

**SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER  
DERNEKLERİ FEDERASYONU (SADEFE)  
CUMHURBAŞKANLIĞI  
SOSYAL POLİTİKALAR KURULU  
BAŞKANVEKİLİ  
PROF. DR. VEDAT IŞIKHAN  
ZİYARET RAPORU**

**17.01.2023**

**ANKARA**



## İçindekiler

<b>SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER DERNEKLERİ FEDERASYONU.....</b>	<b>4</b>
<b>TÜRKİYE EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER DERNEĞİ.....</b>	<b>7</b>
<b>PALYATİF SAĞLIK HİZMETLERİ DERNEĞİ.....</b>	<b>12</b>
<b>PALYATİF BAKIM HEMŞİRELERİ DERNEĞİ.....</b>	<b>15</b>
<b>MÜZİK TERAPİ DERNEĞİ.....</b>	<b>20</b>
<b>TIBBİ SOSYAL HİZMET DERNEĞİ.....</b>	<b>27</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>29</b>



### **TOPLANTI KATILIMCILAR**

Uzm. Dr. Orhan KOÇ, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Dernekleri Federasyonu Yönetim Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Burçin UÇANER ÇİFDALÖZ, Müzik Terapi Derneği Başkanı

Doç. Dr. Ergün HASGÜL, Tıbbi Sosyal Hizmet Derneği Başkanı

Doç. Dr. Fatih GÖKSEL, Palyatif Sağlık Hizmetleri Derneği Başkanı

Doç. Dr. Murat KOÇ, Kritik Bakım Derneği Başkanı

Hulusi Armağan YILDIRIM, Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği Başkanı

Hurişah AKSAKAL, Palyatif Bakım Hemşireleri Derneği Başkanı

Hüseyin DURSUN, Sağlıkta Kaynak Yönetimi Derneği Başkanı

Salih AKYÜZ, Hasta ve Çalışan Hakları ve Güvenliği Derneği Başkanı

Vefa TÜRKSEVER, İstamed Medikal İşletmeciler Derneği Başkanı

## SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER DERNEKLERİ FEDERASYONU

Sağlık ve Sosyal Hizmetler Dernekleri Federasyonu Sağlık alanında faaliyet gösteren dernekler tarafından kurulmuştur. Öncelikli amacımız özel ihtisas dernekleri ve sağlık alanında hizmet veren dernekler ile sağlık hizmeti sunucularını ve hizmet alıcılarını bir araya getirmek, dernekler arasında dayanışma ve işbirliği kurulması yönünde çalışmalar yapmaktır. Bu amaçlara uygun faaliyet gösteren derneklerin birlikte faaliyet yapılmasını sağlayarak kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmasını temin etmektir.

Dezavantajlı bireylerin yaşam kalitesinin artırılması, sağlık ve sosyal sorunlarının çözümü konusunda farkındalık oluşturmak ve sosyal hayata katılmaları konusunda faaliyetler yapmaktır.

Sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu sağlık alanında faaliyetler yaparak, kronik hastalıklar konusunda farkındalık yaratmak için halka dönük çalışmaları destekler. Sağlık çalışanlarının bu konuda eğitim ve bilgisini arttırmak için çalışmalar yapmak. Alkol, tütün ve benzeri sağlığa zararlı maddeler ile mücadele etmek, bireylerin sağlıklı yaşama ve yaşlanması, ruhen ve bedenen sağlıklı, kaliteli bir yaşam sürdürmesi konusunda çalışmalar yapma.

Hasta ve çalışan hakları ve güvenliği konularında faaliyetler yapmak. Sağlığa erişimde hakkaniyeti gözetmek, herkes için eşit bir sağlık hizmeti sunulmasını takip etmek ve bu konuda sivil toplum örgütleri, kamu kurum ve kuruluşları ile koordineli çalışmak.

Bireyin doğum öncesi ve doğum sonrası yaşamının tüm kritik evrelerinde sağlıklı yaşaması ve ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini yaşadığı sağlık hizmet bölgesinde alabilmesi için faaliyette bulunmak.

Her alanda üye dernekler aracılığı ile, bireyleri bilgilendirmek, hayatının kolaylaştırılması, ülke kaynaklarının en iyi ve verimli şekilde kullanılması hedeflenmiştir.

Hastaların sağlık tesisinde hizmet alırken ihtiyaç duyduğu tıbbi sosyal hizmetlerin kendisine verilmesi ve taburculuk sonrası bu hizmetlerin devam etmesi için çalışmaktır.

Devletin farklı bakanlıkları ve kurumları tarafından verilen sosyal imkânlar konusunda bireyin bilgilendirilmesi ve bu haklarına erişimi konusunda çalışmak.

Bireyin engeline ve sağlığına göre, yaşına uygun spor ve rehabilitasyon ve rekreasyon hizmetlerini almasını sağlamak bu konuda STK ve kamu kurumları ile koordineli çalışmak.

Sağlıkta kaynak yönetimi ve etkinliği konusunda faaliyetler yaparak, sağlık teknolojilerinin insan yaşamındaki önemi ve yeri konusunda çalışmalar yapıp yaşamı kolaylaştıracak tanı ve tedaviyi sağlayacak tıbbi teknolojik çalışmalara katılarak destek vermektir. Bu konuda kurulmuş STK ve organize sanayii kümelerine yol gösterecek çalıştay, sempozyum, kongre ve fuarlar düzenlemek. Sağlığı temel hedef edinmiş sivil toplum kuruluşlarını bir çatı altında toplamak ve doğacak iş birliği sayesinde sağlık alanında halkımızın istifadesine sunmaktır.

Federasyonumuz yurt içinde ve yurt dışında tıp alanında gelişmeleri takip ederek ülke menfaatine olan bütün bilgileri kamuoyu ile paylaşır. Bu konuda halkımızı ve sağlık çalışanlarını bilgilendirmek amacı ile sözel ve yazılı her türlü ulaşım araçlarını kullanır.

Yaşlanan nüfus ve artan sağlık harcamalarının sonucu kaçınılmaz olan evde sağlık ve sosyal hizmet konusunda sağlık çalışanlarında ve tüm kurumlarda farkındalık oluşturur. Vatandaşların ev ortamında sağlık ve sosyal hizmetleri alabilmelerini sağlamak bu konuda gönüllüler oluşturmak sivil toplum kuruluşlarında gönüllülük anlayışını yaygınlaştırmak için çalışır.

Yukarıdaki amaçlar doğrultusunda çalıştay, sempozyum, kongre, kurultay, fuar gibi ulusal ve uluslararası etkinlikler düzenlemek, bu etkinlikleri kamuoyu ile paylaşmak için yazılı ve görsel yayın programları yapar.

Bu maksatla sağlık ve sosyal alanda kurulmuş ve kurulacak derneklere, üst birliklere, platformlara kurucu, üye olarak amaçlarının gerçekleşmesine katkısı olan her türlü sivil toplum kuruluşları ile iş birliği yaparak kendi amaçları için faaliyet gösterir.

## TÜRKİYE EVDE SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER DERNEĞİ

Türkiye Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği (EVSAD) 1960 yılında kurulmuştur. Derneğimiz, Bakanlar Kurulu Kararı ile Kamu Yararına Çalışan Dernekler arasında yer almıştır. EVSAD, geleneksel olarak Uluslararası düzeyde yoğun katılımlı Evde Sağlık ve Bakım Kongreleri düzenleyerek Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaya başlattığı Evde Sağlık Hizmetlerinin tanıtılması, kurumlar arası iş birliği ve koordinasyonunu sağlamayı hedeflemiştir. Devletin uyguladığı Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlere vatandaşların kolay ulaşımı, anlaşılması ve uygulaması alanında ortaya çıkan ve çıkabilecek sorunları çözmeye yönelik sivil inisiyatifi temsil etmeyi ve ilgili kurum ve kuruluşlara öneri, teklif ve görüş bildirmeyi hedeflemiştir. Halen 9 şube 30 il temsilcilikleri ile faaliyetlerine devam etmektedir.

Evde Sağlık Hizmeti alan hastaların; sosyal hizmet, eğitim, tıbbi cihaz, gıda yardımı ve gönüllü bakıcılık gibi belirli ihtiyaçları doğrultusunda kurulan EVSAD, sağlık hizmetlerinin sosyal ayağını oluşturmaktadır. Hastaların ve hasta yakınlarının sorunları ile ilgilenirken hastalarda kullanılmak üzere gerekli tıbbi cihaz, demirbaş ve eğitim materyallerinin sağlanmasına destek olmakta ayrıca evde sağlık hizmeti veren üyelerin de psiko-sosyal sorunları ile ilgilenip onların sosyo-ekonomik durumlarının geliştirilmesi için çalışmaktadır. Vatandaşların günlük hayatını kolaylaştırarak hastalığın ve hastane şartlarının olumsuz etkilerini önemli ölçüde azaltmak, ülkemizde sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin tanıtılmasını ve benimsenmesini sağlama EVSAD'ın önde gelen amaçları arasındadır. Bu amaçla EVSAD, yurt içi ve yurt dışındaki yapılan çalışmalarını izlemek, düzenlenen etkinlik ve seminerlere katılım sağlayarak yazılı ve görsel medyaya bilgi vermektedir. Ayrıca ilgili konularda Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı başta olmak üzere diğer kamu kurumlarına önerilerde bulunmaktadır.

Bu kapsamda Derneğimizin sürekli iletişim halinde olduğu yatağa bağımlı hastaların, engelli ve yaşlıların çözümlenmeyi bekleyen başlıca önemli sorunlarını ve bu sorunlarla ilgili çözüm önerilerimizi sizlerle paylaşmak istiyoruz;

1) Yatağa bağımlı hastalar, hastanelere muayene veya rapor işlemleri için gittiklerinde, her bir birim birbirinden bağımsız odalarda yer aldığı için engelli ve yaşlı hastalar hastane içi ulaşımında sıkıntı yaşamaktadırlar.

- Yatağa bağımlı hastaların engelli sağlık kurulu raporuna kolay bir şekilde ulaşması adına, hastanelerde yatağa bağımlı hastalar için ayrılmış özel odalarda hastaların, doktorların ziyareti sonucu muayene edilmesi ve engelli sağlık kurulu raporunun oluşturulması gerekmektedir.

2) Engelli ve yaşlı bireylerin sağlık kurulu raporuna bağlı olarak kullanmakta oldukları, hasta altı bezi, ventilatör, oksijen konsantratörü gibi tıbbi malzemeler günlük yaşamlarını sürdürmelerinde hayati öneme sahiptir. Ancak engelli ve yaşlı bireyler; söz konusu malzemelere ekonomik zorluklar nedeniyle erişim zorluğu yaşamaktadırlar.

- Engelli ve yaşlı bireylerin sağlık kurulu raporuna bağlı olarak kullanmakta oldukları tıbbi cihaz ve medikal malzemelerin perakende satış fiyatının belirlenmesine ve bunlardan ortaya çıkan malzeme fiyat farklarının devlet tarafından karşılanması amacıyla Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) düzenlemeye ihtiyaç duyulmaktadır.

3) Engelli ve yaşlı bireylerin sağlık kurulu raporuna bağlı olarak kullanmakta oldukları ortez, protez ve medikal malzemelerin, (ilaçlarda olduğu gibi) perakende satış fiyatının belirlenmemesi nedeniyle bu ürünleri satan firmalar, ürünlerine sürekli ve kontrolsüz bir şekilde keyfi olarak zam yapmaktadırlar. Bu durum vatandaşların mağduriyetine yol açmaktadır.

- Sosyal Güvenlik Kurumu üzerinden firmalarla sözleşme yapılarak, engelli ve yaşlı bireylerin sağlık kurulu raporuna bağlı olarak kullanmakta oldukları ortez, protez ve medikal malzemelerin, (ilaçlarda olduğu gibi) perakende satış fiyatının belirlenmesi, katkı payı alınmaması ayrıca aşırı fiyat artışlarının önüne geçilerek vatandaşların mağduriyetinin giderilmesi gerekmektedir.

Ayrıca bu sorunların çözümü amacıyla 2017 yılında imzalanarak yürürlüğe giren ancak üst yöneticilerin değişmesi ile birlikte fiilen uygulanamayan



“Sosyal Güvenlik Kurumu İle Sağlık Bakanlığı Arasında Evde Sağlık Hizmetlerinde Kullanılacak Tıbbi Cihaz ve Malzemelerin Ödemelerine İlişkin Protokol” ün fiilen uygulamaya konulması gerekmektedir.

4) Sağlık Bakanlığının yaygın bir şekilde ülke çapında sunduğu Evde Sağlık Hizmetleri ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının kapsamlı bir şekilde sunduğu Evde Bakım Hizmetlerinin belli noktalarda kesişmesi nedeniyle hizmetlerin sunumunda kamu maliyesi ve kamu kaynaklarının verimli kullanılması açısından bir ihtiyaç olduğu değerlendirilmektedir.

- Sağlık Bakanlığının oldukça başarılı bir şekilde yürütmekte olduğu Evde Sağlık Hizmetlerine, Evde Bakım Hizmetlerinin de entegre edilmesi hizmetlerin tek elden yürütülmesi ve kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasını sağlayacaktır.

5) Evde Sağlık Hizmetlerinin ülkemizde bu hizmetlere ihtiyaç duyan kesimlere daha çabuk ve yaygın bir şekilde sunulmasının önündeki mevzuat engelinin kaldırılması.

- Evde Sağlık Hizmetlerinin ülkemizde bu hizmetlere ihtiyaç duyan kesimlere daha çabuk ve yaygın bir şekilde sunulması için sadece kamu hastaneleri eliyle değil, aynı zamanda özel hastaneler ve üniversite hastanelerinin de bu hizmeti sunabilmesi yönünde mevzuat düzenlemesi yapılması gerekmektedir.

6) Hastaneden taburcu olacak hastaların sağlık kurulu raporuna bağlı olarak kullanmak durumunda oldukları; ortez, protez, iadeli cihazlar, tıbbi malzeme ihtiyaçlarının kolaylıkla temin edilememesi nedeniyle hasta ve hasta yakınlarının mağduriyetleri oluşmakta ve bu durum hasta ve hasta yakınlarının kamu kurumlarına olan güvenini zedelemektedir.

- Hastaneden taburcu olacak hastaların sağlık kurulu raporuna bağlı olarak kullanmak durumunda oldukları; ortez, protez, iadeli cihazlar, tıbbi malzeme ihtiyaçlarının, hasta hastaneden eve çıkmadan, evin hastanın durumuna uygun hale getirilebileceği ve bu sürecin tek elden yürütüleceği bir sistemin kurulması hasta vatandaşlarımızın en zor sağlık sorunu yaşadığı bir dönemde devletin ilgili kurumlarının onun yanında ve emrinde bulunduğu intibasını vermesi açısından oldukça faydalı ve gerekli bir kamu hizmeti ifa edilmiş olacaktır.

7) 20.02.2019 tarih ve 30692 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” gereğince ruhsal engelli bireylere

hastaneler tarafından Sağlık Kurulu Raporu tanzim edilirken çoğunlukla “Kısmi Bağımlı” tanısı konulduğu için ruhsal engelli bireyler Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu’nun Ek 7. Maddesi kapsamında “Tam Bağımlı” tanısı almış engellilere sunmuş olduğu Evde Bakım Yardımı ve Özel Bakım Hizmetlerinden yararlanamadıkları için mağduriyet yaşamaktadırlar.

- Psikiyatrik tanı almış ruhsal engelli bireyler, hastalığının doğası gereği kendi güvenliğini sağlama konusunda bir başkasının bakımına “Tam Bağımlı” kabul edilmektedir. Bu nedenle Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının “ Tam Bağımlı” tanısı almış bedensel engelliler, zihinsel engelliler ve Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı almış bireylere sunduğu Evde Bakım Yardımından ruhsal engelli bireylerin de yararlandırılması gerekmektedir. Bu amaçla, halen yürürlükte bulunan Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik’te değişikliğe gidilerek ruhsal engelli bireylerin de “Tam Bağımlı” kategoride değerlendirilmesi yönünde mevzuat düzenlemesine gidilmesi ve yoğun bir şekilde yaşanan bu mağduriyetin giderilmesi gerekmektedir.

8) Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusunun giderek artması, engelli ve yaşlılara yönelik olarak devletimizin sunduğu hizmetlerin maliyetleri giderek artmaktadır.

- Uzun dönem bakım uygulamasının maliyetlerinin artması nedeniyle bu alandaki kaynakların ve hizmetlerin tek elden yönetilmesi gereğini zorunlu kılmaktadır.

9) Gönüllülük faaliyetlerinin kayıt altına alınmaması ve bu hizmetlerin hangi kurum bünyesi altında olması gerektiğinin belirlenmemiş olması; bu hizmetlerin toplum katmanlarında yaygınlaştırılmasına yönelik mekanizmaların kurulmaması, gönüllülük faaliyetlerinin istendik düzeyde gelişmesi ve yaygınlaşmasını ve bu hizmetleri yapmaya istekli bireylerin ve sivil toplum kuruluşlarının beklentilerini karşılamamaktadır.

- Kültürümüzde önemli bir yer tutan ve toplumumuzun geniş katmanları tarafından yoğun bir şekilde icra edilen **dayanışma, yardımlaşma ve gönüllülük** çalışmalarının Avrupa Ülkelerinde olduğu gibi kayıt altına alınması, sorumlu kurumun belirlenmesi, ülkemizin gençleri tarafından daha çok benimsenmesi ve teşvik edici mekanizmalarla desteklenmesi ve yaygınlaştırılması konusunda çalışma başlatılması gerekmektedir.

Yukarıda izah ettiğimiz sorunların çözümlenmesi hususunda çalışma yapılması ve vatandaşların yaşadığı mağduriyetlerin giderilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

## PALYATİF SAĞLIK HİZMETLERİ DERNEĞİ

PB (Palyatif Bakım) yaşamı sınırlayıcı ve tehdit eden hastalıklara ait semptomların kontrol altına alınarak yaşam kalitesinin artırılmasının hedeflendiği destekleyici bakım felsefesidir.

### **Palyatif Bakım Felsefesi ve Bakım Modelleri Gereksinimi**

PB klinikleri yatan hasta dağılımı verileri incelendiğinde yoğun bakım sonrası takip gerektiren, basınç yaralanması mevcut hastalarının, SVO ve uzun süreli bakım gereksinimi duyan yatağa bağımlı hasta grubunun daha sık hizmet aldığı görülmektedir. Bu doğrultuda ülkemizde PB kliniklerinin amacına uygun hizmet sunmasını sağlamaya yönelik alternatif bakım merkezlerine gereksinim duyulduğu görülmektedir. I.Basamak yoğun bakım ve nöroloji klinikleri yatak sayılarının artırılması, inme merkezlerinin ve uzun süreli bakım merkezlerinin (nursing care) açılması gerekliliği tartışılmalıdır. PB algısını doğru oluşturmak ve oluşan yanlış algıyı düzeltmek için uzun süreli bakım, hospis bakım, PB, yoğun bakım kavramı, basamakları ve basamaklarına göre hasta tanımlamaları tekrar değerlendirilmelidir. PB, hem insan olma onurunun gerekliliği hem de sunulan sağlık hizmeti kalitesinin göstergesidir. Bu nedenle bireylerin ihtiyaçlarına ve tercihlerine özel önem veren kişisel odaklı ve bütünlümlü sağlık hizmetleriyle PB (hospis, nursing care, özel bakımevleri) sağlanmalıdır. Sürdürülebilir, kaliteli ve erişilebilir bir PB sisteminin, aile ve gönüllüler gibi bakım sağlayıcılarının yanı sıra temel sağlık hizmetleri, toplum ve evde sağlık hizmetlerine entegre edilmesi gerekmektedir.

Sürdürülebilir Ulusal PB bilincinin oluşması için politika belirlemek önemlidir. Sağlık politikalarına yön verenler öncelikle, PB gereksinimi duyan hasta gruplarını ve bu hastalara hizmet sunumu sağlayacak multidisipliner ekip bileşenlerini tanımlamalı, hasta kabul ve taburculuk kriterlerini belirlemelidir. PB ekip bileşenlerinin rolü ve çalışma standartları, PB kliniklerinin fiziki şartları ve donanımları ulusal baz da standartlaşmalıdır. Sistemin daha kurumsal olmasını sağlamak için farklı ortamlarda hastalara kolayca ulaşılabilen, ülke kültürüne ve sağlık sisteminin ihtiyaçlarına uygun değişik hizmet modelleri geliştirilmelidir (yaşlı kreşleri, gündüz ve gece bakım evleri, nursing care, evde sağlık ve bakım hizmetleri vb.)

## **Palyatif Bakım Tek Bir Merkez Boyutuna İndirgenmemesi**

Ülkemizde PB hizmet sunumu sadece hastane temelli gerçekleştirilmektedir. Oysaki tüm dünyada **toplum temelli** (ayaktan tedavi alan hastalar için oluşturulmuş kliniklerdir. Bu kliniklerde semptom yönetimi, beslenmenin desteklenmesi gibi uygulamaların yanında hasta yakınlarına psikososyal ve manevi destek de sağlanmaktadır. Hasta ailesine bakımın nasıl yapılacağı konusunda eğitimler yapılmaktadır. Maliyet etkili bir hizmettir) ve **ev temelli PB** (palyatif bakım hizmetlerinin hastanın kendini daha rahat ve huzurlu hissettiği ev ortamında sunmaktır. Ev ortamında birey ve ailesi ihtiyaç duyduğu semptom yönetimi ve terminal dönem bakım hizmetlerine hastane temelli palyatif bakım üniteleri ile iletişime geçerek ulaşabilirler. Birey bu hizmetlere 7 gün 24 saat ulaşabilmelidir) hizmeti **de sunulmaktadır**. Ülkemizin gerçekleri doğrultusunda tüm dünya da sağlık sistemi içinde veya bağımsız olarak sunulan ev temelli ve toplum temelli PB hizmetlerine geçiş sağlanmalıdır.

## **Palyatif Bakım Yönetmeliğinin Gerekliliği**

PB DSÖ göre “Yaşamı tehdit edici hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan başta ağrı olmak üzere diğer semptomları yönetmeyi, hasta ve ailenin yaşam kalitesinin yükseltmek için fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimleri karşılayan, hastanın kaybı sonrası ailenin yas sürecinde desteklenmesini sağlayan bir bakım felsefedir”. Ülkemizde hazırlanan yönerge bu çerçevenin çok az kısmını karşılamaktadır. PB Yönetmelik çalışmaları kapsamında ilgili derneklerden görüş alınarak, detaylı ve kafalarda soru işareti bırakmayacak bir yönetmelik hazırlanması gerekmektedir. Hasta yakınının yaşam kalitesini artırmaya yönelik uygulamalar mevcut PB kliniklerinin birçoğunda göz ardı edilmektedir (nitelikli oda, hasta banyo odası, mutfak, meşguliyet odası, ekip odası vb.). Yönetmelikte gerekli alanların tanımlanması ve tescilde bu hususlara özellikle dikkat edilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda PB kliniğinde hastasına sürekli destek olan hasta yakınının yaşam kalitesini artırmaya, tükenmişliğini ve sosyal izolasyonunu önlemeye yönelik uygulamalar (müzik terapi, tiyatral gösteri, çay ve kek saati vb.) hastane yönetimi tarafından desteklenmeli ve finansmanı sağlanmalıdır. Yönetmelikte PB bütüncül bakımın verilebilmesi için multidisipliner ekibin gerekliliği vurgulanmalı, PB

klinalarının verimli, etkili ve etkin çalışması, optimal hasta bakım kalitesinin sağlanması için Sağlıkta Kalite standartları uygulanmalıdır.

### **Sonuç**

Ülkemizde PB hizmetlerini verilebilmesine yönelik yeni bir model geliştirme gerekliliği ortadadır. Bu modelde Sağlık Bakanlığı (SB), Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB), Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Üniversiteler, Diyanet İşleri Başkanlığı, Belediyeler, Sivil Toplum Kuruluşlarının (STK) paydaşlığında gönüllüler de önemli oranda yer almalıdır. Hasta için gerekli sağlık ve sosyal hizmetlerin ayrı bakanlıklar tarafından yürütüldüğü için Sağlık Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı sistemin önemli parçalarıdır. Sağlık hizmetine ulaşabilen bir hastanın sosyal bakım (hastanın banyo yaptırılması, evinin temizlenmesi, yemeğinin yedirilmesi, ev içi düzenlemeler vb.) hizmetine ulaşması için tüm paydaşların sürece dâhil olacağı kapsayıcı bir mevzuat çalışması yapılmalıdır.

## PALYATİF BAKIM HEMŞİRELERİ DERNEĞİ

### Hastanelerin Rol ve Gruplarına Göre PB Planlaması

Türkiye’de PB ile ilgili atılan ilk adım Payla Türk projesidir (2010) . Amaç, 5 yıllık Ulusal Kanser Kontrol Programının (2009) 5 ana başlığından biri PB planlanması ve uygulanmasıdır. Proje iki temel yaklaşımdan oluşmaktadır, ilki opioid kullanılabilirliğinin artırılması, ikincisi ise toplum tabanlı PB modelinin uygulamaya geçirilebilmesidir. Bu proje kapsamında planlanan Palyatif Bakım Merkezleri Organizasyon Modelinde;

#### I. Seviye Palyatif Bakım Hizmetleri

Palyatif Bakım Hizmet Birimi (PBHB);

- Onkoloji uzmanı olmayan, PB konusunda eğitim almış bir tabibin gözetiminde destek tedavilerinin verildiği birimlerdir.
- PB ayaktan poliklinik hizmetleri
- Perifer bölgelere kurulumu önerilen birimlerdir
- Aile hekimleri ve evde sağlık hizmetlerince refere edilen hastaları değerlendiren ilk basamak PB birimleridir.

#### II. Seviye Palyatif Bakım Merkezi (PBM)

- Multidisipliner bir ekip olmalı
- PBM’nin 10 yataklı önerilmiştir.
- Hizmet hastaneleri ile üst role sahip sağlık tesislerine kurulması planlanmıştır.
- Tedavi gören hastalarda asıl amaç, en kısa sürede hastanın stabil hale getirilip idame tedavisinin aile hekimi ve evde sağlık hizmetlerince devamını sağlamaktır

#### III. Seviye Palyatif Bakım Merkezi

- Multidisipliner bir ekip olmalı
- KPBM’nin ihtiyaca göre 10-20 yatak planlaması önerilmiştir.
- Eğitim ve Araştırma hastaneleri bünyesinde kurulması planlanmıştır.
- Alt tedavi guruplarına PB konusunda hizmet içi eğitim, sürekli eğitim ve sertifikasyon eğitimi programlarını verebilecek düzeyde bilgi birikimine sahip olmalıdır.

- ❑ Tedavi gören hastalarda asıl amaç, en kısa sürede hastanın stabil hale getirilip idame tedavisinin aile hekimi ve evde sağlık hizmetlerince devamını sağlamaktır.

Ülkemizde palyatif bakım yatak sayısı 6934 ulaşmış ancak niteliği tartışılmaktadır. Kontrolsüz bir şekilde niceliksel artış palyatif bakımlarda gereksiz hastaların yatmasına ve bu yataklara ihtiyaç duyan hastaların erişimime engel teşkil etmektedir. Bu nedenle nüfusa göre yatak planlaması dikkate alınmalı, PB kliniği açma standartları ve koşulları net olarak yönetmelikte tanımlanmalı, tescil için oluşturulan şartların devamlılığı aralıklı denetimlerle kontrol edilmelidir.

### **Sağlık Profesyonellerinin Eğitim İhtiyacının Karşlanması, PB (Palyatif Bakım) Farkındalığının Artırılması**

PB belki de en önemli sorun; politika yapıcılar, sağlık çalışanları ve kamuoyunda PB konusunda bilinç eksikliği nedeni ile PB sağlık sisteminin diğer bileşenleri ile verilecek hizmet açısından karıştırılmasıdır (yoğun bakım, ara yoğun bakım, hospis bakım, uzun süreli bakım, inme merkezi, bakımevi hizmeti). PB biyopsikososyal destekten oluşan bütünsel bir bakımdır. Bu bütünsel bakımın etkin, etkili ve kaliteli sunulması sürekli eğitimlerle desteklenen sağlık profesyonellerine bağlıdır. Avrupa PB Derneği PB hizmet sunumu gerçekleştirecek sağlık profesyonellerinin eğitim müfredatlarının farklı olması gerektiğini ifade etmektedir. Farklı eğitim müfredatlarının sağlık profesyonellerinin daha etkili bakım vermesini kolaylaştıracak deneyimlerini, inançlarını ve değerlerini yansıtmalarını mümkün kılacağını belirtmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin eğitimlerinde ek eğitim modellerine ve müfredatlara ihtiyaç duyulmaktadır. Mevcut sağlık profesyonellerini eğitimle doğru bilinçlendirmek ve algı farklılıklarını ortadan kaldırmak için palyatif klinikleri sorumlu hekimlerine ve diğer sağlık profesyonellerine hizmet içi eğitim verilmelidir. Eğitime katılarak hizmet içi eğitim programını tamamlayan ve sertifika alan sağlık profesyonellerinin yer değişikliğinin ölçülebilir kriterler doğrultusunda yapılması sağlanmalıdır. PB eğitimleri ve hemşirelik sertifika programları eğitim içerikleri PB konusunda yetkin kişiler tarafından hazırlanmalı ve algıda farklılıklara neden olabilecek eğitim içeriklerinden (yoğun bakımın PB ilişkisi, palyatif yoğun bakım, yoğun bakımın PB rolü gibi başlıklar, PB yoğun bakım odaklı yerleşmesine neden olmaktadır)



kaçınılmalıdır. Düzenlenen eğitim ve sertifika programı içerikleri Sağlık Bakanlığı ilgili Daire Başkanlığı tarafından hazırlanmalı, sertifika programlarını güçlendirmek ve genişletmek için politikalar oluşturulmalı, tüm yeni sağlık profesyonellerinin temel müfredatına PB bütünleşmiş edilmeli, gönüllüleri ve halkı eğitmek için eğitim programları hazırlanmalıdır.

### **Hizmet Sunumu Sağlayacak Multidisipliner Ekip Planlaması**

PB da multidisipliner ekip hekim, hemşire, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, manevi bakım uzmanı, fizyoterapist, iş-uğraş terapisti ve diğer sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır. PB hem tedaviyle ilgili süreçlerden hem de biyopsikososyal modelden oluşan bir bütündür. Bu bütüne ise sürekli hizmet içi eğitimlerle desteklenen çeşitli meslek disiplinlerinden oluşan bir ekiple ancak ulaşılabilir. Bu nedenle gerekli multidisipliner ekip üyelerinin kısmen ya da tam zamanlı çalışması için insan kaynakları planlaması yapılmalıdır.

### **Multidisipliner Ekibin Rol ve Sorumluluk Tanımları ile Özlük Hakları**

PB hasta ve ailesinin gereksinimi doğrultusunda ekip üyeleri arasında liderlikler değişkenlik gösterebilmektedir, bu nedenle sorumluluklar ve roller net bir şekilde yönetmelikte tanımlanmalıdır. Hekim multidisipliner ekipten sorumlu olsa bile tüm ekip üyelerinin görüş ve önerileri hastanın tedavi ve bakım planına yansıtılmalıdır. Örneğin beslenme konusu hekim önerisinden daha çok diyetisyen veya nütrisyon ekibi tarafından belirlenmeli, beslenme ürünlerine bilimsel veriler ışığında ve hastanın laboratuvar çıktıları göz önünde bulundurularak başlanmalıdır. PB; 9 Ağustos 2015 tarihli RG TKHK bağlı sağlık tesislerinde görevli personele ek ödeme yapılmasına dair yönetmelik ile riskli birim olarak tanımlanmıştır. Ancak 4 Mart 2020 tarihinde ek ödeme yönetmeliğinde yapılan değişiklik ile riskli birim olmaktan çıkarılmıştır. Bu anlamsız çelişkinin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalı, PB tam zamanlı görev alan diğer multidisipliner ekip üyelerinin de riskli birim üzerinden ücretlerini almaları sağlanmalı ve özlük haklarında iyileştirilmeler planlanmalıdır. PB bir bakım felsefesidir, bakımın optimum kalite ile sunulması, hastanın eve entegrasyonu için gerekli hasta ve hasta yakını eğitiminin etkinliği hemşire sayısı ile doğru orantılıdır. Bu nedenle hemşire sayısının bu bakım ve eğitimleri aksatmayacak şekilde yatak sayısına paralel planlanması önem arz etmektedir.

## **Yasal Sorunlar**

PB amaç hastanın yaşamına yıllar eklemek değil, yıllarına yaşam eklemektir. PB tedavi desteğinde hasta istemi tüm dünyada oldukça dikkate alınmaktadır. DNR ülkemizde yasal olmadığı için her hasta resüde edilerek yoğun bakıma alınmakta, nafile tedavi, girişimsel işlemler ve sonucu değiştirmeyecek pahalı tetkik istemlerine devam edilmektedir. Ülkemizde palyatif bakımda yasal ve etik konular tartışılmalıdır. Bunun için alanın uzman akademisyenleri, sahada çalışanlar, STK ve diğer paydaşları kapsayıcı çalıştaylar düzenlenmeli ve ulusal sağlık politikaları oluşturulmalıdır. DNR, vasi tayini, ileri sağlık direktifleri gibi başlıklar tartışılmaya açılarak sağlık profesyonellerinin korunmasına yönelik hukuki önlemler alınmalıdır. Sağlık profesyonelleri, hukukçular, hasta ve hasta yakınları yasal mevzuat çerçevesinde hasta yararına olacak kararları almalıdır..

## **Sonuç**

PB gereksinim, bulaşıcı olmayan hastalıkların ve yaşlanan nüfusun bir sonucu olarak artmaya devam edecektir. Unutmamalıdır ki PB, hastalık seyrinde erken değerlendirildiğinde etkilidir. Erken PB sadece hastalar için yaşam kalitesini artırmakla kalmaz, aynı zamanda gereksiz hasta yatışlarının ve sağlık hizmeti kullanımının önüne geçmektedir. Yaşamı sınırlayıcı hastalıklara sahip olanların PB erişimdeki en büyük engel sağlık politikalarına yön verenlerin ve uygulayıcıların PB konusundaki eğitim ve bilinç düzeyi eksikliğidir. Bu nedendir ki, ülkemizin koşullarına ve önceliklerine göre, PB bilinci geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır. PB hizmet sunacak eğitilmiş ve deneyimli profesyonel ekipler oluşturulmalı ve bu ekiplere ulaşılabilirlik sağlanmalıdır. Multidisipliner ekip bileşenleri semptom yönetimi ile yaşam kalitesini artırmaya odaklanmalı, nafile tedavi ve girişimsel işlemlerden uzak durmalıdır. PB gerekli opioidlerin ve diğer ilaçların bulunabilirliği sağlanmalı, semptom yönetiminde ulusal farmakolojik tedavi kılavuzları oluşturulmalıdır. PB tedavinin etkinliği ve bakım kalitesinin sürdürülebilirliği için gerekli insan gücü ve finansal kaynak ayrılmalıdır. PB hizmetlerini izlemek, değerlendirmek ve denetlemek için ulusal bilgi sistemleri oluşturulmalıdır. PB evde sağlık hizmetleri ve I. Basamak Sağlık Hizmetleri ile entegrasyonu

sağlanmalıdır. Ayrıca acil olarak çocukların PB hizmetlerine daha fazla erişimi teşvik edilmeli ve çocuklar için PB kliniklerinin sayısı artırılmalıdır.

## MÜZİK TERAPİ DERNEĞİ

Müzik Terapi Derneği (MÜZTED), 2014 yılında Ankara’da kurulmuştur. Müzik terapi alanında ülkemizdeki ilk tüzel kişilik olarak, tüm dünyada müzik terapi alanındaki üniversite ve sivil toplum kuruluşları gibi kurumlarla ilişkilerin başlaması ve gelişmesi sürecinde ülkemizi temsil etme görevini üstlenmiştir. Derneğimizin öncelikli hedeflerinden biri, bir meslek dalı ve bilim disiplini olarak müzik terapinin ülkemizde doğru anlaşılmasını sağlamak, bir diğeri ise Türkiye’de kapsamlı bir müzik terapi eğitiminin başlatılmasına öncü olmaktır. Üyelerinin çoğu akademisyenlerden oluşan derneğimizin ülkemize yapabileceği en önemli katkı, müzik terapinin ülkemizde akademiyle buluşmasına öncülük etmektir.

### **Müzik Terapi Nedir?**

Günümüzde sağlık hizmetleri alanında müzik uygulamaları ve müzik terapi, dünya genelinde tıp dünyası tarafından kabul edilmektedir. Ancak sağlıkta müzik uygulamaları (music medicine) ile müzik terapi birbirinden farklıdır.

Müzik terapi Amerika Müzik Terapi Derneği tarafından şöyle tanımlanmaktadır; Müzik terapi, müzik terapi eğitimi almış profesyonel bir terapist tarafından, müzikal terapötik müdahalelerin, klinik çerçevede ve kanıta dayaklı şekilde, bir terapötik ilişki içerisinde, kişiye özel belirlenen hedeflere yönelik kullanılmasıdır (AMTA, 2016).

Müzik terapi, müziksel araçların (enstrüman ve/veya ses ile doğaçlama, beste çalışması, şarkı sözü yazımı, ses/müzik oyunları, müzik dinleme ve yorumlama vb.) kullanımıyla müziksel olmayan amaçlara (nörolojik rehabilitasyon, özel eğitimde akademik beceri kazanımına destek; zihinsel, duygusal, ruhsal, fiziksel sağlığa destek vb.) hizmet eder.

Söz konusu müziksel araçların kullanımından önce, terapi hizmeti alacak kişinin sağlık dosyası, bireysel ve sosyal gereksinimleri, müzik tercihleri, çoğu zaman yaşam öyküsü gibi unsurlar, belirli standart ölçütlere göre düzenlenmiş bir incelemeden geçer ve bu doğrultuda kişinin durumuna en uygun biçimde yapılandırılmış bir ‘müzik terapi programı’ belirlenir. Bu nedenle müzik terapi; müziğin salt sanatsal ve eğlence amaçlı kullanımından ya da hastane

ortamında gevşetici/rahatlatıcı müzik dinletisinden bütünüyle farklı bir süreç ve işleve sahiptir. Tanımdan da anlaşılacağı üzere müzik terapi ancak bu konuda eğitilmiş ve deneyimli kişiler tarafından uygulanabilir. Eğitim teorik derslerin yanında pratiğe yönelik olarak yürütülmekte, staj, süpervizyon, intervizyon süreçlerini içermektedir.

Müzik terapi, müzikle ilgili diğer uygulamalardan şu şekilde ayrılır:

- (1) Terapötik ölçme, tedavi ve değerlendirme süreci,
- (2) Hastaya/danışana sunulan çeşitli müzik deneyimleri ve
- (3) Hasta ve terapist arasında müzikle gelişen terapötik ilişki.

Bahsedilen müzik deneyimleri şunları içerir:

- Canlı, doğaçlama veya önceden kaydedilmiş müzik dinlemek;
- Bir enstrümanla müzik çalmak;
- Doğaçlama müzik yapmak (ses, enstrümanlar veya her ikisi de);
- Müzik bestelemek;
- Şarkı analizi,
- Müziği diğer terapötik yöntemlerle birleştirmek (ör. Hareket, resim vb.).

Müzik terapi, müzikal deneyimleri kullanarak, çoğunlukla müziksel olmayan nörolojik rehabilitasyon, özel eğitimde akademik beceri kazanımına destek, zihinsel, duygusal, ruhsal, fiziksel sağlığa destek vb. amaçlara hizmet eder. Söz konusu müziksel araçların ve ses/hareket bileşenlerinin kullanımı öncesinde, sırasında ve sonrasında terapi hizmeti alacak kişinin

- Sağlık dosyası,
- Bireysel ve sosyal gereksinimleri,
- Müzik tercihleri,
- Çoğu zaman yaşam öyküsü gibi unsurlar,
- belirli standart ölçütlere göre düzenlenmiş bir incelemeden geçmekte ve bu doğrultuda kişinin durumuna en uygun biçimde yapılandırılmış bir müzik terapi programı sunulmaktadır.

Müzik terapi sempatik sinir sistemi, otonom sinir sistemi, endokrin sistem, limbik sistem ve kardiyovasküler sistemdeki fizyolojik tepkileri ve aktiviteleri etkileyebilmektedir. Müzik terapi sürecinde müzik, bağlantılar kurmamıza yardımcı olur ve en önemlisi, müzik terapist ile danışan/hasta arasındaki bu bağlantı, danışanın duygularını kelimelere ihtiyaç duymadan keşfetmesini ve geliştirmesini sağlar.

### **Müzik Terapi Ne Değildir?**

- ✓ Müzisyenlerin ya da sağlık personelinin hasta başında müzik yapması,
- ✓ Müzisyen ya da sağlık personelinin hastanede konser vermesi,
- ✓ Hekimlerin, hemşirelerin, fizyoterapistlerin ya da diğer sağlık personelinin hastalara müzik dinletmesi,
- ✓ Rahatlatıcı müzik CD'leri, Şifa müzikleri, makam müzikleri vb.
- ✓ Hamilelerin müzik dinlemesi,
- ✓ Engelliler (otizm, asperger vb.) ile yapılan müzik eğitimi,
- ✓ Orff, Kodaly vb. yaklaşımlar,
- ✓ Ritim grupları, ritim terapi vb.
- ✓ Psikoterapistlerin terapilerinde müziği kullanması,
- ✓ TOMATİS , Berard (AIT) Metodu, Sound terapi, Rezonan terapi, Reiki , bioenerji vb.
- ✓ Hayvanlara müzik dinletmek vb. müzik terapi değildir.

### **Müzik Terapi Hangi Durumlarda Uygulanır?**

Müzik terapi yeni doğandan itibaren tanı almış ve tanı almamış tüm bireylerde (yaşlıların bakım ve rehabilitasyon süreci, onkoloji, Parkinson, alzheimer-demans hastaları, engelli bireyler, özel eğitim, cezaevlerindeki mahkumlar, yoğun stres yaşayanlar, depresyon, anksiyete, yeni doğan, palyatif bakım vb.) uygulanabilir.

Müzik terapiden faydalanmak için kişinin enstrüman çalması ya da müzikal yeteneğinin olmasına gerek yoktur.

### **Müzik Terapistler Nerede Görev Yapar?**

- Müzik terapistler hastaneler, bakım evleri, rehabilitasyon merkezleri, özel eğitim kurumları, okullar, cezaevleri vb. kurumlar bünyesinde ya da bireysel olarak çalışmaktadırlar.

### **Müzik Terapinin Dünyadaki Durumu**

1940'lı yıllardan günümüze müzik terapi başta Amerika, Avrupa ve Asya olmak üzere, dünyanın pek çok farklı bölgesinde bir bilim disiplini olarak varlığını sürdürmektedir. Günümüzde ABD, Avrupa, Asya ve bazı Afrika ülkelerinde müzik terapinin mesleki olarak tanınması ve kabul edilmesi ile ilgi önemli bir mesafe kat edilmiş ve standartlaşma, kalite güvencesi, belgelendirme konularında yapılandırılmış bir yol izlenmiştir. Dünyanın pek çok yüksek öğretim kurumunda lisans, yüksek lisans ve doktora programları bulunmakta, yalnızca ABD'de bile 8000 müzik terapist, hastanelerde ve çeşitli kurumlarda görev yapmaktadır. Dünyada 300'den fazla üniversitede müzik terapi lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimleri verilmektedir.

### **Müzik Terapinin Türkiye'deki Durumu**

**Sertifika Programı:** Türkiye'de Müzik Terapi, 2014'te Sağlık Bakanlığı tarafından "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp" kapsamına alınmıştır. Ancak bu kapsamda verilen eğitimde müzik terapi, sağlık çalışanlarının uygulayabileceği bir teknik olarak görülmektedir. Diğer taraftan müzik terapi; müzik terapistlerin, müzik terapi sertifikası bulunan hekimlerin ve diğ hekimlerinin gözetiminde yürüteceği bir uygulama olarak kapsamda yer almaktadır. Bu doğrultuda 2018 yılında üniversiteler tarafından müzik terapi sertifika programları başlatılmıştır.

Ancak teröpatik süreçte kapsamlı bir müzik terapi eğitiminden geçmemiş müzik terapistlerin insan sağlığına zarar verebileceği düşünüldüğünde 150-180 saatlik bir eğitim ile verilmesi mümkün değildir. 1940'lı yıllardan itibaren müzik terapi eğitimi yurt dışında lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde son derece kapsamlı bir şekilde verilmektedir. Yeterli ve doğru bir eğitimden geçmemiş müzik terapist adaylarının yaptığı uygulamalar kişiye zarar verebilir. Yukarıda da anlatıldığı gibi müzik terapi başka meslek uzmanları tarafından

uygulanabilecek bir teknik değil, bir bilim disiplindir. Türkiye’de de acilen üniversite düzeyinde lisans, yüksek lisans ve doktora programlarına ihtiyaç vardır.

### **Müzik Terapi ve Yaşlılar**

Yurt dışında müzik terapistler hastaneler, bakım evleri, mülteci kampları, okullar, özel eğitim merkezleri, cezaevleri, vb. kurumlarda veya özel olarak çalışmaktadırlar. Müzik terapi, psikoterapiden temel alan modeller üzerine inşa edilmiş bir disiplindir. Doğaçlama, besteleme, reseptif ve yeniden yaratma yöntemlerinin içerisinde onlarca teknik ile bireysel ya da grupla birlikte yürütülmektedir. Müzik terapistler yalnızca hasta/danışan ile çalışmazlar. Hasta/danışan, sağlık çalışanları, bakım verenler, aile üyelerine de başa çıkma, iletişim, yas vb. konularda da yardımcı olurlar. Müzik terapi, bireyleri psikolojik, bilişsel, fiziksel, iletişimsel veya sosyal ihtiyaçlarıyla desteklemek, değiştirmek veya yeni iç görüler kazandırmak için birçok klinik durumda kullanılmaktadır. Müzik terapinin yaygın olarak kullanıldığı popülasyonlardan biri de yaşlılardır. Yaşlılarda müzik terapinin hedeflerinden bazıları;

- Ağrıyı azaltmak, ağrı ile baş edebilmek,
- Nabız, solunum hızı, kan basıncını düzenlemek,
- Gevşemeye yardımcı olmak,
- Konforu arttırmak,
- Nefes kontrolü sağlamak,
- Uyku kalitesini yükseltmek,
- Stres yönetimi,
- Anksiyeteyi, kaygıyı, korkuyu, endişeyi azaltmak ya da baş edebilmek,
- Ölüm korkusu ile baş edebilmek,
- İletişimi güçlendirmek,
- İçgörü kazandırmak,
- Psikososyal ihtiyaçlar,
- Yaşam kalitesini arttırmak,
- Manevi bakım (dini ihtiyaçlar vb.) olabilir.



Bu amaçların dışında hastalığa özgü amaçlar için de müzik terapi çalışmaları yapılmaktadır. Örneğin parkinson hastalarında yürüyüşün düzenlenmesi, demans hastalarında konuşma, kanser hastalarında kemoterapiye bağlı bulantı, kusmayı azaltmak vb. özel amaçlar doğrultusunda da uygulamalar yapılmaktadır. Konuyla ilgili kanıt temelli randomize kontrollü çalışmalar bulunmaktadır.

Diğer taraftan yurtdışında koruyucu, önleyici çalışmalar arasında müzik terapiye de yer verilmektedir.

### **Türkiye’de Yapılan Çalışmalar**

6 Ülkenin birlikte yürüttüğü dünyanın en büyük demans araştırmalarından biri Türkiye’nin de katılımıyla gerçekleştirilmektedir ( MIDDEL projesi).

Nörodejeneratif Hastalık Araştırmaları Ortak Programı (EU Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research, JPND), Avrupa’da nörodejeneratif hastalıklar alanında faaliyet gösteren araştırma programlarını düzenleyen ve yöneten 24 kurumun bir araya gelerek oluşturduğu bir yapıdır. JPND kapsamında nörodejeneratif hastalık araştırmalarını daha verimli hale getirecek ve tedavi kabiliyetini artıracak yöntemler konusunda proje çağrıları açılmaktadır. MIDDEL ( Music Interventions for Dementia and Depression in Elderly Care)projesi de JPND kuruluşunun kabul ettiği projelerden bir tanesidir.

MIDDEL (Yaşlı Bakımında Demans ve Depresyon İçin Müzik Müdahaleleri) projesinin amacı; demans ve depresyonu olan huzurevi sakinleri için düzenli bakım ile karşılaştırıldığında grup müzik terapinin ve / veya şarkı söylemenin etkinliğini araştırmaktır. Çalışma Avusturalya, İngiltere, Almanya, Norveç, Hollanda ve Türkiye’den toplam 100 huzurevinde en az 65 yaşında ve hem demans hem de klinik depresyonu bulunan 1000’den fazla birey ile yürütülmektedir. Projenin Türkiye ayağı Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Türk Müziği Devlet Konservatuvarı Müzikoloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Burçin Uçaner Çifdalöz tarafından yürütülmektedir. Proje hem dünyanın en büyük demans projesi hem de demansta müzik müdahalelerinin araştırıldığı en büyük projedir. Türkiye’deki müdahaleler Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’na bağlı 2 huzurevi, Etimesgut Belediyesi’ne bağlı bir huzurevi ve bir özel huzurevi (Ihlamur Konağı) olmak üzere 4 huzurevinde gerçekleştirilmektedir. Proje

kapsamında demans hastaları ile koro çalışmaları ve müzik terapi müdahaleleri gerçekleştirilmektedir. Proje Türkiye’de TÜBİTAK tarafından fonlanmaktadır. Proje ekibi araştırmacılar, koro şefleri, müzik terapisti ve psikologlardan oluşmaktadır. Koro müdahaleleri koro şefleri tarafından, müzik terapi müdahaleleri ise demans konusunda uzman bir profesyonel müzik terapist tarafından gerçekleştirilmektedir. Türkiye’de demans konusunda deneyimli bir müzik terapist olmadığından müzik terapi müdahaleleri için Hollanda’dan müzik terapist.

Diğer taraftan çeşitli kurumlar içerisinde ( belediyeler, huzurevleri vb.) sınırlı sayıda müzikal faaliyetler ( konser , koro çalışması vb.) yapılmaktadır

### **Öneriler**

1. Müzik terapi Türkiye’de gelişmekte olan bir alandır. Henüz üniversite düzeyinde, uluslararası geçerliliği olan bir eğitimi bulunmamaktadır. Ülkemizin de ihtiyaçları göz önünde bulundurularak bir an evvel üniversite düzeyinde uluslararası standartlarda eğitim programları açılmalıdır.
2. Yaşlılarla yapılan koruyucu, önleyici çalışmalar arasında müzik terapiye de yer verilmelidir.
3. Müzik terapi çalışmaları dışında müzikten de faydalanmak mümkündür. Bunun için yaşlı bakımevlerinde korolar kurulabilir. Yaşlılarımıza müzik eğitimleri verilebilir. Dil ve konuşma terapistleri, psikologlar, fizyoterapistler vb. farklı disiplinler ile ortak çalışmalar yapılabilir.
4. Yalnızca yaşlılar değil, her yaş grubu için koruyucu, önleyici uygulamalar ve tedaviler içerisinde müzikal müdahaleler ( müzik terapi ve müzik temelli diğer müdahaleler) de yer almalıdır.

## TIBBİ SOSYAL HİZMET DERNEĞİ

Tıbbi Sosyal Hizmet Derneği 2012 yılında Ankara’da sosyal hizmetin her alanında meslek elemanlarını desteklemek, sosyal hizmet alanları ile ilgili sorunların çözümü için çalışmak, politikaların geliştirilmesine katkı vermek amacıyla kurulmuştur.

Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmetin sunumu ile ilgili Sağlık Bakanlığı’nın 2011 yılında yayımladığı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi sağlık kuruluşlarında yürütülen sosyal hizmet uygulamalarına yön vermektedir. Mevcut uygulama ile Tıbbi Sosyal Hizmetin diğer hizmetlerle ilgili koordinasyonunda ve entegrasyonunda sorunlar yaşanmaktadır.

Tıbbi sosyal hizmet lisans ve lisansüstü eğitimlerde ders olarak verilmektedir. Bununla birlikte sağlık kuruluşlarında yürütülen evde sağlık, palyatif bakım gibi özellikli sağlık hizmetlerinde yürütülen sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin dersler bölümlerin müfredatlarında yer almamaktadır. Sahada çalışan meslek elemanları eğitim ihtiyacını hizmet için eğitim ile tamamlamaktadır.

Bakım hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığı’nın, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın, Yerel Yönetimlerin ve Sivil Toplum Kuruluşlarının sunduğu hizmetlerle ilgili ortak veri sorunları, entegrasyon sorunları bulunmaktadır.

### Öneriler;

- Yönerge ile yürütülen sosyal hizmet uygulamalarının geliştirilmesi için yönetmelik düzeyinde yeni bir çalışmanın yapılması ve tıbbi sosyal hizmetin diğer hizmetlerle entegrasyonunun sağlanması,
- Yükseköğretim Kurumu (YÖK) nezdinde görüşmeler yapılarak sosyal hizmetin Lisansüstü eğitimlerde ihtisaslaşmasının sağlanması, Lisans düzeyinde bölümlere özellikli sağlık hizmetleri ile ilgili ders açmaları için bilgilendirmenin sağlanması,
- Bakım hizmetlerinin sunumunda rol alacak tüm kurum ve kuruluşların ortak veri sağlaması için bir yazılım geliştirilmesi,

- STK'ların bakım sektöründe desteklenerek gönüllülük çalışmalar yapmasının desteklenmesi önerilmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

- **Sorun:** Yatağa bağımlı hastalar, hastanelere muayene veya rapor işlemleri için gittiklerinde, her bir birim birbirinden bağımsız odalarda yer aldığı için engelli ve yaşlı hastalar hastane içi ulaşımda sıkıntı yaşamaktadırlar.
- **Çözüm:** Yatağa bağımlı hastaların engelli sağlık kurulu raporuna kolay bir şekilde ulaşması adına, hastanelerde yatağa bağımlı hastalar için ayrılmış özel odalarda hastaların, doktorların ziyareti sonucu muayene edilmesi ve engelli sağlık kurulu raporunun oluşturulması gerekmektedir.
- **Sorun:** Engelli ve yaşlı bireylerin sağlık kurulu raporuna bağlı olarak kullanmakta oldukları, hasta altı bezi, ventilatör, oksijen konsantratörü gibi tıbbi malzemeler günlük yaşamlarını sürdürmelerinde hayati öneme sahiptir. Ancak engelli ve yaşlı bireyler; söz konusu malzemelere ekonomik zorluklar nedeniyle erişim zorluğu yaşamaktadırlar.
- **Çözüm:** Engelli ve yaşlı bireylerin sağlık kurulu raporuna bağlı olarak kullanmakta oldukları tıbbi cihaz ve medikal malzemelerin perakende satış fiyatının belirlenmesine ve bunlardan ortaya çıkan malzeme fiyat farklarının devlet tarafından karşılanması amacıyla Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) düzenlemeye ihtiyaç duyulmaktadır.
- **Sorun:** Engelli ve yaşlı bireylerin sağlık kurulu raporuna bağlı olarak kullanmakta oldukları ortez, protez ve medikal malzemelerin, (ilaçlarda olduğu gibi) perakende satış fiyatının belirlenmemesi nedeniyle bu ürünleri satan firmalar, ürünlerine sürekli ve kontrolsüz bir şekilde keyfi olarak zam yapmaktadırlar. Bu durum vatandaşların mağduriyetine yol açmaktadır.
- **Çözüm:** Sosyal Güvenlik Kurumu üzerinden firmalarla sözleşme yapılarak, engelli ve yaşlı bireylerin sağlık kurulu raporuna bağlı olarak kullanmakta oldukları ortez, protez ve medikal malzemelerin, (ilaçlarda olduğu gibi) perakende satış fiyatının belirlenmesi, katkı payı alınmaması ayrıca aşırı fiyat artışlarının önüne geçilerek vatandaşların mağduriyetinin giderilmesi

gerekmektedir. Ayrıca bu sorunların çözümü amacıyla 2017 yılında imzalanarak yürürlüğe giren ancak üst yöneticilerin değişmesi ile birlikte fiilen uygulanamayan “Sosyal Güvenlik Kurumu İle Sağlık Bakanlığı Arasında Evde Sağlık Hizmetlerinde Kullanılacak Tıbbi Cihaz ve Malzemelerin Ödemelerine İlişkin Protokol” ün fiilen uygulamaya konulması gerekmektedir.

- **Sorun:** Sağlık Bakanlığının yaygın bir şekilde ülke çapında sunduğu Evde Sağlık Hizmetleri ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının kapsamlı bir şekilde sunduğu Evde Bakım Hizmetlerinin belli noktalarda kesişmesi nedeniyle hizmetlerin sunumunda kamu maliyesi ve kamu kaynaklarının verimli kullanılması açısından bir ihtiyaç olduğu değerlendirilmektedir.
- **Çözüm:** Sağlık Bakanlığının oldukça başarılı bir şekilde yürütmekte olduğu Evde Sağlık Hizmetlerine, Evde Bakım Hizmetlerinin de entegre edilmesi hizmetlerin tek elden yürütülmesi ve kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasını sağlayacaktır.
- **Sorun:** Evde Sağlık Hizmetlerinin ülkemizde bu hizmetlere ihtiyaç duyan kesimlere daha çabuk ve yaygın bir şekilde sunulmasının önündeki mevzuat engelinin kaldırılması.
- **Çözüm:** Evde Sağlık Hizmetlerinin ülkemizde bu hizmetlere ihtiyaç duyan kesimlere daha çabuk ve yaygın bir şekilde sunulması için sadece kamu hastaneleri eliyle değil, aynı zamanda özel hastaneler ve üniversite hastanelerinin de bu hizmeti sunabilmesi yönünde mevzuat düzenlemesi yapılması gerekmektedir.
- **Sorun:** Hastaneden taburcu olacak hastaların sağlık kurulu raporuna bağlı olarak kullanılmadıkları; ortez, protez, iadeli cihazlar, tıbbi malzeme ihtiyaçlarının kolaylıkla temin edilememesi nedeniyle hasta ve hasta yakınlarının mağduriyetleri oluşmakta ve bu durum hasta ve hasta yakınlarının kamu kurumlarına olan güvenini zedelemektedir.
- **Çözüm:** Hastaneden taburcu olacak hastaların sağlık kurulu raporuna bağlı olarak kullanılmadıkları; ortez, protez, iadeli cihazlar, tıbbi

malzeme ihtiyaçlarının, hasta hastaneden eve çıkmadan, evin hastanın durumuna uygun hale getirilebileceği ve bu sürecin tek elden yürütüleceği bir sistemin kurulması hasta vatandaşlarımızın en zor sağlık sorunu yaşadığı bir dönemde devletin ilgili kurumlarının onun yanında ve emrinde bulunduğu intibasını vermesi açısından oldukça faydalı ve gerekli bir kamu hizmeti ifa edilmiş olacaktır.

- **Sorun:** 20.02.2019 tarih ve 30692 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” gereğince ruhsal engelli bireylere hastaneler tarafından Sağlık Kurulu Raporu tanzim edilirken çoğunlukla “Kısmi Bağımlı” tanısı konulduğu için ruhsal engelli bireyler Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu’nun Ek 7. Maddesi kapsamında “Tam Bağımlı” tanısı almış engellilere sunmuş olduğu Evde Bakım Yardımı ve Özel Bakım Hizmetlerinden yararlanamadıkları için mağduriyet yaşamaktadırlar.
- **Çözüm:** Psikiyatrik tanı almış ruhsal engelli bireyler, hastalığının doğası gereği kendi güvenliğini sağlama konusunda bir başkasının bakımına “Tam Bağımlı” kabul edilmektedir. Bu nedenle Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının “ Tam Bağımlı” tanısı almış bedensel engelliler, zihinsel engelliler ve Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı almış bireylere sunduğu Evde Bakım Yardımından ruhsal engelli bireylerin de yararlandırılması gerekmektedir. Bu amaçla, halen yürürlükte bulunan Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik’te değişikliğe gidilerek ruhsal engelli bireylerin de “Tam Bağımlı” kategoride değerlendirilmesi yönünde mevzuat düzenlemesine gidilmesi ve uygun bir şekilde yaşanan bu mağduriyetin giderilmesi gerekmektedir.
- **Sorun:** Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusunun giderek artması, engelli ve yaşlılara yönelik olarak devletimizin sunduğu hizmetlerin maliyetleri giderek artmaktadır.

- **Çözüm:** Uzun dönem bakım uygulamasının maliyetlerinin artması nedeniyle bu alandaki kaynakların ve hizmetlerin tek elden yönetilmesi gereğini zorunlu kılmaktadır.
- **Sorun:** Gönüllülük faaliyetlerinin kayıt altına alınmaması ve bu hizmetlerin hangi kurum bünyesi altında olması gerektiğinin belirlenmemiş olması; bu hizmetlerin toplum katmanlarında yaygınlaştırılmasına yönelik mekanizmaların kurulmaması, gönüllülük faaliyetlerinin istendik düzeyde gelişmesi ve yaygınlaşmasını ve bu hizmetleri yapmaya istekli bireylerin ve sivil toplum kuruluşlarının beklentilerini karşılamamaktadır.
- **Çözüm:** Kültürümüzde önemli bir yer tutan ve toplumumuzun geniş katmanları tarafından yoğun bir şekilde icra edilen **dayanışma, yardımlaşma ve gönüllülük** çalışmalarının Avrupa Ülkelerinde olduğu gibi kayıt altına alınması, sorumlu kurumun belirlenmesi, ülkemizin gençleri tarafından daha çok benimsenmesi ve teşvik edici mekanizmalarla desteklenmesi ve yaygınlaştırılması konusunda çalışma başlatılması gerekmektedir.  
Gönüllülük çalışmaları ile ilgili mevzuat çalışması yapılması, İçişleri Bakanlığı Sivil Toplumla İlişkiler Genel Müdürlüğü üzerinden tanıtıcı kimlik kartı sağlanmalı ve kartla ilgili önceliklerin belirlenmesi (ulaşım, eğitim hizmetlerinde sağlanacak ayrıcalıklar gibi), ilgili genel müdürlük tarafından gönüllü kaydının ve verilerinin tutulması ve koordinasyonun sağlanması, gönüllüğü teşvik edici uygulamalar geliştirilmesi, eğitim süreçlerinde gönüllülük faaliyetlerinde yer alan öğrencilere teşvik edici uygulamalar geliştirilmesi, kamu alımlarında belgelendirilmiş olmak kaydıyla gönüllülük faaliyetlerine öncelik sağlanması önerilmektedir.
- **Sorun:** Bağımsız yaşayan yaşlı birey sayısının artması ve kurumsal bakım hizmetine duyulan ihtiyacın artması, yaşlılık dönemi psikososyal sorunlarının artması,
- **Çözümler:**



- Yaşlı popülasyonunun bağımsız yaşamının desteklenmesi ve Demans, Alzheimer gibi bilişsel hastalıkların önlenmesinde ve hayatboyu öğrenme amacıyla Tazelenme Üniversitelerinin sayısının artması, YÖK tarafından üniversitelere tavsiye yazılarının yazılması,
- Tazelenme Üniversitelerinde görev olan akademik personelin Doçentlik ve Akademik Teşvik Ödeneği ya da Üniversite atama kriterleri gibi başvurularında öncelikli sayılması ve/veya puan alması,
- Tazelenme üniversiteleri projelerinin finansmanı ile ilgili Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın desteklemesi,
- Yaşlı bireylerin kurumsal bakım hizmetlerinde kalma sürelerini azaltma ve ortadan kaldırmak için gündüz yaşam merkezlerinin yaygınlaştırılması,
- Kırsaldaki yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi ve beceriler kazandırılması maksadıyla Milli Eğitim Bakanlığı'nın yürüttüğü köy yaşam merkezleri gibi programlar yaşlılar için geliştirilerek bağımsız yaşamın desteklendiği merkezler oluşturulması,
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın hali hazırda verdiği Sosyal ve Ekonomik Destek (SED) mevcut haliyle sadece çocuklu aileler için sağlanmaktadır. SED'in aile bireyleri ile kalan yaşlı aylığı, evde bakım maaşı gibi yardımlardan faydalanmayan yaşlı bireyler için de sağlanması,
- Yaşlı yaşam evi modelinin güçlendirilmesi, gerekirse özellikle evsiz yaşlılar (Housing First projesi gibi) için yeni sosyal konut projelerinin geliştirilmesi,
- Uzun dönem bakım güvencesinin olmamasından kaynaklı ortaya çıkan sorunların çözümünde bütçede öncelikle bakım güvencesi için bir bütçe kodu açılması, bakım altında yapılan tüm harcamaların bu bütçe kodu altında toplanması ve bu harcamaların fon yapılanması ile yönetilmesi (SYDV Fonu gibi)
- %80-%85'inin genel bütçeden karşılandığı, çalışanlardan da alınan destekle yukarıda bahsi geçen fon yapılanmasının oluşturulması ve konunun SGK kapsamında ele alınması önerilmektedir.

- **Sorun:** Palyatif bakımın (PB) Türkiye’deki uygulamaları ile ilgili sorunlar,
- **Çözüm:** Ülkemizde PB hizmetlerini verilebilmesine yönelik yeni bir model geliştirme gerekliliği ortadadır. Bu modelde Sağlık Bakanlığı (SB), Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB), Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Üniversiteler, Diyanet İşleri Başkanlığı, Belediyeler, Sivil Toplum Kuruluşlarının (STK) paydaşlığında gönüllüler de önemli oranda yer almalıdır. Hasta için gerekli sağlık ve sosyal hizmetlerin ayrı bakanlıklar tarafından yürütüldüğü için Sağlık Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı sistemin önemli parçalarıdır. Sağlık hizmetine ulaşabilen bir hastanın sosyal bakım (hastanın banyo yaptırılması, evinin temizlenmesi, yemeğinin yedirilmesi, ev içi düzenlemeler vb.) hizmetine ulaşması için tüm paydaşların sürece dâhil olacağı kapsayıcı bir mevzuat çalışması yapılmalıdır. PB hizmetlerini izlemek, değerlendirmek ve denetlemek için ulusal bilgi sistemleri oluşturulmalıdır. PB evde sağlık hizmetleri ve I. Basamak Sağlık Hizmetleri ile entegrasyonu sağlanmalıdır. Ayrıca acil olarak çocukların PB hizmetlerine daha fazla erişimi teşvik edilmeli ve çocuklar için PB kliniklerinin sayısı artırılmalıdır.
- **Sorun:** Müzik terapinin Türkiye’deki uygulamaları ile ilgili sorunlar,
- **Çözümler:**
  - Müzik terapi Türkiye’de gelişmekte olan bir alandır. Henüz üniversite düzeyinde, uluslararası geçerliliği olan bir eğitimi bulunmamaktadır. Ülkemizin de ihtiyaçları göz önünde bulundurularak bir an evvel üniversite düzeyinde uluslararası standartlarda eğitim programları açılmalıdır.
  - Yaşlılarla yapılan koruyucu, önleyici çalışmalar arasında müzik terapiye de yer verilmelidir.
  - Müzik terapi çalışmaları dışında müzikten de faydalanmak mümkündür. Bunun için yaşlı bakımevlerinde korolar kurulabilir. Yaşlılarımıza müzik eğitimleri verilebilir. Dil ve konuşma terapistleri, psikologlar, fizyoterapistler vb. farklı disiplinler ile ortak çalışmalar yapılabilir.

- Yalnızca yaşlılar değil, her yaş grubu için koruyucu, önleyici uygulamalar ve tedaviler içerisinde müzikal müdahaleler ( müzik terapi ve müzik temelli diğer müdahaleler) de yer almalıdır.
- 60+ Tazelenme Üniversitesi'nin YÖK Nezdinde Yaygınlaştırılmasına Yönelik Gerekçeler  
60+ Tazelenme Üniversitesi, Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü önderliğinde geliştirilmiş bir sosyal sorumluluk projesi iken 25 Mayıs 2021 tarihinde T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı üzerinden Yüksek Öğretim Kurumuna devrinin protokolü imzalanmıştır.  
60+ Tazelenme Üniversitesinin Bireysel ve Toplumsal Etkisi  
60+ Tazelenme Üniversitesi, 60 yaş ve üzeri yetişkinleri yaşlılığa hazırlayarak yaşlılığın üstesinden başarıyla gelmelerini sağlayacak bilgi ve becerilerinin korunması ve yenilerinin kazanılmasını sağlamakta, toplumda yaşlılığa duyarlılığı arttırmakta, başarılı yaşlanmanın bilgi ve bilinçle bağlantılarına duyarlı vatandaşların çoğalmasına ve yaşlılığın olumsuz görüntülerinin olumluya dönüşmesine katkı sağlamaktadır.  
Eğitim kavramının geniş alana yayılmasını sağlayarak eğitimin belli bir yaşla sınırlı olmadığı görüşünün yaygınlaşmasına yardımcı olmakta ve ömür boyu yaşlanmanın ömür boyu öğrenmek olduğu görüşüyle kendi yaşlanmasını yapılandıran vatandaşların sayısında artış yaratmaktadır.  
Yaşlıların fiziksel, sosyal ve psikolojik ihtiyaç ve gereksinimlerini günlük yaşam pratiğinde karşıladığı için ülkemizde hızla yaygınlaşmaktadır. Şu anda hali hazırda 10 kampüste eğitim vermekte olup 5 kampüste de hazırlık aşamasındadır.  
60+ Tazelenme Üniversitesinin “YÖK” Bünyesinde Yaygınlaştırılmasının Önemli  
60+ Tazelenme Üniversitesinin “YÖK ve üniversiteler ” bünyesine yaygınlaştırılmasının bireysel ve toplumsal bağlamda yararları bulunmaktadır. Bunlar;
  - Eğitimin “kurs” kavramından anlaşılan “kısa süreli beceri kazandırma” algısı yerine “üniversite” kavramı çerçevesinde “ulusal ve uluslararası boyutlarda nitelikli ve kaliteli akademik eğitim” modeli oluşturularak “üniversitenin” olumlu algısının öne çıkarılması, bu sayede eğitim alan kişilerin yaşam memnuniyeti ve doyunluğunu artırması, kaliteli eğitim sunulması, alınan eğitimden beklenen memnuniyetin artması sağlanmaktadır.
  - 2008 yılında alınan “Yeni Üniversitelerin Kurulması” kanunuyla Türkiye'nin her ilinde en az bir devlet üniversitesi bulunmaktadır. Bu da ülkemizde açılacak olan 60+ Tazelenme Üniversitelerinin eğitim verilme ortamının hali hazırda mevcut olması, ders verilme ortamlarının oluşturulması için ek bir maliyet oluşturmayacağını göstermektedir. Ayrıca her ilde üniversite olduğu için bu

eğitime ulaşmanın toplumdaki her bireye imkân sağlayarak sosyal adalet ve eşitlik kavramının yaygınlaştırılması ve somutlaştırılmasını sağlamaktadır.

- Ömür boyu öğrenmeyi destekleyen 60+ Tazelenme Üniversitesi ülkemizin öğrenim seviyesini arttıracığı için hedeflenen refah seviyesine ulaşmaya yardımcı olacaktır.
- Her ilde bulunan yaşlıların sosyal hayata katılımı ve bu süreçteki harcamaları (kafeterya vb. olanakları kullanacakları için) ülke çapında ekonomik sirkülasyonu destekleyecektir.
- 60+ Tazelenme Üniversitesi, “YÖK” bünyesinde olması dünya çapındaki 3. Yaş Üniversiteleri ile oluşturulacak iş birliklerine imkân sağlayacaktır.
- Yaşadığı koşulların sınırlılığı dâhilinde üniversite eğitim alamayan kişilerin üniversite ortamında bulunarak eğitimin “her ortamını” deneyimlemesi sağlanmaktadır.
- 60+ yaş grubunun 18-25 yaş aralığında üniversite öğrenimi gören kişiler ile aynı ortamda bulması sosyal etkileşimin artması sağlanmakta, kuşaklararası anlayış ve uyumu desteklemektedir.
- Aynı kuşaktan kişilerin üniversite kurumsallığında bir araya gelerek sosyal çevrenin artmakta ve dayanışma ortamı oluşturulmaktadır.
- Ulusal ve uluslararası çeşitli araştırmaların ve bilimsel çalışmaların yapıldığı üniversitelerde, 60 yaş ve üzeri bir grubun bulunması bilimsel çalışmalara kolaylık sağlayarak akademik çalışmaların hızını arttıracak, yapılan çalışmalar ile ülkemizdeki araştırmacıların dünya literatüründe daha fazla yer almasını destekleyecektir. Ayrıca toplumumuzdaki yaşlıların ihtiyaç ve gereksinimleri bilimsel çalışmalar ile tespit edileceği için oluşturulacak olan sosyal politika ve uygulamaların verimliliği ve uyguma sırasındaki revizyonların süresi kısalmaktadır. Bu da ülke gelişimini olumlu yönde destekleyecektir.

#### YÖK ve Gönüllü Öğretim Üyeleri

60+ Tazelenme Üniversitesi öğretim üyeleri gönüllülük ilkesiyle ders vermektedir. Kamu ve özel kuruluştaki çalışan her disiplin ve ana bilim dalındaki öğretim üyelerinden oluşan gönüllü öğretim üyeleri bu eğitim karşılığında herhangi bir maddi karşılık veya ücret talep etmemektedirler.

Ülkemizde giderek yaygınlaşan 60+ Tazelenme Üniversitesi’nde ders verecek gönüllü öğretim üyesi bulunması ve programın ülkemizde sürdürülebilirliği için bu kişilerin YÖK tarafından destek verilmesi büyük önem arz etmektedir.

YÖK, hali hazırda kendi bünyesindeki çalışan öğretim üyelerine ve dolayısıyla 60+ Tazelenme Üniversitesine gönüllü öğretim üyelerine kolaylaştırıcı şartları yapabilir;

- Bilimsel çalışmalar yapan ve bu doğrultuda akademik teşvik verilen öğretim üyelerine 60+ Tazelenme Üniversitesi'nde ders vermek, ders saatine göre puanlama ile katma değer olarak hesaplanabilir.
- 60+ Tazelenme Üniversitesindeki öğretim üyelerine bu örnekleme yayın yapma yine akademik teşvik kapsamında puanlama ile teşvik edilerek uluslararası düzlemde “yaşlı eğitiminde” alanında öncü ve alanda söz sahibi olma sağlanabilir.
- YÖK'e bünyesinde “60+ Tazelenme Üniversitesi Bilimsel Dergisi” oluşturulabilir ve 60+ Tazelenme Üniversitesi bağlamında yapılan bilimsel yayınlar burada yayınlanabilir. Bu dergi için de Akademik Teşvik Ödeneği Yönetmeliği Faaliyet Hesaplama Tablosunda bir bölüm açılarak puanlama yapılabilir. Böyle bir derginin oluşturulması hem politika üreticilere ülkemizin yaşlı profili hakkında bilimsel veri sağlayacaktır ve hem de YÖK kurumsallığı ve profesyonelliği bağlamında bir dergi hem ulusal hem de uluslararası bilimsel dergicilik ile ilgili yeni bir vizyon oluşturacaktır.