

**Voimavaramalliin perustuvan palveluohjauksen (case management) tuloksellisuus verrattuna perinteiseen hoitoon. Satunnaisotokseen perustuva verrokkiryhmäpohjainen tutkimus**

Tommy Björkman Lars Hansson Mikael Sandlund

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (2002) 37:147-152

Hyväksytty julkaistavaksi: 5. Tammikuuta 2001

Käännös: Sauli Suominen ja Hannu Viljamaa

## YHTEENVETO

Vähemmän intensiivisten palveluohjausmallien, kuten voimavaramallin tuloksellisuutta ei vielä kaikilta osin ole pystytty osoittamaan. Verrokkiryhmäpohjaisten tutkimusten tekeminen on siis ajankohtaista. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia voimavaramallin (SCM=strength model of case management) tuloksellisuutta verrattuna perinteiseen hoitoon. Seitsemänkymmentä seitsemän asiakasta, joilla oli psyykinen sairaus ja joiden toimintakyky oli huomattavasti alentunut sosiaalisten suhteiden, asumisen ja työn suhteen jaettiin sattumanvaraisesti SCM- tai perinteisen hoidon ryhmään. Tuloksia arvioitiin suhteessa muutoksiin psykiatristen palvelujen käytössä, muutoksiin oireiden esiintymisessä, psykososiaalisessa toiminnassa, sosiaalisessa verkostossa, hoidon tarpeessa, elämän laadussa ja potilaan tyytyväisyydessä hoitoon. Seuranta-ajanjakso oli pituudeltaan 36 kuukautta. Tulokset osoittivat, että SCM-ryhmään kuuluvilla asiakkaila hoidon tarve väheni merkittävästi. Kliinisten tai sosiaalisten tulosten osalta ei havaittu eroja. SCM-ryhmään kuuluvien asiakkaiden psykiatristen sairaalahoitopäivien käyttö oli myös merkittävästi pienempää ja he olivat yleisesti tyytyväisempiä tarjottuihin psykiatrisiin palveluihin. SCM ei tuottanut parempia kliinisiä tai sosiaalisia tuloksia kuin perinteinen hoito, mutta vähensi tehokkaammin sairaalahoitoa ja myös asiakkaat olivat tyytyväisempiä palveluun kuin perinteisen hoidon ryhmässä.

## JOHDANTO

Palveluohjauksen tehokkuutta käsitteleviä tutkimuksia on julkaistu huomattava määrä ja myös useita eri tutkimuksia käsitteleviä katsauksia (Holloway et al. 1995; Marshall et al. 1997; Marshall ja Lockwood 1998; Mueser et al. 1998; Solomon 1992). Näiden tutkimusten ja katsausten tulokset eroavat toisistaan, mutta yhteenvetona voidaan todeta, että intensiivisemmät mallit, kuten työryhmäpohjainen tehostettu avohoito tai varmistava yhteisöhoitomalli (ACT), näyttävät vähentävän tehokkaammin sairaalahoitoa ja tukevat tehokkaammin avohoitoa ja asumista. Oireisiin, elämisen laatuun, sosiaaliseen toimintaan ja työelämään liittyvien kysymysten osalta tulokset näyttävät olevan ainoastaan vähän parempia perinteiseen hoitoon verrattuna (Marshall ja Lockwood 1998; Mueser et al. 1998). Tutkimusten mukaan muiden palveluohjausmallien tehokkuutta ei ole vielä voitu osoittaa. Marshall'in ja muiden (1997) katsaus yhdestätoista perinteistä palveluohjausta käsittelevästä tutkimuksesta osoitti, että asiakkaat jotka saivat perinteistä palveluohjausta pysyivät paremmin hoidon ja seurantaryhmän piirissä, mutta todennäköisyys joutua psykiatriseen sairaalahoitoon oli lähes kaksi kertaa korkeampaa kuin intensiivisessä palveluohjauksessa. Palveluohjaus ei myöskään tuottanut parempia tuloksia mielenterveyden osalta, sosiaalisessa toimintakyvyssä tai elämänlaadussa kuin perinteinen hoito. Tässä katsauksessa havaittiin myös näyttöä siitä, että voimavaramalli on tehokkaampi kuin muut perinteiset korkean tai matalan intensiteetin palveluohjausmallit. Vastikään ilmestyneessä UK 700 ryhmän tutkimuksessa havaittiin, että intensiivinen palveluohjaus (alhainen asiakasmäärä) ei ollut tehokkaampaa kuin vähemmän intensiivinen palveluohjaus (korkea asiakasmäärä) kliinisen tai sosiaalisen tuloksellisuuden (UK 700 ryhmä 1999) tai kustannustehokkuuden suhteen (UK 700 ryhmä 2000).

Tässä tutkimuksessa käsiteltävä palveluohjausmalli luokitellaan voimavaramalliksi koska asiakkaan oma panos sen toteuttamisessa oli merkittävä mutta itse hoitotoimenpiteet vähäisiä (Mueser et al. 1998). Voimavaramallia on tutkittu melko vähän ja siitä saadut tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Sosiaaliset ja psykiatriset tulokset Modrcin et al. (1989) ja Macias et al. (1994) tut-

kimuksissa osoittavat selvää edistymistä palveluohjausryhmässä verrattuna verrokkiryhmään. Tulokset sairaalahoidon osalta ovat kuitenkin ristiriitaisia. Modrcin et al. (1989) tutkimuksessa ei havaittu merkittävää eroa sairaalahoitoon joutumisessa voimavaramalliin perustuvan palveluohjausryhmän ja verrokkiryhmän välillä. Toisaalta Macias et al. (1994) tutkimuksessa ilmeni voimavaramallin mukaista palveluohjausta saaneessa ryhmässä huomattavaa sairaalahoidon vähenemistä verrattuna verrokkiryhmään. Jälkimmäisiä tuloksia tukevat voimavaramallista tehdyt ei-kokeelliset tutkimukset, joissa sairaalahoitoon joutumisen on havaittu olevan 50% alempi kuin perinteisessä hoidossa (Kisthardt, 1994; Rapp & Chamberlain, 1985; Rapp ja Wintersteen, 1989).

Tässä tutkimuksessa käsitellään satunnaisotokseen ja verrokkiryhmään perustuvaa tutkimusta, jossa vertaillaan voimavaramallin ja perinteisen hoidon kliinisiä ja sosiaalisia tuloksia, psykiatristen palvelujen käyttöä ja tyytyväisyyttä palveluihin. Tutkimuksen palveluohjaus kuuluu kymmeneen vuonna 1995 Ruotsissa aloitettuun alueelliseen palveluohjauskokeiluun, joita Terveys- ja Sosiaaliministeriö on tukenut taloudellisesti.

## **MENETELMÄT JA ASIAKKAAT**

### **Asetelma**

Tutkimukseen osallistui pitkäaikaisista mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita sairaalapiirin alueelta. Heidät valittiin psykiatristen hoitopalvelujen, perusterveydenhoidon, sosiaalitoimistojen ja alueellisten sosiaalivakuutustoimistojen (kela) piiristä. Perusteet tutkimusryhmään valitsemiselle olivat 1) diagnosoitu psyykinen sairaus; 2) toimintakykyä heikentävät sairauden vaikutukset, johon kuuluu vaikeita ja jatkuvia yli kaksi vuotta kestäneitä ongelmia sosiaalisissa suhteissa, asumisessa tai työtilanteessa. Tutkimukseen osallistumishalukkuutta tiedusteltiin satunnaisesti valitulta ryhmältä potilaita, joilla oli edellä määritelty vaikea-asteinen psyykinen sairaus ja jotka olivat iältään 18 ja 55 vuoden välillä. Tutkimukseen ei valittu potilaita, joiden päällimmäinen ongelma oli vaikea-asteinen alkoholin tai muiden päihdyttävien aineiden väärinkäyttö. Asiakkaat, jotka hyväksyivät tutkimukseen osallistumisen sijoitettiin sattumanvaraisesti palveluohjausryhmään tai edelleen jatkuvaan perinteisen hoidon ryhmään. Valinnan suoritti tutkija käyttämällä tietokonearkistoa, joka käsitti ryhmän tiedot. Jako tehtiin käyttämällä satunnaista numeromenetelmää SPSS-ohjelmassa (Norusis 1995). Osallistuminen perustui asiakkaan kirjalliseen suostumukseen. Tutkimukseen osallistuvien asiakkaiden oireiden, psykososiaalisen toimintakyvyn, tarpeiden, sosiaalisen verkoston ja elämän laadun arviointi suoritettiin alussa ja 18 ja 36 kuukauden seuranta-ajankohtana. Arvioinnin suorittivat koulutetut ulkopuoliset haastattelijat, jotka eivät osallistuneet asiakkaiden hoitoon. Asiakkaat myös arvioivat tyytyväisyytensä palveluihin 36 kuukauden seuranta-ajankohdan jälkeen. Haastattelijat eivät tienneet mihin ryhmään asiakas kuului. Kuitenkin haastattelujen luonne ja sisältö eivät kaikissa tapauksissa voineet varmistaa ettei tieto siitä olisi voinut välittyä haastattelijalle. Tutkimuksen eettinen komitea Uumajan yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta hyväksyi tutkimuksen.

## **Mittausmenetelmät**

Oireet arvioitiin Hopkins Symptom Check List-90 (SCL-90; Derogatis ja Fath 1977) perusteella. Diagnoosit teki palveluohjausryhmän konsultoiva psykiatri DSM-III-R (APA 1987) perusteella. Psykososiaalinen toimintakyky arvioitiin Strauss Carpenter-asteikolla (Strauss ja Carpenter 1972; Strauss ja Carpenter 1974). Yleisarviointi toimintakyvystä suoritettiin GAF (Global Assessment of Functioning Scale) arvion ja DSM-III-R liittyvän Axis V (American Psychiatric Association 1987) perusteella. Hoidon tarvetta arvioitiin haastatteleamalla asiakkaita käyttämällä CAN (Camberwell Assessment of Need) tarvekartoituksen potilasversiota (CAN) (Phelan et al. 1993). Sosiaalista verkostoa tutkittiin asiakkaan omaan arviointiin perustuvalla asteikolla, joka on lyhennetty versio sosiaalisen vuorovaikutuksen haastattelutaulukosta (ISSI, Interview Schedule for Social Interaction; Henderson et al. 1980; Unden ja Gomér 1989). ISSI-asteikko käsittää 30 kohtaa ja mittaa sosiaalista liittymistä ja yhteenkuuluvuutta. Suurin mahdollinen taulukon antama pistemäärä on 30 ja korkea pistemäärä ilmaisee parempaa sosiaalista integraatiota ja yhteenkuuluvuutta. Elämän laatua arvioitiin LQOLP (Lancashire Quality Of Life Profile) kautta (Oliver et al. 1996). Tässä osassa tutkimusta käytettiin LQOLP arvion niitä osia, jotka mittasivat yleistä elämänlaatua. Elämän laadun arvio koostuu keskimääräisestä subjektiivisesta elämän laadun arviosta yhdeksällä eri elämän alueella sekä yleisestä hyvinvoinnista, joka on keskiarvo kahdesta luettelon kohdasta, joissa arvioidaan elämän kokonaislaatua tutkimuksen aloittamisajankohdan ja loppuvaiheen haastatteluissa. Asiakkaan tyytyväisyyttä mitattiin käyttäen seitsemää kyselykaavakkeeseen kuuluvaa osaa. Kaavakkeen on kehittänyt Ruotsin Terveyspalvelujen kehittämisinstituutti (SPRI) ja sen reliabiliteetti (luotettavuus) ja validiteetti (oikeellisuus) on testattu (Hansson ja Höglund 1995). Jotkut kaavakkeen osat muotoiltiin jossain määrin uudelleen palveluohjaukseen sopiviksi. Valittujen kaavakkeen kohtien sisäisen vastavuuden analyysi osoitti Cronbachin Alphan arvoksi 0,92, joka mahdollisti yleistä tyytyväisyyttä mittaavan pistemääräsumman käyttämisen. Asiakkaiden tyytyväisyyttä mitataan 5-kohtaisella kiinteällä vastausasteikolla, joka ulottuu täysin kielteisestä ilmaisusta (=1) kaikkein myönteisimpään arvioon (=5).

Uumajan yliopiston Psykiatrisen klinikan asiakasrekisteriä käytettiin asiakkaiden psykiatrisia sairaalahoito- ja avohoitopalveluja koskevien tietojen keräämiseen seurannan aikana.

## **Palveluohjaustoiminta**

Palveluohjausryhmän muodostivat kaksi sairaanhoitajaa ja kaksi sosiaalityöntekijää. Ryhmän toimitilat sijaitsivat asuinalueella. Kaikki ryhmän jäsenet työskentelivät kokopäivätoimisesti ja jokaisella oli kokemusta työstä sosiaalitoimistoissa, psykiatrisissa hoitopalveluissa tai ammatillisen kuntoutuksen parissa. Asiakasmäärä työntekijää kohden oli yhdeksän. Neljä asiakasta, jotka jäivät tutkimusryhmän ulkopuolelle, tulivat toiminnan piiriin myöhemmin. Ensimmäisten 18 kuukauden aikana suoria asiakasyhteyksiä oli keskimäärin 1,45 viikossa ja jokainen palveluohjaajalta käytti keskimäärin 1,9 tuntia suoriin asiakasyhteyksiin yhtä asiakasta kohti viikossa. Palveluohjaustoiminta oli etupäässä virka-aikana tapahtuvaa, mutta asiakkaat saivat yhteyden johonkin palveluohjaajaan myös työajan jälkeen puhelimitse. Psykiatrilta ja psykologilta oli mahdollista saada työneohjausta. Alueen psykiatrisissa hoitopalveluissa toimivat psykiatrit olivat hoidollisesti vastuussa potilaista.

Palveluohjaukseen sisältyi jossain määrin erilaisten taitojen harjoittelemista ja vähäisessä määrin palvelujen integroimista. Toiminnassa painotettiin selvästi asiakaskeskeisyyttä ja asiakkaan

osuutta palveluohjauksen sisältöä määriteltäessä ja sitä suunniteltaessa. Toiminta voidaan tästä syystä luokitella voimavaramalliin perustuvaksi palveluohjaukseksi Mueser et al. (1998) mukaisesti. Palveluohjausryhmään kuuluvilla asiakkailla oli mahdollisuus päästä kaikkiin perinteisen hoidon palvelujen piiriin.

## **Perinteisen hoidon palvelut**

Psykiatriset palvelut olivat kattavia ja siihen kuuluvan avohoidon, sairaalahoidon ja päivätoimintakeskusten toiminta sekä siihen myös kuuluvan muutaman terapeutin yhteisön (joiden vuodepaikkojen kokonaismäärä oli noin 30). hoidettiin yhteisvastuullisesti. Yksi osasto oli varattu potilaille, joilla oli kaksoisdiagnoosi (12 vuodepaikkaa), toinen 65 vuotta tai sitä vanhemmille psykiatrisille potilaille (ei dementiaa sairastavia) (15 vuodepaikkaa) ja kolmas osasto yleisistä psykiatrisista häiriöistä kärsiville potilaille (19 vuodepaikkaa). Avohoito oli jaettu kahteen yleiseen psykiatriseen hoitotiimiin, lisäksi pitkäaikaista psykiatrista sairautta sairastavilla potilaille oli oma hoitotiimi. Henkilökunnan kokonaismäärä, joka valtaosaltaan työskenteli avohoidossa oli noin 65. Alueellinen sosiaalitoimisto tarjosi suoja-asunnon n. 70:lle pitkäaikaisesti psyykkisesti sairaalle henkilölle.

## **Asiakkaat**

Tutkimukseen osallistui palveluohjausryhmästä 33 ja perinteisen hoidon ryhmästä 44 asiakasta. Ryhmän sosiaaliset ja kliiniset taustatiedot on esitetty Taulukossa 1. Miesten ja naisten jakauma oli lähes sama molemmissa tutkimusryhmissä. Palveluohjausryhmän asiakkaat olivat keskimäärin 5 vuotta vanhempia ( $p=0,016$ ). Selvä enemmistö molempien ryhmien asiakkaista oli naimattomia ja asui yksin omassa talossa tai huoneistossa. Lähes 70% molempien ryhmien asiakkaista oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Molemmissa ryhmissä asiakkaiden enemmistön diagnoosina oli psykoosi, siinä yleisin diagnoosi skitsofrenia, jota sairasti 42% palveluohjausryhmästä ja 59% perinteisen hoidon ryhmästä.

## **Poistuma**

Alkuperäisestä ryhmästä sattumanvaraisesti valitut 77 asiakasta sijoitettiin sattumanvaraisesti kahteen ryhmään. Oletettiin, että perinteisen hoidon ryhmästä jäisi tutkimuksen aikana pois enemmän potilaita. Eron keskeyttämisessä arvioitiin olevan 20%. Tämä otettiin huomioon sijoittamalla enemmän asiakkaita perinteisen hoidon ryhmään. Siten 33 asiakasta sijoitettiin sattumanvaraisesti palveluohjausryhmään ja 44 asiakasta perinteisen hoidon ryhmään. Seurannan ensimmäisen osan aikana yksi asiakas perinteisen hoidon ryhmästä sijoitettiin palveluohjausryhmään, mutta analyysin perusteella hänen katsottiin kuuluvan perinteisen hoidon ryhmään. Tutkimukseen osallistuneista 77 asiakkaasta 66:sta (86%) oli saatavissa tietoja 18-kuukauden seuranta-ajankohtana ja 64:stä (83%) 36 kuukauden seuranta-ajankohtana. Yksi asiakas perinteisen hoidon ryhmästä teki itsemurhan seurannan aikana. Kymmenen asiakasta, joista viisi oli palveluohjausryhmässä ja viisi perinteisen hoidon ryhmässä, kieltäytyi osallistumasta 36 kuukauden seurantatutkimukseen. Perinteisen hoidon ryhmässä kaksi asiakasta keskeytti hoidon 36 kuukauden seurannan aikana, eikä heitä ole arvioitu tutkimuksessa. Kaikista asiakkaista ei saatu tietoja kaikkiin arviointeihin. Tästä syystä osallistujien määrä vaihtelee jonkun verran eri arvioinneissa. Kuitenkin palvelujen käyttöä koskevat tiedot saatiin kaikista 77 asiakkaasta.

## Tilastot

Kaikki analyysit perustuivat hoitotuloksiin. Asiakkaita, joista ei saatu arviointitietoja tai jotka kieltäytyivät osallistumasta, ei analysoitu tutkimuksessa. Student's t-testiä käytettiin ryhmien välisten peruserojen ja palveluihin tyytyväisyyden analysoimisessa 36 kuukauden seuranta-ajankohtana. Mann-Whitney U-testiä käytettiin ryhmien välisten psykiatristen palvelujen käytön erojen analysoimisessa. ANCOVA:a käytettiin interventioryhmien välisten tulosten erojen analysoimiseen. Siinä selvitettiin oireita, psykososiaalista toimintakykyä, yleistä toimintakykyä, sosiaalista verkostoa, tarpeita ja elämän laatua 18 ja 36 kuukauden seuranta-ajankohtina. Käytetty tilastollinen ohjelmisto oli SPSS for Windows, julkaisu 7.5 (Norusis 1995).

## TULOKSET

Mitään merkittäviä eroja ei havaittu palveluohjausryhmän ja perinteisen hoidon ryhmän välillä avohoidon, psykiatrisen sairaalahoidon päivien (166,3; KH 146,3 vastaan 111,6; KH 105,1) tai sairaalahoitokertojen määrässä (4,0; KH 4,4 vastaan 3,8; KH 3,3) kahden vuoden ajanjakson aikana ennen tutkimusta. Alkuvaiheessa ei ollut mitään eroa tarpeiden määrässä (CAN) tai psykososiaalisessa toimintakyvyssä (Strauss Carpenter, GAF). Kuitenkin palveluohjausryhmällä oli huomattavasti huonompi sosiaalinen verkosto ISSI: mukaan (11,0; KH 6,1 vastaan 15,0; KH 6,4;  $p=0,007$ ) ja enemmän oireita SCL:n mukaan (125,3; KH 70,9 vastaan 95,1; KH 53,0;  $p=0,034$ ). Mitään eroa ei alkuvaiheessa havaittu yleisessä subjektiivisessa elämänlaadussa tai haastattelijan arvioimassa elämänlaadussa. Kuitenkin palveluohjausryhmällä yleinen hyvinvointi oli huomattavasti heikompi. (3,6; KH 1,2 vastaan 4,3; KH 1,0;  $p=0,006$ ).

Palveluohjausryhmässä hoidon tarve väheni alkuvaiheeseen verrattuna huomattavasti enemmän 36 kuukauden jälkeen toteutetun seurannan mukaan kuin perinteisen hoidon ryhmässä ( $p=0,047$ ), Taulukko 2. Perinteisen hoidon ryhmän ja palveluohjausta saaneiden ryhmän kahden seuranta-ajankohdan välillä (18 kk ja 36 kk) ei parittaisessa vertailuissa havaittu muita merkittäviä eroja kliinisissä ja sosiaalisissa tuloksissa. Tämän lisäksi ei ryhmien välillä havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja seuranta-ajankohtina yleistä elämänlaatua tai yleistä hyvinvointia koskevissa muutoksissa.

Tyytyväisyyttä hoitoon mitattiin 36 kuukauden seuranta-ajankohdan yhteydessä. Palveluohjausryhmässä havaittiin huomattavasti suurempaa tyytyväisyyttä hoitoon viidellä kuudesta mitatusta alueesta, samoin yleinen tyytyväisyys oli suurempi, Taulukko 3.

Neljäkymmentäkuusi prosenttia ( $n=15$ ) asiakkaista palveluohjausryhmässä ja 62% ( $n=27$ ) perinteisen hoidon ryhmässä joutui psykiatriseen sairaalahoitoon 36 kuukauden seuranta jakson aikana, ero ei siis ollut merkitsevä. Kuitenkin palveluohjausryhmällä oli huomattavasti vähemmän sairaalahoitopäiviä kuin perinteisen hoidon ryhmällä (25,7; SKH 88,1 vastaan 66,1; KH 119,1;  $p=0,016$ ). Lisätutkimus osoitti, että palveluohjausryhmään kuuluvilla asiakkailla oli vähemmän sairaalahoitopäiviä seurannan ensimmäisen vuoden aikana, mutta seurannan toisena ja kolmantena vuotena ei huomattavia eroja ryhmien välillä havaittu, Taulukko 4. Sairaalahoitopäivien analyysi osoitti, että palveluohjausryhmään kuuluvilla asiakkailla oli merkittävästi vähemmän sairaalahoitopäiviä 36 kuukauden seurannan aikana (56,6; KH 125,9 vastaan 107,7; KH 137,1;  $p=0,005$ ).

Seurannan aikana palveluohjausryhmällä oli keskimäärin 111,9 kontaktia (KH=143,6) ja perinteisen hoidon ryhmällä 95,3 kontaktia (KH=87,3) psykiatriin avohoitopalveluihin, ero ryhmien välillä ei siis ollut merkitsevä.

## KESKUSTELUA

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että voimavaramalliin perustuvaan palveluohjaukseen osallistuneet asiakkaat olivat tyytyväisempiä järjestettyihin palveluihin kuin perinteistä hoitoa saaneet asiakkaat ja myös heidän hoidon tarpeensa väheni enemmän 36 kuukauden jälkeen toteutetun seurannan mukaan. Jälkimmäistä tulosta pitäisi kuitenkin tulkita varovaisesti koska se voisi johtua tehdyistä vertailuista. Palveluohjauksen asiakkailla oli noin 50% vähemmän psykiatrisia sairaalahoitopäiviä kuin perinteisen hoidon asiakkailla. Mitään muita eroja kliinisissä tai sosiaalisissa tuloksissa ei havaittu.

Tässä tutkimuksessa ei voitu havaita sairaalahoitoon joutuneiden potilaiden lukumäärän vähenemistä kuten Macias et al. tutkimuksessa (1994), jossa havaittiin melko suuri sairaalahoidon väheneminen. Jälkimmäinen tutkimus perustui kuitenkin melko pieneen otokseen. Modrcin et al. voimavaramalliin perustuva tutkimus ei yhdenmukaisesti tämän tutkimuksen kanssa osoittanut sairaalahoitoon joutumisen vähenemistä verrattuna perinteiseen hoitoon.

Yksi tämän tutkimuksen keskeisimmistä tuloksista oli merkittävä psykiatristen sairaalahoitopäivien väheneminen palveluohjausryhmässä verrattuna perinteisen hoidon ryhmään. Aikaisemmissa palveluohjauksen voimavaramallista tehdyissä tutkimuksissa psykiatriseen sairaalahoitoon käytettyä aikaa (hoitopäiviä) ei ole mitattu, jonka vuoksi tämän tutkimuksen havainnoista on vaikea tehdä varmoja johtopäätöksiä. Kuitenkin muissa palveluohjauksesta tehdyissä tutkimuksissa on esitetty samanlaisia havaintoja. Borland et al. (1989) havaitsivat, että psykiatrisen sairaalahoidon päivien määrä väheni palveluohjausryhmässä 75%:lla verrattuna hoitoa edeltäneeseen kahden vuoden pituiseen ajanjaksoon. Kuitenkin on raportoitu myös päinvastaisista tutkimustuloksista. Marshall'in et al. (1997) katsauksessa osoitettiin, että neljässä kuudesta tutkimuksesta raportoitiin palveluohjauksen lisäävän sairaalahoidon pituutta.

Tutkimuksen osoittama suurempi tyytyväisyys palveluihin on yhdenmukainen muiden palveluohjaustutkimusten tulosten kanssa (Merson et al. 1992; Marks et al. 1994; Morse et al. 1997). Kuitenkin voimavaramalliin perustuvasta palveluohjauksesta tehdyissä tutkimuksissa tyytyväisyyttä on mitattu vain harvoin ja myös päinvastaisista tuloksista ovat raportoineet Macias et al. (1994).

Seuraavassa käsitellään eräitä todennäköisiä selityksiä näille havainnoille. Palveluohjausryhmällä oli tutkimuksen alussa heikompi sosiaalinen verkosto ja enemmän oireita perinteisen hoidon ryhmään verrattuna. Vaikka ANCOVA:n käytön tutkimustulosten erojen tilastollisessa analyysissä oletettiin selittävän erot, on niillä saattanut olla vaikutus tuloksiin. Toinen todennäköinen selitys saattaa olla verrokkiryhmän saaman perinteisen hoidon laatu. Psykiatrian toimesta järjestettiin kattavaa psykiatrista hoitoa, jossa avohoit-, sairaalahoito-, ja päivähoitopalvelut toteutettiin yhteisvastuullisesti. Tämän tyyppinen monipuolinen psykiatrisen palvelu toteuttaa usein toimenpiteitä, joita voisi verrata palveluohjauksen yleisiin toimenpiteisiin. Kolmas mahdollinen selitys useampien sosiaalisten ja kliinisten erojen puuttumiselle saattaa löytyä palveluohjaukseen sisältyvien toimenpiteiden laadusta ja intensiteetistä. Saattaa olla, että

nämä toimenpiteet eivät olleet tarpeeksi intensiivisiä, tai että niistä puuttui tietyn tyyppisiä toimenpiteitä, joilla saattaisi olla vaikutusta tutkimustuloksiin. Aikaisemmissa julkaisuissa olemme osoittaneet, että palveluohjaajan epäsuoraan työhön asiakkaan puolesta käyttämän ajan lisääntyminen liittyi psykiatristen oireiden ja sosiaalisen verkostoon liittyviin parempiin tuloksiin. Välittäjän rooliin (brokerage) liittyvien toimenpiteiden lisääntyminen, toimenpiteiden suunnittelu ja ADL-taitoihin kehittämiseen kuuluvat toimenpiteet liittyivät hoidon tarpeen selvään vähenemiseen (Björkman ja Hansson 1999).

Verrattaessa aikaisempiin tutkimuksiin tämän tutkimuksen 36 kuukauden seuranta-ajanjaksoa voidaan pitää riittävänä. Kuitenkin suhteellisen pieni otos ja tietojen puutteellisuus joidenkin mittauksien osalta ovat rajoituksia, jotka täytyy ottaa huomioon tehtäessä johtopäätöksiä tutkimuksesta.

Vähemmän intensiivisen palveluohjauksen tehokkuudesta on esitetty epäilyksiä ja on epäilty pitäisikö sitä ylipäättään käyttää (Marshall et al. 1997). Tässä tutkimuksessa on kuitenkin havaittu voimavaratyypisellä palveluohjauksella olevan edullisia vaikutuksia ennen kaikkea psykiatristen sairaalahoitopalvelujen käytön määrään ja asiakkaan tyytyväisyyteen saamaansa hoitoon..

## LÄHTEET

American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 3<sup>rd</sup> edn. APA, Washington, DC

Björkman T, Hansson L (2000) What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiolog* 35: 43-50

Borland A, McRae J, Lycan C (1989) Outcomes of five years continues intensive case management. *Hosp Commun Psychiatry* 40: 369-376

Derogatis LR, Fasth B G (1977) Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *J Clin Psychol* 33: 981-989

Hansson L, Höglund E (1995) Patient satisfaction with psychiatric services. *Nordic J Psychiatry* 49: 257-262

Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R (1980) Measuring social relationships: the Interview Schedule for Social Interaction. *Psychol Med* 10: 723-734

Holloway F, Oliver N, Collins E, Carso J (1995) Case management: a critical review of the outcome literature. *Eur Psychiatry* 10: 113-128

Kisthardt JB, McKnight JL (1993) The impact of the strengths model of case management from the consumer perspective. In M. Harris & H. Bergman Case management: Theory and Practise, American Psychiatric Association, Whashington, DC

Macias C, Kinney R, Farley OW, Jackson R, Vos B (1994) The role of case management within a community support system: Partnership with psychosocial rehabilitation. *Community Ment Health J* 4: 323-339

Marks I.M, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence R.E. (1994) Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry* 165:179-194

Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R (1997) Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 2, Update Software, Oxford

Marshall M, Gray A, Lockwood A (1998) Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 2, Update Software, Oxford

Merson S, Tyrer P, Onyett S, Lack S, Birkett P, Lynch S, Johnson T (1992) Early intervention in psychiatric emergencies: A controlled clinical trial. *Lancet* 339: 1311-1314

Modrcin GS Rapp CA, Poertner J (1988) The evaluation of case management services with the chronically mentally ill. *Evaluation and Planning* 11: 307-314

Morse GA, Calsyn R.J, Allen M.A, Tempelhoff M.S.W, Smith B.A (1992) Experimental comparison of the effects of three treatment programs for homeless mentally ill people. *Hosp Commun Psychiatry* 43:1005-1010

Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG (1998) Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 24: 37-74

Norusis MJ (1995) Statistical package for the social sciences, SPSSPC+ 7.0. SPSS, Chicago

Oliver J, Huxley P, Bridges K, Mohammed H (1996) Quality of life and mental health services. Routledge, London

Phelan M, Slade M, Dunn G, Holloway G, Strathdee G, Thornicroft G, Wykes T (1993) Camberwell Assessment of Need. London Institute of Psychiatry. London

Rapp CA, Chamberlain R (1985) Case management services to the chronically mentally ill. *Social Work* 30: 417-422

Rapp CA, Wintersteen R (1989) The strengths model of case management. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 13: 23-32

Solomon P (1992) The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Ment Health J* 28: 163-180

Strauss JS, Carpenter WT (1972) The prediction of outcome in Schizophrenia. I. Characteristics of outcome. *Arch Gen Psychiatry* 27: 739-746

Strauss JS, Carpenter WT (1974) The prediction of outcome in Schizophrenia. II. Relationships between predictor and outcome variables: a report from the WHO international pilot study of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 31: 37-42

UK700 Group (2000) Cost-effectiveness of intensive v. standard case management for severe psychotic illness. UK700 case management trial. *Br J Psychiatry* 176: 537-543

UK700 group (1999) Intensive versus standard case management for severe psychotic illness trial. *Lancet* 353: 2185-3189

Uden A-L, Orth-Gomer K (1989) Development of a survey method to measure social support in population studies. *Soc Sci Med* 29: 1387-1393

**Taulukko 1. Tutkimusryhmien väestötilastolliset ja kliiniset taustatekijät**

	<b>Tavanomainen hoito</b>	<b>Case management</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Ikä, keski-ikä (vaihteluväli)	35 (19-51)	40 (26-55)*
Sukupuoli		
Mies	20 (46)	16 (49)
Nainen	24 (54)	17 (51)
Siviilisääty		
Naimaton	35 (80)	20 (61)
Naimisissa	3 (7)	5 (15)
Eronnut	6 (14)	8 (24)
Asumisolosuhteet		
Yksin	38 (86)	26 (79)
Kumppani	2 (5)	3 (9)
Vanhemmat	1 (2)	1 (3)
Muut	3 (7)	3 (9)
Asuminen		
Oma talo	2 (5)	1 (3)
Oma asunto	36 (82)	31 (94)
Tuettu asuminen	5 (11)	1 (3)
Laitos	1 (2)	0 (0)
Koulutus		
Peruskoulun ala-aste	26 (59)	15 (46)
Yläaste/lukio	8 (18)	9 (27)
Yliopisto	10 (23)	9 (27)
Työ		
Avoimet työmarkkinat	2 (5)	3 (9)
Suojatyö	2 (5)	2 (6)
Työtön	8 (17)	2 (6)
Opiskelija	3 (7)	2 (6)
Eläkkeellä	29 (66)	24 (73)
Diagnoosi (DSM-III-R)		
Skitsofrenia	26 (59)	14 (42)
Muu psykoosi	11 (25)	4 (12)
Ei psykoosia	7 (16)	15 (46)

\* =  $p < 0,05$

**Taulukko 2. Seuranta-ajankohtien (18- ja 36-kuukautta) kliiniset ja sosiaaliset tulokset**

Mittari	Aika (Kuukautta)	Case management			Perinteinen hoito			P-arvo *
		Keskia.	k.h.	N	Keskia.	k.h.	N	
Oireet (SCL)	0	128,0	71,5		101,4	53,2		
	18	114,9	66,8	28	93,7	57,0	36	em
	0	124,8	70,8		102,0	55,0		
	36	102,0	68,5	27	81,4	55,1	33	em
Sosiaalinen verkosto (ISSI)	0	11,2	6,1		15,2	6,2		
	18	16,7	6,3	29	18,1	6,4	37	em
	0	11,1	6,3		15,1	6,3		
	36	14,3	6,4	28	17,5	5,9	34	em
Sosiaalinen toimintakyky (Strauss Carpenter)	0	10,6	2,4		10,6	2,8		
	18	11,5	2,9	28	10,9	2,9	33	em
	0	10,6	2,4		10,5	2,7		
	36	11,4	2,5	28	11,5	2,5	32	em
Yleinen toimintakyky (GAF)	0	56,3	12,3		50,2	15,4		
	18	57,0	13,0	28	60,3	13,3	33	em
	0	55,7	11,6		46,5	14,6		
	36	52,3	14,6	22	55,3	17,0	33	em
Tarpeiden määrä (CAN)	0	5,7	2,6		5,9	2,5		
	18	4,0	2,5	29	3,8	2,7	37	em
	0	5,6	2,7		5,8	2,4		
	36	3,2	1,8	28	4,6	3,8	36	0,047
Elämänlaatu (LQOLP)	0	4,3	0,7	29	4,5	0,6	34	
	18	4,6	0,7	29	4,9	0,7	34	em
	0	4,3	0,7	29	4,5	0,6	34	
	36	4,6	0,7	29	4,9	0,7	34	em
Yleinen elämänlaatu (LQOLP)	0	3,6	1,2	30	4,3	1,0	33	
	18	4,3	1,2	30	4,6	1,1	34	em
	0	3,6	1,3	29	4,3	1,1	34	
	36	4,4	1,1	29	4,9	1,2	34	em

\*ANCOVA

**Taulukko 3. Asiakastyytyväisyys eri toimintojen suhteen palveluohjauksessa (case management) ja tavanomaisessa hoidossa**

Tyytyväisyys toiminnoittain	Case management			Perinteinen hoito			P-arvo*
	Keskia.	k.h.	N	Keskia.	k.h.	N	
Suhde palveluohjaajaan/keskeiseen työntekijään	4,61	0,50	28	3,94	1,01	32	0,002
Luottamus palveluohjaajaan/keskeiseen työntekijään	4,39	0,79	28	3,75	1,02	32	0,008
Palveluohjaajan/keskeisen työntekijän osaaminen	4,29	0,85	28	3,66	1,23	32	0,024
Palvelun laajuus	4,11	0,74	28	3,72	0,89	32	em
Oikea tukimuoto ja apu	4,30	0,78	27	3,59	1,13	32	0,007
Vaikutusmahdollisuudet palvelujen suunnitteluun	4,11	0,93	27	3,19	1,20	32	0,002
Yleinen tyytyväisyys	4,54	0,58	28	3,91	1,00	32	0,004

\*Student's t-testi.

**Taulukko 4. Sairaalahoitopäivien käyttö seurantajakson aikana**

Seurantajakso	Case management (N=33)		Perinteinen hoito (N=44)		P-arvo*
	Keskia.	k.h.	Keskia.	k.h.	
0-12 kk.	7,8	34,9	24,1	43,0	0,01
12-24 kk.	12,0	40,2	27,4	56,1	0,07
24-36 kk.	5,9	20,3	14,6	43,6	0,29

\*Mann-Whitney U-testi,