

Psikiyatride Vaka Yönetimi

Case Management in Psychiatry

Mahire Olcay Çam , Derya Külliğ , Elif Deniz Kaçmaz 

Öz

Vaka yönetimi; bireylerin çeşitli ihtiyaçlarını (tedavi, sosyal, konaklama, finansal, istihdam, dinlenme, kültürel ihtiyaçlar) karşılamak amacıyla tüm hizmetlerin bir arada ve eşgüdümlü olarak verildiği bir süreçtir. Hasta ve hizmet verenlerin memnuniyetini ve maliyeti dikkate alan, bireylerin bütüncül sağlık endişelerinin yönetimini sağlayan bir bakım verme modelidir. Vaka yönetimiyle bireyin, problem çözme, iş ve sosyal becerilerinin gelişmesi, boş zaman aktivitelerinin artması ve bireyin bağımsızlaşmasıyla işlevselliğinin gelişmesi amaçlanır ve bu yönüyle vaka yönetiminin kronik ruhsal hastalığı olan bireyler için etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde ise psikiyatrik tedavi, rehabilitasyon ve kurumlar arası koordinasyonun yürütüldüğü bütüncül hizmet modelinin uygulandığı toplum ruh sağlığı merkezlerinde bakım kalitesinin artırılması ve maliyetin azaltılması için vaka yönetimi konusu büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle bu derlemede vaka yönetimi tanımı, amaçları, özellikleri, çeşitleri ve uygulama alanındaki yararlarına ilişkin bilgiler sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Psikiyatri, vaka yönetimi, toplum ruh sağlığı.

Abstract

Case management is a process in which all services are provided together and in coordinative to meet individuals' various needs (treatment, social, accommodation, financial, resting, cultural needs). It is a caring method which takes into consideration the satisfaction of the patient and the caregivers and the cost, and provides management of medical concerns of the individuals in a holistic way. With case management, it is aimed to improve an individual's problem-solving, professional and social skills, to increase leisure time activities and development of functionality with independence of the individual, and due to its this aspect, it has been reported to be an effective method for individuals with chronic mental diseases. In our country, however, the issue of case management is of vital importance in order to increase quality of care and reduce costs in community health centers where a holistic service model is practiced psychiatric treatment, in which psychiatric treatment, rehabilitation and inter-institutional coordination are conducted. Therefore, in this compilation presentation of definition, objectives, characteristics, types and information concerning its benefits in practice of case management is aimed.

Keywords: Psychiatry, case management, community mental health.

¹ Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

✉ Elif Deniz Kaçmaz, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Turkey
elifdenizolmez@gmail.com

Geliş tarihi/Submission date: 12.04.2018 | Kabul tarihi/Accepted: 09.06.2018 | Çevrimiçi yayın/Online published: 12.07.2018

BİLİM ve teknolojinin hızla ilerlemesi sağlık hizmetlerinde de önemli gelişmeleri beraberinde getirmiştir. Bu olumlu gelişmeler ise sağlık bakım harcamalarının artmasına neden olmuştur. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinde düşük maliyetli ve kaliteli bakım sunumu önem kazanmıştır. Vaka yönetimi bu gelişmeler ışığında ortaya çıkan bir hizmet modelidir (Daş 1999). En basit biçimde aracı kurum olarak ifade edilen vaka yönetimi farklı disiplinlerdeki hizmetleri koordine etmek için güçlü bir araçtır (Marshall et al. 2000). Koordinasyon, entegrasyon ve sınırlı kaynakların bireyselleştirilmiş bakıma dahil edilmesiyle bir veya daha fazla personelle hizmet verilmesidir (Zigarus 2000). Ruh sağlığı ve psikiyatri hizmetlerinde, disiplinlerarası işbirliğinin önemi düşünülerek bu makalede, vaka yönetiminin psikiyatride kullanımını gözden geçirmek amaçlanmıştır.

Vaka Yönetimi

Vaka yönetimi; bireylerin çeşitli ihtiyaçlarını (tedavi, sosyal, konaklama, finansal, istihdam, dinlenme, kültürel ihtiyaçlar) karşılamak amacıyla tüm hizmetlerin bir arada ve eşgüdümlü olarak verildiği bir süreçtir (Killaspy ve Rosen 2011). Hasta ve hizmet verenlerin memnuniyetini ve maliyeti dikkate alan, bireylerin bütüncül sağlık endişelerinin yönetimini sağlayan bir bakım verme modelidir (Girard 1994). Sağlık bakım sisteminde hastanın gereksinimlerini karşılamak için, parçalara ayrılmış olan sağlık hizmetlerinin koordinasyonudur (Townsend 2009).

Vaka yönetiminden, düşkün yaşlılar, gelişimsel, zihinsel ve fiziksel engeli olan bireyler, çok yönlü ve yüksek maliyetli bakım gerektiren problemleri olan bireyler (örneğin; AIDS) ve hastalığın akut bir nöbeti veya akut alevlenmeden ciddi ölçüde etkilenen bireyler (örneğin; şizofreni) faydalanabilmektedir (Townsend 2009). Vaka yönetimiyle bireyin, problem çözme, iş ve sosyal becerilerinin gelişmesi, boş zaman aktivitelerinin artması ve bireyin bağımsızlaşmasıyla işlevselliğinin gelişmesi amaçlanır ve bu yönüyle vaka yönetiminin kronik ruhsal hastalığı olan bireyler için etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir. (Townsend 2009). Standart bakıma kıyasla, vaka yönetiminin hastanın psikiyatrik belirti, yaşam kalitesi, sosyal ve mesleki işlevselliği açısından olumlu sonuçları olduğu belirtilmektedir (Björkman ve Hansson 2007). Klinik ve sosyal sonuçları iyileştirmeye mümkün olduğunca hastaneye yatışların azalması beklenir (Lieberman 2008).

Vaka yönetimi geleneksel olarak hastaların toplumla bütünleşmelerine hız veren bir hizmettir ancak hastalar için damgalayıcı anlamlar da çağrıştırmaktadır. Hastalar kendilerinin yönetilecek vakalar olarak görülmelerini istemez, klinisyenlerle ortaklaşa seçilen hizmetleri almayı tercih etmektedirler. Bu sebeple ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin saygınlığı ve güçlenmeleri ile daha uyumlu olan terim “kişisel destek hizmetleri”dir. Bu hizmeti sunanlar ise kişisel destek uzmanı olarak isimlendirilir (Lieberman 2008).

Psikiyatride Vaka Yönetimi

Psikiyatride vaka yönetimi 1960'lı yıllarda liberal demokrasinin benimsenmesiyle başlamıştır. Toplumdaki ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların bakımı için bakım politikası oluşturulmuş, büyük psikiyatri hastaneleri kapatılmış, ayaktan tedavi merkezleri, gündüz hastaneleri ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde tedaviler yaygınlaşmıştır. Ancak hastaların hastaneye tekrarlı yatış oranlarının azalmamış olması toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin etkisinin beklenenden daha az olduğunu göstermiştir (Marshall et

al. 2000). Bunun sebebi ise sağlık sisteminin çeşitliliği ve artan karmaşası kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin bu servislere ulaşmasını ve yararlanmasını güçleştirmiştir. Psiko-tik hastalar bu servisleri zaten aramamakta, kendi haklarının peşinden gidememekte ve toplum temelli sistemlere uyum sağlayamamaktadırlar (Delice 2017). Bununla birlikte uzun dönemde toplum ruh sağlığı hizmetlerinin hastalarla olan temasını kaybediyor olması ve hastaların psikososyal gereksinimlerini yeterince karşılayamaması sorunlarına yanıt olarak 1970'lerin sonlarında ortaya çıkan vaka yönetimi, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin bakımını koordine etmek için bir araç olarak kullanılmaktadır (Marshall et al. 2000). Ruhsal hastalığı olan bireylere verilen toplum temelli hizmetlerin düzenlenmesi için kullanılan vaka yönetimi modeli Birleşik Devletlerde ortaya çıkmasından bu yana, günümüzde Avrupa'da hemen her ülkede uygulanmaktadır (Björkman ve Hansson 2007). Son yıllarda vaka yönetimi, parçalanmış sistem ve bakım sürekliliğinin sağlanamaması nedeniyle özellikle toplum ruh sağlığı hizmetlerinde uygulandığı belirtilmektedir (Ziguras ve Stuart 2000). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), hastaların sorunlarına, bireye özgü çözümler bulabilmek amacıyla vaka yönetimi yapmaktadır. Vaka yönetimi ile bireylerin, tedaviye uyumunun artması, böylece hastaneye yatış sıklıklarının, hastalık belirtilerinin azalması ve sosyal işlevselliğinde artış olması amaçlanmaktadır. Vaka yönetiminin şizofreni hastalarının klinik belirtileri, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği bir araştırmada, TRSM'de vaka yönetimi ile takip edilen hastalarda, poliklinikten takibi yapılan hastalara göre, hastalık belirtilerinin daha az olduğu, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesinde artış olduğu saptanmıştır (Aydın 2016).

Maliyet verimliliği ve hizmet erişilebilirliğini arttırmak için teknolojinin kullanıldığı yeni vaka yönetimi yaklaşımları geliştirilmiştir. Hastalar ve vaka yönetimi ekibinin iletişimini kolaylaştırmada çoklu teknoloji tabanlı sistemler kullanılmaktadır. Geleneksel yüz yüze ve telefonla iletişimin ötesinde, mesajlaşma, video ve gerektiğinde acil bağlantı talebinin sunulabildiği çevrimiçi uygulamalar geliştirilmiştir (Talisman ve ark 2015). Vaka yönetimi alanında son gelişmeler bu alanda olsa da, vaka yönetimi modelinin ortaya çıkmasından bu yana, alanyazında pek çok modelden bahsedilmektedir (Ziguras ve ark. 2002, Killaspy ve Rosen 2011, Delice 2017).

Psikiyatride Vaka Yönetimi Modelleri

Vaka yönetimi çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Solomon yerinde girişken toplum tedavisi modeli, güçlendirme temelli model, aracı servis modeli ve destekleyici vaka yönetimi olmak üzere dört farklı şekilde tanımlanmaktadır (Solomon 1992). Mueser ve arkadaşları klinik vaka yönetimi modeli, aracı servis vaka yönetimi modeli, yoğunlaştırılmış vaka yönetimi modeli, yerinde girişken toplum tedavisi modeli, güçlendirme temelli model rehabilitasyon modeli olmak üzere altı farklı şekilde tanımlanmaktadır (Mueser ve ark. 1998).

Aracı Servis Modeli

Ruh sağlığı bozukluğu olan bireyler için geliştirilmiş ilk vaka yönetimi modelidir. (Intagliata 1982, Delice 2017). Modelde vaka yöneticisinin temel görevi hastayla bağlantı kurmak ve gerekli diğer hizmetlerle koordinasyonu sağlamaktır. Aracı servis vaka yönetiminin fonksiyonel görevleri; değerlendirme, planlama, diğer hizmetlerle bağlantı kurma, izleme ve savunmadır (Intagliata 1982). Aracı servis modeli yaklaşımının temel

prensibi hasta ihtiyaçlarını değerlendirme, uygun hizmetlere yönlendirme, süregelen tedavide gözetleme ve koordinasyon sağlamadır. Bu modelin sınırlılığı ise vaka yöneticilerinin klinisyen niteliklerinin olmamasıdır (Mueser ve ark. 1988, Solomon 1992, Delice 2017). Bu durum kliniksel becerileri etkin vaka yönetimi yapmada göz ardı ettiği için sınırlı kalmıştır (Mueser ve ark. 1998).

Klinik Vaka Yönetimi Modeli

Aracı servis modelinin kısıtlılığını oradan kaldırmak (Delice 2017) ve vaka yöneticilerinin klinisyen olarak da hizmet sunması gerektiği fikri ile geliştirilmiştir (Lamb 1980). Vaka yöneticisinin uzmanlığına ve terapötik ilişkinin iyileştirici gücüne vurgu yapar (Marshall ve ark. 2000).

Kanter (1989), klinik vaka yöneticilerini 4 bölümde tanımlamıştır;

1. Başlangıç aşaması (katılım, değerlendirme, planlama)
2. Çevresel müdahaleler (toplum kaynakları ile bağlantı kurma, aile ve diğer yakınlarına danışma, bakım ve sosyal ağların genişletilmesi, hekim ve hastanelerle işbirliği, savunma)
3. Hasta müdahaleleri (Aralıklı bireysel psikoterapi, toplumsal beceri eğitimi hasta psiko-eğitimi)
4. Hasta çevresel müdahaleler (Kriz müdahaleleri, gözetleme) (Kanter 1989).

Aracı modelden ayıran özelliği ise hastanın bireysel gelişimi için psikoterapi ve psiko-eğitsel müdahaleleri içermesidir (Lamb 1980).

Yoğunlaştırılmış Vaka Yönetimi Modeli

Ağır psikiyatrik rahatsızlığı olan ve geleneksel vaka yönetimi uygulamaları kullanılarak tedavi edilemeyen ve sık sık acil servise başvuran hastaların tedavisi için geliştirilmiştir (Surles ve ark. 1992). Yoğunlaştırılmış vaka yönetimi modelinde vaka yöneticileri geleneksel vaka yönetimi modeline göre daha az hasta ile temas kurmaktadır. Aynı zamanda hastaların doğal ortamlarında hizmet sunarken günlük yaşama becerilerine de katkıda bulunur. Bu yönüyle yerinde girişken toplum tedavisi modeliyle de benzerlik göstermektedir (Mueser ve ark. 1998). Dieterich ve arkadaşlarının (2017) yaptığı sistematik derlemede, ağır psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda yoğunlaştırılmış vaka yönetimi modeli ile standart vaka yönetimi modelinin karşılaştırıldığı çalışmalar incelenmiş ve araştırmaya dahil edilen çalışmaların, sağlık hizmetleri ve sosyal destek hizmetleri bakımından ülkeler arasında farklılıklar olması sebebiyle, sonuçların geçerliliğini düşürdüğünü belirtmişlerdir. İncelenen çalışmalarda, yoğunlaştırılmış vaka yönetimi hizmeti verilen hastaların, daha çok hizmette kaldıkları, işlevselliklerinde iyileşme olduğu, iş ve barınma olanaklarından daha fazla yararlandıkları ve hastanede kalış sürelerinin kıaldığı saptanmıştır.

Güçlendirme Temelli Model

Ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin hastalıklarıyla baş edebilmeleri için sınırlılıkları yerine hastaların güçlü yönlerine odaklanarak tedavi etmeyi amaçlamaktadır (Mueser ve ark. 1998, Delice 2017). Modelin eksikliği ise hastaların toplumla bütünleşmelerini sağlayan doğal ortamlarında tedavi edilmelerinin yerine sağlık hizmeti merkezinde uygulanmasıdır (Mueser ve ark. 1998).

Rehabilitasyon Modeli

Güçlendirme temelli modelde olduğu gibi ruh sağlığı sistemi tarafından öngörülen hedeflerden ziyade hastaların bireysel istek ve hedeflerine dayalı vaka yönetimi hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır. Farklı yanıysa bu modelde kişisel hedeflere ulaşmanın yanı sıra kişinin toplumsal becerilerinin gelişmesini de desteklemektedir (Mueser ve ark. 1998, Delice 2017).

Yerinde Girişken Tedavi Modeli

Modellerin en yoğun ve açıkça tanımlanmış formudur (Marshall ve ark. 2000, Ziguras ve ark. 2002, Killaspy ve Rosen 2011).Yapılan araştırmalar, yerinde girişken tedavi hizmeti alan hastalar için hastane tedavisinin azalması, daha iyi iskan, daha çok hasta memnuniyeti ve daha iyi bir yaşam kalitesi şeklinde faydalar olduğunu göstermiştir (Lieberman 2008).Şizofreni, şizoafektif bozukluk, bipolar bozukluk gibi kompleks klinik problemleri olan (fonksiyonel ve bilişsel bozukluk ve madde kullanımı gibi komorbiditeler dahil olmak üzere) sosyal ihtiyaçları olan (evsizlik ve sosyal izolasyon gibi) ve standart toplum ruh sağlığı hizmetleri ile ilişki kurmakta güçlük çeken uzun vadeli ruh sağlığı sorunu olan hastaların üzerine yoğunlaşmak için yerinde girişken tedavi geliştirilmiştir (Killaspy ve Rosen 2011).

Yerinde Girişken Tedavi ekipleri, farklı ruh sağlığı disiplinleri (psikiyatri, hemşirelik, mesleki terapi, psikoloji, sosyal iş) ile ilgili tam donanıma sahip olmalıdırlar (Killaspy ve Rosen 2011).Yerinde girişken toplum tedavisi genellikle bir psikiyatrist bir hemşire ve en az iki vaka yöneticisinden oluşan multidisipliner bir ekip tarafından uygulanır (Mueser ve ark. 1998). Profesyoneller, standart toplum sağlık hizmetlerine göre daha az vaka yükü ile çalışmaktadırlar. Vaka yöneticisi, çalışmalarını tüm ekiple paylaşır ve zamanla tüm ekip birbirinin danışanını tanımaktadır. Bu durum, uzun saatler boyunca hizmet sunabilmek için vardiyalı çalışma (genellikle hafta sonu dahil günde yaklaşık 12 saat) ve danışanların tartışıldığı ve her gün için işlerin planlandığı günlük ekip toplantıları sayesinde kolaylaştırılmıştır. Vakaların bu paylaşımı 'ekip yaklaşımı' ya da 'ekip vaka yönetimi' olarak bilinir (Killaspy ve Rosen 2011).

Yerinde Girişken Tedavi ve Standart Vaka Yönetimi Arasındaki Farklar

Yerinde girişken tedavide, standart vaka yönetimine göre daha yoğun bir hizmet sunulmakta ve standart hizmetlere göre üç kat daha fazla yüz yüze görüşme yapılmaktadır (Killaspy ve Rosen 2011). Yerinde girişken tedavide, danışanın evinde ya da dışarıda herhangi bir yerde görüşme yapılmaktayken, standart vaka yönetiminde evde tedavi gereken durumlar dışında çoğunlukla ekibin bulunduğu kurumda yapılır (Solomon 1992, Scott 1995, Mueser ve ark. 1998, Killaspy ve Rosen 2011). Yerinde girişken tedavi ekipleri, finans konusunda destek (bankacılık işlerinde yardımcı olma ve danışanların sahip olduğu haklı aldıklarına emin olmak), günlük işlerinde destek (alışveriş, yemek ve temizlik) gibi sosyal ihtiyaçlar üzerine odaklanır (Killaspy ve Rosen 2011).

Hem standart vaka yönetimi hem yerinde girişken tedavi, bireysel ve aile desteği, psikolojik müdahale ve ilaç tedavisi de dahil olmak üzere diğer kanıt bazlı müdahaleleri sağlar. Fakat yerinde girişken tedavi ekipleri, daha küçük vaka yükleri ve uzun çalışma saatleri dolayısıyla, gerektiğinde reçete edilen ilaçları sağlamak ve uygulamak da dahil olmak üzere daha çok destek verebilmek için esnekliğe sahiptir. Böylelikle hastada erken öncü belirtilerin görülmesinde tedavi ekibi destek seviyesini arttırarak hastalığın

alevlenmesini önleyebilmektedir. Yerinde Girişken Tedavi ekipleri ayrıca, hizmet kullanıcılarının tıbbi randevularına katılmalarını ve genel sağlık durumlarını korumak ve iyileştirmek için gerekli muayene ve müdahaleleri tamamlamalarını sağlarlar (Killaspy ve Rosen 2011).

Tablo 1. Yerinde girişken tedavi hizmetleri ve standart toplum ruh sağlığı hizmetleri arasındaki farklar

Yerinde Girişken Tedavi	Standart Vaka Yönetimi
Ekip için toplam danışan sayısı: 80-100	Ekip için toplam danışan sayısı: 300-350
Uzamış çalışma saatleri (her gün 08:00-21:00)	Yalnızca kurum çalışma saatleri (Pzt-Cum 09:00-17:00)
"In-vivo" çalışma, birey ile evde ya da bir kafede, parkta vs buluşmak	Kurum randevuları ve ev ziyaretleri
Olumlu bağlılık: birden fazla deneme, esnek ve çeşitli yaklaşımlar, dostça yaklaşım, pratik destek teklifi	Kurum randevuları ve/veya ev ziyaretleri teklif etme
Terk etmek yok' politikası, uzun dönem ilişkiyi sürdürmek için bağlılık	Yapamıyor ise taburcu etmek ya da temas kurmak
Maksimum bireysel danışan: danışan oranı=1:12	Maksimum bireysel danışan: danışan oranı=1:35
Ekip bazlı yaklaşım-tüm ekip üyeleri tüm danışanlarla çalışır	Bireysel danışan olması sebebiyle ekip üyeleri arasında çok az vaka paylaşımı
Günlük planın ve danışanların tartışılması için düzenlenen sık (günlük) ekip toplantıları	Haftalık ekip toplantıları
Dış araçlardan mümkün olduğunca ekibin yeteneklerini kullanmak	Tavsiye almak vb. servisler için dış araçları kullanma (örn: sosyal güvenlik faydaları, konut, iş imkanları, madde kullanımı)

Literatür incelendiğinde standart vaka yönetimi ve yerinde girişken tedavinin etkinliklerinin incelendiği güçlü çalışmalar bulunmaktadır. Marshall ve arkadaşları (1998) standart vaka yönetimi ve yerinde girişken tedavi modelinin karşılaştırıldığı araştırmaların incelendiği sistematik derlemelerinde; vaka yönetiminin hastaların kontrol edilebilirlik oranını arttırdığı ancak hastaneye yatış sıklıklarını azaltmadığı aksine arttırdığı belirtilmiştir. Hastaların hastanede yatış süresinin uzamasına ilişkin sonuçlar anlamlı olmamasına rağmen hastaların belirtilerinin iyileşmesi, sosyal işlevsellikleri ve yaşam kalitelerine önemli bir gelişme sağlamadığı, tedavi maliyetlerini ise arttırdığı ortaya koyulmuştur.

Öte yandan Ziguras ve Stuart'ın (2000) vaka yönetimi etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik yaptıkları meta analiz çalışmasının sonucunda ise vaka yönetiminin ruh sağlığı hizmetlerinde iyileşmeye katkı sağlayıcı rolü olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada yerinde girişken tedavinin hastaneye yatma riski yüksek olan her hastaya uygulanması gerektiği, hem yerinde girişken tedavinin hem de klinik vaka yönetiminin ruh sağlığı hizmetleri yönetiminin bir parçası olması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Ziguras ve arkadaşları (2002) kapsamlı yapılan bu iki araştırmanın sonuçlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında ise iki araştırma arasındaki sonuçların farklılıkları; dahil edilme kriterlerindeki farklılıklar, randomize olmayan çalışmaların dahil edilmesi vb. değişkenlerden kaynaklandığını ve mevcut araştırmaların, vaka yönetiminin genel olarak etkili olduğunu gösterdiğini ifade etmiştir. Sonuç olarak incelenen çalışmalar vaka

yönetimi modellerinin etkinliğine yönelik farklılıklar gösterse de uygulamada vaka yönetimi eklektik bakış açısını gerektirmektedir. Hastaların hastalıklarının seyrine göre vaka yöneticisi güçlü ve yoğun vaka yönetimi modellerinin öğelerini birleştirmeyi hedeflemelidir (Marshall et al. 2000).

Giderek tüm ruh sağlığı hizmetleri, kullanılan vaka modeli ne olursa olsun, didaktik bir “yap” yaklaşımındansa danışanı da bu ‘iyileşme’ yolculuğuna dahil eden bir işbirlikçi “birlikte yap” anlayışını kullanmaya teşvik etmektedir. Bir seyahat rehberinden bir seyahat arkadaşına evrim benzetmesi de vaka yöneticisinin giderek artan etkin, destekçi, işbirlikçi ve uzman rolünü açıklamakta kullanılmıştır (Killaspy ve Rosen 2011). Vaka yönetiminde hastalar, birçok hizmetten faydalanmak için bir yöneticiye yönlendirilir (Townsend 2009).

Vaka Yöneticisi

Vaka yöneticisi, hasta için çeşitli hizmetleri elde etmede sağlık bakım sağlayıcıları ile bağlantı kurmaktan sorumlu olan profesyoneldir (Björkman and Hansson 2000, Townsend 2009). Vaka yöneticisinden, kişinin ihtiyaçlarını değerlendirmesi, bakım planı geliştirmesi, verilecek uygun bakım planı girişimlerini uygulaması, sağlanan bakım planının izlenmesi ve kişiyle temasın sürdürülmesi beklenmektedir (Marshall ve ark. 2000).

Bu bağlamda vaka yöneticilerinin, krize müdahale, destekleyici tedavi, aileyle temas, klinik ve toplumsal işlevselliğin izlenmesi hizmetleri sunar. Sosyal güvenlik yardımlarının alınması ve yenilenmesi, mesleki iyileştirme, bütçe yapılması ve paranın yönetilmesi, uygun barınma olanaklarının sağlanması, psikiyatrik, tıbbi ve dış sağlığı ile ilgili danışmanlık, ruhsal toplumsal iyileştirme hizmetlerine erişilmesinde oynadıkları rol büyüktür. Bunların yanı sıra, tedaviyi planlama, belirtileri değerlendirebilme işlevsel değerlendirme, beceri eğitimi, hedef belirleme gibi klinik becerileri, güven, eşduyumu, saygıya dayalı tedavi ittifakı sağlayabilme gibi ilişki becerileri ve savunuculuk becerileri olan tüm ruh sağlığı profesyonelleri (hemşire, psikolog, uğraşı terapisti, sosyal çalışmacı, psikiyatri uzmanı) vaka yöneticiliği yapabilir (Lieberman 2008).

İnsanı biyo-psiko-sosyal bir bütün olarak değerlendirme bilgisine sahip olan hemşireler, vaka yöneticiliği yapmak için nitelikli profesyonellerdir. Vaka yöneticisi olmak için hemşire olarak birkaç yıllık deneyim gerekmektedir (Kayahan ve Aksoy 2001, Townsend 2009). Aynı zamanda vaka yönetimi hemşirelere, multidisipliner bir ekipte rollerini yerine getirme fırsatı sunar. Girard (1994) ve Herrich ve Bartlett’in (2004) aktardığına göre, hemşire vaka yöneticisinin, vaka bulma, değişim ajanı olma, gözlemci, koordinatör, danışman, kaynak yöneticisi, finans danışmanı, araştırmacı ve eğitici rolleri olduğu belirtilmektedir. Hemşirelerin vaka yönetimiyle ilişkili tüm görevlerde yetkin olması çok önemlidir (Chen ve ark. 2018).

Vaka yönetimini kullanarak hemşireler, hastaların öz bakımını optimize edebilir, bakımdaki kopuklukları azaltabilir, sürekli kaliteli bakım sunabilir, hastaların yaşam kalitesini arttırabilir, hastaneye yatış süresini kısaltabilir, müşteri ve personel memnuniyetini arttırabilir ve sınırlı kaynağın maliyet etkin kullanımını sağlayabilir (Girard 1994). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde vaka yöneticisi hemşirelerin, merkezdeki bireylerin fiziksel sağlık bakımlarına etkilerinin incelendiği bir çalışmada, hemşiresiz tedavi sonuçlarına göre, bireylerin yıllık fiziksel hastalık öykülerinde azalma görülürken fiziksel aktivitelerinde artış olduğu saptanmıştır (Miller ve Martinez 2003).

Sonuç

Gelişmiş ülkelerde toplum temelli psikiyatri hizmetleri uygulamalarında kulüp ev, kısmi hastane, toplum ruh sağlığı merkezi, çevre terapisi gibi programlar bulunmaktadır. Ülkemizde ise başka bir yapı ve yasal alt yapı bulunmadığı için bütün bu hizmetlerin toplum ruh sağlığı merkezleri tarafından verilmesi beklenmektedir. Kaynakların sınırlı olması, ağır ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik hizmetlerin verilmesi zorunluluğunu ortadan kaldırmayacağına göre mevcut kaynakların en uygun düzeyde kullanılması gerekmektedir. Ağır ruhsal bozuklukla beraber hayatında birçok alanın etkilendiği ruh sağlığı bozukluğu olan bireylere eşgüdümlü bakım ve tedavinin verilmesi gerektiği de göz önünde bulundurulduğunda vaka yönetimi vaka yönetiminin kaynakların etkin kullanımı ve eşgüdümün bir arada olması nedeniyle ülkemizde kullanımının faydalı bir yaklaşım olduğu düşünülmektedir.

Vaka yönetimi, bireylerin çeşitli ihtiyaçlarının karşılanmasında tüm hizmetlerin eşgüdümle yürütüldüğü bir süreçtir. Hem hizmet alanların hem de hizmet verenlerin memnuniyeti aynı zamanda maliyet etkinliği göz önünde bulundurulmaktadır. Vaka yönetiminden çok boyutlu bakım gerektiren hastalığı olan bireyler faydalanabilmektedir. Vaka yönetimi, özellikle sistemin bir bütün olmaması ve bakımın sürekliliğinin sağlanamaması nedeniyle toplum ruh sağlığı alanındaki eksiklikleri gidermek amacıyla günümüzde ruh sağlığı hizmetinde uygulanmaktadır. Çağdaş ruh sağlığı hizmetlerinde kullanılan birçok vaka yönetimi türü bulunmaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım ve tedavisinde vaka yönetiminin etkili bir hizmet şekli olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde ise eklektik bir bakış açısıyla kullanılacak yöntemlerin belirlenerek standardizasyon sağlanması uygun bir yaklaşım olacaktır.

Pek çok gelişmiş ülkede vaka yönetimi uzun yıllardır psikiyatrik bakım ve tedavide kullanılıyor olmasına rağmen ülkemizde yaygın olarak kullanılmamaktadır. Psikiyatride toplum temelli hizmetlere geçiş ile birlikte, evde bakım hizmetlerinde kullanımının yaygınlaşması, hem hastaların hastane dışında takip, tedavi ve rehabilitasyonunun sağlanması hem de mevcut kaynakların kullanımını optimize etmek amacıyla vaka yönetimi hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerektiği düşünülmektedir. Bu bağlamda ulusal ruh sağlığı eylem planına vaka yönetiminin dahil edilmesi ve vaka yönetimi kullanımının artırılması ülkemizdeki ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin hak ettiği bakım ve tedaviyi almalarına büyük katkı sağlayacaktır. Bu bağlamda vaka yönetimi hizmetlerinin kullanımını için sağlık politikalarının düzenlenmesi, sağlık profesyonelleri için vaka yönetimi sertifikalandırma programlarının oluşturulması ve ekipler arası işbirliğinin artırılması, önerilmektedir.

Kaynaklar

- Aydın E (2016) Vaka yönetiminin şizofreni hastalarının klinik belirtileri, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerine etkisi (Uzmanlık tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
- Bjorkman T, Hansson L (2000) What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35:43-50.
- Bjorkman T, Hansson L (2007) Case management for individuals with a severe mental illness: A 6-year follow-up. *Int J Soc Psychiatry*, 53:12-22.
- Chen SC, Lee SK, Rong JR, Wu CC, Liu WI (2018) The development and psychometric testing on psychiatric nurses of a nurse case management competence scale in taiwan. *J Nurs Res*, 26:72-79.
- Daş Z (1999) Vaka yönetimi ve bakım protokolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 3(2):11-17.

- Delice MA (2017) Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Kılavuz. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.
- Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M (2017) Intensive case management for severe mental illness. *Schizophr Bull*, 43;698-700
- Girard N (1994) The case management model of patient care delivery. *AORN J*, 60:403-415.
- Herrick CA, Bartlett R (2004) Psychiatric nursing case management: past, present, and future. *Issues Ment Health Nurs*, 25:589-602.
- Intagliata J (1982) Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. *Schizophr Bull*, 8:655-674.
- Kanter J (1989) Clinical case management: definition, principles, components. *Hosp Community Psychiatry*, 40:361-368.
- Kayahan M, Aksoy Ş (2001) Psikiyatride vaka yönetimi ve vaka yönetimi metodunda hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 9:35-37.
- Killaspy H, Rosen A (2011) Case management and assertive community treatment. In *Oxford Textbook of Community Mental Health* (Eds. G Thornicroft, G Scmukler, KT Mueser, RE Drake):142-150. New York, Oxford University Press.
- Lamb HR (1980) Therapist-casemanagers: more than brokers of services. *Hosp Community Psychiatry*, 31:762-764.
- Lieberman RB (2008) *Recovery from Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation*. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.
- Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R (2000) Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, (2):CD000050.
- Miller C, Martinez R (2003) Shifting physical health care responsibilities at a community mental health center. *Issues Ment Health Nurs*, 24:441-456.
- Mueser TM, Bond R, Robert E, Drake Q, Sandra Q (1998) Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull*, 24:37-74.
- Solomon P (1992) The efficacy of casemanagement services for severely mentally disabled clients. *Community Ment Health J*, 28:163-180.
- Surles RC, Blanch AK, Shern DL, Donahue SA (1992) Case management as a strategy for system change. *Health Aff*, 11:151-163.
- Talisman N, Kaltman S, Davis K, Sidel S, Akil M, Alter C (2015) Case management: a new approach. *Psychiatr Ann*, 3:134-138.
- Townsend MC (2009) *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, 6th edition. Philadelphia, F.A. Davis.
- Ziguras SJ, Stuart GW (2000) A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv*, 51:1410-1421.
- Ziguras SJ, Stuart GW, Jackson AC (2002) Assessing the evidence on case management. *Br J Psychiatry*, 181:17-21.

Yazarların Katkıları: Tüm yazarlar, her bir yazarın çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladığını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğunu kabul etmişlerdir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Authors Contributions: All authors attest that each author has made an important scientific contribution to the study and has assisted with the drafting or revising of the manuscript.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.
