

I. Uluslararası Katılımlı
Yaşlı Bakım Modelleri ve
Rehabilitasyon Turizmi Kongresi
ve III. Geriatrik Fizyoterapi Kongresi



Bildirileri





**“I. Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım
Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi”
ve
“III. Geriatrik Fizyoterapi Kongresi”**

21 - 23 Kasım 2012

İzmir / TÜRKİYE

KONGRE KURULLARI

ONURSAL BAŞKAN

Fatma ŞAHİN

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı

DÜZENLEME KURULU BAŞKANLARI

Dr. Aylin ÇİFTÇİ

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürü

Prof. Dr.Nuray KIRDI

Geriatri Fizyoterapistleri Derneği Başkanı

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğretim Üyesi

GENEL SEKRETERLER

Ayhan METİN

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bakanlık Müşaviri

Prof. Dr. Filiz CAN

Geriatri Fizyoterapistleri Derneği Genel Sekreteri

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğretim Üyesi

GENEL SEKRETER YARDIMCILARI

Hatice Reyhan ÖZGÖBEK

Geriatri Fizyoterapistleri Derneği

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Uzman Fizyoterapist

Arzu CİNGİR

Sosyal Hizmet Uzmanı

DÜZENLEME KURULU

AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI

Dr. Aylin ÇİFTÇİ

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürü

Doç. Dr. Mustafa CAN

Strateji Geliştirme Başkanı

Ayhan METİN

Bakanlık Müşaviri

Yaşar KOCAOĞLU

Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkanı



Hatice Reyhan ÖZGÖBEK

Uzman Fizyoterapist

KATKIDA BULUNANLAR

Coşgun GÜRBOĞA

Aile ve Sosyal Politikalar Uzmanı

Arzu CİNGİR

Sosyal Hizmet Uzmanı

Nurhan ERBAŞ

Araştırmacı

Gülay ÇELİK

Öğretmen

Nejan AYDEMİR

Aile ve Sosyal Politikalar Uzman Yardımcısı

Ayşe Naciye ÖZDİLEK

Araştırmacı

Handan SÜLÜN

Sosyal Hizmet Uzmanı

Ayşen AY

Fizyoterapist

Deniz SAMYELİ

Çocuk Gelişim Uzmanı

Hatice TEMEL

Uzman Fizyoterapist

GERİATRİ FİZYOTERAPİSTLERİ DERNEĞİ

Prof. Dr. Nuray KIRDI

Başkan

Prof. Dr. Filiz CAN

Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Zafer ERDEN

Yönetim Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Fatih ERBAHÇECİ

Yönetim Kurulu Üyesi

Doç. Dr. Zuhâl KUNDURACILAR

Yönetim Kurulu Üyesi

Dr. Çiğdem AYHAN

Yönetim Kurulu Üyesi

Uz.Fzt. Hatice Reyhan ÖZGÖBEK

Yönetim Kurulu Üyesi

Uz.Fzt. Burcu FIRAT

Yönetim Kurulu Üyesi

Uz.Fzt. Emel PEKÇETİN

Yönetim Kurulu Üyesi

Fzt. Deniz DAĞISTAN

Yönetim Kurulu Üyesi



DESTEKLEYEN KURULUŞLAR

Sağlık Bakanlığı
Kültür ve Turizm Bakanlığı
Ekonomi Bakanlığı
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Geriatric Bilim Dalı

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatric Bilim Dalı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatric Bilim Dalı

GATA Tıp Fakültesi Geriatric Bilim Dalı

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatric Bilim Dalı

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Ankara Bilgi Üniversitesi

Yaşlılık Platformu

Akademik Geriatric Derneği

Alzheimer Derneği

Türkiye Emekliler Derneği

Sağlık Turizmi Derneği

Sağlıklı Nesiller Derneği

Evde Bakım Derneği

Türkiye Fizyoterapistler Derneği

Türkiye Seyahat Acentaları Birliği (TÜRSAB)



YAYINA HAZIRLAYANLAR

Prof. Dr. Nuray KIRDI

Prof. Dr. Filiz CAN

Prof. Dr. Zafer ERDEN

Ayhan METİN

Yaşar KOCAOĞLU

Uz. Fzt. Hatice Reyhan ÖZGÖBEK



ÖNSÖZ



Fatma ŞAHİN
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı

Geçmişten bugüne güçlü devletler kuran, kalıcı ve köklü medeniyetler inşa eden bir millet olmanın temelinde insana hizmet düsturu bulunmaktadır. Bu anlayışla devletin en önemli görevlerinden biri de toplumun her kesiminden insanın; dil, din, ırk, milliyet, mezhep ve cinsiyet farkı gözetmeksizin yaşam kalitesini artırmaktır.

Sosyal, ekonomik, tıbbi, bilimsel ve teknolojik gelişmeler sonucu olarak tüm dünyadaki gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de 65+ yaş grubunun genel nüfusa oranı artmıştır. Bu açıdan yaşam süresinin uzaması kadar yaşam kalitesinin artırılması da önemli bir husustur. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı olarak Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğümüzün amaçlarından biri de; uluslar arası norm ve standartlara uygun kaliteli sosyal hizmet üretmektir.

Mustafa Kemal Atatürk'ün “*Bir milletin yaşlı vatandaşlarına karşı tutumu; o milletin yaşama kudretinin en önemli kıstasıdır.*” sözleri doğrultusunda yaşlılarımıza sunduğumuz imkânlar aynı zamanda bugün ve gelecek tasavvurumuzun da göstergesidir.

Yaşlı nüfusumuzdaki artışın yanı sıra; geniş aileden çekirdek aileye geçiş, kırsal alanlardan şehirlere göç, evde bakımda önemli rolü olan kadının

iş hayatına katılımı, geleneksel kültür değerlerindeki değişimler, yaşlının aile yapısı içindeki eski rolünün de değişmesine ve kurum bakımına talebin artmasına ve yaşlılara yönelik sosyal hizmet modellerinin farklılaşmasına neden olmuştur.

Uzun süreli bakım hizmetlerinin nitelikli, sürdürülebilir ve kaliteli olabilmesi çok boyutlu ve kapsamlı olarak ele alınmasını gerektirmektedir. Bu açıdan üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ile kamunun işbirliği önemlidir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Geriatri Fizyoterapistler Derneği işbirliği ile 21-23 Kasım 2012 tarihleri arasında İzmir’de düzenlenen, ilk defa gerçekleştirilen “Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi Kongresi” sağlıklı yaşlanma, yaşlı refahı, yaşlıların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, yaşlı bakım modelleri ve rehabilitasyon turizmi, hem yaşlılar hem de yaşlılara bakım veren aile bireyleri için hizmetlerin planlanması, yenilikçi uygulamalar ile araştırmaların gerçekleştirilmesinde sosyal hizmetlere ilişkin sorunların tespiti, çözüm yollarının bulunması hususunda bir fırsata dönüşmüştür.

Kongrede sunulan bildirilerin yer aldığı bu kitap, uzun süreli bakım hizmeti kalitesinin artırılması, kamuoyunda farkındalık oluşturarak bilinç düzeyinin yükseltilmesi ve yaygınlaşmasına katkı sağlaması açısından yol gösterici niteliğe sahiptir.

Kongrenin ve kitabın hazırlanması sürecinde emeği geçenlere teşekkür eder, bu çalışmaların uzun süreli bakım hizmetlerinden faydalanan ve hizmet sunan vatandaşlarımıza faydalı olmasını dilerim.

Fatma ŞAHİN
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı



AMAÇ VE KAPSAM

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Geriatri Fizyoterapistleri Derneği tarafından birlikte 21-23 Kasım 2012 tarihleri arasında İzmir’de **“I. Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi”** ve **“III. Ulusal Geriatrik Fizyoterapi Kongresi”** gerçekleştirilecektir.

Dünya ülkelerine paralel olarak ülkemizde de gittikçe artan yaşlı nüfusun gelişmiş ülkeler düzeyindeki yaşlılar gibi hizmet alabilmesi için önemli olan **“Sağlıklı ve Kaliteli Yaşam”**, **“Yaşlıların Sağlığı”** ve **“Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi”** konularında ilgili sağlık politikalarının oluşturulmasına yardımcı olmak, yeni gelişmeleri yaymak, bilimsel araştırma ve projeleri teşvik etmek, standartların geliştirilmesi için gerekli çalışmaları yapmak, yaşlılara hizmet götüren meslek grupları arasındaki iletişimi sağlamak ve toplum bilincini oluşturmak gibi temel amaçlar doğrultusunda bu kongre düzenlenmiştir.

Türkiye’de sağlık turizmi konusunda yeniden yapılanmanın hız kazandığı süreçte, ileri yaş ve engelli turizmde yeni bir açılım olarak **“Bakım ve Rehabilitasyon Turizmi”** hakkında görüşleri bir araya getirmek, ülkenin bu alanda mevcut potansiyelini ortaya çıkarmak amacıyla düzenlenen kongrede; Türkiye’de bakım modelleri ve rehabilitasyon hizmetlerinin uluslararası norm ve standartlarda gelişmesi, ulusal bakım finansman modelinin yapılanması ve Türkiye’de bakım ve rehabilitasyon hizmetinin başta göçmenlerimiz olmak üzere tüm yararlanıcıların faydasına sunmak üzere yaygınlaştırılması konuları tartışılacaktır.

Kamu-sivil toplum kuruluşu dayanışmasının önemsendiği bu çalışmada **“Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi”** ana teması altında gerçekleştirilecek kongre; ulusal ve uluslararası katılımcılarla birlikte, **“Sağlıklı Yaşlanma”**, **“Bakım Kriterleri ve Bakım Modelleri”**, **“İleri Yaş Turizmde Açılım”**, **“Bakım ve Rehabilitasyon Turizmi”** konularıyla ilgili ulusal ve uluslararası davetliler, kamu kurum ve kuruluşlarından gelen bürokratlar, akademisyenler, yerel yönetimler, yatırımcılar, sigorta şirketleri, seyahat acentaları ile sivil toplum örgütlerinden katılan temsilcilerle birlikte konferanslar, paneller ve bilimsel toplantılarla düzenlenecektir. Ayrıca, kongre sonunda, **“Bakım Kriterleri Çalıştayı”**, **“Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi Çalıştayı”**, **“Bakım Güvence Sisteminde Finansman Modelleri Çalıştayı”** ve **“Ulusal Yaşlılık Enstitüsü Çalıştayı”** olmak üzere 4 konu başlığında da çalıştay ve sonuç raporları yer alacaktır.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus her geçen gün artmakta ve yaşlıya götürülen hizmetler büyük önem taşımaktadır. Ulusal ve uluslararası düzeyde yaşlılara yönelik verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması ve standardizasyona kavuşturulması ile ilgili düzenlenen bu kongrenin ülkemiz adına büyük önem taşıdığını düşünmekteyiz.

Kongreye desteklerini esirgemeyen herkese kongre düzenleme kurulu olarak şükranlarımızı sunuyoruz.

Saygılarımızla
Kongre Düzenleme Kurulu



Bilimsel Program

21 Kasım 2012

08:30 - 09:30 Kayıt

09:30 - 11:00 Açılış Konuşmaları

Sayın Prof. Dr. Nuray KIRDI

Geriatri Fizyoterapistleri Derneği Başkanı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğretim Üyesi

Sayın Dr. Aylin ÇİFTÇİ

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürü

Sayın Şahin ARSLAN

İzmir Vali Yardımcısı

Sayın Ahmet ZAHTEROĞULLARI

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Müsteşarı

11:30 - 12:00 Müzik Dinletisi – İzmir Huzurevi Müzik Korosu

12:00 - 13:30 Öğle Yemeği

13.30 - 14.00 Bakım ve Rehabilitasyon Hizmetlerinde Politikalar

Oturum Başkanı

Prof. Dr. Nuray KIRDI

Konuşmacı

Dr. Aylin ÇİFTÇİ

14:00 – 15:30 Panel 1: Ülkemizde Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmine Genel Bakış

Moderatörler

Prof. Dr. Sema SAVCI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı

Yaşar KOCAOĞLU

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri

Genel Müdürlüğü, Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkanı

Konuşmacılar

Ayhan METİN

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri

Genel Müdürlüğü, Bakanlık Müşaviri

İbrahim YAZAR

Kültür ve Turizm Bakanlığı, Tanıtım Genel Müdür Yardımcısı



Enginer BİRDAL

*Sağlık Bakanlığı Bakanlık Müşaviri
Sağlık Turizmi Derneği Genel Sekreteri*

Akın SARI

*Ekonomi Bakanlığı Serbest Bölgeler
Yurt Dışı Yatırım ve Hizmetler Genel Müdürlüğü Uzmanı*

15:30 - 16:00 Ara

**16:00 - 17:30 Panel 2: Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyonunda
Disiplinler arası Yaklaşım**

Moderatörler

Prof. Dr. Servet ARIÖĞÜL

*Akademik Geriatri Derneği Başkanı, Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları
Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Başkanı*

Prof. Dr. Zafer ERDEN

*Geriatri Fizyoterapistleri Derneği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğretim Üyesi*

Konuşmacılar

Prof. Dr. Mehmet Akif KARAN

*İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekim
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı Başkanı*

Prof. Dr. Mehtap MALKOÇ

*Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
Bölüm Başkanı*

Prof. Dr. Nuran AKDEMİR

*Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi*

Prof. Dr. Mine UYANIK

*Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ergoterapi Bölümü Öğretim Üyesi*

Doç. Dr. Rüksen ÇEHRELİ

*Dokuz Eylül Üniversitesi - Onkoloji Enstitüsü
Preventif Onkoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi*

Emine DAL

*Sağlık Bakanlığı, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Psikolog*

Arzu ÖZEN CİNGİR

*Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı
Sosyal Hizmet Uzmanı*

19.00 - 20.30 Açılış Kokteyli



22 Kasım 2012

09:00 - 10:00 Panel 3: Bakıma Muhtaçlık Kriterleri ve Yurt Dışı Uygulamaları

Moderatör

Prof. Dr. Filiz CAN

Geriatric Fizyoterapistleri Derneği Genel Sekreteri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Bölümü Öğretim Üyesi

Konuşmacılar

Sevilay DALLI

Hollanda -Livio Geriatric Center - Yönetici

Fzt. Olwen FINLAY

İngiltere -International Association of Physical Therapists Working with Older People(IPTOP)- Kurucu Başkan

Dr. Agnes EGERVARI

Macaristan - Boldog Gizella Foundation, Management of the Institution - Yönetici

Fzt. Zachary SOMMERMEYER

Amerika Birleşik Devletleri - Concordia University Wisconsin, Department of Physical Therapy

10:30 - 11:00 Ara

11:00 - 12:00 Panel 4: Bakım Modelleri

Moderatörler

Prof. Dr. Candan ALGUN

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı

Prof. Dr. Fehmi AKÇİÇEK

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Konuşmacılar

Luk ZELDERLOO

EASPD (European Association of Service Providers for Person with Disability) Genel Sekreteri

Mehmet ONARCAN

Evde Bakım Derneği

Hulusi Armağan YILDIRIM

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanı

Prof. Dr. Chantal Van AUDENHOVE

Belçika- Katholieke Universiteit Leuven- Lucas

Center for Care Research and Consultancy

12:00 - 12:30 Evde Bakımda Bilişim ve Teknolojinin Kullanımı

Oturum Başkanları

Prof. Dr. Hülya ARIKAN

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Hüseyin DORUK

GATA Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Konuşmacı

Nienke KLERK

Hollanda Zorg & ICT Management Consulting

12:30 - 13:30 Öğle Yemeği

13:30 - 14:30 Panel 5: Bakım Kriterleri Uygulamaları ve Entegrasyonu

Moderatörler

Doç. Dr. Ümit ATEŞKAN

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Fzt. Olwen FINLAY

İngiltere -International Association of Physical Therapists Working with Older People (IPTOP) - Kurucu Başkan

Konuşmacılar

Prof. Dr. Filiz CAN

Geriatri Fizyoterapistleri Derneği Genel Sekreteri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğretim Üyesi

Anıl SUGETİREN

Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

Turabi ÇELEBİ

İl Özel İdaresi Balçova Termal Tesisleri Müdürü

Seyyal HACİBEKİROĞLU

Acıbadem Mobil Sağlık Hizmetleri Koordinatörü

Dr. Dilek YILMAZ

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı

14:30 - 15:00 EU Longterm Care Entegration

Oturum Başkanları

Prof. Dr. Filiz CAN

Geriatri Fizyoterapistleri Derneği Genel Sekreteri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Emine ÖZMETE

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmetler Bölümü Öğretim Üyesi, YAŞAM Müdürü

Konuşmacı

Dr. Kai LEICHSENTRING

Avusturya- European Centre for Social Welfare Policy and Research

15:00 - 15:30 Ara

15:30 - 17:00 Panel 6: Türkiye'nin Bakım Modellerine Olan Gereksinimi

Moderatörler

Prof. Dr. Nesrin DEMİRTAŞ

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Hülya KAYIHAN

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölüm Başkanı

Konuşmacılar

Prof. Dr. Işın Baral KULAKSIZOĞLU

Alzheimer Derneği Başkanı, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Osman TEKİN

Bilge Üniversitesi Mütevelli Heyeti

Doç. Dr. Mustafa CANKURTARAN

Akademik Geriatri Derneği Başkan Yardımcısı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Sabri BAĞCI

Türk - Hollanda Yaşlı Konseyi Başkanı

Uz. Fzt. Reyhan ÖZGÖBEK

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yaşlı Hizmetleri Dairesi, Geriatri Fizyoterapistleri Derneği

20.00 - 24.00 Gala Yemeği



Oturum Başkanları **Prof. Dr. Serap İNAL**

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı

Doç. Dr. Zuhur KUNDURACILAR

Geriatri Fizyoterapistleri Derneği, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı

08.30 - 08.50 Türkiye'deki Mevcut Bakım ve Rehabilitasyon Hizmetleri **Abdurrahman ÇOHAZ**

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Müşaviri

08.50 - 09.10 Sağlık Turizminde İleri Yaş ve Rehabilitasyon Turizmi ile İlgili Politikalar **Enginer BİRDAL**

Sağlık Bakanlığı Bakan Müşaviri, Sağlık Turizmi Derneği Genel Sekreteri
Sağlıklı Nesiller Derneği Başkanı

09.10 - 09.30 İleri Yaş Turizminde Açılım: "Bakım ve Rehabilitasyon Turizmi" **Hande ARSLANALP**

TÜRSAB Başkan Danışmanı, Sağlık Turizmi Komisyon Üyesi

Sağlık Turizminde İleri Yaş ve Rehabilitasyon Turizminin Yeri **Dr. Dursun AYDIN**

Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Dairesi Başkanı

09.50 - 10.00 Tartışma

10.00 - 10.30 Ara

10.30 - 12.30 Panel 7: Yaşlı Bakım Sigortası ve Finansal Modeller **Moderatörler**

Prof. Dr. Yavuz YAKUT

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı

Prof Dr. Teslime ATLI

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Konuşmacılar

Yaşar KOCAOĞLU

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkanı

Gökhan GÜRCAN

Acıbadem Sigorta Genel Müdürü

Prof. Dr. İsmail TUFAN

Akdeniz Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Gerontoloji Bölüm Başkanı

Osman ÖZCAN

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

12.30 - 13.30 Öğle Yemeği

13.30 - 17.00 Çalıştaylar

1. Grup: Yaşlı Bakım Kriterleri ve Bakım Modelleri

Moderatörler

Prof. Dr. Filiz CAN

Geriatri Fizyoterapistleri Derneği Genel Sekreteri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Abdurrahman ÇOHAZ

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Müşaviri

Raportörler

Fzt. Burcu FIRAT

Geriatric Fizyoterapistleri Derneği

Necla Kızılbaş Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Fzt. Emel PEKÇETİN

Geriatric Fizyoterapistleri Derneği, Süleyman Demirel Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

2. Grup: Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Turizmi ve Uluslararası İşbirliği Moderatörler

Doç. Dr. Zuhale KUNDURACILAR

*Geriatric Fizyoterapistleri Derneği, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı*

Kamil YÜCEORAL

Sağlık Turizmi Derneği Üyesi ve Eski Turizm Müsteşarı

Raportörler

Fzt. Reyhan ÖZGÖBEK

*Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Yaşlı Hizmetleri Dairesi, Geriatric Fizyoterapistleri Derneği*

Dr. Selda BAŞAR

*Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

3. Grup: Yaşlı Bakım Güvence Sisteminde Finansman Modelleri Moderatörler

Yaşar KOCAOĞLU

*Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkanı*

Doç. Dr. Sema OĞLAK

*Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir Meslek Yüksekokulu
İktisadi ve İdari Programlar Bölümü*

Raportör

Fzt. Deniz DAĞISTAN

*Geriatric Fizyoterapistleri Derneği
Süleyman Demirel Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi*

4. Grup: Ulusal Yaşlılık Enstitüsü

Moderatörler

Prof. Dr. Nuray KIRDI

*Geriatric Fizyoterapistleri Derneği Başkanı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğretim Üyesi*

Prof. Dr. Servet ARIÖĞÜL

*Akademik Geriatric Derneği Başkanı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatric Bilim Dalı Başkanı*

Raportörler

Dr. Çiğdem AYHAN

*Geriatric Fizyoterapistleri Derneği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Fzt. Yasin TUNÇ

*Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

17:00 -18:30 Çalıştay Raporlarının Sunumu ve Kapanış



Scientific Program

21 November 2012

08:30 - 09:30 Registration

09:30 - 11:00 Opening Speeches

Nuray KIRDI, PT, PhD, Prof.

Chair Geriatric Physiotherapy Association, Department of Physiotherapy and Rehabilitation Faculty of Health Science, Hacettepe University

Aylin ÇİFTÇİ, MD

General Manager, General Directorate of Disabled and Elderly Services, The Ministry of Family and Social Policies

Şahin ARSLAN

İzmir Deputy, Vice-Governor

Ahmet ZAHTEROĞULLARI

Undersecretary of the Ministry of Family and Social Policies

11:30 - 12:00 Mini Concert - Music Group of “Narlidere Nursing Home”

12:00 - 13:00 Lunch

13:30 - 14:00 Policies for Care and Rehabilitation Services Moderator

Nuray KIRDI, PT, PhD, Prof.

Chair of Geriatric Physiotherapy Association, Department of Physiotherapy and Rehabilitation Faculty of Health Sciences, Hacettepe University

Speaker

Aylin ÇİFTÇİ, MD

General Manager, General Directorate of Disabled and Elderly Services, The Ministry of Family and Social Policies

**14:00 - 15:30 Panel 1: Overview of Models of Elderly Care and Rehabilitation
Tourism in Turkey**

Moderators

Sema SAVCI, PT, PhD, Prof.

Head of Physiotherapy and Rehabilitation Department, Faculty of Health Sciences, Dokuz Eylül University

Yaşar KOCAOĞLU

Head of Department of Elderly Services, General Directorate of Disabled and Elderly Services, The Ministry of Family and Social Policies

Speakers

Ayhan METİN

Counsellor, General Directorate of Disabled and Elderly Services, The Ministry of Family and Social Policies



İbrahim YAZAR

Introducing General Manager, Turkish Republic the Ministry of Culture and Tourism

Engineer BİRDAL

Minister Counsellor, The Ministry of Health

General Secretary of Health Tourism Association

Akın SARI

General Directorate of Foreign Investment and Services, Turkish Republic, The Ministry of Economy

15:30 - 16:00 Coffee Break

16:00 - 17:30 Panel 2: Interdisciplinary Team Working in Elderly Care and Rehabilitation

Moderators

Servet ARIÖĞÜL, MD, Prof.

*Head of Geriatrics Department, Department of Internal Medicine Hacettepe University
Chair of Academic Geriatrics Association*

Zafer ERDEN, PT, PhD, Prof.

*Geriatric Physiotherapy Association, Department of Physiotherapy and Rehabilitation
Faculty of Health Sciences, Hacettepe University*

Speakers

Mehmet Akif KARAN, MD, Prof.

Head of Geriatrics Department, Faculty of Medicine, İstanbul University

Mehtap MALKOÇ, PT, PhD, Prof.

*Head of Physiotherapy and Rehabilitation Department, Faculty of Health Sciences,
Doğu Akdeniz University*

Nuran AKDEMİR, Nurse, PhD, Prof.

Faculty of Nursing, Hacettepe University

Mine UYANIK, PT, PhD, Prof

Department of Ergotherapy, Faculty of Health Sciences, Hacettepe University

Rüksen ÇEHRELİ, MD, Prof.

Department of Preventive Oncology, Oncology Institute, Dokuz Eylül University

Emine DAL

General Directorate of Emergency Health Services, Turkish Republic The Ministry of Health - Psychologist

Arzu Özen CİNGİR

Head of Strategy Development, The Ministry of Family and Social Policies Social Worker,

19:00 - 20:30 Welcome Cocktail



09:00 - 10:00 Panel 3: Criterions to be Needed Care and Some Examples from Different Countries

Moderator

Filiz CAN, PT, PhD, Prof.

General Secretary of Geriatric Physiotherapy Association: Past President of IPTOP, Department of Physiotherapy and Rehabilitation Faculty of Health Sciences, Hacettepe University

Speakers

Sevilay LUIKEN-DALLI

Livio Health and Care Manager, Netherlands

Olwen FINLAY, MBE, FCSP, HP, DMS

Founder President of International Association for Physiotherapists Forking with Older People - IPTOP, UK

Agnes EGERVARI, MD

Present Director, Management of the Institution Hungary- Boldog Gizella Foundation

Zachary SOMMERMEYER, PT

Department of Physical Therapy, Concordia University, US, PhD Student of Hacettepe University

10:30 - 11:00 Coffee Break

11:00 - 12:00 Panel 4: Care Models

Moderators

Candan ALGUN, PT, PhD, Prof.

Head of Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Faculty of Health Sciences, İstanbul Medipol University

Fehmi AKÇİÇEK, MD, Prof.

Head of Internal Medicine Department, Faculty of Medicine, Ege University

Speakers

Luk ZELDERLOO

General Secretary, European Association of Service Providers for Person with Disability- EASPD

Mehmet ONARCAN

Home Care Association

Hulusi Armağan YILDIRIM

Head of Care Services Department, General Directorate of Disabled and Elderly Services, Phe Ministry of Family and Social Policies

Chantal Van AUDENHOVE, Prof. Dr.

Belgium- Katholieke Universiteit Leuven, LUCAS KU, Center for Care Research and Consultancy

12:00 - 12:30 The Use of Computer and Technology in Home Care

Moderators

Hülya ARIKAN. PT, PhD, Prof.

Department of Physiotherapy and Rehabilitation Faculty of Health Sciences, Hacettepe University

Hüseyin DORUK, MD, Prof.

Head of Geriatrics Department, GATA Faculty of Medicine

Speaker

Nienke KLERK

Buurtzorg E- Care Launching Customer, Zorg & ICT Management Consulting, Netherland

12:30 - 13:30 Lunch

13:30 - 14:30 Panel 5: Applications of Care Criterions and Entegration

Moderators



Ümit ATEŞKAN, MD, Assoc. Prof.

Purkish Republic Phe Ministry of Health, Directorate of Health Services

Olwen FINLAY, MBE, FCSP, HT DMS

Founder President of International Association for Physiotherapists Working with Older People [IPTOP] UK

Speakers

Filiz CAN, PT, PhD, Prof.

General Secretary of Geriatric Physiotherapy Association, Past President of IPTOP, Department of Physiotherapy and Rehabilitation Faculty of Health Sciences, Hacettepe University

Anıl SUGETİREN

General Manager of Health Services of Eczacıbaşı)

Turabi ÇELEBİ

Manager, Special Provincial Administration, Balçova Thermal Center

Seyyal HACİBEKİROĞLU

Coordinator of Acıbadem Mobile Health Services

Dilek YILMAZ, MD

Turkish Republic The Ministry of Labour and Social Security, Chair of Social Security Administration

14:30 - 15:00 EU Longterm Care Integretation

Moderators

Filiz CAN, PT, PhD, Prof.

General Secretary of Geriatric Physiotherapy Association Past President of IPTOP, Department of Physiotherapy and Rehabilitation Faculty of Health Sciences, Hacettepe University

Emine ÖZMETE, PhD, Prof.

Ankara University, Faculty of Health Sciences, Department of Social Services, Manager of YAŞAM

Speaker

Kai LEICHSENTRING

European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna

15:00 - 15:30 Coffee Break

15:30 | 7:00 Panel 6: Care Models Requirement in Turkey

Moderator

Nesrin DEMİRTAŞ, PT, PhD, Prof.

Department of Physical Medicine and Rehabilitation Eskişehir Osmangazi University

Hülya KAYIHAN, PT, PhD, Prof.

Head of Ergotherapy Department of Faculty of Health Sciences, Hacettepe University

Speakers

Işın KULAKSIZOĞLU, MD, Prof.

Chair of Alzheimer Association, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, İstanbul University

Osman TEKİN

Bilge University, The Board of Trustees

Mustafa CANKURTARAN, MD, Assoc. Prof.

Vice Chair of Academic Geriatrics Association, Geriatrics Department, Department of Internal Medicine, Hacettepe University

Sabri BAĞCI

Turkish-Netherlands President of The Council of The Elderly

Reyhan ÖZGÖBEK, PT, MSc.

Geriatric Physiotherapy Association Department of Elderly Services, General Directorate of Disabled and Elderly Services, The Ministry of Family and Social Policies

20:00 - 24:00 Gala Dinner



23 November 2012

Moderators

Serap İNAL, PT, PhD, Prof.

Head of Physiotherapy and Rehabilitation Department, Faculty of Health Sciences, Yeditepe University

Zuhal KUNDURACILAR PT, PhD, Assoc. Prof.

Geriatric Physiotherapy Association, Head of Physiotherapy and Rehabilitation Department, Faculty of Health Sciences, Bülent Ecevit University

08:30 - 08:50 Care and Rehabilitation Services Available in Turkey

Speaker

Abdurrahman ÇOHAZ

The Counselor of Ministry of Family and Social Policies

08:50 - 09:10 Older Age and Rehabilitation with Tourism Related Policies

Speaker

Enginer BİRDAL

Minister Counsellor, The Ministry of Health

General Secretary of Health Tourism Association

09:10 - 09:30 Initiative in Tourism of Older Age “Care and Rehabilitation Tourism”

Speaker

Hande ARSLANALP

Counselor of TURSAB Manager: Health Tourism Commission Member

09:30 - 09:50 The Importance of Older Age and Rehabilitation Tourism in “Health Tourism”

Speaker

Dursun AYDIN, MD

Turkish Republic, The Ministry of Health, Head of Health Tourism Department

09:50 - 10:00 Discussion

10:00 - 10:30 Coffee Break

10:30 - 12:30 Panel 7: Insurance System for Elderly Care and Financial Models

Moderators

Yavuz YAKUT, PT, PhD, Prof.

Head of Physiotherapy and Rehabilitation Department, Faculty of Health Sciences, Hacettepe University

Teslime ATLI, MD, Prof.

Head of Geriatrics Department, Ankara University

Speakers

Yaşar KOCAOĞLU

Head of Department of Elderly Services, General Directorate of Disabled and Elderly Services, The Ministry of Family and Social Policies

Gökhan GÜRCAN

General Manager of Acıbadem Insurance Company

İsmail TUFAN, Prof., Gerontologist

Head of Gerontology Department, Faculty of Literature, Akdeniz University

Osman ÖZCAN

General Directorate of Public Health Insurance, Social Security Institution, Turkish Republic The Ministry of Labour and Social Security

12:30 - 13:30 Lunch

13:30 - 17:00 WORKSHOPS

1 st Group: Care Criterions and Care Models of Older People

Moderators

Filiz CAN, PT, PhD, Prof.

General Secretary of Geriatric Physiotherapy Association, Past President of IPTOP; Department of Physiotherapy and Rehabilitation Faculty of Health Sciences, Hacettepe University

Abdurrahman ÇOHAZ

The Counselor of Ministry of Family and Social Policies

Reporters

Burcu FIRAT, PT, MSc

Geriatric Physiotherapy Association, Necla Kızılbay Nursing Home, Care and Rehabilitation Center

Emel PEKÇETİN, PT, MSc

Geriatric Physiotherapy Association, Süleyman Demirel Nursing Home, Care and Rehabilitation Center

2 nd Group: Tourism of Care and Rehabilitation for Older People and International Colloboration

Moderators

Zuhal KUNDURACILAR, PT, PhD, Assoc. Prof.

Geriatric Physiotherapy Association, Head of Physiotherapy and Rehabilitation Department, Faculty of Health Sciences, Bülent Ecevit University

Kamil YÜCEORAL

Member of Health Tourism, Tourism Past Undersecretary

Reporters

Reyhan ÖZGÖBEK, PT, MSc

Geriatric Physiotherapy Association, Department of Elderly Services, General Directorate of Disabled and Elderly Services, The Ministry of Family and Social Policies

Selda BAŞAR, PT, PhD

Physiotherapy and Rehabilitation Department, Faculty of Health Sciences, Gazi University

3 rd Group: Financial Models in Insurance System for Elderly Care

Moderators

Yaşar KOCAOĞLU

Head of Department of Elderly Services, General Directorate of Disabled and Elderly Services, The Ministry of Family and Social Policies

Sema OĞLAK, Assoc. Prof.

İzmir Vocational School, Economic and Administrative Division, Dokuz Eylül University

Reporter

Deniz DAĞISTAN, PT

Geriatric Physiotherapy Association, Süleyman Demirel Nursing Home, Care and Rehabilitation Center



4 th Group: National Aging Institute

Moderators

Nuray KIRDI, PT, PhD, Prof.

*Chair Geriatric Physiotherapy Association, Department of Physiotherapy and Rehabilitation
Faculty of Health Sciences, Hacettepe University*

Servet ARIOĞUL, MD, Prof.

*Head of Geriatrics Department, Department of Internal Medicine, Hacettepe University: Chair of
Academic Geriatrics Association*

Reporters

Çiğdem AYHAN, PT, PhD

*Geriatric Physiotherapy Association, Department of Physiotherapy and Rehabilitation Faculty of
Health Sciences, Hacettepe University*

Yasin TUNÇ, PT

*Department of Physiotherapy and Rehabilitation Faculty of Health Sciences, Hacettepe
University*

17:00 - 18:30 Presentation of the Meeting Reports of the Groups



İÇİNDEKİLER

SAYFA

Kongre Kurulları	I
Önsöz	V
Amaç ve Kapsam	VII
Kongre Programı	VIII
İçindekiler	XXI

AÇILIŞ KONUŞMALARI	1
Sayın Prof. Dr. Nuray KIRDI	3
Sayın Dr. Aylin ÇİFTÇİ	7
Sayın Şahin ARSLAN	13
Sayın Ahmet ZAHTEROĞULLARI	15

BAKIM VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİNDE POLİTİKALAR	21
--	-----------

Türkiye’de Yaşlılık	23
Dr. Aylin ÇİFTÇİ	

PANEL 1	
ÜLKEMİZDE YAŞLI BAKIM MODELLERİ VE	
REHABİLİTASYON TURİZMİNE GENEL BAKIŞ	31

BAKIM ve REHABİLİTASYON TURİZMİNE GENEL BAKIŞ	
Ayhan METİN	33

TURİZMDE YENİ EĞİLİMLER	37
İbrahim YAZAR	

TURKEY HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM (HTP)	
STATUS IN TURKEY	41
Enginer BİRDAL	

2012/4 SAYILI DÖVİZ KAZANDIRICI HİZMET TİCARETİNİN	
DESTEKLENMESİ HAKKINDA TEBLİĞ	65
Akın SARI	

PANEL 2	
YAŞLI BAKIM VE REHABİLİTASYONUNDA DİSİPLİNLER	
ARASI YAKLAŞIM	71

Prof. Dr. Mehmet Akif KARAN	73
Prof. Dr. Mehtap MALKOÇ	77

Prof. Dr. Nuran AKDEMİR, Öğr. Gör. Dr. İmatullah AKYAR	81
Prof. Dr. Mine UYANIK	89
Doç. Dr. Rüksen ÇEHRELİ	95
Emine DAL	105
Arzu ÖZEN CİNGİR	119

PANEL 3

BAKIMA MUHTAÇLIK KRİTERLERİ VE YURT DIŞI UYGULAMALARI . 127

Sevilay DALLI	129
Fzt. Olwen FINLAY	139
Dr. Agnes EGERVARI	149
Fzt. Zachary Sommermeyer	167

PANEL 4

BAKIM MODELLERİ 173

CARE TOURISM: Challenges and options	175
Luk ZELDERLOO	

EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM VE GELECEK İÇİN ÖNERİLER	179
Mehmet ONARCAN	

TÜRKİYE’DEKİ BAKIM MODELLERİ	187
Hulusi Armağan YILDIRIM	

LONGTERM CARE IN EU	
Prof. Dr. Chantal Van AUDENHOVE	203

EVDE BAKIMDA BİLİŞİM VE TEKNOLOJİNİN KULLANIMI 207

BUURTZORG WAS ECARE’S LAUNCHING CUSTOMER.	209
Nienke KLERK	

PANEL 5

BAKIM KRİTERLERİ UYGULAMALARI VE ENTEGRASYONU	215
--	------------

BAKIM KRİTERLERİ UYGULAMALARI VE ENTEGRASYONU	217
Prof. Dr. Filiz CAN	



YAŞLI BAKIMI HİZMETLERİNDE UYGULAMA MODELLERİ VE YENİ YAKLAŞIMLAR	229
Anıl SUĞETİREN	
BALÇOVA TERMAL OTEL DENEYİMİ	233
Turabi ÇELEBİ	
EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ Seyyal HACİBEKİROĞLU	241
BAKIM ve SGK Dr. Dilek YILMAZ	249
EU LONGTERM CARE ENTEGRATION	257
DEVELOPING INTEGRATED LONG-TERM CARE SYSTEMS IN EUROPE –THE INTERLINKS FRAMEWORK	259
Dr. Kai LEICHSENTRING	
PANEL 6 TÜRKİYE’NİN BAKIM MODELLERİNE OLAN GEREKSİNİMİ.	271
BAKIM MODELLERİ	273
Alzheimer Hastalığı ve Gündüz Yaşam Evi Prof. Dr. Işın Baral KULAKSIZOĞLU	
BİLGELER KÖYÜ	281
Osman TEKİN	
TÜRKİYE’NİN BAKIM MODELLERİNE OLAN GEREKSİNİMİ VE GERİATRİ	293
Doç.Dr. Mustafa CANKURTARAN	
HOLLANDA TÜRK YAŞLILAR FEDERASYONU	307
Sabri BAĞCI	
BAKIM POLİTİKASI ANALİZİ VE BAKIM MODELLERİNE OLAN GEREKSİNİM	317
Fzt. Hatice Reyhan ÖZGÖBEK	
TÜRKİYE’DEKİ MEVCUT BAKIM VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİ	331
Abdurrahman ÇOHAZ	



SAĞLIK TURİZMİNDE İLERİ YAŞ VE REHABİLİTASYON TURİZMİ İLE İLGİLİ POLİTİKALAR.	345
Enginer BİRDAL	

İLERİ YAŞ TURİZMİNDE AÇILIM: BAKIM VE REHABİLİTASYON TURİZMİ	357
Hande ARSLANALP	

SAĞLIK TURİZMİNDE İLERİ YAŞ VE REHABİLİTASYON TURİZMİNİN YERİ.	365
Dr. Dursun AYDIN	

PANEL 7

YAŞLI BAKIM SİGORTASI VE FİNANSAL MODELLER.	373
---	------------

BAKIM GÜVENCE SİSTEMİNİN FİNANSMANINDA YENİ YAKLAŞIMLAR	375
Yaşar KOCAOĞLU	

UZUN SÜRELİ BAKIM SİGORTASI VE FİNANSMANI.	387
Gökhan GÜRCAN	

SOSYAL BAKIM SİGORTASI: Bakıma Muhtaçlığa Anlamlı Akıllı ve Adil Çözüm.	395
Prof. Dr. İsmail TUFAN	

Dr. Osman ÖZCAN	403
-----------------	------------

ÇALIŞTAY RAPORLARI.	413
---------------------------------	------------

1. Grup: Yaşlı Bakım Kriterleri ve Bakım Modelleri.	415
---	------------

2. Grup: Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Turizmi ve Uluslararası İşbirliği.	429
---	------------

3. Grup: Yaşlı Bakım Güvence Sisteminde Finansman Modelleri.	443
--	------------

4. Grup: Ulusal Yaşlılık Enstitüsü	451
---	------------



AÇILIŞ KONUŞMALARI

Prof. Dr. Nuray KIRDI

Geriatric Fizyoterapistleri Derneği Başkanı

Dr. Aylin ÇİFTÇİ

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürü

Şahin ARSLAN

İzmir Vali Yardımcısı

Ahmet ZAHTEROĞULLARI

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Müsteşarı



Prof. Dr. Nuray KIRDI
Geriatric Fizyoterapistleri Derneği Başkanı

Sayın Müsteşarım, Sayın Valim, Sayın Genel Müdürüm, Yurt dışından ve Yurt içinden katılan Değerli Konuşmacılar ve Kıymetli Konuklar. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Geriatric Fizyoterapistleri Derneği tarafından birlikte düzenlenen, 21-23 Kasım 2012 tarihleri arasındaki I. Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi ve III. Ulusal Geriatric Fizyoterapi Kongresi'ne hoş geldiniz.

Ülkemizdeki yaşlanan nüfusun gelişmiş ülkeler düzeyinde hizmet alabilmesi için sağlıklı ve kaliteli yaşam, yaşlıların sağlığı ve yaşlı bakım modelleri ve rehabilitasyon turizmi konularında ilgili sağlık politikalarının oluşturulması önemlidir. Bu politikaların oluşturulmasına yardımcı olmak, yeni gelişmeleri yaymak, bilimsel araştırma ve projeleri teşvik etmek, standartların geliştirilmesi için gerekli çalışmaları yapmak, yaşlılara hizmet götürülen hizmet grupları arasındaki iletişimi sağlamak ve toplum bilincini oluşturmak gibi temel amaçlar doğrultusunda bu kongre düzenlenmiştir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus her geçen gün artmaktadır. Bugün, dünya üzerindeki toplam nüfusun % 10'u 65 yaş ve daha üzerindeki nüfusu oluştururken, 2050'de bu oranın % 16'nın üzerine çıkması beklenmekte, ve ülkemizde de 2050 yılında 16 milyon civarında yaşlının olacağı öngörülmektedir. Bu nedenle yaşlıya götürülen hizmetler büyük önem taşımaktadır. Yaşlıya sunulan geriatric bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinde multidisipliner yaklaşımla önleyici, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde kaliteli yaşamın devam ettirilebilmesi için gerekli stratejiler üzerinde durulması önemlidir. Yaşlılar için özel politika ve programların mevcut primer sağlık hizmetleri uygulamaları içerisinde geliştirilmesi ve sisteme işlerlik kazandırılması öncelikli hedefler arasında yer almalıdır.

Yaşlıların fiziksel ve emosyonel kapasitelerinin artırılması ve yaşam kalitelerinin geliştirilmesi amacıyla birçok disiplinle ve disiplinler arası yaklaşımla profesyonel bir ekip, bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde önemli bir faktördür. Geriatricist, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, ergoterapi alanında uzmanlar, psikolog ve bakım elemanı gibi meslek profesyonellerinden oluşan ekip üyelerinin her birinin önemli görevleri



bulunmaktadır. Bu ekip içerisinde yer alan fizyoterapistler, yaşlının mevcut duyu algı ve motor fonksiyonlarındaki yetersizlikleri en aza indirmeyi hedefleyerek, her yaşlıya özel fizyoterapi ve rehabilitasyon programını planlar ve uygular. Bu program çerçevesinde fizyoterapistler, engelli hale gelen yaşlılar ve yaşlı hale gelen engellilerin, sağlıklı ve kaliteli yaşam açısından aktif olabilmeleri konusunda yaşlılara yönelik programların planlanması, ekip çalışması ve eğitimin devamlılığının sağlanması, bakım verenlerle çalışma, sağlık eğitiminin verilmesi, kalitenin temel alınması, çevre ve sağlık emniyetinin gözönünde bulundurulması konularında gerekli yaklaşımlarda bulunmaktadır. Fizyoterapi ve rehabilitasyon alanındaki organizasyonun sağlanması amacıyla çeşitli üniversitelerde geriatrik rehabilitasyon alanında hizmet verilmekte ve Türkiye'deki koordinasyonu Geriatri Fizyoterapistleri Derneği tarafından sağlanmaktadır. Ulusal ve uluslararası düzeyde yaşlılara yönelik verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması ve standardizasyonun sağlanması amacıyla düzenlenen bu kongrenin ülkemiz adına büyük önem taşıdığını düşünmekteyiz. Türkiye'de sağlık turizmi konusunda yeniden yapılanmanın hız kazandığı bu süreçte ileri yaş ve engelli turizminde yeni bir açılım olarak bakım ve rehabilitasyon turizmi hakkında görüşleri bir araya getirmek ve ülkenin bu alanda mevcut potansiyelini ortaya çıkarmak amacıyla düzenlenen bu kongrede Türkiye'nin bakım modelleri ve rehabilitasyon hizmetlerinin uluslararası standartlarda gelişmesi, ulusal bakım finansman modellerinin yapılanması ve Türkiye'de bakım ve rehabilitasyon hizmetinin başta göçmenlerimiz olmak üzere tüm yararlanıcıların faydasına sunması ile ilgili konular tartışılacaktır.

Kamu ve sivil toplum kuruluşlarının dayanışmasının önemsendiği bu çalışmada, Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi ana teması altında gerçekleştirilecek bu kongrede ulusal ve uluslararası katılımcılarla birlikte Sağlıklı Yaşlanma, Bakım Kriterleri ve Bakım Modelleri, İleri Yaş Turizminde Açılım, Bakım ve Rehabilitasyon Turizmi konularıyla ilgili ulusal ve uluslararası davetliler, kamu kurum ve kuruluşlarından gelen bürokratlar, akademisyenler, yerel yönetimler, yatırımcılar, sigorta şirketleri, seyahat acentaları ile sivil toplum kuruluşlarından katılan temsilcilerle birlikte, konferanslar, paneller ve bilimsel toplantılar yapılacaktır. Ayrıca kongrenin üçüncü gününde öğleden sonraki oturumda, Bakım Kriterleri Çalıştayı, Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi Çalıştayı, Bakım Güvence Sisteminde Finansman

Modelleri Çalıştayı ve Ulusal Yaşlılık Enstitüsü çalıştayı olmak üzere 4 konu başlığında da çalıştay ve sonuç raporları yer alacaktır.

Yaşam süresinin uzaması kadar yaşamın kalitesinin de olmasının önemi büyüktür. Bu amaçla ilgili tüm kurumların, sivil toplum kuruluşlarının ve üniversitelerin birlikte çalışmasıyla ortaya çıkan kongremizin ülkemiz için yeni adımlara vesile olmasını diliyorum. Bu kongrenin gerçekleşmesinde destek veren Sayın Bakanımıza, Sayın Genel Müdüre, Bakanlık Teşkilatına, Geriatri Fizyoterapistleri Derneği Yönetim Kurulu Üyelerine ve bilimsel oturumlarda konuşma davetimizi kabul eden Değerli Konuşmacılara ve kongreye katılarak bizi onurlandıran siz Değerli Konuklarımıza teşekkür ediyoruz.

Saygılarımla.

Dr. Aylin ÇİFTÇİ

*Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürü*

Sayın Müsteşarım, Sayın Valim, çok Değerli Hanımefendiler ve Beyefendiler. Bugün İzmir’de Yaşlı Bakım, Rehabilitasyon ve Turizm konularını görüşmek üzere, değerlendirmek üzere ilk defa düzenlediğimiz çok değerli Geriatri Fizyoterapistleri Derneği ile birlikte düzenlediğimiz bu kongremize öncelikle ben de hepinize hoşgeldiniz demek istiyorum.

Malumunuz Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Türkiyemiz’deki en genç Bakanlıklardan birisi. Genel Müdürlüğümüz de bu Bakanlığın çatısı altında yer alan 5 Genel Müdürlükten birisidir. Diğer Genel Müdürlükler Kadın, Çocuk, Aile, Sosyal Yardımlar alanında faaliyet gösterirken Genel Müdürlüğümüzün alanı daha ziyade Engelliler ve Yaşlılar olmaktadır. Daha önceden Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu olarak bildiğimiz bu kurumun çatısı altında bulunan bakım merkezleri, huzurevleri, yaşlı bakım merkezleri, engellilere yönelik bakım merkezleri, evde bakım aylığıyla ilgili uygulamalar ve Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı olarak bildiğimiz kurum, bu iki kurumun aslında birleşiminden, devrinden oluşmuş bir Genel Müdürlüktür. Genel Müdürlüğümüzün, çok önemli bir farkı daha ziyade uygulamaya dönük, sahada çalışmaları olan, hem planlama, hedefleri ortaya koyma, koordinasyonu sağlama, mevzuat yasal düzenlemeler, hem de uygulamalarla ilgili çalışmalardan sorumlu bir Genel Müdürlük olmasıdır. Genel Müdürlüğümüzün bir yıl içinde altyapı çalışmalarını tamamlamış olduk. Bu çalışmaların da çok yoğunluklu bir kısmını tabi ki gene mevzuat düzenlemeleri oluşturuyor. Şu anda Müsteşar Yardımcımız Gazi Alataş Bey yoğun bir şekilde aslında bu kanun ve yönetmelik çalışmalarıyla ilgili çalıştığı için aramızda bulunamadılar. Müsteşar Yardımcımızın, Müsteşarımızın ve Sayın Bakanımızın talimatlarıyla yoğun bir mevzuat çalışması içindeyiz. Bunları yaparken de tamamen konuyu, bizzat sıkıntıları yaşayan kişileri buluşturarak, hizmet eden kişileri buluşturarak, aynı zamanda bu hizmeti alan, hizmetin doğrudan faydalanıcıları değil ama yakınları olan kişilerle de istişare ederek mevzuatları son haline getirmeye gayret ediyoruz. Bu yılın sonuna kadar da bütün bu çalışmaları tamamlamayı önümüze bir hedef olarak koyduk. Neler var bunun içinde? Engelliler ile ilgili, yaşlılar ile ilgili bütün kanun yönetmelik



çalışmaları var. Tabi konumuz çok geniş. Bir insan hayatında ne varsa aslında bizim Genel Müdürlüğümüzün çalışma alanları içinde de bunlar yer alıyor doğal olarak. Engelliler alanında bir dairemiz bulunmakta, Engelli Hizmetleri Dairesi. Bu dairemizin içinde daha ziyade eğitim, sağlık, istihdam, sosyal hayata katılım ve çok önemli bir konu olan erişilebilirlik konuları yer almakta. Bizim 2012 yılındaki, Sayın Bakanımızın önümüze koyduğu 2 öncelik aslında yine bu dairemizin çalışmaları içinde. Birisi istihdam, birisi de erişilebilirlik çalışmalarıydı.

Biz 2012 yılını istihdam için özellikle engelli istihdamı için çok büyük kapılar açan bir yıl olarak değerlendirmeyi arzu ettik. Bu nedenle de ilk defa Türkiye’de engellilere yönelik kamu personeli olabilmek için ayrı bir sınav yöntemi geliştirildi. Biliyorsunuz Özürlü Memur Seçme Sınavı dendi buna. Daha önce karma bir sınava giriliyordu. Herkesin girdiği bir sınava görme engelli, işitme engelli, bedensel engelli, zihinsel engelli kişiler de giriyordu. Aynı şartlarda rekabet etmek durumunda kalıyorlardı. Tabiki bunun da bir takım dezavantajları bu kişilere yansıyor. Bu durumu ortadan kaldırmak amacıyla ÖSYM Başkanlığı’yla düzenlenen, yapılan çalışmalar neticesinde ayrı bir sınav oluşturuldu. Görme engelliler için farklı metodlarla, işitme engelliler için belli kelimelerin hiç kullanılmadığı, daha basitleştirilmiş sorularla, zihinsel engelliler için gene hafifletilmiş sorularla, hatta şizofreni gibi kronik psikiyatrik problemi bulunan kişiler için tek başına sınıfta sınava girme avantajlarını da sağlayan bir takım uygulamalarla, elini kullanamayanlar için yanında yazıcı desteği, okuyucu desteği sağlayarak bu sınavı tamamladık. Yaklaşık 60 bin sınava giren kişi oldu Türkiye genelinden. Bir 60 bin kişi de kurayla yani lise mezunu olmayan kişiler için başvuru oldu. Neticede 7749 kişi için kontenjan açılmıştı. Bunun 5000’e yakını yerleştirme şeklinde tamamlamış olduk. Şu anda atamalar hala devam ediyor. Yerleşmiş olan arkadaşlarımızın işe başlama işlemleri devam ediyor. Ama şunu biliyoruz, birçok açtığımız kadrolarımız aslında yeterince nitelikli, vasıflı personel, engelli kişi bulunamadığı için boş kaldı. Özellikle sağlık sektöründe, tarım sektöründe diyanetle ilgili alanlarda boşluklarımız kaldı. Bu nedenle Devlet Personel Başkanlığı’yla yeniden bir kadro çalışması, kamu kurumlarından kadroların %3-4 lük kotaların doldurulması ile ilgili çalışmalar aşağı yukarı tamamlandı. Öyle zannediyoruz 2013’ün başında tekrar bir aynı sınavın sonucuyla yerleştirme yapılabilir.

İstihdamın çok önemli bir parçası özel sektördü. Özel sektörde istihdam için özellikle önümüzdeki günlerde bu konuyla ilgili kurumlarda rehberlerin oluşması, engelli kişilerin özel sektörde de istihdamını teşvik edecek bazı uygulamalar ve engelli girişimciliği dediğimiz kişinin kendi işini kurmasını teşvik eden bazı mekanizmalar da KOSGEB Başkanlığı'yla önümüzdeki haftalarda açıklayacağımız, yapacağımız programlarla geniş bir alan sunmuş olacak engelli arkadaşlarımıza. Bir diğer son alan ise, istihdamla ilgili korumalı işyeri, destekli işyeri çalışması. Bu da özellikle kamuda ve özel sektörde yer bulamayan kişiler için sağlanan bir imkan olacak. Bunu da daha ziyade sivil toplum kuruluşlarıyla, onların işletmeleri olacak şekilde götürmeyi arzu ediyoruz.

İstihdamın dışında çok önemli 2012 önceliğimiz olan erişilebilirlik çalışmalarında malumunuz Türkiye'de yolların, caddelerin, parkların, kamu alanlarının, binaların, hastanelerin, okulların, sosyal tesislerin, spor alanlarının herkes için erişilebilir olmasına yönelik yoğun bir çalışma bekliyordu. Bu konuyla ilgili elimizde standartlar tam değildi. Standartlarımız şu anda aşağı yukarı tamamlandı. Bu standartlara uygun uygulamaların yapılması ile ilgili farkındalık çalışmaları, bilgilendirme, bilinçlendirme, nasıl yapılacağı ile ilgili bu düzenlemeler. Bunlarla ilgili Türkiye'nin geneline iki tur yaptık. Belediye başkanlarımızı, teknik ekiplerini, kamu kurum yöneticilerini toplantılarda detaylı bir şekilde uygulamalı olarak bilgilendirdik. Neticede şu anda herbir kamu yöneticisi artık ne yapması gerektiğini biliyor. Nasıl yapması gerektiğini biliyor. Bununla ilgili kaynağını da ayırdı diye tahmin ediyoruz, çünkü 2012 Temmuz'unda Türkiye'de geçerli olan Özürlüler Kanunu'nun en önemli bu konuyla ilgili maddelerinin gereği olarak bu çalışmaları tamamlama gereği bulunmaktaydı. Temmuz ayında kanunda ufak eklemeler yaptık, 1 yıl ek süre koyduk. Bu konuyla ilgili düzenlemeler nasıl yapılacak, kişiler düzenlemeleri yapmazsa hangi ceza yükümlülükleri gelecek, bu cezalar nasıl uygulanacak? Bütün bunları tanımlayan bir yönetmelik hazırlamak üzere 1 yıl ek süre aldık. Ama öyle zannediyoruz süre dolmadan yönetmeliğimiz tamamlanmış olacak. Neticede biz aslında ceza uygulamalarını değil, güzel gerçekleştirilmiş erişilebilirlik uygulamalarını görmek istiyoruz. Bu yılın sonuna kadar hazırlamayı hedeflediğimiz bu yönetmelik çalışmasıyla da bunların tamamlanmasıyla ilgili, bunların uygulanmaması durumunda neler olacağını da ortaya koyan çalışmamızı da tamamlayarak yöneticilerimizin işlerini

kolaylaştırmayı arzu ediyoruz. Ceza uygulamayı değil, bu uygulamaları hayata geçirilmiş olarak görmeyi arzu ediyoruz.

Bütün bu çalışmalar, erişilebilirlik çalışmaları tabi ki ne için?. Hepimizin hayata üretken bir şekilde katılımını sağlamak için. Aslında bu kongrenin çok önemli konusu olan Bakım ve Rehabilitasyon konusu da hayata daha aktif katılmanın çok önemli bir parçası. Türkiye’de bu konuyla ilgili daha ziyade şu andaki yasal düzenlemeler, bakımı adeta aileden ayrı teşvik eder nitelikte. Bu yıl özellikle yapılan değişikliklerle de biz daha ziyade kişiye yerinde bakım hizmeti, yerinde destek hizmeti sunabilecek bir yapılanmaya doğru bütün hazırlıklarımızı tamamladık. Bu konuyla ilgili yaklaşık 10 civarındaki yasal düzenlemeyi de yeniden ele aldık. Özel bakım merkezleri ile ilgili yönetmeliklerimiz, resmi kurumlarla, yaşlı bakım merkezleri ile ilgili, huzurevleri ile ilgili bütün çalışmalarımızı bu nedenle yeniden ele aldık. Bunları öğleden sonraki politikalarımız ile ilgili bölümde biraz daha detaylı sunmayı düşündüğüm için burada çok ayrıntıya girmeden sizlerle paylaşmak istedim. Ama en önceliğimiz, özellikle yaşlılık alanında aktif yaşlanma , hayata üretken olarak dahil olmaktır. Bu konuyla ilgili geçen aylarda Viyana’da yapılan yaşlanmayla ilgili Bakanlar düzeyindeki toplantıda da Türkiye’deki yaşlı nüfusunun göreceli olarak çok fazla olmadığı bir ülke olmasına rağmen, halen genç nüfusun yoğun bir ülke olmasına rağmen, halen yaşlılık konusu ve bakım konusunun çok fazla alarm veren bir konu olmamasına rağmen Türkiye’nin bu konuda tedbirleri alıyor olması ve bir takım koruyucu çalışmalara ağırlık vermiş olması, bu ve benzeri programları çok yoğun bir şekilde ülke genelinde uyguluyor olması hakikaten bütün Avrupa ülkelerinden ve dünya ülkelerinden de çok takdir topladı. Bu konuda öyle zannediyoruz ki, Sayın Başbakanımızın önümüze koyduğu yol bize hakikaten çok büyük ufuklar açmakta. Çünkü Türkiye sadece kendisine değil, etrafında bulunan birçok ülkeye de model olabilecek bir ülke. Buradaki bir uygulama, Türkiye’ye özellikle yüzü dönük olan ülkelere büyük ışık vermekte. Burada uygulanan başarılı modeller özellikle benzer kültürleri içeren ülkeler tarafından da çok destek görmekte, rağbet görmekte. Bu nedenle bu tür kongrelerin özellikle uluslararası katılımlı ve daha ziyade tecrübe paylaşımlı bir şekilde düzenlenmesi bizim açımızdan da çok büyük önem taşıyor. Türkiye’de henüz boşluk olarak hissettiğimiz özellikle yaşlı bakımında, yaşlının yerinde, evinde, kendi bulunduğu mekanda desteklenmesiyle ilgili çalışmalarda çok büyük bir eksiklik olarak gördüğümüz mekan içi düzenlemeler, gerek kurum mekanları gerekse kişisel mekanlar

olabilir, bu mekan içi düzenlemeler konusundaki boşlukları doldurabilecek bazı çalışmalara ihtiyaç var. Bu konuda danışmanlık hizmeti verebilecek, bir evi bir kişisel mekanı artık bundan sonra yaşlı bir kişiye nasıl uygun hale getirebiliriz, bakım altındaki bir kişiye nasıl uygun hale getirebiliriz? Bununla ilgili danışmanlık hizmeti verebilecek özel sektör temsilcilerine, kamu kurum planlamacılarına ve hatta sivil toplum kuruluşu ve akademisyen açısından da bakışlara ihtiyaç var.

İşte bütün bu boşluklar personel, insan kaynakları, bakım modelleri, bakım kriterleri, standartların belirlenmesi bizim önümüzde çok büyük çalışma alanları olarak duruyor. Şu andaki yoğun çalışmalarımızı da, büyük mesaimizi de buna harcamış durumdayız. Ben öyle zannediyorum ki, bu kongrenin sonunda, bu 3 günün sonunda, hepimiz için, Türkiye için ve dünya için önemli bir takım basamaklar, bir takım sonuçlar elde edilmiş olacak. Bizim bunlara çok acilen ihtiyacımız var. Bu standartları, bu kriterleri geliştirmeye, özellikle izlemeyle ilgili metodları geliştirmeye çok acil ihtiyacımız var. Ama aynı zamanda Türkiye'yi yaşanabilir, bakım hizmeti açısından çok rahat hizmet alınabilir bir ülke haline getirmeye çok acil ihtiyacımız var. Turizm boyutunu da bu nedenle kongremize ekledik.

Yoğun bir çalışmayla kongre düzenlendi. Kongrenin düzenlenmesi süresince bizlere çok değerli bilimsel katkılarını, sosyal katkılarını sunan Geriatri Fizyoterapistleri Derneği'ne, çok değerli Başkanına, Yönetim Kuruluna ve Ekibine hakikaten şükranlarımızı sunuyoruz. Hepimiz için, bütün Türkiye için ve yurt dışından katılan bütün misafirlerimiz için de çok faydalı olduğunu düşündüğüm bu kongrenin başarılı geçmesini diliyorum.

Saygılar sunuyorum.

Şahin ARSLAN
İzmir Vali Yardımcısı

Sayın Müsteşarım, Sayın Genel Müdürüm, Değerli Mülki İdare Amirlerim, yerel yönetimlerimizin Belediye Başkanları ve temsilci düzeyindeki Katılımcıları, Sayın Hanımefendiler, Beyefendiler, Değerli Basın, hepinizi saygıyla selamlıyorum. İzmir Valiliği olarak böyle bir faaliyetin İzmir’de yürütülüyor olmasından, bu kongreye ev sahipliği yapıyor olmaktan da ayırıyetten mutluluk duyuyoruz. Ülkemizin en genç Bakanlığı olmasına rağmen özellikle kısa bir süre içerisinde insani çok güzel hizmetler gerçekleştiren ve adeta bir paradigma değişimi ve dönüşümü sağlayan Bakanlığımızın değerli mensuplarına, başta Sayın Bakana ve bu bakışa sahip değerli Hükümete teşekkür ediyoruz.

Şüphesiz ki, hepimiz bir gün yaşlanacağız ve bu konseptten, bu hizmetten yararlanan insanlardan birisi haline geleceğiz. Bir gerçek, dünya nüfusu hızlı bir şekilde yaşlanıyor. Önemli olan belli bir yaştan sonra da hayata optimistik bakabilmek, hayattan zevk alabilmek. Belki de şu an Türkiye toplumu olarak en çok sıkıntı çektiğimiz konu bu. Belli bir yaştan sonra insanımızın bir tükenmişlik sendromuna girmesi, hayattan yeterince zevk alamaması ve bakış açısını dönüştürmemesi. Yani güzel görüp, güzel düşünüp ve hayattan lezzet almak noktasında bir miktar sıkıntılarımız var. Diğer yeryüzündeki ülkelerin ve yurttaşların durumuna baktığımızda, şüphesiz ki insan sadece maddeden ibaret olmadığı için özellikle insanın ruhsal ihtiyaçlarının da karşılanmasında ve o tükenmişlik sendromunun hafifletilmesinde, yaşlı insanlarımıza ciddi bir destek ve hayata bakış açılarını dönüştürme konusunda katkı gerekiyor. Bu tarz faaliyetler özellikle geriatrik faaliyetler ve dezavantajlı kesimlere yönelik bu etkinlikler hatta bunun daha organize hali turizmi, sağlık turizmi ve geriatri turizmi diyebileceğimiz konsept yeni zamanların ve yeni dönemlerin önümüzde duran bir yapısı. Bizim de buna ayak uydurmamız, artık yaşlılarımızı bir kenarda unutulmuş birer insan olarak görmememizde Bakanlığın bu yeni politikalarının çok ciddi katkısı olacaktır. Yeni Büyükşehir yasamızla beraber özellikle belediyelerimize de hem çocuk, hem kadınlar konusunda daha ciddi mesuliyetlerin yüklenmiş olması, yaşlıların yanında tüm yaşamı kuşatan alanlarda sosyal hizmet modellerini yerel yönetimlerimizin de katkı verecek



olması, bu hizmetin daha organize ve daha neticeye gidecek şekilde gerçekleşmesini kolaylaştıracaktır.

İzmir Geriatri Turizminde ve Yaşlı Bakım Turizminde Türkiye'nin önemli noktalarından birisi. Özellikle termal imkanları ve fizik tedavi ve rehabilitasyon olanaklarıyla ciddi bir alt yapıya sahip. Model uygulamaların yapılabileceği, yeni politikaların denenebileceği bir blok bölge olarak algılanabilecek bir ilimiz. Umarım bundan sonra yaşlı bakım modellerinde Sayın Genel Müdürümüzün bahsettiği gibi daha çağdaş, daha insani ve daha öze indirgenen yaklaşımlar esas olur. Yaşlılarımızın, özellikle optimistik bakış açısı ve hayattan zevk alma ve hayatın anlamından kopmama noktasındaki dezavantajlarını kurumsal olarak ve devlet destekli, üniversitelerimizin ve akademisyenlerimizin katkısıyla gideririz. Muhakkak ki bu projelerde akademik desteğe, bu anlamdaki yeni bilimsel verilere ihtiyacımız var.

Bizler İzmir Valiliği olarak ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İzmir İl Müdürlüğü olarak bu gelişmeleri, bu yeni yaklaşımları öncelikle uygulamak için maksimum gayret gösteriyoruz. Birçok konuda model olabilecek çalışmalar yaptık İzmir'de. Bundan sonra da bize düşecek olan her türlü vazifeyi memnuniyetle yerine getirmeye hazırız. Tekrar sizlere İzmir'de ev sahipliği yapıyor olmaktan fevkalade mutluyuz. Hepinize hoş geldiniz diyorum.

Selam ve saygılarımı sunuyorum.

Ahmet ZAHTEROĞULLARI

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Müsteşarı

Sayın Vali Yardımcımız, Değerli Yardımcılarımız, Türk bilim dünyasının Saygıdeğer Mensupları, Sayın Başkanlar, çok Kıymetli Çalışma Arkadaşlarım, Değerli Katılımcılar, Değerli Basın Mensupları öncelikle herkesi Bakanlığım ve şahsım adına sevgi ve saygıyla selamlıyorum.

Biz ifade edildiği gibi, yeni bir Bakanlık olarak kadınlar, çocuklar, engelliler, yaşlılar, yoksullar, şehit yakınları ve gaziler nitekim desteğe ihtiyacı olan tüm dezavantajlı gruplar için politika üretmek ve uygulamakla görevli bir Bakanlığız. Geride kalan her bireyin elinden tutacak bir Bakanlığız. Buna ilişkin politikalar oluşturacak bir Bakanlığız. Sadece geride kalanın elinden tutmak değil, aslında geride kalmasını önleyecek politikaları da oluşturması gereken bir Bakanlığız. Sosyal politika, taktir edersiniz ki direkt insana dokunan, insan için üretilen politikalar ve uygulamalar içeriyor. Dolayısıyla kapalı kapılar arkasında bir masa etrafında oturup bizim sadece kamu görevlilerinin ya da bakanlık mensuplarının tek başına belirleyeceği politikalar olamaz. Bu nedenledir ki, biz diğer bakanlıklara haksızlık etmek istemem ama bilebildiğim kadarıyla bilimsel araştırmalara en çok yatırım yapan, kaynak ayıran ve bu araştırmaların sonucunu politikalarının merkezine koyan bir Bakanlığız. Bunun yanında yaptığımız tüm çalışmalarda, yasa çalışmalarında, kanun çalışmalarında, en küçük mevzuat çalışmalarında mutlaka akademisyenler, o konudaki sivil toplum örgütlerinin temsilcileri, merkezde ve taşrada uygulayıcı arkadaşlarımızı bir masa etrafında toplamak suretiyle hepsinin değerlendirmelerini ve görüşlerini bir araya getirerek bu metinleri oluşturuyoruz.

Son bir yıl içerisinde bir iki tane yasa çıkardık Bakanlık kurulduktan bu yana. Bunlardan bir tanesi kadına yönelik şiddetin önlenmesine ilişkin yasa, öbürü de şehit yakınları ve gazilerle ilgili yasa. Memnuniyetle ifade etmek isterim ki bu söylediğim hususun örneğini oluşturdu. İşin altını çizmek istiyorum. Her iki yasa da Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde temsil edilen, bulunan bütün siyasi partilerin oybirliğiyle çıktı. Bu sağladığımız geniş katılımın ve toplumsal mutabakatın sonucudur. Dolayısıyla ürettiğiniz her bir fikir, her bir değerlendirme bizim için çok kıymetli. Bunu için buradayız. Sizler bunun için buradasınız. Şüphesiz bilgi ve bilimin üretilme safhasındaki emeğe büyük



saygı duyuyoruz. Ama zannediyorum ki sizleri en mutlu edecek şey üretilen bu ilginin uygulamaya dönüştürülmesidir. Bunu hep birlikte yapacağız. Bu Bakanlık lütfen uzağınızda bir Bakanlık olarak görmeyin. Bu Bakanlık sizin kendi Bakanlığınız. Bir şey yapmak istediğinizde, bunun yapılması gerekir dediğinizde, kim bize şunu şöyle yapın, şunun şöyle yapılması gerekir dese, biz hemen onu çağırıp gel birlikte yapalım diyoruz. Bu kadar açığız. Çünkü hayat değişiyor, her geçen gün sosyal hizmetlere, hizmet çeşitliliğine duyulan ihtiyaç artıyor. Her bir ailenin, her bir bireyin ihtiyaçları birbirinden o kadar farklı ki her bir bireye ve her bir aileye yönelik biz hizmet sunabilmeliyiz.

Sadece politikaları oluştururken bilimsel çalışmalar değil, biz uygulamalarımızın da etki analizlerini yapıyoruz. Söz gelimi, sosyal yardımlar alanında yaptığımız her yardım, uyguladığımız her yardım politikasının hem öncesinde mutlaka bilimsel çalışma yapıyoruz, hem sonrasında etki analizleri yapıyoruz. Örneği, en son uygulamaya koyduğumuz eşi vefat eden kadınlara yönelik sosyal yardım uygulamasında mesela Boğaziçi Üniversitemizle çalıştık. Şimdi bir başka gelir getirici projeler ve mikro kredi uygulamalarının etki analizini bir başka üniversitemizle yapıyoruz. Dolayısıyla bu alandaki bütün politikaların izlenmesi ve etki analizinin yapılması gerekiyor. Çünkü bizim şöyle bir lüksümüz yok; “Yanlış yaptık hadi bunu düzeltelim” deme lüksümüz yok. Direkt insana dokunan, insanın yaşamını, sağlığını etkileyen politikalarda “Ne yapalım canım yanlış yaptık, düzeltelim” demek gerçekten o kadar kolay değil. O nedenle çok dikkatli davranmak zorundayız. Aslında biz kendimize çok da haksızlık etmeyelim. Son yıllarda bu alandaki gelişmeler belki tatmin edici düzeyde değil, ama bizi mutlu edici ve umut verici düzeyde. Aslında sosyal politikaların tarihine baktığımızda sosyal devlet kavramının doğduğu, bu bilimin doğduğu ülkelerden farklı bir tarihsel gelişimimiz var. Biz sömürge dönemlerini yaşamadık. Sömürgeci bir devlet olmadık. Sanayi devrimini de yaşamadık. Bu ekonomik anlamda hep hayıflandığımız birşey, ama sanayi devrimi yıllarının getirdiği çok ciddi insani trajedileri de yaşamadık aslında. Çünkü bizim geçmişimizde, tarihimizden, medeniyetimizden bahsedilecekse işte birçoğu bunu vakıf medeniyeti diye adlandırır. Vakıflar gibi kurumlar, toplumumuzun kendi dinamikleri yoksula, yaşlıya, toplumun her kesimine destek olacak mekanizmaları oluştururdu. Modern devlet anlayışıyla da Osmanlı Devleti’nin son dönemlerinde bilhassa burada rahmetle anmalıyız ki birçok uygulama birçok alanda olduğu gibi modernleşme alanında olduğu gibi Sultan Abdülhamid döneminde hayata geçirilmiş. Sultan Abdülhamid bizim tarihimizin

en çok tartışılan padişahlarından biridir. Değerli arkadaşlar seversiniz sevmezsiniz, dünya görüşünüz, tarih bilginiz veya tarihi yorumlama biçiminize göre onunla ilgili bir değer ve kanaat oluşturabilirsiniz. Ama şunu ifade etmek zannediyorum kadirşinaslığın ve hakperesliğin gereği olsa gerek bizim aydınlanma dönemimiz için, modernleşme dönemimiz için Sultan Abdülhamid ve dönemi dönüm noktalarından, temel taşlarından biridir. Aslında cumhuriyeti kuran, bize emanet eden kadro da, aslında onun oluşturduğu modern eğitim kurumlarından yetişen kadrolar. Ben o kısmına girmek istemiyorum. Sadece kendi alanımızla ilgili bir Darülaceze örneği var, yeni bizim Bakanlığımıza bağlandı, Kanun Hükmü ve Kararname ile birlikte yeni bir yönetim kurulu oluştu. Bu Cumartesi günü de Sayın Bakanımızın Başkanlığında geniş katılımlı bir toplantı yapacağız. Darülacezeyi görenleriniz olmuştur. Nizamnamesini okumayan varsa gerçekten okumasını tavsiye ederim. Ben de gördüğüm zaman, ben bazen özeleştiri yaparken basında acı itiraf diye yer alıyor. Aslında özeleştiri yaparken çekinmiyorum; çünkü biz özeleştiri yapmazsak doğruyu bulmakta zorlanırsınız. Doğru politikalar oluşturamayız. Bu ne kendimizi ne geçmiş kötülemek değil. Daha iyiyi arayışın bir yöntemidir. Darülaceze nizamnamesi, düzenlemesi ve uygulaması bugün bizim ulaştığımız noktadan, geldiğimiz yerden daha ileride. Benim gözlemim bu, zannediyorum Arkadaşlarımdan değerlendirmesi de o. İl Darülaceze müessesesi, niye müessese bakın başka bir şey değil, işletme olarak kurulmuş. Çünkü orada bir rehabilitasyon var. Orada kalan yaşlıların üretime katılmalarını ve birşey üretmelerini öngörmüş, bunun gelirinden onlara pay vermiş, orada kalma şartları, bakım modelleri, her biri insani bir ihtiyaçtan doğmuş. Bir tek her dinin, orada kalan yaşlıları için, her din için ayrı din adamı görevlendirilmiş, ayrı dini kurumlar oluşturulmuş. Camisi, şapeli, havrası, bir tek sadece dinler için değil, her mezhep için de ayrı din adamları görevlendirilmiş. Bir tek kişi için arkadaşlar din adamı görevlendirilmiş ve maaş ödenmiş. Farklı mezhebe sahip ve farklı bir etnik yapıdan gelen bir tek kişi için din adamı görevlendirilmiş. Bunların hepsi sentte, nizamnamede garanti altına alınmış.

Şimdi biz geldiğimiz noktada, aslında az şey dedim ama küçümsemeyelim, son yılda özellikle devletin sosyal politikaya, sosyal alana, sosyal transferlere ayırdığı kaynak çok ciddi şekilde arttı. 2002 yılında 1 milyar 376 milyon lira bütün ayrılan kaynak. Bu yıl 19 milyar geçtik. Önümüzdeki yıl 20 milyarın üzerinde bir kaynak ayıracağız bu alana. Azımsanmayacak bir kaynak değil. Biz devletimize, milletimize ve hükümetimize bu konuda müteşekkirimiz.



Gerçekten de hiçbir fedakarlıktan kaçınılmıyor. Bize düşen görev, hep beraber sadece Bakanlık olarak değil, sadece politikayı oluşturanlar değil, bu alanda kafa yoran, bu alanda hepimize düşen görev; milletimizin ayırdığı bu kaynağı çok daha yerinde ve etkili kullanabilmek. Aslında bizim son bir yıllık çalışmamızın, Genel Müdürümüzün söylediği, üzerinde gece yarılarına kadar yoğunlaştığımız çalışmalarımızın özünü de bu oluşturuyor. Biz ne yaparız da bu kaynağı daha iyi kullanırız ve biz insanımıza daha iyi nasıl hizmet ederiz? Sonuçta sosyal politika refahı, topyekün bir taraftan refahı artırırken, öbür taraftan o refahın toplumun tüm kesimlerine dokunmasını, yayılmasını sağlamak değil mi?. Biz bu gün dünyanın 16., 17. büyük ekonomisiyiz. Gönül isterdi ki biz sosyo ekonomik gelişmişlik düzeyinde de aynı sıralarda olalım. Ama hepiniz biliyorsunuz çok daha gerilerdeyiz. Bizim 2023 hedefimiz dünyanın en büyük 10 ekonomisinden biri olmak. Ama aynı zamanda sosyo ekonomik gelişmişlik bakımından da biz dünyanın en iyi 10 ülkesinden biri olmalıyız. Değerli arkadaşlar, biz bir refah toplumu yaratmalıyız. O zaman gelişmiş ve kalkınmış olacağız. Kalkınmışlığı gelişmeyi sadece üretimle, sadece ihracatla, sadece ekonomik gelişmişlikle ifade eder, toplumun kesimleri arasında gelir dağılımı adaletini sağlayamazsak, sosyal refahı sağlayamazsak, elde edilen kalkınmanın, üretimin, gelirin toplumun tüm kesimlerine ulaşmasını sağlayamazsak, o zaman belki ekonomik olarak kalkınmadan bahsedebiliriz, ama bir gelişmeden, bir refah toplumundan zannediyorum bahsedemeyiz.

Bu 20 milyarlık harcamanın içinde bu alana da yönelik çok ciddi rakamlar var. Biz şu anda 1 milyon 300 bin insanımıza yaşlı ve engelli olması hesabıyla bir ücret ödüyoruz. Aylık sosyal yardım yapıyoruz. Bunun değeri yaklaşık 3 milyar Türk Lirası. Yine 400-410 bin her ayda artıyor. Engelli veya bakıma muhtaç yaşlı yurttaşımıza bir asgari ücret tutarında evde bakım ücreti ödüyoruz. Engelli çocuklarımızın özel eğitimi, onların okula erişimleri, beslenmelerine ilişkin harcamalar topladığınızda sadece sağlık giderleri hariç 1 yılda 5-6 milyar Türk Lirası, sosyal güvencesi olmayan insanlarımızın sağlık hizmetinden yararlanması için harcıyoruz. Geçmişte adı yeşil karttı, bugün gelir testine bağlı GSS sigortası kapsamına alındı. Kimse açıkta, aç ve bu hizmetlerden mahrum kalmamasını istiyoruz. Şimdi yapmamız gereken şey, bunu daha da ileriye götürmek. Yatılı kuruluşlarımızda aslında belli bir kalite ve standartı yakaladığımızı düşünüyoruz. Bu anlamda biz Bakanlık olarak aslında bir taraftan sosyal politika oluştururken bir taraftan da uygulamayı yapan, kuruluşları işleten, sosyal hizmeti direkt sunan bir Bakanlığımız. Ama önümüzdeki

dönemde daha çok sosyal politikayı oluşturan, standartları belirleyen, denetleyen, ama hizmeti toplumun başka kesimlerinden yerel yönetimlerden, sivil toplum kuruluşlarından ve özel sektörden almaya yönelik bir gelecek projeksiyonumuz var. Bu lütfen yanlış anlaşılmasın, bu kuru bir özelleştirme değil. Üzerimizdeki hemen sorumluluğu, yükü atma değil tam tersine toplumun başka kesimlerinin dinamizminden yararlanma arayışı. Çünkü sivil toplum geliştikçe, yerel yönetimlerin bu alandaki tecrübeleri ve uygulamalarında bizi çok mutlu eden uygulamalar var. Kimi yerlerde Bakanlığın da "Bizim bunu yapmamız lazım, Türkiye geneline yaygınlaştırmamız lazım" dediğimiz Kaymakamlarımızın, Valilerimizin, sosyal yardımlaşma vakıflarımızın, belediyelerimizin çok güzel uygulamaları var. Bunları yadsıyamayız. Bunlardan iyi örnekleri desteklemek ve yayandırmak zorundayız. Sivil toplum kuruluşlarının kendi kıt kaynaklarıyla oluşturdukları hizmet alanları var. Bunları desteklemeliyiz.

Dünyanın hiçbir ülkesinde bu alan sadece bir bakanlığın, sadece devletin tek başına uğraştığı bir alan değil. Sivil toplumun, gönüllü kuruluşların yerel yönetimlerin mutlaka katkısı var. En zengin, en gelişmiş ülkelerde dahi. Dolayısıyla bizim bir taraftan yatılı kuruluşlarımızla ilgili daha iyi hizmet verme imkanlarını araştırırken, burada demin Darülaceze örneğinde söylediğim bakım konusunda mükemmel değiliz ama iyiyiz, kötü değiliz. Ama rehabilitasyon konusunda doğrusu, sizin de gözlemleriniz var benim de çok ciddi endişelerim var. Ne kadar rehabilitasyon hizmeti verebiliyoruz? Biz huzurevlerimize müessese gözüyle, bakım rehabilitasyon merkezlerimize müessese gözüyle bakabiliyor muyuz? Bu insanları üretken düşünebiliyor muyuz?. Sonuçta hedefimiz kaliteli yaşlanma ise, ömrünün tüm vakitlerini, tüm yaşları onurlu, mutlu, refah içinde ve kaliteli geçirmekse, bu alanda daha çok kafa yormamız gerekiyor.

Gündüzlü hizmet kuruluşları, gündüzlü hizmet modelleri alanına bilhassa dikkatinizi çekmek istiyorum. Bu konuda sizlerin düşünceleri, tecrübeleri ve başka ülkelerdeki bu uygulamalara ilişkin tespit ve önerileriniz bize yol gösterici olacaktır. Benim gözlemim, Bakanlığın Müsteşarı olarak, genel kamu yöneticisi olarak, bu alanda bakım alanında olduğu kadar iyi değiliz. Geçen İstanbul'da katıldığım bir toplantıda bir büyükelçimiz bana dedi ki "Eşim ve ben Büyükelçiyiz" dedi, Emekli Büyükelçiyiz. Annemize, bakmak istiyoruz. Aslında bir yere bırakmak ta istemiyoruz ama biz sosyal insanlarız, yaşamımızın tümünü sosyal alanda geçirdik. Davetlere gidiyoruz, toplantılara katılıyoruz. Bir



yere gitmek istediğimizde, iki saat bırakacağımız bir yer olsun, sadece bunu istiyorum dedi. Ama onu rencide etmeden bırakacağımız bir yer.” Aynı şekilde engellilerimiz için de ben sıkça şunu diyorum. Tamam ben çocuğumdan aciz değilim bakıyorum, ama o anne babalarında bir nefes almaya ihtiyaçları var. Gündüz, hiç olmazsa kapalı alan evin dışına çıkarıp, bir yerde onlar oyalanırken, bir nefes alırken onlara bakan kişilerin de nefes alması lazım. Dolayısıyla bu önümüzdeki dönemde biz gündüzlü hizmet kuruluşlarına birazcık daha ağırlık vereceğiz.

Aslında bu konuda bir açılış konuşmasının ötesine geçtiğimin farkındayım. Söylenecek, konuşulacak çok şey var. Ama ben her şeyi konuşursam üç güne ihtiyaç kalmaz zannediyorum. Bir de değerli arkadaşlar, biz bir taraftan kendi yurttaşlarımız için hizmet modellerimizi geliştirirken, öbür yandan da sahip olduğumuz zenginliklerimizden dünya insanının, tüm insanlığın yararlanmasına da fırsat tanımalıyız diye düşünüyorum. Bu işin tabi birazcık duygusal tarafı da var. Bildiğim kadarıyla ülkemiz termal kapasiteye sahip dünyanın 7 ülkesinden birisi. Bugün itibarıyla yatılı kuruluşlarımızın bir kapasitesine baktım, termal turizm alanında turizm işletme belgeli ve yatırım belgeli yatak kapasitesi 11.000 civarında. Bir 16.000 de belediye belgeli, işte 27.000 işletme. Ama sadece ruhsatlandırılmış alanlardaki potansiyel 100.000'nin üzerinde. Ülkemizin son 20 yılda turizm alanında yaptığı hamleyi bu spesifik alanda da yapmasını ümit ediyorum. Hep birlikte bunu teşvik etmeliyiz. Aslında ben Çalışma Bakanlığında Müsteşar Yardımcısıyken bu konuda Hazine Müsteşarlığıyla, Teşvik Uygulama Genel Müdürlüğü'yle bir çalışma yürütmüştük. Zannediyorum, bu konuya ilişkin teşvik politikaları da oluşturuldu, yakından izleyemedim. Ama bu kongrenin de gündem maddelerinden biri olduğunu biliyorum. Bu konuda da modeller çıkarmalıyız, çünkü yetişmiş termal kapasitemizin yanında, insan gücümüzle başka ülkelerin insanlarına da çok daha kaliteli ve ucuz hizmeti sunabileceğimizi düşünüyorum. Şüphesiz kendi insanlarımızın ihtiyaçlarını gözardı etmeden.

Evet ben bu kongrede emeği geçen herkese çok teşekkür ediyorum. Çok faydalı sonuçlar doğuracağına inanıyorum. Başarılı geçmesini diliyorum.

Herkese saygıyla selamlıyorum.

BAKIM VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİNDE POLİTİKALAR

Oturum Başkanı

Prof. Dr. Nuray KIRDI

Konuşmacı

Dr. Aylin ÇİFTÇİ



TÜRKİYEDE YAŞLILIK

Dr. Aylin ÇİFTÇİ

*Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürü*

65 yaş üstü : % 7,3 (2012)

65 yaş üstü : %17,6 (2050)

Doğuştaki beklenen yaşam süresi: 74,6 (2012)

Doğuştaki beklenen yaşam süresi: 79 (2050)

YAŞLILAR - 60 Yaş



YAŞLILAR - 65 Yaş



YAŞLILAR - 75 Yaş



İller Bazında Yapılanma



Planlanan Merkezler



İller Bazında Yapılanma



Planlanan Merkezler



Politika İçin Prensipler

Kişiyi yerinde destekleme, aile bütünlüğü
Aktif yaşam
Bireysel bakım modeli
Politika belirlerken temsili katılım
Multidisipliner yaklaşım
Önleyici ve koruyucu tedbirler
Kültürel değerler

Hizmet Adı

Evde bakım aylığı
Evde destek hizmeti
Umut evi
Yaşam Evi
Engelsiz yaşam merkezi
İhtisaslaşmış bakım merkezi
Huzurevleri
Bakım merkezleri
Yaşlı bakım merkezleri
Gündüz bakım merkezi
Yaşlı hizmet merkezi

İhtiyaç Analizleri

- Yaşlı ve aile ilişkileri araştırması (2005)
- 2010 Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler araştırması.
- Akdeniz Üniversitesi Yaşlılık Araştırması
- Yaş dostu şehirler çalışması sonuçları
- Yeni araştırmalar

Yaş Dostu Şehirler Çalışması

- Fiziksel mekanlara erişimde kısıtlılık
- Sağlık hizmetlerine erişimde güçlük
- Sosyal hayata katılım problemleri
- Üretkenlik?
- Güvenlik
- Bilgiye erişim
- Aktif yaşlanma
- Nesiller buluşması

Yaşlanma Ulusal Eylem Planı - Yüksek Planlama Kurulu: 2007 yılı

- Kalkınma
- Sağlık
- Refahın artırılması
- Destekleyici ortamların sağlanması

Bakım Stratejisi ve Eylem Planı 2011-2013

- Stratejik öncelikler
- Evde bakım
- Kurumsal bakımdaki eksikliklerin giderilmesi
- Eğitim programları
- Teknolojilerin geliştirilmesi
- Bakım güvence sistemi geliştirilmesi

Politika Belirleme Adımları

- Yaşlılık hizmet modelleri ve politikalar çalıştay
- Kuşaklar arası dayanışma ve aktif yaşlanma sempozyumu
- YUEP uygulama programı çalıştay
- Yaşlı hizmet merkezi çalıştay
- Evde destek hizmeti çalıştay
- Alzheimer bakım merkezi çalıştay
- Ortez-Protez çalıştay
- Özel huzur evleri değerlendirme toplantısı

- Özel bakım merkezleri standart belirleme toplantısı
- Akıl hastalıkları ve zihinsel engelliler için bakım modeli geliştirme projesi

Uluslararası İşbirlikleri

- 2002 Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı
- UNECE Yaşlanma Bakanlar Konferansı
- EASPD
- ESCAP
- AVRUPA KONSEYİ

Programlar

- Kurumlar arası iş birliği
- Sertifika programları
- Üniversiteler için yeni alanlar
- Yerel yönetim kanununda düzenlemeler
- Araştırmaların teşvik edilmesi
- STK destek programları
- Yaş Dostu Şehirler
- Bakım sigortası

Hedefler

- Bakım modellerinin geliştirilmesi
- Bakım model standartlarının geliştirilmesi
- İzleme denetleme mekanizmalarının geliştirilmesi
- Kurumsal bakımdan yerinde bakıma geçiş
- Bakımda multidisipliner yaklaşımın geliştirilmesi
- Bakım sigortası
- Bakım turizminin yaygınlaştırılması

PANEL 1

ÜLKEMİZDE YAŞLI BAKIM MODELLERİ VE REHABİLİTASYON TURİZMİNE GENEL BAKIŞ

Moderatörler

Prof. Dr. Sema SAVCI

Yaşar KOCAOĞLU

Konuşmacılar

Ayhan METİN

İbrahim YAZAR

Enginer BİRDAL

Akın SARI



BAKIM ve REHABİLİTASYON TURİZMİNE GENEL BAKIŞ

Ayhan METİN

*Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Bakanlık Müşaviri*

Toplumun gerek eğitim gerekse maddi sınırlılıkları olan ve çeşitli dezavantajlar nedeniyle toplumsal hayat içinde insan onuruna yaraşır bir yaşam sürme olanağına sahip olmayan kesimlere yönelik yürütülen hizmetleri birleştirmek; sosyal yardımlar ile sosyal hizmetleri birlikte yürüterek bu hizmetlerin hane refahına olan etkisini azami kılmak; kadın, çocuk, genç, yaşlı bireyi kuvvetlendirmek ve dolayısıyla aileyi güçlendirmek amacıyla, 3/6/2011 tarihinde Bakanlar Kurulu tarafından kararlaştırılan ve 8/6/2011 tarih ve 27958 sayılı Mükerrer Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı” kurulmuştur. Bakanlığın ana hizmet birimleri olarak;

- Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
- Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü
- Şehit Yakınları ve Gazi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bulunmaktadır.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü; engelli ve ileri yaştaki bireylerin ayrımcılığa uğramadan anayasal haklarından yararlanarak toplumsal hayata katılmaları için ulusal düzeyde politika ve stratejilerin belirlenmesi çalışmalarını koordine etmek, bu alanda yürütülen sosyal hizmet faaliyetlerine ilişkin ilke, usul ve standartları belirlemek, ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile gönüllü kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak görevindedir. Genel Müdürlüğümüz; engelli ve yaşlıların yaşamın tüm alanlarına bir birey olarak katılımlarını sağlanması konusunda ortaya koyduğu politika ve stratejilerle etkin ve lider bir kurum olma sorumluluğunu taşımaktadır.

Bu alanda Genel Müdürlüğümüz hizmet götürmek amacıyla oluşturduğu politikalar ve ukdesinde yürüttüğü hizmetler, yeni projeler bulunmaktadır. Özellikle engellilerin istihdamı, erişebilirlik, bakım hizmetlerini geliştirici



çalışmalar hız kazanmıştır. Hali hazırda engelli ve ileri yaştaki bireylere süreli ve sürekli bakım hizmeti sunulmaktadır

İleri yaştaki bireylerin bakımı için açılan “Huzur Evleri ve Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri”nde, 2012 yılında 11.732 kapasiteli 106 Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezinde 4454 kadın, 6238 erkek olmak üzere toplam 10.692 yaşılmıza yatılı bakım hizmeti verilmektedir. Bakanlığımızca açılış izni verilen Dernekler, Vakıflar, Azınlıklar ile Gerçek ve Tüzel kişilerin işletmekte olduğu huzurevi sayısı 167 olup, kapasitesi 9985’dir. Türkiye’de faaliyette bulunan resmi ve özel huzurevi sayısı 295, toplam yatak kapasitesi toplam 24.296’dır.

Engelli bireyler için “Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi” Ekim 2012 verilerine göre toplam 6032 kapasite ile 92’ye ulaşmıştır. Engelliler için “Engelsiz Yaşam Evlerinde” bakım ve rehabilitasyon hizmeti sağlamaktadır. 2009 yılında başlanılan engelsiz yaşam evi Ekim 2012 verileri doğrultusunda 182’e ulaşmıştır. Bakanlığımızca açılma izni verilen ve bir engelli bireyin bakımı karşılığında iki net asgari ücret ödenen, özel bakım merkezleri sayısı Ekim 2012 verileri doğrultusunda 12.362 kapasite ile 147’ye ulaşmıştır.

Bakım hizmeti verilmesinde bakım ihtiyacında bulunan kişinin yakını tarafından evde bu desteği sağlanması amacıyla gelir düzeyi ve engellilik durumunun ağırlığına göre maddi destek “bir asgari ücret” sağlanmaktadır. Evde bakım hizmetine ilişkin çalışmalar devam etmektedir. Bu alanda bakım verenin bilgilendirilmesine yönelik “Bakım Hizmeti Uygulama Rehberi” hazırlanmıştır. Kongre boyunca rehberle ilişkin görüş ve önerilerinizi bekliyoruz.

Bakanlığımızca bakım hizmetlerinin kalitesinin artması, yaygınlaşması, bakım kriterlerinin geliştirilmesi, bakım hizmeti seçeneklerinin artırılması ve yeni modellerin oluşturulması, standartlarının belirlenmesi ve finansmanına yönelik ciddi çalışmalar bulunmaktadır. Bu alanda birikim, deneyim ve çalışmalar göz önüne alınarak bakım hizmetinin geliştirilmesi çalışmaları yapılmaktadır.

Dünyada gelişen teknolojiyle birlikte yaşam süresindeki artış, ülkelerde “demografik kayma” ya da “demografik deprem” denebilecek değişimlere neden olmaktadır. Birleşmiş Milletler tarafından ilki 1982 yılında Viyana’da,

ikincisi 2002 yılında Madrid'de düzenlenen dünya Yaşlanma Asamblesinde BM'ye üye tüm ülkelerin yaşlı akımına karşı gerekli önlemleri hayata geçirmeleri tavsiye edilmiştir.

Almanya, Hollanda, Belçika gibi pek çok Avrupa Birliğine üye ülkelerde 65 yaş ve üstü nüfus oranının genel nüfusa oranı %20'ler civarındadır. Avrupa Birliği kendi bünyesinde ayrı bir birim oluşturmuş ve AB genelinde bu gelişmeleri yakın takibe almıştır. Çeşitli ülkelerde ulusal enstitüler kurulmuş, mevcut altyapıları iyileştirici ve/veya destekleyici önlemler alınmış, bölgesel işbirliği ve sosyal politikalar kapsamında ayrı yaşlanma politikaları oluşturulmuştur.

Birleşmiş Milletler ve Dünya Yaşlanma Örgütü verilerine göre şuan 600 milyon civarında olduğu belirtilen 65 yaş ve üstü bireylerin sayısının 2050 yılında 2 milyarı bulacağı öngörülmektedir. Bu artış yalnız Avrupa Ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş (şimdilerde sarsıntıda bulunan) ülkelerle sınırlı kalmamakta başta Türkiye olmak üzere geçiş döneminde ya da geçiş dönemini tamamlamak üzere olan ülkelerde ciddi oranlardadır. Bu nedenlerle ülkeler bakım politikalarını yeniden gözden geçirme ihtiyacındadır.

Dünyadaki söz konusu demografik değişiklikler ve artan maliyetler "Sağlık Turizmi"yle birlikte, bakım hizmetine duyulan ihtiyacı artırmakta, sadece Türkiye'de değil bir çok ülkede bu durum önemli bir sorundur. Artan yaşlı nüfus, engelli olma durumu, kronik hastalık oranları bu alanda politikaları gözden geçirmeyi zorunlu kılmıştır. Sağlık harcamaları, bakım hizmeti verebilecek insan gücü ve maddi kaynakların kısıtlılığı tüm ülkeleri yeni arayışlara itmekte ve "sınır ötesi sağlık hizmetleri", "sınır ötesi bakım hizmetleri" terimlerini günümüz literatürüne kazandırmaktadır.

Medikal ve Termal Turizm Sağlık turizminin önemli ayaklarıdır. İleri yaş ve engelli turizmi ise önümüzdeki günlerde daha önem kazanacaktır. Sağlık turizmi kapsamında, medikal müdahaleler, diş sağlığı, iyilik halini koruma yaklaşımları (SPA, WELNESS), spor, seyahat olanakları ile birlikte erişebilirlik, destek hizmetleri ve bakım (asisted residential) hizmetleri yer almaktadır. Özellikle ileri yaş turizminde tarihi ve inanç turlarıyla birlikte medikal müdahaleler, rehabilitasyon hizmetleri, tedavi kampları, meşguliyet terapilerinin yanında süreli bakım hizmetine de ihtiyaç duyulmaktadır.



Avrupa ülkelerindeki sağlık harcamalarının 2025 yılında önemli rakamlara ulaşacağı beklentisi, politika yapıcılarını sağlıkta koruyucu yaklaşım seçeneklerini artırmaya zorlamaktadır. Birçok Avrupa ülkesinde sağlık harcamaları bugünkü hizmetle eşdeğer devam ederse açık vereceğini beklenmektedir. Bu nedenle 65 yaş üzeri vatandaşlarını sağlıklı yaşam projeleri kapsamında sıcak ülkelerde (İspanya, Fransa kıyıları gibi) rehabilitasyon hizmetleri 1 hafta-1 ay süreli karşılanmaktadır. Özellikle nörolojik, romatizmal ve cilt hastalıkları ile ilgili Avrupa Birliği Üyeleri arasında hizmet sunumunda geçişler yapılabilmektedir. Değişen yasalarla (cross border health care) Avrupa Birliği Üyesi ülkeler dışındaki ülkelere de benzer hizmetlerin alınabilmesine olanak sağlanmaktadır. Kriterlere uygun, akredite hizmetlere ödemeler yapılabilmektedir.

Avrupa Birliği Üyesi ülkelerde yaşayan Türkiye vatandaşları ya da çifte vatandaşların süreli ve sürekli bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine erişiminde sınır ötesi yaklaşımlar gelişmektedir. Türkiye de bakım hizmeti sunan, denetleyen ve bu konuda politika üreten Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, kendine verilen görevler doğrultusunda ülkemiz için bir avantaj olabilecek bu fırsatların farkında olarak bugünkü kongreyi düzenlemiş bulunmaktadır. Kongremizin Ülkemiz ve vatandaşlarımız için hayırlı olmasını diliyorum.

Saygılarımla...

Kaynakça

- 1- <http://www.aile.gov.tr>
- 2- <http://www.saglikturizmi.org.tr>

TURİZMDE YENİ EĞİLİMLER

İbrahim YAZAR

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı

Tanıtım Genel Müdür Yardımcısı

Öncelikle; bu önemli kongrenin düzenlenmesinde emeği geçen başta Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına, ilgili birimlerine ve Geriatri Fizyoterapistleri Derneği olmak üzere tüm kurum ve kuruluşlara teşekkürlerimi sunarım.

Hepinizin bildiği gibi; uzun yıllar deniz, güneş, kum gibi doğal kaynakları kullanmaya yönelik iktisadi bir faaliyet olarak görülen turizmin ekonomik, sosyal ve kültürel etkileri 1950'lerden sonra fark edilmiştir. 1960'lı yıllardan itibaren de ülkelerin döviz darboğazı ve işsizlik gibi başlıca ekonomik sorunlarına turizmin çözüm getirebileceği görülmüş ve sektör bu nedenle kalkınmanın en önemli araçlarından biri haline gelmiştir.

2000'li yıllarla birlikte ulaşım ve iletişim araçlarının gelişmesi ve iletişim teknolojilerinin içerisinde internetin payının artmasıyla, turizm sektörü dünyanın en büyük ve en hızlı gelişen sektörlerinden birisi konumuna gelmiştir.

Çeşitli uluslararası kuruluşların turizm sektörünün geleceğine ilişkin raporları ve araştırma sonuçları göstermektedir ki turizm endüstrisi istikrarlı gelişmesini önümüzdeki yıllarda da devam ettirecek ve ülke ekonomilerindeki yeri ve önemi gitgide artacaktır.

Günümüzde her sektörde olduğu gibi turizmde de büyük bir değişim yaşanmakta; markalaşma, sürdürülebilirlik, alternatif turizm, konukseverlik ve dijital pazarlama gibi kavramlar öne çıkmaktadır. Bu yeni eğilim ve beklentilere cevap vermek de ürünümüzü sürekli yenileyerek, çeşitlendirerek mümkün olacaktır. Turizm alanında yapılan araştırmalarda, sağlık turizmine ve sağlık turizmi içeriğinde değerlendirdiğimiz termal turizme ve üçüncü yaş turizmine olan ilginin önümüzdeki dönemlerde artacağına dair güçlü işaretler mevcuttur.



Bilindiği üzere dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Daha önceki yıllarda yaşlı olarak değerlendirilen 50'li ve 60'lı yaşlar Avrupa'da "orta yaş grubu" olarak anılmaya başlamış ve bu yaş grubu ve üzerinin sayısı her geçen gün artmıştır. İşte bu grubun ikamet ettikleri, çalıştıkları ve her zamanki ihtiyaçlarını karşıladıkları yerlerin dışına yaptıkları seyahatler "üçüncü yaş turizmi" olarak adlandırılmakta ve bu turizm çeşidinin yakın gelecekte turizm pazarı içerisindeki payının önemli ölçüde artması beklenmektedir.

Bakanlık olarak tüm bu eğilim ve beklentileri dikkatle takip etmekte ve ülkemiz turizmini bu eğilim ve beklentiler ve sahip olduğumuz bu potansiyel doğrultusunda şekillendirmeyi hedeflemekteyiz.

Ülkemiz özellikle Avrupa'ya mesafe olarak yakınlığı, iklim koşulları ve sağlık turizmi, inanç turizmi, gastronomi turizmi gibi üçüncü yaş grubuna hitap edeceği düşünülen turizm çeşitleri bakımından sahip olduğu eşsiz potansiyel ile çok farklı turizm ürünlerine sahip bir destinasyon olarak öne çıkmaktadır. Bu amaçla; üçüncü yaş turizmini, tıp turizmi ve termal turizm ile birlikte sağlık turizmi çatısı altında düşünerek çeşitli stratejiler geliştirmekte ve bu alandaki altyapı ve tesis eksikliklerimizi gidererek, tüm bu turizm türlerinde pazar payımızı artırmak yönünde faaliyetler yürütmekteyiz.

Özellikle 1990'lı yıllardan itibaren ülkemizde gelişmiş ülkelerle rekabet edebilecek düzeyde sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Kamu sağlık hizmetlerinin yanı sıra özel sektörün de sağlık hizmetlerine ciddi yatırımlar yapmasıyla, özellikle büyük şehirlerimizde Avrupa standartlarıyla yarışabilecek düzeydeki özel sağlık kuruluşlarının sayısı artmaya başlamıştır. Bu sebeple ülkemize tedavi amacıyla dünyanın dört bir yanından ziyaretçiler gelmektedir. Ayrıca, coğrafi konumu ve sağlık sektöründeki yetişmiş ve eğitimli insan gücü ülkemizin sağlık turizminde tercih edilmesinin en önemli nedenleri arasındadır. Ülkemizin bu alandaki imkânlarını yaşlı bakım ve rehabilitasyonunu da içine alacak şekilde üçüncü yaş turizmi içerisinde değerlendirmemiz gerekmektedir.

Sağlık ve termal turizmin geliştirilmesi amacıyla Bakanlığımızca "Termal Turizm Kentleri Projesi" başlatılmış olup, bu kapsamda ülkemizdeki jeotermal potansiyeller dikkate alınarak bölgesel olarak yeni alanlar tespit edilmiştir. Jeotermal kaynak potansiyelinin belirlenmesi ve buna bağlı olarak belirlenecek alanlarda mülkiyet araştırmasının yapılması, altyapı imkânlarının saptanması,

alternatif turizm türleriyle ilişkilendirilmesi ve sonucunda termal amaçlı gelişim stratejilerinin belirleneceği araştırma raporu, il termal master planı ve bölge termal master planı hazırlanarak; belirlenen alanlarda çevre düzeni planlarının hazırlanması çalışmalarımız sürdürülmektedir.

Bu çalışma çerçevesinde; diğer turizm türleri ile entegre olabilecek ve destinasyon oluşturabilecek kapasiteye sahip olan ve öncelikli geliştirilecek bölgeler olarak Güney Marmara, Güney Ege, Frigya ve Orta Anadolu Termal Turizm Bölgeleri belirlenmiştir.

Ayrıca; bugüne kadar 2634/4957 sayılı Turizmi Teşvik Kanunu uyarınca ilan edilmiş ve halen yürürlükte bulunan 70 adet Turizm Merkezi ve “İzmir Dikili Termal Kültür ve Turizm Koruma ve Gelişim Bölgesi”, “İzmir - Bergama - Allanoi – Manisa – Soma - Menteşe Termal Kültür ve Turizm Koruma ve Gelişim Bölgesi”, “Rize - Çamlıhemşin Ayder Termal Kültür ve Turizm Koruma ve Gelişim Bölgesi” ve “Denizli Termal Kültür ve Turizm Koruma ve Gelişim Bölgesi” olmak üzere 4 adet Kültür ve Turizm Koruma ve Gelişim Bölgesi bulunmaktadır.

Bakanlığımız; ülkemiz turizminin geleceğini şekillendirmeye yönelik bir yol haritası olan “Türkiye Turizm Stratejisi 2023 ve Eylem Planı 2007-2013” kapsamında, sağlık ve termal turizminin geliştirilmesi için önemli kararlar almıştır. Bakanlığımızca bugüne kadar ilan edilen termal turizm merkezlerine ilişkin imar planları çalışmaları tamamlanmış olup, uzun vadede ülkemizin Avrupa’da sağlık ve termal turizmi konusunda birinci varış noktası olması hedeflenmektedir.

Yine Turizm Stratejisi 2023 çerçevesinde; Bakanlığımızca Frigya, Troya ve Aphrodisya Kültür ve Termal Turizm Gelişim Bölgeleri ilan edilmiş olup, bu bölgelerimizdeki jeotermal kaynaklar esas alınarak, termal kentlerin ve nitelikli kür ve tedavi merkezlerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Bakanlığımız, Sağlık bakanlığı ve sektörün öncü kuruluşları bir araya gelerek bir Sağlık Turizmi Platformu oluşturmuşlardır. Söz konusu platformun öncelikli görevi sağlık turizminin mevcut durumu, sorunları ve geleceğe dönük yapılması gereken faaliyetleri tespit etmek ve bu sektörün önünü açabilecek çalışmaları gerçekleştirmektir. Sağlık turizmi ve önemli bir parçası olarak

Üçüncü yaş turizmi önümüzdeki dönemde Türk turizminin en hızlı gelişen dalı olacaktır.

Bu gelişmelere paralel olarak; sağlık turizmi alanında ortaya çıkan ürünler, yurt içinde ve yurt dışında en etkin alanlarda yoğun bir şekilde tanıtılmaktadır.

Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi Kongresi'nin, üçüncü yaş turizmine farklı bir boyut ve bakış açısı katarak “bakım ve rehabilitasyon turizmi” konusuna dikkatleri çekeceğine ve ülkemizin ve İzmir'in bu alandaki mevcut potansiyelini gözler önüne sermemize imkân vereceğine inanmaktayım.

TURKEY HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM (HTP) STATUS IN TURKEY

Enginer BİRDAL

T.C. Sağlık Bakanlığı

Bakanlık Müşaviri

Sağlık Turizmi Derneği Genel Sekreteri

Prior to 2003

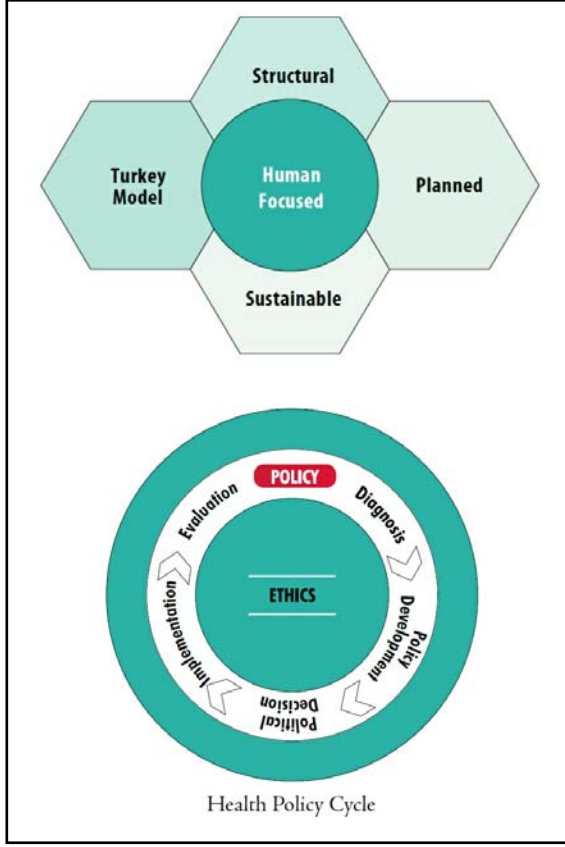
- A multiple and fragmented health financing system
- Disturbed actuarial balances
- No “national health accounts system”
- Problems in risk pooling
- Problems in access to health care services (even for majority of insurees)
 - Insufficient budget allocated for preventive and primary health care
 - 112 Emergency Health Services delivered as paid services for all citizens- both insured and uninsured
 - **Both the health service provider and the receiver were the victims of the system**

Health Transformation in TURKEY

Human-centered ethical understanding aiming at equal access by citizens to quality health services.

Structural, planned and sustainable system that is in conformity with the socio-economic realities of our country.





HTP in TURKEY

- Well-aware of the existing situation.
- Committed team rather than a professional team.
- Theoretical works,
- Country examples

Discussions with managers and field implementers

So what did we do?

- Focus on human
- Political decisiveness
 - Support of our Prime Minister and the National Assembly.
- First public support ensured by fast improvements:
 - No pawns at hospitals
 - Free 112 Emergency services
- Extensive transformation process
 - All public hospitals united under a single roof,
 - Citizens able to receive service from private sector by public insurance,
 - Poors able to benefit from public healthcare,
 - Family medicine implementation,
 - Free primary health care services for all,
 - Performance-based payment system,
 - Reference Pricing System
 - and many other simultaneous improvements.

How sustainable is the system?

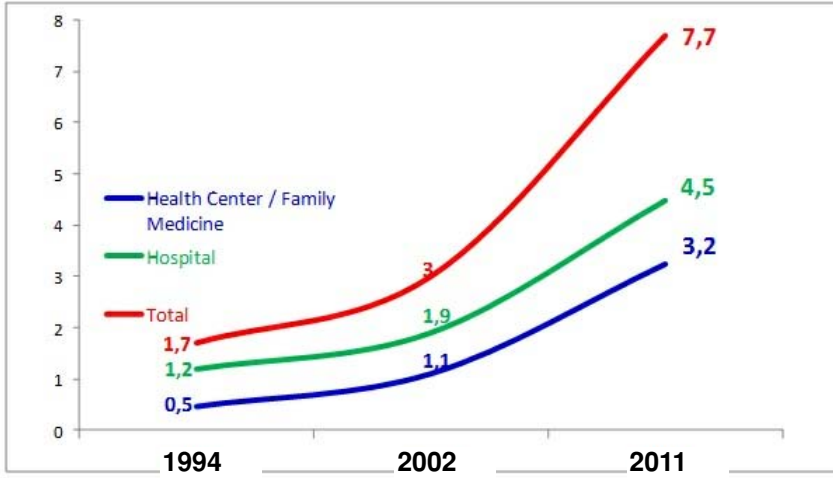
- Increased health expenditures parallel to economic growth.
- Increased efficiency
 - Outsourcing.
 - High-tech services with low (MR: 40 \$; CT: 35 \$) costs.
 - Decrease in pharmaceutical prices up to 80%...
- Very comprehensive service with just 600 USD per capita.
 - Free vaccines (including the most recent ones).
 - Free air ambulance services.

Free emergency and intensive care even in private s



STATUS in TURKEY

Easier Access to Health Services



STATUS in TURKEY

Mother and Child Health	1994	2002	2011
Prenatal Care %	63	70	94
Rate of Delivery at Hospital %	64	69	94
Follow-up Rate for Infants %	60	62	99
Baby-Friendly Hospital	18	141	817
Those receiving Reproductive Health Service (thousand)	2.226	3.260	8.165

**Target Population
Achieved (%)**

Screening and Support Programs	1994	2002	2011
Newborn Phenylketonuria Screening	21	59	97
Newborn Hearing Screening	0	0	75
Newborn Hypothyroidism Screening	0	0	97
Newborn Biotinidase Screening	0	0	97
Vitamin D Supplement for Babies for Free	0	0	96
Iron Supplement for Babies for Free	0	0	96
Iron Supplement for Pregnant Women for Free	0	0	96

Immunization Services	1994	2002	2011
Vaccines That We Implemented Routinely During Childhood	BCG Diphtheria Pertussis Tetanus Oral Polio Measles (6 antigens)	BCG Diphtheria Pertussis Tetanus Oral Polio Measles Hepatitis B (7 antigens)	BCG Quinary combined vaccine Diphtheria Uncellular pertussis Tetanus Polio Haemophilus influenza type B Trinary combined vaccine Measles Rubella Mumps Hepatitis B Conjugate pneumococcal (11 antigens)



112 Emergency Services	1994	2002	2011
Ambulance	33	618	2.782
Rural Population Getting Service (%)	0	20	100
Transferred Case	24.000	350.000	2.700.000
Ambulance Helicopter	0	0	19
Ambulance Plane*	0	0	4
Sea Ambulance	0	0	4
Ambulance with Snow Palette	0	0	194
Emergency Intervention Team with Motorcycle	0	0	52

Central Hospital Appointment System (CHAS)

Our citizens are able to make an appointment directly for any MoH hospital and physician they want by calling 182 Call Center.

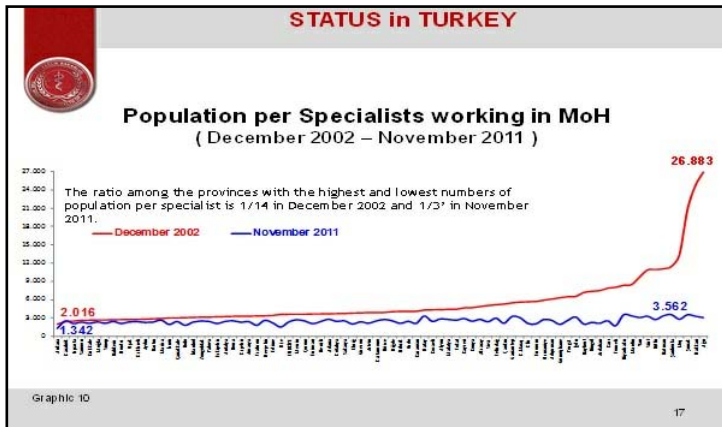
Today approximately 70 thousand citizens make appointments via this call center in 69 provinces and at 739 hospitals.

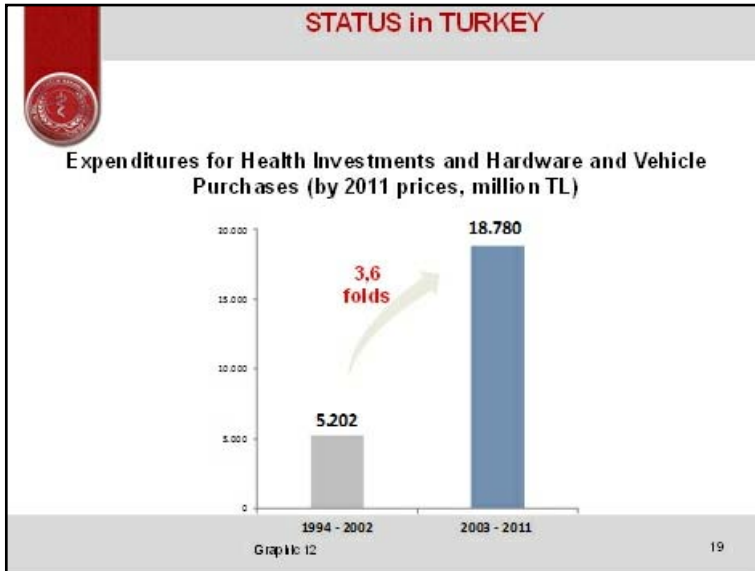
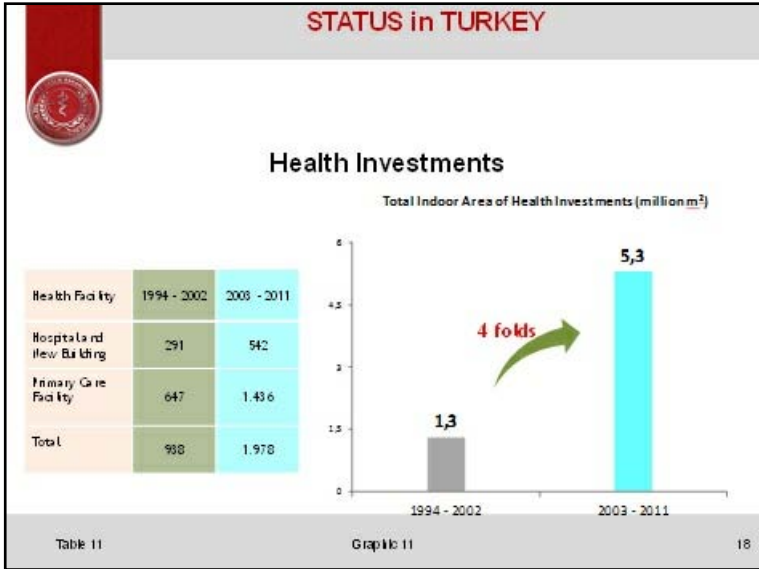
By the end of 2011, we will roll-out this service across the whole country.

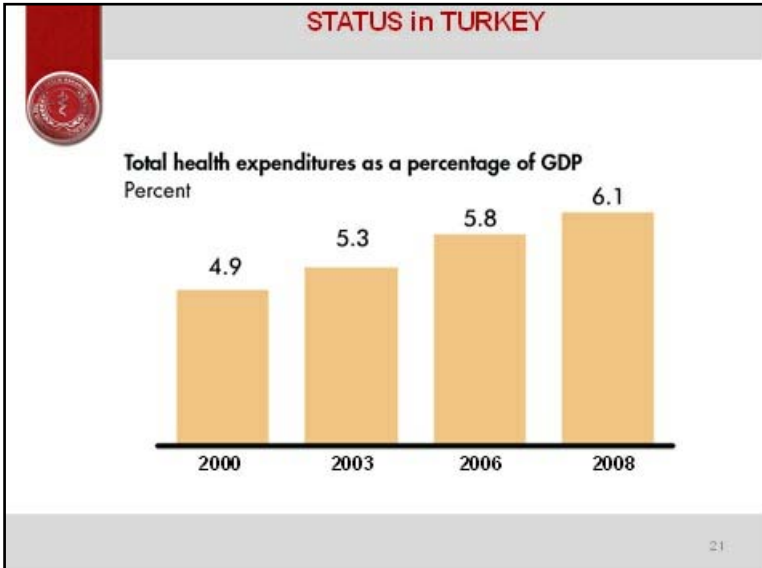
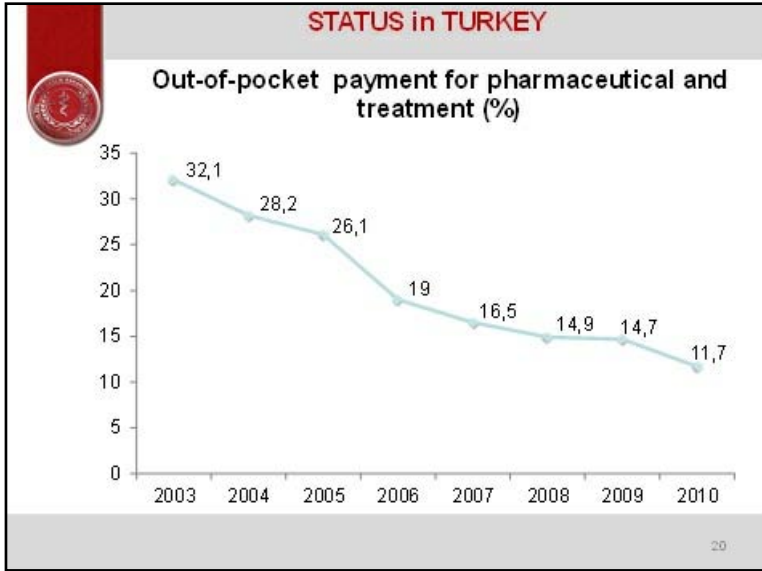
Home Care

We provide medical care and rehabilitation to bedridden patients at their homes

We provided this service to 98 thousand people in 2010. We deliver this service in all provinces. We are aiming to reach 140 thousand citizens in 2012







STATUS in TURKEY					
Health system indicators before and after the HTP					
	2002	2010		2002	2010
Immunization Ratio (%) (DaBT 3)	78	97	Per Capita Visits to Health Care Facilities	2,9	7,6
Hopital Births (%)	78	92	Malaria Cases	10.224	0
Maternal Mortality Ratio (per 100.000 live births)	70 (1998)	16,4	Pertussis Incidence (per 100.000 population)	0,27	0,07
Infant Mortality Rate (per 1000 population)	26,7	10,1	Measles Incidence (per 100.000 population)	11,09	0,009
Life Expectancy at Birth	70,8	73,7	Typhoid Fever Cases	24.390	51

Implementation Results of HTP

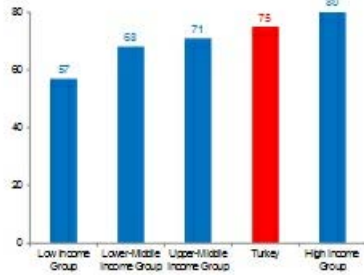
Implementation Results of Health Transformation Program are evaluated by 4 Parameters:

- 1 – Improvements in health indicators
- 2 – Protection of people from financial risk
- 3 – Satisfaction with health services
- 4 – Financial sustainability of the health system

1 – Improvements in Health Indicators



Life Expectancy at Birth (2009)



In the World Health Report 1998 of WHO, for Turkey, life expectancy at birth as 75 years old was projected for the year 2025.

We have already reached that level.

Although Turkey is included in the group of upper-middle income countries, the average life expectancy at birth is higher than the countries included in the same group.

Graph 13

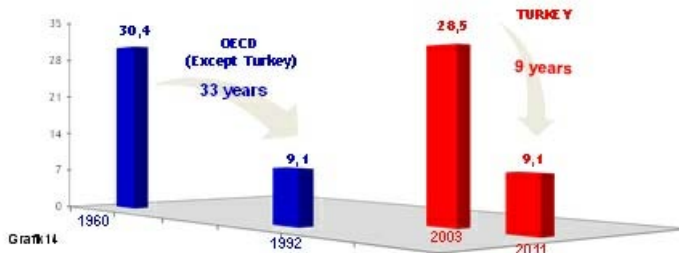
Source : WHO 2011 Statistics Yearbook

24

1 - Improvements in Health Indicators



Mother and Child Health Infant Mortality Rate (per 1.000)

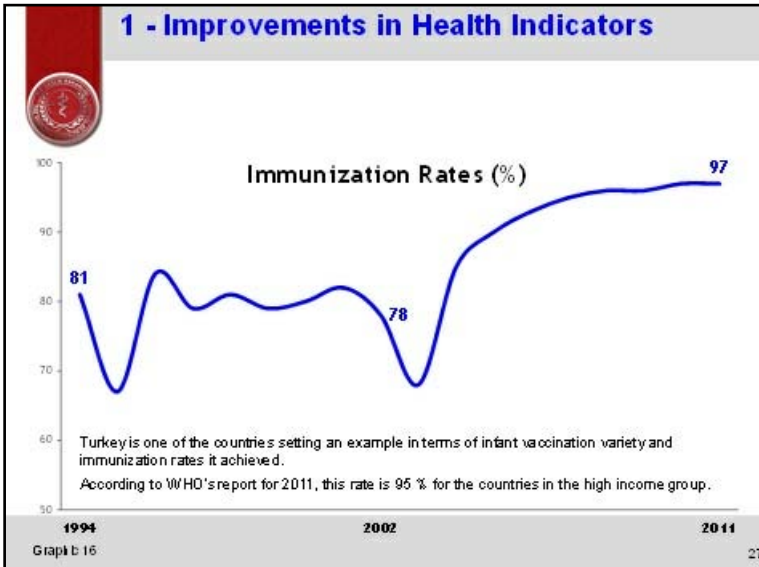
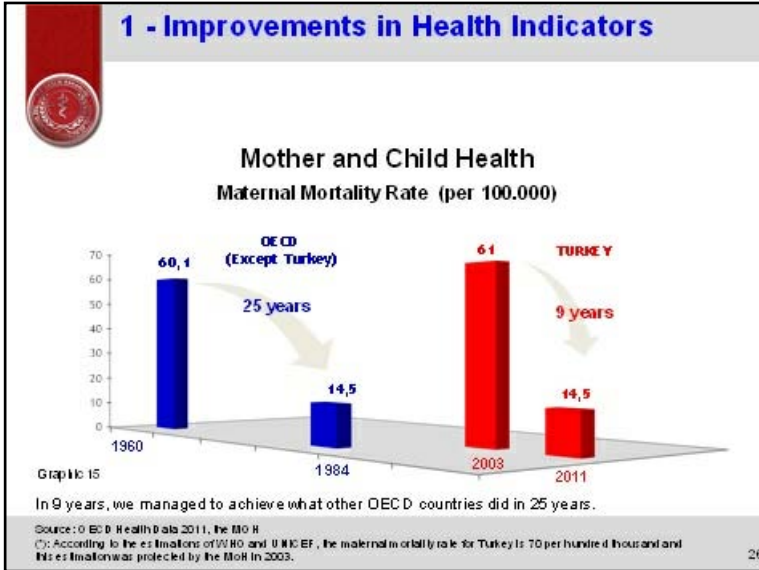


In 9 years we managed to achieve what other OECD countries did in 33 years. According to WHO's report for 1998, infant mortality rate in Turkey was estimated to be 16 per thousand in 2025.

Source : OECD Health Data, 2011; TNSA, 2008

25

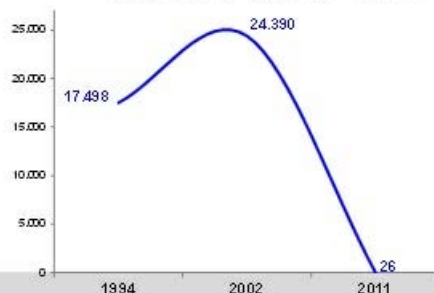




1 - Improvements in Health Indicators



Number of Typhoid Cases



In order to achieve this, we cooperated with the MoEF, municipalities and special provincial administrations and gained significant improvements in microbiological safety of drinking waters.

On the other hand, completion of infrastructure for drinking waters and roads in villages via KÖYDES project is another factor contributing to this success.

Graphik 17

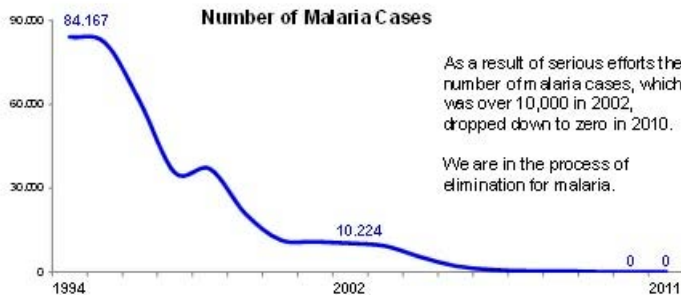
28

1 - Improvements in Health Indicators



"Zero" Period for Malaria

Number of Malaria Cases



As a result of serious efforts the number of malaria cases, which was over 10,000 in 2002, dropped down to zero in 2010.

We are in the process of elimination for malaria.

Graphik 18

29

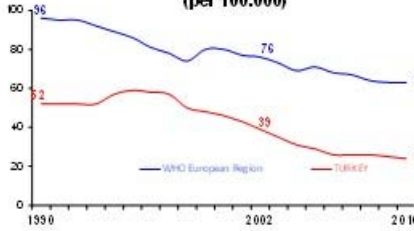


1 - Improvements in Health Indicators



TB Control

TB Prevalances for WHO European Region and Turkey (per 100.000)



Between 1990 and 2002, TB prevalence decreased with an annual speed of 1,9% in Turkey, and 1,6% in WHO European Region.

In the period of 8 years that we have been on duty, this rate increased to %4,8 in Turkey and 2,1% in WHO European Region.

Graphic 19

Source: WHO TB Global Report

Note:

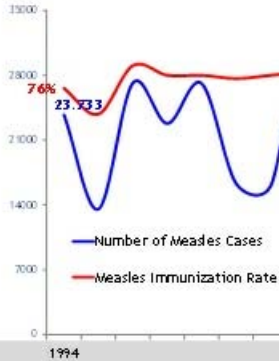
1. WHO accepts prevalence as a success indicator for TB programs and calculates it every year independently for each country. The last calculation was for 2010.
2. WHO revised the country figures in its last calculations backwards to 1990.

30

1 - Improvements in Health Indicators



Measles



Measles has not been observed in Turkey since 2008. In 2011, we identified 111 foreign sourced cases as a result of the epidemic in Europe. For example 13.957 cases in France, 4.300 cases in Italy and 2.122 cases in Spain were identified. (Source: www.euvac.net)

Graphic 20

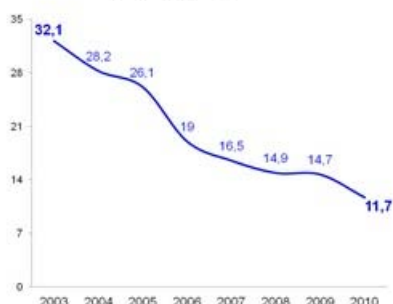
31



2 – Protection of Citizens from Financial Risk



The rate of people paying medicine and treatment expenditures out-of-pocket (%)



We provided emergency and intensive care treatments free-of-charge in public and private hospitals.

Additionally we abolished extra charges received for burn injuries, cancer treatment, newborns, organ transplantations, congenital anomalies, dialyses and CVS procedures in private hospitals.

Thus we protected our citizens' access to health services.

Graphic 21

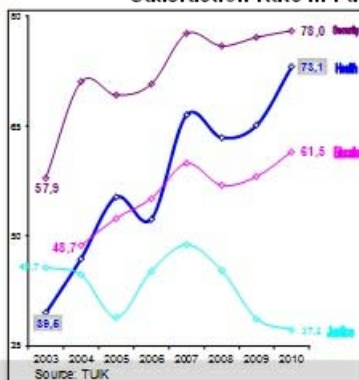
Source: TURKSTAT "Life Satisfaction Research 2010"

32

3 – Satisfaction in Health Services



Satisfaction Rate in Public Services (%)



According to the life satisfaction survey conducted by the TURKSTAT, satisfaction rate for health services was 39.5% in 2003. This rate increased by 33.6 points and reached 73.1% in 2010.

Graphic 24

33



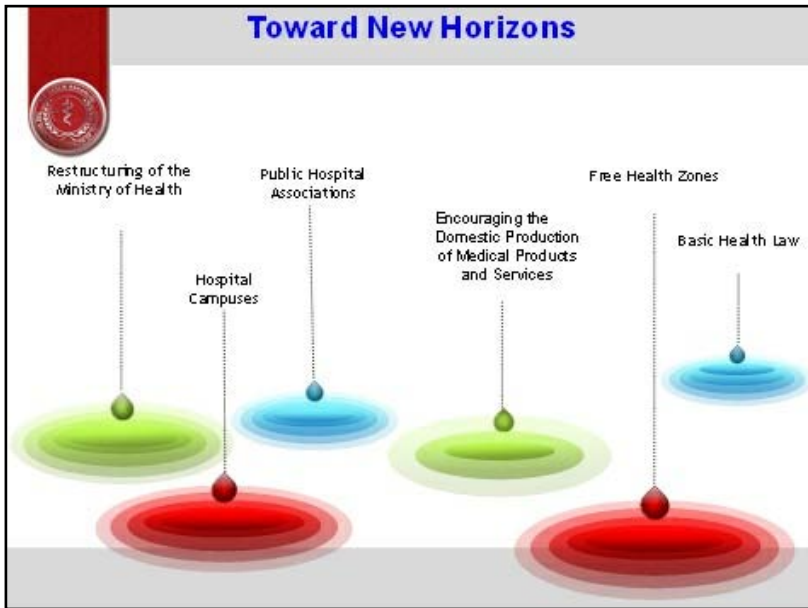
4 – Financial Sustainability of the Health System

- Are the claims true that expenditures increased drastically with the introduction of Health Transformation Program?
- Is the system financially sustainable?

Our Agenda

What is on the our agenda?

- Human resources for health
 - Increase in the quotas of the faculties of medicine and other health schools.
- Public-Private Partnership
 - Renewal of hospitals with the PPP model by the end of 2015.
- Obesity, Tobacco and physical inactivity.
 - Health promotion programs.



1 – Restructuring of the Ministry of Health

A- New Structure of the MoH

We assigned policy development, basic regulation and supervision tasks to the MoH.

We established three institutions under the MoH to perform other functions:

- National Public Health Agency,
- National Public Hospitals Agency,
- National Pharmaceuticals and Medical Devices Agency

A1- Central Organization of the MoH

- We established the Health Policy Council to identify the policies of the MoH and health system. We separated the policy-making structure from the executive structure.
- We established service units appropriate for the new mission of the MoH such as the General Directorate of Health Services, the General Directorate of Health Promotion, the General Directorate of Health Information Systems, the General Directorate of Health Research and the General Directorate of Health Investments within the needs of our country.
- We maintained the High Council of Health and the Council of Medical Specialty which are among the permanent councils of the MoH. We also established the Council of Health Professions.

A2- Provincial Organization

- We introduced the possibility of establishing health directorates in districts. We also formed public health directorates for the Public Health Agency, and general secretariats for the Public Hospitals Agency in provinces.
- We are establishing the Public Hospital Associations at the provincial level for a more effective, qualified and efficient operation of hospitals under the Public Hospitals Agency.

B- Personnel

- We enabled the employment of health specialists and contracted specialists.
- We proposed to monitor and evaluate the performances of managers and other personnel working at the MoH and its affiliated agencies.

- As the MoH, we provided free advocacy services for the cases within the scope of crimes committed against our personnel during the provision of health services or due to their duties.
- We made the clinic chiefs and their deputies in our training and research hospitals lecturers.
- We entailed an examination for the appointment of dentists and pharmacists instead of lots.
- We enabled foreigners to work in Turkey taking into account of the lack of physicians and nurses.
- We included surrogate midwives and nurses working for at least one year into the scope of (4/B).
- We enabled those who are doing their PhDs in the faculties of dentistry to continue studying with a salary under the Ministry employee.
- In the new restructuring, we kept the acquired interests of our personnel who are still working, and we did not allow unjust treatment for them.

C- Family Medicine

- We maintained the contracts of family physicians working at the field, and we enabled them to have specialty training.
- We enabled family medicine assistants to have their field training as family physicians.
- The period during which family physicians and family health personnel work as contracted will be evaluated in their civil service, and its orientation will be made.
- Positive performance will be applied to family physicians, and they will be paid according to their achievement in health promotion and disease prevention.

D- Investments

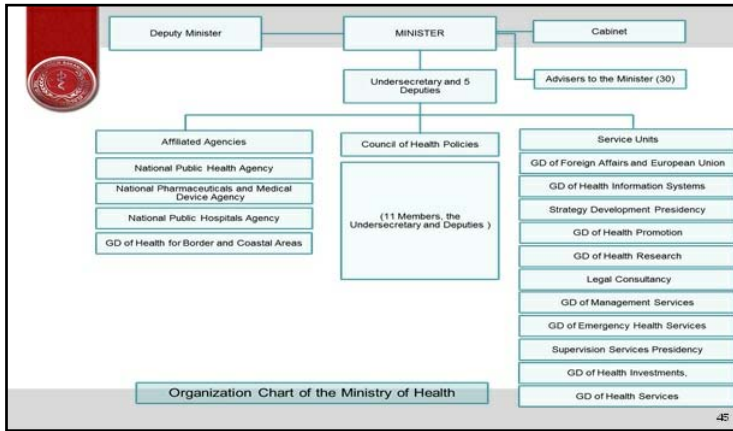
- We provided off-set implementations.
- We paved the way for creating health free-zones.

E- Various Arrangements

- Foreign units of health care can be established.
- Voluntary and free health service can be provided for social purposes.



- We obliged television and radio agencies to broadcast instructional, informative and educational programs for free for ninety minutes a month.
- We entailed to have license for the authority to open a health facility.
- We made it compulsory for the staff working on food production-sale and cleaning services to have hygiene training.
- We introduced guide price practices instead of price tariff in dentistry clinics.
- We brought consent-based resolution for the settlement of disputes arising from the implementation of health professions in a short time without resort to the judgement.



2- City Hospital Campuses

Why Hospital Campuses?

In terms of increasing the effectiveness of health services in our country;

- To roll-out treatment diversity across the country,
- To complete regional development in health,
- To increase service quality,
- To provide cost-effective health service...

In terms of the needs of society;

- To improve the sufficient number and quality of beds and the surrounding service of the specialized team within the region,
- To apply new technologies in treatment,

To develop new concepts (such as one-day surgery, out-patient hospital)
in curative services...

In terms of patients;

To lessen the period of hospitalization,
To lessen patient referrals,
To lessen hospital infections,
To increase patient safety,
To increase patient satisfaction...

City Hospital Campuses

Bidding Process Completed	The Number of Beds
Kayseri Health Campus (Under construction)	1.583
Ankara Etlik Health Campus (The contract will be signed)	3.566
In the Bidding Process	
Ankara Bilkent Health Campus	3.662
Elazığ Health Campus	1.038
Manisa Public Hospital	558
Yozgat Public Hospital	475
Total Number of Beds	10.882
In the Offer Process	
Adana Health Campus	1.481
Bursa Health Campus	1.355
Gaziantep Health Campus	1.783
Isparta Health Campus	744
Istanbul İkitelli Health Campus	2.682
Izmir Bayraklı Health Campus	1.640
Kocaeli Health Campus	1.130
Konya Health Campus	810
Mersin Health Campus	1.233
Rehabilitation – Psychiatry Forensic Psychiatry Hospitals Package	2.530
Total Number of Beds	15.388



We are building 40.870 bed capacity with the model of City Hospital Campus

Investments Already Approved by SPC (Supreme Planning Council) and waiting for Bid-out	The Number of Beds
Eskişehir Health Campus	1.000
Investments Already Submitted for SPC Approval	
İstanbul Bakırköy Health Campus	800
İstanbul Üsküdar Public Hospital	400
Samsun Health Campus	700
Investments to be Submitted for SPC Approval	
Ankara Sincan Public Hospital	400
Antalya Health Campus	1.000
Denizli Health Campus	1.000
Diyarbakır Kayapınar Health Campus	750
Diyarbakır Yenişehir Health Campus	600
İstanbul Anadolu Psychiatry Hospital	700
İstanbul Fatih Sultan Mehmet Public Hospital	400
İstanbul Süreyyapaşa Health Campus	2.000
İzmir Behçet Uz Public Hospital	350
İzmir Güney Health Campus	1.200
K.Maraş Elbistan Public Hospital	300
K.Maraş Health Campus	400
Manisa High Security Forensic Psychiatry Hospital	100
Şanlıurfa Health Campus	1.700
Tekirdağ Public Hospital	400
Trabzon Fatih Public Hospital	400
Total Number of Beds	14.600



50

The following obligations will be imposed on the foreign companies that

- Participation of the domestic industry
- R&D
- Technological cooperation
- Off-Set

- We will be the regional attraction center in health.
- We will accelerate the entry of foreign capital and high medical technology.

We will merge and update approximately 20 current laws in health.

7 - Preventive and Primary Health Care



Programs Integrated with Health Promotion

Fight against obesity



We put into practice the "Turkey's Program for Counteracting Obesity and National Action Plan" within the year of 2010.

We aim to make behavior change regarding balanced nutrition and physical activity of the individuals.

Graphic 4-5

Resource: TURDEP I (1998), TURDEP II Study (2010)

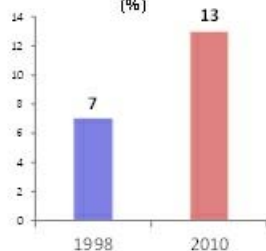
54

7 - Preventive and Primary Health Care



Programs Integrated with Health Promotion

Rate of the population older than 20 years with diabetes (%)



Turkey's Program for the Prevention and Control of Diabetics

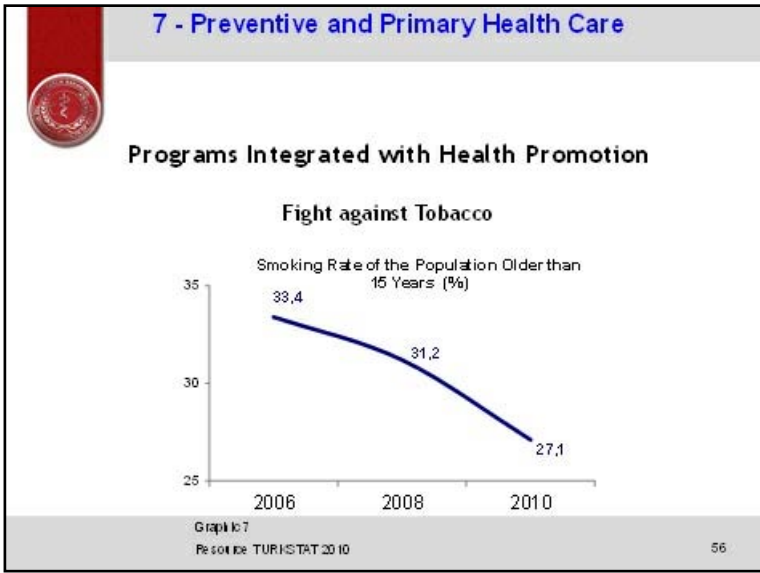
We prepared strategic plans and action plans and put them into practice in 2010.

Graphic 6

Resource: TURDEP I (1998), TURDEP II Study (2010)

55





Achievements & Lessons

OECD Health Systems Review: TURKEY

Health Transformation Program represents both an improvement in Turkey's social welfare system and a "good practice" example for other countries struggling with the same issues."

The Report states that

- The Turkish health care system functions quite well with regards to equity and financial protection,
- Turkey is one of few middle-income countries that has managed to implement an enormous health and social security reform effectively,
- Other countries can learn a lot from the Turkish experience particularly in how to utilize the performance-based payment system in order to raise personnel efficiency.



ACHIEVEMENTS & LESSONS

ANALYSIS



Healthcare in Turkey: from laggard to leader

Enis Barış and colleagues observe that a political commitment to universal health coverage together with a significant investment in health has seen Turkey's health indicators catch up and surpass other middle income countries

bmj.com/podcasts Turkey's health minister, Recep Akdağ (above), talks about the strides his country has made in providing healthcare

Less than a decade ago, the health system in Turkey was considered a laggard, not only relative to the rest of the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) but also to other middle income countries. The rapid paymenes to public facilities or working part time in private. Kampursu absorptions and low productivity and technical quality, especially as the redefining of the roles and responsibilities of the Ministry of Health towards "more sourcing and less running", separation of the provision and

On 12 March 2011, an article was published in the BMJ which made an assessment of the HTP.

59

The article / Underlying reasons of the success:

- political commitment
- leadership by MoH
- incentives to increase satisfaction

The article / Lessons from the Turkish experience:

- need to invest in health systems
- encouraging demand for essential health services
- importance of vision and leadership

2012/4 SAYILI DÖVİZ KAZANDIRICI HİZMET TİCARETİNİN DESTEKLENMESİ HAKKINDA TEBLİĞ

Akın SARI

T.C. Ekonomi Bakanlığı

*Serbest Bölgeler, Yurt Dışı Yatırım ve Hizmetler Genel Müdürlüğü
Uzmanı*

Tanımlar

* Sağlık Kuruluşu : Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış veya sağlık bakanlığına bağlı kuruluşlar, üniversite hastaneleri veya bunları işleten şirketler

* Sağlık Turizmi Şirketi : Yurt dışından gelen hastalara rehberlik, danışmanlık ve organizasyon hizmetleri sunan şirketler

- İşbirliği kuruluşu: TİM,TOBB,DEİK Ticaret odaları , sektör dernek , birlik ve benzeri kuruluşlar

- Yararlanıcı: Sağlık kuruluşları , sağlık turizmi şirketleri ve işbirliği kuruluşları

Rapor Desteği

- Pazar araştırması raporlarının giderleri sağlık kuruluşları ve sağlık turizmi şirketleri için %60 oranında ve yıllık en fazla 100.000 \$ tutarında; işbirliği kuruluşları için ise %70 oranında ve yıllık en fazla 300.000 \$ tutarında desteklenir.

- Satın alınacak ya da hazırlatılacak raporlar en fazla 2 yıllık olmalı ve destek alabilmesi için ön onay alınmış olmalıdır.

Tanıtım Desteği

* Yurt dışında düzenlenen fuar, kongre, konferans, ve/veya bağımsız tanıtım kapsamında yapılan tanıtımlara ilişkin sponsorluk , reklam , pazarlama, tanıtım, danışmanlık,katılım ve organizasyon giderleri desteklenir.



* Sağlık kuruluşları ve sağlık turizmi şirketleri için %50 oranında yıllık 300.000 dolara kadar desteklenir.

* İşbirliği kuruluşları için %70 oranında ve yıllık 500.000 dolara kadar desteklenir.

* Tanıtım desteği için ön onay alınmalıdır. Ön onay başvurusu tanıtım tarihinden 1 ay önce yapılmalıdır.

* Desteklenecek giderler şunlardır:

- Sponsorluk giderleri
- Tercümanlık giderleri
- Organizasyon kira giderleri
- Reklam giderleri
- Halkla ilişkiler ve danışmanlık giderleri
- Fuar katılım giderleri
- Tanıtım malzemesi giderleri
- Yurt dışında gerçekleştirilen görsel, işitsel ve yazılı tanıtım

faaliyetlerinin kapsamına radyo, televizyon, gazete, dergi, reklam panoları ve internet sitelerinde yapılan reklamlar girmektedir. Faaliyetin süresi en fazla 3 ay olmalıdır.

- Katalog, broşür ve tanıtım malzemeleri her faaliyet için en fazla 5000\$ tutarında desteklenir.

Fuar Desteği

- Sağlık kuruluşları, sağlık turizmi şirketleri ve işbirliği kuruluşlarının yurt dışında düzenlenen fuar, kongre ve konferanslara katılım giderleri %70 oranında ve organizasyon başına 15.000 dolara kadar desteklenir.

- Desteklenen organizasyonlar listesi”nde belirtilen fuar, kongre ve konferanslar destek kapsamındadır.

- Bir yararlanıcı bir takvim yılı içerisinde bu destekten en fazla 10 kez yararlanabilir.

Arama Motoru Desteği

- Sağlık kuruluşları,sağlık turizmi şirketleri ve işbirliği kuruluşlarının arama motorlarında yapacağı reklamlar %50 oranında ve yıllık 100.000 dolara kadar desteklenir.

- Desteklenecek arama motorları şunlardır:
 - Google
 - Yahoo
 - Yandex
 - Baidu

Yurt Dışı Desteği

- Birim: Yurt dışında açılan ofis,irtibat ofisi veya Türkiye'ye hasta getirilmesi amacıyla faaliyet gösteren ön tanı merkezini ifade eder.
- Birimlerin kira giderleri sağlık kuruluşları ve sağlık turizmi şirketleri için her birim başına %60 oranında ve birim başına yıllık en fazla 200.000 \$ tutarında karşılanır.

Yurt Dışı Birim Desteği

- Birimlerinin kira giderleri işbirliği kuruluşları için her birim başına %70 oranında ve yıllık en fazla 300.000 \$ tutarında karşılanır.
- Yararlanıcı yurt dışı birim desteğinden en fazla 10 birim için yararlanabilir.
- Yararlanıcıların her bir biriminin kira giderleri 4 yıl süreyle karşılanır.
- Sağlık kuruluşları yurt dışına açtıkları ofis ve ön tanı merkezleri için, sağlık turizmi şirketleri ise yurt dışına açtıkları ofisler için destek alabilir.

Belge Desteği

- Sağlık kuruluşlarının uluslararası akreditasyon ve sertifikalarının giderleri %50 oranında ve belge başına 50.000 dolara kadar desteklenir.
- Destek kapsamındaki belgeler
 - Australian Council on Healthcare Standards International
 - JCI akreditasyonu
 - TEMOS sertifikaları
 - QHA trent akreditasyonu
 - Accreditation Canada
 - TÜV belgeleri
- Desteklenecek belgelendirme desteği giderleri:
 - Müracaat ve doküman giderleri,

- Belgelendirme ve tetkik giderleri,
- Belge kullanım ücretleri,
- Kayıt ücretleri,
- Danışmanlık giderleri,
- Gözetim giderleri,
- Yenileme giderleri.

Danışmanlık Desteği

- Sağlık kuruluşları ve sağlık turizmi şirketlerinin alacağı danışmanlık hizmetlerinin giderleri ön onay almış olmak koşuluyla %50 oranında ve 200.000 dolara kadar destekleniyor.
- Danışmanlık desteği konuları: Pazarlama stratejisi, akreditasyon ve yurt dışı pazar yapısı
- Danışmanlık desteğinden sadece bir kez faydalanılabilir.

Ticaret Heyeti Desteği

- İşbirliği kuruluşlarının düzenleyeceği sektörel ticaret ve alım heyetlerinin ulaşım, konaklama ve organizasyon giderleri %70 oranında ve heyet başına 150.000 dolara kadar destekleniyor.
- Katılımcıların ekonomi sınıfı uçak, tren, gemi ve otobüs biletleri destekleniyor.
- Katılımcı başına günlük 150 dolar konaklama gideri destekleniyor.
- Sektörel ticaret ve alım heyetlerinde desteklenecek organizasyon giderleri şunlardır:
 - Tercümanlık giderleri
 - Organizasyon kira giderleri
 - Reklam giderleri
 - Halkla ilişkiler ve danışmanlık giderleri
 - Toplu transger giderleri
 - Tanıtım malzemesi giderleri
- Organizasyona katılım sağlayan her bir yararlanıcının en fazla 2 temsilcisinin ulaşım ve konaklama giderleri karşılanır.
- En az 8 yararlanıcı katılmalıdır.
- Bakanlığın hedef ülkelere yönelik organize ettiği heyetlerde destek oranı %90

- Ticaret heyeti ön onay başvuruları heyet tarihinden 1 ay önce yapılmalıdır.

Dikkat Edilecek Hususlar

- Tüm başvurular serbest bölgeler yurt dışı yatırım ve hizmetler genel müdürlüğü'ne yapılır.
- Düzenlenme tarihinden itibaren 6 ay içerisinde bakanlığa ileilmeyen ödeme belgeleri destek kapsamına alınmaz.
- Tüm ödemeler bankacılık kanalıyla yapılmalıdır.nakit ödemeler kabul edilmemektedir.
- Destek başvurularında eksik belge olması durumunda eksikler eksik belge yazısı tarihinden itibaren 3 ay içerisinde tamamlanmalıdır.
- İngilizce hariç yabancı dildeki belgelerin yeminli tercümesi gerekmektedir.

PANEL 2

YAŞLI BAKIM VE REHABİLİTASYONUNDA DİSİPLİNLER ARASI YAKLAŞIM

Moderatörler

Prof. Dr. Servet ARIÖĞÜL

Prof. Dr. Zafer ERDEN

Konuşmacılar

Prof. Dr. Mehmet Akif KARAN

Prof. Dr. Mehtap MALKOÇ

Prof. Dr. Nuran AKDEMİR

Prof. Dr. Mine UYANIK

Doç. Dr. Rüksen ÇEHRELİ

Emine DAL

Arzu ÖZEN CİNGİR



Prof. Dr. Mehmet Akif KARAN

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimi

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı Başkanı

Yaşlı bir bireyin değerlendirilmesinde sadece fiziksel ve mental sağlık değil, birlikte sosyal ve ekonomik durum ile çevresel özellikler de ele alınmalıdır. Bu dört alan fonksiyonel durum ile doğrudan ve karşılıklı etkileşim içindedirler.

Yaşlıların çoğunda ortalama 5 ve üzeri sağlık sorunu mevcuttur. Hiç bir disiplin tek başına bu sorunların üstesinden gelemeyebilir. Geriatri hizmetinin etkin olabilmesi bir ekibin birlikte gözlem, takip ve tedavi sürecine katılmasını gerektirir.

Ekip çalışmasının amacı hastanede daha kısa süre kalma, daha seyrek olarak hastaneye yatış ihtiyacı doğması ve fonksiyonellik düzeyini artırmaktır. Bakımevinde kalan hastalar için de bunlar geçerlidir. Geleneksel bakım yöntemlerine göre ekip çalışmasının başarısı daha yüksektir.

Ekip çalışması bütün yaşlılar veya tek bir sorunu ön planda olan yaşlılar için değil, karmaşık sorunlu yaşlı hastalar için çok daha fazla önem taşır. Örneğin, 1-2 hastalığı olup temelde nispeten iyi olan hastalar, terminal hastalar veya demanslı hastalar hedef kitleyi oluşturmazlar.

Multidisipliner ekip çalışmasında, grubun her bir üyesi diğer disiplinlerin çalışmasını farkındadırlar ve bilgilerini paylaşırlar. Bu durum birlikte çalışmanın ilk düzeyidir. Transdisipliner ekip çalışmasında da grup üyeleri bilgilerini paylaşırlar; ancak profesyonel uygulama sınırları daha az keskindir ve ekip üyelerinin kendi disiplinlerinin geleneksel sınırları dışında kalan sorunlarla da ilgilenmesi söz konusudur. İnterdisipliner ekip çalışmasında ise gerçekten klinik bir ekip mevcuttur. Bu durumda ekibin üyeleri koordinasyona aktif olarak katılırlar, sık sık hastadaki sorunları yüz yüze veya sanal ortamda tartışır ve diğer üyelerin daha etkin olmaları için destek verirler.

Geriatri ekibinin üyeleri: Hastanın ihtiyacına, kurumun özelliklerine göre ekip üyeleri değişebilir. Genellikle çok kalabalık değil, sorunlara yönelik aktif bir ekip daha başarılı çalışmalar yapar. Bununla birlikte bir ekibin içinde şu disiplinlerden üyeler yer alabilir.



- ✓ Geriatri uzmanı
- ✓ Geropsikiyatri uzmanı
- ✓ Hastanın devamlı hekimi, ilgili uzman hekimler (iç hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nöroloji, psikiyatri)
- ✓ Geriatri hemşiresi
- ✓ Fizyoterapist
- ✓ Psikolog
- ✓ Diyet uzmanı
- ✓ Sosyal hizmet uzmanı
- ✓ Klinik farmakolog
- ✓ Bakım elemanı
- ✓ Diğer üyeler (solunum terapisti, meşguliyet terapisti, konuşma terapisti, diş hekimi, vb)

Ekip lideri: Hastanın sorunlarına göre herhangi bir üye ekip başkanı olabilir. Başarı için liderin kim ve hangi uzmanlık alanından olduğundan daha önemlisi sorunları izleyebilecek, yönetebilecek bir üyenin olmasıdır.

Ekip liderinin görevleri

- ✓ Sorunlu hastaları seçmek
- ✓ Toplantıları yönetmek
- ✓ Sorunların ortaya konulmasını ve yeterince tartışılmasını sağlamak
- ✓ Zamanı etkili ve verimli kullanmak
- ✓ Faaliyet planlarını düzenlemek ve takip etmek

Darülaceze Geriatri Konseyi Uygulaması

Yaklaşık 10 yıldır İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü ile İstanbul Büyükşehir Belediye Başkanlığı arasındaki bir protokol çerçevesinde İBB Kayışdağı Darülaceze Kurumunda İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı ve Geropsikiyatri Birimi olarak ziyaretlerde bulunmakta, hastaları tartışmakta, ortak bilimsel çalışmalar ve toplantılar düzenlemekteyiz. Üç yıldır düzenli aralıklarla, yapılandırılmış bir toplantı içerisinde, seçilmiş sakinlerin sorunları tartışılmakta, takip ve tedavi planları hazırlanmakta ve sonuçlar

gözlenmektedir. Toplantılarda sakinlerin bakımından birinci derecede sorumlu olan hekimlerin önerdiği komplike sorunlu hastalar seçilmektedir.

Her konsey Darülacezenin farklı birimlerinde düzenlenir. Önce Konseyin düzenlendiği birimde kalan sakinler ve hizmetler hakkında bilgi verilir. Tartışılacak hasta hakkında sosyal çalışmacı ayrıntılı bilgi verir, takiben ilgili bakım personeli hastanın günlük yaşamını ve kendi gözlemlerini, hemşire/sağlık memuru, psikolog, diyet uzmanı ve fizyoterapistler sırayla sorunları, yapılan tedaviler ve seyrini anlatırlar. Daha sonra psikiyatri, nöroloji ve fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanları hastanın tıbbi durumunu, kendi uzmanlık alanları açısından yorumları da dahil olmak üzere, şimdiye kadar uyguladıkları tedaviler ve sonuçları ile birlikte gözden geçirirler. Hastanın devamlı hekimliğini yürüten Aile Hekimliği Uzmanı veya İç Hastalıkları Uzmanı seyri bir kez daha özetledikten sonra hasta Konsey üyeleri ile tanıştırılır ve toplanma sebebi hasta ile de paylaşılır. Üyelerin hastayı muayene etmesi gerekiyor ise toplantı öncesi veya toplantı sonrasında bu sağlanır. Tüm tartışılan bilgiler Geriatri Hemşireliği, Klinik Farmakoloji ve Geriatri Uzmanları tarafından değerlendirilir. Geropsikiyatri ve Geriatri Öğretim Üyelerinden toplantı başkanlığını yürüten üyeler Konseyin son kararını ve faaliyet planını bildirirler. Sekreteryayı yürüten hekim planı yazılı olarak tüm üyelere iletir. Gelişmeleri değerlendirmek ve tedavi değişiklikleri için ne zaman tekrar hastanın tartışılacağı belirlenir.

Bu toplantılara İstanbul Tıp Fakültesi dışında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı, Maltepe Üniversitesi Geriatri Bilim Dalı, S.B. Hastaneleri Geriatri Klinikleri; Marmara, Yeditepe, Acıbadem ve Maltepe Üniversiteleri Hemşirelik Bölümleri; Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi gibi değişik kurumlarda çalışan arkadaşlarımız da katılmaktadır. İlgili özel huzurevleri sahip ve yöneticileri de zaman zaman toplantılara iştirak etmektedirler. Darülaceze Kurumu yöneticileri toplantılara bizzat iştirak etmekte ve başarılı olunması için tüm gerekli desteği vermektedirler. Bu katılım ile sadece yaşlılara sağlık ve sosyal hizmet verme amacının dışında, toplantıları her türlü disiplin için ciddi bir uygulamalı geriatri eğitimi platformu oluşturmaktadır.

Sonuç

Yaşlıların giderek daha da “yaşlandığı” günümüzde interdisipliner geriatrik eğitim programlarına ihtiyaç vardır. Geriatri hizmeti kalitesini yükseltmede “Darülaceze Geriatri Konseyi” benzeri modeller yararlı olabilir.

Prof. Dr. Mehtap MALKOÇ
Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı

Sağlıklı yaşlanma fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden iyilik halini gösteren bir kavram olup bireysel özelliklerin yanında toplumsal yönden de sağlanan hizmetleri kapsamaktadır.

Yaşlı nüfusun sağlık bakımında Geriatrik Rehabilitasyon'nun önemi giderek artmaktadır. Artan yaşlı nüfusuyla birlikte birçok komplike biyopsikososyal problem ve fonksiyonel kayıpları da göz önüne çıkarmaktadır. Günümüz koşulları yaşlı bireylerde sağlık bakımında önemli organizasyonel yapılandırmaları gerekli kılmaktadır. Bu bakış açısıyla son yıllarda yaşlı bakımı ve rehabilitasyonunda değişimi zorunlu hale getirmiştir. Yaşlı bakımında disiplinlerarası iletişime dayalı ekip çalışması günümüzde zorunlu hale gelmiştir.

Yaş almayla birlikte sağlık bakımında karşılaşılan en büyük sorun geriatrik sendromdur. Yaşlı bireylerde meydana gelen dejenerasyonlar, kronik hastalıklar ve bireysel riskler organların adaptasyon yeteneğinde azalmaya neden olmakta ve bu sendromu ortaya çıkarmaktadır.

Yaşlılarda rehabilitasyon hastane içinde, rehabilitasyon merkezlerinde, huzurevlerinde, outpatient kliniklerde ve evde bakım şeklinde sürdürülebilmektedir. Literatürde son yıllarda geriatrik rehabilitasyon anlayışının multidisipliner yaklaşımdan artık disiplinlerarası yaklaşıma yöneldiği ve bu modelin yaşlı bakımında daha etkin olduğu vurgulanmaktadır. Yeni yaşlı bakım modelinde kontrol, bağımsızlık ve temkin öne çıkmaktadır. Bu koşullarda yaşlılık döneminin çok yönlü sorunlarının bilimler arası ve sektörler arası işbirliğiyle çözülebileceğine, yaşlı kişilerin çok yönlü iyilik halinin fiziksel, sosyal ve ekonomik olanaklar sağlayan programların yaşama geçirilmesiyle sağlanabileceği yönündedir.

Bu bakış açısıyla yaşlı bakımında önem kazanan disiplinlerarası ekip yaklaşımında tüm disiplinlerin düzenli olarak bir araya gelmesini ve amaçlarını ortaya koyarak ortak hedeflerin oluşturulmasını gerektirmektedir. Bu yeni



kavram üst düzey iletişim, üst düzey ekip performansı ve kolleberasyonu gerektirmektedir. Yaşlı bakımında etkili ekip çalışmasında hasta güvenliği oldukça önemli yer tutmaktadır. Bunun nedeni bu olgularda bakımın özelleşmesi ve kompleksleşmesi, komorbiditelerin ve kronik hastalıkların artmasıdır.

Geriatrik hizmetler sağlık kuruluşlarında ve sosyal hizmet kuruluşlarında Gariatrist, Hemşire, Fizyoterapist, Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Tıbbi Beslenme Uzmanı gibi profesyonel meslek elemanlarından oluşan bir ekip verilir. Geriatrik ekipte yer alan meslek elemanları yaşlı kişi ve ailesinin gereksinimlerini karşılamak ve sorunlarını çözmek için birlikte hareket eder. Her profesyonel kendi mesleki sınırları içinde destek verip, dahil olduğu ekip çalışması sonuçlandığında karmaşık sorunları olan yaşlıların yaşam kalitesini artırır.

Yaşlanma sürecinde vücut sistemlerinde meydana gelen değişimler ve yetersizlikler nedeniyle fonksiyonel kayıplar yaşam kalitesini azaltmaktadır. Fizyoterapinin önemi bu aşamada öne çıkmaktadır. Yaşlı olgularda fizyoterapinin ana hedefi yaşlının kendi ihtiyaçlarını anlamasını sağlamak ve bu ihtiyaçları doğrultusunda kişiyi de kapsayan tedaviyi planlamaktır. Hedeflere ulaşmak için sorumluluk fizyoterapistten çok kişinin kendisine ait olmalıdır. Geriatrik rehabilitasyon ekibinde fizyoterapinin hedefleri vücudun dört ana sisteminde (muskuloskeletal, nöromusküler, kardiyopulmoner ve diğer) oluşan yetersizlikler sonucu ortaya çıkan fonksiyonel bağımlılığı önlemektir.

Kaynakça

- 1- Mickan SM, Rodger SA. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 2005; 19(4): 358–370.
- 2- World Health Organisation (WHO). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Genova: World Health Organisation, 2001.
- 3- AGILE thames. Elder Rehabilitation: Core learning objectives for physiotherapy students during clinical placement, *physiotherapy*, 2001; 88; 158-166.
- 4- Moore A, Patterson C, White J, House ST, et al. Interprofessional and integrated care of the elderly in a family health team , *Canadian Family Physician*, 2012; 58: 436-41.
- 5- Adam K, Gibson E, Lyle A, Strong J. Development of roles for occupational therapists and physiotherapists in work related practice: An Australian perspective. *Work*, 2010; 36: 263-272.
- 6- American Physical Therapy Association. *Guide to Physical Therapist Practice*. 2nd ed. Alexandria: American Physical Therapy Association, 2003.
- 7- Michael YL, Whitlock EP, Lin JS, Fu R, O'Connor EA, Gold R. Primary care-relevant interventions to prevent falling in older adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2010; 153:815-825.
- 8- Miller KL, Magel JR, Hayes JG. The effects of a home-based exercise program on balance confidence, balance performance, and gait in debilitated, ambulatory community-dwelling older adults: a pilot study. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 2010; 33:85-91.

Prof. Dr. Nuran AKDEMİR, Öğr. Gör. Dr. İmatullah AKYAR
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dünyada ve ülkemizde toplam nüfus içinde yaşlı nüfus; sanayileşme, teknolojik gelişmeler, sağlık alanındaki gelişmeler, bireylerin eğitim düzeylerinin ve sağlıklarına duyarlılıklarının artması gibi pek çok neden ile hızlı bir şekilde artmaya başlamıştır.

Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan evrensel bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Yaşlanma fizyolojik bir süreç olmasına karşın yaşlıların büyük çoğunluğu yaşa bağlı patolojik değişiklikler ve eşlik eden kronik progresif hastalıklara bağlı gelişen fonksiyon kayıpları nedeniyle günlük yaşantılarında bağımlı hale gelirler, bakıma ve desteğe gereksinim duyarlar.

Kronik hastalık görülme sıklığının artması ve bu durumların oluşturduğu kısıtlılıklar nedeniyle, yaşlılarda ortaya çıkan sağlık sorunları bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini gerektirmektedir. Geriatrik gruba ait özgün sorunlar geriatrik grubun özgün bakım ve rehabilitasyonlarını gündeme getirmiştir. Geriatrik bakım ve rehabilitasyon fizyolojik olarak yaşlılığa bağlı ortaya çıkan sorunların çözülmesi, hastalık ve sakatlığın en aza indirilmesi, yaşlıların günlük yaşamlarında fiziksel, psikososyal ve ekonomik olarak bağımsız olmalarını sağlama olarak tanımlanmaktadır. Bakım ve rehabilitasyon sürecinde amaç; fonksiyonel bağımsızlığı geri kazanmasını ve günlük yaşam aktivitelerini kendi görebilme yeteneğini kazanmasını sağlamaktır.

Geriatrik bakım ve rehabilitasyonda yaşlı bireyin potansiyelini en üst düzeyde kullanması ve yaşamını bağımsız sürdürebilmesi için sağlık ekibi üyeleri ile birlikte çalışmak gerekir. Kapsamlı ve kaliteli sağlık hizmeti sunmayı ortak hedef edinmiş, değişik meslek üyelerinin bir araya geldiği grup sağlık ekibini oluşturur. Ekip hizmetinin işbirliği, iletişim, dayanışma, iş doyumu, memnuniyet ve kaliteyi artırma, maliyet ve hastanede kalma süresini azaltma, tekrarları önleme ve bireyi bir bütün olarak ele alma gibi yararları vardır.

Ekipler yapısal olarak üçe ayrılır. *Multidisipliner ekip*; işbirliği içinde ancak ayrı ayrı çalışan farklı disiplinlerin oluşturduğu ekiptir. Multidisipliner ekipte her



disiplin bireysel tedavi planını izler. *İnterdisipliner ekipler* hedefe yönelik ekiplerdir. Ekibin her üyesi belirlenen sürede hastanın belirlenen hedefe ulaşabilmesine yardımcı olur. *Transdisipliner ekip* de hedefe yöneliktir ve her üyenin farklı becerilerinin olmasını, farklı disiplinlerden öğrendikleri becerileri kullanmasını gerektirir.

Geriatri, geriatrik bireyi değerlendirme ve çalışmada bütüncül yaklaşımın ön plana çıktığı bir disiplindir. Geriatri ekip çalışmasında, interdisipliner ve multidisipliner yaklaşımın başarı sağladığı bilinmektedir. Geriatrie disiplinler yaklaşım; ortak karar çıkarılması, öncelikli problemlerin belirlenmesi, tekrarların önlenmesi, disiplinler arası tutarsızlıkların giderilmesi ve ekip elemanlarının eğitimi gibi yararlar oluşturmaktadır. Margitic ve arkadaşları hastaneye akut hastalıkla bakım almak üzere başvuran yaşlı bireylerle multidisipliner uygulamaları gerçekleştirdikleri çalışmalarında altı ay sonraki izlemde yaşlı bireylerin fonksiyonel düzeylerinde iyileşme saptamışlardır. Melis ve arkadaşlarının yürüttüğü Dutch EASYcare çalışmasında evde yaşayan incinebilir yaşlı bireylere geriatrik sendromlarına yönelik multidisipliner program uygulanmış ve bu uygulama rutin uygulanan yaşlıya yönelik ev bakımı ile karşılaştırılmıştır. Çalışmanın uygulamasını izleyen 3 ay sonunda uygulamada grubunda bulunan yaşlı bireylerin fonksiyonel düzeylerinde iyileşme, 6 ay sonunda ise iyilik halinde iyileşme saptanmıştır.

Geriatri ekip çalışmasında geriatrist ya da iç hastalıkları uzmanı, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, beslenme uzmanı, aile ve tüketici bilimleri uzmanı, psikolog ve gerektiğinde diğer bilim dallarından yaşlı ile daha sık çalışacak hekimler yer almaktadır. Ekip içinde yer alan hemşireler uygulayıcı, eğitici, araştırmacı, yönetici, savunucu rolleri ile veri toplar, sorunları analiz eder, hemşirelik tanılarını koyar, bakım hedeflerini belirler, uygulamalarını planlar ve uygular, sonuçları değerlendirir.

Geriatri ve gerontoloji hemşireliği; yaşlıların özgün gereksinimlerini anlamayı, değerlendirmeyi, geriatrik bakım ve rehabilitasyonu planlamada, uygulamada bilgi ve beceri ile yürütülen bakım etkinliklerini kapsar. Bakım etkinlikleri ayrıca yaşlının bakımından sorumlu aile üyeleri gibi profesyonel olmayan bakım verenlerin gereksinim ve isteklerini; herhangi bir patolojik sürecin çözülmesine yönelik uygulamaları da içerir.

Yaşlı birey ile çalışan hemşirenin;

1. Yaşlı bireyin karar verme yetisine sahip olduğunu bilmesi ve kendi kararlarına katılmasını sağlaması,
2. Yaşlı birey ve ailesi ile bakıma katılmasını kolaylaştıracak profesyonel ilişki kurması,
3. Yaşlı bireye bakım sunarken bireyin kendisinin, ailesinin, diğer bakım verenlerinin katılımını sağlaması ve güncel geriatri bakım standartlarını kullanması,
4. Fizyolojik, duygusal, sosyal, kültürel, psikososyal, ekonomik ve spiritüel fonksiyonlarda yaşlı bireyde yaşa bağlı değişimlerin farkında olması,
5. Bakımı planlama, uygulama, değerlendirme amacıyla yaşlı bireyin sağlık durumu ve fonksiyonel yeterliliği konusunda veri toplaması,
6. İnterdisipliner ekip üyeleri ile işbirliği halinde çalışması,
7. Birey merkezli, insani ve empatik yaklaşım ile vereceği etik kararlarda hasta, ailesi ve sağlık personelinin katılımını sağlaması,
8. Yaşlı birey ve ailesinin savunucusu olması,
9. Yaşlı bireyin sağlık ve fonksiyonel performansının korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve kazanılması, konforunun sağlanması, bağımsızlığının desteklenmesi, saygınlığının korunması konularında yaşlı birey ve ailesinin bilgilendirilmesi,
10. Yaşlı bireyi gereksinim olduğunda diğer sağlık profesyonellerine ve toplum sağlığı merkezlerine yönlendirmesi,
11. Yaşlı bireyi etkileyen kronik, akut fiziksel ve mental hastalık süreçlerini tanımlaması,
12. Gerontoloji, geriatri alanında varolan bilgiyi hemşirelik uygulamalarında ve bakımda kullanması,
13. Yaşlı bireyin otonomi ve haklarını gözetmesi ve kararlarına saygı göstermesi,
14. Yaşlı bireye ölüm sürecinde huzurlu ölümü sağlayacak bakımı vermesi ve palyatif bakımı kolaylaştırması,
15. Yaşlı bireyin eşi ve aile üyelerinin birbirini karşılıklı benimsemesi, rahat, umutlu ve güçlü olmalarını sağlaması,
16. Ulusal düzeyde profesyonel kuruluşlar ve sertifika programları ile profesyonel gelişimini sürdürmesi,

17. Yaşlı bireyin bakımı ve yaşam kalitesini artırmak için standartları kullanması ve diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği yapması beklenmektedir.

Sonuç olarak geriatri-gerontoloji hemşiresinden, sağlıklı etkin bir yaklaşım ve iletişim ile yaşlının özgün gereksinimlerini saptaması, geriatrik bakım ve rehabilitasyonu planlaması, hastalık öncesi fonksiyon düzeyinin kazandırılmasını hedeflemesi, patolojik sürecin çözümlenmesi için uygulaması ve yaşlının bakımından sorumlu bireylerin gereksinimlerini de dikkate alması beklenmektedir.

Disiplinlerarası Yaklaşım: Yaşlılık Platformu ve Çalışmaları

Yaşlılara yönelik sağlık, sosyal ve ekonomik alanlarda yapılan tüm çalışmalarda ekibin içinde mutlaka yaşlılarımızın da temsil edilmesi gerekmektedir. Geriatrik bakım ve rehabilitasyon sağlık ekibi üyelerinin yanı sıra politika belirleyicilerinin, program planlayıcılarının ve geliştiricilerin ve araştırmacılarının dikkatini de çekmeye başlayan bir konu olmuştur. Yaşlı bireylerin sağlıklı, bağımsız ve kaliteli yaşamaları için geliştirilecek geriatrik bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini oluşturmak kapsamlı, disiplinlerarası ve sektörlerarası çalışmayı gerektirir.

Disiplin ve sektörler dünyada ve ülkemizde yaşlılığa yönelen ilgileri nedeniyle bu konuda çeşitli çalışmalar yapmakta, kararlar almakta, eğitim programları ve yasal düzenlemeler gerçekleştirmektedir. Ancak ülkemizde tüm çalışmalar arasında yeterince etkin bir koordinasyon olduğu söylenemez.

Yaşlılık döneminin özgün yapısı ve yapılan çalışmalarda organizasyonunda var olan boşluklar; yaşlılarımıza yönelik geliştirilen politika ve stratejilerin istikrarlı ve süreklilik gösteren bir yapıda olması, yaşam kalitesini yükseltici, toplum içinde aktif olmalarını sağlayıcı, konuya ilgi ve duyarlılığı artırıcı sosyal politikaların oluşturulması ve ilgili kurumlarla koordinasyon içinde yaşlılarımızın sosyal, ekonomik, sağlık ve bakım sorunlarına yönelik önlemlerin alınması ve kararların süratle hayata geçirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Ayrıca çeşitli düzeylerde özel, sosyal, ekonomik ve sağlık gereksinimleri bulunan yaşlılarımızın da yapılan çalışmalarda; yorumlama yeteneklerinden

yararlanılması, kendileri ile ilgili alınan kararlarda aktif olarak yer almalarının sağlanması, toplumsal yaşama katılmaları, yaşamlarının kolaylaştırılması, toplumla uyum içinde yaşamlarının sağlanması, gereksinim duydukları her konuda yanlarında olunması sağlanmalıdır.

Söz konusu nedenlerle Yaşlılık Platformu yaşlılarımızın;

- Sorunlarını ve sesini topluma duyurmak,
- Sorunlarına yönelik olarak mevcut kaynaklarımızla gereksinim duyulanlar arasında denge kurmak,
- Deneyimlerinden yararlanmak,
- Hak ettikleri yaşam standartlarına ulaşmalarını sağlamak için gerekli çalışmaları yapmak ve
- Yaşlılık konusunda etkin ve yetkin ortak ses olmak amacıyla toplumumuza karşı bir sosyal sorumluluk projesi olarak **16 Ocak 2008** tarihinde 22 kurum ve sivil toplum örgütünün katılımı ile kurulmuş ve üye sayısı bugün 37'e ulaşmıştır. Platformu tanıtmak, yaşlılığa duyarlılığı artırmak ve temsilcilikler oluşturmak üzere yapılan yurt gezilerinde İzmit ilinde 11 temsilci; Konya ilinde 18 temsilci olmak üzere bugün il temsilcisi sayımız 29 olmuştur.

Yaşlılık Platformu kuruluşundan bu yana tanıtım dosyasının oluşturulması ve platform tanıtım çalışmalarının yapılması, Dün, Bugün ve Yarın Yaşlılık Kitabı basımı, çeşitli basın bildirilerinin hazırlanması, radyo ve televizyon söyleşileri gibi tanıtım etkinliklerini gerçekleştirmiştir. Platform güç birliği ve yaşlılığa karşı duyarlılığı artırmak amacıyla Dün, Bugün ve Yarın Yaşlılık teması ile 13 Kasım 2008'de, Yaşlanan Türkiye'de İleriye Yönelik Hedefler teması ile 1 Ekim 2010 tarihinde, Sivil Toplum Yaşlılık Platformunda Buluşuyor teması ile 24 Mart 2011 ve 1 Ekim 2011 tarihinde, Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesiller Arası Dayanışma Yılı teması ile 1 Ekim 2012 tarihinde Ankara'da, 27 Şubat 2009'da İzmit'te, 20 Mart 2009'da Ankara'da, 21 Mart 2009'da Konya'da, 29 Nisan 2009'da Eskişehir'de ve 14 Mayıs 2009'da İstanbul'da çeşitli toplantılar yapılmıştır. Bu etkinlikler özellikle gençlerle kıdemli vatandaşları buluşturarak, kuşaklararası etkileşimi sağlamak açısından etkili olmuştur.

Platform ayrıca, yaşlılık alanına ilişkin sorunlara yönelik çözüm önerileri ve eylem planı stratejisinin belirlenmesi amacıyla birbirini izleyen iki çalıştay gerçekleştirmiştir. İlki 19 Mart 2010 tarihinde gerçekleştirilen çalıştayda, “Türkiye’de Yaşlıların Hukuki Durumu, Uygulanan Politikalar ve Yaşlılara Götürülen Hizmetler”, “Yaşlılıkta Sağlık” ve “Yaşlıların Yaşam Ortamları” olmak üzere üç ana başlık ele alınmıştır. 16-17 Haziran 2010 tarihinde gerçekleştirilen ikinci çalıştay ile; ilk çalıştay sonucunda belirlenen sorunlar ve çözüm önerileri ile oluşturulan rapor ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile sivil toplum kuruluşlarının temsil edildiği geniş katılımlı bir platformda tartışılmıştır.

Platform Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Kalkınma Bakanlığı gibi politika belirleyiciler ile işbirliği halinde Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı ve 10. Kalkınma Planı Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu çalışmalarında da temsil edilmiştir.

Yaşlılık Platformunun **Misyonu**;

“Yaşlıların haklarını güvence altına alan yaşlılık ve yaşlanma ile ilgili, tüm kurum ve kuruluşların eşit temsili esasına dayalı olarak çalışan bir güç birliği oluşturmak”,

Yaşlılık Platformunu **Vizyonu**;

“Yaşlılarımızın ulusal ve uluslararası düzeyde, kaliteli bir yaşam standardına ulaştırılmasını sağlamada lider olmaktır”.

Yaşlılık Platformunun **İlke ve Değerleri**;

- Yaşlı haklarını savunmak,
- Yaşlılıkla ilgili her türlü ayrımcılığa karşı olmak,
- Tüm çalışmalarda katılımcılığı ön planda tutmak,
- Tüm siyasi politikalardan bağımsız olmak,
- Yaşlılık alanında bütünü temsil etmek,
- Yaşlılık alanında çalışan Sivil Toplum Kuruluşları ile deneyim paylaşımı ve işbirliği içinde olmaktır.

Yaşlılık Platformunun **Amaç ve Hedefleri**;

- Türkiye’de toplumsal ve kamusal alanda sağlıklı ve kaliteli yaşlanmak, yaşlılığın pozitif algılanması vb. konularda etkili bir kamuoyunun oluşturulması için çalışmak,
- Toplumda yaşlılığa karşı ayrımcılığın ortadan kaldırılması için çalışmalar yaparak, yaşlının toplumla bütünleşmesini sağlamak,
- Yaşlıların hak ve özgürlüklerinin korunmasını sağlamak,
- Yaşlılık alanındaki tüm yasal düzenlemelerin ve uygulamaların gerçekleşmesi için katkıda bulunmak,
- Yaşlılık ve yaşlanma konularında, araştırma, eğitim, hizmet ve proje üretme ile ilgili olarak çalışan tüm kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyon sağlamak ve işbirliği yapmak,
- Yaşlılık konusunda kamuoyu oluşturmaya yönelik etkinliklerde bulunmak,
- Yaşlılar için elden gelen değil, hak edilen yaşam standartlarını sağlamak,
- Yaşlılık alanında çalışan uluslararası kurumlarla eğitim, araştırma ve proje konularında işbirliği yapmak,
- Yaşlıların yaşamak istedikleri ortamlarda; evinde yalnız veya ailesi ile birlikte, gündüz bakım evlerinde, geçici veya sürekli huzurevlerinde kaliteli yaşam sürdürebilmeleri için gerekli sosyal politikaların oluşturulmasında görev almaktır.

Yaşlıların haklarına, bakım sorunlarına ve sosyal sorunlarına yönelik çalışmaların; etkin bir işbirliği içinde, siyasi kaygılardan uzak, sağlam ve kalıcı önlemler alınarak ve tüm yaşlı grubunu kapsayacak şekilde başlatılması ve sürdürülmesi için yaşlılık platformu çalışmalarına devam etmektedir.

Kaynakça

- 1- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Ankara: Sistem Ofset, 2004.
- 2- Akdemir N. Disiplinler arası ekip hizmeti, I. Ulusal Geriatri Kongresi, 30 Ekim – 3 Kasım 2002, Belek, Antalya.
- 3- Chin P, Finocchiaro D, Rosenberg A. Rehabilitation Nursing Practice. NewYork: McGraw Hill Companies; 1998.
- 4- Clemen-Stone S, Eigsti DG, McGuire SL. Comprehensive Family and Community Health Nursing: 3. Edition, Mosby Year Book, St. Louis; 1991.
- 5- Durso SC. Interaction With Other Health Team Members in Caring for Elderly Patients, Dent Clin North Am 2005; 49(2):377-88.
- 6- Fadiloğlu Ç, Tokem Y. Geriatrik Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. Türk Geriatri Dergisi. 2004, 7(4):241-246.
- 7- Koldaş Ş, Kutlay Ş. Geriatrik Rehabilitasyon. Romatizma. 2002, 17(3):195-205.
- 8- Salam A. Conceptualizing a Geriatric Facility. Türk Geriatri Dergisi. 2009, 12(1): 31-35.
- 9- Tabloski P. Gerontological Nursing. 1st Edition. New Jersey: Prentice Hall, 2006.
- 10- Young, CA., Building a Care and Research Team. Journal of the Neurological Sciences 1998, 160 (Suppl. 1): 137–140.

Prof. Dr. Mine UYANIK
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ergoterapi Bölümü Öğretim Üyesi

Bakım ve rehabilitasyon birlikte ele alınması gereken iki önemli konudur. Rehabilitasyon, günlük yaşamda yaşlı insanların karşılaştıkları kronik hastalıkların sebep olduğu güçlüklerle baş etmeyi sağlayarak yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır. Ancak başarılı rehabilitasyon için sadece fiziksel fonksiyona odaklanılmaması, geniş bir perspektiften sosyal ve psikolojik problemlerin belirlenmesi ve bunlara uygun yaklaşımlar gerekmektedir.

Geriatrik rehabilitasyon yaşlıların kronik hastalıklar sonucu ortaya çıkan sorunlarından dolayı fiziksel ve emosyonel kapasitelerinin düzeltilmesi ve yaşam kalitelerinin geliştirilmesi amacıyla profesyonel disiplinlerin birlikte yürüttükleri çalışmalardır. Yaş ile birlikte müskuloskeletal sistem, kardiyovasküler sistem ve nöromusküler cevap sürelerinin azalması bireylerin fiziksel kapasitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuz etkilere bağlı olarak azalan fiziksel aktivite düzeyi, yaşlı bireylerin toplum ve aile içindeki rollerini olumsuz yönde etkilemektedir. Yaş ile birlikte görülen genel sistemik problemlerin yanı sıra düşme korkusu, motivasyon eksikliği ve depresyon yaşlıların inaktif olmalarını tetiklemektedir. Fizyoterapist ve ergoterapist, yaşlı bireye aktif rolünü kazandırma sürecinde multidisipliner ekip içerisinde rol almaktadır. Fizyoterapist hem yaşlının genel sağlık düzeyini ve fiziksel aktivite düzeyini göz önünde bulundurarak kişiye özel egzersiz programı planlamak hem de yaşlının evdeki ve sosyal çevresindeki limitasyonlarını belirleyerek uygun ergonomik yaklaşımları gerçekleştirmede rol almaktadır. Yaşlı bireyleri toplumda tekrar aktif hale getirebilmek için fiziksel aktivite düzeylerini artırmak kaçınılmazdır. Yaşlı bireylere egzersiz alışkanlığının kazandırılması fonksiyonel performans düzeylerini dolayısıyla da günlük yaşam aktivite düzeylerinin korunmasına yardımcı olmaktadır. Fiziksel aktivite alışkanlığı olan yaşlıların inaktif bireylere göre daha uzun ve daha iyi genel sağlık düzeyine sahip oldukları bilinmektedir. Fonksiyonel düzeydeki küçük kazanımlar fonksiyonel düzeyde belirgin değişimlere neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda, kuvvetlendirme egzersizlerinin, denge ve koordinasyon egzersizlerinin ve yürüme eğitiminin fonksiyonel performans düzeyini, yaşam kalitesini ve genel sağlık düzeyini artırdığı kanıtlanmıştır.



Geriatrik Değerlendirme ve Tedavi Ünitelerinde (GDTÜ) akut hastalığı olan güçsüz yaşlıların tedavisi sonucunda mortalite oranlarının genel hastane kliniklerine oranla oldukça düşük olduğu saptanmıştır. GDTÜ'lerinde interdisipliner ve tüm ilgili hastalıklara ilişkin detaylı değerlendirme, erken mobilizasyon / rehabilitasyon ve taburculuk planlaması yapılmaktadır. Yaşlı hastaların rehabilitasyonu içinde özellikle kalça çıkığı, amputasyon ya da inme rehabilitasyonunda taburculuk planlaması yapılırken ev ziyareti ile değerlendirmelerin yapılması, güvenlik önerileri ve yardımcı araç gereksinimlerinin belirlenmesi yoluyla başarılı bir taburculuğun gerçekleştiği belirtilmektedir. Yaşlıların çoğunun fonksiyonel aktivitelerde zorluğu vardır ve yaşlılar kendilerine yardım edilebileceğinin farkında değildirler.

Günümüzde evde bakım hizmetleri hekim, hemşire, ergoterapist, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, eczacı, sosyal çalışma uzmanı, diş hekimi ve ev ekonomisti gibi farklı meslek üyelerinin katılımıyla interdisipliner ekip yaklaşımıyla yürütülmektedir. Evde bakım hizmetlerinin yürütüldüğü ülkelerde bu hizmetlerden en fazla yararlanan grubun yaşlılar olduğu dikkati çekmektedir. Sağlık hizmetlerini yaşlıya kendi evinde sunma imkanı sağlayan evde bakım modeli, yaşlının sağlık ve fonksiyonellik düzeyini artırmayı hedeflemektedir. Ayrıca yaşlanan nüfusun hastane masraflarını azaltarak ekonomiye katkı sağlaması beklenmektedir. Birden fazla problemi olan ve bu nedenle özür açısından yüksek risk altında olan güçsüz yaşlıların bakımı için “ev sağlık bakım programları” geliştirilmiştir. Hastane yerine tamamlayıcı bir model olarak her bir yaşlı hastaya uygun esnek hizmetler sunan modeller planlanmaktadır. Bu modellerde yaşlı hastanın bakımını göz önüne alarak bilişsel ve fonksiyonel bozukluğunu önlemek amaçlanmaktadır. Evde bakım modeli çerçevesinde yaşlı bireylerin egzersiz yapmalarına yönelik cesaretlendirilmeleri ve motive edilmeleri, aynı zamanda kendileri için anlamlı aktivite eğitimlerinin uzun dönemde fiziksel ve psikososyal sağlık kazanımları ve iyilik halinin geliştirilmesinde olumlu yönde etkilemektedir. Yönetmeliğe göre evde bakım, hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır. Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsar.

Ekibin içinde ergoterapi hizmeti, yaşlılar için bağımsızlık ve güvenliği sağlamak üzere mobilite, kendine bakım ve ev idaresi alanlarında pek çok yardımcı araç-gereç ve ev modifikasyonları olarak uygulanmaktadır. Bu uygulamalar "occupational" performans değerlendirmeleri sonuçlarına göre aktiviteler kullanılarak ve programlar düzenleyerek sağlıklı bir yaşam stili geliştirme, özellikle fiziksel aktivitelerde bakım verenlere yardım sağlama ve tavsiyelerde bulunma, günlük işler ve aktiviteleri yapmak için çevrenin adaptasyonu ve yardımcı alet kullanımı tavsiyeleri şeklinde olabilir. Yaşlının değerlendirme sonuçları ve problem alanlarına göre günlük yaşam aktiviteleri (GYA) eğitimi; transfer teknikleri, kendine bakım, giyinme, yemek yeme, mutfak emniyeti, organizasyon becerileri, yazı yazma, hatırlatma için işaretlemeler, yürüme vs. eğitimi şeklinde uygulanır. Ayrıca boş zaman ve üretici aktiviteler alanlarında performansı ve memnuniyeti artıracak tavsiye ve eğitimler verilmektedir. Yardımcı araç kullanma eğitimi; ev idaresi, mobilite ve kendine bakım alanlarında daha fazla bağımsızlık ve güvenliği geliştirmek için, enerji koruma tekniklerinin öğretilmesi; işlerin daha kolay yapılabilmesi ve ikincil yaralanmalardan korunmak için yapılmaktadır. Ev modifikasyonları, ev yerleşimlerinde aktivite performans problemleri olan özellikle yaşlılar için kişi-çevre- aktivite etkileşimi sonucu olarak ergoterapi uygulamalarında dünyada önemli ve yaygın olarak kullanılan bir yaklaşımdır. Rekreatif Aktivite Eğitimi: Duyu stimülasyonu, kısa soru-cevap oyunları ve yap-boz (büyük parçalı) aktiviteleri, gerçeklik oryantasyonu (egzersiz ve hareket, müzik, şarkı), boyama ve el sanatları aktiviteleri, bingo, satranç oyunu, masa başı oyunları (kelime oyunları, bulmacalar), geleneksel oyunlar (tavla), hatırlatmayı sağlayacak oda düzenlemesi (video, müzik, savaş yılları vs.), kitaplar-el eşyaları, müzikle hareket (dans), ekspresif aktiviteler (drama), müzikli aktiviteler (şarkı kitapları) ile çalışma şeklinde uygulanabilecek ergoterapi programında kişi / aile merkezli eğitim ele alınır.

Bu eğitim programında kişinin kendi geleceğini kendi belirleme yeteneği, kararları uygulama yetkisi sağlanır ve terapatik program içine tüm aile alınır. Ergoterapinin görevi, yaşlıların rol performanslarının geliştirilmesine yardımcı olmaktır. Yaşlı bireyler için gerekli kompensasyon veya yeni rol bulma çalışmaları gelecekte bu bireylerin yaşam kalitelerinin artırılabilmesinde çok gereklidir. "Yaşam Şeklinin Yeniden Düzenlenmesi" programlarıyla yaşlılar sağlığın ve günlük rutinlerin içindeki anlamlı aktivitelerin içine girerek rol ve aktivitelerini yeniden düzenlemektedirler. Yaşlı kazanılan deneyimlerle



kendinde pre-kognitif olarak değişiklik oluşturmakta, sonra bunu kendine yansıtarak kognitif olarak kendini yeniden duyumsamaktadır. Kişi için bir yardımcı araç seçerken o kişinin bireysel gereksinimlerine uygunluğu gibi pek çok faktör göz önüne alınmalıdır. Kronik artritli hastalarda ulaşmaya yardımcı araçlar, büyüteçler, tutunma barları, kavanoz kapağı açıcıları ve işitmeye yardımcı araçlar kullanılmaktadır. Genelde, yardımcı araç kullanımından yüksek oranda memnuniyet duyulmaktadır. Araçların çoğu kişilerin boş zaman aktivitelerine katılmaları ve daha aktif olmaları için seçilmektedir. Yaşlıların belirlenen yardımcı araçlarla ilgili yeni bir alan olan ergoterapi yaklaşımlarının önemi ile ilgili daha fazla bilgilendirilmeye gereksinimleri bulunmaktadır.

Kaynakça

- 1- Geriatrik Hastalar İçin Evde Bakım Modeli ve Ekip Eğitimi Projesi, Proje No: 2007 K 120950, Ankara 2010.
- 2- Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, Winter L, Hodgson N, Schinfeld S. Long-term Effect on Mortality of a Home Intervention that Reduces Functional Difficulties in Older Adults: Results from a Randomized Trial. J Am Geriatr Soc. 2009; 57(3): 476–481.
- 3- Haak M, Ivanoff SD, Fange A, Sixsmith J. Home as the Locus and Origin for Participation: Experiences Among very old Swedish People, OTJR: Occupation, Participation and Health, 2007; 27(3): 95-103.
- 4- Kayıhan H, Uyanık M, Yücel H, Düger T. Geriatrik Rehabilitasyon ve İş-Uğraşı Tedavisi. In: Arıoğlu S, Cankurtaran M, Halil M, Yavuz BB, eds. Geriatri ve Gerontoloji. MN Medikal & Nobel Basım Yayın Ticaret ve Sanayi Ltd.Sti; 2006: 205-221.
- 5- Karakul MZ. İnme Geçirmiş Yaşlı Kişilerde Aktivite, Katılım ve Depresyonun Yaşam Memnuniyeti ile Olan İlişkisi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İş ve Uğraşı Tedavisi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
- 6- Kırdı N, Ayhan C, Uyanık M, Erden Z, Erbahçeci F, Yücel H., Sağlıklı Yaşlanma ve Egzersiz, (Ed) N Kırdı, 2004, Ankara.

- 7- Nilsson I, Bernspang B, Fisher A.G. et al. Occupational Engagement and Life Satisfaction in the Oldest-Old: The Umea 85+Study, OTJR: Occupation, Participation and Health, 2007; 27(4): 131-139.
- 8- Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM et al.: Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review, Age and Ageing 2004; 33:453-460.
- 9- Uyanık M : Yaşam Kalitesi Rehberi, H.Ü. Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, 2001, Ankara. (1. Eviniz ve Çevreniz Bölümü 73-81, 2. Egzersiz Rehberi Bölümü 91-101); 2. Baskı 2003.
- 10- Uyanık M, Karaduman A, Can F. Yaşlılarda Düşmeler, Kırıklar ve Önlenmesi, Osteoporoz Rehabilitasyonu. In: Arıoğlu S, Cankurtaran M, Halil M, Yavuz BB, eds. Geriatri ve Gerontoloji. MN Medikal & Nobel Basım Yayın Ticaret ve Sanayi Ltd.Şti; 2006: 339-353.

Doç. Dr. Rüksen ÇEHRELİ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Onkoloji Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Bilim Tarihi

İnsan genomu 30000 genden oluşur. Üzerinde 100.000'den fazla dizilmiş proteinler vardır.

- Gen ekspresyonu ile ilişkili DNA sentezi ve onarımında birçok mikro besin rol oynar.
- Folik asit
- B12
- B6
- Niasin
- C vitamini
- E vitamini
- Fe, Zn vb.

DNA metabolik yolu için gereklidir

- 21. Yüzyılda insan genomu ile ardışık başlayan çalışmalar - OMICS alanında devam edecek gibi görülmektedir.
- Genomics
- Proteomics
- Metabolomics
- Nutriomics
- Dietomics
- Nutrigenomics
- Lipidomics
- Glycomics
- Pharmacogenomics



Nutrigenomics and Pharmacogenomics

Multidisipliner alanlarda ortaya çıkan ve gelecek için ümit veren iki önemli konudur.

Genetik ve Beslenme

- İnsanlar hergün 3×1000000 hücreyi dengeli olarak beslemek durumundadır. Beslenme ve genetik uyumu önemlidir.
- Hücrelerin beklediğinden farklı beslenebiliriz
- İnsanlığın beslenmeye bağlı iki önemli sağlık sorunu var!

Açlık !

Dünyada 800.000 aç var

- Açlık ve Şişmanlık çok önemli bir sorundur. Dünyada 1 milyar obez var.

STOP Disease related Malnutrition: Prague Declaration June 2009

ENHA joined with the Czech Presidency of the EU, 22 June 2009

Avrupa Parlamentosu, Çevre, Sağlık ve Gıda Komisyonu üyeleri “Kanserle ilişkili malnütrisyonun” önemini vurgulayan ve malnütrisyonla savaşı önceleyen bir karara imza attılar.

- “For the third time MEPs call upon the Commission for action on malnourished patients
- 06 May 2010
- Members of the European Parliament have voted for the third time for the European Commission to fund research and guidelines for nutritional support to tackle Europe’s ‘silent killer’, malnutrition. This supports last month’s vote by the Parliament’s Environment, Health and Food Safety committee. “Malnutrition has an adverse impact on people’s health and wellbeing and represents a healthcare and societal cost equal to that of obesity.
- Malnutrition affects up to 50% of cancer patients and we need to ensure that nutritional care guidelines are updated to reflect the evidence base and are integrated into guidelines.”

Malnütrisyonun Etkileri

- Malnütrisyonun sağlık ve bakım giderlerine getirdiği yük yıllık tahmini 7.3 milyar sterlini aşmaktadır.
- Bu harcamanın yarısından fazlası ise 65 ve üstü hastalara yapılmaktadır.

http://www.ageconcern.org.uk/AgeConcern/hungry2bheard_overview.asp

Sonuç Bildirgesi

- Bugün, AB üye ülkelerin sağlık bakanlığı temsilcileri, AB Çek Başkanlığı, tıp uzmanları, sağlık çalışanları, sağlık sigortası grupları temsilcileri, ESPEN (Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği) ve ENHA (Avrupa Sağlık için Nutrisyon Birliği)
- "Hastalıkla ilişkili beslenme bozukluğunun da dahil olduğu malnütrisyonun, Avrupa'da acil bir halk sağlığı problemi olduğu konusunda fikir birliğine vardılar."
- Hastaların hayat kalitesini düşüren, gereksiz morbidite ve mortaliteye neden olan, tüm Avrupa'daki sağlık sistemlerinin etkinliğini azaltan malnütrisyonun korunma konusunda gerekli adımların atılmasına ihtiyaç vardır.!!!

Malnütrisyon Nedenleri

- Medikal Faktörler
- İştahsızlık
- Eksik dişler, diğer oral problemler ve disfaji
- Tat ve koku duyusunun kaybı
- Solunum problemleri (Amfizem)
- Gastrointestinal problemler (malabsorbsiyon)
- Endokrinolojik problemler (diyabet, tirotoksikoz)
- Nörolojik problemler (Serebrovasküler olaylar, Parkinson hastalığı)
- Enfeksiyonlar
- Fiziki yetersizlik (artrit)
- İlaç etkileşimleri (digoxin, antibiyotikler vs)



- Diğer hastalıklar (kanser)
- Az tuz, düşük kolesterol, kısıtlanmış diyetler
- Fekal tıkanıklık, konstipasyon

Yaşam Tarzı ve Sosyal Faktörler

- Yemek, pişirme ve beslenme konusunda bilgisizlik
- İzolasyon/Yalnızlık
- Fakirlik
- Alışveriş yapamama, yemek hazırlayamama

Psikolojik Faktörler

- Konfüzyon
- Demans
- Depresyon
- Üzüntü
- Anksiyete

Yaşlılarda Malnütrisyonun Klinik Semptomları

Erken semptomlar

- İştahın azalması
- Et sevmeme
- Günlük gereksinimin 1/3 kadar besin alımında azalma
- Genel huzursuzluk
- Dirençli yorgunluk, hareketliliğin azalması

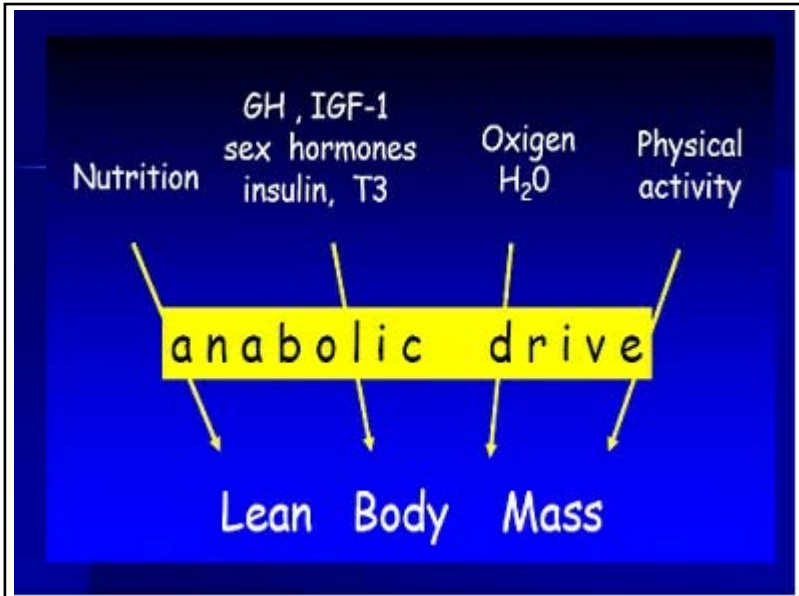
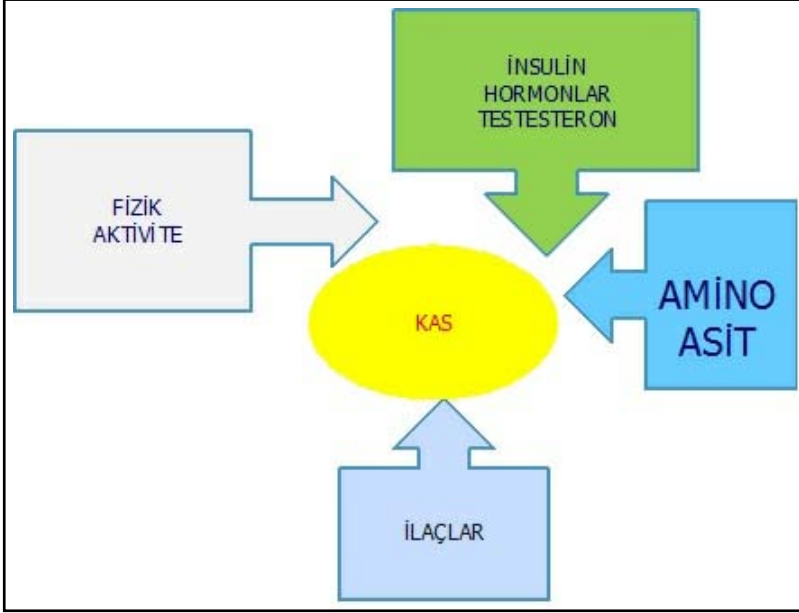
Geç klinik semptomlar

- İştahın azalması, et tüketiminde sakınma
- Günlük gereksinimin 2/3 kadar besin alımında azalma
- Kas zayıflığı ve güçsüzlüğü
- Dirençli ağır yorgunluk
- Belirgin ağırlık kaybı
- Kuru, ince ve çatlak cilt
- Hareketsizlik, başkasına bağımlılık

Sarkopeni

Sarkopeni tanısında 3 kriterden 2 veya 3'ü birlikte olur

1. Düşük kas dokusu
2. Düşük kas gücü
3. Düşük fiziksel performans



Obez Hastalarda Malnütrisyon Taraması Yapmalı mıyız?

Obezite ve Sarkopeni

- Obezite ve Sarkopeni
- Kanada > 2100 Akc / Gl Ca hastaların %15 obez (BMI=30)
- Obez hastaların %15 i CT sonucu sarkopenik bulunmuştur.
- Sarkopenik obezite erkeklerde fazladır.

Walston JD. Sarcopenia in older adults. Curr Opin Rheumatol. 2012 Nov, 24(6):623-7.

- Sarkopenik yaşlılarda medikal ajanlar ile hedeflenen multiple biyolojik yaklaşımlar geliştirilmektedir.
- Yeterli beslenme ve hedeflenen egzersiz tedavi için altın standard olarak görülmektedir.

Ding-Cheng D, Hsiao-Hui T, Rong S, Jau-Yih T, Ching Y, Chao Agnes H, Ken N. A pilot randomized controlled trial to improve geriatric frailty *BMC Geriatrics* 2012; 12:58.

- 3 aylık kısa bir sürede uygun egzersiz ve beslenme yönetiminin sağlanması ile,
- Güçsüz yaşlı yetişkinlerde Dinamik kırılabilirlik süreci, kemik mineral yoğunluğu ve 25 (OH) D vit düzeyini artırabilir.

Hanisah R, Suzana S, Lee FS. J Nutr Health Aging. 2012 Jul; 16(7): 660-5. Validation of screening tools to assess appetite among geriatric patients.

- Yaşlılarda yetersiz beslenmenin en önemli nedeni iştah azlığıdır.
- İştahın değerlendirilmesi için nutrisyonel sorgulama formları pratik olabilir.
- SGA formları

- Malnütrisyon ve iştah azlığı hasta olan ve olmayan yaşlılarda sıklığı en çok görülen problemdir.
- Malnütrisyonu önlemek için erken bulguları değerlendirmek amacıyla düzenli olarak iştah sorgulanmalıdır.
- Bağımsız yaşlı nüfusta depresyon prevalansı %5-20 arasındadır.
- Depresyon önemli bir halk sağlığı problemi olarak gelecekte dünya genelinde ikinci bir sorun olabilir.
- Depresyonlu kişiler genellikle glisemik indeksi yüksek besinleri tüketirler.
- Ancak total besin tüketimi iştahın azalmasına bağlı olarak aşırı CHO alımından daha az olabilir.
- Antidepressan ilaçlar CHO alımını etkiler.
- Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) CHO alımını azaltır.
- Trisiklik antidepresanlar CHO alımını artırır.

Xerostomia

- Xerostomia yaşlılıkta çoklu ilaç kullanımına bağlı olarak sıklıkla görülür.
- Ancak xerostomia yapan ilaçların azaltılması bile bunu önleyebilir.

Shishir RS, Sunanda B, Renita C, Subhas B. Drug induced xerostomia in elderly individuals: An institutional study. Contemp Clin Dent. 2012 Apr-Jun; 3(2): 173–175.

Mikronutrientler Yetersizlikleri

- Demir yetersizliği
- Çinko yetersizliği
- Vitamin B12 ve folat yetersizliği
- Pridoksine
- Riboflavin yetersizliği

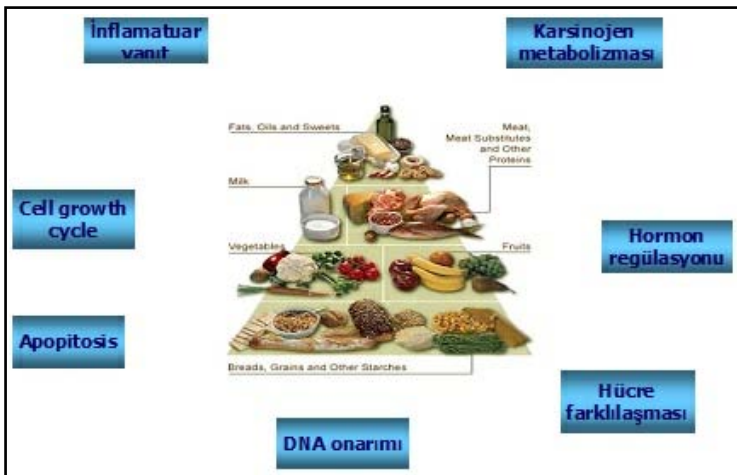


- Yağda eriyen vitaminler
- E ve D vitamini yetersizliği
- Mikronutrient imbalansı,
- Vitamin D, Vitamin B12, Folik asit yetersizliği
- Vücuttaki demir depolarının artması
- Tip 2 DM patogeneğinde suçlu bulunmuştur.

Mathers JC, Méplan C, Hesketh JE. Polymorphisms affecting trace element bioavailability. Lancet 2011, Int J Vitam Nutr Res. 2010 Oct; 80 (4-5):314-8.

Halk sağlığı ve hastalıklarda genetik ve genomikler hastalıkların prevansiyonunda önem kazandığı için, günümüzde toplumların genomik yapısı ve bunun risk profilinin çıkarılması ilgi gören bir konu olarak halk sağlığı koruma sistemleri içinde önemli bir noktaya geldi.

Bu nedenle genomik yapıyı etkileyebilen beslenmenin rolü koruyucu sağlık hizmetleri açısından daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır



Sonuç

- Epigenetik tedavi güçlü bir klinik potansiyel olarak yaşlanmayı geciktirme /yaşlanma ilişkili hastalıkları önleme alanında kullanılmaya başlanılmıştır.
- FDA onay verdiği epigenetik tedavi ilaçları özellikle kanser alanında görmek mümkündür.
- DNMT inhibitors, azacitidine, decitabine,
- HDAC inhibitors, depsipeptide, phenylbutyrate, valproic acid, suberoylanilide hydroxamic acid, resveratrol
- Gelecekteki çalışmalar yeni epigenetik ilaçların geliştirilmesine yönelik olacaktır
- 21. yüzyılın değişen tıbbında ilgi gören konu; hastalıkların özellikleri ve halkın çevresel ve yaşam tarzına bağlı stresörlere karşı korunabilmesi için eğitilmesi ve bu sayede, gen ekspresyonlarının ve kronik hastalıkların artmasının engellenmesi mümkün olabileceğidir.
- Gelecek çalışmalarda diyet komponentleri ile hangi genlerin ilişkisi olduğu nutrisyonel genomikler (NUTRİGENOMİKLER) fenotip değişmesi ilgiyle çalışılacaktır.
- Gene polymorphisms (nutrigenetics),
- Nutritional epigenetics, nutritional transcriptomics,
- Nutritional genomics public health paradigms.

Tüm Bu Çalışmalar Yaşlanmayı Geciktirebilir mi?

Geriatride

- Malnütrisyon
- Sarkopeni
- Sarkopenik obezite
- Tanımlanması önemli !!!



Sonuç

- Geriatri de multidisipliner yaklaşım içinde görev alan her branşın farkındalığının artırılması ve uygulanabilecek tarama metodlarının geliştirilmesi gereklidir.
- Avrupa ve Asya örneklerinde olduğu gibi maliyet raporlarının belirlenmesi zorunludur.
- Sosyal hizmet uzmanı,
- Doktor (aile hekimi),
- Psikolog,
- Beslenme uzmanı,
- Fizyoterapist,
- Hemşire,
- Dişhekimî,
- Sosyal dernekler birlikte görev yapmalıdır.

Emine DAL
T.C. Sağlık Bakanlığı
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Psikolog

Ekip Nedir? Ekibin Özellikleri Nelerdir?

Yaşlılık, insan organizmasında zamana bağlı olarak oluşan, yavaş seyirli ve geriye dönüşümü olmayan değişiklikler olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılık, aynı zamanda biyolojik ve sosyal şartlar tarafından önemli ölçüde etkilenen bir durumdur, bu nedenle yaşlı insanın bireyselliğine, haklarına ve çevre içinde ele alınmasına yönelik bilincin artması gerekmektedir.

Yaşlı hastaların başta ailesi olmak üzere, sosyal çevre de dahil olmak üzere sağlık ve hastalık deneyimlerini etkileyen unsurların da tanınması ve sorumluluğun paylaşılması önemlidir. Fizyolojik, sosyal ve çevresel faktörler, yaşam tarzı ve sunulan sağlık hizmetleri de sağlığı belirleyen etmenlerdendir. Bu süreçte bireyin bir bütün olarak kabul edildiği (holistik) yaklaşım ile hastanın fiziksel, cinsel, ruhsal, emosyonel ve sosyal bir varlık olarak diğer bireylerden farklılığı ile aynı zamanda kültürel dini ve etik bütün değerleri göz önünde bulundurularak yaşlı hastaya tedavi bakım ve desteğin planlanması söz konusudur.

Yaşlı bireyin bakım ve rehabilitasyon sürecinde çok çeşitli disiplinlerden bir araya gelerek profesyonel hizmet veren ekipler vardır. Bu ekipler, yaşlı bireye evinde, hastanede ya da herhangi bir bakım kurumunda verilen bakım ve rehabilitasyon hizmetleriyle daha sağlıklı ve kaliteli bir hayat sürmesi için çalışmaktadır.

Sağlık ekibi tarafından yaşlı bireye verilen tıbbi bakım, psiko-sosyal destek ve tedavi hizmetlerinin önemi çok büyüktür. Bu alanda çalışan farklı disiplinlerin işbirliği ve eşgüdüm içinde olmasının yanı sıra verilen hizmetlerin sürekliliği ve ulaşılabilirliği de önemlidir.

Disiplinler arası ekip kavramı, değişik düşünce ve araçların kullanımında deneyimli; aralarında iş bölümü yapan; her ögesi kendi bilgi ve becerisini bağımsızca kullanabilen; birbirleriyle sürekli iletişim halinde ve ortaya çıkan



sonuca ekip sorumluluğu ile yaklaşan insan topluluğudur. Bakım ve rehabilitasyon sürecinde bakım ve rehabilitasyon konusunda uzmanlaşmış kişilerden oluşan sağlık ekibi; birden fazla sağlık meslek üyelerinin işbirliği ile ortak hedefler doğrultusunda, yaşlı bireye kaliteli ve gereksinimlerine uygun şekilde kapsamlı sağlık hizmeti sunan ekiptir. Bu ekip kaynakların ortak kullanıldığı, ortak kararların alındığı, koordinasyon ve iletişimin sağlandığı bir birliktir..

Disiplinler arası yaklaşım, sağlık meslekleri üyeleri arasında hizmetlerdeki boşluk ve tekrarları ortadan kaldırmak için işbirliğini öngörür. Böyle bir sistemde, açıklık, esneklik gözlenir ve hastanın belli sorununun çözümü için tüm yeteneklerin en iyi şekilde kullanımını sağlar.

Ekip, yaşlıya destek, danışmanlık, eğitim ve uzmanlık sağlamak üzere birlikte çalışırken, karar verme aşamasında son sözü hastaya bırakır. Üyelerin çeşitliliği nedeniyle, rollerin esnek ve değişebilir olması ekibin dinamizmi için gereklidir. Ekibin her üyesi kendine özgü uzmanlık bilgisini ortaya koyar ve bu uzmanlık bilgisinin başkalarıyla kesiştiği çeşitli alanlar vardır. Ortak iş yapmak için üyeler, eşit ilişkiler içinde ve karşılıklı saygıya dayalı bir ekip çalışmasına gönüllü olmalıdır. Grubun her üyesi kendi rolünün kapsamı kadar diğer üyelerin rollerinin kapsamını da anlamaya çalışmalıdır. Bu bilgi grubun çabuk hareket etmesine ve iletişimle problemleri azaltmaya olanak verir. Sorumluluklarda hemfikir olmak, ekip içerisinde görevleri, sorumlulukları ve karar almayı paylaşmak son derece önemlidir.

Disiplinler arası ekipler birbirlerinden bir şeyler öğrenen, birbirlerine güvenen kişiler tarafından koordine edilen ve sağlanan bakımın hastaya en iyi yapılacak hizmet olduğu fikrine kendilerini adanmışlardır. Disiplinler arası ekipler, farklı görüş açılarının bilgece ve yaratıcı olarak bütünleştirilmesini gerektirir. Ekip üyeleri çeşitliliğe değer verdiğinde, düşünceler çatıştığında, bağlılığını koruduğunda ve bütün ekip üyelerinin uyacağı bir anlaşmayı görüştüğünde en iyi şekilde işlevini yerine getirir.

Terapötik işlevsellik; ekip birlikteliği ve bireysel özerklik arasındaki esnek tutulması gereken hassas dengenin ürünüdür. Ekip elemanlarının özerkliği- her ne kadar çelişkili görünse de- ekip bütünlüğünü ve birlikteliğini pekiştiren bir faktördür. Bireysel inisiyatif tanınmasının amacı, ekip etkinliğini arttırmaktır. Bireysel özerkliğin, mesleki ve kişisel doyumu, dolayısıyla tedavi etkinliğini

arttırıcı rolü çok önemlidir. Tedaviyi ilgilendiren kararlar ekip içi dinamiklerin ürünü olmak durumundadır. Ancak unutulmaması gereken, ne ekibin bütün olarak, ne de ekip üyelerinin tek tek özerkliklerinin mutlak değil, koşullar izin verdiği ölçüde göreceli olduğudur.

Ekip çalışmasının yapıcı özelliğinin sağlanması, korunması açısından ekibi oluşturan meslek mensuplarının birbirlerine karşı saygı ve güven duyması, destek vermesi gerekir. Dostça ilişkiler oluşturmaktan daha öncelikli olarak verimli hizmet üretmeyi amaçlayan ekip çalışmasının gerçekleşmesi için, uygar insan ilişkilerinin gereği olan saygı-güven ve destekten öte kurumun yapı ve örgütlenmesinin nitelikli olması gerekmektedir.

Ekip işlevselliği için sihirli formül iki kısa sorudan ibarettir. “ Ben (biz) ne amaçla buradayım (buradayız)?, ve “ Şu anda ne yapıyorum(yapıyoruz)? Sağlıklı çözümler, doğru soruların sorulmasına bağlıdır; cevapları da soruların içindedir.

Ekip çalışmasının ana prensibi, konumsal otoritenin yumuşatılması, sorumluluğun paylaşılarak, karar verme ve uygulamada, eşdeğerli çok sesliliğin vurgulanmasıdır. Yalnızca bilgi ve deneyimin sağlayacağı “işlevsel otorite”nin, ekibin verimliliğini arttırmada katkıya dönüşmesi amaçlanır. Ekip-içi eşitlikçi, açık, demokratik tutumun benimsenmesi, ekip hasta grubu ilişkisinde, dolayısıyla hastanın çevresiyle ilişkisinde de yansımaları bulacak, “sosyal öğrenme” sürecine model oluşturacaktır.

Ekip Çalışmasında Bütüncül Tedavi Yaklaşımı Nedir?

Bütüncül tedavi yaklaşımı, hastanın bir “ bütün” olarak algılanmasını ve anlaşılmasını gerektirir. Farklı çalışma alanlarında, farklı kişilik ve mesleklerden olan, ancak amaç ve yöntemde bir arada hareket edebilen bireylerin açık iletişim ağı içinde bulunmaları, değişik kanallardan gelen bilgilerin mozaik halinde birleştirilmesine olanak sağlar. Her ekip üyesinin taşıdığı ilişki yoğunluğunun azalması, aktarımların ekip içinde dağılması ve çeşitlenmesi,- aynı zamanda teke tek ilişki biçimlerinin netleşmesi,-bazen çok ağır olabilecek bir yükü hafifletir. Ayrıca- gözlem ve yaşantıların paylaşılması halinde- hastanın bütüncül anlaşılmasına olanak verir. Hastanın bütüncül algılanması, ekip bütünlüğüne bağlıdır. Bunu sağlayacak faktör ise hızlı,



doğrudan ve açık iletişimdir. Tüm üyelerin katıldığı, sık yapılan ekip toplantıları ekip çalışmasının can damarını oluşturur.

Ekip zaman zaman sorunlar yaşayabilir. Ancak sorunlar aşıldıkça ekip daha da güçlenir. Hastanın ailesi, okulu, işi ve hatta içinde yaşadığı topluluğu da kapsayan pek çok dış faktör ekibin başarısını etkiler. Hangi çevre faktörlerinin yardımcı olduğunu ve hangilerinin ekibin etkinliğini bozabilecek engeller olduğunu belirlemek olumlu sonuçların alınmasına katkı sağlar ve bu bilgiler ekibin eylem planında değişiklik yapmak üzere kullanılır.

Multidisipliner Yaklaşım ve Evreleri

Yaşlının bakım ve rehabilitasyonunda multidisipliner yaklaşım ile yürütülen ekip çalışmasında çeşitli evreler vardır. **Bu sürecin evrelerine bakıldığında;** tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeden oluştuğu görülmektedir. Bireye bütüncül (holistik) yaklaşım tüm disiplinler için esastır.

Bu yaklaşımda sosyal ve ekolojik çevre dahil olmak üzere bireylerin sağlık ve hastalık deneyimlerini etkileyen tüm etmenlerin tanınması önemlidir. Sağlık ekibi hasta birey ve ailesiyle birlikte durumu değerlendirir, uygulama sonuçlarını öngörür, bireylerin kendi sorumluluklarını üstlenmelerini destekler. Problem çözme yaklaşımı ile hasta bireyin gereksinimleri karşılanarak, sorunları çözme noktasında bilinçli ve organize bir şekilde eyleme geçmeyi sağlar. Sağlık problemleri olan yaşlı hastayla kurulan iyi bir iletişim yaşamsal önemdedir. Yaşlı hastaların öneriye, güvenceye, danışmaya veya sosyal ilişkilere gereksinimi olabilir. İyi bir iletişim; dinleme, soru sorma, cesaretlendirme, içten olma, empatik yaklaşım gibi birçok beceriyi de gerektiren bir süreçtir.

Tedavi ortamı, tedavi sürecinin hem bir bileşeni, hem de taşıyıcısıdır. Hastaya-anonim nesnelliğinden çıkartılarak-“özne” statüsü kazandırılır; onunla tek tek ve ekip olarak kurulan ilişki, tedaviye olanak sağlayan ve süreci taşıyan ana faktör olarak ele alınır. Gözlemci, değerlendirmeci, müdahaleci yaklaşım yerini katılımcı ve eşitlikçi yaklaşıma bırakmıştır. “Tedavi edilen” hasta tanımının yeniden yapılacak, hastanın tedavi sürecine “aktif belirleyici” niteliğinde katılımının sağlanması amaçlanır. Kişinin çeşitlilik gösteren gereksinimlerine, ekip elemanlarının, kendi kişilik, eğitim ve ilgi alanlarına

uygun tarzda ayrı ayrı, ancak birbirinden haberdar olarak, amaca yönelik bir program dâhilinde yanıt vermelerine olanak sağlanması zorunludur. Amaç işe uyumu ve doyumlu re-sosyalizasyondur.

Yaşlı hastanın klinikte yattığı sürede tüm sağlık personelinin olumlu ve destekleyici tutumlarının hastaya psikolojik açıdan terapötik etkisi unutulmamalıdır.

Bunun için yaşlı hastada planlanmış yatış ve tedavi sürecinde; iki yönlü ve sürekli iletişimin açık olduğu, iyi ve etkin dinlenildiği, soru sormasına izin verildiği, empati yapıldığı, her aşamada bilgi almasının sağlandığı, duyguları, düşünceleri ve kararlarının önemsendiği, kabul, saygı ve değer gördüğü, tedavisi süresince işbirliği ve katılımının sağlandığı, sorumluluk verilerek, aktif olmaya teşvik edildiği, bağımsızlığının ve özerkliğinin desteklendiği bir model tercih edilmelidir.

Katılımcı, işbirliğine ve sorun çözmeye odaklı bu modelin; birinci basamağında sağlık ekibinin tüm fertleri, kendi mesleki alanlarına ilişkin hastanın yaşadığı sorunu, belirtilerini ve duygularını hastadan tanımlamasını ister. Gerekli kişilerden de bilgi alınarak, muayene, tetkik ve test materyalleri ve iyi bir gözlem aracılığıyla toplanan veriler ışığında mesleki tanı konulur. İkinci basamakta birinci basamakta konulan tanıya dayalı çözümler üretilir ve bunun nasıl yapılacağına dair planlama yapılır. Üçüncü basamakta çözümler değerlendirilir; çözümlerin riskleri sınırlılıkları beklenen sonuçları tartışılır. Dördüncü basamakta karşılıklı kabul edilecek çözümü belirleme ve birlikte uygun çözüme karar verme, beşinci basamakta; çözümü uygulama ile kim neyi ne zaman yapacak belli olur. Altıncı ve son basamakta ise çözümün sonuçları değerlendirilir. Katılımcı sorun çözme yaklaşımı ile sağlık personelinin liderliğinde her iki tarafın etkin katılımıyla gerçekleştirilir. Hastanın tedaviye etkin katılımının teşvik edilmesi kararlara katılımının sağlanması, iki yönü açık iletişime önem verilmesi yaşlı hastanın tedaviye ilişkin yanlış anlamaları ve yapılacakların unutulmasını önleyerek tedaviye uyumunu kolaylaştıracak ve tedavinin başarısını arttıracaktır.

Multidisipliner Ekip Çalışmasında Psikolojik Destek ve Yaklaşımında Hedefler

Öncelikli hedefimiz sağlık ekibinin yaşlı hastaya destekleyici ve olumlu yaklaşım içeren ilişki modeli ile yaklaşmasını sağlamaktır. Bu model tedavinin başarısı ve sürdürülebilirliği yanında, hastanın uyumu ve hastalıkları ile baş etme becerilerinin en etkin şekilde kullanımını sağlar. Bu iletişim modeli hasta üzerinde tedavi sürecini tek başına bile etkileyebilecek terapötik etki yaratmaktadır. Bu süreç iyi kontrol edildiğinde tedavinin başarısını arttırmaktadır.

Yaşlının bakım ve rehabilitasyonunda çok çeşitli hastalığı ya da sağlık problemi bulunan bireye sağlık ekibinin yaklaşımında temel ilke; eksikliklerini ve zayıflıklarını vurgulamak yerine olumlu yönlerinin ve iyi yaklaşımlarının vurgulanması ve desteklenmesidir.

İtaate odaklı bir ilişki yerine sorun çözmeye odaklı, katılımcı, işbirliği ve anlaşmaya dayalı bir ilişki modeli kurulmalıdır. Böylece hastanın; bağımsızlığının desteklenerek artmasına, benlik saygısının ve özgüveninin yükselmesine, kendi bakım ve tedavisinin sorumluluğunu alarak ve etkili baş etme yöntemlerini kullanarak sorunlarını çözmeye ve hastalığını yönetmeye teşvik etmek amaçlanmaktadır.

Yaşlı hasta bireylerde tedavinin düzenlenememesi ya da bakım ve rehabilitasyon sürecinde istenen gelişmelerinin sağlanamaması yaşlının bu süreçlere uyumsuzluğundan kaynaklanabilir. Yaşlı birey aktivitelerinde bağımlı olabilir ve kendisinden istenenleri yapmaya dirençli olabilir. Kronik hastalıklar ve yaşlılığa bağlı fiziksel yetilerde azalma ya da kayıplardan dolayı sosyal hayattan çekilme, çevresinde meydana gelen olaylara karşı ilgisizlik, bunun sonucunda sosyal etkileşimin azlığı ve eve kapanma ve yalnızlık yaşayabilir.

Yaşlılığa bağlı fiziksel değişimlerin psiko-sosyal uyumu büyük ölçüde etkilediği bilinmektedir. Özellikle görme ve işitme duyusundaki azalmalar başka insanlarla etkileşimi ve iletişimi etkiler ve duygusal güçlüklerle yol açabilir. Yaşlı kişilerin bilgi alıcıları, özellikle gözler ve kulaklar duyusal uyarıyı almakta daha az beceriklidir. Ayrıca algı süreçleri yaşla birlikte yavaşlamaktadır. Bir başka etkende seçici dikkat azalmıştır. Birden fazla uyarana dikkat etmesi

gerektiğinden birbirinden bağlantısız uyaranlar yüzünden dikkatini yitirebilmektedir. Yaşla birlikte girdi az gelmekte ve daha az etkili olmaktadır. Bellekte de bilgi depolamada özellikle kısa erimli bellekte anlamlı ve ilginç olmayan konularda önemli bir düşüş vardır. Öğrenme ya da bellek alanında ortaya çıkan bozuklukların düşünme ve yaratma yeteneğini de etkilemesi söz konusudur.

Yaşlılardaki zihinsel değişikliklere paralel olarak yaşlının kişiliğinde ve ruhsal yapısında da değişiklikler olur. Yeni durumlara uyma ve yeni fikirleri kabul etme yeteneğinde bir azalma başladığı görülür. Çevre ile ilgilenme azalabilir. Sosyal ilişkileri daha derin ve seçici olur. Yeniliklerden korkar olur. Her gün yaptığı faaliyetlerin dışına çıkmamaya çalışır. Eskiye özlem gittikçe artar. Yaşlı ile genç kuşak arasındaki mesafe gittikçe artar. Aşırı derecede beden sağlıklarıyla ilgilenebilir, , kişisel eşyasına karşı da aşırı bağımlılık, mal ve parasına düşkünlük ve aşırı tutumluluk görülebilir. Neugarten' e göre insanlar yaşlandıkça içsel düşünce ve duygulara dış etkenlerden daha fazla bağımlı olmaya yönelmektedirler. İç dünya ile uğraşmaları gitgide artmakta, diğer insanlarla duygusal bağları da azalmaktadır.

Tıbbi personelin, hastaların fiziksel durumlarıyla ilgilenirken, duygusal tepkilerini göz ardı etmeleri ciddi bir sorundur. Hastalığın duygusal gerçekliğini önemsemek, insanların duygusal durumunun hastalığa karşı direnmelerinde ve iyileşme sürecinde önemli olduğunu gösteren bulgular vardır. Özellikle öfke, kaygı ve depresyonun hastalıklara zemin hazırlayan ya da tıbbi sorunları şiddetlendirdiği birçok çalışmada bulunmuştur. Sağlık personeli tarafından hastanın yanıtlanmayan soruları hastada kuşku, korku ve evham yapar. Bu da tam olarak anlayamadıkları tedavi rejimlerine uymalarından kaçınmalarına yol açar.

Modern tıbbi bakım, çoğu zaman duygusal zekâdan yoksundur. Hastaların duygusal ve sosyal gerçekliğini tıbbın ilgi alanının dışında değil, içinde değerlendirmeye bizi zorlayan nedenler vardır. İnsanların tıbbi durumlarıyla birlikte duygusal durumları tedavi kapsamına alınarak, hem önleyici hem de iyileştirici nitelikteki tıbbi bakımda daha etkili olunabileceği, bilimsel olarak elde edilmiş verilere bakılarak söylenebilir. Ciddi hastalıklar kapsamında duygusal müdahalenin tıbbi bakımın standart bir parçası haline getirilmesi önemlidir.

Hastaneye yatmak insana korkunç bir yalnızlık ve çaresizlik yaşatabilir. Hastalarını dinleyebilen ve kendini dinletebilen empatik sağlık ekibi “ilişki merkezli bakım ve tedavi” sağlamış olur.

Kronik ya da ciddi hastalıkla savaşan insanların hislerini umursamayan tıbbi bir bakım yetersiz kalmaktadır. İnsanların öfke, kaygı, depresyon, kötümserlik ve yalnızlık gibi kendilerini sıkıntıya sokan duygularıyla daha iyi başa çıkabilmelerine yardımcı olmak, bir tür sağlık önlemidir. Bu duygular kronikleştiğinde sigara içmekle eş değer zehirleyici nitelik kazanmaktadır. İnsanların bunlarla baş etmesine yardımcı olmak, en az tiryakilere sigarayı bıraktırmak kadar değeri büyüktür. Birçok hasta, salt tıbbi ihtiyaçlarının yanı sıra psikolojik ihtiyaçlarına da ilgi gösterilmesinden elde tutulur bir yarar sağlarlar. Olumlu duyguların iyimserlik, umut gibi şifa gücü vardır. Sosyal tecrit halinin, özel duygularını paylaşacak ya da yakın temasta olunan kişinin bulunmadığı hissi, hastalık ve ölüm olasılığını ikiye katlamaktadır. Duygusal bağların iyileştirici gücü önemlidir.

Bu süreçte yaşlı bireyin kişilik yapısının, duygu durumunun, mental yetilerinin ve ruhsal durumunun değerlendirilmesi önemlidir. Mental yetilerindeki kayıplar ya da affektif bir bozukluğa bağlı gelişebilecek depresyon, kaygı, anksiyetenin yaşlı hastanın kronik olarak sahip olduğu diğer hastalıklarının tedavisini ve tedavi sürecine uyumunu olumsuz etkileyebileceği için tedavi planında bunların atlanmaması tıbbi bakım ve tedavinin başarısı ve sürdürülebilirliği için şarttır.

Yaşlıya Verilen Bakım ve Rehabilitasyon Sürecinde Beklenen Olası Psikolojik Sorunlar

Yaşlılarda fiziksel açıdan performansta düşüş ve yeti yitimi, duyuşsal ve nörolojik bozukluklar, sevilen kişinin kaybı, hayat boyu yaşanan çok sayıda şanssız deneyim ve sosyal stresin birikici etkileriyle baş etmek zorundadırlar. Ama yaşam boyu hem beklenen hem de beklenmedik kayıp ve streslerle karşılaşmaya ek olarak, yaşlı erişkinlerde pek çok olumlu yaşam deneyimi, başa çıkma mekanizmaları ve bunun sonucunda edinilen bilgelik vardır.

Kadın olmak, yalnız olmak, sosyal desteğin olmayışı, fiziksel hastalıkların olması ve uzun sürmesi, zihinsel, fiziksel ve mental yeteneklerde

kayıplar, yaşlılığa bağlı bu değişim ve kayıpların kişinin psikososyal uyumunu etkilediği, özellikle görme ve işitme duyusundaki azalmalar, insanlarla etkileşimde duygusal güçlükler yol açar, tüm bunlar depresyon riskini artırmaktadır.

Yaşlılarda en yaygın görülen psikişik hastalık tablosu depresyondur. Depresyon kişinin hastalığına uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye yanıtını, hastalığın seyrini, prognozu, morbidite ve mortaliteyi olumsuz yönde etkiler.

Geriatrik vakalarda görülen duygu durum bozuklukları arasında en önemlisi, major depresyondur. 65 Yaş üstü kişilerde görülme sıklığı % 1-4' tür. Depresyon, yaşlı bireylerde diğer hastalıklarda veya tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Akut veya kronik fiziksel hastalığı olan yaşlı hastaların % 30 unda major depresyon eşlik etmektedir.

Kaygı, işe yaramama duygusu, üzüntü, kötümserlik, uyuyamama, işleri yapmakta zorlanma, diğer yaşlarda olduğu gibi yaşlı erişkinlerde görülen depresyonun yaygın belirtileridir. Ancak arada ilginç farklılıklar da vardır. Depresyondaki yaşlılarda, suçlanma duygusu daha az, bedensel yakınmalar ise daha çok yaygındır. Ayrıca, yaşlı depresyonlu hastalar, gençlere göre daha çok motor gerileme, daha çok kilo kaybı, fiziksel bakımdan daha çok düşüş, daha az düşmanlık ve daha az intihar düşüncesi taşıma özellikleri göstermektedir. Öte yandan, depresyonlu kişilerde bilişsel bozukluğun sıkça saptanması nedeniyle depresyon olguları sık olarak demans bozukluğu şeklinde yanlış teşhis edilir. Bu konu ayırıcı tanı açısından önemlidir, çünkü depresyon genel olarak geri dönülebilir olmasına karşılık demans böyle değildir.

Depresyon ve sahip olunan diğer kronik hastalık belirtileri birbirini şiddetlendirici yönde etkileşir ve depresyon sahip olunan hastalıkların komplikasyon oranını artırır. Burada dikkat edilmesi gereken hastalığa karşı gelişen doğal tepkilerle uygunsuz ya da patolojik olan tepkilerin ayırt edilmesidir. Depresyonda görülen iştahta azalma veya artma, uykusuzluk yorgunluk, psikomotor yavaşlama vb. belirtiler diğer hastalıklarda da gelişebilir Bu nedenle duygusal ve bilişsel belirtilere karşı dikkatli olunmalıdır. (depresif duygu durum, hiçbir şeyden zevk almama / suçluluk ve değersizlik duyguları, yoğunlaşma güçlüğü, tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri) Yaşlı hasta

kendine bakım konusunda yeterli olduğu halde tedaviye katılmıyorsa, kendini iyi hissetmiyor ve yeteneklerinin altında işlevsellik gösteriyorsa depresyon yönünden değerlendirilmelidir. Yaşlılarda mümkünse öz-bildirime dayalı, kolay anlaşılır ve yanıtlanır sorulardan oluşan, bedensel belirtilere daha az yer veren ölçeklerin kullanımı faydalı olur.

Geriatrik hemiplejik hastaların ve onların bakımını üstlenen yaşlı bireylerin depresif duygu durum belirtilerinin karşılaştırılması çalışmasında, her iki grupta da depresif duygu durumlarını yansıtan belirtilerin sık gözlenmesi, geriatriye eşlik eden depresyonun görünme olasılığının, disabilitayla birlikte arttığı gibi bu hastaların bakımını üstlenenlerde de arttığını göstermektedir. Yapılan pek çok araştırmada 65 yaş üzeri, engelli,-özellikle de Alzheimer hastası-ebeveyn ve akrabasının yaşlının bakım stresiyle uğraşanlarında da yüksek düzeyde depresyon ve kaygı bulunmuştur.

Hastada oluşan fiziksel yetersizlik, iletişim bozukluğu, çevreden destek görmemesi ve kendisinden yapabileceğinden çok aktivite istenmesi durumunda da depresyon gelişebilir. Bu nedenle iyileştirme sürecinde hastaya iyileştiği izlenimi verilmeli, günlük egzersiz programı hastanın en iyi yaptığı egzersizle bitirilmelidir. Bu durum hastayı moral yönünden destekler, hem de rehabilitasyona katılımını sağlar. Depresyonun belirlenmesi ve tedavisi güçtür. Depresyon çoğu kez göz ardı edilir ya da dikkatten kaçır, depresyon kısa süreli değildir ve hastanın fonksiyonel iyileşmesini yıllarca etkileyebilir, bu durum atlanmamalı ve gerekli tedavi verilmelidir. Yaşlılar genellikle ilaçlara toksik reaksiyon verme yönünden yüksek risk taşırlar. Bu nedenle yaşlılarda depresyon için farmakolojik olmayan yaklaşımlarda bulunma özel bir önem taşır.

Yaşlıda Depresyon Tedavisi

Yaşlıda psikolojik değerlendirme, yaşam tarzı, çevre koşulları ve sosyal destek sistemleri göz önüne alınarak tedavi bireyselleştirilmelidir. Hastanın mevcut tıbbi durumu ve beklentileri çok iyi değerlendirilmelidir.

Depresyonun tipi, şiddeti, fiziksel hastalığın varlığı, maddi durum, sosyal destekler ve ilişkiler depresyonun gidişatını etkilemektedir. Hastanın mental kapasitesi, duygusal tepkileri, gerçeği değerlendirme becerisi, diğer insanlarla

ilişki kurma yetisi ve yaşamın gerektirdiği sorumluluklarla başa çıkma kapasitesinin değerlendirilmesi ve bilinmesi de tedavi de önemlidir. Hastalıkların öyküsü, hastalık öncesi durum ve premorbid kişilik, aile öyküsü dikkatli alınmalıdır.

Psikolojik değerlendirmede hastanın kişilik özellikleri hakkında hasta ve yakınlarından da bilgi alınmalı ve hasta klinikte gözlemlenmelidir. Depresyon tanısında ayrıntılı klinik öykü alınması ayırt edicilik açısından önemlidir.

Depresyon tanındığında başarılı şekilde tedavi edilme şansı yüksektir. Hastayı çökkün ruh durumundan kurtarması, işlevselliğini ve yaşam kalitesini artırması nedeniyele emek ve zaman harcamaya değerlidir.

Yaşlıların geçmiş medikal öyküleri ve son dönem stres faktörlerinin değerlendirme sırasında ayrıntılı incelenmesi gerekmektedir. Stres yaşamın doğal ve gerekli bir parçasıdır. Yaşamı stresten tamamen arındırmanın bir yolu yoktur. Burada önemli olan, stresin nasıl yorumlandığı ve strese nasıl yanıt verildiğidir. Yaşlılık bilişsel, davranışsal ve duygusal alanlarda değişimlere ve kaygıya yol açmakta, günlük yaşamı olumsuz etkilemekte ve tedaviyi güçleştirmektedir.

Kaygı semptomlarını azaltmak için gevşeme egzersizleri oldukça etkilidir. Stresle sağlıklı baş etme yollarının yaşlı hastaya öğretilmesi gerekir. Gerçekçi hedefler belirlemek ve işe küçük değişikliklerle başlamak başarı şansını artırır. Hastanın yaşamındaki stresörleri ve stres tepkilerinin ne olduğunu fark ettirmek, kendini tanımasına yardımcı olmak, kişiliğinin güçlü ve zayıf yanlarının farkına vardırarak, keyif verici aktiviteler ve hobiler edinmesini teşvik etmek, derin solunum, meditasyon, masaj, hayal kurma vb. gevşeme tekniklerini öğretmek, düzenli egzersiz, günlük tutmak, diyetine önem vermek, kendine olumlu bakmak, mizah ve gülmeye daha fazla yer ayırmak, geleceğe odaklanıp kaygı duymak yerine ana odaklanmak ve yaşanan anı sevmek, burada ve şimdi ilkesini hayata geçirmek gibi yöntemlerin hasta tarafından kullanmasını sağlayarak stresini azaltmak ve bağıışıklık sistemini güçlendirerek hastalıklarla baş etme yeteneği arttırmak önemlidir.

Tıbbi tedavinin yanı sıra psikoterapi ile desteklenen hastaların daha fazla iyileşme gösterdikleri bilinmektedir. Yaşlılarda bilişsel, kognitif,



psikodinamik ve davranış terapilerinin etkili olduğu bilinmekle birlikte, grup terapileri de etkili olmaktadır.

Psikoterapötik hedef daha genç hasta görülenlerden farklı olabilir. Özellikle yaşlılarda sık görülen kayıplar(yaş, fiziksel, sağlık, ekonomik sorunlar vb.) ve yaklaşan ölüm korkusu üzerine yoğunlaşır. Yaşlılarda özellikle kognitif davranış terapisi etkilidir. Yaşlıda depresyon, yaşamın daha genç dönemlerinde bulunanlara benzer şekilde negatif kognisyonlarla(kendisi, dünya ve gelecek hakkında) birliktedir ve kognitif terapi ile benzer kognitif düzeltilmeler gösterilmiştir.

Yaşlılarda farmakolojik tedaviye başlanmadan önce hastanın genel sağlığı ile ilgili yeterli bilginin alınması gerekmektedir. Özellikle kardiyovasküler sistem, böbrek, karaciğer, tiroid fonksiyonları ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Yine yaşlı hastanın çeşitli nedenlerle kullandıkları ilaçlar ilaç etkileşimleri açısından gözden geçirilmelidir.

Yaşlılarda bazı antidepresan ilaçlar, özellikle trisiklik antidepresanlar antikolinergik etkilerinden dolayı konfüzyon, idrar retansiyonu, görme problemleri, sedasyon ve baş dönmesine yol açar. Bu nedenle antidepresan ilaç seçiminde ve bu ilaçların kullanımlarında dikkatli olunmalıdır.

Hasta ilk başlarda tedaviye cevap vermiyorsa, tedavinin uygunluğu ve yeterliliği (doz, süre ve uyum) tekrar gözden geçirilmelidir. Psikolojik tedaviler ve/ veya kombine tedaviler, EKT düşünülmelidir.

Yaşlı major depresyonlu hasta çoğunlukla yatırılarak tedavi edilir. Özellikle hastanın fiziksel sağlığı kötü veya dengeli değilse, suisid riski yüksekse, hastada hezeyanlar varsa, tedaviye uyumun iyi olmadığı biliniyorsa, kognitif fonksiyonlarda bozukluk varsa ve sosyal destekler yoksa hospitalizasyon gerekir.

Güçlü aile desteği, arkadaşlık ve başkalarına bağlanmak yaşam memnuniyetini arttıran etkenlerdir. Etkili değişim, danışmanlık, akran desteği, yaşam biçimini değiştirme teknikleri, bireysel ya da grup etkinlikleri ile aktif katılım ve yetkinleştirmeyi sağlamak tedavide esastır.

Kaynakça

- 1- Eker, E. Yaşlılık Psikiyatrisi. Ertuğrul Köroğlu, Cengiz Güleç (Ed.) Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1998, 1263 - 1289.
- 2- Goleman D. Duygusal Zeka Neden IQ' den Daha Önemlidir?. 20.Basım. İstanbul: Varlık Yayınları; 2001, 211-236.
- 3- Gordon T, Edwards WS. Doktor-Hasta İşbirliği, İstanbul: Sistem Yayıncılık; 1995, 27-58.
- 4- Güldal FN, Karamercan A, M.Mengüllüoğlu, Dal E, Özgirgin N. Geriatrik Hemipleji Hastalarının ve Onların Bakımını Üstlenen Geriatrik Bireylerin Depresif Duygu Durum Belirtilerinin Karşılaştırılması. Turkish Journal of Geriatrics, 2006; 9(4): 218-221.
- 5- Onur B. Gelişim Psikolojisi Yetişkinlik Yaşlılık Ölüm. 2.Basım. Ankara: Verso Yayıncılık, 1991, 171-196.
- 6- Öktem, F. Yaşlanma ve Psikolojik Bozukluklar. İhsan Dağ (Ed.), Anormal Psikolojisi Ankara: TPD Yayınları, 2011, 472-510.
- 7- Saydam M.B. Sosyal Psikiyatride Ekip Çalışması ve Terapötik Demokrasi. Kriz Dergisi.1994; 2(1):197-202.
- 8- Vatan S. Yaşlılıkta Görülen Kaygı Bozuklukları: Genellenmiş Kaygı Bozukluğu. Turkish Journal of Geriatrics. 2008; 11(1): 47-56.

Arzu ÖZEN CİNGİR
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
Strateji Geliştirme Başkanlığı
Sosyal Hizmet Uzmanı

Dünyada yaşlı nüfus hep vardı ve var olmaya devam edecektir. Ayrıca artarak devam etmektedir. Yaşlı olmak bilindiği gibi sadece fiziksel olarak değil, sosyal ve psikolojik olarak da yaşlanmak demektir. Yani elinizde olanların yavaş yavaş kaybolması demektir. Sağlık, statü, prestij v.s..

Yaşanma ve yaşlanma deneyimlerinin önemli olduğu ve hak ettiğinden daha hafife alındığını düşündüğümde; Çiçero'nun *"yaşlılığın büyük bir amfi tiyatroda gösteriyi en arka tribünlerden izlemesi gibi bir bakış olduğunu"* ifade etmesini anımsıyorum. Arka koltuk sahneyi, hem de koltuklarda oturan tüm izleyicileri görebilme lüksünün de yalnızca en arka koltuklarda olduğu unutulmamalıdır.

Yaşlılık alanında çalışma yapan pek çok disiplin bulunmakta ve bu disiplinler arasındaki işbirliği de dolayısı ile kaçınılmazdır. Her meslek grubu kendini ilgilendiren alanlarda çalışmalarında mesleki bilgi ve becerilerine geliştirmekte ve bunların icrasını sağlamaktadır. Ancak en mükemmel mekanizma olan insan; parçalarını ayrı ayrı işletir ve ayrı işlerde kullanırsa sorunlar ortaya çıkar. Bu durum yaşlandığımızda daha da büyük bir sorun haline gelebilir.

Yaşlılıkta sadece fiziksel sağlık ya da sadece sosyal refah ya da sadece psikolojik destek değildir. Bu noktada tüm disiplinlerin bir arada çalışması eşgüdüm ve işbirliğinin sağlanması gerekmektedir.

Aslında ekip çalışması geniş anlamda toplumsal yaşamın olmazsa olmaz bir kuralıdır. İnsan toplumsal bir varlık olduğuna göre kendisinden başka birine veya birilerine mutlaka ihtiyaç duymaktadır. Fakat bunlar geleneksel anlamda yardımlaşma ve dayanışmanın unsurları olup, birlikte hareket etmeyi çağırıştırılmaktadır. Bu birlikte hareket etme, bir hedef doğrultusunda meslek elemanlarından oluşursa ve meslek elemanları arasında bilgi paylaşımı, fikir birliği ve mesleki müdahale gibi kavramları içerirse iste o zaman ekip çalışması kavramı ortaya çıkmış olmaktadır.



Toplumun Yaşlı İnsanlara Karşı Tutumu

Yaşlı nüfusun diğer yaş gruplarından daha hızlı artması ile yeni aile kalıpları oluşmuş, değerlerin ve ilişkilerin değişmesi karşısında yaşlıların artan ve çeşitlenen gereksinimleri fiziksel ve sosyal sorunları da beraberinde getirmiştir.

Yaşlılar üzerine yapılan araştırmalar daha çok yaşam süresini uzatma üzerine odaklanmış; bağımsız ve kaliteli yaşam sürdürebilmelerine yönelik çalışmaların önemi yeni anlaşılmaya başlanmıştır. Oysa yaşlıların fiziksel ve zihinsel gerilemelerinin kaçınılmaz olmasına karşılık, onların var olan kapasitelerinin geliştirilmesi, sosyal ve ekonomik açıdan faal bir yaşam sürdürmelerinin sağlanması temel amaç olmalıdır.

Yaşlılık problemlerini geliştirmekte olan ülkelerin daha çok yaşaması doğaldır. Çünkü bu problemle daha önce karşılaşan geliştirmekte olan ülkeler bazı çözüm yolları geliştirmişlerdir. Ancak yaşlı sorunlarını geleneksel aile yapısı içinde çözmeye alışan bu ülkelerin sıkıntıya düşecekleri beklenebilir.

Nitekim; Yaşlının, **bakımı, konut, sağlık, eğitim, dinlenme ihtiyaçların karşılanması ve ailenin yaşlı bakımında desteklenmesi** gerekmektedir. Çağdaş toplumlarda yaşlı sorunları 5 konu altında toplanabilir. Bunlar:

- Gelir,
- Sağlık,
- Barınma,
- Ulaşım ve
- Beslenmedir.

Yaşlıların bu temel sorunlarından başka,

- Çalışma,
- Güvenlik,
- Eğitim,
- Serbest zamanı kullanma ve
- Psikososyal sorunları vardır.

İnterdisipliner ve Multidisipliner Ekipler

"Yaşlanmak, bir dağa tırmanmaya benzer. Çıktıkça yorgunluğunuz artar, nefesiniz daralır. Ama görüş açınız genişler..."

İngmar Bergman

Yaşlılık pek çok sağlık probleminin bir araya geldiği kaçınılmaz bir süreçtir. Bu sürecin herhangi bir döneminde, sağlıkla ilgilenen bireyler mutlaka yaşlı hastayla karşılaşır. Bu nedenle yaşlı hastanın değerlendirilmesindeki farklılıkların bilinmesi günlük pratikte oldukça önem taşır. Yaşlanmanın doğal fizyolojik sonuçları ile patolojik durumların ayrılması; bu nedenle de yaşlıların oluşturulacak **interdisipliner ve multidisipliner ekipler** tarafından kapsamlı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. "Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme (ÇYGD)" bireyin fiziksel, bilişsel, fonksiyonel ve sosyal anlamda her açıdan incelenmesi ve elde edilen veriler doğrultusunda gelecek planlamasının yapılması anlamına gelir.

Ekip Çalışması Kavramı

Yaşlılar genellikle yalınlıktan çıkmış, çok yönlü ve derin sorunları olan böylece birçok kurum ve mesleğin ilgilendiği vakalar haline dönüşmüştür.

Bu işbirliği anlayışı daha sonra literatürdeki kavramlaştırılması ile "team work", "takım çalışması", "multidisipliner çalışma" ve "ekip çalışması" olarak tanımlanmaktadır.

Davis ve Nowtrow (1989), ekip çalışmasını koordineli eyleme geçmeyi göze alan, düzenli bir temas halinde işbirliği yapan küçük bir grup olarak tanımlamaktadırlar. Bu görüşe göre üyeler, amaçlarını bildiklerinde sorumlu ve gönüllü olarak yapılacak işe katkıda bulunarak birbirlerini desteklerler ve sonuçta bir ekip çalışmasını şekillendirirler.

Ekip çalışması, kişi, aile veya grubun ihtiyaçları ve sorunları ile ilgili meslek elemanlarının ekip çalışması anlayışı içerisinde bilgi, beceri ve tecrübelerini birleştirerek, ihtiyaçların karşılanmasında veya sorunların çözümünde fikir birliği etmeleri, sonuca birlikte gitmeleri ve belirlenen amaç doğrultusunda sistematik bir şekilde çalışmalarını olarak da tanımlanabilir.



Bu amaca ulaşmak için farklı bilgi ve beceriye sahip profesyoneller bir araya gelerek kendi kaynaklarını ortaklaşa kullanırlar. Yani ekip üyelerinin felsefesi ve amacı ortak olduğu halde, becerileri farklı yöndedir. Her ekip elemanı mesleği doğrultusunda katkı verir ve meslek grubunun özel otoritesini temsil eder. Meslek sahiplerinin kendi özel becerileri hakkında bilgi sahibi olmaları yeterli değildir. Neleri yapamayacaklarını da bilmeleri gerekir. Yani her mesleğin bir sınırı vardır. Bu durum, disiplinler arası ekiplerin önemini ortaya çıkarmaktadır.

Ekip Çalışmasının Önemi

Günümüzün sürekli değişen ve gelişen dünyasında yaşamını sürdürmek isteyen ve bu ortamda toplumun hızla değişen ihtiyaçlarına cevap vermeyi hedefleyen kurumlar, sürekli kaliteli üretim ve yenilikler yapmak zorundadır. Böyle bir ortamda kurumların varlığını sürdürebilmesi ve gelişmesini sağlayabilmesi için modern yönetim felsefesini uygulamaları gerekmektedir. Kurumun verdiği hizmetlerde kalite iyileştirme çemberinde ekip çalışmasının önemi büyüktür. Bunun için gerekli sinerji ve uyum içinde çalışabilen bireylerin olması gerekmektedir. Kurum çalışanlarına problem çözme ve ekip çalışması konularında sık sık eğitimler yapılmalıdır.

Ekipler çalışanların karşılıklı anlayışlarını arttıran güven ortamını oluşturarak hizmet hedeflerine ulaştıran değerli araçlardır. Ekip çalışmasının önemi:

- Var olan süreçleri geliştirir,
- Verimi artırır,
- Yeni ürün ve hizmetler için fikirler geliştirir,
- Spesifik problemleri çözer,
- İnsanların işlerinden aldıkları tatmini artırır,
- Hiyerarşik baskıları azaltır.

Ekip çalışması, farklı becerileri ve deneyimleri olan kişilerin oluşturduğu ortak hedefe doğru giden bir grubun içinde yer almak anlamına gelir. Bu yaklaşımda, doğru bilgi ve becerilere sahip doğru kişileri bir araya getirmenin beklenen sonuçları yaratabileceği inancı yatmaktadır.

Geriatride Ekip Çalışması

Geriatrik hizmetlerinin gelişimi tedavi ağırlıklı olsa da son yıllarda sosyal boyutu -ve özellikle bakım- üzerinde durulmağa başlanması sevindiricidir. Geriatrik hizmetler sağlık kuruluşlarında ve sosyal hizmet kuruluşlarında Tıp Doktoru, Hemşire, Fizyoterapist, Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Beslenme Uzmanı gibi profesyonel meslek elemanlarından oluşan bir ekiple verilir. Geriatrik ekipte yer alan meslek elemanları yaşlı kişi ve ailesinin gereksinimlerini karşılamak ve sorunlarını çözmek için birlikte hareket eder. Her profesyonel kendi mesleki sınırları içinde destek verip, müdahil olduğu ekip çalışması sonuçlandığında karmaşık sorunları olan yaşlıların yaşam kalitesi artar.

ÇYGD, geriatrik anamnez ve fizik muayeneden sonra başlayarak devam eden planlayıcı bir süreçtir. Tüm ekip üyelerince her kontrolde gözden geçirilmelidir. Pozitif ya da negatif yöndeki değişikliklerin yanı sıra; ekonomik, sosyal güvence gibi veriler kayıt altına alınmalıdır. Kültürel, ailevi, bakıcı ve diğer sorunlar göz ardı edilmemelidir. Tüm hastaların problemleri medikal, sosyal, fonksiyonel, psikiyatrik, kognitif süreçler olarak listelenmelidir. Her sorun tanımlayıcı, tedavi edici ve eğitici bir çözüm planı ile aşılmaya çalışılmalıdır.

Yaşlı bireyler, birbiri ile etkileşim gösteren bir çok faktörün, sağlıklılık hali ve fonksiyonel kapasite üzerine kompleks etkilerinin yoğun olarak hissedildiği kişiler olup, bu yaş grubuna yaklaşım, diğer branşlardan biraz daha farklı olarak, sadece tıbbi değil, aynı zamanda psikolojik, sosyoekonomik, çevresel, ailesel vs. değerlendirmeleri de gerekli kılar. Bu nedenledir ki geriatrik değerlendirme, birçok branşın birlikte çalışmasını gerektiren bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır.

Buna göre, geriatrik değerlendirme ekibinde yaşlı hastanın ihtiyacına göre, konusunda uzmanlaşmış ekip elemanlarından hepsinin veya bir kısmının görev alması söz konusu olabilir.

Ekibin başını; yaşlı bireylerin sıklıkla çoklu ve karmaşık sağlık sorunlarını önleme ve tedavisi konusunda uzmanlaşmış tıp doktoru olan "Geriatrist" teşkil ederken, ekibin diğer elemanlarını; Hemşire, Sosyal Hizmet Uzmanı,



Fizyoterapist, İş Uğraşı Terapisti, Diyetisyen, Psikoterapist ve Farmakolog gibi uzman elemanlar tamamlar. Yaşlı bireyin kendisinin, kendisi hakkında karar verebilme yetisine sahip olmaması halinde, yakınlarının ekibin değişmez elemanları olduğunu akıldan çıkarmamak gerekir.

Her bir ekip elemanı, söz konusu yaşlı bireyi kendi uzmanlık konuları ön planda olmak üzere genel olarak değerlendirir. Daha sonra ekip elemanları bir araya gelerek, yaşlı bireyi bütün yönleri ile tartışıp, mevcut problemleri dahilinde başkasına bağımlı olmadan günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapabilme yetisini en üst düzeyde tutacak şekilde, tüm branşların ortak kararlaştırdığı tedavi ve takip planını ortaya çıkarır. Bu ekip çalışmasına her ne kadar geriatrist başkanlık etse de, tüm ekip elemanlarının konularının uzmanı olduklarını ve yaşlının değerlendirilmesinde ve tedavisinde çok önemli rollere sahip olduklarını vurgulamak gerekir.

Yaşlanma ile birlikte yaşam kalitesi düşen yaşlılar için en kısa sürede en uygun hizmet modeli bulunarak yaşlıya sunulmalıdır. Özellikle geleneksel aile yapısını yavaş yavaş bırakmakla birlikte çekirdek aile olmaya başlayan ülkemizde buna bağlı olarak yaşlıların bakımı ve barınması da sorun haline dönüşmüş durumda. Ancak bu durumun bir sorun olmadığı, sadece yaşamın bir parçası olduğu kabul edilmelidir.

Mesleki bir tanım olan “Her birey kendine özeldir” den yola çıkarak her yaşlı kendine özeldir ve yaşlılara yönelik verilecek olan hizmetlerinde genelleme ile yapılmasını doğru olmadığını düşünüyorum. Temel hizmetlerin genel bir çerçevede sunulmasının önemli olmasının yanı sıra her yaşlının yaşlılığa bakışı, yaşlılıktan beklentisi, yaşadığı yer, bölge ve kişiler farklıdır. Bu nedenle yaşlılar için “yaşlılığı kabullenme, alışma ve yaşlı olarak yüksek yaşam kalitesinin sağlandığı merkezler oluşturulmalıdır. Bu merkezler belli bir yaşa gelen her kişi için tek tek görüşmeler yapılarak ihtiyacı ve beklentisi doğrultusunda hizmetlere ulaşması sağlanmalıdır.

Bir mimar, bir doktor, bir öğretmen hatta bir rahip ya da siyaset adamı, tek başına insanların yaşamını düzeltmez. Çünkü hepsi yaşamın yalnız bir cephesini tanır.”

Alexis Carrel

Kaynakça

- 1- Döventaş A. Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme: Pratik Yaklaşımlar SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Geriatri Birimi, İstanbul, Türkiye.
- 2- Özdemir U. Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Ankara: (Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi) 1998.
- 3- Koşar GN. Sosyal Hizmetlerde Aile ve Çocuk Refahı Alanı. İkinci Baskı. Ankara 1992.
- 4- Özdemir U. Psikiyatri Tedavi Ekibinin Ekip Çalışması Kavramına İlişkin Kendi Bilgilerini ve Çalıştıkları Psikiyatri Tedavi Kurumlarını Değerlendirmeleri. Kriz Dergisi. Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayını 1999; 7 (2).
- 5- Bulut I. Özel Eğitimde Ekip Çalışması ve Sosyal Hizmet. Saray Rehabilitasyon Dergisi. Ankara: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Saray Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Yayını 1999; 1.
- 6- Şimşek M. Kalite Yönetimi, Marmara Üniv. Yayınları, İstanbul; 1996.
- 7- Yılmaz S. Fizyoterapist, Geriatri Rehabilitasyonu Erişim: <http://turkgeriatrivakfi.org.tr/geriatri.php>, 19-01-2006.

PANEL 3

**BAKIMA MUHTAÇLIK KRİTERLERİ VE
YURT DIŞI UYGULAMALARI**

Moderatör

Prof. Dr. Filiz CAN

Konuşmacılar

Sevilay DALLI

Fizyoterapist Olwen FINLAY

Dr. Agnes EGERVARI

Fizyoterapist Zachary SOMMERMEYER



Sevilay DALLI

*Hollanda - Livio Geriatric Center-Yönetici
Sosyal Hizmet Uzmanı*

Hollanda'da bakıma muhtaç kriterleri nelerdir? Hollanda'da sağlık sistemi nasıldır? Hangi yaşlıya ne zaman, neye göre, hangi değerlendirme sonucuna göre, hangi farklı bakım hizmetleri verilir? Hollanda'da 1 Ocak 2008'de 2,4 milyon olan 65 yaş üstü grubunun 2025'te 3,6 milyon olması beklenmektedir. Hollanda'nın nüfusu ise şu anda 16.767.118.

Hollanda'da iki farklı bakım sistemi vardır:

1. Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Devlet denetim altında olan Genel Özel Sağlık Sigorta Kurumu
2. Wet Maatschappelijke Ontwikkelingen (WMO). Belediyelerin denetimi altında olan Sosyal Gelişim Kurumu.

Wet Maatschappelijke Ontwikkeling (Sosyal Gelişim Kurumu):

Belediye tarafından kurulmuş olan WMO bölümüne hasta, yaşlı veya engelli olan vatandaşlar başvuruda bulunabiliyorlar.

Hizmet alabilmek için belediyenin belirlediği kriterler nelerdir? Eğer ailenizden, komşularınızdan, akrabalarınızdan veya gönüllü kuruluşlardan (Bu kuruluşlarda üye olan kişiler; hiç bir karşılık beklemeden gönüllü hizmet veren ya da yardım eden kişilerdir.) size yardım edecek olan kimse yoksa WMO tarafından verilen hizmet belgesi ile eve hizmet alınır.

WMO'ya ne için başvuruda bulunabilirsiniz ve başvurabilmeniz için kriterler nelerdir?

1. Uzun süre hasta, engelli ve yaşlı olan kişiler başvuruda bulunabilir.
2. Ev hizmetleri, araç hizmetleri ve tekerlekli sandalye için başvuruda bulunabilir.

Sıkça sorulan sorular:

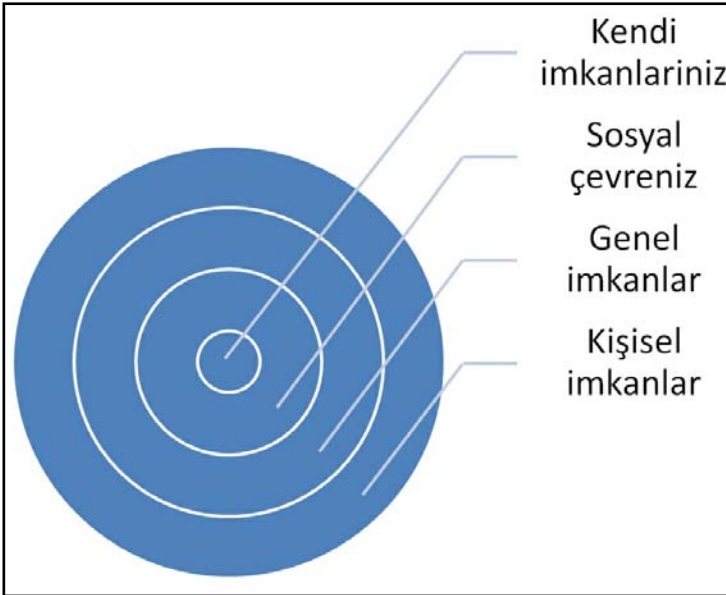
- Evimden çıkamıyorum ulaşım sorunum var, hangi imkanlardan yararlanabilirim?
- Eve verilen hizmetten nasıl yararlanabilirim ve bunun için nereye başvurmam gerekiyor?
- Çocuğumun zihinsel engelli olduğunu öğrendim, çocuğumun bakımında WMO'nun verdiği hangi imkanlardan yararlanabilirim?



- Eşime yıllardır bakıyorum ancak ona daha fazla bakma imkanı bulamıyorum, eşimin bakımı için nereden ve kimden destek/yardım alabilirim?
- İşaret dili öğrenmek için nereden bilgi alabilirim?
- Kendimi çok yalnız hissediyorum, sosyal iletişim nerede kurabilirim?
- Seçim yapmakda çok zorlanıyorum, dikkat etmem gereken konularda bana yardımcı olabilir misiniz?
- Yemek sorunumu nerede halledebilirim?
- Evimin yeniden düzenlenmesi gerekiyor nereye, nasıl başvuruda bulunabilirim?
- Hollanda içinde veya yurt dışında yaşlılar/engelliler için düzenlenen geziler için nereye başvuru yapabilirim?
- Annemin/Babamın tekerlekli sandalyeye ihtiyacı var nereye başvurabilirim?

WMO'da hangi hizmetlerden yararlanabilirsiniz?

1. Eve verilen temizlik hizmetleri
2. Kişinin özel bakım hizmetleri (banyo, ilacın verilmesi vs.)
3. Evin yeniden düzenlenme hizmetleri
4. Tekerlekli sandalye hizmetleri
5. Ulaşım hizmetleri



Kimseye bağlı olmadan bir yaşam sürdürmeniz ilk sırada geliyor. Eğer sağlık sorunlarınızdan dolayı bağımsız bir yaşam sürdüremiyorsanız, o zaman başvuru yapma imkânınız olabilir. Belediyede çalışan görevliler önce kimseye bağlı olmadan hayatınıza nasıl devam edebilirsiniz diye değerlendirip, yararlanabileceğiniz imkanları size sunarlar. Önce kendi imkânınızla neleri yapabileceğinizi ve sonra ailenizin/çevrenizin size verebileceği desteği inceleyer ve daha sonra yararlanabileceğiniz genel ve kişisel imkanları ortaya çıkarmaya çalışırlar.

Evlere verilen hizmetlerden biri de ameliyat olmuş ve kısa süreli bakıma ihtiyacı olan kişilere hizmet sunmaktır. Bunlar; evin temizliği, kişinin özel bakım ihtiyaçları, bakımlarını içeren şeyler(banyo, ilaç, yara bakımı vs.) kapsar. Evlere verilen hizmetleri sunan bir çok kuruluş vardır. Bunlardan biri de Livio'dur. 24 saat boyunca 2000'e yakın profesyonel hemşireler ve hasta bakıcılar evlerinde yatan hastalara hizmet verirler.

Livio çevrede bir çok yaşlı ve engelli kişilere evlerinde hizmet verir. Bunun yanı sıra sosyal etkinlik programları da sunulur. Bunlardan bir örnek; yaşlı bay/bayan evinden taksi ile alınır, en yakın Livio yaşlılar merkezine getirilir ve burada etkinliklere (müzik, koro, spor, thai chi) ve sosyal programlara (birlikte öğlen yemeği yemek, güncel konuların ele alınması, bilgilendirme vs.) katılması sağlanır.

AWBZ:

- | | | |
|-------------------------------|---|---|
| 1. Kişiyi özel bakım ihtiyacı | : | Banyo yapmak, kıyafetleri değiştirmek, tıraş olmak, ilaç almak ve tuvalet ihtiyaçlarını gidermekte yardımda bulunmak. |
| 2. Bakım hizmetleri | : | Tıbbi bakım, yara bakımı, hastaların kendilerini enjeksiyon yapmasını öğretmek. |



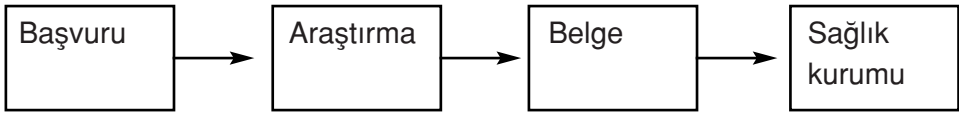
3. Danışmanlık hizmetleri : Pratik olarak güncel hayatımı nasıl düzenleyebilirim.
4. Bir kurumda konaklama : Huzur, bakımevi vs.
5. Tedavi : Bir durumun iyileştirilmesi (Örneğin; beyin kanaması geçirmiş bir hastanın yeniden yürümesi için tedavi gerekmektedir) veya beceri ve davranışlarının geliştirilebilmesi (Örneğin; öfke krizi ile nasıl baş edebilirim).
6. Kısa süreli konaklama : Bir kurumda konaklama ancak haftada maksimum 6 gün (Örneğin; çocuklar veya ev sakinleri tatile gittikleri zaman)

1. Yaşlı, hasta ve engelli olup bir çözümünüz olmadığı durumlarda yukarıda sözü edilen hizmetlerden yararlanabilirsiniz.
2. Çözümler nelerdir? Üç ay veya daha kısa süre bakıma ihtiyacınız var ise ailenizden birinin yada eşinizin size bakması gerekiyor. Eğer size bakım konusunda yardım edecek kimse yok ise, bu hizmetlerden yararlanabilirsiniz.
3. Eğer bir aile engelli olan çocuklarına bakamayacak duruma gelirler ise (Yoruldukları için veya bakımı ağır geldiği için) o zaman geçici süre için bu hizmetlerden yararlanılabilir.

Başvuruyu kendiniz yapabilirsiniz.

1. Araştırmalar profesyonel görevliler tarafından yapılır. Bu araştırmalar sırasında evinize ziyarete gelinir ve özel doktordan bilgi edinilir.

2. Hangi hizmetlerden yararlanabileceğiniz, kaç saate kadar bakım hizmeti alınabileceği ve alacağınız yardımın kaç yıl süreli olacağının yazılı olduğu Hizmet Belgesi 2 hafta içinde elinize ulaştırılır. Bu belgenin içinde, alacağınız hizmetin daha net anlatıldığı bir broşür bulunmaktadır. Eğer acil bakıma ihtiyacınız var ise en yakın sağlık merkezlerince başvurunuz görevliler tarafından yapılır ve aynı anda bakımınız verilmeyi başlanır. Belgeniz sonrasında size ulaştırılır.
3. Sağlık kurumu sizin belirlediğiniz sağlık merkezine belgenizi iletir ve seçtiğiniz sağlık merkezi sizinle irtibata geçer.



Kurumda kalma hizmetleri kriterleri nelerdir?

Huzur veya bakım evinde kalabilmek için bakım ağırlığı paket belgesi gerekiyor. Bu paket belgesi 0'dan başlayıp 10'a kadar numaralandırılır.

Paket 0 t/m 10

- | | | |
|---------------|---|---|
| Paket 0 | : | Eşlerden birine yüksek bakım paketi verilmiş olan partner, eşi ile birlikte huzur evinde kalma hakkı kazanır. |
| Paket 1 t/m 4 | : | Huzurevi bakımı verilir. |
| Paket 5 | : | Demansı olan yaşlılara verilir. Bunun yanı sıra BOPZ belgesi olmadan bakım evine alınamaz yani kapalı kapı arkası dediğimiz bakım evleri. |
| Paket 6 t/m 8 | : | Bakım evi hizmetleri verilir |
| Paket 9 | : | Rehabilitasyon hizmetleri verilir genelde 3 ve maksimum 6 ay geçerlidir. |
| Paket 10 | : | Terminal hastalara verilir |

Livio Sağlık Merkezleri

Livio'nun misyonu; Sağlık merkezimize gelen yaşlılarımızın yapamadıklarına değil, yapabileceği şeylere bakılır ve sonra hangi hizmete ihtiyacı olduğu ön plana çıkarılır. Livio yaşlılardan değil, müşterilerimizden bahsediyor, çünkü müşteri hizmetleri önemli.

Livio sağlık merkezi Hollanda'nın doğusunda Enschede şehrinin 6 farklı bölgesinde 9 sağlık merkezleri bulunmakta ve bu merkezlerde bulunan dairelerimizde hem dinç/sağlıklı yaşlılar hem de bakıma ihtiyacı olan yaşlılar konaklatılıyor.

Dinç/sağlıklı yaşlılarımız bu merkezlerde kaldıkları süre boyunca kira öderler. Eğer bakıma ihtiyaçları var ise WMO dediğimiz kuruluş tarafından verilen hizmet belgeleri ile evlerine hizmet alırlar.

Bu hizmet bedelini nasıl ödüyorlar? Hizmet alanın emekli maaşına göre ödenecek olan miktar belirlenir. Bunu belirleyen kuruluş devlet gözetimi altında ve vergi dairesi ile bağlantılı olarak çalışır.

Diğer yaşlılarımız AWBZ kuruluşundan aldıkları paket 0 dan 8'e kadar olan belgeleri ile bu dairelerimizde konaklarlar. Bakımları hemşireler tarafından yapılır. Sadece bakım değil, ev temizliği ve yemek gibi hizmetler de merkezlerimiz tarafından sunulur.

Daireler 70-75 metrekare kadar büyüklüğü sahiptir ve oturma odası, banyo/tuvaleti, yatak odası, mutfak ve çamaşır makinesini koyacak bir bölümden oluşur. Dairelerin 70-80 metrekare olanları AWBZ belgesi olan yaşlılarımız için ayrılır ve diğer 50-70 metrekare olan dairelerimiz dinç/sağlıklı yaşlılarımız için ayrılır.



Bakımevi: Bakım evinin 3 bölümü (her bölüm 31 yatak kapasitelidir) demansiyon olan yaşlılarımıza hizmet verilmesi için ayrılmıştır. 2 Bölümü fiziksel bakıma ihtiyacı olan yaşlılarımız için konaklama hizmetinde kullanılır. 1 Bölüm de 18 yataklı kapasiteye sahiptir ve rehabilitasyon hizmeti için ayrılmıştır.

Hemşirelerden, geriatride doktorlarından, fizik terapi, ergoterapi, logo terapi ve diyetisyenden oluşan bir ekiple tamamen profesyonel bakım hizmeti verilmektedir. Özel tedavi salonlarından ve restoranlardan oluşan bir ortamda ihtiyaç duyulan tüm hizmetler sunulmaktadır.



Haaksbergen: Saalmerink, yönetimini üstlendiğim sağlık merkezi 135 daire, restoran, aşçı, profesyonel mutfak, sosyal aktivite salonu, geriatri doktorun odası, fizik tedavi, diyetisyen, ergoterapi, logopedi ve demansiyon olan yaşlılarımızın evlerinde oturarak sosyal aktivitede bulundukları veya terapi gördükleri bölüm ve 120 profesyonel elemanların bulunduğu bir ekiple hizmet vermektedir.



Wiedenbroek: Bakımevimizde yaşlılar için veya genç yaşta felç olmuş hastalarımız için konaklayabilecekleri dairelerimiz bulunmaktadır.



Haaksbergen'in belirli noktalarında demensiyon olan yaşlılarımız için küçük konaklama dairelerimiz vardır. Haaksbergen'de evlere verilen hizmetler de bulunmaktadır.

Eibergen: Meergaarden yaşlılar konaklama merkezinde demensiyon olan yaşlılarımız için konaklama daireleri ve evlere verilen hizmetler bulunmaktadır.



Neede: De Werf, dinç/sağlıklı veya bakıma ihtiyacı olan yaşlılarımızın konakladıkları merkezimizdir ve bu merkezimizde evlere verilen hizmetler sunulmaktadır.

Fizyoterapist Olwen FINLAY

İngiltere -International Association of Physical Therapists Working with Older People (IPTOP)- Kurucu Başkan

Why is footwear not given a higher priority?

“The Effective health Journal cites footwear as a usual adjunct to treatment?

- Is it lack of public awareness about safe footwear?
- Do older people tend to accept foot change as part of the ageing process?
- Is advice not sought about foot change until mobility is affected?
- Insufficient training in this specialised field?
- Some physiotherapists perceive it as a task for others?

What would be the objectives of a footwear service?

- To identify those in need.
- To help keep older people mobile.
- To provide well fitting shoes, assisting the wearer to stand, balance and move in comfort and safety.
- To organise a speedy “need responsive” service.
- Help the elderly cope with a complex market place.
- To provide sufficient information to reach an informed decision.
- To provide a low cost effective service.
- To provide well fitting shoes.
- To increase environmental safety.

Examples of footwear at admission (Ref. 4 & 5)

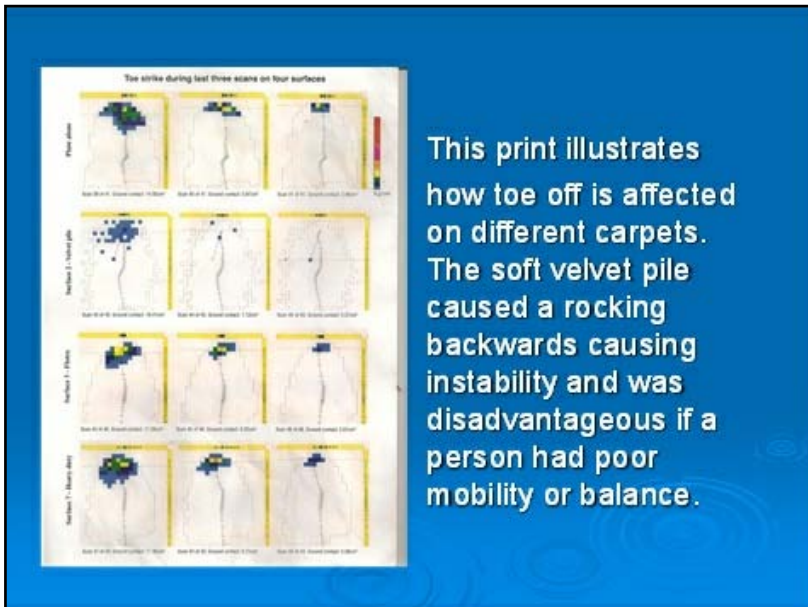


Need for growing recognition amongst professionals

- About the role of the ageing foot and the anticipated change.
- Physiotherapists require to recognise the role of footwear in falls.
- Require convincing that footwear is an effective adjunct to a rehabilitation programme.
- It is important to recognise that an inappropriate product can affect test results
- To increase knowledge relating to the interplay between flooring and footwear to ensure what surface is most advantageous to the older person
- N.B. 40% of all fatal accidents take place in the home.

An anticipated age change -flattening of the longitudinal arch.

Wasting of the smaller foot muscles may be observed colour & design on floors can affect gait may increase falls.



Feet and footwear have to cope with enormous stresses
700 tons on each foot in the course of a day.
200, 000 miles in the course of a lifetime.
Obesity will increase daily load.

Physiotherapists are in a unique position to improve the stability of many older people and influence change

- Knowledge of the internal foot structures.
- Understand gait.
- Understand the complex interplay between walking, footwear and balance.
- Can and should influence manufacturers to respond to needs of older people, as the fashion market rarely fulfils their need.

Gait Analysis cubicle.

Underplantar Pressure Technology can help define the complex interplay between walking, balance and footwear by providing quantative and qualitative data.

Footwear does affect gait

- Slip-on shoes increases tendency to shuffle.
- Plastic /smooth soles produces a small fearful step.
- Thick mid soles increase tendency to fall, due to edging effect causing instability.
- Ill fitting shoes slow speed of movement.

(Walking speeds exceeding 1.07 metres/second is required to cross pelican crossings within the allocated time permitted .

- In Northern Ireland approximately 230 older people (Over 60 years of age) are involved in accidents on pedestrian road crossings per year.

Edging Effect which causes imbalance.



Gait analysis should be carried out with the therapist behind the patient



This patient needed help and
advice (Ref. 10)



Balance is a problem for a large number of older people in Northern Ireland.

- One in three people over 65 years fall each year.
- 1750 hip fractures occur annually.
- Total cost is £21,000,000 annually.
- One in six patients with hip fractures die within six months.
- (As the population ages, the number increases annually with an ever increasing budget).

Tapering heels increases instability

Soft heel counters provide little support

Excessive wear and tear can support or refute medical history

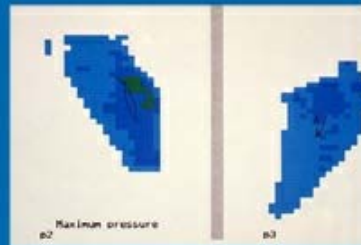
Typical deformities found in the Ulster patient (many are painful and arthritic in origin)

Splayed Forefoot and Pronation of the hind foot

Hallux Valgus of varying degrees



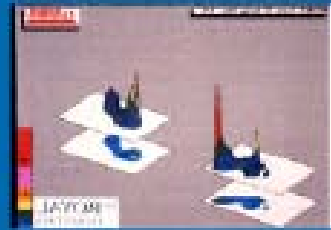
Hallux Valgus – 97 year old female



Extra depth required at the toe box is required if Hallux Valgus is present.



Antalgic Gait



Ulceration



Pressure Points

Home made newspaper insoles were the cause of this pressure area.
This pressure area caused by a shallow shoe box

Nail problems



All nail problems were referred to the Podiatry Department



Vascular Insufficiency: This patient was unaware of any skin discolouration, This patient has not sought advice prior to attending the shoe clinic.

Some vascular conditions can deteriorate quickly and one must recognise when not to supply.

Congenital & Acquired Deformities like Genu valgum
Shoe size varied by three sizes

Summary

- Complex interplay between walking, footwear and balance.
- Assessment of the elderly person should include the foot.
- Correct fitting shoes are a requisite for daily living and should be documented.
- Written advice should be supplied to either patient or carer as appropriate or if advice rejected this should be documented.
- Feet fit for rehabilitation are an essential part of the care programme
- Supply of a safe product is a cost effective intervention.
- Need for physiotherapists to increase awareness in this field.
- Further research required on interplay between footwear and flooring.

References

- 1- Nuffield Health Journal. Preventing falls and subsequent injury in older people. Effective Health Care. 1996, 2, 4-5.
- 2- National Service Framework for Older People, Department of Health London.
- 3- Finlay O & Fullerton CJ. Foot & footwear of Older people. Squires A. (ed), The role of the multidisciplinary team. Chapman & Hall, London. 1996 2nd edition.
- 4- Kwok T. A survey of inpatients' footwear. Care of the Elderly J. March, 1994, 118.
- 5- Finlay O. Footwear in the elderly care programme. Physiotherapy J. 1986; 72 (10): 172 -178.
- 6- Robbins S, Waked E, McClaran J. Proprioception and stability; foot stability awareness of age and footwear. Age & Aging 1995; 24; 67-72.
- 7- Finlay O, Beringer TRO. Effects of floor covering on measurements of gait and plantar pressure. Physiotherapy J. 2007; 93 (2): 144 -150.
- 8- Finlay O. Footwear Problems & Footwear Prescriptions. Physiotherapy with Older People. (Ed) Pickles et al. Pickles. et al London, Philadelphia, Toronto, Sydney & Tokyo. 1996; 382 - 398.
- 9- Finlay O. The use of computers to assess problems associated with gait in elderly people. Information Technology of Nursing. 1995; 7 (1): 9-12.
- 10- Finlay O. Olwen Finlay explains. Health Service J. Feb. 1996.

Dr. Agnes EGERVARI

*Macaristan- Boldog Gizella Foundation, Management of the Institution
Yönetici*

By 2050, 22% of the global population will be aged 60 and over. By then, for the first time in human history, there will be more elder people than children. In response to the demographic challenge which we all are facing, the European Union has designated 2012 as the **European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations**. Active ageing is defined by the World Health Organisation as the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age. As people live longer, a larger number of people will become very old (aged 80 or over) and therefore it is likely that many will become frail and require more social care services in the form of support at home or in long-term residential centers. The goal of long term care (LTC) is to help that process in an institutional framework.

LTC system in Hungary

If we compare the health state of elderly people living in a home, or in a hospital, we cannot see a big difference between the two groups – because of that it is evident that social care institutions do regularly provide health services too. This two services should be closely related to each other. In Hungary, there is a dual system for LTC.

Standardization

In the social care system, we realized some new standards the last two years. This project's goal, which was funded by the ESF (European Social Fund) was to evaluate a regulation model for social care system, also for professionals and institutions in LTC.

Through the standardization process we focused on the rights. The key question was: can we improve the quality of life for frail elderly?



The main principles of how two measure work quality. The most important topics were the measurement of the real performance (definition of the outcomes), the evaluation of relevant quality indicators and how to define a minimum level of care services.

The most important change should happen in our approach. Instead of decide without the client, we should inform and involve the dependent elderly people to the decisions that affect them - as much as possible.

Decision-making about the care or life project never should take place without the presence and involvement of the patient. In connection to these principles, I would like to explain how this is implemented into the practice of every day in our elderly home. Our institute is owned by a foundation. We offer day care – also for patients living with cognitive impairment – home care, respite care and residential care. For day care, we operate a supported transport system. Recently the number of the clients are about 150.

The services are vertically integrated – that means that the different forms of care are not separated within the institution, there is a common caring staff and patients with the same mental or physical level have common group activities and therapies (music therapy, physiotherapy...) no matter whether they live in the institute or are only cared during the day.

Personal care system and inter-professional approach

What does personal care system mean? Each nurse/caregiver is responsible for a small group of patients: this system allows a more personal relationship between the client, his or her relatives and the staff. This is a very good system also in case the patient has cognitive impairments. Caring client living with dementia today is one of the most dynamically developing part of the elderly care system.

Who are the members of the care team?

Family doctor, geriatrician and other specialists, psychologists, nurses, social workers, colleagues for mental health, therapists, kitchen staff, cleaners and gardener: everyone is a member of the team. It is very important to show

our client the same attitude and pay attention to them no matter in which way we ease his life – as a doctor, or as a cleaner. All the relationships should go to the client – but they are mutual between the staff members, the client and the relatives.

It is always easy to recognize the expectations of elderly.

Perspective and dilemma

A close cooperation between health and social care system is inevitable
– we need to improve the geriatric approach
Net for professionals and service providers

First of all, I would like to thank prof. Filiz Can for the kind invitation to this excellent conference. It is a great honour for me to get the opportunity to be here and to present the care system in Hungary. I try to get the best out of myself – even if my English is far from perfect.

Numbers

- 2050: 22% >60
2012 -European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations
- 16,5 % of the population is over 65, within 3,9% is over 80
- Appr. 60% of the 65+ population and >70% of 80+ live with dependence
- 2% of the 65+ population are living in institutions

By 2050, 22% of the global population will be aged 60 and over. By then, for the first time in human history, there will be more elderly people than children. In response to the demographic challenge which we all are facing, the European Union has designated 2012 as the **European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations**. Active ageing is defined by the World Health Organisation as the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age. As people live longer, a larger number of people will become very old (aged 80 or over) and therefore it is likely that many will become frail and require more social care services in the form of support at home or in long-term



residential centers. The goal of long term care (LTC) is to help that process in an institutional framework. In Hungary, about 2 % of the 65+ population are living in institutions.

Topics

- Elderly care system in Hungary
- Standardization project 2010-2011
- How can we realise a team-work in our nursing home?
- Example: examination of falls, Dance therapy, animal-assisted therapies

The issue of interprofessional working is currently one of the questions with key importance in the field of health and social care. The main topics of my presentation are: At first, I would like to sketch, how the care system in Hungary is organised – In the social care system, we realized some new standards the last two years – in connection to that I would like to explain how this is implemented into the practise of every day in our elderly home. After this, I will present some example for team-work with physiotherapist colleague

Available care services for elderlies

- **Primary medical care system**
About 1% of family doctors is specialised for geriatrics (≈50)
- **Institutional care**
62+5 services nationwide
- **Geriatric outpatient clinic**
very few, 98 zhours weekly
number of geriatriciens ≈130
- **Geriatric hospital departement**
within the universities and in hospitals available (227 bed)
9039 chronic bed (internal med., psychiatry, pulmonology)

At first, I would like to sketch, how the care system in Hungary is organised – Do you know where Hungary is? We have only about 10 million habitants and the care system in Hungary is dually organised – we have a medical system and a social care system. In Hungary, there are about 57 000

places in elderly homes. Only 2% of the population older than sixty-five years are living in institutions.

The social care system is financed on a normative basis – that means that the amount of state aid for the institution is not dependent from the health or mental state of the client, only of the condition of living – people with better condition in a home get less aid. Better condition means for example a single room. As you can see from the graph, the amount of aid decreased in the last ten years dramatically.

Eligibility Criteria

Social care

- Until 2008: age
- 2008: assessment process in home care and institutional care
 - > 4 hours care /day
 - ADL and social dimensions

Health care

- insurance based – nearly universal

Since 2008 eligibility to institutional care has been restricted to those who need less care than 4 hours a day. This process is a complicated combined system : ADL criteria together with social dimensions. At first, the measurment of daily care need was carried out by a commitee, now it can be done by the director of the institute. That means that the clients in the social care institutions are also seriously dependent.

Assessment of need of care

- Professionally established,
- Creation of care groups based on need of care,
- Easy to use,
- Reproducible,
- Aligned with the existing medical systems.



I am working in „Social Cluster Association“ – it is a national organisation of professionals and LTC institutions and suppliers too. We evaluated a new system to investigate the assessment of needs of care –

HOMOGENEOUS the care activity is comparable CARE no matter what caused this status GROUPS. We investigate the ability of self- sufficiency and self care and group the elderlies into homogenously. The groups are homogenous because people belonging to one group have similarly need of care activities.

Dimensions of HCG	
1. Spatial- temporal orientation	5. Hearing
2. Behavior appropriate to the situation	6. Nursing jobs
3. Activities, functions	
31. Nutrition	61. Monitoring vital functions
32. Dressing	62. Observing at least once a week
33. Use of toilet	63. Binding, wound treatment
34. Personal hygiene	64. Treatment of decubitus
35. Continence	65. Nutritional intervention
36. Communication	66. Rehabilitation, physiotherapy
37. Therapy follow- up	67. Other medical professional activities
38. Transfer	
39. Locomotion	7. Need of constant supervision
4. Sight	

2013.01.02.

GFD Congress Izmir

9

Here you can see the dimensions of HCG The dimensions investigated are the ADL functions, and also cognitiv functions. It is important to underline the sight and hearing. The sensory deprivation of the elderly results in multiple disabilities. The sheet is filled out by an expert professional who knows the client very well.

Homogenous Care Group

A: the activity is carried out by the client regularly and correctly – ability to carry out the function

B: either not regularly or not correctly

C: the client is not able to carry out the activity



I: moderate level of need of care

II: medium level of need of care

III: intensified level of need of care

IV: permanent, continuous need of care

2013.01.02.

GFD Congress İzmir

10

There are three choices: the answer A means, the client is completely reliable in this regard, B means, he needs some help, and C means, he is not able at all to carry out this activity on his own. The answers are summed up and the questions weighted. At the end we get the need of care level of the client from 1-4.

HCG projects

HCG 1: 2007

Analysis and validation of the method

- 3 types of dimension: nursing, care, social
- 30 institutions, 800 tenants, 100 clients on waiting list, 160 clients in day care
- Methodology: sheet filled out by two experts who knew the elderly well, and by one independent expert

HCG 2: 2009

- 50 people per institution
 - 20 sociale care homes
 - 5 medical institutions
- 1829 observed cases

HCG 3: 2011

- 2485 elderlies

2013.01.02.

GFD Congress İzmir

11



In 2007 we analysed the method and it was a validation process.

In 2009, by second project we compared the needs of care of elderlies in nursing homes and in social care homes.

During our last project we investigated about 2500 elderlies, this means was more than 5 % of the observed population

Homogeneous Care Group



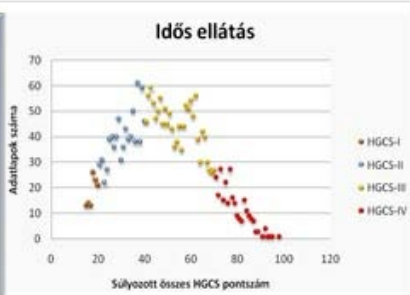
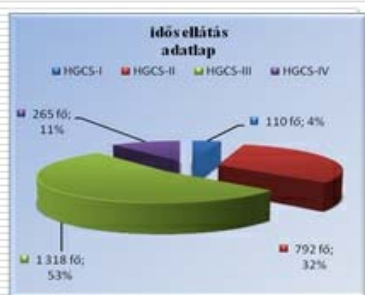
- Institutional data sheet
Financial table
- Social questionnaire
- (pre-cared people, waiting list)
- HCG data sheet with auxiliary tables
- Measurement of the need of support – in case of handicapped people

1/2/2013

GFD Congress Izmir

12

Homogenous Care Groups

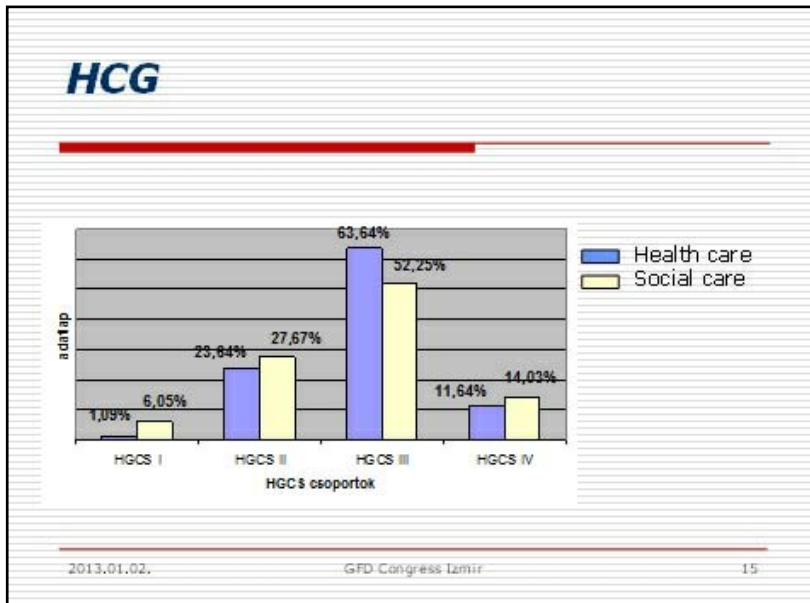
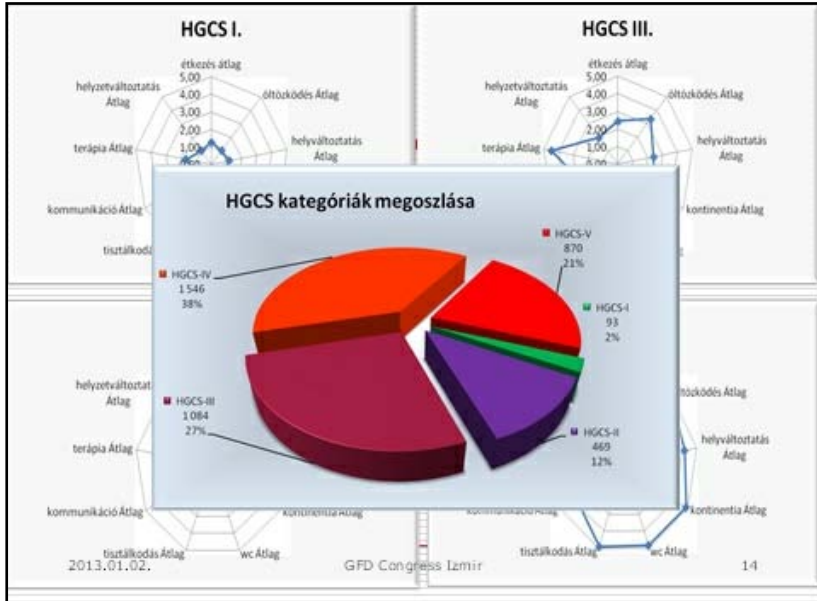


1/2/2013

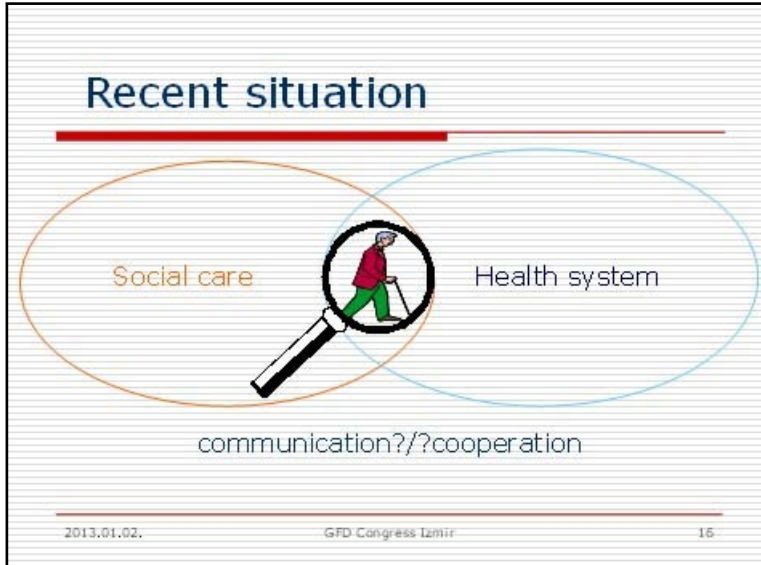
Prague

13





If we compare the health state of elderly people living in a home, or in a hospital, we cannot see a big difference between the two groups – because of that it is evident that social care institutions do regularly provide health services too. For this reason, this two services should be closely related to each other.



In Hungary, there is a dual system for LTC - The frail old man is balancing on the border between the two systems waiting for someone to provide professional service for him. So, the care of elderly is a real field for interprofessional practice.

The slide features the logo of the Ministry of Human Resources Development at the top left and the "NEW SZÉCHENYI PLAN" logo at the top right. The main title is "TÁMOP 5.4.1." followed by "Modernization of social services". Below this, the text reads "Standardization of the policy system for social care" and "Institutional care for elderlies". At the bottom left, there is a logo for "HUNGARY'S RENEWAL" with the text "The project is supported by the European Union." and the European Union flag. At the bottom right, there is a red line and the text "GFD Congress İzmir", "2013.01.02.", and "17".



In last two years we had a project, which was funded by European Social Fund, : our goal was to evaluate a regulation model for social care system, also for professionals and institutions in LTC.

Main principles

The main principles of how to measure work quality

- Measurement of the real performance(definition of the outcomes)
- Possibility to choose (define the minimum level of the service; difference from this level; possible new market solutions)
- Contractual relationship (contract of supply- measurement of the quality)
- Exercise the rights (basic rights of the clients)

Standardization: Rights

1. Right for the quality accomodation safe and aesthetic environment; appropriate infrastructural conditions

2. Right for the quality service access, assessment of needs, social care, menthalhygienic and health care quality human resources

Can the standardisation improve the quality of life of dependent elderly people?

Through the standardization process we focused on the rights. The key question is: can we improve the quality of life for frail elderly? The most important change should happen in our approach. Instead of decide without the client, we should inform and involve the dependent elderly people to the decisions that affect them - as much as possible. Going back to the rights, clients have right to the quality accomodation and the quality service, and these are ensured only by quality human resources.

Interprofessional and competent team in LTC

- Evidence based outcomes: indicators
- Costs
- Quality of life
- Geriatric approach and training
- HR: continuous development of the competence, learning of new methods, self-improvement



If the quality human resource can ensure the quality service, we have to mention the indicators which help us to measure our work. In the standardization project we highlighted the importance of the geriatric approach, continuous learning and self improvement.

Communication and rights

- Has the client the appropriate information? Is it understood?
- Is anything suppressed?
- When the time has come...
- With who and how to communicate in case of client living with cognitiv impairment
- Communication with the family

The client has right to be informed: to know the real state of health and the options for possible therapy and care. Decision - making about the care or life project never should take place without the presence and involvement of patient. We don't like speaking about our professional barriers - these questions rarely appear in our communication. Communication is very important not only with the patient and family members but also between members of the staff.

Our institute is owned by a foundation. We offer day care – also for patients living with cognitiv impairment – home care, respite care and residential care. For day care, we operate a supported transport system. Recently the number of the clients are about 150.

The services are vertically integrated – that means that the different forms of care are not separated within the institution, there is a common caring staff and patients with the same mental or physical level have common group activities and therapies (music therapy, physiotherapy,...) no matter whether they live in the institute or are only cared during the day.



She is our oldest client:103 years old

We try to keep in mind the expectations of the elderly

Is not always easy to know, What are the expectations of elderlies?

Living at home as long as possible – -also with dependencies

- To be respected
- Living without pain
- Living without physical- mental- psychological abuse
- Close relationship with the family

Value orientation of the institute

- Mission of the institute Professional Program
- Human Resources Management
 - Strengthening the stability and the commitment of the caring group
 - Positive caring atmosphere and personal relationship are the basis of the quality caring
 - Monitoring the stress- risk occurring during the caring work
- Caring work supported by the institute Person- centered caring of client needs creativity and innovation
- Training and development of the caring group
- Internal quality assurance system

What are the expectations of elderlies?

Living at home as long as possible – -also with dependencies

- To be respected
- Living without pain
- Living without physical- mental- psychological abuse

What it mans personal care system?

- each nurse is responsible for a small group of patients : this system allows a more personal relationship between the client and relatives and the staff. This is a very good system when the pateint has alreedy cognitiv impairments. Caring client living with dementia today is one of the most dynamically developing part of the elderly care – in our institue this group is more than one third of the clients.

Members of the team

- Family doctor
- Geriatricien and other specialist
- Psychologist
- Nurses
- Social workers (colleague for mental health, terapists)
- Etc: kitchen workers, cleaners, gardener

Everyone is a member of the team: it is very important to show our client the same attitude and pay attention to them no matter in which way we easy his life – as a doctor, or as a cleaner. Every team member has responsibility: one awkward sentence of a team member can ruin a week's work. All the relationship should go to the client – but they are mutual between the staff members, the client and the relatives. The Psychologist in our institute talks about „dance of passions”: between client and relatives, between relatives, between colleaguesgames are taken - and not only in the institute but outside as well.

We need regularly professional aid to learn assertive methods in order to elaborate these passions that is why we organise courses for family members. It's especially important in cases where the client is living with cognitiv impairment.

Person - centered caring

- Personal Caring Plan, Taking into consideration the life story, personality factors, lifestyle and interest
- Knowing the life story of the client
- Personal preferences, Hobbies, preferred programs, courses, favorite style (clothes)
- Personal property, Presence and stability of the own things from his life: family photos, souvenirs, old pieces of furniture
- Activity of the client, participation on the programs

We make a separate caring plan for everyone – for this we do not only consider his health state but also his lifestyle, personal habits and wishes.

Realization of the person- centered approach (Criteria)

- Atmosphere of caring, The basis of client-centered caring is acceptance without negative judgements
- Respect
- Empathy
- Empowerment increasing the autonomy of the client
- Communication with the client, Partnership between the client and the nurse, Attention turned to the client, Development of the communication culture of the staff

Base of the client-centered caring is the acceptance without negative judgement - It is important that an open, tolerant and client-centered atmosphere becomes an evidence. The location should be warm, really home-like. It is the client's choice whether he or she participates in different programs or therapies – it is a challenge to make him participate!

Indicators

How to measure the quality of our work?

- What do we investigate?
- With which tool?
- Input: number of staff, etc.



- Output: number of clients
- Outcome:
 - Number of chronic wounds
 - Infections
 - Mobility/balance changes
 - Number of falls/fractures
 - Changes in nutritional level
 - Satisfaction survey (client,relatives,team)
- Changes of dependence (HCG)

In times of evidence based medicines, it is important to make social work measureable. It is very easy to examine the circumstances of living, the squarmeters of a room or the number of personal – but all this says little about the real quality of the service. First of all, it is important to find the right outcome indicators. It is extremely difficult to measure the real performance, as even the best professional work cannot guarantee the improvement of the state of health or the deceleration of the decline.

Perspective and dilemma

- Geriatric approach
- Social Policy Strategy
- Cooperation between social and health care, Common training possibilities
- Net for professionals and service providers

Improve quality of life in social service sector; create incentives for services ,Control and monitoring, The millions of elderly are a challenge for our whole society!

Our attitude is perfectly formulated by Cecily Saunders

And when I have one more minute, I'll to present you a short video about our dance activity. There is a Kogi Indian saying: The people dance before they can walk and as we experienced the people dance even if they can not walk. The dance therapy is a non-verbal therapy which affecting to the mood and emotional life can activate the remaining mobility. This treatment can be task of

the psychologist and special therapist. The dance before and after the data were significantly different from each other, so strong reliability (99%) say that the dance declined after the subjects anxiety levels, mood is more positive than before the dance therapy.

"You matter to the last moment of your life, and we will do all we can to help you not only to die peacefully, but also to live until you die."

Dr. Cicely Saunde

References

- 1- HCG: the possible measuring method for personal care needs in the social care system (project report 2007; 2009).
- 2- The actual situation of personal care in social and medical institutions (HCG II. project, Nyíregyháza, 2009).
- 3- Ways to standardize personal care of elderly people in insitutional framework (presentation on the congress of MGGT, 2009).
- 4- HCG III. project : Assesment the needs for care at national level 2010-2011.
- 5- Professional management of the team for elderly homes at national level (TÁMOP 5.4.1,standardisation): 2010-2011.

Fizyoterapist Zachary SOMMERMEYER

Amerika Birleşik Devletleri - Concordia University Wisconsin,

Department of Physical Therapy

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Doktora Öğrencisi

Introduction

As in other countries the population of older adults is rapidly growing. To serve their medical and social needs, older adults living in the USA have various levels and types of settings to suit their needs. The purpose of this presentation is to quickly introduce the conference attendees to the general types of choices provided and to briefly overview how these choices are regulated by the state and financed. There can be some exceptions to these situations depending on the older adult's health insurance and financial situation.

Settings for Care for Older Adults

1. **Regular Community** - For as long as they are able, most older adults prefer to live in their regular homes. Generally these older adults are healthy and physically independent. To make their homes safe they can install bars, rails, specialized ramps, toilets, showers, etc. to accommodate their needs. Most doctor or therapy visits are done outside the home. Rehabilitation or nursing services can be provided temporarily in the home if there is a medical need for them and the older adult cannot leave the home. If family is able and willing, or if the older adult can afford to hire professionals, they can have full time care within the home to provide for their needs to avoid having to go to some sort of institution. If an older adult is viewed by the state to be in an unsafe situation, they can be institutionalized.
2. **Restricted Senior Community** – These are neighborhoods where property can only be purchased by a person over a specified age so that all of the residents are generally older people. There are usually



community centers, medical and rehabilitation facilities, and entertainment centers nearby that focus on older adults. Older adults can live a little bit more comfortable without having noisy neighbors and have people around them that are in similar situations.

3. **Senior Apartments** – These are apartments or condominiums owned or rented by older adults. The residents still must be independent or have support services to provide for their needs. The facility can provide cleaning services, meal services, entertainment options, and usually “check in” with the residents each day to make sure they are safe.
4. **Assisted Living** – These are small apartments or rooms for older adults who need assistance with some more difficult tasks such as taking medications on time, showering, cleaning, and preparing meals. Residents still need to be able to dress themselves, go to the toilet independently, feed themselves, and get around the facility without assistance. There are also specialized locked units for people with dementia who are still physically independent, but need to be supervised and not allowed to wander freely.
5. **Nursing Homes** – These are facilities for people who are not independent in basic Activities of Daily Living such as dressing, toileting, and feeding. When a person is in this facility they can receive assistance for all aspects of their care, including nursing and rehabilitation assistance if medically necessary. Residents would be sent to the hospital for acute illnesses or injuries. There are also locked units for people with dementia or other mental difficulty.
6. **Skilled Rehabilitation Units** – These are “temporary” nursing home units that are focused on rehabilitation after acute illness or injury. Residents must be undergoing some sort of therapy (Physical, Occupational, Speech) with the goal of them returning to the highest level of function possible. Patients would either return home or to another setting if necessary.

7. **Hospice Care** – Older adults who are likely to die within a short period of time (generally less than a few months) can be transferred to special units that focus on keeping them comfortable as they go through the process of dying. They do not generally receive any sort of treatment or therapy that is meant to improve their condition, only medications and modalities to keep them comfortable.
8. **Senior Living Communities** – These are campuses that incorporate multiple levels of care, including Senior Apartments, Assisted Living, Nursing Homes, Hospice, and Rehabilitation Units. There are also usually banks, small shopping stores, cafeterias, barbers, beauty shops, and activities on campus for the residents. As their physical and mental function decline, they can at least stay in the same campus and keep relationships with friends. This also helps when one spouse needs more care than the other since they can live in close proximity to each other. Different levels of care are still separated, but all within the same campus.

Financial Responsibilities

Up until age 65, medical expenses are covered by the individual or their private health care insurance. After age 65, or if they are judged to be permanently disabled, they are covered by Medicare, which pays for a majority of medical expenses. The remaining cost must be paid by the older adult through a secondary private insurance or their own resources. For people who are poor and have no assets, they are covered under the Medicaid system.

General care of the older adult (bathing, dressing, feeding, meals, giving medications, etc.) is the responsibility of the older adult and their family. If they cannot perform the functions themselves, then they are responsible for paying for their care either at home or at one of the above facilities. As the point where they can no longer pay for their own care, then a combination of Medicare and Medicaid cover their needs.

There are also private insurance companies that insure for in-home caregiver or nursing home expenses, but the individual should purchase these policies in advance of needing the care.



The private insurance and Medicare/Medicaid system in the USA is very complex and there are a lot of variables that cannot be covered in this short of a presentation.

Regulation

Every facility and company working with older people are subject to regulations from the government for virtually every aspect of their service. Facility inspections that cover everything from food service and quality, patient care, architecture, documentation, safety, etc. happen on a regular basis. Every state has a department dealing with aging and/or disability services that performs the inspections based on the laws of that state. They are generally the same, but can vary from state to state. Also, most people providing direct care to older people must be licensed and trained professionals that undergo background checks to make sure their credentials are correct and that they do not have any criminal background that would put their ability to provide patient care in question.

Facility inspections are taken very seriously. If any nursing home, rehabilitation center, etc. are found in violation of the law, they can be given citations, fined, or even forcibly closed down by the state depending on the severity of the violation. Usually violations are reported and the facility has a time frame to demonstrate they have fixed the problem.

There are also methods where people can report problems with patient care. All falls, injuries, or incidents of abuse must be reported to the state. Patients and families are also given phone numbers where they can report any problems that are also followed up on by the state.

Conclusion

The purpose of this presentation was to give the conference attendees a quick introduction to the care models, regulations, and financial issues related to the care of older adults in the USA. Our system is by no means without fault and every country must choose their own system and models dependent on their financial resources, culture, and needs of older adults and families in their

country. The reader is encouraged to visit the following websites below to explore more information regarding our system.

References

- 1- Restricted Senior Community: www.suncityaz.org.
- 2- Senior Living Communities: www.lssliving.org.
- 3- Medicare: www.medicare.gov.
- 4- State Regulations: <http://health.mo.gov/index.php> or.
- 5- <http://www.dads.state.tx.us/>.

PANEL 4

BAKIM MODELLERİ

Moderatörler

Prof. Dr. Candan ALGUN

Prof. Dr. Fehmi AKÇİÇEK

Konuşmacılar

Luk ZELDERLOO

Mehmet ONARCAN

Hulusi Armağın YILDIRIM

Prof. Dr. Chantal Van AUDENHOVE



CARE TOURISM

Challenges and options

Luk ZELDERLOO

*EASPD (European Association of Service Providers for
Person with Disability) Genel Sekreteri*

Care Tourism

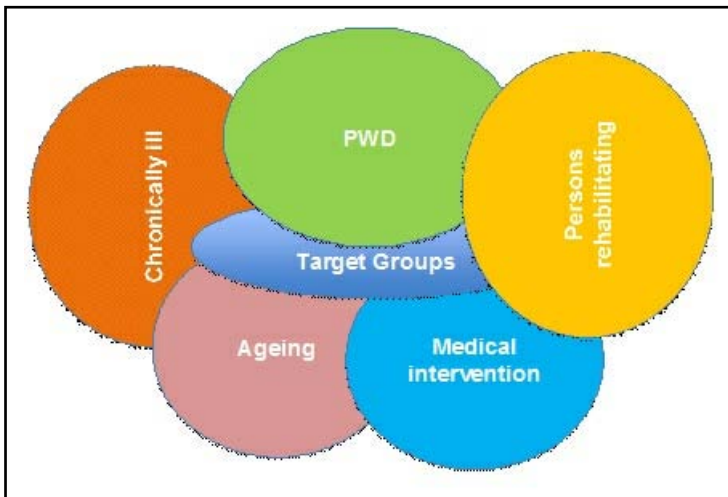
- Definition
- Future developments

Different target groups

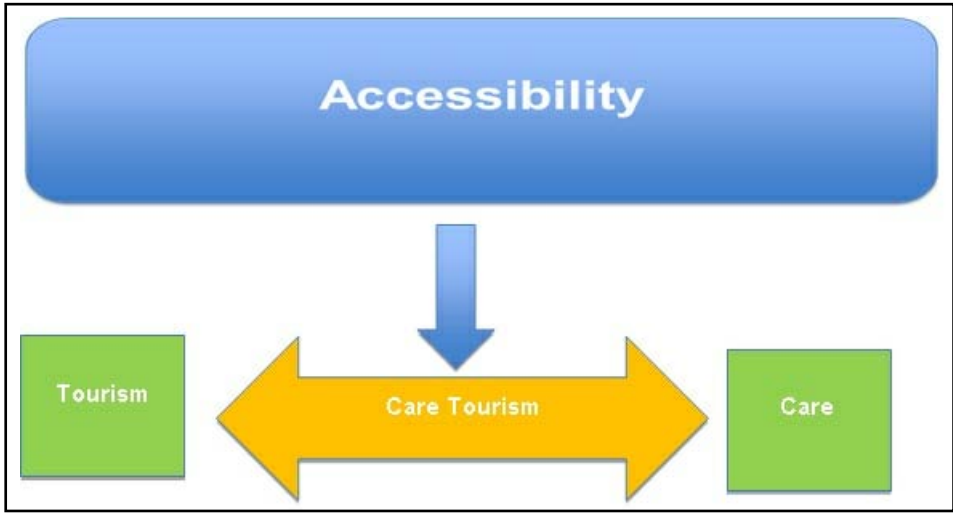
- Persons with disabilities
- Seniors
- Persons rehabilitating
- Chronically ill
- People undergoing medical intervention

Different needs and wishes

Potential Target groups



From caring tourism to care tourism... and back

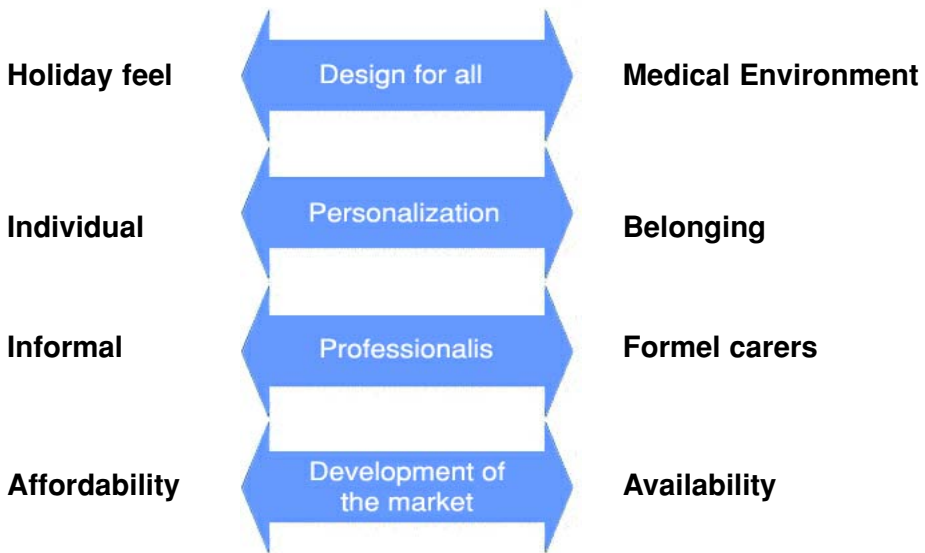


From accessible infrastructure towards enabling infrastructure

Support systems

- Diet
- Health professionals on location
- Language!

Paradoxes for care tourism



Future developments

- Growing market
- High Q = caring tourism
- Personalisation!
- Activation part of package
- Care for partner/family

to do

- Information! (language?)
- Design for all
- Holistic approach (Hotel, transport, health care)
- Target group specific approach
- Tailor made
- Focus on carer
- Affordability
- Quality of care professionals on location
- Networking with "home" carers
- Coordination Social security actors abroad

EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM VE GELECEK İÇİN ÖNERİLER

Mehmet ONARCAN

Evde Bakım Derneği

Yaşlı nüfus ve kronik hastalıklardaki artış nedeniyle evde bakım hizmetleri giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bu alanda uzun yıllardır hizmet sunumunun var olduğu ülke örneklerinde sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler ve destek hizmetleri bir bütün olarak eve götürülmektedir. Bu alandaki terminolojiye baktığımızda “Home Care – Evde Bakım” kavramı hem sağlık hem sosyal hizmetleri kapsayacak şekilde kullanılmakta, bunun altında iki ana hizmet alanından biri evde sağlık hizmetleri diğeri ise evde sosyal bakım ve destek hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Evde Bakım Derneği olarak bu terminolojiye uygun olarak “Evde Bakım” kavramını evde sunulan sağlık ve sosyal hizmetlerinin bir bütünü olarak kullanmaktayız, konuşma metninde de bu şekilde kullanılmıştır.

Ülkemizde Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinde Mevcut Durum

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de evde bakım hizmetlerinin sunumunda birinci derecede rol geçmişte de, günümüzde de ailenin üzerindedir. Profesyonel hizmet sunumu ne kadar gelişse ve yaygınlaşsa dahi ailenin bu önemli rolü devam edecektir. Ancak bakım tekniklerinin, ürün ve teknolojilerinin gelişmesi, daha kompleks hastaların da evde bakımının mümkün hale gelmesiyle profesyonel hizmet sunumunun önemi artmıştır. Ayrıca bakım veren rolünü üstlenen aile bireylerinin deneyim sahibi olmadıkları bu süreçte profesyonel hizmetlerle desteklenmeleri ve eğitimleri son derece önemlidir.

Ülkemizde profesyonel anlamda evde sağlık hizmetleri ilk olarak 1996 yılında özel evde bakım şirketleri tarafından başlatılmıştır. Multi disiplinler yapıda hizmet sunumu örnekleri de yine özel sektörde 2000’li yıllardan itibaren başlamış aynı yıllarda özellikle İstanbul Büyükşehir Belediye’sinden başlamak üzere Belediyeler evde sağlık ve sosyal destek hizmetlerini başlatmıştır. 2004



yılında ilk olarak Balıkesir Devlet Hastanesi tarafından başlatılan evde sağlık hizmetleri, 2010 yılından itibaren tüm ülkeye yaygınlaştırılmıştır.

Alana yönelik ilk yasal düzenleme hizmet sunumunun başlamasından yıllar sonra 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren ve Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik”tir. Bu yönetmelik, evde sağlık ve bakım hizmetlerinin sunumu için özel evde bakım merkezlerinin ya da özel hastaneler bünyesinde evde bakım birimlerinin kuruluşunu düzenlemektedir.

1 Temmuz 2005’ten itibaren Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından gerçekleştirilmeye başlayan bir dizi yasal düzenleme ile “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 engelli ve yaşlısının evde bakımını üstlenen, ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunan aile bireylerine, evde bakım aylığı ödemesi uygulamaya konmuştur. Günümüzde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yürütülen bu uygulamada, Kasım 2012 itibarıyla evde bakım aylığı alan aile sayısı 400.000’e yakındır.

Şubat 2010’da yürürlüğe sokulan “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetlerinin ülke çapına yaygınlaştırılması için kamu hastaneleri, aile hekimleri ve aile sağlığı merkezlerini hizmet sunumuna dahil etmiştir. Kamu hastanelerinde evde sağlık birimleri oluşturulmuş ayrıca yine mevzuat gereği İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Koordinasyon Merkezleri oluşturularak hizmetler ülke çapında yaygınlaştırılmıştır.

Ülkemizde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı’nın, sosyal hizmetler ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın yetki ve sorumluluk alanındadır. Sağlık ve sosyal hizmetlerin evlere götürülmeye başlandığı son yıllarda evde sunulan hizmetlerle ilgili bir entegrasyon problemi ortaya çıkmıştır. Yasal düzenlemeler, denetim ve hatta hizmet sunumu farklı kurumlarca yürütülse dahi hizmetlerin evde sunumunda mutlak surette entegrasyon sağlanmalıdır.

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin profesyonel bir hizmet olarak sunumu maalesef dünya örneklerine göre oldukça geç tarihlerde başlamıştır.

Son yıllardaki hızlı gelişmelere rağmen hizmet sunumu, yasal düzenlemeler, eğitim, istihdam ve finansman konularında atılması gereken birçok adım mevcuttur. Gereken standartlarda hizmetin, tüm ihtiyaç sahipleri için yaygın bir şekilde sağlanabilmesinin yanı sıra evde bakım hizmetlerinin sağlık ve sosyal hizmetlere ayrıca sosyal güvence sistemine tam entegrasyonu için bu gelişim adımlarının atılması önemlidir.

Ülkemizde Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi için Öneriler

Evde Bakım Derneği olarak 2005 yılındaki kuruluşumuzdan bu yana düzenlemiş olduğumuz iki Ulusal Kongre ve "Ülkemiz için Evde Bakım Modeli" Çalıştay'ında ilgili tüm kurumlardan temsilcilerin katılımı ile alandaki problemler ve gelişim için öneriler tartışılmıştır. Gerek Sağlık Bakanlığı gerekse Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından çeşitli tarihlerde düzenlenmiş olan Çalıştay'larda da bu konular üzerinde durulmuştur. Gelişim için fırsat alanları olarak gördüğümüz bu alanlar ve söz konusu çalışmalar sonucunda Evde Bakım Derneği olarak ortaya koyduğumuz çözüm önerileri aşağıda paylaşılmıştır.

Mevcut Durumdaki Problemler ve Gelişim Alanları

- Tanımlamalarda farklılık ve karışıklık
- Multidisipliner yaklaşım eksikliği
- Hizmet standartlarının olmaması
- Mevzuattaki eksiklik ve uyumsuzluklar
- Sağlık ve sosyal hizmetlerin entegre olmaması
- Hizmet verecek personel yetersizliği
- Eğitim standartlarının olmaması
- Eğitim eksikliği
- Denetimin yetersizliği
- Aile bireylerinin yalnız kalması, yeterince desteklenememesi, eğitimsiz olmaları
- Farklı bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek farklı modellerin yeterince oluşmamış olması
- Hizmet sunucuların (kamu, belediye, özel sektör) rollerinin net olmaması

- Kayıt dışı, ruhsatsız hizmet sunumu ve kaçak çalışanların yaygınlığı
- Politika, mevzuat ve düzenlemeleri yapan kurumlar arası koordinasyon ve ortak çalışmanın yeterince gelişmemiş olması
- Evde bakım hizmetleri için kamu ya da özel finansman sistemlerinin olmayışı, sınırlı olarak gerçekleşen kamu finansmanındaki eksiklik ve problemler

Atılması Gereken Adımlar

1- Hizmet Sunumu

1.1. Evde sağlık hizmetleri ile sosyal bakım ve destek hizmetlerinin entegrasyonu sağlanmalıdır. Bunun için ilgili kurumların ortak çalışmaları artırması gereklidir. Evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu için İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan İl Koordinasyon Merkezlerinin sosyal bakım ve destek hizmetlerini de koordine edecek şekilde yeniden yapılandırılması entegrasyonun sağlanması açısından faydalı olacaktır.

1.2. Hizmet sunucuların (kamu, yerel yönetim, özel sektör) rolleri netleştirilmelidir.

1.3. Uluslararası standartlar göz önünde bulundurularak hizmet alanlarına göre standartlar, uygulama prosedürleri oluşturulmalı ve uygulamaya konulmalıdır.

1.4. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamına girecek evde bakım hizmetleri tanımlanmalı, bu tanımlamaya uygun olarak hizmet sunumu sağlanmalıdır.

1.5. Evde bakım hizmetleri koruyucu ve tedavi edici hizmetleri içermelidir.

1.6. Evde bakım hizmeti sunan, bu alana yönelik çalışma yapan, yapmak isteyen Sivil Toplum Örgütleri, Üniversiteler, Özel Kuruluşlar teşvik edilmelidir.

1.7. Yurt dışında sağlık ve sosyal hizmetlerin sunumunda “kar amacı gütmeyen kuruluşlar (non profit organizations)” maliyet etkin bir uygulama olarak sıkça görülmekte ve giderek yaygınlaşmaktadır. Ülkemizde de kar amacı gütmeyen kuruluşların oluşturulabilmesi için gerekli altyapı ve buna dair

mevzuatın oluşturulması ve evde bakım alanında faaliyet göstermelerinin teşvik edilmesi son derece faydalı olacaktır.

1.8. İl Koordinasyon Merkezleri evde bakımın gerektirdiği multi-disipliner yapıya sahip olmalıdır. Bölgede hizmet sunan yerel yönetim ve STK'lar varsa, bunların temsilcileri de merkezde yer alabilir. Evde bakıma çok kanallı başvuru olabilmeli ancak başvurular tek noktada toplanıp, koordine edilmeli, ihtiyaca göre hizmetin nereden alınacağına, kimin tarafından sunulacağına karar verilmeli, farklı hizmet sunucular arası koordinasyon sağlanmalıdır.

1.9. Ortak bir veritabanı oluşturulması; ihtiyaç sahiplerini ve ihtiyacı belirleme, hizmet etkinliği, verimlilik, mükerrerliği önleme, ulaşılabilirlik ve planlama açılarından faydalı olacaktır.

1.10. Bakıma muhtaç engelli/yaşlı/hastalara sunulacak hizmetler geliştirilmeli, mevcut durumdaki sağlık hizmetleri ve evde bakım aylığı uygulaması; eğitim, koruyucu ve önleyici ürün ve hizmetler, rehabilitasyon, yaşam alanına yönelik gerekli düzenlemeler, transfer hizmetleri, sosyal bakım, psikolojik destek gibi yurt dışı örneklerinde görülen çeşitli hizmetlerle genişletilmelidir.

1.11. Hizmet sunumunda etkinlik sağlayabilecek telebakım, telesağlık, uzaktan hasta takibi, hastalık yönetimi gibi yeni teknoloji ve uygulamaların yaygınlaştırılması teşvik edilmelidir.

1.12. Evde sağlık ve bakım için evlerde tıbbi cihaz ve ekipman temini profesyonel bir hizmet alanı olarak yapılandırılmalıdır. Hasta ve çalışan güvenliği açısından son derece önemli olan bu hizmetlerin sunumunun da belli standartlarla ve uzmanlaşmış kurumlarca yapılması için gerekli çalışmalar ve düzenlemeler yapılmalıdır.

2. Mevzuat ve Denetim

2.1. Farklı devlet kurumlarının ilgili mevzuatı arasında uyum sağlanmalıdır

2.2. Hizmet sunumuna ilişkin mevzuat standartlaştırılmalı, kamu ve özel hizmet sunumu için farklı standartlarda mevzuat olmamalıdır.



2.3. İlgili meslek gruplarının mevzuatında da gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

2.4. Yerel yönetimler mevzuata uygun hizmet sunmalı ya da hizmet alımında buna dikkat etmelidir.

2.5. Mevzuat farklı tipte evde bakım hizmet sunucularının oluşumuna imkan sağlamalıdır. Ölçeklendirme ve branşlaşma için sunulacak hizmetlere göre asgari standartlar belirlenmeli, ruhsatlandırma/onay süreci buna uygun olmalıdır. (merkez birimi, ilçe birimi gibi ölçeklendirme ve sadece hemşirelik girişimleri, sadece fizyoterapi, vb.. gibi branşlaşma)

2.6. Mevzuat uluslararası standartlarla uyumlu ancak ülke gerçeklerine uygun olarak düzenlenmelidir.

2.7. Denetim için evde bakım hizmetlerine özel bir Ulusal Akreditasyon Sistemi geliştirilebilir.

2.8. Etkin denetimle, kayıt dışı, ruhsatsız hizmet sunumu ve kaçak işçilik önlenmelidir.

2.9. Evde sunulan sağlık ve bakım hizmetleri ilgili mevzuat kapsamında ele alınmalı, istihdam bürolarının evdeki hastalar için hemşire ve hasta bakıcı temini durdurulmalıdır.

3. Eğitim ve İstihdam Politikaları

3.1. Evde bakımda rol üstlenen ekip üyelerinin görev tanımları netleştirilmelidir.

3.2. Eğitim ve sertifikasyon standartları oluşturulmalıdır.

3.3. Sağlık ve sosyal disiplinler için mevcut eğitim programlarında evde bakıma daha çok yer verilmelidir.

3.4. Farklı disiplinlere özel eğitim programları oluşturulmalıdır.

3.5. Destek personel için eğitim programları standart hale getirilmelidir.

3.6. Bakımda rol üstlenen aile bireylerine yönelik eğitim ve destek programları geliştirilmelidir.

3.7. Bugün ve gelecekteki bakım ihtiyacı öngörülerek istihdam planlaması yapılmalı ve yapılan planlamalar doğrultusunda politikalar üretilmelidir.

3.8. Çok disiplinli yaklaşım benimsenmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.

3.9. Evde bakımda çalışacak sağlık ve sosyal profesyoneller ayrıca bakım elemanları teşvik edilmeli, bu alanda çalışmak özendirici hale getirilmelidir. Aksi takdirde bu alana yönelik insan gücü yetiştirilse dahi alanda çalışacak insan kaynağı eksikliği devam edecektir.

4. Finansman

4.1. Uzun vadede evde bakım ihtiyaçlarının karşılanabilmesi, hizmet sunumunun yaygınlaşarak süreklilik arz edebilmesi için ek kaynaklar oluşturulmalıdır.

4.2. SGK bünyesinde bir Bakım Sigortası sistemi oluşturulmalıdır.

4.3. Evde sağlık hizmetleri GSS kapsamından, uzun süreli bakım hizmetleri ise bakım sigortası kapsamından ödenmelidir. Evde sağlık hizmetleri için ek prim alınmamalıdır. Bakım sigortası için bir miktar ek prim alınabilir veya mevcut primlerden aktarma yapılabilir, ayrıca vergiler, diğer kaynaklar ve fonlarla desteklenmelidir.

4.4. Özel bakım sigortalarının oluşumu teşvik edilmelidir. Yapılacak düzenlemelerle mevcut bireysel emeklilik sigortalılarının isteğe bağlı olarak özel bakım sigortasına geçmesine imkan sağlanması hızlı bir şekilde fon birikimi sağlanması açısından faydalı olabilecektir.

4.5. Evde sağlık hizmetleri için yapılan finansman düzenlemeleri sadece Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumunu finanse edecek şekilde sınırlandırılmamalı, Üniversiteler ve Özel Evde Bakım Merkezleri de plana alınmalıdır.

4.6. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan evde bakım aylığı uygulamasının daha verimli hale getirilmesi için çalışma

yapılmalıdır. (gelir tespitinde ev kirası, eğitim gibi zorunlu giderlerin dikkate alınması, daha sık denetim, koruyucu ve rehabilite edici ürün ve evdeki düzenlemelerin de finansmanı, vb.. gibi)

4.7. SGK tarafından evlerdeki hastaların kullanımı için ödeme kapsamında bulunan ya da Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmakta olan tıbbi cihaz ve ekipmanlar bu ürünlerin gerektirdiği eğitim, periyodik bakım, enfeksiyon kontrolü, sarf değişimi, kalibrasyon ve 7 gün 24 saat teknik destek hizmetleri ile bir bütün olarak sağlanmalıdır. Salt cihaz temininden ziyade cihazlarla beraber gerekli hizmetin de sunulmasına yönelik finansman sistemi kurgulanmalıdır.

4.8. Sadece tedavi edici değil, koruyucu, önleyici ve rehabilite edici ürün ve hizmetlerin de ödemesi sağlanmalıdır.

4.9. Evdeki hasta/yaşlı/engellilere yönelik reçete ve rapor uygulamalarında iyileştirmeler yapılmalıdır.

Sonuç olarak ülkemizde son 15 yılda gelişen evde bakım hizmetlerinin ülke çapında, tüm ihtiyaç sahipleri açısından erişilebilir ve standartlar dahilinde sunulur hale gelmesi için ülke kaynakları ile karşılanabilecek bir evde bakım modelinin oluşturulması gereklidir. Var olan sağlık ve sosyal hizmetlerle ayrıca sosyal güvence sistemi ile entegre bir model olabilmesi için mevcut uygulamaların iyi değerlendirilmesi, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının yapılması ve bu amaca yönelik olarak tüm ilgili grupların ortak çalışmaları artırması gereklidir. Bu süreçte yurt dışındaki başarılı örneklerin incelenmesi, uygun olabileceklerin Türkiye'ye uyarlanması var olan deneyimlerden fayda sağlanabilmesi açısından önemlidir. Evde Bakım Derneği olarak ülkemizdeki evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi amacına yönelik çalışmalarımızı, bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da ilgili tüm kurumlarla işbirliği içinde devam ettireceğiz.

Kaynakça

- 1- Evde Bakım Derneği II. Ulusal Evde Bakım Kongresi Sonuç Bildirisi, <http://www.evdebakim.org.tr/publication.asp> Erişim: 20-23 Nisan 2008.
- 2- Evde Bakım Derneği Ülkemiz için Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı Sonuç Raporu, <http://www.evdebakim.org.tr/publication.asp> Erişim: 8-9 Nisan 2010.
- 3- Evde Bakım Derneği III. Ulusal Evde Sağlık ve Bakım Kongresi Sonuç Bildirisi, <http://www.evdebakim.org.tr/publication.asp> Erişim: 12-14 Nisan 2012.

TÜRKİYE'DEKİ BAKIM MODELLERİ

Hulusi Armağan YILDIRIM

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanı

Yaşlı Bakım Modeli

Bakanlığımız; özellikle dezavantajlı gruplar içerisinde yer alan çocuk, genç, kadın, yaşlı ve engelli bireylere yönelik koruyucu, önleyici, eğitici, tedavi ve rehabilite edici bakım hizmetlerini sunmaktadır. Sorunların ortaya çıkmadan önlenmesi amacıyla çağdaş sosyal hizmet politikaları bağlamında birey, aile ve topluma yönelik sunduğu koruyucu-önleyici, eğitici-geliştirici, tedavi ve rehabilite edici hizmet modelleri uygulamasında daha etkili ve verimli olabilmesi için dünyadaki çalışmaların, örnek uygulamaların paylaşılmasının büyük önem taşıdığının bilincindedir.

Genel Müdürlüğümüz Türkiye’de yaşlılık alanında sosyal politika uygulamaları görevini yerine getirmek amacıyla; sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde bulunan yaşlılarla ilgili hizmetleri yürütmekte, yaşlılara yönelik huzurevleri, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri, yaşlı yaşam evleri ile yaşlı hizmet merkezlerinin yurt sathında dengeli ve ihtiyaçlara dayalı olarak kurulması yönünde çalışma yapmakta, yaşlıların toplum içinde korunmasına ilişkin önlem almakta, kamu kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerinince açılacak yaşlı kuruluşlarının hizmet standartlarını belirleyerek açılış çalışmalarını yapmaktadır.

Genel Müdürlüğümüz yaşlılara yönelik hizmetlerini yatılı kurum hizmetleri ve gündüzlü hizmetler olmak üzere iki ana başlık altında sunmaktadır.

1) Yatılı Kurum Hizmetleri

a) Huzurevleri Kapsamında;

60 yaş üzerindeki sağlıklı ve özel bakıma gereksinim duyan yaşlılara hizmet sunulmaktadır.



Huzurevlerinde yaşlılara götürülen hizmetlere bakıldığında; barınma, sağlık, psiko-sosyal destek kapsamında psikolojik ve sosyal kaynaklı sorunlarının çözümünde yardımcı olunması, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi, zamanlarının değerlendirilmesi, aktivitelerinin devamının sağlanması, beslenme, temizlik, boş zamanlarını değerlendirme, sosyal faaliyetler ve diğer sosyal hizmetler olduğu görülmektedir.

Bu hizmetlerin etkin bir şekilde sunumunun sağlanabilmesi için; bakım hizmetlerinin yaşlı bakımı konusunda kurs görmüş sertifikalı elemanlar ile aynı alanda eğitim veren ortaöğretim ve yükseköğretim kurumlarından mezun kişiler tarafından sunulmasına, kuruluşların fiziki şartlarının iyileştirilmesine, kuruluş kapasitesinin düşük olmasına, yaşlıların gezi, tiyatro, sinema ve el sanatları gibi sosyal ve kültürel etkinliklere katılımlarının sağlanmasına, yemek ihtiyaçlarının mamül yemek satın alınarak hijyenik şartlarda ve kaliteli yemek temin edilmesine, muayene ve tedavilerinin iyi imkanları bulunan sağlık kuruluşlarında yapılmasına özen gösterilmektedir.

b) Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Kapsamında;

60 yaş üzerindeki rehabilitasyon hizmetine ve özel bakıma gereksinim duyan yaşlılara hizmet verilmektedir.

Rehabilitasyon hizmetleri; doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık ya da kaza sonucu kalıcı veya geçici olarak bedensel ve zihinsel yeteneklerini değişik derecelerde yitiren yaşlıların limitlenmiş fonksiyon kapasitesinin belirlenerek tedavi edilmesi geriye kalan güç ve yeteneklerini geliştirerek fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden var olan kapasitelerinin desteklenmesi ve günlük yaşamda bağımsız duruma gelmesine yönelik çalışma ve yardımlarının tümünü,

Özel bakım hizmetleri; ruh sağlığı yerinde olup, bulaşıcı hastalığı olmayan, yatağa bağımlı ya da fiziksel ve zihinsel gerilemeleri nedeniyle özel ilgi, destek ve koruma gerektiren yaşlılara verilen hizmetlerin tümünü kapsamaktadır.

Huzurevinde iken, zaman içerisinde bedensel ve zihinsel yeteneklerini değişik derecelerde yitirerek rehabilitasyona, sürekli ve özel bakıma

gereksinim duyar hale gelenlere ve evlerinde iken bu duruma gelip, aile yanında bakımı güçleşenlere, her huzurevi bünyesinde tesis edilmesi zorunlu olan özel bakım bölümleri ile yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde hizmet verilmektedir.

Bu bölümlere 60 yaş ve üzerinde, ruh sağlığı yerinde, bulaşıcı bir hastalığı bulunmayan, yatağa bağımlı, felçli, bedensel, görme ve işitme engelli, demanslı yaşlılar kabul edilmektedir. Huzurevinde iken sürekli ve özel bakıma gereksinim duyan yaşlılar, özel bakım bölümlerine öncelikli olarak yerleştirilmekte, huzurevi olanakları göz önüne alınarak, özel bakım bölümleri ayrı bir birim olarak düzenlenmekte, binanın giriş ya da birinci katında yer almasına özen gösterilmektedir. Özel bakım bölümleri kapasitesi yaşlılarımıza sağlıklı hizmet götürülmesine olanak tanıyacak şekilde ve ihtiyaçlar gözönüne alınarak Genel Müdürlük onayı ile saptanmaktadır.

Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Hizmetlerimizde;

- Bölümlerin aydınlık ve ferah olması, havalandırma düzeneğinin bulunması, sürekli sıcak su sağlanması, odaların tekerlekli sandalye hareket edebilecek şekilde tefriş edilmesi, banyo ve tuvaletlerde özel düzenleme yapılması, yer döşemelerinin hijyenik özellikte olması, karyolaların ayarlanabilir ve tekerlekli olması, yatakların karyolaya uygun olması, yatak koruyucu alez kullanılması, havalı yatak bulundurulması, yatak üstü servis masası sağlanması, tüm tefriş malzemelerinin kolay temizlenir özellikte olması ve alarm düzeneği kurulması,
- Bu bölümlerdeki yaşlıların yemeklerinin yedirilmesi, banyolarının yaptırılması, günlük ve anlık temizliklerinin yapılması, altı bağlananların temizlenmesi ve bezlenmesi, erkek yaşlıların sakal traşının yaptırılması, her gün ve gerektiğinde giysilerinin ve çarşaflarının değiştirilmesi, tırnaklarının kesilmesi, pişik kremi kullanılması, kuruluş içindeki diğer bölümlere getirilip, götürülmesi, rehabilite edici egzersizlerinin yaptırılması, yatak yaraları pansumanının yapılması, ilaçlarının düzenli verilmesi, tansiyon ve enjeksiyon takiplerinin yapılması, sağlık kuruluşlarına sevk edilenlere ve hastanede yatanlara eşlik edici personel verilmesi,
- Diyetlerinin tabip önerisine uygun olarak diyetisyence hazırlanması,

- Gerektiğinde özel yemek salonu düzenlenmesi,
- Yeterli sayıda personel görevlendirilmesi ve bu personelin belirli aralıklarla diğer bölümlerdeki personel ile çok sık olmayan aralıklarla değiştirilmesi esaslarımız arasındadır.

2012 yılında 11.732 kapasiteli 106 Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezinde 4454 kadın, 6238 erkek olmak üzere toplam 10.692 yaşlımıza yatılı bakım hizmeti verilmektedir.

Bu yaşlılarımızın; % 41'i kadın, % 59'u erkek yaşlı, % 49'u ücretsiz, % 51 ücretli yaşlı, % 67'si huzurevi yaşlısı, % 33'ü özel bakım yaşlısıdır.

c) Yaşlı Yaşam Evleri

Yaşlılara sunulan hizmetlerin çeşitlendirilmesi, alternatif hizmet modellerine ihtiyaç duyulması, yaşlıların bireysel özellikleri ve farklılıkları dikkate alınarak, yaşlıların “Yaşlı Yaşam Evi” olarak isimlendirilen evlerde bakımlarının sağlanması amaçlanarak “Yaşlı Yaşam Evleri” projesi hayata geçirilmiştir.

Yaşlı Yaşam Evi Hizmeti Kapsamında; Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde kalan veya kuruluşa kabul koşullarını taşıyan, sosyal, psikolojik, fiziksel gereksinimlerini bağımsız olarak karşılayabilen yaşlıların yaşlı yaşam evlerinde; sosyal çevreden soyutlanmadan, yaşam standartlarının yükseltilerek, ev ortamında bakımları sağlanmaktadır.

İlk olarak, 2012 yılının Ekim ayında Ankara Demetevler Fatma Üçer Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğüne bağlı olarak Yenimahalle “Yaşlı Yaşam Ev”i açılmıştır. Kısa süre içinde Sivas ve Trabzon İllerimizde de Yaşam Evi açılarak toplam 3 Yaşlı Yaşam Evine ulaşılmış olup projenin yaygınlaştırılması yönünde çalışmalarımız sürdürülmektedir.

Farklı Bir Huzurevi Modeli Küçük Evler

Adana huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezi bahçesi içerisinde küçük evler olarak adlandırılan, ikiz binalar tek katlı inşa edilmiş olup her küçük evde 2 yaşlı kalabilecek şekilde düzenlenmiştir.

Bağışçılar tarafından inşa edilen küçük evlerin ilki 1997 yılında yapılmış olup 2012 yılında küçük ev sayısı 40'a ulaşmıştır. Halen söz konusu birimlerde 72 yaşlı bakım altında bulunmaktadır.

Farklı Bir Huzurevi Modeli Apart Hizmet Binası

Ankara Süleyman Demirel huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezine ait lojman binası yaşlılara hizmet vermek üzere düzenlenerek apart hale getirilmiş olup 2012 yılı itibarıyla 20 yaşlı anılan hizmetten yararlanmaktadır.

d) Diğer Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Huzurevleri Kapsamında;

Söz konusu kuruluşların çağdaş anlayış ve şartlara uygun düzeyde hizmet vermeleri için gerekli rehberlikte bulunulmakta, mevzuata uygunlukları denetlenerek hizmetlerini yerine getirmeleri sağlanmaktadır.

Diğer Bakanlıklar ile Belediyelere bağlı huzurevi sayısı ise 22 olup, kapasitesi 2579'dur.

e) Özel Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Kapsamında;

55 ve daha yukarı yaşlarda olup sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde bulunan, kuruluş bakımına ihtiyacı olan yaşlı bireylere bakım ve koruma hizmeti verilmektedir.

Bu kapsamda; Dernekler, Vakıflar, Azınlıklar ile Gerçek ve Tüzel kişilerin işletmekte olduğu huzurevi sayısı 167 olup, kapasitesi 9985'dir.

Türkiye'de faaliyette bulunan resmi ve özel huzurevi sayısı 295, toplam yatak kapasitesi yaklaşık 24.296'dır.

2) Gündüzlü Hizmetler

Huzurevi bakımını tercih etmeyen, sosyal, fiziksel ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyan, akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, altmış yaş ve üzerinde olup, bulaşıcı hastalığı ile herhangi bir özürlü bulunmayan yaşlıya evinde sosyal-



psikolojik destek hizmeti verilmesi ve alzheimer, demans vb. hastalığı olan yaşlıların gündüzlü bakımının sağlanması, aileleri ile dayanışma ve paylaşımı geliştirerek ailelerdeki çaresizlik duygularının azaltılması yönündeki çalışmaları sunmak üzere açılan “**Yaşlı Hizmet Merkezleri**”nde Gündüzlü Dayanışma Hizmetleri, Gündüzlü Bakım Hizmetleri ve Evde Yaşama Destek Hizmetleri ayrı ayrı veya bir arada sunulabilmektedir.

a) Gündüzlü Dayanışma Hizmetleri Kapsamında;

- Danışmanlık Hizmetleri (Sosyal güvenlik, hukuk, sağlık vb.),
- Kültürel Etkinlikler (Sinema, tiyatro, Yaşlı Haftası, 1 Ekim Dünya Yaşlılar Günü Kutlamaları),
- Sosyal Etkinlikler (Gezi, piknik, eğlence,kamp),
- Kurslar (Koro çalışmaları, el becerileri, kursu, resim kursu),
- Konferans (Çeşitli konulardaki konferanslara üyelerin katılımlarının sağlanması merkezde çeşitli konuların tartışıldığı sohbet ortamlarının yaratılması),
- Merkez üyelerine ev ziyaretleri yapılmaktadır.

Genel Müdürlüğümüze bağlı Ankara, Çanakkale, Eskişehir, İzmir ve Kırıkkale illerinde 5 Yaşlı Hizmet Merkezimizde 584 Kadın, 516 erkek olmak üzere toplam 1100 yaşlı üyemize Gündüzlü Dayanışma Hizmeti sunulmaktadır.

İstanbul ilinde ise 15 kapasiteli 1 Özel Yaşlı Hizmet Merkezi faaliyet göstermektedir.

b) Gündüzlü Bakım Hizmetleri Kapsamında;

- Yaşlılarımızın fonksiyonel aktivitelerini, el, göz koordinasyonlarını ve günlük yaşamdaki becerilerini artırıp onları daha bağımsız bir seviyeye ulaştırmak için iş ve meşguliyet terapisinin yapılması,
- Fizik tedavi, günlük hatırlatma/hafıza çalıştırma egzersizlerinin düzenlenmesi,
- Ahşap-seramik-cam boyama, kalıp çıkarma, yazı yazma, puzzle-lego-boncuk çalışmalarının uygulanması,
- Oyun oynama, yemek, piknik ve gezi gibi aktivitelere katılım sağlanması,

- Uyku ve dinlenme saatlerinin oluşturulması,
- Üyelerin sağlık kontrolleri ve ilaç-tansiyon takiplerinin yapılması,
- Ailelerin oryantasyonu amaçlanmaktadır.

İzmir Buca ve Muğla Fethiye Huzurevleri bünyesinde diğer huzurevi sakinleri ile birlikte Alzheimer, Demans gibi rahatsızlığı olan yaşlılarımıza gündüzlü bakım verehabilitasyon hizmetleri sunulması çalışmalarına devam edilmektedir.

c) Evde Yaşama Destek Hizmetleri Kapsamında;

- Teknik Hizmetler (Yaşlı evinde yapılacak basit tamirat,sıhhi tesisat,her türlü onarım, boya-badana, yaşlı ihtiyacına göre evin özel düzenlenmesine yönelik tadilat vb.)
- Sağlık Hizmetleri(Pansuman yapma, kan şekeri ölçme, tansiyon ölçme, enjeksiyon yapma,ilaç verme vb)
- Psikolojik Destek ve Yönlendirme Hizmetleri, (Ekip çalışması ile ihtiyaca göre bireysel sunulacak hizmeti kapsamaktadır. Ör: Durum tespitinden sonra yaşlının psikologla görüştürülmesi, sağlık birimine yönlendirilmesi, gerekli ise bireysel görüşme veya ilaçla tedavisi vb.)
- Rehberlik ve Mesleki Danışmanlık, (İlaç yüzdelerinin ödenmesi, hasta bezi, tekerlekli sandalye, havalı yatak, medikal malzeme vb.teminine ilişkin rehberlik,
- Sosyal Destek Hizmetleri (Alış-veriş yapma,yaşlıya refakat vb.)
- Kişisel Bakım (Vücut temizliği, berber hizmeti vb)
- Ev Temizliği,
- Yemek Yapımı hizmetleri sunulması amaçlanmaktadır.

Gündüzlü Dayanışma Hizmeti Veren Merkezlerimizden;

İzmir Nebahat Dolman Yaşlı Hizmet Merkezinde **09.09.2009** ,

Eskişehir Yaşlı Hizmet Merkezinde **19.02.2010** ,

Ankara Emek Yaşlı Hizmet Merkezinde **21.03.2011** ,

tarihinden itibaren Gündüzlü Hizmetlerin yanı sıra **Evde Yaşama Destek Hizmetleri** de sunulmaya başlanmıştır.



Yaşlı Hizmet Merkezlerimize yapılan müracaatlarda yalnız yaşayan yaşlılar tarafından en sık talep edilen hizmetlerin başında; Ev temizliği, yemek yapımı, yatalak yaşlı hasta bakımı gelmektedir.

Ayrıca yaşlı refakati, yaşlı öz bakımı, ütü, kahvaltı hazırlama vb. hizmetler yoğun talepler arasında yer almaktadır

Bakanlığımızın Yaşlı Bakımı Konusundaki Hedeflerine Bakıldığında;

***Yaşlı Hizmet Merkezlerinin ve Yaşlı Yaşam Evlerinin İhtiyaçlar dikkate alınarak Yaygınlaştırılması**

Dünyada ve Ülkemizde daha önce, yaşlıların huzurevi ve rehabilitasyon merkezlerine alınarak yaşamlarını sürdürmeleri düşüncesi yaygınken, bugün artık yaşlının bu kuruluşlar dışına çıkılarak kendi içinde bulunduğu ve alıştığı ortamda, ancak daha kolaylaştırılmış ve yaşlıya göre düzenlenmiş koşullar altında hayatını devam ettirebilmesine yönelik hizmet anlayışı hakimdir. Bu çerçevede yaşlının kendi evinde bakım ve rehabilitasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesi ön plana çıkarak Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Evde Yaşama Destek Hizmetinin ve Yaşlı Yaşam Evlerinin yaygınlaştırılması öngörülmektedir.

***İhtisas Huzurevleri Açılması**

Yaşlıların bulundukları ortamda bakım ve rehabilitasyonlarının sağlanması,(evde yaşama destek)hizmetlerine öncelik verilmesi hususuna paralel olarak yatılı kuruluş bakımının sunulduğu huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde sunulan hizmetin verimliliğinin artırılması için yatılı kuruluşlarda ihtisaslaşmaya gidilecektir. Bu kapsamda yeni açılacak kuruluşlarda yaşlıların durumlarına uygun (Alzheimer-Demens yaşlıda çok görülen sağlık sorunları olduğundan) kuruluş ayırımıa gidilecek, Alzheimerli, Demanslı yaşlılara yönelik ihtisas huzurevleri açılacaktır.

Büyük Kapasiteli Kuruluşlar Yerine;

- Apartman modeli,
- Sokak Modeli,
- Avlu Modeli projeleri uygulanarak, bağımsız, bahçeli, müstakil kuruluşların açılması planlanmaktadır.

Yaşlılarımızın yaşadıkları fiziki ortamların belli bir standarta kavuşmalarının sağlanması için yeni açılacak kuruluşlarımız; tek kişilik odalardan oluşan, her odasında banyo-wc'leri olan, kapıları aynı alana açılan ve bu alanda yaşlıların ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri ve dinlenebilecekleri birimlerin olduğu merkezler şeklinde inşa edilmesi için tip projeler oluşturulması çalışmalarına oluşturulan uzman bir ekip tarafından başlanmıştır.

*Üniversitelerin geriatri bölümleri, ilgili sivil toplum kuruluşları, kamu kurum ve kuruluşları vb.işbirliği çalışmaları artarak sürdürülecektir.

*Yaşlı kuruluşlarının işleyişi, personel ve fiziksel durumunun standart hale getirilmesine yönelik başlatılan çalışmalar sürdürülecektir.

Engelli Bakım Modeli

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevlerini belirleyen 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname doğrultusunda, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, engelli ve yaşlı bireylerimize sunulan bakım hizmetlerini oluşturmak, geliştirmek ve uygulamakla yükümlüdür.

Bu çerçevede engelli ve yaşlı bireylerimizin saptanması, korunması, bakım ve rehabilitasyonu ile toplum içinde bağımsız olarak yaşamasını sağlayıcı hizmetleri planlamak, bu hizmetlerden yararlanamayacak durumda olan özürllere sürekli bakım sağlayacak hizmetleri yürütmek, kuruluş açmak ve hizmeti yönlendirmek sorumluluğu ile hareket etmektedir.

Bu sorumluluğun bilincinden hareketle; özürllü insanların toplumsal yaşama uyumlarının ve katılımlarının sağlanması için bireysel gelişim ve gereksinimlere önem verilmekte, öncelikli olarak sosyal destek hizmet modellerimizden yararlandırılmaktadırlar. Ayrıca özürllü bireylere günlük yaşam aktivitelerine yönelik beceriler kazandırarak, uygun bir yaşam sağlamaya yönelik çalışmalara ağırlık verilmektedir. Bu çalışmalar yapılırken, amaç engelli ve yaşlı bireyin kendine güvenen, üreten ve bağımsız yaşayabilen kişiler haline gelebilmesidir.

Engelli ve yaşlı bireylerimize yönelik kurumsal hizmetlerimiz, 81 ilde Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri ile 34 ilçede ilçe sosyal hizmetler müdürlüklerince idare ve koordine edilmektedir.



Söz konusu hizmetlerimiz Ekim 2012 verileri doğrultusunda İl Müdürlüklerine bağlı olarak yatılı hizmet üreten 92 Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, gündüzlü hizmet üreten 7 Aile Danışma ve Rehabilitasyon Merkezi ile yatılı ve/veya gündüzlü hizmet üreten 147 Özel Bakım Merkezi aracılığıyla sunulmaktadır.

Engelli bireylere sunulan bakım hizmetlerimiz temel esas, engelli bireyin ailesi yanında evde bakımını sağlamakla birlikte alternatif olarak kuruluş bakımı seçenekleri ile farklı hizmet modelleri yürütülmektedir;

- **Özürlülerin ailesi yanında evde bakımına öncelik verilir.**

Evde Bakım Hizmeti

30.07.2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Bakıma Muhtaç Engelli Bireylerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik doğrultusunda bakıma muhtaç özürliye sahip ailelerin biz vefat ettikten sonra engellimize kim bakacak endişelerinin giderilmesi hedeflenmiştir. İlgili mevzuat uyarınca bakmakla yükümlü olunan birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı, bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olan bakıma muhtaç özürliülerin isterler ise ikametgâhlarında, isterler ise resmî veya özel bakım merkezlerinde bakımlarının sağlanması güvence altına alınmıştır. İkametgahında bakım hizmeti alan bakıma muhtaç özürliye ikametgâhında bakım hizmeti veren akrabasına veya vasisine bir aylık net asgari ücret tutarındaki 673.31 TL her ay ödenmektedir Ekim 2012 verileri doğrultusunda Evde Bakım Hizmetinden yaralanan engelli sayısı 395.821 kişidir.

- **Ailesi olmayan veya ailesi yanında bakımı sağlanamayan özürliülerin resmi ve özel merkezlerde bakımı ve rehabilitasyonu, alternatif hizmet modeli olarak sağlanır.**

Ailesi yanında bakımı mümkün olmayan bakıma muhtaç özürliülere hizmet veren kuruluşlarımızda, özürli bireylerin öncelikle insan onuruna yakışır şekilde bakımına, beslenmesine, korunmasına, becerilerinin geliştirilmesine ve sosyal hayata uyumuna ilişkin bakım ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri sunulmaktadır.

Bakım hizmetleri kapsamında; özürllülerimizin beslenmesi, korunması, temizliğı gibi birincil yaşam ihtiyaçları giderilmektedir. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri kapsamında ise; özürllülerimizin var olan yeteneklerinin ve becerilerinin korunması ve geliştirilmesi için egzersiz çalışmaları; atletizm, yüzme, basketbol, futbol gibi sportif çalışmalar; resim, müzik, folklor, tiyatro gibi sanatsal ve kültürel etkinlikler; seramik işleri, el işi, galoş üretimi, ahşap doğrama, tarımsal çalışmalar gibi iş uğraşı faaliyetleri ile geziler, kutlamalar, eğlenceler gibi sosyal etkinlikler gerçekleştirilmektedir. Bu çalışmalar dâhilinde özürllülerimiz, ulusal ve uluslararası yarışmalara ve etkinliklere katılarak birey ve grup olarak başarmanın, değerli olmanın ve üretebilir olmanın mutluluğı yaşamakta ve yaşatmaktadır.

Bunların yanında bakımları üstlenilen özürllü bireylerin tedavisine, tıbbi rehabilitasyonuna, özel eğitimine ve mesleki eğitimine, mesleki rehabilitasyonuna ve istihdamına ilişkin hizmetlerin, ilgili kurum ve kuruluşlardan alınmasına veya bu hizmetlerin ilgili kurum ve kuruluşların desteğı ve yönlendirmesi ile işbirliğı içinde birlikte sunulmasına çalışılmaktadır.

Yatılı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri

03.09.2010 tarihli ve 27691 sayılı Resmi Gazete yayımlanarak yürürlüğe giren Özürllülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik çerçevesinde, iş ve işlemleri tamamlanan engelli bireylerin resmi kuruluşlarımıza yerleştirme işlemleri sağlanmaktadır.

Anılan Yönetmelik çerçevesinde bedensel, zihinsel ve ruhsal özürleri nedeni ile yaşama gereklerine uyamama durumunda olan özürllü bireylerin tespiti, incelenmesi, bakımı ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlandırılmaları, özürllü ve özürllü ailelerine danışmanlık hizmeti, bu hizmetlerin niteliğine ve işleyişine ilişkin usul ve esasları, personelin görev, yetki ve sorumlulukları düzenlenmiştir. Bu Yönetmeliğimiz çerçevesinde resmî kuruluşlarımızda bakıma muhtaç özürllülerimizin herhangi bir gelirin olup olmamasına bakılmaksızın ücretsiz olarak bakımı hizmeti sunulmaktadır.

Engelli bireylerin yatılı bakım ihtiyacını karşılama hususunda tek alternatif olan Resmi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi sayısı 2001 yılı ve öncesinde 21 iken bu sayı Ekim 2012 verileri doğrultusunda toplam 6032 kapasite ile 92'ye ulaşmıştır.

Engelsiz Yaşam Merkezi Projesi

Engelli bireylere hizmet sunan resmî kuruluşların fiziki şartlarının iyileştirilmesi hedeflenmiştir. 2006 yılından itibaren bakıma muhtaç özürlü bireylerin ihtiyaç duyduğu bakım hizmetlerinin insan onuruna yakışır şekilde sunulmasına ilişkin esasları ve standartları belirleme ve uygulama konusunda çalışmalar yoğunlaştırılmıştır. Bu hedef doğrultusunda özürlü bireylerin insan onuruna yakışır şekilde yatılı kurum bakımı hizmeti almasına yardımcı olacak “Engelsiz Yaşam Merkezi Projesi” geliştirilmiş ve yaygınlaştırılması planlanmıştır.

Bu projeye göre inşa edilen bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde; özürlü bireylerin, üçer kişilik 4 yatak odası, oturma odası, mutfak, yemekhane, banyo, tuvalet ve personel odası bölümlerinden oluşan; toplam on iki kişilik; 280 metre karelik, müstakil, tek katlı ve bahçeli evlerde bakımları sağlanacaktır. Ayrıca engelsiz yaşam merkezi projesi dâhilinde inşa edilen idare binasında, özürlü bireylerin rehabilitasyonu için gerekli olan bireysel ve grup çalışması odaları, iş-uğraşı odaları, fizik tedavi salonu, hidroterapi havuzu gibi birimler bulunmaktadır. Bu birimler aracılığı ile özürlü bireylerin var olan yeteneklerinin geliştirilmesine ve sosyal hayata uyumuna yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

Engelli bireylerin insan onuruna yakışır merkezlerde bakım ve rehabilitasyonlarının sağlanması çalışmalarımıza, engelsiz yaşam merkezi projesi önemli açılım getirmiştir. Bu projenin yaygınlaştırılması ülkemizde birçok gelişmiş ülkelerdeki özürlü bireylere sunulan hizmetlerden daha nitelikli hizmet verildiğinin ciddi bir göstergesi olacaktır. Engelsiz Yaşam Merkezi uygulamasına 2009 yılında başlanılmış olup Ekim 2012 verileri doğrultusunda 18 Engelsiz Yaşam Merkezimiz bünyesinde 159 engelsiz yaşam evimiz fiilen hizmet vermektedir.

Umut Evi Projesi

Ailesi yanında bakımı mümkün olmayan özürlü bireylere sürekli bakım hizmetlerinin sunulduğu bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde toplu yaşamın getirdiği olumsuzluklar olabilmektedir. Bu olumsuzlukların en önemlisi çok

sayıda özürlü bireyin bir arada bulunmasından dolayı toplumsal hayata katılımda zorluk yaşanmasıdır.

Bu nedenlerle özürlü bireylerin küçük gruplar hâlinde bir apartman dairesinde veya müstakil bir evde diğer komşuları ile birlikte yaşamalarını sürdürmesinin daha yararlı olacağı öngörüsü ile Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde bakılmakta olan özürlü bireylerden durumları uygun olanların, kuruluşların ek ünitesi konumunda olacak "Umut Evi" olarak isimlendirilen evlerde, toplum yaşamına aktif katılımlarının sağlanarak, bakımlarının gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir.

Konu hakkında hazırlanan proje İzmir ilinde uygulamaya konulmuş olup 31.12.2008 tarihi itibarıyla ilk Umut Evi hizmete açılmıştır. Ekim 2012 verileri doğrultusunda İzmir (2), Isparta (2), Karaman (3), Burdur (1), İstanbul (2), İzmir (2), Mersin (1), Konya (1) olmak üzere bu proje kapsamında 12 umut evi bulunmaktadır. Diğer illerde de umut evi açılması çalışmaları sürdürülmektedir.

Geçici ve Misafir Olarak Bakım Hizmeti

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Özürliülerin Bakımı Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmeliğı kapsamında, ailesinin yanında bakılan özürlü bireylerin ihtiyaç duyulması halinde, Kurumumuza bağılı resmi bakım merkezlerinde geçici ve misafir olarak bakımlarının sağlanması hususu düzenlenmiştir. Buna göre, bir engelli bir yıl içinde en fazla otuz gün geçici ve misafir olarak merkezde kalabilmektedir.

Bakıcı Personel Durumunda Nicel ve Nitel Gelişmeler

Resmi bakım ve rehabilitasyon merkezlerindeki bakım hizmetlerini yürüten personelin niceliksel olarak artırılması ve niteliklerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda bakım hizmeti verilen ortalama her altı özürlü birey için, her vardiyada bir bakıcı personel olacak şekilde hizmet alımı yoluyla bakıcı personel istihdamı planlanmıştır. Bakım verilen özürlü birey sayısının yaklaşık %50'si oranında bakıcı personeli istihdam edilmiş olması hizmet niteliğini yükseldiğini göstermektedir.

Bakıma muhtaç özörlölere kuruluşlarımızda bire bir bakım hizmeti veren bakıcı personelin niteliğinin yükseltilmesi hedeflenmiş olup bu hedefe ulaşılması için; 2006 yılından itibaren özörlü bireylere bakım hizmetini verecek bakıcı personelin bakım hizmetleri konusunda eğitimli ve sertifika sahibi olması sağlanmıştır. Ayrıca lise ve üniversite mezunu olanlara daha fazla ücret ödemesi yapılarak daha nitelikli bakıcı personel istihdamı sağlanmıştır. Bu şekilde de bakım hizmetlerimizin kalitesi yükseltilmiştir.

Aile Danışma ve Rehabilitasyon Merkezlerindeki Gelişmeler (Resmi ve Gündüzlü Kuruluşlar)

Gündüzlü hizmet veren resmî kuruluşlarımızda sunulan bakım hizmeti ile özörlü bireye sahip ailelerin rahatlatılması hedeflenmiştir. Bu kuruluşlardaki hizmetler yeniden düzenlenerek ağırlıklı olarak grup çalışması yapılması; hafta içi mesai saatlerinde, yarım veya tam gün bakım hizmeti sunulmaktadır.

Bu hizmetin sunumu için gerekli olan her altı özörlü için bir bakıcı personel istihdam edilmiştir. Engelli bireylere öğle yemeği verilmiştir. Böylece özörlü bireye sahip ailelerin ve özellikle özörlülerin annelerinin rahatlatılması, kendilerine zaman ayırmalarının sağlanması ve özörlü bireyin daha uzun süre (mümkün ise gün boyu) kuruluş hizmetlerinden yararlandırılması sağlanmıştır.

Evde Bakıma Destek Hizmeti

2010 yılında yapılan yasal düzenleme neticesinde, özörlü bakım hizmetleri alanında yeni bir hizmet modeli olan “evde bakıma destek hizmeti” için gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bu hizmet modelimiz ile evinde bakılan ancak evde bakım ücreti veya kurumsal bakım hizmeti gibi hizmetlerimizden yararlanmayan bakıma muhtaç özörlünün, talep edilmesi hâlinde kuruluşlarımızdan görevlendirilecek bakıcı personel tarafından evinde bakımı sağlanabilecektir.

Özel Bakım Merkezleri

Engelli bireylerin yatılı bakım ihtiyaçlarının giderilmesinde önemli bir gelişme de, 30.07.2006 tarih ve 26244 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Bakıma Muhtaç Özörlölere Yönelik Özel Bakım Merkezleri

Yönetmeliği olmuştur. Söz konusu yönetmelik ile gerçek veya özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılacak bakıma muhtaç özürllürlere yönelik özel bakım merkezlerinin açılış izni, çalışma şartları, personel standardı, denetlenmeleri ile ücret tespiti ve ödemelerine ilişkin usul ve esasları düzenlenmiştir.

İlgili yönetmelik uyarınca; bakmakla yükümlü olunan birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı, bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olduğu tespit edilen bakıma muhtaç özürllürlerin isterler ise ikametgâhlarında, isterler ise resmî veya özel bakım merkezlerinde bakımlarının sağlanması güvence altına alınmıştır.

Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği 2006 yılından itibaren özel bakım merkezleri Ekim 2012 verileri doğrultusunda 12.362 kapasite ile 147'ye ulaşmıştır.

Bu bağlamda son yıllarda gerçekleştirilen çok önemli yatırımlar ve yasal düzenlemeler ile ülkemizde bakıma muhtaç özürllürlerin bakım ihtiyaçlarının giderilmesi için önemli tedbirler alınmıştır. Bu tedbirler ve açılımlar neticesinde ailesi yanında bakımı mümkün olmayan bakıma muhtaç özürllürlerin uygun bakım merkezlerinde bakımını sağlanamama sorunu veya özürllü bireye sahip ailelerin "Ben vefat ettikten sonra özürllüme kim bakacak?" endişesi önemli ölçüde giderilmiştir.

Kaynakça

- 1- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kayıtları.

LONGTERM CARE IN EU

Prof. Dr. Chantal Van AUDENHOVE

*Belçika - Katholieke Universiteit Leuven- Lucas
Center for Care Research and Consultancy*

Content

- The case of BelRAI
- Hurdles to be taken
- Obstacles in organisation
- Stimulating Policy

Different organizations and caregivers should communicate

- And people should speak 'the same language'
If not
- Lower quality of care
Also
- Lack of continuity of care
Moreover
- People have to answer the same questions over and over

and probably

- Other negative effects, such as
 - Loss of valuable time

So: break through the walls

How?

- After research in which different instruments were tested, the Belgian government chose the interRAI instruments



The interRAI instruments in Belgium

- Two objectives
 - An instrument that helps to develop a personalized care plan that enhances the quality of care for and the quality of life of the person
 - An instrument that can be used in different contexts (home, nursing home, hospital)

InterRAI-Suite

- interRAI Home Care
- interRAI Long Term Care Facilities
- interRAI Acute Care
- interRAI Palliative Care
- [interRAI Mental Health]
- [interRAI Community Mental Health]

Languages

- Dutch
- French
- German
- Lot of effort to make sure all is identical, but absolutely worth it

BelRAI - Web-based software

- Single virtual host information system
- All caregivers involved have access, with a lot of security measures (privacy)
- Training
- With wiki-site: to make sure they continue to assess correctly / keep info up to date
- In 3 languages

Is everybody in Belgium using this?

- Not yet, but we're well on the way
- In 2010-2011 pilot in 4 geographical areas with different nursing homes, hospitals and home care services
- Start with most motivated
- Government decision to structurally finance BelRAI in June 2012
- Implementation plan pending

also

- All over the country 66 projects 'innovation in care', aimed at preventing or postponing residential care are using the belRAI HC (Protocol 3)
- Research project with belRAI PC
- And some organizations who use the instruments out of free choice

Advantages?

- Continuity of care
- Holistic, full profile of client
- Everybody works together and communicates
- Prevention:
 - of problems becoming worse
 - of (re-)hospitalization
 - of having to move to residential care

Overall: Better quality of care

And: good data!

- Better for targeting the right populations
- Better for everyone
- e.g. recent Health Council of Canada Report

Hurdles to be taken

Sense making to the users so that



- they see it as differing from practice as usual (We already do it ...)
 - develop a shared view of its purpose
 - understand how it will affect them personally
 - grasp potential benefits
-
- Take time for preparatory activities, policy change, dissemination of information
 - Develop participation of the users : Engage them into the process of development

Obstacles in organisation of care

- Budget
- Personnel
- Legislation and regulatory frame
- Demand of the client and family
-

Stimulating policy

Accepted by the sector with growing awareness of

- More time for the core business
- Scientific basis
- More diversity in the approach

Be patient and Listen

- Change in culture _ not easy, takes time
- Budget
- Many people/organizations/governments involved
- Need to work on integration of other instruments and software

EVDE BAKIMDA BİLİŞİM VE TEKNOLOJİNİN KULLANIMI

Oturum Başkanları

Prof. Dr. Hülya ARIKAN

Prof. Dr. Hüseyin DORUK

Konuşmacı

Nienke KLERK



BUURTZORG WAS ECARE'S LAUNCHING CUSTOMER

Nienke KLERK

Hollanda Zorg & ICT Management Consulting

The business of Ecare is software for healthcare organizations. As well as building integrated web-based systems for administrative needs, we also integrate a community within the system in which professionals can exchange knowledge. Our speciality is systems which support self-administered, or autonomous teams.

It is impossible to tell more about Ecare without mentioning Buurtzorg, the home care organization. The two organizations are closely connected to each other. The two founders of Buurtzorg and Ecare had thought about different ways of organizing district nursing and home care for quite a while. One night they decided that if they could come up with a good, intrinsic alternative to home care, that it would still need intelligent ICT and internet support to be useful all over the country. That night was the start of two new organizations. The alternative to home care was Buurtzorg and the intelligent ICT and internet support was Ecare.

Buurtzorg 1) distanced itself from the current healthcare system, 2) brought back the concept of the district nurse and 3) turned home care in The Netherlands completely upside down. There was no IT application that supported that way of delivering care and working with autonomous teams. So Ecare build an IT and internet support system that adapted completely to Buurtzorg's way of working.

Buurtzorg

Buurtzorg takes the client–healthcare provider relationship as the organization's base. It sees care as a continuous, interactive and iterative process in which knowledge and information are built up about new solutions. First, the district nurse, together with the client, researches what sort of help is required in and around the home; in short, a good indication of needs. Buurtzorg professionals build the informal and formal network of care around the client. They also look at the role informal care can have next to professional



care. This approach is only possible when a high level of expertise is applied, especially in the initial phase (needs assessment). Responsibilities with regard to the primary process lie with the professional.

Another important difference with traditional home care organizations is that Buurtzorg's 6000 nurses have only one manager, Jos de Blok. It is an organization where the client's perspective has become the focal point of healthcare again, and in which the manager places confidence in (male) nurses' dedication and pride. The nurses work in 500 small-scale, recognizable and approachable autonomous teams of district nurses and district nurse assistants. They plan their own work and discuss the best approach. They don't have team managers and team assistants. The 500 teams are supported by regional coaches (not managers, but advisers) and the head office in Almelo. The autonomous teams are firstly responsible for the quality of care; their secondary concern is to maintain a healthy balance between costs and benefits. They also decide themselves when they need to hire new colleagues.

Ecure's Buurtzorgweb: An All-in-one Website for Communication and Administration

Several surveys conclude that an indispensable critical success factor of Buurtzorg is the facilitation. This ensures a minimum of administration, good communication, and mutual exchange of information and knowledge. The professionals can concentrate optimally on the primary process, which is nursing. Intelligent ICT and the intelligent use of this ICT are keys to success.

Ecure has built "Buurtzorgweb", the information system of Buurtzorg which all employees can log on to via the internet to be connected with each other through a common website. The system supports the modern team-based approach and relieves the teams as much as possible from administrative tasks. That is only possible because the motto of Ecure is: *As simple as possible, and with minimal administrative burden for the professionals, meet the accountability requirements of external parties.* There are a lot of difficult requirements, but Ecure is always searching for ways to meet these requirements without any negative effects for the professionals.

Unlike other IT systems, Buurtzorgweb offers additional options besides the administrative layer. These options support their professionalization. Ecare Services' latest addition to Buurtzorgweb is Point of Care, a digital version of client information. This system supports professionals in making healthcare plans, but also delivers useful policy information on interventions' effects. There is also a community integrated into the web. The community can be seen as a so-called 'web2.0 / health2.0' environment or 'social community' in which employees, and soon clients as well, can keep in touch, exchange experiences, share knowledge or develop knowledge together. Because the teams function autonomously, there is a risk that they don't feel that they are part of an organization. The employees work throughout the country and have no face-to-face contact with each other. The community is invaluable for the feeling of belonging to Buurtzorg and the shared values and standards they pursue.

Buurtzorg Changed the View of Care in the Netherlands

Buurtzorg has redefined the work of district nurses and has turned home care in the Netherlands completely upside down. In the last 5 years, the majority of all district nurses in the Netherlands (5000) have resigned from their jobs at existing home care organizations and gone to work for Buurtzorg. It has led to remarkable results. Not only are the employees, patients and other professionals extremely satisfied, but this form of disease treatment and prevention is also a lot cheaper. Using well-trained professionals and omitting unnecessary management layers yields significant savings.

From the start, Buurtzorg has received many reactions, both enthusiastic and critical. Managers and boards of other home care organizations were critical, Buurtzorg was seen as a threat. But at the moment they agree that there has to be an alternative which focuses on peoples' care demands and nurses' skills rather than on how much time is spent on giving care. Other existing home care organizations realized that they had to restructure as well.

Several advisers of Ecare have shown them how to introduce the system of Buurtzorg. We advise Boards of Directors on how to give the primary process – nursing - a central position again. The home care organisations' cultures and structures have to change, but we also optimize the business



model. If they decide to change their organizational structure, we also implement Buurtzorgweb.

The first traditional existing home care organisation that had the guts to change was ZorgAccent. They decided to adopt the work method of Buurtzorg. That means a lot of team managers and team management assistants lost their jobs. The educational level of the nurses and nurse assistants increased and the overhead is decreasing. When the transition at ZorgAccent became a success, more traditional home care organisations dared to change. At the moment, almost 10 organisations use the Buurtzorg work method and use the Buurtzorgweb. The interest is growing, also from abroad.

Buurtzorg started with home care but is spreading their wings in healthcare. Almost all people who receive home care receive domestic care as well. That means that there is someone who helps with the housekeeping. Three years ago, Buurtzorg started an organization for domestic care: Buurtdiensten. They wanted to improve the communication and the collaboration between the domestic caregiver and the nurse from Buurtzorg.

It didn't stop with Buurtdiensten. Buurtzorg has started their first nursing home. People who are discharged from the hospital, but can't go back home yet, can stay at the Buurtzorg-pension. Buurtzorg is also building a home for palliative care and a vacation home for people who need special care also when they are on vacation.

In addition, they have started forming small teams for childcare and psychological support. In the whole organization, the client's perspective has become the focal point of healthcare again. The manager places confidence in the dedication and pride of (male) caregivers, who work in autonomous, small-scale, recognizable and approachable teams.

Other Ecare Products

Ecare has existed for five years, and in addition to home care we have built several IT systems for other sorts of healthcare as well. We've built several IT solutions for personal and domestic care, care for the disabled, maternity care, nursing homes and for an audiological centre.

In building all of these applications, the biggest challenge has been how to live up to our motto: *As simple as possible, and with minimal administrative burden for the professionals, meet the accountability requirements of external parties.* Almost all of our applications are integrated with the community. We hope to improve the care in neighborhoods by making it possible for employees of different organization who work in the same neighborhood to exchange knowledge with each other via the community.

PANEL 5

**BAKIM KRİTERLERİ UYGULAMALARI VE
ENTEGRASYONU**

Moderatörler

Doç. Dr. Ümit ATEŞKAN

Fizyoterapist Olwen FINLAY

Konuşmacılar

Prof. Dr. Filiz CAN

Anıl SUGETİREN

Turabi ÇELEBİ

Seyyal HACİBEKİROĞLU

Dr. Dilek YILMAZ



Prof. Dr. Filiz CAN

*Geriatri Fizyoterapistleri Derneği Genel Sekreteri
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğretim Üyesi*

Yaşlı Bakım Modelleri

İngilterede yaşlılara hizmet veren farklı bakım modelleri vardır. Bunlar, hastaneler, gündüz hastaneleri veya poliklinikler, özel üniteler (*ortopedik rehabilitasyon üniteleri gibi*), bakım evleri, gündüz bakım merkezleri, özel bakım evleri gibi yoğun sağlık hizmeti verilen sağlık kurum modelleri şeklindedir. Evde sağlık veya bakım hizmetleri de son yıllarda oldukça yaygınlaştırılmıştır. Ayrıca daha sağlıklı yaşlılar için huzur evleri, sığınma evleri, yaşlı klüpleri, eve yardım veya yemek servis hizmetleri de vardır. Bunların dışında gezici yemek servisleri ve toplum temelli diğer servisler ile toplumsal eğitim programları da diğer hizmet çeşitleri olarak yaşlılara verilmektedir. Bakım modelleri ile ilgili ulusal düzeyde bazı kriterler vardır.

Ülkemizde de yaşlılara yönelik bu hizmet modellerinin büyük bir kısmı verilmektedir (hastane, huzurevi, evde bakım hizmeti, eve yardım hizmeti, gündüzlü bakım hizmeti ve yaşlı danışma merkezleri gibi). Ancak bu hizmetlerin ülke çapında yaygınlığı henüz eşit değildir ve bu bakım modelleri ile ilgili kriterleri yeterince gelişmemiştir. Ayrıca Dünya'daki bir çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de bakım modelleri ve bakım kriterleri arasında gerçek bir entegrasyon yoktur.

Varolan bakım kriterleri daha çok bakıma muhtaçlık kriterleridir. Dünyadaki bir çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de bakım kriterleri ile bakıma muhtaçlık kriterleri çoğunlukla birbirine karıştırılmaktadır. Bakıma muhtaçlık kriterleri için yaygın olarak bir çok ülkede kullanılan ve daha çok temel mobilite veya basit günlük yaşam aktivitelerine dayalı bir değerlendirme yapısıdır. Ancak bu değerlendirme, yaşlının bakıma gereksiniminin olup olmadığını görmek açısından yeterli olmasına rağmen, bakım modelinin seçilmesi açısından yeterli değildir. Çoğu kez bakım modelini eğer çok ciddi bir tıbbi problem yoksa aileveya yaşlının kendisi seçer.



Halbuki gelişmiş ülkelerde olduğu gibi bakım öncesi yaşlının bir çok yönden değerlendirilmesi ve verilecek bakım modelinin buna bağlı olarak seçilmesi gerekir. Bakım modelinin seçiminde elbette yaşlının kendisinin veya yakınlarının kararı da önemlidir. Ama yaşlının, değerlendirme sonuçlarından çıkacak rapor sonuçlarına göre bu değerlendirmeyi yapan ekip tarafından en uygun bakım modeli veya modellerine yönlendirilmesi gerekir. Bakım modeli seçiminden önce bu kararın yaşlı ve ailesi ile birlikte tartışılması, verilecek hizmetin etkinliği yönünden oldukça önemlidir. Bakım modellerinin çeşitlendirilmesi de bu nedenle gereklidir. Bu durum, maliyet etkinliği açısından elverişli ve bu hizmetlerin sürdürülebilir olması açısından da faydalı olur. Böylelikle kriterlere bağlı modellemeler ile verilecek bakım hizmetlerinde ve bunların sunumunda daha sistematik bir yapı oluşturulur.

Değerlendirme

Yaşlıların değerlendirmesinde ilk yapılacak olan ev ortamının değerlendirilmesidir. Bunu daha sonra yapılacak olan genel değerlendirme ve özel değerlendirmeler izler. Özel değerlendirmede temel olarak, kalp-damar sistemi, pulmoner sistem, nörolojik sistem ve kas-iskelet sisteminin değerlendirmesi yer alır. Burada baş- boyun, kollar, bacaklar ve gövde dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli; kas kuvveti, endurans, işitme ve görme yetenekleri kaydedilmelidir.

Yaşlılarda fonksiyonel düzey ve mobilite yeteneğinin değerlendirilmesi çok önemlidir. Yürüme, denge, kol ve bacakları kullanabilme yeteneği ve varsa yürüme yardımcıları da dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Mental kapasite, kognitif fonksiyonlar ve psikolojik durumun da değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirme sonuçları, yaşlının bağımsızlık düzeyini belirlemede ve sonucunda verilmesi gereken en uygun bakım veya rehabilitasyon hizmetlerini saptamada kilit rol oynar.

Bunun için yaşlının mobilite yeteneği çok dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Temel mobilite ile ilgili İrlanda Dublin'deki Fizyoterapi Okulu'nda geliştirilen Temel Mobilite Değerlendirmesi mobiliteyi detaylı bir şekilde değerlendirir (1980).

Temel Mobilite Değerlendirmesi

1. Fiziksel Durum
 - a. Yürüme yeteneği
 - b. Yürüme tipi
 - c. Kullanılan yürüme yardımcıları
 - d. Bağımlı olmanın nedeni
2. Psikososyal durum
 - a. Motivasyon
 - b. Anlayış
3. Sosyal durum
 - a. Medeni durum
 - b. Ev
 - c. İş

Klinik Karar Verme

Klinik karar vermede öncelikle karşılaşılan temel problemler gözden geçirilir. Bu problemlere göre temel objektifler belirlenir ve daha sonra verilmesi gereken en iyi rehabilitasyon ve bakım hizmetleri tartışılır. Bu tartışmadan sonra bireysel farklılıklara göre yorumlar yapılarak bazı modifikasyonlar geliştirilir.

Yaşlılarda Fonksiyonel Kapasitenin Değerlendirilmesi

Yaşlılarda fonksiyonel yeterlilik, mobilite, kuvvet ve dengeye bağlıdır ve bu nedenle fonksiyonel yeterlilik için bu parametrelerin iyi olması gerekir. Yaşlılarda fonksiyonel kapasitenin artırılması gerektiği zaman mobilite, kuvvet ve dengenin bir arada geliştirilmesi gerekir. Bunun için bütün bu parametrelerle birlikte fonksiyonel durumun detaylı bir şekilde değerlendirilmesi gerekir.

Kas Kuvvetinin Değerlendirilmesi

Erişkin bireyler için kas kuvvetini değerlendirmede yaygın olarak kullanılan basit yöntem, Lowett'in Manuel Kas Testi yöntemidir. Bu test



yöntemine göre bireylerin kas kuvveti 0- 5 arasında değerlendirilir veya derecelendirilir. Uzun yıllar bu test yöntemi normal veya patolojik her durum ve her yaş için kullanılmıştır. Ancak son yıllarda çocuklar için ve bazı durumlar için modifiye edilmiş veya yeni derecelendirme sistemleri ile değerlendirilmeye başlanmıştır. Ancak, yaşlılarda normal kuvveti yorumlamada doğru bir temel elde etmek için henüz hiçbir sabit değer geliştirilmemiştir. Yani yaşlılar için hala erişkinler veya genç erişkinler için kullanılan sistem kullanılmakta, yaşlanmaya bağlı olarak kas ve sinir sisteminde ortaya çıkan normal yaşlanma ile ilgili değişiklikler gözardı edilmektedir. Bu nedenle Ransome (1980) yaşlıların kas kuvvetini en uygun şekilde değerlendirmek için bir 3 puanlık skala önermiştir. Bu skalaya göre kas kuvveti:

- 3= Zayıf (hiç yok veya hafif kuvvet)
- 2= Orta (bir miktar direnç alabiliyor)
- 1= İyi (iyi direnç alabiliyor)

Yaşlılar için mobilite ve mobilitenin yeterliği ile ilgili olarak da aynı şekilde aynı şekilde uygulaması kolay ve basit skrolama sistemleri geliştirmiştir.

Mobilite için derecelendirme sistemi:

- 3= İyi (*tam veya tama yakın mobilite*)
- 2= Orta (*limitli mobilite, fakat orta derecede fonksiyonlara izin verir*)
- 1= Zayıf (*limitli mobilite- fonksiyonlar imkansız*)

Mobilite yeterlilikliliği için derecelendirme sistemi:

- 3= İyi (*tek başına yapabilir*)
- 2= Orta (*gözlem ile yapabilir*)
- 1= Zayıf (*fiziksel yardım ile yapabilir*)

Fonksiyonel Durumun Değerlendirilmesi

Yaşlıların mobilite ve mobiliteye yönelik derecelendirme sistemi oldukça önemlidir. Ancak tüm fonksiyonları değerlendirmeye yetmez. Bu nedenle günlük yaşamdaki genel fonksiyonel durumun da değerlendirilmesi gerekir. Bu nedenle Frazer (1979) fonksiyonlar ile ilgili 8 puanlık bir skala geliştirmiştir. Bu skala veya derecelendirme sistemi bozukluğa veya probleme bağlı yetersizlik veya patolojik durum ile ilgili değildir. Bu derecelendirme sistemi, fiziksel

kondisyonadaki değişiklikler ile ilişkili olmayan fonksiyonlardaki değişiklikleri derecelendirir.

Fonksiyonlar için geliştirilen derecelendirme skalası da aşağıda gösterilmiştir:

- 1: Hiçbir yetersizliği yok
- 2: Bağımsız olarak mobil
- 3: Limitli düzeyde mobil
- 4: Eve bağlı-hafif ev işlerini yapabiliyor
- 5: Eve bağlı- limitli kendine bakım aktivitelerini yapabiliyor
- 6: Eve bağlı- kendine bakım aktivitelerinde yardım gerektiriyor
- 7: Sandalyeye bağlı- kendine bakım aktivitelerinde yardım gerektiriyor
- 8: Tamamen bağımlı

Amanda Squires (1986), yaşlının mobilite komponentlerinin bağımsızlık düzeyini ölçmek için bir "Mobilite İndeksi" geliştirmiştir. Daha sonra yaptığı diğer çalışmalarla (Amanda Squires 1991, 1993) bu indeksin güvenilirliğini ve fizyoterapistler için tedavi hedefini belirlemedeki doğruluğunu ispatlamıştır. Bu mobilite indeksi İngiltere ve diğer birçok ülkede kullanılmış ve diğer disiplinler tarafından da adapte edilmiştir.

Bu Mobilite İndeksi aşağıdaki komponentleri değerlendirir:

- Yatak içi/ dışı ve yatakta mobilite
- Sandalye içi/ dışı mobilite
- Tuvalete gidebilme
- Ev içinde yürüyebilme
- Eğer gerekli ise merdiven inip-çıkabilme
- Sandalyeden kalkabilme

Her bir komponentin bağımsız performans düzeyi de aşağıdakilere göre belirlenir:

A: Bağımsız, başka birinden yardım almayı gerektirmiyor; eğer gerekli ise yürüme yardımcısı kullanabilir

B: Aktiviteyi yapabilmesi için sözel veya fiziksel olarak biraz yardım gerektirir



C: Yapamaz veya aktiviteyi yapabilmesi için beceri isteyen bir yardım gerektirir.

Fonksiyonel Değerlendirme Skalaları

Fonksiyonel durumu değerlendirmek ve özellikle günlük yaşam aktiviteleri içinde fonksiyonları derecelendirmek için en yaygın olarak kullanılan skalalar veya değerlendirme ölçütleri şunlardır:

- Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçütü (FIM)
- Enstrümantasyonel Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)
- Fonksiyonel Durum İndeksi
- Lawton'un Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Değerlendirme Skalası

Lawton'un GYA Değerlendirme Skalası

Lawton'un Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Değerlendirme Skalası, yaşlıların GYA'daki fonksiyonel kapasitesini değerlendirmek için en çok kullanılan bir değerlendirme sistemidir.

Lawton'un GYA değerlendirme skalasında fonksiyonel kapasiteyi değerlendirmek için günlük yaşam aktiviteleri 3 seviyede tanımlanır:

1. Temel GYA : banyo yapma, giyinme, tuvalete gitme, ve beslenme gibi kendine bakım aktiviteleri
2. Enstrümantal GYA: telefon kullanma, araba kullanma, alışveriş yapma, ev işleri, yemek pişirme, çamaşır yıkama, parayı kullanabilme, ilaçlarını kullanabilme
3. Mobilite: evden çıkabilme ve bir yerden bir yere gidebilme

Temel GYA, Enstrümantal GYA ve Mobilite sınıflaması en fonksiyonel değerlendirme ölçütü olarak standart haline gelmiştir. Lawton GYA Değerlendirme Skalasının Mobilite ve Enstrümantal GYA kısmı daha komplekstir; çünkü bunlar bireyin çevresi ile başedebilmesi ile ilgilidir. Çeşitli

bakım modellerinde fiziksel, emosyonel, kognitif ve sosyal fonksiyonları saptamak için birçok fonksiyonel değerlendirme ölçütü vardır.

Yapılan bilimsel çalışmalara göre GYA'nın ölçümünün aşağıdakiler ile ilişkili olduğu gösterilmiştir:

1. Huzurevi/ bakımevine başvuru
2. Doktor hizmetlerinin kullanımı
3. Sigorta kapsamı
4. Yaşam düzenlemesi
5. Hastane servislerinin kullanımı
6. Evde bakım servislerinin ödenmesi

ICF (International Classification of Functioning)

İlk model 1980'de the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) olarak geliştirilmiş; daha sonra ICF olarak fonksiyonları ölçmeye yönelik bir değerlendirme ve fonksiyonel düzeye dayalı bir model olarak ortaya konulmuştur.

ICF, sağlıkla ilgili 3 durumun arasındaki farkı tanımlar:

- Vücut fonksiyonları ve yapılardaki bozukluk (impairment)
- Yapılan işte yetersizlik (disabilite veya inabilite)
- Yetersizlik ve bozukluğa eşlik eden rol kaybı/engel (handicap)

Bu modele göre, bireyde önce bir bozukluk, bu bozukluğa bağlı yetersizlik ve ileri dönemde bu yetersizliğe bağlı özür ortaya çıkar.

Bozukluk → Yetersizlik → Özür

Fizyoterapistlerin Bakım Modelleri ile İlgili Roller

Gelişmiş ülkelerde yaşlılarla çalışan fizyoterapistler, yaşlıların değerlendirilmesi ve rehabilitasyonu ile ilgili klinik problem çözme ve kanıta dayalı bilimsel çalışmalara ağırlık verirler. Farklı değerlendirme yöntemleri geliştirerek, bunlara yönelik karşılaştırmalı çalışmalar yaparlar. Böylece sağlıklı

yaşlılar ve kronik hastalığı olan yaşlılar için güvenilirliği ve geçerliliği en yüksek olan değerlendirme veya derecelendirme sistemleri geliştirirler. Sonrasında da bu sistemlere dayalı en iyi tedavi seçeneği veya bakım modeli için ulusal rehberler oluştururlar ve yaşlılar için bakım modelleri ile ilgili politikalar için kaynak oluştururlar.

ICF (The International Classification of Functioning) ve RCPI (Research and Clinical Practice İntegration) gibi klinik çalışmalarla bilimsel çalışmaların entegre edildiği bakım ve rehabilitasyon modeller geliştirmeye çalışırlar ve bunlarla ilgili bakım veya sağlık politikalarında aktif olarak yer alırlar.

Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Teşkilatı'nın tanımına göre yaşam kalitesi, bireyin yaşadığı yerdeki kültür ve değerler sistemi içinde hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilgili bireysel yaşam duruşudur. Bireyler yaşlandığında yaşam kalitelerinin düzeyi, otonomi ve bağımsızlıklarını sağlayabilme yetenekleri ile saptanır.

Yaşam kalitesi, birçok elementi kapsamı nedeniyle geniş bir kavramdır. Bu kavramın içinde yer alan elementlerin tamamı biraraya gelerek bireyin yaşam ile ilgili tüm kalitesini belirler. Yaşam kalitesi, aşağıdaki elementlerin kompleks bir yolla birleşimi ile gerçekleşir:

- Fiziksel sağlık
- Psikolojik sağlık
- Bağımsızlık düzeyi
- Sosyal ilişkiler
- Kişisel değerler ve inançlar
- Çevrede ile sağlıklı ilişki

Yaşlının bakımı veya rehabilitasyonunda yaşam kalitesini artırmak veya iyi yaşam kalitesini sağlamak birincil hedeftir. O halde yaşam kalitesini artırmak için yaşam kalitesinin tüm elementlerinin değerlendirilmesi ve bu elementlerin herbirine yönelik hedefler doğrultusunda bakım hizmetlerinin verilmesi gerekir. Ancak bu şekilde verilen hizmetler ve bu hizmetleri sağlayan bakım modeli veya modelleri ile yaşam kalitesi artırılmış olur.

Önerilen Bakım Modelleri

Yaşlılar veya özürllüer ile ilgili olarak öne sürülen ve üzerinde tartışılan 3 farklı model vardır. Bunlar:

- Tıbbi Model: Tıbbi duruma göre belirlenen bakım modeli
- Bireysel Model: Bireyin kendisine göre belirlenen bakım modeli
- Sosyal Model: Bireyin sosyal statüsü veya sosyal rolüne göre belirlenen bakım modeli

Her ne kadar bu 3 farklı modelin kendine göre bir değeri ve geçerliliğı olsa da günümüzde daha çok ön plana çıkan model bireysel model veya bireye özel modeldir. Bu modelde bireye veya yaşlıya özel fonksiyonel bir skala geliştirilmiştir; çünkü bazı skalalardaki aktiviteler her yaşlının günlük yaşamında kullandığı, tıbbi veya sosyal durumuna uyan aktiviteler olmayabilir. Bu nedenle yaşlının kendisine özel olarak modifiye edilebilmesi veya özelleştirilebilmesi yönünden bu skala daha çok kabul görmekte ve o bireyin durumunu daha iyi değerlendirebilmektedir.

Hastaya Özel Fonksiyonel Skala

Bu özel fonksiyonel skala için öncelikle yaşlının tıbbi problemi veya özürü nedeniyle yapmakta zorluk çektiğı 5 fonksiyonel aktivite saptanır. Daha sonra her bir aktivite 10 puanlık skala ile derecelendirilir. "Yapamadığı hareket" "0" puan ile, "Hiçbir zorluk çekilmeden yapılan hareket" "10" puan ile gösterilir. Toplam puan, saptanan aktivitelerin aktivite puan toplamına bölünmesi ile hesaplanır.

Bakım Kriterlerini Oluşturmak için Kullanılması Gereken Değerlendirmeler

Yaşlıya özel fonksiyonel skala ne kadar esnek bir değerlendirme yolu açsa da, yaşlıyı tüm yönleri açısından değerlendiremez. Bu nedenle, daha önce sözü edilen yaşam kalitesini artırmaya veya optimum düzeyde sağlamaya yönelik görüş doğrultusunda, yaşlıların tüm yönden değerlendirilmesi ve derecelendirilmesi gerekir. Böylelikle bakım kriterleri ile bakım modelleri arasında daha iyi ve daha yakın bir entegrasyon sağlanmış olur.

Bu değerlendirmeler aşağıdaki alt başlıkları içermelidir:

- Tıbbi değerlendirme
- Fonksiyonel değerlendirme
- Psikolojik durum ve kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi
- Fiziksel ve çevre koşullarının değerlendirilmesi
- Sosyal/sosyo-kültürel değerlendirme

Bakım Kriterlerine Göre Bakım Modelleri

Bu değerlendirme veya derecelendirme sonuçlarının biraraya getirilmesi ile yaşlının toplam derecelendirme sisteminin belirlenmesi en uygun modelin veya modellerin seçimi için esastır. Toplam derecelendirmede her bir alt birim de ayrı ayrı göz önünde bulundurularak bir envanter oluşturulur. Bu envantere veya yaşlının değerlendirmesindeki her bir alt başlıktan aldığı skora veya puana göre aşağıdaki bakım modellerinin biri veya birkaçı bir arada kullanılır.

- Hastane
- Huzurevi
- Gündüz bakım evi
- Evde bakım
- Özel merkezler
- Ayaktan rehabilitasyon
- Yataklı rehabilitasyon merkezleri
- Psikolojik destek üniteleri veya merkezleri
- Sosyal bakım ve sosyal klüpler

Bakım modellerinin seçiminde entegrasyon çok önemlidir. Bakım hizmetlerinin modellenmesinde öncelikle bakıma muhtaçlık kriterleri, daha sonra bakım modellemesi için gerekli olan bakım kriterleri, daha sonra da buna göre seçilmesi gereken model veya modellerin birarada kullanılması ile bakım hizmetlerinde tam bir entegrasyon sağlanmış olur.

Kaynakça

- 1- Active Aging: A Policy Framework .World Health Organization, 2002.
- 2- Finn A. Evaluation Form for Older People, School of Physiotherapy, Dublin, 1980.
- 3- Frazer DW. Clinical Psychology Review, 1989; 9(6): 759-760.
- 4- Handbook of clinical gerontology: LL. Carstensen & BA. Edelstein (Eds.). New York: Pergamon Press, 1987.
- 5- Gladman JRF: The International Classification of Functioning, Disability and Health and Its Value to Rehabilitation and Geriatric Medicine. Chinese Medicine Association, 2008;71(6):275–278.
- 6- <http://www.tac.vic.gov.au/upload/Patient-specific.pdf>. Erişim: September 6, 2010.
- 7- Jette AM et al. The Framingham disability study: Physical disability among community-dwelling survivors of stroke. Journal of Clinical Epidemiology, 1988; 41 (8): 719-726.
- 8- Squires A. Physiotherapy assessment of the elderly patient. Physiotherapy, 1986; 72 (12):617-620.
- 10- Squires A, Rumgay B, Perombelon M. Audit of Contract Goal Setting by Physiotherapists Working with Elderly Patients. Physiotherapy, 1991; 77 (12): 790-795.
- 11- Squires A. Gold Standards — Professional targets for the care of elderly people. Physiotherapy, 1993; 79(3), 227.
- 12- Squires A, Livesley B. The Future of Physiotherapy with Older People: Demographic, Epidemiological and Political Influences. Physiotherapy, 1993; 79(12): 851-857.
- 13- Squires A, Hastings M. Physiotherapy with Older People: Calculating Staffing Need. Physiotherapy, 1997, 83(2): 58-64.

YAŞLI BAKIMI HİZMETLERİNDE UYGULAMA MODELLERİ VE YENİ YAKLAŞIMLAR

Anıl SUGETİREN

Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

Günümüzde birçok ülke, bakım hizmetlerine toplumda daha fazla gereksinimi olan, özellikle yaşlı, özürlü ve kronik hastaların doğurduğu, sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik boyutu itibarıyla ortaya çıkan, ailenin ve devletin üstlenmek zorunda kaldığı gerek fiziksel ve psikolojik gerekse finansal yükü hafifletecek çözüm arayışı içerisinde.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bakımı; “kendi kişisel bakımını sağlama, yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan, kişisel tercihlerini kullanmada ve yaşamının devamının sağlanmasında aile, akraba veya tıbbi, sosyal ve diğer uzmanların desteğine gereksinim duyulan etkinlikler” olarak tanımlamaktadır.

Bu bağlamda bakım, amacına, süresine, hizmetin verildiği yer ve hizmeti veren aktöre göre sınıflandırılabilir. Bakım hizmetleri, tıbbi ve sosyal bakım gereksinimi duyan bireylere, bu amaçla oluşturulmuş bir kurumda ya da kendi belirlediği ortamda kısacası evinde sunulabilmektedir. Aynı zamanda bireyin içinde bulunduğu duruma göre bu hizmetler, kısa süreli veya sürekli olarak verilebilmektedir. Örneğin, hastaneden yeni taburcu olmuş hastalar, kısa süreli bakıma ihtiyaç duyarken; özürlü, yaşlı veya kronik hasta uzun süreli bakıma ihtiyaç duymaktadırlar.

Yüzyıllardır insanlığın değişmeyen amaçları arasında, yaşam boyu sağlıklı olabilmek var. Doğumundan ölümüne kadar sağlık alanında da birçok adımla tüm bireyler takip edilmektedir. Özellikle erişkin dönemlerinden itibaren ölüme kadar olan süreçte bakım hizmetleri bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetinin her alanında yer almaktadır. Bireylerin sahip olduğu sağlık riskleri ile uyumu hem tedaviyi hem de bireyin yaşam kalitesini yükselttiği kaçınılmaz bir gerçektir. Gelecek yıllarda yaşlanan bir ülke olmamız nedeniyle; artan kronik hastalıklar ve sağlık riskleri yüksek hastalıklara sıkça konuşulmaya başlanacaktır. Kronik hastalıkların takibi başta olmak üzere, hastalıklara yönelik özel takip ve yönetim programları yoğunlukla



kullanılır hale gelecektir. Kanseri vakalarına sıkça rastlanmaya başlanacaktır. Yine birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelim artacak, buna karşın sağlık harcamalarında artış olacaktır. Kaliteli sağlık hizmetine olan talep artacak, sağlık hizmeti her alanda 7/24 yürütülmeye başlanacak, tıpta ve tıp teknolojilerinde gelişmeler hızlanacaktır. Kronik hastalıkların takibi başta olmak üzere hastalıklara yönelik özel takip ve hastalık yönetimi programları yoğunlukla kullanılır hale gelecektir.

Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletlerin birlikte yayınladığı yaşlanan ülkeler sıralamasında ülkemiz 2000' li yılların başında genç nüfus ülkeleri arasında yer almaktadır. 2000 yılı itibari 60 yaş ve üzeri nüfus ülkemizde %6 iken; 2030 yılında toplam nüfusun %12'si; 2050 yılında toplam nüfusun %23' ü bu yaş diliminde olacaktır. Yine TÜSİAD'ın 2011 yılında yayınladığı nüfusbilimine yönelik raporda, 65 yaş ve üstü popülasyonun 2010 yılında %6,3 iken; 2050 yılına gelindiğinde aynı yaşta popülasyonun toplam nüfustaki dağılımı %17,3'e çıkacağı belirtilmiştir. Aynı zamanda belirtilen yıllarda, toplam doğuştaki yaşam ümidi; 72,9'dan 79,8 yaşına yükselmektedir. Halen günümüzde de genç bir nüfusa sahip olmakla birlikte, 2050 yılı projeksiyonu ülkemizin de yaşlı ülkeler arasına gireceği göstermektedir.

Evde bakım hizmetleri, genel olarak; bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Evde bakım hizmetleri, gerek sağlık gerek sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede bireyin gereksinimi doğrultusunda yaşam kalitesini yükselterek, bakıma muhtaçlığını en aza indirgeyerek toplumsal saygınlığını korumayı da sağlamaktadır. Bu anlamda evde bakım, genel olarak kurumsal bakım hizmetlerinin de yerini alan, bu kurumlarda kalış gereksinimini ortadan kaldıran ya da geciktiren, bireylerin evlerinde ya da yaşadıkları yerlerde alabildikleri hizmetler olarak ifade edilmektedir.

Bu tanımda da görüldüğü üzere evde bakım, sağlık bakımı ve sosyal bakım olmak üzere birbirinden ayrı düşünülmemesi gereken iki bileşenden oluşmaktadır. Konuya yönelik tüm yasal düzenlemeler hep evde bakımın sosyal hizmet boyutunu ya da sağlık boyutunu ön planda tutmuş, evde bakımın bütüncül değerlendirilmesi yasal düzenlemelerde günümüze kadar ihmal edilmiştir.

Bununla birlikte Türkiye’de sağlık alanında faaliyet gösteren insan gücü incelendiğinde ise, Avrupa ve AB ülkeleri ile yapılan kıyaslamalarda, eksik insan gücümüz dikkat çekmektedir. Özellikle hemşirelik alanında, Avrupa ülkelerinde, her yüz bin kişiye 700 civarında hemşire karşılık gelirken, ülkemizde bu sayı 132 seviyelerinde kalmaktadır. Kıyaslandığında bakım hizmetinin sunumunda önemli yeri olan hemşirelerdeki insan gücü açığı, bakımın kalitesini ve uygulanmasını da engel teşkil etmektedir.

Türkiye’de Evde Bakım’ın sağlık boyutu, diğer tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, Sağlık Bakanlığı çatısı altında, 10.03.2005 tarihli ve 2575 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile yasal düzenleme altına alınmıştır. Söz konusu yönetmelikte evde bakım “hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması” şeklinde sağlık boyutu ön planda tutularak tanımlanmaktadır. Evde bakımın sağlık hizmetlerine dönük kısmında isteyen bireyler evde doktor muayenesinden hemşire bakımına, evde fizyoterapi uygulamasından her türlü laboratuvar hizmetine, evde röntgen, ultrasonografi ve EKG gibi görüntüleme hizmetlerinden hasta ve hasta yakınlarına psikolojik destek ya da hasta bakımı konusunda aile fertlerinin bilinçlendirilmesi ve eğitimi gibi pek çok hizmeti alabilmektedirler.

Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri olarak bakım sürecimizi kısaca özetlemek gerekirse aşağıdaki ana kriterlerden bahsedebiliriz.

- ✓ Ev ortamının değerlendirilmesi (evde bakım için)
- ✓ Hastanın klinik değerlendirilmesi
- ✓ Hizmet ve bakım planının hazırlanması
- ✓ Hastanın primer doktorunun ve hasta/hasta ailesinin hizmet ve bakım planını onaylaması
- ✓ Hizmetin sunumu
- ✓ Tıbbi kayıt ile primer doktorunun bilgilendirilmesi

Genel olarak paylaştığım bakım sürecimizi detaylandırmak gerekirse; değerlendirme sürecimiz ile başlayan bakım planının hazırlanması ve uygulanmaya başlanması ile devam eden; süreç içerisinde denetim ve

raporlama ile takibin sağlandığı ve hastanın taburculuğu ile son bulan bir yapıdan bahsetmek mümkündür.

Yaşlının bakım hizmeti mevcut bağımlılık kriterleri belirlenerek yapılmakta ve hizmetin organizasyonu ve uygulanması da hasta bağımlılık kriterlerine bağlı kalınarak hazırlanmış bakım planları ile verilmektedir.

Bakım hizmetinin tüm süreçleri çeşitli şekillerde denetlenmekte olup, uluslararası kalite indikatörleri ile de bakım hizmetinin kalitesi sürekli ölçülmektedir. Aşağıda belirttiğimiz kalite indikatörleri, hizmet kalitemizi takip etmemize fayda sağlayan bazı oranları göstermektedir.

Dekübit Oranı

Enfeksiyon Oranı

Hasta Veri Girişlerinin İzlenme Oranı

İlaç Uygulama Hatası

Sağlık Personelinin Enfekte Materyal İle Yaralanma Oranı

Yataktan Düşme Oranı

Türk toplumunun herşeyin en iyisine layık olduğunun altını çizerek, tüm dünya ülkelerinde yaygın olarak kullanılan sağlık ve bakım hizmetlerinin ülkemizde de çok geçmeden hakettiği yeri alabilmesi dileğimi bir kez daha yineliyorum.

BALÇOVA TERMAL OTEL DENEYİMİ

Turabi ÇELEBİ

İl Özel İdaresi Balçova Termal Tesisleri Müdürü

Balçova Termal Otel, İzmir'imizin Balçova ilçesi sınırları içerisinde tarihte Agamemnon kaplıcaları olarak bilinen kaplıca kaynaklarının üzerinde kurulmuştur.

Tarihi M.Ö. 1200'lü yıllara kadar inmektedir.

Balçova kaplıcaları hakkında ileri sürülen efsane; Truva savaşları zamanında Kral Agamemnon'un yaralı askerlerini burada tedavi ettirdiği anlatılmaktadır. O nedenle kaplıcamızın adı Agamemnon Kaplıcaları olarak ta anılmaktadır.

Balçova kaplıcaları 1982 yılına kadar geleneksel bir kaplıca olarak çok çeşitli dönemlerde işletilmiştir.

1982 yılında zamanın Valisi Sayın Hüseyin ÖĞÜTCEN'in öncülüğünde bugünkü modern Kaplıca ve Kür Merkezi olarak hizmete açılmıştır. Yatırımı İzmir İl Özel İdaresi yapmıştır.

Balçova Termal Otel, 4* Yıldız standartlarında, 204 Oda, 408 Yatak Kapasiteli Modern bir Kaplıca ve Kür Merkezidir.

176.000,- m² yeşil alan üzerinde kurulmuştur.

Balçova Termal Otelde , 7.000,- m² alan üzerinde kurulu Kaplıca ve Kür Merkezi, Dış Kliniği, Tenis Kulübü, Açık ve Kapalı Havuz, A la' Carte Restaurant, Müşteri Restaurantı, Toplantı Salonu, açık ve Kapalı Kafeterya ve Restaurantlar, 14.000 m² Sera, Toplantı salonları, 1.000 Kişilik Balo Salonu, Açık ve Kapalı Termal Havuz ve Jakuziler, SPA Merkezi (Güzellik ve Zindeleşme Amaçlı), 2 Adet Fitness Center, Yürüyüş Parkurları, Aqua Park, Çocuk Oyun Alanı, Basketbol, Voleybol, Mini Golf, Mini Futbol aktiviteleri mevcuttur.



Proje aşamasında çok iyi bir çalışma yürütülmüştür. 9 Eylül Üniversitesi'nden uzmanlarla birlikte, Kültür ve Turizm Bakanlığı'ndan uzmanlar, İl Özel İdaresi ve Sayın Valimizin işbirliği ile bilimsel bir çalışma yapılarak kaplıca ve kür merkezimiz kurulmuştur. Bölgedeki 650.000,- m² alan Jeotermal Koruma alanı ilan edilmiş ve yapılaşmaya kapatılmıştır. Tesisin arkasındaki kilometrelerce orman dokusu da korunmuştur.

Kaplıca Kür Merkezimizin proje ve planı, tamamen uyguladığımız tedavi programlarımıza uygun olarak yapılmıştır. Daha sonra ise bu tedavi programına uygun olarak ekip kurulmuştur.

Öncelikli olarak tesis içerisinde ve çevresinde yeşil alan kapasitesine dikkat edilmiştir. Balçova Termal Otelin kendi alanı içerisinde oda başına 750 m²'nin üzerinde yeşil alan kapasitesi vardır. Tesis arka tarafı ormana yaslanmakta olup, orman tarafında kilometrelerce yeşil çam ormanı olup; 1 – 3 – 5- 10 – 15 kilometrelik değişik ölçülerde yürüyüş parkurları mevcuttur.

Balçova Termal Otelin kurulu olduğu Balçova ve Narlıdere bölgesinde, 28.000,- konut eşdeğeri mekan Jeotermal Enerji ile ısıtılmakta olup, kent merkezinde hava kirliliği açısından en temiz bölgedir.

Balçova Termal Oteldeki kaplıca suyunun mineralizasyon yapısı, Na (sodyum), Ca (Kalsiyum) K (Potasyum), Mg (Mağnezyum), Fe (Demir), elementlerinin yanında, HCO₃ (Bikarbonat) SO₄ (sülfat), Cl (Klor), F (Flor) elementleri vardır. Yani karbonatlı ve sülfatlı bir termomineral su olmasının yanında yüksek oranda flor elementi içeren bir kaplıca suyudur.

Uygulanan Kaplıca Kür Tedavisi Modeli

Balçova Termal Kaplıca ve Kür Merkezinde uygulanan tedavinin temel ilkeleri;

a- Su (Water)

Kaplıca suyunun fiziksel ve kimyasal karakteri,
Suyun endikasyonları (hangi hastalıkların tedavi edilebileceği),
Kontra endikasyonları (tedavi edilmemesi gereken hastalıklar).

b- Hasta (Patient)

Hastanın muayenesi,
Fonksiyon bozukluklarının tesbiti,
Hastanın klinik bulguları,
Diğer şartların tesbiti.

c- Termal Tesisi altyapısı

Teknik ekipmanlar,
İnsan kaynakları (Uzman Tedavi Ekibi)
(Doktorlar, fizyoterapistler, hidroterapistler, tıbbi masör ve masözler,
hemşireler, Paramedikler).

Unsurlar dikkate alınarak tedavi felsefesi oluşturulmuştur.

Uygulanan kaplıca ve kür tedavileri, Fizik tedavide kullanılan aktif ve pasif tedavi unsurlarının kaplıca tedavisi ve hidroterapy ile birlikte uygulandığı kombine bir tedavi modelidir.

Pasif Tedavi Unsurları: Parafin, Manuel Masaj, Elektroterapi, Hidroterapy modalitelerinden,

Aktif Tedavi Unsurları: Grup Jimnastiği, Meşguliyet Terapisi, Bireysel Egzersiz ve Fizik Tedavi, Su içi Egzersiz modalitelerinden,

Hidroterapi Unsurları: Jakuzi, alttan masaj küveti, Yağmur Duşu, 4 Cup (el ayak masajı), Jet Duş, Whirlpool (su masajı) cihazlarından oluşmaktadır.

Hastaların hekim tarafından tıbbi muayenesi ve değerlendirmesi yapıldıktan sonra tedavi uygulamaları uzman ekipler tarafından yine hekim kontrolünde yürütülmektedir.

Balçova Termal Kaplıca Kür Merkezindeki Tedavi Programları aşağıdaki ekip tarafından yürütülmektedir

- 7 Doktor,
- 25 Fizyoterapist,



- 4 Hidroterapist,
- 1 Röntgen teknisyeni,
- 4 Hemşire,
- 17 Masör ve Masöz,
- 1 Laboratuar Teknisyeni,
- 2 Tercüman

Balçova Termal Kaplıca ve Kür Merkezinde Tedavi Edilen Hastalıklar

- İnflamatuvar Romatizmal Hastalıklar, Romatoid artrit, Ankylosing Spondilit,
- Romatik Kas Hastalıkları,
- Dejeneratif Eklem Hastalıkları,
- Kemik Metabolizması Hastalıkları,
- Ortopedik ve Nörolojik rehabilitasyon gerektiren hastalıklar,
- Post Travmatik ve operatif sekeller,
- Geriatric Eğitim ve Rehabilitasyon Programları,
- Fizyolojik ve moral motivasyon programları

Balçova Termal Kaplıca ve Kür merkezimizde yılda 5.000,- rehabilitasyon hastası tedavi edilmektedir.

Günübirlik tedavilerde ise yılda 50.000 – 55.000,- Hasta tedavi edilmektedir. Toplamda 60.000,- 65.000,- kişi kaplıca ve kür tedavisi almaktadır.

Kaplıca kür tedavisi alan hastaların si geriatric diyebileceğimiz, yaş ortalaması orta yaş üzeri yaşlı hastalardan oluşmaktadır.

Hem yerli hastaların yaş seviyeleri yüksek, hem de yabancı hastaların yaş seviyeleri geriatric ağırlıklıdır.

Balçova Termal Otel, 1992 yılından beri Norveç Sağlık Bakanlığı ile çalışmaktadır.

Norveç Sağlık Bakanlığı her beş yılda bir ihale açarak yurt dışına ağırlıklı olarak romatizmal hastalarını göndermektedir.

Norveç'ten tedavi amaçlı gelen hastalar bizim full kür dediğimiz 4 Haftalık Konaklamalar şeklinde konaklamakta ve tedavi almaktadırlar.

Norveç Sağlık Bakanlığı Mart ayı sonundan, Kasım ortasına kadar 135 odamızı back to back rezerve etmektedir. Mart ve Kasım aylarında yani Balçova Termal Otel için yaz sezonunda tesiste konaklamalı tedavi alan yabancıların oranı %75'i geçmektedir.

Balçova Termal Kaplıca ve Kür Merkezinde yılda 1.200,- Norveçli hasta tedavi edilmektedir. Kendileri ödeyerek te yaklaşık her yıl 300 hasta gelmektedir.

1992 yılından bu yana, Norveç devletinin ödediği ve kendileri ödeyerek gelen Norveçli hastaların toplamı bugüne kadar 25.000,-'i geçmiştir.

Yapılan Kaplıca ve Kür tedavileri uygulamalarında hastaların ilk günkü durumları ile tedavi sonrası son durumları değerlendirilmekte ve tedavilerin başarı oranları hem bizim ekibimiz hem de Norveç'te ölçülmektedir.

Balçova Termal Kaplıca ve Kür Merkezi yine 2005 yılından bu yana kış mevsiminde İsveç, Almanya ve Hollanda ile çalışmaktadır. Yıldan yıla kış döneminde tesisimize gelen orta ve kuzey Avrupalı sayısı artmaktadır.

Ayrıca Yurtdışında yaşayan Türk Misafirlerimizde tesisimizde tedavi edilmektedir.

Türk misafirlerimiz yurt içi ve yurt dışı toplamı kış döneminde tesis kapasitesinin %57'sini oluşturmaktadır.

Balçova Termal Kaplıca ve Kür Merkezi bu anlamda toplum sağlığına önemli ölçüde katkıda bulunan tedavi programlarını yurt içinde de başarı ile uygulamaktadır.

Son yıllarda Hollanda'dan gelen misafir sayılarında artış olmaktadır. Hollanda ağırlıklı olarak Ortopedik Rehabilitasyona yönelik hasta göndermektedir.

Balçova Termal Otelin Yönetim Organizasyon Modeli

Balçova Termal Oteldeki otel bölümünde çalışan ekip, çok tecrübeli ve hemen hemen açıldığından bu yana değişmeyen bir ekip çalışmaktadır.

Yine kuruluşumuzda 1982 senesinden bu yana toplu sözleşme olması, tüm çalışanların sendikalı olması nedeniyle, çok istikrarlı bir yönetim organizasyon sergilenmektedir.

Otel ve yiyecek içecek bölümünün personeli ile tedavi bölümündeki ekip çok bilinçli ve koordineli bir şekilde çalışmaktadır. Hem müşterilerin hem de personelin beslenme menülerinden, sağlık programlarına tüm çalışmalar sağlık ekibi ile birlikte yürütülmektedir.

Hastaların beslenme programları alacakları tedaviye entegre olarak yürütülmektedir. Seralarımızda yetiştirilen doğal ürünler mutfakta kullanılmaktadır.

Otel çalışanlarının tamamı, hijyen, gıda ve su güvenliği, genel güvenlik, yangın güvenliği, engelli güvenliği konusunda ileri seviyede eğitilmektedir.

Sağlık çalışanları ise yurt içi ve yurt dışı kendi alanlarında gelişen yenilikleri takip için her türlü eğitime gönderilmektedir.

Balçova Termal Otel EUROPESPA Med kalite belgesine sahip ülkemizdeki ilk ve tek Medikal SPA' dır.

Balçova Termal Otelde kalitede mükemmellik yolculuğu felsefesi ile, ISO9001-2008, ISO-14001, OHSAS-18001 Kalite sistemlerinin birleşiminden oluşan, Bütünleşik Kalite Yönetim sistemi uygulanmaktadır.

Uygulanan Tedavi Yöntemleri ve otel bölümünde verilen yiyecek içecek ve diğer fiziki standartları her yıl arttırılmaktadır.

2008 yılında tesisimizde Müzikoterapi uygulaması başlatılmıştır.

Tedavi programları klimatoterapi (iklim terapisi), uygulamaları ile desteklenmektedir.

Yine Kaplıca Kür Merkezindeki tedavi uygulamaları sporla entegre edilmiştir.

Her sabah sabah hastalar erkenden uzman aktiviteörler eşliğinde tedavi öncesi Nordic yürüyüşü yaptırılmaktadır.

Kapalı mekanda yapılan tedaviler ise tamamen uyguladığımız tedavilerle entegre dizayn edilmiş Fitness Center'da uzmanlar eşliğinde sporla desteklenmektedir.

Balıçova Termal Otel tüm üniteleri engellilere uygundur. 24 Adet engelli odası vardır. Tedavi üniteleri engellilere uygundur. Tedavi merkezinde engelli rehabilitasyon havuzunda engelli hastalara su içi tedavileri uygulanmaktadır.

Yaşlı insanlar her yaştan insanlarla ve değişik kütür ve milletlerden insanlarla bir arada hem tatil hem sağık bir arada yaşamaktadırlar. Her gün çok nitelikli canlı müzik programları ve çeşitli sosyal etkinlikler düzenlenmektedir.

Hafta içi beş gün tedavi hafta sonu ise günü birlik turistik ve tarihi geziler yapılmaktadır.

Balıçova Termal Otel konsept olarak elbetteki geriatrik tedavilerin ağırlıklı olduğu tam donanımlı ve gelişmiş bir ekibe sahip kaplıca kür merkezi olarak hizmet vermektedir.

Temel misyonu Türkiye'de kaplıca ve kür tesislerinin doğru konsepler olarak gelişmesine öncülük yapmaktır. Bu anlayışla yerli ve yabancı tüm insanlara sağıklı yaşama ve yaşlanma doğrultusunda hizmet vermekte ve vermeye devam edecektir.

Daha sağıklı bir Dünya'da, daha sağıklı insanlar için Medikal Kaplıca ve Kür Merkezlerinin ülkemizde gelişmesi dileğiyle, teşekkür ederiz.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Seyyal HACİBEKİROĞLU

Acıbadem Mobil Sağlık Hizmetleri Koordinatörü

Dünya Nüfusu Yaşlanıyor!

Nüfusun yaşlanması ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte artan hasta sayısı, hastanelerin karşılayabileceği kapasitenin çok üzerinde.

Dünyada yaklaşık hastane ve yatak sayısı:

- 2 milyon hastane.
- 22 milyon yatak sayısı.

Son 10 Yıldır Dünyanın Başa Çıkamadığı Sorun: Kronik Hastalıklar

DSÖ'ye göre her yıl 36 milyon kişi kronik hastalıklardan dolayı hayatını kaybediyor.

20 yıl içinde küresel ekonomiye getireceği yükün 47 trilyon USD tutarında olması bekleniyor.

2010 Yılı Türkiye Sağlık İstatistiklerine Göre:

- | | |
|---|------------|
| • Türkiye'de 10.000 kişiye düşen hastane yatak sayısı | 27 |
| 1.000 kişiye düşen; | |
| • Toplam hekim sayısı | 1.67 |
| • Toplam hemşire sayısı | 1.56 |
| • Toplam hastane müracaat sayısı yıllık | 303 milyon |
| • Ortalama hasta yatış süresi | 4.4 gün |

Tüm bu bilgiler ışığında geleneksel yöntemlerle sağlık sistemi sorunlarının aşılamayacağı bir gerçektir.



Amerika



Heather Health Center

Sürekli Bakım Veren Bir Sağlık Merkezi, Hizmet Başlıkları:

- Ortopedik Rehabilitasyon
- Fizik Tedavi
- Ergoterapi
- Konuşma Terapisi
- Nörolojik Rehabilitasyon
- Kardiyak Rehabilitasyon
- Davranış Yönetimi Programı
- İnfüzyon Tedavisi
- Ağrı Yönetimi
- Post-operatif Bakım
- Uzun Süreli Bakım
- Onarıcı bakım
- Dinlendirme / Yaşlı Bakımı
- Darülaceze Bakımı



Hughes Health & Rehabilitation Center

Connecticut

- Alzheimer / Demans
- Amputasyon
- Artrit rehabilitasyon
- KOAH
- Konjestif kalp yetmezliği
- SVO / strok
- Disfaji / aspirasyon
- Multipl skleroz
- Ortopedik rehabilitasyon
- Parkinson
- Pnömoni
- Ampute rehabilitasyonu
- Kardiyak rehabilitasyon
- Bilişsel iyileştirme
- Aile eğitimi
- Ev güvenlik ve değerlendirme
- Nörolojik rehabilitasyon

- Ağrı yönetimi
- Palyatif bakım
- Post-operatif bakım
- Yara bakımı

Hughes Health & Rehabilitation

Our Home

Our Highland Street Home

Some call it a museum; others marvel at its freedom, including staircases and beautiful lighting. Hughes is located at 22 Highland Street and was home to one of West Highland's most prominent families. As Hughes Health & Rehabilitation since 1991, we have maintained the home's charm and grandeur for many reasons, one being the sense of tranquility the place evokes to all those who enter and stay at Hughes. As a family, we have created a home that is what it's like to "come home." We want everyone to feel that way at Hughes.

Accommodations

We care for your loved one in a compassionate, home-like environment. Our resident area features over forty private rooms with the remainder being semi-private rooms for a total capacity of 170 residents. Residents are encouraged to personalize their rooms with belongings from home such as radios, televisions, clocks, and furniture. We also provide an excellent meal service. Each resident's room includes a telephone and television.

Physical Plant

Our home meets or exceeds all Federal, State, and local regulations. We use a comprehensive preventive maintenance program to ensure a sound and safe physical plant. Our grounds include a large front patio.

We care for those diagnosed with:

- CVA/stroke
- Parkinson's Disease
- Multiple Sclerosis
- Dysphagia/aspiration
- Orthopedic conditions
 - Fractures
 - Joint replacement
 - Degenerative joint disease
- Amputations
- Arthritic conditions
- Pneumonia
- Chronic obstructive pulmonary disease
- Congestive heart failure

İngiltere



Forest Health Care

Some of the Conditions that We Treat with Our Specialist Staff and Facilities

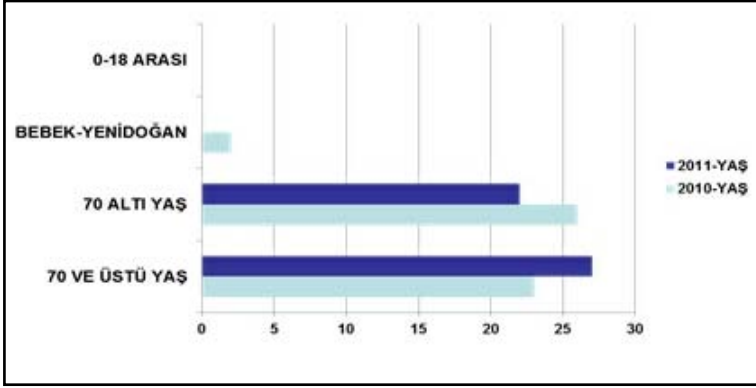
- İnme
- Spinal yaralanma
- Parkinson hastalığı
- Multipl skleroz
- Motor nöron hastalığı
- Trakeotomi
- Solunum terapi
- Nörolojik tümörleri
- MSS travmaları
- Beyin tümörleri
- Kanser
- Epilepsi ve nöbet koşulları
- Nörovasküler bozukluklar
- Dejeneratif nörolojik hastalık
- Genetik nörolojik bozukluklar
- Beyin hasarı
- Travmatik beyin hasarı
- Nörolojik tümör
- Hipoksik beyin hasarı
- Genetik nörolojik bozukluklar

Solgarden - İspanya

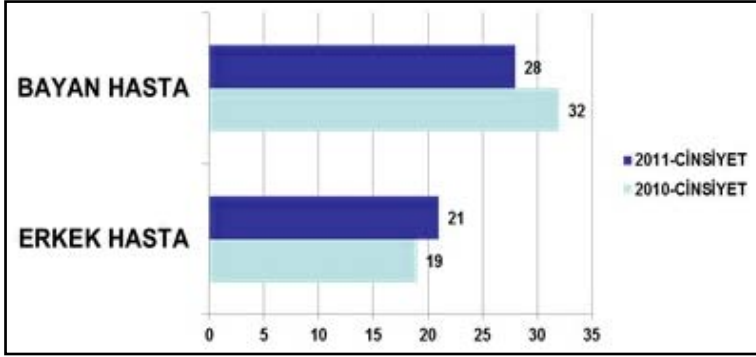
- Merkezin özelliği tatil ve bakımın bir arada olması, ileri yaşta olan ve kronik hastalığı bulunan kişilerin tatil sırasında sağlık ihtiyaçlarının da karşılanması
- Aileleri ile tatil yapabilme imkanı
- Engelli kişilerin tatil imkanı
- Özellikle fizik tedavi konusunda uzmanlık



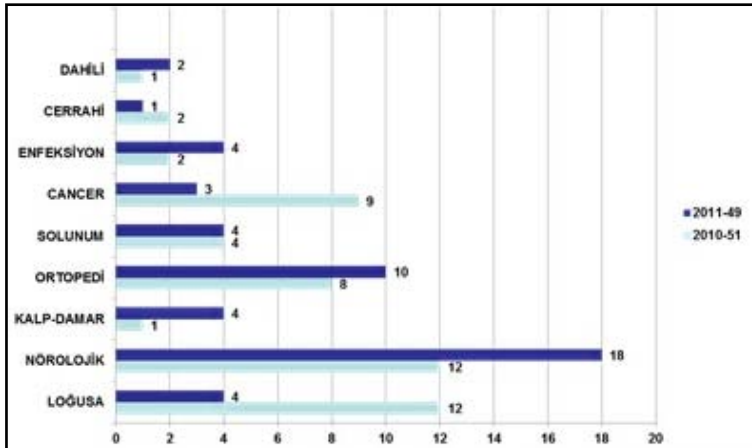
2010-2011 Evde Bakım Hizmeti Alan Hastaların Yaşlara Göre Dağılımı



Cinsiyet Dağılımı



Nörolojik hastalar en fazla hizmet verdiğimiz hasta grubu olması nedeniyle dikkat çekicidir.



Son Söz Sorunlar ve Çözümleri

- Gelecek 20 yılda yaş alma hızı olarak Almanya, İtalya ve İngiltere'nin önüne geçeceğiz,
- İnsanlar evlerinde bakılmak istiyorlar
- Profesyonelce bakım verilmeyen hizmet sunumlarında birçok sorunlar beraberinde geliyor:
 1. Psikolojik sorunlar,
 2. Fizyolojik sorunlar,
 3. Yatak yaraları,
 4. İlaç kullanım hataları,
 5. Beslenme sorunları,
 6. Hijyenik sorunlar,
 7. Düşmeler,
- Evde Sağlık Hizmet Sunumunun standardize edilmesi ve profesyonelce yayılması,
- Sürekli Bakım Merkezlerinin yaygınlaşması gerekiyor.

BAKIM ve SGK

Dr. Dilek YILMAZ

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı

Başarılı Yaşlanma

Günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar yaşam kalitesini ve genel sağlığı artırmaya odaklanmaktadır. Üretken, başarılı ve bağımsız bir yaşlanma hedeflenmektedir. Başarılı yaşlanma yalnızca sağlık yönünden değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin varlığını işaret eden bir kavramdır.

Başarılı Yaşlanmanın Temel Göstergeleri:

- Yaşam süresinin uzunluğu,
- Biyolojik ve zihinsel sağlık,
- Bilişsel yeterlilik,
- Sosyal yeterlilik ve üretkenlik,
- Kişisel kontrol ve yaşamdan zevk almaktır.

Bireylerin başarılı bir biçimde yaşlanması yalnızca bireysel özellikleriyle değil, toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psiko-sosyal, ekonomik ve fizyolojik yöndeki destek hizmetleriyle de yakından ilişkilidir

Farkındalık

- ❑ Son yıllarda ülkemizde yaşlılığa bakış açısının geleneksel değerler içerisinde yalnızca saygı duyma ve koruma boyutunda kalmayıp, sağlıklı yaşlanma konusunun ele alınması ve bu konuya dikkat çekilmesi sevindiricidir. Bu yönde üniversiteler başta olmak üzere, sivil toplum kuruluşlarının da katkılarıyla Geriatri ile ilgili bölümlerin, merkezlerin ve derneklerin açılarak, bilimsel düzeyde yaşlılığa yeni bir bakış açısı geliştirilmeye başlanmıştır.



“Bir milletin yaşlı vatandaşlarına ve emeklilerine karşı tutumu,o milletin yaşama kudretinin en önemli kıstasıdır.

Mazide muktedirken bütün kudretiyle çalışmış olanlara karşı minnet hissi duymayan bir milletin istikbale güvenle bakmaya hakkı yoktur.”

Mustafa Kemal ATATÜRK

Bakıma Muhtaç Kişi

- ☐ Yaşlılık, bedensel, zihinsel ve ruhsal hastalık veya engellilik (sakatlık) ya da analık gibi sebepler sonucunda, sürekli veya geçici olarak günlük hayatın alışılmış tekrar eden gereklerini önemli ölçüde veya daha fazla derecede yerine getiremeyecek, kendine bakamayacak duruma düşmesi ve bu sebeple başkalarının yardımına ihtiyaç duymasidir.

☐ Bakıma Muhtaçlık

- Sağlık Yönünden Bakıma Muhtaçlık
- Yoksunluk Yönünden Bakıma Muhtaçlık

Evde Bakım

- Evde Sağlık Hizmeti Sunumu
- Evde Sosyal Hizmet Sunumu

Sağlık ve Evde Sağlık

Sağlık

Sürekli gelişen dünyamızda sağlık hizmetlerinin üstlendiği görevler de değişmekte olup bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir diye tanımladığımız sağlığın her yönden geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Evde Sağlık Hizmetleri Nedir?

Evde Sağlık, gerek teşhis ve tedavi sonrası bakım sürecinde, gerek kronik bir hastalığın takibinde, gerekse herhangi bir sağlık problemi olmaksızın

koruyucu sağlık ve tetkik hizmetlerinin verilmesi süreçlerinde, ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında sağlık bakımı hizmetlerinin verilmesidir.

Evde Sağlık Hizmetlerinden Kimler Faydalanabilir?

- ☐ Ameliyat sonrası bakım gereksinimi olanlardan uzun süreli bakıma ihtiyacı olan hasta ve yaşlılara,
- ☐ Yeni doğum yapan annelerden tedavisi evde de sürdürülebilecek hastalara,
- ☐ Kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinim duyanlardan, aşılama ve laboratuvar tetkikleri gibi hizmetleri evinde veya işyerinde almak isteyenlere

kadar çok geniş bir yelpazede ihtiyaç sahiplerine hitap etmektedir.

Sosyal Bakım Hizmetleri

- ☐ Sosyal Bakım, hayati önem arz eden fiziksel, psikolojik ve sosyal aktivitelerin sağlanmasına yardımcı olmayı amaçlayan, karşılıklı beşeri münasebetler çerçevesinde ortaya çıkan bir iletişim süreci olarak tanımlanmakta ve bakıma muhtaç kişilere hizmet; resmi ve resmi olmayan bakım hizmetleri olmak üzere iki şekilde verilmektedir.
- ☐ Kurumumuz tarafından finansmanı sağlanan hizmetler kapsamında olmayıp daha ziyade Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının hizmet tanımı çerçevesinde yer almaktadır.

Sosyal Güvenlik

- Yarınından emin olmak isteğidir.
- Bireyin karşılaşacağı ve yaşamı için tehlike oluşturan olaylara karşı bir güvence arayışının ürünüdür.



- Tehlike ile karşılaşan ve yoksulluğa düşen bireye asgari bir güvence sağlamak isteği varoluş nedenidir.
- Temelini; üretime katılma, bundan doğan bir gelir ve bu gelirin korunması oluşturur.
- Genellikle sosyal güvenlik politikaları ile sistemlerini kapsar.
- Toplumdaki her bireyin ekonomik, sosyal, fizyolojik risklere karşı korunması amaçlanır
- Sosyal güvenlik sisteminin kapsadığı önemli sosyal risklerden biri de yaşlılıktır.
- Belirli bir süre çalıştıktan sonra emeklilik aylığı almaya hak kazanmış kişilerin sosyal güvenliğinin sağlanması yaşlıya yönelik hizmetlerin önemli bir bölümünü oluşturur.
- Devletin sosyal risklerin (yaşlılık, maluliyet, ölüm, iş kazası, meslek hastalığı, hastalık,analık, aile masrafları ve işsizlik) oluşmasını engelleyici görevinin yanı sıra sosyal güvenlik yolu ile koruyucu bir rolü de bulunmaktadır.
- Yaşlıların korunmasına ilişkin maddeleri ile birlikte sosyal güvenliğin herkes için

temel hak olduğu 1982 Anayasasında belirtilmiştir.

Bakıma Muhtaçlık Tespit Yöntemleri

- ❑ Sigortalının sürekli iş göremezlik geliri alabilmesi için;

İş kazası veya meslek hastalığı sonucu oluşan hastalık ve özürlü nedeniyle Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurulları tarafından verilen raporlara istinaden , Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Kurulunca meslekte kazanma gücünün en az %10 oranında azalmış ve başka birinin sürekli bakımına muhtaç olduğunun tespit edilmesi gerekmektedir.

- ❑ Sigortalının, malullük aylığı alabilmesi için;

Sosyal Güvenlik Kurumunca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca hazırlanacak raporlar doğrultusunda , 5510 sayılı kanunun 4. maddesinin (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60'ını, (c) bendi kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün çalışma gücünün en az %60'ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiğinin Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Kurulunca tespit edilmesi,

- ❑ En az on yıldan beri sigortalı bulunup , toplam olarak 1800 gün veya başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede malul olan sigortalılar için ise sigortalılık süresi aranmaksızın 1800 gün malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primini bildirilmesi

Şartları aranmaktadır.

- ❑ Vazife malullüğü ve iş kazası veya meslek hastalığı için herhangi bir gün şartı bulunmamaktadır.
- ❑ 5510 sayılı kanun kapsamında bakıma muhtaç kişilere yapılan yardımlar , bu kanun kapsamındaki sigortalıların ve işverenlerin ödemiş oldukları primlerden finanse edilmektedir.
- ❑ 5510 sayılı Kanun hükümlerine göre bakıma muhtaç kişilere hem uzun vadeli sigorta kollarından, hem de kısa vadeli sigorta kollarından yardımlar yapılmaktadır. Buna göre; bakıma muhtaç kişilere iş kazası veya meslek hastalığı sigortası kapsamında sürekli iş göremezlik geliri, malullük sigortası kapsamında ise malullük aylığı verilmektedir.

Mevcut Durumda Bakıma Muhtaçlık Ölçütleri

- ☐ Sağlık yönünden bakıma muhtaçlık hali sosyal ekonomi içinde işgücünün niteliği alanında yer almakta ve özürlülük hali ile iç içe geçmektedir.
- ☐ 2005 yılında çıkarılan Özürlüler ve Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunda;
 - A) Engelli,
 - B) Hafif Engelli,
 - C) Ağır Engelli,
 - D) Bakıma Muhtaç Engelli,

Tanımları Bulunmakta, Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelikte,

- A) ‘Ağır Engelli’ tanımı tüm vücut fonksiyon kaybı oranına tabi olarak ortaya konulmakta,
- B) Tüm vücut fonksiyon kaybı oranı hesaplanmasında Balthazard Formülünün esas alınacağı belirtilmektedir.
- 60 yaşın üzerindekilerde hesaplanan özürlülük oranına Balthazard formülü ile % 10 eklenerek kişinin özür oranı bulunur.

Sosyal Güvenlik Kurumu

- ☐ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda bakıma muhtaçlık ölçütleri
 - A) İş Göremezlik
 - B) Meslekte kazanma gücü kaybı
 - C) Çalışma gücü kaybı
 - D) Malullük

Kıstasları bulunmakta ve 11 Ekim 2008 tarihinde yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinden yararlanılmaktadır.

- ❑ 5510 sayılı Kanunun 4. maddesinde sigortalı olarak sayılan kişiler ile bu Kanun hükümlerine göre isteğe bağlı olan sigortalılar, bakıma muhtaçlık riskine karşı kapsam altına alınmıştır. Ancak, çalışanın bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri bu riske karşı kapsama alınmamıştır.

YILLAR BİZİ BULDUKLARI GİBİ BIRAKMIYORLAR.

OWEN MEREDITH

Sağlık Uygulama Tebliği

- ❑ SUT 4.1.1.A Evde Sağlık Hizmetleri

(1) Sağlık Bakanlığınca yayımlanan ve 1 Şubat 2010 tarihli ve 3895 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" doğrultusunda Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmet sunucuları bünyesinde oluşturulan evde sağlık hizmeti vermek üzere kurulmuş olan birimlerce verilen sağlık hizmetleridir.

- ❑ SUT 4.2.1.B.3 Evde Sağlık Hizmetlerinde Ödeme

(1) Evde sağlık hizmetleri bedelleri hizmet başına ödeme yöntemi ile SUT eki EK-8 Sağlık Kurumları Puan Listesi ve EK-7 Diş Tedavileri Puan Listesi esas alınarak faturalandırılır.

(2) Hastaya kullanılan her türlü tıbbi malzemenin sağlık hizmeti sunucusu tarafından temini zorunludur. SUT eki EK-5/B Listesinde yer alan tıbbi malzemeler hariç olmak üzere tıbbi malzeme ile sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilen ilaçların bedelleri ilaveten faturalandırılabilir. Reçete edilmesi halinde ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilir.

- ❑ Sağlık Uygulama Tebliği Ek 10-B Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesinde Geriatri 1073 Uzmanlık Kodu ile yer almakta ve sunduğu sağlık hizmetlerinin bedelleri Kurumumuz tarafından finanse edilmektedir.



- ❑ Sağlık Uygulama Tebliği Ek -8 Sağlık Kurumları Puan Listesinde 7.5.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uygulamaları içerisinde yer alan Hidroterapi – Balneoterapi alt başlığının bir parçası olan Banyo-kaplıca tedavileri de Kurumumuz tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetleridir.
- ❑ Sağlık Uygulama Tebliği Ek -8 Sağlık Kurumları Puan Listesinde 7.5.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uygulamaları içerisinde yer alan Geriatrik rehabilitasyon, Nörolojik rehabilitasyon, Kognitif (Bilişsel) Rehabilitasyon, Ortopedik rehabilitasyon Ev programı/aile eğitimi, İş-uğraşı tedavisi, Protez eğitimi vb. birçok rehabilitasyon ve eğitim programları Kurumumuz tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetleridir.

EU LONGTERM CARE ENTEGRATION

Oturum Başkanları

Prof. Dr. Filiz CAN

Prof. Dr. Emine ÖZMETE

Konuşmacı

Dr. Kai LEICHSENTRING



DEVELOPING INTEGRATED LONG-TERM CARE SYSTEMS in EUROPE–The INTERLINKS FRAMEWORK

Dr. Kai LEICHSENTRING

Avusturya-European Centre for Social Welfare Policy and Research

The rising demand for long-term care (LTC) calls for policy approaches allowing for holistic and inclusive views that integrate the role of different public programmes, sectors of society, and private initiatives. The objective of “INTERLINKS – Health systems and long-term care for older people. Modelling the INTERfaces and LINKS between prevention and rehabilitation, quality of services and informal care” has therefore been to construct and validate a general framework to describe and analyse LTC for older people from a European perspective to illustrate the state of the art in 14 European countries. The particular aims of the project were to inspire and stimulate health and social care professionals as well as policy makers

- To work towards integrated systems of LTC;
- To improve planning and delivery of services for frail older people at the interfaces between formal and informal care, and between social and health care; and
- To integrate prevention, rehabilitation, quality management, governance and finance in the toolbox to develop LTC systems.

With 16 university institutes and research agencies from Austria, Switzerland, Denmark, France, Finland, Germany, Greece, Spain, Italy, The Netherlands, the Slovak Republic, Slovenia, Sweden and the United Kingdom, INTERLINKS has been one of the largest projects focusing on ‘Health Systems and Long-term Care for Older People’ in the Seventh Framework Programme of the European Commission. 20 European stakeholder organisations were represented in the ‘Sounding Board’ of INTERLINKS, providing feedback on interim results and specifying useful information for improvements. In all participating countries ‘National Expert Panels’ gave feedback on national reports and helped identify innovative practice, policy developments and relevant documents.



All products and results of the project that will be outlined in the following can be found and downloaded from the project website <http://interlinks.euro.centre.org>.

A Common Under Standing of Long-Term Care

The project started off with a collection of information about potential pathways, bottlenecks and solutions for two constructed cases ('vignettes') of older people needing long-term care in the participating countries. The related posters were describing the complexity of services and facilities, which 'Mrs. L.T. Care' after an acute stroke or 'Mr. L.T.C. Dementia' may need. Individual country contributions showed, whether such services are in place, how they may be accessed and to what degree they provide smooth transitions at the interfaces between health and social care systems. This exercise helped gain a common understanding of what LTC meant in the different countries and provide insight into the huge differences within and between national systems. However, a common feature in all countries was the importance of informal and family care and the divide between this informal and the formal care systems. Within the latter, a second divide can be identified between the health and social care systems. Furthermore, it became evident that LTC systems with an own identity, defined processes, organisational structures, management and leadership approaches or specific means and resources are only just emerging (see Figure 1).

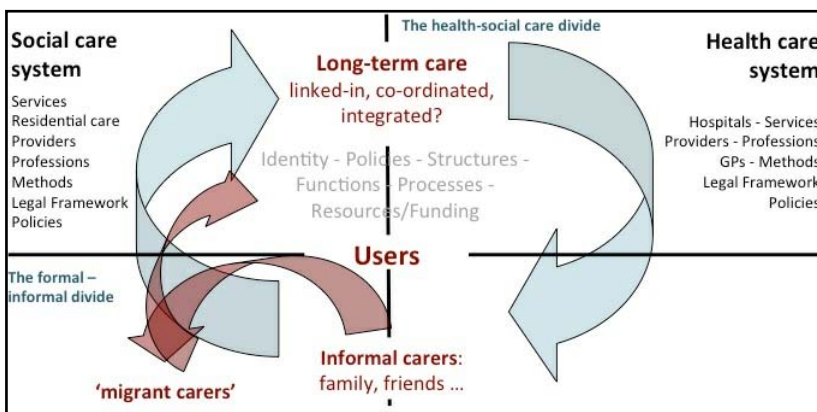


Figure 1: Towards integrated long-term care systems?

Focusing on the governance of informal care, prevention and rehabilitation, quality assurance and quality management

The ensuing project phase consisted in research addressing particular aspects of these emerging national models in Europe, namely to show how the links to health care services, the quality of LTC services, the incentives for prevention and rehabilitation, and the support for informal carers are being governed and financed to enhance structures, processes and outcomes of LTC systems. Altogether, 33 national reports and four European overview papers came, among many other things, to the following conclusions:

- The changing needs and perceptions of care call for the development of specific policies addressing the formal/informal care divide. Though caring will remain a family issue, we are confronted with different perspectives due to new intrafamilial dynamics, gender issues and the necessity to reconcile work and care.
- Informal carers are both co-producers of care and in need of support services – their specific needs are not always necessarily in line with the older care recipient's needs.
- LTC policies have thus to be assessed in terms of their ability to provide specific and unspecific support to informal carers, the degree to which they support families in fulfilling their responsibilities (e.g. services in cash and in kind; care leave and other support to combine caring and working), and in how far they are sustainable. As a special case, for instance, the employment of migrant care workers (Italy, Greece, Austria, Spain) was specifically analysed as a solution invented by civil society to fill the gaps between supply and demand of formal care. Though some interesting support practices could be identified, the long-term sustainability and the broader social impact of these solutions are doubtful.
- Another important issue for emerging LTC systems is the question in how far LTC needs can be decreased or prevented, and which incentives are needed to invest in rehabilitation and the promotion of autonomy in LTC. Respective literature reviews and national reports showed that prevention and rehabilitation <within> LTC, i.e. once a person has started to be in need of LTC, are relatively scarce. Tangible interventions focus at best on geriatric assessment and falls prevention, while the general governance approach promoting

competition on quasi-markets often results in ‘care taylorism’ that impedes person-oriented care approaches across the ‘chain of care’.

- As a result, the political insight in the necessity of prevention and rehabilitation within LTC exceeds the political and financial investment by far. The topic is still in an initial state of research, policy and practice with remarkable differences between countries. Besides explicit preventive and rehabilitative interventions it will mainly be necessary to develop organisational pathways and structures to promote local and regional steering capacities at all stages of LTC to promote prevention and rehabilitation in terms of promoting self-determination, empowerment and individual responsibilities.
- Also when it comes to quality assurance and quality management in LTC, specific tools, methods and practices are only just emerging, however at an increasing pace over the past decade. A general trend from inspection to quality management and external audits can be identified (AT, CH, NL) as well as a growing search for process and result-oriented quality indicators, rather than the traditional definition of structural requirements only. However, quality assurance across the ‘chain of care’, benchmarking between organisations and public reporting are only at an initial stage – with respective restrictions and difficulties to prove evidence-based quality improvements. An important issue in this context is the search for indicators that consider users’ quality of life and related satisfaction surveys.
- A crucial aspect for improvements lies with appropriate governance and financing mechanisms that, over the past two decades, have mainly been inspired by New Public Management and market-orientation. INTERLINKS research related to these issues showed that, in spite of important improvements and investments, these approaches have not always been successful to promote inter-agency working, user-orientation, prevention and/or quality improvement across the ‘chain of care’. For instance, if financing of care home residents is dependent on their level of care needs, providers will lack incentives to invest in rehabilitation. Also, if providers are working as competitors, coordination and networking might be impeded, rather than encouraged.

Constructing a Framework for Long-term Care

Based on these findings, the consortium partners started to construct a general INTERLINKS Framework for LTC defining themes, sub-themes and key-issues that have to be addressed to define and analyse LTC systems. This Framework was validated by National Expert Panels and the European Sounding Board during 2010/2011.

The six themes that constitute a LTC system include the identity of LTC, policy & governance, pathways & processes, management & leadership, organisational structures and means & resources. Each of these themes contains an introductory explanation of its purpose in the modelling process, and is further defined by 3 to 6 sub-themes that, again, are further specified by relevant key issues. The rationale for the construction of sub-themes and 2 to 8 key issues in each of the sub-themes was informed by the work undertaken within the first two project phases that resulted in European overview papers. Key issues also reflect the primary foci of INTERLINKS, namely prevention and rehabilitation, informal care, quality development and governance and finance.

A specific challenge during this phase was to identify, describe and analyse practice examples in the participating countries to illustrate the 135 key-issues to be considered. About 100 practice examples were described, analysed and peer-reviewed following a mutually agreed template. For instance, under the theme 'organisational structures' with its subtheme 'Formal care in the home and community' the following key-issues have been defined:

- access points (referral, counselling, one-stop-shops)
- flexible and adaptable services to suit individual needs and individual lifestyle multi-professional teams (eg preventive/ rehabilitative measures)
- structures that facilitate coordination and cooperation with other formal and/or informal care (including mobility and transport)
- structures that facilitate communication, planning and care delivery with informal carers
- practitioners in independent practice as gate keepers and/or personal case and care managers
- diversity-friendliness: recognition of the specific care needs of hard-



to-reach groups, especially their specific needs for information, coordination and support to access available services and benefits

Involving Relevant Stakeholders in Improvement and Change

With this Framework practitioners, policy-makers and all other stakeholders working in and with LTC at organisational or at a systems level should thus be enabled and inspired in five steps to improve their practice by means of the interactive INTERLINKS website (<http://interlinks.euro.centre.org>).

Identifying On-Going Innovation in Long-Term Care

Among the about 100 practice examples that illustrate the INTERLINKS Framework for LTC a wide range of innovative approaches can be retrieved – always recalling the national differences for innovation depends on the specific context and pathways that have to be considered before transferring particular ways of working from one country to another. In the following, we use the INTERLINKS template to describe and analyse one organisational structure in formal care in the home and community as an example for flexible and adaptable services to suit individual needs and individual lifestyle. Care in the neighbourhood ('Buurtzorg') is an example from the Netherlands that illustrates on-going innovation very well and shows opportunities for a quick roll-out of new ideas if they prove to be client-oriented and cost-efficient.

Why was this example implemented?

Buurtzorg originated from noted gaps between clients' needs and services delivered by traditional home care agencies, between competencies of staff and daily work routines, and between care delivered by home care agencies and support by other organisations and professionals. To deal with the first gap, Buurtzorg has built in a holistic assessment of client's needs, which includes medical needs, LTC needs and personal/social needs. Aside from primary nursing care, the individual care plan provides information that will support the client in his/her social roles and in taking up self-care and becoming more independent. The second gap seems to be bridged by self-managing teams, which allow for a better use of staff's competence and for

taking responsibility for a greater diversity of care tasks. To deal with the third gap, the network of informal care of the client is being mapped and involved. In addition, other formal carers are identified and included. Finally, Buurtzorg has initiated new teams for social support ('Buurtdiensten'), based on the same principles as its home care. In locations where such 'sister-activities' exist, it is possible to bridge the gap between various kinds of services more easily.

Description

The Buurtzorg model was designed by experienced district nurses who started an initiative group in 2006 with the objective to provide integrated home care, i.e. with connections to social services, general practitioners, and other providers, for all persons who need care at home.

The organisational principle of Buurtzorg is to deliver care by small self-managing teams of 12 professionals at a maximum, and to keep organisational costs as low as possible, partially by using ICT for the organisation of care and a small but efficient centralised back-office.

The Buurtzorg method has six sequential components, which are delivered as a coherent package and cannot be delivered separately. The package includes assessment, mapping and involving the network of informal care as well as formal carers, care delivery, support of the client in his/her social roles and the promotion of self-care and independence.

The model was introduced on the strictly regulated quasi-market of Dutch home care in 2006, and from then it had to compete with usual home care for clients and contracts. By mid-2010, teams were active in 250 locations, with a total number of staff in these teams of 2,600 (amongst them 1,500 qualified district nurses) who serve about 30,000 clients annually. The growth rate of Buurtzorg has continued since with about 70 staff members in 5 to 10 teams per month. The centralised back-office consists of about 30 professionals.

Apart from an initial subsidy in the framework of the Netherlands' 'Transition programme for long-term care' (www.transitieprogramma.nl), costs are completely covered by regular sources from which usual home care organisations also draw their income, i.e. the Buurtzorg initiative is growing by



virtue of the high engagement of professionals within the existing quasi-market of care in the Netherlands.

What are/were the Effects?

So far no hard data are available for the evaluation of results or impact for clients. So the question about whether this novel method of working can effectively bridge gaps in LTC provision cannot yet be answered. There are, however, some indications about positive effects.

- Buurtzorg ranks number 1 amongst all home care organisations in user satisfaction according to results of the mandatory national quality of care assessment. This may reflect satisfaction about cooperation that addresses gaps between home care and informal and other formal care, and between expectations and care delivered.
- High satisfaction of GP's and local authorities on the cooperation with Buurtzorg has been shown by qualitative research.
- In 2011, Buurtzorg has been awarded a prize as the best employer of the Netherlands in organisations with more than 1,000 employees. With now more than 4,000 employees Buurtzorg scored (on a scale from 1-10) 9.5 for involvement, 9.1 for low turnover of employees, and 8.7 for staff satisfaction.
- A significant result is the impressive decrease of cost: the consultancy agency Ernst and Young have calculated that Buurtzorg seems to be less than half as expensive as usual home care [7].
- Another indicator of success is duplication and imitation: Buurtzorg has been expanding from 2006 onwards, and its methods are being adopted by new Buurtzorg-like companies as well as by usual home care organisations.

Strengths

- Buurtzorg may be setting a new standard for home care in the Netherlands. Its main strength is to successfully bridge gaps in local level home care by having recognised what the problems are and

then designing working methods that cope with the problems. Thus, it meets the needs of patients for integrated care.

- The Buurtzorg model has shown to be highly competitive: it is attractive to both patients and staff, and it can be easily introduced in almost every location even if usual home care is available in the area.

Weaknesses

- Demands on staff are very high because of self-managing teams.
- Activities have to be accomplished below or beyond those connected to professional education, and both within planned hours and unplanned in the middle of the night, as there is no night shift. For some staff, this is incompatible with other personal activities and interests at home, and they have to leave.

Opportunities

- International transferability of the Buurtzorg model is feasible only when the conditions of a free competition, free choice for users, motivated staff and self-management of teams are met.

Threats

- As other (usual) home care is adopting the Buurtzorg model (piecemeal, however), room for Buurtzorg initiatives will shrink. However, from the perspective of integrated care, it is not important who supplies integrated home care, it is the model and delivery systems that count.

Conclusions

The aim of this presentation was to show the high potential for social innovation that can be found in constructing long-term care systems. By developing an own identity of LTC systems at the interfaces between health and social care as well as between formal and informal care, social innovation



is already taking place in Europe – though at different pace, at diverse levels and with various intensities.

The INTERLINKS Framework for LTC can serve as an interactive platform for further exchange, for boosting new ideas and for enhancing the bases of prevention & rehabilitation, quality management, governance and a better integration of health and social care as well as of informal care.

Further steps in the context of social innovation will be to identify success factors of ‘good practice’ examples, to transfer and implement model ways of working based on practice experiences and evidence, and to accompany change processes so that evidence can be made visible to a broader public.

References

- 1- Triantafillou J, Naiditch M, Repkova K, et al. Informal care in the long-term care system – European overview paper. Athens/Vienna 2010: CMT Prooptiki Ltd./European Centre for Social Welfare Policy and Research (INTERLINKS Report #3 – <http://interlinks.euro.centre.org>).
- 2- Kümpers S, Allen K, Campbell L, et al. Prevention and rehabilitation within long-term care across Europe - European Overview Paper. Berlin/Vienna 2010: Social Science Research Centre/European Centre for Social Welfare Policy and Research (INTERLINKS Report #1 – <http://interlinks.euro.centre.org>).
- 3- Nies H, Leichsenring K, van der Veen R, et al. Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care - European Overview Paper. Utrecht/Vienna 2010: Stichting Vilans/European Centre for Social Welfare Policy and Research (INTERLINKS Report #2 – <http://interlinks.euro.centre.org>).
- 4- Allen K, Bednárík R, Campbell L, et al. Governance and finance of long-term care across Europe. Overview report. Birmingham/Vienna: University of Birmingham/European Centre for Social Welfare Policy and Research (INTERLINKS Report #4 – <http://interlinks.euro.centre.org>).
- 5- Huijbers P. Neighbourhood care: better home care at reduced cost. In: <http://interlinks.euro.centre.org>.
- 6- de Veer AJE, Brandt HE, Schellevis FG, Francke AL. Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen. Utrecht 2008: Nivel. ISBN 978-90-6905-919-8.
- 7- Transitieprogramma/Buurtzorg (eds). Maatschappelijke Business Case. 2009 – available at: <http://www.transitieprogramma.nl/liz/Multimedia/Get/3149>.

PANEL 6

TÜRKİYE’NİN BAKIM MODELLERİNE OLAN GEREKSİNİMİ

Moderatörler

Prof. Dr. Nesrin DEMİRTAŞ

Prof. Dr. Hülya KAYIHAN

Konuşmacılar

Prof. Dr. Işın Baral KULAKSIZOĞLU

Osman TEKİN

Doç. Dr. Mustafa CANKURTARAN

Sabri BAĞCI

Uzm. Fzt. Reyhan ÖZGÖBEK



BAKIM MODELLERİ

Alzheimer Hastalığı ve Gündüz Yaşam Evi

Prof. Dr. Işın Baral KULAKSIZOĞLU

Alzheimer Derneği Başkanı

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Demans;

“De-ment-ia”

Kişinin aklını yitirmesi

Kognitif, davranışsal, işlevsel alanlarda bozulma ile giden bir sendromdur.

Ülkemizde durum?

- Türkiye nüfusunun %7'si 65 ve üzeri yaş grubundadır.
- kentsel alanlarda %6
- kırsal alanlarda %9
- 1990 Genel Nüfus Sayımına göre %4.3 olan yaşlı nüfus oranı, 2009 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre %7.0 (5083414/ 72561312) olarak belirlenmiştir.

- 2050'de Türkiye en çok Alzheimer hastası olan 4 ülkeden biri olacak!

- Türkiye'de 400.000 hasta ve 25.000 tedavi alıyor

Alzheimer Hastalığı;

- 65 yaş üzeri nüfusta %5,
- 80 yaş üzerinde en az %20-50,
- Kanser ve kalp hastalığından sonra en pahalı hastalık,
- Tüm demanslar içindeki oranı %51-73.

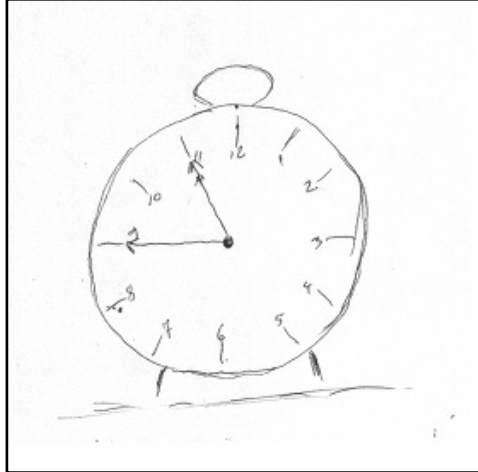
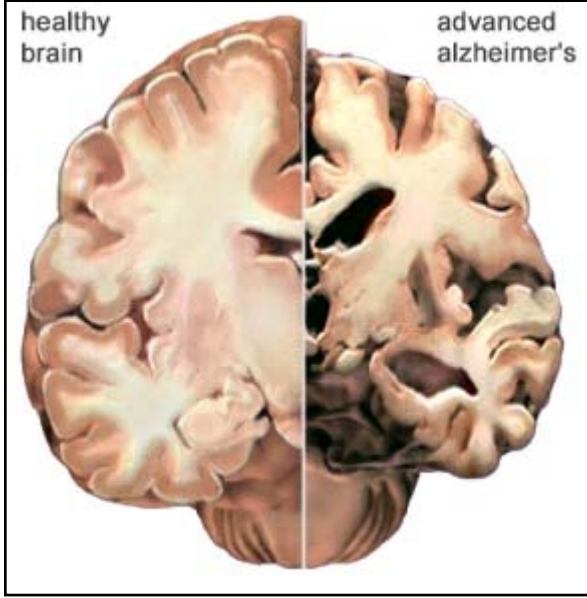


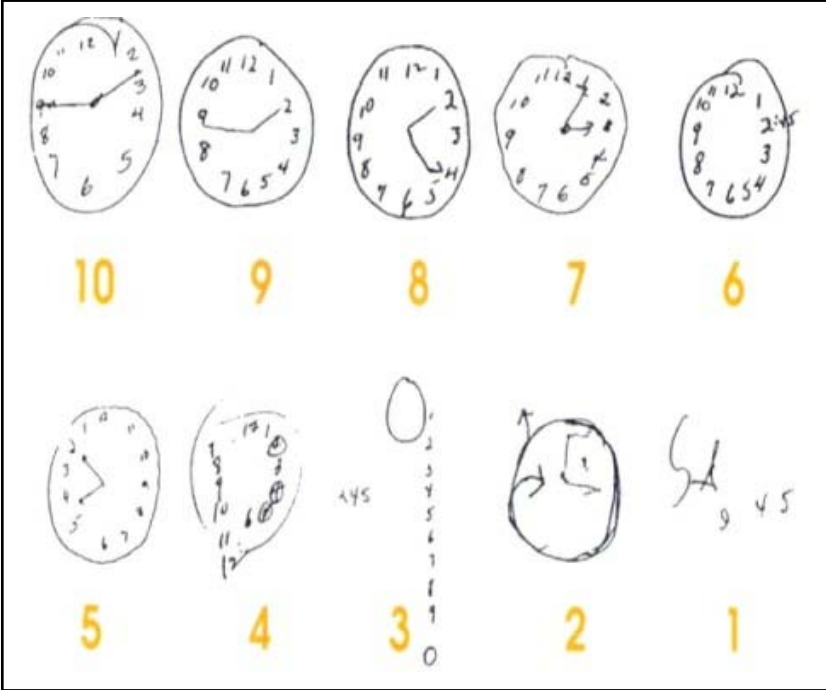
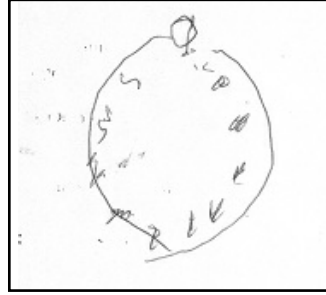
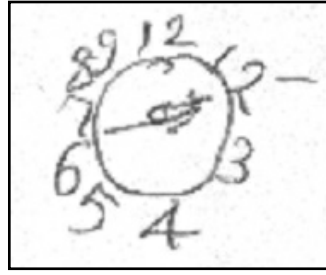


Normal Beyin

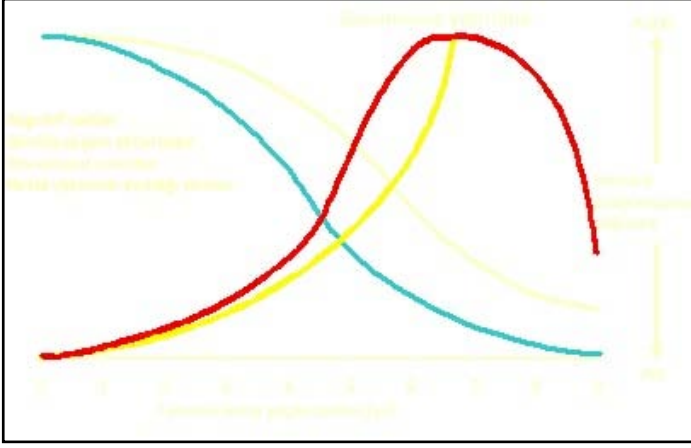


Alzheimer'li beyin





Kognisyon ve GYA Kötüleştikçe Davranış da Kötüleşir



- Bakımevinde bakılmalı mı?
- Bakımevi kültürümüze uygun mu?

Demanslı bir hastaya kim bakmalı?

- %74,6 hemşireler ve eğitimli yaşlı bakıcılar
- %28 aile bireyleri

Demanslı hastanız olsa nerede bakım almasını istersiniz?

- %45.8 bakımevinde, ama iyi bakılsın
- %43.2 evde

Aile ve Toplumsal Yaşam Değişiklikleri

- Nerede yaşamak istersiniz?
 - Kendi evimde %63
(Yalnız başıma, kırsal alanda % 5, kentsel alanda %70)
 - Çocuklarımla birlikte %36, ama yük olmasam..
 - Kurumda yaşamak istiyorum %1

• Yaşlılıkta nerede yaşamak istersiniz (erişkinlere)?

- %55 çocuklarımla
- %17,8 kendi evimde
- %9,3 kurumlarda

Birçok yaşlı kendi evinde kalmayı tercih eder.

- Böylece sosyal ağlarını devam ettirir.
- Çevre dokusunu korur.
- Yaşam kalitesi devam eder.

Oysa kuruma yatma (devlet/özel) pahalıdır.

- Mortalite daha yüksektir.
- Bakım kalitesi sorgulanabilir. Bu nedenle kuruma yatış ertelenebildiği kadar ertelenmelidir.

Sorular

• **Kim?** En sık kızı ,eşi, gelini, tutulan kişi.... Gelişmekte olan ülkelerde demanslı birey çoğunlukla birey genç aileye dahildir.

• **Nerede?** Başka evde, kendi evinde,....

• **Nasıl?** Bildiği kadar, konu komşunun önerdiği gibi, doktordan duyduğu kadar...

• **Ne olur?** Yorulur, bıkar, çöker, kızar...

• **Ne yapılır?**

Neye ihtiyaçları var?

- Toplumsal bilinçlenme ve sorunlarının görülmesi,
- İyi bilgilendirilme,
- İyi eğitim,
- Doğrudan beceri geliştirme kursları,
- İyi destek,
- İmkanların ulaşabilir kılınmasına,
- Danışmanlık hizmetleri verilmesine.

Ama bu ihtiyaçlar karşılanamıyor.

- Bakım verenin tükenmesi
- Bakım zor, teknik bilgi gerek

Bakım verenlerin sorunları

- Tükenme
- Depresyon
- Uyku ve iştah bozuklukları
- Alkol madde kullanımı
- Sinirlilik
- Kötü bakım verme
- Fiziksel hastalanma (İmmün sistemde çökme)
- Kişisel hayatının bozulması, evlilik...
- Maddi kayıplar; para, kariyer.....

Sorular ve feryatlar

- Nasıl beslesem, hep tükürüyor,
- 2 yıldır geceleri uyumuyor, ben de,
- Evde tek kalamıyor, yanımda gelse durmuyor,
- Tuvalete bile gitsem kapıda bekliyor,
- Sürekli etrafı karıştırıyor, bittim,
- Kendim doktora gidemiyorum,
- Yoruldum hergün ağlıyorum,
- Kocam beni boşayacak...

Çözüm

Gündüz Yaşam Evi

Gündüz Yaşam Evinin Faydaları

- Evinde mutlu hasta,
- Yaşam kalitesi artar,
- Nefes alan hasta yakını,
- Aile sorunları azalır,
- Eğitim imkanı olur,
- Hastalık yavaşlar,
- Ölüm riski azalır,
- İlaç ihtiyacı azalır,
- Tedavi masrafı azalır,
- Aileler arası destek sistemi,

Zararları

- Maliyet

Türkiye’de kurumsal bakım

- Türkiye’de popülasyon özellikleri hızla değişiyor.
- Fakat kurumsal bakım hizmetleri aynı hızda değişmemektedir.
- Yeterli sayıda ve yeterli koşullarda kuruma ulaşılması gerekmektedir.
- Kalitenin artırılması ve yeterli çalışanın bulunması önemlidir.
- Ekonomik ve sosyal problemlerin çözümü gereklidir.
- İyi örnekler de mevcuttur.

BİLGELER KÖYÜ

Osman TEKİN

Bilge Üniversitesi Mütevelli Heyeti



ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERİATRİ VE REHABİLİTASYON MERKEZİ



PARK PROJE
PARK PROJE MERKEZİ

Dedeler Torunlarıyla Buluşuyor!

Nineler Anılarını Tazeliyor!

Bilge Üniversitesi uluslararası bir projeye imza atıyor ve Türkiye'nin ilk profesyonel geriatri merkezlerini kuruyor. Yaşlı bilgelerimiz çocukluk ve gençliklerinde yaptıklarının en iyisini yeniden yapıyorlar. Kendi ürettikleriyle yaşayıp dostlarına yarenlik ediyor, üstelik bunları yaparken sevdiklerinden uzaklaşmak zorunda kalmıyorlar.

Artık onlara ait bir köy var; Bilgeler Köyü...

Üstelik bu köyde, hayvan besliyorlar, süt sağıp, yumurta topluyorlar. Doktorları yambaşlarında, bakıcıları yanlarında... Hiç kimseye ihtiyaçları yok, birbirlerine duydukları sevgiden başka. Kendi fırınlarından aldıkları sıcak ekmeklerine, kendi mandıralarında ürettikleri peyniri katıp, üzerine kendi ayranlarını içiyorlar. Sevgiyle ürettiklerini sevenlerine de ulaştırmıyorlar el emeği, göz nuru...

Bu bilge ihtiyarlar, değme gençlere taş çıkartıyorlar rehabilitasyon ve spor merkezlerinde. Ellerile yetiştirdikleri yeşiller arasında yürüyüşe çıkıyorlar hergün, kendilerine eşlik eden kedileriyle, köpekleriyle...

Hatıraları da onlarla birlikte yaşıyor ve Hatıra Notları Merkezi'nde diğer dostlarıyla paylaşıyorlar anılarını. Değerli eşyaları onları yalnız bırakmıyor. Komşu köyden ziyaretçileri geliyor en masum enerjileriyle. Çocuk Köyü'nün sakinleriyle gençleşiyorlar en suskun zamanlarında.

Huzur içinde, güven içinde ve sevgiyle...



ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERİATRİ VE REHABİLİTASYON MERKEZİ



PARK PROJE
PARK PROJE MERKEZİ







1. derece yakınınızın size eşlik edebileceği dubleks evleriniz

ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERİATRİ VE REHABİLİTASYON MERKEZİ



Zevk ve ihtiyacınıza göre dizayn edilmiş evler...



Belki de insanın en huzurlu olmak istediği dönemde onların yanında olacağız. Umutsuz olmayacaklar, çaresiz olmayacaklar, kırgın, dargın olmayacaklar. Hayatlarının ikinci baharını yaşayacaklar... Canlan sıkılmayacak, canlarını sıkacak ne bir sebep ne de zamanları olacak... Evlerinin alt katı kendileri için dizayn edilecek zevklerine göre. Üst kat ise yakınlarında olmak isteyenler için.

ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERİATRİ VE REHABİLİTASYON MERKEZİ





Yürüyerek, tekerlekli sandalyenizle, nasıl rahat ediyorsanız evinize öyle girin.

ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERIATRI VE REHABILITASYON MERKEZİ



Anılarınızı ve hatıra eşyalarınızı koruyacağınız Hatıra Notları Merkezi

ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERIATRI VE REHABILITASYON MERKEZİ



Geçmişe dair ne varsa Hatıra Notları Merkezi'nde...



Sizi mutlu eden ne varsa hepsi Hatıra Notları Merkezi'nde. Fotoğraftan, filme, anı eşyadan, mektuplarınıza kadar herşeyinizi burada muhafaza edebileceğiniz, istediğiniz zaman onlarla geçmişinizi yad edebilirsiniz. Bilgeler Köyü'nün diğer sakinlerine onları gösterip uzun uzun sohbet edebilirsiniz.



ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERIATRI VE REHABILITASYON MERKEZİ



PARK PROJE MERKEZİ



ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERIATRI VE REHABILITASYON MERKEZİ



PARK PROJE MERKEZİ

Torunlarınızı ve ziyarete gelen yakınlarınızın çocuklarını ağırlayacağımız kreş

Dedeler torunlarıyla buluşuyor...



Onlar asla geçmişlerinden kopmadı. Gelecekte de kopmayacaklar. Torunları ve kendilerini ziyarete gelenlerin çocukları için kreşimiz de hazır. Köyümüze hizmet edenler için de hizmet verecek olan kreşimiz ve köyümüz; çocuklarımız için de harika bir büyüme ortamı olacak. Doğal, sağlıklı, sımsıcak...



ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERIATRI VE REHABILITASYON MERKEZİ



Köyün vazgeçilmez besli hayvanları alanı ve mandıra



ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERIATRI VE REHABILITASYON MERKEZİ





Güzel vakitleriniz için Köy Meydanı ve maharetli elleriniz için Sera



ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERİATRİ VE REHABİLİTASYON MERKEZİ



Maharetli eller, sürdürülebilir ekonomi, huzurlu doğa.



Yapacak o kadar çok şeyiniz olacak ki... Alırdada inek sağmak, üretilen süt ve süt ürünleriyle ilgilenmek, serada bitki yetiştirmek, fırında ekmek üretmek bunlardan sadece bazıları... Harika köy ortamında, huzurla yürümek içinse bolca vaktiniz var. Tohum yetiştirmeyi mi, mantar üretmeyi mi istersiniz?



ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERİATRİ VE REHABİLİTASYON MERKEZİ





Beslemek istediğiniz hayvanlar için barınağımız ve Hayvan Misafirhanemiz

ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERIATRI VE REHABILITASYON MERKEZİ

PARK PROJE MERKEZİ

Hayvanlar, bitkiler, doğa... Hayatın ta kendisi...



Kedisiz, köpeksiz, tavuksuz, lıorozsuz köy olmaz elbette. Evcil Hayvan Merkezi'mizde kendi hayvanlarımızı besleyebilirsiniz. Burası aynı zamanda hayvan sahipleri için Hayvan Oteli hizmeti verecek ve köyün sürdürülebilirliğine katkıda bulunacak. Hayvanlar için 5 yıldızlı otel konforu da Bilgeler Köyü'nde.

ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERIATRI VE REHABILITASYON MERKEZİ

PARK PROJE MERKEZİ





Alış-veriş keyfi için ürettiklerinizin de satıldığı Köy Bakkalı

ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERİATRİ VE REHABİLİTASYON MERKEZİ

PARK PROJİ
PARK PROJE MERKEZİ



Dinçliğiniz için Rehabilitasyon ve Spor Merkezi, Yüzme Havuzu

ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERİATRİ VE REHABİLİTASYON MERKEZİ

PARK PROJİ
PARK PROJE MERKEZİ



Sağlık sorunlarınız ve tedavileriniz için Sağlık Merkezi



BİLGELER KÖYÜ



PARK PROJE MERKEZ

Sağlık, spor ve rehabilitasyon hizmetleri...



Geriatrî eğitimi almış uzmanlarımız güler yüzlü ve şifalı elleriyle hep yanınızda olacak. Onların şefkatleri yüreğinizi ısıtacak. Çoğu kaplıca suyu ile donatılmış yüzme havuzlarında rahatlayacak ve spor merkezlerimizde enerjinizi harcadıktan sonra size özel dizayn edilmiş yataklarınıza uzanacaksınız...

BİLGELER KÖYÜ
GERIATRI VE REHABİLİTASYON MERKEZİ



PARK PROJE MERKEZ



Engelliler için özel bölümleri bulunan ibadethane

ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERİATRİ VE REHABİLİTASYON MERKEZİ

PARK PROJE MERKEZİ



Tüm sosyal tesisleri ve çevre düzenlemesiyle 100 haneli Bilgeler Köyü

ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERİATRİ VE REHABİLİTASYON MERKEZİ

PARK PROJE MERKEZİ

Hepimizin yolu bir gün Bilgeler Köyü'ne düşecek...



Enerjisini, gıdasını ve bir çok ihtiyacını kendisi üreten, birikimlerini ziyaretçileriyle paylaşan, geçmişinden kopmayan ve geleceğinden endişe etmeyen, huzurlu ve sağlıklı Bilgeler Köyü'ne bir gün sizin de yolunuz düşecek. Çünkü hepimiz yaşlanacağız...



ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERİATRİ VE REHABİLİTASYON MERKEZİ



PARK PROJE MERKEZİ



ANKARA
BİLGE
ÜNİVERSİTESİ



BİLGELER KÖYÜ
GERİATRİ VE REHABİLİTASYON MERKEZİ



Tarihî Piriñhan Üst Kat No: 2 Osmangazi - Bursa Tel: 0224 224 90 07 Gsm: 0532 515 33 64 e-posta: zipltanprojeler@gmail.com

**ZIPLATAN
PROJELER
MERKEZİ**
kurulduğudur



TÜRKİYE’NİN BAKIM MODELLERİNE OLAN GEREKSİNİMİ VE GERİATRİ

Doç. Dr. Mustafa CANKURTARAN

Akademik Geriatri Derneği Başkan Yardımcısı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı Öğretim Üyesi

I. Giriş

1980’li yılların ortalarından itibaren nüfusun yaşlanması ve yaşlı popülasyonun kendine özgü hastalıklarının ve tedavilerinin olduğunun ortaya çıkması ile tüm dünyada 65 yaş ve üzeri insanların genel sağlık sorunları, hastalıkları ve bu yaşlara özgü geriatrik sendromlar ile ilgilenen sağlık birimlerinin artması gerekliliğini ortaya koymuştur. Dünyadakine paralel olarak Türkiye’de de yaşlı nüfus 2011 verilerine göre % 7,2 seviyelerine ulaşmıştır. Yaşlılıkta sağlık sorunları fiziksel, sosyal, mental ve çevresel olarak farklı faktörlerden etkilenmektedir. Organ sistemlerinde önemli fizyolojik değişiklikler olması, fonksiyonel kapasitede azalmalar ve kayıplar olması, günlük yaşam faaliyetlerinde azalma ve kısıtlamaların bulunması, hastalıkların sık ve atipik seyretmesi, psikolojik, sosyoekonomik, ailesel, toplum sağlığı açısından farklı bir yaş grubu olması, sorunların farklı uzmanlıklar yerine bir merkezde çözümlenme gerekliliği, multipl patoloji ve polifarmasi sıklığının yüksek olması bu hasta grubu ile ilgilenecek ayrı bir bilim dalı olmasını zorunlu kılmaktadır. Tüm bu nedenlerin yanı sıra yaşlı nüfusun artması ve yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşımının zorlaşması sebebi ile geriatri bilim dalları öncelikle G8 ülkelerinde, sonrada G20 ülkelerinde artmaya başlamıştır. Yaşlıların bir merkezde geriatri uzmanı ve ekibinden hizmet alması ile yaşlıların farklı kliniklere başvurma oranları azalmış, bu yaşam kalitesine ve ekonomiye ve yaşlının sağlığına katkıda bulunmuştur. Yaşlı hastaların sorunlarının tek merkezde yeterli zaman ayrılarak çözülmesi ihtiyacı geriatri bilim dallarının açılması ile karşılanmaya başlamıştır.

Geriatrik hastanın uygun ve doğru değerlendirilmesi kapsamlı geriatrik değerlendirme ile mümkün olur. Kapsamlı geriatrik değerlendirmede amaçlar; başka türlü gizli kalabilecek hastalıkları ortaya çıkarmak, kesin tanıya yardımcı olmak, sağlığı korumak ve yeniden kazandırmak için uygun bakımı planlayıp



uygulamak, gerektiğinde optimum çevresel ve sosyal destek için danışmanlık vermek, sonuçları öngörerek hastalığın ilerleyişini monitorize etmek, fonksiyonel düzeyi korumak ve geliştirmek, fonksiyonel durum geriatrik sağlığı etkiler ve onun tarafından etkilenir, dolayısıyla kapsamlı geriatrik değerlendirmenin en önemli amacı fonksiyonel iyileştirmedir.

Kapsamlı geriatrik değerlendirmede interdisipliner ekip ön plandadır. İnterdisipliner ekibin üyeleri: Çekirdek grup Klinisyen-geriatrist ya da iç hastalıkları uzmanı, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, iş ve uğraşı terapisti ve fizyoterapisttir. Gerektiğinde danışılacak multidisipliner ekip üyeleri ise nöroloji uzmanı, oftalmolog, farmakolog, göz hekimi, üroloji uzmanı ve diğer uzmanlık alanlarıdır. Bu ekibin amacı yaşlılarımızın fonksiyonlarını korumak ve daha iyi bir yaşam kalitesi ile beraber mümkün olan en üst sağlık düzeyine onları ulaştırabilmektir.

Geriatrı temel olarak bir klinik branştır. Geriatrik sendromların tanınması, tedavisi ve takibi; yaşlının tüm dahili hastalıklarının ve dahili dışı nöropsikiyatrik, kas iskelet, ürolojik, görme ve işitme alanı ile ilgili sorunlarının; özetle tüm sağlık sorunlarının tanı, tedavi ve takibinden sorumludur. Yaşlıyı bir bütün olarak ele alır ve sağlığıyla ilgili tüm klinik uygulamalardan sorumludur. Geriatrı sağlayacağı hizmetlerin gerektirdiği bilgi ve beceri birikimi nedeniyle sadece İç Hastalıklarının bir yan dalıdır. Tüm dünyada da gelişmiş ülkelerde böyledir. **Bu derece çok yönlü olmayı gerektirecek bir branшта, İç Hastalıkları uzmanı olmayan bir hekimin Geriatrı yan dal araştırma görevlisi olması mümkün değildir.**

İnterdisipliner ekip çalışması (Geriatrı uzmanı, psikolog, fizyoterapist, iş ve uğraşı terapisti, geriatrı ve veya dahiliye hemşiresi, beslenme ve diyet uzmanı, sosyal hizmet uzmanı) geriatrı klinik uygulamasının her aşamasında önemlidir. Ekip kavramı; geriatrı uzmanı liderliğinde bir arada yaşlıyı temel hedef olarak görür ve yaşlının sağlığıyla ilgili tanı, tedavi ve takibinde esastır.

Bunlara ek olarak toplum yaşlanması, yaşlanma demografisi, sağlıklı yaşlanma, yaşlılarda yaşam kalitesinin artırılması konularında eğitim ve planlamalar yapar. Yaşlanma mekanizmaları, yaşlanma biyolojisi mekanizmalarının kavranılması önemli ilgili temel bilim alanlarındanır. Gerekli mevzuat ve düzenlemeler yapıldıktan sonra programa eklenebilecek evde bakım sistemleri, bakımevi ve huzurevi konsültanlığı ve rotasyonları geriatrının temel çalışma alanlarından olacaktır

Ülkemizde de durum, dünya gerçeklerine paralellik göstermektedir. 2011 TÜİK verilerine göre 65 yaş üstü yaşlı nüfus oranı %7,2'dir. Demografik geçiş süreci Türkiye'de Avrupa ülkelerine kıyasla çok daha kısa bir sürede yaşanacaktır. Doğurganlık oranının düşmesi ve yaşam beklentisinin artması ile Türkiye, genç nüfusa sahip bir ülke olmaktan çıkacaktır. 1990 yılında 65 yaşın üstündekiler toplam nüfusun yüzde 4,5'una eşit iken 2025'te bu oran iki katına, yüzde 9'a çıkmış olacaktır. Gerek TÜİK gerekse Dünya Sağlık Örgütü tarafından **yapılan projeksiyonlara göre Türkiye, önümüzdeki 25 yılda tüm dünyada yaşlı nüfusun en hızlı artacağı ikinci ülke olacaktır.**

II. Türkiye'de Geriatri ve Akademik Geriatri Derneği

Yaşlanan nüfusla beraber sağlık harcamaları ve bakım ihtiyacı da hızla artmakta bugün sosyal güvenlik sistemi son derece güçlü olan ülkeler de dâhil olmak üzere tüm ülkeler için geleceğe yönelik ciddi bir tehdit halini almaktadır. Batı ülkelerinde yaşlı bireylerin %15'i hastaneye kabullerin %50'den fazlasını ve sağlık kaynaklarının yaklaşık %40'ını tüketmektedir. ABD'de 'Medicare' harcamalarının %30'u, %6'lık çok küçük bir kesim -ölmekte olan yaşlılar- için tüketilmektedir.

Artan yaşlı nüfusun uzun dönem bakım ihtiyacını karşılayabilmek için tüm dünya ülkelerinin demografik bilgiler ve rakamsal öngörülerden yola çıkarak gelecek planlamalarını yapmaları, bakım modellerini geliştirmeleri gerekmektedir. Bu amaçla dünyada yaşlı bireye yönelik çalışan sağlık personelinin yetiştirilmesine, eğitime ve sayıca artırılması konusuna önem verilmekte ve artan yaşlı nüfusunun yaratabileceği sağlık sorunlarını azaltmaya çalışılmaktadır. Dünyada ve ülkemizde bu amaçla Geriatri Bilim dallarının, derneklerinin ve yapılan eylem planlarının sayısı her geçen gün artmaktadır.

Ülkemizde 2002 yılında Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı ve 2007 yılında Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı yapılmıştır. Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (DPT), Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü (SHÇEK) ve başta akademik geriatri derneği olmak üzere konu ile ilgili sivil toplum kuruluşlarının katılmış olduğu 2. Dünya Yaşlılık Asamblesi sürecinde hazırlanan "Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı", uzun vadede nüfusu yaşlanma eğilimi gösteren ülkemiz için de önemli tedbirleri içermekte olup ve tavsiye kararı niteliğindedir.

SHÇEK Genel Müdürlüğü ve DPT Müsteşarlığı bu eylem planında uygulamaya konulması gereken hususların belirlenmesi, konuya yönelik sektörler arası faaliyetlerin planlanması, belirlenen hususların uygulanmasının sağlanması ve bu uygulamaların izlenmesi için gerekli çalışmalara başlamıştır. DPT Müsteşarlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü'nün koordinatörlüğü ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunun işbirliği ile bu çerçevede Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu çeşitli kamu kurum ve kuruluşları, üniversite ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcilerinden oluşan "Ulusal Komite" Nisan 2004 yılında başlattığı çalışmalarını 2005 yılında tamamlayarak "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı"nı hazırlamıştır. Söz konusu Eylem Planı, Yüksek Planı Kurulu'nun 01.03.2007 tarihli kararı ile kabul edilmiştir. Yapılan bu eylem planları ile ülkemizdeki yaşlı hizmetleri iyileştirilmeye çalışılmış ancak etkinlik boyutu eksik kalmıştır. Bu nedenle başta Akademik Geriatri Derneği olmak üzere bir çok sivil kuruluşun katılımıyla 7-8 Haziran 2011 tarihinde yapılan **Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı Çalıştay**'ında bu konuda dâhil yaşlılara ilişkin birçok başlık ele alınmış ve bununla ilgili birçok hedef ve stratejiler oluşturulmuştur.

Ülkemizde mevcut olan **47** geriatri uzmanının **45**'inin üye olduğu ve bu alandaki aktif, yetkin ve yasal olarak geriatri hastası bakmakla yükümlü olan ana büyük dernek **Akademik Geriatri Derneği**'dir. Yine dernek altında - Akademik Geriatri Derneği yaşlı Ruh Sağlığı çalışma grubu vardır. Dernek faaliyetlerine ve bilgilerine şu anda aktif olarak hizmet veren **www.akademikgeriatri.org** adresinden ulaşılabilir. Akademik geriatri derneği her yıl akademik geriatri kongresini yaklaşık 800 katılımı ile gerçekleştirmektedir. Dernek 23-27 Mayıs 2012'de Antalya'da beşinci kongreyi, Avrupa geriatri dernek (EUGMS) başkanları, yaşlıdan sorumlu devlet bakanımız, ilaç eczacılık genel müdürlüğü, SGK gibi kurumlarımızın yöneticileri, tüm geriatri uzmanları, akademisyenler, hekimler, hemşireler, fizyoterapistler, beslenme uzmanları, huzurevleri ve bakımevleri personeli ile birlikte gerçekleştirecektir. Kongrede ayrıca geriatri hemşireliği, diyabet, geriatrik kardiyoloji, nütrisyon, geriatrik nöropsikiyatri kursları da yapılacaktır.

Akademik geriatri derneği ayrıca her yıl yaşlıda ilaç kullanımı ve gerektiğinde verilen nütrisyonel desteğin doğru ve bilimsel bir şekilde yapılmasını yaygınlaştırmak amacı ile akılcı ilaç ve tıbbi beslenme ürünleri

sempozyumu yapmaktadır. 14–16 Eylül 2012’de 3. Akılcı İlaç Ve Tıbbi Beslenme Ürünleri Sempozyumu Kıbrıs’ta yapılacaktır. Yine akademik geriatri derneği her yıl huzurevi ve bakımevi hekimlerine yönelik nutrisyon alanında ve demans alanlarında eğitim vermektedir. Bunlar şehirlerde bölgesel toplantılar şeklinde olduğu gibi aralıklarla ulusal ölçekte de yapılmaktadır. Bu kapsamda son olarak 2. Türkiye Huzurevleri ve Bakımevleri Nütrisyon Eğitim Kursu Kapadokya’da Mart 2012’de gerçekleştirilmiştir. Sahip olduğu tecrübe ve birikimiyle yaptığı toplantılarla Geriatri bilincinin yaygınlaşmasına çok büyük katkıda bulunan

Akademik Geriatri Derneği aynı zamanda bünyesinde Akademik Geriatri Dergisini yayınlamaktadır. Dergi ulusal hakemli bir dergi olup yabancı indekslerin bir kısmına girmektedir. 2009 yılından bu yana yılda 3 sayı olarak düzenli olarak yayınlanmaktadır. Geriatri Dergisi, Geriatri ve Geropsikiyatri dergileride bu alandaki diğer dergilerdir. Geriatri ve Gerontoloji kitabı 2006 yılında Akademik Geriatri Derneği başkanı Prof. Dr. Servet Arıoğul editörlüğünde basılmıştır. 1300 sayfa olan bu kitap konusunda önemli ve yaygın kullanılan bir kaynak olup, 2. baskısının 2012 yılı sonuna kadar yapılması planlanmaktadır. Ayrıca Geriatri ve Temel Geriatri kitapları da yayınlanan diğer kitaplardır.

EUGMS(European Union Geriatric Medicine Society) Avrupa geriatri derneğidir. Akademik Geriatri Derneği, EUGMS’de Türkiye adına gözlemci dernek olarak yer almaktadır. Yıllık yapılan Akademik Geriatri Kongresi EUGMS başta olmak üzere dünyada önde gelen geriatri dernekleri tarafından desteklenmektedir. Bu bağlamda kongremize EUGMS Derneği’nden konuşmacılar, dernek başkanı, akademik direktörü, EAMA (European Academy for Medicine of Ageing) Başkanı ve IAGG- Europe (International Association of Gerontology and Geriatrics) Başkanı konuşmacı olarak katılmaktadır. Türkiye adına Akademik Geriatri Derneği ve Geriatri Derneği gözlemci üyedir. EUGMS’nin yıllık olarak yaptığı Avrupa Geriatri kongresinin 2011 yılında yapılan kongresinde Akademik Geriatri Dernek Başkanı sayın Prof. Dr. Servet Arıoğul ve Başkan yardımcısı Doç. Dr. Mustafa Cankurtaran iki ayrı panelde başkanlık yaptı. Prof. Dr. Servet Arıoğul EUGMS fullboardunda ülkemizi temsil etmekte olup en son toplantı 6 Mart 2012 tarihinde Londra’da yapılmıştır.

EUGMS-TNT Nütrisyon projesi beslenme çalışma grubu projesi olup, akademik geriatri derneği ile birlikte sürdürülmektedir. Bu kapsamda Akademik Geriatri Derneği ile birlikte yapılacak olan uluslararası toplantı, 20-22 Mayıs 2012 İstanbul'da gerçekleştirilecektir. EUGMS Aşı çalışma grubu üyeliğinde Türkiye'yi Akademik Geriatri Derneği temsil etmektedir. Aşıların yaşlı gruptaki etki ve maliyet etkinliklerini ortaya çıkaracak projeleri yürütmektedir.

Avrupa Geriatri Akademisi Kursu Avrupa'da geçerli, saygın 2 yıl süren bir diploma programıdır. Akademik Geriatri Derneği bu kurumla da sıkı bilimsel ilişki içerisinde. 2 yıllık diploma programını başarıyla bitirmiş 3 mezun ve eğitime devam eden 8 eğitimcimiz mevcuttur. Akademi başkanı Prof. Dr. Cornel Sieber son 3 yıldır kongremizde konuşmacı olarak yer almaktadır.

UEMS - GMS (European Union of Medical Specialist Geriatric Medicine Section) 'de derneğimiz gözlemci dernek ve Türkiye temsilcisi olarak yer almaktadır. En yakın toplantının 31 Mart 2012 Nice'da yapılmıştır. Toplantıda Türkiye'yi temsilen Akademik Geriatri Derneği adına Prof. Dr. Aslı Çurgunlu ve Doç. Dr. Mustafa Cankurtaran toplantıya iştirak etmişlerdir.

Daha sonra yine malnütrisyonla ilişkin 2011 yılında ulusal çapta olan **“Türkiye Huzurevleri ve Bakımevleri Nütrisyonel Durum Değerlendirme Projesi”** yapmıştır. Bu çalışmada huzurevleri ve bakımevlerinde kalan yaşlılarda malnütrisyon oranlarının ve malnütrisyon ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma çok merkezli olarak yürütülmüş olup Ankara'dan 7, İstanbul'dan 5, İzmir'den 4 huzurevi ve bakımevinden toplam 1816 gönüllü çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların %11,9' sinde malnütrisyon ve % 38,3'ünde malnütrisyon riski saptandı. Çalışmada malnütrisyonla ilişkili birçok faktörün alt analizleri de yapıldı.

Sosyal Güvenlik Kurumu sisteminde yasalar çıkarken geriatri aktif olarak göz önünde bulundurulmamakta ve bu nedenle bu konuda sorunlar ve gecikmeler yaşanmaktadır. Bu alandaki sorunlar şunlardır;

Geriatri bilim dallarında, 65 yaş ve üzeri her hastaya çok yönlü geriatrik değerlendirmenin bir parçası olarak kronik hastalıkların tanı ve tedavisine ilişkin birçok test yapılmakta ve sonrasında tedavileri verilmektedir. Ancak, yürürlükte olan mevcut SUT(Sağlık Uygulama Tebliği) uygulamaları

kapsamında performans sisteminde kullanılan **"sağlık kurumları girişimsel işlem puan listesi"**nde Geriatri uzmanı tarafından yapıldığında puan olarak karşılığı olmadığından büyük mağduriyet yaşanmakta ve reçete edilen ilaçları hastalar alamamaktalar. Puan olarak karşılığı olmayan testlerin ve geri ödemesi bulunmayan ilaçların listesi aşağıdadır.

Geriatri Uzmanı Tarafından Yapıldığında Puan Olarak Karşılığı Olmayan Testler

- Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri Testi
- Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktivite Testi
- Mini Nütrüsyonel Test
- Mini Mental Test
- Saat Çizdirme Testi
- Yesavage Geriatrik Depresyon Testi
- Yürüyüş ve Balans Testi (Yürüme analizi, Denge/koordinasyon testleri)
- Kas gücünün dinamometre ile ölçümü

Geriatri Hekimi Tarafından Yazıldığında Geri Ödeme Kapsamında Olmayan İlaç ve Tıbbi Malzemeler

- Nöropatik ağrı tedavisinde kullanılan ilaçlar (Gabapentin, Pregabalin)
- Osteoporoz tedavisinde kullanılan Teriparatide
- Atipik antipsikotik ajanlar (Demansa bağlı davranış bozukluğu tanısı ile)
- Üriner inkontinans ilaçları (Tolteridon, Trosipium, Darifenazin)
- Parkinson tedavisinde kullanılan ilaçlar
- Antiobezite ilaçları
- Yara bakım ürünleri
- Tekerlekli sandalye
- İdrar sondası

III. Yaşlı Bakım Modelleri ile İlgili Geriatrik Bakış Açısı

Akademik Geriatri Derneği koordinatörlüğünde Sağlık bakanlığı ile yapılan haziran 2011 çalıştayının sonuçlarından biri aşağıdaki gibi ifade edilmiştir:

Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık; fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak tam bir iyilik halidir. Toplumsal sağlık tüm bu öğeleri kapsayan politikalarla gerçekleştirilebilir. Sağlıklı yaşlanma fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden iyilik halini gösteren bir kavram olup, bireysel özelliklerin yanında toplumsal açıdan sağlanan destek hizmetleri ile yakından ilişkilidir. Günümüzdeki yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar, yaşam kalitesini ve genel sağlık düzeyini yükseltmeye odaklanmaktadır. Yaşlanmanın fiziksel, psikolojik ve sosyal koşullarının incelenmesi ve iyileştirilmesi; yaşlı refahının geliştirilmesine, sürdürülmesine katkıda bulunduğu gibi toplumsal refahın geliştirilmesine de önemli ölçüde yardımcı olmaktadır. Yaşlıların değişen toplum yapısı içinde yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, sorunlarına ve gereksinimlerine cevap verilebilmesi, aile ve toplumla bütünleşebilmelerinin sağlanmasına yönelik hizmetlerin geliştirilmesi gereklidir. Yaşlıların refahını artırmaya yönelik olarak belirlenen hedefler arasında, yaşlılık döneminde hastalıkları önlemek için politikaların geliştirilmesi, sağlık ve bakım hizmetlerine tam erişimin sağlanması, yaşlıların sosyal ve ekonomik gereksinimlerinin yanı sıra sağlık gereksinimlerinin de karşılanması ve sürece katılımlarının teşvik edilmesi için temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sürdürülebilirliğinin sağlanması gerekmektedir. Daha sağlıklı ve daha aktif yaşlı bireylerin oluşturulması için yaşlılara yönelik sürdürülebilir politikalar düzenlenmelidir. Sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri kısa vadeli çözümler getirmek yerine, nüfustaki demografik değişiklikleri ciddiye alan önlemler almalıdır. Sağlık, eğitim, istihdam politikaları da bu değişime mutlaka uyum sağlamalıdır. Aksi takdirde, sorun yalnızca yaşlılar için değil, halen olduğu gibi gençler için de var olacaktır. Bu nedenlerden dolayı, yaşlıların değişen toplum içinde ihtiyaçlarının farklılaşması ile belirlenen politikaların tekrar gözden geçirilerek geliştirilmesi ve yeni stratejiler üzerinden projeler üretilmesinin sağlanması öngörülmektedir

Yine aynı çalıştayda şu stratejiler belirlenmiştir:

- 1- Yaşlı bireyler için koruyucu sağlık hizmet sunumunun sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi

- 2- Yaşlı bireyler için teşhis ve tedavi hizmetlerinin niteliğinin artırılması
- 3- Rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi
- 4- Yaşlıların sağlık hizmetine ulaşımının güç olduğu bölgelerde (Özellikle kırsal alanlar) kaynak dağılımlarının geliştirilmesi, yerel idarelerin, sivil toplum kuruluşlarının ve gönüllü kuruluşların bu hizmetler için teşvik edilmesi
- 5- Yaşlıların sağlık, sosyal ve rehabilitasyon hizmetlerinde işbirliğinin sağlanarak yürütülmesi
- 6- Yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerinde hastanelerde geriatri bilim dalları ve üniteleri, geriatri hastaneleri, rehabilitasyon merkezleri, geriatrik bakım merkezleri ve yaşlı gündüz bakım evlerinin standartlarının iyileştirilmesi ve bu standartlara uygun merkezlerin açılması
- 7- Bakım ihtiyacı olan yaşlılara yönelik ekonomik ve sosyal uygulamaların geliştirilmesi

Bakım hizmetleri konusunda ülkemizdeki temel sorunlar aynı çalıştayda şu şekilde sıralanmıştır:

- 1. Evde bakım hizmetlerinin yetersizliği:** Ülkemizde sosyal hizmetler sisteminin genel olarak kurum bakımı olarak adlandırılan bir örgütlenme içerisinde bulunmasından dolayı evde bakım ve gündüzlü hizmetler yeterince gelişmemiştir. Bu nedenle bakıma muhtaç bireylerin fiziksel, sosyal, kültürel özellikleri, alışkanlıkları, istek ve beklentileri doğrultusunda, çağdaş bakım modelleri uygulamaya aktarılamamıştır. Ayrıca, mevcut sistemde evde bakım hizmeti tıbbi bakım, rehabilitasyon ve bakıcı eğitimi hususlarını tam olarak içermemekte evde bakım uygulamalarının uluslararası normlar da dikkate alınarak yapılandırılması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, mevcut durumda evde bakım hizmeti veren aile bireylerinin ihtiyaç duydukları zamanlarda bakım hizmetini süreli olarak alacakları bir mekanizmanın bulunmaması bu kişilerin günlük ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamalarında önemli bir engeldir.

- 2. Kurumsal bakım hizmet sunumundaki eksiklikler:** Ülkemizde mevcut durumda ruh sağlığı bozulan bireylere yönelik olarak, tıbbi tedavi sonrasında rehabilitasyon ve bakımlarının sağlanması hususunda hizmet sunacak yatılı ve/veya gündüzlü resmi ve/veya özel yüksek güvenli merkezler ile sağlık kurumları bulunmamaktadır. Ayrıca bakım hizmetlerinin daha etkili, ihtiyaca cevap verir ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesi için bakım hizmeti sunan özel bakım merkezlerinin niteliğinin artırılması ihtiyacı bulunmaktadır. Geriatri bilim dalları tüm bu aşamalarda yer almalı ve belirleyici olmalıdır.
- 3. Bakım hizmetleri konusundaki eğitim eksikliği:** Ülkemizde bazı sınırlı sayıda kurumların verdiği sertifika programları dışında bakım hizmetlerini sunan bakım personeline yönelik mesleki eğitim ve psikolojik destek hususları bugüne kadar düzenlenmemiştir. Bu durum bakım hizmetlerinin niteliğini, etkinliğini, verimliliğini ve sürekliliğini engellemektedir. Bugüne kadar bu hizmetleri verecek personel, standart bir mesleki eğitim programı almadan istihdam edildiği için bakım hizmetleri alanının nitel ve nicel ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalmıştır. Bunun yanı sıra, ağır engellisi bulunan ailelere bakım hizmetleri konusunda sunulan, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini içeren eğitim ve bilinçlendirme hizmetleri yetersiz kalmaktadır. Geriatri bilim dalları tüm bu aşamalarda yer almalı ve belirleyici olmalıdır.
- 4. Bakım ve rehabilite edici destek teknolojilerinin yetersizliği:** Engelliler için destek teknolojileri; engelli bireyin bağımsız olarak yaşamasına izin veren, işlerinin daha kolay, daha az enerji ve zaman harcanarak yapılmasını sağlayan teknolojilerdir. Bugün ülkemizde engelli bireyler için teknoloji üretimi ve kullanımı istenilen düzeyde değildir. Bu nedenle, her özür grubuna ve yaşa göre kullanıcının yetenek ve kapasitesini en üst düzeye çıkaracak; güvenli, emniyetli, rahat ve etkin kullanılacak şekilde destek teknolojilerinin geliştirilmesi ve üretilmesi, bu alanda yurt dışında yaşanan gelişmelerin takip edilmesi ve ülkemiz şartlarına uyarlanarak yaygınlaştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

5. Tüm nüfusu kapsayan bir bakım güvence sisteminin bulunmaması: Mevcut durumda bakım hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan evde bakım hizmetinden sadece ekonomik yoksunluk içindeki ağır engelliler, karşılıksız olarak yararlanabilmektedir. Ancak, bakıma muhtaçlık durumu ekonomik yoksunluk içinde bulunan ya da bulunmayan her bireyin karşılaşılabileceği bir risktir. Söz konusu riske karşı her bireyin güvence altına alınması ve bakıma muhtaçlığın sosyal sigorta sistemi içinde değerlendirilerek, bireylere bakıma muhtaçlık durumunda güvence sağlama karşılığında, prim toplama esasına dayandırılması ihtiyacı bulunmaktadır. Bu şekilde oluşturulacak bir bakım güvence modeli ile tüm nüfusun bakıma muhtaçlık konusunda kapsama alınması sağlanmış olacak ve toplanacak primlerle bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliği sağlanacaktır.

Evde bakım hizmetleri 10 yıl öncesine göre ülkemizde önemli bir gelişme kat etmiştir. Ancak çözüm getirilmesi gereken birçok sorun vardır. Bu sorunların başında gelen problemlerden biride bu konuda çalışacak yeterli ve tecrübeli sağlık personelinin kısıtlılığıdır. Bakım ve destek hizmetlerinde rol üstlenecek bakım destek personelinin görev tanımı ve sorumluluklarının belirlenmemiş olması, eğitim standartlarının olmayışı problemlerin katlanarak artmasına sebep olmaktadır. Gerek bu konuda görev yapacak personelin yetiştirilmesinde gerekse projenin aktif ve verimli olarak hayata geçirilmesinde Geriatri uzmanının rolünün artırılması için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması yerinde olacaktır.

Yaşlı apartmanları, korunmalı meskenler, yaşam evleri, gündüz yaşlı kreşleri, hospice, palyatif bakım, subakut bakım şeklinde organizasyonel yapılar ile yaşlı bakımı evde bakım ve kurumsal bakım dışında da geriatri koordinatörlüğünde yeniden yapılanmalıdır.

Ülkemizde hızla artan yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla sayıları her geçen gün artan huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin bu konudaki önemi çok büyüktür. Ancak mevcut yürürlükteki **"Huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri yönetmeliği, özel huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım merkezleri yönetmelik"**leri **geriatri bilimi ve geriatri uzmanına** yönelik hiçbir

unsur içermemektedir. Bu konudaki eksikliğin giderilmesi ve yeni düzenlemelerin yapılmasının uygun olacağı tartışılmaz bir gerçektir. Bu konuda yapılabilecek düzenlemelerden bazıları aşağıda sıralanmıştır;

- 1- Ülke genelindeki hizmetlerinin gelişimini izleyerek, alınacak tedbirleri ve ulusal stratejileri belirlemek, gerektiğinde denetim ve hizmet içi eğitim faaliyetlerinin yürütülmesini sağlayacak Geriatri Uzmanının da bulunduğu **Bilimsel Danışma Komisyonu**'nun oluşturulması. Ülkemizde başka birçok tıbbi alanda benzer komisyonların bulunduğu bir gerçektir. Artan ihtiyaca binaen ülkemizde de bu konuda da bir komisyonun oluşması gerektiği açıktır.
- 2- Huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde görev yapacak hekimlerin ve personelin Geriatri Ünitelerinin bulunduğu merkezlerde, mezuniyet öncesi ve sonrası geriatri eğitimlerinin arttırılması ve bunların sertifikalandırılmasına olanak sağlayan yasal düzenlemelerin yapılması ve bu konuda özel veya resmi protokollerin oluşturulması.
- 3- Geriatri Bilim Dalları bulunan illerde, Huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin bu bilim dalları ile ilişkilendirilmesine olanak sağlayan kurumların birlikte çalışması, hasta görülmesi ve bilimsel araştırmaların yapılması da dahil bu konuda yasal düzenlemelerin yapılması.
- 4- Özel veya resmi huzurevi ve bakımevlerin de geriatristlerin konsültan olarak bir bağlantı sistemi içerisinde danışmanlık yapabilmesine olanak sağlayan özel ve resmi protokollerin oluşturulması. Bu kurumların diyaliz merkezlerinde nefrolog konsültanlığı gibi huzurevi ve bakımevinde de geriatri uzmanı konsültanlığı bulundurmaları konusunun önce özendirilmesi ve zamanla zorunlu hale getirilmesi.

IV. Sonuç

Yaşlılık ve Geriatri şu anda ve yakın gelecekte ülkemiz için son derece önemlidir. Son 10-15 yıldır var olan çabalar ve tecrübelerden yararlanarak, kendimize özgü, uluslararası standartlar ve eğitim düzenlemelerine uyarak, yaşlı bakım modelleri geliştirilmelidir. Bu konuda ülkemizdeki İç hastalıkları anabilim dallarına bağlı tüm Geriatri bilim dalları ve Akademik Geriatri derneği görevini sürdürmeye her zaman olduğu gibi hazırdır.

Geriatri uzmanları, Geriatri Bilim Dalı kurulması, geriatrik hasta bakım ve tedavisi, eğitim verme ve personel eğitimi gibi konularda yasaların da tanımladığı gibi tam yetkilidirler. Tanımlanan görev alanlarında ilgili bakanlık genel müdürlüğü ve şubeleriyle birlikte işbirliklerini geliştirmelerine devam etmelidirler. Yaşlı nüfusun problemlerinin çözümünde kritik bir öneme sahip olan ve şu an için sayıca az olan geriatri uzmanı ve geriatri bilim dalları sayılarının artması için yapılan çalışmaların yetkili mercilerce desteklenmesi yerinde olacaktır. Bu konuda sadece iç hastalıkları uzmanının geriatri uzmanı olabilmesi koşulu evrenseldir ve yasalarla tanımlanmıştır.

Yaşlı bakım modellerine gereksinim olduğu açıktır. Bunun nasıl yapılacağı konusu çalıştaylar ve buna benzer toplantılarla ortaya çıkacaktır. Burada geriatrik bakış açısının önemi, interdisipliner ekip kavramı ve geriatri uzmanının liderliği de yurtdışı örneklerinde olduğu gibi belirleyici olacaktır ve mutlaka yararlanılmalıdır. Geriatri uzmanı mutlaka evde bakım, bakımevi ve her tur bakım aşamasında etkin ve belirleyici rol oynamalı ve ekip çalışmasını desteklemelidir.

HOLLANDA TÜRK YAŞLILAR FEDERASYONU

Sabri BAĞCI

Türk - Hollanda Yaşlı Konseyi Başkanı

2004 yılında Hollanda'da ikamet eden 55 yaş ve üstü, dört büyük gruptan Surinam, Türkler, Faslılar ve Antillerden oluşan ve batılı olmayan göçmen yaşlıların sayısı 115.000 kişiden oluşmaktadır. Bu sayı Hollandadaki yaşlıların sadece % 3'ü idi. Önümüzdeki birkaç yıl içinde büyüme artacaktır. 2015 yılında bu sayı 260.000 ve 2020 yılında ise 350.000 göçmen yaşlı olarak tahmin edilmektedir.

Gittikçe çoğalan ve sorunların daha da büyüyeceği göçmen yaşlılarımızın toplumun sunduğu imkanlardan daha iyi faydalanmasını istiyoruz. Bunun için Konut, Bakım ve Refah sektöründe yaşlılara sunulan imkanlardan tam olarak yararlanmalıdırlar. Ve bunun içindir ki Konut, Bakım ve Refah sektörünün yaşlılara daha fazla yatırım yapmaları ve kapılarını yeterince göçmen yaşlılarımıza açmalılar ve onlara ulaşmak için gereken çalışmalar yapmalıdırlar.

Yaşlı göçmenlerin karşı karşıya olduğu sorunlar sadece göçmen yaşlılarla bağlantılı değildir. Aynı sorunları Hollandalı yaşlılarda görmek mümkündür. Aradaki fark birçok göçmen yaşlıların sorunlarının genellikle daha sıkça ve belirgin bir şekilde görmek mümkündür. Bunların daha çok; gelir, sağlık ihtiyaçları, sağlık bakımı, konut, sosyal izolasyon ve birçok konuda bilgi eksikliği gibi, alanlarda olduğu araştırmalardan ortaya çıkmaktadır.

Hükümet göçmen yaşlıların sorunlarına daha çok yatırım yapılması gerekliliğini ve bu konu da gereken çalışmaların yapılmasını defalarca onayladı. Ama bu söylemlerden sonra ne yazıkki somut adımlar atılmadı ve gerekli tedbirler alınmadı. Bunu bir örnekle belirtmek gerekirse: Birçok belediye, yaşlı göçmenler için spesifik olarak Konut, Bakım ve Refah sektöründe yatırım, destek, rehberliklik gibi konularda yetersiz kaldılar.

Diğer bir deyişle kültürler arası veya inter kültürel çalışmaların Türk yaşlıları için 50 yıl sonra hala yapılmamış olması ve herşeyin birkaç sözde kalması geleceğimiz için iyi bir umut vaad etmemektedir. Buna karşılık, pek çok



alandan sınırlı olsa iyi niyetli girişimciler bulunmaktadır. Ama bu girişimler göçmen yaşlılara daha çok destek sağlamak ve diğer girişimcilere örnek olması bakımından her ne kadar yeterli olmasa da umut verici olarak görülmektedir.

Yukarıdaki hedefleri desteklemek ve göçmen yaşlıların toplum içindeki sorunları konusunda yaşlılarla çalışan kurumlara tavsiyelerde bulunmak ve yaşlıları desteklemek için şimdiye kadar varolan bilgi ve uzmanlığın daha iyi donatılması ve birleştirilmesi çok önemlidir.

Bilgi ve deneyimlerin birleştirilmesi ile bizler göçmen yaşlıların sorunlarına daha iyi eğilebiliriz, onların çıkarlarını savunabiliriz ve kurumlarla beraber çalışabiliriz. Bu sayede hükümetin çeşitli sektörlerine karşı oldukça güçlü hale gelebiliriz.

Bu nedenle 1 mart 2008 yılında Hollanda Türk Yaşlılar Federasyonu kurulmuştur.

Federasyonun temel görevlerini başlıklar olarak şöyle sıralayabiliriz:

- Türk yaşlıların kurumların sundukları hizmetlerden yeterli derecede faydalanmaları;
- Kurumlarla birlikte Türk yaşlılara talep odaklı, spesifik alanlarda çalışmalar yapmak (Bunlar Konut, Sağlık ve Refah alanlarını içermektedir);
- Türk yaşlıları için yine talep odaklı çalışmalar yapmak ve onların toplum her kesimine katılımlarını daha iyi derecede sağlamak ve onların sosyal izolasyondan uzaklaştırmak.

Bunun için;

- > Türk yaşlıların sorunlarının belirlenmesi, sinyalizasyon görevi, olayların takip edilmesi, bunun içinse yaşlı kuruluşları ile birlikte çalışmak;
- > Hollandada uyumu sağlamak; bunun yaparkende kendi kimliklerini korumaların sağlamak ve kültürel ihtiyaçlarını sağlamak;
- > Türk yaşlıların birlikte çalışmalarına ve yaşamalarına destek vermek;
- > Diğer Sosyal kurum ve kuruluşlarla yapılacak olan işbirliğini desteklemek ve teşvik etmek;

> Toplumdaki Türk yaşlılarının ve diğer göçmen yaşlıların topluma entegrasyonuna katkıda bulunmak ve Türk ve göçmen yaşlıların ortak bir sesi olmak.

Hollanda Türk Yaşlılar Federasyonu bu saydıklarımızı hayata geçirmek ve Türk yaşlıların yaşamlarını daha üst seviyelere taşımak için aşağıda belirtilen çalışmaları yapmaktadır.

- Federasyona üye olan veya olmayan Türk kuruluşları ile belirli sürelerde görüşmek ve gerektiği yerde sorunları Hollanda kurumları, yerel ve ülkesel yönetimlere aktarmak ve onlara haklarını savunmak;
- Türk yaşlıları için faaliyetler, konferanslar düzenlemek, ve atölye çalışmaları yapmak;
- Türk yaşlıları için Hollanda kurumları ve çalışanları, yerel ve ülkesel çalışmalar ve toplantılara katılarak, yaşlılar için yapılması gerekenler konusunda tavsiyelerde bulunmak ve onlara destek vermek;
- Türk yaşlıları yararına toplumdaki kurum ve kuruluşlarla birlikte çalışmak ve bunun için bir iltişim ağı oluşturmak;
- Türk yaşlıları yararına çalışan Konut, Bakım ve Refah kuruluşlarını ziyaret ederek birlikte çalışmalarda bulunmak;
- Federasyonun daha iyi ve profesyonel çalışma yapabilmesi için gönüllü çalışanlarına ve yönetim kadrosu için bilgi ve becerilerini geliştirmek için kurslar düzenlemek;
- Çeşitli yaş grupları ve kültürel gruplar için faaliyet merkezleri geliştirmek ve spesifik konut ve bakım merkezleri imkanları sağlamak;
- Türk yaşlılarımız için spor faaliyetleri ve tesisleri oluşturmak; • Yaşlı Türk bayanlarımız için spesifik çalışmalar yapmak ve onların sorunlarına eğilmek.

Hollanda Türk Yaşlılar Federasyonu, aşağı kısa olarak belirtmiş olduğumuz sektörlerde, Özgörgütler, Konut, Bakım ve Refah sektörü, Ulusal, Bölgesel ve Yerel yönetimlerle çalışmalar yapmaktadır. İleri tarihlerde bu çalışmaların ülke genelinde daha iyi bir düzeyde yapmak için vat gücümüzle ve üyelerimizin destekleri ile yapmaya devam edeceğiz. Bunu yaparken bölgelerde Türk yaşlılarımız için ihtiyaç olan spesifik conceptleri sunmaya çalışacağız.

Hollandadaki çeşitli sektörlerdeki durum kısaca aşağıda belirtilmiştir.



Konut (Wonen)

Türk yaşlıları da Hollandalı yaşlılar gibi uzun süre kendi başlarına ve başkalarına bağımsız bir şekilde kendi evlerinde yaşamak istemektedirler. Onlar için önemli olan tek şey; çocuklarına yakın bir yer olması ve oturdukları bölgede Türk kuruluşlarının (camii v.s.) ve Türk dükkanlarının (market, kasap, fırın, v.s.) bulunmasıdır. Türk yaşlıları, bölgesel talepleri dışında konut konusunda, oturacakları evlerin düzeni konusunda bazı özel istekleride bulunmaktadır. Buna karşın, büyük şehirlerde ucuz ve uygun evlerin bulunması her zaman bulunmamaktadır. Bazen yaşlılarımızın oturmak istedikleri bölgede camii ve market yürüme mesafesine uzak bir yerdedir.

Hollanda politikası, yaşlıların mümkün olduğunca uzun süre kendi çevrelerinde yaşamalarını ilke edinmiştir. İnsanlar yaşlandıkça oturdukları konutların onların rahat oturmaları için gerekli tadilatların yapılması sağlanır. Gerekirse onlara evde bakım kurumlarından yardımcılar gönderilir ve kendi evlerinde yaşamaları sağlanır. Zaten çoğu Türk ve Faslı yaşlılarımız, yaşlı bakım evlerinde kalma konusuna pek sıcak bakmıyorlar ve onlar kendi çevrelerinde, çocuklarına yakın bir yerde kalmak istiyorlar.

Toplu Konutlar (Groepswonen)

Son yıllarda göçmen yaşlıların birlikte yaşamak istedikleri toplu konutlar oldukça ilgi görmeye başlamıştır. Toplu konutların konumu, benzer bir kültürel geçmişi olan yaşlıların aynı bir çatı altında, fakat bağımsız yaşamaları ve birlikte çeşitli faaliyetlerde bulunmaları ve gerekirse sounlarında birbirlerine yardımcı olmaları olarak tanımlanabilir. Yaşlılar için gerekli olan toplu konutların yapılmasında Konut kurumlarının ve belediyelerin ivedilikle bu konuya eğilmeleri gereklidir. Bunun için, yerel ve ülkesel yönetimlerin, konut bürolarının, yaşlı örgütlerinin beraber çalışmaları gereklidir.

Yaşam Boyu Konutlar (Levensbestendige woningen)

Yabancı yaşlılar yaşlandıkça bazan sağlık sorunları ile karşılaşmakta ve bu nedenle hemşirelik ve bakım yardımına ihtiyaç duymaktadırlar. Bu grup yaşlılar için oluşturulan yaşam boyu konutlar oluşturulmaktadır. Sağlık sorunları olan ve hemşirelik ve bakım yardımına muhtaç yaşlılarımız o zaman

konut kuruluşlarının bakım kuruluşları ile birlikte geliştirdikleri konutlarda kalmaları ve dışardan sağlık yardımı almaları mümkün olmaktadır. Bu şekilde kişiye özel ve göçmen yaşlıların istekleri doğrultusunda çalışmalar yapılabilir.

Yatılı Bakım Kurumları (Woonzorg instellingen)

Bağımsız ve kendi başlarında oturamayan ve sürekli hemşirelik ve bakım yardımına muhtaç olan yaşlılarımız, devamlı kalabilecekleri bakım merkezlerinde kalabilirler. Bakım evlerinde bu imkanlardan yararlanan pek fazla göçmen yaşlıya rastlamak mümkün değildir. Buna neden olarak özellikle Türk ve Faslı yaşlıların bakım evlerine karşı olan negatif bakış açılarıdır. Bunun yanı sıra; bakım, İslam usûlüne göre hazırlanması gereken yemekler, çalışan personel Müslüman yaşlıların devamlı kalabilecekleri bakım evlerinde kalmalarını engellemektedir.

Bakım (Zorg)

Sağlık ve bakım ihtiyaçları

Araştırmalar Türk ve Faslı yaşlıların, diğer yaşlı gruplarına nispeten daha çok sağlık sorunları ile karşılaştıklarını göstermektedir. Bu çalışmada elde edilen veriler göre, Türk yaşlıların sağlığının birbiriyle ilgili dört konu ile ilgisi olduğunu göstermektedir. Bunları şöyle sıralayabiliriz: Kronik rahatsızlıklar, ruhsal rahatsızlıklar, bedensel rahatsızlıklar ve kişinin algıladığı/hissettiği sağlık durumu olarak gösterebiliriz. Hollandalı ve yabancı yaşlılar arasındaki sağlık farkı cinsiyet, yaş ve sosyo ekonomik durumları da etkili olmaktadır.

Yukarıda belirtilen sağlık sorunları nedeni ile Türk yaşlıların aile doktoru ve hastanelere daha çok müracaat ettikleri ve daha fazla ilaç kullandıkları belirlenmiştir. Buna karşılık Türk yaşlıların bağımsız otururlarken ihtiyacı olmalarına karşın, evde bakım, tadilat ve benzeri imkanlarından daha az faydalandıkları görülmektedir. Buna neden olarak ta ücretlerin yüksek olabileceği, bürokratik işlemler, dil sorunları ve benzerleri gösterilmektedir.

Genel olarak, sunulan sağlık ve bakım imkanlarının çeşitli yaşlı grupların spesifik istekleri doğrultusunda verilmemesi ve Türk yaşlıların Hollandadaki sağlık ve bakım sektörü hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları da onların

imkanlardan yeterli şekilde yararlanmalarına engel teşkil etmektedir. Bunun içindir ki, gerek Türk kuruluşları gerekse Hollanda kuruluşları Türk yaşlıların üstekleri doğrultusunda ve onların spesifik isteklerine göre yatırım yapmaları ve kültürel farklılıklar konusunda daha duyarlı davranmaları gerekmektedir.

Aile İçi Bakım (Mantelzorg)

Aile içi bakım, hasta veya bakıma ihtiyacı olan bir yaşlıya ailesi veya çocukları tarafından verilen bakım olarak açıklanabilir. Anane ve geleneklere göre, Türklerde aile içi bakım genelde yapılmaktadır. Bazı durumlarda ise bu mümkün olamamaktadır. Buna neden olarak ta ailenin ve çocukların okul, aileleri ve kariyerleri engel teşkil etmektedir. Çoğu yaşlılar bu durumun farkındalar, her zaman onların desteklerini alamıyacaklarını biliyorlar ve onlara yük olmak istemiyorlar. Bu durumda yaşlılarımız, profesyonel sağlık ve bakım kurumlarından yardım almak zorunda kalacaklar. Bundan dolayı Göçmen örgütleri ve yaşlı federasyonları yaşlılarımızın sağlık kuruluşlarından daha fazla yardım almalarını teşvik etmek zorundadırlar.

Bakım ve sağlık kuruluşları ise yabancı yaşlıların, kültürel farklılıkları ve spesifik istekleri konusunda duyarlı olmaları ve çalışmalarını bu doğrultuda ayarlamaları zorundadırlar.

Evde Bakım ve Ev Yardımı (Thuiszorg en huishoudelijk hulp)

Sağlık sorunları olan yaşlı ünsanlar, evde bakım ve ev yardımı kurumlarına başvuru yapabilirler. Yaşlılarımız, haftada bir kaç gün veya saat evda bakım veya ev yardımı alabilirler.

Pratikte bu imkanlardan yailılarımız yeterli derecede yararlanamıyorlar. Buna neden olarak, yaşlılarımızın evde bakım ve ev yardımı konusunda yeterli bilgilerinin olmadığı, ücretler, dil ve utanma, bürokratik işlemler gibi gösterilebilir. Bütün bunlara rağmen son yıllarda Türk kökenli Evde bakım ve ey yardımı kuruluşları sayesinde, Toplumsal Destek Yasası (Wmo) bütçesinde ayrılan yardımdan gittikçe daha fazla Türk aileler yararlanmaktadır. Olumsuz olan gelişme ise yeni krulan hükümetin bu yasa çerçevesinde getirilen kısıtlamalar olacaktır.

Bakımevleri (Verpleeg- en verzorgingstehuizen)

Daha önce de belirttiğimiz gibi göçmen yaşlıların Hollanda Bakımevleri ve yaşlıların nasıl bakıldıkları algılarının yanlış olduğunu ve bunun daha ziyade eksik bilgi birikiminden kaynaklandığı bilinmektedir. Onlar Bakımevlerinde kendi kaderlerine terk edildikleri kanısındadırlar. Hollanda da bir atasözü vardır. Der ki "Çiftçi tanımadığı yemeği yemez". Buradan yola çıkarak şunu söyleyebiliriz. Göçmen örgütler ve Bakımevleri, bu konuda onları yeterince bilgilendirmeliler ve onların Bakımevlerinin daha sıkça kullanılmasını sağlamak için çalışmalar yapmalılar. Bunun yanı sıra, Bakım evlerinin göçmen yaşlıların istekleri doğrultusunda, etnik grupların veya müslüman hemşirelerin de çalıştığı bir kurum olarak organize etmeleri gerekmektedir. Aynı dil, din ve kültürel gruplar için kurulacak Bakımevleri, hem dil/din sorununu çözecek, hemde diğer spesifik konuları dikkate alacaktır.

Etnik, kültürel ve dini hususları dikkate almakla, katılımı teşvik etmek mümkün olacak ve kültürler arası çalışmalar daha iyi bir seviyeye gelecektir. Göçmen yaşlıların ileri yıllarda daha da artacağını düşünürsek, bu kaçınılmaz bir zorunluluktur.

Katılım, Refah ve Eğitim

Hem hükümet hemde göçmen yaşlılar mümkün olan uzun bir süre bağımsız olarak yaşalalarını önemsiyorlar. Bunu mümkün kılmak için sosyal ağ oldukça önemlidir. Bunun için yaşlı göçmenlerin evlerinin yaşlılara göre ayarlanmış, camii, market ve benzerlerinin önemi çok büyüktür. Araştırmalar gösteriyor ki belirli etkin grupların bir arada toplanabilecekleri alanlar ki, bu bina içerisinde sosyal kurumların yaşlılar için faaliyet yapmaları, onların katılım, refah ve eğitim konularında bilgi ve destekte bulunmaları yaşlıların yoplum içinde ki konumlarını daha güçlendirecektir. (Örneğin: Rotterdam kentindeki Mekan faaliyet Merkezi) Belediyeler ve kurumlar bu gibi çalışmalar için yer göstermeleri, orada yapılacak çalışmaları destek olmalıdırlar. Hollanda Türk Yaşlılar Federasyonu olarak biz bu gibi çalışmaları destekliyor ve kurumlarla çalışmalar yapıyoruz.

Gelir ve Sosyal Güvenlik (Inkomen en sociale zekerheid)

Birçok yaşlı insan 60'larda tekstil, hafif mühendislik ve endüstriyel sektörde çalışmak için Hollanda'ya geldi. Bir çokları 70'li yıllardaki krizlerle işsiz kaldı ve yeterli emeklilik hakkı elde edemediler. İkincisi, göçmen yaşlılar emeklilik yaşı olan 65 yaşına kadar 50 yıl Hollanda da ikamet etme imkanları olmadı. Ve bundan dolayı çoğu göçmen işçilerin eksik emekliliği bulunmaktadır ve asgari ücret seviyesinde maaş almaktadırlar. Bu durumda çoğu yaşlılarımız geçim sıkıntısı çekmektedirler. Ayrıca emekliler uzun süre ülkelerinde kalmak isterlerse eksik maaşlarına ek olarak ödenek ödenekler kesilmektedir. Buda onların ya daha az süre izine gitmeleri, yada varsa birikmişlerini harcamak zorunda kalmalarına neden olacaktır. Bir başka sorun ise göçmen yaşlıların dar gelirliyle tanınan ek ödeneklerin/ekstraların hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıklarıdır. Biz bu konuda Sosyal kurumların ve belediyelerin göçmen yaşlıları bilgilendirme konusunda gerekli çalışmaları gerekmektedir.

Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık (Sociale isolement en eenzaamheid)

Çalışmalar özellikle yalnız yaşayan yaşlı göçmenlerin sosyal izolasyonun belirgin derecede olduğunu göstermektedir. Buna neden olarak onların yalnız yaşamaları ve çevre ilişkilerinin yetersiz olduğu ve belirli bir sosyal ağlarının bulunmadığı olarak ortaya çıkmıştır. Sosyal izolasyonun, yalnızlığın en sonunda çeşitli olumsuz etkilerinin olduğu ve bir çok hayati riskler getirdiği bilinmektedir. Sosyal izolasyon insanları savunmasız durumda bırakır ve aşırı ihmal, aşırı alkol ve uyuşturucu kullanıma, psikosomatik şikayetler, depresyona yol açabilir.

Sosyal izolasyon yaşlıları aktive ederek, onların sosyal ağların genişleterek önlenebilir. Buda yaşlılar için buluşma alanları ve gündüz bakım tesisleri gerçekleştirerek mümkün olabilir. Ayrıca burada göçmen örgütleri ve hükümet yaşlılar için buluşma yerleri kurmak ve düzenlemek ve denetlemek amacıyla birlikte çalışmaları gereklidir. Böylece yaşlılar için özel etkinlikler hazırlamak onların, refah içinde ve keyifli yaşam hakkı için katkıda bulunur.

Bilgi ve İletişim (Informatie en voorlichting)

Yaşlı göçmenlerin ve özellikle Türk ve Faslı yaşlıların, konut alanlarında sağlık, sosyal hizmetler ve daha birçok alanda dezavantajları, bilgi eksikleri bulunmaktadır. Nedenleri ise, kanun hükümleri ve yönetmelikler, din, dil, kültür farklılıkları, tabular olarak açıklanabilir. Göçmen örgütleri, tesislerinin kullanımını teşvik etmek ve yaşlı insanları önemli konular hakkında bilgilendirmek için çalışmalıyız. Göçmen örgütleri, barınma, bakım, sosyal yardım ve hizmet kurumları ile istişare halinde olmalı ve tesisleri kullanım, yaşlı hakları ve benzeri konularda bilgilendirme toplantıları organize etmeli, kurumlarda çalışan personelin toplumda yaşayan yaşlıların orantılarına göre atamaları yapılmalıdır.

Özölgütler (Belangenorganisaties)

Her zamankinden daha fazla, göçmen örgütleri, yerel ağlar ve belirli kitlelerin göçmen yaşlılar için çalışan yerel politikaların güçlendirilmesine, ortak çıkarları savunma gelmek için güçlerini birleştirmeleri gerektiği gerçektir. Bu birbirlerini tanımak, bilgi paylaşımı ve ortak çalışmalar planlamak için gereklidir. Geniş işbirliği ve hükümetlere ve konut, bakım ve sosyal yardım hizmetleri kurumlarına karşı sağlam durmaya ve sosyal entegrasyon ve daha iyi düzeyde katılım sağlamak için çokönemlidir.

Bu işbirliğini yaparken, siyasi, dini ve etnik farklılıkları bir kenara atmamız ve göçmen yaşlılar için birlik olmalıyız, ortak çıkarlar etrafında toplanmalıyız. Bunun için, ulusal, bölgesel ve yerel girişimleri kesinlikle desteklemek ve böylelikle yönetimleri, Konut, Bakım, Refah ve diğer bir çok alandaki yöneticilere göçmen yaşlılar için yapılması gereken çalışmalar konusunda destek olmalı ve onlara tavsiyelerde bulunmalıyız..

BAKIM POLİTİKASI ANALİZİ VE BAKIM MODELLERİNE OLAN GEREKSİNİM

Uzman Fizyoterapist Hatice Reyhan ÖZGÖBEK

Geriatric Fizyoterapistleri Derneği

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Yaşlı Hizmetleri Dairesi

Bakım; günlük yaşam aktivitelerinde kronik hastalıklar veya başka bir nedenle fiziksel ya da mental yetersizliklerinden dolayı medikal ve sosyal yaklaşımlarla, çeşitli derecelerde ve sürelerde ihtiyaç duyan kişilere verilen hizmet olarak tanımlanmıştır. Bakıma muhtaç bireye, bakım ve destek çoğu zaman formal olmayan bir şekilde yakınları, komşuları veya arkadaşları tarafından sağlanmaktadır. Formal olarak sağlık ve sosyal bakım sağlayan organizasyonların ise sınırlıkları belli olmasına rağmen hizmetleri iç içe geçmektedir. Bakım, fiziksel veya mental yetersizliği olan özellikle yaşlı bakıma muhtaç bireylerde, bireysel ya da toplumsal sorumluluklarda farklılıklar olmasına rağmen birlikte çözümlerin yaratılması gereken bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bakıma ilişkin ortaya konacak politikaların esasları belirlenirken, politika yapıcılarının sosyal koruma sistemlerinde ve sağlık yönetiminde planlama, finansman ve uygulamalarda çeşitli sorumlulukları bulunmaktadır. Ulusal bakım sistemlerin vazgeçilmezleri bakım muhtaç bireylerin; sosyal destek ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında yüksek katılım, bakım kalitesinin artırılmasına yönelik tedbirler ve bakımın finansmanında sürdürülebilirliğin sağlanması olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye’de tarihsel bağlamda bakıldığında, sosyal yardımla ilgili inanç ve geleneklerin öteden beri var olduğu anlaşılmaktadır. Ataya saygı duyulmuş, yaşlılar korunmuştur. İslamiyet’in kabulünden sonra da dinsel inancın gereği olarak muhtaç ve güçsüzlere yardım edilmiştir. Fitre ve zekatın diğer gruplarla birlikte öncelikle yaşlılara verilmesi bu yardımları daha anlamlı kılmıştır. Osmanlılar döneminde imarethaneler, aşevleri ve tekkelerin muhtaç yaşlılara hizmet verilmiştir. Kurulan darürehalar, yapılan vakfiyeler ve hastaneler günümüzde yaşlı bakımı ile ilgili hizmetleri yerine getirmiştir. Osmanlılar



döneminde sosyal hizmetler 19. yüzyıla kadar vakıf kuruluşları tarafından verilmiştir. Bu alanda hizmet veren kamu kuruluşları ve hayır kurumları 19. Yüzyılda kurulmaya başlanmıştır.

Cumhuriyet'in ilanından sonra 1930 tarihinde yürürlüğü giren 1580 sayılı yasa ile ilk defa kamu kuruluşu olan Belediyelere bakıma muhtaç bireylerin (yaşlıların) korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğü getirilmesi üzerine, değişik illerde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi adı altında yatılı yaşlı kuruluşları açılmıştır. Aynı zamanda çeşitli dernekler, azınlıklar ve gerçek kişiler de yaşlılara hizmet vermek amacıyla yatılı yaşlı kuruluşları açmıştır. Yoksul kimselerin sosyal güvenliğini sağlamak üzere 1963 yılında, 3017 sayılı Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Kanunu ile Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuş ve 2828 sayılı Kanun ile de muhtaç yaşlıların tespiti, korunması, bakımlarının sağlanması ile ilgili hizmetleri yürütülmüştür.

Günümüzde ise; 2011 tarih ve 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kurulmuş olup yeni oluşturulan Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde ihdas edilen Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığına Huzurevleri / Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri bağlanmıştır.

Yaşlanan bir dünyada yaşlanan diğer ülkeler gibi bir ülkede Türkiye'dir. Her ne kadar genç nüfusu dünya ortalamalarına nispeten üstlerde olsa da, nüfusta yaşlı birey oranı artmaktadır. Türkiye'de; 65 yaş üstü kişilerin genel nüfusa oranı 1935 yılında %3,9 iken 2011 yılında % 7,34' e yükselmiş, 2050 yılında ise %22'yi bulması beklenmektedir. Doğuştan beklenen yaşam süresi 1935 yılında 45-50 yaş aralığında iken, 2011 yılında 74,1'e yükselmiş ve 2050 yılında ise 78,5 i bulması hesaplanmaktadır. Ülkemizdeki yaşlanma olgusunun etkilerine hazırlıklı bir vizyonla, yaşlı bireylerin haklarını koruyarak toplumsal hayatta ayrımcılığa uğramadan, etkin biçimde katılmaları sağlayan özellikle bakıma ilişkin politikalar uygulanması büyük önem taşımaktadır. B u bağlamda ulusal kararlar ve uluslararası anlaşmalar kapsamında Türkiye'nin bakım politikası oluşturulmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. yüzyılda "Herkes İçin Sağlık" temasında 5. Hedef doğrudan yaşlı bireyle ilgiliyken, 13. hedef sağlıklı ortam olanağı

sağlamaya ilişkin düzenlemeler getirmektedir. Kahire’de yapılan, Türkiye’nin de katıldığı Uluslararası Nüfus ve

Kalkınma Konferansı’nda, dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve nüfusun yaşlanmasının sosyal ve ekonomik etkileri üzerinde durulmuş, yaşlı bireyin toplumun kalkınmasında önemli bir kaynak olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Yine bu konferansta aile üyelerinin yaşlı bireye bakabilmesi için gereken sosyal destek sistemlerinin sağlanması, yaşlı birey için sağlık bakımı, ekonomik ve sosyal güvenlik sistemlerinin oluşturulması gibi hedefler belirlenmiştir.

İlk defa 1982 yılında Viyana’da yaşlanma ile ilgili politikaları belirlemek adına 1.Yaşlılık Asamblesi düzenlenmiştir. Asamblede kabul edilen “Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı” aynı Birleşmiş Milletler Genele Kurulu tarafından da onaylanmıştır. Bağımsız yaşam, katılımcılık, bakım, onurlu yaşam ve kendini gerçekleştirme gibi beş başlıkta özetlenebilecek çıktılar, detaylı öneriler sunmuştur.

Birleşmiş Milletler tarafından 8-12 Nisan 2002 tarihinde Madrid’de düzenlenmiş olan 2. Yaşlılık Asamblesinde ise, yaşlı nüfusun yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, topluma entegrasyonları, geçim ve sağlık problemleri ile tüm yaş gruplarını kapsayan politikalar oluşturulması ekseninde “Uluslararası Eylem Planı” hazırlanmıştır. 2002 Uluslararası Eylem Planı özellikle gelecek yirmi yıl için yaşlanma politikaları ve uygulamaları konusunda öncelikleri belirlemiş ve yapılacak eylemleri tanımlamıştır. Her iki Asamble’de küresel ölçekte öneriler sunmasına karşın, Viyana Eylem Planı daha çok gelişmiş ülkelere, Madrid Eylem Planı ise daha çok gelişmekte olan ülkelere vurgu yapmaktadır.

Madrid Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı içinde de yer alan bu amaç, hedef ve taahhütler aşağıda belirtilmiştir.

(a) Yaşlıların bütün insan haklarının ve temel özgürlüklerinin tam olarak tanınması ve gerçekleştirilmesi, ayrıca yaşlılıkta yoksulluğun ortadan kaldırılması ve yaşlılar için Birleşmiş Milletler İlkelerini içeren güvenli yaşlanmanın sağlanması,

(b) Yaşlıların, gelir getiren gönüllü işler dâhil olmak üzere, toplumun ekonomik, politik ve sosyal yaşamlarına tam ve etkili olarak katılması amacıyla güçlendirilmesi,

(c) Yaşlıların ayrı bir grup olmadığı göz önüne alınarak, yaşam boyu öğrenme ve toplum içinde yer alma olanaklarına erişim gibi fırsatların yaşamın ileri yıllarında da sağlanarak yaşam boyunca bireysel gelişme, kişisel tatmin ve iyi olma durumunun sürdürülmesi,

(d) Bütün ekonomik, sosyal, kültürel hakların yanında vatandaşlık ve siyasi haklara da sahip olmanın sağlanması ve yaşlılara karşı her türlü şiddet ve ayrımcılığın ortadan kaldırılması,

(e) Cinsiyete dayalı ayrımcılığın ortadan kaldırılması yoluyla yaşlılarda cinsiyet eşitliğinin sağlanması,

(f) Sosyal kalkınma için ailenin önemi, kuşaklar arası bağlılık, dayanışma ve karşılıklı ilişkilerin öneminin kavranması,

(g) Yaşlılar için, koruyucu ve rehabilite edici hizmetler dâhil olmak üzere, sağlık hizmetleri, destek ve sosyal koruma sağlanması,

(h) Uluslararası Eylem Planı'nın uygulamaya dönüştürülmesi için yaşlılar ile hükümet, sivil toplum ve özel sektörün bütün düzeyleri arasında işbirliğinin kolaylaştırılması,

(i) Özellikle, gelişmekte olan ülkelerde, birçok diğer konunun yanı sıra yaşlanmanın bireysel, sosyal ve sağlık yönleri üzerinde odaklanmak amacıyla bilimsel araştırmalar yapılarak konuda bilgi ve becerilerin artması ve teknolojiden yararlanılması,

(j) Yaşlanmakta olan bireylerin durumlarının ve farklı koşullarının tanınması ve onları etkileyen konularda seslerini duyurmalarının sağlanması için yolların araştırılması gerektiğinin kabul edilmesidir.

Eylem önerileri, öncelikli üç konuya göre düzenlenmiştir. Bunlar_ yaşlılar ve kalkınma_ yaşlılıkta sağlık ve iyi olma durumunun artırılması_ ve güvenli, kolaylaştırıcı, destekleyici çevrelerin sağlanmasıdır.

Türkiye’de 1963 yılında başlayan planlı kalkınma çabaları, beş yıllık kalkınma planıyla her alanda politikaların geliştirilmesi amacıyla yönelik olarak günümüze kadar sürmüştür. Onuncu Planda Yaşlanma başlığında ele alınan konular, geçmiş planlarda bazen sosyal güvenlik bazen de sosyal hizmetler başlığı altında ele alınan yaşlı politikaları hemen hemen tüm planlarda yer almıştır. Sosyal desteklere ve sağlık hizmetlerine erişim kapsamında ele alınan yaşlılık ile ilgili politikalara ilişkin hizmetler planlanmıştır.

Bu kapsamda; yaşlı bireylere maddi destek sağlamak amacıyla çıkarılmış 1976 tarih ve 2022 sayılı Kanuna göre, 65 yaşını doldurmuş kimsesiz, bakıma muhtaç olan ve hiçbir maddi geliri bulunmayan yaşlılara aylık bağlanmaktadır. 2022 sayılı Kanuna göre “muhtaç olmak koşuluyla 65 yaşından büyük ve 65 yaşından küçük olup da muhtaç, malul ve sakat olan Türk vatandaşlarına” hayatta oldukları sürece aylık bağlanmaktadır. Kanuna göre, aylık alanların devlet hastanelerinde ücretsiz tedavileri yapılmaktadır.

Ayrıca Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Genel Müdürlüğü ile 1986’da yürürlüğe giren 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu kapsamında fakr-ü zaruret içinde ve muhtaç durumda bulunan sosyal güvenlik kuruluşlarına tabi olmayan ve bu kuruluşlardan aylık ve gelir almayan (2022 sayılı kanuna göre aylık alan kişiler dahil) yaşlılar Vakıftan yararlanmaktadır.

Türkiye’de de bakıma muhtaç yaşlılara yönelik hizmetler ise özellikle bakım hizmetleri 2828 sayılı yasanın öngördüğü esaslar doğrultusunda verilmektedir. Bunlar: Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Yönetmeliği, Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği, Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde açılacak “Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkındaki Yönetmelik ve Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik olmak üzere 4 yönetmelik çerçevesinde yürütülmektedir. Engelli bireylere verilen bakım ve rehabilitasyon hizmetleri “Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik”, “Bakıma Muhtaç Engellilere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği kapsamında kamu kuruluşları ve gerçek kişilere ait merkezlerde verilmektedir.

Bakıma muhtaç bireylere verilen hizmetleri veren sayısal verilere bakacak olursak, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne ait 106 Huzurevlerinde **1167 kişi** faydalanmaktadır. Benzer hizmeti gerçek kişilere ait 123 (özel) kuruluşlarda 6023 bireye, Dernek ve Vakıflara ait 34 huzurevlerinde **2820 bireye**, Azınlıklara ait 7 huzurevlerinde **961 bireye** hizmet götürülmektedir. Diğer Bakanlıklara bağlı 2 huzurevinde **566 kişiye**, Belediyelere ait 20 huzurevlerinde ise **2013 kişiye** hizmet verilmektedir. Yine Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne ait bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde **6100** engelli bireye, gerçek kişilere bağlı merkezlerde devletin verdiği iki asgari ücret karşılığında **9100** engelli bireye bakım ve rehabilitasyon hizmeti verilmektedir. Gelir düzeyi aile bireyler başına 448 TL altında ve %50 engelli raporu bulunan yaklaşık 400.000 aileye bir asgari ücret tutarında “evde bakım aylığı” (yaklaşık yılda 2.800.000.000 TL) verilmektedir.

Yaşamını evde ailesiyle, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren sağlıklı yaşlılar ile demans, alzheimer vb hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi imkânlarıyla 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 kalitesini arttırmak amacıyla “Gündüzlü Bakım Hizmeti” sunumu, 5 yaşlı hizmet merkezinde **1066 kişiye** ulaşmaktadır.

Ayrıca; Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak 2012 tarihinde Ankara’da Türkiye’nin ilk Yaşlı Yaşam Evi’nin açılmıştır. Deneme aşamasında olan ve Demetevler Fatma Üçer Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü denetiminde toplum içinde kiralanarak hizmet götürülen bir evde dört yaşlı sakin birlikte yaşamaya başlamıştır.

Sağlık Bakanlığınca verilen “Evde Sağlık Hizmetleri”nden bakıma muhtaç engelli ve yaşlı bireyler yararlanabilmektedir. Genelde bir hekim ve bir ya da birkaç hemşire ile kurulan birimler ile yatağa bağımlı olup hastane hizmetlerine erişemeyen hastaların evlerine yapılan ziyaretlerle sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilmektedir. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığına bağlı

hastanelerin geriatri merkezleri ve tıp fakültelerinin geriatri ana bilim dalları yaşlı bireylere sağlık hizmeti vermektedir. Aile hekimleri sorumluluğunda yaşlı ve engelli bireylere sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

Yerel yönetimler "Evde Bakım Hizmetleri" kapsamında sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, psikolojik destek hizmetleri, rehberlik, refakat, danışmalık hizmetleri, sosyal ve kültürel etkinliklere katılımında destek, temizlik ve bakım hizmetleri, gıda yardımı, ev içi tamirat ve ekonomik destek hizmetleri verilmektedir. Başta Ankara, İstanbul, İzmir, Kocaeli, Bursa, Antalya, Samsun gibi illerde olmak üzere birçok belediyede benzer hizmetleri sunmaktadır. Bu hizmetlerin maliyeti tamamen yerel yönetimlerin kaynaklarından karşılanmakta olup bazı bölgelerde, dönemsel bütçelerin getirdiği sınırlamalar, hizmette sürekliliğinin sağlanmasında güçlükler yaratmaktadır. Ortak bir model olmamasından dolayı hizmet kapsamı farklılık göstermekte, bazı yerel yönetimler sosyal desteğe ağırlık verirken, bazıları sağlık hizmetlerini öne çıkarmaktadır.

STK özellikle engellilere ve belli hastalık gruplarına yönelik çalışma yapan ve bu alanda duyarlı olan az sayıda dernek ve vakıf hedef kitlelerinin bakım ihtiyaçlarına yönelik projeler, hizmetler geliştirmektedir. Ancak sivil toplum örgütlerinin çok güçlü olmadığı ülkemizde bakım gibi kapsamlı hizmetlerin etkin ve kapsamlı sürekli bir şekilde sunumu için yeterli kaynak oluşturulamamakta ve sivil toplum tarafından ihtiyaç sahipleri için kalıcı bir model yerleştirilmesi mümkün olamamaktadır.

Profesyonel olmayan, kayıt dışı bakım hizmet sunumu gelişmiş ülkelerde de önemli ve üzerinde çalışılan bir konudur. Bakım hizmetlerinin artmasına rağmen standart dışı profesyonel olmayan hizmet sunumu devam etmektedir. Bu alana yönelik olarak yapılan yasal düzenlemeler Profesyonel olmayan, kayıt dışı bakım hizmet sunumunun önünü kesememiştir.

Türkiye'de bakım hizmetleri birden fazla kurumun sorumluluğunda farklı bakım ihtiyacında olan bireylere, farklı hizmetleri kapsayan bakım modelleri mevzuatlar çerçevesinde süreli ve sürekli olarak bakıma muhtaç bireylere ulaştırılmaktadır. Türkiye'de bakıma muhtaç bireylere özellikle yaşlılara verilen hizmetler incelendiğinde bu görevi üstlenen organizasyonlar olan Aile ve

Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Belediyeler, Vakıflar-STK, özel sektör tarafından aşağıdaki hizmetleri sunmaktadır.

Bakım hizmetine ihtiyaç duyan bireyleri tanımlayacak olursak;

1. 65 yaş üstü bireyler
2. Engellilik düzeyi belirlenmiş bireyler (ICF kriterlerine göre olmalı!...)
3. Akut sağlık sorunları nedeniyle sürekli bakıma ihtiyaç duyan bireyler
4. Kronik sağlık sorunları nedeniyle fiziksel ya da mental engellerden dolayı sürekli ya da sürekli bakım ihtiyacı olan bireyler
5. Onkolojik hastalıklar
6. Yeni doğan- lohusalar
7. Yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyan bireyler

Bakım hizmeti kapsamı irdelendiğinde;

1. Günlük ve kişisel bakım hizmetleri
2. Sağlık hizmetleri
3. Hastane sonrası erken taburculuk, destekli taburculuk ve rehabilitasyon hizmetleri
4. Medikal tedavi takibi
5. Beslenme takibi
6. Egzersiz yapılması, ergonomik düzenlemeler
7. Psikolojik destek programları
8. Sosyal hizmetler
9. Cihaz-ekipman destekleri
10. Eğitim hizmetleri,
11. Teknik destekler
12. Ulaşım desteği
13. Aile destek programlarını içermektedir.

Bakım Modelleri

1. Evde Destek Hizmetleri
2. Evde Sağlık Hizmetleri
3. Evde Bakım Hizmetleri
4. Yaşlı Destek Merkezleri

5. Gündüzlü Bakım Merkezleri
6. Yaşam Evleri
7. Umut Evleri
8. Engelsiz Yaşam Merkezleri
9. Huzurevleri
10. Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri
11. Palyatif Bakım Merkezleri

Alandaki çalışmalara bakıldığında çeşitli sıkıntılardan söz edilebilir. Bu anlamda en belirgin olanı; bakıma muhtaç bireylerin bakım hizmeti almaları için yönetmelik gereği, akıl ve ruh sağlığı yerinde olması aranmaktadır. Yönetmelikte yapılan son değişikliğe göre akıl ve ruh sağlığı yerinde olmadığı halde huzurevi ve yaşlı bakım hizmetlerinin sunumunda diğer hizmet alan yaşlılara karşı herhangi bir olumsuz durum oluşturmadığı sağlık kuruluşlarının psikiyatri kliniklerinden alınacak "huzurevi veya yaşlı bakım merkezinde kalmasında bir sakınca olmadığına" dair tabip raporu ile tespit edilmesi durumunda kabul edilmektedir. Ancak yine de bu durumdaki bakıma ihtiyaç duyan bireylerin hizmetten yararlanması sınırlıdır. Aynı yönetmelik gereği, bulaşıcı veya sürekli tıbbi bakım gerektiren bir hastalığı bulunmayanlar, bakım hizmetinden yararlanabilmektedirler. Yine aynı değişiklik ile bulaşıcı hastalığı var ise sağlık kuruluşlarının ilgili bölümlerinden alınacak "toplu yaşam yerlerinde bakılmasında bir sakınca olmadığına" dair doktor raporu ile tespit edilenler bakım merkezlerinde kalabilmektedir. Ancak psikiyatrik hastaların, bulaşıcı hastalık taşıyanların, bağımlıların sürekli ve sürekli kalacağı ihtisaslaşmış bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin oluşturulması önünde yasal engeller bulunmaktadır.

Yaşlılığa bağlı demans, alzheimer gibi, ağır felçli, yatağa bağımlı veya özel bakımı gerektiren diğer hallerde, başkasının desteğine ihtiyaç duyan yaşlı birey bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde diğer kalan yaşlı bireylerle birlikte yararlanmaktadırlar. Fakat özellikle bu grup yaşlıların evlerinde desteklenmeleri ve sürekli-sürekli bakım hizmeti alabilmeleri için özel yaklaşımlar gereklidir.

Sonuç olarak; bakım modellerinin geliştirilmesine olan gereksinim tarihsel süreçler, ekonomik gereklilikler, sosyo-kültürel etkiler ve globalizasyonun getirileri bağlamında incelendiğinde;

- Bakıma gereksinim duyan bireyin öncelikle ailesinin yanında desteklenmesine yönelik tedbirlerin alınması; koruyucu, önleyici sosyal destek ve sağlık hizmetlerinin artırılması, gündüzlü bakım hizmetlerin yaygınlaştırılması, evde destek hizmetlerinin koordinasyonun yapılması,
- Yakınların desteğinin kısıtlandığı durumlarda yaşam evlerinde bakım hizmetinin verilmesi,
- Sosyal desteğin kısıtlandığı durumlarda huzurevlerinde bakım hizmetlerinin sürdürülmesi,
- Kronik hastalıkların fiziksel ve/veya mental kısıtlıklar yarattığı özel durumlar için bakım ve rehabilitasyon merkezlerinden hizmet alınması,
- Ruhsal engelliler, bulaşıcı hastalığı olanlar, bağımlılar için özel bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması ya da ihtisaslaşmış kuruluşlarda diğer yaşlı bireylerle kalma koşullarının sağlanması,
- Yaşam sonu dönemde bakım ve rehabilitasyon hizmeti alması gerekenler için merkezlerin oluşturulması gerekmektedir.

Ülkenin ihtiyacı olan bakım modellerin oluşturulmasında, bakım maliyetini azaltmak ve etkiyi artırmak amaçlı yapılan değişikliklere ilişkin politikalar gerekmektedir. Bu politikalardaki içerikte, bakım hizmetinde koordinasyon, bakım kriterlerinin geliştirilmesi, bakım alanında verilen hizmetlerin ulusal ve uluslararası boyutta akretide olması ve bakım hizmetlerinin sürdürülebilir yapılanması için bakım güvence sisteminde en uygun finansal modelin seçilmesi önem arz etmektedir. Bu sayede Türkiye’de bakım hizmetinde ki kaliteyi artırmak, öncelikle göçmen vatandaşların ve yurtdışından gelecek süreli ve sürekli bakım hizmeti talebinin Türkiye’de karşılanması amacıyla sektör oluşturmak mümkün olacaktır.

Bakım modellerindeki var olan hizmetlerin bir bütün içinde sunulması, yaygınlaşması ve gelişmesi; devletin etkin düzenlemeleriyle kamu kuruluşları, STK, yerel yönetimler, özel sektör işbirliği ile sağlanabilecektir. Etkin maliyet hesaplamaları, enstitüsel teknik destek, işgücü projeksiyonları, ulusal ve uluslararası anlaşmaların uygulanması ve bakım alanındaki aktörler arasındaki iletişim, organizasyonların yönetsel süreç işlevselliğini artıracaktır.

Kaynakça

- 1- http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/io_en.htm#tab_my_country
- 2- Ulusal Yaşlılık Eylem Programı 2012.
- 3- Madrid Yaşlılık Uluslararası Eylem Planı 2002.
- 4- 10. Beş Yıllık Kalkınma Planı.
- 5- Walt G., Gilson L.- UK " Reforming the health sector in devoloping countries;the central role of policy analysis" 1994.
- 6- Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı Birifing Raporu 2011.
- 7- Evde Bakım Derneği, "Evde bakım tanımı, kapsamı, temel kavramlar ve ülkemizdeki mevcut durum" 2010.

Oturum Başkanları

Prof. Dr. Serap İNAL

Doç. Dr. Zuhale KUNDURACILAR

Konuşmacılar

Türkiye’deki Mevcut Bakım ve Rehabilitasyon Hizmetleri
Abdurrahman ÇOHAZ

Sağlık Turizminde İleri Yaş ve Rehabilitasyon Turizmi ile İlgili Politikalar
Enginer BİRDAL

İleri Yaş Turizminde Açılım “Bakım ve Rehabilitasyon Turizmi”
Hande ARSLANALP

Sağlık Turizminde İleri Yaş ve Rehabilitasyon Turizminin Yeri
Dr. Dursun AYDIN



TÜRKİYE'DEKİ MEVCUT BAKIM VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİ

Abdurrahman ÇOHAZ

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Müşaviri

Türkiyedeki Mevcut Bakım ve Rehabilitasyon Hizmetleri

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevlerini belirleyen 03 Haziran 2011 tarih ve 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname doğrultusunda ihdas edilen Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, engelli ve yaşlı bireylerimize sunulan bakım hizmetlerini oluşturmak, geliştirmek ve uygulamakla yükümlüdür.

Bu çerçevede engelli ve yaşlı bireylerimizin saptanması, korunması, bakım ve rehabilitasyonu ile toplum içinde bağımsız olarak yaşamasını sağlayıcı hizmetleri planlamak, bu hizmetlerden yararlanamayacak durumda olan engellilere sürekli bakım sağlayacak hizmetleri yürütmek, kuruluş açmak ve hizmeti yönlendirmek sorumluluğu ile hareket etmektedir.

Bu sorumluluğun bilincinden hareketle; engelli ve yaşlı insanların toplumsal yaşama uyumlarının ve katılımlarının sağlanması için bireysel gelişim ve gereksinimlere önem verilmekte, öncelikli olarak sosyal destek hizmet modellerimizden yararlandırılmaktadırlar. Ayrıca engelli bireylere günlük yaşam aktivitelerine yönelik beceriler kazandırarak, uygun bir yaşam sağlamaya yönelik çalışmalara ağırlık verilmektedir. Bu çalışmalar yapılırken, amaç engelli ve yaşlı bireyin kendine güvenen, üreten ve bağımsız yaşayabilen kişiler haline gelebilmesidir.

Engelli ve yaşlı bireylerimize yönelik yatılı ve gündüzlü hizmetlerimiz, 81 ilde Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri ile 34 ilçede ilçe sosyal hizmetler müdürlüklerinin idare ve koordinesinde, 232 resmi, 315 özel olmak üzere toplam 547 kuruluş tarafından sunulmaktadır.



Engellilerin ailesi yanında evde bakımına öncelik verilir.

Engelli bireylere sunulan bakım hizmetlerimizin temel hedefi, engelli bireyin ailesi yanında evde bakımını sağlamakla birlikte alternatif olarak kuruluş bakımı seçenekleri ile farklı hizmet modelleri ile yürütülmektedir;

Evde Bakım Hizmeti

30.07.2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Bakıma Muhtaç Engelli Bireylerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik doğrultusunda bakıma muhtaç engelliye sahip ailelerin biz vefat ettikten sonra engellimize kim bakacak endişelerinin giderilmesi hedeflenmiştir. İlgili mevzuat uyarınca bakmakla yükümlü olunan birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı, bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olan bakıma muhtaç engellilerin isterler ise ikametgâhlarında, isterler ise resmî veya özel bakım merkezlerinde bakımlarının sağlanması güvence altına alınmıştır. İkametgahında bakım hizmeti alan bakıma muhtaç engelliye ikametgâhında bakım hizmeti veren akrabasına veya vasisine bir aylık net asgari ücret tutarındaki 673.31 TL her ay ödenmektedir Ekim 2012 verileri doğrultusunda Evde Bakım Hizmetinden yaralanan engelli sayısı 395.821 kişidir.

- ***Ailesi olmayan veya ailesi yanında bakımı sağlanamayan engellilerin resmi ve özel merkezlerde bakımı ve rehabilitasyonu, alternatif hizmet modeli olarak sağlanır.***

Ailesi yanında bakımı mümkün olmayan bakıma muhtaç engellilere hizmet veren kuruluşlarımızda, engelli bireylerin öncelikle insan onuruna yakışır şekilde bakımına, beslenmesine, korunmasına, becerilerinin geliştirilmesine ve sosyal hayata uyumuna ilişkin bakım ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri sunulmaktadır.

Bakım hizmetleri kapsamında; engellilerimizin beslenmesi, korunması, temizliği gibi birincil yaşam ihtiyaçları giderilmektedir. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri kapsamında ise; engellilerimizin var olan yeteneklerinin ve becerilerinin korunması ve geliştirilmesi için egzersiz çalışmaları; atletizm, yüzme, basketbol, futbol gibi sportif çalışmalar; resim, müzik, folklor, tiyatro gibi

sanatsal ve kültürel etkinlikler; seramik işleri, el işi, galoş üretimi, ahşap doğrama, tarımsal çalışmalar gibi iş uğraşı faaliyetleri ile geziler, kutlamalar, eğlenceler gibi sosyal etkinlikler gerçekleştirilmektedir. Bu çalışmalar dâhilinde engellilerimiz, ulusal ve uluslararası yarışmalara ve etkinliklere katılarak birey ve grup olarak başarmanın, değerli olmanın ve üretebilir olmanın mutluluğu yaşamakta ve yaşatmaktadır.

Bunların yanında bakımları üstlenilen engelli bireylerin tedavisine, tıbbi rehabilitasyonuna, özel eğitime ve mesleki eğitime, mesleki rehabilitasyonuna ve istihdamına ilişkin hizmetlerin, ilgili kurum ve kuruluşlardan alınmasına veya bu hizmetlerin ilgili kurum ve kuruluşların desteği ve yönlendirmesi ile işbirliği içinde birlikte sunulmasına çalışılmaktadır.

Yatılı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri

03.09.2010 tarihli ve 27691 sayılı Resmi Gazete yayımlanarak yürürlüğe giren Engellilerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik çerçevesinde, iş ve işlemleri tamamlanan engelli bireylerin resmi kuruluşlarımıza yerleştirme işlemleri sağlanmaktadır.

Anılan Yönetmelik çerçevesinde bedensel, zihinsel ve ruhsal özürleri nedeni ile yaşama gereklerine uyamama durumunda olan engelli bireylerin tespiti, incelenmesi, bakımı ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlandırılmaları, engelli ve engelli ailelerine danışmanlık hizmeti, bu hizmetlerin niteliğine ve işleyişine ilişkin usul ve esasları, personelin görev, yetki ve sorumlulukları düzenlenmiştir. Bu Yönetmeliğimiz çerçevesinde resmî kuruluşlarımızda bakıma muhtaç engellilerimizin herhangi bir gelirin olup olmasına bakılmaksızın ücretsiz olarak bakımı hizmeti sunulmaktadır.

Engelli bireylerin yatılı bakım ihtiyacını karşılama hususunda tek alternatif olan Resmi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi sayısı 2001 yılı ve öncesinde 21 iken bu sayı Ekim 2012 verileri doğrultusunda toplam 6032 kapasite ile 92'ye ulaşmıştır.

Engelsiz Yaşam Merkezi Projesi

Engelli bireylere hizmet sunan resmî kuruluşların fiziki şartlarının iyileştirilmesi hedeflenmiştir. 2006 yılından itibaren bakıma muhtaç engelli bireylerin ihtiyaç duyduğu bakım hizmetlerinin insan onuruna yakışır şekilde sunulmasına ilişkin esasları ve standartları belirleme ve uygulama konusunda çalışmalar yoğunlaştırılmıştır. Bu hedef doğrultusunda engelli bireylerin insan onuruna yakışır şekilde yatılı kurum bakımı hizmeti almasına yardımcı olacak “Engelsiz Yaşam Merkezi Projesi” geliştirilmiş ve yaygınlaştırılması planlanmıştır.

Bu projeye göre inşa edilen bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde; engelli bireylerin, üçer kişilik 4 yatak odası, oturma odası, mutfak, yemekhane, banyo, tuvalet ve personel odası bölümlerinden oluşan; toplam on iki kişilik; 280 metre karelik, müstakil, tek katlı ve bahçeli evlerde bakımları sağlanacaktır. Ayrıca engelsiz yaşam merkezi projesi dâhilinde inşa edilen idare binasında, engelli bireylerin rehabilitasyonu için gerekli olan bireysel ve grup çalışması odaları, iş-uğraşı odaları, fizik tedavi salonu, hidroterapi havuzu gibi birimler bulunmaktadır. Bu birimler aracılığı ile engelli bireylerin var olan yeteneklerinin geliştirilmesine ve sosyal hayata uyumuna yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

Engelli bireylerin insan onuruna yakışır merkezlerde bakım ve rehabilitasyonlarının sağlanması çalışmalarımıza, engelsiz yaşam merkezi projesi önemli açılım getirmiştir. Bu projenin yaygınlaştırılması ülkemizde birçok gelişmiş ülkelerdeki engelli bireylere sunulan hizmetlerden daha nitelikli hizmet verildiğinin ciddi bir göstergesi olacaktır. Engelsiz Yaşam Merkezi uygulamasına 2009 yılında başlanılmış olup Ekim 2012 verileri doğrultusunda 18 Engelsiz Yaşam Merkezimiz bünyesinde 159 engelsiz yaşam evimiz fiilen hizmet vermektedir.

Umut Evi Projesi

Ailesi yanında bakımı mümkün olmayan engelli bireylere sürekli bakım hizmetlerinin sunulduğu bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde toplu yaşamın getirdiği olumsuzluklar olabilmektedir. Bu olumsuzlukların en önemlisi çok sayıda engelli bireyin bir arada bulunmasından dolayı toplumsal hayata katılımda zorluk yaşanmasıdır.

Bu nedenlerle engelli bireylerin küçük gruplar hâlinde bir apartman dairesinde veya müstakil bir evde diğer komşuları ile birlikte yaşamalarını sürdürmesinin daha yararlı olacağı öngörüsü ile Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde bakılmakta olan engelli bireylerden durumları uygun olanların, kuruluşların ek ünitesi konumunda olacak "Umut Evi" olarak isimlendirilen evlerde, toplum yaşamına aktif katılımlarının sağlanarak, bakımlarının gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir.

Konu hakkında hazırlanan proje İzmir ilinde uygulamaya konulmuş olup 31.12.2008 tarihi itibarıyla ilk Umut Evi hizmete açılmıştır. Ekim 2012 verileri doğrultusunda İzmir (2), Isparta (2), Karaman (3), Burdur (1), İstanbul (2), İzmir (2), Mersin (1), Konya (1) olmak üzere bu proje kapsamında 12 umut evi bulunmaktadır. Diğer illerde de umut evi açılması çalışmaları sürdürülmektedir.

Geçici ve Misafir Olarak Bakım Hizmeti

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Engellilerin Bakımı Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmeliği kapsamında, ailesinin yanında bakılan engelli bireylerin ihtiyaç duyulması halinde, Kurumumuza bağlı resmi bakım merkezlerinde geçici ve misafir olarak bakımlarının sağlanması hususu düzenlenmiştir. Buna göre, bir engelli bir yıl içinde en fazla otuz gün geçici ve misafir olarak merkezde kalabilmektedir.

Aile Danışma ve Rehabilitasyon Merkezlerindeki Gelişmeler (Resmi ve Gündüzlü Kuruluşlar)

Gündüzlü hizmet veren resmî kuruluşlarımızda sunulan bakım hizmeti ile engelli bireye sahip ailelerin rahatlatılması hedeflenmiştir. Bu kuruluşlardaki hizmetler yeniden düzenlenerek ağırlıklı olarak grup çalışması yapılması; hafta içi mesai saatlerinde, yarım veya tam gün bakım hizmeti sunulmaktadır.

Bu hizmetin sunumu için gerekli olan her altı engelli için bir bakıcı personel istihdam edilmiştir. Engelli bireylere öğle yemeği verilmiştir. Böylece engelli bireye sahip ailelerin ve özellikle engellilerin annelerinin rahatlatılması, kendilerine zaman ayırmalarının sağlanması ve engelli bireyin daha uzun süre (mümkün ise gün boyu) kuruluş hizmetlerinden yararlandırılması sağlanmıştır.



Evde Bakıma Destek Hizmeti

2010 yılında yapılan yasal düzenleme neticesinde, engelli bakım hizmetleri alanında yeni bir hizmet modeli olan “evde bakıma destek hizmeti” için gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bu hizmet modelimiz ile evinde bakılan ancak evde bakım ücreti veya kurumsal bakım hizmeti gibi hizmetlerimizden yararlanmayan bakıma muhtaç engellinin, talep edilmesi hâlinde kuruluşlarımızdan görevlendirilecek bakıcı personel tarafından evinde bakımı sağlanabilecektir.

Özel Bakım Merkezleri

Engelli bireylerin yatılı bakım ihtiyaçlarının giderilmesinde önemli bir gelişme de, 30.07.2006 tarih ve 26244 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Bakıma Muhtaç Engellilere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği olmuştur. Söz konusu yönetmelik ile gerçek veya özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılacak bakıma muhtaç engellilere yönelik özel bakım merkezlerinin açılış izni, çalışma şartları, personel standardı, denetlenmeleri ile ücret tespiti ve ödemelerine ilişkin usul ve esasları düzenlenmiştir.

İlgili yönetmelik uyarınca; bakmakla yükümlü olunan birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı, bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olduğu tespit edilen bakıma muhtaç engellilerin isterler ise ikametgâhlarında, isterler ise resmî veya özel bakım merkezlerinde bakımlarının sağlanması güvence altına alınmıştır.

Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği 2006 yılından itibaren özel bakım merkezleri Ekim 2012 verileri doğrultusunda 12.362 kapasite ile 147'ye ulaşmıştır.

Bakıcı Personel Durumunda Nicel ve Nitel Gelişmeler

Resmi bakım ve rehabilitasyon merkezlerindeki bakım hizmetlerini yürüten personelin niceliksel olarak artırılması ve niteliklerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda bakım hizmeti verilen ortalama her altı engelli birey için, her vardiyada bir bakıcı personel olacak şekilde hizmet alımı yoluyla bakıcı personel istihdamı planlanmıştır. Bakım verilen engelli birey sayısının

yaklaşık %50'si oranında bakıcı personeli istihdam edilmiş olması hizmet niteliğini yükseldiğini göstermektedir.

Bakıma muhtaç engellilere kuruluşlarımızda bire bir bakım hizmeti veren bakıcı personelin niteliğinin yükseltilmesi hedeflenmiş olup bu hedefe ulaşılması için; 2006 yılından itibaren engelli bireylere bakım hizmetini verecek bakıcı personelin bakım hizmetleri konusunda eğitilmiş ve sertifika sahibi olması sağlanmıştır. Ayrıca lise ve üniversite mezunu olanlara daha fazla ücret ödemesi yapılarak daha nitelikli bakıcı personel istihdamı sağlanmıştır. Bu şekilde de bakım hizmetlerimizin kalitesi yükseltilmiştir.

Bu bağlamda son yıllarda gerçekleştirilen çok önemli yatırımlar ve yasal düzenlemeler ile ülkemizde bakıma muhtaç engellilerin bakım ihtiyaçlarının giderilmesi için önemli tedbirler alınmıştır. Bu tedbirler ve açılımlar neticesinde ailesi yanında bakımı mümkün olmayan bakıma muhtaç engellilerin uygun bakım merkezlerinde bakımını sağlanamama sorunu veya engelli bireye sahip ailelerin "Ben vefat ettikten sonra engellime kim bakacak?" endişesi önemli ölçüde giderilmiştir.

Yaşlı Bakım

Tıp alanındaki gelişmeler ve yaşam refahının yükselmesi ülkemizde beklenen yaşam süresini uzatmış olup, toplam nüfus içinde 60 yaş üzeri nüfus oransal olarak artmıştır.

Ülkemiz nüfusunun toplam 74.724.269 olarak belirtildiği Türkiye İstatistik Kurumunun 2011 yılı veri tabanı dikkate alındığında 60 yaş üstü 8.057.202 kişinin toplam nüfusa oranının yaklaşık % 10.7 olduğu görülmektedir.

Günümüzde yaşlılar daha çok devlet desteğine ve profesyonel hizmetlere gereksinim duymaktadır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü yaşlılara yönelik hizmetlerini yatılı kurum hizmetleri ve gündüzlü hizmetler olmak üzere iki başlık altında sunmaktadır.

a - Yatılı Kurum Hizmetleri

Kurumumuz, yaşlılara yönelik yatılı kurum hizmetlerini Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri, resmi huzurevlerine bağlı olarak açılan Yaşlı Yaşam Evleri, Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Merkezleri, Diğer Kamu Kurum ve Kuruluşları bünyesinde açılan Huzurevleri eliyle sunmaktadır.

Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri

60 yaş üzerindeki, sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup, korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç olan kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak, sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak kendi kendilerini idare edebilecek şekilde rehabilitasyonlarının sağlandığı, tedavisi mümkün olmayanların ise sürekli olarak özel bakım altına alındığı yatılı sosyal hizmet kuruluşları olan Huzurevi ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde yaşlılara götürülen hizmetler; barınma, sağlık, psiko-sosyal destek kapsamında psikolojik ve sosyal kaynaklı sorunlarının çözümünde yardımcı olunması, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi, zamanlarının değerlendirilmesi, aktivitelerinin devamının sağlanması, beslenme, temizlik, boş zamanlarını değerlendirme, sosyal faaliyetler ve diğer sosyal hizmetler olarak sıralanabilmektedir.

Huzurevlerinin; şehir merkezlerinde, sağlık merkezlerine yakın, şehir içi ulaşım araçlarından yararlanabilecekleri alanlarda yer alması, kapasitesinin 60 – 100 arasında olması, binaların fiziksel koşullarının yaşlı kullanımına uygun olarak düzenlenmesi, özel bakıma ve rehabilitasyona ihtiyacı olan yaşlılara ayrılacak bölümlerin birbirlerinden bağımsız olmasına imkânlar dâhilinde özen gösterilmektedir.

Bakanlığımıza bağlı Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezlerinde ekonomik durumu iyi olan ve sosyal yönden yoksunluk içinde bulunan yaşlılarımıza **ücretli**, ekonomik yönden yoksunluk içinde bulunan yaşlılar ile 1005 sayılı Kanun gereği İstiklal Madalyası verilen yaşlılarımıza ise **ücretsiz** yatılı bakım hizmeti sunulmaktadır.

2002 yılında 6477 kapasiteli 63 Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezinde 4952 yaşlıya yatılı bakım hizmeti verilmekte iken, 2012 yılında 11.732 kapasiteli 106 Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezinde 4454 kadın, 6238 erkek olmak üzere toplam 10.692 yaşlımıza yatılı bakım hizmeti verilmektedir.

Bu yaşlılarımızın; % 41'i kadın, % 59'u erkek yaşlı , % 49'u ücretsiz, % 51 ücretli yaşlı, % 67'si huzurevi yaşlısı,% 33'ü özel bakım yaşlısıdır.

Yaşlı Yaşam Evleri

Değişen ülke ve dünya şartları çerçevesinde yaşlılara sunulan hizmetlerin çeşitlendirilmesi, yatılı kurum bakımı dışındaki alternatif hizmet modellerine ihtiyaç duyulması, yaşlıların bireysel özellikleri ve farklılıklarının dikkate alınması, kurum bakım hizmetinin maliyetinin yüksek oluşu gibi hususlar dikkate alınarak,

Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde kalan veya kuruluşa kabul koşullarını taşıyan, sosyal, psikolojik, fiziksel gereksinimlerini bağımsız olarak karşılayabilen yaşlılardan durumlarının uygun olduğu sosyal ve sağlık servisinin ortak kararı ile belirlenen yaşlılarımızın kuruluşa bağlı ek ünite konumunda olan "Yaşlı Yaşam Evi" olarak isimlendirilen evlerde bakımlarının sağlanması amaçlanarak "Yaşlı Yaşam Evleri" projesi hayata geçirilmiştir.

Yaşlı Yaşam Evlerinde; yaşlılarımızın sosyal çevreden soyutlanmadan, yaşam standartlarının yükseltilmesi, 3-4 yaşlının kaldığı ev ortamında bakımlarının sağlanması amaçlanmaktadır.

İlk olarak, 2012 yılının Ekim ayında Ankara Demetevler Fatma Üçer Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğüne bağlı olarak Yenimahalle "Yaşlı Yaşam Ev"i açılmıştır. Kısa süre içinde Sivas ve Trabzon illerimizde de Yaşam Evi açılarak toplam 3 Yaşlı Yaşam Evine ulaşılmış olup projenin yaygınlaştırılması yönünde çalışmalarımız sürdürülmektedir.

Diğer Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Huzurevleri

Kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde açılacak huzurevlerinin; açılış, çalışma, fiziki şartları, personel standartları, teftiş ve denetim işlem ve esaslarını mevcut mevzuata uygun olarak belirlenmekte, çağdaş anlayış ve şartlara uygun düzeyde hizmet vermelerini sağlamak için gerekli rehberlikte bulunulmakta, mevzuata uygunlukları denetlenmektedir.

Diğer Bakanlıklar ile Belediyelere bağlı huzurevi sayısı ise 22 olup, kapasitesi 2579'dur.

Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri

55 ve daha yukarı yaşlarda olup sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde bulunan, kuruluş bakımına ihtiyacı olan yaşlı bireylerin özel huzurevlerinde/ yaşlı bakım merkezlerinde bakım ve korunmaları sağlanmaktadır.

Bu kapsamda; Dernekler, Vakıflar, Azınlıklar ile Gerçek ve Tüzel kişilerin işletmekte olduğu huzurevi sayısı 167 olup, kapasitesi 9985'dir.

Türkiye'de faaliyette bulunan resmi ve özel huzurevi sayısı 295, toplam yatak kapasitesi yaklaşık 24.296'dır.

Genel Müdürlüğümüzün Huzurevlerinde Sunulan Hizmet Standart'ının Yükseltilmesi Çalışmaları Kapsamında;

- Yaşlı bakımı hizmeti veren resmi ve özel kuruluşlarımızın fiziki şartları iyileştirilerek modern çağın yaşanılır mekânları haline getirilmiştir.
- Mevcut kuruluşlarımızda bulunan yaşlı odalarındaki yatak sayısı asgariye indirilmiş olup, yeni inşa edilen huzurevlerinin tek katlı, 40-60 kapasiteli ve tek kişilik odaların fazla olmasına özen gösterilmektedir.
- Yaşlı bakım hizmetleri, yaşlı bakımı konusunda kurs görmüş sertifikalı elemanlar ile aynı alanda eğitim veren ortaöğretim ve yükseköğretim kurumlarından mezun kişiler tarafından sunulmakta

olup, yaşlı bakım merkezlerinde her 10 yaşlıya 3 vardiya halinde çalışmak üzere 4 yaşlı bakım elemanı, huzurevlerinde ise her 20 yaşlıya 3 vardiya halinde 4 yaşlı bakım elemanı görevlendirilmektedir

- Temizlik hizmetleri ise bakım hizmetlerinden ayrıştırılarak her kuruluştaki yeterli sayıda ayrıca temizlik elemanı görevlendirilmektedir.
- Yaşlıların muayene ve tedavileri daha iyi imkânları bulunan sağlık kuruluşlarında yapılmakta olup kuruluşlarımızda ise takipleri yapılmaktadır.
- Kuruluşlarımızdaki sağlıklı yaşlıların gezi, tiyatro, sinema ve el sanatları gibi sosyal ve kültürel etkinliklere katılımları sağlanmaktadır.
- Kuruluşlarımızdaki yaşlılarımızın yemek ihtiyaçları özel hizmet alımı kapsamında mamul yemek satın alınarak daha hijyenik şartlarda ve kaliteli yemek temin edilmektedir.
- Genel Müdürlüğümüzün koordinatörlüğünde; gönüllü, resmi kurum ve kuruluşların çeşitli etkinlikleriyle, toplumumuzu bugünlere ulaştıran yaşlılarımızın saygınlıklarının korunması, karşılaştıkları sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunlarının belirlenmesi, çözüm yollarının aranması, kamuoyunun bilgilendirilmesi, konuya ilgi ve katılımlarının sağlanması amacıyla her yıl 18-24 Mart Yaşlı Haftası ve 1 Ekim "Dünya Yaşlılar Günü" her yıl tüm ülke çapındaki İl Müdürlüklerimiz ve bağlı Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezlerimizde çeşitli sosyal ve kültürel etkinliklerle kutlanmaktadır.

b - Gündüzlü Hizmetler

Yaşlılara yönelik gündüzlü hizmetler 07.08.2008 tarih ve 26960 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik" gereği Yaşlı Hizmet Merkezleri aracılığıyla sunulmaktadır.

Ülkemizde yaşlılık alanında yeni sunulmaya başlayan hizmet modellerinden olan ve evde yaşama destek, gündüzlü bakım ve gündüzlü dayanışma hizmetlerin bir arada veya ayrı ayrı sunumuna olanak tanıyan



yönetmelik ile Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve diğer kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerinca açılacak yaşlı hizmet merkezleri tarafından yaşlılara verilecek gündüzlü bakım ile evde bakım hizmeti faaliyetlerine ilişkin hizmetler düzenlenmiştir.

Yaşlı Hizmet Merkezlerinde;

- Ev ortamında yaşayan akıl ve ruh sağlığı yerinde olan yaşlının boş zamanlarını çeşitli sosyal etkinliklerle değerlendirmek, sosyal ilişkilerini ve aktivitelerini artırarak sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olunması amacıyla **Gündüzlü Hizmetler,**
- Yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren Alzheimer, Demans vb. hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, boş zamanlarının değerlendirilmesi, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olunması, kendi imkanlarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerine destek hizmetleri verilmesi, ilgilerine göre faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlenmesi suretiyle sosyal ilişkilerinin zenginleştirilmesi, aktivitelerinin artırılması ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması amacıyla **Gündüzlü Bakım Hizmetleri,**
- Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve her hangi bir özürlü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya diğer destek unsurlarına (komşu- akraba) rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlıların evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla **Evde Bakım Hizmetleri** sunulmaktadır.

Genel Müdürlüğümüze bağlı Ankara, Çanakkale, Eskişehir, İzmir ve Kırıkkale illerinde 5 Yaşlı Hizmet Merkezimizde 584 Kadın, 516 erkek olmak üzere toplam 1100 yaşlı üyemize hizmet sunulmaktadır.

İstanbul ilinde 15 kapasiteli 1 Özel Yaşlı Hizmet Merkezi faaliyet göstermektedir.

Yaşlılara Sunulan Sosyal Yardımlar

- Yaşlanmaları sonucunda, engelli duruma gelmiş olan kurum bakımını talep etmeyen yaşlılarımıza yaş durumlarına bakmaksızın özür durumu nedeni ile aylık bir asgari ücret bakım ücreti ödenmektedir.
- Huzurevinde 60 – 65 yaş arası ücretsiz kalan yaşlılara Genel Müdürlüğümüzce aylık harçlık verilmektedir. 65 + yaş grubundaki yaşlılara ise muhtaçlıkları nedeni ile 2022 sayılı kanun gereği üç ayda bir Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğünce yaşlı aylığı ödenmektedir.
- Huzurevinde kalan ücretsiz yaşlılara yıllık giyim yardımı yapılmakta ve her tür sağlık giderleri karşılanmaktadır.
- Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği'nin 27.maddesi 7.bendi uyarınca %5'lik kontenjandan faydalandırılarak kuruluşa yerleştirilen kimsesiz ve bakıma muhtaç yaşlılarımızdan şartları tutanların 2022 sayılı yasa gereği yaşlılık aylığı alabilmesi, tedavilerinde Sağlık Bakanlığı'nın "yeşil kart" uygulamasından yararlanabilmesi, diğer konularda Kurumumuz Ayni ve Nakdi Yardım Yönetmeliği ile Valilik Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı kapsamında değerlendirilmesi yapılabilmektedir.

Sonuç olarak, Yaşlılar bir ülkenin geçmişidir. Geçmişimize sahip çıkmak en önemli görevimizdir. **'Unutmayalım ki bizlerde yaşlanacağız.'**

Kaynakça

- 1- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kurum Kayıtları.



SAĞLIK TURİZMİNDE İLERİ YAŞ VE REHABİLİTASYON TURİZMİ İLE İLGİLİ POLİTİKALAR

Enginer BİRDAL

*T.C. Sağlık Bakanlığı Bakan Müşaviri
Sağlık Turizmi Derneği Genel Sekreteri
Sağlıklı Nesiller Derneği Başkanı*

Sağlık Turizmi küresel ölçekte sloganlarla ifade edilme dönemini gerilerde bırakmakta ve yeni küresel oluşumların merkezinde konuşlanmaya başlamaktadır. Küresel ölçekte kültürel, ekonomik, sosyal ve sağlık alanında ciddi fay hattı kırılmalarının yaşandığı, yeni dünya düzenlerinin oluşmaya başladığı günümüzde Türkiye'nin bölgesinde ve dünyada meydana gelen bu değişimlere bigâne kalması düşünülemez. Sağlık turizmini de kapsayan sağlıkta genel değişim ve dönüşüm devletlerin siyasi, kültürel, sosyal, istihdam, mali yapı ve sosyal güvenlik gibi makro politikalarından ayrı düşünülemeyecek kadar birbirine bağlı ve iç içe geçmiş temel ve stratejik konuların başında gelmektedir. Bu değişim ve dönüşümün temel öğelerinden birini oluşturan sağlık turizmi sanıldığığının aksine oldukça fazla alan ve disiplinle ilintili ve ilgili bulunmaktadır.

1. Türkiye’de Sağlık Turizmi

2002 yılında uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm” politikaları ile ülkemizde son yıllarda yapılan yoğun teknoloji ve bilgi yatırımları ile kamu ve özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetleri, gerek teknoloji, gerek sunulan hizmetin kalitesi ve gerekse uluslararası akreditasyon kuralları açısından dünya ile rekabet edebilecek konuma gelmiştir. Küresel açıdan bakıldığında, giderek yaşanan toplum demografisi ve artan kronik hastalıkların da etkisiyle, özellikle gelişmiş ülkelerde yıllardır sağlık harcamaları ve tedavi ücretleri artan bir seyir göstermektedir. Bu nedenle başta A.B.D. olmak üzere bugün, birçok gelişmiş ülkenin vatandaşları daha ucuz ve daha kaliteli sağlık hizmeti alabilmek için farklı ülkelere seyahat etmektedirler. Bu açıdan değerlendirildiğinde, jeopolitik konum avantajı da düşünüldüğünde, sek çıkan ülkeler arasında Türkiye en çok tercih edilen ülkeler arasında yer alacaktır. Özel sağlık sektörü Türkiye’de 2002 yılından bu yana hızlı bir şekilde büyümüş



ve gelişmiştir. Diğer taraftan kamu, sağlık hizmetleri alanında, kamu-özel işbirliği çerçevesinde yapılacak olan sağlık kampüsü projeleri, açılmakta olan tam donanımlı yeni hastaneler ve kamu hastane birlikleri projeleriyle sağlıkta çok önemli projelere öncülük etmektedir. Bugün gelinen noktada, ülkemizde yurtdışından gelen hastalara hizmet veren bölümler arasında Organ transplantasyonu, Onkolojik tedaviler, Beyin cerrahisi, Kalp cerrahisi ve Kardiyak girişimler, Ortopedik cerrahiler, Plastik ve Estetik cerrahisi, İnfertilite Tedavisi, Göz ve Diş tedavileri gelmektedir. Sağlık sektöründe gelinen bu sevindirici noktada, Sağlık Bakanlığı'nın liderliğive özel sektörün dinamizmi sayesinde Türkiye çok kısa zamanda Uluslararası Tıp Turizminin Yaşlı ve Engelli Turiziminin güçlü alternatiflerinden biri haline gelmiştir. Böylece Türkiye yakın bir gelecekte sağlık turizminde güçlü bir marka haline gelerek artan küresel talepten giderek daha fazla pay elde etmeye başlayacaktır.. Başarılı bir sağlık turizmi sektörünün hayata geçirilmesinin, dünyada jeopolitik açıdan önemli bir lokasyonda bulunan

Türkiye'nin küresel imajına çok büyük bir katkı sağlayacağı da bir gerçektir.

Türkiye; sağlık alanında son on yılda reform niteliğinde gerçekleştirdiği iyileştirme ve düzenlemeler sayesinde dünya sağlık turizmi pazarında hak ettiği payı almaya hazırdır. Coğrafi konumu itibari ile Orta Doğu, Avrupa, Balkanlar ve Afrika'nın ortasında bulunan Türkiye, sahip olduğu iyi yetişmiş hekim ve sağlık çalışanı, ulaşım kolaylığı, 62 ülke ile vizesiz seyahat imkanı ve yüksek sağlık teknolojisi sayesinde sağlık turizminde öncü ülke olabilecek konumdadır. Özellikle tarihi ve kültürel bağlara sahip olduğumuz ülkeler açısından çok daha büyük avantajlara sahip konumdayız.Kamu ve özel sektöre ait hastanelerimizde kendi vatandaşlarımıza kaliteli sağlık hizmeti sunarken, aynı hizmetten bölge ülkelerinin vatandaşlarının da yararlanması için her türlü hazırlık yapılmış olup Türkiye'ye tedavi için gelen yabancı misafirler hiçbir sorunlar karşılaşmadan tedavi olurken, bir yandan da güzel bir tatil yapma fırsatı bulmaktadırlar. Şifalı termal sularıya da Avrupa'da birinci olan Türkiye, termal turizm hizmet sunumunda da birinci ülke olma hedefinde ilerliyor. Türkiye misafirperver kültürüyle daha fazla insana şifa dağıtacaktır. Geleneksel hasta bakımının yanı sıra fiziksel veya mental sağlık problemleri olan yaşlı hastaların bakımı da önemlidir. Yaşlı ve hasta bakımı konusunda kültürün de göz ardı edilemeyecek bir önemi vardır. Biz çok misafirperver bir toplumuz ve

insanlara hizmet konusunda çok köklü bir kültüre sahibiz. Bu da ülkemizde yaşlı bakımıyla ve engelli bakımıyla alakalı turizmde çok kolaylık sağlamaktadır. Bir zamanlar ülkemizden batı ülkelerine her yıl binlerce insan tedavi olmak için gitmekte iken,bugün ise batı ülkelerine tedavi için giden vatandaşımız hemen hiç yok gibidir.

1.2. Sağlık Turizminde Tanımlar

Sağlık turizmi alanında gerek ülkemizde gerekse uluslar arası alanda ciddi bir kavram kargaşasının hüküm sürdüğü görülmekte. Bir yanda sağlık turizmi derken medikal turizm kastedilmekte diğer yandan termal turizm,yaşlı ve engelli turizmi ve SPA-Wellness kastedilmektedir. Gerek medikal turizm gerekse, SPA-Wellness de buna dâhil olmak üzere, termal turizm ile ileri yaş ve engelli turizmi, sağlık turizminin alt bileşenleri olmasın rağmen sağlık turizmi terimi ile bütün bu türler münferiden sağlık turizminin kendisi ve topyekûnu olarak anlaşılmıştır.

Sağlık turizmi yalnız medikal veya termal turizm ve ileri yaş turizmi olmayıp bütün bunların bir araya gelerek oluşturdukları bir üst kavram olarak anlaşılıp türlerinin de buna göre tanımlarının yapılması daha doğru olacaktır.

Bu nedenle biz bu çalışmalarımızda sağlık turizmi kavram ile tüm bileşenlerini birlikte kastedip bu kavramı yalnız bir bileşene münhasır kılmayacağız.

1.2.1. Medikal Turizm

Sağlık Turizmi gerek ülkemizde gerekse uluslar arası alanda pek çok şekilde tanımlanmakta, çoğu zaman sağlık turizmi ile medikal turizm eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Diğer yandan medikal turizmin de uluslar arası düzlemde tek bir tanımı bulunmamakla birlikte genel kabul gören yaklaşımlara göre medikal turizmden turistin iyilik halinin gelişmesi için yapılan tıbbi işlem ya da etkinlik anlaşılmakta (TRAM 2006). “ Hastalığın iyileştirilmesi” durumunun tıbbi chek-up, sağlık taraması, dış tedavisi, kalp ameliyatı, protezler, kanser tedavisi, nöroşirürji, transplantasyonlar ve nitelikli tıbbi müdahaleleri gerektiren diğer işlemleri içerdiği belirtilmektedir. Öte yandan doktorların ve sağlık personelinin bulundukları yerden bir başka yere giderek tedavi yapmalarını

medikal turizm kapsamına alanlar bulunmakta ve örneğin, “sınır ötesi çalışan doktorları” bu tanıma dâhil eden ve bunların sundukları sağlık hizmetlerini medikal turizm olarak kabul edenler bulunmakta. sektöre olan talebin genel talep sınıflaması açısından Eric Cohen farklı bir sınıflama yapmıştır. Cohen’e göre; sağlık turizmi pazarı açısından turistler ya da ziyaretçiler 5 temel kategoride gruplandırılabilir. Bunlar;

Yalnızca turist: Ziyaret ettikleri ülkede herhangi bir tıp hizmetinden yararlanmayan turistler ya da ziyaretçilerdir.

Tatilde tedavi edilen turist: Seyahati sırasındaki rahatsızlanma ya da kaza nedeni ile tıp hizmeti ve tedavi alan turistlerdir.

Tatil ve tedavi amaçlı turistler: Bu turistler ziyaret ettikleri ülke ya da bölgeye tam anlamı ile tıbbi nedenlerle gitmezler. Ancak ziyaret ettikleri bölgede bazı rahatsızlıkları için tedavi olanakları olması tercih nedenidir. Diğer bir deyimle tatilde tedavi amaçlı turistlerdir.

Tatil yapan hastalar: Bu ziyaretçiler esasen bir bölgeye tedavi amaçlı giderler, ancak iyileştikten sonra, ya da tedavi sonrası gittikleri bölgede tatil de yapan ziyaretçilerdir.

Yalnızca hastalar: Bu gruptaki medikal turistlerin bir bölgeye gidiş amaçları yalnızca o bölgede tedavi olmak ya da operasyon geçirmektir. Tatil gibi bir amaçları yoktur.

Yukarda belirtilen medikal turist pazarı müşteri gruplarından doğal olarak birinci gruptakiler klasik ziyaretçi kategorisinde yer almaktadır ve medikal turizm hizmet sunucularını doğrudan ilgilendirmemektedir. Diğer kategori ziyaretçiler içerisinde ise en önemli müşteri kategorisi kuşkusuz en sondakiler olup, geriye doğru sağlık turizmi talep özelliği azalan kişilerden oluşmaktadır. Kuşkusuz her grup için sunulacak hizmet türü ve pazar stratejileri farklı olacaktır. Yukarıda yer alan çeşitli yaklaşım ve tanımlardan anlaşılacağı üzere sağlık turizmi ile aslında medikal turizme işaret edilmekte ve sağlık turizmi bu tanımla dar bir alana, medikal turizm alanına sıkıştırılmakta. Bu yaklaşımın doğru ya da yanlışlığı, haklı ya da haksızlığı ayrı bir tartışma konusunu içermekle birlikte sağlık turizminin bu kadar dar bir alana

sıkıştırılmasının ve bundan büyük oranda medikal turizmin anlaşılmasının doğru olmadığı gayet açık bulunmaktadır. Zira bu tanımlama yönteminde sağlık turizminin diğer ayaklarını oluşturan Termal, SPA-Wellness ve İleri Yaş ve Engelli Turizm türleri büyük oranda göz ardı edilmekte ve ikinci sınıf muamelesine tabi tutulmakta. Özellikle ülkemizin zengin yer altı termal kaynakları açısından sahip olduğu potansiyelden hareketle termal turizm ve bununla doğrudan bağlantılı ileri yaş ve engelli turizmi konusu gereken önemi hak etmektedir.

1.2.2. Termal ve SPA-Wellness Turizmi

Günümüzde turizm türleri amaca, talebe ve insanların zevk ve hobilerine göre çok çeşitlilik göstererek değişken alanlardaki yeniliklerle giderek zenginleşirken, sağlık turizmi de zinde kalmayı bir yaşam biçimi haline getirmiş, ruh ve beden güzelliğine önem veren çağdaş insanlara da hizmet vermeye başlamıştır. Bunlara ek olarak daha çok tedavi ve cerrahi müdahale amaçlı seyahatleri vurgulayan *medikal turizm* de son dönemlerde sağlık turizminin önemli bir unsuru olarak turizm literatürüne girmiştir. Son dönemde sağlık turizminde *yaşlıların bakımı* ile ilgili kurulan tesisler ve bu amaçlı seyahatler de sağlık turizminin yeni bir türü olarak turizm faaliyetlerinde yerini almaya başlamıştır¹¹.

1.2.3. İleri Yaş ve Engelli Turizmi

Türkiye İstatistik Kurumu 2010 verilerine göre 73.722.000 olan Türkiye nüfusunun yarısını 29 yaş altında olanlar oluştururken 65 yaş ve üzeri olanların sayısı ise hiçte azımsanamayacak bir sayı olan 5,5 milyona ulaşmış bulunmaktadır. Buna 50-64 yaş gurubuna dahil olan 9,5 milyon civarındaki ileri yaşlı sınıflandırmasına girenleri eklersek ortaya 14,7 milyon civarında (50 yaş ve üstü) müthiş bir sayı ile karşılaşırız. Artık Türkiye nüfusunun salt genç bir nüfus olduğu savını ileri sürmek ve bütün politikaları bu veriyi temel alarak yapmak bütüncül yaklaşımın önünde bir engel olarak duracaktır. Her ne kadar bu sav ve yaklaşım tamamen yanlış olmamakla birlikte 15 milyonluk diğer büyük bir gurubu dikkate almamak demek olacağı için eksik bir yaklaşım olarak kalmaya mahkûm olacaktır.

Özellikle 19. ve 20. yüzyılda büyük bir ivme kazanan teknolojik ve ekonomik gelişmelere bağlı olarak sağlık ve sosyal yaşam alanında meydana

gelen iyileştirmeler sonucunda tüm dünyada ortalama yaşam sürelerinin arttığı gözlemlenmektedir. Bu artışa paralel olarak ülkelerin nüfus yapılarında da “demografik kayma” ya da “demografik deprem” denebilecek değişimler ortaya çıkmış bulunmaktadır. Konunun önemine binaen Birleşmiş Milletler tarafından ilki 1982 yılında Viyana’da, ikincisi 2002 yılında Madrid’de düzenlenen Dünya Yaşlanma Asambleleri düzenlenerek BM’ye üye tüm ülkelerin bu kır saçlı akınına karşı gerekli önlemleri hayata geçirmeleri tavsiye edilmiştir. Almanya, Hollanda, Belçika gibi pek çok Avrupa Birliğine üye ülkelerde 65 yaş ve üstü nüfus oranının genel nüfusa oranı % 20’ler civarında seyrettiği gerçeğinden hareketle Avrupa Birliği kendi bünyesinde ayrı bir birim oluşturmuş ve AB genelinde bu gelişmeleri yakın takibe almıştır. Çeşitli ülkelerde ulusal enstitüler kurulmuş, mevcut altyapıları iyileştirici ve/veya destekleyici önlemler alınmış, bölgesel işbirliğine yönelinmiş ve sosyal politikalar kapsamında ayrı yaşlanma politikaları oluşturulmuş veya oluşturulmasına başlanmıştır. Birleşmiş Milletler ve Dünya Yaşlanma Örgütü verilerine göre şu an 600 milyon civarında olduğu belirtilen 65 yaş ve üstü bireylerin sayısının 2050 yılında 2 milyarı bulacağı öngörülmektedir. Bu artış yalnız Avrupa Ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş (şimdilerde sarsıntıda bulunan) ülkelerle sınırlı kalmamakta başta Türkiye olmak üzere geçiş döneminde ya da geçiş dönemini tamamlamak üzere olan ülkelerde de ciddi oranlara ulaşmış bulunmaktadır.

Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü verileri dünya nüfusunun hızla yaşlandığını ve bu olgunun yalnız gelişmiş ülkelere has bir olgu değil gelişmekte olan ülkelerde de ciddi demografik değişimlerin olduğunu belirtmekte. Her ne kadar veriler 50 yaş ve üstünü ileri yaş gurubuna dâhil etse de esas yaşlı tanımını 65 ve üzeri olarak düzeltmek daha mantıklı gözüküyor. Bazı ülkelerin toplam nüfus içerisindeki oranları %25'lere ulaştığı gerçeğinden hareketle ileri yaş ve engellilere sunulacak hizmetler büyük bir pazara yönelmiş olacaktır. Bu kapsamda aşağıdaki hizmetler gündeme gelmektedir:

İleri yaş turizmi (gezi turları, meşguliyet terapileri)

Yaşlı bakım hizmetleri (bakımevlerinde veya rehabilitasyon hizmetleri)

Klinik otelde rehabilitasyon hizmetleri

Engelliler için özel bakım ve gezi turları

İleri yaş turizmi kapsamında ülkemize gelen misafirlerimiz gezi turları ve meşguliyet terapilerinin yanı sıra bakım evlerinde rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Engelliler için de özel bakım,klinik otellerde ve rehabilitasyon merkezlerinde verilmektedir.Yukarıdaki verilerden de anlaşılacağı üzere sayıları hızla artan yaşlılar sağlık, sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan yeni durumların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Örneğin yaşlanma olgusuna paralel olarak sağlık ve destek hizmetlerine olan talepte de bir artış meydana gelmekte. Nitekim sağlık turizmi kapsamında ortaya çıkan sınır ötesine doğru yapılan hareketliliğin büyük bir kısmı bu kitle tarafından oluşturulmakta. Sağlık hizmetlerinden yararlananların çoğunu da bu kitle meydana getirmektedir.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi verilerine baktığımızda Türkiye'ye tedavi amacıyla gelen yabancı ve/veya yurtdışında yaşayan Türk asıllı hastaların çoğunluğunun bu guruba ait olduğunu görürüz.Bugüne kadar daha ziyade fark edilmeyen bir gurup olarak kalan ileri yaş ve yaşlılar artık kendilerinin görülmesini, farkına varılmasını ve kendi yaş ve konumlarına uygun hizmet yöntemlerinin geliştirilmesini arzu ve talep etmekte. Ayrıca ileri yaş ve yaşlılara özel tatil, dinlence, eğlenilen, sosyal aktivasyon ve benzeri tamamlayıcı ve destekleyici faaliyet ve buna uygun altyapıların geliştirilmesi önem taşımaktadır.Bu kapsamda Geriatrik Tedavi Merkezleri ve Sağlıklı Yaşam Köyü projesi yaşlı ve engelli turizmi konusunda söz konusu alanların ilerlemesinde yön gösterici olabilecektir.

Geriatrik Tedavi Merkezi: Yaşlılıkta gelişen hastalıkların tanı ve tedavisi, rehabilitasyonu ile beraberinde bakım hizmetlerinin sunulmasına yönelik olarak kurulan sağlık kuruluşlarıdır.Bu merkezler hastane bünyesinde ya da hastaneye bağlı olarak hizmet verir.Bu tesislerde konaklayan kişilere yönelik gününbirlik ayaktan tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunulur.Ayrıca birçok ülkede %10'lara yaklaşan engelli nüfusun da diğer insanlar gibi gezip eğlenmek hakkıdır. Ancak, bu kesim alt yapı yoksunluğundan dolayı genelde turizme katılamamaktadır.Bu da sosyal ve ruhsal birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Engelli turizmi önümüzdeki yıllarda çok konuşulacak konulardan biri olacaktır; ülkemiz de bu konuda çalışmalar yapmaya başlamıştır.

Sağlıklı Yaşam Köyü Projesi : Yaşlıların, engellilerin ve kronik hastalığı olan kişiler için uygun ortamları olan örnek tatil köyü tesis etmek amacına



yöneliktir. Dünya nüfusunun, özellikle gelişmiş ülkelerin yaşlı nüfusu %20lere yaklaşmıştır. 2050 yılında bu oran %40ı aşacaktır. Engellilerin oranı %7-10, kronik hastalığı olanların oranı %12, orta seviyede depresyon geçiren nüfus %15lerdedir. Kısacası önümüzdeki yıllarda gelişmiş ülkelerin nüfusunun %30lara varan oranda bir nüfus bir şekilde özel ve ayrıcalıklı bir ortamda uzun süreli tatil yapmak ve sağlıklı bir yaşam arayacaktır. Bu nüfus 2 milyarın üzerinde bir kitledir.

Artık iletişim, ulaşım ve sosyo-ekonomik şartların değiştiği 21. asırda. Toplumun bu kesiminin tatil ihtiyacı ve anlayışı rutin turizm hareketinin dışına çıkmak zorunda kalmıştır.

Sağlıklı Yaşam Köyünün Özellikleri: Yaşlı, engelli ve kronik hastalığı olan toplumun tatil yapacağı yerde aranacak en önemli özellikler:

- 1) Ulaşım:** Havaalanına yakın olması, mevcut karayolunun iyi olması
- 2) Tabiat:** Ortamın mutlaka yeşillik, güneşli mümkünse ırmak, göl ve deniz gibi manzarasının olması
- 3) Hava:** Ilıman, bol güneşli ve oksijeni çok olmalı.
- 4) Alan:** Tatil köyünün yerleştiği yer düz bir zeminde olmalı. Geniş yürüme parkurları, spor alanları ve birçok sosyal tesislerin olduğu bir alan olmalı.
- 5) Genişlik:** İşletme maliyetleri, kapasite ve kabul edeceği kesimlerin durumuna (Engelli, yaşlı depresyon vb.) göre orantılı bir büyüklükte olmalı.

İnşası, Tanıtımı ve İşletilmesi: Güçlü ve profesyonel bir sermaye grubu veya fon ile finanse edilmeli. Profesyonelce inşa edilip dünyaya tanıtımı yapılmalı. İşletme büyük kapsamlı bir projede çok önemlidir. Otelcilik hizmeti, sağlık hizmeti, çevre düzenlemesi ve güvenlik kendi içinde ayrı ayrı profesyonelce yürütülmeli.

1.3. Sağlık Turizminde Sağlık Bakanlığının Politikaları

2010-2014 T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik eylem planında Sağlık Turizmine geniş yer verilmiştir. Stratejik Hedef 2.9.2’de **“Türkiye bölgesinde sağlık alanında cazibe merkezi olacaktır.”** Standartları konuşulup tartışılmaya başlanmıştır. Artık hızla gelişen bu sektörün mutlaka standardize edilmesi ve sağlıklı gelişimi için çeşitli yasal düzenleme ve planlama yapılması

kaçınılmazdır. Sağlık Bakanlığı'nda bu gerekçeden hareketle 2010 yılında sağlık turizmi koordinatörlüğü kurulmuştur. Böylelikle Hükümet resmen Sağlık Turizmini kabul etmiş ve tek elden koordinasyonu benimsemiş ve tek bir adres göstermiş olmuştur.. 13 Haziran 2011/41 sayılı Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı ile ilgili genelge yayınlanmış ve Sağlık Bakanlığı'nın 663 sayılı teşkilat kanunu ile Sağlık Turizmi ile ilgili iş ve işlemlerin yapılması ve kurumlar arası koordinasyon görevi Bakanlığımıza tevdi edilmiştir. 2012 yılındaki Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasıyla Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı'na dönüştürülmüştür.. Bugün; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bünyesinde Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı olarak çalışmalar devam etmektedir.Başkanlığın görevleri;

1. Sağlık turizmi ve turistin sağlığı ile ilgili hizmetleri planlamak, gerekli izinleri vermek,
2. Sağlık turizmi ile ilgili iş ve işlemleri ilgili kurum ve kuruluşlarla koordineli olarak yürütmek,
3. Yaşlı ve engelli turizmi ve termal turizmi ile ilgili kaplıcaları, içme merkezlerini ve iklim kür merkezlerinin faaliyetlerini sağlık turizmi açısından izlemek,
4. Yurt dışından ülkemize tedavi amaçlı gelecek hastaların sağlık turizmi açısından kabul kriterlerini oluşturmak ve bu hastaların talep ve şikâyetlerini incelemek,
5. Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı kapsamındaki hastalara gerektiğinde yardım ve danışmanlık hizmetlerini sunmak ve kayıtlarını tutmak,
6. Sağlık serbest bölgeleri ile buralarda sunulacak sağlık hizmetlerine ilişkin iş ve işlemleri yürütmek,
7. Sağlık alanında ikili işbirliği kapsamında ülkemize gelen ve tedavisi uygun görülen hastalara ilişkin işlemleri planlamak ve koordine etmek, olarak tanımlanmıştır.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı) bünyesinde Sağlık Turizm alanındaki faaliyetlerle ilgili olarak hizmet veren Arapça, Rusça, Almanca ve İngilizce dillerinde 20 tercümanın görev yaptığı Uluslararası hasta destek birimi Ocak 2012 tarihinde hizmet vermeye başlamıştır. Söz konusu merkezin görevleri;

1. 184 Şikâyet hattını (SABİM) yabancı hastaların yabancı dilde araması halinde 3'lü konferans sistemi ile tercümanlık hizmeti verilmektedir.
2. 112 Acil hattını yabancı hastaların yabancı dilde araması halinde 3'lü konferans sistemi ile tercümanlık hizmeti verilmektedir.
3. 444 47 28 hattında yabancı uyruklu kişilere konuyla ilgili danışmanlık hizmeti verilmektedir.
4. Çağrı merkezinde 4 dilde (İngilizce, Almanca, Arapça, Rusça) tercümanlık hizmeti verilmekte olup, aşağıdaki hizmetler verilmektedir:
5. Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı kapsamında kamu hastanelerine gelen hastaların rapor, epikriz ve yurtdışından provizyon iş ve işlemlerine yabancı dilde destek verilmektedir.
6. Daire Başkanlığının çeviri işleri ve yurtdışı iletişim işlerinde yabancı dil açısından teknik destek vermektedirler.
7. Bakanlık merkez veya taşra teşkilatı telefon santrallerine yabancı dilde bir arama gelmesi halinde telekonferans sistemi ile görüşmelerde tercümanlık hizmeti verilmektedir.

Sağlık Turizmi faaliyetleri kapsamında Medikal,Yaşlı ve Engelli Turizmi,SPA-Welness turizminin geliştirilmesi ile ilgili olarak Sağlık Turizmi ile ilgili mevzuat çalışmaları gerçekleştirmiştir. Söz konusu mevzuat ile birlikte;

1. 2011/41 sayılı Genelge Kamuda Sağlık Turizmi Sunumu ve Ücretlendireme yapıldı,
2. 444 47 28 Uluslararası Hasta Destek Birimi 7/24 saat 4 dilde tercümanlık destek birimi hizmete girdi,
3. Konaklama Tesislerinde konaklayanlara (Sağlık Turizmi kapsamında) yönelik Sağlık Kuruluşunun açılmasının önü açıldı,
4. Otellerde turistlere yönelik Acil Hizmet ve muayene için Sağlık Üniteleri ruhsatlandırılmaya başlandı, (Yıllarca kaçak çalıştılar, birçok suiistimaller ve kayıt dışılık vardı)
5. Geriatri Tedavi Merkezi ve Klinik Konukevi açılmasının mevzuatı yayınlanmıştır,
6. Kaplıcalarda ayrıca Rehabilitasyon Merkezi (FTR Müessesesi) açabilecek,
7. Ülkemizin bölgesinde sağlık alanında cazibe merkezi olması için Sağlık serbest Bölgesi (SSB) kurulabilmesi yasalaştı. Alt mevzuat çalışmaları devam ediyor,

8. Sağlık Turizmi için Ekonomi Bakanlığı'ndan mali destek tebliği yayınlandı. Sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren kamu ve özel sağlık kuruluşu, üniversite ve dernekler yıllık 300 bin USD tanıtım ve 100 bin USD araştırma, raporlama ve danışmanlık hizmeti desteği alabiliyor,

9. Maliye Bakanlığı'nca yayınlanan 6322 sayılı yasa ile Sağlık Turizminden elde edilen gelirlerden %50 vergi muafiyeti yürürlüğe girdi.

Sağlık Turizminin geliştirilmesine yönelik olarak Sağlık Bakanlığının gerçekleştirdiği ve uygulamaya geçilen faaliyetlerin yanı sıra özellikle yaşı ve engelli turizminde Sağlık turizminde belli bir noktaya ulaşabilmek için; başta resmi ve özel sektör sağlık kuruluşları ve turizm şirketlerinin Avrupa ülkelerindeki sosyal güvenlik şirketleri ile daha yakın işbirliği yapmaları, yaşı ve engelli turizmi konusunda sağlık hizmeti veren tesislerin kalitesinin artırılması, Türkiye'nin sağlık sektörünün tanıtımının yapılması, sağlık hizmetlerine ilaveten paket halinde ülkemizin diğer turizm olanaklarının sunulması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, sağlık turizminde özellikle yaşı ve engelli turizminin turistin evden çıkışından tekrar evine dönüşüne kadar geçen tüm süreçleri kapsadığı düşünüldüğünde, sigorta şirketleri ile koordinasyon sağlanmalı, sağlık turizmi yapan kurum ve kuruluşların belirlenmesi ve sertifikalandırılması gerekmektedir. Paket programlar oluşturularak sağlık ve turizm iç içeliğinin sağlanması, yaşı ve engelli turizmini tanıtan tanıtım programları ve kampanyalar düzenlenmesi ve yardımcı firmalar bu yapılanma içinde yer alması sağlanmalıdır.

Kaynakça

- 1- Cornell, John, “Medical Tourism; Sea, Sun, Sand and Surgery”, Tourism Management, 2006; Vol.27.
- 2- Deloitte Global Survey of Health Care Consumers Report 2010.
- 3- Mugomba, C. and C. Danell, 2007; “Medical Tourism, and Its Entrepreneurial.
- 4- Opportunities A Conceptual Framework for Entry Into the Industry”, Tourism and Hospitality Management Master Thesis No. 2006:9, January 2007, School of Business, Economics and Law, Göteborg University (https://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/4671/1/2006_91.pdf).
- 5- T.C Kültür ve Turizm Bakanlığı (http://www.kultur.gov.tr/TR/belge/1_45771/mevzuat.html).
- 6- T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü Yurt Dışı Hasta Envanteri Verileri, Ankara 2011.
- 7- T.C Sağlık Bakanlığı <http://www.saglik.gov.tr/saglikturizmi>
- 8- Aydın D, Aypek N, Aktepe C, vd. Türkiye’de Medikal Turizmin Geleceği, 2011.
- 9- Türkiye’de Sağlık Turizmi, www.saglikturizmi.gov.tr
- 10- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sağlık Turizmi Birimi) Medikal Turizm Araştırması (Birinci Bölüm) Ekim – Aralık 2010, Ankara.
- 11- T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı <http://www.saglikturizmi.gov.tr/duyuru/18-turkiyede-saglik-turizmi.html#>
- 12- World Tourism Organization Annual Report 2010.

İLERİ YAŞ TURİZMİNDE AÇILIM: BAKIM VE REHABİLİTASYON TURİZMİ

Hande ARSLANALP

TÜRSAB Başkan Danışmanı

Sağlık Turizmi Komitesi Üyesi

Hızla artmakta olan dünya nüfusunda ortalama yaşam süresi de, bilim ve teknolojinin her gün yeni sağladığı olanaklar ve değişen/ gelişen yaşam koşulları sayesinde benzer bir ivmeyle artmaktadır. 21. Yüz yılın sosyal devlet anlayışı çağdaş demokrasilerde ülke sınırlarını aşarak küresel hedefleri zorlamaktadır. Ülkelerin yaşam standartlarının düzeyi, vatandaşlarının sağlık ve eğitim hizmetlerinden aldığı pay ile ölçülür olmuştur. Bu nedenle de devletler uygulamakla yükümlü oldukları sağlık politikalarının gereği olarak artan talepleri karşılayacak “ekonomik krizler çağındaki en hassas dengeyi” kurmak için büyük uğraş vermekte ve yeni çözümler aramaktadırlar.

Eski çağlardan beri insanların kalıcı veya geçici olarak bulundukları, yaşadıkları yerleri değiştirmelerinde sağlık sorunları en önemli etkenlerden biri olmuştur. Ülkemiz ve özellikle bölgemiz, şifa bulma amaçlı seyahatlerin, başka bir değişle sağlık turizminin, antik çağlara dayanan en ünlü örnekleriyle doludur. Tıbbın, Geriatriinin, Rehabilitasyonun, farkındalık olarak geliştiği köşelerden biri olan Bölgemizde, İstanköylü Hipokrat’ın ülkesinde yapılan bu kongre organizasyonu sanırım katılımcılarına farklı bir heyecan yaşatmaktadır; en azından benim için öyle...

2.Dünya Savaşının yol açtığı büyük toplumsal travma ve ortalama yaşam süresinin hızlı artışı ı özellikle 1945 sonrası dönemde “yaşlılık” tanımının sosyologlarca yeniden ele alınmasını getirmiştir. Genel nüfus içinde ki yüzdesi her yıl artan İleri Yaş grubu ülke ve dünya bazında yaşam tarzı, beklentileri, alışkanlıkları, gelir düzeyleri, kısıtları ve sağlık sorunlarıyla toplum içinde belirgin bir farklılık yaratmaktadır. Endüstriyel toplumlarda neredeyse yok olan *büyük aile* içinde *eskiden adeta kaybolan* ileri yaşlılar, artık yaşamlarını karı-koca olarak, hatta çoğu zaman yalnız sürdürmek zorundadırlar.

Türkiye de 1990 dan 2010’a ortalama insan ömrü 67,4 yıldan 73,9 yıla çıkmıştır ve 2025 projeksiyonu 75,9 yıldır. İsveç te 2010 itibariyle 80 ‘i aşmakta



ve 9,5 milyon nüfuslu ülkede 65 yaş olan emeklilik sınırını aşanların oranı %18dir.2030 da bu oranın %30'u bulacağı tahmin edilmektedir.

Bu çarpıcı örneklemenin ardında saklı önemli bir gözlem de yatmaktadır. İsveç yaşlıların bakım gereksinimleri için oluşturduğu programlar, yöntemlerle ileri yaş grubunun “daha sağlıklı” olmasını başarabilmiş ve bu da ileri yaşın medikal harcamalarının 1980 den itibaren sürekli azalmasına yol açmıştır. Ancak sağlıklı yaşlılık için bakım ve diğer programlara İsveç in 2010 yılında 14 milyar USD harcadığını ve bu paranın sadece %3 ünün şahıslarca ödendiğine de dikkat çekelim.

İsveç ve daha birçok batı Avrupa ülkesinde ileri yaşlılar için uygulamaya konulan bakım programların ölçümlenen sonuçları ve araştırmalar neticesinde Dünya Sağlık Teşkilatı 2012’ Sağlık Gününü “YAŞLILIK VE SAĞLIK” temasıyla kutladı. Teşkilatın Avrupa için Bölgesel Komitesi ise, 10-13 Eylül 2012 tarihlerinde Malta da yaptığı 66. Oturumunda Avrupa için “SAĞLIKLI YAŞLANMA” “yı hedefleyen (*kısa adı Health 2020*) 2012-2020 Stratejik Plan taslağını kabul etti. Bu plan 1980 den beri oluşan toplumsal talep, araştırma, AB ülkelerinin 5.ve 6. Çerçeve programlardan edimlerini de içermektedir.

Tüm bunlar göstermektedir ki diğer değerli konuşmacılarında ifade ettikleri gibi başta Batılı Komşularımız ve Dünya Sağlık Teşkilatı belli bir hedefe kilitlenmiş ve programları sistematik olarak hayata geçirmek için start verilmiştir.

Alternatif Turizm çeşitlerinden birisi olarak tanımlanan Sağlık Turizmi özünde Bakım ve Rehabilitasyon Turizmini de kapsamaktadır. Burada Kongrenin çizdiği sınırlar gereği hedef kitle ileri yaş gruplarıdır. Ancak bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin her yaş grubu ve tıbbın diğer birçok dalı için verildiğini düşünürsek, sağlık konusunun bütünselliği içinde aynı hizmet anlayışı geçerlidir. Önemli olan burada oyuncularını ve işlevlerini doğru tanımlamaktır.

Her girişimde olduğu gibi, Sağlık Turizmi başlığı altında bir programı başarılı bir şekilde yürütebilmek için etkili bir stratejik plana ihtiyaç vardır. Son beş yıl içerisinde kamu, sivil toplum ve üniversitelerce yapılan çalışmalar bu planın olgunlaştığının bir göstergesidir. Açılımin hayata geçirilmesi için,

başlamış olan “*altyapı*” çalışmalarının, üzerinde mutabakat sağlanmış bir uygulama planına göre hızlandırılması gereklidir.

Burada “*altyapıyla*” kastedileni açmamız gerekiyor.

☐ Eğitim

- o Sektöre hizmet sağlayıcılara özel eğitimler
- o Özel bakım hemşireleri
- o İletişim eğitimi-yabancı dil, yaşlı psikolojisi, v.b.

☐ Tesisler

- o Klinik Konaklama
- o Medikal Destek Merkezleri
- o Özel Donanımlı Rekreasyon, Sportif faaliyet tesisleri
- o Kültürel ve Sportif faaliyet tesislerinde engelli ve yaşlı katılımını sağlayacak ek tedbir ve ek tesisler

☐ Mevzuat alt yapısı

- o Uluslararası mevzuata uyum
- o Hizmetler entegrasyonunu düzenleyici yönergeler
- o Sigorta Mevzuatı
- o Akreditasyon
- o Denetim

☐ Finansman altyapısı

- o Teşvikler- kısmen devrede
- o Kaynak oluşturma – uluslararası destek programları-çerçeve anlaşmalar

☐ Sağlık Turizmi Acenteleri için TÜRSAB tarafından yürütülecek çalışmalar

- o Faaliyet ve sorumluluk kapsamlarına ilişkin düzenlemeler
- o Zorunlu sağlık turizmi personeli eğitim programları organizasyonu
- o Üçüncü kaynaklardan alınacak hizmetlere yönelik kriterler
 - Tıbbi danışmanlık hizmetleri
 - Taşımacılık hizmetleri
 - Seyahatler sırasında alınacak tıbbi destekler
 - Sigorta hizmeti alınacak şirketlere ait kriterler

- o Uluslararası anlaşmalara ilişkin hukuksal destek
- o Acentelerin akreditasyonu
- o Acentelerin denetimi

Vurgulamakta yarar var, Sağlık Turizmi Türkiye de sürekli olarak gündemdedir. Ankara da yapılan ve bugün tamamlanacak olan 5.Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresiyle neredeyse eş zamanlı olarak İleri Yaş Bakım ve Rehabilitasyon Turizmi kongresi yapılmaktadır.

Kültür ve Turizm Bakanlığı Tanıtma Genel Müdürlüğü destekleriyle, TÜRSAB Sağlık Turizmi komitesi üyelerinin ortaklaşa çalışmaları sonucu DDF ajans tarafından hazırlanan Sağlık Turizmi Broşürü çalışması yakında sonuçlandırılacaktır.

1618 sayılı yasa yenilenerek Bakanlığa sunulmuş olup, yasanın yürürlüğe girmesinin ardından yönetmelikler revize edilerek ihtisaslaşmaya yönelik turizm çeşitleri eklenecektir. MYK ile TÜRSAB arasında imzalanan “Mesleki Yeterlilik Hazırlama ve İşbirliği Protokolü” ile meslek yeterlilikleri hazırlanmaktadır.

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Tanıtma Genel Müdürlüğü tarafından; içerisinde TÜRSAB, TUROFED, TUROB, OHSAD, Sağlık Bakanlığı, DEİK, THY gibi toplamda 21 katılımcının yer aldığı, Sağlık Turizmindeki güncel gelişmeleri değerlendirmek, Ülkemizdeki yasal düzenlemeler ışığında Türkiye’nin yurtdışı pazarlarda bu alanda bilinirliğinin artırılması ve marka değerinin güçlendirilmesi amacıyla Sağlık Turizmi Platformu oluşturulmuştur. Söz konusu Platform kendi içerisinde, ilgili birimlerle alt komiteler oluşturmuştur. İçerisinde Medikal Turizm Komitesi, Termal -Spa Turizmi Komitesi, Geriatri Komitesi ve Tanıtma Komitesi yer almakta olup, belirli aralıklarla toplantılarını gerçekleştirilmesi amacıyla sekreteryası TÜRSAB’a verilmiştir.

Birçok STK da yıllardır paralel faaliyetlerini sürdürmektedir. Örneğin yaşlı sağlığı konusunda giderek ivme kazanan bilimsel çalışmaların yurtdışında da tanıtılması için uluslararası kuruluşlar ile iş birliği içinde olan Türk Geriatri Derneği, Türkiye Geriatri Vakfı gibi.

Altyapı çalışmalarında düzenleyici ve yol gösterici rol kesinlikle Devleti'mizindir. Kültür ve Turizm Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, bu kongrenin de düzenleyicisi olan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı ve hizmetin uluslararası niteliği dolayısıyla Dış İşleri ve AB Bakanlıklarının çalışmalarda yer alacağı gözükmemektedir.

Mevzuatlar oluşturulurken iki husus sektör açısından çok önem taşımaktadır:

- ☐ Kalite standartları
- ☐ Etik kodlar

Sektörde kalıcılığı sağlamak için hiçbir nedenle (rekabet, zaman, kaynak kısıtları gibi) bu iki temel taşından ödün verilmemelidir. Avrupa ülkelerinin öngördüğü sosyal hizmet anlayış ve kalitesi tüm ülkelerce kabul edilebilir bir düzeyi işaret etmektedir. Katma değeri yüksek bir hizmet sınıfında çalışabilmek için Health2020 Stratejik Planının uygulamaları ve getireceği kriterler çok yakın takip edilmelidir. Uygun fiyat/kalite endeksinin yakalanması için başlangıçta gerekli teşvikler, doğrudan destekler sağlanmalıdır. Unutulmaması gereken nokta, özellikle Avrupa Ülkelerinde ileri yaşlılar için verilen bakım hizmetinin maliyetinin yüksek oluşu ve sayının katlanarak artması nedeniyle sınır ötesinden hizmet alma talebin olduğu gerçeğidir. Ancak "sağlıklı yaşlanmayı" motto olarak benimsemiş bir sosyal politikanın konusu "insan sağlığı" olunca maddiyatı bir tarafa bırakarak tavizsiz olacağı kesindir. Bir hata sadece hata yapmanı değil, tüm pazarı cezalandırır.

Turizm Acenteleri tarafından oluşturulması gereken pazarlama stratejisi de özenle seçilmelidir. Etik Kod hasta ile doktor arasındaki ilişkiden menfaat sağlamaya müsaade etmez. Yani aslında Sağlık Turizmi Acentesi doğrudan ne tesisi, ne doktoru, ne bakım ve rehabilitasyon programını pazarlamaktadır. Acente bu hizmetleri talep edenle sağlayan kurum arasında köprü vazifesi görmekte, danışmanları vasıtasıyla bilgilenmenin sağlıklı olmasını sağlamakta, tarafların haklarını güvence altında alacak anlaşma, sigorta v.b. işlemlerin tamamlanması için kolaylaştırıcılık görevi üstlenmektedir. Taraflar özgür iradeleriyle anlaşmaktadırlar. Anlaşma sağlandıktan sonra taşıma, transfer, rehberlik, arzu edildiğinde diğer turistik faaliyetlerle seyahat programını bütünlemektedir.

İleri yaş grubu için bu politika biraz daha farklılık göstermektedir. Konuşmamızın başında da belirttiğimiz gibi bakım ve rehabilitasyon gereksinimlerinin dışında kültür, doğa, sanat, eğlence, hafif sporlar gibi ilgi alanları gelişmiş olan ileri yaş grubu genelde bakım hizmetlerine eklemlenen bu türden faaliyetleri de kontrollü olarak yapabilmektedir. Burada acenteler bir ülkenin bakım ve rehabilitasyon hizmetleri için bir diğerine tercih edilmesinde anahtar vazifesi görmektedir. Destinasyon tanımıyla elleri daha da güçlenen acenteler sağlık turizmini, deyim yerinde ise **sağlık + turizm** olarak gerçekleştirmekte ve yüksek katma değerli bir ürün pazarlamış olmaktadır.

İleri yaş bakım ve rehabilitasyon turizmi için göz önüne alınması gereken önemli bir husus tesis altyapısını ülke coğrafyasının değişik bölgelerine yayarak ürün çeşitliliğini artırmaktır. Sadece kıyı veya turistik olarak tanınmış bölgelere bağlı kalınmadan doğal yaşamın sürdüğü ve ülkenin az bilinen ancak çok değerli hazinelerinin tanınma imkanının bulunduğu yörelerde de bu hizmetler yüksek standartlarda verilebilmelidir. Gerek doğal, gerek tarihsel zenginliklerle iç içe sürdürülecek bir rehabilitasyon programının çekiciliğini reddetmek mümkün olmasa gerek.

Sonuç

Türkiye gelişmeye yetişmeye açık genç, dinamik iş gücü potansiyeliyle bakım ve rehabilitasyon hizmetleri için kalifiye personeli kısa sürede yetiştirebilir. Yabancı eğitimci desteği gerektiğinde alınmalı, yurt dışı staj, kurs imkanları yaratılmalıdır. Yabancı dil problemi ve ucuz işgücü yüzünden kesinlikle yabancı personel çalıştırılmamalıdır. Sektörde süreklilik ve büyüme yerli istihdamın artmasıyla sağlanabilir.

Türkiye de bakım ve rehabilitasyon hizmeti veren tesis kapasitesi çok yetersizdir. Devlete ait geriatri tesisleri çok azdır. Huzur ve Yaşlı Bakım evi konsepti hedef ülkelerin beklenti ve ileri yaş politikalarına taban tabana zıttır. Health2020 yaşam kalitesini her yaş için yüksek tutmayı, yaşlıların günlük yaşama azami oranda katmayı, yaşlılarının toplumdan izole edilmesini engellemeyi hedeflemektedir. Dolayısıyla İleri Yaş Bakım ve Rehabilitasyon Turizmi hedefleniyorsa tesis altyapıları yeni anlayışa göre düzenlenmeli ve “yaşlının toplumda ötekileşmesini” çağrıştıran her türlü isim, tanım terkedilmelidir.

Sektörün çekici gücü Sağlık Turizmi Acenteleridir. Aş ve iş bu mutfaktan çıkmaktadır. Tüm diğer sektörel oyuncular ve devlet acentelere destek olmalıdır. Sektörde kısa vadeli beklentiler nedeniyle haksız rekabete yol açacak pazarlama ve fiyat politikalarına kesinlikle müsaade edilmemelidir. Yıllar önce yabancı tur operatörlerinin manipülasyonlarıyla tesis ve acentelerimizin içine düştüğü durumlar unutulmamalıdır. Bu bağlamda tüm meslek kuruluşlarına büyük görev düşmektedir. Sağlık için yabancı ülkelerin harcayacağı her kuruşun büyük çapta Sağlık Güvence Fonları ve Sigortalar tarafından karşılanacağı bilinmelidir. Hizmet için para ödeyen bu kuruluşlar alınan hizmetlerin kalitesini sürekli denetleyecektir. Bu nedenle kaliteden ödün vererek düşük fiyat politikası izleyebilmekte mümkün değildir.

Kaynakça

- 1- Jakab Z. The future of health care in Europe WHO Regional Director for Europe The Economist Conference Geneva, Switzerland,17 March 2011.
- 2- Facts About Sweden Elderly Care. Published by the Swedish Institute, May 2012.
- 3- Türkiye Sağlık Turizmi Rehberi. Türkiye Sağlık Turizmi Derneği 2009.
- 4- Strategy and Action Plan for Healthy Ageing in Europe WHO, Regional Committee for Europe 2012–2020.
- 5- Salonen P, Haverinen R. Providing Integrated Health And Social Care For Older Persons In Finland University of Tampere-Tampere School of Public Health.
- 6- Birinci Basamak İçin Temel Geriatri, Türkiye Geriatri Derneği, Eylül 2012.
- 7- Çelik H., Sağlık Turizminde Devlet Desteğinin Önemi ve Yabancı Sermaye, II. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, Antalya, 2009.
- 8- Türkiye Açısından Tıp Turizminin Ekonomik Boyutu ve Diğer Etkileri - TÜSiAD Raporu.

SAĞLIK TURİZMİNDE İLERİ YAŞ VE REHABİLİTASYON TURİZMİNİN YERİ

Dr. Dursun AYDIN

T.C. Sağlık Bakanlığı - Sağlık Turizmi Dairesi Başkanı

Türkiye

- Nüfus: 74 milyon 724 bin 269,
- Ekonomik olarak dünyada en hızlı gelişen 3. ülkeyiz,
- Dünyanın en büyük 16. Ekonomisine sahibiz,
- 105 ülkeden yılda 36 milyon turist geliyor,
- Bölgesinde sağlık alanında lider durumdayız.

Türkiye’de Sağlık

- Son 10 yıl sağlık sistemimiz Uluslararası standartlara kavuşmuştur.
- Batı Ülkeleri ile aynı seviyelere gelmiştir.
- Tüm vatandaşlarımız kamu ve özel hastanelerden hizmet alabilmektedir.
- Binlerce hasta yurt dışına batıya hatta komşu ülkelere (İran, Irak, Suriye vb) tedavi için giderken, bugün yılda 200.000’e yakın hasta sağlık için ülkemize geliyor.

Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı’nın Kuruluşu ve Görevleri

- Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 31 Mart 2010 tarih ve 18529 sayılı onayı ile Sağlık Turizmi Birimi kurulmuştur.
- 05.05.2011 tarihinde 15298 sayılı Makam Oluru ile T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne devredilmiştir.
- 02 Kasım 2011 sayılı resmi gazete ile 663 sayılı yasa gereği Bakanlıktaki yeniden yapılandırma kapsamında; T.C. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı olarak hizmet vermektedir.



Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı;

- Medikal (Tıp) Turizmi
- Termal Turizmi
- İleri Yaş ve Engelli Turizmi
- Uluslararası Hasta Destek Birimi (International Patient Assistance Unit) olarak hizmetine devam etmektedir.

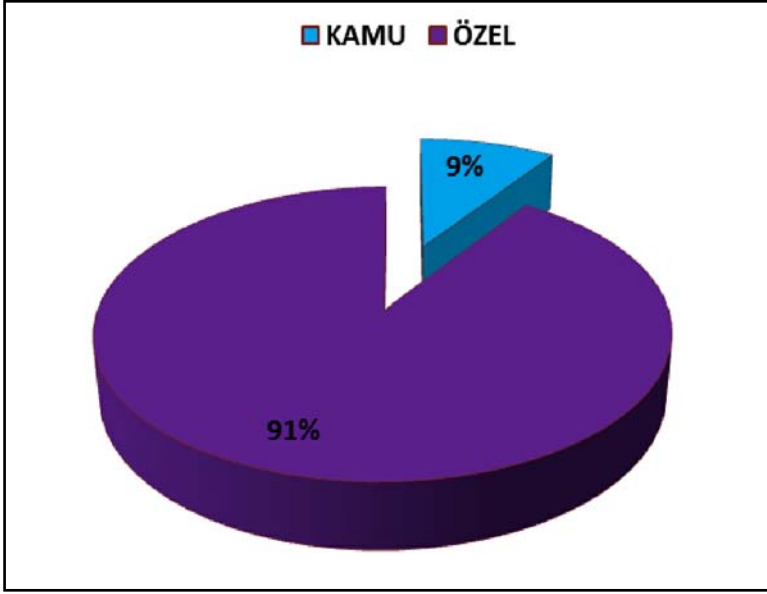
1. Sağlık turizmi ve turistin sağlığı ile ilgili hizmetleri planlamak, gerekli izinleri vermek,
2. Sağlık turizmi ile ilgili iş ve işlemleri ilgili kurum ve kuruluşlarla koordineli olarak yürütmek,
3. Yaşlı ve engelli turizmi ve termal turizmi ile ilgili kaplıcaları, içme merkezlerini ve iklim kür merkezlerinin (Klimaterapi merkezlerini) faaliyetlerini sağlık turizmi açısından izlemek,
4. Yurt dışından ülkemize tedavi amaçlı gelecek hastaların sağlık turizmi açısından kabul kriterlerini oluşturmak, bu hastaların talep ve şikâyetlerini incelemek,
5. Sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamındaki hastalara gerektiğinde yardım ve danışmanlık hizmetlerini sunmak ve kayıtlarını tutmak,
6. Sağlık Serbest Bölgeleri ile buralarda sunulacak sağlık hizmetlerine ilişkin iş ve işlemleri yürütmek,
7. Sağlık alanında ikili işbirliği kapsamında ülkemize gelen ve tedavisi uygun görülen hastalara ilişkin işlemleri planlamak ve koordine etmek.

Sağlık Turizmi İstatistikleri

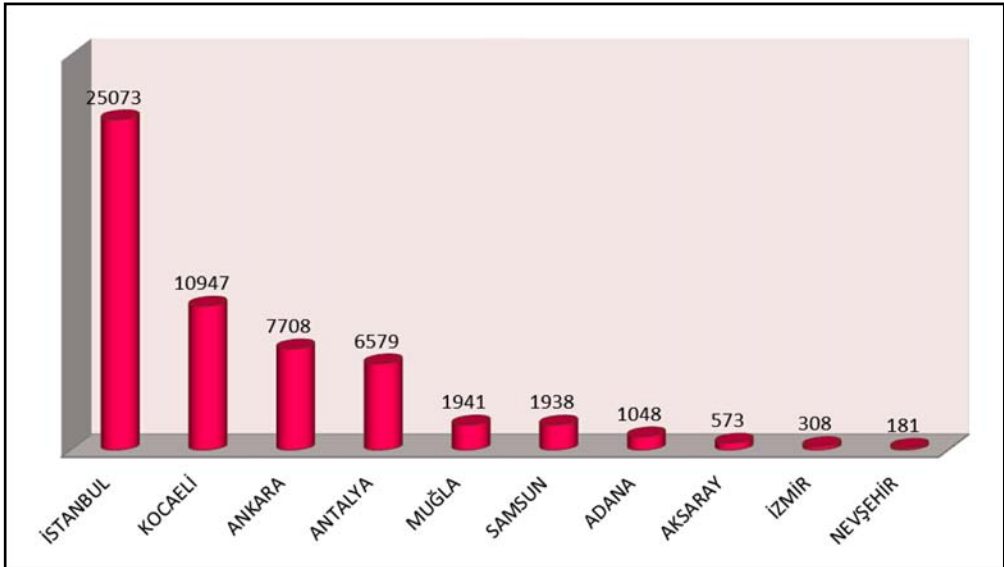
Ülkemize Gelen Yabancı Hasta Sayıları

- 2008 Yılı Sayısı: 74.093
- 2009 Yılı Sayısı: 91.961
- 2010 Yılı Sayısı: 109.678
- 2011 Yılı Sayısı: 156.176

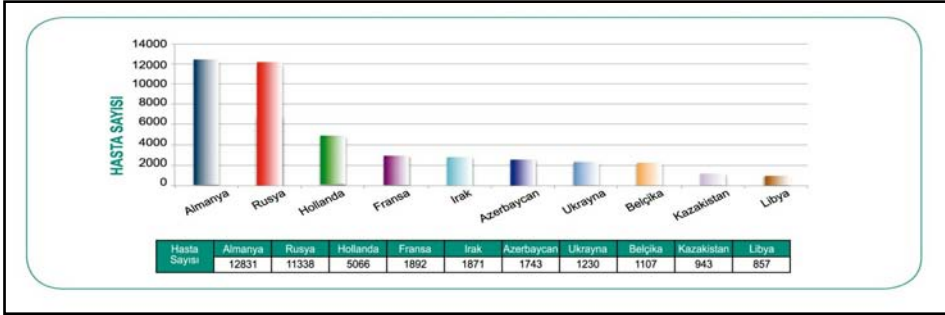
Sağlık Turistlerinin Kamu ve Özel Hastanelerde Tedavi Olma Oranları



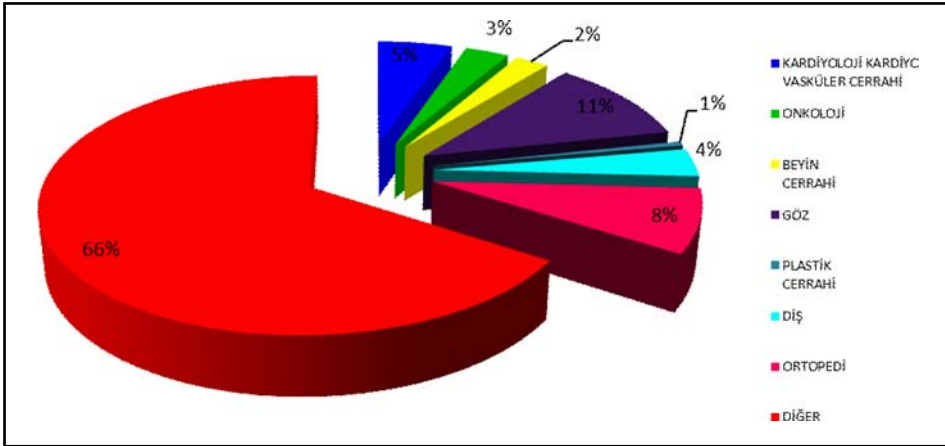
İllere Göre Sağlık Turizmi Hasta Sayısı Dağılımı - 2011



2011 Verilerine Göre Sağlık Turizminde Öne Çıkan İlk 10 Ülke Dağılımı



Sağlık Turizmi Türkiye Geneli Branşlara Göre Dağılımı - 2011



Yayınlarımız (Kitaplarımız 4 Dilde)

- Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi, 2011.
- 2011 Medikal Turizm Araştırması.
- Sağlık Turizmi El Kitabı, 2012.
- Türkiye'deki Medikal Turizm Araştırması, 2011.

Uluslararası Hasta Destek Birimi 444 47 28

- Çağrı merkezinde 4 dilde (İngilizce, Almanca, Rusça, Arapça) tercümanlık hizmeti verilmekte olup, hizmet alım usulü ile şu an 21 kişi çalışmaktadır.
- 112 Acil hattını yabancı hastaların 4 dilde araması halinde 3'lü konferans sistemi ile tercümanlık hizmeti vermektedir.
- 184 Sabim hattını yabancı hastaların 4 dilde araması halinde 3'lü konferans sistemi ile tercümanlık hizmeti vermeye devam etmektedir.
- Bakanlık merkez veya taşra teşkilatı telefon santrallerine, yabancı dilde bir arama gelmesi halinde, telekonferans sistemi ile görüşmelerde tercümanlık hizmetini sağlamaktadır.
- Başkanlığın çeviri işleri ve yurt dışı iletişimde yabancı dil açısından teknik destek vermektedir.
- Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı kapsamında kamu hastanelerine gelen hastaların rapor, epikriz ve yurt dışından provizyon iş ve işlemlerine yabancı dilde destek veriyor.

Sağlık Turizmi Web Sitesi

- <http://www.saglikturizmi.gov.tr>
- <http://www.healthtourism.gov.tr>
- (İngilizce, Almanca, Arapça, Rusça olmak üzere 4 dilde).

Sağlık Turizmi Stratejik Planı (2013 - 2017 Vizyonu)

Hedefe Yönelik Stratejiler (2013 - 2017)

1. Sağlık turizmi hizmeti sunan kuruluşların standartlarını belirlemek.
2. Uluslararası hasta memnuniyetini arttırmak ve yurt dışına hizmetlerimizi duyurmak.
3. Sağlık Serbest Bölgesi ve Termal Turizm ile ilgili süreçlerin tanımlanması, mevzuat, kalite ve hizmet standartlarını oluşturmak.



4. Yaşlı ve engelli turizmi ile ilgili hizmet standartları belirlemek ve süreçleri tanımlamak.
5. Sağlık turizmi alanında; STK, sektör ve ilgili kamu kurum ve kuruluşlarla işbirliğini sağlamak.
6. Sağlık turizmi ile ilgili kalifiye insan kaynağını temin etmek.

Sağlık Serbest Bölgesi (SSB)

- 06/06/1985 tarihli ve 3218 sayılı Serbest Bölgeler Kanunu,
- **663 sayılı** Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların teşkilat ve görevleri hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 49'uncu maddesi gereğince **ülkemizde sağlık serbest bölgelerin kurulmasının önü açılmıştır.**

Kanuni Dayanağı

- **Madde 49**
 - 1- Bakanlık, ülkenin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbî teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla, 6/6/1985 tarihli ve 3218 sayılı Serbest Bölgeler Kanunu hükümleri çerçevesinde, Sağlık Serbest Bölgelerinin kurulması ve yönetilmesine ilişkin usûl ve esaslar Bakanlar Kurulunca belirlenir.
 - 2- Serbest bölgelerde verilecek sağlık hizmetlerine ilişkin usûl ve esaslar Bakanlıkça belirlenir.

SSB Temel Felsefe

- Yatırımcıya mali konularda ve vergi avantajı sağlanmış ve bürokratik süreçler hızlanmış olacak,
- Sağlık hizmetin sunumu ve planlaması SSB içinde ayrıca planlanacak, uygulamada istinalar gelecek.
- Sağlık turizminde marka ve özel bir konsept oluşturulacak,
- Tıp Turizmi, Termal Turizm, Yaşlı Turizmi konseptinde ayrı ayrı SSB'ler olabilecek.
- ARGE ve Teknokentlerle ileri teknoloji transferi

Sağlık Serbest Bölgesinde Amaç

- Yabancı sermaye girişini arttırmak,
- İstihdamı artırmak, kalifiye yabancı beyin göçünü çekmek,
- Yüksek tıbbi teknoloji girişini hızlandırmak,
- Hizmet üretmeye yönelik yatırım ve üretimi teşvik etmek,
- Türkiye' yi bölgesinde sağlık alanında cazibe merkezi yapmak,
- Sağlık turizmi açısından örnek bir konsept oluşturmak,

Sağlık Serbest Bölgesinde Yapılabilecek Yatırımlar

- Hastane, Rehabilitasyon Merkezi vb. sağlık kuruluşları,
- Termal turizm tesisleri,
- Yaşlı tatil köyü / Sağlıklı yaşam merkezleri,
- Sağlık şehirleri (Hastane, Üniversite, ARGE merkezleri, Sosyal Tesisler, Spor alanları vb. bulunan köyleri,
- Üniversite ve sağlık akademileri,
- Sağlık teknokentleri,
- Uluslararası ulaşımı kolay olan büyük illerde kurulacak,
- Yabancı hekim ve sağlık personeli çalışabilecek.

SSB Nerede Olacak

- Yatırımcı talep edip proje getirecek,
- T.C. Ekonomi Bakanlığı değerlendirerek, T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan görüş alacak,
- Bakanlar Kuruluna sevk edilip Bakanlar Kuruluyla yer ve işletmecisi ilan edilecek,
- Tercihen ulaşım kolay iş yapılabilecek bölgeler olacak.

SSB'de Taslak Takvim (2013-2014)

- Öncelikli SB kurumundaki kanun değişikliği yapılacak veya BKK yayınlanacak
- Özel ekonomik bölgelerin önü açılacak,
- T.C. Sağlık Bakanlığı SSB yönetmeliği yayınlayacak,



- Yatırımcıdan SSB'nin işletmecisi olma talebi ve yer gösterecek,
- Yatırımcının projesi ve yer değerlendirilecek,
- SSB nin yeri ve işletmecisi Bakanlar kurulunca ilan edilecek,
- Bölgenin altyapı ve planlaması yapılacak (imar çalışması),
- Tanıtımlar yapılacak ve muhtelif yatırımcılar aranacak 2014.

Yaşlı ve Rehabilitasyon Turizmi

- Batının % 20 yaşlı %10 engelli nüfusu,
- Türkiye nin iklimi, konumu uygun,
- Misafirperver ve genç nüfus,
- Batıda yaşlı bakımı büyük ekonomik yük,
- Eğitim ihtiyacı ve istihdam potansiyeli,
- Tıp turizmi buz dağının görünür yönü,
- Rehabilitasyon turizmi /konaklama tesisi,
- Turistlerin %20'si yaşlılardır (6 milyon),
- Turistin Sağlığı / Seyahat sigortası.

PANEL 7

**YAŞLI BAKIM SİĞORTASI VE
FİNANSAL MODELLER**

Moderatörler

Prof. Dr. Yavuz YAKUT

Prof Dr. Teslime ATLI

Konuşmacılar

Yaşar KOCAOĞLU

Gökhan GÜRCAN

Prof. Dr. İsmail TUFAN

Osman ÖZCAN



BAKIM GÜVENCE SİSTEMİNİN FİNANSMANINDA YENİ YAKLAŞIMLAR

Yaşar KOCAOĞLU

*Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkanı*

Giriş

Sosyal ve iktisadi yapıdaki değişime ve uluslararası etkileşime (AB ve diğer) paralel olarak ülkemizde mevcut ve/veya uygulanan bakım güvence sisteminin yeniden değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda yer alan "sosyal devlet", "sosyal güvenlik hakkı" ve "sosyal güvenlik bakımından özel olarak korunması gerekenler" ile ilgili düzenlemeler bakım güvencesinin Anayasal temelini oluşturmaktadır.

Bakıma muhtaçlık konusunda ülkemiz için yeni modellerden söz edildiğinde, bakıma muhtaçlık olgusunun kendi başına bir sosyal risk türü olmasından yola çıkarak, yoksulluk (gelir durumu) gibi ayrı sosyal şartlar aranmaksızın bakıma muhtaç duruma gelmiş bütün kişileri sosyal güvenlik sistemine alacak tamamlayıcı bir bakım güvence sisteminin oluşturulması gerekmektedir. Sosyal güvenlik reformu kapsamında bakım güvence sistemi ile ilgili yeni düzenlemeler yapılırken, temel stratejik yaklaşım "bakıma muhtaç olan herkese bakım güvence hizmetleri" sağlamak olmalıdır.

Türkiye'de; 65 yaş üstü kişilerin genel nüfusa oranı 1935 yılında %3,9 iken 2012 yılında % 7,52'ye yükselmiş, 2050 yılında ise %20,80'i bulması beklenmektedir. Doğuştan beklenen yaşam süresi 1935 yılında 45-50 yaş aralığında iken 2012 yılında 74,7'ye yükselmiş ve 2050 yılında ise 78,5 i bulması beklenmektedir.

Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013)

Yüksek Planlama Kurulu'nun 31.12.2010 tarih ve 2010/44 sayılı kararı ile kabul edilen ve 19.01.2011 tarihli ve 27820 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı'nın 2'nci bölümünde söz konusu



strateji ile bakıma muhtaç bireylere, ihtiyaç duydukları bakım hizmetlerinin sosyal hizmetler sistemi içinde planlı ve programlı olarak götürülmesinin hedeflendiği belirtilmiş ve belirlenen stratejik öncelikler çerçevesinde bu hedeflere ulaşmak için atılması gereken adımlar tespit edilmiştir. 2011-2013 dönemini kapsayan Bakım Hizmetleri Stratejisi'nde 5 temel öncelik belirlenmiştir. Bunlar;

1. Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi,
2. Kurumsal Bakım Hizmetleri Hususundaki Eksikliklerin Giderilmesi,
3. Bakım Hizmetlerine Yönelik Eğitim Programlarının Geliştirilmesi,
4. Bakım ve Rehabilitasyon Edici Destek Teknolojilerinin Geliştirilmesi,
5. Bakım Güvence Sistemi Oluşturulmasına Yönelik Çalışmaların Gerçekleştirilmesidir.

Bakım Güvence Sistemi Oluşturulmasına yönelik çalışmaların gerçekleştirilmesi başlıklı bölümde bakım güvence modeli ve bakım sigortası alanında; finansman yönteminin belirlenmesi, aktüeryal hesapların yapılması ve sistemdeki aktörlerin belirlenmesi gibi hususlarda çalışmalar yapılacağı belirtilmektedir.

Bakım Hizmeti Kavramı

Bakıma muhtaç engelli; engellilik sınıflandırmasına göre; resmi sağlık kurulu raporu ile ağır engelli olduğu belgelendirilenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişilerdir.

Bakım hizmetleri; 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 ve manevi olarak desteklenmesidir.

Bakım Güvence Sisteminin Gerekçesi

Alışılabilen günlük zarurî ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayamayan, değişik derecelerde de olsa başkalarının yardımına ve bakımına sürekli muhtaç olan bireyler ve bu bireylerin aileleri açısından sosyal dışlanma riski oldukça yüksektir. Bunun yanı sıra, ülke nüfusunun %12,29'unun engelli, %7,3 'ünün 65+ yaşta olması, kişisel bakım ve özbakım ihtiyaçlarını gideremeyen bireylerin artması bakım yardımına muhtaçlık sorununu ileride daha da ciddi boyutlara taşıması beklenmektedir.

1. Evde ve Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Yetersizliği

Ülkemizde sosyal hizmetler sisteminin genel olarak kurum bakımı olarak adlandırılan bir örgütlenme içerisinde bulunmasından dolayı evde bakım ve gündüzlü hizmetler yeterince gelişmemiştir. Bu nedenle bakıma muhtaç bireylerin fiziksel, sosyal, kültürel özellikleri, alışkanlıkları, istek ve beklentileri doğrultusunda, ihtiyaca uygun, kademelendirilmiş ve işlevselliği bulunan bakım modelleri uygulamaya aktarılamamıştır.

Ayrıca, mevcut sistemde evde bakım hizmeti tıbbi bakım, rehabilitasyon ve bakıcı eğitimi hususlarını tam olarak içermemekte ve evde bakım uygulamalarının uluslararası norm ve standartlar da dikkate alınarak yapılandırılması gerekmektedir.

Bunun yanı sıra, mevcut durumda evde bakım hizmeti veren aile bireylerinin ihtiyaç duydukları zamanlarda bakım hizmetini süreli olarak alacakları bir mekanizmanın bulunmaması bu kişilerin günlük ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamalarında önemli bir engeldir.

2. Tüm Nüfusu Kapsayan Bir Bakım Güvence Sisteminin Bulunmaması

Mevcut durumda bakım hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan evde bakım hizmetinden sadece ekonomik yoksunluk içindeki ağır engelli bireyler, vergilerle finanse edilen bütçeden karşılıksız olarak yararlanabilmektedir.



Ancak, bakıma muhtaçlık durumu ekonomik yoksunluk içinde bulunan ya da bulunmayan her bireyin karşılaşılabileceği bir risktir. Söz konusu riske karşı her bireyin güvence altına alınması ve bakıma muhtaçlığın sosyal sigorta sistemi içinde değerlendirilerek, bireylere bakıma muhtaçlık durumunda güvence sağlama karşılığında, prim toplama esasına dayandırılması ihtiyacı bulunmaktadır. Bu şekilde oluşturulacak bir bakım güvence modeli ile tüm nüfusun bakıma muhtaçlık konusunda kapsama alınması sağlanmış olacak ve toplanacak primlerle bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliği sağlanacaktır.

Temelinde ağır engelli kişinin bireysel, sosyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bir sosyal hizmet türü olan evde bakım uygulamasının, mevcut durumda ülkemizde yalnızca engelliye bakan kişiye aylık verilmesi şeklinde bir tür sosyal yardım ödemesi gibi yürütüldüğü görülmektedir.

Bakıma muhtaçlık durumu, ekonomik yoksunluk içinde bulunan ya da bulunmayan her bireyin karşılaşılabileceği bir risktir. Evde bakım hizmetinin ağır engelli kişinin yaşam kalitesini yükseltecek şekilde tüm bakım ihtiyaçlarını karşılaması ve sadece ekonomik yoksunluk içindeki ağır engellileri değil, ihtiyaç duyan tüm ağır engelli nüfusu kapsamaması gerekmektedir.

3. Kamu Hizmetlerinde Sosyal Güvencesiz Çalışanların Varlığı

5378 sayılı Engelliler Kanunu ile evde bakım hizmetlerinin verilmesi imkânı sağlanmıştır. Buna göre, bakıma muhtaç engelli bireyler için nitelikli ve sistemli bakım hizmetlerinin verilmesine yönelik düzenlemeler getirmekte ve öncelik, kurum bakımından çok kişinin sosyal ve fiziksel çevresinden ayrılmaksızın bakımının sağlandığı, evde bakım modeline yer verilmektedir. Evde bakım uygulamasına ilişkin olarak 30 Temmuz 2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” hükümlerine göre; 2012 yılına gelindiğinde ailesi yanında bakılan engelliler için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından aileye her ay bir aylık net asgari ücret tutarında ödeme yapılmaktadır.

Uygulamada mevzuat gereği başkasının bakımına muhtaç durumdaki engelli kişilere resmî veya özel bakım merkezlerinde ya da ikametgâhlarında

bakım hizmeti verilmesi konusunda kişinin gelir durumu dikkate alınmaktadır. Kanunun bu konudaki hükmü gereğince, engellinin ikamet ettiği hanede kişi başına gelir düzeyinin aylık net asgarî ücret tutarının 2/3'ünden daha az olması koşulu aranmaktadır. Evde bakım aylığı, engelliye bakmakla yükümlü olan ve bilfiil engellinin bakımını yapan kişiye verilmektedir.

Ancak, Devlet 2828 sayılı Kanunun getirdiği imkândan yararlanarak sosyal devlet anlayışı gereği kendisinin bakması gereken engelli vatandaşını, bakıcı personele çok daha düşük bir maliyetle 24 saat esasına göre baktırmaktadır. İşveren durumundaki Devlet (ÖYHGM), evde bakım hizmetlerini yürüten bakıcı personelin yürüttüğü hizmetin bedelini ödemekte fakat sosyal güvenlik primini ödememektedir.

Bakım Hizmetleri Konusunda Türkiye'deki Mevcut Durum

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu ile engelli ve yaşlı bireylerin bakımından sorumlu kılınmıştır. 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.

Ülkemizde Bulunan Huzurevlerinin Sayıları Kapasiteleri ve Doluluk oranları aşağıda belirtilmektedir. (Eylül 2012)

Türü	Sayı	Kapasite	Doluluk
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne Bağlı Huzurevleri	107	11.717	10.399
Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri	2	566	566
Belediyelere Ait Huzurevleri	20	2.013	1.409
Dernek ve Vakıflara Ait Huzurevleri	31	2.556	1.789
Azınlıklara Ait Huzurevleri	7	961	673
Özel Huzurevleri	1.308	6.422	4.495
Toplam	297	24.194	19.302

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne Bağlı Rehabilitasyon Merkezlerinin ve Bakılan Kişilerin Sayısı

Yıl	Merkez Sayısı	Kapasite	Bakılan Kişi Sayısı
2006	66	3.027	4.654
2007	64	3.434	4.092
2008	72	4.098	4.272
2009	72	4.768	4.669
2010	81	6.775	4.623
2011	84	6.833	4.708
2012	79	6.035	5.147

Kaynak: ÖYHGM

Özel Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Bakılan Kişilerin Sayısı

Yıl	Merkez Sayısı	Kapasite	Bakılan Kişi Sayısı
2007	10	915	361
2008	20	2.003	768
2009	44	3.744	2.144
2010	77	7.065	4.331
2011	104	9.467	6.872
2012	150	13.121	9.749

Evde Bakım Hizmetinden Yararlanan Kişi Sayısı ve Harcama Tutarı

Yıl	Kişi Sayısı	Harcama Tutarı (Bin TL)
2006	8	3
2007	28.583	35.387
2008	113.000	417.603
2009	210.320	869.362
2010	284.595	1.580.803
2011	362.869	2.214.804
2012	403.758	2.898.942

Kaynak: ÖYHGM

Bakım Hizmetleri Konusunda Bazı Ülkelerdeki Durum

Nüfusu giderek yaşlanmakta olan sosyo-ekonomik yönden gelişmiş Avrupa ülkelerinde günümüzde en ciddi sosyal risklerden birini, "bakıma muhtaçlık" oluşturmaktadır. Bu nedenle anılan ülkeler söz konusu soruna karşı sosyal güvenlik sistemi içinde bakım güvencesini temin eden modeller geliştirmektedir.

Almanya: Bu hususta ilk mevzuat düzenlemesi, 01.01.1995 tarihinden geçerli ve yeni bir sigorta kolu olarak "Bakım Sigortası" alanında yeni düzenleme yapılmıştır.

Yemek hazırlamak, yemek yeme, yıkanmak, çamaşır-bulaşık yıkamak gibi alışlagelmiş ve yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli olan günlük olağan ve sürekli tekrarlanan hareket ve işlerde fiziksel, zihinsel veya ruhsal bir engeli nedeniyle yardıma muhtaç olanlara verilen hizmetler, bakım hizmetlerini oluşturmaktadır.

Bakım güvencesi kapsamına bakıma muhtaç kişinin, sosyal güvenlik ve gelir durumuna göre, ayni ve nakdi yardımlar da girmektedir.

Bakım hizmetleri hususunda sigorta kolu kurarak ilk örneği oluşturan Almanya'da Kanunun yürürlüğe girdiği 01.01.1995 tarihinde % 1 olarak öngörülen bakım sigortası prim oranı, nüfusun hızla yaşlanması dikkate alınarak 01.07.1996 tarihinde %1,70'e, bilahare 01.07.2008 tarihinden itibaren

de % 1,95'e yükseltilmiştir. Primlerin yarısı çalışanların ücretlerinden, diğer yarısı işverenler tarafından karşılanmaktadır.

Ayrıca çocukların, ebeveynlerinin bakımına yardım ettikleri ve maliyetleri düşürdükleri dikkate alınarak, çocuksuz olanlara 01.01.2005 tarihinden itibaren 23 yaşından sonraki kazançlarında sadece kendilerinin ödeyeceği % 0,25 oranında ek prim yükü getirilmiştir. 2008 yılı rakamlarına göre Almanya'da 2.246.829 kişi bakım sigortasından istifade etmiş, bunların yaklaşık 1,53 milyonu ayakta, 0,72 milyonu ise yatarak hizmet almışlardır.

Hollanda, Danimarka, İsveç, Birleşik Krallık: Sosyal güvenlik sistemini vergilerden ayırdıkları sosyal güvenlik paylarıyla karşılamaktadırlar. Bu ülkelerde bakım hizmetleri de kapsama dahil edilmiştir. Genel vergilerden finanse edilen bu sistemde kişinin bakıma muhtaçlık derecesine ve gelirine göre ücretli, ücretsiz veya kısmi katılımlı bakım hizmetleri verilmektedir. Bakım hizmetlerinde yerel yönetimlerin daha aktif görevler üstlendikleri görülmektedir.

OECD ülkeleri: Ortalama sağlık hizmetleri harcamaları % 8 civarındadır. Sosyo-ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde milli gelirin % 2 ila 3'ü sosyal bakım harcamaları için kullanılmaktadır. Gerek sağlık, gerekse sosyal bakım maliyetlerinin yüksek olması ve giderek artması karşısında kamu (vergiler ve sosyal sigortalar primi) ve özel (özel sigortalar, gönüllü sosyal kuruluşlar, ortaklaşa ödeme veya masraflara katılım) finansman yoluyla sağlık hizmetlerini de içeren karma bir sosyal bakım güvence sistemine doğru gidilmektedir.

Avusturya, Belçika, Fransa: Sosyal güvenlik finansmanı primlerle karşılanmakta olup, bakımla ilgili sağlık giderleri hastalık sigortası kapsamında, ancak hizmetlerin bir kısmı vergilerden karşılanmaktadır.

Birçok ülke, varlıklıların ya da imkânı olanların kendileri için bireysel emeklilik veya hayat sigortası yoluyla özel sigortalı olmalarında yükün paylaşımı açısından yarar görmekte ve özel sigortaların devreye girmesini vergi teşvikleri, fonlama gibi özel düzenlemelerle teşvik etmektedir.

Bakım hizmetlerinin yapısı, kapsamı, sunumu ve finansmanı hususlarında Danimarka ve Hollanda deneyimleri önemli ipuçları vermektedir.

Bugüne kadar edinilen tecrübelerle istinaden Almanya, Hollanda, Danimarka gibi Kuzey Avrupa ülkelerinde bakım hizmetlerinin organizasyonu ve sunumunda kurumsal bakım hizmetleri yerine evde bakım hizmetleri tercih edilmektedir. Bunun temel nedenleri ise, bakıma muhtaç yaşlı ve engellilerin yakınlarının yanında ve hatta onlar tarafından ailede bakımdan ya da kendi evlerinde yaşamakta olanlara evlerinde bakımdan daha mutlu olmaları ve evde bakım masraflarının kurumsal bakım harcamalarına göre daha düşük düzeyde olmasıdır. Almanya’da ise mevzuat ile bakıcı aile fertlerine yalnızca ödeme yapılması değil, aynı zamanda sosyal güvence de sağlandığından aileler de genelde evde bakımı tercih etmektedirler.

Türkiye için Bakım Sigortası Modelleri Önerisinde Yeni Yaklaşımlar

Türkiye için bakım sigortası oluşturulması çalışması kapsamında öngörülen alternatif modeller ile söz konusu modellere ilişkin varsayımlar ve sonuçlarına aşağıda yer verilmektedir.

Ortak Varsayımlar

- Bakım sigortasına, çalışanlar, emekli aylığı alanlar, malullük ve ölüm aylığı alanlar ile sürekli iş göremezlik geliri alanlardan en düşük emekli aylığının üzerinde aylık alanların prim ödeyecekleri,
- Sigortalının, bakmakla yükümlü olduğu kişilerin bakıma muhtaç olması durumunda sigortalının prim ödemeye devam edeceği, ancak sigortalının kendisinin bakıma muhtaç olması durumunda ise prim ödeme yükümlülüğünün ortadan kalkacağı,
- Prime esas kazanç ile aylık ve gelir artışları için yıllık % 4 artış oranının uygulanacağı,
- Bakım sigortası fonunun yıllık % 4 getiri oranı ile değerlendirileceği,
- Bakım sigortası fonunun gelirlerinin giderlerini karşılayamaması durumunda yıllık % 4 faiz oranı ile borçlanma yapılacağı,
- Bakım sigortası kapsamında bakıma muhtaç kişilere, üç bakım seviyesine göre kurumsal bakım hizmeti ve evde bakım hizmeti verileceği,

Bakım Seviyelerine Göre Tutarlar

	I. Seviye	II. Seviye	III. Seviye
Evde Bakım (Yakını Tarafından)	0,5 X AÜ	1XAÜ	1,5 X AÜ
Evde Bakım (Bakıcı Tarafından)	1XAÜ	1,5 X AÜ	2 X AÜ
Kurumda Yarı Zamanlı	1XAÜ	1,5 X AÜ	2 X AÜ
Kurumda Tam Zamanlı	2 X AÜ	2,5 X AÜ	3 X AÜ

*AÜ= Asgari Ücret

Bakıma muhtaç kişilerin bakım sigortasından, bakım seviyelerine göre evde veya kurumsal bakım merkezlerinden hizmet alma yüzdeleri için Almanya bakım sigortasından yararlanma yüzdeleri kullanılmıştır.

1. Primli Model (Ödeme Gücü Olmayanların Kapsam Dışında Olması Durumu)

Bu modele göre;

- Sosyal güvenlik kapsamında olan kişilerin bakım sigortalısı olarak kabul edileceği,
- Sosyal güvenlik kapsamında olmayan kişilerin sosyal yardımlardan yararlanacağı varsayılmıştır.

Bu modele göre, bakım sigortasının kurulması durumunda yıllar itibariyle bakıma muhtaç kişi sayıları; 2013 yılsonunda yaklaşık 775 Bin kişi olacağı, 2020 yılında 942 bin kişi, 2050 yılında 1,9 milyon ve 2075 yılsonunda ise bu sayının yaklaşık 2,3 Milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Bu modele göre, bakım sigortasının kurulması durumunda, bakıma muhtaç kişilere yapılacak harcamaların; 2013 yılsonunda yaklaşık 7,1 Milyar TL, 2020 yılında 12,6 milyon TL, 2050 yılında 85,5 milyon TL olarak gerçekleşeceği öngörülmüşken, bu tutarın 2075 yılsonunda yaklaşık 274,5 Milyar TL seviyesine ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Yapılan projeksiyon çalışmasında, fonun kuruluş tarihinden itibaren kişilerden % 2,5 oranında prim alınması durumunda 2045 yılında fonun gelirlerinin giderleri karşılamayacağı öngörülmektedir. Aynı şekilde fonun kuruluş tarihinden itibaren % 3 oranında prim alınması durumunda ise fon büyüklüğünün 2060 yılına kadar artış trendi göstereceği, 2060–2075 yılları arasında ise fon büyüklüğünün giderek azalacağı tahmin edilmektedir.

2. Primli Model (Ödeme Gücü Olmayanların Kapsamda Yer Alması Durumu)

Bu modele göre;

- Tüm Türkiye nüfusunun bakım sigortalısı olarak kabul edileceği,
- Ödeme gücü olmayanlar adına devletin asgari ücret üzerinden prim yatıracacağı varsayılmıştır.

Bu modele göre, bakım sigortasının kurulması durumunda yıllar itibariyle bakıma muhtaç kişi sayıları; 2013 yılsonunda yaklaşık 930 bin kişi olacağı, bu sayının 2020 yılında 1,1 milyon, 2050 yılında 2,2 milyon ve 2075 yılında yaklaşık 2,8 Milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Bu modele göre, bakım sigortasının kurulması durumunda, bakıma muhtaç kişilere yapılacak harcamaların Tutarlar; 2013 yılsonunda yaklaşık 8,5 Milyar TL, 2020 yılında 14,8 milyar TL, 2050 yılında 99,0 Milyar TL ve 2075 yılsonunda yaklaşık 312,4 Milyar TL' ye yükseleceği tahmin edilmektedir.

Fonun kuruluş tarihinden itibaren kişilerden% 2,5 oranında prim alınması durumunda 2063 yılında gelirlerin giderleri karşılamayacağı öngörülmektedir. Aynı şekilde fonun kuruluş tarihinden itibaren % 2,75 oranında prim alınması durumunda ise fon büyüklüğünün 2069 yılına kadar artış trendi göstereceği, 2069–2075 yılları arasında ise fon büyüklüğünün giderek azalacağı tahmin edilmektedir.

3. Karma Model

Bu modele göre;

- Türkiye nüfusunun tamamı bakım sigortalısı olarak kabul edileceği,
- Bakıma muhtaç kişilere yapılacak harcamaların yarısının primlerle, yarısının ise vergiler yolu ile finanse edileceği varsayılmıştır.

Bu modele göre, bakım sigortasının kurulması durumunda yıllar itibariyle bakıma muhtaç kişi sayıları; 2013 yılsonunda yaklaşık 930 bin kişi olacağı, bu sayının 2020 yılında 1,1 milyon, 2050 yılında 2,3 milyon ve 2075 yılında yaklaşık 2,8 Milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir.



Bu modele göre, bakım sigortasının kurulması durumunda, bakıma muhtaç kişilere yapılacak harcamaların; 2013 yılsonunda yaklaşık 8,5 Milyar TL, 2020 yılında 14,7 milyar TL, 2050 yılında 97,9 Milyar TL ve 2075 yılsonunda yaklaşık 312,3 Milyar TL' ye yükseleceği tahmin edilmektedir.

Değerlendirme

Aktüeryal fiyatlandırma çalışmasının yapılabilmesi için fiyatlandırmaya temel teşkil edecek olan istatistiki verilerin elde edilmesi gerekmektedir. Ülkemizde sağlıklı kişilerin bakım ihtiyacına maruz kalma ve bu durumda olan kişilerin hayatta kalma olasılıklarını içeren istatistikî veriler henüz bulunmamaktadır. İlk aşamada bu istatistiklerin yurtdışından temin edilebileceği düşünülse de, bilimsel araştırmalar, değişik iklimlerin etkileri, sağlık koşullarındaki farklılıklar ülkeden ülkeye ve hatta bir ülkenin değişik bölgelerinde mortalite ve morbitite farklılıklarının olduğunu göstermiştir. Yaşam kalitesi arttıkça yaşam süresi artmakta ve buna bağlı olarak bazı yaşlılık hastalıklarının da gündeme gelme olasılığı artmaktadır. Fiyatlama aşamasında morbidite, tazminat ödeme aşamasında ise bu gruba özgü mortalite tablolarının kullanılması gerekmektedir.

Diğer taraftan engellilik oranı ile bakım ihtiyacı oranı farklıdır. Örneğin tek göz kaybı % 50 özür derecesine denk gelmekte iken sadece gözüne dayalı işi olan kişi için iki gözünün kaybı durumunda engellilik oranı oran % 100'dür. Engellilik derecesi % 100 olmasına rağmen kendi işini kendi yapabileceği için bakıcıya ihtiyacı olduğuna dair tıbbi rapor verilmesi olası değildir. Bu çerçevede bakım ihtiyacına gereksinim olma olasılığı tablolarının ve bu ihtiyaca maruz kalan kişilerin hayatta kalma olasılıklarını içeren tabloların ülkemiz koşullarına göre hazırlanması zaruridir ve zaman alacaktır.

Kaynakça

- 1- Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı.
- 2- Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı.
- 3- <http://www.ozurluveyasli.gov.tr>
- 4- <http://www.dpt.gov.tr/Kalkinma.portal>.
- 5- <http://www.tuik.gov.tr>
- 6- 2012 Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesiller Arası Dayanışma Hakkında Bilgi Notu.
- 7- Sosyal Güvenlik Sisteminde Bakım Güvence Modeli ve Bakım Sigortası Taslak Raporu.

UZUN SÜRELİ BAKIM SİGORTASI VE FİNANSMANI

Gökhan GÜRCAN

Acıbadem Sigorta Genel Müdürü

Ne kadar istemesek de yaşılanıyoruz, birey olarak, ülke olarak yaşılanıyoruz. Yaşlandıkça da ihtiyaçlarımız farklılaşıyor, risklerimiz artıyor, diğer taraftan ise bireyselleşiyor, geniş aile yapısından çekirdek aile, yapısına doğru hızla kayıyoruz, metropollerdeki hayat pahalılığı, yaşadığımız mekanları küçültürken, masraflarımızı da hızla arttırıyor. Aslında hissetsekde, hissetmesek de toplum yaşam tarzı evrimi içindeyiz.

Kimin Uzun Süreli Bakıma İhtiyacı Vardır?

Uluslararası analizlere göre 65 yaş üstü kişilerin %17'sinin kronik fiziksel rahatsızlığı sözkonusudur, bu kitleden yaşı 85'in üzerinde olanlardan uzun süreli bakıma muhtaç olanların oranı ise %55; bu yaklaşımla hesap yapıldığı zaman Türkiye'ninde özellikle 2020 – 2030 lu yıllarda uzun süreli bakıma ihtiyaç duyacak kişi sayısı ve maliyeti önemli ölçüde artacağı kaçınılmaz bir gerçektir. Bu gerçek gelişmiş diye adlandırdığımız birçok ülkenin çözüm bulmaya çalıştığı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ya bu kişilerin masrafları ve ihtiyaçlarını aileleri vasıtası ile, ya kamu kaynakları ile, yada kendi birikimleri ile yada özel veya yine kamu sigortaları ile karşılanacaktır.

Nasıl karşılanırsa karşılansın, sosyal devletin, gelişmiş devletlerin rolü bir şekilde bu hizmetin sunulmasını sağlamaktadır.

Kamunun ve ailenin üzerindeki yükü maddi manevi dengeleyebilmek için sigorta kavramı ortaya çıkmaktadır.

Yaşlı Bakım Sigortası yada Uzun Süreli Bakım Sigortası denildiği zaman sadece kamu otoritesi tarafından, sosyal politikalar ışığında geliştirilen ve desteklenen devlet sigortaları değil aynı zamanda özel sigortalarda akla gelmelidir, gelmektedir.



Faliyette bulunduğumuz alan gereği, Özel Sigortacılık perspektifinden “yaşlı bakım sigortası” hakkında nazizane birşeyler paylaşmak istiyorum.

Önce sigortanın ne olduğunu anlamak gerekiyor, sigorta şirketleri sınırsız kaynakla yöneliten vakıf gurabalar değildir. Sigortacılık kişinin veya kurumun muhtemel risklere karşı kendini koruma altına almasını sağlayan önemli bir araçtır. Yani muhtemel riskin gerçekleşme hesabını yapan, bunu ulaşabileceği kitlelere yayarak toplumdaki bireylerin birbirlerinin masraflarını karşılamasını sağlayan bir mekanizmadır.

Konumuz ile ilgili olabileceği düşünölebilecek branşlar ise sağlık ve hayat ana branşları olarak nitelendirilebilir.

Ancak öncelikle ve önemle şu an bildiğimiz ve kullandığımız sigorta çeşitlerinin bakıma muhtaç kişilerin ihtiyaçlarını karşılamadığını çok net ifade etmek gerekiyor, çünkü örneğin sağlık sigortası hasta olduğunuz veya yaralandığınız zaman sizin doktor ve/veya hastane masraflarınızı karşılar. Hayat sigortası ise belli bir tutarda parayı tek kalemde veya belli dönemler içinde size öder.

Mevcut sigorta branşlarından hiç biri kişiyi yaşlı bakım evinde yada kendi evinde gereksinim duyabileceği uzun süreli bakım dolayısı ile oluşabilecek finansal maliyetlere karşı korumaz.

Peki kendinizi bu riske karşı nasıl güvence altına alacaksınız ve beklentiniz doğrultusundaki kaliteyi, çeşitliliği nasıl finanse edeceksiniz?

İşte bu noktada kamu tarafından sunulan hizmetlerin yanında Özel yaşlı bakım sigortası kavramı ortaya çıkıyor.

Özel sigortacılık açısından tanımlanan ve satılan risk “Yaşlı kişilerin, engelli kişilerin veya kaza sonucu günlük yaşam ihtiyaçlarını karşılayamaz hale gelmiş kişilerin bu tür bir bakıma ve yardıma ihtiyaç duyabilme ihtimalidir.”

Uzun Süreli Bakım Sigortası Çeşitleri

Temel de iki tip sigorta poliçeleri vardır. Bunlardan birincisi "teminat" ikincisi ise "masraf" bazlı sigortadır. Teminat tanımlı bir sigorta seçtiğiniz zaman, ne kadar masrafınız olduğuna bakılmaksızın, belli bir tutara kadar ödeme tarafınıza yapılır, "masraf" bazlı yapıda ise belli bir teminat yapısına göre önceden günlük, haftalık veya aylık masraf olarak seçtiğiniz tutar doğrultusunda masraflar size geri ödenir.

Diğer taraftan bu ikisinin kompozisyonunda da ürünler çıkmaya başlamıştır. Eğer 100k TL teminatlı ve günlük 100 TL limitli bir poliçe aldığınız zaman bu size 1000 günlük bir koruma sunulacağı anlamını taşımaktadır, eğer günlük harcamanız bu tutarın altında ise daha fazla gün teminat alabilirsiniz.

Bazı hayat sigortası ürünleri uzun süreli bakım teminatını da kapsayabilmektedir, bu tür poliçelerde sigorta şirketi poliçe sahibinin vefatı durumunda lehdara ödeme yapmak yerine poliçe sahibinin uzun süreli bakım masraflarını karşılayacak şekilde teminat verebilmektedirler.

Tüm masrafların karşılandığı bir poliçe türü maalesef yoktur.

Uzun Süreli Bakım Sigortasında Fiyatlama?

Bu tarz poliçelerin fiyatı seçiminize göre değişebilmektedir. Ödenecek primin hesabı bir çok faktöre dayanmaktadır, yaşa, cinsiyete, teminat tipine, enflasyon koruması olup olmamasına ve teminatın başlaması için beklemeyi göze aldığınız süreye. Sigorta teminatı ile fiyatı arasında denge yakalanması çok önemlidir.

Amerika'dan bir örnek verilmesi gerekir ise dört yıl boyunca, 150\$ günlük bakım hizmeti teminatı, 90 gün muafiyetli, 50 yaşındaki bir kişi için sigorta bedeli 1,134\$ yıllıkıdır. 65 yaşındaki bir kişi için 2,346\$ ve 79 yaşındaki bir kişi için ise 7,572\$'dır. Örnektende görüleceği üzere daha genç yaşta alınan poliçelerin primi düşük olmaktadır, ve prim aynı kalmaktadır.

Ayrıca muafiyet gün sayısının artması da poliçe primini aşağı çeker. Dolayısı ile poliçe satın alırken ne kadar prim ödeyebileceğiniz değil aynı



zamanda ne kadar süre kendi cebinizden harcama yapabileceğiniz dikkate alınmalıdır.

Enflasyona duyarlı poliçe olması önemlidir.

Genel analizler kişinin gelirin %7'sinden fazlasını bu iş için ayırmamasını göstermektedir.

Uzun Süreli Bakım Sigortası Neleri Kapsar?

Uzun süreli bakım hizmetleri günlük yaşam aktivitelerinin yapılamamaya başlanması yada bunama veya alzheimer kaynaklı bilinç kayıplarında verilmektedir. Bu hizmetler arasında banyo, giyinme, ev içi ve dışı transfer, tuvalet, beslenme sayılabilir.

Poliçeler standart yada uzmanlaşmış bakım evi masraflarını, evde bakım masraflarını, fizyo terapi, ev işlerine yönelik masrafları, evde sağlık yardımı hizmetlerini kapsamaktadır. Ayrıca bir çok poliçe günlük yaşam faaliyetlerine ilişkin yardımcı masraflarını, yetişkin bakım hizmetlerini ve bakıcı izin dönemi bakım teminatını kapsamaktadır. Diğer taraftan yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve günlük ihtiyaçların karşılanabilmesi yada tıbben gerekli yaşam alanı modifikasyonları, rampa, tekerlekli sandalye, mutfak veya banyo modifikasyonuna ilişkin masraflarda bu poliçe teminatı ile karşılanabilir.

Özel sigortacılık kanalı ile bu ihtiyaçlara cevap aynı yardım şeklinde olabileceği gibi hizmet sağlayıcının finansmanı şeklinde de olabilmektedir.

Neler Kapsam Dışındadır?

Tüm poliçelerin limit ve muafiyetleri vardır.

Mevcut Sağlık Koşulları?

Eğer sigortalanma döneminde rahatsızlığınız sözkonusu ise bu rahatsızlığın yaratacağı sorunlara ilişkin olarak sigorta şirketleri belirleyecekleri döneme göre teminat vermekten kaçınırlar.

Spesifik Muafiyetler

Bazı akıl ve sinir rahatsızlıkları, alkolizm, uyuşturucu ilaç kullanımı kapsam dışındadır.

Genelde 84 yaşına kadar bu poliçeler satın alınabilmektedir.

Yenileme Garantisi

Bu tarz poliçelerde prim ödendiği müddetçe yenileme garantisi sunulmaktadır.

Açıklamalar

Kişinin sağlık geçmişi çok önemlidir, doğru ve eksiksiz olmalıdır, aksi taktirde sigorta şirketleri eksik beyan sebebiyle teminat vermeyi durdurabilirler.

Vergi

Bu tarz poliçe primleri vergiden genelde istisnadırlar, dolayısı ile ödemeler gelir vergisi matrahınızdan düşülebilir.

Türkiye’de Durum

Ülkemizde şu an için bu sigorta tipinin dizayn edilebilmesi ve pazara sunulabilmesi için gerekli şartlar yoktur. Toplumun ihtiyaç duyup duymadığını bir kenara bırakırsak yapılması gerekenler birkaç başlık altında toplanabilir.

Mevzuat Gereksinimi

Uzun süreli poliçe paydasında müsteşarlık tarafından sigorta tipine ilişkin minimum standartlar belirlenmeli.

Yenileme garantisi kanun tarafından tanımlanmalı, poliçenin daha sonradan ortaya çıkan bir hastalık dolayısı ile iptal edilmesi engellenmeli. Ayrıca yenilemede tekrar bir kontrolden geçme istenememeli. Prim ödendiği müddetçe yenilenmeli.



Mevzuat sigorta şirketinin belli hastalıklara yönelik muafiyet koymasında engellemeli.

Mevzuat prim seviyelerini de düzenlemeli, enflasyon dışında primlerde artış yapılamamalı.

Ayrıca yine mevzuat tarafından teminatlara yönelik minimum standartlarda belirlenmeli

Vergi teşviki hem prim ödenmesi sırasında hem de tazminat alımı sırasında sağlanabilmeli.

Bilinçli, eğitimli dağıtım kanalı oluşturulmalı

Genel Analiz

Yaşlanma kaçınılmazdır, ileriki dönemlerde muhtemelen profesyonel sağlık desteğine ihtiyaç duyacağız ve ihtiyaç günden güne pahalanmaktadır. Birey olarak, kamu olarak bir şekilde önlemimizi almaya başlamalıyız.

Toplumsal bu tür poliçeye ihtiyacı olduğunu anlaması zaman alacaktır, çevresinde yardıma muhtaç ve yaşam standardı sağlıklı haline göre çok düşmüş kişileri gördüğü zaman, kendisinin de bu duruma düşmemesi için gerekli önlemleri almaya karar verebilecektir.

Finansman Nasıl Sağlanacak?

Oldukça önemli meblağların gündeme gelebildiği bakım sigortası finansmanında dört temel sponsor aktör olabilir, kişilerin kendi tasarrufu, devlet, sosyal sigortalar ve özel sigortalar. Üç temel faktör çeşitli kombinasyonlarda bir araya gelerek finansman ihtiyacının karşılanmasında alternatifler yaratabilir tabiki.

Mesela kamu paylaşımlı sigorta gibi, bu tarz uygulamalarda riskin belli bir kısmı, yada belli bir tutarı aşan kısmı devlet tarafından karşılanmaktadır.

Diğer bir bakış açısıyla "yaşlı bakım sigortası" kavramının oluşması ve maliyetlerin bu havuz tarafından karşılanması düşünülmelidir.

Sağlık sigortasından bağımsız bir kesinti yapılanması ile fon oluşturulabilir.

Piyango, çeşitli biletler üzerinden yapılacak kesintiler ile fon desteklenebilir.

Hizmetlerden faydalananlardan katkı payı, yada ayni katkı alınabilecek mekanizmalar geliştirilebilir.

Özel sigortalar oluşturularak, vatandaşa teşvikler sağlanarak maliyetin farklı yönetilmesi düşünülmelidir.

Sonuç

Özel bakım sigortaları, kamunun üzerindeki maliyetleri azaltacak, bireylerin tercihleri ve beklentileri doğrultusunda hizmet sunulmasını sağlayacak politik bir yaklaşımdır.

Kamu tarafından sunulan hizmetlerin adil, uygun maliyetli, kapsamlı verilmesi gerekmektedir ki, bu sürdürülmekte zorlanılabilecek bir konudur, bu açıdan bakıldığı zaman özel sigortaların ön plana çıkması beklenebilir.

Bu doğrultuda özel sigorta sisteminin vergiler yoluyla desteklenmesi düşünülmelidir.

SOSYAL BAKIM SİGORTASI

Bakıma Muhtaçlığa Anlamlı, Akıllı ve Adil Çözüm

Prof. Dr. İsmail TUFAN

Akdeniz Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Gerontoloji Bölüm Başkanı

Giriş

Bakıma muhtaçlığın ardında genellikle hastalık veya engellilik yer almaktadır. İkisi de tıbbi bir sorun olarak algılandığından bakıma muhtaçlığın da çözümlerinde tedavi kavramına odaklı girişimlere yer verilmektedir. Fakat tedavi edilebilen ve edilemeyen olmak üzere bakıma muhtaçlığı ikiye ayırmak gerekir. Örneğin ayağı kırılan ve bu yüzden ameliyata alınan bir kimse iyileşinceye kadar bakıma muhtaç olacaktır, buna karşın felç nedeniyle bakıma muhtaç hale gelmiş olan bir kimsenin tedavi yoluyla bu sorunu aşması mümkün değildir. Burada önereceğimiz *Sosyal Bakım Sigortası* (SBS) her iki durumdaki insana da yardım etmeyi hedef almaktadır.

Türkiye’de nüfusun yaklaşık %12’si engellidir. Fakat sadece bir bölümünün bakıma muhtaç olduğundan hareket edilmelidir. Ülkemizde engelli istatistikleri bulunmadığından 2002 yılında gerçekleştirilen Türkiye Engelliler Araştırması’nın bulgularından istifade ederek, engellilik konusunda bazı ipuçlarına erişebiliriz. İlgili araştırmanın bulgularına bakıldığında engelliliğin her yaş grubunda mevcut olduğu, ama yaşlı nüfusta asıl kritik seviyeye eriştiği görülmektedir.

Engellilerin çoğu yaşlılardan oluşmaktadır. Engelliliğin ardında ortopedik, zihinsel, duyuşsal, ruhsal ve kronik hastalıklar yer almaktadır. Bir kısmı doğuştan, bir kısmı sonradan engelli olmuştur. Bakıma muhtaç engellilerin toplam engelli nüfusu içindeki oranı %20 civarındadır. Ayrıca bakıma muhtaçlık engelli nüfusta da genel nüfusta olduğu gibi yaşa bağlı olarak artış göstermektedir. Araştırmada bunun nedeni hakkında bilgiye ulaşılmamıştır.

Bakıma muhtaçlığı engellilikten ayrı düşünmek gerekir ve engellilik gibi bakıma muhtaçlığın da öncelikle toplumsal bir sorun olduğunu kabul eden bir yaklaşım içerisinde çözüm arayışına başlanması yerinde olur.

Burada ilk önce bakıma muhtaçlığın uygun bir tanımı yapılacaktır, ardından bakıma muhtaçlık problemi kısaca açıklanacaktır ve çözüm önerisi



olarak SBS hakkında detaya girmeyen bilgiler verilerek çalışmaya son nokta konulacaktır.

Bakıma Muhtaçlık

Günlük yaşam temel aktivitelerini başkasının yardımı veya desteği olmadan, geçici ama minimum 6 ay veya sürekli olarak tek başına yerine getirmeyen kişi, bakıma muhtaçtır.

Bakıma muhtaçlık tıbbi kavramlardan arındırılarak günlük yaşamın temel aktivitelerindeki bir sorun olarak tanımlanmakta ve sosyal politik girişimler kapsamında çözülebilecek bir olgu olarak algılanmaktadır. *Günlük Yaşam Temel Aktiviteleri*, kültüründen bağımsız her insanın temel ihtiyaçlarını kapsamaktadır ve bunlar günün normal akışı içerisinde ortaya çıkan ihtiyaçlardır. Örneğin tuvalet ihtiyacı, diş ve ağız hijyenliği, yıkanma gibi aktiviteler, her toplumda her insanın her gün veya düzenli aralıklarla yaptığı davranışlardır. Görüldüğü gibi bakıma muhtaçlık hastalık ve engellilik kavramlarından bağımsız bir yaklaşımla çözülmesi gereken bir problemdir.

Yaşlılık da bir hastalık değildir, Ama genellikle yaşı 75'in üzerindeki bireylerin yaşlılıktan ileri gelen sorunlarına karşı özel önlemlerin alınması gerekir.

Yaşlanma ve hastalık birbirinden ayrılmalıdır. Çünkü yaşlılık herkeste görülen, zaman akışının normal bir yan etkisidir. Hastalık ve engellilik nüfusun sadece bir kısmında görülen sorunlardır.

Yaşlandıkça bakıma muhtaçlık riski artmaktadır. Bunun nedeni yaşlanma sürecinde ortaya çıkan bedensel, zihinsel, duyuşal, psişik yeteneklerde bireyin randıman kaybına uğramasıdır. Ancak bu randıman kayıpları herhalükarda bakıma muhtaçlığa yol açmamaktadır. Yaşlıların çoğu yaşamlarını bakıma muhtaç hale gelmeden noktalayabilmektedir.

Bakım Hizmeti

Bakıma muhtaçlığın yukarıdaki tanımına göre bakım hizmetleri, bakıma muhtaç kişiye günlük temel yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesini sağlayan

hizmetler olmalıdır. Sağlık hizmetleri bunlara dahil değildir. Sağlık hizmetleri bireyin bakıma muhtaç olup olmadığına bakılmaksızın herkese sunulan hizmetlerdir. Buna karşın bakım hizmetleri, bakıma muhtaçlığın yarattığı geçici veya sürekli olarak duyulan "özel ihtiyaçları" karşılayan hizmetlerdir.

Bakıcı

Bakıcı, amatör veya profesyonel olabilir. Bakım hizmetleri bakıma ihtiyacı olan bireyin günlük yaşamını mümkün mertebe normal şekilde yürütmesine yardımcı olan, evde veya kurumda, amatör veya profesyonel kişilerin ya da ikisinin birlikte verebilecekleri hizmetlerdir.

Sosyal Bakım Sigortası

Bakıma muhtaç bireyin yardım ve bakım ihtiyacının bakıcı tarafından sunumunu garanti eden, sosyal güvenlik sistemine entegre edilen, çalışan ve gelir sahibi tüm vatandaşların ödedikleri primlerle finanse edilen, bakıma muhtaçlıktan kaynaklanan özel ihtiyaçlara dayanan masrafların kısmen karşılanmasını sağlayarak bakıma muhtaç bireyin ve ailesinin yüküne ortak olan bir sigorta modelidir.

Bakım Sigortası Primi

Bakım sigortası primleri aylık brüt maaştan, yasalarca belirlenmiş olan bir oranda yapılan kesintidir. İşveren, sigortalı olarak çalıştırdığı her elemanın ödediği prim meblağı kadar prim öder. Serbest meslek sahipleri, hastalık sigortası primlerinin tamamını kendileri üstlenir.

Sağlık Sigortaları

Bakım sigortasına bağlı olan resmi ve özel sağlık sigortalarının kapsamı "bakım kasası" açılacaktır. Sağlık sigortalarının bünyesinde devreye girecek olan bakım kasaları bakıma muhtaçlık derecelerini belirleyecek olan bilirkişileri görevlendirecektir ve bireyin yasalarca belirlenmiş olan bakım ihtiyaçlarını karşılayacaklardır.



SBS Hizmetleri

Bireyin bakıma muhtaçlık derecesine göre bakım giderleri *kısmen* karşılanır. Bakımı kimin üstlendiğine bağlı olarak bakım parası düzeyi değişir.

Evde *bakıcı fert* tarafından bakımı yapılan kişilere ödenen meblağ, *kurumsal* bakım hizmetleri için ödenen meblağın aşağısındadır. Bakıcı fert, bakıma muhtaç kişinin kendisi tarafından belirlenir. Bu aileden biri olabileceği gibi (genellikle tercih edilendir), aile dışından biri de olabilir (örneğin komşu).

Profesyonel bakım hizmetlerinden yararlanmak için bakıma muhtaçlık derecesinin minimum “2” olması gerekir.

Bakım parası bireyin gelir durumundan bağımsızdır. SBS kapsamında bakım hizmeti alan her kişiye ödenir.

Bakılan kişi *işveren* konumundadır. Bakıcısı ile arasında yaptığı anlaşmaya göre SBS tarafından gönderilen bakım parasının tamamını ve bir bölümünü “bakım maaşı” olarak bakıcı ferde verebilir veya bakıcısı parayı almak istemiyorsa, tamamı bakıma muhtaç kişide kalabilir.

SBS, parayı bakıma muhtaç kişiye ödemekle mükelleftir, ama paranın kime, ne kadarının verileceği, kişiye ait olan bir sorumluluktur. Çocuklarda bakım parası velisine, zihinsel engelli yetişkinlerde ise bireyin bakımından sorumlu kişiye ödenir.

Buna karşın profesyonel bakımlarda durum değişmektedir: Bakım parası bakımı üstlenen kuruma havale edilmektedir.

Profesyonel bakım hizmetleri evde ve kurumda verilebilir. Kurumsal bakım hizmetlerinin “yeri” bakım parasının miktarına etki etmektedir. 24 saat kurumsal bakım, yasalarca belirlenmiş ve bireyin bakıma muhtaçlık derecesine de bağlı olan maksimum bakım parasının ödenmesini gerekli kılar.

Profesyonel bakım hizmetleri için ödenen bakım parası bu hizmetlerin tümünü karşılamak zorunda değildir. Bakım parası gereken meblağın

altındaysa, geriye kalan bölümünü bireyin kendisi veya ailesi karşılamak zorundadır.

Aynı yardımlar, bakıma muhtaç bireyin ihtiyacı olan teknik araç gereçler, alt bezi, işitme cihazı, yatak gibi özel durumlarda verilir. Bu yardımlardan yararlanabilmek için hekim raporu ve bilirkişi tastiği olması gerekir. Aynı yardımlarda bakıma muhtaçlık derecesi rol oynar. Yasalarca belirlenmiş bir "aynı yardım listesi" hazırlanır ve bu listede yer alan araç gereçler "gerekli" görülmüşse bireye verilir.

Bireye teslim edilen araç gereçlerden bir kısmı bireyin olur, bir kısmı ise ihtiyaç sona erdiğinde tekrar SBS'ye geri iade edilir. Örneğin tekerlekli sandalye, geri verilmesi gereken aynı yardımlardan biridir. Yani bir başkası tarafından tekrar kullanılması mümkün olan araç gereçler SBS'nin malı olarak kalır ve bireye geçici olarak teslim edilir.

Bakıcı fert yılda maksimum 28 gün (dört hafta) dinlenme iznine ayrılmak hakkına sahiptir. İznini bir kerede kullanabileceği gibi bölümler şeklinde de kullanabilir. İzin döneminde bakıcı ferde bakım parası ödenmez. Onun yerine bakıma muhtaç kişi kendi tercihinine dayalı olarak geçici bir bakıcı ferdi veya profesyonel kurumu görevlendirebilir. *Geçici bakıcı fert aileden biri ise normal bakım parası meblağı ödenir, aile dışından biri ise o zaman profesyonelle ödenen meblağı ödenir. Aynı meblağı tabii ki profesyonel bakıcı için de ödenir.*

Günlük bakım veya gece bakımı, kısa süreli kurumsal bakım veya 24 saat kurumsal bakım, bilirkişi tarafından tasdik edilirse, yararlanılabilecek hizmetlerdir.

Bakıcı fert için emeklilik primi: Bakıma muhtaçlık derecesi 2 ve üzerinde olan bireylerin bakımını üstlenen bakıcı fertlere bakım yaptıkları sürece boyunca emeklilik kasasına prim ödenir. Ödemelerde asgari ücret baz alınır.

Aranan Temel Şartlar

SBS'den yararlanma hakkı, bakıma muhtaçlığın bilirkişi tarafından tespit edilmesinden geriye doğru son 10 yılda en az 5 yıl sigortalı olarak çalışmış olmaya bağlıdır.

Evlilerde, bu şartı sadece çiftlerden birinin yerine getirmesi yeterlidir.



SBS'den yararlanma hakkını elde eden bireylerin 18 yaşından küçük ve çalışmayan çocukları, SBS'den yararlanma hakkına sahiptir.

Katma Değer

- Kuşaklar arası dayanışmayı artırıcı etkiler,
- Bakıma muhtaç bireyin güvenliğinin sağlanması,
- Aileyi koruyan etkiler,
- İstihdamı arttıran etkiler,
- Sigortalılığı arttıran etkiler,
- Sektör yaratan arttıran etkiler (Bakım sektörü ve yan sektörler),
- Sosyal eşitliği ve sosyal adaleti arttıran etkiler,
- Sosyal politikaları destekleyici etkiler,
- Akıllı, adil ve anlamlı bir girişim olarak vatandaşın devlete güvenini arttıran etkiler.

Gerekçeler

Demografik yaşlanma

Üç türlü yaşlanan toplum: doğurganlık azalıyor, yaşam süresi uzuyor, ileri yaşlılar çoğalıyor. 1960 yılından bu yana yaşı 80 ve üzeri nüfus % 300 çoğaldı.

Aile Küçülüyor

Çekirdek aile yaygın bir aile tipine dönüştü. Bu ailenin yaşlısına bakım olanakları azaldı. Çünkü bu aile tipinde hem yetişkin çocukların sayısı az, hem de evli çiftlerin ikisi de çalışmak zorunda.

Bakıma muhtaç yaşlılar çoğalıyor

Bakıma muhtaçlık yaş faktörüyle doğru orantılı olarak artıyor. Bakıma muhtaçlık özellikle 80 yaş ve üzeri nüfusta yayılıyor.

Kaynakça

1. Dieck, M. Igl G, & Schwichtenberg – Hilmert B. *Dokumente der internationalen Altenpolitik. Band II: 1981-1993*. Berlin: DZA. 1998.
2. Pousset R. *Altenpflege Kompakt. Schlüsselbegriffe der Ausbildung und Praxis*. Weinheim, Basel: Beltz. 2002.
3. Shock NW, Greulich, RC, Andres, R, Costa P. *Human Aging: The Baltimore Longitudinal Study of Aging*. Bethesda: National Institutes of Health, 1984.
4. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ankara, 2011.
5. Tufan İ. Türkiye Engelliler Araştırması İkincil Analizleri Sonuç Raporu, 2004.
6. Tufan İ. *Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu*. Antalya: GeroYay. 2007.
7. Türkiye Engelliler Araştırması (2002).

Dr. Osman ÖZCAN
T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

Giriş

- ❑ Günümüzde ülkelerin karşılaşmış olduğu en önemli sorunlarından birisi, doğurganlık oranlarının azalması ve doğuştan yaşam beklentisinin artmasından kaynaklanan ülke nüfusunun yaşlanmasıdır.

- **Yaşlanma ile Birlikte Bizi Bekleyenler:**

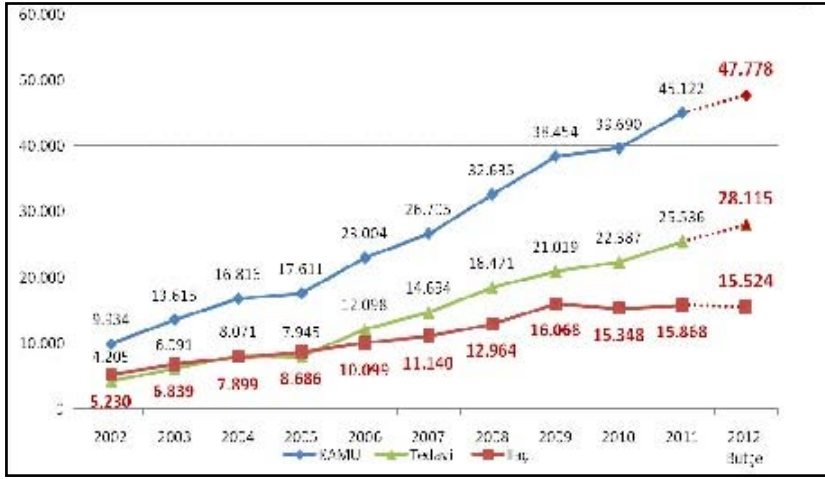
1. Uzun süreli emekli maaşı ödeme
2. Uzun süreli ve daha maliyetli sağlık hizmetleri
3. Yaşlı iş gücü, yaşlı yoksulluğu, emeklilik yaşı, pirim kapsamı

- **Yaşlıların ve Bakıma Muhtaç Kişilerin Sosyal Bakımı**

- ❑ Vatandaşların her bakımdan huzur ve güvenlik içinde yaşamaları, sosyal refahlarının garanti altına alınması bir ülkenin sosyal gelişmişlik düzeyinin ileri noktalarda olduğunun göstergesidir.
- ❑ Sosyal kesimler içinde, sosyal gelişmişlik hizmetlerinden en fazla yararlanacak kişiler ise, başkalarının sürekli bakımına muhtaç durumda olan insanlardır.

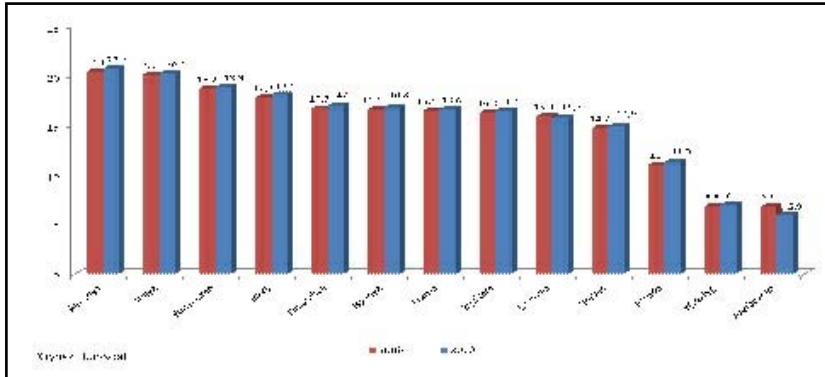


Kamu Tedavi ve İlaç Harcamaları

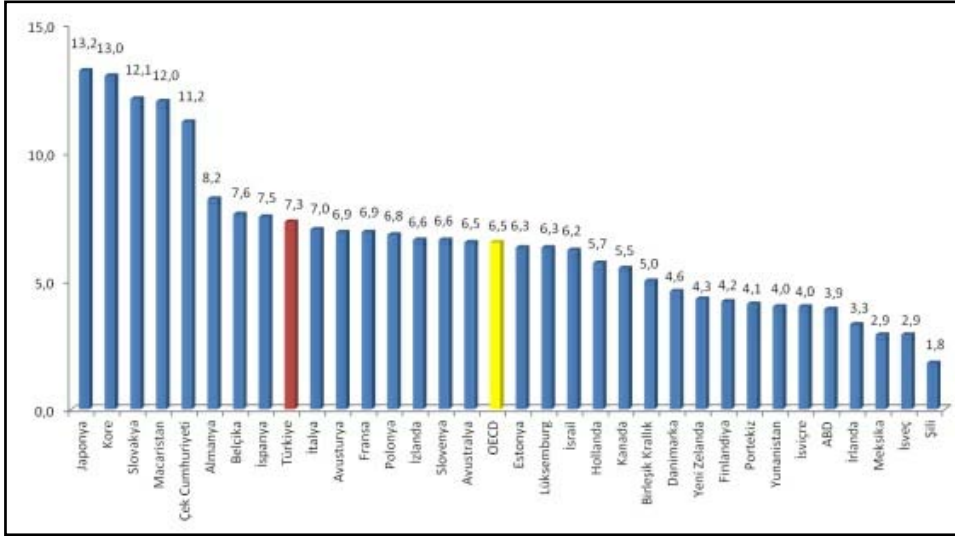


KİŞİ BAŞI ORTALAMA SGK SAĞ LIK MALİYETİ TL	ERKEK KADIN	
	ERKEK	KADIN
0-16 yaş	276	240
17-35 yaş	364	445
36-50 yaş	556	666
51-64 yaş	1393	1886
65-100 yaş	1715	1526

65 Yaş Üstü Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı (%)



Kişi Başı Doktora Başvuru Sayısı



Kimler Bakıma Muhtaç Kişilerdir

- 1) Bakıma Muhtaç Engelli
- 2) Bakıma Muhtaç Yaşlı
- 3) Bakıma Muhtaç Hasta

Bakıma Muhtaçlık Tespit Yöntemleri

- 1) ADL- Modeli (Juchi Modeli)
- 2) AEDL-Modeli (Krohwinkel Modeli)
- 3) Gordon Modeli
- 4) NANDA-Reaksiyon Modeli

Sosyal Bakım Hizmetlerinin Finansmanı

- 1) Primli Model- Almanya, Hollanda
- 2) Primsiz model- Avusturya, Avustralya, Norveç, İspanya, Polonya, İngiltere
- 3) Karma Model- Japonya
- 4) Özel Sigorta- ABD

ALMANYA

Sosyal Bakım Sigortasının Finansman Tablosu (Milyar Euro)

Yıllar	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gelirler	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,55	16,81	16,98	16,86	16,87	17,49
Giderler	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56	17,69	17,86
Net Gelir	3,44	1,18	0,8	0,12	-0,03	-0,12	-0,06	-0,38	-0,7	-0,82	-0,37

Bakıma Muhtaçlık Seviyeleri

Bakım Seviyeleri	Seviye I	Seviye II	Seviye III
Günlük Temel Aktivite Yardımı	Bir günde farklı zamanlarda en az bir kere	Bir günde farklı zamanlarda en az üç kere	Yardımanın gerekli olduğu zamanlarda
Günlük Yardımcı Aktivite Yardımı	Haftada en az bir kere	Haftada en az bir kere	Haftada en az bir kere
Toplam Yardım	Günde en az 1,5 saat. Bunun en az 45 dakikası temel aktiviteler için	Günde en az 3 saat. Bunun en az 2 saati temel aktiviteler için	Günde en az 5 saat. Bunun en az 4 saati temel aktiviteler için

Bakım Sigortasından Faydalanan Kişi Sayıları

Yıllar	Bakım Tipi	Seviye I	Seviye II	Seviye III	Toplam
1996	Evde Bakım	508.462	507.329	146.393	1.162.184
	Bakım Merkezi	111.856	162.818	109.888	384.562
2000	Evde Bakım	681.658	448.406	130.696	1.260.760
	Bakım Merkezi	210.883	234.836	115.625	561.344
2005	Evde Bakım	759.114	425.843	124.549	1.309.506
	Bakım Merkezi	251.730	262.528	128.189	642.447

Sosyal Bakım Sigortası Kapsamında Yapılan Yardımlar

Yardım Çeşidi		Seviye I	Seviye II	Seviye III	Seviye IV
Evde Bakım	Para Yardımı	205€	410€	665€	-
	Profesyonel Bakıcı Yardımı	384€	921€	1432€	1918€
Gece veya Gündüz Bakım Merkezi Yardımı		384€	921€	1432€	-
Telafi Edici Bakım Yardımı		1432€	1432€	1432€	-
Tam Zamanlı Bakım Merkezi Yardımı		1023€	1279€	1432€	1688€
Zihinsel Bakıma Muhtaçlar için Ek Yardımlar		460€	460€	460€	-

JAPONYA

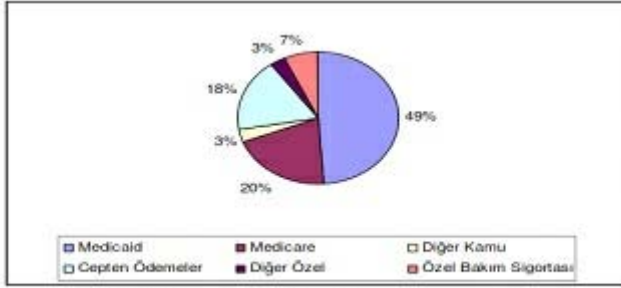
Japonya'da Bakım Seviyeleri

Bakıma Muhtaçlık Seviyesi	Her gün için Bakım Zamanı(Dakika)
Yardım Desteği	<30
Seviye 1	<50
Seviye 2	<70
Seviye 3	<90
Seviye 4	<110
Seviye 5	>110

Bakım Sigortası Kapsamında Yapılan Yardım Miktarları

Bakıma Muhtaçlık Seviyesi	Evde Bakım (Dolar)	Bakım Merkezlerinde Bakım (Dolar)
Yardım Desteği	578	Yok
Seviye 1	1550	2299
Seviye 2	1821	2607
Seviye 3	2500	3275
Seviye 4	2860	3558
Seviye 5	3349	3813

ABD



Şekil 3.17: Bakıma Muhtaçlık Yardımlarının Finansman Kaynağı

Yaş Gruplarına Göre Nüfusun Yaş Yapısı (%)

	0-14 yaş		15-64 yaş		65 yaş ve üstü	
	1990	2010	1990	2010	1990	2010
AB-27	19,5	15,6	66,7	67,0	13,7	17,4
Türkiye	35,0	26,0	60,7	67,0	4,3	7,0

Kaynak: Eurostat (demo_pjenind)

Türkiye'de Doğurganlık Oranı ve Doğuşta Yaşam Beklentisi

Yıllar	Doğurganlık Oranı	Doğuşta Yaşam Beklentisi
2005	2,19	71,4
2010	2,12	72,1
2015	2,05	72,8
2020	2,01	73,6
2025	1,97	74,5
2030	1,92	75,6
2035	1,88	76,3
2040	1,84	76,5
2045	1,81	76,7
2050	1,79	77,4

Kaynak: TÜİK

PROST Emeklilik Simülasyon Modeli

$$A_y = \sum_{x=1}^{100} [P_{x,y} C_{x,y} + (A_{x-1,y-1} - A_{x-1,y-1} Q_{x-1})] \quad y=2009,2010,...,2075 \quad (4.1)$$

$P_{x,y}$: y yılında x yaşında bakıma muhtaç olma olasılığı,

$A_{x,y}$: y yılında x yaşında bakıma muhtaç kişi sayısı,

$C_{x,y}$: y yılında x yaşında nüfus sayısı

Q_x : CSO 80 yaşam tablosuna göre ölüm olasılığı,

Bakıma Muhtaç Kişiler

	2010	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2075
Kadın	100.052	305.751	511.857	706.023	851.202	986.506	1.086.240	1.122.882
Erkek	162.853	444.687	721.500	974.326	1.191.634	1.356.638	1.471.422	1.509.293
Toplam	262.905	750.438	1.233.357	1.680.348	2.042.835	2.343.144	2.557.661	2.632.174

H_y : y yılında bakıma muhtaç kişiye yapılan harcama,

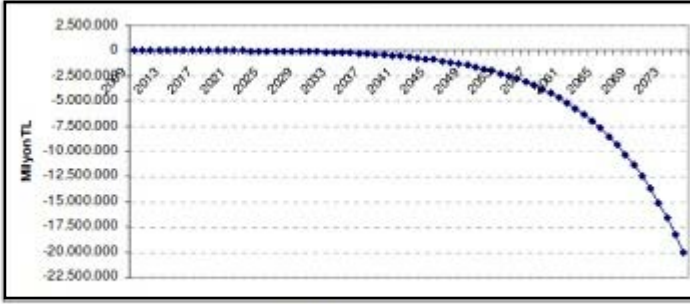
A_y : y yılında bakıma muhtaç kişi sayısı,

$$H_y = A_y E_y \quad (12) \quad y=2009,2010,...,2075$$

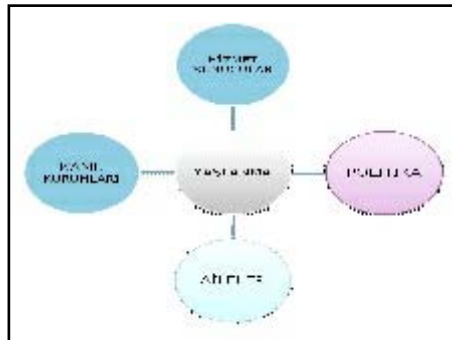
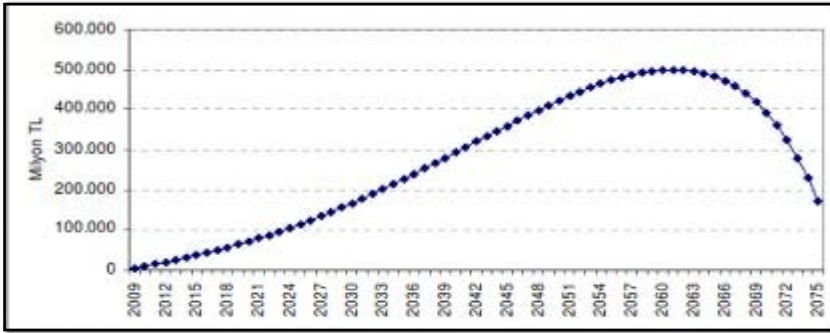
Bakıma Muhtaç Kişiler İçin Yapılan Harcamalar

Milyon TL	2010	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2075
Kadın	840	3.447	7.749	14.350	23.229	36.506	53.437	64.008
Erkek	1.368	5.014	10.922	19.804	32.520	50.203	72.386	86.034
Toplam	2.208	8.461	18.671	34.154	55.749	86.710	125.824	150.042

Bakım Sigortası Fonu



Bakım Sigortası Fonu



Kaynakça

- 1- United Nations DESA: World Population Prospects, The 2010 Revision verileri.
- 2- http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing

ÇALIŞTAY RAPORLARI



1. Grup: Yaşlı Bakım Kriterleri ve Bakım Modelleri

Moderatörler

Prof. Dr. Filiz CAN	<i>Geriatric Fizyoterapistleri Derneği Genel Sekreteri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğretim Üyesi</i>
Hulusi Armağan YILDIRIM	<i>Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanı</i>

Raportörler

Uzman Fizyoterapist Emel PEKÇETİN	<i>Geriatric Fizyoterapistleri Derneği, Süleyman Demirel Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi</i>
Uzman Fizyoterapist Burcu FIRAT	<i>Geriatric Fizyoterapistleri Derneği, Necla Kızılbaş Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi</i>

Katılımcılar

Prof. Dr. Candan ALGUN	<i>İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı</i>
Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU	<i>Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı</i>
Doç. Dr. Mustafa CANKURTARAN	<i>Akademik Geriatric Derneği Başkan Yardımcısı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatric Bilim Dalı Öğretim Üyesi</i>
Doç. Dr. Ümit ATEŞKAN	<i>T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü</i>



Doç. Dr. Füsun ŞENOZAN AYBAR	<i>Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölüm Başkanı</i>
Doç Dr. Didem KARADİBAK	<i>Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü</i>
Doç. Dr. Oya HAZER	<i>Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Aile ve Tüketici Bilimleri Bölümü</i>
Yrd. Doç. Dr. Arzu GÜÇLÜ GÜNDÜZ	<i>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü</i>
Uzm. Dr. Aysel GÜLSOY	<i>Türkiye Alzheimer Derneği İzmir Şubesi Başkanı, Nöroloji Uzmanı</i>
Uzm. Dr. Sevnaz ŞAHİN	<i>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı Geriatri Uzmanı</i>
Uzm. Dr. Nil TEKİN Dr. İpek YURT	<i>Geriatri Uzmanı, Narlıdere Huzurevi Buca Huzurevi, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi</i>
Dr. Murat GİRGİNER	<i>Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu, Aile Hekimi</i>
Dr. İmatullah AKYAR	<i>Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi</i>
Dr. Emin Ulaş ERDEM	<i>Bartın Devlet Hastanesi, Fizyoterapist</i>
Aynur DİK Murat ALTUĞGİL	<i>Evde Bakım Derneği Başkanı, Hemşire Türkiye Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Başkanı, Sosyal Hizmet Uzmanı</i>
Tuncay YILMAZ	<i>Foça Huzurevi, Müdür Yardımcısı Sosyal Hizmet Uzmanı</i>

Tufan Fırat GÖKSEL	<i>İzmir Büyükşehir Belediyesi Zübeyde Hanım Huzurevi, Sosyal Hizmet Uzmanı</i>
Selman BÖLÜKBAŞI	<i>Foça Huzurevi, Sosyal Hizmet Uzmanı</i>
Halil ÇORLU	<i>Atatürk Eğitim Hastanesi Diyetisyen</i>
Nurdan AVCI	<i>Adana Huzurevi Müdürü Sosyal Hizmet Uzmanı</i>
Lütfiye GÖRGÜN	<i>Adana Huzurevi Sakini</i>
Fatih ÇELEBİ	<i>Koç Üniversitesi Ekonomi Bölümü Öğrencisi</i>

Yabancı Katılımcılar

Fizyoterapist Olwen FINLAY	<i>IPTOP-Kurucu Başkan - İngiltere</i>
Dr. Agnes EGERVARI	<i>Huzurevi Müdürü ve Geriatri Derneği Başkanı - Macaristan, Nöroloji Uzmanı</i>
Luk ZELDERLOO	<i>EASPD Genel Sekreteri - Belçika</i>
Dr. Kai LEICHSENTRING	<i>European Centre for Social Welfare Policy and Research - Avusturya</i>
Sevilay DALLI	<i>Livio Huzurevi Müdürü - Hollanda Sosyal Hizmet Uzmanı</i>
Nienke KLERK	<i>Buurtzorg Ecare's Launching Customer - Hollanda</i>
Fizyoterapist Zachary SOMMERMEYER	<i>Concordia University Wisconsin- Department of Physical Therapy Amerika Birleşik Devletleri</i>

Yaşlı Bakım Kriterleri ve Bakım Modelleri

Genel Öneriler

- Çalıştay kararları ve daha sonra yapılacak toplantıların sonuçlarının, konu ile ilgili politikalar olarak uygulanmaya yansıtılması,
- Yeni sistemlerin politikalarının oluşturulması ve yapılanması sırasında, ilgili Bakanlıklar ve devlet kurumları dışında üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve kendi alanında deneyimli, bilgili ve vizyon sahibi olan meslek profesyonellerinden oluşan (ilgili tüm disiplinleri içeren) bir danışma kurulunun oluşturulması ve sistem oturana kadar bu birlikteliğin devam ettirilmesi,
- Öncelikli olarak çok sistemli bir yol haritasının çıkarılması, paydaşların artırılması ve ulusal çözüme ulaşılması,
- Bakım kriterleri ve bakım modellerinin iyi tanımlanması ve somutlaştırılması, bu sistemde hizmet verecek meslek profesyonelleri ve yaşlılara tanıtılması, anlaşılabilirliğinin sağlanması,
- Hizmet sunumunun kalite göstergelerinin belirlenmesi (Çalışan-yaşlı oranı, çalışanların eğitim durumu ve motivasyonları, mekanların fiziksel ve sosyal özellikleri, telebakım ve teknolojik olanakların kullanımı)
- Bakım kriterleri ve kriterlere uygun modellemelerde ülke şartlarına, kültürel ve sosyal değerlere göre yapılanmanın sağlanması veya adapte edilmesi,
- Kriterlere göre yapılacak olan model seçiminde yaşlıların ve yakınlarının da beklenti ve memnuniyetlerinin gözönünde bulundurulması; ailenin katılımcı olacağı, kişisel özelliklere dayalı hizmet çeşitliliği veren güvenli ve kaliteli hizmet alımının sağlanması,
- Bakım hizmetlerinde sosyal destek sağlanması ve bakım hizmetlerinin de, yerel yönetimler veya ayrıca oluşturulacak birimler tarafından gerçekleştirilmesi, bu hizmetlerin standardizasyonunun yapılması ve yaygınlaştırılması,
- Yerel yönetimler ile sivil toplum kuruluşlarının işbirliğinin sağlanması, kamu yöneticileri ile sivil toplum çalışanlarının güç birliğinin artırılması,
- Var olan ve sürdürülmesine karar verilen kurumların iyileştirilmesi,



- Bakım veren özel kurumların standartlarının iyi belirlenmesi, tüm denetimlerin dışında hizmet kalitelerinin de sıkı bir şekilde denetlenmesi,
- Özel kurum ve kuruluşların bu hizmetlerde yer almasının desteklenmesi ve katılımlarının artırılması.

Bakım Kriterleri

- Uluslararası standartların temel alındığı “Ulusal Yaşlı Bakım Kriterleri”nin geliştirilmesi,
- Bakım kriterlerinin standardize edilmesi,
- Bakım kriterleri ve bakım modelleri için “Çok Yönlü Değerlendirme” yapılması,
- Bakımın sadece sağlık veya temel bakım açısından değil, fiziksel, psikolojik ve sosyal bakım yönünden de ele alınması ve bunun için yaşlının bu yönden de değerlendirilmesi,
- Bireysel özelliklere dayalı “Çok Yönlü Değerlendirme”nin, bir multidisipliner ekip ile yapılması (Geriatrist, fizyoterapist, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen gibi),
- Değerlendirmede hizmet modeline götürecek entegre sistemleri kullanılması.

Bakım Modelleri

- Tek bir modelin önerilmesi ya da öne çıkarılması yerine model çeşitliliğini ve seçeneklerin arttırılması,
- Sistematik geçiş yapan veya birbiri ile entegre olan modeller geliştirilmesi veya bakım kriterleri doğrultusunda ihtiyaca göre birkaç modeli aynı anda kullanabilen sistemlerin geliştirilmesi,
- Ara Bakım Yerlerinin geliştirilmesi (3 günlük evde tedavi, 10 gün reh. gibi),
- Gündüzlü Bakım Evleri ve kısa süreli bakım kurumlarının yapılması ve bunların yaygınlaştırılması,

- Hospice denilen terminal dönem veya ileri dönem bakım gerektiren kurumların oluşturulması,
- Tek kişilik stüdyo dairelerden oluşan yaşam evlerinin veya siteleri oluşturulması,
- Demans ve Alzheimer hastaları için özel bakım evleri ve/veya klüpleri oluşturulması,
- Egzersiz, spor veya çeşitli fiziksel aktiviteleri yapabileceği "Rehabilitasyon Merkezleri" veya "Fiziksel Aktivite Merkezleri"nin oluşturulması,
- Yaşlıların çeşitli sosyal aktiviteler, hobi veya rekreasyonlarını yapacakları rekreasyon evleri veya "Yaşlı Klüpler"nin oluşturulması,
- Gençler ile her türlü sosyal ve kültürel aktiviteleri yapabilecekleri ve kuşaklararası dayanışmayı stimüle edecekleri "Toplum Merkezleri"nin oluşturulması,
- Yaşlıların her türlü sorunları ve bilgilendirme için "Yaşlı Danışma Merkezleri",
- Sosyal destek hizmetleri için "Yaşlı Hizmet Birimleri"nin kurulması,
- Kurum bakımına gerek duymayan yaşlılar için yaşlı köylerinin oluşturulması.

Teknolojinin Kullanılması

- Kendi kendine bakım veya dışarıdan destek gerektiren yaşlılar için güvenli ortamların oluşturulması (tele-bakım),
- Teknolojinin bakımda kullanılması, Teknolojik desteklere önem verilmesi.

Çalışanların Eğitimi ve Eğitimde Yaşam Boyu Öğrenme Modelleri

- Birinci basamak hizmetlerinde multidisipliner yaklaşımın olması,
- Fiziksel aktivite ve egzersizin, kronik hastalıkları önlemede olumlu etkileri nedeniyle yaşlı bakımının her aşamasında fizyoterapistlere geniş oranda yer verilmesi,

- Yaşlı bakımı, yaşlı sağlığı ve rehabilitasyonunda hizmeti veren tüm sağlık çalışanlarının ve bakım elemanlarının hem ayrı ayrı, hem de birlikte eğitim alarak birbirlerinin hizmetleri ile ilgili bilgi sahibi olmaları.

Yaşlının ve Ailesinin bireysel ve Toplum Temelli Eğitimi

- Bakımda yaşlı ile birlikte ailesinin veya bakım verenlerin de eğitilmesi,
- Toplum temelli-birey odaklı çözüm için gerekli elemanların yetiştirilmesi,
- Sosyal hizmetleri desteklemede gönüllülük politikasının gündeme getirilmesi,
- Medya aracılığı ile aktif ve sağlıklı yaşlanma ilgili farkındalığın artırılması ve toplumsal eğitimin verilmesi,
- Başarılı, sağlıklı ve aktif yaşlanma ile ilgili toplum bilincinin oluşturulması,
- Yaşlanmaya Hazırlık Politikası,
- Medyada Gönüllülük ile ilgili tanıtım,
- Yaşlı ve Aile eğitiminin psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi,
- Gençlerin farkındalığının artırılması, aktif ve sağlıklı yaşlanma ile ilgili eğitimlerin artırılması.

Güçlü Yönler

- Konunun güncel olması, öneminin ve gereksiniminin birçok kurum, kuruluş ve politika yapıcılar tarafından farkedilmesi,
- Birçok kurum ve kuruluşta, bakım modelleri oluşturulması ve geliştirilmesi ile ilgili istek, çaba ve çözüm arayışları ile ilgili çalışmaların başlatılmış olması,
- Son yıllarda evde sağlık hizmetleri ve evde bakım ile ilgili önemli sağlık politikalarının geliştirilmiş olması,
- Var olan modeller arasında iyi gelişmiş örneklerin olması ve burada çalışanların iyi meslek deneyimine sahip olması,
- ASPB'nin konuya bakışının bütüncül olması, bu konuda diğer bakanlıklar, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içinde çalışması,

- Evde bakımın, sağlık profesyonelleri ve bakım hizmeti alanlar tarafından benimsenmesi ve geliştirilmesi,
- Bu alanda çalışan birçok disiplinin olması (doktor, fizyoterapist, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, sosyolog gibi),
- Bu disiplinlerin verilere dayalı çalışmalar yapmaları,
- Multidisipliner ve interdisipliner ekip çalışmalarının olması,
- Bu disiplinlerin verilere dayalı çalışmalar yapması,
- Üniversiteler ile işbirliği içinde çalışılması ve bilgilerin güncellenmesi,
- Konunun farklı yönlerinin ele alınarak birçok çalıştay ve toplantılarda tartışılması,
- ASPB'nin yaptığı bazı atılımlar ve projeler (Yaşlı Evi projesi gibi),
- Türk toplumunda yaşlılar ile ilgili geleneksel değerler, pozitif ayrımcılık ve aile bağları.

Zayıf Yönler

- Tüzük eksikliği ve bürokrasideki hantal yapılanma,
- Yaşlılar, aileler, sağlık profesyonelleri, politika yapımcılar ve toplumun bu konuya yönelik bilgisinin az veya çok yetersiz olması,
- Alt yapı eksikliği (fiziksel, personel, bakım elemanı),
- Finansman eksikliği,
- Tüm yaşlıların özürlü olarak nitelendirilmesi,
- Gerekli teknolojik altyapının olmaması, var olan yaşlı bakım modellerinin tam olarak pratikte uygulanabilir olmaması,
- Kavramlarda birlik ve netliğin olmaması, kavram karmaşasının olması
- Bakım sigortasının olmaması,
- Bakım kriterlerinin bakıma muhtaçlık kriterleri ile karıştırılması, bakım kriterleri ile ilgili çalışmaların ülkemizde hiç yapılmamış olmaması,
- Dünyadaki örneklerinin de çok az olması veya çok iyi geliştirilmemiş olması,
- Türkiye'deki karar verici organların dünya örnekleri konusunda bilgi ve deneyim eksikliği,

- Bakıma muhtaçlık kriterlerinde bile karar verici organın tek bir meslek profesyoneli tarafından sınırlandırılmış olması (sosyal hizmet uzmanı veya doktor), diğer sağlık profesyonellerinin grup içinde yer almaması ve bu durumda hizmet vereceği yaşlıya uygun hizmeti vermede çektiği zorluklar,
- Bakım kriterlerine göre planlanmış bakım modellerinin olmaması,
- Bakım modelleri içinde sistematik geçişlerin olmaması veya bunun bilinmemesi,
- Var olan modeller arasındaki organizasyonların birbirinden habersiz olması,
- Sağlık ve bakım alanında çalışan meslek profesyonellerinin ve hizmetlilerin sayısının az olması, bakım alanında çalışmaya olan isteksizlik,
- Sağlık ve bakım alanında çalışan meslek profesyonellerinin motivasyonunun az olması, tükenmişlik oranının yüksek olması,
- Hizmet içi eğitim programlarının yetersizliği,
- Yetkin ve etkin olmayan karar verici organlar ve yöneticilerin olması,
- Bakım elemanı yetiştirme ile ilgili kursların standardizasyonunun olmaması,
- Bakım elemanı yetiştirme ile ilgili kursların MEB sorumluluğunda ve denetiminde olması ve ASPB ve SB ile hiçbir koordinasyonunun olmaması,
- Şehir içi düzenlemelerin eksik olması.

Fırsatlar

- ASPB'nin bu konuyu önemsemesi, bu konu ile ilgili görüş ve önerilere destek vermesi, stratejik hedefler içine bu konuyu alması ve yeni politikalar oluşturmak için işbirlikçi çalışmalara başlamış olması,
- Yaşlı bakımına hizmet verecek deneyimli ve alanında uzman sağlık profesyonellerinin olması,
- Var olan kaynakların etkin kullanımının ve yeniden düzenlenmesinin çok zor olmaması,

- Yaşlı bakımında ve bakım modellerinde değişim gereksiniminin yaşlılar, aileler, birçok kurum ve kuruluş tarafından farkedilmesi,
- Yeni bakım sistemlerini ve uygulamaları tanıma, deneyimleme ve karşılaştırma fırsatı,
- Konu ile ilgili olarak yapılacak birçok işin olması ve yeni istihdam olanaklarının yaratılacak olması,
- Teknolojik yatırımlar için olanak yaratması ve bununla ilgili istihdam oluşturmaları,
- Konunun sadece sağlık profesyonelleri ve akademisyenlerin değil, politika yapıcılar, sivil toplum örgütleri, konu ile ilgili farklı kurum ve kuruluşların da dikkatini çekmesi, ortak çalışma ve standart geliştirme konusunda istekli olmaları,
- Multidisipliner sistemle veya farklı sağlık profesyoneli ile çalışmanın ortaya çıkaracağı farklı görüşler ve farklı mesleki görüşler ile yapılan değerlendirme sistemlerinin yaşlıyı ve gereksinimlerini çok iyi belirlemesi ve doğru model için ideal veya ideala yakın seçim sağlama,
- Bakıma muhtaçlık kriterlerinden sonra verilen hizmetlerde (bakım parasının yanlış kullanılması, huzurevi veya evde bakımda verilen hizmetin yetersiz kalması gibi) ortaya çıkan sorunların giderilebilme fırsatı,
- Bakım modeli seçiminde yapılan yanlışların giderilmesi; amaca uygun modelin seçilmesi sonucu doğal olarak hizmet kalitesinin artırılacak olması,
- Bakım kriterlerinin ve modellemelerin uluslararası standartlarda yapılmasından sonra, yaşlı turizmi ve uluslararası yaşlı bakımı için Türkiye'nin bu konuda aktif rol üstlenebilecek şartları sağlama fırsatına sahip olması,

Tehditler

- Bilgi birikimi ve deneyim eksikliği,
- Bakım kriterleri ile karıştırılan Bakıma muhtaçlık kriterleri ve onunla ilgili eski mevzuatlar,
- Bakım modelleri ile ilgili var olan mevzuatlardaki yetersizlikler,
- Toplumun yaşlılık, yaşlanma veya yaşlı bakımı ile ilgili yanlış veya olumsuz inançları,



- Görev tanımındaki eski sorunların yeni sisteme taşınması,
- Bakım kriteri oluşturma, bakım modeli kararını verenlere konuyu tanımlamada, anlatmada yaşanacak sıkıntılar,
- Ekte yer alacak branşların/disiplinlerin saptanmasındaki karmaşa, sorumluluk ve yetki oranının veya paylaşımının eşit olmaması,
- Bazı meslek profesyonellerinin ekip içinde öne çıkma isteği ve multidisipliner sistemi oturtmakta görülebilecek zorluklar,
- Her hizmet sunumu ve meslek profesyonelinin metodolojik olarak birbirinden çok farklı ve bağımsız değerlendirme kriterleri oluşturmaları, kriterlerin standardizasyonu sırasında ortak bir nokta buluşmada zorluk ve hastaya uygun model seçiminde belirli fikir birliği oluşturmama,
- Ülkenin ekonomik ve sosyo-kültürel olarak bölgesel farklılıklarının olması,
- Hızla artan nüfusa yönelik sosyal, ekonomik ve bilimsel kaynakların yetersizliği,
- Halen kullanılmakta olan iyi standardize edilmemiş ve eğitim kalitesi tartışmalı olan Bakım Elemanı Yetiştirme kursları ve kurslardan önceden yetişmiş ve sertifikalı olan bakım elemanları ve yeni sistem için yeniden eğitim gerektirmeleri,
- Halen sürdürülmekte olan ve MEB sorumluluğunda olan Bakım Elemanı yetiştirme kursları,
- Yaşlılıkla ilgili diğer kurumların yeni sisteme geçmeye gösterecekleri direnç veya yeni sistemin yerleşmesi sırasında ortaya çıkabilecek, tecrübe eksikliğine bağlı sorunlar.

2. Grup: Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Turizmi ve Uluslararası İşbirliği

Moderatörler

Doç. Dr. Zuhal KUNDURACILAR	<i>Geriatric Fizyoterapistleri Derneği, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı</i>
Kamil YÜCEORAL	<i>Sağlık Turizmi Derneği Üyesi Turizm Bakanlığı eski Müsteşarı</i>

Raportörler

Uzman Fizyoterapist Hatice Reyhan ÖZGÖBEK	<i>Geriatric Fizyoterapistleri Derneği, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü</i>
Dr. Selda BAŞAR	<i>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü</i>

Katılımcılar

Prof. Dr. Hülya AKDUR	<i>Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı</i>
Prof. Dr. Gülden POLAT	<i>Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı</i>
Prof. Dr. Nur TUNALI	<i>İstanbul Yeniüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı</i>



Doç Dr. Necmiye ÜN	<i>Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı</i>
Prof. Dr. Hulki BAŞOĞLU	<i>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi</i>
Yrd. Doç. Dr. Hülya YÜCEL	<i>Bezmi-Alem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü</i>
Prof. Dr. İsmail TUFAN	<i>Akdeniz Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Gerontoloji Bölüm Başkanı</i>
Doç. Dr.Feryal SUBAŞI	<i>Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü</i>
Doç Dr. Didem KARADİBAK	<i>Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü</i>
Doç. Dr. Nursen İLÇİN	<i>Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü</i>
Necmi UZUN	<i>Avrupa Birliği Bakanlığı- Avrupa Birliği Eğitim ve Gençlik Programları Merkez Başkanlığı Grundtvig Program Koordinatörü</i>
Dr. Bülent CİNEL	<i>İzmir Sağlık Turizm Derneği Başkanı</i>
Dr. Yaşar Çetin URAL	<i>ODTÜ Sağlık ve Rehberlik Merkezi</i>
Burcu Aplaç ARIN	<i>Balçova Termal Tesisleri Baş Fizyoterapisti</i>
Yrd. Doç. Dr. Hülya TUNA	<i>İzmir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü</i>

Deniz SEÇKİN	<i>Eczacıbaşı Sağlık Grubu Uzmanı</i>
Sabri BAĞCI	<i>Türk - Hollanda Yaşlı Konseyi Başkanı</i>
Sami DEMİRAY	<i>Hollanda Medico-Social Management</i>
Nurhan ERBAŞ	<i>Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yaşlı Hizmetleri Dairesi, Araştırmacı</i>
Tayfun GÜMÜŞ	<i>Seyahat Acentası Sahibi</i>

Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Turizmi ve Uluslararası İşbirliği

Yaşlı turizminden Türkiye'nin sağlayacağı faydalar açısından bu çalıştayda ne gibi çıktılar alınabilir?

Türkiye'de yaşlı bakımı hizmetlerinde akreditasyon çalışmaları sonucu sağlık turizminde yaşlı bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin turizm boyutunda süreli ve sürekli hizmetler uygulanabilirliği ne olabilir?

Türkiye'de sağlık turizmi konusundaki bu alana ait yol haritası ne olmalıdır?

Sağlık turizminin segmentlerinde bu hizmetlerin yeri neresidir, neler olmalıdır?

Yaşlı turizmde geriatrik terapi kavramının geniş açıdan ele alınması gerekliliği tartışılmalıdır.

Geriatride sağlık turizmi alanında yapılan araştırmaların artırılması gerekmektedir. Ayrıca

- İleri yaş kavramının tanımlanması,
- İleri yaşlının sağlık durumunun (zinde, yarı zinde, sağlık yönünden hasarlı) belirlenmesi,
- Yaşlı turist zinde veya bakıma muhtaç olmasında bağımsız olarak kişisel ve sağlıkla ilgili güvenlik arayışındadır, bu güvenlik endişesinin giderilmesi gerekmekte,
- Refakatçi desteği,
- Sağlık turistinin dilini bilen, kalifiye eleman sağlanması (doktor, fizyoterapist, hemşire, hasta bakıcı.....)
- Turistin gelmesi beklenen hedef ülkeye göre sağlık personeli eğitilmeli ve personel eğitimlerde ödüllendirilmeli ve bu konuda bakanlıkların desteği olmalı,
- Sağlık personelinin dil problemi ile ilgili daha gerçekçi yaklaşımlar olmalı,
- Geriatriyle çalışan sağlık personeli geriatri konusunda ek eğitim mi almalı, akredite mi olmalı, turizmle ilgilenen sağlık personeli ek bir eğitim daha almalı,



- Geriatri, gerontoloji alanında herkes ek eğitim almalı, standardizasyonu sağlanmalı, uygulamalı müfredatla kaliteli bir merkez uygulaması yapılmalı, ilgili meslek dernekleri ve STK görev almalı,
- Ekip sorunu ve ekiplerin yetişeceği okulların tespiti, eğitim programlarının değişimi, geliştirilmesi,
- Yasa koyucularla müzakere edilip, yeni yasaların yapılanması gerekliliği,
- Özel şirketlerde yaşlanma ile ilgili bilgilendirilmenin yapılması,
- Sigorta konusundaki eksikliklerin giderilmesi,
- İsviçre’de sağlık hizmetlerini hastanın istediği ülkede alabilme yasası gibi Avrupa’daki sigorta sistemlerinin olanaklarının incelenmesi,
- Turistin Türkiye’ye gelme konusunda özendirilmesi için kalitenin artması ve uygun yasaların çıkması,
- Sağlık personeli eğitiminde danışmanlık ve işbaşı eğitim aşamasında destek olunmalı,
- SGK, Kültür ve Turizm Bakanlığı gibi devlet kurumlarında dahil ilgili kurumların işbirliğinin olması gerekmekte,
- Erişilebilirlik sorunu, mimar ve inşaat ile ilgili ekibe ihtiyaç var,
- İstatistikçiler ekipte bulunmalı, maliyet hesapları yapılmalı,
- Farklı kültürden gelen yaşlıların, iklim, doğal güzellikler gibi farklı yönleriyle illerin ön plana çıkarılması ve yalnız batı değil Türkiye’nin her yeri potansiyel olarak görülmeli,
- Uluslararası huzurevleri ağı kurulmalı ve turizm olarak kullanılabilir,
- Kurumda hizmet alan dinç bireyler ya da ileri yaştaki vatandaşlar uluslararası değişime katılabilir, finansman kendisi, özel veya devlet olabilir,
- Her yaşlı 2 yılda bir 30 gün kendi bütçesiyle ya da yaşlı hareketliliği orta havuzdan (ilgili bakanlık bütçesi) bütçelendirilebilir,
- Kimler sağlık turizminden yararlanmalı,
- Bizim yaşlımız kaliteli hizmet alabiliyor mu?
- Türkiye içinde vatandaşlarımıza şehirler arası sağlık turizmi de önemli?
- Yalnız tedavi almak değil Türkiye’nin tanıtımı için de önemli ve sivil toplum örgütüyle çalışılmalı,

- Yaşlı bireyler için yalnız tedavi değil kaplıca ve wellness turizmi yapılandırılmalı,
- Yurt dışından gelen kişiler çok düşük fiyatlarla ağırlanıyor, otellerde rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması ile değer artışı sağlanabilir,
- Kalifiye eleman yetiştirerek ve jeotermal kaynaklarımızı kullanarak, bakanlıkların da devreye girmesiyle yaşlı turist çekme konusunda sonuç alınabilir,
- Sağlık turizm derneklerinin önemli bir görevi var. Kamu, özel, sağlık-turizm, avukat, yatırım danışmanı ve mali müşavir bu derneklerde yer almalı,
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nda sürdürülebilir stratejik eylem planı yapılmalı, derneklerle iletişime geçilmeli,
- Turizm otellerin dışına çıkabilmeli
- Turistler kendi ülkesinde düşük gelir düzeyli olabilir, bu bizim için bir fırsat olabilir,
- Kentsel dönüşüm projesi, pansiyonların da konaklama için kullanılmalı,
- Gelen birey en az 5 gün konaklama, 2-3 hafta rehabilitasyon ve sosyal faaliyet olmalı, yürüyüş, alışveriş gibi olanaklar da sağlanmalı,
- Yapı yalnız şehir içinde değil, farklı mekanlarda da olmalı,
- Avustralya projesi gibi proje ve kür merkezleri yurt dışında gezilebilir ve örnek alınabilir,
- Yurt dışından gelen uyuşturucu veya alkol bağımlısı bireylerin termal rehabilitasyon merkezlerinde rehabilite edilmesi gündeme alınmalı,
- Yatırım için doğal imkanlar ve doğa sporlarına önem verilmesi ve analizleri yapılmalı,
- Mevzuat çalışmaları yapılmalı,
- İleri yaş, spor-wellness, iyileştirmeleri,
- Sürdürülebilirlik esas,
- Ekip çalışması önemli,
- 3-6 ay ve 1 yıllık süreler içeren seçenekler yaratılmalı,
- Şehirlerin genel yapısının çıkarılıp, sağlık turizminde hangi konunun öne çıkacağı önemli,
- Termal kaynakların kullanılması, sondaj çalışmaları ve mevzuat hızlandırılması.

Sorunlar

- Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı çalışmalarında eşgüdüm eksikliği,
- Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin bu alana özel sertifikasyonu yoktur, olanlar gerçekçi sertifikalar mıdır?,
- Destinasyon süresi, özellikle kış ayları Türkiye için uygun olmakla beraber, kış aylarında uçak şirketlerinin uçuş sayısını azaltması nedeniyle kısıtlılıklar bulunması,
- İçişleri Bakanlığının sağlık turistine kısa süreli vize vermesi sorunu,
- SGK yenilenen kurum olmakla beraber sağlık turizmiyle ilgili yasaların yenilenmemiş olması,
- Yalnız termal su ve tesisin olması yeterli değil, kalifiye elemanlar olmakla beraber fiziksel koşullar ve sağlık personeli açısından yetersizliklerin olması,
- Termal kür merkezlerinin olmaması,
- Yetiştirilen kalifiye elemanın görevini yerine getirmesi için de uygun merkez gerekiyor, fakat bakım konusunda sertifikaya çok talep yok çünkü istihdam imkanı şüpheli.. (Örneğin Fizyoterapistler de konuyla ilgili birçok sertifikasyona sahiptir...)
- Örneğin Bursa Valiliği termal kür merkezi oluşturuyor, Turistleri nerelerden ve nasıl Türkiye'ye getirebiliriz? Engellilerin aileleriyle konaklama, Termal kür otelleri, Hastane medikal tıp turizmi ve yaşlıların tedavisi bir arada çözümlerin üretilmesinde sıkıntıların olması,
- Paris örneği: uzun yaşam tedavi merkezi, rehabilitasyon ve mutlu yaşlanma yaşam koçluğu bulunmakta ve fazlaca turist çekiyor, "Genç yaşa geç yaşlan" sloganını Bakanlık kullanabilir,
- Engel Türkiye'nin erişilebilirlik sorunu, şehir içi ulaşım ilk aşamada çözülmeli,
- Erişilebilirlik kavramı değişmeli, gelişmeli,
- Otellerin boş kapasitesi, resepsiyon giriş farklılıkları (ileri yaş resepsiyonu), oda fiyat farkları fırsatı,

- Sağlık turizmi kısa ve uzun süreli turizmi tanımları yapılmalı, gelen yaşlıların koloniyalizme gitme riski vardır, önleme yöntemleri tartışılmalı,
- Turistlerin Türkiye'nin sağlık turizmindeki potansiyeli hakkındaki bilgisinin yetersiz olması,
- Tanıtımların eksikliği, akılda kalıcılığı, pazarlama eksiklikleri,
- Kalite eksikliğinin önemli bir durum olması,
- Acenteler aracılığıyla turizm yetersiz, üniversitelerle desteklenmeli,
- Yaşlı ve engelli turizmine dair bilgi eksikliğinin olması,
- Turizm istatistikleri konusunda Türkiye sonuçları yetersiz,
- Türkiye'nin sosyoekonomik refah düzeyinin artması, istihdamın da artmasına yol açacaktır,
- Almanya turizm gelirlerinin %70 i ileri yaş turizmi,
- Bizim turizm gelirlerimizin de büyük kısmı ileri yaş turizmi,
- Hükümet desteği bu oranların belirtilmesiyle artırılabilir,
- Türkiye hizmet sektöründe eğitim düzeyi artmış kalifiye sağlık personeliyle sağlık turizmini sorununu çözebilir, İspanya, Portekiz, Mısır bu konuda örnek alınabilir,
- Kaynaklarımız daha akılcı kullanılmalı,
- Doğal zenginliklerimiz hakkında bilgi eksikliği,
- Şifalı ot ve benzeri ürün çeşitleri de turizme katkıda bulunabilir,
- Turizm alanlarında yeni konseptler belirlenmeli ve turizme bölge esnafları da dahil edilmeli,
- Konaklanan yerde tedavi hizmeti almak önemlidir,
- Medyanın kullanımı ve iyi tanıtım önemlidir,
- İleri yaş köyü aktif yaşlının Türkiye sermayesi ve bilgi düzeyine katkı yapabileceği bir yerdir,
- İsviçre Tayland'a yaşlı turist göndermektedir....

Öneriler

- Çalışmalar belli bölgelerde yapılmayıp, ülkemizin diğer turizm potansiyeli olan şehirlerinde de yapılması önerilir,
- Bölgesel gelişim konsepti yaratılmalı, her bölge farklı zenginlik sunmakta ve bu zenginlikler bölge kalkınma ajansları ile desteklenmeli,
- Yeterli tanıtım ve ulaşılabilirlik sağlanmalı,
- Malpraktis konusunda yasal düzenlemeler yapılmalı,
- Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun paydaş olduğu yeni çalıştaylar planlanabilir,
- Daha önce bu işi yapan (Yurt dışından gelen insanlara sağlık hizmeti sunan) kurumlar örnek alınmalı,
- Ülkemizi tercih etme olasılığı ülkelerin yaşlı bireylerinin yaşam tarzı kapsamlı şekilde araştırılmalıdır,
- Rehabilitasyon turizmi kapsamında wellness uygulamalarının arttırılması,
- Aktif yaşlanma ve sağlıklı yaşam köyleri oluşturulmalı,
- Maliyet analizinin yapılması,
- Sağlık turizminden elde edilecek gelirin, ülkemiz yaşlıları için gerekli sağlık desteklerinin sağlanması,
- Konu ile ilgili tüm kurum ve kişileri kapsayan bir iletişim ağının kurulması.

Güçlü Yönler

- Yapılan öneriler ve bilimsel çalışmalar hükümet politikalarının gelişmesine önemli katkı yapacaktır,
- Farklılıkların bir bütüne dönüştürülmesi süreci,
- Farklı disiplinlerin bir araya gelerek ortak bir görüş oluşturabilme düşüncesi,
- Ülkemizde yaşlı bakım modelleri ve rehabilitasyonunun uygulamasında özellikle çevresel ve iklimsel faktörlerin turizm açısından önemli olması,
- Ülkemizde genç nüfusun fazla olması,

- Doğal zenginlikler,
- Gelişmiş ülkelere göre daha ucuz ve nitelikli hizmet sunumu,
- Multidisipliner katılım,
- Ülkemizin jeotermal kaynaklarının yeterli olması,
- Yaşlı bakım hizmeti verebilecek genç nüfus sayısının fazla olması,
- Bölgesel konseptler yaratılmalı, bu temel yaklaşım olarak ele alınmalı.

Zayıf Yönler

- Sağlık turizmi konusunda çok başlılık bulunmaktadır. Akademisyenlerin çalışmalarıyla bu durumun gerçekleri göz önüne konularak ortak bir paydada buluşulmalı,
- Ulaşım, transfer, yardımcı bakım elemanlarının sayıca yetersizliği,
- Ülkemizde yabancı dil bilen nitelikli personel sayısının azlığı,
- Yasal boşluklar,
- Çevresel engeller,
- Turistlerin epidemilere sebep olma ihtimali,
- Uluslararası akreditasyon yokluğu,
- Çok yönlü paydaşları ilgilendiren bu hizmetin altyapı çalışmasının olmaması,
- Çalıştayda ilgili bakanlıklardan yeterli sayıda uzmanın bulunmaması,
- Gerekli tesislerin ülke genelinde eksik olması,
- Rehabilitasyon eğitimi veren üniversitelerde mevzuatın yetersiz oluşu,
- Yaşlı bakımında çalışacak personel için hizmetiçi eğitim kurslarına katılması desteklenmeli.

Fırsatlar

- İstihdamı ve ekonomik randımanın ve refahı artıracak olması,
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın kurulmuş olmasının, sorunların bilincinde ve çözüm arayışlarının olması,
- Diğer ülkelere göre, ülkemizde sunulan rehabilitasyon hizmetlerinin kalitesinin yüksek olmasına karşın maliyetinin düşük olması,



- Türkiye'nin turizm konusunda deneyimli olması,
- Ülkemizin jeopolitik konumu sebebiyle ulaşımın kolay olması,
- Konunun temellerinin yeni atılıyor olması,
- Yeterli sayıda ve nitelikte ara eleman bulunmaması,
- Ülkemizde yaşlı turizmiyle ilgili yasal zeminde boşlukların olduğunu yatırımcıların bilmesi.

Tehditler

- Yaşlı suistimali ve görev ihmali,
- Finansman yetersizliği,
- Multidispliner yaklaşımların yetersiz olması,
- Terör tehlikesi,
- Uluslararası rekabet,
- Ülke içi hizmet beklenti talebinin artması,
- Ülkemiz kaynaklarının zarar görme ihtimali,
- Sınırlı sayıdaki sağlık personelinin bu sektör için yeterli sayıda olmaması,
- Ücretlerin standardize edilememesi,
- Verilen hizmetlerin denetlenememesi,
- Aynı hizmeti veren yurt dışındaki kurumlarının mimari özelliklerinin daha güzel olması.

3. Grup: Yaşlı Bakım Güvence Sisteminde Finansman Modelleri

Moderatörler

Yaşar KOCAOĞLU	<i>Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkanı</i>
Doç. Dr. Sema OĞLAK	<i>Dokuz Eylül Üniversitesi İzmir Meslek Yüksekokulu İktisadi ve İdari Programlar Bölümü</i>

Raportör

Fizyoterapist Deniz DAĞISTAN	<i>Geriatric Fizyoterapistleri Derneği Süleyman Demirel Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi</i>
------------------------------	--

Katılımcılar

Coşkun GÜRBOĞA	<i>Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yaşlı Hizmetleri Dairesi</i>
Mehmet ONARCAN	<i>Evde Bakım Derneği</i>
Gökhan GÜDER	<i>T.C. Kalkınma Bakanlığı İstihdam ve Çalışma Hayatı Daire Başkanlığı</i>
Cafer Tufan YAZICIOĞLU	<i>Türkiye Emekliler Derneği</i>
Bilal KIZARTICI	<i>Türkiye Sakatlar Konfederasyonu</i>



Yaşlı Bakım Güvence Sisteminde Finansman Modelleri

Bakım sigortası neden önemlidir?

- Bireylerin karşılaşacakları olası bakıma muhtaçlık riskine karşı korunmasını esas alır.
- Bireyin onur ve saygınlığını korumayı hedefler.
- Sosyal adalet duygusunu güçlendirir.
- Bakıma muhtaç bireye bakım sağlayan aile bireylerinin bakım yükünü hafifletir.
- Bireylerin yoksullaşmasını önler.
- Bireylerin yaşam kalitesini korur.
- Vatandaş aidiyetini yükseltir.

Finansman Çözümleri

- Sosyal Sigorta Primleri,
- Vergiler,
- Özel Sigorta,
- Katkı Payı,
- Vergi Teşvik Uygulamaları,
- Cepten Ödeme.

TÜRKİYE ?

Kapsam : Tüm vatandaşlar ? Bazı gruba mı?

Yararlanma: Gelir düzeyine göre mi? Hak Temelli?

Sunum: Hizmet mi? Bakım Parası mı?

Önerilen Yöntem: Karma sistem

- Pirim Ödeme,
- Vergi -Özel Bakım Sigortası,
- Katkı payı-Vergi teşvik,



- Bakım Sigortasından yararlanma,
- Hizmet,
- Bakım Parası,
- Hizmet+bakım parası+teçhizat,
- HERKESİ KAPSAMALI,
- HAK TEMELLİ OLMALI,
- BAKIMA MUHTAÇLIĞA GÖRE KADEMELENDİRİLMELİ,
- BAĞIMSIZ BİR BAKIM SİGORTASI OLUŞTURULMALI,

Güçlü Yönler

- Hali hazırda belirli bir ödeneğin mevcut olması (evde bakım parası, 2022),
- Genç nüfus fazla,
- Aktif çalışan fazla,
- Kültürel yapımız,
- Aile ilişkileri,
- Düşük enflasyon,
- GSS,
- Yeni bir hizmet modeline açık.

Zayıf Yönler

- Kalifiye eleman yetersiz,
- Uzmanlaşma yetersiz,
- Kayıt dışı ekonomi,
- Aktif-pasif dengesi güçlü değil,
- Gelir dağılımı dengesizliği,
- Adil vergilendirmenin olmaması,
- Hizmet sunan kuruluşların denetimsizliği,
- Sürdürülebilir bakım sigortası olmaması,

- Kurumların insanlara güvensizliği,
- Kişilerin kurumlara güvensizliği,
- Bakıma muhtaç kitlenin veri yetersizliği,
- Koruyucu hizmetler yetersiz, hizmet sunan kurumların çok başlılığı,
- Bakıma muhtaç kriteri yok,
- Birçok Bakanlığı/kurumu ilgilendirmesi,
- Vergi kaçağı,
- Ekip çalışması anlayışı yok,
- Özel bakım sigortacılığının gelişmemiş olması,
- Karar vericilerinin isteksizliği,
- Prim kesintilerinin çalışan-işverene ek yük getirmesi,
- Maliyetlerin yüksek olma düşüncesi,
- Yasal düzenlemelerin eksikliği,
- Toplumsal bilinç ve farkındalığın eksikliği.

Fırsatlar

- ASPB'nin "Bakım Stratejisi Eylem Planı" olması,
- ÖYHM yeni kurulmuş olması,
- Gelişmiş ülke örneklerinden yararlanma olanağı,
- Genç nüfusumuz,
- Aile yapısının güçlü olması,
- Bakım hizmetlerine talep ve duyarlılığın artması,
- Yeni bir bakım turizmi fırsatı.

Tehditler

- Global ekonomik kriz beklentisi,
- Bakıma muhtaç sayısının öngörenden daha fazla artacak olması,
- Sürdürülebilir bakım sigortasının olmaması,
- Kadın istihdamının artmasıyla bakıma muhtaç bireylerin bakımında ortaya çıkan bakım sorunu,



- İşgücü kaybı (kadınların),
- Geleneksel aile yapısının değişmesi,
- Bakım ücretinin ailenin gelir kaynağı haline gelmesi,
- Kayıt dışı (illegal) kuruluşların artması,
- Terör ve savaş,
- Aktif yaşlanma bilincinin olmaması,
- Kaliteli ve yeterli bakım elemanı olmaması,
- Yönetimlerin yerel yönetimlere katılmadaki isteksizliği.

4. Grup: Ulusal Yaşlılık Enstitüsü

Moderatörler

Prof. Dr. Nuray KIRDI	<i>Geriatric Fizyoterapistleri Derneği Başkanı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğretim Üyesi</i>
Prof. Dr. Servet ARIOĞUL	<i>Akademik Geriatric Derneği Başkanı Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatric Bilim Dalı Başkanı</i>

Raportörler

Dr. Çiğdem AYHAN	<i>Geriatric Fizyoterapistleri Derneği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü</i>
Fizyoterapist Yasin TUNÇ	<i>Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü</i>

Katılımcılar

Dr. Aylin ÇİFTÇİ	<i>Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürü</i>
Prof. Dr. Nuran AKDEMİR	<i>Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi</i>
Prof. Dr. Emine ÖZMETE	<i>Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmetler Bölümü YAŞAM Müdürü</i>
Prof. Dr. Nesrin DEMİRTAŞ	<i>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Anabilim Dalı</i>



Prof. Dr. Hülya ARIKAN	<i>Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü</i>
Prof. Dr. Serap İNAL	<i>Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Başkanı</i>
Prof Dr. Teslime ATLI	<i>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı Başkanı</i>
Prof. Dr. Hüseyin DORUK	<i>GATA Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı Başkanı</i>
Dr. İlke KESER	<i>Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü</i>
Murat ALTINSOY	<i>T.C. Kalkınma Bakanlığı İstihdam ve Çalışma Hayatı Daire Başkanlığı</i>
Ertuğrul GÖKTAŞ	<i>T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu</i>
İsmail Hakkı BİLGİN	<i>Avrupa Birliği Bakanlığı- Avrupa Birliği Eğitim ve Gençlik Programları Merkez Başkanlığı Grundtvig Program Koordinatörü</i>
Gülay ÇELİK	<i>MEB Kızılcahamam Sağlık Meslek Lisesi Öğretmeni</i>
Hasan ER	<i>MEB Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü Uzmanı</i>
Doç. Dr. Nihal GELECEK	<i>Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü</i>
Vicdan GÜVEN	<i>Narlıdere Huzurevi Sosyal Hizmet Uzmanı</i>

Ulusal Yaşlılık Enstitüsü

- Ulusal Yaşlılık Enstitüsü'nün kuruluşu ile ilgili çalıştay gerçekleştirildi.
- İsim konusunda "Ulusal Yaşlanma Enstitüsü" veya "Ulusal Yaşlılık Enstitüsü" önerildi.

Temel Görevleri

1. Yaşlılıkla ilgili klinik, biyolojik, psikososyal ve ekonomik araştırmaları yapmak ve/veya desteklemek,
 2. Bu konudaki araştırma kaynaklarını sağlamak,
 3. Yaşlılık konusunda bilgi ve gelişmeleri sağlık çalışanlarına ve topluma yaymak,
- Bu araştırmaların Enstitü içerisinde kendi araştırma kabiliyetinde olabileceği gibi, kurum dışında üniversitelerde, çeşitli hastanelerde, ülke çapında resmi veya özel kurumlarda yapılabilmesi belirtildi.
 - Bu konuda senede en az 3 veya 4 kez toplanabilecek bir danışma kuruluna ihtiyaç duyulabileceği, bu kurulun toplantılar sonucunda rapor hazırlaması gerektiği, bu kurulda Üniversiteler, Bakanlıklar ve Sivil Toplum Kuruluşlarının temsilcilerinin görüşlerinden de yararlanılabileceği ifade edildi.

Çalıştay Sonuçlarında;

- Türkiye'nin hızla yaşlanması nedeniyle Ulusal Yaşlılık Enstitüsü'nün kurulmasının gerekli olduğu,
- Bu kurumun idari yönden bağımsız olması, finansal kaynaklarının belirlenmesi gerektiği,
- İdari personel kadrosu binasının bulunması gerektiği,
- Merkezin Ankara'da olması gerektiği, ek binaların aynı şehirde veya farklı şehirlerde mümkün olabileceği görüşüne varıldı.



Güçlü Yönler

- Bu alanda çalışan birçok disiplinin olması,
- Bu disiplinlerin verilere dayalı çalışmalar yapmaları,
- Ülkemizde henüz böyle bir enstitünün olmaması ve bu konuyla ilgili çalışmaya istekli bireylerle AR-GE çalışmalarının hızlı ve etkili biçimde yapılabilir olması,
- Multidisipliner ve interdisipliner ekip çalışması,
- Üniversiteler ile işbirliği içinde çalışılması,
- Katılımcıların konuya hakim olmaları, düşüncelerini açık ve anlaşılır şekilde ifade etmeleri,
- Konunun farklı yönlerinin ele alınabilmesi,
- Enstitünün kurulması ile genel bir görüş birliğinin sağlanması,
- Merkezi bir yapının oluşturulması,
- Araştırmaların koordinasyonunun tek merkezden yürütülmesi,
- Kaynakların etkin kullanılabilir olması.

Zayıf Yönler

- Finansman eksikliği,
- Gerekli teknolojik altyapının olmaması,
- Yaşlı bakım modellerinin tam olarak pratikte uygulanabilir olmaması,
- Tüzük eksikliği,
- Hizmet içi eğitim programlarının yetersizliği,
- Oluşturulacak yönetim kadrosunun vasfı,
- Yönetim merkezinin yeri/ şehri,
- Ülkemizde bu konuyla ilgili herhangi bir kurumun bulunmaması,
- Karar vericilere konuyu anlatmada yaşanacak sıkıntılar,
- Toplumun bu konuyla ilgili bilincinin yeterli olmaması.

Fırsatlar

- İstekli, deneyimli, alanında uzman ve saha sorunlarına hakim olan hazır, yetişmiş elemanların mevcut olması,
- Yaşlılık Enstitüsü kurulduğunda epidemiyolojik araştırmaların sayısının ve niteliğinin gelişmesinin beklenmesi,
- Uluslararası örneklerinin olması,
- Yaşlı nüfusun dünya ortalaması altında olmasına bağlı olarak yaşlanma çalışmalarına zamanında başlanma şansı.

Tehditler

- Görev tanımındaki sorunlar,
- Ekte yer alacak branşların/ disiplinlerin saptanmasında karmaşa olasılığı,
- Finansman zayıflığı,
- Yetersiz ve yanlış organizasyonlar,
- Mevzuat yetersizliği,
- Yaşlanma sorununun ülkemizde çok fazla ele alınmaması,
- Üniversitelerdeki diğer enstitülerin dahi görev tanımının yapılamamış olması,
- Yaşlılıkla ilgilenen diğer ilgili kurumlar,
- Genç nüfus fazla olmasına rağmen, dünyada genç potansiyeli kullanarak rekabet avantajı sağlamada daha etkili olmayı sağlayacak Ulusal Gençlik Enstitüsü'nün önüne geçmesi.

POSTER SUNUMLARI



1. Üniversite Öğrencilerinin Aktif Yaşlanma ve Nesiller Arası Dayanışma İle İlgili Bakış Açıları

Öznur Büyükturan, Çiğdem Ayhan, Aydın Meriç, Nuray Kırdı

2. Geriatrik Bireyler İle Çalışan Meslek Elemanlarının Mesleki Doyumlarının İncelenmesi: Pilot Çalışma

Fatih Kurtoğlu, Serhat Tarhan, Rustamjan Izyatov, Öznur Büyükturan, Emel Pekçetin, Burcu Fırat, Yasin Tunç, Aydın Meriç, Çiğdem Ayhan, Nuray Kırdı

3. Yaşlılar İçin Fiziksel Aktivite Ölçeği (PASE)'nin Türkçe Versiyon Çalışması

Ender Ayvat, Çiğdem Ayhan, Aydın Meriç, Nuray Kırdı

4. Evde Yaşayan Yaşlılarda Çok Amaçlı Fiziksel Aktivite Eğitiminin Fiziksel Performansa Etkisi

Hülya Yücel, Hülya Kayıhan

5. Gazi Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezinde Takip Edilen Hastaların Fiziksel Fonksiyonel Uygunluk Düzeyleri

Selda Başar, Nevin A. Güzel, Nihan Kafa, Özge Ç. Medeni, Zekeriya Ülger

6. Gazi Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezinde Takip Edilen Hastaların Demografik Özellikleri

Nevin A. Güzel, Selda Başar, Nihan Kafa, Özge Ç. Medeni, Zekeriya Ülger

7. 60-65 Yaş Arası Hastalarda Otolog Hematopoetik Kök Hücre Nakli Süresince Uygulanan Düzenli Fizyoterapi Programının Nakil Sonrası Transfüzyon Sayıları Üzerine Etkisinin İncelenmesi

İlke Keser, Sahika Zeynep Akı, Elif Suyanı, Ayhan Gülsan, Türköz Sucak

8. Antropometrik Ölçümler, Kas Kuvveti, Fiziksel Uygunluk, Psikolojik Durum Değişimlerinin Allojeneik Kök Hücre Nakli Sürecindeki Bir Vakada İncelenmesi

İlke Keser, Sabiha Sahiloğulları, Elif Suyanı, Sahika Zeynep Akı, Ayhan Gülsan Türköz Sucak



9. Antropometrik Ölçümler, Kas Kuvveti, Fiziksel Uygunluk, Psikolojik Durum Değişimlerinin Otolog Kök Hücre Nakli Sürecindeki Bir Vakada İncelenmesi

İlke Keser, Erdi Kayabınar, Sahika Zeynep Akı, Elif Suyanı, Ayhan Gülsan Türköz Sucak

10. Yaşlılarda Denge, Fonksiyonel Performans, Fonksiyonel Bağımsızlık ve GYA Seviyesi: Pilot Çalışma

Emin Ulaş Erdem, Dmitry Chan, Meltem Işıntaş Arık, Filiz Can

11. Diz Osteoartritli Olgularda Ev Egzersiz Programının Etkinliği

Manolya Acar, Çağla Özkul, Yağmur Gökçe Güneş, Özlem Yürük, Zuhal Kunduracılar

12. Yaşlı Bireylerde Fiziksel Aktivite Düzeyi, Kas İskelet Sistemi Problemleri, Yaşam Kalitesi ve Depresyon

Zeliha Özlem Yürük, Seval Ceylan, Hatice Gördağ, Mustafa Uğur

13. Alzheimer'da Kurum Bakımı

Emel Pekçetin, Deniz Dağıstan, Reyhan Özgöbek, Filiz Alıthan

14. Sağlıklı Geriatrik Bireylerde Yaşam Kalitesi, Mobilite ve Denge Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ferruh Taşpınar, Mine Pekesen, Betül Taşpınar, Nilay Yürekdeler Şahin

15. Genç Yaşlı Bireylerde Aerobik Egzersizlerin Denge ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Necmiye Ün Yıldırım, Nuriye Özengin, Özlem Çınar Özdemir, Hande Kaba, Ayşe Numanoğlu

16. Yaşlı Bireylerde Ai Chi Egzersizlerinin Denge ve Mobilite Düzeyi Üzerine Etkisi

Nursen İlçin, Barış Gürpınar, İlkşan Demirbüken, İnan Keleş Er

17. Bakım Hizmetleri Uygulama Rehberi

Hatice Reyhan Özgöbek, Nuran Varol Baran, Gülay Çelik, Özgül Kalacı, Rıza Türkcan, Yaşar Kocaoğlu

18. Türkiye’de Bakım Elemanlarının Yetiştirilmesi İle İlgili Mevcut Durum

Gülay Çelik, Reyhan Özgöbek, Yaşar Kocaoğlu

19. Tip II Diabetik Yaşlı Kadınlarda İki Dakika Yürüme Testinin Denge İle İlişkisi

R. Nesrin Demirtaş, Nur Kebapçı, Belgin Efe

20. Geriatrik Bireylerde Düşme Korkusunun Fonksiyonel Düzey Üzerine Etkisi

Barış Gürpınar, İnan Keleş Er, Rıdvan Aktan, Muhammed Arca, İbrahim Halil Kanneçi, Ferit Aldemir, Bilal Çelik, Hakan Zorlu, Mehmet Ali Özel, Nursen İlçin

1. Üniversite Öğrencilerinin Aktif Yaşlanma ve Nesiller Arası Dayanışma İle İlgili Bakış Açıları

Öznur Büyükturan, Çiğdem Ayhan, Aydın Meriç, Nuray Kırdı

Ahi Evran Üniv. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO, Kırşehir

Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bl, Ankara

Amaç

2012 yılı Avrupa Birliği üye ülkeleri tarafından Aktif Yaşlanma ve Nesiller arası Dayanışma (AYND) yılı olarak ilan edilmiştir. Yaşlanma ile birlikte ekonomik ve sosyal yaşantıdan uzaklaşan yaşlı bireyin genç bireylere bilgi, birikim ve deneyimlerini aktarması genç bireylerin topluma adaptasyonunu kolaylaştıracaktır. Bu nedenle, aktif yaşlanma ve nesiller arası dayanışma toplumlar için önemlidir. Çalışmanın amacı; genç bireylerin AYND ile ilgili bakış açılarını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya, yaşları 17-26 arasında değişen Hacettepe, Ahi Evran, Abant İzzet Baysal, Dokuz Eylül ve Başkent Üniversiteleri'nde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde öğrenim gören 926 üniversite öğrencisi katılmıştır. Katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanan çoktan seçmeli 18 sorudan oluşan anket uygulanmıştır.

Sonuçlar

Bireylerin % 61,3'ü yaşlanma ile ilgili yazılı ve görsel medyada yeterli proje ve planlamanın yer almadığını, %55,2'si yaşlı bireylerin sosyal hayatlarını devam ettirebilmesi için uygun rekreasyonel alanların yeterli olmadığını, %73,4'ü yaşlı bireyin sosyal yaşantıdan izole edilmesinin yerine, aktif olarak sosyal yaşantıya aktif olarak katılması gerektiğini belirtmiştir. Bireylerden 416'sının aile büyükleri ile birlikte yaşadığı tespit edilmiştir. Bu bireylerin % 69,1'i yaşlı bireylerin tecrübelerinden faydalandığını dile getirmiştir.

Tartışma

Tüm dünyada yaşam süresi uzamakta ve toplumda yaşayan yaşlıların sayısı artmaktadır. Bununla birlikte, toplumlar yaşlı topluma doğru ilerlemektedir. Ülkemizde yaşlı bireylerin toplam nüfusa oranı %7,3 olup ilerleyen yıllarda bu oranının artacağı bildirilmektedir. Sonuç olarak, toplumların bir parçası olan, yaşlı bireylerin yaşam deneyimlerini genç nesillere aktarabilmeleri ve yaşamlarını aktif devam ettirerek sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmeleri için farklı kurum ve kuruluşların desteği ile gerekli proje ve çalışmaların başlatılması öncelikli hedefler arasında olmalıdır.



2. Geriatrik Bireyler İle Çalışan Meslek Elemanlarının Mesleki Doyumlarının İncelenmesi: Pilot Çalışma

Fatih Kurtoglu, Serhat Tarhan, Rustamjan Izyatov, Öznur Büyükturan, Emel Pekçetin, Burcu Fırat, Yasin Tunç, Aydın Meriç, Çiğdem Ayhan, Nuray Kırdı
Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bl, Ankara
Süleyman Demirel Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezi, Ankara
Necla Kızılbağ Huzurevi, Ankara.

Amaç

Kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biri olan iş doyumu, işin bireye sağladıklarının algılanmasıyla oluşan hoşnutluk duygusudur. Geriatrik bireylere yönelik, multidisipliner ve interdisipliner yaklaşım içerisinde bu bireylerle çalışan meslek elemanlarının iş doyumları, yaşlı bireye yönelik tavır, tutum ve davranışlarını yakından etkileyecektir. Bu çalışma, geriatrik bireylerle çalışan meslek elemanlarının iş doyumlarını incelemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya 101 meslek elemanı dahil edilmiştir. Dawis ve ark. tarafından iş doyumu düzeyini belirlemek amacıyla 1967 yılında geliştirilen Minnesota İş Tatmin Ölçeği ve araştırmacılar tarafından hazırlanan anket katılımcılara uygulanmıştır. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir.

Sonuçlar

Araştırmaya katılan 101 kişiden 3'ünün doktor, 10'unun fizyoterapist, 6'sının hemşire, 3'ünün psikolog, 4'ünün sosyal hizmet uzmanı, 3'ünün kurum idarecisi, 72'sinin bakım elemanı (55'i kadın 46'sı erkek, yaşları $35,27 \pm 6,16$, eğitim düzeyleri 8'i doktora, 14'ü lisans ve yüksek lisans, 35'i ortaöğretim, 44'ü ilköğretim mezunu) olduğu tespit edilmiştir. Meslek elemanlarının geriatrik bireylerle çalışma süreleri incelendiğinde, bireylerin ortalama çalışma sürelerinin $6,22 \pm 3,12$ yıl olduğu bulunmuştur. Çalışmaya dahil edilen bireyleri içsel, dışsal ve toplam iş doyumu puanları sırasıyla şu şekildedir; $3,65 \pm 0,67$, $3,27 \pm 0,73$, $3,51 \pm 0,57$.

Bireylerin cinsiyetleri ve mesleklerine göre iş doyumları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p > 0,05$), iş tecrübeleri ve eğitim durumlarına göre negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Yani, bireylerin geriatrik olgularla çalışma süreleri ve eğitim düzeyleri arttıkça iş doyumları azalmaktadır.

Tartışma

Yaşlıların sağlıklı ve kaliteli yaşlanmalarına yönelik uygulanan sağlık ve geriatrik bakım hizmetlerinin kalitesi günümüzün ve geleceğin önemli sorunlarından biridir. Yaşlı bireye yeterli, gerekli ve özenli bakım ve sağlık hizmetlerinin verilebilmesi için, bu bireylerle çalışan meslek elemanlarının iş doyumlarının artırılması önem arz etmektedir. Bu kapsamda, meslek elemanlarına yönelik, hizmet içi eğitimlerin artırılmasına, gerekli maddi ve psikolojik desteğin sağlanabilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından geliştirilecek proje ve planlamalara ihtiyaç vardır.

3. Yaşlılar İçin Fiziksel Aktivite Ölçeği (PASE)'nin Türkçe Versiyon Çalışması

Ender Ayvat, Çiğdem Ayhan, Aydın Meriç, Nuray Kırdı

Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bl, Ankara

Amaç

Fiziksel aktivite yetersizliği, genel sağlık durumu ve birçok kronik hastalık durumlarıyla yakından ilişkili evrensel bir problemdir. Bu problemi daha yakından inceleyebilmek ve çözümler üretebilmek için çeşitli fiziksel aktivite ölçümleri geliştirilmektedir. Ülkemizde, yaşlı bireylerde fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Araştırmayı zorlaştıran en önemli nedenlerden biri, standardize, kolay uygulanabilir ve ucuz yöntemlerin olmamasıdır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye' de Yaşlılar için Fiziksel Aktivite Ölçeği (Physical Activity Scale for Elderly-PASE)'nin geçerliği ve güvenilirliğini belirlemek ve kültürel adaptasyonunu yapmaktır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya dahil olan 29 kadın, 51 erkek toplam 80 gönüllünün yaşları 65 ile 86 arasında değişmekte olup, kadınların yaş ortalaması $69,52 \pm 5,33$ yıl, erkeklerin yaş ortalaması ise $69,82 \pm 4,22$ yıldır. PASE anketinin, yapı geçerlik, bir referansa göre geçerlik ve test-tekrar test güvenilirliği değerlendirilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği için anket 1 hafta sonra tekrar değerlendirilmiştir.

Sonuçlar

Anketin yapı geçerliği için SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi ve Mini Mental Durum Testi (MMDT) kullanılmıştır. PASE toplam puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Anketinin korelasyon katsayı $r=0.40$ bulunmuştur ($p<0,01$). PASE toplam puanı ile Mini Mental Durum Testinin korelasyon katsayı ise $r=0.42$ bulunmuştur ($p<0,01$). Anketin bir referansa göre geçerliği için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) kullanılmış olup, korelasyon katsayısı $r=0,77$ olarak kaydedilmiştir ($p<0,01$). Erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinin kadınlardan anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca 65-74 yaş grubunun fiziksel aktivite düzeylerinin, 75-86 yaş grubundan anlamlı olarak farklı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tartışma

Ülkemizde yaşlılar açısından PASE anketinin Türkçe versiyonu geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Artan yaşla birlikte yaşlıların fonksiyonel bağımsızlığında ve mobilitesindeki azalmanın fiziksel aktivite ile yakın ilişkili olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın Türkiye' de fiziksel aktivite ile ilgili anket ve çeşitli ölçeklerin değerlendirilmesinde veya oluşturulmasında yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Yaşlılarda fiziksel aktivite değerlendirme sonuçlarının ortaya konduğu çalışmamızın, sağlıklı yaşlanma ve kaliteli yaşam amaçları doğrultusunda yaşlıları hedef alan sağlıklı yaşam ve aktivite programları ile ilgili çalışmalara yön verebileceği inancındayız.

4. Evde Yaşayan Yaşlılarda Çok Amaçlı Fiziksel Aktivite Eğitiminin Fiziksel Performansa Etkisi

Hülya Yücel, Hülya Kayıhan

Bezmialem Vakıf Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bl, İstanbul

Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Ergoterapi Bl, Ankara

Amaç

İyi planlanmış bir fiziksel aktivite programı yaşlılarda gelişebilecek sekonder problemlerin önüne geçecektir. Aktivite programları, yaşlıların sosyal fonksiyonlardaki bağımsızlık yeteneğini de artırır. Uygun aktivitelerin seçimi ile onların sağlık durumları daha iyiye gidecektir. Bu çalışmanın yaşlılarla çalışan fizyoterapistlere tedavi programının planlanmasında bir yol gösterici olması düşünüldü. Bu çalışmanın amacı, çok amaçlı fiziksel aktivitelerin evde yaşayan yaşlıların performansına etkisini göstermektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya, aktivite performansını engelleyecek herhangi bir fiziksel ya da mental problemi olmayan gönüllü 60 yaş ve üzeri 33 kişi alındı. Yaşlıların sağlık durumu, yardımcı araç kullanımı, boş zaman aktiviteleri gibi demografik bilgiler kaydedildi. Fiziksel durumlarını test etmek için Fiziksel Performans Testi (FPT) kullanıldı. Yaşlıların ihtiyaç ve isteklerine uygun çok amaçlı lokomotor aktiviteler seçildi. Kalistenik egzersizler, bahçe işleri, dans gibi aktiviteler haftada 2 gün, 12 hafta boyunca her seans 45 dakika olacak şekilde uygulandı. Aktivite eğitimi öncesi ve sonrası fiziksel performansı karşılaştırmak için iki eş arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı ve $p<0.05$ ise anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar

Tüm yaşlıların boş zamanlarında yaptıkları düzenli bir aktiviteleri yoktu. Aktivite öncesi FPT puanı $29,06\pm3,13$ iken aktivite sonrası $32,03\pm0,47$ ile aradaki fark anlamlı bulundu ($p=0.01$).

Tartışma

Düzenli çok amaçlı fiziksel aktivite eğitimi yaşlıların aktivite performans düzeyini etkiler. Bu çalışmanın sağlıklı yaşlılardaki sonuçları dikkate alınarak benzer çalışmaların mental, fiziksel problemleri olan yaşlılarda da yapılması rehabilitasyon çalışmalarına ışık tutacaktır.

5. Gazi Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezinde Takip Edilen Hastaların Fiziksel Fonksiyonel Uygunluk Düzeyleri

Selda Başar, Nevin A. Güzel, Nihan Kafa, Özge Ç. Medeni, Zekeriya Ülger

Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bl, Ankara

Gazi Üniv. Tıp Fak. Geriatri Bilim Dalı, Ankara

Amaç

Gazi Üniversitesi GEBAM (Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi) da takip edilen geriatrik hastaların fiziksel fonksiyonel uygunluk düzeylerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmaya Gazi Üniversitesi Geriatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastalar (n=14) ile ayakta takip edilen (n=10) toplam 24 hasta dahil edilmiştir. Yaşları 68-89 yıl aralığındaydı. Hastalar yatarak ve ayakta tedavi gören hastalar olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Fiziksel fonksiyonel uygunluk düzeyleri Senior Fitness Test Batarya'sı ile belirlenmiştir. Elde edilen veriler Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Sonuçlar

Otur-kalk, 2 dk step ve sırt kaşıma testleri iki grup arasında istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer test sonuçları iki grup arasında benzerdi ($p>0.05$).

Tartışma

Yatarak takip edilen geriatrik hastalarda fiziksel fonksiyonel uygunluk düzeylerinin ayakta tedavi görenlere kıyasla düştüğü belirlenmiştir. Bunun sebebi hastanede yatış sürecinde hastaların fiziksel aktivitelerinin sınırlandırılmış olması olabilir. Hastanede yatarak tedavi gören geriatrik hastaların fiziksel fonksiyonel düzeylerinin artırılması amacıyla fizyoterapi ve egzersiz programları uygulanmalıdır.

6. Gazi Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezinde Takip Edilen Hastaların Demografik Özellikleri

Nevin A. Güzel, Selda Başar, Nihan Kafa, Özge Ç. Medeni, Zekeriya Ülger
Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bl, Ankara
Gazi Üniv. Tıp Fak. Geriatri Anabilim Dalı, Ankara

Amaç

Gazi Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezinde (GEBAM) takip edilen hastaların demografik özelliklerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmaya Ocak 2012- Ağustos 2012 döneminde Gazi Üniversitesi GEBAM a başvuran toplam 24 hasta (68-89 yıl) dahil edilmiştir. Hastaların 9 u erkek 15 i kadındı. Değerlendirmelerde eğitim düzeyi, eski işi, medeni hali, yaşadığı ortam, şikayet, özgeçmiş ve soygeçmiş, sigara-alkol alışkanlığı, egzersiz alışkanlığı, düşme ve yürüme sorunu ile hastanede kalış süreleri sorgulanmıştır.

Sonuçlar

Hastaların % 13.63 ü yalnız yaşıyordu, % 31.57 si okur yazar değildi, % 34.61 i ev hanımıydı, % 60 ında görme kusuru vardı, % 25 inde akciğer hastalığı vardı, % 45.83 ü hiç egzersiz yapmamıştı, % 57.14 ünün yürüme sorunu vardı, % 37.4 ünün düşme hikayesi vardı.

Tartışma

GEBAM da takip edilen geriatrik hastalarda bazı hastalıkların bulunduğu, egzersiz yapma alışkanlığının düşük olduğu, yürüme sorunu ve düşme hikayelerinin bulunduğu tespit edilmiştir. Bir çok sistemin etkilendiği yaşlılık sürecinde yaşanan bu sorunların azaltılması için aktif yaşlanmayı hedefleyen geriatrik rehabilitasyon programlarına ihtiyaç vardır.

7. 60-65 Yaş Arası Hastalarda Otolog Hematopoetik Kök Hücre Nakli Süresince Uygulanan Düzenli Fizyoterapi Programının Nakil Sonrası Transfüzyon Sayıları Üzerine Etkisinin İncelenmesi

İlke Keser, Sahika Zeynep Akı, Elif Suyanı, Ayhan Gülsan, Türköz Sucak

Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bl, Ankara

Gazi Üniv. Tıp Fak, Ankara

Amaç

Bu çalışmanın amacı 60-65 yaş arasındaki vakalarda otolog hematopoietik kök hücre nakli (OHKHN) sürecinde düzenli fizyoterapi programının kan transfüzyonu sayısı üzerindeki etkilerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Gazi Üniversitesi Hastanesi Kök Hücre Nakli Ünitesi'nde OHKHN yapılan 60-65 yaş arasındaki vakalardan eylül 2003-ekim 2009 tarihleri arasında fizyoterapi programı uygulanmadan, ekim 2009-ekim 2012 tarihleri arasında düzenli fizyoterapi programı uygulanarak izlenen vakalar karşılaştırmalı olarak incelendi. Gruplar oluşturulurken yaş, cinsiyet, tanı ve nakil uyumlu olanlar eşleştirilerek, kriterlere uyan 13'er vaka karşılaştırıldı. Kontrol grubundaki vakalar egzersiz programı uygulanmadan, çalışma grubundaki vakalar resiprokal aktif eklem hareketleri, solunum egzersizleri ve yürüme/bisiklet çevirmeden oluşan düzenli egzersiz programı uygulanarak takip edildi. Egzersiz yapan ve yapmayan grupların OHKHN için hastanede kalışları boyunca (nakil sonrası ilk 30 gün) kan transfüzyonuna gereksinim durumları karşılaştırıldı.

Sonuçlar

Her iki grupta 8 multipl myelom ve 5 lenfoma tanılı 13 OHKHN vakası bulunmaktadır. Vakalardan 9'u erkek 4'ü kadındır. Her iki grubunun yaş ortancaları 61 (60-64) yıldır. Hastalık süreleri kontrol grubunda 826 (230-2653), çalışma grubunda 320 (218-3142)gündür. Kontrol grubunda eritrosit infüzyonu sayısı 4 (1-6), çalışma grubunda 2.5 (0-5)defadır ve gruplar karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Trombosit infüzyonu sayısı kontrol grubunda 2 (0-4), çalışma grubunda 1(1-7)defadır ($p>0.05$).

Tartışma

OHKHN sırasında düzenli olarak uygulanan egzersiz programlarının hemoglobin konsantrasyonları, nötropeni ve trombositopeni durasyonları üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir. Egzersiz kandaki oksijen konsantrasyonunu düşürerek, eritropoez stimüle eder. Egzersiz stimulusunun eritropoietik sistem üzerindeki potansiyel etkileri, OHKHN sırasında uygulanan sistemik tedavilerin myelosupresif ve hemoglobin düzeyini azaltan etkilerini dengelemesi için gereklidir. Yaşlı popülasyonunda önemli bir problem olan anemi, yaşlanmayla birlikte serum eritropoietin düzeyindeki azalma, beslenme yetersizlikleri, komorbid hastalıklar, kronik inflamasyon gibi ek problemlerle ilişkilidir. OHKHN sürecinde egzersiz programıyla izlenen grupta eritrosit transfüzyonu ihtiyacının anlamlı düzeyde düşük olması, egzersiz uygulamalarının pozitif katkısının 60-65 yaş aralığındaki vakalarda daha kritik olacağını düşündürmüştür. Daha geniş hasta gruplarında uygulanacak kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

8. Antropometrik Ölçümler, Kas Kuvveti, Fiziksel Uygunluk, Psikolojik Durum Değişimlerinin Allojeneik Kök Hücre Nakli Sürecindeki Bir Vakada İncelenmesi

İlke Keser, Sabiha Sahiloğulları, Elif Suyanı, Sahika Zeynep Akı, Ayhan Gülsan Türköz Sucak

*Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bl, Ankara
Gazi Üniv. Tıp Fak, Ankara*

Amaç

Allojeneik kök hücre nakli (AKHN) süresince 64 yaşındaki vakada uygulanan düzenli fizyoterapi programı ile elde edilen değişimlerin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Gazi Üniversitesi Hastanesi Kök Hücre Nakli Birimi'nde AKHN uygulanan akut myeloid lösemi tanılı 64 yaşındaki vaka, hastanede kalışı süresince aktif eklem hareketleri, triflo ile solunum egzersizleri ve yürüme eğitiminden oluşan yaklaşık 30 dakikalık fizyoterapi programına dahil edilmiştir. Vaka beden kitle indeksi (BKİ), senior fitness test (SFT), dinamometrik kas testi, cilt altı yağ ölçümleri, çevre ölçümleri, hastane anksiyete depresyon ölçeği (HADÖ) ile değerlendirilmiştir.

Sonuçlar

AKHN sonrasında değerlendirme parameterlerindeki farklar sırası ile BKİ'de -0.80 (26.81-26.01) kg/cm²; cilt altı yağ ölçümlerinde triceps -1.67 (14-13.33), suprailak -0.67 (14-13.33), subscapula 1 (20-21), bacak -3 (21.67-18.67) mm; çevre ölçümleri kolda 0.7 (32.3-33), uylukta -1 (53-52) mm; SFT alt testlerinden otur kalk testinde -4 (18-14) tekrar, kolu bükme testinde -8 (26-18) tekrar, otur uzan testinde -8.5 (1.5-7) cm, sırt kaşıma testinde -7.5 (-16.5_-24) cm, sekiz adım yürüme testinde 0.96 (10.19-11.15) dk, 6 dakika yürüme testinde yürünen mesafe -108 (486-378) m; kas testinde omuz fleksiyonunda -3.5 (27.17-23.67), dirsek fleksiyonu -1.58 (32.75-31.17), kalça fleksiyonu -2.17 (36.08-33.92), quadriceps -2.67 (26.25-23.58), tibialis anterior -2.92 (27.83-24.92), kavrama kuvveti -2.67 (68-65.33) libre; HADÖ -1 (5-4) puan olarak kaydedilmiştir.

Tartışma

AKHN sonrasında vakaların fiziksel emosyonel ve sosyal durumlarında fizyoterapi uygulamalarının pozitif katkısının olduğu bilinmektedir. 64 yaşındaki vakada AKHN sonrasında BKİ, cilt altı yağ dokusu, çevre ölçümleri, 6dk yürüme mesafesi, esneklik ve endurans, kas kuvvetindeki testlerdeki azalma ile 8 adım yürüme testindeki süre artışı AKHN sürecinin vakalar için ne kadar yıpratıcı olduğunu; psikolojik durum puanındaki artış fizyoterapi programının katkılarını göstermektedir. Bu vakada elde edilen sonuçlar geriatrik popülasyonda da AKHN'nin yan etkilerini hafifletmede fizyoterapi uygulamalarının pozitif etkisi olduğunu düşündürmüştür.

9. Antropometrik Ölçümler, Kas Kuvveti, Fiziksel Uygunluk, Psikolojik Durum Değişimlerinin Otolog Kök Hücre Nakli Sürecindeki Bir Vakada İncelenmesi

İlke Keser, Erdi Kayabınar, Sahika Zeynep Akı, Elif Suyanı, Ayhan Gülsan Türköz Sucak

*Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bl, Ankara
Gazi Üniv. Tıp Fak, Ankara*

Amaç

64 yaşındaki otolog kök hücre nakli (OKHN) süresince vakada uygulanan düzenli fizyoterapi programı ile elde edilen değişimlerin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Gazi Üniversitesi Hastanesi Kök Hücre Nakli Birimi'nde OKHN uygulanan non-hodgkin lenfoma tanılı 64 yaşındaki vaka, hastanede kalışı süresince (24 gün) dirençli eklem hareketleri (bir maksimum tekrarın %35'inde), solunum ve yürüme egzersizlerinden oluşan yaklaşık 20 dakikalık fizyoterapi programıyla izlenmiştir. Vaka beden kitle indeksi (BKİ), senior fitness test (SFT), dinamometrik kas testi, cilt altı yağ ve çevre ölçümleri, hastane anksiyete depresyon ölçeği (HADÖ) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Sonuçlar

OKHN sonrasında değerlendirme parametrelerindeki farklar sırası ile BKİ'de 1.85 (28.90-27.05) kg/cm²; cilt altı yağ ölçümlerinde triceps -1.33 (21.33-20), biceps -3 (16.3-13.3), suprailak -4 (18-14), subscapula -4.67(21.67-17); çevre ölçümleri kolda -1.2 (31.7-30.5), uylukta -3.5 (54-50.5) mm; SFT alt testlerinden otur kalk testinde -2 (11-9)tekrar, kolu bükme testinde -7 (17-10) tekrar, otur uzan testinde -7 (7-0) cm, sırt kaşıma testinde -9 (-45_-54)cm, sekiz adım yürüme testinde 4.06 (10.53-14.59) dk, 6 dakika yürüme testinde yürünen mesafe -97.2 (389.7-292.5) m; kas testinde omuz fleksiyonunda 1.25 (22.50-23.75), dirsek fleksiyonu -8.67 (32.42-23.75), kalça fleksiyonu 2.5 (30.33-32.83), quadriceps -0.67 (25.67-25), tibialis anterior 9.92 (22.75-32.67), kavrama kuvveti -3.5 (53-49.5) libre; HADÖ 2 (18-20) puan olarak kaydedilmiştir.

Tartışma

OKHN hem akut hem kronik dönemde hayati risk içeren, oldukça yıpratıcı bir tedavidir. Bu dönemde tedaviye bağlı yan etkilerin hafifletilmesinde fizyoterapi uygulamalarının pozitif katkısının olduğu bilinmektedir. Bu vakada OKHN sonrasında BKİ, cilt altı yağ dokusu-çevre ölçümleri, esneklik ve endurans testlerindeki azalma ile 8 adım yürüme testindeki süre ve psikolojik durum puanlarındaki artış OKHN sürecinin vakalar için ne kadar yıpratıcı olduğunu; 6dk yürüme testindeki mesafe artışı, omuz-kalça fleksor ve tibialis anterior kas kuvvetindeki artış fizyoterapi programının katkılarını göstermektedir. Bu vakada elde edilen sonuçlar geriatrik popülasyonda da fizyoterapi uygulamalarının OKHN'nin yan etkilerini hafifletmede yararlı olduğunu düşündürmüştür.



10. Yaşlılarda Denge, Fonksiyonel Performans, Fonksiyonel Bağımsızlık ve GYA Seviyesi: Pilot Çalışma

Emin Ulaş Erdem, Dmitry Chan, Meltem Işıntaş Arık, Filiz Can

Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Enst. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD, Ankara

Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon BI, Ankara

Amaç

Çalışmamızın birinci amacı geriatrik popülasyonda denge, fonksiyonel performans, fonksiyonel bağımsızlık ve günlük yaşam aktivitelerini (GYA) analiz etmektir. İkinci amacımız ise denge ve fonksiyonel performans ile fonksiyonel bağımsızlık ve GYA arasındaki korelasyonu test etmektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza 11'i erkek (%44) (ort. yaş: 67,45) 14'ü bayan (%56) (ort. yaş: 64,50) toplam 25 gönüllü geriatrik birey (ort yaş: 65,80, 61–73 yaş aralığında) katıldı. Akut hastalıklar, unstable kardiyovasküler durum, amputeler, son 6 ay içerisinde geçirilmiş fraktürler, Alzheimer, Parkinson, SVO ve mini mental testten 21 puanın altında kalan bireyler çalışma dışı bırakıldı. Denge değerlendirmesi için “Tinetti denge testi” ve “Kalk ve Yürü” testi kullanıldı. Bireylerin fonksiyonel kapasitelerinin ölçümü için; “30 Saniye Sandalyede Otur-Kalk Testi”, “6 dakika yürüme”, 2 dakika basamak”, “Sandalyede Otur-Uzan Testi” değerlendirme skalaları kullanıldı. Fonksiyonel bağımsızlık seviyesinin tayini için FIM (Functional Independence Measure) ölçeği kullanıldı. GYA değerlendirmeleri için HAQ (Health Assessment Questionnaire) ve NEADL (Nottingham Extended Activities of Daily Living) ölçeklerinden yararlanıldı.

Sonuçlar

Tinetti skorunun ortalaması 15,52 olarak ölçüldü. Kalk ve Yürü testi ortalamaları erkeklerde 6,991, bayanlarda ise 9,723 (risk grubunda) bulundu. Aynı zamanda 2 Dakika Basamak Testi'nden bayanlar (ort. 55,07) ve erkekler (ort. 64,45) referans değerlerin altında kaldılar. Ortalama FIM skoru 124,52; NEADL için 55,92; HAQ için 76,88 bulundu. Tinetti ile NEADL ($r=0,580$, $p=0,02$), Tinetti ile HAQ ($r=0,408$, $p=0,043$), Kalk ve Yürü Testi ile NEADL ($r=-0,490$, $p=0,013$), Kalk ve Yürü Testi ile HAQ ($r=0,397$, $p=0,049$), 30 Saniye Sandalyede Otur-Kalk Testi ile NEADL ($r=0,406$, $p=0,044$) arasında anlamlı ilişkiler bulundu. FIM ile diğer parametreler arasında bir ilişki bulunmadı.

Tartışma

Yaşlılarda denge ve fonksiyonel performansların ortalama değerlerin altında olması, belirli risk faktörlerinin araştırılmasına öncülük etmektedir. İyi denge; fonksiyonel bağımsızlık düzeyini etkilemese de, fonksiyonel performans düzeyini artırır, GYA'da daha fazla bağımsızlık sağlar. Optimal ve gerçekçi bir rehabilitasyon programı dizaynında, kişilerin ve hastaların limitlerinin tespit edilmesi son derece önemlidir. İleriki çalışmalarımızda toplumdaki ve huzurevlerindeki geriatrik popülasyon arasındaki farklar araştırılacaktır.

11. Diz Osteoartritli Olgularda Ev Egzersiz Programının Etkinliği **Manolya Acar, Çağla Özkul, Yağmur Gökçe Güneş, Özlem Yürük,** **Zuhal Kunduracılar**

Başkent Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bl , Ankara
Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bl, Ankara
Bülent Ecevit Üniv. Sağlık YO Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bl, Zonguldak

Amaç

Osteoartrit (OA), yaşlı popülasyonda en önemli disabilite nedenlerindendir. En sık diz ve kalça ekleminde görülmekte ve fiziksel yetersizlikler, aktivite azlığı ve katılım kısıtlılığına yol açarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Düzenli aktivite ve egzersiz alışkanlığı yaşlılarda kısa ve uzun dönemde sağlıklı yaşlanmanın en önemli belirleyicisidir. Çalışmamızın amacı yaşlı diz OA'lı hastalarda, ev egzersiz programının ağrı, fonksiyonellik, yaşam kalitesi ve kas kuvveti üzerindeki etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza 55 yaş ve üzeri OA (evre II-III) tanısı alan ve en az 6 aydır diz ağrısı olan 22 (%81.5) kadın, 5 erkek (%18.5) toplam 27 olgu katıldı. Tedavi programında; olgulara 10 seans konvansiyonel fizyoterapi programı ile birlikte 8 hafta, haftada 3 gün diz kaslarını kuvvetlendirici izometrik ve izotonik egzersizler verildi. Egzersizler için özel bir broşür hazırlandı. Olguların sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Değerlendirmeler tedavi programının başlangıcında ve bitiminde yapıldı. Yetersizlik ve fonksiyonellik düzey "The Western Ontario and McMaster Universities OA index (WOMAC)", ağrı şiddeti "Vizüel Analog Skala (VAS)", yaşam kalitesi "Nottingham Sağlık Profili (NSP)", alt ekstremité kas kuvveti manuel kas testi ile değerlendirildi. Olgulara günlük ağrı şiddetini, analjezik ilaç ihtiyacını ve egzersiz programını kayıt edecekleri bir günlük verildi.

Sonuçlar

Olguların tedavi öncesi ve tedavi sonrası NSP alt parametrelerinden ağrı, emosyonel reaksiyon ve fiziksel yetenek skorunda, womac'ın tüm parametrelerinde, VAS, sağ ve sol toplam alt ekstremité kas kuvvetinde anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Alınan analjezik ilaç kullanım ortalaması $5,44\pm7,45$ olarak saptandı.

Tartışma

Çalışmamıza katılan diz OA'lı yaşlı bireylerde elektroterapi ve ev egzersiz programının kısa dönemde ağrıyı azalttığı, fonksiyonel düzey, yaşam kalitesi ve kas kuvvetini geliştirdiği görülmüştür. Yaşlı bireyleri kolayca yapabilecekleri, etkili ve farklı egzersiz türlerine yönlendirmek ve düzenli egzersiz alışkanlığı kazandırmak önemlidir. Egzersiz programlarının uzun dönemdeki etkileri de incelenmelidir.

12. Yaşlı Bireylerde Fiziksel Aktivite Düzeyi, Kas İskelet Sistemi Problemleri, Yaşam Kalitesi ve Depresyon

Zeliha Özlem Yürük, Seval Ceylan, Hatice Gördağ, Mustafa Uğur

Başkent Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bİ, Ankara

Amaç

Yaşam standartları ve tedavi alanındaki gelişmeler ile yaşam süresi uzamaktadır. Yaşlanma ile fiziksel aktivitede azalma ve kas iskelet sistemi ağrılarının görülme sıklığındaki artış kişilerin yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışmamızın amacı, yaşlı bireylerde fiziksel aktivite düzeyi ve kas iskelet sistemi problemlerinin belirlenerek yaşam kalitesi ve depresyon ile ilişkisinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmamıza 55 yaş ve üzeri kas iskelet sistemi ağrısı olan 62 (%71,3) kadın, 25 erkek (%28,7) toplam 87 olgu katıldı. Olguların sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Fiziksel aktivite düzeyi “Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAC)”, kas iskelet sistemi problemleri “Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ)”, yaşam kalitesi “Nottingham Sağlık Profili (NSP)” ve depresyon düzeyi “Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)” ile değerlendirildi.

Sonuçlar

Son 12 ay içinde olguların %55,2’si bel problemi, %54’ü omuz problemi, %49,4’ü sırt problemi, %48,3’ü boyun problemi, %44,8’i diz problemi, %39,1’i kalça problemi, %26,4’ü el-bilek problemi, %24,1’i ayak-bilek problemi ve %17,2’si dirsek problemi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Son 7 gün içinde ise olguların 34 (%39,1)’ü bel problemi, 31 (%34,5)’i omuz problemi, 30 (%34,5)’u boyun problemi, 29 (%33,3)’u diz problemi, 24 (%27,6)’ü sırt problemi, 21 (%24,1)’i kalça problemi, 16 (%18,4)’sı olgu ayak-bilek problemi, 14 (%16,1)’ü el-bilek problemi ve 10 (%11,5)’u dirsek problemi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan korelasyon analizlerinde IPAC ile NMQ arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$), IPAC ile NSP ve GDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Son 12 ay içinde yaşanan omuz, sırt ve diz ağrısının ve son 7 gün içinde diz, el-bilek, sırt, bel, kalça ve ayak bileği problemlerinin NSP’nin farklı alt parametreleri ile ilişkili olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Hem uzun hem de kısa dönemde görülen diz problemleri depresyonla ilişkilidir ($p<0.05$).

Tartışma

Çalışmamıza katılan yaşlı bireylerde fiziksel aktivite düzeyi ile kas iskelet sistemi ağrıları arasında ilişki bulunmamakla birlikte, aktivite düzeyinin yaşam kalitesi ve depresyonu etkilediği görülmüştür. Olgular en çok bel ağrısından şikayet etmekle birlikte, en fazla diz ağrısının yaşam kalitesi ve depresyonu etkilediği belirlenmiştir.

13. Alzheimer'da Kurum Bakımı

Emel Pekçetin, Deniz Dağıstan, Reyhan Özgöbek, Filiz Alıthan

Süleyman Demirel Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Mrk, Ankara

Amaç

Alzheimer Hastalığı (AH); merkezi sinir sisteminin çeşitli kısımlarında nöron ve sinaps kayıpları nedeni ile ortaya çıkan; bilişsel işlevlerde azalma, öz bakım yetersizlikleri, çeşitli nöropsikiyatrik ve davranışsal bozukluklar ile karakterize progresif nörodejeneratif bir hastalıktır .AH dünya nüfusunun yaşlanmasıyla giderek artan bir sıklıkta tanı konulan ve toplumsal bir sağlık sorunu haline gelen bir hastalıktır. İlerlemesi 5-15 yıl süren hastalık, 3 farklı evrede kendini gösterir. Çalışmamızda kurum bakımında olan AH'sı yaşlılara yaptığımız uygulamaları göstermek istedik.

Gereç ve Yöntem

240 kapasiteye sahip kuruluşumuzda 2012 Ekim ayında 112 (%46,6). Demanslı yaşlıya hizmet verilmiş olup yatağa bağımlı kişi sayısı 43'dir (% 17,9). Demans tanısı almış hastalarımızın % 22.32'si (25 kişi) AH tanısı ile takip edilmektedir. Beslenme solüsyonu ile beslenen kişi sayısı 19 iken gastrostomi açılan kişi sayısı 2' dir. Huzurevimizde kalan kişilerden 119'u (% 50) alt bezi kullanmakta olup 50 kişi için özel sıvı takibi yapmaktayız. Uygulamalar ve çözümler hastalık evresine göre incelendiğinde;

- 1.Evre ve 2.Evre: Haftada 3 gün grup egzersizi
Haftada 2 gün yürüyüş
İş-uğraşı aktiviteleri
Çevresel düzenlemeler
- 3.Evre: Pozisyonlamalar
Yatak içi egzersizleri

Kişiye özel çözümler (uygun giysilerin seçilmesi, emniyet için çözümler üretilmesi, günlük yaşamında kullandığı malzemelerin uygun seçilmesi, uygun mobilya seçiminin yapılması vb.) görülmektedir

Sonuçlar

Demans tanısı almış yaşlılarımızın hastalık evrelerine baktığımızda 44 kişi 1. evre, 37 kişi 2. evre ve 31 kişi 3. evredir. 1. ve 2. evre hastalarımızdan egzersize düzenli devam edenlerin oranı % 25'dir. Bu kişilerden cevap alabildiklerimizden % 45'i egzersiz yapmaktan memnun olduklarını ifade etmiştir. Yine 1.ve 2. evre hastalarımızdan iş-uğraşı aktivite programına düzenli devam edenlerin oranı % 45,67'dir. Bu kişilerden cevap alabildiklerimizden % 67' si faaliyet yapmaktan memnun olduklarını ifade etmiştir. 3. Evre hastalarımızın (31 kişi) hiçbirinde yatak yarası bulunmamaktadır.

Tartışma

Kurum bakımı tıbbi, sosyal, psikolojik ve etik öğeleri olan bütüncül bir yaklaşım ile ekip hizmetini içermelidir.



14. Sağlıklı Geriatrik Bireylerde Yaşam Kalitesi, Mobilite ve Denge Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ferruh Taşpınar, Mine Pekesen, Betül Taşpınar, Nilay Yürekdeğer Şahin

Dumlupınar Üniv. Sağlık YO, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bl, Kütahya

Amaç

Bu çalışmanın amacı sağlıklı geriatrik bireylerde yaşam kalitesi, mobilite ve denge arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Kütahya Huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üstü gönüllü, akut bir hastalığı olmayan, kronik ortopedik, nörolojik ve kardiyak problemleri bulunmayan 20 geriatrik olgu dahil edildi. Olguların yaşam kaliteleri Nottingham Sağlık Profili ile, mobilite düzeyi Rivermead Mobilite İndeksi ile, dengeleri Tinetti Denge Değerlendirme Testi ile incelendi. Elde edilen veriler arasındaki ilişki spearman korelasyon katsayısı ile karşılaştırıldı.

Sonuçlar

Çalışmaya katılan olguların yaş ortalamaları $75,65 \pm 7,26$ yılı. Nottingham Sağlık Profili toplam ortalama değeri $243,78 \pm 121,89$, Rivermead Mobilite İndeksi toplam ortalama değeri $13,40 \pm 1,46$ iken, Tinetti Denge Değerlendirme Testinin toplam ortalama değeri $26,00 \pm 2,95$ olarak bulundu. Veriler karşılaştırıldığında mobilite ile yaşam kalitesi arasında düşük düzeyde ilişki bulunurken ($r:-0,405$), mobilite ile denge arasında orta düzeyde ilişki saptandı ($r:0,603$). Ayrıca yaşam kalitesi ve denge arasında düşük bir ilişki olduğu görüldü ($r:-0,380$).

Tartışma

Bu çalışma sağlıklı geriatrik bireylerde yaşam kalitesi, denge ve mobilitenin ilişkili olduğu gösterdi. Bu nedenle geriatrik bireylerde sağlıklı olsa bile dengenin ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve yapılması planlanan rehabilitasyon programlarında mobilitenin ve yaşam kalitesinin artırılması için denge eğitiminin yer alması gerektiği görüşüne varıldı.

15. Genç Yaşlı Bireylerde Aerobik Egzersizlerin Denge ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Necmiye Ün Yıldırım, Nuriye Özengin, Özlem Çınar Özdemir, Hande Kaba, Ayşe Numanoğlu

Abant İzzet Baysal Üniv. Kemal Demir Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO, Bolu

Amaç

Bu çalışma, genç yaşlı bireylerde aerobik egzersizlerin denge ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya yaş ortalaması $56,56 \pm 5,51$ yıl olan 16 genç yaşlı kadın birey gönüllü olarak katıldı. Bireylerin yaş, boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ile demografik özellikleri kaydedildi.

Bireyler fizyoterapist eşliğinde 12 hafta süresince, haftada 2 kez aerobik egzersiz eğitimi programına alındı. Bireylerin fonksiyonel uzanmaları egzersiz eğitimi öncesinde ve 12 haftalık program bitişinde denge değerlendirmelerinde sıklıkla kullanılan fonksiyonel uzanma testi ile, yaşam kaliteleri ise Nottingham Sağlık Profili ile değerlendirildi.

Sonuçlar

Bireylerin fonksiyonel uzanma testi ve yaşam kalitesi ilk ve son ölçümlerinin analizi Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi ile yapıldı. Bu analize göre genç yaşlı bireylerin eğitim öncesi ve sonrası fonksiyonel uzanma değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,00$). Bireylerin toplam yaşam kalitesi puanlarında ($p=0,03$) ve ağırlı alt parametresinde ($p=0,02$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu.

Tartışma

Aerobik egzersizlerin, genç yaşlı bireylerde birçok fiziksel aktivite için temel teşkil eden dengeyi, yaşam kalitesini artırdığı ve ağrıyı azalttığından dolayı bu yaş grubundaki bireylere tavsiye edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

16. Yaşlı Bireylerde Ai Chi Egzersizlerinin Denge ve Mobilite Düzeyi Üzerine Etkisi

Nursen İlçin, Barış Gürpınar, İlkşan Demirbüken, İnan Keleş Er

Dokuz Eylül Üniv. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO,

Geriatrik Fizyoterapi AD,

İzmir Marmara Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bl,

İstanbul Aile ve Sosyal Pol. Bak. Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve

Rehabilitasyon Mrk, İzmir

Amaç

Çalışmanın amacı, 8 haftalık Ai Chi su içi grup egzersiz programının yaşlı bireylerin denge kontrolü ve mobilite düzeyi üzerine etkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmaya yaş ortalaması $76,35 \pm 4,53$ olan 15 sağlıklı yaşlı birey katılmıştır. Postür kontrolü, koordinasyon, denge ve yürüme egzersizlerini içeren 8 haftalık su içi Ai Chi egzersiz programı haftada 2 gün sıklığında ve 45 dk süreyle uygulanmıştır. Berg Denge Testi ile denge kontrolü ve Zamanlı kalk-yürü testi ile mobilite düzeyi değerlendirilmiştir. Sonuçlar SPSS 15 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Sonuçlar

Olguların başlangıç ve sekiz haftalık Ai Chi programı sonrası ölçümleri karşılaştırıldığında Berg Denge Testi ($p = 0.03$) anlamlı olarak artmış ve zamanlı kalk-yürü testi ($p=0.03$) anlamlı ölçüde azalmıştır.

Tartışma

Çalışmanın sonucunda 8 haftalık su içi egzersiz programı ile yaşlı bireylerde denge parametrelerinde ve mobilite düzeyinde anlamlı fark görülmüştür. Su içi Ai Chi egzersizleri yaşlılarda tedavi programlarını zenginleştirip, etkinliğini artırırken aynı zamanda güvenli ve keyifli bir ortam oluşturması nedeniyle geriatrik populasyon için uygun ve önerilebilir bir egzersiz yaklaşımıdır.

17. Bakım Hizmetleri Uygulama Rehberi

**Hatice Reyhan Özgöbek, Nuran Varol Baran, Gülay Çelik, Özgül Kalacı,
Rıza Türkcan, Yaşar Kocaoğlu**

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Gen. Md., Ankara
Amaç

Bakıma muhtaç bireye sunulan bakım hizmetinin bilimselliğe uygunluğunun sağlanması, bakım sunan kişide farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

5378 sayılı Özürlüler Kanunu ile evde bakım hizmetlerinin verilmesi imkânı sağlanmıştır. Buna göre, bakıma muhtaç bireyler için nitelikli ve sistemli bakım hizmetlerinin verilmesine yönelik düzenlemeler getirmekte ve öncelik kurum bakımından çok kişinin sosyal ve fiziksel çevresinden ayrılmaksızın yakını tarafından bakımının sağlandığı, evde bakım modeline yer verilmiştir.

Bireylerin bilebileceği, neleri yapabileceği ve nelere yetkin olacağını yani yeterlilikleri konusunda bilgilendirmeye ihtiyaç duyulmuştur. Bu amaçla ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne çalışma komisyonu kurulmuştur. Komisyon alanda çalışan fizyoterapist, hemşire, psikolog, sağlık meslek lisesi öğretmeni, sosyal çalışmacı dan oluşmuştur. Komisyonca;

- Bakım alacak olan bireylerin yeterlilikleri göz önünde tutularak,
- Yaşlılık, engellilik ve hastalık durumlarında;
- Geçici, süregelen ve ilerleyen süreçleri de kapsayan
- Ötelemeyen bir bakış açısıyla;
- Bakım ihtiyacının aynı olduğu varsayımı ile
- İletişimde etkinliği sağlayan ve empatiyi geliştiren ben dili kullanılarak bakım rehberi hazırlanmıştır.

Bakım rehberi hazırlanırken; konuyla ilgili mevzuat, uluslararası anlaşmalar, yapılan çalışmalar, hemşirelik kuramları, MEGEP modülleri, meslek dersleri kitapları, STK yayınları taranmış ve komisyon üyelerinin mesleki bilgi-tecrübeleriyle sentez oluşturulmuştur. Bakım rehberi içeriği belirlenmiştir. Gerekli resimler kara kalem çalışmasıyla çizilmiştir.

Hazırlanan "Bakım Rehberi" akademisyen, meslek elemanları ve bürokratların görüş-bilgisine sunulmuştur. Öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Basıma geçilmeden önce saha çalışması yapılacaktır.

Sonuçlar

1. Evde bakım hizmetinde farkındalık oluşturulması,
2. Evde bakım verenin bilinçlendirilmesi,
3. Bakım hizmetinde standart oluşturulması,
4. Bakım verenin yeterliliğinin artırılması,
5. Bakım alan bireyin yeterliliklerinin korunması, geliştirilmesi, gerilemesinin önlenmesi ve yapamadığında tam desteğin sağlanması hedeflenmiştir.

Tartışma

1. Konunun önemini vurgulamak açısından anlaşılabilirliğini artırmak,
2. İhtiyaç duyan herkesin rehbera ulaşılabilmesini, yazılı-görsel medyada ve sanal ortamda paylaşılması sağlamak,
3. "Evde bakım alo hattı" kurulması ve bu alanda çalışan uzmanlara erişim organizasyon ve koordinasyonunun artırılması önerilmiştir.



18. Türkiye’de Bakım Elemanlarının Yetiştirilmesi İle İlgili Mevcut Durum

Gülay Çelik, Reyhan Özgöbek, Yaşar Kocaoğlu

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Gen. Md., Ankara

Amaç

Bakım veren bireyin “Hasta ve Yaşlı Bakım Alanında” örgün ve yaygın eğitimle sahip olması gereken bilgi, beceri ve yetkinlikte yetiştirilmesine ilişkin mevcut durum irdelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

2012-Yaşlanma Ulusal Eylem Planı’nda “Yaşlı bakım elemanlarının(YBE) meslek standartları belirlenecek, bu standartlara uygun eğitimler verilecek, yeterli sayıda, nitelikte istihdam edilecektir.” Şeklinde ifade edilmiştir.

Tüm Bakım Elemanlarının eğitimine ait programlar incelendiğinde;

1. Örgün Eğitim

a. YÖK’e bağlı üniversitelerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokullarında; Yaşlı Bakımı, Evde Hasta Bakımı, Engelli Bakımı ve Rehabilitasyon Programları vardır. Bu programlara 2012/2013 eğitim öğretim döneminde toplam **61 okula 1938** kontenjan verilmiş;

b. MEB Mesleki Teknik Eğitim Genel Müdürlüğüne bağlı Meslek Liselerinde Hasta ve Yaşlı Bakımı Alanında; Engelli Bakımı, Hasta Bakımı, Yaşlı Bakımı dalları vardır. Bu dallarda 2011/2012 eğitim öğretim döneminde toplam **52 okulda 2811 öğrenci** kayıtlı olduğu saptanmıştır.

2. Yaygın Eğitim

a. MEB Halk Eğitim Merkezi ve Akşam Sanat Okulu Müdürlüklerinde açılan kurslar,
b. MEB Meslek Liselerinde açılan kurslar,
c. İŞKUR’la işbirliği yapılarak açılan özel kurslar,
d. Belediyelerce açılan meslek edindirme kurslarında bir yılda birden fazla dönemde belirlenmiş ders saati almak koşulu ile Bakım Elemanı yetiştirildiği saptanmıştır.

Sonuçlar ve Tartışma

Eğitim programlarının uygulanması ile ilgili tesbitler

1. Üniversitelerde uygulanan programların adı, içeriği ve uygulamalar ile ilgili (teorik + uygulama + staj) standart yoktur.

2. Yaygın eğitimdeki kurslarda MEB Mesleki Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü Programları (MEGEB) modülleri kullanılmaktadır. “Yaşlı Bakım Dersi” öngörülen modül sayısı 12 olmasına rağmen hazır modül 5 tanedir. Ders saati ve MEB çerçeve öğretim programıyla da uyumlu il ilgili problemler bulunmaktadır.

3. MEGEB ders kaynakları farklı alanlara ait modüllerden oluşan ders içeriklerinden oluşmaktadır. Örneğin; “Eğlence Hizmetleri Alanı Aktiviteler Modülü”nün içeriği bakım eğitimi için uygun değildir ve ayrıca öngörülen modülün önkoşulu da gerçekleşmemiştir.

4. Örgün ve yaygın eğitimde aynı modüller kullanılmaktadır. Lise öğrencileri ile kursiyerlerin hazır bulunuşluk seviyeleri aynı değildir.

Bakım veren için;

1. Unvanları ve iş tanımları da aldıkları eğitime göre meslekle ilgili yeterlik ve meslek tanımı eksiktir.

2. Görev ve yapılacak işler hemşirelikle ve diğer sağlıkla ilgili mesleklerle karışmaktadır ve sınırları belirsizdir.

Üniversite mezunu bakım elemanı için “sağlık teknikeri unvanı” alınacağı belirtilmesine rağmen SB tarafından diplomaları tescil edilmemektedir. (Tababeti Şuabatı Tarzı İcrasına Dair Kanuna göre; sağlık alanında çalışılması için diploma tescili zorunludur).

19. Tip II Diabetik Yaşlı Kadınlarda İki Dakika Yürüme Testinin Denge İle İlişkisi

R. Nesrin Demirtaş, Nur Kebapçı, Belgin Efe

*Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fak. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, Eskişehir
Eskişehir Osmangazi Üniv. İç Hastalıkları AD. Endokrinoloji BI, Eskişehir*

Amaç

İki dakika yürüme testi (2DYT) fonksiyonel kapasiteyi belirlemek için kullanılan ve yaşlıların 6 dakika yürüme testine göre, daha iyi tolere edebildikleri bir saha testidir. Bu çalışmanın amacı, diabetik yaşlı kadınlarda 2DYT mesafesinin, denge ile ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza, DSÖ kriterlerine göre Tip 2 Diabetes Mellitus (DM) teşhisi konan 23 yaşlı kadın (ort yaş: 67,87 yıl) katılmıştır. Fonksiyonel kapasiteyi değerlendirmek amacıyla; 2DYT ve Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (SF-36) fiziksel fonksiyon alt alanı, dengeyi değerlendirmek için; kalk ve yürü testi (KYT), gözler açık tek ayak üzerinde durma testi ve fonksiyonel uzanma testi (FUT) kullanılmıştır.

Sonuçlar

Diabetik yaşlı kadınlarda, istatistiksel değerlendirmelerde 2DYT mesafesi ve SF-36'nın fiziksel fonksiyon alt alanı puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,628$ $p<0,01$). Ayrıca, 2DYT mesafesinin dengeyle ilgili parametrelerden sırasıyla, KYT ($r= -,925$ $p<0,001$), gözler açık sağ ayak üzerinde durma ($r= ,548$ $p<0,01$), gözler açık sol ayak üzerinde durma ($r= ,753$ $p<0,001$) ve FUT skoru ($r= ,566$ $p<0,01$) ile de kuvvetli ilişkileri olduğu belirlenmiştir.

Tartışma

Bu veriler ışığında, diabetik yaşlı kadınlarda 2DYT'nin denge ile yakından ilişkili olduğu, fonksiyonel kapasiteyi belirlemenin yanı sıra, denge hakkında da fikir verebileceği, ancak bu konunun daha büyük hasta gruplarında araştırılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

20. Geriatrik Bireylerde Düşme Korkusunun Fonksiyonel Düzey Üzerine Etkisi

Barış Gürpınar, İnan Keleş Er Rıdvan Aktan, Muhammed Arca, İbrahim Halil Kanneçi, Ferit Aldemir, Bilal Çelik, Hakan Zorlu, Mehmet Ali Özel, Nursen İlçin

Dokuz Eylül Üniv. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO,

Geriatrik Fizyoterapi AD, İzmir

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, İzmir

Amaç

Çalışmanın amacı düşme korkusunun geriatrik bireylerin fonksiyonel düzeyi üzerindeki etkilerini araştırmaktır

Gereç ve Yöntem

Araştırmaya yaş ortalaması $80,06 \pm 6,50$ olan 43 geriatrik birey katılmıştır. Düşme korkusu basit sorgulama yöntemi ile değerlendirilen olgular düşme korkusuna sahip olup olmamaya göre iki gruba ayrılmışlardır. Olguların fonksiyonel düzeyleri: Berg Denge Testi, Zamanlı Kalk-Yürü Testi ve Beş Tekrarlı Otur Kalk testi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar SPSS 15 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Sonuçlar

Demografik özellikleri açısından homojen olduğu ($p>0.05$) görülen olguların fonksiyonel düzeyleri karşılaştırıldığında; Berg Denge Testi ($p = 0.00$), Zamanlı Kalk-Yürü Testi ($p=0.01$) ve Beş Tekrarlı Otur Kalk Testi ($p = 0.00$) skorlarında düşme korkusu olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tartışma

Çalışmanın sonucunda geriatrik bireylerde düşme korkusunun fonksiyonel düzeyi olumsuz yönde etkileyen bir parametre olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle düşmelerin önlenmesine yönelik tedavi yaklaşımlarında düşme korkusu ve ilgili risk faktörleri de değerlendirilmelidir