



Skitsofrenian vaikutus somaattisiin sairauksiin ensihoidon näkökulmasta

Ada Meuronen

Fanni Tolvi

OPINNÄYTETYÖ
Helmikuu 2024

Ensihoidon tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ensihoitajan tutkinto-ohjelma

MEURONEN, ADA & TOLVI, FANNI
Skitsofrenian vaikutus somaattisiin sairauksiin ensihoidon näkökulmasta
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 43 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Helmikuu 2024

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus skitsofrenian vaikutuksesta somaattisiin sairauksiin ensihoidon näkökulmasta. Tavoitteena oli lisätä ensihoitajaopiskelijoiden ja ensihoitajien tietoisuutta skitsofrenian vaikutuksista somaattisiin sairauksiin ja lisätä valmiuksia hoitaa skitsofreniaa sairastavaa potilasta.

Opinnäytetyön menetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tutkimusaineisto koostettiin kuudesta tieteellisestä tutkimusartikkelista. Valitut tutkimusartikkelit olivat englanninkielisiä. Tutkimusartikkelien vähäisen määrän vuoksi teoreettinen lähtökohta laajeni ensihoidosta akuuttihoitoon. Tutkimukset vastasivat kuitenkin tutkimuskysymyksiin. Tulosten perusteella muodostettiin kuusi alaotsikkoa. Alaotsikoiksi muodostui: Väärin hoidettu skitsofreniapotilas, Skitsofreniapotilaan erilaisia somaattisia ongelmia, Psykiatriset traumapotilaat, Kuolleisuuteen vaikuttavat tekijät, Ensihoitajien valmiudet hoitaa skitsofreniapotilas ja Potilaasta johtuvat hoitoa vaikeuttavat tekijät.

Tuloksista ilmenee, että skitsofrenia vaikuttaa monella tavalla potilaan somaattisten sairauksien tutkimiseen ja hoitamiseen. Skitsofreniapotilaat ovat usein somaattisesti monisairaita, mikä vaikuttaa negatiivisesti heidän terveydentilaansa. Sairaudesta johtuvat käytöshaasteet vaikeuttavat oikean diagnoosin tekemistä ja hoidon aloittamista. Ensihoitajien asenteella ja osaamisella on myös merkittävä vaikutus hoidon toteutuksessa. Ensihoitajien koulutus painottuu enemmän somaattisten ongelmien hoitoon, minkä vuoksi koettiin syvällisen tietämyksen puutetta psyykkisesti oireilevien potilaiden kohdalla. Potilasta ei nähdä kokonaisuutena ja psyykkisestä sairaudesta johtuva oire voidaan ajatella johtuvan somaattisen sairauden aiheuttamaksi oireeksi. Tuloksista käy ilmi, että ensihoitajat tarvitsevat enemmän tietoa skitsofreniapotilaista.

Tutkimustietoa skitsofrenian vaikutuksista somaattisten ongelmien tutkimiseen ja hoitoon ensihoidossa on saatavilla hyvin vähän. Jotta skitsofreniapotilas pystyttäisiin kohdata sairaalan ulkopuolisessa hoidossa paremmin, tarvitaan enemmän tutkimustietoa ensihoidon näkökulmasta.

Asiasanat: skitsofrenia, somaattinen sairaus, ensihoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Emergency Care

MEURONEN, ADA & TOLVI, FANNI
The Effects of Schizophrenia on Somatic Diseases from Emergency Care
Perspective

Bachelor's thesis 43 pages, appendices 2 pages
February 2024

The purpose of this Bachelor's thesis was to create a descriptive literature review about the effects of schizophrenia on somatic diseases from the perspective of emergency care. The aim was to increase the knowledge about the effects of schizophrenia on somatic diseases and prepare to recognize and take care of schizophrenic patients among student paramedics and paramedics.

The method of this thesis was the descriptive literature review. The research material was selected from six scientific research articles which were in English. Theoretic basis expanded from prehospital emergency care to acute care due to a low volume of research articles, but the chosen articles answered still our question. Six subtitles were formed: an incorrectly treated schizophrenic patient, different kinds of somatic problems among schizophrenic patients, psychiatric trauma patients, factors affecting mortality, preparedness of paramedics to take care of a schizophrenic patient and patient related complicating factors in treatment.

The results show that schizophrenia affects in many different ways to patient's examination and treatment when they have somatic diseases. Schizophrenic patients have often multiple somatic diseases affecting negatively to their health. Behavioral issues related to disease are a challenge when making the right diagnosis and starting treatment. The attitude and skills of the paramedics also have considerable effect on the implementation of treatment. The training of the paramedics focuses more on the treatment of somatic problems, which causes a feeling that there is a lack of more profound knowledge in patients with mental symptoms. The patient is not seen as a whole, and a symptom of the mental illness can be thought of as a symptom caused by a somatic disease.

There is very little research data about the effects of schizophrenia on examining and treating somatic problems in emergency care. More research data is needed from the perspective of emergency care in order to encounter schizophrenic patients better in out-of-hospital care.

Key words: schizophrenia, somatic disease, emergency care

SISÄLLYS

SISÄLLYS	4
1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS JA TAVOITTEET	6
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT ELI KESKEISET KÄSITTEET	7
3.1. Ensihoito	7
3.2. Skitsofrenia	8
3.2.1 Oireet	9
3.2.2 Hoito	10
3.2.3 Lääkehoito	11
3.3 Somaattinen sairaus	12
3.3.1 Skitsofreniapotilaan somaattinen sairastavuus	12
4 TOTEUTUS	14
4.1. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	14
4.2. Kirjallisuushaku	15
4.3 Aineiston kuvaus ja sisällönanalyysi	18
5 TULOKSET	24
5.1. Väärin hoidettu skitsofreniapotilas	24
5.2. Skitsofreniapotilaan erilaisia somaattisia ongelmia	26
5.3. Psykiatriset traumapotilaat	27
5.4. Kuolleisuuteen vaikuttavat tekijät	28
5.5. Ensihoitajien valmiudet hoitaa skitsofreniapotilas	30
5.6. Potilaasta johtuvat hoitoa vaikeuttavat tekijät	32
6 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	34
7 POHDINTA	36
LÄHTEET	38
LIITTEET	42

1 JOHDANTO

Psykiatrisia sairaalapaikkoja on vähennetty ja hoitoajat ovat lyhentyneet, minkä vuoksi psykiatrisen avun tarpeessa olevia potilaita kohdataan entistä enemmän ensihoidossa (Jylhä 2022, 770). Skitsofrenia on yleisin psykooseiksi luokitelluista sairaustiloista. Se on monimuotoinen vakava psykiatrinen sairaus, jossa oirekuva vaihtelee suuresti eri potilaiden kohdalla sekä saman potilaan eri aikoina ja eri vaiheissa. (Rovasalo 2021.) Skitsofreniaa sairastaa Suomessa noin 55–65 000 ihmistä eli noin 0,5–1,5 % koko Suomen väestöstä (Skitsofrenia: Duodecim käypähoito 2022). Skitsofreniapotilailla esiintyy samanaikaisesti runsaasti somaattisia sairauksia, kuten sydän- ja verisuonitauteja, aineenvaihduntasairauksia ja keuhkosairauksia. Potilaiden somaattisen tilan tutkimiseen ja sairauksien seurantaan ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. (Skitsofrenia: Duodecim käypähoito 2022.)

Kiinnostuksemme psykiatrisia potilaita kohtaan heräsi kummallakin mielenterveyshoitotyön harjoittelun aikana ja siksi haluammekin tarkastella aihetta tarkemmin oman opiskelualamme näkökulmasta. Ensihoidon opinnoissa psykiatristen potilaiden hoitaminen on ollut hyvin vähän esillä, joten tämän opinnäytetyön avulla syvennämme omaa osaamistamme sillä aihealueella. Skitsofrenian valitsimme näkökulmaksi siksi, että se on suhteellisen yleinen psykiatrinen diagnoosi. Sen oireet ovat moninaiset, jolloin yhdenlaisen oirekuvan perusteella ei voi tunnistaa potilasta skitsofreenikoksi, mikä haastaa entistä enemmän ensihoitajaa löytämään somaattisten oireiden joukosta ne vaarallisimmat ja henkeä uhkaavat.

Opinnäytetyömme tarkoitus on tutkia skitsofrenian vaikutusta hoitaessa potilasta somaattisista syistä. Aihe on ajankohtainen suomenkielisen aineiston puutteellisuuden vuoksi. Skitsofreniaa sairastavista potilaista ensihoidossa ei ole myöskään aikaisemmin tehty opinnäytetöitä.

2 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia, kuinka skitsofrenia vaikuttaa potilaaseen sekä hänen hoitoonsa, kun ensihoitajat on hälytetty paikalle somaattisesta ongelmasta johtuen.

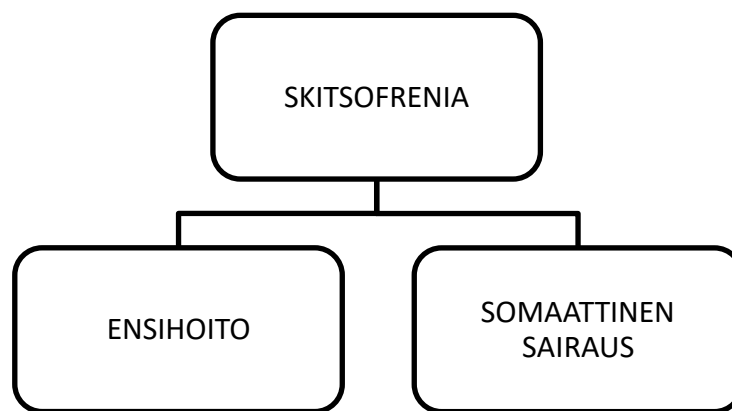
Tavoitteena on lisätä ensihoitajien ja ensihoitajaopiskelijoiden tietoisuutta skitsofrenian vaikutuksista somaattisiin sairauksiin ja lisätä valmiuksia hoitaa skitsofreniaa sairastavaa potilasta.

Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymys on:

Kuinka skitsofrenia vaikuttaa potilaan somaattisiin sairauksiin sekä hoitamiseen?

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT ELI KESKEISET KÄSITTEET

Teoreettinen viitekehys luo pohjan ja antaa suunnan tutkimukselle. Se sisältää teorian niistä näkökulmista, joita aihe keskeisesti käsittelee. Sen tarkoituksena on taustoittaa tutkimus ja olla osa aineistonkeruun suunnittelua. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tämän opinnäytetyön teoreettista lähtökohtaa kuvaamaan muodostettiin käsitteet skitsofrenia, ensihoito ja somaattinen sairaus. Keskeiset käsitteet avataan seuraavissa kappaleissa. Teoreettinen viitekehys on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Teoreettinen viitekehys.

3.1. Ensihoito

Ensihoito on terveydenhuollon palvelu, joka tapahtuu päivystystoimintana terveydenhuollon toimipisteiden ulkopuolella. Sen tarkoitus on tarjota tasokasta hoitoa äkillisesti sairastuneelle tai vammautuneelle siellä, missä sairastunut tai vammautunut henkilö tapahtuman hetkellä on, sekä mahdollisen kuljetuksen aikana. Ensihoidossa vastaan tulevien potilaiden ja heidän ongelmiansa kirjo on hyvin laaja; potilas voi olla rintakipuinen, eloton, kaatunut vanhus, väkivallan uhri, päihtynyt tai mielenterveyden ongelmista kärsivä. (Määttä & Harve-Rytsälä 2022, 15.)

Lain mukaan ensihoitopalveluun sisältyy terveydenhuollon toimipisteiden ulkopuolella tapahtuva äkillisesti sairastuneen tai vammautuneen henkilön hoidon tarpeen arviointi sekä kiireellinen hoito, tarvittava kuljettaminen tarkoituksenmukaiseen jatkohoitoyksikköön ja ensihoidon valmiuden ylläpitäminen. Lisäksi siihen kuuluu osallistuminen suuronnettomuuksiin ja erityistilanteisiin liittyviin varautumis- ja valmiussuunnitelmien tekemiseen, virkaavun antaminen viranomaisille – kuten poliisille ja pelastushenkilöstölle – ja tarvittaessa tapahtumaan osallisten henkilöiden psykososiaalisen tuen piiriin ohjaaminen. (Määttä & Harve-Rytsälä 2022, 20.)

Kansainvälisestä näkökulmasta ensihoitojärjestelmät eroavat jonkin verran toisistaan, koska ensihoito on terveydenhuollon toimialana vielä melko uusi ympäri maailmaa. Tämän vuoksi ensihoitajien koulutus sekä ensihoitopalvelun vastuut ja periaatteet ovat eri maissa erilaisia, mikä tekee ensihoidon toteuttamisen kansainvälisestä vertailusta haastavaa. (Määttä & Harve-Rytsälä 2022, 33.)

Tässä työssä ensihoidolla tarkoitetaan sairaalan ulkopuolella suoritettavaa hoitotyötä, jonka toteuttaa ensihoitajan koulutuksen saaneet terveysalan ammattilaiset.

3.2. Skitsofrenia

Skitsofrenia on monimuotoinen psyykinen sairaus, jota sairastaa Suomessa arviolta 55–65 000 ihmistä eli koko väestöstä noin 0,5–1,5 % (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022). Skitsofrenia on yleisin psykooseiksi luokitelluista sairaustiloista, jossa oirekuva voi vaihdella suuresti yksilöittäin. Tyypillisiä oireita ovat harhaluulot, aistiharhat ja lisäksi usein tunneilmajujen poikkeavuus tai latistuminen. Skitsofreniaan sairastutaan yleensä nuorena aikuisiässä, mutta sairaus voi alkaa myös lapsena tai murrosiässä. (Rovasalo 2021.) Keski-iässä tai sitä vanhempana skitsofreniaan sairastuminen on myös mahdollista, jolloin käytetään nimitystä myöhään alkava skitsofrenia tai hyvin myöhään alkava skitsofreniaa muistuttava psykoosi (Talaslahti & Saarela 2021). Diagnoosi edellyttää, että oireita on ilmennyt vähintään kuukauden ajan sekä sosiaalinen

toimintakyky on heikentynyt merkittävästi ja yhtäjaksoisesti useiden kuukausien ajan (Rovasalo 2021).

Skitsofrenian taudin kulku voidaan jakaa eri vaiheisiin, mutta se on yksilöllistä. Valtaosalla ensi kertaa skitsofreniaan sairastuneesta ilmenee erilaisia ennakkooireita, joita voivat olla esimerkiksi mielialan vaihtelut, eristäytyminen ja keskittymisen vaikeus. Ennakkooireiden ilmaantuttua hoitoon hakeutuminen saattaa estää tai hidastaa sairauden ilmenemistä tai lievittää sen voimakkuutta. (Rovasalo 2021.) Seuraava vaihe on ensipsykoosi, jonka jälkeen on osittainen toipuminen tai uusiutuva sairausjakso. Viimeisenä vaiheena on pitkäkestoinen psykoosi. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022.)

Skitsofrenia on heterogeeninen sairaus eli syiltään epäyhtenäinen. Tähän vaikuttaa se, että oireet ja sairauden kulku vaihtelee paljon yksilöittäin. Geneettiset tekijät lisäävät alttiutta sairastumiseen. Sairauden kehittymiseen vaikuttavat myös ympäristötekijät. (Rovasalo 2021.)

3.2.1 Oireet

Skitsofrenialle tunnusomaista ovat häiriöt potilaan havainnoimisessa, käyttäytymisessä ja ajatuksissa. Oireet vaihtelevat yksilöittäin ja mahdollisesti heikentävät potilaan sosiaalista elämää sekä ammatillista toimintaa. (Mistovich 2009.)

Potilailla ilmenee positiivisia ja negatiivisia oireita sekä näiden lisäksi kognitiivisia puutosoireita. Psykoosisairauksissa oireet voidaan jaotella ilmaantumisjärjestyksessä riskivaiheen oireisiin, akuuttivaiheen oireisiin ja jälkioireisiin. Riskivaiheen oireet voivat olla kestoaltaan päivistä vuosiin ja voivat välillä hävitä. Akuuttivaiheen oireista yleisimpiä ovat positiiviset oireet ja jälkioireista yleisimpiä ovat negatiiviset oireet. Positiivisia eli psykoottisia oireita ovat aistiharhat, harhaluulot ja hajanaisuus. Hajanaisuutta ilmenee käyttäytymisessä ja puheessa. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022.) Aistiharhat eli hallusinaatiot ovat potilaan kokemia aistimuksia. Aistimukset

koetaan ilman todellista ärsykettä. (Huttunen 2018a.) Tavanomaisempia aistiharhoja ovat kuuloharhat, joista tavallisimpia ovat toimimista kommentoivat tai pään sisällä keskenään keskustelevat äänet (Tuominen & Salokangas 2017). Toimimista kommentoivissa äänissä potilas kuulee todelliselta tuntuvia ääniä, jotka voivat käskää tekemään asioita, joista aiheutuu vaara potilaalle itselleen tai muille ihmisille (Mistovich 2009). Harhaluulot eli deluusiot ovat kuvitteellisia uskomuksia. Deluusioiden taustalla on yleisimmin kokemuksen tai havainnon virheellinen tulkitseminen. Harhaluulossa sisältö ja kohde voivat poiketa toisistaan merkittävästi. Tavallisimpia deluusioita ovat harhat, joissa potilas kokee perusteetta jonkin vainoavan häntä eli vainoamisharhaluulo. (Huttunen 2018b.) Muita tyypillisiä harhaluuloja ovat suhteuttamisharhat ja kontrolloituna olemisen harha. Hajanaisuus näyttäytyy ajatuksien katkeiluna, outoina assosiaatioina ja ajattelun konkretisoitumisena. (Tuominen & Salokangas 2017.)

Negatiivinen oire tarkoittaa skitsofreniapotilaalla ilmenevää normaalien ajatuksien, tunteiden tai käyttäytymisen heikentymistä tai puuttumista. Oireet vaikuttavat potilaan elämänlaatuun sekä kykyyn toimia itsenäisesti. (Mäkinen, Miettunen, Isohanni & Koponen 2007.) Skitsofrenian negatiivisiin oireisiin kuuluvat tunneilmaisujen latistuminen, tahdottomuus, puheen köyhtyminen, mielihyvän tuntemisen kyvyttömyys ja sosiaalinen vetäytyminen (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022).

Kognitiivisia puutosoireita esiintyy suurella osalla skitsofreniapotilaista. Puutosoireita on kognitiivisessa suoriutumisessa, muistissa, tarkkaavaisuudessa, keskittymisessä, tiedon prosessointinopeudessa, toiminnanohjauksessa ja näönvaraisessa hahmottamisessa. Potilailla esiintyy usein mielialaoireita, ahdistusta ja unettomuutta. Lisäksi on mahdollista esiintyä eriasteista itsetuhoisuutta. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022.)

3.2.2 Hoito

Skitsofrenian hoito on yksilöllistä ja siinä pyritään huomioimaan potilaan omat tarpeet sekä hänen elämäntilanteensa. Hoito pyritään järjestämään avohoidossa ja sairauden pahimmissa vaiheissa tarvitaan mahdollisesti sairaalahoitoa. Hoidon luonne riippuu potilaan sairauden ja oireiden asteesta sekä sairauden vaiheesta.

Valintaan vaikuttaa myös potilaan soveltuvuus eri hoitomuotoihin. Erilaisia terapiavaihtoehtoja ovat psyko-, trauma-, pari- ja perheterapia. (Rovasalo 2021.) Skitsofrenian hoito perustuu kirjalliseen hoitosuunnitelmaan, joka sovitetaan potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Hoitosuunnitelma laaditaan psykiatrin ja moniammatillisen työryhmän tekemän tutkimuksen pohjalta yhteistyössä potilaan kanssa. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022.)

Riittävän aikainen asianmukaiseen hoitoon hakeutuminen saattaa estää sairastumisen akuuttiin sairausjaksoon. Tahdonvastaiseen sairaalahoitoon toimittaminen on välttämätöntä, jos potilas on vaaraksi itselleen tai ympäristölle sairautensa takia eikä avohoito ole mahdollinen. (Rovasalo 2021.)

Skitsofrenia on vuosia ja jopa vuosikymmeniä kestävä sairaus (Rovasalo 2021). Ensi kertaa hoitoon saapuneista skitsofreniapotilaista on tehty seurantatutkimuksia, joiden mukaan 28–30 % sairastuneista toipuu täysin joko ensimmäisen tai useamman sairausjakson jälkeen ja 49–53 % toipuu osittain. Sairaus kroonistuu 13–14 prosentilla sairastuneista ja 5–9 prosentilla taudinkuva vaihtelee. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022.)

3.2.3 Lääkehoito

Skitsofrenian hoidossa lääkehoito on keskeistä. Lääkityksellä pyritään tehokkaaseen oireiden lievitykseen. Tavoiteltu lopputulos pyritään saavuttamaan pienimällä tehokkaalla annoksella minimoiden lääkeyhdistelmän haittavaikutukset. Psykoosilääkityksen aloittaminen perustuu potilaan yksilölliseen tilanteen arvioon. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022.) Psykoosilääkityksen avulla voidaan lyhentää akuutin sairausjakson kestoa sekä estää uusien sairausjaksojen syntyä. Kaikki skitsofreniapotilaat eivät kuitenkaan hyödy psykoosilääkkeiden käytöstä. (Rovasalo 2021.)

Sairauden akuuttivaiheen oireiden hoidossa psykoosilääkkeet ovat tehokkaita ja lääkeannokset ovat yleensä suurempia kuin pitkäaikaishoidossa. Akuuttivaiheen väistymisen jälkeen pyritään pienimpään tehokkaaseen annokseen. Psykoosin uusiutumisriski on korkea, jonka vuoksi psykoosilääkehoitoa tulisi jatkaa 2–5

vuotta oireiden vaikeuden mukaisesti. Uusiutuneessa psykoosissa on merkityksellistä käyttää samaa lääkettä, josta potilas on saanut aikaisemmin riittävän hyödyn. Lääkehoidon keskeytyminen voi johtaa psykoosivaiheen uusiutumiseen. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022.)

Psykoosilääkkeisiin liittyy haittavaikutuksia, jonka vuoksi lääkehoitoa tulee seurata säännöllisesti. Pitkäaikaiskäyttö aiheuttaa useisiin elinjärjestelmiin kohdistuvia haittavaikutuksia; verenkiertoelimistöön, metabolisiin ja neurologisiin haittavaikutuksiin on kiinnitettävä erityistä huomiota. Esimerkkejä psykoosilääkkeiden haittavaikutuksista ovat hypotensio, QTc-ajan pidentyminen, antikolinergiset ja metaboliset haitat, väsymys, pahoinvointi, painonnousu, epileptiset kohtaukset, huimaus ja ahdistuneisuus. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022.)

3.3 Somaattinen sairaus

Soomalla tarkoitetaan ruumista, kehoa ja elimistöä, joka on psyykeen vastakohta (Sooma: Terveyskirjasto lääketieteen sanasto 2016). Somaattinen tarkoittaa henkisen tai sielullisen vastakohtaa eli se on ruumiillista ja elimellistä (Somaattinen: Terveyskirjasto lääketieteen sanasto 2016). Somaattiset sairaudet ovat fyysisiä sairauksia, joihin kuuluvat esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudit, metabolinen oireyhtymä, kakkostyyppin diabetes ja osteoporoosi. Altistavia tekijöitä somaattisille sairauksille on muun muassa epäterveelliset elintavat kuten tupakointi ja lihavuus. (THL 2023.) Somaattisessa oireilussa yhdistyvät fysiologiset ilmiöt, kognitiiviset käsitykset oireesta ja emotionaaliset reaktiot sekä näiden kaikkien vaikutukset käyttäytymiseen (Räsänen & Sauvola 2022). Tässä opinnäytetyössä käsitteellä tarkoitetaan skitsofreniapotilaan sairastamaa somaattista sairautta, jolla on merkitystä potilaan hoidon toteutuksessa.

3.3.1 Skitsofreniapotilaan somaattinen sairastavuus

Skitsofreniaa sairastavat ovat somaattisesti monisairaita ja heidän kuolleisuutensa on tutkitusti kolminkertainen muuhun väestöön verrattuna (Keinänen ym. 2018). Psykoosia sairastavien terveysongelmia on kartoitettu

Psykoosit Suomessa -tutkimuksessa. Tuloksia on vertailtu Terveys 2000 - tutkimukseen, joka on vuosina 2000 ja 2001 toteutettu tutkimus suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Tutkimusten vertailussa kävi ilmi, että fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset ovat yleisempiä psykoosiin sairastuneilla kuin muulla väestöllä. (Viertio ym. 2012.)

Skitsofreniaa sairastavan potilaan somaattinen terveydentila tulee kartoittaa ja hoitaa yhteistyössä perusterveydenhuollon ja somaattisen erikoissairaanhoidon kanssa. Skitsofreniapotilailla esiintyy runsaasti somaattisia sairauksia kuten sydän- ja verisuonitauteja, aineenvaihduntasairauksia, keuhkosairauksia, heikentynyttä luuston terveyttä ja suusairauksia. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022.) Somaattiseen sairauteen sairastumista edistää skitsofrenian taudinkuvaan liittyvä negatiivinen oireilu ja kognitiiviset puutosoireet, terveyskäyttäytyminen, epäterveellinen elämäntapa, psykoosilääkitys sekä hoidon viivästyminen (Salokangas 2009).

Ruotsissa toteutetussa tutkimuksessa kävi ilmi, että skitsofreniaa sairastavat miehet kuolivat keskimäärin 15 vuotta ja naiset 12 vuotta aikaisemmin kuin muu väestö (Crump ym. 2013). Muuhun väestöön verrattuna skitsofreniapotilaiden kuolleisuus on 2–3 kertainen. Somaattisten sairauksien, etenkin sydän- ja verisuonitautien, hengitystiesairauksien ja syöpien sekä itsemurhien, takia ylikuolleisuus on suurinta nuoremmassa ikäryhmissä. Somaattisten sairauksien tutkimiseen, hoitoon ja ehkäisyyn skitsofreniapotilailla onkin kiinnitettävä erityistä huomiota. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022.)

4 TOTEUTUS

4.1. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus on systemaattinen tutkimusmenetelmä, joka perustuu tietynlaiseen tieteelliseen prosessiin. Se pitää pystyä toistamaan sekä sen pitää perustua laajaan aihealueen ja ilmiön tuntemukseen ja niiden kehittymiseen ajan myötä. Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on kehittää teoriaa, käsitteistöä ja niiden ymmärrystä sekä arvioida jo olemassa olevaa teoriaa tietyllä tieteenalalla. Se myös mahdollistaa kokonaiskuvan muodostamisen tietystä aihealueesta. Koska kirjallisuuskatsauksia on mahdollista tehdä erilaisiin tarkoituksiin, ne jaetaan pääsääntöisesti kolmeen erilaiseen päätyyppiin. Kirjallisuuskatsauksen päätyypit ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja määrällinen tai laadullinen meta-analyysi. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016.)

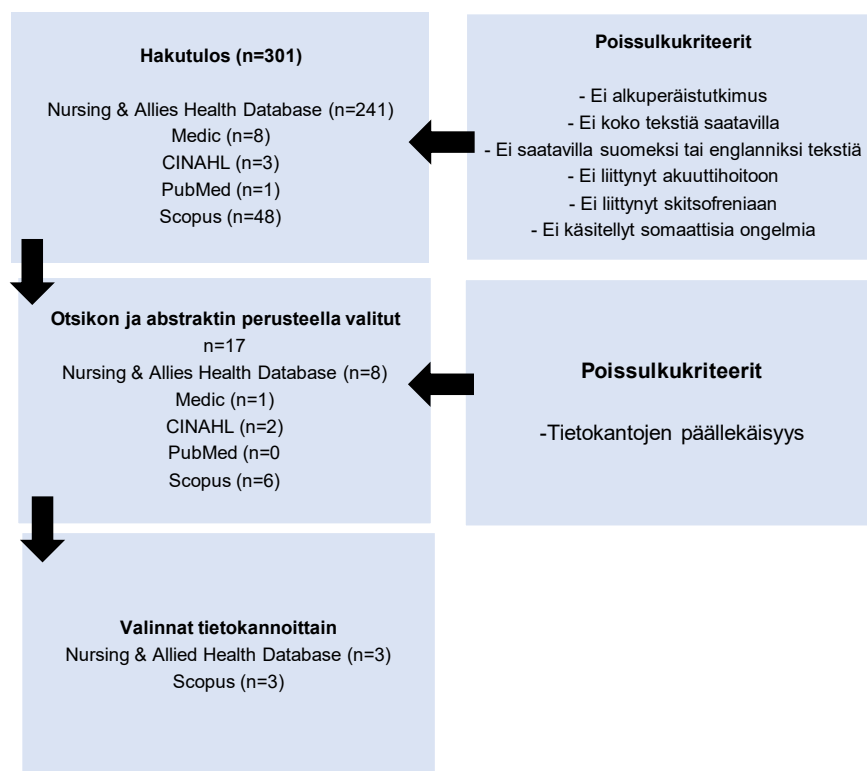
Kuvailevia kirjallisuuskatsaustyyppejä on myös useampia erilaisia, mutta tämä työ tehtiin perinteisen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmien mukaisesti. Kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus kuvailee aiheeseen liittyviä aikaisemmin tehtyä tutkimusta sekä sen laajuutta, syvyyttä ja määrää. Perinteisessä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa pyritään keskittymään vertaisarvioitujen tieteellisten tutkimusten tarkasteluun tietyn prosessin mukaisesti. Prosessiin kuuluu materiaalin hankkiminen, hankitun aineiston synteesi sekä aineiston analyysi. Katsaustyyppin heikkoutena on materiaalin luotettavuus ja valikoiminen, sillä niihin ei prosessin aikana oteta juurikaan kantaa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016.)

4.2. Kirjallisuushaku

Opinnäytetyön teoreettista lähtökohtaa kuvaaviksi keskeisiksi käsitteiksi muodostimme ensihoito, skitsofrenia ja somaattinen sairaus. Taulukossa 1 on esitelty keskeisiä käsitteitä vastaavat asiasanat erilaisten sanastojen mukaisesti. Koska sanastot olivat hyvin suppeita, etsimme sanakirjojen avulla synonyymejä käsitteillemme, jotta hakulauseen avulla tietokannoista tunnistettaisiin enemmän aiheeseemme liittyviä julkaisuja. Lopullisena hakulausekkeena toimi (schizophrenia or psychosis or psychoses or "psychotic disorder" or "schizophrenic disorder") AND (somatic* or "physical disease" or "physical disorder") AND ("emergency medical services" or ems or prehospital or pre-hospital or paramedic).

Sanasto	Käsite 1	Käsite 2	Käsite 3
YSO	Ensihoito	Skitsofrenia	
MeSH	Emergency Treatment	<i>Schizophrenia</i>	<i>Somatic Symptom</i>
FinMeSH	Ensihoito	Skitsofrenia	
Duodecim Terveysportti - sanakirja	Ensihoito	Skitsofrenia	Somaattinen
oma hakusana	Emergency care	Schizophrenia	Physical disease

Taulukko 1. Keskeiset käsitteet asiasanoina.



Kuvio 2. Tiedonhakuprosessi.

pvm.	Tietolähde	Tulokset (kpl)
30.8.2023	<i>Nursing & Allied Health Database</i>	241 (koko teksti saatavilla, vertaisarvioitu) (8 aiheeseen liittyvää) 3 valittu
4.9.2023	<i>Medic</i>	8 (1 aiheeseen liittyvä)
30.8.2023	<i>CINAHL</i>	3 (2 aiheeseen liittyvää)
30.8.2023	<i>PubMed</i>	1 (0 aiheeseen liittyvää)
4.9.2023	<i>Scopus</i>	48 (englanninkieliset, teksti saatavilla ilmaiseksi, artikkelit) (6 aiheeseen liittyvää) 3 valittu

Taulukko 2. Tietohaun tulokset.

Kuviossa 2 on esitetty tiedonhaku kokonaisuudessaan. Hakusanat syötimme tietokantoihin, joita olemme opintojemme aikana käyttäneet. Lisäksi tutustuimme meille uusiin tietokantoihin, jotka sisälsivät terveysalan julkaisuja, sillä hakutulosten määrä jäi muuten hyvin pieneksi. Lopullisen tiedonhaun teimme

seuraavissa tietokannoissa: Nursing & Allied Health database, Medic, CINAHL, PubMed ja Scopus. Tiedonhaun tulokset on esitetty taulukossa 2.

Tietokantahaun tuloksien otsikoiden perusteella katsoimme läpi kaikki ne julkaisut, jotka saattoivat liittyä aiheeseemme. Tässä kohtaa ulkopuolelle jäi esimerkiksi tapauselostukset ja sellaiset julkaisut, joiden otsikot viittasivat selvästi muuhun kuin akuuttihoitoon, skitsofreniaan tai somaattisiin sairauksiin. Ulkopuolelle jäi myös julkaisut, joissa koko teksti ei ollut saatavilla ilmaiseksi sekä ne, jotka eivät olleet suomen- tai englanninkielisiä. Muut julkaisut selasimme läpi ja valitsimme mahdolliseksi materiaaliksi kaikki ne julkaisut, jotka olivat tieteellisen tutkimusartikkelin muodossa ja tiivistelmän perusteella sisälsivät käsitteet akuuttihoito, skitsofrenia ja somaattinen sairaus. Jäljelle jäi 17 tutkimusartikkelia, jotka vielä luimme huolellisesti kokonaan läpi ja jätimme pois kahteen tai useampaan kertaan tietokannoissa vastaan tulleet tutkimukset. Kriteereinä lopulliselle lähdemateriaalille oli, että tutkimus oli tehty akuuttihoiton ympäristössä ja potilaista suuri osa sairasti skitsofreniaa sekä heidän syynsä hoitoon hakeutumiselle oli somaattinen. Lopulta kuudessa tutkimusartikkelin tulososiossa vastattiin tutkimuskysymykseemme ja nämä tutkimukset valittiin lähdemateriaaliksi.

Sopivien tutkimusartikkelien vähäisen määrän vuoksi teoreettinen lähtökohta laajeni ensihoidosta akuuttihoitoon hakusanoista huolimatta. Valitut tutkimukset kuitenkin silti vastasivat kysymykseemme, koska ensihoito on osa akuuttihoitoa ja muilla akuuttihoiton osa-alueilla on samankaltaisuuksia ensihoidon kanssa, joten tuloksissa esille tulleet sairaalan sisällä esiintyvät asiat pätevät jossain määrin myös sairaalan ulkopuolella. Esimerkiksi akuuttihoiton ympäristössä — sairaalassa tai sairaalan ulkopuolella — potilas tavataan ensimmäisenä ja tavoitteena on tehdä työdiagnoosi sekä aloittaa oikea hoito, mikä tuli myös löytämissämme tuloksissa ilmi.

4.3 Aineiston kuvaus ja sisällönanalyysi

Taulukossa 3 on esitelty lyhyesti tutkimukset, jotka hyväksyimme mukaan analyysivaiheeseen. Tutkimusten laatu on arvioitu Kangasniemi ym. (2014) laadunarviointikriteerien mukaisesti. Sisällönanalyysissä kävimme huolellisesti valitut tieteelliset tutkimusartikkelit läpi, jonka jälkeen keräsimme erilliselle tiedostolle opinnäytetyömme kannalta kaikki oleelliset ilmaisut artikkelien Results-osioista eli tutkimuksien tuloksista. Valitut lähteet olivat englanninkielisiä, joten aluksi käänsimme ne suomen kielelle ja sitten pelkistimme lauseet yksinkertaisempaan muotoon ilman, että lauseen tarkoitus muuttui. Taulukossa 4 on esitelty esimerkkilauseet toteutetusta käännöksestä ja pelkistetyistä lauseista.

Tekijä, julkaisuvuosi, otsikko, kohdema	Aineisto	Tutkimuksen tarkoitus	Laadunarviointi (Kangasniemi ym. 2015) <i>K = kyllä, H = heikosti, E = Ei</i>
Zetterberg, J., Visti, E., Holmberg, M., Andersson, H. & Jonas, A. 2022. Nurses' experiences of encountering patients with mental illness in prehospital emergency care – a qualitative interview study. Ruotsi.	17 ensihoidossa työskentelevää hoitajaa haastateltu	Tutkia hoitajien kokemuksia mielenterveysongelmaisten potilaiden kohtaamisesta ensihoidossa	Tavoite ja tarkoitus selvästi kuvailtu (H) Tutkimusasetelma kuvattu (K) Asialliset tutkimusmenetelmät (K) Selkeä teoreettinen viitekehys (H) Puutteet esitetty (K) Johtopäätöksistä keskusteltu (K)
Todorova, L., Johansson, A. & Ivarsson, B. 2020. Perceptions of ambulance nurses on their knowledge and competence when assessing psychiatric mental illness. Ruotsi.	7 ensihoitajaa täytti haastattelulomakkeen	Selvittää ensihoitajien tietämystä ja pätevyyttä kohdata psyykkisesti oireilevia potilaita	Tavoite ja tarkoitus selvästi kuvailtu (H) Tutkimusasetelma kuvattu (K) Asialliset tutkimusmenetelmät (K) Selkeä teoreettinen viitekehys (E) Puutteet esitetty (K) Johtopäätöksistä keskusteltu (K)

<p>Dekker, L., Heller, H., van der Meij, J., Toor, A. & Geeraedts, L. 2019. A mixed psychiatric and somatic care unit for trauma patients: 10 years of experience in an urban level I trauma center in the Netherlands. Alankomaat.</p>	<p>Retrospektiivinen analyysi kahden vuoden kohorteissa vuoden 2006 ja 2016 välillä, kaikkia osastolle otettuja potilaita verrattiin kaikkiin muihin traumapotilaisiin</p>	<p>Analysoida traumapotilaiden joukkoa osaston kymmenen ensimmäisen aukiolovuoden aikana</p>	<p>Tavoite ja tarkoitus selvästi kuvailtu (H) Tutkimusasetelma kuvattu (K) Asialliset tutkimusmenetelmät (K) Selkeä teoreettinen viitekehys (E) Puutteet esitetty (K) Johtopäätöksistä keskusteltu (K)</p>
<p>Shefer, G., Henderson, C., Howard, L., Murray, J. & Thornicroft, G. 2014. Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study. Iso-Britannia.</p>	<p>Laadullinen tutkimus neljässä eri sairaalassa, 18 lääkärinä ja 21 hoitajana päivystyksestä ja psykiatrisesta tiimistä haastateltiin</p>	<p>Tutkia, miten päivystykseen saapuvien mielenterveysongelmisten potilaiden somaattisia oireita luullaan psyykkisiksi oireiksi ja mitä muita haasteita edellä mainittujen potilaiden diagnoosiprosessissa on</p>	<p>Tavoite ja tarkoitus selvästi kuvailtu (H) Tutkimusasetelma kuvattu (K) Asialliset tutkimusmenetelmät (K) Selkeä teoreettinen viitekehys (E) Puutteet esitetty (K) Johtopäätöksistä keskusteltu (K)</p>

<p>Azraai, M., Pham, J., Looi, W., Wirth, D., Ng, A., Babu, U., Saluja, B. & Lim, A. 2021.</p> <p>Observational cohort study of the triggers, diagnoses and outcomes of the medical emergency team (MET) response in adult psychiatry inpatients colocated with acute medical services in Australia. Australia.</p>	<p>Retrospektiivinen kohorttitutkimus, kolmen suuren sairaalan psykiatristen osastojen MET-hälytykset tammikuiden 2015 ja 2020 välillä. 487 potilasta, 721 hälytystä.</p>	<p>Tunnistaa MET-hälytyksen laukaisevat tekijät, riskitekijät sekä kuolleisuuteen liittyvät tekijät ja hoidon tulokset</p>	<p>Tavoite ja tarkoitus selvästi kuvailtu (K)</p> <p>Tutkimusasetelma kuvattu (K)</p> <p>Asialliset tutkimusmenetelmät (K)</p> <p>Selkeä teoreettinen viitekehys (H)</p> <p>Puutteet esitetty (K)</p> <p>Johtopäätöksistä keskusteltu (K)</p>
<p>Barcella, C., Mohr, G., Kragholm, K., Blanche, P., Gerds, T., Wissenberg, M., Hansen, S., Bundgaard, K., Lippert, F., Folke, F., Torp-Pedersen, C., Kessing, L., Gislason, G. & Søndergaard, K. 2019. Out-of-hospital cardiac arrest in patients with psychiatric disorders — Characteristics and outcomes. Tanska.</p>	<p>Kaikki aikuiset tanskalaiset, jotka ovat saaneet sairaalan ulkopuolella sydänperäisen sydänpysähdyksen, psykiatriset sairaalassa tehdyt diagnoosit kymmenen vuoden ajalta</p>	<p>Tutkia, vaikuttaako viimeaikaiset parannukset sairaalan ulkopuolisen sydänpysähdyksen hoidossa ja selviytymisessä myös potilaisiin, joilla on psykiatrinen diagnoosi</p>	<p>Tavoite ja tarkoitus selvästi kuvailtu (H)</p> <p>Tutkimusasetelma kuvattu (K)</p> <p>Asialliset tutkimusmenetelmät (K)</p> <p>Selkeä teoreettinen viitekehys (E)</p> <p>Puutteet esitetty (K)</p> <p>Johtopäätöksistä keskusteltu (K)</p>

Taulukko 3. Analysoidut tutkimukset.

Alkuperäinen teksti	Käännösteksti	Pelkistetyt lauseet
<p>All other participants (77%) reported one or more incidents in which psychiatric disorder led to misdiagnosis, or delayed examination or treatment with a varied degree of seriousness and with a range of consequences. The two most severe cases reported in this context involved the death of patients who refused to be examined and staff failed to conduct any assessment of their mental capacity to refuse treatment.</p>	<p>Kaikki muut osallistujat (77 %) raportoivat yhden tai useamman tapauksen, jossa psykiatrinen sairaus johti väärään diagnoosiin tai viivästytti tutkimuksia tai hoitoja vaihtelevalla vakavuudella ja seurauksilla. Kahteen vakavimpaan raportoituun tapaukseen tässä kontekstissa liittyi kuollut potilas, joka kieltäytyttiin tutkimasta ja henkilökunta epäonnistui arvioimaan heidän henkistä kykyään kieltäytyä hoidosta.</p>	<p>Psykiatrinen sairaus johti useasti väärään diagnoosiin sekä tutkimusten ja hoitojen viivästymiseen, mikä johti kahdessa tapauksessa potilaan kuolemaan.</p> <p>Potilaiden kuolemaan johti se tutkimuksista kieltäytyminen ja hoitajien epäonnistunut arvio potilaiden henkisestä kyvystä määrätä omasta hoidostaan.</p>
<p>In some cases, the problem was not in expressing stigmatising views as such but in the way that the mental illness dominated the discussion between medical staff, even when the patient arrived with a presentation of physical symptoms.</p>	<p>Joissain tapauksissa ongelma ei ollut stigmatisoivien näkemysten ilmaisemin sellaisenaan, vaan tapa, jolla mielisairaus hallitsi keskustelua hoitohenkilökunnan välillä, vaikka potilas saapui paikalle fyysisten oireiden kanssa.</p>	<p>Psykiatrinen diagnoosi hallitsi joissain tapauksissa keskustelua fyysisestä oireilusta huolimatta.</p>

Taulukko 4. Esimerkkilauseet toteutetusta käännöksestä ja pelkistämistä.

Luokittelimme pelkistetyt lauseet teemoittain, joista muodostui lopulta kuusi alaotsikkoa ohjaamaan kirjoittamista. Tulosten alaotsikoina toimivat väärin hoidettu skitsofreniapotilas, skitsofreniapotilaan erilaisia somaattisia ongelmia, psykiatriset traumapotilaat, kuolleisuuteen vaikuttavat tekijät, ensihoitajien valmiudet hoitaa skitsofreniapotilas ja potilaasta johtuvat hoitoa vaikeuttavat tekijät. Jokaiselle otsikolle valitsimme oman värin, jolla yliviivasimme lauseet, jotka liittyivät otsikkoon. Näin erotimme tekstimassasta keskenään samaan aihealueeseen liittyvän tiedon ja olimme koko ajan tietoisia tekstin lähteestä. Tämä vaihe on esitetty liitteessä 1. Liitteessä on tiedostostamme otettuja esimerkkejä hahmottaakseen tehtyä vaihetta. Ensimmäisenä on esitetty alaotsikot valitulla värillä korostettuna. Mustalla fontilla on esitetty suora lainaus tutkimuksesta ja punaisella värillä on esitetty käännösteksti. Ranskalaisilla viivoilla on esitetty pelkistetyt lauseet, jotka korostimme alaotsikkoon kuuluvalla värillä. Tiedosto oli kokonaisuudessaan 23 sivua pitkä. Tämän jälkeen materiaali oli valmis raportoitavaksi.

5 TULOKSET

5.1. Väärin hoidettu skitsofreniapotilas

Materiaalissa kuvattiin useita tilanteita, joissa skitsofreniapotilas diagnosoitiin väärin, hoidettiin väärin tai hoito viivästyi. Todorovan ym. (2020) tutkimuksessa tuodaan ilmi ensihoitajien huonoja valmiuksia kohdata mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita, mikä aiheutti ongelmia potilaiden oikeanlaisessa hoitoon ohjauksessa. Heillä ei ollut juurikaan käsitystä siitä, millaista apua tällaisille potilaille on saatavilla ja mistä apua edes voisi hakea. Ensihoidon opintojen keskittyessä enemmän somaattisten sairauksien tutkimiseen ja hoitoon ensihoitajien syvempi tietämys psyykkisistä sairauksista jäi puutteelliseksi, jolloin potilaita kohdattaessa he keskittyivät mieluummin somaattisten ongelmien hoitamiseen psyykkisten sijaan. (Todorova, Johansson & Ivarsson 2020.) Sheferin ym. (2014) tutkimuksessa psykiatrinen diagnoosi taas hallitsi joissain tapauksissa keskustelua potilaan fyysisestä oireilusta huolimatta.

Haasteita tuotti myös hätäkeskukselta saadut tehtäväkoodit, jotka viittasivat usein somaattiseen ongelmaan, vaikka potilaan oireilu johtui kroonisesta psykiatrisesta sairaudesta. Psykkisen sairauden oireilua voitiin luulla esimerkiksi sydäninfarktin oireiksi tai hengitysvaikeudeksi, jolloin vaadittiin huolellista haastattelua ja tutkimista vakavien syiden poissulkemiseksi. Potilaat myös itse saattoivat kuvailla psyykkistä sairauttaan somaattiseksi, koska he eivät halunneet leimautua mielenterveyshäiriöiseksi. (Todorova, Johansson & Ivarsson 2020.)

Sheferin ym. (2014) tutkimuksessa raportoitiin psyykkisen sairauden johtaneen useita kertoja päivystyksessä väärään diagnoosiin sekä tutkimusten ja hoitojen viivästymiseen, mikä aiheutti kahdessa tapauksessa jopa potilaan kuoleman. Kuoleman lisäksi oikean diagnoosin viivästyminen aiheutti muita pitkäaikaisia tai pysyviä terveyshaittoja, kuten alaraajojen halvaantumisen ja useamman sisäelimen poistamisen. Vaaratilanteita, joista ei kuitenkaan aiheutunut suurempaa haittaa, tapahtui vielä useammin. Näissä tilanteissa potilas todettiin päivystyksessä somaattisesti terveeksi, jolloin hänet voitiin siirtää psykiatriselle osastolle, josta kuitenkin vaadittiin vielä jatkotutkimuksia.

Jatkotutkimuspyyntöihin suostuttiin, jos selvästi kerrottiin tarvittava toimenpide ja perustelu sille. Jatkotutkimuksissa välillä selvisi, että oireiden syy oli somaattinen. Vaikka potilaille ei aiheutunut pitkäaikaista terveyshaittaa edestakaisin siirtyessä päivystyksen ja psykiatrisen osaston välillä, he kokivat silti huomattavaa epämukavuutta. (Shefer ym. 2014.)

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat eivät nähneet viivästyneen tai väärän diagnoosin olevan suurempi ongelma psyykkisesti sairaille potilaille kuin muillekaan potilaille. He kuitenkin tunnistivat tiettyjä riskejä fyysisesti oireilevan psyykkisesti sairaan potilaan viivästyneelle tai väärälle diagnoosille. Tunnistetut riskit jaettiin kahteen ryhmään, joista ensimmäiseen ryhmään kuuluivat suorat syyt eli potilaan luonteesta, oireilusta ja käytöksestä johtuvat syyt. Tällöin esimerkiksi monimutkainen oireilu lisäsi väärän diagnoosin riskiä. Toisessa ryhmässä oli taustatekijät, jotka vaikuttivat ulkoisesti potilaan käytökseen ja oireiluun tai hoitajien motivaatioon ja kykyyn suorittaa huolellinen tutkimus. Näitä riskitekijöitä olivat esimerkiksi ympäristön kiire ja hoitajien aikapaineet. Riskit liittyivät yleensä potilaisiin, joiden käytös oli haastavaa ja oireet olivat monimutkaisia ja epätyypillisiä. Tällöin oireilu muistutti esimerkiksi psyykkisen sairauden kohtausta, vaikka potilas oli vain hämmentynyt ja sekava somaattisen syyn vuoksi. Tyypillisemmin oireilevien potilaiden kohdalla riski viivästyneelle tai väärälle diagnoosille oli myös suurentunut, jos hoitajilla oli asenneongelmia psyykkisesti sairaita kohtaan. Yleensä kuitenkin väärän diagnoosin riski oli pieni, jos somaattinen ongelma oli helposti diagnosoitava, kuten luunmurtuma, ja potilaan käytös ei ollut haastavaa. (Shefer ym. 2014.)

Lääketieteellisesti selittämättömien oireiden usein oletettiin johtuvan kroonisesta psyykkisestä sairaudesta, vaikka ne saattoivat johtua syystä, jolle oli selitys ja se pystyttiin hoitamaan. Riski väärälle diagnoosille oli erityisen suuri, jos potilas hakeutui säännöllisesti päivystykseen selittämättömien oireiden kanssa. Säännöllisesti käyneet potilaat saattoivat mennä päivystykseen vakavamman ongelman kanssa, mutta tilanteen vakavuutta ei huomattu, koska oireilun oletettiin edelleen johtuvan samasta syystä kuin aikaisemminkin. Kun tutkimiseen käytettiin aikaa ja huolellisuutta kommunikaation ongelmista huolimatta, oireille löydettiin somaattinen syy ennen siirtoa tai kotiutusta. Aikaisemmin tehty oikea

diagnoosi saattoi vähentää säännöllisesti päivystyksessä käyvien potilaiden uusia käyntejä. (Shefer ym. 2014.)

Somaattisen ongelman löytämistä helpotti potilas itse sekä huolellinen tutkiminen ja taustojen selvitys. Erityisen haastavien potilaiden kohdalla tutkimuksissa ja tarkkailussa ei kuitenkaan oltu huolellisia, ja kiireessä huolellisuus väheni edelleen. Haastaville potilaille saatettiin myös esittää loukkaavia kommentteja, minkä huomattiin korreloivan tutkimisen huolellisuuteen. (Shefer ym. 2014.)

5.2. Skitsofreniapotilaan erilaisia somaattisia ongelmia

Todorovan ym. (2020) tutkimuksen mukaan mielenterveysongelmista kärsivillä oli usein muitakin sairauksia ja altistumisia erilaisille traumoille. Myös australialaisessa tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin psykiatristen osastojen MET-hälytyksiä, raportoitiin potilaiden olevan monisairaita ja muihin potilaisiin verrattuna melko nuoria. Yli kymmenellä prosentilla potilaista oli merkittävää ylipainoa, diabetes ja jokin krooninen keuhkosairaus. Yli kymmenellä prosentilla oli myös käytössä beetasalpaajat, reniini-angiotensiinijärjestelmän salpaajat tai antitromboottinen lääkitys. Potilaista useampi tupakoi, käytti liikaa alkoholia tai käytti laittomia huumausaineita. Psykiatristen osastojen MET-hälytysten potilaista suurimmalla osalla oli taustalla skitsofrenia tai jokin muu psykoottinen sairaus. (Azraai ym. 2021.)

Psykiatrisilla osastoilla MET-hälytyksiä aiheutti alentunut tajunta, psyykkisen toimintakyvyn alenema, takykardia ja hypotensio. MET-tiimin arvioinnissa potilaiden yleisimpiä oireita olivat takykardia ja hypotensio. Puolella potilaista oli myös epänormaali EKG, vaikkakin yleisin löydös oli sinustakykardia. Muita EKG-löydöksiä oli pidentynyt QTc-aika, eteisvärinä, sinusbradykardia, supraventrikulaarinen takykardia ja johtumishäiriöt sekä T-inversiot. MET-hälytysten potilaista puolet tarvitsivat akuuttihoitoa ja joitain potilaita siirrettiin kardiologisille, kirurgisille tai jonkin muun erikoisalan osastoille. Lähes puolelle potilaista hoidoksi riitti tarkkailu, lääkityksen korjaaminen, suonensisäinen nestehoito tai antibioottihoito. Pieni osa potilaista kuitenkin tarvitsi ventilaattoria tai hemodynamiikkaa tukevaa hoitoa. Ventilaattoria tai hemodynamiikan

tukemista tarvittiin suuremmalla todennäköisyydellä, jos MET-hälytyksen laukaisevia oireita olivat takykardia tai hypotensio. Todennäköisyys ventilaattorin tai hemodynamiikan tukemisen tarpeelle oli taas pienempi, jos MET-hälytyksen oli laukaissut potilaan alentunut tajunnantaso. (Azraai ym. 2021.)

MET-hälytysten potilaiden lopullisista diagnooseista yleisin oli lääkehaitta tai myrkytysoireyhtymä, joihin laskettiin mukaan laittomien huumausaineiden yliannostukset. Lääkehaitta aiheutti usein alentuneen tajunnantason ja hengitysvajauksen. Vastaavasti alentunut tajunnantaso viittasi yleensä lääkehaittaan. Myrkytysoireyhtymät aiheutuivat usein psyykoaktiivisista lääkkeistä, jolloin potilailla esiintyi serotoniinioireyhtymää, antikolinergista oireyhtymää sekä pahanlaatuista neuroleptioireyhtymää. Muita yleisimpiä diagnooseja olivat kuivumat ja infektiot, joista tavallisimpia olivat sairaalalähtöinen keuhkokuume, virtsatietulehdus ja selluliitti. (Azraai ym. 2021.) Sheferin ym. (2014) tutkimuksessa tilanteissa, joissa potilas siirrettiin päivystyksestä psykiatriselle osastolle ja psykiatriselta osastolta takaisin päivystykseen jatkotutkimuksia varten, psyykkisesti sairaan potilaan epämääräisille oireille löydettiin toisinaan lisäselvitysten avulla somaattinen syy. Vaikka potilaiden ensin oletettiin olevan fyysisesti terveitä, heillä lopulta diagnosoitiin maksan vajaatoimintaa ja herpesin aiheuttamaa aivotulehdusta sekä muita hieman lievempiä syitä, kuten kilpirauhasen vajaatoimintaa, parasetamolin yliannostusta ja munuaisten vajaatoimintaan liittyviä komplikaatioita (Shefer ym. 2014).

5.3. Psykiatriset traumapotilaat

Dekker ym. (2019) tutkimuksessa analysoitiin traumapotilaiden joukkoa psykiatrisella traumaosastolla sen kymmenen ensimmäisen aukiolovuoden aikana. Psykiatrisia traumapotilaita verrattiin Amsterdamin yliopistollisen lääketieteellisen keskuksen traumapotilaisiin. Osaston henkilökunta oli koulutettu hoitamaan somaattisten terveysongelmien vuoksi sairaanhoitoa tarvitsevia psykiatrisia tai käyttäytymisongelmia omaavia potilaita. Potilaat, jotka tarvitsevat samanaikaisesti trauma- ja psykiatrista hoitoa ovat yleisiä. Näillä psykiatrisilla

potilailla on suurempi riski saada komplikaatioita ja sairaalassa vietetty aika on pitempi, kuin potilailla, joilla ei ole psykiatrista sairautta. Pitempi oleskeluaika sairaalassa johtaa korkeampiin kustannuksiin. Osaston olemassaolo todettiin merkittäväksi, sillä somaattisista ja psyykkisistä häiriöistä kärsiviltä potilailta evätään toistuvasti pääsy joko lääketieteelliselle tai psykiatriselle osastolle. Näille osastoille päästyään kotiuttaminen ja osastosiirto voi tapahtua liian aikaisin käyttäytymisongelmien vuoksi. (Dekker ym. 2019.)

Traumapotilailla oli vakavia psykiatrisia liitännäissairauksia. Psykoottinen häiriö oli toiseksi yleisin psykiatrinen diagnoosi osastolla olleilla potilailla (28 %) ja päihteiden väärinkäyttö oli yleisin (39 %). Yli puolet vammoista oli itse aiheutettuja. Tylppien ja lävistävien vammojen ero oli merkittävä. Tylppien vammojen osuus oli 71,7 %. Yleisin vamman aiheuttava tilanne oli korkealta putoaminen ja toiseksi yleisin oli puukotus. Läpäisevä vamma oli näillä potilailla yleisempää verrattuna traumapotilaiden kokonaispopulaatioon. Yleisimmin vammat aiheutuivat pään ja niskan alueelle. Psykiatrisilla traumapotilailla todettiin korkeat vamman vakavuudet. Vamman vakavuuspisteet (ISS) olivat 16 tai korkeammat (33 %), joka on kaksinkertainen määrä muihin traumapotilaisiin verrattuna. Myös Glasgow'n kooma asteikon (GCS) ja tarkistetun traumapisteytyksen (RTS) tulokset olivat vakavampia. (Dekker ym. 2019.)

Tuloksista todettiin korkea komplikaatioaste (49 %). Yleisin komplikaatio oli delirium. Infektioita kuten keuhkokuume tai virtsatietulehdus havaittiin usein. Osalla potilaista komplikaatiot johtivat uusiin toimenpiteisiin. Viiden potilaan kohdalla komplikaatiot johtivat kuolemaan 30 päivän sisällä hoidon alkamisesta. Yhdistävä tekijä näillä potilailla oli myös yli 75-vuoden ikä. Psykiatrisia traumapotilaita, jotka kuolivat tehohoidossa osaston ulkopuolella ei huomioitu tässä tutkimuksessa. (Dekker ym. 2019)

5.4. Kuolleisuuteen vaikuttavat tekijät

Tanskalaisessa tutkimuksessa sydänpysähdyspotilaat, joilla oli jokin psykiatrinen diagnoosi, olivat muihin sydänpysähdyspotilaisiin verrattuna nuorempia, fyysisesti sairaampia ja pienemmällä todennäköisyydellä miehiä. Heillä esiintyi kaksinkertainen määrä keuhkohtaumatautia ja aivoverisuonitauteja, viisinkertainen määrä dementiaa ja seitsemänkertainen maksasairauksia ja epilepsiaa. Kun vertailtiin mielenterveysongelmaisten sydänpysähdyspotilaiden elvytystuloksia muihin sydänpysähdyspotilaisiin, huomattiin, että heillä oli suurempi kuolleisuus elvytyksen jälkeisellä 30 päivän seurantajaksolla. Suuremman kuolleisuuden syynä oli erityisesti se, että näiden potilaiden elottomuuden alkua nähtiin harvemmin sekä heitä elvytettiin ja defibrilloitiin vähemmän maallikoiden toimesta, vaikka elottomuus olisikin nähty. Alkurytmi oli myös epätodennäköisemmin iskettävä ja spontaani verenkierto palasi harvemmin. Iskettävän alkurytmin, spontaanin verenkierron palautumisen ja 30 päivän jälkeisen selviytymisen todennäköisyys ei kuitenkaan ollut riippuvainen tietystä psykiatrisesta diagnoosista. Oli kuitenkin pienempi todennäköisyys, että elottomuuden alku olisi nähty tai maallikko olisi aloittanut elvytyksen, jos potilaalla oli skitsofreniadiagnoosi. (Barcella ym. 2019.)

Vaikka tutkimustulosten analysoinnissa huomioitiin kaikkien potilaiden liitännäissairaudet, selviytyminen sydänpysähdyksestä oli silti epätodennäköisempää potilaalla, jolla oli jokin psykiatrinen sairaus. Sukupuolella ei kuitenkaan ollut huomattavaa vaikutusta tuloksiin; naisten kohdalla psykiatrinen sairaus ei vaikuttanut maallikkoelvytyksen saamiseen sekä he saivat sydänpysähdyksen miehiä todennäköisemmin julkisella paikalla. Vuosien 2006 ja 2015 välillä sydänpysähdyspotilailla selviytymisennuste oli parantunut 8,4 prosentista 13,9 prosenttiin, mutta mielenterveysongelmaisilla sydänpysähdyspotilailla selviytymisprosentti (7,0 %) pysyi samana samalla vertailuvälillä. (Barcella ym. 2019.)

Tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin psykiatristen osastojen MET-hälytyksiä, todettiin kuolleisuuden olevan hälytyksissä kolme prosenttia. Syitä, jotka MET-hälytysten aikana aiheuttivat potilaan kuoleman, olivat erilaiset infektiot, itsemurhat, hengityspysähdys, sydänpysähdys, metaboliset syyt, aivoverenkiertohäiriöt sekä dementiaa johtuva toimintakyvyn alenema. Kuolleet potilaat olivat keskimäärin muihin psykiatristen osastojen MET-hälytysten

potilaisiin verrattuna iäkkäämpiä ja lääkitympiä sekä heillä esiintyi enemmän sydämen vajaatoimintaa, aivoverenkiertohäiriöitä ja kroonisia munuaissairauksia. 57 prosenttia kuolleista potilaista tuli iäkkäiden psykiatriselta osastolta. Kuolleisuuteen yhdistettyjä vitaaliarvoja olivat alle 30 krt/min syke, alle 6 krt/min hengitystaajuus, alle 90 mmHg systolinen verenpaine, alle 90 % happisaturaatio ja yli 38 °C tai alle 35 °C ruumiinlämpö. (Azraai ym. 2021.)

Kun tarkasteltiin päivystykseen saapuvia potilaita, joilla oli psykiatrinen diagnoosi, traumapotilaissa miehet edustavat enemmistöä, koska heidän itsemurhamenetelmänsä olivat korkeariskisempiä ja todennäköisemmin kuolemaan johtavia. Erityisesti psykoottisen häiriön diagnoosin omaavilla potilailla tiedettiin olevan suuri riski yrittää ja toteuttaa itsemurha. Tämä potilasryhmä oli myös toiseksi suurin psykiatristen potilaiden traumaosastolla. (Dekker ym. 2019.) Isossa-Britanniassa päivystyksissä mielenterveysongelmaisten potilaiden kuolemaan johtavia tekijöitä todettiin olevan potilaiden kieltäytyminen tutkimuksista ja hoidosta sekä hoitajien epäonnistunut arvio potilaiden henkisestä kyvykkyydestä määrätä omasta hoidostaan, koska hoitajille oli usein epäselvää, kenen vastuulla potilaan päätöksentekokyvyn arviointi oli. Heitä myös saatettiin kotiuttaa ilman kiireellistä hoitoa vaativaa somaattista diagnoosia, mutta tilanne kuitenkin johti kuolemaan. (Shefer ym. 2014.)

5.5. Ensihoitajien valmiudet hoitaa skitsofreniapotilas

Mielenterveysongelmiin liittyvien hätäpuheluiden lisääntyminen on asettanut hoitajille korkeampia vaatimuksia tehdä mielenterveyden arviointeja. Ruotsissa toteutetussa tutkimuksessa kartoitettiin ambulanssissa työskentelevien hoitajien tietämystä ja pätevyyttä kohdata psyykkisesti oireilevia potilaita. Tuloksista käy ilmi, että hoitajilla oli erittäin hyvät käsitykset mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden hoidosta. Hoitajilla oli puolestaan huono käsitys potilaan oikeanlaisesta hoitoon ohjauksesta eli siitä millaista hoitoa on saatavilla sekä mistä potilas voi sitä hakea. Psyykkisesti oireilevan potilaan kohdalla ei koettu voida tehdä yhtä paljon, kuin somaattisista vaivoista kärsivän potilaan kohdalla. (Todorova, Johansson & Ivarsson 2020.)

Zetterberg ym. (2022) tutkimuksesta ilmenee, että hoitajat pyrkivät luomaan perustan luottamukselliselle ihmissuhteelle. Osallistujat kokivat luottamuksen puutetta potilasta ja omia kykyjään kohtaan. Riittämättömyyden ja toivottomuuden tunnetta koettiin, kun ei kyetty tavoittamaan tai suojelemaan potilasta. Tämä sai heidät epäilemään omaa ammatillista pätevyyttä, joka johti syyllisyyden ja epäonnistumisen tunteisiin. Monimutkaisina ristiriitoina kuvattiin tilanteita, jossa potilas oli ohjattava tahdonvastaisesti hoitoon. Osallistujat kokivat tilanteet häiritseviksi, mutta kokivat hylänneensä potilaan, jos eivät tehneet niin. Eryyisesti monimutkaisena pidettiin tilanteita, jossa oli epäselvyys vaatika potilaan tila somaattista vai psykiatrista hoitoa. Osallistujien oli vaikea perustella kohtaamisia kliinisesti, koska pelättiin väärin toimimalla pahentavan potilaan psyykkistä sairautta. Myös vakavien somaattisten sairauksien tai itsetuhoisen käyttäytymisen puuttumista pelättiin. Yksi tutkimukseen osallistunut hoitaja oli maininnut, että potilaat ilman todellisia somaattisia vaurioita putoavat kuiluihin, eikä kukaan ota näistä potilaista vastuuta. (Zetterberg ym. 2022.)

Psyykkisesti oireilevan potilaan kohtaaminen vaatii ammatillista pätevyyttä ja laajaa tietämystä. Suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuneista hoitajista oli ambulanssisairaanhoidon erikoistutkinto. Opetussuunnitelma kuvattiin keskittyneen somaattisten sairauksien arvioon ja hoitoon, jonka vuoksi koettiin syvällisen tietämyksen puutetta mielenterveydenongelmista. Toivottiin, että opetussuunnitelmaan lisättäisiin mielenterveydenhäiriöitä koskevaa koulutusta. Lisää ymmärrystä ja tietoa psykiatrisista sairauksista toivottiin saavan myös käytännön harjoittelusta psykiatrian osastoilta. (Todorova, Johansson & Ivarsson 2020.)

Ennakkokäsitykset, omat tunteet ja yhteistyö muiden ammattilaisten kanssa vaikuttivat niin negatiivisesti kuin positiivisesti potilaskohtaamisiin. Aikaisemmista kohtaamisista muodostuneet ennakkokäsitykset yksittäisistä potilaista vaikuttivat kohtaamisiin, joka lisäsi riskiä, ettei potilaan tilannetta otettu vakavasti. Tämä lisäsi kärsimystä ja vaikutti potilaan epämurkavuuteen. Tällaisissa kohtaamisissa aikakriittinen somaattinen tila koettiin tärkeämmäksi kuin psyykinen sairaus. Tuntemattoman potilaan kohtaaminen koettiin helpommaksi, kuin aikaisemmin

tavatun potilaan kohtaaminen, koska hoitajilla oli vähemmän ennakkokäsityksiä. (Zetterberg ym. 2022.) Ambulanssiorganisaatiolla ei toistaiseksi ollut pääsyä potilastietoihin. Useimmat osallistujat toivoivat saavansa lisää taustatietoa potilaista tilanteiden arvioinnin tueksi. Taustatieto koettiin tärkeänä mahdollisten uhkaavien tilanteiden hallinnassa. Ristiriitaa koettiin siinä, että potilastietojen ennakkoon saaminen voisi johtaa negatiivisten ennakkokäsitysten syntymiseen joidenkin potilaiden kohdalla. (Todorova, Johansson & Ivarsson 2020.)

5.6. Potilaasta johtuvat hoitoa vaikeuttavat tekijät

Mielenterveydenhäiriöstä kärsivän potilaan kanssa kommunikointi koettiin ajoittain vaikeaksi. Kommunikoinnin haasteet voivat estää tai viivästyttää diagnoosia, vaikka somaattiset oireet olisivatkin helposti diagnosoitavissa. Sekavuudesta, harhaluuloista tai hajanaisesta ajattelusta johtuen yksityiskohtien selvittäminen voi tuottaa vaikeuksia. Tutkimuksessa mainittiin yhden hoitajan esimerkki kommunikaatiovaikeudesta, jossa potilas valitti ”hyökkäyksistä jaloissaan”. Potilas oli kertonut asian harhaluuloiseen tyyliin, jonka vuoksi vaivaa ei otettu tosissaan. Huolellisen tutkimisen jälkeen kävi ilmi, että potilas kärsi riittämättömästi alaraajojen verenkierrosta, mikä aiheutti kipua hänen kävellessään. (Shefer ym. 2014.)

Mielenterveyspotilaiden arvaamaton käytös ja nopeasti muuttuvat sekä turvattomat tilanteet loivat hoitajille pelkoa sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Hoitajien oli oltava varuillaan eivätkä he luottaneet potilaaseen täysin. Epävarmuutta loivat tilanteet, joissa potilaan kanssa jäätiin yksin tai ei ollut tietoa potilaan sairautentunnosta. Sairautentunnottomuuden takia potilaat eivät ymmärtäneet hoidon tarvettaan. Yhteyden muodostaminen saattoi mahdollisesti aiheuttaa vaarallisen tilanteen potilaan käydessä uhkaavaksi, joka loi pelkoa ja epävarmuutta. Potilaan välinpitämättömyys omaa hoitoa kohtaan koettiin turhauttavana. Psykoosin, vakavan psyykkisen sairauden tai itsetuhoisen käyttäytymisen vuoksi koettiin vaikeutta tavoittaa potilas. Tätä kutsuttiin esteeksi. Hoitajan oli kyettävä murtamaan nämä esteet saadakseen yhteys potilaaseen. Joskus tilanteet koettiin mahdottomina ja hoitajat yrittivät tuloksetta rauhoitella sekä ohjata potilaita. (Zetterberg ym. 2022.)

Potilaan kieltäytymistä toimenpiteistä pidettiin haastavana ja riskejä lisäävänä käytöksenä. Tutkimuksessa käy ilmi, että potilaat kieltäytyivät erityisesti neuloja sisältävistä toimenpiteistä. Kriittisessä, mutta hoidettavassa tilassa olevien potilaiden kuolema tai terveydelle aiheutunut pysyvä vahinko johtui joissain tapauksissa tutkimuksista kieltäytymisestä. Hoidosta kieltäytymisen lisäksi vain pieni osa käyttäytyi muutenkin haastavasti. Psykiatrisesti oireilevalle potilaalle päivystys on ympäristönä haastava sen äänekkyyden ja siellä olevien hermostuneiden ihmisten vuoksi. Kiireinen ympäristö pahentaa harhaluuloja, ahdistusta ja kiihtymystä. (Shefer ym. 2014.)

6 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimus on luotettava ja eettisesti hyväksyttävä, jos se on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2023) ohjeistus kuvaa hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteiksi luotettavuuden, rehellisyyden, vastuunkantamisen ja arvostuksen. Kirjallisuuskatsausta tehdessä pyrimme noudattamaan näitä käytäntöjä koko prosessin ajan. Tämän opinnäytetyön tekemisessä käytettiin luotettavia tietokantoja ja tutkimusartikkelit rajattiin poissulkumenetelmällä, mikä lisäsi luotettavuutta. Tieteellisten tutkimusartikkelien vähäisen määrän vuoksi jouduimme laajentamaan teoreettisista lähtökohdista sanaa ensihoito akuuttihoitoon muuttamatta hakulauseketta. Valitsemamme tutkimukset vastasivat tutkimuskysymykseemme, joten se ei vaikuttanut työmme luotettavuuteen. Suomalaisia tutkimusartikkeleita ei aiheestamme ollut saatavilla, joten kaikki käyttämämme tutkimusartikkelit olivat englanninkielisiä, mikä saattaa vaikuttaa luotettavuuteen. Käytimme tutkimusartikkelien suomentamiseen sanakirjoja, mutta silti voi olla jotain, mitä ei ole ymmärretty oikein. Perehdyimme tutkimusartikkeleihin kuitenkin huolellisesti ja huolehdimme, että ymmärsimme tutkimusten tulokset oikein.

Hyvän tieteellisen käytännön päinvastaisesti toimiminen rikkoo hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteita. Toiminta vahingoittaa uskottavuutta, laatua, yhteistyötä ja tekijyyttä. Vastainen toiminta jaetaan kahteen muotoon, joista ensimmäinen on vilppi tieteellisessä toiminnassa. Vilppi luokitellaan alaluokkiin, joita ovat plagiointi, vääristely ja sepittäminen. Tieteellisessä toiminnassa vilppi muun muassa vääristää tutkittua tietoa ja heikentää tuotoksen arvoa. Toinen muoto on piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä, joka kattaa muun hyvän tieteellisen käytännön vastaisen toiminnan kuin vilppi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.)

Kangasniemen ym. (2013) artikkelin mukaan luotettavuus ja eettisyys ovat tiiviisti sidoksissa toisiinsa. Pohdimme opinnäytetyöprosessin ajan omaa eettistä ajattelua. Opintojen aikana meille on kehittynyt vahva eettinen omatunto ja eettinen ajattelukyky, joka myötävaikutti opinnäytetyön tekemistä. Aihe kiinnosti meitä molempia, mikä lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä.

Huomioimme rehellisyyden ja kunnioituksen viitatessamme muiden tekemiin tutkimuksiin. Viittasimme käyttämiimme lähteisiin asianmukaisella tavalla.

Opinnäytetyö on tehty noudattaen Tampereen ammattikorkeakoulun eettisyyttä ja luotettavuutta koskevia ohjeistuksia. Lähdemerkinnät ja lähdeluettelo on Tampereen ammattikorkeakoulun asettamien standardien mukaiset. Opinnäytetyö ei ole aiheuttanut kustannuksia.

7 POHDINTA

Tulosten perusteella voidaan päätellä, että skitsofrenia vaikuttaa monella tavalla potilaan somaattisten sairauksien tutkimiseen ja hoitamiseen ensihoidon ympäristössä. Skitsofreniapotilailla on yleensä useita liitännäissairauksia tai muita ongelmia, jotka vaikuttavat negatiivisesti terveyteen – kuten päihteiden käyttö tai perussairauden hoitamatta jättäminen. Heidän käytöksensä tuottaa myös erilaisia haasteita, mikä vaikeuttaa oikean diagnoosin tekemistä ja hoidon aloittamista. Haasteet skitsofreniapotilaan somaattisten ongelmien tutkimisessa ja hoitamisessa ensihoidossa ei kuitenkaan johdu pelkästään potilaasta, vaan myös ensihoitajien osaamisella ja asenteilla on vaikutusta. Tuloksista käy ilmi, että ensihoitajien koulutus kohdistuu enemmän somaattisiin ongelmiin, jolloin he eivät koe olevansa valmiita kohtaamaan psyykkisesti sairaita potilaita. Tällöin potilasta ei nähdä kokonaisuutena ja psyykkisen sairauden aiheuttamia oireita voidaan pitää jonkin somaattisen sairauden oireina, minkä vuoksi oikea hoitoonohjaus viivästyy. Vastaavasti vakava somaattinen sairaus voi jäädä huomaamatta, kun oireiden ajatellaan johtuvan skitsofreniasta.

Ensihoidossa skitsofreniapotilas pitää nähdä kokonaisuutena, varsinkin kun tilanteeseen liittyy somaattinen oireilu. Somaattinen hätätilanne voi pahentaa psyykkisiä oireita ja psyykinen hätätilanne voi aiheuttaa somaattista oireilua. Potilas voi myös kieltää oireet tai hoidon kokonaan, jolloin erityisen tärkeää on käyttää aikaa ja huolellisuutta potilaan tilanteen ja päätöksentekokyvyn arvioimiseen. Ajan ja huolellisuuden lisäksi ensihoitajat tarvitsevat myös enemmän tietoa skitsofreniapotilaista. Skitsofreniapotilailla sairauden eri vaiheet ja lääkitys vaikuttaa oireisiin, jolloin syvempi teoriatieto näistä auttaisi ensihoitajaa valitsemaan oikean hoitolinjan ja tarvittaessa ohjaamaan potilaita tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan. Yksi kehitysehdotus siis on, että ensihoitajien koulutukseen lisättäisiin enemmän teoriaa psyykkisistä sairauksista – erityisesti skitsofreniasta.

Tutkimustietoa skitsofrenian vaikutuksista somaattisten ongelmien tutkimiseen ja hoitoon ensihoidossa on kuitenkin saatavilla hyvin vähän. Jotta potilas pystyttäisiin huomioimaan paremmin kokonaisuutena, tutkimuksia pitäisi tehdä enemmän ensihoidon näkökulmasta. Erityisesti suomalaisille tutkimuksille on

tarvetta, koska opinnäytetyössä raportoidut tutkimukset eivät ole suomalaisia, jolloin ne eivät ole täysin vertailukelpoisia eri maiden ensihoitojärjestelmien erilaisuuden vuoksi. Vertailukelpoisuuteen vaikuttaa myös tutkimusten näkökulma, koska osa raportoiduista tutkimuksista käsittelee aihetta sairaalan sisäisen akuuttihoiton kautta, jolloin tieto ei välttämättä ole sellaisenaan sovellettavissa sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.

Saatavilla olevan tiedon vähyyden vuoksi emme saaneet tutkimuskysymykseemme niin hyvää vastausta kuin odotimme. Skitsofrenian vaikutuksista potilaan tutkimiseen ja hoitolinjoihin on tutkittu, mutta konkreettisia keinoja siihen, kuinka ensihoidossa skitsofreniapotilaiden somaattisia ongelmia pitäisi hoitaa, ei tutkimukset käsitellyt. Opinnäytetyön aihe on haastava, minkä vuoksi tavoitteeseen pääseminen oli lähes mahdotonta. Kuitenkin opimme paljon uutta skitsofreniasta ja sen vaikutuksista somaattisten ongelmien tutkimiseen ja hoitamiseen. Opinnäytetyöprosessi itsessään oli ristiriitaisia tunteita herättävä kokemus, koska laajasta aikataulusta huolimatta tuntui olevan kiire, eikä missään kohtaa tuntunut olevan selvää, kuinka paljon työtä prosessi vielä vaatii. Kuitenkin loppusuoralla koimme onnistumisen tunteita, kun projekti alkoi olemaan valmis.

LÄHTEET

Azraai, M., Pham, J., Looi, W., Wirth, D., Ng, A., Babu, U., Saluja, B. & Lim, A. 2021. Observational cohort study of the triggers, diagnoses and outcomes of the medical emergency team (MET) response in adult psychiatry inpatients colocated with acute medical services in Australia. *BMJ Open* 11 (10), e046110. <https://bmjopen.bmj.com/content/11/10/e046110>

Barcella, C., Mohr, G., Kragholm, K., Blanche, P., Gerds, T., Wissenberg, M., Hansen, S., Bundgaard, K., Lippert, F., Folke, F., Torp-Pedersen, C., Kessing, L., Gislason, G. & Søndergaard, K. 2019. Out-of-hospital cardiac arrest in patients with psychiatric disorders — Characteristics and outcomes. *Resuscitation* 143 (2019), 180—188.

Crump, C., Winkleby, M., Sundquist, K. & Sundquist, J. 2013. Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia: A Swedish National Cohort Study. *The American Journal of Psychiatry* 170 (3), 324—333.

Dekker, L., Heller, H., van der Meij, J., Toor, A. & Geeraedts, L. 2019. A mixed psychiatric and somatic care unit for trauma patients: 10 years of experience in an urban level I trauma center in the Netherlands. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery* 46 (5), 1159—1165. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2012.12050599>

Huttunen, M. 2018a. Harha-aistimus (hallusinaatio). *Duodecim Terveyskirjasto*. Verkkosivu. Viitattu 22.3.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00371>

Huttunen, M. 2018b. Harhaluulo (deluusio). *Duodecim Terveyskirjasto*. Verkkosivu. Viitattu 22.3.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00372/harhaluulo-deluusio?q=deluusio>

Jylhä, P. 2022. Psykiatrinen potilas. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Puolakka, T. 2022. *Ensihoito*. 8.–9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kangasniemi, M., Pakkanen, P. & Korhonen, A. 2015. Professional ethics in nursing: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 71 (8), 1744–1757.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25(4), 291–301.

<https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128286/77409>

Käypä hoito -suositus. 2022. Skitsofrenia. Verkkosivu. Viitattu 22.3.2023.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi35050?tab=suositus>

Keinänen, J., Mantere, O., Markkula, N., Partti, K., Perälä, J., Saarni, S., Härkänen, T. & Suvisaari, J. 2018. Mortality in people with psychotic disorders in Finland: A population-based 13-year follow-up study. *Schizophrenia Research* 192,113—118.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996417302578>

Määttä, T. & Harve-Rytsälä, H. 2022. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Puolakka, T. 2022. Ensihoito. 8.–9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Mäkinen, J., Miettunen, J., Isohanni, M. & Koponen, H. 2007. Skitsofrenian negatiiviset oireet. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 123 (8), 911–916

<https://www.duodecimlehti.fi/duo96428>

Mistovich, J. 2009. In Two Minds? EMS Care of the Schizophrenic Patient. *Emsworld*. Verkkosivu. Viitattu 22.3.2023.

<https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/emsworld/article/10319927/two-minds-ems-care-schizophrenic-patient>

Räsänen, S & Sauvola, A. 2022. Millainen somaattinen oireilu viittaa psykiatriseen häiriöön? *Lääkärilehti* 77 (25–31), 1182–1185. Viitattu. 20.5.2023.

<https://www-laakarilehti-fi.libproxy.tuni.fi/lehdet/25-31-2022/millainen-somaattinen-oireilu-viittaa-psykiatriseen-hairioon/>

Rovasalo, A. 2021. Skitsofrenia. *Duodecim Terveyskirjasto*. Verkkosivu. Viitattu 22.3.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00148>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Teoria ja tutkimus. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 11.2.2024.

https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_2.html.

Salokangas, R. 2009. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 125 (5), 505–512.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo97889>

Shefer, G., Henderson, C., Howard, L., Murray, J. & Thornicroft, G. 2014. Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study. PLoS One 9 (11), e111682.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25369130/>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja Sarja A73. Turku: Turun yliopisto.

Talasilahti, T. & Saarela, T. 2021. Psykoottinen iäkäs. Terveysportti. Lääkärin käsikirja. Artikkelin tunnus: ykt00541. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 22.3.2023. Vaatii käyttöoikeuden.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00541>

Terveyskirjasto lääketieteen sanasto 2016. Somaattinen. Verkkosivu. Viitattu 20.5.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt03190>

Terveyskirjasto. 2016. Sooma. Lääketieteen sanasto. Verkkosivu. Viitattu 20.5.2023.

<https://www.terveyskirjasto.fi/ltt03195><https://www.terveyskirjasto.fi/ltt03195>

THL. 2023. Elintavat ja mielenterveyshäiriöt. Verkkosivu. Viitattu 20.5.2023. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/elintavat-ja-mielenterveyshairiot>

Todorova, L., Johansson, A. & Ivarsson, B. 2020. Perceptions of ambulance nurses on their knowledge and competence when assessing psychiatric mental illness. Nursing Open 8 (2), 946–956.

Tuominen, L & Salokangas, R. 2017. Skitsofrenia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 133 (2), 173–176.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/2/duo13511?keyword=skitsofrenia>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2013. Helsinki. Viitattu 27.12.2023.
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Helsinki. Viitattu 27.12.2023. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Viertiö, S., Perälä, J., Saarni, S.I, Partti, K., Saarni, S., Suokas, J., Tuulio-Henriksson, A., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2012. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastavuus ja toimintakyvyn rajoitukset. Lääkärilehti 67 (11), 863–869. Viitattu 7.11.2023. <https://www-laakarilehti-fi.libproxy.tuni.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/psykoosisairauksiin-liittyva-fyysinen-sairastavuus-ja-toimintakyvyn-rajoitukset/#reference-1>

Zetterberg, J., Visti, E., Holmberg, M., Andersson, H. & Jonas, A. 2022. Nurses' experiences of encountering patients with mental illness in prehospital emergency care – a qualitative interview study. BMC Nursing 21 (1), 89.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35436945/>

LIITTEET

Liite 1. Tulosten muodostaminen.

ALAOTSIKOT

Ensihoitajien valmiudet hoitaa skitsofreniapotilas

Potilaasta johtuvat hoitoa vaikeuttavat tekijät

Väärin hoidettu skitsofreniapotilas

Skitsofreniapotilaan erilaisia somaattisia syitä

Psykiatriset traumapotilaat

Kuolleisuuteen vaikuttavat tekijät

When patients arrive in ED with a relatively easy-to-diagnose physical complaint such as a broken bone, and their behaviour is not challenging, the risk of misdiagnosis is small. In contrast, more complex presentations considerably increase the risk of misdiagnosis. A typical complex presentation is one that may look like episodes of mental illness because the patient is confused, disorientated or depressed, whereas in fact they are a result of organic cause (or a combination of an organic and psychiatric causes). Another form of presentation that can fall into the category of complex presentations is the one that is known as medically unexplained symptoms (MUS). When initial physical examinations provided no indication regarding what was the medical problem, it was 'easier' where patients with mental illness were involved, to assume that the problem was related to mental illness. Väärän diagnoosin riski oli pieni, kun päivystykseen saapuneella potilaalla oli suhteellisen helposti diagnosoitava fyysinen vaiva, kuten murtunut luu, ja potilaan käytös ei ollut haastavaa. Vastakohtana monimutkaisempi esiintyminen lisäsi huomattavasti väärän diagnoosin riskiä. Tyypillinen monimutkainen esiintyminen saattoi näyttää mielenterveysongelman kohtaukselta, koska potilas on hämmentynyt, sekava tai masentunut, vaikka oikeasti oireet johtuvat elimellisestä syystä (tai elimellisen ja psykiatrisen syyn yhdistelmästä). Toinen esiintymisen muoto, joka voi pudota monimutkaisen syyn kategoriaan, tunnetaan nimellä lääketieteelliset selittämättömät oireet. Kun varhaisessa fyysisessä tutkimuksessa ei tarjoutunut ongelman syytä, oli helpompi olettaa mielenterveysongelmia syyksi, kun potilaalla oli taustalla mielenterveysongelmia.

- Riski väärälle diagnoosille oli vähäinen, jos somaattinen ongelma oli helposti diagnosoitava, kuten murtunut luu, eikä potilas ollut käytökseltään haastava.
- Väärän diagnoosin riskiä lisäsi monimutkaisempi oireilu, joka tyypillisesti näytti psykiatrisen sairauden kohtaukselta potilaan ollessa hämmentynyt tai sekava somaattisen syyn takia.
- Väärän diagnoosin johti myös lääketieteellisesti selittämättömät oireet, jolloin automaattisesti oletettiin psykiatrisen sairauden olevan ongelma.

Nurses' preconceptions about specific patients based on previous encounters had an impact on the present encounter. Therefore, there was a risk of not taking the patient's situation seriously, so contributing to their discomfort and adding to their suffering. In such encounters the patient's mental illness was perceived as less important than time-critical somatic conditions. Osallistujat kokivat aiempiin kohtaamisiin liittyvien ennakkokäsitysten vaikuttavan nykyiseen kohtaamiseen tiettyjen potilaiden kohdalla. Tämän vuoksi oli olemassa riski, ettei potilaan tilannetta oteta vakavasti, joka lisäsi kärsimystä sekä myötävaikutti potilaan epämukavuuteen. Tämänlaisissa kohtaamisissa aikakriittiset somaattiset tilat koettiin tärkeämpinä kuin mielenterveyden häiriöt.

- Ennakkokäsitysten koettiin vaikuttavan tiettyihin potilaskohtaamisiin.
- Ennakkokäsityksistä johtuen potilaan tilannetta ei välttämättä oteta vakavasti, joka lisää kärsimystä ja myötävaikutti potilaan epämukavuuteen.
- Aikakriittiset somaattiset tilat koettiin tärkeämpinä kuin mielenterveydenhäiriöt tämänlaisissa kohtaamisissa.

ED staff were not always aware of possible organic causes for presentations that may appear as an episode of mental illness. Päivystyksen henkilökunta ei ollut aina tietoinen mahdollisesta elimellisestä syystä, kun oireet saattoivat näyttää mielenterveysongelman kohtaukselta.

- Päivystyksen henkilökunta luuli välillä oireilua psykiatrisen sairauden kohtaukseksi, vaikka syy oli somaattinen.

The top triggers for a MET call were a drop in Glasgow Coma Scale (GCS) or altered mental status, tachycardia and hypotension (table 2). On MET assessment, tachycardia and hypotension were the most common findings, affecting one in five patients. MET-soiton yleisimpiä kriteerejä olivat GCS:n lasku tai muuttunut psyykinen tila, takykardia ja hypotensio. MET-arvioissa yleisimpiä löydöksiä olivat takykardia ja hypotensio esiintyen joka viidennellä potilaalla.

- MET-hälytyksiä aiheutti alentunut tajunta, psyykkisen toimintakyvyn alenema, takykardia ja hypotensio.
- MET-arviossa löytyi usein takykardiaa ja hypotensiota.

A medical-psychiatric unit (MPU) is a special ward where staff is trained in caring for patients with psychiatric or behavioural problems that need hospitalisation for physical health problems. It is well known that these patients are at higher risk of complications and have a longer length of stay resulting in higher costs than patients without psychiatric comorbidity. The objective of this study was to analyse the trauma patient population of the first 10 years of existence of the MPU in a level I trauma center. MPU eli Medical-psychiatric unit on erikoisosasto, jonka henkilökunta on koulutettu hoitamaan fyysisten terveysongelmien vuoksi sairaanhoitoa tarvitsevia psykiatrisia tai käyttäytymisongelmia omaavista potilaita. Näillä potilailla on suurempi riski saada komplikaatioita ja heillä on pidemmät sairaalassa olo jaksot, kuin potilailla, joilla ei ole psykiatrista sairautta. Pidempi sairaalassa olo johtaa suurempiin kustannuksiin. Tutkimuksen tavoitteena oli analysoida traumapotilaita MPU:n olemassaolon ensimmäisen 10 vuoden ajan.

-Samanaikaisesti trauma- ja psykiatrista hoito tarvitsevilla potilailla on suurempi riski saada komplikaatioita, kuin potilailla, joilla ei ole psykiatrista sairautta. Myös heidän sairaalassa vietetty aika on pidempi, joka johtaa suurempiin kustannuksiin.

- MPU:n henkilökunta on koulutettu hoitamaan psykiatrisia potilaita, jotka ovat fyysisten terveysongelmien vuoksi päätyneet osastolle.

It was difficult encountering patients who did not understand their need for care due to a lack of insight into their disease. Osallistujat kokivat vaikeuksia kohdata potilaita, jotka eivät sairautentunnottomuudesta johtuen ymmärrä hoidon tarvettaan.

- Sairautentunnottomuudesta johtuen potilaat eivät aina ymmärrä hoidon tarvettaan.
- Näiden potilaiden kohtaamisissa osallistujat kokivat vaikeuksia.