



Çocuklara Verilen Sağlık Hizmetinde Bütüncül İzlem Modeli

Zeynep Eras*, Gülsüm Atay**, E. Bahar Bingöler Pekcici***

* T.C. S.B. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gelişimsel Pediatri Ünitesi, Ankara
** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gelişimsel Pediatri Ünitesi, Ankara
*** T.C. S.B. Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Bütüncül İzlem Modeli (Medical Home Model) çocukların sağlık ve gelişimsel durumlarının izlenmesi, desteklenmesi ve uygun tedavilerin sağlanması için gereken tüm koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin aynı ekip tarafından, aynı mekânda, aynı “çatı altında” verilmesini sağlayan sağlık hizmeti modelidir. Bu yazıda Bütüncül İzlem Modeli’ nin özellikleri ve etkinliği gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmeti; Bütüncül İzlem; Çocuk.

Medical Home Model in Children’s Health Care

The “medical home model” has been introduced in high income countries as a health care model that provides all preventive and curative care for children with special needs under one roof. This article informs about the “medical home model” and reviews its efficacy.

Key Words: Health Care Delivery; Medical Home; Children.

Son 30 yılda yüksek gelirli ülkelerde yapılan araştırmalar, prematüre doğan bebekler, kronik hastalığı olan çocuklar ya da Down sendromu gibi sendromlarla doğan çocukların sağlık sorunları, gelişimsel gecikmeler ve engeller açısından riskleri olan çocukların riskleri olmayan çocuklardan farklı sağlık hizmeti modelleri ile izlenmesi gerektiğini göstermiştir.¹⁻³

Bütüncül İzlem Modeli çocukların bedensel ve psikososyal, gelişimsel sağlık durumlarının izlenmesi desteklenmesi ve uygun tedavilerin sağlanması için gereken tüm koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin aynı kurumda, aynı ekip tarafından, aynı mekânda, aynı “çatı altında” verilmesini sağlayan sağlık hizmeti modelidir. İngilizce terimi “Medical Home Model” olan bu modelin Türkçe karşılığı “Tıbbi Ev Modeli” olmasına karşın, içeriği uygun olarak yansıtması açısından bu terim karşılığında “Bütüncül İzlem Modeli” terimi kullanılacaktır.

Bütüncül izlem modeli kavramı ilk olarak 1960’larda kronik hastalıkları olan çocukların izlenimini yapan çocuk hekimleri arasında ortaya çıkmıştır.⁴ Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) tarafından 1967 yılında kurulan “pediatri uygulamaları” komisyonunun yayınladığı raporda, özel gereksinimleri olan çocukların sıklıkla,

birbirinden bağımsız çalışan farklı hekimler tarafından izlendiği, izlemi yapan hekimler arasındaki işbirliği ve iletişim eksikliğinin çocuklara verilen hizmetlerde tekrarlamalar ve aksamalar yarattığı bildirilmiştir.⁵ Bütüncül İzlem Modeli ile ilgili bilgiler ilk olarak 1967 yılında bu AAP Kurulu tarafından bir kitapta yayınlanmıştır.⁵ Amerikan Pediatri Akademisi Bütüncül İzlem Modeli Çalışma Grubu 1992’ de kurulmuştur ve 1992’de yayınladıkları bildiride, gelişimsel riskleri ve özel gereksinimleri olan çocuklara sağlık hizmeti veren tüm çocuk hekimlerinin Bütüncül İzlem Modelini uygulamalarına yerleştirmeleri istenmiştir.⁶ Amerikan Pediatri Akademisi’ nin Engelleri Olan Çocuklar İçin Bütüncül İzlem Modeli ile Hizmet Koordinasyonu 2005 yılında Bütüncül İzlem Modeli’nin 6 temel hedefini özetlemiştir: 1) çocuk ve ailesini izleyen tüm alanların uzmanlarının önerilerini göz önünde bulundurarak izlem planı oluşturmak; 2) gerekli sağlık hizmeti ve diğer kaynakların kullanılabilmesinde aileye yol göstermek; 3) ailelerin çocuğu izleyen tüm dallardaki uzmanlarla iletişim kurmasını kolaylaştırmak; 4) çocuklara verilen hizmetlerin tekrarını ya da sağlık kaynaklarının gereksiz kullanımını önlemek; 5) çocuğun fiziksel ve duygusal sağlığını ve huzurunu sağlamak; 6) çocuğun ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmak.⁷

Başvuru Tarihi: 17.06.2011, Kabul Tarihi: 06.07.2011

Bütüncül İzlem Modelinin Özellikleri

Amerikan Pediatri Akademisi tarafından 2002 yılında bütüncül izlem modelinin yedi özelliği tanımlanmıştır.⁸ Bu özellikler aşağıda açıklanmaktadır.⁷⁻¹⁰

Kolay uygulanabilirlik ve ulaşılabilirlik: Sağlık izlemi ve hizmeti çocuğun bulunduğu toplum koşullarında uygulanabilir olmalıdır. Aileler çocuklarının her gereksinimi olduğunda hekimleri ile iletişim kurabilmelidir.

Sürekli izlem: Sürekli izlem (continuity of care), bir hastaya tek bir hekim tarafından sunulan ve bu hekimin diğer hekimler ve sağlık çalışanları ile yaptığı bilgi alışverişi ile sağlanan sağlık hizmetidir.¹¹ Sürekli izlem modeli, hastayı sürekli izleyen hekimin hasta hakkında çok iyi bilgi sahibi olduğu, bu hekimin hastaya verilen tüm sağlık hizmetlerinin ve tedavilerin planlanmasında, birincil sorumlu olması temeline dayanır. İzlemin sürekliliği sayesinde aile, çocuk ve hekim arasında kurulan sağlam ilişkiye bağlı olarak verilen sağlık hizmetinin kalitesinin arttığı vurgulanmaktadır.^{11,12}

Sürekli izlemin önemi konusunda yapılan çalışmalar 30 yıldan uzun bir geçmişe dayanmaktadır.¹³ Sürekli izlem modelinin yararları ile ilgili yapılan araştırmalar bu model sayesinde hizmetlerde hekim, hasta ve aile memnuniyetinin arttığını; hastanın tıbbi tedavilere uyumunun arttığını; gereksiz acil servis ve hastane başvurularının azaldığını; bu sayede sağlık harcamalarının azaldığını; özellikle kronik hastalıkların kontrolünün kolaylaştığını vurgulamaktadır.¹³⁻¹⁵ Sürekli izlem modeli ile ilgili araştırmalar ayrıca bu model ile izlenen çocukların 7-12. aylarda aşılama oranlarının arttığını¹⁶; 5 yaşın altındaki çocuklarda acil hastane başvurularının, gereksiz hastane başvurularının ve hastane yatışlarını azaldığını göstermiştir.^{12,15}

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada, 1988-1996 yılları arasında doğan ve çocuk hastanesinin polikliniğinde izlenen 887 çok düşük doğum ağırlıklı bebeğin örnekleme oluşturduğu seçkisiz kontrollü bir çalışmada sürekli 24 saat ulaşılabilen tek bir hekim tarafından izlenen bebekler ile olağan sağlık sistemi içinde izlenen bebeklerin 1 yıl izlem sonuçları karşılaştırılmıştır. Sürekli izlem modeli ile izlenen grupta %48 oranında daha az hayatı tehdit edici hastalık, %57 oranda daha az yoğun bakım ihtiyacı ve %42 oranında daha kısa süreli yoğun bakım yatışı belirlenmiştir. Bu araştırma, izlem modelinin maliyeti arttırmadığını buna karşılık maliyeti yüksek yaşamı tehdit eden sağlık sorunlarını ve giderlerini azalttığını göstermektedir.¹⁷

Aile merkezli hizmet: Aile merkezli hizmet modeli, pediatri uygulamaları içinde sağlık programlarını ve politikalarını yönlendiren, hastalar, aileler ve hekimler

arasındaki ilişkiyi biçimlendiren bir hizmet modelidir. Aile merkezli hizmet modeli, sağlık hizmeti ile çocuk ve ailesine verilen duygusal, sosyal ve gelişimsel desteğin birbirini tamamlayan unsurlar olması temeline dayanır. Bu modelin temel amacı çocuklar ve ailelerin sağlık ve gelişimini sağlayan güçlü yanlarını ortaya çıkarmak; bu özellikler üzerinde yoğunlaşarak çocuğun bakımı ve gereksinimlerinin karşılanması konusunda ailenin kendi deneyimlerini kullanarak fikir üretmesini ve yetkin olabilmesini desteklemektir.^{18,19} Aile merkezli yaklaşım, çocuğun bedensel ve ruhsal sağlığının anne ve babanın ruhsal durumu ve çocuğa bakım vermedeki yeterliliklerinden etkilendiği düşüncesine dayanmaktadır. Aile merkezli yaklaşımlar ile anne ve babanın yeterliliği desteklenerek onlar üzerinde yaratılan olumlu etkilenmenin çocuğun sağlık ve gelişimine yansıtacağı düşünülmektedir.^{20,21}

Aile merkezli yaklaşım kavram olarak 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra önem kazanmıştır.²² Dunst ve ark. 2009'da aile merkezli sağlık modeli ile ilgili derlemelerinde bu modelin günümüzde Avustralya, Kanada, İngiltere, Finlandiya, İrlanda, İsveç, Güney Afrika, Hollanda, Yeni Zelanda ve Amerika'da uygulandığını belirtmektedirler.¹⁹ AAP tarafından tanımlanan aile merkezli yaklaşımın ilkeleri aşağıda sıralanmaktadır.¹⁸

1. Her çocuk ve aile ile aileye özgün olan ilişki kurulmalıdır.
2. Ailelerin ırk, etnik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıkları, bunların ailenin deneyimleri üzerine etkileri ve çocuğun bakımına bakış açıları önemsenmelidir.
3. Her çocuk ve ailesinin güçlü yanları belirlenerek desteklenmelidir.
4. Bakım ve destek konularında çocuğa ve ailesine seçenekler sunulmalıdır.
5. Sağlık hizmetleri ile ilgili esneklik sağlanmalıdır. Bu sayede her çocuk ve ailesinin gereksinimleri, inançları ve kültürel değerlerine göre hizmet sunulabilmelidir.
6. İzlemlerde bilgiler ailelerle dürüstçe ve tarafsız olarak paylaşılmalıdır.
7. Aileler ve çocuklar için resmi ve resmi olmayan (aileler arası iletişim vs) destekler sağlanmalıdır.
8. Çocuğun tedavi ve izleminin her aşamasında aileler ile işbirliği içinde olunmalıdır.
9. Her aile ve çocuk kendi güçlü yanlarını bulma konusunda desteklenmeli, sağlık hizmetleri konusunda kendi seçimlerini yapmak veya fikir üretmek konusunda cesaretlendirilmelidir.

Yapılan araştırmalarda aile merkezli hizmet modelinin yararları ile ilgili sonuçlar özetlendiğinde: çocuk ve ailenin izlem sonuçlarında iyileşme; çocuk ve ailenin sağlık izlemi ile ilgili memnuniyetinde artış; sağlık

Çocuklara Verilen Sağlık Hizmetinde Bütüncül İzlem Modeli

personelinin memnuniyetinde artış; çocuk ve ailenin tedaviye uyumunda artış; gereksiz hastane başvurularının ve hastane yatışlarının azalması ile birlikte sağlık harcamalarında azalma; koruyucu sağlık hizmetleri ve diğer sağlık kaynaklarının daha etkin kullanımı bildirilmektedir.^{18,23} Yenidoğan dönemine ait araştırmalarda ise aile merkezli yaklaşımın yenidoğan döneminde uygulanması ile hastanede kalış süresinin azaldığı, anne-bebek bağlanmasının daha kolay ve güçlü olduğu, prematüre doğan bebeklerin izlemde daha huzurlu olduğu, bilişsel sonuçların daha iyi olduğu ve sağlık kaynaklarının daha etkin kullanıldığı gösterilmiştir.²⁴

Geniş kapsamlılık: Sağlık hizmeti, özel gereksinimleri olan çocuklar konusunda yetkin bilgiye sahip iyi eğitilmiş hekimler tarafından yürütülmelidir. İzlemede tüm koruyucu bakım hizmetleri (aşılama, büyüme ve gelişimin değerlendirilmesi, ailenin sağlık, bakım ve beslenme konusunda bilgilendirilmesi) sağlanmalıdır. Çocukların ya da ailelerinin bedensel sağlık, gelişim, eğitim, psikososyal ve diğer alanlardaki gereksinimleri belirlenerek destek hizmetleri sağlanmalıdır.

Düzenlilik ve tutarlılık: Hekim ve aile tarafından bir izlem planı oluşturulmalı; bu izlem planı, izleme katılan diğer dallarla paylaşılmalıdır. Çocukla ilgili bir konsültasyon yapıldığında ya da ek değerlendirme ve tedaviler için farklı bilim dallarına danışıldığında bilgi akışındaki düzen ve tutarlılık kesintiye uğramamalıdır. Konsültasyonların zamanlaması, her biri ile ilgili aileye bilgi verilmesi, sürekli izleyen hekimin görevidir.

Şefkatli yaklaşım: Çocuğun ve ailenin yararının gözetildiği sözel ve sözel olmayan yollarla onlara ifade edilmelidir. Hekim ailenin duygularını anlamaya ve ailenin bakış açısından olayları değerlendirmeye özen göstermelidir.

Kültürlere duyarlı yaklaşım: Ailenin kültürel alt yapısı (inançları, örf-adetleri) anlaşılmalı ve izlem planı oluşturulurken göz önünde bulundurulmalıdır.

Bütüncül İzlem Modeli'nin Etkinliği

Hawaii'de yapılan bir araştırmada bütüncül izlem modeli ile izlenen özel gereksinimi olan 449 çocuk ve ailesini içeren araştırma bütüncül izlem modeli içinde düzenli ve tutarlı bir sağlık hizmeti verilebildiği, hizmetlere ulaşmanın kolaylaştığı ve bu modelin ailelerin memnuniyetini arttırdığı belirlenmiştir.²⁵ Farklı bir araştırmada özel gereksinimleri olan 51 çocuk 18 ay süreyle bütüncül izlem modeli ile izlenmiş, acil servis kullanımının, çocukların okula gidemedikleri gün sayısının, ailelerin yaşadıkları zorlukların, işlerine gidemedikleri gün sayısının azaldığı saptanmıştır.²⁶ Bütüncül izlem modeli ile izlenen 13–17 yaşları

arasındaki özel gereksinimi olan 5333 çocuğun ailelerinin, hekimleri ile çocuklarının gereksinimleri ve gelişmeleri hakkında daha sıklıkla konuştukları, çocukları ile ilgili plan geliştirmede daha fazla rol aldıkları belirlenmiştir.²⁷ Bütüncül izlem modeli ile izlenen 150 özel gereksinimleri olan çocuğun ailesi, aynı hemşire ile konuşmanın, sağlık kaynaklarından yararlanmanın, randevu almanın, diğer dallara danışmanın, telefonlarına cevap almanın, çocukları hasta olduğunda erken tedavi olabilmeyin ve reçetelerinin yazılmasının kolaylaştığını, bebeklerinin tıbbi durumunun daha iyi anlaşıldığını, hekimleri ile daha iyi ilişki kurduklarını belirtmişlerdir. Bu araştırmada bütüncül izlem modeli ile izlenen çocukların hastaneye yatışlarının azaldığı (%58'den %43'e düşüş) ancak acil servis başvuru oranlarında fark olmadığı tespit edilmiştir.¹¹

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1–17 yaşındaki 83448 çocukla yürütülen çalışmada 2007 yılı itibariyle çocukların %56,9'unun bütüncül izlem modeli ile izlendikleri, bu model ile izlenen çocukların izlenmeyenlerden 4 kat daha fazla sağlık hizmetlerine ulaşabildikleri ve sağlık hizmeti gereksinimlerinin karşılanabildiği bildirilmektedir.²⁸

Sonuç

Araştırmaların sonuçları "bütüncül izlem modelinin" gelişimsel sorunların ve sağlık sorunlarının gelişmesi için yüksek risk taşıyan preterm bebekler, kronik hastalığı olan çocuklar gibi özel gereksinimli çocuklarda sorunların sıklığının azaltılmasını, erken tanı ve tedavisinin sağlanmasını, çocuklar ve ailelerinin sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalanabilmesini sağlayacak bir model olduğunu düşündürmektedir. Ülkemiz çocuklarının sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmeleri açısından bütüncül izlem modeli uygun bir model olabilir.

Kaynaklar

1. Homer CJ, Klatka K, Romm MD, Kuhlth K, Bloom S, Newacheck PW. A review of the evidence for the medical home for children with special health care needs. *Pediatrics* 2008; 122: e922-7.
2. Goldson E, Louch G, Washington K, Scheu H. Guidelines for the care of the child with special health care needs. *Adv Pediatr* 2006; 53: 165-82.
3. Council on Children with Disabilities. Role of the medical home in family-centered early intervention services. *Pediatrics* 2007; 120(5): 1153-8.
4. Carrier E, Gourevitch MN, Shah NR. Medical Homes: Challenges in translating theory into practice. *Med Care* 2009; 47(7): 714-22.
5. American Academy of Pediatrics Council on Pediatric Practice. Pediatric records and a "Medical Home". In: *Standards of child care*. Evanston, IL: American Academy of Pediatrics 1967: 77-99.
6. American Academy of Pediatrics. Ad Hoc Task Force on definition of the Medical Home. *Pediatrics* 1992; 90: 774.

7. Council on Children with Disabilities Care Coordination in the Medical Home. Integrating health and related systems of care for children with special Health CN. *Pediatrics* 2005; 116: 1238-44.
8. Damiano PC, Mamany ET, Tyler MC, Penziner AJ, Lobas JG. Cost of outpatient medical care for children and youth with special health care needs: Investigating the impact of the Medical Home. *Pediatrics* 2006; 118: e1187-94.
9. Palfrey VS, Sofis LA, Davidson EJ, Liu J, Freeman L, Ganz ML. The pediatric alliance for coordinated care: Evaluation of a Medical Home Model. *Pediatrics* 2004; 113: 1507-16.
10. Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project Advisory Committee. The Medical Home. *Pediatrics* 2002; 110: 184-6.
11. Inkelas M, Schuster MA, Olson LM, Park CH, Halfon N. Continuity of primary care clinician in early childhood. *Pediatrics* 2004; 113(6): 1917-25.
12. Brousseau DC, Mevrer JR, Isenberg ML, Senberg ML, Kuhn EM, Gorelick MH. Association between infant continuity of care and pediatric emergency department utilization. *Pediatrics* 2004; 113: 738-44.
13. Nutting PA, Goodwin MA, Flacke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: To whom does it matter and when? *Ann Fam Med* 2003; 1(3): 149-55.
14. Mainous AG, Goodwin MA, Stange KC. Patient-Physician shared experience and value patients place on continuity of care. *Ann Fam Med* 2004; 2(5): 452- 4.
15. Christakis DA, Kazak AE, Wright JA, Zimmerman FJ, Basset AL, Conrell A. What factors are associated with achieving high continuity of care? *Fam Med* 2004; 36(1): 55-60.
16. Gill J, Saldarriago A, Mainous A, Unger D. Does continuity between prenatal and well child care improve childhood immunization? *Fam Med* 2002; 34: 274- 80.
17. Broyles RS, Tyson JE, Heyre ET, and et al. Comprehensive follow-up care and life-threatening illnesses among high-risk infants: A randomised controlled trial. *JAMA* 2000; 284(16): 2070- 6.
18. American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. Family centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics* 2003; 112: 691-6.
19. Dunst CJ, Trivette CM. Meta-analytic structural equation modelling of the influences of family-centered care on parent and child psychological health. *Int J Pediatr* 2009; 2009: 1-9.
20. Sarajarvi A, Haapamaki ML, Paavilainen E. Emotional and informational support for families during their child's illness. *Int Nurs Rev* 2006; 53(3): 205-10.
21. Ballweg DD. Implementing developmentally supportive family-centered care in the new born intensive care unit as a quality improvement initiative. *J Perinat Neonat Nurs* 2001; 15(3): 58-73.
22. Lipkin PH, Cartwright JD, Desch LW. Role of the medical home in family-centered early intervention services. *Pediatrics* 2007; 120(5): 1153-8.
23. Denboba D, McPherson MG, Kenny MK, Strickland B, Newacheck PN. Achieving family and provider partnerships for children with special health care needs. *Pediatrics* 2006; 118(4): 1607-15.
24. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Strenesky L, Ledsky R, Berns SD. Impact of family-centered care initiative in neonatal intensive care unit care, staff and families. *J Perinatol* 2007; 27: 532-7.
25. Baruffi G, Miyashiro L, Prince GB, Heu P. Factors associated with ease of using community-based systems of care for CSHCN in Hawaii. *Matern Child Health J* 2005; 9: 99-108.
26. Farmer JE, Clark MJ, Sherman A, Marien WE, Selva TJ. Comprehensive primary care for children with special healthcare needs in rural areas. *Pediatrics* 2005; 116(3): 649-56.
27. Lotstein DS, McPherson M, Strickland B, Newacheck PW. Transition planning for youth with special health care needs: results from the national survey of children with special health care needs. *Pediatrics* 2005; 115(6): 1562-8.
28. Strickland BB, Jones JR, Ghandour RM, Kogan MD, Newacheck PW. The Medical Home: Health care Access and impact for children and youth in the United States. *Pediatrics* 2011; 127(4): 604-11.

İletişim Adresi: Dr. Gülsüm ATAY
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Gelişimsel Pediatri Ünitesi Ankara
Tlf: 0533 652 31 02
e-mail: gulsumatay@gmail.com