

RAIMO K. R. SALOKANGAS
professori
Turun yliopisto, kliininen laitos,
TYKS, psykiatrian klinikka,
Turun psykiatrian klinikka

MIKA HELMINEN
tutkija
Tampereen yliopisto,
terveystieteen laitos

ANNA-MAIJA KOIVISTO
lehtori
Tampereen yliopisto,
terveystieteen laitos

HELENA RANTANEN
tutkija
Tampereen yliopisto,
terveystieteen laitos

HANNU OJA
professori
Tampereen yliopisto,
terveystieteen laitos,
Suomen Akatemia

SAMI PIRKOLA
yllääkäri
HYKS, psykiatrian tulosyksikkö

KRISTIAN WAHLBECK
professori
THL, Mielenterveys, Vaasan
keskussairaala, psykiatrian
tulosalue

MATTI JOUKAMAA
professori
Tampereen yliopisto,
terveystieteen laitos,
TAYS, psykiatrian klinikka

Skitsofreniapotilaat tarvitsevat yhä paljon sairaalahoitoa

Lähtökohdat

Sairaalahoidon määrä on tärkeä skitsofrenian hoitoa ja hoidon kustannuksia kuvaava kriteeri. Rungas sairaalahoito voi olla merkki riittämättömästä tai tehottomasta avohoidosta.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineiston muodostavat sairaaloiden poistoilmoitusrekisteristä poimitut 18 006 vuosina 1987–2002 ensi kertaa skitsofrenian vuoksi sairaalahoitoon tullutta 15–64-vuotiasta potilasta, joiden sairaalahoitajakso ja niiden pituus selvitettiin vuoden 2003 loppuun asti. Potilaiden perhesuhteet saatiin väestörekisteristä. Seuranta-aikaan (keskimäärin 8,1 vuotta) suhteutettuja ensimmäisen sairaalahoidon pituutta sekä kaikkien sairaalahoitopäivien ja hoitajaksojen määriä selitettiin potilaiden taustalla ja sairaanhoitopiirillä Coxin regressioanalyysillä.

Tulokset

Skitsofreniapotilaat olivat psykiatrisessa sairaalahoidossa seuranta-aikana keskimäärin 6,1 kertaa. Ensimmäinen sairaalahoito kesti keskimäärin 98 vrk, ja toiseen sairaalahoitoon potilaat palasivat keskimäärin 924 vuorokauden kuluttua. Koko seuranta-aikana skitsofreniapotilaat olivat psykiatrisessa sairaalahoidossa 12,2 % seuranta-ajasta (362 vrk). Pitkä ensimmäinen hoitajakso, sairaalahoitojen kokonaismäärä ja hoitajaksojen lukumäärä liittyivät nuoreen ikään ja naimattomuuteen. Lapsettomat potilaat olivat sairaalahoidossa keskimääräistä kauemmin ja useammin. Sairaalahoidon määrä vaihteli merkittävästi sairaanhoitopiireittäin, vaikka potilaiden tausta otettiin huomioon.

Päätelmät

Nuoruus ja lähiverkoston puuttuminen lisäävät skitsofreniapotilaan sairaalahoidon määrää. Sairaanhoitopiirien väliset erot sairaalahoitopäivien määrässä saattavat johtua erilaisista hoitokäytännöistä sekä sairaala- että avohoidossa.

Sairaalahoidon määrää on pidetty yhtenä skitsofrenian hoidon laatukriteerinä. Pitkään sairaalahoitoon liittyy mm. laitostumisesta aiheutuvia ongelmia. 1980-luvulla toiminut kansallinen skitsofreniaprojekti painottikin aktiivista avohoitoa ja pitkien sairaalahoitojen välttämistä (1). Toistuvat ja suunnitelmattomat sairaalahoidot - ns. pyöröoivisyndrooma - puhuvat sen puolesta, ettei potilaan avohoito ole onnistunut hyvin. Lääkehoidon keskeyttäminen on tärkein yksittäinen toistuviin sairaalahoitoihin johtava tekijä (2,3). Sairaalahoito on myös tärkeä kustannustekijä. Skitsofreniasta aiheutuvista hoitokustannuksista pääosa johtuu sairaalahoidosta ja muusta ympärivuorokautisesta hoidosta (3).

Skitsofreniapotilaiden sairaalahoidon mää-

rässä on Suomessa esiintynyt suurta alueellista vaihtelua (4). Osa vaihtelusta voi selittyä potilaskohtaisista tekijöistä, joita ei ole tarkasteluissa otettu huomioon, osa taas erilaisista hoitokäytännöistä. Myös skitsofreniapotilaiden kuolleisuus vaihtelee sekä potilaskohtaisesti että sairaanhoitopiireittäin (5). Sairaalahoidon alueellista vaihtelua tarkasteltaessa kuolleisuuden vaihtelu tuleekin ottaa huomioon. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää skitsofrenian vuoksi ensi kertaa hoitoon tulleiden potilaiden psykiatrisen sairaalahoidon määriin vaikuttavia yksilöllisiä tekijöitä ja vertailla sairaalahoitojen määriä sairaanhoitopiirien kesken siten, että potilaiden tausta ja kuolleisuuden vaihtelu on otettu huomioon.

Kirjallisuutta

- 1 Tuori T, Lehtinen V, Hakkarainen A ym. The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10-year evaluation of its results. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97:10–17.
- 2 Weiden P, Glazer W. Assessment and treatment selection for “revolving door” inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Q* 1997;68:377–92.
- 3 Salokangas RKR, Hirvonen J, Honkonen T ym. Skitsofrenia. *Duodecim* 2007;123:95–6.
- 4 Häkkinen U. Skitsofrenian hoito ja kustannukset riippuvat sairaanhoitopiireistä. *Yksityislääkäri* 2008;3:68–70.
- 5 Salokangas RKR, Helminen M, Koivisto A-M ym. Skitsofreniapotilaiden kuolleisuus sairaanhoitopiireittäin. *Suom Lääkäril* 2008;63:3759–66.
- 6 Salokangas RKR. Skitsofreniaan sairastuneiden psykososiaalinen kehitys. (English summary: The psychosocial development of schizophrenic patients.) *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL 7*, Turku 1977.
- 7 Alanen YO, Rakkolainen V, Laakso J, Rasimus R, Kaljonen A. Towards need-specific treatment of schizophrenic psychoses. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 1986.
- 8 Salokangas RKR, Stengård E, Rakkolainen V, Alanen YO, Kaljonen A. Uusien skitsofreniapotilaiden hoito ja ennuste (USP-projekti) V: Viiden vuoden ennuste. *Reports of Psychiatria Fennica No 95*, Helsinki 1991.
- 9 Salokangas RKR, Stengård E, Honkonen T, Koivisto A-M, Saarinen S. Sairaalaista yhteiskuntaan. Seuranta-tutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. STAKES, Raportteja 248, Saarjärvi 2000.
- 10 Ziegler E, Phillips L. Social competence and outcome in psychiatric disorder. *J Abnorm Soc Psychol* 1962;63:264–71.
- 11 Salokangas RKR, Honkonen T, Stengård E, Koivisto A-M. To be or not to be married – that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:381–90.

Sidonnaisuudet:

Raimo K.R. Salokangas on toiminut lääkeyritysten (Lundbeck, Orion) tilaisuuksissa esiintyjänä ja osallistunut lääkeyrityksen (Lundbeck) kustannuksella ulkomaiseen kongressiin.
Mika Helmisellä, Anna-Majja Koivistolla, Helena Rantasella, Hannu Ojalla, Sami Pirkolalla ja Kristian Wahlbeckilla ei ole ilmoitettuja sidonnaisuuksia.
Matti Joukamaa on saanut tämän artikkelin kirjoittamiseksi apurahaa Suomen Akatemialta, toiminut lääkeyritysten (Servier, Wyeth) tilaisuuksissa esiintyjänä ja osallistunut lääkeyritysten (Servier, Janssen-Cilag) kustannuksella ulkomaisiin kongresseihin.

Tuki

Suomen Akatemia on tukenut tutkimusta (Merittu-hanke, projekтинumero 105218)

Aineisto ja menetelmät
Tutkittavat

Tutkimusaineiston muodostavat vuosina 1987–2002 ensi kertaa skitsofrenian vuoksi psykiatriseen sairaalahoitoon tulleet 15–64-vuotiaat potilaat. Tutkimusjakso valittiin alkavaksi vuodesta 1987, koska skitsofrenian määrittely silloin käyttöön otetussa Tautiluokitus 1987:ssä vastaa skitsofrenian määrittelyä nykyisessä, vuonna 1996 käyttöön otetussa ICD-10-luokituksessa.

Tutkittavat poimittiin terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä siten, että mukaan otettiin potilaat, joiden ensimmäisen hoidon aikainen ensimmäinen tai muu diagnoosi oli skitsofrenia. Skitsofreniaan kuuluviksi luettiin ajanjaksolta 1987–1995 Tautiluokitus 1987:n diagnoosikoodi 295 ja tämän jälkeen ICD-10-luokituksen diagnoosit F20 ja F25. Hoitoilmoitusrekisteritiedoista saatiin potilaiden kaikki psykiatriset sairaalahoidot (sairaalahoidot, joiden syyksi oli kirjattu psykiatrinen diagnoosi) sekä potilaan sukupuoli ja ikä ensimmäisen hoidon alkaessa.

Potilaiden ensimmäisen hoidon aikaiset perhetiedot, siviilisääty ja lasten lukumäärä poimittiin väestörekisteristä. Kuolinsyirekisteristä kerättiin tiedot potilaiden kuolemista vuosilta 1987–2003, jolloin keskimääräiseksi seuranta-ajaksi tuli 8,08 vuotta, eli 8,3 % lyhyempi kuin ensimmäisen hoidon alusta vuoden 2003 loppuun laskettu seuranta-aika (8,85 vuotta).

Tilastolliset käsittelyt

Sairaalahoitokertojen ja sairaalapäivien määriä suhteessa potilaiden taustaan analysoitiin Mann-Whitney U- ja Kruskal-Wallis testeilä. Sairaalahoitokertojen ja -päivien vaihtelua selitettiin potilaiden taustalla Coxin regressioanalyysillä. Sairaalahoitojen määrät suhteutettiin seurantavuosiin, jotka laskettiin ensimmäisen sairaalahoidon alusta vuoden 2003 loppuun tai kuolinpäivään.

Aiemmassa tutkimuksessamme ilmeni, että kuolleisuus vaihteli huomattavasti sairaanhoitopiireittäin (5). Siksi seurantavuosiin suhteutettujen ensimmäisen hoidon ja yhteenlasket-tujen sairaalahoitosten pituutta (vrk), kaikkien sairaalahoitosten lukumäärän, kaikkien sairaalahoitosten keskimääräisen pituu-

den (vrk) ja ensimmäisen avohoitajakson pituuden (vrk) vaihtelua analysoitiin sairaanhoitopiireittäin Coxin regressioanalyysillä ensin siten, että selittävässä muuttujana oli pelkästään sairaanhoitopiiri, ja sitten niin, että potilaiden sukupuoli, ikä, siviilisääty ja lasten lukumäärä oli otettu huomioon. Analyysit tehtiin SPSS 15.0 -tilasto-ohjelmalla (SPSS Inc; Chicago), p-arvo $\leq 0,05$ katsottiin tilastollisesti merkitseväksi.

Tulokset

Potilaiden tausta

Miehet, naimattomat ja lapsettomat olivat aineistossa yliedustettuja (taulukko 1). Ensimmäisen ja koko sairaalahoidon määrällä arvioituna sairaalahoidossa olivat eniten miehet, nuoret ja potilaat, joilla oli lapsia. Sen sijaan naimisissa olevat käyttivät sairaalapalveluja selvästi vähemmän kuin muut. Sairaalahoitojen lukumäärä väheni nuorimmasta vanhimpaan ikäryhmään ja oli pienin naimisissa olevilla ja leskillä. Miesten ja naisten hoitotajaksot olivat keskimääräistä pidempiä mutta naimisissa olevien keskimääräistä lyhyempiä.

Alkuvaiheen avohoidon onnistumista arvioitiin ensimmäisen avohoitajakson pituudella, joka laskettiin ensimmäisen sairaalahoidon päättymisestä toisen sairaalahoidon alkuun. Kaikkiaan 17 755 potilasta (98,6 %) tuli seuranta-aikana toiseen sairaalahoitoon keskimäärin 924 (mediaani 322) vuorokauden kuluttua ensimmäisen sairaalahoidon päättymisestä. Miehillä, nuorilla ja lapsettomilla ensimmäisen ja toisen sairaalahoidon väli oli keskimääräistä lyhyempi mutta naimisissa olevilla keskimääräistä pidempi.

Potilaiden taustan yhteys sairaalahoitoihin

Sukupuoli ei ollut enää merkitsevä sairaalahoidon määrää selittävä tekijä monimuuttujamalleissa, joissa otettiin yhtä aikaa huomioon kaikki potilaskohtaiset tekijät (taulukko 2). Pisimpään ja muita useammin sairaalahoidossa olivat nuoret ja naimattomat. Lasten lukumäärä ei vaikuttanut ensimmäisen hoidon keston. Sen sijaan sairaalapäivien kokonaismäärä ja hoitokertojen lukumäärä oli pienempi potilailla, joilla oli lapsia. Hoitotajaksot olivat keskimääräistä pidempiä miehillä, nuorilla ja potilailla, jotka eivät olleet naimisissa. Vas-

taavasti ensimmäinen avohoitajakso oli keskimääräistä lyhyempi miehillä, nuorilla ja potilailla, jotka eivät olleet naimisissa, sekä lapsettomilla.

Sairaalahoito määrän vaihtelu sairaanhoitopiireittäin

Seurantavuosiin suhteutetut psykiatriset sairaalahoitopäivät, hoitokerrat sekä ensimmäisen avohoidon kesto vaihtelivat merkitsevästi ($p < 0,0001$) sairaanhoitopiireittäin myös silloin, kun potilaiden tausta (sukupuoli, ikä, siviilisääty ja lasten lukumäärä) oli otettu huomioon ($p < 0,0001$).

Ensimmäinen sairaalahoito oli keskimääräistä pidempi Kymenlaaksossa (1,25 suhteessa

sa koko maahan) ja Satakunnassa (1,22) mutta keskimääräistä lyhyempi Länsi-Pohjassa (0,79), Keski-Pohjanmaalla (0,78) ja Vaasassa (0,81) (kuvio 1). Suurimmat sairaalahoitopäivien kokonaismäärät olivat Kymenlaaksossa (1,28) ja Kainuussa (1,14) ja pienimmät Vaasassa (0,79) (kuvio 1). Ensimmäisen sairaalahoito pitoisuus korreloi sairaalahoitopäivien kokonaismäärään ($r = 0,717$) ja ensimmäisen sairaalahoito jälkeisten sairaalahoitopäivien määrään ($r = 0,319$).

Eniten sairaalahoitotaksoja oli Ahvenanmaalla (1,56), Länsi-Pohjassa (1,14) ja Kainuussa (1,14) ja vähiten Vaasassa (0,69), Päijät-Hämeessä (0,84), Pirkanmaalla (0,84) ja Satakunnassa (0,83). Ensimmäisen sairaalahoito

TAULUKKO 1.

Tutkimusaineisto ja psykiatristen sairaalahoitojen pituuksien, hoitotaksojen lukumäärien ja ensimmäisen avohoidon pituuden keskiarvot (ka) ja mediaanit (me) potilaiden taustan mukaan.

	Tutkittavia	Ensimmäisen sairaalahoito pitoisuus (vrk)		Kaikkien sairaalahoitojen pitoisuus (vrk)		Sairaalahoitotaksojen lukumäärä (kertoja)		Sairaalahoitotaksojen keskimääräinen pitoisuus (vrk)		Ensimmäisen avohoidon pitoisuus (vrk)	
		ka	me	ka	me	ka	me	ka	me	ka	me
Kaikki	18 006*	97,8	42	362,3	144,5	6,10	3	88,4	39,2	923,9	322
SUKUPUOLI											
Miehet	9 844	109,3	43	393,7	151	6,06	3	99,9	41	865,5	290
Naiset	8 162	84,0	40	324,9	131	6,14	3	74,5	37,4	993,7	361
p-arvo**		0,00060		< 0,0001		0,88		< 0,0001		< 0,0001	
IKÄ											
15–24	3 986	145,4	73	585,4	304	7,17	4	128,7	65	720,0	237,5
25–34	5 533	99,5	46	376,4	173	6,82	4	87,1	41,5	841,8	293
35–44	40 444	78,2	35,5	259,0	106	5,64	3	68,0	33	1 073,0	413
45–64	4 443	71,0	27	239,5	79	4,63	3	72,2	28	1 071,7	397
p-arvo***		< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001	
SIVILISÄÄTY											
Naimisissa	2 831	57,2	30	220,7	91	5,63	3	51,9	28	1 158,0	452
Naimaton	12 243	111,6	48	414,4	179	6,30	3	100,8	45,6	862,2	303
Eronnut	2 275	81,3	35	302,0	119	6,20	3	73,2	32,5	939,5	336
Leski	286	98,7	29	319,0	86,5	5,85	3	87,6	29	1 149,5	423
p-arvo***		< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001	
LAPSET											
Ei	10 343	97,5	39	353,8	138	6,12	3	89,8	37,3	861,0	292
1–2	6 132	98,3	46	380,3	162	6,20	3	86,7	42,5	1 021,5	381
3+	1 152	113,1	51	417,1	189	6,36	3	97,0	46,5	980,9	368
p-arvo***		< 0,0001		< 0,0001		0,25		< 0,0001		< 0,0001	

* Ensimmäisessä avohoidossa n = 17 755, **Mann-Whitneyn U-testi, ***Kruskal-Wallis test

■ ALKUPERÄISTUTKIMUS

Nuoruus ja lähiverkoston puuttuminen lisäävät skitsofreniapotilaan sairaalahoidon määrää.

keston ja hoitojaksojen lukumäärän välillä oli käänteinen korrelaatio ($r = -0,397$).

Hoitojaksot olivat keskimääräistä pidempiä Kymenlaaksossa (1,31), Satakunnassa (1,26), Varsinais-Suomessa (1,14) ja Päijät-Hämeessä (1,12) mutta keskimääräistä lyhyempiä Länsi-Pohjassa (0,79), Pohjois-Pohjanmaalla (0,85), Keski-Pohjanmaalla (0,82), Pohjois-Karjalassa (0,85) ja Ahvenanmaalla (0,75). Sairaalahoitojaksojen lukumäärän ja niiden keskimääräisen keston välillä oli käänteinen korrelaatio ($r = -0,584$). Sen sijaan hoitojaksojen lukumäärän ja sairaalapäivien kokonaismäärän välillä ei ollut yhteyttä ($r = 0,009$). Sairaalahoitojaksojen pituus korreloi voimakkaasti sairaalapäivien kokonaismäärän kanssa ($r = 0,714$).

Ensimmäinen avohoitojakso oli keskimääräistä pidempi Vaasassa (1,22), Etelä-Pohjan-

maalla (1,13), Pohjois-Karjalassa (1,11) ja Kanta-Hämeessä (1,10) mutta keskimääräistä lyhyempi Länsi-Pohjassa (0,86) ja Kymenlaaksossa (0,87).

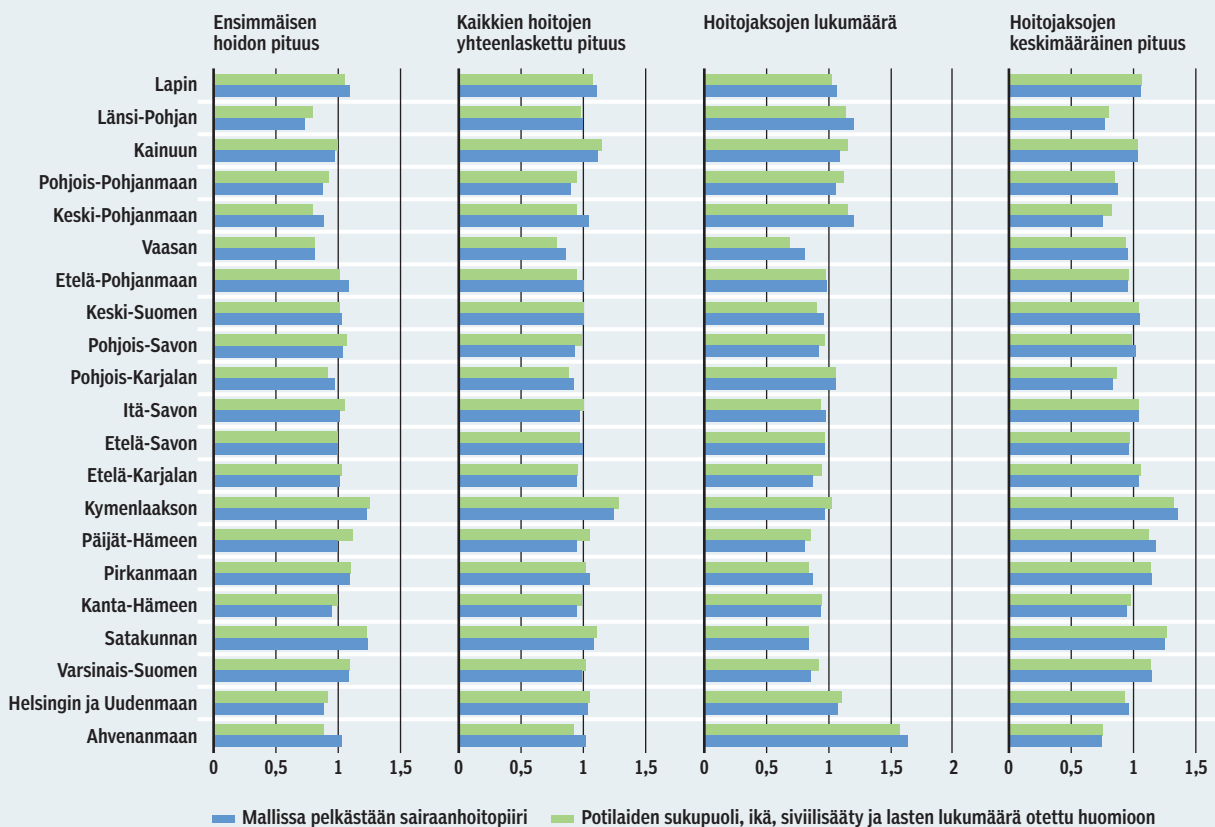
Pohdinta

Keskeiset tulokset

Tutkimuksen keskeinen tulos oli, että skitsofreniapotilaiden sairaalahoidon määrät olivat suurimmat miehillä, nuorilla, yksinäisillä ja lapsettomilla ja että ne vaihtelivat merkittävästi sairaanhoitopiirien kesken myös potilaiden taustan vakioinnin jälkeen. Koska tutkimus käsitti ensi kertaa skitsofrenian vuoksi sairaalahoitoon tulleita potilaita, tulosten voidaan katsoa ainakin osittain kuvastavan skitsofrenian alkuvaiheen hoidon tuloksellisuutta.

KUVIO 1.

Sairaalahoitopäivien ja -kertojen seuranta-aikaan suhteutetut estimaatit sairaanhoitopiireittäin. Koko maan arvo on 1.



Yksilökohtaiset erot

Skitsofreniapotilaiden ensimmäinen sairaalahoido kesti keskimäärin runsaat kolme kuukautta. Se on pidempi kuin kahdessa 1960- ja 1970-luvun seurantatutkimuksessa, joissa tyyppillistä skitsofreniaa sairastaneet olivat ensimmäisessä sairaalahoidossa 46 vrk (6) ja 73 vrk (7).

Hoitojaksot kestivät keskimäärin vajaat kolme kuukautta. Näitä keskilukuja tarkasteltaessa on kuitenkin hyvä huomata, että mediaanit olivat alle puolet keskiarvoista. Tämä viittaa siihen, että keskiarvoa suurensi pienehkö ryhmä hyvin pitkiä hoitoja. Ensimmäinen hoito mukaan lukien potilaat olivat sairaalahoidossa keskimäärin 362 vuorokautta, eli n. 12 % seuranta-ajasta.

Kuusi mielisairaanhuoltopiiriä käsittäneessä uusiin DSM-III-luokittelulla diagnosoituihin skitsofreniapotilaisiin kohdistuneessa tutkimuksessa 1980-luvulla sairaalahoido kesti

keskimäärin 10 % seuranta-ajasta (8). Koko maata edustavassa pitkäaikaispotilasaineistossa vastaava osuus oli 1980-90-luvuilla 13 % (9). Näyttääkin siltä, että uusien skitsofreniapotilaiden sairaalahoidon määrä ei ole vähentynyt, vaikka psykiatriset sairaalapaikat ovat vähentyneet huomattavasti.

Sairalahoidon määrä liittyi suhteellisen vahvasti potilaiden taustaan. Alle 25-vuotiaina sairastuneet olivat sairaalahoidossa yli kaksi kertaa niin kauan kuin 35 vuotta täyttäneet. Sairastuminen nuorena on yhdistynyt keskimääräistä runsaampaan sairaalahoittoon myös aiemmissa tutkimuksissa (8).

Toinen tärkeä sairaalahoidon määrään vaikuttava tekijä oli siviilisäätö: naimisissa olevat tarvitsivat sairaalahoidoa vain noin puolet siitä määrästä, jonka naimattomat tarvitsivat, vaikka iän vaikutus otettiin huomioon. Avioituminen on keskeinen sosiaalisen kompetenssin kriteeri, joka ennakoii suotuisaa sairaudenkulkua (10). Tilanne on ongelmallinen naimat-

TAULUKKO 2.

Psykiatristen sairaalahoitosten pituuksien, hoitojaksojen lukumäärien ja ensimmäisen avohoidon pituuden yhteys potilaiden taustaan (Coxin regressioanalyysi).

	Ensimmäisen sairaalahoidon pituus			Kaikkien sairaalahoitosten pituus			Sairalahoitosten lukumäärä			Sairalahoitosten keskimääräinen pituus			Ensimmäisen avohoidon pituus		
	HR	95 %:n lv	p	HR	95 %:n lv	p	HR	95 %:n lv	p	HR	95 %:n lv	p	HR	95 %:n lv	p
SUKUPUOLI															
Naiset	1			1			1			1			1		
Miehet	1,02	0,99-1,05	0,29	1,03	1,00-1,06	0,077	0,98	0,95-1,01	0,11	1,05	1,02-1,08	0,0035	0,94	0,91-0,97	< 0,0001
IKÄ															
15-24	1			1			1			1			1		
25-34	0,75	0,72-0,78	< 0,0001	0,72	0,69-0,75	< 0,0001	0,93	0,89-0,97	0,00059	0,73	0,70-0,76	< 0,0001	1,15	1,10-1,20	< 0,0001
35-44	0,64	0,61-0,67	< 0,0001	0,54	0,52-0,57	< 0,0001	0,78	0,74-0,82	< 0,0001	0,62	0,59-0,65	< 0,0001	1,36	1,30-1,43	< 0,0001
45-64	0,56	0,53-0,59	< 0,0001	0,48	0,46-0,50	< 0,0001	0,66	0,63-0,70	< 0,0001	0,59	0,56-0,62	< 0,0001	1,38	1,31-1,46	< 0,0001
SIVILISÄÄTY															
Naimisissa	1			1			1			1			1		
Naimaton	1,27	1,22-1,34	< 0,0001	1,21	1,15-1,26	< 0,0001	0,95	0,90-0,99	0,016	1,37	1,31-1,44	< 0,0001	0,95	0,90-1,00	0,033
Eronnut	1,23	1,17-1,31	< 0,0001	1,25	1,18-1,32	< 0,0001	1,08	1,02-1,14	0,0078	1,26	1,19-1,33	< 0,0001	0,89	0,84-0,94	< 0,0001
Leski	1,35	1,11-1,42	0,00036	1,35	1,19-1,52	< 0,0001	1,09	0,97-1,24	0,15	1,32	1,16-1,49	< 0,0001	0,97	0,86-1,10	0,69
LAPSET															
Ei	1			1			1			1			1		
1-2	0,98	0,95-1,02	0,37	0,95	0,92-0,99	0,0053	0,95	0,92-0,99	0,0047	0,97	0,94-1,00	0,12	1,19	1,15-1,23	< 0,0001
3+	1,02	0,96-1,09	0,56	0,92	0,87-0,99	0,017	0,94	0,88-1,00	0,040	0,97	0,91-1,04	0,37	1,19	1,12-1,27	< 0,0001

HR = vaarasuhde, lv = luottamusväli

Skitsofreniapotilaiden sairaalahoidon määrä ei näytä vähentyneen, vaikka psykiatristen sairaansijojen määrä on vähentynyt.

tomilla miehillä, joiden elämänlaatu on laaja-alaisesti muita heikompi (11). On kuitenkin huomattava, että miesten sairaalahoido ei ollut runsaampaa, kun ikä ja siviilisääty otettiin huomioon. Poikkeuksen tekivät hoitajaksojen keskimääräinen pituus, joka oli miehillä hieman pidempi kuin naisilla, ja ensimmäisen avohoidon pituus, joka oli miehillä lyhyempi kuin naisilla. Miesten runsaampi sairaalahoido johtuikin pääasiassa siitä, että he olivat sairastuneet nuorempina ja olivat naimattomia useammin kuin naiset, sekä siitä, että he pysyivät avohoidossa lyhyemmän aikaa ja heidän sairaalahoitonsa olivat pidempiä kuin naisten.

Aiemmissa tutkimuksissa ei ole kiinnitetty huomiota lasten vaikutukseen skitsofreniapotilaiden ennusteeseen. Edellisessä tutkimussamme kävi ilmi, että lasten olemassaolo pienensi luonnollisista ja ei-luonnollisista syistä johtuneen kuoleman riskiä skitsofreniapotilailla (5). Tässä tutkimuksessa lasten olemassaololla ei ollut merkitystä sairaalahoitotaksojen - ensimmäinen hoito mukaan lukien - pituuteen. Sen sijaan potilaat, joilla oli lapsia, pysyivät avohoidossa kauemmin ja joutuivat sairaalahoittoon harvemmin kuin ne, joilla ei ollut lapsia.

Erot sairaanhoitopiireittäin

Seuranta-aikaan suhteutetuissa analyyseissä otettiin huomioon myös potilaiden kuolleisuus siten, että seuranta-ajaksi määritettiin aika ensimmäisen sairaalahoidon alusta vuoden 2003 loppuun tai potilaan kuolinpäivään. Näin lasketut tulokset eivät tosin paljon poikenneet niistä, joissa seuranta-aika kaikilla päättyi vuoden 2003 lopussa. Alueilla, joilla potilaiden kuolleisuus oli keskimääräistä suurempi, myös sairaalahoidon osuus seuranta-ajasta oli suhteellisesti suurempi. Kuolleisuuden ottamista huomioon pidettiin perusteltuna, koska potilaiden suurta kuolleisuutta, joka kylläkin voi vähentää sairaalahoidon käyttöä, ei voida pitää myönteisenä seikkana hoitojärjestelmän toimivuutta arvioitaessa.

Psykiatrisen sairaalahoidon määrässä ilmeni suhteellisen suuria eroja eri sairaanhoitopiireissä senkin jälkeen, kun potilaskohtaiset tekijät oli otettu huomioon. Esimerkiksi Ahve-

nanmaalla skitsofreniapotilaat tulivat seuranta-aikana sairaalaan useammin kuin muilla alueilla mutta viipyivät sairaalassa suhteellisen lyhyen aikaa kerrallaan. Hieman samaan tapaan Länsi-Pohjassa ensimmäinen ja myöhemmät hoidot olivat suhteellisen lyhyitä, mutta keskimääräistä lukuisampien hoitotaksojen takia sairaalahoidon kokonaismäärä oli keskimääräinen. Länsi-Pohjassa myös ensimmäinen avohoito oli suhteellisen lyhyt.

Toisenlaista ääripäätä edustaa Vaasa, jossa sairaalahoitopäivien vähäinen kokonaismäärä näytti selittyvän poikkeuksellisen pienestä hoitotaksojen lukumäärästä ja suhteellisen tehokkaasta avohoidosta, mihin viittasi alueen keskimääräistä pidempi ensimmäinen avohoitotakso. Kymenlaaksossa sairaalahoidon kokonaismäärä oli poikkeuksellisen suuri lähinnä keskimääräistä pidempien sairaalahoitotaksojen takia.

Kaiken kaikkiaan psykiatristen sairaalahoitotien erot eri sairaanhoitopiireissä viittaavat hoitokäytäntöjen vaihteluun. Keskimääräistä lyhyemmät sairaalahoitotakso, joita voidaan pitää kustannustehokkaan sairaalahoidon kriteereinä, merkitsivät lukuisampia sairaalahoitotaksoja, mutta eivät johtaneet keskimääräistä runsaampaan vaan pienempään sairaalahoitopäivien kokonaismäärään.

Koska pääosa hoidon kustannuksista aiheutuu sairaalahoidosta, voidaan myös hoidon kokonaiskustannuksia vähentää pyrkimällä lyhyisiin sairaalahoitotaksoihin. Tästä esimerkkinä voivat olla Ahvenanmaa, Pohjois-Karjala, Keski-Pohjanmaa ja Pohjois-Pohjanmaa, joissa lyhyillä hoitotaksoilla päästiin pienehköön sairaalahoidon kokonaismäärään. Toisaalta lyhyet mutta lukuisat sairaalahoidot eivät aina johtaneet keskimääräistä pienempään sairaalahoitopäivien kokonaismäärään. Näin näyttää käyneen Länsi-Pohjassa. Pieni sairaalahoitotaksojen lukumäärä voi myös olla merkki onnistuneesta avohoidosta ja sen kyvystä pitää potilaita sairaalan ulkopuolella. Tällainen näyttää tilanne olevan Vaasassa, jossa ilmeisen tehokkaalla avohoidolla kyettiin estämään potilaiden palaamista sairaalahoittoon. Sairalahoidon kokonaismäärä olikin Vaasassa pienempi kuin missään muussa sairaanhoitopiirissä. ■