

EVDE SAĞLIK SOSYAL VE DESTEK HİZMETLERİNDE DÖRT DÖNEM DÖRT ÖZELLİK

Özlem ÖZKAN*

Özet: On sekizinci yüzyıl başında ortaya çıkan, o günden bugüne tüm kapitalist ülkelerde 1700'lü yılların sonu-1928, 1929-1980, 1980-2000 ve 2000'den günümüze olmak üzere, dört dönemde ele alınan evde sağlık, sosyal ve destek hizmetleri sağlık alanında önemini halen korumaktadır. Bu derleme makalenin amacı, tarihsel ve toplumsal bir bütünlükle, dünden bugüne kapitalizmin sağlık sistemi, sağlık sisteminin ise evde sağlık, sosyal ve destek hizmetleriyle ilişkileri bağlamında bu hizmetlerin mevcut durumunu, çalışanlara ve topluma etkilerini incelemektir. Birinci dönemde profesyonel olmayan evde hemşirelik hizmetlerinin, ikinci dönemde kamu kurumları tarafından sürdürülen evde bakım hizmetlerinin, üçüncü dönemde sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve ticarileşmesiyle beraber büyük oranda özel sektöre, cepten ödemeye ya da yüksek katılım payına dayalı kamu niteliğini kaybetmiş sınırlı kurum hizmetlerine dayalı 'toplum temelli' hizmetlerinin, dördüncü dönemde ise tele evde sağlık, sosyal ve destek hizmetlerinin hâkim olduğu görülmektedir. Üçüncü dönemden günümüze bu sektörde çalışanlar; büyük oranda özel kurumlarda, esnek istihdam koşullarında, göçmen emeğine dayalı, güvencesiz ve düşük ücretlerle çalışmaktadır. Profesyonel meslek grupları yardımcı evde sağlık, sosyal ve destek çalışanlarıyla ikâme edilmektedir. Bu nedenlerle, çalışanların meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunları riskleri yüksektir.

Anahtar sözcükler: evde bakım, evde sağlık hizmeti, sağlık reformu, sağlıkta piyasalaşma, evde bakım çalışanları

Four Periods, Four Characteristics in Home Health, Social and Support Services

Abstract: Home-based health, social care and support services, which could be dated back to early 18th century and have evolved along four periods, namely end of the 1700–1928, 1929 – 1980, 1980 – 2000 and from 2000 until recently, still maintains its importance in health domain. This review article aims at exploring the state of art and impacts of these services on health workers and society in a historical and social context framed along the two relationships mainly, one between health systems and capitalism as well as other between health systems and those services. The significant characteristics of the periods are as follows: unprofessional home-based nursing services in the first period, public provision of home-based care services in the second period, socially provided services with limited public provision (which could be argued to lose its 'public' nature) co-existing with private provision, out-of-pocket payments or high contributory payments due to marketization and commercialization of health care services in the third period and provision of teleservices for home-based health, social care and support in the fourth period. The workers in this sector have been employed largely by private providers under flexible employment with low wages and insecure working conditions while also hosting migrant labour since the third period. The professionals have been more and more substituted with auxiliary health, social care and support workers. Therefore, the workers in the sector have been prone to high risks associated with occupational diseases, work injuries and work-related illnesses.

Key words: home care, home health care service, health reform, marketization in health, home care workers

I. Giriş

Son zamanlarda sıklıkla kullanılan evde sağlık, sosyal ve destek hizmeti (ESSDH) kavramı, bugüne kadar; ev hastanesi, evde hemşirelik, evde hemşirelik bakımı, evde bakım, evde sağlık bakımı ve evde sağlık bakım hizmetleri gibi farklı sözcüklerle ifade edilmektedir. Ev sözcüğünün esnek olması, bunun yanında, ESSDH'nin ülkeler arasında amaç, aktivite, bakım kriteri standartları ve hedef grupları arasında büyük farklılıklar ve belirsizlikler bulunması nedeniyle, benzer bir tanımlı yapılamamaktadır (Özkan, 2009; Genet, 2012; Thomé, 2003; Woodward, 2004). Literatürlere dayalı olarak ESSDH

kapsamlı bir biçimde tanımlanırsa: "Akut ve/veya kronik herhangi bir sağlık sorunu olan bireylerin yanında, engelli, yaşlı, yatağa bağımlı olanların ve günlük yaşam aktivitelerinde başkasının yardımına ihtiyaç duyanların, terminal ve nekahet dönemdekilerin, kendi ev ortamında ya da evinin kapısının hemen arkasında, onların katılımıyla, mevcut sağlık durumlarını yükseltmek, korumak, hastalığı, sakatlığı engelliliği vb. durumları ve onlara bağlı gelişebilecek komplikasyonları, yan etkileri önlemek, bu olamıyorsa olumsuz etkileri en aza indirmek, kişilerin bağımsızlığını en yüksek düzeye çıkarmak ve

*Doç. Dr., Kocaeli Dayanışma Akademisi

bakıma muhtaçlık derecelerini azaltmak amacıyla, çoğunlukla ev ziyareti, son dönemlerde ise sıklıkla telefon yoluyla yapılan kısa ya da uzun süreli sunulan sağlık, sosyal ve destek hizmetleridir" (WHO, 2000; Genet, 2012; Sawyer, 2000; Özkan, 2009; TTB, 2016; Gerson, 1976). Böyle olunca, 2000'li yıllardan itibaren yaygın olarak kullanılmaya başlanan ESSDH ise her üç hizmeti içerdiğinden en geniş anlama, evde hemşirelik ve evde hemşirelik bakımı sadece hemşirelik hizmetlerini içerdiğinden en dar anlama sahiptir. Bu makalede de ESSDH kavramı tercih edilmiştir.

Evde sağlık hizmetleri; bakım, tedavi, rehabilitasyon, muayene, tetkik, izlem ve bunlarla beraber sağlık eğitimi, danışmanlık ve rehberlikten oluşmaktadır. Bu hizmetler sağlık profesyoneli olarak adlandırılan lisans mezunu hemşire, hekim, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş- uğraşı terapisti, ev ekonomisti, yardımcı sağlık çalışanları tarafından yürütülmektedir (Rooney, 1992; WHO, 2000). Sosyal çalışmacılar tarafından yürütülen sosyal hizmetler ise meşguliyet tedavisi, kişilerin muhtaçlık düzeyinin izlenmesi ve değerlendirilmesi, sosyal destek hizmetleri ve finansal danışmanlıktır. Yardımcı sağlık, sosyal ve destek çalışanları tarafından yürütülen hizmetler ise birey(ler)in günlük yaşam aktivitelerini sürdürme (telefon kullanma, alışveriş yapma, alışverişe yardım etme, yemek hazırlama, çamaşırın yıkanması ve ütülmesi ilaçların temin edilmesi, ev temizliği, finansal yardım ve faturalarının ödenmesi), rutinlerinin yönetimi (evin bakım ve onarımı, sosyal etkinliklere katılım, arkadaşlık etme vb.) ve kişisel bakımdır (gıydirme, yemek yedirme, banyo ve tuvaletini yaptırma, yatağa yatırma, yataktan kaldırma vb.) (Gennet, 2012; Thomé, 2003; TTB, 2016; Barken, 2015; TJC, 2016; Kröger, 2012). Diğer bir literatüre göre ESSDH, evde sağlık (profesyonel hemşirelik bakımı, tedavi, rehabilitasyon vb.), destek (kişisel bakım, yemek hazırlama, evde yardım, alışveriş yapma, ev işleri) ve toplum bakım hizmetleri (yemek hazırlama, ev işleri, alışveriş yapma, ulaşım, palyatif bakım, mental sağlık bakımı, evin desteklenmesi, sosyal aktivitelere katılım) olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Hermus, 2012).

Dünyada 1970 yılından, ülkemizde ise 1990'lı yılların ortalarından itibaren yoğun bir biçimde gündeme gelen ESSDH'nin temel gerekçesi hâkim literatürlerde de görüldüğü gibi, toplumların sağlık gereksinimlerinin değişmesi, kronik hastalıkların artması, kişilerin daha karmaşık sağlık sorunlarına maruz kalması, sağlık hizmetlerine olan talebin, uzun süreli bakıma olan ihtiyacın artması, kişilerin

sağlık hizmetinden beklentilerinin farklılaşması, yaşam beklentisinin yükselmesi, nüfusun yaşlanması ya da yaşlı nüfusun artması, teknolojinin sürekli gelişmesi ve yeni teknolojilerin hızla üretilmesi, sağlık harcamalarının ve gelişmiş kapitalist ülkelerde özellikle yaşlılara yönelik, kurum ağırlıklı uzun süreli bakım hizmetlerinin maliyetinin artması olarak ileri sürülmektedir. Ayrıca, daha az maliyet ile daha kaliteli hizmetin sunulması, hasta/kşi memnuniyetinin artırılması, hastaneden erken taburculuk ile hastanede kalış süresinin ve yatak işgalinin azaltılması, özellikle gelişmekte olan kapitalist ülkelerdeki yeterli olmayan hastane hizmetleridir. Yanı sıra, kadınların istihdamda daha fazla yer almasının bir sonucu olarak, evde bakım vericilerin olarak belirtilmektedir (Genet, 2012; Özkan, 2009; WHO, 2000; Allender, 2010; Thomé, 2003; Coleman, 1995). Bu gerekçeler önemlidir; ancak ESSDH'nin gerçekte niçin bu kadar gündemde olduğunun temel nedeni ya da "gerçek nedeni" değildir. Çünkü bu gerekçeler konunun ara nedenleri, kolaylaştırıcı faktörleri ya da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün ifadesiyle sosyal belirleyicilerdir. Hatta Nyssens (2012)'e göre bu konuda yaşlı nüfusun artması gibi nedenler "gereksiz fenomen", Ollman'a göre ise böyle bir yaklaşım (2006), salt yüzeydeki görüntüleridir. Gereksiz fenomenleri ya da salt yüzeydeki görüntüleri temel neden olarak göstermek, toplumsal yapının kendisini ve parçaları arasındaki ilişkileri görünmez kılmaktadır. Hangi alanda olursa olsun, onun gerçek bilgisi, gördüğümüzle değil, gördüğümüzü anlamakla olanaklıdır. Eğer gerçekliğin yapı taşları şeyler değil, şeyler arasındaki dinamik ilişkilerse, o halde ESSDH'nin neden ortaya çıktığı ve bugünkü durumunun gerçekte ne olduğunun ortaya koyulabilmesi için bütünlüklü, belirli bir kapsamda ve genellik düzeyinde ele alınması gerekmektedir. O da bu hizmetlerin nasıl ortaya çıktığının, nasıl geliştiğinin ve parçası olduğu bağlam içerisinde nerele konumlandığının tarihsel ve toplumsal bir bütünlükle ele alınması ve anlaşılması ile mümkündür (Ollman, 2006). Bu derleme makalenin amacı, tarihsel ve toplumsal bir bütünlükle, dünden bugüne kapitalizmin sağlık sistemine, sağlık sisteminin ise ESSDH ile ilişkileri bağlamında bu hizmetlerin mevcut durumunu, bu sektörde çalışanlara ve topluma etkilerini ele almaktır. Literatürler incelendiğinde, ESSDH'nin 18. yüzyılın başında ortaya çıkan, o günden bugüne tüm kapitalist ülkelerde 1700'lü yılların sonu-1928, 1929-1980, 1980-2000 ve 2000'den günümüze olmak üzere, dört dönemde ele alındığı görülmektedir. Makalede de bu hizmetler, dört dönemde incelenmiştir. Ülkemizdeki ve reel sosyalist ülkelerdeki durum, evde sosyal hizmetler,

evde kadın emeği ve evde göçmen bakım işçileri konuları kapsam dışı bırakılmıştır.

II. Tarihsel ve toplumsal bağlamda ESSDH

II.a. 1700'lü yılların sonu-1928 yılları arası:

Profesyonel olmayan evde hemşirelik hizmetleri 1700'lü yılların sonu-1928'li yılları arası, kapitalizmin sanayileşmesinin ivme kazandığı, Avrupa ve Kuzey Amerika'da epidemi gibi yayıldığı bir dönemdir. Bu ivme ile tarımsal üretim giderek azalırken, sanayi üretimindeki emek sürecinde ve sermaye birikiminde taylorist ve fordist teknikler kullanılarak, fabrika sayısı ve hacmi giderek artarak üretim yoğunlaşmış ve sermaye birikimi artmıştır. Sermaye birikiminin bir aracı olan sömürgecilik, 19. yy'da en parlak dönemini, emperyalizm ve milliyetçilik ise parlak dönemlerinden birisini yaşamıştır. Bunlar olurken, bu dönemde kapitalizmin yapısal ve konjonktürel kriz sayısı artarak, tarihin en uzun iki büyük yapısal krizi (1873-1896 ve 1929-1939) yaşanmıştır. Krizlerle de birlikte, fabrika yasalarına rağmen, çocuklar çok küçük yaşlarda, kadınlar ise çok uzun sürelerde sağlıklı ve güvensiz çalışma koşullarında çalıştırılmış, yoksullukla baş etme biçimi olarak görülen iş (çalışma) evleri sermaye sınıfı için sömürü evlerine dönüştürülmüştür. Sanayi üretiminin işçi gereksinimi nedeniyle, tarımsal bölgelerden kentlere kitlesel göçler olmuştur. Dolayısıyla, daha çok sanayi üretimi ile sağlanan sermaye birikimi artı değere el koyanların –sermaye sınıfının giderek zenginleşmesini sağlarken, tarihin sahnesine yeni ortaya çıkan işçi sınıfının işsizlik, yoksulluk, tüm zamanların en kötü yaşam ve çalışma koşullarına (örneğin, 150 kişinin 28 küçük odalı evlerde hayvanlarla birlikte kalması), sıklıkla salgın hastalıklara, erkenden yaşamını kaybetmesine, kısacası her alanda eşitsizliklere maruz kalmasına yol açmıştır. Örneğin, 1842 yılında İngiltere'deki işçi sınıfının bir çocuğu olarak doğan bebek 5 yaşına gelmeden, Liverpool'da seçkinler sınıfından birisi 36, tüccar 22, işçi ise 16 yaşında yaşamını kaybetmiştir (Archer, 1985; Brizon, 1977; Engels, 1997; Ringen, 1979). Özellikle 1830-1866 yılları arasında ABD, Almanya, İngiltere, Fransa başta olmak üzere, merkez kapitalist ülkelerde başlayan ve ülke sınırı gözetmeyen salgın hastalıklar ve savaşlarla nüfusun azalması, sermaye sınıfının ihtiyaç duyduğu işçi gereksinimini daha da artırmıştır. Bunun yanında, sermaye sınıfının sermaye birikimini ve kâr oranını artırması, üretim sürecini kesintiye uğratmaması, işçilerin gelişkin üretim araçlarını ve nesnelere kullanması, sağlık hizmetinin sunulması durumunda ortaya çıkabilecek tehlikelerden kendisinin zarar görmemesi ve hastalanan işçinin

bir an önce işine dönmesinin sağlanması amacıyla sınırlı düzeyde de olsa sağlık hizmeti sunulması amaçlanmıştır. Nitekim, 19. yy'da E. Chadwick ve C.E.A Winslow'un: "İşçinin belli düzeyde üretkenliği, ancak belirli bir düzeyde sağlıklı olabilmesi koşuluna bağlıdır." ifadesi de bu amacı desteklemektedir (Özkan, 2012; Özkan, 2000). O nedenle, öncelikle İngiltere'de, 20. yy başlarında ise ABD'de resmi halk sağlığı hareketi başlamıştır. Resmi halk sağlığı hareketi bu dönemde önemli olmakla beraber, elit, faydacı, gerçekte toplumun piyasalaşmaya uyumunu sağlayan, kapitalizm ile sağlık arasındaki ilişkiyi irdelemeyen, özellikle, salgın hastalıkların artmasıyla, burjuvazinin zarar görmemesi ve sermaye birikiminin de azalmaması gayesiyle olumsuz koşulları düzeltmeyi ve ona göre sağlık hizmetlerini düzenlemeyi amaç edinmiştir. Bu amaç doğrultusunda, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine ve sanitasyon reformlarına bağlı uygulamalar yapılmıştır (Ringen, 1979; Archer, 1985).

Eş zamanlı olarak, 18. yy başlarında ABD, Kanada, ve İngiltere başta olmak üzere, kapitalist ülkelerde hastaneler ve ayaktan tedavi edici kurumlar yaygınlaşmaya başlamıştır. Ancak bu hastanelerden ve evde özel tedavilerden sadece sermaye sınıfı yararlanabilmiştir. Suçluların, yoksulların, kadın beden emekçilerinin vb. kişilerin hastaneden yararlanabilmesi zengin ve hayırseverlerin kararına bağlı olmuştur. Böyle olunca, emek-gücünü satarak yaşamak zorunda olanlar, 1700'lü yılların sonunda İngiltere'de, 1800'lü yıllarda ABD'de profesyonel olmayan hemşireler ile gönüllü/hayırsever kurumlar tarafından sunulan sağlık hizmeti almıştır. (Grypma, 2012; Stanhope, 1996; Stone, 1998; Dieckmann, 2015). On dokuzuncu yüzyılda Avrupa ülkelerinde ise evde bakım, ABD'de ve İngiltere'de olduğu gibi, informal bakıcılarla (daha çok ailedeki kadın), kilise ve gönüllü kuruluşlarla yürütülmüştür (Tarricone, 2008). ABD'de ilk olarak 1796 yılında Boston dispanserinde evde bakım hizmeti başlamış olsa da gerek bu ülkede, gerekse İngiltere'de 1859 yılına kadar sunulan evde bakım hizmetleri, dini, hayırsever ve /veya burjuvazinin bazı kadınlarının önce bireysel daha sonra kurumsal çabalarıyla (ABD'de 1809 yılında Joseph Maryland Hayırsever Kızkardeşler Kurumu, 1812 yılında Bebevolent Kadınlar Topluluğu'nun kurulması ve evde bakım hizmetlerine başlaması vb.) sürdürülmüştür. Yoksullar için ev ziyareti aracılığıyla ilk organize evde bakım bu ülkede 1813 yılında bir kadın odasının kurulmasıyla başlamıştır (Dieckmann, 2015; Sawyer, 2000). Ondan 46 yıl sonra İngiliz antropolog W. Rathbone'nin eşine ilk

ziyaretçi hemşire M. Rabinson'un evde bakım hizmeti vermeye başlamasıyla, Rathbone'nin bundan etkilenerek aynı yıl yoksullar için gönüllü bir ziyaretçi hemşire hizmetlerini oluşturmasına, daha sonra da Metropolitan Hemşireler Birliği'nin kurulmasına neden olmuştur. ABD ve İngiltere başta olmak üzere, merkez kapitalist ülkelerde 1859-1900'lü yıllarda evde bakım hizmetleri gönüllü, hayırsever ve dini kurumların yanı sıra, eğitilmiş hemşirelerle de sunulmaya çalışılmıştır. Örneğin, bu iki ülkede ziyaretçi hemşirelik hizmetleri için oda, dernek, birlik gibi kurumlar kurulmuş, ilk evde ziyaretçi hemşire F. Root ile F. Nightingale'in önerileri üzerine, 1862 yılında ilk kez Liverpool'da evlerde hasta bakımını yapabilecek ziyaretçi hemşire yetiştiren 1.5 yıllık eğitim veren okul açılmıştır. Daha sonra ABD'de, halk sağlığı hemşiresi L. Wald, 1893 yılında hemşirelere sürekli eğitim programları başlatmıştır. Bunun yanında, aynı ülkede 1898 yılından itibaren evde bakım hizmeti veren hemşireler kamu fonları aracılığıyla ilk kez ücretlendirilmiştir. Bu nedenlerle olsa gerek, ESSDH öncelikle evde hemşirelik olarak adlandırılmıştır. 1900-1928 yılları arasında yoksullara sunulan evde bakım hizmetleri için hemşire sayısı artırılmış, mezuniyet sonrası eğitim programları yürütülmüş, bununla ilgili süreli yayınlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Sınırlı düzeydeki evde bakım hizmetleri büyük oranda kamusal finansmanla yürütülürken, özel şirketler de bu alanda yavaş yavaş yer almaya başlamıştır. ABD'de hem kamu hem de özel finansmanı olan 810 kurum açılmıştır. Bu ülkedeki Metropolitan şirketi 1912 yılında evde hemşirelik hizmetleri için 589 hemşirelik merkezi kurmuştur. Aynı ülkede ev ziyaretiyle evde bakım hizmeti veren hemşire sayısı 1902 yılında 136 iken, 1912 yılında 3000'e yükselmiştir (Lancaster, 1988; Archer, 1985; Sawyer, 2000; Dieckmann, 2015).

II.b. 1929-1980'li yıllar: Kurumsal düzeyde profesyonel evde bakım hizmetleri

Kapitalizmin 1929 yılında başlayıp, yaklaşık on yıl süren yapısal krizi karşısında bir yandan reel sosyalizmin varlığı ve işçi sınıfına sağladığı kazanımlar, öte yandan, sermaye sınıfının sosyal devlet ya da refah devleti uygulamaları kapitalist ülkelerde, sosyal koruma kapsamını genişletmiş, sosyal ücretler de dâhil olmak üzere işçilerin ücretleri artırılmıştır. Kitlesel üretimin yine kitlesel olarak tüketilebilecek şekilde araçları üretilmiştir. Kamusal istihdam genişletilmiş, ulus devlet inşa edilmiş, devlet üretimden emek sürecine kadar düzenleyici, müdahale edici ve gelirin yeniden dağıtıcısı rolüne sahip olmuştur. Devlet kamu hizmeti üretiminin yanı sıra, meta da üretmeye başlamıştır. Bu dönemde eğitim, sağlık

gibi hizmetlere bütçeden daha fazla pay ayrılmış, kamu sigorta sistemleri kurulmuş, işsizlik, yoksulluk ve konut yardımları yapılmıştır (Navarro, 2007; Navarro, 1998). İngiltere ve Kanada başta olmak üzere, sosyal eğilimli kapitalist ülkelerde ulusal sağlık sistemleri, ABD'de olduğu gibi, Medicare ve Medicaid kamu sigortaları kurulmuştur. Kapitalist ülkelerdeki sağlık sistemi, örgütlü, organize, yaygın, kolay ulaşılabilen ve bazı ülkelerde kamusal olarak finanse edilebilen, özellikle kırsal ve ücra kesimlerde yaşayanlar için birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik tanıyan bir sistem olarak yapılandırılmıştır. İngiltere benzeri sosyal eğilimli, kapitalist ülkelerde sağlığı koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini önceleyen birinci basamak sağlık kurumlarında başta hemşire ve ebe olmak üzere, hekim dışı sağlık çalışanları istihdam edilmiş ve onlara geniş görev alanları tanımlanmıştır. Bu politikalar sonucunda özellikle özellikle halk sağlığı hemşireliği ve pratisyen hekimlik kendisine sağlık hizmetleri içinde büyük bir uygulama alanı bulmuştur. İlâç, aşı, tıbbi teknoloji gibi bazı hizmetler kamusal olarak üretilmiştir. Bu ve benzeri uygulamaların yanında, bilim ve teknolojideki ilerlemelerle sağlık sistemleri gelişmiş, sağlık hizmetleri, zaman içinde kişiler tarafından kullanılan, talep edilen ve gereksinim duyulan bir hizmete dönüşmüştür (Özkan, 2016; Navarro, 2007; Navarro, 1998, Penning, 2006).

Tüm kapitalist ülkelerde kriz süresince halk sağlığına ve ev ziyareti yoluyla verilen evde bakım hizmetlerine devletin verdiği destek önemli düzeyde azaldığından, evde bakım hizmetleri sektöre uğramıştır. Az sayıda yürütülen evde sağlık hizmeti ise ya özel kurumlar tarafından saat başı ödemelerle ya da sınırlı sayıda gönüllü kuruluşlarla yürütülmüştür (Stanhope, 1996). Bu dönemde hekimler ve sosyal çalışmacılar bakımın evde olması konusunda çelişki ve kararsızlık yaşamıştır (Benjamin, 1993). Kriz çözüldükten sonra, 1940 yılından itibaren, bir yandan reel sosyalist ülkelerin sağlık alanındaki kazanımları, bir yandan, kapitalist ülkelerde sosyal devletin bir gereği olarak sağlık sisteminin ve finansman kurumlarının organize olması, diğer yandan, bulaşıcı hastalıklarla büyük oranda mücadele edilmesi ve onların yerini kronik hastalıkların alması, öte yandan kronik hastalıkların tedavisinin hastane yataklarını uzun süreli işgal etmesi gibi nedenlerle, evde bakım ile buradaki hemşirelik hizmetlerinin organize edilmesi konuları tekrar gündeme gelmiştir (Sawyer, 2000; Dieckmann, 2015). Bu yıllarda ABD'de özel sigortacılık artarken, aynı zamanda 1945 yılında ABD'de Medicare ve Medicaid olmak üzere kamu sağlık sigortası uygulamasının

başlaması, İngiltere’de bir yıl sonra ulusal sağlık sisteminin kurulması, 1950 yılında Kanada’da evde bakım hizmetleri de dâhil çoğu sağlık hizmetinin kamusal olarak sunulması evde bakım hizmetinin gündeme taşınmasını sağlayan diğer faktörler olmuştur. Bir diğer faktör ise evde hasta bakımının hastanedeki bakıma göre daha tasarruflu olduğu ilk kez gündeme gelip, hastanelerden erken taburculuk uygulamalarının başlamasıdır. Bu uygulama ile ABD’de 1940 yılı, Avrupa ve Nordik ülkelerinde 1950 yılı sonrasında hastaneden erken taburcu edilen yaşlıların, uzun süreli bakımı gerektiren sağlık sorunu olanların vb. kişilerin bakımı için bakımevi, huzurevi vb. kurumların sayısı hızla artmaya başlamıştır (**Sawyer, 2000; Dieckmann, 2015; Lancaster, 1988; Penning, 2006**).

Bu zamana değin resmi olan ve olmayan, gönüllü, kâr getiren ve getirmeyen kurum ve kuruluşlarla farklı biçimlerde sürdürülen evde hemşirelik hizmetlerinin sistem açısından dublikasyon olarak görülmesi, bu kurum ve kuruluşların yeni kurulan sağlık sistemi ile herhangi bir bağlantısının bulunmaması önemli sorun başlıkları olarak tanımlanmıştır. Örneğin, 1967 yılında ABD’de Medicare tarafından sertifikalanan evde sağlık kurumu sayısı hastaneye bağlı 133, Ziyaretçi Hemşireler Birliği’ne bağlı 549, kâr amacı güden 939 ve karma kurum 93 iken, 1975 yılında sırasıyla 273, 525, 1228 ve 46 olmuştur. Daha sonraki yıllarda bu kurumlara kâr amacı gütmeyen kurumlar da eklenmiştir (**Özkan, 2000**). Bunun yanında, özel sigorta şirketlerinin hizmetin hemşire birlikleri ve yerel sağlık birimleri tarafından sunulmasını, çoğu evde bakım hizmetinin sadece yoksulları vb. gruplara verilmesini kaygı verici olarak nitelendirmesi de diğer bir sorundur. Bu sorunlara çözüm olarak, 1929-1980’li yıllar arasında hastanelerle bağlantılı ya da hastane temelli evde bakım ya da kamu bakım kurumları kurulmuş, hizmet büyük oranda onlarla sunulmuştur. O nedenle 1929-1980’li yıllardaki evde bakım hizmetleri “kurum temelli bakım” olarak adlandırılmıştır. İlk olarak ABD’de New York City’de 1947 yılında Montefiore Hastanesi’nde evde bakım planı, iki yıl sonra, Philadelphia’daki Ziyaretçi Hemşireler Topluluğu tarafından uzun süreli evde bakım planı oluşturulmuştur. Bu planlarla, evde bakım kurumları kurulmuş, bundan ziyaretçi hemşireler sorumlu kılınmıştır. “Duvarsız hastaneler” olarak nitelendirilen böyle kurumlar sadece akut sorunlara yönelik değil, taburculuk sonrasında da lisanslı kurumlar aracılığıyla evde bakım hizmeti de vermeye başlamıştır (**Sawyer, 2000; Dieckmann, 2015; Lancaster, 1988; Benjamin, 1993**). Daha sonra Avrupa ülkeleri de

buna dâhil olmuştur (**Grypma, 2012**). Özel yaşam sigortaları 1950’li yılların ortalarından itibaren evde bakım hizmetlerini desteklemeye başlamıştır. Aynı yıllarda, kronik hastalıklar ile ilgili bir komisyon raporunda, evde bakım hizmetlerinde hemşirelerin olduğu kadar, hekimlerin de rolü olduğu, evde bakım hizmetlerinde kişilerin evde temizliklerinin de yapılmasının önemli olduğu vurgulanmıştır. Böylece, evde hemşirelik bakımı, evde tedavi gibi hizmetlerin yanında, evde destek hizmetleri de ilk kez gündeme gelmiştir. Ardından ABD’de hem bir yasa gereği hem de kamu ve özel finansman kuruluşlarının talepleri sonucunda, evde bakım hizmetleri tümüyle hekim yetkisi ve denetiminde yürütülmeye başlamıştır (**Benjamin, 1993**). Aynı ülkede Medicare kamu sigortası 1960 yılında bir yasa gereği yaşlıların (65 yaş üstü) evde bakım hizmetlerinin bedelini ödemeye başlamıştır (**Dieckmann, 2015**). Beş yıl sonra yine bu ülkede Medicare ve Medicaid ile ilgili bir yasal düzenlemeyle evde bakım hizmetleri daha da önem kazanmış, evde bakım, bakımevi vb. kurumların sayısı hızla artmaya başlamıştır (**Benjamin, 1993; Hawes, 1986**). Bir yıl sonra Medicare ve Medicaid sadece evde bakım hizmeti sunan kamu kurumlarını değil, özel kurumları da desteklemeye başlamış, bu durum, kurum sayısını artırmaya onun yavaş yavaş da olsa bir endüstriye dönüşmesine yol açmıştır (**Dieckmann, 2015, Tarricone, 2008**). Böylece 1945 yılı öncesinde 685 olan evde bakım kurum sayısı 1966 yılında 1.356’ya, Ziyaretçi Hemşireler Birliği’ne bağlı evde bakım kurum sayısı 464 iken, 611’e, resmi kurum sayısı 167 iken, 612’ye ulaşmıştır (**Logan, 1986**). 1950-1960’lı yıllarda da hem Avrupa ülkelerindeki hem de Kanada’daki evde bakım hizmetleri, profesyonel hemşirelik hizmetleri merkezli, önce akut daha sonra kronik hastalıkların bakımına odaklı, hastane temelli, büyük oranda kamusal olarak desteklenen kurum temelli bir hizmet olmuştur. Böyle olunca, Avrupa, ABD, İngiltere ve Kanada’da hastanelerde uzun süreli yataklar azaltılmış, yaşlılar için bakım evleri, uzun süreli sağlık kurumları, palyatif bakıma odaklanan kurumlar gibi özellikle kamu sağlık kurum sayısı 1970’li yılların ortalarına kadar artmaya başlamıştır. Bunun yanında, ABD, İngiltere olmak üzere kamu finansman kurumlarının evde bakım hizmetleri kapsamında özel sektörü desteklemesine paralel olarak, özel evde bakım kurum sayısı da hızla artmaya başlamıştır (**Grypma, 2012; Tarricone, 2008**). ABD’de 1980 yılına kadar evde bakım kurum sayısı %48 artış göstermiştir (**Sawyer, 2000**). Kanada’da evde bakım hizmetleri ilk kez 1970 yılında Ontaria’da kamusal olarak sunulmaya başlamıştır (**Randall, 2006**). Yine ABD’de 1939 yılında 1.200 olan bakımevi sayısı

1960 yılında 9.900'e, 1973 yılında ise 15.737'ye yükselmiştir. Yatak sayısı ise aynı yıllarda benzer artış düzeyi göstererek, 25.000, 510.180 ve 1.175.865 olmuştur. Mevcut bakım evlerinin 1969 yılında %35'i kamuya aittir (Hawes, 1986).

II.c. 1980-2000'li yıllar: 'Toplum temelli' ESSDH

Bin dokuz yetmişli yıllarda sermaye birikiminin yoğunlaşması ve kâr oranlarının hızlı düşmesiyle, kapitalizm tekrar başka bir yapısal kriz ile karşı karşıya kalmıştır. Sermaye sınıfı krizden çıkabilmek amacıyla, ilk olarak ABD ve Birleşik Krallık (BK), ardından 1980'lerde Latin Amerika ve diğer çevre kapitalist ülkelerde, 1990'lı yıllarda ise eski Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği ülkelerinde kapitalizmin küreselleşmesi sürecinde neoliberal ekonomik-politikalar yaşama geçirilmiştir; bu halen devam etmektedir. Neoliberal ekonomik-politikalarla, ekonomik ve sosyal yaşamda devletin rolü azaltılarak, devlet, sermaye birikimi ihtiyaçları doğrultusunda düzenleme yapan, rantın dağılımında etkin rol alan, kamusal kaynakları sermaye sınıfına aktaran işlevlerle sınırlandırılmıştır. Sermaye hareketliliği önündeki her türlü engel kaldırılarak, serbestleştirilmiştir. Kamu eliyle özel sektör desteklenmiş, kamu kurumları özerkleştirilmiş ve/veya özelleştirilmiştir. Emek süreci esnek üretime göre yeniden şekillendiğinden, güvencesiz, geçici, sözleşmeli, yarı zamanlı gibi esnek istihdam, denetimi ve kontrolü yüksek, dolayısıyla güvencesiz, düşük ücretli, performans dayalı ücretlendirme belirsiz-uzun-ağır-yoğun-fazla çalışma gibi özelliklere sahip olmuştur. Sosyal güvenceden, emekliliğe, emeklilikten, sosyal ücretlere, sosyal ücretlerden sosyal hizmetlere kadar tüm sosyal koruma alanı tümüyle piyasaya entegre edilmiştir (Williams, 2013; Öngen, 2011). Emeğin yeniden üretim alanlarından birisi olan sağlık hizmetleri, içinde bulunduğu hâkim üretim tarzının gereksinimine göre belirlendiğinden, tüm kapitalist ülkelerde sağlık sistemi sağlık reformlarına göre yeniden yapılandırılmıştır. Hangi kapitalist ülke olursa olsun, kamu sağlık kurumlarının özerkleştirilmesi ve/veya özelleştirilmesi, finansal olarak özel sağlık sigortacılığının bir ön aşaması olan genel sağlık sigortası, desantralizasyon ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ortadan kaldıran aile hekimliği modeli sağlık reformunun temel bileşenleridir. Bu reform ve bileşenleri; Dünya Bankası patentli, maliyet stratejisi olan, birey merkezli, tüketim ve tedavi odaklı, cepten ödemeye dayalı, toplumun sağlık gereksiniminden çok, piyasanın gereksinimlerini önceleyen, talep yönelimli, sağlık bakanlığını piyasacı sağlık hizmetlerini denetleyen/ düzenleyen kurumlara indirgeyen, özellikle çevre kapitalist ülkeleri ilaça,

aşıda ve sağlık ve tıp teknolojisinde dışa bağımlı kılan vb. özelliklere sahiptir (Van de Ven, 1996; Navarro, 1988; Navarro, 2007). İşte ESSDH'nin gündeme gelmesi, yine daha önceden ifade edildiği gibi, nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların varlığı gibi kolaylaştırıcı faktörlerle değil, sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasının ve ticarileşmesinin bir sonucudur. Ya da piyasalaşan ve ticarileşen sağlık hizmetlerinin kurallarına göre biçimlendirilmesidir. Bu nedenle, sistemin aktörleri 'artan sağlık maliyetini azaltmak', maliyet-etkili bir hizmet sunmak argümanı ile ESSDH'nin yeniden düzenlenmesini talep etmiştir. Bunun üzerine, özünde kamu eliyle yürütülen hizmetlerin özel sektöre devredilmesini kolaylaştırmak, kamusal evde bakım hizmetlerine daha az kaynak ayırmak, politik bir retorik olarak da kabul edilen 'daha ucuz olması' gerekçesiyle, "kurum temelli" evde bakım yerine 'toplum temelli' ESSDH kavramı ileriye sürülerek, bu hizmetler yeniden şekillendirmiştir. Kişilerin yaşadığı yerdevinde hizmet sloganıyla ortaya çıkmış, hatta bu nedenle, etik açıdan değerli bulunmuştur. Oysa 'toplum temelli' ESSDH ile sosyal devlet döneminde büyük oranda yürütülen kamu finansmanına dayalı "kurum temelli" evde bakım terk edilmiştir. Ne hizmeti sunanların, ne de hizmeti alanların böyle bir talebi bulunmasına karşın, hükümetlerin reformları dayatmasıyla öncelikle ABD, ardından İsveç gibi Avrupa ülkeleri olmak başta olmak üzere, tüm kapitalist ülkeler ve 1982-1992 yılları arasında "eve daha yakın bakım" sloganıyla 'toplum temelli' ESSDH uygulamasını başlatmıştır (Fersch, 2011; Randall, 2006; Schwiter, 2015; Penning, 2006; Bjornsdottir, 2009). Öyle ki kısa bir süre sonra yürütülen iki çalışmada, evdeki bakımın hastane temelli evde bakım kurumlarından ve bakım evlerinde yürütülen hizmetlerden daha fazla talep edildiği ve bu talebin de hızla büyüdüğü gösterilmiştir (Howard, 2010). Kapitalizmin sosyal refah döneminde evde bakım, kolektif bir sorumluluk iken, 'toplum temelli' bakım ile kişiler kamusal hizmetlerden mahrum bırakılarak, bunun sorumluluğu kişiye ve aileye devredilmektedir. O nedenle, 'toplum temelli' bakımda ESSDH'ye ihtiyacı olanlar öz bakım, öz yeterlilik, öz etkililik, özerklik konusunda abartılı bir biçimde cesaretlendirilir, aileye özel bir vurgu yapılarak, çok sayıda profesyonel hizmet, büyük oranda aileye ve ailedeki kadınlara -informel bakım vericiler- devredilmektedir. O nedenle bu, BK'da "öz-yönelimli model" olarak da adlandırılmaktadır (Bjornsdottir, 2009; Hanson, 2015). 'Toplum temelli' ESSDH'nin diğer bir argümanı ise 'seçim özgürlüğü'dür. Oysa daha sonraki uygulamalarda 'seçim özgürlüğü'nün gerçekte kamusal nitelikteki evde bakım

hizmetlerinin özerkleştirme ve/veya özelleştirme olduğu açık olarak görülmüştür (**Fersch, 2011**). Bu yüzden, 1980'li yılların ortalarından itibaren ESSDH ile ilgili tartışmaların merkezinde, kurum yöneticilerini maliyet-etkililik hesaplamaları, hizmeti kimlerin alacağı/almayacağı, harcamaların nasıl kısıtlanacağı, hizmet paketinin nasıl daraltılacağı, kişilerin ne kadar daha fazla prim ödeyeceği, kamunun payının nasıl azaltılacağı gibi konular olmuştur (**Schwiter, 2015; Yeoh, 2010**).

ESSDH'nin yeniden gündeme gelmesinde, bir başka ifadeyle piyasaya ve ticarete doğrudan entegre edilmesinde beş faktör etkili olmuştur. Bunlar;

1. Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi/özelleştirilmesi ve uluslararası ticaret zincirinin bir parçası olması.
2. Yerel yönetimlerdeki kamusal hizmetlerin taşeronlaşması.
3. Kamu bakım kurumlarının kapatılması, kapasitelerinin küçültülmesi ve sayılarının azaltılması.
4. Özel ESSDH kurum sayısının artışı.
5. Aile hekimliği modeliyle ev ziyaretleriyle sürdürülen sağlıklı koruyucu ve önleyici hizmetlerin azalması ya da ortadan kalkması.

Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi/özelleştirilmesi ve uluslararası ticaret zincirinin bir parçası olması. Yaklaşık olarak 1980'li yılların başından itibaren kapitalist ülkelerde kamu hastaneleri de sermaye sınıfı açısından kâr getirici bir sektör olarak görüldüğünden, özerkleştirme ve/veya özelleştirme uygulamalarıyla karşı karşıya kalmıştır. Kamu hastaneleri böyle bir süreçte sadece özelleştirilmemiş, aynı zamanda, uluslararası ticarete de eklenmiştir (**Holden, 2005; Özkan, 2009**). Rekabetçi hastaneler OECD ülkelerinde geleceğin vizyonuna sahip hastaneler olarak tanımlanarak, 'yeni kamu yönetimi reformları', global bütçe uygulamaları, vaka-tabanlı ödeme sistemi gibi maliyet-etkili hizmet sunmuştur. Bu benzeri uygulamalarla hastaneler birbiriyle sert bir rekabet içine girmiştir. Çoğu ülkede büyük sermaye yatırımı olan özel hastanelerle rekabet edemeyen kamu hastaneleri kapatılmış, yatakları azaltılmış, mevcut yataklar özel yataklara dönüştürülmüş, kamu hastaneleriyle özel sektör desteklenmiştir. Örneğin, Japonya'da 1993 yılında bununla ilgili reformlarla hastaneler böyle bir süreç içine girmiştir (**Glendinning, 2012; Schwiter, 2015**). İsveç'te

hastanede sosyal yatak olarak kabul edilen yataklar 1980-1999 yılları arasında %70, Kanada'da 1991-1992 ile 1996-1997 yılları arasında %30 azaltılmıştır (**Thomé, 2003; Penning, 2006**). Bu sonuç, ESSDH ihtiyacını artıran faktörlerden birisidir. Çünkü, özelleştirilen kamu hastanelerinde doğrudan hastanelerde yürütülen profesyonel tıbbi, hemşirelik, farmasötik bakım, rehabilitasyon vb. hizmetler kısa bir süre verildikten sonra, erken taburculuk ile hastane dışına çıkarıldığından, bu hizmetler sağlık piyasasında özel sektör açısından potansiyel bir sermaye alanına dönüşmüştür. Öte yandan, hastanede yatış süresince alınması gereken bazı bakım, tedavi, rehabilitasyon ve destek hizmetlerinin alınmadığı ya da bunlar sigorta kapsamı dışına çıkarıldığı için kişiler bu hizmetler için ek bir ödeme yapmak durumunda kalmıştır. Örneğin, ABD'de hastane içinde reçetelenen ilaçlar, hemşirelik bakımı, rehabilitasyon ve laboratuvar hizmetleri sigorta kapsamında iken, bu hizmetler hastane dışına taşındığında, sigorta kapsamı dışında kalmaktadır (**Randall, 2006; Woodward, 2004**).

Hastanelerin özelleştirilmesiyle kamu hastanelerinden hizmet alan işçi sınıfı ve halklar, ya cepten ödeme yapmak ya özel sektöre yönlendirilmek durumunda kalmıştır. Ayrıca, hizmetin pahalılaşması, sağlık finansmanındaki yapısal değişimler nedeniyle, hastaneden hizmet almada kişilerin cepten ödemesi, prim oranlarında artış, prim bedelinin yükseltilmesi, sigortalı payı, teminat tavanı, hizmetin sigorta güvence paketi kapsamında bırakılması, teminat paketi kapsamının daraltılması, katkı paylarının artması, ön ödeme ve ekstra faturalama gibi maliyet paylaşımı uygulamalarıyla bunları ödeyemeyecek büyük bir kitle ortaya çıkmıştır. Örneğin, İskandinav ülkelerinde bir hastanın bir günlük hastanede yatışı için ödemek zorunda olduğu katkı payı altı İngiliz sterlinidir (**Holden, 2005; Özkan, 2009**). Böyle bir durum, sağlık hizmeti için ödeme yapamayacak ve/veya özellikle hastanede uzun süre kalmasını gerektirecek hastalıkları sahip hastalar açısından büyük bir sorun oluşturmuştur. Bu sonuç, ESSDH ihtiyacını artıran diğer faktörlerden birisidir (**Schwiter, 2015**).

ESSDH ihtiyacını artıran bir diğer faktör ise işletmeye dönüşmüş olan hastanenin hastalar tarafından sıklıkla uzun süreli bakım için kullanılması ve bu nedenle mevcut yatış süresinin uzun süreli olması bunun da ek maliyete yol açtığı iddiasıdır. Hatta bu nedenle kullanılan yataklar "sosyal neden ile kullanılan yataklar" olarak kabul edilmiştir. Çünkü kurumdan işletmeye dönüşmüş hastanelerin

rekabet edebilmesi ve sermaye birikimini sağlayabilmesi için daha fazla sayıda hastaya hizmet sunması, hızlı bir hasta akış hızı ile mümkündür. Hastanede yürütülen bakım, rehabilitasyon, tedavi vb. bazı hizmetlerin kısa bir zaman ile sınırlandırılarak, 'artan harcama'lardan tasarruf yapılması amacıyla, "hastaneden erken taburculuk" çözüm olarak görülmüştür. Bu nedenle, hastaneler akut hizmet kullanım kurumu olarak kabul edilmiştir. Merkez kapitalist ülkelerin bazılarında 1960'lı yıllarda gündeme gelen, dolayısıyla yeni olmayan bu çözüm biçimi olan "erken taburculuk" hastanelerdeki yeni yönetim modeliyle daha da desteklenmiştir. İlk olarak 1980'li yılların başında, ABD, İngiltere, 1990 yılında Kanada, daha sonra sırasıyla tüm kapitalist ülkelerde agresif bir biçimde uygulanmaya başlamıştır (Randall, 2006; Woodward, 2004; Bjornsdottir, 2009; Glendinning, 2012). Ayrıca, ABD'de 1982 yılında kamu hastanelerinde kalış sürelerini azaltan ödeme planı uygulamaya koyularak, 1983 yılından itibaren hastane hizmetlerinde maliyet etkililik çalışmaları, kişisel sağlık harcamalarının azaltılması üzerinde daha fazla durulmuş, hastanedeki uzun süreli bakım terk edilmiş, erken taburculuk uygulanarak hasta bakımı eve yöneltilmiştir. Uygulamanın ilk yılında 21 milyon bakım günü hastaneden eve transfer edilmiş, erken taburculuk %65 düzeyinde artmıştır (Özkan, 2000). Bununla beraber, ülkemizde de dâhil olmak üzere, bu yıllarda özellikle hemşirelik alanında hastaların hastaneden erken taburcu edilmesinin olumlu yanının ön kabulüyle, bilimsel araştırma ve mezuniyet sonrası tez sayısında artış olmuştur. Ne yazık ki, gerek hâkim literatürdeki araştırma sonuçları, gerekse siyasetçiler ve bazı bilim insanları özellikle 1980-1999 yılları arasında evde yürütülen bakım vb. hizmetlerinin hastaneden daha ucuz olduğunu iddia ederek, piyasalaşma sürecini dolaylı olarak desteklemiştir. Oysa bu iddiadaki, hesaplamalar çoğunlukla hastanın hastanede yattığı gün sayısına dayanmakta, evde hizmet alınırken aile üyelerinin cepten harcamaları, aile üyelerinin bakıma ücretsiz emek olarak katılımı, sağlık çalışanlarının ücretlendirilmeyen emeği, kişilerin sağlık sorunları nedeniyle tekrar sağlık kurumuna başvurması nedeniyle yaptığı harcamalar ile diğer sabit ve yinelenen harcamalar dikkate alınmamıştır. Nitekim bazı araştırma sonuçları erken taburculuk nedeniyle kısa bir süre içinde kişilerin tekrar hastaneye başvurmak durumunda olduğunu göstermiştir (Özkan, 2000). Ayrıca, kişilerin özellikle yoksulluğa bağlı olumsuz ev koşulları dikkate alınmamış, ailedeki kadına yüklenen bakım sorumluluğu nedeniyle, kadının cinsiyetine dayalı rolü de

desteklenmiştir (Barken, 2015; Özkan, 2009; Randall, 2006; Bjornsdottir, 2009).

Hastanede uzun süreli bakıma ve tedaviye gereksinim duyanların önemli bir bölümü tam ya da yarı bağımlı olan yaşlılar, psikiyatrik hastalığı olan vb. hastalardır. Bu hastalar emek yoğun bir bakım ve tedavi ihtiyacı olduğundan, bir hemşirenin ya da diğer sağlık çalışanının zamanının çok büyük bir bölümü sadece bu hastalara hizmet sunmakla geçmektedir. Dolayısıyla, bu hizmetlerin yerine teknolojiyi koymak mümkün değildir. Piyasalaşmanın ve ticarileşmenin doğrudan bir parçası olan hastaneler için böyle bir emek yoğun hizmet, hızlı bir sermaye birikimi önünde engeldir. Bu durum, hastanede uzun süreli yatmayı gerektiren sağlık sorunları için ise sermaye sınıfı açısından kabul edilemez bir durumdur (Randall, 2006; Coleman, 1995; Özkan, 2009; Bjornsdottir, 2009). Görüldüğü gibi, "hastaneden erken taburculuk" çözümü piyasanın aktörleri açısından sadece bir araçtır.

Kamu hastanelerinin piyasaya entegrasyonunda özelleştirilmesi yanında, sağlık harcamalarının azaltılması argümanı ile özerkleştirilmesi -yarı piyasalaşması- diğer bir araçtır. 'Yeni Kamu Yönetim' modeliyle açık olarak desteklenen özerkleştirme, taşeronlaşma ya da kamunun dışarıdan (özel sektörden) hizmet satın alması başka bir ifadeyle, hizmeti devreden hastanenin asıl işveren, alanların ise alt işveren olmasıdır. Sağlık hizmetlerinde taşeronlaşma, ilk olarak Avrupa ülkelerinde, daha sonra Japonya olmak üzere diğer ülkelerde de hızla yayılan bir uygulama olmuştur. Hastanede uzmanlık gerektiren ve yardımcı kabul edilen bazı hizmetler alt işverene devredilmiştir. Böyle olunca, daha önceden hastane temelli yürütülen evde bakım hizmetleri de yapısal olarak değişmeye başlamıştır (Glendinning, 2012; Bjornsdottir, 2009; Fersch, 2011; Nyssens, 2012). Bu da ESSDH gereksinimini artıran bir diğer faktördür.

Yerel yönetimlerdeki kamusal hizmetlerin taşeronlaşması. Çoğu Avrupa ülkesinde 1990'lı yıllara kadar, yerel yönetimler tarafından sunulan ESSDH kapsamlı, ulaşılabilir, parasız ya da Finlandiya'da olduğu gibi, hizmet alanların az miktarda ödeme yaptığı hizmetlerdir. Ancak, neoliberal ekonomik politikalar kapsamında 1990 yılından itibaren başta ESSDH olmak üzere, tüm kamusal nitelikteki hizmetler taşeronlaşmaya başlamıştır. Farklı ülkelerde farklı uygulamalar yapan belediyelerde ortak olan, kamusal nitelikteki hizmetlerin taşeron şirketlere devredilmesi ve evde tedavi, bakım ve de destek

hizmetlerinin parçalanarak, hizmetin daha çok ayaktan tedavilere ve temizlik gibi destek ya da yardım hizmetlerine ağırlık verilmesidir. Diğer bir ortak nokta, ESSDH'nin aşırı uzmanlaşmış, kısa süreli krizlere ve ani değişen gereksinimlere yanıt veren, stabil olmayan ve belirli şirketlerin yürüttüğü hizmetler olmasıdır. Bir diğer ortak nokta ise maliyetlerin düşürülürken, hizmet kalitesinin de azalmasıdır (**Glendinning, 2012; Kröger, 2012; Fersch, 2011; Coleman, 1995**).

Belediyelerde taşeronlaşmanın geç başladığı ülkelerden birisi olan Danimarka'da yaşlı bakımının temel sorumlusu olan 98 belediyeden bazıları isteksiz de olsa 2003 yılından itibaren kişilere 'seçim özgürlüğü' sloganıyla yaşlı bakım hizmetlerini özel sektörden satın almaya başlamıştır (**Fersch, 2011**). İngiltere'deki ESSDH'nin piyasalaşması öncelikle yerel yönetimdeki hizmetlerin özel kurumlara transfer edilmesi, daha sonra bireysel cepten ödeme ile satın alınması şeklinde olmuştur. İngiltere'de yerel yönetimler tarafından finanse edilen hizmetler büyük oranda kişisel bakım hizmetleri olduğundan, ev işleri için kişiler cepten ödeme yapmak zorundadır. Bu ülkede, 1992 yılına kadar kamu ile finanse edilen ESSDH'nin %98'i yerel yönetimler tarafından kamusal finansmanla sürdürülürken, 2005 yılında bu hizmetlerin %73'ü özel kurumlar tarafından satın alınan hizmetlere dönüşmüştür. İngiltere'de belediyelerle ilgili ikinci reform, 2005 yılında olup, bireysel bütçeleme programıyla doğrudan ödeme ya da bireysel ödemeye geçilmiştir (**Glendinning, 2012**). Belçika'da ev temizliği gibi işler, taşeron şirketlerle verilmektedir (**Nyssens, 2012**). Büyük Britanya'da 1990, İsveç'te 1992 yılında belediyeler hafta sonları da dâhil olmak üzere, 24 saat ev temizliği ile ev destek hizmetlerini özel sektörden satın alırken, evde hemşirelik bakımını 2000'li yıllara kadar parasız sunmuştur. Danimarka'da belediyeler tarafından sunulan en yaygın hizmet temizlik hizmetleridir (**Fersch, 2011**). Finlandiya'da çok az sayıda belediyeye kâr amacı gütmeyen kurumlardan hizmet satın almakta olup, aynı yıllarda kişisel bakım ve destek gibi, evde yardımcı hizmetlerin tümü belediyelerin sözleşme yaptığı taşeron şirketlere devredilmiş, olumsuz etkileri ise 1995 yılından itibaren açık olarak görülmeye başlanmıştır. Bu ülkede 2004 yılındaki bir yasaya göre, evde yürütülecek sınırlı hizmet için belediyelerin verdiği kuponu alabilen kişiler ESSDH için anlaşma yapılan taşeron şirketlerden hizmet almaya başlamıştır. Kısa bir süre sonra, belediyeler, ağır bakım gereksinimi olmayanlardan ve yeterli ödeme kaynaklarına sahip olanlardan kupon kapsamındaki hizmetleri daraltarak, yaşlılara

öncelik tanıyacağını ve nitelikli hizmet sunacağını iddia etmiş; ancak başarılı olamamıştır. Böyle olunca, 2006 yılına gelindiğinde 70-74 yaş grubundaki yaşlıların üçte biri yeterli yardım ve destek, 2009 yılında evde bakım hizmeti alanların yarısı yeterli düzeyde yardım alamadığından, 2004-2009 yılları arasında memnuniyetsizlik ikiye katlanmıştır (**Kröger, 2012**). İngiltere'de 1990'lı yılların sonundan itibaren belediyeler, hem kamu hem de yerel yönetimler tarafından sunulan ESSDH'nin kapsamını ve düzeyini azaltmıştır. Örneğin, yerel yönetimler tarafından öncelikle ESSDH gereksinimi olan kişiler Belçika, Hollanda ve İsveç'te olduğu gibi, belirli kriterlere göre belirlenmekte, eğer kişiler bu kriterler kapsamında ise ESSDH gereksinimi açısından düşük, orta, önemli ve kritik düzey olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır. Yerel yönetimler bu uygulamayla önceliği önemli ve kritik düzeye olan kişilere verdiğinden, diğerleri tümüyle göz ardı edilmiş, ilerleyen zamanlarda da kritik düzeyde olanlara dâhi ulaşılamamıştır. Nitekim, 2006-2007 yılında 6.000'den fazla yaşlı yüksek düzeyde desteğe, 275.000 kişi orta düzey evde bakıma ihtiyaç duyarken, hizmetin taşeronlaşması nedeniyle bu hizmeti alamamıştır. Nitekim 1992 yılında yerel yönetim tarafından finanse edilen evde bakım hizmeti 500 bin kişiye hizmet sunarken, bu sayı on üç yıl sonra 354 bine düşmüştür (**Glendinning, 2012; Fersch, 2011**).

Kamu bakım kurumlarının kapatılması, kapasitelerinin küçültülmesi ve sayılarının azaltılması. Daha önceden de belirtildiği gibi, neoliberal ekonomik politikalarla hangi kamu kurumu olursa olsun ya kapatılmış ya küçültülmüş ya da sayıları azaltılmıştır. Çünkü özel sektör için bu hizmetlerin hem talep edilecek olması hem de bunu alacak nüfusun fazla olması gibi nedenlerle kârlı bir alan olarak görülmüştür. ABD Başkanı R. Reagan'ın kamudaki bakımevi, huzurevi gibi kurumlarda kalanlar için "Sokağa atmayalım da besleyelim mi?" ifadesiyle, tüm kapitalist ülkelerde kurumsal bakımın uygun ve nitelikli olmadığı, bakım evlerinde kalanların günlük yaşam aktivitelerinde ve tedavilerinde kontrollerinin giderek azaldığı, aile ve sosyal ilişkilerinin bozulduğu, ölüm ve yaralanmaların giderek verdiğinden, kötü sanitasyon koşullarına sahip olduğu, çalışan sayısının yetersizliği gerekçe gösterilerek, ya kapatılmış ya küçültülmüş ya da sayıları azaltılarak, toplum, özel sektöre yönlendirilmiştir (**Özkan, 2000**). Rekabet gücü yüksek olan zincir özel evde ESSDH kurumlarının artışı ile fiyatlar artmış, buna dayanamayan kamu bakım kurumları kapanmıştır (**Fersch, 2011**). Bunun sonucunda, Finlandiya'da yeterli erişim ve kalite sorunları nedeniyle,

bakım hizmetlerinin yürütüldüğü kurumlara güven azalmıştır (**Kröger, 2012**). İsviçre’de eskiden sağlık sigortası kapsamında olan bakımevi, huzurevi gibi kurumlar, ücretlerini yükseltmiştir (**Schwiter, 2015**). Danimarka’da 1985-1997 yılları arasında bakımevlerinin yatakları %30 azalmıştır (**Stuart, 2001**). ABD’de 1960’lı yıllarda Medicare ve Medicaid tarafından desteklenen bakım evleri küçük bir ev sanayi iken, 1976 yılında üç ana zincirin kontrol ettiği özel bakım evlerine, 1980 yılında ise büyük şirketlere dönüşmüş olan bakım evlerinin üçte ikisi yatırım mülkiyetlidir. Aynı yıl tüm kurumların %81’i, yatakların %69’u kâr amacı güden kurumlara aitken, kâr amacı gütmeyen kurumların yatak oranıtısı %25.8’den %22.7’ye düşmüştür (**Harrington, 1984; Hawes, 1986**).

Özel evde bakım kurum sayısının artışı. Yukarıda da belirtildiği gibi, bir yandan kamu hastanelerinin, öte yandan bakım kurumlarının piyasaya entegre edilmesi, bu yapılırken kurum temelli bakımın değersizleştirilmesi ve yerine ‘toplum temelli’ bakım anlayışının ortaya koyulmasıyla, ESSDH ile ilgili ortaya çıkan yeni talep, özel sektör tarafından karşılanmaya başlanmıştır. Çünkü ESSDH hastanedeki hizmetlere göre daha emek yoğun bir sektördür, daha az bir sermaye gerektirir ve bu nedenle, sermaye sınıfı açısından iyi bir yatırım kaynağıdır. Son araştırmalar, çoğu ülkede evde bakım hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulduğunu, bu özel sektörün de giderek büyük zincirli şirketlere dönüştüğünü göstermektedir. BK ve İngiltere’de sağlık reformlarıyla beraber, ilk olarak özel evde bakım kurumları cesaretlendirilmiştir (**Özkan, 2009; Randall, 2006; Glendinning, 2012; Schwiter, 2015; Bjornsdottir, 2009**). Hollanda, bakımevi ve yaşlı evi olan en eski ülke olup, 1990’lı yıllara kadar kâr amacı gütmeyen kurumlar tarafından yürütülürken, bugün bu kurumlar büyük oranda özel sektör tarafından sunulmaktadır (**Coleman, 1995**). Japonya’da uzun süreli hastalıkların evde bakımı ile ilgili 2000 yılında başlatılan uzun süreli bakım sigortası uygulamasıyla, ESSDH özelleştirilmiş, 2006 yılında bu sigortayla ilgili reformlarla ise hizmet tümüyle özel şirketlere devredilmiştir (**Glendinning, 2012**). Örneğin, bu ülkede 2001 yılında halen kâr getiren evde bakım kurumların payı %46.5 iken, 2006 yılında %53’e yükselirken, kâr getirmeyen kurumların payı ise %74’ten %46.5’e düşmüştür (**Broadbent, 2013**). Finlandiya’da 1990’lı yıllardan itibaren kâr amacı güden özel kurumlar hızlı büyüdüğünden, 2004 yılında evde bakım kurumlarının dörtte biri özel kurumlardır ve bu sayı kâr amacı gütmeyen kurumlardan daha fazladır (**Kröger, 2012**). ABD’de

1975 yılında özel mülkiyete ait Medicare sertifikalı özel evde bakım kurumu sayısı 47 iken, on yıl sonra 1943, yirmi yıl sonra ise 3820 olmuştur. Kâr amacı güden özel kurum sayısı ise 1967 yılında 939 iken, 1985 yılında 1205, on yıl sonra 1161 olmuştur. Bu kurumların pek çoğu da büyük zincirli kuruluşlardır (**Özkan, 2000; Harrington, 1984**). İngiltere’de kâr amaçlı evde bakım kurumlarının payı 1997 yılında %88.6 iken, 2001 yılında ise üçte ikisi büyük şirkete dönüşmüştür (**Nyssens, 2012**). Kanada’da 1990’lı yıllara kadar kâr getiren ve getirmeyen kurumlar tarafından verilmesine karşın, bu tarihten itibaren kâr getiren kurumların sayısı hızla artmaya başlamıştır (**Denton, 2002**).

Özetle, ESSDH’nin özel sektörün mülkiyetinde olması, sınırlı ölçüde var olan kamu da ise piyasanın denetiminde olması hizmeti pahalılaştırmakta, maliyeti düşürme hedefiyle niteliği azaltmakta ve daha çok otelcilik hizmetlerine yönelmektedir. Ayrıca, ödeme güclüğü olan, özel sigorta yaptıramayan, yaptırma bile hizmet paketini son derece sınırlı tutan büyük yığınlar olacaktır ve onların da böyle bir hizmete ulaşması önünde önemli bir engeldir (**Özkan, 2009; Coleman, 1995, Stuart, 2001; Randall, 2006**).

II.d. 2000’li yıllardan günümüze ESSDH: Tele evde sağlık hizmetleri

‘Toplum temelli’ bakım ile yürütülen ESSDH, 1990’lı yılların sonundan itibaren kamu sigorta kurumlarının ve özel kurumların baskısıyla tekrar sağlık alanının önemli bir gündem maddesi olmuştur. Çünkü 1990’lı yıllarda özel sektörün kârını maksimize edemeye başlaması, kamu finans kurumlarının özel sektörü desteklemesinin bir sonucu olarak sağlık harcamalarının artması ve bunun için kaynakların etkin kullanımı talebi, sağlık reformlarının iddia edilen tersine sağlıkta eşitsizlikleri artırması ve bunun sonuçlarının bilimsel olarak görülmesi gibi nedenler, ESSDH’nin yeniden yapılanmasına yol açmıştır. Ayrıca kapitalizmin devam eden krizi ve ondan çıkabilmek, yatırımcıların yeniden güvenini kazanmak ve büyümenin önünü açabilmek için küresel düzeyde “istikrar”ı sağlamak için mali önlemlerin ve kamu harcamalarını kısıtlanması gibi popüler olmayan politik önlemlerin önerilmesi de ESSDH’nin yeniden şekillenmesini gerekli kılan bir diğer faktör olmuştur (**Schwiter, 2015**). Bunlara karşın, bu defa, yine temel neden adeta gizlenerek, yaşam beklentisinin yükselmesi, nüfusun artması, fonların yetersizliği ücra ve kırsal bölgelerde yaşayanlara evde bakım hizmetinin ulaştırılması, 24 saat hizmet sunma, kişilerde öz bakımın geliştirilmesi, eve dayalı bakımın

kalitesinin yükseltilmesi, sağlık çalışanı ve hasta arasındaki iletişimin kolaylaştırılması, özellikle hemşire sayısının yetersizliğine çözüm bulunması, hasta/kişi memnuniyetinin yükseltilmesi, maliyet etkililik gibi yüzeyel gerekçelerle 'toplum temelli' ESSDH yerine, tele, online ya da e-evde sağlık hizmeti önerilmiştir (**Demiris, 2006; Komet, 2001**). Hatta bu yüzeyel gerekçelerin sadece maliyet-etkililik değil, aynı zamanda nitelik kaygıları da taşıdığı iddia edilmiştir. Oysa, daha sonradan tele evde sağlık hizmeti uygulamalarına bakıldığında gerçeğin öyle olmadığı, çünkü, tele evde sağlık hizmetlerinin sadece zaman yönetimi, verimlilik yanında, standart dışı istihdam, fonksiyonel esneklik gibi sağlık çalışanı yönetimi uygulamalarını da merkezine aldığı görülmektedir (**Demiris, 2006; Komet, 2001; Metzger, 2012**).

Yukarıda ifade edilen gerekçeler çerçevesinde ilk olarak tele evde sağlık hizmeti ve onunla ilgili kavramlar tanımlanmıştır. *Tele evde sağlık*; kişinin evi ile bir istasyonda bulunan teknoloji arasında entegrasyon oluşturularak, kişi ile sağlık çalışanı arasında bakım, tedavi, izlem, sağlık eğitimi vb. sağlık hizmetlerinin düzenli telefon bağlantısı, video vb. informatik sistemlerle görsel ve/veya işitsel düzeyde iletişim kurularak yerine getirilen hizmettir. *İnteraktif evde tele sağlık*; yine kişinin evi ile bir istasyonda bulunan teknoloji arasında entegrasyon oluşturularak, değerlendirme, eğitim, veri toplama gibi hizmetlerin kişi ile sağlık çalışanı arasında iki yönlü iletişim ile interaktif olarak sürdürülerek sunulan hizmettir (**Demiris, 2006; Chetney 2003; Radhakrishnan, 2016**). *Tele evde izlem (evde uzaktan izlem)* ise kablo-suz teknoloji kullanılarak, hastanın lâboratuvar bulguları gibi klinik verilerinin toplanması ve onların başka merkezlere iletilmesinden oluşan hizmettir. Tele evde izlem evde sağlık hizmetleri kapsamında sık kullanılan bir biçim değildir. *Evde öz izlem*; kişilerin kendi evinde sağlık durumunu (ateş, nabız, kan basıncı vb.) daha önceden verilen eğitim çerçevesinde, kendi kendine ölçmesidir. *Tele evde hastanın cesaretlendirilmesi* ise; bir sağlık kurumunda ya da evde video konferans ile interaktif bir biçimde, sağlık çalışanının hastayı/kişiyi tedavi ve bakım planlarını uygulaması konularında cesaretlendirmesidir (**Chetney, 2003**).

Tanımların ardından, 1990'lı yılların sonundan itibaren bilimsel çalışmalarla da tele evde sağlık hizmetlerin gerekliliği ortaya koyulmuştur. Ne yazık ki, bilimsel araştırmaların merkezin de daha önceden iddia edilen nitelik kaygıları değil, daha çok maliyet-etkililik, zaman yönetimi gibi konular olmuştur. İlk çalışmada, 1996-1997 yılında yarı deneysel

olarak, tele evde sağlık hizmetinin maliyet etkililiği ve potansiyel sağlık bakım kalitesi üzerine etkisi incelenmiş, deney grubunda hastaların tedaviye uyumunun, memnuniyetinin ve öz yeterliliğinin yüksek olduğu bulunmuştur (**Komet, 2001**). Bir çalışmada, ABD'deki iki kamu sigortasının 1989-2004 yılları arasında evde bakım harcamalarının 3.3 milyar dolardan 14.7, 2015 yılında ise 97.7 milyar dolara yükseldiği (**Howard, 2010; Metzger, 2012**), diğer çalışmada maliyetin tele evde sağlık hizmetiyle %50'den %30'a düştüğü saptanmıştır (**Komet, 2001**). Diğer bir çalışmada, ortalama eve gidilerek yapılan bir evde sağlık hizmeti maliyetinin yaklaşık 90 dolar iken, bu hizmet tele evde sağlık hizmeti olarak verilirse maliyetin 20-30 dolara düştüğü; bir hemşirenin günde 5-6 hastaya hizmet verirken, tele hemşirelik bakımıyla 15-25 hastaya bakım verebileceği belirlenmiştir (**Wheeler, 1998**). Başka bir çalışmada, tele evde hemşirelik bakımıyla 2.5 günde 20 hastaya bakım verildiği, yöneticinin ise 40 hastayı denetleyebildiği gösterilmiştir (**Komet, 2001**). ABD'deki 14 evde sağlık bakım kurumunda sunulan tele izlem hizmetini değerlendiren deneysel bir çalışmada ise hasta memnuniyetinin yüksek olduğu ortaya koyulmuştur (**Grant, 2015**). Bu ve benzeri araştırma sonuçlarına karşın, klinik alanlarda dâhi 1960'lı yıllarda başlayan tele tıp hizmetlerinin etkin olduğunu gösteren daha fazla sayıda kanıtı ihtiyaç olduğu ileri sürülmektedir. Bu ihtiyaç, 1990'lı yılların sonunda gündeme gelip, 2000 yılının başında başlayan tele evde sağlık hizmetleri için daha fazla söz konusudur.

Tele evde sağlık hizmeti uygulamalarıyla hizmetin sadece kapsamı ya da mekânsal dönüşümü gibi biçimi değil, aynı zamanda yapısı da değişmiştir. Örneğin, 1980-2000'li yıllarda evde sağlık, sosyal ve destek hizmetleri eş zamanlı sürdürülmeye çalışılırken, tele hizmet ile sağlık, sosyal ve destek hizmetler birbirinden ayrılmış; ilki teknolojiye dayalı, ikincisi ve üçüncüsü ev ziyareti ile devam etmiştir. Böylesi teknolojilerin eve girişiyle etik sorunlar artmaya başlamıştır (**Demiris, 2006**). Bu iletişim teknolojilerinin kullanımıyla, çalışanların yöneticiler ve hizmet verdiği kişilerle iletişimi azalmış ve/veya bozulmuştur. Çalışanların iş yükü daha da artmıştır (**Denton, 2002**). Bu ve benzeri nedenlerle olsa gerek, yürütülen bazı çalışmalarda kişilerin halen kurum temelli ESSDH'yi daha fazla tercih ettiği görülmüştür (**Komet, 2001**).

Dünyada 1960'lı yıllarda başlayan tele tıp uygulamaları 1970'li yıllarda iletişim ve özellikle taşınabilir izleme teknoloji alanındaki ilerlemeler ve internetin

hızla yayılmasıyla, 2000'li yılların başında öncelikle tele, daha sonra online ya da e-evde sağlık hizmetleri uygulamasıyla başlayan evde sağlık hizmetleri giderek büyüyen bir sektör olmuştur (**Demiris, 2006; Metzger, 2012**). Bugün gelinen noktada sağlık reformlarının çekirdeği olarak kabul edilen tele evde sağlık hizmetleri, ABD, Kanada, Avustralya, İngiltere ve Almanya Batı Avrupa'da en yaygın hizmetlerden birisi olup; Almanya da birinci, Fransa'da ise ikinci sıradadır. Öyle ki, Batı Avrupa ve Kanada'da tele evde sağlık hizmetlerinden elde edilen gelir 2006 yılında 70 milyon dolar iken, 2011 yılında 225 milyon dolara yükselerek, yıllık büyüme hızı %26'ya ulaşmıştır. Avrupa'da tele evde sağlık piyasasının 2017 yılında 57.2 milyar dolara, ABD'de ise 2018 yılında tele evde sağlık hizmetlerinden elde edilen gelirin 12.6 milyar dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir (**Markets and Markets, 2016; Park Associates, 2016; Radhakrishnan, 2016**). Açık olarak görüldüğü gibi, tele, online, evde sağlık hizmetleri de şimdilik sermaye birikimine önemli bir girdi sağlarken, aşağıda da görüleceği gibi, gerek hizmeti alanlar, gerekse evdeki sağlık, sosyal ve destek işçileri açısından olumsuz sonuçlara sahiptir.

Hemşireler, tele evde sağlık hizmetlerinin en önemli sağlık çalışanı olarak görülmekte ve buna en kısa sürede uyum sağlayan ilk meslek grubu olduğu iddia edilmektedir (**Wootton, 2006**). Nitekim, bir etnografik çalışmada, hemşireler, 'toplum temelli' ESSDH ile ilgili maliyet-etkililik stratejilerine bağlı köklü değişimler deneyimledikleri halde, bunları gizlemek durumunda hissettiklerini ve kendilerinin de bu uygulamaların bir parçası olmaktan başka bir çözümlerinin olmadığını belirtmişlerdir (**Bjornsdottir, 2009**). Bu durum düşündürücü ve analize ihtiyaç duyan bir veridir.

III. 1980 yılı sonrasında günümüze ESSDH'nin etkileri

III.a. Toplum üzerine bazı etkileri

ESSDH'nin 1980 yılından günümüze mevcut uygulamalarının toplum üzerine etkileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hizmete ulaşımındaki eşitsizliklerin ve cepten ödemelerin artması, hizmet kapsamının daraltılması, hizmetin sürekliliğinin, ev ziyareti sayısının ve evde bakım süresinin azalması, formal evde bakım ile informal evde bakımın yer değiştirmesi ve ona bağlı olarak, ailedeki kadınlara profesyonel düzeydeki ESSDH sorumluluklarının verilmesi, hizmeti alanlar ile hizmeti verenler arasında güvensizliğin gelişmesi bunlardan bazılarıdır. Örneklandırmek gerekirse; ABD'de 1977 yılında bakımevlerinden

alınan evde bakım için 8645 dolar cepten ödeme yapılırken, bu 2004 yılında 60.249 dolara ulaşmış, bir başka ifadeyle %7.5 artış göstermiştir. Aynı ülkede 2005 yılında kamu sigortası kapsamında olmayanların cepten ödemeleri toplam evde bakım harcamalarının yaklaşık yarısını oluşturmuştur (**Stewart, 2009**). İngiltere'de evde kişisel bakım, ev temizliği gibi hizmetler için yaşlı nüfusun %4'ü için cepten ödeme yapmıştır (**Glendinning, 2012**). İsviçre'de evde yaşlı bakımın maliyeti artık tümüyle cepten ödeme ve özel sigorta kapsamındadır. Evde uzun süreli bakım alanlar harcamalarının %60'ını cepten yapmaktadır (**Schwiter, 2015**). Finlandiya'da ise özel evde bakım kullananların %60'ı yılda 3000 euro üzerinde cepten ödemektedir. Yine bu ülkede, 2011 yılında tek başına yaşayan ve ayda 1500 euro geliri olan yaşlı, her gün yapılan bir ziyaret için cepten 343 euro ödemiştir (**Kröger, 2012**).

Kamuda ve özelde belirli hizmetler yanında, belirli yaş grupları ve ESSDH'nin bazı gereksinim düzeyleri sigorta kapsamı dışında bırakılmaktadır. Bu kapsam dışılık 1990 yılından günümüze artarak devam etmektedir. Örneğin, Finlandiya'da ESSDH'nin özel sektöre devredilmesinden sonraki on yıllık sürede kapsam %50 azalmış, 75-84 yaş grubu tümüyle kapsam dışı bırakılmıştır (**Penning, 2006; Kröger, 2012**). ABD'de 1993 yılında Medicare harcamalarını kısıtlamak amacıyla, ESSDH kapsamı azaltılarak, hizmetten yararlanabilmek için hem 65 yaş üstü sınırlaması hem de belirli sağlık koşulları getirilmiştir. Buna göre, uzun süredir kronik hasta olup, yardımcıya ya da refakatçiye, terminal dönemde ağrı kontrolüne ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyanlar, hareket kısıtlılığı olan ya da günlük faaliyette yardıma gereksinimi olup, sınırlı ölçüde de olsa iş terapisine ve nitelikli hemşirelik bakımına ihtiyacı olan yaşlılar, sürekli yara bakımı gerektiren cerrahi hastaların özellikleri ödeme kapsamı içinde tutulmuştur. Ayrıca, kişiler bu kriterlere sahip olsalar bile paket kapsamındaki hizmetlerin tümü parasız değildir. Daha sonra, 1997 yılında başka bir düzenlemeyle kişilerin ödeyeceği primler artırılmış, hizmet paketi ise daha da azaltılmıştır. Hatta bu düzenleme ile 18 ayda 3000 Medicare sertifikalı "evde bakım merkezi" kapanmıştır (**Özkan, 2000**). Altı yıl sonra Medicare'den yararlanma yaşı 67'ye yükseltilmiş, her yıl yararlanma yaşı iki ay uzatılmıştır. Medicare kapsamındaki hizmetlerin %80'inin ödemesi yapılırken, diyetisyenlik, dini danışmanlık, krizde danışmanlık, yiyecek, temizlik, temel hastalıklarda ilaç temini, ilaç, gözlük, işitme cihazı vb. hizmetleri kişiler cebinden ödemektedir. Ticarileşmiş ESSDH taraftarları evde bakım için yapılan ziyaret sayısının

mevcut uygulamalarla arttığını iddia etse de cepten ödemelerin yükselmesi ve kapsamının daraltılmasıyla, evde bakım için kişilere ayrılan süre giderek azalmıştır. Örneğin, Finlandiya’da 2007-2009 yılları arasında çalışanların evde bakım için ayırdığı süre yarım saatin altına düşmüştür. ESSDH ile ilgili politikalar ve uygulamalar etik söylemden ekonomik söyleme kaymıştır. Hatta ABD’de yürütülen bir çalışmada evde bakım alan kişiler ziyaret sayısı ve sürenin uzunluğu ile ilgili sert düzenlemeler yüzünden etik bir anlayışa yabancılaştıkları saptanmıştır (**Kröger, 2012; Bjornsdottir, 2009**).

‘Toplum temelli’ bakımın argümanlarından birisi de ailenin bakıma katılımı olmuş, bu 1980 yılından sonra hızla yayılmaya başlamıştır. Oysa gerçekte bu katılım ESSDH’nin piyasaya devredilmesi sonucunda, cepten ödemelerin ya da kişi katkı paylarının artması nedeniyle, ihtiyacı olup, bunu ekonomik olarak karşılayamayanların başvurduğu ya da bu başvuruya zorlandığı bir çözüm olmuştur. Bir başka ifadeyle, hâkim mevcut sağlık politikaları ve onun aktörlerinden birisi olan başta DSÖ gibi bazı kurumlar da bunu maliyet azaltıcı gördükleri için ifade edilen çözümü desteklemiştir. Böyle bir çözüm, özünde profesyonel düzeydeki sağlık, sosyal ve destek hizmetlerinin ailelere, aslında ailedeki kadınlara devredilmesidir. Bu bakımı veren kadınlar da “informal bakım verici” ya da Kanada’da “düzensiz çalışan” olarak tanımlanmıştır. Finlandiya’da formal bakımın informal bakıma devredilmesi “entegre olan düzenli evde bakım”, bazı Kuzey Avrupa ülkelerinde “paylaşılan bakım” olarak tanımlanmıştır (**Kröger, 2012; Denton, 2015**). Ailenin idealleştirilmesi, kadınların daha şefkatli ve sevgi dolu olması gibi muhafazakâr bir bakış açısıyla kapitalist ataerkinin kadına yönelik her türlü cinsiyetçi argümanı kullanılarak, evdeki işlere ek olarak, tüm sağlık, sosyal ve destek hizmetler kadınların doğal görevi olarak inşa edilmiştir. Böylelikle, ESSDH’nin piyasaya doğrudan entegre edilmesine bağlı olarak giderek pahalılaşması, şirketlerin maliyet-etkililik uygulamaları sonucunda, profesyonel düzeydeki hizmetler, ailedeki kadınlara devredilerek, formal bakım vericilerle informal bakım vericiler yer değiştirmiştir. Özellikle profesyonel hemşirelik hizmetlerinin önemli bir bölümü bu konuda eğitimi olmayan kadınlara devredilmiştir. Bu da hemşire emeğinin bölünmesinde önemli bir sorundur. Evdeki erkekler ise bilimsel araştırmaların da ortaya koyduğu gibi, en iyi ihtimalle bu hizmetlere yardım eden kişilerdir. Kadınların esnek istihdama bağlı yarı zamanlı çalışmayla emek piyasasına girmeleri giderek artsa da “informal bakım verici” olarak görülmeleri nedeniyle, geri kalan zaman evde gereksinimi olanların

bakımını ücretsiz olarak yürütmekle geçmektedir. Japonya, yine Finlandiya örneğinde olduğu gibi, çok sayıda ülkede devlet ve bazen yerel yönetimler informal bakıcıları küçük miktardaki parasal ödemelerle adeta teşvik etmektedir. Hatta destek alanlar “informal aile bakım verici” olarak kabul edilmektedir. Bugün bu ülkede yaşlı bakımı iki kat daha fazla informal bakıcılar tarafından yapılmaktadır (**Kröger, 2012; Nyssens, 2012; Bjornsdottir, 2009; Schwiter, 2015; Coleman, 1995; Yeoh, 2010**). Bunların yanında, bakım işlevi, eğer ailelerin maddi bir sorunu yoksa, yoksul ülkelere zengin ülkelere göçmen olarak gelen kadın ev işçileri tarafından yürütülmektedir. “Küresel bakım zincirleri”ne dönüşen bu alan, özel şirketlerin önemli bir ticaret faaliyeti olmuştur. ABD, İtalya ve Yunanistan’a Güneydoğu Asya ve Filipinler’den; Endonezya’ya Tayvan’dan; İspanya, Almanya ve İsviçre’ye eski sosyalist ülkelere gelen göçmen bakım işçileri çalışmaktadır (**Schwiter, 2015**).

ESSDH’yi piyasaya açılmasıyla kurum temelli hizmetten vazgeçildiği için ona bağlı sorunları azaltmak, daha ucuz hizmet sunabilmek, maliyeti düşürmek için hem özel kurumlar hem de yerel yönetimler hafta sonları da dâhil olmak üzere 24 saatlik günlük evde bakım hizmeti vermeye başlamıştır. İsveç, İngiltere (1993), Büyük Britanya ve Finlandiya bu uygulamaya geçen ilk ülkelerdendir. İddia edilenin tersine, daha sonra bu hizmet biçiminde de önemli sorunlar ortaya çıkmıştır (**Schwiter, 2015; Glending, 2012; Coleman, 1995**).

Finlandiya’da özellikle kamu kurumları ESSDH’yi yoğun olarak kullananlara odaklandığından, 1995 yılından itibaren istatistiklere ilk kez “düzenli evde bakım” kavramı girmiştir. Sürekli hizmet kullananlar ya da haftada en az evinde bir kez bu hizmeti alan kişiler için kullanılan bu kavram, şu anda ESSDH göstergesi olarak değerlendirilmektedir (**Kröger, 2012**). ESSDH’nin düzenli alınabilmesi kişilerin aylık gelirine bağlıdır. Böyle olunca, düzenli geliri olmayanlar hizmete ulaşamadıklarından, onlar istatistiklere yansımamaktadır. Avrupa ve Kuzey Amerika’da yürütülen derleme çalışmaları, evde bakım hizmetlerinin birçok yönden azaldığını ya da bozulduğunu göstermektedir. Özellikle yaşlıların ve uzun süreli hastalığı olup, ESSDH gereksinimi olanların akut sağlık sorunu olan yaşlılara göre niteliksiz hizmet aldığı belirlenmiştir. Tüm bu sonuçlar, yukarıda sayılan faktörlerle beraber, hizmeti alanlarla hizmeti verenler arasında güven duygusunu zedelemektedir (**Bjornsdottir, 2009**).

III.b. Evde sağlık, sosyal ve destek işçileri üzerine etkileri

Evde sağlık, sosyal ve destek işçi (ESSDİ)'leri daha önceden de belirtildiği gibi, sağlık profesyonelleri (hekim, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş-uğraş terapisti, ev ekonomisi uzmanı, lisans mezunu hemşire vb.), sosyal çalışmacılar, yardımcı sağlık, sosyal ve destek çalışanları olmak üzere üç temel gruptur. Ancak meslek grupları ülkelere göre büyük farklılıklar göstermektedir. Örneğin, ABD'de bu iş kolunda çalışan 250 farklı meslek grubu bulunmaktadır (**Genet, 2012; Thomé, 2003; BLS, 2010; BLS, 2015**). ESSDH'nin 1980 yılından itibaren piyasaya entegre edilmesiyle sektörün hızla büyümeye başlaması, piyasanın sürekli değişen gereksinimlerine, dalgalanmalarına ve teknolojik değişimlerine yanıt vermesi, bu hizmete ihtiyaç duyan nüfusun artması, sağlık sorunlarının çeşitlenmesi gibi faktörlerle çalışan sayısı da hızla artmaya başlamıştır (**Broadbent, 2013; Özkan, 2016**). ABD'de 2015 yılında 1.298.940 kişi ESSDH alanında çalışmakta olup, bu sayı toplam istihdamın %0.6'sını oluşturmaktadır. Aynı ülkede istihdam 1998-2004 yılları arasında %50, 2004-2014 yılları arasında ise %69 artış göstermiştir (**Komet, 2001; BLS, 2010; BLS, 2015**). Norveç'te ise 2060 yılında istihdamın %132 büyüyeceği tahmin edilmektedir (**Andersen, 2014**).

Hangi ülkede olursa olsun, ESSDİ'nin büyük bir çoğunluğu özel sektörde ya da yerel yönetimlerin taşeron şirketlerinde çalışmaktadır ve bu iş kolundaki işçilerin neredeyse tamamı kadındır (**Glendinning, 2012; Bjornsdottir, 2009; Doniol-Shawa, 2011**). Örneğin, ABD'de kadınların payı %89'a ulaşmıştır (**NIOSH, 2010**). İlk olarak merkez kapitalist ülkelerde, daha sonra diğer kapitalist ülkelerdeki bu işçiler yine büyük oranda göçmendir (**Barken, 2015**). Örneğin, Kanada'da yürütülen bir çalışmada ev destek çalışanlarının %43'ü başka bir ülke doğumludur (**Bourgeault, 2010**).

ABD'deki ESSDİ'nin %1.47'si (19.070) sosyal çalışmacı, %13.3'ü (173.590) lisans mezunu hemşire, %59.6'sı (774.450) yardımcı sağlık, sosyal ve destek çalışanıdır. Yardımcı çalışanların da yaklaşık yarısı sağlık çalışanıdır. ABD'de bu sektördeki yardımcı çalışan sayısı 2010 yılında 1.9 milyon iken, on yıl içinde 3.5 kat büyüyerek, 3.2 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (**BLS, 2010; BLS, 2015**). ABD'deki istihdama benzer biçimde çok sayıda ülkede de ev işçilerinin yarısından fazlasını yardımcı çalışanlar oluşturmaktadır (**Denton, 2015**). Hatta bu Kanada'da %73, Finlandiya'da ise çalışanların büyük bir bölümü yardımcı hemşirelerdir

(**Denton, 2014; Kröger, 2012**). Genelde sağlık sektöründe, özelde ESSDH'lerde yardımcı çalışanlar en hızlı büyüyen meslek grubudur ve sayıları tüm çalışanlar içinde en fazladır. Diğer iş kollarında da olduğu gibi, sermaye sınıfı açısından çevre ya da ikincil bir emek-gücü olan ESSDİ'ler emek-gücü maliyetinin azaltılmasında ve işletmelerin birbiri ile rekâbet edebilmesinde çok önemli maliyet-kontrol stratejisidir. Çünkü, eğitim süreleri lisans eğitim süresine göre oldukça kısa süreli, ücreti düşük, esnek istihdam ile çalışmalarına bağlı olarak denetimi ve kontrolü yüksek, geçici ve güvencesiz, büyük bir çoğunluğu kadın ve göçmen olduğu için emek maliyetleri oldukça düşüktür. Bu da onların daha fazla sömürüye ve saldırıya maruz kalmasına yol açmaktadır (**Özkan, 2016; Broadbent, 2013**). Ek olarak, sermaye sınıfı açısından emek maliyetini düşüren diğer bir önlem, gereksinim olduğu halde, lisans mezunu emek-gücü sayısının sınırlı tutulmasıdır. Örneğin, ABD'de 1998-2008 yılları arasında ESSDİ gereksinimi %82 iken, istihdam 1998-2004 yılları arasında %50, 2004-2014 yılları arasında ise %69 artmıştır (**Komet, 2001; BLS, 2010; BLS, 2015**). Diğer bir önlem ise sayıları sınırlı olan lisans mezunu- bir başka ifadeyle nitelikli emeğin niteliksiz emek ile yer değiştirmesi- fonksiyonel esnekliktir. Fonksiyonel esneklik ile profesyonel meslek grupları içinde nitelikli olarak kabul edilen meslek grubu, ondan daha az nitelikli kabul edilen meslek grubuyla yer değiştirebilir. Örneğin, hekimin bazı görevlerinin hemşireye devredilmesi ya da göç ettiği bir ülkenin mesleki sınavını aşamamış göçmen bir hekimin hemşire ile yer değiştirmesidir. Bir diğer uygulama, hemşirenin görevlerinin yardımcı hemşirelere devredilmesi gibi profesyonel meslek gruplarının görevlerinin yardımcı sağlık, sosyal ve destek çalışanlarına transfer edilmesidir. Lisans mezunu hemşirelerin meslek kuruluşları itiraz etmesine karşın yara, kateter ve kolostomi bakımı, ilaçların verilmesi, egzersiz yaptırma gibi profesyonel eğitimi gerektiren hizmetler yardımcı hemşirelere en fazla transfer edilen görevler olmuştur (**Özkan, 2016; Denton, 2015; Barken, 2015; Kröger, 2012**). Güney Afrika'da ise DSÖ desteğiyle, özellikle nitelikli emek-gücü olarak kabul edilen lisans mezunu çalışanların hizmet verdikleri kişilere daha fazla zaman ayırması, AIDS/HIV(+) hastalara daha nitelikli bakım verebilmesi amacıyla böyle bir transferin gerekli olduğu ön kabulünden hareketle, daha geç olarak 2005 yılında uygulamaya başlanmıştır. Ancak iddia edilen başarının tersine başarısızlıklar yaşanmıştır. Örneğin, ailedeki kadına büyük sorumluluklar yüklendiği, fonksiyonel esneklik ile AIDS/HIV(+) hastaların

bakımının yardımcı çalışanlara devredilmesiyle önemli sorunların ortaya çıktığı görülmüştür (**Lund, 2010**). Ayrıca, araştırma sonuçları da fonksiyonel esneklikle özellikle yardımcı çalışanların iş yüklerinin arttığını, hizmet verdikleri kişilerle ve lisans mezunu çalışanlarla ciddi çatışmalar yaşadığını ve bunun onların sağlıklarını olumsuz etkilediğini göstermektedir (**Denton, 2015; Kröger, 2012; Barken, 2015**). Bu sonuçlar dahi, ESSDH'nin nitelik kaygısı taşımadığının önemli kanıtlarıdır.

Kapitalizmin küreselleşmesinin genel stratejilerinden birisi de istihdam biçimlerinin esnekleştirilmesi ve beraberinde güvencesizleştirilmesidir. Genelde sağlık, özelde ESSDH alanlarında sağlık reformlarıyla bu uygulama 1970'li yılların sonundan itibaren uygulanmaya başlamıştır. Sağlık alanına benzer biçimde, ESSDH'de de sözleşmeli çalışma, yarı zamanlı, geçici ve tele çalışma en sık karşılaşılan esnek istihdam biçimleridir. Örneğin, Kanada'da bu sektörde istihdam olan hemşirelerin ve yardımcı çalışanların yarısı yarı zamanlı, %17'si geçici, %33'ü ise tam zamanlı olarak çalışmaktadır (**Zeytinoglu, 2015; Özkan, 2016; Broadbent, 2013**).

Böylesi bir istihdam biçimi ESSDİ için, düşük ücret ile, denetimi ve kontrolü yüksek, hızlı tempolu, ağır-fazla-yoğun çalışma, iş planlarının ve görevlerinin sürekli değişiklik göstermesi, belirsiz çalışma süreleri, gelir ve iş güvencesizliğidir. Ayrıca, ağır iş yükü, profesyonel meslek gruplarının işlevlerinin yardımcı çalışanlara devredilmesine bağlı olarak görev-yetki karmaşası, maliyet-etkili çalışmanın bir gereği olarak daha yüksek denetim ve kontrol altında çalışma, emek-gücü maliyetini azaltmak için az sayıdaki işçi ile çok iş yapma ve ek taleplere bağlı zaman baskısı yaşanmasına yol açmaktadır (**Denton, 2002; Randall, 2006; Ayolan, 2012**). Norveç'te yürütülen bir çalışmada "zaman baskısı" ESSDİ için en zorlayıcı faktör olarak bulunmuştur (**Robstad, 2015**). Genel olarak ücretin düşük olmasının yanı sıra, ek görevler de ücretlendirilmemekte, mali tedbirler nedeniyle yol ücretleri dahi ödenmemektedir (**Ayolan, 2012; Glendinning, 2012**). Göçmen işçiler en riskli bölgelerde çalıştırılmakta, sıklıkla etnik ayrımcılığa suitimallere maruz kalmaktadır (**England, 2012; Bourgeault, 2010; Ayolan, 2012**). Güçsüzlük hissi, karmaşık sağlık sorunları olan girişimlerde tek başına olmaları, esnek istihdam, cinsiyete dayalı ayrımcılık, ücretin düşüklüğü ve ulaşımdaki güçlükler ESSDİ'nin en önemli stres kaynağı olarak tanımlanmıştır. Kanada'da yürütülen bir çalışmada ESSDİ'leri özellikle esnek istihdam

ve ağır iş yükü ile birlikte iş güvencesizliği, işsizlik korkusu, iş doyumsuzluğu yaşadığı ve iş streslerinin ve tükenmişliklerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Özellikle tele hizmetlerin iş yüklerini daha fazla artırdığı görülmüştür. Hizmet alma talebi yüksek olduğu halde, sınırlı bütçe ve düşük ücretlerle işçilerin bunu karşılayamamasına bağlı hizmet verdikleri kişilerle çeşitli boyutlarda ciddi sorunlar yaşamaktadırlar (**Denton, 2002; Weerdt, 2015; Howard, 2010**).

Başta esnek istihdam olmak üzere böylesi olumsuz çalışma yaşamı, ESSDİ'nin iş tehlikelerini ve risklerini artırmaktadır. Ayrıca, mevcut tehlike ve riskler diğer çalışma alanlarına göre, daha az tahmin edilebilir, daha az kontrol edilebilir ve daha az standartize edilebilir olması nedeniyle erken aşamada saptanamamaktadır. ESSDİ için ağır kaldırma, sosyal ve coğrafik izolasyon, yangın, kötü ışıklandırma, hayvanların tehdidi, illegal ilaçlar, motorlu taşıtlar, fiziksel ve sözel istismar en önemli riskler olarak belirlenmiştir (**Zeytinoglu, 2009**). Evdeki sağlık işçileri için başlıca iş riskleri ise biyolojik (sıklıkla görülen kontamine olan/olmayan kesici-delici-batıcı cisim batmaları, biyolojik tehlikelere maruz kalma, evrensel önlemleri uygulayamama), kimyasal (sıklıkla görülen toksik ürünler, lateks eldiven, kemoterapötik ajanlar), kas-iskelet sistemi bozuklukları (sıklıkla ağır kaldırma, hastaya pozisyon verme), psikolojik (sıklıkla stres, ağır iş yükü) ve düşmelerdir (**Weerdt, 2015**). Eğer tehlike ve risklerin saptanması gecikirse ya da kontrol altına alınamaz ise beraberinde meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. ESSDİ'lerde en sık görülen meslek hastalıkları ve iş kazaları; lateks alerjisi, alerjik kontakt dermatit, motorlu taşıt kazaları, kas-iskelet sistemi yaralanmaları, tükenmişlik ve şiddettir (**NIOSH, 2010; Weerdt, 2015; Ayalon, 2012; Howard, 2010; Denton, 2002; Zeytinoglu, 2015**). Örneğin, ESSDİ'de şiddet prevalansı %5-61 arasında değişmekte olup, sözlü şiddet %18-59, fiziksel şiddet %2-11, tehdit %7-16'dır. İşyerindeki şiddet ile, uykusuzluk, depresyon, emosyonel tükenme, travmatik stres bozukluğu arasında doğrudan ilişki bulunmuştur (**Hanson, 2015**). ABD'de toplam 27.400 yaralanmanın toplam 897 bini evdeki sağlık çalışanlarına aittir (**NIOSH, 2010**). Norveç'te yürütülen bir çalışmada ESSDİ'nin en yaygın deneyimledikleri ağrı; omuz, sırt ve bel ağrılarıdır. Hatta işçilerin yarısı ağrılarının sağlık hizmetine başvurmayı gerektirecek kadar önemli olduğunu belirtmiştir (**Andersen, 2014**). Yine aynı ülkedeki başka bir çalışma, kas-iskelet sistemi yaralanmalarının prevalansının giderek arttığı saptanmıştır (**Robstad, 2015**). İsveç'te

yürütülen çalışmada, ESSDİ yaralanmaları diğer çalışanlardan daha yüksek olup, en yaygın yaralanma tipi, travmatik olmayan yumuşak doku kas-iskelet sistemi yaralanması ve düşmedir. Tüm yaralanmalar açısından değerlendirildiğinde, evdeki yardımcı çalışanlar en büyük risk grubudur (Zeytinoglu, 2009). Tüm bu sorunlar herkesten izole bir biçimde sadece hizmeti alanlar ile verenler arasında yaşanmaktadır.

Böylesi sorunlar karşısında, 1980'den günümüze hem ESSDİ'nin kendisi hem de hizmet verdiği

kişiler memnuniyetsizlik yaşamakta, çalışanlar ise sıklıkla işinden ayrılmakta ya da işi bırakmaktadır (Bourgeault, 2010; Denton, 2002; Glendinning, 2012; Robstad, 2015). Örneğin, İsrail'deki bir çalışmada, iş yoğunluğu ve görev sayısı artıkça ESSDİ'nin memnuniyetsizliği de artmaktadır (Ben-Arie, 2014). Çalışma yaşamının olumsuzluğuna bağlı olarak, Kanada'daki hemşire ve destek işçilerinin yarıdan fazlasının (Zeytinoglu, 2009), Kuzey İrlanda'daki ESSDİ'nin %44'ünün işten ayrıldığı belirlenmiştir (Ben-Arie, 2014). ABD'de bir eyalette yürütülen çalışmada, her

Tablo 1. 1980'den günümüze mevcut ESSDH'nin toplum ve ev işçileri üzerine etkileri

Toplum Üzerine Etkileri	Ev Çalışanları Üzerine Etkileri
<ul style="list-style-type: none"> Hizmete ulaşımdaki eşitsizliklerin artması Cepten ödemelerin artması Hizmet kapsamının daraltılması Hizmetin sürekliliğinin azalması Yoksulların ve geliri düşük olanların hizmete ulaşamaması Ev ziyareti sayısı ve evde bakım süresinin azalması Formal evde bakım ile informal evde bakımın yer değiştirmesi Göçmen kadın emeğinin kullanılması Yaşlılar için 24 saatlik günlük hizmet uygulaması Düzenli evde bakım kavramının geliştirilmesi Özellikle yerel yönetimlerdeki taşeronlaşmayla profesyonel hizmetler yerine, temizlik gibi kişisel bakım hizmetlerine ağırlık verilmesi Ailedeki kadınlara profesyonel düzeyde ESSDH sorumluluklarının verilmesi ve kadınların cinsiyetine dayalı rollerin pekiştirilmesi Aile içindeki kadınların informal bakıcı kabul edilmesine bağlı kadınların iş yükünün artması, stres altında olması gibi, sosyal ve sağlık sorunlarına maruz kalması Hizmeti alanlar ile hizmeti verenler arasında güvensizliğin gelişmesi Hizmetin niteliksizleşmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Sayısal esnekliğe bağlı istihdamda artış Emek gücünün feminizasyonu Göçmen işçilerin giderek artması Göçmen işçilerin en riskli bölgelerde çalışması Özellikle göçmen işçilerin etnik ayrımcılığa ve suistimallere maruz kalması Büyük oranda özel sektörde ya da kamuda taşeron şirketlerde çalışma Sözleşmeli, yazı zamanlı, prekaryal, tele ve geçici çalışma gibi esnek istihdam Düşük ücret Güvencesiz çalışma Hızlı tempolu-ağır-yoğun-belirsiz-fazla çalışma İşsizlik kaygısı, işsizlik korkusu Fonksiyonel esnekliğe bağlı profesyonel olan işçilerle yardımcı işçilerin ikâme edilmesi Profesyonel meslek gruplarının işlevlerinin yardımcı çalışanlara devredilmesiyle görev ve yetki karmaşası Yüksek denetim ve kontrol altında çalışma Az sayıdaki işçi ile çok iş yapmaya ve ek taleplere bağlı zaman baskısı Memnuniyetsizliğin, iş doyumsuzluğunun artması Fiziksel ve mental yükün artması Meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunlarında artış olması Tükenmişlik Sosyal ve coğrafik izolasyon İş stresi İşten ayrılmanın işi bırakma hızının yüksek olması

Kaynak: Denton, 2002; Kröger, 2012; Bjornsdottir, 2009; Stewart, 2009; Glendinning, 2012; Penning, 2006; Komet, 2001; BLS, 2010-2015; Andersen, 2014; Denton, 2015; Denton, 2014; Barken, 2015; Lund, 2010; Zeytinoglu, 2009; Broadbent, 2013; Randall, 2006; Ayolan, 2012; Robstad, 2015; England, 2012; Bourgeault, 2010; Weerd, 2015; Howard, 2010; NIOSH, 2010; Zeytinoglu, 2015; Ben-Arie, 2014; Banijamali, 2014.

yıl en az üç evde bakım çalışanından birisi işinden ayrılmaktadır. Bazı araştırmacılar bunun dörtte üç olduğunu belirtmekte ve daha da artacağını iddia etmektedir. Bir ev bakım ajansının tahminine göre, ajanstan evde bakım çalışanın ayrılma hızı %67'dir (**Banijamali, 2014**).

IV. Sonuç ve öneriler

Görüldüğü gibi, kapitalist bir sistemde kapsamlı bir emek mücadelesi yoksa genelde sağlık, özelde ESSDH onun gereksinimine göre ya da kârını maksimize etme hedefine göre şekillenmektedir. Tarihsel ve toplumsal bir bütünlükle incelendiğinde, evde bakımın ortaya çıktığı 1700'lü yılların sonundan günümüze toplam dört dönemde bu açık olarak görülmektedir. Böyle olunca, ESSDH'den büyük oranda yararlanan sermaye sınıfı ve aktörleri olurken, emekçi sınıflar ise bu hizmete ulaşamamakta ve beraberinde informal çözümlere yönelmekte ya da yöneltilmektedir. Dolayısıyla, özellikle ülkemizde;

1. ESSDH ele alınırken, tarihsel bir bağlam ile hâkim üretim tarzı ve sağlık sistemi ilişkisi içinde incelenmesi.
2. Özel kurumlar, belediyeler ve Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin ve çalışanlarının mevcut durumunun bu bağlam ile bilimsel araştırmalarla ortaya koyulması makalenin temel bazı önerileridir.

Kaynaklar

- Allender, J.A., Rector, C., Warner, K.D.** (2010). Client receiving home health and hospice care. In: *Community health nursing promoting & protecting The Public's health*. 7th ed. London: Wolters Kluwer Lippincott/Williams&Wilkins. Chapter 32. p.891-905.
- Andersen, G.R., Westgaard, R.H.** (2014). Perceived occupational exposures of home care workers and the association to general tension, shoulder-neck and low back pain. *Work*, 49(4):723-733.
- Archer, S.E.** (1985). *An introduction to community health nursing*. In: *Community health nursing*. 3th ed. California: Wadsworth Health Sciences Chapter 1 p.5-23.
- Ayalon, I.** (2012). Suicidal and depressive symptoms in Filipino home care workers in Israel. *The Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 27(1):51-63.
- Banijamali, S., Jacoby, D., Hagopian, A.** (2014). Characteristics of home care workers who leave their jobs: A cross-sectional study of job satisfaction and turnover in Washington State. *Home Health Care Services Quarterly*, 33(3):137-158.
- Barken, R., Denton, M., Plenderleith, J., Zeytinoglu, I.U., Brookman, C.** (2015). Home care workers' skills in the context of task shifting: Complexities in care work. *Canadian Review of Sociology*, 52(3):289-309.
- Ben-Arie, A., Iecovich, E.** (2014). Factors explaining the job satisfaction of home care workers who left their older care recipients in Israel. *Home Health Care Services Quarterly*, 33(4):211-228.

- Benjamin, A.E.** (1993). An historical perspective on home care policy. *The Milbank Quarterly*, 71(1): 129-166
- Bjornsdottir, K.** (2009). The ethics and politics of home care. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5): 732-739.
- Bourgeault, I.L., Atanackovic, I.J., Rashid, A., Parpia, R.** (2010). Relations between immigrant care workers and older persons in home and long-term care. *Canadian Journal on Aging*, 29 (1):109- 118.
- Brizon, P.** (1926). *Histoire du travail et des Travailleurs*. Çev. Süreyya, C. (1977) *Emeğin ve emekçilerin tarihi*. Onur yayınları. 1. Baskı.
- Broadbent, K.** (2013) 'I'd rather work in a supermarket': Privatization of home care work in Japan. *Work, Employment& Society*, 6: 1-16.
- Bureau of Labor Statistics (BLS)** U.S. Department of Labor. (2010-2015) *National Industry-Specific Occupational Employment and Wage Estimates*. NAICS 621600-Home Health Care Services. http://www.bls.gov/oes/current/naics4_.
- Chetney, R.** (2003) Home care technology and telehealth- The future is here! *Home Healthcare Nurse*, 21(10): 645-646.
- Coleman, B.J.** (1995) European models of long-term care in the home and community. *International Journal of Health Services*, 25(3):455-74.
- Demiris, G.D., Parker-Oliver, D., Karen, L.C.** (2006) Ethical considerations for the utilization of telehealth technologies in home and hospice care by the nursing profession. *Nursing Administration Quarterly*, 30(1):56-66.
- Denton, M., Brookman, C., Zeytinoglu, I.U., Plenderleith, J., Barken, R.** (2015) Task shifting in the provision of home and social care in Ontario, Canada: Implications for quality of care. *Health&Social Care in the Community*, 23(5):485-492.
- Denton, M., Brookman, C., Zeytinoglu, I.U., Plenderleith, J., Barken, R.** (2014) Task shifting policy in Ontario, Canada: Does it help personal support workers' intention to stay? *Health Policy*, 117(2): 179-186.
- Denton, M., Zeytinoglu, I.U., Davies, S., Lian, J.** (2002) Job stress and job dissatisfaction of home care workers in the context of health care restructuring. *International Journal of Health Services*, 32(2):327-357.
- Dieckmann JL.** (2015) Home health care: A historical perspective and overview. In Harris M.D. *Handbook of home care administration*. Chapter 2. 6th ed.p.1-23. <https://books.google.com.tr/books?isbn=1284068021>.
- Doniol-Shawa, G., Lada, E.** (2011) Work schedules of home care workers for the elderly in France: Fragmented work, deteriorating quality of care, detrimental health impact. *Work*, 40: S31-S46 S31.
- Engels, F.** (1845) *Die lage der arbeitenden Klasse in England*. Çev. Fincancı, Y. (1997) *İngiltere'de emekçi sınıfın durumu*. Sol Yayınları. 1. Baskı.
- England, K., Dyck, I.** (2012) Migrant workers in home care: Routes, responsibilities, and respect. *Annals of the Association of American Geographers*, 102(5):1076-1083.
- Fersch, B., Jensen, P.H.** (2011) Experiences with the privatization of home care: Evidence from Denmark. *Nordic Journal of Social Reserach*, 2:1-14.
- Genet, T., Boerma, W., Hutchinson, A., Saltman, R.B.** (2012) Home care across Europe. Current structure and future challenges. Copenhagen, World Health Organisation. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf.

- Gerson, L.W., Hughes, O.P.** (1976) A comparative study of the economics of home care. *International Journal of Health Services*, 6(4):543-555.
- Glendinning, C.** (2012) Home care in England: Markets in the context of under-funding. *Health & Social Care in the Community*, 20(3):292-299.
- Grant, L.A., Rockwood, T., Stennes, L.** (2015) Client satisfaction with telehealth services in home health care agencies. *Journal of Telemedicine & Telecare*, DOI: 10.1177/1357633X14566589.
- Grypma, S., Wolfs, D., Reimer-Kirkham, S.** (2012) Returning home: Historical influences on home healthcare in Canada. *Home Healthcare Nurse*, 30(8):453-460.
- Hanson, G.C., Perrin, N.A., Moss, H., Laharnar, N., Glass, N.** (2015) Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15(11):1-13.
- Harrington, C.** (1984) Public policy and the nursing home industry. *International Journal of Health Services*, 14(3):144-154.
- Hawes, C., Phillips, C.D.** (1986) The changing structure of the nursing home industry and the impact of ownership on quality, cost, and access. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK217907>.
- Hermus, G., Stonebridge, C., Thériault, L., Bounajm, F.** (2012) Home and community care in Canada: An economic footprint. <http://www.conferenceboard.ca/cashc/research/2012/homecommunitycare.aspx#footprint>.
- Holden, C.** (2005) Investigating international health markets: Methodological problems and challenges. *Social Policy & Society* 4:4, 427-435.
- Howard, N., Adams, D.** (2010) An analysis of injuries among home health workers using the Washington State workers' compensation claims database. *Home Health Care Services Quarterly*, 29(2): 55-74.
- Komet, H.** (2001) An analysis of the home health marketplace: How telehealth technology may assist home health agencies with changes in home care delivery under the prospective payment system. *Home Health Care Management & Practice*, 13(2): 142-148.
- Kröger, T., Leinonen, A.** (2012) Transformation by health: The retargeting of home care services in Finland. *Health & Social Care in the Community*, 20(3):319-27.
- Lancaster, J.** (1988) History of community health and community health nursing. In: Stanhope, M., Lancaster, J. *Community health nursing. Process and practice for promoting health*. Chapter 1. Washington: The W.C. Mosby Company. p.2-27.
- Logan, B.B., Dawekins, G.E.** (1986) Family centered nursing in the community. 431-460. Addison-Wesley Publishing Company Inc.
- Lund, F.** (2010) Hierarchies of care work in South Africa: Nurses, social workers and home-based care workers. *International Labour Review*, 149 (4):495-509.
- Markets and Markets web sayfası** (2016) Erişim Tarihi 26 Mayıs 2016, <http://www.marketsandmarkets.com/PressReleases/european-home-healthcare.asp>.
- Metzger, L.** (2012) Telehealth in home health care. Dissertation, Marywood University. http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-2004&res_dat=xri:pqdiss&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&rft_dat=xri:pqdiss:3510704.
- National Institute for Occupational Safety and Health-NIOSH** (2010) NIOSH Hazard Review. Occupational hazards in home healthcare. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2010-125/pdfs/2010-125.pdf>.
- Navarro, V.** (1998) Neoliberalism, unemployment, inequalities and welfare state. *International Journal Health Service*, 28(4): 607-682.
- Navarro, V., Smith J., Astudillo, J.** (2007) Is globalization undermining the welfare state? The evolution of the welfare state in developed capitalist countries during the 1990s. V. Navarro (der.), In: *Neoliberalism globalization and inequalities*. Baywood pub. company Inc; Newyork. p 27-68.
- Nyssens, M.** (2012) The process of marketisation in home care and its consequence on welfare mix: A comparative analysis. <http://ilpnetwork.org/presentations/the-process-of-marketisation-in-home-care-and-its-consequences-on-welfare-mix-a-comparative-analysis/>.
- Ollman, B.** (2006) Diyalektiğin dansı Marx'ın yönteminde adımlar. Çev: Saraçoğlu, C. Yordam Kitap, İstanbul.
- Öngen, T.** (2011) Devletin yeniden yapılandırılması. *Toplum ve Hekim*, 26 (6): 406-416.
- Özkan, Ö.** (2000) Finans boyutu ile evde sağlık hizmetleri neyin alternatifi? *Toplum ve Hekim*, 15(3): 182-189.
- Özkan, Ö.** (2009) Mevcut sağlık sistemi içinde evde sağlık hizmetleri. İçinde: *Almanak 2008 analizleri*. SAV 22, İstanbul, ISBN: 978-605-8971-5-7-8 S. 545-559.
- Özkan, Ö.** (2012) İşçinin bilme hakkı ve sağlıklı emek-gücü: Beyaz yakalıların eğitimi: Hemşire örneği. *İşçi Sağlığı IV. Ulusal Kongresi*, 2-4 Aralık 2011, Ankara. Özet kitabı.s.93-98.
- Özkan, Ö.** (2016) Ataerkil kapitalizmin kadın sağlık çalışanlarına etkisi. İçinde: *Kapitalizm, ataerkillik ve kadın emeği: Neoliberal ve muhafazakâr dönem kadın emeği*. Der. Yaman, M, Dedeoğlu S. SAV, İstanbul. s. 130-170.
- Park Associates web sayfası** (2016) Erişim Tarihi 3 Haziran 2016, <http://www.parksassociates.com>.
- Penning, M.J., Brackley, M.E., Allan, D.E.** (2006) Home care and health reform: Changes in home care utilization in one Canadian province, 1990-2000. *Gerontologist*, 46(6):744-758.
- Radhakrishnan K., Xie, B., Berkley, A., Kim, M.** (2016) Barriers and facilitators for sustainability of tele-homecare programs: A systematic review. *Health Services Research*, 51(1):48-75.
- Randall, G.E., Williams, A.P.** (2006) Exploring limits to market-based reform: Managed competition and rehabilitation home care services in Ontario. *Social Science & Medicine*, 62(7):1594-1604.
- Ringen, K.** (1979) Edwin Chawwick, The market ideology and sanitation reform. On the nature of the 19th century public health movement. *International Journal of Health Services*, 9(1):107-120.
- Robstad, G.A., Westgaard, R.H.** (2015) Discrepancies in assessing home care workers' working conditions in a Norwegian home care service: Differing views of stakeholders at three organizational levels. *BMC Health Services Research*, 15:286 DOI 10.1186/s12913-015-0945-6.
- Rooney, A.L., Biere, D.M.** (1992) Demonstrating excellence in home care through Joint Commission Accreditation. *Journal of Nursing Administration*, 22(9):31-36.
- Sawyer, L.M.** (2000) Community health nurse in home health and hospice. In: Stanhope M, Lancaster J. *Community health nursing*. 5th ed. New York: Mosby. p. 834-861.
- Schwiter, K., Berndt, C., Truong, J.** (2015) Neoliberal austerity and the marketisation of elderly care. *Social & Cultural Geography*, DOI:10.1080/14649365.2015.1059473.
- Stanhope, M.** (1996) Community health nursing promoting. Health of aggregates families and individuals. Chapter:41. Mosby, 4th Ed., p.805-825.

- Stewart, K.A., Grabowski, D.C., Lakdawalla, D.N.** (2009) Annual expenditures for nursing home care: Private and public payer price growth, 1977 to 2004. *Medical Care*, 47(3):295-301.
- Stone, S.C., McGuire, L.S., et al.** (1998) *Comprehensive community health nursing family aggregate&community practice*. Chapter 21. Mosby, 5th Ed., 630-651.
- Stuart, M., Weinrich, M.** (2001) Home and community based long-term care: Lessons from Denmark. *The Gerontologist*, 41(4):474-480.
- Tarricone, R., Agis, S., Tsouros, D.N.** (2008) *Home care in Europe: The solid facts*. Copenhagen: WHO. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf.
- The Joint Commission-TJC web sayfası** (2017) Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2016, https://www.jointcommission.org/facts_about_home_care_accreditation/.
- Thomé, B., Dykes, A.K., Hallberg, I.R.** (2003) Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: Systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6):860-872.
- TTB.** (2016) Evde bakım hizmetleri ile ilgili sağlık emek ve meslek örgütlerinin görüş ve yaklaşımları. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/evdebakim-5829.html> Erişim tarihi: 02.01.2016.
- Van de Ven, W.P.** (1996) Market-oriented health care reforms: Trends and future options. *Social Science&Medicine*, 43 (5): 655-66.
- Weerdt, C.V., Baratta, R.** (2015) Changes in working conditions for home healthcare workers and impacts on their work activity and on their emotions. *Production*, 25(2):344-353.
- Wheeler, T.** (1998) Strategies for delivering tele-home care--provider profiles. *Telemedicine Today*, 6(4):37-40.
- WHO.** (2000) *Home-based long-term care*. WHO Technical Report Series 898, Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42343/1/WHO_TRS_898.pdf.
- Williams, C., Maruthappu, M.** (2013) Health economic crises: Public health and neoliberal economic crises. *American Journal of Public Health*, 103 (1): 7-9.
- Woodward, C.A., Abelson, J., Hutchison, B.** (2004) What is to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science&Medicine*, 58 (1):177-192.
- Wootton R., Dimmick, S.L.** (2006) *Home telehealth: Connecting care within the community*. Royal Society of Medicine Press Ltd. https://www.amazon.com/Home-Telehealth-Connecting-Within-Community/dp/1853156574#reader_1853156574.
- Yeoh, B.S., Huang, S.** (2010) Foreign domestic workers and home-based care for elders in Singapore. *Journal of Aging& Social Policy*, 22(1):69-88.
- Zeytinoglu I.U.** (2009) Office home care workers' occupational health: Associations with workplace flexibility and worker insecurity. *Healthcare Policy*, 4(4):108-121.
- Zeytinoglu, I.U., Denton, M., Davies, S., Plenderleith, M.** (2009) Casualized employment and turnover intention: Home care workers in Ontario, Canada. *Health Policy*, 91(3):258-268.
- Zeytinoglu, I.U., Denton, M., Plenderleith, J., Chowhan, J.** (2015) Associations between workers' health, and nonstandard hours and insecurity: The case of home care workers in Ontario, Canada. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(19):2503-2522.