

Hyväksytty Palkon kokouksessa 15.6.2023

Palveluvalikoimaneuvoston suositus

Skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kognitiivinen kuntoutus

Suosituksen mukaan vaikuttavaksi todettu, strukturoituun menetelmään perustuva, kognitiivinen kuntoutus kuuluu terveydenhuollon palveluvalikoimaan skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien aikuisten ja nuorten hoidossa.

Vaikuttavilla kognitiivisen kuntoutuksen menetelmillä voidaan kohentaa ja kehittää potilaan kognitiivista toimintakykyä, vahvistaa kompensatiokeinoja, antaa myönteisiä oppimiskokemuksia, kohentaa itsetuntoa ja lisätä aktiivisuutta. Niiden tarjoamiseksi palveluntuottajilla tulisi olla käytettävissään riittävä, yksilöllisten kuntoutustarpeiden huomioimisen mahdollistava, kognitiivisen kuntoutuksen menetelmien valikoima.

Kuntoutuksen suunnittelussa tulisi huomioida potilaan yksilöllinen tarve sekä tavoitteet ja laatia potilaalle räätälöity kuntoutuspolku. Kognitiivisen kuntoutuksen tulisi olla osa muuta hoitoa ja eri interventiot yhdistetty toisiaan tukevaksi kokonaisuudeksi.

Sisällys

1	Suosituksen kohde, rajaukset ja tietopohja	1
2	Terveysongelma.....	1
3	Arvioitava menetelmä.....	2
4	Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö sekä menetelmä, johon verrataan	3
5	Vaikuttavuus, turvallisuus ja näytön arviointi	4
5.1	Vaikuttavuus.....	5
5.1.1	Kognitiiviset toiminnot	5
5.1.2	Toimintakyky	5
5.1.3	Sairaalahoitoon ja muiden sosiaali- ja terveysten palvelujen tarve ja käyttö	6
5.1.4	Muutokset työmarkkina-asemassa ja asumisen muodossa	6
5.1.5	Kliininen kokonaisvaikutelma	7
5.2	Kognitiivisen kuntoutuksen turvallisuus	7
5.3	Näytön arviointi.....	7
6	Menetelmän kustannukset, kustannusvaikuttavuus ja budjettivaikutukset	8
6.1	Kustannukset	8
6.2	Kustannusvaikuttavuus	9
6.3	Budjettivaikutukset	9
7	Järjestämiseen liittyvät ja eettiset näkökohdat	9



7.1	Järjestäminen.....	9
7.1.1	Tietokoneavusteinen kognitiivinen kuntoutus.....	10
7.2	Eettiset näkökohdat.....	10
8	Johtopäätökset.....	11
9	Yhteenveto suosituksesta	13
10	Lisänäytön kerääminen ja suositusten vaikutusten seuranta	14

Käytettyjen lähteiden luettelo on suosituksen valmistelumuistion liitteenä.

Palkon suosituksista

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto Palkon tehtävänä on ohjata julkisesti rahoitettujen terveyspalveluiden järjestämistä antamalla suosituksia siitä, kuuluuko arvioitu terveydenhuollon menetelmä terveydenhuollon palveluvalikoimaan tietyn terveysongelman tutkimuksessa, hoidossa tai kuntoutuksessa.

Palkon suositus koostuu tästä varsinaisesta suosituksesta, valmistelumuistiosta ja tiivistelmästä. Suositus julkaistaan taustamateriaaleineen [kotisivuilla](#) suomeksi. Tiivistelmä julkaistaan myös [ruotsiksi](#) ja [englanniksi](#).

Suosituksot perustuvat parhaaseen hyväksymishetkellä käytettävissä olleeseen lääketieteelliseen ja muuhun tietoon. Suositus on voimassa toistaiseksi, ellei voimassaoloaikaa ole rajoitettu.

Terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittely sekä Palkon toiminta perustuu [terveydenhuoltolain \(1203/2014\) 7a](#) ja [78a](#) §:ään sekä [terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostosta annettuun valtioneuvoston asetukseen \(63/2014\)](#) muutoksineen ([718/2017](#) ja [995/2019](#)).

[Palkon hyväksymä käsikirja](#) sisältää tarkemman kuvauksen käsittelyprosessista ja palveluvalikoiman määrittelyn periaatteista.

Palkon suositus ei ole kannanotto siihen, miten yksittäistä potilasta tulisi tutkia, hoitaa tai kuntouttaa, vaan siitä päätetään [potilaslain](#) mukaisesti hyödyt ja haitat yksittäistapauksessa punniten. Harkittaessa käytettäväksi menetelmää, joka on rajattu palveluvalikoiman ulkopuolelle, tulee huomioida [terveydenhuoltolain 7a §:n 3 momentin](#) säännös poikkeamisen lääketieteellisistä edellytyksistä. Poikettaessa palveluvalikoimasta korostuu velvollisuus perustella ja kirjata ratkaisun perusteet.

[Sairausvakuutuslain](#) mukaan palveluvalikoiman ulkopuolelle rajatusta hoidosta ei voi saada sairausvakuutuskorvausta.

1 Suosituksen kohde, rajaukset ja tietopohja

Tämä suositus koskee yli 11-vuotiaita potilaita, joilla on skitsofreniaryhmään kuuluva psykoosi (ICD-10 diagnoosit F20-F29).

Suosituksen tarkoituksena on kuvata se kognitiivisten menetelmien kokonaisuus, jonka tulee olla käytettävissä julkisesti rahoitetussa terveydenhuollossa skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kuntoutuksessa sekä näiden menetelmien vaikuttavan toteutumisen edellytykset.

Suositus perustuu Palkon tilaamaan kirjallisuuskatsaukseen ja muuhun kansainvälisistä tutkimuksista koottuun taustatietoon, psykoosien laaturekisterin tietoihin, KELAn tilastoihin, potilaiden ryhmähaastatteluun ja laajaan eettiseen arvioon sekä Palkon mielenterveys- ja päihdejaoston jäsenten asiantuntemukseen.

Valmistelumuistiosta (erillinen dokumentti) ilmenee tarkemmin suosituksen tietopohja, sairauden kuvaus, eri menetelmät ja kirjallisuuskatsauksesta nouseva tutkimusnäyttö.

2 Terveysongelma

Skitsofreniaryhmän psykoosit ovat suhteellisen yleisiä, usein vakavasti toimintakykyä heikentäviä mielenterveyshäiriöitä. Näille oireyhtymille ovat ominaisia psykoosijaksot, joiden aikana henkilön todellisuudentaju ja usein myös kyky säädellä käyttäytymistään heikentyvät merkittävästi. Skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavilla on usein myös muita psyykkisiä oireita, kuten masennusta ja ahdistusta.

Skitsofreniaryhmän psykoosien ICD-10-tautiluokitus sisältää seuraavat pääluokat (F20-F29):

- F20 Skitsofrenia
- F21 Psykoosipiirteinen persoonallisuus
- F22 Harhaluuloisuushäiriö
- F23 Ohimenevät psykoottiset häiriöt
- F24 Indusoitunut harhaluuloisuus

- F25 Skitsoaffektiiviset häiriöt
- F28 Muu ei-elimellinen psykoottinen häiriö
- F29 Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö

Kyseessä on hyvin heterogeeninen potilasryhmä niin taustatekijöiden, moninaisten ja vaihtelevien oireiden, liitännäissairauksien, elämäntilanteiden kuin yhteiskunnallisten seurauksien suhteen.

Yleisin psykoosisairauksista on skitsofrenia. Verrattuna muihin pääluokkiin skitsofreniaan liittyvät vaikeimmat ja laaja-alaisimmat kognitiivisten toimintojen häiriöt. Skitsoaffektiivisessä häiriössä esiintyy samoja kognitiivisia häiriöitä kuin skitsofreniassa, mutta kognitiiviset puutokset ovat keskimäärin lievempiä kuin skitsofreniassa. Myös harhaluuloisuushäiriössä voi joillakin potilailla esiintyä kognitiivisia puutoksia. Harhaluuloisuushäiriöön ei kuitenkaan useinkaan liity samanlaisia tiedonkäsittelyn laaja-alaisia ongelmia kuin skitsofreniassa on. Muissa skitsofreniaryhmän psykooseissa kognitiiviset ongelmat ovat myös mahdollisia ja taudin kulku vaihtelee.

3 Arvioitava menetelmä

Yleistä kognitiota harjoittavia menetelmiä kutsutaan remediaatioksi. Niitä voidaan toteuttaa ryhmissä tai yksilökuntoutuksena. Suurin osa ohjelmista sisältää useita kymmeniä tapaamiskertoja. Terapeutin tiivis, tukea antava työote on keskeistä kognitiivisessa kuntoutuksessa. Samanaikainen muu kuntoutus, kuten sosiaalisten taitojen harjoittelu tai tuetun työllistämisen ohjelma, tukee kognitiivisen remediaation taitojen hyödyntämistä arjessa.

Sosiaalisen kognition harjoitusohjelmat voivat kohdentua joko yleisen kognition, sosiaalisen kognition tai molempien kohentamiseen. Sosiaalisen kognition kuntoutusohjelmat keskittyvät yhden tai useamman osa-alueen (esim. sosiaalisissa tilanteissa ilmaantuvien tunteiden tunnistaminen) kehittämiseen.

Suositusvalmistelussa on arvioitu sellaisia kognitiivisen kuntoutuksen menetelmiä, joiden tavoitteena on tiedon käsittelyn parantaminen, kognition harjoittaminen (sekä korjaamalla että kompensoimalla, ml. sosiaalisen kognition harjoittaminen). Tällaisia, Suomessa käytössä olevia, kognitiivisen kuntoutuksen menetelmiä ovat ainakin:

CRT Kognitiivinen remediaatioterapia (Frontal/executive program)

CIRCuiTS) -kuntoutusohjelma (Computerized Interactive Remediation of Cognition and Thinking Skills - a Training for Schizophrenia)

NEAR (Neuropsychological and Educational Approach to Cognitive Remediation)

SCIT (Social Cognition and Interaction Training)

MCT (Metacognitive Training)

CAT/MATTI -kuntoutus (Cognitive Adaptation training)

TAR – Taitavan ajattelun ryhmä

Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT, CBT) rajattiin tämän suosituksen ulkopuolelle, koska sen vaikuttavuutta on jo tarkasteltu Palkon v. 2018 hyväksymässä ”Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa” –suosituksessa.

4 Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö sekä menetelmä, johon verrataan

Psykoosiin sairastuneen potilaan hoitopolku etenee eri tavoin eri psykoosien kohdalla. Hoito/kuntoutus ja sen tavoitteet vaihtelevat paljon sen mukaan onko kyseessä ensi kertaa sairastunut vai uudelleen sairastunut henkilö. Ensipsykoosiin sairastuneiden kohdalla hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on palaaminen sairastumista edeltäneen arjen rakenteisiin, kuten työhön tai opiskelun pariin. Jos sairaus uusiutuu tai pitkittyy aiheuttaen pitkäaikaista toimintakyvyn heikkenemistä, hoidossa ja kuntoutuksessa painottuu jäljellä olevan toimintakyvyn tukeminen ja arjen- ja elämänhallinta. Kuntoutuksen kohdentaminen on erilaista sairauden eri vaiheissa. Kuntoutus ja sen tavoitteet muokataan aina yksilökohtaisesti.

Lyhytkestoinen psykoosi, joka on ilmaantunut jonkin selkeän stressitekijän seurauksena, korjaantuu usein itsestään tai lyhyen lääkityksen avulla muutamien päivien tai viikkojen aikana, eikä välttämättä mitään jatkohoitoa tarvita. Toisaalta ensi kertaa psykoosiin sairastuneelle tulisi tehdä herkästi laajempia tutkimuksia, arvioida kokonaistilannetta ja diagnoosia, sekä suunnitella tarpeen mukaisesti intensiivinen ja monialainen hoito ja kuntoutus. Mikäli tässä vaiheessa havaitaan kognitiivisia vaikeuksia, on myös kognitiivinen kuntoutus tarpeen. Jos potilaan diagnoosi tarkentuu skitsofreniaksi tai skitsoaaffektiviseksi psykoosiksi, tarvitaan usein pitkää, tyypillisesti elinikäistä hoitoa ja erilaisia, vaikuttavia kuntoutustoimia oikea-aikaisesti toteutettuina. Myös harhaluuloisuushäiriö on pitkäaikainen ja hoidon tai seurannan tarve voi olla pysyvää. Niihin saattaa liittyä kognitiivisten toimintojen ongelmia, joita kuntoutustoimin voidaan lievittää. Muiden psykoosien osalta hoitoajat ja kuntoutuksen tarve vaihtelevat.

Menetelmä, johon verrataan

Kognitiivisen kuntoutuksen menetelmien vaikuttavuutta on verrattu mihin tahansa toiseen menetelmään tai tavanomaiseen hoitoon, tai potilasryhmään, joka ei saa kuntoutusta lainkaan.

5 Vaikuttavuus, turvallisuus ja näytön arviointi

Kognitiivisen kuntoutuksen menetelmien vaikuttavuutta arvioitiin suhteessa potilaiden kognitiivisiin toimintoihin ja toimintakykyyn. Lisäksi tarkasteltiin sairaalahoidon ja muiden sosiaali- ja terveystalvelujen tarpeen ja käytön kehitystä, potilaiden työmarkkina-aseman ja asumisen muodon muutosta, haittavaikutuksia ja tietokoneavusteista kognitiivista kuntoutusta. Kognitiivisen kuntoutuksen eri menetelmien keskinäiset vertailut on esitetty systemaattisessa katsauksessa.

5.1 Vaikuttavuus

5.1.1 Kognitiiviset toiminnot

Kognitiivinen kuntoutus kohentaa skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien aikuisten kognitiivisia toimintoja laaja-alaisesti. Vastaava havainto on tehty tutkimuksissa myös nuoruusikäisillä yli 11-vuotiailla potilailla, joskin tutkimusnäyttö tässä ikäryhmässä on rajallista. Vaikuttavuus on suurempi, mikäli terapeutilla on aktiivinen rooli, interventioon sisältyy kognitiivisten strategioiden kehittämistä, toistuvaa harjoittelua ja kognitiivinen kuntoutus sidotaan muuhun kuntoutukseen. Potilaat, joilla oli matalampi koulutus ja joiden oireet olivat vakavammat, hyötyivät todennäköisimmin kognitiivisesta kuntoutuksesta.

Verrattaessa kognitiivista kuntoutusta tavanomaiseen hoitoon uusimmat tutkimukset tukevat kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuutta sekä aikuisilla että nuorilla erityisesti tarkasteltaessa skitsofrenia-ryhmän psykooseja sairastavien yleistä kognitiivista suoriutumista, vaikka mikään yksittäinen kognitiivisen toiminnon osa-alue ei systemaattisesti korostunut tutkimustuloksissa.

5.1.2 Toimintakyky

Kognitiivinen kuntoutus kohentaa skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien aikuisten toimintakykyä laaja-alaisesti. Kuitenkin uusimmissa tutkimuksissa tulokset kognitiivisen kuntoutuksen vaikutuksesta toimintakykyyn ovat olleet epäselviä. Verrattaessa kognitiivista kuntoutusta tavanomaiseen hoitoon, täydentävää näyttöä koskevat tulokset kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien yleiseen toimintakykyyn eivät olleet keskenään yhteneviä. Verrattaessa kognitiivista kuntoutusta muihin, ei-kognitiivisen kuntoutuksen interventioihin, näyttö oli pitkälti samansuuntaista kuin tavanomaiseen hoitoon tehdyssä vertailussa.

Vaikuttavuus on suurempi, kuten kognitiivisten toimintojenkin osalta, mikäli terapeutilla on aktiivinen rooli, interventioon sisältyy kognitiivisten strategioiden kehittämistä, toistuvaa harjoittelua ja kognitiivisen kuntoutuksen sitominen muuhun kuntoutukseen.

Myös toimintakyvyn parantamisen osalta ne potilaat, joiden koulutustaso oli matalampi ja, joiden oireet olivat vakavammat, hyötyivät todennäköisimmin kognitiivisesta kuntoutuksesta.

Nuoruusikäisten, yli 11-vuotiaiden potilaiden osalta tutkimusnäyttö kognitiivisen kuntoutuksen vaikutuksesta toimintakykyyn on rajallista, ja näyttöä koskevat tulokset eivät ole olleet keskenään yhteneviä.

5.1.3 Sairaalahoidon ja muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve ja käyttö

Tavanomaista hoitoa saaneilla on todettu kahden tutkimuksen mukaan huomattavasti suurempaa sairaalahoidon tarvetta sairaalahoitopäivien määrällä mitattuna kuin kognitiivista kuntoutusta saaneilla.

5.1.4 Muutokset työmarkkina-asemassa ja asumisen muodossa

Kognitiivinen kuntoutus sisällytettynä tehostettuun ammatilliseen kuntoutukseen, verrattuna tavanomaiseen ammatilliseen kuntoutukseen, ei useinkaan lisää niiden kuntoutujien, jotka saivat työpaikan avoimilta työmarkkinoilta tai hyväksyivät työharjoittelupaikan, kokonaismäärää. Kognitiivisella kuntoutuksella ei ole myöskään havaittu yhteyttä työssäkävien suhteellisiin osuuksiin, tehtyjen tuntien määrään tai palkan suuruuteen. Kuitenkin yhdessä tutkimuksessa ryhmässä, joka sai kognitiivista remediaatiota yhdistettynä yksilöllisiin työllisyyttä tukeviin toimiin (IPS - Sijoita ja valmenna) verrattuna ryhmään, joka sai vain jälkimmäistä, oli enemmän työssäkäyviä ja korkeampi viikoittainen työtuntimäärä kuin kontrolliryhmässä 12 kuukauden kohdalla.

Asumisen muodon muutoksia ei raportoitu yhdessäkään kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista, mutta sen laatimisen jälkeen julkaistussa tutkimuksessa todettiin, että eri psykoottiset häiriöt vaikuttavat psykososiaaliseen toimintaan eri tavoin, erityisesti itsenäiseen asumiseen, mikä oli heikointa skitsofreniaa sairastavilla.

5.1.5 Kliininen kokonaisvaikutelma

Systemaattisen katsauksen tarkastelussa oli mukana vain yksi tutkimus, jossa oli arvioitu kliinistä kokonaisvaikutelmaa, (Clinical global impression, CGI). Sen tulos puolsi kognitiivista kuntoutusta.

5.2 Kognitiivisen kuntoutuksen turvallisuus

Eettisessä analyysissä nousi esiin, että kognitiivisen kuntoutuksen hyödyt näyttäytyvät potilaan kohdalla selkeästi suurempina kuin haitat. Koska potilasryhmä on heterogeeninen, on mahdollista, ettei kuntoutus ole kaikkien potilaiden kohdalla vaikuttavaa, eikä kaikilla potilailla kuntoutuksen hyötyjä tule esiin. Haitat ovat kuitenkin lieviä eivätkä johda pysyviin ja vakaviin haittoihin, kunhan potilaiden jatkokuntoutuksesta huolehditaan.

Skitsofrenia-ryhmän psykooseja sairastavat potilaat ovat itse tuoneet esille myös negatiivisia kokemuksia, jotka ovat liittyneet muun muassa ristiriitaisiin odotuksiin kuntoutuksesta, toteutustavan sopimattomuuteen omiin tarpeisiin nähden (etänä toteutettu kuntoutus), tai siihen, että he ovat tulleet kuntoutuksen kautta tietoisemmiksi omista rajoitteistaan.

5.3 Näytön arviointi

Kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta oli näyttöä erityisesti yleisen kognitiivisen suoriutumisen (global cognition) osalta. Yksittäisten tulosmuuttajaluokkien (tarkkaavaisuus ja sen ylläpito, prosessointinopeus, työmuisti, kielellinen oppiminen ja muisti, näönvarainen oppiminen ja muisti, toiminnanohjaus tai päättely ja ongelmanratkaisu, sosiaalinen kognitio sekä yleinen toimintakyky (overall functioning) osalta yksittäistutkimusten tulokset olivat epäyteneväisiä, mikä voi selittyä yksittäistutkimusten suhteellisen pienillä otoskoilla (pääosin otoskoot alle 100) sekä tutkittaviin liittyvien tekijöiden, tarkasteltujen interventioiden ja vertailuinterventioiden sekä tulosmuuttajien ja niitä arvioineiden mittareiden kirjavuudella. Yksittäistutkimuksissa esiintyi merkittävää tai vähintään

epäselvää harhan riskiä. Osassa tutkimuksista oli puutteita myös tulosten raportoinnissa (kaikkia tilastollisia tunnuslukuja ei ollut raportoitu), mikä hankaloitti tulosten tulkintaa ja esitettyjen johtopäätösten paikkansapitävyyden varmistamista. Sairaalahoidon tarvetta ja menetelmän haittoja tarkasteltiin RCT-tutkimuksista koottuna lisätietona eivätkä ne siten edusta näyttöä kokonaisuudessaan. Nämä tekijät heikentävät luottamusta tulokseen.

Kognitiivisen kuntoutuksen kustannusvaikuttavuudesta on varovaista näyttöä, mutta tutkimusten vähäisyyden ja niihin liittyvien epävarmuustekijöiden vuoksi tutkimustuloksiin tulee kuitenkin suhtautua varauksella. On myös huomattava, että tutkimusryhmänä ko. tutkimuksissa ei ollut skitsofrenia-ryhmän psykooseja sairastavat, vaan vain osa skitsofrenia-ryhmän psykoosien alaryhmistä.

Nuoria koskevaa vaikuttavuustietoa sekä tietoa kuntoutuksen määristä ja kustannuksista oli vain vähän saatavilla, mikä rajoittaa kognitiivisen kuntoutuksen vaikutusten arviointia tässä ikäryhmässä. Mukaan valittiin yksi nuoria koskevaa näyttöä täydentävä systemaattinen katsaus. Vaikka tutkimusnäyttö on toistaiseksi rajallista, on myös yli 11-vuotiailla nuorilla kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta saatu näyttöä kognitiivisen suoriutumisen kohenemiseen useiden eri tulosmuuttajaluokkien, kuten työmuistin ja kielellisen muistin, osalta.

Tietokoneavusteisen kognitiivisen remediaation vaikuttavuudesta tutkimusnäyttö oli vähäistä. Siitä löytyi vain vähän tutkimustietoa, minkä pohjalta ei ole mahdollista tehdä pitkälle vietyjä johtopäätöksiä.

6 Menetelmän kustannukset, kustannusvaikuttavuus ja budjettivaikutukset

6.1 Kustannukset

Skitsofrenia-ryhmän psykoosien aiheuttamista kokonaiskustannuksista ei ole saatavilla koottua tietoa. F20-F29 -diagnoosin perusteella maksettiin työkyvyttömyyseläkkeitä ja kuntoutustukia 307,4 milj. euroa, sairauspäivärahoja yli 15 milj. euroa ja korvattujen

lääkkeiden kokonaiskustannukset olivat lähes 37 milj. euroa vuonna 2022. Kustannuksia voidaan suuntaa-antavasti tarkastella kuten skitsofrenian aiheuttamia kustannuksia. Skitsofrenian aiheuttamien kustannusten pohjalta yleistäen skitsofrenia-ryhmän psykoosien aiheuttamat sekä suorat että epäsuorat kokonaiskustannukset olisivat yhteiskunnalle 1,8-2,1 miljardia euroa vuosittain.

6.2 Kustannusvaikuttavuus

Skitsofrenian kognitiivisesta kuntoutuksesta on julkaistu vain joitakin kustannusvaikuttavuustutkimuksia. Näiden tutkimusten perusteella on varovaista näyttöä kognitiivisen kuntoutuksen kustannusvaikuttavuudesta, mutta tutkimusten vähäisyyden ja niihin liittyvien epävarmuustekijöiden vuoksi tutkimustuloksiin tulee suhtautua varauksella.

6.3 Budjettivaikutukset

Kognitiivisen kuntoutuksen tuottamisen kustannustietoja ei ollut saatavilla muista sairaanhoitopiireistä kuin HUSista, jossa kognitiivinen kuntoutus maksoi 0,54 € /alueen asukas. Kun HUS-alueen yhteenlaskettujen kustannusten (joissa myös H:gin kaupungin tuottamat palvelut on huomioitu) pohjalta tehdään karkea yleistäminen koko maan tasolle, olisi kognitiivisen kuntoutuksen tuottamisen kustannukset noin 3,1 miljoonaa euroa koko maassa vastaavalla kuntouksen intensiteetillä kuin mitä HUSissa toteutui.

7 Järjestämiseen liittyvät ja eettiset näkökohdat

7.1 Järjestäminen

Kyseessä on iso potilasryhmä. Elämänsä jossakin vaiheessa skitsofreniaryhmän psykooseja sairastaa noin 2,3 % väestöstä.

Kognitiivisen kuntoutuksen menetelmiä toteutetaan myös perusterveydenhuollossa, mutta pääosin erikoissairanhoidossa. Kognitiivisen kuntoutuksen menetelmät edellyttävät toteuttajalta terveydenhuollon ammattihenkilön pätevyyttä ja käytettävän menetelmän osaamista. Joidenkin menetelmien käyttämiseen on koulutettu myös sosiaalihuollon

pätevyyden omaavia henkilöitä. Esimerkiksi SCIT-ryhmiä (sosiaalisen kognition kuntoutusmenetelmä) voivat ohjata sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaiset.

7.1.1 Tietokoneavusteinen kognitiivinen kuntoutus

Tutkimustiedon pohjalta CIRCuITS –ohjelmalla on nähty olevan yhteys kognitiivisen toiminnan ja päivittäisistä toimista suoriutumisen parantumiseen.

Tietokoneavusteiseen kognitiiviseen kuntoutukseen osallistumista potilaat ovat kuvanneet miellyttäväksi ja hyödylliseksi sekä sen vaikutuksina on nähty muistin parantumista, päivittäisten toimien suorittamisen helpottumista ja uusien taitojen oppimista sekä kokemuksen kertymistä kognitiivisten haasteiden kohtaamiseen. Potilaat ovat tuoneet esiin myös tietotekniset haasteet, jotka voivat haitata kuntoutuksen onnistumista sekä huolta siitä, mitä tietoja ja minne kuntoutukseen osallistuvista henkilöistä ja heidän suoriutumisestaan tallennetaan.

7.2 Eettiset näkökohdat

Suosituksen liittyä paljon arvokysymyksiä, jonka vuoksi tehtiin laaja eettinen analyysi. Psykkiset sairaudet ovat terveydenhuoltojärjestelmässä kroonisesti aliresursoituja, mikä uhkaa eri potilasryhmien ja eri potilaiden välistä yhdenvertaisuutta. Suomalaisesta palveluvalikoimasta päätettäessä on huomioitava, että kyse on julkisen vallan velvollisuuksien määrittämisestä. Yhteiskunnan velvollisuuksiin liittyä riittävien palvelujen tarjoaminen kaikille potilasryhmille ja eriarvoisuuden vähentäminen.

Koska kyseessä on hyvin heterogeeninen potilasryhmä, skitsofreniaryhmän psykoosien tarkastelu edellyttää kokonaisvaltaista näkökulmaa, jossa huomioidaan haitat ja hyödyt paitsi potilaan, myös läheisten ja laajemmin yhteiskunnan, näkökulmasta.

Yksilön autonomian kunnioittamisen kannalta kognitiivinen kuntoutus tukee osaltaan skitsofrenia-ryhmän psykooseja sairastavien kykyä olla aktiivinen osapuoli itseään koskevissa päätöksissä.

Potilaiden kokemukset kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta:

Skitsofreniaspektrin psykooseja sairastavat kokevat kognitiivisen kuntoutuksen hyödyllisenä ja miellyttävänä ja ovat siihen pääosin tyytyväisiä. Positiiviseen kokemukseen ovat myötävaikuttaneet muun muassa vertaisilta, läheisiltä ja terapeutilta saatu tuki. Potilaat kokevat voivansa itse vaikuttaa terapian toteutustapaan oman elämäntilanteensa mukaan. He kokevat hyötynensä kuntoutuksesta ja toteavat kognitiivisten kykyjensä, arjen askareista suoriutumisen, harrastuksiin osallistumisen ja opiskelemisen parantuneen sen myötä.

8 Johtopäätökset

Skitsofrenia-ryhmän psykooseja sairastavat ovat haavoittuva potilasryhmä, joka ei välttämättä pysty itse ajamaan omaa etuaan. Palvelujärjestelmän on varmistettava, että kuntoutusta on tarjolla myös näille potilaille yksilöllistä tarvetta vastaavaksi. Positiivisen kuntoutuskokemuksen varmistamiseksi tulee kiinnittää huomiota skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien odotuksiin sekä varmistaa kuntoutuksen toteutustavan sopivuus yksilöllisesti arvioiden. Palveluiden järjestämisessä pitää huomioida se, että kyseessä on pitkäaikainen ja vaihteleva sairaus. Kognitiivinen kuntoutus on menetelmänä lyhytkestoinen ja siksi sen jälkeisestä jatkohoidosta ja pitkäaikaisista hoitosuunnitelmista on tärkeää huolehtia. Vaikuttavien kognitiivisen kuntoutuksen menetelmien käytön vakiintuminen edellyttää, että palvelunjärjestäjä huolehtii siitä, että palveluntuottajilla on käytettävissään riittävä kognitiivisen kuntoutuksen menetelmien osaaminen ja resurssi niiden toteuttamiseksi.

Vaikuttavalla kognitiivisella kuntoutuksella on yhteyksiä mm. toimintakyvyn ja kognitiivisten toimintojen paranemiseen, arjessa selviytymisen vahvistumiseen ja työssäkäymisen lisääntymiseen silloin, kun siihen yhdistetään yksilöllisiä työllisyyttä tukevia toimia. Hoidon tarve voi vähentyä potilaiden tilan parantumisen myötä.

Kuntoutuksen menetelmien keskinäisten vertailujen vaikuttavuusnäytön perusteella ei voida esittää, että jokin yksittäinen kognitiivisen kuntoutuksen menetelmä olisi toista parempi tukemaan skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kognitiivisia toimintoja tai toimintakykyä. Kognitiivisen kuntoutuksen toteutuksessa, hyötyjen vahvistamiseksi, huomiota tulisi kiinnittää erityisesti koulutetun terapeutin aktiiviseen rooliin. Lisäksi kuntoutuksen tulisi sisältää kognitiivisten strategioiden kehittämistä ja harjoittelun tulisi olla toistuvaa. Kognitiivisen kuntoutuksen pitäisi myös olla muuhun kuntoutukseen nivottua ja on huomattava, ettei kuntoutus ole vaikuttavaa, jos potilas itse ei ole siihen sitoutunut.

Kognitiivisen kuntoutuksen sisällyttäminen palveluvalikoimaan yhdenvertaisesti kaikkien niiden, jotka lääketieteellisin perustein siitä oletetusti hyötyvät, ulottuville toisi todennäköisesti kustannussäästöjä pidemmällä aikavälillä, kun esim. sairaalahoidon tarve vähenisi ja sairauspäivärahojen tarve pienenesi potilaiden parantuneen työmarkkina-aseman myötä. Kognitiivisen kuntoutuksen tuottaminen koko maassa skitsofreniaryhmän psykooseita sairastaville maksaisi noin 3,1 miljoonaa euroa, mikä on alle kahden promillen verran skitsofreniaryhmän psykooseista yhteiskunnalle aiheutuvista kokonaiskustannuksista (varovasti arvioiden lähes 2,1 miljardia euroa vuosittain). Kognitiivista kuntoutusta toteutetaan jo tällä hetkellä, vaikkakin vaihtelevasti, eri puolilla maata, jolloin todellinen lisäbudjetoimisen tarve olisi vain osa mainitusta kolmesta miljoonasta eurosta. Kun huomioidaan muiden ym. kustannusten pieneneminen, voitaisiin vaikuttavalla kognitiivisella kuntoutuksella vähentää skitsofreniaryhmän psykooseista yhteiskunnalle aiheutuvia kokonaiskustannuksia. Kognitiivista kuntoutusta koskevat taloudelliset arvioinnit antavat viitteitä siitä, että kognitiivinen kuntoutus on kustannusvaikuttavaa skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavilla.

Useimmilla skitsofreniapotilaista kognitiivisia oireita on havaittavissa jo nuoruusiässä prodromaalivaiheen eli sairastumista ennakoivan oireilun aikana. Myös nuoruusikäisillä (12 vuotta täyttäneillä) tehdyissä tutkimuksissa kognitiivisen kuntoutuksen vaikutuksesta kognitiivisen suoriutumisen kohentumiseen on saatu näyttöä, joskin tutkimusnäyttö on tässä ikäryhmässä vielä rajallista.

Tietokoneavusteisesta kognitiivisesta kuntoutuksesta löytyi vain vähän tutkimustietoa, minkä pohjalta ei ole mahdollista tehdä laajempia johtopäätöksiä. Kuitenkin CIRCuiTS – ohjelmalla on vaikuttavuutta potilaiden kognitiivisen toiminnan ja päivittäisistä toimista suoriutumisen parantumiseen.

9 Yhteenveto suosituksesta

Vaikuttavaksi todettu, strukturoituun menetelmään perustuva, kognitiivinen kuntoutus kuuluu terveydenhuollon palveluvalikoimaan skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien aikuisten ja nuorten hoidossa.

Vaikuttavilla kognitiivisen kuntoutuksen menetelmillä voidaan kohentaa ja kehittää potilaan kognitiivisia toimintoja ja taitoja, vahvistaa kompensatiokeinoja, antaa myönteisiä oppimiskokemuksia, kohentaa itsetuntoa ja lisätä aktiivisuutta. Niiden tarjoamiseksi palveluntuottajilla tulisi olla käytettävissään riittävä, yksilöllisten kuntoutustarpeiden huomioimisen mahdollistava, kognitiivisen kuntoutuksen menetelmien valikoima.

Kuntoutuksen suunnittelussa tulisi huomioida potilaan yksilöllinen tarve sekä tavoitteet ja laatia potilaalle räätälöity kuntoutuspolku. Kognitiivisen kuntoutuksen tulisi olla osa muuta hoitoa ja eri interventiot yhdistetty toisiaan tukevaksi kokonaisuudeksi.

Kognitiivisen kuntoutuksen eri menetelmien keskinäiset vertailut on esitetty systemaattisessa katsauksessa.

Kognitiivisen kuntoutuksen hyötyjen vahvistamiseksi huomiota tulisi kiinnittää erityisesti siihen, että koulutetulla terapeutilla on aktiivinen rooli kuntoutuksessa ja kuntoutus sisältää kognitiivisten strategioiden kehittämistä.

10 Lisänäytön kerääminen ja suositusten vaikutusten seuranta

Suosituksella halutaan lisätä potilaan mahdollisuuksia päästä vaikuttavaan kuntoutukseen, minkä toteutumista on tärkeää seurata. Tietoa kootessa ilmeni, että skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kognitiivisessa kuntoutuksessa käytetyistä menetelmistä ei ole toistaiseksi kerätty systemaattisesti tietoa. Myös tieto kuntoutuksen vaikutuksista ja kustannuksista on ollut puutteellista. Psykoosien hoidon laaturekisterin käyttöönottamisen laajentumisen myötä alkaa kertyä tietoa mm. menetelmien käytön määristä, niiden tuottamisen kustannuksista ja niiden yhteydestä potilaan elämänlaatuun.

Suosituksen vaikutuksia arvioidaan mm. seuraavilla mittareilla:

- Suosituksen mukaisten kuntoutusmenetelmien käyttö (käyntimäärät menetelmittäin) skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavilla ja kustannukset käyntiä kohden ja hyvinvointialueittain väkilukuun suhteutettuna (tiedot saadaan tulevaisuudessa valtakunnallisesti psykoosien hoidon laaturekisteristä. Tällä hetkellä vain HUSista).
- Yhdenmukainen tieto potilaiden kognitiivisesta toiminnasta sekä toimintakyvystä ennen ja jälkeen kuntoutuksen (tiedot saadaan tulevaisuudessa psykoosien hoidon laaturekisteristä. Valtakunnallisesti käyttöön otettavasta elämänlaatu- tai toimintakykymittarista ei ole tehty vielä päätöstä. Ainakin geneerisen PROM-arvioinnin kokeilemista on harkittu).
- Sairaalahoitajaksojen määrä sekä hoitopäivien määrä potilailla, joilla päädiagnoosina F20-F29. (Hilmo-rekisteri) Tarkastellaan sekä hoitajaksojen että hoitopäivien kokonaismäärää hyvinvointialueittain väkilukuun suhteutettuna vuoden aikana ja myös hoitopäivien lukumäärä /potilas/vuosi.
- Skitsofreniaryhmän psykoosi työkyvyttömyyden aiheuttajana (Kelan sairauspäivärahatilastot). Tarkastellaan muutoksia sairauspäivärahan saajien lukumäärässä, korvatuissa päivissä/saaja ja maksettujen etuuksien kokonaissummassa diagnooseilla F20-F29

Lisää tietoa tarvitaan:

- Nuorten osalta
- Skitsofreniaryhmän psykoosien aiheuttamista kokonaiskustannuksista