

<https://helda.helsinki.fi>

Skitsofreniapotilaiden somaattisten terveysongelmien ehkäisy

Eskelinen, Saana

2018

Eskelinen , S 2018 , ' Skitsofreniapotilaiden somaattisten terveysongelmien ehkäisy ' ,
Duodecim , Vuosikerta. 134 , Nro 15 , Sivut 1449-1457 . <
<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo14448> >

<http://hdl.handle.net/10138/304194>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Saana Eskelinen

Skitsofreniapotilaiden somaattisten terveysongelmien ehkäisy

Skitsofreniaa sairastavat kuolevat usein ennenaikaisesti somaattisiin sairauksiin. Elinaikanaan heillä on runsaasti fyysisiä ongelmia. Fyysisille sairauksille altistavat muun muassa epäterveelliset elintavat, psykiatrinen lääkehoito, psykoosisairauden oireet sekä köyhyys ja syrjäytyminen. Skitsofreniaa sairastavienkin elintapoihin voidaan vaikuttaa. Asiantuntevan kuntoutuksen ja säännöllisten seuranta- ja hoitotoimien lisäksi tarvitaan kokonaisvaltaisia terveystarkastuksia piilevien somaattisten terveysongelmien havaitsemiseksi ja hoitamiseksi. Skitsofreniaa sairastavien somaattisen sairauskuorman vähentämiseksi tulee fyysisestä terveyttä tukevia toimintamalleja saada osaksi hoitopaikkojen toimintakulttuuria. Resurssia ja sitoutumista tarvitaan uusien toimintatapojen jalkauttamiseen ja ylläpitoon. Perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon on yhdistettävä voimansa ja tehtävä enemmän yhteistyötä myös potilaiden, omaisten ja järjestöjen kanssa, jotta skitsofreniaan sairastumisen ei tarvitsisi johtaa fyysisen terveyden rapautumiseen.

Skitsofreniaa sairastavat ovat keskimäärin somaattisesti huomattavan monisairaita, ja heidän kuolleisuutensa on edelleen kolminkertainen muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna (**TAULUKKO 1**) (1). Skitsofreniapotilaiden itsemurhakuolleisuus on muuta väestöä suurempi. Ylikuolleisuus aiheutuu kuitenkin pääosin sydän- ja verisuonitaudeista, syövästä ja hengitysteiden sairauksista (2). Tuoreen brittitutkimuksen mukaan kuolleisuusero muuhun väestöön nähden ei ole kaventunut (3). On mahdollista, että skitsofreniapotilaat eivät ole hyötäneet somaattisten sairauksien parantuneista hoito- ja ehkäisy mahdollisuuksista muun väestön tavoin (3).

Somaattista sairastavuutta skitsofrenian ja muiden vakavien mielenterveyden häiriöiden yhteydessä käsitteleviä ansiokkaita katsauksia on julkaistu viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana useita (4–7). Somaattisiin liitännäissairauksiin johtavista tekijöistä merkittävään osaan voidaan vaikuttaa (**TAULUKKO 2**).

Skitsofrenian Käypä hoito -suositus suosittelee somaattisten sairauksien ehkäisyä, tutkimista ja hoitoa sekä terveellisten elintapojen edistämistä. Yhtenä hoidon laatukriteerinä ehdotetaan seurattavaksi, kuinka monelle potilaalle on tehty somaattisten pitkäaikaissai-

rauksien ja niiden riskitekijöiden selvittelyn sisältävä somaattinen tutkimus (8). Tähän saakka huomion keskiössä on ollut seuranta, joka ei ilman sairauksien riskitekijöihin vaikuttamista kuitenkaan kantane hedelmää (9).

MESTA-tutkimus

Mielenterveyskuntoutujien elinolot ja somaattinen terveys avohoidossa (MESTA) -tutkimuksessa selvitettiin skitsofreniakirjon sairauksia sairastavien potilaiden fyysisiä terveysongelmia. Tutkimuksessa Kellokosken sairaalan kuntoutuspsykiatrian poliklinikoissa Mäntsälässä, Tuusulassa ja Järvenpäässä vuosina 2009–2013 hoidossa olleille potilaille tehtiin strukturoidun kliinisen lääkärintutkimuksen sisältävä terveystarkastus. Tutkimuksen menetelmät on kuvattu siitä julkaistuissa osatöissä (10–13) ja väitöskirjassa.

Tutkimukseen kutsutuista potilaista terveystarkastukseen osallistui 275 (67 %). Osallistujien keski-ikä oli 45 vuotta, ja valtaosalla heistä (69 %) diagnoosina oli skitsofrenia. Lähes puolella osallistujista (45 %) oli päivittäistä elämää haittaavia somaattisia oireita, joista yleisimpiä olivat tuki- ja liikuntaelimestön, neurologiset ja maha-suolikanavan oireet.

TAULUKKO 1. Somaattisia sairauksia ja tiloja, joita skitsofreniaa sairastavilla on muuta väestöä enemmän.

Endokriiniset, ravitsemus- ja aineenvaihduntasairaudet ja tilat
Metabolinen oireyhtymä
Tyypin 2 diabetes
Lihavuus
Lipidihäiriöt
Kilpirauhasen vajaatoiminta
Hyperprolaktinemia
Hengityselinten sairaudet
Astma
Keuhkohtaumatauti
Virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet
Virtsankarkailu
Munuaisten vajaatoiminta
Ruuansulatuselinten sairaudet
Ummetus, suolitukos
Rasvamaksa
Verenkiertoelinten sairaudet
Sepelvaltimotauti
Sydämen vajaatoiminta
Sydämen johtumishäiriöt
Sydänperäinen äkkikuolema
Perifeerinen valtimotauti
Laskimotromboosit
Infektiosairaudet
Influenssa
Keuhkokuume
B- ja C-hepatiitit
Hermoston sairaudet
Aivohalvaus
Liikehäiriöt
Muut
Näön heikentyminen
Kuuloaikkeudet
Hampaattomuus, karies
Korvan vahatulppa
Ihottumat
Seksuaalitoimintojen häiriöt
D-vitamiinin puutos
Osteoporoosi, osteopenia
Luunmurtumat

Valtaosalla (86 %) oli jokin somaattinen lääkitys. Yksittäisellä potilaalla oli käytössä keskimäärin 3,3 somaattista lääkettä (vaihteluväli 0–13) (TAULUKKO 3). Tutkimukseen osallistu-

neiden joukossa somaattisten lääkkeiden käyttö oli yleisempää kuin väestössä keskimäärin. Kun MESTA-tutkimukseen osallistuneiden lääkkeiden käyttöä verrattiin tutkimusajankohtaan sijoittuvan Lääketilaston lääkekorvauksia väestötasolla saaneisiin, esimerkiksi beetasalpaajien (33 % vs 13 %), tyroksiinin (12 % vs 5 %), diabetes- (13 % vs 6 %), lipidi- (27 % vs 12 %) ja ahtauttavien hengitystiesairauksien lääkkeiden (20 % vs 9 %) käyttäjien osuus oli ensin mainittujen joukossa suurempi (14).

Terveystarkastuksissa ilmeni moninaisia fyysisiä ongelmia ja niistä juontuvaa seurannan ja hoidon tarvetta. Yleisimmin suositeltiin verenpaineen seurantaan, ihottumien paikallishoitoa, glukoosiaineenvaihdunnan häiriön jatkoselvittelyä, hammashoitoon tai silmälääkärin arvioon hakeutumista ja ummetuslääkityksen aloitusta tai tehostusta. Joillakin potilailla todettiin välitöntä hoitoa edellyttäviä sairauksia, kuten vaikea anemia (hemoglobiinipitoisuus 57 g/l), keuhkohtaumaan liittyvä akuutti obstruktio ja verkkokalvon irtauma. Monet potilaat saivat useita suosituksia jatkohoidoiksi tai -tutkimuksiksi. Yksittäisen potilaan eri sairauskategorioiden mukaisten suositusten lukumäärän mediaani oli 3. TAULUKOSSA 4 on yhteenveto tutkimuksen päätuloksista.

Vahvimmin terveysongelmiin ja jatkotutkimusten tarpeeseen yhdistyviä riskitekijöitä olivat lihavuus, tupakointi, klotsapiinilääkitys ja tuettu asumismuoto. Fyysinen aktiivisuus liittyi vähäisempään metabolisen oireyhtymän riskiin.

Riskitekijät ja niihin vaikuttaminen

Tupakointi. Skitsofreniaa sairastavat tupakoivat usein ja runsaasti (15). Tupakointi on mielenterveyshäiriöpotilaiden huomattavasti suurentuneen kuolleisuuden kannalta merkittävin yksittäinen riskitekijä. Suomalaisessa kolmentoista vuoden seurantatutkimuksessa tupakointiin liittyi skitsofreniapotilaiden 3,5-kertainen kuolemanriski (1). Tupakointi aiheuttaa terveyshaittojen lisäksi usein toimeentulo-ongelmia vähätuloisille, sillä esimerkiksi vuonna 2018 rasiällisen savukkeita päivittäin polttamisesta seurasi yli 2000 euron kustan-

TAULUKKO 2. Skitsofreniapotilaiden somaattisten sairauksien riskitekijät.

Skitsofrenian oireet
Skitsofrenian negatiiviset, positiiviset ja kognitiiviset oireet (ajattelun, motivaation ja toiminnanohjauksen ongelmat, vaikeudet itsestä huolehtimisessa), heikentynyt kivuntunto
Psykiatrinen lääkehoito
Painon lisääntyminen, glukoosi- ja lipidiaineenvaihdunnan häiriöt, hyperprolaktinemia, antikolinergiset ja ekstrapyramidaalilaitat
Elintavat
Tupakointi, epäterveellinen ravitsemus, liikkumattomuus, päihteiden käyttö, riskikäyttäytyminen
Sosioekonomiset tekijät
Köyhyys, vähäinen koulutus, yksinäisyys
Terveydenhuoltojärjestelmä
Hoitojärjestelmän pirstaleisuus ja sen tarjoama puutteellinen tuki henkilölle, jonka on vaikea hakea apua
Perimä
Yhteisiä riskigeenejä

nukset vuodessa. Tupakoinnilla on merkittäviä farmakokineettisiä ja -dynaamisia vaikutuksia (16). Sen lopettaminen saattaakin mahdollistaa lääkeannoksien vähentämisen. Klotsapiinipitoisuuden tarkistaminen tupakoinnin lopetuksen yhteydessä on suotavaa liiallisen pitoisuusnou- sun havaitsemiseksi.

Tekijöitä, jotka altistavat skitsofreniapotilaita tupakoinnin aloittamiselle – ja lopettamisyritysten epäonnistumiselle – ovat köyhyys, vähäinen koulutus ja tupakointia suosivat ympäristöt, kuten psykiatriset sairaalat ja tuetun asumisen yksiköt (17).

Skitsofreniaa sairastavankin on mahdollista ja turvallista lopettaa tupakointi. Tukea tupakasta vieroitukseen tulisi tarjota osana psykiatrista hoitoa (15). Osa ihmisistä lopettaa tupakoinnin ilman tukihoitoja. Nikotiini-riippuvaiselle on kuitenkin tärkeää ehdottaa psykologista ja farmakologista tukea, koska se lisää todennäköisyyttä onnistua tupakoinnin lopettamisessa. Eniten tutkimusnäyttöä vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavien tupakasta vieroituksessa on saatu bupropionista ja varenikliinista.

Eniten käytännön kokemusta on nikotiini- korvaushoidosta. Jos nikotiiniriippuvuus on vahva tai erittäin vahva esimerkiksi Heaviness

TAULUKKO 3. MESTA-tutkimuksen aineiston kuvailu.

	Osallistujat (n = 276), n (%) tai keskiarvo (keskihajonta)
Ikä (v)	44,9 (12,6)
Miehiä	152 (55,1 %)
Painoindeksi (kg/m ²)	30,2 (6,7)
Työmarkkinatilanne	
Palkkatyössä	25 (9,0 %)
Eläke, kuntoutustuki tai sairausloma	233 (84,4 %)
Terveyskäyttäytyminen	
Kävelyä, pyöräilyä tai muuta liikku- mista yli 4 tuntia viikossa	162 (58,7 %)
Tupakoi päivittäin	106 (38,4 %)
Lopettanut tupakoinnin	92 (33,3 %)
Ei ole koskaan tupakoinut	78 (28,3 %)
Ei alkoholinkäyttöä	121 (43,8 %)
Alkoholin riskikäyttö: AUDIT-C-pisteet (naiset ≥ 5 / miehet ≥ 6)	15/27 (12,2 %/17,8 %)
Käynyt yleislääkärillä edeltävän 12 kk:n aikana	176 (63,8 %)
Käynyt hammaslääkärillä edeltävän 12 kk:n aikana	177 (64,1 %)
Jokin somaattinen lääkitys käytössä	238 (86,2 %)
Beetasalpaaja	90 (32,6 %)
Lipidilääke	75 (27,2 %)
Kipulääke	72 (26,1 %)
Ummetuslääke	61 (22,1 %)
Verenpainelääke (muu kuin beeta- salpaaja)	59 (21,4 %)
Närästyslääke	56 (20,3 %)
Ahtauttavien hengitystiesairauksien lääke	54 (19,6 %)
Diabeteslääke	37 (13,4 %)
Lääke kilpirauhasen vajaatoimintaan	34 (12,3 %)
Vitamiinilisä	80 (29,0 %)
Psykiatrinen lääkehoito	
Klotsapiini	115 (41,7 %)
Toisen polven psykoosilääke	153 (55,4 %)
Ensimmäisen polven psykoosilääke	78 (28,3 %)
Masennuslääke	89 (32,2 %)
Mielialantasaaja tai epilepsialääke	49 (17,8 %)
Litium	14 (5,1 %)
Ahdistuneisuuslääke	105 (38,0 %)
Unilääke	71 (25,7 %)

of Smoking Indexin mukaan arvioituna, kannattaa hoidossa alkuun yhdistää pitkävaikutteinen laastari ja lyhytvaikutteinen valmiste,

TAULUKKO 4. MESTA-tutkimuksen tulokset.

Fyysisen terveyden interventiot
Osallistuneista 81 % sai elintapaneuvontaa.
Osallistuneista 88 % sai jonkinlaisen somaattisen jatko-hoito-, jatkotutkimus- tai seurantasuosituksen (intervention).
Yleisesti intervention tarpeita ennustivat lihavuus (kerroinsuhde 2,6) ja tupakointi (kerroinsuhde 2,3).
Yleislääkärikäynti edeltävän vuoden aikana ei vähentänyt interventiosuosituksen tarvetta.
Hammaslääkärikäynti edeltävän vuoden aikana vähensi suun sairauksien interventiosuosituksen tarvetta.

kuten suusumute, purukumi tai imeskelytabletti. Vieroitusvalmisteen valinnassa saatavuus ja käytettävyys, lääkeaineiden yhteisvaikutukset (bupropioni) sekä psyykkisen voiminnan seurantarave hoidon aikana (varenikliini ja bupropioni) on puntaroitava. Skitsofreniaa sairastavien ohjauksessa savuttomuuteen on tärkeää huomioida yleiset kognitiiviset ja toimintakyvyoireet sekä vähävaraisuus.

Vuosina 2017–2018 on käynnissä yhdentoista sairaanhoitopiiriin, Filhan ja Mielenterveyden keskusliiton koordinoima hanke, jossa koulutetaan psykiatrisia potilaita hoitavaa henkilökuntaa sekä vertaisohjaajia ottamaan puheeksi tupakointi ja auttamaan potilaita tupakoinnin lopettamisessa. Sairaanhoitopiireihin on perustettu moniammatilliset savuttomuustyöryhmät paikallisen toiminnan koordinointiin. Osa-aikaiset hanketyöntekijät levittävät savuttomuusosaamista yksiköihin. Keväällä 2018 julkaistiin hankkeeseen liittyvä psykiatrian ammattilaisille suunnattu Mielenterveystalon verkkokurssi tupakasta vieroituksesta. Muutamissa maamme psykiatrisissa yksiköissä on tarjolla ryhmä- ja yksilötupakkavieroitusta. Ryhmähoidossa saatava vertaistuki on usein koettu hyvin merkitykselliseksi.

Tupakointi sisätiloissa on juurtunut psykiatriseen sairaalaympäristöön. On totuttu ajattelemaan, että vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavat eivät halua eivätkä kykene lopettamaan tupakointia ja että tupakoinnin lopettamisella jopa saattaisi olla haitallista vaikutusta psyykkiseen vointiin. Tupakointia on myös pidetty lääkehaittojen ja negatiivisten oireiden tarpeellisenä itsehoitona. Tupakointiin ja muihin

elintapa-asioihin puuttuminen saatetaan psykiatrisessa hoitoympäristössä edelleen kokea potilaan itsemääräämisoikeuden loukkaamisena.

Täysin savuttomia psykiatrisia sairaaloita on erityisesti viime vuosikymmenen aikana perustettu useisiin EU:n maihin sekä Australiaan ja Yhdysvaltoihin. Savuttomaan psykiatriseen yksikköön siirtymistä edistävät selkeä johtaminen, koulutus, henkilökunnan vähäinen tupakointi sekä mahdollisuus käyttää pitkä- ja lyhytvaikutteisen nikotiinikorvaushoidon yhdistelmää (18). Henkilökunnalla on oltava selkeä hoitomalli tupakkariippuvaisen potilaan ohjaamiseen ja lääkitsemiseen nikotiinikorvaushoidolla. Osastoväkivallan lisääntymistä pelätään usein, kun puhutaan savuttomista psykiatrisista yksiköistä. Maudsleyn sairaalan ja Etelä-Lontoon 800 vuodepaikkaa käsittävän psykiatrisen hoito-organisaation seurantalutkimuksessa raportoitiin fyysisten väkivaltilanteiden vähentyneen savuttomuuteen siirtymisen myötä. Potilaiden henkilökuntaan kohdistama väkivalta väheni 47 % ja muihin potilaisiin kohdistama väkivalta 15 % ensimmäisen vuoden kuluessa muutoksen jälkeen (19).

Eduskunnan oikeusasiamiehen kesäkuussa 2017 antaman kannanoton mukaan tahdosta riippumattomassa hoidossa olevat psykiatriset potilaat rinnastetaan vankeihin, ja siten heille tulee tarjota mahdollisuus tupakoida sairaalahoidon aikana. Näkemys poikkeaa useiden muiden maiden tulkinnaasta, ja siihen haetaan muutosta.

Ravitsemus ja painonhallinta. Skitsofreniapotilaiden lihavuus (painoindeksi vähintään 30 kg/m²) on 3–4 kertaa yleisempää kuin muun väestön (20). Useimmat psykoosilääkkeet, erityisesti klotsapiini ja olantsapiini, sekä useat muut psykiatriset lääkkeet, kuten mirtasapiini, litium ja valproiinihappo, häiritsevät näälän ja kylläisyyden havaitsemista ja altistavat liikasyömisestä kautta painon lisääntymiselle (20). Psykoosilääkitys saattaa myös vähentää energiankulutusta levossa (21). Paino alkaakin usein lisääntyä heti psykoosilääkityksen aloittamisen jälkeen, ja ensimmäinen psykoosilääkityksen käyttövuosi on erityisen kriittinen painon lisääntymisen kannalta. Suomalaisessa ensipsykoositutkimuksessa havaittiin, että 82 %:lla po-

tilaista paino lisääntyi yli 7 % ensimmäisen hoitovuoden aikana (22). Ylipainoisten tai lihavien osuus suureni vuodessa 27 %:sta 61 %:iin (22).

Vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavien on havaittu syöväen muuta väestöä epäterveellisemmin: vähemmän kasviksia sekä enemmän runsaasti energiaa, tyydyttyynyttä rasvaa ja suolaa sisältävää ruokaa (23). Lääkityksen lisäksi ateriarvot puute altistaa ahmimiselle, ja annoskoot voivat olla huomattavan suuria. Tiedot ja taidot ovat terveellisen ravitsemuksen toteuttamisen kannalta usein puutteellisia. Myös psykiatrinen sairaalaympäristö, johon saattavat kuulua liikkumisrajoitteet ja passiivittuminen, epäterveelliset tarjoilut ja potilaiden omat ruokaostokset, saattaa altistaa painon lisääntymiselle.

Psykyllästä valittaessa tulee ottaa huomioon valmisteen vaikutus painoon. Mahdollisista haitoista on kerrottava potilaille, jotta hän pystyisi seuraamaan painoaan ja kiinnittämään erityishuomiota terveelliseen ravitsemukseen ja fyysiseen aktiivisuuteen. Ymmärrettävän potilasinformaation lisäksi potilaille pitäisi pystyä tarjoamaan mahdollisuutta saada ammattilaisten tukea terveellisten elintapojen opettelussa ja ylläpitämisessä. Potilaan ravitsemusta on käytännön työssä kätevästi selvittää valmiin kyselykavakkeen avulla. Säännöllisen painon seurannan ja lukemien merkitsemisen potilaskertomukseen tulisi olla rutiini psykiatrisessa hoidossa.

Elintapa- ja ravitsemusinterventtioiden on havaittu parantavan psykoosisairauksia sairastavien ravitsemuksen koostumusta ja metabolisia mittaustuloksia sekä kykenevän ehkäisemään ja hoitamaan ylipainoa. Erityisesti ravitsemusterapeutin antamat, yksilö- ja ryhmäohjausta yhdistävät ja toisaalta ehkäisevät interventiot ovat tehokkaita (23,24).

Fyysinen aktiivisuus. Skitsofreniaa sairastavien on todettu olevan fyysisesti passiivisimpia kaikista vakavia mielenterveyden häiriötä sairastavista (25). Vakaviin mielenterveyden häiriöihin liittyvä väsymys, stressi, masennus ja tuen puute voivat johtaa fyysisen aktiivisuuden vähäisyyteen (26). Liikkumiseen puolestaan motivoivat toiveet vähentää painoa ja stressiä sekä kohentaa mielialaa (26). Skitsofreniaan liittyy usein myös liikkumisvaikeuksia (27).

Ydinasiat

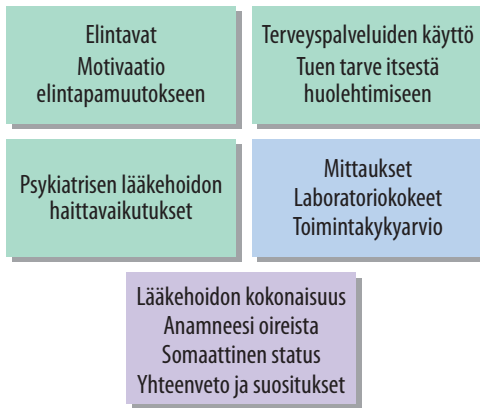
- ▶ Skitsofreniaa sairastavien terveyserot muuhun väestöön verrattuna ovat suuret.
- ▶ Skitsofreniaa sairastavilla on runsaasti sairauksien riskitekijöitä.
- ▶ Säännölliset terveystarkastukset olisivat tarpeen.
- ▶ Somaattisten sairauksien ehkäisyyn on panostettava moniammatillisesti yksilö- ja järjestelmätasolla.

Fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen kohdistuvien interventioiden on osoitettu kohentavan skitsofreniaa sairastavien kunnon lisäksi heidän vireyttään ja sosiaalista kognitiotaan sekä vähentävän heidän masennus- ja psykoosioireitaan (28–30). Avainasemassa fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä ovat potilasryhmän erityishaasteet tuntevat ammattilaiset, kuten liikunnanohjaajat ja fysioterapeutit. Ammattitaitoisten ohjaajien antama mielekäs ohjaus on ollut tutkimuksissa tuloksellisinta (31). Valitettavasti fyysisen aktiivisuuden ammattilaisia on toistaiseksi vain harvoissa psykiatrisissa hoitopaikoissa.

Mikäli potilas viettää päivänsä lähinnä istuen ja makoillen, on mielekkäämpää alkuun suositella toteuttamiskelpoisia tavoitteita kuin tavoitella virallisia terveysliikuntasuosituksia. Hyväksi havaittu toimintamalli on ohjata potilasta lisäämään arkiliikuntaa. Avohoidossa kannattaa selvittää muun muassa kuntien ja järjestöjen tarjoamia matalan kynnyksen liikkumismahdollisuuksia ja innostaa potilaita niiden pariin.

Somaattisten sairauksien ehkäiseminen ja hoito

Skitsofreniapotilaiden somaattisten sairauksien hoito ja ehkäisy määrittellään perusterveydenhuollon työksi (8). Somaattisten sairauksien ehkäisy pitäisi kuitenkin aloittaa mahdollisimman pian psykoosisairauden diagnosoimisen jälkeen. Skitsofrenian hoito toteutuu Suomessa pitkälti psykiatrisessa avohoidossa, jossa potilailla on usein pitkät hoitosuhteet. Toisaalta osa skitsofreniaa sairastavista on yhä pitkiä aikoja



Vihreä = kyselykaavake
 Sininen = hoitajan vastaanotto
 Violetti = lääkärin vastaanotto

KUVA. Suositus skitsofreniaa sairastavan potilaan terveystarkastuksen sisällöksi.

psykiatrisessa sairaalahoitossa tai asuu tuetusti.

Hiljainen ja toimintakykyongelmista kärsivä skitsofreniaa sairastavien ryhmä voi helposti jäädä äänekkäämpien jalkoihin, kun terveydenhuollon resursseja jaetaan. Tarvittaisiin positiivista diskriminointia eli erityishuomiota terveys- ja kuolleisuuserojen kaventamiseksi. Diagnostoitujen kansansairauksien hoito vaikuttaa toimivan, mutta piilevien sairauksien löytymiseen ja sairauksien ehkäisyyn ei ole tarpeeksi keinoja.

Psykiatrian, yleislääketieteen, hoito- ja terveystieteiden, ravitsemus- ja toimintaterapian sekä liikunnanohjauksen osaamisen yhdistäminen on oleellista toimintamallien kehittämisessä. Perusterveydenhuollossa skitsofreniapotilaille ei ehkä riitä aikaa ja erityisosaamista. Yleislääkäri ei yleensä vastaa näiden potilaiden psykiatrisesta lääkehoidosta. Henkilöstöä skitsofreniapotilaita hoitavassa yksikössä tulee kouluttaa ja tukea nykyistä enemmän potilaiden fyysisen terveyden seurantaan ja edistämiseen. Vertaisohjauksella voisi olla merkittävä rooli potilaiden sisäisen motivaation herättelyssä, joka on keskeistä elintapamuutosten onnistumiselle.

Terveystarkastukset

Skitsofreniaa sairastavien somaattisissa seurantaohjeissa suositellaan seuraamaan säännöllisesti

metabolisten laboratoriokokeiden tuloksia sekä painoa ja vyötärönympärysmittaa (5,8). Perinpohjaisemmat terveystarkastukset olisivat kuitenkin tarpeen, jotta potilaiden moninaiset, piilevätkin terveysongelmat eivät jäisi havaitsematta (**KUVA**).

Terveystarkastuksessa lääkäri ohjaa potilaan tarpeellisiin jatkotutkimuksiin ja strukturoituun elintapakuntoutukseen. Luonnollisesti tarkastuksessa varmistetaan myös somaattisten sairauksien seurannan ja hoidon asianmukainen toteutuminen. On hyvin tärkeää varata skitsofreniapotilaalle tarpeeksi pitkä vastaanottoaika ja antaa jatkohoito-ohjeet kirjallisessakin muodossa, esimerkiksi lähettämällä kopio sairauskertomuksesta potilaalle kotiin ja välittämällä se potilaan vastuutyöntekijälle. Lukuisia käsiteltäviä asioita on usein mahdotonta sisäistää yhdessä tapaamisessa. Kätevintä olisi, jos potilas toisi terveystarkastukseen mukanaan tukihenkilönsä tai pitkäaikaisen vastuutyöntekijänsä.

Terveystupa

Terveystupa on yleislääkärijohtoinen moniammatillinen verkosto, joka on toiminut Kellosken sairaalassa ja Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrisessa avohoidossa vuodesta 2015. Fyysisen terveydenhoidon kehittämisestä kiinnostuneet osastojen nimikkohoitajat (terveystupa-agentit) sekä poliklinikan moniammatillinen aivoriihi (opintopiiriläiset) nostavat esiin käytännön työssä havaitsemiaan ongelmia ja kehittävät sekä vievät käytäntöön uusia toimintatapoja (**TAULUKKO 5**). Verkostossa toimii hoitotyön edustajien lisäksi ravitsemusterapeutti, liikunnanohjaajia, hammaslääkäri sekä fysio- ja toimintaterapeutteja. Terveystuvan esikuva on belgialaisen Leuvenin yliopiston psykiatrisen klinikan Medical Center (32).

Terveystuvan kehittämät materiaalit ja työmallit löytyvät Mielenterveystalon ammattilaisosion sähköisestä Terveystuvasta (eTerveystupa, mielenterveystalo.fi), josta löytyy myös hyvinkääläisen psykiatrisesta poliklinikasta terveystarkastukseen johtavan terveystarkastus-hoitopolun kuvaus. Hoitopolun on kehittänyt Hyvinkään terveystarkastuksen koulutusylilääkäri Susanna Satuli-Autere työryhmineen.

TAULUKKO 5. Terveystuvan kehittämisiä toimintamalleja skitsofreniapotilaiden somaattisen hoidon parantamiseksi.

Ongelma	Toimintamalli psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa
Osaamisen puute, aikapula, aiheen merkityksellisuuden epäselvyys	Yleislääkäri psykiatrisessa hoito-organisaatiossa Yleislääkärikonsultaatit Henkilöstön koulutus Somaattisten kysymysten esillä pitäminen Toiminnan suunnittelu ja koordinointi Yhteistyö perusterveydenhuollon, muiden erikoisalojen sekä kansallisten tai kansainvälisten asiantuntijoiden ja organisaatioiden kanssa Sähköinen Terveystupa Mielenterveyсталossa
Moniammatillisuuden puute somaattisessa hoidossa	Terveystupa-verkosto
Toiminnan kehittämistä ohjaavan näkemyksen puute, uusien toimintamallien käyttöönoton vaikeus	Terveystupa-agentit ja opintopiiri Käytännön havainnot: ongelmien nimeäminen Toteuttamiskelpoisten ratkaisujen kehittäminen ja jalkauttaminen
Tupakointi	Savuttomuustiimi Tupakointikysely Yksilö- ja ryhmäohjaus tupakasta vieroituksessa
Lihavuusepidemia	Ravitsemushoidon yhteistyöryhmä Muutokset sairaalan tarjoiluissa Systemaattinen painonseuranta, koulutus Fyysisen aktiivisuuden lisääminen
Somaattisen seurannan ja elintapaohjauksen ongelmat	Yhtenäiset seurantaohjeet osastoille ja avohoitoon Potilasohjausmateriaali
Suurentunut infektioriski ja osastoepidemit	Influenssarokotuspäivä poliklinikassa Osastojen rokotuskattavuuden lisääminen (potilaat, henkilökunta) Käsihygienian tehostaminen ja seuranta
Epätarkoituksenmukaiset ensiapuvälineet ja -valmiudet	Ensiapu-uudistus Hätätilanneopas: huomio tunnistamiseen, oireiden välittömään hoitoon ja avun hälyttämiseen Elvytyslaukku ja hätätilaneläkkeet Koulutus
Potilaiden ja henkilökunnan tiedonpuute klotsapiinihoidosta	Selkokielineen klotsapiiniopas Potilaille ja tuetun asumisen henkilökunnalle Ammattilaisohje (terveyskeskukset ja päivystyspisteet)
Kalliit ja hankalakäyttöiset itsemittausslaitteet	Terveysnurkka poliklinikassa Käyttöopastus kirjallisesti ja ”kädestä pitäen”, vaaka, pituusmitta, verenpainemittari, oppaita

Lopuksi

Skitsofreniaa sairastavilla on runsaasti fyysisiä sairauksia ja niille altistavia riskitekijöitä. Toistuvasti esitetty ajatus riskitekijöiden vähentämisestä tulee konkretisoida toiminnaksi ja suunnitelmalliseksi hoitojärjestelmän osaksi. On tähdättävä sekä terveysongelmien ehkäisytehostamiseen että fyysisten oireiden ja sairauksien viiveettömään havaitsemiseen ja asian-

mukaiseen hoitoon. Uusia toimintamalleja on otettava käyttöön niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossakin. On aika ottaa seuraava askel skitsofreniapotilaiden fyysisen terveyden edistämiseksi Healthy Active Lives -liikkeen sanoin: ”Don’t just screen – intervene!” ■

KIRJALLISUUTTA

1. Keinänen J, Mantere O, Markkula N, ym. Mortality in people with psychotic disorders in Finland: a population-based 13-year follow-up study. *Schizophr Res* 2017. DOI: 10.1016/j.schres.2017.04.048.
2. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, ym. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry* 2013;170:324–33.
3. Hayes J, Marston L, Walters K, ym. Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia: UK-based cohort study 2000–2014. *Br J Psychiatry* 2017;211:175–81.
4. Salokangas RK. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. *Duodecim* 2009;125:505–12.
5. Heiskanen T, Niskanen L, Koponen H. Skitsofreniapotilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys. *Suom Lääkäril* 2010;65:389–96.
6. De Hert M, Correll CU, Bobes J, ym. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52–77.
7. Koponen H, Lappalainen J. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. *Duodecim* 2015;131:577–82.
8. Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015 [päivitetty 22.1.2015]. www.kaypahoito.fi.
9. Ilyas A, Chesney E, Patel R. Improving life expectancy in people with serious mental illness: should we place more emphasis on primary prevention? *Br J Psychiatry* 2017;211:194–7.
10. Eskelinen S, Sailas E, Joutsenniemi K, ym. Cerumen impaction in patients with schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2014;8:110–2.
11. Eskelinen S, Sailas E, Joutsenniemi K, ym. Clozapine use and sedentary lifestyle as determinants of metabolic syndrome in outpatients with schizophrenia. *Nord J Psychiatry* 2015;69:339–45.
12. Virtanen T, Eskelinen S, Sailas E, Suvisaari J. Dyspepsia and constipation in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Nord J Psychiatry* 2017;71:48–54.
13. Eskelinen S, Sailas E, Joutsenniemi K, ym. Multiple physical healthcare needs among outpatients with schizophrenia: findings from a health examination study. *Nord J Psychiatry* 2017;71:448–54.
14. Suomen Lääketilasto 2011 [verkkodokumentti]. Helsinki: Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2012. www.fimea.fi/documents/160140/753095/22707_SLT_2011_net.pdf.
15. Ruther T, Bobes J, De Hert M, ym. EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry* 2014;29:65–82.
16. Rouhos A, Raaska K. Tupakointi ja lääkeinteraktiot. *Duodecim* 2012;128:1073–80.
17. Tidey JW, Miller ME. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ* 2015;351. DOI: 10.1136/bmj.h4065.
18. Lawn S, Champion J. Factors associated with success of smoke-free initiatives in Australian psychiatric inpatient units. *Psychiatr Serv* 2010;61:300–5.
19. Robson D, Spaducci G, McNeill A, ym. Effect of implementation of a smoke-free policy on physical violence in a psychiatric inpatient setting: an interrupted time series analysis. *Lancet Psychiatry* 2017;4:540–6.
20. Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, ym. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry* 2015;14:119–36.
21. Manu P, Dima L, Shulman M, ym. Weight gain and obesity in schizophrenia: epidemiology, pathobiology, and management. *Acta Psychiatr Scand* 2015;132:97–108.
22. Keinänen J, Mantere O, Kieseppä T, ym. Early insulin resistance predicts weight gain and waist circumference increase in first-episode psychosis – a one year follow-up study. *Schizophr Res* 2015;169:458–63.
23. Teasdale SB, Ward PB, Rosenbaum S, ym. Solving a weighty problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2017;210:110–8.
24. Bruins J, Jorg F, Bruggeman R, ym. The effects of lifestyle interventions on (long-term) weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: a meta-analysis. *PLoS One* 2014;9. DOI: 10.1371/journal.pone.0112276.
25. Vancampfort D, Firth J, Schuch FB, ym. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2017;16:308–15.
26. Firth J, Rosenbaum S, Stubbs B, ym. Motivating factors and barriers towards exercise in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2016;46:2869–81.
27. Viertiö S, Sainio P, Koskinen S, ym. Mobility limitations in persons with psychotic disorder: findings from a population-based survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:325–32.
28. Vancampfort D, Rosenbaum S, Ward PB, ym. Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2015;169:453–7.
29. Firth J, Stubbs B, Rosenbaum S, ym. Aerobic exercise improves cognitive functioning in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2017;43:546–56.
30. Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, ym. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2014;75:964–74.
31. Vancampfort D, Rosenbaum S, Schuch FB, ym. Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2016;39:15–23.
32. De Hert M, van Winkel R, Silic A, ym. Physical health management in psychiatric settings. *Eur Psychiatry* 2010;25:522–8.

**SAANA ESKELINEN LT, osastonlääkäri, vierailtava tutkija
HUS Hyvinkään sairaanhoitoalue, psykiatrian
tulosityksikkö**

HUS Kellokosken sairaala
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

SIDONNAISUUDET

Apuraha (HUS Hyvinkään sha EVO, Lundbeck Oy, Psykiatrian Tutkimussäätiö, Suomen Lääketieteen säätiö, Jalmary ja Rauha Ahokkaan säätiö, Emil Aaltosen säätiö), luontopalkkio/asiantuntijapalkkio (Filha, Jansen-Cilag, Otsuka, Lundbeck, FCG), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Sunovion, Pfizer)

SUMMARY

Preventing somatic comorbidity in schizophrenia

Individuals with schizophrenia often suffer from a variety of physical illnesses and die prematurely due to them. Adverse health habits, psychiatric medications, symptoms of schizophrenia and socioeconomic disadvantages are well known risk factors for somatic illnesses. Somatic parameters should be monitored regularly and comprehensive health examinations executed. Health services for individuals with schizophrenia are in need of structured physical health promotion. Collaboration between primary care, psychiatric services, patient organizations and carers is essential. It is time to not just screen, but intervene!