IV. Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongresi

Sonuç Raporu

Sağlık Bakanlığının 2010 yılında başlatmış olduğu evde sağlık hizmetleri başarıya ulaşmış ve 2015 verilerine göre yaklaşık 600 bin hastaya ulaşılmıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının bakıma muhtaç ailelere verdiği bakım aylığı ise 500 bin sınırına dayanmıştır. Evde sağlık hizmetleri tüm toplumla kucaklaşmış ve Sağlık Bakanlığının hastane yükünü azaltmış olup halkımıza büyük kolaylıklar sağlamıştır. Batı ülkelerine göre daha ileri olan evde sağlık hizmetleri bu gelişmelere paralel olarak bazı yeni sorunların da doğmasına sebep olmuştur.

Biz, Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği olarak Sağlık Bakanlığı tarafından halkımıza sağlanan hizmetin sivil toplum ayağını oluşturmakta, hem hizmet veren hem de hizmet alanı aynı çatı altında toplayan kamu yararına çalışan sivil toplum kuruluşuyuz. Kurulduğumuzdan bu güne kadar 4 uluslararası evde sağlık ve sosyal hizmetler kongresi, 42 ilde sempozyum ve çok sayıda çalıştay yapmış bulunmaktayız. Derneğimizin halen 5 ilde şubesi ve 32 ilde temsilciliği bulunmaktadır. Bu güne kadar yaptığımız birçok proje kamu kurumları tarafından onay görerek hükümet politikası haline getirilmiştir.

Sivil toplum kuruluşu olarak düzenli olarak yaptığımız ev ziyaretlerinde, derneğimize gelen taleplerde ve 4. Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongremizin sonuç bildirgesinde yer alan bazı sorunlara dikkat çekmek istiyoruz.

**1-Hasta Bezi**: Yatağa bağımlı hastaların karşılaştıkları en büyük sorunlardan biri olarak sürekli gündemdedir. Hastalarımız doktor raporu ile aldıkları hasta bezlerini ön ödeme ile medikal firmalardan veya bazen eczanelerden almak zorundadır. Alım gücü olmayan hastalarımız, bu ihtiyaçlarını ya borç alarak karşılamakta ya da hasta bezi kullanmamaktadır.

**Önerimiz**: Hasta bezlerini eczanelerden medikal malzeme olarak değerlendirilip ön ödemesiz olarak ilaç alır gibi almalarının temin edilmesi. SGK kurumu tarafından günde 4 bez olarak belirlenen miktarın hastanın yaşı, kilosu, ihtiyacı göz önünde bulundurularak farklı skalaların belirlenmesi

**2-Kolostomi Torbaları**: Hastalarımız raporla yazılan ve medikal malzeme firmalarından almak zorunda kaldığı sarf ürünlerini bazen bulamamakta, bazen de taşradan merkeze, köylerden ilçelere hatta il merkezlerine gitmek zorunda kalmaktadır

**Önerimiz**: Hasta bezinde olduğu gibi SGK nın geri ödeme tablosunda bulunan ürünlerin hepsini eczanelerden temin etmeleri

**3**-**Hasta Yatağı**: Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan ihtiyaç fazlası hasta yataklarının evde sağlık hizmeti alan ihtiyaç sahibi hastalara demirbaş olarak verilmesi ve hasta vefat ettiğinde yatakların geri alınmasını emreden genelge maalesef uygulanmamaktadır.

**Önerimiz**: Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarımız tarafından evde sağlık hizmeti verilmesi amacıyla “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge”sinin 8.maddesinin uygulanması

**4**-**Özel Evde Sağlık Hizmetleri Sunan Merkezlerinin Reçeteleri:** Özellikle evden dışarı çıkamayacak durumda hastalar için kurulmuş olan merkezlerin çalışma onaylı hekimleri tarafından evde muayene sonucu verilen tedavileri (reçeteleri) SGK tarafından ödenmemektedir. Bu durumda hastalar ya başka bir kuruluşta bu reçeteyi tekrar yazdırmak zorunda kalmakta ya da ilaçları para ile almaktadırlar. İlaçları yazdırmak için gittikleri diğer sağlık kuruluşları bu hizmet için hastadan fark ücreti, SGK dan da muayene parası talep etmektedirler. Bu durumda hem hasta hem de SGK mali açıdan zarara uğramaktadır. Çoğu inmobil, kronik problemleri olan hastaların yatan hasta gibi kabul edilmesi ve özel evde bakım merkezi tarafından yazılan reçetelerinin ödenmesi halkımız için hayırlı bir çalışma olacaktır.

**Önerimiz**: Ruhsat almış olan özel evde bakım merkezlerin de görevli hekimlerin yazdıkları reçetelerin ilgili kurumlarca tanınarak mükerrer hizmetlerin ortadan kaldırılması. Halkın ilaca kolayca ulaşımının sağlanması

**5-Özel Sağlık Hizmetlerinde Laboratuvar Hizmetleri:** Yine aynı derece önemli olarak evde yatan hastaların laboratuvar tetkikleri için özel laboratuvarlarla anlaşma yapmak zorunda kalınması hastalar açısından ciddi maliyet yaratmaktadır. Özel sağlık hizmeti merkezlerinin kamuya ait hastanelerden veya SGK anlaşmalı laboratuvarlardan yararlanması yönünde olanak sağlanmalıdır.

**Önerimiz**: Özel sağlık hizmetlerinin istenmiş olan tetkiklerin kamu hastanelerinde de yapılabilmesi

**6-Özel Sağlık Hizmetlerinde Yardımcı Personel**: Ülkemizde hemşire açığı mevcuttur. Sağlık Bakanlığına bağlı birçok kuruluşta acil tıp veya anestezi teknisyenleri, yaşlı bakım veya hasta bakım teknikerleri bu açığı kapatacak şekilde hizmete dahil edilmektedir. Ancak özel evde bakım merkezleri yönetmeliğinde sadece hemşire çalıştırılması istenmektedir.

**Önerimiz:** Özel evde sağlık hizmetler merkezlerinde de hasta bakım teknikeri, Yaşlı bakım teknikeri acil tıp teknisyenleri, anestezi teknisyenleri, yararlanma olanağı verilmelidir. Bu sayede genç istihdamın da önü açılacaktır. Halen 1000 yakın hasta bakım teknikeri,3500 yaşlı bakım teknikeri mezunu işsiz gencimiz bulunmaktadır. Sağlık bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı az sayıda istihdam olmasına rağmen sayıları hızla artmaktadır. Ülkemizde baş gösteren öğretmen atama krizi yakın bir gelecekte sağlık camiası olarak kaçınılmaz bir hale gelecektir.

 Mezun olan yardımcı sağlık personeline özel hastane ve sağlık merkezlerinde ve bakım evlerinde istihdamda öncelik tanınması bunu en aza indirecek ve YÖK ile en azından belli bir süre bu okulların öğrenci almaları veya 2 yıllık M.Y.O okullarının lisansa çevrilmeleri sağlanıp kaliteli ve nitelikli iş gücünün sağlık camiasına kazandırılması gerekmektedir.

**7-Koordinasyon Sorunu**: 2010 yılında uygulamaya başlanan evde sağlık hizmetleri sayesinde vatandaşın kapısı çalınmış ve devletin şefkat eli vatandaşa değmiştir. Bazen hastalarımızdan gelen talepler üzerine yaptığımız ziyaretlerde bizlerin çözemeyeceği problemler olmaktadır. Yaşlı kimsesiz hastalar, psikiyatrik problemi olan kimsesiz hastalar, istismara uğramış yaşlı veya engelliler, çöp evler gibi ağır mağduriyet durumlarında birden fazla kamu kurumunun koordinasyonu gerekmektedir. Bakanlıkların kendi aralarında imzaladıkları protokollerin sahaya izdüşümü olmamaktadır.

**Önerimiz**: 2015 Yılı 'Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmetlerinin İşbirliği İçerisinde Yürütülmesine Dair Protokolün de belediyelerin görevleri belirtilmiş olmasına rağmen henüz ciddi ilerlemeler ve koordinasyonlar sağlanmamıştır. Evde sağlık hizmetleri sunan sağlık personeline sorulan sorularda cevaplar sürekli eksik kalmakta olup valilik koordinasyon toplantılarında yaptırım makamı bulunmamaktadır.

**8-Elektrik Faturası:** Evde sağlık hizmeti alan hastalarımızın evlerinin bir kısmı adeta yoğun bakım ünitelerine dönmüş olup ihtiyaç duyulan cihazlar hastalarımızın kendi bütçeleri veya hastane imkânları ile sağlanmıştır. Ancak kullanılan medikal cihazlar elektrik faturalarını 150-250 TL artırmaktadır. Bu yük karşısında vatandaşlarımız elektrik saatlerine “lütfen elektriği kesmeyin, hasta var” şeklinde notlar asmaktadır**.**

**Önerimiz:** Engelli vatandaşlarımıza sağlanan ve hatta bazı turistik tesislere ve bazı illerde kacak elektrik kullanımının çok fazla olduğu vatandaşlarımızca bilinmektedir. Buna karşılık kendilerinin ağır faturalar karşısında ezilmeleri eşitlik ve adalet ve devlete güven duygusunun zayıflamasına sebep olmaktadır. Doktor raporu ile cihaz kullanmakta olan vatandaşlarımız için bakanlıklar arası görüşme yapılarak temek sağlık ve yaşama hakkı olarak faturalarda evde sağlık hizmeti alan hastalar için bir düzenleme ve engelli hizmetlerine ve özellikle yatağa bağımlı engelli tanımında yer alan hastalar için sübvanse sağlanması gerekmektedir

**9**-**Hasta Raporları**: Halk Sağlığı Kurumu koordinasyonunda yürütülen hizmetlerde felçli ve yatan hastalar bazı durumlarda hastaneye getirilerek muayeneleri uzman hekimlerce yapıldıktan sonra rapor verilmektedir. Felçli ve yatağa bağımlı hastaların hastaneye gelip eve dönmesi en az 4 kişi ile mümkün olmaktadır. 4 kişi bulunsa dahi hastaneye ve hastane içi transfer çok zor olmaktadır. Bu hastalar, hasta transfer ambulanslarından çoğu zaman faydalanamamaktadır. Birimlerde olan hasta transfer araçları ise yok denecek kadar azdır.

**Önerimiz**: Halk sağlığı koordinasyonunun yeniden gözden geçirilmesi ve hizmette kamu hastaneler kurumunun devreye girmesi. Doktor raporlarının (vasi, nörolojik durumlar, bez raporu, vs) evde giden hekim ve hemşirenin görüsünün yeterli olması ve hastanın, hastaneye transferi yerine gelişen teknoloji ile hasta evinden bilginin sürekli alınabilmesi, bilişim çağı yasadığımız ve bilgi teknoloji transferlerinin gerek görüntülü, gerek dijital ortamlarda kolaylıkla sağlandığı ve çalışan sağlık personeline güvenmemiz gerektiğinden istenilen raporların hastanelerin evde sağlık birimlerinde çalışan tek hekim imzasının yeterli olması yönünde yeniden düzenleme yapılaması ve il, ilçe merkezlerinde özellikle hasta transferi konusunda Belediye, Sağlık Bakanlığı ve diğer mavi şeritli hasta ambulansların devreye girmesi sağlanmalıdır.

**10**-**Hasta Bakım Transferleri:** Toplumumuzda yaşlısına, hastasına bakma kültürü hala güçlü şekilde devam etmektedir. Bu ağır yükü hasta yakınları altı ay ya da bir yıllık periyotlarla paylaşmaktadırlar. Ancak hasta yakınları arasında hasta transferi Sağlık Bakanlığı tarafından evden eve nakil yapılmadığı için oldukça sorunlu olmaktadır.

**Önerimiz**: Yılda 2 defaya mahsus olmak üzere bakım yapılan hastaların evden eve transferleri Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmasıdır. Halkımızı başka yolarla itmeden bunun yapılması bakım yapan kişilerin tükenmişlik sendromun dan kolayca kurtulmaları ve bakım yapılan hastaya daha özverili yaklaşmalarına sebep olacaktır

**11-Personel Kıyafetleri:** Evde sağlık hizmetleri yönetmeliğinde belirtilen kıyafetlerin turkuaz rengi başlangıçta özel ve çok beğenilen bir renk olsa da günümüzde belediye ve diğer kurum ve kuruluş temizlik personelleri gibi birçok yardımcı personel tarafından kullanılmaktadır. Sağlık hizmetinin kutsallığı düşünüldüğünde evde sağlık personeli bu durumdan rahatsız olmakta ve artık özgün kıyafetlerini haklı olarak giymemektedir. Yönetmelikte yeni bir düzenlemenin yapılması hem personeli motive edecek hem de olabilecek suiistimalleri engelleyecektir.

**Önerimiz**: Kıyafetlerin renklerinin 112 benzeri şekillenmesi ve sağlıkta Turkuaz rengi yanında tamamen sağlıkla anılacak farklı bir rengin hastane ve diğer personeller tarafından benimsenerek giyilen bir şekle ve renge getirilmesidir. Evde sağlık hizmetleri kıyafet şekli 112 standartlarına taşınarak sahada kullanışlı bir hale gelmesi herkesi memnun edecektir.

**12-Elektronik Cihazların Kalibrasyonu**: Yatağa bağımlı hastalarımızda rapor ile verilen cihazlar eğer SGK elinde var ise oradan temin edilmekte veya piyasadan ilk el ya da ikinci el olarak alınmaktadır. Özellikle ikinci el olarak alınan malzemeler tamamen kontrolsüz şekilde kullanıma girmektedir. Maalesef hastanelerimiz tarafından verilen cihazlarda da zaman zaman kalibrasyon sorunları yaşanmaktadır.

**Önerimiz:** Ülke genelinde bazı KHB Genel Sekreterliklerimizin uyguladığı kalibrasyon birimleri ülke geneline yaygınlaştırılmalı ve hastalarımızın kullandıkları cihazlar kalibre edilmeli. Bu sayede istenmeyen olayların önüne geçilmiş olacaktır

**13**:**Evde Sağlık ve Evde Bakım Modeli:** Uygulanan evde sağlık ve bakım hizmetleri ülkemize has bir model olup sadece belirli ilde ya da ilçede uygulanan bir hizmet değildir. Sağlık Bakanlığı 2015 verileri baz alındığında 543 bin 395 hasta evde sağlık hizmeti almıştır. Bu hastaların 225 bin 801’i hizmet almaya devam etmektedir. En uzak köy ve mezrada sağlık hizmeti verilmektedir. 2010 yılında kurgulanan bu model muhakkak ki geliştirilmeli ve yeni modeller çalışılmalıdır. Bu amaçla kamu kurum ve kuruluşları veya AB fonlarınca yapılan proje çağrılarında evde sağlık ve bakım başlığı olmalı ve farklı modeller denenerek pilot çalışmaların önü açılmalı ve ülkemize şart ve koşullarına özgün yeni bakım modelleri geliştirilmelidir.

**Önerimiz:** Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı tarafından 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu’nun 29. maddesi uyarınca genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerinin bütçelerinde öngörülmüş olmak kaydıyla; kamu yararı gözetilerek dernek, vakıf, birlik, kurum, kuruluş, sandık ve benzeri teşekküllere yardım yapılabilir. Hükmü Kamu Yararı şartı taşıyan sivil toplum kuruluşlarına sağlanmıştır. Evde sağlık ve evde bakım projeler desteklenmesi bu konuda çalışma yapan sivil toplum kuruluşlarının projeleri desteklenmeli ve farklı modelleri ülkemize kazandırılması gerekmektedir. Genel bütçelerden uygun proje karşılığında işbirlikleri geliştirilerek vatandaş devlet ele ele verip ülkemize layık ve insanımızın hak ettiği bakım ve sosyal hizmetleri gerçekleştirmeliyiz. Bakıma muhtaç ailelerinin hayatlarını kolaylaştıracak projelere İŞKUR, AB, Kalkınma Ajansları, Dernekler Daire başkalığı nezdinde görüşmeler yapılarak evde saç, sakal,temizlik,boya badana ve saatlik bakım modellerini geliştirilmesi ve teşvik edilmesi sağlanmalıdır.

**14-Eğitim**: TSM’ler de, aile hekimlerinin yanında veya hastanelerde evde sağlık birimlerinde görev alan personel çok sık rotasyona tabi tutulduğundan hasta hafızası kaybolmakta ve hastanın takibi zorlaşmaktadır. Evde sağlık hizmetleri veren personel özellikle yara bakımı, palyatif bakım, iletişim konularını içeren kapsamlı bir eğitime tabi tutulmalı ve sertifikalı hale gelmesi teşvik edilmelidir. Hizmette kalitenin devamı için sertifika sahibi personelin görev yerinin sabitlenmesi sağlanmalıdır.

**Önerimiz:** Evde Sağlık Hemşireliği sertifika programı SAES 11 kodu ile tüm ülkemize yaygınlaştırılmalı ve personel teşvik edilmelidir.

**15.Özel İhtisas Tim Eksikliği**: Evde sağlık hizmetleri sırasında hastanın obezite, yara veya stoma takibi, nutrisyonel sorunları, INR takibi gibi ihtisas ekiplerince takip edilmesi gereken sorunları olduğunda hastanın hastane ekiplerine yönlendirilmesi gerekmektedir. Böyle durumlarla karşılaşan halk sağlığı birimleri koordinasyonda güçlüklerle karşılaşmaktadır. Hizmet yapısının bu perspektifle reorganize edilmesi gerekmektedir.

**Önerimiz**: Büyük şehirlerde ihtisas ekipleri oluşturulmalı ihtiyaç duyulan hastalar İçin o birimler görev almalı ve o birimlerde belirli dal dışında görev verilmemeli, İhtisas timleri özellikli olup temel ihtiyaç alanları tespit edilmelidir.

 **16.Hasta Hakkında Bilgi Yetersizliği**: Hastanelerden evde sağlık hizmeti almak üzere taburcu edilen hastaların tıbbi bilgileri evde sağlık birimlerine aktarılmamakta, ekipler hastanın epikrizine ve laboratuvar sonuçlarına ulaşamamaktadır. Aynı güçlükleri hastadan sorumlu aile hekimleri de yaşamaktadır.

**Önerimiz:** Hastaların hastaneden taburcu olmadan evde sağlık ihtiyacı var ise birimler ve aile hekiminin sayfasına düşecek şekilde hasta bilgileri girilmeli ve aile hekimi-hastane, hastane –aile hekimleri birbirinin ekranında hasta bilgilerini düşmelidirler. Bazı hastanelerde uygulanan hasta raporlarının birimler arası paylaşımı tüm ilgili kurum ve kuruluşla paylaşılıp hastanın mükerrer iş yükünü azaltılması hem Sağlık Bakanlığı hem de hasta içim daha faydalı olacaktır.

**17-Eğitimsiz Hasta Yakını**: Yoğun bakımlarda yatan hastalarımızda karşılaşılan önemli sorunlardan biride “Ya hastama bakamazsam, ben nasıl yapayım?” şeklinde hasta yakınlarının yaşadığı kaygıdır. Hastasına iyi bakım hizmeti veremeyeceğini düşünen hasta yakınları araya ricacılar koyarak hastane veya yoğun bakım yataklarının gereksiz yere uzun süre işgal edilmesine sebep olmaktadır. Hasta yakınlarına verilecek eğitim hem bu sorunu aşmada işe yarayacak hem de toplam sağlık giderlerinde azalmaya sebep olacaktır.

**Önerimiz**: Hasta yakınlarının eğitilmesi. Hastanelerimizde taburcu olacak hasta yakınlarına temek bakım eğitimleri verilerek onların güven içinde taburcu olmaları sağlanabilmektedir. Uygulanan pilot uygulamalar sayesinde hastane yatak işgalinin azaldığı gözlemlenmiştir. Hastane yöneticilerinin Evde sağlık birimlerini hastaneye yük olarak gördükleri için bu eğitimler maalesef rafa kaldırılmıştır. İŞKUR ve halk eğitim merkezli olarak hasta yakınlarına bu eğitimlerin verilmesi onların kendilerine güveni artıracaktır. Bu sayede hastane işgali olmayacaktır.

**18-Yas Süreci ve Rehabilitasyon:** Bakıma muhtaç hastasına bakım hizmeti veren kişilerin bakım alan kişinin vefatı ile aldıkları bakım aylıkları kesilmektedir. Genellikle hastanın birinci derece yakını olan bu kişiler hem yakınlarını kaybetmiş olmakta hem de haneye giren önemli bir maddi gelirden bir anda mahrum kalmaktadır. Yıllarca yakınlarına baktıkları için sosyal güvenlik kapsamında olmayan ve yaşları ilerlemiş olan bu kişiler hem duygusal hem de ekonomik bir zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Bu kişilere işsizlik maaşı gibi en az 6 ay süre ile aldıkları maaşın devam ettirilmesi; iş bulma ve rehabilitasyonunda öncelik verilmesi, işkur kursları, motivasyon kursları ve en önemlisi sosyal hayata katımlarının sağlanması ve sosyo ekonomik durumlarının iyileştirilmesi gerekmektedir

**Önerimiz**: Hastanın hayatını kaybetmesine müteakip 6 ay süre ile bakım aylığının kesilmeyip bakım vericilerin yene hayatlarına uyumu kolaylaştırılmalı

**19-Bakım Vericilerin Emeklilik Süreci:** 7/24 yakınlarına bakan aile bireyleri bunu yıllarca yapsa dahi emeklilik şartları oluşmamaktadır. Bakımını üstelendikleri yakınlarını kaybettiklerinde sosyal ve çalışma hayatında hiçbir tecrübesi ve birikimi olmayan bireyler olarak hayat mücadelesine katılmak zorunda kalmaktadırlar. Gerek kamu gerekse özel sektörde istihdam alanları nerdeyse hiç yok gibidir. Ülke şartları da göz önünde bulundurularak bakım vericilerin emeklilik şartları değerlendirilmeli, en alt limitten bile olsa emeklilikleri desteklenmelidir.

**Önerimiz**: Bakım vericilerin özellikle yalnız kalan kişilere yönelik emeklilik sorunlarının çözülmesi için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma Bakanlığı ortak komisyon kurulup bakım veren bireylerin emeklilikleri için alternatif çalışmaların yapılması gerekli

**20-Bakım Vericilerin Vefatı:** Bakım vericiler ağır hastalığa yakalandığında en büyük endişeleri bakımını üstlendikleri yakınlarına kendilerine bir şey olursa hastalarına kimin bakacağıdır. Bakım vericilerin vefatı halinde kurumsal bakımın veya bakıma muhtaç kişilere bakım aylığının verilmesi ve ücretle de olsa bakımlarının devam ettirilmesi gerekmektedir.

**Önerimiz**: Bakım yapacak kimsesi olmayan engelli ve yatağa bağımlı hastaların kurumsal bakım dahil olmak üzere farklı bakım model ve uygulamalarının uygulamaya konulması ve halkımıza duyurulması

 Sıralamaya çalıştığımız sorunların çözülmesi verilen hizmetin daha kaliteli ve nitelikli hale getireceğini düşünüyor yapılacak tüm katkılar için halkımız adına emeği geçeceklere şimdiden teşekkür ediyoruz. Dernek olarak biz de ilgili tüm kamu kurum ve kuruluşlar nezdinde girişimlerde bulunarak çözülme katkı vermeye gayret göstereceğiz.

Nisan 2017’de yapmayı planladığımız bir sonraki kongremizde ağırlıklı olarak evde sağlık ve sosyal hizmetlerde bilişim ve teknolojik gelişimleri sizlerle paylaşmayı, bu alanda yurt içi ve yurt dışı uygulamaları sizlerin bilgisine sunmayı hedefliyoruz. Evde sağlık ve sosyal hizmetlerin elektronik ortamda bilgi ve koordinasyonunun zirveye taşındığı kongre olması temennisiyle V. Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerde, Bilişim ve Teknoloji Kongresinde buluşmak dileği ile Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği (EVSAD) olarak hastalarımıza sunulan sağlık ve bakım hizmetinden dolayı tüm kurum ve kuruluş çalışanlarına halkımız adına şükranlarımızı sunuyoruz.

Orhan KARAGÖZ

Türkiye Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği

Genel Başkanı