

SKITSOFRENIAA SAIRASTAVIEN KUNTOUTUS JA TYÖLLISTYMISSAHDOLLISUUDET

Johdanto

Skitsofrenia on vakava mielenterveyden häiriö, joka on väestössä suhteellisen yleinen. Noin joka sadas ihminen sairastuu skitsofreniaan (Perälä ym. 2007). Potilailla on yleensä merkittäviä todellisuudentajun ja toimintakyvyn häiriöitä sekä tiedon käyttöön ja käsittelyyn liittyviä kognitiivisia puutoksia, jotka ovat usein varsin pysyviä (Torniainen ja Tuulio-Henriksson 2009). Sairauden syytekijöitä ei tunneta, mutta tutkimukset ovat vahvistaneet sairauden monitekijäisen taustan, jossa geneettisillä tekijöillä on vahva osuus ympäristövaikutusten ohella. Skitsofreniaan liittyy todennäköisesti varhainen keskushermoston kehityksen häiriö, joka altistaa sairauden puhkeamiselle. Vaikka skitsofrenia esiintyy suvuittain, suurin osa skitsofreniaan sairastuneiden potilaiden perheenjäsenistä on terveitä. Yksi tärkeimmistä skitsofreniaa ennakoivista riskitekijöistä on kuitenkin ensiasteen sukulaisella ilmenevä skitsofrenia.

Psykoosisairaudet ovat paitsi niistä kärsiville potilaille, myös heidän läheisilleen kuormittavia ja koko elämään vaikuttavia olosuhteita. Niiden aiheuttamalla työkyvyttömyydellä ja yhteiskunnallisen tuen tarpeella on myös suuri kansantaloudellinen merkitys. Suomessa on noin 50000 skitsofreniaa sairastavaa henkilöä (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2008).

Skitsofrenia puhkeaa varhain

Skitsofrenia puhkeaa tavallisesti nuorena aikuisuudessa. Ensimmäistä akuuttia psykoosivaihetta edeltää useimmiten vaihe, jolloin nuori henkilö jo oireilee. Tämä niin sanottu ennako-oirevaihe voi kestää muutamasta päivästä vuosiin. Siihen liittyy mielialan vaihtelua, masennusta ja ärtyneisyyttä, vetäytymistä ihmissuhteista, kognitiivisen toimintakyvyn vakavaa alenemista ja ruokahalun muutoksia sekä alentunutta stressinsietokykyä. Mitä useampia ennako-oireita ilmenee, sitä suurempi on vakavan mielenterveyden häiriön kehittymisen vaara. Koska oireilu alkaa usein nuoruusiässä, osa siitä voi kuulua normaaliin nuoruusiän kehitykseen, ja osa oireista voi ennakoida muitakin mielenterveyden häiriöitä kuin psykoosisairauksia - esimerkiksi masennushäiriön kehittymistä. Toisaalta nuoruusiän depressio voi joskus ennakoida skitsofrenian tai muiden psykoosisairauksien puhkeamista.

Nuoruusiän tai varhaiseen aikuisuuteen ajoittuva ennako-oireilu ja sairauden puhkeaminen aiheuttavat monesti kauaskantoisia vaikutuksia nuoren ihmisen tulevaisuuden suunnitteluun ja mahdollisuuksiin. Koulusuoriutumisen heikentyä ja monet aikuistumiseen liittyvät kehitystehtävät häiriintyvät tai keskeytyvät. Suurin osa skitsofreniaan sairastuvista käy kuitenkin peruskoulun loppuun ja suorittaa toisen asteen koulutusta ja ammatitopintoja, mutta siitä huolimatta työura ei monesti pääse lainkaan alkamaan (Isohanni

ym. 2011). Matala koulutustaso ja sairastumista edeltävien lyhyiden työssäolojaksojen puuttuminen johtaa skitsofreniapotilaan usein kokonaan työelämän ulkopuolelle joutumiseen ja eläkkeelle siirtymiseen jo nuorena aikuisuudessa (Cognard ym. 2009).

Skitsofrenian ennustetta pidetään usein huonona, ja sen oletetaan johtavan henkiseen tylsistymiseen ja toimintakyvyttömyyteen. Skitsofrenia ei kuitenkaan ole yksi sairaus, vaan ryhmä sairauksia, joiden oireissa, vaikutuksissa ja vaikeusasteessa on paljon vaihtelua. Sairaus voi johtaa vakavaan taantumiseen, mutta monien potilaiden oireet lievenevät vuosien kuluessa. Osalla potilaista voi olla nuoruusiässä tai nuorena aikuisuudessa yksittäinen tai yksittäisiä akuutin psykoosin vaiheita, mutta ei lainkaan akuutteja sairausjaksoja myöhemmin elämässä. Lievempi sairauden kulku liittyy yleensä myöhäisempään sairastumisikään, parempaan koulutukseen, sairautta edeltävään psykososiaaliseen toimintakykyyn sekä hyvään hoitovasteeseen ensimmäisen psykoosiepisodin aikana (Whitty ym. 2008).

Skitsofrenian hoito

Skitsofrenian hoidossa keskeistä on erilaisten lääkehoidollisten, psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoitomuotojen yhdistäminen potilaan ja hänen lähiympäristönsä tarpeiden mukaisesti (Isohanni ym. 2011). Sekä skitsofrenian että muiden psykoosisairauksien lääkehoito on kehittynyt paljon viime vuosikymmeninä. Sairauksien hoidossa korostuu nykyisin avohoito, ja potilaiden hoidon kehittymisen ansiosta on usein mahdollista asua omatomaisesti joko tuetuissa asumismuodoissa tai jopa itsenäisesti. Avohoidossa pärjääminen edellyttää kuitenkin lääkehoidon säännöllisyyttä, koska psykoosioireet uusiutuvat herkästi, jos lääkehoito jätetään pois. Skitsofreniaan liittyy monesti kognitiivisen tason lasku ja muistihäiriöitä, joiden takia potilas ei muista ottaa lääkkeitään. Tällöin voidaan käyttää pitkävaikutteisia lääkkeitä, jotka annostellaan injektioina esimerkiksi kerran kuukaudessa.

Vaikka niin sanotut positiiviset psykoosi-

oireet – aistiharhat ja harhaluulot sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus – saadaan lääkehoidolla melko hyvin hallintaan, potilaille jää usein muita arkipäivää haittaavia ongelmia. Skitsofreniaan liittyy myös niin sanottuja negatiivisia oireita, jotka ilmenevät tunteiden latistumisena, eristyneisyytenä, sosiaalisena epävarmuutena, puheen köyhtymisenä, apaattisuutena ja kyvyttömyytenä tuntea nautintoa. Näihin oireisiin on vaikeampi saada apua lääkehoidosta kuin positiivisiin oireisiin. Ne ovat usein myös niitä sairauden piirteitä, joiden vaikutukset menestymiseen esimerkiksi työelämässä ovat harhoja suuremmat (Tsang ym. 2010). Myös laaja-alaiset tiedonkäsitteilyn eli kognitiivisten toimintojen häiriöt kuuluvat usein skitsofrenian oirekuvaan (Tuulio-Henriksson ym. 2011). Toiminnanohjaus, joka liittyy aloitekykyisyyteen, suunnitteluun, toimeenpanoon ja oman toiminnan arviointiin, on usein skitsofreniassa alentunut. Myös tarkkaavaisuudessa ja keskittymiskyvyssä on ongelmia, ja muistin toiminta voi olla heikentynyt. Kognitiivisten oireiden lääkehoitoa kehitetään jatkuvasti. Vaikka vielä ei ole saavutettu varsinaista lääkehoidollista läpimurtoa kognitiivisen toimintakyvyn kohentamiseksi, ei lääkkeiden ole myöskään todettu alentavan kognitiota.

Skitsofrenian kuntoutus

Skitsofrenian ennustetta voidaan parantaa varhaisella tunnistamisella ja varhain aloitetulla hoidolla. Jo ensimmäiseen psykoottiseen vaiheeseen tulisi ottaa mukaan kuntoutukselliset näkökohdat (Isohanni ym. 2011). Erilaisilla kuntoutustoimenpiteillä ja psykoedukaatiolla voidaan vahvistaa toimintakykyä ja edistää hoitomyöntyvyyttä ja hoidon omatoimisuutta, millä on tärkeä merkitys esimerkiksi psykoosijaksojen ennaltaehkäisyssä. Kuntoutuksen merkitys on suuri myös sairauden aiheuttaman toiminnanvajavuuden ja sosiaalisen haitan ehkäisemisessä tai korjaamisessa.

Skitsofrenian käypä hoito suosituksen (2008) mukaan potilaan psykososiaalinen hoito ja kuntoutuksen tarve määräytyvät poti-

laan psyykkisen tilan ja perhe- ja sosiaalisen tilanteen perusteella. Potilaalle laaditaan moniammatillinen kuntoutussuunnitelma, jossa sosiaalityöntekijä arvioi sosiaalisen tilanteen ja toimintaterapeutti toimintakyvyn. Akuutin psykoosin väistyttyä tehtävä neuropsykologinen tutkimus antaa tietoa potilaan vahvuuksista ja heikentyneistä toiminnoista kuntoutussuunnitelman avuksi. Joskus useitakin kuukausia kestävän tasaantumisvaiheen jälkeen arvioidaan potilaan yksilöllisten kuntoutusmuotojen tarve. Sosiaalisten taitojen harjoittelu tulisi olla osana skitsofreniapotilaan muuta kuntoutusta. Erilainen sopeutumisvalmennus ja muu kurssitoiminta voivat olla sopivia toimenpiteitä, joilla voidaan auttaa potilaita, myös heidän perheitään sopeutumaan vaikeaan ja usein krooniseen sairauteen.

Avohoidon kuntoutustoimintaan kuuluu muun muassa toimintaa päivätoimintakeskuksissa, työsaleissa ja klubitaloissa. Kunnat järjestävät tai ostavat yksityisiltä palveluntuottajilta skitsofreniapotilaille asumispalveluita, joissa tukea pyritään tarjoamaan potilaan tarpeiden mukaisesti. Potilaille, joiden kohdalla voidaan arvioida työhön paluuta, suunnitellaan ja arvioidaan siihen liittyvien tukitoimien tarpeellisuutta ja yhteistyötä työterveyshuollon kanssa. Käypä hoito -suositusten mukaan potilaan, jonka tavoitteena on työllistyä avoimilla työmarkkinoilla, olisi hyvä osallistua tuettuun työllistämishjelmaan.

Kansaneläkelaitoksen järjestämää kuntoutusta sai vuonna 2010 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella 31636 kuntoutujaa. Kuntoutustoimenpiteitä saaneista 1110 sairasti skitsofreniaa tai skitsotyyppejä häiriöitä ja harhaluuloisuushäiriötä, mikä on alle 4 % kaikista mielenterveydellisistä syistä kuntoutusta saaneista. Vuonna 2010 kuntoutusta haki skitsofreniaryhmässä yhteensä 1456 henkilöä, joista 1047 (72 %) sai myönteisen päätöksen. Kaikista mielenterveydenhäiriöistä myönteisiä päätöksiä annettiin 84 % hakijoista, joten psykoosien kohdalla kielteiset päätökset olivat hieman yleisempiä kuin muissa mielenterveyden häiriöissä. Suurin osa skitsofreniaa sairastavien saamista kuntoutustoimenpiteistä oli vajaakuntoisten ammatil-

lista kuntoutusta, ammattikoulutusta tai työhönvalmennusta.

Kognitiivisten oireiden yhteys yleiseen toimintakykyyn on osoitettu useissa tutkimuksissa. Vastikään ilmestyneen systemaattisen katsauksen mukaan kognitiivisella kuntoutuksella voi muuhun hoitoon liitettynä olla kohtalaisen suuri vaikutus skitsofreniapotilaan kognitiiviseen toimintakykyyn (Wykes ym, 2011). Työkuntoutukseen tai tuettuun työllistämiseen yhdistettynä kognitiivinen kuntoutus voi parantaa työssä suoriutumista ja työllistymismahdollisuuksia. On kuitenkin tärkeää, että kognitiivinen kuntoutus päästäisiin aloittamaan mahdollisimman varhain ensimmäisen akuutin episodin jälkeen. Kognitiivisten oireiden varhain aloitetulla kuntoutuksella ja hyvin säilyneiden toimintojen vahvistamisella voidaan merkittävästi parantaa skitsofreniapotilaan elämänlaatua ja mahdollisuuksia päästä kiinni normaaliin arkeen.

Skitsofreniapotilaan työ- ja toimintakyky

Vain noin 15–30 % skitsofreniapotilaista on jollakin tavalla mukana työelämässä, ja vaikka potilaiden työllistyminen ei ainakaan kansainvälisissä tutkimuksissa näytä suoraan riippuvan yleisestä työllisyysasteesta, siinä on paljon paikallisia eroja liittyen esimerkiksi alueiden erilaisiin mahdollisuuksiin tuottaa tuetun työllistämisen palveluja (Salkever ym. 2007).

1980-luvulla tehdyissä 30 vuoden seuranta tutkimuksissa havaittiin, että avohoittoon siirrettyjen monipuoliseen kuntoutusohjelmaan osallistuneiden skitsofreniapotilaiden vointi koheni siinä määrin, että neljännes heistä oli vuosien mittaan ansiotyössä (DeSisto ym. 1995). Täydellinen paraneminen skitsofrenian akuuttivaihetta edeltävään vointiin on kuitenkin harvinaista (American Psychiatric Association 2000). Myös sairauteen liittyvä kognitiivinen heikentyminen, joka vaikeuttaa työ- ja toimintakykyä, voi olla varsin pysyvää ja sairauden akuuteista oireista riippumatonta.

Työkyky on toimintakykyä suppeampi käsite, ja työkyky voidaan määritellä toiminta-

kyvyn ja työn vaatimusten väliseksi tasapainoksi. Kun sekä työ- että toimintakyvyssä on puutteita, on todennäköistä, etteivät työmarkkinat ole kovin kiinnostuneita työllistämään skitsofreniapotilaita. Sairauteen liittyvän negatiivisen leiman ohella vallitsee myös pelko siitä, että työelämän stressaavuus lisää stressiherkän potilaan oireilua tai muulla tavalla lisää sairauden negatiivista kehitystä (Sailas ym. 2007). Tutkimuksissa ei kuitenkaan ole saatu tukea tälle käsitykselle (Dixon ym. 2010). Skitsofrenian kulkua seurannut yhdysvaltalainen työryhmä on esittänyt suosituksen, jonka mukaan jokaiselle skitsofreniapotilaalle, joka itse haluaa työelämään, pitää järjestää tuettua työtä työkyvyn saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi. Tuetun työllistämisen ydinelementit ovat yksilöllisesti räätälöity työ, nopea työn saanti, tuen saatavuus työpaikalla sekä työn ja mielenterveyspalveluiden joustava yhteensovittaminen (Dixon ym. 2010).

Lopuksi

Vaikka skitsofreniapotilaiden työllistyminen on monissa tapauksissa vaikeaa, joskus mahdollontakin, se ei saisi olla esteenä näistä sairauksista kärsivien ihmisten yleisen toimintakyvyn kohentamiselle ja ylläpitämiselle. Kuntoutuksen tavoitteena ei aina tarvitse olla työelämään sijoittuminen. Sairauden alusta alkaen toteutettu toimintakykyä ylläpitävä kuntoutus voi vahvistaa niitä ominaisuuksia ja taitoja, joiden avulla sairauden myöhemmissä vaiheissa voidaan jopa suunnitella työelämään siirtymistä. On kaikkien etu, että myös skitsofreniaa sairastavien kuntoutuksesta joka tapauksessa huolehditaan asianmukaisen hoidon ohella.

Skitsofreniaan sairastumisen ei välttämättä tarvitse merkitä kroonista työkyvyttömyyttä ja eläkkeelle siirtymistä. Nykytiedon perusteella ja hoidon kehittymisen ansiosta tulevaisuus voisi tarjota erilaisia mahdollisuuksia yhteiskunnan tasaveroisena jäsenenä toimimiseen. Erilaisilla yksilöllisesti suunnitelluilla kuntoutustoimenpiteillä voidaan vaikuttaa myös skitsofreniaa sairastavien työ- ja toimintakykyyn. Tuettu työ on tutkimustiedon

perusteella paitsi mahdollista, myös hoidollista ja sitä kautta toimintakykyä edistävää (Sailas ym. 2007; Dixon ym. 2010). Kognitiivisten oireiden kuntoutuksen vaikuttavuudesta on saatu uutta tietoa (Wykes ym. 2011), eikä kognitiivisten häiriöiden ole yleisellä tasolla todettu vaikeutuvan sairauden kuluksa (Irani ym. 2011). Psykoosioireiden lääkehoito on viime vuosikymmeninä kehittynyt, ja lääkkeiden mahdollisesti aiheuttamiin haittaoireisiin on olemassa tehokkaita lääkkeitä.

Skitsofreniaan ja muihin psykoosisairauksiin liittyvät asenteet ja pelko lievittyvät parhaiten hyväksymällä sairaiden yhteiskunnallinen läsnäolo. Pitkäänkin sairastaneiden potilaiden elämänlaatua ja itsetuntoa voidaan kohentaa kuntoutustoimenpiteiden avulla (Posio ym. 2008). Arjen jäsentyminen on kaikille ihmisille tärkeää, ja kuntoutukseen osallistuminen tavallisesti merkitsee toistuvaa päivä- tai viikko-ohjelmaa, jossa sovitusta ajoista on pidettävä kiinni. Niihin liittyy aina myös vuorovaikutussuhteita, jotka omalta osaltaan auttavat arjessa kiinni pysymistä.

FT, DOSENTTI **ANNAMARI TUULIO-HENRIKSSON**
TYÖSKENTELEE JOHTAVANA TUTKIJANA KELAN
TUTKIMUSOSASTOLLA.

Lähteet

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders., Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Cougnard A, Goumilloux R, Monello F, Verdoux H. Characteristics associated with duration of employment of persons with schizophrenia after first contact with psychiatric services. *Work* 2009;365-371.
- DeSisto M, Harding CM, McCormick RV, Ashikaga T, Brooks GW. The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. II. Longitudinal course comparisons. *British Journal of Psychiatry* 1995;167:338-342.
- Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickerson D, Goldberg RW, Lehman A, Tenhula WN, Calmes C, Pasillas RM, Peer J, Kreyenbuhl J; Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary

- statements. *Schizophrenia Bulletin* 2010;36:48-70. Review.
- Irani F, Kalkstein S, Moberg EA, Moberg PJ. Neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: A meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *Schizophrenia Bulletin* 2011;37:1318-11326.
- Isohanni M, Suvisaari J, Koponen H, Kiesepä T, Lönnqvist J. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) *Psykiatria*. Kustannus Oy Duodecim, 2011.
- Perälä J, Suvisaari J, Saarni S, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, Hintikka J, Kiesepä T, Härkänen T, Koskinen S, Lönnqvist J. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64:19-28.
- Posio J, Keskihannu I, Veijola J, Koponen H. Pitkäänkin sairastaneet skitsofreniapotilaat hyötyvät ryhmäkuntoutuksesta. *Suomen Lääkärilehti* 2008; 63:1741-1743.
- Rinaldi M, Perkins R, McNeil K, Hickman N, Singh SP. The Individual Placement and Support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis in the UK. *Journal of Mental Health* 2010;19:483-491.
- Sailas E, Selkama S, Joffe G. Työ tekijäänsä kiittää – tuettu työllistyminen osana skitsofreniapotilaiden kuntoutusta. *Duodecim* 2007;123:2083-2090.
- Salkever DS, Karakus MC, Slade EP, Harding CM, Hough RL, Rosenheck RA, Swartz MS, Barrio C, Yamada AM. Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study. *Psychiatric Services* 2007;58:315-324.
- Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2008. Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi.
- Torniainen M, Tuulio-Henriksson A. Skitsofrenian neuropsykologiaa. *Psykologia* 2009, 2:84-92.
- Tsang HW, Leung AY, Chung RC, Bell M, Cheung WM. Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2010;44:495-504. Review.
- Tuulio-Henriksson A, Perälä J, Saarni SI, Isometsä E, Koskinen S, Lönnqvist J, Suvisaari J. Cognitive functioning in severe psychiatric disorders in a general population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2011;261:447-456.
- Whitty P, Clarke M, McTigue O, Browne S, Kamali M, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E. Predictors of outcome in first-episode schizophrenia over the first 4 years of illness. *Psychological Medicine* 2008;38:1141-1146.
- Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes. *American Journal of Psychiatry* 2011;168:472-485