



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

DEMANS BAKIM PLANI MODELİ



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İÇİNDEKİLER

I Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitesinin Geliştirilmesi Projesi DEMANS/ALZHEİMER ULUSAL RAPORU DEĞERLENDİRMESİ

YÖNETİCİ ÖZETİ

A. YAŞLANMA

B. DEMANS VE ALZHEİMER DEMANS

C. YAŞLI VE DEMANS/ALZHEİMER HASTALARI TÜRKİYE VERİLERİ- İnsidans ve Prevelans

D. DEMANS /ALZHEİMER HASTA BAKIM

D1-TÜRKİYE'DE ALZHEİMER HASTALARI İÇİN PLANLANMIŞ BAKIM KOŞULLARI, PROFESYONEL BAKICI VE BAKIM EVLERİ

D2-YAŞLI BAKIMI İÇİN YASAL DÜZENLEME VE DÜZENLEYİCİ ÇERÇEVE

D3-TÜRKİYE'DE YAŞLILAR VE YAŞLILARA VERİLEN HİZMETLER İLE VERİLER VE MEVZUAT

E. ALZHEİMER/DEMANS YAŞLILARINA YÖNELİK SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETİN (KURUM BAKIMI, EVDE BAKIM, GÜNDÜZLÜ BAKIM, EVDE SAĞLIK VS) ÜLKEDEKİ DURUMU

E1. YAŞLI HİZMET MERKEZLERİ

E2 ALZHEİMER HASTASI YAŞLILAR GÜNDÜZLÜ BAKIM MERKEZİ

E3 BAKIM HİZMETLERİ

E3-a Evde Bakım Hizmeti

E3-b Kurum Bakım Hizmeti

F. DEMANS BAKIM HİZMETLERİ YÖNETİŞİMİNİ İYİLEŞTİRME: ZORLUKLAR ve ÖNERİLER

SONUÇ VE ÖNERİLER



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

TÜRKİYE’DE ALZHEIMER VE DİĞER

DEMANSLI HASTALARA BAKIM VE

YAKLAŞIM:

GENEL ÇERÇEVE, MODELLER ve PROJEKSİYONLAR

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitesinin Geliştirilmesi Projesi

DEMAN/ALZHEIMER ULUSAL RAPORU DEĞERLENDİRMESİ

Yönetici Özeti

A. YAŞLANMA

Yaşlanma, yaşamın temel gerçekliklerinden birisidir. Doğumun ardından, bebeklik, çocukluk, gençlik, yetişkinlik dönemlerinin ardından gelen yeni dönem, yaşlılık dönemi olarak nitelendirilir. Birleşmiş Milletler (BM) yaşlanmadaki yaş sınırını 60 yaş ve üzeri olarak temel almakta ve bu yaş üstü bireyleri yaşlı olarak sınıflamaktadır. Ancak, ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarının genelinde Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tanımı esas alınmakta olup yaşlılık dönemi “65 yaş ve üzeri” olarak kabul etmektedir. Genel anlamıyla yaşlanma, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerinin düzenli olarak değişmesidir. Karmaşık bir biyo-psiko-sosyal süreç olup organ ve hücreye değil türe özgüdür. Her türün ortalama ve maksimum yaşam süresi belirlidir.

Yaşlanma ile ilgili tanımlar biyolojik ve kronolojik olmak üzere ikiye ayrılır. Buna göre;

Kronolojik yaş: Doğumdan başlayarak içinde bulunulan zamana kadar geçen yılların toplamıdır.

Biyolojik yaş: Yaşlanmaya bağlı olarak insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklerdir.

DSÖ’nün 1998 yılı raporuna göre kronolojik yaş sınıflandırması:

45 – 59 yaş arası orta yaş,

60 – 70 yaş arası yaşlılık,

75 – 89 yaş arası ileri yaşlılık,

90 yaş ve üzeri ise ihtiyarlık olarak tanımlanır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yaşlanma, canlının olgunlaşma süreci tamamlandıktan sonra fizyolojik yedek kapasitelerinin giderek azaldığı, gittikçe yıprandığı ve buna bağlı olarak yaşam fonksiyonlarının aksadığı bir süreci ifade eder. Çoğu kere yaşlı kavramı içinde yaşanan toplum için ötekileştirilen bir kavram olsa da günümüzde yaşlı, toplumdaki diğer bireylerle sosyal ilişkiler kuran, topluma uyum sağlayan, yaşadığı çevreye, kente, ülkeye ilişkin öneri ve beklentileri olan bir grup olarak değerlendirilmektedir.

Birleşmiş Milletler'in tanımına göre bir ülkedeki yaşlı nüfusunun toplam nüfus içindeki oranının %8 ile %10 arasında olması o ülke nüfusunun "yaşlı", %10'un üzerinde olması ise "çok yaşlı" olduğu anlamına gelmektedir. Bu tanıma göre dünya nüfusu son yüzyıl içinde çok hızla yaşlanmakta, üstelik demografik yaşlanmanın gelişmekte olan ülkelerde çok daha fazla görünür hale geldiği görülmektedir. Tıp alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, hastalıkların önlenmesi, erken dönemde teşhis ve tedavinin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimi, doğurganlık hızı ve bebek ölümlerinin azalması gibi faktörler yaşlı nüfus artışının önemli nedenleri arasında yer almaktadır.

Ülkemizde de bu bağlamda, yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfuslara göre daha yüksek bir hız ile artış göstermektedir. Küresel yaşlanma süreci olarak adlandırılan "demografik dönüşüm" sürecinde olan ülkemiz genç bir nüfusa sahip görünse de mutlak yaşlı sayısı oldukça fazladır. Dünya nüfusunun 2015 yılında %8,5'ini yaşlı nüfus oluşturdu. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %30,4 ile Monako, %26,6 ile Japonya ve %21,5 ile Almanya oldu. Türkiye bu sıralamada 167 ülke arasında 66. sırada yer aldı (2). Yapılan araştırmalar, ülkemizin yeni bir demografik yapıya geçmekte olduğunu göstermektedir. Ülkemizdeki 65 yaş üzeri nüfusun 2012 yılında %7.5 ve 2015 yılında %8.2 iken 2020 yılında %10.2, 2050 yılında %20.8 ve 2075 yılında ise % 27.7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir . Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) projeksiyonlarına göre, 2012 yılında 65 yaş ve üzerindeki nüfus 5,7 milyon ve 2015 yılında 6,5 kişi iken, 2023 yılında 8,6 milyona, 2050 yılında 19,5 milyona, 2075 yılında ise 24,7 milyona çıkacağı düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2013 yılı sağlık istatistiklerine göre ülkemizde, 1990 yılında 66 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi, 2011 yılında 76 yıla çıkmıştır. 2015 verilerine göre ise doğumda beklenen yaşam süresi, Türkiye geneli için toplamda 78, erkeklerde 75,3 ve kadınlarda 80,7 yıldır.

Yaşlanma dönemi kendine ait fiziksel değişikliklikleri içerirken, sıklıkla ağrılar, derinin incilmesi ve esnekliğini yitirmesi, boyun kısalması, kas kuvvetinin azalması, kemiklerde kalsiyum kaybına bağlı olarak kemik yoğunluğunun azalması, görme ve işitmede problemler, zihin durgunlukları, karar vermede zorluklar, izole edilme duyguları, içe dönme gibi alışlagelen sorunlar ile beraber, vücut fonksiyonlarındaki bozulmaların ortaya çıkardığı Demans ve sıklıkla Alzheimer demans, Parkinson, inme gibi hastalıklar da yeni bir uğraş haline gelebilmektedir. Bu hastalıklar durumun sadece hasta ile sınırlı kalmasına izin vermez, hastaya bakım veren tüm aile bireyleri de durumdan etkilenir. Özellikle Demanslı, Alzheimerlı, Parkinsonlu yaşlı bireylere bakım verenlerde depresyon, kaygı, stres, anksiyete, güvensizlik, umutsuzluk gibi psikolojik durumlar daha fazla görülmekte ve bu durum onların



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ilaç kullanımını artırmakta, yaşam doyumları olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu hastaların bakım yükünün artması yaşam doyumunu olumsuz yönde etkileyebilir.

Hem ülkemizde hem de gelişmiş ülkelerde, değişen toplumsal yapıya rağmen güçlü aile ilişkileri hala varlığını sürdürmekte ve yaşlı bireylerin bakım sorumluluğunun yaklaşık %60-80'i aile bireyleri tarafından yerine getirilmektedir. Aile içerisinde bakım verenlerin çoğunu kadınlar oluştururken bu durum son yıllarda değişmiş ve erkek bakım verenlerin sayısında da artış gözlenmiştir. Bakım veren kişinin sorumlulukları arttıkça bakım verme daha zor bir duruma gelmekte ve bakım veren birey üzerinde yük oluşturabilmektedir. Bakım verme bakım vericilerin fiziksel, ruhsal ve duygusal durumlarını etkilerken bu durumdan kadınlar erkeklere oranla daha fazla etkilenmektedir. Bakım verenlerin bir kısmı bakım verme güçlüğü yaşamazken bakımda güçlük yaşayanların bundan etkilenme düzeyleri birbirinden farklıdır. Bakım verme güçlüğünü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bakım veren bireyin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyleri, kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, etnik kökeni, kültürel düzeyi, sosyo-ekonomik durumu vb.) hasta ile olan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği ile hasta bireyin bakım vericiye bağımlılık seviyesi gibi faktörler bunlardan bazılarıdır. Yaşlılıkta ortaya çıkacak olan tüm hastalıklar, toplum için farklı bir sağlık alanı oluştururken, yaşlı nüfusa yönelik sağlık hizmetleri, bakım hizmetleri ve sosyal hizmetlerin önemi de giderek artmaktadır.

Bu anlamda dünyanın en hızlı yaşlanan ülkelerinden biri olarak Türkiye’de de toplumsal değişimle birlikte profesyonel yaşlı bakım hizmetlerine duyulan ihtiyaç artmaktadır. Yaşlılara yönelik bakım hizmetlerinin sunulmasında profesyonel bakım personellerinin yetiştirildiği yaşlı bakım programlarının da önemi giderek artmaktadır.

Yaşlı nüfusun hızla artmasına paralel olarak yaşlılıkta sık görülen hastalıklar toplum içinde bir sorun haline gelmektedir. Yaşlılıkta sık görülen hastalıklardan biri olan, damarsal ve dejeneratif (beyin harabiyeti ile giden) değişimlere bağlı gelişen demans hastalıklarının başında %50-70 arasında değişen oranlarıyla Alzheimer gelmektedir.

B. DEMANS VE ALZHEIMER DEMANS

Demans yaşlanma ile karşılaşılan en önemli hastalıklardan biri olup, ölüm nedenleri arasında 3. sırada olmasına karşın bakım gerektiren hastalıkların başında gelir. Demans benzer özellikleri içeren çok sayıdaki hastalığın genel ismidir. Latince zihin anlamına gelen “mens” kelimesinden türemiş olan demans zihnin yitilmesi anlamına gelmektedir. Demans, kronik ve genellikle ilerleyici hastalıklar olarak bellek ve entellektüel kapasitenin azalması ile bellek, konuşma, algılama, hesaplama, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerden en az ikisinde bozukluk olması ile karakterize bir tablodur. Bilişsel işlevlerde bozukluğa bağlı olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama, sosyal ve mesleki yaşantısında bozukluk oluşmaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Demans hastalığı, dejeneratif nedenli, damarsal nedenli, travmaya bağlı, enfeksiyona bağlı, tümöre bağlı, sistemik vücut hastalıkları ve toksik hastalıklar ile ilgili olmak üzere çeşitli nedenler sonucu ortaya çıkmaktadır.

Demans nedeni olabilen hastalıklar:

1. Tümör, abse ve beyin içi kanama gibi beyinde yer kaplayan nedenli demanslar,
2. HIV, Herpes gibi enfeksiyon hastalıkları ile giden demanslar,
3. B12 eksikliği gibi beslenme, karaciğer koması gibi metabolik ve yüksek akol gibi toksik hastalıkların yaptığı demanslar,
4. Lupus gibi bağışıklık sistemi bozukluğu ve inflamatuvar değişikliklerle giden demanslar,
5. Beyin damarsal hastalıkları ile giden demanslar,
6. Doğuştan bazı birikim hastalıklarının yaptığı demanslar,
7. Yavaş virus hastalıkları (Prion hastalığı, deli dana hastalığı) demansları,
8. Alzheimer gibi beyin doku harabiyeti ile (dejeneratif) giden hastalıklardır.

Alzheimer hastalığı ilerleyici beyin harabiyeti ile giden, nörodejeneratif bir bozukluktur. Demans oluşturan en sık nedenlerden biri %50-60 görülme sıklığı ile Alzheimer hastalığıdır. Alzheimer hastalığı ilk kez 1907 yılında bir Alman nöropsikoloğu olan Alois Alzheimer tarafından bellek kaybı, konuşma yeteneğinin bozulması ile gelen bir kadın hastada tanımlanmıştır. Hastanın daha sonra yapılan otopsisinde günümüzde dahi tanı olarak kullanılan beyin hücre içi yumak benzeri yapılar (nörofibriler yumaklar) ve hücreler arası plak benzeri oluşumlar (senil plaklar) saptanmıştır.

Görülme sıklığı ve ölüm oranları, bakım maliyetleri ile bakıcılara ve topluma genel etkileri açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur. Demans adı verilen ve beynin bilişsel bozuklukları ile seyreden hastalıkların en sık görülen tipi Alzheimer hastalığıdır. Alzheimer hastalığı öncelikle hafıza olmak üzere, tüm bilişsel fonksiyonlarında ilerleyici kayba neden olur. İlerleyen yaşla birlikte, Alzheimer hastalığının görülme sıklığı artar ancak Alzheimer hastalığı, normal yaşlanmanın kaçınılmaz sonucu değildir. Normal yaşlanma sürecinde beyinde yapısal bir takım değişiklikler olur ama bilişsel/zihinsel yetilerde belirgin bir kayıp söz konusu değildir. Alzheimer hastalığında ise, belirgin şekilde **“yeni bilgileri öğrenme güçlüğü”** vardır.

Alzheimer hastalığının belirtileri, hafıza sorunları, düşünme ve nedenselleştirme zorluğu, karar vermede güçlük, kelime bulma güçlüğü, aritmetik işlemlerde güçlük, kişilik ve davranış değişiklikleri, kaybolmalar, eskiden kolaylıkla yapabildiği işlevleri yapma güçlüğü gibi olgularla kendini göstermekte iken, Alzheimer hastalığı süreci ve evreleri üç boyutuyla tanımlanmaktadır. Erken, hafif dönem; unutkanlık, yorgunluk, kelimeleri hatırlayamama,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

yeni şeyleri öğrenememe, sosyal davranış ve karar verme bozukluğu ile seyrederken, orta dönemde günlük yaşam aktivitelerinin sürmesini engelleyen belirti ve problemler ortaya çıkmakta, kaybolmalar, motor yetilerde bozulma, davranış problemleri gözlemlenmektedir. İleri dönemde ise, hasta bakım verenlere tam bağımlılık döneminin ortaya çıkışıyla beraber mesane ve bağırsak kontrolünde bozulma, konuşma ya da basit emirlere uymada bozukluk, hayal görme, farkındalık halinin kaybı ön plandadır.

HASTALIKTA GÖRÜLEN BELLİ BAŞLI BULGULAR;

1. Bilişsel (Kognitif) Alan Bozulması

- Bellek: Yakın ve uzak geçmişe ait hatırlama sorunları
- Dikkat: Dalgalanma, konsantrasyon, çelinebilirlik
- Dil: Kelime bulma, anlama, okuma, yazma, hesaplama güçlükleri
- Görsel-mekânsal işlevler: Dolaşma, yazı karakterinde değişiklik
- Yürütücü işlevler: Problem çözme, yargılama, soyutlama bozuklukları
- Praksis: Alet kullanma, giyinme, oturma-yürüme güçlükleri
- Gnosis: Nesneleri tanıma, mekânda birbirinden ayırmada bozukluk

2. Davranışsal Bozukluklar

- Kişilik değişiklikleri: Apati, disinhibisyon, sosyal uygunsuzluk
- Duygu durum bozuklukları: Keder, isteksizlik, huzursuzluk, yerinde duramama, sinirlilik, uygunsuz neşe, eşin peşinden ayrılmama
- Algı bozuklukları: Görsel ve diğer halüsinasyonlar ve bunlara bağlı davranış değişiklikleri
- Düşünce bozuklukları: Hırsızlık, sadakatsizlik

3. Günlük Yaşam Aktivite (İşlevsel) Bozulma

- Günlük yaşam aktiviteleri: İş yaşamı, yolculuk, mali işler, alışveriş, sosyal ilişkiler, hobiler, ev aygıtlarını kullanma, yemek pişirme, diğer ev işleri, küçük tamirat, gazete-TV ilgisinde azalma
- Kendine bakım: Yemek yeme, yıkanma, giyinme, makyaj, traş olma, tuvalet mekaniği, sfinkter kontrolünde bozukluk

4. Motor Bozukluğu

- Yürüyüş bozukluğu, düşmeler, donup kalma, dengesizlik, hareket yavaşlığı, kaslarda güçsüzlük, seyirme

5. Otonom Bozukluk

- İnkontinans (idrar kaçırma) , empotans, ortostatizm, konstipasyon (kabızlık), terleme

6. Uyku Bozukluğu



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- REM-davranış bozukluğu, aşırı gündüz uykusu, uyku apne sendromu

Alzheimer hastalığı tanısını kesin olarak koyduracak bir test yoktur. Alzheimer hastalığı tanısı için nörolojik muayene, kan testleri, zihinsel testler, beyin görüntülemesi yapılmalıdır. Bazı durumlarda ise; EEG, SPECT, lomber ponksiyon (belden su alma) ve psikiyatri konsültasyonu gerekebilir. Alzheimer hastalığının kesin tedavisi henüz olmamakla birlikte süreci yavaşlatmak ve bazı belirtilerin şiddetini azaltmak mümkündür. Yeni tedavi seçenekleri üzerinde çalışmalar sürmektedir. Tedavilerde amaç süreci yavaşlatmaktır. Hastalığın gidişinde hasta bakım verenini en çok etkileyen bulgular hastanın davranışlarındaki değişikliklerdir. Burada tedavi amacı ile ilaç dışında, çevre düzenlemesi, ışık tedavisi, müzik tedavisi, pet terapisi, egzersiz, dans, sosyal etkileşim gibi aktivite tedavisi ve özel davranışsal teknikleri de önerilmektedir. Bu tedaviler psikiyatri ilaçlarının aşırı kullanımını da azaltır.

Tedavilerin diğer bir amacı da hastaya bakım verenin yükünü/ tükenmişliğini azaltmaktır. Bu nedenle erken ve doğru tanı çok önemlidir. Alzheimer hastalığının kendisi, tanı, teşhis ve tedavi sürecinin yanı sıra, hastalığın sosyal boyutları da en az hastalığın kendisi kadar büyük bir önem taşımakta ve bakım sürecinin birebir içinde yer almaktadır. Günümüzde gelişen tedavi uygulamaları, ekonomik ve politik yaklaşımlar, sağlıkta yeni hizmet anlayışları pek çok kronik hastanın bakım sorumluluğunun ağırlıklı olarak aile ve yakınları tarafından üstlenilmesine neden olmuştur. Bakım sorumluluğunun çoğunlukla ailelerde olduğu hastalıklardan biri de Alzheimer hastalığıdır. Alzheimerlı hasta bakımının Amerika Birleşik Devletleri'nde %80-90 oranında evde erişkin çocuklar ya da eşler tarafından sağlandığı, ülkemizde de bakımın benzer sıklıkta kadınlar tarafından gerçekleştirildiği ifade edilmektedir.

Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerle yapılan niteliksel ve niceliksel çalışma sonuçlarına göre bakım verme, zamanının büyük bir kısmını hastasına ayırması nedeniyle bakım verenlerin stres düzeyinin artmasına, zorlanma, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi psikolojik sorunların yaşanmasına ve fiziksel sağlığın bozulmasına neden olmaktadır. Aynı çalışmalarda hastalığın yüksek maliyetinin bakım verenlerde sosyo-ekonomik sorunların yaşanmasına yol açtığı da ifade edilmiştir. Hastalığın erken evrelerinde hastanın ev dışında yürüttüğü aktivitelerin engellenmesine bağlı olarak bakım verenler hem hastanın ev dışında yürüttüğü aktiviteleri, hem de tedaviye ve mali konulara ilişkin işleri yürütürken, bunların yanı sıra hastalığın ilerlemesi ile hastanın öz bakımına yönelik olarak banyo yapma, beslenme, giyinme gibi aktiviteleri de üstlenmektedir. Hastalığın geç evresinde ise fizyolojik kayıplara bağlı değişikliklerin yanı sıra hastada davranışsal değişimler, depresyon, ajitasyon, dalgınlık gibi durumların ortaya çıkması, ayrıca sağlıklı eşin ya da yakının kaybı bakım verici rolünü üstlenen aile üyelerinde psikolojik sorunlara ve strese neden olmaktadır.

Günümüzde kronik hastalıkların artması aileye düşen sorumlulukları artırmakta ve bu sorumluluklar ailelerin ve bakım verenlerin sağlık profesyonelleri tarafından özel olarak ele



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

alınmasını gerektirmektedir. Kronik hastalıklardan biri olan Alzheimerda, hastaların bakım sorumluluğunu üstlenen bireylerin psikolojik, fizyolojik ve sosyoekonomik konularda zorlandıkları ancak hastaları için özel kurum hizmeti ve evde bakım desteği alamadıkları bilinmektedir. Evde bakımın ciddi destekçisi hatta yürütücüsü profesyonel olmayan bakım verenlerin tükenmişliğinin ve güçlüklerinin artması ücretli bakım verenlerden destek talebinin artmasına, hastanın erken dönemde huzurevine yerleştirilmesine, bakım verenin sağlığının olumsuz etkilenmesine ve hastada bakımla ilgili sorunlara yol açabilmektedir.

Literatürde yaşlı bakımında, altı ana grubun yer aldığı bilinmektedir, bunlar: bakım verenler, sivil toplum örgütleri, çalışanlar, devlet hizmetleri, aileler ve yaşlıların kendileri olarak sınıflandırılabilir. Ancak dünyanın birçok örneğinde farklı grupların ve paydaşların yaptığı çalışmaların birbiriyle koordine olmadığı ve sistematik ilerlemediği gözlemlenmektedir. Dahası yapılan çalışmalar ve toplanan bulgulara göre, Alzheimer hastalarına bakım verenlerin büyük güçlükler yaşadığı tespit edilmiştir. Örneğin, bakım verenlerin %64'ü bakım verme nedeni ile ailede güçlükler yaşamakta, güçlük yaşayanların %40,6'sı bakımda destek alamamakta, %34,4'ü psikolojik, %18,8'i ekonomik güçlükler yaşamaktadır. Ayrıca uzmanlara göre, Alzheimer hastalarına bakmak zorunda kalan bireylerin en az %50'si depresyonla da mücadele etmektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da bakım süreci ile ilgili önemli bulgulara rastlanmıştır. Bir çalışmaya göre; ülkemizde tanısı konan Alzheimer hastalarının %38'i 79-84 yaş grubunda, %74'ü kadın, %36'sı ilkokul mezunu, %64'ü bekâr, %72'si 3 ve daha fazla sayıda çocuk sahibi, %58'i ev hanımı ve tamamı sosyal güvenceye sahiptir. Hastaların %78'i 1-7 yıldır Alzheimer hastasıdır, hastalığa ait belirtilerin başlaması ile tanı alma arasında geçen süre %34 ile 1-2 yıl, ortalama süre ise 2.56 yıldır. Hastaların %48'i hastalığın ileri evresinde; %64'ü "tamamen bağımlı", %34'ü "bağımsız ancak unutkanlık yaşamını etkiliyor", %8'i "bağımsız ancak iletişim kurulamıyor" ve %6'sı "bağımsız, kendi yaşamını sürdürebiliyor" durumdadır. Hastaların var olan sorunları incelendiğinde %82 ile beslenme sorununun en sık yaşanan sorun olduğu belirlenmiştir. Hastalarda iletişim (%80), idrar kaçırma ve hallüsinasyon (%62), uyku (%56) ve amaçsız gezinmeler (%48) varolan diğer sorunlardır. Bakım verenlerin %72'sinin 30-54 yaş grubunda, %86'sının kadın, %64'nün üniversite mezunu, %40'ının emekli, %62'sinin çalışmıyor, %72'sinin evli, %72'sinin 1-2 çocuk sahibi, %92'sinin çekirdek aile yapısında, %76'sının hastanın çocuğu (%78.6'sı kızı) olduğu, %52'sinin bakmakla yükümlü olduğu ve bakımına bağımlı başka bir kişiye daha bakım verdiği, %50'sinin ekonomik durumunu "iyi geçiniyoruz" olarak ifade ettiği ve daha önceden çalışıp şimdi çalışmayan bakım verenlerin %55'inin hastasına bakmak için çalışmadığı bildirildi. Sonuçlara göre; bakım verenlerin %54'ünü hastaya kendi evinde bakım vermekte, bakım verme süresi 1-5 yıl arasında (%50) olmakta, bakım verenlerin %58'inin ev temizlik işlerinde haftanın 6 günü (%36.7) ve ücretli kişilerden (%80) yardım aldığı çalışma sonucu olarak yayımlandı.

Diğer taraftan bakım verenlerin %66'sında depresyon, tansiyon gibi tanı konulmuş bir hastalık vardı. Hasta bakım verenlerin %62.8'i Alzheimer hastalığının oluş nedenini ve gidişini kitap (%70), dernek, konferans, seminer ve danışmanlık (%48), doktor (%46), internet (%32),



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

televizyon (%26), gazete (%22), diğer hasta yakınları (%12) ve hemşire (%2) gibi kaynaklardan öğrenmişti. Bununla birlikte bakım verenlerin %20'sinin bilgisi yeterli değildi.

Bakım verenlerin hasta bakımında ekonomik işlerin yürütülmesi (%98), ilaçların verilmesi (%94), temizlik (%72), boşaltım (%60), giyinmenin sağlanması (%60), besleme (%54) ve hareket desteğinin sağlanması (%42) gibi sorumlulukları vardı. Bakım verenlerin %50'si hasta bakımı için günlük 20-24 saat, ortalama 15.4 saat ayırmaktaydı.

Bakım verenlerin %70'i hastalarını ileri evre olsa dahi bakım evine yerleştirmek istemediğini bildirilmişti. Buna göre %34'ü hastasını bakım evine yerleştirirse vicdan azabı çekeceğini, hastasına orada iyi bakılamayacağını düşündüğünü, %8'i bunu maddi yetersizlik nedeniyle yapamadığını, %6'sı ise hastası istemediği için bakım evine bırakmadığını ifade etti.

Alzheimer hastalığının günümüzde oldukça yaygın görülen bir hastalık olması, görsel ve yazılı basında sıkça yer almasına ve hasta yakınlarının da hastalık bilgisini çoğunlukla buralardan almasına neden olmaktadır. Çoğunlukla hastasına bakımda destek alacağı kişi ve kurumları bulmakta zorlanmakta, eğitilmiş yardımcıları olan desteği zaman zaman parasal engellere takılmaktadır. Bu nedenle hastalıkta önceliği taşıyan hasta olmakla beraber, hasta bakım vereninin de kendi önceliğinin çok iyi saptanmış olması, bakım sürecinde öncelikle evde bakıma yardımcı eğitilmiş personele ulaşılabilirliğinin sağlanması, bakım verenlerin hastalarını gereksinim duydukça ve/veya sürekli bırakabilecekleri kurumlar açılması, bakım verenlere yönelik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin yaygınlaştırılması böylece bakım verenlerin bakım nedeniyle yaşadıkları sorunların en aza indirilmesi son derece önemlidir.

Türkiye istatistik ve projeksiyonlara göre hızla yaşlanan bir ülkedir ve Güney Kore'den sonra yaşlanma hızında ikinci sırada gelmektedir. Peki, dünyada genel ismiyle **"gri tsunami"** olarak adlandırılan bu hızlı yaşlanma dalgasına karşı ne kadar hazırlıkliyız? Öncelikle hızlı yaşlanan Türkiye'de oranına bağlı olarak giderek daha sık görülmeye başlanacak Alzheimer hastalığına karşı ideal bir bakım modelini yaratmak tüm paydaşların ödevi olarak düşünülmesi ve kapsayıcı bir modelin geliştirilmesi kritik bir strateji olarak ön plana çıkmaktadır. Bu modelin hazırlık süreci ise, Türkiye'de Alzheimer hastalığının yakından tanınması ve dünyadaki en iyi uygulamaları dikkate alarak Türkiye'ye özgü bir modelin geliştirilmesi adımları ile sürdürülmelidir (13).

Bu çerçevede, bu çalışma, Türkiye'de Alzheimer ve diğer demanslı hastalara bakım ve yaklaşımlara ilişkin genel bir çerçeve çizmeyi, bu doğrultuda modeller tanımlamayı gayret edecek ve ileriye dönük projeksiyonlar oluşturmaya hedeflemektedir. Bu itibarla, raporun ilk bölümü Türkiye'de Alzheimer ve diğer demanslı hastaları ile ilgili son sayısal verilere ilişkin genel resmi ortaya koyacak, ikinci bölümde Alzheimer hastası bakımına ilişkin Türkiye'deki modeller ve hâlihazırda işlemekte olan faaliyetler ve hukuki altyapı hakkında bilgilendirme yapılacak, son bölümde ise Alzheimer bakım sistemi ve modellerinin iyileştirilmesi adına yönetişime ilişkin bir çerçeve eşliğinde karar alıcılara bir takım politika önerileri sunulacaktır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

C. YAŞLI VE DEMANS/ALZHEIMER HASTALARI TÜRKİYE VERİLERİ-

İnsidans ve Prevalans

Türkiye hızlı yaşlanmakta olan bir ülkedir. Bu nedenle yaşlılık dönemine ait hastalıkların (65 yaş ve üstü) ileriki dönemlerde anlamlı bir artış göstereceği beklentisi yüksektir. 2008-2040 arasında Türkiye’de yaşlı nüfusta, % 201’lik bir artış beklenmektedir. Yaşlılık endeksi 1950 yılında 8.6 iken, 1990 yılında 12.2 ye ulaşmıştır ve 2025 yılında da bu endeksin 21.2’ye çıkacağı tahmin edilmektedir. Türkiye’de ki yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi olmuştur. Türk İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 65 yaş üstü yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2014 yılında %8 iken 2015 yılında %8,2’ye yükselmiştir. Bu oran 2023’de % 10 a çıkacaktır. Yaşlı nüfusun %43,8’ini erkek nüfus, %56,2’sini kadın nüfus oluşturmaktadır. Türkiye yaşlılık oranı açısından 167 ülke arasında 66. sırada yer almaktadır.

Türkiye’de 100 yaş ve üzerinde 5 bin 293 yaşlı olduğu görülmektedir. Beklenen yaşam süresi 1950’den günümüze kadar yaklaşık 25 yıllık bir artış göstermiş ve 73.2 yaşa ulaşmıştır. Türkiye’de medyan yaş¹ın, 2000 yılında 26 iken, 2020’de 34, 2040’ta 42 olacağı tahmin edilmektedir.

Cumhuriyetin ilanından hemen sonra izlenen doğurganlığı teşvik edici politikalardan 30 yıl sonra vazgeçilmiştir ve sonuç olarak 1950’lerden bu yana doğurganlık hızlarında belirgin bir azalma olmuştur. Bu düşüş özellikle 1970’li yıllarda ivme kazanmış ve yaklaşık 30 yıllık süreçte % 61’lik bir azalma gözlenmiştir.

Türkiye’de toplam doğurganlık hızı, 1950’lerde 6’dan fazla iken, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA)-2008’in ilk sonuçları, toplam doğurganlık hızının 2.15 seviyesine düştüğünü göstermektedir. TÜİK istatistiklerinden derlenen Tablo 1, 1935 -2011 Türkiye’de yaş gruplarının toplam nüfus içindeki dağılımını ortaya koymaktadır. TÜİK’in en son açıklanan 2015 verilerine bakıldığında, Çocuk yaş grubu yani 0-14 yaş nüfusunun oranının %24’e gerilediği buna karşın 65 yaş ve daha yukarısındaki nüfusun oranının da %8,2’ye yükseldiği görülmektedir. Çalışma çağındaki nüfusun oranı ise bir önceki yıla göre değişim göstermemiştir.

Tablo 1 ve 2015 yılı rakamları ortaya koyulduğunda Türkiye’de yaşlı nüfusun oranının toplam nüfus içindeki payının doğrusal şekilde yükselişte olduğunu gözlemlemek yani Türkiye’nin yaşlanan bir ülke olduğu çıkarımını yapmak mümkün hale gelmiştir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 1: Yıllara Bağlı Olarak Türkiye’deki Yaşlı Nüfus

Yıl	Toplam nüfus	Yaş grupları (%)		
		0-14 yaş	15-65	65 +
1935	16.158.185	41.4	54.7	3.9
1945	18.790.174	39.5	57.1	3.3
1955	24.064.763	39.3	57.3	3.4
1965	31.391.421	41.9	54.1	4
1975	40.647.719	40.6	54.8	4.6
1985	50.664.458	37.6	58.2	4.2
1990	56.473.350	35.0	60.7	4.3
2000	67.803.927	29.8	64.5	5.7
2007	70.586.256	26.8	66.5	7.1
2011	74.724.269	25.3	67.4	7.3
2012	75.627.384	24.9	67.6	7.5
2013	76.667.864	24.6	67.7	7.7
2014	77.695.904	24.3	67.8	8
2015	78.741.053	24.0	67.8	8.2



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yaşlılık ve eğitim korelasyonuna bakıldığında, Türkiye’de eğitilmiş yaşı nüfus oranının arttığı görülmektedir. Eğitim durumuna göre yaşı nüfus incelendiğinde, 2013 yılında yaşı nüfusun %41,2’si ilköğretim mezunu, %4,1’i ortaokul veya dengi okul mezunu, %4,9’u lise veya dengi okul mezunu, %4,7’si yükseköğretim veya fakülte mezunu iken 2014 yılında ilköğretim mezunu olanların oranının %42,1’e, ortaokul veya dengi okul mezunu olanların oranının %4,3’e, lise veya dengi okul mezunu olanların oranının %5,2’ye, yükseköğretim veya fakülte mezunu olanların oranının ise %5,1’e yükseldiği görülmektedir. Yaşı nüfusun eğitim durumu cinsiyete göre incelendiğinde, cinsiyetler arasında önemli farklılıklar olduğu gözlemlendi. Tüm eğitim düzeylerinde yaşı erkek nüfus oranının yaşı kadın nüfus oranından daha yüksek olduğu görüldü.

Yaşı nüfus yasal medeni duruma göre incelendiğinde, cinsiyetler arasında önemli farklılıklar olduğu görüldü. Yaşı erkek nüfusun 2015 yılında %1,2’sinin hiç evlenmemiş, %83,2’sinin resmi nikahla evli, %2,8’inin boşanmış, %12,9’unun eşi ölmüş olduğu görülürken yaşı kadın nüfusun %2,6’sının hiç evlenmemiş, %43,8’inin resmi nikahla evli, %3,1’inin boşanmış, %50,5’inin ise eşi ölmüş olduğu görüldü.

Ekonomik duruma bakıldığında Türkiye’de, 2014 yılında tek kişilik yaşı hane halklarının toplam tek kişilik hane halkları içindeki oranı %45,8 olarak bulundu. Tek başına yaşayan yaşlıların %76,5’ini kadınlar, %23,5’ini ise erkekler oluşturdu. Yaşı yoksulluk oranı 2014 yılında %18,3 oldu. Çalışan yaşı nüfusun %74,1’i tarım sektöründe, %18,9’unun ise hizmet sektöründe yer aldığı görüldü. Çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşı sayısını ifade eden yaşı bağımlılık oranı, 2014 yılında %11,8 iken bu oran 2015 yılında %12,2’ye yükselmiştir.

Kentleşme ve nüfus yaşlanması son 50 yılın en önemli nüfus değişimi olarak ön plana çıkmaktadır. Özellikle yaşlılara yönelik hizmetlerin planlanmasında kentleşme ve nüfus yaşlanması bir arada ele alınacak sorunlardır. “Yaşı dostu kent” kavramı bu bağlamda daha da önem kazanmaktadır. Kentleşme olgusunun en bariz sonuçlarından biri olan geniş aileden çekirdek aileye dönüş, yaşlıların yaşam ve bakım şeklini etkilemektedir.

Kırsal ve şehirsal nüfus oranlarında ise Türkiye’de Cumhuriyetin ilk yıllarında kırsal nüfus, toplam nüfusumuzun büyük bir yüzdesini meydana getirmekteydi. 1927’de 10.000 kriterine göre, ülkemiz nüfusunun %83,8’i kırsal, %16,2’si şehirsal yerleşmelerde yaşıyordu.

Türkiye’de, 2012 yılı sonu itibari ile 60 yaş üstü nüfusun %7,36’sı il-ilçe merkezlerinde, % 3,36’ sı ise belde ve köylerde, 65 yaş üstü nüfusun %4,86’sı il-ilçe merkezlerinde, % 2,65’i ise belde ve köylerde yaşamaktadır.

Yaşı nüfusun Türkiye’de artışı yaşlılık döneminde görülen hastalıkların ve özellikle de Alzheimer demansın sıklığını da arttırır. Alzheimer riski, 60 yaş üzerinde artmakta, 80-90 yaşında en yüksek düzeyine ulaşmaktadır. Kadın olmak, düşük eğitim düzeyi, bazı genetik özellikler Alzheimer hastalığının ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır. Halen dünyada 47 milyon Alzheimer hastası vardır. Bu sayının 2030’da 76 milyon, 2050’de ise 135.5 milyon hasta olması bekleniyor. 60 yaşındaki bölgesel nüfus dikkate alındığında Kuzey Amerika ve Batı



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Avrupa’da demans prevelans ve insidansı yüksek seyretmekteyken, bunları Latin Amerika ve Şili ile Batı-Pasifik komşuları takip etmektedir. En yüksek artış orta ve düşük gelirli ülkelerde görülmektedir.

Demansın insidans ve prevelansı, Alzheimer gibi, 70-80 yaş aralığında artmaktadır. En yüksek artış orta ve düşük gelirli ülkelerde görülmektedir. 2015 yılında düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde yaşayan 70-80 yaş aralığındaki populasyonun % 58’inde demans görülmekte iken 2030 yılında %63’e, 2050’de ise %68’e çıkması beklenmektedir. 2015 yılında demansın dünya genelindeki gideri, 818 milyon dolar olup 2018 yılında 1 trilyon dolara, 2030 yılında ise 2 trilyon dolara çıkması beklenmektedir.

Son zamanlarda Türkiye’de 600.000 kişinin bu hastalıkla mücadele ettiği düşünülmektedir. Bununla beraber Alzheimer hastalığının sıklığı ile yapılan ulusal çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmaların bazıları hastane veri tabanlarına göre hazırlanmış olup diğerleri toplum temelli çalışmalardır. Hastane veri tabanlarına göre yapılan çalışmalarda, bilişsel bozukluk nedeni ile hastaneye başvuran hastaların en büyük oranını, Alzheimer hastaları (%67.6) oluştururken bunların %57.7’si kadınlardan oluşmaktadır. Hastalar 30 haftalık bir süre içinde ortalama 2.79 kez hastaneye gelmektedirler. Toplum temelli iki büyük çalışmanın ilki, İstanbul şehrinde yaşayan 70 yaş üstü bireylerin taranması ile yapılmış olup, olası Alzheimer riski % 11 olarak bulunmuştur. Diğer demansları da içine alan toplam risk ise % 20 olarak bulunmuştur.² Bu rakam batı toplumlarına benzerdir. Orta Anadolu’da bir kent olan Eskişehir’de yapılan bir çalışma da ise, 55 yaş üstü bireyler demans açısından tarandığında, tüm demansların oranının %8.4 ile önemli bir sayıya sahip olduğu görülmüştür. Vasküler demans en sık görülen demans olmasına karşın (%51.1), ikinci en sık görülen demans Alzheimer tip demans olarak bulunmuştur (% 48.8). Kadınlar, düşük eğitim düzeyi, kırsal alanda yaşama Alzheimer olma ihtimalini arttırmıştır.

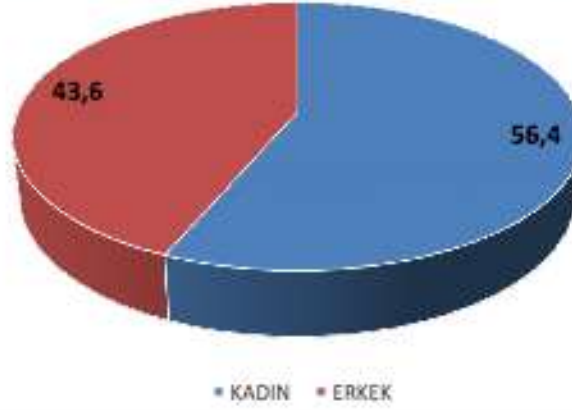
Araştırmacılara göre, Türkiye’de Alzheimer sıklığı batılı ülkelerin çoğuna benzerlik göstermektedir. Yetmiş yaş üstü yaşlıların %11’i bu hastalık ile ilgili bir risk altında bulunmaktadır. Diğer taraftan, 2014 yılında Alzheimer tanısı ile sağlık bakanlığına bağlı hastanelerin veritabanından elde edilen veriler incelendiğinde; Alzheimer tanısı ile yatan toplam hasta sayısı 18.158 olup, %43,6 erkek (7.911), %56,4 kadındır (10.247). Ülkemizde de Alzheimer hastalığının kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür (Şekil 1).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 1; 2014 Yılı için Türkiye’de cinsiyet temelli Alzheimer vakaları

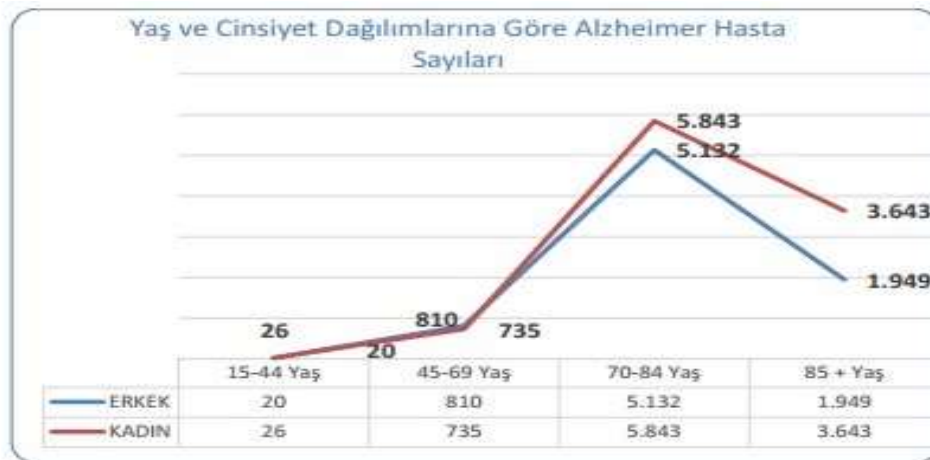
Alzheimer Hastalarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı



Avrupa 2012 Alzheimer raporunda, 2012 yılında Alzheimer hasta sayısı Türkiye’de 331.512 olup, bu sayı, total nüfusun (74,508,771) % 0.44 ünü oluşturmaktaydı. Bu oran Avrupa ülkelerinden çok daha düşüktür. Avrupa için bu oran nüfusun % 1.55 dir. Alzheimer hastalığından yıllara göre ölüm oranlarına yıllara göre bakıldığında, 2010 yılında %2.7, 2012 de 3.4 iken, 2014 de % 4 oranına çıktığı görülmektedir.

Hastalık sıklığı 2012 yılında 80-84 yaşlarında daha fazla görülmekte olup, ikinci sırayı, 75-79 yaş grubu almaktadır. Daha güncel veriler için, yalnızca 2014 yılı için yapılmış çalışmada Alzheimer tanısı konulan 18.158 hastanın ise yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde ise sıklığın arttığı yaş grubunun değişerek 70-84 yaşlarına indiği görülmektedir (Tablo 3)

Tablo 3: Türkiye’de 2014 Yılı İçin Yaş ve Cinsiyet Dağılımlarına Göre Alzheimer Vakaları

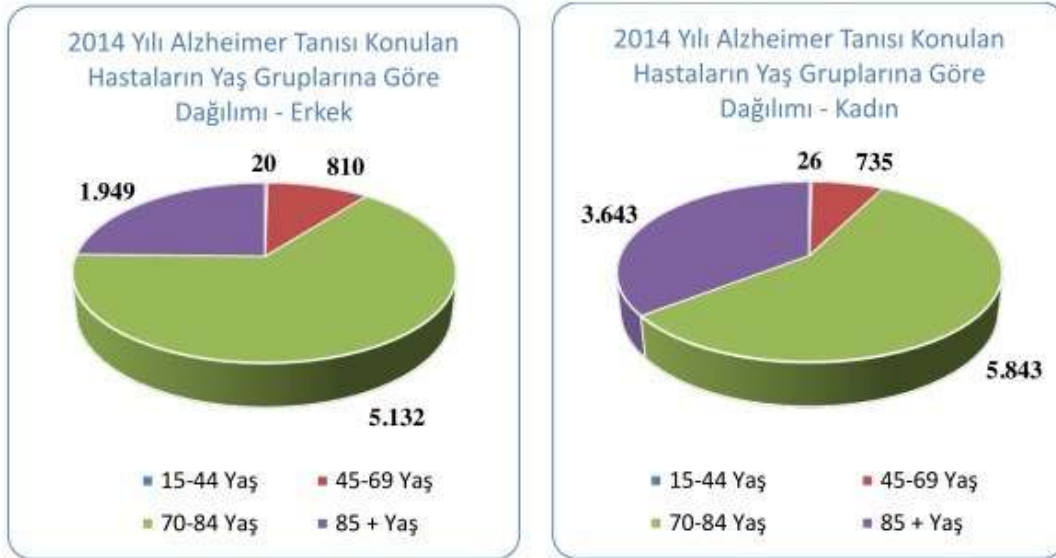




Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 4'te yer alan grafikler incelendiğinde 85 yaş üstü vaka sayılarında kadınların erkeklere göre yaklaşık 2 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Özellikle kadınlar açısından 70 yaş üzeri nüfusun risk faktörü olduğu değerlendirilmektedir (Tablo 4).

Tablo 4: Türkiye’de 2014 Yılı İçin Yaş ve Cinsiyet Dağılımlarına Göre Alzheimer Vakaları

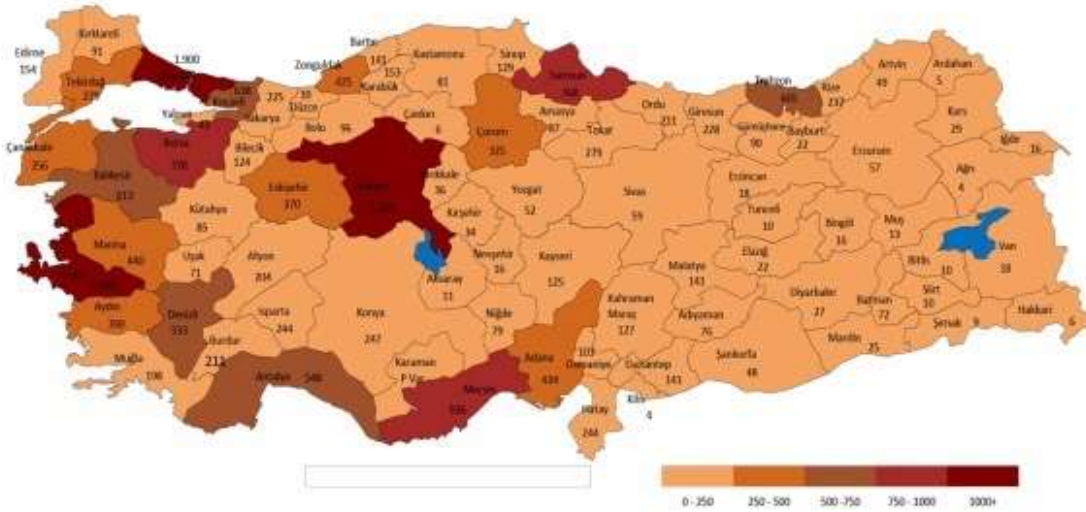


Bununla beraber, Türkiye’de demans hastalarının yarısından fazlasının tanı almadıkları düşünülmekte ve gelecek dönemde bu sayının çok daha fazla olacağı tahmin edilmektedir. TÜİK ve Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2014 yılında Alzheimer tanısı konan hastaların illere göre dağılımı şöyledir (Tablo 5):



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 6: 2014 Yılında Alzheimer Tanısı Konulan Hastaların İllere Göre Dağılımı



Harita incelendiğinde nüfus yoğunluğuna göre, İstanbul, Ankara ve İzmir gibi büyükşehirlerde ve batı illerinde hasta sayısının fazla olduğu dikkat çekmektedir.

Diğer bir konu, bu hastalıktan ölüm oranları ile ilgili olup, hastalık tanısı arttığı için hastalığın ölüm oranında da belirgin bir artış olduğudur. TÜİK verilerine bakıldığında Alzheimer hastalığından ölüm yüzdeleri 2012'de %3,4, 2013'de %3,6, 2014'de ise %4'tür (Tablo 6). Cinsiyet bazında incelendiğinde, her iki cinsiyette de artış olduğu görüldü. Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı 2010 yılında erkeklerde %2,2, kadınlarda %3,3 iken bu oranlar 2014 yılında erkeklerde %3,2'ye kadınlarda ise %4,7'ye yükselmektedir.

Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı cinsiyet bazında incelendiğinde, her iki cinsiyette de artış olduğu görüldü. Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı 2010 yılında erkeklerde %2,2, kadınlarda %3,3 iken bu oranlar 2014 yılında erkeklerde %3,2, kadınlarda %4,7'ye yükseldi (Tablo 7).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 7: Türkiye’de Alzheimer Hastalığından Ölüm Sayıları

Cinsiyete göre alzheimer hastalığından ölen yaşlıların sayısı ve oranı, 2010-2014				
Number and proportion of elderly people deceased from alzheimers disease by sex, 2010-2014				
[65 ve daha yukarı yaştaki kişiler - People 65 years of age and over]				
Yıl Year	Cinsiyet Sex	Toplam ölen yaşlı sayısı Total number of elderly people deceased	Alzheimer hastalığından ölen yaşlı sayısı Number of elderly people deceased from alzheimers disease	Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı Proportion of elderly people deceased from alzheimers disease (%)
2010	Toplam-Total	195.150	5.333	2,7
	Erkek-Male	96.874	2.125	2,2
	Kadın-Female	98.276	3.208	3,3
2011	Toplam-Total	211.086	6.301	3,0
	Erkek-Male	105.888	2.818	2,5
	Kadın-Female	105.220	3.683	3,5
2012	Toplam-Total	218.691	7.697	3,5
	Erkek-Male	108.819	3.047	2,8
	Kadın-Female	109.872	4.650	4,2
2013	Toplam-Total	245.591	8.984	3,7
	Erkek-Male	122.785	3.685	3,0
	Kadın-Female	122.806	5.299	4,3
2014	Toplam-Total	262.375	10.382	4,0
	Erkek-Male	129.697	4.132	3,2
	Kadın-Female	132.678	6.250	4,7
TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2015				
TürkStat, Elderly Statistics, 2015				
Kaynak: TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2010-2014				
Source: TurkStat, Causes of Death Statistics, 2010-2014				



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

D. DEMANS /ALZHEIMER HASTA BAKIM

Türkiye’de Alzheimer hastaları, çoğunlukla, dünyanın diğer ülkelerinde olduğu gibi aile üyelerinin bakımı altındadır. Evlere sadece bu nedenle gelen, ziyaretçi bakıcılar gibi, alternatif bakım olasılıkları henüz yoktur. Aile üyeleri hastaların bakımındaki zorluklar nedeniyle, finansal, kişisel, evlilik ve ilişkileri ile ilgili, baskılar ve zorluklar içindedir. Bu nedenlerden ötürü, uzun süreli bakımın yapıldığı merkezlere veya profesyonel bakıcılara ulaşmada güçlük yaşanır ve hasta yakınları ile yapılan çalışma sayısı azdır. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada bakım verenlerin özellikleri bir tablo ile gösterilmektedir (Tablo 7).

Tablo 7: Hasta Bakım Verenlerinin Karakteristik Özellikleri

Hasta Bakım Verenlerinin Karakteristik Özellikleri %	
Yaş	
25-50	48.60
50 yaş üstü	51.40
Cinsiyet	
Kadın	85.05
Erkek	14.95
Medeni durum	
Evli	79.44
Bekar	20.56
Eğitim durumu	
Okur yazar	7.48
İlkokul	25.23
Ortaokul	17.76
Lise	28.97
Üniversite	15.49
Gelir durumu	
Düşük	11.21
Orta	42.99
Yüksek	45.79
Hasta ile birlikte yaşama şekli	
Hasta ile yaşıyor	24.30
Hasta ve diğer aile üyeleri ile yaşıyor	57.94
Hasta, diğer aile üyeleri ve akrabalar ile yaşıyor	17.76



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

D1-TÜRKİYE'DE ALZHEIMER HASTALARI İÇİN PLANLANMIŞ BAKIM KOŞULLARI, PROFESYONEL BAKICI VE BAKIM EVLERİ

İlk bölümde Türkiye'de Alzheimer hastalığına ait istatistiklerin ve verilerin incelenmesinden sonra bu bölümde Türkiye'de Alzheimer hastalığı için planlanmış bakım modelleri, profesyonel bakıcı ve bakım evleri sistematığı temel alınarak incelenecektir. Bu çerçevede, Türkiye'de hali hazırda olan modelin incelenmesinde araştırma metodu olarak saha çalışması, röportaj ve çalışma grubu yöntemleri kullanılmıştır.

Gözlemlere ve istatistiklere göre, Türkiye'de artması beklenen Alzheimer hasta sayısına rağmen, hasta bakımı için şu andaki kapasitenin yeterli gelmeyeceğini söylemek mümkündür. Bu çerçevede, uygun planlanmış huzurevi, gündüz hastanesi veya bakım merkezi sayısının artırılması ve hasta yakınlarına yardım için imkânlarının kısa vadede geliştirilmesi elzem bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu itibarla, öncelikle Türkiye'de yaşlı bakımını düzenleyen yasal çerçeveye kısaca değinmekte fayda olacaktır.

D2-YAŞLI BAKIMI İÇİN YASAL DÜZENLEME VE DÜZENLEYİCİ ÇERÇEVE

Ülkemizde yaşlı ve engellilerin bakım hizmetlerinden sorumlu olan regülatör ve koordinatör kurum Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'dır. Bu çerçevede, her türlü sosyal yardım ve güvenlik hizmetlerini düzenlemek, korunmaya muhtaç yaşlı, çocuk ve engellilerin bakımı, yerleştirilmesi ve rehabilitasyonu ile çalışma gücünden yoksun yoksul kimselerin sosyal güvenliğini sağlamak üzere 3017 sayılı Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Kanununun 17. maddesine istinaden 225 sayılı kanunun 4.maddesi ile 1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Böylece kamu ve özel kuruluşlarca görece dağıtık verilen hizmetlere yeni bir yön verilerek, söz konusu ihtiyaç gruplarına hizmetin bir bütün olarak ve insan onuruna yaraşır bir biçimde sistemli olarak götürülmesi sağlanmıştır.

Bu düzenleme doğrultusunda, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı ilk huzurevi 1966'da Konya'da, ikincisi ise Eskişehir'de açılmıştır. 1982 Anayasasının 61.maddesi Sosyal Hizmetler alanına giren grupları açık bir şekilde belirlemiş, korunmaya, bakıma, yardıma ve rehabilitasyona muhtaç çocuk, sakat ve yaşlılara öncelik tanıyarak, devletin bu alanda gerekli teşkilat ve tesisleri kurması veya kurdurması hükmünü getirmiştir. Anayasanın bu hükmü doğrultusunda hazırlanan 2828 sayılı (mülga) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile sosyal hizmetlere ilişkin faaliyetlere devletin denetim ve gözetiminde halkın gönüllü katkı ve katılımı da sağlanarak bir bütünlük içinde yürütülmesi esası getirilmiştir. Böylece 2828 sayılı Kanunla kurulan (mülga) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu 'Ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde olan özel ihtiyaç gruplarının (aile, çocuk, sakat, muhtaç yaşlı ve diğer kişiler) ihtiyaçlarının karşılanmasını, çeşitli sorunların önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını, hayat standartlarının iyileştirilmesini amaçlayan



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

sistemli ve programlı hizmetler bütünü olarak mahalli ve ulusal düzeyde planlama, yönetim ve denetleme görevini üstlenmiştir.

06.04.2011 tarihli ve 6223 sayılı Yetki Yasasına dayanılarak Bakanlar Kurulu'nca 03.06.2011 tarihinde 633 sayılı "Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile oluşan yeni teşkilatlanma sonucu, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı ve Yaşlı Bakım Hizmetleri Dairesi kurulmuştur. 2011 yılında kamu kurumlarının yeniden yapılandırılması sürecinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü oluşturularak yaşlı hizmetlerinden sorumlu müstakil bir Genel Müdürlüğün kurulması ile birlikte bu alanda önemli bir gelişme sağlanmıştır.

D3-TÜRKİYE'DE YAŞLILAR VE YAŞLILARA VERİLEN HİZMETLER İLE VERİLER VE MEVZUAT

Türkiye'de yaşlılara ilişkin hizmetler ile ilgili planlamalar 2000 li yıllarda başlamıştır. Bu planlamalar sadece ASPB ait olmayıp, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı çerçevesinde de farklı şekillerde ilerlemiştir. Bunlar;

1. **"Türkiye'de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı"** (2007-Kalkınma Bakanlığı-Mülga Devlet Planlama Teşkilat)
2. **"Türkiye'de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı"** (2013-2015-2016 Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı)
3. **"Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı"** (2011-2013 Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü)
4. **"Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı"** (2015, T.C. Sağlık Bakanlığı)

Türkiye'de kurumsal hizmetler, T.C Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından verilmekte ve denetlenmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı: Yaşlı Bakım Hizmetleri ve Uzun Süreli Bakım İçin Yasal Çerçeve **"Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı"** tarafından yürütülmektedir. Bu birim kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, yaşlı sağlığı hizmetlerinin uygulanmasına yönelik ulusal programlar geliştirilmesi, engelliliğin önlenmesi ve evde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde teknik doküman desteği sağlamak gibi uzun süreli bakım hedefini karşılayacak çalışmalar yürütmektedir.

Sağlık Bakanlığı aynı zamanda evde sağlık hizmetlerini de **"Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik"** ile yürütmektedir. Bu yönetmelikte sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin kapsamı, "Çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri” olarak açıklanmaktadır. Ayrıca evde sağlık hizmeti alacak olan hasta ise “yaşam kalitesini ileri düzeyde bozan hastalığı ve/veya yaşlılığı nedeniyle sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşayan, evinde ve aile ortamında sağlık hizmeti almak üzere talepte bulunan birey” olarak tanımlanmaktadır.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı: Yaşlı bakım hizmetleri ve uzun süreli bakım için yasal çerçevede, uzun süreli bakım hizmetlerin organizasyonu ve yürütülmesinden Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü sorumludur. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın kurulmasına ilişkin 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 8.06.2011 tarihinde farklı kurumlarda engelli ve yaşlı alanlarında hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu olan birimlerin birleştirilmesi ile Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı uzun süreli bakım anlamında bakım ya da destek veren kuruluşlar “Engelli Kuruluşları” ve “Yaşlı Kuruluşları” olarak iki başlık altında ele alınmaktadır:

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yaşlı bakım hizmetleri yönetmelikleri şunlardır:

1. **“Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği”:** Bu yönetmelikte; Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, yaşlı kişilerin yaşamlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmeleri amacıyla, kendi kendilerini idare edebilecek şekilde rehabilitasyonlarının sağlandığı, tedavisi mümkün olmayanların ise sürekli olarak özel bakım altına alındığı yatılı sosyal hizmet kuruluşu olarak tanımlanmaktadır. Bu yönetmelikte sosyal çalışmacı, psikolog, diş hekimi, diyetisyen, fizyoterapist gibi profesyonel meslek gruplarının görev ve sorumlulukları, sağlık ve sosyal hizmetlerin kapsamı, yönetim birimlerinin ve büro birimlerinin görevlerinin yanı sıra huzurevinin olması gereken fiziksel koşulları da tanımlanmıştır.
2. **“Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği”:** Bu Yönetmeliğin amacı; gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılacak huzurevi ile huzurevi yaşlı bakım merkezlerinin açılış işlemleri, hizmet standardı, personel durumu, işletilme koşulları, ücreti, denetimi, devri ve kapatılmasına yönelik usul ve esasları belirlemektir.
3. **“Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik”:** Bu Yönetmeliğin amacı, kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde açılacak huzurevlerinin açılış, çalışma, fiziki şartlar, personel şartları, teftiş ve denetim işlem ve esaslarını mevcut mevzuata uygun bir şekilde belirlemek, çağdaş anlayış ve şartlara uygun düzeyde hizmet vermelerini sağlamaktır.
4. **“Sosyal Hizmet Kuruluşlarında Bakımı Sağlanan Engelli ve Yaşlı Bireylere Harçlık Ödenmesine İlişkin Yönetmelik”:** Bu yönetmelik gereğince Bakanlık sosyal hizmet kuruluşlarında ücretsiz kalan engelli ve yaşlı bireylere, Bakanlığın sosyal hizmet kuruluşlarınca verilen bakım hizmetinden ücretsiz yararlanmaya ilişkin koşulları taşıyanlara, Darülaceze Müessesesince ücretsiz bakılan engelli ve yaşlı



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

bireylere, her yıl merkezî yönetim bütçe kanunu ile belirlenecek miktar üzerinden hiçbir kesinti yapılmaksızın aylık net harçlık ödenmektedir.

5. **“Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik”:** Evde bakım ve evde destek hizmetlerini esas almaktadır. Bu yönetmeliğin amacı; huzurevi bakımını tercih etmeyen yaşlılar için gündüzlü bakım ve evde bakım hizmetlerinin niteliğini ve bu hizmetleri yerine getiren birim ve personele ilişkin usul ve esasları belirlemektir. Yönetmelikte evde bakım hizmeti birimi, akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özürlü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya komşu akraba gibi diğer destek unsurlarına rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla sunulan sosyal, fiziksel, psikolojik destek hizmetlerini yürüten birim olarak açıklanmaktadır. Gündüzlü bakım hizmeti birimi ise, yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren sağlıklı yaşlılar ile demans, alzheimer gibi hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi imkanlarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerinde destek hizmetleri vermek, ilgilerine göre faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlemek suretiyle sosyal ilişkilerini zenginleştirmek, aktivitelerini artırmak ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak yaşlının yaşam kalitesinin artırılması amacıyla sunulan hizmetleri yürüten birim olarak tanımlanmaktadır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı olarak kurumsal olarak yürütülen bir evde tam olarak tanımlanmış bakım hizmeti olmamasına karşın, evde bakıcıya ihtiyaç duyulduğunda en yakın huzurevinden bakıcı talep etme gibi bir hizmet yeni başlatılmıştır.,
6. **“Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği”:** Kasım 2016’da yayımlanmış olup, amacı, gerçek kişi ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılacak engelli bireylere yönelik özel bakım merkezlerinin açılış izinlerinin verilmesi, çalışma şartları, personel standardı, denetlenmeleri, müeyyideleri, bakım hizmetlerinin kapsamı, başvuru, inceleme, kabul ile ücret tespiti ve ödemelerine ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı: Yaşlı Bakım Hizmetleri ve Uzun Süreli Bakım İçin Yasal Çerçeve, yaşlılara yönelik hizmetlerin mali ve finans kaynağını düzenlemekte ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından kontrol edilmektedir. Özellikle **65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik** bireylerin uzun süreli bakımını desteklemektedir.

Yerel yönetimler yaşlılara yönelik evde ya da kurumda bakım hizmeti veren diğer kuruluşlardır. Resmi Gazete 23.7.2004 tarihi ile yayınlanan **“Büyükşehir Belediyesi Kanunu”**na göre yerel yönetimlere, uzun süreli bakım konusunda görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmıştır. Buna göre Büyükşehir Belediyeleri; sağlık merkezleri,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

hastaneler, gezici sağlık üniteleri ile yetişkinler, yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek veya işletletmek, bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksekokullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmak ile görevlendirilmiştir.

Türkiye’de Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı, Samsun, Aydın, Eskişehir, Antalya, İzmir gibi 12 Büyükşehir Belediyesi, uzun süreli bakımı desteklemek amacıyla evde sağlık hizmeti, ihtiyaç sahibi hastalara evlerinde sağlık hizmeti vermek amacıyla çalışmalarını yürütmektedir.

Sivil Toplum Kuruluşları’nın ve gönüllü çalışanların uzun süreli bakım konusunda yapmış oldukları çalışmalar oldukça azdır. Türkiye’de gönüllü çalışma oranı da oldukça düşüktür. Özmete ve arkadaşlarının çalışmasına göre, Türkiye’de 12 ilde 40 ve daha büyük yaştaki 3 bin kişi ile yürütülen “Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma” verilerinde katılımcıların %61.60’ı yaşlı, genç, engelli gibi toplumdaki dezavantajlı bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere toplumsal ve sosyal hizmetlere hiç katılmamışlardır. Bu konuda gönüllü aktivitelere az sıklıkta katılanların oranı %27.33 iken, her hafta ya da her ay bu aktivitelere katılanların oranı % 11.07 olarak belirlenmiştir.

Türkiye Alzheimer Derneği gibi sivil toplum örgütleri, uzun süreli bakıma destek olacak çalışmalar yürütmektedir. Türkiye Alzheimer Derneği genel merkezi ve şubeleri yerel yönetimlerle de iş birliği yaparak, Gündüz Yaşam Evi ve Evde Bakım Yaşlı Hizmet Merkezi hizmetlerini yürütmekte ve “Yaşlı ve Alzheimer Hasta Bakımı Personel Eğitimi” programlarını gerçekleştirmektedir. Hasta bakımı konusunda hasta yakınlarına önerilerde bulunmakta, evde Alzheimer hastalarını ziyaret etmekte, hasta yakınlarının bakımında zorlandıkları, yatağa bağımlı olan hastalara evlerinde hemşirelik ve hasta bakıcılık hizmetini ücretsiz olarak sağlamaktadır. İstanbul, Eskişehir Mersin şubeleri bu konudaki çalışmaların ilk örneklerini vermektedir.

E. ALZHEIMER/DEMANS YAŞLILARINA YÖNELİK

SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETİN (KURUM BAKIMI, EVDE BAKIM, GÜNDÜZLÜ BAKIM, EVDE SAĞLIK VS) ÜLKEDEKİ DURUMU

Demans hastalarına ait bakım hizmetleri dendiğinde, bakıma muhtaç kişiye evde veya kurumda sunulan profesyonel destek hizmetleri şeklinde tanımlanmaktadır. Bakım hizmetlerinde öncelikli hedef, bakıma muhtaç bireyin, ailesinin yanında sosyal çevresinden koparılmadan bakılması ve ailenin bu bakım hizmetleri konusunda maddi, manevi desteklenmesidir. Bakım hizmetleri genel olarak kurumsal bakım ve evde bakım olarak ele alınmaktadır. Kurum bakımı, evde verilecek desteğe rağmen bakılamayacak derecede yardıma gereksinim duyan veya aile yanında bakılması mümkün olmayan bireylerin bireysel,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

sosyal, psikolojik, sağlık ihtiyaçlarının karşılandığı, boş zamanlarını değerlendirici etkinliklerin yapıldığı, sosyal ilişkilerinin ve aktivitelerinin artırıldığı bakım türüdür.

Ülkemizde uzun dönemli kurumsal bakım hizmetleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, belediyeler, kamu kurumları, STK'lar ve özel sektörlere bağlı bakım kuruluşları tarafından yürütülmektedir. Evde bakım kavramı ise; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici bakımın sürekliliğinin etkili biçimde ve güçlendirmek amacını güden ve bakımının hastanın yaşadığı evde yapılmasını sürdürmeyi ifade eden bir tanımlamadır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yaşlılara sunulan bakım hizmetleri “Evde Bakıma Destek Hizmetleri, Yatılı Bakım Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmetleri ve Gündüzlü Bakım Hizmetleridir. Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de uzun süreli bakım hizmetleri, geleneksel olarak aile üyeleri tarafından yürütülmektedir. Ancak özellikle son yıllarda Türkiye’de sosyal, ekonomik, kültürel açıdan ciddi bir dönüşüm yaşanmıştır. Köyden kente göç, geniş aileden çekirdek aileye geçiş, uzun süreli bakımda birincil sorumlu olarak görülen kadınların çalışma yaşamına daha çok katılımı gibi nedenlerle uzun süreli bakımda ailenin rolü gün geçtikçe zayıflamıştır. Bu süreçte ailede bakım verenler uzun süreli bakımda hem evde hem de kurumda bakım açısından daha çok devlet desteğine ve kurumsallaşmış hizmetlere ihtiyaç duymaktadırlar. Diğer yandan uzun süreli bakıma ihtiyacı olan kişilerin bağımlılık düzeyinin yüksek olması, kimsesiz olması, aile üyelerinin uzun süreli bakım becerilerinin yetersiz olması, özellikle sağlık bakımı gerektiren durumlarda ailenin bunu başaramaması kurumsal bakım hizmetlerine duyulan ihtiyacı artırmaktadır.

E1. Yaşlı Hizmet Merkezleri

Bu hizmet modeli, gündüzlü bakım kapsamında yaşlıların boş zamanlarını profesyonel bir şekilde değerlendirebilecekleri, aktif yaşamı ve toplumsal katılımı destekleyecek uygulamaları içeren merkezlerden oluşmaktadır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı olarak beş yaşlı hizmet merkezi bulunmaktadır. Sosyal hizmet müdahalesinin ve takibinin gerçekleştirilmesi, çocuk, genç, kadın, erkek, engelli, yaşlı bireylere ve ailelerine koruyucu, önleyici, destekleyici, geliştirici, rehberlik ve danışmanlık odaklı sosyal hizmetlerin yürütülmesi amacıyla kurulan Sosyal Hizmet Merkezlerinde (SHM) Yaşlı Hizmet Merkezleri ek birim olarak yer almıştır. 9 Şubat 2013 tarihli ve 28554 sayılı resmi gazetede Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından hazırlanan “Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte yaşlı hizmet merkezleri ile ilgili olarak “Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihte faaliyette olan aile danışma ve toplum merkezleri, gündüzlü hizmet veren çocuk



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ve gençlik merkezleri ile yaşlı hizmet merkezlerinin binalarının, merkez binası olarak hizmet sunmaya elverişli olduğu Bakanlıkça uygun görülenler, başka bir işleme gerek kalmaksızın faaliyetlerine merkez olarak devam ederler. Aksi takdirde bu yerler, Yönetmeliğin yayımlandığı tarihten itibaren en geç bir yıl içerisinde kapatılır. Kapatılan kuruluşlar tarafından sunulmakta olan hizmetler, en yakın merkez tarafından sunulmaya devam olunur” açıklaması bulunmaktadır. Yaşlı Hizmet Merkezleri bu süreçte faaliyet göster(e)memiş ve işlevsiz kalmıştır.

Halihazırda İstanbul’da Özel Alzheimer Derneği Yaşlı Hizmet Merkezi 15 kişilik kapasite ile yaşlı hizmet merkezi olarak faaliyet göstermektedir (<http://eyh.aile.gov.tr/uygulamalar/yasli-bakim-hizmetleri/yasli-hizmet-merkezleri>). Yaşlı Hizmet Merkezlerinin yeniden açılması, sayıları ve çalışma alanlarının genişletilmesi gerekmektedir. Türkiye’de yaşlı nüfus artışı düşünüldüğünde aktif yaşlanma için yaşlı hizmet merkezlerine duyulan ihtiyacın gün geçtikçe arttığı bir gerçektir.

2016 rakamlarına göre, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı yaşlı bakım hizmet merkezleri aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 9: Türkiye’de 2016 tarihli yaşlı hizmet merkezleri ve içerdikleri hastalar

Yatılı Bakım Huzurevleri	Huzurevi Sayısı	Kapasite	Boş Yatak Sayısı	Bakılan Yaşlı Sayısı
Bakanlığa Bağlı Huzurevleri	136	13.819	706	12.612
Yaşlı Yaşamevi	41	160	6	154
Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri	2	570	4	566
Belediyelere Ait Huzurevleri	21	2.977	894	2.083
Dernek Ve Vakıflara Ait Huzurevleri	29	2.435	731	1.704
Azınlıklara Ait Huzurevleri	5	508	153	355



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Özel Huzurevleri	169	9.352	2.806	6.546
Toplam	362	29.821	5.300	24.020

E2. Alzheimer Hastası Yaşlılar Gündüzlü Bakım Merkezi

Yaşlı Gündüz Bakım Merkezlerinin kurulmasına ilişkin hukuki çerçeve kökenini 2008 tarihli, "Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik" ten almaktadır (23). Yönetmelik, huzurevi bakımını tercih etmeyen yaşlılar için gündüzlü bakım hizmetleri ve bu hizmetleri icra edecek personele ilişkin tüm usul ve esaslar konusunda kapsayıcıdır. Bu merkezler, ailesinin yanında yaşayan sağlıklı yada Alzheimer hastası yaşlıların evde tek başına kalmasından kaynaklanan riskleri ortadan kaldırarak yaşlının güvenliğini sağlamak, yaşlıyı çeşitli etkinliklerle aktif hale getirmek, eğer Alzheimer hastası ise davranış problemlerini azaltmak, bu yaşlıların aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlamak, Alzheimer hastası sahibi ailelerdeki çaresizlik ve suçluluk duygularını azaltmak, aileleri gündüzlü bakım merkezine yönelterek huzurevleri ve bakım evlerindeki yığılmaları önlemek ve Alzheimer hastası yaşlıların gündüzlü bakımlarını sağlayarak yaşlıya ve ailesine destek vermek amacıyla kurulmuş organizasyonlardır.

E3. Bakım Hizmetleri

2011 tarihli ve 633 nolu Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile beraber, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu ile engelli ve yaşlı bireylerin kurum bakımından sorumlu kılınmıştır. Bu kanun her ne kadar bakıma muhtaç kişilerle beraber engellileri işaret etse de bu grubun içinde yaşlıların da yer aldığını karışıklık yaşanmaması açısından unutmamak gereklidir. Bu sorumluluk çerçevesinde; gündüzlü ve yatılı bakım kuruluşları aracılığı ile korunmaya, bakıma veya yardıma muhtaç kişilere sosyal hizmet sunulmaktadır. Başkasının bakımına muhtaç durumdaki kişilere resmî veya özel bakım merkezlerinde ya da ikametgâhlarında bakım hizmeti verilmesi konusunda kişinin gelir durumu dikkate alınmaktadır. Bakım hizmetleri kurum bakımı ve evde bakım hizmetleri olmak üzere iki türlü verilmektedir. Bakım hizmetlerinden faydalanan kişilerin % 27'si 60+ yaş grubunda bulunmaktadır.

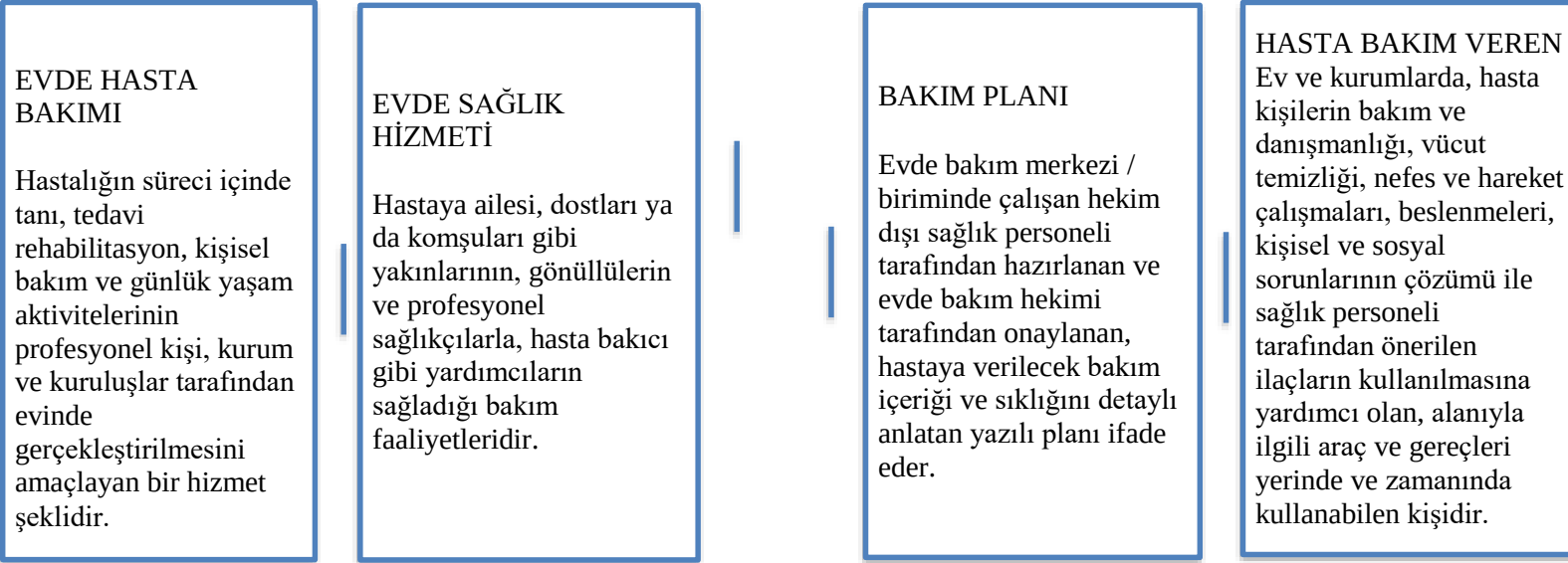


Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

E3-a EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN TANIMLANMASI

Evde Bakım Hizmet

EVDE BAKIM



Bireylerin, yaşadıkları toplumda sağlıklı, kaliteli ve mümkün olan en uzun süre başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak sosyal devlet anlayışının bir gereğidir. Bununla beraber engelli bireylerin de aynı yaşam kalite anlayışı gereği evde ya da hastalıklarına uygun kurumlardan yardım almaları sosyal devletin bir görevi olmalıdır. Evde bakım hizmeti, özürlü, yaşlı, kronik hastalığı olan, hastalık veya ameliyat sonrası iyileşme dönemindeki bireyin, eski sağlığına kavuşabilmesi için bireyleri bulundukları ortamda desteklemeyi amaçlar. Demans=Alzheimer hastalığı yaşlılıkta yukarıdakine benzer yardımı gerektiren en önemli hastalıklardan biridir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Hastanın ve demans olgularında daha çok hasta yakınının sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini, yaşamlarını mutlu ve huzurlu biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını sağlayabilmeleri evde bakımın en önemli nedenlerinden biridir.

Tüm dünyada yaşlı engelli bireylere yönelik bakım ve destek kavramı artık, kurum-yoğun hizmet anlayışından kısmen vazgeçilerek, kurumsal bakımın yerini evde destek ve evde bakım hizmet anlayışı almaya doğru yönelmektedir. Demans hastalarının bakımlarının öncelikle kendi evlerinde yapılması, hastalığın tedavisinde istenilen ve tercih edilen seçeneklerden biri olduğu pek çok araştırmanın bir sonucudur. Günümüzde evde bakım, birçok ülkede etkin bir hizmet sunum modeli olarak önem verilen ve tercih edilen bir sağlık hizmeti modeli olmuştur. Ülkelerin sosyo-ekonomik yapıları, sağlık ve sosyal hizmet modelleri ve sosyal güvence sistemlerindeki farklılıklar, kültürel değişiklikleri nedeniyle uygulanan modeller ülkeden ülkeye farklılık gösterse de evde bakım sistemini oluşturmuş ya da oluşturmakta olan tüm ülke örneklerinde hizmetlerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması adına yoğun çalışmaların yapıldığı görülmektedir.

Hastalara evde bakıma olan ihtiyaç, hem bakılan demans hastası için hem de bakımı üstlenen yakını için son derece önemlidir. Eğer bakım hasta yakını tarafından yapılacak ise bu durum hastanın yakınına yeni sorumluluklar ve yükümlülükler verir ve bu yeni durum bakım veren için bir zorluk haline gelirse, bu durum hastayı profesyonel bakıma zorunlu kılabilir. Özellikle ailedeki kadın bireylerin üzerindeki yükü hafifleten, birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbî destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir. Evde bakım, tecrübeli bir bakım elemanı tarafından, bir bakım planı çerçevesinde yapılan, zaman zaman sağlık hizmetlerini de kapsayan ve hastanın tüm günlük ihtiyacının desteklendiği bir tanımdır.

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin profesyonel bir hizmet olarak sunumu dünya örneklerine göre daha geç tarihlerde başlamıştır. İlk profesyonel hizmet sunumu örnekleri bundan 15 yıl önce özel teşebbüs tarafından başlamış, 2001 yılından itibaren yerel yönetimler tarafından da hizmetler takip edilmiştir. Bu alana yönelik ilk yasal düzenleme, hizmet sunumunun başlamasından yıllar sonra 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren ve Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik”tir. Bu yönetmelik ile engellilere evde veya özel bakım merkezlerinde sunulan bakım hizmetinin ücretlerinin ödenmesi sağlanmıştır.

Diğer bir dizi yasal düzenleme 1 Temmuz 2005’ten itibaren başlayarak (Mülga) Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu yasal düzenlemelerle “Bakıma Muhtaç Engellilere” kamu ya da özel bakım merkezleri tarafından kurumda ya da evde bakım hizmeti sunulması mümkün hale gelmiştir. Ayrıca yine bir ilk olarak bakıma muhtaç engellinin evde bakımını üstlenen, ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunan aile bireylerine, evde bakım aylığı ödemesi uygulamaya konulmuştur. Takip eden tarihlerde yapılan bir ilave ile bakıma muhtaç yaşlıların da bu imkânlardan faydalanması sağlanmıştır.

Kamu hastaneleri tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin ilk örnekleri ise 2004 yılında başlamıştır. Takip eden 5-6 yıllık süre içinde yaklaşık 10 ilde devlet hastaneleri



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

tarafından evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Şubat 2010'da yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı’nca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”, bu hizmetlerin ülke çapında yaygınlaştırılması için önemli bir adımdır. Yönergenin amacı; “evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması” olarak ifade edilmiştir.

Ayrıca Yönerge’de, “evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamak” ifadesi ile Sağlık Bakanlığı, kamu hastaneleriyle bu hizmetleri sunma yaklaşımını ortaya koymaktadır. 2010 yılının son aylarından itibaren Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetlerinin ülke çapına yaygınlaştırılması için kamu hastaneleri, aile hekimleri ve toplum sağlığı merkezlerini hizmet sunumuna dahil etmiştir. Kamu hastanelerinde oluşturulan evde bakım birimlerinin yanı sıra mevzuat gereği halk sağlığı müdürlükleri bünyesinde koordinasyon merkezleri oluşturulmuştur.

Yapılan değişiklik ve ilavelerle, 2011 Şubat ayında “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” güncellenmiştir. Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri, genel veya dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri yapılandırılmıştır. Üniversite hastanelerinin de evde bakım birimi oluşturarak hizmet sunabilmesine imkan sağlanmıştır.

Başlangıçta yatağa bağımlı nörolojik hastalar hedeflenirken süreç içerisinde hedef grup ve verilen hizmetler, kronik göğüs hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, palyatif bakım, ağız ve diş sağlığı, yeni doğan bakımı, evde psikoterapi gibi sağlık hizmetleriyle genişletilmiştir. 2011 yılı içerisindeki önemli gelişmelerden biri de Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin Genel Sağlık Sigortası, Sağlık Uygulama Tebliği’nde yer alan ‘günübirlik tedaviler’ tablosu üzerinden ödeme kapsamına alınmasıdır.

Ekim 2016 tarihi itibarıyla 478.708 engelli birey evde bakım desteğinden yararlanmaktadır. Yılın bitimine doğru bu rakamın, 600 binlere, 2017’de ise 1 milyona yaklaşması beklenmektedir. Bununla beraber, engelli (mental/fiziksel) ile demanslı bireyler arasında evde bakım açısından bir tanımlama farklılığı yapılmamıştır.

Evde bakım projesi kapsamında, 2008 yılında İzmir ilinde pilot proje uygulaması olarak faaliyete başlayan ve ailesi yanında bakımı mümkün olmayan engellileri toplu yaşamın getirdiği olumsuzluklardan korumak ve toplumsal hayata katılımlarını arttırmak amacı doğrultusunda geliştirilen “Umut Evleri” isimli Yaşlı Yaşam Evleri projesinin sayısı bugün 125’e çıkmış, bu evlerde hizmet sunulan engelli sayısı 709’a ulaşmıştır. Bu projede engelli bireylerin bir apartman dairesinde ya da müstakil bir evde komşuları ile birlikte mahalle ortamında yaşamlarını sürdürdükleri “umut evi” isimli bir hizmet modeli geliştirilmiştir. Kurum ve evde bakım arasındaki bu model projede, evler huzurevlerine bağlı olarak



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

açılmakta, 3-6 kişilik bir kapasitede taşımaktadır. Bu proje yaşlı demans/Alzheimer hastalarının evde bakım şartlarını en iyi karşılayabilecek projelerden birisidir.

Yine gerek yerel yönetimler gerekse dernekler aracılığı ile yapılan evde bakım hizmetleri programında; ileriki evrelerinde yatağa bağlı hastalara ve onlara bakan hasta yakınlarına destek olmak için, evlerinde hemşirelik ve hasta bakıcılık hizmeti ücretsiz olarak sağlanabilmekte, halka açık bilgilendirme toplantıları düzenlenmektedir. Bu toplantılarda, uzman konuşmacılar Alzheimer hastalığı, bu hastalığa yakalanan kişilere nasıl bakım verileceği ve hasta yakınlarının sorunlarına çözüm konularında bilgi vermekte ve konukların sorularına cevap vermektedir.

Evde bakım sistemi; evde sağlık hizmetleri ve evde sosyal bakım ve destek hizmetleri olarak ikiye ayrılır. Sağlık hizmetleri TC Sağlık Bakanlığı, sosyal bakım ve destek hizmeti ise, ASPB, yerel yönetim ve STK'lar tarafından verilmeye çalışılmaktadır.

Evde bakım hizmetleri ile bakıma muhtaç bireylerin sadece tıbbî bakım ihtiyaçları değil, sosyal bakım ihtiyaçları da karşılanmaktadır. Sosyal bakım hizmetleri teknik olarak ADLS (Activities of Daily Living, günlük yaşam aktivitesi) olarak adlandırılan yemek yeme, banyo, tuvalet, soyunma, giyinme, hareket etme gibi günlük yaşam aktiviteleri ile IADLI (Instrumental Activities of Daily Living, enstrümental günlük yaşam aktivitesi) olarak adlandırılan ev işleri, yemek yapma, alışverişe gitme gibi yardımcı günlük yaşam aktiviteleri desteğini içerir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Evde Hasta Bakım Hizmetlerinin Amacı

1. Bireylere kaliteli, ihtiyaca uygun ve düşük maliyetli bakım hizmetleri sunmak,
2. Bireylerin bağımsızlıklarını sağlayarak yaşam kalitelerini yükseltmek,
3. Bakıma muhtaç bireyin ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayarak aileye destek vermek,

Bu destek hasta için, yaşamın gereklerini “önemli ölçüde yerine getirememesi” nedenli olarak “günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gerekleri”ni yapmasına yardımcı olacak şekilde “başkasının yardımı ve bakımı” anlamını taşımaktadır.

“Günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gerekleri” ifadesi:

- a) Öz bakım ihtiyaçlarını giderebilmeyi (beden temizliğini yapabilmeyi, tuvalet ve beslenme ihtiyacını giderebilmeyi, tuvalet sonrası temizliğini yapabilmeyi),
- b) Güvenlikte olmayı (kendisine ve çevresine zarar verme riskinin olmamasını, tehlike anında tehlikede olduğunu algılayabilmesini, tehlikeden kurtulmak için çaba sarf edebilmeyi),
- c) Hareket edebilir olmayı (yürüyebilmek, giyinip-soyunabilmek, merdiven inip çıkabilmek gibi kaba motor aktivitelerini),
- d) Ev işlerini ve idaresini yapabilme (bir evde kendi başına yalnız ve başkasının yardımı olmadan yaşayabilme, alışveriş yapabilmeye, yemek pişirebilme, evi temizleyebilme, bulaşık ve çamaşır yıkayabilme, sobasını yakarak ısınabilme) hususlarını kapsar. Ev işleri, yemek yapma, alışverişe gitme gibi yardımcı günlük yaşam aktiviteleri desteğini içerir.

“Önemli ölçüde yerine getirememesi” ifadesi;

Günlük hayatın alışılmış tekrar eden gerekleri kapsamında belirtilen aktivitelerden en az birisinde başkasına tam bağımlı olmayı veya söz konusu aktivitelerden en az ikisinde başkasına kısmen bağımlı olmayı kapsar.

“Başkasının yardımı ve bakımı” ifadesi ise, özürünün hayatını devam ettirebilmesi için günlük



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

4. Ailenin ve tüm aile üyelerinin işlevselliğini arttırmaktır.

Evde Demans Bakımında Çalışacak, Bakım Veren Personelin (bakım elemanı) Görevleri;

1. Hasta gereksinimlerini bilmek, bedensel ve psikolojik destek sağlamak ve karşılamak,
2. Hastaya günlük bakım planı hazırlamak ve günlük bakımını yapmak,
3. Hastanın alışkanlıklarını ortaya çıkarmak,
- 4.İlaçların alınması ve zamanında verilmesini sağlamak,
5. Hastaların iletişimine yardım etmek,
6. Hastanın ev ve oda düzenlerini oluşturmak,
- 7.Hastanın beslenmesine yardımcı olmak, gerekirse yemeğini yedirmek,
- 8.Hastaya sağlık personelinin önerdiği pozisyonları vermek,
- 9.Hastaya gerekli araç ve gereci sağlamak, kullanmak ve bunların temizliğini yapmak,
- 10.Hasta ve yakınlarına evde bakım ile ilgili bilgi vermektir.

Bakım elemanları, iletişimi kuvvetli, etkili ve güzel konuşan, sabırlı, çalışkan, dikkatli ve disiplinli ve konusuyla ilgili bilgiye hâkim kişilerden oluşmalıdır. İş güvenliğine dikkat etmeli, meslek etik ve ahlakına sahip, kararlı, araç ve gereçleri özenle kullanan kişilerden oluşmalıdır. Irk, din, dil, cinsiyet ayırımı gözetmeden bakım yapmalı, ekip çalışması yeteneğine sahip olmalı ve başka meslek grupları ile iş birliği yapabilmelidir.

Demans İçin Evde Bakım Hizmetlerinden Kimler Yararlanmalıdır:

1. Demans tanısı (Alzheimer, vasküler, frontotemporal ve diğer) için bir sağlık kuruluşuna başvurmuş ve tanı almış olması,
2. Hareket, beslenme ve idrar sorunu yaşıyor olması,
3. Kırık, operasyon, enfeksiyon gibi sekonder nedenlerle yatağa bağlı olması,
4. Mobilizasyon azlığına bağlı olarak açılmış cilt yaralarının bulunması,
5. Hasta yakını ya da tüm yasal yakınlarının onay vermiş olması,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

6. Ayakta ve bazı işlerini kendi yapıyor olmasına karşım, yakınında veya hayatta, bakım ve gözlem verecek hiçbir yakınının olmaması, evde bakım gerektirme kriterleri olarak değeriendirilmelidir.

Evde bakım hizmeti için hasta ailesi tarafından istem yapılabilir. Bu durumda evde bakıma uygunluğu ve tedavi sorumluluğu açısından hastanın tanısını koyan ve tedavisini planlayan hekim veya evde bakım hekimi tarafından değeriendirilir.

Bu hizmetin devamındaki değerişiklikler ya da ileri düzey yeni hizmet seçenekleri için hekim onayı alınır.

Hastanın ırkı, rengi, inancı, cinsiyeti, doğum yeri, etnik kökeni, yaşı, zihinsel ya da bedensel engeli ve iletişim rahatsızlığı kabul açısından hiçbir şekilde olumsuz etken olarak değeriendirilemez.

Hasta yakınları ile yapılan destek hizmetleri sırasında yapılan toplantılarda en çok konuşulan ve sorulan başlıklar en çok destek vermek gereken alanlardır. Buna göre hasta yakınları yetkili ve uzmanlara en çok şu sorular ile yaklaşmaktadır:

1. Demans ve Alzheimer nedir? Sebepleri nelerdir? Tedavi önerileri?
2. Alzheimer Hastalarında Beslenme
3. Alzheimer Hastaların Tıbbi ve Fiziksel Sorunları
4. Alzheimer Hastasında Acil Sorunlar
5. Yatağa Bağımlı Alzheimer Hastalarının Evde Bakımı, Oluşan Sorunlar ve Çözüm Önerileri
6. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Sorunlar ve Çözüm Önerileri
7. Alzheimer Hastası ile İletişim, Günlük Yaşamı Kolaylaştırıcı İpuçları
8. Alzheimer Hastalarında Beslenme ve Ağız Bakımı
9. Alzheimer Hastalarında Davranışsal Sorunlarla Nasıl Baş ederim?
10. Alzheimer Hastasının Evde Güvenliğini Nasıl Sağlarım?
11. Alzheimer Hastalığının Hukuksal Boyutu ve Yeni Yasal Düzenlemeler
12. Alzheimer Hastasını Ev İçi Faaliyetler
13. Alzheimer Hastasında Moral ve Motivasyon



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

E3-b Kurum Bakım Hizmeti

2002 yılında 21 Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde 1.843 engelliye hizmet verilirken, bugün ulaşılan noktada Ekim 2016 itibariyle 93 yatılı 6 gündüzlü olmak üzere toplam 99 merkezde 6.543 engelliye yatılı hizmet sunulmaktadır. 07.07.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5378 sayılı Engelli Kanunu ile engellilere yönelik kurum bakım hizmetlerini Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığından ruhsat alan gerçek ve tüzel kişiler ile kamu kurum ve kuruluşlarının da **“yatılı” hizmet** verebilmesi öngörülmüştür.

Bakanlığın bilgisi dahilinde, tablo 9 da gösterildiği gibi, 140 Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, 41 Yaşlı Yaşamevi ile belediyeler, dernekler, vakıflar, azınlıklar ve özel kuruluşlara ait 227 huzurevinde demanslı dahil tüm yaşlılara ait çalışmalar yapılmaktadır. Yine toplam kişi sayısına bakıldığında, yatılı kurumlarda 12 bin 682 yaşlı, yaşlı yaşam evlerinde 154 yaşlı, belediyeler, dernekler, vakıflar, azınlıklar ve özel huzurevlerinde ise 11 bin 254 yaşlı bulunmaktadır. Ayrıca yine bakanlığın denetiminde 161 Özel Bakım Merkezinde 11.777 engelli yatılı bakım hizmetinden yararlanmaktadır.

En yeni gelişme, 04.11.2016 tarihli resmi gazete ile Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği ile gerçek kişi ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılacak engelli bireylere yönelik özel bakım merkezlerinin açılış izinlerinin verilmesi, çalışma şartları, personel standardı, denetlenmeleri, müeyyideleri, bakım hizmetlerinin kapsamı, başvuru, inceleme, kabul ile ücret tespiti ve ödemelerine ilişkin usul ve esaslar yeniden belirlenmiştir.

Huzurevi yaşlı bakım merkezleri hastalıklara özel dizayn edilmekten çok sağlık sorunları açısından karma olarak hizmet vermektedir. Huzurevi koşullarında yapılan bir çalışmada burada kalan hastaların %61'inde unutkanlık şikayeti olduğu, %46.5'inde demans hastalıklarından birinin bulunduğu, %20'inde demans ile ilişkili bir davranış şikayetinin bulunduğu bildirilmiştir. Burada hastalara bakan sağlık personelinin eksikliği ve bu konu ile ilgili eksik farkındalık hali bildirilmektedir.

Bu kurumlar tüm yaşlılara hizmet verirken demans ayırımı yapılmamıştır. Sadece bazı huzurevleri belli kat ya da bölümlerini demanslı hastalara ayırmışlardır. Bu konudaki sayısal veriler henüz net değildir. Alzheimer hastalarına yönelik hizmet veren kurumların sayısı her geçen gün artmakla birlikte bu hastalıkla mücadele eden hasta sayısı düşünüldüğünde oldukça yetersiz kalmaktadır. Bu hususta genellikle yaşlı bakım evlerinin karma nitelikte hastalara hizmet verdiğini anımsatmak gereklidir. Bu itibarla, özel ya da tüzel kişilerin işlettiği çok sayıda, yaşlı bakım evi ya da huzurevi olmasına karşın, yalnızca “Alzheimer” hastaları özelinde çalışan bakım evi sayısı son derece azdır. Son yıllarda Alzheimer hastalarına ilişkin bakım evi açma çalışmaları, yerel yönetimler, Alzheimer ile ilgili sivil toplum örgütleri, tarafından yapılırken, özel ve bazı kurumsal huzur evleri, binalarının bazı bölümlerini Alzheimer hastalarına ayırmışlardır.

Genel anlamda tüm bu var olan ya da kurulacak olan bakım evlerinin ortak amaçları;

1. Alzheimer tanılı hastaların gündüz ve/veya gece bakımını üstlenmek



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2. Hasta yakınlarını bakım konusunda bilgilendirmek
3. Hasta yakınlarını uzmanlarla buluşturmak
4. Hasta yakınlarına bu zor görevi yaparken biraz zaman ve rahatlama temin etmek
5. Hasta yakınları arasında dayanışmayı artırmak
6. Alzheimer hastalarımıza keyifli ve kaliteli zaman geçirtmek
7. Hastalıklarının gerektirdiği rehabilitasyon hizmetleri ile hastalığın seyrini yavaşlatmak
8. Hasta ve hasta yakınların yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır.

Halihazırda tüm farklı kurumlara ait bakım evlerinden bazı örnekler ve site ya da basından haberleri;

"Türk Kızılayı Derneği Bolu Şube Başkanı Hüseyin İka, "Alzheimer Bakım Evi" projesinin Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Bolu Belediye Başkanlığı işbirliğinde hayata geçirildiğini söyledi." <http://www.boluekspres.com/icerik>

"İstanbul Darülaceze müdürlüğünde Alzheimer hastalarına ait birimler vardır. Çınar Sitesi: Demans ve Alzheimer tanılı bayan sakinlerimizin yaşamını sürdürdüğü site, 65 yatak kapasitesine sahiptir. Umut Sitesi: Demans ve Alzheimer tanılı bay sakinlerimizin yaşamını sürdürdüğü site, 44 yatak kapasitesine sahiptir." <http://www.ibb.gov.tr/tr-tr/kurumsal/birimler/darulacezemudurlugu/Pages/AnaSayfa.aspx#.WG1a2LaLSqR>

Karatay "ALZHEIMER gündüz yaşam MERKEZİ'NDE AÇILIŞ İÇİN GERİ SAYIM BAŞLADI. Karatay Belediyesi tarafından Alzheimer hastaları için Fevzi Çakmak Mahallesi Cevher Dudayev Caddesi üzerinde özel olarak inşa edilen Alzheimer Gündüz Yaşam Merkezi'nde açılış için son hazırlıklar yapılıyor" <http://www.karatay.bel.tr/haber-detay.php?sayfa>

"NAZİLLİ ALZHEIMER MERKEZİ Türkiye'nin İlk Alzheimer Merkezi, Hastaların merkezimize ulaşımını ücretsiz servis ile evlerinden alınarak sağlanmaktadır. Spor ve fiziksel etkinlikler beden eğitimi ve spor eğitmeni eşliğinde yapılmaktadır." <http://alzheimer.dessen.net>

"Yaşam Köyü ve Alzheimer Merkezi; Eskişehir Tepebaşı Beldesi'nde yaşayan Alzheimer hastaları ve aileleri ise "Yaşam Köyü ve Alzheimer Merkezi Projesi" ile artık geleceğe daha umutlu bakabiliyorlar. TOKİ'den arsa karşılığı alınan 54 villada oluşturulan Yaşam Köyü, Alzheimer hastalığı, engelli yaşlılar ve sağlıklı yaşlanma konularında Türkiye'de ilklerden biri durumunda. Tesis, Alzheimer Derneği kontrolünde gündüz ve yatılı bakım hizmetleri veriyor" <http://www.tepebasi.bel.tr/projeler/>

Türkiye Alzheimer Derneği'nin kendi bünyesinde Kadıköy Gündüz bakım evi, bu alandaki ihtiyacın bilinci ile ve örnek teşkil etmesi amacıyla oluşturulmuştur. Halen haftada 5 gün ve



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ücretsiz olarak hizmet vermektedir. Özellikle evlerinde yaşayan hastaların ve ailelerin desteklenmesi amaçlanmaktadır” www.alzheimerderneqi.org.tr

Türkiye Alzheimer derneği temsilciliğini üstlenen Eskişehir Alzheimer Derneği'ne ait, Alzheimer bakım evi yaşam köyü içinde hizmet vermektedir” <http://eskisehir.aile.gov.tr/kuruluslarimiz/ozel-huzurevleri-ve-yasli-bakim-merkezlerimiz>

Türkiye Alzheimer Derneği Mersin Şubesinin gerçekleştirdiği "Bir tuğla da siz koyun" kampanyası kapsamında, bağışlarla yaptırılan yaşlı yaşam merkezi, törenle açıldı. <http://www.haberler.com/mersin-de-yasli-yasam-merkezi-acildi-8822242-haberi/>

Diğer taraftan kurumlar arası özellikle bakım elemanı yetiştirme temelli çalışmalar çok umut verici görünmektedir. Alzheimer çalışması yapan sivil toplum kuruluşları ve belediyeler bunu birçok şehirde başlatmıştır. Örneğin; Darülaceze, İstanbul Büyükşehir Belediyesi ve sivil toplum kuruluşu beraber “Yaşlı ve Alzheimer Hasta Bakımı Personel Eğitimi” programlarını gerçekleştirmektedir.

F DEMANS BAKIM HİZMETLERİ YÖNETİŞİMİNİ İYİLEŞTİRME: ZORLUKLAR ve ÖNERİLER

Ülkemiz son yıllarda Alzheimer hastalarının bakımı konusunda hem düzenleyici çerçeve hem de sahadaki sonuçlar açısından büyük bir ilerleme ve başarı kaydetmiştir. Bununla beraber, yaşlı bakıma ilişkin mevzuat açısından son derece karmaşık olduğu ve yürürlükte olan mevzuat sayısının fazlalığına istinaden karmaşa oluşabildiği saha bulguları esnasında uzmanlar tarafından dile getirilmiştir. Saha bulgularına istinaden bu noktada, özellikle Alzheimer hastalarının bakıma ilişkin tek bir çerçeve düzenlemenin yapılması önerilebilir. Nitekim yürürlükteki mevzuat ve pratiklerde çoğu zaman Alzheimer ve yaşlı bakımı terimleri birbiri içine geçmiş durumdadır, bu da zaman zaman Alzheimer üzerine uzmanlaşmış kurum ve personelin yetişmesi açısından zorluklar yaratabilmektedir. Bu noktada özellikle “standart” uygulama ve prosedürlerin hem mevzuat hem de mevzuatı uygulayıcı kurum ve personeller tarafından benimsenmesi, Alzheimer bakımı için doğru bir yönetim modelinde ilk adımı temsil edecektir.

Unutmamak gerekir ki, **her yaşlı Alzheimer hastası değildir**, ve Alzheimer hastalarının bakımları ve aynı şekilde bakım veren personelin yetiştirilmesi alışılmış yaşlı bakımı ile ciddi şekilde farklılıklar göstermektedir. Bu çerçevede, Alzheimer’a özel atıflarda bulunan bir hukuki düzenleyici çerçeve, uygulayıcıları aydınlatacaktır.

Yaşlı, demanslı bireylere yönelik çalışmalarda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı sorumluluğunda olan yönetmelikler ile rehberlik yapmaktadır. Yerel yönetim ve sivil toplum örgütleri özellikle kurumsal bakımda bu yönetmelikler çerçevesinde çalışmalarını yürütmelidir. Bununla beraber zaman zaman kontrol sağlanmakta güçlük çekildiği bilinmektedir. Diğer taraftan iş birliği ve iş bölümü sağlanması için bir kriter çizelgesi yoktur. Kasım 2016 yılında “Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği” Bakanlık



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

dışında açılacak kurum ve merkezler ile ilgili esasları belirlemek amacıyla yayınlandı. Bu yönetmelik yerel yönetim, sivil toplum örgütleri ve özel kuruluşlar için bir ortak standardizasyon amacı taşımaktadır. Bununla beraber, bakanlık dahilinde kurulacak yeni bir daire başkanlığı merkezi yönetim, yerel yönetim, özel kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşlarının çalışma esaslarını standardize etmeye ve denetlemeye yönelik olabilir. Alzheimer hastalığına özel atıfta bulunan bir uygulama öte yandan, bakım hizmetini verecek personel için de hassas konudur. Her ne kadar Bakanlığımız tarafından yaşlı ve engelli hizmetlerinde çalışacak personel eğitimi için standartlar ve sertifikasyon sistemi oluşturulduysa da bu standartların Alzheimer özelinde yeniden düşünülmesi faydalı olacaktır. Somut örneklerden yola çıkıldığında örneğin Eskişehir Alzheimer Bakım Evindeki personelin ataması, İŞKUR tarafından yapılmaktadır. Oysa sahadaki durum Alzheimer bakım personelinin atanırken, çok daha farklı bir eğitim ve donanım kazanmış olmasını gerekli kılmaktadır. Bu çerçevede, ülkemizde Demans hasta sayısının artacak olacağını tahminen, yalnızca Alzheimer bakım personeli ile ilgilenecek, özelleşmiş uzman bir kurumun teşvik edilmesi fayda sağlayacaktır.

Saha araştırmaları boyunca ayrıca, Demans Bakım evlerinin finansal yapıları ve vergilendirme sistemleri de incelenmiştir. Bu çerçevede gözlemlenmektedir ki, Alzheimer bakım hizmeti veren yerel yönetim (belediye) kurumları ve özel kişilerin işlettiği kurumların tabii olduğu vergisel düzenlemeler farklıdır. Her ne kadar aynı hizmeti verseler de belediye ve yerel yönetimlere sağlanan finansal kolaylıkların özel kişilere sağlanmıyor olması bu noktada caydırıcı olabilmektedir. Öte yandan, bu uygulama kurumlar arasında rekabetçilik ve hizmetlerin iyileştirilmesi doğrultusunda sorunlar yaratabilmektedir.

Türkiye’de Alzheimer Bakımının Değerlendirilmesi: Zorluklar ve Fırsatlar

Fırsatlar	Zorluklar
Güçlü bir ulusal düzenleyici kurum ve giderek artan farkındalık seviyesi	Mevzuat ve hukuki çerçevenin hem nitelik hem nicelik açısından karmaşık olması



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Finansal teşvik ve projelerle Alzheimer bakımına ilişkin hizmetlerin iyileştirilebilmesi, Bakanlığın rolü	Yaşlı bakımı ve Alzheimer bakımının çoğu zaman mevzuatta ve uygulamada birbirine karıştırılması ve Alzheimer konusunda uzmanlaşmanın sağlanamaması
Niteliksel ve niceliksel açıdan var olan iyi insan kaynağı kapasitesi ve var olan kapasitenin Alzheimer alanında uzmanlaşmaya yöneltilebilmesi olanağı	Sadece Alzheimer alanında uzmanlaşmış düzenleyici bir kurumun olmaması, sadece Alzheimer hastası bakımı için yetiştirilen bir personel merkezi ya da sertifikasyon merkezinin bulunmayışı
Alzheimer bakımı için yerel yönetim kurumlarının tabii olduğu vergisel ve finansal kolaylıklar	Alzheimer bakımı için yerel yönetim ve özel kişilerin farklı finansal ve vergisel düzenlere tabii olması, rekabetin azalması ve hizmet kalitesinin tehlikeye girmesi



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Tüm projeksiyon ve istatistiklere göre, Türkiye hızla yaşlanan bir ülkedir ve bu bağlamda da Demans hastalığının giderek ülkemizde daha büyük bir gündemi işgal etmesi beklenmektedir. Bu noktada, Demans ve yaşlı bakımı arasındaki kesin ayrımın yapılması önem arz etmektedir. Nitekim, bir çok batı ülkesinde Alzheimer konusu siyasi ajandanın üst sıralarında yer almaktadır. Örneğin, 2011’de AB Parlamentosu üye devletleri “Alzheimer hastalığı için ulusal çözümler ve stratejiler oluşturmaya” davet etmiştir (24). Bu çağrı kapsamında Fransa’nın 2014-2019, İskoçya’nın 2013-2016 ve İsviçre’nin 2014-2017 strateji eylem planlarını hayata geçirdikleri görülmektedir. Bütün ulusal stratejilerin ana olarak beş noktaya işaret ettiği görülmektedir.

- Demans konusunda sosyal farkındalığın arttırılması ve bilgi paylaşımının arttırılması
- Erken teşhis ve tedavi konusundaki çalışmaların desteklenmesi
- Bakım ve evde bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi
- Çalışan ve gönüllü sayısı ve niteliğinin iyileştirilmesi
- Konu özelindeki çalışmaların desteklenmesi ve derinleştirilmesi

Demans hastaları, diğer yaşlılık hastalıklarına nazaran bellek kaybı ve düşünme yetisinin zayıflaması ile beraber çok daha farklı bulgular göstermektedir. Bu çerçevede, hem bakım hem de bakımı gerçekleştirecek personelin yetiştirilmesi adına çok daha titiz bir çaba yürütülmelidir. Bu çerçevede kısa-orta vadede gerçekleştirilmesi önerilen bir hedef olarak daha basit bir Alzheimer bakım mevzuatı ve sadece Alzheimer bakımı için geliştirilmiş bir hukuki düzenlemenin ulusal koordinatör tarafından yürürlüğe konması önerilebilir. Bu yapı, Alzheimer bakımı ve bakımı verecekler için standartları yaratabileceği gibi sürdürülebilir çözümleri de ortaya koyabilir. Örneğin Sağlık Yüksek Okulu Öğrencileri yalnızca bu alanda uzmanlaşmaları için teşvik edilebilir ve öğrencilere staj imkânları sunulabilir.

Alzheimer bakım hizmetleri sadece hasta bazında değil hasta yakınları bazında da düşünülmeli ve politikalar bu minvalde şekillendirilmelidir. Özellikle Alzheimer hasta yakınlarına verilecek eğitim ve destekler bir öncelik olarak düşünülmeli, taraflar arasındaki bağları güçlendirecek ve sürdürülebilir hale getirilecek projelere öncelik verilmelidir. Alzheimer üzerine uzmanlaşmış, bakım verenlere yönelik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Gri dalgaya hazır mıyız sorusunun cevaplanabilmesi için ve bu minvalde bir “Alzheimer Bakım Ekosistemi” modelinin sunulabilmesi için öncelikle Türkiye’ye özgü Alzheimer hastası ve hasta bakımına ilişkin prensiplerin tanımlanması, belirlenen ilkeler doğrultusunda eylem planının ortaya koyulması ve denetim/sorumluluk mekanizmalarının oluşturulması gerekmektedir. Fransa gibi 2001’den beri bu alanda strateji düzenleyen ülkeler



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

gibi uluslararası modellerden faydalanılabileceği gibi, öte yandan halihazırda sahadaki tecrübeleriyle başarılı çalışmalar yapan bazı sivil toplum örgütlerinin (Türkiye Alzheimer Derneği ve Vakfı) gibi aktörlerin çalışmaları bu noktada temel alınabilir. Öte yandan, önerilen sistematik modelin başarısı kapsamlı oluşuna bir başka deyişle, tüm paydaşların aktif katılımının sağlanmasına bağlıdır. Bu çerçevede, pilot bir model hayata geçirilmeden önce, koordinatör kurum olarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımız himayesinde, ulusal bir model için 2016-2020 Alzheimer Strateji Eylem Planı oluşturulabilir ve oluşturulan çerçeve doküman kapsamında, icra kurulu niteliğindeki çalışma gruplarıyla bir model örgüsü ortaya koyulabilir.

Toplumda Demans hastalığı yeni vaka sayısının hızla artması beklendiği için gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Alzheimer hastalığıyla ilgili toplumda farkındalık artırılması, hastalığın tanınması ve bakım verenlere destek olunmasını kolaylaştıracak resmi politikalar oluşturulmalıdır.

Ülkemizin sağlık politikaları açısından yaşlanma ile ilgili "Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" yapılmakla birlikte gelecekte sayısı hızla artacak olan Alzheimer hastalarını öncelikli ele alan politikalar eksiktir.

Ülkemizde sağlık ve sosyal politikalarında Alzheimer hastalarının bakımı ve rehabilitasyonu ile bakım verenlere yönelik destek programları mutlaka yer almalıdır. Evde sağlık hizmetleri ve bakım alanında demanslı hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarına daha duyarlı olunmalıdır. Hastalığa karşı toplumda farkındalığın artırılması ise hem hastalığın tanı konulma aşamasında hem de tedavisine karşı engelleri azaltacak ve damgalamayı önleyecektir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından öncelikli halk sağlığı sorunu olarak nitelendirilen demans için hem farkındalığın artırılması hem de hasta ve ailelerine bakım ve desteğin artırılmasına çalışılmalıdır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

KAYNAKLAR

- <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>. Erişim tarihi: 19.03.2013
- istatistiklerle Yaşlılar-(2015-17.03.2016)
- <http://www.tuik.gov.tr>
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü; *TÜRKİYE'DE YAŞLILARIN DURUMU VE YAŞLANMA ULUSAL EYLEM PLANI UYGULAMA PROGRAMI*
- Özmete, E. 2016. *Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Ankara.
- https://www.alz.org/facts/downloads/facts_figures_2015.
- Gurvit İH: Demans sendromu, Alzheimer Hastalığı ve Alzheimer dışı demanslar. *Nöroloji Ders Kitabı*. Güneş Kitabevi. 2002
- Small SA, Mayeux R. Delirium and Dementia. In: Rowland LP ed. *Merritt's Neurology*. 11th edition. Delirium and dementia. Philadelphia Lippincott Williams&Wilkins; 2005: 3-7.
- www.caregiver.org/alzheimers-disease-caregiving
- Ann Bookman and Delia Kimbrel, "Families and Elder Care in the 21. Century", *The Future of Children*, s.117
- Hürriyet, "Türkiye Hızlı Yaşlanıyor, Peki Buna Hazır Mıyız?", 01.10.2016, Erişim: <http://www.hurriyet.com.tr/turkiye-hizla-yaslaniyor-peki-buna-hazir-miyiz-40236558>
- Akdemir N, Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* (2009) 32-49
- A. Mandıracioğlu, "Dünya'da ve Türkiye'de Yaşlıların Demografik Özellikleri", *Ege Tıp Dergisi*, Cilt 49, No. 3, 2010, s. 43
- TÜİK, "Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları", 28.01.2016
- http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1027
- Alzheimer's Disease International (2015), "World Report 2015: The Global Impact of Dementia An Analysis of Prevalence, Incidence, Cost And Trends" Alzheimer's Disease International (ADI), London
- A.Yaman, "Dementia subtypes in Antalya, Turkey: a retrospective study", *Postgrad Med*, 2014
- I Arslantaş D, Ozbabalık D, Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. *J Clin Neurosci*. 2009
- Gurvit H, The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2008
- <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/98f8dcd91e514090804776447e9a3d3c.pdf>
- <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>
- TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2010-2014
- <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/08/20080807-5.htm>
- Observatory for Sociopolitical Developments in Europe, "National Dementia Strategies- a Comparative Approach in Europe", Working Paper 11, 2016



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

DEMANS BAKIM PLANI MODELİ



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İÇİNDEKİLER

YÖNETİCİ ÖZETİ

A. YAŞLANMA

B. GÜNCEL DURUM ANALİZİ

C. YAŞLI/DEMANS BAKIM POLİTİKALARINDA ÜLKE ÖRNEKLERİ

D. PRENSİPLER ve ÖNCELİKLİ EYLEMLER

DI-Prensipier

D II- Ulusal Demans Bakım Modelinde Eylemler

DIII-Sorumluluklar

E. DEMANS TANIMLAMA, DEĞERLENDİRME, TANI VE BAKIM

E I- DEMANS HASTASI İÇİN EVDE YAŞAM DESTEĞİ

E II-EVDE BAKIM MODELİ

E III- KİŞİ MERKEZLİ DEMANS BAKIMI

E3-a Evde Bakım Hizmeti

E3-b Kurum Bakım Hizmeti

E IV- ENTEGRE SERVİS VE DESTEK KURUMLARI

EIV- a KURUMSAL DESTEK

EIV- b YAŞLI BAKIM EVLERİ

F- SUNULAN HİZMET TÜRLERİ VE KALİTE YÖNETİMİ İLE TOPLUMSAL FARKINDALIĞI ARTTIRMAK

G-DEMANS BAKIMINDA ENTEGRASYON

H- BAKIM VERENİN (DEMANS HASTA BAKICININ) ÖZELLİKLERİ

I- DEMANS BAKIMI ERIŞİMİ

J- DEMANS DOSTLARI

K-FİNANSAL YÜKÜMLÜLÜKLER

L- DEMANS BAKIMININDA LİDERLİK

M-YENİLİKÇİ TEKNOLOJİLERİN ROLÜ

SONUÇ VE ÖNERİLER



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

A-YÖNETİCİ ÖZETİ

Demans, bellekte azalma, günlük yaşam aktivitelerinde kötüleşme ve davranış bozukluğu ile giden pek çok hastalığın genel bir ismi olup, Alzheimer hastalığı demansın en sık görülen formudur. Şu anda dünyada 47 milyon Alzheimer hastasının olduğu kaydedilmiştir. Bu sayının 2030’da 76 milyon, 2050’de ise 135,5 milyon olması beklenmektedir. Demanslı hasta ve hasta yakınları için bakım çok farklı bir durum olup, aile üyeleri bakım sürecinin en önemli sağlayıcıları konumundadır. Bu durum sağlıklı aile bireylerini fiziksel, emosyonel ve sosyal olarak derinden etkiler.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de yaşayan demans hasta ve hasta yakınlarının desteklenmesi açısından kapsamlı bir bakım modeli önerisi sunmaktır. Bu çerçevede, ***Türkiye’de Yaşayan Demans Hastaları İçin Geliştirilen Bakım Modeli***, demans ve çoğunlukla Alzheimer demansı hastalarının bakımı ve hasta yakınlarının desteklenmesi amacı ile bir bakım planı olarak önerilmektedir. Geliştirilen model Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının desteği ile mevcut alandaki ihtiyaca karşılık getirilen öneriler çerçevesinde oluşturulmaya çalışılmıştır.

Geliştirilmesi önerilen model dâhilinde, Alzheimer ve diğer demanslı hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini arttırmayı ve hak ettikleri bakım konforunu amaç edinen model planlanacaktır. Böylece ileriki yıllarda ülke için önemli bir sorun teşkil edeceği tahmin edilen hastalık için şimdiden önemli bir hazırlık aşaması oluşturulacaktır.

Bu bakım modelinin oluşturulma nedenlerinin başında, dünya ülkelerinin pek çoğunda olduğu gibi, Türkiye’de de ortalama yaşam süresinin uzaması ve bu uzamadan dolayı yaşam kalite beklentisinin artması, buna karşın demans hastalıklarının ortaya çıkma sayılarında beklenenden daha hızlı artışın olacağı beklentisidir. Tahminlere göre, ülkemizde, önümüzdeki 30 yıl içinde çok sayıda demans ve demansın en sık görülen formu olan Alzheimer hastalığı ile karşı karşıya kalınacaktır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

B.GÜNCEL DURUM ANALİZİ

Demans sendromu (hastalığı), unutkanlık, günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ve davranış değişiklikleri ile giden bir hastalık grubu olup, en sık görülen formu Alzheimer demans hastalığıdır. Yaşlılık döneminin en önemli hastalıklarından biridir. Yaşlanma dönemi kendine ait bir felsefeye sahiptir. Yaşlanma felsefesi içinde temel amaç; sağlıklı ve kaliteli yaşlanmaktır. Bununla beraber yaşlılık dönemi sağlık ve sosyal açıdan farklı basamakları içerir.

Buna göre;

Yaşlanma da temel amaç **aktif yaşlanma** olmalıdır.

Yaşlılık dönemi durağan değil **hayat boyu öğrenmenin** bir parçasıdır.

Yaşlanma öncesi döneme **emekliliğe hazırlık** dönemi denir.

Yaşlılık döneminde en önemli bakım **evde bakım destek** aşamasıdır.

Yaşlılık döneminde **gündüzlü bakım evleri** desteği önemlidir.

Yaşlılık döneminde **yaşlı yaşamevleri-huzurevi** kurumları bakım destek seçenekleridir.

Yaşamın uzun süreli bakım yerlerinden biri **yaşlı bakım rehabilitasyon yerleri**dir.

Demans hastalıkları, Alzheimer dışında, vasküler demans, Frontotemporal demans, Lewy cisimcikli demans, Parkinson hastalığı demansı, Huntington demansı, Wernike- Korsakov demansı, metabolik ve hormonal hastalıklara bağlı demanslar, Creutzfeldt-Jakob Hastalığı (CJH) ve HIV-bağlı demans (HBD).diğer en sık görülen demans çeşitleridir. Tüm bu demans çeşitlerinde belli beyin alanları zarar görür ve buna ait şikayet ve bulgular ile hastalık başlar. Demans hastalıklarının çoğu ile özellikle Alzheimer demans 65 yaş üstü popülasyonun en sık görülen ve hastayı olduğu kadar hastanın ailesini de eitleyen en büyük sorunlarından biridir. Hasta kadar sağlıklı yakınlarının da yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Dünyada kalp hastalıkları ve inmeden sonra üçüncü ölüm nedeni olarak bilinir. Türkiye’de Alzheimer demans olarak tanı ve tedavi alan kişi sayısı 2015 rakamları ile 600.000 kişinin üstündedir. Demans hastalarında bakım ilkesi “iyi yaşam”dır. Toplumun bu hastalar için sloganı ise “unutsan da unutulma”dır.

TÜİK verilerine göre, Türkiye’de 65 yaş ve üstü yaşlı nüfus oranı yüzde 10’un üzerine çıkacaktır. Bu çerçevede, Türkiye yaşlanırken Alzheimer hasta sayısının da sayısal ve oransal olarak artması beklenmektedir. Bu çerçevede, ülkemizin geleceğindeki yaşlı nüfusa bağlı en önemli hastalıklardan biri olacak olan demans çeşitleri ve en çok da Alzheimer demans hastalığı için devlet, yerel, sivil toplum ve özel kurumların, amaçladıkları hasta bakım ve hasta yakını destek çalışmalarının en iyi şartlarda yapılabilmesini sağlamaya yönelik bir bakım model oluşturulmaktadır.

Demans, hasta, hasta yakını ve topluma farklı yükler getiren bir hastalıktır. İlaç, tanı, bakım gibi aileye ve sağlığa dönük yüklerin yanısıra, finansal yükü diğer bir boyutta önemlidir. Demans hastalığı devlete ve bireye maliyeti yüksek bir hastalık olabilmektedir. Çünkü



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

hastalık çoğunlukla yaşlılık döneminde görülür ve hastaların yaşadığı bu döneme ait pek çok tıbbi ve sosyal sorunu da maliyetleri ile beraber içerir. Türkiye’de geniş bir ülke popülasyon çalışması henüz yapılmadığı için devlete ve bireylere olan total ve yıllık maliyet çalışması henüz yoktur. Geliştirilecek bakım modeli ile demanslı hastalara yardım ve destek programı aynı zamanda bu maliyeti saptamak ve kontrol etmek açısından da değerlidir.

Dünyada ve son yıllarda ülkemizde de bu hastalara bakım ayağı, **evde bakım, gündüzlü ve yatılı bakım** şeklinde yürütülmektedir. Yaşlı ve hasta bakım personel eğitim ve sertifikalandırılması, iki yıllık yüksekokulların yanı sıra, bakanlığa bağlı alt birimler ve belediyeler aracılığı ile yapılmaktadır. Gündüzlü ve yatılı bakım evleri ile ilgili Alzheimer hastalarına ait bir standart bir uygulama mevcut değildir. Bununla beraber, açılan ve yürütmeye olan gündüzlü ve yatılı bakım evleri farklı hukuki tabanlara sahiptir. Bunlar sırasıyla: “Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bağlı Huzurevleri Yönetmeliği”, “Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Bağlı Huzurevleri Yönetmeliği”, “Gerçek Kişiler Ve Özel Hukuk Tüzel Kişilerince İşletilen Özel Huzurevi Ve Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği” ile belirlenen kurallar çerçevesinde birbirinden ayrılmaktadır. Bu yönetmeliklere en yeni olarak “Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği” de eklenmiş ve alana ilişkin çerçeve daha net şekilde oraya koyulmaya çalışılmıştır. Tüm kurumlara bağlı çalışmaya aday her türlü gündüz hizmetinin bağlı olduğu merkezler “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” maddeleri ile belirlenmiştir.

Türkiye’de bu yönetmelikler ile belirlenmiş tek bir yaşlı bakım sistemi olmamakla beraber, sistemin her elemanı mevcuttur. Sağlık ve sosyal evde bakım desteği, gündüzlü ve yatılı bakım kurumları son yıllarda daha görünür bir sayıya ulaşmaktadır. Oluşturulacak bakım modeli içinde bu tanımlanan bakım özelliklerinin hepsi koordineli çalışacaktır.

Bakım modellerindeki temel ilke, kişi-merkezli ve sosyal destek özelliğine sahip olmasıdır. Bakım alacak kişiler, evrensel insan hakları çerçevesinde, ait oldukları ulusun geleneksel yapısına uygun olacak şekilde, diğer kişiler ile aynı haklara sahip olmakta, saygı ve ve hürmet kavramları içinde değerlendirilmektedir. Bu kavramlar, yaşlı birey ve ona bakan kişilerin bakım hizmetlerine erişme ve hizmet alma kısımlarının her aşamasında uygulanabilir olmalıdır. Diğer temel ilke, hizmet kullanıcılarının ve onların gönüllü bakıcılarının bağımsızlığını sağlayan ve yüklerini ve sorumluluklarını azaltan kişiye merkezli bakımdır. Son olarak ise, tüm toplumun bakım hizmetlerinin önemini toplumun bütünü ve kültürel değerler açısından benimsemesi, stigmatı azaltması, ailenin güçlendirilmesi ve kendine güvenin teşvik edilmesinin sağlanmasıdır.

Demansı içine alan ve yaşlanma nedenli tüm olumsuz süreçler, ev temelli bakım kadar topluma dayalı destek ağları ve faaliyetler kurarak, bakım sağlamaya çalışır. Böylece, toplum, demans hastaları ve onların gönüllü bakıcılarına destek verir ve onların mümkün olduğunca evde ve kendi topluluklarında kalmalarını teşvik eder. Demansın daha sonraki aşamaları ise, demansa sahip bireylerin bir konuta ve bazı durumlarda özelleştirilmiş bakım hizmetlerine ihtiyaç duymalarıdır. Demanslı insanlara toplumdan uzak tutmak yerine, bunlar 'ev' olarak görülmelidir. Konut bakımı, yaşlı insanlar için kapsamlı bakım hizmetinin yanı sıra demanslı yaşlı insanların yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak için bakım evlerindeki fiziksel ve sosyal tasarıma benzer yapıları içermelidir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Amaç: Bu proje kapsamında, Türkiye’de yaşayan demans hasta, hasta yakınları ve ailelerinin yaşam kalitesini düzeltmek için bir bakım modeli oluşturmak, ihtiyaçları saptamak ve ihtiyaçlara yönelik cevapları bir program çerçevesinde ortaya koymak amaçlanmıştır.

Modelin dayandığı temeller;

- 1- Demans hastalarına ait stigmaları azaltmak için toplum farkındalığını daha çok arttırmak.
2. Demans hastalarının ve hastalığının tanı ve değerlendirme ölçeklerinin veri tabanlara kayıtlandırılmasını iyileştirmek.

Önerilen Türk bakım modeli, Türkiye’de yaşayan demans hastalarına- geleneksel olarak sıklıkla evde bakım ve beraberinde de gündüzlü-yatılı bakım programlarını biçimlendirmek, hastalar için daha rahat, yakınları için ise daha güvenli bir yaşam düzeni hazırlanması programıdır. Bu model, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının kurumsal kapasitesini artırmayı amaçlayan daha geniş bir projenin bir parçasını oluşturmakta olup, belli temellere dayanmaktadır.

3. Demans hasta ve ailelerine bakımın sürekliliği sağlamada destek olması beklenen bakım çalışanlarını sağlamak, hastaların davranış ve psikolojik sorunlarına, evde, toplum bakım alanlarında ve hastanelerde değerlendirip destek olacak bakım elemanı sayısını arttırmak.
4. Evde bakım zorluğu çeken demans hastalarının ileri bakım ve desteklerinin sağlandığı gündüzlü ve yatılı bakım evlerinin sayısını ve kalitesini arttırmak.
5. Demans bakım kurumlarının entegrasyonunu ve koordinasyonunu sağlamak.
6. Maliyet ve finansman desteği kriterlerini tanımlamak.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

7. Demans bakım servis ağları yaratmak.
8. Teknolojiyi demans bakım modellerinin içine sokmak

MODEL İLKELERİ

1. Demans hastalığının tanım, tanı ve değerlendirme ölçeklerinin tanımlanması.
2. Hasta bakımı özelliklerinin (evde bakım, gündüzlü bakım, yatılı kurum bakım) tanımlanması.
3. Hasta bakımı süreci tanımlama, izlenme ve desteklenme sürecinin tanımlanması.
4. Bakım hizmetlerindeki finansal desteğin (hasta ve devlet açısından) tanımlanması.

Bu demans bakım modeli, Türkiye’de yaşayan hastaların bakım koşullarını hak ettikleri kalitede almaları için planlanmış olup bakmakla yükümlü aile üyelerini de çok yakından ilgilendirmektedir.

Diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında, ülkemizde bu hastalar ve yakınları için gerekli ve yeterli koşul ve destek servisleri olmakla beraber, bu hizmetler farklı kuruluşların kendi alt hizmetleri olarak yapılabilmekte ve zaman zaman kurumlar ortak koşulları sağlamakta zorluk çekmektedirler. Bunların iyileştirilmesi ve kapsayıcı bir koordinasyon sağlanması gereklidir. Hali hazırda bakım modeli için var olan durumlar şöyle sıralanabilir:

1. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) ve Bakanlığa bağlı yaşı ve engelliler ile ilgili alt birimler ve yönetmelikler
2. ASPB bağlı yaşı bakım evleri
3. Yerel yönetimlerin yaşı ve engelli evde bakım birimleri
4. Yerel yönetimlerin gündüzlü ve yatılı Alzheimer bakım evleri
5. Sağlık Bakanlığı evde bakım birimleri
6. Sağlık Bakanlığına bağlı palyatif sağlık birimleri
7. Sağlık Bakanlığına bağlı demans hastalarının tanı ve tedavilerinin yapıldığı ve kayıtlandığı hastaneler
8. Üniversitelere bağlı sağlık yüksekokulları ve yaşı bakım elemanı yetiştirme birimleri



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

9. Türkiye Alzheimer Derneği gibi sivil toplum örgütlerine ait gündüzlü ve yatılı bakım evleri ve evde bakım birimleri

10. Sınırlı ve tanımlanmış hastalar için devlet politikası ile sağlanan kurumsal finansal destekler.

Tüm dünyada ve ülkemizde demans hastalarına yönelik hizmet ve destekler şu şekilde sıralanabilir:

1. Günlük Bakım Merkezleri: Bu merkezlerde Alzheimer hastaları yanında zihinsel bozukluğu olmayan yaşlılara da hizmet verilmektedir.
2. Geçici Bakım: Geçici bakım hizmetleri kapsamında bir bakımevinde “maksimum üç günlük kısa” veya “bakıcıya dinlenmesi için fırsat veren en az 10 günlük uzun” konaklama seçenekleri bulunmaktadır. Ancak her iki bakımın da talebi karşılamaktan uzak olduğu, çok sınırlı sayıda kurumda demans hastalarına yönelik geçici bakım üniteleri olduğu belirtilmektedir.
3. Uzun Süreli Bakım: Bir bakımevinde uzun süreli bakım hizmeti alan hastaların bakım ücretinin bir kısmı bireyin emekli maaşından ya da vefatından sonra mirasından sağlanmaktadır. Yeterli gelirin olmaması durumunda bakım ücreti sosyal yardımlar üzerinden karşılanmaktadır.
4. Palyatif Bakım: Son 10 yılda finansmanı kısmen devlet tarafından sağlanan gönüllü dernekler, hastaneler bu modeli geliştirmiştir. Toplumunda olduğu gibi aslına bakarsanız dünyanın pek çok ülkesinde, demans ile ilgili toplumsal stigmalar ve yetersiz finansal kaynakları, hala hasta ve hastalıkla ilgili uygun tedavi ve bakım koşulları için engel olmaya devam etmektedir. Bu güne kadar yapılan çalışmalar, demans hastaları için harcanan, doğrudan ve dolaylı ekonomik maliyetlerin, diğer büyük hastalıkların maliyetlerinden çok daha yüksek olduğunu şeklinektir.

Türkiye’de demans hastalarına bakım çoğunlukla aile bireyleri yada gönüllü diğer kişiler (arkadaş, komşu) tarafından verilmektedir. Hastalık sadece hastayı değil çevresindeki bireyleri de yaşam kalitesi, sağlık ve maliyet açısından derinden ve sessizce etkilemektedir. Örneğin bakım verenlerin sıklıkla iş ve boş zaman faaliyetlerini azaltmaları gerekir. Yine demans hastalarına gönüllü bakım sağlama, bakım verenin zihinsel ve fiziksel sağlığı üzerinde de zararlı bir etkisiye sahiptir.

Demans bakımı konusunda "bildiklerimiz" ve "yaptıklarımız" arasındaki boşluğu kapatmak için bir Türkiye Ulusal Demans modelinin geliştirilmesi ve uygulanması, demans hastalarının ve onların gönüllü bakıcılarının ihtiyaçlarını karşılamada anahtar rol oynayabilir. Ülkemizde yaşlı ve engelli bakım şartları için, dünyada tanımlanan ve uygulanan imkânlar (ev, gündüzlü-yatılı kurum) belirli ölçülerde olmasına karşın, kurumlar arası integrasyonun ve koordinasyon tanımı yeterli değildir.

Türkiye demans bakım modeli sadece sağlık alanında geliştirilen bir model değildir. Bu model aynı zamanda hastaların evde bakım, gündüzlü ve yatılı bakım alanlarında en iyi koşullarda ki destek bakımlarının, sosyal servis çalışanları eşliğinde verilmesini amaçlamaktadır. Öte yandan model, hasta yakınlarından da bu anlamda eğitim ve moral



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

desteğini esirgemeyen, diğer taraftan toplum farkındalığını da arttıran bir süreci kendine hedef edinmiş bir sosyal hedefin oluşturulmasını tasarlamakta ve amaçlamaktadır.

Bakım modellerini hayata geçirmek çoğunlukla zamana bağlı olaylar olup, hastaların doğru tanı ve rehber programlar eşliğindeki takibinin yanı sıra, sağlık ve sosyal servis personelinin çalışılan konuda yeterli derecedeki eğitimi ve bakım seçeneklerinin ülke gerçeğinde iyi dizayn edilmesi ile mümkündür. Bu anlamda, ülkemizdeki demans hastalarına bakım modellerini geliştirirken, ülkemizin bu hastalara olan geleneksel bakışını ilke edinerek yola başlamak en doğrusu olacaktır. Hastalara bakım seçeneklerini sadece hasta bazında değil, hasta bakım vereni ve yakınları ölçeğinde de iyi değerlendirmek gerekir.

C. YAŞLI/DEMANS BAKIM POLİTİKALARINDA ÜLKE ÖRNEKLERİ

1. Almanya: Almanya’da nüfusun yüzde 21’i 65 yaş ve üzerinde olup ortalama yaş 80,8’dir. Sağlık harcamaları Yasal Sağlık Sigortası tarafından karşılanırken sosyal hizmet harcamaları Yasal Uzun Süreli Bakım Sigortası tarafından karşılanmaktadır. Bu sigortalar bireyler için zorunluluktur. Bakım özelliği ev içi bakım ve kısa dönemli kurumsal bakım hizmetleri ve son seçenek olarak da kurumsal bakım hizmetlerini sunmak şeklinde özetlenebilir.
2. Hollanda: Ortalama yaş beklentisi 81’dir. OECD ülkeleri içinde sağlık ve uzun süreli bakım hizmetlerine en çok pay ayıran ülkedir. Hollanda’da yaşlı bakımı öncelikle devletin sorumluluğuna verilmiştir. Yaşlılara yönelik iki sistemli bakım hizmeti bulunmaktadır; yerel yönetimlerin verdiği sosyal destek hizmetleri (WMO) ve sürekli bakım hizmetlerinin sağlandığı Uzun Süreli Bakım Sigortası (AWBZ). Hollanda da yaşayan herkes Uzun Süreli Bakım Sigortası (AWBZ) kapsamında olup prensipte gerekli değerlendirmelerden geçen herkes bakım hizmeti alabilmektedir. Yaşlı bakım sistemi bireyin mümkün olduğu ölçüde evde kendi ortamında yaşamaya devam etmesini sağlamak üzere kurulmuştur ve destek hizmetlerini vermek belediyelerin sorumluluğuna verilmiştir. Belediyeler yaşlılara yönelik iki tip hizmet vermektedir. *Genel Destek Hizmetleri* altında bireyin toplumla bağıni sürdürmeye yardımcı olacak; örneğin mahalle ev/lokalinde günlük toplantılar, 75 yaş ve üzeri gruba ücretsiz, indirimli ya da özel ulaşım servisi, eve yemek hizmetleri bulunmaktadır. *Kişisel Destek Hizmetleri* ise bireyin ihtiyacına göre değişen ev temizlik ve düzenlemesinden, kişiye özel bakım hizmetlerine (kişisel temizlik, tuvalet kullanımı, ilaç verilmesi vs.) kadar değişen hizmetleri kapsamaktadır. Buradaki seçimi bireye belediyeler yapmaktadır. Uzun Süreli Bakım Kanunu zihinsel ya da fiziksel aktivitelerini önemli ölçüde kaybetmiş yaşlılar için 24 saati kapsayan bakımı kapsamaktadır. Uzun Süreli Bakım Sistemi zorunlu sağlık sigortasının bir parçası olup gelir vergisi üzerinden herkes sisteme otomatik olarak katılmaktadır. Ülkede yaşlı bireylerin ev ortamında daha uzun süre bakımlarını sağlamak amacıyla 2015 yılı itibarıyla Mahalle Hasta Bakıcı Sistemi uygulaması devreye girmiştir. Daha önce bireylere tıbbi veya ev bakım ihtiyaçları için farklı hasta bakıcı-hemşireler görevlendirilirken, bu sistemde hasta bakıcılar ana kontak



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

kişi konumunda, belediye ve merkezi sağlık kurumları ile bağlantı kurarak hem tıbbi hem de ev içi bakım hizmetlerini birlikte vermektedir.

3. İsveç: Dünyadaki en yaşlı nüfusa sahip ülkelerden biridir. Beklenen ortalama yaş kadınlarda 83,7, erkeklerde ise 79,9'dur. İsveç sosyal refah harcamalarının oldukça yüksek olduğu ve bu konudaki karar yetkilerinin merkezi yönetim yerine belediye ve bölgesel yönetimlere delege edildiği bir sisteme sahiptir. Yaşlılara yönelik sosyal hizmetler, belediye vergileri ve devlet ödenekleri ile finanse edilmektedir. Yaşlı bakım hizmetleri kapsamında belediyeler önemli görevler üstlenmektedir. Belediyeler yaşlı bakım hizmetlerini daha çok özel sektör üzerinden sağlamaktadır. Günlük aktivitelerini yerine getiremeyen her birey belediyeye başvurarak evde destek hizmetleri alabilmektedir. İsveç'te, günlük bakım evleri özellikle demanslı ya da zihinsel sağlığı tam yerinde olmayan yaşlılara yönelik günü birlik rehabilitasyon ve zihinsel aktivite (müzik, okuma, resim, kültürel aktiviteler vs.) hizmetleri verilmektedir. Evde destek hizmetleri ise; günlük destek hizmetleri kapsamında kişinin tüm ihtiyaçlarını karşılanmaktadır. Huzurevleri ve bakım evleri ise; evde destek hizmetlerinin yetersiz kaldığı daha yoğun bakıma muhtaç yaşlılara yönelik geçici ya da kalıcı bakım hizmetleri verilmektedir. Bir yaşlı, bakım ihtiyacı nedeniyle özel bir bakımevine yerleştiğinde eşi de onunla birlikte bakımevine yerleşebilmektedir. Huzurevleri yanında belediyelerin inşa ettiği ya da var olan evleri düzenlediği "Emekli/yaşlı evleri" ileri yaştaki hasta ve engelli yaşlılara günlük yaşamlarını daha rahat geçirmeleri için imkân tanımaktadır. Bu evler; asansörlü, tekerlekli sandalye ya da yürüme aparatı kullanmaya müsait banyo ve yaşam alanlarından oluşmaktadır. Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin de yaşlı bakımında kullanılması teşvik edilmektedir. Düşmeye karşı alarm sistemleri, TV ya da radyo aracılığıyla ilaç alım saatleri ya da günlük programların hatırlatılması, kamera ile gözlem vb. hizmetleri sunulmaktadır.
4. İngiltere: Yaşlı bir ülke olma özelliğinde olan İngiltere'de; sosyal yardım hizmetleri genel olarak seçilmiş yerel yönetimlerin (belediyelerin) sorumluluğundadır. Son 10 yılda belediyelerin sosyal yardım hizmetlerini kendilerinin sağlaması yerine başka kuruluşlar aracılığıyla bu hizmetleri verme eğilimi artmıştır. Sosyal yardım hizmetleri çoğunlukla merkezi yönetim ve sınırlı düzeyde de belediye vergilerinden finanse edilmektedir. 2015 yılında yürürlüğe giren Bakım Yasası (The Care Act) ile sosyal bakım hizmetlerinde belediyeler gelir düzeyine bakmaksızın başvuran herkesin bakım ihtiyacını belirlemek için standart ihtiyaç analiz testi uygulamak ve bakım hizmeti ve bütçesi çıkarmak zorundadır. İngiltere'de huzurevi ve bakımevi ücretleri diğer AB ülkelerine göre yüksek olup huzurevinde kalan yaşlıların yaklaşık yüzde 44'ü bakım maliyetlerini kendileri karşılamaktadır. Bireysel katkı düzeyini belirlemek için yaşlı birey sahip olduğu mülklerin de dâhil edildiği şekilde gelir testine tabi tutulur. Çıkan sonuca göre belediyenin huzurevi ücretinin ne kadarını ödeyeceği belirlenir. İngiltere'de emekli evleri, huzurevleri yanısıra, demans hastalarına yönelik gibi görünen bakım evleri mevcuttur. Evde bakım hizmetleri bakım hizmeti veren ajanslarda çalışan profesyonel bakıcılar tarafından evde verilen bakım hizmetleridir. Teknolojik yardımcı gereçler, ev içi ya da bireyin üzerine monte edilen sensörler ile kişinin günlük aktivitesinde yaşadığı aksaklık ve acil durumlar elektronik sensörler üzerinden yardım merkezine gönderilerek uzmanlar tarafından müdahale edilebilmektedir. Günlük bakım merkezleri; belediye destekli olup, demanslı ya da hareket kabiliyeti sınırlı yaşlılara yönelik bakımlar sunmaktadır. Günlük bakım merkezlerinin



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

bazıları gündüz ya da ihtiyaca göre gece de hizmet vermektedir. Amaç hem evde bakım hizmeti veren aile üyesi ya da profesyonel bakıcılara dinlenme imkânı tanımak hem de yaşlıları zihinsel ve fiziksel olarak aktif tutmaktır. Destek grupları; yaşlılık ya da Alzheimer kaynaklı zihinsel kayıp yaşayan bireylere destek veren yerel gönüllü destek gruplarıdır.

5. Fransa: Ortalama yaş beklentisi 82 dir. Fransa’da yaşlı bakım harcamaları yerel yönetimler (yüzde 18), Uzun Süreli Bakım Sigortası (CNSA) (yüzde 10), kamu ve özel sağlık sigortası (yüzde 40) ve hizmet alan bireyler (yüzde 33) tarafından paylaşılmaktadır. Fransa’da uzun süreli bakım hizmetleri AGGIR skalasına göre hesaplanır. Kurumsal bakım hizmetleri; huzurevleri veya emekli evleri, bağımlılık düzeyi yüksek yaşlılara hizmet veren bakımevleri ve hastanelerde uzun süreli bakım üniteleri olmak üzere üç grupta toplanmaktadır. Evde bakım hizmetleri ise sağlık sektöründe yer alan evde sağlık bakımı, sağlık-sosyal sektörüne ait evde bakım servisleri ve henüz sınırlı sayıda da olsa tıbbi bakım ve evde bakım hizmetlerini birlikte veren bakım servisleri üzerinden sağlanmaktadır. Fransa’da, bakım bağımsız yaşama yardımı, yaşlılar için dayanışma yardımı, evde destek yardımı, yemek desteği, koruyucu aile sistemi, yaşlıevi seçenekleri, huzurevleri ve bakımevleri olarak ayrılır. Sürekli tıbbi gözetim isteyen tamamen bağımlı yaşlılar için bazı bakımevlerinde uzun süreli bakım ya da demans bölümleri bulunmaktadır. Eğer birey kendi kaynaklarından bu kurumlarda yaşamayı karşılayamıyorsa konaklama ücretlerinin tamamı ya da bir kısmı sosyal yardım kaynaklarından karşılanmaktadır. Alzheimer Hastalarına Yönelik Hizmet ve Destekler gündüzlü ve kurumsal destek anlamında yapılmaktadır.
6. İtalya: 59,8 milyon nüfusa sahip İtalya’da nüfusun yüzde 21’i 65 yaş ve üzerindedir, 2050 yılında her üç kişiden birinin 65 ve üzeri yaş grubuna dâhil olması beklenmektedir. Yaşlı bakımı daha çok aileler tarafından, geleneksel olarak da ailedeki kadın tarafından yerine getirilmektedir. Kurum bazlı bakım ise genelde aile kaynaklarının tükendiği durumlarda devreye girmektedir. Ancak nüfusun hızla yaşlanması, geleneksel aile yapısındaki değişim ve kadınların iş hayatına katılması yaşlı bakım hizmetlerinde önemli değişikliklere yol açmaktadır. İtalya’da bakım hizmetleri üç ana başlıkta verilmektedir; kurum bazlı bakım hizmetleri, evde bakım ve nakit yardımlar. Ulusal Sağlık Servisi tarafından verilen hizmetler ücretsizdir; ancak diğer bakım hizmetleri için gelir testi uygulanmakta, testin sonucuna göre bireyin bakım ücretinin bir kısmını ya da tamamını ödemesi beklenmektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

D. PRENSİPLER ve ÖNCELİKLİ EYLEMLER

Güncel durumun analizinden sonra, bu doğrultuda yeni geliştirilecek stratejik model (TALEP) için, öncelikle prensiplerin ardından eylemlerin ve sorumlulukların geliştirilmesi, metodolojisinin izlenmesi önerilmektedir.

D1-Prensipier

1. Demans hastalarının tanı ve değerlendirmesi konunun uzmanları tarafından ve multidisipliner koşullarda yapılmalı, bakım ve destek servisleri deneyimli gerçek ve tüzel kişiler tarafından verilmelidir.
2. Demanslı kişilere değer verilmeli ve saygı gösterilmeli. Daha iyi yaşam koşulları için desteklenmelidir.
3. Bakım verenler ve ailelere değer verilmeli ve desteklenmelidir. Bakım verenler bakıcı rolünü seçmek için uğraşı içinde olabilirler.
4. Demans hastaları, bakım verenler ve aileleri bakım ile ilgili seçim yapma aşamasında olabilirler. Bakım yöntemlerinin çeşitliliği bu seçim aşamalarını belirlemelidir.
5. Bakım çeşitleri çalışanları ve bakım verenler hastaların bulgu, belirti, kötüleşme hızları ve ihtiyaçlarını çok iyi tanımalıdır.
6. Demanslı hastalar, bakım verenler ve ailelere dikkat ve destek verirken, sosyal, kültürel, ekonomik, yerleşke yerleri ve ihtiyaçları ön planda tutulmalıdır.
7. Demans bakımını konuda yetişmiş destek elemanları vermelidir.
8. Sivil toplum örgütleri, tüzel kişilerde demans bakım ve bakım veren destek hizmetlerinde birlikte çalışma modelinin içinde olmalıdır.

D II- Ulusal Demans Bakım Modelinde Eylemler

Ulusal demans modeli geliştirirken önümüzdeki zaman sürecinde daha da artacak talebi daha verimli karşılamak için yerel yönetimlerin konu ile ilgili sorumluluklarını arttırmak gerekliliği vardır. Bu konu ile ilgili ASPB içinde standartları belirlemek ve bu standartlara ilişkin uygulamaları denetlemek, eğitim, koordinasyon ve ortaklık bazında işleri yürütmek için bir yapı gerekli olmakla birlikte var olan yapılan bu işler için yeniden tanımlanabilir. Bununla beraber, yerel yönetimler ve beraberinde özel sektör ve STK lar hizmet sunucu yerler olmalıdır. ASPB Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2015 yılında yayınladığı Türkiye'de Sosyal Hizmet ve Yardımların Yeniden Organizasyonu adlı yayına ilave olarak (ASPB, 2015b), Strateji Geliştirme Başkanlığı da bu yönde çalışmalarını devam ettirmektedir. Bununla beraber, çalışmaların etkinliği açısından aşağıdaki süreçlere göz atılmalıdır.

1. Yerel kuruluşların sosyal hizmet kapasiteleri arttırmalıdır. Bununla ilgili düzenlemeler 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, 5393 sayılı Belediye Kanunu ve 5216 sayılı Büyükşehir



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Belediyesi Kanunu ile yeniden düzenlenmiş olup sosyal hizmet kuruluşlarının ASPB'den bağımsız hizmet yürütebileceği yetkisi verilmiş olsa da belediyelerin sosyal hizmet alanında bilgi ve bütçeleri henüz bunun için yeterli görünmemektedir. Güncel rakamlara bakılacak olursa halihazırda, belediyelere ait yaklaşık 2.800 kişi kapasiteli 20 adet huzurevi bulunmakta ve burada 2.010 yaşlı bulunmaktadır. Demans hastalarına ait bir kurum göze çarpmamaktadır. Bununla beraber bakanlığa bağlı kurumlar için çok sayıda başvurunun olduğu dikkate alınacak olursa, belediyelerin işletme kapasitesinin geliştirilmesi, hizmetlerin potansiyel kullanıcılara daha etkin duyurulması, huzurevi için uygun lokasyon belirlenmesi, demans hastalarına özel bir bölüm hazırlanması ve “demans dostu” tanımlaması yapılması gibi hususlarda desteklenmeleri gereklidir.

2. Demans hasta bakımının bir bakım standartı şeklinde oluşturulması önemlidir. Yaşlılara sunulan hizmetlerde kalitenin ve standardın sağlanması, verilen hizmetlerin izlenmesi ve denetlenmesi açısından bakım hizmet standartlarının oluşturulması büyük önem taşımaktadır. ASPB tarafından yürütülen hizmetlerin standartlarının oluşturulması yönündeki çalışmaların tamamlanması sadece Bakanlığın hizmet sunumundaki kaliteyi artırmakla kalmayacak, sosyal hizmet konusunda yeterli tecrübesi olmayan belediyeler, il özel idareleri ve diğer kamu kurum ve kuruluşlar için yol gösterici olacaktır.
3. Personel sayısı ve özelliklerinin artırılması değerlidir. Hasta bakım desteği için gerekli bakım elemanı ihtiyacı bulunmaktadır. Hizmet kalitesi için gerekli hizmet içi eğitim programları çok düzenli yapılamamaktadır. Bu bakımdan yerel yönetimlerin insan kaynağı planlaması ve hizmet içi eğitimler için özel bir strateji geliştirmelidir. Hizmet standartları kılavuzları esas alınarak eğitim program ve içeriklerinin hazırlanması ve bu çerçevede yereldeki personelin niteliklerinin geliştirilmesi önerilmektedir.
4. Finansman desteği sağlamak sunulacak hizmetler önemlidir. Bu bağlamda önerilen model çerçevesinde, ASPB'nin belirleyeceği hizmet türlerinde ve standartlarda yine ASPB'nin denetiminde belediyelerin yaşlılara yönelik vereceği her hizmetin maliyetinin merkezi yönetim tarafından (SGK, Maliye Bakanlığı veya ASPB) belediyelere ödenmesidir. Birçok ülkede uygulanan “yaşlı bakım sigortası” bakım hizmetlerinin finansmanında değerlendirilmesi gereken bir konudur. Aylık düzenli bir geliri olan kişinin brüt geliri üzerinden %1-2 oranında alınan “bakım vergisi” kesintileri ile finanse edilen bu sistemin ülkemizde de oluşturulması için ilk çalışmalar Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2013 yılı Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı kapsamında yapılmıştır (ASPB, 2016).
5. ASPB ile yerelde sosyal hizmet veren kuruluşlar arasındaki iş birliği ve koordinasyonun sağlanması gereklidir. ASPB sosyal hizmetler ile ilgili var olan ya da yeniden gözden geçirilecek mevzuatlar çerçevesinde, sosyal hizmet kuruluşları ile ilgili standartları koymak, yürütülecek hizmetlerin usul ve esaslarını belirlemek, bu hizmetleri denetlemek ve bu alana tahsis edilen bütçeyi belirlenen usul ve esaslar doğrultusunda dağıtmak ve koordinasyonu sağlamayı hedeflemelidir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

6. Demanslı hastaların bakım süreçleri ile ilgili rehber kılavuzlar düzenlenmelidir. Hastanın ve hasta yakınlarının başvurularını takiben, nasıl, nerede ve kiminle hizmet verileceği bakanlığın hazırladığı bu kılavuzlarda olmalıdır.
7. ASPB, yerel yönetimleri bakım hizmetleri açısından denetlemelidir. Yerel yönetimlerin ASPB'nin hazırladığı usul, esas ve ilkelere uygun olarak hizmet sunmasının sağlanması ve sunulmadığında da ASPB'ye yaptırım uygulama yetkisi verilmesi gerekmektedir.
8. Hastalar ile ilgili veri tabanı uygulaması önemlidir. Burada uygulama, koordinasyon ve denetlemeyi kolaylaştırmak için, hastanın, demografik, ekonomik, sosyal özelliklerini, başvuru veya hasta bilgilerini, verilen hizmetin türünü ve bireyin sağlık ve sosyal değişimini elektronik formlarla kayıt altına almayı mümkün kılan bilgi sistemi mutlak tanımlanmalıdır.
9. Yerel yönetimler ve yerel kurum ve kuruluşlar tüm dünyada önemi gittikçe artan evde bakım hizmetlerini de vermelidirler. Bu kapsamda yaşlıların mümkün olduğunca kendi evlerinde yaşamını sürdürebilmesi için konut ve çevre politikalarında gerekli değişimlere gidilmesi yönünde çalışmaların yapılması önem taşımaktadır. Evde bakım hizmeti; evde sunulan bakım, tedavi, günlük yaşamda yönlendirme veya ev işlerine yardımcı olma gibi hizmetleri kapsamaktadır. Bu bakım hizmetleri günlük yaşam aktivitesinin temel bakım hizmetleri olarak; banyo yaptıрма, yataktan kaldırma, yemek yedirme, günlük ilaçlarını verme, tuvalet için yardımcı olma şeklinde olabildiği gibi, daha karışık aktiviteler olan alet kullanma, para yönetimi, alışveriş, sosyal faaliyet, iletişim gibi hizmetler de olabilir. Burada destek bakım hizmeti eğitilmiş ve güvenilir personeller tarafından yapılmalıdır. Yerel yönetimler bu personelleri kendileri sağlayabilir ya da yerel İŞKUR gibi kuruluşlardan sağlanabilir. Yapılan işler sınıflandırılabilir ve fiyatlandırılabilir. Bu modele göre belirlenen hizmetin türü ve kalitesi sınıflandırılarak her bir hizmet için bir fiyat belirlenmesi (hizmet verilen saat veya verilen hizmetin türü bazında) ve belediyeler ya da özel sektör tarafından hizmet verilen vatandaş sayısı ile verilen hizmetin türü ve kalitesi çarpılarak ilgili kuruma sermaye transferi yapılması önerilmektedir. Burada hizmet kalitesi açısından eğitim, akredidasyon, hizmetin standartlandırılması önemlidir.
10. Demans hastalarında da diğer yaşlılarda olduğu gibi, ihmal ve istismar ile sıklıkla karşılaşılır. Yaşlı istismarı ve ihmali olgusu sadece aile içinde meydana gelmemekte, huzurevleri, bakım ve rehabilitasyon merkezleri gibi sosyal hizmet ve sağlık kurumlarında da rastlanabilmektedir. Yasal olarak istismar vakalarının bildirilmesine ilişkin bilgi eksikliği vardır. Bu durum, kurumlar arası koordinasyon yetersizliği, ve uzman personelin eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bir telefon hattının (Alo 183 gibi) olması önemli bir gelişmedir.
11. Demans bakım hizmetlerinde kurumsal model de önemlidir. Ülkemizde sadece demans hastalarına bakan yatılı bakım evi sayısı çok azdır. Ancak var olan bazı bakım yerlerinin demans hastalarını içeren özel alanları mevcuttur. Yaşlı ve demans bakım hizmetlerinde temel amaç, yaşlıya kendi ortamında hizmet sunmak olduğu gibi yaşlıya kendi ortamına en yakın tasarımda kurumsal bakım merkezleri tasarlamak olmalıdır. Huzurevleri tüm yaşlılar içindir. ASPB bünyesindeki huzurevlerinin ortalama yatak



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

kapasitesi 100 civarındadır. Ege ve Batı Anadolu bölgelerinde ortalama yatak sayısı 120-130'a, İstanbul'da ise 170'e çıkmaktadır. Demans ileri bakım aşaması için kurumsal bakımında gözden geçirilmesi gerekir. Var olan kurumsal alanların demans hastaları için uygunluğu yeniden planlanmalıdır. Demans dostu alanlar saptanmalı ve toplum farkındalığı ve pozitif motivasyon için bu alanlar ile ilgili bilgiler topluma verilmelidir. ASPB'de hem mevcut huzurevlerinin standardını yükseltme hem de standart huzurevi modelinin ötesinde alternatifler geliştirme çalışmaları devam etmektedir. Bu kapsamda ASPB, 50-60 yatak kapasiteli, iki kişilik, içinde banyo ve tuvalet barındıran odalara ve ortak sosyal alanlara sahip huzurevlerini standartlaştırmaya çalışmaktadır. Ayrıca yeni açılacak Bakanlık huzurevlerinde tek kişilik odalar ve odaların doğrudan ortak alana açılacağı tip projeler üzerinde de çalışılmaktadır. Alternatif bakım modeli olarak da "Yaşlı Yaşam Evleri" adı altında dört yaşlının sosyal hizmet uzmanı gözetiminde ve bakıcı desteği ile bir evi paylaşmasını öngören model 2012 yılından beri uygulanmaktadır. Ülke örneklerindeki uygulamalar ve literatür, özellikle yaşlı bakım hizmetlerinde kurumsal bakım açısından küçülen yatılı bakım merkezleri ve ev tipi modelleri üzerinde durmaktadır. Bu açıdan bakıldığında kurumsal bakım hizmetlerinin, sadece kurum eksenli değil kent tasarımı içerisinde bir bütünün parçası olarak ele alınması önemlidir. Huzurevlerinin şehir merkezine uzak yerlerde kurulmaması önerilmektedir. Doğa ile iç içe olması gibi tercihli veya şehir merkezinde uygun yer olmaması gibi zorunlu nedenlerle yaşam alanlarına uzak yerlerdeki huzurevleri genellikle düşük kapasite ile çalışmakta veya konuk yaşlıların memnuniyet düzeyleri düşük olabilmektedir.

12. Demans hastalarına yönelik bakım modelleri içinde diğer önmeli bir aşama gündüz bakım evleridir. Gündüz bakım merkezleri (day center) evde yaşayan yaşlıların kendi mahallelerinde (alışık oldukları sosyal çevrede), sosyal hizmet ve rehabilitasyon almalarını sağlayan, yaşlı ve yakınların yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan merkezlerdir. Demans hastaları ve yakınları için önemlidir. Çünkü kreşe benzer uygulamalar ile gündüzlü bakım evlerinde hem hastanın meşguliyet tedavisi yapılabilen hem de evdeki bakım veren içi bir dinlenme süreci sağlanabilmektedir. Türkiye'de sınırlı uygulaması olan gündüz bakım merkezleri (ASPB, Belediyeler, Sağlık Bakanlığı, yaşlı yakınları) daha da geliştirilebilmelidir.

13. Terminal demans hastaları için palyatif bakım merkezlerinde bakım sağlanabilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın geriatrik bakım hizmetlerini yaygınlaştırması ve palyatif bakım konusunda daha fazla inisiyatif alması özellikle en yaşlı olarak tanımlanan 85 ve üzeri yaş grubunun yaşam kalitesine önemli katkı sağlayacaktır.

D III- Sorumluluklar

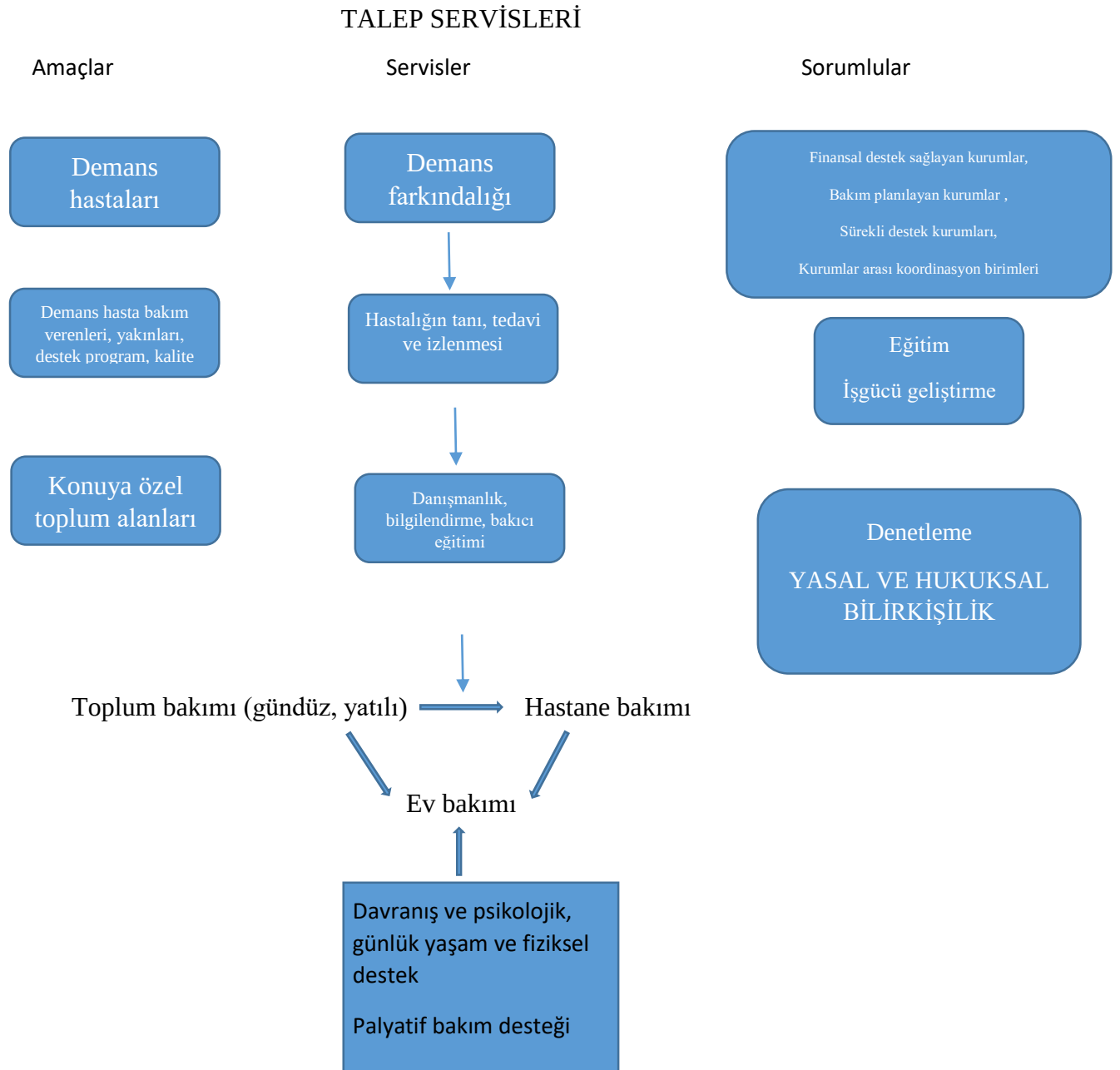
1. Demans bakım kalitesini artırma için politikaları düzenleme, planlama ve finansal desteği artırma
2. Demans bakım kalitesini arttırmak için eğitim ve işgücünü yeniden düzenlemek
3. Demans bakım kalitesinin takip edildiği servislerin yeniden düzenlenmesi



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 1 ile sorumlu bu yapılar özetlenmiştir. Burada sorumlu kurumların servisleri; finans, planlama, koordinasyon, eğitim, işgücü oluşturma, demans bakım kalitesini güçlendirme, denetleme olmalıdır.

Şekil 1: Bakım modelinin ana sorumlu yapıları





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

E. DEMANS TANIMLAMA, DEĞERLENDİRME, TANI VE BAKIM

Demans tanımı sağlıkla ilgilidir. Bir demans tanısı bu konuda eğitimi olan bir hekim tarafından konur. Kaliteli tanı ve müdahale, birçok Ulusal Demans Stratejisinde tanımlanan amaçlardan biridir. Bununla birlikte, sağlıkla uğraşan kişiler (hemşire, sağlık memuru, eczacı gibi) de güçlü olmasa da bu hastalığın tanısında rollere sahiptir. Türkiye’de demans tanımı en sıklıkla 2. basamak ve 3. basamak sağlık kurumlarında konmaktadır. Bununla beraber birinci basamak hekimler topluma sağlık alanında en yakın sağlıkçılardır.

Avrupa’da demans planlaması ve demanslı bireye bakım ve destek bir ekip işi olarak, çoklu disiplinler bir yaklaşımla sağlanmaktadır. Türkiye’de bu konudaki takım çalışmaları çok yenilerde hastane tabanlı olarak başlamıştır. Birinci basamak hekimleri henüz böyle bir uygulamanın tam olarak içinde sayılmaz. Bununla beraber, toplum ve aile sağlığı merkezler takım çalışmasının başlaması için ilk başlangıç noktasını oluşturabilir. Sonuç olarak, yaşlı birey, kendi aile hekimi tarafından demans tanısı ile 2. veya 3. basamak hastanelere yönlendirilirken, hastanın geri dönüşü de ilk başladığı yerler ile (birinci basamak sağlık hizmetleri ile) yapılabilir.

Demans hastalarının tanı sonrası bakım süreçleri ve süresi;

Bakım yeri açısından;

a)Evde Bakım: Evde bakımı yapılabilecek olanlara devlet tarafından profesyonelce bakım desteği sağlanmasıdır. Evdeki bakıcı eğitilmeli, mümkün olmadığı hallerde profesyonel bakıcı yoluyla bakımı yapılmalıdır.

b)Kurumsal Bakım: Resmi veya özel bakım merkezlerinde verilen bakım türüne denilmektedir.

Bakım süresi açısından;

a)Sürelili Bakım: Geçici bakım riskine karşı (hastalık, hasta yakını nedenli, engellilik, malullük, kazalar gibi) olan durumlarda uygulanan sürelili bakım şeklidir.

b)Sürekli Bakım: Hastalık için risk altında olanlar devletçe veya devlet gözetiminde sürekli bakıma alınmasıdır. Sürekli bakıma muhtaç olan kişilerin bakımları yapılırken bakılanların ihtiyaçları kişilik ve insan hakları çerçevesinde en üst düzeyde bakımı sağlanmalıdır.

Bir sosyal bakım sisteminin genel kalitesi, içinde yer alan ayrı hizmetlerin kalitesinin toplamından daha fazladır ve her seviyedeki iyi koordinasyona bağlıdır. Kötü koordinasyon hastaların kötüleşmesi sonuçlarına neden olur. Bir hastanın bakım kalitesi, hizmetlerin birbirine nasıl bağlandığına bağlıdır, çünkü her hizmette hastanın ne kadar iyi tedavi gördüğü de etkindir. Demans bakımı için de aynı şey geçerlidir. Çoğu demans servisi, entegrasyon mekanizmaları olmaksızın, ayrı ayrı çalışır ve demans hastalığı olan bireyler ve onlara bakım verenler evde bakım sürecinden başlayarak, genellikle bir hizmetten diğerine geçerken çok az destek görmektedirler. Diğer kronik durumların yönetimine benzer şekilde, bakım sistemlerinin koordinasyonu, demans bakım ve destek programının iyileştirilmesinde de kilit faktördür. Bakım yolunda farklı bileşenlerin ve hizmetlerin kurulmasında ve arasında



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

koordinasyonunun sağlanması bir ulusal planın uygulanmasının başarısını belirleyen çok önemli bir husustur. Bir vaka yöneticisi veya danışmanı bir bakım yolunun koordinasyonunda yardımcı olabilir. Örneğin, İngiltere'de, demans ve bakım verenlerle teşhis konanlar için uygun bakıma, desteğe ve tavsiyelere daha kolay erişmeyi kolaylaştırmak için demans danışmanları vardır. Demans danışmanlarının görevleri, demans hastalarına ve onların bakıcılarına tek bir iletişim noktası olarak hareket etmektir. Bu kişiler sorunları belirleyebilir ve yerel uzmanlık hizmetleriyle etkileşimi kolaylaştırabilir.

E I- Demans Hastası için Evde Yaşam Desteği

Demans belleği etkileyen en önemli hastalıkların genel bir ismidir. Unutkanlık ve öğrenme bozukluğu Alzheimer demans gibi diğer tüm demanslı hastaların en önemli şikayet ve bulgularındandır. Bu nedenle kendi yaşadığı ev koşullarında hastaları belli öğrenme programları ile meşgul etmek son tedavinin önemli parçalarından birisidir. Bu programlar yeniden öğrenme ve meşguliyet tedavisi olarak kullanılırken, hastaların günlük yaşam aktiviteleri üzerine de önemli katkılar oluşturur. Bu tedavi şekline “bilişsel rehabilitasyon tedavisi” adı verilir. Örgü örmek, boncuk işeri, bitki yetiştirmek, resim yapmak, bilgisayar oyunları bu bilişsel tedavinin en bilinen örnekleridir. Bununla beraber, paket ve standart programlar, kişilerin yaşına, cinsine ve eğitimine uygun planlamalar çok daha bilimsel ve tedavi edicidir. Böylece hastalar daha uzun süre evlerinde ve toplumlarında kalıp, daha yavaş kötüleşecek, genel bakım masraflarına tasarruf sağlanacak ve kendileri ile kayıt dışı bakıcılarının yaşam kalitesini artıracaktır.

Demans hastalarının ev koşullarında;

1. Aktif olmaları sağlanmalı
2. Güvende olduklarından emin olmaları sağlanmalı
3. Bakıcılarına olan bağımlılıkları azaltacak özgüven desteği sağlanmalı
4. Toplumdan izolasyonları engellenmeli, sosyal toplumun bir parçası olduğu her koşulda söylenmelidir.
5. Hastanın fiziksel aktivitesi (iç ve dış mekânda) arttırılmalıdır. Pilates, spor faaliyetleri, yürüme en önemli fiziksel aktivitelerdir.
6. Orta ve ileri demanslı bireyler için ev koşulları onların güvenliğine uygun olup olmadığı değerlendirilmelidir. Merdiven, aydınlık, eşik, banyo gibi koşullar için standartlara uyulmalıdır. Unutulmamalıdır ki, bu hastalar demanstan değil düşme, enfeksiyon gibi ikincil nedenlerden ölürlür.
7. Ev, apartman, mahalle gibi toplum alanlarında hastalara yardımcı önemseyen gönüllü çalışmacılar motive edilmelidir. Gönüllüler hastalığı bilen ve yardımcı önemseyen insanlardan oluşmalıdır.
8. Hastaların birer insan olduğu düşüncesi unutmamalıdır. Ağlaması, gülmesi önemsenmelidir. Hastaların ajitasyon, öfke gibi duygu taşmalarının hastalığından ileri



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

geldiği unutulmamalıdır. Burada hastaya sevgi ve şevkat ile yaklaşmak hastadaki duygu taşmasını önleyebilir.

9. Evde bakım süreci içinde hastaya destek olan bakım elemanları, bireylerin kültürel ve inanç geleneklerine göre hastaya bakım vermelidir.

10. Demans sahibi olan aileler, birinci basamak hekimler ya da bu konuda eğitim ve gönüllülük taşıyan kişiler tarafından eğitilmelidir.

11. Hastaların güvende olduklarının aileler tarafından bilinmesi için geliştirilen teknolojiler destek sürecine dâhil edilmelidir.

E II-Evde Bakım Modeli

Uzun süreli evde bakım hizmetlerinin amacı, bakım hizmetlerine sürekli ihtiyaç duyan demans hastalarının sağlığını korumak, onlara bağımsız yaşamayı sağlayacak eğitim ve beceriler kazandırarak profesyonel anlamda kaliteli bakım hizmeti sunmaktır. Türkiye’de hastalar için evde bakım hizmeti halihazırda ve günden güne artarak verilmektedir. İki bakanlık bu hizmeti kendi sorumluluk alanlarına uygun olacak tarzda vermektedirler. Sağlık ile ilgili kısım, T.C Sağlık Bakanlığı tarafından verilirken, bakım desteği kısmı, ASPB’ye bağlı olarak devam etmektedir. Bunun yanı sıra, yerel yönetim ve STK’lar da benzer desteği kendi ölçütlerinde vermeye çalışmaktadır. Tüm kurum ve kuruluşların amacı ise; ihtiyaçları, cinsiyeti, eğitim düzeyi ve kırsal veya kentsel alanlarda yaşamakta olup olmamalarına bakılmaksızın mümkün olduğunca çok yaşlı insana ve ulaşmak ve yardım etmektir. Bu hizmetin geliştirilmesindeki temel hedef, evde bakım hizmetinin demans yönetiminin ayrılmaz bir parçası olmasını sağlamaktır.

Evde bakım, demans hastalarına, hem hastalık ile ilgili hem de genel sağlıkları ile ilgili koruyuculuk çok önemlidir. Basit veya daha karışık günlük yaşam aktiviteleri için daha kolay çözümleri içerir. Örneğin yemek yeme, su içme, tualete gitme gibi basit günlük yaşam aktiviteleri kendi evlerinde daha kolay iken, okuma, televizyon seyretme, tanıdıkları ile konuşma ve iletişim de daha kolay yapılabilir. Bu durum hastaların kaygı ve depresyonlarını azaltır. İlaçlarını daha kolay alırken, ilaca olan ihtiyaç azalır. Bu süreci yönetmek hasta yakınları ile ya da bu konuda profesyonelleşmiş bakım elemanları ile yapılır. Bakım elemanları hasta yakınlarına destek olmak için hastanın o anki durumu ile ilgili bilgi ve çözüm üretirler. Örneğin, demanslı bir hasta aniden bilinci bozulmuş ve uyku halinde ise, bu durumun hastanın hastalığından çok enfeksiyon ya da bir pıhtı olasılığından kaynaklandığını hasta yakınlarına hemen söyler ve hekimleri ile iletişime geçmelerini sağlamaya çalışır.

Hasta merkezli yaklaşım, hasta ve bakım veren arasında çift yönlü bir etkileşim kurarak; hasta değerleri ve tercihlerini keşfetmek, hasta ve yakınlarına karar verme aşamasında yardımcı olmak, uygun bakıma ulaşım için kolaylaştırıcı rol oynamak ve sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına hastada zor da olsa ihtiyacı olan davranış değişikliklerinin oluşturulabilmesi için zemin oluşumunu sağlar. Uluslararası Hasta Örgütleri Birliği’ne göre,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

hasta merkezli bakım için yapılan tanımlarda yer alan en yaygın unsur, hastanın isteklerine, tercihlerine, değerlerine ve ihtiyaçlarına saygıdır.

E III- Kişi Merkezli Demans Bakımı

Demanslı hastayı anlama ve yanıt verme modelidir. Hastanın kültürü, mesleği, yaşam olayları, tercihleri bu bakımı yakından biçimlendirir. Burada bakımı üstlenen kişi, hastalar ve yakınları ile diyalog kurar. Kişi merkezli bakım ile ilgili ilkeler, bireysellik, bağımsızlık, gizlilik, ortaklık, seçim, itibar, saygı ve hakların tanınması ile geliştirilmesini içerir. Bu bakım özelliği ülkeden ülkeye değişir. Bunlar, farklı hasta grupları için belirli birimleri (davranış bozuklukları olan demans hastaları, farklı demans türleri gibi) kurma veya tanımlama, uzun süreli bakım tesislerini uzmanlaşmış tesislere dönüştürme ya da var olan tesisler içinde farklı alanları tanıma (demans dostu bakım evleri gibi) veya demans bakımı için liderlik geliştirme seçeneklerini sağlar. Burada bakım verenler, insan haklarına saygılı, sadece yaşlı ve demanslı oldukları için değil insan olmaları nedeniyle yardım ilkesini benimseyen kişilerden oluşturulur.

Kişi merkezli bakımın bileşenleri;

- 1) Hastayı bütünsel olarak değerlendirme: Etkin hasta bakımı, hastanın kişisel ve sadece hastalık sürecine bağlı olmaksızın mevcut sağlık durumu ile ilgili sübjektif deneyimlerini de göz önüne aldığı süreci içermelidir. Bu değerlendirmeye hastanın anksiyete gibi duyguları, sorunun ne olduğu ile ilgili algılamaları, mevcut sağlık durumunun işlevselliği üzerindeki etkisi ve sağlık uygulayıcısından beklentileri öğrenilmelidir.
- 2) Hem hastalığı hem hastalık deneyimini keşfetmek: Hastanın sorununa hem sağlıkçının hem de hastanın bakış açısıyla yaklaşabilmek önemlidir. Hastalık ve rahatsızlık algısı hastanın kişiliği, kültürel durumu, yaşam evresi, yaşam öyküsü, mevcut sağlık ve bakım durumuna tepkisi, maneviyat, aile öyküsü ve aile dinamikleri ile ilgili olarak değişkenlik göstermekte olup, sağlıkçı tarafından anlaşılmalıdır.
- 3) Ortak bir zemin bulmak: Hasta merkezli görüşmede, hastaların ihtiyaç ve tercihleri göz önünde bulundurulur, hastanın düşüncelerini ifade etmesi desteklenir. Başlangıçta pasif tıbbi bakım alıcıları olan hastalar, daha sonra giderek saygı ile tedavi olma, tam bilgi edinme hakkına sahip olma ve tedaviye aktif karar verme konusunda dâhil olma gibi belli standartlarda hizmet alma hakkına sahip ‘aktif kullanıcılar’ ve potansiyel eleştirmenler olarak kabul edilmiştir. Ayrıca hastayı karara dâhil etmek ve ortak bir zemin bulmaya çalışmak, tedaviye uyumu da artıracak ve muhtemel çatışmaları önleyecektir.
- 4) Sağlığı geliştirmek ve korumak: Sağlığın geliştirilmesi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kişilerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırarak sağlık düzeylerinde artış sağlayan süreç olarak tanımlanmıştır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

5) Hasta-sağlıkçı ilişkisini geliştirmek: Hasta ile sağlık çalışanı arasındaki ilişki hasta merkezli klinik yöntemin temelidir. Bu ilişkinin önemli yönleri; sevecenlik ve şefkat, gücün paylaşılması, güvenilirlik, iyileşmeye odaklanma ve öz-farkındalık gibi farklı boyutları içermektedir. Bu görüşmeler ikili ilişkileri artırmak için kullanılabildiği ölçüde tedavi edici bir özellik de kazanacaktır.

6) Gerçekçi olmak: Sağlıkçının hasta merkezli bakım hizmetini sunarken; zaman, kaynaklar, ekip ve imkânlar gibi durumlar açısından da gerçekçi olması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunumundaki amacımız, elimizdeki imkânlar ölçüsünde en iyi hizmeti sunmaktır ve bu imkânlar sunulurken toplumun tamamı dikkate alınmalıdır.

Kişi merkezli bakımda bir demans koordinatörü saptanabilir. Bu koordinatör, demans ile yaşayan insanlara sahip oldukları soruları cevaplamak, özel bakım gereksinimlerini yerine getirmek ve yönlendirmek ve bunları bilgilendirme, bakım ve danışmanlık konularında yönlendirmek gibi sorumluluklara sahiptir.

Türk geleneksel aile yapısının kabulü ve yanısıra demans ile ilgili yapılan tüm bilimsel çalışmaların sonucu, demans hastalarının bakımının mümkün olduğu kadar uzun süre kendi evlerinde ve çoklu bir popülasyonda yapılmasını desteklemektedir. Evde bakım şartları oluşturmada amaç, hastayı kendi öz koşullarında sağlıklı bireyler ile bir arada tutarak konsantrasyonunu korumak, güven duygusunu devam ettirmektir. Bakım evlerinin hastaya sunulması olabiliyorsa daha sonraki süreçlerde düşünülmelidir. Evde bakım ve kurumda bakım arasındaki diğer seçenek ise, evde bakım şartlarında da uygulanabilen seçenek olarak da bilinen, gündüzlü bakım evleridir. Gündüzlü bakım evleri aynı zamanda bazı ilaç dışı eğitim ve tedavilerin de kolaylıkla verilebildiği, evde hasta bakımını üstlenen aile bireyinin kendine ayıracağı zaman için de önemli kurumlardır. Bu kurumlar hasta merkezinde, toplum destekli ve ev bakımında devamını içermesi açısından idealdir.

E IV- Entegre Servis ve Destek Kurumları

Demanslı hastalar için planlanmış ve evde bakım şartları yeterli olmayan bireylerin tüm aile bireylerinin isteği ve rızası ile verildikleri yerler yatılı demans bakım kuruluşları olacaktır. Bu bakım kuruluşları kendi bünyelerinde veya ayrı olarak planlanmış gündüzlü bakım kurumları da içerebilir. Kurumların hastaları kabulü, hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve hasta yakınlarının onayı ile mümkün olmalıdır. Hastalar kurumlarda kendilerinden sorumlu sağlık çalışanları tarafından izlenir. Hasta ile ilgili değişiklikler aile ile paylaşılır. Ailelerin hastalarını kurum içinde ve dışında izleme şartları her bir kurum tarafından belirlenir. Bununla beraber kurumların, hasta etiği, mekân ve hasta bakımı açısından standartizasyonları aynı olmalıdır. Bu kurum paketi olarak adlandırılabilir.

Gündüzlü bakım alanları, evde bakım süreci içindeki hastaların gündüz belli saatlerini geçirdikleri alanlardır. Bakım sürecinin diğer bir paketini oluşturur. Bu alanlar, hastanın ilaç dışı tedavilerinde önemli olan müzik, resim, el işi becerilerini yapmaya çalıştıkları ve diğer hastalar ile haberleşmeye çalıştıkları alanlardır. Buralara hasta kabulü de hasta yakınlarının onayı ile mümkündür.

E IVa- Kurumsal Bakım





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Huzurevleri 60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla ASPB'ye bağlı olarak faaliyet yürüten sosyal hizmet kuruluşlarıdır. 2015 Aralık verilerine göre ASPB'ye bağlı 132 huzurevinde 12.299, Bakanlık harici 218 yaşlı bakım kuruluşunda ise 11.053 yaşlının halen bakımı sağlanmaktadır. ASPB huzurevlerinde kalanlardan 7.926 yaşlı ücretli, 4.373 yaşlı ise ücretsiz bakım hizmeti almaktadır. Bakanlık dışındaki huzurevlerinin 162'si özel huzurevleri olup toplam 8.995 kapasitenin 6.342'si ancak doludur. Özel huzurevlerindeki boş kontenjan dikkat çekicidir. Belediyelere ait toplam 20 huzurevinin 2.871 civarında kapasitesi olmakla birlikte bu kapasitenin 2.010'u kullanılmaktadır. Demans hastalarına ait özel bir huzurevi yoktur, tüm huzurevlerinde demans hastaları ve sağlıklı yaşlılar beraberdir. Ancak son yıllarda demansa ait özel koşullar sağlanmaktadır.

EIV b-Yaşlı Yaşam Evleri

ASPB'nin yeni sayılabilecek bir uygulamasıdır. 2015 yılı itibarıyla 40 yaşlı yaşam evinde 154 yaşlıya hizmet verilmiştir. Her ne kadar ev ortamında daha sıcak ve fiziksel anlamda daha uygun olanaklar sunulsa da, ev içinde otorite kabul etme, uyum ve beraber yaşama kültürü adına zorluklar gözlemlenmiştir. Modele ilişkin bir diğer eleştiri de idealde yaşam evleri ile yaşlının kendi mahallesinde/çevresinde yaşamasına devam etmesi hedeflenirken pratikte farklı bölgelerden yaşlıların bir araya getirilmesi ile ilgilidir. Bu çalışmanın ana amacı, var olan hizmet modellerinin yaşlı nüfus artışıyla birlikte kamuya oluşturabileceği mali yükü tahmin etmektir; ancak bakım hizmetlerine yönelik politika geliştirirken yaşlı bakım hizmetlerini genel anlamda sosyal yardım ve sosyal hizmetler üst başlığı ile beraber değerlendirmekte ve çözüm önerilerini bu bağlamda sunmakta fayda görülmektedir.

F- SUNULAN HİZMET TÜRLERİ VE KALİTE YÖNETİMİ İLE TOPLUMSAL FARKINDALIĞI ARTTIRMAK

Model uygulama aşamasında, hastalığa ve hastalığın bakım yönetimine olan farkındalığı arttırmak, stigmatı azaltmak, erken ve zamanında tanı koymak ve bakım sürecine erişmek için devlet kademeleri, yerel yönetim ve sivil toplum örgütleri tarafından bir toplum farkındalığı çalışması yapılmalıdır. Bunun için, demans planında yerel düzeyde bilgi ve öneriler eşliğinde, bilgi yayma ve eğitim farkındalığı kampanyaları ulusal bir yardım hattı ve web sitesinin kurulması gibi çeşitli eylemler gereklidir. Demans farkındalığını artırmak ve hatta nüfus anketleri yoluyla halkın bilgi ve tutumlarını izlemenin yolu bölgesel konferanslar, çalıştay ve kongreler düzenlemektir.

Stigma ve yanlış anlamalar demanslı kişilerin tüm evrelerinde bir dezavantajdır (WHO, 2012). Demansın normal yaşlanmanın bir parçası olmadığını bilen kişi sayısı azdır. Bu nedenle ülkemizde toplumsal farkındalık hali istenen ve beklenenden düşüktür. Hastaların hekimlere gelmesi bu nedenle hastalığın ileri dönemlerine denk gelebilir. Bu durum ise hasta yakınlarında korku ve stigma yaratarak durumu güçleştirir. İleri dönem demans hasta bakımı, özellikle aile üyeleri için son derece değişkendir. Evlerinde yaşamı sürdürenler olduğu gibi,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

gerektiğinde özel bakım evlerinde de destek alan birçok hasta bulunabilir. Erken tanı dönemlerinde yakalanan hastalar ise, hastalığın ilerlemesi sırasında olabilecek durumlara karşı daha hazırlıklı olabildikleri gibi, hasta yakınları da demans tanısını daha kolay kabullenerek geleceğe karşı hazırlıklı olabilirler. Yine demans tanısının getireceği olumsuzluk, hastalığın takip süreci içinde değerlendirilir.

- 1.Toplumda stigmatı azaltmanın yolları;
- 2.Toplumsal bilgilendirme ve eğitim
- 3.Hastaların izolasyonunu azaltma
- 4.Demans hastalarının ve yakınlarının haklarını gözetme şeklinde olmalıdır.

Demans bakım hizmetlerin planlanması ve sunulmasına

Demans hastaları için bakımın çoğunluğu aile bakıcıları tarafından üstlenilir. Avrupa’da ve diğer ülkelerin çoğunda ailede bakım verenler, bu nedenle depresyon ve anksiyete ve sosyal izolasyon bulguları ile hastanelere başvururlar. Bununla beraber, aile bakıcıları kendi bakım görevlerinde devam etmekte ısrar gösterirler ve sağlık personelleri ile beraber bakım sürecini ortak yönetmek isterler. Burada bakım verenlerin desteklenmesi, kendi sağlıklarını ve refahlarını korumak için son derece önemlidir. Bu nedenle bakım verenlerin eğitim, öğretim, duygusal ve psikolojik desteği bir bakım modelinde son derece önemlidir. Dahası, hasta ve bakım veren aile bireyleri, hastalığın bakım ve tedavisi ile ilgili tüm kararlara dâhil olmalıdır. Hastanın ve bakım verenin “en mükemmel durumu” sağlık ve sosyal bakım profesyonelleri açısından tercih noktası olmalıdır. Burada hasta, bakım veren ve profesyonel bakım için elele vermiş olmalıdır.

Demans Hastası



Bakıcılar

Bakım veren ve profesyonel

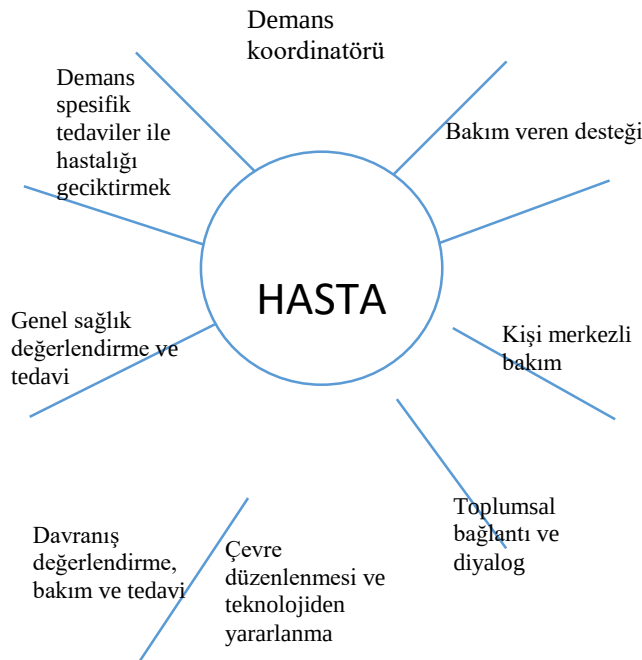
Elele bakım verme; tüm tarafların bu sürece etkin katılımı ile iyi sonuçlar üretir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

G-DEMANS BAKIMINDA ENTEGRASYON

Demans bakım modelinde başarının anahtarı ortak bakım prensiplerine uymaktır. Bu ortaklık, sağlık sektörü ile başlar. Demans bakım alanında uzmanlık ve bakımın yürütüldüğü uzman bakım koşulları çok değerlidir. Sağlık hizmeti ortaklarının, bakımın evde sürdürüldüğü koşullarda sosyal hizmet ortaklar ile yaptığı işbirliği son derece önemli olup, maliyeti düşürerek, evdeki bakım süresini arttırır. Buradaki ortaklığı tanımlamak gerekirse (şu kompartmanlardan oluşur (Şekil 2).



Demans koordinatörlüğü; Hasta ve hastalığı ile ilgili tüm durumları koordine eden bu konuda bilgili bir kişidir. Aynı zamanda hasta ile ilgili sağlık ve sosyal integrasyonu yönetir. Türkiye koşullarında birinci basamak hekimleri bu konuda eğitim alarak koordinasyonu üstlenebilir.

Bakım veren desteği; sosyal hizmetin bir parçası olup bakım verenlerin sağlık süreçlerini destekler.

Kişiler merkezli bakım; Hastanın bağımsızlığını ve değişkenliğinin değerlendirilebilmesini denetler, sosyal hizmetin bir parçasıdır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Toplumsal bağlantı ve diyaloglar; Toplumsal farkındalık hali ile giden ve iletişim ile ilgili bir süreçtir. Toplumun hastalara desteğini sağlar.

Davranış bozuklukları ile ilgili merkezler; Hastanın psikiyatrik ve davranış değişikliklerini inceleyen ve tedavi eden merkezlerdir.

Çevre düzenlemesi ve teknoloji; Hasta evlerinin güvenli ortamlar haline getirilmesi ile ilgili standartları belirleyen bir sistemdir. Teknolojik destek için de farkındalık yaratılabilir.

Genel sağlık değerlendirilmesi, hastanelerde yapılır.

Demans değerlendirme ve yeni tedaviler konusunda bilgilendirme; İlgili uzmanlaşmış sağlık kurumlarında verilir.

Demansın çeşitli evrelerinde insanların istek ve ihtiyaçlarını karşılayacak koordineli bakım seçeneklerini tanımlamak önemlidir. Bu çerçevede, her kişiye bakım verme ile ilgili tüm taraflar arasındaki koordinasyonun iyileştirilmesi amacıyla tek bir irtibat noktası veya tek bir koordinatör atamak önemlidir. Periyodik destek veren ve eğitilmiş kişiler ile yürütülür.

H- BAKIM VERENİN (DEMANS HASTA BAKICININ) ÖZELLİKLERİ

1. Demans hastalığı ve özellikle Alzheimer hastalığı konusunda eğitilmiş ve bilgili olmak
2. Demans bakım servislerinde çalışabilecek profesyonelliğe sahip olmak
3. Hasta yakınlarına ve hastaya saygı duymak ve desteklemek
4. Hasta ve hasta yakınının sağlığını ve yaşam kalitesini sağlamaya çalışmak
5. Ekonomik ve sosyal yaşamda mümkün olduğunca onlara uymak
6. Hastalığın her aşamasında gerektiği ölçüde yardımcı olmak

Hasta bakım elemanları, bakım paketlerinde bu özellikleri ve hastaya harcamaları gereken zaman ile kayıtlı olacaklardır.

Demans hastalarına bakım personelinin olmazsa olmaz bazı özelliklere sahip olması gerekir. Bunlar:

1. Demans konusunu bilmek, bellek ve diğer kaybedilen beyin fonksiyonlarının (bilişsel yeteneklerin) nasıl tekrardan güçlendirileceğini bilmek, tedavideki rehber kaynakları takip etmek ve uygulayabilir olmak.
2. Demansın özellikle davranışsal ve psikolojik semptomlarını ve tedavide kullanılan ilaçlar ile bunların nasıl ve ne zaman kullanılacağını bilmek. İlaçların gereksiz fazla kullanımının etik bir sorun yaratabileceğinin farkında olmak.
- 3- Demans hastalarının genel sağlık sorunları için gereken ilaçları tanımak ve diğer ilaçlar ile yapabileceği iyi-kötü ilişkisi bilmek.
- 4- Reçeteli ilaçların düzenli olarak verilmesinin önemini kavrayabilmek.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

5- Demans hastalarının ağrı, enfeksiyon gibi sıklıkla yaşadığı diğer sorunları bilmek.

6- Demansta kullanılan yeni tedavileri izlemek.

Demans bakım personeli yeni bir iş gücüdür. Demans bakım personeli, demans bakımı ve yakınlarının desteği prensipleri ile çalışır. Burada personelin eğitimi çok önemlidir. Personel eğitimi iş gücü gelişiminin vazgeçilmez bir parçası olsa da, kişi odaklı demans bakımı anlayışı, bakım çalışanlarının günlük çalışmalarının her alanına yayılmış olmalıdır. Bu noktada; 'Eğitimi kimler vermelidir?' sorusu çok önemlidir. Bugün ülkemizde bu alanda 2 yıllık üniversitelere bağlı okullar ve sertifika programları mevcuttur. Eğitimin standartları, kariyer yolları ve yetkinlik şartnameleri belirlenmiş olup, İş ve İşçi Bulma Kurumu (İŞKUR) aracı olarak kullanılabilir. Bu durumda personel eğitimi sürekli olmalı ve tüm bakım seçenekleri ile paralellik göstermelidir.

I. DEMANS BAKIMI ERİŞİMİ

Türkiye'de farklı yerellik çeşitliliğine özel dikkat gösterilerek, hizmet sunumunun yaygınlaştırılmasına yönelik önceliklerin belirlenmesinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Belediyeler arasında konu ile ilgili iş birliğinin artırılması son derece önemli hale gelmiştir. Yerel yönetimler kendi topluluklarını en iyi tanıyan kuruluşlardır. Bu nedenle insan gücü, bakım elemanı ve personel desteğinin yerel yönetimler aracılığı ile dağıtılması kolaylık yaratır. Standartlar ve yönetmelikler bakanlık tarafından belirlenirken, uygulamalar yerel yönetimler aracılığı ile yapılır. Böylece bakım hizmetlerindeki habersizlik ortadan kalkar, denetleme ve değerlendirme süreçleri kolaylaşır. Bakım elemanlarına sahip olan aileler aralıklar ile bakım elemanı ile ilgili memnuniyet bilgilerini yerel yönetimler içinde yaşlı ve hastalıkları ile uğraşan birimlere telefon ya da web aracılığı ile iletirler. Aynı yöntem profesyonel bakıcılar tarafından da hasta ve hasta yakınları ile ilgili bilgi aktarma şeklinde olmalıdır. Sosyal bakım elemanları demans koordinatörleri ile hastalarını paylaşırken, yerel yönetimdeki sorumlu kişiler ile de benzer paylaşımı yapabilir.

Hizmet Kalitesinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

Birçok Avrupa ülkesinde dahi evde yaşlı bakımının önemli bir kısmı aile ve yakın çevreden oluşan kayıt dışı kaynaklardan karşılanmaktadır. Bu durum yaşlının beden ve ruh sağlığının korunması açısından da oldukça önemlidir. Bu nedenle insan kaynağının planlaması yapılırken sadece profesyonel anlamda bakım hizmetinden sorumlu kişiler değil, evde yaşlı bakım hizmeti sunan aile bireylerine yönelik sosyal ve psikolojik destek, bakım eğitimi gibi hizmetler de üniversitelerin ilgili bölümleriyle iş birliği içerisinde planlanabilir. Yaşlının gerekli bakım hizmetini aldığından emin olmak için bakımı üstlenen aile ve yakın çevrenin, sosyal hizmet uzmanları tarafından ihtiyaca göre düzenli aralıklarla denetlenmesi, gerekli durumlarda bakıcı ve yaşlı için mesleki müdahale planı çerçevesinde alınacak önlem ve düzenlemelerin planlanması, üzerinde çalışılması gereken diğer konulardır. Demans ile birlikte yaşayan bakım verenleri desteklemeyi amaçlayan bir 'kalite standardı' geliştirilmesi önerilir. Kalite standardı demanslı insanlarla birlikte çalışan ve bunlarla ilgilenen tüm sosyal



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

hizmetler için de geçerlidir. Hasta ve hastalığın ilerlemesinin izlenmesi, hasta özellikleri, epidemiyolojik veriler ve bakım kalitesi göstergeleri hakkında bilgi toplamak gibi diğerk faaliyetleri de içerecektir. Kalite standardı; hastane, toplum, ev merkezli, konut veya uzman bakım aşamasında demans hastası olan kişilerle doğrudan temas halinde sağlık ve sosyal hizmet personeli tarafından verilen bakımla ilgilidir. Demans hastalarına kaliteli bakım sunmak bakım ve hizmet sunumunda kişiye yönelik ve entegre bir yaklaşımın temelidir.

J- DEMANS DOSTLARI

Türkiye Alzheimer Derneği ve Vakfı gibi sivil toplum örgütleri, demansı tanıma ve farkındalık çalışmalarında devlet kurumları dışındaki en önemli demans dostudur. Bu örgütlerin amacı, köy, belde ve kasabalarda yaşayan demans hastalarına bilgi ve destek vermektir. Türkiye’de çok sayıda şube ve temsilciliği vardır. Böylece sosyal ve fiziksel çevrede istekli ve kendiliğinden destek ve eğitimi cesaretlendirebilmektedir.

Yerel yönetimler hastaların ve yakınlarının destek süreçlerini kendi hazırladıkları program, birim ve elemanlar ile yürütmektedir.

Birçok destek kuruluş, dernek, meslek örgütü, toplumu bilgilendirme ve demans hastalarına destek ve eğitim (çiçek, bahçe, eğitim, müzik, resim...) çerçevesinde çalışmalar yapabilir. Demans hastalarına yeni beceri ve çevre adaptasyonları tedavilerine destek olabilir.

K-FİNANSAL YÜKÜMLÜLÜKLER

Hizmet Maliyeti

Demans bakım modelleri, farklı kaynaklardan uygun finansman gerektirir. Bunlar, farklı ortaklar arasında maliyet etkinliği olan bir çalışma planı yoluyla kabul edilmelidir. Finansman, aşağıdaki gibi farklı bileşenleri kapsayabilir.

- Önleme ve erken tespit: Halkın bilinçlendirilmesi ve risk faktörlerini önlemek için yaşam tarzı müdahaleleri olup, birinci basamakta kapasite geliştirme, tarama programları oluşturma ve tanımlanmış gruplar için müdahaleleri hedeflemeyi içerir.
- Sağlık hizmeti için kaynak sağlanması: İlaç, hastane ve ayakta bakım, bellek hizmetleri ve sağlık çalışanlarının eğitimini içerir.
- Sosyal bakım için kaynak: Evde bakım ve diğerk sosyal bakım desteğini (örneğin, ulaşım, yemek, toplum temelli faaliyetler) evdeki yaşam süresini artırmak ile kurumsallaşmayı ertelemeyi amaçlar ve konut veya bakım evlerini kapsar.
- İzleme ve sürekli iyileştirme gibi diğerk konularda finansman sağlama: Bakıcı memnuniyeti izleme, hastane kalitesinin değerlendirilmesi ve konut bakımı, tedavi ve bakımın



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

iyileştirilmesine yol açabilecek yenilik ve araştırma finansmanıdır. Finansmanın ulusal planların koordinasyonu ve düzenli değerlendirilmesi için ayrılması da önemlidir.

Demans hastalarının bakım kalitesini etkileyen en önemli unsurlardan biri yetmezlik ödeneği, olup, kalım yeri yardımı, bakıcı para yardımı gibi konularda kullanılır. Bu maliyetlerin devlet tarafından kişiler ile paylaşılabilmesi özel ödeneklerin oluşturulabilmesi ile mümkün olur. Bu maliyet çizelgesinin kimlere, hangi durumlarda verileceği, takibinin nasıl yapılacağı, Bakanlığa bağlı çıkarılan ve eklenecek yönetmelikler ile mümkün olacaktır. Finansman sürdürülebilir ve güvenilir olmalıdır.

L- DEMANS BAKIMININDA LİDERLİK

Burada liderlik en iyi uygulamaların yaygınlaştırılması ve personelin hedeflerini gerçekleştirmede motive olmaları ve desteklemesi açısından önemlidir. Liderlik sağlık ve sosyal alanda farklı şekillerde gidebilir. Bununla beraber bakım çizelgesi sağlık ötesinde farklı bir stratejide ilerlediği için ASPB liderliği bu noktada önemli hale gelmiştir. Kurumsal liderlik, toplumun farkındalığını arttıran ve bakım stratejilerinin yollarını belirleyen bir durumdur. Liderler, kendi organizasyonlarında çalışan personelin desteklenmesinin yanı sıra, çoklu bir ekip çalışması olarak entegre hizmetler sunmak için iş birliği içinde çalışmak durumunda kalır. Bakanlık, liderliği yerel yönetimler ve STK'lar ile zaman zaman paylaşır. Ancak onlar ile ilgili kuralların devamlılığını denetler.

M-YENİLİKÇİ TEKNOLOJİLERİN ROLÜ

Demanslı kişilerin bilişsel bozuklukları ve destek ile ilgili telebakım programları, hastanın güvenliği için izleme teknolojileri (çip destekli) giderek daha da önem kazanmaktadır. Akıllı telefonlar ve tabletler gibi cihazlar ve yaygın İnternet kapsamı, teknolojiyi sadece birkaç yıl önce tahmin edemediğimiz şekilde herkes için daha erişilebilir hale getiriyor. Teknoloji çeşitli şekillerde ve evde demans bakımı yaparken kullanılabilir. Günlük görev ve faaliyetleri yerine getirirken insanları destekleyebilir, bir kişinin güvenliğini artırabilir, sosyal katılımlarını destekleyebilir ve sağlıklarını izleyebilir. Böylece hastanın bağımsızlığı artar, güveni ve yaşam kalitesi yükselir, evde destek bakımı oluşturulur, bellek yardımı yapar, bakıcılara güvence vererek daha az stresli hissetmelerine yardımcı olur. Bununla beraber, bir insan özelliğinin önüne çıkmasına izin vermek doğru değildir.

Yardımcı teknoloji, özellikle de yaşlı insanlar için maliyetli teknoloji cihazlarından oluşmaktadır. Tek tek hastalar ve bakıcıları için daha düşük maliyetli alternatif üretim veya kiralama seçeneği sunmak ya da proje destekli çalışmak önemlidir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

SONUÇ

Türkiye için oluşturulan demans bakım modelinde, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın öncülüğünü üstlenmesi son derece mühim olup, Sağlık Bakanlığı'nın entegrasyonu ile program oluşturmak çok önemlidir. 2050 yılına kadarki süreçte bir demans alarmı verilmelidir. Bu bir devlet politikası olarak üst devlet yöneticilerinde liderlik ile birlikte sürdürülmelidir. Buradaki liderlik, saptanan ve kararlaştırılan uygulama şeklini topluma duyurmak, önemsenmesini sağlamak ve motivasyon oluşturmak için önemlidir.

Ulusal Demans Modeli aşamaları şunları kapsar:

1. Toplumsal farkındalık yaratmak ve toplumun bu konudaki eğitimini sağlamak.
2. Tanı ve tedaviyi uzman kişiler ile planlamak.
3. Evde bakım destek sunumunu kuvvetlendirmek.
4. Evde ve kurumda bakım hizmetleri için, yerel yönetimleri ve sosyal hizmetleri etkin ve güvenli olarak kullanmak, denetlemek.
5. Aile bakımı veren kişilere sunulan desteği güçlendirmek.
6. Konut/kurumsal bakımın iyileştirilmesi ile var olan kurumları demans hastası barındırabilecek standardizasyona getirmek ve “demans dostu” olarak sunmak.
7. Bakım yollarını ve bakımın eşgüdümünü daha iyi bir hale getirmek.
8. Sağlık ve sosyal bakım profesyonelleri için eğitim desteğini arttırmak ve standardize etmek.
9. Yenilikçi teknolojileri izlemek.
10. Demans ile ilgili tedavi ve araştırmalardaki yenilikleri takip ederek kendi popülasyonumuza uygun hale getirmek.

Ulusal Demans Bakım Modeli içinde ilerleme şeması şöyledir;

1. Demans hastalığının ülkemiz için bir sorun olacağı bilgisini kabul etmek.
2. Model tanımını ile ilgili taslağı hazırlamak.
3. İş-zaman çizelgesi ile yola devam etmek.
4. Yapılanları değerlendirmek ve izlemek, bununla ilgili bilgileri belli dönemlerde yazılı sunmak.

Diğer taraftan Türkiye için evde bakım hizmeti sunmayı destekleyen bir modelin varlığı ile hareket etmek gerekir. Burada hizmeti güçlendirmede; sağlık profesyonelleriyle güçlü



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ortaklıklar kurmak, evde bakım hizmetleri için gerekli sosyal bakım iş gücü temini için özel eğitimler tasarlamak ve sunmak, bilgi ve refah için teknolojinin evde kullanılabilirliğini arttırmak, demans dostu topluluklar yaratmak, STK'lar ile iş birliği yapmak değerlidir.

Bakım planı oluşturulurken mevcut yasa, yönetmelik ve genelgeler korunur ya da farklı bir yönetmelik ile eksiklikler kapatılır. Bu şekilde bir uygulama politikası oluşturulur, bürokratik liderlik ve ortaklıklar ile uygulama motivasyonu yaratılır. Bu sürecin tüm aşamalarında olabildiğince çok paydaşın (birinci/ikinci basamak sağlık kurumları, üniversiteler, yerel yönetim, özel-tüzel kuruluşlar, ilaç şirketleri, tıbbi ilaç kurumları, vakıf ve dernekler, gönüllülük kuruluşları vb.) yer alması önemlidir.

Bu raporla, hali hazırda uygulamada olan Demans Hastalığı bakımına ilişkin hukuki taban, yönetmelikler ve uygulamalar tanımlanmaya çalışılmış ve gelecek projeksiyonları ve ön görülen gerekliliklere istinaden ideal model oluşturulması için öneriler sıralanmaya çalışılmıştır. Bu çerçevede “Alzheimer Bakım Ekosistemi” modelinin sunulabilmesi için öncelikle Türkiye’ye özgü Alzheimer hastası ve hasta bakımına ilişkin prensiplerin tanımlanması, belirlenen ilkeler doğrultusunda eylem planının ortaya koyulması ve denetim/sorumluluk mekanizmalarının oluşturulması gerekmektedir. Öte yandan halihazırda sahadaki tecrübeleriyle çalışmalar yapan sivil toplum örgütlerinin “Observatory for Sociopolitical Developments in Europe”, “National Dementia Strategies- a Comparative Approach in Europe”, “Working Paper 11, 2016” çalışmaları bu noktada temel alınabilir. Bunun yanı sıra, önerilen sistematik modelin başarısı kapsamlı oluşuna, bir başka deyişle tüm paydaşların aktif katılımının sağlanmasına bağlıdır. Bu çerçevede, pilot bir model hayata geçirilmeden önce, koordinatör kurum olarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımız himayesinde, ulusal bir model için 2016-2020 Alzheimer Strateji Eylem Planı oluşturulabilir ve oluşturulan çerçeve doküman kapsamında, icra kurulu niteliğindeki çalışma gruplarıyla bir model örgüsü ortaya koyulabilir.

Sonuç olarak,

Ulusal Demans Bakım Modeli sağlık ve sosyal destek olarak ikiye ayrılmalıdır. Sağlık desteği T.C. Sağlık Bakanlığı ve onlara bağlı sağlık birimleri içinde yapılırken, sosyal destek kısmı ASPB ile yürütülür. Bakanlık hasta bakım sürecini; evde, konutta, gündüzlü ve kurumsal bakım olarak tanımlar. Hasta bakımı seçenekleri açısından evde bakıma önem verilir. Evde bakım hizmetleri, Bakanlığın gösterdiği standartlar çerçevesinde, yerel yönetimler tarafından yürütülür. Özel kuruluşlar ve STK'ların verdiği hizmetler de Bakanlık denetimi altındadır. Yerel yönetimler, bakım desteği ile ilgili seçenekleri birinci basamak hekimlerinden başlayarak tüm sağlık veri tabanlarında tanımlar. Hastaya özgü bakım şeklinde hastanın ve bakım verenlerin soru sorabilmesi ve yönetilmesi için hastaya bir koordinatör tanımlanır. Bu koordinatör hastanın birinci basamak hekimi olabilir. Hastaya destek verecek bakım elemanı, hastanın başvuru koşullarında İŞKUR tarafından sağlanır. Böylece sosyal destek elemanları eğitim ve tanımlanmada standardize edilmiş olur. Hastadaki değişimler, hastayı tanımlayan sağlık kuruluşları tarafından yorumlanır. Yeni ve gelişmiş tedavilere aday olup olmadığına bakılır. Hasta evleri hasta güvenliğine özgü yeniden biçimlendirilir (eşikler ve merdivenler



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

gözden geçirilir, banyo ve tuvaletler hastaya göre yapılır). Ev bakımları için teknolojilerden yararlanılır. Kurum ve gündüzlü bakım yerleri de demanslı bireyler için yeniden tanımlanmalıdır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Kaynaklar;

The Global Voice on Dementia, “Dementia Statistics”, Access: <https://www.alz.co.uk/research/statistics> AgeUK (2014).

Care in crisis 2014, 29 Haziran 2016, [http://www.ageuk.org.uk/Documents/ EN-GB/Campaigns/CIC/Care_in_Crisis_report_2014](http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/Campaigns/CIC/Care_in_Crisis_report_2014).

Alzheimer Europe (2009a). France social support systems, 22 Haziran 2016, <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Social-support-systems/ France>

Alzheimer Europe (2009b). Italy home care, 29 Haziran 2016 <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Italy>

Artan, T. (2016). Huzurevinde kalmakta olan yaşlılarda yaşlı i stismarının bir türü olarak ekonomik istismar. HSP, 3 (1):48-56.

DPT. (2007). Türkiye ’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. Ankara: DPT Yayınları.

Eken s , (2007) SOSYAL HİZMETLERDE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ STRATEJİSİNİN ARTAN YAŞLI NÜFUSA GÖRE PLANLANMASI Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplum ve Sosyal Hizmet Cilt 18, Sayı 2 Ekim 2007, Sayfa:62

Dutch Ministry of Health Welfare and Support (2016). Healthcare in the Netherlands, 16 Haziran 2016, [https://www.government.nl/binaries/government/documents/leaflets/2016/02/09/ healthcare-in-the-netherlands/healthcare-in-the-netherlands.pdf](https://www.government.nl/binaries/government/documents/leaflets/2016/02/09/healthcare-in-the-netherlands/healthcare-in-the-netherlands.pdf)

Eryurt, M. A. (2014). Türkiye ’de yaşlı nüfus ve yaşlılık dönemiyle ilgili yaşam tercihleri. Türkiye aile yapısı araştırması tespitler, öneriler içinde (88-109). Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.

European Commission (2015). The 2015 Ageing report: Economic and budgetary projections for the 28 EU member states (2013-2060), 28 Ağustos 2016, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf

Hussein, S. and Manthorpe, J. (2012) The diversity of staff supporting family carers in England: findings from an analysis of a national data set. Diversity & Equality in Health and Care, 9 (2): 101-111.

Hussein, S. and Manthorpe, J. (2012) The dementia social care workforce in England: secondary analysis of a national workforce data set. Aging and Mental Health, 16(1): 110-118.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Fukushima, N., Adami, J. ve Palme, M. (2010). *The long-term care system for the elderly in Sweeden*, 14 Temmuz 2016, http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf

Gagliardi, C., Rosa, M., Gabirella, M. ve Mechiorre, G. (2012). *Italy and the aging society: overview of demographic trends and formal/informal resources for the care of older people*, *Advances in Sociology Research*, 13, 85-104.

Government of Netherlands (2016). *Care for older people*, 16 Haziran 2016, <https://www.government.nl/topics/care-for-older-people/contents/living-independently-for-longer>

Gray, B. H., Sarnak, D. O ve Burgers, J. (2015). *Home care by self-governing nursing teams: the Netherlands' Buurtzorg model*, 16 Haziran 2016, <http://www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands>

Henderson, C., Knapp, M. (2003). *Social services in the UK: an annotated bibliography*, LSE Research Online.

Iliev, I. Ve Dotsinsky, I. (2011). *Assisted living systems for elderly and disabled people: a short review*. *Int.J.Bio Automation*, 15 (2), 131-139.

Joel, M. E., Kippelen, S. D., Duchene, C. ve Marmier, M. (2010). *The long-term care system for the elderly in France*, 20 Temmuz 2016, http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2077%20France.pdf

Kraus, M., Riedel, M., Mot, E., Röhring, G. ve Czipionka, T. (2010). *A typology of long-term care systems in Europe*, 15 Temmuz 2016, <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRIRNo91TypologyofLTCSysinEurope.pdf>

Le Site Officiel De L'administration Française (2016a). *Allowances and assistance for the elderly*, 22 Haziran 2016, <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N39211>

Le Site Officiel De L'administration Française (2016b). *Accommodation for the elderly (nursing homes)*, 22 Haziran 2016, <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

Lindgren, B. (2016). *The rise in life expectancy, health trends among the elderly, and the demand for health and social care*, *The National Institute of Economic Research Working Paper*, No 142.

OECD (2006). *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?*, 29 Ağustos 2016, <https://www.oecd.org/eco/public-finance/36085940.pdf>



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

OECD (2013a). *Health at a glance 2013 OECD indicators*, 29 Haziran 2016, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

OECD (2013b). *Public spending on health and long-term care: a new set of projections*, 03 Ekim 2015, <http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>

OECD (2016). *OECD Data elderly population*, 03 Ekim 2016, <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>

Ohlsson, M. (2006). *Swedish social services act*, <http://hdl.handle.net/2142/46114>

Robertson, R., Gregory, S., ve Jabbal, J. (2014). *The social care and health systems of nine countries*, 10 Haziran 2016, <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/media/commission-background-paper-social-care-health-system-other-countries.pdf>

Samuelsson, L., Malmberg, B. ve Hansson, J.H. (1998). *Daycare for elderly people in Sweden: A national survey*. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 7, 310-319.

Share (2016). *Survey of health, ageing and retirement in Europe*, 10 Ekim 2016, <http://www.share-project.org/>

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2006). *Aile yapısı araştırması 2006*, Ankara: TÜİK Matbaası.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2014). *Türkiye aile yapısı araştırması tespitler, öneriler*. İstanbul: ÇizgeTanıtım.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2015a). *2015 yılı idare faaliyet raporu*, 22 Eylül 2016, <http://www.aile.gov.tr/data/56d469a8369dc56f90d98bbd/2015%20Y%C4%B1%C4%B1%20Bakan%C4%B1k%20%C4%B0dare%20Faaliyet%20Raporu.pdf>

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2015b) *Türkiye’de sosyal hizmet ve yardımların yeniden Organizasyonu*, Ankara.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016a). *ASPB mevzuat bilgi portalı*, 20 Eylül 2016, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.633.pdf>

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016b). *ASPB mevzuat*, 24 Eylül 2016, <http://alo144.aile.gov.tr/mevzuat-bilgi-portali/sevgi-evi>



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016c). *Bakım hizmetleri stratejisi ve eylem planı 2011-2013*, 24 Eylül 2016 <http://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/yayinlar/bakim-hizmetleri/bakim-hizmetleri-stratejisi-ve-eylem-plani-2011-%E2%80%93-2013>

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016d). *SOYBIS web sayfası*, 24 Eylül 2016 <http://sosyalyardimlar.aile.gov.tr/uygulamalar/soybis> 13

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016e). *Yaşlı bakım hizmetleri*, 05 Ekim 2016 <http://eyh.aile.gov.tr/uygulamalar/yasli-bakim-hizmetleri/yasli-bakim-hizmetleri>

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2015).

Taşçı, F. (2010). *Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya örnekleri*, Çalışma ve Toplum, 2010 (1).

Turğut, M. (2009). *Türkiye’de yaşlanma, yaşlanma üzerine politikalar ve yaşlanmanın demografik geçiş sürecindeki yansımaları*. Uzmanlık Tezi. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2016a). *Doğum istatistikleri, 2015*, Haber Bülteni Sayı: 21514, 26 Ağustos 2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21514>

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2016b). *Genel nüfus sayımları ve adrese dayalı nüfus kayıt istatistikleri*. 26 Ağustos 2016, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2016c). *Hayati istatistikler*, 26 Ağustos 2016, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060

Yıldırım, H.A. (2012). *Türkiye’de bakım modelleri, I. Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri Ve Rehabilitasyon Turizmi Kongresi Ve Iı. Geriatrik Fizyoterapi Bildirileri*, 21-23 Kasım 2012, İzmir, (edisyon) ASPB.

Which? (2016). *Elderly care*, 29 Haziran 2016, <http://www.which.co.uk/elderly-care>