

Mielenterveyskuntoutajat ja heidän omaisensa ovat tyytyväisiä palveluohjaukseen. Kansainväliset tutkimukset eivät kuitenkaan tue sen käyttöä. Miksi näin? Miten hyvin lääketieteen menetelmät soveltuvat palveluohjauksen vaikuttavuuden arviointiin?

Mielenterveyskuntoutujan palveluohjaus: Puolittuuko vai kaksinkertaistuuko sairaalahoito?

Kristian Wahlbeck on mukana työryhmässä, joka laatii skitsofrenian *Käypä hoito* -suositusta. Siinä *case management* on käännetty palveluohjaukseksi. Suosituksen mukaan ulkomaiset tutkimustulokset ovat olleet ristiriitaisia ja palveluohjaus saattaa lisätä potilaiden sairaalahoitoa.

Ristiriitaisia tuloksia

Sauli Suominen muistuttaa, että enimmäkseen Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten tulokset eivät ole suoraan siirrettävissä suomalaisen yhteiskuntaan. ”Palveluohjauksessa on kysymys niin monisäikeisestä interventiosta, ettei sen vaikuttavuutta ole helppo osoittaa.”

Ulkomaisten tutkimusten mukaan *case management* tukee mielenterveyskuntoutujien pysymistä hoidon piirissä ja lisää perheenjäsenten tyytyväisyyttä hoitoon. Kuntoutujan sairaalahoidon riskin se kuitenkin lähes kaksinkertaistaa.

Suomisesta ongelma on se, ettei *case managementia* ole tutkimuksissa tarkkaan määritelty. Asiakasryhmien ongelmat ovat vaihdelleet, samoin eri palveluissa toimivien *case managerien* asiakasmäärät: mitä vähemmän asiakkaita, sitä paremmat tulokset.

Wahlbeckistä se, että tutkimukset ovat erilaisia, jopa vahvistaa tulosten yleistettävyyttä. ”Palveluohjauksessa käytetään vaihtelevia menetelmiä, joten tutkimukset kuvaavat todellisuutta.”

Käsitesekaannusta

”*Case management* ja palveluohjaus eivät tarkoita samaa asiaa”, Suominen tähdentää. *Case management* on yleensä psykiatrian sisäistä toimintaa, jossa potilaan case manageriksi nimetty henkilö ottaa vastuulle sen, että potilas saa hoitoa ja tarvitsemansa palvelut.

Tavoitteena on varmistaa, ettei sairaalasta kotiutettu potilas jää vaille avohoitoa, mistä seuraisi eristäytymistä ja syrjäytymistä. *Case managementilla* halutaan vähentää syrjäytymisestä aiheutuvaa rikollisuutta, asunnottomuutta, päihteiden käyttöä ja siitä seuraavia pahenevia

mielenterveyshäiriöitä, jotka johtavat uusiin sairaalahoitoihin ja jopa itsemurhaan.

Ruotsalaistyyppisessä palveluohjauksessa palveluohjaaja on riippumaton hoitojärjestelmästä. Hän toimii asiakkaan kumppanina tämän toimeksiannosta, eikä hänen tehtävänä ole hoidon varmistaminen tai hoitotoimien yhteensovittaminen.

Palveluohjaaja tuo esiin asiakkaan omat tavoitteet ja pyrkii järjestämään sellaisia tukipalveluita, joita niiden saavuttamiseksi tarvitaan. Palveluohjaussuhde alkaa asiakkaan aloitteesta. Se pyrkii vahvistamaan hänen terveitä puoliaan ja voimavarojaan – voimaannuttamaan asiakasta ja vähentämään hänen leimautumistaan.

Ruotsissa asiakkaalla voi olla sekä hoidon varmistamisesta huolehtiva *case manager* että asiakkaan omien tavoitteiden saavuttamista tukeva palveluohjaaja.

Tarvitaan muutakin kuin hoitoa

Case manager varmistaa hoitopalvelut, mutta mielenterveyspotilaat tarvitsevat myös muita hyvinvointivaltion palveluja. Ne puuttuvat paljolti Yhdysvalloista, joista merkittävä osa tutkimuksista on peräisin.

Jos *case managerilla* on paljon asiakkaita ja muut palvelut, kuten asumispalvelut, ovat puutteellisia, hänen on pakko toimittaa asiakas sairaalaan, jos asiakkaan kunto romahtaa. ”Olisiko niin, että tätä ei tutkimusten kontrolliryhmissä tapahdu, koska kukaan ei ole havaitsemassa potilaan hätää”, Suominen kysyy. Hänestä yhdysvaltalaisstudiumuksia kannattaa kuitenkin hyödyntää, mutta niitä on arvioitava kriittisesti:

”Yhdysvalloissa on tutkittu erilaisia *case managementin* malleja ja mallien vaikuttavuudessa on havaittu selviä eroja. Tutkimuskatsauksissa on selkeää näyttöä ainoastaan eroista sairaalahoidon määrissä. *Käypä hoito* -suosituksissa otetaan palveluohjaukseen kielteinen kanta varsin pienin tutkimusnäytöin. Tutkitut mallit myös poikkeavat suuresti siitä, miten itse näen palveluohjauksen.”

Wahlbeck muistuttaa, että palveluohjausta on tutkittu paljon myös Englannissa, jossa palvelujärjestelmä on kehittyneempi kuin Yhdysvalloissa ja muistuttaa mielenterveyspalveluissa suomalaista järjestelmää. Englantilaistutkimuksissakin tulokset ovat selviä: palveluohjausryhmässä on enemmän sairaalahoitoja kuin verrokkiryhmässä.

Suominen uskoo, että *case management* lyhentää runsaasti sairaalahoitoa käyttävien asiakkaiden hoitajaksoja. ”Saman tekee myös palveluohjaus, joka lisäksi vähentää sairaalahoidon tarvetta. Olemme saavuttaneet palveluohjauksella hyviä tuloksia.”

”Eräs asiakas oli viisi vuotta peräkkäin ollut sairaalahoidossa 4–6 kuukautta. Palveluohjaussuhteen alettua hän tarvitsi sairaalahoitoa vain neljä päivää ja nekin olivat jatkoa edellisen vuoden hoidosta. Hoitamalla tämän yhden asiakkaan palveluohjauksen, palveluohjaaja oli jo ”ansainnut” koko vuoden palkkansa.”

Ruotsissa palveluohjauksen, *personligt ombud*, asiakkaita on vuosittain noin 6 000–7 000. Maassa toimii noin 300 palveluohjaajaa. Palveluohjaus on pääosin joko kunnan omaa tai järjestöjen ostopalveluna kunnille tuottamaa.

Ruotsissa palveluohjaus kannattaa?

Palveluohjauksen vaikuttavuudesta ei ole Ruotsissa systemaattisia kaikkia asiakkaita koskevia tutkimuksia, mutta esimerkiksi kansantaloustieteilijä **Ingvar Nilsson** on tehnyt 40 asiakasta koskevan alueellisen tutkimuksen. Hän on selvittänyt äyrilleen asiakkaan kaikkien palveluiden käyttöä ennen ja jälkeen palveluohjauksen aloittamisen.

Nilssonin mukaan palveluohjaus parantaa asiakkaan elämänhallintaa ja lisää hänen itsenäistä elämäänsä. Raskaiden hoitopalveluiden, etenkin psykiatrisen sairaalahoidon, tarve vähenee. Asiakkaat ovat palveluohjaukseen erittäin tyytyväisiä.

Asiakasta aktivoivat ja hänen itsenäisyyttään vahvistavat palvelut lisääntyvät samalla, kun hänen tilaansa ylläpitävät ja häntä passivoivat pal-



Palveluohjauksen vaikutuksista tahtavat peistä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mielenterveys- ja päihdepalveluosaston tutkimusprofessori Kristian Wahlbeck ja Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistyksessä palveluohjausprojektia vetävä VTL Sauli Suominen.

velut vähentyvät. Nilssonin mukaan tämä johtaa huomattaviin säästöihin samalla, kun asiakkaan tyytyväisyys lisääntyy ja hän elää aiempaa itsenäisemmin.

Kun asiakas saa palveluohjaajan, hänen tuki- ja palveluiden käyttönsä vähentyy viiden vuoden aikana niin paljon, että se vastaa 17-kertaisesti ohjaukseen investoitua summaa. Myös Ruotsin Sosiaalihuollon teettämässä 176 asiakasta käsittelevässä tutkimuksessa tulit vastaviiniin johtopäätöksiin.

Suominen tietää, etteivät ruotsalaistutkimukset kelpaa *Käypä hoito* -suositusten pohjaksi. Ollakseen tieteellisesti pätevä tutkimuksen tulee suosituksen mukaan olla satunnaistettu, eli siihen tulee kuulua sekä tutkimusryhmä että kontrolliryhmä, johon asiakkaat arvotaan sattumanvaraisesti. ”Minut Nilssonin ennen ja jälkeen -tilanteeseen perustuva tutkimus kuitenkin vakuuttaa.”

Wahlbeckin mielestä tieto palveluohjauksen vaikuttavuudesta on vielä niin ristiriitaista, ettei menetelmää tulisi ottaa laajaan käyttöön. Sen vaikuttavuutta suomalaisessa palvelujärjestelmässä pitäisi arvioida hyvälaatuudessa tutkimuksessa.

”On useita Nilssonin tutkimusta korkealaatuisempia tutkimuksia, jotka osoittavat, että palveluohjaus tulee kalliimmaksi kuin tavanomainen hoitojärjestelmä. Toki on myös tutkimuksia,

jotka tukevat Nilssonin tuloksia. Näyttö menetelmän kustannusvaikutuksista on riittämätöntä.”

Hoitoa vai voimaantumista?

Suominen korostaa, että yhtäläisyysmerkistä *case managementin* ja palveluohjauksen välissä pitäisi luopua: *case management* varmistaa hoidon, palveluohjauksen näkökulma on kansalaisoikeudellinen. Hyvin asiakaslähtöisesti toteutettuna *case management* lähestyy kuitenkin palveluohjausta.

”Palveluohjausta koskevat tutkimustulokset ovat lupaavia, vaikka vaativatkin lisänäyttöjä. Minusta Ruotsissa tehdyn tutkimuksen tulokset ovat luotettavampia Suomen oloihin sovellettuna kuin ne tutkimukset, joihin *Käypä hoito* -suositukset perustuvat.”

Wahlbeck tähdentää, että *ennen ja jälkeen -tutkimuksen* perusongelma on se, ettei voida erottaa mikä on palveluohjauksen ja mikä muiden tekijöiden vaikutusta kustannuksiin. Yleissääntö on, että kun joukkoa potilaita seurataan, kulut aina vähenevät ajan kuluessa. Ilmiötä kutsutaan taantumaksi keskiarvoa kohti. Tämän takia tutkimuksella ilman verrokkiryhmää on vähän todistusarvoa.

Suomisesta ei pitäisi panna yhtäläisyysmerkkejä tieteellisesti pätevän ja satunnaistetun koeasetelman välille. Kun palveluohjausta tai *case*

managementia tutkitaan, pitäisi toiminta, kohderyhmä ja toiminnan reunaehdot määrittää tarkkaan.

”Näin ei ole toistaiseksi tehty eikä ehkä voidakaan tehdä. Tutkimusmenetelmien pätevyys ja niiden tuottamien tietojen luotettavuus ovat kontekstisidonnaisia. Palveluohjauksen arviointiin eivät sovellu pelkästään lääketieteen menetelmät. Palveluohjaus on monimuotoista ja asiakaslähtöistä. Tämän vuoksi sitä on vaikea määritellä ja sen vaikuttavuutta on vaikea osoittaa.”

Wahlbeck myöntää, että mielenterveyspalveluja on tutkittava moniulotteisesti. Satunnaistettu koeasetelma on vain yksi arviointimenetelmä monista.

”Kun kysymys on *toimiiko palveluohjaus*, parhaan vastauksen saa satunnaistetusta tutkimuksesta. Jos kysymys olisi *miksi palveluohjaus toimii* tai *onko palveluohjaus eettisesti oikein*, tulisi käyttää muita menetelmiä.”

Sana palveluohjaus ei esiinny lainkaan helmikuussa julkistetussa kansallisessa *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa*, vaikka sen käyttöä esitettiin suunnitelman alueellisissa kuulemistilaisuuksissa. Suomessa palveluohjausta on kokeiltu erilaisten asiakasryhmien kanssa ja tulokset osoittavat sekä asiakkaiden että palveluohjaajien olevan siihen tyytyväisiä.

”On helppo yhtyä näkemykseen, että mielenterveyspalveluja on Suomessa uudistettava käytäjälähtöisempään suuntaan. On lisättävä mielenterveyskuntoutujien osallisuutta. Tällöin on tärkeää rakentaa sellaisia palvelumuotoja, jotka mahdollistavat normaalin elämän sairaalan ulkopuolella”, Wahlbeck sanoo.

”Lääketieteellinen paradigma ja sairaalahoido eivät välttämättä ole paras tapa auttaa mielenterveyden häiriöistä kärsiviä. Palveluohjauksen kielteinen vaikutus, laitoshoidon lisääntyminen, voi olla seuraus liian suuresta uskosta sairaaloiden ja lääketieteen mahdollisuuksiin auttaa ongelmissa, jotka ovat luonteeltaan myös sosiaalisia.”

Suominen muistuttaa, että mielenterveys- ja muutkin asiakkaat tuntevat jäävänsä hyvin yksin pirstaleisessa ja sektorikeskeisessä palvelujärjestelmässä. ”Aina ei ole kyse niukoista resursseista vaan kokonaisvaltaisen vastuunoton ja asiakaslähtöisyyden puutteesta. Juuri tässä palveluohjaus voi auttaa.” ●

Lisätietoja
www.kaypahoito.fi > Suositukset, skitsofrenia
www.omaistetsuusiimaa.fi > Palveluohjaus
Kirjoituksen lähteet ovat Sosiaalitiiden verkkosivulla
www.sosiaalitiido.fi. Ne saa myös toimitukselta toimitus@sosiaalitiido.