



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü

GARD
Türkiye HERKES İÇİN SAĞLIKLI BİR NEFES

**TÜRKİYE KRONİK HAVA YOLU HASTALIKLARINI
ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI**

**GÖĞÜS HASTALIKLARINDA
EVDE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU**

Haziran 2011

ANKARA

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

**TÜRKİYE KRONİK HAVA YOLU HASTALIKLARINI ÖNLEME VE KONTROL
PROGRAMI**

“GÖĞÜS HASTALIKLARINDA EVDE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU”

Bu yayının tüm hakları Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi “Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, yayın no ve tarihi” şeklinde olmalıdır. 5846 sayılı yasa gereği Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün onayı olmaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz.

ISBN : 978-975-590-372-9

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 838

Ayrıntılı bilgi için: T.C. Sağlık Bakanlığı, Mithatpaşa Caddesi No: 3, Sıhhiye 06430, Ankara, Türkiye (Telefon: (0312) 585 10 00 (50 hat); e-posta: saglik@saglik.gov.tr

1. Baskı: Anıl Matbaacılık

Özveren Sokak 13/A Kızılay / ANKARA

Tel: 0.312 229 37 41 - Fax: 0.312 229 37 42

Bu kitap, Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı'nın “Hastalıkların Etkin Tedavisi, Komplikasyonların Gelişiminin Önlenmesi ve Bu Hastalıklara Yönelik Rehabilitasyon Hizmeti Sunulması” Çalışma Grubunun Aktiviteleri Çerçevesinde 24-26 Kasım 2010 tarihlerinde yapılan Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmet Sunumu Çalışmayı Sonuç Raporu Olarak Hazırlanmıştır.

EDİTÖRLER

Doç. Dr. Pınar ERGÜN

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs
Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GARD Türkiye 5. Çalışma Grubu Başkanı

Prof. Dr. Adnan ÇİNAL

Sağlık Bakanlığı
Müsteşar Yardımcısı

Prof. Dr. Arzu YORGANCIOĞLU

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
GARD Türkiye Yürütme Kurulu Başkanı
Ülke Koordinatörü

Uzm. Dr. Nazan YARDIM

Temel Sağlık Hizmet Genel Müdürlüğü
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik
Durumlar Daire Başkanı
GARD Türkiye Yürütme Kurulu
Başkan Yardımcısı

TEKNİK ÇALIŞMA GRUBU

Ertuğrul GÖKTAŞ

Şube Müdürü

Ayşe GÜNDOĞAN

Tıbbi Teknolog

Meltem AYHAN

Sosyolog

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ YAYIN KOMİSYONU

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ

Genel Müdür Yardımcısı

Şefik KUTLU

Daire Başkanı

Dr. Kağan KARAKAYA

Daire Başkanı

Hakime ZAL

Şube Müdürü

KATKIDA BULUNAN KİŞİLER

Yrd. Doç. Dr. Emine AKAL YILDIZ	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Dr. İmatullah AKYAR	Türk Hemşireler Derneği
Prof. Dr. Öznur AKKOCA YILDIZ	Türk Toraks Derneği
Dr. Bağnu ALBAYRAK	Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı
Doç. Dr. Sedat ALTIN	İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Hülya ARIKAN	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
Doç. Dr. Sadık ARDIÇ	Ankara Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Fatma ARPACI	Gazi Üniversitesi Aile Ekonomisi Eğitimi Anabilim Dalı
Prof. Dr. Dilek ASLAN	Türk Geriatri Derneği
Sosyolog Meltem AYHAN	Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı
Nuran BARAN	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü
Dr. Çiğdem BAŞGÜL	Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi
Dr. Metin BOZKIR	Denizli İl Sağlık Müdürlüğü Müdür Yardımcısı
Dr. Fatma CAN	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
Prof. Dr. Filiz CAN	Geriatri Fizyoterapistleri Derneği
Uzm. Ft. Ebru ÇALIK	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Uzm. Dr. Serap ÇOBAN	Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼ Bulaşıcı Hastalıkları Daire Başkanlığı
Doç. Dr. Arzu DAşKAPAN	T¼rkiye Fizyoterapistler Derneği
Uzm. Dr. Asuman DOğAN	T¼rkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği
Uzm. Dr. Alper D¼VENTAř	Akademik Geriatri Derneği
Uzm. Dr. Nihal DURLU	Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel M¼d¼rl¼ę¼
Doç. Dr. Berna DURSUN	Ankara Atat¼rk G¼ę¼s Hastalıkları ve G¼ę¼s Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzm. Dr. Deniz D¼LGEROęLU ERDOğDU	T¼rkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği
Doç. Dr. Pınar ERG¼N	Ankara Atat¼rk G¼ę¼s Hastalıkları ve G¼ę¼s Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Feyza ERKAN	T¼rk Toraks Derneği
Dr. Levent G¼ÇMEN	Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı
Uzm. Dr. Kutay ORDU G¼KKAYA	T¼rkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği
şube M¼d¼r¼ Ertuğrul G¼KTAř	Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı
Tıbbi Teknolog Ayşe G¼NDOęAN	Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı
Prof. Dr. Nevin G¼NG¼R ERGAN	Hacettepe ¼niversitesi Edebiyat Fak¼ltesi Sosyoloji B¼l¼m¼
Uzm. Dr. Rengin G¼ZEL	T¼rkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği
Doç. Dr. Deniz İNAL İNCE	Hacettepe ¼niversitesi Sağlık Bilimleri Fak¼ltesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon B¼l¼m¼

Uzm. Dr. Figen KADAKAL	İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Dr. Yaprak KARAKOÇ GÜVERCİN	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü
Eğitim Uzmanı Şükran KAYAN	Milli Eğitim Bakanlığı Çıraklık ve Yaygın Eğitim Genel Müdürlüğü
Doç. Dr. Can KOCABAŞ	Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Ali KOCABAŞ	Türk Toraks Derneği
Uzm. Dr. Orhan KOÇ	Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genel Müdür Yardımcısı
Dr. Yeter KONUR	Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Devlet Hastanesi
Emine KURTLUK	Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Şube Sorumlusu
Prof. Dr. Nursen NAHCİVAN	Evde Bakım Derneği
Huk. Müş. Sevil NEŞELİ DEMİRBAŞ	Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği
Mehmet ONARCAN	Evde Bakım Derneği
Doç. Dr. Ülgen OKYAYUZ	Türk Psikologlar Derneği
Uzm. Dr. Osman ÖRSEL	Türk Geriatri Derneği
Yrd. Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Prof. Dr. Mehmet POLATLI	Türk Toraks Derneği
Uzm. Ft. Melda SAĞLAM	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
Tıbbi Teknolog Gülay SARIOĞLU	Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı
Prof. Dr. Sema SAVCI	Türkiye Fizyoterapistler Derneği

Dr. Diyetisyen Meltem SOYLU

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı

Uzm. Dr. Mehmet SÖNMEZ

Ankara Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Feryal SUBAŞI

Evde Bakım Derneği

Dr. Funda SÜSLEYEN

Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Birimi Koordinatörü

Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN

Akademik Geriatri Derneği

Uzm. Dr. Nil TEKİN

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

İbrahim TOKALAK

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

Yeşim TUTUMLU

Bartın İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık İletişim Koordinasyon Merkezi

Uzm. Dr. Zekeriya ÜLGER

Akademik Geriatri Derneği

Doç. Dr. Pemra ÜNALAN

Evde Bakım Derneği

Uzm. Dr. Naciye VARDAR YAĞLI

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Dr. Muharrem VARLIK

Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı

Uzm. Dr. Elif Hilal VURAL

Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Farmakoekonomi Daire Başkanlığı Reçete Onay Şube Müdürlüğü

Araştırmacı Murat YAKUT

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı

Uzm. Dr. Dicle YILMAZ KAYMAZ

Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Arzu YORGANCIOĞLU

Türk Toraks Derneği

SUNUŞ

Kronik hava yolu hastalıkları (KHH) bugün dünyada milyonlarca insanı etkilemektedir. Astım ve solunumsal alerjiler, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), meslek hastalıkları, uyku apne sendromu ve pulmoner hipertansiyon bu hastalıklar arasındadır. Önlenbilir bu hastalıkların en temel ve ortak risk faktörü ise sigara içimidir ve bu durum çok önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Ülkemizde 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı bileşenlerine edinilen tecrübeler ışığında 2007 yılında "Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları" ve "Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu" başlıkları da ilave edilmiş; 2010-2014 yıllarını kapsayan Stratejik Eylem Planımızda bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimine neden olan risk faktörlerini azaltarak bu hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması hedef olarak belirlenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü 2005 yılında 4 milyon kişinin kronik solunum yolu hastalıkları nedeniyle öldüğünü bildirmiş ve bu sayının giderek artacağı öngörüsü ile kronik solunum hastalıklarının önlenmesinde özellikle gelişmekte olan ülkelere yönelik, hükümetlerinin liderliğinde ve uluslararası destekle çalışmaların başlatılmasını önermiş ve Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel İşbirliği-GARD (Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases) yapılanması gündeme gelmiştir. DSÖ uygulamalarına paralel olarak Türkiye GARD projesi kapsamında da "Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı" hazırlanmıştır. Eylem Planının geliştirilip uygulanmasıyla bu hastalıklara bağlı ölümlerin ve beraberinde getirdiği ekonomik yükün azaltılması, akciğer sağlığının geliştirilmesi ve en önemli sağlık sorunlarından biri olduğuna dikkati çekilmesi amaçlanmıştır.

Programın hedefleri, kronik hava yolu hastalıkları konusunda toplumu bilgilendirmek, toplumsal farkındalığı arttırmak, başlıca risk faktörleri konusunda olumlu ve kalıcı davranış değişiklikleri oluşturmak için çalışmalar yürütmek, hastalıkları erken dönemde saptamak ve ilerlemesini önlemek, hastalıkların etkin tedavisi, komplikasyonların gelişiminin önlenmesi ve bu hastalıklara yönelik rehabilitasyon hizmeti sunulması, etkin surveyanslarının yapılması suretiyle insanların sağlık açısından kalitesi yüksek bir hayat sürdürmelerini sağlamaktır. Eylem planının "Hastalıkların Etkin Tedavisi, Komplikasyonların Gelişiminin Önlenmesi ve Bu Hastalıklara Yönelik Rehabilitasyon Hizmeti Sunulması" çalışma grubu etkinlikleri kapsamında 24-26 Kasım 2010 tarihlerinde yapılan Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Çalıştayının sonuç raporunu yayınlamaktan ve kullanıcıların istifadesine sunmaktan büyük mutluluk duymaktayız.

Bundan sonra yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağını ümit ettiğimiz bu çalışmada emeği geçenlere teşekkür ediyorum.

Dr. Seraceddin ÇOM
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

TEŞEKKÜR

Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel İşbirliği (Global Alliance against Respiratory Diseases (**GARD**), kronik solunum hastalıklarının kontrol ve tedavisine yönelik ulusal ve uluslararası kuruluşların gönüllü olarak birleşip çalıştığı, Dünya Sağlık Örgütü bünyesinde kurulmuş bir organizasyondur. Bu birliğin farkı üye ülkelerin bu alandaki etkinliklerine ülke Sağlık Bakanlığı'nın katılma zorunluluğudur.

GARD kuruluş koşullarını tümüyle yerine getiren ve dünyada örnek proje olarak gösterilen "TÜRKİYE KRONİK HAVA YOLU HASTALIKLARINI ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI" başlıklı GARD Türkiye projemiz kapsamında 46 paydaşımızla birlikte çalışmalarımızı sürdürmekteyiz. Kontrol programımızda beş ayrı çalışma grubu etkinlikleri planlamakta ve paydaş temsilcilerinin de katılımıyla Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı Solunum Sistemi Hastalıkları Şube Müdürlüğümüzce yürütülmektedir.

Beşinci çalışma grubumuz olan "**Hastalıkların Etkin Tedavisi, Komplikasyonların Gelişiminin Önlenmesi ve Bu Hastalıklara Yönelik Rehabilitasyon Hizmetleri Sunulması**" çalışma grubu, programımızın uygulamaya başlanmasından bu yana büyük bir özveriyle çalışmalarını sürdürmektedir.

Kendi alanlarındaki hedeflerine ulaşmada planladıkları stratejilerden biri olan evde sağlık hizmetlerinde organizasyonun ve standardizasyonun sağlanması ve bu hizmetlerin yaygınlaştırılması amacıyla 24-26 Kasım 2010 tarihleri arasında Ankara'da Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Çalıştayı düzenlemişlerdir. Bu çalıştayın çok önemli çıktısı **GÖĞÜS HASTALIKLARINDA EVDE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU RAPORU'**nu paylaşmaktan sonsuz mutluluk duymaktayım. Kronik hastalıklar alanında yine bir ilki gerçekleştiren çalışma grubumuz çok önemli bir adım atmış bulunmaktadır.

Bu süreçte çok yoğun emek harcıyıp büyük bir özveriyle çalışan Çalışma grubu Başkanımız Doç. Dr. Pınar ERGÜN'e özellikle çok teşekkür etmek isterim. Çalışma Grubu sekreteri Doç. Dr. Cansın SAÇKESEN, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanı Uzm. Dr. Nazan YARDIM, Şube Müdürü Ertuğrul GÖKTAŞ ve Tıbbi Teknolog Ayşe GÜNDOĞAN'a ve çalıştayın tüm değerli katılımcılarına da yürekten teşekkür ediyorum. Ülkemiz Akciğer Sağlığı alanında yaptıkları bu hizmetten dolayı içtenlikle kutluyorum.

Bu programın yaşama geçirilmesinde bizden desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve yüreklendiren Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Dr. Seraceddin ÇOM ve Sayın Bakanımız Prof. Dr. Recep AKDAĞ'a sonsuz şükranlarımızı sunuyorum.

Prof. Dr. Arzu YORGANCIOĞLU

GARD Ülke Koordinatörü
Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını
Önleme ve Kontrol Programı
Yürütme Kurulu Başkanı

ÖN SÖZ

Günümüzde sağlık hizmet sunumunda tanı, tedavi, bakım, rehabilitasyon ve ilgili hizmetlerin sunum ve yönetim bütünlüğünün sağlanması gerekliliği entegre bakım kavramını gündeme getirmiştir. Entegre bakım uygulamalarında sisteme dahil edilmesi gereken önemli bir bileşen evde bakım uygulamalarıdır. Farklı hastalıklara yönelik evde sağlık hizmetlerinin sunumu (ESH), yaşlı ve özürlü bakımı, temel gereksinimlerin karşılanması gibi yaklaşımları içeren evde bakımın hedefleri; evde sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan bireylere aile ortamında sağlık hizmeti sunulması, fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin artırılması, morbidite ve mortalitenin azaltılması; hastaların kendine yetebilir duruma getirilmesi, olumlu sağlık davranışlarının geliştirmesi, sağlık giderlerinin ve hastaneye yatış gerekliliğinin azaltılması ve tüm bu amaçlara yönelik uygulanan medikal tedavi ve bakım hizmetlerinin bütüncül bir yaklaşımla sunulmasıdır.

21. yüzyılda, yaşlı nüfustaki artış trendiyle birlikte artan kronik hastalık yükü, kronik hasta bakımı dışında hastane etkinliğinin artırılması, sağlık harcamalarında maliyet/etkin yaklaşımlara olan gereksinim, ESH'ye olanak sağlayan teknolojik gelişmeler, hasta ve ailesinin memnuniyeti gibi gerekçelerle Fransa başta olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde ve Amerika'da uzun yıllar önce sisteme entegre edilmiş olan bu uygulamaların aynı gerekçelerle ulusal sağlık sistemimize entegrasyonu söz konusudur. Türkiye'de ESH sunumu hakkında, 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazetede Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ve 01.02.2010 tarihinde yayınlanan "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile ESH'lerin uygulama usul ve esasları tanımlanmıştır.

Kronik hasta yükünün çok olduğu branşlardan biri olan göğüs hastalıklarında başta KOAH'lı olgular olmak üzere kronik ve progresif seyirli birçok hastalıkta ESH'lerinin ülke ihtiyaçları ve kültürel alt yapısı doğrultusunda sosyal devlet anlayışı ile sağlık hizmetlerine entegre edilmesi önemlidir. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programının "Hastalıkların Etkin Tedavisi, Komplikasyonların Gelişiminin Önlenmesi ve Bu Hastalıklara Yönelik Rehabilitasyon Hizmeti Sunulması" çalışma grubu eylem planlarında yer alan ESH'lerin organizasyonu ve yaygınlaştırılması hedefi doğrultusunda "Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmeti Sunumu" çalışmayı düzenlenmiştir. Çalışmanın öncelikli hedefleri; göğüs hastalıklarında ESH sunumu için model belirlenmesi, insan gücü ve alt yapı planlamasının yapılması, ESH'ye gereksinim oluşturan tanı ve tedavi yaklaşımlarının tanımlanması, sevk kriterlerinin belirlenmesi, ekipte yer alanlarla ilgili sertifikasyon standartlarının belirlenmesi, mevzuat ve hukuki alt yapı ile ilgili mevcut durumun değerlendirilerek düzenleme önerileri geliştirilmesidir.

Öncelenen başlıklarda çalışmak üzere dört ayrı çalışma grubu oluşturulmuş, katılımcıların özverili çalışmaları ile bu raporun içeriği oluşmuştur. Branşa özel olmasına karşın ESH'lerinin sağlık sistemimize entegrasyonunda diğer branşlar için de yol gösterici olacağını düşündüğümüz çalıştay raporunun oluşmasında emeği geçen değerli bilim insanları ve tüm katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Doç. Dr. Pınar ERGÜN

Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı
Hastalıkların Etkin Tedavisi, Komplikasyonların Gelişiminin Önlenmesi ve
Bu Hastalıklara Yönelik Rehabilitasyon Hizmeti Sunulması
Çalışma Grubu Başkanı

KISALTMALAR

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

ESH : Evde Sağlık Hizmeti

NIMV : Non İnvaziv Mekanik Ventilasyon

BTS : British Thoracic Society

ATS : American Thoracic Society

TTD : Türk Toraks Derneği

AGHH : Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

SHÇEK : Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

İÇİNDEKİLER

1. Giriş.....	19
2. Solunum Hastalıklarında Hastane Merkezli Evde Sağlık Hizmeti Modelleri	20
3. Evde Sağlık Hizmeti Ünitelerinin Yapılandırılma Gerekçeleri.....	21
4. Evde Sağlık Hizmeti Gerektiren Solunum Hastalıkları	22
5. Solunum Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmetinde Sunulan Hizmetler	22
6. Evde Sağlık Hizmeti Sağlayacak Ekip ve Donanım	23
7. Evde Sağlık Hizmeti Merkezinde/Biriminde Bulundurulması Gereken Asgari Araç ve Gereçler.....	23
8. Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmet Sunumu; Uygulamalar ve Tedavi Bileşenleri	25
8.1. I.-ESHS'ye Sevk Kriterleri.....	25
8.2. II.-Evde Sağlık Hizmetine Adanmış Ekip ve Donanım.....	26
8.3. III.-Farmakolojik Tedavi.....	27
8.4. IV.-Non-Farmakolojik Tedavi.....	27
8.4.1. Evde Uzun Süreli Oksijen Tedavisi	27
8.4.2. Evde Mekanik Ventilasyon.....	28
8.4.3. Evde Pulmoner Rehabilitasyon.....	28
8.4.4. Palyatif Bakım ve Yaşamın Sonunun Planlanması.....	29
8.5. Evde Sağlık Hizmeti Sunumunda Etkinlik Kriterleri.....	30
8.5.1. Mortalite	30
8.5.2. Fonksiyonel Kapasite ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi	31
8.5.3. Hasta ve Ailesinin Memnuniyeti	31
8.5.4. Acil Servis, Hastane Başvurusu, Hastaneye Yatış Gerekliliği ve Hastanede Kalınan Gün Sayısı	31
9. Bölgem Hastalıklarında; Evde Sağlık Hizmeti Sunum Modelleri-Organizasyonel Yapı.....	34
9.1. Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmeti Sunum Referans Merkezleri.....	35
9.2. Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmeti Sunum Referans Merkezleri Ekip Yapısı.....	35
9.3. İkinci Basamakta Yapılandırılmış Birim Ekip Yapısı	35
9.4. Birinci Basamakta Yapılandırılmış Birim Ekip Yapısı	35
9.5. Evde Sağlık Hizmeti Sunumunda Etkinlik Kriterleri.....	36
9.6. Evde Sağlık Hizmeti Sunumunda Etkinlik Kriterleri.....	37

10.	Bölüm 10 Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmetine İhtiyaç	
	Duyan Vakaların Sevk Kriterleri	38
10.1.	Evde Sağlık Hizmetleri Uygulanabileceği Hastalıkların Tanımlanması ve Evde Sağlık Hizmetleri Uygulanabilen Hastalıkların Tanımlanması	
	Sistemi Hastalıklar.....	39
11.	Bölüm 11 Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmeti Sunum	
	Ekibinde Yer Alacak Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamakta	
	Görevli Sağlık Çalışanlarının Sertifikasyon Standartlarının	
	Belirlenmesine Yönelik Öneriler.....	50
12.		

GİRİŞ

Evde sağlık hizmeti (ESH); akut hastalık, uzun süreli sağlık problemi, kalıcı engellilik veya terminal hastalıktan kaynaklanan ihtiyaçlar doğrultusunda kişiye kendi ortamında sağlık hizmeti verilmesidir.

Evde sağlık hizmetinde genel hedefler; solunumsal hastalıklarda evde bakımın temel hedefleri, sağlık hizmet sunumundaki genel hedeflerden çok farklı değildir.

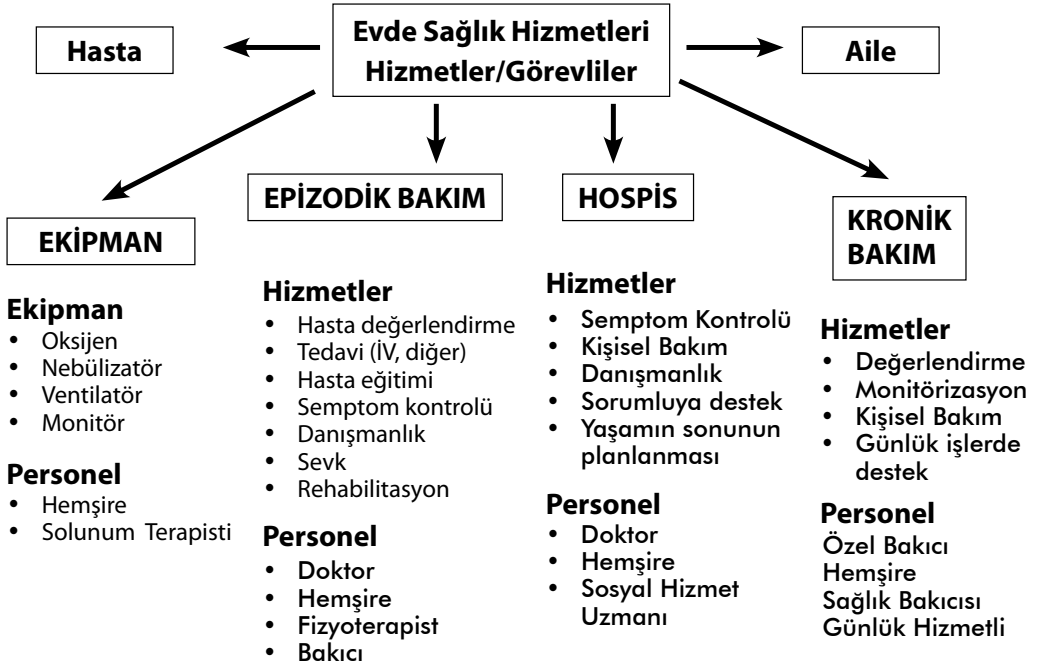
Genel hedefler;

- Sağ kalımı artırmak
- Morbiditeyi azaltmak
- Fonksiyonel kapasiteyi artırmak
- Yaşam kalitesini artırmak
- Kendine bakımı iyileştirmek ve bağımlılığı azaltmak
- Sağlıkla ilişkili harcamaları azaltmak

Terminal dönem hastada hedefler;

- Fiziksel ve psikolojik rahatlığın sağlanması
- Yaşamın sonunun planlanması

Solunum hastalıklarında evde sağlık hizmetinde bakımda farklı uygulama modelleri mevcuttur. ABD’de evde bakım uygulamaları Şekil-1’de şematize edildiği gibi evde sağlık hizmetleri; epizodik bakım (sıklıkla post akut dönemde), hospis (palyatif ve yaşamın sonunda terminal hasta bakımı), kronik evde bakım hizmetleri (özel amaca yönelik saatlik bakım) ve evde medikal cihaz uygulamalarını içermektedir. Medicare ABD’de solunum hastalıklarında evde sağlık hizmeti geri ödemelerden sorumlu tek en büyük kaynaktır. Bu uygulamalardan epizodik bakım tanımlamasında yer alan uygulamaları uzman hekim refere ettiği takdirde Medicare tarafından sertifikalandırılmış merkezler sunmaktadır.



Şekil - 1. Evde Sağlık Hizmeti Uygulama Modelleri

Kaynak: ATS Statement on Home Care for Patients with Respiratory Disorders. Am J Respir Crit Care Med 2005 ;171: 1463-64

Avrupa'da KOAH akut atağının da içinde bulunduğu medikal veya cerrahi problemlere yönelik yeni tedavi hizmet sunum modelleri geliştirilmiştir.

Solunum Hastalıklarında Hastane Merkezli Evde Sağlık Hizmeti Modelleri;

- Evde hastane uygulaması
- Erken taburculuk (hospitalizasyon süresi < 48 saat)
- Destekli taburculuk (hospitalizasyon süresi > 48 saat)

Tipik **evde hastane uygulama modelinde** izlem solunum hemşireleri tarafından sık telefon görüşmesi şeklinde yapılmakta, hastanın durumunda bir kötüleşme veya bakımı ile ilgili bir sorundan şüphe edildiğinde eve ziyaret verilmektedir. Evde hastane uygulaması olarak da adlandırılabilir bir diğer yöntem, özellikle KOAH'da akut ataklarda **akut solunumsal değerlendirme servislerinde kullanılan yöntemdir**. Kronik hasta yükünün çok olduğu merkez hastanelerde kullanımı önerilen bu metotta acil servise başvuran, hospitalizasyon gerektiren seçilmiş olgularda aktif tedavi hastanın kendi ev ortamında uzman sağlık ekibi tarafından belirli bir süre dahilinde uygulanmaktadır. İngiltere'de **kronik bakım yönetim servisleri** olarak adlandırılan evde bakım modelinde son bir yıl içinde üçten fazla hastane başvurusu olan olgulara solunum hemşireleri ve fizyoterapistler tarafından düzenli ancak sık

olmayan ziyaretler verilmektedir. Bu uygulamada hastaya eğitim ve destek verilmekte ve gereksinimi olduğunda mesai saatleri içinde hasta soruları veya öneriler için bu servisi arayabilmektedir.

Erken taburculukta acil servise müracaat eden ya da servislere yatışı verilmiş çoğu KOAH'lı olgunun evde sağlık hizmeti ekibi tarafından değerlendirilerek ESH'ye alınması ve hastanın gereksinimleri doğrultusunda tedavi ve takip programları oluşturulması söz konusudur.

Destekli taburculuk çoğunlukla atak sonrası evde pulmoner rehabilitasyon uygulamaları ya da ventilatöre bağımlı hastalarda tedavi ve takip amacıyla gündeme gelen bir uygulama şeklidir.

Evde Sağlık Hizmeti Ünitelerinin Yapılandırılma Gerekçeleri;

Yirmibirinci yüzyılda yaşlı nüfustaki artış eğilimi ile birlikte artan kronik hastalık yükü, kronik hasta bakımı dışında hastane etkinliğinin artırılması, sağlık harcamalarında maliyet/etkin yaklaşımlara olan gereksinim, evde sağlık hizmetine olanak sağlayan teknolojik gelişmeler, hasta ve ailesinin memnuniyeti gibi unsurlar kronik solunum hastalıklarında evde bakım uygulama gerekçeleri olarak kabul edilmektedir. 2003 Cochrane sistematik veri tabanında seçilmiş KOAH akut ataklı olgularda evde bakımın güvenli ve etkili bir tedavi şekli olduğu ve acil servislere atak nedeniyle başvuran her dört hastadan birinin evde bakıma uygun olduğu vurgulanmıştır. Yine hastane başvurusu ya da hospitalizasyon gerektiren KOAH akut atağında evde hastane ya da destekli taburculuk uygulamalarının etkin ve güvenilir bir yaklaşım olarak **A kanıt düzeyi** ile NICE KOAH rehberinde yer aldığı görülmektedir. BTS'nin KOAH'da evde hastane uygulamaları için 2007'de yayınlanan rehberinde de KOAH'lı hasta başvurusunun yoğun olduğu merkez hastanelerde acil başvurusunu önlemek ve erken destekli taburculuk uygulamalarına olanak sağlamak üzere evde sağlık hizmetinin gerçekçi bir yaklaşım olabileceği belirtilmektedir. İspanya'da, Avrupa birliği destekli bir proje ile Web tabanlı evde bakım merkezi kurulmadan önce yapılan bir ön çalışmanın ortaya koyduğu bir başka sonuç evde hastane uygulamalarındaki tedavi etkinliğini yansıtmaktadır. Hastalığı hakkında bilgi düzeyi, tedaviye uyum ve pulmoner rehabilitasyondaki kazanımların evde hastane uygulamalarında çok daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçların hem morbidite ve hem de dolaylı maliyeti etkileyebilecek kazanımlar olduğu açıktır. Direkt tedavi maliyet sonuçları karşılaştırıldığında da KOAH atak tedavisinin evde hastane uygulamasından istatistiksel anlamlı düşük olduğu da bu çalışmayla gösterilmiştir. Evde sağlık hizmeti ünitelerinin yapılandırıldığı merkezlerde, ventilatör bağımlı olguların yoğun bakımlardan eve transferi ve evde sağlık hizmeti de etkin olarak sağlanabildiğinden yoğun bakımlarda gereksiz yatak işgali de önlenmektedir.

Evde Sağlık Hizmeti Gerektiren Solunum Hastalıkları;

- Obstrüktif hava yolu hastalıkları; KOAH, bronşiektazi, astım, kistik fibroz
- Restriktif hava yolu hastalıkları; göğüs duvarı deformiteleri, intersitisyel akciğer hastalıkları, pnömokonyoz, tüberküloz sekelleri
- Nöromusküler hastalıklar; Amliyotofik Lateral Skleroz (ALS), Musküler distrofi, Post polio sendromu
- Uyku ilişkili solunum hastalıkları
- Diğer; terminal dönem akciğer kanseri, post-torakotomi, pulmoner hipertansiyon, akciğer transplantasyonu önce ve sonrası, ventilatöre bağımlı hasta

ABD'de solunum hastalığı nedeniyle evde sağlık hizmetine en fazla sevk edilen hasta grubu KOAH'lı olgulardır. 1998'de evde sağlık hizmetine alınan 7.6 milyon olgunun %11.1'de primer tanı solunumsal hastalıklardır. Medicare hastalarında KOAH 4. ve Pnömoni 5. sıklıkta evde sağlık hizmetine sevk edilen hastalıkları oluştururken, paralitık sendromlar (%1.8) ve akciğer maligniteleri diğer en sık nedenler olarak yer almaktadır.

Solunum Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmetinde Sunulan Hizmetler;

- Evde hastane uygulaması; tedavi, takip
- Ventilatör bağımlı hasta takip, tedavi ve bakımı
- Reçete edilen tedavi, prosedürlerin uygulanması
- Solunumsal cihaz uygulanması, eğitim, takip, bakım
- Labaratuar incelemeleri için örnek alınması
- Pulmoner rehabilitasyon
- Ev ortamının hasta yaşamına uygunluğunun sağlanması
- Bakım veren bireylerin desteklenmesi/ alternatif hizmet sunumu
- Yaşamın sonunun planlanması
- Hasta ve ailesinin eğitimi
- Sigaranın bırakılması

Evde Sağlık Hizmeti Sağlayacak Ekip ve Donanım:

Gerekli Personel ve görev dağılımı:

- Medikal direktör (Göğüs hastalıkları Uzmanı)
Konsültan hekim (Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, İç Hastalıkları Uzmanı, Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı, Geriatri Uzmanı ve diğer gerekli branşlar)
- Fizyoterapist
- Psikolog
- Hemşire
- Diyetisyen
- İş-uyraşı terapisti
- Çağrı merkezi sorumlusu
- Sekreter
- Şoför

Medikal Direktörün Görevleri:

- İşleyişte tanımlanan alt yapı ve hizmet standartlarının korunması ve sürdürülmesi,
- Pratisyen hekim tarafından evde değerlendirilen hastanın tanısının konulması, uygun konsültasyonların yapılması sureti ile tedavi planının yapılması,
- Mekanik ventilatör bağımlı veya komplike olgulara ev ziyareti vermek,
- Vaka kontrolörlüğü yapmak; belli aralıklarla hastaların verilerinin toplanarak değerlendirilmesi, ekip toplantıları yaparak konseyde hastanın durumunun tartışılması, gerekirse tedavi planında değişiklik yapmak,
- Hasta bakım planları, hasta dosyası ve diğer kayıtların doğru eksiksiz ve zamanında tutulmasını sağlamak,
- Bakım hizmeti veren personele bilgi ve eğitim vermek, danışmanlık sağlamak, hizmetleri geliştirmeye yönelik kararlar almak.
- Tüm uygulama ve işlemlerin etik kurallara uyularak, hasta hakları doğrultusunda uygulanmasını sağlamak.
- Tedavi sırasında kullanılacak ilaçlar, tıbbi malzeme ve cihazların sağlanması.

Birinci Basamak Hekiminin Görevleri:

Göğüs hastalıklarında evde sağlık hizmeti uygulamalarında birinci basamak hekimin görevleri üç kategoride incelenmektedir: Ev ziyaretleri yapmak, hastaları evde sağlık hizmetine refere etmek, evde sağlık hizmeti uygulamalarında multidisipliner ekip içinde görev almak.

Evde Sağlık Hizmeti Hemşiresi Görevleri:

- a) Hekimin tedavi için yazılı ve imzalı istemini almak, hemşire formlarına kaydetmek ve uygulamak, uygulama sonuçlarını kaydetmek,
- b) Hasta için gerekli özel işlemlerin uygulanmasında hekime ve diğer ekip üyelerine destek sağlamak,
- c) Hasta bakım planındaki işleri yapmak, yaşamsal bulgularını değerlendirmek, kaydetmek, değişiklikleri hekime rapor etmek,
- d) Tedavi planına göre hastaya oral, parenteral ve haricen verilecek ilaçlarını vermek ve kaydetmek, uygulanan ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemek, kaydetmek,
- e) Hizmetlerde gerekli olacak araç-gereç, malzemeler için istek yapmak, bunların yeterli ve çalışır şekilde bakımı için görüş bildirmek,
- f) Araç-gereçleri kullandıktan sonra temizlemek, dezenfekte etmek ve gerektiğinde sterilizasyon için hazırlamak,
- g) Hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin, sınırları önceden hekimi ile birlikte belirlenmiş olarak bilgi vermek,
- h) Hasta ve ailesine, gereksinimlerine göre, hastalığa özel, kendine bakım ya da yardımcı bakım teknikleri gibi konularda ve genel sağlık konularında eğitim yapmak,
- i) Tüm uygulama ve işlemlerini etik kurallarına uyarak, hasta hakları doğrultusunda uygulamak

Evde Sağlık Hizmeti Merkezinde/Biriminde Bulundurulması Gereken Asgari Araç ve Gereçler;

1. **Çağrı merkezinde** aşağıdaki teknik özelliklere sahip donanım olmalıdır.

- Mesaj bırakabilme,
- Yönlendirme yapabilme,

2- Tıbbi Cihazlar

- Tansiyon aleti
- Steteskop
- EKG (portatif)
- Glukometre
- İdrar stikleri
- Değişik ebatlarda sondalar (NG, idrar)

- Cut-down seti
- Otoskop-oftalmoskop seti
- Işıık kaynağı
- Oksijen tüpü
- Ambu ve maskesi
- Entübasyon seti
- Sütür aletleri
- Acil ilaçlar
- Enjeksiyon malzemeleri
- Pansuman malzemeleri
- Yara bakım malzemeleri
- Non-steril eldiven, steril eldiven
- Kan ve numune alma tüpleri (kültür tp ve kapları)
- Mobil serum askısı
- Malzeme antası

Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmet Sunumu; Uygulamalar ve Tedavi Bileşenleri

I- ESHS'ye Sevk Kriterleri (ATS'nin ESH'ye yönlendirme kriterleridir);

- Yeni tanı konulan solunum hastalığı veya birden fazla ko-morbid hastalık varlığı
- Takip, koordinasyon gerekliliği
- Polikliniğe başvuramayan ancak monitörizasyon ve/veya eğitim gerektiren hasta
- En iyi FEV₁ değerinin % 30'un altında olması, stabil olmayan sağlık durumu, hastalık ve tedavi ile ilgili başa çıkma becerilerinin iyi olmaması,
- Son 1 yıl içinde 1'den fazla acil başvurusu ve hastaneye yatış
- Stabil olmayan takip gerektiren kardiyopulmoner durum
- Hasta ve bakımından sorumlu kişilerde iletişimsizlik, unutkanlık
- Yaşlı, yalnız yaşayan hasta
- Günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasını engelleyen dispne, ambulatuar güçlükler, görme, işitme ve konuşmada güçlüklerin olması, günlük yaşam aktivitelerinde yardım gereksinimi veya günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe;
- İleri teknoloji ve komplike tedavi gerekliliği
- Sürekli izlem ve destek gerektiren sağlık bakımı ihtiyacı evde bakıma sevk kriterlerini oluşturmaktadır.

Göğüs hastalıklarında ESH'den en fazla faydalanacak hasta gruplarından biri de ventilatör bağımlı olgulardır. Yoğun bakımlardan eve nakil edilecek olgularda iş akışı aşağıda şematize edilmiştir.



Şekil - 2. Mekanik Ventilatör Bağımlı Olguda ESH'ye Kabulde Hastane ve Evde Sağlık Hizmeti Ekibi İş Akış Şeması

II-Evde Sağlık Hizmetine Aday Olgunun Değerlendirilmesi;

Evde sağlık hizmetine aday olgunun değerlendirilmesi kapsamında öncelikle olgunun tıbbi durumunun belirlenmesi gerekir. Sigara kullanımı ve diğer pulmoner risk faktörlerinin varlığı, semptom profili, kullandığı ilaçlar, aşılar ve inhaler ilaç teknikleri ile ilgili bilgi ve beceri düzeyi belirlenmelidir. Beslenme yetersizliği ve vücut kompozisyonunun değerlendirilmesi gerekir. Fiziksel değerlendirmede, kan basıncı, kalp hızı, solunum sayısı, solunum sesleri, boy ve vücut ağırlığı, vücut ısısı, siyanoz, periferik ödem ve genel görünüm için inspeksiyon, oksijen saturasyonu (istirahatte, farklı pozisyonlarda, günlük yaşam aktiviteleri sırasında, yürüme ev egzersiz sırasında), standardize dispne değerlendirmesi (Medical Research Council Dispne Skalası ve Borg skalası), fizyolojik cevaplar (fiziksel aktivite ve egzersiz), Allerjenler bulguları, işitme, görme ve konuşma kaybı, duyu kaybı, koordinasyon kaybı değerlendirilir. Fonksiyonel beceriler ve kayıplar belirlenir. Hastanın fiziksel ortamı (elektriksel güç kaynakları, mevcut alan, güvenlik, mobilite ihtiyaçları, astmatik komponenti olan hastaların ortamının allerjenler ve iritanlar açısından değerlendirilmesi), evin coğrafi yerleşimi, sosyal durum, yardımcıları ve desteklerin durumu, fonksiyonel değerlendirme açısından önemlidir. Evde sağlık hizmeti için gerekli olan oksijen tedavisi, aeresol tedaviler, ventilatuar destek, evde izlem cihazları, yürüme ve mobilite yardımcıları, hastane yatakları ve ilgili cihazlar, yardımcı banyo araçlarının değerlendirilmesi de evdeki sağlık hizmeti ve fonksiyonellik açısından önem taşımaktadır.

III- Farmakolojik Tedavi;

Kronik solunum hastalıklarında medikal tedavi planı hastalığın şiddetine, ek hastalıkların varlığına, hastanın uyumuna ve hastadan alınan bireysel yanıtı göre ayarlanır. Genel olarak medikal tedaviden beklenen yararlar; semptomların azaltılması, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesinin artırılması, komplikasyonların azaltılması ve tedavi edilmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması şeklindedir. KOAH'ta, tedavi yaklaşımları bütün boyutları ile Türk Toraks Derneği (TTD) KOAH tanı ve tedavi klavuzunda verilmiştir. Astma'da da hastalık kontrolü esasına dayalı tedavi yaklaşımları yine TTD Astım tanı ve tedavi rehberinde detayları ile yer almaktadır. Kistik fibroz ve bronşektazi hastalarında ise evde nebulizer olarak antibiyotik uygulamaları dikkati çekmektedir. Solunum hastalıklarında evde medikal tedavinin başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi için öncelikle hastanın ilaç bilgisinin iyi olması, kullanma şeklini iyi bilmesi ve medikal tedavi rejimine uyumunun iyi olması gerekmektedir. KOAH'ta hastanın kendi tedavisi içinde yer alması önemlidir, bu konuda cesaretlendirilmelidirler. Karşılıklı iletişim ile sürdürülecek tedavi yaklaşımı, hastanın tedaviye uyumunu artırır, uzun süreli tedavinin başarısını artırır. Farklı tedavi şekillerine uyum farklılıklar göstermektedir. Hastalara cihazların uygulanması doğru bir şekilde gösterilmeli, dozları açıklanmalı ve cihaz temizliği gösterilmelidir. Evde nebulizatör tedavisi (gerek bronkodilatör, gerekse antibiyotik için) dikkatli uygulanması gereken tedavi şekilleridir. Çeşitli patojenlere rezervuar görevi gören nebulizatörlerin düzenli temizliği, en az olmak kaydıyla haftada üç kez dezenfeksiyonu önerilmektedir. Evde hastanın tedaviye uyumsuzluğuna neden olan faktörler gözlenmeli, eğitim verilmeli ve doğru bir şekilde tedavi kullanması için yardım edilmelidir.

IV- Non- Farmakolojik Tedavi;

a) Evde Uzun Süreli Oksijen Tedavisi

Rehberlerin önerileri altında evde uzun süreli oksijen tedavisi; PaO₂ < 55 mmHg, SatO₂ < %88 hastalarda ya da PaO₂'si 55-59mmHg olup ek kriterleri (kor pulmonale, polisitemi EKG'de P pulmonale varlığı) olan hastalara verilmektedir. Konsantratörler, basınçlı gaz silindirleri ve sıvı oksijen sistemleri olmak üzere 3 tip oksijen sistemi bulunmaktadır. Günde 1,5-2 L/dk akım hızından olmak üzere, en az 15 saat oksijen alınmalıdır. Ek uyku problemi varsa veya egzersizde desaturasyon varsa uykuda veya egzersizde akım hızının 1 L/dk daha artırılması önerilmelidir. Sadece egzersizde desaturasyon saptanan olgular, pulmoner rehabilitasyon programlarına dahil edilerek taşınabilir oksijen sistemlerinin kullanımı açısından değerlendirilmelidir.

Evde uzun süreli oksijen tedavisi kullanan hastalarda evde bakım çerçevesinde tedavi yönünden sıkı denetimi gerekebilir. Uyumu artırmak ve doğru kullanımı sağlamak amacıyla daha fazla eğitim, motivasyon, hastanın ihtiyacına uygun olan doz ve sürenin belirlenmesi ve maliyet-etkinlik yönünden hastanın bilgilendirilmesi ve desteklenmesi önemlidir.

b. Evde Mekanik Ventilasyon

Son 15-20 yıldır maske ile non invaziv mekanik ventilasyon (NIMV) tedavisinin etkili bir yöntem olarak gösterilmesi, daha çok sayıda hasta grubunun bu tedaviden fayda görmesi, evde mekanik ventilasyon kullanıcı sayısında artışlara neden olmuştur. NIMV'nin başlıca amaçları; semptom kontrolü, yaşam kalitesinde ve fizyolojik parametrelerde düzelme sağlamak, sağ kalımı uzatmaktır. Evde NIMV kronik solunum yetmezliğine neden olan farklı grup hastalıklarda (obstrüktif veya restriktif) endikedir. KOAH'ta; hiperkapniye bağlı semptomların varlığı ve fizyolojik kriterlerin varlığı (PaCO₂ ≥55mmHg, PaCO₂:50-54 mmHg ve noktürnal desaturasyon, PaCO₂:50-54 ve yılda en az iki kez hiperkapnik solunum yetmezliği nedeniyle hastaneye yatış) hastaya evde NIMV tedavisini gerektirir.

Evde NIMV planlanan hasta taburculuktan önce mutlaka uygun ventilatör, maske, mod seçimi ve ventilatör ayarları yönünden değerlendirilmeli, hasta ve ailesi bu yönden eğitilmelidir. Evde NIMV tedavisi alan hastalarda periyodik bakım ile ilgili standart bir yaklaşım olmamakla beraber, ilk kontrolün taburculuktan itibaren bir-iki ay içinde yapılması önerilmektedir. Her hastada düzenli kontrollerin, klinik ve arter kan gazları ile yılda iki kez yapılması, öte yandan tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez yatırılarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Tedavinin yetersizliğinin gösterilmesi durumunda mod, maske, ayarlarda değişiklik tartışılmalı, altta yatan hastalığın ilerlemesi söz konusu ise tedavi süresinin artırılması düşünülmelidir.

c. Evde Pulmoner Rehabilitasyon

Etkinliği kanıtlanmış pulmoner rehabilitasyon (PR) programlarının hastalığın başlangıcından son dönemine kadar sürmesi gerektiği ve uzun süreli programların daha etkin olduğu gösterilmiştir. Oysa günümüzde pulmoner rehabilitasyon uygulayan merkezlerin sayıca az olması, ulaşım güçlüğü, ventilatör bağımlılığı yada yatağa bağımlılık gibi primer hasta kaynaklı kısıtlılıklar nedeniyle PR programlarının evde direkt gözetimli uygulanması söz konusu olabilir.

Günümüz literatüründe ayaktan takipli hasta verilerinin derlendiği pulmoner rehabilitasyon çalışmalarına göre az sayıda olan evde pulmoner rehabilitasyon çalışma sonuçları PR'nin evde uygulanması durumunda; hastanın tedaviye uyumunun arttığı, verilen eğitim ve egzersiz, diyet ve davranışsal öğretilerin hayata uyarlanmasının daha yüksek oranlarda gerçekleştiği gösterilmiştir. Bu nedenlerle basit, uygulanması kolay, güvenli ve maliyeti düşük bir yöntem olan evde pulmoner rehabilitasyon programları özellikle hastalıkların dispne başta olmak üzere solunumsal semptomlarını, hastaneye başvuru ve yatış sıklığını azaltmakta, egzersiz kapasitelerini ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini geliştirmekte, sağlıkla ilgili harcamaları azaltmaktadır.

Hastanın programa uzun süreli katılım ve uyumunun kolay olması, hasta için daha rahat ve güvenli bir uygulama olması, ulaşım sorununun bulunmaması, ailenin rehabilitasyon programına katılımı ve desteğinin yüksek olması ve genel maliyetinin düşük olması evde pulmoner rehabilitasyon uygulamalarının bazı avantajlarıdır.

Evde pulmoner rehabilitasyon göğüs hastalıkları uzmanlarının medikal direktörlüğünü yaptığı multidisipliner bir ekip tarafından uygulanmaktadır. PR programları; hasta ve ailesinin eğitimi, üst-alt ekstremitte egzersiz eğitim programları, solunum kontrolü eğitimi bronşiyal hijyen teknikleri, hastalıkla başa çıkma eğitimi, gevşeme, solunum kas eğitimi, psikososyal destek, vücut kompozisyonunun değerlendirilmesi gibi yaklaşımları içermektedir. Programlarda yer alan egzersiz eğitimi yüksek ve düşük şiddetli olabmesine rağmen genellikle tercih edilen düşük şiddette egzersiz eğitiminin de hastaların egzersiz kapasitesini ve yaşam kalitesini olumlu etkilediği kanıtlanmıştır.

Evde pulmoner rehabilitasyon programları KOAH ve bunun dışındaki solunumsal hastalıklarda, solunumsal semptomları olan ve fiziksel fonksiyonu kısıtlanmış hastalar için özellikle; ilk kez hastaneye yatmış, yeni tanı almış olan, rutin bir pulmoner rehabilitasyon programı almış olan, tekrarlayan atakları olan, sık hastane yatışı, evine solunumsal cihaz reçete edilen, kompleks tedavi ve medikasyon gerektiren, evde kalmak isteyen terminal dönem hastalar için, hastalık şiddetinden bağımsız olarak uygulanabilmektedir.

d.Palyatif Bakım ve Yaşamın Sonunun Planlanması;

Palyatif bakım; kronik hastalığa bağlı semptom kontrolünün sağlanması, bu uzun süreçte hasta ve ailelerine gerekli bilgilendirme ve destek tedavinin sağlanması, yaşam kalitesinin iyileştirilmesini hedefleyen hizmetler ve tedavi yaklaşımlarını içeren bir tanımdır.. Palyatif bakım geleneksel hastalık tedavi modelinden çok hasta ve ailesi için yaşam kalitesinin iyileştirilmesine, karar almada yardım etmeye ve kişisel gelişim için fırsatlar sunmaya yöneliktir. Tüm kronik hastalıklarda ve hastalığın tüm evrelerinde hasta ve ailesinin gereksinimine göre düzenlenir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylerin hastalıkla ilişkili fiziksel, psikososyal ve inançsal sorunlarının erken tanınması, kusursuz değerlendirilmesi ve tedavisi yolu ile yaşam kalitesinin iyileştirildiği, hasta ve ailesinin bu zorlu süreçte desteklendiği bir yaklaşımdır.

Kaynaklar tüm sağlık gereksinimlerini karşılamaya yeterli olmadığından sınırlı olan kaynakların en iyi ve en etkin şekilde kullanılabilmesinde öncelikler dikkatle belirlenmelidir. Tüm yaşlarda güçten düşürücü kronik ya da yaşamı tehdit edici

hastalığı olanlar palyatif bakımın uygulanması gereken hedef hasta grubunu oluşturmaktadır. Bu grup hastada palyatif bakım, hastalığın semptomlarının ortaya çıkması ile başlamakta ve yaşam boyu sürmektedir. Bakım planı yapılırken hasta ve ailesinin kültürel değerleri, beklentileri ve hedefleri göz önüne alınmalıdır. Disiplinler arası ekip yaklaşımı ile hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal ve dinsel rahatsızlıklarını önlemek ya da yatıştırmak yolu ile acı çekmeyi dindirmek palyatif bakımın birincil hedefidir. Hasta ve aile/arkadaşları ile iyi iletişim kurma bakım verme kadar önemlidir.

Palyatif bakım; hastanın tedavi hizmetlerini aldığı hastanesinde ya da evde ailesinin yardımı ile uygulanabilmektedir. İdeali; yatan hastalarda yoğun bakımla ilişkili olabilen palyatif bakım ünitelerinde, ayaktan hastalarda ise hastanın evine yakın yerleşimde olan bakımevlerinde ya da hastanın kendi evinde ekip olarak uygulanmasıdır.

Yaşam sonu bakımının hedefi ise, hastanın ve ailenin istemleri doğrultusunda; klinik, kültürel, etik standartlarla ağrı ve acı çekmeksizin ölüm olarak adlandırılan iyi ölümü kolaylaştırmaktır. Yapılan uygulamalarla semptomların yönetimi, yaşam kalitesini koruma, barışçıl, saygın ölümü kolaylaştırma amaçlanır. Hasta ve ailesinin yaşam sonu bakımının nasıl yönetilmesini istediklerini öğrenmek önemlidir. Bu bilgiler doğrultusunda hasta ve ailesinin istemlerine saygı duyulmalıdır. Ailelerin sağlanabilecek destek ve ölmekte olan üyelerinin nasıl rahatlatılacağına dair bilgiye gereksinimleri olacaktır. Yaşam sonu bakımında palyatif bakım sürdürülebilir ya da yaşamı sürdürme önlemleri kesilebilir.

Yaşam sonu bakım özellikle kronik akciğer hastalığı olan ve uzun süreli mekanik ventilatöre bağlı olan olgular için önemlidir. Tedavinin sonlandırılması, kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanıp uygulanmayacağını belirlemede hasta ve aile bireylerinin görüşleri değerlendirilir. Yaşam sonunun planlanmasında doktor veya hemşirenin hasta ve ailesine durumun değerlendirilmesi konusunda yardımcı olmaları gerekebilir. Yaşamın sonu, genellikle hastanın hastalığının son dönemi ve ölüm beklentisinin yoğun olduğu dönemi tanımlar. Bu süreç, birkaç saatten haftalar ya da aylarla ifade edilebilecek süreci kapsar.

İnsancıl bir gereksinim olan palyatif bakım tüm sağlık bakım sunum sistemleri içine entegre edilmeli, tüm yaş grupları ve tüm tanı kategorilerindeki hastalara hitap edebilmelidir.

Evde Sağlık Hizmeti Sunumunda Etkinlik;

a) Mortalite

Atak sonrası stabil dönemde evde bakım uygulamalarının KOAH'lı olgularda bir yıllık mortalitede düşme sağladığını savunan az sayıdaki çalışma sonucuna karşın yapılan

birçok çalışmada seçilmiş olgularda KOAH atağında evde hastane uygulamasının güvenli bir yaklaşım olduğu ve mortalite oranlarının da hastanede tedaviye göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Diğer bir hastane merkezli evde bakım uygulama modeli olan erken destekli taburculuğun konvansiyonel hastane bakımı ile karşılaştırıldığı çalışmalarda da, hastaneye tekrar başvuru oranları ve takibe alındıktan sonra geçen iki ay içerisinde ki mortalite oranlarında fark saptanmamıştır.

Ülkemizde solunum hastalıklarında evde bakım mortalite oranları ile ilgili veri tabanı mevcut değildir. Solunum hastalıklarında evde bakım uygulama modellerinin standardizasyonuna yönelik fizibilite çalışmaları yapılmalı; uygulanacak modellerin belli hasta gruplarında mortaliteye olan etkileri, hastane bakımı ile mortalitelite oranları arasındaki fark olup olmadığı, yaşam kalitesi, fonksiyonel kapasite, hasta ve ailesinin memnuniyeti, acil servis, hastane başvurusu, hastaneye yatış gerekliliği ve hastanede kalınan gün sayısında farklılıklar olup olmadığı başlıklarının yanı sıra bu hizmetlerin maliyet-etkililik çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır. Yapılacak bu çalışmalar kanıta dayalı politikalar üretilmesine yardımcı olacaktır.

b. Fonksiyonel Kapasite ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

KOAH ya da akciğer kanserlerinde uzman ya da aile hekimlerinin denetiminde evde sağlık hizmeti uygulamalarının fonksiyonel kapasite ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde iyileşme sağladığı gösterilmiştir. ABD’de evde sağlık hizmeti uygulamalarının bir parçası olarak ESH’den faydalanan farklı terminal hastalığı olan olgularda yaşam kalitesinde orta düzeyde bir artış ve akciğer maligniteleri olan olgularda ise sıkıntı yaratan semptomların daha geç dönemde ortaya çıktığı ve sosyal bağımlılığın hem daha geç hem daha az geliştiği görülmüştür. Kanada’da evde bakımın bir parçası olarak hasta ve ailesine eğitim uygulanan KOAH’lı olgularda bireysel yönetimde iyileşme sağlanmıştır. Evde sağlık hizmeti sunumunun önemli tedavi bileşenlerinden biri olan evde pulmoner rehabilitasyon uygulamalarının yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri ve egzersiz kapasitesinde önemli kazanımlar sağladığı gösterilmiştir.

Kronik solunum problemi olan hastalarda fonksiyonel kapasite ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine yönelik standardize değerlendirme formlarının oluşturulması ve evde sağlık hizmeti veren merkezlerde sonuç ölçümlerinin, etkinlik maliyet analizlerinde kullanılması önemlidir.

c. Hasta ve Ailesinin Memnuniyeti

Evde sağlık hizmeti stratejileriyle orta düzeyde de olsa yaşam biçiminde pozitif yönde artış sağlandığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. İngiltere’de göğüs hastalıkları uzmanları tarafından evde sağlık hizmetine alınan olguların hastalıkla baş etme

yöntemlerini öğrenerek daha doğru ve etkin ilaç kullandığını ve sigara bırakma oranlarının da bu grupta daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Pulmoner rehabilitasyon ve evde sağlık hizmetine yönelik sonuç ölçümlerinde anketler ile hasta ve aile memnuniyeti değerlendirilmeli; hasta ve ailesine yönelik eğitim programları planlanmalı; uzun süreli takipler ile hasta ve yakınlarının eğitiminin pulmoner rehabilitasyonun sonuç ölçümlerine katkısı değerlendirilmelidir

d. Acil Servis, Hastane Başvurusu, Hastaneye Yatış Gerekliliği ve Hastanede Kalınan Gün Sayısı

Hastane bakımı en pahalı sağlık bakım hizmet sunum modeli olduğundan yapılandırılmış evde sağlık hizmeti uygulamaları hastane başvuruları, hastanede kalınan gün sayısı ve acil başvuru oranlarının azaltılmasını hedeflemektedir.

Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılandırılan Solunum Yetmezliği Kliniğine bağlı Pulmoner Rehabilitasyon ve Evde Sağlık Hizmeti Merkezinde ESH'ye alınan ve bu uygulamada bir yılı dolan KOAH'lı olguların son bir yıl içinde acil servis ve poliklinik başvuru sayıları, hastaneye yatış gerekliliği ve hastanede kalınan gün sayılarında istatistiksel anlamlı azalma olduğu gösterilmiştir.

Tablo 1. KOAH'da Evde Hastane Uygulama Modelinde Etkinlik

KOAH n=206	ESH Önce Ort ±SS	ESH Sonra Ort ± SS	%	p
Acil başvuru	3,21 ± 2,89	2,53 ± 3,49	21,30	P<0,01
Poliklinik başvuru	1,62 ± 1,92	0,73 ± 1,42	55,09	P<0,01
Hastane yatışı	1,39 ± 2,05	0,83 ± 1,82	40,07	P<0,01
Hastanede kalınan gün sayısı	15,75 ± 25,86	8,42 ± 17,29	46,56	P<0,01

Kaynak: Atatürk Göğüs Hastalıkları Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Evde Sağlık Hizmeti Merkezi, 2009-2010

Bu konuda yapılan çalışmaların biriktirdiği pozitif sonuçlar özellikle kronik hasta yükünün çok olduğu Göğüs hastalıkları merkez hastanelerinde evde sağlık hizmeti ve Pulmoner rehabilitasyon ünitelerinin kurulması gerekliğini kuvvetle desteklemektedir. Pulmoner rehabilitasyon ve evde sağlık hizmetlerinden faydalanan

hasta sayısının arttırılması entegre bakım kavramı doğrultusunda ulusal bir model ve hizmet sunum ağı oluşturulmasına bağlıdır. Evde sağlık hizmetine /ESH'ye alınan hasta kayıtları bir merkezden takip edilmeli acil servis, hastane başvurusu, hastaneye yatış gerekliliği ve hastanede kalınan gün sayısı izlenmeli ve programın etkinliğini değerlendirme de bu veriler kullanılmalıdır.

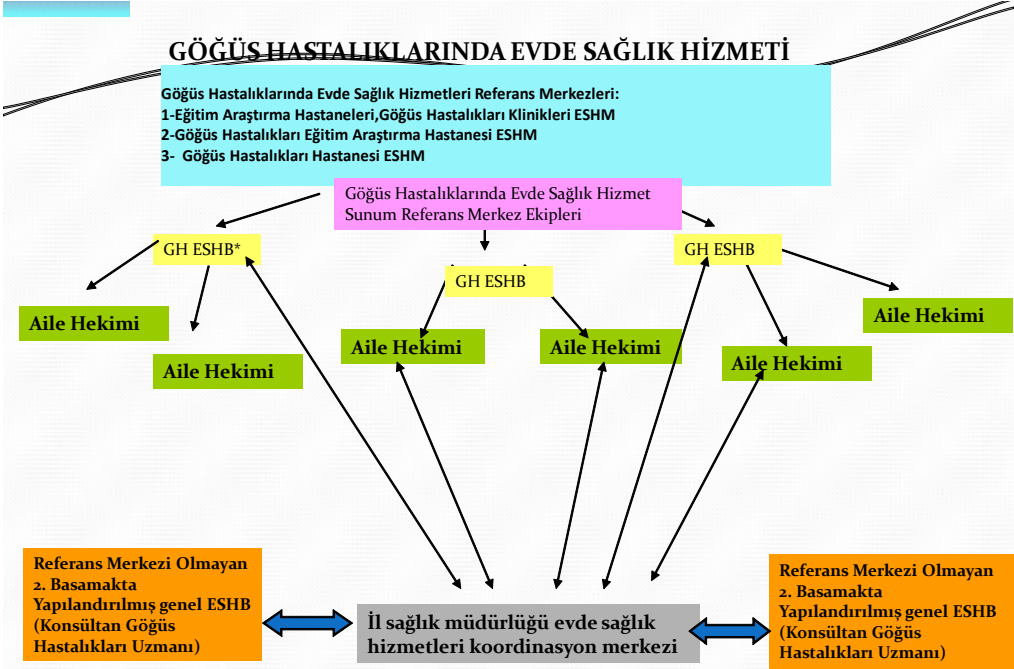
KAYNAKLAR

1. ATS Statement on Home Care for Patients with Respiratory Disorders. Am j Respir Crit Care Med 2005 ;171: 1463-64
2. NICE COPD Guideline.
3. Lanken PN, Terry PB, DeLisser HM, et al. An Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement:Palliative care effort patients with respiratory diseases and critical Illnesses. Am J Respir Crit Care Med 2008;177:912-927.
4. Dourado VZ, Tanni SE, Vale SA, et al. Systemic manifestations in chronic obstructive pulmonary disease. J Bras Pneumol 2006;32(2):161-71.
5. World Health Organization. WHO definition of palliative care-2005. Available from:<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>.
6. Morrison Rs, Meier DE. Palliative care. N Engl J Med 2004;350:2582-2590.
7. ATS/ERS Statement on Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Cr.t Care Med 2006;(173):1390-1413.
8. Clark CJ, Decramer M. The definition and rational for pulmonary rehabilitation In: Donner CF, Decramer M;eds. ERS Pulmonary Rehabilitation Monograph. 2000;13(5):1-6
9. Monninkhof E, Van der Valk P, van der Palen J, et al. Effects of a comprehensive self-management programme in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2003;22(5):815-20.
10. Donaldson GC, Seemungal TA, Bhowmik A, et al. Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2002;57:847-852.
11. Gallefos F. The effects of patient education in COPD in a 1-year follow-up randomised, controlled trial. Patient Educ Couns 2004;52(3):259-66.

BÖLÜM 1

GÖĞÜS HASTALIKLARINDA; EVDE SAĞLIK HİZMETİ SUNUM MODELLERİ ORGANİZASYONEL YAPI

Göğüs hastalıklarında ESH'leri üçüncü basamak hastaneler de yapılandırılmış referans evde sağlık hizmeti merkezleri ve bu merkezlere bağlı ESH birimleri aracılığı ile yürütülür. ESH birimleri sorumluluk alanlarındaki solunum sorunlu ilgili nüfusa ESH sunar. ESH birimi aile hekimi ile koordineli çalışır. Üçüncü basamak hastanelerin bulunmadığı illerde varsa eğer Göğüs hastalıkları dal hastaneleri referans merkez olarak çalışır. Referans merkez tanımlamasında yer alan hastanelerin olmadığı illerde ikinci basamak hastanelerde yapılandırılan genel evde sağlık hizmeti merkezleri Göğüs hastalıklarına yönelik ESH'lerini üstlenir. Bu birimde Göğüs hastalıkları uzmanı konsültan olarak görev yapar. İller bazında ESH'lerinin koordinasyonunu il sağlık müdürlüğü ESH koordinasyon merkezi yapar. Göğüs hastalıklarında ESH sunumundaki organizasyonel yapı ve iş akışı Şekil-1'de şematize edilmiştir.



*Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmeti Birimi

Şekil - 1. Göğüs Hastalıklarında ESH Sunumundaki Organizasyonel Yapı ve İş Akışı

Göğüs hastalıklarında evde sağlık hizmetleri; referans merkezlerde yapılandırılmış ESH merkezleri ve bu merkezlere bağlı çalışan ikinci basamakta evde sağlık hizmet sunum birimleri ve birinci basamakta hizmet veren aile hekimleri tarafından yürütülür.

Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmeti (ESH) Referans Merkezleri aşağıdaki hastanelerdir:

- Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Klinikleri,
- Sağlık Bakanlığı Göğüs Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastaneleri,
- Sağlık Bakanlığı Göğüs Hastalıkları Hastaneleri,

Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmet Sunum Referans Merkezleri Ekip Yapısı aşağıdaki gibidir:

- Göğüs Hastalıkları Uzmanı (Medikal direktör)
- Hemşire
- Konsültan Hekim (Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, İç Hastalıkları Uzmanı, Geriatri Uzmanı ve diğer gerekli branşlar)
- Fizyoterapist
- Diyetisyen
- Psikolog
- Sosyal Çalışmacı
- Şoför

İkinci Basamakta Yapılandırılmış Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Ekip Yapısı aşağıdaki gibidir;

- Hekim
- Hemşire
- Konsültan Hekim (Göğüs Hastalıkları Uzmanı; Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, İç Hastalıkları Uzmanı, Geriatri Uzmanı ve diğer gerekli branşlar)
- Fizyoterapist
- Diyetisyen
- Psikolog
- Sosyal Çalışmacı
- Şoför

Birinci Basamakta Yapılandırılmış Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Ekip Yapısı aşağıdaki gibidir:

- Aile Hekimi
- Aile Sağlığı Elemanı (hemşire, ebe, sağlık memuru)

Tanımlanan ekipler göğüs hastalıklarında evde sağlık hizmet sunumu için uygun olan hastaları entegre hizmet anlayışı içerisinde ve yönetmelik/yönergeler çerçevesinde takip ederler. Sevk kriterleri Bölüm 3'de tanımlanmıştır. Açıklanan organizasyon

yapısı mevcut mevzuata göre düzenlenmiş olup mevzuat değişikliklerinde güncellenmelidir.

Evde Sağlık Hizmeti Sunumunda Birinci Basamak İçin Öneriler:

- Hizmeti sunacak personele yönelik sertifikalı eğitim programının düzenlenmesi önemlidir.
- Solunum sorunlu hastanın evde muayene ve değerlendirmesini yapmalı.
- Oksijen saturasyonu ölçümü, balgam numunesi alma, basit kan tahlilleri gibi tetkik işlemlerini ve akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda ilaç yazım işlemlerini yerine getirmeli, öncelikleri belirleyebilmeli.
- Kronik hastalık yönetimi yapabilmeli.
- Evde sağlık hizmeti alan bireylerin beslenme durumunun değerlendirilmesi, izlenmesini sağlamalı.
- Bakım destek elemanlarının eğitimlerinde yer almalı.
- İlaç kullanım eğitimi gibi hasta ve hasta yakını eğitimlerini gerçekleştirmeli.
- Sosyal destek gerekliliğini değerlendirerek hasta ve ailesini yönlendirebilmeli.
- Evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunun sağlanması konusunda bilgi sahibi olmalı.
- Koruyucu hekimlik (aşılama, el hijyeni, sigara bıraktırma eğitimi, ...) uygulamalarda görev üstlenmeli.
- Sürekli bakım, bütüncül yaklaşım uygulamalarında yer almalı.
- Periyodik hasta izlemi için program yapılandırabilmeli.
- 2. basamak ve referans göğüs hastalıkları evde sağlık hizmet sunum merkezleri ve gerekli durumlarda hastanın primer doktoru ile iletişime geçebilmeli.
- Hasta kayıt sistemi (AHBS ve HBYS'lerin entegrasyonu, evde sağlık hizmetleri kayıtlarının birleştirilmesi)
- İkinci ve üçüncü basamaktan gerekli hallerde yönlendirilen (evde sağlık hizmeti sunumuna sevk edilen) hasta bakımını yönetebilmeli.
- İlgili tedavi ve esenlendirici hizmet için alan uzmanına hangi durumlarda yönlendirme yapması gerektiğini bilmeli.
- Ekip anlayışı içinde hizmet sunulmasını (aile hekimi, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sağlık eğitimcisi) öncelemeli.
- Evde sağlık hizmeti sunumunda diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı hizmet desteği için koordinasyon merkezinden hizmet alınabilmeli
- Aile hekimliği sistemi içinde sertifikalı (evde bakım uygulamaları, göğüs hastalıkları akut alevlenmesi gibi konularda) hemşire sayısının artırılması,
- Evde sağlık hizmeti sunan personelin güvenliğinin sağlanması,
- Evde sağlık hizmeti sunumunda kırsal ve kentsel organizasyonun yapılması,

- Birinci basamakta evde sağlık hizmeti sunulamayacak birey y6nlendirmeleri i7in sosyal hizmet uzmanlarının aktif olarak 7alışması, ESH verilemeyecek hastaların kurumsal bakıma y6nlendirilmesi,
- ESH ve bakım desteği verilen durumların illerde denetlenmesi,
- Aile hekimliği hizmet grubunun hemşire tarafından izlenmesi, ev ziyaretlerinin yapılması, bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, vaka y6neticisi olarak 7alışması,
- Toplum sağlığı merkezleri ile aile hekimleri g6đüs hastalıklarında evde sağlık uygulamaları ile ilgili toplum eğitimi i7in işbirliği yapmalı,
- Halk eğitim merkezlerinde hasta okulları adı altında hasta ve aile eğitiminin (g6đüs hastalıklarında)yapılması,
- Veri aktarımı, teletıp sisteminin evde sağlık hizmetlerine entegrasyonunun sağlanması,
- Birinci basamak veri tabanında ESH 7alışmalarının entegrasyonunun sağlanması 6nemlidir.

Evde Sağlık Hizmeti Sunumunda İkinci Basamak İ7in 6neriler:

- İkinci basamakta ESH alacak hasta kriterleri belirlenmeli
- İkinci basamakta sertifikalı evde sağlık hizmeti ekibi oluşturulmalı
- İkinci Basamakta G6đüs Hastalıkları Uzmanları birinci ve 67üncü basamak ESH birimleri ile koordineli 7alışmalı.

BÖLÜM 2

GÖĞÜS HASTALIKLARINDA EVDE SAĞLIK HİZMETİNE İHTİYAÇ DUYAN VAKALARIN SEVK KRİTERLERİNİN BELİRLENMESİ

Aşağıda göğüs hastalıklarında evde sağlık bakımı hizmetine ihtiyaç duyabilecek vakaları belirlemek amacı ile genel ve göğüs hastalıklarına özel sevk kriterleri tanımlanmıştır. Burada belirlenen kriterler öneri düzeyinde olup göğüs hastalıkları uzmanlık derneklerinin ilgili çalışma gruplarının yanı sıra ilgili diğer uzmanlık derneklerinin de görüşlerinin alınması önerilmektedir.

Birinci basamak hekimi tarafından genel ve/veya göğüs hastalıklarına özel evde sağlık hizmeti sevk kriterleri taşıdığı belirlenen hastanın mutlaka bir üst basamağa sevk edilmesi gereklidir. İkinci ve üçüncü basamakta takip edilen solunum sistemi hastalığı olanların evde sağlık hizmetleri ekibine genel sevk kriterleri aşağıda tanımlanmıştır. İlk iki kriterden bir tanesinin yanı sıra diğer kriterlerden en az bir tanesinin varlığı ve multidisipliner takımın hastanın ev koşullarını yeterli ve güvenli bulması durumunda evde sağlık hizmetlerinden yararlanması uygundur.

1. Solunum sistemi hastalığı nedeni ile takip ve koordinasyonu gereken hastalar
2. Solunum sistemi hastalığına eşlik eden sistemik hastalık varlığı ve/veya bu hastalığın idamesinde takip ve koordinasyon gerekliliği
3. En iyi FEV1 değerinin %50'nin altında olması veya stabil olmayan sağlık durumu
4. Oksijenizasyonun bozuk olması (arter kan gazı veya pulse oksimetrede oksijen satürasyonu ile)
5. Son 1 yıl içinde 1'den fazla acil başvurusu ve hastaneye yatış varlığı
6. Günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasını engelleyen dispne, görme-ışitme ve konuşmada güçlüklerin olması, günlük yaşam aktivitelerinde yardım gereksinimi veya günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi (geçerli ölççekler ile değerlendirme)
7. Hasta ve/veya hastaya bakmakla yükümlü kişilerin hastalık ve tedavi ile ilgili başa çıkma becerilerinin iyi olmaması veya tedavi ekibiyle iletişimsizliği
8. Evde ileri teknoloji ve/veya komplike tedavi gerekliliği
9. Sürekli izlem ve destek gerektiren sağlık bakım ihtiyacı
10. Polikliniğe başvuramayan ancak monitorizasyon ve/veya eğitim gereken hasta
11. Yaşlı, yalnız yaşayan ve gündüz yaşam aktivitelerinde bağımsızlığını sağlayamayan hasta
12. Terminal dönem hasta bakım ihtiyacı

Evde Sağlık Hizmetleri Uygulanabilecek Solunum Sistemi Hastalıkları:

- A.** Hava yolu hastalıkları
 - a. KOAH
 - b. Astım
 - c. Bronşektazi Kistik fibrozis
 - d. Bronşiolitis obliterans
 - e. Bronkopulmoner displazi, trakeobronkomegali
- B.** Restriktif hastalıklar
 - a. Göğüs duvarı anomalileri
 - b. İnterstisyel akciğer hastalıkları
 - c. Kifoskolyoz
 - d. Pnömokonyoz
 - e. Tüberküloz sekelleri
 - f. Asbestozis
 - g. ARDS sonrası
 - h. Rekürren pnömotoraks
- C.** Nöromusküler hastalıklar
 - a. ALS
 - b. Musküler distrofi
 - c. Postpolio sendrom
 - d. Spinal kord yaralanmaları
- D.** Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları
 - a. Obstrüktif uyku apne sendromu
 - b. Santral uyku apne sendromu (Cheyne Stokes ile birlikte)
 - c. Uykuya bağlı hipoksemik hipoventilasyon sendromları
- E.** Diğer
 - a. Venöz tromboembolizm
 - b. Akciğer kanseri
 - c. Akciğer transplantasyonu
 - d. Tüberküloz dışı mikobakteri enfeksiyonları
 - e. Pnömoni
 - f. Torakotomi sonrası
 - g. Pulmoner hipertansiyon
 - h. Rekürren aspirasyon sendromları

ASTIM

Evde sağlık hizmeti verecek ekiple bağlantılı göğüs hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirme yapılmalıdır.

1. Akut Solunumsal Değerlendirme (astım atak)

Astımlı bir hastada, ilerleyen nefes darlığı, öksürük, hışıltı veya gste baskı hissini ortaya çıkması **astım atağı** olarak tanımlanır. Bu belirtilere PEF, FEV1 azalması gibi solunum fonksiyon testleri bozuklukları eşlik etmektedir.

Astım atağı şiddeti ilk görüldüğü andaki fizik inceleme ve laboratuvar bulgularına göre tabloda gösterilen kriterler doğrultusunda hafif, orta, ağır ve yaşamı tehdit eden ataklar olmak üzere değerlendirilir. Her bir ağırlık basamağını belirleyen parametrelerden tümünün olması gerekmez, birkaçının olması yeterlidir.

Evde atak tedavisi kimlere uygulanabilir?

Atak tedavisinin başarısı, tedavinin hastalığın kötüleşmeye başladığı ilk andan itibaren uygulanması ile yakından ilişkilidir. Bu amaçla **hafif ve orta ataklar** için, evde tedaviye başlanması önerilir (Tablo 1).

Evde atak tedavisi uygulanmaması gereken durumlar:

1. Atak, başlangıç tedavisine yanıt vermiyor ve hızla kötüleşiyorsa
2. Atak şiddeti ağır veya yaşamı tehdit edici ise
3. Hasta, astım ilişkili ölümler için risk faktörü taşıyorsa
 - a. Atak nedeniyle entübasyon ve mekanik ventilasyon öyküsü olan astımlılar
 - b. Son bir yılda astım nedenli hastaneye yatış veya acile başvuru öyküsü olan hastalar
 - c. Oral steroid kullanmakta olan veya kullanmayı yeni bırakmış hastalar
 - d. İnhaler steroid kullanmayan veya yeni bırakmış hastalar
 - e. Ařırđ β_2 agonist kullanan hastalar (>1 kutu/ay, salbutamol veya hızlı etkili eşdeğer)
 - f. Psikiyatrik hastalık veya psikososyal problemi olan hastalar
 - g. Tedaviye uyumsuz hastalar
 - h. Düşük sosyo-ekonomik düzey
 - i. Eşlik eden hastalıkların varlığı

Tablo 1. Astım Atağının Ağırılık Derecesinin Değerlendirilmesi.

Bulgu/semptom	Hafif	Orta	Ağır	Hayatı tehdit eden
Nefes darlığı	Eforla Yatabilir	Konuşurken Oturmayı tercih eder	Dinlenmede Öne eğilmiş	
Konuşma	Cümleler	Kısa cümleler	Kelimeler	
Bilinç	Huzursuz olabilir	Çoğunlukla huzursuz	Çoğunlukla huzursuz	Çok huzursuz ve konfüzyon
Solunum hızı	Artmış	Artmış	>30/dk	
Yardımcı solunum kaslarının katılımı	Genellikle yok	Genellikle var	Genellikle var	Torako-abdominal paradoks hareket
Hışıltılı solunum	Genelde ekspirasyon sonunda	Belirgin	Belirgin	Sessiz akciğer
Nabız/dakika	<100	100-120	>120	Bradikardi
Pulsus paradoksus	Yok, <10 mmHg	10-25 mmHg	>25 mmHg	Solunum kaslarının yoğunluğuna bağlı olarak bulunmaz
PEF (bronkodilatatör sonrası % beklenen % kendi en iyisi)	>%80	%60-80	< %60 (beklenenin veya en iyi değerinin)	
PaO2 (oda havası)	Normal	>60 mmHg	< 60 mmHg (muhtemelen siyanoz)	
ve/veya PaCO2	<45 mmHg	<45 mmHg	> 45 mmHg	
SaO2 (oda havası)	>%95	%91-95	< %90	

Kaynak: TTD Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, 2009

Taburculuk Kriterleri

1. Hastaneden ayrılmadan önceki 24 saat boyunca evde kullanacakları tedavi ile semptomlarının kontrol altında olması
2. Kısa etkili beta 2 agonistlere 3-4 saatten daha kısa aralıklarla gereksinim olması
3. SaO₂'ninun %90'nın üzerinde olması (oda havasında, Çocuklarda ve gebelerde %95'in üzerinde olması),
4. Hastanın rahatça yürür durumda olması,
5. Gece ya da sabaha karşı nefes darlığı ile uyanmıyor olması,
6. Fizik muayenenin normal ya da normale yakın olması,
7. PEF veya FEV₁ değerinin (hastanın en iyi değerinin) %70'in üzerinde olması (kısa etkili β_2 agonistten sonra),
8. İnhalerleri düzgün durumda kullanıyor olması,
9. Multidisipliner takımın hastanın ev koşullarını yeterli ve güvenli bulması
10. Acil servisten taburcu edilen hastaya veya hasta ailesine takiplerini yapan doktorla 24 saat içinde görüşmesi önerilmeli
 - a. İlk iki hafta içinde pratisyen veya hemşire ile,
 - b. 4 hafta içinde göğüs hastalıkları uzmanı veya astım hemşiresi ile görüşme ayarlanması

2. Kronik Bakım Servisi (astım idame tedavisi)

a. Astımı ağır ama kısmen veya kontrol altında olan hastalar takip eden doktorun gerekli gördüğü zaman dilimlerinde semptomları, PEF değişkenliği, ilaç kullanımı, tetikleyicilerden kaçınmanın sağlanması ve tedavinin gözden geçirilmesi açısından evde izlenebilir.

b. Kısmi ve/veya tam kontrolü sağlanmış ağır astım hastalarında uygun pulmoner rehabilitasyon programları yapılandırıldıktan sonra evde sağlık bakım hizmetlerinden yararlanabilir.

c. Evde sağlık hizmeti alan astım hastalarında ihtiyaca göre 2-3 ayda bir (veya daha kısa sürede) göğüs hastalıkları uzmanı tarafından kontrolü gereken durumlar:

- Tekrarlayan atak varlığı
- Çoklu ilaç kullanımı gereken ciddi hastalık varlığı
- Tedavisi güç astım varlığı
- Hayatı tehdit edici atak varlığı

d. Evde sağlık hizmeti alan astım hastalarında kliniği daha stabil olan ancak 4-6 ayda bir göğüs hastalıkları uzmanı tarafından kontrolü gereken durumlar:

- Ulusal astım tanı ve tedavi rehberine göre 5. basamak tedavi gerekliliği
- Eşlik eden bronşektazi varlığı
- Birinci basamak hekim ve hasta tarafından uzman takibinin gerekli görülmesi

KOAH

1. Akut Solunumsal Değerlendirme (KOAH alevlenme)

KOAH alevlenmesi "hastalığın doğal seyri esnasında, günlük olağan değişimlerin ötesinde, nefes darlığı, öksürük ve/veya balgamdaki değişiklikle karakterize olan, tedavide değişiklik gerektirecek kadar belirgin, akut olaylar" olarak tanımlanmaktadır KOAH alevlenmeleri Tablo 2'de özetlendiği şekilde sınıflandırılarak tedavi planlanmaktadır. Hastanede değerlendirme ya da yatış kriterleri ise Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 2. KOAH Alevlenmelerinin Gruplandırılması

Klinik öykü	Düzyey I (Evde tedavi)	Düzyey II (Hastanede tedavi)	Düzyey III (Yoğun bakımda tedavi)
Ek hastalık #	+	+++	+++
Sık alevlenme öyküsü	+	+++	+++
KOAH'ın spirometrik şiddeti	Hafif/orta	Orta/ağır	Ağır
Hemodinamik değerlendirme	Stabil	Stabil	Stabil/unstabil
Yardımcı solunum kaslarının kullanımı, takipne, paradoksal solunum, siyanoz	Yok	++	+++
Bilinç düzeyinde değişiklik	Yok	Yok	Var
Sağ kalp yetersizliği bulguları	Yok	++	+++
Başlangıç tedavisinden sonra semptomların sürmesi	Hayır	++	+++

+: muhtemelen yok; ++: olması olası; +++: büyük olasılıkla var; #: alevlenmelerde kötü prognozla ilişkili en yaygın ek hastalıklar, konjestif kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı, diabetes mellitus, karaciğer ve böbrek yetmezliği

Tablo 3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Alevlenmelerinde Hastanede Değerlendirme ya da Yatış Endikasyonları

- Yeni ortaya çıkan fizik bakı bulgularının (siyanoz, periferik ödem, bilinç düzeyinde bozulma, aritmi gibi) saptanması
- KOAH'ın şiddetli olması veya halen evde uzun süreli oksijen tedavisi alıyor olması
- Alevlenmelerin başlangıçtaki ilaç tedavisine yanıt vermemesi
- Yüksek risk oluşturan akciğer (pnömoni gibi) veya akciğer dışı eşlik eden hastalık durumunun (kalp hastalığı, diabetes mellitus gibi) olması
- Sık alevlenmelerinin olması
- Yeni ortaya çıkan aritmilerin olması
- Tanıda belirsizlik
- İleri yaş
- Evde tedavi koşullarının olmaması, yalnız yaşama, hastalıkla başa çıkamama veya evde yeterli destek olmaması
- Arter kan gazlarında pH<7.35 veya PaO₂ <60 mmHg veya SaO₂ <%90 bulunması
- Genel durum veya aktivite seviyesinin kötü olması veya yatağa bağlı bulunması
- İstirahat halinde ani nefes darlığı gelişmesi ya da yaşamsal bulgularda değişiklik gibi semptomların yoğunluğunda belirgin bir artış

Üçüncü basamakta yapılandırılmış referans evde bakım merkezlerinde KOAH atağı nedeniyle hospitalizasyon gereken ancak yoğun bakım birimine yatış kriterleri taşımayan olgular 'Evde hastane ya da destekli taburculuk' modelleri temelinde kendi ev ortamlarında sağlık profesyonelleri tarafından tedavi edilebilir.

KOAH alevlenmelerinde yoğun bakıma yatışı gerektiren kriterler Tablo-4'de verilmiştir.

Tablo 4. KOAH Alevlenmelerinde Yoğun Bakıma Yatırılma Kriterleri

- Başlangıçtaki acil tedaviye yeterli yanıt vermeyen şiddetli nefes darlığı
- Mental durum değişiklikleri (konfüzyon, letarji, koma)
- Oksijen desteğine ve NIMV'ye rağmen yanıt alınamayan belirgin hipoksemi (PaO₂<40mmHg) ve/veya şiddetli/ağırlaşan hiperkapni (PaCO₂>60mmHg) ve/veya şiddetli/ağırlaşan solunumsal asidoz (pH<7.25)
- IMV gereksinimi
- Hemodinamik dengesizlik-vazopressör uygulaması gereksinimi

KOAH alevlenmelerinde mekanik ventilasyon endikasyonları; solunumsal asidozun varlığı ($\text{pH}<7.35$ ve $\text{PaCO}_2>45\text{mmHg}$) ve solunum sayısı $>24/\text{dakika}$ olmasıdır.

NIMV için seçim ölçütleri;

- Yardımcı solunum kaslarının kullanıldığı ve paradoksal abdominal hareketlerin gözlemlendiği orta şiddette ya da şiddetli nefes darlığı
- Orta şiddette veya şiddetli asidoz ($\text{pH}<7.35$) ve/veya hiperkapni ($\text{PaCO}_2>45\text{mmHg}$)
- Solunum sayısı $>25/\text{dakika}$

IMV endikasyonları:

- NIMV'nin başarısız olması,
- $\text{pH}<7.25$ ve $\text{PaCO}_2>60\text{mmHg}$,
- yaşamı tehdit eden hipoksemi ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2<200\text{ mm Hg}$) ve
- solunum sayısı $>35/\text{dakika}$ olmasıdır.

KOAH alevlenmelerinde erken nüks için risk faktörleri olan olgular taburculuk sonrası evde sağlık hizmeti programına alınmaları uygundur.

KOAH'da erken nüks için risk oluşturan durumlar; Komorbiditelerin (özellikle kalp hastalığı) bulunması

- Ağır KOAH ($\text{FEV}_1<\%50$)
- Son yıl içinde üçten fazla alevlenme
- Son üç ay içinde antibiyotik kullanımı

2. Kronik Bakım Servisi (stabil KOAH tedavisi)

Hastalığın ağırlığını değerlendirmede tek başına FEV1 yeterli bir kriter olmamakla birlikte pratik olması nedeni ile tercih edilmektedir. KOAHLı hastaların izleminde hastalık prograsyon ve komplikasyon gelişimini değerlendirmeye yönelik diğer ölçütlerle ele alınması uygun olur (Tablo 5).

Postbronkodilatatör FEV1 değeri $\%80$ 'nin altında olan pulmoner rehabilitasyon başlanmış ve program yapılandırılmış tüm hastalar evde sağlık bakımı hizmetinden yararlanabilir.

Genel sevk kriterlerine uygun olan hastalar da evde sağlık bakım hizmetinden yararlanabilir.

Tablo 5. KOAH'lı Hastalarda İzlemede Hastalık Progresyonu ve Komplikasyon Gelişimini Değerlendirmeye Yönelik Öneriler

Hafif-orta KOAH	Ağır-çok ağır KOAH
Klinik değerlendirme <ul style="list-style-type: none">• Sigara içme durumu ve bırakma isteği sorgulanır.• Semptomlar değerlendirilir.• Ek hastalıkların ve komplikasyonların varlığı fizik muayene ve gerekli ek tetkiklerle incelenir.• Pulmoner rehabilitasyon (eğitim, egzersiz programı, beslenme, psikososyal destek)• Farmakolojik-nonfarmakolojik tedavinin değerlendirilmesi• Alevlenmelerin değerlendirilmesi• Komorbiditelerin değerlendirilmesi	
	Uzun süreli oksijen tedavisi ihtiyacı
Ölçümler	<ul style="list-style-type: none">• FEV₁• VKİ• MMRC dispne ölçeği
	AKG (FEV ₁ < beklenenin %50'si, SaO ₂ < %90 ise) 6 dakika yürüme mesafesi (yılda bir kez)

BRONŞEKTAZİ ve KİSTİK FİBROZİS

1. Akut Solunumsal Değerlendirme

- Alevlenmelerin çoğu ayaktan tedavi edilebilir.
- Evde sağlık hizmeti uygulamaları sevk kriterlerini içeren ancak aşağıda belirtilen hastaneye sevk koşullarını taşımayan hastalara evde sağlık hizmeti uygulanabilir.
- Hastaneye sevk gerektiren koşullar şunlardır:
 - Şiddetli alevlenme (belirgin dispne, taşipne, konfüzyon, siyanoz, kor pulmonale)
 - Belirgin hemoptizi
 - Semptomlar nedeni ile yeme ve uykuda sorun olması
 - Alevlenmenin hızlı başlangıçlı olması

- e. Hastanın uzun süreli oksijen tedavisi altında olması
- f. Bilinç durumunda akut veya kronik bozukluk olması

2. Kronik Bakım Servisi

- A. Hafif ve orta şiddette hastalar genellikle ayaktan tedavi edilebilir.
- B. Yaygın hastalığı olanlar genel kriterler de göz önüne alınarak evde sağlık hizmeti için değerlendirilmelidir.
- C. Operasyon planlanan ve evde bakım uygulamaları sevk kriterlerini içeren hastalar evde sağlık hizmeti uygulamalarından yararlanabilir.

PNÖMONİ

Evde sağlık hizmeti uygulamaları için genel sevk kriterlerini içeren ve yoğun bakım servisine yatış ihtiyacı olmayan pnömoni hastaları evde sağlık bakımı uygulamalarından yararlanabilir.

PNÖMOTORAKS

Tümpnömotoraksolgularıhastanedeilgiliuzmanhekimtarafındandeğerlendirildikten sonra evde sağlık hizmeti uygulamaları için genel sevk kriterleri ile birlikte aşağıda belirtilen hastaneye yatış kriterlerini taşımayanlar aday olabilirler:

1. Tansiyon pnömotoraks olması
2. Travmaya bağlı oluşan pnömotoraks
3. Sekonder pnömotoraksta altta yatan hastalığın stabil olmaması
4. Konservatif tedavi ve/veya aspirasyon tedavisinin yetersiz olması, interkostal tüp drenaj ihtiyacının ortaya çıkması

AKCİĞER KANSERİ – MEZOTELYOMA

1. Genel sevk kriterlerini taşıyan ve hastaneye sevk kriterleri olmayan hastalar evde sağlık bakımı hizmeti açısından değerlendirilmelidir.
2. Hastalığın tedavisini primer takip eden hekim tarafından palyatif tedavinin evde sağlık bakımı ekibi tarafından yapılabileceğine dair onay verilen hastalar evde sağlık bakımı hizmetinden yararlanabilir.
3. Terminal dönem hastalar evde sağlık bakımı hizmetinden yararlanabilir.

TÜBERKÜLOZ

Ulusal tüberküloz kontrol programı çerçevesinde takip edilir.

VENÖZ TROMBOEMBOLİ

1. Hastanın pulmoner emboli şüphesi taşıması durumunda mutlaka hastaneye yönlendirilmesi gerekir.

2. Genel sevk kriterleri taşıyan, derin ven trombozu ve/veya pulmoner emboli tanısı konan, hastanede tedavi planı yapılan, etkin antikoagulasyonu sağlanmış olan, hemodinamik açıdan stabil ve belirgin komorbiditesi olmayan hastalar erken destekli taburculuk protokolleri doğrultusunda evde sağlık bakımı hizmetinden yararlanabilir.

İNERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIKLARI

1. İdeal olarak hastalar ileri evreye gelmeden, belirgin ventilatuar kısıtlanma ve pulmoner hipertansiyon gelişmeden önce pulmoner rehabilitasyon programına alınmalı, uygun merkez tarafından pulmoner rehabilitasyon programı yapılandırıldıktan sonra evde sağlık bakımı hizmetlerinden yararlanabilirler.
2. Akciğer transplantasyonu aday hastalar pulmoner rehabilitasyon programları yapılandırıldıktan sonra evde sağlık bakımı hizmetlerinden yararlanabilirler.
3. Terminal dönem hasta bakımı için evde sağlık bakımı hizmetlerinden yararlanabilirler.

AKCİĞER TRANSPLANTASYONU

1. Her akciğer transplantasyonu aday hasta transplantasyonu öncesinde ve sonrasında pulmoner rehabilitasyon programları yapılandırılarak evde sağlık bakımı hizmetlerinden yararlanabilir.

NÖROMUSKÜLER ve GÖĞÜS DUVARI HASTALIKLARI

1. Genel sevk kriterlerini taşıyan hastalar evde sağlık bakımı hizmetinden yararlanabilir.
2. Ventilatör bağımlı olgular evde sağlık bakımı hizmetinden yararlanabilir.
3. Ventilatör bağımlı olgularda evde direkt gözetimli pulmoner rehabilitasyon akılcı bir yaklaşımdır.

Ventilatör bağımlı hasta, aşağıda belirtilen taburculuk kriterlerini sağladığında evde sağlık hizmetlerinden faydalanabilir.

1. Dispne kontrolünün sağlanmış olması
2. Hava yolu stabilitesinin sağlanmış olması
3. Sekresyonların temiz olması
4. FiO₂ 40'ın altında iken kabul edilebilir kan gazı değerleri
5. Metabolik ve asit-baz dengesinin stabil olması
6. Akut enfeksiyöz durumun olmaması
7. Hayatı tehdit edici kardiyak disfonksiyon veya aritmi olmaması
8. Diğer organların stabil olması
9. Nutrisyonun yeterli olması
10. Çocuklarda büyüme ve gelişmenin ilerlemesi

11. Evde hastanın fiziksel ve emosyonel ihtiyaçlarının karşılanabilir olması
12. En azından son 1 ay içinde planlanmamış doktor veya acil değerlendirilme ihtiyaı olmaması
13. Ventilatör ayarları
 - a. FiO2 0.4'den az olmalı
 - b. Çocuklarda asiste kontrollü veya basınç limitli moda olması
 - c. PEEP kullanımının sınırlı olması
 - d. Havayolu rezistansında ve kompliyansa minimal dalgalanmalar olması
 - e. Stabil "free time" periyodları

BÖLÜM 3

GÖĞÜS HASTALIKLARINDA EVDE SAĞLIK HİZMETİ SUNUM EKİBİNDE YER ALACAK BİRİNCİ, İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAKTA GÖREVLİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SERTİFİKASYON STANDARTLARININ BELİRLENMESİ

SERTİFİKASYON İÇİN BAŞLIKLARIN BELİRLENMESİ

Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmeti Sunum Ekibinde Yer alacak birinci, ikinci ve üçüncü basamakta görevli **hekim, hemşire, aile sağlığı elemanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal çalışmacı** gibi ekip elemanları yapılandırılmış sertifikasyon programları sonunda göğüs hastalıklarında evde bakım hizmeti sunması önemlidir.

GENEL ÇERÇEVE

1. *Teknik açıdan;*

- Sertifeye edilecek kişi evde bakım hizmetleri ekibinde yer almalı /ilgili alanda çalışmalı,
- Evde sağlık hizmeti ekibinde yer alan sağlık profesyonelinin mesleğini icra edebilmesi için diploması olmalı,
- Sertifika programları sağlık bakanlığı tarafından ilgili uzmanlık / ilgili alanlardaki dernekleri, meslek örgütleri ve üniversiteler işbirliğinde yürütülmeli,
- Bilgi, beceri ve tutum ana hedefleri birbirini takibeden eğitim biçiminde yapılandırılmalı,
- Sertifika yenileme eğitim süresi 5 yıl olmalı,
- Sertifika programında görev alacak eğitimciler alanında uzman /eğitim ve klinik deneyimi olanlar arasından belirlenmeli
- Eğitim programının standardize edilmesi için ölçme ve değerlendirme sistemi oluşturulmalıdır.

2. *Eğitim içeriğine ilişkin;*

- Entegre bakım hizmeti tanımını açıklayabilmeli,
- Evde sağlık hizmeti kavramını açıklayabilmeli,
- Evde sağlık hizmeti sunumu ile ilgili olası fiziksel, sosyal, kültürel ve ekonomik, özelliklerin farkında olarak hizmet sunumunu yapabilmeli,
- Evde sağlık hizmeti kapsamında yer alan sağlık ve sosyal bilim profesyonellerinin yönetsel, eğitimsel, uygulayıcı, vb rollerini açıklayabilmeli,
- Hasta, aile, bakım vericiler ve ekip üyeleri için yapılandırılmış eğitim programlarını sürdürebilme bilgi ve becerisine sahip olmalı,

- f. Evde sağlık hizmetinin bileşenlerini (kişisel bakım, ev bakımı, temel gereksinimler, sağlık hizmeti, vb) sayabilmeli,
- g. Evde sağlık hizmeti bileşenlerini (koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici) tanımlayabilmeli,
- h. Evde sağlık hizmeti gereksinimi olan kişiyi gerektiğinde sevk kriterlerine göre sağlık kuruluşlarına yönlendirebilmeli,
- i. Evde sağlık hizmeti gereksinimi olan birey ve aile, çevresiyle gerekli iletişimi kurabilmeli,
- j. Evde sağlık hizmeti hizmetleri ile ilgili mevzuatı açıklayabilmeli,
- k. Evde sağlık hizmeti alanına özel teknolojik alt yapıyı kullanabilmeli,
- l. Kayıt ve dokümantasyonu yapabilmeli,

Göğüs Hastalıkları Uzmanı (Medikal Direktör): Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne göre uzmanlığını almış hekimdir.

- İşleyişte tanımlanan alt yapı ve hizmet standartlarını bilmeli,
- Pratisyen hekim tarafından evde değerlendirilen hastanın tanısının konulması,
- İlgili branşlarla (Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Psikiyatri, İç Hastalıkları, Endokrin, Geriatri ve ilgili olabilecek diğer branşlar) konsültasyonların yapılması sureti ile tedavi planını hazırlayabilmeli,
- Mekanik ventilatör bağımlı veya komplike olgulara ev ziyareti vermeli,
- Vaka kontrolörlüğü yapmak; belli aralıklarla hastaların verilerinin toplanarak değerlendirilmesi, ekip toplantıları yaparak konseyde hastanın durumunun tartışılması, gerekirse tedavi planında değişiklik yapma hususlarını yerine getirmeli,
- Hasta bakım planları, hasta dosyası ve diğer kayıtların doğru eksiksiz ve zamanında tutulmasını sağlamalı,
- Evde sağlık hizmeti veren personele bilgi ve eğitim vermeli, danışmanlık sağlamalı,
- Tüm uygulama ve işlemlerin etik kurallara uyularak, hasta hakları doğrultusunda uygulanmasını sağlayabilmeli
- Tedavi sırasında kullanılacak ilaçlar, tıbbi malzeme ve cihazların sağlanması ve devamlılığını sağlamalı.

Aile Hekimi;

1. Evde sağlık hizmetinde görev alan ekip üyelerinin rol ve sorumlulukları konusunda gerekli bilgiye sahip olmalı,
2. Ekip organizasyonunu sağlayabilmeli,
3. Hasta ve yakınlarıyla iletişimi kurabilmeli,
4. Dezavantajlı grupların sağlık sorunlarını/gereksinimlerini çok yönlü/bütüncül değerlendirebilmeli ve gerekli yönlendirmeleri yapabilmeli

5. Periyodik hasta izlemini yapabilmeli, bu izlemlerde hangi durumları değerlendirebileceğini bilmeli,
6. Hastanın ve/veya hastalığın önceliklerini bilmeli, etkin ve doğru tedaviyi sağlayabilmeli
7. Göğüs hastalıkları uzmanı tarafından tanı ve evde bakım endikasyonu konmuş hastalara evde sağlık hizmeti uygulayabilmeli,
8. İkinci ve üçüncü basamağa sevk gereksinimlerini zamanında ve uygun şekilde yapabilmeli,
9. Akılcı ilaç kullanımını sağlayabilmeli,
10. Ölüm sürecindeki hastaya ve hasta yakınlarına kötü haber verebilmeli, yaşamın sonuna ilişkin süreci yönetebilmeli,

Hemşire;

1. Evde sağlık hizmetinde görev alan ekip üyelerinin rol ve sorumlulukları konusunda gerekli bilgiye sahip olmalı,
2. Hastanın bakım gereksinimlerini belirleyebilmeli,
3. Belirlediği gereksinimler doğrultusunda hemşirelik bakım planı yapabilmeli, uygulayabilmeli ve değerlendirebilmeli,
4. Ev ortamını hastanın gereksinimlerine uygunluk yönünden değerlendirebilmeli (ısı, ışık, havalandırma, hijyen, tekstil, zemin, duvarlar vb.). Gürültü, ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyaranları kontrol altına alarak hastanın uyku ve dinlenmesini sağlayabilmeli,
5. Bireyin günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması, çevre düzenlemesi ve sosyal gereksinimlerin karşılanmasına yönelik görev alan bakım destek elemanlarının denetimini yapmalı, gerektiğinde ilgililere bildirimde bulunmalı,
6. Birey, aile ve diğer bakım vericilerin eğitim ve danışmanlık ihtiyacını belirleyebilmeli ve yerine getirilmesini sağlayabilmeli,
7. Sağlık ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği yapmalı, bakımın koordinasyonunu sağlayabilmeli,
8. Evde sağlık hizmeti ile ilgili ekipmanların sayısı, nitelik ve uygunluğunu değerlendirerek gerekli birimlerle işbirliği yapmalı, çalışır durumda olduğunun kontrolünü sağlamalı,
9. Hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim kurabilmeli,
10. Solunum yolu hastalıklarının ev ortamında bakım ve yönetimi için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmalı,
11. Hastanın önerilen tıbbi tedavi planı doğrultusunda tedavisini uygulayabilmeli; tedavinin etkinliğini veya yan etkilerini değerlendirebilmeli (İnhaler ilaç vb.)
12. Solunum yolları hastalıklarının non-farmakolojik tedavisinde kullanılan oksijen tedavisi, invaziv ve non-invaziv mekanik ventilasyon konusunda bilgi ve beceriye sahip olmalı,
13. Hastanın yaşam bulguları ve klinik parametrelerdeki normalden sapmaları değerlendirerek ekiple paylaşabilmeli,

14. Hastayı değerlendirerek ev ziyareti izlem sıklıklarını ekip üyeleriyle koordineli belirleyebilmeli,
15. Ölüm sürecindeki hastanın huzurlu ve konforlu yaşam sonu bakımını sağlayabilmeli /süreci yönetebilmeli,
16. Evde enfeksiyon kontrol önlemlerini sağlamada bilgi ve beceriye sahip olmalı,
17. Hasta ziyaretlerinde hasta ile ilgili yapılan işlemleri kayıt altına alabilmeli ve ekip üyeleri ile paylaşabilmeli,

Psikolog;

1. Evde sağlık hizmetinde görev alan ekip üyelerinin rol ve sorumlulukları konusunda gerekli bilgiye sahip olmalı,
2. Hasta-sağlık çalışanı iletişimi konusunda bilgi ve beceri sahibi olmalı
3. Hasta ve ailesini bütün olarak değerlendirebilmeli,
4. Genelde kronik hastalıklar(özelde göğüs hastalıkları) konusunda yeterli bilgiye sahip olmalı,
5. Kronik hastalık sürecinin olağan ve patolojik psikolojik süreçlerini ayırtdebilmeli ve değerlendirebilmeli, tıbbi olmayan durumlarda müdahale etme yetki ve becerisine sahip olmalı,
6. Hastalık sürecine uyum, hastalıklarla başa çıkma süreçleri konusunda bilgi ve beceri sahibi olmalı,
7. Ölüm kavramı ve bu süreçte yaşanan ruhsal durumları değerlendirebilmeli ve bunlarla başa çıkma becerilerine sahip olmalı,
8. Kötü haber verme konusunda eğitim almış ve bu konuda birincil sorumluluk taşıyan hekime sürecin yönetiminde destek olmalı,
9. Kriz yönetimi ve travma konusunda bilgi sahibi olmalı,

Diyetisyen;

1. Evde sağlık hizmetinde görev alan ekip üyelerinin rol ve sorumlulukları konusunda gerekli bilgiye sahip olmalı,
2. Etkin iletişim tekniklerini bilmeli ve uygulayabilmeli,
3. Hastanın optimal bakımını sağlamak için hasta popülasyonuna göre mevcut durumu, beslenme ürünleri ve programlarını, personel ihtiyaçlarını ve yönetmelikleri değerlendirebilmeli,
4. Hasta ve ailesine beslenme konusunda eğitim verebilmeli,
5. Beslenme destek tedavisini seçebilmeli ve yönetebilmeli,
6. Hastalığa özgü ve yaşa bağlı beslenme gereksinimlerini bilmeli,
7. Antropometrik ölçümleri ve ekipmanlarını kullanabilme yeterliğinde olmalı,
8. Hastanın beslenme durumunu değerlendirme, bireye ve hastalığa özgü beslenme programlarını geliştirme, uygulama, izlem ve yönetim becerilerine sahip olmalı,

Fizyoterapist;

1. Evde sağlık hizmetinde görev alan ekip üyelerinin rol ve sorumlulukları konusunda gerekli bilgiye sahip olmalı,
2. Hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim kurabilmeli,
3. Hastanın fizyoterapi gereksinimlerini belirleyebilmeli,
4. Evde pulmoner rehabilitasyon uygulamalarında gerekli bilgi ve becerilere sahip olmalı,
5. Multidisipliner ekip yapısı içinde belirlediği gereksinimler doğrultusunda Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı tarafından yapılan muayene sonucunda planlanan fizyoterapi programını uygulayabilmeli,
6. Ev ortamının değerlendirmesini ve gerekli düzenlemeleri yapabilmeli,
7. Hastanın fizyoterapi programını uygulayabilmeli; etkinliğini veya yan etkilerini değerlendirebilmeli ve normalden sapmaları ekiple paylaşabilmeli,
8. Solunum yolları hastalıklarının non-farmakolojik tedavisinde kullanılan oksijen tedavisi, invaziv ve non-invaziv mekanik ventilasyon konusunda bilgi ve beceriye sahip olmalı,
9. Gerektiğinde fizyoterapi uygulamalarına yardımcı araçların belirlenmesi ve kullanılmasında yönlendirici olabilmeli,
10. Hastayı alanı ile ilgili olarak değerlendirip, izlem sıklıklarını belirleyebilmeli,
11. Gereksinimler doğrultusunda hasta ve bakım verenlere eğitim verebilmeli,
12. Gerektiğinde hastayı hekim ve diğer ekip üyelerine yönlendirmeli,
13. Hasta ziyaretlerinde hasta ile ilgili edindiği bilgiyi kayıt edebilmeli ve dokümantasyonları ekip yeleri ile paylaşabilmeli,
14. Ölüm sürecindeki hastaya ve hasta yakınları ile yaşamın sonuna ilişkin süreci yönetebilmeli,

BÖLÜM 4

GÖĞÜS HASTALIKLARINDA EVDE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA MEVZUAT VE HUKUKİ ALTYAPI

I. MEVCUT DURUM

Evde sağlık hizmetleriyle ilişkili olan temel mevzuat;

- 1- Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri Şubat 2010 tarihinden itibaren 1219 sayılı kanun, 3359 sayılı kanun ve 181 sayılı kanun hükmünde kararnameye dayanılarak çıkarılan "Sağlık Bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge" hükümleri çerçevesinde yürütülmektedir (Ek 1).
- 2- Özel sektör için söz konusu uygulama 10 Mart 2005 tarih, 25751 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik hükümleri çerçevesinde yürütülmektedir (Ek 2).
- 3- Aile Hekimliği hizmetleri ise 5258 sayılı kanun ve bu kanunun 8. Maddesine istinaden çıkarılan uygulama ve sözleşme yönetmelikleri ile yürütülmektedir.
- 4- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından yürürlüğe konulan 07.08.2008 tarihli ve 26960 sayılı Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulan Gündüzlü Bakım ve Evde Bakım Hizmetleri Yönerge tarafından yürütülmektedir.
- 5- Konuyla ilgili ve sair mevzuat söz konusudur

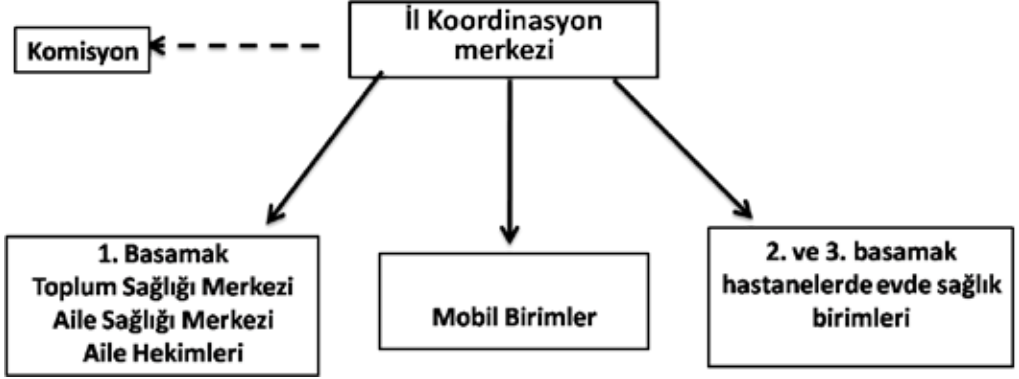
II. ÖNERİLER

Çalıştay konusu göğüs hastalıklarında evde sağlık hizmeti ve bu hizmetin kamudaki sunumunu içerdiğinden tespit ve öneriler bu alana ilişkindir.

- 1 SHÇEK tarafından yürütülen evde bakım hizmetlerinin düzenlendiği mevzuat ile Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri mevzuatı benzer düzenlemeler içerdiğinden ve benzer hizmetlerin farklı kurumlar tarafından organizasyonu uygulamada ödeme, hizmet sunumu, görev, yetki ve sorumluluklar, iş tanımları, vs. açısından problemlere neden olabileceğinden ilgili mevzuat ve uygulamaların entegrasyonu için çalışılması gereklidir.
- 2- Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen yönergenin amacı; evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması olarak tanımlanmış ise de, evde sağlık hizmeti alıcılarının kimlerden oluşacağı ve bunları belirleme kriterlerine yer verilmemiştir. Kronik göğüs hastalıkları evde sağlık hizmeti alıcılarının önceden mevzuatla belirlenecek objektif kriterlere dayanması

gerekmektedir (Ör: Göğüs Hastalıkları uzman ve/veya uzmanları tarafından verilen evde sağlık hizmet sunumu gerekliliğini gösteren sağlık kurulu raporu gibi).

- 3- Sağlık Bakanlığı, evde sağlık hizmetlerini düzenleyen yönergede söz konusu hizmetleri aşağıdaki gibi teşkilatlanmıştır:



Göğüs hastalıklarında evde sağlık hizmetlerinin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında göğüs hastalıkları uzmanının sorumlusu olduğu ve referans merkezi olarak tanımlanacak ESH birimleri eliyle, birinci basamakta ise Aile Hekimi, Aile Sağlığı Merkezi ya da Toplum Sağlığı Merkezi tarafından yine referans merkezlerdeki göğüs hastalıkları uzmanlarının koordinasyonu ile yürütülmesi gerektiği yönünde görüş oluşmuştur. Mevcut mevzuat ve teşkilat yapısının Göğüs hastalıklarında önerilen ESH modeline göre aşağıdaki tanımlara da yer verecek şekilde düzenlenmesi önerilmiştir.

- Referans merkezlerdeki sorumlu hekim (medikal direktör): Sorumlu Uzman Hekim: Birimce sunulan evde sağlık hizmetlerinin bir ekip anlayışı içerisinde planlaması ve uygulanmasından sorumlu olan, gerekli durumlarda Aile Hekimlerinin konsültasyonlarını yapan ve yapılmasını sağlayan göğüs hastalıkları uzmanı.
 - Konsültan uzman hekim: Evde sağlık hizmeti sunumuna hastanın ihtiyacına göre dahil olacak uzman hekimler
- 4- Evde sağlık hizmetinin geri ödemesine ilişkin olarak sağlık uygulama tebliğinde değişiklik/ilaveler yapılması gereklidir.
- 5- Tıbbi cihaz ve araç gereç temininde mevcut yönergede zimmet sistemine, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yürütülen uygulamada ise iadeli cihaz temini sistemine yer verildiği görülmektedir. Bu sistemde cihaz ve ekipman takibi ve işletmesinin güçlüğü, özellikle göğüs hastalıkları alanında yaygın

olarak kullanılan oksijen ve solunum cihazlarının gerektirdiği eğitim, cihaz bakımı, teknik destek, kalibrasyon, enfeksiyon kontrolü hizmetlerini içermediği için etkin ve verimli bir sistem olmadığı, maliyeti artıracığı ve hastalar açısından riskler oluşturduğu düşünülmüştür. Buna göre, evde sağlık hizmeti için ihtiyaç duyulan tıbbi cihaz, araç gereç ya da ekipmanların kiralama, hizmet satın alınması ya da satın alma yöntemi ile temini hususunda Sağlık Bakanlığı ve SGK'nın birlikte çalışacağı şekilde bir mevzuat değişikliğine ihtiyaç duyulmaktadır. Söz konusu ekipmanların ve hizmet alımının finansmanın halen Sosyal Güvenlik Kurumu mevzuatı çerçevesinde karşılanabilenlerin SGK tarafından, bunun dışında kalanların ise Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanması yönünde ilgili kurum ve Bakanlığa öneride bulunulması gerekmektedir.

- 6- Evde sağlık hizmeti çalışanlarının idari ve mali hakları ile ilgili öneriler
 - a. Çalışma saatleri; kuruluşun mesai saatleri kapsamında tutulmalıdır
 - b. Evde sağlık hizmetleri riskli hizmet niteliğindedir ve bu hizmetlerin performans puanı riskli hizmetler kapsamında olmalıdır. İlgili personelin özendirilmesi için söz konusu hizmetin performans puan karşılığının düzenlenmesine yönelik döner sermaye mevzuatında değişiklik yapılması gerekmektedir.
 - c. Hizmet çalışanlarının güvenliğini sağlayıcı tedbirlerin, ihtiyaç duyulduğu durumlarda, sağlanması için gerekli düzenlemeler güvenlik görevlisi temin edilerek yapılmalıdır
 - d. Ekipteki farklı meslek grupları arasındaki mesleki hak yetki ve sorumlulukları dahilinde entegrasyonu sağlamaya yönelik mevzuat değişikliklerinin önerilmesi. Ekipte yer alan personelin görev, yetki, sorumluluk, iş tanımları ve haklarına yönelik mesleki mevzuatlarında da gerekli değişikliklere ihtiyaç vardır
- 7- Ekip çalışanlarına yönelik yapılan sertifikasyon programlarının ilgili uzmanlık dernekleri ile Sağlık Bakanlığı denetiminde yapılmasına yönelik mevzuat değişikliğinin önerilmesi
- 8- Kayıtların tutulması ile ilgili; "Programa alınacak hasta verilerinin kayıt edileceği, birinci basamak ve ikinci ve/veya üçüncü basamak hekimlerinin kayıt yapabileceği "Ortak Veri Tabanı'nın oluşturulmasına yönelik girişimlerin önerilmesi.

EKLER

EK- 1

SAĞLIK BAKANLIĞINCA SUNULAN EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNERGE

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Yönergenin amacı; evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması, bu birimlerin asgari fiziki donanımı ile araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, iletişim, uygulanacak randevu, kayıt ve takip sisteminin tanımlanması ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Yönerge, Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren ve Sağlık Bakanlığınca, bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimi kurmak suretiyle bu hizmetleri vermeye yetkili kılınacak yataklı tedavi kurumlarını, toplum sağlığı merkezlerini ve buralarda çalışan personel ile aile hekimlerini, aile sağlığı merkezlerini ve aile sağlığı elemanlarını kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönerge, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü ve 9 uncu maddeleri ile 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4- (1) Bu Yönerge' de geçen tanımlardan;

- Aile hekimi: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle

yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri,

- b) Aile sağlığı elamanı: aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan hemşire, ebe, sağlık memurunu (toplum sağlığı),
- c) Aile sağlığı merkezi: Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşunu,
- ç) Bakan: Sağlık Bakanını,
- d) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- e) Birim: Evde sağlık hizmeti vermek üzere Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde kurulan ve bu hizmete uygun olarak gerekli personel araç gereç tahsisinin yapıldığı ve idari ve teknik desteğin sağlandığı evde sağlık hizmetleri birimini,
- f) Evde sağlık hizmeti: Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini,
- g) Genel müdürlük: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,
- ğ) Grup başkanlığı: İlçe sağlık grup başkanlığını,
- h) Komisyon: Müdürlük bünyesinde, evde sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunumunu ve koordinasyonu sağlamak üzere bu Yönergenin 6'ncı maddesine göre oluşturulan inceleme ve değerlendirme komisyonunu,
- ı) Koordinasyon merkezi: Telefon ile doğrudan yapılan başvuruların karşılandığı ve kayda alındığı, ildeki tüm evde sağlık hizmet birimleri, toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimlikleri ile irtibatlandırılmış santral donanımı ve özel telefon hattı bulunan, evde sağlık hizmetinin hangi seviyede verileceğini belirleyen ve buna göre yönlendirmesini yapan, evde sağlık birimleri arasındaki organizasyon ve koordinasyonu sağlayan ve aynı zamanda hastaları ilgili diğer kuruluşlara yönlendiren ve gerektiğinde bu kuruluşlarla ilişkilendiren, sağlık müdürlüğü bünyesinde oluşturulan evde sağlık hizmetleri iletişim ve koordinasyon merkezini,
- i) Kurum amiri: Evde sağlık hizmeti vermeye yetkili sağlık kurumunun baştabibini,
- j) Mobil birim: Yataklı sağlık kurumu bulunmayan veya bünyesinde evde sağlık birimi kurulmamış sağlık kurumu bulunan yerleşim yerleri ile yataklı sağlık kurumunun bağlı bulunduğu belediyenin mücavir alanı dışında kalan yerleşim yerlerinde, evde sağlık hizmeti vermek üzere sağlık müdürlükleri tarafından oluşturulan gezici birimleri,

- k) Müdürlük: İl sağlık müdürlüğünü,
- l) Sağlık kurumu: Evde sağlık hizmeti vermek üzere bu Yönerge usul ve esaslarına uygun olarak yetkilendirilen Bakanlığa ait yataklı tedavi kurumlarını,
- m) Sorumlu tabip: Evde sağlık hizmetlerinin bir ekip anlayışı içerisinde planlaması ve uygulanması amacıyla ilgili kurum amirince görevlendirilen evde sağlık hizmetleri biriminden sorumlu olan tabibi,
- n) Toplum sağlığı merkezi: Bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, topluma koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eőgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezini, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Hizmetlerin Teşkilatlanması ve Komisyon Oluşturulması

Hizmetlerin teşkilatlanması

MADDE 5- (1) Evde sağlık hizmetleri, Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile sunulur. Hizmetin yönetimi, birimler arasındaki iletişim ve koordinasyon müdürlük bünyesinde oluşturulan koordinasyon merkezi tarafından sağlanır. Koordinasyon merkezinin sorumluluğunu müdürün görevlendireceği bir sağlık müdür yardımcısı yürütür. Koordinasyon merkezi sorumlusu müdür yardımcısı aynı zamanda komisyonun da başkanıdır.

- (2) İlde evde sağlık hizmeti sunan tüm birimler, toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri, iletişim ve haberleşme yönünden koordinasyon merkezi ile irtibatlandırılır.
- (3) Koordinasyon merkezi için müdürlükçe uygun bir mekan ayrılır. Evde sağlık hizmeti sunan tüm birimler ile irtibatlandırılmış santral donanımı ve özel telefon hattı tahsis edilir. İletişim, haberleşme, kayıt, arşiv ve sekreteryaya işlemlerinin yürütülebilmesi için müdürlükçe yeterli sayı ve nitelikte personel görevlendirilir. Koordinasyon merkezi ile komisyon, etkin bir koordinasyon ve işbirliği içerisinde çalışır.

Komisyon oluşturulması

MADDE 6- (1) Evde sağlık hizmetlerinin sunumu, birimlerin işleyişi, uygulama sırasında ortaya çıkan sorun ve aksaklıkların tespiti ve çözüme kavuşturulması, evde sağlık hizmeti alan birey ve yakınlarının hizmetle ilgili talep ve şikayetlerini değerlendirmek ve karara bağlamak amacıyla koordinasyon merkezi başkanlığını yürüten müdür yardımcısının başkanlığında; ruh ve sosyal hastalıklar şube müdürü, aile ve toplum sağlığı şube müdürü, acil sağlık hizmetleri şube müdürü, il acil servis sorumlu tabibi ve birim sorumlusu tabiplerin katılımı ile en az beş üyeden oluşan inceleme ve değerlendirme komisyonu kurulur. Komisyon koordinasyon merkezi sorumlusu müdür yardımcısına bağlı olarak çalışır.

- (2) Komisyon ayda bir defadan az olmamak üzere, her ayın ilk haftasında başkanın önceden belirlediği gündemle toplanır. Acil olarak değerlendirilmesi gereken durumlar için komisyon başkanının her daveti üzerine toplanmakla yükümlüdür.
- (3) Komisyon oy çokluğu ile karar alır. Kararlar tutanağa bağlanır. Oylarda eşitlik olması halinde başkanın taraf olduğu karar geçerlidir. Komisyonun sekreteryası koordinasyon merkezince yürütülür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Birim Kurulması, Asgari Araç, Gereç ve Tıbbi Cihaz Standardı ile Ulaşım Araçlarının Tahsisi

Birim kurulması

MADDE 7- (1) Birim, illerde ilgili kurum baştabibinin talebi, ilçelerde grup başkanlıklarının talebi ve müdürlüğün teklifi üzerine valilik onayı ile kurulur ve tescil için Bakanlığa bildirilir.

(2) Evde sağlık hizmeti verecek sağlık kurum veya kuruluşu bünyesinde kayıt, arşiv, sekreteryaya, iletişim, ulaşım, planlama ve koordinasyon hizmetlerinin yürütülebileceği genişlikte fiziki mekân ayrılır. Bu faaliyetlerin gerektirdiği sayıda bilgisayar ve yazıcı, masa, sandalye, yeterli sayıda şehir içi ve şehirlerarası görüşmelere açık mesaj bırakabilme ve yönlendirme yapabilme özelliklerini haiz telefon hattı, mobil telefon ve hattı, perde, oturma grubu, çöp kutusu, kırtasiye malzemeleri, hasta muayene masası, paravan ve gerekli diğer tefriş ve donanım sağlanır.

Asgari araç gereç, tıbbi cihaz ve ilaç standardı

MADDE 8- (1) Evde sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında bulundurulması gereken araç-gereç ve tıbbi cihazlar ile ilaçların asgari standardı Ek-1'de gösterilmiştir.

(2) Evde sağlık hizmeti verilen hastaların fonksiyonlu hasta karyolası, havalı yatak ve benzeri, tedaviye yardımcı olabilecek ve demirbaş niteliğindeki tıbbi cihazlar, imkânlar ölçüsünde, hizmeti veren müdürlük veya sağlık kurumu tarafından temin edilerek evde sağlık bakım hizmeti süresince hasta veya yakını adına düzenlenen zimmet karşılığında hastanın kullanımına tahsis edilebilir. Zimmet karşılığı tahsis edilen demirbaş cihazlar, evde sağlık hizmetinin sonlanmasını takiben devir teslim tutanağı ile geri alınır.

(3) Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında evde sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli personelin görevlendirilmesi, ulaşım araçlarının tahsisi, tıbbi cihaz, sarf malzemesi ve araç-gereç ihtiyacı müdürlükçe karşılanır.

Ulaşım araçlarının tahsisi

MADDE 9- (1) Evde sağlık hizmeti vermek üzere görevlendirilen ekibin ulaşımı için uygun bir mobil araç, hastaların evden sağlık kurumuna veya sağlık kurumundan eve nakli için gerektiğinde kullanılmak üzere bir hasta nakil aracı tahsisi yapılır. Acil durumlardaki hasta nakli için 112 ambulans hizmetlerinden yararlanılır.

(2) Lüzum görülmesi halinde adres bulmayı kolaylaştırmak için ulaşım araçlarına uydu konumlandırma cihazı konulabilir.

(3) Ulaşım ve hasta nakil hizmetleri, ilgili mevzuatına uygun olarak hizmet alımı yolu ile de gerçekleştirilebilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Personel Görevlendirilmesi ve Asgari Personel Standardı, Sorumlu Tabip ile Personelin Görev Yetki ve Sorumlulukları

Personel görevlendirilmesi ve asgari personel standardı

MADDE 10- (1) Evde sağlık hizmetleri biriminde görevlendirilecek sorumlu tabip ve diğer personel ilgili kurum amirince belirlenir.

(2) Birimde kayıt ve arşivleme işlemleri ile iletişim ve haberleşme işlemleri için var ise 1 tıbbi sekreter, bulunmaması halinde uygun nitelikte bir personel, evde sağlık hizmetleri ekibinde ise asgari bir tabip, bir hemşire, bir sağlık memuru ve bir şoför görevlendirilir. Mevcut olması halinde bir fizyoterapist, bir diyetisyen, ihtiyaç halinde bir psikolog, bulunmaması halinde ise sosyal çalışmacı veya her ikisi birden bu ekibe dahil edilebilir. İşin yoğunluğu veya ihtiyaca göre birden fazla evde sağlık hizmeti ekibi oluşturulabilir ve bu ekiplere ilave personel görevlendirmesi yapılabilir.

Sorumlu tabibin görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 11- (1) Sorumlu tabip, ekibinde görevli tüm personelden kurum amirine karşı sorumlu olup görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- a) Kişinin kapsamlı olarak tıbbi değerlendirmesini yapar,
- b) Var ise tanıyı koyup tedaviyi planlayan müdavi tabibin, bulunmaması halinde ilgili dal uzmanının konsültasyonunu sağlayarak alacağı bilgi ve öneriler doğrultusunda tedavi planını hazırlar.
- c) Evde sağlık hizmeti alan kişileri belirli aralıklarla ziyaret eder, bakım ve takip sonuçlarını değerlendirir ve sonuçlara göre ortaya çıkan ihtiyaçlarla ilgili müdavi tabip veya konsültan tabip ile de görüşerek yeni tedavi planını düzenler,
- ç) Evde sağlık hizmetleri sırasında kullanılacak ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin sağlanması, uygun koşullarda saklanması, kullanım şekli, tıbbi atıkların toplanması ve muhafaza edilmesi, enfeksiyonlardan ve bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi konularda kişi ve aile bireylerini bilgilendirir, danışmanlık hizmeti verir.
- d) Evde sağlık hizmetleri ile ilgili kayıtların zamanında ve noksansız olarak tutulmasını ve muhafaza edilmesini sağlar.
- e) Evde sağlık hizmetleri sırasında kişilere uygulanan tıbbi işlemlerden, yapılan işlemlerin kayıtlarının tutulmasından sorumlu ve yetkili olup tespit ettiği aksaklık ve sorunları ve bunlara ilişkin talepleri kurum baştabibine bildirir.
- f) Evde sağlık hizmetlerini, kendisine bağlı personelin görev dağılımını, birbirleriyle olan iletişimlerini ve iş akışını, hizmetin bütün olarak koordinasyon ve organizasyonunu bu Yönerge hükümlerine göre planlar ve kurum baştabibinin onayına sunar.

- g) Kendisine bağıli ekip personeline evde sağılık hizmetleri ve uygulamalar konusunda hizmet içi eğitim verir veya veririr, danışmanlık sağlar, periyodik toplantılar düzenler, aksaklık ve noksanlıkları tespit eder ve hizmetin geliştirilmesi konusunda kararlar alır ve uygular.
- đ) Kullanılan araç gereç ve tıbbi cihazların temizliğinin, dezenfeksiyonunun yapılmasını ve gerekenlerin sterilize edilmesini, kullanılan cihazların düzenli bakım ve kalibrasyonunun yapılmasını sağlar.
- h) Evde sağılık hizmetlerinin hasta hakları mevzuatına, tıbbi deontolojiye, etik ilke ve kurallarına uygun olarak yürütülmesini sağlar.
- ı) Gerçekleştirilen hizmetlerle ilgili olarak hastanın aile hekimine bilgi verir.

Personelin görev, yetki ve sorumlulukları

MADDE 12- (1) Evde sağılık hizmetleri ekibinde görevli personelin görev yetki ve sorumlulukları şunlardır:

A- Hemşire/sağılık memuru (toplum sağılığı):

- 1) Tedavi ve bakım işlemleri için tabibin yazılı ve imzalı talimatını alır, hemşire formlarına kaydeder ve uygular. Etkilerini gözler ve uygulama sonuçlarını kaydeder.
- 2) Evde sağılık hizmetleri kapsamında uygulanan işlemlerde tabibe ve ekibin diğer üyelerine destek sağlar.
- 3) Hastanın yaşamsal bulgularını alır, kaydeder, değişiklikleri tabibe bildirir,
- 4) Tedavi planına uygun olarak oral, paranteral ve haricen uygulanması gereken ilaçları verir ve verilen ilaçları kaydeder, etki ve yan etkilerini gözlemler, kayıt altına alır ve tabibe bildirir. Tabip de Advers Etki Bildirim Formunu doldurarak Türkiye Farmakovijilans Merkezine (TÜFAM) bildirir.
- 5) Evde sağılık hizmeti alan kişiye ve aile bireyelerine müdavi tabibin belirlediği sınırlar içerisinde hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgilendirmeler yapar, kendi kendine veya yardımla bakım ve genel sağılık konularında eğitim verir.
- 6) Evde sağılık hizmetleri sırasında kullanılan malzemelerin temizliğini ve dezenfeksiyonunu yapar gerekli olanları sterilizasyon için hazırlar,
- 7) Tek kullanımlık malzemelerin ve atık materyallerin Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği ile Ambalaj ve Ambalaj Atıkları Kontrolü Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak toplanması ve imha edilmesi konusunda kişi ve aile bireyelerini bilgilendirir.
- 8) Sorumlu tabip tarafından iş akış planında belirlenen diğer görevleri yapar.

B- Laboratuvar teknisyeni:

- 1) Evde sağlık hizmetleri kapsamındaki laboratuvar hizmetleri, sağlık kurumu bünyesindeki merkezi laboratuvar veya hizmet alımı yoluyla temin edilen laboratuvarlar vasıtasıyla verilir. Bu hizmetler, sağlık kurum baştabibinin onayı alınarak, laboratuvar sorumlusu tabip ile birim sorumlusu tabibin ortaklaşa belirleyeceği yöntemine uygun olarak ve işbirliği içerisinde yürütülür. Evde sağlık hizmetleri verecek ekipte laboratuvar teknisyeni görevlendirilmesi zorunluluğu bulunmamaktadır. Bu hizmetler ekipte görevli hemşire veya sağlık memuru tarafından yerine getirilebilir. İhtiyaç duyulması halinde bu Yönergenin 10'uncu maddesinin ikinci fıkrasına uygun olarak bir laboratuvar teknisyeni ekibe dahil edilebilir. Bu takdirde laboratuvar teknisyeni aşağıdaki görevleri yapmakla yükümlüdür.
 - (a) Hizmet sırasında yapılabilecek tetkikleri yapar, sonuçlarını kayıt ve muhafaza eder,
 - (b) Tetkik için alınan kan ve numunelerin muhafazasından sorumludur. Elde edilen tetkik ve tahlil sonuçlarını kayıt altına alır ve tabibe bildirir.
 - (c) Gerektiğinde tetkik için numune alır.
 - (ç) Kullandığı araç gereç ve malzemelerin takibini yapar eksilenlerin takviyesini sağlar.
 - (d) Kullandığı araç gereç, tıbbi cihaz ve malzemeleri temizler dezenfeksiyon ve sterilizasyonunu sağlar, düzenli bakım ve kalibrasyonun sağlanmasıdan sorumludur.
 - (e) Sorumlu tabip tarafından iş planında belirlenen diğer görevleri yapar.

C- Fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve sosyal çalışmacı:

Evde sağlık hizmetleri ekibinde yer alan fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve sosyal çalışmacı, evde sağlık bakım hizmeti verilen kişi ve aile bireylerine müdavi tabip ve sorumlu tabibin belirlediği tedavi planı doğrultusunda, mesleklerinin gerektirdiği beslenme, rehabilitasyon hizmetleri ile sosyal ve psikolojik destek hizmetleri verirler.

D- Ekipte görevlendirilen diğer personelin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- 1) Evde sağlık hizmetleri ekibinde yer alan şoför; ekibin hizmet yerine güvenli bir şekilde götürülüp getirilmesinden, aracın her zaman harekete hazır ve faal tutulmasından, aracın temizlik, bakım ve onarımlarının zamanında yaptırılmasından,
- 2) Kayıt ve arşivleme işlemleri için görevlendirilen personel; evde bakım hizmetleri ile ilgili kayıtların doğru, okunaklı ve noksansız tutulmasından muhafazasından, kayıtlara ilişkin bilgi, belge ve dokümanların arşivlenmesinden ve muhafazasından,

- 3) Haberleşme ve iletişimin sağlanması amacıyla görevlendirilen personel; evde sağlık hizmeti ekibinin birbirleriyle olan iletişimini ve evde sağlık hizmeti alacak kişi ve aile bireyleri ile iletişimlerini, randevu ve danışma hizmetlerini düzenler, yürüttüğü hizmetlerin kayıt altına alınması ve muhafazasından, görevli ve sorumludur.
- 4) Ekipte görevlendirilen ve bunların dışında kalan diğer personel ise sorumlu tabibin belirlediği görev dağılımı ve iş akış planına uygun olarak görev yapmakla yükümlüdür.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Birimin Çalışması, Hizmetin Kapsamı ve Konsültasyon, Başvurular ve Başvuruların Değerlendirilmesi, Kabul ve Sevk Esasları

Birimin çalışması

MADDE 13- (1) Evde sağlık hizmetleri sağlık kurum veya kuruluşunun bulunduğu il veya ilçenin belediye mücavir alanı ile sınırlıdır. Memuriyet mahalli dışına çıkılmasını gerektiren zorunlu hallerde o yerin en büyük mülki amirinin onayı ve 6245 sayılı Harcırah Kanunu gereği işlem yapılması gerekir.

(2) Birim, randevu sistemi ile ve mesai saatleri dahilinde çalışır.

Hizmetin kapsamı ve konsültasyon

MADDE 14- (1) Evde sağlık hizmetleri biriminin görevi hastalığın teşhisini koymak olmayıp daha önce ilgili dal uzman tabiplerince konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde ve kişinin bulunduğu ev ortamında; muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, ilacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması, hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ve hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi ve hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar.

(2) Lüzumu halinde ilgili dal uzmanlarının da görüşü alınarak gerekli konsültasyon sağlanır. Birim sorumlusu tabibin evde sağlık hizmeti verilen kişi ile ilgili konsültasyon ve tıbbi değerlendirme talebinin sağlık kurumunda görevli ilgili uzman tabiplerce zamanında karşılanması zorunludur. Zorunlu hallerde uzman tabibin hastayı evinde konsülte etmesi sağlanır. Bu konudaki uygulamalar uzman tabipler arasında dönüşümlü olarak sağlık kurumu amirinin belirleyeceği bir düzen içerisinde yürütülür. Gerekliğinde, stoma ve yara bakımı, diyabet eğitimi hemşiresi gibi, konularında eğitim almış hemşirelerin hizmete katılması sağlanır.

(3) Evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar ile evde sağlık hizmeti alması gerektiği bu Yönerge'de belirtilen usul ve esaslara göre tespit edilen kişilere yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri, ilgili mevzuatı gereği toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile verilir.

Sağlık kurum veya kuruluşuna sevk

MADDE 15- (1) Evde sağlık hizmeti verilen kişilerin mevcut durumları hariç, yeni oluşan acil haller birimin görev alanına girmez. Bu durumlarda 112 İl Ambulans Servisi ya da doğrudan sağlık kuruluşlarının acil servislerine başvuru esastır.

(2) Evde sağlık hizmeti alan kişiler, tıbbi zorunluluk hallerinde sorumlu tabibin g6rd6đđ l6züm 6zerine en uygun sağlık kurum veya kuruluşuna sevk edilir. Sevkinde karar verilen hastanın sevk edildiği sağlık kurumuna veya gerektiğinde sağlık kurumundan eve nakli evde bakım hizmetleri için tahsis edilen veya ilgili sağlık kurumuna ait hasta nakil aracı ile yapılır. Nakil işlemi için yeterli sayıda yardımcı personel g6revlendirilir. Nakille ilgili giderler hastaya fatura edilemez

Evde sağlık hizmetleri başvurusu

MADDE 16- (1) Başvurular, hastalar veya aile bireyleri tarafından Ek-2'deki Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu ile veya m6d6rl6k b6nyesindeki koordinasyon merkezine veya sağlık kurumları b6nyesindeki birimlere telefon m6racaatı ile s6zli olarak veya toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi veya aile hekimleri aracılığı ile yapılabilir.

(2) Sağlık kurumlarında yatan ve taburcu aşamasında olan hastalar için ilgili klinikler tarafından birim ile gerekli koordinasyon sağlanır ve evde sağlık hizmeti alması uygun g6r6len hastalara verilecek hizmetin kapsamı, hizmetin hangi seviyede, ne kadar s6reyle, ne şekilde ve hangi sıklıkta verilmesi gerektiği belirlenir. Ek-2'deki form ekine m6davi tabip tarafından hazırlanan epikriz ve evde sağlık hizmetinin kapsamını belirtir belge eklenir.

(3) Hizmet birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilecek ise birim aracılığı ile ve ilgili t6m bilgi ve belgeleri ile birlikte koordinasyon merkezine iletilir. Koordinasyon merkezi gerekli değerlendirmeyi yaparak kayıt altına aldığı hasta için, kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezi veya aile hekimine evde sağlık hizmetinin başlatılması için gerekli bildirim yapar.

Başvuruların değerlendirilmesi ve evde sağlık hizmetine kabul

MADDE 17- (1) Telefon veya Ek-2'deki form ile yapılan başvurular ilgisine g6re, birim sorumlusu tabibe havale edilir. Başvurular kayıt altına alınarak en kısa zamanda duruma g6re, tabip, hemşire veya sosyal çalışmacı tarafından ikametine gidilerek vaka yerinde değerlendirilir. Evde sağlık hizmeti almak için başvuran kişi veya aile bireylerine değerlendirme sonucu konusunda, menfi veya m6spet olup olmadığına bakılmaksızın, en kısa s6rede bilgi verilir. Başvurusu olumsuz neticelenenler sebepleri konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilir. Hastanın evde sağlık hizmetine kabul edilip edilmediği koordinasyon merkezine ve kayıtlı olduğu aile hekimine de bildirilir.

(2) Aile sağlığı merkezi veya aile hekimi kendisine kayıtlı hastalardan evde sağlık hizmeti alması gerektiğine karar verdiği hastanın tıbbi durumunu değerlendirerek hizmetin seviyesini belirler. Evde sağlık hizmeti birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında kendisi tarafından verilecek ise hasta veya yakınının da muvafakatını alarak doldurduğu Ek-2'deki başvuru formunu, hizmetin kapsamı ve hastanın durumunu belirtir bilgi ve belgeler ile birlikte koordinasyon merkezine iletir.

- (3) Aile hekimi hizmetin sağlık kurumu bünyesinde kurulu birim vasıtası ile verilmesini gerektirdiği kanaatinde ise başvuru formunu doldurarak koordinasyon merkezine gönderir. Başvuru, komisyon tarafından ekli bilgi ve belgeler doğrultusunda değerlendirilir ve gerekçeleri de belirtilerek hizmetin hangi seviyede verilmesi gerektiğini karara bağlar. Komisyonun kararı doğrultusunda başvuru gerekçeli kararı ile birlikte ya birim sorumlusu tabibe havale edilir ya da başvuruyu yapan aile hekimine gönderilir. Karar hizmetin birim tarafından verilmesi yönünde ise aile hekimine de ayrıca bilgi verilir. Birim veya aile hekimi karar doğrultusunda işlem yapmakla yükümlüdür.
- (4) Hizmetin seviyesi, kapsamı, süresi ve benzeri konularda birim ile aile hekimliği arasında itilafa düşülmesi halinde koordinasyon merkezi itilaf konusunu, komisyon marifetiyle karara bağlar. Koordinasyon merkezinin kararı kesindir.

ALTINCI BÖLÜM

Çalışma düzeni ve İş Planları, Randevu Sistemi ve Kayıtların Tutulması

Çalışma düzeni ve iş planları

MADDE 18- (1) Evde sağlık hizmetlerinde çalışma düzeni ve saatleri birim sorumlu tabibi tarafından hazırlanan ve ilgili kurum amirince uygun görülerek onaylanan çalışma ve iş planına göre yürütülür.

(2) Evde sağlık hizmetleri vakanın durumuna göre müdavi tabip, ilgili uzman tabipler ve ekip personeli ile de istişare edilerek birim sorumlusu hekim tarafından, ziyaret zaman ve süreleri, yapılacak tetkikler, uygulanacak bakım ve tedaviler, ekipte yer alacak personel ve iş akış planı, götürülmesi gerekli araç, gereç, tıbbi cihaz, malzeme ve basılı formlar bakımından ayrıntılı olarak planlanır. Planlamalar vakanın durumuna göre günlük, haftalık veya aylık olarak yapılabilir ve ekip personeline yazılı olarak tebliğ edilir. Plan dokümanının kurum amirince uygun görülüp onaylanması zorunludur.

(3) Evde sağlık hizmetleri sırasında ziyaret saati ve tarihi, kalınan süre, yapılan tüm tıbbi girişim ve işlemler, kullanılan ilaç, araç, gereç tıbbi cihaz kayıt ve sarf malzemeleri kayıt altına alınarak, hizmet verilen kişinin durumu ve ziyaretin seyri raporlanır.

(4) Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilecek evde sağlık hizmetlerine ilişkin çalışma ve iş planı aile sağlığı merkezi veya ilgili aile hekimince hazırlanır, sağlık grup başkanlığı veya toplum sağlığı merkezi tarafından onaylanarak bu maddenin ikinci ve üçüncü fıkrasında belirtilen esaslar dahilinde uygulanır.

Randevu sistemi

MADDE 19- (1) Evde sağlık hizmetleri randevu sistemine dayalı olarak yürütülür. Vakanın durumuna göre günlük, haftalık veya aylık dilimler halinde önceden hazırlanan ziyaret gün ve saatlerini, ekipte yer alacak personelin unvan ve kimlik bilgilerini içeren ziyaret planı evde sağlık hizmeti verilecek kişi veya aile bireylerine önceden bildirilerek randevu alınır. Ziyaret planının bir nüshası kişi ve aile bireylerine de verilir.

(2) Randevu tarih ve saatinin değiştirilmesi konusunda birim sorumlusu tabip yetkilidir. Değişikliklerin ilgili personele, kişi veya aile bireylerine önceden bildiri zorunludur. Randevuların alınması, bildirim yapılmasından ve takibinden iletişim ve haberleşme işlemleri için görevlendirilen personel sorumludur. Yapılan görüşmelerin hizmeti veren ve hizmeti alanların güvenliği açısından kayıt edilmesi zorunludur. Randevu sisteminin yöntemi ve işleyişi mevcut şartlara göre birim sorumlu tabibi veya ilgili aile hekimi tarafından belirlenir ve buna göre uygulanır.

Kayıtların tutulması

MADDE 20- (1) Bu Yönergenin 15 inci maddesine uygun olarak başvurusu değerlendirilen ve kabulü uygun görülen kişiler için hasta kayıt dosyası açılır. Bu dosyada, hastanın kimlik bilgileri, adresi, iletişim telefonları, sosyal güvencesi, sosyal durumu, var ise alkol sigara ve benzeri alışkanlıkları, hastalığı, konulan tanı, uygulanan tedaviler, sürekli kullandığı ilaçlar, kullandığı tıbbi cihaz, ortez ve protezlere ilişkin bilgiler ile evde bakım hizmeti veren sağlık ekibinin takip notları, advers etki bildirim formu ve görüşleri yer alır.

(2) Evde bakım hizmetleri birimince yürütülen iş ve işlemler için gerekli kayıtlar sağlık kurum veya kuruluşu kayıtlarından ayrı olarak tutulur ve hizmet süresince hastanın yanında muhafaza edilir. Hastaya ait bilgileri içeren formlar ve hizmet planının bir sureti de birimde bulundurulur. Tüm kayıtlar evde sağlık hizmetinin sona ermesinden sonra birim veya kurum arşivine kaldırılır. Bilgisayar ortamında tutulan kayıtların yetkisiz olarak değiştirilmesine ve silinmesine yönelik gerekli idari ve teknik tedbirler alınır.

YEDİNCİ BÖLÜM

Çeşitli Hükümler

Ev ziyaretlerinde uyulacak ilkeler

MADDE 21- (1) Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda aşağıda belirtilen ilke ve kurullara uyulması zorunludur.

- a) İlgili mevzuatı gereği evde sağlık hizmeti alması uygun görülen kişilerin rızasının alınması zorunludur. Kişinin tıbbi durumunun onay vermeye elverişli olmaması halinde kanuni temsilcisinin bilgilendirilmiş onam formu ile rızası alınır.
- b) Hizmetin verilmesi sırasında tıbbi deontoloji ve mesleki etik ilkeleri ile ahlak ve genel nezaket kurallarına uyulması, hasta hakları mevzuatına uygun olarak hareket edilmesi zorunludur.
- c) Ev ziyaretlerinde verilen sağlık hizmetleri sırasında hastanın ailesinden birinin veya bir yakınının bulunması sağlanır. Yalnız yaşayan hastalara yapılan ev ziyaretlerinde ekipte görevli diğer bir sağlık personeli hizmete katılır.

Evde sağlık hizmetinin sonlandırılması

MADDE 22- (1) Kişiyeye verilen evde sağlık hizmeti aşağıdaki hallerde sonlandırılır:

- a) Evde sağlık hizmeti verilen hastanın uygulanan tedavi ile iyileşerek tedavi ihtiyacının ortadan kalkması,
- b) Evde sağlık hizmeti sunulan hasta için uygulanacak sağlık bakım ve tedavinin, belli bir aşamadan sonra sağlık personeli gerektirmeden uygulanabilecek hale gelmesi,
- c) Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın, sağlık kurumuna yatırılarak tedavi edilmesini gerektiren tıbbi endikasyonun oluşması,
- ç) Hastanın kendisi veya kanuni temsilcilerinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi,
- d) Hastanın vefat etmesi,
- e) Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde verilen hizmetin faydası sorumlu tabip tarafından sorgulanır ve hizmetin sonlandırılmasına karar verilebilir.

Denetim ve sorumluluk

MADDE 23- (1) Evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonundan ve bu Yönerge hükümlerine uygun olarak etkin bir şekilde eksiksiz olarak yürütülmesinden müdürlükler ve grup başkanlıkları sorumludur.

Hüküm bulunmayan haller

MADDE 24- (1) Bu Yönergede hüküm bulunmayan hallerde 13/1/1983 tarih ve 17927 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 10/3/2005 tarih ve 25751 sayılı resmi Gazetede yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ile 6/7/2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır.

Aile hekimliği uygulanmayan illerde evde sağlık hizmetlerinin verilmesi

GEÇİCİ MADDE 1- (1) Ülke genelinde aile hekimliği uygulamasına geçilene kadar, aile hekimliği uygulanmayan illerde kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri birinci basamak sağlık kuruluşları bünyesinde kurulan evde sağlık birimleri veya mücavir alan dışında müdürlükçe oluşturulacak gezici sağlık ekipleri vasıtasıyla, bu Yönerge hükümleri çerçevesinde verilir.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

Son Hükümler

Yürürlük

MADDE 25- (1) Bu Yönerge, Bakan Onayını takiben yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 26- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Ek-1

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE BULUNDURULMASI GEREKEN-ARAÇ GEREÇ, TIBBİ CİHAZ VE İLAÇLARIN ASGARİ STANDARDI

a)Araç-Gereç ve Tıbbi Cihaz Asgari Standardı

- 1- Tansiyon aleti, stetoskop, derece,
- 2- Şeker ölçüm cihazı ve stripler,
- 3- EKG cihazı (portatif),
- 4- Ambu ve maskesi, dosiflow airway, abeslang,
- 5- Entübasyon seti,
- 6- Sütür malzemeleri,
- 7- Cut-down seti,
- 8- Otoskop-oftalmoskop seti,
- 9- Işık kaynağı,
- 10- Oksijen tüpü,
- 11- Pulsioxsimetre cihazı,
- 12- Laboratuar tetkikleri için alınacak kan ve numuneler için gerekli kan setleri, kültür tüp ve kapları,
- 13- İdrar stikleri,
- 14- Değişik ebatlarda sondalar (NG, İdrar),
- 15- Pansuman ve yara bakım malzemeleri,
- 16- Değişik ebatlarda enjektör,
- 17- Steril ve non-steril eldiven,
- 18- Alkollü ped, dezenfektan, galoş, serum seti ve askısı, idrar torbası, turnike, maske, alkol, bistirü vb,
- 19- Tıbbi atık kutusu, poşet,

- 20- Kayıt, reçete yazımı ve benzeri işlemler için gerekli basılı form, kırtasiye ve malzemeler.
- 21- Vakanın durumuna göre verilecek tıbbi hizmetin gerektirdiği, ekip tarafından lüzumlu görülen diğer tıbbi malzemeler sorumlu tabibin talebi üzerine ayrıca ilave edilir.

(Örneğin; Taşınabilir fototerapi cihazı, bilirübinometri cihazı, bebek tartısı ve benzeri)

b-İlaçların Asgari Standardı

- 1- Adrenalin ampul,
- 2- Atropin ampul,
- 3- İsosorbide dinitrate,
- 4- Antipretikler,
- 5- Antibiyotikler,
- 6- Antispazmodik ampul,
- 7- Antianksiyetik ampul,
- 8- Antihistaminik,
- 9- Diuretik,
- 10- Dopamin,
- 11- Serum fizyolojik ampul,
- 12- Calcium ampul,
- 13- Kortikosteroid ampul,
- 14- Dextroz 100ml/500ml,
- 15- İzotonik 100ml/500ml,
- 16- % 20 mannitol 100 cc,
- 17- Captopril 25mg.

* Bu Listede asgari standardı belirtilen araç-gereç tıbbi malzemeler ile ilaçlar bir ziyaret çantası düzeninde tertip edilir ve ev ziyaretleri için hazır bulundurulur.

Ek-2

.....(Sağlık Kurumu/ Kuruluşu/Aile sağlığı Merkezi/Aile Hekimi
Adı).....

EVDE SAĞLIK HİZMETİ BAŞVURU FORMU

KİMLİK BİLGİLERİ

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adı :..... **Ev Tel :**..... **Gsm :**.....
Soyadı :..... **E-mail:**.....
Anne adı :..... **Adresi:**.....
Baba adı :.....
Doğum tarihi :.....
Doğum yeri :.....
T.C. Kimlik No :.....

Güvence Durumu/Sosyal Güvenlik Numarası:

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ (Tanı Tedavi) :.....

.....
.....
.....

SÜREKLİ KULLANDIĞI İLAÇ/TIBBİ CİHAZ/ORTEZ/PROTEZ :

.....
.....
.....

Yukarıda açık kimliği, adres ve hastalık bilgileri olan şahsın evde sağlık hizmetine ihtiyacı vardır. Tarafınızdan değerlendirilmesi arz olunur.

...../...../20.....

Adı ve Soyadı

Müracaatı yapanın yakınlık derecesi.....

Açık adresi:.....

*Müracaatı yapan klinik/müdavi tabip/aile hekimi:

DEĞERLENDİRME SONUCU ,.....

.....

.....

Değerlendiren Tabip:

Kaşe/İmza

ONAY

Kurum/Kuruluş Amiri

Kaşe/imza/mühür

*Taburcu aşamasındaki hastalar ile aile hekimleri tarafından yapılan başvurularda doldurulacaktır.

Yönetmelik

Sağlık Bakanlığından:

R.G. Tarihi:10.03.2005 R.G. Sayısı:25751

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik BİRİNCİ BÖLÜM Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1 — Bu Yönetmeliğin amacı; fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

Madde 2 — Bu Yönetmelik, bağımsız işyerleri şeklinde veya tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik ve özel hastane bünyesinde evde bakım hizmeti sunmak amacıyla açılan sağlık kuruluşları ile bu sağlık kuruluşlarının sahip ve işletenlerini ve evde bakım hizmeti faaliyetlerini kapsar.

Dayanak

Madde 3 — Bu Yönetmelik; 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 5/7/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 9 uncu maddesinin (c) bendi ve 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4 — Bu Yönetmelikte geçen;

- a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- b) **(Değişik 06/11/2007-26692 R.G.)**Genel Müdürlük: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,
- c) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,

- d) Evde Bakım Hizmeti: 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 sunulmasını,
- e) Sağlık Kuruluşu: Evde bakım hizmeti sunmak üzere faaliyet gösteren merkez ve birimi,
- f) Merkez: Özel hukuk tüzel kişilerine veya gerçek kişilere ait olup; sadece evde bakım hizmeti sunmak üzere açılan ve faaliyet gösteren müstakil evde bakım merkezini,
- g) Birim: Evde bakım hizmeti vermek üzere hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi, poliklinik gibi özel sağlık kuruluşları bünyesinde bulunan evde bakım birimini,
- h) Tedavi Planı Hastanın tıbbi olarak tedavisini üstlenen hekim tarafından hazırlanan tedavi planını,
- ı) Bakım Planı: Evde bakım merkezi/biriminde çalışan hekim dışı sağlık personeli tarafından hazırlanan ve evde bakım hekimi tarafından onaylanan, hastaya verilecek bakım içeriği ve sıklığını detaylı anlatan yazılı planı ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Kuruluşlarının Türleri ve Açılması

Sağlık Kuruluşu Türleri

Madde 5 — Sağlık kuruluşları, faaliyet alanları, verilen hizmetin kapsamına göre altyapı özellikleri ile hizmet veren personelin niteliğine göre, merkez veya birim olarak açılabilirler.

Merkezler

Madde 6 — Merkezler, tabip sorumluluğunda ve gerekli asgari standart donanım ve personel desteği ile sadece evde bakım hizmetleri verilmek üzere müstakil olarak açılan kuruluşlardır.

Birimler

Madde 7 — Birimler, hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi veya poliklinik olarak ilgili mevzuatına göre ruhsatlandırılmış özel sağlık kuruluşları bünyesinde, bir birim olarak gerekli asgari standart donanım ve personel desteği ile evde bakım hizmetleri sunan kuruluşlardır.

Sağlık Kuruluşunun Açılması

Madde 8 — Merkezler, özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişilerce müstakil olarak açılıp işletilebilirler.

Birimler ise, 9/3/2000 tarihli ve 23988 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre açılan merkezler, poliklinikler ile özel hastaneler mevzuatı uyarınca ruhsatlandırılan özel hastaneler bünyesinde açılabilir.

Mevzuatında halka sağlık hizmeti sunumu ile ilgili düzenleme yer alan kamu kurum ve kuruluşları ile kamu hastaneleri, bu Yönetmelik kapsamında evde bakım hizmeti verebilirler.

Başvuru İçin Gereken Belgeler

Madde 9 — Sağlık kuruluşu açacakların bizzat veya mesul müdürleri vasıtasıyla sağlık kuruluşunun unvanı, sahibi veya sahiplerini, faaliyet göstereceği adresi, merkez olarak açılacak ise mesul müdürün, birim olarak açılacak ise birim sorumlusunun ismi, unvanı, hizmet vereceği alanları ve sağlık kuruluşunun açılması ile ilgili işlemlerin başlatılmasını talep eden ve bir örneği Ek-1’de bulunan dilekçe ile Müdürlüğe başvurmaları gerekir.

Dilekçeye ekli olarak başvuru dosyasında bulunması gereken bilgi ve belgeler şunlardır:

- a) Sağlık kuruluşunun oda esasında bütün mekanlarının ne amaçla kullanılacağını gösteren en az 1/100 ölçekli onaylanmış plan örneği,
- b) Merkez olarak açılacak sağlık kuruluşu bir ticaret şirketi tarafından açılacak ise, şirket ortaklarını gösteren ticaret sicil gazetesinin aslı veya noter tasdikli örneği,
- c) Birim olarak faaliyet gösterilecek ise bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun uygunluk belgesi/ruhsatnamesinin Müdürlükçe onaylı örneği,
- d) Sağlık kuruluşunda çalışacak tüm personelin listesi ile diplomalarının Müdürlükçe onaylı örnekleri, nüfus cüzdanlarının fotokopisi ve ikişer adet vesikalık fotoğrafları,
- e) Sağlık kuruluşunda çalışacak bütün sağlık personelinin herhangi bir kamu kuruluşunda görev yapıp yapmadıklarını beyan eden dilekçeleri ile görev yaptıklarını beyan edenlerin dilekçe ekinde görev yaptıkları kamu kurum ve kuruluşlarında 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunda öngörülen tazminatların, söz konusu sağlık personeli için düzenlenecek personel çalışma belgesinin tarihinin bildirilmesinden itibaren, maaşlarından kesilmeye başlanacağını bildirir belgeleri,
- f) Sağlık kuruluşunda ve evde bakım hizmeti verecek personelin yanında bulundurulacak asgari araç-gereç ve cihazları gösteren ayrıntılı bir liste,
- g) Hizmet alacak kişilerin bakımı ve tedavisi için gerekli olan malzeme ve tıbbi cihazların sağlık kuruluşu tarafından temin edileceğine dair mesul müdür ve sağlık kuruluşu sahipleri tarafından imzalı taahhütname (Ek-2),
- h) Evde bakım hizmeti alan kişinin gerekli durumlarda herhangi bir gerekçe göstermeksizin ikinci basamak sağlık kuruluşuna nakledileceğine dair mesul müdür ve sağlık kuruluşu sahipleri tarafından imzalı taahhütname (Ek-3).

Açılma İzni

Madde 10 — Sağlık kuruluşu açılmak üzere 9 uncu maddeye göre yapılan başvuru, Müdürlük tarafından, başvuru tarihinden itibaren onbeş iş günü içinde dosya üzerinde incelenerek, başvuru dosyasında eksikleri var ise sağlık kuruluşunu açmak isteyenlere bildirilir. Başvuru dosyasında eksiklik yok ise, Müdürlük tarafından sağlık kuruluşunun kuruluş ve faaliyetlerinin bu Yönetmeliğe uygun olup olmadığının incelenmesi ve denetlenmesi için en az bir hekim olmak üzere iki sağlık personeli ile ekip oluşturulur ve bu ekip tarafından sağlık kuruluşu yerinde incelenir.

Bu inceleme sonucunda uygun görülenlere Müdürlük tarafından Ek-4'de yer alan "uygunluk belgesi", Ek-5'de yer alan "mesul müdürlük belgesi" düzenlenir. İlave olarak çalışanların her birine Ek-6'da yer alan "personel çalışma belgesi"nden ikişer nüsha düzenlenir. Düzenlenen bu belgeler ve başvuru dosyasının bir örneği Müdürlükte saklanıp diğer nüshaları sağlık kuruluşu mesul müdürüne imza karşılığında verilir.

Birim olarak faaliyet gösterecek olan sağlık kuruluşları için mesul müdürlük belgesi yerine "birim sorumlusu" belgesi düzenlenir.

Bu Yönetmelik kapsamındaki mevcut sağlık kuruluşunu aanlar ve işletenlerce, şube niteliğinde ikinci bir kuruluşun açılmak istenmesi durumunda, 9 uncu maddede belirtilen şekilde yeniden başvuru yapılır.

Sağlık kuruluşunun diğer şartlarının korunması kaydıyla sadece faaliyet gösterdiği adresin değişmesi durumunda, durumu belirtir dilekçe ve merkezler için 9 uncu maddenin (a) ve (g) bentlerinde, birimler için (a), (c) ve (g) bentlerinde istenilen belgelerle başvuru yapılır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Personel Standartları

Mesul Müdür

Madde 11 — Merkezlerde hekim olan bir mesul müdür bulunur. Mesul müdürün bulunmadığı ve merkezin hizmet verdiği saatlerde yetki devri yaptığı bir hekim bulunur. Mesul müdür sadece bir merkezde mesul müdürlük görevini üstlenebilir. Mesul müdür, idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer hekimler ile birlikte sorumludur. Mesul müdürün idari işlerinden, merkezin işleyişinden ve sunulan sağlık hizmetinin gerektirdiği alt yapı olanaklarının sağlanmasından sağlık kuruluşunun sahipleri de bizzat sorumludurlar.

Mesul müdürün görevleri şunlardır:

- a) Açılış ve işleyiş ile ilgili her türlü izin işlemlerini yürütmek,
- b) İşleyişte tanımlanmış alt yapı ve hizmet kalite standartlarının korunması ve sürdürülmesini sağlamak,
- c) Merkezde görevine son verilen veya ayrılan sağlık personelinin çalışma izin belgelerini en geç bir hafta içerisinde Müdürlüğe iade etmek,
- d) Merkez adına ilgili belgeleri onaylamak,
- e) Tanımlanan düzenlemelerin ilgililer tarafından yerine getirilmesini sağlamak üzere gerekli iş tetkikleri yürütmek,
- f) Denetim sırasında yetkililere gereken bilgi ve belgeleri sunmak ve denetime yardımcı olmak,
- g) Çalışan personelin başta HIV, hepatit markerleri olmak üzere gerekli görülen tetkiklerini ve muayenelerini en az yılda bir defa periyodik olarak yaptırmak,
- h) Sağlık mevzuatında belirtilen ve yetkililerce tanımlanacak diğer görevleri yerine getirmek.

Mesul müdür, merkezin kuruluşu, işleyişi ve denetimi ile ilgili her türlü işleminde Müdürlük ve Bakanlığın birinci derecede muhatabıdır.

Mesul müdür değişiklikleri en geç, yeni mesul müdürün göreve başlayacağı güne kadar Müdürlüğe bildirilir.

Birim sorumlusu, yukarıda belirtilen görevlerin yerine getirilmesinde, evde bakım biriminin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun mesul müdürüne karşı sorumludur.

Evde bakım biriminin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun mesul müdürü, aynı zamanda birim sorumlusu görevini de yapabilir.

Hekim

Madde 12 — Sağlık kuruluşunda mesul müdür veya birim sorumlusu haricinde en az iki hekim bulunur. Bu hekimlerden en az biri tam zamanlı görev yapmak zorundadır.

Hekim;

- a) Hastanın kapsamlı olarak tıbbi değerlendirmesini yapmaktan,
- b) Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekimi ile bağlantı kurarak, gerekli bilgi ve önerileri doğrultusunda tedavi planını hazırlamaktan,
- c) Hastaları belli aralıklarla ziyaret ederek, hastaların durumuna ve bakımına ilişkin bilgi toplayarak, gereksinimlerini ve bakım sonuçlarını sürekli değerlendirerek gerektiğinde yeni gereksinim ve sorunlara yönelik hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekimi ile görüşerek yeni tedavi planı düzenlemekten,
- d) Hastaya evde bakım hizmeti veren sağlık personeli ile bağlantı kurarak hastanın durumuna göre bakım planındaki değişikliklere yönelik rapor hazırlama ve gerektiğinde hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimlere bildirmekten,
- e) Hasta bakım planları, hasta dosyası ve diğer kayıtların doğru, eksiksiz ve zamanında tutulmasını sağlamaktan,
- f) Bakım hizmeti veren personele bilgi ve eğitim vermek, danışmanlık sağlamak, hizmetleri geliştirmeye yönelik kararlar almak ve sorunları tartışmak üzere toplantılar düzenlemekten,
- g) Tüm uygulama ve işlemlerin etik kurallara uyularak, hasta hakları doğrultusunda yapılmasını sağlamaktan,
- h) Tedavi sırasında kullanılacak ilaçların, tıbbi malzeme ve cihazların sağlanması, uygun koşullarda saklanması, yanlış kullanımının önlenmesi, tıbbi atıkların toplanması ve imhası, bulaşıcı hastalıklardan korunma, bildirimi zorunlu hastalıklar ile adli vakaların bildirimi konularında evde bakım ekibi üyeleri ile hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmekten,
- ı) Evde bakım hizmeti verdikleri kişilere uyguladıkları tıbbi işlemlerden, yapılan işlemlerin hasta dosyalarına işlenmesinden, sağlık kuruluşunun işleyişinde, kendi çalışma alanı ile ilgili aksaklıklar öncelikli olmak üzere gördüğü bütün aksaklıkları mesul müdüre/birim sorumlusuna bildirmekten sorumludur.

Gece veya gündüz devamlı evde bakım hizmeti verilen hastalar, verilen hizmetlerin niteliğini denetlemek amacıyla hekim tarafından en az haftada bir kez ziyaret edilir ve denetim kayıt altına alınır.

Hemşire veya Sağlık Memuru

Madde 13 — Sağlık kuruluşunda kadrolu en az dört hemşire veya sağlık memuru görev yapar. İstenirse bu dört personelden biri ebe olabilir.

Hemşire ve sağlık memurunun sorumluluğu şunlardır:

- a) Hekimin tedavi için yazılı ve imzalı istemini almak, hemşire formlarına kaydetmek ve uygulamak, uygulama sonuçlarını kaydetmek,
- b) Hasta için gerekli özel işlemlerin uygulanmasında hekime ve diğer ekip üyelerine destek sağlamak,
- c) Hasta bakım planındaki işleri yapmak, yaşamsal bulgularını değerlendirmek, kaydetmek, değişiklikleri hekime rapor etmek,
- d) Tedavi planına göre hastaya oral, parenteral ve haricen verilecek ilaçlarını vermek ve kaydetmek, uygulanan ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemek, kaydetmek,
- e) Hizmetlerde gerekli olacak araç-gereç, malzemeler için istek yapmak, bunların yeterli ve çalışır şekilde bakımı için görüş bildirmek,
- f) Araç-gereçleri kullandıktan sonra temizlemek, dezenfekte ederve gerektiğinde sterilizasyon için hazırlamak,
- g) Hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin, sınırları önceden hekimi ile birlikte belirlenmiş olarak bilgi vermek,
- h) Hasta ve ailesine, gereksinimlerine göre, hastalığa özel, kendi kendine bakım ya da yardımla bakım teknikleri gibi konularda ve genel sağlık konularında eğitim yapmak,
- ı) Tüm uygulama ve işlemlerini etik kurallarına uyarak, hasta hakları doğrultusunda uygulamaktır.

Diğer Personel

Madde 14 — Evde bakım hizmeti veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli bulanabilir. Ancak bunların görev ve sorumlulukları kendi mesleki mevzuatı ile sınırlıdır. Ayrıca bunlara yardımcı olmak üzere bakım destek personeli çalıştırılabilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Fiziki Alt Yapı Standardı ve Donanım

Binanın İç Mekan ve Fiziki Altyapı Durumu

Madde 15 — Merkezler betonarme binada veya ahşap ise müstakil bir binada kurulur. Bütün bölümler aynı bina içerisinde ve birbirlerine bitişik konumda olmak zorundadır. Binada ilgili mevzuat uyarınca yangına karşı güvenlik önlemleri bulunmalıdır.

Bölümler

Madde 16 — Sağlık kuruluşlarında, asgari olarak aşağıdaki bölümlerin bulunması zorunludur:

- a) Başvuru ve müşteri hizmetleri bölümü: En az 20 metrekare genişlikte ve hizmete uygun şekilde döşenmiş mekan olup burada; sağlık kuruluşuna ait uygunluk belgesinin aslı, mesul müdürlük belgesinin aslı, hizmet verilen alanların isimlerinin bulunduğu bir tabela, sağlık kuruluşu ile ilgili şikayetlerin yapılabileceği Müdürlüğün ve meslek odalarının belirlenmiş telefonlarının bulunduğu liste bulunur,
- b) Çağrı merkezi: Hasta isteklerini kabul eden çalışanların rahatlıkla hizmet verebileceği, iletişimi sağlayacak telefon, faks, yazıcı, internet bağlantısı ve bilgisayar bulunan mekan,
- c) Muayene ve acil odası: Asgari 8 metrekare yüzölçümünde ve içerisinde asgari tıbbi malzemenin ve donanımın bulunduğu ayrı bir oda veya bölümlü mekan,
- d) Malzeme odası: Usulüne uygun olarak tıbbi araç-gereç ve malzemelerin saklanabileceği ve gerekli donanımın bulunduğu bir mekan,
- e) Soyunma-giyinme odası: Personel için ayrılmış, rahatlıkla soyunma giyinme yapılabilecek ve kişisel eşyaların konabileceği dolaplar bulunan oda,
- f) Atık toplama bölümü: Kişilerin kullanım alanlarından izole edilmiş ve atıklar için kapalı bir konteynır veya kabın bulunduğu alan,
- g) Arşiv bölümü: Kişilerin kullanım alanından izole edilmiş kapalı bir bölme veya oda,

Birim olarak açılacak evde bakım hizmeti verecek kuruluşlarda; çağrı merkezi dışındaki bölümler ortak bölüm olarak kullanılabilir.

Tıbbi Cihaz, Malzeme ve İlaçlar

Madde 17 — Sağlık kuruluşlarında bulundurulması zorunlu asgari tıbbi cihaz, araç gereç ve ilaçlar ile evde bakım hizmeti veren personelin yanında bulunması gereken malzeme ve ilaçlar Bakanlıkça çıkarılacak bir Genelge ile düzenlenir.

Tabelalar

Madde 18 — Sağlık kuruluşunun bütün oda ve birimlerine ait kapılarında 5 cm. x 20 cm. boyutlarında, oda veya birimin ne amaçla kullanıldığını bildirir tabela bulunur.

Sağlık kuruluşunun dış tabelasında sadece uygunluk belgesinde belirtilen kuruluş ismi ve unvanı yazılır. Tabelalarda ve kullanılan basılı materyaldeki isimlendirmede, "Özel" ibaresini takiben sağlık kuruluşunun ismi ve bu ismi takiben ise bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak Müdürlükçe verilmiş "Evde Bakım Merkezi" unvanı yer alır.

Başka bir tabela ile sağlık kuruluşunda hizmet verilen alanların ve çalışan personelin isimleri, unvanları ve kuruluşun açık olduğu saatler gösterilebilir. Hizmet alanları tabelada uygunluk belgesinde yer alması şartı ile ve sadece uygunluk belgesinde belirtilen şekli ile yer alabilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Çalışma Usul ve Esasları

Hizmet Sunumu

Madde 19 — Evde bakım hizmetinde devamlılık esastır. Bu devamlılık, hastanın talebi ve hizmetin gereklerine göre gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dahil olmak üzere gerektiğinde 24 saat kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde olmalıdır. İhtiyaç durumunda belirli saatlerde evde bakım hizmeti verilebilir.

Evde bakım hizmeti almak isteyen kişi, sağlık kuruluşuna bizzat veya telefon ile müracaat edebilir. Çağrı merkezi görevlisi personel hizmet talep eden kişi ile görüşme yapar, gerekli bilgileri verir. İlk görüşmeyi takiben hekim veya hemşire tarafından görüşme yapılır. Hizmet alacak kişinin durumu ve sunulacak hizmet belirlenir. Bakım hizmeti alacak kişi hekim ve hemşire tarafından evde ziyaret edilir, kişinin bakım ihtiyaçları, ev şartları belirlenir. Hekim tarafından evde bakım hizmeti alacak kişinin varsa tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler ile bağlantı kurulur, tedavi planı alınır ve son olarak da evde bakım planı ve tedavi planı oluşturulur. Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler bulunmuyor veya bağlantı kurulamıyorsa hizmet alacak kişinin sağlık durumuna göre sağlık kuruluşunun hekimi tarafından muayene edilerek, tanı ve tedavi planı hazırlanır. Hemşire tarafından da bakım planı hazırlanarak hekimin onayına sunulur varsa gerekli değişiklikler yapılarak uygulanacak bakım planı hazırlanır. Gerektiği durumlarda ilgili uzmanlık alanlarındaki uzman hekimlerle hasta konsültasyonu sağlanır.

Evde bakım planına göre hekim dışı sağlık personelinin görev saatleri ve uygulayacakları işlemler belirlenir ve görev dağılımı yapılır.

Sağlık kuruluşu, evde tedavi veya bakımını yapabileceği kişi sayısı ve mevcut personel durumunu dikkate alarak uygun sayıda kişi ile bakım sözleşmesi yapabilir.

Laboratuvar ve Radyolojik Görüntüleme Hizmetleri

Madde 20 — Sağlık kuruluşları isterse tıbbi tahlil laboratuvar hizmetlerini 19/3/1927 tarihli ve 992 sayılı Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanun hükümlerine uygun olarak Bakanlık tarafından ruhsat verilmiş laboratuvar hizmeti sunan özel tıbbi tahlil laboratuvarları; radyolojik görüntüleme hizmetlerini ise 19/4/1937 tarihli ve 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun hükümlerine uygun olarak Bakanlık tarafından ruhsat verilmiş radyoloji laboratuvarları ile sözleşme yaparak sunabilirler.

Birimler, varsa bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunda faaliyet gösteren ruhsatlı tıbbi tahlil ve/veya radyoloji laboratuvarından hizmet alabilir.

Acil Hizmetler

Madde 21 — Sağlık kuruluşları evde bakım hizmeti sundukları kişilerin acil durumlarında ambulans ile en uygun bir sağlık kuruluşuna naklini yapmak/yaptırmak ile yükümlüdür. Evde bakım merkezi bünyesinde ambulans bulundurabilir veya her türlü acil durumlarda başvurulması için bir ambulans şirketi ile sözleşme yapabilir.

Tıbbi Cihaz Hizmetleri

Madde 22 — Merkez veya birimler, evde bakım hizmeti verdikleri sırada gerekli olabilecek oksijen, oksijen konsantretörü, pulse oksimetre, her türlü solunum araçları, ortopedik malzemeler, havalı yatak, hasta karyolası, tekerlekli sandalye gibi cihazları sağladıkları taktirde bu cihazların kalibrasyon, temizlik ve kontrollerinden de sorumludur. Bu hizmeti, tescilli distribütör veya üreticilerden sağladığı taktirde bu firmalarla yaptığı sözleşmeleri belgelemekle yükümlüdür.

Kıyafet

Madde 23 — Evde bakım hizmeti veren sağlık personeli, ev ziyaretlerinde mesleğine ve hizmetlerine uygun önlük veya üniforma giymek ve adını, soyadını, unvanını veya mesleğini belirten fotoğraflı ve mesul müdürün imzasını taşıyan bir yaka kartı takmak zorundadır.

ALTINCI BÖLÜM

Kayıt ve Bildirim Sistemi

Kayıtlar

Madde 24 — Sağlık kuruluşundan hizmet alan her kişinin bir dosyası bulunur.

Açılacak dosyanın içerisinde hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekim veya hekimlerin istekleri, tanıları, evde bakım hizmeti veren sağlık ekibinin takip notları, görüşleri, laboratuvar ve görüntüleme tetkik sonuçları ve diğer tıbbi bilgiler olacaktır. Bu dosya hastanın tedavi ve tıbbi durumunu ve gelişimini devamlı kaydetmek amacıyla kullanılacaktır.

Hasta, dosyasındaki bilgileri görmeyi istediği herhangi bir zamanda talep edebilir. Hastanın hakları ve sorumluluklarıyla ilgili bilgiler bir dosya halinde hastaya sunulacaktır.

Evde tedavi ve bakım süresince hastanın yanında tutulan hasta dosyaları hizmet tamamlanınca sağlık kuruluşunun arşivine kaldırılır.

Hastalara Verilecek Belgeler

Madde 25 — Sağlık kuruluşları, hastalarca istenirse aşağıdaki belgeleri ücretsiz olarak vermek zorundadırlar:

- a) Hasta için kullanılıp bedeli hastadan alınan pansuman malzemesinin tür ve miktarını gösterir liste,
- b) Röntgen filmleri ve bunlara ait raporları (Adli olaylara ait olanların asılları verilmez),
- c) Hastaların klinik ve laboratuvar bulguları, hastalığın tanısı ve seyri, yapılan inceleme, tedaviye ve sonucuna ilişkin olarak düzenlenen ve hekim tarafından imzalanan bir sonuç özeti.

YEDİNCİ BÖLÜM

Hastanın Evde Bakıma Kabulü ve Evde Bakımdan Taburcu Edilmesi

Hastanın Evde Bakıma Kabulü

Madde 26 — Aşağıdaki durumlara uyan hastalara evde bakım hizmeti verilebilir:

- a) Sağlık kuruluşunda, hastanın veya hastanın tıbbi durumu onay vermeye elverişli değilse kanuni temsilcilerinin bilgilendirilmiş onay formu ile rızası alındıktan sonra işlem yapılır.
- b) Evde bakım hizmeti için kabul edilen hastalar, mevzuat tarafından belirlenen hakları korunacak şekilde, hasta hakları ve yükümlülükleri ve hizmet içeriği konusunda bilgilendirilir. Hastanın kendisi veya kendisi karar verme yetisine sahip değilse kanuni temsilcisi, sunulacak hizmetin varsa riskleri konusunda her türlü bilgiyi almaya ve değerlendirme yaptıktan sonra hizmeti kabul etmeme hakkına sahiptir.
- c) Evde bakım hizmeti almak isteyen hasta kendi hekimi tarafından takip altında olmalıdır. Kendisini takip eden bir hekimi olmayan hastalar, sağlık kuruluşunun evde bakım hizmeti sunan hekimleri tarafından ve gerekirse konsültan hekimler tarafından değerlendirilir ve bir hekim atanır.
- d) Evde bakım hizmeti için, hasta ve/veya hasta ailesi tarafından istem yapılabilir. Bu durumda evde bakıma uygunluğu ve tedavi sorumluluğu açısından hastanın durumu tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekim veya evde bakım hekimi tarafından değerlendirilir. Planlamada yapılacak değişiklikler ya da ileri düzey yeni hizmet seçenekleri için hekim onayı alınır.
- e) Hasta evindeki fiziksel ortam ve ekipman, güvenli ve etkin bakım vermeye uygun olmalıdır.
- f) Hastanın ırkı, rengi, inancı, cinsiyeti, doğum yeri, etnik kökeni, yaşı, zihinsel ya da bedensel engeli ve iletişim rahatsızlığı, kabul açısından hiçbir şekilde olumsuz etken olarak değerlendirilemez.
- g) Hasta bakımı açısından sağlık kuruluşu tarafından önerilen tedavi planının kabul edilmemesi durumunda, bu tedavi planının uygulanmamasının yol açabileceği riskler anlatılarak hizmetin kabul edilmediğine ilişkin yazılı beyan istenir.

Hastaya Verilen Evde Bakım Hizmetinin Sonlandırılması

Madde 27 — Aşağıdaki durumlarda, evde bakım hizmeti sonlandırılır veya hasta yataklı tedavi kurumlarına transfer edilir:

- a) Evde bakım hizmeti sunulan hastanın uygulanan tedavi ile iyileşerek tedavi gerekliliğinin ortadan kalkması,

- b) Hastaya özgü hazırlanan bakım planlarında belirlenen amaçlara ulaşılması,
- c) Evde bakım hizmeti sunulan hasta için uygulanacak ilaç, bakım ve tedavinin, belli bir aşamadan sonra sağlık personeli gerektirmeden uygulanabilecek hale gelmesi,
- d) Evde bakım hizmeti için tıbbi açıdan gerekli ekipman veya eğitimli sağlık personelinin tam olarak sağlanamaması,
- e) Evde bakım hizmeti sunulan hastanın, hastaneye yatırılma endikasyonunun ortaya çıkması,
- f) Hasta veya temsilcilerinin hizmeti sonlandırmak istemesi.

Evde Bakım Hizmeti Verilemeyecek Durumlar

Madde 28 — Aşağıdaki durumlarda hastalar evde bakım hizmetine kabul edilemezler:

- a) Talep edilen tedavinin, sağlık personeli eşliğinde uygulanacak olsa bile, ev ortamında yapılabilmesi açısından sağlık kuruluşu hekimi tarafından tıbbi kontr-endikasyon bulunması,
- b) Hasta ve hastalık grubunun evde tedavisi için tıbbi açıdan gerekli ekipman veya eğitimli sağlık personelinin sağlık kuruluşu tarafından sağlanamaması,
- c) Akıl ya da ruh hastalığından veya madde bağımlılığından dolayı mahkemelerce hastanelerde tıbbi gözlem ve/veya tedavi altına alınmasına karar verilmesi.

Hastanın veya ailesinin tedavi/bakım planına ve çalışma şartlarına uymaması, kendi sorumluluklarını yerine getirmemesi ya da evde bakım hizmeti sunan personeline karşı uygunsuz ya da suç teşkil edecek davranışta bulunması durumunda sağlık kuruluşu tek taraflı olarak hizmeti durdurabilir ve hizmet sözleşmesini sona erdirebilir.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

Çeşitli ve Son Hükümler

Denetim

Madde 29 — Sağlık kuruluşlarının denetimi; Müdürlük tarafından oluşturulan bir hekim, bir hemşire olmak üzere en az iki sağlık personeli tarafından gerçekleştirilir. Olağan denetimler, şikayet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya Müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere, en az altı ayda bir yapılır. Denetimlerde Ek-7'de yer alan Denetleme Formu kullanılır. Denetim ile ilgili bulgular ve sonuçlar Müdürlüğe ait teftiş ve denetim defterine yazılır.

Olağan denetimler, düzenli aralıklarla gerçekleştirilir. Bu denetimlerde tespit edilen eksiklikler için, denetim formunda eksikliğin giderilmesi için verilecek süre sütununda belirlenen süreler verilir. Bu süre içerisinde, belirlenen eksikliğini gidermediği tespit edilen sağlık kuruluşuna, denetim formunda eksikliğin devamında verilecek faaliyet durdurma süresinde belirlenen süre boyunca faaliyet durdurması uygulanır. Bu şekilde faaliyeti geçici olarak durdurulan sağlık kuruluşu, verilen süre sonunda; süresiz durdurulan ise üç ay içerisinde eksikliklerini gidermediği takdirde sağlık kuruluşunun uygunluk belgesi iptal edilip geri alınır.

Denetimlerde, Denetim Formundaki birden çok eksikliğin aynı anda tespit edildiği durumlarda, eksikliklerin giderilmesi için tanınacak süre veya eksiklikler giderilmediğinde uygulanacak faaliyeti durdurma süresi, Formda belirlenen en uzun süredir.

Sağlık kuruluşunun görevlendirdiği hekim dışı sağlık personeli tarafından hastaya verilen evde bakım hizmetleri; Müdürlük tarafından görevlendirilecek bir sağlık personeli başkanlığında; tabip odası temsilcisi ile hekim dışı sağlık personeli temsil eden derneklerden bir temsilciden oluşturulacak bir ekip ile denetlenir. Denetim, şikayet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya Müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere en az üç ayda bir, her bir sağlık kuruluşu tarafından en az iki hastaya verilen hizmet yerinde denetlenir. Denetim sonucu bir rapor hazırlanarak Müdürlüğe sunulur. Rapor Müdürlük tarafından değerlendirilerek sağlık kuruluşu hakkında mevzuat doğrultusunda gerekli işlemler uygulanır.

Denetim formunda belirtilen geçici süreli kapatmalarda, sağlık kuruluşunun hizmet verdiği hastalar bilgilendirilir. Hastaların talep etmeleri halinde, sağlık kuruluşunun teklif edeceği ve Müdürlük tarafından uygun görülen bir özel sağlık kuruluşunun gözetiminde hastaya geçici olarak hizmet verilmeye devam edilir. Bu hizmet ile ilgili olarak sağlık kuruluşu tarafından hastadan ek bir ücret talep edilemez ve yapılacak tüm harcamalar geçici süreli kapatılan sağlık kuruluşu tarafından karşılanır.

Tanıtım ve Bilgilendirme

Madde 30 — Sağlık kuruluşları, insanları yanıltıcı, paniğe sevk edici, yanlış yönlendirici, benzer nitelikteki kuruluşlar ve çalışanları arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamazlar.

Ancak, sadece sağlık kuruluşundan evde bakım hizmeti talepeden kişilerin kullanımına yönelik olarak, temel olarak sağlığı geliştirici ve koruyucu nitelikte, faaliyet gösterdiği alan ile ilgili sağlık sorunları, bu sorunlardan korunma veya sağlık sorunlarının kişide meydana getirdiği olumsuzlukların şahsi tedbirler aracılığı ile giderilmesi veya azaltılması hakkında bilgiler içeren eğitim materyalleri hazırlayabilirler.

Sağlık kuruluşları ve çalışanları, yukarıda açıklanan hususlara riayet etmek şartıyla tanıtım ve bilgilendirme niteliğindeki her türlü faaliyetleri için Müdürlükten izin almak zorundadır.

Yasaklar

Madde 31 — Sağlık kuruluşları ile personeli aşağıdaki hususlara uymak zorundadır.

- a) Sağlık kuruluşları uygunluk belgesi almadan faaliyette bulunamaz.
- b) Müdürlükçe adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmemiş personel, her ne surette olursa olsun, sağlık kuruluşunda çalıştırılmaz.
- c) Sağlık kuruluşunda çalışan hekim ve diğer sağlık personeli başka bir özel sağlık kuruluşunda çalışamaz ve çalıştırılmaz.
- d) Sağlık kuruluşu bir şirket ise, şirketin faaliyetine giren genel sağlık hizmetleri dışındaki diğer işler sağlık kuruluşunda yapılamaz.
- e) Birimlerde görevli asgari personel, birimin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun başka bir bölümünde geçici de olsa görevlendirilemezler.
- f) Sağlık kuruluşları vatandaşın yanlış algılamasının ve haksız rekabetin önlenmesi amacıyla; resmi sağlık kuruluşlarınca kullanılan isimleri ticari isim olarak kullanamaz ve tabelalarında belirtmezler.
- g) Sağlık kuruluşları tıbbi ve etik gerekleri yerine getiremeyeceği sayıda hasta ile sözleşme yapamaz, bakımını ve tedavisini üstlenemez.
- h) Hasta ile ilgili sonuçlar, hastanın yakınları, rızayı verenler; teftiş ve mahkeme istekleri hariç olmak üzere hiçbir şekilde üçüncü kişilere bildirilemez.

Ek Düzenlemeler

Madde 32 — Bu Yönetmelikte belirtilen asgari araç-gereç, tıbbi malzeme ve donanım, her türlü kayıt defterleri, hasta dosyasında bulunması gerekli formlar, sağlık kuruluşlarının bildirimleri ve bu Yönetmelikte belirtilmeyen işleyiş ile ilgili diğer usul ve esaslar, bu Yönetmeliğin yayımı tarihinden itibaren en geç iki ay içinde Bakanlıkça çıkarılacak bir Tebliğ ile düzenlenir.

Müeyyideler

Madde 33 — Bu Yönetmelikte belirlenen usul ve esaslara uymayanlar ile yasalara aykırı hareket edenlere bu Yönetmelikte öngörülen müeyyideler uygulanır; bunlar, cezai ve hukuki sorumlulukları bakımından genel hükümlere tabidir.

Geçici Madde 1 — Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girmesinden önce faaliyete geçmiş olan sağlık kuruluşları, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç üç ay içerisinde, bu Yönetmelik hükümlerine uygun hale getirilir. Yapılan denetimler sonucunda uygunluğu sağlamamış olduğu anlaşılan sağlık kuruluşlarının faaliyetleri, eksiklikleri veya aykırılıkları giderilinceye kadar Müdürlükçe durdurulur.

Yürürlük

Madde 34 — Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 35 — Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

.....**VALİLİĞİNE**
(İl Sağlık Müdürlüğü)

EVDE BAKIM MERKEZİ / BİRİMİ
BAŞVURU DİLEKÇESİ

Kuruluşun Unvanı :
Türü :
Adresi :
Sahibi veya Sahipleri :
Birim ise;sağlık kuruluşunun
İsmi :
Uygunluk belgesi/Ruhsat No :
Mesul Müdür / Birim Sorumlusu :

Yukarıdaki bilgiler ve ekteki belgeler doğrultusunda evde bakım hizmeti vermek isteyen kuruluşumuza ruhsat işlemlerinin başlatılması için gereğini arz ederim.

...../...../200..

Sahibi/Mesul Müdürü
(İmza-Kaşe)

TAAHHÜTNAME ÖRNEĞİ

Kuruluşumuzdan evde bakım hizmetleri alacak kişi ve yakınlarına aşağıda belirtilen alanlarda hizmet vermeyi ve bakımı ve tedavisi için gerekli malzeme ve cihazları temin edeceğimizi, hasta hakları ve sorumlulukları çerçevesinde hizmetlerimizde bütünlük sağlayacağımızı taahhüt ederiz.

Tarih

Mesul Müdür

Sahipler

TAAHHÜTNAME ÖRNEĞİ

Sağlık kuruluşumuzca evde bakım hizmeti verdiğimiz kişinin, hastanın gerekli durumlarda herhangi bir gerekçe göstermeksizin ikinci basamak sağlık kuruluşuna nakledileceğini taahhüt ederiz.

Tarih

Mesul Müdür

Sahipler

T.C.
..... VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Belge No:

Tarih:

UYGUNLUK BELGESİ

SAĞLIK KURULUŞUNUN

ADI :

TÜRÜ :

ADRESİ ve TEL :

SAHİBİ (SAHİPLERİ)

ADI ve SOYADI :

ÇALIŞMA SAATLERİ

Yukarıda adı ve adresi belirtilen özel sağlık kuruluşunun mesul müdür/birim sorumlusu
sorumluluğunda faaliyet göstermesi İl Sağlık Müdürlüğüne uygun görülmüştür.

VALİ

veya adına

İL SAĞLIK MÜDÜRÜ

T.C.
 VALİLİĞİ
 İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Belge No:

Tarih:

MESUL MÜDÜRLÜK/BİRİM SORUMLUSU BELGESİ

MESUL MÜDÜRÜN/BİRİM SORUMLUSU

ADI ve SOYADI :

UNVANI :

BABA ADI :

DOĞUM YERİ :

DOĞUM TARİHİ :

Mezun Olduğu Fakülte :

Mezuniyet Tarihi :

Diploma No :

Uzmanlık Diploması No (var ise):

Foto

GÖREY YAPACAĞI ÖZEL KURULUŞUN

ADI :

ADRESİ :

Yukarıda açık kimliği yazılı olan hekimin isimli özel sağlık kuruluşunda mesul müdürlük/birim sorumlusu görevini yürütmesi İl Sağlık Müdürlüğüne uygun görülmüştür.

İL SAĞLIK MÜDÜRÜ

T.C.
..... **VALİLİĞİ**
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Tarih:

Belge No:

PERSONEL ÇALIŞMA BELGESİ

PERSONELİN

ADI ve SOYADI :
UNVANI :
GÖREVİ :

BABA ADI :
DOĞUM YERİ :
DOĞUM TARİHİ :
Mezun Olduğu Okul/Fakülte :
Mezuniyet Tarihi :
Diploma No :
Uzmanlık Diploma No (varsa) :
GÖREV YAPACAĞI ÖZEL KURULUŞUN
ADI :
ADRESİ :

Foto

Yukarıda açık kimliği yazılı olan personelin isimli özel sağlık kuruluşunda mesleğini icra etmesi İl Sağlık Müdürlüğünce uygun görülmüştür.

İL SAĞLIK MÜDÜRÜ

T.C.
..... VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

EVDE BAKIM HİZMETİ SUNAN SAĞLIK KURULUŞU DENETLEME FORMU

Denetlenen Kuruluşun

Adı :

Türü:

Adresi :

Tarih: / /

Saat :

	MEVZUAT İLE ÖNGÖRÜLEN DÜZENLEME	Mevzuata Uygun	Mevzuata Uygun Değil	Eksikliğin Giderilmesi İçin Verilecek Süre	Eksikliğin Devamında Faaliyet Durdurma Süresi
ÇALIŞMA ESASLARI İLE İLGİLİ KISIM					
1.	Uygunluk Belgesi var mı?	Var	Yok	*	Süresiz
2.	Mesul Müdürlük/Birim Sorumlusu Belgesi var mı?	Var	Yok	*	Süresiz
3.	Mesul Müdür yerinde olmadığı saatlerde görevini devrettiği hekim var mı?	Evet	Hayır	**	3 gün
4.	Kuruluştaki çalışan tüm personelin çalışma belgesi var mı?	Var	Yok	5 gün	3 gün
5.	Mevzuata aykırı olarak çalışan yabancı uyruklu hekim var mı?	Yok	Var	*	10 gün
6.	Kuruluştaki asistan, intern, öğrenci, stajyer gibi sağlık personeli çalışıyor mu?	Hayır	Evet	*	7 gün
7.	Uygunluk Belgesinde belirtilen çalışma saatlerine uyuluyor mu?	Evet	Hayır	**	3 gün
8.	Kıyafet ve kimlik kartı düzenlemesine uyuluyor mu?	Evet	Hayır	2 gün	5 gün
9.	Faaliyet gösterdiği saatlerde bu Yönetmeliğe göre bulunması gereken personel var mı?	Var	Yok	**	5 gün
10.	Sağlık kuruluşu bu Yönetmelikte belirtilen hizmet kapsamı dışında bulunan hizmet alanlarında faaliyet gösteriyor mu?	Hayır	Evet	**	5 gün
11.	Sağlık kuruluşu verdiği hizmetin gereği olarak sağladığı cihazların kalibrasyon, temizlik ve kontrolünü yapıyor mu?	Evet	Hayır	**	5 gün

BİRİM VE ODALAR İLE İLGİLİ KISIM					
12.	Kuruluştaki mevzuata uygun olmayan birim ve oda değişiklikleri var mı?	Hayır	Evet	1 ay	5 gün
13.	Sağlık kuruluşunun ilgili bölümlerinde ; mevzuata uygun tabela var mı? Uygunluk Belgesinin aslı, Mesul Müdürlük Belgesinin aslı ile şikayetlerin yapılabileceği telefon numaralarının bulunduğu liste okunabilecek bir yerde asılı mı?	Evet	Hayır	5 gün	5 gün
14.	Bölmelerde bulunması gerekli donanım mevcut ve uygun mu?	Evet	Hayır	5 gün	5 gün
KAYIT VE BİLDİRİM İLE İLGİLİ KISIM					
15.	Her hasta için dosya düzenleniyor mu? Dosya içinde gerekli tüm formlar eksiksiz olarak dolduruluyor mu?	Evet	Hayır	**	10 gün
16.	Mevzuata göre tutulması zorunlu defterler var mı? Düzenli işleniyor mu?	Evet	Hayır	3 gün	5 gün
17.	Hastalara mevzuata göre verilmesi zorunlu belgeler verilerek hasta dosyaları hizmet tamamlanınca saklanıyor mu?	Evet	Hayır	3 gün	3 gün
GENEL HÜKÜMLER İLE İLGİLİ KISIM					
18.	Kuruluştaki bulundurulması zorunlu asgari tıbbi malzeme ve donanım var mı?	Var	Yok	15 gün	7 gün
19.	Evde bakım hizmeti veren personelin yanında bulunması zorunlu asgari ilaçlar var mı?	Var	Yok	**	7 gün

20.	Hastanın veya yasal vasilerinin bilgilendirilmiş olur formu ile rızası alınmadan işlem yapılıyor mu?	Hayır	Evet	**	3 gün
21.	Evde bakım hizmeti verilemeyecek durumlara uyuluyor mu?	Evet	Hayır	**	3 gün
22.	Kuruluşun tabelaları mevzuata uygun mu?	Evet	Hayır	15 gün	7 gün
23.	Kuruluşta reklam, tanıtım ve bilgilendirme yasağı ve düzenlenmesine uyuluyor mu?	Evet	Hayır	**	10 gün
24.	Birimlerde görevli asgari personel, birimin bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun başka bölümünde görevlendiriliyor mu?	Hayır	Evet	**	3 gün
25.	Tıbbi atıkların kontrolü hizmetleri düzenlemesine uyuluyor mu?	Evet	Hayır	7 gün	7 gün
26.	Kuruluşta, laboratuvar hizmetleri için sözleşme yapılmış ise, geçerli sözleşme var ve kurallara uyuluyor mu?	Evet	Hayır	5 gün	7 gün
27.	Mesul Müdür veya uygunluk belgesinin verilmesine esas olan personel sağlık kuruluşundan ayrıldılar ise belirtilen sürede Müdürlüğe başvuruları var mı?	Evet	Hayır	3 gün	7 gün

Genel Değerlendirme:

Denetim Ekip Başkanı	Denetçi	Denetçi	Mesul Müdür
ad, soyad	ad, soyad	ad, soyad	kaşe, imza
görev, imza	görev, imza	görev, imza	

* İşaretli düzenlemede eksiklik saptandığında giderilmesi için süre verilmez.

** İşaretli düzenlemede eksiklik saptandığında sağlık kuruluşu uyarılır, tekrarının tespiti halinde belirtilen sürede faaliyet durdurma uygulanır.

Not: Denetlenen özel sağlık kuruluşu türüne uygun olmayan soruları cevaplandırmayınız.

Bu Formda saptanan eksiklikleri Denetim ve Teftiş Defterine kaydediniz.