



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

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

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yaşlı Bakımı Hizmetleri

1 ARALIK, 2016

ANKARA

**© T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
2016**

Tüm Hakları saklıdır.

Bu rapor Prof. Dr. Emine zmete tarafından hazırlanmıştır.





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İÇİNDEKİLER

ŞEKİLLER DİZİNİ

TABLolar DİZİNİ

KAVRAMLAR SÖZLÜĞÜ

1.GİRİŞ

1.1. Dünya’da Yaşlanma ve Yaşlı Bakım Hizmetleri

1.1.1. Almanya

1.1.2. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

1.1.3. Çin

1.1.4. Japonya

1.1.5. Rusya

1.2. Türkiye’de Yaşlanma ve Yaşlı Bakım Hizmetleri

2. TÜRKİYE’DE YAŞLILARA YÖNELİK BAKIM HİZMETLERİ VE UZUN SÜRELİ BAKIM: YASAL ÇERÇEVE

2.1. Kurumsal Bakım

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

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

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

2.2.Evde Bakım

2.3.Toplumsal Bakım

2.4.Ailede Bakım Verenler İçin Kamu Desteği

2.5. Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmeti Kurumları



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

3.YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ: HİZMET SUNANLARIN VE HİZMET ALANLARIN PROFİLİ

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

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

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

4.TÜRKİYE’DE YAŞLI BAKIMINA İLİŞKİN BEKLENTİLER: KANITLARA DAYALI TESPİTLER

5.TÜRKİYE’DE YAŞLI BAKIMI HİZMETLERİNDE KAPASİTE GELİŞTİRME VE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ MODEL ÖNERİSİ İÇİN UZMAN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

6.TÜRKİYE’DE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ İÇİN MODEL ÖNERİSİ

6.1. Yaşlı Bakım Hizmetleri Model Önerisi İçin İlkeler

6.2. Yaşlı Bakım Hizmetleri Model Önerisi İçin Hizmetlere Erişim

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

6.3.1.Entegre Bakım/Entegre Yaşam Hizmetleri Model Önerisi

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

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

6.5.Yaşlı Bakım İhtiyacının Tespitine İlişkin Kullanılan/Kullanılabilecek Kriterler



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ŞEKİLLER DİZİNİ

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.Küresel Yaşlanma Belirleyicileri

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

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

Tablo 4. Türkiye’de Cinsiyete ve Yaş Göre Beklenen Yaşam Süresi, 2013-2014

Tablo 5.Kişi Başına Gayri Safi 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)



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 yaş grupları 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 yürütölen, ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında sağlık bakımı hizmetlerinin verilmesidir. Bu hizmet çeşitli hastalıklara bağılı 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 kötüleştiğı 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

1.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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

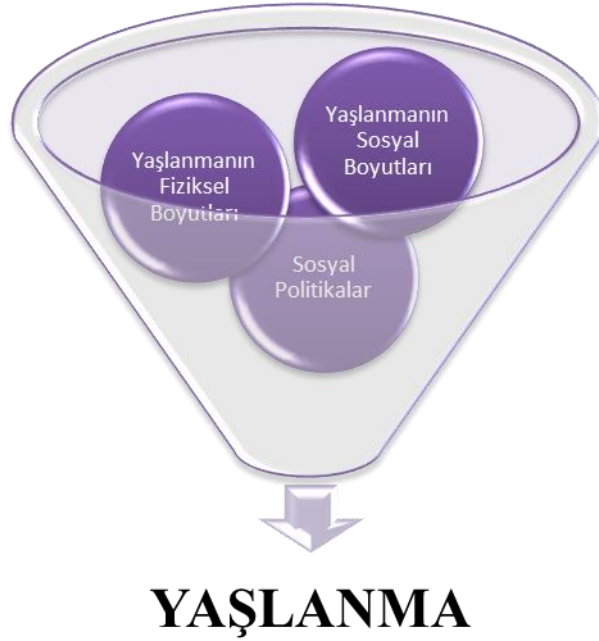
döneminde sosyal içerme politikaları ile sağlıklı yaşanabilecek yılların sayısının artırılması toplumların hedefi haline gelmiştir.

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. Toplumların 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, sosyo-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).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.



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 içerme 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 içerme esasına dayalı olarak insan onuruna yakışır bir şekilde bağımsız, kaliteli ve sağlıklı bir yaşamı tesis etmektir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bu rapor, T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal İçerme 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 içerme 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.

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 bağılılık 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 düşmüş, 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 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).

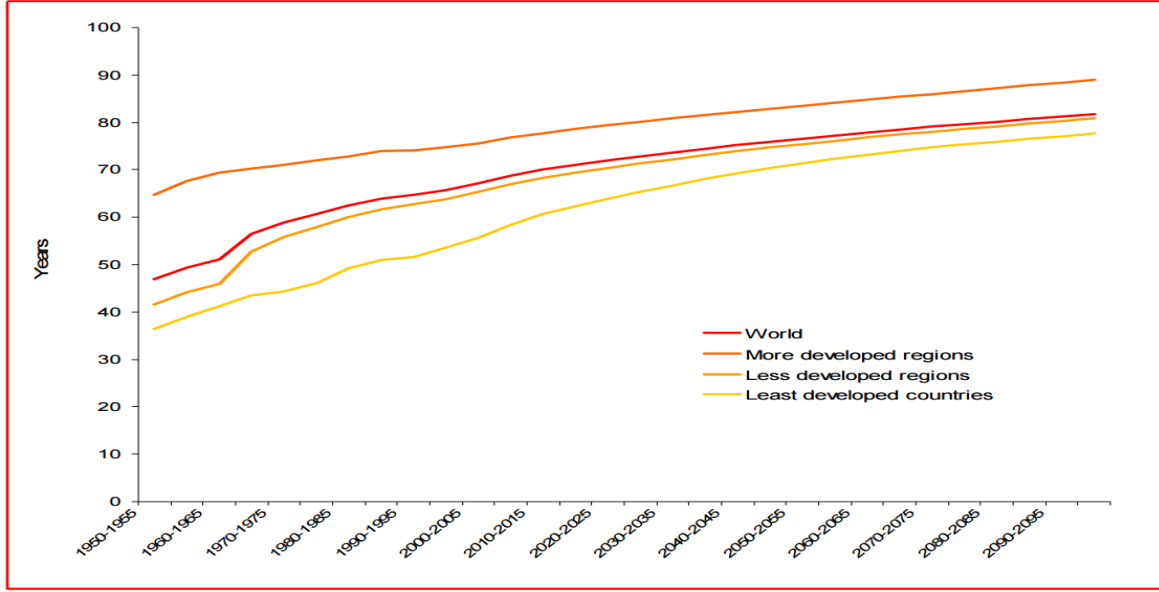
Yaşam Süresi Beklentisinin Yükselmesi

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).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.



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



4-9 yıl 10-14 yıl 15-19 yıl 20-22 yıl 23-25 yıl 26-30 yıl



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 3. Dünyada 2010-2015 Yıllarında 60 Yaşındaki Bir Bireyin Yaşam Süresi Beklentisi (UNFPA, 2012)



4-9 yıl 10-14 yıl 15-19 yıl 20-22 yıl 23-25 yıl 26-30 yıl

Şekil 4. Dünyada 2045-2050 Yıllarında 60 Yaşındaki Bir Bireyin Yaşam Süresi Beklentisi (UNFPA, 2012)

Şekil 3 ve Şekil 4'ten gelişmekte olan ülkelerde 2045-2050 döneminde 60 yaşındaki bireylerin yaşam süresi beklentisinin yükseleceği anlaşılmaktadır. 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 yaşta bireyler ile 100 yaşını aşmış bireylerin sayısı da hızla artmaktadır. Dünyada küresel yaşlanma belirleyicileri Tablo 1'de veriler ile açıklanmaktadır.

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

60 yaşında	21,6	18,5	24,2	20,9
80 yaşında	8,5	7,1	9,8	8,3
Sayı			Yüzde	
Nüfus Oranları	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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 gerçekleştiğini 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 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

nüfusun 2008 ile 2040 yılları arasında iki kattan fazla artması beklenmekte, Sahra altı Afrika'sı'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 oluşturmaktadır. 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 savaşından 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).

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2050	9,376.4	4,681.7	4,694.7	1,565.8	698.5	867.3	16.7	14.9	18.5
------	---------	---------	---------	---------	-------	-------	------	------	------

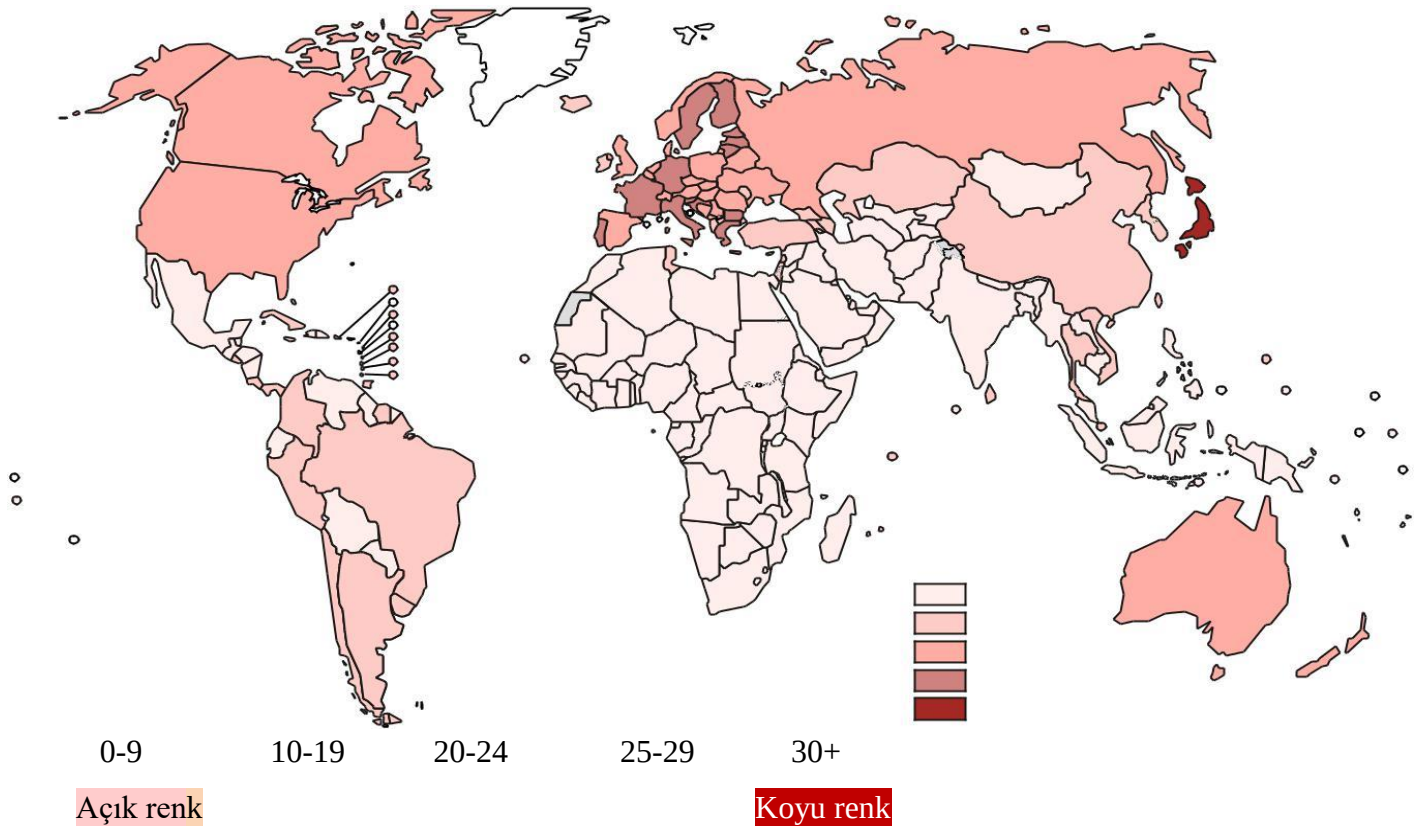
Avrupa Birliği ülkelerinde 2060 yılına kadar 15-64 yaş grubundaki bireylerin oranı %66'dan %57'ye düşerken; 0-14 yaş grubundakilerin yaklaşık %15 oranında olacağı öngörülmektedir. Bu sürede 65 ve daha büyük yaştaki bireylerin oranının %18'den %28'e; 80 ve daha büyük yaştakilerin oranının ise %5'ten %12'ye 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/>).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonunun, 2012 yılında "21. Yüzyılda Yaşlanmak: Kutlama ve Meydan Okuma/Mücadele" konulu yayımladığı raporuna göre dünyadaki yaşı nüfusun düzenli bir şekilde arttığı belirtilmektedir. Raporda, "1950 yılında 60 ve daha büyük yaşıta 205 milyon kişı 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 yaşı üzerindeki kişilerin sayısının da 3.2 milyona ulaşıması beklenmektedir. Rapora göre dünyada her yıl 58 milyon kişı 60 yaşına ulaşımaktadır. 10 milyonun üzerinde yaşı 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 güçlüğü 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 yeleri 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 grldğ; Dünyada son 2 bin yılda yaşlı bakımına ilişkin anlayışın pek değişmediği grlmektedir.



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 Çiçero'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 "Tıbbın 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 düşkünler evi açıldı.



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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

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 pflegebedürftig)*
- II. Bakım Grubu, yoğun şekilde bakıma muhtaç olanları (schwerpflegebedürftig)*
- III. Bakım Grubu, çok yoğun şekilde bakıma muhtaç olanları (schwerstpflegebedürftig) kapsamaktadır.*



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Almanya’da yaşı 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, yaşı bakımının sürdürülebilir şekilde finansmanını sağlamak yaşı 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 benimsenmektedir. 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 yaşı 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 yaşı 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).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 yaştadır. 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. Hali hazırdaki 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 itibariyle ABD’de 65 ve daha büyük yaştaki yaşlıların nüfusa oranı %13 seviyesindedir (AOA, 2010). **Amerika’da 2014 yılı verilerine göre uzun süreli bakım**



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 ortalanca 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. 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).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 arttırmaktadır. 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

tarafından karşılanmasının mümkün olamayacağını, bu nedenle özel sektör için yaşlı bakımı 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.**

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**



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 yaşamaları oldukça yaygındır. Her yıl 4 bin kişi evinde yalnız ölmektedir. Japonya nüfusunun yalnızca %1.5’ini göçmeler oluşturmaktadır. Bu nedenle hem evde bakımda hem de yatılı kurumsal bakımda için göçmenler mi, robotlar mı sorusunun cevabı ağırlıklı olarak robotlar olarak ortaya çıkmaktadır. Gerçekte Japonya tüm paydaşların ve aktörlerin yaşlı bakımında sorumluk almasına ihtiyaç duymaktadır (Herships, 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 yaştakilere 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

içindir. Bunlar da iki çeşit olup, bir kısmında yemek servisi yapılmakta, diğer kısmında ise kalıcılar kendi yemeklerini yapmaktadırlar (Kosberg, 1994).

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 yaşta her 5 yaşlıdan biri Demans hastası olacaktır. Bu süreçte Japonya'da yaşlı bakımı işgücünde 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

% 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).

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 sürede 65 ve daha büyük yaştaki 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 yaştaki 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

(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 yaştaki 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 yükselmiş ve %8.2 olmuştur (Tablo 3).

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

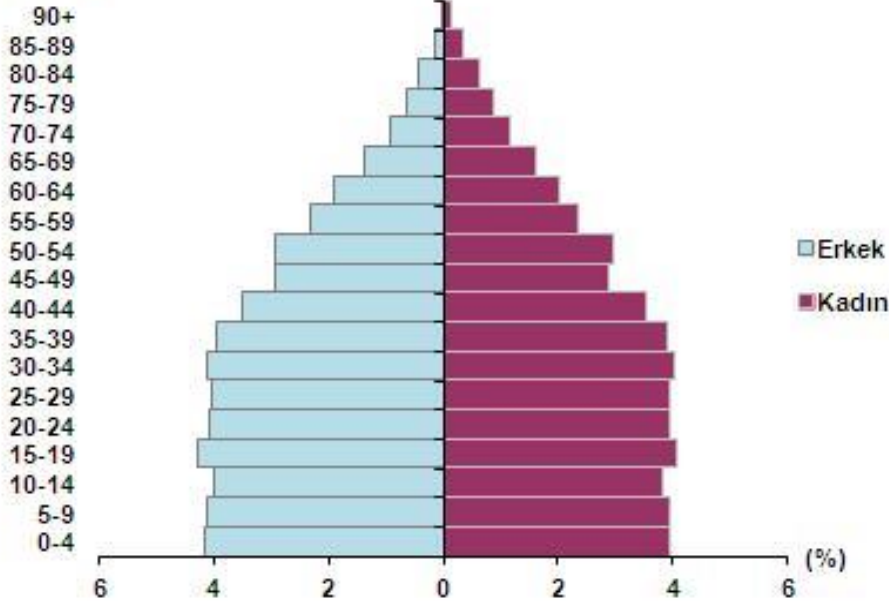
TÜRKİYE- Demografi			
Yıl	Nüfus	Yıllık Nüfus Artış Oranı (%)	65+ Yaştaki Nüfus Oranı (%)
1927	13.648.987	-	-
1935	16.158.567	2.29	3.9
1945	18.790.987	1.08	3.3



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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

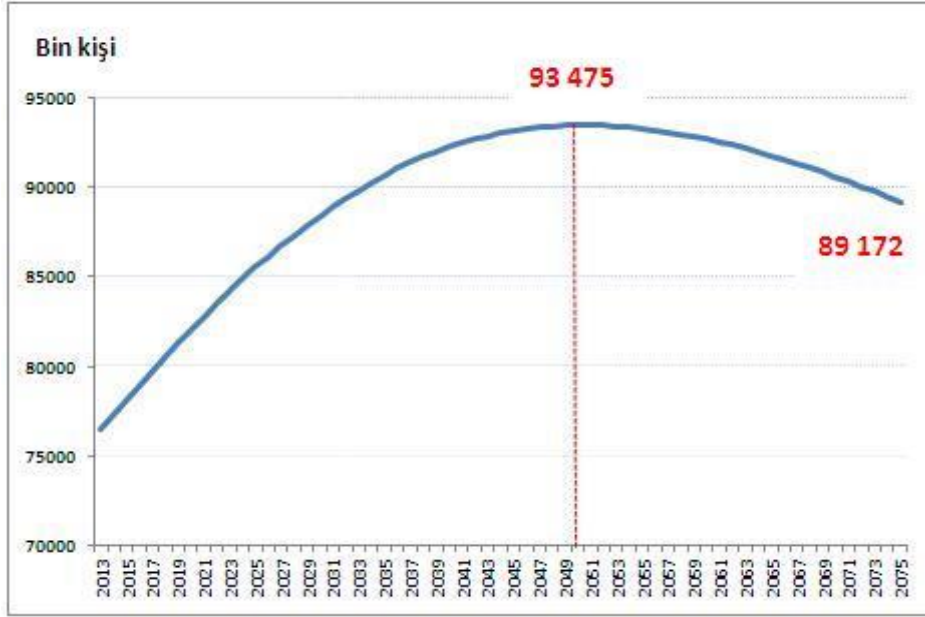
Yaş grubu



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

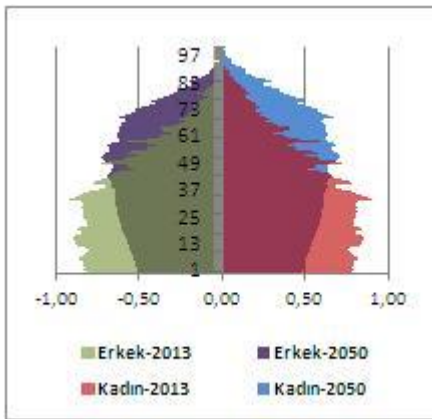


Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

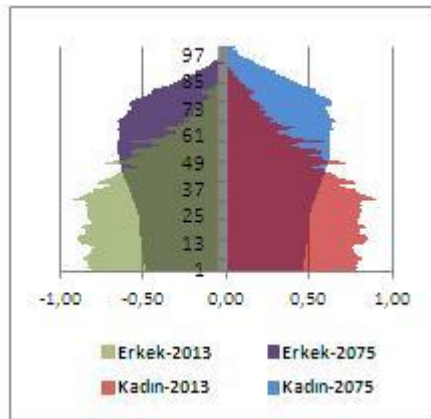


Şekil 7. Türkiye Nüfusu, 2013-2075 (TÜİK, 2013)

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 (2016)”** üniversiteler, yerel yönetimler, ilgi kamu kuruluşları, sivil toplum kuruluşların 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.**



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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, Gücsüz, Kimsesiz Türk Vatandaşına Aylık Bağlanması Hakkındaki Kanunun uygulamaları 1977 yılından beri devam etmektedir. Bu politika, “Sosyal Devlet” anlayışının bir örneğini oluşturmaktadır. Çalışma Sosyal



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Güvenlik Bakanlığı Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü tarafından ödenen 2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz 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 esası 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 bütünleşik olarak sunulması



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

öngörölmüş olmakla birlikte halen bu bütünleşik 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 oluşturacağına 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.

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

Göröldüğü 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 sürdürölmektedir.** Başlarda



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

kimsesiz, muhtaç ve terkedilmiş yaşılların gittiği bir yer olarak algılanan ve toplum tarafından çok fazla tercih edilmeyen yatılı kurumsal bakım, son yıllarda daha bilinir olmuştur. Yaşıllı bakımında başka hizmet seçeneği olmadığı için de son yıllarda bu kurumlara talep artmıştır. Bilindiği gibi yatılı bakım bireyi toplumdan soyutladığı, üretkenlik açısından pasif hale getirdiği için özellikle aktif yaşıllar 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 görölmektedir. Evde sağlık hizmetleri kapsamında ise psiko-sosyal destek hizmetleri verilmemektedir. Bunun dışında yaşam dönemi ve yaşam boyu öğrenme yaklaşımlarına dayalı olarak yaşıllığa hazırlanmak ve aktif yaşamı sürdürmek gibi hizmetleri yapılandıracak politikalar yetersizdir. Yaşılanıldığında ise bireyi günlük yaşamında destekleyecek yerinde yaşılanmaya katkı sağlayacak gündüzlü (Daily) hizmet seçeneklerinin olmadığı görölmektedir. Oysa gündüzlü bakım hizmetleri yönetmeliğinde bu unsurlar yer almasına karşın yönetmelik aktif olarak uygulanmamaktadır.

Türkiye’de yaşıllara yönelik sosyal politikalar; yaşıllara 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 yaşıllara 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 olabilme yaşı ve prim ödeme gün sayısı yükseltilmiştir. Kademeli olarak yükseltilen emeklilik yaşı, 1 Ocak 2048 tarihi itibarıyla 65 olarak uygulanacaktır. Ancak bu süre içinde daha erken yaşta emekli olup başka bir işte



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

2.TÜRKİYE’DE YAŞLILARA YÖNELİK BAKIM HİZMETLERİ VE UZUN SÜRELİ BAKIM: 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

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

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>).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 yarım 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 ^(r)	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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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

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

	Toplam	Erkek	Kadın
Toplam maaş alan kişi sayısı	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).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2.1.Kurumsal Bakım

Türkiye’de kurumsal olarak yaşı bakım hizmetlerini kapsayan uzun süreli bakım hizmetlerinin organizasyonu üç kurumun sorumluluğundadır. Bunlar aşağıdaki sıralanabilir.

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

T.C. Sağlık Bakanlığı’nda yaşlılara yönelik hizmetler **“Kronik Hastalıklar, Yaşı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı”** tarafından yürütölmektedir. Bu birimin görevlerinin odağında kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, yaşı sağlığı hizmetlerinin uygulanmasına yönelik ulusal programlar geliştirilmesi, engelliliğin önlenmesi ve evde sağlık hizmetlerinin yürütölmesinde teknik doküman desteğı sağlamak gibi uzun süreli bakım hedefini karşılayacak çalışmalar yürütölmektedir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı uzun süreli bakım kapsamında her yaşı grubu ve her hastalık için kurumsal olarak doktor ve hastane gibi sağlık hizmetlerinin yanı sıra evde sağlık hizmetlerinin yürütölmesinden sorumludur. Evde sağlık hizmetleri Türkiye genelinde doktor, hemşire ve diğeri sağlık personelinden oluşarı bir ekiple yürütölmektedir.

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

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nda uzun süreli bakım hizmetlerin organizasyonu ve yürütölmesinden Engelli ve Yaşı 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 yaşı alanlarında hizmetlerinden yürütölmesinden sorumlu olan birimlerin birleştirilmesi ile Engelli ve Yaşı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Bu tarihten önce Türkiye’de yaşı hizmetleri ve yaşı bakım hizmetleri Başbakanlık’a bağılı olan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 oluşturulmuştu.

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 yönetmelikte 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 tanımlanmaktadır. Böylece 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 açılış, çalışma, fiziki şartlar, personel şartları, teftiş ve denetim işlem ve esaslarını mevcut mevzuata uygun bir şekilde belirlemek, çağdaş anlayış ve şartlara uygun düzeyde hizmet vermelerini sağlamaktır.
4. **“Sosyal Hizmet Kuruluşlarında Bakımı Sağlanan Engelli ve Yaşlı Bireylere Harçlık Ödenmesine İlişkin Yönetmelik”**: Bu yönetmelik gereğince Bakanlık sosyal hizmet kuruluşlarında ücretsiz kalan engelli ve yaşlı bireylere, Bakanlığın sosyal hizmet kuruluşlarınca verilen bakım hizmetinden ücretsiz yararlanmaya ilişkin koşulları taşıyanlara, Darülaceze Müessesesince ücretsiz bakılan engelli ve yaşlı



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

bireylere, her yıl merkezî yönetim bütçe kanunu ile belirlenecek miktar üzerinden hiçbir kesinti yapılmaksızın aylık net harçlık ödenmektedir (<http://mevzuat.gov.tr>).

5. **“Özellikle 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik”** bireylerin uzun süreli bakımını desteklemektedir. 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 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 sağlamasının 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 sağlamasının 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 sağlamasının 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 içene 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 yürütölmektedir. Bu durum Avrupa ölkelerinde de aynıdır. Avrupa Komisyonu’nun 2012 yılında yayınladığı 33 Avrupa Ölkesinden 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 görünümülerinden 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

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 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 açıklanmaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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, hastaneler, gezici sağlık üniteleri ile yetişkinler, yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek veya işlettmek, 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 teknolojiiden 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, karşılaştıkları 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

gidilmektedir. Ayrıca hastaneye gidilmesi gerektiğinde hasta nakil aracı da temin edilmektedir. Bugüne kadar yaklaşık bin engelli ve yaşı bu hizmetten yararlanmıştır. Bu uygulama **Ankara Valiliği** tarafından finanse edilmektedir.

Türkiye’de Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşıllara Hizmet Merkezi, yaşılların 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 yaşılların 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 yaşılların topluma katılmaları desteklenmekte ve yaşam boyu öğrenme fırsatlarından yararlanmaları sağlanmaktadır. Ödeme gücü olan yaşıllardan düşük ücretle hizmet bedeli alınmaktadır. Ödeme gücü olmayan yaşıllara 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 yürütölen evde sağlık hizmetlerinin amacı, evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hasta, engelli ve yaşıllara ulaşılması, hasta ve yakınlarının, sahip olduğu hastalıkları hakkında eğitimli ve kendine yeterli hale getirilmesi sağlanarak; bilinçsiz sağlık uygulamaları ile oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve hastalık seyrinin ağırlaşmasının engellenmesi, sağlık hizmetinin hastanın evine kadar götürölmesi ile hem hastanelerde meydana gelebilecek yığılmaların önlenmesi, hem de hastanede yatış sürelerinin azaltılması bu suretle tedavi maliyetlerinin düşürölmesi ve ölkö ekonomisine katkıda bulunulmasıdır (<http://www.ibb.gov.tr/sites/SaglikVeSosyalHizmetler/evdesaglik/Pages/AnaSayfa.aspx>).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Orta Anadolu Bölgesi'nde Konya Büyükşehir Belediyesi Sosyal Belediyecilik çerçevesinde 2005 yılında Evde Bakım Merkezi'ni kurmuştur. Konya genelinde sosyal güvencesi olmayan özürlü, yaşlı, hasta ve bakıma muhtaç ailelere hizmet verilmektedir (<http://www.konya.bel.tr/kurumsalayrinti.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>).

Doğu Anadolu Bölgesi'nde Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi ev ortamında yaşlının desteklenmesi ve toplumdaki 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/buyuksehirde-nsan-yasamina-dokunan-hizmet-4262.html>).

Karadeniz Bölgesi'nde Samsun Büyükşehir Belediyesi “Yaşadığı Yerde Yaşlıya Bakım Hizmetleri Merkezi” ev ortamında yaşlının desteklenmesi ve toplumdaki 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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, 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.alzheimerdernegi.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 uygulanır.
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 sahibikişilerden; 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 creti uygulaması Resmi Gazete’de 30.07.2006 tarihinde yayınlanan 26244 sayılı “**Bakıma Muhtaç zrllerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik**” ile yrtlmektedir. Bu yönetmeliğe göre evde bakım creti 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 creti 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 0,088069’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.

2016 - 2017 Evde Engelli Bakım Ücreti	Katsayı Değerleri	Evde Bakım Net Ücret Miktarı	Kurum Bakım Net Ücret Miktarı
2016 - (1 Ocak - 30 Haziran 2016)	0,088817	888,17-TL	1.776,34-TL
2016 - (1 Temmuz - 31 Aralık 2016)	0,092473	924,73-TL	1.849,46-TL
2017 - (1 Ocak - 30 Haziran 2017)	0,095247	952,47-TL	1.904,94-TL
2017 - (1 Temmuz - 31 Aralık 2017)	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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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,
- 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,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- 2) Bedensel ve zihinsel gerilemeleri nedeniyle süreli 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 verilmeye 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 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 bulunmaktadır. Sosyal hizmet müdahalesinin ve takibinin gerçekleştirilmesi, çocuk, genç, kadın, erkek, engelli, yaşlı bireylere ve ailelerine koruyucu, önleyici, destekleyici, geliştirici, rehberlik ve danışmanlık odaklı sosyal hizmetlerin yürütülmesi amacıyla kurulan Sosyal Hizmet Merkezlerinde (SHM) Yaşlı Hizmet Merkezleri ek birim olarak yer almıştır. 9 Şubat 2013 tarihli ve 28554 sayılı resmi gazetede Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından hazırlanan “Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte yaşlı hizmet merkezleri ile ilgili olarak “Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

3.YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ: HİZMET SUNANLARIN VE HİZMET ALANLARIN PROFİLİ

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 değer 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 yaşta 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 yaşta 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 yaşta kilerin %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 noktada yaşlı bakımı hizmetlerinin ve uzun süreli



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

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

Tablo11. Evde Sağlık Hizmetlerine Hizmet Sunanlar ve Hizmet Alanların Sayısı*

Hizmet Sunanlar	Sayı		
Uzman Hekim	293		



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Pratisyen Hekim	881	Evde Sağlık Hizmetlerinde Ulaşılan Hasta Sayısı: 780.555 (Mayıs, 2016)	Evde Sağlık Hizmetlerinde Aktif Kayıtlı Hasta Sayısı: 304.182 (Mayıs, 2016)
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.

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

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	



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 alarak 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 yaştaki 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 içerme yaklaşımı ile yaşlıların toplum içinde yer almaları desteklenmektedir. Özellikle Ankara, İstanbul, İzmir olmak üzere büyükşehirlerde 41 yaşlı yaşam evinde, 154 yaşlı bu hizmetten yararlanmaktadır.

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 Yaşamevi	41	160	6	154
Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri	2	570	4	566



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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	
3.032	5.017	2.484	2.079	12.612
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	
2.721	2.668	1.166	786	7.341
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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Toplam				1.907
Özel Hizmet Alımı Yoluyla Görev Yaptmak 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

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 kadın, çocuk gibi dezavantajlı gruplar yanı sıra yaşlılara ilişkin harcamalarda 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 düşünöldüğünde bakım maliyetlerinin artacağı anlaşılmaktadır. Bu durumda yaşlı bireylere kurumda hizmet verilmesinin maliyet açısından etkin olmadığı görölmektedir. 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**



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

için ödeyeceği taban fiyatı 738,29 TL, tavan fiyatı ise 3.901,11 TL olarak belirlemiştir. Ankara Valiliği tarafından 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 güvenli 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

4.TÜRKİYE’DE YAŞLI BAKIMINA İLİŞKİN BEKLENTİLER: KANITLARA DAYALI TESPİTLER

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 bakmaktadırlar (%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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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. 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

%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. Yaşamalarını 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

bireyler için %3.47'ye düşmektedir. Diğer yandan 40-64 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 yaşta 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 erişimde 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 bakmaktadırlar. Bu araştırmada 40 ve daha büyük yaşta 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

%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 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,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 görüştikleri (%54.8), kız çocukları ile daha az sıklıkta görüştikleri (%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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

(%15.9;%13.3) bulunmuştur. Gelinler ve damatların yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımları ile ilgilenme oranı oldukça düşüktür. Gelinlerinin bakımları ve ihtiyaçlarının karşılanması ile ilgilendiğini 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 kendilerine 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 ebeveynleriniz 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 çalışıyordum/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)



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

yaşlı ebeveynlerine bakmadıklarını söyleyenlerin oranı diğerlerine göre düşük olsa da bu cevapların bulunması dikkat çekicidir. Bu soruda 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 sağlama 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.

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-Demens gibi hastalıkları olanlar için ayrıca bakım merkezleri açması, yaşlıların gündüz gidebileceği mekânlar oluşturması, devletin yaşlıya bakan kişilere psiko-sosyal destek vermesi, evde bakıcı sağlama 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,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ancak Alzheimer-Demens 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.

Yaşlı olmak, kadın olmak, yoksul olmak bunların hepsi ayrı ayrı dezavantajdır. Özellikle ilerleyen yaşla birlikte kadınlar için dezavantajlı durum belirtilen bu faktörler ile katlanarak artmaktadır. Böylece kadınlar bakıma muhtaç olmakta, yalnızca sağlık ve fonksiyonel kapasite açısından değil, karar verme açısından da bağımlı hale gelmektedirler.

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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 yürürlüğü 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 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 algıyı 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,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- 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 eğitimli 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

bir şekilde ihtiyaç duyulmaktadır. Birçok yaşlı ya da yaşlı yakını evde profesyonel bakım hizmeti almak için bakıcı aramakta ve bulmakta zorlanmaktadırlar. 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 çalışanların 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 istememekte, 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

5.TÜRKİYE’DE YAŞLI BAKIMI HİZMETLERİNDE KAPASİTE GELİŞTİRME VE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ MODEL ÖNERİSİ İÇİN UZMAN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 alışma 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  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, ayni 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 huzurevine alma yaşının 60 olmasının zayıf bir yan olmasına vurgu yapmakta ve Dünya



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 ücretsiz 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.”



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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

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 karşılarındakini mutsuz etmektedirler. Kuruluşumuzda bu güne kadar kendi isteği ile kuruluştan ayrılan yaşlılarımızın hemen hepsi iki kişilik odalarda kalmaya uyum sağlayamadıkları için ayrılmışlardır. Bu nedenlerle kuruluşlarda 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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

“Kurum bakımı hizmetinden yararlanmak isteyen yaşılların büyük kentlerdeki huzurevlerine yığılması sonucu kuruluşlarda “yaşılı 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 yaşılı bakımı kurumlarının var olması güçlü bir yan olarak değerdendirilirken, Türkiye’de yaşılı bakımı hizmetlerinin yalnızca bu kurumlar ile sınırlı olması, bireyin yerinde yaşlanmasını destekleyen evde bakım uygulamalarının olmaması ve kurumsallaşmaması, diğerdere hizmet modellerinin geliştirilmemiş olması ise zayıf bir yan olarak belirlenmiştir.

2. Türkiye’de yaşıllık ve yaşılı bakımı alanı için en öncelikli üç hedef

Katılımcılara Türkiye’de yaşıllık ve yaşılı bakımı alanı için öncelikli üç hedef sorulmuş ve değerdendirmeleri istenmiştir. Katılımcıların vermiş oldukları cevaplar aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

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

“Mevzuatın ivedilikle yenilenmelidir.”

“Ekonomik nedenlerle huzurevinde kalmak durumunda kalan yaşılların konutlarında yaşamaya 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.”

“Yaşılı bakımında yaşıllının yaşam koşullarının iyileştirilerek evde bakımını sağlamak”

“Alzheimer ve Demans gibi hasta olan yaşıllara yönelik hizmet modelini geliştirmek ve uygulamak”



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

“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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 çözmeye 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.”

“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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 düşünülmesinin, 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 yapılandırılmalıdır?

Yaşlı bakımı hizmetlerinde yeni modellerin geliştirilmesine ilişkin önerilerin genel olarak iki konuya odaklandığı görülmektedir. Birinci olarak, var olan yatılı kurumsal bakım modelinin şu andaki 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

görüşlerinde ülkemiz özelindeki yaşlı bakımı ihtiyaçlarının neler olduğu noktasından değerlendirme yaparak öneriler sundukları görölmektedir.

“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.”

“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, İhtisaslaşmış butik huzurevi, gündüz bakımevleri yaygınlaştırılmalıdır.”



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Katılımcılar arasında yeni hizmet modelleri oluşturulurken, hem yaşlını 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.

6.TÜRKİYE’DE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ İÇİN MODEL ÖNERİSİ

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

görülen hastalıkların artması ile birlikte Avrupa Birliği ülkelerinde 2008 yılında Gayri Safi 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 yaştaadır. 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 dürüstlüğün 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 yaştan 2010 yılından itibaren kademeli olarak yükseltilmesi ve 2020 yılında 65'e çıkarılması çalışmaları başlatılmıştır. Emeklilik sisteminin birinci ayağı, dağıtım sistemine dayalı kamu yaşlılık sigortası şeklinde işlemektedir. Bu anlamda, tam emeklilik maaşı alabilmek için, en az 44 yıl çalışıp, vergi



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 savaşından sonra 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 kaldıkları 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 savaşından 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

için de devlet yoksul ve varsıl 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 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, tercihine göre, gereksinim duyduğu hizmeti aynı ya da nakdi yardım biçiminde alabilir. Eğer kişi evde bakım hizmetini, “Ayni 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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).

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 yaştaki 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 yaştaki 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

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 yardımında bulunmak, evin fiziksel



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 gözetilmeksizin 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 yürütölmektedir.

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

yararlanmaktadır. Primsiz ödemeler ise şartlı ve gelir testine dayalı ödemelerdir. Primsiz ödemeler; kimsesiz, muhtaç, yaşlılar, malul, dul, yetim ve korunmaya muhtaç çocuklara yapılan sosyal yardımlar ve hizmetleri kapsamaktadır.

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 yürütölmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütölen 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İngiltere olmak üzere dört Avrupa ülkesindeki mevcut yaşlı bakım hizmetlerinin temel alınması öngörülmüştür.

Hem bu konuda yazılan uluslararası raporda yer alan bilgilere, hem de yukarıda yapılan özete göre bu **Avrupa ülkelerinde yürütölen yaşlı bakım hizmetlerinin temel ilkeleri** aşğıdaki 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 görölen hastalıkların artması nedeniyle özellikle Demans gibi hastalıklar için ihtisaslaşmış kuruluşlar oluşturmak
4. Yaşlı bakımında evde bakım hizmetlerinin yürütölmesinde belediyelere sorumluluk vermek, evde bakım ve evde destek hizmetlerinin belediyeler tarafından yürütölmesini 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 bakım hizmetleri ilkelerinin belirlenmesinde referans oluşturmaktadır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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:

- 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 Karşlanması ve Sürece Katılımlarının Teşvik Edilmesi İçin Temel Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Güçlendirilmesi

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

Hedef 4: Sağlık Politikasının Uygulama ve Geliştirilmesinde Yaşlıların Aktif



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 uygulama 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



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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

-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 oluşturulamaması

-Mevcut mevzuatların gözden geçirilmemesi

-Yaşlı yoksulluğunun önlenmesinde etkin ve sürdürülebilir çalışmaların yapılmaması

-Ulaşım yetersizliği

-Sosyal güvenlik sistemine dahil olmama

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 görelî 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 yaşlanmayı** 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;

***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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 kullanılmalıdır. 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 7.08. 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 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 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 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

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 “yerinde 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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. 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**



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

sistemi” Türkiye için yaşılı bakımı hizmetlerinin finansmanında önemli bir çözüm olarak görölmektedir.

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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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

Hizmet süreci kalitesi:

- Hizmet alanların haklarını koruyacak bir işleyiş oluşturmak
- İyi işleyen maliyet planları ve ödemelerin yönetimi
- Yaşlılara özel bakım planı yapabilme
- Bakım planı için kullanılan yaşlı değerlendirme tekniklerinin ve prosedürlerinin etkililiğı
- 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 sağlayabilme
- 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.

Yatılı bakım konusundaki düzenlemeler ve politika konuları	Evde bakım konusundaki düzenlemeler ve politika konuları
-Eğitimi iyi ve mesleki becerisi olan işgücünü 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 işgücünü 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

	-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:

1.Yaşlı yakınına bakım veren aile üyeleri



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2. Kendini yaşıllığa hazırlayan ya da aileden birine bakım vermeye aday olan yetişkinler

3. Bakım için kaynaklara ulaşmak isteyen ve bu konuda yardım talep eden yaşı

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

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

1. Adım: Yaşılların arzu ve istekleri

İlk adım, bireylerin yaşıllık hakkındaki hissettikleri, arzuları, istekleri ve bundan sonra ne yapmak istedikleri hakkında konuşmaktır. Yaşıllara bakım ile ilgili seçeneklerin ve kararlarının bir hak olduğunu hatırlatmak ve self-determinasyon haklarını kullanmaları için destek vermek gerekmektedir. Bu aşamada yaşıllığın 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 yaşı için daha uygun bir seçenek olacağı, bakım hizmetleri için finansmanın nasıl sağlanabileceği ortaya konulmalıdır.

2. Adım: Yaşı hakkında önemli bilgileri toplama

Yaşı hakkında aşağıda belirtilen önemli bilgiler toplanır.

-Kimlik bilgileri

-Pasaport bilgileri

-Tapu ve gayrimenkul vb. bilgiler

-Hastalıkları, hastalıklarını izleyen hastanelere ve doktorlara dair bilgiler



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- 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 aşğıdaki başlıkları içermektedir.

- 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 açıklanmıştı. 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

edilerek hazırlanan sosyal inceleme raporu ise yaşlının aile durumu, sağlık durumu, psiko-sosyal koşulları, ekonomik koşulları, konut koşulları gibi yaşlının yaşamına ilişkin genel değerlendirme 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 bakım 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

1. Günlük Yaşam Aktivitelerini Değerlendirme

Dünya’da Amerika, Kanada, Avustralya, Avrupa lkeleri başta olmak üzere hemen tüm ülkelerde yaşlının bakım ihtiyaçının belirlenmesinde kullanılan en önemli lçme 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 lçek bireylerin günlük olarak gerçekteştirdikleri temel fiziksel aktivitelere ilişkin yapabilirlik düzeyini belirlemekte ve fonksiyonel kapasitesi ile ilgili bilgi vermektedir.

BARTHEL GÜNLÜK YAşAM AKTİVİTELERİ LÇEğİ

Yaşlının Adı-Soyadı:		Tarih:
Kriterler	Değerlendirme	Puan
Beslenme	Tam bağımsız yemek için gerekli aletleri kullanabilir	10
	Biraz yardıma ihtiyaç duyar	5
	Bağımlıdır	0
Banyo yapma	Yardımsız küvette yıkanabilir, duş alabilir	5
	Yardıma ihtiyaç vardır	0
Kendine bakım	Elini yüzünü yıkayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir	5
	Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar	0
Giyinme-soyunma	Giyinip soyunabilir, ayakkabı bağlarını çözebilir	10
	Yardıma ihtiyaç duyar (için en az %50’sini kendisi yapabilmelidir)	5
	Tam bağımlıdır	0
Bağırsak bakımı	Suppozituar kullanabilir, gerekirse lavman yapabilir	10
	Yardıma ihtiyaç duyar	5
	İdrar tutamama mevcuttur	0
Mesane bakımı	Mesanesini kontrol edebilmektedir. Sonda bakımını gece ve gündüz kendisi yapabilmektedir.	10
	Bazen tuvalete yetişemez ve sürgüyü bekleyemez altına kaçırır	5
	Mesanesini kontrol edemez, idrar kaçırır ve kateterlidir	0
Tuvalet kullanımı	Duvardan ya da bardan destek alabilir, tuvalet kağını kendisi kullanabilir	10
	Elbiselerini giyip çıkarmak ve tuvalet kağını kullanmak için biraz yardıma ihtiyaç duyar	5
	Tam bağımlıdır	0
Transfer (tekerlekli	Tam bağımsızdır	15



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

sandalyeden yatağa ve tersi transfer	Geçişler sırasında minimum yardım alır (sözel ya da fiziksel) Tek başına yatakta oturabilir, yatağa geçişte yardım alır Tam bağımlıdır	10 5 0
Mobilite: Düzgün yüzeyde yürüme	Yardımsız olarak 45 m yürüyebilir, bireys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir	15
Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme	Bir kişinin fiziksel ve sözel yardımıyla 45 m yürüyebilir Yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir, köşeleri dönebilir, yatağa tuvalete yanaşabilir Tekerlekli sandalyede oturabilir, ancak kullanamaz	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).

KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ

Yaşlının Adı-Soyadı:	Tarih:	
Aktiviteler	Bağımsızlık (1 puan)	Bağımlılık (0 puan)
Banyo yapma	Kendisi yıkanabiliyor, vücudunun az bir parçasının yıkanması için yardım alıyor	Kendisi yıkanamıyor ya da vücudunun büyük bir parçasının yıkanması için yardıma ihtiyaç duyuyor
Giyinme	Kendi başına kıyafetlerini dolaptan alıp, çıkarıp giyinebilir (ayakkabısını bağlarken yardım alabilir)	Giyinirken yardım alıyor ya da tamamen başkası tarafından giydirilmektedir.
Tuvalet ihtiyacı	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	Yataktan koltuğa ya da koltuktan yatağa tek başına ya da baston vb. yardımı ile	Yataktan koltuğa geçerken kısmı ya da tamamen bir başkasının yardımına ihtiyaç
Puan		



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

	geçebiliyor	duyuyor
Kontinans	Mesane ile ilgili tam kontrolü mevcut	Kısmi veya tam mesane ve bağırsak inkontinansı mevcut
Puan		
Beslenme	Yemeği tabaktan ağızına kendisi götürebiliyor (yemeği başkası hazırlayabilir)	Yemeği başkası yediriyor ya da parenteral beslenme var
Puan		
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.

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	Puan (1) (0) (0)



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

-Yemeklerin hazırlanması ve servis edilmesine ihtiyacı vardır	(0)
Ev temizliği	Puan
-Yalnız başına veya nadir destekle evin üstesinden gelir	(1)
-Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir	(1)
-Günlük hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz	(1)
-Tüm ev idame işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir	(1)
-Hiçbir ev temizliği işine katılamaz	(0)
Çamaşır	Puan
-Kişisel çamaşırını tamamen kendisi yıkar	(1)
-Çorap, mendil gibi küçük malzemeleri yıkayabilir	(1)
-Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır.	(0)
Yolculuk	Puan
-Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır	(1)
-Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz	(1)
-Baskalarının yardımı ile toplu taşıma araçlarından faydalanabilir	(1)
-Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobille sınırlıdır	(0)
-Yolculuk yapamaz	(0)
İlaçlarını kullanabilme sorumluluğu	Puan
-İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir	(1)
-İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanırsa düzenli kullanabilir	(0)
-İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz	(0)
Mali işler	Puan
-Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelebilir	(1)
-Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir.	(1)
-Mali işlerini takip edemez	(0)
Toplam Puan:	Tam bağımlı: 0 Puan Tam bağımsız:8 puan

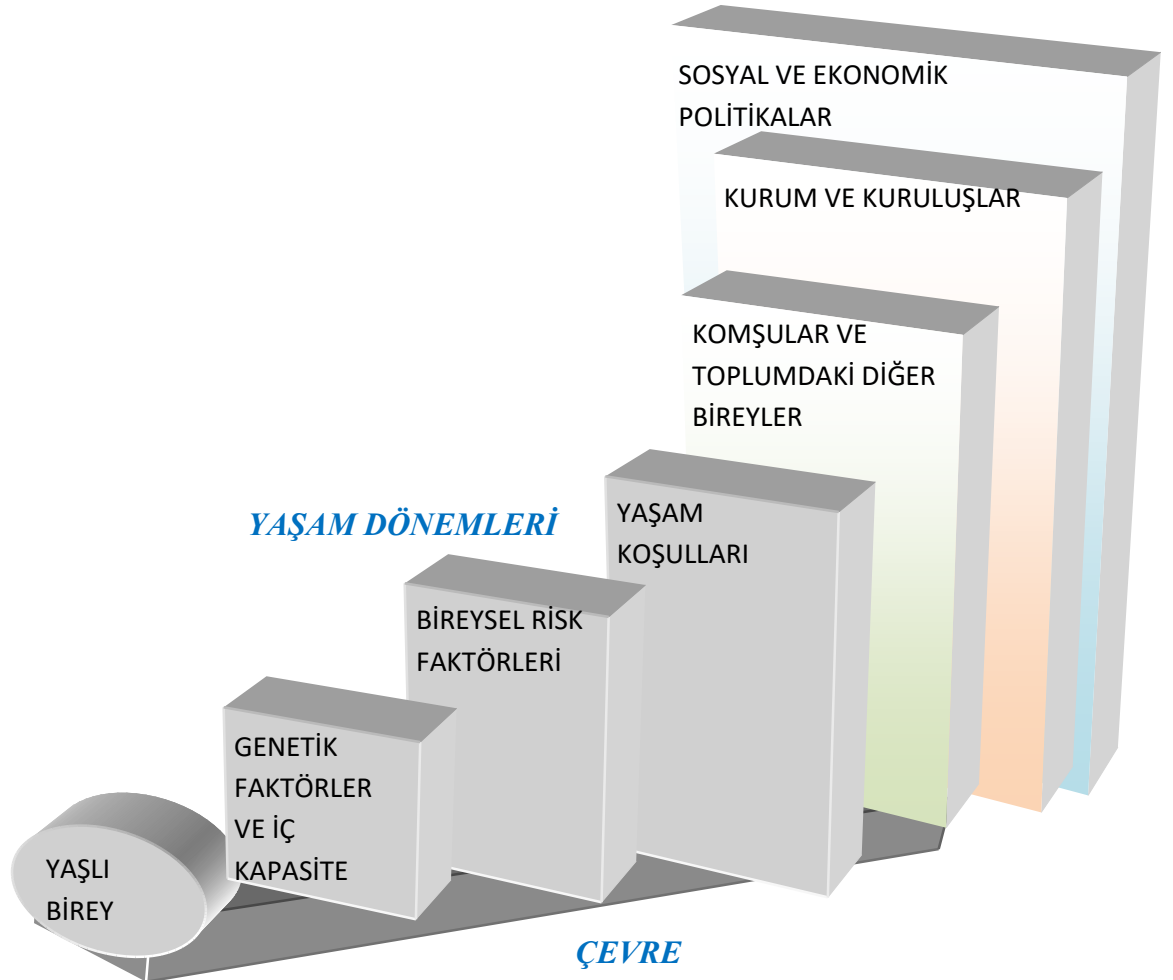
Yaşlı bakım ihtiyacının belirlenmesine ilişkin kriterleri içeren ölçme araçları yukarıda açıklananlar ile sınırlı değildir. Yaşlı bakım ihtiyacının belirlenmesi için sağlık bakımı ve sosyal bakıma ilişkin kriterlere dayalı bütüncül bir değerlendirme yapılmalıdır. Adı geçen ölçme araçlarının yanı sıra “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 ve belirlenmelidir. Bu kapsamlı geriatrik ve gerontolojik değerlendirmeye multidisipliner bir yaklaşımla ortaya



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

konulmalıdır. Bu belirtilen ölçme araçları temel alınarak ülkemizde yaşlı bakımı 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.





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 10. Yaşlı Bakımı 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 örnekleme günlük yaşam aktivitelerine dayalı yapılan ölçümler ile geleceğe ilişkin bakım projeksiyonları da ortaya konulabilmektedir. Türkiye’de yaşlı bakım hizmetlerine ilişkin 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 süreli 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

edilmektedir. Türkiye’de 75 ve daha büyük yaşta olanların sayısı 2milyon 512 bin 670’dir. Bunların yaklaşık üçte birinin bakıma ihtiyaç duyduğu düşünöldüğünde; hâli hazırda 75 ve daha büyük yaştaki bireylerden 837 bin 556 kişinin bakım ihtiyaı ile karşı karşıya olduğu düşünölebilir.

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 düşünöldüğünde; 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.

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 işgücü 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından 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 tamamını 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,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

bakım sigorta sisteminden gelecek birikim ile **merkezi yönetim** bu maliyeti paylaşması ve belediyelerin de hizmet sunumunda ve maliyet karşılama 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

Ülkemizde evde bakım hizmeti kapsamında gelir testine dayalı olarak ihtiyaç sahipleri için yalnızca bakım ücreti ödendiği daha önceki bölümlerde açıklanmıştı. Bunun dışında evde



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 yapılmamış değildir.

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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

3.EVDE BAKIM HİZMET BAKICI HAVUZU MODELİNİN ÇIKTILARI

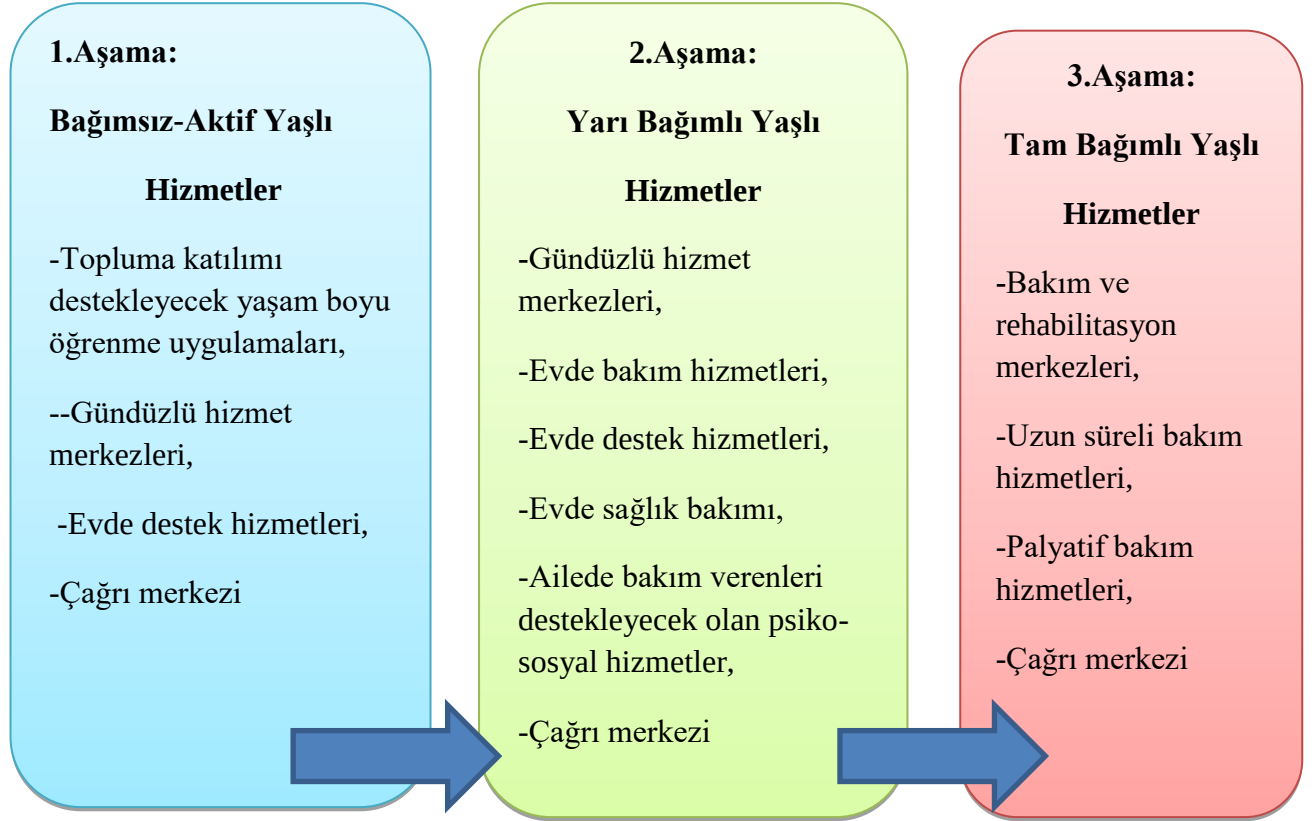
1. Yaşlı birey ya da ailesi kendisi bakıcı aramak yerine kurum tarafından sağlanmış bir bakım elemanından hizmet alabilecek; hem kendini güvende hissedecek hem de ihmal ya da istismarın önüne geçilecektir.
2. Hem çağrı merkezinde hem de bakım elemanı olarak istihdam olanağı yaratılarak birçok kişinin iş gücü pazarına girmesi sağlanacaktır.
3. Proje yaşanan 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 bütünleşik 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.





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.



Şekil 11.Entegre Bakım Hizmetlerinde Hizmet Akışı

Hizmet alanlar	Hizmet seçenekleri	Hedefler	Sorumlu kuruluşlar
Tam bağımlı yaşlı (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	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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

		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	
Yarı bağımlı yaşlı (Yarı aktif: öz bakım kapasitesi orta)	1.Evde sağlık bakımı ve sosyal bakım 2.Gündüzlü hizmet hizmetleri 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 içerme 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 içerme 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.)



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

			6.Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 7. Milli Eğitim Bakanlığı
--	--	--	---

Zaman Planı-Takvim

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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 bakımının 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 paylaşımları, 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



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

-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.

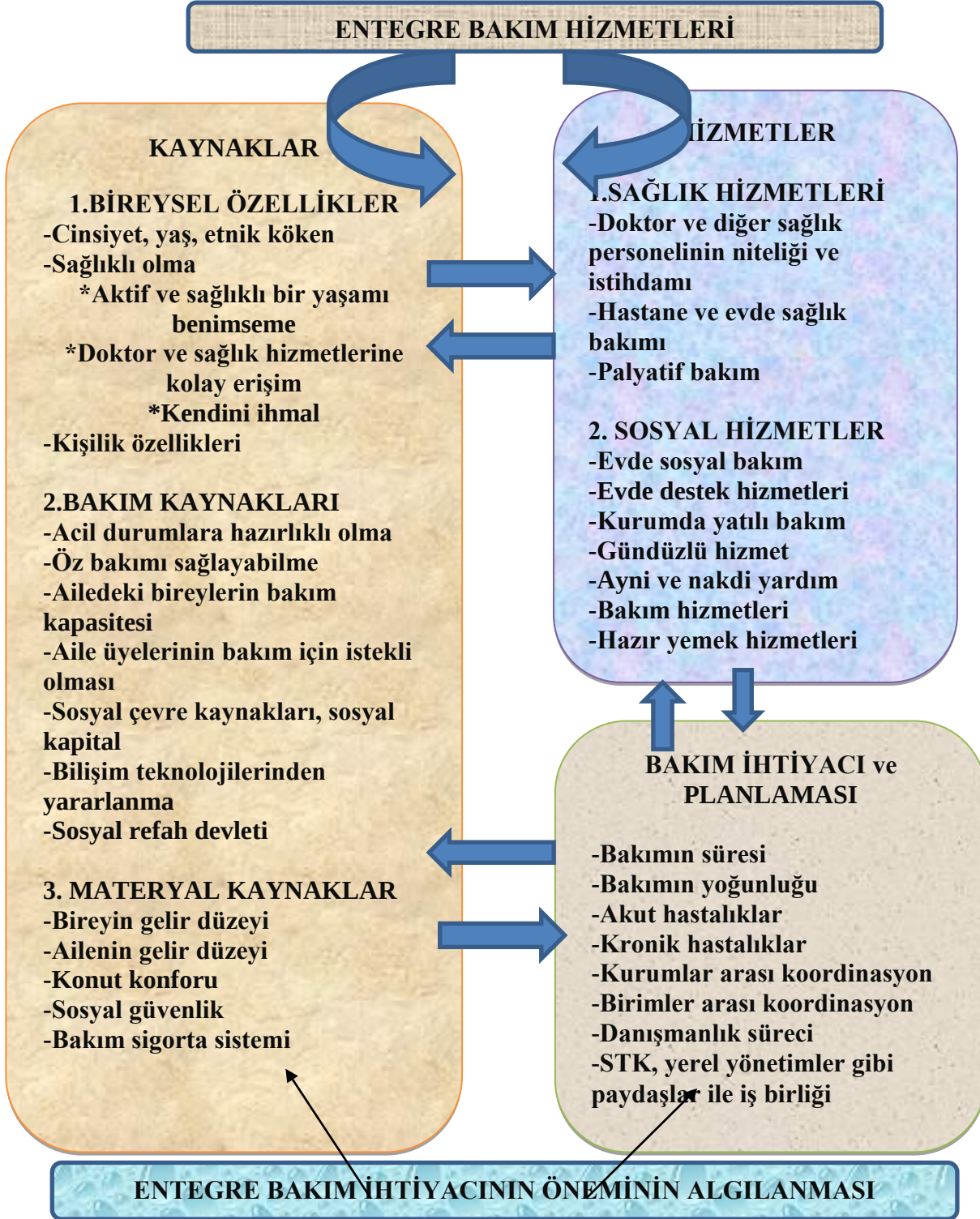
-Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı, yaşı bakım hizmetlerinde belediyeler, STK'lar, özel sektör gibi hizmet sunucuların sorumluluklarını belirleme ve bu paydaşlar arasında işbirliği/iş bölümünü sağlama sorumluluğuna sahiptir.

-Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı merkezi yönetim aracılığı ile yaşı 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 yönetim 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; yaşı bakım 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.



Şekil 12.Entegre Yaşlı Bakım Hizmetleri Modeli Önerisi



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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.Danış, 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- 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.Herships,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/yaslilara-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://gantep.bel.tr/haber/buyuksehirden-insan-yasamina-dokunan-hizmet-4262.html>. Gaziantep Büyükşehir Belediyesi. Erişim: 7 Ekim 2016.
- 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>



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- 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-yaslılara-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 B y kel iliği  alışma Ve Sosyal Güvenlik M şavirliği. 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- 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.
- 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- 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. RağbetYayınları, 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- 62.TÜİK.2015b. Sosyal Koruma İstatistikleri, 2014.Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Sayı: 18856, 17 Aralık 2015.
- 63.TÜİK, 2015c. Gayri Safi 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.
- 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.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

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, Luxembourg.

77.WHO, 2016. Global Strategy And Action Plan On Ageing And Health (2016-2020).World Health Organization.