

Evde Sağlık Hizmetlerinde Hasta ve Sağlık Bakım Sunucuların Güvenliği

Keziban Avcı

Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, Türkiye

ÖZET

Evde sağlık hizmetleri sağlık sistemi içerisinde talebin hızla arttığı ve uygulamada sıklıkla tercih edilen alanlardan biri haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin her aşaması hizmet sunanlar ve hizmetten faydalananlar açısından bazı riskler içermektedir. Ancak evlerin sağlık bakımından ziyade yaşamak için dizayn edilmiş olması, hastanelerde var olan benzer yapıların evde olmayışı, evde bakım hizmetlerinde fiziksel çevreyi düzenleyen standartların yokluğu hizmet sunumu sürecinde hasta ve çalışan güvenliği açısından riskleri artırmaktadır.

Sağlık bakım öğütlerinde hasta güvenliği kültürü geliştirme, kalite geliştirme çalışmalarının vazgeçilmez bir parçasıdır. Oysa evde sağlık hizmeti sunum sürecinde aile üyelerini de içeren hizmet sunucuların bu sistemde nasıl yer alacağı ya da bu sistemin ev için nasıl geliştirileceği açık değildir. Öte yandan tedavi ve bakımın hastanın evinde yapılması nedeni ile evde bakım ekibini oluşturan profesyoneller diğer meslektaşlarından izole edilir ve hizmet sunum sürecinde eş zamanlı destek alabilecekleri meslektaşları yoktur. Ayrıca kurumlarda, çalışanları korumak için fiziksel çevrede düzenlemeler yapılabilirken evde sağlık hizmetlerinde bunu sağlamak daha zordur ve kullanılan teknolojiler, malzemeler, kalite ve güvenlik standartları doğrultusunda hastaneler için tasarlanmıştır ancak evde kullanılmaktadır.

Bu çalışmada evde sağlık hizmetlerinde hasta ve sağlık hizmet sunucularının güvenliği konulu literatür gözden geçirilmiş, evde sağlık bakım hizmetlerinde hasta ve sağlık hizmet sunucularının güvenliğinin önemi ve sistemin başarısı için nelerin gerekli olduğu vurgulanmıştır.

Anahtar sözcükler: evde sağlık hizmetleri, hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunucularının güvenliği

PATIENT AND HEALTH CARE PROVIDERS SAFETY IN HOME HEALTH CARE SERVICES

ABSTRACT

Home health care services are one of the services that demand for it has been increased and often is preferred between health care services. Every stage of health care services has some risks for providers and even for beneficiaries. Designing of home for living rather than proving health care services, lack of hospital structure in home and lack of standard physical environment in proving home health care services, increase risks for the safety of patients and employees in the process of service delivery.

In health organization, patient safety culture development is an essential part of quality improvement activities. However, in proving home health care services process, which even includes family member, it is not clear how service providers will take place in this system and how this system will be developed in home. On the other hand, proving treatment and care in the patient's home lead to isolation of professional health providers from their colleagues and at the same time they can't benefit of their support during service delivery. In addition, at homes, proving some physical environmental arrangement for the protection of employees is more difficult than in agencies and technologies, materials, qualities and safety standards which is used at homes, has been designed for hospitals.

In this study, has been attention to the importance of patient and health care providers safety in home health care services in literature and has been emphasized on patient and health care providers safety in health care delivery.

Keywords: home health care services, patient safety, health care providers safety

Bireylerin eğitim düzeyinin yükselmesi, ekonomik yapının iyileşmesi, besin ve konut ihtiyacının daha kolay karşılanması, temiz suya ulaşılabilirlik, bulaşıcı hastalıklardaki azalma ve aşılama oranlarındaki artış gibi olumlu gelişmeler ile birlikte ortalama yaşam süresinin uzaması, bulaşıcı olmayan hastalık prevalansının artması sağlık hizmetlerine olan talebi artırmış böylece sağlık hizmetleri finansal açıdan tüm ülkeler için büyük ve gün geçtikçe artan bir yük oluşturmaya başlamıştır (1,2). Öte yandan, medikal ve teknolojik gelişmelerin bir sonucu olarak artan sağlık maliyetlerini dengelemek için erken taburculuk teşvik edilmiştir (3). Bu durum alternatif bir sağlık hizmeti sunum şekli olan evde sağlık hizmetlerini gündeme getirmiş, böylece evde sağlık hizmetleri sağlık sistemi içerisinde talebin hızla arttığı ve uygulamada sıklıkla tercih edilen alanlardan biri haline gelmiştir (3). ABD sağlık sektöründe hizmetten faydalanan ve hizmet sunan açısından en hızlı büyüyen alan, evde sağlık hizmeti alanı ve sağlık insan kaynağı içindeki oran olarak evde sağlık sektörü çalışanlardır. Bu büyümenin 2018 yılında %48 artacağı düşünülmektedir (4). Benzer şekilde Kanada'da 2008 ve 2011 yılları arasında evde sağlık hizmetleri %55 oranında büyümüştür (5)

Evde sağlık hizmetleri; sağlığı geliştirmek, hastalık ve sakatlığın etkisini en aza indirmek, yaşam kalitesini ve süresini artırmak, çocukların büyüme ve gelişmesini desteklemek, terminal dönemdeki hastalar için kaliteli bir yaşam sonu bakım sunmak amaçları ile birey ve ailelerine yaşadıkları ortamda sunulan kapsamlı sağlık hizmetleridir (2,3). Sağlık hizmetlerinin bireylere kendi ev ortamlarında sunulması ekonomik baskıların yanında, bireylerin alıştıkları ortamda aileleri ile bir arada kalabilmesi, birey için maksimum özgürlük sağlanması, hasta ve ailesinin bağımsızlığını desteklemesi, hasta ve ailesinin kendi kendilerine yeter hale gelmelerini sağlaması, iyileşmeyi hızlandırması gibi nedenlerle tercih ve talep edilmektedir (3,6). Öte yandan evlerin sağlık bakımından öte yaşamak için dizayn edilmesi, hastanelerde var olan benzer yapıların evde olması, evde sağlık hizmetlerinde fiziksel çevreyi düzenleyen standartların yokluğu hizmet sunum sürecinde hasta ve çalışan güvendiği açısından bazı riskler içermektedir (6). Bu kapsamda bilinen en önemli risk faktörleri: nazokomiyal enfeksiyon ajanlarının yayılması, dirençli organizmaların gelişimi, tıbbi cihaz ve ilaçlarla ilişkili hatalardır ve bu hatalar enfeksiyon kontrolü, biyomedikal mühendislik ve güvenlik sistemleri gibi akut bakımdaki standartlarda var olan risk yönetim sistemlerinin evlerde yokluğu nedeni ile daha kötü sonuçlar doğurabilmektedir (4).

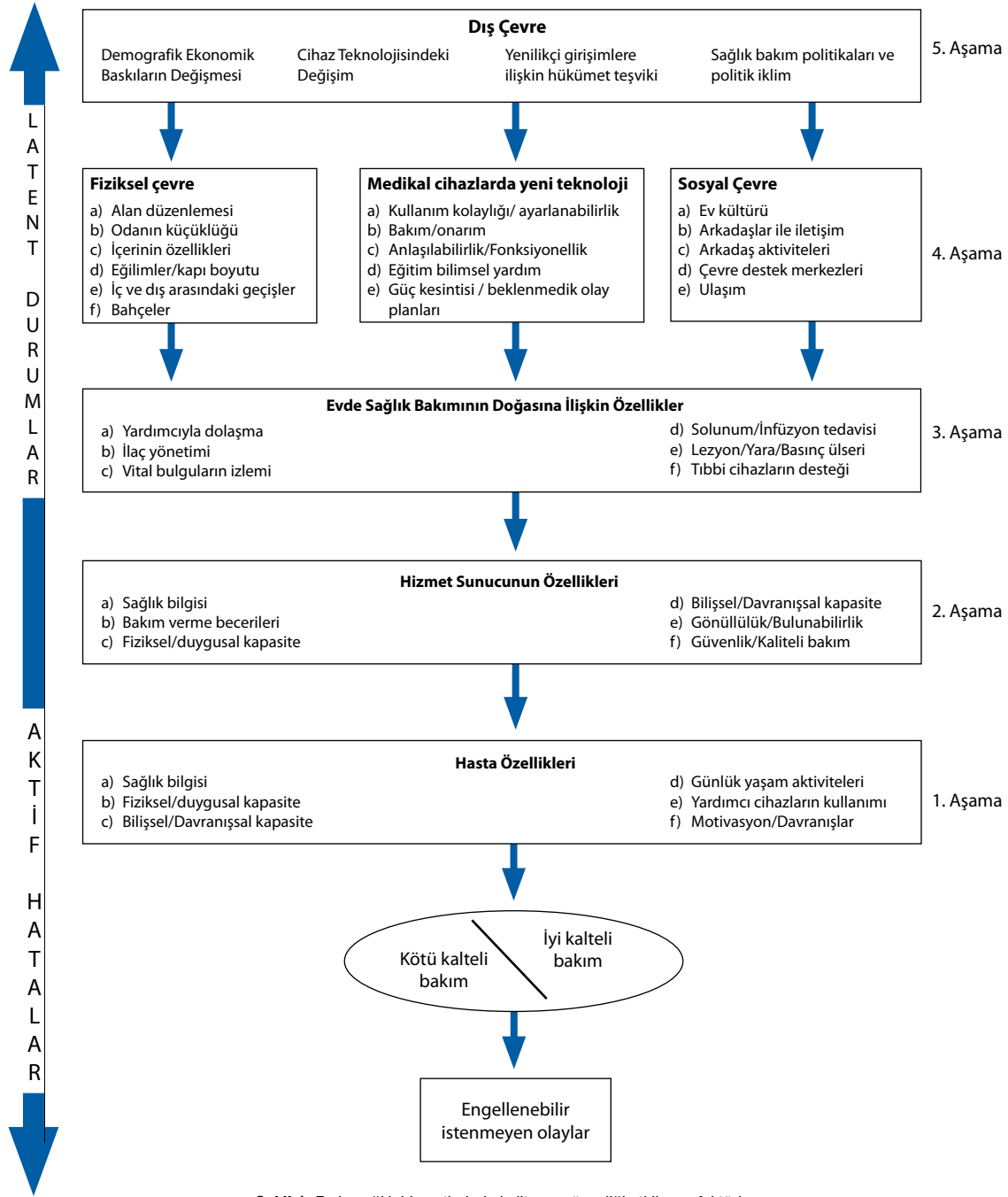
Bu çalışmada evde sağlık hizmetlerinde hasta ve sağlık hizmeti sunucuların güvenliği literatür doğrultusunda değerlendirilmiş, konunun önemi ve sistemin başarısı için nelerin gerekli olduğu vurgulanmıştır.

Evde sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği

Hasta güvenliği; sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılması ve önlenmesi olarak tanımlanmaktadır (7). Evde güvenli ve kaliteli bir sağlık bakımı ev, ev sahibi ve sağlık çalışanları ile ilgili faktörlere ve bu faktörlerin etkileşimine bağlıdır. Ekonomik baskılar sonucu hastanede kalış süresinin kısalması hastaların tamamen iyileşmeden taburcu edilebilmesini beraberinde getirmiştir. Artık pek çok cerrahi uygulama hastalar hastaneye yatırılmadan yapılmaktadır. Öte yandan eve giden hasta hareketlidir, dengesi bozulmuştur, dikkat gerektiren cerrahi bir yarası vardır, ilaç rejimine sıkı sıkıya bağlı kalmalıdır, solunum ve infüzyon tedavisi açısından takibi gereklidir. Ancak, devam eden tedavilerde erken taburculuk ve ev için yetersiz hazırlık tedavinin yön değiştirmesine ve hastaneye yeniden yatışa (readmission) sebep olabilir (6). ABD'de yapılan bir çalışmada, evde sağlık hizmetlerine kayıtlı hastalarda düşme sonucu travma kaynaklı yeniden yatışların 17.4 milyar \$ maliyete sebep olduğu belirtilmiştir (4).

Teknolojideki gelişmelerle beraber temel olarak hastanelerde ve kliniklerde, eğitimli personellerin kullanımı için geliştirilen tıbbi cihaz ve donanımların evde de kullanılabilmesi gündeme gelmiştir. Öte yandan evde güvenli araç kullanımı, erken taburculuğun bir sonucu olan hasta, ağrıları olan ve çoğu zaman yaşlı bireyle ilişkili kullanıcı-cihaz uyumsuzluğu sorununu da beraberinde getirmektedir (6-7). Aynı zamanda cihazın çalışabilmesi ve performansının sürdürülebilirliği için evin fiziksel olarak uygunluğu ve bakım sunucuların kapasitesinin ve yeterliliğinin değerlendirilmesinde eksiklikler olabilir (8).

Evde sağlık hizmetlerinde hasta ve çalışan güvenliği konusunu incelemeyi amaçlayan bu çalışmada hasta güvenliği konusu, Henriksen ve arkadaşları tarafından evde sağlık hizmetlerine uyarlanan bir kavramsal model olan sosyoteknik sistemler modeli çerçevesinde değerlendirilecektir. Buna göre; güvenli ve kaliteli bir evde bakım, hastanın ve evde bakım sunucuların bilgisi, becerisi, yeterliliği, cihaz ve tıbbi süreçleri yönetmeye yönelik istekliliği, eve ilişkin faktörler ve tüm bunların etkileşimini içeren pek çok faktörle ilişkilidir (bknz: Şekil 1). Söz konusu faktörler arasındaki ilişki ve etkileşim iyi olduğunda istenmeyen olaylar en aza inecek ve kaliteli bir bakım sağlanabilecektir. Aksi



Şekil 1. Evde sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliği etkileyen faktörler.

durumda ise engellenebilir istenmeyen olayların oluşması kaçınılmazdır (6). Bu aşamada Reason'ın İsviçre peyniri metaforundan yararlanmakta fayda vardır. Resoan'a göre İsviçre peynirinin delikleri, bir sürecin başarısız olma olasılığını, dilimleri ise; süreçteki savunma katmanlarını ifade etmektedir. Olası bir hata durumunda katmandaki bir delikten geçilmiştir, ancak bir sonraki katmanda delikler farklı bir yerde olduğunda hata yakalanabilir. Zararla sonuçlanan bir hata durumunda, deliklerin süreçteki her bir

adım için alt alta hizalanması ve hataya yol açan savunma mekanizmalarının devre dışı kalması gerekir. Tüm katmanlar ve tüm delikler aynı şekilde alt alta hizalanmış ise kusurlu bir sistem dizayn edilmiştir. Bu nedenle peynirin her katmanı hatayı durdurmak için bir fırsattır. Ne kadar fazla katman var ise, delikler ne kadar küçük ve az ise hataların engellenmesi ve tespiti o kadar kolay olacaktır. Latent (gizli) durumların her biri (peynirdeki delikler) hastayı zarardan koruyan bariyerleri zayıflatabilir (9-10). Öte yandan

pek çok zararın tek başına önemsiz çoklu hata kombinasyonunun varlığında oluştuğu bilinmektedir. Aktif hatalar ise, İsviçre peynirinde oluşan yeni delikler gibi düşünülebilir (9). Evde sağlık hizmetlerinde istenmeyen olaylar ve kötü kaliteli bakım şekil 1'de gösterilen pek çok gerekliliğin yokluğunda veya yetersiz faktörlerin varlığında ortaya çıkmaktadır(6).

Hasta özellikleri

Henriksen ve arkadaşları evde sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini ve bakım kalitesini etkileyen faktörleri; dış çevreye, kültürel, sosyal ve fiziksel çevreye ilişkin faktörler, medikal cihazlardaki yeni teknolojiler, hizmet sunucular ve hastaya ilişkin özellikler olarak değerlendirmişlerdir. Şekil 1'de "hasta özellikleri" olarak birinci aşamada ifade edilen faktörler; hastanın fiziksel, duygusal ve bilişsel kapasitesi ile öz bakımını yönetmeye yönelik girişimlerinin sınırlılığıdır. Burada hastanın çoklu akut ve kronik hastalıkları, rehabilitasyon ihtiyacı, yaşam sonu dönemdeki bakım ihtiyacı evde sağlık hizmetlerini gerektiren hasta özellikleridir. Hastanın öz bakımını başarılı bir biçimde yönetebilmesi için gerekli bir özellik ise tıbbi ihtiyaçlarını tanıma ve gidermeye yönelik sağlık bilgisidir. Ayrıca görme ve işitme duyularının keskinliği, hareket yeteneği, ilaç yönetimi, enfeksiyon kontrol kapasitesi, yardımcı cihaz ve teknolojileri kullanma becerisi, yardım gerektiğinde konuşma ve kendini ifade edebilme yeteneği, yardım isteyebilme kapasitesi önemli hasta özellikleridir (6).

Hizmet sunucuya ilişkin özellikler

Bireylerin fiziksel sorunu, duygusal, sosyal ve spirüel sorunlara neden olabilir ve bu alanların her birine yönelik sorunlar önlenemez ya da tedavi edilmezse, tekrar diğer boyutları etkileyerek farklı problemlere veya mevcut problemlerin artmasına yol açabilir (11). Yalnız yaşayan hastalarda, oksijen tedavisi gibi nedenlerle bir tüpe bağlı yaşama, diğer bireylerle sınırlı iletişim ve izolasyon nedeni ile depresyon ve anksiyete görülebilmektedir (5,12,13). Bu durum hastanın duygusal güvenliği açısından risk teşkil etmektedir. Bu tür hastaların öz bakımlarını ihmal etmeleri nedeni ile tıbbi durumlarının kötüye gitme ihtimali söz konusudur (3). Öte yandan bireyler fiziksel ve sosyal çevreden etkilenir ve çevresini etkiler. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde hasta, ailenin ayrılmaz bir parçası olarak görülmeli ve ailenin yaşayacağı krize duyarlı olunmalıdır (5,13,14). Bazı aile üyeleri haftanın 7 günü 24 saat çalışmak zorunda olabilir (13). Bu çalışma, çoğu zaman ev dışında iş hayatlarını sürdürmek, evde ise hastasına bakmak şeklindedir. Böyle bir yaşam şekli stres, yorgunluk, konsantrasyon kaybı, uykusuzluk ve diğer potansiyel zarar tehlikelerini de birlikte getirir. Literatürde evde hastası olan ve

yeterli bakım desteği alamayan aile üyelerinde hipertansiyon, migren, ülser, diyabet, disk hernisi, eklem ağrıları, yorgunluk, depresyon, anksiyete gibi hastalıkların yaygın olduğu belirtilmektedir (5,13,15-18).

Hasta ve yakınları açısından evde olmak ve hastanın bağımsızlığını ve kontrolünü sağlamak, vital bulguların normalliğini sürdürmeye çalışmak pek çok zorluğu da beraberinde getirmektedir (5). Bu kapsamda bakım vericilerin bakım işine kendilerini adanmaları nedeniyle, kendi hastalık ve tedavilerini ihmal etmeleri ve bu nedenle hastalarına iyi bakım verememeleri sonucu oluşan bir kısır döngü söz konusudur (4). Ayrıca, sağlık profesyonelleri hastalık yönetimine ilişkin az bir bilgi ve hazırlığa sahip olmalarına rağmen evde bakım alan hasta ve hasta yakınlarına pek çok sorumluluk yüklemektedir. Bu durum hasta ve hasta yakınlarının yoğun stres yaşamasına ve tükenmişliğine sebep olmaktadır (13). Öte yandan, hasta ve yakınları normal yaşamlarını sağlık bakım sunucu olarak düzenli ya da düzensiz eve giren yabancılarla sağlamaya çalışmaktadırlar. Bu durum hasta ve yakını için bir nevi risk altında yaşamak olarak değerlendirilebilir (5).

Buraya kadar ifade edilen bakım sunucular genellikle gönüllü ya da zorunlu olarak hastaya bakan aile üyeleridir. Ayrıca evde bakım hizmetlerinde görev alan evde bakım çalışanları ve evde bakım yardımcıları da bulunmaktadır ve bu tür çalışanlar evde sağlık hizmeti sunan profesyonel sağlık çalışanlarından bilgi, beceri ve eğitim açısından farklıdır. Evde sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini ve bakım kalitesini etkileyen hizmet sunuculara ilişkin söz konusu özellikler şekil 1'de ikinci aşamada gösterilmiştir.

Evde sağlık bakımının doğasına ilişkin özellikler ve fiziksel çevre

Evde sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini ve bakım kalitesini etkileyen bir diğer faktör ise "evde sağlık bakımının doğasına ilişkin özellikler" dir. Bu faktörler; harekete, kendine kendine yeter hale gelmeye ve ilaç yönetimine yardım etme, hayati bulguların izlemi, evde kullanım için üretilmeyen tıbbi cihaz ve teknolojilerin çalışabilirliğinin sağlanması, diyaliz, kemoterapiye, solunum ve infüzyon tedavisine yardımcı olma, deri lezyonu, ameliyat yarasının bakımı, basınç ülserinin tedavisi, davranışsal ve zihinsel durumlardaki değişimlerin izlemi gibi hastanede yatarak tedavi gören hastalara uygulanan işlemlerdir (6).

Evde sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğine fiziksel çevrenin etkisine bakıldığında ise; evin mimarisi ve iç dizaynı önem kazanmaktadır (6,19). Bir başka ifade ile hareketi

kolaylaştırmak için yüzeyin akıllıca kullanımı, merdivenlerin azaltılması, zeminin bitişikliği ve kullanım kolaylığı sağlaması, asansör sistemi, telemonitörizasyon, çeşitli yüksekliklerde otomatik raf sistemi, kapı genişliği, eğim, yeşil alanlara (bahçeye) ulaşım mesafesi, uygun yükseklikte tuvalet sandalyesi, uygun ışıklandırma gibi özellikler evde sağlık hizmetlerinde fiziksel çevrenin etkisi olarak değerlendirilebilir. Ancak ne yazık ki pek çok ev bu özelliklerden yoksundur ve hatta uygunsuz hijyen koşulları, kötü koku, fare, parazit, istismar, uyuşturucu ve alkol tüketimi gibi hasta ve hizmet sunucularında hastalık ve yaralanmaya sebep olabilecek faktörleri bünyesinde barındırmaktadır (6,20). Harrison ve arkadaşları evde sağlık hizmetlerinde evle ilişkili tehlikeleri tespit etmeyi kolaylaştırmak amacı ile bir güvenlik kontrol listesi hazırlamaya yönelik çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada evle ilişkili tehlike unsurları: yangın/elektrik 8 madde, ergonomi (düşme) 8 madde, biyolojik (uygunsuz sanitasyon koşulları) 9 madde, kimyasal 1 madde ve diğer (gürültü, sıcaklık, emniyet ve şiddet) 4 madde ile sorgulanmıştır. Sonuçta evde sağlık hizmeti alan hastaların %85,3'ünün evinde 1'den 30'a kadar tehlikeli durum tespit edilmiş, %52,6'sında eve ilişkin durumlar nedeni ile 3 veya daha fazla zarar ortaya çıkmıştır. %63,8'inde 1 veya daha fazla yangın, %56,9'unda 1 veya daha fazla düşme gerçekleşmiş, %32,8'inde uygun olmayan sanitasyon koşulları (biyolojik zarar), %1,7'sinde kullanılan tıbbi cihaz ve donanımların temizleme ürünlerinin uygunsuz depolanmasına bağlı kimyasal zarar oluştuğu bulunmuştur.

Medikal cihazlardaki gelişmeler

Teknolojik gelişmeler ve ekonomik baskılar yeni cihaz ve teknolojilerin evde de kullanılabilir hale gelmesini teşvik etmiş ve hızlandırmıştır. Ancak bu teknolojilerin evde güvenli ve uygun kullanımı ciddi bir hasta güvenliği sorunu ve hizmet sunucuların eğitim gereksinimini beraberinde getirmiştir. Hasta ve yakınları açısından daha evvel görülmemiş ya da evde kullanım için dizayn edilmemiş bir cihazın kullanımı, çoğu zaman nasıl kullanılacağını tarif eden kişi ya da dokümanın yokluğu ya da anlaşılammaması, sorun çıktığında bilgi alınabilecek kişilerin ya da sağlık çalışanı açısından meslektaşların yokluğu hasta güvenliğini tehdit eden unsurlardır. Öte yandan elektrik prizleri ve güç çıkışlarının uygunluğu, elektrik kesintisi durumunda yedek enerji kaynağı etkili cihaz kullanımı için gereklidir. Ayrıca, cihaz ve teknolojinin kullanıcı tarafından tanınması başlangıçta kabul edilebilirlik ve başarılı bir kullanım için yararlıdır (21-23). Öte yandan teknolojiler alarm sistemleri, hareket sensörleri, ses monitörleri, acil durumlarda yardım uygulamaları ile evde sağlık hizmetlerinde güvenliği artıran uygulamalar sunmalıdır (14).

Sosyo-kültürel çevre

Evde güvenli bir sağlık hizmetini etkileyen bir diğer faktör sosyo-kültürel çevredir. Sosyo-kültürel çevre içerisinde, tıbbi tedavi ve bakımı yaşadıkları ortamda alan hastalar için tedavilerini etkileyebilecek aileye ve hastaya ait inançlar, değerler, gelenekler, komşular ve aile üyeleriyle olan iletişim gibi konularda hizmet sunucuların değerlendirmeleri yer alır. Böylece, hizmet sunucular görev ve sorumluluklarının ne olduğunu, evde bakım hizmetleri stratejilerinin ev kültürüne nasıl adapte edileceğini, hasta ve aile için doğru sağlık davranışlarının nasıl kazandırılacağını saptanabileceklerdir (3,6).

Dış çevre

Evde sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini ve bakım kalitesini etkileyen bir diğer kavram şekil 1'de son aşamada gösterilen dış çevre ile ilgili faktörlerdir. Görüldüğü gibi bu faktörler aslında genel olarak evde sağlık hizmeti uygulamalarını teşvik eden unsurlardır. Bu aşamada demografik değişimler olarak ifade edilen unsur esas olarak yaşlı nüfustaki artış oranıdır. Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) hızla artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu, yaşlı nüfus oranını 2013 yılında %7,7 olarak açıklamış ve bu oranın yıllar içerisinde yükselerek 2075 yılında %27,7 olacağını tahmin etmiştir. Ülkemizde yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfusa göre daha yüksek bir hız ile artış göstermektedir ve toplam nüfusun artış hızı 2013 yılında %0,13,7 iken yaşlı nüfusun artış hızı bunun yaklaşık 3 katı olan %0,36,2 olarak gerçekleşmiştir. Çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısı olarak tanımlanan yaşlı bağımlılık oranı ise 2013 yılında 11 iken 2030 yılında bu sayının 19 olması beklenmektedir (24). Yaşlılarda kronik hastalık prevalansının fazlalığı, multimorbidite ve çoklu ilaç kullanımı (25) sağlık harcamalarını artıran unsurlardır. Ayrıca, pek çok hasta tek başına ve uygunsuz koşullarda yaşamakta, finansal kısıtlılıklar nedeni ile evlerine daha çabuk ve hasta olarak gönderilmektedir. Hastalara bakım için ayrılan sürenin azalması ve bakım kompleksliğinin artması hasta bakım kalitesini ve güvenliğini olumsuz olarak etkilemektedir (4). Öte yandan evde sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylere sunulan hizmetin tipi, içeriği ve sıklığı bu hizmetlere ilişkin geri ödeme mekanizmaları tarafından finansmanın nasıl ve ne oranda yapıldığı ile yakın ilişkilidir (6).

Evde sağlık hizmetlerinde sağlık hizmeti sunucuların güvenliği

Evde sağlık çalışanları bir sağlık kurumu yerine hasta, iyileşme döneminde olan, yaşlı veya engelli kişilere yaşadıkları ortamda sağlık hizmeti sunan multidisipliner üyelerden oluşan sağlık çalışanlarıdır. Bu üyeler hastanın

gereksinimine göre hekimler, hemşireler, eczacılar, sosyal çalışmacılar, psikologlar, fizyoterapistler, konuşma terapistleri, uğraş terapistleri, sağlık teknikerleri gibi farklı meslek gruplarından oluşmaktadır (26). Bu çalışanların sağlık hizmetlerini hastanın yaşadığı ortamda sunması nedeni ile iş çevresi iş veren ve çalışanın kontrolü dışındadır. Bir başka ifade ile sağlık çalışanı, çalışma alanının hastanın evi olması nedeni ile kontrolsüz, düzensiz ve denetimsiz bir ortamda çalışmak zorundadır (27). Bu nedenle, evde sağlık hizmeti sunmak hastaneye göre daha zordur (13, 26). Bu süreçte sağlık çalışanları beklenmeyen ve tahmin edilemeyen tehlikelerle karşı karşıya kalabilmektedir (4-5).

Sağlık çalışanları yaptıkları işin niteliğine bağlı olarak delici-kesici alet yaralanmaları, bel ve sırt sorunları, lateks alerjisi, şiddet ve stres gibi iş risklerine maruz kalmaktadırlar (28). Ancak evde sağlık çalışanları bu risklerin yanında ateşli silah yaralanması, hayvan ısırması, hasta, hasta yakını ya da komşular tarafından şiddet uygulanması gibi ek risk faktörleri ile karşılaşabilmektedir (4,6,26-28). Bu nedenle evde sağlık hizmetleri sunum sürecinde çalışan açısından etkili güvenlik önlemleri gerekmektedir. Aksi takdirde yaralanma ile sonuçlanan durumlar olabilmektedir (29). Öte yandan evde sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliği ile hasta bakım kalitesi ve hasta güvenliği arasında yakın bir ilişki vardır. Öyle ki; bu komponentlerin birindeki olumlu değişik diğerini de olumlu yönde etkilerken, bunun tam tersi durumlar da söz konusudur (6,30-33). Yapılan araştırmalarda çalışanların, güvensiz bir ortamda olduğunu hissettiğinde veya düşündüğünde hastayı ziyarete gitmeyi reddettiği, ziyareti kısalttığı veya ziyaretten kaçındığı tespit edilmiştir (31,34). Ayrıca şiddete eğilimin, madde bağımlılığının ve tedavi edilememiş mental hastalıkların yüksek olduğu toplumlarda evde bakıma erişim, hasta güvenliği ve bakımın kalitesinde farklılıklar bulunmuştur (29).

Sağlık hizmetlerinde güvenlik konusunu ele alan araştırmacılar sıklıkla hasta ve hizmet sunan arasındaki ilişkiye, hasta sonuçları ve tecrübeye odaklanmışlardır. Ancak genel olarak güvenlik; fiziksel, duygusal, sosyal ve işlevsel boyutları olan bir kavram olarak değerlendirilmektedir (27,35). Bu çalışmada evde sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliği konusu Claven ve arkadaşları tarafından evde sağlık hizmeti çalışanlarının değerlendirmeleri sonucu ortaya koyulan fiziksel, çevresel ve kişiler arası güvenlik ile geçici sorunlar boyutu olarak ele alınacaktır.

Fiziksel güvenlik

Fiziksel güvenlik daha çok evdeki mekansal sorunlar ile uygunsuz ve yetersiz malzeme ve ekipman kaynaklıdır. Bu

kapsamda uygun olmayan hasta yatağı, kaldırma mekanizmalarının yokluğu örnek olarak verilebilir. Owen (2003) tarafından yapılan bir çalışmada evde sağlık çalışanlarının en sık yakındığı konuların başında sırt ağrıları geldiği ve bunun en önemli nedeninin hasta yatağının yüksekliği, genişliği, yerleşimi ve ayarlanamama olduğu bulunmuştur. Söz konusu yetersizlik hastayı kaldırma ve transfer etme sürecinde bel yaralanmalarına sebep olmaktadır (27). Özellikle bu durum obes, kooperasyonu bozulmuş hastalarda daha ciddi sorun teşkil etmektedir. 2007 yılında ABD’de yapılan bir çalışmada evde sağlık hizmetleri çalışanlarında kaldırmaya bağlı yaralanma oranı %0,020 olarak belirtilmiştir (26). Ayrıca kas-iskelet sistemi yaralanmaları, düşmeler, bulaşıcı hastalıklar en sık yaşanan ve risk teşkil eden fiziksel güvenlik sorunlarıdır (37). ABD’de yılda 385.000-800.000 kesici-delici alet yaralanması olduğu ancak bunun yaklaşık yarısının yaralanma sonrası sürecin çok zaman tüketmesi, yaralanma sonrası yaşanan anksiyete, ayıplanma veya işveren tarafından kötü hemşire olarak değerlendirilme, gelecekte iş bulamama korkusu ve hasta hikayesi (hastanın enfeksiyon riski taşımadığı düşüncesi) nedeni ile bildirilmediği tahmin edilmiştir (26,38).

Çevresel güvenlik

Çevresel güvenlik kavramı daha çok hasta evinin iç ve dış çevresine ilişkin fiziksel özelliklerle ilgilidir. Bu kapsamda iç mekan düzeni, coğrafi lokasyon (tehlikeli komşular gibi), zarar ve tehlike unsurlarının varlığı (evcil hayvan gibi), uygun olmayan sanitasyon koşulları, temiz suya erişeme, kötü hava koşulları yer almaktadır. Özellikle hastanın evi uyuşturucu trafiği gibi şiddet açısından yüksek risk alanında yer alabilmekte ya da hasta veya yakını mental sorunlu, alkol ya da ilaç bağımlısı veya şiddet yanlısı olabilmektedir. Ayrıca bunların yanında kontrolsüz hayvanlar tarafından ısırılan, yaralanan ya da korkma sonucu düşen pek çok evde sağlık hizmetleri çalışanı bildirilmiştir (26). Yapılan bir çalışmada infüzyon borusuna bağlı yılan bulunduğu belirtilmektedir (39). Uygun olmayan sanitasyon koşulları içerisinde evin kirli ve tozlu olması, karınca, bit ve kemirgenlerin varlığı ve uyuz yer almaktadır. Ayrıca buzlu havada yürüme sebebi ile düşme, trafik kazaları sonucu yaralanma diğer sık görülen sorunlardır.

Kişilerarası güvenlik

Bu bölümde evde sağlık çalışanları ile hasta, hasta yakını ve meslektaşlar arasındaki fiziksel, duygusal ve sosyal etkileşim yer almaktadır (26,27). Evde sağlık çalışanlarında, rol çatışması ve belirsizliği, meslektaşların ve süpervisörlerin desteğinin olmaması, uygun olmayan fiziki çevre, kooperasyonu bozuk, çoğu zaman yatağa bağımlı hastalarla uzun süre temas, insanların sağlık ve iyiliğinden sorumlu

olma gibi nedenler gerginliğe yol açmaktadır (4,6,20,26-32). Öte yandan tedavi ve bakımın hastanın evinde yapılması nedeni ile evde bakım ekibini oluşturan profesyoneller diğer meslektaşlarından izoledirler ve hizmet sunum sürecinde eş zamanlı destek alabilecekleri meslektaşları yoktur. Ayrıca hizmet sunum sürecinde aile üyelerini de içeren bakım sağlayıcıların evde sağlık hizmetleri sisteminde nasıl yer alacağı açık değildir (40-41). Ev ortamının birey ve aileye ait olması onların rahatlığını, otorite ve kontrollerini artırırken, evde bakım personeli için etkili iletişim, hızlı problem çözme ve farklı dinamiklere uyum yeteneğini zorunlu kılar.

Geçici güvenlik sorunları

Bu bölümde hizmetin zamanı ve süresi, çalışma takvimi, hastanın evine ulaşmak ile ilgili zaman baskısı, personel yetersizliği gibi faktörler yer almaktadır (20,26-32).

Evde sağlık hizmetleri alanındaki yasal düzenlemeler ile hasta ve sağlık bakım sunucuların güvenliği

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Yerel yönetimler ve özel kuruluşlar tarafından verilmektedir. Sağlık Bakanlığı kamu hastanelerinin evde sağlık birimleri aracılığı ile sağlık hizmetleri verirken, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı özellikle dezavantajlı gruplar içerisinde yer alan çocuk, genç, kadın, yaşlı ve özürlü bireylere yönelik koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici hizmetler sunmaktadır (42).

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri uygulamalarında üç aşama dikkat çekmektedir. Bunlar; Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) çerçevesince yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) çerçevesinde yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları ve 1980 yılı sonrası yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarıdır. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) kapsamında yürütülen evde sağlık hizmetleri uygulamaları; bulaşıcı ve salgın hastalıklarla savaş için yürütülen hizmetler içinde bir hizmet sunum şekli olarak yer almakta, yapılan işlemler hastaların evlerinde tecrit ve muayenelerini esas almaktadır. UHK’de evde sağlık hizmeti uygulamalarının hem tıbbi, hem de sosyal boyutu ele alınmaktadır. SHSHK gereğince evde sağlık hizmeti uygulamasının en belirgin özelliği, koruyucu sağlık hizmetlerini içermesidir. Bu hizmetler, bağışıklama, gebe ve

çocuk izlemi çalışmalarıdır. Bu çalışmalar sağlık evi, sağlık ocağında yapıldığı gibi risk grubunun evinde de gerçekleştirilmektedir. Türkiye’de SHSHK çerçevesinde sunulan evde sağlık hizmeti uygulamalarında referans alınan nokta bağışıklama, gebe ve bebek izlem çalışmalarıdır. 1980 yılı öncesi dönemde evde sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri odaklı ve devlet tarafından yürütülen bir hizmet olmuşken, 1980 sonrası hastaların evde bakımı özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından hastaların hastane sonrası tedavilerinin ve bakımının yürütülmesi olarak işlev görmüştür (43).

Yasal düzenlemeler açısından ise: ilk mevzuat çalışması 10.03.2005 tarihinde ve 25751 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile yürürlüğe girmiştir (43). 2006 tarihli “Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik”, aynı tarihli “Bakıma Muhtaç Engellilere Yönelik Resmî Kurum Ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği” ve 2010 tarihli “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” evde sağlık hizmeti sunumunun hukuki zeminini oluşturmaktadır (42). Öte yandan evde sağlık hizmeti alan hasta ve hizmet sunucuların güvenliğine ilişkin yasal düzenlemeler bulunmamaktadır.

Sonuçlar

Evde sağlık hizmetleri sağlık sistemi içerisinde talebin hızla arttığı bir alandır. Ancak evlerin sağlık bakımından öte yaşamak için dizayn edilmiş olması hizmet sunum sürecinde hasta ve sağlık hizmeti sunucuların güvenliği açısından riskler içermektedir. Öte yandan evde sağlık hizmetlerinde hasta ve sağlık hizmeti sunucuların güvenliğini tehdit eden faktörler bireylerin değil sistemin başarısızlığı olarak değerlendirilmektedir (3,40-41). Bu nedenle bakım sunumunda kullanılan ekipmanların ve bakımın sunulduğu çevrenin hasta ve çalışanlar açısından riskleri azaltacak ve onları koruyacak şekilde dizayn edilmesi ve düzenlenmesi gerekmektedir (32). Evde sağlık hizmetlerinde hasta, aile, hizmet sağlayıcı ve hizmet sunucular anahtar role sahiptir ve bu nedenle güvenlik konusu çok boyutlu bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. Bakıcılar veya aileler tarafından kurumsal bir denetim olmaksızın verilen bakım bir hemşire ya da diğer sağlık profesyonelleri tarafından dolaylı olarak denetlenmelidir. Benzer şekilde evde sağlık ekibinin verdiği hizmetlerde denetlenmelidir.

Kaynaklar

1. WHO (World Health Organization). The world health report 2008, primary health care -now more than ever. WHO, Geneva 2008. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf [Access date: 03.07.2014].
2. Anell A, Willis M. International comparison of health care systems using resource profiles. *Bulletin of The World Health Organization* 2000;78:770-8.
3. Lang A, Edwards N, Fleischer A. Safety in home care: A broadened perspective of patient safety. *International Journal for Quality in Health Care* 2008;20:130-5.
4. Harrison MB, Keeping-Burke L, Goldfrey CM, et al. Safety in home care:a mapping review of the international literature. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2013;11:148-60.
5. Lang A, Macdonald M T, Storch J, et al. Researching triads in home care:perceptions of safety from home care clients, their caregivers, and providers. *Home Health Care Management & Practice* 2014;26:59-71.
6. Herniksen K, Joseph A, Zayas-Caban T. Human factor of home health care:a conceptual model for examining safety and quality concerns. *J Patient Saf* 2009;5:229-36.
7. Sittig D F, Singh H. A New socio-technical model for studying health information technology in complex adaptive healthcare systems. *Qual Saf Health Care* 2010;19:68-74.
8. Burek R. New standard for home healthcare devices. *Evaluation Engineering* 2012;51:24-6.
9. Reason J. The Human Error: Modal and Management. *Brit Med J* 2000;320:768-70
10. Reason JT. Understanding adverse events: Human factors. In: Vincent CA, eds. *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety*. London: BMJ, 2001. p. 9-30.
11. Rogers A, Hwang W, Scott L, et al. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs* 2004;23:202-12.
12. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2008;11(Ek 3):3-18.
13. Macdonald M, Lang A, Storch J, et al. Home care safety markers: A scoping review home. *Health Care Services Quarterly* 2013;32:126-48.
14. Lang A, Macdonald M, Storch J, et al. Home care safety perspectives from clients, family members, caregivers and paid providers. *Healthcare Quarterly* 2009;12:97-101.
15. Navaie-Waliser M, Feldman PH, Gould DA, et al. When the caregiver needs care: the plight of vulnerable caregivers. *American Journal of Public Health* 2002;92:409-13.
16. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012;9:22-9.
17. Pressler SJ, Gradus-Pizlo I, Chubinski SD, et al. Family caregiver outcomes in heart failure. *American Journal of Critical Care* 2009;18:149-59.
18. Rohrbaugh M J, Shoham V, Cleary A A, et al. Health consequences of partner distress in couples coping with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Clinical Care* 2009;38:298-305.
19. Ulrich RS, Zimring C, XuemeiZhu X, et al. A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *Health Environ Res Des J* 2008;1:61-125.
20. Gershon RRM, Canton AN, Raveis VH, et al. Household-related hazardous conditions with implications for patient safety in the home health care sector. *J Patient Saf* 2008;4:227-234.
21. Milamed D R, Lasthaus H, Hedley-Whyte J. Improving patient safety and essential device performance: International standards for home respiratory care equipment. *Biomedical Instrumentation & Technology: Home Healthcare* 2013;47:53-7.
22. Collins-Mitchell J, Kaufman-Rivi D, Singh S, et al. Home user survey: Medical device labeling instruction information. *Biomedical Instrumentation & Technology: Home Healthcare* 2013;47:37-41.
23. Leiss J K. Safety climate and use of personal protective equipment and safety medical devices among home care and hospice nurses. *Industrial Health*. 2014; 24: 1-14. doi:<http://dx.doi.org/10.2486/indhealth.2014-0074>[Access date: 03.09.2014].
24. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. 2014. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057> [Access date: 03.09.2014].
25. Asma S, Gereklioğlu Ç, Pan Korur A, Erdoğan A F. Multimorbiditesi olan yaşlı hastalarda çoklu ilaç kullanımı: aile hekimliğinde önemli bir problem. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care* 2014;8:8-12.
26. CDC (Centers for Disease Control and Prevention), National Institute for Occupational Safety and Health Department Of Health And Human Services. *Occupational Hazards in Home Healthcare*. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2010-125/pdfs/2010-125.pdf> [Access date: 03.09.2014].
27. Craven C, Byrne K, Sims-Gould J, Martin-Matthews A. Types and patterns of safety concerns inhome care: staff perspectives. *International Journal for Quality in Health Care* 2012;24:525-31.
28. Steege AL, Boiano JM, Sweeney MH. NIOSH Health and Safety Practices Survey of Healthcare Workers: Training and awareness of employer safety procedures. *American Journal of Industrial Medicine* 2014;57:640-52.
29. McPhaul K, Lipscomb J, Johnson J. Assessing Risk for violence on home health visit. *Home Healthcare Nurse* 2010;28:278-89.
30. Lang A, Edwards N, Fleischer A. Safety in Home Care: A broadened perspective of patient safety. *International Journal for Quality in Health Care* 2007;20:130-5.
31. Sylvester BJ, Reisener L. Scared to go to work: A home care performance improvement initiative. *Journal of Nursing Care Quality* 2002;17:71-82.
32. Lang A. There's no place like home: research, practice and policy perspectives regarding safety in homecare. *Int J Qual Health Care* 2010;22:75-7.
33. Stevenson L, McRae C, Mughal W. Moving to a culture of safety in community home health care. *J Health Serv Res Policy* 2008;13:20-24.
34. Kendra M, Weiker A, Simon S, et al. Safety concerns affecting delivery of home health care. *Public Health Nursing* 1996;13:83-9.
35. Doran D M, Hirdes J, Blais R, et al. The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAI-HC reporting system. *J Nurs Manag* 2009;17:165-74.
36. Owen B. Decreasing back stress in home care. *Home Healthc Nurse* 2003;21:180-6.
37. Czuba LR, Sommerich CM, Lavender SA. Ergonomic and safety risk factors in home health care: Exploration and assessment of alternative interventions. *Work* 2012;42:341-53.
38. Markkanen P, Quinn M, Galligan C, et al. There's no place like home: A qualitative study of the working conditions of home health care providers. *JOEM* 2007;49:327-37.
39. Brillhart B, Kruse B, Heard L. Safety concerns for rehabilitation nurses in home care. *Rehabil Nurs* 2004;29:227-9.
40. Lehoux P. Patients'perspectives on high-tech home care: A qualitative inquiry into the user-friendliness of four technologies. *BMC Health Services Research* 2004;4:28.
41. Affonso DD, Jeffs L, Doran D et al. Patient safety to frame and reconcile nursing issues. *Canadian Journal Nursing Leadership* 2003;16:69-81.
42. Genç Y, Barış İ. Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi 2015;3:36-57.
43. Özer Ö, Şantaş F. Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı 2012;3:96-103.