

Esping-Andersen'in Refah Rejimleri Sınıflandırmasına Göre Farklı Refah Rejimlerinde Alzheimerlı Bireylere Yönelik Hizmetlerin İncelenmesi

Investigation of Services for Alzheimer Individuals in Different Welfare Regimes According to Esping-Andersen's Classification of Welfare Regimes

Betül TAMKOÇ¹

¹ Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, betultamkoc@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-5091-5813

Alındı 06.02.2020
Kabul Edildi 28.09.2020
Yayınlandı 16.12.2020

Makale Atıf: Tamkoç, B. (2020). Esping-Andersen'in Refah Rejimleri Sınıflandırmasına Göre Farklı Refah Rejimlerinde Alzheimerlı Bireylere Yönelik Hizmetlerin İncelenmesi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi* 4(3), 1-12

Öz

Bilim, teknoloji ve sağlık alanında yaşanan gelişmelerle birlikte yaşam kalitesi yükselmiş, doğuştan beklenen yaşam süresi uzamış ve sonuç olarak toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusun oranı giderek artmıştır. Bu demografik eğilimler kronik hastalıklar, Alzheimer Demanslı yaşlı sayısının artması gibi sonuçları da beraberinde getirmiştir. Bu durum Alzheimer ve Demans hakkında araştırmaların artırılması ve hizmetlerin hem bakım veren hem de bakım alan açısından geliştirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı, Esping-Andersen'in refah rejimleri sınıflandırmasına dayanarak sosyal demokrat refah rejimlerinde, muhafazakâr refah rejimlerinde ve liberal refah rejimlerinde Alzheimer ve Demans hastası bireylere yönelik ne tür hizmetler sunulduğu, farklı ülkelerin bu konudaki politikaları analiz edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sosyal Refah Devleti, Liberal Refah Devleti, Muhafazakâr Refah Devleti

Abstract

With the developments in science, technology and health, quality of life has increased, life expectancy at birth has been prolonged and as a natural consequence of this, the proportion of elderly population in total population has increased gradually. These demographic trends have resulted in the increase in the number of chronic diseases and the number of elderly with

Alzheimer's disease. This needs to increase research on Alzheimer's and Dementia and to improve services in terms of both caregiving and care. The purpose of this study is to analyze the different policies of different countries in the social democratic welfare regimes, conservative welfare regimes, liberal welfare regimes and individuals with Alzheimer's and Dementia.

Key words: Social Welfare State, Liberal Welfare State, Conservative Welfare State

1. Giriş

Yaşamın doğal bir evresi olarak da tanımlanabilecek olan yaşlılık bütün canlılar için geçerli olan bir durumdur. Bilim ve teknolojiye yaşanan gelişmeler, sağlık alanında yaşanan ilerlemeler, yaşam koşullarının iyileşmesi gibi unsurların etkisi ile doğuştan beklenen yaşam süresi artmış ve toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfus artış göstermiştir.

Birleşmiş Milletler tarafından 2019 yılında yayınlanan Dünya Nüfusu Beklentileri adlı raporda 2019 yılı itibarı ile dünya genelinde 65 yaş ve üzeri yaş grubunda olan kişilerin toplam nüfusa oranının 9,1 olduğu, bu oranın hızla artmaya ederek 2030 yılında 11,7'ye, 2050 yılında 15,9'a ve 2100 yılında 22,6'ya ulaşacağını tahmin edildiği belirtilmektedir (UN, Department of Economic and Social Affairs, 2019: 18). Türkiye'de de yetişkin nüfus yaşlanmakta, toplam nüfus içerisinde yaşlı oranı artmakta ve bu durumun doğal bir sonucu olarak Türkiye yaşanan bir ülke konumuna gelmektedir. Türkiye'de yaşlı nüfusa ilişkin veriler incelendiğinde yaşlı nüfus olarak nitelendirilen 65+ yaş grubunda bulunanların toplam nüfusa oranının 2014'te %8 iken bu oranın 2019 yılına gelindiğinde %9,1 olduğu görülmektedir (TÜİK, 2020).

Nüfus projeksiyonlarına göre bu hızlı artışının gelecek yıllarda da devam edeceği, yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranının 2023'te %10,2'ye, 2080'de ise %25,6'ya ulaşacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2018a).

Modernleşme, teknolojinin ilerlemesi, sağlık alanında kaydedilen ilerlemeler ile birlikte yaşam kalitesi yükselmiş ve doğuştan beklenen yaşam süresi uzamıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak dünya genelinde toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfus oranı artış göstermiştir. Nüfusun yaşlanması olarak tanımlanan bu durumu bazı ülkeler uzun bir zaman diliminde deneyimlemekte iken Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler daha hızlı deneyimlemek durumunda kalmış ve bu birçok açıdan bir fırsat olan yaşlılık olgusunun bir sorun olarak gündeme gelmesine neden olmuştur.

Dünya genelinde devam eden demografik eğilimler sonucu yaşlı birey sayısı ve yaşlılığa bağlı kronik hastalıkların sayısının arttığı bilinmektedir (Eroymak ve Yiğit, 2017: 168). Bu kapsamda ortaya çıkan sorunlardan biri de Alzheimer Hastalığının görülme riskinin artmasıdır.

Almanyalı bir nörolog olan Dr. Alois Alzheimer bilişsel kapasitesinde gerileme olan, halüsinasyonları olan, davranış bozukluklarına sahip bir hastasını 5 yıl süre ile izlemiş ve

hastanın ölümünün ardından beyin yapısında meydana gelen değişiklikleri izlemiştir. Bu incelemenin ardından 1906 yılında Alzheimer hastalığını tanımlamıştır (Taşdemir, 2008: 8). Alzheimer Hastalığı kişinin bilişsel seviyesinde gerileme, öz bakım ihtiyaçlarını yerine getirememesi, davranışta meydana gelen bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (Demir Özkay ve Diğ., 2011: 35). Bu hastalık DSM IV'te ise kişinin bilincinin bozulmaksızın yalnızca belleğinde meydana gelen bir yıkıma neden olan bir çok bilişsel bozukluğun nedeni olarak tanımlanmaktadır (Çınar, 2012: 1). Eroymak ve Yiğit ise Alzheimer Hastalığını (AH) diğer nörodejeneratif hastalıklar gibi kronik bir beyin rahatsızlığı ve demans tipi hastalıklar içerisinde en yaygın görülen hatalık olarak tanımlamaktadır (Eroymak ve Yiğit, 2017: 167).

Özellikle yaşın ilerlemesi ile birlikte Alzheimer riski artmaktadır. Bir diğer neden ise genetik yatkınlıktır. Birinci derece yakınlarında Alzheimer tanısı konulmuş kişiler de risk altındaki grubu oluşturmaktadır. EURODEM tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada birinci derece yakınlarından birinde Demans tanısı almış olan kişilerin Alzheimer hastalığı rölatif riskinin 3,5 olduğu, iki ya da daha çok yakınında Demans hastalığı olan kişilerdeyse bunun yaklaşık olarak 7,5'e yükselebileceği sonucuna ulaşılmıştır (Erdoğan, 2016: 12). Dünya Alzheimer Raporu 2015'te küresel olarak 46,8 milyon insanın demans ile yaşamakta olduğu, bunun her bir 20 yılda iki katına çıkacağı ve 2030 yılında bu sayının 74.7 milyona, 2050 yılına gelindiğinde ise 131.5 milyona ulaşacağını tahmin edildiği belirtilmektedir (Alzheimer's Disease International, 2015: 1).

Türkiye'de ölüm nedenleri istatistikleri incelendiğinde, Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlıların sayısının 2014 yılında 10 bin 236 iken 2018 yılında bu sayının 13 bin 767'ye yükseldiği, oranın ise 2014'te %3,9 iken 2018'de artarak %4,6 olduğu görülmektedir (TÜİK, 2020).

Demografik yapıda yaşanan değişim ve yaşlılığa bağlı kronik hastalıkların sayısının artması, bireyselliğin ön plana çıkması, geleneksel geniş aile modelinin terk edilmesi vb. nedenler yaşlılık konusunun sosyal bir sorun olarak gündeme gelmesine neden olmuştur. Bu durum toplumsal yapıda meydana gelen bu tür sorunlara bir cevap olarak ortaya çıkan refah devletinin konuya ilişkin çözümler üretmesini gerekli kılmıştır.

Refah devleti kavramı sınırlı bir devlet anlayışının aksine, yetki ve görevleri genişletilmiş olan ve bu gücünü ve yetkilerini toplumun ihtiyaçlarının karşılanması için kullanan,

toplumda her yönden tam bir iyilik halinin egemen olmasını sağlamaya çalışan devlet sistemidir (Kurşun ve Rakıcı, 2016: 136).

Esping-Andersen refah rejimlerini sosyal demokrat refah rejimleri, muhafazakâr refah rejimleri ve liberal refah rejimleri olmak üzere üç ayrı sınıflandırma yapmaktadır. Bu üçlü sınıflandırmaya göre birbirleri ile sosyal ve politik anlamda benzer özellikler gösteren ülkeler aynı grup içerisinde yer almaktadır (Yıldırım ve Şahin, 2019: 2529). Liberal refah rejimine sahip olan ülkelerde insanlar ihtiyaçlarını karşılamak için ilk olarak piyasaya başvurmakta olup devlet son çare olarak görülmektedir (Taşçı, 2013: 8). Muhafazakar refah rejimine sahip olan ülkelerde ise sosyal alanda yapılan harcamalar yüksek seviyede olup ailenin korunması büyük önem taşıdığından aile temelli sosyal politikalar yürütülmektedir (Gümüş, 2020: 107). Sosyal demokrat refah rejimine sahip olan ülkelere yoksulluğu azaltan politikalar hakim olup bu rejimi benimseyen ülkelerde zengin ya da fakir ayrımı gözetmeksizin herkes aynı haklara sahiptir (Ülgen ve Arda Özalp, 2017: 640).

Bu makalede, refah rejimleri konusunda en kapsayıcı sınıflandırma olması ve en çok referans alınan kaynak olması nedeniyle Esping-Andersen'in refah rejimleri sınıflandırması tercih edilmiştir. Bu kapsamda Esping-Andersen'in refah rejimleri sınıflandırmasına göre üç farklı refah rejiminde yer alan ülkeler bazında, Alzheimer ve Demans hastalığına yönelik olarak sunulan hizmetler ortaya çıkarılacak olup farklı refah rejimine dahil olan ülkelerin bu konudaki politikaları analiz edilecektir.

2. Sosyal Demokrat Refah Rejimlerinde Alzheimer Hastalarına Yönelik Hizmetler İsveç Örneği

Refah Devletinin ne olduğu konusunda günümüze kadar farklı tanımlar yapılmış olup sosyal refah devletine farklı sorumluluklar yüklenmiştir. Sosyal refah devletine ilişkin bazı tanımlarda devletin sorumlulukları çok geniş tutulurken bazı tanımlarda daha sınırlı tutulmaktadır.

Bu model, parlamento sınıflandırma eşitlik, adalet, özgürlük ve dayanışma sosyalist ideallerinin gerçekleştirilmesi için bir araç olan çağdaş refah devleti tartışmasının önde gelen hipotezlerinden birisidir (Esping-Andersen, 1991: 12).

Sosyal demokrat refah devleti genel olarak vatandaşlarının sosyal açıdan refah ve iyilik içerisinde olmasını sağlamaya çalışan, bireylere asgari düzeyde yaşam standartları oluşturmaya çalışan bir devlet türü şeklinde tanımlanmaktadır (Toprak, 2015: 153).

Sosyal demokrat, güçlü bir sosyal hak duygusunun karakterize ettiği bir model olup bu modelde ideal olan aileye bağımlılığı maksimize etmek değil bireyim bağımsızlık kapasitesini en üst düzeye çıkartmaktır. Sosyal demokrat modelde devlet, engelli, yaşlı ve çocuklara karşı doğrudan sorumluluk almayı taahhüt etmektedir (Ndunda, 2016: 4).

Toplam nüfusu 9,8 milyon olan İsveç, dünya üzerindeki en yaşlı nüfuslu ülkeler arasında yer almaktadır. Nüfusun yaklaşık olarak %20'si 65+ yaş grubunda yer almakta olup nüfus projeksiyonlarına göre ülkede 2040 yılında kadar her dört kişiden bir kişinin 65+ yaş grubunda olması beklenmektedir (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016: 53).

İsveç'in Geleceği 2018-2070, adlı raporda da belirtildiği üzere son yıllarda İsveç nüfusunda keskin bir artış olmuştur. Nüfus projeksiyona göre, nüfusun on yıl içerisinde yani 2028 yılında 11 milyona ulaşması, 2050'lerin başında ise nüfusun daha da artarak 12 milyonu geçmesi ve 2070 yılına gelindiğinde ise nüfusun yaklaşık 13 milyon olması beklenmektedir (Statistics Sweden, 2018: 209).

TÜİK Hayat Tabloları, 2015-2017 verileri ışığında Avrupa'da cinsiyet açısından doğuştan beklenen yaşam süreleri incelendiğinde İsveç'in dünyada üzerindeki en yüksek ortalama yaş beklentisine sahip ülkelere biri olduğu, doğuştan beklenen ortalama yaşam süresinin kadınlarda 84,1 olduğu, erkeklerde ise bu sürenin 80,6 olduğu görülmektedir (TÜİK, 2018b).

İsveç'te 158.000 (113.000-169.000) kişinin demans ile yaşadığı tahmin edilmekte olup bu sayının ilerleyen 20 yıl içerisinde yaklaşık olarak iki katına çıkması beklenmektedir (Odzakoviç ve Diğ., 2018: 1).

İsveç'in bu demografik trendi, sadece refah finansmanı için değil, aynı zamanda gelecekte de beceri tedariki için zorluklar yaratmaktadır. Refah sektörü sadece finansmana ihtiyaç duymaz; aynı zamanda çeşitli türlerde refah hizmetleri sunabilecek vasıflı personel bulmak zorundadır. Bu da özellikle sağlık hizmetleri, yaşlı bakımı ve sosyal bakım alanlarında önemli bir meydan okumayı temsil etmektedir. İstatistikler İsveç, 2030 yılına kadar, bu sektörlerdeki personelin 210.000 kişi artacağını, arzın ise az ya da çok değişmeyeceğini tahmin ediyor (Prime Minister's Office Sweden, 2013: 128).

Refah devletleri sıralamasında adını listenin en üstlerinde görebileceğimiz İsveç'te bakım konusundaki politikalar sosyal hizmetler ile sosyal yardımlar şeklinde sunulmaktadır (Taşçı, 2010: 187). İsveç yaşlılık politikaları konusunda dünyada önde gelen ülkeler arasında yer almaktadır. Bunun nedeni uzun zamandır bir refah devleti olmasıdır.

1992'de İsveç hükümeti büyük reform (sözde Adel reformu) verdi. Belediyelerin yaşlı bakımı ve mali teşviklerin ana sorumluluğunu yaşlı insanlar. İl konseyleri ev sağlık hizmetlerinin sağlanmasından sorumludur, ancak bunu aktarabilir kararlaştırıldığı takdirde belediyelere karşı sorumluluk. İsveç'teki belediyelerin yarısından fazlası ilçe meclisleri sıradan konutlarda ev sağlık bakımı sorumluluğu üzerine (OECD, 2013: 2).

İsveç'te sosyal bir hak olan yaşlı bakımı, uzun yıllar boyunca önemli bir belediye görevi olmuştur ve İsveç Sosyal Hizmet Yasası ile düzenlenmiştir. Yaşlı bakım hizmetleri 290

yerel belediye aracılığıyla sunulmakta olup maliyetler ağırlıklı olarak yerel vergilere dayanmaktadır (Edebalk, 2010: 65).

Bu alandaki politikaların tarihsel süreç içerisindeki gelişimi incelendiğinde 1950'li yıllarda kurumsal bakım hizmetlerine ağırlık verilmekte iken daha sonra hem kurumsal bakım hizmetleri geliştirilmeye devam edilmiş hem de evde destek hizmetlerine doğru bir eğilim yaşanmıştır. Sonrasında ise ihtiyaçlar nedeniyle günlük bakım modelleri geliştirilmeye başlanmıştır. Böylece yaşlı bakım hizmetleri konusunda alternatifler yaratılarak hizmetlerde çeşitlilik sağlanmıştır.

Günümüzde ise İsveç'te aileye verilen önem artış gösterme eğiliminde olmakta, evlilik oranları, evli kalınan zaman süresi ve sahip olunan çocuk sayısı artmaktadır. Bu durumun bir yansıması olarak da ailesi tarafından desteklenen yaşlı bireylerin sayısal olarak arttığı görülmektedir.

İsveç yaşlılık politikalarının önemli bir diğer sunucusu ise belediyelerdir. Yerel Yönetimler Kanunu gereğince bölgelerinde bulunan yaşlı bireylere yönelik olarak sunulan sosyal hizmetler ile sosyal yardımların sunumundan sorumlu olan belediyeler bu konuda önemli bir rol üstlenmektedir. Çünkü hizmetlerin vatandaşa daha yakın olan tarafça sunulması esastır. Sosyal yardımların sunumunda ise Sosyal Hizmet Kanunu çerçevesinde görevlerini yerine getiren belediyeler "makul yaşam standartları"nı sağlamakla görevli kılınmış olup söz konusu kanunda "makul yaşam standardı" net olarak belirlenmemiştir. Ancak bu durum uygulamada hizmet alan açısından olumsuz bir duruma yol açmamaktadır. Çünkü bu ifade hizmet sunucular tarafından genellikle hizmet alan lehine yorumlanmaktadır. İsveç'te Alzheimer-Demens'a ilişkin çeşitli hizmetler bulunmakta olup bu hizmetler aşağıda açıklanmaktadır.

2.1 Uzun Dönemli Bakım

Uzun süreli bakım sistemlerinin finansmanı üç ana kategoriye ayrılmaktadır:

Özel olarak organize edilmiş aile bakımı (Cepten Ödeme),

Tek ödeme sistemleri (vergi tabanlı ve örneğin İsveç'te olduğu gibi merkezi, bölgesel veya yerel yönetimler tarafından yönetilen, Danimarka, Avusturya ve Çek Cumhuriyeti),

Zorunlu sigorta sistemleri tek başına uzun süreli bakım sigortaları (örneğin, Almanya, Lüksemburg, Hollanda, Belçika) veya sağlık sigortası sistemine dahil olan uzun vadeli bakım yardımları (Federal Ministry of Health, Germany, 2017: 1).

Uzun Dönemli Bakım Sigortası, toplanan vergilerin gelirleri doğrultusunda finanse edilmekte olan bir sigorta türüdür. İrlanda, Finlandiya, İsveç, İngiltere, Danimarka vb. ülkelerin de içinde yer aldığı Kuzey Avrupa farklı bir deyişle Beveridge modeli bakım hizmetleri grubunda yer almakta olup hizmetler genel vergilerden finanse edilmekte, hizmetler sağlık ve sosyal sistem aracılığıyla sunulmaktadır. İsveç'te

gelir testi ile birlikte uygulanan ve genel kapsamlı bir model kullanılmaktadır (Bal, 2016).

2.2 Gündüz Bakım

1 Ocak 2002 tarihli Yeni Sosyal Hizmet Mevzuatı kapsamında belediyeler akrabalarına bakım hizmeti veren kişileri destelemekle yükümlüdür (Alzheimer Europe, 2009). Bu yasa gereğince her belediye kendi görev alanında sosyal hizmetlerin sunulmasından sorumludur ve bireylere ihtiyaç duydukları sosyal destek ve yardımı vermekle görevlidir (<https://open.karnovgroup.se/socialratt/socialtjanstlagen>).

Demanslı bireylerin evlerinde yaşamalarını sağlamak için önemli bir araç bakım sunan akrabalara yardım sağlamanın yanı sıra demanslı insanların uyarımını ve güvenliği sağlayan gündüzlü bakım hizmetleridir. Kısmen devlet kısmen de hizmeti kullanan bireyler tarafından finanse edilen gündüzlü bakım hizmetleri sayıca yetersizdir (Alzheimer Europe, 2009).

2.3 Geçici Bakım

Evde geçici bakım sunmaya yönelik herhangi bir hizmet bulunmamaktadır. Evde geçici bakım sağlayan hiçbir hizmet yoktur. Geçici bakım kısa bir süre (örneğin, bir gece, birkaç gün veya bir hafta) veya düzenli olarak (ör; Her Çarşamba öğleden sonra, haftada iki akşam vb.) düzenlenebilir. Bu bakım, kısmen Devlet tarafından ve kısmen de hizmet kullanıcıları tarafından finanse edilmektedir (Alzheimer Europe, 2009).

2.4 Palyatif Bakım

Palyatif bakım hizmetleri evde ve palyatif bakım merkezlerinde sunulmakta olup kısmen devlet tarafından finanse edilmekte olup evde sunulan hizmetin görece yetersiz olduğu ancak merkezlerde sunulan hizmetin yeterli olduğu kabul edilmektedir (Alzheimer Europe, 2009).

2.5 Evde Alarm Sistemleri ile İzleme

Kısmen devlet tarafından finanse edilen tele-alarm sistemleri mevcuttur olmakla birlikte bu hizmetin yetersiz olduğu kabul edilmektedir (Alzheimer Europe, 2009).

2.6 Evde Bakım

İsveç Avrupa ülkeleri arasında evde bakım hizmetleri konusunda öncü olan bir ülke olup yaşlı ve bakım ihtiyacı içerisinde olanlar için evde bakım hizmetleri 1960'larda başlatılmıştır.

İsveç'te belediyeler, yaşlı insanların evde yaşamaya devam etmelerine izin vermek amacıyla Sosyal Hizmetler Yasası kapsamında evde bakım hizmetleri sunmaktan sorumludur (Odzakoviç ve Diğ., 2018: 2).

Hükümet hizmetler konusunda düzenleyici olarak rol almakta olup ülke genelinde hizmetlerin standartlarını

belirlemede ve hizmetlerin etkili olarak sunulması için gerekli önlemleri almaktadır. Sosyal Hizmetler Yasası kapsamında bu tür hizmetlerin sunulmasından belediyeler yükümlüdür ancak devletin bu hakimiyetine rağmen son zamanlarda harcamalarda meydana gelen artış nedeniyle özel şirketlerden de hizmet alınmaya başlanmıştır (Çavuş, 2013: 51).

Evde bakım hizmetlerinin yürütülmesi belediyelerin sorumluluğunda olup bireyin ne tür hizmetlere gereksinim duyduğunun tespiti ve bu hizmet için kaynak, personel temini belediyelerce yerine getirilmektedir. Resmi olarak belediyelerce sunulan evde bakım hizmetleri kişilerin gelirine göre değil, bireyin ihtiyaçlarına göre değerlendirilmektedir. Ayrıca Yunanistan, Almanya, Polonya vb. ülkeler de yaşlı bireylere eş ya da çocuklar gibi aile fertleri tarafından gayri resmi bakım hizmeti sunulması bir yükümlülük iken İsveç'te de yaşlı bireylere aile fertlerince bakım hizmeti sunulması bir yükümlülük değildir (Odzakoviç ve Diğ., 2018: 2). Demans dostu ortamların yaratılmasına katkıda bulunan bir politika örneği de İsveç'teki konut uyarlama politikasıdır. Barınma uyarlamaları, İsveç'teki yasalarla, evdeki kalıcı fiziksel özelliklerin ve işlevsel kısıtlılığı olan bireylerin bağımsız yaşamını arttırmayı amaçlayan yakınlardaki açık alanların değişmesi olarak tanımlanmaktadır. İsveç'te, vatandaşlar, başvuru sahibinin mali durumuna ve evin kiralanıp kiralanmadığına bakılmaksızın, uyarlamaların bir kısmını veya tamamını karşılayan belediyelerden hibe alma hakkına sahiptir. Her yıl yaklaşık 73.000 konut uyarlama talebi, 100 milyon avronun üzerinde bir maliyet karşılığında verilmektedir (United Nations Economic Commission for Europe Working Group on Ageing, 2015: 9).

Bahse konu evde bakım hizmetleri yaşlılar için sosyal bakım hizmetleri düzenlemelerine göre yedi tipte kategorize edilmiştir. Bunlar: evde yardım ve kişisel bakım, güvenlik alarmı, tekerlekli yemekler, günlük bakım hizmeti, kısa süreli ve geçici bakım, rehberlik, servis ve özel konut (Odzakoviç ve Diğ., 2018: 3).

Demanslı bireyler yaşın ilerlemesi ile birlikte evde bakım hizmetlerine yoğun talep duymaktadır. Bu hizmetin devam eden sürecinde ise özel konutlara geçiş yaşanmaktadır. Bu durum demografik sürecin ve hastalığın seyrinin doğal bir sonucudur.

Ayrıca kişisel destek hizmetleri kapsamında aşağıdaki hizmetler sunulmaktadır:

- Kişisel hijyenle yardım
- İlaç almada süpervizyon / yardım
- Yeme ve içme yardımları (yiyecek hazırlama ile değil)
- Hareket etme ile yardım, örneğin kaldırma, taşıma ve yürüme
- Cilt bakımı ile ilgili yardım
- Arkadaşlık/sosyal aktiviteler
- Mesleki terapi/ergoterapi
- Yardımcı cihazlar (belediyeler tarafından sağlanan)

- Ev uyarlamaları/dönüşümler (Alzheimer Europe, 2009).

2.7 Demanslı Bireyler ve Bakıcıları Olan İnsanlar İçin Psikososyal Destek ve Eğitim

Demanslı bireylere yönelik danışmanlık hizmetleri devlet tarafından kısmen ve kısmen de hizmet kullanıcıları tarafından finanse edilmekte olup bakıcılar için danışmanlık hizmetlerinde tüm masrafların bakıcılar tarafından ödenmesi esastır. Bakım hizmeti sunun bireyler için eğitim kursları bulunmaktadır ancak ücretleri konusunda devlet katkıda bulunmakta tam masraflar bakıcı tarafından ödenmek zorundadır (Alzheimer Europe, 2009).

2.8 Demanslı Kişiler İçin İş/Vergi ile İlgili Destek

Hala ücretli işlerde olan demans tanısı konan kişiler için koruyucu önlemler bulunmamaktadır. Kişisel iradesizlik temelinde veya ev bakım hizmetleri sağlamak için birisini istihdam etmek için vergi iadesi yapma hakkı bulunmamakta, bakım için doğrudan ödeme yapılmamaktadır ve gerekli ev uyarlamaları için vergi iadesi, hibe veya teşvik hakkına sahip değildirler. Bununla birlikte, bunama yaşayan insanlar toplu taşıma ücretlerinde indirim hakkına sahiptir. Bu, 1997: 736 (Lag om färdtjänst) Yasası kapsamındadır (Alzheimer Europe, 2009).

2.9 Bakım Üzerine Odaklanan Demans Stratejisi

İsveç Hükümeti nüfusun hızla yaşlanması ve yaşlanan bu nüfusla birlikte Demans oranının da artacağından hareketle 24 Mayıs'ta, demans tedavisi için ulusal bir strateji benimsemiştir. Bu ulusal strateji sayesinde Hükümetin önümüzdeki yıllarda demans bakımı için daha kapsamlı bir yaklaşım benimsemesi beklenmekte olup hükümet bu strateji belgesi aracılığıyla demanslı bireyler ve aileleri için hizmet kalitesini geliştirmeyi ve güvenlik önlemlerini arttırması hedeflemektedir. Strateji Belgesi, İsveç Hükümeti'nin güvence altına alarak geliştirmeyi ve iyileştirmeyi amaçladığı yedi alanı tanımlamakta olup bunlar:

- Sağlık ile sosyal bakım hizmetleri işbirliği
- Kadrolama
- Bilgi ve beceri
- İzleme ve değerlendirme
- Aile ve arkadaşlar
- Toplum
- Dijital ve yardımcı teknolojilerdir (Government Offices on Sweden, 2018).

3. Muhafazakâr Refah Rejimlerinde Alzheimer Hastalarına Yönelik Hizmetler Almanya Örneği

Metalaştırılmanın nispeten mütevazı olduğu muhafazakâr tipte temel özellik sınıf farklılıklarının korunması nedeniyle bir dereceye kadar sınıf ittifaklarının mevcudiyetidir. İşsizlik ya da hastalık için sağlanan faydaların çoğu, daha önce

yapılmış olan sigorta primleri temelinde alınan haklardır ve alınan faydalar, bireyin gelirine göre farklılık göstermektedir (Titus, 2016: 4).

TÜİK tarafından açıklanan 2017 yılı istatistiklerine göre Almanya %22,1'lik yaşlı nüfusu ile dünya üzerindeki en fazla yaşlı nüfusa sahip olan ülkeler arasında ilk üçte yer almaktadır (TÜİK, 2018a).

81,8 milyon nüfusa sahip Almanya'da nüfusun yüzde 21'i 65 yaş ve üzerinde olup ortalama beklenen yaş 80,8'dir. Almanya'da sağlık alanında yapılan harcamalar toplam gelirin %11,3'ünü oluşturmaktadır. Kamu tarafından uzun süreli bakım hizmetleri için yapılan harcamalar ise %1 seviyesindedir. Sosyal hizmet harcamaları 1995'te yürürlüğe giren Yasal Uzun Süreli Bakım Sigortası tarafından karşılanmaya başlamıştır (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016: 50).

Ülkede sağlık konusundaki harcamalar "Yasal Sağlık Sigortası" tarafından karşılanmaktadır. Sosyal hizmet harcamaları ise Yasal Uzun Süreli Bakım Sigortası tarafından karşılanmaktadır. Bu sigortalar bireyler için zorunluluk olup hizmetler ev içi bakım, kısa dönemli kurumsal bakım hizmetleri ve son olarak da kurumsal bakım hizmetleri şeklinde özetlenebilmektedir (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017: 50). Çalışan her bireyin Yasal Sağlık Sigortası ile birlikte Yasal Uzun Süreli Bakım Sigortasına dâhil olması bir zorunluluktur ve katkı payları ücret kesintileri ile otomatik olarak yapılmaktadır. Çocuğu olmayan bireyler Uzun Süreli Bakım Sigortasına daha yüksek katkıda bulunmaktadır (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016: 50).

Güncel veriler incelendiğinde Almanya'da yaklaşık olarak 1.47 milyon insanın demanstan etkilendiği görülmektedir. Eğer herhangi bir tedavi ya da önlemeye yönelik bir çare bulunamazsa, 2050 yılına kadar dünya genelinde Demanslı birey sayısının 131.5 milyona, Almanya'da ise 3.02 milyona kadar artması beklenmektedir (Richter, 2016: 1).

Almanya'da Demans konusunda kapsamlı ve sürdürülebilir çözümler geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Benzer şekilde farklı ülkelerde bu sorun ile karşı karşıyadır ve birçok ülke Demans konusunda ulusal Stratejiler geliştirmiştir. Burada temel amaç Demans konusunda uygulanabilir ve etkili çözümler geliştirmektir. Son zamanlarda Almanya'da Federal Bakanlığın gelecek yıllardaki Demans atölyesi, Robert Bosch Vakfı'nın sağlık veya Demans dostu toplulukları gibi Demanslı kişilere yönelik bakım hizmetleri konusunda uygulayıcılar ile birlikte araştırmalar yapılmaya ve programlar geliştirilmeye başlanmıştır.

3.1 Uzun Süreli Bakım

LTCI olarak da anılan Uzun Süreli Bakım Sigortası ("Pflegeversicherung"), Alman sosyal sigorta sisteminin bir dalıdır. Evde bakım için 1.1.1995 ve uzun vadeli kurumsal

bakım için 1.7.1996 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 2001'de önemli bir değişiklik olmuş ve tüm yasal Sağlık Sigortası (HCI) üyelerinin giderleri otomatik olarak LTCI tarafından karşılanmaktadır. Bu sigorta yaştan bağımsız olarak, engellilik veya kronik hastalıklar nedeniyle bakıma muhtaç herkes için tasarlanmıştır. Yaklaşık 2 milyon insan buna hak kazanmakta olup bunların %85'ini 60 yaş üzerinde ve çoğu Demans nedeniyle bakıma ihtiyaç duyan bireyler oluşturmaktadır. Alman sisteminde buna yönelik, sağlık sigortası (tıbbi tedavi, teşhis, tedavi, enjeksiyonlar gibi tıbbi bakım ve yataklı kişilerin bakımının yapılması gibi) ve uzun süreli bakım sigortası (uzun vadeli) ev ve ev bakımı olmak üzere iki farklı sigorta bulunmaktadır (Alzheimer Europe, 2009).

Almanya, zorunlu uzun süreli bakım sigortası (LTCI) ile uzun süreli bakım sağlamaktadır. 1995 yılında, hastalık, kaza, işsizlik ve yaşlılık koşullarını kapsayan sosyal sigortalara ek olarak şu an var olan bağımsız, bağımsız bir beşinci ve son sütun olarak tanıtılmış olup Almanya'nın LTCI'si büyük ölçüde bakımla ilgili harcamaların maliyetini karşılamaktadır. LTCI, kamu tarafından sağlanan uzun süreli bakım sigortası ve özel uzun süreli bakım sigortası olarak iki farklı türdedir ve her ikisi de aynı faydalara sahip zorunlu sigortalar olarak tasarlanmıştır. Bu iki zorunlu sigorta dalı arasında gelir paylaşımı yoktur, ancak bu iki sistemin her birinde yasal olarak öngörülen bir finansal eşitleme vardır (Federal Ministry of Health, Germany, 2017: 1).

3.2 Demans Ortağı Girişimi

"Demans Ortağı" girişimi, Alman Alzheimer Derneği tarafından yürütülmekte ve Federal Hükümet tarafından sübvansede edilmektedir. Almanya'da düzenlenen kurslar, hastalığın semptomları ve bunama sorunu ile başa çıkma hakkında ipuçları sağlamaktadır. 90 dakikalık ücretsiz kurslara katılanlara katılım sertifikası ve bunları "Demans Ortağı" olarak tanımlayan bir rozet verilmektedir. Japonya'dan inisiyatif alan İngiltere Alzheimer Derneği tarafından yürütülen "Demans Dostları" kampanyasından modellenmiştir (Seib, 2016: 15).

3.3 Demanslı Bireylere ve Bakıcılarına Danışmanlık

Demanslı bireylere yönelik olarak Almanya'da sunulan hizmetlerden biri de danışmanlık hizmetleridir. Danışmanlık hizmetleri kısmen uzun dönemli bakım sigortası kapsamında karşılanmaktadır. Alzheimer kuruluşları, diğer kuruluşlar ve küçük yerel kendi kendine yardım grupları, bakıcılar için danışmanlık ve destek grupları sunmaktadır. Gruplar bazen kendi kendine yardım gruplarının finansmanı veya topluluklar tarafından finanse edilmektedir (Alzheimer Europe, 2009).

3.4 Alzheimer Telefonu

Aile İşleri, Yaşlılar, Kadınlar ve Gençlik Bakanlığı tarafından sağlanan fonlarla desteklenen Alman Alzheimer

Derneği, Alzheimer'ın telefon hizmetini sunmaktadır. Ülke genelinde yalnızca bir adet telefon numarası aracılığıyla profesyonel danışmanlık şeklinde yardım sunulmaktadır. Bu hizmet hem akrabalara hem de demanslılara hem de profesyonel bakıcılara yöneliktir (Seib, 2016: 15).

3.5 Demanslı Bireyler ve Bakıcıları İçin Tatil Hizmeti

Almanya'da çoğunlukla Demans ve Alzheimer Dernekleri tarafından sunulmakta olan uzun dönemli bakım sigortasınca finanse edilmekte olan Demanslı bireyler ve onlara bakım hizmeti sunan bireylere yönelik olarak tatil hizmetleri sunulmaktadır (Alzheimer Europe, 2009).

3.6 Alarm Sistemleri ile Evde İzleme

Demanslı ve Alzheimerlı bireyleri evde tele alarm sistemi ile izleme hizmeti çeşitli kuruluşlar tarafından yerine getirilmekte olup geniş bir kullanım alanına sahiptir. Fakat bazı bireyler bu sistemleri anlamakta zorluk yaşamakta ve hizmetleri kullanamamaktadır. Devlet tarafından bu tür bir hizmet için finansman sağlanamamaktadır çünkü tele-alarm sistemleri yardımcı cihazların resmi kataloguna ("Hilfsmittelkatalog") dahil değildir. Servis kullanıcılarının bu hizmet için kendilerinin yapması gerekmektedir (Alzheimer Europe, 2009).

3.7 Palyatif Bakım

Almanya'da evde palyatif bakım hizmeti geleneksel olarak, özellikle kanserden muzdarip hastalar için tasarlanmış bir modeldir. Deutsche Alzheimer Gesellschaft ve Hospiz Gesellschaft, bir araya gelerek gönüllülerine yönelik bir müfredat geliştirmiştir. Evdeki palyatif bakım kısmen Devlet ve kısmen de hizmet kullanıcıları tarafından finanse edilmektedir. Demans hastalarında somatik bir hastalık yoksa Palyatif bakım merkezlerinde veya birimlerinde palyatif bakım normalde mevcut değildir (Alzheimer Europe, 2009)

3.8 İyi Uygulama Örneği: Almanya-Wolgast Bölgesi Demans Dostu Hastane

Demans hastaları arasında hastaneye yatmanın olumsuz etkisini azaltmaya yönelik bilgilendirici bir politika müdahalesi, Almanya'nın Batı Pomeranya kentinde bulunmaktadır. Burada ağ/hub organizasyon modelini kullanarak geriatrik tıp için entegre bir merkez geliştirilmekte ve şu anda Wolgast bölgesi demans dostu hastane girişiminin bir parçası olarak bir dizi entegre müdahale başlatılacaktır. Yerel hastaneye bir "demans navigatörü" atanmış, bu profesyonel, bunama hastaları ve akrabaları için vaka yöneticisi olarak görev yapmakta olup hastane personeli için referans noktası olmaktadır. Demans gezgini, esas olarak Batı Pomerania'nın geriatrik ağında ('GeriNet Vorpommern'): aile hekimleri, uzun süreli bakım tesisleri, evde bakım ekipleri, fiziksel ve kendi kendine yardım gruplarıyla (Alzheimer

Dernekleri tarafından organize edilenler gibi) iletişim kurma ve mesleki terapi uygulamaları mevcuttur. Demans bakımında yeni mesleki yeterlilikler sadece geriatrik bölümlerinde çalışanlar için değil tüm hastane personeli arasında yayılmaktadır. Bu, eğitim kursları sayesinde ve ayrıca insanları demans navigatörünün rolü hakkında bilgilendirmek için hastanedeki halka açık etkinlikler planlanmaktadır. Demans hastalarının akrabalarına, taburcu olduktan sonra akrabalarının demanslarıyla daha iyi başa çıkabilmeleri için yeni beceriler edinme fırsatı vermek için hastane bakımına kabul edilenlere bilgi ve eğitim olanakları sağlanması planlanmaktadır. Bu etkinlikler temelde demans gezgini tarafından organize edilecek ve tüm hastane profesyonellerini kapsayacaktır. Bireysel taburculuk sonrası bakım planları demansı olan her kişiye göre hazırlanacaktır. Planlar, hastane ve toplum bakım hizmeti arasında yeni bir iletişim sistemi kullanılarak uygulanacak ve izlenecektir (United Nations Economic Commission for Europe Working Group on Ageing, 2015: 14).

4. Liberal Refah Rejimlerinde Alzheimer Hastalarına Yönelik Hizmetler İngiltere Örneği

Liberal refah devleti, yardımlar konusunda daha çok bireyselliği ön plana çıkarmakta olup piyasa kazançlarına müdahale edilmemesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu refah rejimini benimseyen ülkelerde, sosyal demokrat refah rejimini benimseyen ülkelerin aksine kamudaki istihdam oranları daha düşük, özeldeki istihdamlar ise OECD ülkeleri arasındaki ortalamanın üstündedir. Ayrıca kadın istihdamı nispeten daha yüksek, vergi oranları ise daha düşük düzeylidir (Toprak, 2015: 165).

Devlet eliyle yaşlı bireylere yönelik olarak temel bakım hizmetlerinin sunulması yönünde ilk girişimler 1834 tarihli Yoksulluk Yasası'na dayanmaktadır. (Çadır, 2017: 15).

Demans, İngiltere genelinde 850.000 civarında insanı etkilemekte olduğu tahmin edilmekle birlikte Demansın kademeli doğası, hafif erken evre semptomları ve düşük tanı oranı nedeniyle, bu durumla yaşayan insanların tam sayısını bilmek zordur. Bazı bölgelerde demans ile yaşayanların sayısı diğerlerinden daha fazladır. Demans prevalansı aynı kalırsa, demanslı insanların sayısının İngiltere'te 2025'te 1.142.677'ye, 2051'de ise 2.092.945'e yükseleceği tahmin edilmekte olup önümüzdeki 12 yılda %40 ve gelecek 38 yılda %157 artması beklenmektedir (Prince ve Diğ., 2014: 15).

Yaşlılara yönelik olarak İngiltere'de sunulan politikalar emeklilik sistemi ile sosyal hizmetler olarak farklı iki eksende şekillenmektedir. Sosyal hizmet sunumu ağırlıklı olarak 19. yy Fakirlik Kanunu'na dayandırılmaktadır. Bu kapsamda yaşlılara evlerinde destek hizmeti sunulmaktadır. II. Dünya Savaşı sonrasında ise kurumsallaşmanın yaygınlaşmasıyla birlikte yaşlılık konusunda kurum bakım hizmetlerine ağırlık verilmiş, sağlık sorunu olan yaşlıların bakımı sağlık otoritelerine verilmiş olup bakım ihtiyacı nedeniyle hizmet

ihtiyacı olan kişiler ise yerel yönetimlere bırakılmıştır. Bir diğer hizmet ise aile destekli hizmettir. Ancak İngiltere’de yaşlılar ağırlıklı olarak yalnız yaşamakta ve profesyonel bakımı tercih etmektedir (Taşçı, 2010: 192).

Sosyal yardım hizmetleri İngiltere’de ağırlıklı olarak yerel yönetimlerce yerine getirilmektedir. Belediyeler ise son dönemlerde bu hizmetleri özel bir şirket ile anlaşarak yerine getirmeye başlamıştır. Altmış beş (65+) üzeri yaşta bulunan bireylere herhangi bir gelir testi uygulanmaksızın nakit yardımı yapılmakta olan İngiltere’de yaşlı bireylere yönelik olarak sunulan hizmetler emekli evleri, huzurevi, bakım evi, evde bakım hizmetleri, ev içi düzenlemeler, teknolojik asistan hizmetleri, günlük bakım hizmetleri, destek grupları şeklindedir (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016: 56).

2015 yılında yürürlüğe giren Bakım Yasası (The Care Act) gereği kişilerin gelir seviyelerini dikkate almaksızın belediyelerin başvuru yapan herkesin bakım konusunda ne tür ihtiyaçları olduğunu belirlemesi, test uygulaması ve bakım hizmetleri ile ilgili olarak bütçe çıkarması gerekmektedir. Diğer AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında İngiltere’de huzurevlerinden hizmet almakta olan yaşlı sayısı daha fazla olup bu yaşlıların yaklaşık olarak %44’ü bakım ücretlerini kendileri karşılamaktadır. Bireylerin bakım ücretlerine ne oranda katılacağına karar vermek için belediyeler tarafından kişilerin sahip oldukları mülkler de dikkate alınarak bir gelir testi uygulanmaktadır. Bu test sonucuna göre bakım ücretinin farkını belediyeler karşılamaktadır. İngiltere’de Alzheimer-Demens’a ilişkin çeşitli hizmetler bulunmakta olup bu hizmetler aşağıda açıklanmaktadır.

4.1 Uzun Süreli Bakım

Uzun süreli bakım hizmetleri vergiler aracılığı ile finanse edilmektedir. Ancak bu hizmetleri karşılayamayacak durumda olanların ücretleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Yani toplumun en kırılgan kesimi içi devlet tarafından hizmetlerin finanse edilmesi söz konudur. Uzun süreli bakım gönüllü kuruluşlar, sağlık kuruluşları, özel kuruluşlar ve yerel konseyler aracılığı ile sunulmakta olup bu hizmetler yatılı bakım evleri, huzurevleri ve hastanede uzun süreli yatıştır. Ancak uzun süreli bakım hizmetleri ağırlıklı olarak evde bakım aracılığı ile sunulmaktadır (Alzheimer Europe, 2009).

Değişen demografik özellikler, İngiltere’de uzun vadeli bakım (LTC) piyasası üzerinde önemli bir etkiye sahip olmaya devam edecektir. Yaşlanan nüfusun sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve yaşlılara yönelik olarak bu hizmetlerin sunulması üzerinde büyük etkisi olacak ve akut hastalıklar yerine Alzheimer hastalığı, kalp hastalığı ve osteoporoz gibi kronik hastalıklara odaklanılacaktır. Yaşlı yetişkinlerin yüksek bir oranının arkadaşı ve aile tarafından yardım edilmesine rağmen, bazıları yerel para yardımı ile hükümet tarafından kısmen ya da tamamen karşılanırken, çoğu kişi onların bakımı için para ödemektedir. LTC, temizlik ve

alışveriş desteği dahil olmak üzere düşük bakım seviyesinden, bakım evlerinde yaşlı yetişkinler için yüksek yoğunluklu bakıma kadar değişebilmektedir (Frost ve Sullivan, 2016).

4.2 Kurumsal Bakım

Kurumsal bakım hizmetleri üç farklı şekilde sunulmakta olup bunlar kurumsal bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve uzun süreli hastane bakım hizmetleridir. Bakım hizmetlerinin sunulduğu konutların bazıları yerel makamlarca işletilmekte iken genel olarak bakım evleri bağımsız bir sektör olarak tanımlanabilmektedir (Comas-Herrera ve Diğ., 2010: 17).

Kurumsal hizmetler yatılı bakımevlerinde sunulmakta olup bunlar huzurevleri, bakımevleri ve hem huzurevi hem de bakımevi olarak hizmet sunan kuruluşlardır. Ayrıca hastanelerde de uzun süreli bakım hizmetleri sunulmaktadır.

Yatılı huzurevlerinde yıkanma, giyinme vb. temel ihtiyaçlar ile konaklama hizmeti ve yemek hizmetleri sunulmaktadır. Bakımevlerinde ise yatılı huzurevlerinde sunulan hizmetlerin yanı sıra daha sağlık konusunda yaşanan problemlere yönelik de hizmetler sunulmakta ve hemşire gibi sağlık personelleri istihdam edilmektedir. Hem huzurevi hem de bakımevi olarak hizmet sunan kuruluşlarda ise temel ihtiyaçların yanı sıra daha karmaşık problemlere sahip ve zihinsel açıdan da bakım ve desteğe ihtiyaç duyanlar ile demanslı yaşlı bireylere yönelik hizmetler sunulmaktadır. Hastanelerde bulunan yataklı hastaların yaklaşık %25’ini demanslı bireyler oluşturmaktadır (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017: 92).

4.3 Gündüz Bakım

Evde bakıma benzeyen bir hizmet modeli olan gündüz bakım hizmetinde farklı hizmetler bir bütün halinde sunulmaktadır. Çok yaygın bir model olan bu hizmet modelini evde bakımdan ayıran nokta hizmetlerin bir merkezde sunuluyor olmasıdır (İçağasıoğlu Çoban, 2005: 44).

İngiltere’de gündüzlü bakım hizmetleri belediyeler uhdesinde sunulmakta olup bu merkezlerde demanslı bireyler ya da hareket etmekte güçlük çeken, hareket kabiliyeti kısıtlı olan yaşlı bireylere yönelik hizmetler sunulmaktadır. Söz konusu merkezlerde ihtiyaca göre gündüzlü hizmetlerin yanında geceleri de hizmet sunulabilmektedir. Bu merkezler ile amaçlanan evde yaşlı bireylerin bakımına yardımcı olan aile üyeleri ya da profesyonellerin rahatlatılmasını sağlamak aynı zamanda da yaşlı bireylerin merkezlerde yapılan aktiviteler aracılığıyla zihinsel açıdan ve fiziksel olarak aktif kalmalarını sağlamaktır (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017: 51).

4.4 Yardımcı Teknolojiler

Tele-bakım hizmetleri İngiltere oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu tür hizmetlerin yaygın olarak kullanılma sebepleri arasında maliyetleri düşürmesi ve ikincil bakıma

olan talepleri azaltması sayılabilir. Alzheimer-Demans söz konusu olduğunda da yardımcı teknolojiler özellikle maliyetleri düşürmesi ve yerinde yaşlanma konusunda daha etkili bir yöntem olması bakımından sıklıkla tercih edilmektedir. Yardımcı teknolojiler sayesinde hem bakıcıların yükü hafifletilmekte, hem yerinde yaşlanma sağlanmakta hem de kurumsal bakıma olan talepler geciktirilmektedir.

Kamuda yardımcı teknolojilerin geliştirilmesi amacıyla alt sektör de oluşmuş durumdadır. Bunun bir sonucu olarak Telecare Services Association, Telecare Aware gibi yardımcı teknoloji kaynakları ve AT Dementia gibi demansa özel kaynaklar ortaya çıkmıştır. İngiltere’de demanslı bireyler, bakıcılar ve profesyonel çalışanların kullandığı yardımcı teknolojiler üç gruba ayrılmakta olup bunlar aşağıdaki şekildedir:

- Demanslı bireylerce kullanılan yardımcı teknolojiler. Ör: hatırlatma, alarm sistemleri vb.
- Demanslı bireyler ile kullanılan yardımcı teknolojiler. Ör: yapbozlar ve oyunlar
- Demanslı bireyler üzerinde kullanılan yardımcı teknolojiler. Ör: tele bakım (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017: 99).

4.5 Evde Bakım

İngiltere’de yaşlı bireylere yönelik olarak sunulan sosyal hizmetlerin önemli bir ayağını bakım hizmetleri oluşturmaktadır. Bu kapsamda sunulan hizmetlerden bir de konutta (evde) bakım olup bu hizmetin dayanağını 19. yüzyıl Fakirlik Kanunu oluşturmaktadır (Taşçı, 2010: 192)

Evde bakım hizmetleri bakım hizmeti veren ajanslarda çalışan profesyonel bakıcılar tarafından evde verilen bakım hizmetleridir. Teknolojik yardımcı gereçler, ev içi ya da bireyin üzerine monte edilen sensörler ile kişinin günlük aktivitesinde yaşadığı aksaklık ve acil durumlar elektronik sensörler üzerinden yardım merkezine gönderilerek uzmanlar tarafından müdahale edilebilmektedir (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017: 51).

Evde destek hizmetleri kapsamında: ev işlerinde yardım, örneğin temizlik ve toz alma, yemeklerin hazırlanmasına yardımcı olma, taşımacılık, çamaşır gibi hizmetler sunulmaktadır. Bu hizmetlerin hepsi kısmen Devlet tarafından finanse edilmektedir. Alzheimer Derneği ve Age Concern gibi ulaşım hizmeti sunan yardım kuruluşları da bulunmaktadır (Alzheimer Europe, 2010).

Demanslı bireylerin çoğu mümkün olduğunca onların kendi evlerinde kalmaya devam etmek istemektedir. Ancak evrelerdeki ilerleme ile birlikte tam zamanlı bakıma ihtiyaç duyulmakta ve bireyler bakım merkezlerine ihtiyaç duymaktadırlar (Alzheimer's Research UK, 2014). Evde bakım hizmetlerinden yararlanan bireylerin %60'nı demanslı bireyler oluşturmaktadır (Alzheimer's Research UK, 2015).

Evde bakım hizmetlerinden ağırlıklı olarak bilişsel bir bozukluk belirtilerine sahip olan ancak henüz teşhis almamış

olan kişiler ilk durak olarak faydalanmaktadırlar. Evde bakım çalışanlarının zamanında teşhis ve tedaviye yardımcı olması, bu kişilere hastane randevularında eşlik etmesi ve sağlık profesyonelleriyle kişiler arasında iletişimi sağlaması gerekmektedir. Ayrıca, bu kişiler bakımevine yerleşme için uygun bir alternatif sağlayarak kişinin hastaneden taburcu edilmesini de kolaylaştırabilmektedir. Buna karşın, evde bakım çalışanlarının yüksek iş yükü, düşük ücretler ve kısa vizite sürelerinden dolayı bu amaçlara ulaşamayabileceğini savunan çeşitli literatür araştırmaları da bulunmaktadır. Evde Bakımda Yenilik Programı, 2013 yılında iyi uygulamaları paylaşmak ve bunların daha geniş ölçüde kabul görmesini sağlamak amacıyla başlatılmıştır. Homeinstead bu yeniliklere örnek olarak gösterilebilir. Bu kapsamda çalışanlara yönelik bir demans eğitim programı başlatmış olup bu program ile 1000 çalışana ulaşılmış ve kurum dışından akreditasyon alınmıştır. Bireysel olarak uzman yetiştirmeye değil, çalışanlara demans bakımını doğru bir şekilde sunmaları için gerekli becerileri ve anlayışı kazandırmaya odaklanmakta olan bu eğitimin kısaltılmış bir versiyonu aile bireylerine sunulmakta ve böylece, bireylerin bakımlarını üstlendikleri kişileri desteklemek için gereken beceri ve anlayışı kazanmalarına yardımcı olunmaktadır (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017: 96).

4.6 Palyatif Bakım

Yaşam sonu bakımının kapsamı hastalar için son dönem bakımınıdır. İlerleyici, tedavi edilemeyen bir hastalık ile ölüncüye kadar mümkün olduğu kadar iyi yaşamak için. Palyatif bakımın amacı, hastanın gereksinimlerinin yaşamın son evresi boyunca ortaya çıkmasını ve karşılanmasını sağlamaktır. Ağrının ve diğer semptomların yönetimini ve psikolojik, sosyal, manevi ve pratik destek sağlanmasını içermektedir (Hunter ve Orlovic, 2018: 5)

İngiltere’de ölüm nedenleri incelendiğinde Demans en yaygın beş ölüm nedeni arasında göze çarpmaktadır. Ölüm nedenleri arasında kadınlarda ikinci, erkeklerde ise beşinci sıradadır. Bu durum ise konuya ilişkin hizmetlerin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Ülkede konuya ilişkin çeşitli hizmetler geliştirilmekte olup bunların birçoğu iyi uygulama örneği olarak kabul edilebilecek hizmetlerdir (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017: 95).

4.7 Demansla İyi Yaşamak Strateji Belgesi

İngiltere Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında “Demansla İyi Yaşamak” başlığı altında İngiltere’nin ilk Ulusal Demans Stratejisi uygulamaya koyulmuştur. Bahse konu strateji belgesinde, hükümetin İngiltere Ulusal Servisi, yerel yönetimler ve diğer taraflardan demans bakım hizmetlerini iyileştirmek için uygulamasını istediği 17 tavsiye yer verilmiştir olup bunlar aşağıdaki şekildedir:

Bu tavsiyeler üç kilit konuya odaklanmakta olup bunlar aşağıdaki şekildedir:

- Farkındalığın ve anlayışın artırılması,
- Erken teşhis ve destek,
- Demansla iyi yaşamak (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017: 87).

4.8 İyi Uygulama Örneği: St. Christopher Yaşam Sonu Bakım Hastanesi Namaste Araştırma Projesi

Altı yerel bakımeviyle hala Birleşik Krallık'ta türünün tek örneği olan St. Christopher Yaşam Sonu Bakım Hastanesi Namaste Araştırma Projesi iyi uygulama örneğidir. Bu proje ile son evrede olan demans hastalarının yaşam kalitelerinin geliştirilmesinde kullanılacak yöntemler incelenmektedir. Söz konusu bakımevlerinde hem çalışanlar hem aile bireylerince yapılabilecek basit tekniklerden yararlanmaktadır. İleri demans hastası kişiler programa dâhil edildiğinde ise bir aile toplantısı gerçekleştirilerek hastalığın ilerlemesi ve huzurlu yaşam sonu bakım hizmetleri tartışılmakta ve programın akrabalar için de ne tür faydalar sağlayacağı değerlendirilmektedir. Bu teknik çerçevesinde, beş duyunun yumuşak müzik veya kuş cıvıdamaları, keyifli aromalar, ilginç tatlar ve el ya da baş masajlarıyla dokunma uygulamaları aracılığıyla hafifçe uyarıldığı bir Namaste odası hazırlanmaktadır. Programa katılanlar (yemek ve bakım rutinlerinin arasında) bütün günlerini Namaste odasında rahat sandalyelerde geçirir ve burada birbirlerinin etraflarıyla etkileşime girmesine yardımcı olmaktadır. Çalışanlar, her bir katılımcı için en anlamlı olan duyuşsal uyarılardan oluşan bir "biyografi" oluşturmaktadır (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017: 95).

5. Tartışma ve Sonuç

Yaşlılık, bütün canlılar için geçerli olan bir durumdur. Modern yaşam ve tıp teknolojisinin gelişmesiyle birlikte yaşam standartları yükselmiş, ortalama yaşam süresi uzamış ve yaşlı nüfus oranı artmıştır. Nüfusun yaşlanması yaşam kalitesi, bakım ihtiyacı ve uzun süreli bakım gereksinimi ile ilgili sorunları da beraberinde getirmektedir.

Bu sorunlardan biri de yaşa bağlı olarak ortaya çıkan kronik hastalıkların sayısında da artış meydana gelmiş olup bu kapsamda ortaya çıkan sorunlardan biri de Alzheimer Hastalığının görülme riskini artmasıdır. Bu durum sosyal devlet olmanın verdiği sorumluluk bilinciyle; yaşlı bireylere götürülecek hizmetlerin önemini arttırmaktadır. Alzheimer ise dünya genelinde gittikçe daha da yaygın olan ve özel politikalar geliştirilmesi gereken bir konudur.

Ülkeler Alzheimerlı bireylere yönelik olarak çeşitli hizmetler sunmakta olup bu hizmetlerin şekillenmesinde benimsedikleri sosyal refah rejimleri de etkili olmaktadır. Bu çalışmada Esping-Andersen'in refah rejimleri sınıflandırmasına göre üç farklı refah rejiminde yer alan ülkeler bazında Alzheimer ve Demans hastalığına yönelik

olarak sunulan hizmetler incelenmiştir. Sosyal Demokrat Refah Rejimlerinde Alzheimerlı bireylere yönelik hizmetler İsveç özelinde, Muhafazakâr Refah Rejimlerinde Alzheimerlı bireylere yönelik hizmetler Almanya özelinde ve son olarak Liberal Refah Rejimlerinde Alzheimerlı bireylere yönelik hizmetler İngiltere özelinde incelenmiştir. Refah devletine yönelik olarak bu farklı tanımlar ülkelere farklı sorumluluklar yüklemektedir. Refah devletine ilişkin bazı tanımlarda devletin sorumlulukları çok geniş tutulurken bazı tanımlarda daha sınırlı tutulmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak benimsenen refah modeline göre ülkelerin sunduğu hizmetler de farklılık göstermektedir. İsveç'te Alzheimer bireylere yönelik olarak sunulan hizmetler: uzun dönemli bakım, gündüz bakım, geçici bakım, alarm sistemleri ile izleme, evde bakım, psiko-sosyal destek, vergi desteği ve Bakım Üzerine Odaklanan Demans Stratejisi iken; Almanya'da uzun süreli bakım, Demans Ortağı Girişimi, Alzheimer Telefonu, Demanslı bireyler ve bakıcıları için tatil hizmeti, Demans hastalarına ve bakıcılarına danışmanlık, palyatif bakım, alarm sistemleri ile evde izleme; İngiltere'de ise uzun süreli bakım hizmetleri, kurumsal bakım hizmetleri, gündüzlü bakım hizmetleri, yardımcı teknolojiler, evde bakım hizmetleri, palyatif bakım hizmetleri ve Demansla İyi Yaşamak Strateji Belgesi'dir.

Yaşlanma yalnızca gelişmiş ülkelerin değil gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerin de gündeminde yer alan bir olgudur. Nüfusun hızla yaşlanması sağlık, sosyal güvenlik, sosyal entegrasyonun azalması, toplumsal dışlanma, bakım ve yaşam kalitesinin düşmesi gibi çeşitli sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle yaşlılık konusundaki sorunların bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilerek; maliyeti düşük, tüm toplumu kapsayıcı, sürdürülebilir, yaşlı bireylerin topluma aktif katılımını arttıracak, yalnızlık duygusunu en aza indirecek, yaşam kalitesini yükseltecek ve ihtiyaç odaklı çözümler bulunması gerekmektedir.

Bu kapsamda yaşlılıkla ilgili politikaların; sosyal hakları öne çıkaran, ayrımcı olmayan, ailenin ve hanenin sosyal sisteme dahil edilerek etkin ve üretken yaşlanmayı hedefleyen, yaşlının kapasitesini arttırmaya yönelik düzenlemeleri öngören ve yaşlıları sosyal çevresiyle bir bütün olarak değerlendiren bir sosyal anlayış içerisinde olması gerekmektedir. Yaşlılık alanında geliştirilen politikalar yalnızca maddi yardım çerçevesinde sınırlı bırakılmamalıdır. Konunun bütün boyutlarıyla değerlendirilmesine olanak sağlayan bir farkındalığın toplum genelinde tesis edilmesi gerekmektedir.

Alzheimer özelinde bireyler özelinde yönelik olarak bakım hizmeti sunmakta olan kurum ve kuruluşların bu bireylere yönelik olarak düzenlenmesi bu kişilerin hem daha iyi bakım hizmeti almasını sağlayacak hem de yaşam kalitelerini arttırarak daha aktif bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerini sağlayacaktır.

Kaynaklar

- Alzheimer's Disease International (ADI). (2015). *World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London: Alzheimer's Disease International (ADI).
- Alzheimer Europe. (2010). *United Kingdom-England Social Support System*. Erişim: <https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2007-Social-support-systems/United-Kingdom-England> (20.02.2019).
- Alzheimer Europe. (2009). Alzheimer Europe. Erişim: Sweden Social Support System: <https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2007-Social-support-systems/Sweden> (19.12.2019).
- Alzheimer's Research UK. (2014). *Dementia Hotspot Maps*. Erişim: <https://www.dementiastatistics.org/statistics/dementia-maps/> (20.01.2019).
- Alzheimer's Research UK. (2015). *Care Services*. Erişim: <https://www.dementiastatistics.org/statistics/care-services/> (21.01.2019).
- Bal, T. (2016). OECD Ülke Uygulamaları Doğrultusunda Uzun Dönemli Bakım (UDB) Hizmetlerinin Finansmanı ve Türkiye İçin Öneriler, *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 6(1), 159-196.
- Comas-Herrera, A., Pickard, L., Wittenberg, R., Malley, J. ve King, D. (2010). *The Long Term Care System For The Elderly In England*. London: Copyright.
- Çadır, M. (2017). İngiltere'de Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetlerin Dönüşümü: Genel Bir Bakış, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2148-9424.
- Çavuş, F. Ö. (2013). *Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Çınar, E. (2012). *Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Bakıcı Yüküne Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Demir Özkay, Ü., Öztürk, Y. ve Can, Ö. (2011). Yaşlanan Dünyanın Hastalığı: Alzheimer Hastalığı, *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 18(1), 35-42.
- Edebalk, P. G. (2010). *Ways of Funding and Organising Elderly Care in Sweden*. T. Bengtsson (Dü.) içinde, Population Ageing-A Threat to the Welfare State? Demographic Research Monographs (s. 65-80). Lund.
- Erdoğan, Ö. (2016). *Çalışma Hayatında Tükenmişlik ve İş Doyumu*, Beykent Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Eroymak, S. ve Yiğit, V. (2017). Alzheimer Hastalığının Maliyet Analizi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 4(29), 167-196.
- Esping-Andersen, G. (1991). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. New Jersey: Princeton University.
- Federal Ministry of Health, Germany. (2017). *Peer Review on "Germany's Latest Reforms of the Long-term Care System*. Brussels: European Commission.
- Frost ve Sullivan. (2016). *Long Term Care in the UK-The Need for Change*. Erişim: <https://ww2.frost.com/frost-perspectives/long-term-care-uk-need-change/> (12.01.2019).
- Government Offices on Sweden. (2018). *Dementia Strategy Focusing On Care*. Erişim: <https://www.government.se/articles/2018/07/dementia-strategy-focusing-on-care/> (19.12.2018).
- Gümüş, İ. (2020), Esping-Andersen ve Refah Rejimi Tartışmaları: Teorik Bir Değerlendirme, *Ekonomi Maliye İşletme Dergisi*, 3(1):101-117
- Hunter, J. ve Orlovic, M. (2018). *End Of Life Care In England*. London. Erişim: <https://www.ippr.org/files/2018-05/end-of-life-care-in-england-may18.pdf> (18.12.2018).
- İçağasıoğlu Çoban, A. (2005). Yalnız Yaşayan Yaşlılara İlişkin Aile Politikaları, *Aile ve Toplum*. 2(9), 38-46.
- Kurşun, A. ve Rakıcı, C. (2016). Sosyal Refah Devletinin Tarihi Süreci Ve Günümüz Bazı Refah Devletlerinin Değerlendirilmesi. *Uluslararası Ekonomi Ve Yenilik Dergisi*, 2(2), 135-156.
- Ndunda, T. (2016). *A Review of Esping-Andersen's Three Worlds of Welfare Capitalism*. Erişim: https://www.researchgate.net/publication/301548513_A_Review_of_Esping-Andersen's_Three_Worlds_of_Welfare_Capitalism (22.12.2018).
- Odzaković, E., Christer Hyden, L., Festin, K. ve Kullberg, A. (2018). People diagnosed with dementia in Sweden: What type of home care services and housing are they granted? A cross-sectional study". *Scandinavian Journal of Public Health*, 1-11. Erişim: <file:///C:/Users/betul/Downloads/PeoplediagnosedwithdementiaElzanaOdzakovic.pdf> (18.12.2018).
- OECD. (2013). *Sweden-A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*. Erişim: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Sweden-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf> (20.12.2018).
- OECD. (2018). *Renewing priority for dementia: Where do we stand? OECD*. Erişim: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Renewing-priority-for-dementia-Where-do-we-stand-2018.pdf> (02.12.2018).
- Prime Minister's Office Sweden. (2013). *Future Challenges for Sweden Final Report of the Commission on the Future of Sweden*. Stockholm. Erişim: <https://www.government.se/4a1b92/contentassets/dd31f545664a4bc7b75d1b9bc49de292/future-challenges-for-sweden---final-report-of-the-commission-on-the-future-of-sweden.pdf> (14.12.2018).

- Prince, M., Knapp, M., Guerchet, M., McCrone, P., Prina, M., Comas-Herrera, A. ve Salimkumar, D. (2014). *Dementia UK: Second edition—Overview*. London: *Alzheimer's Society*. Erişim: http://eprints.lse.ac.uk/59437/1/Dementia_UK_Second_edition_-_Overview.pdf (12.12.2018).
- Richter, S. (2016) "Integrated Care for People with Dementia—Results of a Social-Scientific Evaluation of an Established Dementia Care Model". *Geriatrics*, 2(1), 1-13.
- Seib, D. (2016). *Country Report-Federal Republic of Germany*. http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_reports/2017/DEU_report_E.pdf adresinden alınmıştır
- Statistics Sweden. (2018). *Sveriges Framtida Befolkning 2018–2070*. Stockholm: Statistics Sweden, Department Population and Welfare.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2017). *Demans Bakım Modeli Raporu*. Ankara.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2016). *Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Proaktif Yönü ve Mali Yükü Analizi Etüt Araştırması*. Ankara.
- Taşçı, F. (2013). Refah Devleti Modelleri İçinde Türkiye'nin Pozisyonu: "Yaşlı Algısı" Üzerinden Değerlendirmeler. *İnsan & Toplum*, 3 (5), 5-35
- Taşçı, F. (2010). Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri, *Çalışma ve Toplum*. (1), 175-202.
- Taşdemir, G. (2008). *İlk ve Orta Evre Alzheimer Hastalarının Evde İzlemi*, Hacettepe Üniversitesi Doktora Tezi, Ankara.
- Titus, N. (2016). A Review of Esping-Andersen's Three Worlds of Welfare Capitalism. Erişim: https://www.researchgate.net/publication/301548513_A_Review_of_Esping-Andersen's_Three_Worlds_of_Welfare_Capitalism (17.12.2018).
- Toprak, D. (2015). Uygulamada Ortaya Çıkan Farklı Refah Devleti Modelleri Üzerine Bir İnceleme, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 151-175.
- TÜİK. (2018a). *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080*, Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567> (29.11.2018).
- TÜİK. (2018b). *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Hayat Tabloları, 2015-2020*, Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27591> (17.12.2018).
- TÜİK. (2020). *Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar*, 2019, Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33712> (30.06.2020).
- UN, Department of Economic and Social Affairs. (2017). *World Population Prospects Key Findings and Advance Tables*. New York: United Nations.
- United Nations Economic Commission for Europe Working Group on Ageing. (2015). *Policy Brief on Ageing: Dignity and non-discrimination for persons with dementia*. Erişim: https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG.1-23.pdf (28.11.2019).
- Ülgen, G., ve Arda Özalp, L. F. (2017). Refah Rejimleri Sınıflandırma Çalışmaları: Cinsiyet Boyutları. *Marmara University Journal of Economic & Administrative Sciences*, 39(2): 637-656.
- Yıldırım, B. ve Şahin, F. (2019). Esping-Andersen'in Refah Devleti Sınıflandırması ve Makro Sosyal Hizmet Uygulamaları Temelinde Türkiye'nin Konumu, *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 11(18): 2525-2554.

Fon

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde herhangi bir fondan faydalanılmamıştır.

Yazar Biyografisi

Betül TAMKOÇ, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nda, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Uzmanı olarak çalışmaktadır. Aynı zamanda Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümünde doktora öğrencisi olup yaşlı refahı, aktif yaşlanma, yerinde yaşlanma konularında çalışmalar yapmaktadır.