



Türkiye's Home Care Paradox: A Policy Evaluation Research on the Buurtzorg Model

İbrahim Hüseyin Cansever^{1,a,*}

¹ Süleyman Demirel University, Isparta Health Services Vocational School, Isparta/Türkiye

*Corresponding author

Research Article

History

Received: 25/03/2024
Accepted: 16/08/2024

JEL Codes: I11, I18

ABSTRACT

Türkiye has entered the category of elderly countries with an increase in the elderly population every year, and projections indicate that the rise in the elderly population will continue shortly. With the increasing elderly population of countries, the need for long-term care services is increasing significantly. In Türkiye, the demand for long-term care services, seen as a domestic duty, is growing due to the transformation of large families into nuclear families and women's increased interest in work outside the home. It is clear from the recent documents in Türkiye that there is a transformation towards home care and health services for the elderly. However, there were already many problems before this transformation. These problems can be listed as multi-headedness, different approaches, the inability to make evaluations and ratings holistically, and the ineffective use of information technologies. The primary purpose of the research is to analyze the Buurtzorg model being implemented in the Netherlands through the policy (program) evaluation method. This research tries to put forward many solutions to the existing problems in Türkiye's home care system by evaluating the policy (program) of the Buurtzorg model in the Netherlands, which currently has a home care system that has its feet on the ground. The research is based on a triple pillar: system, implementation, and beneficiaries. The document review method was used as a data collection technique. As a result of the research, various policy recommendations were put forward regarding the system, implementation, and beneficiaries.

Keywords: Long-term care, Home care, Elderly care, Elderly health services, Health policy

Türkiye'nin Evde Bakım Paradoksu: Buurtzorg Modeli Üzerine Bir Politika Değerlendirme Araştırması

Süreç

Geliş: 25/03/2024
Kabul: 16/08/2024

Jel Kodları: I11, I18

ÖZ

Türkiye, yaşlı nüfusun her geçen yıl artmasıyla çok yaşlı ülkeler kategorisine girmiş, ortaya konulan projeksiyonlarda yakın gelecekte yaşlı nüfusunun artışının devam edeceği öngörülmektedir. Ülkelerin artan yaşlı nüfuslarıyla birlikte uzun süreli bakım hizmetlerine olan ihtiyaç önemli ölçüde artmaktadır. Türkiye'de de özellikle kadınlara yüklenen ve aile içi görev olarak görülen uzun süreli bakım hizmetlerine olan talep, geniş ailelerin çekirdek ailelere dönüşmesi ve kadınların ev dışında işlerle daha fazla ilgilenmesi gibi nedenlerle artmaktadır. Türkiye'de son dönemde ortaya konulan belgelerle yaşlıların yerinde bakımı yani evde bakım ve sağlık hizmetlerine yönelik dönüşüm yaşanmakta olduğu açıkça görülmektedir. Ancak hâlihazırda bu dönüşüm öncesi birçok konuda sorunların varlığı açıktır. Bu sorunlar çok başlılık, farklı yaklaşımların varlığı, değerlendirme ve derecelendirmelerin bütüncül şekilde yapılamaması, bilgi teknolojilerinin etkin şekilde kullanılmaması şeklinde sıralanabilmektedir. Araştırmanın temel amacı, Hollanda'da uygulanmakta olan Buurtzorg modelinin politika (program) değerlendirme yöntemiyle analiz edilmesidir. Araştırma ile Türkiye'nin evde bakım sisteminde var olan sorunlarına, mevcut durumda ayakları yere basan bir evde bakım sistemine sahip olan Hollanda'daki Buurtzorg modelinin, politika (program) değerlendirilmesi ile birçok çözüm önerisi ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Araştırma; sistem, uygulama ve yararlanıcılar olmak üzere üçlü bir sacayağı üzerine oturmaktadır. Amaca yönelik olarak veri toplama tekniği olarak doküman incelemesi yönteminden faydalanılmıştır. Araştırmanın sonucunda sistem, uygulama ve yararlanıcılar boyutunda çeşitli politika önerileri ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Uzun süreli bakım, Evde bakım, Yaşlı bakımı, Yaşlı sağlık hizmetleri, Sağlık politikası

License



This work is licensed under
Creative Commons Attribution-
NonCommercial 4.0 International
License International License

^a ihcansever@hotmail.com

[0000-0002-9999-6789](https://orcid.org/0000-0002-9999-6789)

How to Cite: Cansever İH (2024) Türkiye's Home Care Paradox: A Policy Evaluation Research on the Buurtzorg Model, Journal of Economics and Administrative Sciences, 25(4): 505-519, DOI: 10.37880/cumuiibf.1458508

Giriş

Dünya nüfusu, çocuk ve genç nüfusun azalması ve yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte her geçen yıl daha da yaşlı hale gelmektedir. Blomm ve arkadaşları (2011) yaşlılık üzerinde yaptıkları araştırmada 2050 yılında küresel olarak 60 yaş üstü kişi sayısının 2 milyara yaklaşacağını ve toplam nüfusun yaklaşık %4'ünün 80 yaş üstü nüfusun oluşturacağını belirtmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de benzer şekilde 2050 yılına gelindiğinde dünyada 60 yaş üstü nüfusun 2 milyar, 80 yaş üstü nüfusun ise 434 milyon olmasını beklemektedir (WHO, 2018). Benzer şekilde Birleşmiş Milletler (BM) tarafından ortaya konulan projeksiyonda; 2019 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus toplam dünya nüfusunun %9'unu, 2050'de ise %16'sını oluşturacağı beklenmektedir (United Nations, 2020).

2023 yılsonu verilerine göre Türkiye'de dünya geneli ile benzer şekilde yaşlı nüfusu artmaya devam etmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; 2007'de 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı %7,1 iken; 2023 yılında %10,2'ye yükselmiştir. Bunun yanında çalışma çağındaki birey başına düşen yaşlı birey sayısını ölçen yaşlı bağımlılık oranına bakıldığında 2007 yılında %10,7 iken 2023 yılında %15'e yükselmiştir. Diğer bir ifadeyle, Türkiye'de 2023 yılında, çalışma çağındaki her 100 kişi 15 yaşlıya bakmaktadır (TÜİK, 2024a). Bir ülkedeki nüfusun yaşlanması, ilgili ülkedeki çocuk ve genç nüfusun azalması ve yaşlı nüfusun artması anlamına gelmektedir (Devlet Planlama Teşkilatı, 2007). Ülkeler 65 yaş ve üzeri nüfus oranına göre dört grupta sınıflandırmıştır. Bunlar; %4'ten az olan *genç toplumlar*, %4 ile 7 arasında olan *erişkin toplumlar*, %7 ile 10 arasında olan *yaşlı toplumlar* ve %10 üzerinde olan *çok yaşlı toplumlar*dir (United Nations, 1956).

Bu kapsamda Türkiye yaşlı toplumlar kategorisinden çok yaşlı toplumlar kategorisine geçmiştir. Türkiye için yapılan nüfus projeksiyonları da yaşlı nüfusun artış trendini devam ettireceğini ve 65 yaş üzeri nüfusun 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 oranında olması öngörülmektedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020). Bu geçiş ile birlikte kronik hastalıkların ve yatağa bağımlılığın artması ve bu duruma paralel olarak yaşlılar için sağlık ve sosyal bakım ihtiyacının artması öngörülmektedir (Onarcan, 2011). Hem sağlık hem de sosyal yönden birçok ihtiyacı ortaya çıkaracağı için konunun kapsamlı şekilde ele alınmasını zorunlu bırakmaktadır. Buradan hareketle yaşlılık olgusunun sadece bireyleri ilgilendiren bir sorun olmayıp toplumsal bir sorun haline geldiği görülmektedir (Mendoza-Núñez vd., 2018).

Türkiye ortaya koyduğu son yasal düzenlemeler ile evde bakıma yönelik dönüşüm yaşandığının sinyallerini vermiştir. Türkiye'de yapılan araştırmalar yaşlıların çoğunlukla evde bakım istediğini ortaya koymaktadır (TÜİK, 2022). Ancak evde bakıma yönelik sistem ve uygulama boyutlarında sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunlar çok başlılık, farklı yaklaşımların varlığı, değerlendirme ve derecelendirmelerin bütüncül şekilde yapılamaması vb. şeklinde sıralanabilmektedir. Türkiye'nin bu sorunlarını çözerek yola devam etmesi

mevcut durumdaki kaynak ve zaman israfını ortadan kaldıracaktır. Bu kapsamda Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü tarafından kanıta dayalı politika kapsamında yayınlanan raporda; Türkiye ile benzer sosyoekonomik koşullara sahip ülkeler incelenebileceği ve bu ülkelerdeki uzun süreli bakım sistemlerinin Türkiye gerçeklerine uyarlanabileceği ifadesine yer verilmiştir (İşlek vd., 2023).

Araştırmanın temel amacı, Hollanda'da uygulanmakta olan Buurtzorg modelinin politika (program) değerlendirme yöntemiyle analiz edilmesidir. Araştırma ile Türkiye'nin evde bakım sisteminde var olan sorunlarına, mevcut durumda ayakları yere basan bir evde bakım sistemine sahip olan Hollanda'daki Buurtzorg modelinin, politika (program) değerlendirilmesi ile birçok çözüm önerisi ortaya konulacağı ve gerekli adımların atılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Yaşlılık ve Yaşlı Bakımı

Yaşlılık, bireylerin hem sosyal hem de sağlık yönünden ihtiyaçlarını değiştiren ve dönüştüren bir dönem olduğundan bireylerin farklılaşan birçok ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Yaşlanma sonucu birden fazla kronik hastalık olma durumu anlamına gelen multimorbidite olasılığı yükselmektedir. Bu durum hem bireyi olumsuz etkilemekte hem de sağlık hizmeti talebini (fizyolojik, fonksiyonel ve ruhsal sağlık sorunlar nedeniyle) artırmaktadır (Bähler vd., 2015; Beğler ve Yavuzer, 2012; Bloom ve Luca, 2016; Marengoni vd., 2011). Yaşlıların artan sağlık hizmetinin yanında sosyal desteklere de ihtiyaçları artmaktadır (Mort, 2013). Çeşitli sağlık sorunları nedeniyle öz bakım becerileri azalan yaşlılar, hayatlarını sürdürebilmek için destek almak durumunda kalmaktadır. Bu bakım desteği birden fazla hizmetin bir arada sunulmasını gerektirmektedir (Kalınkara ve Kalaycı, 2017). Hizmetin sunulmasında sağlık kuruluşları, bakım kuruluşları ve bireylerin ailelerinin her biri önemli konumdadır. Bu kapsamda toplumdaki yaşlanma durumu sadece bireysel sorun olmayıp toplumsal sorun olarak ele alınmayı ve ülkelerin sağlık politikası kapsamında politikalar geliştirmeyi gerektirmektedir.

Dünyada yaşlılara yönelik bakım hizmetleri birçok şekilde sunulabilmektedir. Yaşlı bakım hizmetleri kurumsal bakım ve evde bakım olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Kurumsal bakım türleri; hospis bakımı (hospice care), yaşlı bakım evleri (nursing home), korunmalı meskenler/emekli evleri (sheltered housing/retirement housing), huzurevleri (rest home), gündüz bakım merkezleri (day care centers), yaşlı apartmanları veya yaşlı köyleri (Retirement Villages), yaşlı kreşleri ve yaşlı kulüpleri olarak sıralanabilmektedir (Carehome, 2023).

Uzun süreli bakım hizmetleri kapsamında yaşlılara yönelik hizmetler; tıbbi bakım, ruh sağlığı hizmetleri, sosyal destek ve konut hizmetleri olarak sıralanabilmektedir. Tıbbi bakım temelde, rutin izleme, kronik sağlık durumlarından kaynaklanan komplikasyonların önlenmesi ve akut durumların tedavisini içermektedir. Ruh sağlığı hizmetleri, ruhsal ve

zihinsel sorunların izlemine yapmayı içermektedir. Sosyal destek kişinin hayatını sürdürebilmesi için gerekli olan günlük yaşam aktivitelerine verilen desteği içermektedir. Konut hizmetleri ise yaşlının varsa kendi konutunun uygun hale getirilmesi, yaşlının konutu olmaması durumunda ise yaşlıların kendilerine özel konutlarda toplu olarak bir arada buldukları ve konut hizmeti alabilecekleri konutların sunulmasını içermektedir (Guo ve Castillo, 2012; McSweeney-Feld vd., 2012).

Ülkeler, uzun süreli bakım hizmetlerinin kurumsal artan yükünü azaltmak amacıyla evde bakım hizmetlerine yönelerek bu alana ilişkin politikalar geliştirmektedir (EPRS, 2014). Birçok yaşlı insanın evde bakım kullanma olasılığı artmakta (Sims-Gould ve Martin-Matthews, 2010) ve özellikle gelişmiş ülkeler, yaşlılara evde bakım ve evde sağlık hizmetleri sunmak için politikalar geliştirmektedir (Simonazzi, 2009; Fagerberg ve Engstrom, 2012). Bilimsel ve teknolojik gelişmeler, sosyal hakların gelişmesi ve yaygınlaşması, kurumsal bakım hizmetlerindeki yetersizlikler, yaşlılığa bağlı çeşitli ek sağlık ihtiyaçlarının ortaya çıkması, sağlık hizmetleri harcamalarında artan maliyetler, bireyin taburculuk sonrasında da bakım ihtiyacının sürmesi, bireylerin artan beklentileri gibi nedenler evde bakım hizmetlerini gündeme taşıyan diğer faktörler arasındadır (National Research Council, 2011). Evde bakıma duyulan ihtiyaç, yerinde yaşlılık anlayışının yaygınlık kazanmasıyla giderek daha da artacaktır (Sims-Gould ve Martin-Matthews, 2010). Yakın gelecekte de yaşlılara yönelik kurumsal bakım ve özellikle evde bakım sektörlerinin en hızlı büyüyen sektörler arasında yer alması beklenmektedir (Birla, 2017: 75).

Evde Bakım ve Önemi

Evde bakım; kişilerin tek başlarına karşılayamadıkları ihtiyaçlarının çeşitli hizmetlerle karşılanarak, yaşlının yaşamını evinde devam ettirebilmesini sağlayan bir destek sistemi olarak tanımlanmaktadır (Genç ve Alptekin, 2013). Evde bakım hizmetlerinin kapsamına; evde sağlık hizmetleri, günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi, aletli günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi, toplumsal hayata katılım aktiviteleri, evin temizliği, evin yeniden düzenlenmesi, destekleyici teknolojilerin tedariki, yemek tedariki, ütü, çamaşır, bulaşık, alışveriş, tamir işleri sosyal ve kültürel faaliyetlere katılım, hastane randevularının alınması ve ulaşımın sağlanması gibi faaliyetler girmektedir (Karan ve Satman, 2021; Güven, 2016). Burada evde bakım ve evde sağlık bakımı ayrımı önemlidir. Bakım; hemşirelik hizmetleri, tıbbi tedavi ve izlem, tıbbi rutinler, iş-uğraş ve fiziksel terapi gibi sağlık bakımı içeriyorsa evde sağlık bakımı olarak tanımlanmaktadır (Prieto, 2008). Farklı bir tanımda evde sağlık bakımı; yaralanma, hastalık (akut veya kronik) ya da engellilik durumu olan kişilere yönelik sağlık profesyonelleri tarafından kişinin evinde sunulan hizmetler olarak tanımlanmıştır (Harris, 2017). Diğer yandan bakım; hastanın banyo yaptırılması, giydirilmesi, yemek yedirilmesi, ev düzeni, alışveriş, sosyal hizmetler ve eğitim gibi hizmetleri kapsıyorsa evde bakım olarak tanımlanmaktadır (Prieto, 2008).

Evde sağlık bakımı uygulamaları ülkelerde her geçen yıl daha da artan şekilde uygulanmaktadır (Goode-Chresos, 2012). Bakım; kurumlar, bakım verenler, destek hizmetleri gibi birçok sektörü ve paydaşı içinde barındıran hizmetleri kapsamaktadır. Süreç içinde yer alan paydaşların koordinasyon içinde çalışması iletişimi güçlendirecek ve kaynaklardan daha etkin faydalanmayı sağlayacaktır. Nitekim çalışmalar, koordinasyonun hastaların sağlık sonuçlarına ve bakım maliyetine olumlu etkileri olduğunu ortaya koymaktadır (National Research Council, 2010).

Genet ve arkadaşları (2011), çalışmalarında Avrupa ülkelerinde evde sağlık hizmetleri sunumunda farklılıklar bulunduğunu belirtmişlerdir. İncelenen ülkelerin büyük çoğunluğunda, evde sağlık hizmetlerinin en önemli hedefi yaşlıların mümkün olduğunca yaşamlarını evde sürdürmelerini sağlamaktır. Ülkelerin evde bakım hizmetinin sunumunda; finansman, hizmet sunumu ve politika geliştirmeye ilişkin sorumlulukları yerel, bölgesel ve ulusal açıdan farklı şekillerde uyguladıkları görülmüştür. Bazı ülkelerde hizmetlerin sunumu yerel yönetimlere bırakılmışken (Finlandiya); bazılarında doğrudan hükümet tarafından (İspanya) yürütülmektedir. Bazı ülkeler (Hollanda) sağlık ve sosyal hizmetleri sunan birimleri ayırırken; bazıları (İsveç) tümünü belediyeler üzerinden yürütmektedir.

Evde bakım hizmetleri, formal bakım ve informal bakım olmak üzere iki kısma ayrılmaktadır. Formal bakım, farklı meslek gruplarından kişilerce verilen hizmetler olarak tanımlanırken; informal bakım, bakım kişinin aile bireyleri, akraba, arkadaş, komşu gibi kişiler tarafından verilen hizmetlerdir (Altuntaş vd., 2010). Günümüzde evde yaşlı bakım hizmetlerinin büyük bir kısmı informal kaynaklar tarafından karşılanmaktadır (Eryurt ve Peksezer, 2016). Geleneksel toplumlarda yaşlı bakımı bir iş olarak görülmemekte, aile içerisinde herhangi bir aile üyesinin üstlenmesi gereken bir sorumluluk olarak kabul edilmektedir. Aile tarafından bakım verilmesi halen devam etmesine rağmen, zaman içinde yaşam koşulları gibi bazı nedenlerle bu durum değişmeye başlamıştır. Bu nedenler Prieto (2008) tarafından; sanayileşme ve kentleşmenin etkisiyle geniş ailelerin çekirdek ailelere dönüşmesi, aile üyeleri artık eskisi gibi yakın mesafede ikamet etmemesi, ortalama yaşam süresi uzaması, uzayan ömre sahip kişilerin bakıma ihtiyacının artması, bakımda önemli yer tutan kadının iş gücüne dâhil olması şeklinde sıralanmıştır. Bu nedenler konunun ülke geneline yayılacak şekilde daha kapsamlı ve planlı şekilde ele alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Türkiye’de Evde Bakım: Mevcut Durum ve Sorunlar

Aileler, yaşlılara evde bakım hizmetleri konusunda destek verilmesine yönelik taleplerini artırmaktadır (Hellström ve Halberg, 2001). Ailelerin taleplerinin yanında, yapılan araştırmalar yaşlı bireylerin de kendi evlerinde yaşlanmalarının onları daha mutlu ettiği bulgusuna ulaşmıştır (TÜİK, 2022). Evde hastabakıcılık yerine bütüncül bir bakım hem aile üyeleri hem de yaşlılar açısından memnuniyeti artırıcıdır (Hassson ve Arnetz, 2011). Yağar (2022) tarafından yapılan araştırmada evde

bakım hizmetlerine ilişkin hastaların; sosyal bakımın yanında sağlık durumlarının da yakından takip edilmesi ve sağlık ihtiyaçlarının (reçete, tıbbi cihaz vb.) giderilmesi, taleplerine hızlı geri dönüşler yapılması ve bakım hizmeti verenlerin duyarlı ve vasıflı olması şeklinde beklentilerinin olduğu ortaya konulmuştur. Görüldüğü üzere başarılı bir evde bakım sistemi hem sağlık hem de sosyal hizmetin bütüncül şekilde verilmesini zorunlu kılmaktadır.

Bugün Türkiye’de evde sağlık bakımı hizmetlerinde; başta ve en önemli sunucu olan Sağlık Bakanlığı yanında, yerel yönetimler ve özel sektör yer almaktadır. Evde bakım kısmında ise; Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı başta olmak üzere yerel yönetimler, özel sektör, sivil toplum kuruluşları, aile üyeleri ve informal sunucular yer almaktadır (Karan ve Satman, 2021; Özmete ve Hussein, 2017; Pınar, 2010). Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, mevzuatının oluşturulması ve denetiminin yapılmasından Sağlık Bakanlığı sorumludur. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, evde sağlık hizmetleriyle ilgili yaptığı ilk düzenlemelerde *evde bakım* terimini kullanırken (Resmi Gazete, 2005); daha sonraki düzenlemelerde *evde sağlık* terimini kullanmıştır (Resmi Gazete, 2013; Resmi Gazete, 2023), Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ise, *evde bakım* kavramını kullanmaktadır.

2015 yılında uygulamada olan evde sağlık hizmeti sunumu değişmiş, 2017 yılında Sağlık Bakanlığı yeni bir uygulamaya geçmiş ve Evde Sağlık Hizmetleri hastanelere devredilmiştir. Buna ilişkin 2023 yılında yayınlanan genelgede de aynı uygulamaya devam edilerek evde sağlık hizmet birimleri; H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri (ESH-H) ve D Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri (ESH-D) olarak yapılandırılmıştır. ESH-H; ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesisleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmet birimleri; ESH-D ise ağız ve diş sağlığı merkezleri veya ağız diş hastanelerinde kurulan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesisi birimleri olarak yapılandırılmıştır (Resmi Gazete, 2023). Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmeti sunumu için Evde sağlık yönetim sistemini (ESYS) kullanmaktadır.

Günümüzde Sağlık Bakanlığı tarafından 81 ilde, toplam 86 evde sağlık il koordinasyon merkezi, 727 hastane, 147 ağız-diş sağlığı merkezinde ve 309 birinci basamak sağlık biriminde evde sağlık hizmeti verilmektedir (Karan ve Satman, 2021). Sağlık Bakanlığı tarafından evde sağlık hizmetine kayıtlı takip edilen hasta sayısı 2017 yılında 311.780 kişi iken; 2023 yılında 713.585’e ulaşmıştır. 2023 yılında hizmet sunulan toplam hasta sayısı ise 2.485.940’a ulaşmıştır. Evde sağlık hizmetine kayıtlı olup hizmet sunumuna devam edilen hasta sayısı 2022 yılında 623.794’e ulaşmıştır. Ziyaret sıklığı ise 2021 yılında 2,49 iken 2022 yılında 2,6 ve 2023 yılında 2,8 olarak gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023; Sağlık Bakanlığı, 2024).

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı altında kurulan Aile Sosyal Destek Programı (ASDEP), *fert, aile ve toplumu etkileyen sorun, ihtiyaç ve risklerin yapılan hane ziyaretleri ile belirlendiği; ihtiyaç duyan fert ve ailelerin sosyal hizmet ve yardımlar ile diğer kamu hizmetlerine yönlendirmelerinin yapıldığı, gerektiğinde ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile sivil toplum kuruluşları ile*

koordinasyonunun sağlandığı koruyucu, önleyici, destekleyici ve geliştirici program olarak tanımlanmıştır. ASDEP personeli Ulusal Hane Ziyareti Mobil Uygulaması kullanmaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023).

Yaşlı ve Engelli Bakım Projeleri (VEFA Projeleri), yaşlı ve engelli vatandaşlarımızın ev temizliği, kişisel bakımları, temel ve zaruri ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik sosyal hizmet projesidir. İhtiyaç sahibi durumda olup kişisel bakımlarıyla temel ve zaruri ihtiyaçlarını karşılayamayan yaşlı, engelli bireyler ile ağır kronik hastalığı nedeniyle kendi öz bakımını yerine getiremeyen bireyler kendi evlerinde proje kapsamındaki hizmetlerden faydalandırılmaktadır. 2010 yılından bu yana uygulanmakta olan VEFA Projeleri, Bakanlığın teklifi ve Cumhurbaşkanlığı Makamının 18.07.2022 tarih ve 95042 sayılı uygun görüş yazısı ile ulusal program haline getirilmiş ve ülke genelinde uygulanmaya başlanmıştır. Yaşlı-Engelli Ev ve Kişisel Bakım Programı (Ulusal VEFA Programı), 15 Ağustos tarihi itibarıyla Sosyal Yardım ve Dayanışma Vakıfları (SYDV) tarafından uygulanmaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023). SYDV personeli Bütünlük Sosyal Yardım Bilgi Sistemini kullanmaktadır.

Çok yaşlı ülkeler kategorisine geçen Türkiye’de yakın gelecekte yaşlı nüfusun önemli derecede artacağı bilinmektedir. Projeksiyonların ortaya koyduğu bu gerçeğe ilişkin politikaların ortaya konulması gelecekte ortaya çıkabilecek sorunların önüne geçilmesi konusunda hayati öneme sahiptir. On Birinci Kalkınma Planı’nda 582. Politika, yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine vurgu yaparak altında “*Evde sağlık hizmetleri yaygınlaştırılarak erişim, etkinlik ve kalite artırılacak ve yoğun bakım, palyatif bakım ve geriatri hizmetinin evde bakım hizmetleri ile entegrasyonu sağlanacaktır*” hedefine yer verilmiştir (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2019). 1 Kasım 2023 tarih ve 32356 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan On İkinci Kalkınma Planı’nda ise 712.1 numaralı hedefte “*yaşlı bakımında sağlık ve sosyal hizmetleri bir araya getiren bakış açısıyla yeni bir model oluşturulacak, bu kapsamda kurumlar arası koordinasyon sağlanacaktır*” ifadesine yer verilmiştir (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2023). Görüldüğü üzere On Birinci Kalkınma Planı’ndaki kalite vurgusu On İkinci Kalkınma Planı’nda yeni bir modelin ortaya konulması şeklinde dönüşmüş ve alandaki karmaşıklığın giderilmesi hedeflendiği görülmüştür.

Türkiye’de yaşlıların yerinde bakımı yani evde sağlık hizmetlerine yönelik dönüşüm yaşanmakta olduğu açıkça görülmektedir. Ancak bu dönüşümün öncesinde mevcut sorunları alanyazından ve yukarıdaki belirtilenler ışığında şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Evde bakım sisteminin bütüncül şekilde ele alınmaması,
- Yasal zemindeki karmaşıklık ve kurumlar arası farklı yaklaşımların varlığı,
- Talep odaklı sistemden arz odaklı sisteme dönüş sağlanamaması,
- Tekrar eden değerlendirme ve/veya derecelendirme işlemlerinin varlığı,

- Farklı kurumların farklı bilgi teknolojilerini ve/veya program kullanmaları bu konudaki birlikteliğin sağlanamayışı,
- Sistem içinde yer alan paydaşların (yerel yönetimler, özel sektör vb.) yer ve sorumluluklarının net şekilde belirlenmemiş olması,
- Özel sektöre yönelik özendiricilerin ve sübvansiyonların yetersizliği, mevcut durumda özel sektör tarafından verilen hizmetlerin denetimindeki eksiklikler,
- Ödeme yöntemlerindeki çok başlılık ve bütüncül bir sistemin olmayışı,
- Hastane üzerinden yapılanmaya gidilmesi ve ayrı bir yapılanmanın olmaması,
- Bakım hizmetlerini üstlenecek personellerin sisteme girişi, mevcut durumdaki bakıcıların eğitim durumlarındaki standartların olmayışı,
- Mevcutta informal bakıcılık yapanların kayıt dışılık durumu ve eğitim durumlarındaki belirsizlik,
- Performans kriterlerindeki eksiklik ve sunulan hizmetteki kalitenin izlenememesi,
- Sivil toplum kuruluşları ve gönüllülerin süreç içine nasıl dâhil edileceğinin belirsizliği.

Bu sorunları destekleyen şekilde Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü, Türkiye Sağlık Bakanlığı ve DSÖ Türkiye Ülke Ofisi, DSÖ Avrupa Kanıtı Dayalı Politika Ağı himayesinde yayınlanan ve politikaya yönelik kanıtı dayalı seçenekler sunmuştur. Türkiye’de uzun süreli bakım ile ilgili sorunların çözümü için sorunun nedenlerini geniş bir yelpazede kapsayan üç seçenek seçilmiştir. Bunlar; uzun süreli bakım hizmet sağlayıcılarının koordinasyonunun güçlendirilmesi; (2) uzun süreli bakım finansman sisteminin güçlendirilmesi ve (3) uzun süreli bakımda teknoloji kullanımının iyileştirilmesidir (İşlek vd., 2023).

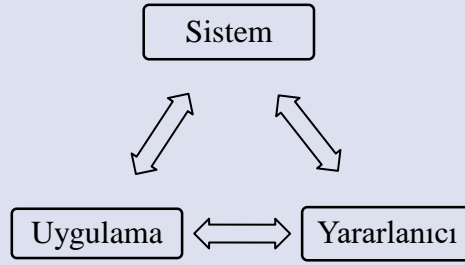
Yöntem

Araştırmanın temel amacı, Hollanda’da uygulanmakta olan Buurtzorg modelinin politika (program) değerlendirme yöntemiyle analiz edilmesidir. Analiz ile Türkiye’nin evde bakım sisteminde var olan sorunlara ilişkin bütüncül önerilerin ortaya konulması amaçlanmaktadır. Araştırmada politika analizi yöntemlerinden politika (program) değerlendirme araştırması kullanılmıştır. Politika ya da program değerlendirme araştırması, uygulanacak ve uygulanan kamu politikalarını ya da programlarını anlamayı ve değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Gül, 2015). Bu araştırma modelinin; katılımlı, katılımsız ve amaç odaklı gibi farklı türleri bulunmaktadır (Mathison, 2005). Bunun yanında politika (program) değerlendirme araştırmaları hedef odaklı veya hedeften arındırılmış şekillerde yapılabilmektedir. Buradaki fark araştırmacının değerlendirme yapacağı programın hedeflerini bilip bilmeme durumu ile ilgilidir. Patton (2002) değerlendirme araştırması sırasında araştırmacı tarafından programın hedeflerinin bilinmemesi durumunun ilginç sonuçları ortaya çıkarabileceğini belirtmiştir. Ancak her iki şekilde de

yapılacak değerlendirme araştırması da amaç ve programa göre kullanılabilir. Politika (program) değerlendirme araştırmasında, bir politikaya (program) ihtiyacın boyutunu ortaya koymak veya uygulanan bir politikanın (program) sonuçlarının ihtiyaçları gidermede ne ölçüde etkin ve etkili olduğunu/olabileceğini değerlendirmek için verilerin toplanması, analiz edilmesi ve değerlendirilmesi hedeflenmektedir (Cole, 1996). Bu araştırmalar; programları değerlendirmek, programın etkinlik/etkililiğini ölçmek ve/veya gelecekteki politika geliştirme faaliyetlerine ilişkin bilgi toplamak amacıyla özellikler ve program çıktıları hakkında sistematik bir biçimde veri toplanması ve değerlendirilmesi ve analiz edilmesini içermektedir (Patton, 2002).

Politika (program) araştırmaları sayesinde çıktılar üzerinden analiz yapılabileceği gibi belirlenen amaca yönelik olarak politikanın tümünün de analizinin yapılması mümkündür. Pinch (2009) bu konuda, değerlendirmenin sayılar üzerinden yapılması yerine nesnel bir değerlendirmeyi önermiştir. Bu sayede politika araştırması yapılanın doğrulanmasından öteye geçerek neyin değerli ve önemli olduğu ortaya çıkacaktır. Yine bu araştırmalar politika ya da programın yöneticileri ve/veya ortaya koyanlar tarafından yapılabildiği gibi diğer farklı kuruluşlar tarafından uygulanmak için de yapılabilmektedir. İyi yapılan bir politika (program) değerlendirme araştırması kamu algısını değiştirebilmekte ve politika yapıcılarının kararlarına etki edebilmektedir (Sert, 2017). Bu kapsamda, incelenen bir programın ya da politikanın; içerdiği eylemler, kullanılan kaynakları, politika süreçleri, politikaya zemin hazırlayan yasal ve yönetsel düzenlemeler detaylı şekilde açıklanması amaçlanmaktadır (King vd., 1987). Amaca yönelik olarak farklı kaynaklardan güvenilir ve geçerli veri elde edilmesi gerekmektedir. Veriler, nitel ve nicel araştırma yöntemlerinden faydalanılarak elde edilebilmektedir (Mathison, 2005). Araştırma kapsamında toplanacak veriler araştırmanın konusuyla ilgili olarak değişebilecek şekilde süreç, uygulama ve sonuçlar üzerine toplanabilmektedir. Amaca yönelik veri toplama tekniği olarak doküman incelemesi yönteminden faydalanılmıştır. Doküman incelemesi, araştırılmak istenen olgu/durum hakkında bilgi içeren yazılı belgelerin incelenmesidir. Doküman incelemesi tek başına veri toplama tekniği olarak kullanıldığı gibi diğer veri toplama teknikleri ile birlikte de kullanılabilir. Dokümanlar, nitel araştırmalarda önemli şekilde kullanılması gereken kaynaklar olarak görülmektedir (Arıkan, 2011; Mogalakwe, 2006; Yıldırım ve Şimşek, 2021).

Araştırma, Hollanda’da uygulanan ve birçok ülke tarafından izlenmeye alınan yaşlılara yönelik evde bakım hizmeti sunan Buurtzorg Modelinin politika (program) değerlendirme araştırması yöntemiyle analiz edilmesini amaçlamaktadır. Bu kapsamda araştırma, amaca yönelik olarak; sistem, uygulama ve yararlanıcılar olmak üzere üçlü bir sacayağı üzerine oturmaktadır. Araştırma modeli içinde yer alan boyutlar ve alt değişkenleri içerecek şekilde oluşturulan model görsel olarak aşağıda sunulmuştur.



Resim 1. Araştırma Modeli
Figure 1. Research Model

Sistem Boyutu ve Alt Değişkenleri:

Araştırma kapsamında ilk olarak Hollanda'nın yaşlılara yönelik olarak sunduğu hizmetlere temel oluşturan sistemi incelenmiştir. Sistem boyutu araştırmanın diğer değişkenlerine de temel sağlamaktadır. Buradaki amaç, Hollanda'da yaşlılara yönelik olarak uygulanmakta olan evde bakım hizmetleri politikalarının bütüncül şekilde ortaya konulmasıdır. Bu kapsamda sistem boyutunda incelenen alt değişkenler şunları içermektedir;

- Konuyla ilgili kanun ve yönetmelikler,
- Konuya ilişkin politika belgeleri,
- Yaşlı bakımına yönelik yönergeler ve standartlar,
- Uygulama esaslarını ortaya koyan belgeler (değerlendirme ve derecelendirme sistemleri, kalite standartları vb.),
- Sistemin mali kaynak temini ve yaşlıların sisteme dâhil olma kriterleri,

Uygulama Boyutu ve Alt Değişkenleri:

Uygulama boyutunda Hollanda'da uygulanmakta olan Buurtzorg evde bakım modelinin uygulama aşamasında nasıl bir yol izlediği ortaya konulmuştur. Bu boyut altında modelin ortaya çıkışı ve uygulamasına yönelik olarak veriler incelenmiştir. Uygulama boyutunda incelenen alt değişkenler şunları içermektedir;

- Uygulamaya yönelik yönergeler,
- Grupların çalışma prensipleri,
- Uygulama süreci içinde bulunan gruplar/kişiler,
- Bakım türleri (sağlık bakımı ve sosyal bakım) ve sunulan hizmetler,
- Gruplar tarafından kullanılan bilgi ve iletişim teknolojileri,
- Grup üyelerinin eğitim düzeyleri ve modele yönelik eğitimlerinin işleyişi,

Yararlanıcılar Boyutu ve Alt Değişkenleri:

Yararlanıcılar bir politikanın veya programın uygulandığı kişiler olup değerlendirmenin en önemli kısmını oluşturmaktadır. Politikanın veya programın hedeflerine ulaşım ulaşmadığı amaca yönelik olarak kullanılan yöntemlerle (görüşme, anket, deney vb.) ortaya konulabilmektedir. Bu boyut altında Buurtzorg modelinden hizmet alan kişilerin memnuniyet düzeylerini araştıran çalışmalar incelenmiş ve sonuçları karşılaştırmalı şekilde ortaya konulmuştur.

Bulgular ve Tartışma

Sistem Boyutuna İlişkin Bulgular

Araştırmaya konu olan ülkenin temel sağlık göstergeleri ve evde bakıma yönelik durumunu kısaca özetlemek gerekirse; Hollanda yaklaşık 17,8 milyon nüfusa ve 41.543 km² yüzölçümüne sahip bir ülkedir. Doğumda beklenen yaşam süresi kadınlarda 84 iken; erkeklerde 81,1 olup ortalama 82,6 yıldır. 2022 yılı itibariyle nüfusun %20,13'ü 65 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır (OECD Data Elderly Population, 2022). Hollanda toplam GYSH'nin %3,1'ini yaşlı bakıma ayırarak OECD ülkeleri arasında en fazla harcama yapan ülke konumundadır. Hollanda'da 14 Aralık 1967 tarihinde İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten - AWBZ) isimli kamu uzun süreli bakım sigortası kanunu kabul edilmiş ve 1 Ocak 1968 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Hollanda'da geliri olan herkes, AWBZ kapsamında gelirinin belli bir oranında prim ödemektedir ve 2008 yılından itibaren %12,15 olarak sabitlenmiştir. Hollanda'da artan oranlı vergi sistemi uygulandığı için yüksek gelirli bireyler çok daha yüksek vergi ödeyerek AWBZ sisteminin finansmanına katılmaktadır (Karan ve Satman, 2021). Hollanda'da yaşayan herkes AWBZ kapsamında olup gerekli değerlendirmelerden geçen herkes ihtiyacı olan bakım hizmeti alabilmektedir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2016). AWBZ kapsamında olan sigortalının değerlendirilmesi (bakıma muhtaçlık tespiti ve ihtiyaç duyduğu hizmetin boyutu), 2004 yılından bu yana bağımsız bir kuruluş olan Bakım Değerlendirme Merkezi (Centrum Indicatiestelling Zorg-CIZ) tarafından yapılmaktadır (Karan ve Satman, 2021).

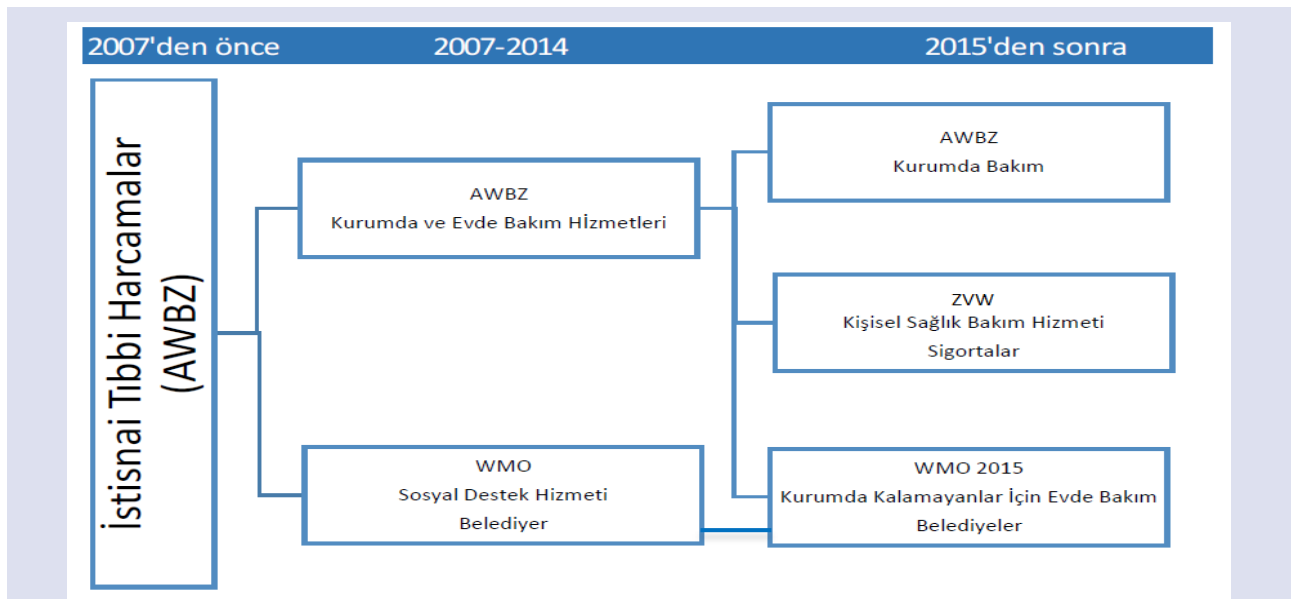
AWBZ kapsamında sunulan hizmetler; primler, vergiler ve gelire bağlı katkı payları ile finanse edilmektedir. Dolayısıyla, Hollanda sistemi çoğunlukla sosyal sigorta primleri ile karşılanmakta bunun yanında uzun süreli bakım harcamalarının bir kısmı genel bütçeden ödenmektedir. Bunun yanında 2007 yılında yürürlüğe giren Sosyal Destek Kanunu (Wet maatschappelijke ondersteuning - WMO) ile AWBZ kapsamında sunulan bazı hizmetler WMO programına aktarılmıştır. Buna göre, bakıma muhtaç bireylere yemek yapma, temizlik yapma, alışveriş yapma ve bunun gibi diğer günlük yaşam aktivitelerinde sağlanan evde destek hizmetleri yerel

yönetimlerin sorumluluğuna verilmiştir. Belediyeler yaşlılara yönelik genel ve kişisel olmak üzere iki tip hizmet sunmaktadır. *Genel destek hizmetleri* bireyin topluma bağlılığını sürdürmeye yardımcı olacak; mahallede günlük toplantılar, 75 yaş ve üzeri gruba ücretsiz, indirimli veya özel ulaşım servisi, eve yemek hizmetleri bulunmaktadır. *Kişisel destek hizmetleri* ise bireyin ihtiyacına göre değişen ev temizliği ve düzeni ile kişiye özel bakım hizmetlerini (kişisel temizlik, tuvalet kullanımı, ilaç verilmesi vs.) kapsamaktadır (National Healthcare Institute, 2016). WMO kapsamında sağlanan sosyal hizmetler için ayrılan belirli bir bütçe olmamakla birlikte, bu hizmetlerin finansmanı genel bütçe ve yerel vergilerden ayrılan fonlarla karşılanmaktadır (Karan ve Satman, 2021). Bireyler bakım hizmetlerini belediyeden ve anlaşmalı kurumlardan alabileceği gibi, bireye sağlanan ödenekle kendisi de sağlık bakım hizmeti alabilmektedir (National Healthcare Institute, 2016).

Hollanda'da hızla yaşanan nüfus göz önüne alındığında sistemi daha sürdürülebilir hale getirmek için 2015 yılında Hollanda'da uzun süreli bakım finansmanı ve sunumu sisteminde büyük bir reform uygulanmıştır. Reform, AWBZ'nin yerini alan yeni bir Uzun Süreli Bakım Yasasının (Wet Langdurige Zorg, WLZ) uygulamaya konmasını içermektedir (Maarse ve Jurissen, 2016). Reform, uzun süreli bakımda yerel yönetimin rolünü büyük ölçüde artırmıştır. Reformun hedefleri; (1) sağlıkla ilgili tıbbi bakım (örneğin birinci basamak ve hastane bakımı) ve sosyal bakım ve barınma arasındaki (örneğin sosyal yardım) arasındaki koordinasyonu geliştirmek ve (2) sağlık sigortacılarını ve belediyeleri uzun süreli bakım satın alma konusunda sorumlu ve mali açıdan hesap verebilir hale getirerek bakımın etkili bir şekilde sağlanmasına

yönelik teşvikleri güçlendirmektir (Alders ve Schut, 2022). Sosyal destek ve yardım sağlama sorumluluklarını merkezden yerel düzeye devrederek yerinde yaşlanma teşvik edilmektedir. WMO 2015, başvuru sahiplerine, kendi başlarına bir ev idare edemiyorlarsa ve/veya sosyal hayata katılamıyorlarsa, kamu tarafından finanse edilen destek alma hakkı vermektedir. Ancak yardıma hak kazanıp kazanmamak her belediyenin takdirine bırakılmıştır. Belediyeler aynı zamanda sağlanacak yardımın türü ve kapsamı konusunda da politika konusunda oldukça fazla takdir yetkisine sahiptir (Maarse ve Jurissen, 2016). Reform öncesi ve sonrası durum Şekil 2'de gösterilmiştir.

Sigorta şirketleri üzerinden alınabilen bakım hizmetleri önemli yer tutmaktadır. Bu kapsamda özel sağlık girişimleri istenilen bakımları sunabilmektedir. Evde bakım kuruluşları, 10 farklı evde bakım hizmeti sunmak için devlet tarafından finanse edilen sigorta şirketleriyle sözleşme yapmaktadır. Bakım üç düzeyi (temel, ekstra ve özel) içermektedir. *Temel bakım* bir plana göre gerçekleştirilirken (örneğin banyo ve giyinmeye yardım için haftada beş saat gibi); *ekstra bakım*, planlanmamış 7/24 bakım için gerçekleştirilmektedir. *Özel bakım* ise, sıradan hizmetlerden daha fazlasını gerektiren karmaşık hastalar için düzenlenmektedir. İzin verilen saat sayısı, bireysel hasta değerlendirmelerine dayanmaktadır (Gray vd., 2015). Sağlık Sigortası Yasası (Zorgverzekeringswet, ZVW) uyarınca sigortacılar toplum hemşireliği ve kişisel bakım sözleşmelerinden sorumlu tutulmaktadır. Bütüncül bakım sağlayan bu tür bakım sigorta şirketlerinin sorumlu olduğu ZVW kapsamına girmektedir. Buurtzorg ise ZVW kapsamında bütüncül hizmet sunan bir kuruluştur (Maarse ve Jurissen, 2016).



Resim 2. Uzun Süreli Bakım Hizmetindeki Reformlar
Figure 2. Reforms in Long-Term Care

Kaynak: Maarse ve Jurissen, 2016

Uygulama Boyutuna İlişkin Bulgular

Önemli evde bakım kuruluşlarından biri olan Buurtzorg (buurt: mahalle, zorg: bakım), 2006 yılında Hollanda'da kurulmuş öncü bir sağlık kuruluşudur (Cirkovi'c, 2018; Monsen ve de Blok, 2013a). Buurtzorg modelinin temel ilkelerinden biri, iki temel stratejiyle hayata geçirilen "bürokrasiye karşı insanlık"tır. İlk strateji, hastaların özerkliğini ve güçlendirilmesini savunmaya dayanan bütünsel ve kişi merkezli bir hemşirelik uygulaması ahlakıdır. Temel ilkeler bakımın sürekliliği, güvene dayalı ilişkiler kurmak, mahallede ağlar oluşturmak ve hastaları toplum kaynaklarına bağlamaktır. İkinci strateji en fazla 12 toplum hemşiresi, hemşire ve toplum bakıcısından oluşan bağımsız, kendi kendini yöneten ekipler oluşturmaktır (de Veer vd, 2008; Drennan vd., 2018a; Monsen ve de Blok, 2013a). İdeal olarak bir ekibin %50'si evde bakım hemşirelerinden ve %50'si toplum bakıcılarından oluşur (Van Dalen, 2010). Ekip üyeleri orta mesleki eğitim ve yüksek mesleki eğitim düzeyinde eğitim seviyesine sahiptir. Toplum bakıcıları orta; toplum hemşireleri ise yüksek eğitim almaktadır (Van Dalen, 2010). Bu modelde her takım 40-60 hastadan sorumludur. Yine bu takımlara problem çözmede her zaman yardım edebilecek bir yönetici de hazır bulunmaktadır. Bu takımlar ile sağlık ve sosyal hizmetlerinin birlikte sunulması amaçlanmaktadır (Gray vd., 2015). Takımlar, bölge koçları ve merkezi olarak finans ve yönetimle ilgilenen az sayıda arka ofis uzmanı tarafından desteklenmektedir (Monsen ve de Blok, 2013b). Buurtzorg, sınırlı genel giderleri ve evde bakım ekiplerinin sahip olduğu yüksek düzeyde mesleki özerklik ve sorumlulukla kendisini geleneksel evde bakım organizasyonlarından ayırmaktadır (European Commission, 2015). Buurtzorg'un amaçları, kurucusu Jos de Blok tarafından şu şekilde sıralanmıştır;

- Hem tıbbi hem de destekleyici evde bakım hizmetleri sağlamak için kendi kendini yöneten hemşire ekipleri oluşturun,
- Sürdürülebilir, bütünsel bir topluluk bakımı modeli haline gelin,
- Hastaların bağımsızlığını koruyun veya yeniden kazanın,
- Hastaları ve ailelerini kişisel bakım konusunda eğitin,
- Mahalle kaynakları ağları oluşturun,
- Hemşirelerin profesyonelliğine güvenin.

Buurtzorg, hizmetleri için saat başına sabit bir ödeme yöntemini benimsemiştir. Buurtzorg'un hemşire ekipleri hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için diğer kuruluşlara göre daha az saat kullanmaktadır (Gray vd., 2015). Hemşireler, bölge hemşirelerine daha fazla başvurmadan, arka ofis ekibi tarafından toplanacak her veri için gereken bakım miktarına karar verme hakkına sahiptir (Cavedon vd., 2020; Hamm ve Glyn-Jones, 2019). Maliyet etkinliği ve hastaların ve bakıcıların memnuniyeti açısından Buurtzorg olumlu sonuçlar elde etmiştir (Monsen ve de Blok, 2013b). Ancak Buurtzorg, gelirlerini en üst düzeye çıkarmak için karmaşık hastaları seçmesi ve plansız bakımı yönetmekte zorluk yaşaması nedeniyle de eleştirilmiştir. Bu nedenle hastalar diğer evde bakım hizmetlerinden yardım almak zorunda kalmıştır (Gray vd., 2015). Ancak bu iddiaları

destekleyen önemli kanıtların eksik olduğu belirtilmiştir (Gray vd., 2015). Sonuç olarak iş modeli, evde bakımda yenilik yapma konusunda uluslararası ilgi ve şöhret kazanmıştır (Gray vd., 2015; Jantunen vd., 2020; Leask ve Gilmartin, 2019). Son birkaç yılda, çeşitli ülkelerde giderek artan sayıda girişim Buurtzorg modelini uyarlamaya çalışmıştır (Kreitzer vd., 2015; Sheldon, 2017). Japonya, Norveç, İsveç, Finlandiya, Birleşik Krallık ve ABD gibi ülkeler bu modeli temel almışlardır (Leask ve Gilmartin, 2019; Rosengren vd., 2017). Buurtzorg Hollanda'nın organizasyon yapısı Şekil 3'te gösterilmiştir.

Buurtzorg'un yönetim ekibi, personeli veya politika departmanı, halkla ilişkiler, iletişim veya personel ve organizasyon/insan kaynakları departmanları yoktur (de Blok and Pool, 2010). Gerektiğinde Buurtzorg, insan kaynakları veya işbirliği anlaşmaları alanında dışarıdan bir uzmana danışarak işe almaktadır. Yeni ekip üyelerinin işe alınması, seçilmesi ve eğitilmesi söz konusu olduğunda Buurtzorg ekiplerinin kendi sorumlulukları bulunmaktadır. Bunu bölge koçlarıyla birlikte kendileri yapmaktadır. Her takımın kendi gelir ve maliyetlerini takip etme ve kendi takım sonucunu hesaplama sorumluluğu olsa da Hollanda Buurtzorg, bu noktada takımlara destek olmak amacıyla düzenli olarak çalıştaylar düzenlemektedir (de Blok and Pool, 2010).

Her Buurtzorg takımının bir bölge koçu vardır ve tüm bölge koçları hemşiredir. Liderlik işlevleri, hiyerarşik veya sonuç sorumlulukları yoktur (van Dalen, 2010). Koç açıkça emirleri merkez ofisten aktaran biri değildir; tam tersi, takımın öz yeterliliğini teşvik etmeye çalışan kişi olarak görülmektedir (de Blok ve Pool, 2010). Tam zamanlı çalışan bir bölge koçu, ortalama 30 Buurtzorg ekibini desteklemektedir. Bir takımın çalıştığı ilk iki yıl boyunca bölge koçu, her altı ila sekiz haftada bir takımla iletişime geçmektedir (van Dalen, 2010).

Buurtzorg, ekiplerin kendi kalitelerini izleyebilmeleri için bir Takım Pusulası geliştirmiştir (Pool ve Mast, 2011). Takım Pusulası aşağıdaki bölümleri içermektedir:

- Müşteri deneyimlerinin geri bildirimini,
- Bakım içeriğinin kalitesi (danışmanlık, eğitim ve öğretim vb. dâhil),
- Hane halkı masrafları,
- Ekip rolleri ve karşılıklı bağlantılar.

1 Ocak 2008'den bu yana, tüm Buurtzorg ekipleri, hem Buurtzorg Hollanda hem de birbirleriyle birçok bilgi içeren, her takıma rapor verme ve en son gelişmeler hakkında birbirlerini bilgilendirme alanı sağlayan *Buurtzorgweb* aracılığıyla bağlantı halindedir. Buurtzorgweb, sağlık hizmetleri için Bilgi Teknolojileri (BT) konseptleri geliştiren Ecare şirketi tarafından geliştirilmiştir. Ecare, Buurtzorgweb'i Buurtzorg'un çalışma şekline uyarlamıştır. Buurtzorgweb'de evde bakım bilgi sisteminin dijital bir versiyonu bulunmaktadır ve bu sistem sağlık profesyonellerini bakım planlarının yapımında desteklemektedir (de Blok ve Pool, 2010). Buurtzorgweb'e masaüstü ve mobil uygulamalar aracılığıyla erişilebilmektedir. BT platformunun idari işlevler için kullanılmasının, tipik bir evde bakım kurumunun maliyetlerinde yaklaşık %20 oranında tasarruf sağladığı tahmin edilmektedir (Kreitzer vd., 2015). Buurtzorg Bilgi Sistemi beş unsurdan oluşmaktadır (Pool ve Mast, 2011):

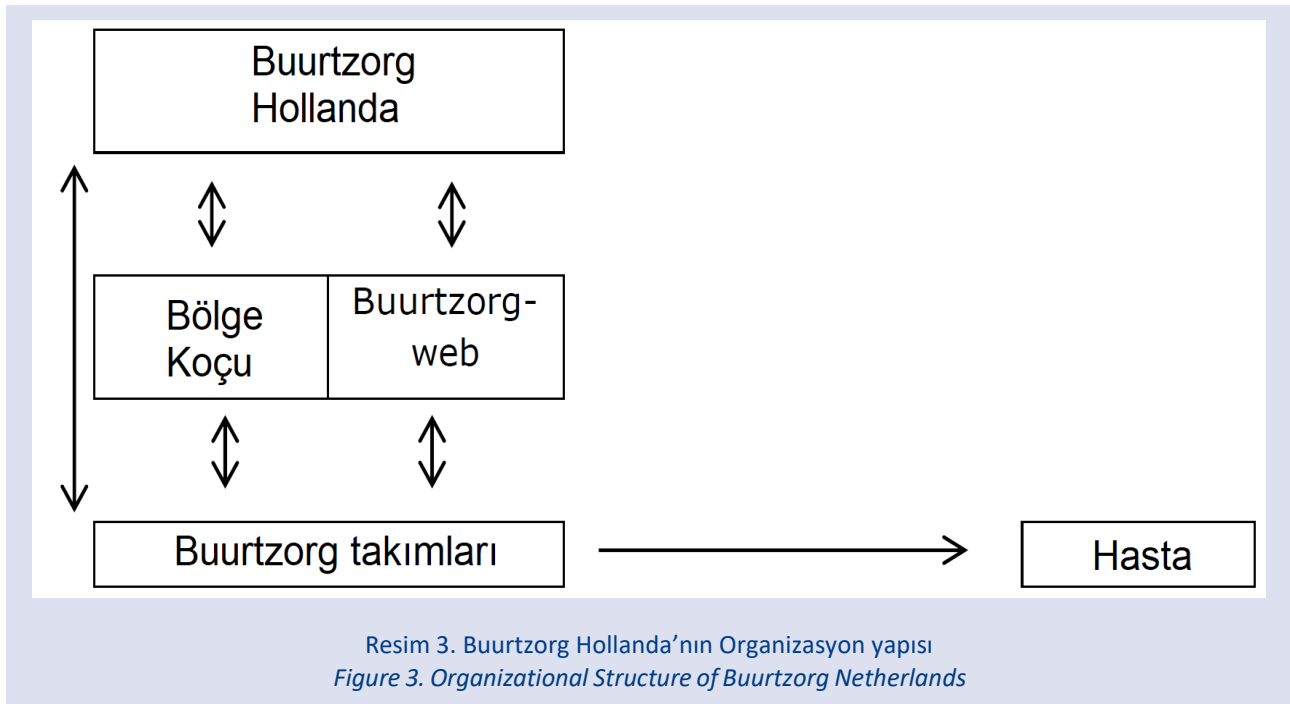
- *Danışan perspektifi*: Evde bakım hemşiresinin danışanın sağlık sorunlarını nasıl yaşadığını ve bunlarla nasıl başa çıktığını ölçebileceği bir anket,
- *Sağlık Pusulası*: resmi olmayan bakıcıların desteğine ihtiyaç duyan bakım yükünün, danışan ağının ölçülebildiği bir araçtır,
- Hemşirelik verilerini elde etmek için *OMAHA¹ sınıflandırma sistemi*: sorunların, müdahalelerin ve sonuçların tanımı,
- *Buurtzorg dosyası* (yani bakım dosyası): bu dosya ara değerlendirmeler ve nihai değerlendirme dâhil gerekli tüm formları içermektedir,
- Protokoller, standartlar ve çalışma talimatları.

Buurtzorgweb, eğitim ve öğretim ile ülke genelindeki meslektaşların uzmanlığı için önemli bir bilgi kaynağı görevi de görmektedir (de Blok and Pool, 2010). Tüm takımların sonuçları, Buurtzorgweb'de diğer takımlar için de görülebilir durumdadır. Bu durum rekabet yaratsa da takımlara birbirlerinden öğrenme fırsatını vermektedir (de Blok and Pool, 2010). Buurtzorgweb'i, Buurtzorg ekipleri ve ekip üyeleri arasında bilgi paylaşımı dâhil olmak üzere çeşitli amaçlarla kullanılabilse de 2011 yılında ağırlıklı idari görevler için kullanıldığı tespit edilmiştir (Pool ve Mast, 2011).

Yararlanıcı Boyutuna İlişkin Bulgular

Evde bakım alan bireyler uygulanan politikaların, uygulamaların doğrudan muhatabı olduğu için sonuçları

ilgili bireyler üzerinden okumak ve değerlendirmek önemlidir. Bu kapsamda analize konu olan Buurtzorg modelinde hizmet alan bireyler çeşitli araştırmalara konu olmuş ve sonuçların oldukça olumlu olduğu görülmüştür. 2009 yılında yapılan araştırmada Buurtzorg, ülkenin herhangi bir yerindeki hastalar arasında en yüksek memnuniyet oranına sahip olduğu ortaya konmuştur (de Veer vd., 2009). 2008'den 2010'a kadar yapılan bir çalışmada hasta memnuniyeti 10 üzerinden 9,1 olarak ölçülmüştür (Monsen ve de Blok, 2013a). 2012 yılında Buurtzorg, ulusal bakım kalitesi değerlendirmesinde hasta memnuniyeti açısından tüm evde bakım kuruluşları arasında birinci sırada yer almıştır (Leichsenring, 2012). 2015 yılında Hollandalı evde bakım müşterilerinin yaklaşık yüzde 10'una Buurtzorg ekipleri tarafından hizmet verilmiştir (Johansen & van den Bosch 2017). 2015 yılında yapılan bir çalışmada Buurtzorg'un fiziksel bakım, personel kalitesi, bilgi ve katılımı ilgili önlemlere ilişkin hasta derecelendirmeleri 370 evde sağlık kurumu arasında ilk onda yer almıştır (KPMG, 2015). Yine 2015 yılında yapılan farklı bir araştırmada Buurtzorg, hastaların sağlayıcılarını ailelerine ve arkadaşlarına tavsiye edip etmeyeceklerini konusunda 360 evde sağlık kurumu arasında yedinci sırada yer almıştır (Gray vd., 2015). Bunların yanında Drennan ve arkadaşları (2018b), araştırmalarında hastaların Buurtzorg'un sunduğu bakımdan oldukça yüksek düzeyde memnuniyet duyduklarını ortaya koymuşlardır.



Resim 3. Buurtzorg Hollanda'nın Organizasyon yapısı
Figure 3. Organizational Structure of Buurtzorg Netherlands

Kaynak: European Commission, 2015

¹ OMAHA Sistemi, hasta bakımını planlamak, belgelemek ve analiz etmek için kullanılan elektronik standartlaştırılmış bir sınıflandırmadır. Bir sorun sınıflandırma sistemi (çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlıkla ilgili davranışsal sorun), farklı hizmetleri kapsayan bir müdahale şeması ve

bilgi, davranış ve sağlık durumu için sonuç derecelendirme ölçeği içermektedir (The Omaha System, 2024). Buurtzorg tarafından yalnızca bakımın planlanması ve belgelenmesi için değil aynı zamanda hizmet modellerinin faturalandırılması ve analizi için de kullanılmaktadır.

Sonuç

Araştırmada Türkiye'nin evde bakım sisteminde var olan sorunlara ilişkin bütüncül önerilerin ortaya konulması için Hollanda'da uygulanmakta olan Buurtzorg modeli politika (program) değerlendirme yöntemiyle analiz edilmiştir. Evde bakım sektörü giderek daha fazla sayıda çoklu hastalığı olan kişilerin bakım ihtiyaçlarıyla karşı karşıya kalmaktadır (Rijken vd., 2017); bu durum bizi karmaşık bakım ihtiyaçları olan bireylere yönelik bakım kalitesinin nasıl sağlanacağı sorusuna götürmektedir. Bunun yanında bireylerin istekleri de değişmekte ve çeşitlenmektedir. 2024 yılında yapılan bir araştırmada, uygulamada hasta odaklı bakım sağlamak için bireylerin evde bakım ihtiyaçlarının uygunluğu ve önceliği konusunda kendi görüşlerine sahip olduklarını akılda tutmanın önemli olduğu vurgulanmıştır. Bunu göz önünde bulundurarak, bireylerin evde bakım ihtiyaçlarına ilişkin bakış açılarında daha fazla odaklanmayı gerektirdiği belirtilmiştir (Dürr vd., 2024).

Türkiye'de yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlıların evde bakıma olan talebinde artış olduğu görülmektedir. Hâlihazırda Türkiye'de evde sağlık hizmeti kullanıcılarının büyük çoğunluğunun 60 yaş üzeri hastalardan oluştuğu bilinmektedir (Zaybak vd., 2012). TÜİK tarafından yapılan Türkiye Aile Yapısı Araştırması 2021 sonuçlarına göre; bireylerin kendilerine bakamayacak kadar yaşlandıklarında nasıl yaşamayı tercih ettikleri incelenmiş ve %30,7'si evde bakım hizmeti almayı, %27,5'i çocuklarının yanında kalmayı, %15'i ise huzurevi/bakımevine gitmeyi istediğini belirtmiştir (TÜİK, 2022). Benzer şekilde yine TÜİK Türkiye Yaşlı Profili Araştırması 2023'te de 65+ yaştaki kişilerin ileri yaş dönemindeki yaşam tercihinin yaklaşık %53 oranında evde bakım hizmeti alır/gündüzlü bakım hizmeti alır evimde kalırım şeklinde belirtmişlerdir (TÜİK, 2024b). Bu kapsamda yaşlı nüfusun yaklaşık yarısından fazlasının ev ortamında kalmak istediğini belirttiği görülmektedir. Ev ortamında kalmak isteyen nüfusun sayısının nüfus projeksiyonlarında görüldüğü üzere her geçen yıl artacağı da göz önünde bulundurulduğunda evde bakımın ayağı yere basan politikalar geliştirilmesi gerektiği açıktır.

Araştırmada incelenen Buurtzorg modeli, Türkiye'deki evde bakım sistemini düzenlemek açısından önemli çıktılar sunmaktadır. İlk olarak sistem boyutundan bakıldığında Türkiye'deki çok başlılığın ortadan kaldırılması ve bakım sigortasının kurulması gerekliliği göze çarpmaktadır. Nitekim Türkiye'de bakım sigortası kurulmasının gerekli olduğu birçok çalışmada da vurgulanmıştır (Canikoğlu ve Ünal, 2011; Hekimler, 2015). Uluslararası Çalışma Örgütü de yayımladığı raporda herkesin sosyal güvenliğinde bir hak olarak yaşlılar için uzun süreli bakımın garanti edilmesi gerekliliğini belirtmiştir (Scheil-Adlung, 2015). Bakım sigortasıyla kamu finansmanının varlığı birçok yönden önem taşımaktadır. İlk önemli nokta olarak uzun süreli bakıma yönelik kamu finansmanının yokluğu veya yetersizliğinin, hem yaşam masraflarını hem de uzun süreli bakımı karşılayamayacak durumda olan emeklilik gelir seviyesidir. Diğer bir önemli nokta ise bakımın aile içine bırakılmasının, bu bakımı sağlayabilecek aile üyeleri olmayanlar için adaletsiz olması ve bakımı üstlenen ev halkı için önemli bir fırsat maliyeti

(işgücü piyasasına katılmak isteyen aile üyelerinin bakım sorumlulukları nedeniyle bunu yapamaması gibi) getirmesidir (Tessier vd., 2022). Bu sebeplerle Hollanda'da olduğu gibi bir bakım sigortasının var olan sistemimize entegre edilmesi, bugün bireyler tarafından ödenecek küçük miktarların gelecekteki evde bakım maliyetlerini karşılamada önemli bir kaynak oluşturacağı düşünülmektedir.

Buurtzorg modelinin uygulama boyutundan elde edilen kanıtlardan hareketle Türkiye'de hâlihazırda uygulanmakta olan evde bakım sistemini yeniden düzenlemek adına da önemli çıktılar elde edilmiştir. Bu kapsamda ilk olarak, mevcut durumda birden fazla organ tarafından farklı şekillerde sunulan evde bakımın tek bir çatı altında toplanması, sağlık ve sosyal bakımı içerecek şekilde bütüncül sunulması hem kaynakların hem de zaman sırafının önüne geçilmesi açısından önem arz etmektedir. Uygulama alanında ikinci önemli konu değerlendirme ve derecelendirme konusudur. Hollanda'da AWBZ kapsamında olan sigortalının değerlendirilmesi (bakıma muhtaçlık tespiti ve ihtiyaç duyduğu hizmetin boyutu), bağımsız bir kuruluş olan Bakım Değerlendirme Merkezi (Centrum Indicatiestelling Zorg-CIZ) tarafından yapılmaktadır (Karan ve Satman, 2021). Bu kısım sunulacak hizmetlerin boyutunu, bakım şeklini, bakım miktarını önemli derecede etkilemektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ayrı Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASDEP ve SYDV ayrı ayrı) ayrı olacak şekilde değerlendirmeler yapmakta ve birbirinden kopuk bir görünüm sergilemektedir. Tek çatı altında birleşme sonrası sağlık ve sosyal bakım çalışanlarından oluşturulacak tek ve bağımsız değerlendirme ekipleri, belirlenecek ölçek ve değerlendirme koşulları kapsamında yapacağı değerlendirmenin sonraki dönem için tek başvuru kaynağı olmasının sistemin düzgün ve tutarlı olarak başlamasını sağlayacaktır.

Bilindiği üzere yaşlılara yönelik evde bakımda sağlık ve sosyal bakımın birbirinden ayrılmayan şekilde verilmesi gerekliliği birçok çalışma ile ortaya konulmuştur (Alders ve Schut, 2022; Yağar, 2022). Bu kapsamda oluşturulacak yeni sistemde tıpkı Buurtzorg modelinde olduğu gibi oluşturulacak bakım ekiplerinin hem sağlık çalışanları hem de bakım işini üstlenecek kişilerden oluşması oldukça önemlidir. Oluşturulacak bakım ekipleri kendilerinden önce yapılan değerlendirme ve derecelendirme sonucuna göre bütüncül bir bakım hizmeti sunabileceklerdir. Bunun yanında oluşturulacak ekiplerin belirlenecek olan bir bölgeden sorumlu olması hem daha etkin çalışmayı getirecek hem de bireylerin ihtiyaçları daha yakından tanınacağı için bireyin isteğine göre bakım hizmeti sunulmuş olacağı düşünülmektedir. Bu konuda önemli bir vurgu yapılmıştır. Buurtzorg'un en önemli özelliği, bakımın sürekliliğini sağlamayı ve iş zenginleştirmeyi amaçlayan kendi kendini yöneten ekiplerdir. Dünden bugüne bakıldığında sağlık kurumları ve özellikle hemşirelik hizmetleri hiyerarşik yapıda örgütlenmiştir. Bu nedenle ekiplerin; hastaların ve ailelerin refahı için kendini yönetme ve mesleki sorumluluk için yeterliliklerin geliştirilmesi, yalnızca yeni beceriler değil, aynı zamanda yeni bir zihniyet de gerektirmektedir (Hegedüs vd., 2022; van Eenoo vd., 2018). Türkiye'de kendini yöneten ekiplerin oluşturulmasında hiyerarşik yapıda örgütlenme de kullanılabilir, ancak ekiplerin ast-üst ilişkilerinin bakımın kalitesinin düşmesini engelleyecek düzenlemelerin de yapılması gerekmektedir.

Buurtzorg modelinden hareketle Türkiye'deki çok başlılığa bağlı olarak önemli bir sorun olarak farklı ve bireylere sunulan hizmetlerde karmaşıklığa, tekrara ve en önemlisi kaynak israfına sebep olan farklı bilişim programların kullanılmasındır. Buurtzorg'dan türetilen modeller, işgücünün becerilerine ve zihniyetine ek olarak personel, idari ve mali konuların verimli bir şekilde işlenmesi için yerleşik bir BT altyapısı gerektirmektedir. Yapılan bir araştırmada Buurtzorg'u uygulayan modellerde uygunsuz veya henüz tam olarak geliştirilip kurulmamış BT sistemlerinden dolayı zorluklar bildirdiğini göstermiştir (Hegedüs vd., 2022). Sağlık ve sosyal bakım alanında teknoloji destekli değişim çabalarını benimsememe programının başarısını önemli ölçüde etkilemektedir (Greenhalgh ve Abimbola, 2019). Hâlihazırda Sağlık Bakanlığı'nda *Evde Sağlık Yönetim Sistemi*; Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı altında; ASDEP, *Ulusal Hane Ziyareti Mobil Uygulaması* ve SYDV, *Bütünleşik Sosyal Yardım Bilgi Sistemi* kullanılmaktadır. Bu noktada sağlık ve sosyal bakımı birleştiren bir programın ortaya konulması hem hizmetlerin daha düzenli sunulmasını sağlayacak hem de kaynak israfını önleyecektir. Türkiye günümüzde e-nabız, Neyim var, Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA), Hayat Eve Sığar gibi birçok uygulamayı hayata geçirmiş ve önemli kazanımlar elde etmiştir. Bu konudaki deneyimlerin evde bakım sistemi oluşturma yolunda önemli destek sağlayacağı açıktır.

Hegedüs ve arkadaşları (2022), Hollanda dışında Buurtzorg'dan türetilmiş modellerin deneyimlerini veya sonuçlarını ortaya koyan 25 çalışmayı incelemiş ve elde ettikleri sonuçlar, Buurtzorg'dan türetilmiş modellerde bakımın esnekliğinin ve sürekliliğinin, karmaşık bakım ihtiyaçları olan hastalar için kişi merkezli bir yaklaşımı desteklediğini göstermiştir. Ancak kişi merkezlilik daha iyi bakım sunumu ve sonuçlarıyla sonuçlansa da açık kalite standartlarının gerekli olduğunu vurgulamışlardır. Atılacak sistem ve uygulama adımlarından sonra kalite standartlarının ortaya konulmasıyla hastalara kişi merkezli bakım sunulmasının önü açılacaktır. Diğer ülkelerden elde edilen kanıtlarına göre atılacak adımların da yararlanıcılardan elde edilecek memnuniyeti artıracığı düşünülmektedir.

Yine Hegedüs ve arkadaşlarının (2022), çalışmalarında Buurtzorg'dan türetilmiş modellerin uygulamasında ilgili ülkelerde karşılaşılan başlıca zorlukları; *uygulama sürecini engelleyen öz yönetimli çalışma kültürü, organizasyonel çerçeve veya ulusal sağlık politikalarıyla ilgili olarak sıralamışlardır. Bu kapsamda elde edilen bu deneyimler de Türkiye için oldukça değerlidir. İlgili ülkelerden alınan kanıtlara dayalı şekilde sürecin yönetilmesi aynı hataları yapmadan yola devam edilmesini sağlayacaktır.*

Araştırmanın, Türkiye'nin gelecekte hem parasal hem de insan kaynağı olarak önemli bir gereksinimi içerecek evde yaşlı bakımının nasıl daha uygun ve etkin sunulabileceğine ilişkin önemli soruları cevaplamaya yönelik güçlü bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir.

Extended Abstract

The world population is getting older every year, with a decrease in the number of children and young people and an increase in the number of older people. Research has indicated that the number of people over 60 will approach 2 billion globally in 2050 and approximately 4% of the total population will be over 80. According to 2023 year-end data, the elderly population in Türkiye continued to increase similarly to the world in general. Population projections for Türkiye also indicate that the elderly population will continue to increase, and the population over 65 years of age is expected to be 12.9% in 2030, 16.3% in 2040, 22.6% in 2060 and 25.6% in 2080.

Like developed countries, Türkiye has signaled a transformation towards home care with its recent legal regulations. Research conducted in Türkiye reveals that the elderly mostly want home care. However, there are problems in the system and implementation dimensions of home care. These problems can be listed as multi-headedness, the existence of different approaches, and the inability to make evaluations and ratings holistically. If Türkiye continues on its way to solving these problems, it will eliminate the waste of resources and time in the current situation.

The research aims to analyze the Buurtzorg model implemented in the Netherlands using the policy (program) evaluation method. With the research, it is thought that the Buurtzorg model in the Netherlands, which has a home care system that has its feet on the ground in the current situation, will provide many solutions to the problems existing in Türkiye's home care system and will help to take the necessary steps. Policy (program) evaluation research, one of the policy analysis methods, was used in the research. Policy or program evaluation research aims to understand and evaluate public policies or programs to be implemented and implemented. These studies involve systematically collecting, evaluating, and analyzing data on process and program outputs to evaluate programs, measure the effectiveness/efficiency of the program and gather information for future policy development activities. In this context, it is aimed to explain in detail the actions included in a program or policy, the resources used, policy processes, and legal and administrative regulations that prepare the ground for the policy. The document review method was used as a data collection technique. The research is based on a tripartite pillar: system, implementation, and beneficiaries.

Within the scope of the research, the system that forms the basis for the services provided by the Netherlands for the elderly is analyzed. The system dimension also provides the basis for other variables of the research. The implementation dimension reveals how the Buurtzorg home care model, which is being implemented in the Netherlands, is followed in the implementation phase. Under this dimension, data on the emergence and implementation of the model were analyzed. Beneficiaries are the people to whom a policy or program is applied, constituting the most critical part of the evaluation. Under the beneficiaries dimension, the studies investigating the satisfaction levels of the people receiving services from the Buurtzorg model were analyzed, and the results were presented comparatively.

The Buurtzorg model analyzed in the research offers essential outputs in regulating the home care system in Türkiye. Firstly, from the system dimension, the necessity of eliminating the multi-headedness in our country and the necessity of establishing care insurance stand out. It is thought that by integrating care insurance as in the Netherlands into our existing system, the small amounts to be paid by individuals today will constitute an essential resource in meeting home care costs in the future.

Based on the evidence obtained from the application dimension of the Buurtzorg model, important outputs were obtained to reorganize the home care system currently implemented in our country. Firstly, it is essential that home care, which is currently provided in different ways by more than one organization, is gathered under a single roof and presented holistically, including health and social care, to prevent waste of resources and time. The second important issue in the field of implementation is the issue of assessment and grading. In the Netherlands, the assessment of the insured within the scope of AWBZ (determination of the need for care and the size of the service needed) is carried out by an independent organization. This significantly affects the size of the services to be provided, the type of care, and the amount of care. In our country, the Ministry of Health and the Ministry of Family and Social Services (ASDEP and SYDV separately) make evaluations separately and exhibit a disconnected appearance. After the merger under a single roof, single and independent assessment teams to be formed from health and social care workers ensure that the assessment is made within the scope of the scale and assessment conditions to be determined will be the only source of reference for the next period and will ensure that the system starts correctly and consistently. The third issue in the field of implementation is that the care teams to be formed, as in the Buurtzorg model, should consist of both healthcare professionals and people who will undertake care work. The care teams to be formed will be able to provide a

holistic care service according to the results of the assessment and grading made before them. One of the most critical conclusions obtained from the application dimension is the use of different IT programs, which is an essential problem due to the multidisciplinary in Türkiye and causes complexity, repetition, and, most importantly, waste of resources in the services provided to individuals. The models derived from Buurtzorg require an established information technology infrastructure for efficiently processing administrative and financial matters. Currently, the Ministry of Health uses the Home Health Management System; the Ministry of Family and Social Services uses ASDEP, the National Household Visit Mobile Application; and SYDV, the Integrated Social Assistance Information System. At this point, introducing a program that combines health and social care will ensure that services are provided more regularly and prevent waste of resources.

The most important takeaway from the beneficiary dimension is that Buurtzorg-derived models have shown that flexibility and continuity of care support a person-centered approach for patients with complex care needs. However, although person-centredness results in better care delivery and outcomes, it is emphasized that clear quality standards are necessary. After the system and implementation steps are taken, the introduction of quality standards will pave the way for person-centered care to be provided to patients.

Finally, the main difficulties encountered in implementing Buurtzorg-derived models in the relevant countries are listed as self-managed work culture, organizational framework, or national health policies that hinder the implementation process. These experiences obtained in this context are also precious for Türkiye. Managing the process based on the evidence from the relevant countries will ensure that the process continues without making the same mistakes and will increase the satisfaction of the beneficiaries.

Katkı Oranları ve Çıkar Çatışması / Contribution Rates and Conflicts of Interest

Etik Beyan	Bu çalışmanın hazırlanma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyulduğu ve yararlanılan tüm çalışmaların kaynakçada belirtildiği beyan olunur.	Ethical Statement	It is declared that scientific and ethical principles have been followed while carrying out and writing this study and that all the sources used have been properly cited
Yazar Katkıları	Çalışmanın Tasarlanması: İHC (%100) Veri Toplanması: İHC (%100) Veri Analizi: İHC (%100) Makalenin Yazımı: İHC (%100) Makale Gönderimi ve Revizyonu: İHC (%100)	Author Contributions	Research Design: İHC (%100) Data Collection: İHC (%100) Data Analysis: İHC (%100) Writing the Article: İHC (%100) Article Submission and Revision: İHC (%100)
Etik Bildirim Çıkar Çatışması Finansman	iibfdergi@cumhuriyet.edu.tr Çıkar çatışması beyan edilmemiştir.	Complaints Conflicts of Interest	iibfdergi@cumhuriyet.edu.tr The author(s) has no conflict of interest to declare.
Telif Hakkı & Lisans	Bu araştırmayı desteklemek için dış fon kullanılmamıştır.	Grant Support	The author(s) acknowledge that they received no external funding in support of this research.
	Yazarlar dergide yayınlanan çalışmalarının telif hakkına sahiptirler ve çalışmaları CC BY-NC 4.0 lisansı altında yayımlanmaktadır.	Copyright & License	Authors publishing with the journal retain the copyright to their work licensed under the CC BY-NC 4.0

Kaynaklar

- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2020). Yılı Yaşlı Nüfus İstatistikleri Bülteni. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. https://www.aile.gov.tr/media/89041/yašli_nufus_istatistik_bulteni.pdf.
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2023). 2022 Faaliyet Raporu. https://www.aile.gov.tr/media/129482/ashb_2022-idare-faaliyet-raporu.pdf.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2016). Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Proaktif Yönü ve Mali Yükü Analizi Etüt Araştırması. Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. https://www.aile.gov.tr/Raporlar/ATHGM/Turkiyede_Yasli_Bakim_Hizmetlerinin_proaktif_yonu_mali_yonu_etut_analizi_2016.pdf.
- Alders, P. ve Schut, F.T. (2022). Strategic cost-shifting in long-term care. Evidence from the Netherlands, *Health Policy*, 126(1), 43-48.
- Altuntaş, M., Yilmazer, T., Güçlü, Y., ve Öngel, K. (2010). Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 20, 153-158.
- Arikan, R. 2011. Araştırma Yöntem ve Teknikleri. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Bähler C., Huber C.A., Brüngger B., Reich O. (2015). Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: A claims data based observational study, *BMC Health Services Research*, 15(23): 1-12.
- Beğler, T. ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*. 25(3): 1-3.
- Birla, B. (2017). Ageing Population: Need for Formal Care Workers. S. Irudaya Rajan & Gayathri Balagopal (Ed.). *Elderly Care in India*. Singapore: Springer.
- Bloom, D. E., Canning, D. ve Fink, G. (2011). Implications of population aging for economic growth, Program on the Global Demography of Aging Working Paper Series, No: 64.
- Bloom, D.E. ve Luca, D.L. (2016). The Global Demography of Aging: Facts, Explanations, Future. In Piggott, J. ve Woodland, A. (Eds.). *Handbook of the Economics of Population Aging*. Amsterdam: Elsevier.
- Canikoğlu, N. ve Ünal, C. (2011). Karşılaştırmalı Hukuk İşliğinde Türk Hukukunda Bakım Sigortasının Kurulmasının Gerekliliği. Prof. Sarper Sözek’e Armağan III, içinde (2267-2297). İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Carehome. (2023). Types of care homes. <https://www.carehome.co.uk/advice/types-of-care-home>.
- Cavedon, E., Minning, C., Zangl, P. (2020). Humanity over bureaucracy. https://www.fhnw.ch/de/forschung-und-dienstleistungen/soziale-arbeit/soziale-arbeit-und-gesundheit/buurtzorg-modell_menschlichkeit_vor_buerokratie.
- Cirkovi’c, S. (2018). Buurtzorg: revolutionising home care in the Netherlands - Centre for Public Impact (CPI), Centre for Public Impact. <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/buurtzorg-revolutionising-home-care-netherlands/>.
- Cole, R.L. (1996). Introduction to Political Science and Policy Research, New York: St. Martin’s Press.
- de Blok, J. and Pool, A. (2010). *Buurtzorg: menselijkheid boven bureaucratie*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- de Veer, A.J.E., Brandt, H.E., Schellevis, F.G., and Francke, A.L. (2008). Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen. Care in the neighbourhood. A study about experiences of clients, care staff and general practitioners involved]. Utrecht: NIVEL.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2007). Yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal planı. Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Yayın No: DPT: 2741
- Drennan, VM., Ross, F., Calestani, M., Saunders, M., West, P. (2018a). Learning from an early pilot of the Dutch Buurtzorg model of district nursing in England. *Primary Health Care* 28 (6), 23–25.
- Drennan VM, Calestani M, Ross F, Saunders M, West P. (2018b). Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ Open*. 6;8(6):e021931.
- Dürr, D.W., Mikkelsen, L.H. and Moth, G. (2024), Homecare nursing: a survey of citizen experiences with health-care professionals in the time allotted for homecare, Working with Older People, <https://doi.org/10.1108/WWOP-10-2023-0045>
- Eryurt, M.A. ve Peksezer, V.S. (2016). Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Proaktif Yönü ve Mali Yükü Analizi Etüt Araştırması. Tuğçe Demir (Ed.). Ankara: Çizge Tanıtım ve Matbaacılık.
- European Commission. (2015). Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe: 8 case studies on selected topics addressing recruitment and retention of health professionals. Annex 5. https://health.ec.europa.eu/document/download/b042f364-e33f-42b8-9961-2fa36fe8eb48_en?filename=2015_healthworkforce_recruitment_retention_annex5_en.pdf
- European Parliamentary Research Service. (2014). Older people in Europe: EU policies and programmes. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/bibliotheque/briefing/2014/140811/LDM_BRI\(2014\)140811_REV1_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/bibliotheque/briefing/2014/140811/LDM_BRI(2014)140811_REV1_EN.pdf).
- Fagerberg, I. ve Engstrom, G. (2012). Care of the old-A matter of ethics, organization and relationships. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 7 (9684).
- Genç, Y. ve Alptekin, K. (2013). Korunmaya Muhtaç Yaşlılara Evde Sağlık ve Bakım Hizmeti Sunulması Adlı Proje Üzerine Bir Araştırma. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 3 (5).
- Genet, N. et al. (2011). Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*. 11(1): 207.
- Goode-Chresos, R.A. (2012). *Social Work Practice in Home Health Care*. USA: Routledge.
- Gray, B.H., Sarnak, D.O., Burgers, J.S., (2015). Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands’ Buurtzorg Model. *Commonwealth Fund pub*. 1818 (14).
- Greenhalgh, T., Abimbola, S., (2019). The NASSS Framework – A Synthesis of Multiple Theories of Technology Implementation. *Studies in health technology and informatics* 263, 193–204.
- Guo, L. K. & Castillo, R. J. (2012). The U.S. Long Term Care System: Development and Expansion of Naturally Occurring Retirement Communities as an Innovative Model for Aging in Place. *Aging International*, 37(2), 210-227.
- Gül, H. (2015). Kamu Politikası Analizi, Yöntemleri ve Teknikleri. *Yasama Dergisi*, (29), 5-31.
- Güven, S. (2016). Evde Bakım Hizmeti Verme, Kalıncara, V. (Ed.) Yaşlılık: Disiplinlerarası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler, içinde (293-325). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Hamm, C. ve Glyn-Jones, J. (2019). Implementing an adapted Buurtzorg model in an inner city NHS trust. *British Journal of Community Nursing* 24 (11), 534-537.
- Harris, M.D. (2017). *Handbook of Home Health Care Administration*. 6th edition, Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Hasson H. ve Arnetz, J.E. (2011). Care Recipients’ And Family Members’ Perceptions Of Quality Of Older People Care: A Comparison Of Home-Based Care And Nursing Homes. Department Of Business Administration, Lund University School Of Economics And Management, Lund, Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (9-10): 1423-35.

- Hegedüs, A. Schürch, A. and Bischofberger,, I. (2022). Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies Advances*. 4, 100061.
- Hekimler, A. (2015). Federal Almanya'da Sosyal Bakım Sigortasının Temel Esasları – Türkiye İçin Gözlemler –. *Çalışma ve Toplum*, 1(44), 45-76.
- Hellström, Y. ve Halberg I.R. (2001). Perspectives of Elderly People Receiving Home Help On Health, Care And Quality Of Life, *Health And Social Care in the Community*, 9(2): 61-71.
- İşlek, E. Oğuz Arı, H. Özatkan, Y. Kardelen Bilir Uslu, M. Çakmak, S. Koca, S. Sönmez Artuç, S. Konca, M. Yıldırım, H.H. (2023). Developing and strengthening services to achieve an integrated continuum of long-term car in Türkiye: EVIPNet evidence brief for policy, number 12. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Jantunen, S., Piippo, J., Surakka, J., Sinervo, T., Ruotsalainen, S., Burström, T. (2020). Self-Organizing Teams in Elderly Care in Finland: Experiences and Opportunities. *Creative nursing* 26 (1), 37-42.
- Johansen, F. and van den Bosch, S. (2017). The scaling-up of Neighbourhood Care: From experiment towards a transformative movement in healthcare. *Futures*, 89, 60-73.
- Kalınkara, V. ve Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 10(2): 19-39.
- Karan, M.A ve Satman, İ. (2021). Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü Yayın No: 48569, İstanbul.
- King, J.A., Morris, L.L. and Fitz-Gibbon, C.T. (1987). *How to Assess Program Implementation*, London: Sage Publications.
- KPMG International. (2012) Buurtzorg empowered nurses focus on patient value. pp. 20–23. In KPMG (2012) *Value walks: Successful habits for improving workforce motivation and productivity*. <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model>.
- Kreitzer, M.J., Monsen, K., de Blok, J., (2015). Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. *Global advances in Health and Medicine* 4 (1), 40–44.
- Leask, C. ve Gilmartin, A. (2019). Implementation of a neighbourhood care model in a Scottish integrated context—views from patients. *AIMS Public Health* 6 (2), 143–153.
- Leichsenring, K. (2012). Integrated Care for Older People in Europe—Latest Trends and Perceptions. *International Journal of Integrated Care*. 12:e7
- Maarse, J.A.M. ve Jurissen, P.P. (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 120, 241-245.
- Marengoni A., Angleman S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B. and Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature, *Ageing Research Review*. 10(4): 430-439.
- Mathison, S. (2005). *Encyclopedia of Evaluation*, Canada: Sage Publications.
- McSweeney-Feld, M. H. & Oetjen, R. (2012). *Dimensions of Long Term Care: An Introduction*. Chicago: Health Administration Press.
- Mendoza-Núñez, V. M. et al. (2018). Influence of the self-perception of old age on the effect of a healthy aging program. *Journal of Clinical Medicine*, 7(106), 1-11.
- Mogalakwe, M. (2006). The Use of Documentary Research Methods in Social Research. *African Sociological Review*, 10(1), 221-230.
- Monsen, K. and de Blok, J. (2013a). Buurtzorg Nederland. *AJN The American Journal of Nursing*, 113(8), 55-59.
- Monsen, K. and de Blok, J. (2013b). Buurtzorg: nurse-led community care. *Creative nursing* 19 (3), 122-127.
- Mort, M. (2013). *Ageing, Technology and Home Care: New Actors, New Responsibilities*. Presses des Mines via Open Edition.
- National Healthcare Institute. (2016). Health care in the Netherlands. <https://english.zorginstituutnederland.nl/publications/publications/2016/01/31/healthcare-in-the-netherlands>.
- National Research Council. (2010). *The role of Human Factors in Home Health Care: Workshop Summary*. National Academies Press.
- National Research Council. (2011). *Health Care Comes Home: The Human Factors*, The National Washington: Academies Press.
- OECD Data Elderly Population. (2022). <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator chart>.
- Onarcın, M. (2011). Türkiye'de evde bakım hizmetleri ve ülke modeli için öneriler. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*, 57(1): 1-6.
- Özmete E, Hussein S. (2017). Türkiye'de yaşlı bakım hizmetleri raporu: Avrupa'dan en iyi uygulama örnekleri ve Türkiye için bir model tasarımı. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3rd Ed. Canada: Sage Publications.
- Pınar, R. (2010). Türkiye'de Evde Bakımda Mevcut Durum, *Akademik Geriatri*, 153-156.
- Pinch, K.J. (2009). The Importance of Evaluation Research. *Journal of Experiential Education*, 31(3): 390-394.
- Pool, A. and Mast, J. (2011). *Eerst buurten, dan zorgen. Professioneel verplegen en verzorgen bij Buurtzorg*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Prieto, E. (2008). *Home Health Care Provider: A Guide to Essential Skills*. The USA: Springer Publishing Company.
- Resmi Gazete, 10 Mart 2005. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik.
- Resmi Gazete, 2 Haziran 2023, Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik
- Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.
- Rijken, M., Struckmann, V. van der Heide, I. Hujala, A. Barbabella, F. van Ginneken, E., Schellewis F. (2017). How to improve care for people with multimorbidity in Europe?. On behalf of the ICARE4EU consortium. Nivel & Technical University. Berlin.
- Rosengren, A., Piippo, J., Jęglinsky-Kankainen, I. and Surakka, J. (2017). Buurtzorg – an innovative model for caring elderly at home. *Online Journal of Ageing*. 2017(2). <https://ikanyt.karelia.fi/2017/11/13/buurtzorg-an-innovative-model-for-caring-elderly-at-home/>.
- Sağlık Bakanlığı. (2023) 2022 Yılı Faaliyet Raporu. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/45199/0/2022-faaliyet-raporupdf.pdf>.
- Sağlık Bakanlığı. (2024). 2023 Yılı Faaliyet Raporu. https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/47771/0/tc-saglik-bakanligi-2023-yili-faaliyet-raporupdf.pdf?_tag1=4D19D223F5876E6C98006F5A03950CEF3A7C104B.
- Scheil-Adlung, X. (2015). Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries. *ESS – Working Paper No. 50*. International Labour Office. Geneva. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf.
- Sert, G. (2017). Değerlendirme Araştırmaları, Seggie, F.N. ve Bayyurt, Y (Ed.). *Nitel Araştırma Yöntem, Teknik, Analiz ve Yaklaşımları*, içinde 162-171, 2. Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık.
- Sheldon, T. (2017). Buurtzorg: the district nurses who want to be superfluous. *BMJ*. 358 (3140).

- Simonazzi, A. (2009). Care regimes and national employment models. *Cambridge Journal of Economics*, 33(2), 211-232.
- Sims-Gould J. ve Martin-Matthews A. (2010). We Share The Care: Family Caregivers' Experiences Of Their Older Relative Receiving Home Support Services, *Health and Social Care In The Community*, 18(4): 415-423.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023). https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Plani-2019-2023.pdf.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2023). On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028). https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/11/On-Ikinci-Kalkinma-Planı_2024-2028.pdf.
- Tessier, L., de Wulf, N., Momose, Y. (2022). Long-term care in the context of population ageing: A rights-based approach to universal coverage, ILO Working Paper, No. 82, ISBN 978-92-2-037976-9, International Labour Organization (ILO), Geneva, <https://doi.org/10.54394/RHJD4529>
- The Omaha System (2024). The Omaha System. <https://www.omahasystem.org/>
- TÜİK. (2022). Türkiye Aile Yapısı Araştırması, (2021). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Aile-Yapisi-Arastirmasi-2021-45813>
- TÜİK. (2024a). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2023-49684>.
- TÜİK. (2024b). Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profili-Arastirmasi-2023-53809>
- United Nations. (1956). The ageing of populations and its economic and social implications. <https://digitalibrary.un.org/record/3975472?In=en&v=pdf>
- United Nations. (2020). World Population Ageing 2019. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (ST/ESA/SER.A/444).
- van Dalen, A. (2010). Uit de schaduw van het zorgsysteem: Hoe Buurtzorg Nederland zorg organiseert. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- van Eenoo, L., van der Roest, H., Onder, G., Finne-Soveri, H., Garms-Homolova, V., Jonsson, P.V., Draisma, S., van Hout, H., Declercq, A., (2018). Organizational home care models across Europe: A cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 77, 39-45.
- WHO. (2018). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- Yağar, F. (2022). Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Hasta Beklentilerinin Doküman Analizi Yöntemi ile İncelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 48, 203-214.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2021). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. (12. Baskı) Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Zaybak, A., Güneş, Ü.Y., İsmailoğlu, E.G. ve Ülker, E. (2012). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(1): 48-54.