğru-yanlış kavramlarını, mutlak iyi ve mutlak doğrunun olabilirliğini tartışan açık uçlu bir disiplindir. Değersel bir hiyerarşi oluşturmadan zihinsel çaba ile çerçeveleri belirleyip kuramlar oluşturan bir disiplindir. Sonuç olarak insanın yaşamının somut gereksinimlerine yanıt vermez, sadece yol göstericidir. Bu kuramların yasalaşması hukuku, normatif geçerlilik kazanması ise ahlaki oluşturur. İnsan yaşamını kolaylaştırmak için pragmatik anlayışla ilkeci etik anlayışı da yaratmıştır ancak bu noktada ilkelerini ortaya koymuş ve buna göre değerlendirme yapmaktadır. Yönetmeliğimizde ise “etik kurallara uymak” gibi herhangi bir temeli olmayan ifade ile çok şey söylüyormuş gibi yapıp hiçbir şey söylenmemektedir.

Yine 3. bölümün hemşire ve sağlık memuru başlıklı 13. maddesinin “h” şikkında ise “hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin sınırları önceden hekimi ile belirlenmiş olarak bilgi vermek..” ifadesi kullanılmaktadır. Bu ifadeden anlaşılacağı gibi hastaya verilecek bilginin sınırlarının hekim tarafından çizileceği belirtilmektedir. Bu durum hastanın özerkliğine ve hastanın uygulan-

çak tedaviye onam verip vermemesine engel oluşturabilir. Yönetmeliğin aynı bölümünün hekim başlıklı 12. maddesine baktığımızda ise aydınlatılmış onam almak ile ilgili bir şıkkın bulunmaması hastaya verilecek bilginin sınırlandırılacağı inancımızı güçlendirmektedir. Oğuz'a göre²⁰ hastanın özerkliğini gerçekleştirmenin en etkili yolu aydınlatılmış onam uygulamasıdır. Böylece aynı yönetmelikte etik kurallara uymak olarak ifade edilen maddelerin neyi içerdiği konusunun belirsizliği bir kez daha gözler önüne serilmektedir. Özerklik bireyin vazgeçilmez unsurlarındandır ve bu maddeyle bu unsur bir kez daha göz ardı edilmektedir.

7. bölümün evde bakım hizmeti verilmeyecek durumlar başlıklı 28. maddesinin son bendinde ise sağlık kuruluşunun tek taraflı olarak hizmeti durdurabileceği ve hizmet sözleşmesini sona erdireceği durumlar belirtilmektedir. Ayrıca yönetmeliğin sağlık kuruluşunun açılması başlıklı 8. maddesinde de kamu kurum ve kuruluşları ile kamu hastanelerinin de evde bakım hizmetleri vermesi açısından bu yönetmelik kapsamında olduğu belirtilmektedir. Sağlık en temel insan hakkıdır. Hukuk devleti bir ülkedeki vatandaşlarının haklarının sağlanmasını temin etmekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğünü yerine getirirken vatandaşları arasında herhangi bir ayırım yapamaz. Türkiye'de de sağlık hakkı Anayasal güvence altındadır. Ayrıca Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği ve Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinde de hizmetin durdurulması olarak herhangi bir ifade bulunmamaktadır. Hekimin hastayı ret etme hakkından söz edilir ancak hastasını başka bir hekime devrederek bu hakkını kullanabilmektedir. Yönetmeliğin bu maddesinde ise birey için hak olan hizmetin, hastanın ve ailesinin sorumluluklarını yerine getirmemesi veya sağlık personeline karşı uygunsuz davranışlarda bulunması gibi gerekçelerle, tek taraflı durdurulması ve sözleşmesinin sona erdirilmesi söz konusudur. Bu durum kamu hizmet anlayışı ile çelişmektedir. Hatta “...uygunsuz davranış...” tanımlaması açık olmayan bir ifade olduğu için özel sektörde bile kişinin “sağlık” hakkını elde etmesine engel oluşturabilir.

Dünyadaki önemli sorunlardan birisi de çevre kirliliğidir. Çevrenin canlılık üzerine olan etkileri

yadsınamaz. Çevre kirliliğine neden olan faktörlerden biri de tıbbi atıklardır. Sağlık kuruluşlarında ortaya çıkan tıbbi atıklar, kişi sağlığının korunması amacıyla tek kullanımlık malzemelerin kullanılması, teknolojinin gelişmesi ile kullanılan tıbbi malzeme çeşitliliğinin artması ve bunlarla birlikte nüfusun artması ile de tıbbi malzeme miktarının artması nedeniyle her geçen gün çoğalmakta ve bunların bertaraf edilmesi sorunu da güncelliğini korumaktadır. Saklanması, imhası çok daha özellikli olan bu atıklar evde bakım hizmeti ile birlikte evlerde de oluşmaktadır. Yönetmelikte ciddi bir çevre sorunu oluşturabilecek bu konuda, oluşan atıkların toplanması ile ilgili herhangi bir açıklamanın bulunmaması insan ve çevre sağlığı açısından olumsuzluk örneğidir. Ancak ülkemizde yürürlükte olan “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde” bile evsel tıbbi atıklar oluşabileceğinin düşünülmemiş olması sorunun boyutunu daha da artırmaktadır.

Yönetmelikte Ek 7 olarak yayınlanan denetleme formuna baktığımızda denetimin asıl hedefinin büro hizmetlerinin ve büro fiziki şartlarının olduğu görülmektedir. Ancak “değer” olarak kabul ettiğimiz insanla ilgili uğraşlarda uğraşın denetiminin çok daha önemli olduğu açıktır. Ancak yönetmelikte bu konunun üzerinde durulmamış olması “değer harcama” baştan kabul mü ediliyor sorusunu akla getirmektedir.

Son olarak, evde bakım hizmeti ile birlikte hukuksal koruma altında da olan hasta ve hasta yakınına ait özel yaşam alanına giren sağlık personelinin mahremiyetin nasıl korunacağı hakkında yönetmelikte hiçbir maddenin bulunmaması düşündürücüdür. Mahremiyetin sadece kişilerin iyi niyetine bırakılabilecek bir kavram olmadığı düşüncesindeyiz.

SONUÇ

Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik genel olarak değerlendirildiğinde, tamamen tedavi edici sağlık hizmeti anlayışı ile düzenlenmiş olduğu görülmektedir. Ancak yıllardır evde bakım hizmetlerini sağlık hizmetlerine entegre etmiş ülkeler incelendiğinde evde bakım hizmetleri uygulamaları kapsamında koruyucu sağ-

lık hizmetlerinin olduğunu saptanmıştır.^{21,22} Türkiye'de evde sağlık hizmetleri uygulamaları 1980'li yıllara kadar koruyucu sağlık hizmetleri odaklı ve devlet tarafından yürütülen bir hizmet iken, günümüzde hastaların evde bakımı özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından, hastaların hastane sonrası tedavilerinin ve bakımının yürütülmesi olarak gerçekleşmektedir. Kronik hastalığı olan, öz bakımını sağlayamayan, yatalak olan hastaları veya terminal dönem hastalarını kapsayan bu hizmet, koruyucu sağlık hizmeti ruhu ile yapılmalıdır ki ikincil sağlık problemlerinin ortaya çıkması engellenebilsin. Ülkemizde yürürlükte olan yasalardan, güncelliğini bugün hala koruyan 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun incelendiğinde; evde bakım hizmetlerinin gezici sağlık hizmeti olarak sağlık ocakları tarafından verilmesi gerektiğini görürüz. 40 yıllık bir örgütlenme ile ülkenin her köşesine yayılmış, 1. Basamak sağlık hizmeti sunumu için ekip olarak örgütlenmiş olan bu sağlık kurumlarının güçlendirilmesi ile gereksinimi olan tüm bireylere evde bakım hizmeti sunmak olanaklıdır. "İyi" sağlık hizmetinin ekip hizmeti olarak sunulması gerekliliği çok açıktır. Yönetmelik evde bakım hizmetle-

rini "Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması" olarak tanımlamaktadır. Tanımlama ekip hizmeti gibi olmasına rağmen kuruluşların yapılmasında bu özellik önemsenmeyip standart ekip örgütlenmesi oluşturulmamıştır. Gerektiği zaman oluşturulmaya çalışılacak birliktelik de gerçek ekip ruhunu yaratamaz. Görüldüğü gibi globalleşen dünyada hakim olan "paran kadar sağlık hizmeti" anlayışının yansıması olarak tedavi edici sağlık hizmeti anlayışı ile yürürlüğe sokulmuş bir yönetmelikle karşı karşıya olduğumuz açıktır. Oysa evde bakım hizmetleri; hekim, psikolog, diyetisyen ve diğer yardımcı sağlık personeli ile bir bütünlük içinde verilebilecek ve sadece hastanın tedavisi ile sınırlandırılmayacak bir hizmettir.

Yukarıda 9 madde halinde ele aldığımız eleştiri noktaları göz önüne alınarak bu yönetmeliğin etik duyarlılıkla, koruyucu sağlık hizmeti anlayışı ile ve kişilere göre değişik yorumlara zemin oluşturmayacak şekilde tekrar hazırlanması gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Illich, I. "Sağlığın Gaspı", Çeviren: Süha Sertabiboğlu, Ayrıntı Yayınları, İstanbul: 1995.
2. Aydın ZD. Yaşlanan Dünya ve Geriatri Eğitimi, Geriatri, 1999;4:180.
3. Narin H. "Çağdaş Çalışma Mevzuatı", Mercek, Yıl 7, Sayı: 28, Türk Metal Sanayicileri Sendikası Yayınları; İstanbul: 2002. s.22-4.
4. Smith EM, Baker RC, Branch GL, et al. 'Case-Mix Groups for VA Hospital- Based Home Care', Medical Care, Philadelphia 1992. p:1-16.
5. Bozzetti F, Cozzaglio L, Biganzoli E, et al. 'Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition', Clinical Nutrition 2002;21:281-8.
6. Peruselli C, Paci E, Francensi P, Legori T, Mannucci F. 'Outcome Evaluation n a home Palliative care Service', Journal of Pain and symptom Management 1997;13:158-165.
7. Cheh V. The final Evaluation report on the National Home Mealth Prospective Payment demonstration: agencies Reduce Visists While Preserving Quality, Mathematica Policy Research Inc, Baltimore: 2001.
8. Puntis LWJ. 'The Economics of Home Parenteral Nutrition', Nutrition 1998;14:809-12.
9. Grande GE, Addington-Hall JM, Todd CJ. 'Place of Death Access to Home Care Services: Are Certain Patient Groups at a Disadvantage 1998.
10. WHO (2002a) Lesson for Long Term Care Policy, WHO/NMH/CCL/02.1
11. Taylor C, Lillis C, Lemone P. Fundamentals of Nursing, J.B. Lipincott Company, Philadelphia: 1993.
12. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara: 2000.
13. Şahin D. "Hasta- Tedavi Ekibi İlişkisi", Sağlık Psikolojisi, Editör: Ülgen H. Okyayuz, Türk Psikologlar Derneği, Ankara 1999. s.38-78.
14. Schulmerich SC, Timothy J, Riordan JR, Davis ST.. Home Health Care Administration, Delmar Publishers, New York; 1996.
15. CMS (2002) Centers for Medicare & Medicaid Services, Depatmant of Health & Human Services- USA (2002a), Medicare and Home Health Care, Publication No. CMS- 10969, Baltimore
16. NCHS (1999) National Center for Health Statistics, U.S. Department of Health Human Services, Center for Disease Control and Prevention, 'The National Home and Hospice Care Survey: 1996 Summary, Series 13 No: 141
17. DSÖ (1998), Dünya Sağlık Raporu, Dünya Sağlık Örgütü Yayınları, Genova,
18. Bilir N, Arslan D, Güngör N, et al. "Ankara'da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi'ne Bağlı Sakarya Mahallesi'nde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık ve Sosyal Durumlarının Saptanması", Geriatri, Turkish Journal of Geriatrics 2002;5:97-102.
19. TC Resmi Gazete (10 Mart 2005 tarih ve 25751 sayılı)
20. Oğuz Y. 'Özerkliğe Saygı İlkesi', Arda, B., Oğuz, Y., Pelin, Ş. S., Deontoloji, 2. Baskı, Bilimsel Yayınlar Serisi, A.Ü. Tıp Fakültesi, ANTIP A:Ş: Yayınları, Ankara: 1998.
21. Harrison MJ, Kushner EK, Benzies K, Kimak C, Jacobs, P, Mitchell BF, "In- Home Nursing Care for Women With High- Risk Pregnancies: Outcomes and Costé", Obstetrics& Gynecology 2001;6:982-7.
22. Dawson P. 'Home Visiting in Europe', Conference Exploring the Use of Home Visitors to Improve the Delivery of Preventive Services to Mothers With Young Chidren, American Academy of Pediatrics, Washington, 1980. p.272-4.