



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu

TÜRKİYE SAĞLIKLI YAŞLANMA EYLEM PLANI ve UYGULAMA PROGRAMI 2015-2020



ANKARA 2015



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu

TÜRKİYE
SAĞLIKLI YAŞLANMA EYLEM PLANI
ve
UYGULAMA PROGRAMI
2015-2020

ANKARA 2015

ISBN : 978-975-590-520-4

T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 960

Baskı : Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti.
Özveren Sokak No:13/A Kızılay ANKARA

Tel : 0312 229 37 41

Fax : 0312 229 37 42

Kapak Fotoğrafi : Nazlı BELENLİ

www.thsk.gov.tr

Bu yayını; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı tarafından hazırlanmış ve bastırılmıştır.

Her türlü yayın hakkı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Kısmen dahi olsa alınmaz, çoğaltılamaz, yayımlanamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi "Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020", "Sağlık Bakanlığı, Yayın No, Ankara ve Yayın Tarihi" şeklinde olmalıdır.

Parayla satılmaz.

TEKNİK ÇALIŞMA GRUBU

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı, Sağlık Bakanlığı
Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Başkan Yardımcısı, Sağlık Bakanlığı
Uzm. Dr. Banu EKİNCİ	Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanı, Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Nazan YARDIM	Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanı, Sağlık Bakanlığı
Dt. Berrin BARUT	Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı
Hem. Fatma TAMKOÇ GÜRBÜZTÜRK	Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı
SHU. Seyhun ÇAKMAK (Redaksiyon)	Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı
Tıb.Tek. Nevin ÇOBANOĞLU	Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı
Sosyolog Şerife KAPLAN	Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı
Arş. Ertuğrul GÖKTAŞ	Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı
Sosyolog Meltem SEVEN	Malatya Halk Sağlığı Müdürlüğü
Tıb. Tek. Ayşe GÜNDOĞAN	Emekli

NOT: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayın Komisyonu tarafından onay verilmiştir.

KOORDİNASYON KURULU

Uzm. Dr. Banu EKİNCİ

Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanı,
Sağlık Bakanlığı

Dt. Berrin BARUT

Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı,
Sağlık Bakanlığı

Hem. Fatma TAMKOÇ
GÜRBÜZTÜRK

Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı,
Sağlık Bakanlığı

SHU. Seyhun ÇAKMAK

Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı,
Sağlık Bakanlığı



ÖNSÖZ

Yaşadığımız yüzyılda çevre şartları, gelir düzeyi ve dağılımında iyileşme, bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, eğitim düzeyinin yükselmesi, dengeli ve yeterli beslenmenin sağlanması, barınma koşullarının düzelmesi, hijyen, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin artması, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılması bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu yönde etkilemekte ve küreselleşme ile süreç birçok ülkede daha da hızlanabilmektedir. Bu durum gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus artışına ve toplumlarda yaşlanmaya yol açmaktadır.

Yaşlılık döneminin gerçekte doğumla başlayan bir süreç olduğu unutulmamalıdır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte kronik dejenerasyonlar, hastalıklar, sosyal statüde değişme gibi birden fazla faktörün etkisi ile birey yavaş yavaş bir başkasına maddi ve manevi olarak bağımlı hale gelmeye başlar.

Birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkin sağlık hizmetlerini sunmak, bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan kişilerin uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlayarak ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebilmek için yaşlılık ve yaşlı sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik olarak hazırladığımız,

“Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı” ile çalışmalarımız artarak devam etmektedir.

Evde sağlık ve rehabilitasyon hizmeti ihtiyacı olan her yaş grubundan yatağa bağımlı bireylere, kamu hastanelerimiz ve birinci basamak sağlık kuruluşlarımızdaki evde sağlık birimlerimizce evlerinde hizmet sunulmaktadır. Rehabilitasyon hizmetine ihtiyacı olan yaşlılara yönelik sağlık turizmi hizmetlerinin geliştirilmesi de en önemli politikalarımız arasında yer almaktadır.

Yaşlılarımız dün ile bugün arasında köprü kuran, kültürümüzü ve değerlerimizi yarınlara taşımamızı sağlayan en değerli varlıklarımızdır. Yaşlılık döneminin itibarla yaşanması aynı zamanda bir minnet borcudur. Yaşlılarımızın sosyal hayatın içinde yer alması, toplumla bütünleşmesi ve yaşama mutluluğunu hissetmeleri için yürütülecek sağlık politikaları stratejilerine katkı sağlayacak bu değerli çalışmada emeği geçen başta Türkiye Halk Sağlığı Kurumu olmak üzere herkese teşekkür ediyorum.

Yaşlılarımızın ruhen ve fiziken daha sağlıklı ve daha kaliteli hayat sürdürmelerini diliyorum.

Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU
Sağlık Bakanı

İÇİNDEKİLER

Önsöz	v
Kısaltmalar	ix
Tablolar Dizini	xi
Şekiller Dizini	xi
Ekler	xi
Türkiye Sağlıkli Yaşlanma Eylem Planı	1
Giriş	3
Genel Prensipler	4
Vizyon	4
Misyon	4
Sağlıkli Yaşlanma Eylem Planı Stratejileri	5
Strateji 1 Yaşam Boyu Sağlıkli Geliştirilmesi ve Sağlıkli Yaşlanma	5
Strateji 2 Sağlıkli Yönelik Risklerden Toplumun Korunması	6
Strateji 3 Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması	6
Strateji 4 İzleme ve Değerlendirmenin Güçlendirilmesi	7
Öncelikli Müdahale Yaklaşımları	7
Birinci Öncelikli Müdahale: Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi	8
İkinci Öncelikli Müdahale: Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık Hizmetinin Geliştirilmesi	8
Üçüncü Öncelikli Müdahale: Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Yeti Yitimi, Yaşlı İstismarı ve Şiddet Konularında Planlamalar ve Etkinlikler Yapılması	9
Dördüncü Öncelikli Müdahale: Yaşlılıkta Tanı, Tedavi ve İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşlenmesinin Sağlanması	10
Beşinci Öncelikli Müdahale: Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesi	11
Destekleyici Müdahaleler	12
Birinci Destek Müdahale: Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması	12
İkinci Destek Müdahale: Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi	12
Üçüncü Destek Müdahale: Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması İçin Paydaş Kuruluşlar İle İşbirliğinin Sağlanması	13
Kaynaklar	14

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Uygulama Programı 2015-2020	16
Genel Bilgiler.....	17
1. Hedefler ve Stratejiler	19
1.1. Yaşam Boyu Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşlanma	20
1.2. Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi	30
1.3. Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık Hizmeti ve Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi	45
1.4. Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Sağlık Hizmetlerine Tam Erişiminin Sağlanması.....	62
1.5. Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Demans, Geriatrik Psikiyatri, Yeti Yitimi, Yaşlı İstismarı ve Şiddet Konularında Planlamalar ve Etkinlikler Yapılması	70
1.6. Geriatriye Akut Bakım ve Acillerin Organizasyonunun Sağlanması	78
1.7. Yaşlılıkta Tanı, Tedavi, İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşleminin Sağlanması.....	86
1.8. Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesi.....	97
1.9. Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması.....	106
1.10. Geriatriye Uzun Dönemli Bakımın ve Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması.....	115
2. İzleme ve Değerlendirme	120
3. Programın Uygulanma Modeli	129
4. Kaynaklar	131
5. Ekler	136
Ek 1. Katkı Sağlayan Kamu Kurum ve Kuruluşları	137
Ek 2. Katkı Sağlayan Üniversiteler	137
Ek 3. Katkı Sağlayan Sivil Toplum Kuruluşları	138
Ek 4. Katkıda Bulunan Kişiler.....	139

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AD	Anabilim Dalı
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
APS	Adult Protective Services (Yetişkin Koruyucu Hizmetleri)
BM	Birleşmiş Milletler
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAMA	European Academy for Medicine of Aging (Yaşlanma Tıbbı Avrupa Akademisi)
EKMUD	Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Topluluğu)
EUGMS	European Union Geriatric Medicine Society (Avrupa Birliği Geriatrik Tıp Derneği)
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GDS	Geriatrik Depresyon Skalası
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
HALE	Healthy Adjusted Life Expectancy (Sağlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı)
HASUDER	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
ICF	The International Classification of Functioning, Disability and Health (İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması)
KGD	Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LE	Life Expectancy at Birth (Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi)
MMT	Mini Mental Test
MND	Mini Nutrisyonel Değerlendirme

SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TSE	Türk Standartları Enstitüsü
TSİM	Temel Sağlık İstatistikleri Modülü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USES	Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi
WONCA EUROPE	World Organization of National Colleges Academies (Avrupa Genel Pratisyenlik-Aile Hekimliği Birliği)
YÖK	Yükseköğretim Kurulu

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Bölgelerinde 1990 ve 2011 Yılları LE Değeri	21
Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Bölgelerinde 2007 Yılı HALE Değeri	21
Tablo 3. Yıllara Göre Evde Sağlık Hizmetleri	48
Tablo 4. Genel Demografik Bilgiler	63

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yaş ile Bağımsız Yaşamın İlişkisi	5
Şekil 2. Nüfus Piramidi 2013-2075	20
Şekil 3. Evde Bakım Hizmetleri	45
Şekil 4. Türkiye’de 1935-2023 Yılları Arası Nüfusun Yaş ve Cinsiyet Yapısındaki Değişim.....	62

EKLER

Ek 1. Katkı Sağlayan Kamu Kurum ve Kuruluşlar.....	136
Ek 2. Katkı Sağlayan Üniversiteler.....	137
Ek 3. Katkı Sağlayan Sivil Toplum Kuruluşları	138
Ek 4. Katkıda Bulunan Kişiler	139

**TÜRKİYE SAĞLIKLI YAŞLANMA
EYLEM PLANI
2015-2020**

GİRİŞ

Yirmi birinci yüzyılda ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan birisi nüfusumuzun yaşlanmasıdır. Dünyada insanlar daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta ve yaşlı nüfus sayısal olarak artmaktadır. Gelişmiş ülkelerde daha belirgin olan yaşlanma olgusu, artık gelişmekte olan ülkeler açısından da önem kazanmakta olup ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Nüfus yaşlanması, sağlıktan sosyal güvenliğe, eğitime, iş imkânlarına ve aile hayatına kadar toplumun her yönünü etkilemektedir. Yapılan araştırmalar, ülkemizin yeni bir demografik yapıya geçmekte olduğunu göstermektedir. Ülkemizdeki 65 yaş üzeri nüfus 2012 yılında yüzde 7,5 iken, 2023 yılında yüzde 10,2, 2050 yılında yüzde 20,8 ve 2075 yılında ise yüzde 27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (1). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) projeksiyonlarına göre, 2012 yılında 65 yaş ve üzerindeki nüfus 5,7 milyon iken, 2023 yılında 8,6 milyona 2050 yılında 19,5 milyona, 2075 yılında ise 24,7 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (2).

Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2013 yılı sağlık istatistiklerine göre ülkemizde, 1990 yılında 66 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi, 2011 yılında 76 yıla çıkmıştır. Doğumda beklenen yaşam süresi erkeklerde 73, kadınlarda ise 78 yıl olarak belirlenmiştir (3). TÜİK verilerine göre, doğumda beklenen yaşam süresi her iki cinsiyette 2010 yılı için 74,6, 2050 yılı için 78,5 olarak tahmin edilmekte olup 2013 yılı için doğumda beklenen yaşam süresinin erkeklerde 74,7, kadınlarda ise 79,2 yıl olduğu, bu oranın 2023 yılında erkeklerde 75,8, kadınlarda ise 80,2 olacağı tahmin edilmektedir (4).

DSÖ'ye göre sağlık; bireyin beden, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (5). Doğuşta beklenen yaşam süresinin uzamasının yanı sıra yaşamın niteliğinin de artması (yaşam kalitesi) sağlanmalıdır. Sağlığın bütüncül tanımı içerisinde hem beklenen yaşam süresi, hem de yaşam kalitesinin artırılması kavramlarını ele almak gerekir.

Başarılı yaşlanma; yalnızca sağlık yönünden değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin varlığını işaret eden bir kavramdır. Yaşam uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma, başarılı yaşlanmanın literatürde ortak kabul gören temel göstergeleridir (6).

Bu bağlamda başarılı yaşlanma; bireyin kendini yaşlılığa hazırlama sürecinde sosyal çevresini ve ilişkilerini canlı tutmak, sağlık sorunlarını en aza indirmek için koruyucu önlemler almak, bellek ve fiziksel işlevlerini geliştirici çabalar içinde olmak ve yaşama pozitif bakmasını becerebilmek anlamına gelmektedir (7).

İnsan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek amacı ile özel ihtiyacı olan bireylere yönelik sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi çalışmaları sürdürülmektedir.

GENEL PRENSİPLER

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı, birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak ve bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan kişilerin uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlayarak ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermek için hazırlanmıştır. Eylem planında hedef ve stratejilerin önceliği, paydaş kurum ve kuruluşlar ile yürütülecek destekleyici çalışmaların temel çerçevesi belirlenmektedir.

VİZYON

Toplumun yaşlanmasını tehdit unsuru olmaktan çıkarıp fırsata dönüştürerek, insanların sağlıklarını ve fonksiyonel kapasitelerini sürdürmelerini sağlamak ve itibarlı yaşayarak iyi olmalarından mutluluk duymaktır.

MİSYON

Sağlık Bakanlığı çalışmaları kapsamında yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmetlerini geliştirmek amacı ile bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlarla mücadele çalışmalarını desteklemek, toplumumuzun sağlık düzeyini yükseltme ve sağlıklı yaşlanmaya dair politikaların geliştirilmesi, uygulanması ve izleme değerlendirme çalışmalarının yapılmasıdır.

Sanayi devrimi ile birlikte başlayan süreçte çevresel koşulların iyileşmesi, eğitim düzeyinin yükselmesi, gelir düzeyi ve dağılımında iyileşme, dengeli ve yeterli beslenmenin sağlanması, barınma koşullarının düzelmesi, hijyen, sağlık hizmetlerinin var ve ulaşılabilir olması, çevreye ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle birlikte; anne, bebek ve çocuk ölümlerinin azalması, enfeksiyon hastalıklarının görülme sıklığının azalması ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılması ve bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu yönde etkilemiştir. Küreselleşme, bu süreci çoğu ülkede daha da hızlandırmakta ve bu durum gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun artışına katkıda bulundurmaktadır.

Daha sağlıklı ve daha aktif yaşlı bireylerin oluşturulması için yaşlılara yönelik sürdürülebilir politikalar düzenlenmeli, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinde nüfustaki demografik değişiklikleri ciddiye alan önlemler alınmalı, eğitim ve istihdam politikaları da değişime uyum sağlamalıdır.

Ülkemizde yaşlı nüfustaki artışa uygun olarak sağlık sistemi cevabının geliştirilmesi için Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesine benzer olarak Avrupa Sağlıklı Yaşlanma Strateji ve Eylem Planı (2012-2020) ve Sağlık 2020 hedeflerine paralel olarak, ülkemizin hedef ve stratejilerinin hayata geçirilmesi amaçlanmaktadır.

Eylem planının başarılı olarak uygulanabilmesi için;

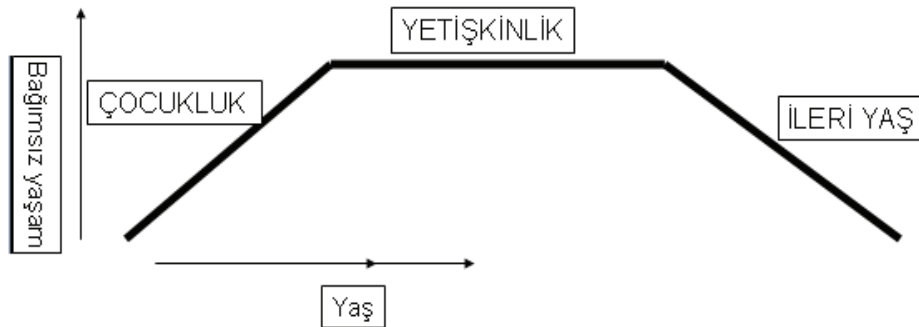
- İyi bir başlangıç veya düzenleme yaparak yaşlı bireylere yönelik başarılı politikaların hazırlanabileceği ve değerlendirilebileceği,
- Gönüllü destekçilerin katkısı ile birey ve toplum düzeyinde sağlıklı yaşlanma stratejilerinin hayata geçirilebileceği,
- Sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesinin yaşam boyu sağlık yaklaşımına katkıda bulunacağı,
- Kadın ve erkek yaşının ihtiyacına uygun hizmet alması için cinsiyet odaklı yaklaşımın stratejilerde yer almasının önemli olduğu,
- Kamu sektörü, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarının katkıları ile tüm politikalarda sağlık yaklaşımının ve sektörler arası işbirliğinin gerekliliği,
- Sağlıkta dönüşüm programı ve yaşlı insanlar için halk sağlığı uygulamalarının güçlendirilmesi ile finansal sürdürülebilirliğin sağlanmasının önemi vurgulanmaktadır.

TÜRKİYE SAĞLIKLI YAŞLANMA EYLEM PLANI STRATEJİLERİ

Strateji 1-Yaşam Boyu Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşlanma

Yaşlılık dönemi; yaşam kalitesinin gerilediği dönemlerden birisidir. Yaşlılık dönemine ilişkin pek çok öncelik sayılabilir. Bu değerlendirmelerde yaşlanmanın gerçekte doğumla başlayan bir süreç olduğu unutulmamalıdır. Bireyler doğduklarında bir başkasına maddi ve manevi anlamda tam bağımlı olarak yaşama başlar, ancak yıllar sonra büyüyüp gelişince tam bağımsız hale gelir. Erişkin dönem, bireyin tek başına hayatta kalabilmeyi başardığı dönemi ifade eder. Yaşın ilerlemesi ile birlikte kronik dejenerasyonlar, hastalıklar, sosyal statüde değişme gibi birden fazla faktörün etkisi ile birey yavaş yavaş bir başkasına maddi ve manevi olarak bağımlı hale gelmeye başlar.

Yaşamın son dönemi aynen doğumda olduğu gibi eğer gerekli önlemler alınmazsa bir başkasına tam bağımlı olduğumuz bir aşamaya ulaşabilir (Şekil 1). Bu nedenle sağlıklı yaşlanma alanındaki çalışmaların amaçlarından bir tanesinin bağımsız geçirilen yaşam süresinin uzatılması, yaşamın ileri yaşlarında bağımlılığın mümkün olduğunca azaltılması veya ileriye ötelenmesi olmalıdır.



Şekil 1. Yaş ile Bağımsız Yaşamın İlişkisi

Bireyin çocukluk ve yetişkin dönemlerindeki yaşam tarzı ve alışkanlıkları, ileri yaştaki sağlık durumunu belirleyen önemli belirteçlerindedir. Sağlıklı yaşlanma doğumla başlayan bir süreç olduğundan, sağlıklı yaşlanma çalışmaları bu hedeflere yönelik olmalıdır.

Gerek toplumda gerekse sağlık hizmeti sunanlarda, yaşam boyu sağlığın geliştirilmesinde temel alınan konu farkındalığın artırılmasıdır.

Madrid II. Yaşlanma Asamblesi'nde bu konuya dikkat çekilmiş, ilgili tüm etkinliklerde sağlık otoritesi, akademisyenler, sivil toplum örgütleri, yerel yönetimlerin iş birliğinin gerekliliği vurgulanmıştır (8).

Strateji 2-Sağlığa Yönelik Risklerden Toplumun Korunması

Yaşlılık, önüne geçilmesi mümkün olmayan biyolojik, kronolojik, sosyal yönleri ve sorunları da olan, her bireyin yaşayacağı bir süreçtir.

Sağlık açısından ise yaşlanmanın önemi çok boyutludur. Yaşlılarda sağlık sorunlarının nedenleri yaşlılıkla birlikte meydana gelen fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarda gerilemeler ve yetersizliklerdir. Meydana gelen bu yetersizlikler sonucunda yaşlı bireyde kronik sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri grubun yüzde 90'ında 1, yüzde 35'inde 2, yüzde 23'ünde 3, yüzde 15'inde 4 ve daha fazla kronik sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir (9).

Günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar yaşam kalitesini ve genel sağlığı arttırmaya odaklanmaktadır. İleri yaşlara kadar sağlıklı kalmak için bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadelenin aktif bir şekilde yürütülmesi gerekmektedir. Başarılı sağlık ve sosyal hizmet politikalarının geliştirilmesi ve hizmetlerin devamlılığının sağlanması, bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadelenin yürütülmesi ile mümkün olacaktır.

Yaşlı bireylerin biyolojik ve zihinsel sağlığını sürdürmesi, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma vb. temel öğelerin yerine getirebilmesi ile aktif ve bağımsız bir yaşam sürmesi sağlanır. Aktif yaşam psikolojik ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin varlığını işaret eden bir durumdur.

Strateji 3-Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması

Genel olarak yaşlı sağlığı ve aktif yaşlanma programının doğrudan birinci basamak sağlık hizmet sunumunda uygulanması amaçlanmıştır. Yaşlılara doğrudan sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren bu merkezler; kolay ulaşılabilir olması, yaşlılara pozitif ayrımcılık uygulaması, sağlıklı yaşlanma ve etkin bakım hizmeti sunumu planlanması gibi gelişmiş uygulamalar içermektedir.

Çalışmalar yaşlı nüfusun genç nüfusa göre sağlık hizmetlerini doğal olarak daha fazla kullandığını göstermektedir. Yaşam süresinin uzamasıyla ortaya çıkan sorunlar nedeniyle sağlık ölçütlerindeki eğilimlerin farkına varılması gerekmektedir. Bu eğilimlerin değerlendirilerek kaynakların etkili kullanımı önerilmektedir. Özellikle yaşlılarda ölüm nedenlerini, hastalık ve fonksiyonel yetersizlik ölçütlerini, sağlıklı yaşlanma faktörlerini ve hastalık maliyetlerindeki eğilimleri belirlemek önem taşımaktadır.

Yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerinin kolay ulaşılır olması, geriatri hizmetinin eğitimli bir sağlık ekibi tarafından verilmesi, bekleme sürelerinin en aza indirilmesi, gereksinimlerin sosyal boyutlarıyla birlikte ele alınması gerekmektedir. Aile hekimleri, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde yer alan diğer alan uzmanları ile koordinasyonu sağlayabilmelidir. Etkili bir geriatik hasta hizmeti multidisipliner bir yaklaşımla, interdisipliner bir ekip tarafından yapılmalıdır. Bu konuya birinci basamak hekimlerinin temel eğitimleri sırasında ağırlık verilmelidir.

Gelişmekte olan ülkelerin, bir yandan nüfusundaki demografik değişikliklerin üstesinden gelmeye çalışması (göreceli olarak en fazla paya sahip olan genç nüfusun gereksinimlerine çözüm bulmaya çalışırken zaman içinde artmaya başlayan yaşlı nüfus için politika geliştirmek ve uygulamak), diğer yandan da ülkenin kalkınması ve refah düzeyinin iyileştirilmesi için de çözümler geliştirmesi gibi bir ikilem içinde olmaları da kaçınılmazdır. Bunun için de tutarlı nüfus politikalarına ve sürdürülebilir beşeri sermaye yatırımlarına ihtiyaç vardır.

Yaşlıların değişen toplum içinde ihtiyaçlarının farklılaşması ile belirlenen politikaların tekrar gözden geçirilerek geliştirilmesi ve yeni stratejiler üzerinden projeler üretilmesinin sağlanması öngörülmektedir.

Strateji 4-İzleme ve Değerlendirmenin Güçlendirilmesi

Başarılı sağlık reformlarının gerçekleştirilmesinde ve izlenen politikalarının başarısının değerlendirilmesinde kanıta dayalı bilginin esas alınması gerekir. Yaşlının sağlığının korunması, yaşlıya yönelik sağlık hizmet sunum kalitesinin artırılması ve sosyal hizmetler ile entegrasyonunun güçlendirilmesine yönelik müdahale alanlarının belirlenmesi amacı ile veriler derlenmelidir. İstatistiki kanıtlar politikaları yönlendirmede değerlendirilmeli ve ülkemizin iyi uygulama örnekleri uluslararası alanda paylaşılmalıdır.

ÖNCELİKLİ MÜDAHALE YAKLAŞIMLARI

Yaşlanma, yaşın ilerlemesi ile birlikte ilerleyici fizyolojik değişikliklerin meydana gelmesi beklenen, akut ve kronik hastalıkların görülme sıklığında da bir artış gözlenen normal bir süreçtir. Yaşam boyu sağlığın sürdürülmesi, toplumun sağlığa yönelik risklerden korunması, yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacı ile öncelikli müdahale yaklaşımları belirlenmiştir.

- **Birinci Öncelikli Müdahale:** Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi
- **İkinci Öncelikli Müdahale:** Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi
- **Üçüncü Öncelikli Müdahale:** Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Yeti Yitimi, Yaşlı İstismarı ve Şiddet Konularında Planlamalar ve Etkinlikler Yapılması
- **Dördüncü Öncelikli Müdahale:** Yaşlılıkta Tanı, Tedavi ve İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşlenmesinin Sağlanması
- **Beşinci Öncelikli Müdahale:** Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesi

Birinci Öncelikli Müdahale: Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Yaşam boyu sağlığın sürdürülmesi amacı ile yaşlı bireyin aktif ve bağımsız yaşamı teşvik edilmelidir. Aktif yaşam için fiziksel aktivite ve egzersizin önemi büyüktür. Bugün dünyada birçok ülkenin sağlık politikalarında sağlıklı ve aktif yaşam için fiziksel aktivite ve egzersize büyük yer verilmektedir.

Kişilerin fiziksel kapasiteleri yaşla birlikte azalmaktadır, bu durum yaşlıların fonksiyonel bağımsızlıklarını kısıtlamaktadır (10). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'ne (CDC) göre, kronik hastalıklar 65 yaş ve üzerindeki kişilerin yüzde 39'unun günlük yaşam aktivitelerini önemli oranda sınırlamaktadır (11). Yaşları 65-79 arasındaki yaşlıların yüzde 11,5'i hareket etme, banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacını giderme ve yemek yeme gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yardıma gereksinim duymaktadır. Osteoartrit ve diğer romatizmal hastalıklar, 65 yaş ve üzeri yaş grubunun yüzde 50'sinde görülür. Bu sorunlar yaşlılarda işlevsel yetersizliğe neden olmaktadır. Ayrıca duyu kayıpları, kalp hastalıkları, kırıklar, hipertansiyon, diyabet, kanser gibi kronik hastalıklar da günlük yaşantıyı etkilemektedir (12).

Yaşlılarda işitme-görme ve duyu-algı bozuklukları, kalp hastalıkları, kanser, kalça kırıkları ve demans gibi nörokognitif hastalıklar yaygın olarak görülür. Eklem ağrıları ve düşmeler de en sık karşılaşılan problemlerdendir. Ağrı, akut veya kronik ağrı şeklinde gözlenir. Kontrolü oldukça zordur ve çoğunlukla objektif bulgularla paralellik göstermez. Gerilim ve anksiyete, kaslarda spazma ve bunun sonucunda da azalmış aktiviteye yol açar; bu da geri dönüşümlü olarak bir kısır döngüye neden olur.

Düşmeler, normal yaşlanma sürecinin bir parçası değildir; fakat yaşlanmaya bağlı olarak görülen kas-iskelet ve nörolojik sistem bozuklukları ve bunlara bağlı fiziksel fonksiyon kayıpları, polifarmasi olarak adlandırılan aşırı ilaç kullanımı ve çevresel tehlikeler, düşmelerin temelini oluşturur. Sağlık durumunun iyi olmaması, aktivite yetersizliği veya kronik hastalık nedeniyle azalmış hareketlilik, denge bozukluğu ve daha önceki düşme hikâyeleri önemli risk faktörlerindedir.

Yaşlılarda düzenli aktivite ve egzersiz alışkanlığı, kısa ve uzun dönemde sağlıklı yaşlanmanın en önemli belirleyicisidir. Özellikle ileri yaşlarda hastalıkların görülme sıklığını önlemek için egzersiz yapmak önem kazanır. Egzersiz yapmanın, bunlara ek olarak yaşlıların yaşam kalitesini ve kendini iyi hissetme duygusunu olumlu yönde etkileyen sosyal ve psikolojik yanı da vardır.

İkinci Öncelikli Müdahale: Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Birleşmiş Milletler (BM) 2010 yılı raporuna göre; 65 yaş ve üzerindeki bireylerin dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 11'ini oluşturduğu, 2050 yılında ise bu oranın yüzde 26'ya yükseleceği tahmin edilmektedir. Bu rakamlardan hareketle 400 milyon yaşlının gelişmiş ülkelerde, 1,5 milyar yaşlının ise daha az gelişmiş ülkelerde yaşayacağı öngörülmektedir (13). DSÖ 2013 yılı istatistikleri; 21 Avrupa ülkesinde, 60 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranının yüzde 20'yi aştığını göstermektedir (3).

Ülkemizde de durum, dünya gerçeklerine paralellik göstermektedir. Hatta demografik geçiş süreci Türkiye'de, Avrupa ülkelerine kıyasla çok daha kısa bir sürede yaşanacaktır. Doğurganlık oranının düşmesi ve yaşam beklentisinin artması ile Türkiye, genç nüfusa sahip bir ülke olmaktan çıkacaktır.

Yaşları 65'in üstünde olan kişilerin hem sayısı hem de toplam içindeki payı önümüzdeki 20-30 yılda olağanüstü bir hızla artacaktır. Hatta demografik geçiş süreci Avrupa ülkelerine kıyasla ülkemizde çok daha kısa bir sürede yaşanacak ve doğurganlık oranının düşmesi ve yaşam beklentisinin artması ile ülkemiz genç nüfusa sahip bir ülke olmaktan çıkacaktır. Ülkemizde, 2012 yılında yaşlı nüfusun toplam içinde oranı yüzde 7,5 iken bu oranın 2050 yılında, yüzde 20,8'e çıkacağını öngörülmesi de belirtilen tabloyu doğrulamaktadır (1).

Yaşlanan nüfusla beraber sağlık harcamaları, bakım ihtiyacı hızla artmakta ve bu artış son yıllarda ortaya konan rakamsal verilerle dikkat çekici bir hal almanın ötesinde, bugün sosyal güvenlik sistemi son derece güçlü olan ülkeler de dahil olmak üzere tüm ülkeler için geleceğe yönelik ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun artışına paralel olarak kronik hastalıkların toplam sağlık harcamalarındaki yükü de giderek artmaktadır.

Yaşlanmanın sonucu olarak kronik hastalıklarda artışın yanı sıra engelli nüfus ve var olan engellilik derecesinde de artış görülmektedir. Tüm bu etkenler bir araya geldiğinde yaşlılar için sağlık ve sosyal bakım ihtiyacında ciddi bir artış görülmekte ve bu ihtiyacın gelecekte daha da artış göstereceği bilinmektedir.

Uzun dönem bakım ihtiyacını karşılayabilmek için tüm ülkelerin demografik bilgiler ve rakamsal öngörülerden yola çıkarak gelecek planlamalarını yapmaları, bakım modellerini geliştirmeleri gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki sistemlerin daha verimli çalışması için iyileştirme çalışmaları yapılırken, henüz bu konuda bir modele sahip olmayan ülkelerde ise ülke gerçeklerine uygun modellerin en kısa zamanda uygulamaya alınması gerekmektedir. Tüm dünyada artan sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında evde bakım en etkin model olarak öne çıkmaktadır.

Ülkelerin sosyo-ekonomik yapıları, sağlık ve sosyal hizmet modelleri, sosyal güvenlik sistemlerindeki farklılıklar ve kültürel değişiklikleri nedeniyle evde bakım modelleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Tüm gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelerin önemli bir bölümünde ülke ihtiyaçları ve imkânları doğrultusunda evde bakım modellerinin oluşturulduğu, evde bakım hizmetlerinin sağlık ve sosyal hizmetlere ayrıca sosyal güvence sistemine entegre olduğu görülmektedir.

Ülkemiz için bir model geliştirilirken, dünya örneklerinden tek bir modelin örnek alınarak uygulanmaya çalışılmasından ziyade farklı modellerin öne çıkan ve ülkemiz koşullarına uyabilecek parçalarının uyarlanması ve farklı modellerde yaygın olarak gözlenen ortak uygulamaların örnek alınması da önemlidir. Ülkemizde evde sağlık hizmeti ve sosyal hizmet sunumunun entegrasyonu ile evde bakım uygulamalarının sürdürülmesi gerekmektedir.

Üçüncü Öncelikli Müdahale: Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Yeti Yitimi, Yaşlı İstismarı ve Şiddet Konularında Planlamalar ve Etkinlikler Yapılması

Yaşlılar, sosyal ve ekonomik sorunlarının yanı sıra sağlık sorunları nedeniyle zorluk yaşamaktadır. Bu sorunlara bağlı yeti yitimi nedeniyle toplum içinde yaşamlarını sürdürmekte zorluk çekmektedirler. Yaşlıların yaşadığı sağlık sorunları arasında nöropsikiyatrik hastalıklar önemli bir yer tutmaktadır. Yaşlılıkta tedavi ve bakım ortamında görülen depresyon, toplumda görülme sıklığından daha yüksektir.

Çeşitli nedenlerle doktora başvuran hastaların yüzde 15'inde, bakımevlerinde kalanların yüzde 25'inde depresyon olduğu ileri sürülmektedir (14). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, 65 yaş üzerinde majör depresyon yaygınlığı yüzde 6, depresif belirtilerin yaygınlığı ise yüzde 11 olarak saptanmıştır (15).

Yaşlılık psikozları, duygudurum bozuklukları, somatizasyon, anksiyete bozuklukları da eklendiğinde psikiyatrik hastalıkların ciddi sıklıkta var olduğu görülecektir. Özellikle depresyon; yeti yitimi ve erken ölüme en sık yol açan on hastalıktan biridir (16). Yaşlılıkta sık görülen psikiyatrik hastalıkların başında gelen depresyon; yaşam kalitesini azaltması, sağlık harcamalarını arttırması, kronik dahili hastalıkların özellikle de kardiyovasküler hastalıkların prognozunu kötüleştirilmesi ve artmış intihar riskiyle birlikte olması nedeniyle önemli sağlık sorunlarından biridir.

Yaşlılardaki fiziksel hastalıklarda ve son dönemdeki hastalarda özellikle de kanser hastalarında intihar, hasta tarafından mantıklı bir "çıkış yolu" gibi görülebilir. Çoğunlukla buna depresyon da eşlik etmektedir ve bu durum intihar riskini arttırmaktadır (17).

Demans, yaşlılarda sık görülen bir sorundur. 65 yaş üzerinde yüzde 5, 80 yaş üzerinde yüzde 50 oranında görülür. Hastalık başlangıçta sinsi bir unutkanlıkla başlayabileceğinden yaşlılıkta izlenen unutkanlık normal olarak görülmemelidir. Günümüzde mevcut olan ilaçlar ile erken yakalanan vakalarda son noktaya gidiş süresi uzatılmakta, hastanın öz bakım süresi uzatılıp bakıcı yükü azaltılmaktadır (18).

2010 yılı itibariyle, demans sıklığına bakıldığında; Asya'da toplam nüfusun yüzde 4,6'sının, Avrupa'da yüzde 6,2'sinin, Latin Amerika'da yüzde 6,1'inin, Kuzey Amerika'da yüzde 6,9'unun ve dünya genelinde nüfusun yaklaşık yüzde 4,7'sinin demanslı olduğu ifade edilmektedir. Demanslı hasta sayısı en fazla olan ülkeler sıralandığında da ilk sırayı, 5,4 milyon demanslı hastaya sahip olan Çin almakta ve bu ülkeyi sırasıyla, 3,9 milyonla ABD, 3,7 milyonla Hindistan, 2,5 milyonla Japonya, 1,5 milyonla Almanya, 1,2 milyonla Rusya, 1,1 milyonla Fransa ve İtalya ve 1 milyon demanslı hastaya sahip olan Brezilya takip etmektedir. Tüm dünyada 2010 yılı itibariyle demansın ülke ekonomilerine maliyetinin 604 milyar dolar olduğu ve bu maliyetin yüzde 89'unun gelişmiş ülkeler tarafından karşılandığı ifade edilmektedir (19). Bu tabloya, bakım veren aileler, kişiler ve kurumların sorunları da eklendiğinde yaşlı ruh sağlığı ile ilgili standart hizmetlerin planlanması, politikalar geliştirilmesinin önemi bir kez daha göz önüne alınmalıdır.

Dördüncü Öncelikli Müdahale: Yaşlılıkta Tanı, Tedavi ve İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşlemesinin Sağlanması

Hızla gelişen teknoloji ve sayısı gün geçtikçe artan bilimsel çalışmaların etkisiyle sağlık hizmetlerinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Buna bağlı olarak tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik çabaların desteklenmesi ve benimsenmesiyle ortalama yaşam süresi uzamış ve dünya nüfusu içinde yaşlı nüfus artmıştır.

Geriatrik değerlendirme ile doğru tanıyı koymak, medikal tedaviyi geliştirmek, uzun dönem bakım planlarının yapılmasını sağlamak, fonksiyonel durumu geliştirmek, hayat kalitesini arttırmak, hastanın temel özellikleri, özgeçmiş ve tedavinin sonuçlarını belirlemek gerekmektedir. Belirli aralıklarla

kapsamlı geriatrik değerlendirme yapıldığı zaman mortalitede ve bakımevine yerleştirilme oranlarında azalma ve fonksiyonel durumda olumlu yönde gelişme olduğu bilinmektedir.

Beşinci Öncelikli Müdahale: Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesi

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmakta olup, batı ülkelerinde yaşlı nüfus toplam nüfusun yüzde 15'ini oluşturmaktadır. Bununla beraber yüzde 15'lik bu kesim hastaneye kabullerin yüzde 50'den fazlasını ve sağlık kaynaklarının yaklaşık yüzde 40'ını tüketmektedir (20).

Artan yaşlı nüfusa paralel olarak yaşlılara hizmet veren kurum ve kuruluşlar yanında yetişmiş personel ihtiyacı da artmaktadır. Yaşlı birey ile çalışacak olan kalifiye elemanların yaşlı sağlığı ve verilecek hizmetler konusunda eğitimi önem kazanmaktadır.

Dünyada, yaşlı bireyle çalışan sağlık personelinin yetiştirilmesine ve eğitimine önem verilmekte ve artan yaşlı nüfusunun yaratabileceği sağlık sorunlarını azaltmaya çalışılmaktadır. Avrupa ülkeleri ve ABD'de geriatrik hasta yaklaşımının hem öncelikli koruyucu hekimlik hizmetleri içinde hem de uzmanlaşmış hekimlerce sağlanması, bunun yanında diğer ihtisas dallarına da geriatri eğitiminin yerleştirilmesi için çalışmalar yapılmaktadır.

Öncelikle, yaşam boyu sağlıklı olmak ve yaşlanma konularının ilköğretim döneminden itibaren eğitim müfredatlarına konulması toplumun bu konudaki bilinçlenmesinin ilk basamağını oluşturacaktır.

DESTEKLEYİCİ MÜDAHALELER

Türkiye’de 65 yaş üzeri nüfus, günümüzde toplam nüfusun yaklaşık yüzde 7,5’ini oluşturmaktadır. 2050 yılında ise yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının yüzde 20’yi aşacağı tahmin edilmektedir (1). Ülke nüfusunun yaşlanmakta olduğu ve yaşlı bakımına yönelik politikaların ve hizmetlerin ivedilikle planlanması ve uygulamaya geçirilmesi gerektiği görülmektedir.

Ülkemizde uzun dönemli bakım ihtiyacına yönelik hizmetlerin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi çalışmaları sürdürülürken, bakım için duyulan yoğun talebi belli oranda azaltacak ve hizmetlerin kalitesinin ve etkililiğinin artırılmasına destek verecek alternatif hizmetlerin geliştirilmesi de eş zamanlı olarak gerçekleştirilmelidir. Bu noktada dünyada Amerika, İngiltere, Kanada ve Almanya başta olmak üzere, var olan uzun dönemli bakım anlayışı ve alternatif hizmetlerin gözden geçirilmesi yararlı olacaktır.

Sağlıklı yaşlanma ve sağlığın sürdürülebilirliği için belirlenen destek müdahaleleri;

Birinci Destek Müdahale: Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması

İkinci Destek Müdahale: Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Üçüncü Destek Müdahale: Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması için Paydaş Kuruluşlar ile İşbirliğinin Sağlanmasıdır.

Birinci Destek Müdahale: Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması

Yaşlılarda beslenme durumunu olumsuz etkileyen faktörler arasında, yaşlanmayla birlikte olan fizyolojik değişiklikler, akut ve kronik hastalıklar, ağız ve diş sağlığı problemleri, polifarmasi, ekonomik sorunlar, tek başına alışveriş yapamama, yemek hazırlayamama ve yiyememe gibi etkenler önemli yer tutar.

Yetersiz ve dengesiz beslenmenin; şişmanlık, kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet, osteoporoz gibi yaşlılar için yüksek morbidite ve mortaliteye sahip hastalıkların oluşumunda ve seyrinde önemli bir rolü vardır. Yaşlıda özellikle yetersiz beslenme önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

Sağlıksız beslenme ve sonucunda gelişen şişmanlık, beslenmeye bağlı kronik hastalıkların (kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet osteoporoz vb.) oluşumuna neden olur. Obez yaşlılarda kişiye özgü beslenme ve fizik aktivite programları geliştirilerek yaşam tarzı değişikliğinin sağlanması önerilmektedir.

İkinci Destek Müdahale: Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Evde bakım hizmetlerinin temel amacı, yaşlının kendine değer verme duygusu çerçevesinde, ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayarak yaşlıya ya da ailesine destek vermek, işlevselliğini arttırmak, olabildiğince gücünü muhafaza etmesine, bağımsız yaşamasına yardımcı olmak ve tam iyilik halini sağlamaya çalışmaktır.

Evde bakım;

- Ev işleri (çamaşır, alışveriş, temizlik gibi işler), evde yemek hazırlama,
- Kişisel bakım (giyinme, banyo ve kişisel hijyene yardım etme), kişisel acil müdahale (24 saat acil yardım hizmeti),
- Bireylerin tek başına gerçekleştiremeyeceği ağır işler,
- Ulaşım,
- Finansal danışmanlık,
- Eğitim ve evde bakım ekibini oluşturan meslek elemanlarının özel uzmanlık alanları çerçevesindeki sorunların çözümüne yönelik hizmetleri içermektedir.

Evde bakım hizmeti, bireyin alışık olduğu çevrede yaşamını sürdürmesi, alışık olduğu aktivite, hobi ve sosyal etkinlikleri sürdürmesi, tüm aile bireylerinin eğitimini kapsaması gibi önemli yararlarının yanı sıra maliyeti düşük bir hizmettir.

Üçüncü Destek Müdahale: Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması için Paydaş Kuruluşlar ile İşbirliğinin Sağlanması

Bakım hizmeti ihtiyacı değerlendirildiğinde, toplumsal hayata yeniden kazandırılması hayli güç olan, tıbbi bakım gereken tam bağımlı ağır engelli yaşlılar, birinci öncelikli ihtiyaç gruplarıdır.

Yaşlı ve ağır engelli bireylere yönelik bakım hizmetlerinin niteliği ve bireylerin yaşam kalitesinin artırılması büyük önem taşımaktadır. Ancak, ağır engelli yetişkinler ve yaşlılar, bakım konusunda genellikle geri planda kalmaktadır. Bu bireylerin özellikle yaşla birlikte artan yardım ve bakım ihtiyacı sosyal devlet ilkesi temelinde öncelikle ele alınması gereken konulardan biridir.

Yaşlılara sağlık hizmetinin bütüncül olarak sunulması amacı ile kurumsal bakım hizmetleri hususundaki eksikliklerin giderilmesi, bakım hizmetlerine yönelik eğitim programlarının geliştirilmesi, bakım ve rehabilite edici destek teknolojilerinin uluslararası standartlara göre üretimlerinin yaygınlaştırılması, bakım güvence modeli ve bakım sigortası alanında, finansman yönteminin belirlenmesi ve sistemdeki aktörlerin belirlenmesi için paydaş kuruluşlar ile işbirliği sağlayacak çalışmaların gerekli olduğu aşikârdır.

KAYNAKLAR

1. TÜİK.(2013). Erişim:03 Şubat 2014, <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13466>
2. TÜİK.(2013). Erişim:04 Şubat 2014, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>
3. WHO. World Health Statistics 2013. Geneva, World Health Organization.
4. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar 2012: Yayın No:3909, 2013. Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu
5. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, 1986, World Health Organization
6. Danış ZM. Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri. Ankara: Güç-Vak Yayıncılık, 2004:20.
7. Baran AG. Başarılı yaşlanma modellerinin sosyolojik analizi. İçinde: Kalıncara V, Akın G. V. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı. Ankara: Gazi Kitabevi, 2007:236-45.
8. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing. New York: United Nations; 2002. Erişim: 06 Mart 2014. (<http://undesadspd.org/Ageing/Resources/MadridInternationalPlanofActiononAgeing.aspx>)
9. Aydın ZD. Yaşlanan dünya ve geriatri eğitimi. Turk J Geriatrics 1999; 2(4): 179-187.
10. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7: 162-5.
11. Fulmer T, Wallace M, Edelman CL. Older adult, In: Edelman CL, Mandle CL, (Eds). Health Promotion. Toronto: Mosby, 2002. pp: 709-44.
12. Fadılloğlu Ç. İleri Geriatri Hemşireliği. İçinde: Fadılloğlu Ç (Editör): Yaşlılığın Önemi. İzmir: Meta Basım, 2006. s:1-17.
13. United Nations (UN). World Population Prospects the 2010 Revision. Erişim: 22 Ocak 2014.http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/WPP2010/WPP2010_Volume-II_Demographic-Profiles.pdf.
14. NIH Consensus Development Panel on Depression in Late Life: Diagnosis and treatment of depression in late life. JAMA 1992;268(8):1018-1024
15. Uçku R. Küey L, Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi-yarıkentsel bir bölgede 65 yaş üzeri yaşlılarda kesitsel bir alan araştırması- Nöropsikiyatri Arşivi 1992; 29:15-20,

16. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020. Geneva, World Bank, World Health Organization and Harvard School of Public Health, 1996
17. Moscicki, E. K., Epidemiology of Suicide, North American Perspectives, International Psychogeriatrics, Vol: 7, No: 2, 1995, s. 137-148
18. T.C. Sağlık Bakanlığı, (Esk.) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Yaşlı Sağlığı Modülleri: Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, 2011, Ankara
19. WHO. Dementia a public Health Priority. 2012. Geneva, World Health Organization
20. Bernabei R, Carhonin PU: Medical Education. Lancet 1995; 345:1440.

**TÜRKİYE SAĞLIKLI YAŞLANMA
UYGULAMA PROGRAMI
2015-2020**

GENEL BİLGİLER

Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan süreğen ve evrensel bir süreçtir. Ülkemizdeki 65 yaş üzeri nüfus 2012 yılında yüzde 7,5 iken, 2023 yılında yüzde 10,2'ye, 2050 yılında yüzde 20,8'e ve 2075 yılında ise yüzde 27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (1). Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılıkta sık görülen hastalıklar da buna paralel olarak artmaktadır. Yaşa bağlı olarak insan vücudunda çeşitli fizyolojik değişikliklerin gelişmesi, ilaçların metabolizması, etki ve yan etkilerinin değişkenlik göstermesi, hastalıkların ortaya çıkış şekli ve seyrinin farklı olması gibi nedenlerden dolayı yaşlıların sorunlarının tek merkezde yeterli zaman ayrılarak çözülmesi gündeme gelmiş, bu da geriatri kavramını ve ihtiyacını ortaya çıkarmıştır.

DSÖ tarafından geriatrik yaş grubu 65 yaş üzeri olarak tanımlanmıştır (2). Geriatri, 65 yaş üstünün sağlık sorunları, hastalıkları, sosyal hayatları, fonksiyonel yaşamları, yaşam kaliteleri, duygu durumu, bilişsel sorunları, koruyucu hekimlik uygulamaları ve toplum yaşlanması ile ilgilenen bilim dalıdır. Yaşlı hastanın çok yönlü değerlendirilebilmesi anlamına gelen kapsamlı geriatrik değerlendirmede; yaşlıyı etkileyen fiziksel, psiko-sosyal ve çevresel faktörler, hastanın işlevselliği ve medikal değerlendirilmesi birlikte yapılmaktadır.

Yaşlı nüfusun artması yaşlıya özel ihtiyaçları da beraberinde getirmektedir. Giderek yaşlanmakta olan ülkemizde, yaşlının bakım planının yapılması, yaşam kalitesinin arttırılması ve fonksiyonel bağımsızlığının sürdürülmesinin sağlanması için koruyucu hekimlik uygulamaları, hastanın immünizasyonu, gizli kalacak problemlerin özellikle de geriatrik sendromların açığa çıkarılması ve çevresel-sosyal destek verilmesi üzerinde önemle durulması gereken hususlardandır. Yaşlıların sağlık hizmetlerine kolay ve ücretsiz ulaşmaları, hastalıklarının erken tanınması, erken tedavisi, komplikasyonların önlenmesi, zamanında gerekli tedbirlerin alınması ve bu doğrultuda verilecek yaşlı bakım hizmetleriyle yaşlıların yaşam kalitesinin arttırılması sağlanabilir.

Yaşlıların kapsamlı bir şekilde hastanede, poliklinikte, huzurevinde, uzun dönemli bakımevlerinde ve evinde ekip anlayışı ile değerlendirilmesi, hastaneye yatışları, mortaliteyi, fonksiyonel bağımlılığı, ev içi ve ev dışı kazalarını, hastane ve bakımevlerine müracaatı azaltmakta, hayat kalitesini iyileştirmekte, bakım masraflarını düşürmekte, hasta memnuniyetini arttırarak hastanın sağlık ve refaha ulaşmasını sağlamaktadır.

Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde nüfus artış hızının azalması ve yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlılığın artışı ve buna bağlı problemler kaçınılmaz hale gelmiştir. 65 yaş üstü kişilerin, hem sayısı hem de toplam nüfus içindeki payı önümüzdeki 20-30 yılda olağanüstü bir hızla artacaktır. Hatta demografik geçiş sürecinin Avrupa ülkelerine kıyasla ülkemizde çok daha kısa bir sürede yaşanacağı ve doğurganlık oranının düşmesi ve yaşam beklentisinin artması ile ülkemizin genç nüfusa sahip bir ülke olmaktan çıkacağı öngörülmektedir.

Birleşmiş Milletler (BM) 2010 yılı raporuna göre; 65 yaş ve üzerindeki bireylerin dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 11'ini oluşturduğu, 2050 yılında ise bu oranın yüzde 26'ya yükseleceği tahmin edilmektedir. Bu rakamlardan hareketle 400 milyon yaşlının gelişmiş ülkelerde, 1,5 milyar yaşlının

ise daha az gelişmiş ülkelerde yaşayacağı öngörülmektedir (3). DSÖ 2013 yılı istatistikleri; 21 Avrupa ülkesinde, 60 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranının yüzde 20'yi aştığını göstermektedir (4).

Yaşlanan nüfusla beraber sağlık harcamaları, bakım ihtiyacı hızla artmakta ve bu artış son yıllarda ortaya konan rakamsal verilerle dikkat çekici bir hal almanın ötesinde, bugün sosyal güvenlik sistemi son derece güçlü olan ülkeler de dahil olmak üzere tüm ülkeler için geleceğe yönelik ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun artışına paralel olarak kronik hastalıkların toplam sağlık harcamalarındaki yükü de giderek artmaktadır.

DSÖ verilerine göre, günümüzde dünya sağlık harcamalarının büyük bir çoğunluğu kronik hastalıkların tedavisine harcanmakta ve ölümlerin yüzde 60'ı kronik hastalık kaynaklı olarak meydana gelmektedir (5).

2013 yılı itibari ile dünyadaki diyabetli kişi sayısı 382 milyon iken, 2035 yılında bu sayının 471 milyona ulaşması beklenmektedir (6).

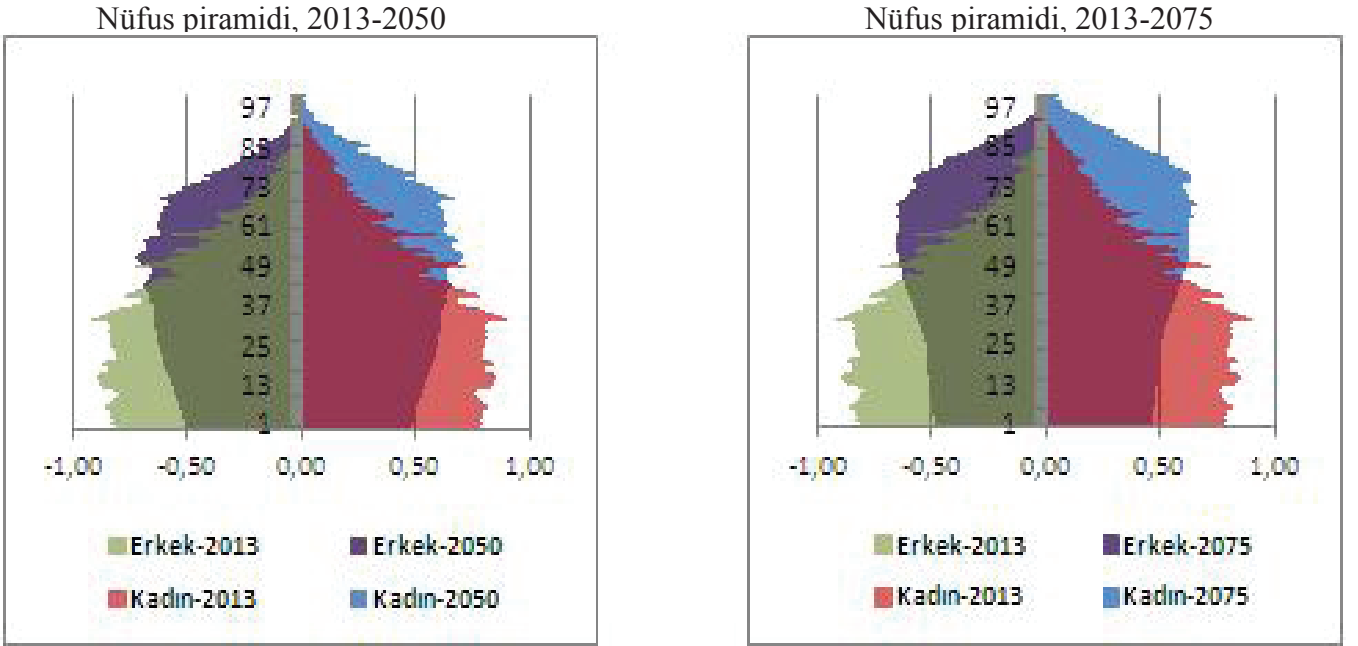
Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığının hastalık yükü araştırmasına göre toplam 22 milyon kronik hastalığı olan birey bulunmaktadır (7). Diğer yandan nüfusumuzun yüzde 12,29'unun engelli bireylerden oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda, ülkemizde ileriki yıllarda dramatik bir hızla artış gösterecek bakım ihtiyacının daha şimdiden ne kadar büyük boyutta olduğu ortaya çıkmaktadır (8).

1. HEDEFLER ve STRATEJİLER

1.1. YAŞAM BOYU SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ ve SAĞLIKLI YAŞLANMA

Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

Ortalama yaşam süresinin hızla uzamasına, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, hastalıkların erken tanısı, etkili tedaviler katkı sunmaktadır. Demografik yapıdaki değişim ve dönüşüme paralel olarak toplumlarda yaşlı nüfusun toplam içindeki payları da artmaktadır. Ülkemizde, 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 2012 yılında yüzde 7,5 iken, 2023’te yüzde 10,2’ye, 2050’de yüzde 20,8’e, 2075’te yüzde 27,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir. 2012 yılında 65 yaş ve üzerindeki nüfus 5,7 milyon kişi iken, 2023 yılında 8,6 milyona, 2050’de 19,5 milyona, 2075’te ise 24,7 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (9).



Şekil 2. Nüfus Piramidi 2013-2075

Kaynak: TÜİK.(2013). Nüfus Projeksiyonları, 2013-2075 Erişim:03 Şubat 2014, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>

Doğuşta beklenen yaşam süresinin uzamasının yanısıra yaşamın niteliğinin de artması (yaşam kalitesi) sağlanmalıdır. Yaşam kalitesini sağlıklı değerlendirebilmek için iki temel göstergenin birlikte ele alınması gerekmektedir. Bunlardan birisi doğuşta beklenen yaşam süresi (Life Expectancy at Birth- LE), bir diğeri de sağlığa ayarlanmış yaşam yılıdır (Healthy Adjusted Life Expectancy - HALE).

Tablo 1’de, DSÖ verilerine göre, doğuşta beklenen yaşam süresinin (LE), 1990 yılından 2011 yılına kadar tüm bölgelerde arttığını, en çok artışın Güney Doğu Asya’da, en az artışın ise Avrupa Bölgesinde gerçekleştiği görülmektedir.

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Bölgelerinde 1990 ve 2011 Yılları LE Değeri

ÜLKELER	LE	
	1990	2011
Afrika	50	56
Amerika	71	76
Güney Doğu Asya	59	67
Avrupa	72	76
Doğu Akdeniz	61	68
Batı Pasifik	70	76

(Kaynak: World Health Statistics 2013. Geneva, World Health Organization, 2013. Erişim: 10 Mart 2014, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf?ua=1)

Tablo 2’de ise; DSÖ’ye göre sağlığa ayarlanmış yaşam yılı (HALE) değerinin en düşük Afrika Bölgesinde, en yüksek Avrupa, Amerika ve Batı Pasifik Bölgelerinde olduğu ve bütün bölgeler için HALE değerinin LE değerinden geride olduğu anlaşılmaktadır. LE ve HALE değerleri arasındaki farkın yüksek olması, yaşam kalitesi açısından istenilen düzeyin yakalanamadığı anlamını taşımaktadır.

Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Bölgelerinde 2007 Yılı HALE Değeri

ÜLKELER	HALE (2007)
Afrika	45
Amerika	67
Güney Doğu Asya	57
Avrupa	67
Doğu Akdeniz	56
Batı Pasifik	67

(Kaynak: World Health Statistics 2010. Geneva, World Health Organization, 2010. Erişim: 10 Mart 2014, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS10_Full.pdf)

Yaşlılık döneminde, yaşlıdaki fizyolojik değişikliklere paralel olarak yaşam kalitesinin bir miktar gerilemesi beklenen bir durumdur. Yaşlının bağımsız olarak hayatını sürdürebilmesi ve yaşamın niteliğinin kaliteli olması için, yaşlılık dönemindeki kronik hastalıkların tedavisi, yaşlıların sağlığını olumsuz etkileyebilecek sosyo-ekonomik koşulların düzenlenmesi, toplumda ve yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi, yaşlı için güvenli ve sağlıklı çevrenin oluşturulması amacı ile gerekli düzenlemelerin yapılması sağlanarak yaşam boyu sağlık ve sağlıklı yaşlanmanın temini mümkün olacaktır.

Yaşam Boyu Sağlık Geliştirilmesi ve Sağlıkli Yaşlanma İçin Belirlenen Hedef ve Stratejiler

Hedef 1- Doğuşta beklenen yaşam süresinin uzatılması için gerekli önlemlerin alınması

Strateji 1

Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığının ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması

Strateji 2

Bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığının ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması

Hedef 2- Yaşlılık döneminde yaşamın niteliğinin artırılması

Strateji 1

Yaşlılık dönemindeki kronik hastalıkların tedavisi

Hedef 3- Toplumda ve yaşlı bireyler arasında sağlıkli yaşam davranışlarının geliştirilmesi

Strateji 1

Yaşlı bireyler arasında sağlıkli yaşam davranışları hakkında farkındalığın artırılması

Strateji 2

Sağlıkli yaşlanma konusunda toplumda farkındalığın artırılması

Hedef 4- Yaşlılara yönelik güvenli ve sağlıkli çevrenin oluşturulması için gerekli düzenlemelerin yapılması

Strateji 1

Yaşlı için ev içi ve dışında güvenli ve sağlıkli çevre koşullarının sağlanması

1.1. Yaşam Boyu Sağlık Geliştirilmesi ve Sağlıkli Yaşlanma

Hedef 1-Doğuşta beklenen yaşam süresinin uzatılması için gerekli önlemlerin alınması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığının ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması	<p>1.1.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Diyabet Programı (2015-2020)</p> <p>1.1.2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020)</p> <p>1.1.3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017)</p> <p>1.1.4. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018)</p> <p>1.1.5. Türkiye Sağlıkli Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017)</p> <p>1.1.6. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017)</p> <p>1.1.7. Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2011-2015)</p> <p>1.1.8. Tüm gruplarda yaşlı popülasyonun risk grubu olarak alınması</p>	Bk. İlgili Programlar	Bk. İlgili Programlar	Bk. İlgili Programlar	Bk. İlgili Programlar
1.2. Bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığının ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması	1.2.1. Tüm çalışmalarda yaşlı popülasyonun risk grubu olarak alınması	Bk. İlgili Çalışma Grubu	Bk. İlgili Çalışma Grubu	Bk. İlgili Çalışma Grubu	Bk. İlgili Çalışma Grubu

Hedef 2-Yaşlılık döneminde yaşamın niteliğinin artırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
2.1. Yaşlılık dönemindeki kronik hastalıkların tedavisi	<p>2.1.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Diyabet Programı (2015-2020)</p> <p>2.1.2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020)</p> <p>2.1.3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017)</p>	Bk. İlgili Programlar	Bk. İlgili Programlar	Bk. İlgili Programlar	Bk. İlgili Programlar

Hedef 3-Toplumda ve yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışları hakkında farkındalığın artırılması	3.1.1. 81 ilde sağlıklı yaşam davranışları eğitimlerinin düzenlenmesi	1. Eğitime alınan yaşlı oranı 2. Eğitimlerin düzenli ve sürekli yapılması	Eğitime alınan yaşlılarda farkındalık yaratma düzeyi	Sağlık Bakanlığı	Sürekli
	3.1.2. Özel gün ve haftalarda eğitimler yapılması	1. İlgili gün ve haftalarda yapılan organizasyon sayısında artma 2. Sağlık Bakanlığı web sayfalarında ilgili etkinliklere yer verilmiş olması 3. Eğitimlerin düzenli ve sürekli yapılması	Eğitime alınan yaşlılarda farkındalık artış oranı	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. İçişleri Bakanlığı 4. Milli Eğitim Bakanlığı 5. Üniversiteler 6. Valilikler 7. TRT 8. STK	
	3.1.3. Sağlık Bakanlığı tarafından yaşlı sağlığına yönelik çalışmaların yaygınlaştırılması için web sayfasının kullanımının ve etkinliğinin artırılması 3.1.4. Yazılı ve görsel materyallerin yanı sıra videoların oluşturulması	Yaşlı sağlığına yönelik web sayfasının oluşturulması	1. Sağlık Bakanlığının web sayfası kullanımında anlamlı artış 2. Yaşlılarda farkındalık artış oranı	Sağlık Bakanlığı	3 yıl

Hedef 3-Toplumda ve yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışları hakkında farkındalığın artırılması	3.1.5. Üniversite ve sivil toplum örgütlerinin halka yönelik eğitim ve etkinliklerin Sağlık Bakanlığı ile koordineli olarak yürütülmesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordineli yürütülen etkinlik, eğitim, vb. sayısı 2. Bu konuda Sağlık Bakanlığının kurum ve kuruluşlarla iletişime geçmesi 	Toplumsal farkındalık artış oranı	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. İçişleri Bakanlığı 4. Üniversiteler 5. STK 	3 yıl
	3.1.6. Sağlıkla yaşlanma konusunda bireylere yönelik eğitim materyali hazırlanması için çalışma toplantısı yapılması	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sağlıkla yaşlanma konusunda bireylere yönelik oluşturulan eğitim materyali 2. Sağlıkla yaşlanma konusunda bireylere yönelik eğitim materyalinin basılarak dağıtılması 	Farkındalık anketleri ve yaşam kalitesi anketleri (5 yılda bir yapılacak)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sağlık Bakanlığı 2. İçişleri Bakanlığı 3. Milli Eğitim Bakanlığı 4. Üniversiteler 5. STK 	2 yıl

Hedef 3-Toplumda ve yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.2. Sağlıkli yaşlanma hakkında toplumda farkındalığın artırılması	3.2.1. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecek sağliğin geliştirilmesi ile ilgili iletişim kampanyalarında yaşli ve yaşli sağliğı temasına yer verilmesi	<p>1. Sağlık Bakanlığı ilgili kampanyalarında yaşli ve yaşli sağliğı temalarının plana alınması</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı ilgili iletişim kampanyalarında yaşli ve yaşli sağliğı temalarına düzenli ve sürekli yer verilmesi</p>	Farkındalık anketleri ve yaşam kalitesi anketleri (5 yılda bir yapılacak)	Sağlık Bakanlığı	2 yıl
	3.2.2. İlköğretim müfredat programına sağliğı yaşlanma, yaşliyla iletişim konularında bilgilerin/egitimlerin eklenmesi ve/veya var olan müfredat programlarının geliştirilmesi	<p>1. Milli Eğitim Bakanlığı temel eğitim programında ilgili konuların düzenli ve sürekli olarak yer alması</p> <p>2. Temel eğitim programlarına alınan yaşli ile ilgili konulara yönelik sosyal faaliyetlerin düzenlenmesi</p>	<p>1. Farkındalık anketleri</p> <p>2. Yaşlılık ile ilgili konulara yönelik sosyal faaliyetler düzenleyen okul oranı</p>	<p>1. Milli Eğitim Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p> <p>3. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p>	3 yıl
	3.2.3. Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yapılan proje tabanlı yarışmalarda sağliğı başliğı altında yaşli sağliğına yönelik projelerin yer almasının sağlanması	Konuyla ilgili projelerin sunulması	İlgili yarışmalarda yer alan proje sayısı	<p>1. Milli Eğitim Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p>	3 yıl

Hedef 3-Toplumda ve yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.2. Sağlıkli yaşlanma hakkında toplumda farkındalığın artırılması	3.2.4. Üniversite öğrencileri ile yaşlı popülasyonun birlikte yer alacağı projelere destek olunması ve kaynak ayrılması	<ol style="list-style-type: none"> İlgili kurumlara götürülen teklif sayısı Üniversitelerde kuşaklar arası iletişim ve entegrasyonu sağlayacak alt birimlerin kurulması 	Üniversite öğrencileri ile yaşlı popülasyonun yer alacağı projelerin uygulanması ve sürdürülebilir olması	<ol style="list-style-type: none"> Sağlık Bakanlığı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı İçişleri Bakanlığı Üniversiteler 	3 yıl
	3.2.5. İşyerlerinde sağlıklı ve başarılı yaşlanma konularında hizmet içi eğitim programlarının yapılmasının sağlanması	İşyerlerinde sağlıklı ve başarılı yaşlanma konularında hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması	Farkındalık anketleri ve yaşam kalitesi anketleri (5 yılda bir yapılacak)	<ol style="list-style-type: none"> Sağlık Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 	3 yıl
	3.2.6. Sağlıkli yaşlanma konusunda sağlık çalışanlarına yönelik materyallerin hazırlanması	Sağlıklı yaşlanma konusunda sağlık çalışanlarına yönelik materyalin hazırlanması için toplantı yapılması	Materyalin basılarak dağıtılması	<ol style="list-style-type: none"> Sağlık Bakanlığı Üniversiteler STK 	2 yıl

Hedef 4-Yaşlılara yönelik güvenli ve sağlıklı çevrenin oluşturulması için gerekli düzenlemelerin yapılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.1. Yaşlılar için ev içi ve dışı güvenli ve sağlıklı çevre koşullarının sağlanması	4.1.1. Yaşlılar için ev içinde güvenli ve sağlıklı çevre koşullarının sağlanması konusunda toplumda farkındalık yaratacak eğitim ve materyallerin oluşturulması	Sağlık Bakanlığı Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi'nde yer alan ilgili modül	İlgili eğitim materyallerinin kullanılması, basılı materyalin dağıtımı	1. Sağlık Bakanlığı 2. Üniversiteler	Sürekli
	4.1.2. Evde sağlık hizmeti yönergelerinin gözden geçirilmesi ve evde sağlık hizmetlerinde güvenli ve sağlıklı çevre oluşturmaya dair personel eğitimlerinin düzenlenmesi	1. Sağlık Bakanlığı Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi'nde yer alan ilgili modül 2. Üniversitelerin ilgili eğitim modüllerden oluşan eğitim materyallerinin kullanılması, basılı materyal oluşturulması	İlgili eğitim materyallerinin kullanılması, basılı materyalin dağıtımı	1. Sağlık Bakanlığı 2. Üniversiteler	2 yıl
	4.1.3. Yaşlı bireylere, ev içinde güvenli ve sağlıklı çevre koşullarının sağlanması konusunda sağlık çalışanları tarafından eğitimlerin verilmesi	Konuyla ilgili toplantı yapılması	Eğitim verilen yaşlı birey sayısı	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. Üniversiteler 4. STK	Sürekli

1.2. BÜTÜN YAŞLILAR İÇİN EGZERSİZ, FİZİKSEL AKTİVİTE ve REHABİLİTASYON HİZMETLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

Yaşlılarda düzenli aktivite ve egzersiz alışkanlığı, kısa ve uzun dönemde sağlıklı yaşlanmanın önemli belirleyicisidir. Fiziksel aktivite, ileri yaşlarda hastalıkların görülme sıklığını önlemeye çalışarak yaşlı sağlığı için önem kazanır.

Sağlıklı yaşlanma için en önemli unsurlardan bir tanesinin fiziksel aktivite olduğunu ifade eden Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), düzenli fiziksel aktivitenin, 65 yaş üstü popülasyonda zihinsel, fiziksel ve sosyal iyilik halini geliştireceğini ve bu kişilerin hastalıklara yakalanma ve sakatlanma riskini de önleyeceğini ifade etmektedir. Bunun yanı sıra, yaşlı bireylerin fiziksel aktivite yapmasının, yaralanma riskini azaltacağı, mental sağlığı ve bilişsel becerileri güçlendireceği, aynı zamanda sosyalleşmeye de katkıda bulunacağı ifade edilmektedir (10).

Aktif yaşam, yaşlı insanların mental sağlığını geliştirir, düşme risklerini azaltır, sosyal iletişimlerini ilerletir ve olabildiğince bağımsız kalmalarına yardım eder. Böylece yaşlı insanların fiziksel açıdan aktif olmaları devam ettiği sürece ekonomik yararlar elde edilir ve tıbbi harcamalar da önemli ölçüde azalır (11). Düzenli fiziksel aktivite vücut sağlığının korunmasında önemli bir faktör olarak yaşam biçimini yansıtmaktadır. Etkili bir fiziksel aktivite programı; kuvvet, sürat, dayanıklılık, denge, fiziksel-zihinsel fonksiyonları ve yaşam kalitesini geliştirebilir (12).

Fiziksel kapasitesi ve fonksiyonel düzeyi azalmış, yaşam kalitesi düşmüş, daha bağımlı ve yaşam sevincini kaybetmiş bir yaşlı toplum profili ortaya çıktığı zaman; yaşlılarda morbidite ve mortalite oranı artmakta, ülkelerde sağlık harcamaları için ayrılan pay büyümekte, üretkenlik azalmakta ve yaşlı bakımı için daha fazla bakım elemanı gerekmektedir.

Yaşlı popülasyonundaki bu sorunlar, ülkelerin ekonomileri ve üretkenlik düzeyleri üzerine ciddi bir yük getirmektedir. Günümüzde Avrupa başta olmak üzere dünya ülkelerinin birçoğu çözüm için acil eylem planları yapmakta ve yaşlılarda fiziksel aktivitenin teşvikini öncelikli bir sağlık politikası olarak hayata geçirmektedir.

Dünyadan Örnekler

Fiziksel aktivite, obeziteyi önlemenin yanı sıra fiziksel ve zihinsel anlamda iyi olma haline de katkıda bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar fiziksel aktivitenin; kalp krizi geçirme ve tip 2 diyabete yakalanma riskini yüzde 50 oranında azalttığını ve bu önemli azalmanın yüksek tansiyon ve bazı kanser hastalıkları için de geçerli olabileceğini göstermiştir (13).

Bunun yanı sıra fiziksel aktivite; stres, anksiyete ve depresyon riskini de azaltmaktadır. Hareketsiz yaşam tarzı, sigara kullanımına bağlı gerçekleşen ölüm oranında ölümlere neden olmaktadır (14). Fiziksel aktivitenin düşme, düşme korkusu ve kırık oluşumu üzerine olan etkileri ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Etkinlik çalışmaları ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda düzenli fiziksel aktivitenin, düşmeleri en az yüzde 30 oranında azalttığı ortaya konulmuştur (15).

Avrupa’da yapılan araştırmada, hareketsiz yaşamın; koroner kalp hastalıklarının yüzde 5,5’inin, tip 2 diyabetin yüzde 6,8’inin, meme kanserinin yüzde 9,3’ünün, kolon kanserinin yüzde 9,8’inin ve tüm ölümlerin yüzde 8,8’inin nedeni olduğunu göstermiştir (16). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde her yıl yaklaşık 1 milyon ölümün yetersiz fiziksel aktiviteden kaynaklandığı ifade edilmektedir (13). 1990’lı yıllarda 65 yaş üzerindeki Amerikalıların yüzde 30’unun düzenli egzersiz yaptığı saptanmıştır ve bu oranı yüzde 60’lara çıkarmak hedef olarak öngörülmüştür (17).

Ülkemizden Örnekler

2007 yılında tamamlanan “Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” dahilinde ve daha sonra yapılan proje ve çalışma toplantıları ve bunların raporları ile “Evde Bakım Hizmetleri”, “Kronik Obstrüktif Hastalıklarda Bakım Hizmetleri”, “Obeziteyi Önleme ve Aktivite” gibi bazı konulara ağırlık verilmiştir. “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” çerçevesindeki fiziksel aktivite rehberinde yaşlılarda egzersiz konusu yer almaktadır.

Yaşlı bireylere egzersiz alışkanlığının kazandırılması, fonksiyonel performans düzeylerinin dolayısıyla da günlük yaşam aktivite düzeylerinin korunmasına yardımcı olur. Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite alışkanlığı olan yaşlıların, hareketsiz yaşam süren bireylere göre daha uzun ve daha iyi genel sağlık düzeyine sahip oldukları gösterilmiştir. Fonksiyonel düzeydeki küçük kazanımlar fonksiyonel düzeyde belirgin değişimlere neden olabilmektedir. Bu nedenle evde bakım modeli çerçevesinde yaşlı bireylerin egzersiz yapmalarına yönelik cesaretlendirilmeleri ve motive edilmeleri, fiziksel ve psiko-sosyal sağlık kazanımları ve iyilik halinin geliştirilmesini olumlu yönde etkilemektedir.

Yaşlı hasta, taburcu olup eve döndüğündeki rehabilitasyon, kişinin doğal yaşantısındaki sorunlarla başa çıkabilmesi ve bağımsız hareketi kısıtlayan engellerin minimuma indirilmesi için ev ve çevresel düzenlemeleri hedefleyen ev rehabilitasyon programları ile devam etmelidir. Risk altında olan yaşlılar için kapsamlı geriatrik değerlendirmeler ve sonrasında çok boyutlu koruyucu ev ziyaret programlarının, mortalite oranında, fonksiyonel kayıplarda ve bakımevi ya da huzurevlerine başvurularda pozitif etkileri olduğu bilinmektedir.

Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite, ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesine Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1- Sağlıkli yaşlanma için sedanter yaşamın önlenmesi ve fiziksel aktivitenin arttırılmasında toplumsal bilincin oluşturulması ve bilgi düzeyinin arttırılması

Strateji 1

Toplumdaki her yaş grubunun, sağlıkli yaşlanabilmek için fiziksel aktivite ve egzersizin önemi konusunda farkındalığın arttırılmasının ve toplumsal bilincin geliştirilmesinin sağlanması

Strateji 2

Toplumda yaşlılık ve yaşlanma ile ilgili sosyal sorumluluk projelerinin geliştirilmesi ve sosyal paylaşımın arttırılması

Strateji 3

Üniversiteler veya diğer bilimsel kurum, kuruluş veya meslek dernekleri aracılığıyla veya bu kurumlarla yapılan ortak çalışmalarla toplumda normal yaşlanma süreci, sağlıkli yaşlanma ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgi düzeyini ve bu konu ile ilgili bilimsel çalışmaları arttırmak, bu konuda çalışan üniversite, kurum, kuruluş ve meslek derneklerini desteklemek

Hedef 2- Yaşlılığa bağlı olarak veya yaşlılıkta sıklıkla ortaya çıkan kronik hastalıkların önlenmesi, maliyet etkinliği ile ilgili çalışmaların yapılması ve sağlık harcamalarının azaltılması

Strateji 1

Kas iskelet sistemi ve yaşlılığa bağlı kronik hastalıklar ve bu hastalıkların önlenmesine yönelik hedeflerin geliştirilmesi ve bu konuda toplumsal farkındalığın arttırılması

Strateji 2

Yaşlılık sürecinde kas iskelet sistemi ve diğer sistemlerde meydana gelen değişikliklerin ve kronik hastalıkların; egzersiz, fiziksel aktivite, rekreasyonel aktiviteler ve spor aracılığıyla önlenmesi

Strateji 3

Kronik hastalıklarda hastaneye başvuru ve hospitalizasyon süresinin, sıklığının ve kronik hastalıklara bağlı devamlı bakım gerektiren yaşlı sayısının azaltılması, yaşlı bakım maliyetlerinin düşürülmesi

Hedef 3- Yaşlılarda denge kaybı, düşme ve düşme korkusuna yol açabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi ve azaltılmasına yönelik koruyucu ve rehabilitatif yaklaşımların geliştirilmesi

Strateji 1

Denge ve düşme konusunda eğitim, düşmeler ve kırıkların engellenmesi konusunda fiziksel aktivite ve egzersizlerin öneminin kavranması ve hizmetlerin geliştirilmesi

Hedef 4- Günlük yaşam aktivitelerinde ve toplumsal katılımı yarı bağımlı ve bağımlı olan yaşlılar için, rehabilitasyon ihtiyaçlarının belirlenmesi, mesleki ve sosyal rehabilitasyonları dahil tüm rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi

Strateji 1

Günlük yaşam aktiviteleri ve toplumsal katılımı yarı bağımlı veya bağımlı olan yaşlıların ihtiyaçlarının belirlenmesi

Strateji 2

Mortalite ve morbidite riski fazla olan yaşlılara özel rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi ve toplumsal katılımı arttırmak için fiziksel aktivite programlarının düzenlenmesi

Strateji 3

Yurt dışında yaşayan yaşlı vatandaşlarımızın yaşlı bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini ülkemizde alabilmesi veya yabancı yaşlıların kısa veya uzun süre ile ülkemizde yaşlılara yönelik sağlık bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanabilmesi için sağlık turizmi ve rehabilitasyon turizmi hizmetlerinin geliştirilmesi

1.2. Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Hedef 1-Sağlıklı yaşlanma için sedanter yaşamın önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasında toplumsal bilincin oluşturulması ve bilgi düzeyinin artırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>1.1. Sağlıklı yaşlanabilmek için fiziksel aktivite ve egzersizin önemi konusunda farkındalığın artırılmasının ve toplumsal bilincin geliştirilmesinin sağlanması</p>	<p>1.1.1. İlköğretim, orta öğretim ve yükseköğretim kurumlarında normal yaşlanma süreci, sağlıklı yaşlanma ve fiziksel aktiviteye yönelik müfredat programlarının geliştirilmesi; konu ile ilgili bilgilendirici kitap, film, broşür ve tanıtıcı konferanslarla bu bilincin artırılması</p>	<p>1. İlköğretim, orta öğretim ve yükseköğretim kurumlarında anlatılan ders, ders içerikleri ve öğrenci sayısı 2. Eğiticilerin veya öğretmenlerin bilgilendirme eğitimi için yapılan eğitim toplantılarının içerikleri ve sayısı 3. Okullarda tanıtım ve bilgilendirme için basılan broşür, kitapçıkların sayısı veya hazırlanan görsel materyallerin (slayt, video, film gibi) içeriği ve sayısı</p>	<p>1. Toplumda ilköğretim düzeyinden başlayarak yaşlıya pozitif yaklaşımların geliştirilmesi sonucu fiziksel aktivite ve egzersizlerin sağlıklı yaşlanma üzerindeki önemini bilen gençlik 2. Aktif yaşlanmanın önemini kavramış, bu bilinçle kendini yaşlılık dönemine hazırlayan, sağlıklı ve aktif gençler</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı 2. İşleri Bakanlığı 3. Milli Eğitim Bakanlığı 4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 5. Kalkınma Bakanlığı 6. Hazine Müsteşarlığı 7. SGK 8. Nüfus Etütleri Enstitüsü 9. YÖK 10. Üniversiteler 11. TRT 12. Basın ve Yayın Kuruluşları 13. STK</p>	3 yıl

Hedef 1-Sağlıklı yaşlanma için sedanter yaşamın önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasında toplumsal bilincin oluşturulması ve bilgi düzeyinin artırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Sağlıklı yaşlanabilmek için fiziksel aktivite ve egzersizin önemi konusunda farkındalığın artırılmasının ve toplumsal bilincin geliştirilmesinin sağlanması	1.1.2. Toplumun diğer kesimlerindeki bazı eğitim ve meslek kurumlarında (askerlik eğitimi, polislik ve öğretmenlik gibi) veya diğer kuruluşlarda (sivil toplum örgütleri veya meslek dernekleri) yaşlılık, sağlıklı yaşlanma ve fiziksel aktivite ile ilgili bilincin artırılması	Askerlik eğitimi sırasında erlere, polislik veya öğretmenlik gibi mesleklere yaşlılara yönelik farkındalık, bakım ve sosyal paylaşımlar konusunda verilen eğitimlerin içeriği ve sayısı	1. Yaşlılar ve yaşlı bakımı konusunda bilgisi artmış meslek mensupları ve sivil toplum örgütleri 2. Yaşlı sağlığı ve bakımı konusu ile ilgili toplumsal sorumluluk projelerinde rol alabilecek bireyleri artmış toplum 3. Toplumsal farkındalığın kontrolü için yapılan anket çalışmaları ve sonuçları	1. Sağlık Bakanlığı 2. İşçileri Bakanlığı 3. Millî Eğitim Bakanlığı 4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 5. Kalkınma Bakanlığı 6. Hazine Müsteşarlığı 7. SGK 8. Nüfus Etitleri Enstitüsü 9. YÖK 10. Üniversiteler 11. TRT 12. Basın ve Yayın Kuruluşları 13. STK	3 yıl
	1.1.3. Basın-yayın kuruluşları aracılığı ile normal yaşlanma süreci, aktif ve sağlıklı yaşlanma ile ilgili toplumsal bilincin artırılması, toplumda bulunan aktif ve sağlıklı yaşlı birey örneklemeleri ile modeller oluşturma	1. Yazılı basında bu konu ile ilgili olarak yazılan yazılar veya röportajların sayıları ve içerikleri 2. Görsel ve işitsel basında (radyo ve televizyon) konu ile ilgili olarak yapılan programların ve söyleşilerin sayısı, açık oturumlar ve tartışmalar, bu programların aldıkları izlenme oranları, toplumdaki veya basından gelen olumlu veya olumsuz eleştiriler	1. Egzersiz bilinci artmış yaşlılar 2. Fiziksel aktivite düzeyi yeterli ve artmış olan yaşlılar 3. Fonksiyonel aktiviteleri artmış, yaşam kaliteleri gelişmiş, sosyal izolasyondan uzaklaşmış yaşlı bireyler 4. Yaşlıları daha aktif ve üretken olan toplum		

Hedef 1-Sağlıklı yaşlanma için sedanter yaşamın önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasında toplumsal bilincin oluşturulması ve bilgi düzeyinin artırılması				
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş
1.2. Toplumda yaşlılık ve yaşlanma ile ilgili sosyal sorumluluk projelerinin geliştirilmesi ve sosyal paylaşımın artırılması	1.2.1. İlköğretimden başlayarak çeşitli yaşlardaki öğrenci gruplarının huzurevi ve bakımevleri başta olmak üzere yaşlı nüfusun yoğun bulunduğu yerlerde yaşlı bakımı ve günlük yaşam aktivitelerine katkıda bulunacak tarzda zaman geçirmelerinin sağlanması ve sosyal paylaşım alanlarının veya zamanlarının artırılması	1. Gençler ve yaşlıların ortak zaman geçirmesini ve sosyal paylaşımını gerçekleştiren ilk, orta veya yükseköğretim kurumlarının sayısı, bu sosyal paylaşımın özelliği ve uygulama frekansı 2. Yaşlılarla ilgili sosyal sorumluluk projelerinde yer alan öğrencilerin sayısı ve bu öğrencilerden gelen geri bildirim raporları, aynı şekilde yaşlılardan gelen geri bildirimler ve memnuniyet ölçükleri	1. Gençler ile iletişimi artmış yaşlılar 2. Yaşlılar ile iletişimi artmış gençler 3. Sosyal izolasyonu ve sosyal izolasyona bağlı sağlık sorunları azalmış yaşlılar 4. Toplumda yaşlı, genç ve çocuk olarak ortak zaman geçirmeyi, birlikte öğrenmeyi ve birlikte üretmeyi ve birbirine yardım etmeyi öğrenmiş bireyler 5. Aile ve toplumdaki rolü ve etkinliği artmış yaşlılar 6. Psiko-sosyal durumu değerlendiren ölçükler 7. Yaşam kalitesini değerlendiren ölçükler 8. Yaşam doyumu, iyilik hali ve yaşam memnuniyetini değerlendiren ölçükler	1. Sağlık Bakanlığı 2. İçişleri Bakanlığı 3. Milli Eğitim Bakanlığı 4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 5. Kalkınma Bakanlığı 6. Hazine Müsteşarlığı 7. SGK 8. Nüfus Etütleri Enstitüsü 9. YÖK 10. Üniversiteler 11. TRT 12. Basın ve Yayın Kuruluşları 13. STK
	1.2.2. Orta ve yükseköğretim müfredat programlarında yaşlılarla ilgili zorunlu sosyal sorumluluk projelerinin veya yaşlılarla ortak projelerin geliştirilmesi	1. Yaşlılar ile ilgili sosyal sorumluluk projesi yapan okulların ve bu projelere katılan öğretmenlerin sayısı 2. Okullarda bu konuda yapılan projelerin sayısı, özellikleri, kapsamı ve proje raporlarının sonuçları 3. Belediyeler, huzurevleri, yaşlı bakım evleri ve yaşlılarla çalışan kurumlar veya sivil toplum örgütleri ile yapılan ortak çalışma raporları, kayıt ve istatistikler	1. Yaşlılığı, yaşlılığın normal seyrini, yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunları bilen gençler 2. Toplumsal sorumluluk bilinci gelişmiş, yaşlılarına sahip çıkan ve onları destekleyen gençler 3. Yaşlı bakımında veya yaşlıların sosyal desteğinde yer alan, yaşlıların bakımında tüm dünyaya için sorun haline gelmiş olan aktif insan gücünü oluşturmuş ve toplum sağlığında rol oynayan gençler 4. Sosyal paylaşımın etkinliği ile ilgili anketler	3 yıl

Hedef 1-Sağlıklı yaşlanma için sedanter yaşamın önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasında toplumsal bilincin oluşturulması ve bilgi düzeyinin artırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.3. Üniversiteler, diğer bilimsel kurum, kuruluş ve meslek dernekleri aracılığıyla veya bu kurumlarla yapılan ortak çalışmalarla toplumda normal yaşlanma süreci, sağlıklı yaşlanma ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgi düzeyini ve bu konu ile ilgili bilimsel çalışmaları arttırmak, bu konuda çalışan üniversite, kurum, kuruluş ve meslek derneklerini desteklemek	<p>1.3.3. Üniversiteler, ilgili diğer kurum ve kuruluşlar ve meslek dernekleri ile birlikte yapılacak olan çalışmalarla, topluma ve yaşlı nüfusa ait bilimsel veri tabanının oluşturulması</p> <p>1.3.4. Üniversitelerde bu konu ile ilgili lisans ve lisansüstü araştırma ve tezlerin yapılmasının sağlanması, multidisipliner çalışmalarla sonuçların paylaşılması</p>	<p>Üniversiteler, ilgili diğer kurum ve kuruluşlar ve meslek dernekleri ile birlikte veya her bir kurumun bağımsız olarak yaptığı anket veya tarama çalışmaları, yaşa, cinsiyete göre veya bölgelere göre yapılan karşılaştırmalı çalışmalar ve bu çalışmaların istatistiksel sonuçları</p> <p>1. Lisans ve lisansüstü düzeyde yapılmış olan araştırma, tezlerin raporları veya bunlardan üretilmiş basılı materyaller (makaleler, kitaplar, sözel veya poster sunumları veya bu sunumların özetleri)</p> <p>2. Araştırmalar ve tezlerden çıkan sonuçların yaşlı bakım evleri, kurumları veya toplum sağlığı üzerine olan etkilerini gösteren çıktılar veya anket sonuçları</p> <p>3. Bu konuda yapılan çalışma, proje, araştırma ve tezlerin sayısı, tez yapan öğrenci, danışman ve diğer araştırmacıların geri bildirimleri, tez ve çalışma raporlarının sonuçları ve toplam temelli veya kurumsal bazlı projelerin sayısı, oranları</p>	<p>1. Yaşlılar ile ilgili artmış bilimsel veri tabanı</p> <p>2. Türkiye profiline göre düzenlenmiş, daha bölgesel veya daha yerel sağlıklı yaşlanma rehberine sahip olan toplum</p> <p>1. Yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma ile ilgili daha fazla araştırma sonuçları</p> <p>2. Yaşlılık ve yaşlı sağlığını arttırmaya yönelik klinik uygulamalar veya toplum temelli çalışmalar için daha fazla bilimsel temel</p> <p>3. Yaşam kalitesi ölçülen yaşlı sayısı</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. İçişleri Bakanlığı</p> <p>3. Milli Eğitim Bakanlığı</p> <p>4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>5. Kalkınma Bakanlığı</p> <p>6. Hazine Müsteşarlığı</p> <p>7. SGK</p> <p>8. Nüfus Etütleri Enstitüsü</p> <p>9. YÖK</p> <p>10. Üniversiteler</p> <p>11. TRT</p> <p>12. Basın ve Yayın Kuruluşları</p> <p>13. STK</p>	3 yıl

Hedef 2- Yaşlılığa bağı olarak veya yaşlılıkta daha sık ortaya çıkan kronik hastalıkların önlenmesi, maliyet etkinliği ile ilgili çalışmaların yapılması ve sağlık harcamalarının azaltılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>2.1. Kas iskelet sistemi ve yaşlılığa bağı kronik hastalıklar ve hastalıkların önlenmesine yönelik hedeflerin geliştirilmesi ve bu konuda toplumsal farkındalığın artırılması</p>	<p>2.1.1. Yaşlılığa bağı olarak veya yaşlılıkta daha sık ortaya çıkan kronik hastalıklar hakkında toplumun bilgilendirilmesi 2.1.2. İnaktivite ve sedanter yaşamın, kronik hastalıklar ve onların gelişimi üzerine olan zararlı etkileri konusunda basın-yayın organlarından yararlanılması 2.1.3. Fiziksel aktivite konusunda farkındalık ve istegin oluşturulması</p>	<p>1. Kronik hastalıklar ile ilgili bilgi düzeyini ölçen anket sonuçları 2. TÜİK kayıtları 3. Basın yayın organlarında basılan veya yayımlanan yazılar, programlar ve tanıtıcı filmler</p>	<p>1. Kronik hastalıklar hakkında daha doğru ve daha fazla bilgi sahibi olan toplum 2. Sedanter yaşam ve fiziksel inaktivitenin kronik hastalıklar üzerine zararlı etkilerini bilen toplum 3. Fiziksel aktivite ve egzersizin kronik hastalıklar üzerine olumlu etkisini bilen ve bu konuda farkındalığı artmış bireyler</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı 2. İçişleri Bakanlığı 3. Milli Eğitim Bakanlığı 4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 5. Kalkınma Bakanlığı 6. Hazine Müsteşarlığı 7. SGK 8. Nüfus Etütleri Enstitüsü 9. YÖK 10. Üniversiteler 11. TRT 12. Basın ve Yayın Kuruluşları 13. STK</p>	3 yıl

Hedef 2- Yaşlılığa bağli olarak veya yaşlılıkta daha sık ortaya çıkan kronik hastalıkların önlenmesi, maliyet etkinliği ile ilgili çalışmaların yapılması ve sağlık harcamalarının azaltılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>2.2. Yaşlılık sürecinde kas iskelet sistemi ve diğer sistemlerde meydana gelen değışikliklerin ve kronik hastalıkların egzersiz, fiziksel aktivite rekreasyonel aktiviteler ve spor aracılığıyla önlenmesi</p>	<p>2.2.1. Fiziksel aktivite ve egzersizlerin faydaları ile ilgili örnek model programların oluşturulması</p> <p>2.2.2. Toplum temelli ve yerel bazı yaşlı egzersiz programlarının geliştirilmesi</p> <p>2.2.3. Yaşlı günlükleri organize edilerek fiziksel aktiviteye teşvik sağlanması</p> <p>2.2.4. Yaşlı akran eğitimi sağlayan programların oluşturulması</p> <p>2.2.5. Rekreasyonel aktivitelere ve spora isteği sağlayacak veya arttıracak programların yapılması</p> <p>2.2.6. Rekreasyonel aktivite ve spor konusunda toplumda lider konumdaki kişilerden destek alınması ve işbirliği içinde olunması ve bunlara yönelik programlar hazırlanması</p> <p>2.2.7. Mümkün ise üretime katkı sağlayacak rekreasyonel aktivite programların oluşturulması</p>	<p>1. Fiziksel aktivite ve egzersizlerin kronik hastalıklar üzerine olan olumlu etkilerini anlatan broşür, video veya filmlerin sayısı ve bunların izlenilme ve takip edilme oranları</p> <p>2. Yaşlılar için toplum temelli egzersiz ve fiziksel aktivite programlarını içeren rehber kitapları, broşür ve kitapçıkların sayısı,</p> <p>3. Rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği tüm sağlık kurumlarında, huzurevleri ve spor salonlarında yaşlılar için veya kronik hastalıkları önlemek için verilen egzersiz programlarının toplam sayısı ve bu hizmeti alanların sayısı</p>	<p>1. Egzersiz ve fiziksel aktivite yapan yaşlı sayısı</p> <p>2. Spor yapan ve toplumsal katılımı artmış yaşlı nüfus</p> <p>3. Fiziksel aktivite düzeyi ve performans artmış yaşlı bireyler</p> <p>4. Toplumsal katılımdan memnuniyeti artan yaşlı sayısı</p> <p>5. Rekreasyon ve spor ile günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız ve daha aktif yaşlı birey</p> <p>6. Motivasyonu yüksek, fiziksel aktivite ve aktif yaşama karşı isteği artmış yaşlı birey</p> <p>7. Depresyon, yalnızlık ve sosyal izolasyon duygusu azalmış, toplumdaki üretkenliği ve üretme yetenekleri artmış yaşlı birey</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. İçişleri Bakanlığı</p> <p>3. Milli Eğitim Bakanlığı</p> <p>4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>5. Kalkınma Bakanlığı</p> <p>6. Hazine Müsteşarlığı</p> <p>7. SGK</p> <p>8. Nüfus Etütleri Enstitüsü</p> <p>9. YÖK</p> <p>10. Üniversiteler</p> <p>11. TRT</p> <p>12. Basın ve Yayın Kuruluşları</p> <p>13. STK</p>	3 yıl

Hedef 2-Yaşlığa bağı olarak veya yaşlılıkta daha sık ortaya çıkan kronik hastalıkların önlenmesi, maliyet etkinliği ile ilgili çalışmaların yapılması ve sağlık harcamalarının azaltılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>2.3. Kronik hastalıklarda hastaneye başvuru ve hospitalizasyon süresinin, sıklığının ve kronik hastalıklara bağı devamlı bakım gerektiren yaşlı sayısının azaltılması, yaşlı bakım maliyetlerinin düşürülmesi</p>	<p>2.3.1. Hastaneye başvuruların azaltılması için kronik hastalıkları önleme programlarının geliştirilmesi</p> <p>2.3.2. Kronik hastalıkların tedavisinde egzersizin önemini anlatan bilgilendirmelerin yapıldığı ünitelerin kurulması</p> <p>2.3.3. Her türlü kronik hastalık için egzersiz programlarının geliştirilmesi</p> <p>2.3.4. Sağlık harcamalarının azaltılmasıyla ortaya çıkan mali yararları gösteren broşür, kitapçık ve diğer istatistik raporlarının hazırlanması ve bunların gerekli kurum kuruluş ve topluma bilgi olarak sunulması</p>	<p>1. Aile hekimliği ve birinci basamak hizmet kayıtları</p> <p>2. Evde bakım hizmetlerinden sorumlu kişilerin kayıtları</p> <p>3. Yaşlı bakımevi, gündüz bakımevi, huzurevi kayıtları</p> <p>4. Hastane kayıtları</p> <p>5. Sağlık Bakanlığı ve SGK'ya ait sağlık harcama kayıtları</p>	<p>1. Aile hekimine başvuran hastaların sayısında azalma</p> <p>2. Birinci basamak sağlık hizmet gereksiniminde ve hizmet harcamalarında azalma</p> <p>3. Evde bakım hizmetine gereksinim duyan yaşlı sayısında ve evde bakım hizmeti veren kişilerin sayısında azalma</p> <p>4. Devamlı bakım veya kurumsal bakım (yaşlı bakım evi gibi) gerektiren hasta sayısında azalma, buralardaki bakım veya sağlık harcamalarında azalma</p> <p>5. Hastanelere yatış ve kabulünde azalma</p> <p>6. Hastanede yatış süresinde ve sağlık harcamalarında azalma, daha az sayıda sağlık personeli gereksinimi</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>3. Milli Eğitim Bakanlığı</p> <p>4. İçişleri Bakanlığı</p> <p>5. Kalkınma Bakanlığı</p> <p>6. Hazine Müsteşarlığı</p> <p>7. SGK</p> <p>8. YÖK</p> <p>9. Üniversiteler</p> <p>10. Basın ve Yayın Kuruluşları</p> <p>11. STK</p>	3 yıl

Hedef 3-Yaşlılarda denge kaybı, düşme ve düşme korkusuna yol açabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi ve azaltılmasına yönelik koruyucu ve rehabilitatif yaklaşımların geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>3.1. Denge ve düşme konusunda eğitim, düşmeler ve kırıkların engellenmesi konusunda fiziksel aktivite ve egzersizlerin öneminin kavranması ve hizmetlerin geliştirilmesi</p>	<p>3.1.1. Denge kaybı ve düşmeye yol açabilecek iç ve dış faktörler hakkında yaşlıların bilgilendirilmesi, farkındalığın artırılması için eğitim programları ve materyallerinin düzenlenmesi</p> <p>3.1.2. Fiziksel aktivitelerin denge ve düşmeler üzerine olan olumlu etkilerinin artırılması için yaşlı yakınları ve yaşlıya bakım verenlere yönelik kurslar düzenlenmesi ve fiziksel ortamların hazırlanması</p> <p>3.1.3. Yaşlıların yaşadığı ev ve dış çevrenin düşmeyi ve düşme korkusunu önleyecek tarzda düzenlenmesi</p> <p>3.1.4. Düşmeye yönelik kişisel risk faktörlerinin belirlenmesini sağlayacak konu ile ilgili uzman sağlık profesyonellerinin görev yaptığı ünitelerin kurulması</p>	<p>1. Belirli yaş gruplarında düşme insidansına ilişkin istatistikler</p> <p>2. Yaşlılarda hastane, kurum ve evde düşme sıklığı ile ilgili istatistiksel veriler</p> <p>3. Düşmeye bağlı ortaya çıkan komplikasyonların yol açtığı mortalite ve morbidite düzeylerini gösteren raporlar</p> <p>4. Düşme ve komplikasyonlarına bağlı sağlık ve hizmet harcamaları ile ilgili istatistiksel veriler</p> <p>5. Fiziksel aktivite ve eğitimi sonrası düşme insidansında gözlenen değişikliklerin tespitine ilişkin veriler (istatistikî veriler, hastane verileri vs.)</p>	<p>1. Düşme korkusu olmayan yaşlılar</p> <p>2. Düşme insidansı ve kırık gelişimi azalmış yaşlılar</p> <p>3. Denge kaybı ve düşmeye bağlı aktivite limitasyonu olan yaşlıların sayısında azalma</p> <p>4. Evinde ve çevresinde, kurum veya hastanesinde risk faktörlerine yönelik düzenlemelerin yapıldığı kendini güvende ve yetkin hissedilen yaşlılar</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. İçişleri Bakanlığı</p> <p>3. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p>	3 yıl

Hedef 4-Günlük yaşam aktivitelerinde ve toplumsal katılımda yarı bağımlı ve bağımlı olan yaşlılar için rehabilitasyon ihtiyaçlarının belirlenmesi, mesleki ve sosyal rehabilitasyonları dahil tüm rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.1. Günlük yaşam aktiviteleri ve toplumsal katılımda yarı bağımlı veya bağımlı olan yaşlıların ihtiyaçlarının belirlenmesi	<p>4.1.1. Yaşlıların fonksiyonel durumunun, işlevsellik, yeti yitimi ve sağlığın uluslararası sınıflandırmasına göre belirlenmesi</p> <p>4.1.2. Geçici ya da kalıcı yeti yitimi, aktivite limitasyonu ve toplumsal katılımı olan, yarı bağımlı ve bağımlı yaşlı profilinin belirlenmesi</p> <p>4.1.3. DSÖ ve uluslararası veri tabanına göre yaşlılar için önemli hastalıklara sahip yaşlılarda önceliğin saptanması</p> <p>4.1.4. Fiziksel aktivite düzeyi yaşlanma, kronik hastalıklar ve hareketizliğe bağlı olarak ortaya çıkan fonksiyonel kayıpların düzeyini belirleyen standartların saptanması; bununla ilgili klinik ve saha çalışmalarının tespit edilmesi</p>	<p>1. Fiziksel fonksiyon sonuçları</p> <p>2. Aktivite limitasyon değerlendirmeleri</p> <p>3. Toplumsal katılım değerlendirme sonuçları</p>	<p>1. Fonksiyonel durum değerlendirmesine göre yaşlıların fonksiyonel seviyesini bilen ve buna göre hedef belirleyen sağlık politikalarının oluşturulması</p> <p>2. Yaşlı nüfusun rehabilitasyon ihtiyaçlarını belirleyerek, rehabilitasyon ve bakım hizmetleri konusunda daha stratejik ve hedefe yönelik sağlık politikaları geliştiren Sağlık Bakanlığı ve ilgili sağlık kurum ve kuruluşları</p>	<p>1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p> <p>3. İçişleri Bakanlığı</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p>	3 yıl

Hedef 4-Günlük yaşam aktivitelerinde ve toplumsal katılımda yarı bağımlı ve bağımlı olan yaşlılar için rehabilitasyon ihtiyaçlarının belirlenmesi, mesleki ve sosyal rehabilitasyonları dahil tüm rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>4.2. Mortalite ve morbidite riski fazla olan yaşlılara özel rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi ve toplumsal katılımı arttırmak için fiziksel aktivite programlarının düzenlenmesi</p>	<p>4.2.1. Mortalite ve morbidite riski fazla olan yaşlılara öncelikli rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması</p> <p>4.2.2. Multidisipliner rehabilitasyon ekiplerinin oluşturulması ve bu ekiplerle huzurevi, bakımevi, gündüz yaşamevi gibi yaşlıların çoğunlukta bulunduğu kurumlara hizmet vermesi</p> <p>4.2.3. Kamu ve özel sektörde yaşlılara yönelik rehabilitasyon hizmeti verecek merkezlerin oluşturulması ve yaygınlaştırılması</p> <p>4.2.4. Engelli yaşlıların hospitalizasyon sonrası nerede bakım ve rehabilitasyon göreceğinin multidisipliner rehabilitasyon ekibi tarafından belirlenmesi</p> <p>4.2.5. Toplum temelli rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi için ulusal politikaların oluşturulması (kırsal kesim, cezaevi, evsiz kimseler vb.)</p> <p>4.2.6. Kurumsal rehabilitasyon hizmetine ulaşamayacak olan yaşlılara sağlık hizmeti verilebilmesi için gezici rehabilitasyon ekibi ve hizmet araçlarının düzenlenmesi</p> <p>4.2.7. İl idare yönetimlerinde rehabilitasyona ihtiyacı olan ve hizmetlere ulaşamayan yaşlıların belirlenmesi ve yönlendirmesi</p> <p>4.2.8. Toplumun bilinçlendirilmesi, rehabilitasyon hizmetlerine ulaşamayan yaşlılar için gönüllü kuruluşların ve toplum temelli rehabilitasyon ekibinin hizmet planlanması</p> <p>4.2.9. Rehabilitasyona ihtiyacı olan ancak ulaşamayan yaşlılara tele-rehabilitasyon (uzaktan rehabilitasyon) hizmetlerinin planlanması</p> <p>4.2.10. Ulusal politika ve programlarda yeti yitimi, yaşlılarda özür ve engellilik, engelli yaşlı konularının ele alınmasının sağlanması</p> <p>4.2.11. Yeti yitimi olan yaşlılar ve bakım hizmeti verenlerin kendi kendine yardım organizasyonları kurmalarının desteklenmesi ve kolaylaştırılması. Bu konuda sivil toplum kuruluşlarının çalışmalarının desteklenmesi ve cesaretlendirilmesi</p> <p>4.2.12. Yaşlı hobi evleri ve günlük bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin açılması</p>	<p>1. Hospitalizasyon sıklığının azaldığını gösteren veriler</p> <p>2. Hobi evleri ve günlük bakım ve rehabilitasyon merkezlerinden hizmet alan yaşlı sayısı</p> <p>3. Yaşlıların kendisinin ve ailelerinin memnuniyet düzeyleri</p>	<p>1. Yaşlılarda, fiziksel fonksiyonlarda ve sosyal katılımda artış</p> <p>2. Yaşlı bakımını üstlenen ailelerin bakım yüklerindeki azalma</p> <p>3. Hospitalizasyon sıklığında azalma</p> <p>4. Yaşlı rehabilitasyonu ile ilgili yapılan sağlık harcamalarındaki azalma</p> <p>5. Bütünleşmiş rehabilitasyon ve rekreasyon hizmetleri</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>3. İçişleri Bakanlığı</p> <p>4. SGK</p> <p>5. Üniversiteler</p> <p>6. STK</p>	3 yıl

Hedef 4-Günlük yaşam aktivitelerinde ve toplumsal katılımda yarı bağımlı ve bağımlı olan yaşlılar için rehabilitasyon ihtiyaçlarının belirlenmesi ve mesleki ve sosyal rehabilitasyonları dahil tüm rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>4.3. Yurt dışında yaşayan yaşlı vatandaşlarımızın yaşlı bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini ülkemizde alabilmesi veya yabancılara yaşlıların kısa veya uzun süre ile ülkemizde yaşlılara yönelik sağlık bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanabilmesi için sağlık turizmi ve rehabilitasyon turizmi hizmetlerinin geliştirilmesi</p>	<p>4.3.1. Kamu ve özel sektörde ücretsiz ulaşım ve konaklama hizmetlerinden yararlanmalarına yönelik girişimlerin teşvik edilmesi</p> <p>4.3.2. Kırsal kesim dahil olmak üzere yaşlı sağlığı ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmada fırsat eşitliğini sağlamak için kaplıca turizmüne yönelik yeni düzenlemelerin gerçekleştirilmesi ve tesislerde rehabilitasyona muhtaç yaşlılar için kontenjan ayırmasının teşvik edilmesi</p>	<p>1. Ücretsiz ulaşım ve konaklama hizmetlerinden yararlanan yaşlı sayısı</p> <p>2. Kaplıca turizminden yararlanan yaşlı sayısı</p>	<p>1. İyilik hali ve yaşam kalitesi artmış yaşlılar</p> <p>2. Kırsal kesimde rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanması güç olan yaşlıların rehabilitasyonunda artış</p> <p>3. Kaplıcadaki rehabilitasyon hizmetlerinden fayda görmüş yaşlılar</p> <p>4. Sosyal izolasyonu azalmış, toplumsal katılımı artmış yaşlılar</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. İçişleri Bakanlığı</p> <p>3. SGK</p>	3 yıl

1.3. YAŞLILARA YÖNELİK EVDE SAĞLIK HİZMETİ ve EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

Evde bakım kavramı; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici bakımın sürekliliğinin etkili biçimde sağlanması gerekliliğinden hareketle tanımlanan, olağan sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacıyla güden bir bakım sistemini ifade eder.

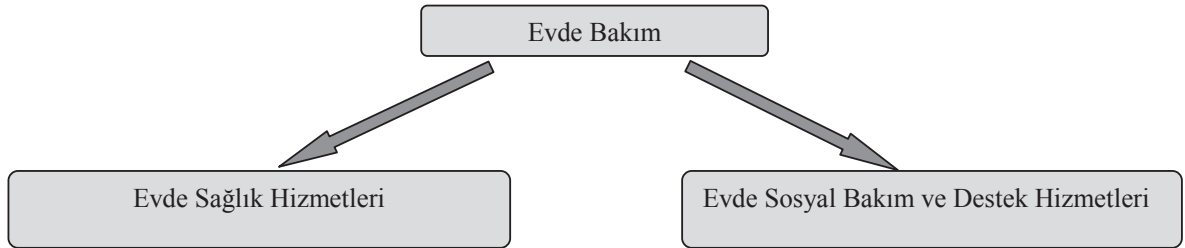
Evde bakım kavramı çeşitli ülkelerde farklı şekillerde ifade edilmekte olup “Evde Bakım, Evde Sağlık Bakımı, Evde Sağlık ve Sosyal Bakım” tanımları genellikle birbirinin yerine kullanılmaktadır. Ülkemizde de evde bakımın tanımı ve kapsamı ile ilgili kavram karışıklığı henüz giderilememiştir. Çoğu zaman evde sosyal destek ve yardım hizmetleri evde bakım olarak tanımlanmaktadır.

Evde bakım; sağlık problemi, kronik ya da terminal hastalığı veya sakatlığı olan bireylere ev ortamında sunulan kısa veya uzun dönemli geniş kapsamlı sağlık ve sosyal hizmetler bütünüdür.

DSÖ’ye göre evde bakım; formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında sunulan bakım hizmetleridir. Daha genel tanımıyla evde bakım; bireylerin fiziksel, mental ve ruhsal sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek için evlerinde sunulan tüm hizmetler olarak ifade edilebilir (18).

Gerek sağlık gerekse de sosyal hizmetleri kapsayan genel kavram olarak literatürde yer alan “Evde Bakım” (Home Care); “Evde Sağlık Hizmetleri” (Home Health Care) ve “Evde Sosyal Bakım ve Destek Hizmetleri” (Home Aide Services) şeklinde iki ana başlığa ayrılmaktadır.

Ülkemizde bugüne kadar farklı tanımlar farklı anlamlarda kullanılmıştır. Evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için, bundan sonra yürütülecek çalışmalarda tüm ilgili kurum ve kuruluşlarca ortak bir tanımlamanın kullanımı son derece önem kazanmaktadır. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı çalışmalarında ortak bir dilin oluşturulması için dünya örneklerinde de yerleşmiş olan aşağıdaki tanımlama kabul edilmiştir.



Şekil 3. Evde Bakım Hizmetleri

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı çalışmalarında gerek sağlık gerekse sosyal ve destek hizmetlerini kapsayan, her iki alanı da ilgilendiren hedef, strateji ve eylemlerde “Evde Bakım” her iki alanı da kapsayan tanım olarak kullanılmıştır. Hizmet alanlarından sadece birini tanımlamak gerektiğinde ise “evde sağlık hizmetleri” ya da “evde sosyal bakım ve destek hizmetleri” ayrı ayrı kavramlar olarak kullanılmıştır.

Günümüzde evde bakım, birçok ülkede etkin bir hizmet sunum modeli olarak önem verilen ve tercih edilen bir sağlık hizmeti modeli olmuştur. Ülkelerin sosyo-ekonomik yapıları, sağlık ve sosyal hizmet modelleri ve sosyal güvence sistemlerindeki farklılıklar, kültürel değişiklikleri nedeniyle uygulanan modeller ülkeden ülkeye farklılık gösterse de evde bakım sistemini oluşturmuş ya da oluşturmakta olan tüm ülke örneklerinde hizmetlerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması adına yoğun çalışmalar yapıldığı görülmektedir.

Dünya örneklerinde ortak olarak görülen bazı uygulama örnekleri ve çözüm yaklaşımları aşağıda yer almaktadır:

1. Hizmet Sunucular: Evde bakım hizmetlerinin sunumunda, kâr amacı gütmeyen kurumlar, hastanelerde oluşturulan evde bakım birimleri, evde özel bakım kuruluşları, sivil toplum örgütleri ve gönüllü organizasyonlar rol almaktadır. Hizmet sunucular faaliyet alanlarına göre (sağlık hizmetleri ya da sosyal bakım ve destek hizmetleri) ilgili kurumlar tarafından ruhsatlandırma sürecinden geçmektedir. Gerek sağlık gerekse sosyal bakım ve destek hizmetlerinde aileler çok önemli bir rol üstlenmekte olup ailelerin desteklenmesi amacıyla da birçok program geliştirilmiştir.

2. Hizmetlerin Düzenlenmesi ve Denetimi: Ülkelerin mevcut sistemlerine uygun olarak bazı örneklerde evde sağlık ve sosyal hizmetler tek bir devlet kurumu tarafından düzenlenmekte, bazı örneklerde ise evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığının, sosyal bakım ve destek hizmetleri ise yerel yönetimlerin yetki ve sorumluluk alanında yer almaktadır. Denetim, devlet kurumları ve yerel yönetimlerin yanı sıra akreditasyon sistemleri ile de desteklenmektedir.

3. Hizmetlerin Entegrasyonu: Evde sağlık hizmetleri ile sosyal bakım ve destek hizmetleri farklı kurumlar tarafından sunulsa da birbirleriyle tam koordinasyon ve işbirliği içinde yürütülmektedir. Aynı evde hem sağlık hem sosyal bakım ihtiyacı söz konusu ise çoğu zaman sağlık hizmetlerini veren kurum sosyal hizmetleri de yerine getirmektedir. Bazı örneklerde evde bakım kurumları her iki alanda da hizmet sunmakta ve bunun gerektirdiği multidisipliner yapıyı barındırmaktadır.

4. Hizmetlerin Ödemesi ve Finansmanı: Hemen hemen tüm gelişmiş ülke örneklerinde evde sunulan gerek sağlık gerekse sosyal bakım hizmetleri devletlerin sosyal güvence kapsamlarında yer almaktadır. Hizmetlerin ödemesi genel olarak iki kanaldan yapılmaktadır. Evde sağlık hizmetleri, sağlık güvence sisteminden, sosyal bakım hizmetleri ise bakım sigortalarından karşılanmaktadır. Bakım sigortaları özellikle kişisel bakım ve sosyal rehabilitasyon hizmetlerini karşılamakta, bunların dışındaki bazı destek hizmetlerinin (evde yapılacak tamirat, düzenlemeler, taşıma, ulaştırma hizmetleri gibi) finansmanı genellikle yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır. Bakım sigortaları sadece sosyal bakım hizmetlerini karşılamakla birlikte, evde sunulan sağlık hizmetleri belirlenen süreyi (60 gün, 90 gün gibi) geçtikten sonra ödemesi bakım sigortaları tarafından devam ettirilmektedir.

Bakım sigortaları tıpkı sağlık sigortaları gibi çalışma döneminde toplanan primlerle finanse edilmektedir. Ayrıca vergiye dayalı kamusal kaynaklarla da desteklenmektedir. Artan yaşlı nüfus ve kronik hastalıklarla beraber bakım sigortaları için ek kaynakların yaratılması önem kazanmıştır. Geçmişten beri bazı örneklerde görülen piyango ve diğer bahis oyunlarından yapılan kesintiler ya da diğer kaynaklarla

bakım sigortalarına ilave fonlar yaratma uygulamaları daha da yaygınlaşmaktadır. Diğer yandan kamu sosyal güvence sistemi üzerindeki yükü hafifletebilmek için özel bakım sigortaları da geçmişten beri birçok ülkede devlet tarafından teşvik edilmektedir.

Özetle, evde sağlık, sosyal bakım ve destek hizmetlerinin finansmanında kamu sağlık güvence sistemi, özel sağlık sigortaları, kamu ve özel bakım sigortaları, yerel yönetimlerin bütçeleri, vergiye dayalı kamusal fonlar ve bireylerin ve ailelerin kendi ödemeleri kaynak olarak kullanılmaktadır.

5. Hizmetlerde Uzmanlaşma ve Branşlaşma: Tedavi ve bakım yöntemlerinde, sağlık teknolojilerindeki hızlı gelişmeler daha fazla hizmetin eve götürülmesini mümkün hale getirmiş, hizmetlerin kapsamı ve hizmet veren ekip de genişlemiştir. Bu gelişme, hizmet sunucular içinde uzmanlaşma ve branşlaşma ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. 1800'lü yıllarda toplum sağlığı hemşireliği uygulamaları ile başlayan ve uzun süre daha çok hemşirelik hizmeti olarak yürütülen evde bakım hizmetleri 1950'li yıllardan itibaren interdisipliner bir hizmet alanı olarak gelişmiştir. İhtiyaçların artması ve çeşitlenen hizmet alanlarıyla beraber daha etkin ve verimli hizmet sunumu açısından uzmanlaşma son derece önem kazanmıştır. Günümüzde gelişmiş ülke örneklerinde evde beslenme, yara bakımı, evde kemoterapi, evde tıbbi cihaz ve ekipman hizmetleri, evde fizik tedavi, evde psikoterapi, hastalık yönetimi, evde teletıp (son teknoloji cihaz ve sistemler kullanılarak, bireyin sağlığının uzaktan yönetilmesi) uygulamaları gibi birçok uzmanlık alanları oluşmuş ve oluşmaktadır.

6. Ailenin Rolü: Profesyonel hizmet sunumundaki gelişime rağmen geçmişte ve günümüzde evde bakım hizmetlerinin sunumunda en önemli rollerden birini aile bireylerinin üstlendiği unutulmaması gereken bir gerçektir. Evde bakımda rol üstlenen aile bireylerinin sosyal, psikolojik ve maddi açılarından desteklenmesi ayrıca profesyonel organizasyonlarla eğitim ve süpervizyon desteği verilmesi, birçok ülkenin evde bakım modelinde yer almaktadır.

Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Açısından Mevcut Durum

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

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

Kamu hastaneleri tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin ilk örnekleri ise 2004 yılında başlamıştır. Takip eden 5-6 yıllık süre içinde yaklaşık 10 ilde devlet hastaneleri tarafından evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Şubat 2010'da yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı'nca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge", bu hizmetlerin ülke çapında yaygınlaştırılması için önemli bir adımdır. Yönergenin amacı; "evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması" olarak ifade edilmiştir.

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

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

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

Tablo 3. Yıllara Göre Evde Sağlık Hizmetleri

Yıllara Göre Evde Sağlık Hizmetleri	2010	2011	2012	2013	2014 (Aralık)
Ulaşılan Toplam Hasta	16.651	124.085	244.961	380.814	510.352
Aktif Kayıtlı Hasta	16.651	80.388	139.214	186.666	218.353
Birim Sayısı	407	642	715	817	915
Araç Sayısı	78	793	956	1.128	1114
Personel Sayısı	478	3.512	4.143	4.248	4.605

Kaynak: Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM)

Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık Hizmeti ve Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi İçin Hedef ve Stratejiler

Hedef 1- Evde Bakım Ülke Modelinin Geliştirilmesi

Strateji 1

Evde bakımda hizmet alanlarının (gerek sağlık gerekse sosyal hizmetler için) tanım ve kapsamının netleştirilmesi ve tüm ilgili kurumlarca ortak dilin kullanılması

Strateji 2

Evde bakım hizmet sunucu kurumların rollerinin netleştirilmesi (sağlık ve sosyal hizmetler)

Strateji 3

Hizmet sunucu kurum ve birimler arası koordinasyonun sağlanması

Hedef 2- Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Strateji 1

Evde bakım (sağlık ve sosyal hizmetler için) standartlarının oluşturulması

Strateji 2

Evde, birinci basamak sağlık uygulamalarının geliştirilmesi

Strateji 3

Evde, ilaç kullanımıyla ilgili problemlerin, hataların önlenmesi

Hedef 3- Evde Bakım Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması

Strateji 1

Evde bakım hizmetlerinin tanıtılması, yaşlıların ve ailelerinin evde bakım hizmetleri ve hangi hizmetlere nasıl ulaşabilecekleri hakkında bilgilendirilmeleri

Strateji 2

Üniversite hastanelerinin de evde sağlık hizmet sunumuna etkin olarak katılması

Strateji 3

Evde bakım alanında, hizmet sunumu ve çalışmalara katılımında STK'ların desteklenmesi

Hedef 4- Evde Bakım ile ilgili Mevzuatın İyileştirilmesi

Strateji 1

Mevcut durumda Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından çıkarılmış olan ilgili mevzuatın birbiriyle ve ihtiyaçlarla uyumlu hale getirilmesi

Strateji 2

Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında çıkarılan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmeliğin mevcut ihtiyaçlara ve günümüz koşullarına uygun olarak güncellenmesi

Strateji 3

Sağlık Bakanlığının, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve diğer ilgili devlet kurumlarının evde bakım ve sağlık hizmetleriyle ilgili tüm mevzuatıyla, ilgili mesleki mevzuatın birbirine uyumlu hale getirilmesi

Strateji 4

Bakım destek personelinin görev ve sorumluluklarının ilgili mevzuatlarda tanımlanması

Hedef 5- Evde Bakımda Geri Ödemenin (Finansmanın) Geliştirilmesi

Strateji 1

Özellikle evde yatağa bağımlı hastalar için reçete uygulamalarının kolaylaştırılması

Strateji 2

Evde sağlık hizmeti alan ve kronik hastalığı olan kişilerde heyet raporu uygulamalarının kolaylaştırılması

Strateji 3

Evde tıbbi ekipman ve cihaz kullanımının yurt dışı örneklerinde olduğu gibi profesyonel bir hizmet alanı olarak düzenlenmesi

Strateji 4

Gelecek yıllarda artacak uzun dönem bakım ihtiyacının karşılanabilmesi için kamu ve özel bakım sigortası modellerinin geliştirilmesi

Strateji 5

Evde bakım hizmetlerinde maliyet etkinlik çalışmalarının başlatılması

Strateji 6

SGK tarafından gerekli denetim altyapısının oluşturulması ile özel evde bakım merkezleri ve birimlerinin de Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamına alınması

Hedef 6- Evde Bakım Personeli Eğitim İhtiyaçlarının Karşlanması ve İstihdam Politikalarının Geliştirilmesi

Strateji 1

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile işbirliği yapılarak evde bakım hizmetlerinde görev alan sağlık ve sosyal hizmet personelinin eğitim düzeyinin geliştirilmesi

Strateji 2

Geriatri alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire, fizyoterapist vb.) evde sağlık hizmeti sunumunda daha çok yer alması

Strateji 3

Evde sağlık hizmetleri ekibinde yer alan meslek gruplarının performans sistemleri ve döner sermaye katkılarında iyileştirme yapılması

Strateji 4

Evde sağlık veya bakım hizmeti alan yaşlıların ve aile bireylerinin eğitiminin sağlanması

1.2. Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık Hizmeti ve Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Hedef 1-Evde bakım ülke modelinin geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Evde bakımda (gerek sağlık gerekse sosyal hizmetler için) hizmet alanlarının tanım ve kapsamının netleştirilmesi ve tüm ilgili kurumlarca ortak dilin kullanılması	1.1.1. Hizmet alanlarının tanımlanması ve ortak dilin oluşturulması için toplantı yapılması	Hizmet alanlarının kapsamını tanımlayan ve tüm kurumlarca kullanılacak ortak bir rehberin yayınlanması	Tüm hizmet sunucuların hazırlanacak rehberine uygun olarak hizmet sunması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. Kalkınma Bakanlığı 4. SGK 5. Üniversiteler 6. STK	1 yıl

Hedef 1-Evde Bakım Ülke Modelinin Geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.2. Evde bakım hizmet sunucu kurumların rollerinin geliştirilmesi (sağlık ve sosyal hizmetler)	1.2.1. Evde sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve özel evde bakım merkez ve birimleri, evde sosyal bakım ve destek hizmetlerinin ise belediyeler, belediyelerin yeterli olamadığı durumlarda ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından sunulması için mevzuat düzenlenmesi	Hangi kurumların hangi hizmetleri sunacağı net olarak tanımlanması ve ilgili mevzuatta yer alması	Hizmet sunumundaki tekrarların ortadan kalkması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. Kalkınma Bakanlığı 4. SGK 5. Üniversiteler 6. STK	1 yıl
1.3. Hizmet sunucu kurum ve birimler arası koordinasyonun sağlanması	1.3.1. Evde bakımda sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu ve ihtiyaç sahiplerinin tek noktadan hizmetlere erişimi için her ilde Valilik bünyesinde bir koordinasyon merkezinin oluşturulması. Bu koordinasyon merkezinde Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, yerel yönetimler ve varsa o bölgede evde bakım hizmeti sunan STK'ların temsil edilmesi	Tüm illerde sağlık ve sosyal hizmetleri koordine eden Koordinasyon Merkezlerinin açılmış ve çalışıyor olması	Hizmete ulaşımın kolaylaşması, hizmet sunumundan verimliliğin artması, hizmet tekrarlarının engellenmesi	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. İçişleri Bakanlığı 4. STK	1 yıl

Hedef 2-Evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
2.1. Evde bakım (sağlık ve sosyal hizmetler için) standartlarının oluşturulması	2.1.1. Hizmet alanlarına yönelik ortak standartların oluşturulması için çalışma yapılması, ilgili kurumlar arası işbirliği ile Ulusal Akreditasyon standartlarının oluşturulması	Hizmet alanlarına yönelik standartların bir rehber haline getirilmesi	Hizmet sunucularından ortak standartlara uygun olarak akredite olan ve hizmet sunumuna başlayan kurum sayısı	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. Sosyal Güvenlik Kurumu 4. Üniversiteler 5. TSE 6. STK	1 yıl
2.2. Evde, birinci basamak sağlık uygulamalarının geliştirilmesi	2.2.1. Evde koruyucu sağlık uygulamaları için rehberlerin, periyodik tarama ve takip programlarının oluşturulması	1. Oluşturulacak rehber ve programlar 2. Geriatrik tarama ve takip yapılan hasta sayısı	Oluşturulacak rehber ve programlarla birinci basamak sağlık hizmetlerinin evde sunumunun desteklenmesi	1. Sağlık Bakanlığı 2. Üniversiteler 3. STK	1 yıl
2.3. Evde, ilaç kullanımıyla ilgili problemlerin, hataların önlenmesi	2.3.1. Doğru ilaç kullanımı için aileler ve bakım verenlere yönelik eğitim programlarının oluşturulması	Doğru ilaç kullanımı için oluşturulacak eğitim programları, kitapçık ve diğer dokümanlar	Doğru ilaç kullanımı için düzenlenecek eğitimlerin ve dağıtılan bilgilendirici dokümanların sayısında artış	1. Sağlık Bakanlığı 2. Üniversiteler 3. STK	Sürekli

Hedef 3-Evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Evde bakım hizmetlerinin tanıtılması, yaşlıların ve ailelerinin evde bakım hizmetleri ve hangi hizmetlere nasıl ulaşabilecekleri hakkında bilgilendirilmeleri	<p>3.1.1. Halka yönelik tanıtım faaliyetleri, basılı ve görsel medyanın kullanımı, bilgilendirici broşür ve kitapçıkların hazırlanarak dağıtılması</p> <p>3.1.2. Mahalle muhtarlarının da hizmete nasıl erişebileceği konusunda bilgilendirilmeleri ve ihtiyaç sahiplerine gerekli bilgileri sağlanması</p>	İhtiyaç sahiplerinin ve ailelerin evde bakım hizmetleri, hangi hizmetleri nerden alabilecekleri konusunda bilgilerinin artırılması	Hizmet alan yaşlı sayısında artış, hizmete erişimin kolaylaşması	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>3. İçişleri Bakanlığı</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p> <p>6. Basın ve Yayın Kuruluşları</p>	Sürekli
3.2. Üniversite hastanelerinin de evde sağlık hizmet sunumuna etkin olarak katılımı	<p>3.2.1. Üniversite hastanelerinin de evde bakım birimleri oluşturarak hizmet sunumuna başlaması</p> <p>3.2.1. Üniversite hastanelerinin de evde bakım birimi kuran üniversite sayısı</p> <p>2. Üniversite hastanelerinden evde sağlık hizmeti alan yaşlı sayısı</p>	<p>1. Evde bakım birimi kuran üniversite sayısı</p> <p>2. Üniversite hastanelerinden evde sağlık hizmeti alan yaşlı sayısı</p>	Üniversite hastanelerinin evde bakım birimleri vasıtasıyla üçüncü basamak hizmetlerine ihtiyaç duyanlar için evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p>	1 yıl
3.3. Evde bakım alanında, hizmet sunumu ve çalışmalara katılımda STK'ların desteklenmesi	<p>3.3.1. Evde bakım alanına yönelik çalışma yapan (hizmet sunumu ve eğitim gibi) STK'ların teşvik edilmesi, bu derneklere kamu yararına çalışan dernek statüsü verilmesinde kolaylık sağlanması</p> <p>1. STK'ların evde bakım hizmet sunumu ve eğitim faaliyetlerinde daha etkin rol alması</p> <p>2. Evde bakım alanında çalışan STK'ların sayılarında artış</p>	<p>1. STK'ların evde bakım hizmet sunumu ve eğitim faaliyetlerinde daha etkin rol alması</p> <p>2. Evde bakım alanında çalışan STK'ların sayılarında artış</p>	STK'lardan hizmet alan yaşlı sayısı	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>3. İçişleri Bakanlığı</p>	3 yıl

Hedef 4-Evde bakım ile ilgili mevzuatın iyileştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.1. Mevcut durumda Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından çıkarılmış olan ilgili mevzuatın bir biriyle ilgili mevzuatla uyumlu hale ve ihtiyaçlarla uyumlu hale getirilmesi	<p>4.1.1. Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından çıkarılmış olan ilgili mevzuatın bir biriyle uyumlu hale getirilebilmesi için ortak bir çalışma yapılması</p> <p>4.1.2. İlgili tüm kurumların da katkılarını alabilmek için düzenli toplantılar yapılması</p> <p>4.1.3. Evde sağlık ve sosyal hizmetlerin bütünsel ve birbirini tamamlayıcı bir yaklaşımla mevzuatta tanımlanması</p>	Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının evde bakımla ilgili mevzuatının birbiriyle uyumlu ve birbirini tamamlayıcı nitelikte uygulamaya girmesi	Hedef (Ülke Modelinin Geliştirilmesi) başlığı altında yapılan çalışmaların mevzuata yansımalarının gerçekleştirilmesi	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>3. Kalkınma Bakanlığı</p> <p>4. SGK</p> <p>5. Üniversiteler</p> <p>6. STK</p>	3 yıl
4.2. Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında çıkarılan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik'in mevcut ihtiyaçlara ve günümüz koşullarına uygun olarak güncellenmesi	<p>4.2.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmeliğin güncellenmesi</p>	Güncel ihtiyaçlar ve koşullara uygun yönetmeliğin yürürlüğe girmesi	Özel evde bakım birim ve merkezlerinin güncel yönetmelige göre hizmet sunumuna devam etmesi	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p> <p>3. STK</p> <p>4. Özel Evde Bakım Birim ve Merkezleri</p>	3 yıl
4.3. Sağlık Bakanlığının, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve diğer ilgili devlet kurumlarının evde bakım ve sağlık hizmetleriyle ilgili tüm mevzuatlarıyla, bu konudaki mesleki mevzuatın (hemşirelik hizmetleri yönetmeliği) birbirleriyle uyumlu hale getirilmesi için çalışma yapılması	<p>4.3.1. Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve diğer ilgili devlet kurumlarının evde bakım ve sağlık hizmetleriyle ilgili tüm mevzuatlarıyla, bu konudaki mesleki mevzuatın (hemşirelik hizmetleri yönetmeliği) birbirleriyle uyumlu hale getirilmesi için çalışma yapılması</p>	İlgili mesleki mevzuatta tanımlanmış olan görev ve sorumluluk alanlarının, evde bakım ve sağlık hizmetleri ile ilgili tüm mevzuatta uyumlu bir şekilde yer alması	Evde bakım ve sağlık hizmetleri hakkında ilgili Bakanlık, kurum ve kuruluşların gerek mesleki gerekse sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuatlarının yeni düzenlemelere uygun olarak güncellenmesi	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	3 yıl

Hedef 4-Evde bakım ile ilgili mevzuatın iyileştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.4. Bakım destek personelinin görev ve sorumluluklarının ilgili mevzuatlarda tanımlanması	<p>4.4.1. Bakım destek personelinin görev tanımının yapılması, çalışma alanlarının belirlenmesi, bunların ilgili mevzuatlarda tanımlanması için çalışma yapılması</p> <p>4.4.2. Ayrıca destek personelinin hizmet sunucu kurumlarca aynı standartlarda çalıştırılmasının sağlanması</p>	<p>1. Bakım destek personelinin görev tanımı ve çalışma alanlarının netleşmesi ve ilgili mevzuatta yazılı hale getirilmesi</p> <p>2. Hizmet sunucu kurumlarca kullanılmak üzere görev tanımının, hizmet standartlarının yer aldığı bir rehberin hazırlanması</p>	<p>1. Bakım destek personelinin mevzuatla tanımlanmış şekilde hizmet veriyor olması</p> <p>2. Hizmet sunucu kurumların da aynı standartlarda hizmet sunuyor olmaları</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı</p> <p>3. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p>	3 yıl

Hedef 5-Evde bakımda geri ödemenin (finansmanın) geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
5.1. Özellikle evde yatağa bağımlı hastalar için reçete işlemlerinin kolaylaştırılması amacıyla yeni düzenlemeler yapılması	5.1.1. Özellikle evde yatağa bağımlı hastalar için reçete işlemlerinin kolaylaştırılması amacıyla yeni düzenlemeler yapılması	Evde sağlık hizmeti veren ekipteki hekimin ya da aile hekiminin, uzman hekime muayene olmak için hastaneye gitmeyen evde bakım hastasının ihtiyacı olan reçeteleri yazabilmesi için yetkili hale gelmesi	Yatağa bağımlı hastaların ihtiyacı olan ilaç, sarf malzemesi ve diğer tıbbi ürünlere ulaşabilmesinde kolaylık sağlanması, hastaneye gidemediği için yaşanan mağduriyetlerin önlenmesi	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK 3. Üniversiteler	1 yıl
5.2. Evde sağlık hizmeti alan ve kronik hastalığı olan kişilerde heyet raporu uygulamalarının kolaylaştırılması	5.2.1. Evde sağlık hizmeti alan ve süregelen hastalığı olan kişilerde rapor sürelerinin uzatılması, kronik hastalıklarda ilk rapordan sonra tekrar rapor alma zorunluluğunun ortadan kaldırılması için gerekli düzenlemelerin yapılması	Evde bakım hizmeti alan kronik hastaların bir defaya mahsus heyet raporu aldıktan sonra tekrar rapor almaya gerek kalmadan hizmet almaya, tıbbi cihaz ve ürünleri kullanmaya devam etmelerinin sağlanması	Evde bakım hizmeti alan kronik hastaların rapor süreleri dolduğu için tekrar heyet raporu almak üzere hastaneye getirilmek zorunda kalmaması	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK 3. Üniversiteler	1 yıl
5.3. Evde tıbbi ekipman ve cihaz kullanımının yurt dışı örneklerinde olduğu gibi profesyonel bir hizmet alanı olarak düzenlenmesi	5.3.1. Evde kullanım için tıbbi cihaz ve ekipman temininin profesyonel bir hizmet alanı olarak tanımlanması ve uygulanması için gerekli düzenlemelerin yapılması 5.3.2. Hizmetin ekipman kullanım eğitimi, gerekli periyodik bakım ve kontrol, 7/24 teknik destek, kalibrasyon, dezenfeksiyon gibi hizmetlerle beraber sağlanması 5.3.3. Maliyet etkinliği için kiralama ve hizmet alımı modellerinin geliştirilmesi	1. Evde kullanılan tıbbi cihaz ve ekipman temininin tamamlayıcı hizmetlerle sağlanması 2. Cihazların satın alınması yerine tanımlanan standartlarda hizmetin satın alınması modelinin uygulanması	1. Tıbbi cihaz kullanımı konusunda hasta ve aile farkındalığında artış 2. Tamamlayıcı hizmetlerle tıbbi cihaz ve ekipman performanslarının artması 3. Enfeksiyon kontrolü sayesinde tedavi ve bakım sonuçlarında iyileşme, destek hizmetler ile ailelerin yaşadığı mağduriyetlerin ve SGK açısından ekonomik zararların önlenmesi 4. Tıbbi cihaz desteği ile evde devam eden tedavi ve bakım uygulamalarında iyileşme ve yaygınlaşma	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK 3. STK	3 yıl

Hedef 5-Evde bakımda geri ödemenin (finansmanın) geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
5.4. Gelecek yıllarda artacak uzun dönem bakım ihtiyacının karşılanabilmesi için kamu ve özel bakım sigortası modellerinin geliştirilmesi	<p>5.4.1. Bakım Sigortası modelinin oluşturulması için ilgili kurumlarca teknik bir çalışma başlatılması</p> <p>5.4.2. Yurt dışı örneklerinin incelenmesi ve ülke kaynakları ile karşılanabilir bir modelin oluşturularak en kısa zamanda uygulamaya konulması</p> <p>5.4.3. Özel bakım sigortaları için de gerekli mevzuat yapısının oluşturulması</p>	Uzun dönem bakım ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için bakım sigortası sistemlerinin ülkemizde de oluşması	Kamu ya da özel bakım sigortasına sahip kişi sayısı	<p>1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p> <p>3. Maliye Bakanlığı</p> <p>4. Kalkınma Bakanlığı</p> <p>5. SGK</p> <p>6. Hazine Müsteşarlığı</p> <p>7. STK</p>	3 yıl
5.5. Evde bakım hizmetlerinde maliyet etkinlik çalışmalarının başlatılması	<p>5.5.1. Hizmet sunan kurumların (kamu, yerel yönetim, özel işletmeler) maliyetlerinin takibi için gerekli kayıt sistemlerinin oluşturulması</p> <p>5.5.2. Hizmette birim maliyetlerin hesaplanması</p>	İleride gerçekleştirilecek maliyet etkinliği çalışmalarına temel oluşturmak üzere hizmet maliyet verilerinin oluşturulması	Hizmet sunum birim maliyetleri veri setinin oluşması	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. SGK</p> <p>5. STK</p>	3 yıl
5.6. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından gerekli denetim altyapısının evde bakım merkezleri ve birimlerinde de Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamına alınması	5.6.1. Özel evde bakım birimleri ve merkezleri hizmetlerinin SUT kapsamında ödenebilmesi için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından gerekli denetim altyapısının oluşturulması	Özel evde bakım birim ve merkezleri hizmetlerinin ödeme koşulları ve kapsamlarının Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında yer alması	<p>1. Özel evde bakım birim ve merkezlerinin hizmet sunumunun sadece cepten ödeme yapabilen hastalarla sınırlı kalmaması, ülke genelinde yaygınlaşması</p> <p>2. SUT kapsamında alınan hizmet sayısı</p> <p>3. Özel evde bakım birim ve merkezlerinden hizmet alan kişi sayısı</p>	<p>1. Maliye Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p> <p>3. SGK</p>	3 yıl

Hedef 6-Evde bakım personeli eğitim ihtiyaçlarının karşılanması ve istihdam politikalarının geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
6.1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile işbirliği yapılarak evde bakım hizmetlerinde görev alan sağlık ve sosyal hizmet personelinin eğitim düzeyinin geliştirilmesi	6.1.1. Evde bakımda rol alan sağlık ve sosyal hizmet personelinin eğitim için standartların belirlenmesi, ortak bir müfredatın oluşturulması 6.1.2. Hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi 6.1.3. Eğitim alan personel için bilgi güncelleme eğitimlerinin de planlanması	Eğitim programları için oluşturulacak standartlar rehberi ve ortak müfredat	1. Eğitim almış evde bakım personelinde ve personelin bilgi seviyesinde artış 2. Düzenlenen eğitim sayısı 3. Eğitim alan personel sayısı	1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2. Sağlık Bakanlığı 3. Üniversiteler 4. STK	3 yıl
6.2. Geriatri alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire, fizyoterapist, vb.) evde sağlık hizmeti sunumunda daha çok yer alması	6.2.1. Geriatri alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin sayısının artırılması, bunun için kontenjan ve kadro sayılarının düzenlenmesi	Evde bakım birimleri/hizmetlerinde görev alan geriatri alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin sayılarının artması	1. Evde bakım hizmetlerinde rol alan geriatri alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri sayısında artış 2. Üniversitelerde geriatri alanındaki kontenjan ve kadro sayılarında artış 3. Evde bakım hizmetlerinde rol alan geriatri meslek grubu sayısı	1. Sağlık Bakanlığı 2. YÖK 3. Üniversiteler	3 yıl
6.3. Evde sağlık hizmetleri ekibinde yer alan meslek gruplarının performans sistemleri ve döner sermaye katkılarında iyileştirme yapılması	6.3.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Özellikli Sağlık Hizmeti Olarak Tanımlanması	Evde sağlık hizmetleri ekibinde yer alan meslek gruplarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi, kuruma çalışan diğer özellikli ekiplerle aynı seviyeye getirilmesi	Evde sağlık ekibinde görev alanların çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile bu ekipte yer alanın özendirilmesi	Sağlık Bakanlığı	3 yıl

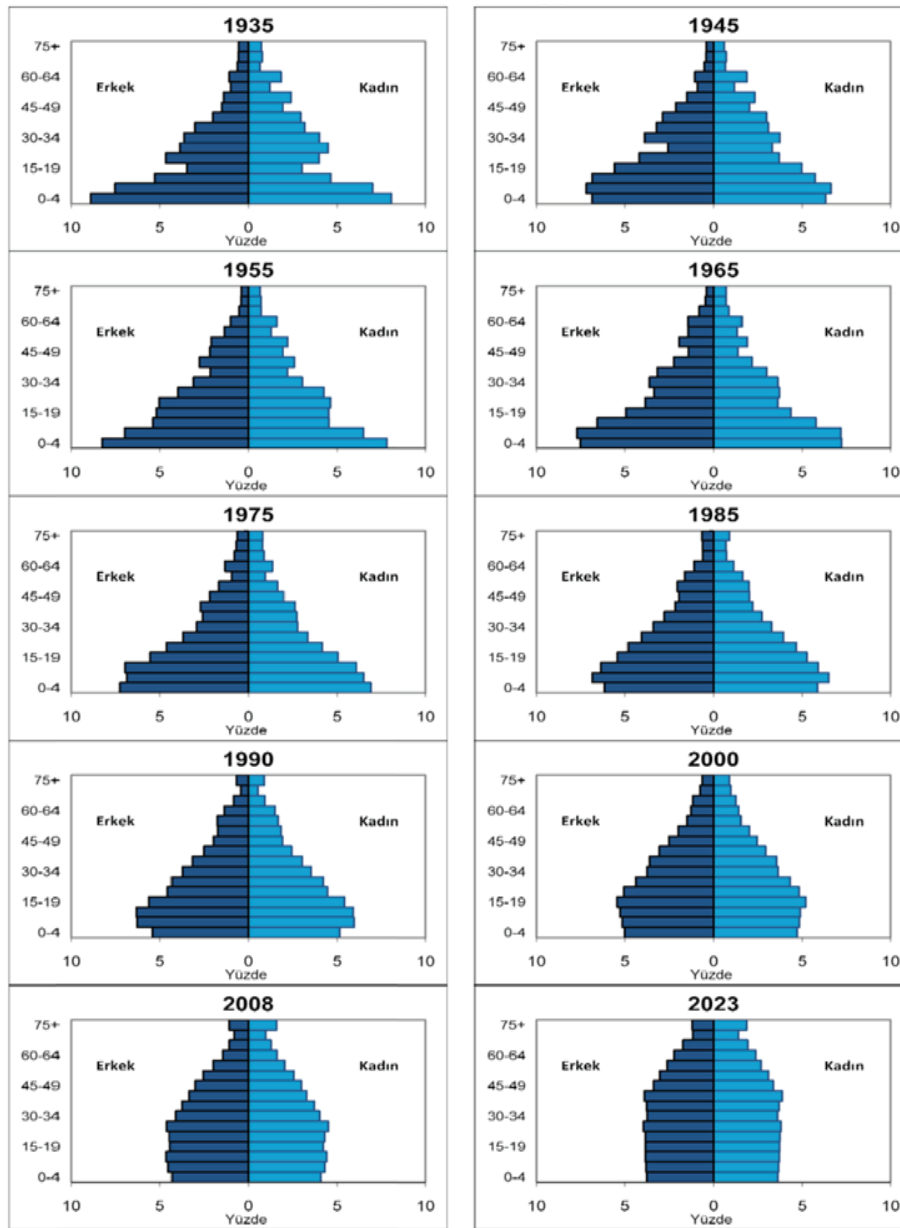
Hedef 6-Evde bakım personeli eğitim ihtiyaçlarının karşılanması ve istihdam politikalarının geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
6.4. Evde sağlık ve bakım hizmeti alan yaşlıların ve aile bireylerinin eğitiminin sağlanması	6.4.1. Hizmet alan yaşlıların ve ailelerinin farklı ihtiyaçlarına yönelik (sağlık ve sosyal hizmetler olmak üzere) eğitim programlarının standartlar dahilinde oluşturulması ve uygulamaya konması	Eğitim programları ile evde bakım ihtiyacı olan yaşlı ve yaşlı ailelerinin desteklenmesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eğitim alan yaşlı sayısında artış 2. Verilen eğitimin aile bireyleri tarafından uygulanmasının takip edilmesi ve değerlendirilmesi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. İçişleri Bakanlığı 4. Üniversiteler 5. STK 	3 yıl

1.4. YAŞLI BİREYLER İÇİN SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve SAĞLIK HİZMETLERİNE TAM ERİŞİMİNİN SAĞLANMASI

Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

Değişen toplum yapısı içinde, yaşlıların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, yaşlılık döneminde hastalıkların önlenmesi için politikalar geliştirilmesi, sağlık ve bakım hizmetlerine tam erişimin sağlanması, yaşlıların sağlık gereksinimlerinin karşılanması ve sürece katılımlarının teşvik edilmesi gerekmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK), 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 ve 2012 yıllarına göre toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusun payı artan oranlarda sırasıyla; yüzde 7,1, yüzde 6,8, yüzde 7,0, yüzde 7,2, yüzde 7,4 ve yüzde 7,5 olarak belirlenmiştir (19).



Şekil 4. Türkiye’de 1935-2023 Yılları Arası Nüfusun Yaş ve Cinsiyet Yapısındaki Değişimi

Kaynak: TÜİK, 1937, 1949, 1961, 1969, 1982, 1989, 2003, 2010b, 2010c

Tablo 4. Genel Demografik Bilgiler

	1990	2000	2010	2011	2012
Toplam Nüfus	56.473.035	67.803.927	73.722.988	74.724.269	75.627.384
Kırsal Nüfus Oranı (%)	48,7	40,8	29,0	28,2	27,7
Kentsel Nüfus Oranı (%)	51,3	59,2	71,0	71,8	72,3
0-14 Yaş Nüfus Oranı (%)	35,0	29,8	25,6	25,3	24,9
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	4,3	5,7	7,2	7,3	7,5
Genç Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş)	57,6	46,3	38,1	37,5	36,9
Yaşlı Bağımlılık Oranı (65 + Yaş)	7,0	8,8	10,8	10,9	11,1
Toplam Yaş Bağımlılık Oranı	64,7	55,1	48,9	48,4	48,0
Yıllık Nüfus Artış Hızı (‰)	17,0	13,8	13,0	12,8	12,5
Kaba Doğum Hızı (‰)	24,1	20,3	17,5	17,3	17,0
Kaba Ölüm Hızı (‰)	7,1	6,6	6,3	6,3	6,3
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)	2,9	2,4	2,1	2,1	2,1

Kaynak: TÜİK, 1990 ve 2000 Genel Nüfus Sayımları ile 2007, 2008, 2009 ve 2010 ADNKS Sonuçları

Türkiye nüfusunun yaş yapısının değişimine bakıldığında, doğurganlık düzeyindeki düşme eğilimine ve ölüm nedenlerini etkileyen olumsuz koşullardaki iyileşmeye bağlı olarak orta vadede nüfus yapısında genç yapıdan yaşlı nüfus yapısına doğru bir dönüşüm olacağı açıktır. Ancak, Türkiye’de nüfusun yaşlanması hemen gözlenebilecek bir olgu değildir. Zira, yakın döneme kadar görülen yüksek doğurganlık nedeni ile çalışma çağındaki nüfusu oluşturan 15-64 yaş nüfusunun zaman içindeki artışına bağlı olarak, yaşlı nüfus bağımlılık oranları uzunca bir süre olumsuz etkilenmeyecektir. Ancak, demografik yapıdaki bu dönüşümün şimdiden öngörülüp sağlık alanının yanı sıra, sosyal güvenlik ve sosyal destek sistemlerinde de gerekli önlemlerin alınması ve gerekli düzenlemelerin yapılması şarttır.

Yaşlı nüfustaki bu artış fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Nüfusun yaşlanması, sosyo-ekonomik yönden insan yaşamında çok farklı etkiler yaratan bir durumdur. Ekonomik anlamda yaşlanan nüfus, ekonomik büyümeyi, tasarrufları, yatırım ve tüketimi, işgücü piyasalarını, emeklilik fonlarını, vergileri ve nesiller arası transferleri; sosyal anlamda da sağlık düzeyini ve sağlık bakımı hizmetlerini, aile kompozisyonunu, yaşam düzenini, barınma durumunu ve göçleri etkiler. Tüm bunlar; işgücü arzının azalması, (üretici nüfusta azalma) kamu harcamalarının artması, (sağlık harcamalarının ve sosyal güvenlik ödemelerinin artışı) bakım ihtiyacının artışı (kurumsal ve evde bakım hizmetleri) risklerini de beraberinde getirmektedir.

Yaşlıların değişen toplum yapısı içinde yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, sorunlarına ve gereksinimlerine cevap verilebilmesi, aile ve toplumla bütünleşebilmelerinin sağlanmasına yönelik sağlık ve sosyal hizmetlerin geliştirilmesi gereklidir. Yaşlı sağlığı ve aktif yaşlanma programının doğrudan birinci basamak sağlık hizmet sunumunda uygulanması amaçlanmıştır.

Yaşlılara doğrudan sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren merkezlerin kolay ulaşılabilir olması, yaşlılara pozitif ayrımcılık uygulaması, sağlıklı yaşlanma ve etkin bakım hizmeti sunumu planlanması gibi gelişmiş uygulamaları içermesi önemlidir.

DSÖ tarafından geliştirilen ‘Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi’ bu amaçla hazırlanan gelişmiş uygulamaları içeren projelerden birisidir. Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun ülkemizde de temelini oluşturan aile hekimliğinin, aktif yaşlanma yaklaşımlarıyla uyumlu olduğu WONCA (World Organization of National Colleges Academies) Avrupa 2002 tanımında en iyi şekilde ortaya konulmuştur. Bu tanıma göre aile hekimleri esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlanmasından sorumlu hekimlerdir (20). Bireylere kendi aileleri, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar, bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar, ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar.

Aile hekimliğinde süreklilik ilkesi geriatrik yaş grubunda önemlidir. Aile hekimleri ile uzun dönemli ilişkinin yaşlılar tarafından çok önemsendiği, hatta yaşlıların aile hekimini ölünceye veya taşınıncaya kadar değiştirmedeği bilinmektedir. Ancak, performansa dayalı ücretlendirmede yaşlılara yönelik koruyucu, tanı koyucu, tedavi edici ve izleyici hizmetlerin teşvik edilmesi gereklidir. Bilindiği üzere kronik hastalıklar akut hale geldiklerinde sağlık açısından da finansal açıdan da geriye döndürülemez sonuçlar doğurabilir.

Yaşlı Bireyler için Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Sağlık Hizmetlerine Tam Erişiminin Sağlanmasına Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1- Yaşlı Bireyler için Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Strateji 1

Yaşlı bireyler için koruyucu sağlık hizmet sunumunun sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi

Strateji 2

Yaşlı bireyler için teşhis ve tedavi hizmetlerinin niteliğinin artırılması

Strateji 3

Rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi

Strateji 4

Yaşlılara verilecek sağlık, sosyal ve rehabilitasyon hizmetlerinde işbirliğinin sağlanarak yürütülmesi

Strateji 5

Yaşlılara sağlık hizmeti sunulan hastanelerde geriatri bilim dalları ve üniteleri, geriatri hastaneleri, rehabilitasyon merkezleri, geriatrik bakım merkezleri ve yaşlı gündüz bakımevlerinin standartlarının iyileştirilmesi ve bu standartlara uygun merkezlerin açılması

Hedef 2- Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması

Strateji 1

Yaşlıların sağlık ve bakım hizmetlerine evrensel standartlarda eşit olarak ulaşımının sağlanması, eşitsizliklerin ortadan kaldırılması ve yaşlı bireylerin sağlık, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine erişiminde fiziksel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik sorunları olan yaşlılara öncelik verilmesi

Strateji 2

Sağlık kurumlarında yaşlılara pozitif ayrımcılık yapılması

Hedef 3- Refahın Arttırılması

Strateji 1

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ile hizmet sunan ve hizmet alanların memnuniyetinin artırılması

1.4. Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi, Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması ve Refahın Arttırılması

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Yaşlı bireyler için koruyucu sağlık hizmet sunumunun sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi	<p>1.1.1. Yaşlılara yönelik izlem programlarının oluşturulması (evde, bakımevinde, sağlık kurumlarında)</p> <p>1.1.2. Yaşlı sağlığı izlem formlarının gebe ve çocuk izlem formları gibi Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (AHBS) yer alması</p> <p>1.1.3. Yaşlı hastaların izlemi ve koruyucu sağlık hizmet sunumunda yer alan bütün sağlık ve bakım personeline ek ödeme olanağının oluşturulması</p> <p>1.1.4. Toplumun olası hastalıklara ve kazalara karşı yazılı ve görsel iletişim araçları ile bilgilendirilmesi</p> <p>1.1.5. 65 yaş üstü için erişkin aşı programlarının oluşturulması</p>	<p>1. Yaşlı sağlığı izlem formlarının gebe ve çocuk izlem formları gibi AHBS'de yer alması</p> <p>2. Öncelikli grupların yüzdesinin belirlenmesi</p> <p>3. Yaşlı popülasyondaki aşılama oranları</p> <p>4. 65 yaş üstü başvuran hasta sayısı ve geriatri değerlendirme oranı</p>	<p>1. Morbidite ve mortalitede azalma</p> <p>2. Bağışıklanan yaşlı sayısında artış</p> <p>3. AHBS kayıtlarının analizi (ortalama izlem, illere göre izlem)</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. SGK</p>	1 yıl
1.2. Yaşlı bireyler için teşhis ve tedavi hizmetlerinin niteliğinin arttırılması	<p>1.2.1. Yaşlı sağlığı hizmet sunumunda yer alan personelin eğitimi</p> <p>1.2.2. Alanında uzman sağlık çalışanı sayısının arttırılması</p>	<p>1. Erken teşhis ve uygun tedavi alan yaşlı sayısının artışı</p> <p>2. Hastaneye yatış oranı ve kalış sürelerinin azalması</p> <p>3. Eğitim almış sağlık çalışanı sayısı</p>	<p>1. Morbidite ve mortalitede azalma</p> <p>2. Uzun vadede teşhis ve tedavi maliyetlerinin azalması</p>	Sağlık Bakanlığı	1 yıl
1.3. Rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi	<p>1.3.1. Sağlık alanında lisans ve lisansüstü eğitim programlarına geriatrik rehabilitasyon konusunun entegre edilmesi</p>	<p>1. Geriatrik rehabilitasyon alanında yetişmiş sağlık personeli sayısında artış</p> <p>2. Memnuniyet anketleri</p>	<p>1. Geriatrik rehabilitasyon alanında hizmet alan yaşlı sayısında artış</p>	Sağlık Bakanlığı	Sürekli

Hedef 1- Yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.4. Yaşlıların sağlık, sosyal ve rehabilitasyon hizmetlerinde işbirliğinin sağlanarak ilgili kurumlarla yürütülmesi	1.4.1. Kurumlararası koordinasyon, işbirliği ve iletişim sağlamak amacıyla ortak düzenlenecek toplantılar, kongreler planlanması 1.4.2. Sağlık, sosyal ve rehabilitasyon hizmetlerinin etkili kullanılması ve seçiminde yaşlıların ve yakınlarının eğitilmesi ve güçlendirilmesi	1. Hizmet kalitesinde artış 2. Bu konuda eğitim ve hizmet almış hasta veya hasta yakını sayısında artış 3. Bu hizmetleri verecek personel sayısında artış 4. Hizmetler arasındaki iş birliğinin ve hizmet standartlarının belirlenmiş olması	1. Maliyette azalma 2. Yaşam kalitesi artmış yaşlılar 3. Bakım sorunları azalmış yaşlılar ve aileleri 4. Sağlık çalışanı memnuniyetinin artması ve iş doyumunun artması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. İşçileri Bakanlığı 4. SGK	1 yıl
1.5. Yaşlılara sağlık hizmeti sunulan hastanelerde geriatrici bilim dalları ve üniteleri, geriatrici hastaneleri, rehabilitasyon merkezleri, geriatrici bakım merkezleri ve yaşlı gündüz bakımevlerinin standartlarının iyileştirilmesi ve bu standartlara uygun merkezlerin açılması	1.5.1. Yaşlıların ihtiyaçlarına yönelik hizmet veren kamu ve özel merkezlerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için planlamalar yapılması 1.5.2. Yaşlılara yönelik hizmet verecek kamu ve özel merkezlerin standartlarının belirlenmesi 1.5.3. Yaşlı dostu merkez kavramının birinci, ikinci ve üçüncü basamakta oluşturulması 1.5.4. Geriatrici alanında hizmet veren, kamu ve özel kuruluşların düzenli denetiminin sağlanması	1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan yaşlı birey sayısında artış 2. Standartları belirlenmiş yaşlılara yönelik hizmet veren kamu kurumu ve özel merkezlerin sayısında ve faaliyetlerinde artış 3. Sağlanan hizmet kalitesinde artış	1. Yaşam kalitesi artmış yaşlı sayısı 2. Sağlık hizmetlerine ulaşan yaşlı sayısında artma 3. Tedavi alan hasta sayısında artış	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. Kalkınma Bakanlığı 4. Üniversiteler	4 yıl

Hedef 2-Sağlık hizmetlerine tam erişimin sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
2.1. Yaşlıların sağlık ve bakım hizmetlerine evrensel standartlarda eşit olarak ulaşımının sağlanması, eşitsizliklerin ortadan kaldırılması	2.1.1. Evde izlem ve bakım hizmet modelinin ülke genelinde yaygınlaştırılması,	1. Hizmette ulaşan yaşlı sayısında artış 2. AHBS kayıtlarının analizi (ortalama izlem, illere göre izlem) 3. Memnuniyet ve yaşam kalitesi sonuçları	1. Morbidite ve mortalitede azalış 2. Yaşlıların yaşam memnuniyetinde artış	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	1 yıl
	2.1.2. Hizmet modeli içerisinde yer alan sağlık ve sosyal destek hizmetlerinin (evde tıbbi takip ve tedavi, evde yardım, ev idaresi, telefonla takip, eve hazır yemek servisi, bakım ve onarım) sigorta ödemeleri kapsamına alınması ve bu hizmetin denetlenmesi 2.1.3. Çağrı merkezlerinin tek santralde toplanması. Alo yardım ve danışmanlık hattı kurularak yaşlılara tüm alanlarda yardım, danışmanlık ve yönlendirme hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulması. Evinde yaşayan ve kurumlarda kalan yaşlılara yönelik elektronik ikaz ya da yardım cihazları ile ulaşabilecekleri acil çağrı merkezinin oluşturulması 2.1.4. Sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumlarının müfredat programlarına yaşlıların sağlık ve bakım hizmetleri dersinin konulması ve bu eğitimin, ulusal ve uluslararası düzeyde akredite edilmiş denetçi kurul tarafından denetlenmesi 2.1.5. Yaşlılara yönelik mobil ekiplerin oluşturulması (ilaç dağıtımı, sosyal aktivite, beslenme vb.) (yerel yönetimlerce yapılması)	1. Memnuniyet ve yaşam kalitesi sonuçları 2. Oluşturulan mobil ekip sayısı	Yaşam kalitesinde artış	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. İçişleri Bakanlığı 4. Milli Eğitim Bakanlığı	3 yıl
2.2. Sağlık hizmet sunumunda fiziksel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik sorunları olan yaşlılara öncelik verilmesi	2.2.1. Yaşlılara yönelik sağlık, sosyal ve bakım hizmetleri sunan kurum ve kuruluşların sayıya artırılarak, kolay ulaşılabilir hale gelmesi (bölgesel yaşlı nüfus oranına göre)	Sağlık, sosyal ve bakım hizmetleri sunan kurum ve kuruluşlardan hizmet alan fiziksel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik sorunları olan yaşlıların sayısında artış	Yaşlıların yaşam memnuniyetinde artış	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. İçişleri Bakanlığı	3 yıl
	2.3.1. Yaşlı dostu sağlık merkezlerinin oluşturulması sağlık hizmetlerine ulaşımında yaşlılara öncelik ve kolaylık sağlanması (özellikle yoksul olan yaşlıların bu kaynaklardan daha fazla yararlanmasının sağlanması)	Yaşlı dostu sağlık merkezlerinin sayısının arttırılması	Yaşlıların yaşam memnuniyetinde artış	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	

Hedef 3-Refahın arttırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti alanların memnuniyetinin arttırılması	3.1.1. Çalışan personelin görev tanımının belirlenmesi	1. Mevzuatın düzenlenmesi	1. Çalışan memnuniyetinin artması	1. Sağlık Bakanlığı 2. İçişleri Bakanlığı 3. SGK 4. STK	Sürekli
	3.1.2. Sağlık hizmeti sunumunda kayıt ve bilgi sisteminin geliştirilmesi	2. İzlenebilen kayıtlı hasta sayısında artma 3. Hizmet kalitesinin artması	2. Hizmet sunanların ve yakınlarının memnuniyetinin artması		
	3.1.3. Çalışan personelin yurt içi ve dışı eğitim olanaklarının önünün açılması	Yetiştirilen kalifiye sağlık personeli sayısındaki artış	Yaşlılara sunulan hizmetlerin kalitesinde ve hizmet alanların memnuniyetlerindeki artış		
	3.1.4. Çalışan personelin motivasyonunun yükseltilmesi	Çalışan personelin yaşlı sağlığı alanında çalışma isteğinin artması	Hasta ve çalışan memnuniyet ölçęği ve yaşlı sağlığı alanında çalışmayı tercih eden sağlık personeli sayısı	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	Sürekli

1.5. YAŞLILIKTA NÖROPSİKİYATRİK HASTALIKLAR, DEMANS, GERİATRİK PSİKİYATRİ, YETİ YİTİMİ, YAŞLI İSTİSMARI ve ŞİDDET KONULARINDA PLANLAMALAR ve ETKİNLİKLER YAPILMASI

Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

1. Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Demans ve Geriatrik Psikiyatri

Demans yaşlılarda sık görülen bir sorundur. 65 yaş üzerinde görülme sıklığı yüzde 5 iken, 80 yaş üzerinde yüzde 50 oranında görülür. Hastalık başlangıçta sinsi bir unutkanlıkla başlayabileceğinden, yaşlılıkta izlenen unutkanlık normal bir durum olarak görülmemelidir. Alzheimer ilerleyici bir hastalıktır. Günümüzde mevcut olan ilaçlar ile erken yakalanan vakalarda son noktaya gidiş süresi uzatılmakta, hastanın öz bakım süresi uzatılıp bakıcı yükü azaltılmaktadır (21).

Dünya genelinde 2010 yılında demanslı hasta sayısının 35,6 milyon olduğu, bu sayının 2030 yılında 65,7 milyona, 2050 yılında ise 115,4 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Tüm dünyada 2010 yılı itibariyle demansın ülke ekonomilerine maliyetinin 604 milyar dolar olduğu ve bu maliyetin yüzde 89’unun gelişmiş ülkeler tarafından karşılandığı ifade edilmektedir. 2010 yılı itibariyle demans sıklığına bakıldığında; Asya’da toplam nüfusun yüzde 4,6’sının, Avrupa’da 6,2’sinin, Latin Amerika’da yüzde 6,1’inin, Kuzey Amerika’da yüzde 6,9’unun ve dünya genelinde nüfusun yaklaşık yüzde 4,7’sinin demanslı olduğu ifade edilmektedir. Demanslı hasta sayısı en fazla olan ülkeler sıralandığında da ilk sırayı 5,4 milyon demanslı hastaya sahip olan Çin almakta ve bu ülkeyi sırasıyla, 3,9 milyonla ABD, 3,7 milyonla Hindistan, 2,5 milyonla Japonya, 1,5 milyonla Almanya, 1,2 milyonla Rusya, 1,1 milyonla Fransa ve İtalya ve 1 milyon demanslı hastaya sahip olan Brezilya takip etmektedir (22).

2. Yaşlı İstismarı, İhmali ve Yaşlıya Yönelik Şiddet

DSÖ’ye göre şiddet: Yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, kayıp ile sonuçlanan veya bunlarla sonuçlanması muhtemel olan, kişinin kendisine, başka bir kişiye bir gruba veya topluluğa karşı fiziksel şiddet ve gücün tehdit veya fiili olarak kasıtlı kullanımı şeklinde tanımlanmıştır (23).

Şiddet, toplumu oluşturan bütün bireyleri etkilemekle birlikte incinebilirliği daha fazla olan yaşlı grubunu daha fazla etkilemektedir (24). DSÖ’nün 1998 yılı dünya sağlık raporunda yaşlanma, engelliliğin artması ve başkalarına daha fazla bağımlılaşma şeklinde tanımlanmaktadır (25).

Yaşlıya yönelik şiddet, genel olarak ileri yaşlarda (75 ve üzeri) rastlanan bir şiddet türüdür. Yaşlılık dönemi; bireylerin bağımlılık ve kaza riskinin arttığı, fiziksel yeteneklerinin azaldığı, pek çok kronik hastalığın yaşandığı bir dönemdir (26).

Yaşlı İstismarı

Genel olarak yaşlı istismarı, yaşlıda yaralanmalara neden olan; ihmalin doğmasını sağlayan fiziksel ve psikolojik davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır (27). İngiltere’de 65 yaş üstü yaşlıların yüzde 5’inden fazlasının ailesinden biri ya da yakın akrabası tarafından sözel, yüzde 2’sinin fiziksel, yüzde 2’sinin de ekonomik olarak kötü muamele gördüğü saptanmıştır (28).

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Yetişkin Koruyucu Hizmetleri Ajansı (APS- Adult Protective Services) raporlarına göre; yaşlı istismarında 1986-1996 yıllarında (117.000 vakadan 293.000 vaka) yüzde 150 artış olduğu bildirilmektedir. ABD’de (1979-1994) yaşlılara karşı işlenen suçların yüzde 60’ının ihmal, yüzde 15’inin fiziksel istismar olduğu belirtilmektedir (29).

Ülkemizde ise yaşlı istismarıyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; yaşlıların yüzde 26,6’sının fiziksel istismara uğradığı, istismarı yapanların yakın akrabalarından oluştuğu ve yüzde 86,72’sinin yaşlıdan rahatsızlık duyduğu, bu durumu diğer kişilerle paylaşmadıkları görülmüştür (30).

Yaşlı İhmal

İhmal, bakım verenin bakım işlevini yerine getirmeyi reddetmesi ya da aksatmasına bağlı olarak bilerek ya da bilmeden yaşlı bireyin fiziksel ya da duygusal olarak sıkıntı yaşamasına yol açmasıdır (Yaşlı bireyin günlük yaşamını sürdürmek için ihtiyaç duyduğu beslenme, giyinme, kişisel hijyen, ısınma, ekonomik kaynak gibi gereksinimlerinin karşılanmaması, iletişim kurmaktan kaçınılması, uzun zaman yalnız bırakılması, sağlık hizmeti alma gereksiniminin görmezden gelinmesi, biten ilaçlarının alınmaması, gözlük, işitme cihazı gibi yardımcı cihaz kullanma gereksiniminin göz ardı edilmesi gibi).

3. Yeti Yitimi

Yeti yitimi bedensel ve ruhsal hastalıklara bağlı olarak kişinin iş gücü görememe halidir. Temel yaşam faaliyetlerini aksatan, hukuki ve klinik yönlerden önemi olan bir durumu tanımlar (31). İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırmasına (The International Classification of Functioning, Disability and Health- ICF) göre yeti yitimi; bir kişi için normal olarak kabul edilen sınırlarda, bir aktivite gösterme yeteneğindeki herhangi bir kısıtlama veya sınırlama olarak belirtilmiştir (32).

Yeti yitimi, kişinin kendinden beklenen iş ve toplumsal rollerini ve kendine bakabilme işlevini yitirmesi, sosyal ilişkilerinde kayıp olması ve görevlerini aksatması sonuçlarına yol açar.

Temel yaşam aktivitelerini aksatan bu durumun klinik, sosyal ve hukuki açıdan sonuçları yaşlıyı ve çevresini etkilemektedir. Yaşam kalitesini bozmasının yanı sıra bazı yeni patolojilerin de oluşmasına sebep olup bunlara bağlı yeni işlevsel kayıpların meydana gelmesine yol açabilir.

Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Demans ve Geriatrik Psikiyatri Konularında Uygulamalar

İngiltere ve ABD’de Sağlık Bakanlıklarının ve pek çok sivil toplum kuruluşunun Alzheimer hastalığı, depresyon gibi sık karşılaşılan nöropsikiyatrik hastalıklar hakkında halkı bilgilendirmek amacıyla internet sayfaları bulunmaktadır.

Yaşlı İstismarı ve Yaşlıya Yönelik Şiddet Konularında Uygulamalar

Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşlı istismarını bildirmek için ücretsiz “yaşlı istismar hattı” telefon hatları açılmıştır. Bu telefon hattını arayanlar o eyaletteki “yaşlı koruma hizmetleri” olarak adlandırılan birimlere yönlendirilmektedir. Benzer telefon hatları Avustralya, İngiltere, Yeni Zelanda ve Kanada’da da bulunmaktadır. Telefonla yapılan şikayet üzerine “Yaşlı koruma hizmetleri” birimleri yaşlının evini ziyaret ederek yaşlının istismara uğrayıp uğramadığına dair rapor hazırlarlar. Eğer istismar

varsa yaşlının yer değişikliği (huzurevi, bakımevine yatırılması gibi) yapılmaktadır ve istismarı yapan kişi hakkında cezai işlem başlatılmaktadır. Ayrıca, <http://www.ncea.aoa.gov/index.aspx> adresinde yaşlıya istismar yapıldığında neler yapılması gerektiği detaylı olarak anlatılmaktadır.

Yeti Yitimi Konularında Uygulamalar

Yaşlılarda yeti yitimini engellemek için ABD’de ve İngiltere’de özellikle birinci basamakta aile hekimleri ve hemşireler, sağlıklı yaşlıları yılda en az bir kez taramadan geçirmektedirler. Bu tarama programı, kanser açısından yaşlının muayene edilip kanser belirleyicilerine bakılmasını, aşılmasının yapılması, hastanın genel bir sağlık taramasından geçirilip bulgulara göre önerilerde bulunulmasını (egzersiz ve düzenli beslenme önerileri) içermektedir.

Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Demans, Geriatrik Psikiyatri, Yeti Yitimi, Yaşlı İstismarı ve Şiddet Konularına Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1- Yaşlıların, nöropsikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisinde en doğru, en etkin ve kaliteli şekilde hizmet alabilmesi için tüm ilgili kurumların gerekli işbirliğini ortaya koyması ve bunun için gerekli şartların hazırlanması

Strateji 1

Geropsikiyatri hastasının tedaviye ulaşmasının ve tedavisinin sürekliliğinin sağlanması

Hedef 2- Yaşlılarda nöropsikiyatrik hastalıklardan kaynaklanan yeti yitiminin önlenmesi, tanınması, giderilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve rehabilitasyonun gerçekleştirilmesi

Strateji 1

Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının geropsikiyatrik hastalıkların bir yeti yitimi nedeni olarak tanınmasının sağlanması

Strateji 2

Toplumda ve yaşlılarda yeti yitiminin azaltılmasının sağlanması

Hedef 3- Yaşlı istismarının önlenmesi ve tanınması için topluma, ailelere ve kurumlara yönelik önlemlerin alınması

Strateji 1

Yaşlı istismarı ve şiddeti konusunda toplumsal duyarlılığın artırılması

Strateji 2

Yaşlı sağlığı alanında çalışan profesyonellerin, yaşlı istismarı ve yaşlıya yönelik şiddet konusunda mezuniyet öncesi ve sonrasında eğitilmesi ve hizmet sunum kapasitelerinin artırılması

Strateji 3

İstismara uğrayan ya da şiddet gören yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin oluşturulması

1.5. Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Demans, Geriatrik Psikiyatri, Yeti Yitimi, Yaş İstismarı ve Şiddet Konularında Planlamalar ve Etkinlikler Yapılması

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>Hedef 1- Yaşlıların, nöropsikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisinde en doğru, en etkin ve kaliteli şekilde hizmet alabilmesi için tüm ilgili kurumların gerekli işbirliğini ortaya koyması ve bunun için gerekli şartların hazırlanması</p> <p>1.1. Geropsikiyatri hastasının tedaviye ulaşmasının ve tedavisinin sürekliliğinin sağlanması</p>	<p>1.1.1. Polikliniklerde yaşlılara randevuda kolaylık sağlanması</p> <p>1.1.2. Poliklinik bekleme odalarında yaşlılar için bekleme koltuklarının ayrılması</p> <p>1.1.3. Yaşlılara hizmet veren polikliniklerin giriş katlarında bulunması</p> <p>1.1.4. Polikliniklerde ve tetkikleri yaptırırken yaşlılar için ayrı odalar ayrılarak muayenede ve tetkik yaptırmada öncelik tanınması</p> <p>1.1.5. Yalnız gelen demans ve geropsikiyatri hastaları için hastanede yapuracakları işlemler sırasında refakat ve yardım edecek personel tahsis edilmesi</p>	<p>1. Doktora ulaşan yaşlı sayısı</p> <p>2. Polikliniklerde öncelik tanınarak kaliteli bir ve kolaylıkla muayene olup tetkik yaptırılan yaşlı sayısı</p> <p>3. Geropsikiyatri hastasına hizmet veren eğitilmiş ekiplerin sayısı</p>	<p>1. Doktora ulaşan yaşlı sayısında artış</p> <p>2. Polikliniklerde öncelik tanınarak kaliteli bir şekilde ve kolaylıkla muayene olup tetkik yaptırılan yaşlı sayısında artış</p> <p>3. Geropsikiyatri hastasına hizmet veren eğitilmiş ekiplerin sayısında artış</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>3. Adalet Bakanlığı</p> <p>4. İçişleri Bakanlığı</p> <p>5. SGK</p> <p>6. Basın Yayın Kuruluşları</p> <p>7. Üniversitelerin Geriatri, Nöroloji ve Psikiyatri Bilim Dalları</p> <p>8. Özel hastaneler</p> <p>9. STK</p>	2 yıl

Hedef 1-Yaşlıların, nöropsikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisinde en doğru, en etkin ve kaliteli şekilde hizmet alabilmesi için tüm ilgili kurumların gerekli işbirliğini ortaya koyması ve bunun için gerekli şartların hazırlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>1.1. Geropsikiyatri hastasının tedavide ulaşmasının ve tedavisinin sürekliliğinin sağlanması</p>	<p>1.1.6. Yataklı hizmet veren servislerde; yaşlı geropsikiyatri hastası kronik hastalıkları nedeniyle daha fazla ilgiye, personele ve tıbbi donanımına ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle üniversitelerde ve eğitim ve araştırma hastanelerinde geropsikiyatri servislerinin kurulması. Bu servislerde bu hastalara hizmet verecek ekiplerin oluşturularak eğitimlerinin sağlanması Kimsesiz geropsikiyatri hastalarının barınacağı “sığınmaevi” veya “korunmaevi” şeklinde imkânların sağlanması - Demansı, nöropsikiyatrik hastalığı olan ve yakını olmayan, sokakta bulunup hastaneye getirilen ve barınma ihtiyacı olan yaşlıların yerleştirilmesi için cumhuriyet savcılığı ve kolluk kuvvetlerine yetki ve görev verilmesi - Bu durum için Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının ortaklaşa çözüm belirlemesi</p> <p>1.1.7. Yalnız yaşayan, ilaca ve sağlık hizmetlerine ulaşması güç geropsikiyatri hastalarının evde bakımının sağlanması</p>	<p>1. Doktora ulaşan yaşlı sayısı 2. Yakını olmayan barınma ihtiyacı olan geropsikiyatri hastalarından kurumlara yerleştirilmesi için görevlendirilen kurumların belirlenmesi 3. Üniversiteler ve eğitim araştırma hastanelerindeki geropsikiyatri servislerinin sayısı 4. Geropsikiyatri hastasına hizmet veren eğitilmiş ekiplerin sayısı 5. Korunma evlerinin sayısı 6. Sürekli ve kesintisiz bir şekilde ilaca ulaşabilen hasta sayısı 7. Barınma ile ilgili kurumların aylık ve yıllık istatistikleri 8. Yaşam kalite ölçekleriyle yapılan veri çalışmaları 9. Raporlu geropsikiyatri ilaçları sayısı ve geri ödeme istatistiklerine ulaşılmış 10. Evde bakım yapılan geropsikiyatri hastalarının sayısı 11. Yataklı servislerde izlenen geropsikiyatri hastalarının sayısı</p>	<p>1. Doktora ulaşan yaşlı sayısında artış 2. Yakını olmayan barınma ihtiyacı olan geropsikiyatri hastalarından kurumlara yerleştirilenlerin sayısında artış 3. Üniversiteler ve eğitim araştırma hastanelerindeki geropsikiyatri servislerinin sayısında artış 4. Geropsikiyatri hastasına hizmet veren eğitilmiş ekiplerin sayısında artış 5. Korunma evlerinin sayısında artış 6. Sürekli ve kesintisiz bir şekilde ilaca ulaşabilen hasta sayısında artış 7. Nöropsikiyatrik hastalıkların maliyet analiz çalışmalarının yakından izlenmesi</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikaları Bakanlığı 3. Adalet Bakanlığı 4. İçişleri Bakanlığı 5. SGK 6. Basın Yayın Kuruluşları 7. Üniversitelerin Geriatri, Nöroloji ve Psikiyatri Bilim Dalları 8. Özel hastaneler 9. STK</p>	2 yıl

Hedef 2- Yaşlılarda nöropsikiyatrik hastalıklardan kaynaklanan yeti yitiminin önlenmesi, tanınması, giderilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve rehabilitasyonun gerçekleştirilmesi	Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
2.1. Hekimler ve sağlık çalışanları tarafından geropsikiyatrik hastalıkların bir yeti yitimi nedeni olarak tanınmasının sağlanması	2.1.1. Üniversite ve diğer eğitim ve araştırma hastanelerinde geropsikiyatri alanında çalışan uzmanların, hekim eğitiminde aktif görev alarak yazılı ve görsel dokümanlar hazırlaması, sürekli eğitim etkinlikleri ve kurslar düzenlenmesi	2.1.1.1. Üniversite ve diğer eğitim ve araştırma hastanelerinde geropsikiyatri alanında çalışan uzmanların, hekim eğitiminde aktif görev alarak yazılı ve görsel dokümanlar hazırlaması, sürekli eğitim etkinlikleri ve kurslar düzenlenmesi	1. Sağlık personelinin yeti yitimine yönelik değerlendirme ölççeklerini kullanabilmesi	1. Yeti yitiminin tanınması ve önlenmesinde yol alınması	1. Sağlık Bakanlığı	4 yıl
2.2. Yaşlılarda yeti yitiminin azaltılmasının ve toplumda farkındalık oluşturulmasının sağlanması	2.2.1. Yaşlıların fiziksel aktivitelerini arttırmaya yönelik grup olarak katılabilecekleri aktiviteler düzenlenmesi, aktivitelerin içinde yaşlılara yönelik satranç turnuvaları, müzik aktiviteleri, fiziksel egzersiz aktivitelerinin desteklenmesi	2.2.1.1. Yaşlıların fiziksel aktivitelerini arttırmaya yönelik grup olarak katılabilecekleri aktiviteler düzenlenmesi, aktivitelerin içinde yaşlılara yönelik satranç turnuvaları, müzik aktiviteleri, fiziksel egzersiz aktivitelerinin desteklenmesi	2. Yaşlıların ev dışı aktivitelerinin artması	2. Yaşlılıkta depresyon, anksiyete bozukluğu ve uyku sorunlarının azalması ve yaşam kalitesinin artması	2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	4 yıl
2.2.2. Yaşlıların fiziksel aktivitelerini arttırmaya yönelik grup olarak katılabilecekleri aktiviteler düzenlenmesi, aktivitelerin içinde yaşlılara yönelik satranç turnuvaları, müzik aktiviteleri, fiziksel egzersiz aktivitelerinin desteklenmesi	2.2.2.1. Yaşlıların fiziksel aktivitelerini arttırmaya yönelik grup olarak katılabilecekleri aktiviteler düzenlenmesi, aktivitelerin içinde yaşlılara yönelik satranç turnuvaları, müzik aktiviteleri, fiziksel egzersiz aktivitelerinin desteklenmesi	2.2.2.1.1. Yaşlıların fiziksel aktivitelerini arttırmaya yönelik grup olarak katılabilecekleri aktiviteler düzenlenmesi, aktivitelerin içinde yaşlılara yönelik satranç turnuvaları, müzik aktiviteleri, fiziksel egzersiz aktivitelerinin desteklenmesi	3. Belediye hizmet sunumlarının yeniden planlanması ve hizmet sunumlarında artış	3. Demanslı hastaların ve sorunlarının azalması, yeti yitimi olan hastaların toplumdan izolasyonunun azalması	3. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	4 yıl
2.2.3. Yaşlıların kognitif rehabilitasyon yapabilecekleri aktivitelere katılımının sağlanması ve yaşlıların öğrenme süreçlerinin desteklenmesi, el işleri ve el sanatları, iş uğraşı terapisi okuma-yazma, bilgisayar kullanma ve hobi kurslarının açılması	2.2.3.1. Yaşlıların kognitif rehabilitasyon yapabilecekleri aktivitelere katılımının sağlanması ve yaşlıların öğrenme süreçlerinin desteklenmesi, el işleri ve el sanatları, iş uğraşı terapisi okuma-yazma, bilgisayar kullanma ve hobi kurslarının açılması	2.2.3.1.1. Yaşlıların kognitif rehabilitasyon yapabilecekleri aktivitelere katılımının sağlanması ve yaşlıların öğrenme süreçlerinin desteklenmesi, el işleri ve el sanatları, iş uğraşı terapisi okuma-yazma, bilgisayar kullanma ve hobi kurslarının açılması	4. Yaşlıların örgütlenmesine yönelik hizmet sunumlarında artış	4. Yaşlı örgütlenmelerinde artış, yaşlı dayanışması için ilgili kurumların oluşturulması	4. Üniversiteler	4 yıl
2.2.4. Fiziksel egzersiz aktivitelerini arttırmak için yaşlıların spor ve fiziksel aktivite yapabileceği parkların artırılması	2.2.4.1. Yaşlıların fiziksel aktivitelerini arttırmak için yaşlıların spor ve fiziksel aktivite yapabileceği parkların artırılması	2.2.4.1.1. Yaşlıların fiziksel aktivitelerini arttırmak için yaşlıların spor ve fiziksel aktivite yapabileceği parkların artırılması	5. Yaşlıların sağlık sistemlerini kullanma oranlarında artış	5. Basın ve Yayın Kuruluşları	5. STK	4 yıl
2.2.5. Belediye ve ilgili kurumların aktiviteleri desteklemesi için yetki ve destek verilmesi	2.2.5.1. Belediye ve ilgili kurumların aktiviteleri desteklemesi için yetki ve destek verilmesi	2.2.5.1.1. Belediye ve ilgili kurumların aktiviteleri desteklemesi için yetki ve destek verilmesi	6. Yaşlıların psiko-sosyal düzeylerinde artma	6. Sistemik ve nöropsikiyatrik hastalıkların morbiditesinde azalma	6. STK	4 yıl
2.2.6. İllerde düzenlenen kültürel etkinliklere zorunlu yaşlı kontenjanı ayrılması (izleyenlerin yüzde 10'u)	2.2.6.1. İllerde düzenlenen kültürel etkinliklere zorunlu yaşlı kontenjanı ayrılması (izleyenlerin yüzde 10'u)	2.2.6.1.1. İllerde düzenlenen kültürel etkinliklere zorunlu yaşlı kontenjanı ayrılması (izleyenlerin yüzde 10'u)	7. İllerde düzenlenen aktivitelere yaşlı bireylerin katılımının artması	7. Yaşlıların sosyal iletişiminin artması	7. STK	4 yıl
2.2.7. Yaşlıya yönelik online eğitim programları düzenlenmesi	2.2.7.1. Yaşlıya yönelik online eğitim programları düzenlenmesi	2.2.7.1.1. Yaşlıya yönelik online eğitim programları düzenlenmesi	8. Yaşlıların gönüllü ve ücretli iş olanaklarının artması	8. Yaşlıların üretkenliğinde, toplumsal işlevselliğinde artış	8. STK	4 yıl
2.2.8. Özel sektör ve kamu sektöründe 65 yaş üzerinde çalışanlara yüzde 5 kota sağlanması, yarı zamanlı çalışma koşullarının oluşturulması	2.2.8.1. Özel sektör ve kamu sektöründe 65 yaş üzerinde çalışanlara yüzde 5 kota sağlanması, yarı zamanlı çalışma koşullarının oluşturulması	2.2.8.1.1. Özel sektör ve kamu sektöründe 65 yaş üzerinde çalışanlara yüzde 5 kota sağlanması, yarı zamanlı çalışma koşullarının oluşturulması	9. Medya organlarında yaşlılara yönelik yayınların artması	9. Yaşlılara yönelik bilgi ve bilinç düzeyinde artma, yaşlı bireylerin bilgi edinmelerinde artış	9. STK	4 yıl

Hedef 3- Yaşlı istismarının önlenmesi ve tanınması için topluma, ailelere ve kurumlara yönelik önlemlerin alınması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Yaşlı istismarı ve yaşlıya yönelik şiddet konularında toplum duyarlılığının artırılması	3.1.1. Yaşlı istismarı ve şiddetinin önlenmesi konusunda toplum duyarlılığının artırılmasına yönelik kampanyalar yapılması	1. Şehir panolarına yaşlı istismarı ve yaşlıya yönelik şiddet konusunda asılan afiş sayısındaki artış 2. Yazılı ve görsel medyada yaşlı istismarı ve şiddet ile ilgili yayınlardaki artış 3. Yaşlı istismarı ve yaşlıya yönelik şiddet sayısı 4. Hekim ve sağlık personeli tarafından bildirilen yaşlı istismarı sayısı	1. Toplumda yaşlıya yönelik şiddet ve istismarı bildiren birey sayısının artmış olması 2. Toplumda yaşlıya yönelik şiddet ve istismarın azalması	1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2. Sağlık Bakanlığı 3. İşçileri Bakanlığı 4. Basın ve Yayın Kuruluşları 5. STK	Süreklili
3.2. Yaşlı sağlığı alanında çalışan profesyonellerin, yaşlı istismarı ve yaşlıya yönelik şiddet konusunda mezuniyet öncesi ve sonrasında eğitilmesi ve hizmet sunum kapasitelerinin artırılması	3.2.1. Yaşlı istismarı ve şiddeti konusunun tıp fakülteleri, hemşirelik, sosyal hizmet ve ilgili diğer disiplinlerin mezuniyet öncesi müfredatlarına eklenmesinin sağlanması 3.2.2. Yaşlılara yönelik istismar ve şiddet konusunun aile hekimleri, acil hekimliği, dahiliye, psikiyatri gibi tıpta uzmanlık eğitimlerinin içerisine alınmasının sağlanması 3.2.3. Yaşlılara yönelik istismar ve şiddet konusunun sağlık çalışanlarının yaşlılara yönelik hizmetlerle ilgili hizmet içi eğitimlerinin içerisine alınması 3.2.4. Yaşlılara yönelik istismar ve şiddetin tanınması için sağlık çalışanlarına yönelik bir bilgi dokümanı hazırlanması ve konuyla ilgili kurum ve kuruluşlara dağıtılması	1. Müfredatlarında konuya yer veren kurum sayısının artması 2. Tıp fakültesi uzmanlık eğitiminde konuya yer veren uzmanlık alanı sayısı 3. Hizmet içi eğitim sayısı 4. Hazırlanıp dağıtılan bilgi dokümanı sayısı	1. Yaşlı sağlığı alanında çalışan profesyonellerin yaşlı istismarı ve yaşlıya yönelik şiddet bildirim sayısında artış 2. Sağlık alanına yönelik kurum ve kuruluşlarda çalışan profesyonellerin yaşlı istismarı ve şiddeti konusunda farkındalığının artması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. YÖK 4. Üniversiteler 5. STK	2 yıl
3.3. İstismara uğrayan ya da şiddet gören yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin oluşturulması	3.3.1. ALO 183 hattına yaşlı istismarının bildirilebilmesi için gerekli tanıtımlar yapılması 3.3.2. Birinci basamakta aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının ve sosyal hizmet uzmanlarının ev ziyareti ile yaşlı istismarını erken dönemde yakalayabilecek yaklaşımları kullanması 3.3.3. Acil servis çalışanlarının travma nedeniyle başvuran yaşlıya istismar/şiddet konusunda uygun yaklaşımlarda bulunabilmelerini sağlayacak hizmet akış algoritması oluşturulması 3.3.4. Şiddet ve istismar nedeniyle devlet kurumlarına yerleştirilmiş yaşlıların sağlık sorunlarının çözülmesi için kurumsal destek sağlanması	1. ALO 183'e yapılan yaşlı istismarı ve/veya yaşlıya yönelik şiddet vaka sayısı 2. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının ve sosyal hizmet uzmanlarının ev ziyareti ile saptadıkları yaşlı istismarı ve şiddet sayısı 3. Kurumlara (yaşlıya bakım veren) yapılan denetimde saptanan yaşlı istismarı ve şiddet gören yaşlı sayıları	1. Yaşlı istismarı yapan kişilerden rehabilite edilenlerin sayısı 2. Yaşlıların yüksek yararına hitap edecek yaşam koşullarının oluşturulması	1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2. Sağlık Bakanlığı	2 yıl

1.6. GERİATRİDE AKUT BAKIM ve ACİLLERİN ORGANİZASYONUNUN SAĞLANMASI

Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

Yaşlı nüfusun artışı, yaşlı nüfusun sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlık hizmetlerine erişiminin artmasını da beraberinde getirmektedir. Bu kapsamda acil sağlık hizmetlerinden yaşlıların nasıl daha etkili ve güvenilir olarak yararlanabileceği ile ilişkili çalışmalar artmaktadır. Çünkü acil sağlık hizmetlerindeki düzenlemeler ülkenin sağlık sisteminin düzeyi ve gelişmesi ile paralellik göstermektedir.

Ülke, şehir ve bölgesel farklılıklar yanında mevcut sağlık sistemi, acil servis ve hastanelerin lokalizasyonu, ambulans ağının yaygınlığı, bölgenin nüfus özellikleri gibi pek çok faktör acil servisten yararlanma oranlarını etkilemektedir. Kentlerde, kırsala göre acilden yararlanma oranları daha yüksektir.

Acil servislere son yıllarda başvuru sıklığı artmakta ve genellikle yaşlılar kalabalık ve hızlı döngüde negatif ayrımcılığa uğramakta, optimal müdahale ve girişimler daha az yapılmakta, bu nedenle yaşlıların tedavilere daha az yanıt verecekleri düşünülmektedir. Yaşlıların, çocuklar gibi özel bir grup olmaları ve farklı yaklaşım ve değerlendirme gerekliliği artık tüm dünyada kabul edilmektedir. Çünkü yaşlılar sıklıkla birden çok hastalığa sahiptirler (multipl komorbidite). Kronik hastalıkların semptom ve bulguları silik olabilir, komplike ve atipik seyir gösterebilir. Bunların yanında özellikle acil servise başvuran yaşlılarda kognitif ve fonksiyonel yetilerde azalma sık görülür. Tüm bu nedenler, yaşlı hastaların acillerde klasik yaklaşım dışında farklı bir bakış açısı ile değerlendirilmesini zorunlu kılar.

Yaşlılar acil servislere en sık kardiyovasküler, serebrovasküler, metabolik nedenler gibi kronik hastalıklarla bağlantılı sorunlar veya ani ortaya çıkan akut hastalıklar nedeniyle başvururlar. Yaşlılar bu nedenle gençlere kıyasla hastanelere daha fazla yatırılarak izlenmekte, yaşlıların yatış süreleri daha uzun olmakta ve 5-6 kat fazla yoğun bakım ihtiyacı duyulmaktadır.

Ülkemizdeki ambulans hizmetlerinde doktor, acil tıp teknisyeni bulunmakla birlikte, ideal ambulans hizmetleri için yeni yaklaşımlar da gerekmektedir. Ambulans hizmeti sağlanırken hastanın acile hızla ve güvenle ulaştırılması yanında olay yerinde müdahale, ulaşılabilecek hastaneye yaşlı ile ilgili bilgilerin ve verilerin aktarımı ile ilgili sistemler geliştirilmeli ve acil servislerle iletişimi sağlayacak sistemler kurulmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.

Yaşlıların acil servislere ulaşmaları sağlandıktan sonraki süreçle ilişkili olarak, dünyanın değişik ülkelerinde, geriatrik acil birimi oluşturulması yönünde modeller oluşturulmaya ve kullanılmaya başlamıştır. Ancak ülkemizde ayaktan poliklinik hizmetlerinde yaşlılar için geriatri poliklinikleri hizmet vermekle birlikte henüz acil hizmetlerinde ayrı bir yapılanma veya model bulunmamaktadır.

Dünya ve Türkiye örneklerine baktığımızda klasik acil servisler genellikle hastanenin zemin katlarında lokalize olup fiziksel şartları açısından yetersiz koşullara sahip olduğu bilinmektedir. Hastaların değerlendirilmesi ve acil yaklaşım ise genellikle sadece mevcut hastalığa yönelik değerlendirme ve müdahale şeklindedir. Ancak bu sistem yaşlı hastalar için geçerli bir uygulama modeli değildir.

Artık günümüzde modern acil servis konseptinde ve yeni oluşturulacak geriatrik acil ünite uygulamalarında kanıta dayalı tıp temelinde uygun yaklaşım protokolleri, personel eğitimleri, fiziksel

mekan değişiklikleri yapılmalıdır. Bu bağlamda geriatri acil üniteleri klinik personeli, geriatri ve geriatrik acil tıp konusunda eğitimli olmalı, sık rastlanan geriatrik sendromlar konusunda bilgilendirilmeli, farkındalık sağlanmalıdır. Acil servislerde deliryum, düşme, bası yarası gibi yaşlılarda sık görülen önemli mortalite ve morbidite sebebi olabilecek tabloları azaltabilecek yapısal değişiklikler ve önlemler alınmalıdır. Hastanede uzun yatış sürelerini azaltan fonksiyonel kayıpları ve iyatrojenik komplikasyonları azaltan programlar geliştirilmelidir. Fiziki mekan öncelikle kompleks geriatri hastalarının optimal bakımını sağlayabilen, hareket alanı kısıtlı olmayan ve hastaları en uygun şekilde yerleştirebilecek planda olmalıdır. Yeni binalar yapılabileceği gibi, uygun alan bulunan yerlerde mevcut acillerde yeniden düzenleme yapılabilir.

Dünya örneklerine baktığımızda, Amerika, Kanada, Avustralya’da geriatrik acil ünitelerinin bulunduğu hastaneler mevcuttur. Bu acillerin bazılarında geriatristler öncelikli olarak bulunmakta olup geriatri hemşireleri de bu birimlerde çalışmaktadırlar. Bu hemşireler yaşlı hastalara kapsamlı geriatrik değerlendirme yapmakta ve hastanın taburcu olması durumunda gerekli koordinasyonu sağlamaktadır. Ayrıca taburculuk sonrası için gerekli planlamaları yaparak gerekli hallerde hastaları ilgili kurumlara yönlendirir, aileleri ile iletişim kurar.

Kanada Montreal’de bir merkezde acil serviste geriatri konsültasyon ekibi oluşturulmuştur. Bu ekipte geriatrist, tam zamanlı hemşire, yarı zamanlı fizyoterapist ve iş-uğraşı terapisti bulunmaktadır. Bu ekip koordineli bir şekilde tüm yaşlıları değerlendirmekte ve tedavi ve rehabilitasyon planlarını yapmaktadır.

Yine Avustralya Melbourne’de başka bir merkezde interdisipliner koordinasyon ekibi oluşturulmuştur. Bu ekip kompleks yaşlı hastaların acil servis değerlendirme ve taburculuk planlarını organize etmiştir. Benzer uygulamalar İtalya’daki bazı hastanelerde de yapılmıştır. Bu merkezlerdeki acil servisler karma acil servisler halinde olup, belirli bir yatak sayısının yaşlı hastalara ayrılması şeklinde düzenlenmiştir. Tüm bu modellerde geriatrik acil üniteleri oluşturulurken triaj, klinik değerlendirme ve tedavi, taburculuk planlaması unsurları göz önüne alınmalıdır.

Geriatrik acil modeli uygulamaları dört aşamada özetlenebilir;

- İlk aşamada acil servise başvuran hasta hakkında bilgi sahibi olunmalıdır.
- İkinci aşamada hastanelerin veri tabanlarından hasta ile ilgili verilerin otomatik alınması ve aktarılması ile ilgili altyapılar oluşturulmalıdır. Buradan önemli bilgiler alınarak elektronik ortamda acil servis kayıtlarına aktarılabilmelidir. Örneğin; hastanın var olan hastalıkları, önceki laboratuvar parametreleri, görüntüleme tetkikleri, ilaçları, allerji durumu, önceki hastaneye yatış nedenleri, sosyal ve fonksiyonel durumu, alışkanlıkları gibi bilgiler aktarılarak, hastanın kapsamlı geriatrik değerlendirmesini yapmada hız kazandırılmalıdır.
- Üçüncü aşamada acil doktoru, hastanın kendisi ve yakını ile görüşerek alacağı bilgileri sentezler, kendi yaptığı muayene ve değerlendirme sonucunda uygun gördüğü teşhisleri belirler ve tedavi planını oluşturur. Acil servis doktorunun tüm bunları tek başına yapması zor olduğundan interdisipliner ekip anlayışı içerisinde bir geriatri ekibi oluşturulmalıdır.

- Bu ekipte hastanın doktoru, acil hemşiresi, varsa geriatri hemşiresi veya yardımcı diğer sağlık personeli bulunmalıdır.
- Dördüncü ve son aşamada ise güvenli, konforlu, mümkün olduğunca gürültüsü azaltılmış bir acil ortamı yaratılmalıdır. Bunun için acil mimari ve çevre düzeni ele alınmalı, zeminler başta olmak üzere tüm yapıya yaşlı özellikleri dikkate alınarak düzenlenmeli, hasta, hasta yakınları, acil doktor ve çalışanlarının rahat ve konforlu ortamda bulunmaları sağlanmalı, uygun görüşme ortamları, aydınlatmalar ve hasta için gerekli enstrümanlar sağlanmalıdır.

Sonuç olarak; tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus artış göstermekte ve buna paralel olarak geriatik sendromlar başta olmak üzere kronik hastalıkların artışı, sağlık hizmetinin sunumunda yeni sorunları gündeme getirmektedir. Sıklığı artan bu kronik hastalıkların alevlenmesi veya yeni akut hastalıkların eklenmesi nedeniyle acil servislere geriatik yaş grubu başvuruları da artmaktadır.

Bu nedenle geriatik yaş grubuna, acil hizmetlerinin daha etkin, güvenilir, verimli bir şekilde ulaştırılması ve sağlık hizmetlerinin sunumunda kaliteyi arttıracak şekilde düzenlenmesi için yeni yaklaşım ve düzenlemelerin yapılması gereklidir.

Geriatride Akut Bakım ve Acillerin Organizasyonunun Sağlanmasına Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1- Geriatride akut bakım ve aciller konusunda toplumda ve tüm sağlık personelinde farkındalık oluşturulması

Strateji 1

Geriatride akut bakım ve aciller konusunda farkındalığın yaygınlaşması; üniversiteler, kamu kurum ve kuruluşları ve STK'lar ile işbirliğinin sağlanması

Hedef 2- Yaşlılara verilen acil sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılarak, erişilebilirlik ve etkililik ilkeleri çerçevesinde yürütülmesinin sağlanması

Strateji 1

Yaşlıların acillere başvurusunda pozitif ayrımcılık yapılması için önlemler alınmasının sağlanması

Strateji 2

Geriatrik acil birimlerinin ülkemizde oluşturulması

Strateji 3

Mevcut acil servislerin, geriatrik hastaya yaklaşım açısından yeniden ve uygun şekilde tekrar düzenlenmesi

Hedef 3- Yaşlılarda kronik hastalıkların akut komplikasyonlarının ortaya çıkış şekli, tanınması ve tedavisindeki farklılıklarla ilgili eğitim verilmesi, geriatrik hastaya yönelik yaklaşımda standardizasyonun sağlanması

Strateji 1

Yaşlı hastaların acil servislerde bakımında tanı ve tedavi algoritmalarının oluşturulması

Strateji 2

Sağlık Bakanlığı, üniversite ve ilgili uzmanlık derneklerinin koordinasyonunda kurslar ve sertifikalı eğitim programlarının düzenlenmesinin sağlanması

Hedef 4- Acil servise başvuran geriatrik hastaların mevcut sağlık kayıtlarına ulaşılabilirliğin sağlanması

Strateji 1

Tüm hastaların ortak sağlık kayıt veri tabanının oluşturulması

Hedef 5- Geriatrik hastalarda etkin ilaç kullanımını sağlamak ve gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi

Strateji 1

Acil servise başvuran yaşlı hastanın halen kullanmakta olduğu ilaçların belirlenmesi, uygunsuz dozda ve gereksiz kullanılan ilaçların tespiti ve polifarmasinin önlenmesi

1.6. Geriatriye Akut Bakım ve Acillerin Organizasyonunun Sağlanması

Hedef 1-Geriatriye akut bakım ve aciller konusunda toplumda ve tüm sağlık personelinde farkındalık oluşturulması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Geriatriye akut bakım ve aciller konusunda farkındalığın yaygınlaşması, üniversiteler, kamu kurum ve kuruluşları ve STK'lar ile işbirliğinin sağlanması	<p>1.1.1. Akut geriatrik hastaya yaklaşım konusunda akademik toplantılar düzenlenmesi</p> <p>1.1.2. Sağlık personelinin geriatrik yaklaşım konusunda lokal seminerler düzenlenerek eğitilmesi</p> <p>1.1.3. Reklam filmleri ve tanıtıcı afişler hazırlanması</p>	<p>1. Yaşlı hastayı değerlendirmede farkındalığı artan acil hekimi ve sağlık personeli sayısı</p> <p>2. Kamuoyunda farkındalık oluşması</p>	<p>1. Acil hekimlerinin ve sağlık personelinin yaşlı hastayı değerlendirmede farkındalığının oluşması</p> <p>2. Toplumsal farkındalık anketleri (5 yıllık yapılacak)</p> <p>3. Geriatrik yaş grubunda acil servislere başvuranlardaki sosyal bilinçlenmenin artması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p> <p>3. Basın ve Yayın Kuruluşları</p> <p>4. STK</p>	1 yıl

Hedef 2-Yaşlılara verilen acil sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılarak, erişilebilirlik ve etkililik ilkeleri çerçevesinde yürütülmesinin sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>2.1. Yaşlıların acillere başvurusunda pozitif ayrımcılık yapılması için önlemler alınmasının sağlanması</p> <p>2.2. Geriatrik acil biriminin ülkemizde oluşturulması</p> <p>2.3. Mevcut acil servislerin geriatrik hastaya yaklaşım açısından yeniden ve uygun şekilde düzenlenmesi</p>	<p>2.1.1. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde ve üniversite hastanelerine ait acil servislerde geriatrik acil birimlerinin oluşturulması ve fiziki altyapularının tamamlanması</p> <p>2.2.1. Acil servislerde geriatrik bakım hizmeti verecek personel sayılarının artırılması ve personeli özendirilecek uygulamaların hayata geçirilmesi (performans, nöbet ücreti, izin vs.)</p> <p>2.3.1. Geriatrik acil birimleri ile evde sağlık hizmetleri birimlerinin entegrasyonu</p>	<p>1. Yeni yapılacak olan hastanelerin projelerine geriatri acil birimlerinin dahil edilmesi</p> <p>2. Mevcut hastanelerde kısa süre içinde yapılanma çalışmalarının tamamlanması</p> <p>3. Belirli hastanelerin acil servislerinde geriatrik acil birimlerinin oluşturulması</p> <p>4. Acilde kalış sürelerinin azalması</p>	<p>1. Geriatrik acil birim oluşturulan hastane sayısı</p> <p>2. Acile başvuran yaşlılardaki memnuniyet artışı</p> <p>3. Mortalite oranlarında azalma</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p>	1 yıl

Hedef 3-Yaşlılarda kronik hastalıkların akut komplikasyonlarının ortaya çıkış şekli, tanınması ve tedavisindeki farklılıklarla ilgili eğitim verilmesi, geriatrik hastaya yönelik yaklaşımda standardizasyonun sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>3.1. Yaşlı hastaların acil servislerde bakımında tanı ve tedavi algoritmalarının oluşturulması</p> <p>3.2. Sağlık Bakanlığı, üniversite ve ilgili uzmanlık derneklerinin koordinasyonunda kurslar ve sertifikalı eğitim programlarının düzenlenmesinin sağlanması</p>	<p>3.1.1. Acil servis hekimleri sağlık personeli ve 112 ambulans ekibinin eğitimi</p> <p>3.1.2. Yaşlı hastaların acil servislerde bakımında tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulması için komisyon kurulması</p> <p>3.2.1. Periyodik aralıklarla hizmet içi eğitimlerin yapılması</p>	<p>1. Acil servis çalışanlarının tanı ve tedavi aşamalarında yaşlı hastalara yaklaşımda pozitif anlamda farklılıklar oluşması</p> <p>2. Sertifika alan personel sayısı</p>	<p>1. Acil servis çalışanlarının geriatrik hastalara yaklaşımda standardizasyonun sağlanması</p> <p>2. Memnuniyet anketleri</p> <p>3. Mortalite ve morbiditede azalma</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p> <p>3. İlgili uzmanlık dernekleri</p>	<p>1 yıl içerisinde uygulamaya başlanması</p> <p>Sürekli olarak uygulanması</p>

Hedef 4-Acil servise başvuran geriatric hastaların mevcut sağlık kayıtlarına ulaşılabilirliğin sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.1. Tüm hastalar için ortak sağlık kayıt veri tabanının oluşturulması	4.1.1. Ortak sağlık kayıt veri tabanının yaygınlaştırılması ve hastane otomasyonuna entegre edilmesi	Hasta kayıtlarına ulaşılabilmesi	Hasta kayıtlarının, sürdürülebilir sağlık politikalarının belirlenmesinde kullanımının yaygınlaştırılması	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK	1 yıl

Hedef 5-Geriatric hastalarda etkin ilaç kullanımını sağlamak ve gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
5.1. Acil servise başvuran yaşlı hastanın halen kullanılmakta olduğu ilaçların belirlenmesi, uygunsuz dozda ve gereksiz kullanılan ilaçların tespiti ve polifarmasinin önlenmesi	5.1.1. Oluşturulacak veri tabanına hastanın kullandığı ilaçların girilmesi ve güncellenebilmesi	Sağlık kayıtlarına ulaşılması için oluşturulacak veri tabanında hastanın kullandığı ilaçlara, raporlara ve kullanım şekillerine kolayca ulaşılması	1. Yaşlılarda polifarmasinin engellenmesi ve buna bağlı acil başvuruların azalması 2. Reçete sayılarının SGK ve Sağlık Bakanlığı veri tabanından değerlendirilmesi	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK	2 yıl

1.7. YAŞLILIKTA TANI, TEDAVİ, İZLEME HİZMETLERİNİN UYGUN ve ETKİLİ İŞLEMESİNİN SAĞLANMASI

Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

Hızla gelişen teknoloji ve gün geçtikçe artan bilimsel çalışmaların etkisiyle sağlık hizmetlerinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Yaşlanmayla birlikte organ sistemlerinde meydana gelen fizyolojik değişiklikler ile hastalıklara bağlı bulguların ayırt edilmesi erken tanı için önemlidir. Erken tanı, hastalık ya da sağlık sorunu henüz klinik olarak ortaya çıkmadan önce muayene ve laboratuvar yöntemleri ile hastalığın saptanmasıdır. Amaç, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması, tedavi maliyetinin düşürülmesidir.

Bu amaçla taramalarda seçilecek özgün testler aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır;

- Taranacak hastalık toplumda sık görülen bir sağlık sorunu olmalıdır.
- Hastalık, klinik belirti vermeden önce muayene ve laboratuvar incelemeleri ile tanınabilmelidir.
- Erken tespit edildiğinde hastanın yaşam süresine ve tedavi başarısına katkısı olmalıdır.
- Taraması yapılacak hastalığın doğal seyri iyi bilinmelidir.
- Erken dönemde yakalandığında hastalık tedavi edilebilmelidir.
- Tarama yöntemi hasta için güvenli ve kabul edilebilir olmalıdır.
- Duyarlılık ve seçicilik uygun ve yeterli olmalıdır.
- Tarama testi toplumun her kesimince ulaşılabilir olmalıdır.
- Maliyet etkin olmalıdır.

Yaşlılarda hipertansiyon, tip 2 diabetes mellitus, dislipidemi, abdominal aortik anevrizma, şişmanlık ve beslenme sorunları, meme, kolon, serviks, prostat ve diğer kanserler, depresyon, Alzheimer, demans, KOAH, görme-işitme sorunları, osteoporoz, yaşlılara yönelik şiddet ve getirdiği sorunlar, kaza ve yaralanmalar ve bulaşıcı hastalıklardan hepatit B ve tüberküloz da erken tanı konulabilecek sağlık sorunları arasında yer almaktadır.

Geriatrik hastanın uygun ve doğru değerlendirilmesi kapsamlı geriatrik değerlendirme ile mümkün olabilmektedir. Kapsamlı geriatrik değerlendirme; yaşlı bireylerin çeşitli problemlerini ortaya koyan, tarif eden, açıklayan, bireylerin rezervlerini ve dayanıklılıklarını sınıflandıran, bireyin problemlerine müdahale edebilecek gerekli servisleri belirleyen ve koordine bir tedavi planı geliştiren bir ekip değerlendirmesidir.

Kapsamlı geriatrik değerlendirme sonucu gizli kalabilecek hastalıkları ortaya çıkarmak, kesin tanıya yardımcı olmak, uygun bakımı planlamak ve uygulamak, optimum çevresel ve sosyal destek için danışmanlık vermek, sonuçları öngörerek hastalığın ilerleyişini monitorize etmek, fonksiyonel düzeyi korumak ve geliştirmek, hospitalizasyonda, mortalitede, bakımevi ihtiyacında ve maliyette azalmayı sağlamak mümkün olmaktadır.

Geriatrik hastanın değerlendirilmesinde interdisipliner ve multidisipliner ekip kavramları önemlidir. Yaşlı değerlendirilmesinde tek bir kişi yerine yaşlı sağlığının farklı yönlerinde uzmanlaşmış

interdisipliner geriatrı ekibi değerlendirmesi ve takibi, modern düşünce olup dünyada uygulanmaktadır.

İnterdisipliner ekibin üyeleri;

- Geriatri uzmanı ya da olmadığı durumlarda iç hastalıkları uzmanı
- Hemşire
- Sosyal Hizmet Uzmanı
- Diyetisyen
- Psikolog
- İş-Uğraşı Terapisti
- Fizyoterapist

İnterdisipliner ekip üyeleri hastayı birlikte değerlendirerek hastanın tedavi planını ortak görüşle belirler. Yaşlının sağlığının fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak üç kısımda belirlendiği düşünülürse; ekip üyelerinin rolü, fonksiyonları ve takım ruhu kavramlarının yaşlı değerlendirmesinde, yaşlı sağlığının korunmasında ve hastalıklarının tedavisinde ne kadar önemli olduğu anlaşılacaktır. Ekip temel olarak geriatrist ve yaşlı hemşiresi tarafından yönlendirilmekle birlikte ekipte her üyenin yeri, rolü ve misyonu farklı ve birbirini tamamlayıcıdır. İdeal ekibin içerisinde sosyal hizmet uzmanı, hemşire, fizyoterapist, iş-uğraşı terapisti, psikolog, odyolog, diş hekimi, farmakolog, beslenme ve konuşma terapisti dahil olmalıdır.

Yaşlı hastalar, nüfusun büyük kısmını oluşturmaları da yaşadıkları toplumda en çok ilaç kullanan grup haline gelmektedirler. ABD’de yaşlı hastalar, nüfusun yüzde 13’ünü oluşturmalarına karşın, reçete edilen ilaçların yaklaşık yüzde 30’u yaşlı popülasyona aittir (33). Toplum bazlı araştırmalarda yaşlı insanların günde ortalama 1,5-2,2 ilaç kullandıkları ve bunların çoğunu kardiyovasküler, analjezik ve santral sinir sistemi ilaçlarının oluşturdukları saptanmıştır. ABD’de 2500 hastayı içeren bir çalışmada ilaç kullanımının en çok 65 yaş üzeri kadınlarda olduğu ve bunların yüzde 12’sinin en az on, yüzde 23’ünün ise en az beş ilaç kullandığı saptanmıştır. İngiltere’de 60 yaş üzeri nüfus tüm popülasyonun beşte birini oluşturmalarına rağmen, bu grup tüm reçetelerin yüzde 52’sini kapsamaktadır (34, 35).

Polifarmasi tanımı konusunda kesin fikir birliği olmamakla birlikte aynı anda genellikle birden çok endikasyon için çok sayıda ilaç kullanımı anlamına gelmektedir (36). Polifarmasi uygun veya uygunsuz olabilir. Gereğinden fazla ilacın reçetelenmesi, hasta için kabul edilemez yan etkilere sahip ilaçların reçete edilmesi, zarar verebilecek ilaç-ilaç ve ilaç-hastalık etkileşimlerine sahip ilaçların aynı anda reçete edilmesi vb. birçok nedenden dolayı polifarmasi uygunsuz olabilir.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi polikliniğinde görülen, 1253 hastanın değerlendirildiği çalışmada, bir hastanın poliklinik ziyareti öncesinde ortalama 3,79 sayıda ilaç kullandığı, poliklinik değerlendirmesi sonrasında ise hastaya ortalama 6,13 ilaç önerildiği saptanmıştır (37).

Polifarmasinin neden olabileceği önemli bir sorun ilaç yan etkileri ve ilaç etkileşimleridir. Bu sorunlar ilaç uyumsuzluğu, artmış hospitalizasyon riski, medikasyon hataları ve ilaçların yan etkilerinin tedavisinin artmış maliyeti ile sonuçlanmaktadır. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça yan etki oluşma ihtimali de artmaktadır.

Polifarmasi her yaşta görülebilmese rağmen yaşlılarda insidansı artmaktadır. Yaşlı popülasyondaki komorbiditelerin fazlalığı birden çok ilacın reçetelenmesine ve polifarmasinin potansiyel tehlikeli sonuçlarına sebep olmaktadır. Uygun olmayan ilaç reçetelenmesi bakım evinde kalan hastaların yüzde 12-40'ında, toplumda yaşayan yaşlıların ise yüzde 14-23,5'inde bulunmuştur (38, 39). Polifarmasi için diğer risk faktörleri hastanın yaşı, yaşam tarzı ve cinsiyeti, bakıcısı ile ilgili unsurlardır.

Hasta tarafından kullanılan ilaç sayısı arttıkça yan etki riski de katlanarak artmaktadır. İki ilaç kullanımında potansiyel yan etki riski yüzde 6 iken, beş ilaç kullanımında bu oran yüzde 50'ye, sekiz ve daha fazla ilaç kullanımında ise neredeyse yüzde 100'e ulaşmaktadır (40). Yaşlılarda polifarmasinin neden olabileceği önemli bir sorun ilaç yan etkileri ve ilaç etkileşimleridir. Yaşlı popülasyonu ilaç-ilaç etkileşimlerine ve ilaç yan etkilerine daha duyarlı kılan multipl komorbiditelerin varlığı ile birlikte yaşlanmayla oluşan fizyolojik değişikliklere bağlı olarak ilaçların farmakodinamiği, farmakokinetiğinin değişmesi gibi birçok faktör vardır (41). İlaç yan etkileri, kalp yetmezliği, meme kanseri, hipertansiyon ve pnömoniden sonra önlenebilir ciddi sağlık sorunları arasında yer almaktadır (42). Alınan ilaçların sayısı ile yan etkilerinin sıklığı arasında doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Ancak ilaç yan etkilerinin, kullanılan bir ilaca mı yoksa ilaç etkileşimlerine mi bağlı olduğu net olarak tespit edilememektedir.

Polifarmasinin önemli sonuçlarından bir diğeri de hastane başvurularını ve hospitalizasyonları arttırmasıdır. Yapılan bir meta analize göre ilaç yan etkisi ile ilişkili hastaneye yapılan başvurularda yaşlıların gençlere göre 4 kat daha fazla başvuruda bulunduğu saptanmıştır. Diğer yandan yaşlılarda hastaneye yatışın yüzde 24'ünün sebebi ciddi ilaç yan etkileridir (43). Ayaktan başvuruların yüzde 6-21'ini, hospitalize hastalardaki başvuruların ise yüzde 18-24'ünü ilaç yan etkileri ve komplikasyonları oluşturmaktadır (44-45). Kanada'da yapılan bir çalışmada yaşlılarda hastaneye başvuruların yüzde 19'undan polifarmasi nedeniyle oluşan iyatrojenik sendromların sorumlu olduğu saptanmıştır (46).

Başka bir çalışmada hastane başvurularının yaklaşık yüzde 7'sinin ilaçla ilgili problemler nedeniyle gerçekleştiği ve bunların 2/3'ünün önlenebilir olduğu bulunmuştur (47).

Polifarmasinin neden olduğu düşme, sonuçları itibariyle önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Düşme her yıl 65 yaş üstü nüfusun 1/3'ünde meydana gelmekte ve bunların yarısı tekrar etmektedir. Polifarmasinin neden olduğu düşme vakaları dört ve üzerinde ilaç alanlarda, serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepressanlar, nöroleptikler, benzodiazepinler, antikonvülzanlar, sınıf IA anti aritmik ajanlar, digoksin ve diüretik kullananlarda daha sıktır. Oluşmasında polifarmasinin önemli bir rolü olduğu gösterilen deliryum, hospitalize edilen hastalarda birçok nedene bağlı olarak gelişebilen ve hastanın fonksiyonelliğini azaltıp yatış süresini ve mortalitesini arttıran önemli bir problemdir. Yapılan çalışmalarda deliryum etyolojisinde polifarmasi iyi bilinen bir neden olup özellikle üç ve üzeri ilaç alanlarda bağımsız bir risk faktörü olarak göze çarpmaktadır (48, 49, 50).

Sonuç olarak; polifarmasi hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki yaşlılarda oldukça sık görülen, morbiditeyi, mortaliteyi ve maliyeti arttıran, yaşam kalitesini bozan önemli geriatrik sendromlardandır. Uygun geriatrik değerlendirme yapıp interdisipliner bir yaklaşımla polifarmasi azaltılmaya çalışılmalıdır.

Yaşlılıkta Tanı, Tedavi, İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşlemesinin Sağlanmasına Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1- Ulusal geriatric tanı ve tedavi rehberlerinin kullanımının yaygınlaştırılması

Strateji 1

Geriatric tanı ve tedavi rehberlerinin kullanımının sağlanması

Hedef 2- Yaşlılarda “akılcı ilaç kullanımı” politikalarının geliştirilmesinin sağlanması

Strateji 1

Akılcı ilaç kullanımı politikalarının geliştirilmesi için uluslararası rehberler ışığında eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi

Strateji 2

Yaşlıya ilişkin tıbbi bilgilerin etik çerçeve ve hasta mahremi göz önüne alınarak paylaşımının sağlanması

Strateji 3

İlaçların imalinden son kullanıcıya kadar takibini öngören ilaç takip sisteminin geliştirilmesi

Strateji 4

Polifarmasinin azaltılması

Hedef 3- Yaşlıların hastalıklarına doğru tanı konmasına ilişkin sorunların belirlenmesi

Strateji 1

Yaşlılarda tanı koyma sorunlarının azaltılması için kapsamlı geriatric değerlendirmenin yapılması

Hedef 4- Yaşlıları etkileyen hastalıkların, tanı ve tedavi için, araştırmalarının yapılmasının sağlanması

Strateji 1

Araştırmalar için uygun alt yapı ve finansmanın sağlanması

Hedef 5- Tanı, tedavi ve izlemde geri ödeme sorunlarının çözümünün sağlanması

Strateji 1

Yaşlıların, ilaç ücretlerinin geri ödenmesi, tedaviye ulaşmaları, reçeteleme ve raporlamadaki sorunların giderilmesi

Hedef 6- Mezuniyet sonrası eğitimler ile tanı ve tedavinin geliştirilmesinin sağlanması

Strateji 1

Tanı ve tedavinin geliştirilmesi için eğitim faaliyetlerinin artırılması

Hedef 7- Geriatric değerlendirmenin uygun zaman ayrılarak kapsamlı bir şekilde yapılabilirliğinin sağlanması

Strateji 1

İnterdisipliner geriatric ekibin oluşturulması

Strateji 2

Kapsamlı geriatric değerlendirmelerinin erişilebilir ve kaliteli şekilde sunumunun sürekliliğinin sağlanması

1.7. Yaşlılıkta Tanı, Tedavi, İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşlemesinin Sağlanması

Hedef 1-Ulusal geriyatrik tanı ve tedavi rehberlerinin kullanımının yaygınlaştırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Geriyatrik tanı ve tedavi rehberlerinin kullanımının sağlanması	<p>1.1.1. Tanı ve tedavi rehberlerinin kullanılabilirliği için düzenli eğitim ve tanıtımların yapılması</p> <p>1.1.2. Akılcı ilaç kullanımı eğitimlerinin ve takibinin yapılması</p> <p>1.1.3. Geri ödemelerde rehberlerin dikkate alınması için SGK ile işbirliği yapılması</p> <p>1.1.4. Kapsamlı geriyatrik değerlendirme, tarama testleri, skalalar, yaşlı hasta muayenesi, aile görüşmesi, hasta ve yakınımın eğitimi konularının Sağlık Bakanlığı performans sisteminde yeniden düzenlenmesi</p>	<p>1. Eğitim almış hekim sayısında artış</p> <p>2. Tıbben önerilen tedaviyi alabilen yaşlı sayısında artış</p> <p>3. Doğru tanı konmuş yaşlı sayısında artış</p> <p>4. Performans sisteminin geriyatrik hastalar için düzenlenmesi</p>	<p>1. Hastalıklara ilişkin doğru tanı ve uygun tedavi uygulamasında artış</p> <p>2. Reçete sayılarının SGK ve Sağlık Bakanlığı veri tabanından değerlendirilmesi</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. SGK</p> <p>3. Üniversiteler</p>	Sürekli

Hedef 2- Yaşlılarda “akılcı ilaç kullanımı” politikalarının geliştirilmesinin sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>2.1. Akılcı ilaç kullanımı politikalarının geliştirilmesi için uluslararası rehberler ışığında eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi</p> <p>2.2. Yaşlıya ilişkin tıbbi bilgilerin etik çerçeveye ve hasta mahremi göz önüne alınarak paylaşımının sağlanması</p> <p>2.3. İlaçların imalinden son kullanıma kadar takibini öngören ilaç takip sisteminin geliştirilmesi</p> <p>2.4. Polifarmasinin azaltılması</p>	<p>2.1.1. İlgili kuruluşlar tarafından akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitimler düzenlenmesi</p> <p>2.1.2. Tıp, diş hekimliği ve eczacılık fakültelerinin eğitim müfredatlarına akılcı ilaç kullanımı eğitimlerinin dahil edilmesi</p> <p>2.2.1. Yaşlıların sağlık kuruluşlarına her başvurusunda kullandığı ilaçların sorgulanmasının ve ilaçlarının tespit edilmesinin sağlanması</p> <p>2.3.1. İlaç etkileşimlerini azaltmak amacıyla programların oluşturulması, farmakolog ile düzenli bilgi alışverişinde bulunulmasının sağlanması</p> <p>2.4.1. Hastaya, hastalıkları, kullandığı ilaçların adı, kullanması gereken dozu ve saati, potansiyel yan etkileri için bilgi verilmesinin sağlanması</p>	<p>1. İlaç kullanım sayısının azalması</p> <p>2. İlaç yan etkilerinin görülmesinin azalması</p> <p>3. Hasta başına düşen sağlık giderlerinin azalması</p> <p>4. Yaşam kalitesinin artması</p>	<p>1. Sağlık kurum ve kuruluşlarına gereksiz başvurunun azalması</p> <p>2. Aile hekimliği bilgi sisteminde gereksiz ilaç kullanım sayısının azalması</p> <p>3. SGK veri tabanında maliyetin izlenmesi</p> <p>4. Memnuniyet anketlerinin uygulanması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. SGK</p> <p>3. YÖK</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p>	Sürekli

Hedef 3- Yaşlıların hastalıklarına doğru tanı konmasına ilişkin sorunların belirlenmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Yaşlıların hastalıklarına ilişkin tanı koyma sorunlarının azaltılması için kapsamlı geriatrik değerlendirilmenin yapılması	<p>3.1.1. Kapsamlı geriatrik değerlendirilmenin yaygınlaştırılması</p> <p>3.1.2. Yaşlıların interdisipliner ekip tarafından değerlendirilmesi</p> <p>3.1.3. Yaşlılara yönelik başışıklama ve taramaların etkin bir şekilde yapılması</p> <p>3.1.4. Kapsamlı geriatrik değerlendirme, tarama testleri, skalalar, yaşlı hasta muayenesi, aile görüşmesi, hasta ve yakınının eğitimi konularının Sağlık Bakanlığı performans sisteminde yeniden düzenlenmesi</p>	<p>1. Tanı konma sürecinin hızlanması</p> <p>2. Tanıda uygun tetkik ve yöntemlerin uygulanması</p> <p>3. Başışıklama yapılan yaşlı hasta sayısı</p> <p>4. KGD (Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme) yapılan yaşlı hasta sayısı</p>	<p>1. Gereksiz yapılan tetkik harcamalarında azalma</p> <p>2. Hastalıkların erken dönemde saptanması</p> <p>3. Koruyucu hekimlik uygulamalarının artırılması</p> <p>4. Kesin tanının daha hızlı konması</p> <p>5. Mortalite ve morbidite hızında azalma</p> <p>6. Hastaneye yatış süresinde azalma</p> <p>7. Hastaneye başvuru sayısında azalma</p> <p>8. Geriatrik sendromların saptanma sıklığında artış</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. SGK</p> <p>3. Üniversiteler</p>	1 yıl

Hedef 3- Yaşlıların hastalıklarına doğru tanı konmasına ilişkin sorunların belirlenmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Yaşlılarda tanı koyma sorunlarının azaltılması için kapsamlı geriyatrik değerlendirilmenin yapılması	<p>3.1.5. Birinci basamakta teşhis yöntemlerinin uygun şekilde kullanılması</p> <p>3.1.6. Yaşlıların sağlık kuruluşlarına ulaşımında kolaylık sağlanması</p> <p>3.1.7. Refakatçisi olmayan yaşlıların sağlık kurumlarında tetkik ve tedavilerinin kolaylaşması için gerekli personel desteğinin sağlanması</p> <p>3.1.8. Görüntü iletişimi, tele-tıp ve tele-sağlık alanlarında standartların belirlenip yaygınlaştırılması</p> <p>3.1.9. Doğru tanı için hekimler arasında portal vasıtasıyla bilgi ve iletişim platformu kurularak ve bilgi paylaşımının sağlanması</p>	<p>1. Tanı konma sürecinin hızlanması</p> <p>2. Gereksiz tetkik yapılmasının önlenmesi</p> <p>3. Bağışıklama yapılan yaşlı hasta sayısı</p> <p>4. KGD (Kapsamlı Geriyatrik Değerlendirme) yapılan yaşlı hasta sayısı</p>	<p>1. Gereksiz yapılan tetkik harcamalarında azalma</p> <p>2. Hastalıkların erken dönemde saptanması</p> <p>3. Koruyucu hekimlik uygulamalarının artırılması</p> <p>4. Kesin tanının daha hızlı konması</p> <p>5. Mortalite ve morbidite hızında azalma</p> <p>6. Hastaneye yatış süresinde azalma</p> <p>7. Hastaneye başvuru sayısında azalma</p> <p>8. Geriyatrik sendromların saptanma sıklığında artış</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. SGK</p> <p>3. Üniversiteler</p>	3 yıl

Hedef 4-Yaşlıları etkileyen hastalıkların, tanı ve tedavisi için gerekli araştırmaların yapılmasının sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.1. Araştırmalar için uygun alt yapı ve finansmanın sağlanması	<p>4.1.1. Yatırımları arttırmak için gerekli düzenlemelerin yapılması</p> <p>4.1.2. Bu yatırımların her düzeyde teşvik edilmesi ve kolaylaştırılması, kamu ve özel sektör arasında, sağlık araştırmaları alanında işbirliğinin artırılması</p> <p>4.1.3. Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin yaşlılara yönelik araştırmalar için ayırdığı fonun artırılması</p> <p>4.1.4. Kapsamlı geriyatrik değerlendirme için kullanılan testlerin güvenilirlik ve geçerliliklerinin yapılması</p>	<p>1. Nitelikli araştırma sayısının artması</p> <p>2. Ülkemizde yaşlılara ilişkin veri tabanının oluşturulması</p>	<p>1. Akademik yayınların artması</p> <p>2. Tanı tedavi yöntemlerinin etkinleşmesi ve yenilenmesi</p> <p>3. Yaşlıların fonksiyonellik ve hastalıklarına ilişkin sağlıklı verilerin sağlanması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p> <p>3. STK</p> <p>4. Özel sektör</p>	3 yıl

Hedef 5-Tanı, tedavi ve izlemde geri ödeme sorunlarının çözümünün sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
5.1. Yaşlıların ilaç ücretlerinin geri ödenmesi, tedaviye ulaşma, reçeteleme ve raporlamadaki sorunlarının giderilmesi	5.1.1. Geri ödeme komisyonu içinde ayrı bir geriatri alt komisyonunun oluşturulması 5.1.2. Yaşlıların tanı ve tedavisinde kullanılan değerlendirme testlerinin Sağlık Bakanlığı performans sisteminde yeniden düzenlenmesi	1. Yaşlıların tedavisinde kullanılan bazı ilaçların geriatri uzmanları tarafından reçete edildiğinde oluşan geri ödeme sistemindeki sorunların giderilmesi 2. Performans sistemindeki sorunların giderilmesi	1. İlaçlarla ilgili geri ödeme sorunlarının giderilmesi 2. Yaşlıların tanı ve tedavisinde kullanılan değerlendirme testlerinin sayısının artırılması 3. Geriatrik sendromların saptanma sıklığında artış 4. SGK veri tabanında maliyetin izlenmesi	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK 3. Üniversiteler 4. STK	1 yıl

Hedef 6-Mezuniyet sonrası eğitimler ile tanı ve tedavinin geliştirilmesinin sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
6.1. Tanı ve tedavinin geliştirilmesi için eğitim faaliyetlerinin artırılması	6.1.1. İlgili derneklerin iş birliğinde yaşlı bakımıyla ilgilenen sağlık personeline yönelik kurslar düzenlenmesi	1. Düzenlenen kurs sayısı 2. Doğru tanı konmuş ve tedavi edilmiş yaşlı sayısında artış	1. Yaşlıların hastalıklarına ilişkin doğru tanı ve uygun tedavi uygulamasında artış 2. Tanı ve tedaviye yönelik kaynakların etkin kullanılması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Üniversiteler 3. STK	Sürekli

Hedef 7-Geriatrik değerlendiriminin uygun zaman ayrılarak kapsamlı bir şekilde yapılabilirliğinin sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>7.1. İnterdisipliner geriatrik ekibin oluşturulması</p> <p>7.2. Kapsamlı geriatrik değerlendirmelerinin erişilebilir ve kaliteli bir şekilde sunumunun sürekliliğinin sağlanması</p>	<p>7.1.1. İnterdisipliner ekipte yer alan sağlık personelinin etkin bir şekilde eğitiminin sağlanması</p> <p>7.1.2. Geriatrik değerlendirmenin tanı ve tedavi rehberleri doğrultusunda yapılması</p> <p>7.2.1. Kapsamlı geriatrik değerlendirme, tarama testleri, skalalar, yaşlı hasta muayenesi, aile görüşmesi, hasta ve yakınının eğitimi konularının Sağlık Bakanlığı performans sisteminde yeniden düzenlenmesi</p> <p>7.2.2. Yaşlıların hastanelere başvurularında öncelik tanınması, randevu almalarının kolaylaştırılması</p> <p>7.2.3. Yaşlıların sağlık kuruluşlarına ulaşımında kolaylık sağlanması</p> <p>7.2.4. Refakatçisi olmayan yaşlıların sağlık kurumlarında tetkik ve tedavilerin kolaylaşması için gerekli personel desteğinin sağlanması</p>	<p>1. Kapsamlı geriatrik değerlendirmenin yaygınlaşması</p> <p>2. İnterdisipliner geriatrik ekip sayısının artması</p>	<p>1. Geriatrik sendromların farkındalığının artması</p> <p>2. Yaşlıların yaşam kalitesinin artması</p> <p>3. Mortalite ve morbidite hızında azalma</p> <p>4. Tetkik harcamalarında azalma</p> <p>5. Hastaneye yatış sürelerinde azalma</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. İçişleri Bakanlığı</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	3 yıl

1.8. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ, SAĞLIK HİZMETİ VERENLERİN EĞİTİMİNİN DÜZENLENMESİ

Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

Ülkemizdeki 65 yaş üzeri nüfus 2012 yılında yüzde 7,5 iken, 2023 yılında yüzde 10,2, 2050 yılında yüzde 20,8 ve 2075 yılında ise yüzde 27,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir (1). Dünya genelinde 65 yaş üstü nüfusun 2025 yılında 800 milyona ulaşarak dünya nüfusunun yüzde 10’unu oluşturacağı ifade edilmektedir (51).

Batı ülkelerinde yaşlı nüfus toplam nüfusun yüzde 15’ini oluşturmaktadır. Bununla beraber yüzde 15’lik bu kesim hastaneye kabullerin yüzde 50’den fazlasını ve sağlık kaynaklarının yaklaşık yüzde 40’ını kullanmaktadır. ABD’de sağlık bakım (Medicare) harcamalarının yüzde 30’u, yüzde 6’lık çok küçük bir kesim (terminal dönem yaşlılar) için kullanılmaktadır (52). Artan yaşlı nüfusa paralel olarak yaşlılara hizmet veren kurum ve kuruluşlar yanında yetişmiş personel ihtiyacı da artmaktadır. Yaşlı birey ile çalışacak olan kalifiye elemanların yaşlı sağlığı ve verilecek hizmetler konusunda eğitimi önem kazanmaktadır.

DSÖ, dünyadaki tüm tıp fakültesi öğrencilerinin geriatrik sorunları tanımlayabilmeleri ve yaşlılara karşı tutumlarını değerlendirebilmeleri için 1999 yılında bir çalışma başlattığı bilinmektedir. Bu çalışmaya, Türkiye’nin de içinde yer aldığı 79 ülkeden tıp fakültesi yerel temsilcileri katılmış ve sonuçları da 2002 yılında yayımlanmıştır (53). Bu çalışmadan elde edilen veriler ışığında kültürel farklılıkların dikkate alındığı pilot modellerin oluşturulması, sağlıklı ve aktif yaşlanmanın öneminin kavranması, bunun için sosyal ve siyasal tedbirlerin alınması yanında tıp fakülteleri eğitim programında geriatri ile ilgili konulara ağırlık verilmesi gibi öneriler sıralanmıştır.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda, mezuniyet öncesi dönemde verilen geriatri eğitiminin, öğrencilerin yaşlı bireylere yaklaşımlarıyla ilgili bilgi, beceri ve tutumlarını olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (54, 55). Avrupa Birliği’nde, geriatri ile ilgilenen EAMA (European Academy for Medicine of Aging) ve EUGMS (European Union Geriatric Medicine Society) gibi kuruluşların ürettiği politikalar ışığında mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde temel olarak hedeflenmesi öngörülen konular; yaşlıyla empati, sağlıklı yaşlanma, disiplinler arası ekip çalışması, etik ve geriatri sendromlara yaklaşımdır. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de, fakültelerimizde geriatri bilim dalı olsun ya da olmasın geriatri eğitimi mezuniyet öncesi tıp eğitim programında yer almaktadır (56).

Yuste Vakfı Avrupa Akademisi Çalışma Grubu’nun Avrupa ülkelerinde geriatri eğitimine duyulan ihtiyaç ile ilgili sonuç bildirgesi 8-9 Haziran 1998 tarihinde sunulmuştur. Bir rehber niteliği taşıyan bu bildirmede, Avrupa ülkelerinde geriatri eğitiminin mezuniyet öncesi ve sonrası dönemlerde, diğer uzmanlık dallarının eğitimi içerisinde nasıl yer alması gerektiği ve geriatride hizmet içi eğitim üzerinde durulmaktadır. Böyle bir eğitim ile Avrupa ülkeleri arasında hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası dönemlerde öğrenci değişimi ve adaptasyonunun kolaylaşacağı belirtilmiştir (57).

Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesine Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1- Geriatri ve gerontoloji eğitiminin tıp fakültesi müfredat programlarına eklenmesi

Strateji 1

Tıp fakültesi eğitiminde geriatri ve gerontoloji eğitiminin müfredat programlarına eklenmesi ve bunun ülke çapında yaygınlaştırılması

Hedef 2- Yaşlıya hizmet veren kalifiye sağlık personelinin yetiştirilmesinin sağlanması

Strateji 1

Üniversitelerin yaşlıya hizmet veren hemşire, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş-uğraşı terapisti yetiştiren ilgili bölümlerinin lisans ve lisansüstü eğitiminde geriatri ve gerontoloji eğitiminin müfredat programlarına eklenmesi ve bunun ülke çapında yaygınlaştırılması

Hedef 3- Geriatri yan dal uzmanlık eğitiminin yaygınlaştırılması

Strateji 1

Tıp fakültelerinin iç hastalıkları anabilim dalına bağlı geriatri yan dal uzmanlık eğitiminin tüm üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde yaygınlaştırılması

Hedef 4- Birinci basamak hekimlerine yönelik geriatri eğitimlerinin düzenlenmesi

Strateji 1

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde geriatri rotasyonuna yer verilmesi ve mevcut Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi (USES) uygulamalarına geriatri modülünün eklenmesi ve güncellenmesi

Hedef 5- Yaşlılara hizmet veren sağlık çalışanlarına yönelik (hekim, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti) geriatri eğitimlerinin düzenlenmesi

Strateji 1

Yaşlılara hizmet veren sağlık çalışanları (hekim, geriatrist, geriatri, hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti) ve yaşlı bakım elamanları için eğitim programlarının ilgili kurum ve kuruluşlarla koordineli olarak başlatılması ve geliştirilmesi, eğitimin sürekliliğinin sağlanması, yaşlı ile etkili iletişim teknikleri konusunda eğitilmesi ve bu konudaki projelerin desteklenmesi

Hedef 6- Profesyoneller dışında (hekim, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti) yaşlıya bakım hizmeti verenlerin eğitiminin düzenlenmesi

Strateji 1

Profesyoneller dışında yaşlıya bakım hizmeti veren aileler, yaşlı yakınları, bakıcılar ve diğer kişiler için yaşlılığın psikolojik, sosyal yönleri ve yaşlı bakımı ile ilgili bütüncül bir yaklaşımla sürekli olarak standart bir eğitimin verilmesi ve gerekli organizasyonların yapılması

Hedef 7- Yaşlıda akılcı ilaç kullanımının sağlanması

Strateji 1

Yaşlı ile çalışan tüm sağlık personelinin yaşlıda akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitilmesi

Hedef 8- Yaşlıda sağlıklı yaşlanma bilincinin oluşturulması

Strateji 1

Yaşlılara yönelik sağlıklı yaşlanma, fizyolojik yaşlanma ve hastalıklar ile akılcı ilaç kullanımına yönelik ilgili kurum ve kuruluşlarla koordineli olarak farkındalık çalışmalarının yapılması

Hedef 9- Yaşlıya hizmet veren sağlık personelinin sertifikalandırılması

Strateji 1

Yaşlıya hizmet veren sağlık personeline (hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti vb.) yaşlı bakımı ve takibi konusunda standardize sertifikalı eğitim programlarının geliştirilmesi

Hedef 10- Etkin ekip çalışmasının yaygınlaştırılması

Strateji 1

İnterdisipliner geriatri ekibi kavramının yaygınlaştırılması ve uygulanması (geriatri hekimi, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist vb.)

1.8. Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesi

Hedef 1-Geriatri ve gerontoloji eğitiminin tıp fakültesi müfredat programlarına eklenmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Tıp eğitiminde geriatri ve gerontoloji eğitiminin müfredat programlarına eklenmesi ve bunun ülke çapında yaygınlaştırılması	1.1.1. Geriatri ve gerontoloji eğitim programlarının yenilenmesi ve yaygınlaşması 1.1.2. Geriatri bilim dallarının tüm tıp fakültelerinde kurulması ve sayısının artırılması 1.1.3. Geriatri ve gerontoloji derslerinin müfredat programında yaygınlaştırılması	1. Geriatri ve gerontoloji eğitiminin müfredatta yer alması 2. Tıp fakültesi müfredatlarındaki geriatri ve gerontoloji ders sayısı	1. Mezun olan hekimlere geriatrik bilgi, tutum ve davranışların kazandırılması 2. Hekimlerin yaşlı hastaya yaklaşımındaki değişikliklerin değerlendirilmesi 3. Yaşlı hasta memnuniyet değerlendirme çalışmaları	1. YÖK 2. Sağlık Bakanlığı	Sürekli

Hedef 2-Yaşlıya hizmet veren kalifiye sağlık personelinin yetiştirilmesinin sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
2.1. Üniversitelerin yaşlıya hizmet veren geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti ve yaşlı bakım teknikeri yetiştiren ilgili bölümlerinin lisans ve lisansüstü eğitiminde geriatri ve gerontoloji eğitiminin müfredat programlarına eklenmesi ve bunun ülke çapında yaygınlaştırılması	2.1.1. İnterdisipliner ekiplerin görev dağılımlarının belirlenmesi 2.1.2. Her meslek grubuna uygun geriatri ve gerontoloji eğitim programlarının güncellenmesi ve yaygınlaştırılması 2.1.3. Geriatri ve gerontoloji derslerinin müfredat programına eklenmesi 2.1.4. Mezuniyet öncesi ve sonrası verilen geriatri ve gerontoloji eğitimlerinin artırılması 2.1.5. Bu meslek gruplarında özellikle yaşlı ile çalışanların sayısının artırılması	1. Geriatri ve gerontoloji eğitiminin müfredatta yer alması 2. Geriatri ve gerontoloji alanında eğitimi personel sayısında artış	1. İnterdisipliner ekip elemanlarının sayısında artış 2. Lisansüstü eğitim programlarından mezun olan öğrenci sayısında artış 3. Yaşlılık alanında çalışan sağlık personelinin memnuniyet değerlendirme çalışması	1. Sağlık Bakanlığı 2. YÖK 3. Üniversiteler 4. STK	2 Yıl

Hedef 3-Geriatri yan dal uzmanlık eğitiminin yaygınlaştırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Tıp fakültelerinin iç hastalıkları anabilim dalına bağı geriatry yan dal uzmanlık eğitiminin tüm üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde yaygınlaştırılması	<p>3.1.1. Geriatri bilim dallarının üniversitelerde artırılması</p> <p>3.1.2. Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde geriatry kliniklerinin açılması</p> <p>3.1.3. Geriatri yan dal kadrolarının artırılması</p> <p>3.1.4. Geriatri eğitim ve uygulama faaliyetlerinde performans uygulamalarının oluşturulması veya iyileştirilmesi</p>	<p>1. Geriatri bilim dallarının ve geriatry kliniklerinin artışı</p> <p>2. Geriatri uzmanı sayısında artış</p> <p>3. Yaşlıların gittiği farklı branş ve farklı muayene sayısında azalma</p>	<p>1. Yaşlılara verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinde artış</p> <p>2. Yaşlıların tek merkezde hizmet almalarının sağlanması</p> <p>3. Yaşlı hastalarda kronik hastalıklara bağı komplikasyonlar ve ölümlerin azalması</p> <p>4. Sağlık istatistiklerinde beklenen yaşam süresinin uzaması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Kalkınma Bakanlığı (TÜİK)</p> <p>3. YÖK</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>6. STK</p>	Sürekli

Hedef 4-Birinci basamak hekimlerine yönelik geriatry eğitiminin düzenlenmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.1. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde geriatry rotasyonuna yer verilmesi ve mevcut Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi (USES) uygulamalarına geriatry modülünün eklenmesi ve güncellenmesi	<p>4.1.1. Mezuniyet öncesi ve sonrası verilen geriatry eğitimlerinin artırılması</p> <p>4.1.2. Aile hekimliği müfredatına geriatry rotasyonunun eklenmesi</p> <p>4.1.3. Geriatry kliniğinin olmadığı kurumlarda iç hastalıkları rotasyonu sırasında bu eğitimlerin sağlanması</p> <p>4.1.4. Aile hekimliği USES'e geriatry eğitim modülü hazırlanması</p> <p>4.1.5. Yaşlı sağlığı ile ilgili hizmet içi eğitim verilmesi ve standardize sertifikalı eğitim programlarının düzenlenmesi</p> <p>4.1.6. Eğitim faaliyetlerine pozitif performans uygulaması</p>	<p>1. USES uygulamalarında geriatry modülü</p> <p>2. Aile hekimliği uzmanlık eğitimlerinde geriatry derslerini içeren müfredat değişikliği</p> <p>3. Kurs ve sertifika programlarının içeriklerinin hazırlanmış olması</p> <p>4. Geriatryk bilgi, tutum ve davranışları kazanmış, birinci basamak hekim sayısı</p>	<p>1. Birinci basamakta yaşlı hastanın tanısının doğru konulması, tedavi edilmesi ve takibi</p> <p>2. Birinci basamaktan sevk edilen yaşlı hasta sayısının azalması</p> <p>3. USES modülünün takip edilmesi</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. SGK</p> <p>3. YÖK</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p>	2 yıl

Hedef 5- Yaşlılara hizmet veren sağlık çalışanlarının (hekim, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti) geriatri eğitimlerinin düzenlenmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>5.1. Yaşlılara hizmet veren sağlık çalışanları (hekim, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti) ve yaşlı bakım elamanları için eğitim programları için ve kuruluşlarla koordineli olarak başlatılması ve geliştirilmesi, eğitimin sürekliliğinin sağlanması, yaşlı ile etkili iletişim teknikleri konusunda eğitilmesi ve bu konudaki projelerin desteklenmesi</p>	<p>5.1.1. Geriatri ve gerontoloji eğitim programlarının hazırlanması 5.1.2. Hizmet içi eğitim programların sürekliliğinin sağlanması 5.1.3. Ulusal ve uluslararası projelerin gerçekleştirilmesinin desteklenmesi 5.1.4. Yaşlılarla çalışan sağlık personelinin hizmet içi eğitim programlarının düzenli ve zorunlu hale getirilmesi 5.1.5. Geriatri eğitim faaliyetlerine karşılık performans uygulamalarının oluşturulması veya iyileştirilmesi</p>	<p>1. Hizmet içi eğitim programlarına katılan meslek mensubu sayısındaki artış 2. Konu ile ilişkili proje sayısında artış</p>	<p>1. Yaşlıya hizmet veren sağlık personeline geriatrik bilgi tutum ve davranışların kazandırılması 2. Eğitim faaliyetlerinin sürdürülebilir olması 3. Yaşlıya ilişkin yaşam kalitesi değerlendirilmesi 4. Yaşlı ile çalışan sağlık personelinin memnuniyet değerlendirilmesi</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK 3. YÖK 4. Üniversiteler 5. STK</p>	Sürekli

Hedef 6-Profesyoneller dışında (hekim, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti) yaşlıya bakım hizmeti verenlerin eğitiminin düzenlenmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
6.1. Profesyoneller dışında yaşlıya bakım hizmeti veren aileler, yaşlı yakınları, bakıcılar ve diğer kişiler için yaşlılığın psikolojik, sosyal yönleri ve yaşlı bakımı ile ilgili bütüncül bir yaklaşımla sürekli olarak standart bir eğitimin verilmesi ve gerekli organizasyonların yapılması	<p>6.1.1. Standart eğitim programlarının yaygınlaştırılması</p> <p>6.1.2. Yaşlı bakım rehberlerinin hazırlanması ve gerekli birimlere dağıtılması</p> <p>6.1.3. Halk eğitim seminerlerinin verilmesi</p> <p>6.1.4. Yaşlı ile etkili iletişim teknikleri konusunda eğitim verilmesi</p> <p>6.1.5. Yaşlı bakım tekniklerine standart ve sürekli eğitimin verilmesinin sağlanması</p>	Yaşlıya bakım hizmeti verenlere yönelik düzenlenen eğitim sayısı	<p>1. Yaşlıya bakım hizmeti verenlere geriatrik bilgi, tutum ve davranışların kazandırılması</p> <p>2. Yaşlıya yönelik ihmal, istismar ve şiddet göstergelerinde azalma</p> <p>3. Yaşlı bakım hizmet kalitesinde artış</p> <p>4. Bakım verenlerin sorunlarında azalma</p>	<p>1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p> <p>3. İçişleri Bakanlığı</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p>	Sürekli

Hedef 7- Yaşlıda akılcı ilaç kullanımının sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
7.1. Yaşlı ile çalışan tüm sağlık personelinin yaşlıda akılcı ilaç kullanımını konusunda eğitilmesi	<p>7.1.1. Eğitim programlarının hazırlanması</p> <p>7.1.2. Kurs, seminer ve eğitim programlarını gerçekleştirilmesi</p> <p>7.1.3. Kongrelerdeki akılcı ilaç kullanımını panellerinin sayısının artırılması</p> <p>7.1.4. Akılcı ilaç kullanımını sempozyumların desteklenmesi ve sıklığının artırılması</p>	<p>1. Yaşlının akılcı ilaç kullanımı</p> <p>2. Hekimin akılcı ilaç kullanımını teşvik etmesi</p> <p>3. Yapılan eğitimlerin sayısının artması</p> <p>4. Sempozyumların sayısının artması</p> <p>5. Eğitim alan kişilerin sayısının artması</p>	<p>1. Sağlık personelinin, doğru ilaç kullanımı, ilaç etkileşimleri ve yan etkileri konusunda yeterlilik kazanması</p> <p>2. Yaşlıda polifarmasinin azalması</p> <p>3. İlaçlara bağlı komplikasyonlar nedeniyle sağlık kurumlarına başvurunun azalması</p> <p>4. İlaç maliyetlerinin azalması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. SGK</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	Sürekli

Hedef 8- Yaşlıda sağlıklı yaşlanma bilincinin oluşturulması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
8.1. Yaşlılara yönelik sağlıklı yaşlanma, fizyolojik yaşlanma ve hastalıklar ile akılcı ilaç kullanımına yönelik ilgili kurum ve kuruluşlarla koordineli olarak farkındalık çalışmalarının yapılması	8.1.1. Yaşlılara yönelik sağlıklı yaşlanma ve fizyolojik yaşlanma eğitimlerin düzenlenmesi 8.1.2. Yaşlılarda sık görülen hastalıklar ile akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitimlerin düzenlenmesi	1. Yaşlılara yönelik eğitim programlarının artması 2. Eğitim alan yaşlıların sayısı	Yaşlılardaki sağlıklı yaşlanma bilincinin artması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. Üniversiteler 4. STK	Sürekli

Hedef 9- Yaşlıya hizmet veren sağlık personelinin sertifikalandırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
9.1. Yaşlıya hizmet veren sağlık personeline (hekim, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti vb.) yaşlı bakımı ve takibi konusunda standardize sertifikalı eğitim programlarının geliştirilmesi	9.1.1. Standart sertifikalı eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması 9.1.2. Eğitim faaliyetlerine pozitif performans uygulaması 9.1.3. Ekibler tarafından projeler ve araştırmalar geliştirilmesi	1. Standardize edilmiş sertifikalı eğitim programlarının sayısı 2. Yaşlıya hizmet veren sağlık personelinin hizmet sunumunun kalitesinde artış	1. Yaşlı bakım hizmet kalitesinde artış 2. Yaşam kalitesi ölçüğü 3. Yaşlıya hizmet veren kalifiye personel sayısında artış	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK 3. Üniversiteler 4. STK	2 yıl

Hedef 10-Etkin ekip çalışmasının yaygınlaştırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
10.1. İnterdisipliner geriatri ekibi kavramının yaygınlaştırılması ve uygulanması (geriatri hekimi, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist vb.)	<p>10.1.1. Geriatride interdisipliner ekip tanımlamasının yapılması</p> <p>10.1.2. Tüm eğitim programlarına geriatride interdisipliner ekip kavramının yerleştirilmesi</p> <p>10.1.3. Ekip çalışanları arasında etkin iletişim sağlanması</p> <p>10.1.4. Ekipler tarafından projeler ve araştırmalar geliştirilmesi</p> <p>10.1.5. İnterdisipliner ekip üyelerinin tam zamanlı aynı yerlerde yaşlıya hizmet vermesinin sağlanması için gerekli yasal düzenlemelerin sağlanması</p>	<p>1. Yaşlıya sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artması</p> <p>2. Proje sayısı</p> <p>3. Birlikte düzenli tam zamanlı çalışan ekip sayısı</p>	<p>1. Yaşlı memnuniyetinde artış</p> <p>2. Eğitim faaliyetlerinin sürdürülebilir olması</p> <p>3. Hastaneye yatış süresinde kısalma</p> <p>4. Tekrarlı yatışların azalması</p> <p>5. Mortalite ve morbidite de azalma</p> <p>6. Sağlık giderlerinin azalması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. SGK</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	1 yıl içerisinde yaygınlaştırılması Sürekli uygulanması

1.9. BÜTÜN YAŞLILAR İÇİN GIDA MADDELERİNE ULAŞIMIN ve YETERLİ BESLENMENİN SAĞLANMASI

Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

Sağlıksız beslenme ve sonucunda gelişen şişmanlık, beslenmeye bağlı kronik hastalıkların (kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, osteoporoz vb.) oluşumuna neden olur. Bu hastalıklar çoklu faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmakla birlikte, çocukluk çağından itibaren süregelen yanlış beslenme alışkanlıklarının önemli bir etmen olduğu bilimsel çalışmalarla gösterilmiştir. Örneğin; çocukluk çağında D vitamini alım eksikliği sonucu gelişen raşitizmin etkileri ileri yaşlarda kendini daha çok belli etmekte, iskelet malformasyonları sonucu bazı kronik hastalıkların (solunum yetersizliği vb.) gelişme riski artmaktadır.

Türkiye’de Yaşlı Popülasyonda Malnütrisyon

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı Polikliniğinde takip edilen yaşlı hastaların nütrisyonel durumlarının Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi ile tarandığı çalışmada malnütrisyon oranı yüzde 13, ek olarak malnütrisyon riski oranı ise yüzde 31 bulunmuştur. Özellikle malnütrisyonu olanlarda depresyon, gaita inkontinansı, kognitif fonksiyon kaybı ve fiziksel bağımlılık görülme sıklığında artış tespit edilmiştir (58).

İstanbul sınırları içinde yerleşik büyük çaplı bir huzurevinde 2009 ve 2010 yıllarında yaşlıların taranması ile yapılan iki kesitsel çalışmada 2009 yılında malnütrisyon oranı yüzde 9,8, malnütrisyon riski oranı ise ek olarak yüzde 22,8 bulunmuştur. Malnütrisyon tespit edilen yaşlılarda diğer geriatrik sendromların görülme sıklığında belirgin artış mevcuttur.

2010 yılında 349 huzurevi sakini ile yapılan taramada malnütrisyon oranı yüzde 13,5, ek olarak malnütrisyon riski yüzde 33,5 bulunmuştur. Malnütrisyon ile demans ve sarkopeni arasında anlamlı ilişki görülmüştür. İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Kliniğinde 2010 yılında, yatan hastalar üzerinde yapılan araştırmada yatış anında malnütrisyon oranı yüzde 45,5 bulunmuştur. Hastanede yatış süresinin (18.9 ± 19.1 vs 11.3 ± 11.3 gün, $p < 0.0001$) ve hastane enfeksiyonu görülme oranının (yüzde 45 vs yüzde 7, $p < 0.001$, OR: 3.298) malnütrisyon riski olan grupta anlamlı olarak arttığı tespit edilmiştir (59).

Mevcut besin tüketim araştırmalarının sonuçları gerek ev koşullarında, gerekse huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda enerji, protein, A vitamini, B1 ve B2 vitaminleri, niasin ve C vitamini ile demir, kalsiyum ve çinko gibi minerallerin tüketiminde yetersizlik olduğunu göstermektedir.

Tüm nüfusta yaşlılar için folat ve B12 vitamini yetersizliği görülme oranı bilinmemekle beraber, ileri yaşlarda bu iki vitaminin yetersizliğinin kalp damar hastalıklarının oluşumunda önemli bir neden olduğu bilinmektedir.

Dünyada Yaşlı Popülasyonda Malnütrisyon

Kaiser MJ ve ark. yaptığı çalışmada, toplumda yaşayan yaşlılarda malnütrisyon oranını yüzde 5,8 huzurevlerinde yaşayanlarda yüzde 13,8, hastanede yatanlarda yüzde 38,7 bulmuşlardır (60).

2002 yılında yayımlanan ESPEN'in (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) önerilerinde 65 yaş üzerindeki tüm bireylerin nütrisyonel açıdan rutin olarak taranması hedeflenmektedir. Sonraki yıllarda yayımlanan tüm ESPEN kılavuzlarında da benzer öneri yer almaktadır (61).

2007 yılında Avrupa Parlamentosunun aldığı karar çerçevesinde obezite ve malnütrisyon en önemli halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmiş ve bu konu 2008 yılında Avrupa Birliği'nin resmi politik ajandasına dahil edilmiştir. 2009 yılı ESPEN tarafından malnütrisyonla savaş yılı ilan edilmiştir. Tüm bu verilerden yola çıkarak toplumda yaşayan ve geriatri kliniklerinde yatan yaşlı bireylerin beslenme durumu taranmalı, riskli bireylerde detaylı değerlendirilme yapılarak tedavi planı geliştirilmelidir (59).

Bireye özel diyet konusunun detaylı incelendiği bir çalışmada, baş boyun kanserli olup radyoterapi tedavisi alan bireylerde 3 beslenme kolu (diyetisyen gözetiminde kişiye özgü düzenlenmiş diyet, standart hastane yemeği ve enteral beslenme desteği, tek başına standart hastane yemeği) ile hastaların hayat kaliteleri ve fiziksel aktivite kazanımları ortaya konulmuş olup, bu çalışmada en etkin sonuçlar ilk kolda elde edilmiştir (62). Bu da yakın diyetisyen gözetiminde bireysel diyet desteği ve kişiye özgü menü seçiminin önemini ortaya koymaktadır.

Hastanelerde klinik beslenme ekiplerinin kurulması ile nütrisyon desteğine gereksinimi olan hastaları tanımlamak, malnütrisyonun derecesini belirlemek ve uygun tedaviyi planlamak, etkili ve güvenli nütrisyon desteği sunmak, yaşlı ve obez hastalarda beslenme bozukluklarına ikincil gelişen sarkopeninin önlenmesi ve tedavisini sağlamak, hastaların taburcu oldukları süreye kadar yakından takibini yapmak, taburculuk sonrası poliklinikten takip planlanarak evde bakım hizmetinin idamesi mümkün olacaktır.

Ekibin yapısı içinde hekimler (iç hastalıkları, genel cerrahi ve nöroloji uzmanları), diyetisyen, hemşire, psikolog, fizyoterapist ve diş hekimi olması önerilmektedir. Ekibin çalışma protokolleri içinde klinik beslenme durumunun takibi ve dokümantasyonu, hastanede kalış süresi ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, hastalık sırasında ortaya çıkan komplikasyonların beslenme durumu ile ilişkisinin tespiti ile yara iyileşmesi ve doku onarım hızında etkin beslenme desteğinin rolünün ortaya konulması yer almaktadır.

Ülkemizde beslenme problemi olan yatan ve ayaktan takibi yapılan hastalara beslenme desteği geri ödemesi yapılmaktadır. Ayaktan takibi yapılan hastaların, beslenme problemi raporlanarak evde destek tedavisi yapılabilmektedir. Beslenme ürünlerinin rapor aşamasında hastanın günlük enerji ihtiyacının yanı sıra bu ihtiyacın yüzde kaçının oral yolla alınabilmekte olduğunun da rapora yazılması önem arz etmektedir. Bu sayede verilecek destek ürünün ihtiyaç olan günlük miktarı daha sağlıklı olarak saptanabilir. Bu sayede gereksiz reçetelendirmelerden kaçınılabilir.

Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanmasına Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1- Yaşlılık sürecine gelene kadar her yaş grubunda sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması

Strateji 1

Çocukluk döneminden itibaren yaşam boyunca ve kişiye özel beslenme ihtiyaçlarının karşılanmasına dikkat edilerek, yeterli ve dengeli beslenmenin teşvik edilmesi

Hedef 2- Yaşlıda malnütrisyonun önlenmesi ve malnütrisyona yönelik etkili tedavi uygulanması

Strateji 1

Toplumda ve huzurevinde kalan yaşlılar ile hastanede yatan yaşlılarda malnütrisyon oranlarının sağlıklı tarama ve değerlendirme testleri ile saptanması, malnütrisyon sebeplerinin belirlenmesi, etkin tedavi planının oluşturulması

Hedef 3- 65 yaş üstü bireyler için Türkiye'ye özgü beslenme politikalarının geliştirilmesi

Strateji 1

Yaşlılarda sağlıklı ve dengeli beslenme bilincinin geliştirilmesi

Hedef 4- Yaşlılıkta diş ve diş eti sorunlarının erken dönemde tespit edilmesi ve tedavi hizmetlerine erişimin güçlendirilmesi

Strateji 1

65 yaş üstü bireylerin periyodik olarak ağız ve diş sağlığı kontrollerinin yapılması

Hedef 5- Yaşlılarda yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması

Strateji 1

Menü çeşitliliği sunularak hastanede veya diğer bakım kuruluşlarında kalmakta olan yaşlıların gereksinimlerine uygun, yeterli enerjiyi sağlayan, mikro ve makro besin ögesi yetersizliğine neden olmayan, ulusal beslenme hedeflerine uygun, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması

Hedef 6- Hastanelerde klinik beslenme ekiplerinin kurulması ve bu ekiplerin hizmet alanlarının Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) tanımlanması

Strateji 1

Nütrisyon desteğine gereksinimi olan hastaları tanımlamak, malnütrisyonun derecesini belirlemek ve uygun tedaviyi planlamak, etkili ve güvenli nütrisyon desteği sağlamak, yaşlı obez hastalarda beslenme bozukluklarına ikincil gelişen sarkopeninin önlenmesi ve tedavisini sağlamak, hastaların taburcu oldukları süreye dek yakından takibini yapmak, taburculuk sonrası poliklinikten takip planlanarak evde bakım hizmetini yapmak

Hedef 7- Bütün sağlık ve bakım hizmetlerinde çalışan personelin sağlıklı beslenme ilkeleri ve desteği konusunda eğitimi

Strateji 1

Bütün sağlık ve bakım hizmetlerinde çalışan personelin eğitimi için, müfredat programları kapsamında yaşlıların özel beslenme ihtiyaçlarının yer almasının sağlanması

Strateji 2

Evde bakım projesi içerisinde yaşlının doğru beslenme ve yeme alışkanlıkları konusunda hizmet ve eğitiminin sağlanması

Hedef 8- Beslenme problemi olan hastalarda beslenme ürünlerinin geri ödeme ve uygulama sorunlarının çözümünün sağlanması

Strateji 1

Geri ödemelerde kayıpların asgariye indirilmesi ve mevcut uygulamanın eksik yönlerinin giderilmesi

1.9. Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Çocukluk döneminden itibaren yaşam boyunca ve kişiye özel beslenme ihtiyaçlarının karşılanmasına dikkat edilerek, yeterli ve dengeli beslenmenin teşvik edilmesi	<p>1.1.1. Aile hekimliği uzaktan eğitim modülü hazırlanması</p> <p>1.1.2. Halk eğitim toplantıları yapılması</p> <p>1.1.3. Televizyonlarda eğitim programları hazırlanması</p> <p>1.1.4. Görsel basında eğitim programlarına yer verilmesi</p> <p>1.1.5. Okullarda eğitimsel faaliyetler düzenlenmesi</p>	<p>1. Sağlıklı beslenme konusunda bilgi düzeyinde her yaşta artış</p> <p>2. Beslenme eğitimi almış kişi sayısındaki artış</p> <p>3. Beslenme bozukluğu sonucu gelişen kronik hastalık sayısında azalma</p> <p>4. Obez sayısında azalma</p> <p>5. Malnütrisyonlu yaşlı sayısında azalma</p>	<p>1. Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapabilen yaşlı sayısında artış</p> <p>2. Ortalama yaşam süresinde artış</p> <p>3. Yaşlıların hastaneye başvuru sayısında azalma</p> <p>4. Kronik hastalık sayısında azalma</p> <p>5. Ölümlerdeki kronik hastalıkların payında azalma</p> <p>6. Malnütrisyon tarama ölçekleri kullanılarak değerlendirme yapılması</p> <p>7. Antropometrik ölçümler</p> <p>8. Yaşam kalitesi ölçekleri</p> <p>9. Yaşlıların hastaneye akut başvuru sayısı</p> <p>10. Geriatrik sendromların görülme sıklığı</p> <p>11. Sarkopeni görülme sıklığı</p> <p>12. Kognitif fonksiyonların takibi ve bağımlılık sıklığı</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Milli Eğitim Bakanlığı</p> <p>3. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı</p> <p>4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>5. İçişleri Bakanlığı</p> <p>6. Diyanet İşleri Başkanlığı</p> <p>7. Üniversiteler</p> <p>8. Basın ve Yayın Kuruluşları</p> <p>9. STK</p> <p>10. Gıda Sektörü</p>	Süreklili

Hedef 2- Yaşlıda malnütrisyona önlenmesi ve malnütrisyona yönelik etkili tedavi uygulanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>2.1. Toplumda ve huzurevinde kalan yaşlılar ile hastanede yatan yaşlılarda malnütrisyona oranlarının tarama ve değerlendirme testleri ile saptanması, malnütrisyona sebeplerinin belirlenmesi, etkin tedavi planının oluşturulması</p>	<p>2.1.1. 65 yaş ve üstü bireylerin nütrisyona yönelik yönden taraması ve tedavisi</p> <p>2.1.2. Algoritmanın oluşturulması</p> <p>2.1.3. Yaşlıda malnütrisyona ve obez yaşlılıkla mücadelede sağlıklı beslenmenin ve yaşam tarzı değişikliklerinin benimsenmesi</p> <p>2.1.4. Hastanelerde klinik beslenme ekiplerinin kurulması, hastaların ekip tarafından, ekip bulunmuyorsa diyetisyen tarafından değerlendirilmesi</p>	<p>1. Yaşlı malnütrisyona oranları</p> <p>2. Malnütrisyona nedenlerinin belirlenmesi</p> <p>3. Malnütrisyona tedavi için diyetisyene yönlendirilen yaşlı sayısı</p> <p>4. Malnütrisyona tedavi sırasında klinik nütrisyona ekiplerine konsülte edilen yaşlı sayısı</p>	<p>1. Malnütrisyona morbidite ve mortalite ile ilişkisinin azaltılması</p> <p>2. Yaşlıda malnütrisyona tedavisinde başarılı klinik beslenme ekiplerinin sayısının artırılması</p> <p>3. Etkin malnütrisyona tedavisinin maliyet etkinliğinin belirlenmesi</p> <p>4. Yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri, günlük enstrümental yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkileri</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>3. İşleri Bakanlığı</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p>	1 yıl

Hedef 3-65 yaş ve üstü bireyler için Türkiye'ye özgü beslenme politikalarının geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Yaşlılarda sağlıklı ve dengeli beslenme bilincinin geliştirilmesi	<p>1.1.1. Yaşlı popülasyonda en sık görülen temel besin öğesi yetersizliklerinin tespit edilmesi</p> <p>1.1.2. Yaşlıya özgü sağlıklı beslenme rehberlerinin hazırlanması</p>	<p>1. Malnütrisyon tarama ölçekleri kullanılarak değerlendirme yapılması</p> <p>2. Yaşlıların hastaneye akut başvuru sayısı</p> <p>3. Kronik hastalık sayısı</p>	<p>1. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) verileri ışığında eksik olanların yerine konulması (besin zenginleştirme çalışmaları)</p> <p>2. Enerji ve besin öğeleri alım düzeylerinin saptanması</p> <p>3. Temel besin gruplarının tüketim miktarlarının bulunması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı</p> <p>3. Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı</p> <p>4. İçişleri Bakanlığı</p> <p>5. Üniversiteler</p> <p>6. Basın ve Yayın Kuruluşları</p> <p>7. STK</p> <p>8. Gıda Sektörü</p>	1 yıl

Hedef 4- Yaşlılıkta diş ve diş eti sorunlarının erken dönemde tespit edilmesi ve tedavi hizmetlerine erişimin güçlendirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.1. 65 yaş üstü bireylerin periyodik olarak ağız ve diş sağlığı kontrollerinin yapılması	4.1.1. 65 yaş üstü bireylerin ağız ve diş sağlığı kontrolleri yapılarak mevcut durum tespitinin sağlanması	<p>1. Toplumda 65 yaş ve üzeri bireylerde ağız ve diş sağlığı sorunları görülme sıklığı</p> <p>2. Ağız ve diş sağlığı problemleri ile malnütrisyon görülme sıklığı ilişkisi</p>	Yaşlıda etkin bir ağız ve diş sağlığı politikası geliştirilmesi ile malnütrisyon sıklığında azalma elde edilmesi	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. İçişleri Bakanlığı</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. Basın ve Yayın Kuruluşları</p>	1 Yıl

Hedef 5-Yaşlılarda yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>5.1. Menü çeşitliliği sunularak hastanede veya diğer bakım kuruluşlarında kalmakta olan yaşlıların gereksinimlerine uygun, yeterli enerjiyi sağlayan, mikro ve makro besin ögesi yetersizliğine neden olmayan, ulusal beslenme hedeflerine uygun, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması</p>	<p>5.1.1. Hastane ve bakım kurumlarında yeterli sayıda diyetisyen istihdamının sağlanması</p> <p>5.1.2. Menü çeşitliliği sağlanması</p> <p>5.1.3. Kurumlarda yatan hastalara bir gün sonraki öğün için çoktan seçmeli menü sunularak bir gün sonrasının menü listelerinin oluşturulması</p> <p>5.1.4. Klinik nütrisyon ekiplerinin kurulması ve bu sayede yaşlıların aktif olarak taranabilmesi</p> <p>5.1.5. Bu konunun önemini ortaya koyacak interdisipliner çalışmaların yurt çapında yapılması</p> <p>5.1.6. Hastane ve kurumlara yemek sağlayan özel fabrikalara bünyelerinde diyetisyen çalışma zorunluluğunun getirilmesi</p> <p>5.1.7. Klinik beslenme ekipleri ve hizmetlerinin SUT'ta tanımlanması</p>	<p>1. Yaşlılar için yeterli ve dengeli menü çeşitliliğine ulaşan gündüzlü ve/veya yatılı bakım kuruluşları sayısı</p> <p>2. Destek tedavisi verilen yaşlı sayısı</p> <p>3. Hastane nütrisyon ünitesi sayısı</p> <p>4. Beslenme testlerinin SUT'ta tanımlanmış olması ve sayısı</p>	<p>1. Yaşam kalitesinin artırılması</p> <p>2. Morbidite ve mortalitede azalma</p> <p>3. Hastanede malnütrisyon görülme sıklığının azalması</p> <p>4. Malnütrisyon tespit edilen yaşlı sayısında azalma</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. Gıda Sektörü</p>	2 yıl

Hedef 6-Hastanelerde klinik beslenme ekiplerinin kurulması ve bu ekiplerin hizmet alanlarının Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) tanımlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>6.1. Nütrisyon desteğine gereksinimi olan hastaları tanımlamak, malnutrisyonun derecesini belirlemek ve uygun tedaviyi planlamak, etkili ve güvenli nütrisyon desteği sağlamak, yaşlı obez hastalarda beslenme bozukluklarına ikincil gelişen sarkopeninin önlenmesi ve tedavisini sağlamak, hastaların taburcu oldukları süreye kadar yakından takibini yapmak, taburculuk sonrası poliklinikten takip planlanarak evde bakım hizmetini yapmak</p>	<p>6.1.1. Hastanelerde klinik beslenme ekiplerinin kurulması 6.1.2. Klinik Beslenme Ekipleri ve hizmetlerinin SUT'ta tanımlanması</p>	<p>1. Hastanelerde yatan hastaların malnutrisyon oranlarının saptanması 2. Malnutrisyon riski olan yaşlıların erken tanınarak tedavi edilmesi veya risklerin belirlenerek ortadan kaldırılması 3. Beslenme bozukluğu sonucu hastane enfeksiyonu sayısında azalma 4. Beslenme bozukluğu sonucu hastane yatış süresinde azalma 5. Yaşlıların hastaneye akut başvuru sayısı 6. Kronik hastalık sayısı 7. SUT'ta tanımlanan beslenme testi sayısı</p>	<p>1. Hastanede yatan malnutrisyonlu yaşlı sayısında azalma 2. Malnutrisyona bağlı hastane morbidite ve mortalitesinin azalması 3. Yaşam kalitesinde artış 4. Ortalama yaşam süresinin uzaması 5. Yaşlıların hastaneye akut başvuru sayısında azalma 6. Kronik hastalık sayısında azalma 7. Günlük yaşam aktivitelerinde artış 8. Geriatrik sendromların görülme sıklığında azalma</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı 2. Üniversiteler 3. STK</p>	3 yıl

Hedef 7-Bütün sağlık ve bakım hizmetlerinde çalışan personelin sağlıklı beslenme ilkeleri ve desteği konusunda eğitimi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
7.1. Bütün sağlık ve bakım hizmetlerinde çalışan personelin eğitimi için, müfredat programları kapsamında yaşlıların özel beslenme ihtiyaçlarının yer almasının sağlanması	7.1.1. Evde bakım hizmeti sunan profesyonel interdisipliner ekiplerin (hekim, hemşire, diyetisyen ve sağlık personeli) kurulması ve desteklenmesi 7.1.2. Takip edilen hastaların beslenme durumlarının belirli aralıklarla değerlendirilmesi, kişiye özgü diyet programlarının sağlanması	1. Sağlık ve bakım hizmetlerinde çalışan personelin sağlıklı beslenme konusunda bilgi düzeyinde artış 2. Geriatrik sendromların görülme sıklığı 3. Günlük oral gıda alım miktarında artış	1. Hastanede yatan malnütrisyonlu yaşlı sayısında azalma 2. Malnütrisyona bağlı hastane morbidite ve mortalitesinin azalması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı 4. Üniversiteler 5. STK	3 yıl
7.2. Evde bakım projesi içerisinde yaşlının doğru beslenme ve yeme alışkanlıkları konusunda hizmet almasının ve eğitimin sağlanması	7.2.1. Sağlık ve bakım hizmetlerinde çalışan personelin hizmet içi eğitiminin sağlanması	Toplumda yaşayan yaşlıların malnütrisyon oranlarında azalma	1. Toplumda yaşayan yaşlıların malnütrisyona bağlı morbidite ve mortalitesinin azalması 2. Toplumda yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin ve fizik aktivitelelerinin artması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 3. İçişleri Bakanlığı 4. Üniversiteler 5. STK	3 yıl

Hedef 8-Beslenme problemi olan hastalarda beslenme ürünlerinin geri ödemesi ve uygulama sorunlarının çözümünün sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
8.1. Geri ödemelerde kayıpların asgariye indirilmesi ve mevcut uygulamanın eksik yönlerinin giderilmesi	8.1.1. Günlük enerji ihtiyacına göre belirlenen günlük beslenme destek ürünü miktarının düzenlenmesi	Daha sağlıklı bir rapor sisteminin sağlanması	Geri ödemelerde kayıpların asgariye indirilmesi	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK	3 yıl

1.10. GERİATRİDE UZUN DÖNEMLİ BAKIMIN ve BAKIM HİZMETLERİNE TAMERİŞİMİN SAĞLANMASI

Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

Bireylerin, yaşadıkları toplumda sağlıklı, kaliteli ve mümkün olan en uzun süre başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak sosyal devlet anlayışının bir gereğidir. Yaşlı bireyler kendilerine eşlik eden çok sayıda hastalık ve engellilik derecelerine göre günlük yaşamlarında çeşitli oranlarda güçlüklerle karşılaşmakta ve destek hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Bu çerçevede bireysel ihtiyaçlarını bir başkasının yardımı olmaksızın gideremeyen yaşlı bireyin desteklenmesini amaçlayan bakım hizmetleri önemli bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bakım hizmeti ihtiyacı değerlendirildiğinde, birinci öncelikli ihtiyaç grupları, toplumsal hayata yeniden kazandırılması hayli güç olan bakıma muhtaç yetişkin ağır engelli bireyler ve tüm yaşlılar genelinde engelli hale gelmiş yaşlılardır. Yaşlı ve ağır engelli bireylere yönelik bakım hizmetlerinin niteliğinin ve bu bireylerin yaşam kalitesinin artırılması büyük önem taşımaktadır. Ancak, ağır engelli yetişkinler ve yaşlılar, bakım konusunda genellikle geri planda kalmaktadır. Bu bireylerin özellikle yaşla birlikte artan yardım ve bakım ihtiyacı sosyal devlet ilkesi temelinde öncelikle ele alınması gereken konulardan biridir.

Bakım hizmetleri; bakıma muhtaç kişiye evde veya kurumda sunulan profesyonel destek hizmetleri şeklinde tanımlanmaktadır. Bakım hizmetlerinde öncelikli hedef, bakıma muhtaç bireyin, ailesinin yanında sosyal çevresinden koparılmadan bakılması ve ailenin bu bakım hizmetleri konusunda maddi, manevi desteklenmesidir.

Bakım hizmetleri genel olarak kurumsal bakım ve evde bakım olarak ele alınmaktadır. Kurum bakımı, evde verilecek desteğe rağmen bakılamayacak derecede yardıma gereksinim duyan veya aile yanında bakılması mümkün olmayan bireylerin bireysel, sosyal, psikolojik, sağlık ihtiyaçlarının karşılandığı, boş zamanlarını değerlendirici etkinliklerin yapıldığı, sosyal ilişkilerinin ve aktivitelerinin arttırıldığı bakım türüdür.

Ancak, ülkemiz koşullarında uzun dönemli bakım hizmetlerine gereksinimi olan yaşlıların kurumlardan hizmet alması için talep halen devam etmektedir. Ülkemizde uzun dönemli bakım hizmetleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, belediyeler, kamu kurumları, STK’lar ve özel sektörlere bağlı bakım kuruluşları tarafından yürütülmektedir. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığının yürütmekte olduğu alanlara dair stratejik hedefler, etkinlikler, çıktı, sonuç göstergeleri ile sorumlu kurum ve süreler belirlenmiştir. Kalkınma Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kapsamında yürütülen faaliyetlerin koordinasyon ile yürütülmesinin önemi vurgulanmıştır.

Geriatride Uzun Dönemli Bakımın ve Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanmasına Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1- Geriatrik, gerontolojik multidisipliner (çok disiplinli) ve interdisipliner (disiplinlerarası) yaklaşım

Strateji 1

Sevk ve havale akışının sağlanması

Strateji 2

65 yaş üstü bireylere hizmet veren uzun süreli bakım kurumlarında ihtiyaç duyulacak tüm meslek elemanlarının tam zamanlı ve yeterli sayıda istihdamının sağlanması

Strateji 3

Sağlık alanında çalışan kurum ve kuruluşların iş birliğinin protokollerle belirlenmesi (üniversite, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, STK vb.)

Strateji 4

Uzun dönemli bakım hizmetinde ekip çalışması anlayışının geliştirilmesi

Strateji 5

Ekip çalışması anlayışının gerekliliğinden olan meslekler arası saygı, iletişim, güven, hoşgörü, mesleki bilgi ve becerinin doğru kullanımı vb. konularda farkındalık yaratılması

Strateji 6

Disiplinlerarası ve çok disiplinli yaklaşımın; tüm sağlık birimleri ile iletişim, standardizasyon ve denetimin akreditasyon ile sağlanması

Strateji 7

Beslenme ve fiziksel hareketliliğin sağlığa olumlu katkısı için farkındalık oluşturulması

Strateji 8

Yaşlı bakım elemanlarının görev tanımlarının yapılması

Hedef 2- Koruyucu, önleyici, teşhis ve tedavi edici, izlem ve rehabilitasyona ilişkin bütüncül yaklaşım

Strateji 1

Yaşlıların çok değişkenli gereksinimlerini karşılamak, kaynak dağılımını etkin kullanmak, hastalıklardan korumak, önleyici faktörleri kontrol altına almak, mevcut sağlığın geliştirilmesi, temel sağlık hizmetleri, acil tedavi, rehabilitasyon, psiko-sosyal destek, uzun süreli bakım ve palyatif tedavi de dahil olmak üzere, hizmette devamlılığın temini

Hedef 3- Eğitim ve denetimde standardizasyon

Strateji 1

Meslek elemanlarının eğitimi

Strateji 2

Bakım elemanlarının eğitimi

Strateji 3

Yaşlı yakınlarının eğitimi

Strateji 4

Yaşlıların eğitimi

1.10. Geriatri Uzun Dönemli Bakımın, Sağlık ve Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması

Hedef 1-Geriatrik, gerontolojik multidisipliner (çok disiplinli) ve interdisipliner (disiplinlerarası) yaklaşım					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>1.1. Sevk akışının sağlanması</p> <p>1.2. 65 yaş üstü bireylere hizmet veren uzun süreli bakım kurumlarında ihtiyaç duyulacak tüm meslek elemanlarının tam zamanlı ve yeterli sayıda istihdamının sağlanması</p> <p>1.3. Sağlık alanında çalışan kurum ve kuruluşların iş birliğinin protokollerle belirlenmesi (üniversite, geriatri bilim dalları, STK vb.)</p> <p>1.4. Uzun dönem bakım hizmetinde ekip çalışması anlayışının geliştirilmesi</p> <p>1.5. Ekip çalışması anlayışının gerekliliğinden olan meslekler arası saygı, iletişim, güven, hoşgörü, mesleki bilgi ve becerinin doğru kullanımı vb. konularda farkındalık yaratılması</p> <p>1.6. Disiplinlerarası ve çok disiplinli yaklaşımın, tüm sağlık birimleri ile iletişim, standardizasyon ve denetimin akreditasyon ile sağlanması</p> <p>1.7. Beslenme ve fiziksel hareketliliğin sağlığa olumlu katkısı için farkındalık oluşturulması</p> <p>1.8. Yaşlı bakım elemanlarının görev tanımlarının yapılması</p>	<p>1.1.1. Sağlık Bakanlığı veri tabanı ile otomasyon sisteminin ilişkilendirilmesi</p> <p>1.1.2. İllerde geriatri bilim dalları ya da iç hastalıkları ile diğer disiplinlerin uzun dönem bakım birimleri ile ilişkilendirilmesi</p> <p>1.1.3. Sağlık biriminde disiplinlerarası ve gereğinde çok disiplinli ekip ile koordinasyonun sağlanması</p> <p>1.1.4. Hastanın kaldığı bakım kurumunda sağlık hizmetine ulaşılabilirliğinin mümkün olmadığı durumlarda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına sevk zincirinin iyileştirilmesi, kolaylaştırılması ve denetiminin sağlanması</p> <p>1.1.5. Ekip içinde yer alan meslek elemanlarının meslek tanımlarının belirlenştirilerek, yetki ve sorumluluklarının hizmet içi eğitimlerle vurgulanması</p> <p>1.1.6. İşbirliği çalışmalarını için kurumlar arası ortak eğitim planlanması ve ortak vizyonun oluşturulması</p> <p>1.1.7. İllerde geriatri bilim dallarının sayısının artırılması</p> <p>1.1.8. Eğitim modüllerinin oluşturulması</p>	<p>1. Hizmete ulaşımın etkin, güvenilir ve hızlı olması</p> <p>2. Kaliteli personel sayısında artış</p> <p>3. Kurum ve kuruluşların uyum içinde çalışması</p> <p>4. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız ve sağlıklı yaşlı nesil oluşturulması</p> <p>5. Düzenli aralıklarla klinik kalite çalışmaları yapılması</p> <p>6. Görev dağılımı ve sorumluluklarının farkında olan kalifiye personelin istihdam edilmesi</p> <p>7. Mevcut çalışanların hizmet içi eğitim programları ile sertifikalandırılması</p>	<p>1. Hizmet kalitesi artışı</p> <p>2. Personel motivasyon artışı</p> <p>3. Değerlendirme formlarında ölçülebilen kriterlerde düzelme</p> <p>4. Akreditasyonun sağlanması</p> <p>5. Bakım veren personelin meslek tanımlarının yapılarak yasalaştırılması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	<p>Sürekli</p> <p>2 yıl</p> <p>3 yıl</p>

Hedef 2-Koruyucu, önleyici, teşhis ve tedavi edici, izlem ve rehabilitasyona ilişkin bütüncül yaklaşım					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>2.1. Yaşlıların çok değişkenli gereksinimlerini karşılamak, kaynak dağılımını etkin kullanmak, hastalıklardan korumak, önleyici faktörleri kontrol altına almak, mevcut sağlığın geliştirilmesi, temel sağlık hizmetleri, acil tedavi, rehabilitasyon, psikososyal destek, uzun süreli bakım ve palyatif bakım da dahil olmak üzere hizmette devamlılığın temini</p>	<p>2.1.1. Geriatrik sendromların (demans vb.), risk (düşme, polifarmasi vb.) ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi, taranması, toplumda sağlıklı ve başarılı yaşlanma bilincinin oluşturulması</p> <p>2.1.2. Düzenli beslenme, egzersiz, sosyal, bilişsel faaliyet ve grup çalışmalarının yapılması</p> <p>2.1.3. Kurumsal hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen ve yardımcı personelin var olan ve yeni açılacak kadrolara tam zamanlı istihdamı, modern yaklaşımlar çerçevesinde meslek elemanlarının bilgi, beceri ve farkındalık düzeyinin geliştirilmesi</p> <p>2.1.4. Geriatrik standart ölçme araçlarının Günlük Yaşam Aktivite (GYA) skalası, Enstrümental GYA, Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MND) formu, Mobilite-Denge Tarama Formu, İnkontinans Değerlendirme Formu, Mini Mental Test (MMT), Geriatrik Depresyon Skalası (GDS), Bası Yarası Risk ve Değerlendirme Skalaları, Ağrı Değerlendirme Formu, Fiziksel ve Fonksiyonel Kapasiteyi Değerlendirme Formu gibi formların yaygın kullanımı</p>	<p>Kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılan yaşlı sayısı</p>	<p>1. Yaşlılıkta yaşam süresi ve kalitesinin artırılması</p> <p>2. Geriatrik sendromların, risklerin, rehabilitasyon ihtiyacının, morbidite ve mortalitenin azalması</p>	<p>1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p> <p>3. SGK</p> <p>4. Üniversiteler</p>	<p>Sürekli</p>

Hedef 3-Eğitim ve denetimde standardizasyon					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>3.1. Meslek elemanlarının eğitimi</p> <p>3.2. Bakım elemanlarının eğitimi</p> <p>3.3. Yaşlı yakınlarının eğitimi</p> <p>3.4. Yaşlı eğitimi</p>	<p>3.1.1. Meslek elemanları için eğitim verilmesi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hizmet içi eğitim -Uzun dönemli yaşlı ve yaşlı hasta bakımı konusunda sertifika eğitimi <p>3.2.1. Bakım elemanları için eğitim verilmesi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hizmet içi eğitim -Uzun dönemli yaşlı ve yaşlı hasta bakımı konusunda sertifika eğitimi <p>3.3.1. Yaşlı yakınlarına eğitim verilmesi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Yaşlılık dönemi bio-psiko-sosyal özellikleri ve sorunları -Yaşlıyla iletişim -Yaşlılık hastalıkları eğitimleri <p>3.4.1. Yaşlıya eğitim verilmesi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bakım veren yaşlı yakınların bio-psiko-sosyal özellikleri ve sorunlarına ilişkin farkındalık eğitimi -Demanslı yaşlı olan yaşlı yakınlarının hastalığa ilişkin eğitimi -Demanslı yaşlı olan yaşlı yakınlarının rehabilitasyonu 	<p>1. Uzun dönem bakım veren kurumlarda çalışan personelin eğitim düzeyinde artış</p> <p>2. Sertifikalı personel sayısında artış</p> <p>3. Uzun dönem bakım veren kurumlarda çalışan personelin yaşadığı tükenmişlikte azalma</p> <p>4. Yaşlı yakınlarının tükenmişliğinde azalma</p> <p>5. Yaşlıların toplumsal katılımında artış</p> <p>6. Yaşlıların kendi hastalık ve tedavi sürecine bilinçli katılımında artış</p> <p>7. STK'ların vereceği eğitimin standardizasyonunun oluşturulması</p> <p>8. Kalite göstergeleri</p> <p>9. Uzun dönem bakım veren kurumlardan hizmet alanların (yaşlı ve yaşlı yakınları) memnuniyet anketleri</p> <p>10. Personel eğitimi öncesi ve sonrası değerlendirme anketleri, soruları</p> <p>11. Uzun dönem bakım veren kurumlarda çalışan personelin memnuniyet anketleri</p>	<p>1. Bakım hizmeti kalitesinde artış</p> <p>2. Bakım alanların memnuniyet düzeyinde artış</p> <p>3. Uzun dönem bakım veren kurumlarda çalışan personelin daha istekli ve verimli çalışması</p> <p>4. Yaşlıyla daha sağlıklı iletişim kurulması</p> <p>5. Yaşlılık sürecine ilişkin toplumsal bilincin artışı</p> <p>6. Yaşlıların hastalığa ilişkin komplikasyonların ve tedavisine ilişkin problemlerin azalması</p> <p>7. Yapılacak her tür eğitimde birliğin sağlanması</p> <p>8. Palyatif bakıma yönelik personel eğitim ölçeklerinde ilerleme</p>	<p>1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	<p>Sürekli</p>

2. İZLEME ve DEĞERLENDİRME

Amaç

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programının süreç ve çıktılarını izlemek, değerlendirmek ve raporlanması için kanıta dayalı bilimsel veri almak

Hedef

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programının izlenmesi değerlendirilmesi ve raporlanması için ulusal bir veri sisteminin oluşturulması

Stratejiler

1. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programının 2021 yılında değerlendirilmesinin yapılması ve değerlendirme raporunun yayımlanması
2. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programının yıllık ilerleme raporunun yayımlanması
3. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı çerçevesinde verilecek yaşlı sağlığı hizmetlerinin veri analizinde, öncelikli hedef grup (bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan kişiler) dikkate alınarak, hizmetlerden yararlanan kişilerin mevcut durumu ve verilen hizmete ilişkin çıktıların tespitinin sağlanması
4. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programının süreç ve çıktılarını izlemek, değerlendirmek ve raporlanması için Kurum Başkanlığımız merkezinde raporlama yoluyla ulaşılabilecek bir veri akış sistemi modeli oluşturulması ve raporlanması için ulusal bir veri sistemi kurulması

HEDEFLER		KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)
1. 1. Yaşam Boyu Sağlık Geliştirilmesi ve Sağlıkli Yaşlanma	Toplumda ve yaşlı bireyler arasında sağlıkli yaşam davranışlarının geliştirilmesi		✓	✓
1.2. Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi	Sağlıklı yaşlanma için sedanter yaşamın önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasında toplumsal bilincin oluşturulması ve bu konuyla ilgili bilgi düzeyinin geliştirilmesi			✓

HEDEFLER	KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)
1.3. Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık ve Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi	✓		
	✓		
	✓		✓
			✓
			✓
			✓

HEDEFLER		KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)
1.4. Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi, Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması	1. Yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi	✓	✓	✓
	2. Sağlık hizmetlerine tam erişimin sağlanması	✓		
	3. Refahın artırılması	✓		
1.5. Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Demans, Geriatrik Psikiyatri, Yeti Yitimi, Yaşlı İstismarı ve Şiddet Konularında Planlamalar ve Etkinlikler Yapılması	1. Yaşlıların, nöropsikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisinde en doğru en etkin ve kaliteli şekilde hizmet alabilmesi için tüm ilgili kurumların gerekli işbirliğini ortaya koyması ve bunun için gerekli şartların hazırlanması		✓	✓
	2. Yaşlılarda nöropsikiyatrik hastalıklardan kaynaklanan yeti yitiminin önlenmesi, tanınması, giderilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve rehabilitasyonun gerçekleştirilmesi			✓
	3. Yaşlı istismarının önlenmesi ve tanınması için topluma, ailelere ve kurumlara yönelik önlemlerin alınması		✓	

HEDEFLER	KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)
1. Geriatri de akut bakım ve aciller konusunda toplumda ve sağlık personelinde farkındalık oluşturulması	✓		
2. Yaşlılara verilen acil sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak, erişilebilirlik ve etkinlik ilkeleri çerçevesinde yürütülmesinin sağlanması	✓		
3. Yaşlılarda kronik hastalıkların akut komplikasyonlarının ortaya çıkış şekli, tanınması ve tedavisindeki farklılıklarla ilgili eğitim verilmesi, yaklaşımda standardizasyonun sağlanması	✓		
4. Acil servise başvuran geriatrik hastaların sağlık kayıtlarına ulaşılabiliğinin sağlanması	✓		
5. Geriatrik hastalarda etkin ilaç kullanımını sağlamak ve gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi	✓		
1.6. Geriatri de Akut Bakım ve Acillerin Organizasyonunun Sağlanması			

HEDEFLER		KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)
1.7. Yaşlılıkta Tanı, Tedavi, İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşlenmesinin Sağlanması	1. Ulusal geriyatrik tanı ve tedavi rehberlerinin kullanımının yaygınlaştırılması	✓		
	2. Yaşlılarda 'akıcı ilaç kullanımı' politikalarının geliştirilmesi			✓
	3. Yaşlıların hastalıklarına doğru tanı konmasına ilişkin sorunların belirlenmesi	✓		
	4. Yaşlıları etkileyen hastalıkların, tanı ve tedavisi için araştırmaların yapılması			✓
	5. Tanı, tedavi ve izlemede geri ödeme sorunlarının çözümünün sağlanması	✓		
	6. Mezuniyet sonrası eğitimlerle tanı ve tedavinin geliştirilmesi			✓
	7. Geriyatrik değerlendirmenin uygun zaman aralıklarıyla kapsamlı bir şekilde yapılabilirliğinin sağlanması			✓

HEDEFLER		KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)
1.8. Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesi	1. Geriatri ve gerontoloji eğitiminin tıp fakültesi müfredat programlarına eklenmesi			✓
	2. Yaşlıya hizmet veren kalifiye sağlık personelinin yetiştirilmesi		✓	
	3. Geriatri yan dal uzmanlık eğitiminin yaygınlaştırılması		✓	
	4. Birinci basamak hekimlerine yönelik geriatri eğitiminin düzenlenmesi		✓	
	5. Yaşlılara hizmet veren sağlık çalışanlarına yönelik (hekim, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti ve gerontolog) geriatri eğitimlerinin düzenlenmesi		✓	
	6. Profesyoneller dışında (hekim, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti) yaşlıya bakım hizmeti verenlerin eğitiminin düzenlenmesi			✓
	7. Yaşlıda akılcı ilaç kullanımının sağlanması		✓	
	8. Yaşlıda sağlıklı yaşlanma bilincinin oluşturulması			✓
	9. Yaşlıya hizmet veren sağlık personelinin sertifikalandırılması		✓	
	10. Etkin ekip çalışmasının yaygınlaştırılması	✓		

HEDEFLER		KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)	
1.9. Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması	1. Yaşlılık sürecine gelene kadar her yaş grubunda sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması			✓	
	2. Yaşlıda malnütrisyonun önlenmesi ve malnütrisyona yönelik etkili tedavi uygulanması	✓			
	3. 65 yaş ve üstü bireyler için Türkiye'ye özgü beslenme politikalarının geliştirilmesi	✓			
	4. Yaşlıların yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması		✓		
	5. Hastanelerde klinik beslenme ekiplerinin kurulması ve bu ekiplerin hizmet alanlarının Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) tanımlanması				✓
	6. Bütün sağlık ve bakım hizmetlerinde çalışan personelin sağlıklı beslenme ilkeleri ve desteği konusunda eğitimi				✓

HEDEFLER		KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)
1.10. Geriatri de Uzun Dönemli Bakımın ve Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması	1. Geriatrik-gerontolojik multidisipliner (çok disiplinli) ve interdisipliner (disiplinler-arası) yaklaşım	✓		
	2. Korumucu, önleyici hizmetlere, teşhis ve tedaviye, izlem ve rehabilitasyona ilişkin bütüncül yaklaşım		✓	
	3. Eğitim ve denetimde standardizasyon			✓

3. PROGRAMIN UYGULANMA MODELİ

Görev Organizasyonu

Türkiye Sağlıkli Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programının yürütülmesinden Bakan adına Sağlık Bakanlığı Müsteşarı sorumludur. Yürütme Kurulu bu planın yürütülmesinden Sağlık Bakanlığına karşı sorumludur.

Genel Kurul

Bütün paydaşların temsilcilerinin yer aldığı Genel Kurul, iki yılda bir kez toplanır. Çalışma grupları eylem planlarını değerlendirir, Yürütme Kurulu tarafından sunulan çalışma raporları ve etkinlikleri tartışır ve görüş oluşturur. Genel Kurulun toplanma tarihi, gündemi ve yeri, Yürütme Kurulu tarafından belirlenir ve sekreteryaya tarafından organize edilir.

Yürütme Kurulu

Programın yönetiminden ve genel stratejilerinin belirlenmesinden sorumludur. Çalışma gruplarının hazırladığı önerileri Genel Kurulda görüşülmeden önce inceler ve Genel Kurulun görüşüne sunar. Yürütme Kurulu yılda iki kez toplanır. Toplantı tarihleri, gündemi ve yeri Yürütme Kurulunca belirlenir ve sekreteryaya tarafından organize edilir. Yürütme Kurulu kendi içinde başkan ve başkan yardımcısını seçer. Başkan ve başkan yardımcısı görevleri iki yıl sürelidir, en fazla iki dönem görev yapılabilir. Yürütme Kurulu, çalışma grubu başkanları, sekreterleri ve Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumundan, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Başkan Yardımcısı, Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanı ve diğer ilgili birimlerden belirlenen birer temsilciden oluşur.

Çalışma Grupları

Genel Kurul üyelerinin görev tanımlarına uygun olarak içinde yer aldığı, program hedeflerine göre oluşturulan gruplardır. Her çalışma grubu eylem planlarında belirtilen kendi alanı ile ilgili çalışmaların planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi için öneriler hazırlar, Yürütme Kuruluna sunar, onaylanan etkinlikleri yürütür. Yılda en az iki kez toplanır. Toplantı tarihleri, gündemi ve yeri Yürütme Kurulunca belirlenir ve sekreteryaya tarafından organize edilir.

Genel Kurulda sunulmak üzere çalışmalarının sonuçlarını içeren yıllık rapor hazırlar. Çalışma grubu başkan ve sekreterleri iki yıl süreli olarak grup tarafından seçilir.

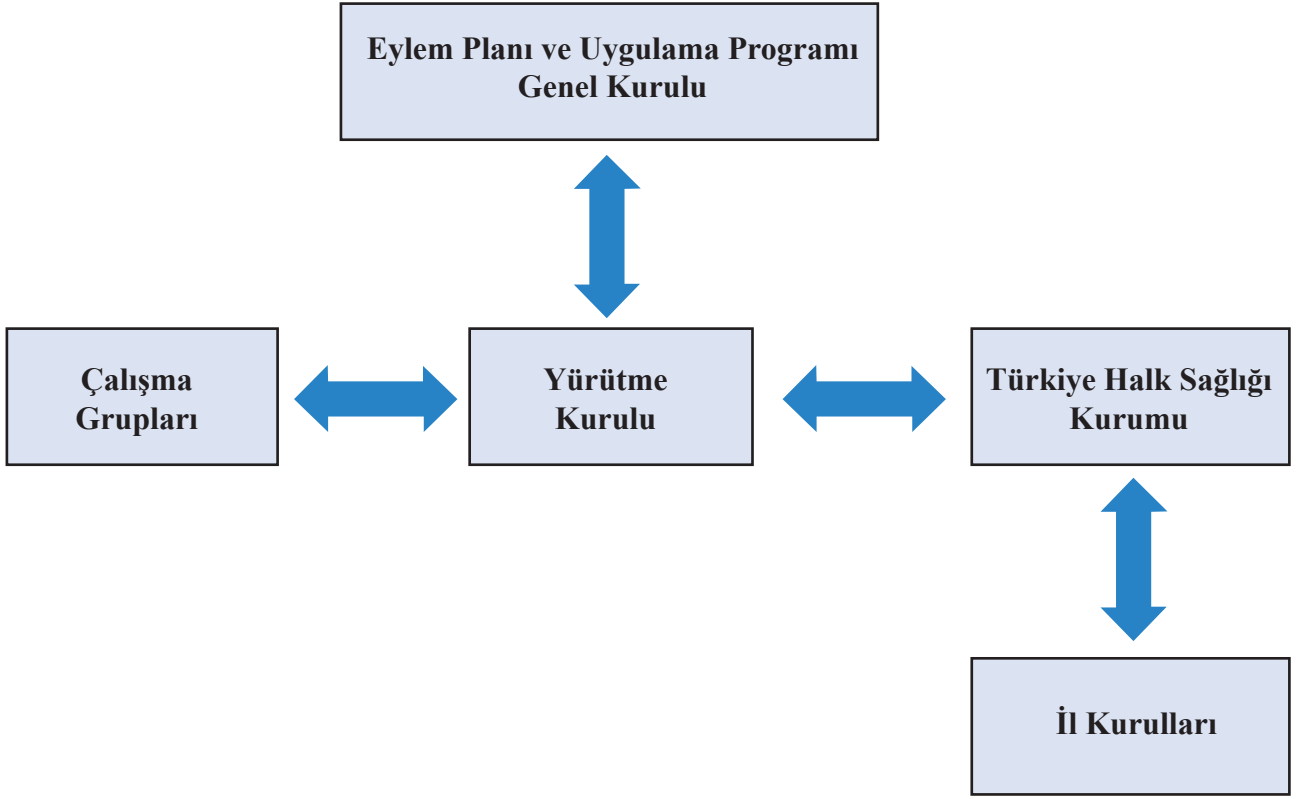
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Her ilin kronik hastalıklar birimi ve belirlenen il program sorumluları, illerde eylem planı ve uygulama programı aktivitelerinin uygulanması ve il içindeki koordinasyonundan sorumludur. İl program sorumluları veya temsilcileri Genel Kurulun doğal üyesidirler.

Sekreteryaya

Sekreteryaya hizmetleri Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı tarafından yürütülür.

TÜRKİYE SAĞLIKLI YAŞLANMA EYLEM PLANI VE UYGULAMA PROGRAMI ÖRGÜTLENMESİ



4. KAYNAKLAR

1. TÜİK.(2013). Erişim:03 Şubat 2014, <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13466>
2. WHO.(t.y.). Erişim:03 Şubat 2014, <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
3. United Nations (UN). World Population Prospects the 2010 Revision. Erişim: 22 Ocak 2014.http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/WPP2010/WPP2010_Volume-II_Demographic-Profiles.pdf.
4. WHO. World Health Statistics 2013. Geneva, World Health Organization.
5. WHO. Preventing Chronic Diseases: a vital investment: WHO global report. 2005. Geneva, World Health Organization.
6. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, 6th Edition, Brussels, 2013
7. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (Aralık, 2006). Türkiye Hastalık Yüku Çalışması 2004. (Yayın No: 701). Erişim: 13 Şubat 2014,http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf
8. Devlet İstatistik Enstitüsü. (2004). Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. (Yayın No:2913). Erişim: 20 Şubat 2014, <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0014899.pdf>
9. TÜİK.(2013). Erişim:04 Şubat 2014, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>
10. WHO. Active Ageing Good Health Adds Life to Years: Policies and Priority Interventions for Healthy Ageing. WHO Regional Office for Europe. 2012. Copenhagen, World Health Organization
11. Gauchard GC, Jeandel C, Perrin PP. Physical and Sporting Activities Improve Vestibular Afferent Usage and Balance in Elderly Human Subjects. Gerontol, 2001; 47: 263-270.
12. Şahin G. Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyleri Değerlendirme Yöntemleri. Turkish Journal of Geriatrics 2010;14(2):172–8.
13. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selectedmajor risks. 2009. Geneva, World Health Organization.
14. Wen CP, Wu X (2012). Stressing harms of physical inactivity to promote exercise. Lancet [Series on physical activity], 380(9838):192–193.

15. M.K. Karisson. H. Magnusson. T. Von Schewelov. B.E. Rosengren. “ Prevention of falls in the elderly- a review”, International Osteoporosis Foundation and National Osteoporosis Foundation 2012, Osteoporosis Int. (2013) 24:747-762
16. Lee I-M et al. (2012). Effect of physical inactivity on major noncommunicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet [Series on physical activity], 380(9838):219–229.
17. Barry HC, Eathorne SW: Exercise and aging issues for the practitioner. Med Clin North Am 1994;78(2):357-76.
18. The European Observatory on Health Systems and Policies .2012. Home Care Across Europe: Current Structure and Future Challenges: Observatory Studies Series 27. Erişim: 13 Şubat 2014, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf
19. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar 2012: Yayın No:3909, 2013. Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu
20. WONCA Avrupa 2002: Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. 2002. WONCA
21. T.C. Sağlık Bakanlığı, (Esk.)Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Yaşlı Sağliğı Modülleri: Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, 2011, Ankara
22. WHO. Dementia a public Health Priority. 2012. Geneva, World Health Organization
23. World Report on Violence and Health. Abuse of the Elderly. Chapter 5. 2002. Geneva, World Health Organization,
24. Bilir N, Paksoy N. Değişen Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık Kavramı. Temel Geriatri (Ed: Kutsal YG, Ed Yrd: Aslan D) Güneş Kitabevleri, Ankara, 2007.
25. Dünya Sağlık Raporu. 21. Yüzyılda Yaşam: Herkes İçin Bir Vizyon. (Çev Ed: Metin B, Akın A, Güngör İ). TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Müdürlüğü, Ankara, 1998.
26. Koştu N. Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Halk Sağliğı Hemşiresinin Rolü. Özveri Dergisi. 2005;2 (2):527-534.
27. Alkan N, Fincancı ŞK. Aile İçi Şiddette Adli Tıbbın İşlevi. I. Ulusal Aile Hizmetleri Sempozyumu. TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Bilim Serisi: 117, Ankara. 2001:149 153.
28. Wolf, R.S. (2000). The Nature and Scope of Elder Abuse. Generations, 24:2, 7-13.
29. Tatar, T. and Kuzmeskus, L. (1997). Summaries of the statistical data on elder abuse in domestic settings: An exploratory study of staff statistics for FY 95 and 96. Washington, DC: NCEA.

30. Artan T. Aile içi fiziksel yaşlı istismarı. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,1996.
31. Druss BG, Marcus SC, Rosenheck RA ve ark.(2000) Understanding disability in mental and general health conditions. *Am J Psychiatry*,157:1485-1491.
32. WHO. (2011) World Report on Disability, Malta, World Health Organization
33. Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, et al. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Slone survey. *JAMA*. 2002; 287: 337–344.
34. Prescriptions dispensed in community statistics for 1989–1999: England. *Statistical Bulletin*.http://s3.amazonaws.com/zanran_storage/www.dh.gov.uk/ContentPages/73959910.pdf
35. Lesage J. Polypharmacy in the geriatric patient. *Nurs Clin North Am* 1991; 26: 273–290.
36. Wyles H, Rehman HU. Inappropriate polypharmacy in the elderly. *Eur J Intern Med*. 2005; 16: 311-313.
37. Cankurtaran M, Yavuz BB, Halil M, et al. Polypharmacy in elderly: Does evidence based medicine brings more drug useage? 3rd European Geriatrics congress. *The journal of Nutrition, Health, Aging*. 2004; 8: 280
38. Beers MH, Ouslander JG, Fingold SF, et al. Inappropriate medication prescribing in skilled-nursing facilities. *Ann Intern Med*. 1992; 117: 684-689.
39. Wilcox SM, Himmelstein DU, Woolhandler S. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *JAMA*. 1994; 272: 292-296.
40. Zagaria MAE. Pharmaceutical care of the older patient. *US Pharm*. 2000; 25: 94-95.
41. Arıogul S. Geriatri ve Gerontoloji. Halil M; Yaşlı Hastalarda Polifarmasi. 1. Baskı Ankara MN Medikal & Nobel. 2006: 393-400.
42. Monette J, Gurwitz JH, Avorn J. Epidemiology of adverse drug events in the nursing home setting. *Drugs Aging*. 1995; 7: 203- 211.
43. Beijer HJ, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. *Pharm World Sci* 2002; 24: 46-54.
44. Von Renteln-Kruse W, Thiesemann N, Thiesemann R, et al. Does frailty predispose to adverse drug reactions in older patients? *Age Ageing*. 2000; 29: 461-462.

45. Mannesse CK, Derks FHM, Ridder MAJ. Contribution of adverse drug reactions to hospital admission of older patients. *Age Ageing*. 2000; 29: 35-39.
46. Grymonpre RE, Mitenko PA, Sitar DS, et al. Drug-associated hospital admissions in older medical patients. *J Am Geriatr Soc*.1988; 36: 1092-1098.
47. Winterstein A, Sauer B, Hepler C, et al. Preventable drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother*. 2002;36:1238-1248
48. Hajjar ER, Hanlon JT, Sloane RJ, et al. Unnecessary drug use in frail older people at hospital discharge. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53: 1518–1523.
49. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47: 30-39.
50. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47: 40-50.
51. WHO. (1998). Erişim: 04 Mart 2014,http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1
52. Bernabei R, Carhonin PU: Medical Educatiun. *Lancet* 1995; 345:1440.
53. Keller I, Makipaa A, Kalenscher T, Kalache A, Geneva. Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum. World Health Organization, Erişim adresi: http://www.who.int/ageing/projects/en/alc_global_survey_tegeme.pdf. Erişim tarihi: 2002.
54. Warren DL, Painter A, Rudisill J. Effects of geriatric education on the attitudes of medical students. *J Am Geriatr Soc*. 1983;31:435-8.
55. Varkey P, Chutka DS, Lesnick TG. The Aging Game: improving medical students' attitudes toward caring for the elderly. *J Am Med Dir Assoc*. 2006;7:224-9.
56. Cankurtaran M. Turkiyede geriatri. *Geriatric ve Gerontoloji*. (ed): Servet Arıoğlu MN Medikal ve Nobel Tıp Kitap Sarayı. 2006,69-73.
57. Lye, M.; Vega Vega, J. L.; Macias Nunez, J. F.; Millard, P.; Vellas, B.; Moulias, R.; Passeri, M.; Steen, B.; Reis, R.; Fisher, R.; Kaplan, R.; Marin Larrain, P. P.; Galinsky, D.; Diaz Diaz, A. V.; Vara, G. F.; Ribera Casado, J. M., and Llera, F. G. Declaration of Yuste. *European Working Party. Age Ageing*. 1999 Mar; 28(2):236.
58. Saka B, Kaya O, Öztürk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clin Nutr* 201; 29:745-748.

59. Saka, B. “Yaşlı Hastalarda Malnütrisyon”, T. Beğler, D.S. Erdinçler, M.R. Altıparmak (Ed.). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No 75: Aralık 2011, İstanbul, s. 147-163.
60. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al.; Mini-Nutritional Assessment International Group. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 1734-8.
61. Volkert D et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clin Nutr* 2006; 25: 330–360.
62. Ravasco P. et al. Cancer Wasting and Quality of Life React to Early Individualized Nutritional Counselling. *Clin Nutr*, 2007; 26: 7-15.

5. EKLER

EK 1. KATKI SAĞLAYAN KAMU KURUM ve KURULUŞLAR

(Alfabetik sıralama yapılmıştır)

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Ankara Büyükşehir Belediyesi

Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı

Çankaya Belediyesi

Kalkınma Bakanlığı Türkiye İstatistik Kurumu

Kalkınma Bakanlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü

Maliye Bakanlığı

Milli Eğitim Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı

- Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
- Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

EK 2. KATKI SAĞLAYAN ÜNİVERSİTELER

(Alfabetik sıralama yapılmıştır)

Ankara Üniversitesi

Başkent Üniversitesi

Bilgi Üniversitesi

Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA)

Hacettepe Üniversitesi

İstanbul Üniversitesi

Marmara Üniversitesi

Mustafa Kemal Üniversitesi

Sütçü İmam Üniversitesi

EK 3. KATKI SAĞLAYAN SİVİL TOPLUM KURULUŞLARI

(Alfabetik sıralama yapılmıştır)

Acil Tıp Uzmanları Derneği

Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu

Akademik Geriatri Derneği

Evde Bakım Derneği

Geriatri Fizyoterapistleri Derneği

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)

Türk Geriatri Derneği

Türk Hemşireler Derneği

Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği

Türk Nöroloji Derneği

Türk Psikologlar Derneği

Türk Tabipleri Birliği

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

Türkiye Alzheimer Derneği

Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD)

Türkiye Psikiyatri Derneği

Ulusal Sosyal ve Uygulamalı Gerontoloji Derneği

Yaşlılık Platformu

EK4. KATKIDA BULUNAN KİŞİLER*(Soyadına göre alfabetik sıralama yapılmıştır)*

Dr. Mehmet	AKÇA	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
Yrd. Doç. Dr. Özlem Erden	AKİ	Türkiye Psikiyatri Derneği
Dr. İmatullah	AKYAR	Yaşlılık Platformu
Dr. Banu	ALBAYRAK	Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Sağlık Hizmetleri Dairesi
Uzm. Dr. Sevgi	ARAS	Akademik Geriatri Derneği
Dr. Engin M.	ARDOĞAN	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
Prof. Dr. Dilek	ASLAN	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Uzm. Hem. Güler DURU	AŞİRET	Türk Hemşireler Derneği, Yaşlılık Platformu
Prof. Dr. Teslime	ATLI	Akademik Geriatri Derneği
Dr. Fzt. Çiğdem	AYHAN	Geriatri Fizyoterapistleri Derneği
Sosyolog Meltem	SEVEN	Malatya Halk Sağlığı Müdürlüğü
Prof. Dr. Aylin GÖRGÜN	BARAN	Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü
Doç. Dr. Nurcan	BAYKAM	Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği
Ecz. Mine	BİLGE	Sosyal Güvenlik Kurumu
SHU. Salim	BİRDİR	Ankara Büyükşehir Belediyesi
Doç. Dr. Pınar	BORMAN	Türk Geriatri Derneği
Prof. Dr. Filiz	CAN	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Geriatri Fizyoterapistleri Derneği
Prof. Dr. Banu	CANGÖZ	Türk Psikologlar Derneği
Doç. Dr. Eylem ŞAHİN	CANKURTARAN	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Mustafa	CANKURTARAN	Akademik Geriatri Derneği, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Ünitesi
Dr. İrem	ÇAPRAZ	Türk Nöroloji Derneği
Doç. Dr. Sevilay Şenol	ÇELİK	Yaşlılık Platformu
Uzm. Dr. Serap	ÇETİN ÇOBAN	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı
Yrd. Doç. Dr. Serap	ÇİFÇİLİ	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
Prof. Dr. Nesrin	ÇİLİNGİROĞLU	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tıb.Tek. Nevin	ÇOBANOĞLU	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı
Prof. Dr. Ash	ÇURGUNLU	Akademik Geriatri Derneği
Arş. İsmet	DEDE	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Ecz. Arıkan	DEMİR	Sosyal Güvenlik Kurumu
Doç. Dr. Kubilay	DEMİRAĞ	Klinik Enteral Parenteral Nutrisyon Derneği
Ecz. Güzin	DİKMEOĞLU	Sosyal Güvenlik Kurumu
Uzm. Dr. Başak	DOKUZOĞUZ	Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği
Doç. Dr. Hüseyin	DORUK	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Dr. Bilge ÖNAL	DÖLEK	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
Uzm. Dr. Alper	DÖVENTAŞ	Akademik Geriatri Derneği
Arş. A. Kadir	EKİNCİ	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Uzm. Dr. Banu	EKİNCİ	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı
Prof. Dr. Oya Nuran	EMİROĞLU	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Nüket PAKSOY	ERBAYDAR	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Prof. Dr. Deniz Suna	ERDİNÇLER	Akademik Geriatri Derneği
Dr. Utku	ERSÖZLÜ	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
Dt. Vildan	ESEN	Ankara Çankaya Belediyesi
Selami	GEDİK	Türkiye Alzheimer Derneği
Arş. Ertuğrul	GÖKTAŞ	Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Tıb. Tek. Ayşe	GÜNDOĞAN	Emekli
Doç. Dr. Meltem	HALİL	Akademik Geriatri Derneği
Dr. İlhan Kadri	KAHVECİ	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
Yrd. Doç. Dr. Sevgisun	KAPUCU	Türk Hemşireler Derneği, Yaşlılık Platformu
Dr. Yaprak	KARAKOÇ	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Prof. Dr. Yahya	KARAMAN	Türk Nöroloji Derneği
Dr. Fzt. İlke	KESER	Geriatri Fizyoterapistleri Derneği
Prof. Dr. Nuray	KIRDI	Geriatri Fizyoterapistleri Derneği

Ecz. Sevinç	KIRDÖK	Sosyal Güvenlik Kurumu
Uzm. Dr. Tuğba Erguvan	KIZIL	Akademik Geriatri Derneği
Hülya	KULAKÇI	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Prof. Dr. Işıl	BARAL KULAKSIZOĞLU	Akademik Geriatri Derneği
Doç. Dr. Zuhâl	KUNDURACILAR	Geriatri Fizyoterapistleri Derneği
Fügen	KURAL	Türkiye Alzheimer Derneği
Şb. Md. Emine	KURTLUK	Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Sağ. Me. Aziz	KÜÇÜK	Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Prof. Dr. Işıl	MARAL	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağliğı Anabilim Dalı
Uzm. Dr. Cevriye Karaca	MÜLKOĞLU	Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Yrd. Doç. Dr. Mehmet	OKUMUŞ	Acil Tıp Uzmanları Derneği
Mehmet	ONARCAN	Evde Bakım Derneği
Uzm. Kenan	ÖZCAN	Maliye Bakanlığı
Yrd. Doç. Dr. Leyla	ÖZDEMİR	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliğı Anabilim Dalı
Uzm. Fzt. Reyhan	ÖZGÖBEK	Geriatri Fizyoterapistleri Derneği
Uzm. Dr. Gülistan Bahat	ÖZTÜRK	Akademik Geriatri Derneği
V.H.K.İ. Bekir	PAKSOY	Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Uzm. Fzt. Emel	PEKÇETİN	Geriatri Fizyoterapistleri Derneği
Halil	POLAT	Milli Eğitim Bakanlığı
Prof. Dr. Neslişah	RAKICIOĞLU	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Doç. Dr. Bülent	SAKA	Akademik Geriatri Derneği
Zinnur	SARIÖZ	Ulusal Sosyal ve Uygulamalı Araştırma Gerontoloji Derneği
Doç. Dr. Meral	SAYGUN	Türk Tabipleri Birliğı
Doç. Dr. Nebahat	SEZER	Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği
SHU. Gülay	SEZGİN	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Uzm. Dr. Peri	SOHRABİ	Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Dr. Dyt. Meltem	SOYLU	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Ecz. Meltem	ŞAHİN	Sosyal Güvenlik Kurumu
Uzm. Dr. Sevnaz	ŞAHİN	Akademik Geriatri Derneği
Prof. Dr. Türker	ŞAHİNER	Türkiye Alzheimer Derneği
Dr. Hatice	ŞİMŞEK	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
Dr. Hatice	TAMBAĞ	Mustafa Kemal Üniversitesi Hatay Sağlık Yüksek Okulu
Uzm. Meltem	TAN	Kalkınma Bakanlığı Türkiye İstatistik Kurumu
Uzm. Dr. Nil	TEKİN	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
Dr. Aygen	TÜMER	Hacettepe Üniversitesi AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi
Dyt. Cansel	TÜTÜNCÜOĞLU	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı
Prof. Dr. Reyhan	UÇKU	Halk Sağlığı Uzmanlık Derneği
Prof. Dr. Mine	UYANIK	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
Uzm. Dr. Zekeriya	ÜLGER	Akademik Geriatri Derneği
Uzm. Dr. Murat	VARLI	Akademik Geriatri Derneği
Doç. Dr. Nazan	YARDIM	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı
Uzm. Dr. Burcu BALAM	YAVUZ	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzm. Dr. Yusuf	YEŞİL	Akademik Geriatri Derneği
Emine	YILDIZ	Sosyal Güvenlik Kurumu
Uzm. Yrd. Tarık	YILMAZ	Kalkınma Bakanlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı
Sağlık 1. Sokak No:53 Sıhhiye/ ANKARA
Tel: 0312 565 61 03 - 04
Faks: 0312 565 61 58
www.thsk.saglik.gov.tr

ISBN: 978-975-590-520-4
Sağlık Bakanlığı Yayın No: 960