

BÖLÜM 2

KRONİK HASTALIKLARI BULUNAN YAŞLILARIN ACİL SERVİS BAŞVURULARI: ENTEGRE BAKIM ve DİSİPLİNLER ARASINDA ENTEGRASYONUN ÖNEMİ

Nurgül BALCI¹
Nezih KAVAK²

GİRİŞ

Dünya genelinde demografik değişimler yaşanmakta yaşlı sayısında ve kronik hastalık (KH) yükünde artma görülmektedir. (1,2) Yaşlanan bireyin, fiziksel ve zihinsel kapasitesinde azalma olması ve/veya KH'larının klinik seyirleri nedeniyle yaşam kalitesi etkilenmektedir. (1,3) Yaşam kalitesi etkilenen yaşlının, tıbbi ve sosyal bakım ihtiyaçlarının ortaya çıkması kaçınılmazdır. KH'ların bireyden bireye farklılık gösteren klinik seyirleri olabilmektedir ve belirli aralıklarla düzenli olarak takip edilmesi gerekmektedir. Ancak, KH süreci içinde gelişebilen semptom yükü, bakım yükü, karşılanmamış bakım ihtiyaçları ve benzeri nedenlerle hasta ve/veya ailesi, izlem randevularının haricinde, tıbbi bakım arayışında bulunabilir. Hasta ve/veya ailesi günün herhangi bir saatinde AS'e başvurabilir. (4-8) Eğer yirmi dört saat boyunca tıbbi bakıma kolayca erişim imkânı olması nedeniyle KH'ları bulunan ve aslında evinde de takip edilebilecek yaşlı bireyler tarafından sağlık tesisine giriş için ilk başvuru kapısı olarak tercih edilirse acil-akut vaka trafiği arasında tüm uzun dönem bakım beklentilerinin bir anda karşılanması mümkün olmayabilir. (9,10) AS'ler, ani gelişen ve/veya hayatı tehdit eden her türlü durum karşısında zamanla yarışarak kritik acil tıbbi bakım sağlayan ünitelerdir. (9,11) Bu klinikler doğası gereği, her bir hasta için zamanı en etkin şekilde kullanmak ve gerektiğinde saniyelerle yarışmak zorundadır. AS'te yapılan tıbbi müdahaleler ile hastaların hayatta kalma oranlarının artırılması ve engelli kalmalarının önlenmesi hedeflenir. (4,11)

AS'lere farklı aciliyet durumu içinde olan farklı yaş gruplarından bireyler başvurmaktadır. (12,13) Acil tıp kliniklerinin kullanım sıklığını KH'lar, salgınlara

¹ Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Birimi, nurbalci16@hotmail.com

² Uzm. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, nezih_kavak@hotmail.com

neden olan bulaşıcı hastalıklar, afetler ve kazalar artırmaktadır. (11,14) Literatürde yer alan araştırmalara göre, yaşlı hastaların normal popülasyona göre AS'e daha sık başvuru yaptığı söylenebilir. Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre, genellikle yaşlı hastalarda kardiyak ve solunum sistemi hastalıklarının ön planda olduğu ama araştırmanın yapıldığı yere göre farklılıkların izlenebildiği anlaşılmaktadır. (15-18) Ayrıca, yaşlılık ve/veya KH'lar nedeniyle oluşan fonksiyonel kapasite azalması ile ilişkili olarak AS'lerin yaşlı hasta hacmi genişlemekte ve çeşitlenmektedir. (19-22) Bu servislerde acil ve akut durumlar dışında yaşlı ve/veya uzun dönem bakım hastalarına uzun zaman ayırarak kapsamlı değerlendirmek güçleşmektedir. (10,23) Bir başka açıdan bakıldığında ise KH'ları nedeniyle tedavisi ve/veya takibi devam eden yaşlı bakım hastaları için bu servisler bakım sürecinin önemli bir geçiş alanını temsil etmektedir. (24,25) Geçiş alanları; yaşlı bir bireyin, fiziksel tıbbi bakım alanından başka bir alana transferini temsil eden bir ifade şekli olarak kullanılmaktadır. (6,25) Artan iş yükü karşısında zamanı etkin kullanmak ve vakaları geriatrik sorunlarına ve ihtiyaçlarına göre bakım alabilecekleri alanlara entegre edebilmek için yeni çözümler geliştirilmelidir. (12,26) Artan hasta hacmi nedeniyle AS'lerde bakım ihtiyacını belirlemek ne kadar zor gibi görünse de aslında bakım bir bütün olarak düşünüldüğünde bu servisler bu iş için potansiyel ve iyi bir fırsat alanı olabilir. (12,27)

AS'lerin, akut ve kritik sorunun çözümüne yönelik bakım geçişlerini yapmaları doğaldır. (6,25) Ancak, acil ortamında kullanılacak kısa, basit ve doğruluğu kanıta dayalı olan prognostik parametreler ile hastaların palyatif bakım, sosyal destek gibi bakıma ihtiyaçları olup olmadığına karar vermek için de AS'lerde geliştirilebilecek yeni organizasyon modelleriyle yardımcı olunabilir. (23,28) Bu hastaların sağlık tesislerinden taburcu olduktan sonra da bütüncül bakıya ve entegre bakım hizmetine de ihtiyaçları olabileceği için bu noktada hastaların bakım durumuna yönelik hızlı ve zaman almayan değerlendirme yapılabilmesi, bakım ve sosyal destek sağlanmasıya yönelik bir sonraki adımı atabilmek için yardımcı olabilir. (9,12)

Yaşlı nüfus artışı, bakım uygulamaları üzerine olan ilgiyi arttırmakta ve bakım ihtiyaçlarına yakından ve dikkatli yaklaşımı gerektirmektedir. Yaşlı nüfus oranında artış kapsamlı bir halk sağlığı müdahalesini gerektirmektedir. (1) Uzun dönem toplum temelli bakıma ihtiyacı olan hastaların ayırt edilmesi ve bakım geçişlerini sağlayabilen yeni uygulamalar geliştirilmesine zamanla daha çok ihtiyaç duyulacağı tahmin edilmektedir. (6,25)

Yaşlandıkça sağlık sorunlarının çoğunu KH'lar oluşturmaktadır. Kronik ve dejeneratif hastalıkları olan yaşlıların uzun dönem bakımlarının yaşadıkları yerler-

de karşılanması gittikçe önem kazanmaktadır. Bu tür uygulamaların, uzun süreli tıbbi ve sosyal bakıma ihtiyaç duyan hastaların akut bakımları dışında zorunlu olmadıkça sağlık tesislerine ve/veya AS'lere başvuru yapmasının azaltılması, sağlık tesisinde yatış sürelerinin kısılması, yaşam kalitelerinin artması için hasta merkezli bütüncül yaklaşım sağlanması katkı sağlayabileceği literatürde yer alan çalışmalarda vurgulanmaktadır. (1,9) ünkü, bu hastaların yaşam kalitesinde artma sağlanabilmesi amacıyla günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakım ihtiyaçlarına göre bakım planlanması yapılmalıdır. Takiplerinde süreklilik ve entegre bakım, ilgili branşların katılımı ile oluşan multidisipliner bir ekip ile sağlanmalıdır. (6,9)

Multimorbiditeli yaşlılar, birbirinden farklı branşlardan oluşan bakım ekibinin değerlendirmesine ve takibine ihtiyaç duyabilir. Her bir tıp disiplini branşı bazında değerlendirme yapmaktadır. Entegre bakımın, standart bir tanımı bulunmamakla birlikte bakıma ihtiyaı olan hastaların yaşam kalitesinde fark yaratabilmek ve bakım hedeflerini gerçekleştirmek amacıyla tıbbi bakım ve sosyal destek hizmetlerini organize eden bir yaklaşım şekli olarak ifade edilebilir. (29-31) Bakım entegrasyonu; birinci, ikinci ve üçüncü basamak bakım düzeyleri arasında ve/veya sağlık ve sosyal bakım ile destek hizmetlerini birleştirmek ve kaynakları bütünlüştirmek için bir sistem geliştirilmesini de içerebilir. (30-32)

AS'ler, KH'ların yönetimi için sağlık sisteminin bütünü içinde önemli bir kounuma sahiptir. AS'lerde yaşlı hastalar için evde ve/veya uzun dönem bakım geçişine imkân sunabilen izlem alanlarının geliştirilmesi ile bakım ve sosyal destek ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanmasının ilk adımı atılabilir. (6,27) Toplum sağlığının korunması için sağlık hizmet planlamalarında, tıbbi ve sosyal nitelikli evde/yerinde uygulanan bakım hizmet çeşitlerine geçiş alanlarının geliştirilmesi kaçınılmaz hale gelmektedir. (6,33)

KRONİK HASTALIğI BULUNAN YAşLI VE BAKIM

İnsanoğlu, yarım yüzyıl öncesine kadar 50 yaşından önce hayatını kaybediyorken artık doğuşta ortalama yaşam beklentisinin 70 yıla kadar ulaştığı görülmektedir. Beslenme, sanitasyon ve hijyen uygulamaları, teknolojiye ve tıp alanında gelişim gibi birçok yaşamsal alanda başarı sağlanması ile ömür uzamıştır. (34) Yaş artıkça oluşan fizyolojik değişimlerin yanı sıra multimorbidite görülme olasılığı artmaktadır. (12,35) Dünya Sağlık Örgütü multimorbiditeyi; bir kişide aynı anda iki ya da daha fazla kronik hastalığın görülmesi olarak tanımlanmaktadır. (12)

KH'lar, genellikle komplike seyir gösterebilen bulaşıcı olmayan hastalıklar olup genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlere bağlı olarak gelişebilmektedir. (9,36) Bu hastalıkların, üç ay ve daha uzun süreyle devam etme eğilimleri

bulunmaktadır. (37) KH'lar yüzyılımızda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak dikkat çekmekte ve ölümlerin önemli nedenleri arasında yer almaktadır. (9,12)

KH, toplumların genelinde önde gelen ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından açıklanan verilere göre; dünyadaki ölümlerin %71'i KH'a bağlıdır. Tüm erken ölümlerin %80'inden fazlasını sırasıyla kardiyovasküler hastalıklar, malignite, solunum yolu hastalıkları ve diyabet oluşturmaktadır. (36,38) Türkiye'de gerçekleşen ölümlerin %89'unun nedeni KH'dır. (39,40) Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması araştırma popülasyonunda koroner kalp hastalığı, diyabet, inme, hipertansiyon ve kanser olmak üzere toplam beş hastalığın varlığına bakılmış ve otuz beş yaş altında multimorbidite prevalansının %2'nin altında, 45-54 yaşta %20, 55-64 yaşta %32, 65 yaş ve üzerinde %46'ya ulaştığı belirtilmiştir. Multimorbidite sağlık hizmet kullanımında artma oluşturmakta ve sağlık harcamalarını da yükseltmektedir. (35)

Yaşlı nüfusun sayısı ve hastalıkları artıkça bakım gereksinimi de büyümektedir. (3,41) Yaşlanmanın beraberinde getirdiği fizyolojik değişimler bireyin günlük yaşamını etkilemektedir. (3,42) Bireyden bireye kişisel farklılıklar olabilmekle birlikte yaş artıkça günlük yaşamın temel aktiviteleri yaşla birlikte etkilenmektedir. (42,43) 80 yaş ve üzerindeki bireylerde, giyinme, banyo yapma, tuvalete gitme gibi aktivitelerde ve yemek pişirme gibi günlük yaşamdaki araçsal faaliyetlerde engellilik oranı artış göstermektedir. (3)

Yaşlılığa bağlı olarak kas-iskelet sisteminde oluşan değişiklikler, bireylerin işlevselliği ve bağımsız yaşaması üzerine etki edebilmektedir. Kendi başına hareket edebilme kabiliyetinde farklılıklar oluşmaktadır. (43) Yaşlı bireyin hareket kabiliyetini sağlamak, düşmeleri önlenmek için ek destekleyici bakım ve/veya tıbbi cihaz ihtiyacı oluşabilmektedir. Ayrıca, kas kütlesinde azalma ve yağ miktarında artma farmakokinetik değişimleri beraberinde getirmekte kullanılan ilaçların dozunun ayarlanması gerekmektedir. (3,22)

İşitme ve görme duyularında ileri yaşla birlikte belirginliği artan değişiklikler olmaktadır. (43) İşitmede ve görme keskinliğinde azalma bu bilişsel fonksiyonların sağlanması için tıbbi cihaz gereksinimi ve katarakt operasyonu gibi cerrahi işlemleri ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla günlük bakım ve iletişimin desteklenmesi, çevresel şartlarda güvenlik sağlanması yönelik gereksinimler doğmaktadır. (3,44)

Bireyler, yaşlanma sürecinde ve özellikle multimorbidite, beslenme yetersizlikleri, hareket zorlukları ve benzeri faktörlerden etkilendikçe genç yaştaakilere nazaran daha sık olarak kronik yara riskine sahiptir. Bu kronik yaraların çoğun-

luğunu vasküler hastalık, diabetes mellitus ve yatalak olma gibi nedenlerle oluşabilen basınç yaraları oluşturmaktadır. Ayrıca, cerrahi operasyonlar yaşlılarda yara bakımına daha fazla özen gösterilmesini gerektirmektedir. Yara bakımı ve kronik yaraların takibinde ayaktan tedavi ve bakım sürekliliği sağlayan seçenekler iyi yapılandırılmalı ve bakım hizmeti sunan birçok disiplin yarayı önleme ve yara bakımı yönetimi konusunda daha fazla eğitim almalıdır. (45)

Gerek fizyolojik değişiklikler gerekse KH/multimorbidite nedeniyle kırılğan bir popülasyon oluşmaktadır. (3) Bu kırılğan bireyler zamanla depresyon, sosyal izolasyon ve yalnızlaşma riski ile karşı karşıya kalabilmektedir. (3,46) Yaşlı bireyler tüm bu faktörler nedeniyle savunmasız hale gelebilmektedir. (3) Küresel olarak, birçok ülke hızla yaşlanan nüfusa sahip olduğundan, yaşlı istismarına ve risk faktörlerine karşı da önlemler alınmalıdır. Yaşlıların istismarı önemli bir halk sağlığı sorunudur. (47,48) Ülkeden ülkeye göre değişmekle birlikte istismar mağduru olma riskini bireysel düzeyde artıran faktörler arasında; işlevsel bağımlılık/engellilik, sağlıkta fiziksel ve bilişsel bozukluk olması, akıl ve ruh sağlığı bozuklukları, düşük gelirli olmak yer alabilmektedir. Yaşlılara yönelik istismarı önlemek amacıyla DSÖ tarafından, bakım için multidisipliner ekip oluşturulması ve sosyal destek sağlanması, yardım hatları, düşük gelirli yaşlılara yönelik maddi destek verilmesine yönelik stratejilerin umut verici olabileceği ifade edilmektedir. (48)

Bilişsel değişiklikle birlikte oluşan hafıza zayıflamaları ve unutkanlıklar görülebilmektedir. Bilişsel yaşlanmanın haricinde meydana gelen demans, Alzheimer hastalığı ise başlı başına önemli bir sorun oluşturmakta ve yaşlının karşılanması gereken birçok ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. (3,49) Demans, herhangi bir bilişsel alanı etkileyebilir. Zamanla, bilişsel azalma ile artan işlevsel bozulmaya, günlük yaşamın temel aktiviteleri ve araçsal günlük yaşam faaliyetleri ile ilgili zorluklara yol açar. (49-51) Demanslı yaşlının, mümkün olduğunca bir başkasına bağımlı olmadan yaşamasına yönelik müdahaleler yapılmalı, gerekirse teknolojiden faydalanılmalı, bakım gereksinimi karşılanmalı ve bakıcı desteği verilmeli ve güvenli bir yaşam sağlanmalıdır. (3,27) Bunların yanı sıra halk sağlığı açısından demansın prevalansında artış göz önünde bulundurularak bu hastaların AS başvuruları sırasında bakıma yönelik tercih ve ihtiyaçları araştırılmalıdır. (52) Yapılan araştırmaların ışığında sağlık ve bakım uygulamaları güncellenmelidir. (50, 53)

KH'ları olan ve yaşla birlikte fizyolojik, duygusal ve fonksiyonel olarak güçsüz hale gelen bireylerin, desteklenmeden, tek başlarına evlerinde yaşamaları zorlaşmaktadır. (54) Ancak evlerinde kalmayı tercih etmeleri halinde evde temel bakım ve sosyal destek sağlanmalıdır. (55,56) KH'lar ve beraberinde yaşlılık, uzun süreli bakımı gerektirmesiyle aileleri ve toplumu yakından ilgilendirmekte ve yaşamları

rını etkilemektedir. Karmaşık ve birbirinden çok farklı bakım talepleri ile karşılaşmak mümkündür. (3,27)

Eve bağımlı yaşı bireyin, KH'larını ve/veya bakım ihtiyacını yönetmek amacıyla, birinci basamak evde temel bakım ile birlikte sosyal bakım desteğini içeren uygulamalar karmaşık ihtiyaçları karşılamaya yöneliktir. (57,58) Yaşlıların, evde tıbbi olarak hizmet alma gereksinimleri kadar sağlığın sosyal belirleyicileri olan beslenme, ulaşım, kişisel bakım ve temizlik, aile/bakıcı desteği de gerekebilir. (59) Bu bireylerin, birinci basamak tedavi edici ve koruyucu bakım ile birlikte ev temelli bakım uygulamalarına erişimlerinin sağlanması gerekli ve önemli hale gelmektedir. (54,55) Aksi takdirde sorunlarıyla başa çıkabilmek güçleştikçe hastaların AS'lere başvuruları sıklaşabilir. (57,59)

Huzurevleri ve/veya uzun süreli bakım sunan tesislerde yaşayanlar için ise birçok kişisel bakım ve destek hizmetine erişim daha kolay sağlanabilmesine rağmen evde temel bakımda sunulan koruyucu sağlık hizmetlerine ve toplumla temas etmeye gereksinim duyulmaktadır. (60) Engelli olma derecesi ve bir başkasına bağımlı olma durumu azaldıkça hasta bireylere evlerinde tıbbi bakım ve sosyal destek sağlanması artışı olması muhtemeldir. (3) Bireylerin her biri için bakım ile ulaşıması planlanan hedefler farklıdır ve bireyin durumu ile beklenti ve taleplerine bağlı olarak değişebilmektedir. (60) Bu beklenti, talep ve ihtiyaçlara göre hastanın bakımını üstlenen kişilerin sayısı artırılmalı ve hizmet niteliğine göre farklı disiplinler istihdam edilmelidir. (3,27) Evde temel bakım hizmetlerinin sağlanması için en uygun özelliklere sahip sağlık, sosyal nitelikli destek ve günlük yaşama destek olan evde bakımı koordine ve entegre olarak sunmak kritik öneme sahiptir. (61, 62)

KRONİK HASTALIKLI YAŞLI VE HALK SAğLIğI YAKLAŞIMI

Yaşlanma sürecinde, organlar düzeyinde fizyolojik ve patolojik değişiklikler olabilmektedir. Bu değişikler kişiden kişiye ve hatta kişinin farklı organlarında farklı şekilde görülebilmektedir. Bireyleri farklı düzeylerde etkileyen bu değişimler ile birlikte KH'lara da yatkınlık artabilmektedir. (43) KH'ların erken tespiti ve değiştirilebilir risk faktörlerine yönelik müdahaleler ile bu hastalıkların tıbbi yönetimi sağlanabilir. (1)

Tüm toplumun hastalıklardan korunması temel halk sağlığı ilkelerinden biridir. Bu yaklaşım ile sağlıklı olan bireylere birincil koruma uygulamaları sonucunda bu kişilerin hastalığa yakalanmasının önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Aşı uygulamaları bu koruma düzeyine örnek olarak verilebilir. (63) Hastalıkların erken tanınması ikincil koruma yöntemleri arasında yer almaktadır. İkincil önleme,

hastalığın klinik öncesi döneminde patolojik değişiklikleri belirleyen, tedavi eden ve böylece hastalığın ilerlemesini kontrol eden prosedürleri içermektedir. Sağlıklı bir bireyin rutin takiplerinin yapılması, çeşitli hastalık tarama programlarının uygulanması erken tanılama da önemlidir. KH kontrol programlarının çoğunluğunun temeli erken tanı çalışmalarına dayalıdır. (64) Üçüncül korumanın temelinde ise hastaların en iyi şekilde tedavi edilmesi ile hastalığın ortaya çıkarabileceği olumsuz durumlarından korunma ve rehabilitasyon uygulamaları ile sağlanabilir. Hastalık nedeniyle bireyin yaşam kalitesinde oluşan olumsuz durumun azaltılmasını hedeflemektedir. (63,64) Ancak koruma faaliyetlerini içeren bu kategoriler aslında pratikte bazı durumlarda sınırları bulanık hale gelerek birbirinin içinde yer alabilmektedir. (64) Üç ana koruma kategorisinin yanı sıra bir diğer kategori ise dördüncül koruma, temel bir halk sağlığı kavramı olarak bilinen “önce zarar verme” ilkesi için kullanılan yeni bir terimdir. İnvazif tıbbi girişim-işlemlerden korumak için aşırı medikalizasyon riskinde olan hasta veya toplumu tanımlamak ve etik ilkeler kapsamında kabul edilebilir, kanıta dayalı bakım prosedürlerini sağlamayı içermektedir. (63-65)

Yaşlanma süreci genellikle 65 yaşın üzerinde yaşam kalitesini etkileyebilen önemli değişikliklerle daha belirgin hale gelmektedir. (43) Yaşla birlikte, immünojenik işlevlerde değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimler yaşlı bireyi patojenlere karşı savunmada veya aşılara verilen yanıtlarda bozulmaya neden olarak morbidite ve mortalite açısından risk altında bırakmaktadır. (66) Bu nedenle, yaşlı hastalara uygulanması gereken aşılar için gerekli hassasiyet gösterilmelidir. (3)

KH'ların davranışsal ve biyolojik risk faktörlerine karşı tedbirler alınması önemli korunma yollarından biridir. KH'ların gelişmesinde birden fazla risk faktörü rol oynayabilir. Bu faktörler arasında değiştirilemeyen risk faktörleri (yaş, cinsiyet ve genetik yapı), metabolik faktörler (kan basıncı, kan şekeri, kan lipit düzeyi, kilo) ve davranışsal-değiştirilebilir risk faktörleri (alkol ve tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı, sigara dumanına maruz kalmak, beslenme alışkanlıkları, tuz tüketimi, fiziksel hareketsizlik) yer almaktadır. (34,67) KH'ların birçoğu yanlış, yetersiz ve dengesiz beslenme, tütün ve tütün ürünleri kullanımı, azalmış fiziksel aktivite ile sedanter yaşam davranışları gibi risk faktörleri tarafından artmaktadır. Bireyin yaşı kaç olursa olsun bazı sağlık ve sosyal hizmetler sunulması yolu ile riskler azaltılabilir. Davranışsal risk faktörlerinin değiştirilmesi bireylerin yaşadıkları toplumun kültürü ve gelenekleri, kişinin alışkanlıkları ile ilgili konular olup değişiklik yapılması zordur ve uzun zaman alabilir. (3) Ancak yaşla birlikte multimorbidite artışı olduğu bilindiğine göre bireye sağlıklı yaşam davranışları kazandırılmalıdır. (68) Henüz çocukluk çağlarında iken sağlıklı yaşam davranış-

larının sağlanması ile erişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde de yaşam kalitesi optimize edilebilmelidir. (3)

Halk sağlığı bakış açısıyla bakıldığında bir toplumda sık görülen, çok kişinin ölümüne neden olan ve engelli sayısında artma yapan hastalıklar toplumsal açıdan önemlidir. KH yükünde artma olması toplum temelli hizmetlere yönelimi, birinci basamak ve acil sağlık hizmetlerine odaklanmanın önemini artırmıştır. Bu kapsamda yapılan çalışmaların hedefi hastalara sunulan bakımın kalitesini artırmak, hasta memnuniyetini sağlamak, bireysel sağlık maliyetlerini azaltmaya yönelik olmalıdır. (37,69) Ayrıca, bu gruptaki hastalıklar için risklerin belirlenmesi ve riski yüksek bireylerin primer koruması yapılmalı, morbidite, mortalite ve engellilik yükünün azaltılması hedeflenmelidir. (37,38) Hastalıkları önlemenin yolu sadece risk faktörünün azaltılması gibi hastalığın ortaya çıkmasını engellemek amacıyla değil, aynı zamanda hastalıkların ilerlemesini durdurmak ve etkilerini azaltmak için alınan tüm önlemlere yönelik olmalıdır. (64)

Hastalıkların erken tanılanması ikincil korunma yöntemleri arasında yer almaktadır. Sağlıklı bir bireyin rutin takiplerinin yapılması, çeşitli hastalık tarama programlarının uygulanması erken tanılama da önemlidir. KH kontrol programlarının çoğunluğunun temeli erken tanı çalışmalarına dayalıdır. Üçüncül korunmanın temelinde ise hastaların en iyi şekilde tedavi edilmesi ile hastalığın ortaya çıkarılabileceği olumsuz durumlarından korunma sağlanır. (63)

Hastaların bilişsel fonksiyonları ile ilgili durumların değerlendirilmesi ve tedavisi, palyatif bakım desteğine başvurulmalıdır. (3,70) Polifarmasi ile oluşabilecek ilaç-ilaç, ilaç besin etkileşimleri ve yan etki riskinin giderilmesi sağlanmalıdır. (70,71) Güvenli transfer ve sağlık tesislerine gereksiz yatışların önlenmesi, hastane enfeksiyonlarından korunma gibi birçok konu çözümlenmelidir. (3,20)

Yaşlanma doğal ve kaçınılmaz bir süreç olup her birey için farklılıklar içerir. (3) Yaşam boyunca sağlıklı davranışları benimsemek ve sürdürmek, özellikle dengeli beslenmek, düzenli fiziksel aktivitede bulunmak, tütün ve tütün ürünleri kullanımından kaçınmak, bulaşıcı olmayan KH riskinin azaltılması, fiziksel ve zihinsel kapasitenin iyileştirilmesi ve bakıma bağımlılığın geciktirilmesine katkıda bulunur. (42) Sağlıklı yaşlanma ne kadar bilinçli yaşanırsa yaşam konforunun korunabilmesi o kadar mümkün görünmektedir. KH'ların nedenleri ve risk faktörlerine karşın koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin planlanması daha da önem taşır. Yaşlı hastalarda, kas gücünün korunması ve fiziksel egzersizler ile fonksiyonel bağımsızlığın desteklenmesi, düşmelerin önlenmesi, ilaç kullanımına yönelik düzenlemeler, ruhsal zindelik ve sosyal desteklenme birçok riskin farkında olmayı ve nlem almayı kolaylaştırabilir. (3,22)

Sayısı gün geçtikçe artan KH'nin birinci basamak sağlık hizmetleri vasıtasıyla takibi ve branş uzmanların katılımıyla bakım sunumu yapılması sağlık ve sosyal hizmet entegrasyonu için önemli ve gereklidir. (6,69) Birinci basamak bakımı sağlayan aile hekimi, KH'ların yönetimi, sağlam ve/veya hasta bireylerin tıbbi parametrelerinin ardışık izlemi, sağlığın teşviki için sunulan hizmetler, erken tanı ve erken bakım entegrasyonunda başarılı olunmasında kilit noktada yer almaktadır. Çünkü, birinci basamak sağlık bakımı her yaş grubuna kapsamlı bir hizmet yelpazesi sağlayan ve toplum içinde sağlık sistemi ile ilk temas noktasını oluşturur. (37,72) Kişisel sağlık bakımı ihtiyaçlarının büyük bir çoğunluğunu ele alır. Hastalarla sürdürülebilir ve karşılıklı güçlü bir iletişim ile ortaklık geliştirebilir ve öz bakım becerilerinin kazanılmasına yardımcı olabilir. (27,33)

KH'ların yönetiminde, hasta odaklı bütüncül bakıma erken entegrasyon sağlanması için ev temelli sağlık ziyaretleri gibi alternatif bakım şekilleri tavsiye edilmektedir. Bu hizmetler ile özellikle yaşlı hastaların takibi, güven temelli iletişimin kesintisiz devam ettirilmesi, KH'ların yönetiminin etkin sürdürülebilmesi ve bakımın koordinasyonunda birçok disiplinle iş birliği içinde çalışılması bakımın kalitesine olumlu etkiler sağlayabilir. (37,72) Önleyici ve koruyucu hizmet sunumunun sağlanması ve evde bakımın hedeflerine ulaşabilmesinde aile hekimleri anahtar role sahiptir. (72) Hastaların takibini düzenli olarak yapması, her yaş grubundan hasta ile karşılaşması ve hizmet yelpazesinin geniş olması nedeniyle bir aile hekimi, multidisipliner bakım ekibinin tüm üyeleri ile toplum temelli entegre hizmet sunulması için temas kurabilir ve iş birliği yapılmasını da teşvik edebilir. (73,74)

DİSİPLİNLER ARASINDA BAKIM ENTEGRASYONUNUN ÖNEMİ

Yaşlı bireylerde görülme olasılığı daha fazla olan multimorbidite tıbbi bakım ve sosyal destek ihtiyacını doğurmaktadır. Bu bakım ihtiyacının tanınması, disiplinler arasında entegrasyonun sağlanması yardımcı bir işlev üstlenebilir. (12,27) AS uzmanları ile diğer branş uzmanları arasında iş birliği sağlanması ile hastaların ihtiyaçları olan branşlara erişimlerinin hızlandırılması ve sağlanması, hasta ve hastaya bakan kişinin sağlık okuryazarlığının artırılması, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanması, KH yönetiminde hasta sorumluluğuna yönelik farkındalığın artırılması, teknoloji destekli evde bakım hizmeti ve tele-tıp ile organize edilmesi, bakım hastalarının entegre bakımdan faydalanmaları için fırsatlar sunabilir. (9,17)

Entegre bakım, farklı sektörlerde çalışan profesyonellerin kırılğan ve savunmasız hasta ve hastanın ailesinin bakım gereksinimleri doğrutusunda birlikte a-

lışmasını gerektirir. (9,31) Entegre bakımda; teşhis, tedavi, rehabilitasyon hizmeti, bakım uygulamaları, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi gibi sağlıkla ilgili çeşitli hizmetlerin sağlanması, yönetimi ve iyi bir şekilde organizasyonu olmazsa olmazdır. (32,73)

Hastaların karmaşık ihtiyaç ve taleplerini doğru yönetebilmek amacıyla birçok disiplinin yer aldığı ekiplerle çalışmak yaşlılara yüksek kaliteli bakım sağlayabilir. Bununla birlikte, farklı eğitimler olarak branşlaşan sağlık profesyoneli yönetilmesi zor vakaların bakım uygulamaları için iş birliği sayesinde meslek rolüne uygun olan hizmeti sunabilir. (73,75) AS'lerde yaşlı dostu bakım geçiş alanlarının tanımlanması ve desteklenmesi ile olabildiğince ve ihtiyaca uygun olarak zamandan tasarruf sağlanarak deşarjı düzenlenebilir. (17)

Disiplinler arasında karşılıklı anlayışın geliştirilmesinde bakım toplantıları yapılmalıdır. (73,76) Farklı bakım yaklaşımlarının ve düşüncelerinin tartışılması ve disiplinler arasında daha iyi birer bir ilişkiler kurulması için önerilir. (73,75) Böylece bakım ilkelerinin ve hedeflerinin ve her disiplinin rollerinin belirlenmesi ile daha iyi ve etkin şekilde bakımın yönetilmesine katkı sağlanabilir. Toplantılar sırasında disiplinlerin etkileşimi iletişimi güçlendirilebilir. (73,76) Ayrıca farklı branşlardan oluşan multidisipliner bakım ekibine liderlik yapan bir vaka yöneticisi ile birlikte yürütölen ortak hizmet anlayışı hastaların ihtiyaçlarına daha hızlı erişim sağlanmasını ve tüm ekibin güçlü iletişim kurmasını sağlayabilir. (73,74)

Yaşlı ve uzun dönem bakım hastalarının sorunları, AS başvuruları sırasında ve/veya taburculuk sonrasında, sosyal hizmet uzmanının da dahil olduğu multidisipliner bir ekip tarafından proaktif olarak belirlenebilir. (27,77) Bu değerlendirme yoluyla ayaktan takip, evde sağlık, evde bakım, sosyal destek ve birinci basamak sağlık hizmeti arasında geçişin sağlandığı güçlü bir koordinasyon gerçekteştirilebilir, halk sağlığı temel ilkelerine uygun olarak toplum temelli ve ev temelli sağlık, sosyal destek ve bakım hizmetine erişim daha fazla etkin hale getirilebilir. (27,69)

SONUÇ

Küresel yaşlanma süreci düşünöldüğünde AS'lere başvuran yaşlı hasta sayısında artma gün geçtikçe olabileceği varsayılabilir. Öngörölebilen bu durum karşısında yaşlıların ihtiyaç ve taleplerini tespit edebilmek yaşamı destekleyebilmek için bugün olduğu kadar yarın da önemli olacaktır. Yaşlanma sürecinde görölebilen fizyolojik, patolojik değişiklikler ve tüm bunların klinik yansımalarının takip edilmeli, kişiye özel gereksinimlerin karşılanması için bakım planları tasarlanmalı ve fonksiyonel bağımsızlık ile yaşam kalitesine daha fazla odaklanmalıdır. Tıbbi bakım ve sağlığın sosyal belirleyicileri olan faktörlerin ele alınması, bakım

hizmet çeşitliliği sağlamak ve bakım hizmetine ihtiyacı bulunan daha fazla bireye ulaşmak için önemli bir adımdır.

Kronik hastalığı bulunan ve bakıma ihtiyacı olan yaşı hastalar için, sağlık profesyonellerinin etkin olduğu alanlarda diğer disiplinler ile erken entegrasyonda yer alması ve bakım iş birliğini daha fazla yönelmesi artan bir ihtiyaç olarak karşıımıza çıkmaya devam etmektedir. AS'lerde zamanı etkin kullanabilmek, kronik vakaların takiplerinde süreklilik elde edebilmek ve disiplinler arasında koordinasyonu en iyi şekilde sağlayabilmek amacıyla toplumun sosyodemografik özelliklerine en uygun olan çok sektörlü iş birliğine dayalı, teknoloji ve bilişim ağıyla desteklenen uygulamalar geliştirilmesi önerilebilir. AS'lere, akut ve/veya kronik sorunlar nedeniyle başvuran yaşı ve/veya multimorbiditeli bireyler için bakım geçiş alanları oluşturulabilir. Bu alanlarda çalışan multidisipliner ekipler, iyi organize edildiğinde profesyoneller arasında iş birliğini kolaylaştırılabilir ve dolayısıyla hizmet sunulan bireylerin bakım sonuçlarını iyileştirilebilir.

KH'ları olan yaşlıların AS'lere başvuruları, AS'lerde kalış süreleri ve hastaneye yatış sıklıkları ile bakım koordinasyonu ile takip edildikleri süre içinde sağlık tesislerine başvurularında değişim olup olmadığının ölçülmesi ile maliyet etkinlik dahil olmak üzere birçok açıdan hastaya fayda oranı sağlayıp sağlamadığına yönelik geniş kapsamlı araştırmalar yapılarak kanıtla dayalı sonuçlar ortaya çıkarılabilir. Bu sonuçlar, hastaların karmaşık ve kronik sorunlarına ışık tutabilir ve entegre bakım hizmetinin yararları için öngörülen olası hasta kapasitesinin ihtiyaçlarını karşılayabilmesine yönelik geliştirilmesi için yol gösterici olabilir.

Finansal Kaynak

Bu derleme ile ilgili herhangi bir finansal kaynaktan yararlanılmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu derleme ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. 246 p. Geneva. World Health Organization. [Accessed: 28th July 2022] Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1056, Ankara, 2017.
3. Jaul E, Barron J. Age-Related Diseases and Clinical and Public Health Implications for the 85 Years Old and Over Population. *Front Public Health*. 2017 Dec 11;5:335. doi: 10.3389/fpubh.2017.00335.
4. Forero R, McDonnell G, Gallego B, et al. "A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department", *Emergency Medicine International*, vol. 2012, Article ID 486516, 11

- pages, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/486516>
5. Bailey C, Murphy R, Porock D. Trajectories of End-of-Life Care in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*. 2011;57 (4):362-369. doi: 10.1016/j.annemergmed.2010.10.010.
 6. Diaz R, Behr J, Kumar S, et al. Modeling Chronic Disease Patient Flows Diverted From Emergency Departments to Patient-Centered Medical Homes. *IIE transactions on healthcare systems engineering*, 5 (4), 268–285. <https://doi.org/10.1080/19488300.2015.1095824>
 7. Vandyk, A.D., Harrison, M.B., Macartney, G. et al. Emergency department visits for symptoms experienced by oncology patients: a systematic review. *Support Care Cancer* 20, 1589–1599 (2012). <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1459-y>
 8. Kunt MM, Akkus M, Aksu NM, et al. The Most Common Chronic Diseases among The Emergency Room Admissions: Top 7. *Anatolian Journal of Emergency Medicine*. 2019;2 (2); 18-21.
 9. Claret, PG., Bobbia, X., Jonquet, O. et al. Integrated chronic disease management to avoid emergency departments: the MACVIA-LR® approach. *Internal and Emergency Medicine*. 2014;9 (8):875–878. <https://doi.org/10.1007/s11739-014-1121-4>
 10. Hwang U, Shah MN, Han JH, et al. Transforming emergency care for older adults. *Health Affairs (Millwood)*. 2013 Dec;32 (12):2116-2121. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0670.
 11. Razzak J, Usmani MF, Bhutta ZA. Global, regional and national burden of emergency medical diseases using specific emergency disease indicators: analysis of the 2015 Global Burden of Disease Study. *BMJ Global Health* 2019;4:e000733. doi:10.1136/bmjgh-2018-000733
 12. Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. *The Permanente journal*. 2014;18 (2):77-85. doi: 10.7812/TPP/13-103
 13. Hudon C, Courteau J, Krieg C, et al. Factors associated with chronic frequent emergency department utilization in a population with diabetes living in metropolitan areas: a population-based retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*. 2017;17 (1):525. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2453-3>
 14. Chang CY, Abujaber S, Reynolds TA, et al. Burden of emergency conditions and emergency care usage: new estimates from 40 countries. *Emergency Medicine Journal*. 2016;33 (11):794-800. doi: 10.1136/emered-2016-205709
 15. Baz Ü, Satar S, Kozaci N et al. Geriatric Patient Admissions to Emergency Service. *Journal of Academic Emergency Medicine*. 2013;13. doi:10.5152/jaem.2013.007
 16. Yıldız S, Bilgili N. Acil Servise Başvuran Yaşlı Hastaların Bireysel Özellikleri ve Başvurularının Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;1 (1): 15-31
 17. Bulduk S, Çetin H, Usta E. Birey merkezli yaklaşım yaşlıların acil bakımında olası mıdır? *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)*. 2015;1 (1):45-50. doi: 10.5222/jaren.2015.045
 18. Bilgili MA, Öncü MR. Acil Servise Başvuran Geriyatrik Hastaların Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*. 28 (1): 77-83, 2021. doi: 10.5505/vtd.2021.53179
 19. Nagurney JM, Fleischman W, Han L, et al. Emergency Department Visits Without Hospitalization Are Associated With Functional Decline in Older Persons. *Annals of Emergency Medicine*. 2017 Apr;69 (4):426-433. doi: 10.1016/j.annemergmed.2016.09.018.
 20. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, et al. The role of intervening hospital admissions on trajectories of disability in the last year of life: prospective cohort study of older people. *BMJ (Clinical research education)*. 2015;350:h2361. doi:10.1136/bmj.h2361
 21. Provencher V, Sirois M-J, Ouellet M-C, et al. Decline in Activities of Daily Living After a Visit to a Canadian Emergency Department for Minor Injuries in Independent Older Adults: Are Frail Older Adults with Cognitive Impairment at Greater Risk? *Journal of the American Geriatrics Society* 2015;63 (5):860-868. doi: 10.1111/jgs.13389.
 22. Gill TM, Murphy TE, Gahbauer EA, et al. Association of injurious falls with disability outcomes and nursing home admissions in community-living older persons. *American Journal of Epidemiology*. 2013;178 (3):418-425. doi: 10.1093/aje/kws554
 23. Erazo, A. M. The Elderly in the Emergency Department. In: D'Onofrio, G., Greco, A., Sancarlo, D., editors. *Gerontology [Internet]*. London: IntechOpen; 2018 [cited 2022 Jul 28]. Available

- from: <https://www.intechopen.com/chapters/60164> doi: 10.5772/intechopen.75647
24. Economos G, Cavalli P, Guérin T, et al. Quality of end-of-life care in the emergency department. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2019;19 (4):141-145. doi: 10.1016/j.tjem.2019.09.003
 25. Lamba S, Mosenthal AC. Hospice and Palliative Medicine: A Novel Subspecialty of Emergency Medicine. *The Journal of Emergency Medicine*. 2012;43 (5):849-853. doi: 10.1016/j.jemermed.2010.04.010
 26. Raven MC, Lowe RA, Maselli J, et al. Comparison of presenting complaint vs discharge diagnosis for identifying “nonemergency” emergency department visits. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*. 2013;309 (11):1145-1153. doi: 10.1001/jama.2013.1948.
 27. Bambach K, Southerland LT. Applying Geriatric Principles to Transitions of Care in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2021;39 (2):429-442. doi: 10.1016/j.emc.2021.01.006
 28. Cotogni P, A DEL, Evangelista A, et al. A simplified screening tool to identify seriously ill patients in the Emergency Department for referral to a palliative care team. *Minerva anestesiologica*. 2017;83 (5):474-484. doi: 10.23736/S0375-9393.16.11703-1. Epub 2017 Jan 17.
 29. National Guideline Centre (UK). *Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018 Mar. (NICE Guideline, No. 94.) Chapter 38, Integrated care. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564908/>.
 30. Doheny M, Agerholm J, Orsini N, et al. Impact of integrated care on trends in the rate of emergency department visits among older persons in Stockholm County: an interrupted time series analysis. *BMJ Open*. 2020;10:e036182. doi:10.1136/bmjopen-2019-036182
 31. Goddard M, Mason AR. Integrated Care: A Pill for All Ills? *International Journal of Health Policy and Management*. 2017;6 (1):1-3. doi:10.15171/ijhpm.2016.111
 32. Mason A, Goddard M, Weatherly H, et al. Integrating funds for health and social care: an evidence review. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2015;20 (3):177-188. doi: 10.1177/1355819614566832
 33. Crooks, V.A., Agarwal, G. & Harrison, A. Chronically ill Canadians’ experiences of being unattached to a family doctor: a qualitative study of marginalized patients in British Columbia. *BMC Family Practice*. 2012;13:69. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-69>
 34. WHO. Noncommunicable diseases, Key facts 13 April 2021. [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. [Accessed: 28th July 2022]]
 35. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması*. Yayın No: 1206, Ankara ve 2021.
 36. World Health Organization. (2016). A guide to implementation research in the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252626>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
 37. Savoy M, Hazlett-O’Brien C, Rapacciuolo J. The Role of Primary Care Physicians in Managing Chronic Disease. *Delaware Journal of Public Health*. 2017;3 (1):86-93. doi: 10.32481/djph.2017.03.012
 38. WHO. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: World Health Organization; 2013. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
 39. *Noncommunicable diseases progress monitor 2020*. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 40. World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
 41. UNFPA. *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge Executive Summary, 2012* [Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-Exec-Summary.pdf>. [Accessed: 28th July 2022]]
 42. WHO. *Ageing and health, Key facts 4 October 2021* [Available from: <https://www.who.int/>

news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health [Accessed: 28th July 2022]

43. Akdeniz M, Kavukcu E, Teksan A. Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve kliniğe yansımaları. İzbırak G, editr. Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.1-15.
44. Davis A, McMahon CM, Pichora-Fuller KM, et al. Aging and Hearing Health: The Life-course Approach. *The Gerontologist*. 2016;56 Suppl 2 (Suppl 2):S256-267. doi: 10.1093/geront/gnw033
45. Gould L, Abadir P, Brem H, et al. Chronic wound repair and healing in older adults: current status and future research. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015;63 (3):427-438. doi: 10.1111/jgs.13332
46. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017;152:157-171. doi: 10.1016/j.puhe.2017.07.035.
47. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, et al. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*. 2016;56 Suppl 2 (Suppl 2):S194-205. doi: 10.1093/geront/gnw004
48. WHO. Abuse of older people 13 June 2022 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>. [Accessed: 28th July 2022]
49. Afonso-Argilés FJ, Meyer G, Stephan A, et al. Emergency department and hospital admissions among people with dementia living at home or in nursing homes: results of the European RightTimePlaceCare project on their frequency, associated factors and costs. *BMC Geriatrics*. 2020;20 (1):453. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01835-x>
50. Amjad H, Roth DL, Samus QM, et al. Potentially Unsafe Activities and Living Conditions of Older Adults with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016;64 (6):1223-1232. doi: 10.1111/jgs.14164
51. Demir, G. (2018). Demans ve Hemşirelik Bakımı. *Black Sea Journal of Health Science*,1 (2),35-39. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bshealthscience/issue/38738/451255>.
52. LaMantia MA, Stump TE, Messina FC, et al. Emergency Department Use Among Older Adults With Dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 2016;30 (1):35-40. doi: 10.1097/WAD.000000000000118.
53. Callahan CM, Arling G, Tu W, et al. Transitions in care for older adults with and without dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60 (5):813-820. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03905.x
54. Leff B, Carlson CM, Saliba D, et al. The Invisible Homebound: Setting Quality-Of-Care Standards For Home-Based Primary And Palliative Care. *Health Affairs (Project Hope) (Millwood)* 2015;34 (1):21-29. doi: 10.1377/hlthaff.2014.1008
55. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 2012; 25: 1-3. [Available from: https://klinikgelisim.org.tr/kg_25_3/1.pdf] [Accessed: 28th July 2022]
56. Reckrey JM, Ornstein KA, Wajnberg A, et al. Teaching Home-Based Primary Care. *Home Healthcare Now*. 2017;35 (10):561-565. doi: 10.1097/NHH.0000000000000621
57. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians: part 1: where we are now. *Canadian Family Physician. Medecin de famille canadien*. 2013;59 (3):237-240.
58. Schuchman M, Fain N, Cornwell T. The Resurgence of Home-Based Primary Care Models in the United States. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*. 2018;3 (3). doi: 10.3390/geriatrics3030041.
59. Norman GJ, Wade AJ, Morris AM, et al. Home and community-based services coordination for homebound older adults in home-based primary care. *BMC Geriatrics*. 2018;18 (1):241. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0931-z>
60. Bell SP, Patel N, Patel N, et al. Care of older adults. *Journal of Geriatric Cardiology : JGC*. 2016;13 (1):1-7. doi: 10.11909/j.issn.1671-5411.2016.01.019
61. Frazee T, Lewis VA, Rodriguez HP, et al. Housing, Transportation, And Food: How ACOs Seek To Improve Population Health By Addressing Nonmedical Needs Of Patients. *Health affairs*

- (Project Hope). 2016;35 (11):2109-2115. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0727.
62. Akgun-Citak E, Attepe-Ozden S, Vaskelyte A, et al. Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: Qualitative research in four European countries, the TRACE project. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2020;87:103971. doi: 10.1016/j.archger.2019.103971
 63. Akdeniz M, Kavuçku E. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2017; 21 (2): 74-81. doi: 10.15511/tahd.17.00274
 64. Pandve HT. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. *Archives of Medicine Health Sciences [serial online]* 2014 [cited 2022 Jul 28]; 2:254-256. Available from: <https://www.amhsjournal.org/text.asp?2014/2/2/254/144366>
 65. Jamouille M. The four duties of family doctors: Quaternary prevention - First, do no harm. *The Hong Kong Practitioner*. 2014;36:72-77.
 66. Bandaranayake T, Shaw AC. Host Resistance and Immune Aging. *Clinics in geriatric medicine*. 2016;32 (3):415-432. doi: 10.1016/j.cger.2016.02.007
 67. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner S, Balçılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.
 68. Willadsen TG, Bebe A, Køster-Rasmussen R, et al. The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity - a systematic review. *Scandinavian journal of primary health care*. 2016;34 (2):112-121. doi: 10.3109/02813432.2016.1153242
 69. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Family Practice*. 2018;19 (1):11. doi: 10.1186/s12875-017-0692-3.
 70. Southerland LT, Vargas AJ, Nagaraj L, et al. An Emergency Department Observation Unit Is a Feasible Setting for Multidisciplinary Geriatric Assessments in Compliance With the Geriatric Emergency Department Guidelines. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2018;25 (1):76-82. doi: 10.1111/acem.13328
 71. Jawaro T, Bridgeman PJ, Mele J, et al. Descriptive study of drug-drug interactions attributed to prescriptions written upon discharge from the emergency department. *The American journal of emergency medicine*. 2019;37 (5):924-927. doi: 10.1016/j.ajem.2019.01.049
 72. The College of Family Physicians of Canada 2016. Best Advice–Chronic Care Management in a Patient’s Medical Home. June 2016 [Available from: <http://patientsmedicalhome.ca.>] [Accessed: 28th July 2022]
 73. Asakawa T, Kawabata H, Kisa K, et al. Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: a qualitative analysis. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2017;10:399-407. doi: 10.2147/JMDH.S144526
 74. Park G, Miller D, Tien G, et al. Supporting frail seniors through a family physician and Home Health integrated care model in Fraser Health. *International journal of integrated care*. 2014;14:e001. doi: 10.5334/ijic.1069
 75. Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, et al. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Frontiers in oncology*. 2020;10:85. doi: 10.3389/fonc.2020.00085
 76. Rosell L, Alexandersson N, Hagberg O, et al. Benefits, barriers and opinions on multidisciplinary team meetings: a survey in Swedish cancer care. *BMC Health Services Research*. 2018;18 (1):249. doi: 10.1186/s12913-018-2990-4
 77. Cassarino M, Robinson K, Trépel D, et al. Impact of assessment and intervention by a health and social care professional team in the emergency department on the quality, safety, and clinical effectiveness of care for older adults: A randomised controlled trial. *PLoS medicine*. 2021;18 (7):e1003711. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003711>