



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.



Türkiye Cumhuriyeti
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmetleri Raporu

Avrupa'dan En İyi Uygulama Örnekleri
ve Türkiye İçin Bir Model Tasarımı





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.



Türkiye Cumhuriyeti
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmetleri Raporu

Avrupa'dan En İyi Uygulama Örnekleri
ve Türkiye İçin Bir Model Tasarımı





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.



Türkiye Cumhuriyeti

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Eskişehir Yolu, Söğütözü Mh. 2177. Sk No:10-B/97, Çankaya, Ankara

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitenin Artırılması Projesi

Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmetleri Raporu Avrupa'dan En İyi Uygulama Örnekleri ve Türkiye İçin Bir Model Tasarımı

Hazırlayan

Prof. Dr. Emine ÖZMETE
Prof. Dr. Shereen HUSSEIN

Yayına Hazırlık

Aybüke BİLGİN
Betül TAMKOÇ
Bülent KARAKUŞ
Coşgun GÜRBOĞA
Hasan Alper SÖNMEZ
Latife Sümeyye USLU CÖNGER
Ozan IŞIK
Ömer Faruk BİLGİN
Şahin METİN

Tasarım & Basım

ProGO Ajans
www.progo.com.tr

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı - Kasım 2017

Tüm Hakları saklıdır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.



İçindekiler

Önsöz	5
Şekiller Dizini.....	6
Tablolar Dizini	6
Kavramlar Sözlüğü	7
Sunuş.....	8
1. Bölüm Dünya'da ve Türkiye'de Yaşlanma ve Yaşlı Bakım Hizmetleri.....	9
2. Bölüm Avrupa'da Yaşlı Bakım Sistemleri	119
3. Bölüm Türkiye'de Yaşlıların Bakımına Dair Kavram ve Perspektifler ile Gelecekte Beklenen Gelişmeler	195
4. Bölüm Huzurevinde Bakıma Dair Model Tasarımı	227
5. Bölüm Huzurevinde Yaşlı Bakım Hizmetlerine Dair Yönetmelik ve Standartlar	238
6. Bölüm Sonuç	242



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.



Önsöz

Ülkemizde hayat şartlarındaki iyileşmeler, bakım ve sağlık hizmetlerinde kaydettiğimiz gelişmeler sonucu insan ömrü uzamaktadır. Buna bağlı olarak, yaşlı nüfusumuzun genel nüfus içindeki oranı yıllar içerisinde yükselmeye başlamıştır.

Ülkemizde ve dünyada nüfusun yaşlanmakta olduğu gerçeğinden hareketle müreffeh toplum anlayışının da bir gereği olarak yaşlılık ve yaşlılara sunulan hizmet yaklaşımında bir paradigma değişikliğine gidilmesi gerektiği, yaşlanma konusu üzerine son dönemlerde yapılan araştırmalarda sıklıkla dile getirilmektedir. Buradan hareketle yaşlılık algısı ve rolüne ilişkin klasik yaklaşımların yerine "aktif yaşlanma" anlayışını esas alan hizmet modellerinin geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Biz, toplumun aynı zamanda hafızası olan büyüklerimizin sosyal çevrelerinde ve aileleri ile birlikte hayat sürmelerini istiyoruz. Bunun mümkün olmadığı durumlarda da bakım merkezlerimizde olabildiğince ev ortamını hissettirecek yapılar ve mimari ortamların oluşturulmasına önem vermeye başladık. Bu yaklaşımımızla da onları her zaman hayatın içinde tutmayı; mutlu, sağlıklı ve huzurlu olmalarını sağlamayı; bir anlamda aktif yaşlanma boyutlu bir hayat içinde olmalarını hedef olarak belirledik. Tüm bunları yaparken ülkemizin temel değerlerini, toplumun değişen koşullarını, konuyla ilgili akademik çalışmaları, alan araştırmalarını ve uluslararası uygulamaları esas alıyoruz.

Bu amaçla; Avrupa Birliği Katılım Öncesi Yardım Aracı (IPA I) kaynaklarıyla 9 Kasım 2015 - 8 Kasım 2017 tarihleri arasında Bakanlığımızca yürütölen "Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitesinin Geliştirilmesi Projesi" kapsamında, yaşlılarımızın evde bakımı, gündüzlü bakım ve uzun/kısa süreli kurum bakımı konularında kurum/kuruluş incelemeleri yapılarak söz konusu incelemelerde elde edilen önerileri içeren "Yaşlı Bakım Modelleri" ile "Alzheimer/Demens Bakım Modelleri" yayınları hazırlanmıştır.

Bu yayınlarda yer alan bakım modellerinin önümüzdeki dönemde yaşlı bakımı ve Alzheimer/Demens bakımı konusundaki çalışmalarımıza katkı sağlayacağına inanıyorum.

Bu kitabın hazırlanmasında Bakanlığımızın ilgili birim çalışanları ve proje uzmanları ile emeği geöen herkese teşekkür ediyor, yaşlılarımıza yönelik çalışmalarımızda bir rehber olmasını temenni ediyorum.

Dr. Fatma Betöl SAYAN KAYA

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekiller Dizini

- Şekil 1. Yaşlanma Pınarı
- Şekil 2. Dünya'da Bölgelere Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi 1950-2050
- Şekil 3. Dünya'da 2010-2015 Yıllarında 60 Yaşındaki Bir Bireyin Yaşam Süresi Beklentisi
- Şekil 4. Dünya'da 2045-2050 Yıllarında 60 Yaşındaki Bir Bireyin Yaşam Süresi Beklentisi
- Şekil 5. Dünya'da 60 ve Daha Büyük Yaştaki Bireylerin Nüfus İçindeki Oranı (%) 2015 Yılı Verileri
- Şekil 6. Türkiye Nüfus Piramidi
- Şekil 7. Türkiye Nüfusu, 2013-2075
- Şekil 8. Nüfus Piramidi 2013-2050
- Şekil 9. Nüfus Piramidi 2013-2075
- Şekil 10. Yaşlı Bakımı İhtiyacını Değerlendirme Kriterleri
- Şekil 11. Entegre Bakım Hizmetlerinde Hizmet Akışı
- Şekil 12. Entegre Yaşlı Bakım Hizmetleri Modeli Önerisi

Tablolar Dizini

- Tablo 1. Küresel Yaşlanma Belirleyicileri
- Tablo 2. Dünya'da Toplam Nüfus ve Yaşlı Nüfusun Cinsiyete Göre Dağılımı
- Tablo 3. Türkiye'de Yıllara Göre Nüfus Dağılımı, Yıllık Artış Oranı ve 65+ Yaş Grubundakilerin Oranı
- Tablo 4. Türkiye'de Cinsiyete ve Yaşa Göre Beklenen Yaşam Süresi, 2013-2014
- Tablo 5. Kişi Başına Gayri Safı Yurt İçi Hasıla
- Tablo 6. Türkiye'de Şartlı Sosyal Koruma Yardımlarının Risk/İhtiyaç Gruplarına Göre Dağılımı
- Tablo 7. Sosyal koruma kapsamında yardım ve maaş alan kişi sayısı, 2014
- Tablo 8. Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumlarının Sayısının Yıllara Göre Dağılımı
- Tablo 9. 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısının Yıllara Göre Dağılımı
- Tablo 10. Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personel Sayısının Yıllara Göre Dağılımı
- Tablo 11. Evde Sağlık Hizmetlerine Hizmet Sunanlar ve Hizmet Alanların Sayısı
- Tablo 12. Engelli Bakım Modellerine İlişkin Bilgiler (Haziran, 2016)
- Tablo 13. Yaşlı Bakım Modellerine İlişkin Bilgiler: Kapsamı Kapasitesi ve Personel Durumu (Temmuz, 2016)



Kavramlar Sözlüğü

Yaşlı: Bu çalışmada yaşlı kavramı 65 ve daha büyük yaştaki bireyleri ifade etmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından her yıl açıklanan yaşlı istatistikleri 65 ve daha büyük yaştaki bireyleri kapsamaktadır. Raporda farklı yaş gruplarına ilişkin bilgiler verilirken bu gruplar belirtilmiştir.

Yatılı bakım: Herhangi bir nedenle (i) yalnız olma, kimsesiz olma gibi psiko-sosyal nedenler, (ii) konut konforunun iyi olmaması ya da kendi geçimini sağlayacak durumda olmama gibi ekonomik nedenler, (iii) günlük yaşam aktivitelerini yürütememe ve öz bakım kapasitesinin azalması gibi sağlığa ilişkin nedenler) kendi evinde yaşamını sürdüremeyecek olan engelli ya da yaşlı bireylerin özellikle sosyal bakımının ve ihtiyaç halinde sağlık bakımının sağlandığı yatılı olarak yaşamlarını sürdürdükleri kurumlardır.

Bakım Personeli: Yatılı bakım kurumlarında yaşlıların bakım işini yapan ücretli çalışanlardır.

Ailede bakım verenler: Yaşlılara kendi evinde ya da yaşlının evinde ücretsiz uzun süreli bakım veren eş, çocuk, gelin, kardeş gibi akrabalarlardır.

Evde sağlık hizmetleri: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından tüm illerde doktor, hemşire ve sağlık personelinin yer aldığı bir ekiple yürütülen, ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında sağlık bakımı hizmetlerinin verilmesidir. Bu hizmet çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsar.

Huzurevi: Türkiye'de huzurevi 60 ve daha büyük yaşta olup, sağlıklı ve aktif yaşlılara yatılı olarak hizmet sunulan yatılı kurumlardır.

Yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezi: Türkiye'de huzurevleri içinde ayrı bir bölüm olarak yer alan, sağlıklı olarak huzurevinde kalan ancak ileri yaşlarda sağlığı kötüleştiği için bakıma daha fazla ihtiyaç duyan yaşlılara yatılı olarak hizmet sunulan birimlerdir.

Yaşlı yaşam evi: Türkiye'de 60 ve daha büyük yaşta olup, aktif ve sağlıklı yaşlıların toplumun içinde yer alan evlerde 3-4 kişi halinde yatılı olarak yaşadığı mekânlardır. Bu evlerde 24 saat en az bir bakım personeli hizmet vermektedir. Ayrıca profesyonel meslek elemanları da haftada birkaç kez bu evleri ziyaret etmektedirler.

Bakıma muhtaçlık: Günlük yaşamın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle yaşamını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olarak değerlendirilen bireyleri kapsar.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Sunuş

Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Kasım 2015 ile Kasım 2017 tarihleri arasında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitesinin Geliştirilmesi Projesi'ni yürütmüştür. Çok kapsamlı ve bileşenli bu projede Bakanlığımızın hizmet birimlerinin ve sosyal içerme politikaları ile ilgili paydaşlarının politika yapma, uygulama ve izleme kapasitesini geliştirmeyi hedeflemiştir.

Ülkemizdeki istihdam, eğitim ve sosyal içerme politikaları arasındaki bağı güçlendirerek dezavantajlı bireyler için önleyici tedbirler alınması ve konuyla ilgili daha etkili politikalar geliştirilmesinin mümkün olduğu öngörüsünden hareketle iki yıllık proje kapsamında; eğitimler, çalıştaylar, ihtiyaç analizleri, tematik saha araştırmaları, 2040 yılına uzanan yoksulluk ve sosyal içerme projeksiyonları, yuvarlak masa toplantıları, işbirliği modelleri, çalışma ziyaretleri, çevrimiçi kütüphanenin desteklenmesi, sosyal politika gösterge ve ölçüm metodolojisi geliştirilmesi, sosyal çalışmacılar için mesleki standartlar geliştirilmesi, politika değerlendirme ve etki analizi eğitimleri gibi birçok faaliyet başarıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışma da, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitesinin Geliştirilmesi Projesi kapsamında gerçekleştirilen Tam Zamanlı Danışmanlık faaliyeti altında, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile koordinasyon içerisinde planlanmış ve uygulanmıştır. Çalışmanın amacı, ülkemizin giderek iyileşen sağlık ve sosyal politikalarıyla oranı artan 65 yaş üzeri nüfusa yönelik hizmet ve politikalara ilişkin var olan en iyi uygulama örneklerini inceleyerek ülkemize uygun bir model geliştirilmesini sağlamaktır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.



1. Bölüm

GİRİŞ

Bireylerin yaşam dönemleri arasındaki geçişler geçmiş yıllarda biyolojik olarak katı bir biçimde belirlenmişti. Oysa insan yaşamının akışı biyolojik olduğu kadar toplumsal yapıdan ve toplum tarafından sunulan fırsatlardan etkilenmektedir. Geçmişte genç yaşta yaşamını kaybedenlerin sayısı, yaşlılığını görebilen bireylerin sayısından daha fazlaydı. Ancak günümüzde özellikle gelişmekte olan ve gelişmiş toplumlarda yaşam süresi uzamış, yaşamını yaşlılık döneminde kaybeden bireylerin sayısı artmıştır. Günümüzde gelişmiş olan toplumlarda insanlar hiç olmadığı kadar uzun, sağlıklı ve üretken bir şekilde yaşamaktadır.

Yaşlanma bireylerin psikolojik ve biyolojik olarak iç kapasitesinin, yaşam boyu oluşturduğu rezervlerinin yanı sıra toplumsal süreçlerin bileşimi ile değerlendirilmesi gereken bir olgudur. Her bireyin yaşlanma sürecinde (i) fiziksel olarak bedene göndermede bulunan biyolojik saati, (ii) zihinsel yeteneklere göndermede bulunan psikolojik bir saati, (iii) yaşla ilişkili olan kültürel normlara, değerlere ve rol beklentilerine göndermede bulunan bir toplumsal saati bulunmaktadır (Giddens, 2006). Biyolojik yaşlanma kronolojik yaş ile birlikte ortaya çıksa da genetik faktörlere ve yaşam biçimine bağlı olarak bireyden bireye farklılık göstermektedir. Yaşam biçimi, yaşamın tüm dönemlerinde bireyler arasında fonksiyonel kapasite ve sağlık açısından önemli bir fark yaratmaktadır. Sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmesi ve gelişen sağlık teknolojileri ile çoğu insanın kısa bir hastalık dönemi ile yaşamının sona ereceği belirtilmektedir. Uzun yaşamla birlikte yaşanan yılların sağlıklı olması hem bireyin yaşam kalitesi için hem de yaşlı bakımı hizmetlerinin organizasyonu açısından oldukça önemlidir (WHO, 2015). Bu nedenle sağlıklı yaşanabilecek yılların sayısının azaltılması, yaşlılık döneminde sosyal içerme politikaları ile sağlıklı yaşanabilecek yılların sayısının artırılması toplumların hedefi haline gelmiştir.

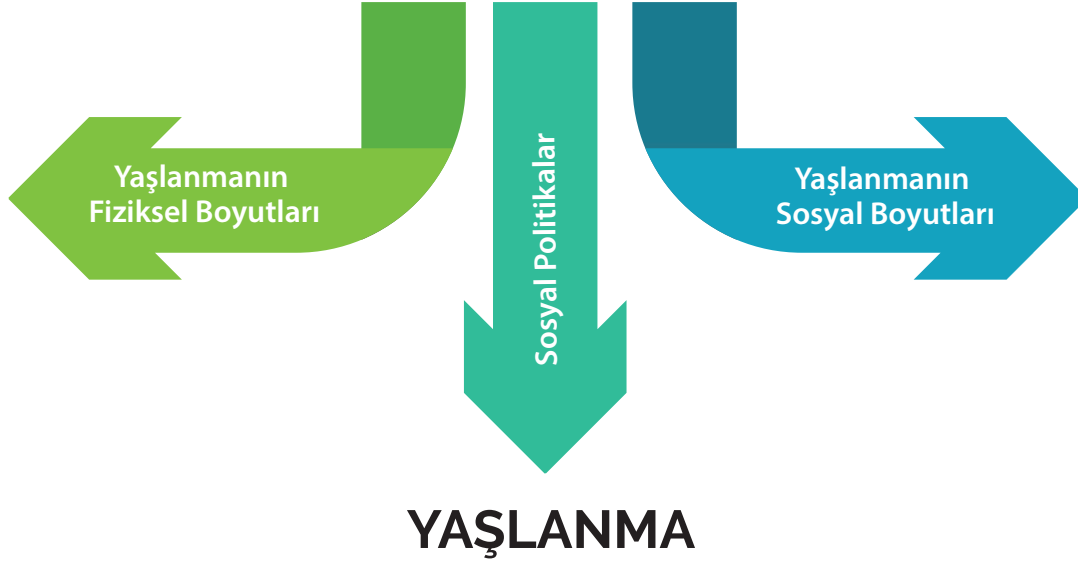
Psikolojik yaşlanmanın esasını oluşturan bellek ve öğrenme yeteneğinin kaybı ve zihinsel gerileme bireyin yaşama bağlılığı, yaşamlarının canlı ve işlevsel olması ile ertelenebilmektedir. Bu durumda bireylerin öğrenmeye güdülenme, düşünce açıklığı ve sorun çözme yeteneği gibi unsurları geç yaşlara kadar koruyabildikleri görülmektedir. Psikolojik yaşlanmanın geciktirilmesi özellikle uzun süreli bakım ihtiyacını artıran Demans/Alzheimer gibi hastalıkların ortaya çıkmasını geciktirmek açısından da önemlidir.

Toplumsal yaşlanma ise belirli bir kronolojik yaş ile ilgili olarak toplumun belirlemiş olduğu normlar, değerler ve rollerden oluşur. Toplumsal yaşlanma toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Toplamların yaşlılık dönemi ve yaşlanma sürecine bakışları çoğu zaman sosyal politikalara yansımakta ve sosyal içerme temelinde yaşlılara sunulacak hizmetlerin şeklini ve geleceğini de belirlemektedir. Bu noktada yaşlanma sürecinin kronolojik, fizyolojik, biyolojik, psikolojik, sos-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

yo-kültürel, ekonomik ve toplumsal olmak üzere farklı boyutları olduğu, her bir boyutun yaşlanma sürecini besleyen ve zenginleştiren bir kaynak olabileceği gibi, kurutan kötüleştiren bir engel oluşturabileceği de açıktır. Burada tüm bu boyutları etkileyen en önemli konu ise yaşlılara sunulan hizmetlerin kapsamı ve buna ilişkin sosyal politikalardır (Şekil 1).



Şekil 1. Yaşlanma Pınarı

Yaşlanmanın toplumların yapısına, makro ve mikro düzeydeki etkilere bağlı olarak iki yönü bulunmaktadır: İlk olarak, yaşlanma memnuniyet verici, doyurucu, ödüllendirici bir bilgelik deneyimi olabilir. İkinci olarak, yaşlanma fonksiyonel yetersizlikler, hastalıklar ve sosyal dışlanmanın yaşandığı bir sürece dönüşebilir. Bireylerin çoğu için yaşlanma deneyimi bu ikisi arasında kalmaktadır. Bireyler için yaşlanmanın yönünü belirleyen en önemli odaklardan biri ise sosyal devlet tarafından sosyal içermeye ve hak temeline dayalı olarak geliştirilen sosyal politikalar ve yaşlılara yönelik sunulan hizmetlerdir.

Türkiye günümüzde Avrupa ülkeleri kadar yaşlı nüfusa sahip olmasa da gelecek on yıllara etki edecek evrensel ilkelere dayalı olarak ulusal yaşlılara yönelik sosyal politikaların oluşturulmasına ivedi olarak ihtiyaç vardır. Yaşlılar için hak temelli uygulamalar ve sosyal politikalar sağlık, sosyal ve ekonomik boyutları ile oldukça geniş kapsamlıdır. Yaşlılara yönelik politikaların nihai hedefi sosyal içermeye esasına dayalı olarak insan onuruna yakışır bir şekilde bağımsız, kaliteli ve sağlıklı bir yaşamı tesis etmektir.

Bu rapor, T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal İçermeye Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitenin Artırılması Projesi kapsamında yaşlı bireyler için sosyal yardım politikalarının geliştirilmesi ve uygulanmasına ilişkin mevcut durumun saptanması, geleceğe yönelik hak ve sosyal içermeye temelli yaklaşımla yeni hizmet ve destek modellerinin geliştirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Bu raporda yaşlı nüfusun Dünya'da ve Türkiye'deki dağılımı ve bakım hizmetlerine ilişkin bilgilerin yanı sıra mevcut durumun saptanması için Türkiye'de yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere sunulan kurumsal ve süreli bakım hizmetleri, hizmetlere ilişkin yasal düzenlemeler, yeni hizmet modellerinin geliştirilmesi için yapılan çalışmalar çerçevesinde bilgiler açıklanacaktır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

1.1. Dünya'da Yaşlanma ve Yaşlı Bakım Hizmetleri

Dünya'da 65 ve daha büyük yaştaki bireyler "yaşlı nüfus" olarak tanımlanmaktadır. Geçen yüzyılın ikinci yarısından bu yana Dünya'nın içinde bulunduğu demografik değişim ve dönüşüm süreci; özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde doğum oranlarının düşmesi, doğumda ve 60 yaşında beklenen yaşam sürelerinin uzaması ve yaşlı nüfusun artması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Yaşlı nüfusun artmasının sosyal, ekonomik ve politik sonuçları tüm ülkelerde tartışılır hale gelmiştir. Dünyada çoğu ülkede yaşlı nüfus oranının artması ve bu nüfus grubunun refah düzeyinin iyileştirilmesine yönelik önceliklerin belirlenmesi en önemli konudur.

Yaşlanma Dünyada ilk olarak gelişmiş bölgelerde başlamıştır. Bazı gelişmekte olan bölgelerde yaşlı nüfus oranı artmaya devam etmiştir. Mısır'da 1994 yılında düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda Dünyanın yaşlandığına ilişkin kanıtlar belirgin hale gelmiştir. İspanya-Madrid'de 2002 yılında gerçekleştirilen II. Dünya Yaşlanma Asamblesi yaşlanma için önemli bir adım olmuş; Madrid Uluslararası Eylem Planı (MIPAA) ile yaşlıların topluma katılımlarına, ileri sağlık ve refah uygulamalarından eşit bir şekilde yararlanmalarına ve bu fırsatlara erişebilmeleri için yaşlılara uygun çevrelerin sağlanmasına vurgu yapılmıştır (UN, 2013).

Nüfusun yaşlanması ile birlikte ülkeler sosyal ve kültürel konular kadar makro-ekonomik mücadele alanları ve devlet hazinesinden karşılanması gereken ihtiyaçlar ile karşı karşıya kalmışlardır. Demografik dönüşüm sürecinde yaşlıların sayısının artması ve görece daha az çocuk ve genç olması, kuşaklararasıdaki bağıllık ve dayanışma açısından ihtiyaçların yeniden tanımlanmasını gerektirmektedir. Yaşlanma ile birlikte nüfusun cinsiyet yapısı da değişmektedir. Kadınlar erkeklerden daha uzun yaşama eğiliminde olduğu için yaşlı nüfusun önemli bir çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Doğum oranları düşmekte, küresel olarak kadınların erkeklere kıyasla ücretli işlerde çalışma düzeyi düşük olsa da, iş gücüne katılım oranları yükselmektedir. Aynı zamanda kadınlar özellikle ailede yaşlılar ve çocuklara bakım ve destek sağlayan merkezi rolünü korumaktadır.

Yaşlanma gerçekte bireylerin daha sağlıklı ve uzun yaşamalarının bir sonucudur. Dünyada yaşlı nüfus artışı; (i) doğum oranlarının azalması (ii) yaşam süresi beklentisinin yükselmesi ve (iii) nüfusun yaşlanma hızı ve büyüklüğü olmak üzere üç temel nedene dayandırılmaktadır:

Doğum Oranlarının Azalması

Dünyanın pek çok bölgesinde doğum oranlarının azalmasının nüfusun yaşlanmasında ana etkenlerden biri olduğu belirtilmektedir. Dünyada toplam doğum oranının yarı yarıya azaldığı; 1950-1955 yılları arasında kadın başına düşen çocuk sayısı 5 iken, bu sayının 2010-2015 yılları arasında 2.5'a düştüğü açıklanmaktadır. Bu azalmanın gelecek birkaç 10 yıl daha devam etmesi beklenmektedir. Küresel toplam doğum oranının 2045-2050 yıllarında 2.2'ye düşerek "orta/medium" projeksiyonun altına ya da kadın başına 1.8'e düşerek "düşük" projeksiyonun altına gelmesi beklenmektedir. Doğum oranlarındaki daha hızlı düşüş, yaşlı nüfusu daha hızlı bir şekilde artıracaktır. Gelişmiş olan bölgeler doğum oranlarının azalması deneyimini yaşamışlardır. Bu nedenle Dünyada az gelişmiş bölgelerde doğum oranlarının azalması hızlı bir şekilde devam etmektedir. Gelişmiş ülkelerde kadın başına düşen çocuk sayısı 1950-1955 yılları arasında 2.8 iken, bu sayısı 2000-2005 yılları arasında 1.6'ya düşmüştür, 2005 ve 2010 yılları arasında ise 1.7 olarak belirlenmiştir. Az gelişmiş bölgelerde ise 1950-1955 yılları arasında kadın başına düşen çocuk sayısı 6.1 iken, 1970'li ve 1990'lı



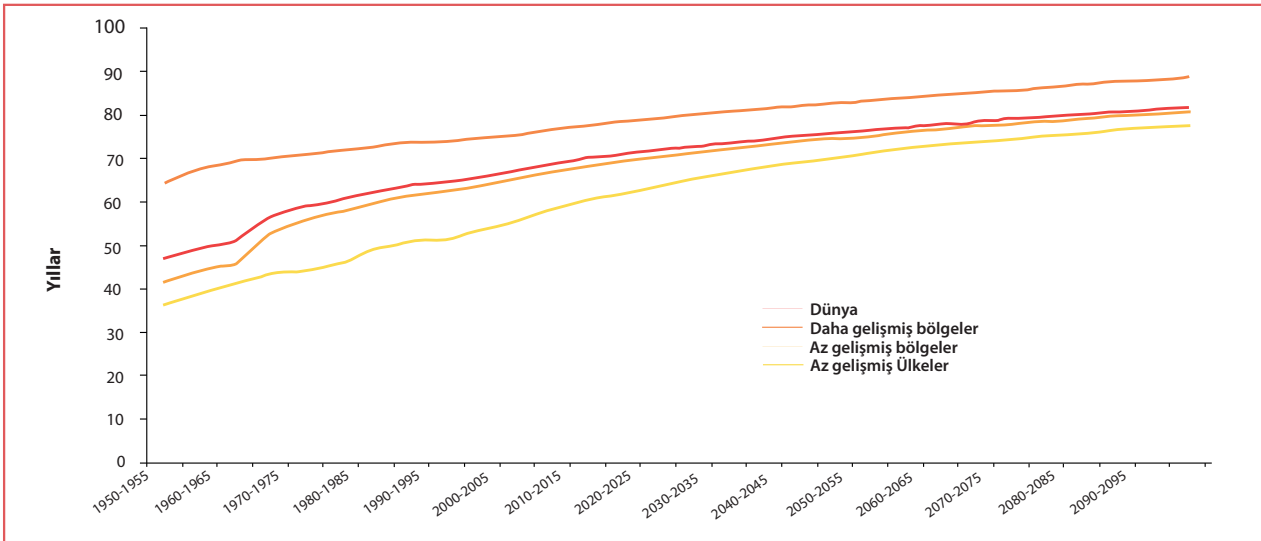
Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

yıllar arasında hızlı bir düşüş yaşanmış ve 2005-2010 yılları arasında kadın başına düşen çocuk sayısı 2.7 olmuştur. Az gelişmiş bölgelerde 2045-2050 yılları arasında kadın başına düşen ortalama çocuk sayısının 2.9 olması beklenmektedir (UN, 2013).

Yaşam Süresi Beklentisinin Yükselmesi

Dünyadaki yaşlı nüfusun artmasının en önemli nedenlerinden biri de doğumda beklenen ortalama yaşam süresinin yükselmesidir. Beklenen yaşam süresi teknik olarak her yaş için hesaplanabilir ve insanın kalan yaşam süresini verebilir. Yaşam beklentisinin uzaması çocuk ölüm oranlarının azalması ile doğrudan bağlantılıdır. Çocuk ölüm oranlarının azalması ile toplam nüfus içinde çocuk nüfus oranı yaşlı nüfusa göre daha fazla görünürken; yaşam beklentisinde devam eden süreç uzun vadede daha fazla bireyin yaşlanıncaya kadar yaşamasını sağlamaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresinin yükselmesi insanlığın en büyük başarısıdır.

Yaşam süresi beklentisi 1950 yılında gelişmiş bölgelerde ortalama 65 yaş iken, gelişmemiş bölgelerde ortalama 42 yaş olarak belirlenmişti. Günümüzde dahi az gelişmiş bölgelerde ortalama yaşam süresi beklentisinin yükseldiğinden söz edilemez. 2005-2010 yılları arasında gelişmiş bölgelerde ortalama yaşam süresi beklentisi 78 yaş iken, az gelişmiş bölgelerde 68 yaş olarak ortaya çıkmıştır (UN, 2013) (Şekil 2).



Şekil 2. Dünyada Bölgelere Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi-1950-2050 (OECD, 2013)

Gelişmekte olan ülkelerde 2045-2050 döneminde 60 yaşındaki bireylerin yaşam süresi beklentisinin yükseleceği öngörülmektedir. 2050 yılına kadar 10 milyondan fazla yaşlıya (60 ve daha büyük yaş grubu) sahip olması beklenen ülke sayısı 33'dür. Bu 33 ülkenin 22'si bugün gelişmekte olan ülke sınıflandırmasına dâhildir. Ayrıca küresel olarak 80 ve daha büyük yaştaki bireyler ile 100 yaşını aşmış bireylerin sayısı da hızla artmaktadır. Dünyada küresel yaşlanma belirleyicileri Tablo 1'de veriler ile açıklanmaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 1.Küresel Yaşlanma Belirleyicileri

Yaşam Süresi beklentisi	2011-2012		2050 projeksiyonu	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Doğumda	71,6	67,1	78,0	73,2
60 yaşında	21,6	18,5	24,2	20,9
80 yaşında	8,5	7,1	9,8	8,3

Nüfus Oranları	Sayı		Yüzde	
	2011-2012	2050	2011-2012	2050
60 yaş ve üstü	809.742.889	2.031.337.100	11,5	21,8
80 yaş ve üstü	114.479.616	402.467.303	1,6	4,3
100 yaş ve üstü	316.600	3.224.400		
Cinsiyet oranı: 60 yaşındaki erkeklerin 60 yaşındaki her 100 kadına oranı			83,7	86,4

Kaynak: UNFPA, 2012

Birleşmiş Milletler 60 ve daha büyük yaştaki bireyleri yaşlı olarak kabul eder. 60 yaş sınırı nüfus bilimciler tarafından ve birçok bilim alanında nüfusu yaşlı ya da genç olarak tanımlamak için kullanılmaktadır. Ancak birçok gelişmiş ülke 65 yaşı özellikle sosyal güvenlik sisteminde yaşlılığın başlangıcı açısından referans kabul etmektedir. Böylece dünya genelinde "yaşlı" kavramının tanımı ve yaşlılığın başlangıcı ile ilgili kesin bir fikir birliği olmamakta; bu kavram farklı toplumlarda farklı anlamlar ifade etmektedir. Bu nedenle de bireylerin "yaşam dönemi" sürecinde yaşlılığın başladığı yaşı söylemek güçleşmektedir. Çünkü gelişmiş ülkelerde 1900'lü yıllarda doğumda beklenen yaşam süresi 45-50 yıl iken; bugün ortalama 80 yaşa yükselmiştir. Ayrıca günümüzde Avrupa ülkelerinde doğumda beklenen ortalama yaşam süresi yaklaşık 80 yaş iken; Afganistan'da bir kadının doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 42 yaştır. Gerçekte "yaşlı" kavramının tanımları "kronolojik yaşa" dayanmaktadır. Oysa yaşlılık yalnızca kronolojik yaş ile açıklanamayacak kadar geniş bir kavramdır. Yaşlılık toplumsal roller, ekonomik durum, mental ve fiziksel aktivitelerdeki değişim ve sağlık statüsü gibi değişkenlerin belirlediği bir yaşam dönemidir (UNFPA,2012). Ayrıca Dünyadaki son gelişmeler ve doğumda beklenen ortalama yaşam süresinin yükselmesi ile gelişmiş bazı ülkeler (Avustralya gibi) **yaşlılığın başlangıcını 75 yaş** olarak kabul etmeye başlamıştır.

Nüfusun Yaşlanma Hızı ve Büyüklüğü

Kinsella ve He (2009), hazırladıkları Uluslararası Nüfus Raporunda dünyanın ortalama yaşının tahmin edilemeyecek düzeyde arttığını ve buna bağlı olarak sosyal, demografik değişimlerin ger-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

çekleştiğini belirtmektedir. Bu raporda, 2008 yılında 65 ve daha büyük yaş grubunun dünya nüfusunun yüzde 7'sini oluşturduğunu ve 506 milyona ulaştığını, 2040 yılında ise bu oranın yüzde 14'e çıkarak, 1.3 milyara ulaşmasının beklendiği açıklanmaktadır. Ayrıca bir yılda dünya yaşlı nüfusunun her ay ortalama 870 milyon artacağı öngörülmektedir. 1990 yılında 65 yaş ve büyük yaştaki nüfusu en az 2 milyon olan ülke sayısı 26 iken, 2008 yılında bu sayının 38 ülkeye ulaştığı görülmüştür. 2040 beklentileri ise yaşlı nüfusu 2 milyon olacak ülke sayısının 72'ye yükseleceği tahmin edilmektedir.

Dünya'da yaşlı nüfus Avrupa ve Kuzey Amerika'nın endüstrileşmiş bölgelerine yayılmakta, gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus oranı gelişmiş ülkelere göre daha hızlı artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde 2008 yılında yaşlıların sayısı 702.000.000 olmuştur. Bu sayı dünyadaki yaşlı nüfusun yüzde 81'ini oluşturmaktadır. Dünyada 2008 yılında 65 ve daha büyük yaş grubunun yüzde 62'sinin (313 milyon) gelişmekte olan ülkelerde bulunduğu, 2040 yılına gelindiğinde bugünün gelişmekte olan ülkelerinde bu yaş grubundaki nüfusun 1 milyara ulaşacağı öngörülmektedir. Diğer yandan 80 ve daha büyük yaş grubundaki yaşlı bireylerin birçok ülkenin toplam nüfusu içinde en hızlı artan yaş grubu olduğu dikkati çekmektedir. Küresel olarak, 80 ve daha büyük yaş grubunda bulunan en yaşlı nüfusun 2008-2040 yılları arasında tüm yaş grupları ile kıyaslandığında, yüzde 160 artacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı olarak tanımlanan bu grubun nüfus oranı içinde sayısının yükselmesi, yaşlılıkta görülen hastalıkların sayısının artması, günlük yaşam aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyma gibi nedenler ile uzun süreli bakım hizmetlerinin yeniden organizasyonunu gerektirecektir. 2008 yılında 65 ve daha büyük yaştaki dünya nüfusunun yaklaşık 1/3'ü Çin ve Hindistan'da bulunmaktadır. 2040 yılına gelindiğinde Çin'de 329, Hindistan'da 222 milyon olmak üzere toplam 551 milyon yaşlı bireyin yaşayacağı ve yaşlılıkla ilişkili sorunların daha ciddi şekilde tartışılacağı tahmin edilmektedir. Kuzey Afrika, Asya ve Latin Amerika/Karayipler'de yaşlı nüfusun 2008 ile 2040 yılları arasında iki kattan fazla artması beklenmekte, Sahra altı Afrikası'nda ise özellikle bazı ülkelerdeki HIV/AIDS sonucunda yaşanan yüksek düzeydeki ölümler nedeniyle yaşlı nüfusun orta düzeyde olacağı öngörülmektedir (UNFPA,2012).

2008 yılında en gelişmiş ülkelerdeki 65 ve daha büyük yaştaki bireylerin toplam nüfus içindeki oranı yüzde 13'ten yüzde 21'e yükselmiştir. Uzun yıllar İsveç ve İtalya en yüksek yaşlı nüfus oranına sahipken, bugün Monako ve Japonya demografik olarak dünyanın en yaşlı ülkeleridir.

Dünya'da özellikle gelişmiş bölgelerde doğum oranları hızlı bir şekilde azalmakta, insanlar daha uzun yaşamaktadır. Dünya nüfusu 2012 yılında 7 milyar iken, 65 ve daha büyük yaştakilerin sayısı 562 milyondur ve bu da Dünya nüfusunun %8'ini oluşturuyordu. Yalnızca 3 yıl sonra 2015 yılında yaşlıların sayısı 55 milyon artarak, Dünyada yaşlı nüfus oranı %8.5'e yükselmiştir. Amerika ve Avrupa'da ikinci Dünya savaşı'ndan sonra dünyaya gelen "baby boomer" kuşağı ile Asya ve Latin Amerika'da yaşlı nüfusun hızlı bir şekilde arttığı dikkate alındığında; gelecek 10 yılda 65 ve daha büyük yaştakilerin yaklaşık 236 milyon artacağı öngörülmektedir. Dünyada yaşlanma farklı bölgelerde farklı görünümle ortaya çıkmaktadır. 2015 yılında Dünyadaki yaşlı nüfusun yarısından fazlasının Asya'da yaşadığı belirtilmektedir. 2050 yılına kadar Asya'da yaşayan her üç kişiden birinin yaşlı olacağı öngörülmektedir. Afrika'nın ise 2050 yılında halen genç nüfusa sahip olacağı ve Afrika bölgesinde yaşlı nüfus oranının %7 olacağı tahmin edilmektedir. Dünyada yaşlı nüfus oranının 2050 yılında %16.7'ye yükseleceği ve yaşlılar arasında kadınların oranının %18.5 olacağı görülmektedir (Tablo 2) (He, Goodkind, Kowa, 2016).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 2. Dünya'da Toplam Nüfus ve Yaşlı Nüfusun Cinsiyete Göre Dağılımı

Yıl	Toplam Nüfus			65+ Nüfus (Sayı)			65+ Nüfus (%)		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
2015	7,253.3	3,652.0	3,601.3	617.1	274.9	342.2	8.5	7.5	9.5
2030	8,315.8	4,176.7	4,139.1	998.7	445.2	553.4	12.0	10.7	13.4
2050	9,376.4	4,681.7	4,694.7	1,565.8	698.5	867.3	16.7	14.9	18.5

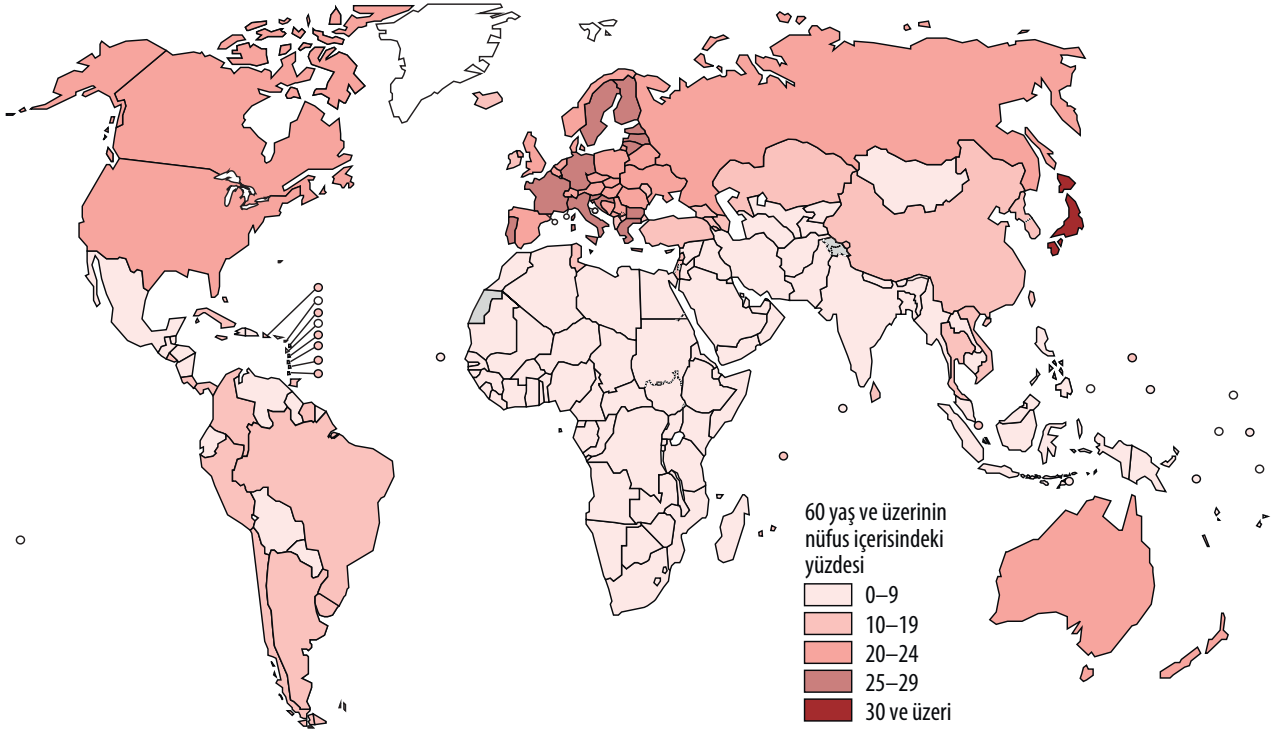
Avrupa Birliği ülkelerinde 2060 yılına kadar 15-64 yaş grubundaki bireylerin oranı %66'dan %57'ye düşerken; 0-14 yaş grubundakilerin yaklaşık %15 oranında olacağı öngörülmektedir. Bu süreçte 65 ve daha büyük yaşta bireylerin oranının %18'den %28'e; 80 ve daha büyük yaşta bireylerin oranının ise %5'ten %12'ye yükselmesi beklenmektedir. Avrupa'da yaşanan bu demografik dönüşümün "Yaşlı bağımlılık oranını" doğrudan etkileyeceği ve 15-64 yaş grubu ile 65+ yaş grubu arasındaki bu oranın %27.8'den %50.1'e yükseleceği açıklanmaktadır (European Commission, 2014).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) yüzde 13 yaşlı nüfus oranı ile gelişmiş ülke standartlarına göre oldukça genç bir nüfusa sahiptir. Ancak 1946-1964 yılları arasında doğan "baby boomer" kuşağındaki bireyler, 2010 yılından sonra 65 yaşına ulaşmaya başlamıştır. Böylece 2030 yılında Amerika'daki yaşlı nüfusun yüzde 20'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Yine de Amerika'daki yaşlı nüfusun bu yıllarda Batı Avrupa ülkelerinde tahmin edilen yaşlı nüfus oranından daha az olacağı anlaşılmaktadır. Kuzey Amerika ve Pasifik Adaları bugün yüksek yaşlı nüfus yüzdesine sahiptir ve Kuzey Amerika'daki her 5 kişiden birinin, 2040 yılına kadar en az 65 yaşında olacağı öngörülmektedir (Kinsella ve He, 2009). Çok uzak değil yakın bir gelecekte bundan yaklaşık 30 -35 yıl sonra Dünya nüfusu 9.5 milyar olacak ve bunun 2 milyarını 60 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturacaktır. Amerika'da 65 yaşında olan ve daha uzun yaşayan bireylerin oranı son 100 yılda üçe katlanmıştır. Bu süreçte yalnızca yaşamının ikinci yarısını yani ikinci 50'sini yaşayan bireylerin sayısı artmamış, aynı zamanda asırlık yaşında olan 70.000 birey üçüncü 50'sini yaşamaya başlamıştır. Amerika Nüfus Enstitüsü 2050 yılına kadar asırlık yaşında olacak bireylerin sayısının 834.000'e yükseleceğini tahmin etmektedir. Amerika'da her gün 10 bin kişi 65 yaşına girmektedir (<https://www.populationinstitute.org/>).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonunun, 2012 yılında "21. Yüzyılda Yaşlanmak: Kutlama ve Meydan Okuma/Mücadele" konulu yayımladığı raporuna göre dünyadaki yaşlı nüfusun düzenli bir şekilde arttığı belirtilmektedir. Raporda, "1950 yılında 60 ve daha büyük yaşta 205 milyon kişi vardı. Bu sayı 2012 yılında 810 milyona yükseldi. En az 10 yıl içinde bu sayının 1 milyara çıkması, 2050'ye kadar ise 2 milyara çıkması öngörülüyor" denilmektedir. Birleşmiş Milletler'in öngörüsüne göre 2050 yılında 100 yaş üzerindeki kişilerin sayısının da 3.2 milyona ulaşması beklenmektedir. Rapora göre dünyada her yıl 58 milyon kişi 60 yaşına ulaşmaktadır. 10 milyonun üzerinde yaşlı nüfus bulunduran 15 ülkenin 7'sinin gelişmekte olan ülke olduğu belirtilmektedir (UNFPA,2012).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.



Şekil 5. Dünyada 60 ve Daha Büyük Yaştaki Bireylerin Nüfus İçindeki Oranı (%) 2015 Yılı Verileri (WHO, 2015)

İnsanoğlu yaşlılık, yaşlanma ve yaşlı bakım hizmetleri konusu ile yeni yüzleşmeye başlasa da yaşlı bakımı ve yaşlılara verilen desteğin başlangıcı insanlık tarihinde çok geçmişe gitmektedir. 500.000 yıl öncesine ait bulunan insan kemiklerinin yaşlı ve engelli bir kişiye ait olduğu tespit edilmiştir. Yürüme güclüğü olduğu anlaşılan bu kişinin çevresindekilerin desteğine ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir. Yaşlı bakımı en az yarım milyon yıl eskiye dayanmaktadır ve birisi ile ilgilenmek, empati kurmak insan olmanın özelliğidir. Antik Yunan ve Roma döneminde yaşlılara çocukları ve aile üyeleri bakardı. Antik Yunan'da Atina Kanunu'na göre yaşlılara çocukları bakmakla yükümlü idi ve bu sorumluluğu yerine getirmeyenler vatandaşlıktan çıkarılma ile cezalandırılırdı. Günümüzde de yaşlı bakımından ilk olarak ailenin sorumlu görüldüğü; Dünyada son 2 bin yılda yaşlı bakımına ilişkin anlayışın pek değişmediği görülmektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Dünyada Yaşlı Bakımının Kilometre Taşları

- **M.Ö. 500.000 yıl:** Yaşlı bakımına ilişkin ilk kanıt (2013 yılında bulundu. Engelli insana ait yaşlı kemikleri)
- **M.Ö. 3100 – M.Ö. 332:** Baston ile gömülü Mısır Firavunları
- **M.Ö.1900 – M.Ö. 1600:** Bronz çağda saygı ifadesi olarak bakırlar ile birlikte gömülü yaşlı erkekler
- **M.Ö. 700:** İnsan ve hayvan dişleri arasında bulunan protezler
- **M.Ö.44:** Filozof Çıçero'nun "Yaşlılık Üzerine" konulu kitabı
- **104:** Roma-Mısır nüfus kayıtları çok kuşaklı hane halklarını göstermektedir.
- **600:** Latin şair Maximianus'un "Yaşlılık ve Aşk Üzerine" şiiri
- **1025:** İbn-i Sina tarafından tamamlanan yaşlılar için bakımı tanımlayan Arapça metin "Tibbin kriterleri".
- **1200:** İzlanda hukukuna göre 70 yaşını geçenlerin oruçtan muaf olmaları
- **1632:** Avusturya nüfus kayıtlarına göre kadınların %8.7'si, erkeklerin %4'ü eşini kaybetmişti.
- **1790'ler:** Fransız İhtilali ile birlikte köylerde kasabalarda yaşlılar onuruna festivaller düzenlendi
- **1823:** Amerika'da yaşlılar için ilk ev açıldı (Philadelphia Yoksul Boşanmış ve Bekar Kadınlar Topluluğu).
- **1853:** Yaşlanmaya Hazırlık Rehber Kitabı yayınlandı.
- **1880'ler:** Almanya Emeklilik Enstitüsü'nü açan ilk ülke oldu.
- **1893:** Hemşireler hayırseverlik kapsamında evde bakım sağlamak üzere yaşlıları evde ziyaret etmeye başladı
- **1901:** İngiliz erkeklerin %10'u İngiliz kadınların %6'sı yoksullar evine alındı
- **1906:** Alman Psikiyatrist Alois Alzheimer tarafından ilk kez Alzheimer hastalığı tanımlandı.
- **1909:** Avusturyalı doktor Ignatz Nascher tarafından "Geriatric" kavramı kullanıldı.
- **1933:** İlk hafif ve katlanabilir tekerlekli sandalye icat edildi.
- **1935:** Roosevelt sosyal güvenlik anlaşmasını uygulamaya koydu.
- **1946:** Büyük Britanya Ulusal Sağlık Servisi aracılığıyla yaşlı vatandaşlar için ücretsiz sağlık hizmetleri başlatıldı.
- **1965:** Amerika'da yaşlı bakım evlerinin sayısı artırıldı, Medicare and Medicaid uygulamaları kurumsallaştı.
- **1974:** Amerika'da ilk düşünler evi açıldı.
- **1981:** Amerika'da ilk yaşam destek merkezi açıldı.
- **1993:** Hollanda'da Demans hastalarına hizmet vermek üzere Demans Bakım Köyü açıldı.
- **2010:** "Baby boomer" kuşağı 65 + yaşta 40 milyon yaşlı nüfus ile birlikte gümüş tsunami haline geldi.
- **2012:** Amerika'da 5.4 milyon kişi Alzheimer hastası olarak yaşamaktadır.
- **2013:** Çin çocuklara yaşlı ebeveynlerini ziyaret etmeyi zorunlu hale getiren "hayırlı evlat" yasası çıkardı.
- **2015:** Medicare ve Medicaid uygulamasının 50. Yıl dönümü (Thane, 2005).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yaşlıların toplumda var olabilmeleri ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmeleri için tarih boyunca yaşanan gelişmeler elbette yukarıda sıralanan kronoloji ile sınırlı değildir. Dünyada tarım toplumundan sanayi toplumuna geçiş sürecinde erken dönemde gelişmiş ve refah devleti haline gelmiş ülkeler, toplumların ihtiyaçlarını dikkate alarak sosyal adalet ve haklar temelinde sosyal refah devleti olma yolundaki çabalarını artırarak diğer ülkelere kıyasla daha önce gelişmiş ülkeler sınıfına dahil olmuşlardır. Bu gelişme sürecinde ülkeler için sosyal güvenlik uygulamaları ile dezavantajlı gruplara sunulan sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin organizasyonu belirleyici hale gelmiştir. Raporun bu bölümünde Dünyada bazı farklı ülkelerde sosyal refah devleti anlayışı kapsamında yaşlılara sunulan hizmetler özetlenmiştir. Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Çin, Japonya ve Rusya olmak üzere ülkelerin yaşlı bakım ve yaşlı refahı alanındaki hizmetlerine genel bir bakış sağlanmıştır.

1.1.1. Almanya

Almanya sosyal güvence bakımından da dünyada örnek ülkeler arasındadır. Halkın %85'i yasayla belirlenmiş standart sağlık güvencesine dahildir. Diğer nüfus grubu ise daha üst düzey güvencelerden yararlanmaktadır. Almanya'da hastanelerin çoğu kar amacı gütmeyen kuruluşlardır. Yatak sayısı yönüyle dünyanın en önde gelen ülkelerindendir; 1000 kişiye 8'den fazla yatak düşmektedir. Almanya'da sağlık alanında yapılan yıllık yatırım 2010 itibarıyla kişi başı 4700 dolardır (Boslaugh, 2013). Birçok sanayileşmiş ülkede olduğu gibi, Almanya'da da yaşlı tanımında iş yaşamındaki durum belirleyicidir. Buna göre insanlar emekli olduklarında yaşlı sayılmaktadırlar. Bu bakış açısına göre yaşlılar eskiden olduğu gibi toplumun üstüne yük olan ve iş göremeyen bireyler olarak değil, topluma faydalı olabilecek yönleri itibarıyla değerlendirilmektedir (Kosberg, 1994).

Almanya'da nüfusun %21.5'i 65 ve daha büyük yaştadır. Bu oran ile Almanya Dünyanın en yaşlı üçüncü ülkesidir (TÜİK, 2016b). "Yaşlı insan yükü" ya da "yaşlı bağımlılık oranı" olarak tanımlanan 60 yaş üstü ve üretken olmayan nüfusun, 20-60 yaş arası ve çalışan nüfusa oranı ise 2015 yılında %51.81 olarak belirlenmiştir (Worldbank, 2016). Bunun önemli bir sonucu Demans gibi hastalıkların artmasıyla çalışan çocuklara ve eşlere daha fazla görev yüklenecek olmasıdır.

Almanya'da zorunlu sigorta sistemi bağlamında uygulanan uzun dönem bakım sigortası ya da bakım güvence sistemi 1996'da uygulamaya geçmiştir. Bu sigorta, maddi destek, nakil hizmetleri ve bakım yapan akrabalar için dört haftalık tatil içermektedir. Yaşlıların bakımı genel olarak pratisyen hekimler tarafından birinci derece sağlık kurumlarında gerçekleştirilmektedir. Bakım sigortası; bedensel, zihinsel veya ruhsal bir hastalık veya özürlülük nedeniyle kendisine bakacak durumda olmayan kişilere yardım etmek ve durumlarını iyileştirmek amacıyla kurulmuştur. T.C. Berlin Büyükelçiliği Çalışma ve Sosyal Güvenlik Müşavirliği tarafından Almanya'daki bakım sigorta sisteminin kapsamı ile ilgili açıklama aşağıdaki gibi paylaşılmıştır:

(http://www.calisma.de/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=10&Itemid=15)

"Bakıma muhtaçlık, günlük yaşamda yıkanmak, traş olmak, tuvalete gitmek, yemek hazırlamak, yemek yemek, yürümek, merdiven inip-çıkma, alış-veriş yapmak, çamaşır-bulaşık yıkamak, ev temizlemek gibi alışlagelmiş ve yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli olan hareketleri devamlı olarak, ya da en az 6 ay süreyle yapamayan ve bu hareketleri yapabilmek için büyük ölçüde başkalarının yardımına ihtiyacı olanlar, bakıma muhtaç sayılırlar ve bu ihtiyaçlarının karşılanması için Bakım Sigortası Kasasından (Pflegekasse) yardım talep edebilirler.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Sigortalının bakıma muhtaç olup olmadığı, Bakım Sigortası Kasasına başvurması üzerine Hastalık Kasası (Krankenkasse) uzmanlarınca tespit edilir. Kanuni Hastalık Sigortası üyesi sigortalılar, aynı zamanda bakım sigortasının da üyesidirler.

Bakıma muhtaç durumda olanlar 3 grup halinde sınıflandırılmıştır. Buna göre:

- I. Bakım Grubu, önemli ölçüde bakıma muhtaç olanları (erheblich pfegebedürftig)
 - II. Bakım Grubu, yoğun şekilde bakıma muhtaç olanları (schwerpflegebedürftig)
 - III. Bakım Grubu, çok yoğun şekilde bakıma muhtaç olanları (schwerstpflegebedürftig)
- kapsamaktadır.

Bakıma muhtaç kişinin hangi bakım grubuna alınacağına Hastalık Kasası Sağlık Servisi karar verir. Bakıma muhtaç sigortalının günlük bakımı ailesi, yakınları, akrabaları, komşuları tarafından yapılamıyor veya bakımı üstlenecek başka bir kişi bulunamıyorsa Bakım Sigortası Kasası, sigortalıya Bakım Servisi Yardımı sunulmasını sağlar ve bu hizmetin karşılığı olarak Bakım Servisine bakım gruplarına göre belirlenmiş olan bakım yardım parası öder.

Sigortalının bakımını, kendi seçeceği bir Bakım Servisine yaptırma hakkı vardır. Bakıma muhtaç sigortalının evde yapılan bakımının yeterli olmaması halinde sigortalı, kısmi yatılı gündüz ve gece bakımı hakkından yararlanabilir. Bu durumda Bakım Sigortası I. bakım grubu için aylık 384 Avro; II. bakım grubu için aylık 921 Avro; III. bakım grubu için aylık 1.432 Avro tutarında bakım masraflarını üstlenir. Evde bakımı veya kısmi yatılı bakımı mümkün olamayan bir sigortalı bakım yurduna yatırılır. Bu durumda Bakım Sigortası, tıbbi tedavi ve bakımla ilgili masrafların I. bakım grubundaki bir sigortalı için aylık 1.023 Avro; II. bakım grubundaki bir sigortalı için aylık 1.279 Avro; III. bakım grubundaki bir sigortalı için aylık 1.432 Avro; ağır vakalarda ise 1.688 Avro tutarındaki kısmını üstlenir.

Özel yatak, tekerlekli sandalye gibi teknik yardım malzemelerinin temininde sigortalı, masrafların %10'unu (her teknik yardım malzemesi için en fazla 25 Avro) karşılamak zorundadır. Sigortalının evde bakımı için gerekli olan yapısal değişikliklerde (kapıların genişletilmesi, merdiven asansörü yapılması gibi) Bakım Sigortası Kasası, masrafların 2.557 Avro'ya kadar olan kısmını üstlenir."

Almanya'da 1965 yılından beri huzurevlerinde kalan yaşlılara kira yardımı yapılmakta, ülke genelindeki huzurevlerinde kalan yaşlıların üçte ikisi bu olanaktan yararlanmaktadırlar (Kosberg, 1994). Almanya'da yaşlı barınma evleriyle ilgili önemli bir konu da, yaşlıların farklı kuşaklarla birlikte yaşayabildiği toplulukların oluşturulmasıdır. Yalnızca yaşlıların ve emeklilerin yer aldığı yaşama alanlarına devlet desteği ortadan kalkmaktadır. Bu sayede ayrımcılığın riskleri de bertaraf edilmiş olmaktadır.

Almanya'da yaşlı nüfusun artması ile birlikte Demans gibi hastalıklara sahip olan ve bakıma ihtiyaç duyan yaşlıların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bu noktada Almanya'da ailelerin bakım ile ilgili potansiyellerini geliştirmek, bakım kalitesini iyileştirmek, bakım sektöründeki çalışma koşullarını iyileştirmek, yaşlı bakımının sürdürülebilir şekilde finansmanını sağlamak yaşlı bakımı ile ilgili toplumsal mücadele alanları olarak görülmektedir.

Almanya'da 1995 yılında başlayan uzun süreli bakım sigorta planı kapsamında brüt ücretin %2,35'i kadar sigorta katkısı verilmektedir ve çocuksuz yetişkinlere buna artı olarak %0,25 kadar daha miktar eklenmektedir. 2008 yılından bu yana yatarak tedavi yerine ayakta tedavi ilkesi be-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

nimsenmektedir. 2015 yılı verilerine göre Almanya'da 2.63 milyon kişi bakım almaktadır. Bunun 1.86 milyonu (%71) evde bakım hizmetinden yararlanmaktadır. Bakım hizmeti alanların %29'u (764 bin kişi) ise bakım evlerinden hizmet almaktadırlar. Yalnızca aile üyeleri tarafından bakılanların sayısı 1.25 milyondur. Profesyonel bakım hizmeti alanların sayısı ise 616 bin olarak açıklanmaktadır. Almanya'da yaşlı bakımında son yıllarda Demans vb. hastalıklar nedeniyle bakım ihtiyacının yeniden tanımlanmasına ihtiyaç duyulduğuna, bakım ihtiyacının artması ile birlikte finansal reformların tartışılmasının gerekliliğine dikkat çekilmektedir. Ayrıca yararlanıcılar için sağlanan faydalar ve hizmetlerin yaygınlığı- esnekliği, göçmelerin bakıcı olarak rollerinin değerlendirilmesi, bakıcıların ihtiyaçlarının ihmal edilmesi gibi konular da tartışılmaktadır (Leiber, 2015).

Almanya'da uzun süreli yaşlı bakım hizmetlerinin kalite güvencesinden ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesinden Sağlık Sigorta Fonu Medical Danışma Kurulu (Medizinische Dienste der Krankenversicherung) sorumludur. Hizmet sunan kuruluşlar şeffaflık anlaşmasına uymak ve şeffaf raporlarla bilgi vermek zorundadırlar. Bu raporlar, odaların teftişlerini, yaşam alanlarının durumunu, günlük aktiviteleri, sakinler arasındaki iletişimi içermektedir. Ayrıca kalite göstergeleri yapısal boyutlar kadar yaşlıların hizmetlerden duydukları memnuniyeti de içermektedir (OECD/ European Commission, 2013).

Almanya'da yaşlı nüfusun artması ile birlikte artan sağlık harcamalarını finanse etmek en önemli mücadele alanlarından biridir. Almanya'da her beş kişiden biri 65 ve daha büyük yaşta. Almanya'da 2018 yılına kadar yaşlı nüfus oranının %22'ye yükselmesi beklenmektedir. Yaşa bağlı hastalıkların tedavisine yönelik taleplerin artması ve yaşlı bakımı genel sağlık bakımı bütçesinde ciddi şekilde baskıya neden olmaktadır. Almanya'da 2013 yılında sağlık harcamaları 411.5 milyar dolardır. Gayri Safi Yurt İçi Hasıladan sağlık harcamalarına ayrılan oran ise 11.3 olarak belirlenmiştir. Almanya Dünya'da Japonya'dan sonra ikinci sırada yaşlı bağımlılık oranına sahiptir (Deloitte, 2015).

1.1.2.Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

ABD'de 2012 yılına kadar ülke genelinde geçerli bir sağlık güvence sistemi yoktu. Dönemin devlet başkanı Obama'nın icraatı olan 'Affordable Care Act' sonrasında her Amerikan vatandaşına bir sağlık güvencesi yaptırma mecburiyeti getirilmiş bulunmaktadır. ABD'de hastaneler acil servise başvuran hastayı sigortasına bakmadan kabul etmek zorundadır. Hastane ve tedavi hizmetlerinin çok pahalı olduğu ülkede, sağlık masrafları oldukça yüksektir. Dünya ilaç arzının %40'ı da aynı şekilde Amerikan halkı tarafından tüketilmektedir. 1000 kişiye 3 hastane yatağı düşen Amerika'da devlet 2010 yılında sağlık için kişi başına 8300 dolar harcamıştır (Boslaugh, 2013).

ABD, üç önemli göstergeye göre diğer gelişmiş ülkelerle uyum içindedir: 1) Yaşam süresi sürekli artış seyrindedir, 2) İleri yaştaki yaşlı nüfusun (70 ve daha büyük) artış oranı, daha genç olan yaşlı nüfusun (60-70 yaş grubu) artış oranından fazladır, 3) Doğurganlık oranı devamlı olarak düşmektedir. Genç nüfusun ekonomik hareketlilik ve özgürlük yönündeki eğilimleri, aile sayısını azaltırken, küçük hane halklarının sayısını artırmaktadır (Kosberg, 1994). 2010 yılı itibarıyla ABD'de 65 ve daha büyük yaştaki yaşlıların nüfusa oranı %13 seviyesindedir (AOA, 2010). Amerika'da 2014 yılı verilerine göre uzun süreli bakım ihtiyacı olan 12 milyon yaşlı ya da engelli bulunmaktadır. Bu kişilerin %40'ı 65 yaşın altında olmakla birlikte, "baby boomer" kuşağının günümüzde yaşlanması ile uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan kişilerin sayısı artmaktadır. "baby boomer" kuşağının ilkleri 2011



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

yılında 65 yaşına ulaştı ve emekliye ayrıldı. Önümüzdeki 18 yıl boyunca her gün 8 bin ya da daha fazla Amerikalı 65 yaşına ulaşacak. Diğer endüstrileşmiş ülkelere göre yaşlı nüfus Amerika'da daha yavaş artmaktadır. 2050 yılında her 5 kişiden birinin yaşlı olması beklenmektedir. Bugün ise Amerika'da her 7 kişiden birisi 65 ve daha büyük yaştadır.

Endüstrileşmiş ülkelerde sağlık ve tıp alanındaki gelişmeler milyonlarca kişinin daha sağlıklı, daha uzun ve emeklilik yıllarında daha aktif yaşamasına neden olmuştur. Ancak uzun yaşam diğer yandan 80'li yaşlara gelmiş olan birçok yaşlının uzun süreli bakıma ihtiyaç duyacağı anlamına gelmektedir. Uzun süreli bakım gerektiren Demans ve diğer hastalıklar artmaktadır. 65 ve daha küçük yaşta Demans görülme sıklığı %1 iken, 85 ve daha büyük yaşta bu hastalığın görülme sıklığı %40'a yükselmektedir. Bu demografik değişimler, uzun süreli bakım ve desteklerinin yetersiz olduğu Amerika'da ciddi baskı oluşturmaktadır (Bahr, Spiro ve Calsyn, 2014).

ABD'de yaşlı nüfusun çoğaldığı açıktır. Buna karşın ABD'de ileriye dönük kapsamlı bir yaşlı bakım programı ve devlet politikası yoktur. 1965'te yaşlıların korunmasıyla ilgili olarak yapılan yasama hala geçerlidir. Özellikle 1980'den sonra, yaşlılara yardım gibi konularda mali kısıtlamalara gidilmiştir (Kosberg, 1994).

ABD'de yaşlıların yalnızca % 5'i bakımevlerinde yaşamaktadırlar. 1999 yılında yapılan bir araştırmada 2 milyon kişiyi barındıran 19 bin bakım evi tespit edilmiştir. Yaşlı bakım hizmetleri çoğunlukla özel sektör tarafından yürütülür. Bu hizmeti veren kuruluşların tamamına yakını para amaçlı olup, azınlıkta kalan bir kısmı ise gönüllü yardım kuruluşu olarak görev yapar. Bunların %20'si ücretsizdir ve çoğunlukla dini gruplar tarafından işletilmektedir. Yaşlı bakımevlerinin durumlarını düzeltmek amacıyla 1995'ten itibaren bir sosyal hareket başlamıştır. Kültür değişimi adı verilen bu hareketin hedefleri tek yataklı oda sayısını artırmak, personelin bilincini yükseltmek, bireysel bakımı iyileştirmek ve bakım evlerinin dış görünüşünü normal evlere benzetecek fiziksel düzenlemeler yapmaktır (Mizrahi ve Davis, 2008). Amerika'da yaşlı bakım hizmetinin önemli bir kısmı evde verilmektedir. Bu hizmet, kişinin yalnızca bedensel ihtiyaçlarının değil, sosyal gereksinimlerinin ve gündelik yaşam faaliyetlerinin de karşılanmasına yardım edilmesini içerir. 1990'lardan sonra bu hizmetin kurumlar aracılığıyla değil, doğrudan doğruya şahıslar aracılığıyla verilmesi şeklinde bir eğilim yaygınlaşmıştır. Federal sağlık sigortası (Medicaid-Medicare) bu hizmetlere karşılık ihtiyaç sahibi bireylere nakit ödeme yapmaktadır (Mizrahi ve Davis, 2008).

1.1.3.Çin

Çin'in toplam nüfusu 1 milyar 385 milyon 396 bin 315'dir. Çin'in nüfusu toplam Dünya nüfusunun %18.72'sini oluşturmaktadır. Çin'de nüfusun %56.6'sı kentlerde yaşamaktadırlar. Çin'de ortalama yaş 37.3'dür. Çin'de 65 ve daha büyük yaştaki bireylerin oranı % 10.35'tir (erkek 67 milyon 914 bin 015 kişi /kadın 74 milyon 205 bin 210 kişi). Çin'de toplam bağımlılık oranı %36.6'dır. Yaşlıların bağımlılık oranı ise %13 olarak belirlenmiştir. Dünya üzerinde 65 yaş üstü nüfusun en fazla olduğu ülke Çin'dir. Çin'de doğumda beklenen yaşam süresi ortalama 75.5 yıldır. Doğumda beklenen yaşam süresi erkeklerde 73.5, kadınlarda ise 77.9 yıl olarak açıklanmıştır. Çin'de sağlık harcamaları Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'nın %5.5'ini oluşturmaktadır (CIA, 2016).

Çin'de sağlık hizmetlerine erişim açısından büyük bir eşitsizlik söz konusudur. Devletin sağladığı zorunlu sağlık güvence sistemi, yalnızca temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yetmektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Her bin kişiye yaklaşık 4 yatak düşen yetersiz bir hastane ağı, yeterince iyi eğitim almamış doktorlar ve sağlık hizmetlerinde kent-kır farkı gibi konular, Çin'deki sağlık sisteminin temel problemleri arasında sayılmaktadır. Sağlık sisteminde genel bir iyileştirmeyi hedefleyen Çin devleti, 2010 yılında kişi başına 211 dolar sağlık yatırımı yapmıştır. Bu miktar, Doğu Asya ekonomileri ölçeğinde orta seviye sayılsa da, dünya genel ortalaması ve Çin'in ihtiyaçlarını karşılamak açısından yetersizdir (Boslaugh, 2013).

Çin oldukça köklü bir geçmişe sahip ve geleneklerine bağlı olarak tanımlanan bir uzak doğu ülkesidir ve gelişmekte olan ülkeler arasında yer alır. Çinli insanlar gelenekleri itibarıyla yaşlılarına saygı ve sevgi duyarlar. Onların ihtiyaçlarını karşılamayı yük olarak görmezler. İnsanlar yaşlandıkları zaman, özellikle kırsal kesimlerde, yaşamlarının geri kalanını çoğunlukla çocuklarının yanında kalarak geniş aile halinde geçirirler. Toplumsal saygı yanında aynı zamanda yaşlı bireylerin hakları anayasa ile koruma altına alınmıştır (Kosberg, 1994). Ancak değişen nüfus oranı, farklılaşan yaşam şartları ve yaşlı nüfusunun artışı gibi faktörler yaşlı bireylerin bakım görebilecekleri özel alanlara ihtiyacı artırmaktadır. Bunun için ülke çapında sabit ücretli, iyi derecede hizmet veren huzur evleri sayısı da artmaktadır. Yaşlı Çinliler'in %40'ının eşi yoktur. Bunların yaşam standartlarını yükseltmek ve yalnız kalmalarını önlemek amacıyla yaşlılar için eş bulma kurumları bulunmaktadır. Çin'in sağlık sistemi tüm ihtiyaçları karşılayamasa da merkezi ve yerel sağlık birimleri hastaneye gidemeyen yaşlılar için muayene ortamı ve ilaç sağlama konusunda yardımcı olmaktadır. Bu ihtiyacı karşılamak için kurulmuş Yaşlı Sağlığı Kurumları bulunmaktadır. Bunun yanında medya da yaşlılara destek olabilmek ve toplumun yaşlı bireylere saygı ve duyarlılığını arttırmak için sıkı çalışmaktadır. Ülkede 30'dan fazla gazete sadece yaşlı bireylere yönelik basılmaktadır. Çin'de yaşlıların sağlık bakımını öncelikli olarak ailelerinden alması esastır. 2000 yıldır hüküm süren Konfüçyanist anlayışa göre bir kişinin hayatındaki başarısı, kurduğu aileye ve kendisine bakacak şekilde yetiştirdiği evlatlarına göre belirlenir. Çin devleti, bu kültürel düzeni bozma ihtimalinden çekindiği için yaşlı sağlık güvencesi konusunda son derece hassas davranmaktadır. Ancak 30 yılı aşkın bir süredir tek çocuk politikası uygulandığı için bugünkü nesillerin üzerine düşen yaşlı bakım yükünün geçmişe oranla çok fazla olacağı da değerlendirilmektedir (Berkman, 2006).

Çin'de yaşlı bakımını öncelikli olarak aileler sorumlu olmasına karşın, son yıllarda yatılı kurum bakımı almak isteyen yaşlıların sayısı artmaktadır. Ancak Çin'de yaşlı bakım sektörü ile ilgili deneyim çok azdır. İstatistikler gelecek 5 yılda Çin'de 3.4 milyon huzurevi yatağına ihtiyaç duyulacağını göstermektedir. Çin'de bu talebin devlet tarafından karşılanmasının mümkün olamayacağını, bu nedenle özel sektör için yaşlı bakım alanının parlayan bir alan olduğu belirtilmektedir (Shira, 2016).

1.1.4.Japonya

Nüfusu 130 milyona yakın olan Japonya, dünyanın en kalabalık on ülkesi arasındadır. Başkent Tokyo, 36 milyonluk nüfusuyla dünyanın en kalabalık şehridir. Japonya'da yasayla düzenlenmiş bir sağlık güvence sistemi vardır. Buna göre vatandaşların ya kamu ya da özel sektörün sunduğu bir güvenceyi seçmesi zorunludur. Bu güvencelerin çoğu, doktor muayene ücretini kısmen karşılar; ücretin kalanını ise hasta ödemek zorundadır. Her bin kişiye 14 hastane yatağı düşen Japonya, bu alanda dünya lideridir. Devletin kişi başı sağlık harcaması 2010 yılında 4000 dolar olarak gerçekleşmiştir (Boslaugh, 2013). Japonya'da yaşlı nüfus oranı %26.6'dır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Japon toplumunda yaşlılara gösterilen saygı, çok güçlü geleneklere ve atalara tapma şeklindeki eski dini öğretilere dayanır. Konfüçyüs inancının da yaşlılara saygı gösterme üzerinde etkisinin olduğu ifade edilmiştir. Bu saygı, kanunlarda da dile getirilmiştir (Kosberg, 1994). Ancak özellikle kentlerde yaşayan ve genç nüfus üzerinde etkili olan sanayileşme ve modern yaşam biçiminin yaygınlaşması gibi olgular, geleneksel alışkanlıkların kaybolmasına neden olmaktadır. Japonya, dünyada doğurganlık oranı en az olan ve yaşam süresi en fazla olan birkaç ülkeden birisidir. Her ne kadar geleneksel olarak yaşlılara çocukların bakması görüşü yaygın olsa da artan yaşlı nüfus ile birlikte bakım ihtiyacının artması farklı bakım hizmeti seçeneklerine duyulan ihtiyacı artırmıştır. Çalışmak zorunda olan genç aile üyeleri yaşlılarına gereken bakımı vermekte zorlanmaktadır. Hatta günümüzde yaşlılara bakım hizmeti verebilecek olan profesyonellerin istihdamı da baskı altındadır. Bu nedenle yaşlı bakımında göçmenler mi robotlar mı kullanılacak sorusunun cevabı tartışılmaktadır. Burada en önemli iki konu vardır. İlk olarak bakım evlerinin çok kalabalık olması ve bakım personelinin az sayıda olması ve yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanması için yetişememesidir. Örneğin bin kişilik bir bakım evinde çalışan bakım personeli "bir katta 40 kişi var. Aynı zamanda tuvalet ihtiyaçlarını karşılamak zorundayım. Bezlerini değiştirmek zorundayım. Sınırlı sayıda bakım personeli var. Bazen kendimi sinirli hissediyorum. İnsanın yapabileceklerinin sınırı vardır." İkinci olarak evde yalnız yaşayan yaşlıların sayısının çok olmasıdır. Yalnız yaşlıların evde yalnız ölme korkusu yaşaması oldukça yaygındır. Her yıl 4 bin kişi evinde yalnız ölmektedir. Japonya nüfusunun yalnızca %1.5'ini göçmenler oluşturmaktadır. Bu nedenle hem evde bakımda hem de yatılı kurumsal bakımda göçmenler mi, robotlar mı sorusunun cevabı ağırlıklı olarak robotlar olarak ortaya çıkmaktadır. Gerçekte Japonya tüm paydaşların ve aktörlerin yaşlı bakımında sorumluk almasına ihtiyaç duymaktadır (Hershops, 2016).

Japonya'da yaşlı nüfusun artışıyla birlikte, 1990'lı yıllarda yaşlıların sağlığı üzerine yasama süreci başlamıştır. 1997'de yasalaşan ve 2000 yılında yürürlüğe giren uzun dönem sigorta yasası, sigortanın devlete getireceği yükü toplumun bütün katmanlarına yaymış, sağlık sigortası ve uzun dönem sigortasını bir çatı altında birleştirmiş, sosyal güvenlik ve hastane bakımında iyileştirmeler sağlamıştır. Bu sistemde sağlık güvencesi belediyeler aracılığıyla sunulmaktadır. Bu güvenceden yararlanan yaşlıların ödeyeceği sigorta ücreti ise gelir durumuna göre belirlenmiştir. Sigorta ücreti yerine göre emekli maaşlarından kesilmekte ya da doğrudan sigortalı tarafından ödenmektedir. Japon sistemine özgü bir yön olarak, bütün yaşlı nüfus sigorta kapsamına alınmıştır (Berkman, 2006).

Uzun dönem sağlık güvencesinin kapsadığı alanlardan birisi de yaşlı bakımevleridir. Bu bağlamda üç tip bakım kurumu söz konusudur: 1) Ciddi sağlık ve zihinsel problemi olmayanlar için yaşlı evleri, 2) Özel sağlık hizmeti gerektiren huzurevleri ve 3) Demans gibi kronik rahatsızlıkları olan yaşlılara yönelik sanatoryum tarzı bakımevleri. Bu sistemde yaşlıların gördüğü hizmetler, ihtiyaçlarına göre belirlenmektedir. Üçüncü gruptaki bakımevlerinde 65 ve daha büyük yaştaakilere bakım ve kişisel hizmetler sunulmaktadır. Buradaki şahısların aileden bakım göremeyen, fiziksel ya da zihinsel bir probleme bağlı olarak düzenli olarak ilgiye muhtaç olan yaşlılar olması gerekmektedir. İkinci gruptaki huzurevleri ise düşük gelirli yaşlılara günlük yardım yapılan evlerdir. Birinci grubu oluşturan yaşlı evleri ise kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılayabilen ancak kalacak yer bulamayan yaşlılar içindir. Bunlar da iki çeşit olup, bir kısmında yemek servisi yapılmakta, diğer kısmında kalanlar ise kendi yemeklerini yapmaktadırlar (Kosberg, 1994).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Japonya Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı'nın tahminlerine göre, Japonya'da 2025 yılında her 5 kişiden biri 75 ve daha büyük yaşta olacaktır. 65 ve daha büyük yaştaki her 5 yaşlıdan biri Demans hastası olacaktır. Bu süreçte Japonya'da yaşlı bakımı iş gücünde daralma olacağı endişesi bulunmaktadır. Yaşlı bakımı işi düşük ücretli olup; psikolojik ve fiziksel talepleri fazla olan bir iştir. 2025 yılında 2.53 milyon yaşlı bakım personeline ihtiyaç duyulacağı tahmin edilmektedir. Japonya'da artan yaşlı nüfus ve bakım ihtiyacı nedeniyle bakım personelin çalışma koşullarının ve ücretlerinin iyileştirilmesini başlıca hedefler arasına almıştır (Aoki, 2016).

Japonya'da uzun dönem güvence sistemi de evde bakıma katkıda bulunmaktadır. Bu kapsamda şu hizmetler verilmektedir: Banyo ve tuvalet hizmeti, hasta bakım hizmeti ve rehabilitasyon hizmetleri. Bunun yanında gerekli görülen alet ve cihazların temin edilmesi ve hatta evlerin görünümünün yenilenmesi de sigorta kapsamında karşılanmaktadır. Yaşlı bakım hizmetlerinin evde verilmesinde özel sektörün rolü de önemlidir. Valiliklerden onay alan şirketler evde bakım hizmeti sunmaya hak kazanır. 2003 yılı verilerine göre evde bakım hizmetlerinin %45'i kar amaçlı kurumlar tarafından verilmiştir (Berkman, 2006).

1.1.5.Rusya

Rus halkının ortalama yaşam süresi 66 yıldır. Rusya'da genel ve kapsamlı bir sigorta sistemi yoktur. Devlet çalışanlara ve ailelerine yönelik bir sigorta sunmaktadır. Eski Sovyet düzeninin mirası olan geniş hastane ağı sayesinde Rusya, her bin kişiye düşen 9.6 yatak sayısı ile dünya ülkeleri arasında 5. sıradadır. Devletin yıllık sağlık harcaması ise gelişmiş ülkeler düzeyinin oldukça altında, kişi başı yaklaşık 525 dolardır (Boslaugh, 2013).

Rusya'da yaşlı nüfusun sağlık durumu diğer Avrupa ülkelerine göre daha kötüdür. Birçok yaşlıda kronik hastalıklar ya da birden fazla hastalık görünür. Başlıca ölüm nedenleri arasında kalp ve damar hastalıkları, kanser ve inme sayılabilir. Rus erkeklerinin %67'si ve kadınlarının %30'u sigara içtiği için akciğer rahatsızlıkları da yaygındır. Buna rağmen Rus yaşlı nüfus arasında düzenli sağlık bakımı gören kesim %20'dir. Bunların %15'i ailesi tarafından bakılırken, geri kalanı kurumsal bakım almaktadır.

Rusya'da evde bakım hizmetleri Sovyetler Birliği'nin yıkılmasından sonra hız kazanmıştır. 1987'de huzurevleri bünyesinde kurulan evde bakım birimleri, 1995 tarihli yaşlı sağlığını düzenleyen bir yasa ile sistemli hale getirilmiştir. Bu yasaya göre yaşlılar için şu hizmetler öngörülmüştür: 1) Bakımevlerinde tedavi yapılması, 2) Evde sosyal hizmet ve tıbbi hizmetler, 3) Sosyal hizmet kurumlarında gündüz hizmetleri, 4) Acil durum yardımı, 5) Danışmanlık hizmetleri ve sosyal hizmetler.

Yine 1990'larda başlayan bir gelişme de yaşlılara evde bakım hizmetlerinin belediyeler bünyesinde özel sosyal hizmet birimlerince verilmesi olmuştur. Bu evde bakım hizmetlerinin içeriğinde yemek dağıtımı, ilaç ve ihtiyaç malzemelerinin tedariki konusunda yardım, tıbbi yardımın alınması konusunda nakil vb. destekler bulunmaktadır. Evde yardım kendi ihtiyaçlarını karşılayamayan yaşlılar ve engelliler için sunulmaktadır (Kachalova, 1999).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

1.2. Türkiye'de Yaşlanma ve Yaşlı Bakım Hizmetleri

Türkiye'de 1935 yılında 16.158.385 olan toplam nüfus, 1965 yılında yaklaşık iki katı artarak 31.391.421'e yükselmiş, bu sayı 2007 yılında ise 70.586.256'ya ulaşmıştır. Bu süreçte 65 ve daha büyük yaşta bireylerin oranı 1935 yılında yüzde 3.9 iken 1965 yılında yüzde 4 olmuştur. 2000 yılına kadar bu yaş grubundaki bireylerin toplam nüfus içindeki paylarında ciddi bir artış gözlenmemiştir. Ancak 65 ve daha büyük yaşta bireylerin toplam nüfus içindeki payları 2000 yılında yüzde 5.7, 2007 yılında ise yüzde 7.1, 2011 yılında ise yüzde 7.3 olmuştur (Tablo 3). Türkiye'de yaşlı nüfusun arttığı ve yaşlıların sosyal politikalarda ve sağlık politikalarında öncelikli nüfus grubu haline geldiği görülmektedir (TNSA, 2008; TÜİK, 2008). Özellikle 1990'lı yılların sonunda nüfus artış hızının azalmaya başlaması ve 2000'li (1998-2008) yılların sonuna kadar bu sürecin devam etmesi ile yaşlı nüfus oranı diğer nüfus gruplarına göre daha hızlı bir şekilde artmaya başlamıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 31 Aralık 2015 yılı itibarıyla Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine göre elde ettiği veriler incelendiğinde, Türkiye'de yıl sonu toplam nüfusun 78 milyon 741 bin 53 kişi olduğu, bunun % 50.2'sini erkeklerin, % 49.8'ini kadınların oluşturduğu görülmektedir. Ayrıca 2015 yılı itibarıyla Türkiye'de ortanca (medyan) yaş 31'dir. Ortanca yaş erkeklerde 30.1 iken, kadınlarda 31.4'e yükselmektedir. Türkiye nüfus piramidi (TÜİK, 2016a) Şekil 6'da gösterilmektedir. 15-64 yaş grubunda bulunan çalışma çağındaki nüfus toplam nüfusun % 67.8'ini oluşturmaktadır. 65 ve daha büyük yaşta bireylerin toplam nüfus içindeki payları ise % 8.2 olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2016a). Dünya nüfusunun 2015 yılında %8.5'ini yaşlı nüfus oluşturmuştur. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %30.4 ile Monako, %26.6 ile Japonya ve %21.5 ile Almanya olmuştur. Türkiye bu sıralamada 167 ülke arasında 66. sırada yer almıştır. Nüfus projeksiyonlarına göre bu oranın 2023 yılında % 10.2, 2050 yılında % 20.8, 2075 yılında ise % 27.7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir.

Türkiye'de 1985 yılında yıllık nüfus artış oranı %2.64 iken, bu oran 2015 yılında %1.34'e düşmüştür. Diğer yandan 1985 yılında Türkiye'de yaşlı nüfus oranı 1985 yılında %4.2 iken, bu oran 2015 yılında yaklaşık olarak iki katı yükselmiş ve %8.2 olmuştur (Tablo 3).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 3. Türkiye'de Yıllara Göre Nüfus Dağılımı, Yıllık Artış Oranı ve 65+ Yaş Grubundakilerin Oranı

TÜRKİYE- Demografi			
Yıl	Nüfus	Yıllık Nüfus Artış Oranı (%)	65+ Yaştaki Nüfus Oranı (%)
1927	13.648.987	-	-
1935	16.158.567	2.29	3.9
1945	18.790.987	1.08	3.3
1955	24.065.543	2.97	3.4
1965	31.391.651	2.62	4.0
1975	40.348.789	2.66	4.6
1985	50.664.654	2.64	4.2
1990	56.473.653	2.29	4.3
2000	67.804.543	2.00	5.7
2007	70.586.256	0.58	7.1
2011	74.724.269	1.35	7.3
2012	75.627.384	1.20	7.5
2013	76.667.864	1.37	7.7
2014	77.695.904	1.33	8.0
2015	78.741.53	1.34	8.2

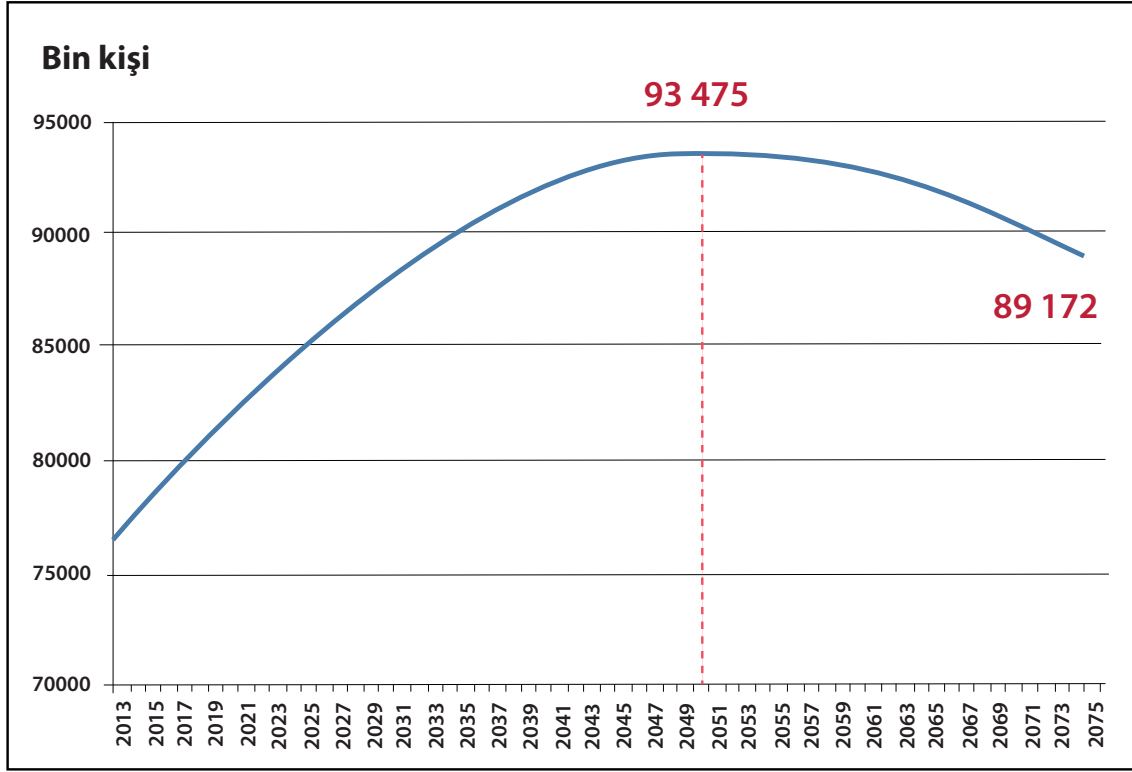
Yaş grubu



Şekil 6. Türkiye Nüfus Piramidi (TÜİK, 2016a)

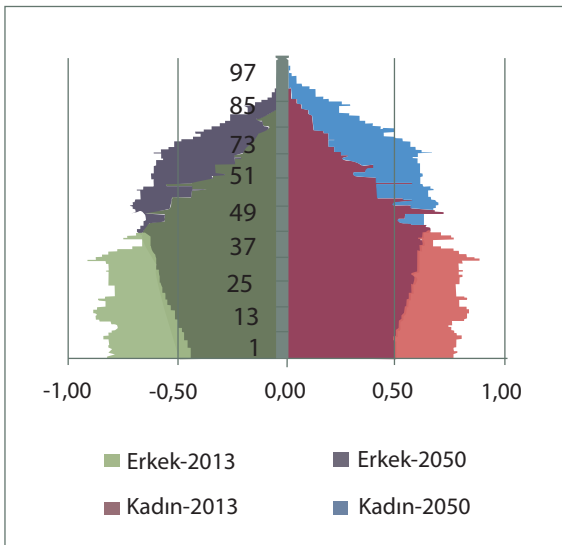


Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

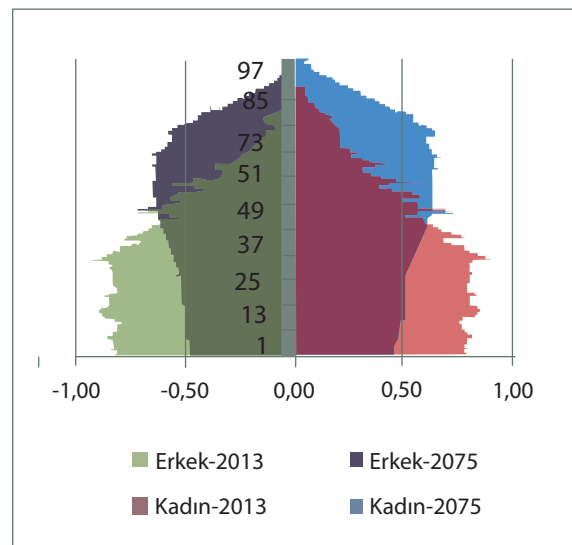


Şekil 7. Türkiye Nüfusu, 2013-2075 (TÜİK, 2013)

Türkiye'de çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısını ifade eden yaşlı bağımlılık oranı %12,2'dir. Türkiye'de 100 ve daha büyük yaşta 5 bin 293 yaşlı bulunmaktadır. Türkiye'de 80 ve daha büyük yaştakilerin sayısı 2013 yılında 1.261.273 iken, bu sayı 2014 yılında 1.315.845 ve 2015 yılında 1.328.924 kişiye yükselmiştir. Aynı şekilde 90 ve daha büyük yaştakilerin sayısında da artış görülmüştür. 90 ve daha büyük yaşta olanların sayısı



Şekil 8. Nüfus Piramidi 2013-2050



Şekil 9. Nüfus Piramidi 2013-2075(TÜİK, 2013)



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2012 yılında 89.709 ve 2013 yılında 99.005 kişi iken, bu sayının 2014 yılında 115.277, 2015 yılında ise 127.986 kişiye yükselmesi ileri yaştaki yaşlı nüfus artışı açısından dikkat çekicidir. Tüm eğitim düzeylerinde yaşlı erkeklerin nüfus oranının yaşlı kadın nüfus oranından daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle kadınların eğitim düzeyi erkeklere göre daha düşüktür. Eşini kaybetmiş yaşlı erkeklerin oranı %12.9 iken, yaşlı kadınların oranı %50.5'dir. Tek kişilik hane halklarının %45.8'ini yaşlılar oluşturmaktadır. Tek başına yaşayan yaşlıların %76.5'i kadınlar, %23.5'i ise erkeklerden oluşmaktadır.

Türkiye sağlık araştırması sonuçlarına göre her dört yaşlıdan biri obezdir (%26.2). Yaşlılar 2014 yılında %46.7 oranında dolaşım sistemi hastalıklarından hayatını kaybetmiştir. Bu hastalığı ikinci sırada %16.9 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler, üçüncü sırada ise %12.8 oranı ile solunum sistemi hastalıkları izlemektedir.

Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı 2014 yılında %4 olmuştur. Ölüm nedeni istatistiklerine göre 2010 yılında Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlıların oranı %2.7 iken, bu oran 2014 yılında %4'e yükselmiştir. Uzun süreli bakıma ihtiyaç duyulan hastalıklardan biri Alzheimer'dır. Türkiye'de Alzheimer görülme sıklığının ve bu hastalık nedeniyle ölüm oranlarının artması uzun süreli bakım ihtiyacının da artacağı anlamına gelmektedir.

Yaşlı yoksulluk oranı %18.3 olarak belirlenmiştir. Çalışan yaşlı nüfusun %74.1'inin tarım sektöründe yer aldığı görülmektedir. Yaşam memnuniyeti araştırması sonuçlarına göre mutlu olduğunu belirten yaşlıların oranı 2014 yılında %62.8 iken bu oran 2015 yılında %56.8'e düşmüştür. Yaşlılık döneminde bireylerin mutluluk kaynağı %66.8 oranı ile aileleri olmuştur (TÜİK, 2016b).

Türkiye'de doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 78 yıldır. Bu süre erkeklerde 75.3 yıl ve kadınlarda 80.7 yıl olarak belirlenmiştir. Beklenen ortalama yaşam süresi 15 yaşındaki kişiler için 64.3 yıldır. Türkiye'de 50 yaşında olan bir kişinin kalan yaşam süresi ortalama 30.6 yıl olarak hesaplanmıştır. Erkekler için bu süre 28.3 yıl iken, kadınlarda 32.9 yıldır. **Beklenen yaşam süresi 65 yaşındaki kişiler için 17.9 yıl olarak bulunmuştur** (TÜİK, 2015). Erkekler için bu süre 16.2 yıl iken, kadınlarda 19.4 yıldır. Diğer bir ifade ile 65 yaşındaki kadınların erkeklerden ortalama 3.2 yıl daha fazla yaşaması beklenmektedir (Tablo 4). Türkiye'de en fazla nüfusun bulunduğu İstanbul'da doğumda beklenen yaşam süresi Türkiye ortalamasından daha yüksek olup toplamda 78.7 yıldır. İstanbul'da bu süre erkeklerde 75.8 yıl ve kadınlarda ise 81.5 yıl olarak hesaplanmıştır (TÜİK, 2015).

Tablo 4. Türkiye'de Cinsiyete Ve Yaşa Göre Beklenen Yaşam Süresi, 2013-2014

Yaş	Toplam Yaşam Beklentisi	Erkek	Kadın
0	78.0	75.3	80.7
15	64.3	61.6	66.9
50	30.6	28.3	32.9
65	17.9	16.2	19.4



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Türkiye'de yaşlılık alanındaki çalışmalar 2000'li yılların ortalarında hız kazanmıştır. **"Türkiye'de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı"** 2007 yılında Kalkınma Bakanlığı (Mülga Devlet Planlama Teşkilatı) tarafından hazırlanmıştır. Bu eylem planında;

- "Yaşam Boyu Sağlığın Geliştirilmesi ve Refahın Artırılması"
- "Sağlık ve Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması"
- "Bakım Hizmeti Verenlerin ve Sağlık Çalışanlarının Eğitimi"
- "Yaşlıların Ruh Sağlığı Gereksinimleri"
- "Yaşlılar ve Yeti Yetersizliği"
- "Bakım ve Bakım Verenlerin Desteklenmesi"

gibi başlıklar altında uzun süreli bakımın desteklenmesi ve geliştirilmesi için eylemler belirlenmiştir. **"Türkiye'de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı"** ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanmış, bu uygulama programında kamu kurumları, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları, yerel yönetimler ve diğer paydaşların sorumlulukları belirlenmiştir.

Kalkınma Bakanlığı tarafından yürütülen 10. Kalkınma Planı (2014-2018) çalışmaları kapsamında ilk kez **"Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu"** oluşturulmuştur. Böylece yaşlanma ve uzun süreli bakım konusunda ivedi stratejiler belirlenmiştir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından **"Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013)"** kapsamında sosyal güvenlik sisteminde; bakım güvence modeli ve bakım sigortası oluşturulması çalışmaları başlatılmıştır. Bu çalışmalarda bakım güvence sisteminin (bakım sigortası) Türkiye için gerekçesi, bakım güvence sisteminde finansman yöntemi ve bakım güvence sisteminde aktüeryal hesap konularına odaklanılmaktadır. Böylece bakım güvence sisteminin ön çalışmaları yapılmaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından **"Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2015-2020)"** 2015 yılında hazırlanmıştır. Bu programda; (i) Yaşam Boyu Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşlanma, (ii) Sağlığa Yönelik Risklerden Toplumun Korunması, (iii) Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması ve (iv) İzleme ve Değerlendirmenin Güçlendirilmesi olmak üzere dört temel strateji ve buna bağlı olarak öncelikli müdahale yaklaşımları ve destekleyici müdahaleler belirlenmiştir (bknz: sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Home/GetDocument/508).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından **"Aktif Yaşlanma Stratejisi Belgesi (2017-2020)"** üniversiteler, yerel yönetimler, ilgi kamu kuruluşları, sivil toplum kuruluşlarının katılımı ile taslak çalışması yapılmıştır. Belgenin son şekli ve aktif yaşlanma için yaşam dönemi yaklaşımı dikkate alınarak eylemler ve bu eylemlerden sorumlu kurum ve kuruluşlar belirlenmek üzere çalışmalar devam etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018-2019 yılları için belirlenen öncelikleri arasında (i) yaşlıların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve insan merkezli (hizmet alanlar) entegre bakım hizmetlerinin koordinasyonu, (ii) yaşlı/yaş dostu çevrenin güçlendirilmesi ve (iii) sağlıklı yaşlanma politikalarının izlenmesi ve değerlendirilmesi gibi hedefler bulunmaktadır. Bu süreçte Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi tarafından **"Sistem Analizi: Türkiye'de Uzun Süreli Bakım"** konulu bir rapor hazırlanmıştır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar Genel Bakış:

Sosyal devlet anlayışında, toplumsal refahın artırılması amaçlanır. Bu amaç, bireylerin maddi ve manevi olarak gelişmeleri ve korunmaları için gerekli koşulların sağlanması ile ülke kalkınmasının getireceği yararların adil olarak topluma yansıtılmasını içerir. Ancak toplumun öyle grupları vardır ki, sosyal devlet anlayışının işlerliğinin göstergesi olan sosyal yardım ve sosyal hizmet sistemleri içinde özel bir önem taşırlar. Yaşlılar da toplum içinde saygın ve insan onuruna yaraşır biçimde yaşama ve bakılma hakkına sahiptir.

Türkiye'de hem yaşlı bakımı hem de muhtaç yaşlıların korunması açısından yaşlılara yönelik en önemli hizmetlerden biri kurumsal bakımdır. Kurumsal bakım öncelikle huzurevleri ve rehabilitasyon merkezleri olarak yapılandırılmıştır. 1982 Anayasasının 61. maddesinde yaşlılara yönelik olarak 'Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir' hükmü yer almaktadır. Kanunun 3. maddesinin (d) bendinde muhtaç yaşlı 'sosyal ve ekonomik yönden yoksunluk içinde olup, korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç kişi' olarak tanımlanmakta, aynı maddenin (d) bendi birinci fıkrasında Huzurevleri 'muhtaç yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşları' olarak tanımlanmıştır. Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri de 'bedensel, zihinsel ve ruhsal özürleri nedeniyle normal yaşamın gereklerine uyamama durumunda olan kişilerin, fonksiyon kayıplarını gidermek ve toplum içinde kendi kendilerine yeterli olmasını sağlayan beceriler kazandırmak veya bu becerileri kazanmayanlara devamlı bakmak üzere kurulan sosyal hizmet kuruluşları' olarak tanımlanmaktadır. Kanunun 4. maddesinde sosyal hizmet programlarının uygulanmasında öncelik verilenler arasında yaşlılar da yer almaktadır.

Kanunun 9. maddesi (b) bendi ile 'Korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç, çocuk, sakat ve yaşlıların tespiti, bunların korunması, bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını sağlamak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın görevi olarak tanımlanmıştır. Yaşlılara yönelik sosyal hizmetler, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nda bir daire başkanlığı tarafından yürütülmekte idi (bu kurum kapatılarak tüm birimleri ve yetkileri 2011 yılında kurulan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na devredilmiştir.). 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı olarak Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Genel Müdürlük kişi ve ailelerin kendilerinden ve çevre koşullarından kaynaklanan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözülmesine yardımcı olunmasını ve yaşam standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü olan sosyal hizmetleri, yaşlı bireylere Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri aracılığıyla götürmektedir.

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. Bu amaca karşın, model yalnızca ailede bakım veren kişiye ücret ödemek ile sınırlıdır. Evde bakım hizmeti ücreti uygulaması 2006 yılında 8 kişi ile başlamıştır, 2016 yılında ise 478.319 kişiye ulaşmıştır. Evde profesyonel bakıcı ya da destek hizmetleri sağlanmamaktadır.

Ülkemizde 2022 sayılı "65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz, Kimsesiz Türk Vatandaşına Aylık Bağlanması Hakkındaki Kanunun uygulamaları 1977 yılından beri devam etmektedir. Bu politika,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

"Sosyal Devlet" anlayışının bir örneğini oluşturmaktadır. Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü tarafından ödenen 2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun kapsamında ödenen aylıklar, 2012 yılından itibaren 633 sayılı KHK ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından ödenmeye başlanmıştır.

Kalkınma Bakanlığı tarafından 2007 yılında hazırlanan "Ulusal Yaşlanma Eylem Planı"nda öngörülen hedeflerin gerçekleşmesine ilişkin olarak son yıllardaki yaşlılara yönelik hizmetler aşağıdaki şekilde değerlendirilebilir:

1. 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kurularak, bu bakanlığa bağlı olarak Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü yapılandırılmıştır. Daha önce Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu bünyesinde yalnızca daire başkanlığı şeklinde yürütülen yaşlı hizmetleri bakanlığa bağlı genel müdürlük nezdinde yürütülmeye başlanmıştır. Türkiye'de yaşlılara kurumsal bakım veren tüm huzurevi ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri genel müdürlüğe bağlanmıştır.
2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2016 yılında Yaşlı Destek Programı (YADES) başlatılmıştır. Bu programda Yaşlılara yönelik uzun süreli kurum bakımı (huzurevi) gibi tek bir hizmet modeli sunulması yerine hizmet çeşitliliği sağlanması, alternatif bakım modelleri ile (evde bakım/destek, evde sağlık, gündüzlü dayanışma, gündüzlü bakım, yaşlı siteleri) yaşlıların talep ve ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla Büyükşehir Belediyelerine proje esaslı olarak ekonomik olarak kaynak aktarımı sağlanmıştır. Bu program ile belediyeler tarafından yürütülen ve kapsamı çok geniş olmayan yaşlılara yönelik evde bakım/destek hizmetlerinin merkezi yönetim tarafından desteklenmesi ve yaygınlaştırılmasına yönelik çalışmalar devam etmektedir.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından evde sağlık hizmetleri yürütülmektedir. Bu kapsamda özellikle bağımlı olan yaşlı bireylere evlerinde sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Evde sağlık hizmetleri yönetmeliğinde sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin bütünsel olarak sunulması öngörülmüş olmakla birlikte halen bu bütünsel bakıma geçilememiştir. Bununla ilgili çalışmalar sürmektedir.
4. Türkiye'de gelecekte yaşlı bireylerin bakımını ekonomik açıdan kolaylaştırmak için bir bakım "yaşlı bakım sigortası sistemi"nin uygulamaya geçmesi arzu edilen bir çalışmadır. Ancak yaşlı bakım sigortası sisteminin çalışanlar ve işverenler için ekonomik yük oluşturma- cağına ilişkin endişeler bulunmaktadır. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve diğer paydaşlar ile konuya ilişkin çalışmalar değerlendirme aşamasındadır.
5. "65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz, kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık bağlanması" hakkındaki kanunun uygulamaları sosyal refah devleti anlayışı kapsamında devam etmektedir.
6. Türkiye'de son yıllarda sivil toplum örgütlerinin yaşlılık ve yaşlanma ile ilgili konularda farkındalığı artmaya başlamıştır.
7. Son yıllarda Türkiye'nin ev sahipliği yaptığı yaşlı hizmetleri, evde bakım, geriatri, gerontoloji, aktif ve sağlıklı yaşlanma, kuşaklararası dayanışma konularında gerçekleştirilen ulusal ve uluslararası düzeydeki kongrelerin, araştırmaların sayısında artış olmuştur.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

8. Kurumlarda kalan yaşlılara daha nitelikli hizmet götürebilmek için yaşlıların bağımlılık düzeyine göre tasnif edilmesi ve kurumların yeniden yapılandırılması çalışmalarına ilişkin farkındalık artmıştır.

Görüldüğü gibi; hizmetler açısından Türkiye’de yaşlılara yönelik politikalar yatılı kurumsal bakıma ve evde bakım hizmeti ücretine dayanmaktadır. **Ayrıca evde bakım ücreti hizmetinden yararlanmada yaşlılık dönemi değil engellilik düzeyi esas alınmaktadır.** Bunun dışında **merkezi yönetim** tarafından sunulan hizmet seçeneği bulunmamaktadır. Bu nedenle son yıllarda özellikle özel yatılı bakım merkezleri ya da evde sunulan özel sağlık bakımı hizmetleri yaygınlaşmaya başlamıştır. **Merkezi yönetim tarafından yatılı kurumsal bakım hizmeti 1960’lı yıllardan bu yana başlatılmış ve sürdürülmektedir.** Başlarda kimsesiz, muhtaç ve terkedilmiş yaşlıların gittiği bir yer olarak algılanan ve toplum tarafından çok fazla tercih edilmeyen yatılı kurumsal bakım, son yıllarda daha bilinir olmuştur. Yaşlı bakımında başka hizmet seçeneği olmadığı için de son yıllarda bu kurumlara talep artmıştır. Bilindiği gibi yatılı bakım bireyi toplumdaki soyutladığı, üretkenlik açısından pasif hale getirdiği için özellikle aktif yaşlılar için eleştirilen bir hizmettir.

Türkiye’de son 10 yılda başlatılan en önemli hizmet ise evde bakım hizmet yönetmeliği ile evde bakım ücretinin ödenmesidir. Ancak evde bakım hizmetleri günlük yaşam aktivitelerini destekleyecek nitelikte destek hizmetlerini, profesyonel bakıcı hizmetlerini kapsamamaktadır. Ayrıca evde sağlık hizmetlerinin başlatılması diğer önemli hizmet olarak görülmektedir. Evde sağlık hizmetleri kapsamında ise psiko-sosyal destek hizmetleri verilmemektedir. Bunun dışında yaşam dönemi ve yaşam boyu öğrenme yaklaşımlarına dayalı olarak yaşlılığa hazırlanmak ve aktif yaşamı sürdürmek gibi hizmetleri yapilandırarak politikalar yetersizdir. Yaşlanıldığında ise bireyi günlük yaşamında destekleyecek yerinde yaşlanmaya katkı sağlayacak gündüzlü (Daily) hizmet seçeneklerinin olmadığı görülmektedir. Oysa gündüzlü bakım hizmetleri yönetmeliğinde bu unsurlar yer almasına karşın yönetmelik aktif olarak uygulanmamaktadır.

Türkiye’de yaşlılara yönelik sosyal politikalar; yaşlılara bir gelir güvencesi sağlama ve ihtiyacı olanlara bakım hizmeti verme odağındadır. Bu nedenle çalışan ve çalışmayan her bireyin sosyal güvenlik sistemine dâhil olması genel sigorta sistemi ile başlatılmıştır. Sosyal güvenlik sistemine dâhil olmayan yaşlılara ise özellikle acil sağlık hizmetleri ücretsiz verilmektedir. Çalışma yaşamında daha uzun kalma aktif yaşam açısından önemli bir konudur. Türkiye’de Avrupa Birliği’ne uyum sürecinde emeklilik yaşı yeni nesil işe başlayanlar için 65 yaşına yükseltilmiştir. 8 Eylül 1999 tarihine kadar, kadınlar 38 erkekler ise 43 yaşında emekli olabiliyorlardı. O tarihten sonra emekli olabilmek için yaş ve prim ödeme gün sayısı yükseltilmiştir. Kademeli olarak yükseltilecek emeklilik yaşı, 1 Ocak 2048 tarihi itibarıyla 65 olarak uygulanacaktır. Ancak bu süre içinde daha erken yaşta emekli olup başka bir işte çalışmaya başlayan emekli bireylerin emekli maaşında vergi kesintisi yapılmakta ve emekli maaşları düşmektedir. Bu nedenle birçok emekli yeniden çalışmayı tercih etmemektedirler.

Türkiye’de yaşlılara yönelik sosyal politikalarda, gerek politika üretme gerekse uygulama açısından sınırlılıklar dikkati çekmektedir. Yaşlılara yönelik tüm sosyal politikaların hak temelli yaklaşımla sosyal içerme yaklaşımı ile sosyo-ekonomik olarak muhtaç olma ve bakıma muhtaç olma tanımları içinde üretildiği görülmektedir. Toplumda muhtaçlık tanımı dışında kalan yaşlılar için de hizmet seçeneklerini çoğaltabilecek sosyal politikalara ve uygulanmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Bu raporun takip eden ikinci bölümünde Türkiye’de yaşlılara yönelik politikaların uygulanmasına temel oluşturan yönetmelik ve düzenlemeler detayları ile açıklanmıştır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2. Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Bakım Hizmetleri ve Uzun Süreli Bakım: Yasal Çerçeve

Türkiye'de kişi başına düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH*) 2000 yılında 2.656 TL iken, 2015 yılında 29.885 TL'ye yükselmiştir (TÜİK, 2015c) (Tablo 5). Bu oran OECD ülkeleri Gayri Safi Yurt İçi Hasıla ortalamasına göre düşüktür. OECD ülkelerinde Gayri Safi Yurt İçi Hasıla ortalaması 2015 yılında 40.552 Dolar olarak belirlenmiştir. Gayri Safi Yurt İçi Hasıladan emeklilik harcamalarına ayrılan oran 2011 yılında %7.5 olarak bulunmuştur. Bu konuda OECD ortalaması %7.9'dur. Türkiye'de 55-64 yaş grubunda olup çalışanları oranı %33.5'tir. Bu yaş grubunda çalışanların OECD ülkelerinde ortalama oranı %59'dur. Türkiye'de OECD verilerine göre çocuklar ve aile bireylerini güçlendirmek amacıyla nakit yardımları da kapsayan aile yardımları için 2013 yılında Gayri Safi Yurt İçi Hasıladan %0.03 oranında pay ayrılmıştır. Gayri Safi Yurt İçi Hasıladan 2011 yılında yapılan sosyal transferlerin oranı ise %8.27 olarak belirlenmiştir (<https://data.oecd.org>).

Tablo 5. Kişi Başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (TÜİK, 2015c)

Yıl	Yıl ortası nüfus (^{'000})	Cari fiyatlarla			
		Değer (TL)	Değişim oranı (%)	Değer (\$)	Değişim oranı (%)
1998	62 464	1 151	-	4 442	-
1999	63 364	1 691	46,9	4 003	-9,9
2000	64 269	2 656	57,0	4 229	5,6
2001	65 166	3 766	41,8	3 084	-27,1
2002	66 003	5 445	44,6	3 581	16,1
2003	66 795	7 007	28,7	4 698	31,2
2004	67 599	8 536	21,8	5 961	26,9
2005	68 435	9 844	15,3	7 304	22,5
2006	69 295	11 389	15,7	7 906	8,2
2007	70 158	12 550	10,2	9 656	22,1
2008	71 052	14 001	11,6	10 931	13,2
2009	72 039	13 870	-0,9	8 980	-17,8
2010	73 142	15 860	14,3	10 560	17,6
2011	74 224	18 788	18,5	11 205	6,1
2012	75 176	20 880	11,1	11 588	3,4
2013	76 148	23 766	13,8	12 480	7,7
2014	77 182	26 489	11,5	12 112	-2,9
2015	78 218	29 885	12,8	11 014	-9,1

*GSYİH (GDP), bir ülke sınırları içerisinde belli bir zaman içinde, üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerin para birimi cinsinden değeridir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Türkiye'de sosyal koruma yardımlarına yapılan harcamalar sağlık bakımı, engellilik, emeklilik/yaşlılık, dul/yetim, aile/çocuk, işsizlik, konut ve sosyal dışlanmayı önlemek amacıyla yapılan bazı yardımları içermektedir. Sosyal koruma harcaması 2013 yılına göre %13.1 artış göstererek 2014 yılında 249 milyar 358 milyon TL olmuştur. Bu harcamanın %98.1'ini (244 milyar 630 milyon TL) sosyal koruma yardımları oluşturmaktadır. Sosyal koruma yardımlarının gayrisafi yurtiçi hasıla (GSYH) içindeki payı, 2014 yılında %14 olarak hesaplanmıştır. Sosyal koruma yardımlarının %9.7'si şartlı olarak verilmiştir. Sosyal koruma yardımlarının %65.5'i nakit olarak verilmiştir. Sosyal koruma harcamalarının (şartlı yardımlar) dağılımı yıllara göre incelendiğinde; 2000 yılında toplam 1 milyon 99 bin harcama yapıldığı bunun 2014 yılında 23 milyon 646 bine yükseldiği görülmektedir. 2014 yılında toplam şartlı sosyal koruma harcamaları içinde en yüksek oran engellilere yapılan ödemelere aittir (%34.14). Engellilere yapılan ödemelere engelli yaşlılar da dahildir. Toplam harcamalar içinde ikinci sırayı aile ve çocuk yardımları (%28.43) ve üçüncü sırayı sağlık yardımları (%21.21) almaktadır (Tablo 6). Sosyal koruma harcamalarının ana finans kaynağını devlet oluşturmaktadır. Sosyal koruma gelirlerinin, 2014 yılında yaklaşık yarısı (%41.5) devlet katkısı ile olmuştur. Bunu, %26.4 ile işveren sosyal katkıları ve %26.2 ile koruma kapsamındaki bireyler tarafından yapılan katkılar izlemektedir. Diğer gelirlerin oranı ise %5.8 olarak gerçekleşmiştir. (TÜİK, 2015b). Türkiye'de 2014 yılında ödenen nakdi yardımların miktarı toplam 160 milyon 221 milyon TL iken, aynı yıl aynı yardımlar için ödenen miktar 84 milyon 409 bin TL'dir.

Türkiye'de 2014 yılında şartlı engelli/malül maaşı alan kişi sayısının 677 bin 532 olduğu; bunun 388 bin 050 kişisini erkeklerin, 289 bin 482 kişisini ise kadınların oluşturduğu belirlenmiştir (TÜİK, 2015b) (Tablo 7).

Tablo 6. Türkiye'de Şartlı Sosyal Koruma Yardımlarının Risk/İhtiyaç Gruplarına Göre Dağılımı

Yıl	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Toplam harcama (Milyon TL)	1 099	6 153	13 549	17 623	17 216	20 071	23 646
Hastalık/sağlık bakımı	467	2 516	5 337	5 902	3 486	3 752	5 016
Engelli/malül	59	329	2 100	3 986	5 102	6 147	8 073
Emekli/yaşlı	125	824	1 290	1 505	1 183	1 144	1 190
Dul/yetim	16	56	173	185	573	969	1 052
Aile/çocuk	340	1 689	3 353	4 198	5 185	6 220	6 723
İşsizlik	8	144	125	349	132	50	36
Konut	-	-	-	-	-	-	-
Sosyal dışlanma b.y.s	84	596	1 171	1 499	1 555	1 789	1 557



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 7. Sosyal koruma kapsamında yardım ve maaş alan kişi sayısı, 2014

Toplam maaş alan kişi sayısı	Toplam	Erkek	Kadın
	11 761 689	7 059 092	4 702 598
Şartlı engelli/malül maaşı alan kişi sayısı	677 532	388 050	289 482
Şartlı emekli/yaşlı maaşı alan kişi sayısı	628 256	272 502	355 754
Şartlı dul/yetim maaşı alan kişi sayısı	2 196	1 065	1 131
Toplam yardım sayısı	12 309 178	7 101 446	5 207 732

Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de uzun süreli bakım hizmetleri, geleneksel olarak aile üyeleri tarafından yürütülmektedir. Ancak özellikle son yıllarda Türkiye'de sosyal, ekonomik, kültürel açıdan yaşanan dönüşüm; köyden kente göç, geniş aileden çekirdek aileye geçiş, uzun süreli bakımda birincil sorumlu olarak görülen kadınların çalışma yaşamına daha çok katılımı gibi nedenlerle uzun süreli bakımda ailenin rolünün gün geçtikçe zayıfladığı görülmektedir. Bu süreçte ailede bakım verenler uzun süreli bakımda hem evde hem de kurumda bakım açısından daha çok devlet desteğine ve kurumsallaşmış hizmetlere ihtiyaç duymaktadırlar. Diğer yandan uzun süreli bakıma ihtiyacı olan kişilerin bağımlılık düzeyinin yüksek olması, kimsesiz olması, aile üyelerinin uzun süreli bakım becerilerinin yetersiz olması, özellikle sağlık bakımı gerektiren durumlarda ailenin bunu başaramaması kurumsal bakım hizmetlerine duyulan ihtiyacı artırmaktadır (Seyyar, 2013).

2.1. Kurumsal Bakım

Türkiye'de kurumsal olarak yaşlı bakım hizmetlerini kapsayan uzun süreli bakım hizmetlerinin organizasyonu üç kurumun sorumluluğundadır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanır.

1. T.C. Sağlık Bakanlığı
2. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
3. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

2.1.1. T.C. Sağlık Bakanlığı: Yaşlı Bakım Hizmetleri ve Uzun Süreli Bakım İçin Yasal Çerçeve

T.C. Sağlık Bakanlığı'nda yaşlılara yönelik hizmetler **"Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı"** tarafından yürütülmektedir. Bu birimin görevlerinin odağında kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, yaşlı sağlığı hizmetlerinin uygulanmasına yönelik ulusal programlar geliştirilmesi, engelliliğin önlenmesi ve evde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde teknik doküman desteği sağlamak gibi uzun süreli bakım hedefini karşılayacak çalışmalar yürütülmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı uzun süreli bakım kapsamında her yaş grubu ve her hastalık için kurumsal olarak doktor ve hastane gibi sağlık hizmetlerinin yanı sıra evde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur. Evde sağlık hizmetleri Türkiye genelinde doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinden oluşan bir ekiple yürütülmektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2.1.2. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı: Yaşlı Bakım Hizmetleri ve Uzun Süreli Bakım İçin Yasal Çerçeve

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nda uzun süreli bakım hizmetlerin organizasyonu ve yürütülmesinden Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü sorumludur. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın kurulmasına ilişkin 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 8/06/2011 tarihinde farklı kurumlarda engelli ve yaşlı alanlarında hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu olan birimlerin birleştirilmesi ile Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Bu tarihten önce Türkiye'de yaşlı hizmetleri ve yaşlı bakım hizmetleri Başbakanlık'a bağlı olan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından yürütülmekteydi. SHÇEK, 1917'de İstanbul'da kurulan "Himaye-i Etfal" adlı ulusal dernek ile aynı nitelikte bir dernek olarak 30 Haziran 1921'de Ankara'da kurulan Himaye-i Etfal Cemiyeti'nin (HEC) 1981 yılında dernek statüsünden çıkarak "devlet kurumu" haline gelmesi ile oluşturulmuştur.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı uzun süreli bakım anlamında bakım ya da destek veren kuruluşlar "Engelli kuruluşları" ve "Yaşlı Kuruluşları" olarak iki başlık altında ele alınmaktadır:

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı Engelli kuruluşları; rehabilitasyon ve aile danışma merkezleri, özel bakım merkezleri, **engelsiz yaşam merkezi** ve umut evleri olmak üzere farklı sistemlerde hizmet sunmaktadır. Türkiye'de Bakanlığa bağlı engellilere bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezi olarak resmi hizmet sunan 99 kuruluş bulunmaktadır. Ayrıca Bakanlık onayı ve denetimi ile hizmetlerine devam eden engelli özel bakım merkezlerinin sayısı 158 olarak belirlenmiştir. Engellilerin birkaç kişilik gruplar şeklinde evlerde yaşamalarını sağlayan, topluma katılımı destekleyerek sosyal dışlanmayı önleyen bu uygulama ile Türkiye'de zihinsel, bedensel, ruhsal, bakıma muhtaç ve otistik engellilerin sosyal, psikolojik, ekonomik olarak desteklendiği ve uzun süreli bakımının sağlandığı 123 umut evi kurulmuştur.

Bu raporda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yaşlılara sunulan bakım hizmetlerine odaklanılarak; mevcut durum öncelikle yasal çerçeve açısından açıklanacak, hizmet süreci hizmet sunanlar ve hizmet alanlar açısından değerlendirilecektir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yaşlı bakım hizmetleri aşağıdaki yönetmelikler dikkate alınarak yürütülmektedir:

1. **"Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği"**: Bu yönetmelikte; Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, yaşlı kişilerin yaşamlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmeleri amacıyla, kendi kendilerini idare edebilecek şekilde rehabilitasyonlarının sağlandığı, tedavisi mümkün olmayanların ise sürekli olarak özel bakım altına alındığı yatılı sosyal hizmet kuruluşu olarak tanımlanmaktadır. Bu yönetmelikte sosyal çalışmacı, psikolog, diş hekimi, diyetisyen, fizyoterapist gibi profesyonel meslek gruplarının görev ve sorumlulukları, sağlık ve sosyal hizmetlerin kapsamı, yönetim birimlerinin ve büro birimlerinin görevlerinin yanı sıra huzurevinin olması gereken fiziksel koşulları da tanımlanmıştır (<http://www.eyh.gov.tr/mevzuat>).
2. **"Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği"**: Bu Yönetmeliğin amacı; gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılacak huzurevi ile huzurevi yaşlı bakım merkezlerinin açılış işlemleri, hizmet standardı, personel durumu, işletilme koşulları, ücreti, denetimi, devri ve kapatılmasına yönelik usul ve esasları belirlemektir. Bu yönetme-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

likte yaşlı, sosyal, fiziksel ve moral desteğe ihtiyaç duyan, akıl ve ruh sağlığı yerinde olup, kuruluş bakımına ihtiyacı olan en az elli beş yaşındaki kişi olarak; özel bakım yaşlısı ise akıl ve ruh sağlığı yerinde olan veya 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 edilen ve bulaşıcı veya sürekli tıbbi bakım gerektiren bir hastalığı bulunmayan, bulaşıcı hastalığı var ise sağlık kuruluşlarının ilgili bölümlerinden alınacak toplu yaşam yerlerinde bakılmasında bir sakınca olmadığına dair tabip raporu ile tespit edilen yaşlılığa bağlı demans, alzheimer gibi, ağır felçli, yatağa bağımlı veya özel bakımı gerektiren diğer hallerde, başkasının desteğine ihtiyaç duyan kişi olarak tanımlamaktadır. Ayrıca Bakanlığa bağlı resmi huzurevi bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde kabul yaşı sınırı 60 iken, özel huzurevi bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde kabul yaşı sınırı 55 olarak belirlenmiştir.

3. **“Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik”:** Bu Yönetmeliğin amacı, kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde açılacak huzurevlerinin kuruluş, çalışma, fiziki şartlar, personel şartları, teftiş ve denetim işlem ve esaslarını mevcut mevzuata uygun bir şekilde belirlemek, çağdaş anlayış ve şartlara uygun düzeyde hizmet vermelerini sağlamaktır.
4. **“Sosyal Hizmet Kuruluşlarında Bakımı Sağlanan Engelli ve Yaşlı Bireylere Harçlık Ödenmesine İlişkin Yönetmelik”:** Bu yönetmelik gereğince Bakanlık sosyal hizmet kuruluşlarında ücretsiz kalan engelli ve yaşlı bireylere, Bakanlığın sosyal hizmet kuruluşlarıncı verilen bakım hizmetinden ücretsiz yararlanmaya ilişkin koşulları taşıyanlara, Darülaceze Müessesesince ücretsiz bakılan engelli ve yaşlı bireylere, her yıl merkezî yönetim bütçe kanunu ile belirlenecek miktar üzerinden hiçbir kesinti yapılmaksızın aylık net harçlık ödenmektedir (<http://mevzuat.gov.tr>).
5. **“Özellikle 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik”** bireylerin uzun süreli bakımını desteklemektedir. Bu Yönetmelik;

*Sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birinden bir gelir veya aylık hakkından yararlanmayanlar, zorunlu olarak sigortalı olunması gereken bir işte çalışmayanlar, nafaka bağlanmış ya da nafaka bağlanması mümkün olmayanlara her türlü gelirler toplamı esas alınmak suretiyle, hane içinde kişi başına düşen ortalama aylık gelir tutarı 16 yaşından büyükler için belirlenmiş olan asgari ücretin aylık net tutarının 1/3'ünden az olanlar ile aynı tutardan fazla gelir sağlaması mümkün olmayanlardan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından muhtaç olduğuna karar verilen 65 yaşını doldurmuş Türk vatandaşlarına,

*65 yaşını doldurmamış olmasının yanı sıra ilgili mevzuatı çerçevesinde yetkili hastanelerden alınacak sağlık kurulu raporu ile toplam olarak en az % 70 oranında engelli olduğu belirlenmek suretiyle başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde engelli olduklarını kanıtlamış ve 18 yaşını doldurmuş Türk vatandaşlarından; sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birisinden her ne nam altında olursa olsun bir gelir veya aylık hakkından yararlananlar ile uzun vadeli sigorta kolları açısından zorunlu olarak sigortalı olunması gereken bir işte çalışanlar veya nafaka bağlanmış ya da nafaka bağlanması mümkün



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

olanlar hariç olmak üzere, her ne nam altında olursa olsun her türlü gelirler toplamı esas alınmak suretiyle, hane içinde kişi başına düşen ortalama aylık gelir tutarı 16 yaşından büyükler için belirlenmiş olan asgari ücretin aylık net tutarının 1/3'ünden az olduğu ya da aynı tutardan fazla gelir sağlamanın mümkün olmadığı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından tespit olunarak muhtaçlığına karar verilenlere,

*65 yaşını doldurmamış olmasının yanı sıra ilgili mevzuatı çerçevesinde yetkili hastanelerden alınacak sağlık kurulu raporu ile toplam olarak % 40 ila % 69 arası engelli olduklarını kanıtlamış, 18 yaşını doldurmuş ve talebine rağmen Türkiye İş Kurumu tarafından işe yerleştirilememiş olan Türk vatandaşlarından; sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birinden her ne nam altında olursa olsun bir gelir veya aylık hakkından yararlananlar ile uzun vadeli sigorta kolları açısından zorunlu olarak sigortalı olunması gereken bir işte çalışanlar veya nafaka bağlanmış ya da nafaka bağlanması mümkün olanlar hariç olmak üzere, her ne nam altında olursa olsun her türlü gelirler toplamı esas alınmak suretiyle, hane içinde kişi başına düşen ortalama aylık gelir tutarı 16 yaşından büyükler için belirlenmiş olan asgari ücretin aylık net tutarının 1/3'ünden az olduğu ya da aynı tutardan fazla gelir sağlamanın mümkün olmadığı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından tespit olunarak muhtaçlığına karar verilenlere,

*Nafaka bağlanan veya nafaka bağlanması mümkün olanlar ile sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birinden her ne nam altında olursa olsun bir gelir veya aylık hakkından yararlanan durumunda ya da uzun vadeli sigorta kolları açısından zorunlu olarak sigortalı olunması gereken bir işte çalışan durumunda kendisine bakmakla yükümlü bir yakını bulunan engelli çocuklar hariç olmak kaydıyla; Türk vatandaşı olan, 18 yaşını tamamlamamış ve ilgili mevzuatı çerçevesinde yetkili hastanelerden alınacak sağlık kurulu raporu ile toplam olarak en az % 40 oranında engelli oldukları kanıtlanmış durumundaki engelli yakınlarının bakımını fiilen yürüten Türk vatandaşlarından, her ne nam altında olursa olsun her türlü gelirler toplamı esas alınmak suretiyle hane içinde kişi başına düşen ortalama aylık gelir tutarı 16 yaşından büyükler için belirlenmiş olan asgari ücretin aylık net tutarının 1/3'ünden daha az olduğu ya da aynı tutardan fazla gelir sağlamanın mümkün olmadığı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından tespit olunarak muhtaçlığına karar verilenlere,

*Sosyal güvenlik kurumlarından yetim olarak aylık veya gelir almakta olan çocuklardan engelli olanların aldıkları aylık veya gelir toplamı tutarları toplam engel oranlarına göre bu yönetmelik kapsamında ödenecek olan aylık tutarından düşük olanlara ücret ödenmesini kapsamaktadır (<http://mevzuat.gov.tr>).

Bu ödemeler, uzun süreli bakımın hedefleri doğrultusunda bireylerin ekonomik ihtiyaçlarının karşılanması yanı sıra sosyal olarak topluma katılmalarını, aile ve toplum içinde statü kazanmalarını, bağımsız karar vermeyi ve insan onuruna yakışır bir yaşamı destekleyen bir uygulama olarak görülmektedir.

Türkiye'de yaşlı bakımında kurumsal hizmetlerden yararlanmak için bakıma muhtaçlık esas alınmakta ve hak temelli yaklaşım kullanılmaktadır. Ayrıca Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı sosyal politikanın önemli araçlarından biri olan sosyal yardımları ve sosyal hizmetleri yürüterek uzun süreli bakım konusunda dezavantajlı olan bireylere destek sağlamaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2.1.3. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı: Yaşlı Bakım Hizmetleri ve Uzun Süreli Bakım İçin Yasal Çerçeve

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı kapsamında yer alan Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı bireylerin çalıştığı süre içindeki primli ödemeleri, emeklilik süreci ve emeklilik sonrası süreci, sosyal güvenlik harcamalarını, genel sağlık sigortasına ilişkin düzenlemeleri ve organizasyonu gerçekleştirir. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı emeklilik başlığı altında; emekli olma, yaşlılık aylığı, malullük, ölen sigortalının hak sahipleri, iş kazası ve meslek hastalıkları, hastalık ve annelik hali, sağlık hakkından ve hizmetlerinden yararlanma, isteğe bağlı sigortalılık, primsiz aylıklar, emeklilikten sonra çalışma, yurt dışı işlemler ile ilgilenmektedir.

2.2.Evde Bakım

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. Sözü edilen bu hizmetler, hem sağlık hem de sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede bireyin gereksinimi doğrultusunda yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını da sağlamaktadır. Bu anlamda evde bakım hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalış gereksinimi azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir.

Evde bakım hizmetleri, özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılmaktadır. Birincisi; evde bakım, yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır. İkincisi; evde bakım, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamları çoğu kez birbirinden oldukça farklılık gösterebilmektedir.

Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası nekahet dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak 30 gün ile sınırlıdır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamakla birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve 6 aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumundaki verilen hizmetleri içine almaktadır. Üçüncüsü ise; farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım (formal care) ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (informal care) (Oğlak, 2007).

Evde bakım aile üyeleri, arkadaşlar, gönüllüler ve ücretli bakıcı tarafından evde verilen hizmettir. Evde bakım alışveriş gibi aktivitelerden sağlık bakımına kadar geniş yelpazede hizmeti kapsamaktadır.

Türkiye'de uzun süreli evde bakım hizmetleri çoğunlukla aile üyeleri tarafından özellikle de kadın eşler ve büyük kız çocukları tarafından yürütülmektedir. Bu durum Avrupa ülkelerinde de aynıdır. Avrupa Komisyonu'nun 2012 yılında yayınladığı 33 Avrupa Ülkesinden elde edilen verilere dayalı olarak yayınladığı "Yaşlılar İçin Uzun Vadeli Bakım" konulu raporda Avrupa'da yaşlı kadınlar ve erkekler için kurumsal (evde ya da kurumda) bakımın eşit öneme sahip olduğu; ancak kadınların yaşlılıkta engellilik ve bağımlılık açısından daha çok risk altında olması nedeniyle kadınlar için daha özel bir öneme sahip olduğu açıklanmaktadır. Kadınların Avrupa'da kurumsal bakım hizmetlerinden erkeklere göre iki kat daha fazla yararlandıkları belirtilmektedir (European Commission, 2012:75).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2007 yılında Avrupa Birliği'ndeki ülkelerin tamamında 20.7 milyon yaşlının bağımlı olduğu, bunların 8.4 milyonu formal bakım alırken, 12.3 milyonunun informal bakım aldığı ya da bakım almadığı açıklanmaktadır. Bu yaşlılardan bakım alanların %62'sini kadınlar oluşturmaktadır. Informal bakım verenlerin toplamda %60'ı ise kadınlardır. Bu kadınlardan % 56'sı eşler, %63.9'u ise çocuklardır. Çocuklardan da ağırlıklı olarak kız çocukların bakımda sorumluluk aldığı düşünüldüğünde, "bakımın feminizasyonu" diyebileceğimiz noktada kadınların bakım veren olduğu görülmektedir (European Commission, 2012:106-107).

Bakıcı olarak çalışan kadınlar ya da evde bakım verenler genellikle düşük eğitim düzeyine sahip, dar gelirli ailelerde yaşayan bireylerdir. Ayrıca bakım ücretli olsa dahi düşük statülü düşük gelirli kadın işi olarak değerlendirilmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin görünümlerinden biri olarak ortaya çıkan bu durumun iyileştirilmesi için önemli adımlara ihtiyaç vardır: evde yaşlı ebeveynlerine bakanlar için eğitim ve sağlık hizmeti olanaklarından yararlanmalarını sağlamak, toplumsal katılımlarını desteklemek, bakım sorumluluğu nedeniyle ayrımcılığa maruz kalınan konulara duyarlı olmak ve sosyal yardım sisteminden etkili bir şekilde yararlanmalarını sağlamak önemlidir. Ücretli olarak yaşlı bakımı işinde çalışanlara ise uygun çalışma koşullarının sağlanması, minimum ücretin garanti edilmesi, meslek örgütlerine üye olmada serbestlik sağlanması önemli olmaktadır (Esplen, 2009:23).

Kadınlar tüm yaşlı bakımı işinin yaklaşık %70'ini yapmaktadırlar. Daha çok bakım verme sürecindeki ilişkiler ile şekillenen yaşlı bakımı tüm ülkelerde toplumsal cinsiyet temelinde yaygınlaşmaktadır. Yaşlı çiftler arasında kadınların genellikle erkeklerden daha uzun yaşamaları ve daha genç olmaları nedeniyle erkek eşlerine bakmaktadırlar. Eğer eş yoksa ya da erkek eşe bakamayacak durumda ise genellikle yaşlı bakımı büyük kız çocuğunun sorumluluğundadır. Hem yetişkin kız çocuğunun hem de yetişkin erkek çocuğunun olduğu ailelerde kız çocukların, yaşlı ebeveynlerin bakımında iki katı sorumluluk aldıkları belirlenmiştir (Özmete, 2015).

Türkiye'de özellikle Demans, Alzheimer ya da kronik hastalıklar durumunda evde sağlık bakımı gerektiğinde aile üyeleri dışında bakıcıya başvurulmakta ve bakıcı desteği alınmaktadır. Aile üyeleri ile uzun süreli bakım alan kişi arasında coğrafik mesafe fazla olduğunda bakıcı ve yaşlı arasındaki iletişimin kontrolü aile üyeleri tarafından tam olarak yapılamamaktadır. Aile üyeleri kendi evlerinde ya da yaşlı büyüklerinin yaşadığı evde kendileri tarafından ya da bakıcı tarafından verilen bakım seçeneklerinde başarılı olamazlar ise en son seçenek olarak bakım merkezlerini tercih etmektedirler.

Türkiye'de evde sağlık bakımı T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından kurumsal olarak yürütülmektedir. Bu evde sağlık hizmetlerinin kapsamı **"Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik"** ile belirlenmiştir. Bu Yönetmelikte sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin kapsamı, "çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya 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 hizmetleri" olarak açıklanmaktadır. Ayrıca evde sağlık hizmeti alacak olan hasta ise "yaşam kalitesini ileri düzeyde bozan hastalığı ve/veya yaşlılığı nedeniyle sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşayan, evinde ve aile ortamında sağlık hizmeti almak üzere talepte bulunan birey" olarak tanımlanmaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından evde sağlık hizmeti Türkiye'nin tüm illerinde (81 il) yaygın bir şekilde uygulanmaktadır.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından organize edilen evde bakım ve evde destek hizmetleri ise **“Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik”** esas alınarak yürütülmektedir. Bu Yönetmeliğin amacı; huzurevi bakımını tercih etmeyen yaşlılar için gündüzlü bakım ve evde bakım hizmetlerinin niteliğini ve bu hizmetleri yerine getiren birim ve personele ilişkin usul ve esasları belirlemektir. Yönetmelikte evde bakım hizmeti birimi, akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özürlü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya komşu akraba gibi diğer destek unsurlarına rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla sunulan sosyal, fiziksel, psikolojik destek hizmetlerini yürüten birim olarak açıklanmaktadır. Gündüzlü bakım hizmeti birimi ise yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren sağlıklı yaşlılar ile demans, alzheimer gibi hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi 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 kalitesinin artırılması amacıyla sunulan hizmetleri yürüten birim olarak tanımlanmaktadır (<http://mevzuat.gov.tr>).

Türkiye'de çok az sayıda bulunan gündüz bakım merkezleri olarak faaliyet gösteren yaşlı hizmet merkezleri şu an itibarıyla hizmet sunmamaktadır (bknz: sayfa 49). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı olarak kurumsal olarak yürütülen tam olarak tanımlanmış bir evde bakım hizmeti yoktur. Ancak, evde bakıcıya ihtiyaç duyulduğunda en yakın huzurevinden bakıcı talep etme gibi bir hizmet yeni başlatılmıştır. Bu da huzurevinde istihdam edilen bakıcı sayısı, evde bakıcı talep etme miktarı gibi konular dikkate alınarak yürütülen bir hizmet olması nedeniyle Türkiye'de az sayıda kişi uzun süreli bakımda bu hizmetten yararlanmaktadır.

2.3. Toplumsal Bakım

Toplumsal bakım toplum temelli hizmetler olarak da adlandırılmaktadır. Toplumsal bakım günlük yetişkin bakımını, yemek desteğini, yaşlı hizmetlerini, ulaşım ve diğer destek hizmetlerini kapsamaktadır. Toplumsal bakım uzun süreli bakım alan kişilere olduğu kadar bu kişilere evde bakım verenlere de destek sağlamaktadır. Örneğin Alzheimer hastaları için verilecek olan gündüzlü bakım hizmeti hastanın topluma katılımını ve sosyal ihtiyaçlarını desteklerken diğer yandan onlara bakım veren aile üyeleri için de bir “ara verme” ve “dinlenme” anlamına gelmektedir (OECD, European Commission, 2013).

Türkiye'de toplumsal bakım düzeyinde yerel yönetimler özellikle de büyükşehir belediyeleri hizmet sunmaya başlamışlardır. Resmi Gazete'de 23/7/2004 tarihi ile yayınlanan **“Büyükşehir Belediyesi Kanunu”**na göre Büyükşehir belediyesinin uzun süreli bakım konusunda görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Buna göre büyükşehir belediyeleri sağlık merkezleri, hastane-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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

Büyükşehir Belediyesi Kanunu'na göre Türkiye'de 30 ilde büyükşehir belediyesi bulunmaktadır. Büyükşehir belediyeleri yaşlılara ve engellilere, kronik hastalıkları olanlara uzun süreli bakım desteği kapsamında evde sağlık bakımı, evde sosyal bakım, evde destek hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmetler kapsamında çok az sayıda belediye ya da valilik çağrı sistemi kullanarak bilişim sistemlerinden ve teknolojiye yararlanmaktadırlar. Raporun bu bölümünde bazı büyükşehir belediyelerinin bakım hizmetleri açıklanmıştır. İlk olarak yerel yönetimlerden farklı olarak, Türkiye'de yalnızca Ankara'da olan ve Ankara Valiliği tarafından yürütülen "Yaşam Destek Merkezi" modeli anlatılmıştır.

Ankara Valiliği tarafından kurulan "Yaşam Destek Merkezi"nde bir çağrı merkezi bulunmaktadır. Bu uygulamanın amacı kentsel ortamda yalnız yaşayan, yaşlı, hasta, engelli ve yatalak hastaların yardımlarına, boyunlarına taktıkları bir düğme yoluyla en kısa sürede ulaşma esasına dayanmaktadır. Düşen, yaralanan, kalp krizi geçiren, tansiyonu yükselen, yani evinde herhangi bir yardıma gerek duyan bir kimse elinin altındaki düğmeye basarak telefon ve diyafon aracılığıyla yardım istemektedir. Evlerine kurulan bir diyafon ve basacakları düğme aracılığıyla kendilerine, karıştırdıkları sorunu gidermek üzere gereken yardımlar hızla sağlanmaktadır. **Cihazın düğmesine basıldığında kişinin bilgileri, kullandığı ilaçlar, geçirdiği hastalıklar, ulaşılabilircek yakınları, komşuları çağrı merkezindeki bilgisayarın ekranına gelmektedir.** Bu sisteme abone olan engelli ve yaşlıların bilgileri mevcuttur. Eğer yaşlı ya da engelli konuşamayacak durumda ise orada bir sorun olduğunu düşünerek yardıma gidilmektedir. Ayrıca hastaneye gidilmesi gerektiğinde hasta nakil aracı da temin edilmektedir. Bugüne kadar yaklaşık bin engelli ve yaşlı bu hizmetten yararlanmıştır. Bu uygulama **Ankara Valiliği** tarafından finanse edilmektedir.

Türkiye'de Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi, yaşlıların ev ortamlarında desteklenmeleri ve toplumdan soyutlanmadan yaşamlarına devam etmelerini sağlamak amacıyla 5 Eylül 1994 tarihinde kurulmuştur. Bu merkezin hizmetlerinin amacı; üyelerin günlük yaşamlarını kolaylaştırırken yalnız olmadıklarını onlara hissettirmek, ilgi, sevgi ve şefkatle yaşlıların onurlu bir yaşam sürmelerini sağlamaktır. Merkeze, 31 Mart 2016 tarihi itibarıyla Toplam Üye Sayısı 48.439 olmuştur. Üye olan vatandaşların eşleri de üye olarak hizmetlerden yararlanmaktadırlar. Evde sağlık ve sosyal bakım hizmetleri ile temizlik vb. evde destek hizmetlerinin yanı sıra eğitim programları, konser, sinema organizasyonu, yemek organizasyonu ve gezi programları ile de yaşlıların topluma katılmaları desteklenmekte ve yaşam boyu öğrenme fırsatlarından yararlanmaları sağlanmaktadır. Ödeme gücü olan yaşlılardan düşük ücretle hizmet bedeli alınmaktadır. Ödeme gücü olmayan yaşlılara ise hizmetler ücretsiz sunulmaktadır (<https://www.ankara.bel.tr/sosyal-hizmetler/yasli-hizmetleri/yasli-lara-hizmet-merkezi>).

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı tarafından uzun süreli bakımı desteklemek amacıyla evde sağlık hizmeti, ihtiyaç sahibi hastalara evlerinde sağlık hizmeti vermek amacıyla 2001 yılında başlatılmıştır. İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından yürütülen evde sağlık hizmetlerinin amacı, evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hasta, engelli ve



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

yaşlılara ulaşılması, hasta ve yakınlarının, sahip olduğu hastalıkları hakkında eğitimi ve kendine yeterli hale getirilmesi sağlanarak; bilinçsiz sağlık uygulamaları ile oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve hastalık seyrinin ağırlaşmasının engellenmesi, sağlık hizmetinin hastanın evine kadar götürülmesi ile hem hastanelerde meydana gelebilecek yığılmaların önlenmesi, hem de hastanede yatış sürelerinin azaltılması bu suretle tedavi maliyetlerinin düşürülmesi ve ülke ekonomisine katkıda bulunulmasıdır. (<http://www.ibb.gov.tr/sites/SaglikVeSosyalHizmetler/evdesaglik/Pages/AnaSayfa.aspx>).

Orta Anadolu Bölgesi'nde Konya Büyükşehir Belediyesi Sosyal Belediyecilik çerçevesinde 2005 yılında Evde Bakım Merkezi'ni kurmuştur. Konya genelinde sosyal güvencesi olmayan özür-lü, yaşlı, hasta ve bakıma muhtaç ailelere hizmet verilmektedir (<http://www.konya.bel.tr/kurumsalayarinti.php?id=22>).

Ege Bölgesi'nde İzmir Büyükşehir Belediyesi doktor, hemşire, hasta bakıcı, sosyolog ve temizlik görevlilerinden oluşan ekiple hasta, yaşlı ve kimsesizlere "evde bakım" hizmeti vermektedir. Haftada bir gün ziyaret ederek sadece yara bakımı ve pansuman yapan, hasta yatağı dağıtan İzmir Büyükşehir Belediyesi, son olarak evlerde temizlik uygulamasını da başlatmıştır (<https://www.izmir.bel.tr/HaberArsivi/14612/ara/tr>).

Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nde Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi ev ortamında yaşlının desteklenmesi ve toplumdan soyutlanmadan yaşamına devam etmesi için periyodik olarak 199 yaşlıya ev temizliği, kişisel bakım, refakatçilik ve danışmanlık hizmeti vermektedir, maddi durumu iyi olmayan yaşlılara ayni ve nakdi yardımda da bulunmaktadır (<http://www.diyarbakir.bel.tr/haberler/2845-sosyal-hizmet.html>).

Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde Gaziantep Büyükşehir Belediyesi hem evde bakımı yürütmekte hem de açmış olduğu Aktif v Yaşam ve Eğitim Merkezi'nde yaşlılara gündüzlü bakım hizmeti sunmaktadır. Bu hizmetlerden yaklaşık 300 yaşlı yararlanmaktadır (<https://gantep.bel.tr/haber/buyuksehirinden-insan-yasamina-dokunan-hizmet-4262.html>).

Karadeniz Bölgesi'nde Samsun Büyükşehir Belediyesi "Yaşadığı Yerde Yaşlıya Bakım Hizmetleri Merkezi" ev ortamında yaşlının desteklenmesi ve toplumdan soyutlanmadan yaşamına devam etmesi amacıyla 9 Nisan 2007'de kurmuştur. Merkez, üyelerin günlük yaşamını kolaylaştırırken onlara yalnız olmadıklarını hissettirmeyi ve gördükleri ilgi, sevgi ve şefkatle onurlu bir yaşam sürdürmelerini sağlamayı amaçlamaktadır. Bu merkezde **psikolojik destek hizmetleri, genel sağlık hizmetleri, psikolojik danışmanlık hizmetleri ve temizlik hizmetleri** yürütülmektedir. Ekip 1 doktor, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 psikolojik danışma ve rehberlik uzmanı, 2 hemşire, 4 temizlik personeli ve 1 araç şoföründen oluşmaktadır. Merkeze bugüne kadar 277 kadın ve 103 erkek olmak üzere toplam 380 yaşlı hizmet almak için başvurmuştur (<http://www.samsun.bel.tr/belediye-detay.asp?belediye=673-yasli-lara-bakim-hizmeti>).

Türkiye'de büyükşehir belediyeleri ya da büyükşehir belediyelerine bağlı ilçe belediyeleri tarafından evde bakım hizmetlerinin bulunduğu görülmektedir. Ancak bu hizmetlerin bireylerin muhtaçlık düzeyine bağlı olduğu ücretsiz ya da düşük ücretle sunulduğu, daha ağırlıklı olarak temizlik ve yardım hizmetlerini kapsadığı anlaşılmaktadır. Bazı belediyeler tarafından kimsesiz ve evsiz kişilerin ücretsiz olarak belediyelerin evlerinde barındırıldığı, aynı yardımlar yapıldığı görülmektedir. Belediyelerin evde bakım ekiplerini genişletmeye doktor, hemşire yanı sıra sosyolog,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

psikolog ve sosyal hizmet uzmanı istihdam ederek evde sağlık ve sosyal hizmetleri bütünleştirmeye yönelik sınırlı çabaları da dikkati çekmektedir. Belediyelerin gündüzlü bakım kapsamında aktif yaşamı destekleyecek uygulamaları ise oldukça sınırlıdır ve yetersizdir.

Belediyelerin yaşlılara yönelik hizmetlerinin muhtaçlığın ötesine geçmediği, yalnızca yalnız kimsesiz güçsüz kişilere evde bakım sunulduğu açıktır. Oysa ücretini ödeyerek dahi olsa evde bakım hizmeti almaya ihtiyacı olan çok sayıda yaşlı bulunmaktadır. Yalnızca yaşlı değil, yaşlı yakınları da bu destek ve bakım hizmetlerine ihtiyaç duymaktadırlar. Belediyelerin topluma hizmet anlayışını ve bakış açılarını değiştirmeleri dezavantajlı grupların sosyal içerme yaklaşımı ile topluma katılımlarını destekleyecektir.

Belediyelerin yaşlılar ve engellilere bakım hizmetini desteklemek için 2016 yılında **"Yaşlı Destek Programı" (YADES)** başlatılmıştır. Bu program Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Türkiye'de ikamet eden 65 yaş üstü yaşlıların korunması ve desteklenmesi ile biyo-psiko-sosyal bakıma ihtiyacı olanların, yaşadıkları mekânlarda gerekli olan bakımlarının yapılarak yaşamlarının kolaylaştırılmasını amaçlamaktadır. Bu projede yerinde yaşlanmayı ve evde bakım hizmetlerini desteklemek amacıyla yerel yönetimler tarafından evde bakım ve evde destek hizmetlerinin yürütülmesinin geliştirilmesi için Bakanlıktan belediyelere kaynak/bütçe transferi yapılması öngörülmektedir

Resmi Gazete'de 4 Mart 2014 tarihinde yayınlanan **"Ücretsiz Veya İndirimli Seyahat Kartları Yönetmeliği"** ne göre 65 ve daha büyük yaştaki bireyler ile engelli ve engelli refakatçileri için şehir içi, şehirlerarası, otobüs, vapur, tren ve uçak gibi ulaşım araçları indirimli ya da ücretsizdir. Bu uygulama sosyal içerme yaklaşımı ile yaşlı engellilerin insan onuruna yaraşır şekilde topluma katılmalarını desteklemektedir.

Sivil Toplum Kuruluşlarının ve gönüllü çalışanların uzun süreli bakım konusunda yapmış oldukları çalışmalar oldukça sınırlıdır. Türkiye'de gönüllü çalışma oranı oldukça düşüktür. Türkiye'de 12 ilde 40 ve daha büyük yaştaki yaklaşık 3 bin kişi ile yürütülen "Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma" araştırmasına göre; katılımcıların %61.60'ı yaşlı, genç, engelli gibi toplumdaki dezavantajlı bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere toplumsal ve sosyal hizmetlere hiç katılmamışlardır. Bu konuda gönüllü aktivitelere az sıklıkta katılanların oranı %27.33 iken, her hafta ya da her ay bu aktivitelere katılanların oranı %11.07 olarak belirlenmiştir (Özmete, 2016).

Ancak çok sınırlı sayıdaki sivil toplum örgütünün uzun süreli bakım konusunda vermiş oldukları hizmetler dikkati çekmektedir. Türkiye Alzheimer Derneği uzun süreli bakıma destek olacak çalışmalar yürütmektedir. Türkiye Alzheimer Derneği genel merkezi ve şubeleri yerel yönetimlerle de iş birliği yaparak, Gündüz Yaşam Evi ve Evde Bakım Yaşlı Hizmet Merkezi hizmetlerini yürütmekte ve "Yaşlı ve Alzheimer Hasta Bakımı Personel Eğitimi" programlarını gerçekleştirmektedir. Hasta bakımı konusunda hasta yakınlarına önerilerde bulunmakta, evde Alzheimer hastalarını ziyaret etmekte, hasta yakınlarının bakımında zorlandıkları, yatağa bağımlı olan hastalara evlerinde hemşirelik ve hasta bakıcılık hizmetini ücretsiz olarak sağlamaktadır (<http://www.alzheimerderneği.org.tr/>).

Yukarıda sözü edilen kurumsal bakım, evde bakım ve toplumsal bakım kapsamında ilgili kurumlar tarafından uygulanan kanunlar/yönetmeliklerin yanı sıra yaşlı bireylerin sosyal içerme temelinde bağımsız bir birey olarak topluma katılımlarını desteklemek amacıyla **farklı konularda** 2001 yılından sonra uygulanan bazı yönetmelikler aşağıda açıklanmıştır:



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Kanun/Yönetmelik	Kabul edildiği tarih	Kanun numarası	Kapsam
Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	10/7/2003	4924	Tabipler hariç olmak üzere, herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan emeklilik veya yaşlılık aylığı alanlar sözleşmeli personel olarak istihdam edilmezler.
İl Özel İdaresi Kanunu	22/2/2005	5302	* İl özel idaresi hizmetleri, vatandaşlara en yakın yerlerde ve en uygun yöntemlerle sunulur. Hizmet sunumunda engelli, yaşlı, düşkün ve dar gelirlilerin durumuna uygun yöntemler uygulanır. * İl genel meclisi, seçim sonuçlarının ilânını izleyen beşinci gün kendiliğinden toplanır. Bu toplantıda meclise en yaşlı üye başkanlık eder. İl özel idaresi sağlık, eğitim, spor, çevre, trafik ve kültür hizmetleriyle yaşlılara, kadın ve çocuklara, engellilere, yoksul ve düşkünlere yönelik hizmetlerin yapılmasında ilde dayanışma ve katılımı sağlamak, hizmetlerde etkinlik, tasarruf ve verimliliği artırmak amacıyla gönüllü kişilerin katılımına yönelik programlar uygular.
Elektronik Haberleşme Kanunu	5/11/2008	5809	Teknolojik yeniliklerin kullanılması da dahil olmak üzere engelli, yaşlı ve sosyal açıdan korunmaya muhtaç diğer kesimlerin özel ihtiyaçlarının dikkate alınması



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Kanun/Yönetmelik	Kabul edildiği tarih	Kanun numarası	Kapsam
Radyo Ve Televizyonların Kuruluş Ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun	15/2/2011	6112	Engellilerin ve yaşlıların yayın hizmetlerine ve yeni teknolojilere erişimini kolaylaştırmak amacıyla gerekli tedbirlerin alınmasını teşvik etmek
İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu	20/6/2012	6331	İşveren, iş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapmak veya yaptırmakla yükümlüdür. Risk değerlendirmesi yapılırken aşağıdaki hususlar dikkate alınır: - Genç, yaşlı, engelli, gebe veya emziren çalışanlar gibi özel politika gerektiren gruplar ile kadın çalışanların durumu.
Yabancılar Ve Uluslararası Koruma Kanunu	4/4/2013	6458	Bu Kanunun amacı; yabancıların Türkiye'ye girişleri, Türkiye'de kalışları ve Türkiye'den çıkışları ile Türkiye'den koruma talep eden yabancılara sağlanacak korumanın kapsamına ve uygulanmasına ilişkin usul ve esasları ve İçişleri Bakanlığına bağlı, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün kuruluş, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir. Bu Kanunun uygulanmasında; 1) Özel ihtiyaç sahibi: Başvuru sahibi ile uluslararası koruma statüsü sahibi kişilerden; refakatsiz çocuk, engelli, yaşlı, hamile, beraberinde çocuğu olan yalnız anne ya da baba veya işkence, cinsel saldırı ya da diğer ciddi psikolojik, bedensel ya da cinsel şiddete maruz kalmış kişiyi ifade eder.
Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun	7/11/2013	6502	Tüketiciyi aldatıcı veya onun tecrübe ve bilgi noksanlıklarını istismar edici, can ve mal güvenliğini tehlikeye düşürücü, şiddet hareketlerini ve suç işlemeyi özendirici, kamu sağlığını bozucu, hastaları, yaşlıları, çocukları ve engellileri istismar edici ticari reklam yapılamaz.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2.4. Ailede Bakım Verenler İçin Kamu Desteği

Ailede uzun süreli bakım verenler için en önemli destek evde bakım ücretinin ödenmesidir. Bu noktada kamunun ailede uzun süreli bakım verenlere en önemli desteği ekonomik açıdan olmaktadır. Bu ekonomik desteği sağlayarak bakım verenlerin baktıkları akrabalarının kişisel bakımlarını sağlamaları ve psiko-sosyal destek vermeleri beklenmektedir. Evde bakım ücreti uygulaması Resmi Gazete'de 30.07.2006 tarihinde yayınlanan 26244 sayılı **"Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik"** ile yürütülmektedir. Bu yönetmeliğe göre evde bakım ücreti ödemesi için üç temel koşul vardır (<http://mevzuat.gov.tr>):

1. Engelli olan bireyin engelliliğinin kanıtlanması gerekir. Engellinin ağır engelli ve en az '%50' seviyesinde engelli olması şarttır.
2. Engelli olan bireyin kendi temel ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanması ya da karşılayamaması; yani bakıma muhtaç olması gerekmektedir. "Bakıma muhtaçlık kavramı" esas alınmaktadır.
3. Engellinin bulunduğu hanede yaşayan kişi başına düşen net gelir asgari ücretin 2/3'ünün altında olmalıdır.

Bu şartları taşıyan engelli bireyler için evde bakım parası talebinde bulunulabilir.

Evde bakım ücreti ödemesi için engelliye bakacak olan kişilerin sahip olması gereken koşullar ise şunlardır:

1. Engelliye bakacak kişiyle engellinin ikamet adresinin aynı olması ve burada 24 saat bakım verebilmesi beklenmektedir.
2. Akraba ya da akraba olmayanlar bakım verebilir.
3. Bakım verenin en az 8 saat fiili bakımı gerçekleştirmesi gerekmektedir.

Evde bakım ücretinin hesaplanması:

19 Şubat 2014 tarihli karar ile evde bakım ücretinin hesaplanması değişmiştir. Bakım ücreti Memur maaş katsayısına göre belirlenmektedir. Memur maaş katsayısını Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü (BÜMKO) tarafından yılda iki kez olmak üzere belirlenmektedir.

2016 Ocak – Haziran arası katsayı değeri 0,08806g'dur. Evde bakım ücreti 2016 ilk 6 ay: $10.000 \times 0,088817 = 888,17\text{TL}$ olarak hesaplanmıştır.

Kurumda bakılan bir engelli ise 20.000 gösterge rakamına göre $20.000 \times 0,088817 = 1.776,34\text{TL}$ ödeme almıştır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2016-2017 Evde Engelli Bakım Ücreti	Katsayı Değerleri	Evde Bakım Net Ücret Miktarı	Kurum Bakımı Net Ücret Miktarı
2016 (1 Ocak - 30 Haziran)	0,088817	888,17 TL.	1.776,34 TL.
2016 (1 Temmuz - 31 Aralık)	0.092473	924,73 TL.	1.849,46 TL.
2017 (1 Ocak - 30 Haziran)	0,095247	952,47 TL.	1.904,94 TL.
2017 (1 Temmuz - 31 Aralık)	0,099057	990,57 TL.	1.981,14 TL.

2.5. Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmeti Kurumları

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yürütülen yaşlı bakım hizmetleri incelendiğinde esas olarak üç hizmet şekli dikkati çekmektedir.

1. Huzurevi ve Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri
2. Yaşlı Yaşam Evleri
3. Yaşlı Hizmet Merkezleri

Huzurevi ve Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri:

Huzurevleri yaşlı bireylerin korunması, bakılması, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı olarak sosyal hizmetler kapsamında organize edilmiş yaşlı bakım kuruluşlarıdır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından hizmet sunulan huzurevlerinin yanı sıra diğer bakanlıklara ait huzurevleri, özel huzurevleri, vakıf ve derneklere ait huzurevleri, belediyelere ait huzurevleri ve azınlıklara ait huzurevleri bulunmaktadır. Huzurevlerine başvuru ve kabul süreci **"Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği"** ile belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin yatılı bakım kuruluşlarına kabul şartlarını karşılayıp karşılamadığını illerde görev yapan sosyal hizmet uzmanı başta olmak üzere profesyonel meslek elemanları değerlendirmektedir.

Bu yönetmelikte müracaatçıların huzurevi ile bakım ve rehabilitasyon merkezlerine başvuru koşulları aşağıdaki gibidir:

- a) Huzurevlerine kabul koşulları:
 - 1) 60 yaş ve üzeri yaşlarda olmak,
 - 2) Kendi gereksinimlerini karşılamasını engelleyici bir rahatsızlığı bulunmamak yeme, içme, banyo, tuvalet ve bunun gibi günlük yaşam etkinliklerini bağımsız olarak yapabilecek durumda olmak,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- 3) Ruh sağlığı yerinde olmak,
 - 4) Bulaşıcı hastalığı olmamak,
 - 5) Uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmamak,
 - 6) Sosyal ve/veya ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptanmış olmak.
- b) Bakım Merkezlerine kabul koşulları:
- 1) 60 yaş ve üzeri yaşlarda olmak,
 - 2) Bedensel ve zihinsel gerilemeleri nedeniyle sürekli ya da sürekli olarak özel ilgi, desteğe, korunmaya ve rehabilitasyona gereksinimi olmak,
 - 3) Ruh sağlığı yerinde olmak,
 - 4) Bulaşıcı hastalığı olmamak,
 - 5) Uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmamak,
 - 6) Sosyal ve/veya ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptanmış olmak.

Huzurevi ve bakım merkezlerine kabul koşullarına sahip olmasına karşın, ilgili belgeler düzenleninceye kadar mağdur olabileceği düşünülen yaşlı için sosyal inceleme raporu düzenlenir ve mülki idare amiri onayı ile kuruluşa misafir olarak kabul edilir. Daha sonra ilgili belgeler düzenlenir, yaşlı aynı kuruluşa kalır ya da başka kuruluşa tertibi yapılır. Huzurevi ve merkezlere girmek üzere başvuran, ekonomik yoksunluğu saptanan ancak sırada bekleyecek olan yaşlılara, gerek duyulması halinde il müdürlüğünce ayni ve nakdi yardım yapılır (<http://www.eyh.gov.tr/mevzuat>). Yönetmeliğin bu bölümü özellikle muhtaçlık düzeyindeki yaşlı için sosyal içerme ve sosyal refah açısından önemli bir uygulamadır.

Huzurevine yukarıda belirtilen koşullar çerçevesinde kabul edilmiş olan sağlıklı yaşlıların yaşa bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkları, zihinsel ve bedensel fonksiyon kaybı nedeniyle bakım ihtiyacı artmaktadır. Bağımlılık düzeyi artan ve kendi öz bakımını yapmakta zorlanan yaşlılara ihtiyaç duydukları bakım, ilgi ve destek verebilmek üzere bu huzurevinin farklı bir bölümü ya da genellikle giriş katta hizmet vermeye devam edilmektedir. Bu nedenle bu kuruluşların ismi "Huzurevi ve Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri" olarak kullanılmaktadır. Bakanlık huzurevlerinde kalan yaşlıların yaklaşık üçte birine sürekli bakım hizmeti verilmektedir. Kurumda sağlık hizmetlerine erişimin kolay olması ve kurumda kalan yaşlıların hastalıklarının erken dönemde teşhis ve tedavisi ve genel olarak doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle hem toplumda hem de huzurevinde kalanlar arasında 80 ve daha büyük yaştaki bireylerin nüfus içindeki yoğunluğu artmaktadır. Bu da yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerine ihtiyaç duyan ve bu merkezlerde kalan yaşlıların sayısını artırmaktadır/artırmaya devam edecektir.

Yaşlı Yaşam Evleri:

Bu model henüz 2012 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Bu modelde aynı cinsiyetten 3-4 yaşlı bir konutta yaşamaktadır. Bu modelin amacı yaşlı bakımında aktif yaşlanmayı ve yaşlıların



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

topluma katılımını desteklemek, sosyal dışlanmayı önlemektir. Kışla tipi kurum bakım modeline alternatif olarak yaşlı yaşam evleri oluşturulmuştur. Bu evlerde günlük ev ile ilgili işler, mutfak düzeni ve yemek, yaşlıların kişisel bakımına destek olma gibi işler bakım elemanları tarafından yürütülmektedir. Ayrıca yöneticiler ve profesyonel meslek grupları bu evleri sıklıkla ziyaret etmektedirler. Yaşlı yaşam evlerinin olanaklarından ve personelden yararlanılması için mevcut huzurevlerine yakın olması genellikle tercih edilmektedir. Bu nedenle yaşlının yerinde yaşlanma amacından uzaklaşmaktadır. Yaşlı yaşam evleri yaşlının yaşamını geçirdiği mahallede ve sosyal ortamında yaşamını sürdürmesi fikrine dayanmakla birlikte yaşlı yaşam evleri ile ilgili yaygın bir ağ oluşturulamamıştır. Yaşlı yaşam evlerinin yaygınlaşması sürecinde yönetim ve personel desteğine ihtiyaç duyulacaktır.

Yaşlı Hizmet Merkezleri:

Bu hizmet modeli, gündüzlü bakım kapsamında yaşlıların boş zamanlarını profesyonel bir şekilde değerlendirebilecekleri, aktif yaşamı ve toplumsal katılımı destekleyecek uygulamaları içeren merkezlerden oluşmaktadır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı olarak beş yaşlı hizmet merkezi bulunmaktaydı. Sosyal hizmet müdahalesinin ve takibinin gerçekleştirilmesi, çocuk, genç, kadın, erkek, engelli, yaşlı bireylere ve ailelerine koruyucu, önleyici, destekleyici, geliştirici, rehberlik ve danışmanlık odaklı sosyal hizmetlerin yürütülmesi amacıyla kurulan Sosyal Hizmet Merkezlerinde (SHM) Yaşlı Hizmet Merkezleri ek birim olarak yer almıştır. 9 Şubat 2013 tarihli ve 28554 sayılı resmi gazetede Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından hazırlanan "Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği" yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte yaşlı hizmet merkezleri ile ilgili olarak "Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihte faaliyette olan aile danışma ve toplum merkezleri, gündüzlü hizmet veren çocuk ve gençlik merkezleri ile yaşlı hizmet merkezlerinin binalarının, merkez binası olarak hizmet sunmaya elverişli olduğu Bakanlıkça uygun görülenler, başka bir işleme gerek kalmaksızın faaliyetlerine merkez olarak devam ederler. Aksi takdirde bu yerler, Yönetmeliğin yayımlandığı tarihten itibaren en geç bir yıl içerisinde kapatılır. Kapatılan kuruluşlar tarafından sunulmakta olan hizmetler, en yakın merkez tarafından sunulmaya devam olunur" açıklaması bulunmaktadır. Yaşlı Hizmet Merkezleri bu süreçte faaliyet göster(e)memiş ve işlevsiz kalmıştır.

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

3. Yaşlı Bakım Hizmetleri: Hizmet Sunanların ve Hizmet Alanların Profili

Türkiye hızla yaşlanan bir ülkedir. Türkiye’de 31 Aralık 2015 tarihi itibarıyla 60 ve daha büyük yaşta 9.063.677 kişi; 65 ve daha büyük yaşta ise 6.192.962 kişi yaşamaktadır. İleri yaştaki bireylerin sayısının artması ile birlikte yaşam dönemi yaklaşımını da dikkate alarak gelen her yıla sağlık ve diğer katmaya odaklanmak önemlidir. Aksi takdirde yaşlı bakım hizmetlerine ve uzun süreli bakıma duyulan ihtiyaç hızla artacaktır.

Türkiye’de yaşlı bakımı ve uzun süreli bakım uygulamalarında en dikkati çekenler T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yürütülen huzurevleri yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri ile T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından genel sağlık hizmetlerinin yanı sıra yürütülen evde sağlık hizmetleridir. Hizmetlerin farklı kurumlar tarafından yürütülmesi nedeniyle hizmet sunanlara ilişkin temel veriler kurumlara göre ayrı açıklanacaktır.

3.1. T.C. Sağlık Bakanlığı: Yaşlı Bakım Hizmetleri ve Uzun Süreli Bakıma İlişkin Temel Veriler

TÜİK tarafından iki yılda bir yapılan Türkiye Sağlık Araştırmasının -2014 sonuçları 1 Ekim 2015 tarihinde açıklanmıştır. Buna göre son bir yıl içinde yataklı tedavi hizmeti alan 15 ve daha büyük yaş grubundaki bireylerin oranı %11.6 olarak belirlenmiştir. Son 12 ay içerisinde, yataklı tedavi hizmeti alan bireyler yaş grubuna göre incelendiğinde; %25.6 oranı ile 75 ve daha büyük yaştaki bireyler ilk sırayı alırken, bunu %23.2 oranı ile 65-74 yaş grubundaki bireyler izlemektedir. Bu yaş gruplarında yataklı tedavi hizmeti alan yaşlı kadınlar ve erkeklerin oranı birbirine yakındır. 65-74 yaş grubunda hiçbir yardım almadan ya da yardımcı araç kullanmadan yürüyemeyenlerin oranı % 24.3’dür. Bu yaş grubunda destek olmadan yürüyemeyenlerin kadınların oranı %31.9 iken, erkeklerin oranı %15.3’e düşmektedir. 75 ve daha büyük yaşta olan bireylerin ise yaklaşık yarısı hiçbir yardım almadan ya da yardımcı araç kullanmadan yürüyememektedirler (%51.2). Bu yaş grubunda destek olmadan yürüyemeyen erkeklerin oranı %38.3 iken, kadınların oranı %59.7’ye yükselmektedir. Aynı şekilde 65-74 yaş grubunda olup merdiven inip çıkamayanların oranı %30.7 olup, yaşın ilerlemesi ile birlikte 75 ve daha büyük yaşta bu oran % 53.6’ya yükselmektedir. Merdiven inip çıkma konusunda da kadınlar (65-74 yaş grubu: %40.1; 75+: % 61.3) erkeklere (65-74 yaş grubu: %19.6; 75+: % 42.1) göre dezavantajlı durumdadır. Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre sosyal destek informal bakım ve yardım konusunda 15 ve daha büyük yaştaki katılımcıların %70.5’inin aile üyelerinden destek aldığı bulunmuştur. Aile üyelerinden destek alan kadınların oranı (%74.9) erkeklerin oranından (%65.2) fazladır. Görme sorunu yaşayan 65-74 yaş grubundaki bireylerin oranı %17.6 iken, bu oran 75 ve daha büyük yaşta %28.8’e yükselmektedir. Aynı şekilde yaş ilerledikçe işitme problemi yaşayanların sıklığı da artmaktadır (65-74 yaş grubu: %14.7; 75+: %35.8). 65-74 yaş grubundakilerin %16.1’i, 75 ve daha büyük yaştakilerin %34.2’si öğrenmede güçlük çekmektedirler. Hatırlamada zorluk çekenlerin oranı 75 ve daha büyük yaşta hızla artmaktadır (65-74 yaş grubu: %9.4; 75+: %22.6). Görme, işitme, hatırlama ve öğrenme konularında kadınların durumu erkeklere göre daha olumsuzdur (TÜİK, 2015a). Bu



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

noktada yaşlı bakımı hizmetlerinin ve uzun süreli bakımın planlanmasında kadınların ve 75 ve daha büyük yaşta olanların tablosunun daha ağır olduğu dikkate alınmalıdır. Sağlık hizmetleri kapsamında hizmet sunan yataklı ve yataksız sağlık kurumlarının sayısının yıllara göre dağılımı (Tablo 8) ve 1000 kişi başına düşen yatak sayısı (Tablo 9) aşağıda gösterilmiştir:

Tablo 8. Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumlarının Sayısının Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	Genel Toplam	Sağlık Bakanlığı'na Bağlı	Üniversite	Özel	Diğer	Yataksız Sağlık Kurumu
1967	664	548	5	76	35	-
1980	827	677	17	90	43	-
1990	857	686	23	125	23	-
2000	10 747	861	42	261	19	9 564
2010	26 993	843	62	489	45	25 554
2014	30 176	866	69	556	37	28 648

Tablo 9. 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısının Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı
1967	1.81
1980	2.23
1990	2.19
2000	2.08
2010	2.72
2014	2.66

Türkiye'de 2014 yılı itibarıyla uzman, pratisyen ve asistan hekim olmak üzere toplam 135 bin 616 hekim görev yapmaktadır. Diş hekimi, Eczacı, Hemşire, Ebe, Diğer Sağlık Personeli ve Diğer Personel Hizmet Alımı olmak üzere toplam 760 bin 322 sağlık personeli çalışmaktadır (Tablo 10).

TÜİK verilerine göre, Türkiye'de 2011 yılında hekim başına 593 kişi, 2012 yılında 583 kişi düşerken 2014 yılında hekim başına 573 kişi düşmektedir. Hekim başına düşen hasta müracaatçı sayısı 2013 yılında 4.712 iken, 2014 yılında hekim başına düşen hasta müracaatçı sayısı 4.648 olmuştur.

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından önceki bölümde yasal çerçevesi açıklanan evde sağlık hizmetleri hem bakım alan hem de bakım veren açısından uzun süreli bakımı destekleyen önemli bir uygulamadır. Resmi Gazete'de 27/02/2015 tarihinde yayınlanan 29280 sayılı **"Sağlık Bakanlığı ve bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetleri Sunulmasına Dair Yönetmelik"** kapsamında evde sağlık hizmetleri yürütülmektedir. Evde sağlık hizmetleri hasta kişiye tanı koymaktan çok tanı koyulmuş hastaların tedavilerinin takibinin yapılmasını ve yapılabilecek gerekli uygulamaların evde yapılmasını kapsamaktadır. Evde sağlık hizmetlerine ilişkin veriler Tablo 11'de açıklanmıştır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 10. Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personel Sayısının Yıllara Göre Dağılımı

	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Uzman Hekim	45.457	63.563	66.064	70.103	73.886	75.251
Pratisyen Hekim	30.900	38.818	39.712	38.877	38.572	39.045
Asistan Hekim	15.592	21.066	20.253	20.792	21.317	21.320
TOPLAM HEKİM	91.949	123.447	126.029	129.772	133.775	135.616
Diş Hekimi	16.371	21.432	21.099	21.404	22.295	22.996
Eczacı	22.289	26.506	26.089	26.571	27.012	27.199
Hemşire	72.393	114.772	124.982	134.906	139.544	142.432
Ebe	41.479	50.343	51.905	53.466	53.427	52.838
Diğer Sağlık Personeli	50.106	99.302	110.862	122.663	134.488	149.616
Diğer personel ve Hizmet Alımı	83.964	198.694	209.126	209.736	224.618	229.625
TOPLAM PERSONEL SAYISI	378.551	634.496	670.092	698.518	735.159	760.322

Tablo 11. Evde Sağlık Hizmetlerine Hizmet Sunanlar ve Hizmet Alanların Sayısı*

Hizmet Sunanlar	Sayı	Evde Sağlık Hizmetlerinde Ulaşılan Toplam Hasta Sayısı: 780.555 (Mayıs, 2016)	Evde Sağlık Hizmetlerinde Aktif Kayıtlı Hasta Sayısı: 304.182 (Mayıs, 2016)
Uzman Hekim	293		
Pratisyen Hekim	881		
Diş Hekimi	158		
Tıbbi Sekreter	241		
Diş Protez Teknisyeni	116		
Hemşire/Sağlık Memuru	2.590		
Acil Tıp Teknisyeni	57		
Sosyal Çalışmacı	56		
Fizyoterapist	84		
Diyetisyen	64		
Psikolog	60		

Buna göre evde sağlık hizmetlerinde ağırlıklı olarak hemşire ve sağlık memurlarının, hekim statüsünde ise pratisyen hekimlerin görev aldıkları görülmektedir. 2016 yılının ilk beş ayına (Mayıs) kadar evde sağlık hizmetlerinde kayıtlı hasta sayısının 304.182 olduğu ve bu sürede evde sağlık ekiplerinin toplam 780.555 hastaya ulaştığı belirlenmiştir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen palyatif bakım hizmetleri genel sağlık hizmetlerinin yanı sıra uzun süreli bakımın desteklenmesini sağlamaktadır. Palyatif bakım **“Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge”** kapsamında sunulmaktadır. Bu yönergeye göre palyatif bakım hizmetleri; yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezleri, yataklı sağlık tesisleri dışında ise aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülmektedir. Bu Yönergenin amacı, yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere palyatif bakım merkezleri kurmak, bunların işleyişini, fiziki şartlarını, bulundurulması gereken araç, gereç ve personel asgari standardını, personelin görev yetki ve sorumluluklarını ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasları belirlemektir (<http://mevzuat.gov.tr>). Türkiye’de 2016 yılı itibarıyla 177 hastanede palyatif bakım birimi bulunmaktadır. Yatak kapasitesi 2024 kişidir. Palyatif bakım birimlerinde hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, fizyoterapi teknikeri gibi profesyonel meslek elemanlarından oluşan bir ekip bulunmaktadır. Palyatif bakım birimlerinde 204 hekim ve 419 diğer sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Bugüne kadar 27. 607 kişi palyatif bakım hizmeti almıştır.*

*Bilgiler T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı tarafından sağlanmıştır.

3.2. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı: Yaşlı Bakım Hizmetleri ve Uzun Süreli Bakıma İlişkin Temel Veriler

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından uzun süreli bakıma ilişkin sunulan hizmetler engelli ve yaşlı başlıkları altında ayrılmaktadır. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Engelli Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı’ndan elde edilen bilgilere göre engelli bakım merkezleri ve evde bakım ücreti ve evde destek modellerini de kapsayan diğer hizmet modellerine ilişkin bilgiler Tablo 12’de açıklanmıştır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 12.Engelli Bakım Modellerine İlişkin Bilgiler (Haziran, 2016)

Resmi Bakım Merkezleri	Sayı
Yatılı Merkez Sayısı	93
Gündüzlü Merkez Sayısı	6
Umut Evi	123
Toplam Merkez Sayısı	222
Yatılı Kapasite	7428
Yatılı Bakılan	6414
Yatılı Geçici Misafir	294
Gündüzlü Bakılan	429
Toplam Bakılan Sayısı	7137
Diğer Hizmet Modelleri	
Evde Bakım Hizmetinden (Ücretinden) Yararlanan Engelli Sayısı	478.319
Evde Bakım Destek Hizmetinden Yararlanan Engelli Sayısı	30
Özel Bakım Merkezlerinin Sayısı	159
Özel Bakım Merkezlerinin Kapasitesi	13.843
Özel Bakım Merkezlerinden Yararlanan Engelli Sayısı	11.492
60 Yaş ve Üzeri Evde Bakım Hizmetinden (Ücretinden)Yararlanan Kişi Sayısı	156.234

Engellilere hizmet veren resmi 222 kuruluşun olduğu, bu bakım merkezlerinde yatılı bakılan engelli sayısının 6 bin 414, gündüzlü bakılan engelli sayısının ise 429 olduğu görülmektedir. Engelliler için bakım merkezlerinde yatılı kapasite sayısı 7 bin 428 kişidir. Toplam olarak bakılan engelli sayısı ise 7 bin 137 kişi olarak bildirilmiştir. Böylece engelli bakım merkezleri %9.6 boş kapasite ile hizmet vermektedir. Engelli bakım hizmetlerinden yararlanmak üzere sırada bekleyen zihinsel, bedensel ve ruhsal engelli birey bulunmamaktadır. Bu engelli bakım merkezlerinde yaşlılara hizmet sunulmamaktadır. Diğer yaş gruplarındaki engelliler bu engelli bakım merkezlerinden yararlanmaktadır. Ancak engel düzeyine bağlı olarak ve diğer koşulların sağlanması halinde evde bakım



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

hizmeti kapsamındaki evde bakım ücreti hem diğer yaş grubundaki engellilere hem de yaşlılara ödenmektedir. Evde bakım hizmeti kapsamında evde bakım ücreti alan engelli sayısı 478 bin 319 kişidir. Bu sayı içinde 60 ve daha büyük yaşta olup evde bakım ücreti alan yaşlı sayısı 156 bin 234 olarak belirlenmiştir. Diğer bir deyişle evde bakım ücreti alanların %32.6'sını yaşlılar oluşturmaktadır

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yaşlı Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı Temmuz 2016 verilerine göre yaşlılara sunulan bakım hizmetlerinin kapsamı, kapasitesi ve personel durumu Tablo 13'de gösterilmiştir.

Bakanlığa ait 136, yerel yönetimlere ait 21 ve sivil toplum örgütlerine ait 29 huzurevi olduğu, özel huzurevlerinin sayısının 169 olarak belirtildiği görülmektedir. Özel huzurevleri de dâhil olmak üzere toplam kapasitenin 29 bin 821 olduğu, ancak 24 bin 20 yaşlının bakıldığı belirlenmiştir. 2 bin 806'sı özel huzurevlerinde olmak üzere toplam 5 bin 300 kişilik yatak kapasitesi boştur. Bakanlığa bağlı huzurevlerindeki boş yatak kapasitesi ise 706'dır. Diğer yandan bakanlığa bağlı huzurevlerine başvuran ve girmek için sırada bekleyen 7 bin 930 kişi bulunmaktadır. Bu nedenle bakanlığın özel huzurevlerinden hizmet olarak sırada bekleyen yaşlıların özel huzurevlerine yerleştirilmesi de tartışılan konular arasındadır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı resmi huzurevlerinde toplam 12 bin 612 kişi kalmaktadır. Resmi huzurevlerinde ücretli bakılan yaşlı sayısı 8 bin 193 iken, yaşlıların yaklaşık üçte biri (4 bin 419 kişi) ücretsiz bakılmaktadır. Huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde kalan 65 ve daha büyük yaşta bireylerin sayısı, 60-64 yaş grubundakilerin sayısının yaklaşık iki katı kadardır. Ayrıca 65 ve daha büyük yaşta olup huzurevinde kalan erkeklerin sayısı kadınlardan fazladır. Huzurevine girmek için sırada bekleyen kadınların (2.721 kişi) sayısı erkeklerden (2.668 kişi) biraz fazla iken, sürekli bakım almak üzere sırada bekleyen kadınlar (1.166 kişi), erkeklerden (786 kişi) daha fazladır.

Son yıllarda yaşlı bakımı konusunda öne çıkan model yaşlı yaşam evleridir. 3-4 kişiden oluşan yaşlı kişilerin aynı apartman dairesini paylaşmasını esas alan bu modelde ev destek hizmetleri için personel çalışmaktadır. Ayrıca günlük yaşam aktiviteleri için bakıcı bulunmaktadır. Bu modelde sosyal içermeye yaklaşımı ile yaşlıların toplum içinde yer almaları desteklenmektedir. Özellikle Ankara, İstanbul, İzmir olmak üzere büyükşehirlerde 41 yaşlı yaşam evinde, 154 yaşlı bu hizmetten yararlanmaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 13. Yaşlı Bakım Modellerine İlişkin Bilgiler: Kapsamı Kapasitesi ve Personel Durumu (Temmuz, 2016)

Yatılı Bakım Huzurevleri	Huzurevi Sayısı	Kapasite	Boş Yatak Sayısı	Bakılan Yaşlı Sayısı
Bakanlığa Bağlı Huzurevleri	136	13.819	706	12.612
Yaşlı Yaşam Evi	41	160	6	154
Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri	2	570	4	566
Belediyelere Ait Huzurevleri	21	2.977	894	2.083
Dernek ve Vakıflara Ait Huzurevleri	29	2.435	731	1.704
Azınlıklara Ait Huzurevleri	5	508	153	355
Özel Huzurevleri	169	9.352	2.806	6.546
Toplam	362	29.821	5.300	24.020
Huzurevlerinde Mevcut Bakılan Yaşlı Sayısı				
Huzurevi Birimi		Sürekli Bakım		Toplam
Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	12.612
3.032	5.017	2.484	2.079	
Resmi Huzurevlerinde Ücretli Bakılan Yaşlı Sayısı				8.193
Resmi Huzurevlerinde Ücretsiz Bakılan Yaşlı Sayısı				4.419
Huzurevlerine Girmek İçin Sırada Bekleyen Yaşlı Sayısı				
Huzurevi Birimi		Sürekli Bakım		TOPLAM
Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	7.341
2.721	2.668	1.166	786	
Huzurevi - Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Personel Durumu				Toplam
Genel İdare Hizmetleri Sınıfında Görev Yapan Personel Sayısı				495
Sağlık Hizmetleri Sınıfında Görev Yapan Personel Sayısı				877
Eğitim Öğretim Hizmetleri Sınıfında Görev Yapan Personel Sayısı				33
Teknik Hizmetleri Sınıfında Görev Yapan Personel Sayısı				50
Yardımcı Hizmetleri Sınıfında Görev Yapan Personel Sayısı				415
Din Hizmetleri Sınıfında Görev Yapan Personel Sayısı				37
Toplam				1.907
Özel Hizmet Alımı Yoluyla Görev Yapmak Üzere Verilen Yetki				5.617
Genel Toplam				7.524
Yaşlı Sayısı Ve Ülke Nüfusuna Oranı	%	Kadın	Erkek	Toplam
60 - 64 yaş grubu	3,69	1.468.111	1.402.604	2.870.715
65 ve daha büyük yaş	8,0	3.493.539	2.699.423	6.192.962



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı 136 huzurevinde kalan 12.612 yaşlı için toplam 7.524 personel çalışmaktadır. Bu durumda görev ayrımı yapmaksızın toplam personel üzerinden değerlendirildiğinde; 1 personele 1.6 yaşlı düşmektedir. Huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde özel sektörden hizmet alımı kapsamında personel çalıştırılmaktadır. Bu personelin çoğunluğu bakım elemanı ve hizmet elemanı olarak görev yapmaktadır.

Yaşlı Bakımı Ve Hizmet Maliyeti: Türkiye'de 2015 yılında kamu harcamalarına ayrılacak olan toplam bütçe 473 000 000 000 TL olarak belirlemiştir. Bu bütçenin 18 249 634 000 TL'si Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na ayrılmış ve toplam bütçe içinde %3.9'luk bir payı oluşturmuştur. Bu harcama bütçesine dezavantajlı kadın ve çocuk gibi grupların yanı sıra yaşlılara ilişkin harcamalar da dâhildir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı Huzurevi ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde ücretsiz ve ücretli olarak iki grup yaşlı kalmaktadır. Huzurevleri ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde ücretli olarak kalan yaşlılardan kuruluşun fiziksel nitelikleri ve odada kalan kişi sayısına göre 400 TL ile 1400 TL arasında aylık ücret alınmaktadır. Personel, bakım, yemek ve tüm harcamalar düşünüldüğünde huzurevi ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde kalan bir yaşlının Bakanlığa maliyeti 3.800 TL olarak hesaplanmaktadır. Böylece en yüksek ücret ödeyen yaşlı dahi toplam hizmet maliyetinin aylık olarak yalnızca %36. 84'ünü karşılamaktadır.

Buna göre şu anda yaşlının aylık olarak ödediği en yüksek ücret ve en düşük ücret ile iki olasılık hesabı yapıldığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılabilir:

1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı 136 huzurevinde toplam 12 bin 612 yaşlı kalmaktadır. Bu yaşlıların 8 bin 193'ü ücret ödemektedir, 4 bin 419'u ücret ödememektedir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ücretli ve ücretsiz olarak baktığı 12 bin 612 kişiye, kişi başı 3.800 TL olmak üzere aylık 47 milyon 925 bin harcama yapmaktadır.

Ücretsiz bakılan yaşlı sayısı 4 bin 419 olduğuna göre, Bakanlık bu yaşlılara aylık 16 milyon 792 bin 200 TL karşılıksız harcama yapmaktadır. Ücretli bakılan yaşlılar için yapılan harcama ise 31 milyon 132 bin 800 olmaktadır. Ücretli bakılan herkesin aylık 1400 TL ödediği varsayıldığında bu harcamanın aylık olarak 11 milyon 470 bin 200 TL'sini yaşlılardan alabilmektedir. Ücretli bakılan herkesin 400 TL ödediği varsayıldığında ise bu harcamanın aylık olarak 3 milyon 277 bin 200 TL'sini yaşlılardan karşılayabilmektedir. Yaşlıların ödediği ücret çeşitlilik gösterdiği için yaşlılardan alınabilecek toplam ortalama ücret 7 milyon 373 bin 700 TL'dir. Bu durumda **Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı** huzurevi ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde ücretli bakım hizmeti **verilen** yaşlılar için ortalama 23 milyon 759 bin 100 TL miktarında karşılıksız harcama **yapılmaktadır**. Huzurevi ve Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezleri'nden yatılı hizmet almak üzere sırada bekleyen 7 bin 341 kişi olduğu düşünüldüğünde bakım maliyetlerinin artacağı anlaşılmaktadır. Bu durumda yaşlı bireylere kurumda hizmet verilmesinin maliyet açısından etkin olmadığı görülmektedir. Kurum bakımı hizmeti verilirken yaşlı bireyin üstün yararı, sosyal adalet ve fırsat eşitliği ilkeleri temelinde maliyet etkin uygulamaların organize edilmesi önemli olacaktır.

2. **Özel huzurevi ve yaşlı bakım hizmetlerinde her yıl için illerde Valilikler tarafından fiyatlar belirlenmektedir. İstanbul Valiliği 2016 yılı için İstanbul il sınırları içinde vergiler hariç bir yaşlının özel huzurevi ve yaşlı bakım hizmetleri için ödeyeceği taban fiyatı 738,29 TL, tavan fiyatı ise 3.901,11 TL olarak belirlemiştir. Ankara Valiliği tarafından**



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2016 yılı için bu konuda belirlenen taban fiyat 519,20 TL, tavan fiyat ise 3.272,50 TL'dir. Bu ücretlere beslenme, ilaç takibi, enjeksiyon, pansuman, tansiyon ölçümü, basit tıbbi müdahaleler, alt bezi ve temizlik giderleri dahildir.

3. Evde engelli yakınına bakım hizmeti veren aile bireyleri için 2016 yılı ilk altı ayı için: 880.69 TL, 2016 yılı ikinci altı ayı için: 924.73 TL ödeme yapılmıştır. Bu ücretten yararlanan 60 ve daha büyük yaştaki bireylerin sayısı ise 156 bin 234 kişidir. Ekim 2016 tarihinde yaşlılara evde bakım hizmeti için ödenen toplam maliyet 144 474 266,83 TL'dir.

3.3. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı: Yaşlı Bakım Hizmetleri ve Uzun Süreli Bakıma İlişkin Temel Veriler

Türkiye'de Avrupa Birliği'ne uyum sürecinde emeklilik yaşı 65'e yükseltilmiştir. Emeklilik süreci daha önce hizmet yılı esasına dayalı olarak uygulanmaktaydı. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Nisan 2016 verilerine göre Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamındaki kişi sayısı 67 milyon 359 bin 898'dir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanan Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması sonuçlarına göre (TÜİK, 2016c) Türkiye'de emekli maaşı alan 7 milyon 576 bin kişi vardır. Emeklilerin yüzde 82.1'i erkeklerden, yüzde 17.9'u ise kadınlardan oluşmaktadır. Emekli olmasına rağmen çalışmaya devam eden kişilerin oranı yüzde 30.8'dir. Çalışma yıllarının uzaması aktif yaşlanma ve kuşaklararası dayanışma açısından oldukça önemlidir. Ancak çalışma yaşamının yeni kurallarına ve çalışma yaşamında teknolojiye uyum sağlamak yaşlılar için önemli bir mücadele alanı olmaktadır. Giddens'in (2006) belirttiği gibi 20. yüzyılın ilk çeyreğinde doğan Britanyalıların çalıştıkları işlerin büyük bir bölümü için orta öğretim bile fazla sayılmaktaydı. Diğer yandan bu insanların çoğu 1950'li yılların ötesinde yaşayacaklarını düşünmüyorlardı. Oysa bugün bu insanların çoğu kendilerini 80'li yaşlarda buldular. Toplumsal yaşamdan kopmaya istekli olmasalar da modern topluma uyum sağlamak ve üretken olmak için daha önce hiç düşünmedikleri kadar eğitime ihtiyaç duymaktadırlar. Günümüzde yaşlıların gerçek eğitim düzeyi ile modern toplumda üretmek ve iş yaşamına devam etmek için gerekli olan eğitim ve iş yaşamı becerileri arasındaki açık, yaş ilerledikçe bireyleri iş yaşamından dışlamaktadır. Bu nedenle yaşam boyu öğrenme yaklaşımı önemli hale gelmektedir. Diğer yandan yapılan çalışmalar genellikle gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde emekliye ayrıldıktan sonra ekonomik kaygılar ile çalışmaya devam eden nüfusun, gelişmiş ülkelerdeki yaşlı nüfusa göre daha fazla olduğunu göstermektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

4. Türkiye’de Yaşlı Bakımına İlişkin Beklentiler: Kanıtlara Dayalı Tespitler

Sosyal refah devleti anlayışında dezavantajlı gruplar için sosyal içerme ve hak temelli yaklaşımlar esasında hizmet seçeneklerinin organize edilmesi ve sunulması beklenmektedir. Bu hizmetlerin organizasyonunda her toplumun sosyal, kültürel, ekonomik yapısı ile hizmet alanların tercihleri önemli olmaktadır. Yaşlı bakımı hizmetlerinde kapasite geliştirme odağında hazırlanan raporun bu bölümünde Türkiye’de yaşlı bakımı hizmeti alan ve almaya aday olan bireyler ile bu bireylerin aile üyelerinin yaşlı bakımı hizmetlerine ilişkin tercihleri ve talepleri ortaya konulacaktır. Bu kapsamda;

- (i) Türkiye Aile Yapısı Araştırması (2011),
- (ii) Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler (2011),
- (iii) Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması (2016) ve
- (iv) Türkiye’de Kuşaklararası Dayanışmanın Değerlendirilmesi Projesi (2016)

Sonuçlarına dayalı kanıtlar ile hizmet alanların/alacakların beklentilerine ve ihtiyaçlara ilişkin tespitler yapılacaktır. Ayrıca bu sonuçlar ile Türkiye’de yaşlıların profili belirlenmiş olacaktır.

Türkiye Aile Yapısı Araştırmasında (TAYA, 2011)18 ve daha büyük yaşta 23.279 kişi ile görüşülmüş, toplam 44.117 aile üyesinin demografik bilgileri alınmıştır. Bu araştırmaya göre Türkiye’deki en yaygın aile tipi çekirdek ailedir (%70). Geniş aile yapısı varlığını sürdürmekle birlikte oranı düşüktür (%12). Dağılmış ailelerin ise oranı %18’dir. Türkiye genelindeki hanelerin %64’ünde evdeki yaşlılar için ayrı bir oda bulunmaktadır. Kentlerde bu oran %66, köylerde ise %60’tır. 65 ve daha büyük yaşta olanların %13.4’ünün 17 ve daha küçük yaşta evlendikleri, %53.7’sinin ise ilk evlenme yaşının 18-24 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. 65 ve daha büyük yaştakilerin %20.7’si akraba evliliği yapmıştır. Aktif yaşlanma ve kuşaklararası dayanışma açısından önemli bir belirleyici olan torun bakımı durumu incelendiğinde; Türkiye’de ailelerde çocuklara bakan anneanne oranı %3.9 ve babaanne oranı ise %5.3 olarak bulunmuştur. Türkiye’de ailelerin %5.3’ünde bakıma muhtaç engelli bulunduğu, bu engelli bireylere ağırlıklı olarak eşlerin (%28.4) ve annelerin (%27.2) baktığı görülmektedir. Engelli bireye aile içinde erkek çocukların bakma oranı %14.4 iken, kızlar için bu oran %10.8, gelinler için %7.8 olarak belirlenmiştir. Engelli bakımında diğer akrabalarından da destek alındığı, bakıcı desteği alma oranının ise yalnızca %0.2 olduğu bulunmuştur. Türkiye Aile Yapısı Araştırması’na göre Türkiye’de bakıma muhtaç hasta bulunan hane oranı %7.9’tur. Bu hastalara ağırlıklı olarak eşlerin baktığı (%35.7), bunu gelinlerin (%15.8), annelerin (%14.7), erkek çocukların (%13.8) ve kız çocukların (%13.5) izlediği görülmektedir. Araştırmada ebeveynlerin %62.3’ünün kızları, %60.4’ünün erkek çocukları ile ilişkilerinin çok iyi olduğu, gelinler ve damatların %27.3’ünün kayınvalide ve kayınpeder ile ilişkilerinin çok iyi olduğunu belirttikleri, torunların ise %31.3’ünün anneanne, %28.4’ünün babaanne, %28.8’inin ise dedeleri ile ilişkilerinin çok iyi olduğu bulunmuştur.

Kayınvalide ile aynı evde oturanların oranı %4.7 iken, kayınpederleri ile aynı evde oturanlar %2.6 oranındadır. Genellikle bireylerin yaklaşık üçte birinin anne, baba, kayınvalide ve kayınpederi



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

başka ilde oturmaktadırlar. Kuşaklararası dayanışma ve yaşlı bakımında ailenin desteği konusunda coğrafik mesafe önem kazanmaktadır. Yaşlıların (65+) %60.2'si kızları ve %65.3'ü oğulları ile her gün ya da haftada birkaç kez görüşmektedirler.

Yaşlıların (65+) çocuklara ilişkin algıları incelendiğinde; kız çocuğun aileye yakın olacağı (%86.0), erkek çocuğun annenin itibarını artıracacağı (%66.6), çocukların büyüdüğünde anne ve babaya maddi katkı sağlayacağı (%80.5) ve çocukların, yaşlandıklarında anne ve babalarına bakacağı (%83.0) gibi değerlendirmeler yaptıkları görülmektedir. Bireylerin çocuğun değeri ile ilgili ortaya koymuş oldukları bu görüşleri yaşlandıklarında bakım konusunda çocuklarından beklentilerinin de yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Yaşlıların %15.2'sinin çok mutlu ve %60.4'ünün mutlu oldukları, %70.8'inin inançlı olup dinin bütün gereklerini yerine getirmeye çalıştıkları saptanmıştır. Diğer yandan yaşlıların %69'unun hiç kitap okumadıkları, %61.8'inin hiç gazete okumadıkları, %94.7'sinin hiç sinema ya da tiyatroya gitmedikleri, %79.8'inin restoran, lokanta gibi yerlere hiç gitmedikleri, %95.3'ünün derneklere üye olmadıkları, %87.7'sinin hiç spor yapmadıkları, %87.2'sinin televizyon izledikleri, %9.7'sinin her gün sigara kullandıkları, %97.4'ünün hiç internet kullanmadıkları belirlenmiştir.

Türkiye'de bakıma muhtaç yaşlı bulunan hanelerin oranı %5.9'dur. Bakıma muhtaç yaşlıların daha çok köylerde (%8.6) yaşadıkları, kentlerde bu oranın daha düşük olduğu (%4.9) görülmektedir. Bakıma muhtaç yaşlılar daha çok Güneydoğu Anadolu (%9.4), Doğu Karadeniz (%9.4) ve Kuzeydoğu Anadolu'da (%8.7) yaşamaktadırlar. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki hanelerde bakıma muhtaç yaşlı bulunma oranı yüksektir (%10.1). Türkiye'de bakıma muhtaç olan yaşlılara en çok gelinleri bakılmaktadır (%31.6). Bunu eşler (%27.3), erkek çocukları (%22.0) ve kız çocukları (%19.5) izlemektedir. Türkiye Aile Yapısı Araştırması'nda 60 ve daha küçük yaştaki katılımcılara yaşlandıklarında nerede yaşamayı düşündükleri sorulmuş; %22.7'sinin "oğlumun yanında kalırım", %19.6'sının "evimde bakım hizmeti alırım", %8.7'sinin "kızımın yanında kalırım", %10.3'ünün ise "huzurevine giderim" cevabını verdikleri belirlenmiştir. Burada gelecek nesil yaşlıların da evinde, çocuklarının yanında yaşlanmayı ve yaşlılık döneminde onlarla birlikte olmayı istedikleri, huzurevini son seçeneklerden biri olarak gördükleri anlaşılmaktadır. Yaşlandıklarında huzurevine gitmek isteyen kadınların oranı (%11.3), erkeklerden (%9.3) daha yüksektir. Bir okul bitirmeyenlerin yaşlandıklarında huzurevine gitme (%4.9) yerine oğlunun yanında kalmayı (%45.6) tercih ettikleri, öğrenim düzeyi yükseldikçe aile yanı yerine kendi evinde bakım hizmeti alma ya da huzurevine gitmeyi daha çok tercih ettikleri görülmektedir. Üniversite ya da lisansüstü mezunu olanların %27.2'si evinde bakım hizmeti almak istediklerini, %18.7'si ise huzurevine gidebileceklerini belirtmişlerdir. Evli olanların (%8.6), geniş ailede yaşayanların (%7.6) ve alt sosyo-ekonomik düzeydeki bireylerin yaşlandıklarında huzurevini tercih etme oranları diğer gruplara kıyasla oldukça düşüktür. Örneğin en üst sosyo-ekonomik düzeydeki bireyler yaşlandıklarında oğlunun yanında kalmak (%6.1) yerine evinde bakım hizmeti almayı (%33.8) ya da huzurevine gitmeyi (%21.9) tercih etmektedirler. Bireyler huzurevine gitmeyi çocuklarına yük olmamak için tercih etmektedirler (%47.2). 18-24 yaş grubunda huzurevindeki imkanların daha rahat olacağı gerekçesi öne çıkmakta (%28) ve diğer yaş gruplarına kıyasla huzurevini daha çok tercih ettikleri görülmektedir (%13.2).

Türkiye Aile Yapısı Araştırması'nda 60 ve daha büyük yaş grubunda olup çocukları ile birlikte yaşayanlara bunun nedeni sorulmuştur. Nedenler arasında "çocuklarımla birlikte yaşamaktan mutluyum" (%30.5), "çocuklarımla birbirimize destek olmak için" (%22.2) yanıtları öne çıkmaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bunların yanı sıra "gelenek ve görenekler böyle gerektirdiği için" (%12.9), "bakıma ihtiyacım olduğu için" (%9.6), "başka bir şansım olmadığı için" (%7.1) ve "çocuklarım yalnız yaşamamı istemiyor" (%6.6) yanıtları diğer açıklamalar olarak ortaya çıkmıştır. Kadınların (%11.0) erkeklere (%7.9) kıyasla daha çok bakıma ihtiyacı olduğu için çocuklarının yanında kaldıkları; 65 ve daha büyük yaştakilerin ise 55-64 yaş grubuna kıyasla daha çok bakıma ihtiyacı olduğu için çocuklarının yanında yaşadıkları tespit edilmiştir. Yaşlıların bağımlılık düzeyi çocuklarından alacakları destek miktarını da belirlemektedir. Yaşlıların %33'ü haftada birden fazla olmak üzere erkek çocukları tarafından ziyaret edilmekte; %37.5'i ise haftada birden fazla kız çocukları tarafından ziyaret edilmektedir (TAYA, 2011).

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması (2011) kapsamında 40 ve daha büyük yaşta 3.851 birey ile görüşülerek nicel araştırma yürütülmüştür. Bu araştırmada 65 ve daha büyük yaştaki kadınların %21'inin, erkeklerin ise yalnızca %5.7'sinin yalnız yaşadıkları, eşiyile birlikte çocuklarının yanında yaşayanların oranının %26.6 olduğu, tek başına çocuklarının yanında yaşayanların oranının ise %14.9 olduğu belirlenmiştir. 65 ve daha büyük yaşta katılımcıların %93.8'inin gelir getiren bir işte çalışmadıkları, gelir getirmeyen bir işte çalışmayan erkeklerin %82.6'sının emekli, kadınların ise %87.6'sının ev hanımı oldukları bulunmuştur. 40 ve daha büyük yaştaki kadınların %72.2'sinin kişisel geliri olmadığı, erkeklerin ise en önemli gelir kaynağının emekli maaşı olduğu (%53.5) görülmektedir. 65 ve daha büyük yaştakilerin %62.9'u yaşam kalitesini orta olarak değerlendirmektedirler. Yaşlılıkta eşlerinin kendilerine bakacağını düşünen erkekler kadınlara göre daha yüksektir. Erkekler yaşlandıklarında daha sağlıklı olacaklarını, çocuklarına daha çok söz geçireceklerini, daha çeşitli uğraşlar bulacaklarını düşünmektedirler. Katılımcıların %84.2'si kişisel bakım, ev işleri gibi konularda aileden yardım almayı tercih etmektedirler. Devletten/kamu kurumlarından yardım almayı tercih edenlerin oranı %9.7 olup, bakıcıyı tercih edenlerin oranı ise çok düşüktür (%1.8). 40 ve daha büyük yaştaki bireylerin kendine bakamayacak kadar yaşlandıklarında öncelikle eşleri ile birlikte yaşamayı tercih ettikleri (%62.6), yaklaşık beşte birinin (%21.2) ise çocukları ile yaşamayı istedikleri belirlenmiştir. Eşi ve çocukları ile birlikte yaşamayı isteyenlerin oranı %9.6 iken, huzurevine gidebileceğini söyleyenlerin oranı %4.7'dir. Üniversite mezunlarının %13'ü çocukları ile birlikte yaşamayı düşünürlerken, bu oran bir okul mezunu olmayan eğitimsizlerde %35'e yükselmektedir. Huzurevini tercih etme nedenleri ise daha çok çocuklarına yük olmamak istemeleridir (%31.2). 65 ve daha büyük yaşta olup eşleri ile birlikte yaşayanların yarısı gelecek ile ilgili endişelenmediklerini belirtmektedirler. Eşleri olmayıp çocukları/gelinleri ya da damatları ile yaşayanlar ise aileleri olmazsa onlara kimin bakacağı endişesini en sık belirten gruptur. Yaşamlarını daha rahat sürdürebilmek için gelirin artması (%50.4), evde muayene ve tedavi hizmet (%47.4), evde bakım hizmeti (%44.0), oturulan evin daha yaşanabilir hale getirilmesi (%40.6) ve erişilebilir, yaşlı dostu bir fiziksel çevre (%39.6) gibi konuları çok önemli bulmaktadırlar (Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler, 2011).

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından 2016 yılında Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması yürütülmüş, Türkiye'de ilk kez Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Zirvesi gerçekleştirilmiştir. Araştırmada Türkiye'de 12 ilde 40-64 yaş grubunda 1.546, 65 ve daha büyük yaşta 1.536 kişi olmak üzere toplam 3.082 kişi ile görüşülmüştür. 65 ve daha büyük yaşta olanların %15.95'inin evinde bakıma muhtaç yaşlı ve hasta bulunmaktadır. 40-64 yaş grubunda olup evinde bakıma muhtaç yaşlı ve hasta olanların oranı ise yaklaşık %6'dır. 65 ve daha büyük yaşta olanların kendisi ya da diğer aile üyeleri için evde sağlık hizmetinden yararlanma oranı %12.82 iken, bu oran 40-64 yaş grubundaki bireyler için %3.47'ye düşmektedir. Diğer yandan 40-64



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

yaş grubundakilerin yaklaşık üçte birinin (%29.43), 65 ve daha büyük yaştakilerin %25.91'inin evde sağlık hizmeti konusunda bilgisinin ve fikrinin olmaması dikkat çekici bir bulgudur. 65 ve daha büyük yaşta olanların yaklaşık yarısı (%47.0) diyabet hastasıdır, %43'ü ise artrit ve eklem hastalıklarına sahiptir. Özellikle astım, kalp hastalıkları, karaciğer hastalıkları, göğüs hastalıkları gibi hastalıkların görülme sıklığı kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksektir. Ayrıca araştırma kapsamına alınan 40 ve daha büyük yaştaki bireylerin %47.4'ü fazla kilolu düzeyinde obezdir. 65 ve daha büyük yaşta olanların %38.67'si, 40-64 yaş grubundakilerin ise %19.87'si hiç spor yapmamaktadırlar. Yaşlıların %20.8'inin sağlık hizmetlerine kolay erişemedikleri; kadınların, 75 ve daha büyük yaşta olanların, eğitimsizlerin sağlık hizmetlerine erişmede zorlandıkları belirlenmiştir. Yaşlıların %77.55'i, 40-64 yaş grubundakilerin %79.43'ü sağlık hizmetlerinden memnuniyet duymaktadırlar. Yaşlıların %31.8'inin 1 yıl önce ile karşılaştırıldığında sağlık durumlarının kötüleştiği görülmektedir. Yaşlıların gönüllü aktivitelere katılma düzeyinin çok düşük olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların %23.83'ü her gün, %11.45'i ise haftada birkaç gün torun bakmaktadır. Bu araştırmada 40 ve daha büyük yaştaki bireylerin yalnızca %21.17'sinin bakıma ihtiyacı olan engelli ya da yaşlı yakınlarının olmadığı; yaklaşık yarısının her gün (%7.43), haftada birkaç kez (%7.85), haftada bir ya da iki kez (%11.13), ya da az sıklıkta (%29.32), yaşlı ya da engelli yakınlarının bakımı ile ilgilendikleri bulunmuştur. Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması'nda yaşlıların yaşlılığın ortalama 59.6, 40-64 yaş grubundakilerin ise yaşlılığın ortalama 59.01 yaşında başladığını düşündükleri ortaya konulmuştur. Yaşam dönemi farklılığına karşın yaşlılığın başlama yaşına ilişkin düşüncelerin benzer olması dikkat çekicidir (Özmete, 2016).

Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından desteklenen Türkiye'de Kuşaklararası Dayanışmanın Değerlendirilmesi Projesi (2016) 12 ilde yetişkin çocuğa sahip 1902 yaşlı ile yaşlı ebeveyne sahip 2198 yetişkin çocuk olmak üzere toplam 4100 kişi ile yürütülmüştür. Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireyler ortalama 70.59 yaşındadır. Yaşlıların %65.9'u evli olup, %30.3'ü eşini kaybetmiştir. Evli olan yaşlı erkeklerin oranı (%80.6) yaşlı kadınlara (%50.8) göre daha yüksektir. Yaşlı bireylerin %38.6'sının eşi ile birlikte yaşadıkları, eşi ve bekâr çocukları ile birlikte yaşayan yaşlı bireylerin oranının %20.5 olduğu belirlenmiştir. Yalnız yaşayan yaşlıların oranı ise %16.0'dır. Evli çocuklarının yanında yaşayan yaşlıların oranı %9.9 olup, eşi ile birlikte evli çocuklarının yanında yaşayanların oranı ise %7.7 olarak bulunmuştur. Tek başına yaşayan yaşlı kadınların oranı %22.6 iken, yaşlı erkeklerde yalnız yaşama oranı %9.7'ye kadar düşmektedir. Eşi ile birlikte yaşayan kadınların oranı %30.6 iken, eşi ile birlikte yaşayan erkeklerin oranı %47.2'ye yükselmektedir. Evli çocukları ile birlikte yaşayan yaşlı kadınların oranı (%14.6), evli çocukları ile birlikte yaşayan yaşlı erkeklerin (%5.4) yaklaşık üç katı fazladır.

Erkeklerin %63.1'inin eşlerinin yaşı 65 ve daha küçük iken kadınların %74.4'ünün eşlerinin yaşı 66-75 yaş grubundadır. Yaşlıların ana gelir kaynağının emekli maaşı olduğu (%83.3) olduğu görülmektedir. Yaşlıların gelir kaynağı açısından ikinci sırada çocuklarının yer aldığı anlaşılmaktadır (%11.2). Yaşlı aylığı, bakım parası, sosyal yardımlaşma ve dayanışma fonu gibi devlet yardımlarından yararlanan yaşlıların oranı %6.6'dır. Kendi birikimleri ile geçimini sağlayan yaşlıların oranının ise %7.2 olduğu bulunmuştur. Kadınlar, erkeklere kıyasla ekonomik ihtiyaçlarını karşılamakta daha fazla güçlük çekmektedirler.

Yaşlılar yaşamlarından %62 oranında memnuniyet duymaktadırlar. Yaşlıların %42.6'sı yaşam kalitesini iyi olarak, %41.6'sı ne iyi ne kötü olarak değerlendirmektedirler. Araştırma kapsamına alınan yaşlılardan eşleri olanların %39.9'u eşlerine baktıklarını/bakacaklarını, %21.6'sı ise kesinlikle baktıklarını/bakacaklarını belirtmektedirler. Eşlerinin kendilerine bakmaları ile ilişkili kanaatleri



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

de yüksektir. Yaşlıların %36.3'ü eşlerinin kendilerine baktıklarını/bakacaklarını, %21.6'sı ise kesinlikle baktıklarını/bakacaklarını düşünmektedirler. Çocuklarının kendilerine baktıklarını/bakacaklarını (%57.3;%25.1) ve sözlerini dinleyip saygı gösterdiklerini (%60.4;%25.3) düşünen yaşlıların oranı daha yüksektir. Yaşlıların %82.2'sinin hiç sinema ya da tiyatroya gitmedikleri, %46.6'sının hiç gazete okumadıkları, %47.2'sinin ailece ya da restoranda yemek yemedikleri, %65.7'sinin kahvehaneye, %83.7'sinin lokal, kulüp, dernek gibi yerlere hiç gitmedikleri, % 87.5'inin hiç internet kullanmadıkları, % 88.9'unun konser ya da diğer müzikli gösterilere hiç gitmedikleri, %69.7'sinin hiç kitap okumadıkları, %53.4'ünün dikiş, nakış, örgü ya da tamirat, marangozluk gibi işler ile hiç ilgilenmedikleri, %77.3'ünün gönüllü aktivitelerde hiç bulunmadıkları ve %43'ünün memlekete ya da tatile hiç gitmedikleri belirlenmiştir. Aktiviteler arasında en çok yapılanı ve yaşlılar tarafından her gün gerçekleştirileni televizyon izlemektir. Yaşlıların %87.5'i her gün televizyon izlemektedirler.

Ebeveynleri hayatta olan yetişkin çocukların %21.4'ünün kayınvalidesinin, %20.2'sinin annesinin, %16.2'sinin kayınpederinin, %12.1'inin babasının bakıma ihtiyacı vardır. Yaşlıların sahip oldukları kronik hastalıklar incelendiğinde; ilk sırada %55.1 oranı ile yüksek tansiyon hastalığının yer aldığı görülmektedir. Bunu romatizma (%38.6) ve kireçlenme (%33.8) hastalıkları izlemektedir. Yaşlıların %31.1'inin diyabet hastası oldukları belirlenmiştir. Yaşlıların yaklaşık dörtte biri (%25.9) kalp ve damar hastalıkları ile eklem hastalıklarına, yaklaşık beşte biri (%20.6) ise kemik erimesi hastalığına sahiptir. Görme kaybı olan yaşlıların oranı %26.1 iken, işitme kaybı yaşayanların oranı biraz daha düşmektedir (%18.4). Araştırma kapsamına alınan her beş yaşlıdan biri (%20.3) ev işlerini hiçbir şekilde kendisi yapamamaktadır. Ayrıca yaşlıların % 17.0'sinin kendi yemeklerini hiçbir şekilde yapamadıkları ve % 10.7'sinin hiçbir şekilde telefon kullanamadıkları belirlenmiştir. Yaşlılarda telefon kullanamama oranının bu şekilde yüksek olması bağımlılıktan değil, teknoloji ile ilgilenmemelerinden de kaynaklanıyor olabilir. Market ya da giyim alışverişini yapamayanların oranı %9.4 iken, biraz yapabiliyorum diyenlerin oranı %16.5'tir. Yaşlı erkeklerin öz bakım kapasitesi, kadınlara göre daha iyidir.

Yaşlıların daha çok oğulları ile görüştükleri (%54.8), kız çocukları ile daha az sıklıkta görüştükleri (%44.6) belirlenmiştir. Yaşlıların çözülmesi gereken bir sorunları olduğunda ağırlıklı olarak kendilerinin sorunlarını çözdükleri (%33.5) ya da eşlerine başvurdıkları (%33.7) görülmektedir. Yaşlılar sorunları olduğunda kendileri ve eşlerinden sonra ilk olarak oğullarına (%19.2) ve daha sonra kızlarına (%11.6) başvurumaktadırlar. Yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanmasında ve bakımları ile ilk sırada (%34.8) eşleri ilgilenmektedirler. Kendi ihtiyaçları ve bakımları ile ilgilenen yaşlıların oranı %26.6 olarak belirlenmiştir. Kendileri ve eşleri dışında yaşlıların bakımları ve ihtiyaçlarının karşılanması ile ilk olarak erkek çocuklarının ilgilendikleri (%18.8;%16.2), daha sonra kız çocuklarının bunu izlediği (%15.9;%13.3) bulunmuştur. Gelinler ve damatların yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımları ile ilgilenme oranı oldukça düşüktür. Gelinlerinin bakımları ve ihtiyaçlarının karşılanması ile ilgilenmediğini belirten yaşlıların oranı (%27;%4.7) damatlarının ilgilendiğini belirtenlerden (%0.1;%0.8) biraz daha yüksektir. Yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanmasında ve bakımlarının sağlanmasında bakıcıların neredeyse hiç rolü yoktur. Yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımları ile ilgili destek aldıkları kişiler olarak erkek ve kız çocuklarını belirtmiş olmaları ve gelin ile damadın rolünün daha az olduğunun ortaya çıkması, yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımları ile ilgili olarak gelin ve damat yerine kendi çocuklarını muhatap olarak görmeleri ile açıklanabilir.

Yetişkin çocukların ebeveynlerinin %14.9'u her zaman ya da sıklıkla işlerini yaparken ve yaşamını yönetirken yardıma ihtiyaç duymuş olsalar da yetişkin çocukların %26.43'ünün her gün ebeveynlerinin ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımları ile ilgilendikleri belirlenmiştir. Yaşlılara ken-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

dilerine bakamayacak duruma geldiklerinde öncelikle sorumluluğun kime ait olduğu sorulmuştur. Yaşlıların çoğunluğu (%77.8) yaşlılar kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde öncelikli sorumluluğun aileye ait olduğunu düşünmektedirler. Yaşlılar kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde öncelikli sorumluluğun devlete ait olduğunu belirtenlerin oranı %14.8 iken, kişinin kendisine ait olduğunu söyleyenlerin oranı %9.0'dur.

Yaşlılar kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde onlara en çok oğullarının bakması gerektiğini düşünmektedirler (%43.5). Yaşlıların yaklaşık üçte biri kendilerine eşlerinin (%30.3) ve kızlarının (%32.7) bakması gerektiğini söylemektedirler. Bakım konusunda evde bakıcı (%12.0) ve huzurevi (%7.6) seçeneklerini belirtenlerin oranı diğerlerine göre daha düşüktür. Ancak bakım konusunda gelinin bakması gerektiğini söyleyenlerin oranı evde bakıcı ve huzurevi seçeneklerine göre dahi düşüktür. En düşük oran olarak gelin seçeneği (%5.4) belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan yetişkin çocuklara öncelikle yaşlı bireyler kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde sizce öncelikli sorumluluk kime aittir sorusu sorulmuştur. Yetişkin çocukların çoğunluğu (%83.8) yaşlılar kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde öncelikli sorumluluğun aileye ait olduğunu düşünmektedirler. Yaşlılar kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde öncelikli sorumluluğun devlete ait olduğunu belirtenlerin oranı %11.4 iken, kişinin kendisine ait olduğunu söyleyenlerin oranı %6.2'dir. Yetişkin çocuklara yaşlı ebeveynlerinin kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde onlara kim bakmalıdır sorusu sorulmuştur. Yetişkin çocukların %45.6'sı bu durumda yaşlı ebeveynlere oğullarının bakması gerektiğini söylemişlerdir. Bu soru yaşlılara sorulduğunda da yaşlıların kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde onlara en çok oğullarının bakması gerektiğini düşündükleri belirlenmişti (%43.5). Yetişkin çocukların %34.1'i yaşlı ebeveynlere eşlerinin, %32.9'u ise kız çocuklarının bakması gerektiğini söylemektedirler. Bakım konusunda evde bakıcı (%12.5) ve huzurevi/bakımevi (%2.4) seçeneklerini belirtenlerin oranı diğerlerine göre daha düşüktür. Ancak bakım konusunda gelinin bakması gerektiğini söyleyenlerin oranı evde bakıcı seçeneğine göre daha düşüktür. Yaşlı ebeveynlere gelinin bakması gerektiğini söyleyenlerin oranı %5.1 olarak belirlenmiştir.

Yetişkin çocukların kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde onlara kimin bakmalarını istedikleri sorulduğunda araştırma kapsamına alınan yaşlılar ile benzer cevaplar verdikleri görülmektedir. Yetişkin çocukların öncelikli olarak eşlerinin kendilerine bakmalarını istedikleri (%44.9), bunu erkek çocuklarının (%28.9) izlediği belirlenmiştir. Yetişkin çocukların yaklaşık beşte biri (%22.4) kız çocuklarının kendilerine bakmalarını istemektedirler. Burada dikkati çeken bulgu gelininin kendisine bakmasını isteyen yetişkin çocukların oranı yaşlılarda olduğu gibi en düşüktür (%2.6). Diğer bir deyişle şu anda yetişkin çocuk olup gelecek nesil yaşlı olacak bireyler de gelini yaşlı bakımında evde bakıcı ve huzurevi seçeneklerinden sonra en son seçenek olarak görmektedirler. Yetişkin çocuklardan kendilerine bakamayacak duruma geldiklerinde evde bakıcının onlara bakmasını isteyenlerin oranı %12.4'dür. Huzurevi yaşlı bakımında hizmet modeli olarak gelecek nesil yaşlılar tarafından da tercih edilmemektedir (huzurevini tercih edenler; %5.6).

Yetişkin çocuklara yaşlı ebeveynlerine bakamama nedenleri sorulduğunda ilk sırada çalışmıyordum/çalışıyorum vaktim yok cevabının olduğu görülmektedir (%41.2). Yetişkin çocukların %38.8'i maddi olanakları olmadığı için anne/babasına bakamadıklarını belirtmektedirler. İlişkisi iyi olmadığı (%8.7) ve kendini sorumlu hissetmediği için (%4.7) yaşlı ebeveynlerine bakmadıklarını söyleyenlerin oranı diğerlerine göre düşük olsa da bu cevapların bulunması dikkat çekicidir. Bu soruda



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

yetişkin çocukların %8.9'u diğer cevabını vermişlerdir. Diğer seçenekleri arasında en başta yetişkin çocukların sağlık sorunları gelmektedir. Ailede bakım verecek başka üyelerin ya da bakıcının olması, engelli ya da küçük çocuğu olduğu için yaşlı ebeveynlerine zaman ayıramaması, ekonomik yetersizlikler, coğrafik olarak uzakta olması diğer nedenler arasındadır.

Yaşlılar bakım konusunda aileden kendilerinin evi olmasını ve çocuklarının ziyaret ederek tüm ihtiyaçları ile ilgilenmelerini beklemektedirler. Ayrıca yaşlılar aileden ebeveynlerinin bakımında tüm çocukların eşit sorumluluk almalarını beklemektedirler. Yaşlılar bundan sonra evde bakıcı seçeneğini tercih etmektedirler ve aileden ebeveynlere kendi evlerinde bakıcı bakmasını, gerektiğinde çocukları ilgilenmesini istemektedirler. Yaşlılar, "Aile karar vererek yaşlı ebeveynleri huzurevine yerleştirmelidir" görüşüne önem vermemektedirler. "Yaşlı ebeveynler evli olan kızları ve damatları ile oturmalıdır" görüşü ile "Yaşlı ebeveynler evli olan oğulları ve gelinleri ile birlikte oturmalıdır" görüşünü benimsememektedirler.

Yaşlı ebeveynlerin bakım sorumluluğu açısından yetişkin çocukların aileden beklentileri değerlendirilmiştir. Yetişkin çocukların yaşlılarda olduğu gibi "Aile karar vererek yaşlı ebeveynleri huzurevine yerleştirmelidir" görüşüne önem vermedikleri, "Yaşlı ebeveynler evli olan kızları ve damatları ile oturmalıdır" görüşünü benimsemedikleri anlaşılmaktadır. Aynı şekilde yetişkin çocuklar yaşlılara aile tarafından sağlanacak bir bakım desteği biçimini yansıtan "Yaşlı ebeveynler evli olan oğulları ve gelinleri ile birlikte oturmalıdır" görüşüne de çok önem vermemektedirler. Yetişkin çocuklar yaşlı ebeveynlere kendi evlerinde bakıcının bakmasını, gerektiğinde çocuklarının ilgilenmesi ile ilgili bakım seçeneğini daha az benimsemektedirler. Hatta bu bakım seçeneğinin olabileceğini yaşlılar yetişkin çocuklara kıyasla daha çok belirtmektedirler. Yetişkin çocuklar ailenin sağlayabileceği bakım seçenekleri arasında en çok ebeveynlerin bakımında tüm çocukların eşit sorumluluk almaları gerektiği görüşünü benimsemektedirler, bunu yaşlıların kendi evlerinin olması ve çocuklarının ziyaret ederek tüm ihtiyaçları ile ilgilenmeleri görüşü izlemektedir. Yetişkin çocuklar sözü edilen seçenekler kadar yüksek oranda olmasa da ebeveynlerin sırası ile tüm çocuklarında eşit sürelerde kalabileceğini düşünmektedirler. Araştırma kapsamına alınan yetişkin çocuklar yaşlı ebeveynlerine bakma konusunda kendilerini sorumlu görseler de bu sorumluluğun tüm çocuklar arasında eşit paylaşılması gerektiğini düşünmektedirler.

Yaşlıların bakım konusunda devletten beklentileri konusunda yapmış oldukları değerlendirmede devletin sunduğu/sunacağı hizmetlere çok önem verdikleri ve beklentilerinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Yaşlılar devletten en çok ailelere ekonomik destek sağlamasını beklemektedirler. İkinci olarak yaşlılar devletten evde bakım desteği sağlanmasını beklediklerini belirtmektedirler. Devletin Alzheimer-Demens gibi hastalıkları olanlar için ayrıca bakım merkezleri açması, yaşlıların gündüz gidebileceği mekânlar oluşturması, devletin yaşlıya bakan kişilere psiko-sosyal destek vermesi, evde bakıcı sağlaması önem verilen ve destek beklenen diğer konulardır. Devletin huzurevlerinin sayısını artırması ise en az önem verilen konu olarak ortaya çıkmıştır. Yaşlıların kurumda bakım yerine evde bakımın desteklenmesini istedikleri, en çok ekonomik desteğe ihtiyaç duydukları, ancak Alzheimer-Demens gibi durumlarda ihtisaslaşmış olan kurumların olması gerektiğini belirttikleri anlaşılmaktadır.

Yaşlı kadınların ve erkeklerin devletten beklentileri aynı düzeyde iken, yaşlıların gelir düzeyi yükseldikçe bakım sorumluluğu ve bakım hizmetleri konusunda genel olarak devletten beklentileri de artmaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yetişkin çocuklar yaşlı ebeveynlere benzer olarak devletten en çok ailelere ekonomik destek sağlamasını beklemektedirler. İkinci olarak yetişkin çocuklar devletten evde bakım desteği sağlanmasını beklediklerini belirtmektedirler. Sırasıyla devletin Alzheimer-Demans gibi hastalıkları olanlar için ayrıca bakım merkezleri açması, yaşlıların gündüz gidebileceği mekânlar oluşturması, devletin yaşlıya bakan kişilere psiko-sosyal destek vermesi, evde bakıcı sağlaması önem verilen ve destek beklenen diğer konulardır. Devletin huzurevlerinin sayısını artırması ise en az önem verilen konu olarak ortaya çıkmıştır. Yetişkin çocukların devletten beklentilerinin ve önceliklerinin yaşlılar ile aynı yönde olduğu; kurumda bakım yerine evde bakımın desteklenmesini istedikleri, en çok ekonomik desteğe ihtiyaç duydukları, ancak Alzheimer-Demans gibi durumlarda ihtisaslaşmış olan kurumların olması gerektiğini belirttikleri anlaşılmaktadır (Özmete, 2016a).

Genel Değerlendirme:

1. Türkiye'de yaşlıların yaklaşık dörtte biri bir okul mezunu değildir. Yaşlıların yaklaşık dörtte biri sosyal güvenlik sistemine dâhil olacak bir işte çalışmamıştır. Evli olanlarda erkekler kadınlara göre daha yaşlıdır. Bu nedenle erkeklere göre daha genç olan kadın eşler yaşlılıkta bakımı sağlamaktadırlar. Eşlerini kaybettikten ya da boşandıktan sonra erkekler yeniden evlenmekte, kadınlar ise yeniden evlenmeyi tercih etmemektedirler. Böylece yaşlı kadınların çoğu yalnız yaşamaktadırlar. Kadınların büyük çoğunluğu ev kadını olup; gelir getiren bir işte çalışmamaktadırlar. Bu nedenle eşlerine tabi olarak sosyal güvenlik sistemine dahil olmakta ve gelir elde etmektedirler. Yaşlı kadınların büyük çoğunluğunun kişisel geliri bulunmamaktadır. Kadınlar erkeklere göre daha uzun yaşamakla birlikte, yaşadıkları sürede sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirmemektedirler. Mevcut durumda huzurevinde kalan erkeklerin sayısı kadınlardan fazla iken, hem huzurevi hem de sürekli bakım için başvuru yapmış ve sıra bekleyen kadınların sayısı erkeklerden fazladır.
2. Bakım hizmetlerinin organizasyonunda genç yaşlılar (60-74 yaş grubu) ile yaşlı yaşlıların (75+) ihtiyaçları farklıdır. 75 ve daha büyük yaşta olanların sağlıklarının daha kötü olduğu, bağımlılık düzeylerinin arttığı, uzun süreli bakıma ihtiyaç duydukları dikkate alınmalıdır.
3. Öğrenim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek olan yaşlıların yaşlı bakımı konusunda devletten beklentileri daha yüksektir. Eğitimsiz ve gelir düzeyi düşük olanların yaşlı bakımı konusunda aileden beklentileri yüksek iken, diğer grubun devletten yaşlı bakımı hizmetlerinin organizasyonu konusundaki beklentilerinin yüksek olması bu konudaki farkındalık düzeyi ile de ilişkilendirilebilir.
4. Türkiye'de kurumsal yaşlı bakımı hizmetleri huzurevi, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri ve yaşlı yaşam evleri ile sınırlıdır. Burada yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri de huzurevi ile aynı binada/ yerleşkede bulunmaktadır. Huzurevinde kalan bireylerin sağlığı bozulduğu için başka bir kuruma transferi mümkün olmamakta aynı binanın bir bölümünde dizayn edilen yaşlı bakımı ve rehabilitasyon merkezinde sürekli bakımına devam edilmektedir. Gündüzlü bakım kapsamında yaşlı hizmet merkezlerinin kapatılmış olması yaşlılara yönelik hizmetler açısından kayıptır.

Cumhuriyet'in ilanından sonra 1930 tarihinde yürürlüğe giren 1580 sayılı yasa ile ilk kez kamu kuruluşu olan Belediyelere bakıma muhtaç kişilerin (yaşlıların) korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğü getirilmesi üzerine, değişik illerde aceze evleri, güçsüzler



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

yurdu, düşkünler evi ve huzurevi adı altında yatılı yaşlı kuruluşları açılmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı ilk huzurevi 1966'da Konya'da, ikincisi ise Eskişehir'de faaliyet göstermiştir. Huzurevi kavramı toplumda yoksulların, güçsüzlerin, kimsesizlerin gittiği bir yer olarak algılanmakta; yaşlının huzurevine gitmesi yadırganmaktadır. Oysa huzurevinde kalan yaşlılar hizmetlerden memnun olduklarını belirtmekte ve devlet güvencesini hissetmektedirler. Bu algı nedeniyle yeni açılacak kurumsal bakım hizmetlerinde farklı isimlerin tercih edilmesi önemli olacaktır.

5. Hâli hazırda yürütülen mevcut kurumsal bakım hizmetlerinin yeniden gözden geçirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır:
 - Mevcut bakım standartlarının gözden geçirilerek iyileştirilmesi,
 - Alzheimer-Demens gibi hastalıklar nedeniyle uzun süreli bakıma ihtiyaç duyanların sayısının artması nedeniyle ihtisaslaşmış bakım kurumlarının organize edilmesi,
 - Aktif yaşlanmayı desteklemek için yaşlıların topluma katılımını destekleyecek gündüzlü hizmet merkezlerinin oluşturulması, bu merkezlerde yaşlıların ve gençlerin bilgi ve deneyim paylaşımının sağlanması,
 - Yaşlanmada yaşam dönemi yaklaşımının dikkate alınarak koruyucu ve önleyici hizmetler kapsamında çok erken yaşlardan başlayarak aktif ve sağlıklı yaşlanma konusunda çalışmalar yapılması,
 - Huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde profesyonel meslek gruplarından oluşan ekibin tam olarak istihdam edilmesi,
 - Mevcut durumda yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde yönetmelik gereği doktor görevlendirilmesi öngörülmüştür. Ancak istihdam edilen doktor sayısı çok azdır. Bu nedenle doktor istihdamının yaygınlaştırılması,
 - Türkiye'de sağlık hizmetlerinde geriatri uzmanlarının sayısı çok az olup (71 geriatrist vardır), hastanelerde geriatri polikliniklerinin de sayısı çok yetersizdir. Yaşlanan nüfus dikkate alındığında geriatri uzmanlık eğitime önem verilmesi ve geriatri polikliniklerinin yaygınlaştırılması,
 - Yaşlı bakım kurumlarında eğitilmiş ve nitelikli bakım personelinin istihdamına önem verilmesi öncelikli ihtiyaçlar arasındadır.
6. Türkiye'de evde bakımın henüz kurumsallaşmadığı, yalnızca teşhis edilmiş hastalıkları bulunan engellilere evde verilen sağlık hizmetlerinin bulunduğu görülmektedir. Evde bakım kapsamında yalnızca ailelere ekonomik destek sağlandığı, evde bakım ücreti alan yalnızca yaklaşık 156 bin 234 yaşlının bulunduğu bilinmektedir. Hem yalnız yaşayan yaşlılara hem de yaşlı yakınına bakan aile üyelerine destek olmak için evde bakımı kurumsal hale getirmek, yalnızca ekonomik boyutu ile değil konunun psiko- sosyal yönleri de dikkate alınarak organizasyona ivedi bir şekilde ihtiyaç duyulmaktadır. Birçok yaşlı ya da yaşlı yakını evde profesyonel bakım hizmeti almak için bakıcı aramakta ve bulmakta zorlanmaktadır. Bu süreçte kayıt dışı bakıcı sektörü büyümekte, özellikle yurt dışından gelen bakıcılar kayıt dışı olarak çalışmaktadırlar. Türkiye'de bulunan bakıcı olarak çalışan kişiler ise 24 saat bakım vermek istememektedirler. 2015 yılında son yapılan yeni bir düzenleme ile ev hizmetlerinde çalı-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

şanların sosyal güvenlik sistemine dâhil olması öngörülmüş, kayıt dışı çalışmanın önüne geçilmeye çalışılmıştır. Evde yaşlı bakımı için aranan profesyonel bakıcı bulunamamakta evde alınan bakımın kalitesinden emin olunamamaktadır. Oysa Türkiye'de son yıllarda üniversitelerde 2 yıl eğitim veren yaşlı bakımı bölümlerinin sayısı artmıştır. Ayrıca liselerin de yaşlı bakımı bölümlerinden mezun olanlar vardır. Bu kişiler de evde yaşlı bakmak istemekte, resmi olarak sağlık ve bakım kurumlarında çalışmayı istemektedirler.

Bu noktada evde bakımı desteklemek ve kurumsallaştırmak için illerde, valiliklerde bakıcı havuzunun oluşturulması, yaşlı ve yaşlı yakınları ihtiyaç duyduklarında bu havuzdan ihtiyaca uygun bir bakıcının sağlanması önemli bir çözüm olabilir. Bu aşamada bakım ihtiyacı ve bakım süresine göre oluşturulacak hizmet menüsü ve ücretler ile ödeme planı da ortaya konulmalıdır. Bu sistemde yaşlı ve yaşlı yakınları aradıkları nitelikli bakıcıyı bulmuş olurken, diğer yandan önemli bir istihdam alanı da yaratılmış olacaktır. İŞKUR Ocak-Ağustos 2016 verilerine göre; iş bulmak üzere başvuruda bulunan (kayıtlı işsiz) 4 bin 563 hasta ve yaşlı bakım elemanı bulunmaktadır. İŞKUR'a hasta ve yaşlı bakım elemanı çalıştırmak üzere personel bulmak için başvuran kurumların ve kişilerin toplam sayısı ise 1.558 olarak belirlenmiştir.

7. Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de evde bakımın özellikle kadın eşler, kız çocukları ve gelinler tarafından sağlandığı yaşlı ve engelli bakımında önemli bir gerçektir. Ailede yaşlı yakınına bakan birçok kişi kendi bireysel yaşamını göz ardı etmekte çoğu zaman hem diğer aile üyelerinin desteğine hem de kurumsal desteklere ihtiyaç duymaktadırlar. Bu nedenle evde bakıcı desteği sağlamak önemlidir. Diğer yandan yaşlı yakınları için psiko- sosyal destek sağlamak üzere "dinlenme evlerinin" olması bu bakım verenlerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesine destek olacaktır.
8. Türkiye'de sosyal güvenlik primleri dışında yaşlılık döneminde bakımı finanse edecek bir bakım sigorta sistemi bulunmamaktadır. Bununla ilgili uygulamaya geçmede hem çalışan grupların hem de işveren grupların çekinceleri bulunmaktadır. Ancak bakımın finansmanı için acil olarak çözüme ihtiyaç vardır.
9. Ülkemizde yaşlılara yönelik sınırlı sayıdaki hizmet konusunda toplumun ve yaşlıların tam olarak bilgisi olmadığı düşünülmektedir. Bu nedenle sunulan hizmetler konusunda toplumda farkındalık oluşturulması ve bilgilendirme yapılması da önemli konular arasındadır. Kurumsal hizmetlerin sınırlı sayıda olması ve bu konuda bilgilerinin olmaması nedeniyle bireylerin bakım konusunda aileden beklentilerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.
10. Yaşlılık ve yaşlanma yalnızca yaşlılık dönemi ve yaşlı bakımı ile sınırlandırılacak bir konu değildir. Bu nedenle hizmetlerin yaşam dönemi yaklaşımı dikkate alınarak koruyucu ve önleyici sosyal hizmetler kapsamında planlanması ve sunulması anlayışının geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

5. Türkiye'de Yaşlı Bakımı Hizmetlerinde Kapasite Geliştirme ve Yaşlı Bakım Hizmetleri Model Önerisi İçin Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Bu bölümde yaşlı bakımı alanında hizmet sunan profesyonellerin yaşlı bakımı hizmetlerinde kapasite geliştirme konusundaki görüşleri nitel çalışma dizaynı ile değerlendirilmektedir. Nitel çalışma, bu raporda yaşlı bakımı hizmetlerinde kapasite geliştirme ve yeni yaşlı bakımı hizmet modeli/modelleri önerilerinde dikkate alınacak hususlara temel oluşturması ve yaşlı bakımı hizmeti sunanların bakış açısını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Nitel araştırmalar duygu, düşünce, davranışların ve bir konu hakkındaki değerlendirmelerin derinlemesine incelenmesine olanak vermektedir. Derinlemesine incelenen bu olgular, daha önce akla gelmeyen, düşünülmeyen ve tartışılmayan yeni temaların ortaya çıkmasına, buna bağlı olarak da yeni teori ve yaklaşımların geliştirilmesine yardımcı olmaktadır. Nitel yöntemler, tanımlama, betimleme ve açıklama gibi metotlarla konu ile ilgili karmaşık sorulara yanıt verebilmektedir. Bu nedenle, nitel araştırmalar 'neden' ve 'nasıl' sorularına yanıt aramada yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu raporda da yaşlı bakımı hizmetlerinde kapasite geliştirme ile ilgili olarak mevcut durumun analizi, hizmet sunanlar ve hizmet alanlara ilişkin bilgiler, hizmet alanların beklentileri gibi konular değerlendirilmiş olmakla birlikte; yaşlı bakımı hizmetlerinde kapasite geliştirme ve yaşlılar için yeni bakım modellerinin planlanmasında bu alanda çalışan profesyonellerin görüşlerini içeren bir nitel çalışmaya ihtiyaç duyulmuştur. Bu amaçla nitel çalışma kapsamında "nitel çalışma rehberi" hazırlanmıştır. Nitel çalışma rehberinde genel olarak aşağıda yer alan konular incelenmiştir:

1. Türkiye'de sunulan mevcut yaşlı bakımı hizmetlerinin zayıf ve güçlü yanları,
2. Türkiye'de yaşlılık ve yaşlı bakımı alanı için en öncelikli üç hedef,
3. Yaşlılar için bu hedeflerin başarılmasında ihtiyaç duyulan başlıklar/konular,
4. Yaşlı bakımında uygulamada karşılaşılan sorunlar, yaşlı bakımına ilişkin mevcut yönetmelikler ve uygulama arasında boşluklar/açıklar,
5. Gelecek projeksiyonlarını da dikkate alarak yaşlı bakımı konusundaki genel görüşler ve değerlendirmeler,
6. Yaşlı bakımı hizmetlerinde yeni hizmet modeli / modelleri ne olmalıdır ve nasıl yapılandırılmalıdır?

Yukarıda belirlenen bu konular kapsamında nitel çalışmada iki aşamada veriler toplanmıştır:

Birinci aşamada, yaşlı bakımı hizmetlerinde 1 huzurevi müdürü, 1 sosyal çalışmacı, 2 sosyal politika alanında hizmet sunan yönetici olmak üzere toplam dört kişi ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler 45 ile 60 dakika arasında sürmüştür.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İkinci aşamada, odak grup çalışması yapılmıştır. Odak grup çalışmasına 13 kişi katılmıştır. Katılımcıların 10'u Ankara'da Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı huzurevi ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde sosyal çalışmacı, psikolog olarak çalışan profesyonel meslek elemanlarından oluşmaktadır. Katılımcıların 3'ü ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde yaşlı bakımı ve yaşlı hizmetleri alanında sosyal çalışmacı olarak çalışmaktadırlar. Katılımcılardan 6'sı kadın, 7'si erkektir. Katılımcıların yaşlılık alanında çalışma süreleri 1 ile 24 yıl arasında değişmektedir.

Yaşlı bakımı hizmetleri konusunda görüşleri alınan kişilerin sorumluluk alanlarına dayalı olarak değerlendirmelere odaklandıkları görülmektedir. Sonuçlar, nitel çalışma rehberinde belirtilen altı temel başlık altında açıklanmıştır.

1. Türkiye'de sunulan mevcut yaşlı bakımı hizmetlerinin zayıf ve güçlü yanları

Türkiye'de yaşlı bakımı hizmetlerinde güçlü yanlar değerlendirilirken vurgu yapılan en önemli konu yaşlı bakımında yatılı hizmetlerin gelişmiş olmasıdır. Ayrıca bu yatılı yaşlı bakımı hizmetlerinin profesyonel bir anlayışla sunulduğu belirtilmektedir. Bunun yanı sıra yaşlılara yönelik sosyal yardım politikalarının da yaşlı bakımında güçlü yanı oluşturduğu, aynı ve nakdi yardımların yeterli düzeyde yaşlılara sağlandığı, evde bakım ücretinin de bunlardan biri olduğu katılımcılar tarafından açıklanmaktadır. Ayrıca yardım politikalarının yaşlıların temel ihtiyaçlarının karşılanmasında etkili olduğu görüşü ortaya çıkmaktadır.

Türkiye'de son yıllarda yaşlılara yönelik bakım ihtiyacı ile birlikte toplumsal ve sosyal ihtiyaçlarına ilişkin farkındalığın artmış olması ve toplumda yaşlılık ve yaşlı bakımına ilişkin bilincin geçmiş yıllara göre artmış olması diğer güçlü yanlar olarak sıralanmaktadır.

Yatılı yaşlı bakımı kurumlarının varlığı Türkiye'de yaşlı bakımı hizmetlerinde güçlü bir yan olarak değerlendirilirken; özellikle bu kurumların varlığından ve işleyiş sürecinden ortaya çıkan birçok konu ise zayıf yanlar olarak değerlendirilmiştir.

Yaşlı bakımı hizmetlerinde yönetici olarak çalışan katılımcılardan biri yönetmelikte huzurevi-ne alma yaşının 60 olmasının zayıf bir yan olmasına vurgu yapmakta ve Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşlılığın başlangıcı olarak kabul ettiği 65 yaşının huzurevine kabul yaşı olmasının doğru olacağını belirtmektedir.

"1975 yılından bu yana hizmet vermekte olan kuruluşumuzda yaklaşık 28 yıldır huzurevinde ve halen de huzurevi bölümünde kalıp kendi işini kendisi yapabilen yaşlılar bulunmaktadır."

Yatılı kurumsal bakım hizmetlerinde öz bakım kapasitesi ile ilgili işlevsellikleri azalmış olan yaşlılar ya da yalnızca fiziksel desteğe ihtiyaç duyan yaşlılar ile zihinsel kayıplar yaşayan yaşlıların bir arada hizmet alıyor olmaları nedeniyle özellikle fiziksel kayıplar yaşayan yaşlılar için dezavantajlı bir durumun ortaya çıktığı görüşü paylaşılmıştır. Buna bağlı olarak da ***"kurum bakımına alternatif hizmet modellerinin oluşturulamaması, yaşlının evinde yaşamını sürdürmesine ilişkin bakım modellerinin bulunmayışı, ihtisas kuruluşlarının oluşturulmaması"*** yaşlı bakımı hizmetlerinde diğer zayıf yanlar olarak açıklanmıştır.

Yaşlı bakımı hizmetlerinde zayıf yan olarak belirtilen diğer görüşlerden biri kurum ücreti ile ilgilidir. Yatılı yaşlı bakımı kurumlarında muhtaçlık düzeyindeki kişisel geliri olmayan yaşlılar ücret-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

siz olarak **merkezi yönetim** tarafından bakılmaktadır. Bu kurumlarda kendi ücretini ödeyerek kalan yaşlılar ile **merkezi yönetim** tarafından bakılan yaşlılar aynı yerde kalmakta; eşitlik ilkesine dayalı olarak hak temelli yaklaşımla aynı hizmetlerden yararlanmaktadırlar. Bu durum ücret ödeyen yaşlıların diğer yaşlılar üzerinde sosyal ve psikolojik açıdan baskı oluşturma çabalarına neden olmaktadır. Bu süreçte kurumda kalan yaşlılar arasındaki barış atmosferi kimi zaman etkilenmektedir.

Bir katılımcı ise kurum bakımındaki ücret boyutunu maliyetleri dikkate alarak değerlendirmiştir:

“Bir diğer konu; ücretli ve ücretsiz bakım hizmetidir. Bugünkü rakamlar ile yaşlı maliyeti ayda 4 bin.TL’yi geçmiştir. Oda ücreti karşılığı; aylık olarak rehabilitasyon ya da özel bakım bölümlerinde bakılan yaşlılardan 490,05.TL ve huzurevi bölümünden hizmet alan yaşlılardan 323,50.TL ücret alınmaktadır. Bu alınan para yaşlı maliyetinin çok altındadır.”

Yalnızca ücretler yönü ile değil, sağlık ürünlerine ihtiyaç duyan yaşlıların ihtiyaçları ile de aileler sorumlu olduğu halde çoğu zaman ilgilenmemeleri nedeniyle bu maliyetlerin de huzurevi yönetimi tarafından karşılanmak zorunda kalınmasının maliyeti artırdığı anlaşılmaktadır.

“Kuruluşa kabul aşamasında yaşlı yakınlarına yükümlülükler konusunda bir takım evraklar imzalatılmasına rağmen, yaşlı kuruluşa kabul edildikten sonra yaşlı yakınları ile yaşlıların özellikle sağlıkla ilgili ihtiyaçlarının (mama torbası, alt bezi, temizlik malzemeleri, yaşlının hastaneye götürülmesinde refakat edilmesi, tedavisinin yaptırılması gibi) karşılanması konularında sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu konuda çözüm üretilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca yaşlılarla ilgili özellikle sağlık anlamında sıkıntı yaşandığında imzalatılan tüm belgelere, yaşlı yakınları tarafından verilen taahhütlere rağmen ailelerle kuruluş çalışanları karşı karşıya gelmekte, bütün sorumluluk kuruluşun üzerine kalmaktadır. Bu nedenle yaşlı yakınlarının yükümlülüklerini yerine getirmeleri konusunda yaptırımların artırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.”

Bu yönü ile yaşlılar için yatılı kurum bakımının devlete maliyetinin çok yüksek olduğu görülmektedir.

Yatılı yaşlı bakım kurumlarına kabul edilirken, yaşlıdan sağlık raporu istenmektedir. Sağlık raporu alma süreci ve kurumlarda yeterli sayıda doktor olmaması yaşlı bakımı hizmetlerinde zayıf yanlar arasında değerlendirilmektedir.

“Yönetmelik gereği başvuruda istenen sağlık raporları özel hastanelerden de alınır hale getirilmiş, hatta hem maliyet anlamında daha düşük olması hem de daha kısa sürede tamamlanması nedeni ile yaşlılar ve yaşlı yakınları tarafından daha tercih edilir duruma gelmiştir. Ancak uygulamada bu durum zaman zaman sıkıntılar yaşanmasına neden olmaktadır. Verilen raporlar yaşlılar hakkında yeterli bilgi vermemektedir. Bazı özel sağlık kuruluşları “bulaşıcı hastalığı yoktur” ibaresini herhangi bir tetkik yapmadan verebilmektedir. Bu yüzden raporların tam teşekküllü devlet hastanelerinden alınması yoluna gidilmesi ancak “huzurevi ya da rehabilitasyon merkezinde kalması” için alındığında normal heyet raporundan farklı bir prosedür uygulamasına geçilmesinin sağlanmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz.”

“Kuruluşlarda doktor bulunmaması hem ilaçların yazılması sürecinde hem de tedavinin devamlılığı anlamında sıkıntılar yaşanmasına neden olmaktadır.”



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Kurum bakımı hizmetlerine odaklanan diğer zayıflardan biri de hizmet alan yaşlılar açısından değerlendirilmiştir. Hizmet alanların oda niteliğine odaklanan bu değerlendirme aşağıdaki gibidir:

“Farklı kültürlerde yaşamış, farklı kişisel özelliklere sahip insanların ortak bir odada kalmaları normalde sıkıntıya neden olurken bu duruma bir de yaşlılık psikolojisinin, özelliklerinin eklenmesi hemen her gün yaşlıların çatışma yaşamalarına neden olmakta, sonuç olarak hem kendileri mutsuz olmakta hem de karşılardakini mutsuz etmektedirler. Kuruluşumuzda bu güne kadar kendi isteği ile kuruluştan ayrılan yaşlılarımızın hemen hepsi iki kişilik odalarda kalmaya uyum sağlayamadıkları için ayrılmışlardır. Bu nedenlerle kuruluştarda bir ömür geçiren bu insanların yaşamlarını en konforlu şekilde tamamlamalarını sağlamak için huzurevi bölümündeki odaların, içerisinde banyo tuvalet olacak şekilde tek kişilik odalar olarak düzenlenmesinin uygun olacağı düşünülmektedir. Kuruluşlarda bakılan yaşlı sayısı ya da kaç kişiye hizmet götürüldüğü önemli olmakla birlikte verilen hizmetin kalitesi ve kalan kişilerin kendilerini burada mutlu ve huzurlu hissetmelerinin sağlanmasının daha önemli olduğunu düşünmekteyiz.”

Bu noktada ***“yaşlı bakım alanında çalışan personelin sık sık değiştirilmesi, mevzuat eksiklikleri ve yaşlılık alanındaki araştırma sayısının azlığı, sağlıklı bir veri tabanı bulunmayışı”*** Türkiye’de yaşlı bakımı hizmetleri açısından belirtilen diğer zayıf yanlar olarak ortaya çıkmıştır.

Yatılı yaşlı bakım kurumlarında kalan yaşlıların yakınları ile iletişim sürecinde özellikle yakınlarının ekonomik istismarına maruz kalma risklerinin olması katılımcıların endişe ettikleri bir durum olarak açıklanmıştır. Yakınlarının yaşlılara banka kredisi çektirerek, onlara ödeme yaptırmaları, vasilik sisteminde para yönetimi konusunun yer alması, vasi olan kişilerin yaşlıların ihtiyaçları ile ilgilenmemesi ve bu durum nedeniyle yaşlının ihmal ve istismarının söz konusu olması açıklanan konular arasındadır.

Türkiye’de yaşlı bakımında en önemli hizmet “Huzurevi ve Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri”dir. Bu kurumlara başvuru sayısının gün geçtikçe artması ve mevcut kurumların sırada bekleyenlere hızlı yer sağlayamaması zayıf yanlardan biri olarak değerlendirilmiştir.

“Kurum bakımı hizmetinden yararlanmak isteyen yaşlıların büyük kentlerdeki huzurevlerine yığılması sonucu kuruluşlarda “yaşlı sırası” oluşmaktadır. Öyle ki bu sıra kendi içinde “acil” olarak da ayrılmıştır. Sosyal bir Hukuk Devleti olan ülkemizde böyle bir durumun yaşanması en önemli zayıf yanımızdır.”

Yatılı yaşlı bakımı kurumlarının var olması güçlü bir yan olarak değerlendirilirken, Türkiye’de yaşlı bakımı hizmetlerinin yalnızca bu kurumlar ile sınırlı olması, bireyin yerinde yaşlanmasını destekleyen evde bakım uygulamalarının olmaması ve kurumsallaşmaması, diğer hizmet modellerinin geliştirilmemiş olması ise zayıf bir yan olarak belirlenmiştir.

2.Türkiye’de yaşlılık ve yaşlı bakımı alanı için en öncelikli üç hedef

Katılımcılara Türkiye’de yaşlılık ve yaşlı bakımı alanı için öncelikli üç hedef sorulmuş ve değerlendirmeleri istenmiştir. Katılımcıların vermiş oldukları cevaplar aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

“Yaşlının alışmış olduğu çevrede ya da yaşamdan kopmadan aktif biçimde yaşlanabileceği hizmet modellerinin teşkil edilmelidir.”



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

"Mevzuatın ivedilikle yenilenmelidir."

"Ekonomik nedenlerle huzurevinde kalmak durumunda kalan yaşlıların konutlarında yaşama-ya devam edebilmeleri için gerekli destek sistemlerinin oluşturulmalıdır."

"Bakım Sigortası Yasası çıkartılmalıdır."

"Aktif yaşlanmayı içeren sosyal politikalar oluşturulmalıdır."

"Var olan mevzuat güncellenerek yenilenmelidir."

"Gündüzlü hizmetlerin geliştirilmesini sağlamaktır."

"Yaşlı bakımında yaşlının yaşam koşullarının iyileştirilerek evde bakımını sağlamak"

"Alzheimer ve Demans gibi hasta olan yaşlılara yönelik hizmet modelini geliştirmek ve uygulamak"

Katılımcıların açıklamalarına dayalı olarak Türkiye'de yaşlı bakımı hizmetlerinde üç öncelik alanı aşağıdaki gibidir:

1.Yerinde yaşlanmayı destekleyecek olan evde bakım hizmetleri ile aktif yaşlanmayı destekleyecek olan gündüzlü bakım hizmet modellerinin planlanması, kurumsallaşması ve yaygınlaştırılması

2. Bakım Sigortası Yasasının Çıkartılması

3.Mevzuatın gözden geçirilmesi ve Alzheimer-demans gibi uzun süreli bakım gerektiren hasta yaşlılar için ihtisaslaşmış kuruluşların oluşturulması

Katılımcıların Türkiye'de yaşlılık ve yaşlı bakımı alanı için en öncelikli üç hedef olarak açıkladıkları konuların, ağırlıklı olarak zayıf yanlarda belirtilen konular ile örtüştüğü ve bu zayıf yanların güçlendirilmesi ile ilgili hedefler olduğu anlaşılmaktadır.

3.Yaşlılar için bu hedeflerin başarılmasında ihtiyaç duyulan başlıklar/konular

Katılımcılar tarafından Türkiye'de yaşlı bakımı hizmetlerinde belirlenen hedeflerin başarılmasında ihtiyaç duyulan konular arasında öncelikli olarak kurumlar arası koordinasyon ihtiyacı belirtilmiştir.

"Diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği ve koordinasyon eksikliği hizmet sunumunda tekrarlara ya da yaşlının aktif yaşamdan uzaklaşmasına neden olabilmektedir."

Bu raporun önceki bölümlerinde de belirtildiği gibi yaşlılara yönelik hizmetler farklı kurumların sorumluluk alanlarına dâhildir. Bu da çoğu zaman kurumlar arasında koordinasyon ve iletişim eksikliğine neden olmakta ve hizmet sunumuna yansımaktadır.

Yaşlı bakım mevzuatının gözden geçirilmesi ve standartların iyileştirilmesi böyle hizmetlerde etkililiğin sağlanması ihtiyaç duyulan diğer konular olarak belirtilmiştir. Ayrıca mevzuata evde bakım başta olmak üzere yeni hizmet modellerinin eklenmesine vurgu yapılmıştır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

“Mevcut yönetmelik çalışmalarının bir an önce tamamlanmalıdır.”

“Var olan Huzurevleri, Yaşlı Bakım ve İyileştirme Merkezleri Yönetmeliği güncellenerek yenilenmelidir.”

“İlgili olan Yönetmeliğin uygulanmasının sağlanması”

“Evde bakım türü alternatif hizmet modellerinin yeni mevzuata dahil edilmesi”

“Üniversiteler ve Meslek örgütlerinin katılımıyla aktif yaşlanma, sosyal içirme, uluslararası bakım standartlarının ülkemize uygun hale getirilmesi, standart iyileştirme programlarının uygulanmasının kolaylaştırılması sağlanmalıdır.”

“Yaşlıların ihtiyaç ve isteklerinin göz önünde bulundurularak hizmetlerde etkinlik sağlanmalıdır.”

“Bakım hizmetlerine ilişkin yaşlıların tercih edebileceği farklı alternatif modellerin geliştirilmesi sağlanmalıdır.”

Bakım Sigorta Yasasının oluşturulması yaşlı bakımı hizmetlerinde öncelikli olarak belirlenen hedeflere ulaşmak için ihtiyaç duyulan öncelikli konular arasında yer almıştır.

“Bakım Sigortası Yasası konusunda TBMM’de grubu olan tüm partiler bilgilendirilmelidir. Bu yıl Yasama gündemine alınması sağlanmalıdır.”

4.Yaşlı bakımında uygulamada karşılaşılan sorunlar, yaşlı bakımına ilişkin mevcut yönetmelikler ve uygulama arasında boşluklar/açıklar

Çalışmanın bu bölümünde yaşlı bakımı hizmetlerinde görev alan uzmanların yaşlı bakımında uygulamada karşılaşılan sorunları, yaşlı bakımına ilişkin mevcut mevzuatlar ve yönetmelikler ile uygulamadaki açıkları değerlendirmeleri istenmiştir. Bu konuda yapılan değerlendirmeler incelendiğinde; mevcut yönetmelik ile uygulama arasındaki açıkların hizmet sunumunu etkilediği ve bakım standartlarının olmamasının önemli bir konu olduğu ortaya çıkmıştır.

“Mevcut yönetmelik değişen yaşlılık sorunları ve hizmet sunumunda karşılaşılan ivedi problemleri çözme konusunda boşluklar içermektedir.”

“Yaşlı bakımına ilişkin yönetmelik ve uygulamalar arasında boşluk bulunmaktadır. Örneğin yaşlılara yönelik uygulanan yaşlı yaşam evlerinin yönetmelikte yer almaması ya da gündüzlü bakım hizmetlerinin yönetmelikte yer alması ancak uygulamada yeterince desteklenmemesi gösterilebilir.”

“Bakım standartları yoktur. Bakanlığımızca bu konu çalışılmış ancak uygulamaya konulmamıştır. Bu konunun uygulamaya konması gerekmektedir. Yönetmelik ile uygulama arasında günün koşulları gereği güncelleme yapılması zorunludur.”

Yaşlı bakımı hizmetlerinde uygulamada karşılaşılan diğer sorunlar huzurevlerinde uygulanan ücretler, yatılı kurum binalarının fiziksel olarak yetersizliği ve personel yetersizliği olarak açıklanmaktadır.

“Özellikle eski tip huzurevlerinde bakım ücretlerinin düşük oluşu çoğu kez huzurevi hizmetini cazip hale getirmekte olup, huzurevi ücretlerinde yaşlının gelir durumuna göre oranlama getirilmesi hizmete katkı sağlayacaktır.”



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

"Yaşlı bakımında karşılaşılan sorunlar; personel yetersizliği ve yaşlılar için kullanılan binaların fiziksel anlamda eksikliğinin bulunması."

5. Gelecek projeksiyonlarını da dikkate alarak yaşlı bakımı konusundaki genel görüşler ve değerlendirmeler

Yaşlı bakımı hizmetlerinde görev yapan uzmanların Türkiye'de yaşlı bakımı hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik genel görüşleri incelendiğinde; diğer sorularda yapmış oldukları değerlendirmeler ile benzer cevaplar ortaya çıktığı dikkati çekmektedir. Uzmanlar öncelikli olarak yaşlı hizmetlerinde gelecek vizyonu açısından bakım sigorta sisteminin önemine vurgu yapmışlardır. Diğer yandan Türkiye'de yaşlılık ve yaşlanma alanı ile ilgili çalışmalara ağırlık verilmesi ve bu konuda kurumlar arasında iş birliği yapılması gerektiğine vurgu yapılmıştır.

"Yaşlanma sürecinde yaşlılar birçok sağlık ve bakım giderleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Yaşam koşullarına ve ortalama yaşam süresinin artmasına da bağlı olarak etkisini gösteren birçok sorun ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlara yönelik yaşlılık ile ilgili çalışmalar bulunmakta ancak yetersiz kalmaktadır. Bu anlamda ilgili kamu kurum ve kuruluşların ve uzmanların da desteği ile çalışmalara ağırlık verilmesi yerinde olacaktır."

Katılımcılar yaşlı bakımı konusunda entegre hizmetlere ihtiyaç duyulduğuna, konunun yaşlı merkezli olmakla birlikte yaşlının çevresi içinde düşünülerek hizmetlerin planlanması gerektiğine dikkat çekmektedirler.

"Evde yaşama destek, gündüzlü hizmetler ve evde yaşlı bakımı hizmetlerinin diğer kamu kurumlarıyla iş birliği içerisinde sunulmasının, aile danışmanlığı hizmetleri yoluyla yaşlı ile yakınları arasında yaşanabilecek olası sorunların çözüme ulaştırılmasının, kurum bakımının son aşamada düşülmesinin, yaşlının yaşadığı yetersizlik, tükenmişlik, işe yaramama türü olumsuz duyguları aşmasına ilişkin çalışmalar yürütülmesinin yaşlı refahı açısından önemli olduğu düşünülmektedir."

6. Yaşlı bakımı hizmetlerinde yeni hizmet modeli / modelleri ne olmalıdır ve nasıl yapılmalıdır?

Yaşlı bakımı hizmetlerinde yeni modellerin geliştirilmesine ilişkin önerilerin genel olarak iki konuya odaklandığı görülmektedir. Birinci olarak, var olan yatılı kurumsal bakım modelinin şu an-daki en güçlü model olduğu ve bu yapının yeni hizmet modelleri geliştirilirken korunması ve yeni düzenlemeler ile daha da güçlendirilmesi görüşü ortaya çıkmıştır. İkinci olarak ise özellikle yerinde yaşlanmanın desteklenmesi için evde bakım hizmetlerinin yapılandırılması ve yaygınlaştırılması ihtiyacı ile toplumsal katılımı destekleyecek olan gündüzlü bakım hizmetlerine ilişkin ihtiyaca vurgu yapılmıştır. Katılımcıların bu konudaki görüşlerinde ülkemiz özelindeki yaşlı bakımı ihtiyaçlarının neler olduğu noktasından değerlendirme yaparak öneriler sundukları görülmektedir.

"Yeni hizmet modeli yerel özellikte olup, evde bakım yanında kuruluş bakımı da yaygınlaştırılmalıdır. Sosyal Güvence Sistemi benzeri yaşlılık dönemine ait tercih edeceği hizmet için prim vb. sistem oluşturulabilir. Kuruluş hizmetleri oteller gibi sınıflandırılarak ücretlendirme ve hizmet çeşitliliği sağlanmalıdır."



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

“Yaşlı bakımı konusunda yetkin personel yetiştirilmelidir. Belediyelerden ve gönüllü kişilerden evde destekleme konusunda yardım alınması, her bölgede kreşler gibi yaygın bir şekilde gündüzlü yaşlı bakım merkezleri kurularak yaşlı yakınları ve yaşlılara hizmet verilmesi iyi olur. Yaşlı bakımında rehberlik hizmet sunumları çeşitli alanlarda arttırılmalıdır.

“Yaşlı köyleri ya da sitelerinin oluşturulması yeni bir hizmet modeli olabilir. Yaşlıya hizmet sunmak için yerel yönetimlerce mobil ekiplerin (bakım, yemek, teknik destek, alışveriş, ev temizliği, sağlık konularında) oluşturulması yaşlıyı ve yaşlı yakınlarını destekler, yaşlı sosyalizasyonu yönünde yaşlı kulüplerinin açılması gerekir.”

“Yeni hizmet modeli olarak doğal ortamlar içerisinde müstakil evler oluşturularak yeni yaşam alanları sağlanması olabilir. Gündüzlü yaşlı bakım merkezlerinin açılması sağlıklı yaşlılar için gereklidir.”

“Kampüs tarzı huzurevlerinin geliştirilmesi gerekecektir. Yaşlıların yaşlılığa ve hizmetlere bakış açılarının değişmelidir. Yaşlı bakımında personellerin daha donanımlı olması gerekmektedir.

“Yaşlı bakımında yeni hizmet modeli olarak hospis, ihtisaslaşmış butik huzurevi, gündüz bakım evleri yaygınlaştırılmalıdır.”

Katılımcılar arasında yeni hizmet modelleri oluşturulurken, hem yaşlının hem de yaşlıya bakım veren yakınlarının psiko-sosyal ihtiyaçlarının unutulmaması gerektiğine, bu nedenle yeni hizmet modellerinde entegre bakım hizmetleri kapsamında psiko-sosyal desteğinde yer alması gerektiğine vurgu yapmışlardır.

Sonuçlara göre dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yaşlı nüfusun artması ile birlikte sosyo-politik kurumların ivedi bir şekilde harekete geçmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Çünkü mevzuatların gözden geçirilmesi, bakım sigorta yasasının çıkarılması, evde bakım hizmetinin **merkezi yönetim** tarafından yapılandırılması ve farklı entegre bakım hizmeti modellerinin geliştirilmesi önemli ihtiyaçlar ve bu ihtiyaçların karşılanmasına ilişkin eylemlerin gerçekleşmesi önemli hedefler olarak ortaya çıkmıştır. Özellikle makro düzeyde yapılacak olan bu düzenleme ve gelişmelerin mikro düzeyde yaşlıların yaşam kalitesinin iyileşmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

6. Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetleri İçin Model Önerisi

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitenin Artırılması Projesi kapsamında yaşlı bakımı hizmetlerinde kapasite geliştirme odağında hazırlanan bu raporun nihai amacı; Türkiye’de yaşlı bakımı hizmetleri için model önerisi sunmaktır. Bu çalışmanın uluslararası düzeyinde İtalya, Hollanda, Norveç ve İngiltere olmak üzere dört Avrupa ülkesindeki mevcut yaşlı bakımı hizmetleri değerlendirilmiş, farklı hizmet modelleri açıklanmıştır.

Avrupa dünyanın en yaşlı nüfusa sahip olan kıtasıdır. Bu nedenle yaşlanma ve yaşlılık sürecinin getirdiği sosyal, kültürel ekonomik konular ile yüzleşmiştir. Avrupa ekonomik olarak gelişme sürecini tamamladıktan sonra nüfusu yaşlanmıştır. Ancak Türkiye hızla gelişmekte olan bir ülke olmakla beraber, hızla da yaşlanma sürecine girmiştir.

Avrupa Birliği ülkelerinde 2010 yılında 65 ve daha büyük yaştaki bireylerin oranı %18 iken, bu oranın 2060 yılında %30’a yükselmesi beklenmektedir. Nüfusun yaşlanması sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacı ve sağlık harcamalarını doğrudan etkilemektedir. Yaşlılıkta görülen hastalıkların artması ile birlikte Avrupa Birliği ülkelerinde 2008 yılında Gayri Safı Yurt İçi Hasıladan (GSYİH) sağlık harcamalarına ayrılan ortalama %8.4’lük payın yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak 2020 yılında %16’ya çıkacağı tahmin edilmektedir (Ökem ve Can, 2014). Elbette Avrupa ülkelerinde yaşlanan nüfusa bağlı olarak sağlık harcamalarının artması tek konu değildir. Örneğin her dört kişiden birinin 65 ve daha büyük yaşta olduğu İsveç’te toplumun geleceğini hazırlamak önemli bir konudur. Günümüzde İsveç’te nüfusun %5.2’si 80 ve daha büyük yaştadır. Avrupa Birliği ülkelerinde ise 80 ve daha büyük yaşta olanların ortalama oranı %5.1’dir. Yaşlı bakımı ise belediye vergileri ya da hükümet ödenekleri ile finanse edilmektedir. İsveç’te yaşlı bakımının toplam maliyeti 2014 yılında 11.7 milyon Euro’dur. İsveç’te, yaşlılar belediyelerden evde destek hizmeti (hazır yemek, temizlik vb.) alarak evlerinde yaşamaya devam etmektedirler. Evde destek personeli 2014 yılında 221.600 yaşlıya hizmet vermiştir.

Avrupa ülkelerindeki genel durum ve İsveç örneğinin ardından raporun bundan sonraki bölümünde; İngiltere, Hollanda, Norveç ve İtalya’daki yaşlı bakım hizmetlerine ilişkin anahtar noktalar özetlenecektir.

İngiltere pek çok sanayileşmiş Batı devleti gibi, şeffaflık ve kurumsal dürüstlüğü önemsendiği, yolsuzluk oranının düşük olduğu bir devlettir. Birleşmiş Milletler tarafından çok yüksek insani kalkınma sınıfında sayılan İngiltere’de yaşayan 64 milyon civarındaki nüfusun ortalama yaşam süresi 80’dir (Boslaugh, 2013).

İngiltere Anglo-sakson (liberal) refah devletinin en ileri temsilcilerinden biridir. İngiltere’de yaşlılara yönelik sosyal politikalar, genel olarak (i) emeklilik sistemi ve (ii) sosyal hizmetler olarak ayrılmaktadır.

İngiltere’de emeklilik sistemi iki ayaklı yürütülmektedir. Normal emeklilik yaşı, erkekler için 65; kadınlar için 60 olmakla birlikte, kadınlar için bu yaşı 2010 yılından itibaren kademeli olarak yükseltilmesi ve 2020 yılında 65’e çıkarılması çalışmaları başlatılmıştır. Emeklilik sisteminin birin-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ci ayağı, dağıtım sistemine dayalı kamu yaşlılık sigortası şeklinde işlemektedir. Bu anlamda, tam emeklilik maaşı alabilmek için, en az 44 yıl çalışıp, vergi mükellefi olmak gerekmektedir. Ayrıca sistemde, yaşlılıkta emek arzını özendirici unsurlar bulunmaktadır. Çünkü emekliliğin 65 yaşından sonraya bırakılması durumunda, emeklilik maaşı geciktirilen her yıl için %10.4 artmaktadır. Ancak temel emeklilik geliri, asgari yaşam standartlarını devam ettirmek için asgari geçim seviyesinden daha düşüktür. Zira birçok emekli, diğer özel kaynaklara ya da "asgari gelir garantisi"ni de içeren gelir-testine dayalı "gelir destekleri"yle yaşam sürmektedir (Taşçı, 2010).

Sağlıklı yaşlı bireylerin hızla arttığı ülkelerden biri olan İngiltere'de yaşlılara yönelik toplumsal algı, 30-40 yıl öncesine göre farklı bir perspektif kazanmıştır. 65 yaşına gelmiş insanlar devletin yaşlı bireyler için sağladığı kolaylıklardan yararlanma hakkına sahip kabul edilirler. Bu kolaylıklar arasında, ulaşımda indirim, emeklilik maaşı, toplumsal aktivitelere katılım ücretlerinde indirimler sayılabilir. Emeklilik yaşına gelmiş bireyler on yıldan otuz yıla kadar aktif bir yaşam planı yapmaktadırlar.

1980'li yıllarda toplumda yaşlı algısı negatif bir görünümde idi. Yaşlılar medyada hasta, fakir ve yeteneksiz olarak resmediliyordu. Fakat sonraki yıllarda bu algı olumlu yönde değişmiş ve yaşlıların aile ve topluma destek ve yardımcı olan bireyler olduğu vurgulanmaya başlanmıştır. Buna rağmen toplumdaki yaşlı algısı hala tamamen olumlu bir hale gelmemiştir (Kosberg, 1994).

İngiltere'de 19. yüzyıldan bu yana süren gelişmelerin sonucu olarak ortaya çıkan, devlet tarafından fonlanan bir sağlık sistemi vardır. Bu sağlık hizmeti yerel yetkililerce yürütülür ve ihtiyaç sahiplerine ücretsiz olarak sunulur. Kar amacı gütmeyen ve gönüllü kuruluşların yanında kar amaçlı çalışan şirketler de bu sistemin bir parçasıdır. Ülkede 60-65 yaş üstü kadın ve erkeklerin tamamına yakınının temel geçim kaynağını emekli maaşı oluşturmaktadır (Kosberg, 1994).

İngiltere'nin 1980'lerde yasalaştırılmış sağlık güvencesi sisteminde, devletin sağlık ve tedavi hizmetlerinde ön planda olması öngörülmüştür. Bu doğrultuda, ülkedeki hastanelerin çoğunluğu kamuya ait olmakla birlikte, az sayıda özel hastane de mevcuttur. Vergiyle finanse edilen ve bütün ülkede geçerli olan bu sistem içinde, İngiltere vatandaşlarına hastane hizmetleri ücretsiz olarak verilmektedir. Birleşik Krallık'ta kamu sektörünün sağlık harcamaları 2010 yılında kişi başına 3500 dolar civarı gerçekleşmiştir (Boslaugh, 2013).

İngiltere'de yaşlılar için sosyal politikanın bir aracı olarak sosyal hizmetler kapsamında bakım hizmetleri yürütülmektedir. Bakım hizmetleri kapsamında evde bakım, İngiltere'de hizmet türlerinden biridir. Bunun kökeni, zor durumda ve ihtiyaç halinde olan kişilerin bu halini gidermeye yönelik bakım anlayışının olduğu 19. yüzyıldaki yoksulluk kanununa dayandırılmaktadır. Diğer yandan ikinci Dünya savaşı sonrası İngiltere'de "ihtiyaç" halindeki yaşlılara yönelik sorumluluklar iki kuruma dağıtılmıştır. Hasta olanlardan sağlık otoriteleri sorumlu olmuş; "bakım ihtiyacı ve dikkat sorunu nedeniyle ayakta duramayanlar"ın sorumluluğu ise yerel yönetimlere bırakılmıştır. Bunlara ek olarak, karma bir bakım modelinin de varlığı dikkati çekmektedir. Buna göre, bir yandan sağlık kurumu veya yerel idarelerden bakım hizmeti istenirken, diğer yandan ailelerin de bu bakımda olması beklenmektedir. Ancak İngiliz yaşlılarının, özellikle yalnız kaldıklarında ve kişisel bakımları söz konusu olduğunda aile bakımından çok, profesyonel bakım hizmeti istedikleri belirtilmektedir (Taşçı, 2010).

İngiltere'de yaşlıların yaşlı barınma evlerinde kalma oranı düşüktür. Emeklilik yaşına gelenlerin yalnızca %10'unun 40 km'den daha uzağa taşındığı, geri kalanların çoğunlukla çalışırken kaldık-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ları şehirlerde yaşamaya devam ettikleri belirlenmiştir. Bu doğrultuda, İngiltere'de devlet politikası, evde bakım hizmetleri ile destekleyerek yaşlıların evlerinde yaşamaya devam etmelerini sağlamak üzerine kuruludur (Kosberg, 1994).

Kendi başına yaşayamayan yaşlılar için barınma evleri vardır. Resmi verilere göre ülkedeki barınma evlerinin %66'sı yerel yönetimler, %25'i kar amacı gütmeyen kurumlar, geri kalanları ise özel sektör tarafından işletilmektedir. 1980'lerden sonra müstakil ev tipinde yaşlı barınma evlerinin yapılması yaygınlaşmıştır. Daha da yakın zamanlarda zengin emekliler için Amerika'da yaygın olan yaşlı barınma köyleri de yapılmaya başlamıştır (Kosberg, 1994). İngiltere'de yaşlılar için özel olarak oluşturulmuş olan ve "yaşlılar köyü" olarak isimlendirilen özel bölgeler bulunmaktadır. Buradaki yaşlılar, kurumsal anlamda kendileriyle ilişkide olan profesyonellerle daha yakın etkileşim halindedirler. Aynı zamanda, kendilerine ait kararları kendileri alabilecek durumdadırlar.

Birçok başka ülkede olduğu gibi İngiltere'de de hasta olan ya da bakım görmesi gereken kişiler için evde bakım hizmeti sunulmaktadır. Bu hizmetler arasında şunlar sayılabilir: Temel sağlık hizmetleri, yemek dağıtımı, doktor ziyareti, evde fizyoterapi, günlük yaşam yardımı, kitap okuma hizmeti, gece bakımı, toplum rehabilitasyonu vb. 1993'ten itibaren bu hizmetlerin çoğu özel sektör aracılığıyla verilmeye başlanmıştır (Kosberg, 1994).

Hollanda dünyadaki 4. mutlu ülkedir. İkinci Dünya savaşıdan sonra gelişmiş refah ülkesi sıralamasına girmiştir. Hollanda'da yaşlılar varlıklıdır. 2012 yılında Hollanda'da 7.3 milyon konut bulunmaktaydı. Bunlardan %60'ı mülk, %9'u şahsa ait kiralık konut, %31'i ise sosyal konut ya da kamu tarafından kiralık konut grubunda idi. Son yıllarda Hollanda'da konut politikaları yaşlıların mümkün olduğunca uzun süre evlerinde kalmalarını sağlayacak, yaşlıların taleplerini karşılayacak ve toplumsal yaşamı destekleyecek uygulamalara odaklanmaktadır. Bu politikanın sonucu olarak Hollanda'da yaşlıların yatılı kurumsal bakımı tercih etme oranları azalmış ve azalmaya devam etmektedir. Yaklaşık olarak tüm yaşlıların %95'i kendi evlerinde yaşamaktadırlar. Fonksiyonel sınırlılığı olan yaşlılar 2009 yılında 1.8 milyon iken bunun 2018 yılında 2.16 milyona yükselmesi beklenmektedir. Bu nedenle de talebi karşılamak üzere uygun konut ihtiyacı artmaktadır. Hollanda'da tüm yaşlı bakımının dörtte üçü eşler, akrabalar, arkadaşlar ve komşular tarafından sağlanmaktadır. Yaşlı bakımında önemli bir destek de gönüllüler, hayır kuruluşları, kilise ve diğer kuruluşlar tarafından sağlanan bakım hizmetleridir. Hatta gönüllülerin birçoğu 65 ve daha büyük yaşta olup, daha yaşlı olan kişilere bakım desteği vermektedirler.

Hollanda'da yaşlılar yüksek oranda profesyonel bakım almaktadırlar. 65 ve daha büyük yaştaki yaşlıların yaklaşık %18'i evde bakım hizmeti almaktadırlar. Bu oran tüm Avrupa ülkeleri arasında en yüksek seviyededir. Yaşlıların (65+) %6'sı yatılı bakım hizmeti almaktadır. Yaklaşık olarak 165 bin kişi yatılı bakım ve bakım merkezi hizmetinden yararlanmaktadırlar. Hollanda'da kar amacı olmayan kuruluşlar devlet tarafından finanse edilmek üzere resmi yaşlı bakımı hizmetlerini sağlamaktadırlar. Kar amacı olan kuruluşlar için de devlet yoksul ve varlıklı yaşlılar arasında bir denge ve dayanışma sağlanması için müdahalelerde bulunabilmektedir (Smiths vd.,2013).

Tüm Hollandalı vatandaşlar Sağlık Sigortası Kanunu'na tabidir. Bu ayda kişi başına 100-150 Euro maliyeti olan özel sigorta sistemini kapsamaktadır. Sigortacılar tüm başvuruları kabul etmekle zorunludur. Buna ek olarak Hollanda'da uzun süreli bakım için ulusal bir sigorta sistemi bulunmaktadır. Uzun süreli bakım sigorta sistemi huzurevi, yaşlı bakım merkezlerinde kalan yaşlıların maliyetini karşılamak üzere kullanılmaktadır. Ayrıca herkes "istisnai tıbbi harcamalar yasası" kapsamında



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

sigortalıdır. Bu yasa 1968 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Bu kapsamda yalnızca bakım değil, aynı zamanda kronik hastalıklar nedeniyle ihtiyaç duyulan uzun süreli bakım maliyeti de karşılanmaktadır. Bu durumda yasa hem kurum bakımı hem de evde bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Kurum bakımı kapsamında mental, fiziksel engelliler ile kronik psikiyatri hastalarına hizmet verilmektedir (Smiths vd., 2013; Ökem ve Can, 2014).

Daha önceki yıllarda istisnai tıbbi harcamalar yasası kapsamında yürütülen evde yardım ve evde bakım onarım hizmetleri, 2007 yılında çıkarılan "Sosyal Destek Yasası" kapsamına alınmıştır. Bu yasa ile yerel yönetimlere sosyal hizmetler alanında geniş yetkiler verilmiştir. "Sosyal Destek Yasası" kapsamında verilen hizmetler, belediyelerin kendi bütçelerinden ve vergilerinden finanse edilmektedir. Evde bakım hizmetleri Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı'na bağlı "Bakım Değerlendirme Merkezi" tarafından yapılan değerlendirme sürecine dayalı olarak yürütülmektedir. Bu değerlendirme sonucunda; evde bakıma gereksinim duyduğu ev ziyaretleri yoluyla saptanan bireyler, durumlarına uygun olarak "İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası" ve/veya "Sosyal Destek Yasası" kapsamında sunulan hizmetlerden faydalanabilmektedir. Yapılan değerlendirme sonucunda, evde bakım hizmeti almayı hak eden kişi, tercihinine göre, gereksinim duyduğu hizmeti aynı ya da nakdi yardım biçiminde alabilir. Eğer kişi evde bakım hizmetini, "Aynı Bakım" biçiminde almayı tercih ederse; ihtiyacı olan hizmetleri alabilmek için bu alanda faaliyet gösteren, dilediği özel "Evde Bakım Kurumu"na başvurup, bu hizmetleri bakıma muhtaçlık sigortası kapsamında alabilir. Periyodik dönemlerde, sosyal güvenlik kurumu, evde bakım hizmetinden yararlanan kişi adına özel evde bakım kurumuna ödemelerde bulunur. Birey, gereksinim duyduğu evde bakım hizmetlerini, sosyal güvenlik kurumundan nakdi yardım sağlayarak, kendisi serbest piyasadan tedarik etme hakkına da sahiptir. "Kişiyi Bağlı Bütçe" olarak bilinen bu uygulama ile birey, kendisine tahsis edilen bütçeyi; kendi seçeceği herhangi bir kişiden, örneğin; arkadaşı, akrabası, komşusu, serbest çalışan profesyonellerden temin etme yoluna giderek de kullanabilir (Danış ve Solak, 2014).

Hollanda'da uzun süreli bakım hizmetleri genel olarak gayri resmi bakım (informal bakım), evde resmi bakım ve resmi kurumsal yatılı bakım olarak ayrılmaktadır. Yaşlılar için gayri resmi bakım Hollanda'da, Güney ve Orta Avrupa ülkelerine oranla daha az daha az öneme sahiptir. Hollanda'da 2007 yılında bakıma muhtaç kişiler için gayri resmi bakıcı sayısı 3.5 milyon olarak belirlenmiştir. Ancak bu bakıcıların hepsi uzun vadede bakım hizmeti vermemiş, yalnızca 1.7 milyon kişi uzun süreli bakım hizmeti vermiştir (Ökem ve Can, 2014). Hollanda'da yaşlıların evde bakımı tercih ettikleri ve bakım merkezlerine gitmeyi istemedikleri anlaşılmaktadır. Son yıllarda ise "Demans köyleri" gibi ihtisaslaşmış kuruluşların oluşturulduğu dikkati çekmektedir.

Norveç 5 milyon nüfusa sahip bir ülkedir. Norveç'te emeklilik yaşı 67 olarak belirlenmiştir. Norveç'te sağlık bakım sistemi Norveç refah devleti modelinin bir parçasıdır. Norveç refah sistemi modeli kapsamlı sosyal politikaları ve sosyal hakları içermektedir. Nispeten diğer ülkelere göre bu açıdan cömert bir mevzuata sahiptir. Refah sisteminde devlet, bölgeler, ilçeler ve belediyeler olmak üzere dört sorumluluk sahibi yönetim vardır. Belediyeler düzeyinde yaşlılar için artan sağlık ve bakım hizmetleri ana unsur haline gelmiştir. Ülkede Sağlık ve Bakım İşleri Bakanlığı sağlık bakımı işinden temel olarak sorumludur. Son yıllarda artan yaşlı nüfus ve bakım ihtiyacı ile "Norveç Bakım Planı 2015" raporunda talep edilen bakım hizmetlerinin dikkate değer oranda artacağına vurgu yapılmaktadır (Jacobsen, 2015).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Norveç son 100 yılda halk sağlığının geliştiği ülkeler arasındadır. Bu güçlü refah devleti gelişmesi ve toplumda yaşayan bireylere iyi ve güvenli bir yaşam için daha iyi fırsatlar sunulması nedeniyle gerçekleşmiştir. Yaşlı bireyler bir önceki nesile göre daha sağlıklıdır. Norveç'te tüm yaşlılar emekli maaşı almaktadırlar. Emekli maaşının miktarı çalışma gün sayısı ve prim ödemelerine bağlı olarak değişmektedir. Norveç'te yaşlıların büyük çoğunluğu evlerinde yaşamaktadırlar. Bir kısmı belediyelerin sunmuş olduğu yardım hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Bu hizmetler evde hemşirelik bakımını, evde destek hizmetlerini, gündüzlü bakım merkezi hizmetlerini kapsamaktadır. Yaşlıların bir kısmı da ailelerinden yardım alarak bakımlarını sürdürmektedirler. Bireyler yaşlandıkça kendi bakımlarını sağlayamayacak duruma geldiklerinde ancak bakım evine gitmektedirler. 90 ve daha büyük yaşta yaşlıların yalnızca yarısı bakım merkezlerinde yaşamaktadırlar. Evde hemşirelik hizmeti ve yardımı alan yaşlılar gelir durumlarına bağlı olarak bu hizmetlerin maliyetinin bir kısmını öderler. Hizmet maliyetinin geriye kalan kısmının ödemesini ise belediyeler yapmaktadırlar. Aynı şekilde bakım merkezlerinde kalan yaşlılar hizmet maliyetinin bir bölümünü gelir düzeylerine bağlı olarak ödemektedirler. Bir yaşlı bireyin Norveç'te bakım merkezi için ödemiş olduğu yıllık ücret 88.286,87 Euro olarak hesaplanmaktadır (Norway Nasjonalt Fagorgan for Kompetansepolitikk, 2016).

Norveç'te 2012 yılında 70 bin kişinin Demans hastası olduğu açıklanmıştır. Bu oran Norveç nüfusunun %1'ini oluşturmaktadır. Buna bağlı olarak Norveç 2007 yılında 7 yıllık Demans Ulusal Planını hazırlamıştır. Bu Demans planı üç temel alanı içermektedir: (i) hastalara her gün teşvik edici şeyler planlamak ve yapmak, (ii) uygun konut sağlamak, (iii) toplumu Demans hakkında eğitmek, bilgilendirmek.

Buna bağlı olarak Norveç'te Demans hastalığının doğal bir sonucu olarak ortaya çıkan depresif ve korkuları olan Demanslı yaşlılar için büyük, yönlendirici koridorları olan konutlar yapılmıştır. Ayrıca eski evlerin düzenlenmesi ya da yeni konutlar için düşük faizli krediler ve hibeler sağlanmıştır. Devlet 1997 ve 2005 tarihleri arasında bu konutlar için 6.6 milyar \$ hibe vermiştir. 65 ve daha büyük yaşta her birey için yaklaşık 10 bin \$ hibe sağlanmıştır. Norveç hükümeti ayrıca evde destekleyici teknolojiler için finansal destek sağlamaktadır. Bu da yaşlıların evde yaşamalarını kolaylaştırmaktadır. Norveç kurumsal bakımın yaygın olduğu bir ülkedir. Bu nedenle özellikle son uygulamalar yaşlıların mümkün olduğunca evlerinde yaşamalarını destekleyici yöndedir.

Norveç Küresel Yaşlanma İndeksi'nde 96 ülke arasında 2014 yılında birinci sırada, 2015 yılında ise ikinci sırada yer almıştır. İndeks'de ülkeler için gelir güvenliği, sağlık durumu, kapasite, etkin bir çevre olmak üzere dört temel ölçme kriteri bulunmaktadır.

İtalya'nın nüfusu 2015 yılı verilerine göre 58.704.082 olarak belirlenmiştir. Küresel Yaşlanma İndeksi 2015 yılı verilerine göre İtalya 96 ülke arasında 37. Sıradadır (<https://www.ageinternational.org.uk/>).

Güney Avrupa Refah Modeli içinde yer alan İtalya'da refah düzeyi açısından kuzey ve güney ayrımı dikkati çekmektedir. Kuzey bölgesinde yoksulluk daha düşük iken, güneye gidildikçe yoksulluk oranının hızla arttığı görülmektedir. Ayrıca İtalya refah sisteminin klientalist (kayırmacı) yapısı yaşlılara sunulan hizmetlerde de etkili olmaktadır. İtalya'da emekliler/yaşlılar için yapılan ödemeler, (i) sosyal yardımlar, (ii) sosyal emeklilik ve (iii) asgari emeklilik maaşı olarak üçe ayrılmaktadır. Emekli/ yaşlı ödemelerinden yararlananların çoğunluğu şartlı ödemelerden yararlanmaktadırlar. Genel olarak bakıldığında İtalya'nın yaşlılar için Gayri Safi Milli Hasıladan ayırdığı ödeneklerde cömert olduğu söylenebilir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bakım ve destek hizmetlerinde en önemli çerçeveyi sağlık hizmetlerinde görmek mümkündür. Sağlık hizmetleri, sadece çalışanları kapsamayan, tüm vatandaşlar için hak olan Ulusal Sağlık Sistemi uygulamasıyla evrensel bir yapıya sahiptir (Taşçı, 2010).

Sağlık sigorta sistemi temel sağlık hizmetlerini kapsamakta, uzman doktor muayeneleri için hastaların ödeme yapması gerekmektedir. Halkın yaklaşık %85'i ulusal sağlık güvence sisteminden faydalanırken, geri kalan nüfus özel sağlık güvence sistemlerini kullanmaktadır (Boslaugh, 2013).

İtalya'da devletin sağlık alanında yaptığı yatırım da kayda değer seviyededir. 2010 yılı verilerine göre kamu sektörünün sağlık harcamaları, kişi başına 3200 \$ düzeyindedir. Devlet bütçesinin %15 kadarı sağlık giderlerine ayrılmıştır (Boslaugh, 2013).

İtalya'da yaşlıların barınmalarına yönelik teorik altyapısı sağlam olsa da uygulamada çok başarılı olmayan bir kamusal çerçeve vardır. Buna göre temel amaçlar arasında yaşlıların kendi evlerinde yaşamlarını sürdürmelerini sağlamak, kira yardımıyla bulunmak, evin fiziksel bakımını desteklemek sayılabilir (Kosberg, 1994). Özellikle genel olarak Güney Avrupa ülkelerinde sosyal refahtan sorumlu olarak görülen (bir arada yaşayan çekirdek birimlerin yanında akrabalık ilişkilerini de içeren) bir aile sistemi söz konusudur. İtalyan refah sisteminde bu yapıya uyumlu bir şekilde, yaşlılara yönelik sosyal politikalarda ailenin yardımı oldukça fazladır. Dolayısıyla İtalya'da temel olarak yaşlıyı sosyo-ekonomik risklere karşı koruma görevi, öncelikle aileye, ikincil olarak akraba çevresine aittir. Devlete ise aileye parasal anlamda yardım yapma görevi düşmektedir.

Devletin sunduğu yaşlılık imkânlarından herkes aynı şekilde yararlanamamaktadır. Şehirlerde daha küçük aileler içinde yaşayan eğitimli nüfus doktor hizmetinden daha çok yararlanmaktayken, kırsal bölgelerde geniş ailede yaşayan bireyler ise birçok ihtiyacını aile içinde karşılamakta, sağlık hizmetlerinden görece az yararlanmaktadır (Kosberg, 1994).

1966, 1969 ve 1980 yıllarında çıkarılan yasalarla engelli ve bakıma ihtiyacı olan yaşlılara yardımcı (evde bakım ücreti) maaşı temin edilmiştir. Bu maaş, yararlananların maddi durumu gözözetilmeksizin verilmektedir. Buradaki amaç da yine yaşlının kendi ev ortamında yaşamını sürdürmesini sağlamaktır (Kosberg, 1994).

İtalya'da sosyal yardımlar yaşlı ödemelerinde önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle sosyal dışlanmalara karşı sosyal yardımlar bakım hizmetleri kadar önemli bir uygulama olarak görülmektedir. İtalya'da sosyal yardımlar, gelir-testine tabi tutulmak koşuluyla yaşlılar ve diğer dezavantajlı grupları hedef alacak şekilde yürütülmektedir.

Türkiye'de 1980'li yıllar dünyada sosyal devlet anlayışının ve uygulamalarının yerini neoliberal politikalara bıraktığı dönemdir. Ayrıca, ekonomide serbestleşme, özelleştirme, yerelleştirme, gönüllüleştirme, demokratikleşme gibi reformlar ile devletin gücünün, görev ve fonksiyonlarının daraldığı dönemdir. Bu dönemde Türkiye'de dünyadaki gelişmelerin etkisinde kalmıştır.

Türkiye'de sosyal refah devleti açısından en güçlü yapı sosyal güvenlik sistemidir. Primli ve primsiz ödemeler kapsamında ödemeler yapılmaktadır. Primli ödemeler emekli maaşlarını oluşturmaktadır. Primli ödemeler kapsamındaki bireyler tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaktadırlar. Primsiz ödemeler ise şartlı ve gelir testine dayalı ödemelerdir. Primsiz ödemeler; kim-sesiz, muhtaç, yaşlılar, malul, dul, yetim ve korunmaya muhtaç çocuklara yapılan sosyal yardımlar ve hizmetleri kapsamaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Türkiye'de gelir testine dayalı olarak engelli ve yaşlılara, (i) 65 ve daha büyük yaştakiler için yaşlılık aylığı, (ii) 18 ve daha küçük yaşta engelliye bakım veren aile üyeleri için evde bakım ücreti, (iii) engellilik oranı %40-69 olanlar için yapılan ödeme ve (iv) engellilik oranı %70 ve daha fazla olanlar için yapılan ödeme olarak ayrılmaktadır. Bu ödemeler 2022 sayılı kanuna göre düzenlenmektedir.

Türkiye'de yaşlı bakımı hizmetlerindeki en güçlü model kurumsal yatılı bakımdır. Bu kapsamda üç temel modelde hizmet sunulmaktadır: (i) Huzurevi, (ii) yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezi ve (iii) yaşlı yaşam evleridir.

Türkiye'de **merkezi yönetim tarafından sunulan** evde bakım ve evde destek hizmetleri yoktur. Yalnızca belediyeler tarafından sunulan yaygın olmayan evde destek hizmetleri (temizlik, yemek yapma, alışveriş vb.) sınırlı düzeyde yürütülmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamasında ise yalnızca sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bu hizmet sosyal bakımı ve diğer destek hizmetlerini kapsamamaktadır.

Bu noktada Türkiye'de hızla artan yaşlı nüfusa karşın, yaşlılara sunulan hizmetlerin sınırlılığı yaşlılara yönelik yeni bakım hizmeti modellerinin planlanmasına duyulan ihtiyacı artırmaktadır.

Bu raporun nihai amacı olarak bu bölümde Türkiye'de yaşlı bakımı hizmetleri için model önerisi sunulacaktır.

6.1. Yaşlı Bakım Hizmetleri Model Önerisi İçin İlkeler

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal İçerme Politikaları Alanında Kurumsal Kapasitenin Artırılması Projesi kapsamında Türkiye'de yaşlı bakım hizmetlerinde kapasite geliştirmek ve yeni bakım hizmeti/hizmetleri model önerisi için İtalya, Hollanda, Norveç ve İngiltere olmak üzere dört Avrupa ülkesindeki mevcut yaşlı bakımı hizmetlerinin temel alınması öngörülmüştür.

Hem bu konuda yazılan uluslararası raporda yer alan bilgilere, hem de yukarıda yapılan özetle göre bu Avrupa ülkelerinde yürütülen yaşlı bakımı hizmetlerinin temel ilkeleri aşağıdaki gibi özetlenebilir.

1. Yaşlıların mümkün olduğunca evlerinde yaş almalarını/yaşamlarını sürdürmelerini sağlamak ve evde bakım hizmetleri ile bu süreci desteklemek. Yerinde yaşlanma ilkesini uygulamak
Evde bakım ve evde destek hizmetlerinin sunumunda iki grup yaşlı ortaya çıkmaktadır: (i) Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyi açısından bağımsız, aktif ve sağlıklı yaşlı (ii) Günlük yaşam aktivitelerini sürdürmekte zorlanan ve yardıma ihtiyaç duyan yarı bağımlı yaşlı
2. Evde bakım ve destek hizmeti alan ancak gün geçtikçe sağlığı kötüleşen yaşlı tam bağımlı haline geldiğinde yatılı bakım ve rehabilitasyon merkezinde hizmet vermek
3. Yaşlılık döneminde görülen hastalıkların artması nedeniyle özellikle Demans gibi hastalıklar için ihtisaslaşmış kuruluşlar oluşturmak



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

4. Yaşlı bakımında evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinde belediyelere sorumluluk vermek, evde bakım ve evde destek hizmetlerinin belediyeler tarafından yürütülmesini sağlamak
5. Evde bakım hizmetlerinde ve diğer yatılı yaşlı bakım hizmetlerinde, hizmet maliyetini **merkezi yönetim**, yerel yönetimler ve yaşlı birey arasında paylaşmak. Güçlü refah devleti yapısı olanlarda hizmet maliyetinin tamamını **merkezi yönetim** tarafından ödemek

Avrupa ülkelerinde sunulan yaşlı bakım hizmetlerinin genel çerçevesi ve ilkeleri yanı sıra bazı uluslararası ve ulusal belgelerde yer alan stratejiler Türkiye için yaşlı bakımı hizmetleri ilkelerinin belirlenmesinde referans oluşturmaktadır.

Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planında (2002) **“evrensel ve eşit olarak sağlık bakımı hizmetlerine erişim”** konu başlığındaki amaçlardan biri **“yaşlı bireylerin kalkınmaya katılımı ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile uzun süreli bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi”** olarak belirlenmiştir.

“Yaşlı bireylerin kalkınmaya katılımı ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile uzun süreli bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi” amacının uygulama ilkeleri ise aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

1. Sosyal ve sağlık bakımı ile rehabilitasyon programlarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde yaşlıların kapsanması,
2. Sağlık ve sosyal bakım hizmeti sunucularının yaşlı bireylerin kendi bakımları ile ilgili kararlarda yine yaşlıların söz sahibi olması yönünde desteklenmesi,
3. Sağlık ve sosyal hizmetlerde yaşlıların kendi bakımlarının iyileştirilmesi ve yaşlıların güçlü yanlarının ve yeteneklerinin maksimize edilmesi,
4. Sağlık politikalarının şekillendirilmesinde yaşlı bireylerin ihtiyaçlarının ve algılarının entegre edilmesi.

Ayrıca Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planında **“destekleyici çevrelerin etkinleştirilmesinin sağlanması”** öncelikli alan olarak belirlenmiştir. Bu başlık altında yaşlıların yerinde yaşlanmasının desteklenmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır (UN, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012 yılında hazırlanan “Avrupa’da Sağlıklı Yaşlanma İçin 2012-2020 Strateji ve Eylem Planı”nda eylemler için öncelikli olan dört temel strateji aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

1. Yaşam boyu sağlıklı yaşlanma
2. Destekleyici çevreler
3. İnsan merkezli sağlık, yaşlı nüfusa uygun uzun süreli bakım hizmetleri
4. Kanıtları ve araştırmaları güçlendirmek (WHO,2012).

Dünya Sağlık Örgütü “Yaşlanma ve Sağlık Küresel Strateji ve Eylem Planı” (2016-2020) (2016) raporunda “sağlıklı yaşlanma”, “fonksiyonel yapabilirlik- iç kapasite” ve “çevresel faktörler” olmak üzere üç kavram öne çıkmıştır. Bu raporda “uzun süreli bakımın güçlendirilmesi” bir strateji olarak belirlenmiş ve bu stratejiye yönelik hedefler aşağıdaki gibi açıklanmıştır:



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

1. Eşit ve sürdürülebilir uzun süreli bakım hizmetlerinin inşa edilmesi ve devamlılığının sağlanması
2. Uzun süreli bakım iş gücünün oluşturulması ve informal bakıcıların desteklenmesi
3. Entegre uzun süreli bakım hizmetleri ile insan merkezli kalitenin iyileştirilmesi (WHO, 2016).

Yaşlı bakım hizmetlerinde model önerisi için ilkeleri oluşturmak üzere ulusal belgeler incelendiğinde ise ilk raporun 2007 yılında Kalkınma Bakanlığı tarafından "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı" başlığı altında oluşturulduğu görülmektedir. Bu Ulusal Eylem Planında yaşlılara yönelik sağlık ve bakım hizmetleri ile ilgili hedefler belirlenmiştir. Bu hedefler aşağıdaki gibi sıralanabilir.

1. Sağlık ve Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması

Hedef 1: Yaşlıların Sağlık ve Bakım Hizmetlerine Evrensel ve Eşit Olarak Ulaşımının Sağlanması İçin Yaş, Cinsiyet ya da Herhangi Bir Nedene Dayalı Sosyal ve Ekonomik Eşitsizliklerin Ortadan Kaldırılması

Hedef 2: Yaşlıların Gereksinimlerinin Karşılansması ve Sürece Katılımlarının Teşvik Edilmesi İçin Temel Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Güçlendirilmesi

Hedef 3: Yaşlıların Gereksinimlerini Karşılama İçin Sağlık ve Bakım Hizmetlerinin Sürdürülebilirliğinin Sağlanması

Hedef 4: Sağlık Politikasının Uygulama ve Geliştirilmesinde Yaşlıların Aktif Katılımının Sağlanması

2. Bakım Hizmeti Verenlerin ve Sağlık Çalışanlarının Eğitimi

Hedef 1: Yaşlıların Gereksinimleri Konusunda Sağlık Çalışanlarının ve Bakım Hizmeti Veren Diğer Bireylerin Bilgilendirilmesi ve Eğitim Olanaklarının Sağlanması

3. Bakım ve Bakım Verenlerin Desteklenmesi

Hedef 1: Yaşlılara Verilen Hizmetlerin Sürekliliğinin Sağlanması ve Bakım Verenlerin Desteklenmesi

Hedef 2: Yaşlıların, Özellikle Kadınların Bakım Hizmetlerindeki Rollerinin Desteklenmesi

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020 ise 2015 yılında yayınlanmıştır (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Home/GetDocument/508>). Bu plan ve uy-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

gulama programında “Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması” öncelikli stratejiler arasındadır. “Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık Hizmetinin Geliştirilmesi” ise öncelikli müdahaleler arasında belirlenmiştir. “Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi” ve “Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması İçin Paydaş Kuruluşlar İle İşbirliğinin Sağlanması” destekleyici müdahaleler arasında yer almıştır.

Hem uluslararası hem de ulusal belgelerde işaret edilen stratejiler, eylemler ve öncelikler çerçevesinde Türkiye’de yaşlı bakım hizmetlerinde model önerisi için ilkeler aşağıdaki gibi sıralanabilir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Türkiye’de yaşlı bakım hizmetlerinde model önerisi için ilkeler

1. Yaşam dönemi yaklaşımına göre bireyleri aktif ve sağlıklı olarak yaşlılığa hazırlayacak olan koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri ile koruyucu ve önleyici sosyal hizmetleri yaygınlaştırmak
2. Var olan kurumsal yatılı bakım hizmetlerinde hizmet kalitesini ve standartlarını iyileştirmek, kurumsal yatılı bakım hizmetlerinin var olan güçlü yapısını korumak
3. Ülkemizde hâli hazırda 60 ve daha büyük yaşta olup, sağlıklı ve aktif bireyler kurumsal yatılı bakım hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Bu yaşlılar çoğunlukla yalnızlık ve kimsesizlik nedeniyle ya da günlük araç yaşam aktivitelerini gerçekleştiremedikleri için yatılı bakım hizmeti almaya başlamaktadırlar. Yatılı bakım hizmeti alırken sağlığı kötüleşen ve bakım ihtiyacı artan yaşlılar bakım ve rehabilitasyon bölümünde hizmet almaya devam etmektedirler. Bu noktada yeni modelde alternatif olarak iki temel başlıkta ilke oluşturulmalıdır:
 - 3.a. Kurumsal yatılı bakım hizmetlerinden yararlanma yaşını 65+ olarak düzenlenmek. (İstisnai durumlar için –istismar vb.- 60 yaş sınırını kabul etmek)
 - Kuruluşlarda hem profesyonel hem de bakım personeli istihdamını iyileştirmek, standartları ve mevzuatları gözden geçirmek
 - 3.b. Yerinde yaşlanma ilkesini benimsemek
 - Evde bakım ve evde destek hizmetlerini inşa etmek, yapılandırmak ve yaygınlaştırmak
 - Aktif yaşlanmayı ve toplumsal katılımı desteklemek. Bunun için gündüzlü bakım hizmet merkezleri açmak ve işlevsel hale getirmek
 - Evde informal bakım veren aile üyeleri için psiko-sosyal destek sağlamak
 - Evde bakım verecek profesyonel personel istihdamı için alt yapıyı oluşturmak
4. Entegre bakım hizmetlerini desteklemek
5. Entegre bakım hizmetlerinde sağlık ve sosyal bakımı bütüncül bir bakış açısı ile sunmak
6. Yaşlıların değişen ihtiyaçlarına göre aşamalı ve sürdürülebilir bakım planı yapmak
7. Bakım hizmeti sunumunda kalite ve erişilebilirliği merkeze almak
8. Yaşlının üstün yararının hedeflendiği, hak temelli, insan onuruna yaraşır ve yaşlı merkezli hizmet sunmak



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

6.2. Yaşlı Bakım Hizmetleri Model Önerisi İçin Hizmetlere Erişim

Türkiye’de yaşlıların bakım hizmetlerine erişimindeki engeller çok boyutludur. Bu nedenle yaşlı bakım hizmetlerinde model önerisi için hizmetlere erişimin bütüncül olarak düşünülmesi gerekmektedir. Sağlıklı Yaşlanma ve Karşılaşılan Sorunlar Etüt Araştırması (Özmete, 2015a) sonuçlarına göre 65 ve daha büyük yaşta olup kendi evinde yaşayan yaşlı bireyler doktora ve bir sağlık kuruluşuna gitmek için birisinin desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Yaş ilerledikçe ilaçlarını düzenli alma konusunda birisinin ilgisi ve desteğini beklemektedirler. Ayrıca biten ilaçların alınmasının gecikmesi, ilaç alma saatlerinin unutulması düzenli ilaç kullanımını engellemektedir. Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması’na göre (Özmete, 2016), yaşlıların %15.05’i ambulans çağırmak için telefon numarasını bilmemektedir.

Burada Türkiye’de yaşlıların hizmetlere erişimini engelleyen nedenleri psikolojik ve sosyo-kültürel nedenler, ekonomik nedenler ve yapısal nedenler olarak ayırabiliriz:

1. Psikolojik ve sosyo-kültürel nedenler:

- Yaşlıların öğrenim düzeyinin düşük olması
- Kırsal alanda yaşıyor olmaları
- Yalnız yaşamaları ve destek alabileceği aile üyelerinin ya da akrabalarının olmaması
- Hizmetlerden haberdar olmaması, hizmetlere nasıl ulaşacağını bilmemesi
- Kent çevresinin erişilebilirliğinin yaşlılar için uygun olmaması
- Çok yaşlı ve kadın olması

2. Ekonomik nedenler:

- Yaşlıların sosyal güvenlik sistemine dâhil olmaması ve düzenli bir emekli maaşı almaması
- Gelirin düşük olması
- Bakım ve hizmeti maliyetlerinin yüksek olması
- Sağlık harcamalarının artması

3. Yapısal nedenler:

- Yaşlı bakımı hizmetlerinde alternatif modellerin olmaması, hizmetlerin sürdürülebilir olmaması
- Yaşlı bakımı hizmetleri ile ilgili yaygın etkisi olabilecek sosyal politikaların oluşturulmaması
- Mevcut mevzuatların gözden geçirilmemesi
- Yaşlı yoksulluğunun önlenmesinde etkin ve sürdürülebilir çalışmaların yapılmaması
- Ulaşım yetersizliği
- Sosyal güvenlik sistemine dahil olmama



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Türkiye yaşlıların hizmetlere erişimindeki engeller dikkate alındığında; yaşlıların yaşlı bakım hizmetlerine ilişkin yeni modelde hizmetlere erişiminin sağlanması için aşağıdaki öneriler sunulabilir:

Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Model Önerisi İçin Hizmetlere Erişim

1. Yaşlıların bakım hizmetlerine erişiminin sağlanmasında maliyetin karşılanması önemlidir. Hizmet maliyetini karşılayacak "bakım sigorta sistemini"ni uygulamaya geçirerek hizmetlere erişimi kolaylaştırmak
2. Yaşlılar için görece yoksulluğu önleyecek bir gelir düzeyini temin etmek ve sosyal sigorta sistemine dahil etmek
3. Her yaşlıyı evinde ziyaret edebilecek bir bakım veren personeli istihdam etmek
4. Mevcut yaşlı bakım hizmetleri konusunda yaşlıları ve yaşlı yakınlarını bilgilendirici farklı yöntemleri kullanmak
5. Bakım hizmeti veren personel ile yaşlılar arasında açık ve güvenilir bir iletişim oluşturmak
6. Hizmetlere erişim için ücretsiz ulaşım ve özel servis sağlamak (Örneğin, gündüzlü bakım hizmetlerine erişim için servis hizmeti katılımı sağlamak için önemlidir.)
7. Hizmetlerin maliyetini herkes için erişilebilir olacak şekilde düzenlemek
8. Sosyal adalet ve fırsat eşitliği ilkeleri dikkate alınarak dil, din, cinsiyet ve diğer konularda ayrımcılık gözetmeksizin hizmetlerden hak temelinde yararlanılmasını sağlamak

6.3. Yaşlı Bakım Hizmetleri Model Önerisi İçin Hizmet Modeli ve Kalite Yönetimi

Önceki bölümlerde açıklandığı gibi Türkiye'de en güçlü yaşlı bakım hizmeti yatılı bakımdır. Mevcut bakım hizmetine alternatif olarak yerinde yaşlanmayı destekleyecek entegre bakım/ entegre yaşam hizmetleri bu çalışmada önerilecek olan modelin esasını oluşturmaktadır.

Modelin çıkış noktası hizmetten yararlananlar olacaktır. Buna göre bireyi merkeze alarak mikro, mezzo ve makro düzeydeki bakım hizmetlerine ilişkin yapılacaklar, üstlenicilerin sorumlulukları ve hizmet şekilleri açıklanacaktır. Yaşam boyu öğrenme ve aktif yaşlanma bu hizmetlerin nihai hedefini oluşturmaktadır. Taslak aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

Modelde nihai hedef **yerinde yaşlanma**yı sağlamaktır. Bu hedefi başarmak için **entegre bakım/entegre yaşam hizmetleri modeline** odaklanılmaktadır.

6.3.1. Entegre Bakım/Entegre Yaşam Hizmetleri Model Önerisi

Yaşlı bakımı hizmetlerinde bakım hizmeti alan yaşlılar ve hizmet almaya aday olan bireyler merkezdedir. Yaşlı birey merkeze alındığında **ekolojik yaklaşıma** göre;



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

***Mikro düzeyde** yaşlı ve yakın çevresi,

***Mezzo düzeyde** hizmet sunan kurum ve kuruluşların niteliği, hizmetlerin şekli

***Makro düzeyde** yaşlı bakımı hizmetlerine ilişkin yönetmelikler ve sosyal politikalar yer almaktadır.

Mikro ve Mezzo düzey:

Bakım hizmetlerinde hizmet alanların üstün yararı en önemli belirleyicidir. Bu nedenle bireylerin bakım ihtiyacının ortaya konulması hizmetin planlanması için çıkış noktasıdır.

Yaşlıların bakım sürecine karar verirken dört önemli aşama olmalıdır:

1. **Kendi yaşamını yönetme desteği:** Yaşlılarda yapabildiğinde ve gücü yettiğinde kendi yaşamını ve bakımını yönetmesi beklenmektedir. Bu nedenle kendi yaşamını yönetme desteği ile kendi bakım planında yaşlının merkezi rolüne odaklanılmaktadır. Yaşlının bakım ihtiyaçlarını ne şekilde algıladığı ve değerlendirdiği önemlidir. Bu nedenle etkili bir kendi yaşamını yönetme desteği sağlamak için yaşlının karara katılımı esastır. Yaşlı için amaç belirleme, faaliyet aşamaları ve planı oluşturma ve yaşlı ile motive edici bir mülakat sistemi yaşlılara kendi yaşamını yönetme desteği sağlamak üzere etkili olarak kullanılmalıdır.
2. **Hizmet sistemi tasarımı:** Çok disiplinli yaşlı bakımı ekibi yaşlı birey için hizmeti tasarlar. Bu ekip tarafından yaşlının fonksiyonel yeterliliği ve tüm engelleri dikkate alınarak, yaşadığı çevrenin özellikleri değerlendirilerek, önleyici ve uyumlu bir bakım tasarımı yapılır. Bu süreçte yaşlının çoklu hastalıkları, çoklu ilaç kullanımları, kendi yaşamını yönetebilme kapasitesi, yaşam biçimi ve gelecek ile ilgili beklentileri ortaya konulmalıdır.
3. **Karar desteği:** Çok disiplinli olarak yaşlının bakım planını yapan ekip karar aşamasında genel ve spesifik olarak yaşlının ihtiyaçlarını ortaya koyabilecek ölçme araçları kullanmalıdır. Her yaşlı biriciktir ve her yaşlının bakım planı kişiye özel olmalıdır görüşü benimsenmiş olsa da bu ölçme araçları bakım ihtiyaçlarını belirlemede ve buna bağlı olarak hizmetlerde standart oluşturma açısından da önemlidir.
4. **Bakım bilgi sistemi:** Türkiye’de yaşlılara ilişkin bir veri tabanı bulunmamaktadır. Bu nedenle “yaşlı kayıt bilgi sistemi” oluşturulmalıdır. Bu bilgi sisteminin sağlık ve sosyal hizmetler tarafından bütünleşik olarak kullanılması mümkün olmalıdır. Böylece yaşlı bireylerin hizmetlerden yararlanma ve bakım serüveni kolaylıkla ulaşılabilir durumda olup; gelecek bakım planı da kolaylıkla yapılabilir olacaktır.

Yaşlı bireyleri bakım ihtiyaçları açısından üç gruba ayırabiliriz:

1. Bakım ihtiyaçları karmaşık olmayan ve güçsüzlük düzeyi az olan **bağımsız** yaşlılar
2. Karmaşık bakım ihtiyaçları açısından risk altında olan güçsüz, **yarı bağımlı** yaşlılar
3. Karmaşık bakım ihtiyaçları olan **bağımlı** yaşlılar



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Entegre bakım hizmetlerinde farklı ihtiyaç düzeylerindeki yaşlılar için sunulacak olan hizmetlerin de niteliği değişmekte ve çeşitliliği artmaktadır:

1. **Bağımsız –aktif yaşlı:** Topluma katılımı destekleyecek uygulamalar, gündüzlü hizmet merkezleri, evde destek hizmetleri, çağrı merkezi
2. **Yarı bağımlı yaşlı:** Gündüzlü hizmet merkezleri, evde bakım hizmetleri, evde destek hizmetleri, evde sağlık bakımı, ailede bakım verenleri destekleyecek olan psiko-sosyal hizmetler, çağrı merkezi
3. **Bağımlı yaşlı:** Bakım ve rehabilitasyon merkezleri, uzun süreli bakım hizmetleri, palyatif bakım hizmetleri, çağrı merkezi

Entegre bakım/entegre yaşam hizmetleri aktif yaşlanmayı destekleyen, yaşlılık dönemi öncesinde yaşlılığa yatırım yapılmasını sağlayan, yaşlılık döneminde ise bireyin bakım ihtiyaçlarına göre değişen ancak sürdürülebilir hizmetler sunan bir bakış açısı içermektedir.

Yaşlının bakım profiline göre değişen ve yukarıda adı geçen hizmet türleri aşağıdaki gibi tanımlanabilir.

Gündüzlü hizmet merkezleri: Bu merkezler, evinde yaşam sürdüren yaşlılara boş zamanlarını çeşitli aktivitelerle değerlendirme, sosyal ilişkilerini geliştirme, günlük yaşam aktivitelerini geliştirmelerini destekleme, yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olma amacıyla sunulan hizmetleri kapsamaktadır. 26960 sayılı Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik 07.08.2008 tarihinde yayınlanmıştır. Ancak bu yönetmelik çerçevesinde tanımlanan hizmetler aktif olarak yürütülmemektedir. Bu yönetmelikte gündüzlü bakım hizmeti birimi "Yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren sağlıklı yaşlılar ile Demans, Alzheimer gibi hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi 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 kalitesinin artırılması amacıyla sunulan hizmetleri yürüten birim" olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca bu yönetmelik kapsamında evde bakım hizmeti birimi tanımına da yer verilmiş ve evde bakım hizmeti birimi "akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özrü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya komşu akraba gibi diğer destek unsurlarına rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla sunulan sosyal, fiziksel, psikolojik destek hizmetlerini yürüten birim" olarak açıklanmıştır.

Bu yönetmelikte yaşlılar için bakım/ hizmet planı yapılmasından söz edilmekte ve bakım hizmet planı "Yaşlı hizmet merkezinde hizmet planlama servisinde her yaşlı için, yaşlının özellikleri ve ihtiyaçları göz önüne alınarak ayrı ayrı hazırlanan ve merkezin sorumlu müdürü tarafından onaylanan yaşlıya verilecek hizmet içeriğini ve sıklığını detaylı anlatan yazılı plan" olarak tanımlanmaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bu yönetmelik ile gündüzlü bakım ve evde bakım hizmetlerinin esaslarının tanımlandığı ve düzenlendiği ancak uygulamaya geçilemediği anlaşılmaktadır.

Evde destek hizmetleri: Yemek, temizlik, alışveriş, fatura yatırılması gibi hizmetleri içermektedir.

Evde bakım hizmetleri: Sağlık Bakanlığı tarafından 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı resmi gazetede yayınlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik'te evde bakım hizmetleri "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" olarak tanımlanmaktadır. Buradaki evde bakım hizmetleri tanımı ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yayınlanan "Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik"te belirtilen evde bakım hizmetleri tanımı örtüşmemektedir. Bu da uygulama aşamasında farklı kurumlar tarafından farklı ekipler ile hizmet yürütülmesine neden olarak kaynak maliyetini artırmaktadır/ artıracaktır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yayınlanan gündüzlü bakım ve evde bakım hizmetleri hakkında yönetmelik olduğu halde bunlar aktif olarak sunulan bir hizmetler değildir. Entegre bakım hizmetleri kapsamında bu hizmetlerin harekete geçirilmesine ivedi olarak ihtiyaç vardır.

Evde sağlık bakımı: 27.02.2015 tarihli ve 29280 sayılı resmi gazetede yayınlanan Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik'te evde sağlık bakımı "Çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya 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 hizmetleri" olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmet Türkiye'de 81 ilde hâli hazırda yürütülmektedir.

Ailede bakım verenleri destekleyecek olan psiko-sosyal hizmetler: Ailede yaşlılara bakım veren üyeler için evde bakıcı desteğini ya da dışarıda dinlenme merkezlerini içeren hizmetlerdir.

Bakım ve rehabilitasyon merkezleri: Yaşlılıkta görülen hastalıkların artması ile birlikte yaşlının ihtiyacına göre özel bakım sunan merkezlerdir. "Bakıma Muhtaç Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği" bulunmakla birlikte bu yönetmelik her yaş grubundan ve her engel türünden bireyleri kapsamaktadır. Bu yönetmelik çerçevesinde sunulan hizmetler yaşlılıkta sık görülen hastalıklar nedeniyle bağımlı ve bakıma ihtiyaç duyan birey haline gelmiş olan yaşlılar için hem personel hem de yapılanma olarak tam olarak uygun değildir.

Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği bulunmakla birlikte bu da 60 ve daha büyük yaştaki yaşlıların huzurevine alınması ve ilerleyen yaşlarda ihtiyaca göre yaşlının bakım ve rehabilitasyon merkezinde hizmet almaya devam etmesi esasına dayanmaktadır. Bu nedenle bakım ve rehabilitasyon merkezleri başlığı altında ihtisaslaşmış kuruluşlar oluşturulmalı ve buna uygun yönetmelik çıkarılmalıdır.

Uzun süreli bakım hizmetleri: Uzun süreli bakım hizmetleri, zaman içinde günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede başkalarına bağımlı hale gelen bireylere yardım etmek üzere sunulan geniş yelpazedeki hizmetler olup; kesişen politika konularını içermektedir. Uzun süreli bakım hizmetleri evde bakım hizmetleri ve evde destek hizmetlerini de kapsamaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Makro düzeyde;

Türkiye'de kısa vadede gelecek 30-35 yılda (2050), uzun vadede ise 55-60 yılda (2075) yaşlı bakım hizmetlerinin nasıl ve ne şekilde olacağı sorusuna yanıt vermek, Türkiye için yaşlı bakımı hizmetlerinde model önerisinin de karşılığını bulmak anlamına gelmektedir.

Bu nedenle yaşlı bakım hizmetlerinde model önerisini sunarken makro düzeyde aşağıdaki sorulara yanıt aranması gerekmektedir.

1. Yaşlı bakımı hizmetleri kime sunulacak?
2. Yaşlı bakım hizmetleri kim tarafından sunulacak?
3. Yaşlı bakımı hizmetleri nerede sunulacak?
4. Yaşlı bakım hizmetlerini kim finanse edecek?

Yukarıda açıklanan entegre bakım hizmetleri modeli kapsamında sağlıklı ve aktif yaşlıların kalmış olduğu yatılı bakım hizmeti olan huzurevi çok etkin bir model olmamalıdır. Ancak huzurevlerinin mevcut güçlü kurumsal yapısı ve işleyişi hizmet modeli olarak korunmalıdır. Yaşlılar "yevrinde yaşlanma" anlayışı ile entegre bakım/entegre yaşam sistemleri kapsamında farklı hizmet seçenekleri ile desteklenmelidir. Sonraki aşamada yaşlının bağımlılık düzeyi arttığında bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde bakım almaya devam etmeleri sağlanmalıdır. Böylece aktif yaşlılar için huzurevi hizmeti yerine profesyonel bakım ihtiyacını karşılayan bakım ve rehabilitasyon merkezleri güçlendirilmelidir.

Entegre bakım hizmetlerinde yukarıda sorulan sorulara en kısa şekli ile verilecek yanıtlar aşağıdaki gibi olmalıdır.

1. Yaşlı bakımı hizmetleri kime sunulacak? : Bağımsız yaşlılar; yarı bağımlı yaşlılar; tam bağımlı yaşlılar-burada yalnızca bağımlı değil, aktif yaşlıların da hizmet seçeneklerine ihtiyacı olduğu dikkate alınmalıdır.
2. Yaşlı bakım hizmetleri kim tarafından sunulacak? : Yaşlılık alanında çalışan profesyonel meslek grupları, yaşlı bakım personeli, disiplinler arası ve trans disiplinler yaklaşım ile hizmet sunma anlayışı,
3. Yaşlı bakımı hizmetleri nerede sunulacak? Evde ve kurumda
4. Yaşlı bakım hizmetlerini kim finanse edecek? : **Merkezi yönetim** (primli ödemeler, bakım sigortası), yaşlı birey ve belediyeler

Makro düzeyde;

- > Gündüzlü bakım hizmetlerine ilişkin yönetmelik
- > Evde bakım hizmetlerine ilişkin yönetmelik
- > Huzurevi ile yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerine ilişkin yönetmelik
- > Evde sağlık bakımına ilişkin yönetmelik

Üzerinde çalışılmalı, hizmetlerin kapsamı ve sunum şekli yeniden dizayn edilmelidir. Bu yönetmeliklerde özellikle evde bakım ve evde sağlık bakımı ile ilgili kapsamın yeniden tanımlanmasına ve hizmetin entegre bir şekilde sunulmasına ilişkin açıklamalara ihtiyaç bulunmaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yönetmeliklerin gözden geçirildikten sonra hizmet standartlarının ve kalitesinin oluşturulması, hizmetlerin aktif olarak uygulanmasına geçilmesi acil ve önemli bir konudur.

Makro düzeyde ayrıca **hizmetlerin finansmanı** planlama yapılması gereken en önemli konular arasındadır. Bu konuda Avrupa ülkelerinde örnekleri bulunan **“bakım sigorta sistemi”** Türkiye için yaşlı bakımı hizmetlerinin finansmanında önemli bir çözüm olarak görülmektedir.

6.3.2. Entegre Bakım Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Hizmetlerin Kalitesinin İzlenmesi Ve Değerlendirilmesi

Entegre bakım hizmetlerinde kalite, temel boyutlar olarak (i) fiziksel yapı kalitesi, (ii) personel niteliği, (iii) hizmet süreci kalitesi, (iv) çıktı kalitesi olmak üzere dört temel başlık altında incelenebilir. Bu kalite boyutları ve belirleyicileri aşağıda açıklanmıştır.

Entegre Bakım Hizmetlerinde Kalite Boyutları ve Belirleyicileri

Fiziksel yapı kalitesi:

- Kaliteli ve güvenli binalar (yangına karşı koruma, sanitasyon ve hijyen kalitesi)
- Konutun ve konut çevresinin yaşlının ihtiyaçlarına göre dizayn edilmesi
- Odaların büyüklüğü
- Yaşlıların kendilerine ait odalarının olması, kişisel alan ve mahremiyet
- Geronteknoloji ve fiziksel çevreye uyumun sağlanması

Personel kalitesi:

- Yeterli sayıda profesyonel personel istihdamının sağlanması
- Nitelikli personel çalıştırma
- Verilen hizmet tipine uygun profesyonellerden oluşan ekibin oluşturulması
- Yeterli sayıda ve nitelikte destek personeli istihdamının sağlanması
- Hizmet alan yaşlı başına düşen personel sayısının yeterli olması
- 7 gün 24 saat hizmet sunacak personelin bulunması



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Hizmet süreci kalitesi:

- Hizmet alanların haklarını koruyacak bir işleyiş oluşturmak
- İyi işleyen maliyet planları ve ödemelerin yönetimi
- Yaşlılara özel bakım planı yapabilmek
- Bakım planı için kullanılan yaşlı değerlendirme tekniklerinin ve prosedürlerinin etkililiği
- Yaşlıların fonksiyonel kapasitesini en iyi şekilde sürdürebilmesi için ihtiyaç duyulan hizmetleri sağlama
- Bakım planı ve bakım sürecine ilişkin kayıtların düzenli tutulması
- Dengeli diyet ve beslenme sağlayabilmek
- Sürdürülebilir bakım sağlama

Çıktı kalitesi:

- Yaşlıların sağlık durumunu korumak ve iyileştirmek (bası yaralarının sıklığı, malnutrisyon sıklığı)
- Yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki fonksiyon kaybını önleme
- Düşmelerin önlenmesi ve düşme sayısı
- Enfeksiyonların sıklığı ve önlenmesi
- Toplumsal katılım düzeyi
- Özel yaşamın gizliliğinin korunması
- İhmal ve istismarın önlenmesi

Entegre bakım hizmetlerinde kalite yönetimine ilişkin düzenlemeler fiziksel yapı kalitesinin sağlanması, personel ihtiyacının karşılanması, bakım süreci gibi minimum ihtiyaçlardan başlayarak karmaşık durumları değerlendirme sisteminin oluşturulması, çıktıların ölçülmesi, sürdürülebilir kalite geliştirme stratejileri oluşturma, yaşlıların hakları ve gizliliğinin korunması gibi gelişmiş uygulamaları içermektedir.

Entegre bakım hizmetlerinde hizmetlerden yararlanan bağımsız yaşlı ile tam bağımlı yaşlıların çıktı kalitesine ilişkin belirleyicilerini de ayrı ayrı oluşturmak gerekmektedir. Bağımsız aktif yaşlıda; topluma katılım, gönüllü aktivitelere katılım, yaşam boyu öğrenme sürecine katılım gibi belirleyiciler öne çıkarken; tam bağımlı yaşlılarda özellikle Demans hastalarında malnutrisyon, ağrı yönetimi daha sağlık odaklı çıktılar değerlendirme için kullanılmalıdır. Bu nedenle yatılı bakım ile evde bakımın kalite yönetimi için yapılacak düzenlemeler ve politikalar farklılık göstermektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yatılı bakım konusundaki düzenlemeler ve politika konuları	Evde bakım konusundaki düzenlemeler ve politika konuları
- Eğitimi iyi ve mesleki becerisi olan iş gücünü istihdam etmek, personelin niteliğini iyileştirmek - Yerinde gözleme dayalı kalite değerlendirme ve izleme yöntemlerini geliştirmek - Bakım hizmetleri arasında geçiş ve koordinasyon sağlamak - Personel için yeterli ücretler ödemek ve uzun saatler çalışmaya ilişkin düzenlemeler yapmak, - Bakım sigorta sistemi oluşturmak	- Eğitimi iyi ve mesleki becerisi olan iş gücünü istihdam etmek, personelin niteliğini iyileştirmek - Bakım verenler için beceri geliştirme programları düzenlemek - Yaşlıların hizmetler hakkındaki bilgi yetersizliğini önlemek - Sürdürülebilir bakım için bakım hizmetleri arasında koordinasyon sağlamak - Yerinde gözleme dayalı kalite değerlendirme ve izleme yöntemlerini geliştirmek - Bakım sigorta sistemi oluşturmak

Entegre bakım hizmetlerinde **kalitenin izlenmesi ve iyileştirilmesi** için üç temel ve bütüncül yaklaşıma odaklanılmaktadır:

1. Birinci olarak; hem hizmeti planlayanların yani devletin, hem de hizmeti alanların yani yaşlıların işbirliği ile hizmet sürecinin izlenmesi ve denetimi. Bu denetimlerde hizmet alanların görüşlerinin dikkate alınarak, kalite yönetimi için oluşturulan çıktıların değerlendirilmesi.

2. İkinci olarak; kalite yönetimi ve iyileştirme ile ilgili olarak profesyonel taahhütlerin artması.

3. Üçüncü olarak; hizmet alan yaşlıların hizmet süreçleri hakkında bilgilendirilmelerini sağlamak, hangi hizmetlere ihtiyaçları olduğu ve aldıkları hizmetlerin niteliği ile ilgili görüş oluşturmalarını desteklemek.

Kalite yönetiminde ilk aşama yaşlı bakım hizmetleri ile ilgili hükümetin yönetmelikleri ve yasaları düzenlemesidir. Ancak tek başına yasalar ya da yönetmelikler doğrudan yaşlı bakım hizmetlerinde kaliteyi garanti etmez. Bu nedenle yaşlı bakımı hizmetlerinde kalite hizmet alan yaşlıların koşullarının standartlara uygun olup olmadığının izlenmesi ile mümkündür. Böylece Yasalara bağlı standartların yaşlıların yaşamına nasıl yansıdığı da ortaya konulmuş olacaktır. Düzenlemeler ve yasalar bunun için temel oluşturur.

6.4. Yaşlı Bakım Hizmetleri Model Önerisi İçin Vaka Yönetimi: Hizmet Alanların Hizmetlerin Planlanması ve Sunulması Sürecine Katılımı

Entegre bakım hizmetlerinde vaka yönetiminin temel amacı ileri bakım planı hazırlamak ve ileri bakım hizmeti sunmaktır. Yaşlılık ve yaşlılık döneminde bir başkasına muhtaç olma düşüncesi bireyleri endişelendirmektedir. Bu nedenle entegre bakım hizmetlerinde vaka yönetimi önemlidir. Bakım planı hakkında bilgi edinmek isteyen kişileri üç gruba ayırabiliriz:



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- 1.Yaşlı yakınına bakım veren aile üyeleri
2. Kendini yaşlılığa hazırlayan ya da aileden birine bakım vermeye aday olan yetişkinler
- 3.Bakım için kaynaklara ulaşmak isteyen ve bu konuda yardım talep eden yaşlı

Entegre bakım hizmetlerinde yürütülecek başarılı vaka yönetimi ile bireyler sağlığın kaybı, mental kapasitenin azalması, paranın yetersizliği gibi yaşlılığın getirdiği endişeler ile daha kolay başa çıkabilirler.

Vaka yönetiminde profesyonellerin yaşlının isteklerine, kısa ve uzun süreli amaçlarına, yeteneklerine ve ihtiyaçlarına, sahip olduğu kaynaklara ve ihtiyaç duyduğu kaynaklara odaklanması gerekmektedir. Burada yaşlının dönüşen- evirilen ihtiyaçları merkeze alınmalıdır. Vaka yönetiminde başarılı bir bakım planı için aşamaları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

1. Adım: Yaşlıların arzu ve istekleri

İlk adım, bireylerin yaşlılık hakkındaki hissettikleri, arzuları, istekleri ve bundan sonra ne yapmak istedikleri hakkında konuşmaktır. Yaşlılara bakım ile ilgili seçeneklerin ve kararlarının bir hak olduğunu hatırlatmak ve self-determinasyon haklarını kullanmaları için destek vermek gerekmektedir. Bu aşamada yaşlının mental durumu, fonksiyonel durumu, içtenliği ve anlattıklarına ilişkin samimiyeti değerlendirilmelidir. Ayrıca evde bakım verecek birinin olup olmadığı, evde bakımın mı (bakım ve destek hizmetleri) ya da kurumda bakımın mı yaşlı için daha uygun bir seçenek olacağı, bakım hizmetleri için finansmanın nasıl sağlanabileceği ortaya konulmalıdır.

2. Adım: Yaşlı hakkında önemli bilgileri toplama

Yaşlı hakkında aşağıda belirtilen önemli bilgiler toplanır.

- Kimlik bilgileri
- Pasaport bilgileri
- Tapu ve gayrimenkul vb. bilgiler
- Hastalıkları, hastalıklarını izleyen hastanelere ve doktorlara dair bilgiler
- Sağlık sorunları ile ilgili öyküsü
- Sosyal güvenlik durumu
- Özel sağlık sigortası durumu
- Sosyal yardımdan yararlanma durumu
- Ekonomik durumu ve geliri
- Mesleği

3. Adım: Değerlendirmenin yapılması

Yaşlı için bakım planı yapmadan önce yaşlının güçlü ve zayıf yanlarını belirlemek üzere detaylı bir geriatrik ve gerontolojik değerlendirme yapılır. Bu değerlendirme aşağıdaki başlıkları içermektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- Fonksiyonel değerlendirme
- Fiziksel durum: Görme, duyma, denge, kronik ağrılar vb.
- Kognitif ve mental sağlık: Anksiyete, depresyon, diğer ruhsal sağlık belirtileri
- Sosyal: Sosyal destek kaynakları, sosyal etkileşim, itibar, potansiyel bakım verecek bir kişi olup olmadığı
- Çevresel: Yaşlının yaşadığı fiziksel çevrenin değerlendirilmesi, doktora erişim, alışveriş vb gibi özel ihtiyaçların tanımlanması
- Beslenme
- Uyku
- Sağlığı ile ilgili şikâyetler
- Finansal değerlendirme

4. Adım: Toplumsal kaynakları araştırmak

Bu aşamada yaşlının mevcut durumu ve ihtiyaçlarına göre hangi yaşlı bakım hizmetinden yararlanabileceği konusundaki seçenekler gözden geçirilir.

Entegre bakım hizmetlerinde yukarıda belirtildiği gibi yaşlının bağımlılık düzeyine göre farklı hizmetler açıklanmıştır. Gündüzlü bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri, evde destek hizmetleri, evde sağlık hizmetleri, çağrı sistemi, yatılı bakım. Bu hizmetlerin kapsamı ve süreci yaşlı ve yaşlı yakınları ile istişare edilir.

5. Adım: Bir bakım planı geliştirmek

Bakım planı yaşlının isteklerine ihtiyaçlarına, finansal durumuna, sağlık durumuna, bağımlılık düzeyine göre değişmektedir. Bakım planı yaşlının şu andaki ihtiyaçlarına odaklanmalıdır. Bu kapsamda rehabilitasyon ihtiyaçları (fiziksel ve psikiyatrik terapi), konut ihtiyacı ve toplumsal kaynaklardan optimal yararlanma durumu değerlendirilmelidir. Yukarıda adı geçen hizmet seçeneklerinde sunulan hizmetlerin kapsamı yaşlı ve ailesi ile birlikte gözden geçirilerek hangi hizmetin ya da hizmet kombinasyonunun yaşlının ihtiyaçlarını bütüncül olarak karşılayabileceği üzerine konuşulur. Yaşlı için uygun hizmet seçeneği/seçeneklerine karar verebilmesi için yaşlı birey desteklenir.

6. Adım: Yasal olarak evrakların düzenlenmesi

Yönetmeliklere uygun olarak yaşlı adına başvuru süreci başlatılır. Yaşlının en kısa sürede hizmetten/hizmetlerden yararlanmasını sağlamak vaka yönetiminde öncelikli bir konudur.

6.5. Yaşlı Bakım İhtiyacının Tespitine İlişkin Kullanılan/Kullanılabilecek Kriterler

Türkiye'de hali hazırda yürütülen yaşlı bakım hizmetleri kapsamında kurumsal yatılı bakım hizmetleri (huzurevi, bakım ve rehabilitasyon merkezi ve yaşlı yaşam evi) hizmetleri kapsamında "Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği" kullanılmaktadır. Bu yönetmelikte belirtilen açıklamalar yaşlının kuruluşa kabul koşullarını tanımlamakta yaşlı bakım ihtiyacını tespit ile ilgili kriterleri içermemektedir. Yaşlının kuruluşa kabulü sırasında, yaşlının evi ziyaret edilerek hazırlanan sosyal inceleme raporu ise yaşlının aile durumu, sağlık durumu, psiko-sosyal koşulları, ekonomik koşulları, konut koşulları gibi yaşlının yaşamına ilişkin genel değer-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

lendirme başlıklarını içermektedir. Bu süreçte yaşlının bakım ihtiyacını belirleyecek olan herhangi bir standart ölçme aracı bulunmamaktadır. Diğer bir hizmet olan evde bakım ücretinin ödenmesi ile ilgili de yaşlının engellilik düzeyini içeren sağlık raporu kriter olarak kabul edilmektedir.

Yaşlı bakım ihtiyacının belirlenmesine ile ilgili kriterleri oluştururken; yaşlı bakımı hizmetlerindeki "öncelikli gruplar"ın saptanmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Öncelikli grupların belirlenmesinde kullanılan kriterler aşağıdaki gibidir:

- 1. Yaş:** İleri yaşta olmak bakım ihtiyacını artırmaktadır
- 2. Cinsiyet:** Kadınlar ortalama olarak erkeklerden daha fazla yaşamaktadırlar. Böylece kadınların yaşları ilerledikçe evde yalnız yaşama durumları da artmaktadır.
- 3. Engellilik:** Engelliliğe neden olan bir kaza geçirmek ya da kronik hastalıklara sahip olmak uzun süreli bakım ihtiyacını artırmaktadır. 40 ve 50 yaşları arasında insanların %8'i uzun süreli bakıma ihtiyaç duyacağı bir engel türüne sahip iken, 90 ve daha büyük yaşta insanların %69'u uzun süreli bakım gerektiren bir engel türüne sahiptir.
- 4. Sağlık durumu:** Bakım ihtiyacını artıran diyabet, yüksek tansiyon kronik hastalıklara sahip olmak; ailedeki diğer bireylerin sağlık durumu ile ilgili öykülerinin iyi olmaması; kötü beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite uzun süreli bakım ihtiyacını artırmaktadır.
- 5. Yaşam koşulları:** Yalnız yaşıyor olanlar uzun süreli bakımda evli olanlara göre daha çok nakit yardıma ihtiyaç duyacaktır (U.S. Department of Health & Human Services, 2016).

Yaşlı bakım hizmetleri model önerisi kapsamında yaşlıların bakım hizmetlerinden yararlanma durumunu incelerken; yaşlı bakım ihtiyacının belirlenmesi için genellikle diğer ülkelerde kullanılan ve ülkemizde de kullanılması önerilen bazı ölçme araçlarına yer verilmiştir.

1. Günlük Yaşam Aktivitelerini Değerlendirme

Dünya'da Amerika, Kanada, Avustralya, Avrupa Ülkeleri başta olmak üzere hemen tüm ülkelerde yaşlının bakım ihtiyacının belirlenmesinde kullanılan en önemli ölçme aracı yaşlının günlük yaşam aktivitelerine ilişkin değerlendirmedir. Günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sıklıkla kullanılan ölçeklerden biri Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksidir (Wade ve Collin,1988). Bu ölçek bireylerin günlük olarak gerçekleştirdikleri temel fiziksel aktivitelere ilişkin yapabilirlik düzeyini belirlemekte ve fonksiyonel kapasitesi ile ilgili bilgi vermektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

Yaşlının Adı-Soyadı:		Tarih:
Kriterler	Değerlendirme	Puan
Beslenme	Tam bağımsız yemek için gerekli aletleri kullanabilir Biraz yardıma ihtiyaç duyar Bağımlıdır	10 5 0
Banyo yapma	Yardımsız küvette yıkanabilir, duş alabilir Yardıma ihtiyacı vardır	5 0
Kendine bakım	Elini yüzünü yıkayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar	5 0
Giyinme-soyunma	Giyinip soyunabilir, ayakkabı bağlarını çözebilir Yardıma ihtiyaç duyar (işin en az %50'sini kendisi yapabilmelidir) Tam bağımlıdır	10 5 0
Bağırsak bakımı	Suppozituar kullanabilir, gerekirse lavman yapabilir Yardıma ihtiyaç duyar İdrar tutamama mevcuttur	10 5 0
Mesane bakımı	Mesanesini kontrol edebilmektedir. Sonda bakımını gece ve gündüz kendisi yapabilmektedir. Bazen tuvalete yetişemez ve sürgüyü bekleyemez altına kaçıır Mesanesini kontrol edemez, idrar kaçıır ve kateterlidir	10 5 0
Tuvalet kullanımı	Duvardan ya da bardan destek alabilir, tuvalet kağıdını kendisi kullanabilir Elbiselerini giyip çıkarmak ve tuvalet kağıdını kullanmak için biraz yardıma ihtiyaç duyar Tam bağımlıdır	10 5 0
Transfer (tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transfer)	Tam bağımsızdır Geçişler sırasında minimum yardım alır (sözel ya da fiziksel) Tek başına yatakta oturabilir, yatağa geçişte yardım alır Tam bağımlıdır	15 10 5 0
Mobilite: Düzgün yüzeyde yürüme Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme	Yardımsız olarak 45 m yürüyebilir, bireys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir Bir kişinin fiziksel ve sözel yardımıyla 45 m yürüyebilir Yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir, köşeleri dönebilir, yatağa tuvalete yanaşabilir Tekerlekli sandalyede oturabilir, ancak kullanamaz	15 10 5 0
Merdiven inip çıkma	Bağımsız inip çıkabilir (tırabzan, baston, koltuk değneği kullanabilir) Yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar Yapamaz	10 5 0
Puanlama	0-20:Tam bağımlı 21-61:İleri derecede bağımlı 62-90:Orta derecede bağımlı 91-99:Hafif derecede bağımlı 100:Tam bağımsız	
Yaşlının Aldığı Toplam puan (0-100):		

Bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki fonksiyonellik düzeyini ve bakım ihtiyacını belirleyen diğer bir ölçme aracı ise Katz tarafından geliştirilen günlük yaşam aktiviteleri ölçeğidir (Shelkey ve Wallace, 2012).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ

Yaşlının Adı-Soyadı:		Tarih:
Aktiviteler	Bağımsızlık (1 puan)	Bağımlılık (0 puan)
Banyo yapma Puan ...	Kendisi yıkanabiliyor, vücudunun az bir parçasının yıkanması için yardım alıyor	Kendisi yıkanamıyor ya da vücudunun büyük bir parçasının yıkanması için yardıma ihtiyaç duyuyor
Giyinme Puan ...	Kendi başına kıyafetlerini dolaptan alıp, çıkarıp giyinebilir (ayakkabısını bağlarken yardım alabilir)	Giyinirken yardım alıyor ya da tamamen başkası tarafından giydirilmektedir.
Tuvalet ihtiyacı Puan ...	Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor	Tuvalete giderken yardım alıyor, kendi başına temizlenemiyor, lazımlık, sürgü vb. kullanıyor
Transfer Puan ...	Yataktan koltuğa ya da koltuktan yatağa tek başına ya da baston vb. yardımı ile geçebiliyor	Yataktan koltuğa geçerken kısmı ya da tamamen bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor
Kontinans Puan ...	Mesane ile ilgili tam kontrolü mevcut	Kısmi veya tam mesane ve bağırsak inkontinansı mevcut
Beslenme Puan ...	Yemeği tabaktan ağızına kendisi götürebiliyor (yemeği başkası hazırlayabilir)	Yemeği başkası yediriyor ya da parenteral beslenme var
Toplam Puan:		Tam bağımsız: 6 puan Tam bağımlı: 0 puan

Yaşlıların bakım ihtiyaçlarının belirlenmesine ilişkin kriterler kapsamında yukarıda verilen iki ölçek temel yaşam aktivitelerindeki fonksiyonelliği belirlemektedir. Bunun yanı sıra yaş ilerledikçe öncelikle alışveriş, yemek yapma, evin düzenini sağlama ve ev temizliği vb. günlük olarak gerçekleştirilen araç yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorlanmalar başlamaktadır. Özellikle evde destek ve evde bakım hizmet ihtiyacının belirlenmesinde günlük araç yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyinin ortaya konulması önemli bir kriterdir. Burada Lawton ve Brody tarafından geliştirilen (Lawton ve Brody, 1969; Lawton,1971) araç yaşam aktiviteleri formu değerlendirmede kriter olarak kullanılması için örnek olarak verilmiştir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

LAWTON ve BRODY ARAÇ (ENSTRÜMENTAL) GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ FORMU

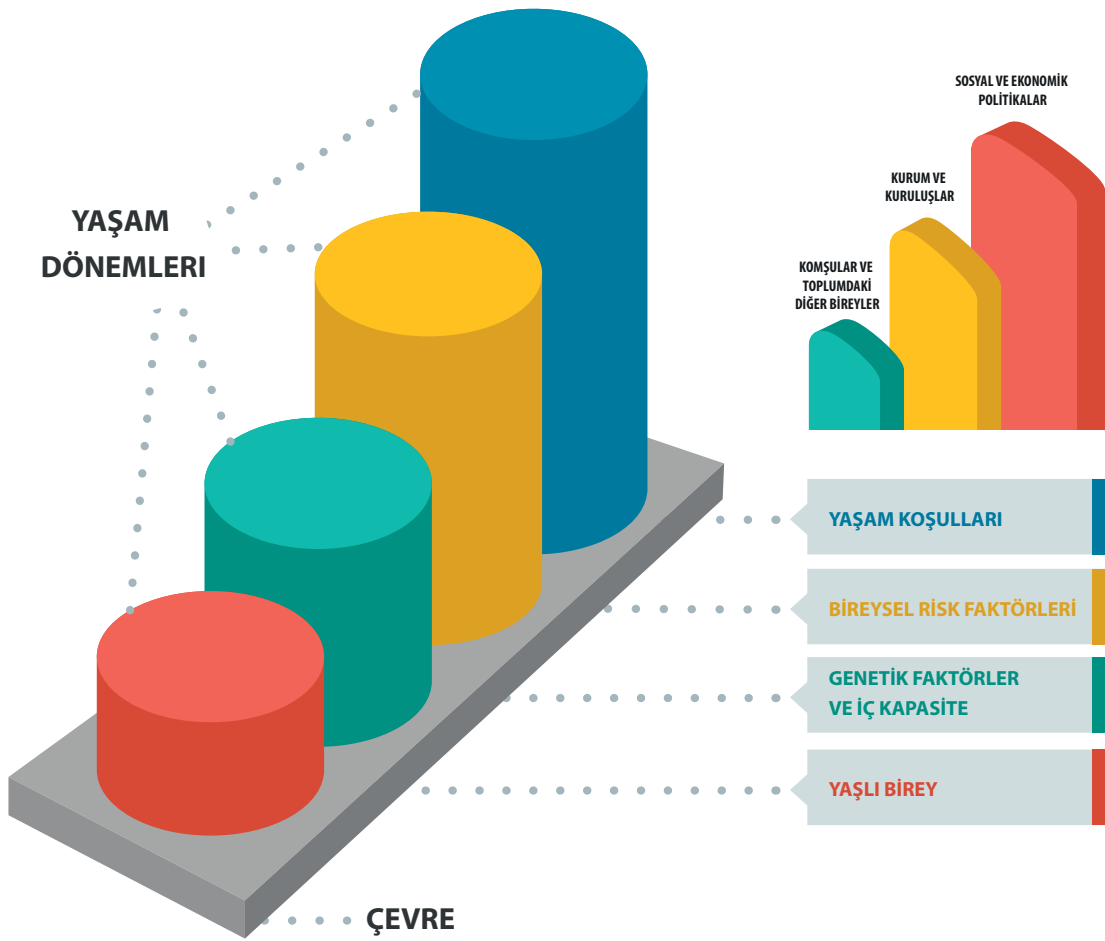
Telefonu kullanabilme - Telefonu rahatlıkla kullanabilir - Birkaç iyi bilinen numarayı çevirebilir - Telefona cevap verir, ancak arayamaz - Telefonu hiç kullanamaz	Puan (1) (1) (1) (0)
Alışveriş - Tüm alışverişini bağımsız olarak kendisi yapar - Küçük alışverişlerini kendisi yapar - Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar - Alışveriş yapamaz	Puan (1) (0) (0) (0)
Yemek hazırlama - Yeteri kadar yemeği planlar, hazırlar ve servis edebilir - Kullanılacak malzeme sağlanırsa yeteri kadar yemek hazırlayabilir - Hazır yemeği ısıtır ve sunar veya yemek hazırlar ancak yeterli diyeti sağlayamaz - Yemeklerin hazırlanması ve servis edilmesine ihtiyacı vardır	Puan (1) (0) (0) (0)
Ev temizliği - Yalnız başına veya nadir destekle evin üstesinden gelir - Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir - Günlük hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz - Tüm ev idame işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir - Hiçbir ev temizliği işine katılamaz	Puan (1) (1) (1) (1) (0)
Çamaşır - Kişisel çamaşırını tamamen kendisi yıkar - Çorap, mendil gibi küçük malzemeleri yıkayabilir - Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır.	Puan (1) (1) (0)
Yolculuk - Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır - Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz - Başkalarının yardımı ile toplu taşıma araçlarından faydalanabilir - Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobille sınırlıdır - Yolculuk yapamaz	Puan (1) (1) (1) (0) (0)
İlaçlarını kullanabilme sorumluluğu - İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir - İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanırsa düzenli kullanabilir - İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz	Puan (1) (0) (0)
Mali işler - Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelebilir - Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir. - Mali işlerini takip edemez	Puan (1) (1) (0)
Toplam Puan: Tam bağımlı: 0 Puan Tam bağımsız: 8 puan	



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yaşlı bakım ihtiyacının belirlenmesine ilişkin kriterleri içeren ölçme araçları yukarıda açıklananlar ile sınırlı değildir. Yaşlı bakım ihtiyacının belirlenmesi için sağlık bakımı ve sosyal bakıma ilişkin kriterlere dayalı bütüncül bir değerlendirme yapılmalıdır. Adı geçen ölçme araçlarının yanı sıra "Yeti yitimi ölçülmesi ve izlenmesi", "Rankin Engellilik Ölçeği", "İnme Öz-Etkililik Ölçeği", "Mini Mental Test", "Yesevage Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği", "Mini Nutrisyonel Test" gibi değerlendirme araçları ile yaşlının bakım ihtiyacı belirlenmelidir. Bu kapsamlı geriatrik ve gerontolojik değerlendirme multidisipliner bir yaklaşımla ortaya konulmalıdır. Bu belirtilen ölçme araçları temel alınarak ülkemizde yaşlı bakım ihtiyacının sağlık ve sosyal boyutları ile belirlenmesine ilişkin kriterleri içeren değerlendirme formu geliştirilmelidir.

Yaşlı bakımı hizmetlerinde kriter oluştururken aşağıda belirtilen ekolojik modelde yer alan unsurların kriter olarak dikkate alınması önemlidir.



Şekil 10. Yaşlı Bakım İhtiyacını Değerlendirme Kriterleri

Yaşlı Bakım İhtiyacı Ve Hizmetlere İlişkin Projeksiyon

Yaşlıların temel ve araç günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeyi bakım ihtiyacının belirlenmesindeki en önemli kriterlerden biridir. Sosyo-ekonomik açıdan gelişmiş ülkelerde geniş kapsamlı örneklemde günlük yaşam aktivitelerine dayalı yapılan ölçümler ile geleceğe ilişkin bakım projeksiyonları da ortaya konulabilmektedir. Türkiye'de yaşlı bakım hizmetlerine ilişkin



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

projeksiyonun belirlenmesine temel oluşturabilecek en önemli çalışma TÜİK tarafından yürütülen Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi ve genel nüfus bilgileri ile Türkiye Sağlık Araştırmasıdır.

TÜİK tarafından en son gerçekleştirilen "Türkiye Sağlık Araştırması"nın verileri 2014 yılında Ağustos-Ekim aylarında toplamış ve sonuçlar 2015 yılında açıklanmıştır. Bu araştırmaya göre 45-54 yaş grubundaki bireylerin %10.9'u yataklı tedavi hizmeti alırlarken, bu oranın 55-64 yaş grubunda %14.1, 65-74 yaş grubunda %23.2 ve 75+ yaş grubunda %25.6'ya yükseldiği belirlenmiştir. 65 yaş ile birlikte yataklı tedavi hizmetlerinden yararlanma oranının hızlı bir şekilde arttığı görülmektedir. 65-74 yaş grubunda yataklı tedavi hizmeti alan kadınlar (%22.7) ve erkeklerin (%23.7) oranı birbirine yakın iken; 75+ yaş grubunda yataklı tedavi hizmeti alan erkeklerin oranının (%30.2) kadınlardan (%22.6) daha yüksek olduğu bulunmuştur (TÜİK, 2015c). Sağlık açısından yataklı tedaviye ihtiyaç duyan bu kesimin sürekli ya da uzun süreli bakıma ihtiyaç duyacağı; özellikle de evde bakım ihtiyacının ortaya çıktığı/çıkacağı tahmin edilmektedir. Buna göre 65 ve daha büyük yaş grubunda her 4-5 yaşlıdan birinin, 75 ve daha büyük yaşta ise özellikle erkeklerde her 3 yaşlıdan birinin bakıma ihtiyaç duyduğu/duyacağı varsayılmaktadır. Türkiye'de 31 Aralık 2015 tarihi itibarıyla 65-74 yaş grubunda 3 milyon 982 bin 569 kişi yaşamaktadır. Bu yaş grubunda şu anda farklı bağımlılık düzeylerinde her 4-5 kişiden biri olduğu varsayıldığında 796 bin 513 kişi ile 995 bin 642 ile kişi arasında belirlenen sayıda bakıma ihtiyaç duyulduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'de 75 ve daha büyük yaşta olanların sayısı 2milyon 512 bin 670'dir. Bunların yaklaşık üçte birinin bakıma ihtiyaç duyduğu düşünüldüğünde; hâli hazırda 75 ve daha büyük yaştaki bireylerden 837 bin 556 kişinin bakım ihtiyacı ile karşı karşıya olduğu düşünülebilir.

Birleşmiş Milletler tarafından 2015 yılında hazırlanan Dünya Nüfusu Tahminleri Raporu'na (UN, 2015) göre halen 78 milyon 666 bin olan Türkiye nüfusunun, 2030'da 87 milyon 717 bine, 2050'de ise 95 milyon 819 bine çıkmasının beklendiği açıklanmaktadır. Rapora göre Türkiye nüfusunun 2100 yılında azalarak 87 milyon 983 bine gerileyeceği tahmin edilmektedir. Diğer yandan Türkiye'de yaşlı nüfus gittikçe artmaktadır. 2015 yılında yaşlı nüfus oranı %8.2'dir ve 65+ yaşta 6 milyon 495 kişi bulunmaktadır. Yaşlı nüfus 2023'te 8.6 milyona (65+) 2050'de 19.5 milyona, 2075'te ise 24.7 milyona çıkacaktır. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 2023'te %10.2'ye, 2050'de %20.8'e, 2075'te %27.7'ye yükselecektir.

Türkiye'de 65 ve daha büyük yaş grubunda ortalama her dört kişiden birinin uzun süreli bakıma ihtiyaç duyacağı düşünüldüğünde; buna göre 2023 yılında uzun süreli bakım alacak olanların yaklaşık 2.1 milyon, 2050 yılında 4.8 milyon ve 2075 yılında 6.1 milyon kişi olacağı tahmin edilmektedir. Uzun süreli bakıma ihtiyaç duyacak bireylerin dışında kalan ve dörtte üçlük orana dâhil olan 65 ve daha büyük yaştaki bireylerin ise yemek yapma, ev temizliği, alışveriş gibi günlük araç yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için evde destek hizmetlerine ihtiyaç duyacağı öngörülmektedir.

Bu olası projeksiyona göre Türkiye uzun süreli bakıma evde bakım (sağlık bakımı ve sosyal bakım) ve evde destek hizmetleri; sağlık hizmetleri, kurumsal yatılı bakım (huzurevi ve bakım ve rehabilitasyon merkezleri), palyatif bakım merkezleri ile hazır olmak için gerekli alt yapıyı ve eylemleri gerçekleştirmelidir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

6.6. Yaşlı Bakım Hizmetleri Model Önerisi İçin Personel İstihdamı ve Hizmetlerin Maliyeti

Yaşlı bakımı duygusal emek yoğun bir iştir. Uzun çalışma saatleri, her yaşlının kendine özel bir bakım planının bulunması ve bunun personel tarafından yönetimi, yaşlı başına düşen profesyonel ve bakım personeli sayısının az olması nedeniyle iş yükünün yoğunluğu yaşlı bakımında personel istihdamını daha özel bir konu haline getirmektedir. Çünkü nitelikli iş gücü istihdamı yaşlı bakımı hizmetlerinin süreci ve kalitesini doğrudan etkilemektedir.

Türkiye'de yatılı yaşlı bakımı hizmetlerinde üniversitelerin dört yıllık bölümlerinden mezun olan profesyoneller (sosyal çalışmacı, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, hemşire vb.) çalışmaktadır. Yaşlı bakımı elemanı olarak da Milli Eğitim Bakanlığı'nda kısa süreli (6 ay) yaşlı bakımı eğitimi almış kişiler, liselerin yaşlı bakımı programından mezun olanlar ve üniversitede iki yıllık yaşlı bakımı programından mezun olanlar görev yapmaktadırlar. Yaşlı bakımı personeline öncelikli olarak lise ve üniversite mezunları tercih edilmelidir. Bu personel yapısının entegre bakım hizmetlerinde de korunması, ancak hizmet kalitesini artırmak için yeterli istihdamın sağlanması gerekmektedir. Sözü edilen her hizmet tipi için profesyonel ekibin tam olarak oluşturulması sağlanmalıdır. Evde bakım hizmetleri ile evde destek hizmetleri için ihtiyaç duyulan sıklıkta ve saatte evde bulunması sağlanacak düzeyde bakım personeli istihdam edilmelidir. Özellikle yaşlılara hizmet sunan yaşlı bakım personelinin zorunlu nedenler olmadıkça (yaşlı istismarı, görev ihmali vb.) sıklıkla değişmemesi önemlidir. Aksi durumda yaşlı ve bakım veren arasında güven ilişkisinin oluşması mümkün olmayacaktır.

Yaşlı bakımı hizmetlerinde personel istihdamı maliyeti yükselten bir unsurdur. Türkiye'de yatılı bakım hizmeti alan bir yaşlının maliyeti aylık yaklaşık 3 bin 800 TL'dir. Bu maliyetin bazen hepsini **merkezi yönetim** ödemektedir. Gelir testine bağlı olarak muhtaç durumda olan yaşlılar kuruluşlarda ücretsiz kalmaktadırlar. Kuruluşlarda ücretli kalan yaşlılar da (en yüksek ücret ödeyenler) toplam maliyetin yaklaşık üçte birini ödemektedirler. En düşük ücret ödeyen yaşlılar ise kişi başına düşen bu toplam maliyetin ancak %10'unu karşılamaktadır. Böylece ödeme dışında kalan miktarı ve ücretsiz yaşlıların maliyeti tamamıyla **merkezi yönetim tarafından karşılanmaktadır. Bu ödemeler** vergilerden, primli ödemelerden ve diğer gelirlerden finanse edilmektedir.

Entegre bakım hizmetlerinde maliyeti karşılamak için olması gereken en önemli öneri öncelikle bakım sigorta sistemidir. Bunun başarılması dünyada ve Türkiye'de yaşlı nüfusun artması konusunda dönüm noktası sayılan 2050 ve 2075 yılına hazırlık olması amacıyla bakım harcanmalarını karşılayacak bir sistemin uygulamaya geçmesi anlamına gelmektedir.

Bilindiği gibi en yaygın olan uygulama primli ödemelere bağlı olarak kazanılan emekli maaşı hakkıdır. Bakım sigorta sistemi ise emekli maaşının yanında yaşlının bakım ihtiyaçlarını karşılamak üzere ödenen ücretleri kapsamaktadır. Bakım sigorta sistemi çalışan ve işverenin ortak paylaştığı prim ödeme sistemine dayanmaktadır.

Ülkelere bakıldığında refah modeline göre yaşlılara yönelik sosyal politikalarda **merkezi yönetim**, yerel yönetimler ve aile gibi aktörlerin hizmetlerin maliyetini karşılamadaki rolü farklı düzeylerde görülmektedir. Bu nedenle hizmetlerin finansmanında çoğu zaman çok aktörlü karma model kullanılmaktadır. Ülkemizde de gelir testine dayalı olarak ihtiyaç sahibi yaşlıların yaşlı bakım hizmetlerini tamamen devlet tarafından karşılanmaktadır. Ödeme gücü olan yaşlılar ise kamudan aldığı hizmetlerin maliyetinin bir bölümünü ya da özel sektörden aldığı hizmetlerin maliyetinin ta-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

namını kendisi ödemektedir. Ancak özellikle evde bakım ve evde destek hizmetleri şu anda **merkezi yönetim** tarafından yürütülmediği için güvenilir ve nitelikli hizmet sunucu bulma konusunda da endişeler bulunmaktadır.

Entegre bakım hizmetleri ile yaşlının bağımlılık düzeyine uygun aşamalı hizmet modellerinin devreye girmesi önerilmektedir. Böylece bakımın sürdürülebilirliği de sağlanmış olacaktır.

Entegre bakım hizmetlerinde hem kurumda hem de evde sunulan hizmetler için hizmetlerin içeriği ve süresi sıralanmalıdır. Bu nedenle mümkün olduğunca genellenebilecek ve hizmet alanlarının %95'ini kapsayacak standart hizmet içerikleri oluşturulmalıdır. %5'lik sapma durumlarında ise, diğer bir deyişle az da olsa sıra dışı hizmete ihtiyaç duyanlar için esnek uygulamalar da mümkün olmalıdır. Yaşlının bağımlılık düzeyine göre belirlenecek olan hizmet süresine bağlı olarak hizmet menüsü ve maliyetlerinin oluşturulması önerilmektedir. Ödeme gücüne sahip olan yaşlılardan hizmetlerin maliyetinin bir bölümünün karşılanması, bakım sigorta sisteminden gelecek birikim ile **merkezi yönetimin** bu maliyeti paylaşması ve belediyelerin de hizmet sunumunda ve maliyet karşılamada da etkin rol alması gerekmektedir.

Hizmet tipi ve maliyet dağılımı ile ilgili aşağıda tahmini bir tablo sunulmuştur. Tabloda gelir testine bağlı olarak muhtaçlık durumunda kişi payı 0 olmalıdır. Bakım sigorta sistemi olduğunda da maliyeti karşılamada kişi payı 0 olup; yalnızca **merkezi yönetim** payı olacaktır.

Yaşlının bağımlılık düzeyi	Hizmet tipi	Hizmet süresi	Hizmet Maliyeti		
			Kişi payı	Merkezi yönetim payı	Yerel yönetim payı
Tam bağımlı	Bakım ve rehabilitasyon merkezi	7gün/24 saat	x	xxxx	
Tam bağımlı	Evde bakım, evde destek, evde sağlık,	7gün/24 saat	x	xxxx	x
Üst yarı bağımlı	Evde bakım, evde destek, evde sağlık, yaşlı siteleri	5 gün /10 saat	x	xxx	x
Orta yarı bağımlı	Evde bakım, evde destek, yaşlı siteleri	3 gün/6 saat	x	xx	x
Hafif yarı bağımlı	Evde destek	3 gün /3 saat	x	x	x
Bağımsız-aktif	Evde destek	3 gün /3 saat	x	x	x



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Ülkemizde evde bakım hizmeti kapsamında gelir testine dayalı olarak ihtiyaç sahipleri için yalnızca bakım ücreti ödendiği daha önceki bölümlerde açıklanmıştı. Bunun dışında evde bakım personeli bulmak, evde destek hizmetlerini alacak kurum ve kuruluşları bulmak yaşlılar için çok zor olmaktadır. Kaldı ki bu hizmetler ülkemizde ne belediyelerde, ne sivil toplum örgütlerinde, ne de özel sektörde tam yapılmış değildi.

Bu nedenle evde bakım hizmetleri ile evde destek hizmetlerinin devlet eliyle tüm illerde yapılandırılmasına ihtiyaç vardır.

Bu noktada evde bakım hizmetleri ve evde destek hizmetleri için hem personel istihdamı sağlama hem de yaşlının ve yaşlı yakınlarının nitelikli ve güvenli bakıcıya ulaşmasını sağlama konusunda önemli bir adım olacağını düşünerek aşağıdaki öneri sunulmuştur:

EVDE BAKIM HİZMETİ BAKICI HAVUZU MODELİ

1. HEDEF KİTLE

- Evde yalnız yaşayan yaşlılar
- Evde ailesi tarafından bakılan yaşlılar (öncelikli olarak aile yakını bakımı ücreti almayanlar)

2. EVDE BAKIM HİZMET BAKICI HAVUZU MODELİ HAZIRLIK VE AŞAMALARI

1. Türkiye'nin tüm illerinde il müdürlükleri kapsamında sosyal hizmet merkezlerinde (SHM) bakıcı havuzu oluşturulması
2. Yaşlıların/engellilerin bakıcı havuzuna ulaşabileceği çağrı hattı oluşturulması
3. TÜİK adrese dayalı nüfus kayıt sistemi verileri ve bakanlık verileri kullanılarak 60+ bireylerin yaşadığı yerlerin tespiti ve buna göre bakım verilecek olan yaşlı bireylerin bilgilerini içeren veri havuzunun oluşturulması
4. Evde bakım verecek olan kişilerin, öncelikle liselerin yaşlı bakımı bölümünden mezun olanlar ve/veya üniversitelerin 2 yıllık yaşlı bakımı programından mezun olanlar arasından seçilmesi bu noktada gerekirse İŞKUR ile iş birliği yapılması
5. Aile bireyi tarafından bakılan yaşlılar için; aile bireyini sosyal ve duygusal –psikolojik olarak desteklemek bakım verme işi dışında kendine zaman ayırmasını sağlamak için ihtiyaç duyduğunda evde bakım elemanının gönderilmesi
6. Evde bakım elemanlarının ücretlerinin full-time ya da part-time olarak planlanması; muhtaç yaşlılar dışında gerekirse evde bakım hizmet bedelinin bir bölümünün yaşlıdan ya da aileden talep edilmesi
7. Evine bakım elemanı gönderilen yaşlının ve ailenin memnuniyetinin değerlendirilmesi için çağrı hattı aracılığı ile geri bildirim alınması



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

3.. EVDE BAKIM HİZMET BAKICI HAVUZU MODELİNİN ÇIKTILARI

1. Yaşlı birey ya da ailesi kendisi bakıcı aramak yerine kurum tarafından sağlanmış bir bakım elemanından hizmet alabilecek; hem kendini güvende hissedecek hem de ihmâl ya da istismarın önüne geçilecektir.
2. Hem çağrı merkezinde hem de bakım elemanı olarak istihdam olanağı yaratılarak birçok kişinin iş gücü pazarına girmesi sağlanacaktır.
3. Proje yaşlanan Türkiye'de yaşlı bakımı hizmetlerinde bir sistemin başlangıcı olacağı için gelecekte yaşlı bakımı konusunun çözümünde yararlı olacaktır.

Sonuç olarak, özetle yerinde yaşlanma ilkesine dayanan entegre bakım hizmetlerine ilişkin model önerisi; (i) tam bağımlı hale gelinceye kadar yaşlıya evinde destek verme, evinde bakma, (ii) tam bağımlı hale geldikten sonra da bakım ve rehabilitasyon merkezlerine ya da ihtisaslaşmış kuruluşlarda bakımına devam etme, (iii) hizmet sürecinde sağlık ve sosyal bakımı bütünlük olarak sunma anlayışını içermektedir. Bu modelde henüz yaşlı aktif ve bağımsız durumda iken hangi aşamada hangi hizmeti alacağı bellidir. Bu nedenle hizmetlerin kesintisiz olarak sürmesi ve yaşlının bağımlılık düzeyine göre aşamaları önceden planlanmıştır.



Şekil 11. Entegre Bakım Hizmetlerinde Hizmet Akışı



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Hizmet alanlar	Hizmet seçenekleri	Hedefler	Sorumlu kuruluşlar
Tam bağımlı yaşı (Aktif olmayan: öz bakım kapasitesi düşük)	1. Evde sağlık bakımı ve sosyal bakım 2. İhtisaslaşmış bakım kuruluşları 3. Bakım ve rehabilitasyon merkezleri	1. Evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması 2. Evde sosyal bakım ve destek ekibinin oluşturularak yaygınlaştırılması 3. Evde profesyonel bakıcı hizmetinin başlatılarak evde bakımın kurumsal hale getirilmesi 4. Alzheimer, demans hastalığı gibi uzun süreli bakım gerektiren hastalara bakım vermek üzere ihtisaslaşmış kuruluşların oluşturulması 5. Bakım hastası haline gelmiş yaşlılar için bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin yaygınlaştırılması 6. Hastanelerde Geriatri birimlerinin yaygınlaştırılması	1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2. Sağlık Bakanlığı 3. Valilik 4. Özel sektör 5. Sosyal sermaye (aile, STK, gönüllüler vb.) 6. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
Yarı bağımlı yaşı (Yarı aktif: öz bakım kapasitesi orta)	1. Evde sağlık bakımı ve sosyal bakım 2. Gündüzlü hizmet merkezleri 3. Evde destek hizmetleri 4. Çağrı merkezi 5. Yaşlı siteleri	1. Evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması 2. Evde sosyal bakım ve destek ekibinin oluşturularak yaygınlaştırılması 3. Evde profesyonel bakıcı hizmetinin başlatılarak evde bakımın kurumsal hale getirilmesi 4. Yaşlıların fonksiyonel kapasitelerini korumak, topluma katılımlarını desteklemek amacıyla sosyal içermeye yaklaşımı ile gündüzlü hizmet merkezlerinin yapılandırılması	1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2. Sağlık Bakanlığı 3. Belediyeler 4. Valilik 4. Özel sektör 5. Sosyal sermaye (aile, STK, gönüllüler vb.) 6. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
Bağımsız (Aktif: öz bakım kapasitesi yüksek)	1. Gündüzlü hizmet merkezleri 2. Evde destek hizmetleri 3. Çağrı merkezi 4. Yaşlı siteleri (istisnai durumlarda)	1. Yaşlıların fonksiyonel kapasitelerini korumak, topluma katılımlarını desteklemek amacıyla sosyal içermeye yaklaşımı ile gündüzlü hizmet merkezlerinin yapılandırılması	1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2. Belediyeler (STK, üniversite, işbirliği yapılacak kuruluşlar) 3. Valilik 4. Özel sektör 5. Sosyal sermaye (aile, STK, gönüllüler vb.) 6. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 7. Milli Eğitim Bakanlığı



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Eylemler	Öngörülen süre
Evde bakım ve kurumda bakım ile ilgili ulusal mevzuatların gözden geçirilmesi, yeni hizmet seçenekleri için yeni mevzuatların oluşturulması	2 yıl
Yaşlı bakım hizmetlerine ilişkin standartları geliştirme	2 yıl
Yaşlı bakım hizmetlerine ilişkin ihtiyacı belirleyen ulusal kriterleri oluşturma / geliştirme	2 yıl
Yaşlı bakımı alanında nitelikli personel yetiştirme	3 yıl
Evde bakımı yapılandırma	3 yıl
Gündüzlü bakım hizmetlerini işlevsel hale getirme	1 yıl
Ulusal yaşlı veri tabanını oluşturma	2 yıl
Ulusal yaşlı bakım veri tabanını oluşturma	3-4 yıl
Bakım sigorta güvence sistemini uygulama	12-15 yıl
Aktif ve sağlıklı yaşlanmada yaşam dönemleri yaklaşımını benimseyen koruyucu ve önleyici sosyal hizmetlere odaklanma	1 yıl

Zaman Planı-Takvim

Yukarıda hizmet alanlar, hizmet seçenekleri, hedefler ve hizmetlerden sorumlu kuruluşların belirtilmiş olduğu tabloda sorumluluk bölümünde resmi muhataplar önceliklidir. Ancak aktif yaşlanma sürecinde ve gerektiğinde yaşlı bakımı planı yapılırken yaşlının sosyal çevre ve sosyal sermaye kaynakları da dikkate alınmalıdır. Özellikle aile üyelerinin yaşlı bakımı karar verme ve uygulama sürecine dâhil edilmesi önemlidir. Yaşlının çocuk sayısı, yaşlı ile zaman geçirebilecek kişi sayısı, kuruluşların yaşlı adına iletişim kurabileceği aile üyelerinin varlığı yaşlı bakımı planı yapmayı ve uygulamayı kolaylaştırmaktadır. Yaşlı adına savunucu olan ve hizmetlerle buluşmasına aracılık eden profesyoneller tarafından yaşlı için bir bakım planı hazırlanırken, yaşlının fonksiyonel kapasitesi düzeyi, aile üyelerinin yaşlı bakımı konusunda yetkinliği, yaşlı bakımına ayırabilecekleri ekonomik ve insansal kaynaklar değerlendirilmektedir. Değerlendirme aşamasında aile üyelerinin bakım sorumluluğunu alma konusundaki istekleri yaşlı bakımı sürecini belirlemektedir. Yaşlı bakım hizmet modelinde profesyonel bir değerlendirme ile yaşlı ve aile üyeleri bir arada yaşlının self-determinasyon hakkını koruyarak ailesi tarafından bakılmasına karar verilmesi öngörülmektedir. Böylece ailesi tarafından bakılıyor olsa bile yaşlının ve bakım veren/verecek olan aile üyelerinin bilgilerinin yaşlı veri tabanına kaydolması, yaşlının ihtiyaçlarının bütüncül olarak değerlendirilmesi, bu ihtiyaçlarının karşılanması için gerekli kaynakların sağlanması; diğer yandan bakım veren aile üyelerinin psiko-sosyal ihtiyaçlarının değerlendirilmesi beklenmektedir. Yaşlı birey çevresi ile bir bütündür ve yaşlının yalnızca sağlık bakımının, kişisel bakımının, ekonomik ihtiyaçlarının vb. diğer ihtiyaçlarının karşılanması yeterli değildir. Sosyal ve kültürel ihtiyaçlarının karşılanması yaşlı bakı-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

mının bir parçasıdır. Bu boyutu ile yaşlının aile üyeleri, arkadaşları, komşuları ile etkileşimi önem arz etmektedir. Yaşlı bireyin içinde bulunduğu sosyal ilişki ağı (sosyal sermaye), toplumsal konumları gereği kullanabilecekleri etki ve destek ağlarını içermektedir. Yakın çevrede aile üyeleri, yakın akrabalar, komşular, arkadaşlar sosyal ilişki ağını oluştururken; makro çevrede belediyelerin, sivil toplum kuruluşlarının ve gönüllülerinin faaliyetleri destek ağının bir parçası olmaktadır. Bu modelde özellikle evde bakım hizmeti merkezi yönetim tarafından yapılandırıldıktan sonra hizmet sunumu aşamasında bazı koşullar çerçevesinde STK ve gönüllüler sürece dâhil olmalıdır. Özellikle toplum temelli bakımda gönüllülerin de içinde olacağı sosyal sermayenin rolü önemlidir. STK'lar ve gönüllülerin yaşlılık döneminde sürece dâhil olmaları yalnızca yaşlı bakımı odağında değerlendirilmemelidir. Çünkü bir yandan yaşlıların deneyimlerini toplumla paylaşmaları, diğer yandan yaşam boyu öğrenme kapsamında yaşlıların yeni bilgilere ve kaynaklara ulaşmalarında STK'lar ve gönüllü çalışmalar etkili olmaktadır. Böylece yaşlıların sosyal sermayeleri de güçlenmektedir. Türkiye'de bazı Vakıflar ve STK'lar kurumsal yatılı bakım hizmeti ile yaşlı bakımı hizmeti sürecine dâhil olmuşlardır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı izni ile açılan dernek ve vakıflara ait 29 tane huzurevi ve bakım ve rehabilitasyon merkezinde yaşlı bakım hizmeti sunulmaktadır. Toplam 2.435 kapasitesi olan bu bakım kuruluşlarında toplam 1.704 yaşlıya hizmet verilmektedir ve 731 boş kapasite bulunmaktadır (bknz. bölüm 3.2). Bu dernek ve vakıflar arasında Darüşşafaka ve Türk Kızılay Derneği gibi tarihçesi güçlü olan sivil toplum kuruluşları da yer almaktadır. Yaşlı bakımı konusunda deneyimleri olan bu sivil toplum kuruluşlarının kurumsal yatılı bakım hizmetlerini yaygınlaştırmaları ve evde bakım hizmetlerinde sorumluluk almaları için teşvik edilmeleri paydaşlar arasındaki iş birliği/iş bölümü açısından önemlidir.

Son yıllarda Dünya'da ve Türkiye'de yaşlı nüfusun artması, buna bağlı olarak artan bakım ihtiyacı ve piyasalaşma süreci ile birlikte özel sektörde hizmet sunanların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Örneğin 60 ve daha büyük yaştakilerin sayısının 2050 yılına kadar 300 milyona ulaşacağı Çin'de, Çin Vatandaşlık İşleri Bakanlığı yaşlı bakımı hizmetlerinde özel sektörün "sosyal aktör" olarak lider rolü üstleneceğini duyurdu. Bu açıklamada merkezi yönetimin hizmet sunucu rolünden yavaş yavaş çekilmesi ve yatırımcıların sektöre katılımının teşvik edilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır (Dan, 2013). Diğer yandan İsveç ve İsviçre gibi bazı ülkelerde, özellikle belediyeler tarafından koordine edilen yaşlı bakım hizmetleri kamu ihale sistemi ile katılım koşullarını taşıyan özel sektöre 1 yıllığına verilmektedir. Sunulan hizmetten duyulan memnuniyete göre firma ikinci bir kez yaşlı bakımı hizmetini yürütmek üzere ihaleye girmeye hak kazanmaktadır. Yaşlı nüfusun artması ve bakım ihtiyacı düşünüldüğünde özel sektör yaşlı bakımında hizmet sunucu olarak yerini almıştır/alacaktır.

Yaşlı bakımı hizmeti STK, belediyeler ya da özel sektör tarafından sunuluyor olsa da burada hizmet sürecini tüm boyutları ile koordine merkezi yönetimin sorumluluğudur. Ülkemizde yaşlı bakım hizmetlerini yürüten en önemli sorumlu kuruluş Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'dır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı önerilen hizmet modeli kapsamında öncelikli sorumluluğa sahiptir:

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Ulusal mevzuat ve yönetmelikler ile (i) yaşlı bakım hizmetlerinin standartlarını, (ii) yaşlıların bakım ihtiyaçlarına ilişkin kriterleri, (iii) kalite yönetim süreci ve hizmet çıktısı kriterlerini belirleme sorumluluğuna sahiptir. Ayrıca bu ulusal mevzuat ve yönetmeliklerin uygulanmasından ve denetiminden sorumludur.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı yaşlı bakım hizmetlerinin kapsamını, hizmetlerin nasıl



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ve kim için organize edilmesi gerektiğini belirler ve hizmetlerin ulusal kalite standartlarını karşılamasını sağlar.

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı yaşlı refahı alanında çalışan ve hizmet üreten Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı kurumlarla iş birliği yapma sorumluluğuna sahiptir.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, yaşlı refahı ve yaşlı bakımı hizmetlerine ilişkin sosyal politikaların üretilmesinde lider role sahiptir. Bu rolünü adı geçen bakanlıklar arasında koordinasyonu sağlamak için de kullanmalıdır.
- Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı, yalnızca ulusal düzeyde değil, uluslararası düzeyde de Birleşmiş Milletler başta olmak üzere iş birliği yapma ve ülkeyi ilgili alanda temsil etme sorumluluğuna sahiptir.
- Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı, yaşlı bakımı hizmetlerinde belediyeler, STK'lar, özel sektör gibi hizmet sunucuların sorumluluklarını belirleme ve bu paydaşlar arasında işbirliği/ iş bölümünü sağlama sorumluluğuna sahiptir.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı merkezi yönetim aracılığı ile yaşlı bakımının büyük bir bölümünü finanse etmekle sorumludur. Ayrıca kurumda ve evde bakımda hizmet alanlar için ücret miktarlarını belirleme, hizmet kullanıcılarının gelir seviyelerine, ailelerinin durumuna ve bakımlarının düzeyine bağlı olarak değişiklik gösteren maliyet paylaşımını planlama sorumluluğuna sahiptir.

Uzun süreli bakım alanında politika ve kanun yapma süreci karmaşıktır. Yaşlılarda uzun vadeli bakımın barınma, ulaşım, yardımlar, sağlık ve sosyal bakım gibi çeşitli konuları içermesi ve hiçbir birimin tek başına yeterli olmaması ve farklı ellerden yönetilmesi bu süreci karmaşık hale getirmektedir. Bu nedenle 'Entegre Hizmetler' bir yönü ile yeniden yapılandırma ve daha gelişmiş yönetişim anlamına gelmektedir. Örneğin, hizmetlerin uygulanmasından ve denetiminden sorumlu tek bir kurumun yer alması, yaşlılarla çalışan farklı sektörlerden gelen profesyoneller arasında iş birliğini arttırmak için planlanmış mekanizmalar önemlidir (Örneğin; yaşlı bakımı bütçesini bir merkezde toplamak, karmaşık ihtiyaçlara sahip spesifik grupları desteklemek amacıyla spesifik olarak entegre edilmiş fonlar oluşturmak). Entegre hizmetler, özellikle sosyal açıdan dışlanmış kişilere ulaşmak, bu kişilerin hizmetlere erişimine yardımcı olmak, ihtiyaç değerlendirmeleri yapmak ve bakım ve destek sağlamak açısından değerlidir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ENTEGRE BAKIM HİZMETLERİ

KAYNAKLAR

1. BİREYSEL ÖZELLİKLER

- Cinsiyet, yaş, etnik köken
- Sağlıklı olma
- *Aktif ve sağlıklı bir yaşamı benimseme
- *Doktor ve sağlık hizmetlerine kolay erişim
- *Kendini ihmal
- Kişilik özellikleri

2. BAKIM KAYNAKLARI

- Acil durumlara hazırlıklı olma
- Öz bakımı sağlayabilme
- Ailedeki bireylerin bakım kapasitesi
- Aile üyelerinin bakım için istekli olması
- Sosyal çevre kaynakları, sosyal kapital
- Bilişim teknolojilerinden yararlanma
- Sosyal refah devleti

3. MATERYAL KAYNAKLAR

- Bireyin gelir düzeyi
- Ailenin gelir düzeyi
- Konut konforu
- Sosyal güvenlik
- Bakım sigorta sistemi

HİZMETLER

1. SAĞLIK HİZMETLERİ

- Doktor ve diğer sağlık personelinin niteliği ve istihdamı
- Hastane ve evde sağlık bakımı
- Palyatif bakım

2. SOSYAL HİZMETLER

- Evde sosyal bakım
- Evde destek hizmetleri
- Kurumda yatılı bakım
- Gündüzlü hizmet
- Ayni ve nakdi yardım
- Bakım hizmetleri
- Hazır yemek hizmetleri
- Evde ziyaretler

BAKIM İHTİYACI ve PLANLAMASI

- Bakımın süresi
- Bakımın yoğunluğu
- Akut hastalıklar
- Kronik hastalıklar
- Kurumlar arası koordinasyon
- Birimler arası koordinasyon
- Danışmanlık süreci
- STK, yerel yönetimler gibi paydaşlar ile iş birliği

ENTEGRE BAKIM İHTİYACININ ÖNEMİNİN ALGILANMASI

Şekil 12. Entegre Yaşlı Bakım Hizmetleri Modeli Önerisi

KAYNAKLAR

1. AOA (Administration on Aging, US Health Department) Statistics. (2010). Erişim: (http://www.aoa.gov/aoaroot/aging_statistics/index.aspx). Erişim tarihi: 15.01.2015.
2. Aoki, M.2016. Nursing Care Workers Hard to Find But in Demand in Aging Japan. The Japan Times. June 27.
3. Bahr, D., Spiro, T., Calsyn, M. 2014.Reforms to Help Meet the Growing Demand for Long-Term Care Services. Center for American Progress. <https://www.americanprogress.org/issues/healthcare/reports/2014/10/31/100040/reforms-to-help-meet-the-growing-demand-for-long-term-care-services/>.Erişim:25.12.2016.
3. Berkman, B., Ambrosio, S.2006. Handbook of Social Work in Health and Aging. New York: Oxford University Press.
4. Boslaugh, S. E. 2013. Health Care Systems Around the World: A Comparative Guide. London: Sage Publications.
5. CIA, 2016.The World Factbook.Central Intelligence Agency. Washington,USA.
6. Dan, H. 2013. Private Sector to Care For The Elderly. China Daily USA. http://usa.chinadaily.com.cn/china/2013-08/19/content_16902728.htm. Erişim:25.12.2016.
7. Daniş, Z., Solak, Y. 2014. Organization of Home Care Services: The Netherlands As An Example. The Journal of Academic Social Science Studies. Number: 24, p. 57-71.
8. Deloitte, 2015. Health Care Outlook Germany. By. Dr. G.K. Elbel, Germany.
9. Esplen, E.2009. Bridge: Gender and Care Overview Report. Institute of Development Studies, ISBN: 978 1 85864 549 2.
10. European Commision. 2012. Long Term Care For The Elderly:Provisions And Providers in 33 European Countries. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
11. European Commission, 2014. The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. European Economy 8|2014, Economic and Financial Affairs, ISSN 1725-3217 (online) ISSN 0379-0991 (print).European Union.
12. He, Goodkind, D., Kowa, P. 2016. An Aging World: 2015 International Population Reports. U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, U.S. CENSUS BUREAU Washington, DC.
13. Giddens, A. 2006. Sociology. Polity Press, Cambridge.
14. Hershops,S. 2016. Japan's Long-Term Care Dilemma: Immigrants or Robots? March, 8. <http://www.marketplace.org/2016/01/25/world/robots-or-immigrants>. Erişim: 25.12.2016.
15. <https://www.ankara.bel.tr/sosyal-hizmetler/yasli-hizmetleri/yasli-lara-hizmet-merkezi>. Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi. Erişim:28 Ağustos 2016.
16. <http://www.alzheimerdernegi.org.tr>. Alzheimer Derneği.Erişim:27 Ağustos 2016.
17. <http://data.oecd.org>. Gross domestic product (GDP). Erişim:8 Eylül 2016
18. <http://www.diyarbakir.bel.tr/haberler/2845-sosyal-hizmet.html>.Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi. Erişim:7 Ekim 2016.
19. <http://eyh.gov.tr/mevzuat>
20. <http://eyh.aile.gov.tr/uygulamalar/yasli-bakim-hizmetleri/yasli-hizmet-merkezleri>
21. <https://gantepp.bel.tr/haber/buyuksehir-den-insan-yasamina-dokunan-hizmet-4262.html>. Gaziantep Büyükşehir Belediyesi. Erişim: 7 Ekim 2016.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

22. <https://www.ageinternational.org.uk/>. Global AgeWatch Index 2015: Insight report. HelpAge International.
23. <http://www.ibb.gov.tr/sites/SaglikVeSosyalHizmetler/evdesaglik/Pages/AnaSayfa.aspx>
24. <https://www.izmir.bel.tr/HaberArsivi/14612/ara/tr>. İzmir Büyükşehir Belediyesi. Erişim: 7 Ekim 2016.
25. <http://mevzuat.gov.tr>
26. <https://www.populationinstitute.org>. USA Population Institute. Erişim:25 Temmuz 2016.
27. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Home/GetDocument/508>
28. <http://www.konya.bel.tr/kurumsalayrinti.php?id=22>. Konya Büyükşehir Belediyesi. Erişim:7 Ekim 2016.
29. <http://www.samsun.bel.tr/belediye-detay.asp?belediye=673-yasli-lara-bakim-hizmeti>. Samsun Büyükşehir Belediyesi. Erişim: 7 Ekim 2016.
30. <https://sweden.se/> Elderly Care in Sweden. Swedish Institute. Erişim: 15 Ekim 2016.
31. http://www.calisma.de/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=10&Itemid=15. T.C. Berlin Büyükşehir Belediyesi Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Müşavirliği. Erişim:22.12.2016.
32. Jacobsen, F.F.2015. Understanding Public Elderly Care Policy in Norway:A Narrative Analysis of Governmental White Papers. Journal of Aging Studies. 34:199-205.
33. Kachalova, J. 1999. State Sytem of the Social Service of the Elderly. Social Educational Magazine 3.
34. Kalkınma Bakanlığı (DPT), 2007. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Yayın No DPT: 2741.
35. Kinsella, K., He, W. 2009. An Aging World: 2008. U.S. Census Bureau, International Population Reports, Government Printing Office: P95/09-1, Washington, DC.
36. Kosberg, J. I. 1994. International Handbook on Services for the Elderly. Westport, Conn.: Greenwood Press.
37. Lawton, M.P., Brody, E.M.1969. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist. 9(3):179-186.
38. Lawton, M.P. 1971. The Functional Assessment of Elderly People. Journal of American Geriatric Society. 19(6):465-481.
39. Leiber, S. 2015. Long-term Care in Germany: Recent Developments and Future Challenges at the State and the Company Level. IPS Warszawa, http://maennep.web.th-koeln.de/wp-content/uploads/2013/11/IPS_21-5-2015.pdf. Erişim:25.12.2016.
40. Mizrahi, T., Davis, L.E.. Ed.2008. Encyclopedia of Social Work. 20th ed. Oxford University Press.
41. Norway Nasjonalt Fagorgan for Kompetansepoltikk, 2016.The Elderly and Health Care. <http://www.Samfunnskunnskap.no>. Erişim:15 Ekim 2016.
42. OECD, European Commission. 2013. A Good Life in Old Age: Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en#.V5Uq29KLTIU#page4. Erişim: 16 Haziran 2016.
43. OECD, 2016. Ageing and Employment Policies. OECD. <http://www.oecd.org/employment/ageingandemploymentpolicies.htm>. Erişim:25.12. 2016.
44. Oğlak, S. 2007. Long-Term Home Care Services and Care Insurance. Turkish Journal of Geriatrics. 10 (2): 100-108.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

45. Ökem, Z.G., Can, M. 2014. Avrupa Birliği Ülkelerinde Yaşlılara Yönelik Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Uygulamaları. Nobel Yayınları. Ankara.
46. Özmete, E. 2015. Yaşlılıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Yansımaları: Bakım Veren ve Bakım Alanlar İçin Psiko-Sosyal, Ekonomik ve Kültürel Kanıtlar. Kimlik Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Dergisi, 1(1), 28-39.
47. Özmete, E. 2015a. Sağlıklı Yaşlanma Ve Karşılaşılan Sorunlar Etüt Araştırması. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara.
48. Özmete, E. 2016. Türkiye Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma Araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Ankara.
49. Özmete. 2016a. Türkiye'de Kuşaklararası Dayanışmanın Değerlendirilmesi Projesi. TÜBİTAK/SOBAG tarafından desteklenen basılmamış proje raporu.
50. Seyyar, A. 2013. Engelli ve Yaşlı Hizmetlerinde Sosyal Bakım. Rağbet Yayınları, İstanbul.
51. Shelkey, M., Wallace, M. 2012. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). Best Practices in Nursing Care to Older Adults (Editor-in-Chief: Sherry A. Greenberg). Number: 2. New York.
52. Shira, D. 2016. An Overview of China's Elderly Care Industry. China Briefing. June 1.
53. Smits, C.H.M., Van den Beld, H.K., Aartsen, M.J., Schroots, J.J.F. 2013. Aging in The Netherlands: State of the Art and Science. The Gerontologist. September 2, doi:10.1093/geront/gnt096.
54. Taşçı, F. 2010. Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri. Çalışma ve Toplum. 1:175-202.
55. TAYA, 2011. Türkiye Aile Yapısı Araştırması. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Ankara.
56. Thane, P. 2005. A History of Old Age. Oxford University Press, pp.320.
57. TNSA, 2008. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
58. TÜİK, 2008. Türkiye Nüfus İstatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr>
59. TÜİK, 2013. Nüfus Projeksiyonları, 2013-2075. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı:15844, 14 Şubat 2013. Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara.
60. TÜİK. 2015. Hayat Tabloları, 2013-2014. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı:18618, 7 Ekim 2015. Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara.
61. TÜİK. 2015a. Türkiye Sağlık Araştırması, 2014. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Sayı: 18854, 01 Ekim 2015, Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara.
62. TÜİK. 2015b. Sosyal Koruma İstatistikleri, 2014. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Sayı: 18856, 17 Aralık 2015.
63. TÜİK, 2015c. Gayri Safı Yurtiçi Hasıla, I. Çeyrek: Ocak - Mart, 2015. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Sayı: 18728, 10 Haziran 2015.
64. TÜİK. 2016a. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2015. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı:21507, 28 Ocak 2016. Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
65. TÜİK. 2016b. İstatistiklerle Yaşlılar, 2015. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı:21520, 17 Mart 2016. Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara.
66. TÜİK. 2016c. Türkiye Gelir Dağılımı ve Yaşam Koşulları İstatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1011. Erişim: 25.07.2016.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

67. Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler, 2011. Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Ankara.
68. UN, 2002. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Aging, 2002.Second World Assembly on Ageing Madrid, Spain.8-12 April. New York.
69. UN, 2013.World Population Aging 2013.United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, New York.
70. UN, 2015.World Population Prospects: Key Findings and Advance Tables 2015 Revision. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division.
71. UNFPA. 2012. Ageing in The 21st Century: A Celebration And A Challenge. New York: United Nations Populations Fund.
72. U.S. Department of Health and Human Services, 2016.Who Needs Care. LongTermCare.gov.Erişim:15.12.2016.
73. Wade, D.T., Collin, C. 1988. The Barthel ADL Index: A Standard Measure of Physical Disability. International Disability Studies 10, 64-7.
74. Worldbank, 2016. Age dependency ratio (% of working-age population).<http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPND>. Erişim:25.12.2016
75. WHO, 2012. Strategy and Action Plan for Healthy Ageing in Europe, 2012-2020. World Health Organization. Regional Committee for Europe Sixty-second session
76. WHO. 2015. World Report on Ageing and Health. World Health Organization, Luxemburg.
77. WHO, 2016. Global Strategy And Action Plan On Ageing And Health (2016-2020).World Health Organization.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2. Bölüm

2.1. Rapor Hakkında

Bu raporun amacı, Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politika Bakanlığı'nı, diğer Avrupa ülkelerinden ve bu ülkelerin kendi deneyiminden, gelişiminden, kültüründen ve bağlamından örnekler alarak yaşlı bakım hizmetini daha da geliştirmesi yönünde bilgilendirmektir.

Bu rapor, huzurevinde ve evde bakıma odaklanan yaşlı bakımıyla ilgili olarak dört Avrupa ülkesinin deneyimini sunar. Bu karşılaştırmalı analiz için yaptığımız dört ülke seçimi, her ülkenin yansıttığı geleneksel bakım modeli hakkında bilgi içerir. Birleşik Krallık, yaşlı bakım modeli açısından arta kalan bakım modeline; Norveç, evrensel bir modele; Hollanda, şirketçi bir modele ve İtalya, aileye yönelik bir modele sahiptir. Seçimimiz, Hollanda'daki gönüllü sektörün önemi, özel sektörün Birleşik Krallık'taki hâkimiyeti; Norveç'teki kapsamlı kamu hizmetleri ve göçmen işçilerin artan rolü gibi diğer önemli faktörler hakkında da bilgi sunar¹. Ancak bu son özellikler, bu spesifik sistemlerin ille de doğrudan bir sonucu olmayıp, baştan sona bakım modeliyle ilişkilidir.

Bu analiz kapsamında, yaşlılara farklı ortamlarda, evlerinde, toplumda, huzurevlerinde ve bakımevlerinde sunulan hizmetlere odaklanmaktayız. Refah devletinin piyasa dinamikleriyle etkileşim içinde olduğunu ve devletin tüm hizmetleri sağlayamayabileceği, ancak bir ülkenin refah modelinin ve yönetmeliklerinin piyasa yapısını ve kullanılabilen hizmet tiplerini şekillendirdiğini kabul etmek önemlidir. Farklı Avrupa ülkeleri, geleneksel olarak farklı refah modellerine sahipken, mali baskılar ve diğer değişiklikler, özel ve kâr amaçlı sektörün, hizmet içi tedarikin daha önemli bir rol oynamasını gerektiren bir piyasalaştırma süreci yoluyla birçok bakım modelinin birbiriyle yaklaşmasını etkilemektedir.

Bu tür bir deneyim üzerindeki analize dayalı olarak, esasen yaşlıları toplumda mümkün olduğunca uzun süre boyunca tutmaya yönelmek suretiyle, Türkiye'deki mevcut yaşlı bakım hizmetleri için fikirler öne sürüyoruz. Bunun hem uygun maliyetli olduğu, hem de yaşlıların, bakıcılarının ve daha geniş toplum üzerinde olumlu etkilere yol açtığı kanıtlanmıştır. Bununla beraber, buna adanmış ihtiyaç ve desteğin sağlanabildiği huzurevinde bakıma yatırım yapma ihtiyacı devam etmektedir.

Bu rapor, Avrupa'daki kapsamlı deneyim ve yaşlı bakım hizmetlerinin gelişimi hakkında bir giriş sağlamakla başlayarak, yedi ana bölüme ayrılmıştır. Bunu, incelenen dört Avrupa ülkesinin her birindeki (İtalya, Norveç, Hollanda ve Birleşik Krallık) yaşlı bakım hizmetinin ayrıntılı analizini sunan dört bölüm izler. Altıncı bölümde, bu farklı modellerin karşılaştırmalı analizine dair genel bir açıklama sunulmakta, son bölümde ise Türkiye bağlamına değinilmekte ve mevcut hizmet tedarikinin iyileştirilmesini amaçlayan yeni yaşlı bakım modellerinin tasarlanmasına ilişkin ayrıntılar verilmektedir.

1 Christensen, Hussein ve Ismail 2016



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2.2. Terimler Sözlüğü

Aile Politikası: Aileleri korumayı, güçlendirmeyi ve tüm toplumun faydası için birçok işlevini yerine getirmesi hususunda korumayı amaçlayan politikalar. Aile politikaları; cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yapmama ve çocuğun ve diğer aile üyelerinin üstün yararı ilkelerine dayalıdır. Bu politikalar, çeşitli aile yapılarını destekler ve erkek bir aile reisini, başlıca gelir sahibi kişi olarak varsaymaz.

Yaşam Seyri: Yaşam yoluyla bireylerin gidişatına ve hayattaki kilit hadiselerin bu gidişatları nasıl etkilediğine odaklanan yaklaşımdır. Sosyal veya ekonomik desteğe ve hizmetlere ihtiyaç du-yabilen kişiler, bir tarafta çocuklar ve gençler, spektrumun diğer tarafında ise yaşlılar olmak üzere, yaşam seyirleri yoluyla göz önüne alınırlar.

Sonuç: Bir geliştirme müdahalesinin ölçülebilir verimi, sonucu veya etkisidir (olumlu veya olumsuz, amaçlanan veya amaçlanmayan).

Dirençlilik: Genellikle bir bireyin, ailenin veya sistemin ve tamamlayıcı parçalarının bir şo-kun veya stresin etkilerini vakitlice ve etkili bir şekilde tahmin etme, sindirme ve atlatma yeteneği bağlamında tanımlanır. Ayrıca, ilişkisel yoksulluğun, mahrumiyetin ve savunmasızlığın daha iyi bir şekilde ele alınabildiği bir araç olarak, eşitlikle ilgilidir.

Sosyal Bakım: İhtiyaç sahibi veya risk altındaki çocuklar ya da yetişkinler veya hastalık, engellilik, yaşlılık veya yoksulluk nedeniyle ihtiyaç sahibi yetişkinler için sosyal hizmet, kişisel bakım, koruma veya sosyal destek hizmetlerinin tedarik edilmesidir.

Sosyal Hizmet: Sosyal değişikliği ve gelişimi, sosyal bütünleşmeyi ve insanların güçlendiril-mesini teşvik eden, uygulamaya dayalı bir iş koludur. Sosyal hizmet, hayattaki zorluklara değinmek ve refahı arttırmak için insanlarla ve yapılarla iştigal eder.

Sosyal Gelişme: İnsanların refahında, sosyal ilişkilerde ve sosyal kurumlarda iyileşmelere yol açan ve eşitlikçi, sürdürülebilir ve katılımcı yönetimle ve sosyal adaletle uyumlu bir değişiklik sürecidir.

Sosyal İçerme: Tüm insanların toplumun tam üyeleri olarak tanınması ve yaş, cinsiyet, etnik köken, dil, yoksulluk veya özürlülük farkı gözetmeksizin, haklarının tümüne saygı gösterilmesidir. İçerme, bu hakların kullanılmasını ve uygun destekleyici ve koruyucu çevrelerin oluşturulmasını önleyebilen engellerin kaldırılmasını gerektirir.

Sosyal Politika: Sosyal ve bireysel refahı arttırmak için tasarlanmış, (sosyal güvenlik ve insan hakları mevzuatını, kamusal ve özel programlara ve hizmetlere yönelik kılavuz ilkeleri kapsayan) kamu alanındaki müdahalelerdir. Sosyal eşitsizliklere değinmeye ne kadar önem verildiğine ve onurlu bir şekilde düzgün bir hayat sürmek için gereken temel hizmetlerin sağlanması yönünde bireylere ve piyasalara verilen seçime dayalı olarak, sosyal politikadan hem 'dar', hem de 'geniş' bir bağlamda bahsetmek mümkündür.

Sosyal Koruma: Yoksul ve korunmasız insanların karşılaştıkları ekonomik, sosyal, siyasi ve güvenliğe ilişkin risklere yanıt veren ve bu kişileri daha az güvensiz ve ekonomik kalkınmaya katı-lım yönünde daha yetenekli hale getirecek olan sektörler arası bir dizi program yoluyla uygulanan hükümet çapındaki bir politikadır. Sosyal korumanın kapsamı, bir vatandaşlık görevi ve sosyal ve ekonomik risklere karşı koruma olarak çalışan nüfusun üyelerine de genişletilebilir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Sosyal Koruma Zemin: Yaşam seyri boyunca, asgari olarak, ihtiyaç sahibi herkesin ulusal seviyede gerekli olarak tanımlanan mallara ve hizmetlere etkili ulaşımını güvence altına alan temel sağlık bakımına ve temel gelir güvencesine erişim sağlamasını temin etmesi gereken, ulusal olarak tanımlanmış bir dizi sosyal güvenlik garantisidir.

Sosyal Güvenlik: Hastalık, kazalar ve yaşlılık gibi düşkünlük koşullarını karşılayan, sosyal açıdan desteklenmiş kurumsal düzenlemelerdir. Bunlar, gıda sağlığı, eğitim ve barınma gibi temel isteklerin kritik açıdan asgari düzeyde sosyal bağlamda içerilmesini de kapsayabilir.

Sürdürülebilir Kalkınma: Gelecek nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılama yeteneğinden ödün vermeksizin, şimdiki neslin ihtiyaçlarını karşılayan gelişmedir.

Savunmasız: Yaş, sağlıksızlık, azınlık statüsü veya toplumdaki güçsüz kılınmış pozisyonları sebebiyle fiziksel, duygusal, finansal veya psikolojik mahrumiyete ya da suiistimale açık olabilen bireyler veya gruplardır. Savunmasız olma durumuna, daha geniş sosyal çevredeki ayrımcılık, iş fırsatlarının olmaması veya doğal hastalıklar gibi yapısal faktörler de yol açmış olabilir.

Refah: Bireylerin 'yaşamaya değer bir hayat' sürme yetenekleriyle ilgilidir. Genellikle hem 'objektif', hem de 'sübjektif' unsurlardan oluştuğu düşünülür. Objektif refah; sağlık, gelir ve hizmetlere erişim türünden kaynaklara hâkimiyet gibi birey statülerinin alanına girer. Sübjektif refah, hayattan memnuniyetin kendi kendine değerlendirilmesi ve ayrıca neşe, acı ve endişe gibi olumlu ve olumsuz duygular dâhil olmak üzere, farklı özellikleri kapsar. Refah, hayat döngüsünün farklı aşamalarında farklı şekilde tanımlanabilir. Ayrıca, kültürel bir boyutu vardır.

Savunucu veya Savunuculuk: Hizmetin herhangi unsurundan veya hizmetin tedariki veya temini ile ilişkili yasal kurumlardan bağımsız olup hizmeti kullanan şahıs adına ve menfaatine faaliyette bulunan kişi. Bir savunucu, bir kimsenin kendisini temsil etmesine yardımcı olabilir.

Değerlendirme: Bir şahsın, sağlık, kişisel ve sosyal bakım gerekleri uyarınca nelere ihtiyacı olduğuna ve bu ihtiyaçların karşılanması için hangi hizmetlerin yerine getirilmesi gerektiğine karar verilmesi süreci. Bir değerlendirme kişinin kendisi, akrabaları veya vekilleri ve ilgili mesleki uzmanlarla birlikte gerçekleştirilir.

Bakıcı: Hasta, aciz veya engel sahibi oldukları için yardıma muhtaç aile üyesi, partner veya arkadaşlarına destek olan veya bakan kişi. Bu kişilerin sağladığı bakım bedelsizdir.

Şikayet Süreci: Hizmeti kullanan kişinin veya diğerlerinin hizmetin herhangi bir unsuruna dair yorumda ya da şikayette bulunmasını kolaylaştıran açık prosedürler bütünü.

Özel Bakım Evi: Kiralık veya sahibinin oturduğu, özel koşullara sahip ve genellikle yaşlı insanlara yönelik, yerinde değişken seviyelerde bakım ve destek hizmetleri sunan evler. Bir dizi farklı model ve türü kapsamakta olup "çok korunaklı bakım evi", "destekli yaşam tesisi" veya "bakım destekli ev" olarak da adlandırılmaktadır.

Evde Yaşlı Bakımı: "Evde Bakım" olarak da adlandırılan bu hizmet, yaşlı insanlara kendi evlerinde sağlanan bakım hizmetidir.

Evde yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi: Evde bakım hizmetleri sağlayan herhangi görevli.

Kişisel bakım: Yemek yeme ve yıkanma gibi şeyleri yapmayı hatırlamalarına yardımcı olmak



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

dahil bakım ihtiyacı duyan kişinin günlük fiziksel faaliyetleri ile ihtiyaçlarına yardımcı olunması.

Kişisel Bakım Planı: Evde bakım hizmetinin nasıl sağlanacağına dair, temel olarak hizmeti kullanan kişi (ve/veya vekili) ile hizmet sağlayıcısı tarafından üzerinde anlaşılan plandır.

Bakım Evi Hizmetleri: Kendi evinde veya aile evinde değil de bir bakım evinde kalan yaşlı insanlara sağlanan uzun vadeli bakım hizmetleridir.

Toplumsal Güçler: Toplum içerisinde temelden değişikliklere yol açan dürtü veya güdüler.

Toplumsal Gelişim: İnsan refahı, toplumsal ilişkiler ve sosyal kurumlarda iyileşmelere götürüp hem eşitlikçi ve hem sürdürülebilir mahiyet taşıırken katılımcı yönetim ve sosyal adalet ilkele-riyle de uyumlu olan değişim süreçleri.

Sosyal Güvenlik: Hastalık, kaza ve yaşlılık gibi olumsuz koşulları karşılamak üzere konum-lanan sosyal destekli kurumsal düzenlemeler. Bunlar ayrıca gıda, sağlık, eğitim ve barınma gibi temel ihtiyaçları hayati minimumda sağlayacak bir sosyal tedarik koşulunu da içerebilmektedir.

Hassas: Yaş, sağlık sorunları, azınlık durumu veya toplumda güçsüz hale düşmelerine se-
bep olan herhangi diğer koşuldan dolayı fiziksel, duygusal, mali veya psikolojik yoksunluk yahut
suistimale açık olabilecek bireyler veya kesimler. Hassasiyet durumu ayrıca, ayrımcılık, istihdam
imkanlarının kısıtlılığı veya doğal afetler gibi daha geniş anlamda toplumsal ortamdaki belirli yapı-
sal etkenlerden dolayı da ortaya çıkabilmektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

1 Avrupa'da Yaşlı Bakımı

Yaşlı Bakımı ve Refah Devleti

Avrupa ülkelerinin büyük bir kısmı, refah sistemlerini İkinci Dünya Savaşı sonrasında geliştirmiştir. Bu dönem, savaş sonrası mali ve sosyal zorlukların ve ayrıca demografik geçişlerin ve değişen nüfus profillerinin birlikte yol açtığı baskılara şahit olmuştur. Avrupa'nın siyasi ekonomisi, farklı refah modeli biçimlerinin geliştirilmesiyle tanımlandı. Nüfus yaşlanması meydana gelirken, yaşlı bakımı, bu refah devletlerinin bir parçası haline geldi. Başlangıçta, bu refah sistemleri, özellikle farklı koşullar nedeniyle devletin kendilerine 'bakma' ve daha fazla zarar görmelerini önleme yönündeki müdahalesini gerektiren çocuklar olmak üzere, toplumdaki en savunmasızları hedef aldı. Yaşlılar dahil olmak üzere, vatandaşlar için sağlık teminleri, 'tüm' vatandaşların alma hakkına sahip olduğu farklı bir koruma unsuru olarak görüldü ve hükümet seviyesindeki spesifik sağlık bölümleri yoluyla sağlandı. Nüfusun yaşlanması ve kurumsal tabanlı bakım tedarikinden toplum bazındaki tedarike geçiş, sağlık ve sosyal bakım teminini bütünleştirme ihtiyacını acil hale geldi. Bununla beraber, bu bütünleşme, Avrupa'daki birçok hükümette farklı sebeplerle çeşitli zorluklara yol açar ancak bunların en önemlisi, sosyal ve sağlık bakımı tedarikinin farklı hükümet birimleri arasında ayrılmasıdır.

Bu modellerin bazıları, devletin toplumda en savunmasız olarak görülenleri desteklemeye odaklanarak çeşitli sosyal yardımlar ve koruma mekanizmaları sağlama yönünde önemli bir rol üstlendiği diğer modellerden daha kapsamlıdır². Genel olarak, Avrupa ülkeleri, başlıca dört refah modeline ayrılır (Şirketçi model; Aile bakım modeli; Arta kalan model ve İskandinav modeli). Şirketçi refah modeli, Bismarck modelini izler³ ve Belçika, Almanya, Fransa, Hollanda ve Avusturya ile bağlantılıdır. Arta kalan model, bütçe hesaplı hizmetlere ve yardımlara dayalıdır ve en çok Birleşik Krallık'ta yaygındır. Güney Avrupa ülkelerinde (İspanya, Yunanistan, İtalya ve Portekiz) yaygın aile bakım modelinde, aile, başlıca sosyal bakım sağlayıcısıdır ve *Devlet* sadece mütevazı hizmetler sağlar. Birçok orta doğu ülkesi de bu modele tahsis edilebilir ancak bu, sivil toplum örgütlerinin ve sivil toplumların yüksek seviyede katılımı ve düşük seviyelerde yönetmelikle yapılır. İskandinav modelinde, sosyal hizmetler ve refah hizmetleri daha kapsamlıdır ve katkıya dayalı çok az hizmetle birlikte Devletin ve yerel makamların sağladığı ve finanse ettiği çok çeşitli ve yüksek standartlı bir bakımı içerir⁴.

Ekonomik olarak aktif yaş gruplarındaki nüfus oranında bir düşüşü gerektiren, değişmekte olan demografi ve nüfusun yaşlanmasıyla birlikte, Avrupalı hükümetler ve toplumlar, hâlihazırda bu geleneksel refah tedarikine dair taahhütlerini yerine getirme hususunda büyük zorluklarla karşılaşır⁵. ve bunlar, bir mali zorluklar ortamı ve sürdürülemez harcama seviyeleri içinde siyasi açıdan oldukça desteklenirler⁶. Tasarlama ve finansmana dair birçok tartışma çerçevesinde, bir refah devleti, siyasi ideolojiden etkilenir ve devletin, gelirin yeniden dağıtılması ve özellikle yüksek sosyal riskler altında oldukları düşünülen vatandaşların korunması açısından önemli bir role sahip olduğu

2 Lyon ve Glucksmann 2008

3 Almanya'nın 19. yüzyılda birleşmesi kapsamında refah devletini icat eden Şansölye Otto von Bismarck'ın adı verilmiştir ve ABD'ekine benzeyen bir sigorta sistemine dayalıdır.

4 Avrupa Mesleki Eğitimi Geliştirme Merkezi (CEDEFOP) 2010

5 Evers 2007

6 Begg ve diğerleri. 2015



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

düşünülür. Bu arada, sosyal riskler zaman içinde yavaş yavaş gelişmiş ve kapsamı, temel yoksulluk yardımı ve sosyal dışlanmadan yaşlıların izolasyonunu azaltmaya kadar uzanan bir hedefler yelpazesini içerecek şekilde genişlemiştir.

Yaşlı Bakım Hizmetleri ve 'Yerinde Yaşlanmak'

Nüfus yaşlanmasıyla birlikte, nüfusun ihtiyaçlarına hassas olan sürdürülebilir uzun vadeli bakım (LTC) hükümlerinin karşılanması önemlidir. Uzun vadeli bakım, ister evlerinde, ister kurumlarda yer alsın, yaşlılara veya uzun süreli hastalığa veya engellere sahip yetişkinlere günlük faaliyetler ve kişisel bakım konularında destek verilmesini gerektirir. Bu, tıbbi ve sosyal bakımın sağlandığı bakımevleri gibi daha çok uzmanlaşmış hizmetleri veya demans muzdariplerinin ihtiyaçlarını karşılamak gibi spesifik hizmetleri ve ayrıca hayatın sonundaki hasta bakımını (hafifletici bakım) da kapsar⁷.

Yaşlı bakım yardımları ve hizmetleri, (örneğin, sosyal sigorta, primsiz yardımlar ve sosyal yardım yoluyla) nakit yardımları veya aynı yardımlar (örneğin, hizmetlerin ücretsiz olarak tedarik edilmesi) dâhil olmak üzere farklı şekillerde sağlanır. Ayrıca, uzun vadeli bakım politikaları, huzurevinde bakıma ihtiyaç duyan kişilerin sayısını azaltmak amacıyla, hizmet kullanıcıları için nakit ödemeler veya aynı yardımlar yoluyla evde bakımın artırılmasına odaklanır. Evde destek, özellikle kadınlar, gönüllüler⁸ ve komşular olmak üzere genelde aile üyeleri tarafından sağlanan ilave kaynakları gerektirir.

Uzun vadeli bakım tedariklerinin geliştirilmesi, Avrupa ülkeleri arasında önemli derecede farklılık gösterir. Bununla beraber, bu politika sektöründe, kurumsallaşmadan vazgeçmeye yönelik yaygın bir eğilim gözlemlenir. Huzurevinde bakımdan evde ve toplum temelli bakıma geçiş ihtiyacı, üyelerin neredeyse tümü tarafından vurgulandı. Bu durum, yaşlıların kendi yerlerinde mümkün olduğunca uzun süre boyunca kalma isteklerini büyük oranda ifade etmeleriyle uyumludur.

Yapılan araştırmalar, Avrupa'da uzun vadeli bakım tedariklerini daha da geliştirme ihtiyacını, özellikle ev temelli ve toplumsal bakım hizmetlerinin kullanılabilirliğini ve kalitesini iyileştirme ihtiyacını gösterir. Bazı araştırmalar, ev temelli bakım sağlamanın, bakıcılara yeterli eğitim sağlamaya (özellikle İtalya, İrlanda, Polonya, Portekiz, Romanya, İspanya, Estonya, Litvanya, Slovakya gibi ülkelerde); yavaş ve sınırlı ilerlemeye (Çek Cumhuriyeti, Estonya, İspanya, İrlanda, İtalya, Letonya, Litvanya, Slovenya); evde bakıma adanan mali kaynakların yetersizliğine (Belçika, Litvanya, Letonya, Slovenya); ve çeşitli hizmetlerin hareketini koordine etmeye (Litvanya ve Slovenya) dair karşılaştığı başlıca zorluklara işaret eder⁹.

Ev temelli bakım tedariki, özellikle Orta ve Doğu Avrupa'daki bazı zorluklara rağmen, Avrupa'nın tümünde önemli derecede ilgi görür. Örneğin, Slovenya'da, uzun vadeli bakım sistemine ilişkin kapsamlı bir reform görüşülmektedir. Reformun tüm detayları halka açık olmamakla birlikte, sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri arasında muhtemelen daha iyi koordinasyona yol açan uzun vadeli bakım yeterliklerini açığa kavuşturması beklenmektedir (hâlihazırda Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır). Estonya'da, evde ve gündüz bakım merkezlerinde bakım tedariki gelişmemiştir ve yönetmelik yetersiz kalmaktadır. Litvanya'da, yaşlılar için huzurevi dışındaki resmi bakım hiz-

⁷ Hussein ve Manthorpe 2012

⁸ Hussein ve Manthorpe 2014

⁹ Doyen ve diğerleri 2015



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

metleri, gelişmemiştir. Bakım sorumluluklarını, genellikle kadınlar olmak üzere aile üyeleri üstlenmektedir. Bununla beraber, bu başlık, 2015 Ulusal Reform Programında bir öncelik olarak vurgulanmamaktadır. Letonya'da, hükümetin 2014-2020 sosyal hizmetleri geliştirme kılavuz ilkelerinde, kurumsallaşmadan vazgeçme sürecinin yönetilmesi ve toplum temelli sosyal hizmetlerin geliştirilmesi açısından, başlıca sorumluluklar belediyelere verilmiştir. Ne var ki, uygulama, finansmanın açıklığa kavuşturulmaması nedeniyle engellenmektedir.

Fransa, Finlandiya, BK ve Bulgaristan'da olumlu gelişmeler meydana gelmektedir. Fransa'nın yaşlılar ve engelliler için evde bakımı destekleyen ulusal politikalarıyla, 2005 yılında Fransa'daki engellilik ve yaşlılara yönelik hizmetler için 100 adet tek durak noktası getirilmiştir. Finlandiya'da, kurumsallaşmadan vazgeçme ve engelliler için toplumsal bakım hizmetlerinin geliştirilmesi pürüzsüz bir şekilde ilerlemektedir ancak hizmetlerin kullanılabilirliğindeki önemli bölgesel farklılıklar devam etmektedir. İskoçya'da, 2016 yılında yürürlüğe giren, sağlık ve sosyal bakımı bütünleştiren 2014 tarihli Kamu Daireleri Kanunu, entegre toplum temelli hizmetlerin daha da gelişmesine yol açmıştır.

Finans ve Fon Bulma Zorlukları

Yaşlanan nüfusun ve finans zorluklarının birleşik etkisi sebebiyle, Avrupa ülkeleri, artan mali kısıtlamalar ile artan ihtiyaçlar arasındaki dengelemeyle uğraşmak zorunda kalmıştır. Birçok ülkede, uzun vadeli bakım ihtiyaçlarına kamu hizmeti tedarikiyle sadece kısmen değinilir ve bakım sorumluluğu da hizmet kullanıcılarına ve ailelerine aittir. Kıta Avrupası, Güney ve Orta-Doğu Avrupa'daki birçok ülke, son uzun vadeli bakım politikalarında bakımın aileler tarafından tedarik edilmesine yeniden odaklanmaktadır¹⁰. Bu yeni politika yönelimi, artan uzun vadeli bakım talebine ve bunu sağlamanın yükselen maliyetine bir yanıt verebilir. Bununla beraber, bu durum, sektörün daha fazla profesyonelleşmesi ve kadınların iş piyasasına katılması amacıyla alınan önlemlerden geriye doğru atılan bir adım olarak görülebilir çünkü bu kişiler, genellikle gayri resmi bakımı gerçekleştirenlerdir.

Ulusal mevzuat ve yönetmelikler, bölgesel ve/veya yerel hükümetlerin sorumluluklarını belirlemek suretiyle, yaşlı bakım hizmetlerinin seviyelerini ve şeklini belirleme yönünde önemli bir rol oynar. Önemli ölçüde, ulusal hükümetin bu rolü, finansmanın çoğunlukla ulusal vergilendirmeden (BK) gelip gelmediğine bakmaksızın, hem ulusal, hem de yerel vergilendirmeye (İtalya) veya sosyal sigorta katkılarıyla (Hollanda) ilgilidir. Merkezi hükümetin sorumlulukları, evde bakım için uygunluk kriterlerini, kullanıcı ücretlerinin seviyelerini ve kalite temin mekanizmalarını kapsayabilir. Avrupa ülkelerinin büyük bir kısmında, bölgesel ve/veya merkezi hükümetler, ulusal mevzuatın ve yönetmeliklerin uygulanmasından sorumludur. Burada, bölgesel/merkezi hükümetler, yaşlı bakım hizmetlerinin kapsamını, hizmetlerin nasıl ve kim için organize edilmesi gerektiğini belirler ve hizmetlerin ulusal kalite standartlarını karşılamasını sağlar.

Hollanda'da zorunlu uzun vadeli bakım sosyal sigorta planı, özel sigorta şirketleri tarafından idare edilir ve 16 yaş ve üzeri tüm vatandaşların maaşlarından kesilen gelirle ilgili bir primi kullanarak ödenir ve bordro vergileri yoluyla bir işveren katkısı ödenir. Yaşlılar dâhil olmak üzere, hizmet kullanıcılarının da gelir seviyelerine, ailelerinin durumuna ve bakımlarının konumuna bağlı olarak

10 Gleckman 2010



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

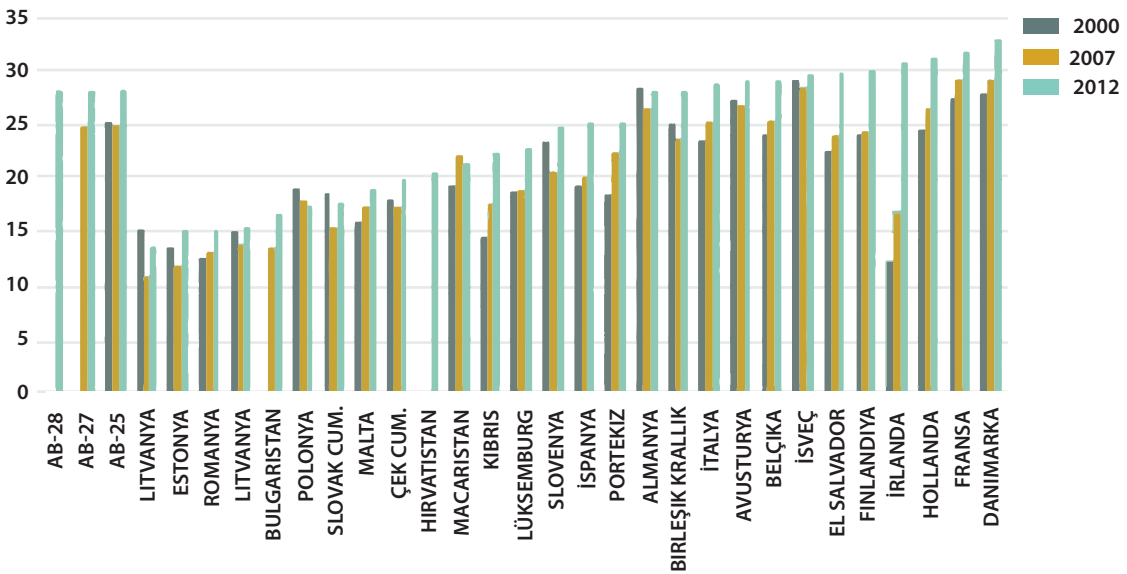
değişiklik gösteren maliyet paylaşımı yükümlülükleri de vardır. Yaşlı bakım maliyetlerinin yaklaşık dörtte üçü bireyler tarafından kesintiler veya prim katkılarıyla ödenmektedir ve geriye kalan kısım genel sigorta fonuyla karşılanmaktadır.¹¹

Güncel kanıtlar, birçok Avrupa hükümetinin, mali baskılara rağmen 2008 yılındaki mali krizden bu yana sosyal koruma harcamalarını (farklı ölçülerde) arttırmaya devam ettiğini gösterir. Bununla beraber, bunlar, özellikle nüfus ve ayrıca gençlerin işsizliği gibi diğer faktörler nedeniyle sosyal korumaya yönelik taleplerin artmasına karşı belirlenir (bakınız Şekil 2). Birçok ülkede, ekonomik ve mali kriz, kamu harcamasındaki azaltmalarla birlikte, sosyal hizmetlere yönelik talebin artmasına yol açmıştır. 2014 yılında, 2008 yılına kıyasla, 9 milyon kişi işsizdi ve yoksulluk ile sosyal dışlanma riski altındaki kişilerin sayısı, 6 milyondan fazla kişi oranında arttı¹². Sosyal koruma harcaması, krizin etkisinin hafifletilmesinde önemli bir rol oynadı. Mali konsolidasyondan en çok etkilenen ülkelerde, sosyal hizmetler, bütçelerindeki küçültmeler nedeniyle hizmet kullanıcılarındaki sayının artmasıyla ve personel sayıları ile maaşlardaki azaltmalarla değişen çalışma koşullarıyla ilgilenmiştir¹³.

Ayrıca, bazı yaşlı bakım reformlarının hayata geçirilmesi yavaşlatılmış veya ertelenmiştir. Örneğin, İspanya'da, 'Kişisel Özerklik ve Bağımlılık Halindeki Kişilere Yardım Sistemi (SAAD)' adlı uzun vadeli bakım reformu, yavaşlamış ve bazı yardımlar azaltılmıştır¹⁴.

İtalya'da, yerel makamlar, sosyal bakımda ağır finansal kesintiler yaşarken, yardımlara erişim için bekleme süreleri artmıştır¹⁵.

Şekil 1 Avrupa'da GSYİH yüzdesi cinsinden Sosyal Koruma yardımlarına yapılan harcamalar (tüm işlevler)



Kaynak: EUROSTAT. Extract from Begg et al. 2015

Yerel makamlar, hizmetin erişilebilirliğini muhafaza ederken, aynı zamanda azalan gelire ve artan talebe müdahale etmenin yollarını bulmak zorunda kalmıştı. Bu makamların birçoğu, acil durum önlemlerine yoğunlaşmak zorunda kalmış ve bu arada hizmetler ve yardımlara erişim ile

11 Avrupa Komisyonu, 2015

12 Avrupa Sosyal Ağı, 2015

13 Ranci ve Pavolini, 2015

14 Avrupa Komisyonu ve Sosyal Koruma Komitesi, 2014

15 Ranci ve Pavolini, 2015



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

hak kazanma kriterleri sıkılaştırılmıştır. Bu gelişmeler, bilhassa hizmetlerin uygun maliyet etkin önlemler şeklinde entegrasyonunu olmak üzere, hizmet işbirliğini arttırmanın önemini vurgulamıştır.

Piyasalaştırma ve Özel Sektörün Yaşlı Bakımı Tedarikindeki Rolü

Hizmet tedarikinin sorumluluğu, son yıllarda tartışılmaktadır. Hizmet tedarikinin kamu dışı kuruluşlar tarafından tedarik edilmesine yönelik yaklaşım, BK ve ABD'de, 1980'lerin Thatcher ve Reagan hükümetleri altında ortaya çıkan "Yeni Yönetim Yaklaşımıyla" teşvik edildi. Bu yaklaşım, düşük maliyetleri artan rekabetle sağlamamanın gerektiği bir piyasada, daha etkili ve etkin bir hizmet ve yardım tedarikini savunmaktadır.

Bu (kâr amacı güden veya gütmeyen) özel yaşlı bakıcıları piyasası, devlet tarafından, sözleşme yaparak veya hizmet kullanıcılarının hizmetleri kuponlarla veya nakit ödemeleriyle satın almalarını sağlayarak canlandırılabilir. Ayrıca, bu yaklaşım, daha az girdi kontrolünü ve performansa ile etkiye daha fazla odaklanılması gerektiğini savunur. "Yeni Kamu Yönetimi" yaklaşımı uyarınca, hizmet kullanıcıları, müşteriler olarak ve devlet memurları, hizmet yöneticileri olarak görülür. Örneğin, birçok Avrupa devletinin getirdiği aktif iş piyasası politikalarında, devlet memuru, işsizleri iş piyasasına mümkün olduğunca kısa süre içinde entegre etmek amacıyla, bu kişilerin çeşitli hizmetlere erişebilirliğini sağlayarak bir vaka yöneticisi görevi görür. Bu yaklaşım, yardımların daha koordineli bir şekilde tedarik edilmesini, istihdam desteğini ve sosyal hizmetlere erişimi destekler¹⁶. Avrupa Komisyonu tavsiyesi, ulusal hükümetlerin, yaşlılar için sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri dahil olmak üzere, gelir desteği tedarikini, istihdam desteğini ve kaliteli hizmetlere erişimi entegre eden stratejiler geliştirmesini önerir.

'Yeni Kamu Yönetimi' yaklaşımı, standartlaştırma gibi özel sektör metotlarının sosyal bakım tedarikindeki bireysel koşulları yansıtmadığına ve verimliliği artırma amacının çalışma koşulları ve hizmet kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye yol açabileceğine dair savlarla eleştirilmiştir¹⁷. İsveç'te, bu yaklaşımın görevlerde standartlaşmaya ve bakıcı başına düşen hizmet kullanıcısı sayısında artışa ve ayrıca sağlanan bakımın kalitesi ve işçiler üzerindeki stres seviyesine dair çıkarımlara yol açtığı ileri sürülmüştür¹⁸.

Nakit Yardımları ve Piyasalaştırma

Uzun vadeli bakımda, birkaç devlet, Almanya'daki evrensel uzun vadeli bakım sigortası, Fransa'daki APA ("Kişisel Özerklik Karşılığı") ve İspanya'daki Kişisel Özerkliği Teşvik ve Bağımlı Kişiler için Bakım Kanunu ('Bağımlılık Kanunu' olarak da anılır) gibi hizmet kullanıcılarına direkt ödemelere dayalı reformlar getirmiştir¹⁹. Polonya'da, tercih edilen bir sistemin hayata geçirilmesinin mi, yoksa resmi bakımı zenginleştirmenin ve bakım piyasasını güçlendirmenin mi gerekli olduğuna dair tartışmalar yapılmaktadır. İsveç, 2009 yılında 'seçme özgürlüğü' sistemini getirerek, belediyeleri bir kupon sistemi yoluyla hizmet kullanıcısının seçimini desteklemesi için teşvik etmiştir. Ne var ki, Hollanda gibi bazı ülkeler, kısa süreli bir uygulamadan sonra, daha az maliyet etkin olması sebebiyle, nakdi geri alıp yerine yardım planlarını getirmiştir. Piyasalaştırmanın, bu varsayımların

16 Avrupa Komisyonu, 2008

17 Buestrich ve Wohlfahrt, 2008

18 Ranci ve Pavolini, 2015

19 Avrupa Sosyal Ağı, 2013



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

bazılarını destekleyen BK'dan edinilen kanıtlarla birlikte, yaşlılara karşı suiistimal riskini arttırdığı öne sürülür.

Yerel Yönetimler

Sosyal sektörde ve sağlık sektöründe yerel yönetim, kamu politikalarını planlama ve sunma şeklinde büyük bir değişikliği temsil eden, geçtiğimiz yıllarda Avrupa ülkelerinde meydana gelen önemli refah reformlarının en belirgin örneğidir. Bu değişiklik, yeterliklerin ve kaynakların yerel seviyede gerilemesini ve ayrıca yerel makamların, bilhassa daha az mali kaynaklarla başa çıkmak zorunda olmaları sebebiyle, daha da entegre bir şekilde çalışmalarının gerektirilmesini içerir. Bu bağlamda, yerel yönetimler, mümkün ve entegre hizmetleri maliyet etkin şekilde sağlama zorluğuna olası tek yanıt gibi görünür.

Bazı Avrupa ülkeleri, kısa süre önce bakım organizasyonuna dair daha fazla sorumluluğu yerel makamlara veren kanunları getirmiştir. İsveç'te, 1992 tarihli 'Ädel reformuyla', belediyeler, yaşlıların ve engellilerin bakımından tamamen sorumlu hale getirildi. Belediyeler, bir hastanın hastanede gerekenden daha uzun süre boyunca kalması halinde, hastaneden ayrılmaya hazır ve ücretleri ödemekle yükümlü hastalardan da sorumlu tutuldu.²⁰

İngiltere'de, 2014 tarihli 'Bakım Kanunuyla', yerel makamlara, bakım sağlamaya, hizmet kullanıcının güçlendirilmesine ve seçim ve kontrole odaklanan destek hizmetlerine yönelik yeni yasal sorumluluklar verildi. Yerel makamlardan, 'bilhassa kaliteli, refaha odaklanan, sonuçlara dayalı hizmetleri devreye almak suretiyle, piyasayı şekillendirmeleri beklenir'²¹.

Hollanda'da, 'Gençlik Kanunu', 'Katılım Kanunu' ve 'Sosyal Destek Kanununun' yürürlüğe girmesiyle birlikte, görevlerin ulusal seviyeden yerel seviyeye önemli derecede düşürülmesi üzerine, Ocak 2015'te sosyal sektörde önemli değişiklikler meydana geldi. Yerel makamlara, refah hizmetlerini, gençlerin bakımını, kişisel bakımı, iş ve geliri tedarik etme sorumluluğu verildi.

Yaşlı Bakım Hizmetinin Sunulmasında ve Tedarikinde Ortak Üretim

Ortak üretim, hizmet alıcılarının ve daha geniş toplumdaki kişilerin de kamu hizmetlerinin sunulmasında aktif bir rol oynadığını ileri sürer. Hizmet kullanıcısıyla sağlayıcısının ortak hizmet sunumuna ve ayrıca vatandaşların aktif şekilde dâhil olmasına ve katılımına dayalıdır²². Bu nedenle, ortak üretim, hizmetlerin tasarlanmasından ve sağlanmasından sadece kamu görevlilerinin sorumlu olduğu geleneksel kamu hizmeti üretim modelinden farklılık gösterir. Ortak üretim, hizmeti yönetme ve sunma sorumluluklarının yerel seviyeye transfer edilmesiyle bağlantılıdır, çünkü insanların ihtiyaçlarına ve endişelerine en yakın olan, belediyelerdir.

Ortak üretim, hizmet sunumunun daha katılımcı biçimlerini ve topluluğun ve gönüllü kuruluşların daha yakın katılımını hedefler ve kamuyu politikaya dâhil ederek maliyetlerin azalmasına, daha yüksek hizmet kalitesine ve daha demokratik bir sürece yol açabilir. Ortak üretim ayrıca, hizmetleri, hizmet kullanıcılarının ihtiyaçları etrafında şekillendirmekle ilgili olan kişiselleştirme için bir ön şarttır. Yakın zamandaki örnekler, gönüllü örgütleri ve topluluk örgütlerini savunmasız

²⁰ Ismail ve diğerleri 2016; Stevens ve diğerleri 2016

²¹ Yerel Hükümet Birliği, 2014

²² Pestoff, 2011



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

kişilerin desteklenmesine dâhil etmeyi veya İspanya hükümetinin kendi üçüncü ve sosyal gönüllülük sektörlerini güçlendirmek için ileri sürdüğü yasa tasarılarını hazırlamayı amaçlayan, Hollanda'daki yerel yönetimler reformudur²³.

Yaşlılar için Entegre Hizmetler ve Ortaklaşa Çalışma

Uzun vadeli bakım alanında politika ve kanun yapma süreci, karmaşıktır. Bunun sebeplerinden birisi, yaşlılarda uzun vadeli bakımın barındırma, ulaşım, yardımlar, sağlık ve sosyal bakım gibi çeşitli konuları içermesi ve hiçbir birimin tek başına çalışmıyor olmasıdır. 'Entegrasyon', yapısal açıdan yeniden yapılandırılmaya ve iyileştirilmiş yönetişime atıfta bulunabilir. Örneğin, hizmetleri devreye almaktan sorumlu, hesap verme zorunluluğu olan tek bir kurumun yer alması; yaşlılarla çalışan farklı sektörlerden gelen profesyoneller arasında işbirliğini arttırmak için tasarlanmış mekanizmalar (ortaklık stratejileri gibi veya yaşlı bakımının nasıl finanse edildiğiyle ilgili olarak, örneğin, bütçeleri bir merkezde toplamak veya karmaşık ihtiyaçlara sahip spesifik grupları desteklemek amacıyla spesifik olarak entegre edilmiş fonlar oluşturmak). Entegre hizmetlerin, bilhassa sosyal açıdan dışlanmış kişilere ulaşmak, bu kişilerin hizmetlere erişimine yardımcı olmak, ihtiyaç değerlendirmeleri yapmak ve ayrıca bakım ve destek sağlamak açısından değerli olduğuna dair görüşler mevcuttur.

Yüksek kalitede, entegre ve kişiselleştirilmiş hizmetlerin insanların becerilerini ve yeterliklerini geliştirme, fırsatlarını artırma ve yaşam seyirleri boyunca potansiyellerinden en iyi şekilde yararlanmalarına yardımcı olma rolünü vurgulayan Sosyal Yatırım Paketi (SIP)²⁴, Avrupa seviyesinde, Avrupa Komisyonu tarafından benimsenmiş ve üye devletlerce onaylanmıştır. Böylece, sosyal hizmetlerin sadece bir güvenlik ağı olmayıp, aynı zamanda toplumun önemli bir parçası ve ayrıca tüm sosyal yatırım yaklaşımlarında çok önemli olduğu tanınmıştır.

Geçmişte çeşitli entegre hizmet modelleri ana hatlarıyla açıklanmış²⁵ ve daha sonra son Avrupa raporlarında²⁶ güncellenmiştir. Entegrasyonu desteklemiş olabilen politika çerçevelerinin belirlenmesi, başka yerlerde yeni entegrasyon biçimlerine olanak kılabilen bir öğrenme egzersizini temsil eder. Bununla beraber, Avrupa projelerinden edinilen deneyim, söylemle pratik uygulama arasında bir ayrılık olduğunu öne sürer²⁷ ve bu durum, entegrasyonun aslında ne anlama geldiğine dair netliğin olmamasından, aşırı derecede bürokratik yönetim düzenlemelerinden, sınırlı kaynaklardan, yetersiz liderlikten, mesleki, kurumsal ve kültürel engellerden kaynaklanıyor olabilir²⁸. Avrupa'daki yaşlılar için geçerli entegre hizmetlere örnek sağlamak amacıyla, entegre sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin politika çerçeveleri gözden geçirildi.

Bağımlılık ihtiyaçlarına sahip yaşlılar için bakım alanında, sağlık bakım hizmetleri (genellikle ulusal ve bölgesel seviyelerde finanse edilir ve yönetilir) ve sosyal bakım (genellikle yerel seviyede yönetilir ve sağlanır) arasındaki daha yakın bağlantılar, birkaç yıl boyunca siyasi görünümün bir parçası olmuştur. Fransa'da, sağlık bakımından ve uzun vadeli bakımdan sorumlu bölgesel sağlık kurumları ile sosyal hizmetlerin tedarikinden sorumlu il meclisleri arasında olduğu gibi, koordi-

23 OECD, 2014

24 Avrupa Komisyonu, 2013

25 Munday, 2007

26 Örneğin Lara Montero ve diğerleri 2016

27 Jarrett ve diğerleri, 2009

28 Williams ve Sullivan, 2010



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

nasyon mekanizmalarının ve bakım koordinasyon ağlarının hayata geçirilmesiyle, sağlık ve sosyal bakım arasındaki ayrılığı kapatmaya yönelik bazı girişimlerde bulunulmuştur.

Diğerlerinde, daha yakın bağlantılar, topluluk bakım hizmetleri için ortaklaşa mali düzenlemeleri ve yönetim düzenlemelerini, profesyonellerin ortak yerleşimini veya sorumlulukların BK'da olduğu gibi kurumlar arasında dağıtılmasını belirleyen kuruluşları destekleyen politika çerçeveleri şeklini almıştır. Bölgelerin ve belediyelerin, karmaşık ihtiyaçlara sahip bakım grupları için daha fazla sorumluluk aldıkları artan adem-i merkeziyetçilik de vardır. Bu, birçok il meclisinin ve belediyenin hizmeti ortaklaşa verdiği İsveç'teki 'yerel temel bakım sisteminin' getirilmesini de gerektirdi. Ayrıca, Danimarka'da, belediyeler, 2008'de kapsayıcı bir kamu hizmeti reformunun uygulanmasından sonra, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini bütünleştirilmeye doğru ilerlemiştir.

Entegre desteğe dair ulusal bir politika gündeminin olmadığı İspanya gibi ülkelerde, sağlık bakımına ve uzmanlaşmış sosyal hizmetlere ilişkin sorumluluklara sahip çeşitli bölgeler, kronik sağlık durumlarına sahip olanlar gibi belirli gruplar için desteği veya spesifik politika çerçevelerini entegre etmek amacıyla kendi politikalarını başlatmıştır.

Mevzuat ve politika, genellikle sektörle ilgilidir ve entegre hizmetlere dair yasal çerçeveler ve politika çerçeveleri, çok nadiren görülür ve görülse bile, bunu belirli bir grup veya nüfusla ilgili olarak yaparlar. Entegre hizmetlerle ilgili politikanın geliştirilmesi hususunda başka bir önemli konu, her ülkenin yerel yapısı ve yönetim yapısıdır. Birçok durumda, yerel hükümet, eğitimi, sağlığı, istihdamı ve sosyal bakım hizmetlerini yönetmekten ve sağlamaktan sorumlu başlıca kuruluş olmaktan çıkar. Sonuç olarak, ademi merkeziyetçilik nedeniyle, görevleri ve sorumlulukları yeniden yapılandırmanın hayata geçirildiği ülkelerde, başarılı bir uygulama sağlamak için çok boyutlu ve çok seviyeli bir yaklaşımı benimsemek çok önemlidir. Desteği entegre etmeye dair bir ulusal gündemin/planın yer almadığı diğer ülkelerde, bölgeler, bu boşluğu kendi politikalarıyla doldurmak zorunda kalmış olabilir.

Entegrasyon, bazı Avrupa ülkelerinde son birkaç yıldır politika tartışmasının bir parçası olmuştur, ancak bu durum, Avrupa'nın tümünde oldukça farklılık gösterir. Mevzuatın veya politikanın yer almadığı bazı örnekler vardır ama profesyoneller, çok disiplinli ekipler halinde bir araya gelmiş ve politika boşluğunu kapatmıştır. Kaynakların bir merkezde toplanmasına veya transfer edilmesine olanak veren, daha gevşek entegrasyon modelleri de vardır. Bunlar, ortakların beraberce atadıkları bir yönetici veya koordinatörle birlikte, yönetim ve idarenin biraz resmileştirilmesini veya sorumlulukların kurumlar arasında değiştirilmesini de gerektirebilir. Yapılan araştırma, entegre hizmetin yaşlılar üzerindeki başarısını etkileyen kilit faktörlerin şunları kapsadığını gösterir: meslekler arası ekip çalışması, etki ölçümleri, yenileşme, teknoloji, fon sağlama, öğrenme fırsatları, etkili sunum sistemi, iş gücü, liderlik bağlılığı ve sürdürülebilirlik²⁹. İdeal olarak, karar vermede bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik eylemlere neden olan, hem yatay (başka bir deyişle, stratejik ve operasyonel seviye), hem de dikey (başka bir deyişle, makro, meso ve mikro seviye arasında) bir bağlantı olmalıdır³⁰.

²⁹ Avrupa Sosyal Ağı 2016

³⁰ Leichsenrig, 2004

İş Gücü Yapısı ve Zorluklar

Sosyal hizmetlere yönelik artan talep, çeşitli şekilleriyle, refah devletinin karşısına bazı boyutlarda büyük zorluklar çıkarır. Bunlardan birincisi, belirli ekonomik çıkarımlarla ve ayrıca devletin artan bakım maliyetini finanse etme yönündeki "basit" yeteneğiyle ilgilidir. İkincisi ise uygun şekilde vasıflı ve sürdürülebilir iş gücü arzını^{31 32} ve bakım tedarikindeki kaliteye dair doğrudan çıkarımları gerektiren³³ sosyal hizmetlerin temin edilmesiyle ilgilidir.

Yaşlanmaya ek olarak, küresel zorunlu göç krizi ve demans gibi uzun vadeli hastalıkların giderek yaygınlaşması dâhil olmak üzere, gelecekteki sosyal hizmetler tedarik talebini etkileyebilecek başka faktörler de vardır. Ayrıca, aile kurma biçimleri, aile üyesinin coğrafi yakınlığı (bilhassa yaşlılar ve evlatları veya diğer akrabalar) ve özellikle kadınların iş gücüne katılımıyla ilgili olarak istihdam biçimlerindeki değişiklikler dâhil olmak üzere, sosyo-demografik değişiklikler, gayriresmi ücretsiz bakımın sürdürülebilirliğine dair zorluklara yol açar. Bireylerin, daha uyumlu ve yüksek kalitede, uygun hale getirilmiş sosyal bakım hizmetlerine dair beklentileri de artmıştır. Sosyal hizmetler sektörü, emek yoğun bir sektör olduğu için hizmet taleplerindeki artış, sosyal hizmetler çalışanlarına dair taleplerde de neredeyse eşit düzeyde bir artışı gerektirecektir³⁴. Bu sonucunu, yardımcı teknolojinin sosyal hizmetler tedarikindeki rolünün artmasıyla, biraz da olsa hafifletilmiştir^{35 36}. İş gücündeki büyümeyi ve istihdam ile elde bulundurmaya dair zorlukları tartışırken, bu iş gücünün belirli özellikleri göz önüne alınmalıdır. Avrupa'da, bunlar, yaşlanan bir iş gücünü, kadınların hakim olduğu bir iş gücünü ve büyük oranda göçmen işçileri kapsadığı için 'mobil' olduğu düşünülen bir iş gücünü içerir.

Yüksek sosyal risk altındaki aileler, yetişkinler ve diğer kişilerle yapılan sosyal çalışma faaliyetleri, Avrupa'daki sosyal hizmet faaliyetlerinin önemli bir parçasıdır^{37 38 39}. Bununla beraber, bu işin yapılmasına yönelik kesin aktiviteler, eğitim gereklilikleri ve ortamlar, Avrupa'nın tümünde önemli derecede farklılık gösterir^{40 41 42}. Genellikle, sosyal hizmet görevlilerinin rolleri, değerlendirme; birçok kurumun birlikte çalışması ve diğer profesyonellerle irtibat; bireylerin ve ailelerin riskini azaltmak ve yönetmek ve ayrıca vaka yönetimiyle ilgilidir⁴³.

Sosyal hizmetler 'ön saf' çalışanlarının çeşitli rolleri ve faaliyetleri vardır. Yapılan inceleme, işlerinin yoğunlaştığı beş önemli bileşene işaret etmiştir: 1- koordinasyon hizmetleri; 2- hizmet kullanıcılarını güçlendirmek (günlük faaliyetlerin desteklenmesi dâhil); 3- kişisel bakım sağlamak; 4- kapsayıcı bir topluluğun oluşturulmasına yardımcı olmak ve 5- gayriresmi bakıcılar ve ayrıca topluluğa dayalı ve gönüllü örgütler dâhil olmak üzere diğer kurumlarla ilişkiler kurmak.

Sosyal hizmetler iş gücünün kapsamı, tüm rolleri ve faaliyetleri itibarıyla, Avrupa ülkelerinin çoğunluğunda oldukça genişlemiştir. Ne var ki, bunun boyutu, nüfus yaşlanmasının hızıyla, kamu

31 Cameron 2010
32 Fujisawa ve Colombo 2009
33 4Quality 2015
34 Fujisawa ve Colombo 2009
35 Steel ve diğerleri 2012
36 Gibsons ve diğerleri 2016
37 Hussein 2014
38 Lyons 2006
39 Moriarty ve diğerleri 2015
40 Akintayo ve diğerleri 2016
41 Hussein 2011
42 Boddy ve Statham 2009 ve Stratham ve diğerleri 2006
43 Hussein 2011; Moriarty ve diğerleri 2015; Asquith ve diğerleri 2005



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

harcamasıyla ve ülkenin refah modeliyle ilgili olarak farklıdır. Avrupa Birliği'nde (AB), 2000 yılından 2009 yılına kadar, bu sektörde 4 milyondan fazla yeni iş yaratılmıştır (EU)⁴⁴. Bununla beraber, sosyal hizmetler iş gücünün toplam istihdamdaki payı, ülkeden ülkeye büyük farklılıklar gösterir ve bu payın Güney Avrupa ülkelerinde nispeten az olması, hizmet tedariki yerine nakit yardımlarını ve aile bakımını (gayriresmi bakım) vurgulayan refah modellerini yansıtır.

Yapılan bazı çalışmalarda, literatürde 'akut' işe alım eksikliklerinin tanımlanmasına rağmen, Avrupa'nın tümünde işe alıma dair meseleler belirlenmiştir^{45 46 47}. Avrupa Engelliler için Hizmet Sağlayıcıları Birliği (EASPD), sosyal hizmetler personelinin istihdamı için bir 'araç takımı' oluşturmuştur⁴⁸, bu araç takımı, sosyal hizmetler personelinin işe alınması ve muhafaza edilmesine dair pratik tavsiyeler sağlar, ancak kişisel asistanlar gibi spesifik çalışma alanlarındaki eksikliklere ille de değinmez. Bununla beraber, İngiltere'de Bakım Becerileri tarafından geliştirilmiş bir kavram niteliğindeki yeni çalışanları çekmek için 'bakım elçisi' görevi gören mevcut çalışanların rolünün vurgulanması dâhil olmak üzere, bazı stratejiler sağlar. Bu araç takımı, özellikle erkekler ve engelliler olmak üzere, nüfusun yetersiz temsil edilen gruplarının potansiyelini, hedeflenen kampanyalar yoluyla vurgular⁴⁹. BK'da, 'Akıllı Girişim'⁵⁰ diğerleri arasında eğitimin sosyal hizmet almayan engellilerle iş birliği içinde geliştirildiği ve sunulduğu sosyal hizmet sektörü dâhil olmak üzere, çeşitli sektörlerde engellilerin işe alınmalarını teşvik eder. İşe alım eksikliklerine değinme hususunda kurum çalışanlarına güvenmenin avantajları ve zorlukları literatürde tartışılır^{51 52 53}. Öte yandan, işe alımla ilgili zorluklara değinme açısından nispeten 'hızlı' bir çözüm görevi görürler. Ancak kendilerine adanmış maliyetler daha yüksektir, muhafaza edilmeleri zorlayıcı olabilir ve bakımın devamlılığına dair endişeler ortaya çıkabilir.

Sosyal hizmetler personelini işe almaya ve muhafaza etmeye yönelik önemli bir strateji, daha geniş bir kariyer yolunun bir parçası olarak görülebilen ve işverenler tarafından işe alımdan sonra ücretsiz olarak sağlanan eğitim yoluyla, işlerin çekiciliğini arttırmaktır. Demanstan ve çoklu kronik bakım ihtiyaçlarından etkilenen alıcılar için yüksek bakım işleriyle ilgilenmek açısından gerekli olabilen daha yüksek bakım becerileri gerekebilir. Ancak bu, sosyal bakım işleri için bilhassa uygun bir strateji şeklinde algılanabilir. Eğitim programları, sosyal bakım işlerinin insanlar için çekici hale gelmesine yardımcı olur ve kalite standartları üzerinde bir miktar kontrol sağlar. Eğitim programlarının ve kariyer yapılarının geliştirilmesi, istihdama, muhafaza etmeye ve ayrıca birçok sosyal bakım işinin kötü imajını düzeltebilen yukarıya doğru bir hareketliliğe olanak sağlayan araçlar olarak görülür⁵⁴.

- 44 CEDEFOP 2010
- 45 Evans ve Huxley 2009
- 46 Jacobs ve diğerleri 2013
- 47 Cornes ve diğerleri 2013
- 48 EASPD Tarihsiz
- 49 Hussein, Ismail ve Manthorpe 2016a
- 50 www.thesmartenterprise.co.uk
- 51 Hussein ve diğerleri 2010
- 52 Webb ve Carpenter 2012
- 53 Cornes ve diğerleri 2013
- 54 Fujisawa ve Colombo 2009



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Avrupa'daki LTC İş Gücü Yeterliği ve Becerileri

LTC'de çalışan personele dair kapsamlı iki kategori vardır, bir grup, genel olarak sosyal hizmet, bakım veya mesleki terapi gibi alanlarda onaylanmış yeterlikler gerektiren profesyonel çalışanlar olarak görülürken; diğer grup, farklı ortamlarda kişisel yardım ve bakım işleri sağlayan 'daha az vasıflı' bir çalışanlar grubundan oluşur. Bunlar, yaşlı bakım hizmetlerinde profesyonel iş gücünün önemli bir bölümünü oluşturdukları için sosyal hizmet çalışanlarının eğitime, yetiştirilmesine ve yeterliklerine hitap eden oldukça geniş bir literatür vardır⁵⁵. Birçok Avrupa ülkesinde, sosyal hizmet çalışanlarının üniversite eğitimi almış olması gerekir, ancak bu eğitimin ille de uzmanlaşmış sosyal hizmet eğitim programları olması gerekmez. Avusturya ve Fransa gibi bazı ülkeler, eğitimin gereken 'bileşenlerini' kapsayan derecelere sahip üniversite öğrencilerinin, sosyal hizmet rolleri için uygun adaylar olduklarını düşünür. Örneğin, BK, İrlanda ve İtalya gibi ülkelerde, sosyal hizmet çalışanlarından istihdamdan daha önemli olduğunu düşünmelerinin beklendiği bazı spesifik sosyal hizmet eğitim dereceleri vardır⁵⁶. Daha fazla disiplinden öğrenci çekebilen, lisans üstü eğitim seviyelerinde birçok uzmanlık yolu vardır. Özellikle BK olmak üzere, bazı ülkelerde, zihin sağlığı gibi belirli sosyal hizmet alanlarındaki eksikliklere değinmek amacıyla, sosyal hizmet planlarına (Sosyal Hizmette Hız⁵⁷ ve İleriyi Düşün Programı⁵⁸ gibi) 'hızlı yol' eğitimini getirme yönünde bir politika yönelimi olmuştur.

Sosyal hizmet eğitime ve yeterliklerine benzer şekilde, Avrupa'daki sosyal hizmet yönetmelikleri de oldukça çeşitlidir ve farklı kanunlarla yönetilir. Avrupa'da, organizasyonel yapıları ve idari faktörleri hedefleyen bazı iş gücü müdahaleleri yer alır⁵⁹ ve bunların bireysel faktörleri hedeflemekten ziyade, sosyal hizmet çalışanlarının işe alınması ve muhafaza edilmesi üzerinde daha iyi bir etkiye sahip oldukları düşünülür. Hizmet kullanıcılarının ve bakıcılarının, hem iş gücü eğitime hem de hizmetlerin sunumuna anlamlı bir şekilde dâhil edilmesi, giderek vurgulanmaktadır⁶⁰.

Avrupa'da, nispeten daha az yeterlik gerektirenler şeklinde sınıflandırılabilen yaşlı bakım hizmetleri personelinin belirleyen çeşitli görev unvanları ve tanımlar vardır. Bunlar için, literatür, bir temel 'beceriler' setine dair gereklilikleri ortaya serer. Bu gerekliliklerin birçoğu, 'hafif beceriler'⁶¹ veya güvenilirlik, sosyallik ve olumlu bir tutum gibi kişisel özellikler olarak görülür. Özetle, ön saf LTC hizmetleri personelinin rolleri; aracılık (tek tek kullanıcıların ihtiyaçlarına göre uygun hizmetleri görüşmek), değerlendirme ve planlama, danışmanlık ve giderek çeşitlenen bir çevrede iletişim kurma yeteneği dâhil olmak üzere, ilişkili kilit becerileri yansıtır⁶². Bu 'daha hafif' becerilere ve ayrıca diğer önemli 'bakım' becerilerine mevcut personeli elde bulundurma ve yenilerini işe almanın bir yolu olarak hitap etmeye yönelik eğitim sağlama açısından birçok çaba sarf edilmektedir.

55 Örneğin: Statham ve diğerleri 2006; Moriarty ve diğerleri 2015; Hussein 2011; Hussein 2014, Hussein ve diğerleri 2011c

56 Hussein 2011

57 Bakanız Baginskey ve Manthorpe 2016

58 <http://thinkahead.org>

59 Webb ve Carpenter 2012; Stanley ve diğerleri 2014

60 Driessens ve diğerleri 2016; Farrow 2014

61 Green ve diğerleri 2014

62 CEDEFOP 2010



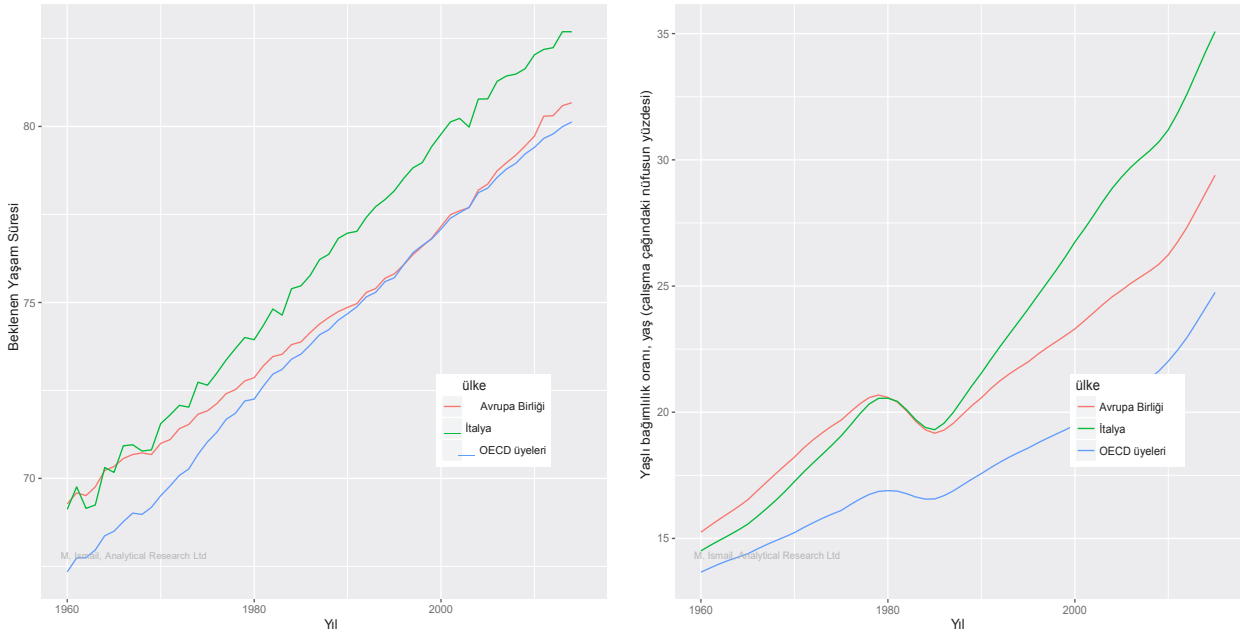
Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2. İtalya'da Yaşlı Bakım Sistemi

Arka Plan: İtalya'da Yaşlanmak

İtalya, Avrupa'nın en eski ülkelerinden biridir ve Avrupa'nın geri kalanındakine benzer şekilde ölüm oranlarında kaydedilen gelişmeyle birlikte doğurganlık oranlarındaki hızlı düşüşle beraber nüfustaki dönüşümü nispeten erken başlamıştır. İtalya, Avrupa Birliği'ndeki (AB) en yüksek dördüncü nüfusa sahiptir (Almanya, Fransa ve Birleşik Krallık'tan sonra). Nüfus hızla yaşlanmaktadır ve yaşlanma endeksi⁶³, 1981'deki %80,4 seviyesinden 2010'da %144'e çıkmıştır (bu oran, Avrupa ortalamasının oldukça üzerindedir⁶⁴). Bunlar, Şekil 3'te sunulan diğer Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri ve AB ülkelerine kıyasla, İtalya'da gözlemlenen ortalamanın üzerindeki beklenen yaşam süresiyle ve yaşlı bağımlılık oranı eğilimleriyle yansıtılırlar. Beklenen yaşam süresindeki istikrarlı yükseliş, İtalyan nüfustaki yaşlı kesimin eş zamanlı olarak artmasına yol açar.

Şekil 3 İtalya'daki 1960 ila 2010 arasında beklenen yaşam süresindeki ve yaşlı bağımlılık oranlarındaki eğilimler



Şekil 4'te İtalya'nın şu anki ve 2035 için beklenen nüfus piramidi gösterilmektedir. Toplam İtalyan nüfusunun %20'sinden fazlası, 65 yaş ve üzeridir. 2050 yılına kadar, bu rakamın, ülkede hâlihazırda erkekler için 78 ila 80 arası, kadınlar için ise 84 ila 85 olduğu beklenen daha uzun yaşam süresi nedeniyle, %34'e çıkması beklenmektedir. Aslında, kıdemli yurttaşların yaklaşık %20'si ve ülkenin toplam nüfusunun %6'sı, 80 yaş üzerindedir.

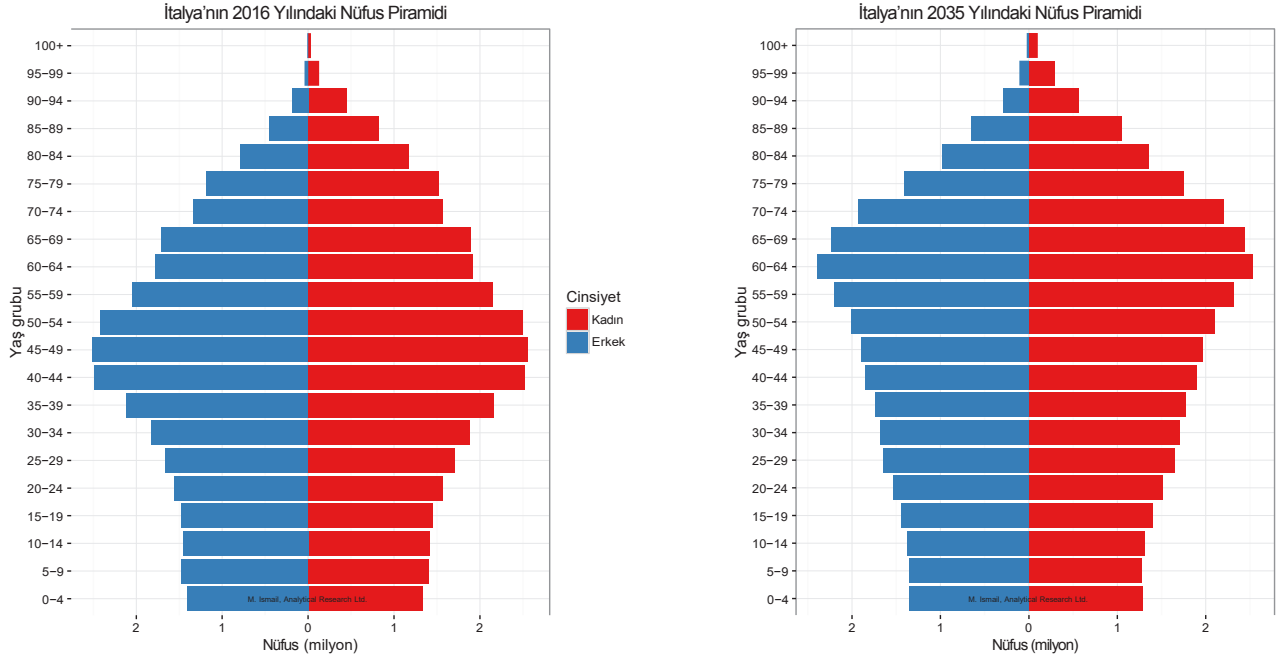
63 Yaşlanma endeksi, 60 yaşındaki kişilerin sayısı olarak veya 15 yaş altı yüz kişi başına hesaplanır.

64 EUROSTAT, Demografi



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 4 İtalya'nın 2016 yılındaki nüfus piramidi ve 2035 tahminleri



İtalya'daki Uzun Vadeli Bakım Politikasının Yapısı

İtalya'da kişi başına GSYİH, 1960'lardan beri OECD ve Avrupa Birliği ortalamasının üzerindedir (Şekil 5), bununla beraber, kişi başı sağlık harcaması her iki ortalamanın altındadır (Şekil 6). İtalya'da LTC için yapılan kamu harcaması oldukça düşüktür. Resmi tahminlere göre, 2008 yılında 65 yaş üstü kişiler için yapılan LTC harcaması miktarı GSYİH'nın sadece %1,12'siyken, sosyal korumaya yönelik kamu harcamasının miktarı GSYİH'nın %25,8'ine, kamu harcamasının tamamı da GSYİH'nın %49,1'ine tekabül eder.

İtalya'nın yaşlılara yönelik sağlık ve bakım hizmetleri, hastaneye ve akıl hastanesine yatırmaya odaklanmaktan giderek uzaklaşmış ve entegre bir sağlık ve bakım hizmetleri sistemine yönelmiştir. Bununla beraber, İtalya'nın özel sektörün katılımına sahip bir kamu sağlık sistemi vardır. İtalya, reformsuz ve derin bir değişim süreci yaşamış ve bu süreç en çok evde bakımla ilgili olmuştur. 90'ların ortasından bu yana uzun vadeli bakıma, çoğunlukla topluluk içinde olmak üzere aynı hizmetler tedarikini arttırmaya ve kamu-bakım tedarikinin miktarındaki bölgeler arası farklılıkları azaltmaya yönelik devlet kamu harcamasını arttırmayı amaçlayan birkaç teklif yapılmıştır. Sosyal hizmetler reformuna, sosyal hizmetlerin ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonuna yönelik 328/2000 sayılı Ulusal Kanun, yaşlıları yaşamaya alışkın oldukları yerde mümkün olduğunca tutmak için evde bakımı teşvik etmeyi amaçlıyordu. 328/2000 sayılı Ulusal Kanun, LTC politikalarının ana amaçlarını belirleyerek tüm ülkede sağlanması gereken minimum seviyede sosyal bakım hizmetlerinin kurulmasını gerektirdi. 2001'de bağımlı ve engelli kişileri ev hizmetleri yoluyla desteklemek amacıyla milli bir müdahaleler ve sosyal hizmetler planı sunuldu.

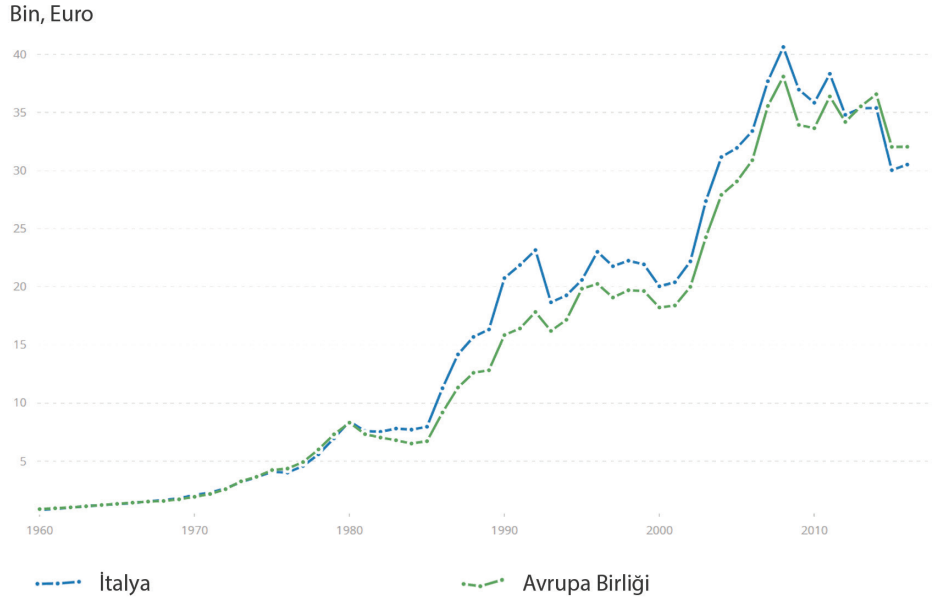
Ulusal Sağlık Planı 2006-08 ile – kurumsal bakımdan ziyade – evde bakımı güçlendirmeye yönelik çabalar ilk öncelik olarak belirlendi ve bakımın iyileştirilmesi için kurumlar ile resmi ve gayriresmi gruplar arasındaki işbirliğini pekiştireceği iddia edildi. Ne var ki bölgesel amaçlar, tıpkı taahhütler gibi farklılık gösterir ve ulusal reform hâlâ eksiktir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bu dönemde, 2002 yılında %6 olan refakatçi ödemesi alan yaşlıların yüzdesi 58'lik bir artışla 2008'de yüzde %9,5'e çıktı. Ayrıca, İtalya'nın kuzeyindeki bazı bölgelerde yaşlıların evlerinde yaşamaya devam etmelerine olanak tanımak amacıyla ev yardımı, bakım hizmetleri ve tele-bakım tedariki organize edilmeye başlandı.

Şekil 5 1960'dan bu yana İtalya'daki kişi başına GSYİH Eğilimleri



İtalya'daki LTC sistemi, yüksek seviyede kurumsal bölümlenmeyle nitelendirilir. Çünkü fon sağlama kaynakları, idare ve yönetim sorumlulukları, yerel (belediyeler) ve bölgesel makamlara dağıtılmıştır ve her bölgenin kurumsal modelleriyle ilgili olarak farklı biçimler mevcuttur. LTC organizasyonuna doğrudan dâhil edilen aktörler, belediyeleri, yerel sağlık makamlarını (*aziende sanitarie locali*, ASL'ler), bakımevlerini (*residenze sanitarie assistenziali*, RSA'lar) ve Ulusal Sosyal Güvenlik Enstitüsü'nü (Istituto Nazionale Previdenza Sociale, INPS) kapsar. Ancak bu hizmetlerin planlanmasına ve finanse edilmesine diğer oyuncular da dâhil edilir – başka bir deyişle, merkezi devlet, bölgeler ve vilayetler. Ayrıca, İtalya'da, LTC harcamalarının önemli bir kısmı, doğrudan hane hakları tarafından sağlanır ve bakımın büyük bir kısmı, özellikle kamu hizmetlerinin daha az ileri düzeyde olduğu ve ailelerin özel hizmetlerin maliyetini karşılayamadıkları bölgelerde, hâlâ gayri resmi bakıcılar tarafından sağlanmaktadır.

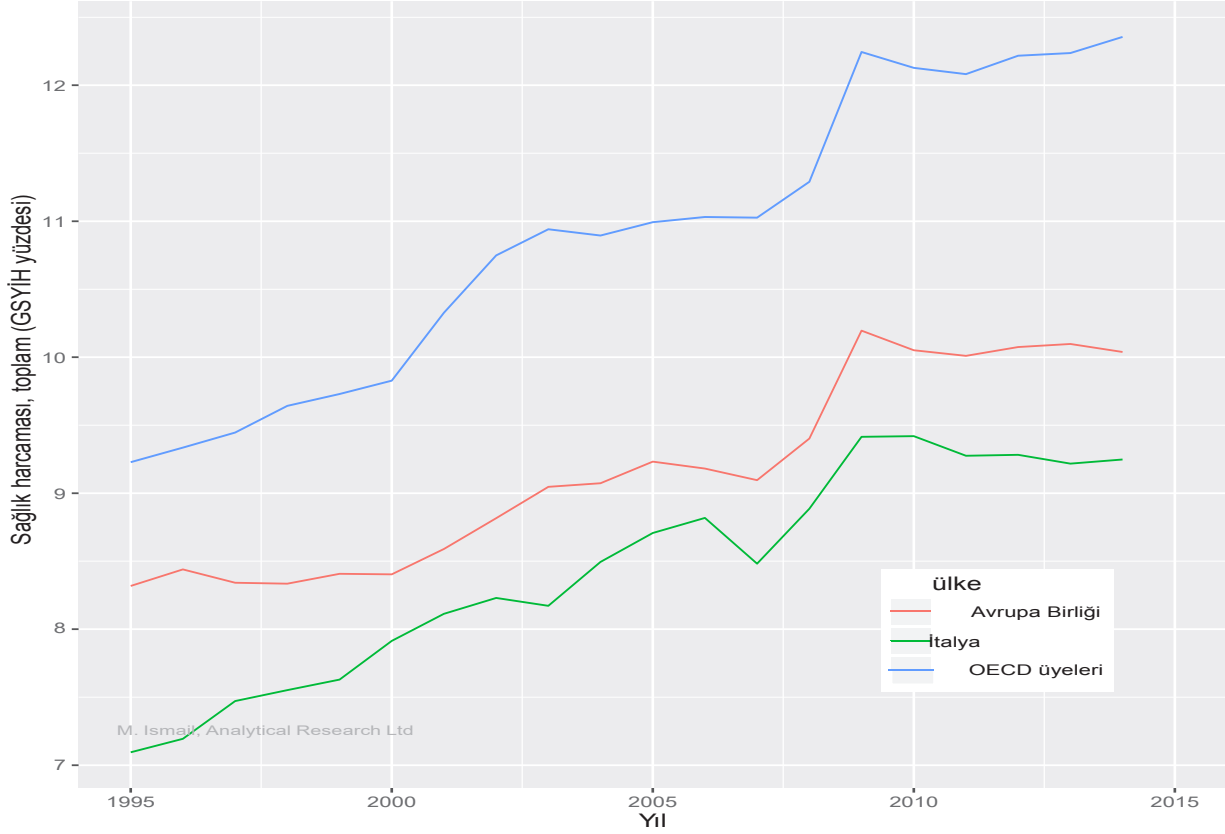
İtalya'da, devletin yaşlılar için sağladığı uzun vadeli bakım, üç tür resmi yardımı içerir: topluluk bakımı, huzurevinde bakım ve nakit yardımları. İtalya'da, Ulusal Sağlık Hizmeti (Servizio Sanitario Nazionale, SSN), yerel sağlık birimleri (*aziende sanitarie locali*) yoluyla, evde sağlık hizmetlerini – sözde 'entegre konut bakımı' (*assistenza domiciliare integrata*, ADI tarafından)– ve huzurevi ortamlarında sağlanan diğer sağlık hizmetlerini planlar ve yönetir. Hem evde bakım, hem de kişisel bakım olmak üzere, kişisel sosyal hizmetler, evde sağlanır (*servizi di assistenza domiciliare*, SAD tarafından). Kurumsal sosyal bakım, yerel seviyede belediyeler tarafından yönetilir. Ancak bu, ADI ile koordinasyon içinde planlanmalıdır. Uzun vadeli bakım, hem devlet tarafından, hem de onaylanmış özel sağlık ve kişisel sosyal bakım sağlayıcıları tarafından sunulur. Sağlık hizmetleri, SSN tarafından ücretsiz olarak sağlanır, bununla beraber, sosyal bakım, bütçe hesaplıdır ve kullanıcılar,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

bunun tam maliyetine varan ödemeler yapabilirler. Ulusal ve yerel vergilendirme, kamu uzun vadeli bakımının başlıca fon sağlama kaynaklarıdır.

Şekil 6 OECD ve Avrupa Birliği ülkeleri ortalamasına kıyasla 1960 ila 2010 arasında İtalya'daki GSYİH yüzdesi açısından sağlık harcamalarındaki eğilimler



Ulusal Sosyal Sigorta Enstitüsü, mali durumlarından bağımsız olarak, engelliler için bir nakit yardımı (*indennità di accompagnamento*) sağlar. Bu nakit yardımı, malları veya hizmetleri satın alma zorunluluğuyla doğrudan bağlantılı değildir ve amacı, kişinin durumunu iyileştirmek olduğu için, hanenin gayriresmi bakımını telafi etmek amacıyla kullanılabilir. Bununla beraber, *indennità di accompagnamento*, malullük aylığının tersine, genellikle İtalya'daki LTC harcamalarının bir parçası olarak görülür. Bazı belediyeler, başka nakit yardımları sağlar ancak bunlar genelde bütçe hesaplıdır. İtalya'daki LTC, hem fon sağlama seviyeleri, hem de sağlanan hizmetlerin yapısı itibarıyla bölgeler ve alanlar arasında yer alan büyük bir farklılıkla da nitelendirilir. İtalya'da, tek bir ulusal LTC sisteminden ziyade, bölgesel birçok LTC sistemi vardır.

İhtiyaçlar Değerlendirmesi

İtalya'da, atıfta bulunabilecek, bakım ihtiyacı içindeki kişilere dair, tek ve ulusal bir yasal tanım yoktur. Talep sahibi, INPS tarafından sağlanan nakit yardımlarını elde etmek amacıyla, sağlık gerekliliklerinin olup olmadığına tıp komisyonu yoluyla karar vermekle görevli ASL'ye başvurmak zorundadır. Eğer gereklilik varsa, talep sahibi, nihai kararı veren INPS komisyonuna sevk edilir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İtalyan Ulusal Sağlık Hizmetinin ASL'leri, hizmet alanlarında yaşayan vatandaşlarının engellilik derecesini değerlendirmekten sorumludur ama kriterleri, homojen değildir. Birçok sağlık hizmeti ve sosyal hizmet açısından, ihtiyaçlar değerlendirmesi, çok disiplinli bir ASL ekibi tarafından yapılır – birçoğunda, doktorları, hemşireleri, sosyal hizmet görevlilerini ve bazen idari çalışanları kapsayan geriatrik değerlendirme birimleri tarafından yapılır. Bu ekip, bazı durumlarda, talep sahiplerini ihtiyaç kategorilerine göre sınıflandırır, bakım planını hazırlar ve sağlayıcı tipini seçer. Bunun tersine, Lombardia'da, vatandaş, müşterileri ihtiyaçlarına göre sınıflandırabilen sağlayıcıyı/sağlayıcıları özgürce seçer.

Bölgeler, ihtiyacın şiddetini çeşitli şekillerde değerlendirir. Her bölgenin özel bir sınıflandırma sistemi vardır ve bölgeler bazen kendileri arasında bazı farklılıklar sergiler. Bu çok boyutlu değerlendirme süreçleri, genellikle geçerli kılınmış uluslararası standartlara dayalıdır. Örneğin, BARTHEL ADL standardını kapsayan SVAMA2 (Veneto) ve VAMA (Trento vilayeti); VAOR (Abruzzo, Basilicata ve Calabria); BINA (Emilia Romagna ve Friuli Venezia Giulia); SOSIA (Lombardia); AGED PLUS (Liguria); 'Scheda VITA' (Bolzano Vilayeti); ve MDS (minimum veri kümesi) ADL LONG FOMR (Toskana) bunlar arasında yer almaktadır. Bu süreçlerin tümünde, kurumsal yetenekler, ikincil bir rol oynar ve bu bakımdan ya göz önüne alınmazlar ya da değerlendirilirler ama ihtiyaç seviyesini belirlemek amacıyla kullanılmazlar.

Günlük yaşam faaliyetlerinden başlayarak (ADL), sınıflandırma, diğer değerlendirme sistemleriyle desteklenir. Örneğin, kümülatif hastalık evreleme ölçeğinde (CIRS) 'sağlık durumu' veya ICD IX (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) veya ICPC (Uluslararası Temel Bakım Sınıflandırması). Düzenleyici bir bakış açısına göre, LTC fonunun oluşturulmasından sonra, çok boyutlu bir yaklaşımı daha fazla vurgulamak suretiyle, değerlendirme süreçlerinin tümü yenilenmiştir.

Hizmetler ve Kullanıcıların Profili

Genel olarak, nakit yardımları dâhil olmak üzere yaşlılar için sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler, Uzun Vadeli Bakım (LTC) olarak adlandırılır, fiziksel veya bilişsel kapasiteleri kısıtlı olan ve günlük hayattaki temel ve aletli faaliyetlerde (ADL ve IADL) yardıma bağımlı kişilerin gerektirdiği hem sosyal, hem de tıbbi hizmetler olarak tanımlanır.

İtalya'da, LTC tedariklerinin tipleri ve yaygınlığı açısından birçok bölgesel fark vardır. Örneğin, güney-iç bölgelerin birçoğunda (özellikle Calabria, Campania, Umbria ve Sardinya), bakım ödeneklerinin büyük oranda kullanılması dâhil olmak üzere LTC'ye yönelik esasen parasal hükümler vardır. Öte yandan, kuzey-iç kısımlarda (özellikle Friuli-Venezia Giulia, Trentino Alto Adige ve Emilia- Romagna'da) LTC bünyesindeki kamu hizmeti kültürü oldukça yaygındır ve LTC hizmetleri daha çok yaygınlaşmıştır. Dolayısıyla, kamunun finanse ettiği uzun vadeli evde bakım hizmetleri kullanıcılarının yaklaşık %60'ı bunu sözleşme akdeden sağlayıcılardan alır. Sözleşme akdeden sağlayıcıların birçoğu kâr amacı gütmeyen ancak kâr amaçlı olanların sayısı artmaktadır.

Sağlık ve sosyal bakım hizmetleri ve nakit yardımları dâhil olmak üzere, yaşlı bakım sistemi, üç ana bileşenden oluşur:

1. Ayakta tedavi edilen hasta ve ev temelli bakım hizmetleri dâhil olmak üzere, yaşlılar ve engelliler için sağlık hizmetleri, yarı huzurevi ve huzurevi hizmetleri, psikiyatrik hizmetler ve uyuşturucu ve alkol bağımlılarına yönelik hizmetler.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2. Yaşlarından ve mali durumlarından bağımsız olarak, INPS tarafından tüm engelliler için doğrudan sağlanan (ve finanse edilen) nakit yardımları (*indennità di accompagnamento*). Bu parasal yardım, LTC hizmetlerinin satın alınmasıyla doğrudan bağlantılı değildir ancak genellikle LTC sisteminin bir parçası olduğu düşünülür.
3. Yerel seviyede sağlanan sosyal bakım hizmetleri, esasen aynı şekilde olan bu müdahale alanı, belediyeler tarafından yönetilir. Sosyal bakım hizmetleri, yaşlılar için bakımevleri veya yarı bakımevi kurumları gibi kurumlarda veya ev temelli bakım hizmetleri şeklinde sağlanır. Aynı müdahalelerin yanında, belediyeler tarafından sağlanan bazı sınırlı nakit yardımları vardır.
4. INPS tarafından sağlanan malullük aylıkları, LTC sisteminin bir parçası olarak dâhil edilebilir. Çünkü bunlar, bilfiil, bağımlı kişiler için uzun vadeli bir gelir destek mekanizmasıdır.

Evde Bakım

Bu, kişisel bakım ve evde bakım gibi sosyal öneme ve ayrıca kıdemli bir vatandaş için kendi evinin rahatlığında sağlanabilen tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı gibi sağlığa verilen öneme sahip bir hizmeti kapsar. Entegre evde bakım hizmetleri, yaşlı bir kişiyi evinde mümkün olduğunca tutmayı amaçlar. İtalya'da yaşlılar için evlerinde bakım sağlamaya odaklanan birçok hizmet vardır ve bunlar ya hizmetler (aynı) ya da nakit yardımları şeklinde özetlenebilir. Pratisyen Hekim (GP) veya aile doktoru, yaşlılar ve akrabaları tarafından en önemli referans noktası olarak görülür. GP'ler, evde hastane hizmetine ve evde entegre bakıma yetki verenlerdir⁶⁵. Tüm kamu harcamalarının yaklaşık %82'si kamu bakımına ayrılmıştır (nakit ve aynı hizmetler). Resmi bakımla ilgili olarak, evde yardım ve sağlıkla ilgili olarak evde bakım arasında bir fark yoktur. 90'ların başında %2 olan evde bakım hizmetlerini kullanan yaşlıların yüzdesi, 2010 yılında sadece yüzde 5'in üzerine çıkmıştır.

Hizmetler:

- 1- Entegre Evde Bakım: evde yardım ve evde sağlık bakımının (örneğin fizyoterapi ve doktor ziyaretleri) yaşlılar için kendi evlerinde sağlanmasıdır. Sağlıkla ilgili hizmetlerde ihtiyaç hesabı yapılır ancak bunlarda bütçe hesaplı değildir ve ücretsiz olarak sağlanır. Evde entegre bakım sağlama sorumluluğu, merkez bölgeye aittir.
- 2- Evde Yardım: Bu hizmetten belediyeler sorumludur ve kurallar her belediyede farklılık gösterir, bununla beraber, evde yardımda genel olarak hem sürekli bakım ihtiyacına göre ihtiyaçlar hesaplanır hem de gelir ve varlıklara göre bütçe hesaplıdır. Kullanıcının bir ücret ödemesi gerekebilir. Belediyeler evde bakımı, sağlık bakım hizmetleriyle bütünleştirmeden sosyal hizmetleri (SAD) yoluyla sağlar. Bazı bölgelerde, bölgesel hükümlerin uygulanması, belediyeler tarafından sunulan sosyal hizmetlerin, yerel sağlık makamlarınca (ASL'ler) sunulanlarla bütünleşmesine imkân tanımıştır. Sosyal hizmetler tedariki, nüfusun ihtiyaçlarını karşılayacak kadar yeterli değildir ve İtalya'daki bölgelerde aşırı derecede farklılık gösterir. Bir bütün olarak, 65 yaş ve üzeri kişilerin %4,9'u evde bakım, %3,2'si evde sağlık bakımı (bu kişilerin %0,6'sı da sosyal hizmetler alır) ve %1,7'si (tek başına) sosyal hizmetler alır.

65 Gagliardi ve diğerleri, 2013



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Nakit Yardımları

Başlıca LTC tipinden gelen nakit yardımları, İtalya'da yaşlılar için sağlanır. Örneğin, 2008 yılında İtalya'da 80 yaş ve üzeri kişilerin yaklaşık %24'ü Ulusal Bakım Ödeneği almıştır. Yerel makamlar – birçok belediye ve ayrıca vilayetler ve bölgeler – tarafından fon sağlanan nakit yardımları, İtalya'daki bölgeler arasında büyük oranda farklılık gösterir. İtalya'da merkezi devlet kalite yönetmeliğine katılmaz çünkü merkezi hükümetin sorumluluğu, bakıma yönelik başlıca nakit yardımını finanse etmekle sınırlıdır. Bunun sonucunda, tüm bölgeler arasında kalite yönetmeliği açısından oldukça büyük farklılıklar ortaya çıkar.

İtalya'da, birkaç bölge bu planları şimdiye kadar geliştirmiş olsa bile, akrabaları desteklemek amacıyla hane halkları için nakit yardımlarına ilişkin herhangi bir ulusal mevzuat yoktur. Bu nakit yardımları, esasında akrabaları – tipik bir şekilde yaşlı kişinin eşleri veya kızları/oğulları – desteklemek için bir önlem olarak düşünülmüştür. Ancak şimdi bunlar daha çok evdeki özel yardımcıları ve bakıcılara ortaklaşa fon sağlamayı hedefler. Aile yardımcıları (veya benzeri) şeklinde eğitime katılmış olan çalışanların kapsamı genişlemesine rağmen, evdeki yardımcıların büyük bir kısmının hâlâ resmi bir yeterliği yoktur.

Kamu tarafından finanse edilen evde bakıma belgelerin ve "yarı piyasaların" getirilmesi, son 15 yıldır ilerlemektedir. Bu fikir, müşterinin, kullanıcıların ve ailelerin nakit yardımlarını kullanarak daha yüksek derecede seçim hakkına sahip olduğu, birbirleriyle rekabet eden birkaç sağlayıcıyı içerecektir. Ne var ki, "yarı marketler" İtalya'da sadece birkaç alana getirilmiştir. Özetle, nakit yardımları, aşağıdakiler dâhil olmak üzere çeşitli şekillerde olabilir:

- 1- Refakatçi ödemesi: Bu, merkezi hükümet tarafından finanse edilen ve yaşlarına bakmaksızın, ihtiyaçlarına dair bir değerlendirmeye dayalı olarak ağır engelliler tarafından kullanılabilen ve talep sahibinin maddi koşullarını hesaba katmadan yapılan bir ödemedir. 2011 yılında, bu miktar ayda yaklaşık 487 avroydu⁶⁶. Gerçek kullanımına ilişkin herhangi bir kontrol yoktur ve bir bakım planı yapılmaz. Bunlar, merkezi devlet tarafından finanse edilir ve yönetilir. Kendi kendilerine yetmedikleri değerlendirilen yaşlılar (başka bir deyişle, bir refakatçinin yardımı olmadan yürüyemez halde olanlar veya günlük hayatta faaliyetlerini yerine getiremeyen, sürekli bakıma ihtiyaç duyan ve huzurevinde bakılmayanlar) sadece engellilikleri temelinde bakım ödeneği almaya hak kazanırlar.
- 2- Yerel bakım ödenekleri: Bunlarda hem ihtiyaçlar hem de bütçe hesaplanır. Sınırlı ekonomik kaynaklara sahip, oldukça bağımlı yaşlılar için kullanıma hazır hale getirilir. Bunlar, hem bölgeler, hem de belediyeler tarafından finanse edilir ve yönetilir.

Huzurevinde Bakım

Bu hizmetler, engelliler için sağlık bakımı, sosyal bakım hizmetleri ve işlevsel rehabilitasyon sağlamak üzere küçük gruplar halinde organize edilmiş huzurevi yapılarını kapsar. Bakımevlerindeki destek personeli, genellikle doktorları, hemşireleri, sosyal hizmet çalışanları ve psikologu içerir. Bakımevlerinde kalan yaşlı hastalar, durumlarına bağlı olarak, kapsamlı ve yoğun bakım alabilir. Bunlar, huzurevleri veya bakımevleri şeklinde olabilir ve bölgeler ve belediyeler tarafından yönetilir. Bölgeler, kendi huzurevinde bakım yapılarını organize ve finanse etmekle yetkilidir. Sağlık sis-

66 LIVINDHOME, 2011



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

temi, maliyetlerin bir kısmını finanse eder ve kullanıcılar kesintilerle katkıda bulunurlar. Belediyeler, huzurevinde bakımın "sosyal" kısmını sağlar. İtalya'da, huzurevinde kurumsal hizmetin başlıca üç türü vardır ancak tüm İtalyan yaşlıların yaklaşık %3'ü buralarda yaşamaktadır ve bu yüzde geçtiğimiz on yılda hiç değişmemiştir.

- 1- **Bakımevleri:** geçici ve sürekli özelliğe sahiptirler ve ortak bir bağımsız yaşama anlayışıyla birlikte, sosyal entegrasyonu serbest zaman ve kültürel faaliyetler yoluyla teşvik eder.
- 2- **Korumalı Evler ve Toplum Kökenli Ortamlar:** esasen bağımlı yaşlılar için tasarlanmış bu tesisler, uzman tıbbi ve bakım personeline sahiptir. Sağlanan performans, sosyal açıdan entegredir ve sakinlerinin bilişsel ve fiziksel kabiliyetlerini mümkün olduğunca arttırmak amaçlanır.
- 3- **Sosyal Sağlık Huzurevi Yapıları:** tıbbi hizmetler, bakım ve rehabilitasyon hizmetleriyle özel bakım ve desteğe ihtiyaç duyan bağımlı yaşlılar veya engelliler içindir.

Ayrıca, farklı toplum kökenli ortamlara entegre olmuş *Gündüz Bakımevleri* de vardır. Bunlar, bakıma ihtiyaç duyan yaşlıların gün içinde çeşitli tıbbi ve sosyal destek almak üzere günlük bakım merkezlerine gittikleri yarı huzurevi yapılarıdır. Bunlar, bölgeler ve belediyeler tarafından ortaklaşa organize edilir. Bununla beraber, İtalya'da bu hizmetler nadiren mevcuttur. 2010 yılında yaklaşık 12.500 yaşlı İtalyan'ın bu yarı huzurevi ünitelerini kullandığı ve her kullanıcı için harcanan ortalama yıllık miktarın 500 avro olduğu tahmin edilmektedir⁶⁷.

Sosyal Destek Ağları (Sosyal Sermaye)

İtalya, ailenin oldukça önemli olduğu ve bağların sürekli güçlendiği, karşılıklı ve sürekli manevi ve maddi desteğin ve güçlü bağların yer aldığı bir ülke olarak görülür. Yaşlılar açısından, çocuklara yakınlık, birbirlerine evde yardımcı olmayı kolaylaştırır. Birçok İtalyan, yaşlı ebeveynlerin bakımlarının evlatları tarafından ödenmesi gerektiğini düşünür ve bu görüşü birçok Güney Avrupa ülkesi paylaşır (bakınız Tablo 1).

Tablo 1 Yaşlıların akrabalarının kendilerini bakım masraflarına adanmaları gerektiğini ve çocukların güçsüz ebeveynlerinin bakımları için ödeme yapmaları gerektiğini düşünen yetişkin vatandaşların yüzdesi, Eurobarometer 2007

Ülke	% Akrabaların kendilerini adanmaları gerektiğini düşünenler	% Çocukların bakım ücretini ödemesi gerektiğini düşünenler
Fransa	61	48
Almanya	63	31
İtalya	73	68
Portekiz	82	55

67 Zanon, D., ve Gregori, E. 2011



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İtalya'da, sivil toplumu sosyal hizmet reformunun ön planına alan bir sosyal kooperatifler modeli ortaya çıkmıştır. Burada, sosyal kooperatifler, sivil toplum değerlerini devlete ve sistemlere karşı belirgin bir alternatif olarak ileriye götüren bakım modelleri icat ederler. Sosyal kooperatifler, tüm kooperatifler gibi kontrol haklarını paydaşlara ve üyelere iletmek için tasarlanmıştır. Bu bağlamda, esasen kârın dağıtımı üzerindeki kısıtlamayla tanımlanan diğer kâr amaçlılardan farklıdır. Bir kooperatif yapısında, hem kültürü, hem de kurumun operasyonlarını tanımlayan, üye kontrol ve kooperatif mülkiyeti unsurdur. İtalya örneğinde, sosyal kooperatifler 1980'lerde başladı ve bakıcılarla engellilerin aileleri tarafından engellilere devletin sağlamadığı hizmetleri sağlamak için kuruldu. Birçok sosyal kooperatif, kamu kaynaklarını, iş gücü maliyetlerini telafi eden ve iş mevzuatının uygulanması açısından diğer işletme şekillerinden daha fazla esnekliğe sahip işletme sübvansiyonları şeklinde alır.

LTC Hizmetleri Yönetmeliği ve Standartları

Huzurevinde ve Yarı Huzurevinde Bakım Hizmetleri: Mesleki profillere ilişkin spesifik gereklilikler, bölgesel seviyede tanımlanır. Genel olarak, yasal açıdan yetkilendirilmek için, huzurevinde LTC hizmetlerinin, tıbbi olmayan personel yanında, en azından çoğunluğu Operatore Socio Sanitario (Sosyal ve Sağlık Bakım Görevlisinden) ve azınlığı daha düşük yeterliklere sahip olabilenlerden oluşması gerekir.

Resmi Evde Bakım Hizmetleri (yerel makamlar tarafından sağlanır): Gereklilikler, bölgesel seviyede tanımlanır ve büyük oranda farklılık gösterir. Genel olarak, çalışanlar, Operatore Socio Sanitario (Sosyal ve Sağlık Bakım Görevlisini) ve ayrıca daha düşük yeterliklere sahip olanları veya hiç olmayanları kapsar.

Gayriresmi Evde Bakım Hizmetleri (göçmen işçiler dâhil olmak üzere, hane halkları tarafından özel olarak satın alınır): Bazı belediyeler, bu hizmetleri satın almak için ekonomik yardım sağlanmasıyla aile yardımcısı (veya benzeri) niteliği olan kişilerin istihdamı arasında bağlantı kurmaya ve bu sektörde çalışanların niteliklerini yükseltmeye başlamış olsa bile, yasal bir gereklilik yoktur.

Yaşlı Bakımının Tedarikinde Ortaklaşa Çalışma ve Farklı Paydaşların Rolü

LTC hizmetlerinin organize edilmesine doğrudan dâhil edilen aktörler, belediyelerden, yerel sağlık makamlarından (aziende sanitarie locali, ASLs), sosyal hizmet sağlayıcılarından ve Ulusal Sosyal Güvenlik Enstitüsü'nden (Istituto Nazionale Previdenza Sociale, INPS) oluşur. Diğer aktörler, bu hizmetlerin planlanmasına ve bunlar için fon sağlanmasına dâhil edilir. Başka bir deyişle, merkezi devlet, bölgeler ve vilayetler bu anlamda rol oynamaktadır. Ayrıca, İtalya'da, LTC harcamasının önemli bir kısmına doğrudan hane hakları tarafından fon sağlanır. Buna ek olarak, bakımın büyük bir kısmı hâlâ bilhassa kamu hizmetlerinin daha az ileri düzeyde olduğu bölgelerdeki ve özel hizmetlerin maliyetini ödeyemeyen ailelerdeki gayri resmi bakıcılar tarafından sağlanır.

İtalyan Anayasası uyarınca sağlık, garanti altına alınmış bir haktır. 1978 yılında kurulan SSN (bir sağlık sigortası fonları sisteminin yerini alır), genel vergilendirmeye finanse edilen, tek biçimli ve kapsamlı bakım sağlamayı amaçlar. SSN'de geçtiğimiz 20 yılda önemli reformlar yapılmıştır ve bu reformlara, halk politikası sorumluluklarının ara bir hükümet seviyesine (21 bölge) dağıtılması



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

da dâhildir. Merkezi hükümetin, sistemin tümündeki kuralları ve ülkenin tümünde garanti altına alınması gereken sağlık hizmetlerini belirleme yönünde münhasır yetkisi vardır. Merkezi hükümet sıklıkla (maksimum yatak/sakin oranı ve eczacılık harcamalarda tavan gibi) yükümlülükleri ve parametreleri zorunlu kılarsa bile, bölgeler tüm ASL'lerde (yerel sağlık makamları) kamunun finanse ettiği sağlık bakımının organize ve idare edilmesinden sorumludur. Bununla beraber, yüksek borç seviyelerine sahip olan ve SSN açıklarını zapt edemeyen bölgelerde, merkezi hükümetle üzerinde anlaşmaya varılması ve merkezi hükümetin sıkı kontrolü altında uygulanması gereken bütçe denge planları yapılmalıdır. Merkezi hükümet, hizmet tedarikinin izlenmesinden sorumludur. Ancak aslında bu alanda somut hareket eksikliği vardır. Bölgeler, özel onaylanmış sağlayıcılarla ilgili kalite kontrolden de sorumludur.

ASL'ler sağlıkla ilgili evde bakım hizmetlerinin (bakıcılık, fizik tedavi, uzman ve GP ziyaretleri, vb.) huzurevinde sağlık bakımı ve yaşlılar için diğer uzun vadeli bakım hizmetlerinin (örneğin, hastanede uzun vadeli yatışlar ve hastanede veya diğer huzurevi ortamlarında rehabilitasyon kalışları) sunulması veya satın alınmasıyla görevlidir. Sağlık toplum hizmetleri, ASL'lerin yerel bir telaffuzu olan ilçe sağlık tarafından yönetilir. ASL'ler, kamudaki sağlayıcılar ve özel onaylanmış sağlayıcılar (örneğin, huzurevi hizmetleri) tarafından hastalara sunulan sağlık hizmetlere fon sağlar. Bölgeler, birçok durumda kalınan gün başına ödenen bir ücrete dayalı olan huzurevi hizmetleri için ödeme sistemlerini belirler. Hastalar, prensip olarak kamu veya özel, onaylanmış sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında seçim yapmakta serbesttir.

Kişisel sosyal hizmetlere kamu sektörü tarafından sağlanan fon hâlâ yetersizdir. İtalya'nın bölgeleri arasında, sağlanan hizmetlerin kalitesi ve miktarı açısından muazzam farklılıklar vardır. 328/00 sayılı Kanuna göre, bölgeler sosyal hizmetleri planlama ve koordine etme işlevlerini yerine getirir ve ayrıca uygulamayı izler. 2000 yılında birçok bölge, sosyal hizmetlere ve diğer planlama belgelerine dair çerçeve kanunları onaylamış veya değiştirmiştir. Planlama ve yönetim sorumluluklarını çeşitli şekillerde ve ölçülerde belediyelerle (veya birlikleriyle) paylaşmıştır⁶⁸. Hizmetlerin sunumu, genellikle bölgesel mevzuatla düzenlenir. Ancak aynı bölge içinde bile sağlanan hizmetler, belediyeler arasında büyük oranda farklılık gösterir. Bunlardan sonuncusu, kişisel sosyal hizmetlerin planlanmasından ve yönetilmesinden sorumludur ve bu hizmetleri ya doğrudan sunar ya da özel sağlayıcılara taşere eder. Belediyeler tarafından sağlanan LTC hizmetleri, evde yardım (bakım) hizmetlerini ve huzurevinde sosyal bakımı kapsar.

Tüm İtalyan Yaşlı Bakım Modelinin Özeti

İtalya'nın LTC sistemi, Güney Avrupa ülkelerinde belirgin bir aile bakım modelini temsil eder. Yaşlılara yönelik bakımın büyük bir kısmı, aileler tarafından gayriresmi bakıcılar şeklinde tedarik edilir ve farklı şekillerde nakit yardımlarıyla kolaylaştırılır. Yaşlıların sadece küçük bir kısmı özellikle huzurevinde bakım hizmetleri olmak üzere resmi özel hizmetlere ve kamu hizmetlerine güvenir. Yaşlılara yönelik resmi LTC hizmetleri, üç tür resmi yardımı içerir.

Bunlar; toplum sağlığı, huzurevinde bakım ve nakit yardımlarıdır.. İtalyan Refah Devletinin temel özelliği, "bakım için nakit" yönelimli olmasıdır. Resmi yaşlı bakım hizmetlerinin marjinal rolünü telafi eder ve bağımlı kişiler, kendilerine baktırabilirler. Bakıcıların ve kişisel yardımcılarının istihdam edilmesi için devletin ve yerel makamların ödediği ödenekleri kullanabilirler. LTC politikasında son

68 Giorgi ve Ranci Ortigosa, 2008



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

on yılda yapılan en büyük değişiklik, kişinin ihtiyaçlarının değerlendirilmesine dayalı olan ve talep sahibinin maddi koşullarına bakmaksızın ödenen ve vergilendirme yoluyla merkezi hükümet tarafından finanse edilen 'refakatçi ödemesiyle' ilgiliydi. Dört refakatçi ödemesinin yaklaşık üçünü yaşlılar alır. İtalya'da, özel sektörde kullanılan bakıma yönelik bir vergi muafiyeti, yaygın şekilde kullanılan nakit yardımıyla birlikte, aileler tarafından yaşlıların bakımı için işe alınan göçmen işçilerin sayısında büyük bir artışın meydana gelmesini sağlamıştır.

Merkezi hükümet tarafından genel vergilendirmeden fon sağlanan ulusal nakit yardımı planı, evrensel bir müdahaledir ve ne sosyal güvenlik katkılarının ödenmesiyle bağlantılıdır ne de bütçe hesaplıdır. Bu nakit yardımı için uygun özellikler taşıyanlar i) %100 engelli ve bağımlı, başka bir deyişle, bir refakatçinin sürekli yardımı olmadan yürüyemeyenler veya günlük hayat faaliyetlerini yerine getiremeyenler ve sürekli yardıma ihtiyaç duyanlar şeklinde değerlendirilmelidir; ii) masrafların kamu idaresine yazdırıldığı bir huzurevi kurumunda yer almamalıdır. Bu nakit yardımı her ay sağlanır. Faydalananlar, bunu LTC hizmetlerini satın almak için kullanma veya kullanmama hususunda serbesttir.

Bölgeler, vilayetler ve çoğunlukla belediyeler, bağımlı bireylerin hane halkları için diğer nakit yardım biçimlerine fon sağlar. Ancak bu nakit yardımları, tüm İtalyan coğrafi bölgelerinde hem seviye hem de nitelik açısından büyük bir farklılık sergiler. Bu nakit yardımları, satın alma hizmetleriyle bağlantılı olabilir veya olmayabilir. Bu tür nakit yardımları, İtalya'nın bazı kuzey bölgelerinde giderek önem kazanmaktadır. 1980'lerin sonunda sağlanmaya başlamıştır. 1990'larda daha da yaygınlaşarak esasen ev temelli bakımı desteklemişlerdir. İtalya'nın, akrabaların bakımını desteklemek amacıyla hane halkları için nakit yardımlarına ilişkin ulusal mevzuatı yoktur. Bu nakit yardımları, aslında akrabaları – tipik bir şekilde, yaşlı kişinin eşlerini veya kızlarını/oğullarını – desteklemek için bir önlem olarak düşünülmüştü. Ancak şimdi daha çok evdeki özel yardımcıları ve bakıcılara ortaklaşa fon sağlamayı hedeflemektedir. Bölgesel ve yerel LTC hizmetlerine ve nakit yardımlarına hak kazanma kriterleri, uyumlu hale getirilmemiştir. Genellikle, değerlendirme birimleri, ihtiyaçları çok boyutlu olarak değerlendirmeyi üstlenmenin yanında, ev temelli hizmetlere veya huzurevi hizmetlerine erişebilirlik hakkında karar verir. Sosyal hizmetlerle görevli belediyenin (veya belediye birliklerinin) üyeleri, değerlendirme birimine dâhil edilir ya da ASL ile anlaşmalı olarak çalışır. Değerlendirme, hem sağlık faktörleriyle, hem de sosyal faktörlerle ilgilidir. Mali duruma, sıklıkla ISEE (geliri ve varlıkları bir araya getirerek hane halkının ekonomik durumunu değerlendirmeye yarayan bir araç niteliğindeki Eşdeğer Ekonomik Durum Göstergesi) ile değer biçilir. Nakit yardımları için erişim kriterleri, bazı durumlarda yerel seviyede (belediye veya ASL) belirlenirken, diğer durumlarda, bölgelerce veya birleşik halde tespit edilir. (bölgeler, bir ISEE eşliğini ve bazı kapsamlı değerlendirme kriterlerini belirler).

İtalya'daki LTC modeli, yüksek düzeyde kurumsal parçalanmayla nitelendirilir çünkü finansman, yönetim ve yönetim sorumlulukları yerel (belediyeler) ve bölgesel makamlara yayılmıştır. Her bölgenin kurumsal modelleri açısından yaklaşımlar mevcuttur. Ayrıca, İtalya'da LTC harcamasının önemli bir kısmı doğrudan haneler tarafından finanse edilir. Bölgeler ve alanlar arasında hem finansman seviyeleri, hem de sağlanan hizmetlerin yapısı açısından büyük bir farklılık vardır. İtalya'da, tek bir ulusal LTC sisteminden ziyade birçok bölgesel LTC sistemi vardır. Genel olarak, İtalya'nın kuzeyinde LTC içinde resmi hizmet kültürü daha yaygındır. Bu durum kısmen ka-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

dınların iş piyasasına yüksek seviyede katılmasından kaynaklanır. Bazı kişilere göre⁶⁹ LTC'de kapsamlı bir ulusal reform yapmanın önündeki başlıca engel, İtalya'nın yüksek seviyedeki kamu borcu söz konusu olduğunda, insanların algılarında daha doğrudan ve ani bir etkiye sahip mali yardımlar veya nakit yardımları (veya her ikisi) gibi haneleri desteklemeye yönelik alternatif politikaların siyasi açıdan tercih edilmesiyle birlikte, finansmandır.

İtalya'da, kamu sosyal hizmetleri, İtalya'nın bazı bölgelerinde kemer sıkma önlemlerinden şiddetle etkilenmiştir. Aileleri ve yaşlıları hedefleyen önlemler ve politikalar önemli bölgesel ayrılıklarla nitelendirilir. Avrupa'daki bir rapor, tüm ülkede topluma dayalı hizmetlere yatırım yapmanın ve ortak kalite standartlarını ve değerlendirmeleri hayata geçirmenin İtalya için önemli olduğu sonucuna varmıştır. Bir sosyal yatırım yaklaşımına dayalı olan bu süreç, hem hayat kalitesinde, hem de yaşlılar için sunulan destekte bir fark yaratabilir. Nakit transferi yerine evde daha iyi hedeflenmiş bir desteğe ve sosyal içermeye bilhassa ihtiyaç vardır. Bu bağlamda eğitimin, kalite standartlarının ve ihtiyaç analizlerinin iyileştirilmesi çok önemlidir.

İtalya'daki Yaşlı Bakım Sistemi ve Daha Geniş Avrupa Kapsamı

Avrupa bağlamında, İtalya, evde bakım kullanıcılarının ve kurumlardaki yaşlı hastaların yüzdesinin düşük olması, öte yandan ulusal LTC nakit yardımlarının daha kapsamlı olması açısından birçok farklılık sergiler. Kamu tarafından sağlanan evde bakım hizmetleri, İtalya'da artmıştır ama hâlâ Avrupa'daki en düşük düzeylerden birindedir. İtalya da aile üyelerinin ve yabancı ücretli bakıcıların yaşlılara yardıma daha çok katılım sağladıkları Avrupa ülkelerinden biridir. Kurumlardaki (hastaneler dışında) LTC yatakları tedariki İtalya'daki 65 yaş ve üzeri nüfusun %2'si ile İsveç'teki %8'lik oran arasında farklılık gösterirken, İtalya'da %5'in altında ve Norveç'te %20 olan kurumlarda veya evlerde bakılan yaşlı yüzdesi nedeniyle İtalya, hem huzurevinde hem de evde bakım kullanımı açısından en düşük oranlara sahip ülkelerden biridir. Bu nedenle, İtalya'nın LTC sistemi, birçok Avrupa ülkesine kıyasla, yüksek derecede kapsamlı bir sosyal güvence ve sağlık müdahalelerine dayalı resmi sosyal bakım hizmetlerinin mevcudiyetinden mahrumdur.

69 Tediosi ve Gabriele, 2010

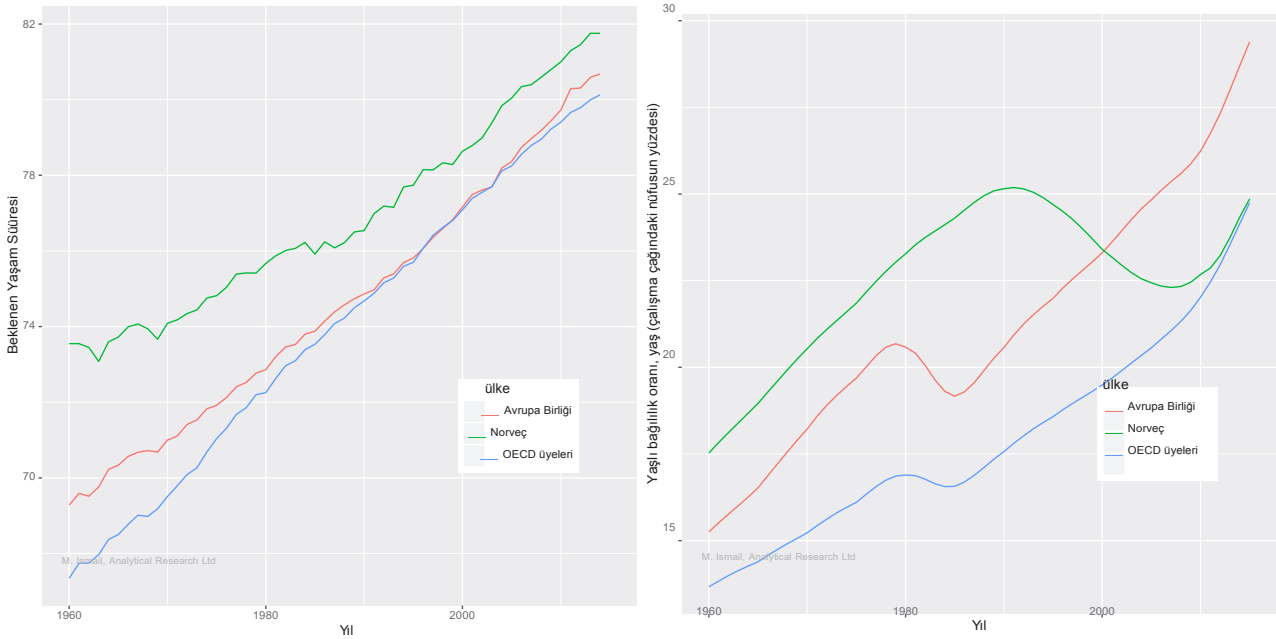


Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

3. Norveç'teki Yaşlı Bakım Sistemi

Norveç'in beş milyonluk (2011) nüfusu, nispeten azdır ancak nüfusu yaşlanmaktadır. 65 yaş ve üzeri nüfus oranının 2011 yılında 20-64 yaşlarındaki nüfusun yaklaşık yüzde 30'unun 2050 yılına kadar yaklaşık yüzde 60'ının üzerine çıkacağı tahmin edilmektedir. Norveç, nüfus yaşlanmasıyla başa çıkma bakımından diğer birçok ülkeye göre bazı açılardan daha iyi bir yere sahiptir. Öncelikle, hükümet önemli petrol gelirlerine ve kapsamlı mali varlıklara sahiptir. İkincisi, Norveç 2011 yılında OECD bölgesindeki 55-64 yaş aralığındaki işçiler için yüzde 69,6 ile dördüncü en yüksek istihdam oranına sahiptir⁷⁰. Şekil 7'de 1960 ila 2016 yıllarındaki AB ortalamasına ve OECD ülkelerindeki ortalamaya kıyasla Norveç'teki ortalama beklenen yaşam sürelerinde ve yaşlı bağımlılık oranlarında yer alan eğilimler gösterilmektedir. Norveç, 1960'lardan beri AB ve OECD ortalamasından daha yüksek bir beklenen yaşam süresine sahip olmuştur ve olmaktadır. Bununla beraber, geçtiğimiz on yılda Norveç'teki yaşlı bağımlılık oranı, AB ortalamasının altına düşmüş ve OECD ülkeleriyle eşit hale gelmiştir.

Şekil 7 Norveç'te 1960 ila 2016 arasında doğuştan ortalama beklenen yaşam süresiyle yaşlı bağımlılık oranındaki eğilimler



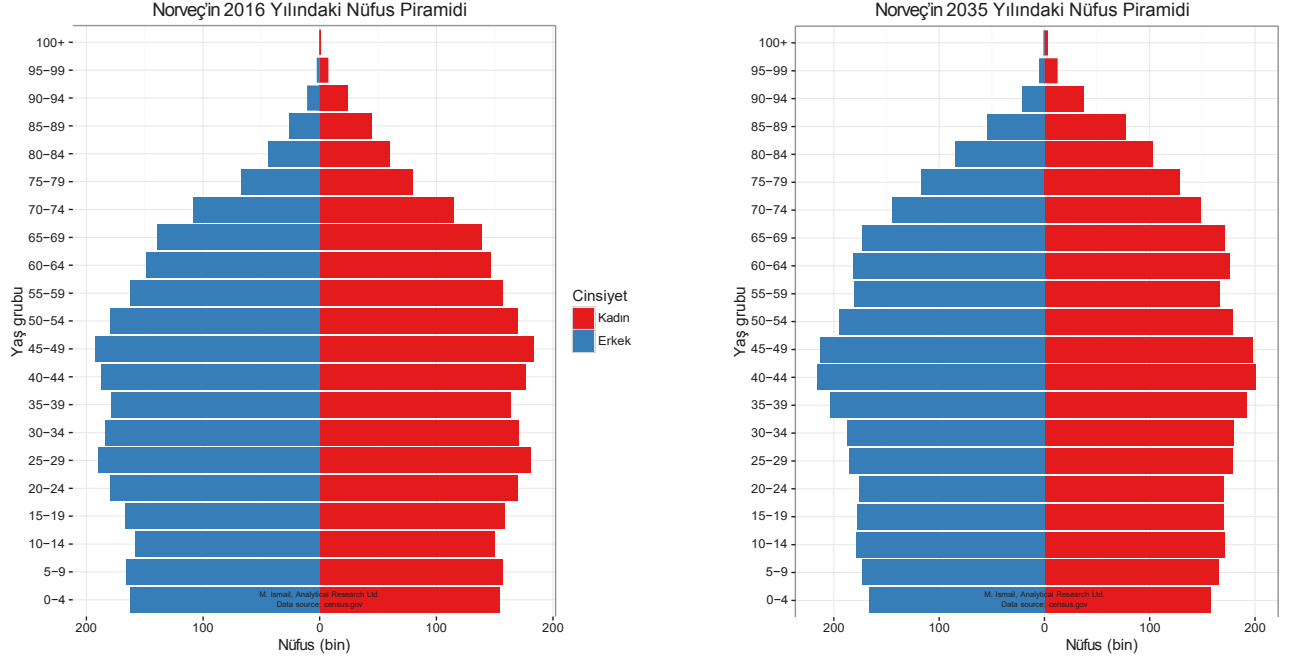
Doğurganlık, ölüm ve göçteki demografik değişiklikler, Şekil 11.2'deki nüfus piramitleriyle temsil edilen Norveç'in hâlihazırdaki ve tahmin edilen nüfus yapılarına yansır. Nüfus piramitlerinde açıkça gösterildiği gibi, Norveç, değişen nüfus yapısı ve özellikle daha ileri yaşlılar (80+) olmak üzere artan yaşlı oranıyla birlikte bir nüfus yaşlanması sürecinden geçmektedir. Ne var ki, Norveç'teki nüfus eğilimleri, diğer birçok OECD ülkesindeki eğilimlerden biraz farklılık gösterir gibi görünür çünkü 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı 1990 yılında %16 ile zirveye ulaşmış ve o zamandan bu yana hâlihazırdaki seviyelerine doğru sürekli gerilemiştir. Tahminler, 80 yaş ve üzeri nüfusun 2040 yılına kadar iki katına çıkacağını göstermektedir.

70 OECD, İstihdam, Çalışma ve Sosyal İşler Müdürlüğü 2014



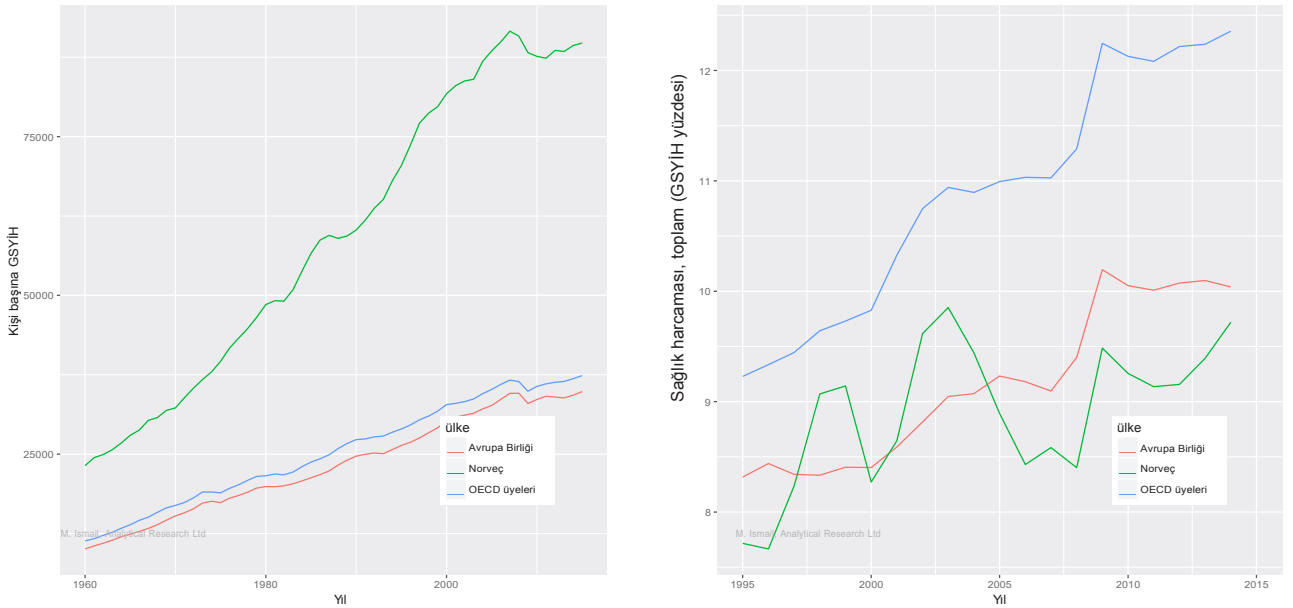
Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 8 Norveç'in 2016 ve 2035 yıllarındaki nüfus piramidi



Norveç, 2008 yılında GSYİH'nin %2,2'sini uzun vadeli bakıma harcarken, GSYİH'nin %2'si kamu tarafından sağlıkla ilgili LTC için harcanmıştır. Şekil II.3'te AB ve OECD ülkelerine kıyasla Norveç'te 1960'tan 2016'ya kadar devam eden kişi başına GSYİH eğilimleri ve sağlık harcamalarındaki eğilimler gösterilmektedir. Norveç, Avrupa'nın en zengin ülkelerinden birisidir ve bu diğer ülkelere kıyasla kişi başına çok daha yüksek miktardaki GSYİH'ye yansır. Oldukça yüksek düzeydeki GSYİH konusu olduğunda, toplam sağlık harcaması (GSYİH yüzdesi olarak) diğer ülkelerin ortalamasından düşüktür. Çünkü bunlar çok daha büyük miktarlarda parayı temsil etmektedir (Bakınız Şekil 9).

Şekil 9 AB ve OECD ortalamasına kıyasla 1960 ila 2016 arasında Norveç'te kişi başına GSYİH ve GSYİH'nin yüzdesi açısından sağlık harcamasında yer alan eğilimler





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Norveç'teki Uzun Vadeli Bakım Politikası

Norveç, cömert bir refah modeline sahip olması açısından uluslararası üne sahiptir, vergiye dayalı ve evrensel bir kamu uzun vadeli bakım (LTC) programını kapsayan sosyal demokrat bir refah rejimi uygular. LTC hizmetlerinin tümü geleneksel olarak aynı şekilde sunulmuş, kısa süre önce doğrudan ödemeler (bakım için nakit) programları getirilmiştir (*Bakım Maaşı*). Bu sonuncusu, bakım yardımını kapsamak üzere kişisel bir bütçe sunması açısından spesifik ve resmi kurumun sağladığı bakımdan daha iyi bir seçenek sağlamak üzere yerel makam (belediye) tarafından sunulur ve karar verilir⁷¹. Bu sistem, ulusal vergilerle finanse edilir, yerel seviyede yürütülür ve gereken bakıma dayalı olarak kesintiler gerektirebilir. LTC, hem ulusal hem de yerel vergilendirmeye finanse edilir. Ulusal vergiler, yerel hükümete transfer edilir. Standartlaştırılmış bir bütçe hesaplı sistem yoktur.

Bakım sağlayan birçok kurum belediyeye bağlıdır. Çeşitli kalite yönetmelikleri vardır ancak bunlar personel-hasta oranlarına ilişkin yasal gereklilikleri karşılamazlar veya bakıcılar için gereken vasıfları belirtmezler. Vasıfsız ve vasıflı işçiler için iki farklı seviyede kamunun finanse ettiği eğitim programları vardır. Bir sağlıkçı için ticari bir sertifika belgesi sağlayan orta mesleki eğitim, iki yıl boyunca okula gitmeyi ve iki yıllık stajyerliği gerektirir. Daha fazla mesleki eğitim, yüksek eğitimi gerektirir. Örneğin bir bakıcılık belgesi üç yıllık teori ve pratik gerektirecektir.

Belediyeler (birincil sağlık bakımı); evde bakım hizmetlerinden, yaşlılar veya engelliler için bakımevlerinden, toplum hastanelerinden, aile hekimlerinden, anneler, çocuklar ve gençler için sağlık hizmetlerinden, ebelerden, fizik tedavi uzmanlarından, meslek hastalıkları uzmanlarından ve acil servislerden sorumludur. Hükümet (ikincil sağlık bakımı), genel ilçe hastanelerinin, üniversite hastanelerinin ve ayakta tedavi hizmetlerinin sahibidir ve bunları bölgesel sağlık makamları yoluyla işletir. Yaşlı bakımı tedarikinin sorumluluğu, Norveç'te merkezileştirilmiş değildir ve hizmetlerin tipini işletmeye ve belirlemeye dair ana sorumluluk, belediye seviyesindedir. Özel sektörün rolü sınırlıdır. Yaşlılar ve engelliler için evde bakım gibi belediye hizmetleriyle yaşlılar için bakımevlerinde yatılı bakım, maliyet paylaşımı tavanına dâhil edilmeyen hizmetler arasındadır. Bakımevlerinde kalanlar, tipik bir şekilde gelirlerinin %75 ila %85'ini belediyelere öderler. Bununla beraber, kullanıcıların varlıklarının ve gelirinin hesaplanması sırasında mülk ve sabit varlıklar kullanılmaz.

Birincil derecede yaşlı bakımında, genellikle *ev temelli bakım* ve *bakımevleri* farkı vardır. Evde temelli bakım kullanıcıları, hizmetleri ya kendi evlerinde ya da özel olarak uyarlanmış mekânlarda alırlar. Belediyeler, haklarında yapılan değerlendirmelere ve yaşlıların veya akrabalarının talebine dayalı olarak, her kullanıcı için bakım seviyesine ve türüne karar verir. Belediyeler, bakımevlerini işletir ve ev temelli bakım sağlar. Ayrıca bireysel kullanıcılar için hizmet türünü ve bakım miktarını belirler. Özel alternatifler azdır ve birçok özel sağlayıcı, belediyeler için sözleşmeli olarak çalışır. Belediyeler, çok amaçlı makamlardır ve yaşlı sektörüne yönelik bakım, belediye bütçesi için diğer sektörlerle 'rekabet eder'. Belediye, bu bağlamda, Ulusal Sağlık Sistemi tarafından tasarlanan planları uygular. Belediyelerin görevi, bunu eyleme dönüştürmek, yaşlılar için evler, gündüz bakım merkezleri, vb. inşa etmektir.

Norveç'teki yerel hükümetler için başlıca gelir kaynakları, vergilerden (cari gelirin %45'i), bağışlardan (%35) ve kullanıcılardan alınan ücretlerden (%15) oluşur. Geriye kalanı, faiz ve diğer gelirlerden oluşur. Diğer birçok ülkeye kıyasla, finanse etme sistemi oldukça merkezileştirilmiştir. Yerel

71 Kişisel bütçeleri alanlar arasında yaşlıların sadece %2'si (65+) LTC alıyordu - Poole 2006



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

vergilerin yaklaşık %95'i, yürürlükteki vergi limitlerinin son 25 yıldır geçerli olduğu gelir ve varlık vergileridir. Cari gelirleri etkileme fırsatı, mülkiyet vergisiyle ve kullanıcılardan alınan ücretlerle sınırlıdır.

İhtiyaçlar Değerlendirmesi

Bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi açısından, yerel makamlar, bakım için uygunluğun değerlendirilmesinde spesifik mutlak bir "kriter" kullanmaz. Bununla beraber, yaşlı bir kişinin ani yardımın ötesinde sağlık bakımı ve sosyal bakım gerektirdiği gösterilmelidir. Sosyal hizmetleri alabilmek için (evde kişisel ve pratik yardım, bakımevlerinde kısa vadeli konaklama, yaşlılar evinde kalmak veya isteğe bağlı nakit yardımları) yaşlı kişinin hastalık, engel veya günlük faaliyetlerini yönetememesi sebebiyle bağımlılık gibi faktörler sebebiyle özel bir yardıma ihtiyacı olması gerekir. Evde bakım veya bakımevleri için sağlık ödemeleri gerekmektedir. Bununla beraber, evde bakım ve tıbbi bakım için sağlık ödemeleri gerekmez. Yardımların çoğu aynidir ancak bazı nakit yardımları da mevcuttur. Ancak buna hizmet kullanıcının tercihiyle değil de yerel makam tarafından karar verilmelidir.

Hizmetler ve Kullanıcıların Profili

Yaşlı bakım hizmetleri, evde pratik bakımı, evde tıbbi bakımı, kurumsal gündüz ve gece bakımını, gayriresmi bakıcılar için gündüz yardımını, yardımcı cihazlar ve teknoloji tedarikini, gayriresmi bakıcılar için ekonomik desteği, sosyal temas yardımını ve engelliler için kişisel yardımı (kullanıcı organize eder) kapsar. LTC, üç tip ortamda sağlanır. Bunlar, hastaların evleri, bakımevleri ve belediyeler tarafından işletilen yaşlılar evleridir. Uygunluk, belediyelerin (yerel hükümet) temsilcileri tarafından değerlendirilir. Belediyeler, kanunun belirlediği tıbbi ve sosyal haklara göre yükümlülüklerini yerine getirmek için uygun gördükleri hizmetleri organize etmekte serbesttir⁷². Norveç Ulusal Sağlık Planında (2007-2010) yüksek kaliteli hizmetlerin mali duruma, sosyal statüye, yaşa, cinsiyete ve etnik kökene bakmaksızın *herkes* için ulaşılabilir olduğu belirtilir. Belediye Sağlık Hizmeti Kanunu (1982) belediyelerin tüm yerleşik halka 'temel tıbbi hizmetler' sağlamasını gerektirir ve Sosyal Hizmet Kanunu (1991 tarihli Kanun) belediyelerin kendilerine bakamayan yerleşik halk için 'temel pratik yardım' sağlamalarını gerektirir.

Yaşlılar sektörü için bakım bünyesinde, kendi evlerinde (veya özel olarak uyarlanmış bir mekanda) bakım alanlar ve bakımevlerinde kalanlar olmak üzere, iki tür kullanıcı arasında ayrım yapılması yaygındır. Bakımevlerinde kalanlar, ortalama olarak daha yaşlıdır ve işlev görme kabiliyetleri, ev temelli hizmetleri kullananlara göre daha azdır. Kullanıcıların yaklaşık %80'i ev temelli bakım almıştı. Hastaların %20'si ise bakımevlerindeydi. Ev temelli bakım ve bakımevleri, oldukça bütünlüştür ve bu iki faaliyet üzerindeki kaynak kullanımını ayırmak zordur. Bu nedenle uygun analiz seviyesi yaşlı sektörü için toplamda, ev temelli bakım ve bakımevlerinde bakımdır.

2011 yılında Norveç'te yaklaşık 1.000 bakımevi vardı⁷³. 1996 yılında %82 olan tek kişilik odaların sayısı 2011 yılında %97'ye çıkmıştır ve iki kişilik odaların tek kişiliğe dönüştürülmesi sonucu yatak sayısında biraz azalma meydana gelmiştir. Aynı zamanda, hemşirelik bakımı alanların sayısı artmıştır ve bu duruma kurumsallaştırılmamış bakım (evde veya gündüz bakım tesislerinde) tedariindeki artış yardımcı olmuştur.

72 OECD 2011

73 Statistics Norway 2012



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Evde Bakım

Norveç, Avrupa'nın en kapsamlı evde bakım sistemlerinden birisine sahiptir ve bunlar, merkezi hükümetin belirlediği bir mevzuat uyarınca yerel makamlar (belediyeler) tarafından sunulur. Norveç'teki evde bakım, evrensel sağlık ve sosyal bakım sisteminin önemli bir kısmını oluşturur. Evde bakım hizmetleri, 1960'ların başında, yaşlılar arasında ayrımcılığı önlemek amacıyla bir yaşlı bakım politikası kapsamında ortaya çıktı. Savaş sonrası politikanın temel fikirlerinden birisi, insanların güçsüzlüğe ve yaşlılığa rağmen topluma katılmalarını ve toplumda aktif bir rol oynamalarını sağlamaya yönelikti. Evde bakım sağlamanın, yeterli barındırma ve emeklilik sistemleriyle birlikte sosyal dışlanmayı önleyeceğine ve yaşlıların bağımsızlığını arttıracığına inanılıyordu⁷⁴. Sistem ailelerin kendi önlemlerini almalarını da sağlayarak hiçbir yaşlıyı dışarıda bırakmamaktadır.

Başlatıldığı 1960'lardan 1985'lere kadar, devlet fonu cömertti ve masrafları karşılama sistemi evde bakım tedarikinin kapsamını genişletmeye yönelik bir girişim olarak görev yapmıştır. 1986 Yılındaki mevzuat değişiklikleriyle, çok çeşitli hizmetlerin sorumluluğu, bakım tedariki açısından entegre bir yaklaşımı teşvik etmek amacıyla belediyelere verildi. Amaç, insanlara tıbbi tedavinin, rehabilitasyonun ve bakımın bütünleştirici bir süreç içinde bir araya getirildiği bir sağlık bakımı düzenlemesi sunmaktır.

Eve dayalı bakımda, kullanıcılar aldıkları hizmet tipi temelinde üç gruba ayrılır. Birinci grup, pratik yardım alan kullanıcılardan (%34) oluşurken, ikinci grup, evde hemşirelik bakımı alan kullanıcıları (%29), üçüncü grup ise hem pratik yardım, hem de evde hemşirelik bakımı alan kullanıcıları (%37) içerir⁷⁵.

Ev ziyareti: Belediyelerdeki sağlık çalışanları, sağlık davranışlarını ve başa çıkma mekanizmalarını desteklemek için 80 yaş ve üzeri herkesi ziyaret eder. Bunlara önleyici ev ziyaretleri adı verilir. Sağlık çalışanları, bu ziyaretler sırasında, yaşlıların ihtiyaç duydukları özel bakımı öğrenmeye çalışırlar ve değerlendirirler. Eğer yaşlının günlük hayat faaliyetleriyle ilgili yardıma ihtiyacı varsa, bu durum, sonraki seviyeye, yani evde bakım sistemine iletilir.

Evde bakım sistemi: Bu sistem, yaşlılara, kişisel bakım gibi günlük yaşam faaliyetlerinde yardımcı olur. Bu bakım seviyesi, her gün asgari düzeyde bir miktar yardıma ihtiyaç duyan yaşlıları amaçlar, bununla beraber, kendilerine gün içinde bakabilirler. Buna evde yardım ve evde bakıcılık veya evle ilgili bakım adı da verilir.

Huzurevinde Bakım

Bakımevlerinde kalanlar, ortalama olarak daha yaşlıdır ve ev temelli hizmetleri kullananlara göre fonksiyonlarını yerine getirme kapasiteleri daha azdır. Norveç'te ev temelli bakım ve huzurevinde bakım oldukça entegredir. Kaynak kullanımını iki aktiviteye bölmek zordur. Bakımevleri, yüksek derecede tıbbi bakım (örneğin demans hastalığından veya kalp ve ciğer hastalıklarından muzdarip hastalar) ve günlük faaliyetlerinde yardım gerektiren sakinler için tasarlanmıştır. Bakımevleri bünyesinde kısa vadeli rehabilitasyon merkezleri de vardır. Yaşlı evleri, içinde yaşayanlar için evde bakımla aynı hizmetleri sunarlar ve genellikle belediyelerin uzun vadeli bakımevlerinin yakınında yer alırlar.

74 Vabo 2011

75 Borge & Haraldsvik 2009

Bakımevleriyle yaşlılar evleri arasındaki fark çok belirgin değildir. Bazı yaşlılar evleri, bakımevlerinde sağlananlara benzer hizmetlerle organize edilir. Diğerleri özel evlere daha çok benzer. Ayrıca, bakımevleri bünyesinde yaşlılar için gündüz bakım merkezleri vardır. Yaşlılar evindeki ortalama bir sakinin, bir bakımevi sakiniinden daha az bakım ihtiyacı olacaktır. Bakımevlerinin ve yaşlılar evlerinin büyük bir çoğunluğunun sahibi belediyelerdir. Bazı bakımevlerinin sahibi gönüllü kuruluşlardır ve bu kuruluşlar tarafından yönetilirler. Ancak personel sağlık hizmetleri uzmanları tarafından sağlanır ve belediyeler tarafından finanse edilir. Çok az bir kısmı ticari olarak kâr amacı güden kurumlar tarafından işletilir⁷⁶. LTC ortamlarının hiçbirisi özellikle yaşlılara ayrılmamıştır ve bunlar belediyelerin hizmetleri almak için uygun olduklarına karar verdikleri diğer kişilerce de kullanılabilir.

Huzurevi daireleri: Güçsüz yaşlıların özel ihtiyaçlarını veya demans gibi zihinsel sağlık sorunları yaşayan kıdemli vatandaşları göz önüne alan, özel olarak inşa edilmiş daireler vardır. Yaşlılara bakım sunmak için özel olarak uyarlanmış binalar, bireylerin alabileceği bakım miktarına göre daha fazla esneklik sunma avantajlarına sahiptir. Bakım düzeyi, kurumlarda olduğu gibi, özel evlere benzer bir seviyeden gece-gündüz bakıma kadar farklılık gösterir. Yaşlı bakımının sağlanmasında, bu dairelerde mevcut olan hizmetlerin seviyesine ve süresine dayalı üç model bulunur. Yaşlılar, bakım ihtiyaçlarına ve bağımlılık seviyelerine göre bu dairelere tahsis edilir.

Model 1: Sürekli bir personel üyesi, burada kalanlara her saat yardımcı olur. Personelin binada bir personel odası vardır. Bu oda, kablosuz telefonlarla ve cep telefonlarıyla orada kalanlara bağlıdır. Bu model, en çok yaşlılık bunamasından veya öğrenme güçlüklerinden muzdarip sakinler tarafından kullanılır. Başka bir deyişle, *Trondhjem* hastanesi, bu tür huzurevi dairelerini sağlar.

Model 2: Personel, tüm gün orada bulunur ve konaklayanlara belediyede geceleri evde bakım hizmetleri hizmet sunar. Gün içinde, konaklayanlar, kablosuz cihazları kullanarak personelle iletişim kurarken, geceleri cep telefonlarıyla bağlantı kurarlar. Bu model, konaklayanların ilk modelde daha bağımsız oldukları durumlarda kullanılır.

Model 3: Bu modelde, konaklayanlara belediyede her saat ayakta, evde bakım hizmetleri hizmet verir. Personelin binada bir merkezi yoktur ancak cep telefonları yoluyla kullanılabilir halde olacaktır.

Bakımevleri: Bakımevleri, Norveç'te yüzden fazla yıldır kamu sağlık sisteminin bir parçası olarak çeşitli şekillerde mevcut olmuştur. Son 50 yılda, koruyucu bakım yerleri olmaktan çıkıp, artan çeşitliliğe sahip bakım ve tıbbi koşulların yönetilmesinden sorumlu tesisler haline almıştır. Bir bakımevi, hastane hizmeti gerektirmeyen ama evde yeterli ve güvenli şekilde bakılamayan yaşlılar için toplu bir yaşam yeridir. Bakımevleri, güçsüz olan ve kendi başlarına bağımsız olarak yaşamaya devam edemeyen yaşlılar için barınma, hane ve sağlık bakımı sağlama gibi bazı işlevleri yerine getirir. Bu kişiler, ölüncüye kadar orada kalabilir ve yaşayabilir. Bakımevi, uzun vadeli ve kısa vadeli konaklayanlar için tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı ve rehabilitasyon sağlar. Bakımevlerinde günde 24 saat hemşireler mevcuttur. Konaklayanların sosyal ihtiyaçlarını ve sağlık bakımı ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, bakımevinin kayıtlı hemşireler (RN) ve belgeli hemşireler gibi sağlık çalışanlarını kapsayan çeşitli personeli, sosyal faaliyetlerin yürütülmesinden sorumlu gönüllüleri ve istihdam edilmiş bir hekimi vardır. Hemşirelik biriminin RN'ler tarafından yönetilmesi yönünde bir yasal gereklilik mevcuttur. Sosyal bakım, önceliktir ve tıbbi bakım, bakımevindeki bakımın bir parçası gibidir.

76 Pedersen 2012



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Halk Hastaneleri /Kısa Süreli Yatış Hastaneleri: Halk hastaneleri, belediye tarafından sağlanan birincil bakım hizmetleriyle merkezi hükümet tarafından sağlanan uzman bakımı arasındaki bir ara yüz gibidir. Bu bakımın başlıca amacı, yaşlının evlerine geri gönderilmesinden önce, daha fazla ileri düzey hastane bakımına ihtiyaç duymadan hastaneden (uzman bakım/ulusal hastane) taburcu edilmesinden sonra özel bakım sağlamaktır. Temelde, yaşlının eve gönderilmesinin veya bakımevine gönderilmesini gerektiğinin değerlendirilmesi durumunda, yaşlının ihtiyaç duyduğu bakımın kapsamı değerlendirilirken, bir değerlendirme noktasıdır. Halk hastaneleri, süreli bakım da sağlar. Başka bir deyişle, gayriresmi bakıcıların moral yıkıntısı yaşamalarını önlemek için yaşlılara bakım sağlamada yardımcı olmaktadır.

Nakit yardımları

Engelliler (her yaştan) genel Ulusal Sigorta Programından (folketrygden) *temel yardım* (grunnstønad) ve *bakım yardımı* (hjelpetønad) alırlar. Bunlar, bakıma ihtiyacı olan kişiye doğrudan ödenir.

Temel yardım, uzun vadeli hastalıktan, yaralanmadan veya engellilikten kaynaklanan ekstra harcamalardır. Ekstra harcamaların seviyesine göre altı farklı yardım ücreti vardır. 2011 yılında bu miktar yıl başına 7.452 Norveç kronuyla (930 avro) 37.260 Norveç kronu (4.660 avro) arasında değişiklik gösteriyordu⁷⁷.

Bakım yardımı bakım veya hemşirelik ihtiyacını kapsar. Standart ücret 12.900 Norveç kronudur (1.331 avro). Bakım yardımı, bakımın gayriresmi (ücretsiz) bir bakıcı tarafından sağlanması şartıyla verilir.

İsteğe bağlı nakit yardımı (omsorgslønn) belediye tarafından özellikle külfetli bir bakım işi olan gayriresmi bir bakıcıya ödenir. Nakit yardımı sağlayıp sağlamayacağına ve yardım miktarına karar vermek, belediyenin takdir yetkisindedir.

Özellikle kapsamlı bakım ihtiyaçları duyan kişileri destekleme sorumluluğu, belediyelere aittir ve bu sorumluluğun aile veya gayriresmi bakıcılar tarafından yerine getirilmesi beklenmez. Uygun şartları karşılayan bakıcılar (yukarıda sunulan kriterlere bağlıdır) bakım sorumluluklarının telafi edilmesi için nakit ödemeleri alabilirler. Bakım işi için maddi tazminat alan kişilerin sayısı geçtiğimiz on yılda artmıştır. 2004 yılında toplam 7.470 kişiye, yakın akrabalarına bakmaları için ödeme yapılmıştır. Ancak 2010 yılında bu rakam yaklaşık 9.300 düzeyindeydi.

LTC Hizmetlerinin Yönetmeliği ve Standartları

Mali Özellikler: Norveç'teki LTC hizmetlerinin büyük bir kısmı kamuya ait olduğu ve çok azı kâr amacı gütmeyişi ve (belediyelerle sözleşme uyarınca) özel sektöre ait olduğu için bakım maliyetini belediye üstlenir. Norveç'teki yaşlıların tümü, bir şekilde emekli maaşı aldığından (önceden yaptıkları işe bakılmaz) bakımevlerinde kalanların emekli maaşları, belediye tarafından sağlanan bakımın bedeli olarak tahsil edilir. Konaklayanlara sağlanan bakım standardının konaklayanın emekli maaşından bağımsız olduğu ve bakım ihtiyaçlarına dayalı olduğu belirtilmelidir. Bu nedenle sağlık bakımı ve sosyal bakım, eşit olarak dağıtılır.

77 Sağlık Bakanlığı 2011



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Ulusal seviyede *Norveç Sağlık Denetim Kurulu*, Norveç'teki bakımevlerinin denetlenmesinden ve izlenmesinden sorumlu teftiş organıdır. Denetim, kullanıcıların ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığını ve sağlanan hizmetlerin, belirlenen gereklilikleri karşılayıp karşılamadığını değerlendirmeyi amaçlar. Norveç Sağlık Denetim Kurulu, Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı altında organize edilmiş, ulusal bir kamu kurumudur. Siyasi açıdan kabul edilmiş kanunlar ve yönetmelikler, denetlenmesi gereken hizmetler için çerçeve sunar. *Sistem denetimleri*, hizmetleri denetlemek için kullanılır (belediyeler, çocuk ve genç evleri, bakımevleri, hastaneler, vb.). Bakımevlerindeki bakımın kalitesi, belgelerin incelenmesini, konaklayanlarla ve çalışanlarla mülakatlar yapılmasını, kurumsal düzenin ve süreçlerin gözden geçirilmesini ve örnek testlerin yapılmasını gerektiren kapsamlı bir denetimle incelenir.

Denetim raporları, kanunlara ve yönetmeliklere uygun olmayan durumların ve faktörlerin tanımlanmasını içerir. Bu eksikliklere uyumsuzluklar adı verilir. Denetim makamı, kanunlarda ve yönetmeliklerde belirlenen gereklilikler karşılanıncaya kadar bu uyumsuzlukları takip eder. Her yıl 700 ila 900 faaliyetin sistem denetimi gerçekleştirilir. Bu raporlar, halka açıktır ve kullanıcılar tarafından sıklıkla görüntülenir.

LTC Hizmetlerinde Ortaklaşa Çalışma ve Entegrasyon

Norveç'in sağlık sistemi, uzman sağlık bakımını ve belediye sağlık ve bakım hizmetlerini içerir. Uzman sağlık bakımı, devlete ait hastanelerde sağlanır ve dört bölgesel sağlık makamı içinde organize edilir. Belediyeler, ihtiyacı olan herkes için sağlık bakımı hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin sağlanmasından sorumludur. Yaşlılar için belediye sağlık bakım hizmetleri, bakımevi tesislerinde ve ev temelli bakım hizmetleri şeklinde sağlanır. 2012 yılında, geçiş bakımını iyileştirmek amacıyla, Norveç'te Koordinasyon Reformu hayata geçirildi. Bu reform, Norveç'in sağlık sistemindeki başlıca üç zorluğa değiniyordu. Bunlar; hastaların sağlık hizmetlerinin daha iyi şekilde koordine edilmesine duyduğu ihtiyaç, hastalık önleme girişimlerinin yetersizliği ve demografik değişikliklere müdahale etme ihtiyacıdır.

Koordinasyon Reformunda, merkezi olarak işletilen uzman hastane hizmetleriyle belediye tarafından işletilen birincil sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler arasında bağlayıcı bir yasal düzenlemeler sistemi önerilmiştir. Bu reformun amacı hastalıkları önlemek veya azaltmak, kaynakları belediyelere yoğunlaştırmak ile sağlık ve sosyal bakım kurumları arasındaki meslekler arası işbirliğini arttırmak suretiyle işlev kaybını sınırlandırmaktır.

Diğer amaçlar, aşağıdaki gibidir:

- Hastalar için belediyelerde tek bir irtibat noktası
- Uzun vadeli koşullar için bakım hizmetlerini tehlikeye atmadan, belediyelerin önleme ve erken müdahale rolünü arttırmak
- Bakım sunmayı hastanelerden belediyelere devretmek
- Hizmet kullanıcıları için sistematik katılım
- Öncelikli gruplar için belediyelerdeki hizmetlere daha fazla yatırım
- GP'lerin kamu sağlığı hizmetine verdiği zamanın miktarını arttırmak



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- 'Elektronik koordinasyonu' desteklemek amacıyla IT altyapısında iyileştirmeler.

Reformda, bakım sunma şeklini değiştirmek için belediyelere teşvikler vermek amacıyla fon sağlama sisteminin değiştirilmesi de önerildi. Bu, belediyelerin uzman hastane bakımına fon sağlamak ve hastanede kalsalar bile taburcu olmaya hazır hastaların bakımı için ödeme yapmak amacıyla, sorumluluğu bölgesel sağlık makamlarıyla paylaşması anlamına gelir.

Reformdaki önemli bir husus, sağlık bakım hizmetlerinde koordinasyonu iyileştirmek ve hastaların ve hizmet kullanıcılarının bakım hizmetlerinin ve yüksek kalitede hizmetlerin devamlılığını yaşamalarını sağlamaktır. Koordinasyon Reformuyla, kabul ve taburcu etme süreçlerinin organize edilmesine ve belediyelerle sağlık makamları arasındaki işbirliğine dair doğrudan gereklilikler dâhil olmak üzere, görev dağılımına ve bilgi alışverişine ilişkin bağlayıcı bir düzenlemeler sistemi getirilir. Yapılan araştırma, Norveç'teki entegre bakımın, bakım kalitesinden ödün verilemeyen başlıca altı zorlukla karşı karşıya olduğunu gösterir⁷⁸. Bunlar, sağlık görevlileriyle en yakın akraba arasında sistematik bilgi alışverişi eksikliğini ve hastalar ile en yakın akrabasının geçişlerine yönelik sınırlı katılım ve hazırlıkları kapsar. Mesleki yeterliliğe, sistem ve rol yeterliliğine sahip olmayan sağlık görevlileri, sağlık görevlileri arasında bilgi alışverişiyle ilgili zorluklar, personel eksikliği, birçok kere sevk edilen yaşlı hastalar ve hastaların klinik koşullarını değerlendirmeye ilişkin zorluklar da diğer sorunlar arasındadır.

Norveç'teki Yaşlı Bakım Modelinin Özeti

Norveç'in refah sistemi, bir sosyal dönüşüm aracı olarak tasarlandı. Eşitlik ve dayanışma ilkelere dayalı bu sistem, gelir kaybına karşı koruma ve kapsamlı bakım hizmetleri sunar. Norveç'i (ve diğer İskandinav ülkelerini) diğer birçok Avrupa ülkesinden farklı kılan kilit özellik, aile veya çiftten ziyade bireyin/vatandaşın sosyal refah sağlama birimi olmasıdır. Uluslararası ve karşılaştırmalı bir bakış açısına göre, Norveç diğer İskandinav ülkeleriyle birlikte vatandaşlarına kapsamlı evrensel hizmetleri sunan bir refah devletini temsil etmesiyle öne çıkar. Bu model, yaşlılara bakım sağlama yönündeki başlıca sorumluluğu devlete özellikle yerel hükümete verir. Dolayısıyla özel piyasa ile aileler çok az rol üstlenir.

Norveç'in evrensel emekli maaşı kapsamı ve çeşitli yardımların katma değeri, yaşlı Norveçliler için yüksek düzeyde bir gelir güvencesi sağlar. Devlet Emeklilik Fonu-Norveç ve Devlet Emeklilik Fonu Küresel (yaygın şekilde Petrol Fonu olarak bilinir), dünyanın en büyük devlet fonları arasında yer alır. Norveç'in petrol sektöründen edinilen gelirler, fona kanalize edilir ve gelir yaratmak için küresel açıdan yatırım yapılır. Bu fon, kamu geliri yönetimindeki en iyi uluslararası uygulamadır ve yaşlıların şimdiki ve gelecek nesillere faydalı olmak üzere, ülkenin sosyal refah sistemi için yüksek derecede ekonomik güvence sağlar. Norveç Maliye Bakanlığı'na göre, GPFG'nin piyasa değeri, 2014 yılı boyunca 1,393 milyar Norveç kronundan 6,431 Norveç kronuna (831 milyar Amerikan doları) çıkmıştır.

Norveç, tüm sağlık durumu göstergelerinde yüksek puanlar alır. Bununla beraber, yapılan çalışmalarda Norveçlilere iyi kamu sağlık sistemlerinin değerini hafife almamaları gerektiği hatırlatılır. Son veriler, Norveç'te yaşlılar için sosyal bakım hizmetlerinin son 20 yılda azaltıldığına ve aynı zamanda önemli reformların ve eylem planlarının 67 yaş altı faydalanıcılar için geliştirildiğine işaret

⁷⁸ Storm ve diğerleri 2014



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

eder⁷⁹. Uzun vadeli bakımın organize edilmesi ve sağlanması sadece belediyelerin sorumluluğundadır. Genellikle idari açıdan, yerel seviyede, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerle bütünleştirilmiştir. Uzun vadeli bakım, üç tür ortamda sağlanır: hastaların evleri, bakımevleri ve belediyeler tarafından işletilen yaşlılar evleri.

Norveç'teki Yaşlı Bakım Sistemi ve Daha Geniş Avrupa Kapsamı

Norveç'teki yaşlı bakım sistemi, Avrupa'daki en cömert sistemler arasındadır. Evrenseldir ve ulusal bir vergilendirme sistemiyle desteklenir. Birçok hizmetin doğrudan belediye tarafından bütçe hesaplı kriterler olmaksızın sağlanmasıyla öne çıkar. Bununla beraber, yaşlılar yine de katkıda bulunur ve huzurevi bakımının 'bütçeye uygun' olduğu düşünülür (huzurevinde bakım ücretleri gelirin en fazla %85'ini karşıladığında). Örneğin, İtalya ve Birleşik Krallık'ta durum böyle değildir⁸⁰. Avrupa'nın büyük bir kısmında gözlemlendiği üzere, huzurevinde bakım yerine evde bakımın artırılmasına yönelik bir politika vardır. Aynı zamanda, yaşlıları istihdama mümkün olduğunca uzun süre boyunca dâhil etmenin bir yolu olarak, çalışanların kapsamını genişletmeye yönelik güçlü politikalar vardır. Norveç, 60-66 yaş arası çalışan nüfus açısından Avrupa'nın en yüksek oranlarına sahiptir. Ne var ki, yapılan bazı araştırmalar, Norveç'te yaşlı çalışanlar arasındaki yüksek düzeyli istihdama rağmen, aktif olmayan yaşlıların harekete geçirilmesi için daha fazlasının yapılabileceğini gösterir. Bir OECD raporunda, 62 ve 75 yaş arasında esnek emekliliğe izin veren ve daha uzun süreliğine çalışmaya devam etmeye dair teşviklerde iyileşmeye yol açan 2011 emeklilik reformu vurgulanır.

Yaşlılar, toplu taşıma dâhil olmak üzere, uygun çevrenin sağlanmasına büyük bir katılım gösterir. 1970 yılında kurulan Ulusal Yaşlı Vatandaşlar Konseyi, Norveç'te yaşlıların doğrudan siyasi katılımını açısından muhtemelen en önemli kanaldır. Bu Konsey, hükümet tarafından atanır ve kamu makamları ile ulusal kurumlar için bir danışma kurulu görevi görür. Konsey, kıdemli vatandaşların yaşam koşullarına ilişkin konulara ve ayrıca çalışma hayatına ve genel olarak topluma katılım fırsatlarına odaklanır. Yaşlılar için toplu taşıma hizmetleri sağlama sorumluluğu, farklı devlet kurumları arasında dağıtılır. Devlet, sağlık hizmetleriyle ilgili ulaşımı sağlamaktan sorumludur ve daha büyük şehirlerde yerel toplu taşıma için fazladan mali destek sağlar. Belediyeler, yerel toplu taşımadan sorumludur. Belediyeler, engelliler için özel ulaşım hizmetlerinin finanse edilmesinden ve organize edilmesinden sorumluyken, bu tür hizmetler için kimlerin uygun özellikleri taşıdığına da karar verebilir.

Diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, yerinde yaşlanma ve ev temelli bakım tedarikine oldukça önem verilir. Kişisel bütçelerden bir miktar alım veya bakım için nakit alımı da vardır ancak Norveç'te tercih edilen yol bu değildir. Uygunluk, bireysel kullanıcının tercihinden ziyade yerel makam tarafından değerlendirilir. Son on yılda bir etkililik ve rekabet süreci meydana gelmekte⁸¹ ve böylece özel sektörün oynadığı rol artmaktadır. Ancak bu durum birçok Avrupa ülkesinde gözlemlenenden çok daha düşük derecededir.

79 Brevik 2010

80 Bettio & Verashchagina 2010

81 Christensen tarihsiz



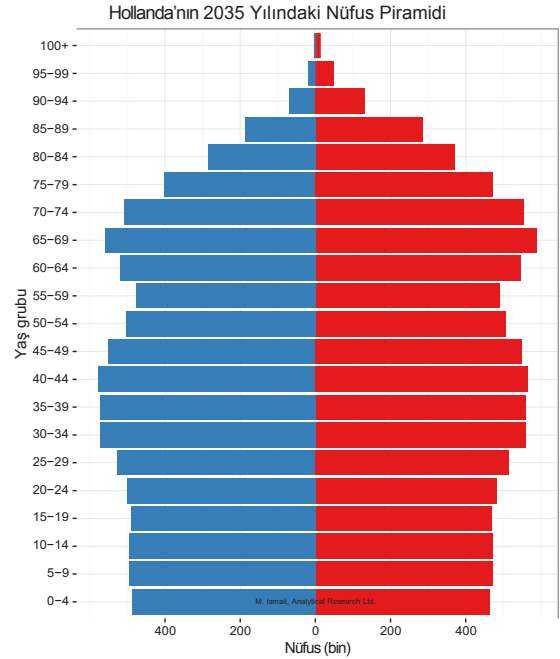
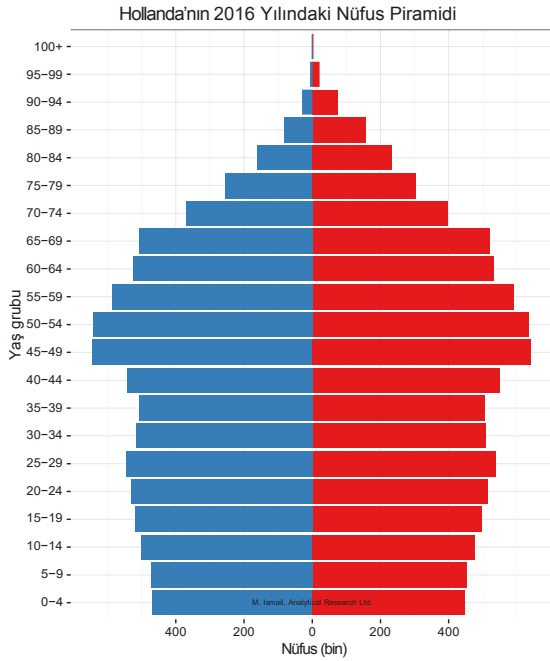
Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

4. Hollanda'da Yaşlı Bakım Sistemi

Arka Plan: Hollanda'da Yaşlanmak

Hollanda'nın nüfusu 16,5 milyondur. Beklenen yaşam süresi 81 yıldır ve nüfus yaşlanmaktadır. CBS'in en yeni nüfus tahminine göre, 65 yaş üstü kişilerin sayısı 2050 yılına kadar 4,25 milyon (veya nüfusun %25,5'i) 80 yaş üstü kişilerin sayısı ise 1,7 milyon (veya nüfusun neredeyse %10'u) olacaktır. Yaşlı bakımı ve uzun vadeli bakım ihtiyacı, işlev görmedeki sınırlamalara veya günlük yaşam faaliyetlerindeki (Activities of Daily Living-ADL) sınırlamalara dayalıdır. Şekil 10'da Hollanda'nın 2016 yılındaki nüfus piramidi ve 2035 yılına dair tahminler gösterilmektedir. Bu raporda konu edilen diğer Avrupa ülkelerine kıyasla, Hollanda'nın nüfus büyüklüğü nispeten küçüktür (ancak Norveç'te tespit edildiği kadar küçük değildir). Şekil 10'da 2016 yılındaki en büyük yaş gruplarının 45 ila 54 yaş aralığındakilerden oluşacağı ve 44-69 arası daha yaşlı grupların genişleyeceği gösterilmektedir. 2035 yılına kadar 65-69 ve 70-74 yaş grupları, nüfusun en geniş gruplarından bazılarını oluşturacaktır.

Şekil 10 Hollanda'nın 2016 ve 2035 Yıllarındaki Nüfus Piramidi



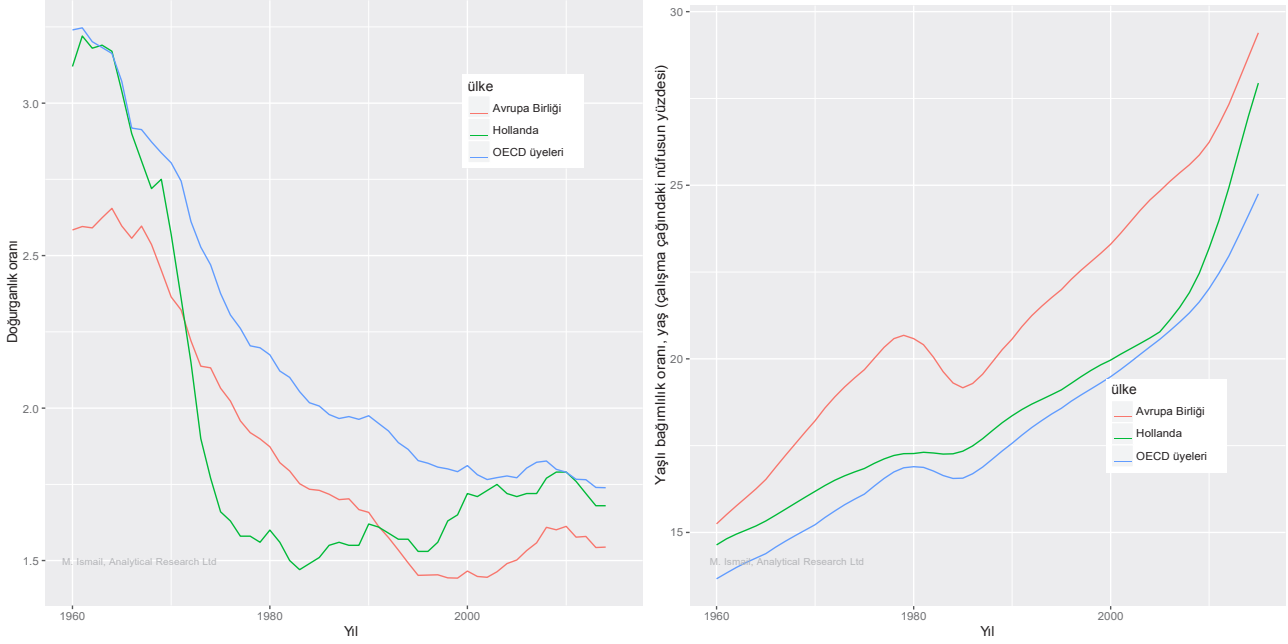
Şekil 11'de Hollanda'da 1960 yılından bu yana gözlemlenen azalan doğurganlık eğilimi gösterilmektedir. Bu durum, nüfus yaşlanmasında görülen demografik değişikliklerin altını çizerek, doğurganlık oranlarının AB ve OECD ülkelerinde görülenlerden daha yüksek bir ortalamaya tarihsel olarak sahip olduğu ve böyle olmaya devam edeceği belirtilmelidir.

Bu farklar, İtalya ve Birleşik Krallık gibi diğer ülkelere kıyasla, Hollanda'da gözlemlenen nispeten daha genç nüfus yapısını izah eder. Bu nispeten yüksek doğurganlık oranları, AB ve OECD ülkelerindeki ortalamaya kıyasla, Hollanda'da gözlemlenen daha düşük yaşlı bağımlılık oranını da açıklar (bakınız Şekil 11'in sağ köşesi).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 11 Hollanda'da 1960 ila 2010 arasındaki doğurganlık oranı ve yaşlı bağımlılık oranındaki eğilimler



Hollanda'da GSYİH yüzdesi cinsinden kişi başına GSYİH ve sağlık harcamasını incelediğimizde (Şekil 12) Hollanda'nın kişi başına GSYİH'nın AB ve OECD ülkelerinde gözlemlenen ortalama-dan yüksek olduğunu belirledik. Yine de son yıllarda sağlık harcaması AB ortalamasının üzerine çıkmıştır ancak hâlâ tüm AB ortalamasının altındadır. 2011 yılında GSYİH'nın yüzde 11,9'una tekabül eden sağlık harcaması, OECD ülkeleri arasında sadece Birleşik Devletler'den sonra gelirken, uzun vadeli bakıma yönelik kamu harcaması, GSYİH'nın yüzde 3,7'si ile OECD içindeki en yüksek miktardır⁸².

Hollanda'daki Uzun Vadeli Bakım Politikasının Yapısı

Hollanda'daki yaşlı bakım sisteminin altında yatan felsefe, devletin yaşlılardan ve uzun vadeli bakıma ihtiyaç duyan başka kişilerden sorumlu olmasıdır. Aile üyelerinin ve diğerlerinin verdiği gayriresmi ücretsiz bakım bir rol oynamakla birlikte, (İtalya'daki sistemde yer alan aile içindeki beklentilerin aksine) bu bakımı sağlama zorunluluğu yoktur. Genel politika hedefi, 2008 yılında aşağıdaki gibi belirlenmiştir: "Fiziksel, zihinsel veya psikolojik özellikte uzun vadeli veya kronik bir bozukluktan muzdarip kişiler için iyi kalitede bakımın kullanıma hazır hale getirilmesini ve bu bakımın maliyet seviyesinin toplum için kabul edilebilir olmasını sağlamak."⁸³ 1945 sonrası dönemde refah devletinin başlatılması üzerine, Hollanda dünyanın en cömert ülkelerinden birisi haline geldi. Refah modeli, çalışanlar için sosyal sigortayı bütçe hesaplı ve işsizlik milli sosyal sigortası (sabit oranlı emekli maaşları dahildir) ve ayrıca milli sigorta planlarına hak kazanmayanlar için bütçe hesaplı kapsamla birleştirdi.

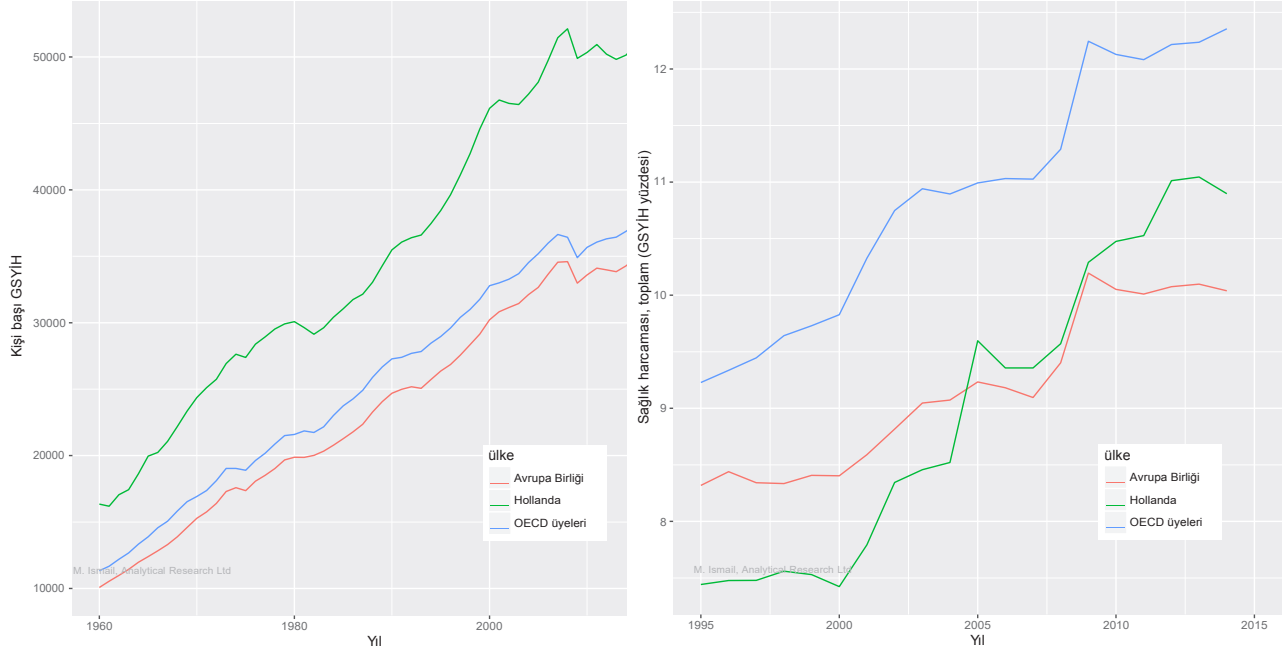
82 Robertson ve diğerleri 2014

83 Mot ve diğerleri 2010



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 12. 1960 ila 2010 arasında GSYİH yüzdesi cinsinden kişi başına GSYİH'deki ve sağlık harcamasındaki eğilimler



Hollanda'da, 1968 yılından beri bir kamu uzun vadeli bakım sigorta sistemi vardır. Hollanda'da yaşayan herkes, AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası) kapsamında sigortalıdır. Bu yasa, yaşlılar için evde bakımla kurumlarda bakımı, zihinsel ve fiziksel engellilere yönelik hastaneleri ve kronik psikiyatri hastalarına yönelik hastaneleri kapsar. Bununla beraber, yaşlıların birçoğu, gelirlerine bağlı olarak (bazı bütçe hesapları şeklinde) yaşlı bakımı maliyetine katkıda bulunur. Ayrıca, huzurevi servislerinde bakılan yaşlılar, kendi yiyecek ve konaklama masraflarına katkıda bulunmak zorundadırlar.

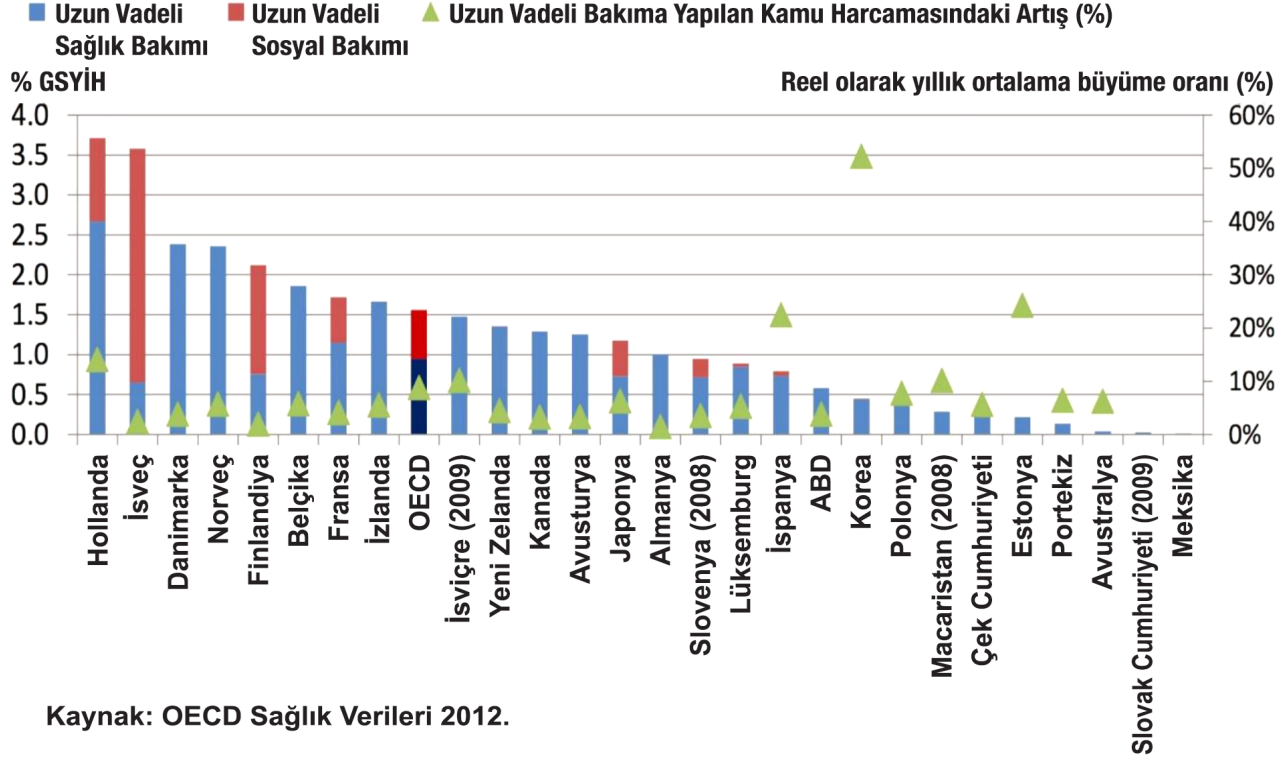
AWBZ, kapsamlı bir hizmetler paketinden oluşur: kişisel bakım, hemşirelik, yardım, tedavi ve bir kurumda kalma. Evde yardım, AWBZ'nin bir parçasıydı ancak 2007 yılında Hollanda Sosyal Destek Yasasıyla (WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning; Sosyal Destek Yasası) bu tür sorumluluklar yerel konsey tarafından belediyeler seviyesinde yürütülen sosyal hizmetlere verildi.

Hollanda'da uzun vadeli bakım oldukça kapsamlıdır. Hizmetleri nakit olarak seçme imkânı vardır ve evde bakım hizmetleri büyük oranda mevcuttur. Böyle kapsamlı bir sistem, yüksek kalite sergileme ve yüksek seviyelerde harcamanın karşılığı açısından büyük baskı altındadır. Hollanda, GSYİH'nın %3,7'sini LTC'ye harcar ve bu miktar, OECD ülkelerindeki en yüksek seviyedir (Şekil 13). LTC'ye yapılan kamu harcamasındaki büyüme, reel oranda 2000-10 sırasında %10'un üzerindedir. Yapılan tahminlerde, bu harcamanın 2050 yılına kadar en az iki katına çıkacağı öne sürülür.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 13. Kamu uzun vadeli bakım harcaması (sağlık bileşeni ve sosyal bileşen), GSYİH payı cinsinden, 2010 (veya en yakın yıl) ve kamu uzun vadeli bakım harcamasındaki (sağlık) büyüme, 2000-10 (veya en yakın yıl)



İhtiyaçlar Değerlendirmesi

Bakım için uygunluk, ihtiyaçlara dayalıdır ama çocukların dışında, yararlananlardan gelire bağlı kesintilerin alınmasını gerektirilir. Uygunluk kontrolü, yasal rehberlik ilkelerini detaylı prosedürlere dönüştüren CIZ (Endikasyonlar Bakım Merkezi) tarafından geliştirilen ulusal standartlaştırılmış prosedürlere dayalıdır. CIZ kararları, tipik bir şekilde, gereken işlevlere ve bakım saatlerine ve ayrıca ikamete dair bir uygunluk kararına yol açabilir. Endikasyon prosedürü, sağlayıcı açısından riskle ayarlanan bir kişi başına vergi ödemesine yol açar. 2007 yılında, IADL desteği, AWBZ'den yerel makamlar alanına (bazıları CIZ prosedürlerini kullanır) devredilmiştir.

AWBZ bakımına yönelik her talep, CIZ olarak adlandırılan bağımsız bir kurum tarafından değerlendirilmek zorundadır. Bir kişi, sadece temeldeki bir veya daha fazla koşulun mevcut olması halinde AWBZ bakımına hak kazanabilir:

1- Bedensel, psiko-geriatrik veya akli dengesizlik ya da kısıtlanma (yaşlanma sürecinden kaynaklananlar dâhildir);

2- Zihinsel, fiziksel veya duyuşsal bir engel evde bakımla ilgili değerlendirme, uygunluğu kısıtlama yönünde mali bir teşvike sahip yerel konsey tarafından yapılır. Evde yardıma yapılan harcamalar bütçeden daha az ise, yerel konsey, parayı başka amaçlar için harcayabilir. Yerel konseyler, demokratik kontrol uygular.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Uygun şartları taşıyan hizmet kullanıcıları, aynı bakımla nakit yardımları arasında bir seçim yapabilir. Nakit geri ödeme seçeneği, tedavi ve bir kurumda kalma için kullanılamaz. Nakit, kişisel bütçeler şeklinde verilir. Kişisel bütçeleri seçen hastalar, aynı bakım masraflarının %25'inden azına tekabül eden bir miktarı alır. Bakımı daha etkili bir şekilde satın alabilecekleri varsayılır. Arkadaşlar ve aile üyeleri dâhil olmak üzere, bakımı kimin vermesi gerektiğini serbestçe seçebilirler. Bütçelerin büyük bir kısmı söz konusu olduğunda, hizmet kullanıcıları parayı gerçekten bakım için harcadıklarını gösterebilmek zorundadırlar.

Hizmetler ve Kullanıcıların Profili

Hollanda'daki yaşlı bakım hizmetleri; gayriresmi bakımdan, evde resmi bakımdan ve resmi kurumsal bakımdan oluşur. Yaşlılar için gayriresmi bakım, Güney ve Orta Avrupa ülkelerindekilere kıyasla Hollanda'da nispeten önemsizdir. Hâkim olan sosyal norm, bir hane içinde normal olarak beklenen 'olağan bakım' hariç olmak üzere, hükümetin yaşlılardan büyük oranda sorumlu olmasıdır. AWBZ, kapsamlı bir hizmetler paketinden oluşur: kişisel bakım, hemşirelik, yardım, tedavi ve bir huzurevinde kalma. Yardım, gruplar halinde gündüz bakımını ve ayrıca bire bir tedariki içerir ve yaşlıların bağımsız yaşamalarını destekler. Eskiden, bu tür destek, sosyal katılımı arttırmayı da amaçlıyordu. Evde yardım, AWBZ'nin bir parçasıydı ancak 2007 yılında sosyal hizmetleri düzenleyen ve yerel konsey tarafından yürütülen WMO'ya devredildi. WMO, bir sosyal sigorta planı değildir. WMO, sosyal hizmetlerin sağlanmasıyla ilgilidir. Bu sosyal hizmetlere hak kazanmak, yerel konsey seviyesinde kullanılabilir finansmandan etkilenir.

%4,9'luk OECD ortalamasına kıyasla, 65 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık %13'ü evde bakım alır. 2010 yılında, 65 yaş üzeri nüfusun %6,5'i, kurumlarda uzun vadeli bakım alırken (%4 OECD ortalaması), nüfusun %12,8'i, evde bakım almıştır (%7,9 OECD ortalaması)⁸⁴. Bununla beraber, 1.000 kişi başına 63 LTC çalışanının olduğu kurumlardaki çalışanlara oranla, evde bakımdaki bakım görevlilerinin sayısı, 65 yaş üzeri 1.000 kişi başına sadece 14 idi. Aynı bakımı (doğrudan hizmet) tercih eden hizmet kullanıcıları, hangi kurumun bakım sağlayacağıyla ilgili olarak biraz söz sahibidir. Bu bakımı organize etme ve satın alma sorumluluğu 'zorgkantoren'e (bölge bakım ofisleri) aittir. Sağlık sigortacılarına bağlı bu kurumlar, uzun vadeli bakım satın alma konusunda herhangi bir mali riske girmez. Bakım maliyetleri AWBZ fonundan ödendiği halde, bakım ofisleri bu maliyetleri ulusal ve bölgesel bütçenin dışına çıkarmamakla ve bakımı mümkün olduğunca etkili bir şekilde satın almakla görevlidir. Bir bakım ofisi performansının kötü olması halinde, bir bölge bakım ofisinin işletme izni başka bir sağlık sigortacısına verilebilir. Bununla birlikte, bölge bakım ofisinin yaşlılar için bakım organize etme yönündeki başlıca rolü, özellikle bakım ofisinin etkililik için az teşviklere sahip olması nedeniyle oldukça eleştirilmektedir.

2009 yılında, yaşlı bakım sistemi, sürekli hemşirelik bakımına ihtiyaç duyan kişiler için 479 bakımevinden, daha düşük seviyede bakım ihtiyaçlarına sahip olanlar için 1.131 huzurevinden oluşuyordu⁸⁵. Ayrıca, birleştirilmiş 290 kurum vardır. Evde bakım, huzurevleri, bakımevleri ve evde bakım kurumları tarafından sağlanır. Sağladıkları destek seviyesi değişiklik gösterir ancak desteğin neredeyse yüzde 40'ı nispeten ev işi dâhil olmak üzere evde yardım niteliğindedir. Huzurevlerindeki ve bakımevlerindeki sayılar düşerken, evde bakım alan kişilerin sayısı artmaktadır⁸⁶.

⁸⁴ OECD Sağlık Verileri 2012

⁸⁵ Westert ve Wammes 2013

⁸⁶ Schafer ve diğerleri 2010



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Gayriresmi bakıcıların (aile ve arkadaşlar) rolü diğer Avrupa ülkelerine nazaran Hollanda'da nispeten daha az önemliyken, 2007 yılında tahminen 3,5 milyon gayriresmi bakıcıyla birlikte yaşlılar için bakım sağlamasında gayriresmi bakıcılar hâlâ önemli bir rol oynamaktadır⁸⁷. Gayriresmi bakıcılar için verilen yardım yoktur. Ancak bu kişiler kişisel bütçeleri yoluyla yaşlı tarafından işe alınabilir. Bakım iznine yönelik (çalışanlar için) düzenlemeler vardır. Bu, ücretli veya ücretsiz olabilir. Ücretli bakım izni, yıllık olarak haftalık çalışma saatinin iki katıdır.

Evde Bakım

Hollanda'da, kullanılabilir fonlar, sosyal hizmetlere hak kazanma üzerinde etkilidir. Evde yardım için özellikle yerel konseyler (koruma altına alınmamış) bir bütçe alırlar. Böylece belediyeler evde yardımı etkili bir şekilde organize edebilmek için mali teşviklere sahip olurlar. Ne var ki, engelli bireylerin haklarını korumak için belediyeler işlev görmedeki kısıtlamalarının etkilerini telafi etmek zorundadır. Yerel konsey, bunu uygun gördüğü şekilde yapabilir. AWBZ kapsamındaki evde bakım hizmetleri şunları içerir: yardım, kişisel bakım, hemşirelik bakımı ve tedavi. WMO, evde yardımını, evlere yemek servisini, ev düzenlemelerini ve ulaşımı kapsar. Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı'na (VWS) göre, 2007 yılı sonunda 227.000 yaşlı müşteri evde AWBZ bakımını kullanmıştır. Bu sayı, Hollanda'daki 2,4 yaşlının %9,4'üne tekabül eder. Kurumların dışındaki bakım, (bakımevleri ve huzurevleri dâhil olmak üzere) kurumsal bakım kadar katı şekilde yönetilmez. Ev temelli bakım, sağlayıcıların piyasaya göre kapasite ve fiyata dair kararlar verme özgürlüğüne sahip olduğu kâr amaçlı kurumlarca da verilebilir.

Huzurevinde Bakım

Kurumsal bakım, diğer birçok Avrupa ülkesine kıyasla Hollanda'da önemli bir rol oynar. Ne var ki, hâlihazırdaki siyasi anlayış, kurumsal bakım yerine evde bakım almanın arttırılması yönündedir. 2007 yılında kurumsal bakımdan faydalanan 164.000 yaşlı müşteri (yaşlı nüfusunun yüzde 6,8'i) çoğunlukla yaşlılar için bakımevlerinde ve huzurevlerinde yer alır. 2009 yılından önce başlıca iki kurumsal bakım kategorisi vardı. Bunlar; bakımevinde bakım ve huzurevinde bakım idi. 2009 yılından itibaren yaşlılar için kurumsal bakım bünyesinde on ayrı ürün öne çıkmıştır ve bunlara bakım şiddeti paketleri adı verilir. Bu paketlerin her birisi, AWBZ'deki farklı bakım işlevlerinin bir bileşimini temsil eder. Yaşlıların bakımı için bu bakım paketleri "bir miktarla korumalı hayattan" "özellikle bakım ve hemşirelikle birlikte spesifik bozukluklar nedeniyle oldukça yoğun bakımla korumalı hayata" kadar değişiklik gösterir. Kurumsal bakımın finanse edilmesi, 2009 yılında başlatılan (AWBZ'deki farklı bakım işlevlerini birleştiren bakım şiddeti paketlerine) dayalıdır.

Sosyal Destek Ağları (Sosyal Sermaye)

Hollanda'nın yukarıda adı geçen, 2007 yılında getirilen (ve kapsamı 2015 yılında genişletilen) Sosyal Destek Yasasıyla WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning; Sosyal Destek Yasası), belediyelere tutarlı bir yerel sosyal destek politikaları geliştirme sorumluluğu verilmiştir. Belediyeler, kurumsal desteğin yanında yaşlılar dâhil olmak üzere korumasız kişilerin desteklenmesi

87 De Boer ve diğerleri 2009



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

açısından daha geniş bir topluma fayda sağlayan hizmetler ve imkânlar sağlayabiliyordu. Sosyal Destek Yasası uyarınca sağlanan bu hizmetlerin ve imkânların özellikle Hollanda'da kendi çaplarında herhangi bir destek veya yardım için hak sahibi olmayan gayriresmi bakıcılara destek verdiği belirlendi⁸⁸. Bazılarına göre, adem-i merkezileştirme ve yerel makamlara yerel seviyede sağladıkları hizmet türlerini zorla kabul ettirmeleri için daha fazla özgürlük ve yetki verme yönündeki güncel politika, hizmet tedarikinde sosyal sermaye oluşumu açısından fırsatlar sunar. Bunlar, bilhassa kırsal ve uzaktaki topluluklarda değerlidir. Bununla beraber, bu, devletin birinci dereceden akrabalara karşı herhangi bir 'sorumluluğunun' olmamasına eğilimli olduğu daha geniş Hollanda kültürü ve ayrıca yaşlı bakımında üstlenilen sorumluluk normları içinde yer bulmalıdır. Öte yandan, Hollanda'da gönüllülük sektörüne ve gönüllük kültürüne dair güçlü bir rol vardır. Bazı araştırmacılar, devletin finanse ettiği bakımın büyük bir kısmının kâr amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından sağlandığına işaret eder.

LTC Hizmetlerinin Yönetmelikleri ve Standartları

Hollanda, İngiltere'yle beraber, uzun vadeli bakımda bakım alanların deneyimlerini (örneğin, bakım planları, özerklik, mahremiyet) izleyen birkaç OECD ülkesinden biridir. Bakımdan Sorumlu Yönlendirme Komitesi, 2007 Ulusal Kalite Çerçevesi uyarınca on kalite alanını belirledi. Bunlar, aşağıdaki gibidir:

- LTC alanların bakım ve hayat planlamasına katılımını sağlamak için bakım/hayat planı,
- Sağlayıcıların iletişimi açık tutmalarını ve alıcıların isteklerini dinlemelerini sağlamak için iletişim ve bilgi,
- Alıcıların yeterli destek almaları ve sağlanan bakımdan memnun olmaları açısından fiziksel refah,
- Kaçınılabilen tehlikeleri ve hareket özgürlüğünde kısıtlamayı önlemek için bakım güvenliği,
- Alıcıların mahremiyetine ve yaşadıkları ortama saygı göstermeye yönelik ev ve yaşam koşulları,
- Çeşitli faaliyetlere katılım açısından yeterli fırsatlar sağlamak için katılım ve özerklik,
- Zihinsel destek (yalnızlık veya depresyon) sağlamak ve seçimlerine ve amaç anlayışlarına özen göstermek için zihinsel refah,
- Yaşanan çevrenin güvenliği,
- Vasıflı personelin ve yeterli bakım süresinin mevcudiyetini sağlamak için yeterli ve yetkin personel,
- Sağlık ve yetişkin sosyal bakımı boyunca bakım koordinasyonu.

Her bir alan, bakım yapısını, sürecini ve sonuçlarını yansıtan bir göstergeler setini içerir. 2006 yılında, Hollanda Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı, sağlık bakımında tüketici deneyimlerini ölçmek ve karşılaştırmak amacıyla Tüketici Kalite Endeksi veya CQ Endeksi® adı verilen ulusal bir standar-

88 Waverijn 2016



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

din geliştirilmesini zorunlu kıldı. Tüm LTC tesislerinin, adı geçen CQ Endeksi Uzun Vadeli Bakımını⁸⁹ kullanarak, kullanıcıların deneyimi hakkında anketler yapmaları gerektirildi. Tüketici deneyimini ölçmek ve karşılaştırmak için kullanılan bu ulusal araç, yukarıda belirtilen on kalite alanına dayalı olarak geliştirildi⁹⁰. Her alanda, yapı-süreç-sonuç kavramı temelinde geliştirilen, ilişkili bir göstergeler seti vardır. Bu göstergeler, kullanıcıların önemli bulduğu şeylere ve bakımla ilgili deneyimlerinin ne olduğuna dair bir görünüm sağlar⁹¹. Her LTC kurumu, tavsiye verme ve izleme rolü olan Sağlık Denetim Kurulu'na (IGZ) yıllık bir rapor sunar.

Kalitenin İzlenmesi

Kalite sorumluluğu, sağlayıcılara aittir. Sağlık bakımı kurumlarında kalite kanunu Kwaliteit-swet zorginstellingen; KWZ) ve kişisel sağlık bakımında meslekler kanunu (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg; Wet BIG) adlı iki kanun, bakım kalitesiyle doğrudan ilgilidir.

1.6.13.0.2 Sağlayıcıların ve kurumların onaylanması ve belgelendirilmesi

Ulusal Kalite Kurumu (NZA), ev temelli bakımdaki ve ayrıca kurumlardaki bakımın kalitesini izler. Tesisler, Hollanda Akreditasyon Enstitüsü tarafından onaylanır ve onay, şu bakım boyutlarına dayalıdır: müşterinin algıları, gayriresmi bakım hakkındaki sonuçlar, hizmet kullanımı, bakım çalışanlarının vasıfları ile memnuniyetleri ve klinik sonuçlar. Onay işlemi, geri ödeme/sözleşme açısından zorunludur.

Sağlık Denetim Kurulu (IGZ), LTC hizmetlerinin kalitesini izler. IGZ, kurumlar tarafından Sorumlu Bakım Kalite çerçevesi temelinde verilen bilgilerden faydalanır ve güvenli, etkili ve sorumlu bakıma dair değerlendirmeden edinilen sonuçları kullanır. Bu süreç, olası risklerin belirlenmesiyle başlar. Her yıl, denetlenmesi gereken birimlerin yüzdesi tespit edilir. Bu, sadece yüksek riskli kurumlara değil, orta riskin ve en iyi uygulamayı sergileyen kurumların seçilmesiyle de ilgilidir. IGZ, gerekirse denetim ziyaretinden sonra sıkı bir kontrol yapıp yapmayacağına veya başka uygulamalarla ilerleyip ilerlemeyeceğine karar verebilir. Son olarak IGZ, yılda bir kere tespit edilen, tamamlayıcı, temaya dayalı araştırmalar yapar⁹². Bakıcıların performansı izlenir ve hükümetlerin hesap verme raporlarıyla bilgi, halka açık hale getirir. Halka bildirmek zorunludur ve bu bildirim, bakımın etkililiğine ve güvenliğine ve ayrıca kullanıcı deneyimlerine dair göstergeleri içerir.

LTC'de Ortaklaşa Çalışma ve Entegrasyon

Hollanda'nın Bismarck sigortasına dayalı sistemi, kısa ve uzun vadeli bakım tedarikini ve kamu, öz denetimi ile piyasa rekabet modeli unsurlarını kapsayan bir kamu-özel boyutu içerir⁹³. Ayrıca, Hollanda'daki dayanışmaya, eşitliğe ve ihtiyaçların yol açtığı hizmetlere dair değerler, müşteriler merkezli bir yaklaşımla, üzerinde daha fazla görüşülmüş ve kendi kendini yöneten bir sistemi teşvik eder⁹⁴. Bu bağlamda, ulusal politikanın amaçlarını hayata geçirmek, genel olarak yerel makamlarla hizmet sağlayıcıları arasındaki işbirliğine dayalıdır. Hollanda'nın yerel idareleri – ister kendi

89 Yönlendirme Komitesi Sorumlu Bakım, 2007

90 Triemstra ve diğerleri, 2010

91 van der Veen ve Mak, 2010

92 Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007 9

93 Hardy ve diğerleri, 1999

94 Ex ve diğerleri, 2004



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

evlerinde, isterse bakımevlerinde yaşasın – yaşlıların sosyal refahına odaklanır. Bu odak noktası, Hollanda'daki geniş yerel makam birimleri ve ilgili kurumlarla ortaklaşa çalışmayı harekete geçirir⁹⁵.

Hollanda, uzun vadeli bakım hizmetlerine yönelik entegre komşuluk yaklaşımlarını (INA'lar) teşvik eder. INA'lar, toplumların, sağlık ve refahın ortak üreticileri olduğunu bünyesinde bulundurur ve kabul eder. Bunlar, belediyeler, sağlık ve sosyal bakım, gayriresmi bakım sağlayıcıları, gönüllü/üçüncü sektör, kiliseler, okullar ve özel sektör arasında işbirliğinden oluşur. Bu nedenle, hâlihazır-daki hizmet bölünmesiyle başa çıkma, bakım ve desteği insanların (karmaşık) ihtiyaçlarına göre koordine etme aracı olarak gün geçtikçe savunulurlar. INA'ların amacı, mevcut komşuluk kaynak-larını etkili bir şekilde kullanmak ve vatandaşların özel ihtiyaçlarına cevap verebilirliği arttırmak ve böylece kişi ve nüfus merkezli destek tedariki sağlamaktır. Hem resmi, hem de gayriresmi bakım arasında kişi merkezli bakım ve koordinasyon, önemli derecede farklılık sergileyen bakım sistem-lerine rağmen, genellikle özel sektör ve kamu tarafından fon sağlanan sağlık bakımının önemli bir bileşeni olarak görülür.

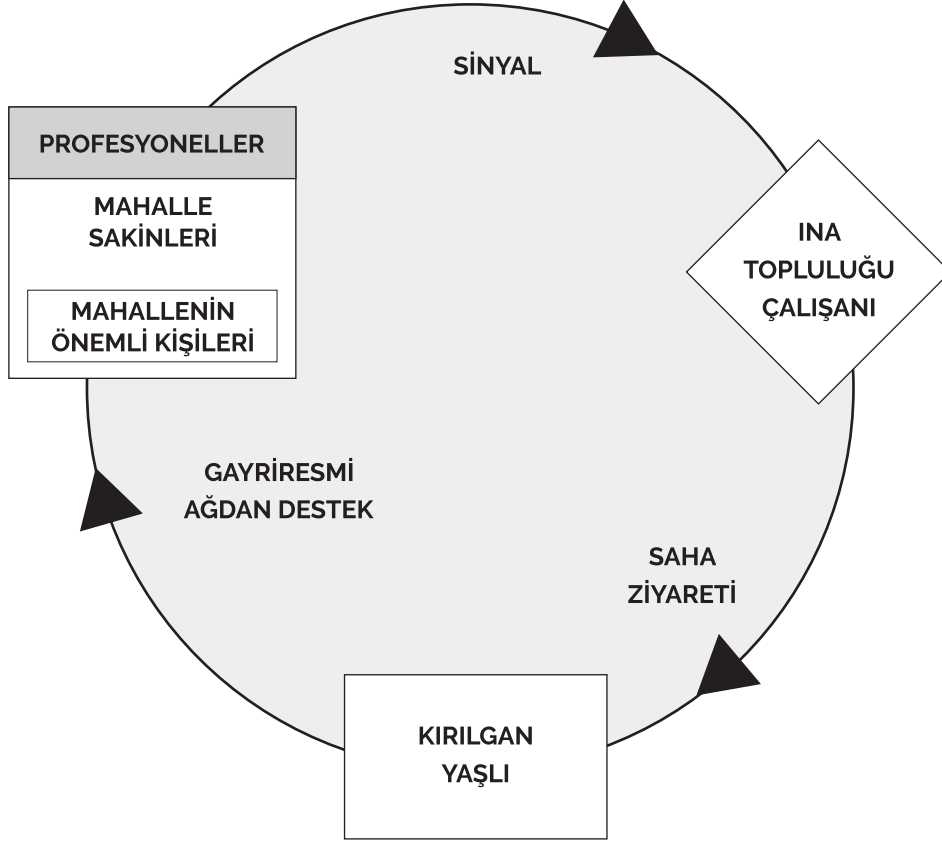
INA, Hollanda'nın tümünde karmaşık bakım ihtiyaçlarına sahip yaşlılar için bakımı iyileştir-me amacıyla tasarlanan Yaşlılar için Ulusal Bakım Programının bir parçası olarak, Hollanda Sağlık Araştırma ve Geliştirme Örgütü (ZonMw) tarafından sağlanan bir bağışla desteklenir. Yaşlılar için Ulusal Bakım Programı, Nisan 2008'de başlatılmıştır ve 2016'ya kadar devam edecektir. INA için sağlanan fonlar, Hollanda Sağlık Makamı'ndan (NZa), Geriatrik Ağ Rotterdam'dan ve Rotterdam Belediyesi'nden de alınır. 2011 yılında, Rotterdam Belediyesi, yerel sağlık ve sosyal bakım kurumla-rı, Erasmus Üniversitesi Rotterdam, Uygulamalı Bilimler Üniversitesi ve Geriatrik Ağ, Rotterdam'da toplum içinde yaşayan yaşlı insanlar INA'yı başlattı ve belediyenin liderlik ettiği bu faaliyete "Ko-nuşalım" adı verildi. Bunun kapsayıcı amacı, toplum içinde yaşayan yaşlıların bağımsız şekilde ya-şamalarına olanak sağlayan, destekleyici bir çevre yaratmaktır. Sağlık ve sosyal bakım hizmetleri, Rotterdam'da büyük oranda mevcut olmasına rağmen, genellikle bölünmüştür. Güçsüz yaşlıların erken belirlenmesini destekleyen sosyal yardım faaliyetlerini içermez. Yaşlıların evlerinde yaşı-malarına devam etme yeteneğini kolaylaştıran (önleyici) stratejilere yatırım yapma ihtiyacı, beledi-yelerin sosyal hizmetlerle ilgili sorumluluklarıyla (örneğin, evde bakım ve yaşlıların ve gayriresmi destek sağlayıcıların desteklenmesi) birlikte artmıştır. Bu amaca ulaşmak için INA'nın, Hollanda'da-ki yaşlılar için bakım ve destek tedarikiyle ilgili engelleri aşması, hâlihazırdaki hizmetleri en uygun hale getirme çabalarında birbirlerine karşılıklı olarak bağlı olduklarını kabul etmelerine dayalı ola-rak, sağlık ve sosyal bakım sağlayıcılarıyla toplumdaki gayriresmi destek sağlayıcıları arasındaki ağları güçlendirmesi gerekir. INA bağlamında, profesyonellerden ve konaklayanlardan, mahalle-lerini izlemeleri ve yaşlılar arasındaki güçsüzlük göstergelerini INA toplum çalışanlarına bildirme-leri istendi (Şekil 15).

95 Chen 2016



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 15 Hollanda'daki INA Modeli



Erken tespit ve vaka saptaması, yaşlıların yerlerinde yaşlanmalarını desteklemek açısından çok önemlidir. Konaklayanlar, yaşlıların hayatlarındaki değişiklikleri ve bozulmaları, genellikle profesyonellerden daha erken safhada fark ederler. Mahallelerin 'göz kulağı' olan önemli kişileri, aktif sakinler ve ayrıca bu alanlarda çalışan profesyoneller (örneğin, pratisyen hekimler, sosyal hizmet görevlileri, polis memurları) temsil eder. Bu önemli kişilerin, yaşlı birisinin desteğe ihtiyacı olabileceğini fark etmesi halinde, INA'nın topluluk çalışanına bir sinyal yoluyla ulaşmaları beklenir. Bu topluluk çalışanları, sağlık bakımı ve sosyal bakım geçmişine sahiptir ve genellikle en azından bir sosyal hizmet görevlisini ve mahalleye aşina bir topluluk hemşiresini içeren INA ekiplerine geçici olarak yeniden tahsis edilmiş olabilirler. Topluluk çalışanları, yaşlıları evlerinde ziyaret ederler ve aşamalı mülakatlar yoluyla isteklerinin ve ihtiyaçlarının haritasını çizerler. Topluluk çalışanları, yaşlılarla istişareye girerek, (tercihen gayriresmi) ağları içinde uygun çözümler ararlar.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Hollanda'daki Yaşlı Bakım Modelinin Özeti

Hollanda'daki yaşlı bakım modelinde, diğer Avrupa ülkelerinin aksine, aileden veya geniş topluluktan birkaç beklentiyle birlikte bakım sağlama sorumluluğu devlete aittir. Yaşlı bakımı, istihdam yoluyla işleyen ulusal bir sosyal sigorta sistemi sayesinde finanse edilir. Ulusal sigorta planının kapsamadığı bireyler için bütçe hesaplı yardımlar vardır. Ne var ki, devlet fonlu destek için daha katı uygunluk kriterlerine yönelik bir politika eğilimi vardır ve yaşlıların büyük bir kısmı özellikle huzurevi ve kurum hizmetleri olmak üzere aldıkları hizmetlere bir dereceye kadar katkıda bulunur⁹⁶. Hollanda'da yaşlı bakımı tedariki, büyük oranda huzurevinde bakıma dayalıydı (Hollanda, 1970'lerde Avrupa'nın en yüksek huzurevinde bakım seviyesine sahipti). Ancak geçtiğimiz on yılda evde bakım hız kazanmaya başladı. Bu, bir öz bakım ve yaşlıların ve hizmetlere ihtiyaç duyanların bağımsızlığı ideolojisi kapsamında meydana geldi. Bu ideolojiye rağmen, gayriresmi bakım tedariki, nüfusun yaklaşık sekizde birinin ücretsiz yaşlı bakımı sağladığına dair tahminler de söz konusu olduğunda sağlanan bakımın önemli bir kısmını oluşturur⁹⁷.

Hollanda modeli içinde, devlet yaşlıların bakımını doğrudan sağlamaz, daha ziyade devlet o zamanlar ilgili kurumlara taşınan yaşlı bakım hizmetlerinin yapılandırılmasında önemli bir rol oynar. Bununla birlikte, diğer hizmetlere veya gayriresmi desteğe erişemeyenler için bir güvenlik ağı görevi gören bazı mütevazı, doğrudan kamu hizmeti tedarikleri vardır. Gayriresmi bakım kapsamında, yaşlılar için bakım tedarikinde oynadıkları rol nedeniyle doğrudan yardım alınmazken kişisel bütçelerin getirilmesi, evde bakım hizmetlerine bir alternatif olarak işler ve aile ve gayriresmi bakıcılar için ödeme yapmak amacıyla kullanılabilir. Yapılan araştırmalarda, özel sektör için güçlü bir rolle birlikte, yaşlılar için bakım sağlamak amacıyla resmi ya da gayriresmi göçmen işçi kullanımının Hollanda'da düşük düzeyde olduğu öne sürülür⁹⁸.

Hollanda'daki Yaşlı Bakım Sistemi ve Daha Geniş Avrupa Kapsamı

Hollanda örneği, Belçika ve Avusturya gibi Avrupa ülkelerinde yer alan kurumsal bir refah modeli örneğini temsil eder. Bu model, Avrupa'daki diğer ülkelerden farklılık göstermekle birlikte, Hollanda, birçok Avrupa ülkesi tarafından benimsenen kişiselleştirme gündemine doğru bir yönelime işaret eden ve bakım tedarikini kurumsal ortamlardan yaşlıların kendi evlerine doğru yönlendiren kişisel bütçeyi getirmiştir. Nakit yardımları, özel sektör dâhil olmak üzere kurumları yaşlılar için bakım sağlama piyasasında rekabet etmeye teşvik eden bir piyasalaştırma süreciyle ilişkilidir. Bu dinamikler, devletin doğrudan hizmet tedariki yerine özel sigortacılar arasındaki rekabeti yönetmeye doğru yönelmesini kapsamıştır⁹⁹. Yaşlılar için bakım modelinde büyük oranda reformlar yapılmıştır ve Hollanda'nın sağlık ve reform tecrübesi, sağlık hizmeti finansmanının altında yatan modeli temelden değiştirmenin mümkün olduğunu gösterir.

96 Lyon & Glucksmann 2008

97 Glucksmann & Lyon 2006

98 Visser-Jansen & Knipscheer 2004; Lyon & Glucksmann 2008

99 Robertson ve diğerleri 2014



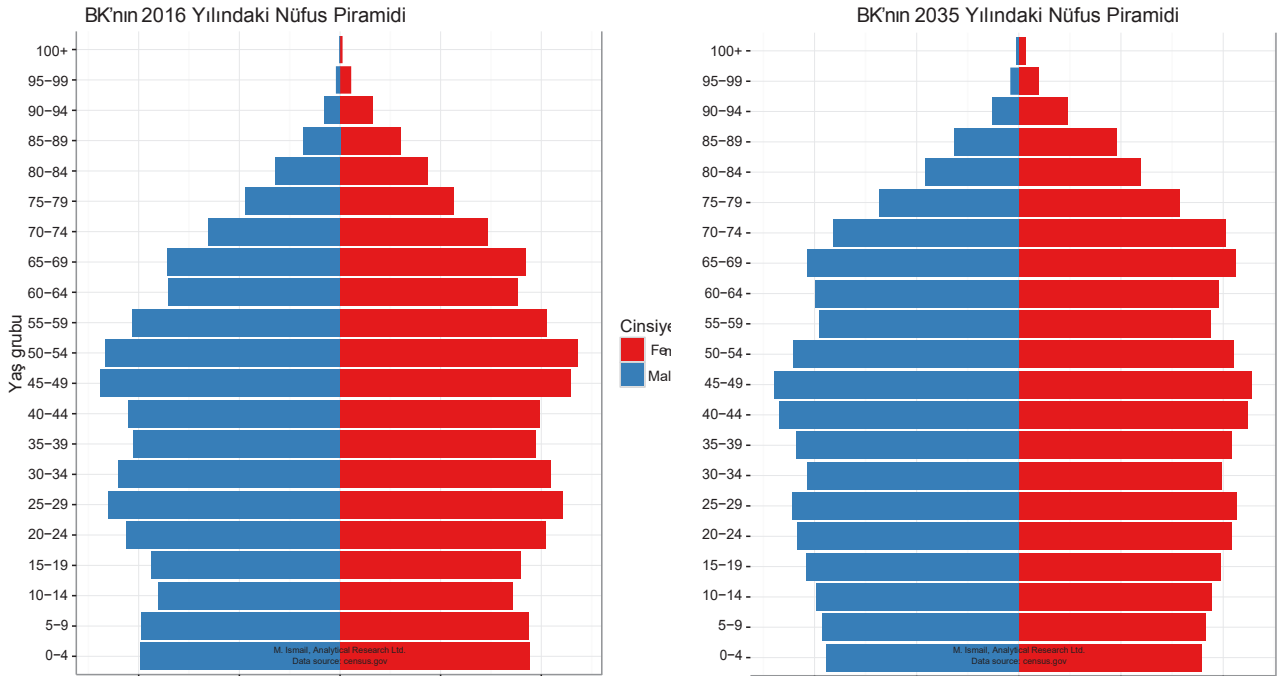
Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

5. Birleşik Krallık'ta Yaşlı Bakım Sistemi

Arka Plan: Birleşik Krallık'ta Yaşlanmak

Birleşik Krallık, Avrupa'nın en büyük nüfuslarından birine sahiptir (Almanya'nın nüfusundan daha az ve Fransa ile İtalya'nınkine yakındır). 2016 yılında yaklaşık 65 milyonluk toplam nüfusa sahip Birleşik Krallık'ta (BK) 65 yaş ve üzeri 11 milyon kişi vardır. 85 yaş ve üzeri kişinin sayısı 1,5 milyondur. Ayrıca, BK'da 60 yaş ve üzeri kişilerin sayısı, 18 yaş altındakilerin sayısından fazladır. Şekil IV.1, İngiltere'nin 2016 yılındaki ve 2035 yılı için tahmin edilen nüfus piramitlerini gösterir.

Şekil 16 BK'nın 2016 ve 2035 yıllarındaki nüfus piramidi



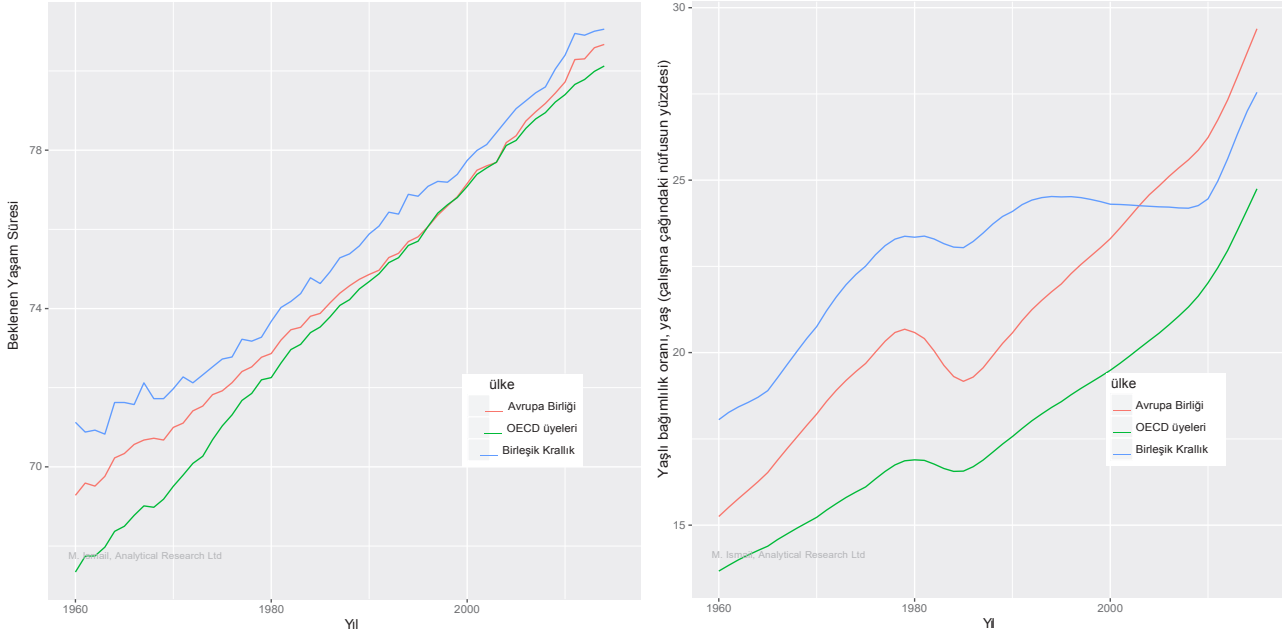
Birçok AB ve OECD ülkesine benzer şekilde, BK'nın nüfus yapısı değişmekte ve yaşlı gruplarında artışlar olması tahmin edilmektedir. 2035'e dair tahminler, daha fazla kadının özellikle en yaşlı yaşlılar (80+) olmak üzere yaşlı grubunda yer alacağına işaret eder. Bunun sebebi, cinsiyete göre beklenen yaşam süresindeki farklardır. Şekil IV.2'de, AB ve OECD ülkelerine kıyasla BK'da 1960'dan bu yana beklenen yaşam süresindeki ve yaşlı bağımlılık oranındaki eğilimler gösterilmektedir. BK'da ortalama beklenen yaşam süresi, 1960'tan bu yana istikrarlı şekilde artmış ve AB ile OECD ortalamasının üzerinde kalmıştır.

Bununla beraber, beklenen engelsiz yaşam süresi, beklenen yaşam süresinden – muhtemelen yaşayacağımız sürenin uzunluğu – daha yavaş şekilde artmaktadır. Yani insanlar engelleriyle daha uzun yıllar boyunca yaşarlar. Ayrıca, yaşlı bağımlılık oranı, 1990'ların sonuna kadar artmaya devam etti. Son birkaç yılda tekrar artmaya başlamadan önce birkaç yıllığına sabitti. Yaşlı bağımlılık oranı, hâlihazırda OECD ülkeleri ortalamasının üzerinde ancak AB ortalamasının altındadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 17 AB ve OECD ortalamasına kıyasla BK'da 1960 ila 2016 arasındaki beklenen yaşam süresindeki ve yaşlı bağımlılık oranlarındaki eğilimler



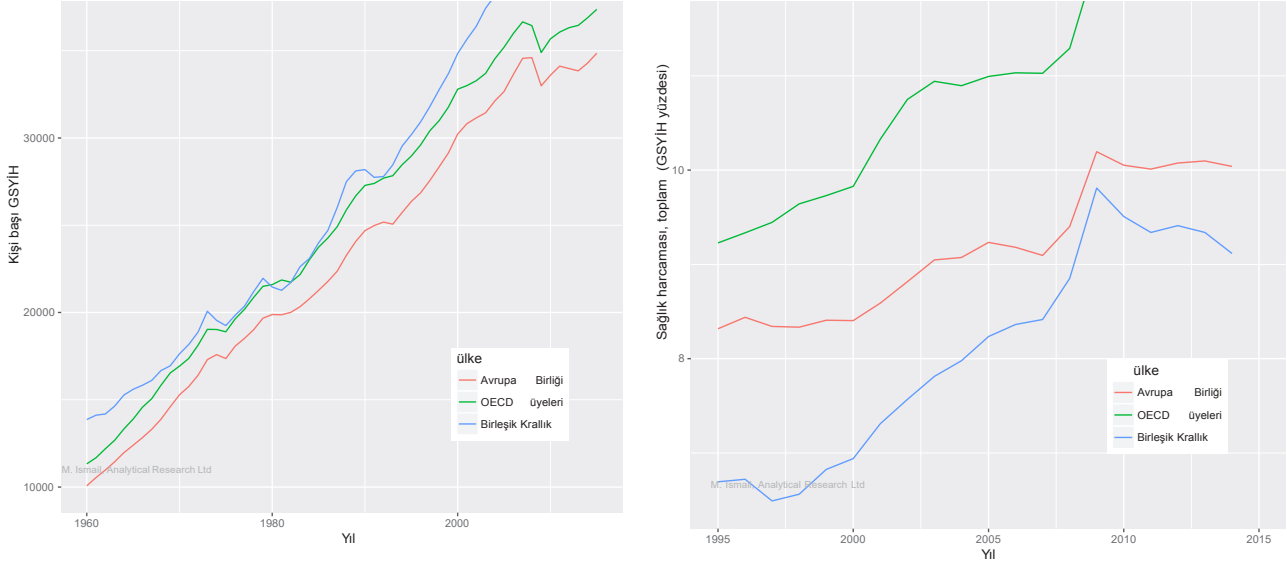
AB ve OECD ortalamasına kıyasla BK'daki kişi başına GSYİH ve sağlık harcaması açısından, Şekil 18, BK'daki kişi başına GSYİH'nın 1960'lardan bu yana son birkaç yıldır hafifçe artan boşlukla birlikte AB ve OECD ortalamalarının üzerinde kaldığını gösterir. Öte yandan, GSYİH yüzdesi cinsinden toplam sağlık harcaması, hem AB hem de OECD ortalamasının altında kalmaya devam etti. Yaşlıların uzun vadeli bakımına yapılan kamu harcaması, geçtiğimiz on yılda önemli oranda düştü. 2005 ila 2006 arasında hafifçe azalırken, 2010-2011'den itibaren büyük oranda düştü. 2005-2006'da, yerel makamlar, yaşlı bakım hizmetleri için gerçek anlamda toplam 8,26 milyar İngiliz sterlini harcıyordu. Ancak son yerel makam gelir hesapları, yaşlıların sosyal bakıma yönelik bütçenin 2015-2016'da sadece 6,31 milyar İngiliz sterlinin altına düştüğünü gösterir. Bu rakam, sadece 10 yılda gerçek anlamda 2,95 milyar sterlinlik bir azalmaya işaret eder.

Bu azalmanın büyük bir kısmı, son beş yıla yoğunlaşmıştır: sosyal bakım bütçeleri 2010-2011 ve 2013-2014 arasında 1,2 milyar sterlinlik bir düşüş yaşamış ve 2015-2016'ya dair bütçe tahminleri, 472 milyon sterlinin üzerinde başka bir azalmaya işaret eder¹⁰⁰.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 18. AB ve OECD ülkeleri ortalamasına kıyasla 1960 ila 2016 arasında BK'daki GSYİH yüzdesi açısından kişi başına GSYİH'ndaki ve sağlık harcamasındaki eğilimler



Birleşik Krallık'taki Uzun Vadeli Bakım Politikasının Yapısı

İngiltere'nin refah modeli, sadece hizmetleri kendi başlarına satın almaya maddi gücü yetmeyen en korunmasızların kamunun finanse ettiği desteğe hak kazandığı bir 'arta kalan' modelidir. Birleşik Krallık'ta, Galler, İngiltere, İskoçya ve Kuzey İrlanda'nın kendi uzun vadeli bakım (LTC) sistemlerini ayrı ayrı yönettikleri bir LTC sistemi geliştirilmiştir. Birleşik Krallık'ın %83'ünün İngiltere'de ikamet ettiği göz önüne alınırsa, hizmet kullanımının ve harcamanın çoğu İngiltere ile alakalıdır. LTC'nin mali sorumluluğunun büyük bir kısmı, bireye aittir. Ancak LTC finansmanı ve LTC hizmetlerinin sağlanması için oldukça kamu desteği de vardır. Uzun vadeli bakımın finanse edilmesi, özellikle Kraliyet Komisyonu'nun 1999 yılında rapor etmesinden bu yana yıllardır bir tartışma konusudur. Önceki iki BK hükümeti, reformlar için önemli teklifler yayınlamıştır.

BK'nın LTC politikasına dair finansman ve yapıların kökeni, savaş sonrası refah devletine dayanır. O zamanlar yeni kurulan Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) 'tedavi' ve 'iyileştirmeden' sorumluyken, yerel makamlar 'bakım ve özen' ihtiyacı duyan kişiler için huzurevinde ve evde bakım hizmetleri sağlıyordu¹⁰¹. 1999 yılında, sağlık ve sosyal bakım politikaları ve hizmetlerinin sorumluluğu BK Parlamentosundan İskoç Parlamentosuna ve Galler ve Kuzey İrlanda Meclislerine devredildi. Sosyal koruma ve sosyal güvence dâhil olmak üzere, diğer işlevler hâlâ BK Parlamentosunun sorumluluğundadır. Yasal sorumlulukların bu şekilde devredilmesi, politika uygulamasını şekillendiren her BK ülkesinde yer alan değişik kurumsal yapılarla birlikte, BK'yı teşkil eden ülkeler arasında farklılıklara yol açmıştır. Bunların birçoğu nispeten azdır ancak sosyal bakımla ilgili olarak özellikle belirgindirler¹⁰². Bu sorumluluk bölüşümüne farklı finansman ve hesap verebilirlik mekanizmaları dayanak oluşturmuş ve bu mekanizmalar, 1940'ların sonundan bu yana temelde değişikliğe uğramadan aynı kalmıştır.

Yerel makam hizmetleri, merkezi ve yerel olarak ortaya çıkan vergilendirme karışımıyla birlikte hizmet kullanıcılarına yüklenen bütçe hesaplı ücretlerin yaptığı önemli katkılarla finanse edi-

101 Means ve Smith 1998

102 Bell, 2010



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yerel makam LTC hizmetlerinin merkezi hükümete hesap verebilirliği, son 50 yılda çok çeşitli mali kontroller ve performans yönetim mekanizmaları yoluyla artmıştır. Ancak yerel olarak seçilen siyasetçilerin de bazı hesap verme zorunlulukları vardır. LTC devlet harcamasını azaltmak, birbiri ardına gelen BK hükümetleri tarafından 2008 yılındaki mali kriz sonrası hükümet açıklamalarıyla başa çıkma mantığıyla benimsenmiş bir politikadır. Sosyal hizmetlerine dair bu yaklaşımı benimseyen ilk Avrupa ülkelerinden birisi olan BK, bu süreci Thatcher hükümeti (1979-1983) sırasında başlattı. Son 20 yıldaki reformlar, piyasayla ilgili rekabetin maliyetleri düşürme, sağlayıcıların gücünü azaltma ve kullanıcılar için seçim, kalite ve duyarlılığı iyileştirme açısından etkililiğine duyulan sürekli inancı yansıtmıştır.

Merkezi hükümet, baştan sona sağlık ve sosyal hizmetler politikasından sorumludur. BK'da, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler gelişmiş bir fonksiyondur, ancak bu merkezi hükümetin İngiltere dışındaki üç ülkedeki rolü İskoç Yönetimi, Galler Milli Meclisi ve Kuzey İrlanda Meclisine devredilir. Bu durum politikaların, BK'yı oluşturan dört ülke arasında farklılık gösterebileceği anlamına gelir.

Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) altındaki sağlık hizmetlerine, çoğunlukla genel vergilendirmeye ama kısmen ulusal sigorta katkılarıyla fon sağlanır. Kaynaklar, merkezi hükümet tarafından, nüfusları için çeşitli sağlık hizmetleri tahsis etmekten sorumlu yerel birincil bakım örgütlerine dağıtılır.

Sosyal hizmetler için fon, yerel makamlarca yerel vergilerden ve kullanıcıların hizmet ücretlerinden edinilen kaynaklarla ama esasen merkezi hükümet bağışlarıyla sağlanır. Bu, sosyal hizmetlerin, genel vergilendirmeye de finanse edildiği anlamına gelir. Yerel makamlar, bölgelerinde yaşayan bireylerin bakım ihtiyaçlarını değerlendirmekten, uygun oldukları ve mali kriterleri karşıladıkları değerlendirilen kişilere bakım hizmetlerini düzenlenmekten ve maddi destek sağlamaktan sorumludur. Yerel makamlar, bakım sağlamaktan ve kapasite planlamasından sorumlu değildir ama yerel nüfuslarının ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamaları gerekir.

Yerel makamlar, satın alma ve fon sağlama rolleri açısından önemli derecede özerkliğe sahiptir. Merkezi hükümetten bir bağış alır ve ayrıca kendi fonlarını, kendi yerel vergilerini belirleyerek toplar. Aldıkları merkezi hükümet bağışı, genellikle belirli hizmetler için 'tahsis edilmiş' değildir. Bu nedenle yerel makamlar, kendi genel bütçesini sorumlu olduğu eğitim, sosyal hizmetler, planlama, vb. farklı hizmetlere nasıl tahsis edeceğine karar verebilir.

Mevcut mali iklim içinde, nüfus yaşlanması ve diğer faktörler nedeniyle uzun vadeli bakım taleplerindeki artışla birlikte, 2015/16 yıllarında, NHS sağlayıcıları, bütçelerinde 2,45 İngiliz sterlinine varan fazla harcama yapmıştır. Yerel makamların bütçelendiklerinden 168 milyon Avro daha harcadıkları ve bunu yapmak için rezervlerine devam ettikleri bildirilmiştir¹⁰³.

Tahminlere göre, sektör, her yıl için İngiliz ekonomisine 40,4 milyar İngiliz sterlini katkıda bulundu. İşçiler, ortalama olarak, sektörde sekiz yıllık deneyime ve bu görevde dört yıllık deneyime sahipti. Yetişkinler için sosyal yardım iş gücünün çoğunluğu (%83) İngiliz, %7'si AB vatandaşı, %11'i ise AB vatandaşı değildi. Bir işçinin ortalama yaşı 43 idi ve beşte biri, 55 yaş üzeriydi. Ocak 2015'ten bu yana görevlerinde yeni olan, doğrudan istihdam edilmiş personelin yaklaşık üçte ikisi bakım sertifikasına sahipti veya bu yönde çalışıyordu. 2015/16 yıllarında, zorunlu Ulusal Geçim Maaşının başlatılmasından önce, bakım görevlisi ödemesi 7,46 İngiliz sterlini. 2015 yılında, yeni başlayanların oranı %35 ve personel değişim oranı %27,3 idi ^{104 105}.

103 Bakım Kalite Komisyonu 2016

104 Hussein, Ismail ve Manthorpe 2016b

105 Bakım Becerileri 2016



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İhtiyaçlar Değerlendirmesi

Bakım ve destek ihtiyaçları duyan yetişkinlere, yaşlılara ve ayrıca onlara bakanlara odaklanan Bakım Kanunu (2014), değerlendirme sürecine rehberlik eder. Bu, bazı uzmanlık alanlarını kapsamaz. Zihinsel Sağlık Kanunu, 1983 tarihli Zihinsel Sağlık Yasasıyla ayrıca belirlenir. Örneğin, ileri demans nedeniyle işlerini kendi başına yapmak için gereken ruhsal kapasiteye sahip olmayan kişiler için karar vermeyi ve diğer konuları yöneten kanun, 2005 tarihli Zihinsel Kapasite Yasasıdır. Bununla beraber, bilişsel güç kaybı yaşayan ve akıl hastalığından muzdarip kişiler, 2014 sayılı Bakım Kanunu uyarınca, başkalarıyla aynı haklara sahip değildir.

2014 sayılı Bakım Kanunu, yerel makam yetişkin sosyal hizmetlerinin kanuni yetkilerini ve görevlerini başlı başına düzenler. Daha detaylı bazı yasalar, bu kanun uyarınca hazırlanan yönetmeliklerdedir. Bu yönetmeliklerden 20 adet mevcuttur ve bunlar da yasal olarak bağlayıcıdır. Profesyonellerin bu kanunu uygulamaya geçirmelerine yardımcı olmak amacıyla, İngiltere Sağlık Bakanlığı, bu kanunun nasıl işlemesi gerektiğine dair oldukça detaylı tavsiyeler sağlayan 2014 tarihli Zorunlu Bakım ve Destek Kılavuzunu da yayımlamıştır.

Aşağıdakiler dâhil olmak üzere, durumunuzun yerel makamın dikkatine sunulabileceği bazı yollar vardır. Kendi kendine sevk; bir bakıcıdan, arkadaştan ya da aile üyesinden veya GP'niz gibi bir profesyonelden bireysel izinle sevktir. Bir bireyin hastaneden taburcu olduktan sonra evde yardıma ihtiyacı olduğunu değerlendirmesi halinde, bu kişi, bir hastane ortamındaki bir hekim veya hemşire de olabilir. Yerel makam, bir bireyin ihtiyaçları olabileceğinin farkına vardıktan sonra, bu makamın, bir 'ihtiyaçlar' değerlendirmesi yapma görevi ortaya çıkar. Bu, yasal bir görevdir ve yapılan değerlendirme, bireyin ihtiyaçlarının tüm özelliklerini göz önüne almalıdır. Yaşlı bir kişi, ihtiyaçlar değerlendirmesi için gereken özellikleri neredeyse her zaman taşır. Bu, çok çeşitli yollarla yapılabilir. Bu hak, bireyin mali durumundan veya diğer koşullardan etkilenmez. Bireye veya bakıcısına değerlendirmenin bir nüshası verilecektir.

İhtiyaçlar değerlendirmesinden sonra, yerel makam, birey için bakım hizmetleri sağlamanın veya düzenlemenin gerekip gerekmediğine karar vermelidir. Karar vermek için ulusal uygunluk kriterlerini kullanır. Bunlar, kıt kaynakları en çok ihtiyaç duyanlara vermeye çalışmak ve bundan emin olmak için sınırlı kaynakları bölüştürmenin bir yoludur. Bakıcının uygunluk kriteri, bakım ihtiyacı duyan kişinin kriterinden biraz farklıdır. Bireysel olarak belirlenen ihtiyaçların uygunluk kriterlerini karşıladığı belirlendikten sonra, yerel makamın, bakıcılar dahil, toplumda başka bir destekle karşılanamayan ihtiyaçların karşılanması amacıyla, kişi için destek düzenleme veya sağlama yönünde yasal bir görevi ortaya çıkar.

Bakım desteği, bütçe hesaplıdır. Yerel makam, bir bireyin, değerlendirilen ihtiyaçları karşılamak için hizmetler sağlama maliyetine ne kadar katkı sağlaması gerektiğini belirlemek amacıyla, bir mali değerlendirme (bütçe hesabı) yapacaktır. Bazı kişiler, tüm bakım maliyetlerini karşılayabildiği yönünde değerlendirilecektir. Yerel makamlar, genel ücret seviyeleri hakkındaki bilgileri yayınlamalı ve bütçe hesabını işlerken ulusal kılavuz ilkeleri izlemelidir.

Her yerel makamın değerlendirmeleri yapma şekline dair büyük bir takdir yetkisi vardır ancak izlenmesi gereken bazı önemli yasal ilkeler de mevcuttur. Örneğin (2014 tarihli Bakım Kanundan bölüm 9 (yetişkinler) ve bölüm 10 (bakıcılar):



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- Değerlendirme, refah faktörleri üzerindeki etkileri ve kişinin elde etmek istediği sonuçları içermelidir.
- Yetişkin, bakıcı veya yetişkinin istediği başka bir kişi dâhil edilmelidir. Bir bakıcı değerlendirilmesi durumunda, bu kişi, bakıcı ve dâhil etmek istediği başka bir kişidir.
- Değerlendirmede, önleyici hizmetler ve/veya tavsiye ve bilgi dâhil olmak üzere, bakım ve destek sağlamanın dışında, bireyin istenen sonuçlara ulaşmasının yollarını göz önüne almalıdır.

Bakıcılar durumunda, bölüm 10, bakıcı değerlendirmelerinin aşağıdakileri de göz önüne almasını gerektirir.

- Bakıcının bakım sağlamaya devam edip edemeyeceği ve devam etmeyi isteyip istemediği veya istemeyeceği.
- Bakıcının çalışıp çalışmadığı veya çalışmayı isteyip istemediği.
- Bakıcının eğitim, öğretim veya boş zaman etkinliğine katılıp katılmadığı veya katılmayı isteyip istemediği.

Değerlendirme, uygun bir şekilde eğitilmesi gereken, ilgili becerilere, bilgiye ve yeterliğe sahip bir kişi tarafından yapılmalıdır. Bu, değerlendirmeyi yapan kişinin yetkin bir sosyal hizmet görevlisi olması gerektiği anlamına gelmez ama bu kişi, bu işi yapmak üzere yetkin ve eğitilmiş birisi olmalıdır. Bir bireyin karmaşık ihtiyaçları varsa, büyük ihtimalle vasıflı bir sosyal hizmet çalışanı veya bir meslek hastalıkları uzmanı ya da her ikisi tarafından değerlendirilmelidir. Bir bireyin demans gibi uzmanlaşmış bir durumu varsa ve bilhassa eğer bir kişi hem sağır hem de körse, bu kişiler, uygun eğitimi almış bir uzman tarafından değerlendirilmelidir.

Uygunluk eşiği, bakım ihtiyaçları duyan yetişkinler ve bakıcılar için farklıdır. Her iki kriter seti, 2014 tarihli Bakım ve Destek (Uygunluk Kriterleri) Yönetmeliklerinde düzenlenir.

Bir birey, uygunluk eşiğini aşağıdaki durumlarda karşılayacaktır:

- İhtiyaçları, herhangi türde bir engel veya hastalıkla bağlantılıdır.
- Bu ihtiyaçlar, aşağıdaki listede yer alan iki veya daha fazla sonucu elde etmesini engelliyordur.
- Bu durum, refahları üzerinde önemli bir etkiye yol açıyordur.

Yönetmeliklerdeki sonuçların listesi, aşağıdaki gibidir: (a) Beslenmeyi yönetmek ve sürdürmek,

- (b) Kişisel hijyeni muhafaza etmek,
- (c) Tuvalet ihtiyaçlarını yönetmek,
- (d) Uygun şekilde giyinmiş olmak (bu, giyinebilmeyi içerir),
- (e) Yetişkinin evinden güvenli şekilde faydalanabilmek,
- (f) Yaşanabilir bir ev çevresini muhafaza etmek,
- (g) Aile ilişkilerini veya diğer kişisel ilişkileri geliştirebilmek ve sürdürebilmek,
- (i) İşe, eğitime, öğretime ve gönüllü çalışmaya erişmek ve bunlarla meşgul olmak,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

(i) Gereken tesislerden veya toplu taşıma dahil olmak üzere, yerel toplumdaki gerekli tesislerden ya da hizmetlerden ve dinlence-eğlence tesislerinden ya da hizmetlerinden faydalanmak

(j) Yetişkinin bir çocukla ilgili bakım sorumluluklarını yerine getirmek.

Yönetmelikler, aşağıdaki durumlardaysanız, bir sonuç alamadığınız şeklinde muamele göreceğinizi de belirtir:

(a) Bunu yardım almadan başaramamak,

(b) Bunu yardım almadan başarabilmek ama bunu yapmanın size büyük oranda acı, sıkıntı veya endişe vermesi,

(c) Bunu yardım almadan başarabilmek ama bunu yapmanın sizi tehlikeye sokması veya sizin ya da başkalarının sağlığını, güvenliğini tehlikeye sokma ihtimaline yol açması,

(d) Bunu yardım almadan başarabilmek ama normalde beklenenden önemli derecede daha uzun sürmesi.

Yerel makam tarafından uygun oldukları düşünülen ve bütçe değerlendirmesinden geçen kişiler, yerel makamın fon sağladığı hizmetler (veya doğrudan ödemeler) için gereken özellikleri taşırlar. Uygunluk kriterleri, değerlendirmelere dair düzenlemeler ve bütçe düzenlemeleri, yerel olarak belirlenir. Yerel makamlar arasında değişkenlik mevcuttur.

Hizmetler ve Kullanıcıların Profili

BK'da üç tip kurumsal bakım vardır: Huzurevleri; bakımevleri ve evde bakım. Gönüllü örgütler, yerel konseyler, sağlık makamları ve özel kuruluşlar dâhil olmak üzere, karışık bir piyasa, LTC sağlar. Kamu sağlayıcıları, hem yerel makamlarca yönetilenleri, hem de NHS tarafından yönetilenleri içerir. BK'daki bu evlerin küçük bir yüzdesi kamu sektörü tarafından işletilirken, çoğunluğu özel sektördeki sağlayıcılarca işletilir. Birçok kamu şirketi, 2000 yılının başına devletin LTC için fon yetersizliği dâhil olmak üzere kötü piyasa koşulları nedeniyle özelleştirildi. BK'da, 10 özel şirket, LTC piyasasının yaklaşık yüzde 20'sini oluşturmaktadır¹⁰⁶. Birleşik Krallık, LTC ihtiyaçları için akut sağlık hizmetlerinin kötüye kullanımını önlemek amacıyla hastane dışında bakım desteği ayarlamaktadır. Birleşik Krallık'ta akut bakımda demans için ortalama kalış süresi 2004 yılında 74 günken, bu sayı 2008'de 62 güne inmiştir.

Kamu tarafından finanse edilen sosyal hizmetlere erişim, esasen yerel makam sosyal hizmetler birimi tarafından yönetilen bir bakım ihtiyaçları değerlendirmesi yoluyla yapılır. Değerlendirme ve bakım yönetiminin amacı, hizmetleri daha fazla engelli olanlar için hedeflemeye özen göstererek insanların ihtiyaçlarıyla kullanılabilir hizmetleri eşleştirmektir. İnsanlar, evde yardım sağlayanlara veya bakımevlerine de doğrudan yaklaşabilirler. Bakım değerlendirmesi ve organizasyonunun koordine edilmesine bir bakım yöneticisi dahil edilebilir. Bakım yöneticisi, hizmetlerin satın alınması için devredilmiş bir bütçeye sahip olabilir. Uygunluk kriterleri, değerlendirmelere yönelik ayarlamalar ve bütçe düzenlemeleri, yerel olarak tespit edilebilir ve yerel makamlar arasında farklılık gösterebilir. Uygunluk eşikleri, yerel makamdan yerel makama değişir. Bununla beraber, birçok yerel makam, uygunluğu sadece asgari düzeyde varlıklara veya maddi birikime sahip olan-

106 Teknoloji Strateji Kurulu 2012



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

larla (böylece evi varlık tahminlerine dâhil edilen ev sahipleri sıklıkla hariç tutulur) düşük gelirliyle ve yüksek seviyelerde bakım ihtiyacıyla sınırlandırır. Gerçekten de, kamu harcamasındaki oldukça sıkı güncel kısıtlamalar nedeniyle yerel makamların birçoğu kendi ihtiyaçlara ilişkin uygunluk kriterlerini en yüksek seviyelere çıkarmaktadır.

Yaşlıların sosyal bakımı için yapılan kamu harcaması, geçtiğimiz 10 yıl içinde önemli derecede düşmüştür. 2005/06 ile 2009/10 arasındaki hafif düşüşten sonra, 2010/11'den itibaren çarpıcı şekilde azalmıştır. 2005/06'da, yerel makamlar, yaşlılar için bakım hizmetlerine reel olarak toplam 8,26 milyar İngiliz sterlini harcadı. Bununla beraber, son yerel makam gelir hesapları, yaşlılar için sosyal bakım bütçesinin 2015/16'da sadece 6,31 milyar İngiliz sterlinine düştüğünü gösterir. Bu durum, sadece 10 yılda, reel anlamda, 1,95 milyar sterlinlik bir düşüşe işaret eder. Bu azalmanın büyük bir kısmı, son beş yıla yoğunlaşmıştır; sosyal bakım bütçeleri, 2010/11 ile 2013/14 arasında 1,2 milyar İngiliz sterlini düzeyinde bir düşüş yaşamıştır. 2015/16 tahminleri, 4,72 milyardan fazla İngiliz sterlini düzeyinde daha fazla bir düşüşe işaret eder.

Yerel makamların finanse ettiği kullanıcılar arasında, bakım hizmetleri, çoğunluğunda (%78), bağımsız sektör (gönüllü ve özel kuruluşlar), yerel konseyler (%8), sağlık makamları (%6) tarafından veya doğrudan yaşlılar tarafından işe alınan çalışanlar (%9) tarafından sağlanır. Bakım Kalite Komisyonu, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini düzenler ve bakımevlerini, evde bakım kuruluşlarını ve hemşirelik kuruluşlarını izler. Aynı yardımlar, huzurevinde bakımı, gündüz bakımını, evlere yemek servisini, evde yardımı, ev uyarlamalarını, profesyonel desteği kapsar. Hizmetler yerine doğrudan ödemeler (nakit yardımları) alınabilir. 2015 itibarıyla, İngiltere'de tahminen 19.300 örgüt, yetişkin sosyal bakımının sağlanmasında veya organize edilmesinde yer almıştır. Bunlar, hemşirelik hizmetleri olmaksızın 11.600 bakımevini, hemşirelik hizmetleriyle birlikte 4.600 bakımevini ve huzurevi dışındaki 8.100 bakım hizmetini kapsıyordu. Ayrıca, sadece İngiltere'de, tahminen 235.000 yetişkin, yaşlı ve bakıcı, yerel konseylerin sosyal hizmetler biriminden direkt ödeme alır. 2015 yılında, yetişkin sosyal bakım iş gücünün çoğunluğu (%90), daimi sözleşmelerle işe alınmıştı.

İş gücünün yaklaşık yarısı (%51) tam zamanlı olarak; %37'si ise yarı zamanlı çalışıyordu ve geriye kalan %11'lik oranın sabit çalışma saatleri yoktu. İş gücünün yaklaşık dörtte biri (%24, 315.000 iş), sıfır saatlik sözleşmeli olarak kaydedildi ve meskende bakım hizmetleri, özellikle bakım çalışanları (%58) ve kayıtlı hemşireler (%57) arasında sıfır saatlik sözleşmeliler açısından en yüksek orana sahipti (%49). Sıfır saatlik sözleşmeye bağlı çalışanların yüzdesi, 2012/13 ile 2015/16 arasında oldukça sabit kalarak dönem içinde üç yüzde noktasıyla artış gösterdi¹⁰⁷.

BK'da, günlük hayat faaliyetlerinde zorluklar yaşayanların oranı, yaşla birlikte artar. İnsanlar, 80'lerin sonlarına (85+) gelinceye kadar, 80'lerin sonlarındaki beş kişiden yaklaşık bir kişi, günlük hayattaki beş ya da daha fazla faaliyeti yerine getirirken zorlanır¹⁰⁸. Yaygın uzun vadeli ve kronik sağlık sorunlarının görülme sıklığı da yaşla birlikte önemli derecede artar. Örneğin, kalp hastalığı, yüksek tansiyon, felç, şeker hastalığı ve kanserin yaygınlığı, 60 yaş sonrasında hızla artar. Ayrıca, yapılan son araştırmalarda, demans yaygınlığının ve görülme oranlarının önceden tahmin edildiği kadar hızla artmadığı öne sürülmesine ve bazı kanıtlarda bunların düşükleri bildirilmesine rağmen, demanslı kişilerin mutlak sayısı, yaşlı nüfus artmaya devam derken, yine de artacaktır. 60 ila 64 yaş arası kişilerin yüzde 38,1'inde teşhis edilmiş uzun vadeli bir sorun yoktur ancak bu oran, 90 ila 94 yaş grubundaki kişilerin sadece yüzde 6,5'ine iner.

¹⁰⁷ Bakım Becerileri 2016

¹⁰⁸ Yaş BK 2015



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

60 ila 64 yaş aralığındakilerin %31,1'inde bir; %17,3'ünde iki; %8'inde üç; %3,3'ünde dört ve %2,2'sinde beş veya daha fazla sağlık sorunu vardır. 90 ila 94 yaş grubuna gelinceye kadar, insanların beş sağlık sorununa (yüzde 25,5), üç sağlık sorununa (yüzde 19,3) veya iki sağlık sorununa (yüzde 1,2) sahip olmaları, en yaygın durumdur. 90 ila 94 yaş aralığındakilerin toplamda yüzde 80'inde iki veya daha fazla sağlık sorunu vardır.

Evde Bakım

Son birkaç on yıllık dönemde, BK'da evde bakım tedarikinde bazı reformlar yapılmıştır. Reformlara dair başlıca yaklaşım, yarı piyasaların oluşturulması ve daha çok geliştirilmesine yöneliktir. Bu, başlangıçta tedarike dair bir 'karışık ekonomi' oluşturulmasını gerektiriyordu. Yerel makamlar kendi kurum içi hizmetlerine güvenmekten ziyade dış, özel (hayır için veya kâr amacı gütmeyen) sağlayıcılarla giderek daha çok sözleşme imzalıyordu. Bununla beraber fon yetersizliği ve evde bakım personelinin işe almanın ve elde tutmanın gerektirdiği maliyetleri ve zorlukları azaltma baskıları, evde bakım ziyaretlerinin 15 dakika kadar kısa olduğuna dair yaygın eleştirilere yol açtı; uzun ziyaretler kısa tutuluyordu çünkü personele seyahat süreleri için ödeme yapılmıyordu ve kullanıcıların tipik şekilde çok sayıda farklı evde bakım görevlisi tarafından ziyaret edilmesiyle birlikte süreklilik yoktu.

Hâlihazırda, huzurevinde bakımın ücretlendirilmesine dair ulusal kurallar ve evde bakım için ücretlendirme ilkelerini belirleyen ulusal kılavuz ilkeler ("Daha Adil Ücretlendirme") vardır. Ancak yerel makamlar evde bakım durumunda daha cömert olma özgürlüğüne sahiptir. Dolayısıyla, yerel makamlar tarafından işletilen sistemler büyük bir çeşitlilik sergiler. BK Evde Bakım Birliğinin tahminlerine göre, BK'nın tümünde her hafta 500.000'den fazla kişi kendi evinde uzun vadeli bakım hizmetleri (evde bakım) alır. Ayrıca, evde bakımın tümünün en azından %70'inin devlet, çoğunlukla yerel konseyler ve Kuzey İrlanda'daki sağlık ve sosyal bakım vakıfları tarafından satın alındığı tahmin edilmektedir.

Huzurevinde Bakım

Birleşik Krallık'ta üç tür kurumsal bakım vardır: huzurevleri, bakımevleri ve uzun kalışlı hastane tedariki. Ancak huzurevinde bakımla bakımevleri arasındaki resmi fark Nisan 2002'de kaldırılmıştır. Bazı huzurevleri yerel makamlarca işletilirken, huzurevlerinin ve büyük bir kısmı ve bakımevlerinin tümü bağımsız sektördedir.

Birleşik Krallık'ta, yerel makamlar, kamu tarafından sübvans edilen huzurevinde bakım ve evde bakım hizmetlerini sağlayanlara ödenen ücretleri görüşür. Yerel makamlar birçok alanda yerel sağlayıcıların başlıca bakım alıcıları oldukları için ücretleri nispeten düşük seviyelerde görüşmek üzere piyasa güçleri oldukça fazladır. İnsanların toplumdaki bağımsızlığını muhafaza etmeye doğru yönelen genel bir politikayla birlikte, bu ücret seviyeleri, 1998 ila 2000 yıllarında huzurevinde bakım ve bakımevi yerlerinin sayısında meydana gelen düşüşün sebeplerinden birisi gibi görünmektedir. Düşük ücretlerin yanında, birçok anında teslim sözleşmesinden oluşan geri ödeme ve sözleşme düzenlemeleri, sağlayıcılar açısından bir sorun teşkil edebilir. Özel huzurevi ve bakımevi sağlayıcıları, kendi bakımlarını finanse eden kişilerden sıklıkla yüksek ücret isterler. Bu durum, kamunun finanse ettiği sakinlerin bakımının etkili, özel olarak finanse edilen sakinler tarafından sübvans ediliyor olabildiği anlamına gelir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Nakit Yardımları

Önemli, tekrarlanan veya düzenli kişisel bakım ve/veya gözetim ihtiyacı duyan kişiler, *Bakım Ödeneği* (veya çalışma çağındaki engelli bireyler için Engelle Yaşama Ödeneği) adlı sosyal güvenlik nakit yardımı için talepte bulunabilir. Bunlar, ihtiyaç duyulan yardım seviyesine göre farklı düzeylerde ödenir ve esasen engelliliğe ilişkin ekstra harcamaları karşılamak için tasarlanmıştır. Ne var ki, yardımların giderek bakım ödemesi için kullanılabilir hale getirildikleri varsayılmakta ve bu yardımlar genellikle kullanıcı ücretlerinin bütçe hesaplı hesaplamalarında hesaba katılmaktadır. İhtiyaçları, yerel makam tarafından finanse edilen evde bakım hizmetlerine hak kazanmaya yetecek kadar yüksek olmayan bireyler, çeşitli gayriresmi destek ve ticari hizmetler için ödeme yapmak üzere ödenekleri kullanabilirler.

Ailedeki bakıcılara verilen *Bakıcı Ödeneği* adlı bir nakit aylık bağlama yardımı da vardır ancak bunun seviyesi oldukça düşüktür ve bakıcıların buna uygun şartları taşıyabilmek için ücretli işten belirli bir miktarın üzerinde kazanmadıklarını kanıtlamaları gerekir.

Kişisel Bütçeler

LTC finansman baskılarına cevaben, ikinci bir reform safhası bireysel bütçelerin (IB'ler) denenmesiyle birlikte 2005'te başladı. 2007'de kişiselleştirme gündemi yürürlüğe girdi ve '*kamu hizmetlerinde modernleşmenin köşe taşı*'¹⁰⁹ olarak görüldü. Kişisel bütçelerle (PB) (kişiselleştirmenin önemli bir bileşeni) birlikte bu bakım tedarikinin 'ana akım' kısmı haline geldi ve Bakım Kanunuyla (2014)¹¹⁰ bu politika kendi Yasal Kılavuzluğu yoluyla güçlendirildi:

İhtiyaçları yerel makam tarafından karşılanan *herkes ... bakım ve destek planı veya destek planı kapsamında bir kişisel bütçe almak zorundadır* (vurgu orijinaldir).

Kişisel Bütçeler, sosyal bakım için uygun şartları taşıyan her bireye tahsis edilen kaynakların hesaplanması açısından öz değerlendirme ve şeffaf ve potansiyel olarak daha adil bir metoda yönelik daha büyük bir rolü kapsar. Bu kaynaklar, bireysel tercihlere ve bakım yöneticisiyle anlaşmaya varılan sonuçlara göre esnek bir şekilde kullanılabilir. Kişisel bütçeler farklı şekillerde tutulabilir. Bunlar; hizmet kullanıcısı tarafından tutulan ve yönetilen bir nakit ödemesi, bakım yöneticisi tarafından tutulan ve yönetilen ve yerel makamdaki evde bakım hizmetlerini ve diğer hizmetleri satın almak için kullanılan veya bakım olarak ve istendiğinde ödemek üzere kullanmak için evde bakım hizmet sağlayıcısı tarafından tutulan ve yönetilenlerdir.

Kişisel bütçeler, önceden bakım yöneticisi-satın alınan evde bakım veya direkt ödemeler yoluyla mevcut hale gelenlerden daha çeşitli hizmetleri ve görevleri satın almak için kullanılabilir. IB pilot projeleri üzerinde yapılan değerlendirmede, IB'lerin ev işlerine, bahçivanlığa, boş zaman faaliyetlerine ve gezintilere yardımı finanse etmek için kullanıldıkları tespit edildi. Ancak yaşlıların aldığı düşük seviyelerdeki IB'ler, bütçelerinin büyük kısmının tipik olarak temel kişisel bakım için kullanıldığı anlamına geliyordu. Bununla beraber, kişiselleştirmenin ve kişisel bütçelerin hayata geçirilmesi tutarlı bir şekilde yapılmamıştır ve yerel makamlarla sağlayıcılar bünyesinde ve arasında oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kişisel bütçeleri alan kişilerin sayısı artmaktadır. Ancak kapsam hâlâ eksiksiz olmaktan uzaktır ve özellikle direkt ödemelerin sağlanması çerçevesinde

109 Sağlık Bakanlığı 2006

110 Sağlık Bakanlığı 2014



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

konseyler arasında önemli bir farklılık vardır. Kişisel bütçe sahibi toplam kişi sayısında yaşlılar %51 ile en fazla sayıdaki kullanıcılarıdır. Bununla beraber, bu kişilerin sadece %15'i doğrudan ödeme alır.

LTC Hizmetlerinin Yönetmelikleri ve Standartları

Yerel makamlar, bir Ulusal Göstergeler Seti yoluyla, birkaç yetişkinler için sosyal bakımla ilgili olmak üzere, yerel hükümet için aldıkları fonlardan sorumludur. Bunlar, bağımsız olarak tek başına yaşama, kullanıcı seçimi, rehabilitasyon, değerlendirmelerin zamanında olması ve bakıcılar için desteklere dair göstergeleri kapsar. Merkezi hükümet, yerel makamları, gösterdikleri iyi performans vesilesiyle daha fazla özerklikle de (başka bir deyişle, bağışların koruma altına alınması) ödüllendirebilir ancak sorun çıktığında daha fazla kontrolle devreye girebilir.

Uzun vadeli bakım hizmetlerinin düzenleyicisi, Kalite Kontrol Komisyonudur (CQC). 2008 yılında kurulmuş ve sadece sosyal hizmetleri kapsayan CSCI ile sağlık bakımı hizmetlerini kapsayan Sağlık Bakımı Komisyonunun birleşmesi yoluyla oluşturulmuştur. Görevi, sağlık bakımının ve sosyal bakımın kalitesini düzenlemek, izlemek ve iyileştirmektir. Belirtilen hizmetlerin (sağlık bakımı veya kişisel bakım sağlayanlar) kaydedilmesinden ve denetlenmesinden sorumludur. Bakım için Ulusal Asgari Standartlar (NMS), 2000'lerin başında, bakım hizmetlerinin standardını geliştirmek amacıyla getirilmiştir. Bunlar, kısa süre önce, standartları insanlar için sonuçlara odaklamak üzere güncellenmiştir.

NMS, hizmetlerin denetlenmesi ve görevlendirme birimlerinin ve daha kısa süre önce sağlayıcı örgütlerin performans değerlendirmesi için temel teşkil eder. Performans değerlendirmeleri ise personel ve hizmet kullanıcılarıyla mülakatlar, CSCI'ya bakım hizmeti tarafından verilen bilgiler, hizmet kullanıcıları, bakımlarında yer alan akrabaları ve diğer profesyoneller tarafından doldurulan anketler, CSCI müfettişlerinin gerçekleştirdiği kilit bir teftiş (normalde habersizdir) ve CSCI'nın hizmet geçmişiyle ilgili olarak önemli gördüğü bilgiler dâhil olmak üzere, çeşitli bilgilere dayalıdır.

Ekim 2016'da, CQC, toplam 1,206 bakım sağlayıcıyı derecelendirdi. Bunlar arasında, sadece yüzde 3'lük kısmın çok iyi; yüzde 65'in iyi; yüzde 25'in gelişme kaydetmesi gerektiğini ve yüzde 8'in yetersiz olduğunu belirledi¹¹¹. 2015/16 yıllarında ve 31 Temmuz 2016 itibarıyla, denetlenen yetişkin sosyal hizmetlerinin %71'i iyi, %1'i ise çok iyi şeklinde derecelendirildi. Denetlenen GP uygulamalarının %83'ü iyi, %4'ü ise çok iyi şeklinde derecelendirildi. NHS akut hastane örgütlerinin sağladığı temel hizmetlerin %51'i iyi, %5'i de çok iyi şeklinde derecelendirildi. Ayrıca, 'yetersiz' şeklinde derecelendirilmiş olan NHS hizmetlerinin, bakımevlerinin, genel uygulamaların ve diğer hizmetlerin yaklaşık dörtte üçü, tekrar yapılan teftişten sonra, aldıkları dereceyi iyileştirebildi¹¹². Suiistimal riskinin en aza indirilmesini ve etkili bir sevk sürecinin yer almasını sağlamaya yönelik birçok koruma kılavuzu ve prosedürü mevcuttur¹¹³.

Ortaklaşa Çalışma ve Entegre LTC Hizmetleri

Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) ile sosyal bakım arasındaki yakın bağlantılar, BK'da uzun yıllardır siyasi görünümün bir parçası olmuştur ancak bu durum, ülkeleri arasında değişiklik gösterir.

¹¹¹ <http://www.cqc.org.uk>

¹¹² Bakım Kalite Komisyonu 2016

¹¹³ Ismail, Hussein ve diğerleri 2016



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İskoçya'da, toplum planlamasının geniş şemsiyesi altında, sektörler arasında yer temelli ortaklıkların geliştirilmesi için vakıflar şart koşulmuştur. Yetişkinler için sağlık ve sosyal bakım kapsamında, Ulusal Sağlık Hizmeti Kurulları ile (sosyal hizmetlerden sorumlu) yerel makamlar arasındaki ortaklaşa çalışma, literatürde belirgin bir şekilde bir siyaset faktörü görevi görmüştür. 2002 yılından bu yana, İskoç Toplumda Bakım ve Sağlık Kanunu, NHS Kurulları ve yerel makamlar, toplumda bakım hizmetleri için ortaklaşa yönetim ve finans düzenlemelerini belirledi. Başlangıçta yaşlılara yönelik hizmetlerle sınırlı olan bu ortaklaşa kurullar, 2004 yılından itibaren her tür toplumda bakım hizmetini kapsamaya başladı¹¹⁴.

2004 yılında, İskoçya'nın NHS Reformu, NHS Kurullarının özel ve uzmanlaşmış sağlık hizmetleriyle sağlık bakımı ve sosyal bakımı birleştirmeyi amaçlayan Toplum Sağlığı Ortaklıklarının (CHP'ler) kurulmasını zorunlu kıldı. Sağlık kurullarının ve yerel makamlarının sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri nisan 2016'ya kadar tamamen bütünleştirmesini gerektiren Devlet Kurumları (Ortaklaşa Çalışma) (İskoçya) Kanununun hayata geçirilmesiyle birlikte, her semtteki NHS ve yerel makamlar tarafından ortaklaşa işletilen yeni Sağlık ve Sosyal Bakım Ortaklıkları (HSCP), CHP'lerin yerini almaya başladı.

İngiltere'de, ortaklaşa çalışma, hükümet politikasının istikrarlı bir özelliği olmuştur ve sağlık bakımıyla sosyal bakımın bütünleştirilmesi birkaç yıldır gündemdedir. Sonuçta, sosyal hizmet çalışanlarının GP ameliyatlarına yerleştirilmesinden yetişkinler için sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin tek bir kurum içinde bütünleştirilmesine kadar bir dizi farklı yaklaşım ve pilot proje ortaya çıkmıştır¹¹⁵.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2008 yılında 'Herkes için Kaliteli Bakımın' yayınlanması, NHS ile yerel makamların bazı sosyal bakım işlevlerini bakım vakıflarına atadıkları yerel konsey arasındaki ortaklıklar niteliğindeki 16 bakım vakfının kurulmasına yol açtı. Bakım vakıflarının özellikleri, bir merkezde toplanmış bütçeler (ortaklar, ortak bir bütçeye katkıda bulunur), baş görevlendirme (bir ortak, her iki ortak tarafından sağlanan hizmetleri görevlendirir) ve entegre tedariktir (tek bir kuruluş, her iki hizmeti sağlar)¹¹⁶. 25 entegre bakım pilotu, neyin işe yaradığına dair kanıt toplamak ve entegrasyonu ilerletmek amacıyla, halihazırda spesifik bir fonun – Daha İyi Bakım Fonu – desteğiyle hayata geçirilmektedir.

Kuzey İrlanda'da, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler, 1970 yılından bu yana iki kademeli bir yapı yoluyla sunulur. Tek bir sağlık ve sosyal hizmetler kurulu, hizmetleri görevlendirir (esasen ülkenin dağıtıldığı beş bölgesel vakıftan). Vakıflar, hastaneleri, sağlık merkezlerini, huzurevlerini ve gündüz bakım merkezlerini yönetir ve idare eder. Ayrıca topluma sağlık ve sosyal bakım hizmetleri sağlar. Bölgedeki her alan için, tek bir kurum, hem sağlık bakımının, hem de sosyal bakımının sunulmasından sorumludur.

Kuzey İrlanda'daki yapısal olarak entegre sistemin avantajı, tek bir fon kaynağına sahip tek bir işverenin, tek bir amaçlar setinin ve tek bir kurumsal vizyonun, başka yerlerde anlatılan bölünme sorunlarının birçoğunu önleme ihtimali gibi görünmektedir¹¹⁷. Bununla beraber, 2005 yılında Profesör John Appleby tarafından yayınlanan bağımsız sağlık ve sosyal bakım hizmetleri incelemesi, entegre bakım başarısının vakıflar arasında farklılık gösterdiği ve aralarındaki işbirliğinin çok az olduğu sonucuna varmıştır.

114 NHS Konfederasyonu, 2004

115 (Lyon ve diğerleri, 2006)

116 Ramsay ve diğerleri, 2009

117 Heenan ve Birrell, 2006

Birleşik Krallık'taki Yaşlı Bakım Modelinin Özeti

Birleşik Krallık'ın arta kalan LTC modeli, her zaman toplumdaki en yoksulu hedeflemiş ve devletin tedariki nüfusun küçük bir kısmı için bir güvenlik ağı olarak görülmüştür. Birleşik Krallık, uzun süredir yaşlıların çoğunlukla kız (veya erkek) evlatlar ve eşler tarafından yüksek düzeye *gay-riresmi bakımıyla* öne çıkmıştır. *Devlet*, uygun şartları taşıyanlar için hâlâ önemli bir bakım finansörüdür ancak devletin rolü giderek o zamanlar çoğunlukla bağımsız sektör (özel kâr amaçlı ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlar) tarafından sağlanan görevlendirme hizmetleriyle ilgili hale gelmektedir. Potansiyel sağlayıcılar ihaleye girdiğinde yerel makamlar, hizmet sunumuna 'en iyi değer'¹¹⁸ ilkesini uygulamak zorundadır.

Bazılarına göre kişisel bütçelerin getirilmesi yoluyla kişiselleşme gündemi, piyasalaştırma sürecinin ilerlemesine yardımcı olmuş ve devletin bazı sorumlulukları bireylere devretmiştir¹¹⁹. Kişiselleştirme gündemiyle, devlet desteği almak için uygun şartları taşıdıkları değerlendirilen bireylere, doğrudan ödemeler veya kullanmayı seçtikleri hizmetleri kendileri için satın alabilecekleri bakım için nakit yoluyla, kamu tarafından finanse edilen kendi bütçelerinin kontrolü verilmiştir. Böylece, piyasalaştırma, yerel makam tarafından finanse edilen bakım paketleri için rekabet eden ve dışarıdan temin edilen sağlayıcılar olarak satın alma gücüne sahip daha geniş bir 'müşteriler' havuzuna yanıt vererek özel sektörün rolünü çeşitli kanallarla arttırmıştır¹²⁰. Bu süreçte reformların iki safhası vardı: evde bakıma ilk kez yarı piyasaların getirilmesi ve kişisel bütçelerin başlatılması.

Birleşik Krallık'taki Yaşlı Bakım Sistemi ve Daha Geniş Avrupa Kapsamı

Diğer Avrupa ülkelerine kıyasla, BK'nın yaşlı bakım sistemi özellikle İskandinav ülkeleriyle karşılaştırıldığında nispeten daha karmaşık ve daha az evrenselidir. BK'da yaşlı bakımı, kamu fonları ve özel fonlar yoluyla finanse edilir. Devlet, hizmetleri sadece bakım maliyetini kendi kendilerine karşılayamadığı düşünülenler için ve bütçe hesaplı değerlendirmeye sağlar. Bu durum, gelirleri ne olursa olsun vatandaşların tümünü kapsayan, ücretsiz ve evrensel nitelikteki sağlık hizmetlerine (Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) tamamen terstir. Avrupa ülkelerinin büyük bir kısmı sağlık için LTC'den daha fazla harcama yaparken, BK'daki boşluk önemlidir. İki yardım paketi arasındaki boşluk, huzurevinde bakım için genellikle konaklama masraflarının tümünü ödemek zorunda kalan daha yüksek gelirli bireyler için daha fazladır¹²¹. Baştan sona, kamu tarafından finanse edilen LTC tedariki, yaşlı bakım hizmetlerine erişebilen tüm yaşlıların sadece yüzde 20 ila 25'ine tekabül eder¹²². Özel bakım tedariki, kâr amaçlı bakım sağlayıcılar tarafından sağlanan sosyal bakım hizmetlerinin dörtte üçünden fazlasıyla norm niteliğindedir.

118 Yerel Hükümet Kanunu 1999

119 Ferguson 2007

120 Himmelweit 2014

121 Robertson ve diğerleri 2014

122 Forder & Fernandez 2011



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

6. Karşılaştırmalı Analiz

Avrupa'daki dört yaşlı bakım modeline genel bakış

Avrupa ülkeleri, yaşlı bakımının finanse edilmesi, organize edilmesi ve sunulması açısından oldukça farklılık gösterir. Burada belirtilen karşılaştırmalı dört ülke ile ilgili olarak, bu raporda sunulan kanıtlar, İtalya'nın güçlü bir kayıt dışı ekonomi ve zayıf bir refah devleti olarak öne çıktığını göstermektedir. İtalya, bölgesel farklılıklar dâhil olmak üzere, farklı nüfus gruplarına çeşitli derecelerde hizmet tedariki ve korumaya sunan bir 'düzensiz' refah 'sağlayıcıdır'. Refah modeli, ücretsiz ve tanınmayan kişisel bakım hizmetlerinin sunulması açısından aileye, özellikle kadınlara atfedilen role dayalıdır. Başlıca destek, düzensiz iş gücünün, bilhassa göçmen işçilerin istihdam edilmesini kolaylaştıran nakit yardımları yoluyla sağlanır. Çok sayıda göçmen varlığı, özellikle evde bakım tedariki olmak üzere bu ekonominin genişlemesine yol açmıştır. Bu göçmen bakıcıların özel olarak ayrı ayrı aileler tarafından işe alınmasının dışında, yaşlı bakım hizmetlerindeki kayıtlı işyerleri piyasası (bir tüketici ürünü olarak) sınırlı bir şekilde gelişmektedir. İtalya'da yaşlıların çoğu evde yaşar – yalnız başına veya akrabalarıyla birlikte – az sayıdaki yaşlı ise huzurevlerinde yaşar. Kurumlar tıbbi bakım açısından popüler olmakla beraber, bunlar sosyal bakım için son çare olarak algılanır ve ayrıca oldukça pahalıdır. Bunun yanında, ailelerin yaşlı akrabalar için kurumsal ortamlarda rutin şekilde kişisel bakım sağladıkları yaygın şekilde kabul edilmektedir. *Gönüllü veya kâr amacı gütmeyen sektör*, bilhassa din tabanlı sosyal refah faaliyetlerinin oldukça yer almasıyla birlikte işbirlikçi bir model yoluyla bazı bakımları sağlar.

Hollanda'da AWBZ adlı evrensel sosyal sigorta planı, yaşlıların bakımı için ödeme yapar. Konaklama maliyetleri dâhil olmak üzere, evde bakımı ve huzurevi tesislerinde sağlanan bakımı kapsar. Program, uzun vadeli hastaneye yatışları, rehabilitasyon hizmetlerini ve hemşirelik bakımını da kapsadığı için, sağlık sigortası sistemiyle de yakından bağlantılıdır. Uygun şartları taşıyan yaşlılar, 'aynî' hizmetleri alma veya kişisel bakım, evde hemşirelik ve günlük faaliyetlerde destek için ödeme yapmak amacıyla bir kişisel bütçeyi alma seçeneğine sahiptir. Bütçeler, ihtiyaç duyulan bakım saati sayısı temelinde hesaplanır ve yaşlılar, devlet üzerindeki maliyetin düşük bir değerini alırlar. Böylece ihtiyaç duydukları değerlendirilen bakım seviyesini satın almak için bütçelerini gelirle bağlantılı katkılarla tamamlamaları gerekir. Kişisel bütçelere yönelik talep yüksektir ve sistem maliyetleri karşılamak için mücadele etmiştir. 2010 yılının Temmuz ayında programın parası tükendi ve 13.000 başvuru sahibi yardımlarını almak için bir bekleme listesine dâhil olmak zorunda kaldı¹²³. Hollanda hükümeti, artan talebin karşılanmasına yardımcı olmak için uygunluk şartlarını sınırlandırdı¹²⁴.

BK'da yaşlı bakımı açısından devletin faaliyetleriyle gönüllü sektör arasında uzun süredir bir bağlantı vardır. Kamu sektörü, birçok gönüllü kuruluşun yeni kurulmuş refah devletine absorbe edildiği 1940'ların sosyal reformlarıyla birlikte sosyal refahın finansmanına ve tedarikine hâkim olmaya başladı. Bununla beraber uzun vadeli bakım BK'da hiçbir zaman evrensel bir sosyal hizmet olarak öngörülmedi. Yaşlı bakımı sağlayıcıların büyük bir kısmı (%70'den fazlası) içindedir ve yaşlı bakımında özel sektör istihdamı, işçilere yapılan ödemelerdeki ve işçi haklarındaki kesintiler yo-

¹²³ Sağlık Vakfı 2011

¹²⁴ van Ginneken ve diğerleri 2012



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

luyla fon yetersizliği şoklarını karşılayabilen bakıcıların üçte ikisine tekabül eder¹²⁵. BK'nın *gönüllü veya kâr amacı gütmeyen sektörü*, kurumların çeşitliliğiyle nitelendirilir. Bazıları boyut ve kapsam açısından büyüktür örneğin uzman desteği sağlayan diğerleri küçüktür.

Norveç'in LTC modeli, kendilerine bakamayanların geçimini sağlama sorumluluğunu devlete veren bir ideolojiden kaynaklanır. Gerçek görevleri Norveç'te bakım tedariki olmasına rağmen, gayriresmi bakıcıların üstlendiği sorumluluk azdır. Norveç'teki LTC sistemi evrenseldir ve ulusal vergilendirmeye finanse edilir. Ancak yerel seviyede kontrol edilir, tasarlanır ve sunulur. Kısa süre öncesine kadar sınırlı nakit yardımlarıyla hizmet tedariki hakimdi. BK'daki duruma benzer şekilde ancak BK'da gözlemlenenenden çok daha az derecede, reformlar, piyasayla ve tüketiciyle ilgili mekanizmaların Norveç'teki LTC tedarikine ve sunumuna getirilmesini kapsamıştır. Bu 'piyasalaştırma' süreci, evde bakım sağlayanlar arasındaki rekabeti ve yeni, kâr amaçlı sağlayıcıların kamu sektöründeki geleneksel sağlayıcılarla rekabet etmesinin teşvik edilmesini içerir. Bu piyasa mekanizmalarıyla ilişkili olarak, hizmet kalitesini korumanın, esnekliği arttırmanın ve etkililiği geliştirmenin yeni yolları getirilmiştir. Tablo 2 ile 5 arası, yaşlı bakım hizmetleriyle ilgili olarak dört Avrupa vaka çalışması arasındaki bazı önemli farkları ve benzerlikleri gösterir.

Tablo 2 Yardımların Kullanılabilirliği

Ülke	Kurumsal Bakım		Evde Bakım			Evde Hemşirelik Bakımı		
	Aynı yardımlar ve nakit yardımları	Sadece aynı yardımlar	Aynı yardımlar ve nakit yardımları	Aynı yardımlar ve nakit yardımlar arasında seçim	Sadece aynı yardımlar	Aynı yardımlar ve nakit yardımları	Aynı yardımlar ve nakit yardımlar arasında seçim	
İtalya		✓		✓			✓	
Hollanda	✓		✓		2010'a kadar			✓
Norveç	✓		✓		Son zamanlarda sınırlı sayıdadır			✓
BK		✓			✓	✓		

125 Hussein 2016



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

1.8.1.0.1 Tablo 3 LTC'de Karar Verme ve Kapasite Geliştirme Seviyeleri

Ülke	Kurumsal LTC			Ev Temelli LTC		
	Çoğunlukla Merkezi	Hem merkezi hem değil	Çoğunlukla Merkezi Değil	Çoğunlukla Merkezi	Hem merkezi hem de değil	Çoğunlukla Merkezi Değil
En önemli karar verme seviyesi						
İtalya	✓			✓		
Hollanda	✓			✓		
Norveç	✓			✓		
BK		✓			✓	
En önemli kapasite planlama seviyesi						
İtalya	✓			✓		
Hollanda	2009'a kadar	✓			✓	
Norveç			✓			✓
UK			✓			✓

Tablo 4 LTC'de Kalite Güvence

Ülke	Bölüm 1: Avrupa'da Yaşlı Bakımı			Ev Temelli LTC		
	Gönüllü	Zorunlu değil ama Olağan	Zorunlu	Gönüllü	Zorunlu değil ama Olağan	Zorunlu
İtalya			✓			✓
Hollanda			✓			✓
Norveç			✓			✓
BK			✓			✓



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

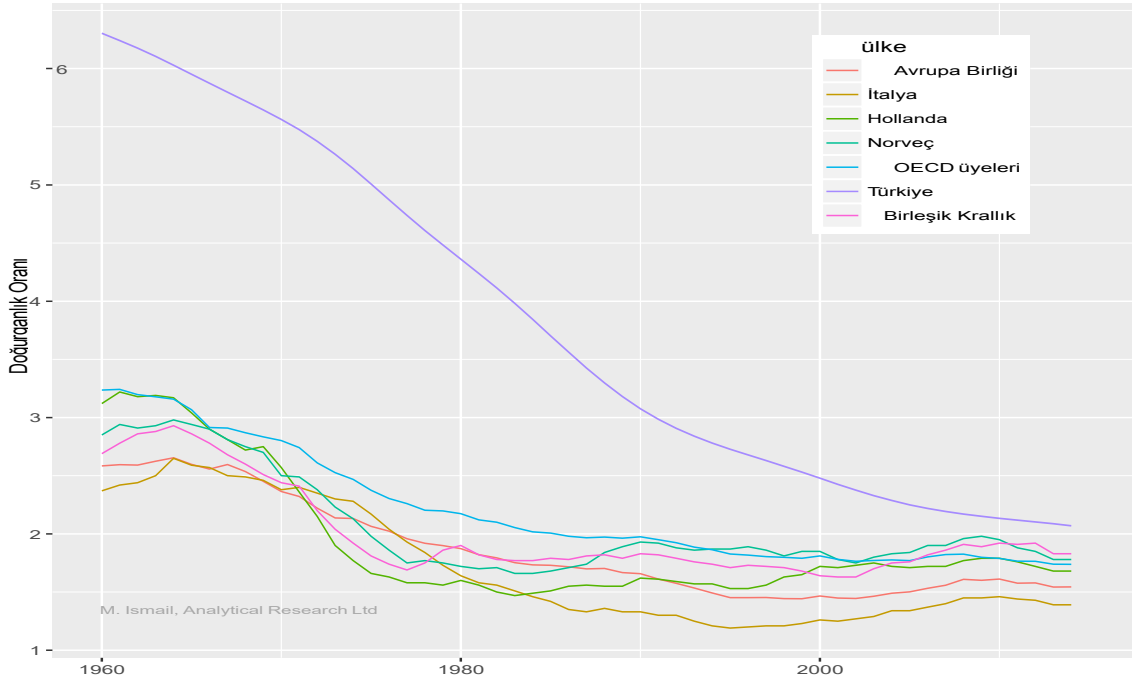
Tablo 5 LTC'ye Bütçe Hesaplı Erişim

Ülke	LTC'ye Bütçe Hesaplı Erişim	
	Evet	Hayır
İtalya	✓	
Hollanda		✓
Norveç		✓
BK	✓	

Karşılaştırmalı Avrupalı ve Türk Deneyimi Analizi

Nüfus yaşılanması, Avrupa'daki refah yapılarının önündeki en büyük zorluklardan biridir. Nüfus yaşılanması, tüm Avrupa ülkelerini etkileyecek, fakat bu farklı bir hızla gerçekleşecektir. Finlandiya ve Almanya'nın nüfusları azalmaya çoktan başlamıştır ve bu devletlerin kendi refah sistemlerini finanse etmeyi sürdürme yetenekleri üzerinde olası birçok sonuçla birlikte 2050 yılına kadar hızla düşeceği tahmin edilmektedir¹²⁶. Çalışma kapsamındaki dört ülkeye odaklanan aşağıdaki şekillerde, Türkiye'ye kıyasla farklı Avrupa ülkelerindeki önemli istatistikler gösterilir. Şekil 14'te, 'yenilenme düzeyleri' yakınlarındaki veya altındaki bir noktaya ulaşan tüm Avrupa ülkeleri için belirgin ve istikrarlı bir düşüşle birlikte, doğurganlık oranlarındaki eğilimler gösterilir. İtalya, bilhassa 1990'lardan beri devam eden oldukça düşük doğurganlık oranlarıyla nitelendirilir. 1960 ila 2015 yılları arasındaki aynı dönemde, Türkiye'deki doğurganlık oranı, 6'nın üzerinden 2'nin hemen üstüne hızla düşmüştür.

Şekil 19. 1960 ila 2015 yılları arasında dört Avrupa vaka çalışması ülkesi, Türkiye, Avrupa Birliği ve OECD ülkelerindeki doğurganlık oranlarında yer alan eğilimler



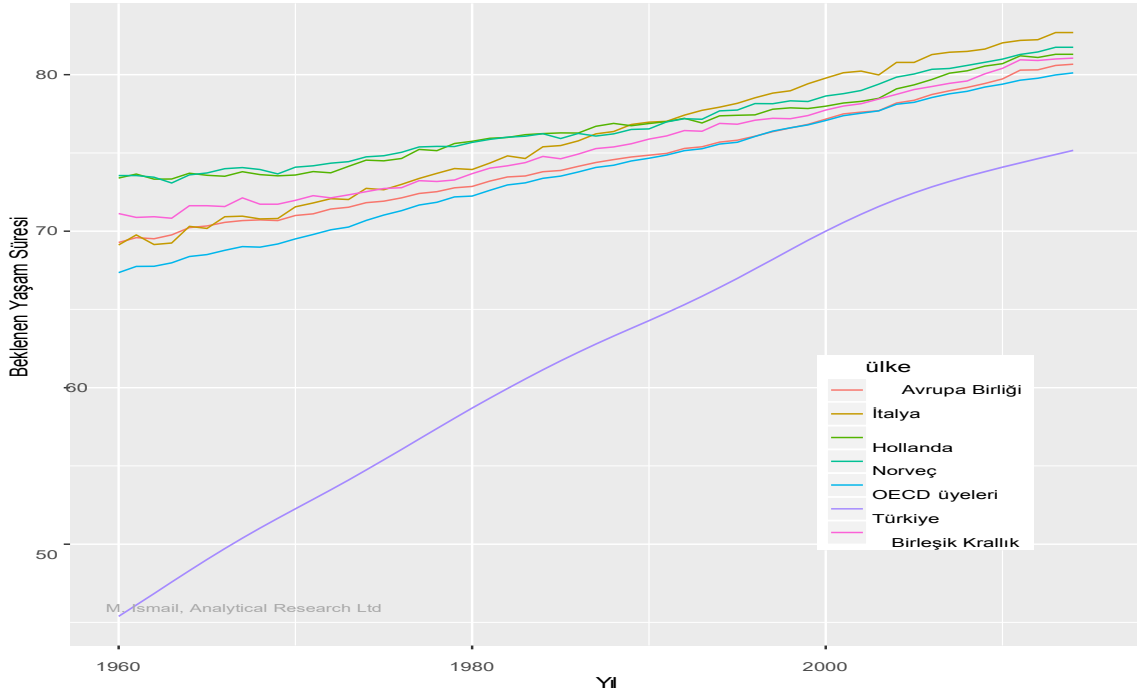
126 Pavolini ve Ranci 2008



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 20, tüm Avrupa'da beklenen yaşam süresindeki belirgin artışla birlikte Türkiye'nin de tam olarak aynı şekilde olmasa da aynı yolu izlediğini gösterir. Beklenen yaşam süresindeki artışın kutlanması gerekir ancak insanlar daha uzun yaşadıkça özellikle hayatlarının ilerleyen safhalarında (80+) ortalama olarak uzun bir hastalık dönemi de geçirirler.

Şekil 20. 1960 ila 2015 yılları arasında dört Avrupa vaka çalışması ülkesi, Türkiye, Avrupa Birliği ve OECD ülkelerindeki doğumdan itibaren beklenen yaşam süresindeki eğilimler



Şekil 21, yaşlı bağımlılık oranlarındaki eğilimleri, iş piyasasına katılabilenler ve böylece ekonomik açıdan aktif oldukları düşünülenlere karşı yaşlıların nispi büyüklüğünün bir göstergesi olarak kullanılan çalışan nüfusun yüzdesi cinsinden gösterir. Nüfus yaşılanması, yaşlıların oranındaki artışla eş zamanlı olarak tüm genç yaş grupları oranında düşüş yaşanmasını ve ayrıca vergilendirme yoluyla gelir elde etme açısından potansiyel azalmış fırsatları ama aynı zamanda sağlıkta ve sosyal bakımda artan talebi karşılayabilen potansiyel iş gücünde düşüşü gerektirir. Uzun vadeli bakım tedariki kapsamında, bakım sistemleriyle kadınların istihdam profili arasındaki yakın bağlantının vurgulanması özellikle önemlidir. Tüm ülkelerde, muhtemelen yakın aile üyeleri niteliğindeki orta yaşlı kadınlar, gayriresmi yaşlı bakım tedarikinin büyük bir kısmını üstleniyor olabilirler¹²⁷. Nüfus yaşılanması, tüm Avrupa ülkelerini etkileyecek, fakat bu farklı bir hızla gerçekleşecektir. Finlandiya ve Almanya'nın nüfusları azalmaya çoktan başlamıştır ve bu devletlerin kendi refah sistemlerini finanse etmeyi sürdürme yetenekleri üzerinde olası birçok sonuçla birlikte 2050 yılına kadar hızla düşeceği tahmin edilmektedir¹²⁸. Şekil 22, yaşlanan nüfusun farklı Avrupa ülkelerindeki kişi başına düşen sağlık harcaması üzerindeki etkisini açık bir şekilde gösterir.

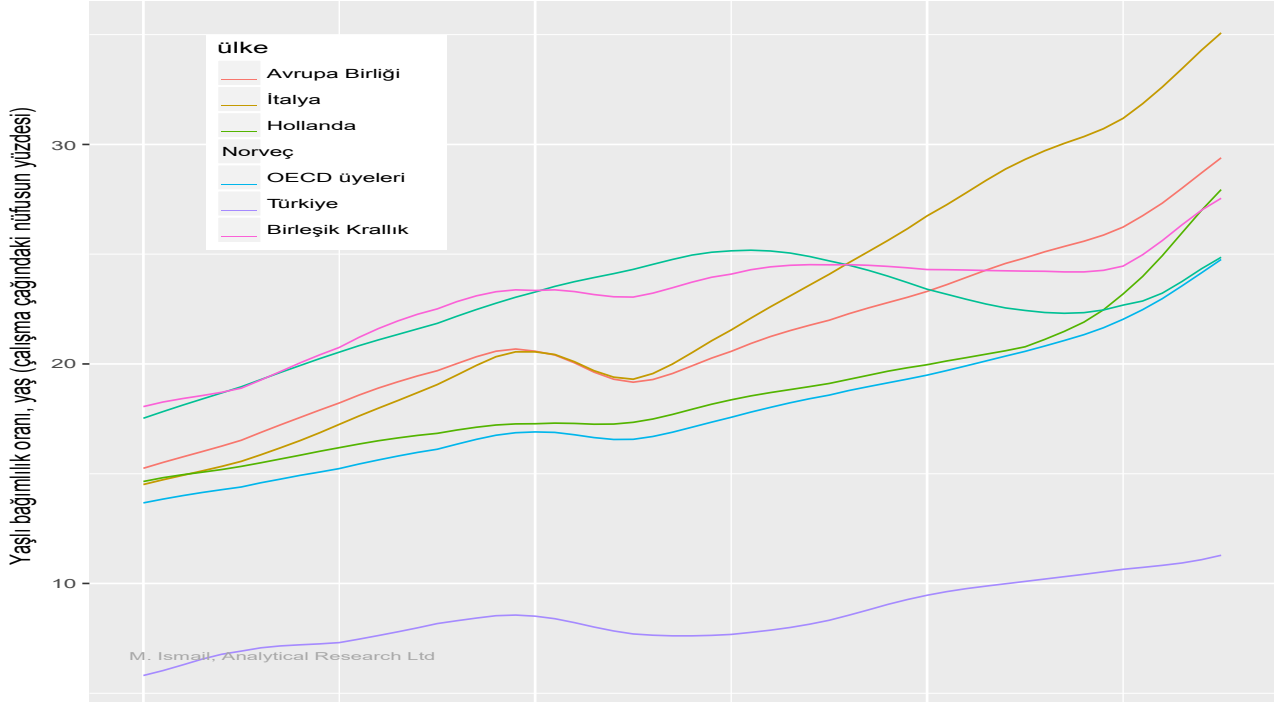
¹²⁷ Bettio ve diğerleri 2006

¹²⁸ Pavolini ve Ranci 2008

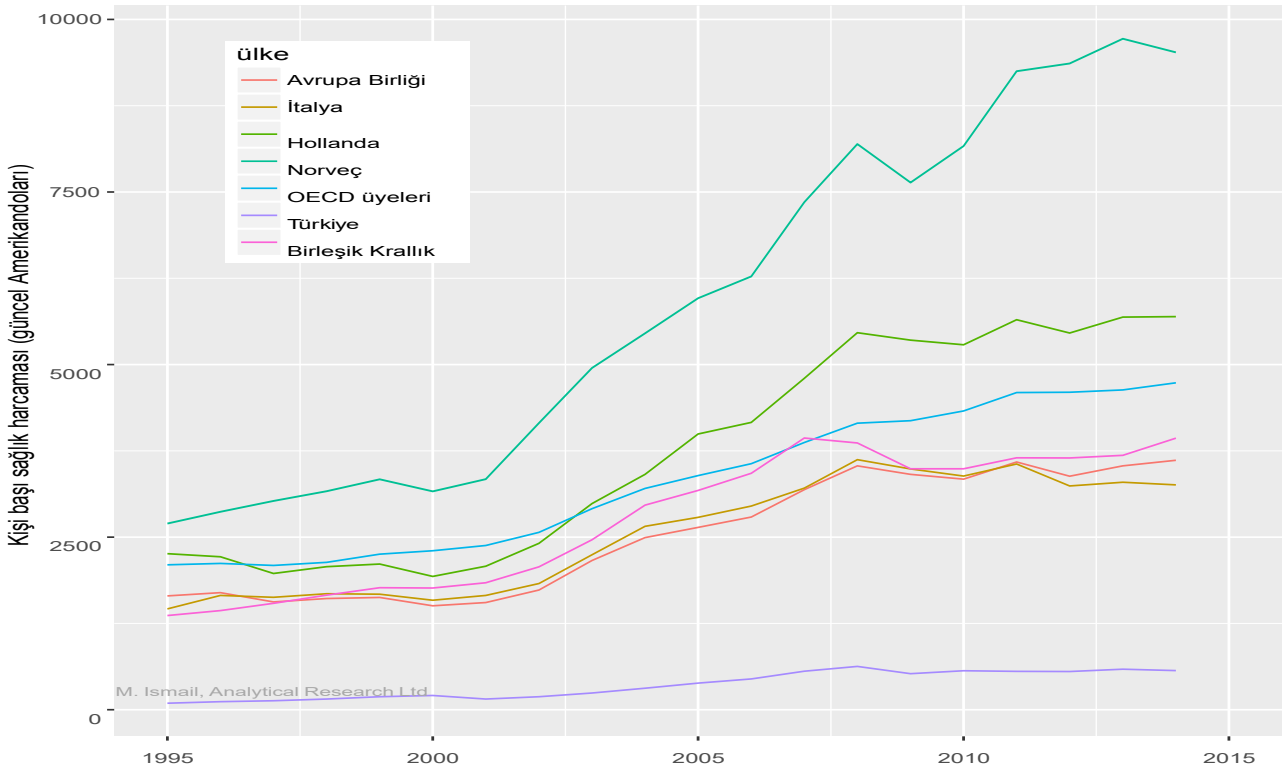


Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 21. 1960 ila 2015 yılları arasında dört Avrupa vaka çalışması ülkesi, Türkiye, Avrupa Birliği ve OECD ülkelerindeki yaşlı bağımlılık oranında yer alan eğilimler



Şekil 22. 1960 ila 2015 yılları arasında dört Avrupa vaka çalışması ülkesi, Türkiye, Avrupa Birliği ve OECD ülkelerindeki kişi başı sağlık harcamasında yer alan eğilimler





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

7. Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetleri Modellerinin Tasarlanması

Türkiye Bağlamı

Türkiye, önümüzdeki on yıllarda birçok demografik ve sosyo-ekonomik değişiklikten geçecektir. Bunlar, aile yapısında değişiklikleri, göçü, kentleşmeyi, toplumsal güçleri ve yaşlanan nüfusları içerir. Türkiye, Orta Doğunun büyük bir kısmıyla beraber¹²⁹, gençlik patlaması ve önceki yüksek doğurganlık oranları nedeniyle, nüfus yaşlanmasının erken bir safhasındadır. Yaşlanma hızı, 2050 yılına kadar oldukça fazla olacaktır. Evlilik kalıpları, birlikte yaşama ve göç gibi diğer toplumsal dinamikler ise engelliler ve uzun vadeli hastalığa sahip kişiler dâhil olmak üzere, yaşlılar ve diğer savunmasız kişiler için geleneksel kuşaklar arası desteği tehdit etmektedir. Aile ve Sosyal Politika Bakanlığı (ASPB), geçtiğimiz on yıllarda, farklı savunmasız grupların bazı ihtiyaçlarını karşılama hususunda aktiftir. Yaşlılar, emekliler, engelliler için başlıca nakit yardımları ve ayrıca emekli evleri ve bakımevlerine kabul gibi aynı yardımlar sağlamaktadır. Ortaklaşa yaşam ve bazı yaşlı bakım merkezleri gibi yeni yaşlı bakımı fikirlerine kılavuzluk etmek konusunda da aktiftir ama bu merkezler kısa süre önce kapanmıştır. Bununla beraber, hâlihazırdaki uzun vadeli bakım hizmetleri tedariki, bölünme eğilimindedir ve tamamlayıcı ve entegre bir yapı içinde daha geniş bir çerçeve içinde formüle edilmemektedir. Yaşlıların yerinde yaşlanması, bağımsızlığı ve güçlendirilmesine yönelik politikaları destekleyen ev temelli bakım da belirgin bir şekilde mevcut değildir.

Bölgede, yaşlılar için başlıca iki (genellikle paralel) uzun vadeli bakım sistemi vardır: ücret ödenmeyen aile üyeleri gibi gayriresmi sağlayıcılar ve ayrıca hemşire yardımcıları, evde bakım asistanları ile diğer ücretli bakım görevlileri gibi resmi bakım sağlayıcılar. Türkiye’de yaşlılar veya engelliler için bakımın büyük bir kısmı, çoğunlukla kadınlar olmak üzere aile üyeleri veya diğer gayriresmi bakıcılar tarafından sağlanır. Ne var ki, etkileşimli demografik ve sosyo-ekonomik eğilimler nedeniyle, aile üyelerinin yaşlılara bakma açısından sürekli hazır bulunacakları veya gerçekten istekli olacakları belli değildir. Bilhassa aile yapısındaki değişiklikler ve gençlerin göçü, kadınların iş gücüne katılımındaki artışlarla birlikte, aile üyelerinin yaşlı akrabaları için bakım sağlama konusunda hazır bulunmalarını ve istekli olmalarını olumsuz şekilde etkileyebilir.

Türkiye, şu anda azalan doğurganlıklar ve beklenen yaşam süresindeki artışla birlikte, çok sayıdaki genci nedeniyle, nüfus istatistikleri araştırmacılarının ‘nüfus kâr payları’ şeklinde nitelendirdiği şeyi yaşarken, büyük gruplar, ileri yaşa hemen ulaşırken, bu büyük gruplar, nüfus yaşlanmasında hızlı bir tempoya yol açacaktır. Türkiye’nin yaşadığı epidemiyolojik geçiş, birçok engellinin ve uzun vadeli sağlık sorunu yaşayan kişilerin daha uzun yaşadıkları ve bu nedenle yaşam seyirleri boyunca çeşitli sosyal hizmetlere gereksinim duyabilecekleri anlamına gelir. Yaşlılarla ilgili meselelere değinmek için spesifik bir strateji gerektiren demografik değişikliklere ek olarak, Türkiye, çeşitli insan gruplarını yüksek toplumsal risklere atma açısından kendi zorluklarını arz eden sosyo-ekonomik değişikliklerle karşı karşıyadır.

129 Hussein ve Ismail 2016



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Daha Geniş Etkiler

Geniş kapsamlı ekonomik, demografik ve epidemiyolojik geçişler, aile yapısında ve beklentilerde derin değişikliklerin ve yeni zorlukların habercisi olmuştur. Kentleşme, kadınlardaki yüksek eğitim seviyeleri ve beklenenden daha uzun yaşam süreleri, Türk hane halkları içindeki sorumluluklar açısından yeni gerçeklikler getirir. Yetişkinlerin refahı gibi kilit sosyal göstergelerdeki ve sağlık göstergelerindeki diğer gelişmeler, bazı grupların karşılaştığı eşitsizliklerin sosyal etkenlerine değinen yeni stratejileri gerektirir. Engellerle yaşayan kişiler, iş piyasasında ve ayrıca okullarda ve toplulukta dezavantajla ve ayrımcılıkla karşılaşabilir.

Yaşlı bakımı alanında beşeri sermayeyi desteklemek için önümüzdeki on yıllarda sağlığa ve sosyal güvenliğe yapılan harcamaların korunması çok önemli olacaktır. Hem çocuk ölüm oranlarında daha da az seviyelere düşüş, hem de ihtiyaçları görmezden gelinen gruplar için iyileştirilmiş bir hizmetler dizisinin sağlanması açısından, beklenen yaşam süresinde daha fazla kazanımlar olması beklenmektedir. Bu tür kazanımlar elde etmek, yaşam seyri boyunca sağlık sonuçlarının sosyal ve çevresel etkenlerine değinmeyi gerektirecektir. Kadınlar için ilerleme devam edecektir ancak iş piyasasında ve iş-hayat dengesinde neler olduğuna ve kadınların ailedeki bakım rollerini yerine getirmelerine olanak tanımaya ve destek vermeye ve ayrıca özel politikalar ve hizmetler yoluyla daha geniş topluluğa katkıda bulunmaya daha fazla dikkat edilecektir. Örneğin, kadınların verimli istihdamla meşgul olma yeteneği, kaliteli yaşlı bakım hizmetlerinin sağlanmasına ve aile ve toplumdan gelen destekleyici ve fırsat veren bir çevreye oldukça bağlı olacaktır. Engelli ve sağlık ihtiyaçları olan yetişkinlerin ve yaşlıların, topluma tam kapasiteyle katılabilmelerini sağlamak, cömert transferlerden ve maddi tedariklerden daha fazlasını gerektirir. Bu, toplumun engelliler hakkındaki bakış açısında ve onları benimseme şeklinde temel bir değişikliği gerektirir. Evde bakım ve bakımevleri dâhil olmak üzere, uzun vadeli bakım, sosyal risklerin etkisini azaltmaya ve özel desteğe ihtiyaç duyanların hayatını zenginleştirmeye yönelik sosyal politika kapsamında, yeni bir önem kazanır.

Aile, eşitsizliklerin ve dezavantajın kuşaklar arasındaki geçişi engelleme açısından temel mevkidir, öte yandan, ülke mirasının ve kültürünün kuşaklar arasında geçişinin merkezidir. Hızlanan ekonomik ve sosyal eğilimlerin, aile ve ayrıca erkekler ve kadınlar ve genç ve yaşlı kuşaklar arasında değişikliğe uğrayan ilişkiler üzerindeki etkisini hafifletmek, yeni yaklaşımları ve destekleyici yapıları, kapasite geliştirmeyi ve bilginin aile çevresinde paylaşılmasını gerektirecektir. Bu, aile içine yatırım yapmayı, eşitsizliklerle başa çıkmayı ve dirençlilik oluşturmaya zorunlu kılacaktır. Sosyal bakım politikası, kendi içinde birleşik bir sosyal ve ekonomik birim olarak, daha geniş aile özellikleri setiyle iştigal edecektir.

Sürdürülebilir Gelişme Amaçları (SDG'ler), muhtemelen, 2030 yılına kadar uluslararası ve ulusal kalkınma için hakim çerçeve olacak ve yeni zorluklara yol açacaktır. SDG'ler, hükümetlere, MDG'lerde olduğu gibi sadece bir amaçlar setine değil, eş zamanlı olarak üç sete ulaşmaları için çağrıda bulunur: ekonomik kalkınma ve yoksulluğun azaltılması, sosyal içerme ve çevresel sürdürülebilirlik – her birisi kendi açısından karmaşıktır. Başarıya ulaşmak, yine çoklu sektör hareketine daha fazla uyarlanmış yeni yaklaşımların benimsenmesi için MDG'lerin ötesine geçmeyi gerektirecektir. SDG'ler, her şeyden önce, uzun vadeli planlamayı, kuşaklar açısından düşünmeyi ve ayrıca hükümetin kendini değişik şekillerde organize etmesini ve farklı biçimde çalışmasını gerektirecektir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Sosyal göstergelerde ve refahta ilerleme, ayrıca, sosyal içermeye ve tüm grupların anlamlı katılımına daha fazla dikkat ederek belirlenecektir. Bu gruplara kadınlar, çocuklar, gençler ve yaşlılar dâhildir. Örneğin, kadınların verimli istihdamla meşgul olma yeteneği, kaliteli çocuk bakım hizmetlerinin sağlanmasına ve aile ve toplumdan gelen destekleyici ve fırsat veren bir çevreye oldukça bağlı olacaktır. Engellilerin topluma tam kapasiteyle katılabilmelerini sağlamak, cömert transferlerden ve maddi tedariklerden daha fazlasını gerektirir. Bu, toplumların engelliler hakkındaki bakış açısında ve onları benimseme şeklinde temel bir değişikliği gerektirir. Yaşlı bakımı, sosyal risklerin etkisini önlemeye ve özel desteğe ihtiyaç duyanların hayatını zenginleştirmeye yönelik sosyal politika kapsamında, yeni bir önem kazanır.

Yaşlı Bakım Modelinin 'Vizyonunu' Geliştirmek

Yerinde yaşlanma, Avrupa'da ve gelişmiş dünyanın tamamında uzun vadeli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi açısından ilgi odağı haline gelmektedir. İki kilit yaşlı bakım modelinin tasarlanmasına odaklanacağız. Birincisi, insanların kendi evinde kişisel yardım sunan ev temelli bakıma odaklanmak ikincisi ise, yaşlılara, topluluk temelli girişimlerle, barınma (bütçe testiyle) destek tahsis edilen topluluk temelli huzurevi düzenlemelerine odaklanmaktır. Yaşlılar, kendi evlerinde ve kendi toplulukları içinde yaşamaya devam etmeleri için güçlendirilmeli ve gereken hizmetlerle donatılmalıdır. Bu amaca ulaşmak için, ASPB'nin aşağıdakileri yapmasını öneriyoruz:

Mevcut hizmetleri geliştirmek ve genişletmek,

Yeni hizmetleri, özellikle insanların kendi evlerinde ve toplulukları içinde bakım sunmaya özgü olanları getirmek,

Çok çeşitli hizmetlerin erişebilirliği, kullanılabilirliği ve satın alınabilirliği dâhil olmak üzere, hizmetlerdeki ve kapsamlardaki ayrılıklara değinmek,

Nakit transferine (veya ayni yardıma) bağımlı olmayı azaltmak,

Topluluk oluşturmaya yatırım yapmak,

'Kaliteye' daha çok odaklanmak,

Bireysel müdahalelerden uzaklaşıp daha çok 'sistemler yaklaşımına' yönelmeye ihtiyaç vardır.

Bakanlığın birçok amacına ulaşmak için bakanlıklar arasındaki ve sektörler arasındaki bağlantıların geliştirilmesi gerekir.

Mevcut kaynakların etkinliği ve kullanımı, daha iyi hedeflenerek iyileştirilebilir.

Hizmet gözetimi, programlar değerlendirmesi ve planlama ve gelecek tahminleri için veri kullanımından yeterince faydalanılmamaktadır.

Engellilerle yaşayanlar ve uzakta yaşayanlar gibi ağır dezavantajdan veya ayrımcılıktan muzdarip grupların haklarına hitap etmek açısından, toplumsal engellere daha fazla ilgi gösterilmesi gerekmektedir.

Kamu harcamasındaki oran açısından mevcut kaynak seviyeleri, uluslararası karşılaştırmalara kıyasla düşüktür ve yaşlanan bir nüfusun artan talepleri karşısında gözden geçirilmeleri gerekir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

'Çok Önemli Başarı Faktörleri'

Çok Önemli Başarı Faktörleri (bakınız Şekil 22), bir kurumun misyonuna ulaşmak için sürekli yerine getirmesi gereken az sayıdaki kilit alandır. Üç faktör, yeni LTC modelinin başarı etkenleri olma ihtimali açısından dikkati çeker.

Şekil 23. Çok Önemli Başarı Faktörleri

- Kapasite geliştirme tanımı, eğitimin ötesini kapsar ve ortakların eğitimini de kapsar
- Çıkarımlar, insan kaynaklarının yanında sistem performansı ile ilgilidir.
- Her ayakta, bölgesel ve küresel mükemmeliyet merkezleriyle teknik işbirliği organize edilir.
- Farklı ve cömert kaynaklar kapsamı belirlenir.
- Ekonomistler, kamu politikası uzmanları ve istatistikçiler dâhil olmak üzere, Bakanlık için yeni beceri profilleri.
- Varsayımları test etmek ve ölçüm programında ilerleme için dayanak sağlamak amacıyla veriler kullanılmıştır.

Bu alandaki kapasiteler geliştirilecektir.

Türk toplumunun dayanışma gibi olumlu değerlerini güçlendirme ihtiyacına değinir.

Toplumsal araştırma ve iletişim dizaynıyla ilgili yeni kapasitelere ve uygulamalara yatırım.

Toplumdaki zararlı normlara ve uygulamalara değinir.

Halk, Bakanlık'taki rol değişikliğinin ve başarıların farkına varacaktır.

LTC Hizmetlerini Tasarlama ve Sunma İlkeleri

İnsanların içerilme şanslarını, güçlendirme ve eşitliği ve ayrıca yaşlılara saygı gösterme ve korumayla ilgili kültürel değerleri güçlendirmeyi amaçlayan mevcut Türk programlarından ayrılarak, üç temel ilkede tasarlanan ve yer alan hizmetleri öne sürüyoruz. Bunlar, insan merkezli bakımı, sosyal sermayeyi ve insan hakları yaklaşımlarını kapsar. Bunlar, kişi merkezli değerlendirme süreçleri, BK'daki kapsamlı ev temelli bakım, Hollanda'daki topluluk yatırımları ve kurumsal yaklaşım, İtalya'da ailenin güçlendirilmesi ve Norveç'teki kaliteli, birey temelli hizmetler gibi Avrupa deneyiminden kaynaklanır.

Bu ilkeleri geliştirmek, sosyal bakım ihtiyacı duyan kişilerin bireysel ihtiyaçlarını uygun hale getirilmiş ve değer veren bir şekilde karşılayan hizmetlere ve destekleyici mekanizmalara kavuşmalarına olanak sağlayan etkili mekanizmaların tasarlanması açısından önemlidir. Böyle bir destek sistemi, ailenin kilit rolünü Türk toplumunun temel birimi şeklinde kabul eder ve geleneksel aile yapısında çeşitli nedenlerle desteklenmeyen bireylerin ihtiyaçlarını tanıır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Kişi merkezli bir yaklaşım

Uzun vadeli bakımdaki mevcut uluslararası gelişmeler, hizmetleri kullanan kişilerin kendi geleceklerini planlamalarına ve ihtiyaç duydukları hizmetlere ulaşmalarına olanak sağlamayı amaçlayan kişiselleştirilmiş hizmetlere doğru yönelmektedir. Geniş ihtiyaç kategorilerini amaçlayan hizmetler sağlamak yerine, bireylerin ihtiyaçları değerlendirilir ve buna uygun şekilde 'kişiselleştirilmiş' bir hizmetler planı bir araya getirilir. Bu şekilde kişiselleştirilmiş bir plan kapsamında, bazı nakit unsurlar ve aynı yardımlar genellikle sunulur. Bu kavramın temel değerleri, hizmet sağlamanın dayanağı olarak bağımsızlık, seçim, içerme, eşitlik ve güçlendirme ilkelerini benimser.

Kişiselleştirme, insanları güçlü yanları ve tercihleri olan bireyler olarak tanımak ve onları kendi bakım ve desteklerinin merkezine yerleştirmek anlamına gelir. Gelişmiş ülkelerin bazılarında gözlemlenen hizmetin öncülük yaptığı geleneksel yaklaşım, genellikle insanların ihtiyaç duydukları destek türünü şekillendiremedikleri veya doğru yardım türünü alamadıkları anlamına gelmiştir. Kendine dönük destek ve kişisel bütçeler gibi kişiselleştirilmiş yaklaşımlar, insanların kendi ihtiyaçlarını belirlemelerine ve kendi hayatlarını yaşamaları için nasıl ve ne zaman desteklenecekleri hakkında seçimler yapmalarına olanak tanımayı gerektirir. Bu bağlamda, bakım ihtiyacı duyan insanların bilinçli kararlar verebilmelerini temin etmek için bilgi, aktif destek ve tavsiye sağlanması önemlidir.

Bu kavramın temel değerleri, hizmet sağlamanın dayanağı olarak bağımsızlık, seçim, içerme, eşitlik ve güçlendirme ilkelerini benimser. Farklı ihtiyaçlara sahip kişileri 'normalleştirmenin' ve daha geniş topluma entegrasyonun bir yolu olarak geliştirilmiştir. Bir kişinin engellilik, hastalık, recesi veya ihtiyaçlarının karmaşıklığı, kişi merkezli planlamaya bir engel olarak görülmemelidir. Bu sürece ailelerin ve gayriresmi bakıcıların dâhil edilmesi, başarıya ulaşması açısından çok önemlidir.

Sosyal Sermaye

Kişiselleştirme, herkes için entegre, topluluğa dayalı bir yaklaşım sağlanmasıyla da ilgilidir. Kişilerin yaşı veya engelliliği ne olursa olsun, iyi bir destek seçimine sahip olabilmeleri için topluluk kapasitesinin geliştirilmesini ve yerel stratejik görevlendirmeyi gerektirir. İnsanların ulaşım, eğlence, eğitim, barınma, sağlık, istihdam fırsatları gibi evrensel hizmetlere erişebilmelerini sağlamak amacıyla topluluğun ve çeşitli grupların güçlü ve zayıf yanlarına ve diğer birimlerle çalışmaya değinmek suretiyle, buna modelin sosyal sermaye kısmıyla hitap edilir.

Bir sosyal sermaye sosyal bakım modeli, gelişmiş ülkelerin birçoğunda iki faktör nedeniyle ilgi odağı haline gelmektedir. Birincisi, daha geniş toplulukları desteklemenin, sadece bireysel olarak kişi için değil, tüm topluluk için de dolaylı bakım tedarikine yol açacağını kabul etmektir. İkincisi, sosyal sermaye, devlet fonunun yetersiz olduğu durumlarda, ekonomik ve beşeri sermayenin bir ikamesi olarak görülebilir. Aile dayanışmasının ve topluluktaki uyuşmanın Türk toplumunun en önemli özellikleri olarak görüldüğü Türkiye bağlamında, bir sosyal sermaye modeli, nispeten kolayca uyarlanabilir. Bu, bireysel destek mekanizmaları için planlamanın yanında, ASPB'nin sosyal sermayeyi artırıcı faaliyetlere yatırım yapmasını da gerektirir çünkü böylece insanların hayatlarında olumlu bir etki yaratılacak ve resmi hizmetler sistemine bağımlılıkları azaltılacaktır.

Sosyal sermaye, sosyal ağlar içindeki ve arasındaki bağlantılara atıfta bulunur. Kolektif (veya ekonomik) sonuçlar almak açısından sosyal ilişkilerin değerini ve işbirliği ve güvenin rolünü vurgu-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

lar. Dolayısıyla, en yalın haliyle, insanlar ve gruplar arasında yer alan, kendilerine ortak bir amaçlar setini bulmaya çalışmalarına yardımcı olan bağlantılarla ilgilidir. İnsanların güvenlerini ve özsaygılarını, bağlanabilirlik ve aidiyet hislerini ve kendi hayatlarında ve topluluklarında değişikliğe yol açma yeteneklerini arttırmak için geliştikleri ve yararlandıkları kaynaklar hakkındadır. Daha "iyi" sosyal sermayenin, insanların ve grupların güçlenmelerine ve kendilerine daha çok güvenmelerine yardımcı olabileceği yönündeki fikirdir. Sosyal sermaye faaliyetlerinin bireyler ve topluluklar için refah açısından olumlu gelişmelere katkıda bulunduğu sonucuna varan birtakım çalışmalar vardır. Bununla beraber, olumlu bir etkiye yol açmayan ve uygulama stratejisinin bir parçası olan inançların ve kültürlerin, destekleyici topluluklar, gündüz bakım faaliyetleri gibi iyi değerleri arttıran projelere yol gösterip bunları değerlendirirken, örneğin, engellere ilişkin utanç duygusu, aile içi istismar ve alkolle ilgili sorunlara da değineceği bilinmelidir.

İnsan haklarına dayalı bir yaklaşım

Türkiye, yaşlıların dâhil olmak üzere, sosyal korumayla yakından ilgili bazı İnsan Hakları Sözleşmelerini imzalamıştır. Bu sözleşmeler, Türkiye'nin ilerlemeyi ölçtüğü ve ulaşmak üzere kendisi için belirlediği standartları birçok şekilde düzenler. Bunlar, farklı grupların haklarının birbiriyle çatışır gibi görüldüğü durumlarda da yardımcı olabilir. Sosyal politikaya yönelik bir insan hakları yaklaşımı, cinsiyete ve engelliler ve yoksulluk içinde yaşayan yaşlılar gibi dışlanmış grupların sesine özellikle dikkat çeker. Sürecin en az sonuçlar kadar önemli olduğu ve kamu politikaları dizaynının insan hakları ilkeleriyle bilgilendirilmesi gerektiği yönünde ısrar eder. Sözleşmeler, insan hakları ilkelerinin çözümler hakkında bilgi verebildiği ve alternatif stratejilere işaret edebildiği karmaşık sosyal konular hakkında rehberlik de sağlar. Politikada ana akım insan hakları, basit değildir. Yolun her adımında dezavantajlı/ayrımcılığa uğrayan grupların deneyimini ve algılarını yapısal analizi insan hakları perspektifine göre dâhil etmesi gerekir.

Kişiler merkezli kavram ve sosyal sermaye kavramı, kanunların temel insan hakları ve eşit fırsatlar sağladığı yasal bir çerçeve içinde yerleşiktir. Bu durum, toplam hane halkı gelirine dayalı bütçe hesaplı bir yaklaşımdan ziyade, insanların bakım alma, ihtiyaçlara dayalı bir yaklaşıma yönelme açısından uygunluk kriterleri üzerinde muhtemel etkilere yol açar.

Son yıllarda, hayat kalitesine ve yaşlıların onuruna gösterilen ilgi, tüm dünyada artmaktadır. Yaşlıların İnsan Hakları¹³⁰ Birleşmiş Milletler, Avrupa Konseyi ve uluslararası insan hakları korunmasına özellikle odaklanan diğer uluslararası ve bölgesel kurumlar gibi uluslararası örgütlerin tartışmalarında ve tavsiyelerinde önemli bir konu haline gelmiştir¹³¹. Yaşlıların insan haklarının önemi, tüm dünyada ortaya çıkan demografik değişiklikler nedeniyle artmış görünmektedir. Bununla beraber, yaşlılığın, ayrımcılık ve diğer insan hakları ihlallerinin yaşanması yönünde artan savunmasızlık açısından bir faktör olabildiği de kabul edilmiştir. Son yıllarda, politika yapıcılara ve sosyal hizmet sağlayıcılara daha iyi bakım kalitesi ve çalışma koşulları sağlamaları için baskı yapmaya yönelik kapsamlı bir amaçla, akademisyenlerin, politika yapıcılarının ve sivil toplum örgütlerinin 'bakıma dair bir insan hakları yaklaşımının' geliştirilmesinde ve aktif olarak desteklenmesinde bir artış yaşanmıştır.

130 BM'nin yaşlı bir kişi hakkındaki yaygın tanımı, 65 yaş üzeri bir kişidir.

131 Meenan ve diğerleri 2016: 11-12



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Türkiye'de İyileştirilmiş LTC Hizmetleri için Stratejik Planlama

Tüm sistemi birden değiştirmek muazzam bir görev olduğu için, kısa vadede başlayıp (2017-2022'den itibaren ilk beş yıl) uzun vadede elde edilebilen değişikliklere zemin hazırlayarak ulaşılabılır adımları ve safhaları içeren açık bir planlama stratejisine ihtiyaç vardır. Öne sürülen unsurların birçoğu, kültürde, kapasite geliştirmede, entegre çalışmada ve etkili sosyal sermaye geliştirmede değişiklikleri zorunlu kılar ve gelişmesi, ilerlemesi zaman alır. Stratejik bir plan, kısa, orta ve uzun vadede ulaşılabilir hedeflerle birlikte, önümüzdeki yıllarda bu modele doğru ilerlemeye yardımcı olmak için geliştirilir. Bu uzun vadeli bakım modelini daha geniş bir ulusal stratejinin ayrılmaz bir parçası olarak görmek ve bunun özellikle sağlık ve çalışma olmak üzere diğer sektörlerle nasıl etkileşim kuracağını ve bütünleşeceğini göz önüne almak önemlidir. Sonuncu ama son derece önemli olarak, herhangi bir sistemi değiştirmek, aşağıda daha fazla tartışılan kabiliyetleri ve maliyetle ilgili olası sonuçları kapsayacaktır.

Hizmetlere Erişim

Program planlamayı organize etmenin bir yolu, hayatlarının farklı noktalarında hizmetlere kimlerin ihtiyaç duyabileceğine bakmak, mevcut sistem uyarınca hoşlandıkları hizmetlerin ve yardımların ne olduğunu göz önüne almak ve daha sonra kısa vadede (5 yıl) öne sürülen çerçeve içinde ihtiyaçlarına ve bunun orta ila uzun vadede (10 yıl ila 20 yıl) nasıl daha fazla geliştirilebileceğine değinen mekanizmalar önermektir. Orta ve uzun vadede önceden planlamak için Türkiye bağlamına uyarlanabilen ve uygun hale getirilebilen hizmet örnekleri öneriyoruz. Bunlar, sistemdeki mevcut boşluklara değinmek üzere özellikle seçilmiştir ancak değiştirilemez değildir ve biz zaman içinde ilerlerken değişikliğe tâbidir. Yeni zorlukların zaman içinde gözlemlenmesi ve zaman içinde daha acil politika ve siyaset gündemlerinin geliştirilmesi mümkündür.

Önerilen model kapsamında, tüm bireyler için faydalı olacak ve daha çok topluluğa dayalı hizmetlerle toplumdaki en savunmasız kişilere özgü, uygun hale getirilmiş diğer hizmetlere ihtiyaç vardır. Kilit fikir, ASPB'nin, daha geniş piyasaya, özellikle özel bakım sağlayıcılarına hizmet sunumunda rehberlik sağlaması, topluluğun gelişmesine yatırım yapması ve hizmetleri ekonomik nedenlerle satın alamayanlara yardımcı olmak için kendi kapasitesini arttırmasıdır. Topluluk geliştirme girişimleri, ekonomik açıdan daha güçlü kişiler dâhil olmak üzere, çok kapsamlı ve çeşitli kullanıcılara hizmet verebilen hayır kurumlarının ve sivil toplum örgütlerinin rolünü de zenginleştirilecektir.

İhtiyaçlar Değerlendirmesi

Kısa vadeliğine, uygunluğa yönelik bütçe hesaplı mevcut kriterlerin değişmeden aynı kalabileceğini öneriyoruz. Bununla beraber, modelin temel ilkelerini yansıtmaları için ihtiyaçlar değerlendirilmesi araçları zenginleştirilmelidir. BK örneğinden gelen kılavuz ilkeler, Türkiye bağlamına uyarlanabilen bir çerçeve sağlayabilir. Bunlar arasında en önemlisi, bir kişinin, refahı, topluma katılımı, ekonomik olarak aktif kalması ve dışlanmasının önlenmesiyle ilgili ihtiyaçlarının daha kapsamlı olası sonuçlarını göz önüne almaktır. Hizmetler sağlamanın faydalı bir çerçevesi **İhtiyaçlar Sonuç Hizmet Modelidir:**



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bireyselleştirilmiş bir bakım modeli, aşağıdaki unsurları içermelidir:

İhtiyaçlar: Bireyin tam kapasitesine ulaşmasına yönelik fırsatlarını en üst düzeye çıkarmak amacıyla sağlık ve bakım ihtiyaçları için başarıya ulaşması için gerekenler.

Sonuç: Nelere ulaşmak istediğinizi düşünün. İhtiyacı karşılayıp karşılamadığınızı öğrenmek için hangi sonucu aradığınızı tam olarak belirlemelisiniz. Eğer sonuç, kişinin mutlu olmasını ifade ediyorsa, bu oldukça belirsiz olacaktır. Bunu elde edip etmediğinizi nasıl bileceksiniz? Hiç kimse her zaman mutlu olmadığı için bu aslında gerçekçi bir sonuç mudur? Sonuçların **AKILLI** (SMART) olması gerekir – Sonuca ulaşıldığına dair delil de sağlayabilmelisiniz.

SMART (S Spesifik, M Ölçülebilir, A Ulaşılabilir, R Gerçekçi, T Zaman Sınırlı)

Hizmetler: İhtiyacı karşılamak için yerine getirilmesi gereken görevi ve bunu kimin yerine getireceğini düşünün. Bir hizmet, belirli bir görevi yerine getiren resmi bir bakıcı gibi bir kişi Veya belirli bir görevi/görevleri sağlayan veya yerine getiren bir kurum olabilir.

İş gücü Yapısı ve Planlama

Avrupa'da, doğrudan bakım çalışanları, yaşlı bakımı iş gücünün yüzde 60-65'ini teşkil ederken, geriye kalan kısım, profesyonel personel, yöneticiler/amirler ve az oranda yardımcı personel (aşçılar, temizlik görevlileri ve sürücüler) arasında dağıtılmıştır. Güncel iş gücü yapısının kapsamlı şekilde değerlendirilmesi gerekir. Uyumlu bir yaşlı bakım sisteminin ihtiyaçlarını karşılamak üzere donatılmış eğitilmiş ve vasıflı bir iş gücündeki boşlukların belirlenmesi için mevcut iş gücü yapısı kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir.

Ev temelli bakım açısından, iş gücünün belkemiği, temel eğitim alan ve ayrıca yaşlı kişiye merhamet duyma ve bu kişinin ihtiyaçlarını karşılamaya dair kişisel yeterliklerle işe alınan doğrudan bakım çalışanlarıdır. Hizmetin genişletilmesiyle birlikte, bu iş gücünün geliştirilmesine büyük ihtiyaç duyulacaktır. Bununla beraber işe alımların beklenen kesin sayısı, artan talepleri, hizmet genişletme seviyelerini, yeni hizmetlerin çeşitliliğini, ihtiyacın tahmin edilen karmaşıklıklarını ve personelin kullanıcılara oranına ilişkin yönetmelikleri göz önüne alan, Türkiye'deki duruma dair derinlemesine analize dayalı olacaktır. Avrupa'daki bazı girişimler, Türkiye bağlamına uyarlandığında, doğrudan bakım çalışanları kategorisinde işe alımın iyileştirilmesi açısından faydalı olabilir. Bunlar, Avrupa Engelliler için Hizmet Sağlayıcıları Birliği (EASPD) tarafından geliştirilen araç takımını, Birleşik Krallık'tan 'Bakım Elçisi' ve 'Akıllı Girişim' gibi girişimleri içerebilir.

Bu iş gücünün diğer önemli parçası, profesyonel çalışanlar, özellikle sosyal hizmet çalışanları ve ayrıca hemşireler, meslek hastalıkları uzmanları, fizik tedavciler vb. gibi diğer profesyonellerdir. Özellikle sosyal hizmet çalışanları, (yaşlı bakım tedarikinde ana birim olarak) aileyle devleti birbirine bağlama açısından kilit bir role sahiptir¹³². Sosyal hizmet görevlisi kadrosunun hâlihazırdaki görevi, yeniden tanımlamayı ve ayrıca kendisinden beklenen rolü oynaması için vasıflı personele büyük bir yatırım yapmasını gerektirebilir. Bununla beraber sosyal hizmet çalışanının, katma değer açısından bireysel refaha ve program etkililiğine potansiyel katkısı yüksektir. Etkili iş uygulamaları için, sosyal hizmet görevlilerinin hizmet kullanıcıları için kaliteli sonuçlar elde etmelerine yardımcı olmak amacıyla içine yerleştirildiği kurum yapısının gözden geçirilmesi ve bu yapıya hitap edilmesi de önemlidir.¹³³

¹³² Hussein 2014

¹³³ Hussein ve diğerleri 2014



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bu profesyonellerin performansı, resmi yeterliklerine ve yüksek eğitim seviyesinde eğitime oldukça bağlıdır ve diğer devlet daireleriyle ulusal planlamayı ve koordinasyonu gerektirecektir. ASPB, bu mesleklerin tedarikindeki boşlukların belirlenmesine ve bunların önemini vurgulamaya ve ayrıca diğer bakanlıklarla ilerideki olası yolların koordine edilmesine ön ayak olabilir. Bunlar, “İle-riyi Düşün” veya “Sosyal Hizmette Hız” gibi yukarıdaki Avrupa deneyimlerinde belirlenen şekilde, “hızlı yol” yeterliklerinin öne sürülmesini içerebilir. Bakanlık, Türk toplumunda sosyal hizmet eğiti-minin imajını ve statüsünü iyileştirmek ve daha istekli genç yetişkinleri çekmek için kampanyalara öncülük de edebilir.

Sektör içinde kariyer fırsatları oluşturmak, kaliteli personelin çekilmesi ve muhafaza edilmesi açısından çok önemlidir. Bunlar, sektör içinde ve sektörler arasında, özellikle sağlık ve sosyal bakım arasındaki fırsatlar şeklinde organize edilebilir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

3. Bölüm

Türkiye'de Yaşlı Evde Bakım ve Sürekli Bakım Hizmetlerine Yönelik Model Tasarımı



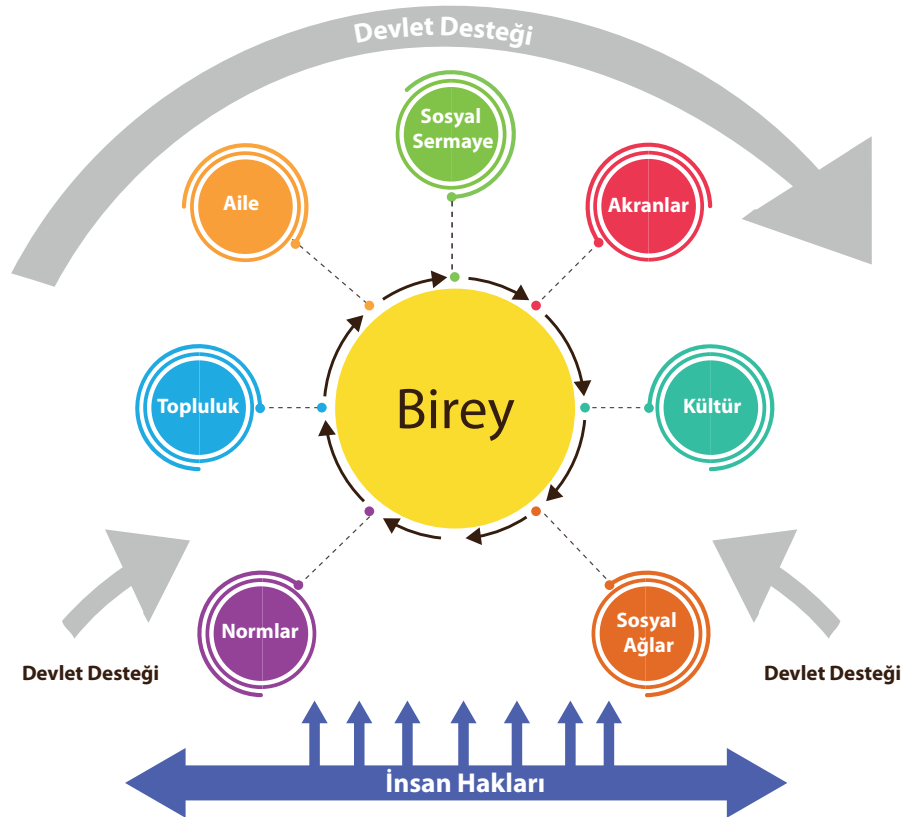
Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

1.2 Türkiye'de Yaşlıların Bakımına Dair Kavram ve Perspektifler ile Gelecekte Beklenen Gelişmeler

Yaşlı insanların içirme, güçlendirme ve eşitlik hususlarını iyileştirmeye yönelik mevcut Türkiye programları ile beraber yaşlılara saygı gösterilmesi ve korunması etrafında dönen kültürel değerlerin ötesine geçerek, üç ana ilke çerçevesinde yapılanan yeni bir yaşlı bakım hizmeti reform modeli teklif etmekteyiz. Bu ilkeler, kişiye özel bakım, sosyal sermaye ve insan hakları yaklaşımından ibarettir. Bunlar, kişiye özel değerlendirme süreçleri, Birleşik Krallık'ta uygulanan kapsamlı evde bakım uygulamaları, Hollanda'da uygulanan topluluk yatırımları ve kurumsal yaklaşım, İtalya'da uygulanan ailenin güçlendirilmesi politikası ve Norveç'te uygulanan yüksek kaliteli bireysel tabanlı hizmetler gibi Avrupa deneyimlerinden devşirilmiştir.

Bu ilkeler üzerinden, sosyal bakıma ihtiyaç duyan bireylerin hizmet almaya olanaklı kılınmasını sağlayan etkin mekanizmalar ile bireysel ihtiyaçlarını kendilerine has ve insan onuruna yakışır biçimde karşılayabilen destek mekanizmaları tasarlanması önemlidir. Böylesi bir destek sistemi, ailenin Türk toplumundaki merkezi birim konumundaki kilit rolünü tanıırken, ayrıca çeşitli sebeplerden dolayı geleneksel aile yapısınca desteklenmeyen bireylerin ihtiyaçlarına da yanıt vermelidir. Şekil 1, birey temelli yaklaşım, sosyal sermaye ve insan haklarından oluşan üç temel ilkeyi kapsayan teklif edilen sosyal hizmet modelinin bir özetini sunmaktadır. Bu ilkelerin detayları ve modelin geneli içerisinde uygulanışları aşağıdaki alt bölümlerde sunulmaktadır.

Şekil 1. Türkiye için teklif edilen, Birey temelli bakım, sosyal sermaye ve insan haklarından oluşan üç ilkeyi kapsayan sosyal bakım modeli



Birey Temelli Yaklaşım

Uzun vadeli bakımda mevcut uluslararası gelişmeler, hizmetleri kullanan insanlara kendi geleceklerini planlama ve ihtiyaç duydukları hizmetlere erişme olanağı veren, kişiselleştirilmiş hizmetlere dönüşüm yolunda ilerlemektedir. Geniş ihtiyaç kategorilerini hedefleyen hizmetler temin etmek yerine, bireylerin ihtiyaçları değerlendirilerek buna uygun bir "kişiselleştirilmiş" hizmetler planı hazırlanmaktadır. Bu kişiselleştirilmiş plan çerçevesinde genellikle kimi nakit bileşenleri ile aynı yardımlar sunulmaktadır. Bu kavram çerçevesinin temel değerleri üzerinden; bağımsızlık, seçme hakkı, içerme, eşitlik ve güçlendirme ilkeleri hizmet sağlama temelleri olarak benimsenmektedir.

Kişiselleştirme, insanları kendilerine has güçlü yanları ve tercihleri olan bireyler olarak tanımlamak ve bunları kendi bakım ve desteklerinin merkezine yerleştirmek anlamına gelmektedir. Kimi gelişmiş ülkelerde gözlemlenen geleneksel hizmet odaklı yaklaşım sıklıkla insanların ihtiyaç duydukları desteğin şeklini belirleyememesi yahut doğru türde yardım alamaması anlamına gelmiştir. Öz-yönlendirmeli destek ve kişisel bütçeler gibi kişiselleştirilmiş yaklaşımlar, insanların kendi ihtiyaçlarını belirleme ve hayatlarını sürdürme yolunda nasıl ve ne zaman desteklenecekleri üzerine tercih yapabilmelerini olanaklı kılmaktadır. Bu kapsam içerisinde, insanların doğru kararlar vermesini temin etmek üzere bilgi, savunuculuk ve tavsiyeler sağlanması önemli olmaktadır.

Bu kavram çerçevesinin temel değerleri üzerinden; bağımsızlık, seçme hakkı, içerme, eşitlik ve güçlendirme ilkeleri hizmet sağlama temelleri olarak benimsenmektedir. Farklı ihtiyaçlara sahip kişilerin "normalleştirilmesi" ve daha geniş toplum katmanına entegrasyonuna yönelik bir yol olarak geliştirilmiştir. Bir kimsenin engellilik, rahatsızlık halleri yahut ihtiyaçlarının karmaşıklığı, birey temelli planlamaya birer engel olarak görülmemelidir. Ailelerin ve gayriresmi bakıcıların bu süreçte dahil edilmesi başarılı olması yönünde kilit rol oynamaktadır.

1.2.1 Sosyal Sermayeye Yatırım

Kişiselleştirme ayrıca herkes için bütünleştirilmiş, topluluk tabanlı bir yaklaşım bulunduğunun teminat altına alınmasını gerektirir. Bu husus, insanların yaş veya engelden azade olarak geniş destek seçeneklerine erişebilir olması için topluluk kapasitesinin geliştirilmesi ve yerel stratejik hizmet sunumları sağlanmasını kapsamaktadır. Bu da, insanların ulaşım, eğlence, eğitim, barınma, sağlık ve istihdam olanakları gibi evrensel hizmetlere erişimi olması için topluluğun güçlü ve zayıf yanları ile çeşitli gruplara hitap eden ve diğer departmanlarla ortak işleyen modelin sosyal sermaye kısmıyla yanıt bulacaktır.

Sosyal sermaye yapılı sosyal bakım modeli, iki etkene dayalı olarak pek çok gelişmiş ülkede merkezi rol oynamaya başlamıştır. Bunlardan ilki, daha geniş toplum kesimlerinin desteklenmesinin sadece bireysel olarak kişiye değil aynı zamanda bütün topluluğa dolaylı olarak bakım sağlanmasıyla sonuçlanacağını anlaşılmıştır. İkincisi ise, devlet finansmanı yetersiz olduğunda beşeri sermayenin ekonomik ve beşeri sermayeler için bir nevi ikame olarak görülebileceği hususudur. Aile içi dayanışma ve toplumsal kaynaşmanın toplumun kilit özellikleri olarak düşünüldüğü Türkiye gibi örneklerde, bir sosyal sermaye yapılı sosyal bakım modeli nispeten kolayca uyarlanabilecektir. Bu uğurda, bireysel destek mekanizmaları için planlama yapmanın yanı sıra, karşılığında insanların hayatları üzerinde olumlu etkiye sahip olacak ve resmi hizmet sistemlerine



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

bağımlılığı azaltacak olması temelinde, ASPB'nin sosyal sermayeyi geliştirecek faaliyetlere yatırım yapmasını gerektirmektedir.

Sosyal sermaye, sosyal ağlar içerisinde ve aralarındaki bağlantılara işaret eden bir kavramdır. Toplumsal ilişkilerin değerinin ve işbirliği ile güvenin toplu (veya ekonomik) sonuçlar almadaki rolünün altını çizer. Dolayısıyla en basit deyişle sosyal sermaye, insanlar ve gruplar arasında varolup ortak bir hedefler dizisinin peşine düşmelerine yardımcı olan bağlantılarla ilgili bir kavramdır. İnsanların itimat ve kendine güveni, bağlılık hissiyatlarını, sahiplenme ve yaşamlarında ve topluluklarında değişiklik yaratma kabiliyetlerini artırmak üzere geliştirip kullandıkları kaynaklarla ilgilidir. Anafikir, daha fazla "iyi" sosyal sermayenin insanlar ve grupların daha güçlü ve daha kendi kendine yetebilir hale gelmesine yardımcı olacağıdır. Sosyal sermaye faaliyetlerinin hem bireyler hem de topluluklar için daha olumlu ortamlar yaratılmasına katkıda bulunduğu dair sonuçlar ortaya koyan bir dizi araştırma mevcuttur. Ancak, özellikle olumlu etkisi bulunmayan ve uygulama stratejisinin parçası olmayan inançlar ve kültürün, destekleyici topluluklar, gündüz bakım faaliyetleri gibi iyi değerlerin geliştirilmesine yönelik projelere öncülük edip değerlendireceği ve örneğin engellilere yönelik önyargı, aile içi şiddet ve alkolle alakalı sorunlar gibi olumsuz kültür unsurlarına yanıt vereceği akılda bulundurulmalıdır¹³⁴.

1.2.2 Hak Temelli Yaklaşım

Türkiye, yaşlıları da kapsamak üzere sosyal korumaya mühim vurgu yapan bir dizi insan hakları sözleşmesine taraftır.

Pek çok bakımdan bu sözleşmeler Türkiye'nin ilerlemeyi ölçme konusunda ölçek olarak aldığı ve erişmek üzere faaliyette bulunduğu standartları ortaya koymaktadır. Bunlar ayrıca farklı grupların haklarının birbiriyle uyumsuzluk içinde görüldüğü hallerde de yardımcı olabilmektedir. Sosyal politikaya dair bir insan hakları yaklaşımı cinsiyet unsuruna, engelli insanlar, yoksulluk içinde yaşayan yaşlı insanlar gibi dışlanmış grupların sesinin duyulması hususuna özel önem atfeder. Sürecin kendisinin çıktıları kadar önemli olduğunu ve kamu politikalarının tasarımının insan hakları ilkeleriyle örtüşmesi gerektiğini vurgular. Sözleşmeler ayrıca insan hakları ilkelerinin çözümleri aydınlatılabildiği ve alternatif stratejilere işaret edebildiği karmaşık sosyal sorunlara dair de rehber görevi görür. Politikada insan haklarının odağa konulması basit bir mevzu değildir. Yolun her aşamasında, dezavantajlı/ayırımcılığa uğramış gruplar/yapıların analiz deneyim ve algılarını bir insan hakları perspektifi üzerinden dahil etmesi elzemdir.

Hem birey temelli bakım hem de sosyal sermaye tabanlı bakım kavramları, kanunun temel insan haklarını ve imkan eşitliğini temin ettiği bir mevzuat çerçevesine eklenmiştir. Bu husus, toplam hanehalkı gelirine dayalı bütçe hesaplı yaklaşımdansa ihtiyaç odaklı bir yaklaşıma yöneldiğinde insanların bakım hizmeti alabilme kıstasları üzerinde belirli sonuçlar doğurmaktadır.

Geçtiğimiz yıllar içerisinde, dünya çapında yaşlı insanların yaşam kalitesi ve itibar seviyesine dair giderek artan bir ilgi gözlemlenmiştir. "Yaşlıların insan hakları"¹³⁵ hususu Birleşmiş Milletler, Avrupa Konseyi ve diğer uluslararası ve bölgesel kurumların irdelene ve tavsiyeleri içerisinde uluslararası insan haklarının korunmasına dair yapılan özel bir vurgu ile başlıca konulardan biri

134 Oglak, S. ve Hussein, S. (2016) Active Ageing, Social and Cultural Integration of Older Turkish Alevi Refugees in London. Journal of Muslim Minority Affairs. doi: 0.1080/13602004.2016.1147152

135 The common UN definition of an older persons is someone aged 65+



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

haline gelmiştir.¹³⁶ Yaşlıların insan hakları hususu, dünya çapında vuku bulmakta olan demografik değişikliklerden dolayı önem kazanmış görünmektedir. Ancak, yaşlılık hususunun aynı zamanda ayrımcılık ve diğer insan hakları ihlallerine karşı artan hassaslığa götüren bir etken olabileceği de tanımlanmıştır. Son yıllarda, "insan hakları temelli bakım yaklaşımı" hususunda yaşanan gelişmelerle beraber akademisyenler, kanun yapıcılar ve sivil toplum örgütlerince daha yüksek kalitede bakım ve çalışma koşulları sağlamaları üzere kanun yapıcıları ve sosyal bakım sağlayıcılara baskı yapılması yönünde geniş hedefli savunuculuk faaliyetlerinde artış gözlemlenmiştir.

Bu husus, özel sektör işletmeleri ve bunların uluslararası insan haklarına saygı gösterme yükümlülükleri üzerine yürütülen tartışma ile eş zamanlı ilerlemektedir.

1.3 Yaşlı Bakımı Modeli için "Vizyon" Geliştirilmesi

Yerinde yaşlanma, Avrupa'da ve dünya çapında gelişmiş ülkeler içerisinde uzun vadeli bakım hizmetlerinin gelişimi hususunda merkezi role kavuşmaktadır. İki kilit yaşlı bakımı modeli tasarlanmasına odaklanacağız: birincisi, insanlara kendi evlerinde kişisel yardım sağlayan evde bakım modeli ve ikincisi de yaşlı insanlara ya barınma imkanı sağlandığı (bütçe hesaplı) ya da topluluk odaklı inisiyatiflerle desteklendiği topluluk tabanlı yerinde bakım düzenlemeleridir. Yaşlı insanlar, kendi evlerinde ve kendi topluluklarında yaşayabilmek adına güçlendirilmeli ve ihtiyaç duydukları hizmetlerle desteklenmelidir. Bu amaca erişmek adına, ASPB'nin aşağıdaki eylemlerde bulunmasını tavsiye etmekteyiz:

- Mevcut hizmetler üzerinden geliştirme ve genişletme
- Özellikle insanlara kendi evlerinde ve topluluk içerisinde bakım sunmaya odaklanan yeni hizmetler sunma
- Hizmetler ve kapsamlarındaki, geniş yelpazede hizmetlerin erişilebilirlik, bulunabilirlik ve ödenebilirliği dahil boşluklara yanıt bulma
- Nakit yardımlarına (veya aynı yardımlara) bağımlılığı azaltma
- Topluluk merkezleri oluşturulmasına yatırım yapma
- "Kaliteye" daha güçlü vurgu yapma
- Bireysel müdahalelerden uzaklaşıp daha "sistemli yaklaşımlara" yönelmesi gereklidir.
- Bir dizi Bakanlık hedeflerine ulaşılabilmesi için bakanlık ve sektörler arası bağlantılar güçlendirilmelidir.
- Mevcut kaynakların verim ve kullanımı daha iyi hedefleme yoluyla geliştirilebilir.
- Hizmet takibi, program değerlendirmesi ve planlaması ile gelecek tahminleri için veri kullanımı halihazırda yetersizdir.
- Engelli insanlar veya kendi başına yaşayan insanlar gibi kesimler gibi ciddi dezavantajlarla veya ayrımcılıkla yüzyüze grupların haklarına yanıt verilebilmesi için toplumsal engellere daha fazla önem gösterilmelidir.

136 European Commission (2015) Thematic review on personal and household services



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- Kamu harcamaları içindeki mevcut ayrılan seviyeler uluslararası karşılaştırmalara kıyasla düşük olup bunların yaşlanan nüfusun artan ihtiyaçlarına karşılık verebilmesi adına gözden geçirilmesi gereklidir.

Kritik Başarı Etkenleri (bkz. Şekil 1), bir kuruluşun görevini yerine getirebilmesi için tutarlı biçimde iyi performans göstermesi gereken az sayıda kilit alanı işaret etmektedir. Yeni uzun vadeli bakım (LTC) modelinin başarısının belirleyicisi olabilecek üç etken göze çarpmaktadır.

Şekil 1. Kritik Başarı Etkenleri

Kapasite Geliştirme	• Kapasite geliştirmenin tanımı eğitimin ötesine genişletilir ve ortakları da kapsayacak hale getirilir. • Sonuçlar insan kaynaklarının yanı sıra sistem performansı ile ilişkilendirilir. • Her bir konuda bölgesel veya küresel mükemmeliyet merkezleriyle teknik işbirliği örgütlenir. • Birbirinden ayrı ve anlamlı miktarlarda kaynak bütünleri tanımlanır. • Ekonomi uzmanları, kamu siyaseti uzmanları ve istatistikçiler dahil Bakanlığa yeni beceri profilleri tanımlanır.
Kanıt ve Verilerin Kullanılması	• Varsayımları test etmek ve program ilerlemesini ölçmek üzere referans oluşturmak için veriler kullanılır. • Bu alanda kapasiteler geliştirilir.
İletişim	• Dayanışma gibi Türk toplumunun olumlu değerlerini güçlendirme ihtiyacına yanıt olur. • Sosyal araştırmalar ve iletişim tasarımı ile ilgili yeni kapasiteler ve uygulamalara yatırım. • Toplum içi zararlı normlar ve uygulamalara karşılık verir. • Kamu, Bakanlığın rolü ve başarılarından haberdar olur.

1.3.1 Pazar Şekillendirme

ASPB, bakım için kimin ödeme yaptığından bağımsız olarak insanların ihtiyaçlarını en iyi karşılayan yüksek kaliteli ve kişiselleştirilmiş bakım ve destek sunabilecek, uyumlu, çeşitli ve sürdürülebilir bir uzun vadeli bakım hizmeti sağlayıcıları pazarı hedefine ulaşmak üzere baş rolü ve sorumluluğu üstlenmelidir.¹³⁷

ASPB ve yerel belediyelerin, temelde refaha odaklanan kaliteli ve çıktı odaklı hizmetler üzerinden olmak üzere ayrıca diğer müdahaleler üzerinden pazarı şekillendirmesi beklenmektedir. Bu yaklaşım, önleme, olanak tanıma, yalnızlık ve sosyal izolasyonu azaltma ve yaşlı insanların bağımsızlığını artırmayı giderek gereksinim duyulan sonuçlara ulaşmak ve bunları aşmak için vurgulamak, insanların ihtiyaçlarının belirlenmesinde tercih olanağını temin etmek anlamına gelmektedir.

¹³⁷ Evers A. (2007) Mixed Welfare Systems and Hybrid Organizations: Changes in the Governance and Provision of Social Services International Journal of Public Administration Volume 28



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bundan dolayı çıktılar hizmetlerin kalite teminatının başlıca ölçütü olarak kullanılmalıdır. Her ne kadar merkezi ve yerel idarelerin, sosyal bakım sağlayıcılardan ayrıntılı mali veriler, hesaplar ve işletme planları toplaması beklenmemekteyse de bölgelerindeki insanların çeşitli yüksek kaliteli hizmetler arasından seçim yapabilmesini temin etmelidirler. Dolayısıyla, merkezi hükümet ve yerel belediyeler pazarın bir bütün olarak sürdürülebilirliğine önem vermesi gereklidir –örneğin sağlayıcılar için uzun vadede sürdürülebilir olmayan ücret seviyeleri belirlememeye dikkat etmelidir.¹³⁸

1.4 Türkiye’de İyileştirilmiş Huzurevinde Yaşlı Bakımı Hizmetlerine Dair Stratejik Planlama

Bütün bir sistemi tek seferde değiştirmek devasa bir iş olduğundan ötürü, kısa vadeden başlayıp (2017-2022 arası ilk beş yıl) ardından uzun vadede elde edilebilecek değişiklikler için zemini hazırlayacak, erişilebilir adımlar ve aşamalara sahip net bir planlama stratejisi gereklidir. Söz konusu bileşenlerin pek çoğu kültür, kapasite geliştirme, bütünsel çalışmalar ve etkin sosyal sermaye yapısının ortaya çıkarılmasıyla beraber ayrıca gelişmek ve yayılmak için zaman da gerektirecektir. Bu modelin ilerleyen yıllarda benimsenebilmesine yardımcı olması amacıyla kısa, orta ve uzun vadelerde erişilebilir hedefler barındıran bir stratejik plan geliştirilmiş ve aşağıda sunulmuştur. Bu uzun vadeli bakım modeline daha üst ölçekli bir ulusal stratejinin ayrılmaz parçası olarak bakmak ve özellikle sağlık ile iş gücü olmak üzere diğer sektörlerle nasıl etkileşip bütünleşeceğini dikkate almak önemlidir. Sonuncu fakat bir o kadar önemli bir husus da herhangi bir sistemi değiştirmenin getireceği kabiliyetler ve maliyet sonuçları olacaktır ki bu unsur yine aşağıda ayrıntısıyla incelenecektir.

1.4.1 Ortaklık Yoluyla Çalışma

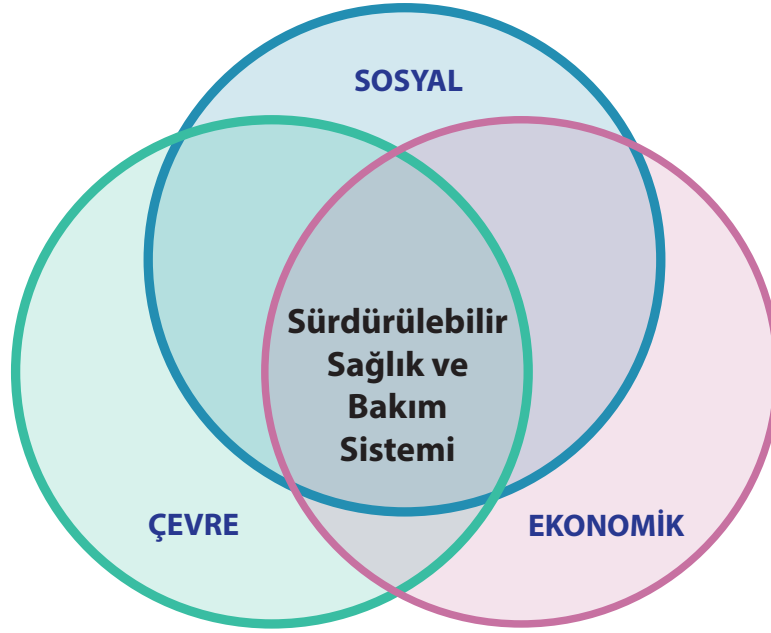
İlerici ve etkin ortaklık yapısı üzerinden hizmetlerin sürdürülebilir yapıda geliştirilmesini sağlamak için uzun vadeli bakım sisteminin iyileştirilmesi (bkz. Şekil 2) hedefi, bir yandan “sürdürülebilir” bir sisteme ulaşılması hedefiyle sürekli geliştirme sürecine vurgu yaparken diğer yandan da kişiselleştirme ve sosyal sermaye temel ilkeleriyle tutarlılık sergileyen birey ve toplumun ileriye dönük rolünü vurgulamaktadır. Buna ilaveten, yalnız sağlık ve sosyal bakım gibi farklı devlet birimleri arasında değil aynı zamanda özellikle, birey, devlet ve sivil toplum kilit aktörler olacak biçimde, çeşitli paydaşlar arasında ortaklık olacak şekilde ortaklığın rolünün altını çizmektedir.

¹³⁸ Gleckman H (2010), Long-term care financing reform lessons from the US and abroad, The Commonwealth Fund and The Urban Institute



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 2. LTC içerisindeki sosyal, çevresel ve ekonomik etkenlerin etkileşimi



Buna erişmek adına, kısa ve orta vadede aşağıdaki çıktılar düşünülebilir:

- 1- Hizmetlerin, hizmetleri kullanan insanların perspektifiyle iyileştirilmesi,
- 2- Hizmetleri kullanan insanların içeren ve eşitlikçi bir temelde yaşamda tam potansiyellerine erişme ihtimallerinin artırılması,
- 3- Kuruluşların yeni modele uyuma yönelik gerekli planlar yaptığının temin edilmesi,
- 4- Yeterlik sahibi iş gücü oluşturulması,
- 5- Mevcut hizmetlerin genişletilip yenilerinin devreye sokulması üzere yeterli finansman sağlanması,

Bütünleşik bir sosyal bakım modeli Şekil 3'te sunulduğu şekilde görünebilir. Burada odağımız yaşlı insanlara sunulan hizmetler olacaktır ki bu da kamu sağlığı, engellilik ve akıl sağlığı hizmetleriyle kesişecektir. Bu görsel sunumlar, yaşlı insanlara ve diğer kullanıcı gruplarına sağlanan hizmetlerin devamlılığını gösterirken kimi kullanıcıların yaşlılık, fiziksel engel ya da akıl sağlığı sorunlarından dolayı birden fazla ihtiyaca sahip olabileceği hususu dikkate alınmaktadır. Bu husus, hem sağlık bakanlığı gibi diğer devlet birimleriyle hem de çeşitli hizmetler sunan diğer paydaşlarla çalışma yönünde sürekli çaba gösterilmesi gereğine işaret etmektedir.

Ancak, net ve güçlü bir işletimsel çerçeve yürürlükte olmaksızın bu ortaklık çabalarının başarılı olması muhtemel değildir. Böylesi bir çerçeveye sahip olunması, Bakanlık için temel bir hedef olmalıdır. Gönüllü kuruluşlar işletme becerilerinin geliştirilmesi, daha girişimci olmaları ve yönetimlerinin tescil ve ruhsat verme yoluyla güçlendirilmesi üzere desteklenecektir.¹³⁹ Bu önlemler, önümüzdeki yıllar içerisinde devlet ve sivil toplum arasındaki ilişkiyi radikal biçimde yeniden şekillendirecektir. Özel sektör de, katkılarını en verimli biçimde kullanabilmek adına destekleyici bir

¹³⁹ Hussein, S. ve Manthorpe, J. (2014) Volunteers supporting older people in formal care settings in England: personal and local factors influencing prevalence and type of participation. Journal of Applied Gerontology, 33(8): 923-941.

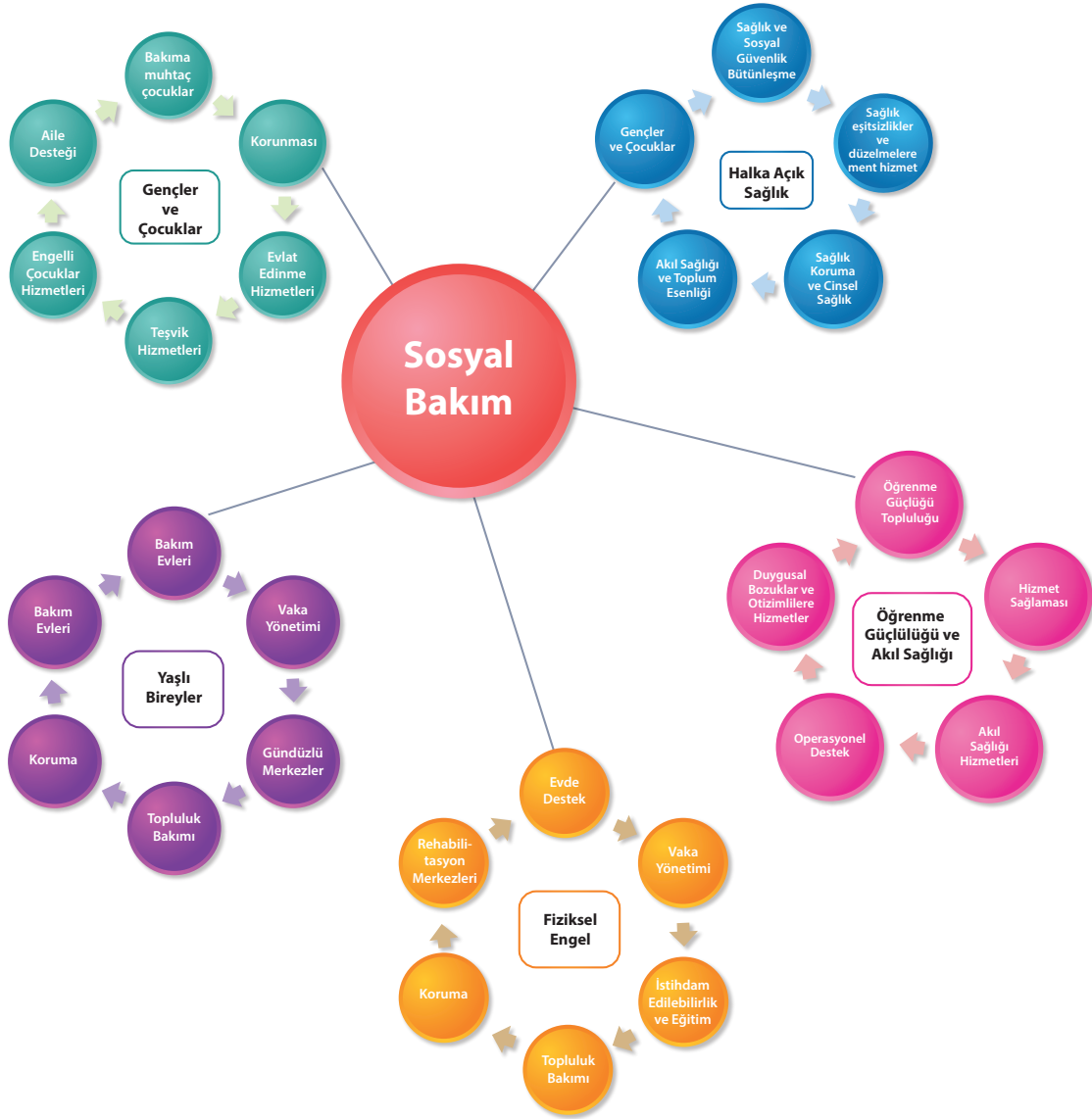


Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

program çerçevesi ile sosyal gelişimi desteklemesi üzere ayrıca etkinleştirilecektir. Sosyal gelişme hususunda sivil toplum ve özel sektörün çalışmalarına yönelik net bir kurumsal çerçeve bulunması, diğer sektörlerle de olumlu yansıyacaktır.

Sosyal çıktıların devletin farklı parçalarının birbiriyle nasıl ilişkili olduğu ve altta yatan sebepleri ne ölçüde hesaba katabildikleri üzerinden etkilendiği görüldüğünden dolayı, bir "sistem yaklaşımı" gereklidir. Bu bağlamda, uzun vadeli bakım sisteminin sosyal güvenlik, sosyal yardım ve temel hizmetlere erişim dahil bir dizi koordine müdahaleyi kapsayacak şekilde değerlendirilmesi gereklidir. Sosyal bakım sistemi hem yararlanıcı hem de bakıcıyı kapsamakta olup ASPB ile beraber Sağlık Bakanlığı ve Çalışma Bakanlığı'nın ortak sorumluluğu altındadır. Bir sistem yaklaşımı, tüm bu bağlantıları dikkate alacak ve programların hem verim hem de sürdürülebilirliğini artıracaktır.

Şekil 3. Yaşlı insanların ihtiyaçları dahil çeşitli ihtiyaçlara hitap eden bütünlük bir sosyal bakım sistemine örnek





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

1.4.2 Planlama ve Değerlendirme

Program planlamasını organize etmenin bir yolu; yaşam seyirlerinin farklı noktalarında hizmetlere ihtiyaç duyabilecek kişilerin analiz edilmesi, mevcut sistem altında kullandıkları hizmetler ve yardımların ne olduğunun belirlenmesi, ardından teklif edilen sistem çerçevesi içerisinde kısa dönemde (5 yıl) ihtiyaçlarına karşılık verecek mekanizmalar ile bunun orta-uzun dönemde (10 – 20 yıl) nasıl daha fazla geliştirilebileceğinin tavsiye edilmesidir. Orta ve uzun dönem için planlama yapma hususunda, mevcut sistemdeki boşluklara yanıt olmak üzere özel olarak seçilen, Türk modeline uyarlanıp özelleştirilebilecek örnek hizmetler tavsiye etmekteyken, bunların değiştirilemez olmadığını ve zamanla değişikliğe tabi olacağını da belirtiriz. Zaman içerisinde yeni zorlukların gözlemlenmesi ve daha baskın politikalar ve siyasi gündemler gelişmesi muhtemeldir.

Teklif edilen model içerisinde, tüm bireylere faydalı olacak daha fazla topluluk tabanlı hizmetlere ve toplumun en hassas kesimlerine özel kişiselleştirilmiş diğer hizmetlere ihtiyaç bulunmaktadır. Ana fikir, ASPB'nin özellikle özel sektör bakım sağlayıcılar olmak üzere, geniş pazar için hizmet sunumu hususunda rehberlik sağlaması ve topluluk inşasına yatırım yapıp, hizmetleri satın almak için ekonomik yeterliliği bulunmayan kişileri korumak için kendi kapasitesini geliştirmesi gerektiğidir. Topluluk inşa inisiyatifleri ayrıca, ekonomik olarak daha fazla imkana sahip kişiler dahil, geniş ve derin kullanıcı kitlesine hizmet verebilecek hayırsever sivil sektör kuruluşlarının rolünü de geliştirmiş olacaktır.

Kısa dönemde, bütçe hesaplı mevcut hak kazanma kriterlerinin aynen kalabileceği tavsiye edilmektedir. Ancak, modelin temel ilkelerini yansıtmak üzere ihtiyaç değerlendirme yollarının iyileştirilmesine yine de ihtiyaç bulunmaktadır. Burada en elzem nitelikte olan bir bireyin esenlikleri, topluma katılımları, ekonomik olarak aktif kalmaları ve yalnızlaşmadan sakınabilmeleri bağlamında ihtiyaçlarının daha geniş çıkarımlarının dikkate alınmasıdır. Hizmet sunumuna yönelik faydalı bir çerçeve ihtiyaç temelli hizmet modelidir.

Bireyselleştirilmiş bir bakım planı aşağıdaki bileşenleri içermelidir:

İhtiyaçlar: Bireyin tam potansiyelini gerçekleştirebilmek üzere imkanlarını en üst düzeye çıkarmak için sağlık ve bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik nelere ihtiyacı olduğu.

Çıktı: Yaşlı bireyin nelere ulaşmak istediğini düşünün. İhtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığının bilinebilmesi için, uygulayıcıların tam olarak hangi çıktıyı aradıklarını tam olarak belirlemeleri gereklidir. Çıktının kişinin mutlu olduğuna işaret etmesi aşırı muğlak olacaktır. Siz, bir uygulayıcı olarak, nasıl buna eriştiğinizi anlarsınız? Bir insanın her daim mutlu olması mümkün olmadığına göre, bu gerçekçi bir çıkarım mıdır? Çıktılar **SMART (Akıllı)** model özelliklerine uyumlu olmalıdır – çıktılara ulaşıldığına dair kanıt da sunabilmeniz gerekir.

- S Specific (Özgün)
- M Measurable (Ölçülebilir)
- A Achievable (Ulaşılabilir)
- R Realistic (Gerçekçi)
- T Time limited (Zaman kısıtlı)



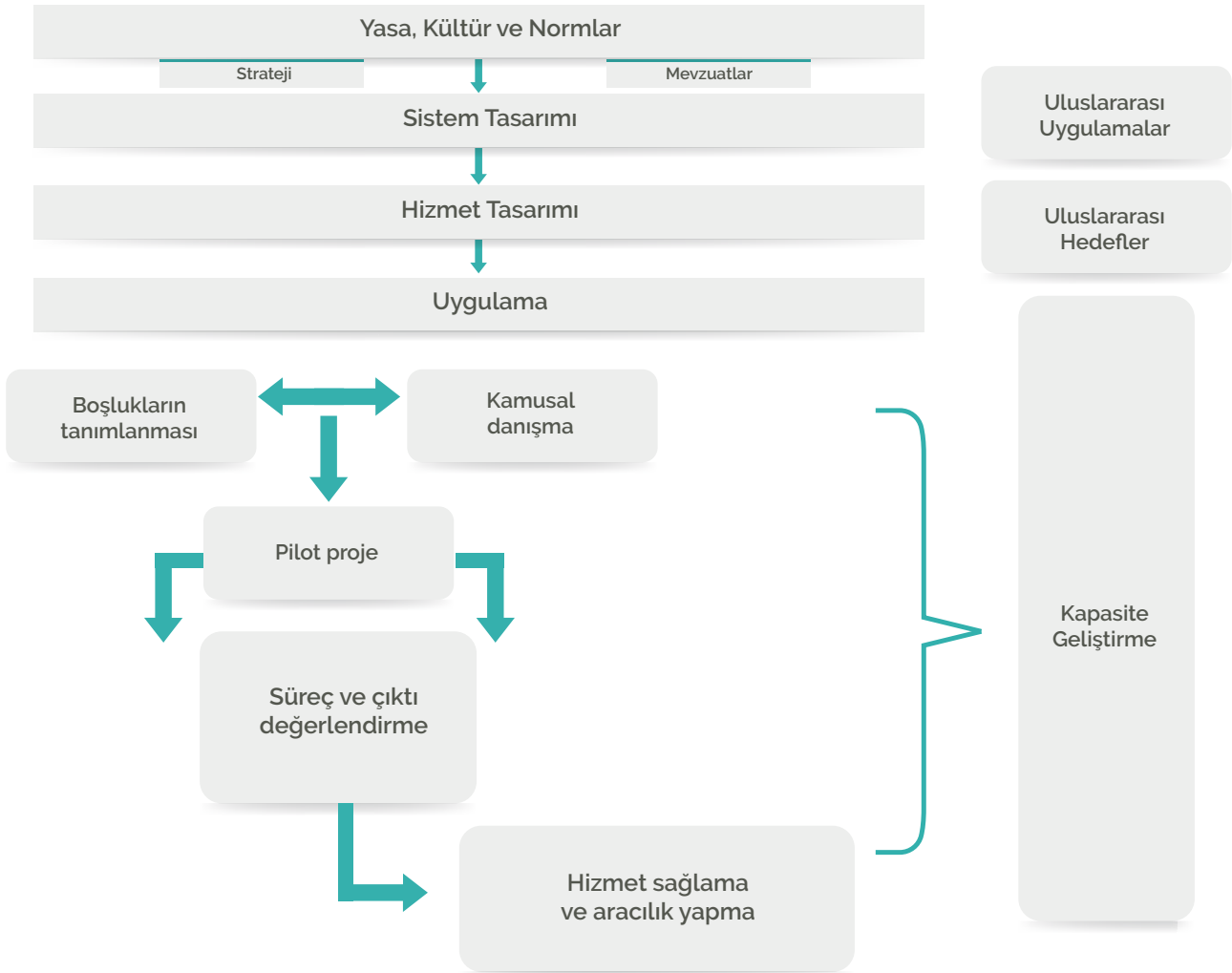
Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Hizmetler: İhtiyacın karşılanması için gerekli görev ve bunu kimin yapacağı hakkında düşünün. Bir hizmet, belirli bir görevi yerine getiren resmi bakıcı örneği gibi bir birey olabilirken özel bir ihtiyacı karşılayan özel görev(ler)i yerine getiren bir kuruluş da olabilir.

Program planlama; planlama, analiz, tasarım, geliştirme, sunum ve değerlendirme kilit aşamalarını kapsayan devamlı bir süreçtir. Yukarıda teklif edilen kişiselleştirilmiş uzun vadeli bakım (birey-temelli, sosyal sermaye ve insan hakları temelinde hazırlanmış) modeli üzerinden aşağıdaki mevcut hizmet sunumlarının analizi ile teklif edilen genişletme ve yeni inisiyatif geliştirme planı hazırlanmıştır. Her türlü inisiyatif özgün sunum yapı ve kısıtlarının amaçlanan çıktılara ilişkisi yönünden incelendiği bir pilot uygulamaya tabi olacak ve değerlendirme sonrasında yeni programlar açılması öncesinde kimi değişiklikler yapılması gerekebilecektir.

Tüm yeni inisiyatifler, programların tam yürürlüğü öncesinde kamuya açık danışma, pilot uygulama ve değerlendirme süreçleriyle başlamalıdır (bkz. Şekil 4). Bundan dolayı, ASPB yeni inisiyatifler ve değerlendirme süreçlerinden sorumlu olan bir dahili grup yahut birim kurmak durumunda olacaktır. Akademi ve araştırma topluluklarının uzmanlıkları da ASPB tarafından kullanılabilir.

1.9.5 Şekil 4. Hizmet Planlama ve Uygulama Aşamaları





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Avrupa'da kullanılan kalite güvencesi kriterleri, bakım sunumunun çıktıların değerlendirilmesi ve kalitesinin izlenmesi için bir çerçeve olarak kullanılabilir. İzlemenin tabi olduğu kilit kriterler aşağıdakileri kapsayacaktır:

Güvenlik (daha düşük risk);

Etkinlik (istenilen çıktılara ulaşılması);

Özen (kullanıcıların tatmini); duyarlı (bekleme süresi);

İyi liderlik (teşkilat planları ve liderlik/yönetim yapıları)¹⁴⁰;

Bu kriterler, yukarıda tanımlanan ilkelere dayanan bir modelde nelerin yüksek kaliteli bakımı teşkil edeceğine dair bir anlayış üzerinden tasarlanmıştır. Yaşlı insanlar için bunlar, bakım planlarının geliştirilmiş olduğu, bilginin hizmetler arası paylaşılabilirdiği, hizmetlerin yaşlı insanların bakımlarına dair tamamen kapsayıcılığı temin ettiği, insanların plansız hastane ihtiyaçları riski halinde erken müdahale olanağı vermek üzere kurumsal engellerin kırıldığı, liderlerin yerel bölgelerindeki insanlar için bütünsel bakımın ne anlama geldiğine dair ortak anlayış geliştirdiği, ve bütünsel bakım için verilerle çıktıların ölçütlerinin geliştirilip paylaşıldığı anlamına gelecektir.

Kalitenin anlamı:

Hassas grupların ihtiyaçlarına daha fazla duyarlılık,

Sağlık ve bakım bütünselmesine dair süreçlerin desteklenmesi,

Daha etkin hizmet sunumu,

Bakanlıklar arası daha bütünsel hizmetler (özellikle sağlık, eğitim ve çalışma arası),

Sivil toplum ile özel sektörün ortaklığından doğan hizmet yenilikleri,

Bütünsel veri tabanlarındaki verilerden faydalanılması,

Kalite standartlarının geliştirilmesi ve kalite güvence prosedürlerinin uygulanması.

¹⁴⁰ Hussein, S., Moriarty, J. Stevens, M., Sharpe, E. ve Manthorpe, J. (2014) Organisational factors, job satisfaction and intention to leave among newly qualified social workers in England, Social Work Education, An International Journal. 33 (3): 381-396.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2. Evde Yaşlı Bakımı Hizmetleri için Model Tasarımı

1.A Evde Yaşlı Bakımının İlkeleri

Uluslararası uygulamalardan elde edilen mevcut kanıtlar, yaşlı insanların çoğu için bağımsızlıklarını koruyan ve evlerinde kalmalarına olanak tanıyan biçimde desteklenmelerine yönelik açık bir tercihe işaret etmektedir. Bu bakım biçimi ayrıca bir yandan daha maliyet-etkin bir bakım yöntemi olarak görülürken diğer yandan da yaşlı insanların esenlik seviyesi ile ailelerine, topluluk ve geniş toplum kesimlerine katkılarının devamlılığını iyileştirir olduğu gözlemlenmektedir.

Türkiye'de evde bakım hizmetleri geliştirilip tasarlanırken, Türk modelinin yapısının dikkate alınması önemlidir. Türk toplumunda aile önemli bir yapı olduğundan ötürü, evde bakım hizmetleri gündelik geçici resmi bakım sunulması yoluyla ailenin bir birim olarak devamına yönelik destek sağlayabilir. Bu husus, yaşlı birey dahil ailenin mümkün olduğu kadar uzun süre birlikte yaşama alışkanlıklarına devam edebilmesini sağlarken diğer yandan da daha büyük ölçekli Türk aile yapısı destekleme politikalarıyla uyum içinde olacaktır. Yaşlılar ile gayriresmi bakıcıları için bağımsız yaşayabilme ve iyileştirilmiş esenlik unsurları, özellikle "Yaşam Boyu Sağlık ve Esenliğin İyileştirilmesi", "Sağlık ve Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Temin Edilmesi", "Yaşlıların Akıl Sağlığı İhtiyaçlarına Yanıt Bulunması" ve "Bakım ve Bakıcıların Desteklenmesi" başlıklı kilit bileşenlere ilişkin olmak üzere Türkiye Ulusal Yaşlanma Eylem Planı (2007) ile doğrudan bağlantılıdır.

Her ne kadar Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan doğrudan sağlığa ilişkin kimi kısıtlı hizmetler bulunmaktaysa da, halihazırda ASPB doğrudan evde bakım hizmetleri sağlamamaktadır. Bu kısıtlı hizmetler özellikle hastaneden taburcu olunması sonrası sağlık ihtiyaçlarına karşılık vermektedir. ASPB ile Sağlık Bakanlığı arasında evde yaşlı bakımına ilişkin ortak programlar tasarlanması üzerine ortak çalışma yapılması için uygun imkanlar bulunmaktadır. Aynı zamanda, farklı kuruluşların (özel sektör, hayırseverler, STK sektörü) Türkiye'de evde bakım hizmetleri sunulmasının bir parçası olması için de son derece uygun bir iş imkanı bulunmaktadır. Gerçekten de 2016 yılı ekim ayında bu proje için gerçekleştirilen saha ziyaretleri Ankara'da evde bakım hizmetleri sunan özel sektör kuruluşlarının varlığına işaret etmiştir. Bu faaliyetlerin ASPB veya diğer devlet organlarıncı düzenlendiği, denetlendiği ya da desteklendiğine dair net bulgu bulunmamıştır. ASPB, evde bakım hizmeti sağlayıcılarının bakım kalitesine güvence olacak verimli bir biçimde çalışması üzere standartlar ve düzenleyici kriterlerle belirlemek yoluyla bu pazarı şekillendirmede aktif ve kayda değer bir rol oynayabilecektir. Türkiye'de yaşlı bakıma dair ulusal rapora göre (sf. 44), kimi belediyeler kimi yaşlı insanlara bütçe hesaplı kriterlere dayalı olarak kısıtlı mali destek sunmaktadır. Bu desteklerin hedefi evde bakımdır ancak evde bakım hizmetlerinin bulunabilirlik ve erişilebilirliğinin teminine yönelik herhangi ihtiyaç değerlendirmesi, bakım planları ve takip süreci bulunduğu dair bulguya rastlanmamıştır.

Üç kilit ilke olan birey temellilik, hak temellilik ve sosyal sermaye, evde yaşlı bakımının tasarım ve sunumu içerisine dahildir. Her bir yaşlı birey ihtiyaç değerlendirmesi ile bakım planı haklarına haiz olmalıdır. Hizmetlerin satın alınması, sadece devlet tarafından sağlanan evde bakım hizmetlerince sunulan bakımın maliyetini karşılamaya alım gücü yetmeyeceği kararına varılmış



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

olanlar için bedelsiz olacağı bir karma pazar üzerinden sağlanmalıdır. ASPB bütçe hesabına yönelik yürürlükte olan kriterlere halihazırda sahip olup bunları kullanmaya da devam etmelidir. Ancak burada bahsettiğimiz evde bakım uygulaması insanları mümkün olduğunca kendi evlerinde ya da kendi toplulukları içerisinde barındırmayı hedeflemelidir. Bu noktada, evde bakım uygulaması yaşlı insanların mümkün olduğunca normal bir hayat sürdürmesi için gerekli fazladan yardımı sağlamanın bir yolu olarak görülmelidir. Evde bakım, yaşlı bireyin kendi evindeki gündelik yaşantısı içerisindeki her unsura etki edebilecektir. Bu bireyler ile beraber onlarla birlikte yaşayan diğer insanlar da evde yaşlı bakım teknisyenleri/hizmetlileri ile rahat ve huzurlu hissetmelidir. Bu görevlilerin bakım hizmetlerini yazılı anlaşma ve kişisel plan çerçevesinde öngörüldüğü üzere sağladıklarına dair güven içinde olmalıdırlar. Ayrıca, hizmetin ne ölçüde iyi sağlanıp sağlanmadığına dair görüşlerini de bildirebilmelidirler.

Sosyal sermayenin temel ilkesi, aile üyesi bakıcılarınca kişinin refahı lehine oynanan hayati rolü dikkate alır ve hem çabalarını desteklemek hem de iyi bakım pratiklerini en üst düzeye çıkarmak üzere bunlarla işbirliği içinde çalışma yürütülmesini öngörür. Evde bakım, gerektiği noktada bakım hizmetinin sağlayıcıdan sağlayıcıya güvenli biçimde devredilebilmesi dahil olmak üzere, hizmeti kullanan bireyin yararına diğer kuruluşlarla (sağlık, sosyal bakım, barınma ve diğer alanlarda) işbirliği yapılmasını temin ederken, bu gibi gayriresmi desteğin devam etmesinin kolaylaştırılmasında mühim bir araç olabilir. Mümkün olduğu noktada, hizmeti kullanan kişi için verimi en üst düzeye çıkarmak ve karışıklıkları en alt düzeye indirmek amacıyla bakım sunumu ile ilgili tüm kuruluşlar arası bir "tek başvuru noktası" tanımlanması ve kullanılması teşvik edilmelidir.

1.B Evde Yaşlı Bakımına Erişim

Teklif edilen model kapsamında, tüm bireylere faydalı olacak topluluk odaklı hizmetler ve toplumun en hassas kesimlerine özel kişiselleştirilmiş diğer hizmetlerin artırılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Ana fikir, ASPB'nin özellikle özel sektör bakım sağlayıcılar olmak üzere, geniş pazar için hizmet sunumu hususunda rehberlik sağlaması ve topluluk inşasına yatırım yapıp, hizmetleri satın almak için ekonomik yeterliliği bulunmayan kişileri korumak adına kendi kapasitesini geliştirmesi gerektirir. Topluluk inşa inisiyatifleri de ekonomik olarak daha fazla imkana sahip kişiler dahil geniş ve derin kullanıcı kitlesine hizmet verebilecek hayırsever sivil sektör kuruluşlarının rolünü de geliştirmiş olacaktır.

Halihazırda ASPB doğrudan evde bakıma finansman vermemektedir. Ancak almaya hak kazanan yaşlı insanlara sağlanan nakit yardımları bu kişiler ve ailelerinin pazar içerisinde kendilerine uygun bakımı (kâr amaçlı özel sektörcü sağlananlar dahil) satın almaları için araç olarak düşünülmelidir. Doğru kararları verebilmelerini sağlamak üzere ASPB, her bir özgün hizmetin ve her bireyin ihtiyaçlarının, sağlık ve sosyal koşulları ile beraber kendilerinin ve ailelerinin istekleri doğrultusunda değerlendirildiği ihtiyaç değerlendirmesi görevini üstlenebilir. Şekil 5 evde yaşlı bakımına yönelik aşamaları resmetmektedir. Bir bireyin evde bakım hizmeti almaya hak kazandığı değerlendirildikten sonra, bu kişi bir bakım planı alabilecektir. Bu süreç boyunca uygulanacak birey temelli yaklaşım, yaşlı bireyle çalışan tüm profesyonel görevlilerin bakımın birey temelli olduğunu, hizmetlerin "herkese uyan" hizmetler sağlamaktansa her bireyin istek, hedef ve önceliklerini desteklediğini, desteklerin sadece insanların ne yapamayacağı üzerine değil, bağımsızlıklarını korumak üzere ne yapabileceği ve yapmak istediğine odaklandığını temin etmesini gerektirir. Bu bağlamda aşağıda-

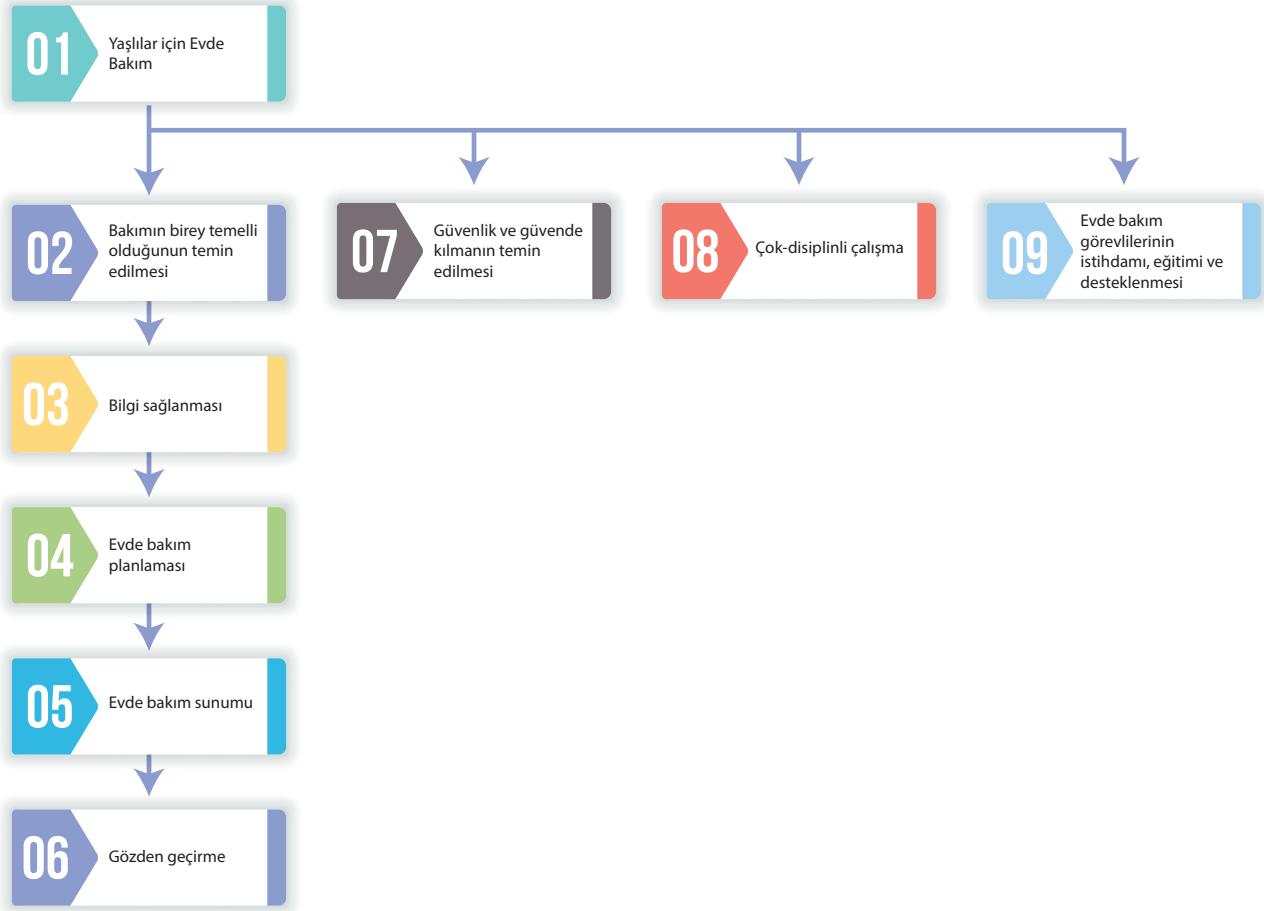


Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ki hususlar dikkate alınmalıdır:

İnsanların yaşam seyirleri boyunca tercihleri, istekleri ve potansiyelleri mevcuttur, Bilişsel bozukluklara sahip insanlar ile yalnız yaşayan insanların, sosyal yardımla ilişkili olarak karşılanmayan yaşam kalitesi ihtiyaçları veya daha kötü psikolojik sonuçlarla karşılaşmaya dair daha fazla risk altında olabilir.

2.9.1 Şekil 5. Evde Yaşlı Bakımı Aşamaları



Bakım planı hazırlanması esnasında yaşlı bakım teknisyenleri/hizmetlileri ile bireyleri eşleştirirken, bireyin bakım ve destek gereksinimleri, yaşlı bakım teknisyenlerinin/hizmetlilerinin becerileri ve mümkünse/uygunsa her iki tarafın menfaat ve tercihlerini dikkate alan şeffaf bir süreç gerçekleştirilmesi önemlidir. Bu son unsur, yaşlı bireyle uygun beceriye sahip görevlileri belirlerken cinsiyet ve kültürel hassasiyet pratiklerini içerecektir.

Bu sürecin hayati bir bileşeni de yaşlı insanlar ile ailelerine uygun hizmetlere dair gerekli bilgileri sağlamaya ilişkindir. Bu bilgiler, masraflarını kendi karşılama seçeneğinden ASPB'den finansman almaya hak kazanmış insanlara sunulan seçeneklere kadar çeşitli finansman mekanizmaları içermelidir. Bunun yanı sıra kullanılabilir evde bakım hizmetlerinin çeşit ve kaliteleri hakkında nereden bilgi bulunabileceği, sundukları faaliyetler ve ne kadar maliyetleri olduğu, evde bakım hizmetlerinin örneğin kişisel bakım (yataktan kalkıp yatmak, temizlik ve yıkanmak, tuvalete gitmek,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

giyinmek veya yemek içmek) ve ev işleri ile evde ve topluluk içerisinde güvenle kalmalarına yardımcı olacak diğer işler ve benzeri hangi ihtiyaçlara karşılık verebileceği de bu kapsamdadır.

1.C Evde Bakım Hizmet Türleri ve Kalite Yönetimi

Halihazırda Türkiye'de yerel belediye seviyesinde evde bakım hizmetleri veren birden fazla inisiyatif mevcuttur. Örneğin, İstanbul Büyükşehir Belediyesi 2001 yılında evde sağlık hizmetini yürürlüğe koymuştur ve her ne kadar bu temelde sağlık hizmetlerine odaklıysa da bütünsel sağlık ve bakım hizmetleri verilmesi için olanak vardır. Konya ve kimi diğer İç Anadolu Bölgesi büyükşehir belediyeleri de yine benzer ama yine sağlık odaklı sistemler devreye sokmuştur. Türkiye'nin diğer bölgelerine de yakın zamanda devreye sokulan (2016) ve sosyal bakım ve sosyal yardımlaşma programlarına özel finansmanın merkezi hükümetten yerel belediyelere evde bakım dahil, yaşlı bakım hizmetlerinin iyileştirilmesine olanak veren "Yaşlı Destek Programı" çerçevesinde özel sosyal bakımevde yardım kapsamının götürülmesi imkanı bulunmaktadır.

Ayrıca özel evde yaşlı bakımı hizmetleri teminine ilişkin hayır kurumları ile sivil toplum kuruluşlarının da oynadığı önemli bir rol mevcuttur. Özellikle Türkiye Alzheimer Derneği gibi, ev ziyaretleri, bilgilendirme oturumları ve akıl sağlığı sorunlarından muzdarip kişilere ve gayriresmi bakıcılarına tavsiyeler ortaya koyan, sinirsel rahatsızlıklar alanındakilerin gözle görünür etkisi bulunmaktadır.

Avrupa'da, evde yaşlılara sağlanan sosyal bakım pek çok farklı şekil alabilir ve evde yardım, bakım hizmetleri ve meskende bakım gibi pek çok farklı isme sahiptir.

Evde bakım, aşağıdakilerde yardıma ihtiyacı olan yaşlı bireylere uyarlanabilir:

1. Yıkanma veya giyinme gibi kişisel bakım işleri,
2. Ev işleri veya süpürme gibi temizlik işleri,
3. Yemek pişirme ve hazırlama,
4. Hemşirelik ve sağlık bakımı,
5. Refakat.

Evde bakım, birey temelli bir yaklaşım ve ihtiyaçların bireysel değerlendirmesi yoluyla insanların ihtiyaçlarına karşılık bulmada oldukça esnek olabilir. Evde bakımda, yaşlı bireyin bakımı süresince aynı kişi yahut kuruluş aşağıdaki seçeneklerden bazıları ya da tamamını sağlayabilir:

- Uzun dönemli 24-saat bakım.
- Ücretsiz aile üyesi bakıcı için kısa molalar.
- Acil durum bakımı.
- Gündelik bakım.
- 15 dakikalık ziyaretlerden 24-saat yardıma kadar ve aradaki her sıklıkta bakım seçenekleri.

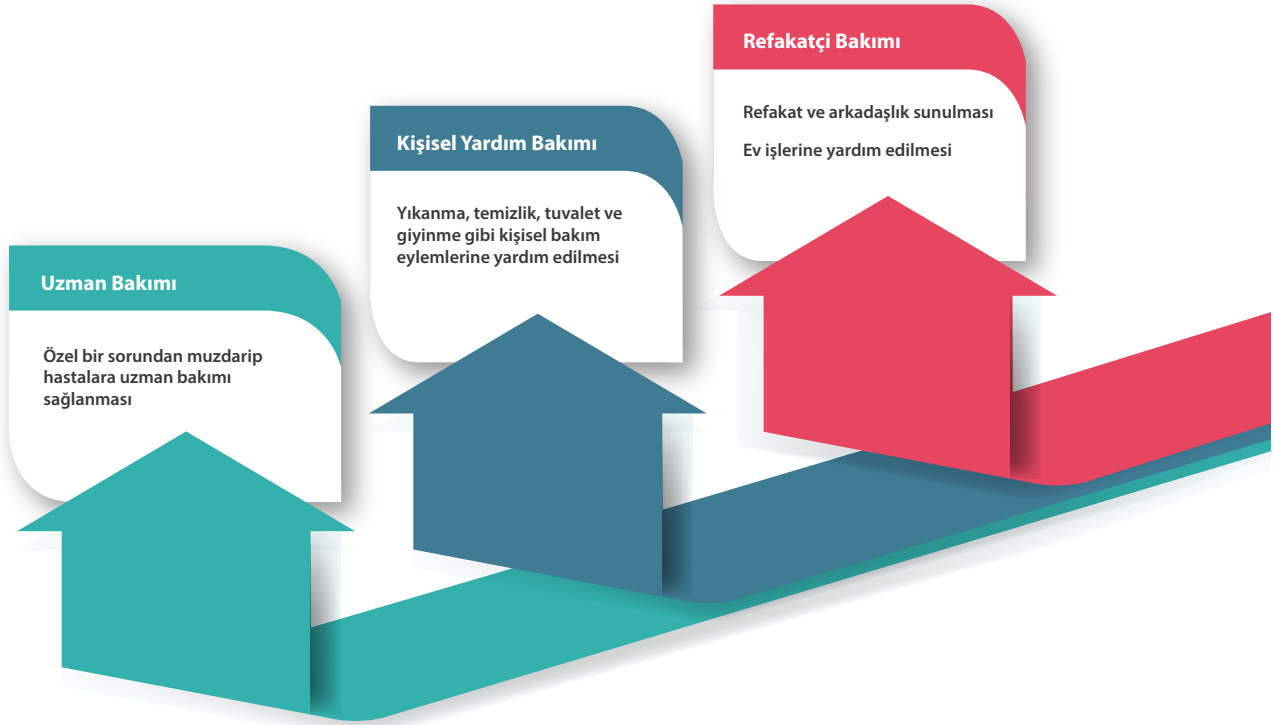
Birey temelli ve hak temelli yaklaşım ilkeleri doğrultusunda, evde bakım hizmeti yaşlı bireyin isteklerini ve bakım ihtiyaçları değerlendirilirken kişi/kuruluşla karşılıklı anlaşılan unsurları yansıtmalıdır. Bakım hizmeti, kişinin yardımsız neler yapabileceğini hissettiğini ve ne yapmak istediğini de dikkate almalıdır. Örneğin, eğer yaşlı birey topluluk veya istihdama katılımda bulunmak istiyorsa, evde bakım hizmeti bu amaçlarına ulaşmaları için sağlayıcıyla özel olarak üzerinde anlaşılan bir plan çerçevesinde onlara yardımcı olmalıdır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Evde bakım çok çeşitli bir hizmetler yelpazesini kapsar ve yaşlı bireyin ihtiyaçları özelinde değişkenlik gösterir. Pek çok durumda, evde bakım yıkanma, giyinme veya beslenme gibi gündelik yaşam faaliyetlerine (ADL) dair yardım sunar. Evde bakım hizmetleri ayrıca arkadaşlık hizmetleri veya doktor randevuları ya da gündelik bakıma ulaştırma faaliyetlerini kapsarken, bakıcılar için evde yardım da gayriresmi bakıcıların çok sık ve ağırlaşan bakım görevlerinden kaynaklı stresini hafifletmek üzere bir seçenektir. Çeşitli tiplerde evde bakım hizmetleri bulunmakta olup, bunlar Şekil 6'da resmedilmiştir. Bunlar, örneğin akıl sağlığı bozukluklarından muzdarip kişiler için uzman bakımından pek sınırlı bakım ihtiyacı bulunan refakat bakımına kadar değişiklik gösterebilir.

2.9.2 Şekil 6. Farklı Türlerde Ev Bakımı Hizmetlerine Dair Uluslararası En İyi Uygulama Örnekleri



Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan kimi sağlık amaçlı evde sağlık hizmetleri bulunmaktadır. Ancak bunlar sadece tıbbi gerekçelere yöneliktir ve bireyler ile bunların ailelerinin sosyal bakım ihtiyaçlarına karşılık vermemektedir. ASPB'nin bakım hizmetlerini doğrudan finanse edeceği hallerde bütünsel sağlık ve bakım hizmetleri meydana getirilmesi, içerisinde sağlam zemine dayanan fırsatlar barındırmaktadır. Bu faaliyet, verim ve üretkenliği en üst düzeye çıkarırken, bu yolla sağlık ve sosyal bakım uygulama ekipleri arasında ortaklaşa çalışma üzerinden maliyetleri de düşürecektir.

1.D Evde Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Vaka Yönetimi

Evde bakım hizmetinin sunumu o kadar karmaşık olabilir ki yaşlı bireyler ve aileleri neyin kullanılabilir olduğunu ya da neye hak kazanabileceklerini çözümleyemeyebilirler. Yaşlı bir bireyin hizmet alıp alamamasında ilk etkenlerden biri konuyu araştırıp başvuruları takip edecek aile üyesi,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

sağlık görevlisi veya diğer profesyonel gibi bir kişiye sahip olup olmadıklarıdır. Pek çok yaşlı birey böylesi bir savunucuya sahip olmadığından ötürü, kendileri adına sağlık, sosyal bakım, barınma ve eğitim konularında rehberlik edecek bir vaka yöneticisinden yardım almalıdırlar.

Evde bakıma hak kazanan her bir yaşlı birey, ihtiyaçlarının değerlendirilmesine dayalı bir "bakım planına" sahip olmalıdır. Bakım planı, yeterli sahibi sosyal hizmet görevlileri ile yaşlı bireyin vakasından sorumlu diğer sağlık uzmanlarınca ortaklaşa hazırlanır. Bunlar, özellikle bu planların takibini ve güncellemesini yapan sosyal hizmet görevlileri olmak üzere sosyal hizmet kadroları tarafından yönetilir. Bu kişiler, evde bakım hizmetleri alan her yaşlı birey için bireyin evinde bulundurulacak birer **bakım günlüğü** tutmalıdır. Evde yaşlı bakım teknisyenleri/hizmetlileri ve bunlara evde yardım eden (topluluk hemşireleri ve fizyoterapistler gibi) diğerleri her ziyaretlerinde bu günlüğü güncellemelidir. Sosyal hizmet görevlileri bu bakım günlüğünü düzenli aralıklarla gözden geçirecek, yaşlı birey ve ailesi ile görüş alışverişinde bulunduktan sonra planı güncelleyebilecektir.

Sağlık hizmetleri ve sosyal bakım hizmetleri arası ortaklaşa çalışma, bütünsel evde bakım hususunun önemli bir unsurudur. Sağlık görevlileri ve evde yaşlı bakım teknisyenleri/hizmetlileri kişinin ilaç kullanımına dair düzenli fikir teatisinde bulunmalıdır. Sağlık görevlileri ayrıca evde bakım planına evde yaşlı bakım teknisyenlerine/hizmetlilerine ilaçlara dair rehberlik edecek bilgileri kaydetmelidir. Birinci ve ikinci aşama bakımda görev yapan sağlık ve sosyal bakım görevlilerinin bütünsel, birey temelli destek sağlamak üzere evde yaşlı bakım teknisyenleri/hizmetlileri ile irtibatla kalması temin edilmelidir.

Vaka yönetimi, evde bakım paketlerinin, pratik desteğin yanı sıra sosyal bakıma ilişkin yaşam kalitesi ve kişinin genel anlamda esenlik (örneğin ev temizliği ve konforu) unsurlarına da yanıt verdiğini teminat altına almalıdır. Evde bakım hizmetleri kullanan insanların sıklıkla kişisel bakım ihtiyaçlarının ötesine geçen desteğe ihtiyacı olduğu gerçeği akılda tutulmalıdır. Bu süreç içerisinde, sosyal hizmet görevlileri ve bakım koordinatörleri insanlara yaşlı bireylerin istek, ihtiyaç ve öncelikleri ile beraber onlara huzur veren, güvende hissettiren ve hissettirmeyen unsurları sormalıdır. Evde bakım planının bireyi mümkün olduğunca güçlendirmesini temin etmek üzere neler yapabilecekleri ve yapmak istediklerini belirlemelidir. Plan; uygun biçimde güvenlik, esenlik, bağımsızlık unsurları ile bakıcıların deneyim, beceri ve sezgileri üzerinden çıkarım yapacağı, uzman gereksinimlerini yanıtlar nitelikte olmalıdır. Ayrıca bireyin tercih ettiği şekilde yaşamasına yardımcı olmak için pratik yardım dahil, gerekli her çeşit (örneğin kişinin kendi mali ve şahsi mevzularını idare etmesi, kendi alışverişini ve yemeğini yapması, sosyalleşmesi için gereksindiği yahut ihtiyaç ve tercihlerine dayalı olarak gerekli diğer yardımlar) desteği de kapsamalıdır, ki bu husus aile ve diğer bakıcıların oynayacağı rolü ve koşullar değişirse gözden geçirme gereksinimini belirgin kılmaktadır. Vaka yönetimleri ayrıca başarı ve çıktıların nasıl ölçülebileceği hususunu açık, somut ve kolay anlaşılır şekilde başta özetleyle beraber açıklamalı ve ayrıntılı bilgi için bağlantılar içermelidir.

1.E Evde Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Planlama ve Sunumunda Yararlanıcıların Katkısı

Yaşlı birey, bakım planlarının hazırlanması aşamasında neler yapabilecekleri, gelecekte neler yapmak istedikleri ve ne ölçüde bağımsız olmak istedikleri hususlarını belirlemek üzere sürece dahil olmalıdır. Evde bakım hizmetleri alan bütün yaşlı bireyler sağlanacak bakımı açıklayan ve yaşlı birey için önemli unsurlara odaklanan bir **evde bakım planına** sahip olmalıdır. Özel sağlık sorunları veya engelleri bulunması halinde, plan bunları dikkate almalıdır. Sosyal hizmet görevlisi,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

durumdan memnun olup olmadıklarının tespiti amacıyla ilk bakım ziyaretini müteakiben altı hafta içerisinde yaşlı bireyle birlikte **planı gözden geçirmelidir**. Bundan sonra ise plan yılda en az bir kez gözden geçirilmelidir.

Modelin üç temel ilkesi olan birey temellilik, hak temellilik ve sosyal sermaye ilkeleri rehberliğinde, profesyonel görevliler evde bakım hizmeti alan insanlar ile aileleri ve gayriresmi bakıcılarına karşı aşağıdaki kurallar üzerinden haysiyetli bir yaklaşımla, empati, nezaket ve saygı çerçevesinde hareket edildiğini temin etmelidir:

- Bireyler ve bakıcılarını verilecek bakım ve destek hakkındaki tartışma ve kararlara dahil etmek, ortaklaşa karar almak, her daim gizliliğe ve mahremiyete saygı göstermek, bireyler ve bakıcılarının güvenebileceği, itimat uyandıran bir hizmet sunmak,
- Düzenli olarak hizmeti kullanan, bakıcısı veya savunucusu olmayanlar dahil, insanlardan bakımın kalite ve sürdürülebilirliğine dair (hem olumlu hem de olumsuz) geri bildirim almak.

Evde bakım hizmetinin en büyük avantajı, bakım ihtiyacındaki yaşlı bireyin bağımsızlığını muhafaza etmesine olanak vermesidir. Yatılı bakım kadar yoğun bakımlarda dahi, mühim olan ne zaman yiyebileceği, içebileceği, yıkanabileceğini seçebilme yetisidir. Evde bakımın doğası yaşlı bireyin ihtiyaçlarına karşı temelden ve tamamen esnek olabilme kabiliyetindedir. Bu da, yaşlı bireyin ihtiyaçlarının zaman içinde sürekli aynı kalmayacağı durumlar için mükemmel bir çözüm olabileceği anlamına gelir.

1.F Evde Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Kalitesinin İzleme ve Değerlendirmesi

Sağlanan bakımın kalitesinin izlenmesi ve değerlendirilmesi, gündelik uygulamalara dair doğrudan gözetimin bulunmadığı evde bakım türü hizmetlerde özellikle hayati önemdedir. Bu görevler, düzenli olarak bakım planının gözden geçirilmesi ve bakım günlüğünün denetlenmesi süreçleri esnasında ancak altı ayda en az bir kez olacak biçimde gerçekleştirilir. Buna ilaveten, yaşlı bireyler ile aileleri için bir şikayet ve koruma süreci çerçevesinde ilgili makamlara sıkıntılarını iletebilecekleri mekanizmalar bulunmalıdır.¹⁴¹ Bakım planı, yaşlı bakım teknisyeninin/hizmetlisinin geç kalması durumunda ya da yeterliği veya şahsi davranışlarına dair şikayetleri bulunması halinde yaşlı bireyin hizmetleri sağlayan ilgili kuruluşla nasıl irtibata geçeceği bilgisini barındırmalıdır.

Yaşlı bireyler ve aile üyesi bakıcılarının kaliteye dair görüşlerine ilişkin yakın dönemde yapılan araştırmalar, hizmete dair tatmin veya tatminsizlik hissiyatlarını etkileyen iki ana nitelik saptamış bulunmaktadır: 1- evde bakım kadrosuyla ilişki; 2- bakımın sunulduğu biçim. Hizmete ilişkin en önemli görülen unsurlar: 1- görevlilerin güvenilirliği; 2- bakımın ve görevlilerin devamlılığı; 3- evde yaşlı bakım teknisyenlerinin/hizmetlilerinin nezaket, anlayış, gülyüz ve genel tavırları; 4- belirli görevleri yapmadaki yeterlikleri; 5- değişen ihtiyaçların karşılanmasında gösterilebilen esneklik; 6- kullanıcı ve/veya bakıcının ihtiyaç ve isteklerine dair bilgi ve deneyim; 7- sağlanacak hizmetlere dair bilgi. Buna karşın temel tatminsizlik unsurları şu hususları kapsamıştır: yetersizlik ve inisiyatif eksikliği; sık yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi değişiklikleri; yaşlı bakım teknisyenlerinin/hizmetlilerinin uygunsuzluğu; hizmetin insanların ihtiyaçlarına karşılık verme hususunda esnek olmaması; uygun

141 Ismail, M., Hussein, S., Stevens, M. ve diğ. (2016) Do personal budgets increase the risk of abuse? Evidence from English national data. Journal of Social Policy.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

eğitim eksikliği; çok acelesi olan hizmetliler; belirli görevlere yönelik yardım sağlamama; 'çalışma saatleri dışında' hizmetlerin kullanılabilir olmaması; sözleşme değişiklikleri sebebiyle hizmetlerde aksama; verilen paranın karşılığının yeterince alınamaması. İzleme, hizmetlerin iyileştirilmesi ve sürdürülebilirliklerinin teyit edilmesi için fırsatlar yaratmaktadır. Bu kapsamda ASPB aşağıdaki hususları gerçekleştirmelidir:

- Hizmetlerin, destek oldukları insanların ihtiyaçlarını ne kadar etkin şekilde karşıladığı ve ödenen paranın karşılığını yeterince verip veremediğinin sürekli olarak değerlendirilmesi- ni temin etmek,
- Hizmet sağlayıcılarını, başarıyı hizmet sağlanan insan sayısı ya da hangi faaliyetlerin gerçekleştirildiğinden ziyade kullanıcıların bağımsızlıklarını nasıl artırabilecekleri ve hizmetin/ erişilen sonucun çıktılarının nasıl ölçülebileceği üzerinden göstermeye teşvik etmek,
- Düzenleyici organla bilgi paylaşımı ve hizmet sağlayıcılarının kalitesinin temin edilmesi konularında ortaklaşa çalışmak,
- Birey temelli, insan hakları ve çıktı kalitesi ilkelerini, sağlayıcıların (sadece çıktı ve süreçleri kontrol etmek yerine) bu alanlara öncelik verip yükümlülüklerini yerine getirmesini teminat altına almak için sürece dahil etmek,
- Kırsal bölgelerde yaşayan insanlar, farklı kültürel arka plana sahip insanlar, öğrenme zorluğu bulunan insanlar, mülteciler ve sığınmacılar dahil belirli grupların özel ihtiyaçlarını dikkate almak,
- İzleme için yüksek standartlar koymak: Yüksek kaliteli izleme faaliyeti hizmet kullanıcıları ve gayriresmi "ücretsiz" bakıcıları ile yüz yüze görüşmeler içerir; yaşlı bireylerin görüşlerini bakım kalitesi değerlendirmesinin merkezine koyar; örnekler arasında yerel topluluk içerisindeki yaşlı insanların "vatandaş değerlendircisi" adı altında evde bakım hizmeti alan yaşlı insanlarla konuşmak üzere eğitilmesi ya da yaşlı bireylerle çalışmaya uzmanlaşmış gönüllü kuruluşları sürece dahil etmesi sayılabilir.

2.J Evde Yaşlı Bakım Hizmetlerindeki Görevliler

Evde bakım alanında iş gücünün bel kemiğini temel eğitim almış ancak aynı zamanda yaşlı insanlara şefkatli olma ve ihtiyaçlarını karşılamaya dair kişisel becerilerinden dolayı işe alınmış doğrudan yaşlı bakım teknisyenleri/hizmetlileri oluşturur.¹⁴² Hizmet genişletme sonucunda bu iş gücünü geliştirmek üzere güçlü bir ihtiyaç doğacaktır ancak tam olarak yansıyan istihdam edilen hizmetli sayısı, artan talepler, hizmet genişletme seviyesi, yeni hizmet çeşitleri, tahmini ihtiyaç karmaşıklıkları ve hizmetli kullanıcı oranına ilişkin kuralları dikkate alan, Türkiye'deki somut duruma dair yapılacak derinlemesine analize dayalı olacaktır.¹⁴³ Kimi Avrupa inisiyatifleri, Türk modeline uyarlandıktan sonra doğrudan yaşlı bakım teknisyenleri/hizmetlileri kategorisine istihdamı iyileştirmede kullanışlı olabilir. Bunlara, Avrupa Engelli İnsanlar için Hizmet Sağlayıcıları Örgütü (European Association of Service Providers for Persons with Disabilities - EASPD) tarafından geliştirilen "alet çantası"nın yanı sıra "Bakım Elçisi" ve "Akıllı Girişim" gibi Birleşik Krallık inisiyatifleri örnek verilebilir.

¹⁴² European Centre for the Development of Vocational Training (2010) Quality assurance in the social care sector: The role of training
¹⁴³ Hussein, S. ve Öglak, S. (2014) Training unemployed women for adult day care in Izmir, Turkey: A Program Evaluation, Gerontology & Geriatrics Education, 35(2): 152-170.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yaşlı bakım teknisyenleri/hizmetlileri, yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak için uygun becerilere sahip olduklarının temin edilmesi adına düzenli olarak eğitimden geçmeli ve gözetime tabi tutulmalıdır. Farklı sorunları veya uzun dönemli rahatsızlıkları olduğunda, örneğin yaşlı bir bireyin akıl hastalığı¹⁴⁴ bulunması, sağır, kör, sağır-dilsiz olması yahut kaybedilen yakının acısıyla başa çıkması gerekmesi hallerinde onlara destek olma yetisine haiz olmalıdır. Ayrıca yaşlı bireylerin, örneğin yemek gibi, isteklerine saygı göstermek ve ihtiyaçlarının karşılandığını temin etmek üzere kültürel ve dini unsurlara yönelik de bu hizmetliler eğitilmelidir.

Evde bakımın yaşlı bireylerin kendi ortamlarında karşılanmasından ötürü, bu yaşlı bireyler yaşlı bakım teknisyenlerinin/hizmetlilerinin yanında kendilerini güvende ve rahat hissetmeli, hizmetlilerin kültürel ve cinsiyet bazında duyarlılık gösterilerek görevlendirilmesi hususu dikkate alınmalıdır.

Avrupa'da gerçekleştirilen araştırmalar, huzurevi bakımına kıyasla personel değişim oranının evde bakım hizmetlerinde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu husus yaşlı bireylerin evleri arasında iş ortamlarının değişmesine, doğrudan gözetim ve meslektaş dahiliyeti eksikliğine (zira yaşlı bakım teknisyenleri/hizmetlileri genellikle bakım görevlerini kendileri yerine getirmektedir) veya yaşlı insanların evleri arasında geçen yol süresine bağlı olabilir. Evde bakım hizmetlerinde kalıcılığın ve bakım kalitesinin iyileştirilmesine yönelik çeşitli stratejiler mevcut olup bunlar genellikle iyi işe alma stratejileriyle başlar. Potansiyel yaşlı bakım teknisyenlerinin/hizmetlilerinin görevlerinin ne anlama geldiği ve çalışmaları gereken saatlere dair net bir anlayışa sahip olduğu hususu önemlidir. Bu husus, bakım işi kendilerine göre olmadığı için ayrılan çalışan sayısını azaltmaya yardımcı olur.

Evde bakım sağlayıcılar için çalışma saatlerinin organize edilmesi de özellikle zorluk olarak karşılarına çıkabilir. Bireyin kendi evinde ve günün çok kendine has saatleri içerisinde bakım sağlama ihtiyacı yöneticiler için zorlu talepler doğururken, yaşlı bakım teknisyenleri/hizmetlileri için de çok parçalı bir iş günü anlamına gelebilecektir. Ancak, kimi kuruluşlar aynı yaşlı bakım teknisyenlerini/hizmetlilerini aynı yaşlılara veya yakında yaşayanlara veyahut benzer sorunları ve ihtiyaçları bulunanlara tahsis ederek çalışma saatlerini başarıyla düzenlemeyi başarabilmektedir. Evde bakım sağlayıcılarının çoğunluğu, eğitimi, personel işe alma ve kalıcı kılma hususlarında kilit rolde görmektedir. Eğitimle edinilen beceriler ve bilgi birikimi, yaşlı bakım teknisyenlerinin/hizmetlilerinin görevlerini yerine getirirken kendine güvenli ve yeterli hissetmesine olanak tanımada elzem olup, bu da sıklıkla yalnız çalışmak zorunda olan yaşlı bakım teknisyenleri/hizmetlileri için özellikle önem taşımaktadır.

2.H Evde Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Maliyeti

Evde yaşlı bakım hizmetlerinin başlıca maliyeti iş gücü maliyetiyle, özellikle de yaşlı bireylere ve ailelerine kendi evlerinde yardım eden doğrudan yaşlı bakım teknisyenleri/hizmetlilerinininkiyile ilişkilidir. Bu maliyetler, ücretler, eğitim ve gözetim unsurlarını kapsamaktadır. Ayrıca, sosyal hizmet görevlileri ve sağlık görevlileri gibi eğitilmiş uzmanlarca gerçekleştirilen ihtiyaç değerlendirme sürecine ilişkin de maliyetler söz konusudur. Bu ikinci bahsedilen maliyetin kısmen, ASPB ve Sağlık Bakanlığı gibi farklı bakanlıklar ve bunlar dahilindeki birimlerce paylaşılması muhtemeldir. Altyapı,

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

bina ve ekipman maliyetleri bazında son derece kısıtlı bir maliyet söz konusudur. Kimi araştırma sonuçları, esnek, kişiselleştirilmiş bakımın geleneksel ev bakımı işlerinden çok daha fazla maliyetli olmayabileceğini göstermektedir.¹⁴ Personele ödenen ücretler, bunların nitelik ve eğitimi bu noktada önemli bir paya sahiptir. Bağımsız hizmet sağlayıcılar için çalışan personele yerel belediyelerde çalışanlara kıyasla daha az ücret ödenir, daha az yardım ve eğitim alırlar. Bu husus sıklıkla araçların hizmet sağlayıcılarına bakım için ödemeleri gereken bedeli düşürmeye çalışmasından kaynaklı olarak maliyetlerin düşürülmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Yaşlı bireyler için sunulan iyi evde bakım uygulamaları, ambulans çağırma, kaza ve acil durum birimleri ve plansız hastane ziyaretleri gibi hizmetlerin kullanımını azaltmak için önleyici olabilir ve olmalıdır. Evde bakımı en maliyet-etkin hale getirme hususunda; hizmetlerin bütünsel olduğunun temin edilmesi, tekil kuruluşların çeşitli profesyonel arka planlara sahip personele sahip olması, bakım hizmeti alınan saat sayısı ya da alınan bakım hizmeti türünden ziyade nelere erişilebileceğine odaklı yaklaşımların mevcut olması ve gerçekten kullanıcı tercih olanakları bulunması elzemdir.

Türkiye'de bir yaşlı bakım sigorta sisteminin getirilmesi üzerine halihazırda görüşme ve tartışmalar yapılmaktadır. Bir bakım sigortası sisteminin Türkiye'nin sosyal, demografik ve ekonomik durumuna uygun olup olmadığına karar verirken dikkate alınması gereken pek çok açı bulunmaktadır. Japonya, Almanya ve Güney Kore'deki bakım sigortası sistemlerinin yapısı ve geliştirilmesine ilişkin hızlı bir inceleme temelinde, bir bakım sigortası sisteminin uygunluğuna karar vermeden önce değerlendirilmesi gereken kilit meseleler mevcuttur. Bir başlangıç noktası olarak, tüm bakım sigortası sistemlerinin ön talebi, özel sigortalı bireylerin düzenlenmiş, standartlaştırılmış ve rekabetçi bir piyasada bakım hizmetleri satın almasına imkan tanıyacak güçlü bir bakım hizmeti piyasasının mevcut olmasıdır. Böyle bir ön talep, Türkiye'nin mevcut bakım tedarik yapısını çeşitli bakım hizmeti ürünlerinden oluşan daha kapsamlı bir karma piyasaya doğru geliştirmesini gerektirmektedir. Bu noktada, insanlara kendi evlerinde ve diğer ortamlarda sunulan bakım hizmetinin yüksek standardı ve kalitesinin teminat altına alınmasında devletin rolü hayati olacaktır. Halihazırda bulgular, özel sektör ile diğer türde evde bakım hizmetleri sunumu arasında büyük bir uçurum olduğunu, giderek artan sayıda özel sektör kuruluşunun bakımevlerinin genellikle çok yüksek ücretler istediğini ve ailelerin kültürel olarak tercih edilebilir olmasa da alternatifleri olmadığından ebeveynlerini bu kurumlara yerleştirmek zorunda kaldığını göstermektedir.

Bakım sigortası ile birlikte, devlet yoksullara yaşlılık yardımı (aynı veya nakit) sağlamaktan sorumlu olmaya devam edecek ve çeşitli uluslararası hedeflere ulaşmak adına bir 'sosyal koruma zeminini' sürdürecektir. Ayrıca, diğer ülkelerin deneyimlerine dayanarak, devletin ileri yaşlarda ortaya çıkabilecek potansiyel eşitsizlikleri azaltmak adına 'yoksula yakın' gruplara bakım sağlanmasını fonlamayı değerlendirmesi de önem taşımaktadır.

Uzun yıllar boyunca 'tasarruf' yapmaya olanak veren mevcut, nispeten genç nüfusu ve yaşlanma endeksi hala düşükken, nüfus temettüsü veya 'gençlik patlaması' sebebiyle Türkiye'de bir bakım sistemi getirilmesi için potansiyel mevcuttur. Bu, bakım sigortası priminin yaşlı bakımı taleplerini uzun yıllar boyunca kapsaması gereken çıktıları aşacak, böylelikle de gelecekte artacak talebe yönelik bir artı sunacak olduğunda yüksek istihdam oranlarının ortaya çıkacağı varsayımına dayanmaktadır. Ancak Türkiye'deki istihdam oranları, 16-49 yaşları arasındaki kadınların sadece yüzde 29'u ve erkeklerin de sadece yüzde 50'sinin istihdam edilmesiyle oldukça düşüktür. Dolayısıyla, bir bakım sigortası sisteminin getirilmesinin gerçek potansiyelini belirlemek önem taşımaktadır. Tüm dünyada, hem ülkenin özel ekonomik durumuna uygun hem de vatandaşlar tarafından



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

sosyal ve politik olarak kabul edilebilir olan farklı işçi/işveren/devlet prim oranlarına sahip çeşitli bakım sigortası kombinasyonları mevcuttur. Mevcut tartışmaya ve karar verme süreçlerine bilgi sunmak adına, ASPB'nin Türkiye'nin ekonomik, sosyal ve demografik şartlarına özel 'optimal' bir bakım sigortası sistemi yapısı tesis eden kapsamlı bir çalışma yürütmesi şiddetle tavsiye edilmektedir.

Türkiye'deki mevcut sisteme göre, devlet desteğine hak kazanan bireyler ya bakım evlerine yerleştirilmekte ya da ikame olarak nakit yardımları almaktadır. Bu gibi nakit yardımları, özel sektör, kooperatif ve hayır kurumları dahil devlet harici bakım sağlayıcılardan evde bakım hizmeti satın almak için kullanılabilir. Ancak, bireylerin ve ailelerinin evde bakım hizmetine dair bilgiye dayalı ve güvenli tercih yapabilmesine olanak tanımak ve evde bakım hizmetleri dahil uzun vadeli bakım ürünleri için verimli mekanizmalar veya pazar ortamı yaratılması gerekmektedir.¹⁴⁵

Evde bakım hizmetleri ihale ederken hizmetlerin aracısı olarak ASPB; kanıta dayalı müdahale programları kullanmalı, sağlayıcılar arası çeşitlilik yaratmalı, mevcut personelle etkin hizmet sunumunun nasıl yapılabileceğini araştırmalı, personel geliştirme ve eğitimlerinin ihale modelinde dikkate alındığını teyit etmeli, ihale sürecinde çıktı odaklı bir yaklaşım getirmeli, bakım kalitesine dair net beklentilerle ihaleye gitmeli, sağlam ihale düzenlemeleri yürürlükte bulundurmali ve çıktıları izlemelidir.

Maliyet-etkin finansman da Sağlık Bakanlığı ve diğer bakanlıklarla ortaklaşa çalışma hususunda gerçek bir kararlılık, farklı bütçeler ve finansman hatları arasında birikme ve çalışma yetisi ve atanmış bir bakım yöneticisinin önderliğinde tüm sağlığa ilişkin grupların hizmet hattı yönetimi hususlarından fayda görmelidir.

1.K Evde Yaşlı Bakım Hizmetlerine İlişkin Kriterler

Evde yaşlı bakım hizmetlerinin sunulmasına ilişkin iki dizi kriter mevcuttur. Bunların ilki nakit ya da hizmet şeklinde devlet finansmanına hak kazanma hususuyla, ikincisi ise bireysel ihtiyaçlar ile ihtiyaçları, sağlık ve sosyal koşulları ile istek ve dileklerinin belirli bakım hizmetlerine uygunluğu hususuyla ilişkilidir. Türkiye'de halihazırda devlet finansmanına hak kazanma halinin belirlenmesine yönelik bütçe hesaplı bir süreç üzerinden kullanılan bir dizi kriter mevcuttur. Bu süreç temelde huzurevi bakımı için kimin finansman hakkına haiz olduğunu belirlemekte ve bunu yaparken uygun hizmet bulunmaması halinde ikame olarak nakit ödeneği imkanı sunmaktadır. Aynı bütçe hesaplı süreç, devlet tarafından finanse edilecek evde bakım hizmetlerine uygun yaşlı bireylerin belirlenmesi için de kullanılabilir. İkinci ihtiyaç temelli değerlendirme süreci Türkiye'de daha az yerleşik olup burada Avrupa'daki en iyi uygulamalar ve bulguları temelinde yardımcı olacak bir süreç öne sürmekteyiz.

Değerlendirme ve hak belirleme süreci ASPB ile yerel belediyeler ve birey arasındaki kilit etkileşim olmaktadır. Sadece bakım ve desteğe giden bir kapı olarak değil aynı zamanda insanların durumlarını anlamalarına ve ihtiyaçları olduğunda desteğe erişim sağlamalarına yardımcı olabilecek kendi başına kritik bir müdahale olarak görülmelidir. Yerel belediyeler, bireyin hak kazanmaya uyumlu ihtiyaçları olup olmadığı kanaatlerinden tamamen azade olarak herhangi seviyede bakım

145 Institute of Public Care, Oxford Brookes University (2012) 'Where the heart is ... a review of the older people's home care market in England', Bath and Oxford: Institute of Public Care, Oxford Brookes University.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ve destek gereksinimleri olduğu görülen, gayriresmi bakıcı dahil, her yetişkin için bir değerlendirme gerçekleştirilmelidir. Birey kararlara mümkün olduğunca tam katılım göstermek üzere, belki ailesi, arkadaşları veya bakıcısı tarafından desteklenmelidir. Değerlendirmenin amacı ihtiyaçların, bunların esenlik üzerindeki etkisinin ve yaşlı bireyin gündelik hayatında erişmek istediklerinin belirlenmesidir. Değerlendirme, (finansmana) hak kazanmaya uygunluğun belirlenmesinden önce ihtiyaçların toplam kapsamını ve bu ihtiyaçların bireyin (gündelik hayattaki) esenliği üzerindeki etkilerini ortaya koymayı hedeflemelidir.

Değerlendirmeler farklı biçimlerde gerçekleştirilebilir. Uygun olduğu noktada değerlendirme telefondan, çevrimiçi olarak ya da yüz yüze yapılabilir. Değerlendirmeler ayrıca sosyal hizmet görevlileri, meslek hastalıkları uzmanları, rehabilitasyon sorumluları, bakım yöneticileri ya da ilk temas personeli dahil farklı arka planlara sahip bir çok insan tarafından gerçekleştirilebilir. Değerlendirmeyi gerçekleştiren her kimse, bunu yapmak üzere uygun eğitime ve gerekli becerilere sahip olmalıdır. Değerlendirmeler, aşağıdaki hususların belirlenmesine dayalı olarak gerçekleştirilir:

- Bireyin ihtiyaçlarının fiziksel veya zihinsel bozukluk ya da rahatsızlık sebebiyle olup olmadığı,
- Bireyin ihtiyaçlarının iki ya da daha fazla belirtilen çıktıya erişme yetisini ne ölçüde etkilediği,
- Bunların esenlik düzeyleri üzerinde kayda değer etkiye sahip olup olmadığı ve bunun boyutu.

Bu süreç, ihtiyaç temelli değerlendirme üzerinden bir dizi çıktı (sonuç) ortaya koyar. ASPB ihtiyaç temelli uygunluk değerlendirmesini yaparken yaşlı bireyin bu sonuçlardan iki ya da daha fazlasını gerçekleştirmesinin mümkün olup olmadığını dikkate almalıdır – bir sonucu gerçekleştirememesi hali yaşlı bireyin aşağıdaki koşullardan herhangi birini taşıması halinde mevcuttur:

- Bir sonuca yardımsız ulaşamaması,
- Bir sonuca yardımsız ulaşabilir olmasına karşın bunun ancak ciddi acı, rahatsızlık ya da endişe ile mümkün olması,
- Bir sonuca yardımsız ulaşabilir olmasına karşın bunun olması halinin yetişkinin kendisi veya diğerlerini tehlikeye atması yahut tehlikeye atmasının muhtemel olması,
- Bir sonuca yardımsız ulaşabilir olmasına karşın bunun normalde bekleneneğinden kayda değer oranda daha uzun sürmesi.

Bahsedilen sonuçlar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Beslenmeyi başarmak ve devam ettirebilmek,
- Kişisel hijyeni devam ettirebilmek.
- Tuvalet ihtiyaçlarını giderebilmek.
- Uygun şekilde giyinebilmek.
- Evini güvenli şekilde kullanabilmek.
- Yaşanabilir bir çevreyi devam ettirebilmek.
- Ailevi ve diğer mahiyette kişisel ilişkileri devam ettirebilmek.
- Çalışma, eğitim, öğrenim, gönüllülük veya diğer sosyal faaliyetlere erişebilmek ve

gerçekleştirebilmek.

- Toplu ulaşım, eğlence amaçlı tesisler veya hizmetler dahil yerel topluluk mahallindeki gerekli tesisler veya hizmetleri kullanabilmek.

ASPB veya yerel belediyelerin bir bireyin uygun ihtiyaçları olduğunu belirlediği noktada, yaşlı bireyle hangi ihtiyaçlarının devlet tarafından karşılanmasını istediği ve en iyi nasıl karşılanabileceğine dair uzlaşmaya varmalıdırlar. Destek seçeneklerinin ödeme/bedel gerektiren hizmetler kapsadığı durumda, ASPB/yerel belediye bir mali değerlendirme gerçekleştirmelidir.

Birey temelli bakım ve destek planlaması, kendi bakım ve desteklerinin düzenlenmesinde ne oranda kontrol ve sorumluluk istediklerine dayalı olarak, hak kazandıkları desteği kısmen nakit ödeme olarak almayı da seçebilmeleri anlamına gelir.

Uluslararası alanda, yaşlı insanların çoğu bakım ihtiyacının mümkün olduğunca evde bakım yoluyla karşılanması teşvik edilir. Bu husus, çeşitli fiziksel, psikolojik, zihinsel ve sosyal ihtiyaç sahibi yaşlı insanlar için de geçerlidir. Buna ilaveten, insanlar bilişim ekipmanları, kulüp üyelikleri ve diğer terapötik müdahaleler gibi "hizmetsiz" seçenekler dahil kendi yenilikçi bakım ve destek biçimlerini seçmeye ve sağlayıcısını bulmaya olanaklı kılınır. Huzurevinde bakım genellikle yoğun tıbbi gerekler bulunması ve tüm taraflarca yaşlı birey için en iyisinin olduğuna karar verilmesi halinde son ihtimal olarak değerlendirilmektedir.

Yukarıda açıklandığı üzere, evde bakım uygulamaları uzman hizmetlerinden sınırlı bakım desteği verenlere kadar geniş bir yelpazede sağlanabilmektedir. Bu bağlamda, sağlanabilen bakım seviyesinin böylesi esnek olmasından dolayı evde bakım uygulaması çoğu duruma uygundur. Bunun istisnası ise ancak yaşlı bireyin ne seviyede bakım desteği verilirse verilsin artık evinde yaşamasının mümkün olmaması halinde olabilir. Tekerlekli sandalyede olup tekerlekli sandalye kullanımına uygun olmayan ve uyarlanamayacak bir evde yaşayan yaşlı birey buna örnek olarak verilebilir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

3. Evde Yaşlı Bakım Hizmetlerine Dair Yönetmelik ve Standartlar

Halihazırda ASPB, gelirleri üzerinden değerlendirilip ASPB'den hizmet almaya hak kazanmış olup da ancak bunların sağlanması mümkün olmadığında, nakit alternatifi sağlanan yaşlı bireylere hizmetlere yönelik 'ücretleri' temsil eden nakit yardımları sunmaktadır. Bu ödemeler "Sosyal Hizmet Kurumu Desteği Alan Engelli ve Yaşlılara Ödenek Sağlanmasına Dair Yönetmelik" kapsamında düzenlenir. Bu yönetmelik uyarınca, Bakanlığın sosyal hizmet kuruluşlarından bedelsiz olarak sağlanan bakım hizmetinden faydalanma kriterlerini karşılayan yaşlı bireylere aylık net ödenekleri ödenmektedir. Bu yönetmelik bir bireyin alabileceği ödeme tutarını belirlemesine karşın yaşlı bireyin alabileceği evde bakım hizmeti tipi, seviyesi ya da kalitesine ilişkin hüküm içermez. ASPB tarafından az sayıda gündüz bakım merkezi üzerinden sağlanan sınırlı evde bakım uygulamaları, gündüz bakımına özel bir dizi düzenleme ile gerçekleştirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan sağlık odaklı evde bakım hizmetleri, "Sağlık Bakanlığı ve Birimleri Tarafından Evde Sağlık Hizmetleri Verilmesine Dair Yönetmelik" üzerinden gerçekleştirilmektedir. Ancak bunlar çoğunlukla hastaneden taburcu etme sonrası rehabilitasyon amacıyla sağlanan tıbbi bakımlarla sınırlıdır.

İyi evde bakım uygulamaları, yoklukları halinde huzurevinde kalmaları gerekecek yaşlı bireylerin kendi evlerinde kalabilmelerine yardımcı olmaktadır. Bunu başarıyla gerçekleştirebilmek için, evde bakım sadece bireyin ev içi ve fiziksel ihtiyaçlarını değil aynı zamanda sosyal, ruhani ve duygusal ihtiyaçlarını da karşılamalıdır. Her bir bireyin ihtiyaçları kendine has olduğu ve tek bir yaklaşım her şeye uymadığından dolayı bu zorlayıcı olabilmektedir. İyi evde bakım uygulamaları; insanları toplulukları içinde iyi bir yaşam sürmeleri için desteklemeli, ciddi sağlık veya bakım ihtiyaçları olan insanların gereksiz yere acil durum hizmetleri kullanma ya da hastaneye gitme zorunluluğundan kurtarmalı ve bakım ihtiyaçları bulunan insanlara topluluk içinde kendilerine bakmaları için yardımcı olmalıdır.

Evde sosyal bakıma dair düzenlemeler, mümkün olduğunca fazla sayıda insanın kendi evlerinde desteklemesine olanak tanımanın hayati bir parçasıdır. Hizmeti sağlayan kuruluş -kamu olsun, özel sektör veya gönüllü kuruluşu olsun- evde bakım hizmeti alan bireyin güvenliğinin muhafazası adına kontrol edilmelidir¹⁴⁶. Standartlar, üzerinde anlaşılan bakım planını uygulamak üzere ASPB ile irtibata geçirilen yaşlı bakım teknisyenlerini/hizmetlilerini sağlayan kuruluşlar için geçerlidir. Kimi durumlarda, kuruluş bakım planını yaşlı bireyle birlikte hazırlama işinde başrolü üstlenip ASPB tarafından finansman sağlandığı takdirde bunu yerel belediyeden onaylatabilmektedir. Kuruluş, yaşlı bireyin evinde çalışma üzere istihdam ettiği kişi tarafından sağlanan bakımın bu standartlarla uyumlu olduğunu teminat altına almalıdır.

Hizmet sağlayıcıları bir hizmet sağlanırken gerekli olacak koruma önlemlerinin de ayırında olmalıdır. Bunlar arasında hizmete özel ihtiyaçlara uygun eğitim ve yeterlikler sayılabilir. Koruma önlemleri, işe uygun olduklarına emin olunması için yaşlı bireylerle çalışacak tüm personelin kap-

¹⁴⁶ Stevens, M., Woolham, J., Manthorpe, J., Aspinall, F., Hussein, S., Baxter, K., Samsi, K., Ismail, M. (2016) 'Implementing safeguarding and personalisation in social work: findings from practice', Journal of Social Work.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

samlı bir güvenlik sorgulamasından geçirilmesini de kapsamaktadır. Güvenlik sorgulaması sabıka kaydı kontrollerini de içerecektir. Sağlayıcı ayrıca sağlanan hizmetin daha büyük ölçekli bir destek ve izleme planının parçası olması halinde sosyal çalışma ve sağlık birimleri gibi kuruluşlarla birlikte çalışmaya yönelik özgün yollara dair gereksinimleri de dikkate almalıdır.

Uluslararası uygulamalar, düzenleme ve standartların ana ilkelerinin haysiyet, mahremiyet, tercih hakkı, güvenlik, potansiyelini gerçekleştirme, eşitlik ve çeşitliliğe dayandığına işaret etmektedir.

Standartlar, bireyin hizmet seyrini izleyen aşağıdaki başlıklar altında gruplandırılmıştır:

Hizmet kullanımı öncesi (1-4 arası standartlar)

1- Bilgilendirme ve kararlaştırma: Yaşlı birey evinde alacağı bakım hizmetine dair, kendisine verilen bilginin kalite ve doğruluğu uyarınca, açık ve bilgiye dayalı karar verir. Yaşlı birey karar varmalarına yardımcı olacak uygun bilgilere sahip olmalıdır.

Bu bilgiler güncel ve güvenilir olmalı, ayrıca kolay anlaşılır ve saklanır biçim ve dilde olmalıdır.

Standart 1: Yaşlı bireylerin, hizmeti ve hizmetin sağlayabileceklerini net biçimde açıklayan bir “tanıtım paketi” sahibi olması. Bu kapsam dahilinde aşağıdakiler bulunmalıdır:

- Hizmet hedef ve amaçlarının ayrıntıları,
- Yöneticisi veya sahibi (ya da her ikisi) dahil hizmet sağlayıcıya dair ayrıntılı bilgiler,
- Sağlanan hizmetlere dair ayrıntılar,
- Maliyetler ve kapsamlarındaki hizmetler,
- 24-saat çalışan bir telefon dahil irtibat kişileri ve numaraları,
- Hizmete dair ulusal denetim makamınca hazırlanmış en güncel rapor,
- Evde yaşlı bakım teknisyenlerinin/hizmetlilerinin hasta olması veya mevcut olmaması halinde kullanılacak telafi ayarlamaları,
- Risk yönetimine, kaza ve olayların kayıt ve raporlanmasına dair politika ve prosedürler,
- Şikayet prosedürü,
- Hizmete dair herhangi kısıtlar,
- Hizmetin kullanılabilirliği ve kimin kullanabileceği,
- Kuruluşun kapanması yahut el değiştirmesi halinde ulusal denetleme makamınca uygulanması onaylanan düzenlemeler.

2- Yazılı Anlaşma ve Kişisel Plan: Yaşlı birey ve ailesi, bir bakım planına sahip oldukları ve izin verdikleri takdirde, sağlayıcının yerel belediye bakım planının ilgili tüm unsurlarından haberdar olması ve hizmet sunmadan önce ihtiyaçlarını dikkate almasını bekleyebilir. Yaşlı birey, aile üyeleri ve sağlayıcı beraberce, sağlanacak hizmeti, koşullarını ve hizmeti almak için gerekli şartlar ile anlaşmanın değişikliğe uğratılması yahut sona erdirilmesine dair düzenlemeleri içeren bir yazılı anlaşma ile birlikte değerlendirilen ihtiyaçlarını ve bunları karşılamak için gerekli hizmetleri ayrıntılandıran bir kişisel plan hazırlayacaktır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Standart 2: Yaşlı birey, hizmetin ihtiyaçlarını ne şekilde karşılayacağını açıkça belirten bir “yazılı anlaşma” alacaktır. Bu metin, hizmeti almak için gerekli şartlar ile anlaşmanın değişikliğe uğratılması yahut sona erdirilmesine dair düzenlemeleri içerecektir.

Bireyler yazılı anlaşmanın hazırlanmasına tam anlamıyla dahil edilmelidir. Anlaşma içeriği aşağıdaki hususları kapsayacaktır:

- Anlaşmanın yapıldığı tarih,
- Hizmetin başlayacağı tarih,
- Hizmeti kimin, nasıl ve ne zaman sağlayacağı,
- Yaşlı bireye çıkartılacak maliyetler ve bunların ne şekilde ödeneceği,
- Anlaşmanın herhangi ayrıntısının nasıl değişikliğe uğratılacağı yahut anlaşmanın nasıl sona erdirileceğine ilişkin bilgiler,
- Hizmeti ne süre boyunca alabilecekleri.

Standart 3: Yaşlı birey, alacağı hizmetin bakım ihtiyaçları ve kişisel tercihlerini karşılar nitelikte olacağına güvenebilmelidir. Personel bu bireylerle birlikte, ihtiyaç ve tercihlerini ayrıntılandıran ve bunların nasıl kabul edilebilir bir yolla karşılanacağını açıklayan birer kişisel plan hazırlayacaktır. Kişisel plan aşağıdaki bilgileri ve kararları içerecektir:

- Yaşlı bireyin nasıl hitap edilmek istediği,
- Gıda ve içecek gibi şahsi tercihleri ile varsa özel diyet gereksinimleri,
- Sosyal, kültürel ve ruhani tercihleri,
- Boş vakitlerini geçirmek istedikleri uğraşlar,
- Kişisel planlarının gözden geçirilmesine kimin dahil edileceği,
- İhtiyaç duydukları herhangi iletişim gereksinimleri,
- Hangi iletişim düzenlemelerinin yürürlüğe sokulması gerektiği,
- Ne zaman ve hangi durumlarda arkadaşlar, akrabalar ve bakıcılar ile irtibat kurulması gerektiği,
- Şikayette bulunma veya sıkıntı bildirme amacıyla irtibat kurulacak bağımsız kişinin bilgileri,
- Birlikte çalışılacak evde yaşlı bakım teknisyenlerinin/hizmetlilerinin isim(ler)i.

4- Yönetim ve personel görevlendirme: Güvenlik ilkesi, yaşlı bireyin evinde sağlanan hizmete dair kendini rahat hissetmesinin ne kadar önemli olduğu hususunu vurgulamaktadır. Bireyler ve gayriresmi bakıcıları, personelin eğitilmiş ve ihtiyaçlarına yönelik yeterli bilgiye sahip olduğuna ve en iyi uygulama talimatları kapsamında çalışacaklarına dair güven hissetmelidir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Standart 4: Yaşlı birey evinde iyi kalitede bakım alabilmelidir. Bu husus, yaşlı bireyin ihtiyaç duyduğu görevleri yerine getirmek için gerekli beceri ve yeterliklere sahip *yönetim ve bakım personeli* ile sağlanır. Hizmet, tüm yasal koşullar ve en iyi uygulama talimatları doğrultusunda işler. Yaşlı birey, sağlayıcının hizmetin özellikle kalitesi olmak üzere tüm unsurlarını izlemekte olduğuna dair güven hissetmelidir. Yaşlı birey ve aile üyeleri, sağlayıcının aşağıdakiler dahil tüm yasal koşulları karşılayan politikalar ve prosedürlere sahip olduğuna temin edilmelidir:

- Personel sağlama ve eğitim,
- İlaç verilmesi,
- Risk yönetilmesi,
- Olay ve şikayetlerin kaydı dahil uygun kayıtlar tutulması,
- Kişisel görüşmeler,
- Sağlık ve güvenlik.

Hizmet kullanımı esnası (5-11 arası Standartlar)

5- Yaşam Biçimi: Yaşlı bireyler bir hizmet almak için değerleri, inançları ya da alışkanlıklarını değiştirmek zorunda kalmamalıdır. Çeşitliliğe değer veren birey temelli ve hak temelli bakım ilkeleri, yaşlı bireylerin oldukları halleriyle kabul edilip değerli görülmesi anlamına gelmektedir. Standartlar, kendi sosyal, kültürel veya dini inançları çerçevesinde yaşamaya devam etmeleri için destekleyeceği hususunda son derece açıktır.

Standart 5: Yaşlı bireylerin sosyal, kültürel veya dini inançlarına saygı gösterilir. Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireyler hayatlarını kendi inançlarına bağlı kalarak sürdürebilmelidir.

- Evde yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi yaşlı birey ve diğerlerinin sosyal, kültürel veya dini inançları ile alakalı hususlara dair yeterli bilgi sahibi olmalıdır.
- Evde yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi, ruhani cemaatiyle irtibat halinde kalabilmesi dahil yaşlı bireyin inançlarını yaşamasını destekleyici yönde çalışmalıdır.
- Yaşlı bireyin ev içi alışkanlıklarına saygı duyulmalıdır.

6- İyi beslenme: İyi, besleyici gıda ve içecekler, yaşlı bireylerin sağlık durumunu muhafaza etmek ve iyileştirmekte önemli yere sahiptir. Bireysel gıda ve içecek tercihleri ile diyetle bağlı koşullar değişiklik gösterebilir.

Kendi ihtiyaçları ve tercihlerinin karşılanabilmesi gündelik hayatın kalitesine dair önemli rol oynamaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Standart 6: Yemek için alışveriş yapmak ya da yemek hazırlamak hizmetin parçası olduğu takdirde, evde bakım hizmeti alan yaşlı birey yemeğin güvenli hazırlanacağına ve yemeklerin tercihleri ile varsa özel diyet koşullarına uygun olacağına dair güven duymalıdır.

- Evde yaşlı bakım teknisyen/hizmetlisi, yaşlı bireyin yemek seçimlerini ve sahip olabilecekleri herhangi etnik, kültürel, dini ya da diğer türlü tercihlerini öğrenmelidir. Özellikle tıbbi sebeplere dayananlar olmak üzere herhangi özel diyet koşulları (örneğin; vejetaryen, düşük yağ içerikli veya yüksek proteinli vb.) yaşlı bireyin kişisel planında kayıt altına alınmalıdır.
 - Yaşlı bireyin aksi yönde tercihi olmadığı takdirde, satın alınan ve hazırlanan yemekler bilinen seçim ve tercihleri ile varsa özel diyet koşullarını yansıtmalıdır.
 - Yemeklerin hazırlanması tamamen iyi gıda hijyen uygulamalarına uygun olmalıdır. Yemekler iyi hazırlanmalı ve iyi sunulmalıdır.
 - Yaşlı bireyler mümkün olduğunca yemekleri yiyebilmeli ve zevk alabilmelidir. Farklı çatal, bıçak veya sıvı beslenme gibi örneklerdeki gibi yemekte yardıma ihtiyaçları olduğu takdirde, evde yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi bu hususları ayarlayacaktır.
 - Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireyler, ağız-diş sağlığı veya iştah kaybı gibi yeme-içme yetilerini etkileyen herhangi bir hususu evde yaşlı bakım teknisyeninin/hizmetlisinin fark etmesini bekleyebilecektir. Böylesi bir durumda, yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi bu hususları yaşlı birey ve ailesiyle tartışacak ve istedikleri takdirde profesyonel yardım almalarına yardımcı olacaktır.
- 7- Esen kalma – sağlık: Yaşlı bireyin sağlıklı kalması veya sağlığını tekrar kazanması esenlik halleri ve yaşam kaliteleri ile beraber bağımsızlıklarını muhafaza etmeleri için de önemlidir. Hak temelli yaklaşım ilkeleri çerçevesinde, yaşlı bireyler evde bakım hizmeti alırken sağlık ihtiyaçlarının karşılanması ve tüm sağlık hizmetlerinden faydalanmada destek sağlanması haklarına haizdir. Ayrıca verimli ve güvenli biçimde ilaç alımlarının ayarlanması hakları da mevcuttur.
- 8- Esen kalma – ilaç alımı: Evde bakım hizmetinin yaşlı bireyin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere özel olarak tasarlanmış olması halinde, evde bakımı sağlayan kuruluş bireyden ve doktorundan sağlık gereksinimlerine dair ayrıntıları öğrenecektir. Bu ayrıntılar kişisel plana kaydedilecek ve evde yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi bunlardan haberdar olacaktır.

Standart 7: Yaşlı bireyler, ihtiyaçları ortaya çıktığı anda evde bakım hizmetinin sağlık hizmetleri ile temasa geçeceğine güven duymalıdır.

- Yönetim görevlisi ve evde yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi, doktorunun ve uygun olduğu takdirde hastanedeki doktorunun iletişim bilgilerine sahip olacak ve bunları kişisel plana kaydedecektir.
- Evde yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi, yaşlı bireyin sağlık durumunun muhafazasına yönelik kişisel bakım ve hemşirelik görevlerine dair uygun becerilere sahip olacaktır.
- Evde bakım hizmeti veren personel, yaşlı bireyin sağlık durumunda vuku bulabilecek herhangi bir değişikliğe karşı tetikte olacaktır. Bu yönde bir husus farketmeleri halinde, bun-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ları ileri sağlık bakımı aramaları yolunda yaşlı birey ve aile üyeleriyle görüşecektir.

- Yaşlı bireyin sağlığının yaşlı bakım teknisyeninin/hizmetlisinin ziyareti esnasında aniden kötüleşmesi halinde ve gerekli ise acil durum hizmetleri ile irtibat kuracaktır.
- Sağlık ihtiyaçlarını da içeren bir kişisel bakım planı mevcudiyetinde, sağlayıcı bu sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere yaşlı birey için en iyi yolla gerekli ayarlamaları yapacaktır. Yaşlı bireyin izniyle, sağlayıcı sağlık durumlarını izleyecek ve endişeler doğması halinde doktordan yahut sağlık ekibinin diğer bir üyesinden tavsiye isteyecektir.

Standart 8: Evde bakım hizmetinin ilaç alımına yardım hususunu içermesi halinde, sağlayıcı bunun güvenli ve yaşlı bireye en uygun olacak biçimde sağlanması için gerekli ayarlamaları yapacaktır.

- Hizmet sağlayıcı, yaşlı bireyin ilaç alımına dair (tipi ve dozu) bilgileri toplayacak ve kişisel planda kayıt altına alacaktır. Evde yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi bu ayrıntılı bilgilerden haberdar olup yaşlı bireyin evinde bunlara dair kayıt tutacaktır.
 - Yaşlı bireyin ilaç alımına yardım etmeye yönelik ayarlamalar, yaşlı birey ve ailesi ile varılan mutabakat uyarınca planlanıp gerçekleştirilir.
 - Hizmet sağlayıcı, evden bakım hizmetlisi yaşlı bireye ilaçlarını almada yardım ederken, en iyi uygulama talimatlarının takip edilip kayıtların tutulacağını temin edecek politika ve prosedürlere sahiptir.
- 9- Özel hayat: Evde bakım esnasında yaşlı bireyin haklarına saygı gösterilir. Bu husus yaşlı bakım teknisyenlerinin/hizmetlilerinin cinsiyet seçimi ve diğer mahremiyet unsurlarına hassasiyet göstermeyi kapsamaktadır.

Standart 9: Yaşlı bireylerin özel hayatlarına aşağıdaki hususlar çerçevesinde dikkat edilir:

- Kişisel plan, yaşlı bireyin mahremiyet haklarını kapsayacaktır.
- Yaşlı bireye tercih ettiği unvan ya da isimle hitap edilecektir.
- Evde yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi yaşlı bireye, hanehalkının tüm üyelerine, evlerine, içindeki her şeye ve ev içi alışkanlıklara saygı gösterecektir.
- Evde yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi, yaşlı bireyin evi içerisinde sadece izin verilen kısımlara girip çıkacaktır.
- Yaşlı bireyden, sadece hizmetin sunumu için gerekli olan hususlarda kendileri hakkında bilgi istenecektir.
- Evde yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi, her türlü kişisel bakım sağlanması esnasında her daim yaşlı bireyin mahremiyet ve haysiyetine saygı gösterecektir.
- Evde yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi yaşlı bireyin gizlilik hakkına saygı gösterecektir. Kişisel görüşme ve konuşmalara ancak gerekli olduğu veya yaşlı birey buna izin verdiği zaman katılacaktır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- 10- Destekleyici iletişim: İnsanlar çeşitli sebeplerle farklı diller veya iletişim yöntemleri kullanabilir. Bunun sonucu olarak, anlaşılmakta güçlük çekebilirler. Ancak iletişim kurabilme gündelik hayatta aktif bir rol oynamakta olup evde bakım hizmeti alan yaşlı bireyler bu hususu gerçekleştirebilmek için gerektiği takdirde yardım alabilmelidir.

Standart 10: Yaşlı bireyler, herhangi bir iletişim veya dile dayalı ihtiyaçları olduğu takdirde iletişim hizmetleri ve ekipmanlarını kullanmada yardım alabileceklerdir.

- Yaşlı bireyin iletişim ihtiyaçları kişisel planında kayıt altına alınır.
- Evde bakım sağlayıcısı, ihtiyacı olduğu takdirde yaşlı bireyin uzman iletişim desteği ve ekipmanı edinip kullanmasına yardımcı olabilir.
- Evde yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi yaşlı bireyin iletişim ihtiyaçlarından haberdar olacak ve gerektiği takdirde ihtiyaçlarını karşılamak üzere gerekli eğitim ve beceriye sahip olacaktır.

- 11- Yaşlı insanlar ve aileleri, evde bakım hizmetlerine dair görüşlerini ifade etme hakkına sahiptir. Bu standartlar yaşlı insanların ve ailelerinin aldıkları evde bakım hizmetlerinin kalitesine dair yorumda bulunma yollarını da içermektedir. Sağlayıcı bunların yorum, endişe ve şikayetlerini ciddiye almak durumundadır. Bu husus yaşlı bireyler ve ailelerinin hizmetin nasıl işlediğine ilişkin katkılarını almak için hayati önemde bir parça oluşturmaktadır.

Standart 11: Yaşlı birey ve ailesi ile gayriresmi bakıcıları, aşağıdaki hususlarda teşvik edilir:

- Herhangi bir zamanda bakım hizmetinin herhangi bir unsuruna dair görüşlerini ifade etmek,
- Evde yaşlı bakım teknisyenleri/hizmetlileri, diğer görevliler yahut hizmetin idaresi hakkındaki sıkıntılarını tartışmak,
- Hizmete dair nasıl şikayette veya yorumda bulunulacağını bilecek ve ulusal düzenleyici kuruluşa doğrudan resmi şikayette bulunma prosedüründen haberdar olacaktır.
- Hizmet, iletilen sıkıntı ve şikayetlerle çabuk ve anlayışlı bir biçimde ilgilenir ve şikayet sonrası ne olacağına dair eksiksiz bilgi sağlar.
- Yaşlı bireyler ve gayriresmi bakıcıları, istedikleri takdirde bir bağımsız temsilci ya da bağımsız savunucu kullanmaya teşvik edilip desteklenir. Sağlayıcı kendilerine bu yolda yardımcı olacak herhangi bir hizmete dair gerekli bilgiyi sunacaktır.
- Sağlayıcı, yaşlı birey ve ailesinin kendi istedikleri zaman inceleyebilmeleri için hizmete dair her denetim raporunun bir nüshasını karşı tarafa sağlayacaktır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

4. Huzurevinde Bakıma Dair Model Tasarımı

4.A Huzurevinde Yaşlı Bakımına Dair İlkeler

Huzurevi bakımına geçiş hayat değiştiren bir deneyimdir. İlgili kişi için, evinden ayrılmak ve tamamen yeni bir ortam ve yaşam biçimine ayak uydurmak anlamına gelir. Bu yaşam seyri boyunca sadece bir veya belki iki kez verilen bir karardır ve ancak sıklıkla kriz anlarında verilir. Bu kritik notada, yaşlı bireyler, bakıcıları ve ailelerinin mümkün olan tüm seçenekleri göz önüne alması ve bilgiye dayalı kararlar vermesine olanak tanıyacak yeterli destek ve rehberlik sağlanması hayati önemdedir. Ayrıca, başka alternatif bulunmamasından kaynaklı olarak huzurevinde bakımı tercih etmek zorunda kalan insanların sayısını azaltmak üzere tüm önleyici tedbirler ve bir dizi bakım seçeneğinin yaşlı bireyin dikkatine sunulması elzemdir. Hem en pahalı bakım sunumu biçimi olduğundan hem de yaşlı insanların bağımsızlığını mümkün olduğunca uzun süre muhafaza etmek açısından evde bakıma nazaran daha az tercih edilebilir olduğundan dolayı, yaşlı insanların huzurevinde bakıma bağımlılığını azaltmak üzere daha da fazlası yapılabilir ve yapılmalıdır. Ancak kimi durumlarda huzurevinde bakıma geçme ihtiyacı gerçekten mevcut olabilmektedir. Gerçekten de kimi insanlar için huzurevinde bakımı tercih etmek olumlu bir seçenektir. Huzurevinde bakıma geçişte en önemli unsur hizmete geçiş anıdır ve işte bu an yaşlı bireylerin en çok desteğe ihtiyaç duyduğu andır.

Huzurevinde bakımın mali yükünü azaltmak amacıyla topluluk içi bakım ve önleyici stratejilere yatırım yapma gereksinimi sabittir. Uluslararası bulgular, nispeten alçak gönüllü seviyelerdeki topluluk içi ve evde bakım desteklerinin dahi önleyici bir yaklaşımı teşvik edebildiği ve yaşlı bireylerin kendi evleri ve toplulukları içerisinde bağımsız kalmalarını olanaklı kılabilmesine işaret etmektedir. ASPB'nin temel fonları topluluk içi bakıma yönlendirildiği takdirde, finansman huzurevinde bakımın doğrudan sağlanması yerine aracılığının yapılmasına odaklanabilecektir. Huzurevinde bakım kapasitesi, bir yandan merkezi ve yerel idarelerden aldığı fonlara diğer yandan ise masrafları kendi karşılayan bireylere büyük ölçüde bağlıdır. ASPB ve yerel belediyeler yerel toplulukları içerisinde sağlık ve bakım hizmetlerinin bütünleşmesini sağlamada kilit rol oynar.

Huzurevinin bakım felsefesinin dayandığı ilkeler, huzurevi sakinlerine saygıyla davranılmasını, haysiyetlerinin her daim korunmasını ve mahremiyet haklarının daima muhafaza edilmesini temin edecek ilkeler olmalıdır. Bunlar ayrıca birey temelli yaklaşım, hak temelli yaklaşım ve sosyal sermaye yaklaşımı felsefeleri ile tutarlı olmalıdır. Temelde bu ilkelerin uygulamaya konulup konulmadığının tahlili bireysel olarak, örneğin mahrem ve kişisel bakımlar yapılırken personel tarafından nasıl hissettiklerine dair sakinin ve ailesinin kendi yargılarına bağlı olacaktır. Ancak her huzurevi sakini bu yargıları çıkarsayabilme ve akrabaları, personel veya müfettişlere ifade edebilme yetisine sahip olmayacaktır. Huzurevinde olup biten her hususu kapsaması gereken ve ilkeleri yansıtmaya amaçlı başka tahliller yapılması gerekecektir. Talimatnameler; mahremiyet, haysiyet, seçim hakkı, insan hakları, bağımsızlık ve kendini gerçekleştirme hususlarının önemini vurgulamaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Aşağıdaki beş kilit ilke her bir huzurevinde uygulamaya konulmalıdır:

1. Tüm huzurevlerinde, tam teşekküllü hemşire bakımı dahil herhangi bireyin ve çoklu uzun dönemli sorunlara sahip kişilerin tüm ihtiyaçlarına yanıt verebilmesi yönünde giderek artan oranda gereksinim duyulmaktadır.
2. Huzurevleri hem kalıcı barınma hem de topluluk içi bakıma geri dönebilecek olanlar için geçici kısa dönemli yatak sağlama imkanlarına haiz olmalıdır.
3. Amaca dönük inşa edilmiş modern barınma mekanları, tüm sakinlere minimum tasarım ve alan imkanları sağlayabilen "misafir evi tarzı" barınma mekanlarına kıyasla tercih edilmektedir.
4. Huzurevleri, çevre nüfustan izole işleyen bir "adacık" yapısından ziyade, topluluğun birer parçası ve bir faaliyet "odağı" olarak görülmelidir. Bu husus, toplulukla sakinlerin etkileşimini teşvik etmeyi ve ailelerle arkadaşların potansiyelini huzurevindeki hayata dahil etmek üzere kullanmayı kapsayacaktır.
5. Huzurevindeki hayata katılım yoluyla huzurevinde "aktif "hayatlarını" muhafaza etmek, her huzurevi sağlayıcısının kilit önceliği olmalıdır. İyi bir tasarım bu hususun gerçeğe dönmesine yardımcı olacaktır.
6. Huzurevlerine yerleştirilen sakinlerin çoğunluğu bunamadan muzdarip olacağından ötürü giderek artan oranda bunama-dostu tasarımlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bundan dolayı, herhangi bir huzurevi ortamında bunama-dostu tasarım ilkelerinin hayata geçirilmesi hayati önemdedir.

1.A. Huzurevinde Yaşlı Bakım Hizmetlerine Erişim

Huzurevinde bakım en pahalı bakım türlerinden biri olup, sadece çok düşük gelir seviyesindeki insanlar devlet tarafından karşılanan huzurevi bakımına hak kazanabilmektedir. Devlet tarafından karşılanan huzurevi bakımı hizmetine geçiş yapan kişilerin ihtiyaçları değerlendirmeye alınır. Bu işlem, kendileri için kullanılabilir olan seçenekleri gözden geçirme olanağı tanır. Huzurevinde bakım, evde bakım desteğiyle kendi evinde ya da topluluğu içinde yaşamaya devam edemeyecek olan, yüksek bakım ihtiyacı seviyelerine sahip kişileri hedeflemelidir.

Huzurevinde bakım hizmetleri tavsiye edilmeden önce, evde bakım, yaşlı bakım evi, ortak yaşam evi (yaşlı bireylerin bir başka ailenin odasını kullandığı ya da bir grup yaşlı bireyin barınma ihtiyacını paylaştığı evler) ve topluluk içi seçenekler gibi tüm diğer seçenekler gözden geçirilmelidir.

Profesyonel personel tarafından huzurevinde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyup duymadığı hususunda değerlendirmeden geçirilen yaşlı bireyler, devlet karşılasın ya da kendileri karşılasın bu hizmetleri değerlendirebilmelidir. Bir huzurevine yatırılmadan önce aşağıdaki konuya dair unsurlar dikkate alınmalıdır:



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- Huzurevinin yaşlı bireyin ihtiyaç duyduğu ya da ileride duyabileceği seviyede bakım sağladığının temin edilmesi gereklidir.
- Huzurevinde boş yer olup olmadığının kontrol edilmesi; yoksa bekleme listesinin ne kadar uzun olduğunun saptanması gereklidir. Huzurevinde uzun bekleme listesi olması ve yaşlı bireyin acil olarak huzurevine yerleştirilmesi gerektiği takdirde, geçici yerleştirme seçeneği olarak diğer, yerel olmayan seçeneklerin değerlendirilmesi önemlidir.
- Huzurevinin broşürü olması halinde, bilgilendirici broşür yaşlı birey ve ailesine sunulup karşılıklı mütalaa edilmelidir. Görevli ayrıca gerekli olduğu takdirde uygunluğunun değerlendirilebilmesi açısından yatırma öncesi mekanın ziyaret edilmesini de önerebilecektir.
- Belirli bir huzurevine dair tavsiyede bulunmadan önce mevzubahis huzurevine dair en güncel denetim raporundaki tüm bilgiler gözden geçirilmelidir.

1.B Huzurevinde Yaşlı Bakım Hizmeti Türleri ve Kalite Yönetimi

Bir huzurevinde yaşlı bireyin aldığı sağlık ve kişisel bakım hizmeti, bireyin ihtiyaçlarına dayalı olacaktır. Dolayısıyla, tüm sakinler için gerekli her bir bakım unsurunu tamamıyla ortaya koymak mümkün değildir. Bundan dolayı, bireye dair değerlendirme süreci ve bakım planı standart olarak hayati önemde görülmektedir. Plan, bireyin değerlendirilmesi sürecindeki nihai noktadır. Bu noktadan sonra, ilgili bireyin hizmet kullanım planına uygun olarak bakım sağlanmak durumundadır.

Bireylerin yaşam seyirlerinin geç dönemine girmiş olması, şekillenmesi bir ömür sürmüş sosyal, kültürel, eğlence temelli veya mesleki karakteristiklerinin aniden yok olması anlamına gelmeyecektir. Huzurevlerine yerleşen yaşlı bireyler, ev ortamı içerisindeki yaşam tarzına dair farklılaşan beklenti ve tercihlere sahip olacaktır. Sosyal hayatın huzurevinde ne ölçüye kadar ve hangi biçimde organize edildiği ve faydalanılabilir faaliyetler yelpazesi, potansiyel sakinlerin neler sunulduğuna dair net bir fikir edinebilmesi adına huzurevinin bilgilendirici materyalleri kapsamında (niyet mektubu ve hizmet kullanım kılavuzu) ortaya konulmalıdır. Kimi insanlar faal ve bol organizasyonlu bir hayat isteyebilecekken diğer kimi insanlar ise huzurevinde kütüphane, dinlenme odası veya ruhani ihtiyaçlarını giderebilecekleri bir alan arayacak ve diğer sakinlerden bir nebze olsun uzaklık ve bağımsızlık talep edebilecektir. Sosyal etkinliklere katılım kapasitesi bireye göre değişecek ve pek çok sakin gündelik hayattaki etkinliklere katılabilmek üzere özel destek ve yardım ihtiyacı duyacaktır. Bu gibi bireyler için, yapılandırılmış bir gündelik hayat terapötik bir gereksinim olabilecektir. Diğer kimi bireyler ise benzer kültürel, dini, mesleki veya eğlence temelli ilgileri bulunan insanları barındıran bir huzurevi bakmak isteyecektir. Standartlar tercihlerde oluşabilen bu geniş çeşitliliği ve kapasiteyi dikkate almalıdır.

Yaşlılar için huzurevleri, kişisel bakım veya hemşire bakımı sunabilmektedir. Kişisel bakım sunan bir huzurevi bu hususta destek sağlayacak ve temel kişisel ihtiyaçların karşılanmasını temin edecektir. Kişisel bakım sunan huzurevi sadece yemek yeme, yıkanma, tualete gitme ve ilaç alma konularında yardımcı olabilir. Kimi yaşlı bireyler hemşire bakımına ihtiyaç duyabilir ve kimi huzurevleri bu unsuru sunabilmektedir. Bunlar genellikle yaşlı bakımevleri olarak adlandırılır. Örneğin bir huzurevi, bunama gibi özel ve belirli engel veya sorunlara uzmanlaşabilecektir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Huzurevi Bakımında Beslenme ve Yemek Zamanı

Yiyecek, yaşam kalitesini belirlemede en önemli etkenlerden biri olarak düşünülebilir. Yaşlı bireylerin sağlık ve esenliğini muhafaza etmede önemli bir yere sahiptir. Fiziksel yetersizlik, depresyon veya yemeğin uygunsuz ya da iştah kapatıcı olması üzerinden yemek yiyememe hali, sağlık için ciddi sonuçlar doğuracak yetersiz beslenme durumuna sebep olabilir. Bakım personeli, sakinlerinin gıda tüketimini mümkün olduğunca saygılı ve uygun bir yolla izlemelidir. Özen ve düşüncelilik asla elden bırakılmamalıdır. Yemeğin miktar, kalite ve sunum yöntemi ile beraber yemek zamanlarında personelin yardım ediş tarzına kadar her nokta sakinlerin sağlıklı, iştahlı ve besleyici bir şekilde yemek yiyebilmesini olanaklı kılar. Hazırlanışı, sunumu ve tüketimi gibi yemeğin toplumsal unsurları da çoğu insanın hayatında büyük rol oynamış olduğundan dolayı huzurevlerinde de bunun birime geçiş yapan bireyler için böyle kalmasını sağlamak adına her türlü çabanın gösterilmesi elzemdir. Pek çok sakinin yemek hazırlamada –atıştırma ve hafif içecek hazırlama dahil- aktif rol alamayacağı söz konusuysa dahi pek çoğu hala bir miktar da olsa bu yöndeki yetilerini kullanabilmek istemektedir. Bu durumlarda, ana mutfaka erişim sağlık ve emniyet hususları bakımından sorunlar çıkabileceği üzere engellenmelidir. Huzurevlerinin sakinlerin bu konudaki dahil olma isteklerine yanıt vermek adına alternatif yollar bulması –örneğin mutfakçılar temin etmesi, gündelik etkinliklerin bir parçası olarak yemek pişirme etkinliği düzenlenmesi- ve sakinlerin, istedikleri takdirde yemek zamanları öncesi ve sonrasında sofrayı hazırlayıp toplamalarını olanaklı kılması mühimdir. Bireylerin hem kişisel hem de kültürel/dini bakımlardan yiyecek tercihleri bireysel kimliklerinin birer parçası olup her daim saygı gösterilmelidir. Bu konular, bireyin huzurevine yerleşmeyi düşündüğü esnada belirlenmeli ve huzurevi bu tercihlerin karşılanıp karşılanamayacağı hususunu açıklığa kavuşturmalıdır.

Huzurevinde Bakım Esnasında Sosyal Temas ve Etkinlikler

Huzurevleri içerisindeki düzenli gündelik yaşantı ve faydalanılabilir etkinlikler esnek ve yaşlı bireylerin beklentileri, tercihleri, kapasitelerine uygun olmalıdır. Yaşlı bireyler, eğlence ve sosyal etkinlikler ile kültürel ilgi alanları, gıda, yemek ve yemek zamanları, gündelik yaşantı alışkanlıkları, kişisel ve toplumsal ilişkiler, dini pratiklere dair tercihlerini yerine getirebilme fırsatına sahip olmalıdır.

Huzurevinde Bakım Esnasında Topluluk ile Temas Kurma

Huzurevlerindeki yaşlı insanlar, her makul zaman diliminde ziyaretçi kabul edebilmeli ve yerel topluluğu ile bağlantıları muhafaza etmesine ve/veya geliştirmesine tercihleri uyarınca destek verilmelidir. Yaşlı bireylerle akrabaları, arkadaşları ve temsilcilerine huzurevine taşınma esnasında huzurevinin hizmet kullanıcılarının akraba ve arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdürebilmelerine dair politikasını açıklayan yazılı bilgilendirme sağlayacaktır.

1.D Huzurevlerinde Yaşlı Bakım Hizmetlerine Dair Vaka Yönetimi

ASPB'den finansman almaya hakkı bulunan yaşlı bireyler bakım yönetimi düzenlemeleri üzerinden sevk edilmelidir. Genellikle bir sosyal hizmet görevlisi olan bakım koordinatörü sağlık ve sosyal hizmetler ortaklığında bir bakım yönetim planı hazırlar. Değerlendirme süreci, bakım yö-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

netimi amaçlarına yönelik olarak hazırlanmış bir bakım planını kapsamaktadır. Bir bakım yönetimi değerlendirmesi/ bakım planı şu hususları içermelidir: kişisel bakım ve fiziksel esenlik; beslenme tercihleri dahil, beslenme ve kilo; görme, duyma ve iletişim; ağız-diş sağlığı; ayak bakımı; hareket kabiliyeti ve çeviklik; düşme vakaları tarihçesi; tuvalet tutabilme; ilaç kullanımı; akıl sağlığı ve bilişsel durum; sosyal ilgileri, hobileri, dini ve kültürel ihtiyaçlar; kişisel güvenlik ve risk; bakıcı ve aile ilişkileri ile diğer sosyal temas/ilişkiler.

Huzurevine/bakımevine yerleşmek için başvuran yaşlı bireyler ile ailelerine, her ne kadar bütün vakalarda gerekme de detaylı bir sosyal inceleme raporu (sosyal çalışma değerlendirmesi sunulması teklif edilmelidir. Bir sosyal inceleme raporu istendiği takdirde, vaka detaylı sosyal inceleme raporunun ve müdahalenin tamamlanmasını müteakiben sosyal çalışma sıkıntıları yoksa bakım yöneticisine sevk edilir.

Sosyal hizmet görevlisi, hayatlarında kayda değer bir değişimle, kayıp hissiyatı ve üzüntüyle yüz yüze gelen yaşlı bireyler ve aileleriyle terapötik çalışma yapmak için en iyi eğitime sahip kişi olabilir. Her yaşlı insanın bu seviyede müdahaleye ihtiyaç duymayabileceği de akılda tutulmalıdır. Sosyal hizmet görevlisi, görüşme sorumlusu görevini üstlenerek başvuran birey ve ailesine destek sunabilir. Sosyal hizmet görevlisi ayrıca koruma planlaması ve istismar açıklaması sonrası rehberlik gibi diğer belirlenmiş sosyal hizmet görevlerini de üstlenebilir. Sosyal hizmet görevlisinin görüşme sorumlusu olmadığı noktada, ciddi istismar vakalarında durumun kurbanı destekleyici terapi niteliğinde hizmet sağlanması için sosyal çalışma birimine sevk edilmesi gerekli olabilir.

Sosyal hizmet görevlileri, yardımcı bakım yöneticileri, bakım yöneticileri ve bölge hemşireleri gibi diğer uzmanlara tavsiye/danışma sunma babında paha biçilemez olabilir ve bu sayede yaşlı bireyler diğer kuruluşlara sevk edilebilir. Palyatif bakım için her ne kadar kilit görevli hemşire olsa da, uygun tavsiye ve desteğin sunulabilmesi ve yaşlı birey ile aile üyelerine hayatlarını etkiliyor olacak tıbbi-olmayan yahut hemşirelik sorunlara yanıt bulmak üzere yardımcı olunabilmesi üzere mümkün olduğunca çabuk sosyal hizmet sevki çıkartılması da önemlidir. Akıl sağlığı ve bunamaya ilişkin vakalarda, muhtemel Bunama teşhisi beklenen psikiyatrik değerlendirme bekleyen yaşlı birey ile aile üyelerine –ve teşhis sonrası durum stabil hale gelinceye ya da bir huzurevine giriş yapıncaya dek sosyal hizmet desteği sunulabilir.

1.E Huzurevinde Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Planlama ve Sunumuna Dair Yararlanıcıların Katkısı

Her yaşlı birey ve ailesiyle karşılıklı olarak, kapsamlı değerlendirme sonucu elde edilen ve sunulacak bakımın çerçevesini oluşturan bir hizmet kullanım planı hazırlanır. Bu plan yaşlı bireyin her türlü sağlık, kişisel ve sosyal bakım gereklerinin karşılandığını temin etmek üzere personelle alınması gereken tedbirleri ayrıntılarıyla açıklar. Plan, düşmelerin engellenmesine özel önem atfetmek suretiyle risk değerlendirmesi dahil yaşlı insanların bakımına ilişkin olarak ilgili mesleki makamlarca çıkartılan klinik talimatnameleri karşılamalıdır. Bireysel plan, en az ayda bir kez olmak üzere bakım personeline gözden geçirilir, değişen ihtiyaçlar ile sağlık ve kişisel bakım hedeflerini karşılamak üzere güncellenir ve yürürlüğe konulur. Plan mümkün olduğunca yaşlı birey ve ailesinin dahiliyetiyle hazırlanır, hizmet kullanıcıya erişilir biçimde kayıt altına alınır, yetisi olduğu noktada yaşlı bireyle ve/veya (varsa) aile üyesiyle karşılıklı üzerinde anlaşılır ve imzalanır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Uluslararası uygulamalar, hizmetleri kullanan bireyler ve aileleriyle birlikte çalışmanın bakım deneyimlerini iyileştirdiğine işaret etmektedir. Bireysel ölçekte bu, sakinleri bakım planlama ve kişisel risklerin yönetimini kapsamaktadır. Kurum ölçeğinde ise bu, resmi denetimlerde artan katılım (akran denetimi gibi), toplulukla daha sıkı bağlar ve gönüllü çalışma anlamına gelmektedir.¹⁴⁷

Koruma faktörünü geliştirmek adına, huzurevleri istismar ihtimalini azaltacak güçlü liderlik, sağlam işe alma pratikleri, bilgi paylaşımı ve sakinlerin anlattıklarını dinleme gibi etkenlerin ayır-dında olmalıdır.

Dijital teknoloji insanların bağımsızlıklarını muhafaza etmelerinde rol oynayabilir. Huzurevleri halihazırda birey temelli yaklaşıma geçmekteyse de, sakinler, aileleri ve geniş ölçekli topluluğun daha fazla katılımının kişiselleştirilmiş bakım sunumu üzerinde olumlu etkide bulunduğu öğrenme zorluğu üzerine yoğunlaşan tesis örneklerini gözden geçirmekten fayda sağlayacaktır.

Düzenleme ve denetleme sosyal bakımın temel birer parçasını oluştursa da kimileri bu süreçlerin iş ortamında gerilim yarattığı ve yaratıcılığa ket vurduğunu hissetmektedir. Düzenlemenin iyileştirilmesi adına, "deneyimli uzman" görüşleri artan sıklıkla talep edilmektedir. Mevcut katılım mekanizmaları üzerine inşa edilip sakinlerin denetlemelere resmi katkıda bulunmasına imkan verecek olanaklar (akran denetçileri gibi) bulunmaktadır. Savunuculuk, ortak menfaatlere sahip insan grupları için toplu ses olabilmekte ve iyi-kötü uygulamaları tanımlamada rol oynayabilmektedir.

1.F Huzurevinde Bakım Hizmetlerinin Kalitesinin İzleme ve Değerlendirmesi

Huzurevi bakımı için ödenebilecek kaynak seviyesi, huzurevi bakımı sektörünce sunulan hizmetlerin kalite, kapsam ve etkinliği üzerinde temelden etkiye sahiptir. Bakım hizmetlerinin kaynaklanmasına dair, bakım maliyetlerini karşılamada bireylerin ve devletin katkılarının dengesi gibi bir dizi husus mevcuttur. Bunlar sektörün yüksek yeterlikte personel işe alma, eğitime ve elinde tutma, tesisleri modernize etme, yeni bakım modelleri geliştirme ve bu bağlamda daha iyi kalitede bakım sunma kapasitesi üzerine etkilemektedir.

Her huzurevi, hedefleri ve amaçlarını, tesis imkanlarını ve sakinlerine sunduğu hizmetler ile bunları yerleşme sözleşmesi üzerinden sakinlerine sunduğu koşul ve hükümleri içeren niyet mektubu ve diğer bilgilendirici materyalleri (hizmet kullanım kılavuzu) hazırlamalıdır. Bu şekilde, müstakbel sakinler huzurevinin kendilerine uygun olup olmadığına ve bireysel ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamayacağına dair bilgiye dayalı tercih yapabilirler. En güncel denetleme raporlarının nüshaları da erişilebilir olmalıdır. Niyet mektubu, müfettişlerin huzurevinin sakinlerinin ihtiyaç ve beklentilerini karşılayabilme iddiasının ne ölçüde doğru olduğunu değerlendirmesine olanak tanıyacaktır. Bu şekilde, huzurevi sektörü ölçeğinde çeşitlilik ve tercih özgürlüğü muhafaza edilebilecektir. Örneğin huzurevi bunamadan muzdarip kimselerin ihtiyaçlarını karşıladığını belirtiyorsa, rehberinde bunu nasıl başardığını –örnek olarak küçük grup barınma, yapılandırılmış etkinlikler ve bunamadan muzdarip insanlara yardımcı tarza iç tasarım- açıkça anlatmalıdır.

Ölmek ve ölüm, çoğu durumda yaşlı bireyin son evi olacak huzurevlerinde önemli konulardır. Ölme süreci ve ölümün kendisi asla yöneticiler ve personel tarafından rutin görülmemelidir. Sakinlerin son günlerinde aldığı bakımın kalitesi, bundan önce deneyimledikleri yaşam kalitesi

¹⁴⁷ Oglak, S. ve Hussein, S. (2014) Elderly People Volunteering In Long-Term Care Facilities In Izmir, Turkey, Industrial Relations and Human Resources Journal, 16(3): 94-105. ISSN 1303-2860



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

kadar önemlidir. Bu da, fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanması, rahatlık ve esenliklerinin sağlanması ve isteklerine saygı duyulması anlamına gelmektedir. Acı ve rahatsızlık kontrol edilmeli, mahremiyet ve haysiyet unsurları her daim muhafaza edilmelidir. Palyatif bakım personelinin mesleki becerileri, huzurevlerinin ölmekte olan sakinlerinin rahatını temin etmesine yardımcı olabilecektir.

Huzurevinin sakinleri arasında bir başka sakinin ölümünün etkisi kayda değer olabilir ve huzurevinin sakinlerin kendi rahatlatıcı ve kabul edilebilir bulduğu yollarla bunun üstesinden gelmesine olanak tanıyacak fırsatları temin etmesi önemlidir. Dolayısıyla, tefekküre veya yerel ve ruhani liderler yahut din adamlarıyla irtibat kurabilmesine yönelik fırsatlar sunulmalıdır. Sakinler ölüm yaklaştığında ne olmasını istediklerine dair dileklerini ifade etmeye ve öldükten sonra uyulması gereken formalitelere dair talimatlar bırakmaya teşvik edilmelidir. Kültürel ve dini tercihlere saygı gösterilmelidir.

Huzurevinde Yaşlı Bakım Hizmetinde Personel

Huzurevi personeli, yaşlı bakım teknisyenleri/hizmetlileri ve özellikle sosyal hizmet görevlileri, hemşireler, meslek hastalıkları uzmanları, fizyoterapistler vb. olmak üzere çeşitli profesyonel görevlileri içermektedir. Personel tekil ve toplu olarak huzurevinin sunmayı vaat ettiği hizmetler ve bakımı sağlamak için gerekli becerilere ve deneyime sahip olacaktır. Bu husus, huzurevi yaşlı bireylerin bunama kaynaklı ihtiyaçlarına cevap veriyor ise bunama bakımı gibi uzmanlık hizmetlerine de uzanacaktır.

Huzurevlerinde, reçeteli ilaçlar dahil tüm ilaçlar (kendi alması gerekenler hariç) bu konu için görevlendirilmiş ve uygun eğitim almış personel tarafından verilecektir. Reçeteli ilaçların verilmesine her daim personelin görevlendirilmiş ve uygun eğitim almış bir başka üyesince tanıklık edilecektir. Bakım personelinin eğitimi akreditasyonlu olmalı ve şu hususları içermelidir: ilaçların nasıl kullanıldığına ve kullanıma ilişkin sorunların nasıl tanımlanıp üstesinden gelinebileceğine dair temel bilgi; huzurevinin ilaç muamele ve kayıt altına alma politikasının bütün unsurlarının temelindeki ilkeler. Personel ilaç alan yaşlı bireylerin durumunu izler ve ilaç alımından kaynaklı olarak durumunda herhangi bir değişimden endişe duyulması halinde doktora haber verir ve ilaç alımını düzenli aralıklarla gözden geçirir.

Değer temelli işe alma, sosyal bakım sektöründe yükselen bir eğilim olarak, beceriler ve deneyimlerin yanı sıra, değerler ve tavırların da değerlendirilmesinin önemine vurgu yapmaktadır. Bu unsur, sakinler, personel ve potansiyel personel için belirgin olarak konulmuş açık ve net kurumsal değerlere sahip olunarak desteklenebilir. Personel seçimi, yine bakım hizmetlerini kullanan bireylerin dahil edilebileceği kapsama sahip bir başka alandır.

Neyin birini "iyi" yaşlı bakım teknisyeni/hizmetlisi kıldığına dair kısıtlı kanıt bulunmaktaysa da, bakım sunumundaki vurgunun giderek kişiselleştirme, seçim ve kontrol hususlarına yönelmesiyle ilişki kurma ve muhafaza etme yetisi özel önem kazanmaktadır.

Personel stres ve yıpranması da huzurevi ortamlarında gerçek bir endişe kaynağı olabilmektedir. Aracı kullanımı yöntemi literatürde sabit olmasına karşın, etkinliğine dair ancak kısıtlı bulgulara rastlanmıştır. Kendine bakmak önemli bir kavram olup, personelin başkalarına iyi bakma yetisi bulunmasını beklemeden önce kendilerine bakabilmesi hususunu gerektirir. Fiziksel, duygusal,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ilişkisel ve ruhani ("büyük resim") bileşenlerini kapsar ve personel elde tutma ve iş tatmini unsurlarına yardımcı olabilir. Her ne kadar kendilerine bakmak bireylerin sorumluluğundaysa da, işverenler muhtemelen mevcut teşvik mekanizmaları yoluyla kendine bakmanın önemini vurgulayabilir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkan Schwartz Bakım Viziteleri yaklaşımı, personele işlerinin duygusal ve sosyal zorluklarını derinlemesine düşünme imkanı vermektedir. Pek çok düşkünler evi ve hastane koğuşları bu yaklaşımı benimsemekte olup değerlendirmeler daha iyi takım çalışması, daha düşük stres seviyeleri, kendine bakımla daha fazla ilgilenme ve personel ile hastalar arasında daha iyi ilişki sonuçlarına işaret etmiştir. Bu faydaların bir kısmını huzurevlerinde de elde etme olanağı bulunmaktadır. Bir pilot proje kullanıp bu modeli daha önce kullanmış diğerlerinin deneyimleri üzerine inşa etmek akla uygun bir yaklaşım olacaktır.

Uluslararası bulgular, huzurevlerinin kültür seviyesi ile personelden sağlanan bakım ve destek deneyimlerini iyileştirebilecek umut vaat eden kimi fikirleri ortaya çıkarmaktadır.¹⁴⁸ Öncül bakım planlaması (yaşam sonu bakımında kullanılır) sunulan bakıma duyulan tatmini iyileştirebilir ve kontrol hissiyatını artırabilir. Bakım koordinasyonuna yönelik elektronik sistemler profesyonel çalışanlar için yardımcı olabilir ancak bakım kalitesi üzerindeki etkisi üzerine daha fazla araştırma gerekmektedir.

İlişki temelli bakımı teşvik eden yaklaşımlar, pozitif teşkilat kültürü yaratmaya katkıda bulunmak üzere huzurevlerinde uygulanabilir. Bunlara örnek olarak sosyal pedagoji, haysiyet terapisi ve Namaste yaklaşımları verilebilir. Yaşlı insanlar için huzurevlerinde uygulanabilecek bir dizi bütünsel ve ilişki temelli yaklaşım mevcuttur:

- Sosyal pedagoji, sakinlere korumacı yaklaşıma, onlara denkmiş gibi davranmaya ve personeli daha risklere hazırlıklı olmak üzere eğitmeye odaklanır.
- Holding the Space (Boşluğu Yakalamak), çocuklar ve gençler için bakım evlerinde kullanılan, ilişkilerin bir ait olma hissiyatı yaratmak için merkezi role sahip olduğu bir modeldir.
- Haysiyet terapisi hayatının sonuna yaklaşan hastaları, hayatları ve onlar için neyin önemli olduğu hakkında konuşmaya teşvik eder.
- Namaste ("içindeki ruha selam" anlamında), yaşam sonu bakımında ve bunamadan muzdarip hastalar için geliştirilmiş ve beş duyunun uyarılmasıyla insanlarla etkileşime geçen bir yaklaşımdır.
- Ayrıca yaşlılar için huzurevinde bakım kapsamında da yenilikçi örnekler bulunabilmektedir: My Home Life (Ev Yaşantım), sakinlerin deneyimlerini iyileştirirken personele de değer veren bir ilişki temelli yaklaşımdır.

4.H Huzurevinde Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Maliyeti

Huzurevinde bakım dünyadaki en pahalı bakım hizmetlerinden biridir. Birleşik Krallık'ta huzurevi bakımı ancak yaşlı birey birden fazla profesyonel çalışan tarafından ve her daim (gece-gündüz) bakım aldığı zaman maliyet-etkindir. Evde haftada 14 saate kadar bakım hizmeti almak Birleşik Krallık'ta huzurevi bakımı almanın kabaca yarı maliyetinde olmaktadır.¹⁴⁹

¹⁴⁸ Burtney, L., Figgett, D. ve diğ. (2014) learning for care homes from alternative residential care settings. Joseph Rowntree Foundation

¹⁴⁹ <https://www.moneyadviceservice.org.uk/en/articles/care-home-or-home-care>

Üç temel huzurevi maliyet kategorisi: personel; diğer personel harici cari maliyetler, sermaye maliyetleri olarak sıralanabilir –bu son kalem yatırımcı getirisi ve işletmeci getirisini de kapsamaktadır. Sermaye, huzurevlerinin değişken sermaye yapıları sebebiyle tahmin yürütmesi en güç kategoridir.

Huzurevinde Bakımın Personel Maliyeti

Personel maliyetleri tipik olarak huzurevi ücretlerinin %45-60'ına denk gelmektedir. Bu personel içinde bakım personeli, yemek hizmeti personeli, temizlik ve çamaşır personeli, yönetim, idare ve resepsiyon personeli bulunmaktadır. Her bileşen için maliyetler, gereken kaynak miktarı (sakin başına personel-saat sayısı üzerinde emsal verileri kullanarak) ağırlıklı ortalama saatlik ücret tutarları ile (sosyal olunmayan saatlere dair artışları dikkate alarak) çarpılarak ve işverenlerin ulusal sigorta, tatil ödemesi, hastalık ödemesi ve sigorta katkıları gibi maliyetler eklenerek hesaplanabilir.

Yaşlılara yönelik hemşire bakımı hususunda, BK emsal değerleri olan sakın başına haftalık 8,1 kalifiye hemşire saati ve 18,9 bakım asistanı saati¹⁵⁰ değerleri kullanılabilir. Yaşlılara yönelik huzurevinde bakımda karşılık gelen emsal değer sakın başına haftalık 16 gündüz-gece bakım asistanı saati olarak bulunur (hemşire kadrosu hariç). Bu rakamlar daha büyük çaplı bakımevlerinin çeşitli denetleme ve kayıt birimleri tarafından uygulanan personel gereklerini yansıtmaktadır.

Huzurevi Bakımında Personel Harici Maliyetler

Bu kategori, kamu hizmetleri, ihtiyatlar, tescil bedelleri, yer bakım ve bakım sermaye harcamaları (amortisman yerine) gibi maliyetleri kapsamaktadır. Tipik olarak bunlar huzurevi ücret getirilerinin %12-16'sına karşılık gelmektedir. Bunlar oldukça kolayca ve nispeten düşük bölgesel değişkenlik tutarıyla "huzurevi sakini başına" hesaplanabilir. Çalışmada, başlıca huzurevi işletmecilerinden alınan emsal değerler kullanılmıştır.

Huzurevinde Bakımın Sermaye Maliyetleri

Yatırımcının ve işletmecinin getirileri dahil sermaye maliyetleri huzurevi ücretlerinin bakiyesine karşılık gelmektedir. Herhangi bir huzurevinin sermaye yapısından bağımsız olarak uygulanabilecek basit bir formül kullanmak önemlidir. Aksi takdirde formül araçların anlaması ve farklı sermaye yapılarının inceliklerinin dikkate alınması için umutsuzca karmaşık bir koşul ortaya çıkarabilecektir.

Huzurevi bakımında maliyet tahmini yaparken, ortalama maliyetlerin verimsiz işletmelerin maliyetlerini de içermesi sebebiyle ortalama maliyet yaklaşımından kaçınmak mühimdir. Bu ilkenin huzurevi işletmesindeki nispeten tartışmasız bir tasviri ölçek ekonomileridir. Emsal maliyetlerini, personel maliyetleri bakımından tamamen ekonomiklikten uzak olacak örneğin 10 yataktan düşük bir işletme ölçeği yerine yine örneğin 50-60 yataklı verimli işletme ölçeği üzerine kurmak makul gözükmemektedir.

¹⁵⁰ Laing 2002



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Türkiye'de huzurevinde bakıma yapılan mevcut harcama, devlet finansmanına uygun olmadığı değerlendirilen bireylerce ödenen tutarı fazlasıyla aşmaktadır. Örneğin, ASPB tarafından işletilen bir yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde bir bireye yer verilmesinin maliyeti 3.800 TL iken, bireyin sadece 400 TL ile 1400 TL arasında yani ASPB'ye asıl maliyetin en fazla %40'ı oranında ödeme yapması gerekmektedir. Temel mali ve ekonomik veriler, ASPB tarafından işletilen huzurevi hizmetlerinin halihazırdaki düzenlemelerinin, 23 milyon TL açıkla ortaya konulduğu üzere maliyet-etkin olmadığını, ancak bu gibi düzenlemelerin Bakanlığın genel olarak yaşlı insanlar dahil hassas grupların desteklenmesine yönelik sosyal politikasının ayrılmaz bir parçasını oluşturduğunu göstermektedir. Ancak, tahmin edilen nüfus artışı ile bu tip hizmet sunumu gelecekte sürdürülebilir olmayacaktır. Bu husus, devlet finansmanına hak kazandığı değerlendirilen ancak huzurevinde bakım hizmetlerindeki eksiklikler sebebiyle halihazırda (2016) yerleştirme bekleyen 7.341 yaşlı insanın varlığı temelinde daha da somut görülmektedir. Bu kapsamda, alternatif, daha maliyet-etkin yaşlı bakım hizmetleri gerekmektedir. Bu konu evde bakım ve topluluk içi bakım unsurlarını da kapsayacaktır. Ancak, daha yoğun veya yüksek maliyetli hizmetlere olan talebin düşürülmesi, tabandan ve topluluktan gelen alternatiflerin devreye sokulup geliştirilmesi için kısa ve orta vade yatırımlara ihtiyaç duyacak esenlik ve bağımsızlığı destekleyen hizmetlerin uygun biçimde sunulmasını gerektirecektir. Bakanlığın da izlenen, düzenlenen ve düzenli denetlenen adil bir yaşlı bakım ürünleri pazarı devreye sokmak için aktif rol üstlenmesi elzemdir.

4.K Huzurevinde Yaşlı Bakım Hizmetlerine Yönelik Kriterler

Huzurevleri, kendi evlerinde güvenle kalamayacak ve yıkanma, giyinme veya tuvalete gitme gibi gündelik görevleri yerine getirmek için yardıma ihtiyacı olan yaşlı insanlar içindir. Yaşlı bakım evleri ise hastalık, rahatsızlık veya yaralanma sebebiyle kalifiye hemşirelik bakımına ihtiyaç duyan insanlar içindir. Bakımevine kabul edilme kriterleri karmaşık olmasına karşın, genel olarak yaşlı bireyler şu kriterlerden birini karşılamaları halinde kabul edilebilecektir: sıradan bir huzurevinde sağlanamayacak hemşire bakımına ihtiyaç duymaları, sadece profesyonel hemşirelik eğitimi almış bir kişinin verebileceği özel bakıma ihtiyaç duymaları.

Yeterliçe sahip personel tarafından bir bakım ihtiyaç değerlendirmesi yapılmalı ve bireyin yıkanma, giyinme, yemek pişirme, ev işleri yapma ve dolaşma gibi gündelik faaliyetleri nasıl idame edebildiğine bakılmalıdır. Bunun sonucunda ne tarz yardıma ihtiyaçları olduğu ve bunu nasıl elde edebilecekleri ortaya çıkacaktır. Sosyal bakım görevlisi, bireyin gündelik yaşamında desteklemek adına ne tür yardım alması gerekebileceğini çıkarsayacaktır. Değerlendirmeler yüz yüze görüşme, telefon konuşması ya da değerlendirme başvuru formu üzerinden yapılabilmektedir. Yaşlı bireyin ihtiyaçlarının açık olması halinde telefon üzerinden yapılacak basit bir değerlendirme yeterli olabilirken kimileri daha karmaşık ihtiyaçları olduğu takdirde daha ayrıntılı bir yüzyüze ihtiyaç değerlendirmesi gerektirebilir. Huzurevinde bakım durumunda "karmaşık ihtiyaçlar" için belirli bir tanım bulunmamaktadır. Şu unsurlardan bir ya da daha fazlasını içerebilirler: kalp hastalığı, diyabet, osteoporoz, artrit, epilepsi, kalp krizi sonrası ihtiyaçlar veya kırılabilirlik gibi uzun dönem rahatsızlıklar veya çoklu rahatsızlıklar; hareket ve tuvalet tutma zorlukları; bunama ve/veya akıl sağlığı sorunları.

Bireyin bakım ihtiyaçları değerlendirmesi genellikle kendi evinde bir sosyal hizmet görevlisi ya da bakım yöneticisi tarafından gerçekleştirilir. Kimi durumlarda, hastanede, doktor kliniğinde veya sosyal hizmetler bürosunda değerlendirmeye alınabilirler. Ayrıca yerel belediye adına bir ye-



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

rel bakım kuruluşu tarafından da değerlendirilebilirler. Bakım ihtiyaçları değerlendirmesi esnasında yaşlı bireyin hayatının duygusal, psikolojik ve fiziksel tüm unsurları masaya yatırılmalıdır. Burada amaç, aşağıdakiler gibi belirli "bakım sonuçlarına" ulaşmasının mümkün olup olmadığını çıkarmaktır:

- Yardımsız yemek hazırlama ve yeme, yeterince içebilme,
- Kendilerini yıkayabilme ve giysilerini temizleyebilme,
- Tuvalet kullanma ve tüm tuvalet ihtiyaçlarını idare edebilme,
- Kendilerini uygun şekilde giydirebilme,
- Evde güvenle dolaşabilme,
- Evlerini güvenli ve yalanabilir tutabilme,
- Diğer insanlarla yeterince temas kurabilme,
- Gönüllülük, eğitim veya öğrenim gibi etkinliklerde yer alma,
- Toplu ulaşım ve yakın dükkanlar gibi yerel hizmetleri kullanabilme,
- Bir aile üyesine dair bakım sorumluluklarını yerine getirebilme.

Bir yaşlı bireyin bakım ihtiyaç değerlendirmesinde aşağıdaki soruların üçüne de cevabı "evet" olması halinde birey ihtiyaç uygunluğu için değerlendirilir:

- **Destek ihtiyaçları bir fiziksel/zihinsel kusur yahut rahatsızlıktan mı kaynaklı?**
- **"Bakım sonuçlarından" iki ya da daha fazlasına ulaşmaları imkansız mı?**
- **Bu durum esenlikleri üzerindeki kayda değer etkide bulunabilir mi?**
- Teklif edilen hizmet tipleri yaşlı bireyin ihtiyaçlarına bağlı olacaksa da aşağıdaki kimi seçenekleri içerebilecektir: Yaşlı bakım evine ya da yoğun bakım evine taşınma,
- Huzurevine taşınma (ancak diğer seçeneklerin uygun olmaması halinde),
- Kolye alarm veya hareket sensörleri tipi telebakım,
- Yürütgeç, banyo oturağı veya tutamaçlar gibi engelli ekipmanları,
- Evin fiziksel ortamına yapılacak uyarlamalar,
- Evde bakım – örneğin, yaşlı bakım teknisyenlerinin/hizmetlilerinin ziyaret edip yaşlı bireye yıkanma, giyinme, yeme-içme veya ilaç almada yardım etmesi,
- Günlük bakım merkezine katılım,
- Eve yemek servisi.

Çoğu insan için huzurevine taşınma sadece kendi evinde desteklenerek güvenle kalabilme seçeneği artık mümkün olmadığı zaman gerçekleşecektir. Bu hal, yaşlı bireyin sağlık durumunda kendisini evde yaşamaya karşı hassas hale getiren bir bozulmayı takip edebilmektedir. Bu durumlarda, yaşlı birey ve ailesiyle faydalanılabilir seçeneklere dair bir bakım planı ele alınır. Huzurevinin söz konusu yaşlı bireyin beklediği sonuçları (çıkıtı) karşılamak için en iyi yol olduğu kanaatine varıldığı takdirde, uygun bir huzurevi belirleme süreci önem taşıyacaktır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

5. Huzurevinde Yaşlı Bakım Hizmetlerine Dair Yönetmelik ve Standartlar

Hali hazırda Türkiye'deki huzurevi hizmetleri çeşitli düzenlemeler üzerinden idare edilmektedir. Doğrudan ASPB tarafından sağlanan huzurevinde bakım hizmetleri *"Bakımevleri ve Yaşlı Bakımevi ve Rehabilitasyon Merkezlerine Dair Yönetmelik"* üzerinden yürütülmektedir. Bu yönetmelik, sağlık durumu genellikle iyi olan yaşlı bireylerin yerleştirilmesine ilişkindir. Yaşlı bireylerin bu tesislerde yaşarken kendi ihtiyaçlarını giderebilecekleri belirtilmektedir. Yönetmelik ayrıca sosyal hizmet görevlisi, psikolog, diş hekimi, diyetisyen ve fizyoterapist gibi meslek gruplarının görev ve sorumlulukları ile sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin kapsamı, yönetim ve ofis birimlerinin görevleri, ayrıca huzurevi için istenen fiziksel koşulları tanımlamaktadır. Diğer, özel sektörde işletilen huzurevleri ise, açılış, hizmet standartları, personel durumu, işletme koşulları, ücretler, gözetim, nakil ve kapanış hususlarına dair prosedür ve ilkeleri içeren *"Özel Bakımevleri ve Yaşlı Bakımevi ve Rehabilitasyon Merkezlerine Dair Yönetmelik"* üzerinden idare edilmektedir. Bu özel huzurevi bakım hizmetleri çeşitli sağlık sorunlarına sahip yaşlı bireylere hitap edebilir ve doğrudan ASPB tarafından sunulanlara kıyasla daha düşük yaş limitine sahiptir.

Buna ilaveten, mevcut mevzuat çerçevesinde kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde açılacak olan huzurevlerinin açılış, işletme, fiziksel koşullar, denetleme ve gözetim hususlarına dair prosedür ve ilkeler barındıran *"Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşletme İlkelerine Dair Yönetmelik"* mevcuttur.

Uluslararası uygulamalar ve inceleme sonuçları, her huzurevinin ulusal düzenleme organı tarafından yılda en az bir kere denetlenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Denetim bir dizi açık ve net standart üzerinden gerçekleştirilmelidir. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Standart 1: Yaşlı bireyler ve ailelerinin bilgiye dayalı tercih yapabilmesini sağlamak adına açık seçik bilgilerin mevcudiyeti. Huzurevinin, hedefler, amaçlar, bakım felsefesi, hizmetler ve tesisler, koşul ve hükümleri açıklayan güncel bir niyet mektubunu hazırlayıp hizmet kullanıcılarına sunacak ve hem mevcut hem de müstakbel sakinleri için huzurevine dair bir hizmet kullanım kılavuzu sağlayacaktır.

Niyet mektubu, huzurevi tarafından karşılanan fiziksel ortam standartlarını açıkça ortaya koyacaktır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Standart 2: Her hizmet kullanıcısına, huzurevine taşınma aşamasında koşullar ve hükümler beyanı (veya bakım hizmetini özel olarak satın alıyorsa; sözleşme) sunulacaktır.

Standart 3: Yaşlı bireyler sadece konusunda eğitimli insanlarca gerçekleştirilen ve müstakbel hizmet kullanıcısı, aile üyeleri (varsa) ve ilgili meslek uzmanlarının katıldığı bir tam değerlendirme temelinde kabul edilebilir. Her bir yaşlı birey, bakım yönetim değerlendirmesi ve bakım planı temelinde ya da huzurevinin kendi ihtiyaç değerlendirmesi temelinde bir gündelik yaşam bakım planına ve daha uzun dönemli sonuçlara yönelik bakım planına sahip olur.

Standart 4: Yaşlı bireyler ve aileleri, giriş yapacakları huzurevinin ihtiyaçlarını karşılayacağını bilecektir. İstendiği takdirde huzurevinin kayıtlı yöneticisi, huzurevinin kayıtlı bütün sakinlerinin değerlendirmeye alınan ihtiyaçlarını (uzmanlık gerektiren ihtiyaçlar dahil) karşılama kapasitesini gösterebilecektir. Sunulan tüm uzmanlık hizmetleri (örn. bunama veya diğer bilişsel bozukluklar, duyuşsal bozukluklar, fiziksel engeller ve öğrenme zorluklarına sahip insanlara yönelik hizmetler) kanıtlanabilir şekilde mevcut iyi uygulamalara dayalı olup ilgili uzman ve klinik rehberliğini yansıtır mahiyette olacaktır. Personel eğitimi ve yeterlikleri, huzurevindeki yaşlı bireylerin ihtiyaçları uyarınca kontrol edilmelidir.

Standart 5: Bireysel sakin bakım planı uyarınca sağlık bakımı ve sosyal bakım sağlanması. Bu noktada, kişisel plan ilgili bireye uygun bakım sağlanıp sağlanmadığını belirlemede ana ölçüt olmaktadır. Bu dinamik mahiyet taşıyan bir belge olup sakinin düzenli değerlendirmeleri ihtiyaçlarının değiştiğini gösterdikçe kendisi de değişecektir.

Standart 6: Huzurevi bakım personeli yaşlı bireylerin sağlık durumunu pekiştirir ve muhafaza ederken değerlendirilen ihtiyaçları karşılayacak sağlık bakımı hizmetlerine erişim temin eder. Yaşlı bireyler, konusunda uzman bir kişi tarafından yatak yarası çıkan ya da çıkma riski gözlemlenebilen kişilerin varlığı temelinde değerlendirilir ve bakım planına buna uygun müdahale planlaması işlenir.

Yatak yaralarının ortaya çıkışı, tedavisi ve sonucu hizmet kullanıcısının bireysel bakım planına işlenir ve sürekli olarak gözden geçirilir. Doku viyabilitesinin desteklenmesi ve yatak yaralarının önlenme veya tedavisi gerçekleştirilmesine yönelik gerekli ekipmanlar sağlanır. Yaşlı bireyin psikolojik sağlığı düzenli olarak izlenir ve önleyici-düzeltilici bakım sağlanır. Uygun egzersiz ve fiziksel etkinlikler için fırsatlar tanınır, düşme riski var olduğu tanımlanan yaşlı insanlar için uygun müdahaleler gerçekleştirilir. Beslenme taraması hem kabul esnasında hem de müteakiben periyodik bazda gerçekleştirilir ve bunların kaydı tutulur.

Standart 7: İlaçlar: İlaçların teslim alınması, kayıt altına alınması, depolanması, muamelesi, uygulanması ve atılmasına dair huzurevinde geçerli bir politika ve personelin uyacağı prosedürlerin varlığının yanı sıra, yaşlı bireylerin istedikleri takdirde kendi ilaçlarını alma sorumluluğuna nail olup olmadığına yönelik risk yönetim çerçevesi dahilinde yapılacak bir değerlendirme mevcuttur. Kötü kullanım olmadığını temin etmek adına, teslim alınan, uygulanan, mahali terk eden veya atılan bütün ilaçlara dair kayıt tutulur. Kendileri kullananlar dahil her yaşlı bireyin halihazırda kullandığı ilaçların kaydı tutulur. Reçeteli ilaçlar dahil hemşire bakımına tabi yaşlı bireylerin kullandığı bütün ilaçlar bir tıp görevlisi veya tescilli hemşire tarafından uygulanır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Standart 8: Mahremiyet ve haysiyet: Sağlık ve kişisel bakım ayarlamaları hizmet kullanıcısının mahremiyet ve haysiyetine her daim saygı duyulduğunu temin edecek, bu esnada şu hususlara özellikle dikkat edecektir; banyo, yıkama, tuvalet veya lazımlık kullanma dahil kişisel bakım süreçleri, sağlık ve sosyal bakım uzmanlarınca yapılacak konsültasyon ve incelemeler, hukuki ve mali danışmanlarla yapılacak mütalaalar, akraba ve arkadaşlarla sosyal teması muhafaza, yatak odası, tuvalet ve banyoya giriş; ölüm sonrası süreçler.

Standart 9: Sosyal temas ve etkinlikler: Yaşlı bireylerin ilgi alanları kayıt altına alınır ve huzurevi içi ve dışında ilgi, tercih ve kapasitelerine uygun eğlence ve boş vakit etkinlikleri üzerinden harekete geçirme amaçlı fırsatlar tanınır. Bu esnada bunama ve diğer bilişsel bozukluklardan muzdarip bireyler, görme, duyma ya da çift duyu bozukluğu bulunan bireyler ve fiziksel engelleri yahut öğrenme zorlukları yaşayan bireylere özellikle önem verilir. Etkinliklere dair güncel bilgiler, kapasitelerine uygun biçimlerle tüm hizmet kullanıcılarına ulaştırılır.

Standart 10. Beslenme ve yemek zamanları: Huzurevi yaşlı bireylerin, bireysel değerlendirilmiş ve kayıt altına alınmış koşullarına uygun biçimde çeşitli, sağlıklı ve besleyici bir beslenme hizmeti almalarını temin edecek ve bu yemekler nezih bir ortamda, esnek zamanlarda verilecektir. Her yaşlı bireye, aralıkları beş saatten fazla olmamak üzere günde üç tam öğün (en az biri pişmiş yemek olacak) sunulacaktır. Sıcak ve soğuk içecekler ile atıştırmalık gıdalar her daim bulunacak ve sık sık sunulacaktır. Akşam atıştırmalık yemek sunulmalı ve bununla ertesi sabahki kahvaltı öğünün arasında 12 saatten fazla zaman bulunmamalıdır. Sıvı gıdalar dahil yemekler, doku, tat ve görünüş bakımından iştah ve beslenmenin muhafazası amacıyla hoş ve çekici bir tarzda sunulmalıdır. Sağlık bakımı ve diyetetik görevlileri tarafından tavsiye edildiği takdirde, kalsiyum ve D vitamini dahil özel terapötik beslenme rejimleri sağlanacaktır.

Genel kural olarak, iyi bir huzurevi aşağıdaki unsurlara haiz olmalıdır:

- Yeni sakinlerle aileleri ya da bakıcılarına, burada yaşarken neler bekleyebileceklerini anlatan bir kılavuz (çeşitli erişilebilir biçimlerde) sunmak,
- Mekanda uzun süredir çalışmış, sakinleri tanıyan, dost canlısı, destekleyici ve saygılı çalışanlar barındırmak,
- Özellikle bunama hemşire bakımı gibi uzmanlık isteyen bakımlar için iyi eğitilmiş personel istihdam etmek,
- Huzurevi sakinleri, bakıcılar ve aileleri karar alma süreçlerine dahil etmek,
- Huzurevi sakinlerini işlerini kendileri yapma ve bağımsızlıklarını en üst düzeye çıkartma yönünde desteklemek,
- Sakinlerin ihtiyaçlarını göz önüne alarak, lezzetli, besleyici ve çeşitli gıdalar sunmak ve çeşitli eğlence ve sosyal etkinlik fırsatları sunmak,
- Sakinlere uygun olarak ayarlanmış, temiz, aydınlık ve hijyenik, tek kişilik yatak odaları olan bir ortam sunmak,
- Sakinlerin mahremiyet, şeref, haysiyet ve tercihlerine saygı göstermek,
- Düzenleyici organdan akreditasyon almış olmak.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tatmin edici olmayan bir huzurevi ise aşağıdaki olumsuzluklara haiz olabilir:

- Belirli uygulama esaslarına sahip olmak ancak buna uymamak,
- Sakinlerin istek ve ihtiyaçlarını dikkate almamak ve çoğu kararın alınmasını tamamen personele bırakmak,
- Sakinlerin bakım planlarının güncel olmaktan çıkmasına izin vermek veya ihtiyaçlarını doğru şekilde yansıtamamak,
- Sakinlerin odalarına kapıyı çalmadan giren ve sakinler hakkında diğer insanların duyabileceği şekilde konuşan personellere sahip olmak,
- Sakinlerin bağımsızlığını tanımamak – örneğın birinin kendi kendine beslenmesine “çok uzun sürüyor” gerekçesiyle izin vermemek,
- Sakinlerle etkileşime girmek için bir çabada bulunmayan ve bütün gün televizyon önünde oturur halde bırakan personellere sahip olmak,
- Bakımsız, tüm odaları birbirinin aynı ve çeşit barındırmayan mobilyalarla tefriş edilmiş bir binası olmak,
- Düzenli temizlenmeyen ortak tuvaletler gibi temizlenme ihtiyacında olmak.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

6. Sonuç

Yaşlı insanlara saygı göstermek, yüzyıllarca Türk kültürünün mihenk taşı olmuştur. Aileler Türkiye'de yaşlı insanlara bakma görevini kabul eder ve saygı duyar. Değişen sosyal yapı ve nüfus yaşlanmasıyla, Türkiye özellikle geleneksel gayriresmi bakımın artık mümkün olmadığı hallerde yaşlı bireylerin yaşam kalitesini teminat altına almak için sosyal politikaların önemini kavramış bulunmaktadır. Yaşlıların bakımı hususunu ele alan peş peşe politikalar, ulusal stratejiler ve eylem planları olmuştur. Bunlar temelde Türk toplumunun yaşlı nüfusuna dair hissettiği değer ve saygının üzerine inşa olunmaktadır. Bu perspektiften, Türkiye için stratejik sosyal politika geliştirme sürecinin amacı dayanışmayı güçlendirmek ve kendine yetme ve bağımlılığı kırma yönünde mevcut düşünce ve davranış kayma eğilimlerini teşvik etmek olacaktır.

Her ne kadar aile politikalar nezdinde merkezi sosyal ve ekonomik birim olarak öneme sahipse de, demografik değişimler ve hızlı şehirleşme halihazırda Türk toplumu içerisine yeni hanehalkı yapısı biçimleri, oluşumları ve yük paylaşımları eklemektedir. Aileler dayanıklı ve üyelerini güçlendirir mahiyete kavuşturulmalıdır. Toplumsal bağlılık muhafaza edilmelidir. İş ile aile arasında uyum sağlama hususu dahil aileyi destekleyen, tamamlayıcı, yaşam seyrinin tamamını kapsayan sosyal ve ekonomik politikalar geliştirilmelidir. Sosyal bakım, sosyal politikanın parçası olarak toplumsal risklerin etkisini engelleyen ve özel desteğe ihtiyacı olanların yaşamlarını iyileştiren niteliğiyle daha da önem kazanmaktadır. Bunun ötesinde, yaşlı bakımına ilişkin sosyal politika emniyet ağları sağlamanın ötesinde herkes için eşitlikçi biçimde toplumsal olarak sürdürülebilir gelişmeyi temin etmek üzerinden ekonomik politika ile ortaklaşa çalışan bir kilit araç olarak tasarlanmalıdır. Sosyal politika içerisinde doldurulabilecek en büyük boşluk, modernize edilmiş, ekonomiye eklenmeli ve içerici bir yaşlı bakımı sosyal koruma sisteminin geliştirilmesi olabilir. Kültürel hassasiyet ve yüksek kalite içeren yaşlı bakım sistemlerinin varlığında, aile üzerindeki yük hafifleyecek ve özellikle kadınlar olmak üzere ciddi bir iş gücü bütün Türkiye ekonomisine katılmak üzere serbest ve kullanılabilir hale gelecektir.

Türkiye hala çoğu Avrupa ülkesine kıyasla genç bir nüfusa sahip olmasına karşın, bu nüfusun yaşlı nüfusa oranının önümüzdeki yıllarda hızla düşüşe geçmesi beklenmektedir. Bu husus sağlık



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ve sosyal bakım hizmetlerine dair Türkiye'deki algı ve sunum konularında belli değişiklikleri elzem kılacaktır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB), ülkedeki yaşlı insanların sağlık ve yaşam koşullarını iyileştirmek adına bu sürekli artacak talepleri karşılamaya hazır olma ve mevcut hizmetlerin kalitesini geliştirme ihtiyacının ayırdındadır.

Teklif edilen yaşlı bakımı modelleri, yaşlı bireylerin içerici ve haysiyetli bir tarzda ihtiyaçlarının tanınması yönünde Türk sosyal politika geliştirmelerinin süregiden başarıları üzerine kurgulanabilmektedir. Geçtiğimiz iki on yıl içerisinde, hem maliyet etkin hem de kültürel hassasiyet içeren uygun ve sürdürülebilir yaşlı bakım hizmetleri geliştirme yolunda, yaşlı insanların haysiyeti merkezi rol oynamak üzere, sürekli çabalar gözlemlenmiştir. Türkiye'de yaşlıların bakımına dair halihazırda çeşitli iyi uygulama örnekleri mevcut olup, bu çalışmanın bir parçası olarak gerçekleştirilen saha ziyaretleri, ASPB tarafından yaşlı bireyler için sağlanan pek çok yüksek kaliteli huzurevleri ve ortak yaşama ayarlamaları babında yenilikçi çözümlere örnekler bulunduğunu ortaya koymuştur. Ancak, aynı zamanda Türkiye'de yaşlı bakım hizmetleri konusunda hem nitel hem de nicel boşluk ve eksiklikler de bulunmaktadır. Bu hususta asli etkiye sahip bir değişiklik, hem yaşlı bireylerin yaşam kalitesini ve esenliğini iyileştirecek hem de yaşlı bireylerin ailelerine, topluluklarına ve genel olarak Türkiye toplumuna katkısının sürmesine olanak tanıyacak yerinde yaşlanma politikaları ve uygulamalarına yönelmek olacaktır.

Aile yapısının gücünü ve Türk toplumunun yaşlılara verdiği yüksek değeri tanıyan bütünsel bir yaklaşım kapsamında, ASPB bakım hizmetlerinin kalite ve içericiliğini iyileştirmek adına yeni fikirler geliştirmektedir. ASPB'nin halihazırda sağladığı hizmetlere kalite kazandırmak, bu planlama uygulamasının başlangıç noktalarından biri olmuştur. Teklif edilen modeller, yaşlı bakım hizmetleri tasarım, uygulama ve sunumu içerisinde birey temelli yaklaşım, hak temelli yaklaşım ve sosyal sermaye yaklaşımının temel değerlerini içselleştiren bir çerçeve sunmaktadır. Bu kavram içerisinde ileri teknolojilerin giderek büyüyen önemini akıldan tutmak elzemdir. Yeni teknolojiler, yaşlı bireyler ve engelli bireyler gibi yokluklarında dışlanacak toplum kesimleri için çözümler sunabilmektedir. Teknolojik gelişmeler aile bakıcılarının rolü üzerinde etkide bulunacak ve daha iyi hizmet kalitesini temin etmek üzere kullanılabilecektir. Telebakım ve tele sağlık, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin, kendi evi veya topluluğu içerisindeki bireylere "uzaktan" sağlanabilmesini olanaklı kılmaktadır. Yeni iletişim teknolojilerinin kullanım bedelleri sürekli düşmekte ve bu da toplumsal örgütlenme ile sivil toplum alanlarında yenilikler için yeni olanaklar doğurmaktadır.

Bu metin kapsamında sunulan yaşlı bakım modelleri, hem Türkiye'deki yaşlı bakım politikası ve uygulamalarının gelişiminin hem de farklı refah modelleri içeren dört ayrı Avrupa ülkesinden en iyi uygulamaların derinlemesine analizi sonucunda oluşturulmuştur. Çalışma bir yandan Türk kültürel kapsamından tomurcuklanırken hem güçlü yanlarını vurgulayan hem de boşluk ve eksikliklerine yanıt arayan bir bakım felsefesi geliştirmektedir. Modellerin temel bileşenleri, yaşlı kişinin bireysel ihtiyaçlarına uygun, kişiselleştirilmiş hizmetlerin önemi ile beraber aile ve topluluklarının ve uygun bakımı alma haklarına saygının önemi etrafında şekillenmektedir. ASPB, güçlü bir düzenleyici çerçeve üzerinden, net standartlar koyarak ve yaşlıların kendi evlerinde ve kendi toplulukları



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

içerisinde mümkün olduğu kadar uzun süre bağımsızlığını muhafaza etmesini hedefleyen bakım kültürünü teşvik ederek, yaşlı bakım hizmetleri pazarının şekillenmesinde kilit rol oynayacaktır. Halihazırda yaşlı bireylere ve ailelerine yönelik sosyal yardım ve refah programları, özel sektör, topluluk temelli hizmetler, sivil toplum ve hayır kuruluşları dahil tüm pazar aktörleri için daha güçlü bir kapasite yaratmaya yatırım yolunda araç olarak kullanılabilirler. Bu modeller için istenilen çıktılara ulaşmak için özellikle Sağlık Bakanlığı olmak üzere tüm ilgili birim ve bakanlıklar arasında ortak hareketin temin edilmesi hayati önem taşımaktadır. Ortaklaşa çalışma stratejisinin geliştirilmesi ile ASPB, maliyet-etkin yolla yüksek kaliteli bakım sağlayan bir çıktı temelli yaklaşım üzerinden yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere etkili mekanizmalar oluşturabilecektir.

Modellerin ana varsayımı, Bakanlığın oynadığı rol ve işlevindeki büyük çaplı değişikliklere teşkilatlanma kapasitelerinde buna karşılık gelecek bir yatırımların eşlik etmesi gerektiğidir. Kapasite geliştirme yeni modeller uygulanmasında hayati öneme haiz olup, sadece eğitim yoluyla insan kaynakları oluşturmak ya da yönetim ve teşkilat yapılarını ya da süreçlerini güçlendirmekle kısıtlı değildir. Her ne kadar bunlar önemli olacaksa da, teklif edilen modeller kapasite geliştirme hususunu Türkiye'nin kültür ve değerleriyle paralel yaşlı bakım felsefe, tasarım ve uygulamalarının yeni yönlerine bağlı olarak tasarlamaktadır.

Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmetleri Raporu

Avrupa'dan En İyi Uygulama Örnekleri
ve Türkiye İçin Bir Model Tasarımı