

Vakaviin mielenterveyshäiriöihin sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät

Päälöydökset

- Fyysiset terveysongelmat ja niihin liittyvä ennenaikainen kuolleisuus ovat yleisiä vakavia mielenterveyshäiriötä sairastavilla
- Tupakointi on keskeisin elintapoihin liittyvä riskitekijä.
- Lihavuus on yleistä. Siihen vaikuttavat sekä epäterveellinen ruokavalio ja liikumattomuus että psykiatrinen lääkehoito.
- Terveyden edistämiseen ja elintapainterventioihin on panostettava nykyistä enemmän ja jo ennen ongelmien kehittymistä.
- Tupakoinnin lopettamisen tuen saatavuutta on parannettava.
- Psykiatrisen hoidon ja muun terveydenhuollon yhteistoimintaa on tehostettava fyysisten terveysongelmien hoitotulosten parantamiseksi.

Kirjoittajat

Jaana Suvisaari
tutkimusprofessori, yksikönpäällikkö, THL

Saana Eskelinen
osastonlääkäri, HUS Psykiatria, Terveystupa
Vieraileva tutkija, THL

Jaakko Keinänen
osastonlääkäri, HUS
Vieraileva tutkija, THL

Aulikki Ahlgrén-Rimpiläinen
ylilääkäri, THL

Satu Viertiö
erikoistutkija, THL

Termiä vakava mielenterveyshäiriö käytetään kahdessa eri merkityksessä. Sitä käytetään oirekuvaltaan vakavimmista mielenterveyshäiriöistä eli psykoosisairauksista. Toisaalta sitä käytetään diagnoosista riippumatta niistä mielenterveyshäiriöistä, joihin liittyy ainakin tilapäisesti huomattava toimintakyvyn heikentyminen, joka johtaa esimerkiksi psykiatriseen sairaalahoitoon. Tässä katsauksessa kuvataan ensisijaisesti psykoosisairauksiin liittyviä fyysisiä terveysongelmia.

Psykoosilla tarkoitetaan todellisuudentajun vakavaa häiriintymistä, joka tavallimmin ilmenee harhaluuloina tai aistiharhoina. Psykoosisairauksissa näitä psykoosioireita esiintyy yleensä sairauden alku- ja pahenemisvaiheissa. Psykoosijaksojen välissä henkilöllä on usein muita toimintakykyä heikentäviä oireita, kuten aloitekyvyn heikentymistä ja toiminnan ohjauksen vaikeuksia. Yleisin psykoosisairaus on skitsofrenia, jota sairastaa prosentti suomalaisista. Muita skitsofreniaryhmän psykoosisairauksia ovat muun muassa harhaluuloisuushäiriö, lyhytkestoinen psykoosi ja skitsoaffektiivinen häiriö. Mielialaoireisilla psykooseilla tarkoitetaan vakavaa masennusta ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä, johon liittyy psykoosioireita. (Suvisaari ym. 2012)

Vakaviin mielenterveyshäiriöihin liittyvät fyysiset terveysongelmat

Psykoosisairauksiin liittyviä fyysisiä terveysongelmia kartoitettiin osana Terveys 2000 -tutkimusta toteutetussa Psykoosit Suomessa -tutkimuksessa (Suvisaari ym. 2012). Näistä esimerkkejä on esitelty Taulukossa 1 (Viertiö ym. 2012). Skitsofreniaa sairastavilla todettiin eniten terveysongelmia. Tutkituista sairauksista etenkin tyypin 2 diabetes ja keuhkohtaumatauti olivat heillä muuta väestöä huomattavasti yleisempiä. Saman aineiston 13 vuoden seurannassa skitsofreniaa ja muita ei-mielialaoireisia psykooseja sairastavilla oli kolminkertainen kuolleisuus muuhun väestöön verrattuna (Keinänen ym. 2018). Tähän vaikutti erityisesti tupakointi (Keinänen ym. 2018).

Taulukko 1. Fyysisten sairauksien ikä- ja sukupuolivakioitu esiintyvyys psykoosia sairastavilla henkilöillä Psykoosit Suomessa -tutkimuksessa

	Muu väestö	Skitsofrenia	Muut skitsofrenia-ryhmän psykoosit	Mielialaoireiset psykoosit
Tyypin 2 diabetes	6 %	22 % *	13 %*	3 %
Metabolinen oireyhtymä	30 %	36 %	41 %	25 %
Varma tai mahdollinen sepelvaltimotauti	11 %	15 %	9 %	5 %
Keuhkohtaumatauti	4 %	12 % *	7 %	12 %

*Tilastollisesti merkitsevä ero muuhun väestöön verrattuna

Yleisiä terveysongelmia olivat myös ylipaino ja keskivartalolihavuus, kohonnut seerumin triglyseridipitoisuus ja alhainen HDL-kolesteroli sekä kohonnut ve-

Näin tutkimus tehtiin

Tässä katsauksessa esitellään usean suomalaisen ja kansainvälisen tutkimuksen havaintoja vakaviin mielenterveyshäiriöihin liittyvien fyysisten terveysongelmien riskitekijöistä ja hoidosta. Keskeisiä suomalaistutkimuksia ovat:

Psykoosit Suomessa - tutkimuksessa tunnistettiin Terveys 2000 – tutkimusaineistoon kuuluneista psykoosioireita kuvanneet ja psykoosidiagnoosin hoitojärjestelmässä saaneet. Heidät kutsuttiin mielenterveyshaastatteluun, jossa oireita kartoitettiin tarkemmin. Diagnoosin varmistamiseksi perehdyttiin myös sairauskertomustietoihin. Fyysisten terveysongelmien ja toimintakyvyn tutkimisessa käytettiin Terveys 2000-tutkimuksen tietoja.

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.

Psykoosiriskioireiden ja ensipsykoosin ennuste – tutkimukseen kutsuttiin osallistumaan vuosina 2010–2016 ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneita tai psykoosiriskioireileviä 18–40-vuotiaita potilaita ja terveitä vertailuhenkilöitä pääkaupunkiseudun alueelta.

Lisäksi katsauksessa kuvataan tuloksia useista rekisteripohjaisista tutkimuksista.

rensokeri (Viertiö ym. 2012). Näiden lisäksi erityisesti skitsofreniaa sairastavilla todettiin muuta väestöä useammin heikentynyt lähi- ja kaukonäkö sekä monia arkielämän toimintakyvyn ja liikkumiskyvyn vaikeuksia (Viertiö ym. 2012). (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Toimintakyvyn ongelmien ikä- ja sukupuolivakioitu esiintyvyys psykoosia sairastavilla henkilöillä Psykoosit Suomessa -tutkimuksessa

	Muu väestö	Skitsofrenia	Muut skitsofrenia-ryhmän psykoosit	Mielialaoireiset psykoosit
Heikentynyt lähinäkö	4 %	15 %*	6 %	5 %
Heikentynyt kaukonäkö	4 %	11 %*	9 %	4 %
Vaikeus kävelyssä (yli 54-vuotiaat)	28 %	37 %	51 %*	27 %
Vaikeus portaiden nousussa (yli 54-vuotiaat)	24 %	37 %*	37 %	35 %
Vaikeus itsestä huolehtimisessa	9 %	14 %*	20 %*	9 %
Vaikeus sosiaalisessa toimintakyvyssä	11 %	45 %*	35 %*	15 %
Vaikeus ainakin yhdessä kotityössä	24 %	64 %*	54 %*	26 %

*Tilastollisesti merkitsevä ero muuhun väestöön verrattuna

Mielenterveyskuntoutujien elinolot ja somaattinen terveys avohoidossa (MESTA) -tutkimuksessa selvitettiin skitsofreniaryhmän psykoosia sairastavien, avohoidossa olevien potilaiden fyysisiä terveysongelmia. Aineistossa, joka oli kerätty 10 vuotta Psykoosit Suomessa -tutkimuksen jälkeen, terveysongelmat olivat entistä korostuneempia, vaikka potilaat olivat Terveys 2000-tutkimukseen osallistuneita nuorempia. Metabolinen oireyhtymä todettiin yli puolella potilaista (Eskelinen ym. 2015). Naisten keskimääräinen painoindeksi oli 32 ja miesten 29 (Eskelinen ym. 2017), eli lihavuus (painoindeksi \geq 30) oli huomattavan yleistä. Yleislääkärin suorittamassa terveystarkastuksessa havaittiin hyvin monenlaisia terveysongelmia, ja jonkin somaattisen jatkotutkimuksen tai toimenpiteen tarve oli 88 prosentilla osallistuneista (Eskelinen ym. 2017).

Kansainvälinen kirjallisuus tukee MESTA-tutkimuksen havaintoja. Taulukkoon 3 on koottu sairauksia, joita skitsofreniaa ja muita psykoosisairauksia sairastavilla on muuta väestöä enemmän.

Fyysisten terveysongelmien seuraukset ovat vakavat: skitsofreniaryhmän psykooseihin sairastuneiden elinikä on 10–20 vuotta muuta väestöä lyhyempi (Tiihonen ym. 2009, Nordentoft ym. 2013, Tanskanen ym. 2018). Vastaavasuuruinen eliniän lyheneminen on myös havaittu vakavissa, psykiatriseen sairaalahoitoon jossain vaiheessa johtaneissa mieliala- ja päihdehäiriöissä (Nordentoft ym. 2013). Viime vuosina ero skitsofreniaa sairastavien ja muun väestön eliniässä on kaventunut (Tanskanen ym. 2018). Tämä johtuu kuitenkin skitsofreniaa sairastavien itsemurhakuolleisuuden vähenemisestä, kun taas ero tautikuolemista on säilynyt ennallaan (Tanskanen ym. 2018).

Kirjallisuutta

Arffman M, Manderbacka K, Suvisaari J et al. The impact of severe mental illness on lung cancer mortality of patients with lung cancer in Finland in 1990-2013: a register-based cohort study. *Eur J Cancer*. 2019 Jul 18;118:105-111.

Cather C, Pachas GN, Cieslak KM, Evins AE. Achieving smoking cessation in individuals with schizophrenia: special considerations. *CNS Drugs*. 2017;31(6):471-481.

Dipasquale S, Pariente CM, Dazan P et al. The dietary pattern of patients with schizophrenia: a systematic review. *J Psychiatr Res*. 2013;47(2):197-207.

Eskelinen S, Sailas E, Joutsenniemi K, Holi M et al. Clozapine use and sedentary lifestyle as determinants of metabolic syndrome in outpatients with schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry* 2015;69:339-345.

Eskelinen S, Joutsenniemi K, Sailas E et al. Multiple physical health care needs among outpatients with schizophrenia: findings from a health examination study. *Nordic Journal of Psychiatry* 2017;71:448-454.

Eskelinen S. Skitsofreniapotilaiden somaattisten terveysongelmien ehkäisy. *Duodecim* 2018;134(15):1449-56.

Eskelinen S, Niemi M, Niemelä S ym. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden tupakoinnin lopettamisen tukeminen. *Duodecim*; hyväksytty julkaistavaksi

Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2019 Aug;6(8):675-712.

Holt RIG, Gossage-Worrall R, Hind D et al. Structured lifestyle education for people with schizophrenia, schizoaffective disorder and first-episode psychosis (STEPWISE): randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2019 Feb;214(2):63-73.

Taulukko 3. Sairauksia ja terveysongelmia, joita skitsofreniaa sairastavilla on muuta väestöä enemmän

Endokriiniset sairaudet	Metabolinen oireyhtymä Lihavuus Kilpirauhasen vajaatoiminta	Tyypin 2 diabetes Lipidihäiriöt Hyperprolaktinemia
Verenkiertoelinten sairaudet	Sepelvaltimotauti Sydämen johtumishäiriöt Perifeerinen valtimotauti	Sydämen vajaatoiminta Sydänperäinen äkkikuolema Laskimotromboosit
Hengityselinten sairaudet	Astma	Keuhkohtaumatauti
Ruoansulatuselinten sairaudet	Ummetus, suolitukos	Rasvamaksa
Virtsa- ja sukupuoli-elinten sairaudet	Virtsankarkailu Seksuaalitoimintojen häiriöt	Munuaisten vajaatoiminta
Infektiosairaudet	Influenssa B- ja C-hepatiitit	Keuhkokuume
Hermoston sairaudet	Aivohalvaus Epilepsia	Liikehäiriöt
Aistielinten sairaudet	Näön heikentyminen	Kuulovaikeudet
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	Osteopenia, osteoporoosi	Luunmurtumat
Muut	Hampaattomuus D-vitamiinin puutos	Ihottumat

(Eskelinen 2017)

Elintavat fyysisten terveysongelmien riskitekijöinä

Epäterveelliset elintavat lisäävät fyysisten terveysongelmien riskiä. Vaikka itse sairauskin vaikuttaa kykyyn huolehtia itsestä ja elää terveellisesti, myös psykiatrinen hoito ja potilaiden köyhyys voivat myötävaikuttaa ja ylläpitää epäterveellisiä elintapoja. Näihin seikkoihin palataan myöhemmin katsauksessa.

Keskeisin fyysisiin terveysongelmiin ja ylikuolleisuuteen vaikuttava riskitekijä on tupakointi (Eskelinen 2018, Keinänen ym. 2018). Skitsofreniaa sairastavat tupakoivat muuta väestöä useammin. Suomalaisaineistoissa 40–45 prosenttia skitsofreniapotilaista on tupakoinut päivittäin (Eskelinen ym. 2017, Partti ym. 2015). Ero muuhun väestöön on kolminkertainen. Lisäksi tupakointimäärät ovat suuria ja nikotiiniriippuvuus yleistä, mikä lisää haitallista vaikutusta entestään.

Lihavuus on toinen keskeinen terveysongelmia aiheuttava tekijä. Tähän vaikuttaa epäterveellinen ravitsemus. Ravitsemuksessa on havaittu monia puutteita. Skitsofreniaa sairastavat syövät vähemmän kasviksia ja kuituja sekä enemmän runsaasti energiaa, tyydyttynyttä rasvaa ja suolaa sisältävää ruokaa, ja D-vitamiinin puutos on heillä muuta väestöä yleisempi (Dipasquale ym. 2013, Eskelinen ym. 2017). Heiltä puuttuu usein ateriarytmi, mikä altistaa ahmimislelle, ja annoskoot voivat olla huomattavan suuria (Eskelinen 2018). Taustalla on usein puutteelliset tiedot terveellisestä ravitsemuksesta ja taidot sen toteuttamiseksi (Eskelinen 2018). Potilaat eivät ole ylipainoisia ennen sairastumista, vaan painonnousu tapahtuu sairastumisen jälkeen (Keinänen ym. 2018).

Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J et al. Comparative efficacy and tolerability of 22 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2019 Jul 11. pii: S0140-6736(19)31135-3. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31135-3. [Epub ahead of print]

Irwin KE, Henderson DC, Knight HP et al. Cancer care for individuals with schizophrenia. *Cancer*. 2014 Feb 1;120(3):323-34.

Irwin KE, Park ER, Shin JA et al. Predictors of disruptions in breast cancer care for individuals with schizophrenia. *Oncologist*. 2017;22:1374-1382.

Keinänen J, Mantere O, Markkula N et al. Mortality in people with psychotic disorders in Finland: a population-based 13-year follow-up study. *Schizophrenia Research* 2018;192:113-118.

Keinänen J, Suvisaari J, Reinikainen J et al. Low-grade inflammation in first-episode psychosis is determined by increased waist circumference. *Psychiatry Res*. 2018b;270:547-553.

Koponen H, Lappalainen J. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. *Duodecim* 2015;131(6):577-82.

Koponen H, Lappalainen J. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. *Duodecim* 2015;131(6):577-82.

Koponen H, Lappalainen J, Leinonen E. Uusimmat psykoosilääkkeet - uutuusia vai vanhan tois-
toa? *Duodecim* 2016;132(12):1119-24.

Kugathasan P, Horsdal HT, Aagaard J et al. Association of secondary preventive cardiovascular treatment after myocardial infarction with mortality among patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:1234-1240.

Manderbacka K, Arffman M, Sund R et al. How does a history of psychiatric hospital care influence access to coronary care: a cohort study. *BMJ Open*. 2012;2:e000831.

Liikunnan vähäisyys vaikuttaa fyysisten terveysongelmien kehittymiseen. Kaikkiin vakaviin mielenterveyshäiriöihin liittyy liikunnan vähäisyys, mutta ongelma on erityisen korostunut skitsofreniaa sairastavilla (Vancampfort ym. 2017). Varsinaista kuntoliikuntaa harrastaa vain pieni osa potilaista. Liikkumisvaikeudet ovat yleisiä. Ne voivat rajoittaa jokapäiväistä elämää, kuten portaissa liikkumista. Myös käden puristusvoima, joka heijastaa yleistä fyysistä kuntoa, on skitsofreniaa sairastavilla heikompi (Viertio ym. 2012).

Sosioekonomiset tekijät fyysisten terveysongelmien riskitekijänä

Useimmilla skitsofreniaa sairastavilla on alhainen tulotaso. Skitsofreniaan sairastutaan nuorena, ja useimmat sairastuneista ovat työkyvyttömyyseläkkeellä (Perälä ym. 2008). Köyhyys vaikuttaa monella tavoin mahdollisuuteen noudattaa terveellisiä elintapoja. Ruoan ja liikuntaharrastusten hinta vaikuttavat valintoihin, ja köyhyys vaikuttaa myös siihen, millaiseen asuinympäristöön päätyy. Vähävaraisuus voi estää myös esimerkiksi uusien silmälasien hankkimisen. Monet tekijät, jotka johtavat yleisväestössä sosioekonomisiin terveyseroihin, vaikuttavat siis myös vakavia mielenterveyshäiriöitä sairastavien terveyteen.

Psykiatrinen hoito fyysisten terveysongelmien riskitekijänä

Psykiatrinen lääkehoito voi altistaa terveysongelmille. Useimmat psykoosilääkkeet aiheuttavat painonnousua, joskin lääkeaineiden välillä on suuria eroja (Koponen ym. 2016, Huhn ym. 2019). Painonnousu on erityisen nopeaa ensimmäisen hoitovuoden aikana: suomalaisaineistossa keskimäärin kymmenen kiloa (Keinänen ym. 2018b). Psykoosilääkkeiden lisäksi myös osa masennuslääkkeistä ja mielialaa tasaavista lääkkeistä voi aiheuttaa painonnousua.

Psykoosilääkkeet voivat aiheuttaa myös muita fyysisen terveyden kannalta haitallisia vaikutuksia. Useimmat niistä aiheuttavat lipidihäiriöitä ja glukoosiaineenvaihdunnan muutoksia, jotka ilmenevät jo suhteellisen pian lääkehoidon aloittamisesta. Tavallisia haittavaikutuksia ovat myös ummetus, väsymys, prolaktiinipitoisuuden nousu ja sen aiheuttamat seksuaaliset haittavaikutukset sekä rytmihäiriörisin lisääntyminen (Koponen ym. 2015, Eskelinen ym. 2017). Psykoosilääkkeiden haittavaikutusprofiileissa on kuitenkin eroja, ja yksilölliset erot haittavaikutuksissa ovat myös suuria.

Voi tuntua paradoksaaliselta, että psykoosilääkkeet haittavaikutuksistaan huolimatta suojaavat skitsofreniaa sairastavia ylikuolleisuudelta. Tämä havaittiin niin Psykoosit Suomessa -tutkimuksessa (Keinänen ym. 2018) kuin laajoissa rekisteripohjaisissa tutkimuksissakin (Tiuhonen ym. 2018). Tätä paradoksia saattaa selittää se, että psykoosilääkkeen käytön ja samalla psykiatrisen hoitokontaktin lopettaminen on usein potilaan oma päätös. Hoitamaton psykoosisairaus voi johtaa psyykkisten oireiden voimistumiseen ja toimintakyvyn heikkenemiseen, mikä vaikeuttaa myös fyysisten terveysongelmien hoitoa (Irwin ym. 2017). Toisaalta hyvään psykiatriseen hoitoon kuuluu myös fyysisen terveyden seuranta ja asianmukaiseen hoitoon ohjaus, mikäli ongelmia ilmenee. Tämä havaittu suojaava vaikutus ei siten poista tarvetta minimoida psykoosilääkkeiden haittavaikutuksia.

Psykiatrinen hoito voi myös toimia tavalla, joka lisää fyysisten terveysongelmien riskiä. Esimerkiksi tupakoinnin lopettamiseen ei välttämättä kannusteta eikä tarjota asianmukaisia interventioita, koska voidaan ajatella, että potilaat eivät halua tai kykene lopettamaan tupakointia tai että tupakoinnin lopettaminen heikentäisi psyykkistä vointia (Eskelinen 2018). Tupakointi psykiatrisella osastolla on mahdollista, toisin kuin somaattisissa terveydenhuoltoyksiköissä. Toisaalta liikkumismahdollisuudet psykiatrisen sairaalahoidon aikana ovat usein rajalliset.

Manderbacka K, Arffman M, Suvisaari J et al. The effect of stage, comorbidities and treatment on survival among cancer patients with or without mental illness. *British Journal of Psychiatry* 2017;211:304-309.

Manderbacka K, Arffman M, Lumme S et al. The effect of history of severe mental illness on mortality in colorectal cancer cases: a register-based cohort study. *Acta Oncol.* 2018 Jun;57(6):759-764.

Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One.* 2013;8(1):e55176.

Partti K, Vasankari T, Kanervisto M et al. Lung function and respiratory diseases in persons with psychosis: population-based study. *British Journal of Psychiatry* 2015;207:37-45.

Perälä J, Saarni SI, Ostamo A et al. Geographic variation and socio-demographic characteristics of psychotic disorders in Finland. *Schizophr Res.* 2008;106(2-3):337-47.

Robson D, Spaducci G, McNeill A et al. Effect of implementation of a smoke-free policy on physical violence in a psychiatric inpatient setting: an interrupted time series analysis. *Lancet Psychiatry.* 2017 Jul;4(7):540-546.

Schmitt A, Maurus I, Rossner MJ et al. Effects of Aerobic Exercise on Metabolic Syndrome, Cardiorespiratory Fitness, and Symptoms in Schizophrenia Include Decreased Mortality. *Front Psychiatry.* 2018 Dec 21;9:690.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 8.8.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Speyer H, Christian Brix Nørgaard H et al. The CHANGE trial: no superiority of lifestyle coaching plus care coordination plus treatment as usual compared to treatment as usual alone in reducing risk of cardiovascular disease in adults with schizophrenia spectrum disorders and abdominal obesity. *World Psychiatry.* 2016 Jun;15(2):155-65.

Savuttomista psykiatrisista sairaaloista on hyviä kokemuksia useista maista. Esimerkiksi Iso-Britanniassa havaittiin, että pelko siitä, että tupakoinnin kieltäminen johtaisi väkivaltaisuuden lisääntymiseen, oli turha: itse asiassa väkivaltaisuus väheni (Robson ym. 2017). Luonnollisesti edellytyksenä on, että tupakoinnin lopettamiseen tarjotaan asianmukainen tuki.

Fyysisten terveysongelmien ehkäisy

Fyysisten terveysongelmien ehkäisyn pitää alkaa mahdollisimman pian psykoosisairausten diagnosoimisen jälkeen (Firth ym. 2019). Toisaalta riskitekijöihin, kuten lihavuuteen ja tupakointiin, voidaan vaikuttaa pitkään sairastaneilla, ja laaja kansainvälinen tutkimusnäyttö osoittaa, että siinä on mahdollista onnistua (Cather ym. 2017, Vancampfort ym. 2019).

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus on vakava sairaus ja lukuisten muiden sairauksien merkittävin riskitekijä (Tupakka: Käypä hoito -suositus, 2018). Tupakointi on otettava puheeksi ja tukea tupakoinnin lopettamiseen tarjota osana psykiatrista hoitoa. Potilaiden on myös halutessaan päästäv perusterveydenhuollon tai muiden toimijoiden järjestämiin tupakasta vieroittautumishjelmiin. Osa voi lopettaa tupakoinnin ilman tukihoidoja.

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus on kuitenkin vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavilla yleistä, ja tällöin on tärkeää tarjota psykologista ja farmakologista tukea, joka lisää todennäköisyyttä onnistua tupakoinnin lopettamisessa. Filhan ja Mielenterveyden keskusliiton koordinoimassa hankkeessa koulutettiin vertaisohjaajia hankesairaanhoidopiireihin, ja laadittiin ammattilaisille suunnattu Mielenterveystalon verkkokurssi tupakasta vieroituksesta. Kurssi antaa työkaluja tupakoinnin lopettamisen puheeksi ottamiseen ja vieroituksen tukemiseen. Ohjeita löytyy myös kotimaisista julkaisuista (Eskelinen 2018, Eskelinen ym. hyväksytty julkaistavaksi).

Painonhallinnassa yksilöllinen elintapaohjaus on tehokasta (Vancampfort ym. 2019). Erityisesti ravitsemusterapeutin antamat, yksilö- ja ryhmäohjausta yhdistävät interventiot ovat tehokkaita (Eskelinen ym. 2017), mutta jo pelkällä elintapaneuvonnallakin on ollut suotuisia vaikutuksia (Vancampfort ym. 2019). Liikuntainterventiot ovat tehokkaita sekä painonhallinnassa että fyysisen kunnon kohottamisessa (Vancampfort ym. 2019). Liikunnalla voi olla myönteisiä vaikutuksia myös kognitiiviseen suoriutumiseen ja psykiatrisiin oireisiin (Schmitt ym. 2018). On kuitenkin todettava, että yksi suurimmista ja laadukaimmista kliinisistä tutkimuksista ei pystynyt todentamaan yksilöllisen elintapaohjauksen ja valmennuksen hyödyllisyyttä minkään riskitekijän osalta (Speyer ym. 2016). Vastaavanlainen pettymys oli suuri ryhmämuotoisen elintapaohjauksen interventiotutkimus (Holt ym. 2019).

Isojen kliinisten tutkimusten haasteena voi olla, että osallistujien motivaatio elintapamuutoksiin on voinut olla vaihteleva. Kliinisessä työssä potilaiden motivointi elintapainterventioihin onkin hyvin tärkeää. Pienetkin muutokset esimerkiksi aktiivisemmän liikunnan suuntaan ovat jo terveydelle suotuisia (Eskelinen 2018). Vähäisen liikunnan ja fyysisten terveysongelmien toisiaan ruokkiva noidankehä tulisi katkaista motivoimalla liikkumaan aktiivisemmin, vaikka terveysongelmat tekisivät liikkumisen aloittamisesta vaikeaa.

Glukoosi- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöissä elintapainterventioilla saavutetaan vain vähäisiä vaikutuksia, ja tehokkaampaa on muuttaa psykiatrista lääkkeitä tai aloittaa kyseisiin tilanteisiin tarkoitettu, Käypä hoito -suositusten mukainen hoito (Vancampfort ym. 2019).

Keskeinen keino vaikuttaa fyysisten terveysongelmien kehittymiseen ja varmistaa niiden varhainen hoito ovat säännölliset terveystarkastukset. Skitsofrenian Käypä hoito -suositus suosittelee kansainvälisten suositusten mukaisesti vuo-

Suvisaari J, Perälä J, Viertiö S ym. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Suomen Lääkärilehti 2012;67:663-669.

Suvisaari J, Eskelinen S, Viertiö S ym. Psykoosisairauksiin liittyvät fyysiset terveysongelmat ja niihin vaikuttaminen. Kirjassa: Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012; Raportti 46.

Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H. Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. Acta Psychiatr Scand. 2018 Dec;138(6):492-499.

Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). Lancet. 2009 Aug 22;374(9690):620-7.

Tiihonen J, Tanskanen A, Taipale H. 20-Year Nationwide Follow-Up Study on Discontinuation of Antipsychotic Treatment in First-Episode Schizophrenia. Am J Psychiatry. 2018 Aug 1;175(8):765-773.

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä
Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (viitattu 20.8.2019). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi.

Vancampfort D, Firth J, Schuch FB et al. 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(3):308-315.

Vancampfort D, Firth J, Correll CU et al. The impact of pharmacological and non-pharmacological interventions to improve physical health outcomes in people with schizophrenia: a meta-review of meta-analyses of randomized controlled trials. World Psychiatry. 2019 Feb;18(1):53-66.

Viertiö S, Perälä J, Saarni SI ym. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Suomen Lääkärilehti 2012;67:863-869.

sittaisia terveystarkastuksia mutta ei anna niiden sisällöstä tarkempia ohjeita. Taulukossa 4 on esitelty toimintamalli, jolla ne voitaisiin toteuttaa. Malli ei ole sellaisenaan käytössä millään alueella Suomessa, mutta tätä läheisesti muistuttava käytäntö on HUS Psykiatrian Kellokosken sairaalassa.

Taulukko 4. Malli vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavan terveystarkastukseen

Kyselylomake, jonka potilas täyttää ennen terveystarkastusta	Elintavat, motivaatio elintapamuutoksiin Terveysongelmat ja palvelujen käyttö Koettu tuen tarve elintapoihin ja itsestä huolehtimiseen liittyvissä kysymyksissä Lääkehoidon häiritsevät vaikutukset
Hoitajan terveystarkastus	Mittaukset (pituus, paino, vyötärönympäryys, verenpaine, pulssi, näkö) Laboratoriokokeet Toimintakykyarvio
Lääkärin terveystarkastus	Lääkehoidon kokonaisuus Somaattinen status Yhteenveto ja suositukset

Terveystarkastukseen kannattaa sisällyttää kyselylomake, jonka potilas täyttää jo ennen terveystarkastusta. Silloin olennaisimmat tiedot elintavoista, koetusta terveydentilasta, palvelujen käytöstä ja potilaan havaitsemista lääkehoidon häiritsevistä vaikutuksista ovat sekä hoitajan että lääkärin käytössä. Hoitaja tekee mittaukset, arvioi toimintakyvyn ja huolehtii siitä, että potilas käy laboratoriossa hyvissä ajoin ennen lääkärin terveystarkastusta. Hoitajan on myös hyvä tarkistaa, kuuluisiko potilaan osallistua kyseisenä vuonna iänmukaisiin syöpäseulontoihin ja varmistaa, että potilas tietää miten toimia kutsukirjeen saapuessa. (Eskelinen 2018)

Huolellinen haastattelu ja somaattinen status ovat olennainen osa lääkärin terveystarkastusta. Vakaviin mielenterveyshäiriöihin liittyy mitä moninaisimpia terveysongelmia, ja yleisillä vaivoilla kuten ummetuksella voi olla vakaviakin seurauksia. Terveystarkastuksen perusteella lääkäri ohjaa potilaan tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja strukturoituun elintapakuntoutukseen sekä varmistaa, että potilaalla jo todettujen somaattisten sairauksien seuranta ja hoito on toteutunut asianmukaisesti. Vastaanottoajan on oltava tarpeeksi pitkä, ja jatkohoito-ohjeet on annettava myös kirjallisessa muodossa. (Eskelinen 2018)

Mielenterveyshallon eTerveystupa on valtakunnallinen ammattilaisille suunnattu tieto- ja materiaalipankki, jossa on lisätietoa ja materiaaleja aihepiiristä.

Fyysisten terveysongelmien hoidon toteutumisen ongelmia

Jos henkilöllä on vakava mielenterveyshäiriö, hänen somaattisten sairauksien hoito ei toteudu yhtä laadukkaasti kuin muiden potilaiden. Eniten tutkimusnäyttöä tästä on syöpien ja sepelvaltimotaudin osalta (Manderbacka ym. 2012, 2017; Kugathasan ym. 2018). Esimerkiksi sepelvaltimotaudin osalta on todettu, että skitsofreniaa sairastaville tehdään harvemmin invasiivisia toimenpiteitä (pallolaajennusta tai ohitusleikkausta) kuin muille sepelvaltimotautipotilaille (Manderbacka ym. 2012), ja myös hoitosuosituksen mukaisen lääkehoidon toteutumisessa on puutteita (Kugathasan ym. 2018). Lääkehoidon puutteet selittivät valtaosan sepelvaltimotautiin liittyvästä ylikuolleisuudesta skitsofreniaa sairastavilla tanskalaistutkimuksessa (Kugathasan ym. 2018).

Tähän ongelmaan vaikuttaa monet tekijät (Taulukko 5.). Osa syistä liittyy vakavan mielenterveyshäiriöiden oireisiin, jotka hoitojärjestelmässä pitäisi kyetä ottamaan huomioon. Monilla potilailla on kognitiivisen toimintakyvyn vaikeuk-

sia, minkä vuoksi he tarvitsevat selkeät, myös kirjalliset hoito-ohjeet. Tapaamisen päätteeksi on varmistettava, että potilas tietää, mitä seuraavaksi tapahtuu. Potilaan voi olla myös vaikea kuvata oireitaan, mikä korostaa huolellisen lääkärin kliinisen tutkimuksen merkitystä. Joskus psyykkiset oireet voivat myös aiheuttaa sen, ettei potilas hakeudu riittävän ajoissa hoitoon tai että hoito keskeytyy. Potilas voi esimerkiksi tulkita somaattiset oireet tai niiden hoidon psykoottisen ajattelun mukaisesti, tai samanaikainen päihteidenkäyttö voi heikentää hoitoon sitoutumista. Näissä tilanteissa saumaton yhteistyö psykiatrisen hoidon kanssa on erityisen tärkeää: psykiatrista hoitoa tehostamalla voidaan tukea somaattisen hoidon onnistumista.

Taulukko 5. Tekijöitä, jotka vaikuttavat fyysisten terveysongelmien tunnistamisen ja hoidon puutteisiin

Potilaaseen liittyvät tekijät	Psykiatrisiin liittyvät tekijät	Muihin lääkäreihin liittyvät tekijät	Palvelujärjestelmään liittyvät tekijät
Psyykkiset oireet	Fyysisiä terveysongelmia ei tutkita	Fyysiset oireet tulkitaan psykiatrisen häiriön oireeksi	Palvelujärjestelmä on pirstaleinen, ja yhteistoimintamallit puuttuvat
Kognitiivisen toimintakyvyn vaikeudet	Puutteelliset taidot tunnistaa ja hoitaa fyysisiä terveysongelmia	Kommunikaatiovaikeudet. Potilaan kuvaus oireista jää epäselväksi.	Mielenterveyskuntoutujien terveysneuvontaa ja ehkäiseviä palveluja ei ole resursoitu.
Vaikeus tunnistaa ja kuvata fyysisiä oireita	Puuttuvat hoito- ja yhteistyömallit fyysisten terveysongelmien hoitamiseen	Ei osasta huomioida potilaan erityistarpeita. Hoito-ohjeet annetaan tavalla, jota potilas ei ymmärrä.	Säännöllisiä terveystarkastuksia ei ole ohjeistettu eikä toteutettu
Korkea kipukynnys		Tietämättömyys psykoosilääkityksen haittavaikutuksista	Tieto ei kulje eri toimijoiden välillä

(Eskelinen 2018, Suvisaari ym. 2012b, Irwin ym. 2014)

Hoitojärjestelmän keskeisin ongelma on palvelujärjestelmän pirstaleisuus ja yhteistoimintamallien puuttuminen. Juuri selkeillä ja tiiviillä yhteistoimintamalleilla, joita myös resursoidaan, voitaisiin parantaa vakavia mielenterveyshäiriötä sairastavien fyysisten terveysongelmien hoitotuloksia. Käytännössä tällaista on vain paikallisia esimerkkejä (Suvisaari ym. 2012b, Eskelinen 2018). Erityisesti ehkäisevään työhön tarvitaan selkeät ohjeet ja resurssit. Psykiatrian erikoisalalla ongelmana on puutteellinen fyysisten terveysongelmien tunnistamisen, tutkimisen ja hoidon osaaminen ja resursointi. Muilla erikoisaloilla ja perusterveydenhuollossa puolestaan tarvittaisiin lisää osaamista ja aikaa juuri näiden potilaiden kohtaamiseen ja erityistarpeiden huomioimiseen.

Vaikeudet hoidon toteutumisessa: esimerkkinä syöpä

THL on tutkinut, miten vakavat mielenterveyshäiriöt vaikuttavat syöpäkuolleisuuteen Suomessa. Psykoosisairautta tai päihdehäiriötä sairastavien henkilöiden syövästä johtuva kuolleisuus oli selvästi suurempi kuin muiden samanlaisia syöpiä sairastavien (Manderbacka ym. 2017, 2018; Arffman ym. 2019). Vakavat mielialahäiriöt vaikuttivat kuolleisuuteen vain vähän. Syövän hoidon erot selittivät osan ylikuolleisuudesta, ja joissain syövässä havaittiin myös alkuvaiheen diagnoosin viivästyminen (Manderbacka ym. 2017). Merkittävä osa havaitusta ylikuolleisuudesta jäi kuitenkin selittämättä. Tutkimuksessa hyödynnettiin syöpärekisterin tietoja, jotka kuvaavat hoidon päälinjoja mutta eivät sisällä yksityiskohtaisia tietoja esimerkiksi annetusta kemoterapiasta.

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa selvitettiin yksityiskohtaisesti, mitkä tekijät olivat johtaneet rintasyövän hoidon aloittamisen viivästyymiseen tai sovitun

hoitosuunnitelman keskeytymiseen skitsofreniaa sairastavilla potilailla. Tutkimuksessa havaittiin, että syövän hoidosta vastaavilla oli harvoin tiedossa, kuka vastaa potilaan psykiatrisesta hoidosta, vaikka itse diagnoosi oli tiedossa. Potilaan syövän hoidon suunnitelmista alle puolessa oli maininta siitä, miten psykiatrinen sairaus tulisi ottaa huomioon hoitoa toteutettaessa.

Jos psykiatrinen hoitokontakti ei ollut tiedossa tai jos potilas joutui psykiatriseen sairaalahoitoon, syövän hoidon keskeytyminen tai poikkeaminen alkuperäisestä suunnitelmasta oli todennäköisempi. Suurimpia vaikeuksia oli pitkäaikashoidon toteutumisessa: vain puolella potilaista hormonaalinen hoito toteutui sovitusti viiden vuoden ajan. Poikkeamat toteutuneesta hoidosta puolestaan olivat yhteydessä syövän uusiutumiseen ja syöpäkuolemiin. Tutkimus havainnollistaa sitä, miten keskeisen tärkeää on psykiatrian ja somaattisen erikoissairaanhoidon yhteistoiminta silloin, kun potilaalla on sekä vakava somaattinen sairaus että vakava mielenterveyshäiriö. (Irwin ym. 2017)

Lopuksi

Kansainvälinen Healthy Active Lives on julistus psykoosiin sairastuneiden nuorten fyysisen terveyden puolesta. Kannanoton laatimiseen on osallistunut lääkäreitä, kokemusasiantuntijoita, omaisia ja tutkijoita yli kymmenestä maasta, ja sillä on laaja kansainvälinen tuki. Julistuksen suomenkielinen käännös on julkaistu [Mieli ry:n verkkosivuilla](#). Julistuksen keskeinen viesti on, että fyysisen terveyden ei tarvitse vaarantua mielenterveysongelmien, hoidon tai lääkityksen takia. Psykoosiin sairastuneella on oikeus terveelliseen ja aktiiviseen elämään ja samaan fyysiseen terveyteen ja terveydenhoitoon kuin muillakin.

On ilmeistä, että tämän periaatteen toteutumiseen on vielä pitkä matka. Se edellyttää toimivia yhteistoimintamalleja, ammattilaisten koulutusta ja kiinnostusta sekä parempaa ehkäisevien palvelujen resursointia.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-343-404-2 (verkko)
ISSN 2323-5179

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-404-2>

www.thl.fi

Tämän julkaisun viite Suvisaari J, Eskelinen S, Keinänen J, Ahlgren-Rimpiläinen A, Viertiö S. Vakaviin mielenterveyshäiriöihin sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät. Tutkimuksesta tiiviisti 42, 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki