



YAŞAM BOYU
HEMŞİRELİK

Geliş Tarihi (Received): 23.06.2025

Kabul Tarihi (Accepted): 13.08.2025

Derleme Makale / Review Article

Yaşlılara Yönelik Evde Bakımda Buurtzorg Modeli: Hemşirelikte Endikasyon Özerkliği ve Türkiye'ye Uyarlanabilirliği: Literatür Derleme

The Buurtzorg Model in Home Care for the Elderly: Indication Autonomy in Nursing and Its Adaptability to Türkiye: A Literature Review

Nurcan TEKİNALP ¹



Saadet CAN ÇİÇEK ²



¹ Uzman Hemşire, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Doktora Öğrencisi, Bolu, Türkiye

² Doç. Dr. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

Yazışmadan sorumlu yazar: Nurcan Tekinalp, ntekinalp14@gmail.com

Alıntı (Cite): Tekinalp N & Can Çiçek S. Yaşlılara Yönelik Evde Bakımda Buurtzorg Modeli: Hemşirelikte Endikasyon Özerkliği ve Türkiye'ye Uyarlanabilirliği: Literatür Derleme. YBH dergisi. 2025(3): 138-151

Özet: Yaşlı nüfusun giderek artması, sağlık hizmetlerinde bütüncül ve sürdürülebilir bakım modellerine duyulan ihtiyacı artırmaktadır. Bu çalışma, birçok ülkede etkinliği araştırılmış Buurtzorg Modeli'nin hemşirelikte bakım endikasyon özerkliğini destekleme potansiyelini ve Türkiye'deki uygulanabilirliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Konuya ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunması nedeniyle, herhangi bir yıl kısıtlaması yapılmaksızın PubMed, Scopus, Google Scholar ve Türkiye Atıf Dizini gibi veri tabanlarında literatür taraması yapılmıştır. İncelenen veriler, modelin hemşirelerin karar alma süreçlerine katılımını desteklediğini, bakım kalitesini artırdığını, sağlık sistemine ekonomik katkı sağladığını ve çalışan memnuniyetini olumlu etkilediğini göstermektedir. Türkiye'de halihazırda bir evde bakım sistemi bulunmakla birlikte, hemşirelik uygulamalarında mesleki özerklik sınırlıdır. Bu doğrultuda, mevcut yapının Buurtzorg modelinden ilham alınarak geliştirilmesi; yasal düzenlemeler, kültürel uyum çalışmaları, pilot uygulamalar ve hemşire özerkliğini destekleyen politikaların oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı sağlığı; Evde bakım, Buurtzorg modeli, Hemşire özerkliği

Abstract: The increasing elderly population has intensified the need for comprehensive and sustainable care models in health services. This study aims to evaluate the applicability of the Buurtzorg Model in Türkiye, which has been proven effective in several countries, particularly in supporting nurses' autonomy in care indication. Due to the limited number of related studies, a literature review was conducted without any year restrictions by searching databases such as PubMed, Scopus, Google Scholar, and the Turkish Citation Index. The reviewed data show that the model supports nurses' involvement in decision-making processes, improves the quality of care, contributes economically to the healthcare system, and positively affects employee satisfaction. Although a home care system is currently in place in Türkiye, professional autonomy in nursing practice remains limited. Therefore, it is recommended that the existing structure be enhanced by drawing inspiration from the Buurtzorg Model through legal regulations, cultural adaptation efforts, pilot implementations, and policies that support nurse autonomy.

Keywords: Elderly health; Home care, Buurtzorg model; Nurse autonomy

Giriş

Yaşlılık, genellikle 65 yaş ve üzerindeki bireylerde görülen ve zamanla biyolojik, fizyolojik ile sosyal değişimlerin eşlik ettiği doğal bir yaşam evresidir. Dünya genelinde yaşlı nüfusun, 60 yaş üzeri 2023 yılında 1.1 milyar kişi iken, 2030 yılında 1.4 milyar kişiye ulaşması beklenmektedir. Türkiye’de ise 65 yaş üzeri nüfus 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişi iken; bu oranın 2030’da %12.9’a, 2040’ta %16.3’e, 2060’ta %22.6’ya ve 2080’de %25.6 oranında artacağı öngörülmektedir.^(1,2) Son yıllarda azalan doğum hızları ve uzayan yaşam süreleri ile yaşlı nüfus oranındaki artış, evde bakım gereksiniminin artmasına neden olmuştur. Türkiye On Birinci Kalkınma Planı 582. hedef planında, yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerine vurgu yaparak “Evde sağlık hizmetleri yaygınlaştırılarak erişim, etkinlik ve kalite artırılacak ve yoğun bakım, palyatif bakım ve geriatri hizmetinin evde bakım hizmetleri ile entegrasyonu sağlanacaktır” hedefine yer verilmiştir.⁽³⁾ On İkinci Kalkınma Planı’nda ise 712.1 numaralı hedef planında “Yaşlı bakımında sağlık ve sosyal hizmetleri bir araya getiren bakış açısıyla yeni bir model oluşturulacak, bu kapsamda kurumlar arası koordinasyon sağlanacaktır” ifadesine yer verilmiştir.⁽⁴⁾ Bu bilgiler doğrultusunda Türkiye’nin yaşlı bakımındaki gereksinimlerin farkında olduğu, gelişim ve değişime açık olduğu anlaşılmaktadır.

Ülkemizde uygulanmakta olan bir evde bakım hizmeti bulunmaktadır ancak uluslararası düzeyde evde bakım hizmetleri uygulamalarına bakıldığında daha etkili ve gelişmiş bakım modellerinin olduğu görülmektedir. Bunlardan biri 2006 yılında Jos de Blok tarafından Hollanda’da geliştirilen Buurtzorg modelidir. Günümüze kadar 24 farklı ülkede uygulanmış ve literatürde özellikle Hollanda, İngiltere, İsviçre ve Finlandiya örneklerinde fırsatları ve zorlukları ile birlikte ele alınmıştır.^(5,6) Türkiye’de Buurtzorg modelinin doğrudan bir karşılığı bulunmadığından, konuya ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Buurtzorg modelinin başarısında hemşirelerin bakım endikasyon kararlarını özerk biçimde alabilmeleri ve bütüncül bir yaklaşım içinde bakım sürecini yönetmeleri kritik rol oynamaktadır. Bu derlemenin amacı, Buurtzorg modelinin incelenmesi ve modeldeki bölge hemşirelerinin evde bakım endikasyon özerkliğinin topluma sağlayacağı yarara dikkat çekmek ayrıca Türkiye’de bu modelin uyarlanabilirliğini tartışmak ve gelişim için yapılması gereken stratejik adımları ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Konuya ilişkin tam erişilebilir, sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılması nedeniyle bu araştırma literatür derleme türünde gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Toplanması

Literatür taraması, PubMed, Scopus, Google Scholar ve Türkiye Atıf Dizini veri tabanlarında 20 Şubat–20 Haziran 2025 tarihleri arasında, herhangi bir yıl kısıtlaması yapılmaksızın gerçekleştirilmiştir.

Tarama Stratejisi ve Uygunluk Kriterleri

Literatür taramada “Yaşlı sağlığı”, “Evde bakım”, “Buurtzorg modeli”, “Hemşire özerkliği” ile bunların İngilizce karşılıkları olan “Elderly health”, “Home care”, “Buurtzorg model”, “Nurse autonomy” anahtar kelimeleri kullanılmıştır. Dahil etme kriteri olarak, Buurtzorg modelini, evde bakım hizmetlerini veya hemşire özerkliğini ele alan ve tam metin erişilebilir makaleler değerlendirmeye alınmıştır. Dışlama kriteri olarak ise tam metin erişilemeyen, konu ile doğrudan ilişkili olmayan veya yinelenen yayınlar çalışma kapsamına alınmamıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Bu çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak literatür derleme niteliğinde yürütülmüş olup etik kurul onayı gerektirmemektedir.

Bulgular

Buurtzorg Modeli

Hollanda’nın resmi dili, Felemenkçe’nin lehçesi olan Hollandacadır. Hollandaca dilinde ‘buurt’ mahalle, bölge ve ‘zorg’ ise bakım anlamına gelmektedir. Buurtzorg modeli ‘mahalle bakımı’ anlamına gelen, evde bakım yaklaşımını ifade etmektedir. Bu yaklaşım kavramsallaştırılarak sağlık hizmeti olarak uygulamakta ve Hollanda’da ‘Buurtzorg Nederland’ olarak isimlendirilmektedir. Buurtzorg Nederland; yaygın, yenilikçi, holistik sağlık hizmeti sunan özel bir sağlık bakım şirketidir.⁽⁵⁾

Buurtzorg evde bakım modeli, Hollanda’da ortaya çıkan ve özellikle hemşirelik alanında hasta merkezli bir yaklaşımı temel alan yenilikçi bir sağlık hizmeti modelidir. 2006 yılında Jos de Blok tarafından hastaların kendi evlerinde bakım almalarını sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Geleneksel hiyerarşik yapının aksine, kendi kendini yöneten profesyonel sağlık ekipleri ve teknoloji zinciri ile takip edilebilen organizasyon şirketi aracılığı ile evde bakım hizmeti verilmektedir. Maksimum on iki hemşireden oluşan ekiplerin, bölgedeki ailelerin bakımını paylaşarak, ihtiyaçlarını belirleme, kaynakları organize etme, hizmet performanslarını

takip etme, ekip içi iletişim, eğitim ve gelişim faaliyetlerini düzenleme ve bilgi teknolojilerini etkili kullanma görevleri bulunmaktadır.⁽⁶⁾ Bu görevler ile kişiler arası güven, özerk ve bütüncül hasta bakımı, düşük maliyetli yeni çözümler ile yaratıcılık, teknoloji kullanımı ile uygulama kolaylığı, bireyler ve kuruluşlar arası iş birliği sağlanmaktadır.⁽⁷⁾ Bu kapsamda bakıldığında, evde bakım uygulamalarında hemşirelere daha fazla özerklik tanımakta ve bakımın bütüncül bir şekilde ele alınmasını hedeflemektedir.⁽⁸⁻¹⁰⁾ Hollanda'nın yanı sıra 24 ülke tarafından uygulanan bu model ülkemizdeki evde bakım uygulamaları ile benzerlikler ve farklılıklar barındırmaktadır. Bu sağlık hizmetini tanımanın ve kendi ülkemiz kültür ve yapısına uygun hale getirmenin toplum yararına olacağı düşünülmektedir. Modelin temel prensipleri hastaya odaklılık, bütüncül bakım, özerklik, yerel düzeyde organize olarak toplumsal bağları güçlendirmektir. Faydaları ise hasta memnuniyeti, daha az hastane yatışı, toplum temelli hizmet sağlayarak bireylerin toplum ile bağlarını güçlendirmektir.⁽⁵⁾ Hollanda'da ortaya çıkan ve uygulama yaygınlığı giderek artan Buurtzorg modeli ile Türkiye'de verilen evde bakım hizmetleri incelendiğinde çeşitli farklılıklar ortaya çıkmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Buurtzorg modeli ve Türkiye'de Verilen Evde Bakım Hizmetlerinin İncelenmesi

Özellikler	Buurtzorg Nederland tarafından verilen evde bakım modeli	Türkiye'de verilen evde bakım
Sistemin organizasyonu ve yönetim	• Minimum hiyerarşi • 12 kişilik ekip (%50'si hemşire, %50'si bakıcı) • Her ekip 40-60 aileden sorumlu • Ekipler yerel düzeyde organize olarak bağımsız.^(11,12) • Hemşireler yüksek bakıcılar ise orta eğitim seviyesinde • Bakım endikasyon kararlarını hasta ihtiyacına göre bağımsız ve doğrudan alan ve devamlılığını sağlayarak denetleyen bölge hemşiresi bulunmaktadır.^(15,16)	• Evde bakım hizmetleri ile mevzuatın oluşturulması ve denetlenmesi T.C. Sağlık Bakanlığı • Beraberinde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı^(13,14) • "T" tipi toplum, "H" tipi kamu hastaneleri ve "D" tipi ağız ve diş sağlığı olmak üzere üç farklı tipte sağlık hizmeti^(15,16) • Bakım kararı hekim öncülüğünde önerilen tedavi ve bakım planı diğer sağlık çalışanları tarafından uygulanmaktadır.⁽¹⁷⁾

Hemşirelerin rolü ve özerkliği	• Hemşireler, küçük ekipler halinde tamamen özerk ^(11,12) • Bürokrasi minimum düzeyde ve hemşireler zamanlarının büyük kısmını hasta bakımına ayırabilmektedir.	• Evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastalar, ilgili hekim tarafından koordinasyon merkezine bildirilir. • Hemşireler, genellikle önceden belirlenmiş protokollere göre çalışmakta ve karar alma süreçlerinde sınırlı bir role sahiptir.^(14,17)
Teknoloji kullanımı	• "Buurtzorg Web" adlı bir yazılım ile hemşirelerin hasta takibini • Teknoloji ile bürokratik yük azaltılarak hizmetlerin daha etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamaktadır.⁽⁵⁾	• Koordinasyon için 444 38 33 numaralı telefon hattı • Ayrıca aile hekimlikleri ve toplum sağlığı merkezleri aracılığı ile de başvuru yapılmaktadır. • Teknolojik altyapısı daha sınırlı düzeyde olup sağlık çalışanları, genellikle manuel dokümantasyon ve raporlama yapmaktadır.⁽¹⁶⁾
Toplum ve yerel odak	• Yerel ekipler, toplumla entegre • Hasta ile ekip arasında güçlü bir bağ kurmaktadır.^(11,18)	• Merkezi bir organizasyona dayanmaktadır.^(19,20)

Evde bakım uygulamalarının ülkeler arasında farklılık göstermesinin nedenlerinden biri, hemşirelerin bakım sürecindeki karar alma yetki ve sorumluluk düzeyidir. Bu açıdan hemşirelikte endikasyon özerkliği kavramı önem kazanmaktadır.

Hemşirelikte Endikasyon Özerkliği ve Uygulamaları

Hemşirelikte mesleki özerklik; paylaşılan liderlik, mesleki beceriler, multidisipliner iş birliği ve çalışanlar için sağlıklı bir çalışma ortamının sağlanmasıdır. Ayrıca karar alma, savunuculuk, bakım faaliyetlerini belirleme, yetkinlik ve yenilikçi performansı olarakta tanımlanmaktadır.⁽²¹⁾ Buurtzorg modelinde endikasyon özerkliği ise hastanın bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, rapor etmesi ve girişimleri hekime danışmadan başlatabilme yetkisini ifade etmektedir. Hollanda'da yerel düzeyde 12 kişilik ekiplerden oluşan organizasyonlarda hekim olmaksızın hastaların bakım ihtiyacı kararı, planlanması uygulanması ve raporlanması ve takibi sağlanmış ve bununda hasta bakım kalitesini arttırdığı, ülke ekonomisine ve çalışan memnuniyetine olumlu katkısı olduğu ortaya çıkmıştır.^(12,22) Bu da hemşirelerin sadece hekim talimatlarının uygulayıcısı değil, aynı zamanda bağımsız karar alabilen, uygulayan ve takip eden bir pozisyonda olduğu anlamına gelmektedir. Türkiye'de ise bakım kararı hekimlere

verilmiş ve yasal açıdan hemşirelere verilen özerklik sınırlandırılmıştır.⁽¹⁷⁾ Bu nedenle, modelin Türkiye'ye uyarlanması hemşirelik rol ve yetkilerinin yeniden tanımlanmasını önem arz etmektedir.

Tablo 1'de görülen değişikliklerin diğer sebepleri ise ülkelerin sahip olduğu sağlık sigorta sistemleri, yasalar ile belirlenmiş hemşirelik görev, yetki ve sorumlulukları, sağlık politikaları, yeterli sayıda sağlık personeli ve yeterli teknolojik altyapının olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle modeli incelerken hemşirelik eğitimi ve hizmet alıcılarını etkilemesi nedeniyle sigorta sistemlerini detaylı olarak incelemek modeli anlamak ve diğer uygulamalarla karşılaştırmak fayda sağlayacaktır.

Hollanda'da Sağlık Sigorta Sistemi ve Hemşirelik Eğitimi

Hollanda'nın yaşlı bakımında en çok para harcayan ülke olması 2015'te sağlık sigorta sisteminde devrim niteliğinde bir değişiklik yapılmasına neden olmuştur. Ülkede ikamet eden ve bir gelire sahip olan herkes, 1968'den 2007 yılları arasında İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten [AWBZ]) kapsamında sigorta sistemine zorunlu olarak prim ödemektedir. 2004 yılında ise bakım ihtiyacının değerlendirilmesi ve karşılanmasını takip edecek bağımsız bir organizasyon olan Bakım Değerlendirme Merkezi (Centrum Indicatiestelling Zorg [Zorg-CIZ]) kurulmuştur.⁽¹³⁾ Daha sonra 2007 yılında Sosyal Destek Kanunu (Wet Maatschappelijke Ondersteuning [WMO]) kapsamında kişilerin sosyal ihtiyaçlarının karşılanması adına yerel yönetimlere de sorumluluk verilmiştir. Nihayetinde 2015'te Uzun Süreli Bakım Yasası (Wet langdurige zorg [WLZ]) AWBZ'nin yerini alarak uzun süreli bakımlarda merkezi yönetimden ziyade yerel yönetimlerin, denetlemeye ve hesap verilebilirliği doğrultusunda yetkileri arttırılmıştır. Bu yasa ile birlikte, birçok özel sigorta şirketleri ile sözleşmeli devlet tarafından finanse edilen evde bakım kuruluşları oluşturulmuştur. Bakım ihtiyacı ise temel bakım, ekstra bakım ve özel bakım olmak üzere üç düzeyde sunulmaktadır.⁽⁸⁾

Hollanda'nın 2015'te yaptığı reformdan önce bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi çeşitli sağlık çalışanları tarafından yapılırken, reformdan sonra bu iş sadece lisans yetkisi olan hemşirelere verilmiştir.⁽²³⁾ Ülkede hemşireler, Hollanda Profesyonel Hemşire Uygulayıcıları Örgütü'ne (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland [V&VN]), sicil kaydı açtırmak zorundadır. Bu işleyiş hemşirelere bağımsız uygulayıcı olarak yasal bir statü vermektedir. Her bir bölge hemşiresi, Sağlık Sigortası Kanunu (Zorgverzekeringswet [ZVW]) kapsamında finanse edilen evde bakım hizmetlerine erişimde anahtar bir görevi üstlendiğinin bilincindedir. OMAHA ve NANDA hemşirelik tanılama sistemlerini aktif kullanarak bakım ihtiyacını

belirlemekte ve maliyet hesaplaması yapan bir rapor oluşturmaktadır. Bu rapor ile sigortalı bakım hukuki sayılmaktadır. Bakım endikasyonu koyabilen bu kayıtlı hemşireler V&VN'nin mesleki standartlar çerçevesindedir. Ayrıca ülkede 'hemşire' ünvanı korunan meslek grubundadır.⁽²⁴⁾ Tüm bunlar ile birlikte eğitim sisteminde de farklılıklar bulunmaktadır.

Hollanda'da hemşirelik eğitiminde 3 farklı seviye bulunmaktadır. Bunlar; mesleki orta eğitim (MBO), mesleki yüksek eğitim (HBO) ve bilimsel eğitimidir.⁽²⁵⁾ Hemşirelik MBO seviye 1'den 6 ya kadar görev yetki ve sorumlulukları artan bir şekilde devam etmektedir.⁽²⁴⁾ Bu bilgiler doğrultusunda Hollanda'da hemşirelerin mesleki özerklikleri, V&VN tarafından belirlenen mesleki standartlar çerçevesinde tanımlanmakta; bu yapı, sağlık sigorta sistemleri ve Hollanda Hükümeti ile olan iş birliği sayesinde nitelikli ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunulmasına olanak sağlamaktadır.^(26,27)

Türkiye'de Sağlık Sigorta Sistemi ve Hemşirelik Eğitimi

Türkiye'de sağlık sigorta sistemleri 2012 yılından önce; Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), BAĞ-KUR, Devlet Memurları Emekli Sandığı, Devlet Memurları Sigorta Fonu, Yeşil Kart Programı olmak üzere beş farklı sigorta fonu bulunmaktaydı. Tüm fonlar 1 Ocak 2012 yılında, genel sağlık sigortası (GSS) kapsamında birleştirildi.⁽²⁸⁾ Akabinde kişilerin isteğine ya da ekonomik gücüne bakılmaksızın, zorunlu, gelirinin brüt asgari ücretin %3 prim karşılığında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Kapsamında genel sağlık sigortası yapılmaktadır.⁽²⁹⁾ Evde bakım ihtiyacı olan bireylere SGK kapsamında, T.C. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları aracılığı ile ücretsiz hizmet sunulmaktadır. Sağlık İl Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Hizmetleri'ne bağlı "koordinasyon merkezi" aracılığı ile de koordinasyon sağlanır. Başvurular için ise 444 3 833 numaralı telefon hattı oluşturulmuştur. Müdürlük tarafından görevlendirilmiş bir hekim de koordinasyon sorumlusudur. Bireylerin bakım sağlayıcıları için ise Aile ve Sosyal Hizmetleri tarafından ödenen evde bakım ücreti desteği de verilmektedir. Mevcut sisteme bakıldığında, hastaların evde sağlık hizmetlerinden faydalanmada ilk kararı veren kişiler hekimlerdir. Evde sağlık hizmetleri hem SGK hem de Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı kapsamında sağlık kurul raporu ile sağlamaktadır.⁽³⁰⁾ Her iki ülke kıyaslandığında ülkemizde hemşirelik eğitiminde de farklılıklar bulunmaktadır.

Hemşirelik lisans eğitim süresi dört yıl, 4600 saat teorik ve klinik eğitimi kapsamakta ve programı başarı ile tamamlayan kişiler hemşirelik yapma yetkisine sahip olmaktadırlar. Kamuda çalışmak isteyen mezunlar, Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi'nin (ÖSYM) planladığı Kamu Personeli Seçme Sınavı (KPSS) sonuçlarına göre kurumlara yerleştirilmektedir. Hemşirelik yapma yetisini kontrol eden herhangi bir sınav sistemi

bulunmamaktadır. Buna karşın birçok ülkede eğitim kalitesi ve mezunların yeterlilikleri hemşirelik kuruluş ve dernekleri ile standartlar oluşturulmuş ve sürekli olarak akreditasyon ile güvence altına alınmıştır.⁽³¹⁾ 2014 yılında Yükseköğretim Kurulu (YÖK) tarafından hemşirelik eğitiminde akredite kuruluş olarak tanımlanan Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (HEPDAK) bağımsız ve tüm paydaşları kapsamaktadır. Ancak üye olduğu kuruluşlar için bağlayıcılığı bulunmaktadır.⁽³²⁾

Uluslararası Uygulamalar

Hollanda ile Türkiye karşılaştırıldığında sağlık sigorta sistemi ve hemşirelik eğitimi açısından önemli farklılıklar bulunmakla birlikte, ülkemizde evde bakım hizmetleri sunulmaktadır fakat Buurtzorg modelinin doğrudan bir karşılığı bulunmamaktadır. Bu nedenle farklı ülkelerdeki deneyimler Türkiye için önemli fırsatlar sunmaktadır. Literatürde özellikle Hollanda, İngiltere, Finlandiya ve İsviçre örneklerinde yoğunlaşan çalışmaların ortaya koyduğu fırsatlar ve zorluklar, yöntem bölümünde belirtilen tarama kapsamında ulaşılan bulgulara dayanarak Tablo 2’de özetlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Buurtzorg Modeli’nin Uluslararası Uygulamaları: Ülke, Uygulama/Yapılanlar, Fırsatlar ve Zorluklar

Ülke	Uygulama / Yapılanlar	Fırsatlar ve Zorluklar
Hollanda ^(23,33,34)	Kendi kendini yöneten hemşire ekipleri, 2006’dan beri modelin yaygın uygulamaları	Hasta memnuniyeti, bakım kalitesi ve maliyet etkinliği yüksek ancak uzun vadeli bakımda maliyet aktarımı yerel yönetimlere yük getirmesi
İngiltere ^(35,36)	NHS içinde pilot uygulamalar, yarı yapılandırılmış görüşmeler.	Hasta deneyimi olumlu, entegrasyon fırsatı var; fakat kültürel ve düzenleyici farklılıklar nedeniyle tam uyum zorluğu
Finlandiya ⁽³⁷⁾	Öz-örgütlenen hemşire takımları, kamu kuruluşlarında deneyimler	İş etkinliği, çalışan memnuniyeti ve verimlilik artışı ancak sürdürülebilirlik için sabır ve direnç gerekliliği
İsviçre ^(9,38)	Kapsam incelemeleri ve vaka çalışmaları	Hemşire özerkliği fırsatı ancak güçlü kurumsal öğrenme kültürü ve uyumlu sağlık politikaları olmadan uygulama zorluğu

Tablo 2’de özetlenen veriler ayrıntılı incelendiğinde modelin farklı ülkelerde farklı çıktılar ürettiği görülmektedir. Bu uygulamalara ülke bazında bakıldığında; Hollanda’da Gray ve ark. (2015)’lerinin araştırmasında, hemşirelerin yüksek düzeydeki akreditasyonlarının hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini yükselttiği, kendi kendini yöneten ekipler sayesinde verimli ve maliyet etkin bir bakım sağlandığı belirtilmiştir. Ancak toplam maliyetin (bakımevi, doktor

ve hastane giderleri dahil) Hollanda'daki evde bakım sağlayıcıları için ortalama düzeyde olduğu vurgulanmıştır.⁽³⁹⁾ Maarse ve ark. (2016), uzun vadeli bakım reformuna ilişkin çalışmalarında model hakkındaki olumsuz görüşlerin zamanla olumluya döndüğünü ve belediyelerin evde bakımda daha etkin rol üstlendiğini belirtmiştir.⁽³⁴⁾ Alders ve Schut (2022) 2015–2019 döneminde belediyeler üzerine yaptıkları incelemede ise modelin sosyal bakım için bütçe yükünün arttığını ve uzun süreli bakımda maliyet aktarımının merkezi yönetimden yerel yönetimlere kaydığını göstermiştir.⁽³³⁾

İngiltere'de Drennan ve ark. (2018), Buurtzorg modelinin İngiltere'de uygulanabilirliğini karma yöntemli vaka çalışmasıyla incelemiş ve modelin hastalar, bakım vericiler ve sağlık profesyonelleri için kabul edilebilir olduğunu belirtmişlerdir.⁽³⁵⁾ Lalani ve ark. (2019) da Doğu Londra'da yürütülen pilot çalışmada hasta deneyiminin olumlu olduğunu, entegrasyon ve iş birliklerinin geliştiğini fakat kültürel ve düzenleyici farklılıklar nedeniyle Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) içinde uygulamanın sınırlı başarıya ulaştığını raporlamıştır.⁽³⁶⁾

Finlandiya'da Jantunen ve ark. (2020), öz-örgütlenen hemşire takımlarının iş etkinliği, çalışan memnuniyeti ve verimlilik üzerinde olumlu sonuçlar doğurduğunu göstermiştir. Ancak sürdürülebilir bir sistem için sabır ve direnç gerektiğini vurgulamışlardır.⁽³⁷⁾

İsviçre'de Hegedüs ve ark. (2022)'nin kapsam incelemesi, modelin uygulamadaki zorluklarının daha çok kültür, organizasyonel çerçeve ve sağlık politikalarından kaynaklandığını ortaya koymuştur.⁽⁹⁾ Aynı araştırma grubunun İsviçre'de yaptığı vaka çalışmasında ise, modelin başarısı için çalışanlar arasında güçlü bir kurumsal öğrenme kültürünün geliştirilmesi gerektiği ifade edilmiştir.⁽³⁸⁾

Türkiye'de Buurtzorg Modelinin Uygulanabilirliği ve Önemi

Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin büyük ölçüde hekim merkezli ilerlemesi hemşirelerin karar alma süreçlerini sınırlamaktadır. Buurtzorg modeli ise küçük ve kendi kendini yöneten ekipler aracılığıyla hemşire özerkliğini güçlendirmekte, bakımın bütüncül ve hasta odaklı yürütülmesini sağlamaktadır. Türkiye'nin artan yaşlı nüfusu ve kronik hastalık yükü göz önünde bulundurulduğunda, modelin uyarlanması yalnızca hemşirelik mesleğinin güçlenmesine değil, aynı zamanda toplum temelli bakımın gelişmesine, hasta ve aile memnuniyetinin artmasına ve sağlık sisteminde sürdürülebilirliğin desteklenmesine katkı sağlayabilecek önemli bir fırsat olarak değerlendirilmektedir.

Tartışma

Literatürde modele ilişkin olumlu çıktılar, daha çok hasta memnuniyeti, bakım kalitesi, hemşirelerin mesleki özerkliği ve maliyet etkinliği üzerinde yoğunlaşmaktadır^(6,8,9,39,40) Bununla birlikte, uzun vadeli bakımda maliyet yükünün yerel yönetimlere kayması, kültürel ve düzenleyici uyumsuzluklar ile sürdürülebilirlik sorunları modelin zorlukları olarak belirtilmektedir.^(9,33,38) Bu veriler ışığında, modelin hem fırsatlar hem de sınırlılıklar sunduğu görülmektedir. Türkiye bağlamında ise, mevcut evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi adına hemşirelerin bakım kararlarına aktif katılımı, bakım endikasyon özerkliğinin güçlendirilmesi ve bütüncül bakım yaklaşımı, dikkate alınması gerekmektedir. Böylece hemşirelik mesleğinin güçlenmesi, sağlık sisteminde hizmet kalitesinin artırılması ve maliyet etkinliğinin sağlanacağı düşünülmektedir.

5. Sonuç ve Öneriler

Bu derlemede, Buurtzorg modelinin hemşire özerkliğine dayalı yapısıyla topluma katkı sağladığı görülmüştür. Türkiye’de uygun koşullar sağlandığında uyarlanabilirliği mümkündür. Bunun için öncelikle sınırlı ölçekli pilot uygulamaların yürütülmesi, hemşirelerin karar alma yetkilerini güçlendirecek mevzuat ve sigorta düzenlemelerinin yapılması, hemşirelik eğitiminde özerklik odaklı içeriklerin güçlendirilmesi ve toplumda hemşire merkezli bakım konusunda farkındalığın artırılması gerekmektedir. Literatürde modelin başarısını sağlayan hemşire özerkliği, bütüncül bakım, maliyet etkinlik ve yüksek hasta memnuniyeti Türkiye’nin artan yaşlı nüfusu, kronik hastalık yükü ile ilişkilendirildiğinde, modelinin ülkemize uyarlanması koşullu olarak mümkün görülmektedir. Bu süreç hem hemşirelik mesleğinin güçlenmesine hem de evde bakım sisteminin sürdürülebilirliğine katkı sağlayabilecek önemli bir fırsat olarak değerlendirilmektedir.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

Kurumsal ve Finansal Destek Beyanı: Herhangi bir kurumsal ve finansal destek alınmamıştır.

Yazar Katkıları: Fikir/Kavram (NT), Çalışma Tasarımı (NT), Denetleme/Danışmanlık (SCÇ), Literatür Taraması (NT), Makalenin Yazımı (NT), Başvuru öncesi son kontrol (NT-SCÇ)

Teşekkür: Çalışma süresi boyunca sabır ve ilgi ile devam edebildiğimiz ilaveten sağlık hizmeti geliştirmek adına dikkat çabamız için kendi öz benliğimize teşekkür ederiz

Kaynaklar

- 1- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle yaşlılar, 2023. Erişim tarihi: 23.01.2025. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2023-53710>
- 2- World Health Organization (WHO). Ageing: Global population. Access: 06.08.2025. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing>
- 3- T.C. Cumhurbaşkanlığı. 100. Yıl Türkiye Planı: On Birinci Kalkınma Planı 2019–2023. Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi; 2019. Erişim tarihi: 06.08.2025. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/07/On-Birinci-Kalkinma-Plani-2019-2023.pdf>
- 4- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. On İkinci Kalkınma Planı 2024–2028. Türkiye Büyük Millet Meclisi; 2023. Erişim tarihi: 23.01.2025. Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf
- 5- Buurtzorg International. Buurtzorg Nederland. 2025. Access: 21.02.2025. Available from: <https://www.buurtzorg.com/>
- 6- Martela F, Nandram S. Buurtzorg: scaling up an organization with hundreds of self-managing teams but no middle managers. J Org Des. 2025 Jan 7. doi: 10.1007/s41469-024-00184-y.
- 7- Andrade ICS de, Tosin MH de S, Oliveira M, Nandram S, Pinheiro FG de MS, Oliveira BGRB de. Implementation of an innovative model of community nursing for older adults based on Buurtzorg principles: a scoping review protocol. JBI Evid Synth. 2022;20(10):2565–71. doi: 10.11124/JBIES-21-00388.
- 8- Cansever İH. Türkiye'nin Evde Bakım Paradoksu: Buurtzorg Modeli Üzerine bir politika değerlendirme araştırması. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2025; (4):505–19. doi: 10.37880/cumuiibf.1458508.
- 9- Hegedüs A, Schürch A, Bischofberger I. Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a scoping review. Int J Nurs Stud Adv. 2022;4:100061. doi: 10.1016/j.ijnsa.2022.100061.
- 10- Lumillo-Gutiérrez I, Salto GE. Buurtzorg Nederland, a proposal for nurse-led home care. Enferm Clin (Engl Ed). 2021;31(5):323–7. doi: 10.1016/j.enfcl.2020.08.004.
- 11- Kreitzer MJ, Monsen KA, Nandram S, de Blok J. Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. Glob Adv Health Med. 2025;4(1):40–4. doi: 10.7453/gahmj.2014.030.
- 12- Malik E. Buurtzorg Nederland: Explicating a self-management homecare model. Proceedings. 2023;2023(1):10437. doi: 10.5465/AMPROC.2023.10437.
- 13- Karan MA, Satman İ. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSAB) Türkiye yaşlı sağlığı raporu: güncel durum, sorunlar ve kısa-orta vadeli çözümler. İstanbul; 2021. p. 89. Report No.: 48569. Erişim tarihi: 07.08.2025. Erişim adresi: <https://files.tuseb.gov.tr/tuhke/files/yayinlar/2024-11-29-08-18-49.pdf>
- 14- Resmî Gazete. Sağlık Bakanlığından: Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik. 2023. Sayı: 32209. Erişim tarihi: 22.02.2025. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/06/20230602-1.htm>
- 15- Çelik Güzel E, Toprak D. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2018;10(5):15–19. Erişim tarihi: 22.02.2025. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktah/issue/47240/593652>

- 16- Yağar F. Türkiye’de evde bakım hizmetlerine ilişkin hasta beklentilerinin doküman analizi yöntemi ile incelenmesi. PAUSBED. 2022;(48):203–14. doi: 10.30794/pausbed.945207.
- 17- T.C. Cumhurbaşkanlığı. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. 2005. Erişim tarihi: 10.06.2025. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7542&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- 18- Varis K. Buurtzorg – an innovative model for caring elderly at home. 2017. Access: 22.01.2025. Available from: <https://ikanyt.karelia.fi/2017/11/13/buurtzorg-an-innovative-model-for-caring-elderly-at-home/>
- 19- Aslan Ş, Uyar S, Güzel Ş. Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye. SAYOD. 2018 Dec 3;(1):45–56. doi: 10.35375/sayod.520957.
- 20- Aydın A. Türkiye ve seçilmiş Avrupa ülkelerinde evde bakım hizmetlerinin organizasyonu, kapsamı ve içeriği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;13(3):1408–21. doi: 10.37989/gumussagbil.1410883.
- 21- Mrayyan M, Abu Khait A, Rababa M, Algunmeeyn A, Al-Rawashdeh S, Al-Atiyyat N, et al. Professional autonomy in nursing: a concept analysis. SAGE Open. 2025:1–17. doi: 10.1177/21582440241302129.
- 22- Kreitzer MJ, Monsen KA, Nandram S, de Blok J. Buurtzorg Nederland: a global model of social innovation, change, and whole-systems healing. Glob Adv Health Med. 2015;4(1):40–4. doi: 10.7453/gahmj.2014.030.
- 23- Brabers AEM, de Groot K, Groenewegen PP, de Jong JD. To what extent do home care nurses feel free to assess the care that is needed for their patients? A nationwide survey in the Netherlands. Health Sci Rep. 2021;4(4):e420. doi: 10.1002/hsr2.420.
- 24- Harder C. Notitie geneeskundige context aanspraak wijkverpleging. V&VN Wijkverpleging. 2022. Access: 08.08.2025. Available from: <https://www.venvn.nl/media/4xuahadf/20221114-notitie-geneeskundige-context-in-de-wijkverpleging.pdf>
- 25- Amsterdam Eğitim Ataşeliği. Hollanda’da eğitim. 2025. Erişim tarihi: 23.02.2025. Erişim adresi: <https://amsterdam.meb.gov.tr/www/hollandada-egitim/icerik/8626>
- 26- Harder C. Normenkader. 2025. Access: 15.02.2025. Available from: <https://www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/normenkader/>
- 27- Zorg voor Beter. Wijkverpleegkundigen indiceren zorg in de wijk. 2025. Access: 15.02.2025. Available from: <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/samenwerken-in-de-wijk/professionals-in-de-wijk/wijkverpleging>
- 28- Tombak H, Tüfekçi N. Health insurance system in Turkey: a conceptual evaluation. J Curr Res Health Sect. 2023;13(1):73–84. doi: 10.26579/jocrehes.13.1.6.
- 29- SGK. Sosyal Güvenlik Kurumu. 2025. Erişim tarihi: 23.02.2025. Erişim adresi: <https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/146ba5fa-f757-4fc1-b316-30859c42d21e/2025-yili-icin-genel-saglik-sigortasi-prim-tutari-ne-kadardir-2025-02-06-09-59-38>
- 30- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. Erişim tarihi: 10.06.2025. Erişim adresi: <http://www.aile.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/saglik-bakanligi-ve-bagli-kuruluslari-tarafından-evde-saglik-hizmetlerinin-sunulmasına-dair-yonetmelik/>
- 31- YÖK. Yükseköğretim Kurulu. Hemşirelik Lisans Eğitimi Çalıştayı. 2017. Erişim tarihi: 23.02.2025. Erişim adresi:

- https://www.yok.gov.tr/Documents/Yayinlar/Yayinlarimiz/Hemsirelik_Lisans_Egitim_i_Calistayi_Sonuc_Raporu.pdf
- 32- HEPDAK. Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği. 2013. Erişim tarihi: 10.06.2025. Erişim adresi: <https://www.hepdak.org.tr/kaynaklar>
- 33- Alders P, Schut FT. Strategic cost-shifting in long-term care: Evidence from the Netherlands. *Health Policy*. 2022;126(1):43–8.
- 34- Maarse JAMH, Jeurissen PPP. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*. 2016;120(3):241–5. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.01.014.
- 35- Drennan VM, Calestani M, Ross F, Saunders M, West P. Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ Open*. 2018;8(6):e021931. doi: 10.1136/bmjopen-2018-021931.
- 36- Lalani M, Fernandes J, Fradgley R, Ogunsola C, Marshall M. Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):945. doi: 10.1186/s12913-019-4788-2.
- 37- Jantunen S, Piippo J, Surakka J, Sinervo T, Ruotsalainen S, Burström T. Self-organizing teams in elderly care in Finland: Experiences and opportunities. *Creat Nurs*. 2020;26(1):37–42. doi: 10.1891/1078-4535.26.1.37.
- 38- Hegedüs A, Schürch A, Zentgraf A, Abegg A, Bischofberger I. Opportunities and challenges for home care services in implementing the Buurtzorg model in Switzerland: results of an exploratory case study / Chancen und Herausforderungen für häusliche Pflegedienste bei der Umsetzung des Buurtzorg-Modells in der Schweiz: Ergebnisse einer explorativen Fallstudie. *Int J Health Prof*. 2022;9(1):104–15.
- 39- Gray BHG, Sarnak DOS, Burgers JSB. Home care by self-governing nursing teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. New York, NY: Commonwealth Fund; 2015. Access: 22.01.2025. Available from: <http://www.issuelab.org/permalink/download/25117>