

Yaşlılık sorunları

Prof. Dr. Mehmet Akif Karan



1986-1990 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında uzmanlık eğitimi tamamladı. 2000 yılında Geriatri Bilim Dalının kuruluşu ile görevlendirildi. 2010-2015 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği görevinde bulunan Dr. Karan aynı kurumda Geriatri Bilim Dalı Öğretim Üyesidir.

Dünya nüfusunun artmasına karşılık doğum ve mortalite oranlarının azalması, 65+ yaşındakilerin sayı ve oranının artması ile sonuçlanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumunun adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre Türkiye nüfusunda 65+ yaşında olanların oranı 2016'da %8,3'e ulaşmıştır. 2000 yılında %6,7 olan yaşlı nüfus oranınının 2023 yılında %10,2'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde bugün 65+ yaşında 6.651.503 yaşlımız mevcuttur (1). Ülke nüfusumuzun artık doğurganlık ve ölüm hızlarının düşük olduğu, giderek yaşlanan bir nüfus olduğunu söyleyebiliriz (2).

Yaşlanma bir hastalık değildir, ancak yaşlandıkça hastalık gelişme riski artar. Yaşlılık dönemi özellikle sağlık sorunlarının en yoğun olduğu, mortalite oranının da en yüksek olduğu dönemdir. Bu durum sadece yaşlı oranının yüksek olduğu gelişmiş ülkeleri etkileyen bir değişim değildir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kısıtlı olan kaynaklar bu grubun sorunlarına aktarılmaktadır. Yaşlanmanın tüm dünya için bir halk sağlığı sorunu olduğu bilinmelidir. Sağlık politikaları geliştirilirken, sağlık eğitimi planlanırken, sağlık ve sosyal güvenliğe ayrılan finans kaynakları yönetilirken geriatri ve gerontoloji bilimine daha fazla ihtiyaç vardır.

Ülkemizdeki yaşlı nüfusun artması, bundan sonraki süreçte sağlık profesyonellerinin yaşlılarda sık görülen hastalıklarla (hipertansiyon, diabetes mellitus, osteoporoz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kanser gibi) ve geriatrik sendromlarla (demans, depresyon, delirium, düşme, inkontinans, malnütrisyon, sarkopeni, baskı yarası, polifarmasi gibi) daha sık karşılaşmasına yol açacaktır (3). Yaşlıların tıbbi ihtiyaçlarının fark edilmesiyle ülkemizde de 1995 yılında iç hastalıkları ana dalına bağlı geriatri yan

dal uzmanlığı tanımlanmış ve uygulamaya geçmiştir. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) Geriatri Uzmanlık Eğitimi Çerçevesinde Müfredatında (09.06.2015) geriatri uzmanlık dalı; 65 yaş ve üstü kişilerin öncelikle koruyucu hekimlik uygulamalarıyla sağlıklı yaşlanmalarını hedefleyen, ayrıca bu yaş grubunun sağlık sorunları, akut ve kronik hastalıklarının tanı, tedavi ve takibini yapan, sosyal-fonksiyonel yaşamları ve yaşam kaliteleri ile ilgilenen bir bilim dalı olarak tanımlanmıştır.

Yaşlılık yaşamın son dönemidir ancak yaşamın tüm dönemleri kendisinden sonraki dönemleri etkilemektedir. Öyleyse başarılı yaşlılık doğumdan, hatta doğum öncesi dönemden itibaren yaşanan tüm süreçlerin bir sonucudur (4). Yaşlılarımızın aktif, üretken, mutlu bir grup olması için sağlık politikaları ve sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri tüm yaşam süresini hedef almalıdır. Bu gerçeği bilmek yaşlılık dönemi ile ilgili özel sorunları ihmal etmeyi düşündürmez. Yaşlı hastaların tıbbi ihtiyaçlarının sadece geriatri uzmanları tarafından karşılanması dünyanın hiçbir ülkesinde mümkün değildir. Yaşlı hastalar erişkin tıbbi ile ilgilenen tüm hekimlere başvurmaktadırlar. Bununla birlikte yaşlıların tıbbi ihtiyaçları ile geriatri uzmanlık dalının sorunları da birçok noktada örtüşmektedir. Bu bölümde mümkün olduğunca somut ve pratik olarak bu sorunlardan bahsedilecektir.

Günlük pratiğimizde çok kullandığımız bazı ilaçların geriatristler tarafından yazılamaması ve/veya ilaç kullanım raporlarının çıkarılamaması: TUKMOS'ta geriatri eğitim müfredatında yer alan hastalıklarda kullanılan ilaçların SGK geri ödemesinde geriatri uzmanı tarafından kullanılmasına izin verilmemesi nedeniyle hastalar başka uzmanlara gönderilmek zorunda kalmaktadır. Bu durum hastalar için fiziksel bir zordur, ayrıca bir hekimin

yapabileceği bir tedavinin iki-üç-dört hekim tarafından uygulanmak zorunda bırakılması bir "ayıp"tır. Nonvalvüler atriyal fibrilyasyonda yeni nesil oral antikoagülanların kullanılmasındaki, Alzheimer hastalarında atipik antipsikotiklerin kullanılmasındaki, yaşlılık depresyonunda SSRI, SNRI grubu antidepressiflerin kullanılmasındaki kısıtlamalar örnek gösterilebilir. Hekimin "beyaz kod" uygulaması, polis müdahalesi ve yaşlı hasta yakınının bu esnada kalp krizi geçirerek hayatını kaybetmesi (28 Temmuz 2018 tarihli gazeteler) tazeliğini koruyan acı bir olaydır. Burada hasta ve vefat eden eşi 80 yaşın üzerindeydi. Hekimlerin hastayı görmeden ilaç yazması suç olarak tanımlanmıştır ve bunu yapanlara ceza verilmektedir. Bu olayda ilaç yazmayan hekim yöneticiler ve medya tarafından suçlu ilan edilmiştir. Bu konuda net kararlar verilmeli ve topluma duyurulmalıdır.

Geriatrist uzmanlarının zorunlu hizmetlerinde etkin görev yapmalarının önündeki engeller: Geriatri konusunda ilgi ve bilgisi az olan bazı hastane yöneticileri geriatri uzmanlarını rasyonel kullanamamaktadır. Geriatri uzmanlarının öncelikle eğitim-araştırma hastanelerinde istihdam edilmesi iç hastalıkları uzmanlık eğitimi alan asistanların geriatri konusunda eğitimlerine katkı sağlayacaktır. Geriatri uzmanları özellikle yaşlı nüfusun çok olduğu şehirlerde görevlendirilmelidir.

İnterdisipliner ekip çalışmasının sağlanması, diğer sağlık hizmeti mensuplarının istihdamı: TUKMOS'ta geriatri interdisipliner ekip çalışmasının yeri özellikle vurgulanmış ve eğitime dahil edilmiştir. Geriatri uzmanlarının çalıştıkları hastanelerde ekip üyelerinin (psikolog/ fizyoterapist/ hemşire/ diyetisyen/ sosyal çalışmacı/ yaşlı bakım elemanı, vb) istihdamı verimliliği artıracaktır. Bu bağlamda hekim dışı sağlık personelinin hastanelerde istihdamının önemini hatırlatmak isteriz. Birçok hizmeti ifa edecek meslek mensuplarını yetişmesinin iki-dört

yıllık eğitimle sağlanması mümkünken, altı yıllık tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimi sonrası bu görevleri hekimlere yaptırmak kaynak israfıdır.

Yaşlı sağlığı ile ilgili çalışmalarda geriatri uzmanlarının katkısının alınmaması: Ülkemizde 17 tıp fakültesinde geriatri bilim dalı mevcuttur. Bu sayı az olmakla birlikte, yaşlılarla ilgili kararlar alınırken geriatristlerin de fikrinin alınması için yeterlidir. Sosyal Güvenlik Kurumu geri ödeme konusunda ilkeleri belirlerken geriatri uzmanlarının görüşlerini almamaktadır. Çalıştaylarda, kılavuzları hazırlamada hangi uzmanlık dalları ile çalışılacağı bürokratların eğitimini aldıkları alanlar veya uzmanlık dernekleri veya sivil toplum kuruluşlarının güçleri veya lobi faaliyetlerine bırakılmamalı, ülke menfaatine ve bilimsel kurallara uygun olarak belirlenmelidir.

Performans sistemi ile ilgili pratik sorunlar: Performans sisteminde geriatri uzmanları mağdur olmaktadır. Pratikte yaşlı hastanın muayene süresi daha uzun olup, poliklinik hizmetlerimizin karşılığını gösteren puanlama sistemi gözden geçirilmelidir. Gerçek bir geriatri poliklinik hizmeti verilirken "kapsamlı geriatrik değerlendirme" yapılmaktadır. Böylece yaşlı hastada henüz tanı konulmamış hastalıklar tanınır, istenmeyen ilaç etkilerinde azalma, affektif ve kognitif fonksiyonlarda düzelme, fonksiyonel bağımsızlıkta ve yaşam kalitesinde artma sağlanır, hastaneye başvuru ve hastanede yatış süresi kısaltılır, bakım evlerinde kalış ihtiyacı azalır, sonuç olarak sağ kalım süresi uzar, mortalite ile sağlık ve bakım maliyetleri azalır. Bu hasta muayenesi için ortalama bir dahiliye hastasından iki-üç katı fazla zaman harcamak demektir.

Bakım verenin sorunları: Bakım ihtiyacı olan yaşlılara bakan aile bireyleri veya bakım veren kurumlardaki personelin sorunları ile yeterince ilgilenilmemektedir. Artan yaşam süresi ve demografik değişikliklerin gelecekte birçok yaşlı bireyin hem bakım veren hem de alan olacağını göstermektedir (5). Buradan hareketle bu büyük kitlenin mevcut ve gelecekteki durumunu göz önünde bulundurarak sosyal, ekonomik, sağlık ve bakım gereksinimlerini karşılayacak hizmetlerin planlanması ve yürütülmesi oldukça önemlidir.

Kurumsal bakım sorunları ve ihtiyaçlar: Kendini idare edemeyecek durumda olan, sakatlığı ya da işlev bozukluğu bulunan yaşlılara bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği "yaşlı bakım evleri" ve yaşlıların yeme içme, barınma ve sosyal yaşam gereksinimlerinin yanında sağlık hizmetlerinin verildiği "huzurevi" sayıları yeterli değildir (5). Özellikle bu kurumların

denetlenmesinde Sağlık Bakanlığı değil Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın görevli olması uygulamada sorunlara neden olmaktadır.

Evde bakım hizmeti sorunları: Tüm dünyada "yerinde yaşlılık" anlayışının yaygınlık kazanmasıyla evde bakıma duyulan ihtiyaç, evde bakım hizmetlerinin doğmasına yol açmıştır, ülkemizde de hayata geçirilmiştir (5). Nicelik ve nitelik açısından evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, işlevselliği azalmış veya engelli, kronik hastalığı olan ve rehabilitasyona ihtiyaç duyan yaşlıların işlevselliğini ve bağımsızlığını arttırmak için oluşturulan "gündüz bakım merkezleri" ve yatağa bağımlı olmasa da günlük yaşamında başkalarına bağımlı olan ve gündüz kendisine bakacak yakını olmayan yaşlı bireyler için hizmet verecek "yaşlı kreşleri" oluşturulması düşünülmelidir (5).

Yaşlıları sosyal aktivitelere yönlendirme: Yaşlı kulüpleri, sağlıklı ve aktif yaşlıların boş zamanlarını etkin geçirebilmeleri için geliştirilmiş bir hizmet modelidir (5). Birçok belediye bu konuda çalışmaktadır, sayı ve niteliklerin artırılması gerekir.

Son dönem sorunları, ölüme kişisel ve toplumsal bakışla ilgili sorunlar: Ölüm, hayatın bir parçasıdır ve her doğan birey için geçerlidir. Ancak günümüzde ölümler genellikle hastane şartlarında ve sağlık mensuplarının gözetiminde meydana gelmektedir (6). Ölüm, sağlık hizmeti açısından bir başarısızlık anı olarak kabul edilmektedir (7). Birçok yaşlı son dönemini yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) geçirmektedir. Özellikle terminal dönemde olan yaşlılarda bu durum YBÜ'lerin etkin olmayan kullanımı ile sonuçlanmaktadır. Sadece yaşlılar değil, ölümü beklenen her yaştaki bireye kendini rahat, huzurlu hissetmesi için, ölüm sürecinde ise onurlu bir ölüm süreci sağlamak için oluşturulmuş bakım alanı olan hospislerin kurulması uygundur.

Palyatif bakım: Palyatif bakım üniteleri son dönemde kurulmaya başlamıştır. Geriatri uzmanları bu ünitelerde hizmet verecek şekilde yetişmektedirler.

Kronik hastalıklar yönetimi: Yaşlılarda ortalama hastalık sayısı yüksektir. İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri Polikliniğine başvuran hastalarda kronik hastalık sayısını toplum içinde yaşayan erkeklerde 2.6±1.5, toplum içinde yaşayan kadınlarda 2.8±1.3 olarak bulduk. Bu sayı bakımevinde kalan erkeklerde 3.7±1.8, bakımevinde kalan kadınlarda 3.7±1.7; hastanede yatan yaşlılarda 6±2'dir (8-11).

Yaşlılarda hastalıkların takibinde hedefler orta yaşlılardan veya tek bir hastalığı olan gruptan farklıdır. Bir hasta için harcadığı

zaman diğer uzmanlık dallarına göre çok uzundur. Birden fazla hastalıkla mücadele maliyetleri yükseltmekte, döner sermaye sorumlusu olan idarecilerin tepkisini doğurmaktadır. Eski ve köklü bir tıp fakültemizin gerçekten başarılı bir akademisyen idareci olan Dekanına geriatri bilim dalı açmasını önerdiğimde, "Benim kurumumun borcu çok, geriatri'nin maliyetini karşılayamam, şu anda kuruma para kazandıracak özellikteki birimleri destekliyorum" şeklinde samimi bir itirafta bulunmuştu. Bu yaklaşıma doğru ve akılcı çözüm için merkezi politikalarda değişiklik gerekmektedir. Hastanesi olan tüm kurumlar böyle düşünmüyorsa karşılığını kurumsal maddi kayıplar şeklinde görmektedirler. Geriatri hizmetinin eksikliğini ise toplam maliyette tüm ülke yüklenmektedir.

Koruyucu hekimlik ve aşılama: Ülkemizde erişkin ve yaşlı aşılama oranları çok düşüktür. Pnömoni yaşlıda en sık ölüm nedeni iken ülkemizde pnömokok aşılama oranı %1'dir (12). Koruyucu hekimlik uygulamalarından en çok yararlanan grup yaşlılardır. Tarama amaçlı laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri geri ödemede yer almamaktadır.

Kaynaklar

- 1) <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (Erişim Tarihi: 30.03.2017).
- 2) Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü Yayını, 2010.
- 3) Halil MG. Türkiye'deki hızlı demografik değişim. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi 2017; 44:16-17.
- 4) Yavuzer H. Üçüncü bahar: Yaşlılık, bilgelik ve ölüm. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi 2015; 36:6-9.
- 5) Doğan S. Yaşlı Bakım Hizmetleri ve Sorunları. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi 2017; 44:36-39.
- 6) Ovalı F. Erken Doğanlar, "Erken" Ölenler. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi 2015;36:46-47.
- 7) Keskinliç B. Neden Ölüyoruz? Ölüm Bilgi Sistemi Verileri. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi 2015; 36:54-57.
- 8) Bahat G, Tufan F, Bahat Z, Aydın Y, Tufan A, Akpınar TS, Erten N, Karan MA. Assessments of Functional Status, Comorbidities, Polypharmacy, Nutritional Status and Sarcopenia in Turkish Community-Dwelling Male Elderly. Aging Male 2013;16(2):67-72.
- 9) Bahat G, Tufan F, Bahat Z, Tufan A, Aydın Y, Akpınar TS, Nadir S, Erten N, Karan MA. Comorbidities, Polypharmacy, Functionality and Nutritional Status in Turkish Community-Dwelling Female Elderly. Aging Clin Exp Res 2014; 26(3):255-9.
- 10) Bahat G, Tufan F, Saka B, Akin S, Ozkaya H, Yucel N, Erten N, Karan MA. Which Body Mass Index (BMI) is Better in The Elderly For Functional Status? Arch Gerontol Geriatr. 2012;54(1):78-81.
- 11) Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in The Elderly and Its Relationship With Other Geriatric Syndromes. Clin Nutr 2010;29(6):745-8.
- 12) Ünal S. www.medikalakademi.com.tr (Erişim: 24.08.2018)