

Aile hekimliği ve kronik hastalık bakım modeli

Family practice and chronic care model

Mehmet Akman¹, Serap Çifçili²

Özet

Kronik hastalıklara yönelik korunma, tedavi ve rehabilitasyon süreçleri aile hekimliği pratiğinin önemli bir parçasıdır. Ancak kronik hastalıkların yönetiminde önemli sorunların olduğu bilinmektedir: Toplumda, kronik hastaların önemli bir bölümüne tanı konmamış, tanı konmuş olanların da önemli bir bölümünde tedavi hedeflerine ulaşılamamıştır. Ed Wagner ve arkadaşlarının geliştirdiği "kronik hastalık bakım modeli" strateji, hedef ve protokoller ile kronik hastalıkların daha iyi yönetilmesini amaçlamaktadır. Model 6 bileşenden oluşur; toplumsal kaynaklar ve politikalar, sağlık sisteminin organizasyonu, kendi kendine bakım desteği, hizmet sunum şekli, karar desteği ve klinik bilgi sistemleri. Bu derleme kronik hastalık bakım modelini ele almakta ve birinci basamaktaki etkinliğine yönelik kanıtları sunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Kronik hastalık, birinci basamak, hizmet kalitesi.

Summary

Prevention, treatment and rehabilitation of chronic diseases are important components of a family physician's practice. However, it is known that there are several problems regarding chronic care management. There is reasonably high percentage of undiagnosed chronic diseases in the community and a high percentage of diagnosed patients do not reach treatment targets. "Chronic care model" developed by Ed Wagner et al, aims to have better management of chronic diseases by using strategies, targets and protocols. This model includes 6 components: community linkages, health care delivery system, self-management support, delivery system design, decision support and clinical information systems. This review deals with Chronic Care Model and presents evidence of efficacy when applied to primary care. Recent evidence supports that by implementing this model, improvements in parameters related with clinical practice and patient outcomes can be achieved.

Key words: Chronic disease, primary care, quality of care.

Kronik Hastalıkların Yönetiminde Ne Kadar Başarılıyız?

Yetişkinin en yaygın kronik sağlık sorunları; hipertansiyon, kronik mental sorunlar, solunum hastalıkları, artritler, kalp hastalıkları, göz problemleri, astım, dislipidemiler ve diyabettir.¹ Tüm poliklinik başvurularının %72'si kronik bir hastalık nedeniyle yapılır, poliklinik hizmetlerinin yarısından fazlası iki ya da daha çok kronik sağlık sorunu olan hastalara yöneliktir.¹ Böylece, aile hekimliği pratiğinin önemli bir bölümünün kronik hastalıklara yönelik koruma, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin oluşturacağı anlaşılır. Nitekim, ülkemizde, 5 ay bo-

yunca aile hekimliği polikliniğine ilk kez başvuranların kaydedildiği bir araştırmada bu kişilerin %67.4'ünün kronik bir sağlık sorunu olduğu saptanmıştır.²

Son yirmi-otuz yılda kronik hastalıklarda etkin tedaviye yönelik çok sayıda ilerleme olmuş, ancak toplumun bütününde, bu hastalıkların etkin yönetimi konusunda belirlenen hedeflere ulaşılamamıştır.³⁻⁵ Öte yandan, toplumda kronik bir hastalığı olduğu halde tanı konmamış çok sayıda kişi olduğu bildirilmiştir.⁶⁻⁸ PatenT çalışması ülkemizde, tedavi altındaki hipertansif hastaların sadece %20.7'sinin kan basıncının istenen düzeyde olduğunu göstermiştir.⁶ TEKHARF 2003/04 kohortundaki hipertansif kadınların %66.9'u, erkeklerin ise %53.7'si antihi-

¹ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Msc (Halk Sağlığı), İstanbul

² Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr., İstanbul

pertansif ilaç alıyorlardı; oysa, bu hastaların ancak %43'ünde kan basıncı istenen düzeyde idi.⁹

JNC VII'ye (Joint National Committee 7. Hipertansiyon Raporu) göre hipertansif hastaların %40'ı tedavi almamaktadır, hedef kan basıncı değerlerine ulaşanların oranı ise %34'dür. Gelişmiş ülkelerden az gelişmiş ülkelere doğru gidildiğinde, tam almamış tip 2 diyabetlilerin oranı %30'lardan %90'lara yükselmektedir.^{7,10}

Kronik hastalıkların iyi yönetilememesine yol açan önemli nedenlerden biri akut sorunların klinik pratiğe hakim olmasıdır.¹¹ Hekim, öncelikle akut sorunlara yönelmekte, çoğu zaman kronik sorunlarla ilgilenen yeterli zaman kalmamaktadırlar. Kronik bakımdan ziyade akut sağlık hizmeti vermeye odaklı sistemde, hastanın kendi kendine bakım becerisinin desteklenmesi mümkün olmamaktadır. Buradaki problemin zamanın yetersizliğinden değil, iş bölümü hatalarından ve hasta-hekim görüşmesinin kronik hastalığa odaklanmamasından kaynaklandığı öne sürülmüştür.¹² 10 kronik hastalık ve 2500 hasta ile yapılan bir çalışmada; yüksek kalitede sağlık hizmeti verebilmek için, planlanmış vizitler ile kontrol altında tutulan hastalar dikkate alındığında günde ortalama 3.5 saat; plansız vizitler ve kontrolsüz hastalar söz konusu olduğunda ise günlük ortalama 10.5 saate ihtiyaç olduğu bildirilmiştir.¹³ Kronik hastalık yönetiminde başarısızlığa yol açan bir diğer neden de hekimlerin klinik pratiklerinin kanıta dayalı kılavuzlarla uyumlu olmamasıdır.^{14,15} Hekimin kılavuzları uygulamaya istekli olması yeterli değildir; ihtiyaç duyduğunda kanıta dayalı bilgiye ulaşabilmeli ve gerekli basamaklarda hatırlatıcı mekanizmalar oluşturulmalıdır.¹² Kronik hastalıkların iyi yönetilememesine yol açan diğer etkenler hastaya bağlı nedenler (tedaviye uymada problemler, sağlık/hastalık algısı, kendi kendine bakım beceri ve motivasyonu) ve sağlık sistemine bağlı nedenler (sistemin kronik sorunlar yerine sadece akut sorunlara odaklı organizasyonu, yetersiz iş gücü, yetersiz finansman) sayılabilir.^{11,12,16}

Her geçen gün, daha fazla yazar, birinci basamakta hizmet sunumunun geliştirilmesiyle kronik hastalıklarla daha etkin mücadele edildiğinde mortalite ve morbidite oranlarının düşeceğini belirtmektedir.^{5,12,17} Bu önerme, bütüncül bakım ve genel sağlığı ön plana çıkaran, birinci basamak yönelimli bir sağlık sistemine duyulan ihtiyacı göstermektedir.^{5,12,18} Gerçekten de kronik hastaların büyük çoğunluğu sağlık hizmetini birinci basamak hekimle-

rinden almaktadırlar; aile hekimliğinin kapsamlı, sürekli ve koordinasyon sağlayıcı niteliği kronik hastaların ihtiyaçları ile bire bir örtüşmektedir.¹⁹ Avrupa ve Amerika'da kronik hastalıkların etkin kontrolü için model ve programlar geliştirilmiş ve uygulanmıştır.²⁰⁻²² Bu model ve programlar, hizmetin aşırı/yetersiz/yanlış kullanımı, akut sorunların hakimiyeti, koruyucu sağlık hizmetinin ihmal, klinisyenlerin yoğun iş temposunda tedavi kılavuzlarına yeterince uyamaması, hizmetin yetersiz koordinasyonu, hastaların rahatsızlıklarını çözebilmeleri için eğitilmemeleri gibi sorunları ele almışlardır.^{23,24}

Bu derlemede kronik hastalık bakım modeli ele alınacak ve birinci basamaktaki etkinliğine yönelik kanıtlar sunulacaktır.

Kronik Hastalık Bakım Modeli

"Kronik Hastalık Bakım Modeli" MacColl enstitüsünde çalışan Ed Wagner ve arkadaşlarının 1990'larda geliştirdiği bir modeldir.^{25,26} Model, kronik hastalıklarda yüksek kalitede ve hasta merkezli hizmet sunumu için hazırlanmış bir yol haritası niteliğindedir (**Şekil 1**). Model, birinci basamak hekimlerine iki önemli noktada yardımcı olabilir:

1. Yüksek kalitede kronik hastalık bakımının olmazsa olmaz bileşenlerin farkına varılması.
2. Kendi kliniklerinde gerçekleştirmek istedikleri sistem değişiklikleri için rehberlik.

Model, ayrıntılı strateji, hedef ve protokoller ile kronik hastalıkların etkin tedavisini ve sonuçlarda iyileşme sağlamayı hedeflemektedir.

Modelin Bileşenleri

Modeli daha iyi kavrayabilmek için toplum, hasta ve sağlıklı bireyleri bir makro sistem, sağlık hizmeti sunumunu da bu makro sistem içindeki bir mikro sistem gibi kabul etmek doğru olacaktır. Kronik sağlık problemi, sağlık sistemi ile süregelen karşılaşma ve süreç içinde düzenli değişiklikler yapma ihtiyacı olan herhangi bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Modelin amacı; sağlık hizmetinin sunulduğu çeşitli ortamlarda, kanıta dayalı klinik hizmet sunumu ve kalite gelişimini destekleyecek etkili değişimleri teşvik etmektir. Model, hızlı ve kolay bir değişim önermekten çok karmaşık bir probleme çok boyutlu bir çözüm getirmektedir.¹² Kronik hastalıklara

yönelik sağlık hizmetinin büyük oranda birinci basamakta verildiği düşünüldüğünde,¹⁷ aile hekimliği uygulamasının kronik hastalık bakım modeli üzerinden yeniden tasarlanması uygun olacaktır. Kronik hastalıklara yönelik sağlık hizmeti bir evrende, birbirinin içine geçen 3 galakside gerçekleşmektedir: 1. Toplum 2. Sağlık sistemi 3. Hizmet sunucu birim. Model, bu üç galaksili evrende optimal hizmet sunabilmek için 6 zorunlu bileşen belirlemiştir; toplumsal kaynaklar ve politikalar, sağlık sisteminin organizasyonu, kendi kendine bakım desteği, hizmet sunum şekli, karar desteği ve klinik bilgi sistemleri.¹²

1. Toplum

Birinci basamak hekiminin kliniği ile toplum kaynakları arasında kuracağı bağlantılar, kronik hastaların yönetiminde önemli bir rol oynar. Makro ve mikro sistemler arasında üretken ilişkiler oluşturulmalıdır. Aile hekimi hizmet verdiği nüfusun sağlığıyla doğrudan ilişkili kamu ve sivil toplum kuruluşları ile eşgüdümlü çalışma yollarını aramalı, genel sağlığın iyileştirilmesini hedefleyen destekleyici program ve politikaların geliştirilmesinde toplum içinde çalışan diğer kuruluşlarla işbirliği yapmalıdır. Aile hekimi aynı zamanda sağlık hizmetinin iyileştirilmesini sağlayacak politikaları desteklemeli ve hastalarını etkili toplumsal programlara katılım konusunda yüreklendirilmelidir. Örneğin, sınırlı imkanlara sahip ve tek başı-

na çalışan bir aile hekimi için hastanelerin sunduğu hasta eğitimi imkanları veya evde bakım kuruluşlarının (kamu veya sivil toplum) sunacağı ek hizmetler bakım kalitesinin artmasına yardımcı olabilir.¹²

2. Sağlık sistemi

Sağlık sistemi çalışanları kronik hastalıklarda tanı, tedavi ve izlem sonuçlarını iyileştirmek için değişime hazır ve istekli olmalıdır. En yetkili kişiden başlayarak, gelişim her düzeyde desteklenmelidir. Yöneticiler, hizmet sunumunun iyileştirilmesini önemsemeli; net politika ve hedefler tarif edilmesini sağlamalıdır. Bu politika ve hedeflere kapsamlı sistem değişikliğini teşvik edici adımlar da dahildir. Bakım kalitesinin yükseltilmesi özendirilmelidir. Sağlık sisteminin organizasyon hedefleri kronik bakıma öncelik vermiyor ya da geri ödeme kurumları kaliteli kronik bakım hizmetini teşvik etmiyorsa kronik hastalık bakımında bir iyileşme ya da yeniden yapılanma gerçekleşemez.¹²

Sağlık sisteminin mutlaka açık ve sistematik bir geri bildirim mekanizması olmalıdır. Böylece hizmet sunumundaki problemler ve yanlış klinik ya da organizasyon uygulamaları saptanarak gerekli önlemler alınabilir. İletişim veya hizmet koordinasyonunda kesintileri önlemek için sağlık hizmet sunucuları arasında iletişimi ve veri paylaşımını kolaylaştırıcı anlaşmalar yapılmalıdır.



Şekil 1. Kronik hastalık bakım modeli.

3. Özbakım

Özbakım hastanın sağlığını ve kronik hastalığını izleyebilmesi için hazırlanmasını ve güçlendirilmesini ifade eder. Hastanın sağlığının izlenmesinde ana rol kendisinin olmalıdır. Hastanın kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenmesi kolaylaştırılmalıdır. Etkin özbakımı destekleyen, değerlendirme, hedef belirleme, eylem planlama, problem çözme ve izlemeyi içeren stratejiler kullanılmaktadır. Temel bilgi, duygusal destek, kronik hastalıkla birlikte yaşam stratejileri sunan etkinliği kanıtlanmış programlar desteklenmelidir. Toplumun kaynakları ve sağlık biriminin olanakları hastaların özbakımını sürekli destekleyebilecek şekilde düzenlenmelidir. Etkin özbakım desteği, sadece hastalara ne yapacaklarını söylemek demek olmadığı gibi sınıf dersi ile başlayıp biten bir süreç de değildir. Sağlık çalışanı ve hasta birlikte çalışarak problemleri belirler, hedefler koyar, tedavi planları geliştirir ve süreçte ortaya çıkan problemleri birlikte çözerler. Bu anlamda özbakım desteği; hastaların kendi diyet, egzersiz, ilaç kullanımı ve kan basıncı veya kan şekeri gibi ölçümlerini yapabilir hale gelmeleri anlamına geldiği gibi gerekli özbakım araçlarının (glukometre, diyet listeleri, tansiyon aleti vb.) sağlanmasını da kapsar.¹²

4. Hizmet sunum şekli

Hizmet sunumu, etkili ve verimli bir klinik bakım ve öz bakım desteği sunulmasını garanti altına alacak biçimde yapılandırılmalıdır. Bu amaçla reaktif; (kişi rahatsızlandığında yanıt veren) sistemden; proaktif; (kişiyi mümkün olduğunca sağlıklı tutmaya odaklanmış), bir sisteme geçilmelidir. Sadece ihtiyaç duyulan hizmetleri belirlemek yetmez, yapılandırılmış ve planlı etkileşimle sağlık ekibindekilerin görev ve rolleri tarif edilmelidir. Bir başka deyişle iş bölümü net olmalı, akut ve kronik bakım birbirinden ayrılmalıdır. Bunun için planlanmış hasta görüşmeleri çok yararlı olacaktır.¹² İzleme planı standart bir uygulama olmalı ve böylece hastanın doktordan ayrıldıktan sonra kendi başına kalması önlenmelidir. Verilen hizmet hasta tarafından kabul edilebilir ve hastanın kültürel duyarlılıkları ile uyumlu olmalıdır.

5. Karar desteği

Hasta tercihleri ve bilimsel kanıtlarla uyumlu bir klinik bakım sunulmalıdır. Günlük klinik pratik, kanıta dayalı kılavuzlarla uyumlu olmalı, ihtiyaç duyan hekim ka-

nıtı dayalı bilgiye ulaşabilmelidir. Hasta kayıt formlarına ve elektronik dosyalara konacak kanıta dayalı uygulama not ve uyarıları kılavuz-uygulama uyumu iyileştirilebilir. Hasta, kılavuz konusunda aydınlatılarak, tedavinin akılcı temelinin anlaşılması sağlanabilir. Böylece hastanın tedavi sürecine aktif katılımı da sağlanabilir. Günümüzde tıbbî bilgiler değişmektedir; bu nedenle, tedavi kararları veren sağlık profesyonellerinin, etkinliği kanıtlanmış sürekli mesleki eğitimlere katılımları desteklenmelidir. Dal uzmanları birinci basamakla bütünleşerek karmaşık vakaların çözümlenmesine ve tedavi kararlarına destek olabilirler. Bu durum, aynı zamanda iyi bir sürekli mesleki eğitim modeli oluşturacaktır.

6. Klinik bilgi sistemleri

Bakmakla yükümlü olunan nüfusun verileri, etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunulabilecek şekilde organize edilmelidir. Hem bireyler hem de nüfusun geneli hakkında anahtar verilere hemen ulaşım sağlayan bir bilgi sistemi olmaksızın etkili kronik hastalık bakımı sağlanamaz. Yapılması gerekenleri hatırlatan, veri özetleri sunan bir klinik bilgi sistemi, bireysel hizmetin daha iyi planlanmasını sağlar ve kılavuza uyumu artırır. Bu sistemler sayesinde her bir hastanın izleme ölçütlerinde (HbA1c veya lipid profili gibi) nasıl bir performans sergilendiği görülebilir,¹² hasta verileri, hasta ve diğer sağlık hizmet sunucuları ile paylaşılabilir. Toplumsal düzeyde, bilgi sistemleri daha fazla hizmete ihtiyaç duyan hasta gruplarının belirlenmesini ve performans izlemi ile kalite geliştirme müdahalelerinin sonuçlarını görmemizi kolaylaştırır.

Kronik hastalık bakım modelinin her 6 bileşeni gerçekleştirildiğinde, sağlık hizmeti hazırlıklı, proaktif sağlık personeli tarafından bilgilendirilmiş aktif hastaya sunulacaktır. Modelin bileşenleri birlikte hayata geçirilebileceği gibi her bileşen tek başına ya da kademeli olarak uygulanabilir.^{18,25} Böyle bir ortamda gerçekleştirilecek hasta-hekim etkileşimi, pek çok olumlu işlevsel ve klinik çıktıyı beraberinde getirecektir. Kronik hastalık bakım modeli kronik hastalıkların daha iyi yönetilmesine yönelik genel bir çerçeve sunmaktadır. Burada ana hatlar şeklinde verilen ilkeler tüm sağlık sistemlerinde uygulanabilir genel geçer ilkelerdir. Bu nedenle farklı sağlık sistemlerinin spesifik ihtiyaçlarına cevap verebilecek şekilde modeli adapte eden ülkeler ve kurumlar mevcuttur. Örneğin Smith, kronik hastalık bakım modelini temel alarak ge-

belik ve süt çocukluğu döneminde sunulan sağlık hizmetlerine yönelik sürekli bakım modeli önermiştir.²⁷ Benzer şekilde Barr ve arkadaşları kronik bakım modelini genişletmiş, toplum sağlığına yönelik girdi ve çıktıları ayrıntılandırarak modele dahil etmişlerdir.²⁸

Kronik Hastalık Bakım Modelinin Etkinliğine İlişkin Kanıtlar

Birinci basamak oryantasyonu ile kronik hastalık bakım modeli arasındaki ilişkinin incelendiği, 957 hekim organizasyonunun dahil edildiği bir çalışmada, kronik bakım modelini uygulamaya koyan organizasyonların aynı zamanda birinci basamak oryantasyonuna sahip oldukları tespit edilmiştir.¹⁹ 2002 yılında gerçekleştirilen bir sistematik derlemede, diyabet hastalarında kronik hastalık bakım modeline dayanan müdahalelerin değerlendirildiği 39 çalışma incelenmiştir. Bunlardan 32'sinde bakım sürecine ilişkin (düzenli HbA1c, idrarda albümin ya da lipid düzeylerinin ölçümü gibi) ya da hasta sonuçlarıyla ilişkili (uç organ hasarı ya da HbA1c düzeyleri gibi) en az bir parametrede iyileşme sağlanmıştır.¹⁸ Modeli maliyet etkinlik açısından inceleyen 27 çalışmanın 18'inde maliyetin düştüğü ya da sağlık hizmetlerinin daha az kullanıldığı bildirilmiştir.¹⁸ 2009'da yayınlanan, son 9 yıldaki araştırmaları inceleyen bir derlemede kronik hastalık bakım modelinin klinik pratiğin yeniden yapılandırılması için bütünleşmiş bir çerçeve sunduğu sonucuna varılmıştır. Bu makalede maliyet etkinlik açısından iyileştirilmesi gereken yönler olmakla birlikte, modelin sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilediği vurgulanmıştır.²⁹ Kalp hastalığı, diyabet ve astımı içeren kronik hastalık yönetim programının meta-analizinde her üç hastalık için de maliyetin azaldığı bildirilmiştir.²⁶ Piat ve arkadaşlarının 2006'da yayınladığı randomize kontrollü çalışmada, kronik hastalık bakım modelinin, sağlık hizmetinden yeterince yararlanamayan kentsel diyabetli nüfus üzerindeki etkisi incelenmiştir.³⁰ 11 birinci basamak sağlık merkezi; kronik hastalık bakım modeli, sadece hasta eğitimi ve standart bakım uygulayan üç gruba ayrılmıştır. Modelin uygulandığı grupta belirgin ve istatistiksel olarak anlamlı HbA1c düşüşü izlenirken (%-0.6, p=0.008), diğer gruplarda benzer bir düşüş görülmemiştir. Benzer şekilde kendi kendine kan şekerini takip eden hasta sayısı modeli uygulayan grupta anlamlı düzeyde daha fazla iken, HDL dışı kolesterol düzeylerinde de, diğer

gruplara göre anlamlı azalma bildirilmiştir.³⁰ Modelin etkinliğine ilişkin yapılan bir başka çalışmada 17 birinci basamak birimi yöneticisinin modeli uygulamadan önce ve sonra bir değerlendirme anketini doldurmaları istenmiştir. Uygulamadan sonra değerlendirme skorları ortalama 1.4 puan artmış, modelin 6 bileşeninden üçünde (klinik bilgi sistemleri, toplum ve hizmet sunum şekli) anlamlı iyileşme saptanmıştır. İki yıl içinde LDL ve HbA1c hedefini tutturana hasta oranları anlamlı derecede artmış, bir ya da daha fazla kalp olayı görülen hasta yüzdesi yaklaşık %6 azalmıştır.³¹ Modelin uygulanması hastaların genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.³² 3 yıldır kronik hastalık bakım modelini uygulayan 14 birinci basamak biriminin geri bildirimlerine göre uygulama ile hasta ve doktor memnuniyeti artmış ancak ek personel gereksinimi yüzünden ortaya çıkan ek maliyetler, modelin uygulanmasının önündeki engel olarak bildirilmiştir.²⁵ Kalitatif bir çalışmada, modelin uygulanmasından 18 ila 23 ay sonra hekimlerle ayrıntılı görüşülmüş ve süreçte yaşanan güçlükler tarif edilmeye çalışılmıştır. Buna göre modelin uygulama aşamasında yaşanan engeller;

- Birbirine yakın önceliklerin varlığı,
- İstenilen değişim üzerinde ortak görüş olmaması,
- Değişimin yeterince özgül tarif edilememesi,
- Hekimlerin yükümlülüklerini yeterince yerine getirememesi olarak sıralanmıştır.

Bu çalışmada öneri olarak model uygulanmadan önce uygulanacak birimlere özgü, açıkça tanımlanmış hedeflerin yer aldığı bir yol haritasının belirlenmesinin yararlı olacağı dile getirilmiştir.³³

Sonuç

Kronik hastalık bakım modeli, birinci basamakta çalışan bir aile hekiminin günlük pratiğinde baktığı kronik hastalara daha kaliteli sağlık hizmeti sunabilmesi için yararlı bir modeldir. Modelin tüm bileşenlerinin hayata geçirilebilmesi için sağlık sisteminin organizasyonu ve toplum sağlığından sorumlu kişi ve kurumların iş birliğine ihtiyaç vardır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırıldığı bugünlerde, gerek aile hekimi olarak çalışacak hekimlerin, gerekse yapılan-

*Kronik Hastalık Bakım Modeline ilişkin daha ayrıntılı bilgiye 26. kaynaktan ulaşılabilir.

dırma sürecini planlayıp yürüten kişi ve kurumların kronik hastalıklarda sunulacak sağlık hizmetinin çerçevesini Kronik Hastalık Bakım Modeli bileşenlerini dikkate alarak çizimleri, klinik uygulama ve hasta çıktılarına ilişkin parametrelerde iyileşmeler sağlayacaktır.

Kaynaklar

- Sipkoff M. Health plans begin to address chronic care management. *Manag Care* 2003; 12: 24-31.
- Topallı R, Aladağ N, Filiz TM, Topsever P, Çiğerli Ö, Görpelioğlu S. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniklerinin sağlık hizmeti sunumundaki yeri: Değirmendere deneyimi. *Türk Aile Hek Derg* 2003; 7: 165-70.
- Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC, National Academy Press, 2001: 1-2.
- McGlynn EA, Asch SM, Adams J ve ark. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003; 348: 2635-45.
- Schmittiel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of Primary Health Care Orientation on Chronic Care Management. *Ann Fam Med* 2006; 4: 117-23.
- Altun B, Arici M, Nergizoğlu G ve ark. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005; 23: 1817-23.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR ve ark. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42: 1206-52.
- Houlihan SJ, Simpson SH, Cave AJ ve ark. Hypertension treatment and control rates: chart review in an academic family medicine clinic. *Can Fam Physician* 2009; 55: 735-41.
- Soydan İ. Hipertansiyon ile İlgili Tekharf Çalışması Verileri ve Yorumu. <http://tekharf.org/images/bolum5.pdf> adresinden 10/07/2009 tarihinde erişilmiştir.
- IDF Clinical Guidelines Task Force. Global guideline for Type 2 diabetes. Brussels, International Diabetes Federation, 2005; 9.
- Moore GL. Escaping the Tyranny of the Urgent by Delivering Planned Care. *Family Practice Management* 2006; 13: 37-40.
- Bodenheimer T, Wagner ED, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288: 1775-9.
- Ostbye T, Yarnall KSH, Krause KM ve ark. Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? *Ann Fam Med* 2005; 3: 209-14.
- Drotar D. Physician behavior in the care of pediatric chronic illness: association with health outcomes and treatment adherence. *J Dev Behav Pediatr* 2009; 30: 246-54.
- Feifer C, Ornstein SM, Jenkins RG ve ark. Logic behind a multimethod intervention to improve adherence to clinical practice guidelines in a nationwide network of primary care practices. *Eval Health Prof* 2006; 29: 65-88.
- Unalan P, Cıfıci S, Uzuner A, Akman M. Hastaların Hipertansiyon ve Antihipertansifler Konusundaki Algı ve İnanışları. *Türk Aile Hek Derg* 2005; 9: 153-8.
- Grumbach K, Bodenheimer T. A primary care home for Americans: putting the house in order. *JAMA* 2002; 288: 889-93.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the Chronic Care Model, Part 2. *JAMA* 2002; 288: 1909-14.
- Rothman AA, Wagner EH. Chronic Illness Management: What is the role of primary care? *Ann Intern Med* 2003; 138: 256-61.
- Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998; 1: 2-4.
- Szecsényi J, Rosemann T, Joos S, Peters-Klimm F, Miksch A. German diabetes disease management programs are appropriate to restructure care according to the Chronic Care Model. An evaluation with the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC-5A) instrument. *Diabetes Care* 2008; 31: 1150-4.
- Steuken L, Vrijhoef B, Van Merode F, Weeseling G-J, Spreeuwenberg C. Evaluation of a regional disease management programme for patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; 18: 429-36.
- Vrijhoef HJM, Spreeuwenberg C, Eijkelberg IMJG, Wolffenbuttel BHR, Van Merode GG. Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. *BMJ* 2001; 323: 983-5.
- Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 2005; 17: 141-6.
- Mohler PJ, Mohler NB. Improving chronic illness care: lessons learned in a private practice. *Family Practice Management* 2005; 11: 50-6.
- Bodenheimer T, Grumbach K. Kronik hastalığı olan hastalara sunulan birinci basamak hizmetin iyileştirilmesi. Birinci Basamağın İyileştirilmesi: Daha İyi Uygulamalar İçin Stratejiler ve Araçlar'da. Çeviri Ed. Bozdemir N. Saatçi E. Adana, Nobel Kitabevi, 2009; 55-77.
- Smith H. The Continuing Care Model in Pregnancy and Infancy. http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=CCM_Gallery&s=149 adresinden 10/07/2009 tarihinde erişilmiştir.
- Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B ve ark. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q* 2003; 7: 73-82.
- Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)* 2009; 28: 75-85.
- Platt GA, Orchard TJ, Emerson S ve ark. Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. *Diabetes Care* 2006; 29: 811-7.
- Solberg LI, Crain AL, Sperl-Hillen JM ve ark. Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. *Ann Fam Med* 2006; 4: 310-6.
- Hung DY, Glasgow RE, Dickinson LM ve ark. The chronic care model and relationships to patient health status and health-related quality of life. *Am J Prev Med* 2008; 35(5 Suppl): S398-406.
- Hroschickoski MC, Solberg LI, Sperl-Hillen JM, Harper PG, McGrail MP, Crabtree BF. Challenges of change: a qualitative study of chronic care model implementation. *Ann Fam Med* 2006; 4: 317-26.

Geliş tarihi: 20.07.2009

Kabul tarihi: 03.09.2009

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Mehmet Akman

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Altunizade 34662 İstanbul

Tel: (0216) 327 56 12

e-posta: makman4@gmail.com