

Abstracts Translations (Chinese)

Assisted Living and Use of Health Services Among Medicaid Beneficiaries with Schizophrenia

Todd P. Gilmer, David P. Folsom, William Hawthorne,
Laurie A. Lindamer, Richard L. Hough, Piedad Garcia, Dilip V. Jeste

医疗救助受益者中精神分裂症患者 的生活救助与医疗服务利用

托德 P. 吉尔默, 大卫 P. 福尔瑟姆, 威廉姆 霍桑,
劳丽 A 琳达摩, 理查德 L. 霍夫, 彼得 加西亚,
迪利普 V. 杰特 (美国)

摘要

背景: 为严重精神病患者提供精神与医疗服务和一定的生活帮助已经引起越来越多的关注。但是, 总的来说能够表明提供这类服务的证据却很少。

研究目的: 比较在救助机构居住的、独自生活的和无家可归的精神分裂症患者对精神和医疗服务的利用。

方法: 本研究利用了 1998-2000 年医疗救助资料与与生活、心理、社会状况有关的个人资料。使用回归模型分析居住在救济机构是否与门诊精神卫生服务利用有关, 包括病例管理、治疗、危急状况的稳定、医疗监督、白天治疗、药物治疗、急性精神病住院治疗的可能性、躯体保健住院的可能性、费用等。

结果: 救助机构居住者更多地利用了门诊精神卫生服务, 较少利用精神与医疗住院服务。而且这些在生活上得到救助的人, 其药品费用和总的医疗服务费用也是最高的。

讨论: 我们的资料是观察性的, 而且疾病严重程度也可能影响对患者的生活安排。分析结果表明受助者较多地使用了门诊精神服务而住院率较低。

对卫生政策的启示: 救助机构可能提供了一个进行门诊精神卫生服务的适宜场所。对通过干预措施减少无家可归者感兴趣的政策制定者来说, 或许可以考虑对这些机构提供补助。

对卫生政策的启示: 救助机构可能提供了一个进行门诊精神卫生服务的适宜场所。对通过干预措施减少无家可归者感兴趣的政策制定者来说, 或许可以考虑对这些机构提供补助。

对进一步研究的启示: 应当对救助机构特征进行评价, 以便改善这些机构的功能和居住者的健康状况。

Antipsychotic Medication Use Patterns and Associated Costs of Care for Individuals with Schizophrenia

Danielle L. Loosbrock, Zhongyun Zhao, Bryan M. Johnstone,
Lisa Stockwell Morris

精神分裂症患者使用精神抑制药物治疗 的模式及其相关费用

丹尼尔 L. 鲁斯布鲁克, 赵中军, 布赖恩 M. 约翰斯顿,
丽萨 斯托克威尔 莫里斯 (美国)

摘要

背景: 精神分裂症是一种复杂且治疗费用高的疾病。已有的各种精神分裂症治疗指南提供了能够取得最好治疗效果的各种治疗方案和实施精神药物治疗的方法。然而, 对精神药物治疗方式的研究表明: 目前的处方并没有遵循这些推荐的治疗方案, 而且可能产生了相反的经济后果。

研究目的: 本研究试图描述对于在一般医疗服务机构被诊断为精神分裂症的患者进行精神抑制药物治疗的方式, 并估计各种治疗方式的相关费用。

方法: 利用 IMS 健康生活链接雇主提供的数据库, 获得了 1997 年 2082 名精神分裂症患者门诊精神抑制药物使用和其他卫生服务利用情况。我们描述了门诊精神抑制药物治疗方式, 估计了不同治疗方式的费用, 并利用回归模型比较了不同治疗方式的费用。

结果: 1997 年, 26% (n=536) 的精神分裂症患者在门诊没有接受精神抑制药物治疗, 52% (n=1088) 的患者接受了一

* **Correspondence to:** Ningshan Chen, Professor of Health Economics, China National Health Economics Institute, P.O.Box 218, 38 Xueyuanlu, Haidian District, Beijing, China.

种精神抑制药物治疗（单一治疗）。在 1997 年接受一种以上精神抑制药物治疗的患者中（ $n=458$ ），13%（ $n=262$ ）更换了精神抑制治疗药物（更换），7%（ $n=154$ ）在原有精神抑制药物的基础上增加了另一种药物（增加），2%（ $n=42$ ）的病人在年初就使用一种以上的精神抑制药物。调整了协方差之后，更换组和增加组总费用增加具有统计学意义，与单一治疗的病人相比，分别增加 4706 美元（ $p<0.0001$ ）和 4244 美元（ $p=0.0002$ ）。

讨论：结果表明大部分被诊断为精神分裂症的病人都接受了精神抑制药物治疗。接受单一精神抑制药物治疗患者的年总费用几乎是接受多种药物治疗和转换药物治疗患者总费用的一半。该结果仅局限于本研究的样本。

对卫生服务提供与利用的启示：分析表明对精神分裂症患者的治疗进行改善还有很大空间。

对卫生政策的启示：尽管精神分裂症只影响总人口中很小部分，但是与该病相关的个人与社会负担却相当高。本文建议单一而连续的精神药物治疗，通常也是已经公布的治疗指南所推荐的方法，或许能够节约费用。

对进一步研究的启示：将来的研究应当评价新的药物治疗对保健方式和经济结果的影响。可能用于预测治疗方案成功与失败的病人个人特征方面的信息还需要进一步收集。最后，对于在原有治疗基础上转换药物或者增加药物治疗的原因和原则还需要更多信息，以帮助复杂情况下改进治疗管理和对疑难病人的治疗。

Closing Service System Gaps for Homeless Clients with a Dual Diagnosis: Integrated Teams and Interagency Cooperation

Robert A. Rosenheck, Sandra G. Resnick and Joseph P. Morrissey

为需要两类治疗的无家可归患者提供整体服务： 一体化组织与机构间相互合作

罗伯特 A. 罗森黑克, 桑德拉 G. 里斯尼克,
约瑟夫 P. 莫里斯（美国）

摘要

背景：精神卫生服务缺乏整体性成为人们关注的一个问题，尤其是对于患两种疾病而需要两类治疗的无家可归患者来说。这种非整体性服务对服务可及性与服务结果产生了不利影响。

研究目标：本研究试图将心理治疗与药物依赖治疗相结合的两种方式联系起来，一种是整合为一个治疗组织，另一种是治疗机构之间的合作。然后再将这种概念应用于参加了 ACCESS（社区保健、有效服务、有效支持）项目、同时又被诊断为患两种疾病的无家可归病人。

方法：队列资料分别通过基线调查、3 个月调查和 12 个月的调查获得，调查对象为有两种诊断结果的病人（ $N=1074$ ），这些病人接受的服务是由 ACCESS 示范项目提供的类似 ACT（整体化服务）式的服务。对 ACCESS 病例管理人员的调查包括下列信息：1）直接接受 ACCESS 治疗组提供的治疗药物滥用服务的患者比例，接受其他机构服务的病人比例；2）认识到的提供者之间的关系质量（即相互交流、合作、信任），包括同一个治疗组织内部和不同机构之间的关系。等级线性模型与混合模型回归分析方法被用于分析这两种因素与服务利用和结果的关系。

结果：20 个回归分析中有 4 个可以观察到服务利用与交流、合作、信任之间（或者是治疗组内部，或者是机构之间）的有意义的正相关关系（ $p<0.5$ ），没有发现有意义的负相关关系。12 个月的调查资料显示，从不同机构接受服务的比例越高（而不是接受 ACCESS 治疗组的服务比例高），则不回家的天数越少、精神症状减少更多，这与假设的整体治疗比机构之间合作治疗更有效是矛盾的。

讨论与局限性：本研究将这种概念更广泛地用于解决服务分离问题，既考虑单一整体治疗组织，也考虑机构之间的合作；既考虑治疗的结构，也考虑服务提供者之间关系的质量。研究结果揭示了对服务提供者交流、合作的认识和临床服务利用指标之间的关系。然而，在一个单一治疗组中接受治疗的病人比例与更差的居住和精神结果相关。这一结果应当理解为描述性而不是结论性的，因为本研究为非实验性设计，可用的测量指标和所使用的样本也不完善。

对卫生政策的启示：本研究建议改善服务机构内部和服务机构之间的合作，减少对于被确定为双重诊断的病人提供服务的分离。在加强建立整体治疗组织的同时，不应过早放弃加强机构之间合作的做法。

对进一步研究的启示：对于减少服务系统分离的研究已经将重点放在将社区中的各种机构进行整合，或者建立专门组织。将来的研究也应当关注在机构的配对组织或分枝组织中培养建设性关系的可能性。该领域的研究将得益于整合指标的进一步发展和机构内部与机构之间的交流、合作和信任。

Greer Sullivan, Kimberly J. Jinnett, Snigdha Mukherjee,
Kathy L. Henderson

精神卫生服务提供者如何安排时间：对 10 个退伍军人卫生管理部门精神卫生服务站的调查

格里尔 萨利文, 基姆勃利 J. 杰奈特, 斯奈达哈 穆克赫杰,
凯西 L. 赫德森 (美国)

摘要

背景：提供者用于临床、管理、教育、和研究活动的时间分配会影响对工作的满意度、工作数量和服务质量，但是对于决定时间分配的因素却知之甚少。

目的：为了调查与时间分配有关的因素，我们调查了一个退伍军人卫生管理（VHA）网络的所有精神卫生服务提供者。我们假设机构特征（学术归属、服务组织的类型、是否作为为严重精神病患者进行治疗的场所、机构大小）和提供者个人特征（所接受的训练、工作时间长短、是否有学术职务）都影响时间分配。

方法：符合要求的提供者是提供精神卫生服务的精神病医生、心理学家、社会工作者、医师助理、注册的或者有营业执照的开业护士、或者其他提供者（心理技师、成瘾治疗师、护士助理、康复、修养、职业治疗师等）。1998 年末收集了 10 个 VHA 诊所所有符合要求的提供者的简单自我报告资料（N=997）。机构信息是通过实地考察和与管理者访谈收集的。多阶段模型被用于研究与三个因变量有关的因素：（1）按照活动的总时间分配（临床、管理、教育、和研究）；（2）临床治疗场所时间分配（住院和门诊）；（3）临床治疗服务类型时间分配（精神和躯体）。有营业执照的开业护士（LPNs）

被用作所有分析的参照组，因为 LPNs 被认为绝大多数时间都用于临床活动。

结果：总的来说，提供者将大部分时间用于临床活动（77%），其次是管理（11%）和教育（10%）。令人奇怪的是科研时间仅占 2%。多阶段分析表明没有一项机构特征能够解释时间分配上的机构差异，而个人特征与时间分配有关。预测按照住院和门诊服务分配时间的模型解释了因变量 16%-18% 的变化。在所有模型中，提供者所受训练和工作时间长短都起重要作用。是否具有学术职务只有在按照活动类型分配时间的模型中有意义。

讨论：这些简单的模型只解释了我们认为与时间分配有关的三个因变量的一小部分变化；机构数量少限制了对机构特征的分析。我们的模型能够较好地预测治疗场所时间分配和治疗类型时间分配，而不是总体时间分配。提供者所受训练和工作时间长短是所有模型中有意义的变量。相反，有学术职务与较少时间用于临床和较多时间用于管理活动有关，但是对用于研究和教育的时间分配没有影响。

启示：在没有理想的时间分配模式“金标准”的情况下，显然，VHA 规定的一项任务——科研只占用了提供者非常少的时间。科研中缺少临床医生的参与意味着在这一网络中应吸收和保持高质量的精神卫生工作者，并加强对未来提供者的教育。该网络中由非临床医师进行的没有临床医师参加的研究或许与“现实世界”中的临床问题不太相关。精神卫生可用资金的减少，加上不断增长的临床需求，可能促使了这种时间分配方式的形成，这些发现也证明一些大的机构面临着在需要完成的许多任务中进行平衡的挑战。