

Hyväksytty Palkon kokouksessa 15.6.2023

## Valmistelumuistio palveluvalikoimaneuvoston suositukseen

### Skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kognitiivinen kuntoutus

## Valmistelumuistion tarkoitus

Palkon suosituksen kokonaisuus koostuu varsinaisesta suosituksesta, sen tiivistelmästä sekä tästä valmistelumuistiosta. Valmistelumuistion tarkoitus on tuoda esille, mihin tietoon suositus perustuu, sekä miten suosituksen valmistelu on tapahtunut.

Suositus taustamateriaaleineen julkaistaan Palkon [kotisivuilla](#) suomeksi. Tiivistelmä julkaistaan myös [ruotsiksi](#) ja [englanniksi](#).

## Sisällysluettelo

1	Suosituksen laatimisen perusteet.....	1
2	Terveysongelma.....	2
2.1	Terveysongelman määrittely .....	2
2.2	Luonnollinen kulku ja psykoosisairauksien oireyhtymäluonne .....	3
2.3	Vaikutukset toimintakykyyn .....	4
3	Arvioitava menetelmä.....	5
3.1	Potilaan tyypillinen hoitopolku .....	6
3.2	Skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kognitiivisten toimintojen kuntoutus 9	
4	Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö sekä menetelmä, johon verrataan .....	14
4.1	Nykyiset tutkimus- ja hoitokäytännöt .....	14
4.2	Käypä hoito –suositus .....	15
4.3	Keskeiset ulkomaiset suositukset ja käytännöt.....	16
4.3.1	Ruotsi .....	16
4.3.2	Norja .....	17
4.3.3	Tanska .....	17
5	Kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuus skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kognitiivisiin toimintoihin ja toimintakykyyn .....	18
5.1	Kognitiiviset toiminnot.....	18
5.2	Toimintakyky .....	18

5.3	Kognitiivisen kuntoutuksen turvallisuus skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavilla .....	19
5.4	Muut kognitiivista kuntoutusta koskevat tulokset .....	20
5.4.1	Sairaalahoidon ja muiden sosiaali- ja terveystalvelujen tarve ja käyttö.....	20
5.4.2	Työmarkkina-aseman muutos.....	20
5.4.3	Asumisen muodon muutos .....	21
5.4.4	Kliininen kokonaisvaikutelma .....	22
6	Tilastotiedot.....	22
6.1	Potilasmäärät .....	22
6.2	Toimenpidemäärät, hoitajaksot, käynnit .....	22
6.2.1	Perusterveydenhuolto .....	22
6.2.2	Erikoissairaanhoido .....	24
6.3	Terveystenhuollon kustannukset.....	27
6.4	Työkyvyttömyyseläkkeet.....	30
6.5	Sosiaaliturvan kustannukset.....	34
6.6	Potilasryhmälle korvattu lääkehoito .....	36
6.7	Kustannusvaikuttavuus.....	38
7	Eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat .....	40
7.1	Eettiset näkökohdat .....	40
7.2	Järjestämiseen liittyvät näkökohdat .....	43
8	Potilaskokemus .....	43
8.1	Odotukset ja kokemukset psykologisista terapioidista/kuntoutuksesta yleisesti ...	44
8.2	Kokemukset CET:stä (Cognitive Enhancement Therapy) .....	45

8.3	Kokemuksia MCT:stä (Metacognitive training) .....	45
8.4	Kokemukset SCIT:stä (Social Cognition and Interaction Training) .....	46
8.5	Etänä toteutettu kognitiivinen kuntoutus .....	46
8.6	Tietokoneavusteinen kognitiivinen kuntoutus .....	47
8.7	Potilastapaamisesta saatuja kommentteja .....	47
8.8	Potilasjärjestöiltä saatuja huomioita.....	49
9	Valmistelun vaiheet .....	50
9.1	Jaoston ja Palkon työskentely .....	50
9.2	Otakantaa-kommentoiminen .....	52
10	Suosituksen valmisteluun ja hyväksymiseen osallistuneet.....	52

## 1 Suosituksen laatimisen perusteet

Skitsofreniaryhmän psykoosit ovat yleisimpiä psykoosisairauksia. Suomessa noin 2,5 % väestöstä sairastuu elämänsä jossakin vaiheessa tähän ryhmään kuuluvaan psykoosiin. Edellisistä 70 000 sairastaa skitsofreniaa (Skitsofrenian KH-suositus 2022).

Skitsofreniaryhmän psykooseihin liittyy monimuotoisia kognitiivisten toimintojen ongelmia, joista on merkittävää haittaa potilaan arkiselviytymisessä ja, jotka liittyvät huonompaan ammatilliseen ja psykososiaaliseen ennusteeseen tässä potilasryhmässä. Kognitiivisella kuntoutuksella voidaan kohentaa potilaan kognitiivisia toimintoja. Kuntoutus kehittää myös metakognitiivisia taitoja, vahvistaa kompensatiokeinoja, antaa myönteisiä oppimiskokemuksia, kohentaa itsetuntoa ja lisää aktiivisuutta. Kognitiivinen kuntoutus on osa muuta hoitoa. Erilaisten interventioiden kokonaisuus on integroitua ja toisiaan tukevaa. Kuntoutuksen suunnittelussa huomioidaan yksilöllinen tarve ja tavoitteet ja tehdään räätälöidyt kuntoutuspolut. Kognitiivisiin oireisiin on tärkeää puuttua, koska ne vaikuttavat eniten potilaan ennusteeseen.

Palko päätti vuonna 2019 aloittaa suositusvalmistelun aiheesta: kognitiivinen adaptaatio tuettua asumista tarvitsevan skitsofreniapotilaan itsenäistymisen tukena. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen valmistuttua todettiin, että hyvälaatuisia tutkimuksia oli liian vähän suositusta varten, eikä tekeillä olleen kotimaisen tutkimuksen tuloksia ollut vielä julkaistu. Em. syistä Palko päätti keskeyttää kognitiivisen adaptaation suosituksen valmistelun ja päätti sitten kokouksessaan 15.12.21 muuttaa suositusaihetta koskemaan laajemmin kognitiivisia kuntoutusmenetelmiä ja koko skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien potilasryhmää. Kognitiivisen kuntoutuksen hyödyllisyydestä skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien potilaiden toimintakyvyn kohentamisessa löytyy tutkimusnäyttöä. Kognitiivista kuntoutusta tarjotaan tällä hetkellä kaikissa sairaanhoitopiireissä skitsofreniapotilaille. Eroa sairaanhoitopiirien välillä on hoitopääsyaajoissa ja siinä, keille ja millaista kognitiivista kuntoutusta tarjotaan. Palveluvalikoimaneuvosto piti tärkeänä selvittää millaiset menetelmät ovat vaikuttavia, miten ne voidaan Suomen olosuhteissa toteuttaa ja miten käytettävissä olevat resurssit tulisi kohdentaa. Aihe annettiin mielenterveys- ja päihdepalvelujen jaostolle valmisteltavaksi.

## 2 Terveysongelma

### 2.1 Terveysongelman määrittely

#### **Skitsofreniaryhmän psykoosit**

Skitsofreniaryhmän psykoosit ovat monimuotoisia psyykkisiä sairauksia, jotka ilmenevät erilaisina ja vaihtelevina oireina. Skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavilla on usein myös muita psyykkisiä oireita, kuten masennusta ja ahdistusta. (Perälä ym. 2013)

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

- F20 Skitsofrenia
- F21 Psykoosi- tai 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

Yleisin ja tieteellisesti tutkituin psykoosisairaus 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.

Skitsoaffektiivisessä häiriössä sairastumisikä on hieman korkeampi kuin skitsofreniassa.

Myös harhaluuloisuushäiriössä voi joillakin potilailla esiintyä kognitiivisia puutoksia.

Harhaluuloisuushäiriöön ei kuitenkaan useinkaan liity samanlaisia tiedonkäsittelyn laaja-alaisia ongelmia kuin skitsofreniassa on. Harhaluuloisuushäiriö alkaa yleensä keski-iässä tai sen jälkeen (González-Rodríguez ym 2022; ), tyypillisesti myöhemmin kuin esimerkiksi skitsofrenia.

Muissa skitsofreniaryhmän psykooseissa kognitiiviset ongelmat ovat myös mahdollisia. Muiden psykoosien osalta sairastumisikä ja myös taudin kulku vaihtelevat. Ohimenevät psykoottiset häiriöt saattavat liittyä pelkästään ajankohtaisiin stressitekijöihin, eikä niihin tuolloin yleensä liity merkittäviä tai pitkäkestoisia kognitiivisten toimintojen ongelmia. (Díaz-Caneja ym. 2019)

## 2.2 Luonnollinen kulku ja psykoosisairauksien oireyhtymäluonne

Psykoosisairaudet ovat oireyhtymiä, jotka muodostavat ennusteeltaan ja sairaudenkulultaan heterogeenisen sairausryhmän. Niin sanottuja positiivisia oireita (psykoottiset oireet) ovat muun muassa aistiharhat, harhaluulot, hajanainen puhe ja ajattelu sekä poikkeava motorinen käyttäytyminen. Negatiivisia oireita ovat muun muassa tunneilmaisun latistuminen, puheen köyhtyminen, kyvyttömyys tuntea mielihyvää, motivaation ja kiinnostuksen alenema, sosiaalinen vetäytyminen ja aloitekyvyttömyys. Kognitiivisilla oireilla tarkoitetaan tiedonkäsittelyyn liittyviä vaikeuksia, kuten ongelmia keskittymisessä, muistissa ja ajattelussa. Kognitiiviset oireet eivät ole erillisiä muista psykoosisairauksien oireista, vaan ovat osin päällekkäisiä muiden oireiden kanssa, ja yhdessä muiden oireiden kanssa vaikuttavat potilaan kliiniseen oirekuvaan ja toimintakykyyn.

Yleisin psykoosimuoto on skitsofrenia, jonka ensimmäinen psykoosijakso ajoittuu useimmiten nuorelle aikuisiälle, tyypillisesti 20-30 vuoden ikään, mutta saattaa alkaa jo nuoruusiässä. Skitsofrenian ensimmäistä psykoosijaksoa voi edeltää vuosia kestävä oireilun vaihe (prodromaali vaihe), jossa esiintyy eriasteisia affektiivisia (mielialaoireita), negatiivisia ja kognitiivisia oireita sekä vähitellen voimistuvia psykoosioireita. Skitsofreniapotilaista 70-75%:lla on todettavissa sairautensa aikana kognitiivisia oireita, jotka vaihtelevat vakavuudeltaan potilaiden välillä (Silberstein ym. 2019). Meta-analyseissä skitsofreniapotilaiden yleinen suoriutuminen kognitiota mittaavissa testeissä jää keskimäärin 0,5-1 keskihajonnan verran normaalitasoa heikommaksi. Arviolta noin neljäsosalla potilaista on kuitenkin keskitasoa tai jopa keskitasoa parempi kognitiivinen suorituskky. Näilläkin potilailla on voinut tapahtua toimintaa haittaavaa kognitiivisen



suoriutumisen heikkenemistä, mutta heidän kognition lähtötasonsa ennen sairastumista on ollut korkea ja on sairaudesta huolimatta normaalin rajoissa.

Useimmilla skitsofreniapotilaista kognitiivisia oireita on havaittavissa jo nuoruusiässä prodromaalivaiheen eli sairastumista ennakoivan oireilun aikana. Kognitiivinen oireilu voi lisääntyä ensimmäisen psykoosijakson jälkeen tasaantuen tyypillisesti muutamien ensimmäisten sairastumista seuraavien vuosien aikana. Tämän jälkeen pääsääntöisesti kognitiiviset ongelmat eivät useimmilla skitsofreniapotilailla etene, joskin ikääntyessä joillain potilailla kognitiivinen suoriutuminen heikkenee hieman verrokkiväestöä nopeammin. (Harvey ym. 2022) Keskimäärin skitsofreniaa sairastavan potilaan sairaudenkuvaa myöhemmällä iällä hallitsevat negatiiviset ja kognitiiviset oireet vaikka ajoittaisia psykoosijaksoja edelleen saattaa esiintyä.

Psykoottiset häiriöt ja erityisesti ei-mielialaoireiseen psykoosiin sairastuminen ovat usein yhteydessä matalaan sosioekonomiseen asemaan. Sairastuneet olivat useammin naimattomia, työttömiä ja eläkeläisiä tai alhaisen peruskoulutuksen ja tulotason omaavia kuin yleisväestö. (Perälä ym. 2013)

### **2.3 Vaikutukset toimintakykyyn**

Suurella osalla skitsofreniaa sairastavista voidaan todeta erilaisia kognitiivisten toimintojen puutteita tai häiriöitä. Kognitiiviset oireet liittyvät muun muassa tarkkaavaisuuteen, prosessointinopeuteen, näönvaraiseen oppimiseen, päättelyyn ja ongelmanratkaisuun, työmuistiin, kielelliseen oppimiseen ja muistiin sekä kielelliseen käsityskykyyn. Skitsofreniaa sairastavilla esiintyy puutteita myös sosiaalisen kognition alueella, esimerkiksi haasteita tunnetilojen havaitsemisessa ja mielen teoriassa sekä vinoumia asioiden merkitysten ja syy-seuraus-suhteiden hahmottamisessa (mm. alttiut tehdä virhepäätelmiä). (Green ym. 2019, Viertiö ym. 2016)

Kognitiivisen toimintakyvyn ongelmat, mukaan lukien sosiaalisen kognition vaikeudet, vaikuttavat työ- ja toimintakykyyn arjessa ja ovat yhteydessä heikompaan elämänlaatuun (Viertiö ym. 2016) ja vaikuttavat suhteellisesti eniten potilaan ennusteeseen (Harvey ym.

2022). Tämän vuoksi kognitiivinen oireulottuvuus on keskeinen hoidon kohde psykoosisairauksissa. Heikon kognitiivisen suorituskyvyn yhteys arjen toimintakyvyn ongelmiin skitsofrenia-ryhmän psykooseissa on selkeä, mutta useat tekijät muokkaavat tätä yhteyttä (Kharawala ym 2022). Keskeisiä tällaisia tekijöitä ovat mm. edellä mainitut negatiiviset oireet ja niissä erityisesti motivaatiovaikeudet sekä erilaiset psykososiaaliset tekijät.

Valtaosa skitsofreniapotilaista ja skitsoaffektiiivista häiriötä sairastavista päätyy edelleen työkyvyttömyyseläkkeelle Suomessa (Perälä ym 2008), mikä korostaa vaikuttavien kuntoutusmenetelmien systemaattisen käyttöönoton tärkeyttä osana näiden potilaiden hoitosuunnitelmaa. Muissa skitsofreniaryhmän häiriöissä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on vähäisempää johtuen kliinisen oireilun ja sairaudenkulun eroista, mutta yksilölliset erot näidenkin häiriöiden psykososiaalisessa ennusteessa ovat suuria.

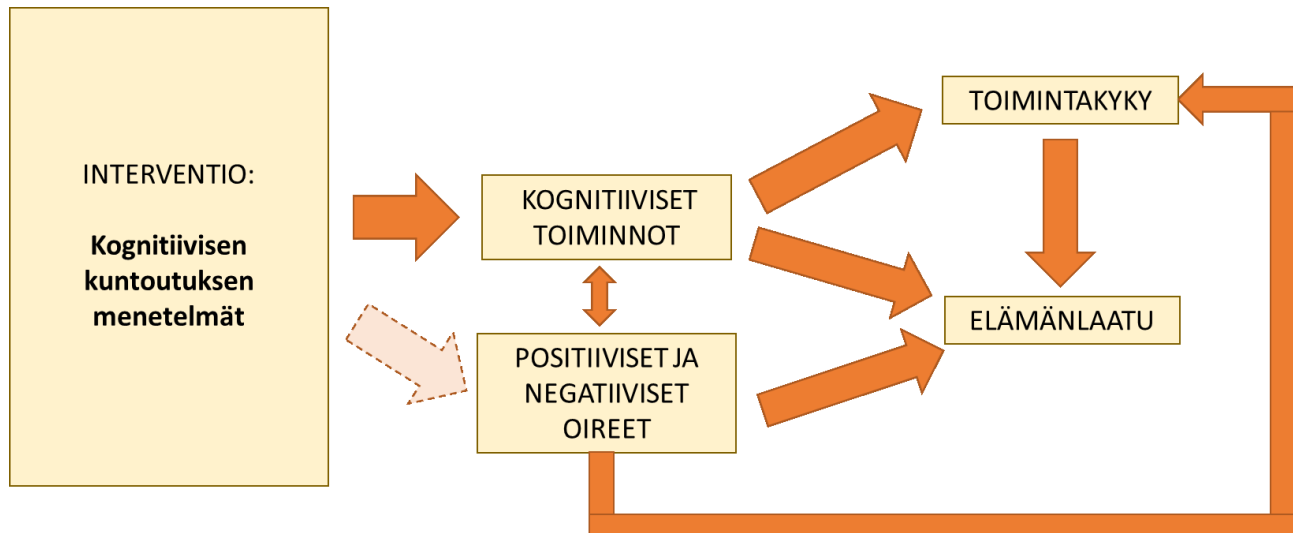
Skitsofreniapotilailla on vaikeuksia sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä ja solmimisessa. Potilaat saattavat elää eristäytynyttä elämää. Osa pitkäaikaisista skitsofreniaa sairastavista asuu kuntoutuskodeissa.

### **3 Arvioitava menetelmä**

Skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien yleistä kognitiota harjoittavia ohjelmia kutsutaan kognitiiviseksi remediaatioksi, ja ne tähtäävät tiedon käsittelyn parantamiseen. Kognitiivista remediaatiota 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 (kts. kuva 1). (Systemaattinen katsaus s. 4 /Viertiö ym. 2016, Wykes ym. 2011)

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. (Systemaattinen katsaus s.4 / Viertiö ym. 2016)



### **Kuva 1. Intervention (kognitiivisen kuntoutuksen) oletetut vaikutukset ja niiden väliset suhteet skitsofrenia-ryhmän psykooseja sairastavilla potilailla**

Positiiviset oireet = tarkoitetaan psykoottisia oireita, kuten aistiharhoja (erityisesti kuuloharhat), harhaluuloja sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuutta

Negatiiviset oireet = tarkoitetaan tunneilmaston latistumista, puheen köyhtymistä, tahdottomuutta ja kyvyttömyyttä tuntea mielihyvää

Lähde: Hotuksessa kirjallisuuden pohjalta laadittu havainnollistaminen kognitiivisen kuntoutuksen oletetuista vaikutuksista ja niiden välisistä suhteista skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavilla

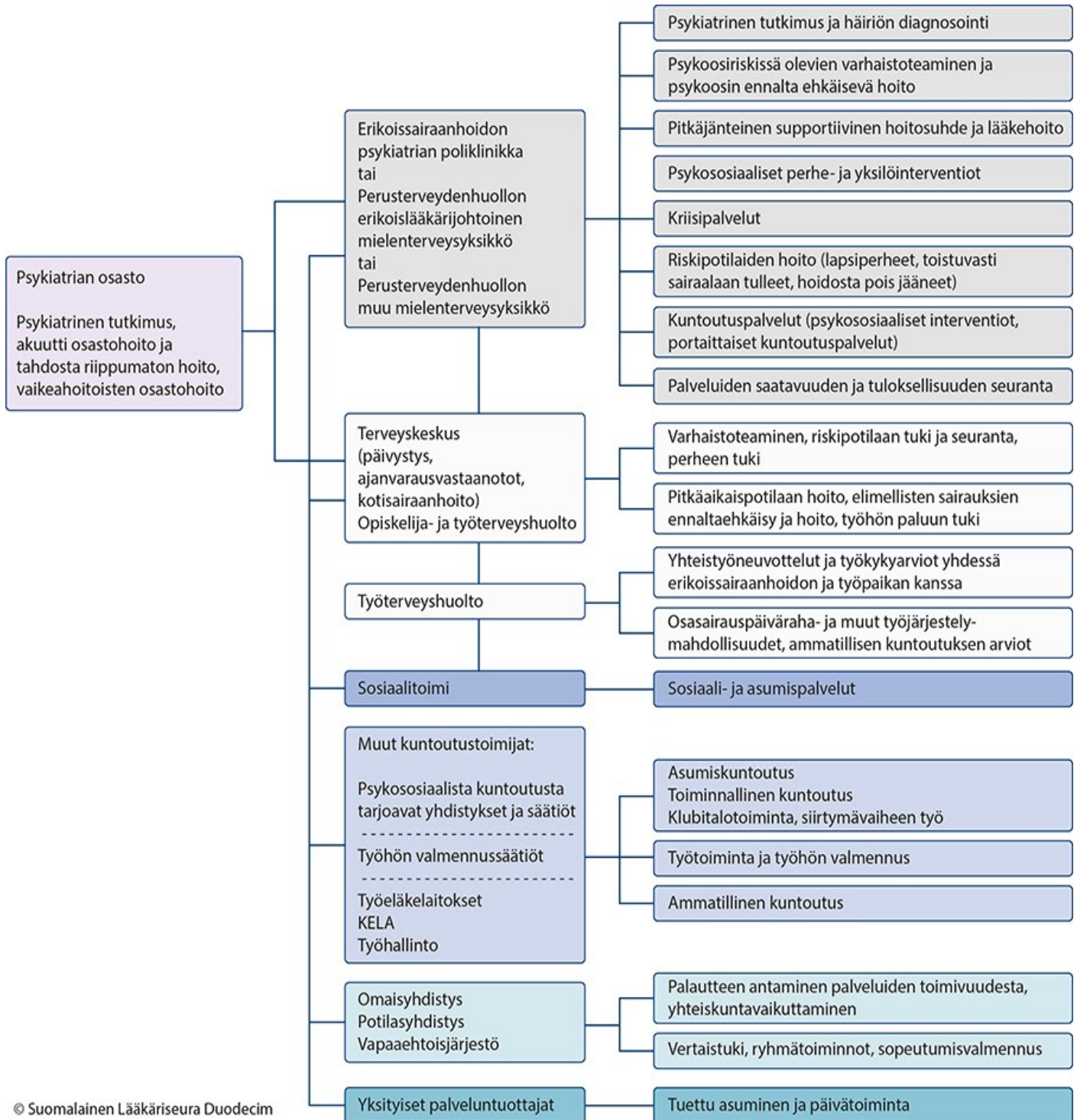
### **3.1 Potilaan tyypillinen hoitopolku**

Psykoosiin sairastuneen potilaan hoitopolku etenee eri tavoin eri psykoosien kohdalla. 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 herkästi tehdä laajempia tutkimuksia, arvioida kokonaistilannetta ja diagnoosia, sekä suunnitella tarpeen mukaisesti intensiivinen ja monialainen hoito ja kuntoutus. Hoitoajaksi suositellaan vähintään kahta vuotta. Mikäli tässä vaiheessa

havaitaan kognitiivisia vaikeuksia, on myös kognitiivinen kuntoutus tarpeen. Jos potilaan diagnoosi tarkentuu skitsofreniaksi tai skitsoaffekttiiviseksi psykoosiksi, tarvitaan usein pitkää, tyypillisesti elinikäistä, hoitoa ja erilaisia kuntoutustoimia. Oikea-aikainen kognitiivinen kuntoutus kuuluu yhtenä osana toimenpidevalikkoon. 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. Kuvassa 2 on esitelty skitsofrenian alueellinen hoitomalli, jota voidaan tarpeen mukaisesti soveltaa myös muihin psykooseihin.

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.



© Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

## Kuva 2. Skitsofrenian alueellinen hoitomalli

Lähde: Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus.

Yo. kuvamateriaalin saavutettavuudessa saattaa olla puutteita.

Pyydettyessä toimitamme materiaalin saavutettavassa muodossa.

### **3.2 Skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kognitiivisten toimintojen kuntoutus**

- teoreettinen pohja perustuu tietoon skitsofreniaan liittyvistä keskushermosto-muutoksista ja kognitiivisten häiriöiden keskeisestä merkityksestä oirekuvassa ja toimintakykyongelmissa
- yksittäisen potilaan kuntoutus pohjautuu neuropsykologin tai psykologin toteuttamaan kognitiivisten toimintojen tutkimukseen sekä arjessa tehdyille, myös potilaan itsensä tekemille, havainnoille toimintakykyongelmista
- tavoitteena on kohentaa sosiaalista, kognitiivista ja yleistä toimintakykyä ts. kognitiivisten prosessien, kuten muistin, tarkkaavaisuuden, toiminnanohjauksen, metakognition tai sosiaalisen kognition pitkäaikainen koheneminen
- kuntoutusmenetelmillä voidaan tavoitella myös toimintojen kompensoimista
- kuntoutusmenetelmien valintaan ja tavoitteisiin vaikuttavat skitsofreniaryhmän psykoosien monimuotoisuus (esim. oirekuvien yksilöllisyys/vaihtelevat painotukset, sairauden alkamisikä/kesto/vaihe, toimintakykypuutokset, elämäntilannetekijät) ja muu samanaikaissairastavuus (komorbiditeetti, kuten esim. päihdehäiriöt)
- voidaan toteuttaa ryhmissä tai yksilökuntoutuksena ja siinä voidaan hyödyntää kynä-paperiharjoituksia, kuntouttavia tietokoneohjelmia, keskustelua ja toiminnallisia harjoituksia. 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 (Systemaattinen katsaus s. 4 / Viertiö ym. 2016, Wykes ym. 2011)

**Suomessa käytössä olevia kognitiivisen kuntoutuksen menetelmiä skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien hoidossa ovat ainakin seuraavat:**

**CRT Kognitiivinen remediaatioterapia (Frontal/executive program)**

- Usein kognitiivista remediaatiota käytetään myös yläkäsitteenä, joka pitää sisällään erilaisia interventioita, kuten taitavan ajattelun ryhmä tai Circuits tai digitaaliset kuntoutusmenetelmät. Kognitiivinen remediaatioterapia on tiivis, käsikirjan mukaan etenevä terapiamuoto. (Muzio ym. 2010 Lääkärilehti\*)
- On käytössä laajalti Suomessa; (Delahunty & Morice\*)
- Pyrkii potilaiden toimintakyvyn kohentamiseen kehittämällä heidän ongelmanratkaisustrategioitaan ja siihen vaikuttavia kognitiivisia toimintoja.
- Ohjauksessa keskitytään aluksi kognitiivisen joustavuuden ja tarkkaavuuden kohentamiseen, sen jälkeen muistitoimintoihin ja lopuksi toiminnanohjaukseen ja suunnittelukykyyn.
- Tavoitteena on kohentaa potilaiden metakognitiivisia taitoja. Keskeisiä menetelmiä ovat tuettu asteittainen eteneminen sekä virheetön oppiminen, jolla pyritään estämään skitsofreniapotilaille tyypillinen virheellisten ratkaisujen mieleen painuminen.

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

- On kehitetty kognitiivisen remediaatioterapian pohjalta.
- Korostetaan metakognitiivisten taitojen kehittymistä ja strategiaoppimista.
- Ohjelmassa on tehtäviä, joissa käytetään esimerkiksi numeroita ja monimutkaisempia työhön, sosiaalisiin tilanteisiin sekä muihin tilanteisiin liittyviä tehtäviä.
- Toteutetaan yksilökuntoutuksena tai osana ryhmämuotoista kuntoutusta
- On yksilöllinen kognitiivisten toimintojen kuntoutusohjelma, joka pohjautuu havaittuihin kognitiivisiin puutoksiin ja arjen toimintakyvyn ongelmiin. Ongelmien ja ratkaisukeinojen purkaminen ryhmässä voi tuoda vertaisoppimista.
- Käytetään, kun kognitiiviset hankaluudet vaikeuttavat arjessa, opinnoissa tai työelämässä suoriutumista.
- Tavoitteita:



- asetetaan yksilölliset, käytännönläheiset ja mitattavat tavoitteet, joiden toteutumista seurataan kuntoutusjakson aikana
- toiminnanohjauksen kohentaminen keskittymällä toimivampien kognitiivisten strategioiden ja metakognitioiden parantamiseen yksilöllisten tarpeiden pohjalta.
- opitun soveltaminen käytännön tilanteisiin
- Käsikirjan mukaan etenevä ohjelma: 2-3 krt/viikko, 45-60 min, osa itsenäistä työskentelyä, kesto n. 3-6kk
- Kynä-paperi –tehtäviä, tietokoneharjoitteita, käytännön harjoitteluita ja arkeen jalkautumista tarpeen mukaan.
- Edellytykset osallistujalta:
  - ei aktiivista päihdekäyttöä
  - motivaatio ja kyky sitoutua 2-3 krt/vko tapahtuviin kuntoutuskäynteihin
  - samat kuin TAR (Taitavan ajattelun ryhmä, kts. jäljempänä), mutta ryhmätyöskentely ei onnistu tai tarvitsee räätälöidympää otetta
  - ei merkittäviä/laaja-alaisia todettuja kehityksellisiä neuropsykologisia vaikeuksia

### **NEAR (Neuropsychological and Educational Approach to Cognitive Remediation)**

- On käytössä ainakin pääkaupunkiseudulla.
- Keskittyy ajatukseen, että kognitiivinen remediaatio on oppimista ja sen vuoksi siinä käytetään menetelmiä, jotka ovat vaikuttavia oppimisen edistämässä. NEAR:ssa yhdistetään useita eri harjoituksia. (Medalia & Freilich, 2008\*)
- NEAR-malliin yhdistetään tyypillisesti jokin tietokonepohjainen kuntouttava ohjelma. HUS:issa käytetään Circuitsia (kts. edellä). Käytössä pääkaupunkiseudulla on myös CogMed Työmuistitreeni.

### **SCIT (Social Cognition and Interaction Training)**

- Käytössä maanlaajuisesti



- Sosiaalisella kognitiolla tarkoitetaan niitä tiedonkäsittelytoimintoja, joita tarvitaan sosiaalisissa tilanteissa. Esimerkiksi toisten ihmisten tunteiden, ajatusten ja aikeiden ymmärtäminen voi skitsofreniaa sairastaville olla vaikeaa sosiaalisen kognition häiriöiden vuoksi. (Viertiö ym. 2016\*)
- SCIT on harjoitusohjelma, jonka tavoitteena on kehittää sosiaaliskognitiivisia taitoja ja siten kohentaa skitsofreniaa sairastavien sosiaalista toimintakykyä. Ohjelma on ryhmämuotoinen ja koostuu 20–24 ryhmäistunnosta, joita työpari ohjaa käsikirjan mukaan edeten. Ohjelmassa harjoitellaan tunteiden tunnistamista sekä näkökulman vaihtamista (mielen teoria). Lisäksi tavoitteena on vähentää metakognitiivista yli-itsevarmuutta ja sen vuoksi tapahtuvia yksioikoisia ja kaavamaisia sosiaalisia tulkintoja. (Viertiö ym. 2016.\*)

### **MCT (Metacognitive Training)**

- Käytössä ainakin Niuvanniemen sairaalassa vaihtoehtona SCIT:lle
- Harjoitusohjelma, jonka tavoitteena on vähentää metakognitiivista yli-itsevarmuutta ja skitsofrenialle ominaisia ajattelun vääristymiä. Ajattelun vääristymien ajatellaan osaltaan olevan myös psykoottisten harhaluulojen taustalla. MCT:hen kuuluu sosiokognitiivisia sisältöjä, kuten attribuutiotyylin ja toisten ihmisten näkökulman harjoittelua. (Viertiö ym. 2016\*)

### **CAT/MATTI -kuntoutus (Cognitive Adaptation training)**

- Pyrkii ohittamaan heikentyneen kognition ja toiminnanohjauksen haasteita tekemällä ympäristöstä helpommin hahmotettavan. Kotiympäristöön lisättäviä tukielementtejä voivat olla esimerkiksi ohjaavat kyltit, hälytykset ja muistilistat. Yksinkertaisempi toimintaympäristö vaatii vähemmän kognitiivisia resursseja, kun siihen sisällytetyt vihjeet ohjaavat kohti toivottua toimintaa. (Viertiö ym. 2016\*)
- Mielenrveyskuntoutujan asumisen tukeminen, tavoitteena itsenäisyys
- Asumisen tukena osastolta kotiutuessa, tavoite mahdollisimman itsenäinen asuminen

- Yksilöllinen työskentely, jossa harjoitellaan käyttämään kognitiivisia puutosoireita korvaavia toimintamalleja.
- Kohdistuu ensisijaisesti arjen päivittäiseen toimintaan ja päivittäisen toiminnan tukemiseen
- Työskentely yksilöidään asuinympäristön ja toimintakyvyn mukaan
- Kotikäynnein toteutuva väh. 1krt/vko. n. 60 min, kesto 6-12 kk.
- Aikuiset psykoosipotilaat, joilla todettu sellaisia kognitiivisia puutosoireita, jotka vaikeuttavat arjesta selviämistä itsenäisesti
- Kun muu kognitiivinen remediaatio yksilö- ja ryhmämuodossa on todettu riittämättömäksi.
- Edellytykset osallistujalta:
  - motivoitunut ja kykenevä sitoutumaan viikoittaisiin kotikäynteihin
  - tarvitsee yksilöllisempää räätälöintiä ja työskentelyn kohdistamista ympäristön ja toiminnan ulkoiseen jäsentämiseen
  - poissulkukriteerinä aktiivinen päihteidenkäyttö tai käytös, joka vaikeuttaa kotikäynnein toteutuvaa työskentelyä
  - työskentelyn soveltuvuus arvioidaan yksilöllisesti

## **TAR – Taitavan ajattelun ryhmä**

- Tietokoneavusteinen kognitiivinen ryhmäkuntoutus
- Tietokoneharjoitteet sekä keskusteluosio, jossa yksilö- ja ryhmäharjoituksia
- 20 kertaa, 2 krt/vko, 1,5 tuntia/kerta
- Tavoitteet: kognitiivisten taitojen harjoittaminen, tehokkaiden toimintastrategioiden oppiminen, metakognition kehittyminen
- Hankittujen taitojen siirtäminen arkeen
- Psykoosipotilaille, joilla todettu sellaisia toimintakykyä heikentäviä kognitiivisia vaikeuksia, jotka hankaloittavat suoriutumista arjessa, opinnoissa tai työelämässä
- Psykologi haastattelee ja arvioi hoidon soveltuvuuden ennen ryhmän alkua
- Edellytykset osallistujalta:
  - riittävän vakaa psyykkinen vointi
  - motivaatio ja kyky sitoutua ryhmään 2krt/vko

- halu harjoitella ryhmätilanteita
  - ei aktiivista päihdekäyttöä
  - ei merkittäviä/laaja-alaisia todettuja kehityksellisiä neuropsykologisia vaikeuksia
- ryhmäkuntoutusta
- (\* kts. Systemaattinen katsaus s. 5-6)

## **4 Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö sekä menetelmä, johon verrataan**

### **4.1 Nykyiset tutkimus- ja hoitokäytännöt**

Yleisesti tarkasteluna kognitiivisen kuntoutuksen menetelmiä toteutetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, mutta pääosin erikoissairaanhoidossa. Kognitiivisen kuntoutuksen menetelmät edellyttävät toteuttajalta terveydenhuollon ammattihenkilön pätevyyttä ja ko. menetelmään kohdentuvaa koulutusta. Joidenkin menetelmien käyttämiseen on koulutettu myös sosiaalihuollon pätevyyden omaavia henkilöitä. Esimerkiksi SCIT-ryhmiä (sosiaalisen kognition kuntoutusmenetelmä) voivat ohjata SCIT-koulutuksen käyneet sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaiset. Jos terapiaa annetaan terveydenhuollon yksikössä, vastaa yksikkö myös sosiaalihuollon ammattilaisten kouluttamisesta ja osaamisesta. Jos taas kyseessä on sosiaalihuollon yksikkö, jossa toteutetaan kuntoutusta sosiaalihuollon omalla työkalulla, vastaa yksikkö menetelmän käytön kouluttamisesta ja terveydenhuollon toimintaa toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä.

Vuonna 2022 eri erityisvastuualueilla oli käytössä vaihtelevasti kognitiivisen kuntoutuksen menetelmiä. Yksilömuotoista CRT:tä toteutettiin muilla alueilla paitsi KYSin alueella, jossa sitä on toteutettu aiemmin, mutta ei juuri nyt. Muiden menetelmien käytön osalta oli enemmän kirjavuutta. Hyksin ja Tyksin alueilla käytettiin laajimmin eri menetelmiä. (taulukko 1)

**Taulukko 1. Kognitiivisen kuntoutuksen käytössä olevia menetelmiä skitsofrenian hoidossa erityisvastuualueilla (tilanne joulukuussa v. 2022)**

Erityisvastuualue	Menetelmät						
	CRT yksilö- muotoisena	CRT ryhmä- muotoisena	Circuits, työmuisti- treenit	Joku muu, mikä?	CBT	SCIT	MCT
HYKS	X	X	X	CAT* X	X*	X*	
TYKS	X	X	X	X**		X	
TAYS	X	X		X***		X	
KYS	****						
OYS	X			*****		X	

\* Koulutusta kognitiiviseen työotteeseen. \*\* mm. ensipsykoosipotilaat (myös SCIT, CAT, CBT). Käytössä omia kognitiivisia ohjelmapaketteja.

\*\* MCT soveltavasti, yksilö CBT (puutetta terapeuteista) . Yksilö CBT/CBTp on kehitteillä. Konsepti periaatteessa valmis ja tämän syksyn aikana tarkoitus ottaa laajemmin käyttöön. Suunnitelmissa pystyä tarjoamaan 20-40 kerran yksilökuntoutusjaksoja potilaalle psykoosioireiden hoitoon. Terapeutteja on koulutettu aktiivisesti viimeisten parin vuoden aikana. Syksyllä 2022 koulutuksen aloitti 17-18 työntekijää. Käytössä omia kognitiivisia ohjelmapaketteja.

\*\*\* myös SCIT, metakognitio ohjelma, CAT tulossa

\*\*\*\* CRT:ta on toteutettu aiemmin, mutta ei juuri nyt. Käytössä kognitiivinen työote.

\*\*\*\*\* OYS ollut mukana KYS:in kanssa kehittämässä sovellettuja ohjelmia.

Lähde: Taulukon tiedot saatu kaikkien sh-piirien osalta Mari Kantaselta/HUS (ja Miepä-jaosto) sekä lisäksi Tyksin osalta tarkentavaa tietoa Noora Sjösteniltä ja OYSin osalta Juha Veijolalta (Miepä-jaosto).

Tämän taulukon saavutettavuudessa saattaa olla puutteita. Pyydettyäessä toimitamme materiaalin saavutettavassa muodossa).

## 4.2 Käypä hoito –suositus

[Skitsofrenian käypä hoito](#) –suosituksen mukaan ensipsykoosin jälkeen skitsofreniapotilas on suositeltavaa ohjata 2–3 vuoden ajaksi tiiviimpään seurantaan ja monipuolista kuntoutusta sisältävään avohoitoon. Tähän avohoitoon tulee sisältyä psykoedukaatiota, tukea perheille tai omaisille, psykoosirelapsin varhaisoireiden tunnistamisen harjoittelua ja psykoosioireiden hoitoon suunnattua kognitiivista käyttäytymisterapiaa (KKT:tä) sekä muita yksilöllisesti tarvittavia kuntoutustoimia, kuten kognitiivista kuntoutusta.

Suosituksessa on tarkennettu lisäksi kognitiivisten toimintojen kuntoutusta ja kognitiivista remediaatiota skitsofreniapotilaiden kognitiivisten puutosten hoidossa seuraavasti (sisällytetty A-tason näytönasteen suositukset):

- Kognitiivinen kuntoutus edistää skitsofreniapotilaiden toiminnanohjausta, tarkkaavaisuutta, sanallista muistia ja sosiaalista kognitiota ja kohentaa muuhun kuntoutukseen yhdistettynä toimintakykyä
- Kognitiivisten puutosten lievitys kognitiivisen remediaation avulla parantaa nuorten sosiaalista toimintakykyä, kun remediaatio on yhdistetty muuhun toiminnalliseen kuntoutukseen
- Kognitiivinen remediaatio lievittää muihin kuntoutustoimiin yhdistettynä skitsofreniapotilaiden negatiivisia oireita ja parantaa toimintakykyä
- Kognitiivisen kuntoutuksen yhdistäminen työkuntoutukseen tai tuettuun työllistymiseen ilmeisesti parantaa skitsofreniapotilaiden työllistymismahdollisuuksia ja työssä suoriutumista
- Kognitiivinen remediaatio parantaa skitsofreniapotilaiden toiminnanohjausta, tarkkaavaisuutta, sanallista muistia ja yleistä kognitiota sekä parantaa toimintakykyä yhdistettynä muuhun kuntoutukseen.

### **4.3 Keskeiset ulkomaiset suositukset ja käytännöt**

#### **4.3.1 Ruotsi**

Ruotsalaisessa kansallisessa suosituksessa (v. 2018) puolletaan integratiivisen psykoterapian ja kognitiivisen kuntoutuksen (prioriteetti 2) sekä tietokonepohjaisen kognitiivisen kuntoutuksen hyödyntämistä (prioriteetti 3) skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien hoidossa ja kuntoutuksessa.

Ruotsalaiset suositukset kiinnittävät enemmän huomiota mm. eettisiin, hoidon organisointiin ja järjestämiseen sekä kustannus-hyöty -näkökohtiin koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä.

Suosituksessa mainitaan psykoosipotilaille soveltuvina kognitiivisina kuntoutusmenetelminä remediaatio (CRT), kognitiivinen adaptaatioterapia (cognitive adaptation therapy CAT), sosiaalinen kognitio (SCIT) sekä lukuisat digitaaliset kuntoutusmuodot.

Hoito on vaikuttavaa oire/toiminta-lopputulos tasolla, mutta kuntoutuksen saatavuudessa on myös Ruotsissa ongelmia, mm. on pulaa nimenomaan tämän potilasryhmän hoitoon koulutetuista psykoterapeuteista. (Socialstyrelsen 2018)

#### 4.3.2 Norja

Norjan kansallinen suositus on laadittu kymmenen vuotta sitten (v. 2013). Siinä suositellaan (Näytönaste: B) kognitiivista kuntoutusta osana skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kokonaisvaltaista päivittäistoiminnoista suoriutumista tukevaa ja ammatillista osallisuutta tukevien taitojen harjoittelua. (Helsedirektoratet 2013)

#### 4.3.3 Tanska

Tanskan kansallisessa suosituksessa (v.2018) suositellaan (heikko suositus) harkitsemaan neurokognitiivista kuntoutusta skitsofreniaryhmän psykooseja sairastaville ja niille, joilla on merkittävää toimintakyvyn alenemaa. Suositus on luokiteltu "heikoksi", koska käytettävissä ollut tutkimusnäyttö on ollut heikkolaatuista ja myöskään menetelmän käyttö ei vaikuttanut kognition parantumiseen. (Sundhedsstyrelsen 2018)

## **5 Kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuus skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kognitiivisiin toimintoihin ja toimintakykyyn**

### **5.1 Kognitiiviset toiminnot**

Vitan ja kollegoiden systemaattisen katsauksen (2021\*) mukaan kognitiivinen kuntoutus kohentaa skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kognitiivisia toimintoja laaja-alaisesti vaikuttavuuden (efektikoko) vaihdella 0,17–0,33 välillä. Vaikuttavuus oli suurempi, mikäli terapeutilla oli aktiivinen rooli, interventioon sisältyi kognitiivisten strategioiden kehittämistä, toistuvaa harjoittelua ja kognitiivisen kuntoutuksen sitominen muuhun kuntoutukseen. Lisäksi ne tutkittavat, joilla oli matalampi koulutus ja, joiden oireet olivat vakavammat, hyötyivät todennäköisemmin kognitiivisesta kuntoutuksesta. (\*kts. Skitsofreniaa sairastavien kognitiivinen kuntoutus -systemaattinen katsaus s.14 )

Verrattaessa kognitiivista kuntoutusta tavanomaiseen hoitoon uusimmat tutkimukset tukevat kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuutta erityisesti tarkasteltaessa skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien yleistä kognitiivista suoriutumista. Yksittäisten kognitiivisten toimintojen osalta tulokset ovat ristiriitaisia. Kognitiivisen kuntoutuksen eri menetelmien keskinäiset vertailut on esitetty systemaattisen katsauksen liitetaulukossa 4.2. (Skitsofreniaa sairastavien kognitiivinen kuntoutus -systemaattinen katsaus s.15).

### **5.2 Toimintakyky**

Vitan ja kollegoiden systemaattisen katsauksen (2021\*) mukaan kognitiivinen kuntoutus kohentaa skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien toimintakykyä laaja-alaisesti. Vaikuttavuus oli suurempi, kuten kognitiivisten toimintojenkin osalta, mikäli terapeutilla oli aktiivinen rooli, interventioon sisältyi kognitiivisten strategioiden kehittämistä, toistuvaa harjoittelua ja kognitiivisen kuntoutuksen sitominen muuhun kuntoutukseen. Lisäksi ne tutkittavat, joilla oli matalampi koulutus ja, joiden oireet olivat vakavammat, hyötyivät todennäköisemmin kognitiivisesta kuntoutuksesta. Uusimmissa tutkimuksissa tulokset kognitiivisen kuntoutuksen vaikutuksesta toimintakykyyn ovat olleet epäselviä. Kognitiivisen kuntoutuksen eri menetelmien keskinäiset vertailut on esitetty systemaattisen

katsauksen liitetaulukossa 4.2. (\*kts. Skitsofreniaa sairastavien kognitiivinen kuntoutus - systemaattinen katsaus s.84)

Kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuutta skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien toimintakykyyn tarkasteltiin myös Vita ym. (2021) katsauksen tiedonhaun jälkeen julkaistussa RCT-tutkimuksessa sekä Gergov ym. (2022) systemaattiseen katsaukseen sisältyneessä kolmessa RCT-tutkimuksessa (ml. kaikki vertailuparit). Verrattaessa kognitiivista kuntoutusta tavanomaiseen hoitoon täydentävää näyttöä koskevat tulokset kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien yleiseen toimintakykyyn eivät olleet keskenään yhteneviä (13 RCT-tutkimusta, otoskoot n= 26–208). Verrattaessa kognitiivista kuntoutusta muihin ei-kognitiivisen kuntoutuksen interventioihin näyttö oli pitkälti samansuuntaista kuin tavanomaiseen hoitoon tehdyssä vertailussa (katsauksen liitetaulukko 4.1\*). Kognitiivisen kuntoutuksen eri menetelmien keskinäiset vertailut on esitetty katsauksen liitetaulukossa 4.2\*. (\*kts. Skitsofreniaa sairastavien kognitiivinen kuntoutus -systemaattinen katsaus).

### **5.3 Kognitiivisen kuntoutuksen turvallisuus skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavilla**

Yhdessä mukaan valituista RCT-tutkimuksista raportoitiin haittatapahtumia. Siinä tutkimuksessa intervention kahdeksannella viikolla yksi tutkittava (38-vuotias nainen) haki sairaalahoitoa masennusoireiden vuoksi. Tutkittava yhdisti tapahtuneen asioihin, joista hän tuli tietoiseksi intervention aikana. Hän oli sairaalahoidossa kymmenen päivää masennusoireiden takia, minkä vuoksi häneltä jäi myös väliin kaksi intervention harjoituskertaa. Sairalahoidon jälkeen hän palasi interventioon ja osoitti huomattavan hyvää motivaatiota kuntoutukseen. (Skitsofreniaa sairastavien kognitiivinen kuntoutus - systemaattinen katsaus s. 32-33)

Eettisessä analyysissä esille tulleet, turvallisuuteen liittyvät, asiat on kirjattu kappaleeseen 7.1.



## 5.4 Muut kognitiivista kuntoutusta koskevat tulokset

Kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuutta (kognitiiviset toiminnot ja toimintakyky) sekä kustannuksia ja kustannusvaikuttavuutta tarkastelevista tutkimuksista koottiin tulokset myös koskien kliinistä kokonaisvaikutelmaa, sairaalahoitoa tai muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä, työmarkkina-asemaa ja asumisen muodon muutosta sekä kognitiivisen kuntoutuksen haittatapahtumia ja potilaiden näkökulmaa. (Skitsofreniaa sairastavien kognitiivinen kuntoutus -systemaattinen katsaus s. 32-33)

### 5.4.1 Sairaalahoidon ja muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve ja käyttö

Sairaalahoidon tarvetta oli raportoitu kahdessa mukaan valitussa RCT-tutkimuksessa. Yhdessä näistä tutkimuksista metakognitiivista kuntoutusta saaneella ryhmällä sairaalahoidon tarve oli keskimäärin 3,5 päivää 10 kuukauden aikana sisältäen kognitiivisen kuntoutuksen jakson, kun taas tavanomaista hoitoa saaneen ryhmän osallistujilla sairaalahoidon tarve oli keskimäärin 12,4 päivää saman pituisella ajanjaksolla. Ero ryhmien välillä sairaalahoitopäivissä oli tilastollisesti merkitsevä. Toinen tutkimus raportoi niiden potilaiden määrää, jotka otettiin takaisin sairaalahoitoon yhden vuoden sisällä kotiutuksesta. Metakognitiivista kuntoutusta ja toimintaterapiaa saaneesta ryhmästä 25 %, kun taas pelkkää toimintaterapiaa saaneesta ryhmästä 75 %, otettiin takaisin sairaalahoitoon yhden vuoden sisällä kotiutuksesta. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Muiden terveyspalveluiden käyttöä ei tähän katsaukseen mukaan valituissa tutkimuksissa raportoitu. (Skitsofreniaa sairastavien kognitiivinen kuntoutus -systemaattinen katsaus s.31)

### 5.4.2 Työmarkkina-aseman muutos

Työmarkkina-aseman muutosta oli raportoitu kahdessa mukaan valitussa RCT-tutkimuksessa. Kognitiivista kuntoutusta sisältäneen tehostetun ammatillisen kuntoutuksen ryhmän (AVR) ja tavanomaisen ammatillisen kuntoutuksen ryhmän (CVR) välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja niiden osallistujien kokonaismäärässä, jotka saivat työpaikan avoimilta työmarkkinoilta tai hyväksyivät työharjoittelupaikan. Yhteensä 58,8 % AVR-ryhmän tutkittavista ja 52,9 % CVR-ryhmän tutkittavista sai jonkinlaista työtä. Keskimääräinen tehtyjen työviikkojen määrä seuranta-ajalla (52 viikkoa) oli molemmissa ryhmissä kuitenkin suhteellisen korkea AVR: 47,6 viikkoa, CVR: 42,1 viikkoa.

Työssäkäyvien suhteellisissa osuuksissa, 52 viikon kohdalla, tehtyjen tuntien määrällä tai palkan suuruudella ei myöskään ollut eroa ryhmien välillä. (Skitsofreniaa sairastavien kognitiivinen kuntoutus -systemaattinen katsaus s.32 )

Toisessa työmarkkina-aseman muutoksia raportoineessa tutkimuksessa ei löytynyt tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä intervention jälkeen tai 12 kuukauden seurannassa (työpaikkojen määrä / tutkittava). Tässä tutkimuksessa toinen ryhmä sai kognitiivista remediaatiota yhdistettynä yksilöllisiin työllisyyttä tukeviin toimiin (IPS – Sijoita ja valmenna) ja toinen ryhmä sai vain jälkimmäistä. Kuitenkin interventioryhmässä oli enemmän työssäkäyviä kuin kontrolliryhmässä kahdeksan kuukauden kohdalla ja 12 kuukauden kohdalla. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Lisäksi työtuntien viikkotuntimäärässä oli eroa 12 kuukauden seurantamittauksessa (interventioryhmässä enemmän työtunteja), vaikka eroa ei ollut vielä kahdeksan kuukauden kohdalla. Tuntipalkassa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä intervention jälkeen tai seurantamittauksessa. (Skitsofreniaa sairastavien kognitiivinen kuntoutus -systemaattinen katsaus s.32)

#### 5.4.3 Asumisen muodon muutos

Asumisen muodon muutoksia ei raportoitu yhdessäkään tähän katsaukseen valituista tutkimuksista. (Skitsofreniaa sairastavien kognitiivinen kuntoutus -systemaattinen katsaus s.32)

Tutkimuksessa (Ahti J. ym. 2022) eri psykoottiset häiriöt vaikuttavat psykososiaaliseen toimintaan eri tavoin, erityisesti itsenäiseen asumiseen. Kaiken kaikkiaan kaksisuuntainen mielialahäiriö BD oli yhteydessä parhaaseen, skitsoaffektiivinen häiriö (SAD) ja psykoottinen MDD (major depressive disorder with psychotic features) keskinkertaiseen ja skitsofrenia heikoimpaan psykososiaaliseen toimintakykyyn. Suurimmat erot olivat itsenäisessä asumisessa (BD vs. 4,06 skitsofrenia). Kaikissa psykoottisissa häiriöissä naissukupuoli ja elinaikaisten sairaalahoitajaksojen määrä (käännteinen korrelaatio) olivat vahvassa yhteydessä naimisiin menemiseen, työllistymiseen ja itsenäiseen asumiseen.

#### 5.4.4 Kliininen kokonaisvaikutelma

Systemaattisen katsauksen tarkasteluun saatiin mukaan vain yksi tutkimus, jossa oli arvioitu kliinistä kokonaisvaikutelmaa, (Clinical global impression, CGI). Tutkimuksen tulos puolsi kognitiivista kuntoutusta. (Skitsofreniaa sairastavien kognitiivinen kuntoutus -systemaattinen katsaus s.33)

## 6 Tilastotiedot

### 6.1 Potilasmäärät

Kaikkien psykoottisten häiriöiden elämänaikainen esiintyvyys Suomessa oli 3.5 %.

Yleisin psykoosi on skitsofrenia. Ei-mielialaoireiset psykoosit ovat yleisempiä kuin mielialaoireiset psykoosit (Perälä ym. 2013). Jossakin elämänsä vaiheessa skitsofreniaryhmän psykooseja sairastaa noin 2,3 % väestöstä eli 131 000 henkilöä. Yleisin psykoosisairaus on skitsofrenia, jonka elinaikainen esiintyvyys on 1 % (57 000 henkilöä). (Perälä ym. 2007)

30-44 -vuotiaiden ryhmässä skitsofreniaryhmän psykoosien esiintyvyys on miehillä (1,4 %) yleisempää kuin naisilla (1,2 %). Edellistä iäkkäämpien ryhmässä esiintyvyys on huomattavasti korkeampaa naisilla kuin miehillä, esim. yli 65-vuotiailla miehillä (1,7 %) ja naisilla (2,7 %). (Perälä ym. 2007)

### 6.2 Toimenpidemäärät, hoitajaksot, käynnit

#### 6.2.1 Perusterveydenhuolto

Taulukossa 2 on esitetty perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokituksen (SPAT) perusteella kirjatut perusterveydenhuollon avohoidon toimenpiteet kaikkien Suomen kuntien osalta vuosilta 2019–2021 (vuotta 2022 koskevat tiedot olivat saatavilla vain 14.8.2022 saakka) kognitiivisen kuntoutuksen tai sitä lähellä olevien toimenpiteiden osalta. Huomioitavaa kuitenkin on, että mukana ovat kaikki käynnit diagnoosista huolimatta mielenterveystyön alueelta. Taulukkoa tulee tulkita vain suuntaa antavana.

Erlaisia kuntouttavia ryhmäinterventioita toteutettiin v. 2021 yhteensä 1933 kertaa ja vastaavia yksilöinterventioita 24 439 kertaa. Suurin osa kirjatuista toimenpiteistä on ollut sosiaalisen toimintakyvyn tukemista, vuonna 2021 yhteensä noin 24 000 kertaa. (taulukko 2)

**Taulukko 2. Avohilmo: Perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokituksen (SPAT) mukaisten, kognitiivisen kuntoutuksen menetelmien käyttö v. 2019-2022**

	2019	2020	2021	2022
	Menetelmät (Ikm)	Menetelmät (Ikm)	Menetelmät (Ikm)	Menetelmät (Ikm)
Systemaattinen yksilöhoito, kognitiivinen (IDY02)				12
Systemaattinen yksilöhoito, integratiivinen (IDY15)				12
Psykiatrian kuntouttava ryhmäinterventio, toiminnallinen (IER04)	109	608	1 496	764
Psykiatrian kuntouttava ryhmäinterventio, sosiaaliset taidot (IER05)	89	70	396	208
Psykiatrian kuntouttava ryhmäinterventio, Social Cognition and Interaction Training (SCIT) (IER06)	22	13	41	21
Psykiatrian neuropsykologinen kuntoutus (IEY04)				25
Psykiatrian ammattikohtainen erityisinterventio, yksilö (IEY05)		5		133
Psykiatrinen asumis- ja asioimistaitojen valmennus (IEY08)	141	191	132	2 620
Kognitiivinen remediaatio, Cognitive Remediation Therapy (CRT), yksilö (IEY11)	21			32
Muu kuntouttava psykiatrinen interventio (IEZ99)	1 024	656	173	95
Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen (IHZ07)	5 016	3 448	7 372	8 128

	2019	2020	2021	2022
	Menetelmät (lkm)	Menetelmät (lkm)	Menetelmät (lkm)	Menetelmät (lkm)
Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen (SPAT1234)	22 599	21 167	16 762	5 726
<b>Yksilöinterventiot yhteensä</b>	28 801	25 467	24 439	16 783
<b>Ryhmäinterventio yhteensä</b>	220	691	1 933	993
<b>Kaikki yhteensä</b>	29 021	26 158	26 372	17 776

Lähde: Avohilmo: Perusterveydenhuollon avohoidon SPAT- toimenpiteet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022.

Tämän taulukon saavutettavuudessa saattaa olla puutteita. Pyydettyessä toimitamme materiaalin saavutettavassa muodossa.

### 6.2.2 Erikoissairaanhoito

Husissa on otettu käyttöön psykoosien hoidon laaturekisteri, mutta muiden sairaanhoitopiirien osalta vastaavia tietoja ei ole saatavilla ja HUSin tiedoissa ei ole eroteltu millaista psykoosia hoitoja saaneet potilaat ovat sairastaneet. Tiedot on poimittu yhteistyössä Helsingin yliopistollisen sairaalan (HUS) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) yhteistyönä psykoosien hoidon laaturekisteristä. On huomioitava, että laaturekisteritietojen systemaattinen poimiminen on vielä osittain kokeiluvaiheessa, minkä vuoksi esitettyihin lukuihin liittyy epävarmuutta (HUSissa Apotti- tietojärjestelmän käyttöönotto ja toteutettu tietoallasmuutos ovat saattaneet vaikuttaa vuoden 2022 tietoihin). On lisäksi huomioitava, että HUSin tiedot eivät sisällä Helsingin kaupungin omana toimintanaan tuottamia palveluita.

Helsingin kaupungin Psykiatria- ja päihdepalvelut hoitavat suurimman osan helsinkiläisten skitsofreniaryhmän psykooseista ja vain hyvin pieni osa heistä on valtion mielisairaaloissa ja/tai HUS:n hoidossa esim. poikkeuksellisen vaarallisuutensa vuoksi. Osaan psykoosipotilaiden saaman hoidon tilastoinnista liittyy toistaiseksi epävarmuutta, kuten esim. hoitoajoista ei saada kovin tarkkoja tilastoja (s-postiviesti Jussi Niemi-Pynttäriltä 6.4.23 / psykoosipalvelut, Helsingin kaupunki).

Taulukossa 3 on esitetty kognitiivista kuntoutusta saaneiden potilaiden määrät HUS-psykiatrian toteuttamana vuosilta 2018–2021. Suurimpina ryhminä ovat olleet SCIT-ryhmäterapiat sekä CRT-yksilö- ja ryhmäterapiat. Helsingin kaupunki tuotti 25 potilaalle kognitiivista remediaatioterapiaa (CRT) ryhmäkuntoutuksena ja 25 potilasta osallistui ryhmämuotoinen sosiaalisen kognition harjoitusohjelmaan (SCIT). 30 potilasta osallistui Matti-kuntoutukseen (Muu neurokognitiivinen yksilökuntoutus). Vuonna 2021 HUS ja Helsingin kaupunki tuottivat n. 300 potilaalle kognitiivista kuntoutusta.

**Taulukko 3. Kognitiivista kuntoutusta saaneiden potilaiden lukumäärät kuntoutuslajeittain HUS Psykiatrian toteuttamana vuosina 2018–2021 sekä Helsingin kaupungin tuottamat kuntoutukset v. 2021**

Kuntoutuslaji	Potilaiden määrä					
	2018	2019	2020	HUS/ 2021	H:gin kaup. / 2021	V. 2021 HUS ja H:gin kaup. yht.
CRT Ryhmä	41	78	70	70	25	95
CRT Yksilö	58	38	63	67		67
Muu neurokognitiivinen ryhmäkuntoutus		6		12		12
Muu neurokognitiivinen yksilökuntoutus	4			1	30	31
Psykiatrian neuropsykologinen yksilökuntoutus	12	5		1		1
SCIT Ryhmä	61	70	72	75	25	100
<b>Kaikki yhteensä</b>	<b>176</b>	<b>197</b>	<b>205</b>	<b>226</b>	<b>80</b>	<b>306</b>

SCIT ryhmä = Ryhmämuotoinen sosiaalisen kognition harjoitusohjelma (Social Cognition and Interaction Training)

CRT = Kognitiivinen remediaatioterapia (Cognitive Remediation Therapy)

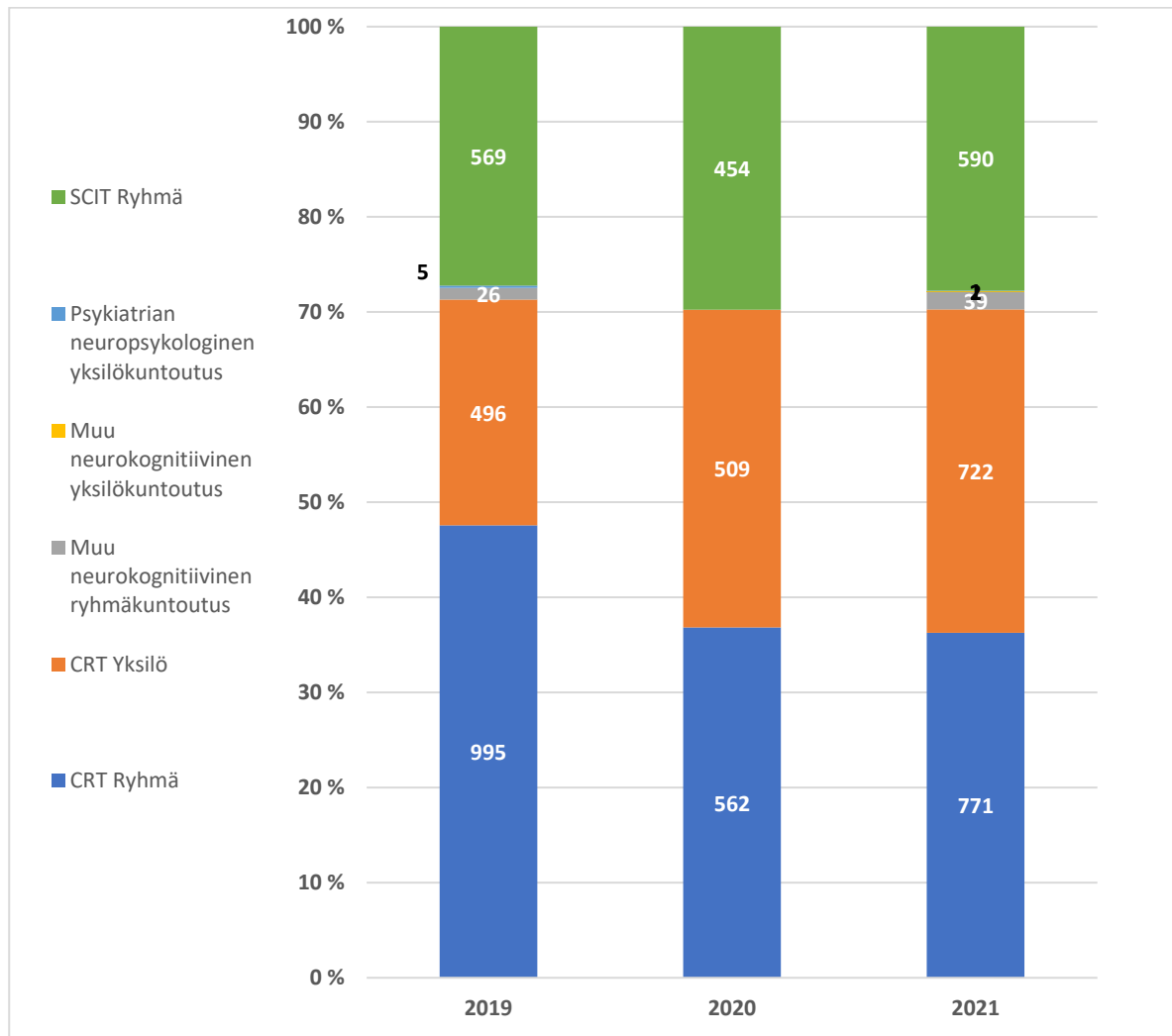
Lähde: HUS psykiatria/ psykoosien hoidon laaturekisteri/ Petri Näätänen ja THL. Helsingin kaupunki s-postiviesti Jussi Niemi-Pynttäriltä 6.4.23 / Psykoosipalvelut.

Tämän taulukon saavutettavuudessa saattaa olla puutteita.  
Pyydettyäessä toimitamme materiaalin saavutettavassa muodossa.

Kognitiivisen kuntoutuksen käyntimäärät HUS psykiatrian alueella vuosilta 2019–2021 näkyvät kuvassa 3. Vuonna 2019 niitä oli 2019 kpl, v.2020 oli 1525 kpl (vähenemä

pääasiassa koronan vaikutusta) ja v. 2021 yhteensä 2125 kognitiivisen kuntoutuksen käyntiä.

Vuonna 2022 vastaavia käyntejä kertyi aikuispotilaille yhteensä 3854 ja lapsi/nuorisopotilaille 139 käyntiä (taulukko 4). Käyntimäärät ovat olleet kasvussa.



**Kuva 3. Kognitiivista kuntoutusta saaneiden potilaiden käyntimäärät kuntoutuslajeittain HUS Psykiatrian toteuttamana vuosina 2019–2021**

SCIT ryhmä = Ryhmämuotoinen sosiaalisen kognition harjoitusohjelma (Social Cognition and Interaction Training)  
CRT = Kognitiivinen remediaatioterapia (Cognitive Remediation Therapy)

Lähde: HUS psykiatria / psykoosien hoidon laaturekisteri / Petri Näätänen ja THL

Tämän kuvan saavutettavuudessa saattaa olla puutteita.  
Pyydettyäessä toimitamme materiaalin saavutettavassa muodossa.

#### Taulukko 4. Kognitiivista kuntoutusta saaneiden potilaiden käyntimäärät menetelmittäin HUS Psykiatrian toteuttamana vuonna 2022

Kuntoutuslaji	2022
IEY90 Muu neurokognitiivinen yksilökuntoutus, mielenterveys- ja päihdehäiriö	
IER06 Sosiaalisen kognition ja vuorovaikutuksen ryhmähoito SCIT	1560
IEY04 Neuropsykologinen kuntoutus, mielenterveys- ja päihdehäiriö, aikuiset	107
IEY04 Neuropsykologinen kuntoutus, mielenterveys- ja päihdehäiriö, lapset	139
IEY90 Muu neurokognitiivinen yksilökuntoutus, mielenterveys- ja päihdehäiriö	2
IER90 Muu neurokognitiivinen ryhmäkuntoutus	36
IEY11 Kognitiivinen remediaatio (CRT), yksilöhoito, mielenterveys- ja päihdehäiriö	494
IER08 Kognitiivinen remediaatio (CRT), ryhmähoito	1655
<b>Kaikki yhteensä</b>	<b>3993</b>
<i>Aikuisten käynnit, yhteensä</i>	<i>3854</i>
<i>Lasten käynnit, yhteensä</i>	<i>139</i>

Lähde: HUS psykiatria / psykoosien hoidon laaturekisteri / Petri Näätänen

Tämän kuvan saavutettavuudessa saattaa olla puutteita.  
Pyydettyäessä toimitamme materiaalin saavutettavassa muodossa.

### 6.3 Terveystieteiden huollon kustannukset

Skitsofrenia-ryhmän psykoosien aiheuttamien kustannusten kokonaisuudesta ei ole saatavilla koottua tietoa, mutta kustannuksia voidaan suuntaa-antavasti tarkastella kuten skitsofrenian aiheuttamia kustannuksia. Koko ryhmän aiheuttamat kustannukset lienevät jokseenkin kaksinkertaiset pelkän skitsofrenian aiheuttamiin kustannuksiin, jos oletetaan kustannusten nousevan samassa suhteessa esiintyvyyden kanssa.



Skitsofrenian käypä hoito -suosituksen mukaan skitsofrenian aiheuttamat kustannukset voidaan jakaa sairauden hoidosta aiheutuviin suoriin<sup>1</sup> kustannuksiin, tuottavuuden menetyksistä johtuviin epäsuoriin<sup>2</sup> kustannuksiin sekä inhimilliseen kärsimykseen, joka ei ole rahallisesti arvioitavissa. Skitsofrenian on arvioitu aiheuttavan 1–3 % terveydenhuollon kustannuksista, jolloin skitsofrenian aiheuttamat kokonaiskustannukset Suomessa olisivat noin 800–900 miljoonaa euroa vuodessa. Suorista kustannuksista noin 80 % aiheutuu sairaalahoidosta tai muusta ympärivuorokautisesta hoidosta. Epäsuorista kustannuksista noin 60 % aiheutuu työmenetyksistä ja vajaa 30 % vajaatyökykyisyyden aiheuttamista korvauksista. Lääkehoidon osuus kokonaiskustannuksista on 4–5 %. (Skitsofrenian kh-suositus). 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 (taulukot 5,6,8). Edellisen pohjalta yleistäen skitsofrenia-ryhmän psykoosien aiheuttamat kustannukset olisivat noin 1,8-2,1 miljardia euroa vuosittain.

Kognitiivisen kuntoutuksen menetelmien tuottamisen kustannustietoja ei ole ollut käytettävissä muista sairaanhoitopiireistä kuin HUSista. HUSissa kognitiivisen kuntoutuksen menetelmien toteuttamisen kokonaiskustannukset olivat vuonna 2022 yhteensä noin 662 000 euroa. Ryhmäkuntoutusmenetelmien kustannukset muodostivat kokonaisuudesta 73 % (486 000 €) ja yksilömenetelmät 27 % (176 000 €). (Lähde: HUS psykiatria / psykoosien hoidon laaturekisteri / Petri Näätänen ).

Hus tuottaa suurimman osan erikoissairaanhoidollista mielenterveyspalveluista alueen asukkaille, mutta myös Helsingin kaupunki tuottaa omana toimintanaan erikoistason mielenterveyspalveluita. Ym. HUSin kognitiivisen kuntoutuksen kustannukseen (662 000 €) eivät sisälly Helsingin kaupungin tuottamien palveluiden kustannukset. Jos HUSin

---

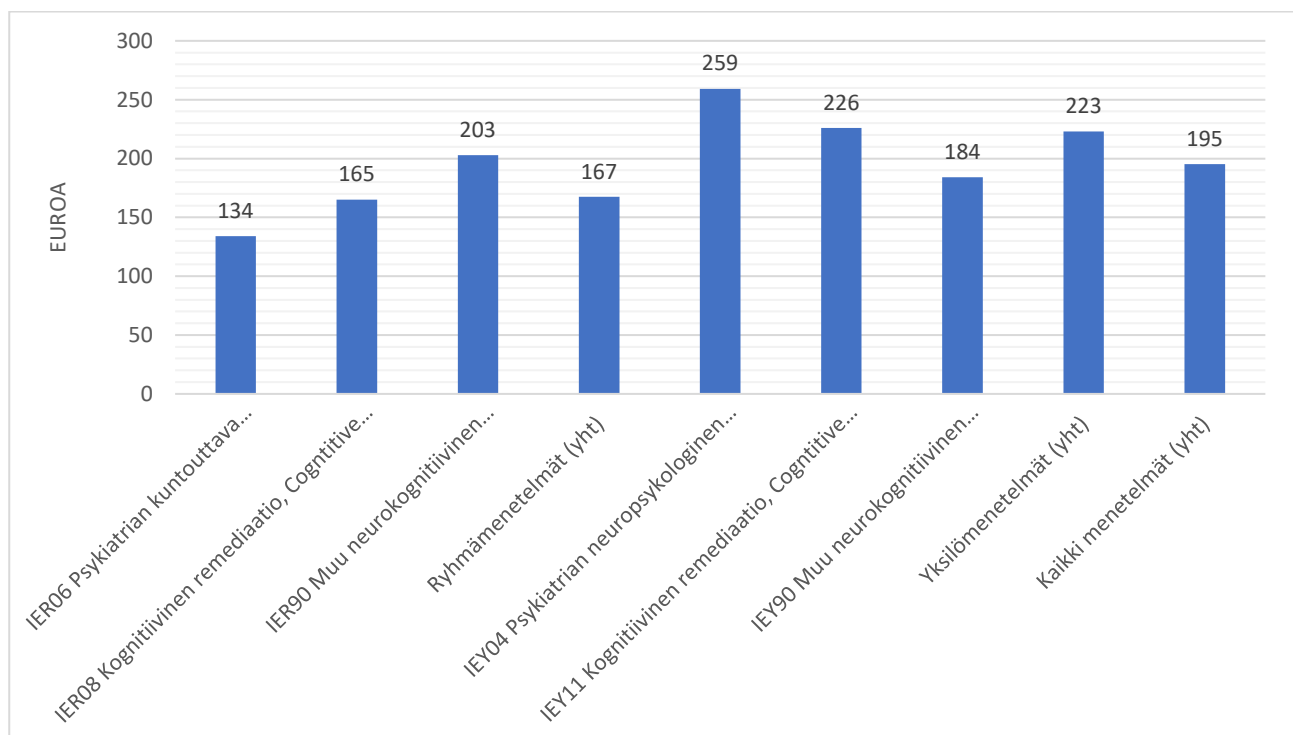
<sup>1</sup> Suorat terveydenhuollon kustannukset sisältävät kaikki potilaan hoitoon liittyvät kustannukset, kuten kokeet, lääkkeet, välineet, työntekijöiden palkkakustannukset ja tarvikkeet.

<sup>2</sup> Epäsuorat terveydenhuollon kustannukset sisältävät sairauspoissaolot, työkyvyttömyyseläkkeet, tuloverojen menetykset, työttömyysturvaetuuudet ja ennenaikaiset kuolemat.

kustannusten pohjalta lasketaan Helsingin kaupungin tuottamille kognitiivisen kuntoutuksen palveluille hinta v. 2021 potilasmäärien suhteessa (HUS 206 ja H:gin kaup. 80 potilasta), olisivat H:gin kaupungin kustannukset n. 257 000 € ja HUS-alueen yhteenlasketut kustannukset v. 2022 noin 920 000 € eli 0,54 € / as.

HUSin alueella (Helsinki ja Uusimaa) asuu noin 1,7 miljoonaa asukasta, mikä on noin 30 % Suomen väestöstä (5,7 milj.). Kun HUS-alueen yhteenlaskettujen kustannusten pohjalta (0,54 € / as) 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.

Neurokognitiivisten menetelmien keskimääräiset kustannukset käyntiä kohden v. 2022 vaihtelivat 134-259 €. Sosiaalisen kognition ja vuorovaikutuksen ryhmähoito SCIT oli edullisinta, 134 € hoitokertaa ja potilasta kohden. Kalleinta oli neuropsykologinen yksilökuntoutus, joka maksoi aikuisten osalta keskimäärin 265 € ja lasten sekä nuorten osalta 275 €/kerta. Keskimäärin käynti maksoi 241 €. (kuva 4)



## Kuva 4. Neurokognitiivisten menetelmien keskimääräiset suoritekustannukset v. 2022 HUSissa /€

Lähde: HUS psykiatria / psykoosien hoidon laaturekisteri / Petri Näätänen

Tämän kuvan saavutettavuudessa saattaa olla puutteita.  
Pyydettyäessä toimitamme materiaalin saavutettavassa muodossa.

### 6.4 Työkyvyttömyyseläkkeet

Työkyvyttömyyseläkkeitä ja kuntoutustukea maksettiin F20-F29 -diagnoosin perusteella v. 2022 yhteensä 26 604 henkilölle. Määrä oli n. 7 % pienempi kuin v. 2018. Eläkkeiden ja kuntoutustuen saajien määrä on vähentynyt koko maan tasolla vuodesta toiseen. Samansuuntainen muutos on tapahtunut eri hyvinvointialueilla, paitsi Keski-Uusimaalla, jossa lisäystä oli 2,5 %. Vähennemä on prosentuaalisesti ollut suurin Etelä-Karjalan hyvinvointialueella, n. -14 %. (taulukko 5.)

V. 2022 kaikista 26 604 saajasta 16,6 % oli kuntoutustuen saajia ja loput eläkkeiden saajia.

### Taulukko 5. Työkyvyttömyyseläkkeen ja kuntoutustuen (sisältää Kelan ja työeläkkeet) saajien lkm F20-F29 -diagnooseilla hyvinvointialueittain v. 2018-2022 ja muutos v. 2018-2022 / %

Hyvinvointialue	Vuosi 2018	Vuosi 2019	Vuosi 2020	Vuosi 2021	Vuosi 2022	Muutos 2018-2022 / %
Ahvenanmaa*	59	58	63	63	53	-10,2
Etelä-Karjala	856	822	790	787	737	-13,9
Etelä-Pohjanmaa	1 063	1 044	1 004	958	932	-12,3
Etelä-Savo	904	870	839	819	804	-11,1
Helsinki	3 515	3 474	3 399	3 338	3 263	-7,2
Itä-Uusimaa	371	356	355	339	337	-9,2
Kainuu	498	480	470	440	433	-13,1
Kanta-Häme	819	809	793	801	770	-6,0
Keski-Pohjanmaa	355	341	347	336	325	-8,5
Keski-Suomi	1 496	1 447	1 399	1 357	1 307	-12,6
Keski-Uusimaa	847	858	893	863	868	2,5
Kymenlaakso	961	951	944	940	900	-6,3

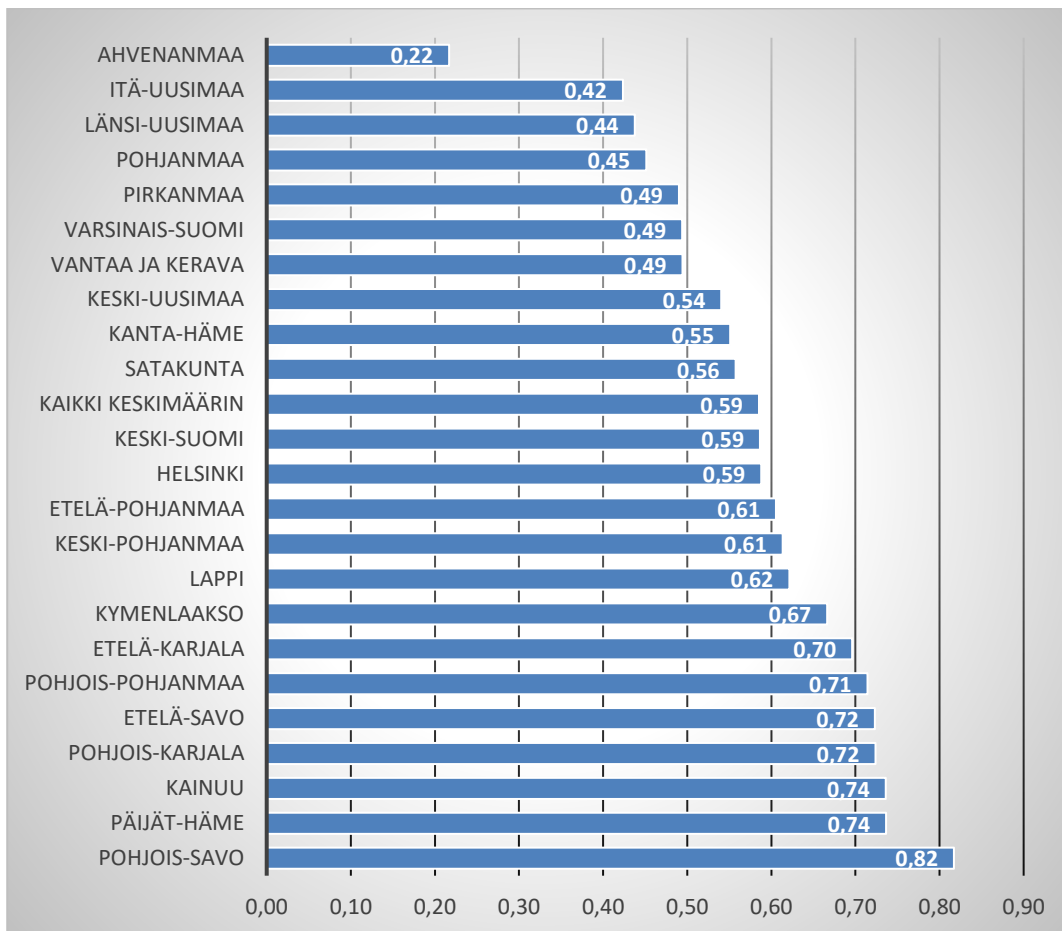
Hyvinvointialue	Vuosi 2018	Vuosi 2019	Vuosi 2020	Vuosi 2021	Vuosi 2022	Muutos 2018-2022 / %
Lappi	1 021	1 020	991	932	901	-11,8
Länsi-Uusimaa	1 691	1 693	1 689	1 672	1 681	-0,6
Pirkanmaa	2 246	2 232	2 191	2 141	2 142	-4,6
Pohjanmaa	706	688	678	654	636	-9,9
Pohjois-Karjala	1 093	1 066	1 051	1 013	986	-9,8
Pohjois-Pohjanmaa	2 580	2 530	2 498	2 405	2 319	-10,1
Pohjois-Savo	1 803	1 789	1 750	1 707	1 679	-6,9
Päijät-Häme	1 306	1 288	1 276	1 262	1 251	-4,2
Satakunta	1 088	1 061	1 024	1 003	983	-9,7
Ulkomaa ja tuntematon	263	244	230	216	201	-23,6
Vantaa ja Kerava	1 123	1 130	1 121	1 121	1 110	-1,2
Varsinais-Suomi	2 041	2 000	1 993	2 000	1 986	-2,7
<b>Yhteensä</b>	<b>28 705</b>	<b>28 251</b>	<b>27 788</b>	<b>27 167</b>	<b>26 604</b>	<b>-7,3</b>

Lähde: Kela

\* Ahvenanmaa ei ole hyvinvointialue, vaan huolehtii sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä alueellaan.

Tämän taulukon saavutettavuudessa saattaa olla puutteita.  
Pyydettyäessä toimitamme materiaalin saavutettavassa muodossa.

F20-F29 –diagnoosin perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden ja kuntoutustuen saajien määrät vaihtelivat yli 18-vuotiaaseen väestöön suhteutettuna Ahvenanmaan 0,22 %:sta Pohjois-Savon hyvinvointialueen 0,82 %:in, kun vastaava osuus kaikista Suomessa asuvista oli 0,59 % ( Kuva 5).



**Kuva 5. Työkyvyttömyyseläkkeiden ja kuntoutustuen (sisältää Kelan ja työeläkkeet) saajien (F20-F29 -diagnooseilla) osuudet / % yli 18-v. väestöstä hyvinvointialueittain v. 2022**

Lähde: Kela

Huom. Ahvenanmaa ei ole hyvinvointialue, vaan huolehtii sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä alueellaan.

Tämän kuvan saavutettavuudessa saattaa olla puutteita.  
Pyydettyessä toimitamme materiaalin saavutettavassa muodossa.

F20-F29 –diagnoosin perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden ja kuntoutustuen kustannukset ovat yhteiskunnalle yli 300 miljoonaa euroa vuodessa. Yksi eläkkeen/tuen saaja sai v. 2022 keskimäärin 11 556 €. Ahvenanmaalla maksettiin 12 412 € / saaja. Hyvinvointialueista Etelä-Karjalassa oli korkein korvaussumma, 12 124 € / saaja ja Lapissa matalin, 11 023 € / saaja. (taulukko 5.)

**Taulukko 5. Maksetut työkyvyttömyyseläkkeet (sis. Kelan ja työeläkkeet) ja kuntoutustuet F20-F29 -diagnooseilla yhteenlaskettuina hyvinvointialueittain ja maksetut eurot / saaja v. 2022. (Summat ovat ns. vuotuinen kanta, joka on laskettu 12\*joulukuun saajat\*joulukuun keskim. etuus)**

Hyvinvointialue	v. 2018 / € yht.	v. 2019/ € yht.	v. 2020 / € yht.	v. 2021 / € yht.	v. 2022 / € yht.	v. 2022 € / saaja
Ahvenanmaa*	684 641	679 373	755 305	735 183	657 841	12 412
Etelä-Karjala	9 727 861	9 363 463	9 286 903	9 230 161	8 935 663	12 124
Etelä-Pohjanmaa	11 432 219	11 388 614	11 394 846	10 989 912	11 068 943	11 877
Etelä-Savo	9 309 230	8 979 607	8 972 689	8 794 404	9 034 092	11 236
Helsinki	37 837 770	37 319 593	37 498 043	36 831 936	37 485 751	11 488
Itä-Uusimaa	3 971 921	3 831 057	3 980 327	3 780 826	3 912 191	11 609
Kainuu	5 076 292	4 916 510	4 932 217	4 693 493	4 839 292	11 176
Kanta-Häme	9 045 574	8 997 425	9 169 048	9 287 017	9 154 827	11 889
Keski-Pohjanmaa	3 794 203	3 664 140	3 784 027	3 673 609	3 691 211	11 358
Keski-Suomi	15 610 084	15 139 251	15 165 000	14 860 374	15 003 910	11 480
Keski-Uusimaa	9 390 966	9 550 739	10 245 500	10 043 660	10 501 904	12 099
Kymenlaakso	10 336 646	10 183 291	10 475 507	10 451 437	10 372 988	11 526
Lappi	10 303 585	10 268 180	10 437 702	9 752 335	9 932 004	11 023
Länsi-Uusimaa	19 259 601	19 392 641	20 149 439	19 899 053	20 772 650	12 357
Pirkanmaa	23 856 797	23 772 775	24 112 524	23 529 289	24 497 831	11 437
Pohjanmaa	7 648 720	7 513 450	7 699 754	7 488 347	7 628 021	11 994
Pohjois-Karjala	11 120 434	10 849 511	11 224 435	10 833 254	10 908 862	11 064
Pohjois-Pohjanmaa	27 257 302	26 897 254	27 578 515	26 645 972	26 716 458	11 521
Pohjois-Savo	18 392 287	18 348 609	18 681 810	18 228 985	18 663 129	11 116
Päijät-Häme	14 032 966	13 939 333	14 363 588	14 158 669	14 488 739	11 582
Satakunta	11 726 769	11 543 495	11 595 450	11 526 238	11 692 296	11 895
Ulkomaa ja tuntematon	1 482 401	1 389 482	1 441 186	1 405 857	1 370 254	6 817
Vantaa ja Kerava	12 631 944	12 663 876	12 942 287	12 897 304	13 160 149	11 856
Varsinais-Suomi	21 828 526	21 420 458	22 084 453	22 181 927	22 953 849	11 558
<b>Yhteensä</b>	<b>305 758 742</b>	<b>302 012 125</b>	<b>307 970 556</b>	<b>301 919 243</b>	<b>307 442 855</b>	<b>11 556</b>

Lähde: Kela, deflatoimattomat kustannukset

Huom. Ahvenanmaa ei ole hyvinvointialue, vaan huolehtii sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä alueellaan.

Tämän taulukon saavutettavuudessa saattaa olla puutteita.  
Pyydettyäessä toimitamme materiaalin saavutettavassa muodossa.

## 6.5 Sosiaaliturvan kustannukset

Skitsofreniaryhmän psykooseja sairastaville on maksettu vuosittain 15-16 miljoonan edestä sairauspäivärahoja v. 2022 rahassa mitattuna. Sairauspäivärahoja maksettiin vuosien 2018-2022 välisenä aikana yhteensä 3551-3709 henkilölle. Korvattujen päivien määrä on vaihdellut vuosien 2018-2022 välisenä aikana 105-111 päivän välillä ja maksettujen päivärahojen määrä / saaja 4093-4481 euron välillä. (taulukko 6)

**Taulukko 6. Diagnoosien F20-F29 perusteella myönnettyjen sairauspäivärahojen saajien lkm, maksetut päivärahat yhteensä/€ ja v. 2022 rahassa/€ ja korvatut päivät /saaja sekä maksetut päivärahat/ saaja/€ vuosina 2018-22 / koko maa yhteensä**

Vuosi	Saajien lkm	Maksetut päivärahat yhteensä / €	Maksetut päivärahat yhteensä v. 2022 rahassa/ €	Korvatut päivät/ saaja	Maksetut päivärahat v.22 rahassa/ saaja / €
2018	3 675	13 560 018	15 040 772	105,2	4 093
2019	3 709	15 139 540	16 621 701	111,2	4 481
2020	3 551	14 380 576	15 743 854	107,3	4 434
2021	3 672	14 776 336	15 828 411	105,6	4 311
2022	3 635	15 239 133	15 239 133	106,1	4 192

Lähde: Kela

Tämän taulukon saavutettavuudessa saattaa olla puutteita.  
Pyydettyessä toimitamme materiaalin saavutettavassa muodossa.

Osasairauspäivärahoja maksettiin vuosien 2018-2022 välisenä aikana yhteensä 118-160 henkilölle, joille korvattu summa vaihteli 1 951- 2 195 euron välillä, kun korvattuja päiviä oli 55-61 kappaletta. Vuonna 2022 sekä osasairauspäivärahojen saajien määrä että maksettujen päivärahojen yhteissumma oli selvästi aiempia vuosia suurempi. (taulukko 7).

**Taulukko 7. Diagnoosien F20-F29 perusteella myönnettyjen saajien lkm, maksetut päivärahat yhteensä/€ ja v. 2022 rahassa /€ ja korvatut päivät /saaja sekä maksetut päivärahat/ saaja /€ vuosina 2018-22 / koko maa yhteensä**

Vuosi	Saajien lkm	Maksetut päivärahat yhteensä / €	Maksetut päivärahat yhteensä v. 2022 rahassa/ €	Korvatut päivät / saaja	Maksetut päivärahat v.22 rahassa/ saaja / €
2018	141	248 037	275 123	55,4	1 951
2019	145	272 973	299 697	56,9	2 067
2020	134	240 746	263 568	55,6	1 967
2021	118	241 741	258 953	60,7	2 195
2022	160	350 356	350 356	61,0	2 190

Lähde: Kela

Tämän taulukon saavutettavuudessa saattaa olla puutteita.  
Pyydettyessä toimitamme materiaalin saavutettavassa muodossa.

Eri hyvinvointialueilla vuonna 2022 korvattujen päivien määrä / saaja vaihteli 86-121 (keskiarvo 106 päivää) päivän välillä ja maksettujen päivärahojen määrä / saaja 3505-4929 euron välillä (keskiarvo 4192 €). Saajien osuus hyvinvointialueen yli 18-v. väestöstä vuonna 2022 vaihteli huomattavasti. Ahvenanmaalla ja Etelä-Karjalassa saajia oli vähiten ja eniten oli Helsingissä, Keski-uusimaalla ja Kainuussa. (taulukko 8) Etelä-Karjalassa päivärahan saajia oli 45 % siitä, mitä Helsingissä.

**Taulukko 8. Diagnoosien F20-F29 perusteella myönnettyjen sairauspäivärahojen saajien lkm, maksetut päivärahat yhteensä / €, korvatut päivät yhteensä, korvatut päivät /saaja, maksetut päivärahat/ saaja /€ sekä saajien osuus yli 18-v. väestöstä vuonna 2022 hyvinvointialueittain**

Hyvinvointialue	Saajien lkm	Maksetut päivärahat yhteensä / €	Korvatut päivät/ saaja	Maksetut päivärahat/ saaja / €	Saajien osuus yli 18-v. väestöstä v. 2022
Koko maa	3 635	15 239 133	106,1	4 192	0,08
Ahvenanmaa *	5	23 065	101,4	4 613	0,02



Hyvinvointialue	Saajien lkm	Maksetut päivärahat yhteensä / €	Korvatut päivät/ saaja	Maksetut päivärahat/ saaja / €	Saajien osuus yli 18-v. väestöstä v. 2022
Etelä-Karjala	58	215 243	103,3	3 711	0,05
Etelä-Pohjanmaa	87	365 360	102,4	4 200	0,06
Etelä-Savo	78	297 925	107,6	3 820	0,07
Helsinki	585	2 323 341	104,0	3 972	0,11
Itä-Uusimaa	50	208 189	105,4	4 164	0,06
Kainuu	58	239 782	104,2	4 134	0,10
Kanta-Häme	92	377 763	104,3	4 106	0,07
Keski-Pohjanmaa	35	170 389	122,7	4 868	0,07
Keski-Suomi	177	682 588	95,2	3 856	0,08
Keski-Uusimaa	165	713 772	101,0	4 326	0,10
Kymenlaakso	98	483 021	121,8	4 929	0,07
Lappi	88	308 483	86,9	3 505	0,06
Länsi-Uusimaa	289	1 267 410	106,8	4 386	0,08
Pirkanmaa	357	1 617 679	110,7	4 531	0,08
Pohjanmaa	95	382 543	100,4	4 027	0,07
Pohjois-Karjala	123	545 214	120,8	4 433	0,09
Pohjois-Pohjanmaa	248	1 076 263	104,5	4 340	0,08
Pohjois-Savo	156	653 665	111,4	4 190	0,08
Päijät-Häme	150	625 758	106,9	4 172	0,09
Satakunta	113	454 308	103,2	4 020	0,06
Vantaa ja Kerava	221	1 015 239	114,1	4 594	0,10
Varsinais-Suomi	304	1 189 550	103,8	3 913	0,08

Lähde: Kela

\*ei ole hyvinvointialue, vaan huolehtii sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä alueellaan.

Tämän taulukon saavutettavuudessa saattaa olla puutteita. Pyydettyä toimitamme materiaalin saavutettavassa muodossa.

## 6.6 Potilasryhmälle korvattu lääkehoito

Skitsofreniaryhmän psykoosin perusteella 35 127 potilasta sai Kelan osittain tai kokonaan korvaamia avohoidon lääkkeitä vuonna 2022. Näiden lääkevalmisteiden yhteenlaskettu hinta oli lähes 37 miljoonaa euroa, joista korvattiin potilaille n. 34,5 milj. euroa (Kelan tilastot). Keskimäärin korvattiin 981 €/ potilas/vuosi. (taulukko 8)

Lääkekorvausta saaneiden osuudet väestöstä vaihtelivat nuorten ikäryhmässä välillä 0,02-0,08 % ikäryhmästä. Pienin osuus oli Pirkanmaalla (0,020) ja korkein osuus 0,161 Pohjois-Savossa. Aikuisten ikäryhmässä Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella 1%:lle (0,997%) väestöstä korvattiin lääkkeitä skitsofreniaryhmän psykoosin perusteella, mikä oli korkein osuus vertailtaessa eri hyvinvointialueita ja vastaavasti pienin osuus oli Ahvenanmaalla (0,27%) ja Pohjanmaan hyvinvointialueella (0,54%). (taulukko 8)

**Taulukko 8. Sairausryhmän F20-F29-diagnoosien perusteella korvattujen avohoidon lääkkeiden kokonaiskustannukset hyvinvointialueittain ja ikäryhmittäin, keskimääräiset korvaukset per saaja ja saajien osuus hyvinvointialueen väestöstä, %.**

Hyvinvointialue	Ikäryhmä	Saajien lkm	Kustannukset, euroa	Keskimäär. korvaukset per saaja	Saajien osuus hyvinvointialueen väestöstä, %
Ahvenanmaa	18- v	67	49 418	672	0,27
Etelä-Karjala	13-17 v	2	793	340	0,03
Etelä-Karjala	18- v	815	814 165	935	0,77
Etelä-Pohjanmaa	13-17 v	5	825	139	0,04
Etelä-Pohjanmaa	18- v	1 059	934 692	816	0,69
Etelä-Savo	13-17 v	10	9 412	893	0,16
Etelä-Savo	18- v	956	1 105 186	1 087	0,86
Helsinki	13-17 v	7	3 568	448	0,02
Helsinki	18- v	4 912	5 699 668	1 093	0,89
Itä-Uusimaa	18- v	472	464 186	916	0,59
Kainuu	18- v	489	505 131	970	0,83
Kanta-Häme	13-17 v	3	952	278	0,03
Kanta-Häme	18- v	1 052	995 092	878	0,75
Keski-Pohjanmaa	0-12 v	1	488	439	0,01
Keski-Pohjanmaa	13-17 v	2	457	181	0,05
Keski-Pohjanmaa	18- v	406	330 846	751	0,77
Keski-Suomi	13-17 v	9	1 964	183	0,06
Keski-Suomi	18- v	1 599	1 688 930	987	0,72
Keski-Uusimaa	18- v	1 308	1 261 138	895	0,82
Kymenlaakso	0-12 v	2	230	86	0,01
Kymenlaakso	13-17 v	2	538	219	0,03
Kymenlaakso	18- v	1 122	1 397 485	1 174	0,83

Hyvinvointialue	Ikäryhmä	Saajien lkm	Kustannukset, euroa	Keskimäär. korvaukset per saaja	Saajien osuus hyvinvointialueen väestöstä, %
Lappi	18- v	949	955 781	943	0,65
Länsi-Uusimaa	13-17 v	8	1 678	176	0,03
Länsi-Uusimaa	18- v	2 488	2 351 391	877	0,65
Pirkanmaa	13-17 v	6	8 663	1 373	0,02
Pirkanmaa	18- v	2 934	3 019 128	963	0,67
Pohjanmaa	13-17 v	9	3 256	337	0,09
Pohjanmaa	18- v	760	670 516	809	0,54
Pohjois-Karjala	13-17 v	5	4 526	865	0,06
Pohjois-Karjala	18- v	1 358	2 048 349	1 443	1,00
Pohjois-Pohjanmaa	0-12 v	1	45	27	0,00
Pohjois-Pohjanmaa	13-17 v	9	1 734	166	0,03
Pohjois-Pohjanmaa	18- v	2 954	2 968 632	943	0,91
Pohjois-Savo	13-17 v	21	10 869	466	0,16
Pohjois-Savo	18- v	1 805	1 928 415	998	0,88
Päijät-Häme	13-17 v	7	4 095	538	0,06
Päijät-Häme	18- v	1 650	1 572 400	886	0,97
Satakunta	13-17 v	4	574	119	0,04
Satakunta	18- v	1 386	1 364 196	916	0,79
Vantaa ja Kerava	18- v	1 745	1 717 922	915	0,78
Varsinais-Suomi	13-17 v	11	8 611	719	0,04
Varsinais-Suomi	18- v	2 717	2 898 934	1 001	0,68
Tuntematon	18- v	12	12 931	1 023	
<b>Yhteensä</b>		<b>35 127</b>	<b>36 804 879</b>	<b>981</b>	

Lähde: Kela

Huom: Lääketilastoinnissa kustannus on lääkevalmisteen hinta, ja tällä hinnalla tarkoitetaan hintaa, joka sisältää arvonlisäveron ja mahdollisen toimitusmaksun (hinta, jonka asiakas maksaa apteekissa ellei saa korvausta).

Tämän taulukon saavutettavuudessa saattaa olla puutteita.  
Pyydettyäessä toimitamme materiaalin saavutettavassa muodossa.

## 6.7 Kustannusvaikuttavuus

Skitsofrenian kognitiivisesta kuntoutuksesta on julkaistu vain joitakin kustannusvaikuttavuustutkimuksia. Alla kuvattujen tutkimusten perusteella on varovaista näyttöä kognitiivisen kuntoutuksen kustannusvaikuttavuudesta, mutta tutkimusten

vähäisyyden ja niihin liittyvien epävarmuustekijöiden vuoksi tutkimustuloksiin tulee kuitenkin suhtautua varauksella.

Patel ym. (2010) tutkivat kognitiivisen kuntoutusterapian kustannusvaikuttavuutta Britanniassa hyödyntäen RCT-tutkimusasetelmaa. Vaikuttavuuden mittaamisessa käytettiin WAIS-III pisteitä (Wechsler Adult Intelligence Scale) ja kustannuksia mitattiin sekä sosiaali- että terveydenhuollon näkökulmasta sekä laajemmin huomioiden edellisten lisäksi työssäpoissaoloista aiheutuvat kustannukset, sosiaaliturvan hyödyt sekä rikollisuudesta aiheutuvat ja oikeusjärjestelmän kustannukset. Tulosten mukaan kognitiivinen kuntoutusterapia oli vaikuttavampaa ja edullisempaa kuin tavanomainen hoito.

Evensen ym. (2019) tutkivat ammatillisen kuntoutuksen ohjelman kustannusvaikuttavuutta suhteessa tavanomaiseen hoitoon Norjassa terveyden- ja sosiaalihuollon näkökulmasta. Interventioon osallistuvat henkilöt saivat ammatillisen kuntoutuksen lisäksi joko kognitiivista kuntoutusta (CR) tai kognitiivis-behavioraalista terapiaa (CBT). Intervention kohderyhmä oli 18-65 vuotiaat skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavat henkilöt (broad schizophrenia spectrum disorders). Tutkimuksen otoskoko oli 248 (interventio n = 148, kontrolliryhmä rekistereistä n = 100) ja seuranta-aika kaksi vuotta. Intervention vaikuttavuutta arvioitiin terveystalouden käytön vähenemisenä sekä työllistymisen muutoksena. Tulosten mukaan ammatillisen kuntoutuksen kustannukset olivat pienemmät (ei kuitenkaan tilastollisesti merkitsevää eroa) ja hoito oli hieman vaikuttavampaa kuin tavanomainen hoito. Interventoryhmän pienemmät kustannukset johtuivat pääosin sairaalahoidon vähäisemmästä käytöstä. Tutkimustulosten mukaan ammatillinen kuntoutus on kustannusvaikuttavaa suhteessa tavanomaiseen hoitoon, mutta kognitiivisen kuntoutuksen kustannusvaikuttavuutta ei kuitenkaan ole luotettavasti mahdollista arvioida tutkimuksen perusteella.

Breitborde ym. (2021) arvioivat kognitiivista toimintakykyä parantavien interventioiden (metakognitiivinen kuntoutus MCR tai kognitiivinen kuntoutus CR) kustannusvaikuttavuutta suhteessa tavanomaiseen hoito-ohjelmaan (CSC) yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen kohderyhmä oli 15-35-vuotiaat skitsofreniaryhmän

psykooseja sairastavat potilaat (diagnosis of a schizophrenia-spectrum disorder or affective disorder with psychotic features). Vaikuttavuutta mitattiin laatuainotetuilla elinvuosilla (QALYilla), jotka lisääntyivät kaikissa kolmessa ryhmässä kuuden kuukauden seuranta-aikana. Kognitiivisen kuntoutuksen tuottamat lisä-QALY:t eivät kuitenkaan poikenneet tilastollisesti merkitsevästi tavanomaisen hoito-ohjelman tuottamista lisä-QALY:ista. Henkeä kohden lasketut kustannukset olivat CR-ryhmässä suuremmat kuin MCR- tai CSC-ryhmissä, joskaan erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Maksuhalukkuuden ylittäessä \$9,000 yhtä lisä-QALY:a kohden metakognitiivisen kuntoutuksen (MCR) lisääminen tavanomaiseen ohjelmaan voi olla kustannusvaikuttavaa verrattuna tavanomaiseen ohjelmaan. Vastaavalla tavalla arvioituna kognitiivinen kuntoutus (CR) ei kuitenkaan osoittautunut kustannusvaikuttavaksi maksuhalukkuuden ollessa pienempi kuin \$50 000:a lisä-QALY:a kohden.

## **7 Eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat**

### **7.1 Eettiset näkökohdat**

Eettisiä kysymyksiä työstiin jaostossa etiikan asiantuntija Susanne Uusitalon johdolla. EUNET-HTA-mallissa kuvattujen ns. korttien keskeiset arvokysymykset tunnistettiin jaoston ja Palveluvalikoimaneuvoston jäsenistölle suunnatuissa ennakkokyselyissä, jaoston keskusteluissa, kirjallisuuteen tutustumalla sekä erillisellä kohderyhmän tapaamisella. Analyysistä kirjoitettiin raportti "Skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kognitiivinen kuntoutus: eettinen analyysi". (liite 3)

Suomalaisesta palveluvalikoimasta päätettäessä on huomioitava, että kyse on julkisen vallan velvollisuuksien määrittämisestä. Velvollisuuksiin liittyy riittävien palvelujen tarjoaminen kaikille potilasryhmille ja eriarvoisuuden vähentäminen.

#### *Suosituksen valitun sairaus(ryhmän) luokittelu, sen haasteet ja merkitys*

Kyseessä on hyvin heterogeeninen potilasryhmä niin taustatekijöiden, moninaisten ja vaihtelevien oireiden, liitännäissairauksien, elämäntilanteiden kuin yhteiskunnallisten seuroksien suhteen. Skitsofreniaryhmän psykoosien tarkastelu edellyttää

kokonaisvaltaista näkökulmaa, jossa huomioidaan haitat ja hyödyt paitsi potilaan myös läheisten ja laajemmin yhteiskunnan näkökulmasta.

### *Hyötyjen ja haittojen suhde*

Kognitiivisen kuntoutuksen hyödyt näyttäytyvät potilaan kohdalla selkeästi suuremmilta 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.

Terveysthuollon kannalta merkittävintä on asianmukainen ja sitoutunut panostus henkilöstön, osaamisen, laitteiston ja muiden resurssien osalta. Tämä voi olla alueittain erilaista ja niukkojen resurssien tilanteessa johtaa myös erilaisiin haittoihin.

### *Autonomia*

Kognitiivinen kuntoutus pyrkii tukemaan potilaan itsemääräämiseen tarvittavia kykyjä. Tämän potilasryhmän kohdalla on huomattava, että jos esimerkiksi sairaudentuntoa ei ole, hoitoon sitoutuminen ja hoidon toteutuminen voivat muodostua haasteellisiksi, eivätkä potilaan omat valinnat hoidosta välttämättä palvele kuntoutusta. Sairaus voi kyseenalaistaa potilaan kykyä tehdä päätöksiä tai osallistua yhteiseen päätöksentekoon ja kognitiivinen kuntoutus on siis tärkeä keino vahvistaa potilaiden itsemääräämiseen tarvittavia kykyjä.

Sairastumisen myötä informaation välittäminen sairaudesta niin potilaalle kuin hänen omaisilleen on hyvin tärkeää. Informaation jakamisessa on huomioitava taudinkuvaan kuuluvat mahdolliset haasteet tiedon vastaanottamisessa ja prosessoinnissa, ja myös huomioitava vuorovaikutuksen merkitys.

### *Henkilöiden kunnioittaminen*

Kognitiivinen kuntoutus on vaikuttavana menetelmänä ihmisarvoa tukeva, mutta jos menetelmä ei olekaan vaikuttava joidenkin potilaiden kohdalla, se voi osaltaan johtaa potilaan omanarvontunnon heikentymiseen. Henkilökunnan asenteilla on myös merkittävä vaikutus koettuun ihmisarvoon.

### *Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus*

Psyykkiset sairaudet ovat terveydenhuoltojärjestelmässä kroonisesti aliresursoituja uhaten potilaiden yhdenvertaisuutta. Hoitojen toteuttamisessa voi olla suuriakin alueellisia eroja, jotka pitäisi huomioida. Samoin pitäisi huomioida se, että kyseessä on pitkäaikainen ja vaihteleva sairaus, jossa pitkäaikaiset hoitosuunnitelmat ovat keskeisiä. Kognitiivinen kuntoutus on menetelmänä lyhytkestoinen, siksi sen jälkeisestä jatkohoidosta on tärkeää huolehtia.

### *Lainsäädäntö*

Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuksia koskeva lainsäädäntö on uudistumassa, ja sen myötä mielenterveyspalveluiden asiakkaiden oikeuksia tullaan tarkastelemaan uudelleen (STM 1.6.2021). Lähtökohtaisesti lainsäädännön tulee mahdollistaa myös tälle potilasryhmälle itsemääräämisoikeuden.

### *Eettisiä tekijöitä menetelmän arvioissa*

Suositukselle on ajankohtainen tarve psykiatrian ollessa aliresursoitu ala ja hyvinvointialueiden palveluiden ollessa muotoutumassa. Alueelliseen tiedonhankintaan liittyy haasteita, ja sieltä noussut tiedonpuute käytetyistä menetelmistä ja niiden vaikutuksista on tekijä, joka voi vaarantaa yhdenvertaisen suosituksen laatimisen.

## 7.2 Järjestämiseen liittyvät näkökohdat

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa kognitiivista kuntoutusta toteutetaan sekä omana toimintana että ostopalveluna. Eri kuntoutusmenetelmien saatavuus ja käyttö vaihtelevat alueittain johtuen ainakin käytettävissä olevista resursseista ja eroista menetelmäosaamisessa. Joitain menetelmiä toteutetaan myös asumispalveluiden osana (SCIT) tai tiiviissä yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa (CAT). Kela rahoittaa kognitiivista psykoterapiaa ja neurokognitiivista kuntoutusta sekä harkinnanvaraisena kuntoutuksena että vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena. Menetelmien käytön laajuudesta sekä osajien sijoittumisesta on jatkettava selvittelyjä. (sähköpostitse Erva-alueille tehdyt tiedustelut)

Jaosto näkee skitsofrenia-ryhmän psykooseja sairastavien potilasryhmän lähtökohtaisesti haavoittuvaisena potilasryhmänä, koska potilaat eivät välttämättä pysty itse ajamaan omaa etuaan ja, jotka voivat kokea syrjintää ja poissulkemista sairautensa takia. Menetelmän käytöstä organisaatiolle ja yhteiskunnalle seuraavia hyötyjä ja haittoja on pohdittu tarkemmin eettisen analyysin luvussa 1.3. ja menetelmän käyttöönottamisen tai siitä pidättäytymisen vaikutuksia terveydenhuollon resurssien jakamiseen luvussa 4.1. (eettinen analyysi)

## 8 Potilaskokemus

Kognitiiviseen kuntoutukseen liittyvää potilaskokemusta on tärkeää tarkastella, koska vaikka potilaiden ilmoittama hoidon vaikuttavuus, pikemminkin kuin potilastyytyväisyys, on yhteydessä hoidon laatuun (Aimola ym. 2019), parempi asiakaskokemus on yhteydessä hoidossa pysymiseen ja koettuun hoidon vaikuttavuuteen (Katz ym. 2020). Positiivisella asiakaskokemuksella terveydenhuollossa on suora yhteys hoidon vaikuttavuuteen ja se voi myös pienentää hoidon kustannuksia (NHS England, 2013). (Kansallinen asiakaspalautekysely mielenterveys- ja päihdepalveluissa)



Tutkimustietoa skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kognitiiviseen kuntoutukseen liittyvistä kokemuksista on koottu Systemaattisen katsauksen liitteeseen 4/potilas-kokemukset)

### **8.1 Odotukset ja kokemukset psykologisista terapioida/kuntoutuksesta yleisesti**

Potilaskokemusta arvioineista tutkimuksista (PREM-mittarit) nousi esiin mm., että tutkittavat olivat arvioineet metakognitiivisen kuntoutuksen hyödylliseksi ja mielekkääksi, että ryhmämuotoista toteutustapaa pidettiin hyvänä ja, että kognitiivista kuntoutusta pidettiin hauskana ja tärkeänä osana hoitoa. (liite 2/ menetelmiin liittyvä potilaskokemus)

Holdingin ym.(2006\*) katsauksessa tutkittiin psykoosia sairastavien kokemuksia terapiasta. Katsauksen mukaan tutkittavat odottivat terapian/kuntoutuksen tuovan muutosta elämäänsä ja suhtautuvat ylipäättään positiivisesti siihen. He odottivat myös pääsevänsä sairaalasta aiemmin terapian avulla. Katsauksessa raportoitiin myös negatiivisia tai ristiriitaisia odotuksia terapialle/kuntoutukselle. Kaikki eivät uskoneet terapian/kuntoutuksen tuovan apua, tai kokeneet tarvitsevansa tai haluavansa sitä. Suuressa osassa mukaan valittuja tutkimuksia tutkittavat raportoivat olevansa tyytyväisiä terapiaan/kuntoutukseen ja kysyttäessä osallistujat sanoivat lähes yksimielisesti suosittlevansa sitä muille. Osassa tutkimuksia osallistujat eivät raportoineet kokeneensa muutosta tai hyötyä. Terapian olosuhteita kuvattiin turvalliseksi ja luottamusta herättäväksi. Osallistujat kokivat voivansa olla avoimia, oppivansa uutta, ja että heidän tunteitaan ja ajatuksiaan arvostettiin. Osa taas piti sessioita liian pitkinä, niiden toistuvan liian usein, tai että niihin oli hankala päästä töiden tai niiden sijainnin vuoksi. Osa koki, että kognitiivinen kuntoutus teki heidät tietoisiksi rajoituksistaan ja koki tämän turhauttavaksi. Katsaukseen oli kuitenkin otettu mukaan kokemukset kaikista eri psykologisista terapioida/kuntoutuksesta eli tulokset eivät koske ainoastaan kokemuksia kognitiivisesta kuntoutuksesta. (\* liite 2 / menetelmiin liittyvä potilaskokemus)

Yhden laadullisen yksittäistutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastavat kokivat kognitiivisen remediaation myönteisesti ja heidän oman näkemyksensä mukaan myös hyötyivät siitä. Osa tutkittavista raportoi, että heidän itseluottamuksensa ja motivaationsa parani. Terapeutin roolia pidettiin tärkeänä ja useimmat kommentoivat positiivisesti

ryhmämuotoisesta toteutuksesta. Toisen tutkimuksen mukaan skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavat potilaat olivat melko tyytyväisiä kognitiivisen kuntoutuksen ohjelmaan. (liite 2 / menetelmiin liittyvä potilaskokemus)

## **8.2 Kokemukset CET:stä (Cognitive Enhancement Therapy)**

Kahdessa tutkimuksessa oli tarkasteltu kokemuksia CET-hoitomuodosta.

Skitsofreniaryhmän psykoosia sairastavat kokivat CET:n voimaannuttavana. He kokivat saaneensa tukea vertaisiltaan ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa. Haastatteluun osallistuneet kokivat, että CET:llä oli myönteisiä vaikutuksia sairauden oireisiin, neurokognitiivisiin taitoihin, sosiaaliseen kognitioon, itsevarmuuteen ja toipumisorientaatioon. Rahallinen kompensatio, sosiaalinen tuki, vertaistuki sekä kannustava ohjaus koettiin edistävän osallistumista kuntoutukseen. Esteitä puolestaan koettiin olevan mm. se, etteivät harjoittelun tulokset näkyneet välittömästi sekä sisällön liiallinen haastavuus. Suurin osa tutkittavista koki, että CET paransi heidän neurokognitiivisia toimintojaan ja etenkin tarkkaavaisuutta, ongelmanratkaisua sekä kykyä toimia sosiaalisissa tilanteissa. Lisäksi suurin osa oli tyytyväisiä CET:n hoitomuotona. (liite 2 / menetelmiin liittyvä potilaskokemus)

## **8.3 Kokemuksia MCT:stä (Metacognitive training)**

Kahdessa tutkimuksessa arvioitiin skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kokemuksia MCT:stä ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksessa löydettiin positiivinen yhteys koetun hyödyllisyyden ja toipumisen helpottumisen välillä sekä toipumisen helpottumisen ja tietotason muutoksen välillä. Negatiivinen yhteys löytyi sekä hyödyllisyyden ja ahdistuksen että toipumisen helpottumisen ja ahdistuksen välillä. MCT:n käyttökelpoisuudesta skitsofreniaa sairastavan kuntoutuksessa suljetulla akuuttiosastolla on myös saatu lupaavia kokemuksia yhden tapauselostuksen perusteella. Siinä tutkittava arvioi akuuttiosastolle modifioidun MCT:n positiivisesti ja kertoi ottaneensa kuntoutuksessa oppimansa taidot käyttöön arkielämässään. (liite 2 / menetelmiin liittyvä potilaskokemus)

## 8.4 Kokemukset SCIT:stä (Social Cognition and Interaction Training)

SCIT:iä tarkasteltiin kahdessa yksittäistutkimuksessa. Suomalaisessa tutkimuksessa skitsofreniaryhmän psykoosia sairastavilla SCIT näyttäytyi potilaiden näkökulmasta hyväksyttävältä. SCIT:n osallistumisprosentti oli korkea, potilaat pysyivät kuntoutuksessa hyvin ja olivat siihen tyytyväisiä. Myös toisessa tutkimuksessa skitsofreniaryhmän psykoosia sairastavat tutkittavat pitivät SCIT:iä tarkoituksenmukaisena tarpeisiinsa nähden. (liite 2 / menetelmiin liittyvä potilaskokemus)

## 8.5 Etänä toteutettu kognitiivinen kuntoutus

Tutkimustiedon mukaan etänä toteutetun kognitiivisen remediaation hyväksyttävyys oli korkea potilaiden ja läheisten näkökulmasta. Kuntoutukseen osallistuminen keskeytyi kuitenkin useammin niissä tutkimuksissa, joissa kuntoutus toteutettiin etänä, kuin paikan päällä annetussa kuntoutuksessa. Syitä tähän oli, että osallistujat kokivat kuntoutuksen liian vaativana, he eivät olleet kiinnostuneita tutkimuksesta, uupumus, kliinisen tilan muutokset, vakava mielenterveyshäiriö tai se, ettei osallistujilla ollut riittävästi aikaa. Kaikki eivät kokeneet tietokoneen käyttöä miellyttäväksi. Hybridimallisesta kuntoutuksessa osallistujat kokivat itsenäisyyden tunnetta, vaikka ajoittain tietokoneella itsenäisesti tehdyt harjoitukset tuntuivatkin haastavilta. He kokivat silti saaneensa riittävästi tukea ammattilaiselta. Osa toivoi enemmän sosiaalista vuorovaikutusta ja yhteydenpitoa vertaisiin ryhmän kautta. (liite 2 / menetelmiin liittyvä potilaskokemus)

Yhdessä ulkomaisessa tutkimuksessa (Watson ym. 2021\*) selvitettiin kuinka moni psykoosia sairastavista valitsisi etänä toteutetun terapian. Yhteensä 63 prosenttia tutkittavista sanoi voivansa valita etäterapian ja 37 prosenttia kieltäytyi etänä toteutetusta terapiasta. Palvelun käyttäjät, jotka ottivat vastaan etäterapiaa, olivat merkittävästi nuorempia (keski-ikä: 38) kuin etäterapiasta kieltäytyneet (keski-ikä: 47). Ryhmien välillä ei ollut merkitsevää eroa sukupuolen tai etnisyyden suhteen. (liite 2 / menetelmiin liittyvä potilaskokemus)

THL:n teettämässä asiakaspalautekyselyssä (Kansallinen asiakaspalautekysely mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Viertiö ym. 2022) selvitettiin väittämien avulla

yleisesti, erottelematta vastauksia antaneita diagnoosien mukaan, mielenterveyspotilaiden ja päihdepalveluasiakkaiden asiakaskokemusta. Avohoidon etävastaanotolla asioineiden kokemukset olivat vähemmän myönteisiä kuin hoitopaikassa asioineiden. Ero etä- ja lähikäyntien välillä oli suurempi niissä väittämissä, joissa kysyttiin kokemusta juuri kyseisestä käynnistä eikä koko hoitajaksosta kyseissä hoitopaikassa. Etänä asioineet kokivat varsinkin palvelujen hyödyllisyyden vähäisemmäksi eivätkä kokeneet yhtä hyvin tietävänsä, miten heidän hoitonsa tulee jatkumaan. He kokivat myös harvemmin, että heistä välitettiin kokonaisvaltaisesti. Etänä asioineet kokivat kulkuyhteydet hoitopaikkaan huonommiksi kuin paikan päällä asioineet.

## **8.6 Tietokoneavusteinen kognitiivinen kuntoutus**

Kahdessa tutkimuksessa tutkittiin skitsofreniaa sairastavien kokemuksia tietokoneavusteisesta kognitiivisesta remediaatiosta. Molempien ryhmien tutkittavat kuvasivat osallistumista miellyttäväksi ja he kokivat saaneensa hyötyä interventiosta. Tutkittavat remediaatioryhmässä kuvasivat, että heidän muistinsa parani, päivittäisten toimien suorittaminen helpottui, ja he saivat uusia taitoja ja kokemusta kohdata kognitiivisia haasteita. Toisessa tutkimuksessa keskityttiin CIRCuiTS – ohjelman käytettävyyteen ja hyväksyttävyyteen skitsofreniaa sairastavien näkökulmasta. CIRCuiTS -ohjelmaa pidettiin positiivisena kokemuksena, ja osallistujat kokivat kognitiivisen toimintansa parantuneen. He kokivat löytäneensä uusia strategioita päivittäiseen toimintaansa. (liite 2 / menetelmiin liittyvä potilaskokemus)

## **8.7 Potilastapaamisesta saatuja kommentteja**

Suositusvalmistelua varten jaosto järjesti keväällä 2023 ryhmäkeskustelutilaisuuden, johon osallistui muutama kognitiiviseen kuntoutukseen osallistunut potilas. Kyseessä oli satunnainen joukko potilaita, joille oli kerrottu, että kaikki ryhmäkeskustelutilaisuudessa sanottu oli luottamuksellista ja, että tietoja käytetään tämän suosituksen valmistelussa niin, että kenenkään nimi ei tule esille.

Osa potilaista oli osallistunut lähitoteutettuun kuntoutukseen ja osa etäkuntoutukseen. Potilaat kokivat voivansa itse vaikuttaa terapian toteutustapaan oman elämäntilanteensa mukaan. Kaikki kokivat hyötynensä kuntoutuksesta ja totesivat kognitiivisten kykyjensä parantuneen sen myötä. Erityisesti arjen askareista, kuten kaupassa käynnistä, selviytymisen koettiin helpottuneen kuntoutuksen myötä. Eräs keskusteluun osallistuneista oli kuntoutuksen läpikäytyään päässyt opiskelemaan ja koki sen nimenomaan kuntoutuksen hyödyksi.

Myös potilaille tärkeiden, sairastumisen myötä poisjääneiden, harrastusten uudelleen aloittaminen nähtiin kuntoutuksen hyötynä.

Ryhmäkeskustelutilaisuudessa potilaat kommentoivat kuntoutusta mm. tämältyyppisesti:

*Ennen tein vaikeimpien tasojen sudokuja, sairastumisen jälkeen en pystynyt tekemään sudokuja lainkaan. Kuntoutuksen jälkeen olen voinut palata sudokujen pariin.*

*Harmitti, että sairastumisen jälkeen ei pystynyt seuraamaan lempisarjoja tai elokuvia televisiosta. Kuntoutuksen jälkeen olen kyennyt palaamaan mieleisten ohjelmien pariin.*

Keskusteluun osallistuneet toivat esiin, että terveydenhuollon ammattilaiset eivät riittävän hyvin osaa ohjata potilaita kognitiivisen kuntoutuksen pariin, mutta kuntoutusta toteuttavan henkilöstön puolestaan koettiin olevan ammattitaitoista ja potilaat huomioivia. Yhden osallistujan kohdalle oli sattunut tilanne, että kuntoutuksen antaja oli useasti vaihtunut, mikä osaltaan haittasi luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä.

Etäkuntoutuksessa käynyt potilas toi puolestaan esiin, että tietotekniset haasteet, kuten ohjelmiston hitaudet ja yhteysongelmat, haittasivat kuntoutuksen onnistumista, vaikkakin koki itse menetelmän toimivana. Hän myös nosti esiin huolensa siitä, mitä tietoja ja mihin paikkoihin, tallennetaan kuntoutukseen osallistuvista henkilöistä ja heidän suoriutumisestaan.

## 8.8 Potilasjärjestöiltä saatuja huomioita

Potilasnäkökulmaa selvitettiin Palkon Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa –suositusvalmistelun yhteydessä tapaamalla potilasjärjestöjen edustajia. Suosituksen kohderyhmänä olivat häiriöt, jotka katsotaan kuuluvaksi ensisijaisesti mielenterveys- ja/tai päihdepalveluissa hoidettaviksi sisältäen myös tämän suosituksen kohderyhmän, tautiluokituksen ryhmän F20-F29. He toivat esiin mm. seuraavia asioita, jotka on ryhmitelty väljästi Palkon suositusten tarkastelunäkökulmien mukaisesti:

### Sairauden vakavuus

Mielenterveysongelmien vakavuutta kuvattiin niiden aiheuttamalla arjessa selviytymiseen liittyvillä ongelmilla. Myös vaikutukset työkykyyn nousivat useissa puheenvuoroissa esiin, kun sairauden pitkittyminen johtaa usein pitkiin sairauslomiin tai jopa työkyvyttömyyteen.

### Vaikuttavuus / hyödyt

Terapian vaikuttavuuden kannalta pidettiin oleellisena sitä, että potilaalle löydetään sopiva terapiamuoto ja korostettiin sitä, että pitäisi arvioida kunnolla mitkä ovat potilaan valmiudet psykoterapeuttiseen hoitoon. Edelliseen liittyi kielivähemmistöihin kuuluvien potilaiden huoli siitä, että jos heille ei järjesty terapiaa heidän hyvin osaamallaan kielellä.

Potilaat pitivät tärkeänä omaan hoitoonsa sitoutumisen kannalta, että terapeutin ja potilaan välille tehdään sopimus yhteisistä periaatteista. Esiin nostettiin myös hoidon tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja potilaan osallistaminen osana hoitoa. Nähtiin, että hoidon lopettamisen määrittelemisen tulee olla osana hoitosuunnitelmaa siten, että myös potilas tietää kuinka pitkään hoitoa on tarkoitus jatkaa.

### Turvallisuus

Potilaiden edustajat esittivät, että hoitoon liittyvät käsitteet on selkiytettävä potilaalle, jotta ei synny väärinkäsityksiä. He sanoivat myös, että hoitoon sitoutumisen kannalta on huono asia, jos hoito koetaan tarpeettomaksi tai siihen liittyy useita pettymyksiä. Myös se tuotiin

esiin, että mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvä pelko leimautumisesta (stigma) voi vaikuttaa siihen, kuinka luottavaisesti suhtautuu tarjottuun hoitoon.

Potilaiden edustajat korostivat sitä, että kaikilla potilailla on oikeus saada itseään koskevaa tietoa, osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja oikeus yhdenvertaisesti terveydenhuollon resursseihin. Potilaan itsemääräämisoikeus mietitytti ja toisaalta se, milloin tulisi olla oikeus terapiaan. Joillekin potilaille on jo sairautensa takia raskasta tai mahdotonta etsiä itselleen sopiva terapeuttinen hoito, silloin kun sitä ei tarjota hoitavassa yksikössä.

### Kustannukset

Potilaiden edustajat toivat esiin, että pienituloiselle mielenterveys- tai päihdepotilaalle asiakasmaksut ja omavastuuosuudet eivät saa muodostaa estettä tarvittavien mielenterveyspalvelujen käytölle.

(Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa. Palkon suositus 2018)

## **9 Valmistelun vaiheet**

### **9.1 Jaoston ja Palkon työskentely**

2.3.22 Jaoston kokous: suosituksen varsinainen valmistelu käynnistettiin. Mm. muotoiltiin toimeksianto systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teettämiseksi.

30.3.22 Jaoston kokous: mm. PICOa muotoiltiin.

6.5.22 Jaoston kokous: mm. kirjallisuuskatsauksen rajausten määrittäminen jatkui.

10.5.22 Palkon kokous: neuvosto keskusteli jaoston esittämistä rajausehdotuksista ja piti niitä kannatettavina.

19.5.22 Jaoston kokous: mm. systemaattisen kirjallisuuskatsauksen työsuunnitelmaa tarkennettiin. Käytiin eettisen analyysin etenemisprosessi, erityisesti jaoston jäsenille lähetettävien esikysymysten osalta, läpi.

15.6.22 Palkon kokous: Suositusvalmistelun työsuunnitelman hyväksyminen

17.6.22 Jaoston kokous: mm. syst. katsausten artikkelivalintojen läpikäynti ja artikkeleiden hyväksyntä Hotuksen kanssa. Eettinen analyysi jatkui. Tarkennettiin potilasosallisuuden toteuttamista.

24.8.22 Jaoston kokous: mm. systemaattisen katsauksen tulosten läpikäyminen Hotuksen kanssa. Valmistelumuistion sisältö. Työnjako. Eettinen analyysi jatkui. Potilasosallisuuden toteuttamisen yksityiskohdat.

27.10.22 Palkon kokous: ohjauks käsittely.

30.11.22 Jaoston kokous: mm. valmistelumuistion laatimista, potilasosallisuuden toteuttamisen tilannekatsaus, eettinen arviointi jatkui.

## **Vuosi 2023**

20.1.23 Jaoston kokous: eettisen arvioinnin loppuunsaattaminen, valmistelumuistion jatkamista, potilasosallisuus-tilaisuuden suunnittelua

23.2.23 Jaoston kokous: valmistelumuistion viimeistelemistä, suosituksen työstämistä.

15.3.23 Palkon kokous: Valmistelumuistion ja suosituksen keskeisten sisältöjen esitleminen Palkolle.



31.3.23 Jaoston kokous: suositusmateriaalien luonnosten viimeistely ja hyväksyminen esitettäväksi Palkolle laitettavaksi Otakantaa-komentointiin.

Palkon s-postikokous 3.-5.4.23: Suositusmateriaalien hyväksyminen laitettavaksi Otakantaa-komentointiin.

6.-26.4.23 Otakantaa-komentointi

27.4.23 Jaoston kokous: Otakantaa -kommenttien läpikäyminen ja niiden pohjalta muutosten tekeminen suositukseen.

4.5.23 Palkon kokous: Esitettiin Palkolle Otakantaa-komentit ja niiden pohjalta tehdyt muutokset.

6.6.2023: Jaoston kokous: Tiivistelmän laatiminen

15.6.23 Palkon kokous: Suosituksen ja tiivistelmän hyväksyminen

## **9.2 Otakantaa-kommentoiminen**

Otakantaa-komentointi on kaikille avoin kanava suosituksen kommentoimiseksi. Suositusluonnos oli kommentoitavana Otakantaa –palvelussa ajalla 6.-26.4.23. Kommentteja saatiin viideltä vastaajalta. Jaosto käsitteli kokouksessaan saadut kommentit ja teki niiden pohjalta perustelluiksi katsomansa muutokset suositukseen. Pääosa kommenteista oli positiivisia. Suositukseen tehtiin kommenttien pohjalta tarkennus kognitiivisia toimintoja koskevaan kohtaan ja selkiytettiin mainintaa valmistelumuistiosta ja muista tausta-aineistoista osana suosituksen tietopohjaa. Valmistelumuistioon tehtiin tekstin ymmärrettävyyttä lisääviä muutoksia saadun palautteen pohjalta.

## **10 Suosituksen valmisteluun ja hyväksymiseen osallistuneet**

Suositus valmisteltiin mielenterveys- ja päihdepalvelujen jaostossa, josta suosituksen valmisteluun ovat osallistuneet:

Jaoston puheenjohtaja: Juha Auvinen, Oulun Yliopisto, Duodecim

Jaoston jäsenet:

Sanna Hautala, professori, Lapin yliopisto

Jarmo Hietala, LT, psykiatrian professori, Turun yliopisto

Kirsi Honkalampi, professori, Itä-Suomen yliopisto

Mari Kantanen, psykologian maisteri ja neuropsykologian erikoispsykologi, HUS

Miia Kaartinen, LT, aluehallintoylilääkäri, Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto

Tuula Kieseppä, ylilääkäri, STM

Ismo Linnosmaa, professori, Itä-Suomen yliopisto ja THL

Minna-Liisa Luoma, johtava asiantuntija, THL

Juha Veijola, psykiatrian professori, ylilääkäri, Oulun yliopisto/Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Helena Vormaa, lääkintöneuvos, STM

Jaoston vastuusihteerinä toimi erityisasiantuntija Sari Koskinen.

Suosituksen lopulliseen hyväksymiseen Palkon kokouksessa osallistuneet:

Sirkku Pikkujämsä puheenjohtaja, lääkintöneuvos, Sosiaali- ja terveysministeriö

Juha Auvinen, professori, Oulun yliopisto, Duodecim

Teppo Heikkilä, hallintoylilääkäri, HUS-yhtymä

Vesa Jormanainen, lääkintöneuvos, Sosiaali- ja terveysministeriö

Sirkku Jyrkkiö, tulosryhmäjohtaja TYKS, syöpätautien erikoislääkäri, Varsinais-Suomen hyvinvointialue

Tuula Kock, asiantuntijalääkäri, Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy

Niina Koivuviita, arviointiyliääkäri, Varsinais-Suomen hyvinvointialue

Janne Leinonen, johtava ylilääkäri, Kansaneläkelaitos

Ismo Linnosmaa, professori, Itä-Suomen yliopisto

Mirva Lohiniva-Kerkelä, apulaisprofessori, Lapin yliopisto

Marja Pöllänen, dosentti, Turun yliopisto

Piia Rannanheimo, lääketaloustieteilijä, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus

Valpuri Taulasalo, ylilääkäri, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto

Katri Vehviläinen-Julkunen, professori, Itä-Suomen yliopisto

## Lähteet ja tausta-aineistot

Liite 1. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kognitiivinen kuntoutus. Parisod H, Hamari L, Heino T, Huuskonen T, Larmo K, Marin K, Ojanen A, Ruotsalainen J, Tikka C, Vartiainen A-K. Hoitotyön tutkimussäätiö.

Liite 2. Menetelmiin liittyvä potilaskokemus. Hoitotyön tutkimussäätiö.

Liite 3. Skitsofreniaryhmän psykooseja sairastavien kognitiivinen kuntoutus: Eettinen analyysi. Uusitalo Susanne.

Ahti J, Kiesepä T, Suvisaari J, Suokas K, Holm M, Wegelius A, Ahola-Olli A, Häkkinen K, Kampman O, Lähteenvuo M, Paunio T, Tiihonen J, Tuulio-Henriksson A, Isometsä E.

[Differences in psychosocial functioning between psychotic disorders in the finnish SUPER study](#). Schizophrenia Research 2022, 244, 10-17:

Avohilmo: [Perusterveydenhuollon avohoidon SPAT-toimenpiteet](#). Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2022:

Díaz-Caneja C, Cervilla J, Haro J, Arango C, dePortugal E. [Cognition and functionality in delusional disorder](#). European Psychiatry, Vol 55, January 2019: 52-60.

González-Rodríguez A, Monreal J, Natividad M, Seeman M. [Collaboration between Psychiatrists and Other Allied Medical Specialists for the Treatment of Delusional Disorders](#). Healthcare 2022;10; number:1729 2022.

Green MF, Horan WP, Lee J. Nonsocial and social cognition in schizophrenia: current evidence and future directions. *World Psychiatry* 2019; 18: 146–161.

Harvey D, Bosia M, Cavallaro O, Kahn R, Leucht S, Müller D, Penadés R. ja Vita A. [Cognitive dysfunction in schizophrenia](#): An expert group paper on the current state of the art. Schizophr Res Cogn. 2022 Sep; 29: 100249.

Helsedirektoratet 2013. [Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser](#). Nasjonale faglige retningslinjer IS-1957.

Kansallinen asiakaspalautekysely mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Suunnittelu, toteutus ja tulokset. Viertiö S, Laitinen A-M, Kuussaari K, Partanen A, Grainger M, Therman S, Heiskanen M, Suvisaari J. THL raportti 8/2022.

Lasten ja nuorten mielenterveysperusteinen tutkimus ja hoito 2020. THL tilastoraportti 21/2022.

Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. Psykiatria. Duodecim 2017.

Perälä J, Suvisaari J, Saarni S, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, Hintikka J, Kiesepää T, Härkänen T, Koskinen S, Lönnqvist J. [Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population](#). Arch gen psychiatry/vol 64, Jan 2007.

Perälä J. [Epidemiology of Psychotic Disorders](#). National Institute for Health and Welfare (THL). Research 97/2013. Helsinki, Finland 2013.

[Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa](#). Palkon suositus 2018.

Silberstein J, Harvey P. [Cognition, Social Cognition, and Self-Assessment in Schizophrenia: Prediction of Different Elements of Everyday Functional Outcomes](#). CNS Spectr 2019 Feb; 24(1): 88–93.

[Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus](#). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 10.05.2022.

Socialstyrelsen 2018. [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning](#) ja [englanniksi](#).

Sundhedsstyrelsen 2018. [Behandling af patienter med skizofreni og komplekse forløb – vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknøytning](#). National klinisk retningslinje. s. 49–54.

Suvisaari J, Perälä J, Viertiö S, Saarni S, Tuulio-Henriksson A, Partti K, Saarni S, Suokas J, Lönnqvist J. Psykoosien esiintyvyyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Lääkärilehti 9/2012 vsk 67, s. 677 – 683.

Viertiö S, Mehtälä T, Sailas E. Skitsofrenian uudet psykososiaaliset hoidot. Lääketietellinen Aikakausikirja Duodecim 2016; 132: 632–638.

Wykes T, Huddy V, Cellard C, et al. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. Am J Psychiatry 2011; 168: 472–485.