

Palveluohjauksen (case management) vaikutus pitkäaikaisista mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden terveystalveluiden käyttöön

Kymmenen ruotsalaisen palveluohjauksokeilun 18-kuukauden seuranta

TOMMY BJÖRKMAN, LARS HANSSON

Björkman, T, Hansson L. How does case management for long-term mentally ill individuals affect their use of health care services? An 18-month follow-up of 10 Swedish case management services. *Nordic Journal of Psychiatry* 2000;54:441-447. Oslo. ISSN 0803-9488.

Kymmenen ruotsalaisen palveluohjaustoiminnan arvioinnin yhteydessä tutkittiin terveydenhoitopalvelujen käytössä tapahtuneita muutoksia. Otos käsitti 176 pitkäaikaista mielenterveysongelmista kärsivää henkilöä. Tutkimuksessa selvitettiin muutoksia psykiatristen sairaala- ja avohoitopalvelujen, perusterveydenhoidon ja somaattisten sairaala- ja avohoitopalvelujen käytössä 18 kuukauden seurantajakson aikana. Tutkimus osoitti huomattavaa psykiatristen sairaalapalvelujen käytön vähenemistä, sairaalapäivien määrässä mitattuna vähennys oli keskimäärin 43 prosenttia. Psykiatrisen tahdonvastaisen hoidon määrässä ei havaittu merkittävää muutosta. Psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen väheneminen oli suurinta skitsofreniaa sairastavilla. Palveluohjaajan asiakkaan talousasioihin ja tukitoimien ja huolenpidon koordinointiin liittyvät toimenpiteet vähensivät psykiatristen sairaalapalvelujen käyttöä. Tiivis yhteys palveluohjaajaan johti psykiatrisen avohoidon vähentyneeseen käyttöön. Perusterveydenhuollon ja muiden somaattisen terveydenhoidon palvelujen käytön määrä pysyi ennallaan. Johtopäätös on, että palveluohjaus vähensi huomattavasti psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta. Havainto liittyy jossain määrin palveluohjaajan määrättyihin toimintoihin.

- *Case management, Health care services, Long-term mentally ill*

Tommy Björkman, Department of Clinical Neuroscience, Division of Psychiatry, University Hospital, SE-221 85 Lund, Sweden; Accepted: 5 November 1999.

Käännös: Sauli Suominen, Hannu Viljamaa, Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry. Uudenmaankatu 28 B 5.krs. H:ki 12.

JOHDANTO

Viime vuosikymmeninä on julkaistu useita tutkimuksia, joiden mukaan pitkäaikaista psyykkistä häiriöistä kärsivien henkilöiden kyky käyttää yhteiskunnan tarjoamia palveluja on rajallinen. Yhtenä ratkaisuna näihin ongelmiin on ehdotettu palveluohjausta, mikä on johtanut useiden erilaisten palveluohjausmallien kehittämiseen (1-3).

Eri palveluohjausmalleista kuvattiin kirjallisuudessa ensimmäisenä välittäjämalli, johon kuuluu viisi erilaista toiminta-alueita: arviointi, suunnittelu, edunvalvonta, yhteensovittaminen (linking) ja palveluiden varmistaminen (1, 4). Kun havaittiin, että palveluohjaajat joutuivat usein toimimaan hoitajina tai terapeutteina järjestämällä välittömiä palveluja, kehitettiin useita muita palveluohjausmalleja (5), kliininen palveluohjausmalli (clinical case management) (6), työryhmäpohjainen tehostettu avohoito (assertive community treatment, ACT) (7), intensiivinen palveluohjausmalli (intensive case management, ICM) (8-9), voimavaramalli ("strength" model) (10) ja kuntoutus malli ("rehabilitation" model) (11). Eri palveluohjausmalleilla on erilaisten tavoitteiden lisäksi myös yhteisiä tavoitteita, joiden tarkoituksena on auttaa asiakasta selviytymään paremmin, parantaa yhteiskuntaan sopeutumista, pitää yllä asiakkaan yhteyksiä eri palveluihin, vähentää sairaalahoitojen lukumäärää ja pituutta sekä parantaa toimintakykyä ja sosiaalista selviytymistä.

Viime vuosikymmeninä on ilmestynyt useita palveluohjauksen tuloksellisuutta osoittavia tieteellisiä tutkimuksia. Tuloksellisuudesta on julkaistu useita satunnaisotokseen perustuvia tutkimuksia sekä ei-kontrolloituja tutkimuksia ja myös useita näitä tutkimuksia koskevia katsauksia (1,5,12-16). Oireita, elämisen laatua ja sosiaalista ja ammatillista toimintaa koskevat tutkimustulokset näyttävät olevan myönteisiä, ainakin intensiivisempien palveluohjausmallien osalta. Eri mallien tulokset asumisen vakiintumisessa ja sairaalahoidon tarpeen vähenemisessä ovat olleet melko yhdenmukaisesti positiivisia (5).

Yksi kaikkein yleisimmistä mittausmenetelmistä palveluohjauksen tuloksellisuutta arvioitaessa on ollut sairaalahoidon tai eri palveluiden käytön määrän vertailu. Steinin ja Testin (7) tutkimus osoitti ensimmäisenä, että uudelleen sairaalahoitoon joutuminen väheni. Siinä havaittiin, että varmistava palveluohjaus, pienet potilasmäärät, kenttätyöhön painottuva työskentely ja jatkuva osallistuminen asiakkaiden asioiden hoitoon vähensi sairaalahoitoon joutumista dramaattisesti. Myöhemmin useissa tutkimuksissa on esitetty samanlaisia tuloksia intensiivisistä palveluohjausmalleista. Witheridge ja muut (17-18) havaitsivat, että sairaalahoitoon joutuminen väheni huomattavasti niiden potilaiden kohdalla, jotka olivat saaneet intensiivistä palveluohjausta, verrattuna tavanomaista hoitoa saaneisiin potilaisiin. Bond et al (19) raportoivat, että sairaalahoitoon joutuminen väheni niiden neljän paikkakunnan osalta, joissa käytettiin intensiivistä palveluohjausta. Mc Rae et al (20) havaitsivat, että sairaalahoidon käyttö väheni 70 prosentilla niiden potilaiden kohdalla, jotka saivat intensiivistä palveluohjausta viiden vuoden ajan. 90-luvulla samanlaisia tuloksia on saatu useissa tutkimuksissa. Marks ja muut havaitsivat, että päivittäinen elämistä tukeva ohjelma (daily living program, DLP), joka on verrattavissa ACT:hen, vähensi sairaalahoitopäivien lukumäärää verrattuna pelkkään sairaalahoitoon perustuvaan hoitoon. Esock ja Kontos (22) raportoivat, että työryhmäpohjaisen tehostetun avohoidon asiakkaat tarvitsivat sairaalahoitoa puolet vähemmän kuin perinteistä hoitoa saavat potilaat. Muiden tutkimusten (23-26) tulokset olivat samansuuntaisia. Ne osoittivat, että sairaalahoitopäivien määrä väheni 33-80 prosenttia verrattuna perinteiseen hoitoon. Mueserin et al (5) katsauksessa tutkittiin sairaalahoidon määriä 23:ssa ACT- tai ICM-hoitomuodoista tehdyssä kontrolloidussa

tutkimuksessa. Neljäsatoista tutkimuksessa (61%) todettiin sairaalahoidon vähentyneen huomattavasti vertailuryhmään verrattuna. Tekijät päättelivät, että ACT- ja ICM-hoidot vähentävät tehokkaasti psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta.

Kehitettäessä ACT-mallin mittausmenetelmää pyrittiin selvittämään mitkä hoito-ohjelman osatekijät vaikutusta psykiatrisen hoidon määrään. Mc Grew ja muut (27) löysivät viisi tärkeää tekijää, jotka merkittävästi vähensivät sairaalahoidon tarvetta: sairaanhoitajan kuuluminen hoitotiimiin, asiakkaiden yhteisvastuullinen hoitaminen, päivittäiset hoitotiimin kokoukset, palvelujen saatavuus ympärivuorokautisesti ja asiakkaiden tapaamisten kokonaismäärä. Mitään merkittävää yhteyttä ei havaittu sairaalahoidon vähenemisen ja asiakkaiden kanssa käytetyn ajan välillä.

Niiden monien tutkimusten lisäksi, jotka osoittavat sairaalahoitokertojen määrän ja pituuden vähenemistä, on julkaistu myös päinvastaisiin tuloksiin tulleita tutkimuksia. Joissakin on todettu, että intensiivinen palveluohjaus ei vähennä lääkehoitoa tehokkaammin sairaalahoidon ja että potilailla, jotka saivat intensiivistä laaja-alaista palveluohjausta oli kaksi kertaa enemmän psykiatrista sairaalahoidon kuin tavallisella jälkihoitoryhmällä (28-31). Jotkut näistä tuloksista on selitetty johtuvan pienestä otoksesta, niiden toteutukseen liittyvillä ongelmilla ja sillä, että tavalliseen hoitomuotoon kuuluville vakavaa psyykkistä häiriötä sairastaville henkilöillä jotka käyttävät runsaasti eri palveluita saattaa jo olla ICM-tyyppinen hoito.

ACT ja ICM-palvelujen tarkoitus on järjestää vaihtoehto psykiatriselle hoidolle (15). Muut vähemmän intensiiviset palveluohjausmallit korostavat usein muita tavoitteita. Sen vuoksi ei ole yllättävää, että vähemmän intensiivisistä palveluohjausmalleista tehdyissä tutkimuksissa tulokset sairaalahoitopäivien vähenemisessä eivät ole olleet yhtä positiivisia. Solomonin (14) katsauksessa käsitellään kuutta vähemmän intensiivisestä palveluohjausmallista tehtyä tutkimusta, joissa tuloksellisuutta arvioidaan sairaalahoidon määrän perusteella. Tulosten mukaan vähemmän intensiiviset mallit eivät vähennä sairaalahoitopäivien lukumäärää tai sairaalahoitoon käytetyn ajan pituutta perinteisiin hoitomuotoihin verrattuna. Hollowayn et al (15) katsauksessa analysoitiin 23 tutkimusta, joista 21:ssä käytettiin sairaalahoidon määrää tuloksellisuuden mittana. Muutamassa näistä tutkimuksista selvitettiin vähemmän intensiivistä palveluohjausta, joista ilmeni, että päätekijä sairaalahoitoon joutumisen ja sairaalahoidon pituuden vähenemisessä olivat ACT-malliin perustuvat palvelut. Marshallin ja muiden (12) katsauksessa selvitettiin 11 kontrolloitua tutkimusta palveluohjauksesta, joihin ei sisällynyt yhtään ACT- tai ICM-malleista tehtyä tutkimusta. Kuudessa näistä tutkimuksesta käytettiin sairaalahoidon määrää hoidon tuloksellisuuden mittana. Tulokset osoittivat, että asiakkaat, jotka saivat palveluohjausta, joutuivat lähes kaksi kertaa niin usein psykiatriseen sairaalahoitoon kuin perinteistä hoitoa saaneet potilaat. Kliinisissä tai sosiaalisissa tuloksissa ei havaittu eroja. Ainoa merkittävä tulos palveluohjauksen hyväksi oli se, että potilaskato seuranta ajatellen oli pienempi.

Palveluohjausta on toistaiseksi kokeiltu ainoastaan muutamalla pilottialueella Ruotsissa (9). Osana 1995 aloitettua psykiatrian uudistusta aloitettiin Ruotsissa palveluohjaukokeilu kymmenellä paikkakunnalla Sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella. Kokeilujen tuloksellisuus ja asiakkaiden palveluiden käyttöä koskevat muutokset ovat olleet tutkimuksen kohteena. Tämä tutkimus keskittyy terveydenhoitopalvelujen käytössä tapahtuviin muutoksiin.

Tavoitteet

Tämän tutkimuksen ensisijainen tavoite on selvittää eri tyyppisten terveydenhoitopalvelujen käytössä tapahtuneita muutoksia 18 kuukauden seurantajakson aikana verrattuna 18 kuukauden ajanjaksoon ennen asiakkaan palveluohjauksen alkamista. Toisena tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten palveluohjauksen asiakastapaamisten määrä ja eri toimenpiteiden sisältö ja tyyppi vaikuttivat psykiatristen palvelujen käyttöön seuranta-ajanjakson aikana.

Menetelmät ja kohteet

Suunnittelu

Tutkimukseen otettiin kymmenen vuonna 1995 eri puolilla Ruotsia aloitettua palveluohjauksoikeilua. Palveluiden kohderyhmänä oli pitkäaikaisista mielenterveyshäiriöistä kärsivät henkilöt. Asiakkaiksi valittiin psykiatristen palveluiden ja sosiaalipalveluiden käyttäjiä. Asiakkaaksi oli mahdollista päästä myös asiakkaan omasta pyynnöstä. Joissakin projekteissa asiakkaiden identifiointi ja valinta tapahtui etsivällä työotteella. Asiakkaiden taustatiedot ja diagnoosi kirjattiin asiakkaan palveluohjaukseen valinnan yhteydessä. Palveluohjaajat tekivät viikoittain raportteja 18 kuukauden seurantajakson aikana. Niissä seurattiin yhteyksien määrää yksittäiseen asiakkaaseen, toimenpiteiden laatua ja sitä, mihin yksittäisen asiakkaan elämänalueeseen interventio kohdistui. Osallistuminen tutkimukseen perustui asiakkaan ennen tutkimuksen aloittamista antamaan suostumukseen.

Muut arviointiperusteet asiakkaan palveluohjausryhmään valinnassa ja seurannassa, joita tässä tutkimuksen osassa ei kuitenkaan käsitelty, koskivat hoidon tarvetta, psykososiaalista toimintakykyä, elämisen laatua, psykiatrisia oireita ja sosiaalista verkostoa. Tutkimuksen seurantaan liittyi myös selvitys asiakastyytyväisyydestä.

Mittausmenetelmät

Useita demografisia, sosiaalisia ja kliinisiä tekijöitä selvitettiin palveluohjauksen aloitusvaiheessa. Asiakasta hoitava psykiatri teki diagnoosin DSM-III-R:n perusteella (32). Muutamien sellaisten asiakkaiden osalta jotka eivät olleet psykiatrisessa hoidossa, diagnoosia ei ollut käytettävissä.

Palveluohjaajat tekivät viikoittain raportin johon sisältyi palveluohjauksen toimenpiteiden laatu, ne asiakkaan elämänalueet joihin interventio kohdistui, kontaktien lukumäärä ja viikon aikana yksittäisiin asiakaskontakteihin käytetty aika. Nämä merkittiin tutkimusta varten kehitettyyn lomakkeeseen, joka perustui aikaisempien palveluohjauksoikeilujen perusteella tehtyihin havaintoihin yleisimmistä palveluohjaajien toimenpiteistä. Seuraavien eri elämänalueisiin kohdistuvien interventioiden viikoittainen esiintyminen merkittiin: neuvonta, etsivä toiminta, toimenpiteiden suunnittelu, asianajo, hoidon koordinointi, toimenpiteiden suunnittelu, tarpeiden ja hoitotarpeen arviointi, kriisi-interventiot ja välittäjänä toimiminen (brokerage). Lisäksi toimenpide voitiin luokitella tarkemmin määrittelemättömäksi. Toimenpiteiden kohteena olevat elämänalueet luokiteltiin seuraavasti: mielenterveys/psykiatriset oireet, somaattinen terveys, lääkitys, päihdyttävien aineiden väärinkäyttö, päivittäiseen elämiseen kuuluvat toiminnot ja taidot

(ADL-taidot), sosiaaliset taidot, sosiaaliset suhteet, taloudellinen tilanne, perhetilanne, työtilanne, asumistilanne, koulutus ja tarkemmin määrittelemättömät toiminnan kohteet. Palveluohjaajan raporttiin sisältyi myös suorien yhteyksien viikoittainen lukumäärä ja suoriin yhteyksiin ja epäsuoriin (asiakkaan asioiden hoito) käytetyn ajan seuranta.

Palveluohjaaja merkitsi tapausselostusten pohjalta muistiin asiakkaan terveydenhoitopalvelujen käytön 18 kuukauden ajalta ennen asiakkaan palveluohjauksen alkamista ja seuranta-ajanjak-solta kuukausittain. Tiedot kerättiin seuraavien muuttujien osalta: vapaaehtoinen ja tahdonvas-tainen psykiatrinen sairaalahoito mitattuna hoitokertojen ja hoitopäivien lukumääränä, psykiat-risten päivätoimintapalvelujen käyttö (kerta ja määrä), psykiatristen avohoitopalvelujen käyttö, terveyskeskuspalvelujen käyttö ja somaattisen sairauden sairaalahoito (kerta ja määrä) ja lopuksi muiden kuin terveyskeskuksien antaman somaattisen sairaudenhoidon käyttö.

Kehykset

Tutkimuksen kohteena olevat kymmenen uutta palveluohjauksoikeilua aloitettiin 1995 eri alu-eilla Ruotsia. Viittä palveluohjauksoikeilua toteutettiin sosiaalishallinnon alaisuudessa, yksi kuu-lui psykiatriseen hoito-organisaatioon ja neljää ylläpitivät riippumattomat järjestöt tai poti-las/omaisjärjestöt. Kaikki kokeilut sijaitsivat taajaan asutuilla alueilla, neljä sijaitsi paikallisten palvelutuottajien tiloissa, muut kuusi sijaitsivat asuinalueilla. Pääosa sai asiakkaansa psykiatrian tai sosiaalitoimen kautta. Kuitenkin potilas/omaisjärjestöjen ylläpitämät kokeilut hankkivat osan asiakkaistaan psykiatrian tai sosiaalitoimen ulkopuolelta.

Kaikki kokeilut toimivat virka-aikana arkipäivisin. Palveluohjaajaan oli kuitenkin myös mah-dollista ottaa yhteyttä virka-ajan ulkopuolella. Palvelut perustuivat kokonaisvaltaiseen lähesty-mistapaan ja etsivään työotteeseen, jossa painotettiin luottamuksen herättämisen tärkeyttä. Myös suhteita omaisiin pidettiin tärkeänä, koska päämääränä oli sosiaalisen verkoston vahvistaminen. Palveluohjaajat osallistuivat myös kriisitilanteiden hoitamiseen, toimivat asianajajina, tekivät läheteitä, auttoivat asiakkaita käyttämään yhteiskunnan ja lähiyhteisön tarjoamia palveluita ja antoivat tukea päivittäisessä elämässä. Noin 70 prosenttia työajasta palveluohjaajat toimivat toimiston ulkopuolella. Palveluohjaajat tapasivat asiakkaita useimmiten heidän kotonaan. Näissä kymmenessä palvelukokeilussa työskenteli yhteensä 32 palveluohjaajaa. Kaikilla oli kokemusta työstä psykiatriassa tai sosiaalitoimessa ja he olivat joko psykiatrisia sairaanhoitajia tai sosiaaliohjaajia. Mitään näistä kymmenestä kokeilusta ei voida luokitella ACT- tai ICM-malliseksi palveluiksi, koska ne eivät järjestä ympärivuorokautista päivystystä, asiakkaista ei kanneta jaettava vastuuta, eikä tiimiin myöskään kuulu psykiatria. Toiminta käsitti kuitenkin niin monia palveluiden osa-alueita, että se voitaisiin luokitella voimavara- ja kliinisen palveluohjauksen yhdistelmäksi.

Kohderyhmät

Niitä kaikkia asiakkaita, jotka valittiin kymmenen palveluohjauksoikeiluun niiden aloitusvai-heesta 1995 vuoden 1996 syyskuun 30. päivään asti, pyydettiin osallistumaan tutkimukseen. Yhteensä 252 asiakasta valittiin ja heidän osallistumishalukkuutensa selvitettiin. Heistä 69 kieltäytyi ja siten tutkimukseen osallistui 183 asiakasta (73%). Seuranta-ajanjakson aikana neljä asiakasta kuoli ja kolmen olinpaikkaa ei kyetty selvittämään. Siten seurantarayhmä muodostui 176 asiakkaasta (70%). Kato oli tutkimusasetelmaa ajatellen pieni. Terveydenhoitopalvelujen

käyttöä koskevat yleiset tiedot olivat 174 asiakkaan osalta saatavissa, mutta joidenkin mittareiden osalta ainoastaan 172 potilaasta.

Tilastot

Tutkimuksessa käytettiin SPSS Windows`in tilastollista ohjelmistoa (SPSS for Windows, versio 7.5) (33). Kruskal-Wallis - testiä ja Mann-Whitney U-testiä käytettiin asiakkaiden eri alaryhmien eroavuuksien analysoimiseen. Wilcox`in yhteen sovitettua paritestiä käytettiin erojen tutkimiseen toistetuissa mittauksissa. Analysoitaessa psykiatristen palvelujen käytön ja palveluohjauksen tyyppin ja sisällön välisiä yhteyksiä käytettiin vaiheittaista moninkertaista regressioanalyysiä.

Tulokset

Taulukossa 1 esitetään otoksen kliiniset ja sosiaaliset taustatiedot. Kuten taulukosta ilmenee, oli miesten ja naisten osuus suunnilleen yhtä suuri. Keski-ikä oli 41 vuotta (20-77). Enemmistö asiakkaista oli naimattomia ja yksin omassa talossa tai huoneistossa asuvia. Ainoastaan viisi prosenttia oli työssä avoimilla työmarkkinoilla, enemmistö oli sairaseläkkeellä tai muutamassa tapauksessa vanhuuseläkkeellä. Yli puolella niistä potilaista joiden diagnoosi oli mahdollista saada tutkimuksen käyttöön (n=138) oli skitsofrenia, 19 prosentilla oli jokin muu psykoosi. Sairauden keskimääräinen kesto-aika oli 16 vuotta laskettuna ensimmäisestä yhteydenotosta psykiatriaan.

Niistä 173 asiakkaasta, joiden sairaustiedot olivat käytettävissä, 105 ei ollut psykiatrisessa sairaalahoitossa 18 kuukauden aikana ennen palveluohjauksen alkamista. Seuranta-ajanjakson aikana 111 asiakasta 174:stä ei ollut psykiatrisessa sairaalahoitossa.

Erilaisten terveydenhoitopalvelujen keskimääräinen käyttö 18 kuukauden aikana ennen ja jälkeen palveluohjauksen on esitetty Taulukossa 2. Psykiatrisen sairaalahoidon hoitokerrat ja hoitopäivien lukumäärä vähenivät huomattavasti (Wilcox`in yhteen sovitettu paritesti), hoitopäivien määrä väheni keskimäärin 66,7 päivästä 38,1 päivään, vähennystä oli 43 prosenttia. Verrattaessa vapaaehtoista ja tahdonvastaista sairaalahoitoa osoittautui, että vapaaehtoisen sairaalahoidon hoitokerrat ja hoitopäivien määrä väheni huomattavasti, 53,6:sta 28,6 päivään. Tahdonvastaisen sairaalahoidon hoitokerrat eivät vähentyneet ja sairaalahoitopäivien määrän vähentyminen ei ollut merkittävää. Myös psykiatrisen päivätoiminnan päivien määrä väheni, samoin psykiatrisen avohoidon käyntien määrä, mutta kumpikaan ei ollut tilastollisesti merkittävää. Terveyskeskuspalvelujen ja somaattisten avohoito- ja sairaalahoitopalvelujen käyttö oli melko vähäistä molempien ajanjaksojen aikana ja palvelujen käytön muutokset eivät olleet merkittäviä.

Asiakkaan sukupuolella, elämäntilanteella, perhesuhteella, koulutuksella tai työtilanteella ei ollut vaikutusta psykiatristen sairaala- ja avohoitopalvelujen käyttöön. Kuitenkin psykiatrisen sairaalahoidon määrässä oli huomattavia eroja eri diagnostisten alaryhmien, skitsofreniaa, muita psykooseja ja ei-psykoottisia sairauksia sairastavien välillä (Kruskal-Wallis - testi; $p = 0,022$). Parittaiset vertailututkimukset (post hoc) (Mann-Whitney U-testi) osoittivat, että skitsofreniapotilaiden sairaalahoitopäivien määrä väheni enemmän kuin psykoosia sairastamattomien potilaiden (-51,8 vs. -0,5 sairaalahoitopäivää; $p = 0,009$). Psykiatristen avohoitopalvelujen käytön määrässä ei ollut eroa eri diagnostisten alaryhmien välillä.

Palveluohjaajien interventiot ja palvelujen käyttö

Tutkimuksessa haluttiin selvittää palveluohjaajan eri toimenpiteiden vaikutusta asiakkaan psykiatrisen sairaalahoidon ja avohoitopalveluiden käyttöön. Tätä varten selvitettiin palveluohjaajien yhteyksien määrä, asiakkaan kanssa käytetty aika, erityyppisten interventioiden ja asiakkaan eri elämäntilanteisiin kohdistuvien toimenpiteiden lukumäärä. Näitä seurannassa kerättyjä tietoja käytettiin riippumattomina muuttujina vaiheittaisessa, moninkertaisessa regressioanalyysissä, (Taulukko 3). Tutkimuksessa käytettiin neljää palveluohjauksen toiminta-alueita, jotka yhdessä selittivät 20,6 prosenttia vaihtelusta psykiatristen sairaalahoitopäivien määrässä. Suurinta osaa vaihtelusta, 10,9 prosenttia, selittyy asiakkaan asumiseen kohdistuvilla palveluohjaajan toimenpiteillä. Useimmat asiakkaan asumistilanteeseen ja useimmat hoidon suunnitteluun kohdistuvat toimenpiteet liittyivät lisääntyneisiin psykiatristen sairaalapäivien käyttöön. Toisaalta useimmat asiakkaan taloudelliseen tilanteeseen, hoidon koordinointiin ja tukemiseen liittyvät palveluohjaajan toimenpiteet liittyivät vähäisempään psykiatrisen sairaalahoidon käyttöön.

Asiakkaan psykiatristen avohoitopalveluiden käyttö seurannan aikana liittyi toimenpiteisiin, jotka koskivat lääkitystä ja palveluohjaajan kontaktien kokonaismäärää. Lääkitystä koskevat lisääntyneet toimenpiteet liittyivät suurempaan avohoitopalvelujen käyttöön, selittäen 5,6 prosenttia jälkimmäisen vaihtelusta, ja useimmat yhteydet palveluohjaajaan liittyivät psykiatristen avohoitopalvelujen vähentyneeseen käyttöön, selittäen 3 prosenttia jälkimmäisen vaihtelusta.

Keskustelua

Mielenterveystyön palveluohjauksen tuloksellisuustutkimusten tärkeimpiä kohteita on ollut psykiatristen palvelujen käytössä tapahtuneet muutokset. Useat kansainväliset tutkimukset palveluohjauksesta ovat osoittaneet psykiatrisen sairaalahoidon vähenemistä (5.12,13). Tulokset on useimmiten liitetty intensiivisiin palveluohjausmalleihin (5.13).

Palveluohjauksen käyttöönotto ja sen vaikutuksia selvittävä tutkimus on Pohjoismaissa suhteellisen uutta. Tekijöiden tiedossa on ainoastaan yksi Ruotsissa tehty tutkimus palveluohjauksesta ja sen vaikutuksista psykiatrisen hoidon käyttöön. Satunnaistetussa Åberg-Wistedt'in et al (9) tutkimuksessa havaittiin, että palveluohjaus vähensi hätätapauskäyntejä verrattuna kontrolliryhmään. Kuitenkaan keskimääräinen ero sairaalapäivien määrässä ei ollut tilastollisesti merkittävä kummassakaan ryhmässä.

Tämä monen eri alueen palveluohjauskokeilua koskevan tutkimuksen tulokset osoittavat psykiatristen sairaalahoitopalvelujen huomattavaa vähenemistä, keskimääräinen vähennys oli 43 prosenttia sairaalahoitopäivissä laskettuna. Psykiatrisen sairaalahoidon väheneminen oli voimakkainta skitsofreniaa sairastavilla. Nämä tulokset ovat ristiriidassa Marshall'in palveluohjaustutkimuksista tekemän meta-analyysin kanssa (12), joka osoitti kasvua sairaalahoitopäivien määrässä. Tämän tutkimuksen mukaan myös vähemmän intensiivinen palveluohjaus voi vähentää psykiatristen sairaalahoitopalvelujen käyttöä.

Koska tutkimuksessa ei käytetty satunnaistettua vertailuryhmää, voidaan tutkimustuloksista esittää myös muita tulkintoja. On mahdollista, että Ruotsin psykiatristen sairaalapaikkojen väheneminen ja siitä seuraava vähentynyt sairaalahoito osittain selittäisi nämä tulokset. Yhden päivän osalta tehdyt tutkimukset sairaalahoitoon joutuneista potilaista ovat osoittaneet, että potilaita otettiin noin 25 prosenttia vähemmän sairaalahoitoon tietyinä päivinä 1997 kuin 1994 (34). Siksi on uskottavaa, että tässä tutkimuksessa havaitut muutokset voidaan osittain selittää yleisellä sairaalahoitopaikkojen vähenemisellä. Psykiatristen sairaalahoitopäivien väheneminen seuranta tutkimuksen aikana oli kuitenkin niin merkittävää, ettei sitä voi selittää ainoastaan samanaikaisesti tapahtuneella hoitopaikkojen vähenemisellä.

Monet palveluohjaajien toiminnoista liittyivät psykiatrisen hoidon käyttöön. Asiakkaan taloudelliseen tilanteeseen ja hoidon ja tuen koordinointiin suuntautuneet toimenpiteet liittyivät psykiatristen sairaalahoitopäivien vähentyneeseen käyttöön. Palveluohjaajakontaktien lisääntymisen vähensi käyntejä psykiatrisessa avohoidossa. Nämä tulokset osoittavat, että tietyt palveluohjaukseen liittyvät psykososiaaliset toimenpiteet vaikuttavat psykiatrisen hoidon määrään ja että kontaktit palveluohjaajaan saattavat korvata käyntejä psykiatrisessa avohoidossa. Palveluohjaus ei vaikuttanut yleisiin terveydenhoitopalveluiden käyttöön ja muun somaattisen terveydenhoidon käytön määrään. Asumiseen ja lääkitykseen liittyvät palveluohjaajan toimenpiteet liittyivät kuitenkin psykiatristen sairaalapäivien lisääntyneeseen käyttöön. Jälkimmäisen tutkimustuloksen selittää luultavasti se, että toimenpiteet suunnattiin asiakkaille, joiden toimintakyky oli heikompi, oireet vaikeimpia ja joilla oli useampia asumiseen ja lääkitykseen liittyviä tarpeita.

Yhteenvedon voidaan todeta tämän tutkimuksen osoittaneen, että myös vähemmän intensiivinen palveluohjaus vähentää psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta ja että tämä vähentyminen voitiin liittää määrättyihin palveluohjauksen toimenpiteisiin.

Kiitokset Ruotsin sosiaalhallitus ja Vårdal säätiö ovat tukeneet tätä tutkimusta.

LÄHTEET

1. Turner JC, TenHoor WJ. The NIMH Community Support Program: Pilot approach to a needed social reform. *Schizophr Bull* 1978; 4:319-48.
2. Intagliata J. Improving the quality of community care for the chronically mentally ill: The role of case management. *Schizophr Bull* 1982; 8:655-74.
3. Rössler W, Löffler B, Fätkenheuer B, Riecher-Rössler A. Does case management reduce the rehospitalization rate? *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86:445-9.
4. Chamberlain R, Rapp CA. A decade of case management: A methodological review of outcome research. *Community Ment Health J* 1991; 27:171-88.

5. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998; 24:37-74.
6. Kanter J. Clinical case management: Definition, principles, components. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40:361-8.
7. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:392-7.
8. Surles RC, Blanch AK, Shern DL, Donahue SA. Case management as a strategy for systems change. *Health Affairs* 1992; 11:151-63.
9. Åberg-Wistedt A, Cresell T, Lindberg Y, Liljenberg B, Östby U. Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 1995; 46:1263-6.
10. Rapp CA. Theory, principles, and methods of the strengths model of case management. In: Harris M, Bergman H C eds. *Case management for mentally ill patients: Theory and Practise*. Langhorne P A: Harwood Academic Publishers, 1993:143-64.
11. Anthony WA, Cohen M R, Farkas M, Cohen B F. Clinical care update: The chronically mentally ill. Case management – More than a response to a dysfunctional system. *Community Ment Health J* 1988; 24:219-228.
12. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Library* 2, 1999.
13. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental Disorders. *Cochrane Library* 5, 1999.
14. Solomon P. The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Ment Health J* 1992; 28:163-80.
15. Holloway F, Oliver N, Collins E, Carson J. Case management: a critical review of the outcome literature. *Eur Psychiatry* 1995; 10:113-28.
16. Rapp, CA. The active ingredients of effective case management: A research synthesis. In: Rapp, CA, Manderscheid RW, Henderson MJ, Hodge M, Knisley MB, Penny DJ, Stoneking BB, Hyde P, Giesler LJ. eds. *Case management for behavioral managed care*. Rockville, MD: Center for Mental health Services (SAMHSA) and the National Association of Case Management, 1995: 7-45.
17. Witheridge TF, Dincin J, Appleby L. Working with the most frequent recidivists: a total team approach to assertive resource management. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1982; 5: 9-11.
18. Witheridge TF, Dincin J. The bridge: an assertive outreach program in an urban setting. *New Dir Ment Health Serv* 1985; 26: 65-76.

19. Bond GR, Miller LD, Krumwied RD, Ward RS. Assertive case management in three cmhcs: A controlled Study. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39:411-8.
20. McRae J, Higgins M, Lycan C, Sherman W. What happens to patients after five years of intensive case management stops? *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41:175-9.
21. Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence RE. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry* 1994; 165:179-94.
22. Essock SM, Kontos N. Implementing assertive community treatment teams. *Psychiatric Services* 1995; 46:679-83.
23. Rosenheck R, Neale M, Leaf P, Milstein R, Frisman L. Multisite experimental cost study of intensive psychiatric community care. *Schizophr Bull* 1995; 21:129-40.
24. Lehman AF, Dixon LB, Kerman E, DeForge BR, Postrado LT. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:1038-43.
25. Chandler D, Meisel J, McGowen M, Mintz J, Madison K. Client outcomes in two model capitated integrated service agencies. *Psychiatric Services* 1996; 47:175-80.
26. Quinlivan R, Hough R, Crowell A, Beach C, Hofstetter R, Kenworthy K. Service utilization and costs of care for severe mentally ill clients in an intensive case management program. *Psychiatric Services* 1995; 46:365-71.
27. McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, Salyers M. Measuring the Fidelity of Implementation of a Mental Health Program Model. *J Cons Clin Psychol* 1994; 62:670-8.
28. Franklin J, Solovitz B, Mason M, Clemons J, Miller G. An evaluation of case management. *American Journal of Public Health* 1987; 77:674-68.
29. Curtis JL, Millman EJ, Struening E, D'Ercole A. Effect of case management on rehospitalization and utilization of ambulatory care services. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43:895-9.
30. Hornstra RK, Bruce wolfe V, Sagduyu K, Riffle DW. The effect of intensive case management on hospitalization of patients with schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44:844-77.
31. D'Ercole A, Struening E, Curtis JL, Millman EJ, Morriss A. Effects of diagnosis, demographic characteristics, and case management on rehospitalization. *Psychiatric Services* 1997; 48:682-8.
32. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual for mental disorders.* 3rd ed., rev.) Washington D.C: Author 1987.

33. SPSS Inc. SPSS for Windows version 7.0 Statistical Package for the Social Sciences.
Chicago: SPSS Inc., 1997.

Taulukko 1. . Asiakkaiden väestötilastolliset ja kliiniset taustatiedot (N=176)

	N	%
Ikä (keski-ikä, vaihteluväli)	41 (20-77)	
Sukupuoli		
Mies	94	53,4
Nainen	82	46,6
Siviilisääty		
Naimaton	127	72,2
Naimisissa	14	8,0
Eronnut	34	19,3
Leski	1	0,6
Asuinolosuhteet		
Yksin	142	80,7
Kumppani	14	8,0
Vanhemmat	11	6,3
Muu	9	5,1
Asuminen		
Oma talo	15	8,5
Oma huoneisto	137	77,8
Vuokralainen/alivuokralainen	4	2,3
Tuettu asuminen	7	4,0
Laitos	8	4,5
Koditon	5	2,8
Koulutus		
Peruskoulun ala-aste	69	39,7
Yläaste/lukio	75	43,1
Yliopisto	30	17,2
Työ		
Avoimet työmarkkinat	9	5,1
Suojatyö	20	11,4
Työtön	22	12,5
Opiskelija	6	3,4
Kotirouva	1	0,6
Eläke	118	67,0

Diagnoosi (DSM-III-R, N=138)		
Skitsofrenia	74	53,6
Muu psykoosi	26	18,8
Ei psykoosia	38	27,5
Sairauden kesto, vuosia (m, sd) 16 ± 9		
m = keskiarvo, sd = keskihajonta		

Taulukko 2. Terveysthuoltopalvelujen käyttö 18-kuukauden aikana ennen ja jälkeen asiakkaan palveluohjauksen (n=174)

	18-kuukautta ennen		18-kuukauden jälkeen		p-arvo*
	m	sd	m	sd	
Psykiatrinen sairaanhoito					
Sairaalahoitot yhteensä	1,1	1,8	0,8	1,6	,046
Sairaalahoitopäivät yhteensä	69,7	138,8	38,1	95,2	,014
Vapaaehtoiset sairaalahoitot					
Vapaaehtoiset sairaalahoitot	0,9	1,7	0,6	1,3	,015
Vapaaehtoiset sairaalahoitopäivät	53,6	123,9	28,6	83,5	,013
Tahdonvastaiset hoitot					
Tahdonvastaiset hoitot	0,2	0,6	0,2	0,6	,592
Tahdonvastaiset sairaalahoitopäivät	16,1	76,9	9,5	43,7	,400
Päivät psykiatrisessa päivätoiminnassa	26,0	78,0	16,3	46,2	,531
Psykiatrisen avohoidon käyttökerrat	43,7	60,3	37,9	44,1	,905
Somaattisten terveydenhoitopalvelujen käyttö					
Käynnit terveyskeskuksessa	4,7	11,1	5,3	11,7	,162
Muu somaattisen terveydenhoidon käyttö	6,9	22,0	4,9	16,2	,253
Päivät somaattisessa sairaalahoitossa	3,0	18,2	2,3	11,7	,962

* Wilcoxon matched pairs signed rank test

Taulukko 3. Palveluohjaajan interventioiden ja psykiatristen palvelujen käytön välinen suhde 18 kuukauden seuranta-ajanjakson aikana. Vaiheittainen moninkertainen regressioanalyysi

	Beta - kerroin	R Square		
			Muutos	F-muutos Muutos

Riippuvuus: sairaalahoitopäivät

Asumistilanne	2,85	,109	21,4	,000
Tarpeiden kartoitus	4,00	,046	9,4	,003
Taloudellinen tilanne	-1,15	,031	6,5	,012
Yhteensovittam. (co-ordination)	-1,60	,020	4,3	,039
Kokonaisvaiht. selitysaste: 20,6				

Riippuvuus: Käynnit avohoid.

Lääkitys	1,11	,056	10,4	,002
Yhteyksien lukumäärä	-,15	,030	5,7	,018
Kokonaisvaihtelun selit.: 8.6%				
