

Koulutuksen uudistaminen voisi vielä pelastaa

Psykiatrasta hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu

Mielenterveyden häiriöistä kärsivien vanhusten määrä tulee lisääntymään väestön vanhetessa, vaikka psykiatristen häiriöiden esiintyvyys ei vanhuksilla ole suurempi kuin muussa väestössä. Esimerkiksi vaikea masennus vie ikääntyneen toimintakyvyn nopeasti ja on psykoottinen useammin kuin nuoremmilla. Myös itsemurhat ovat vanhusten masennuksessa erityisen yleisiä: yli 75-vuotiaiden miesten itsemurhavaara on yli kaksinkertainen ja naisten yli kolminkertainen verrattuna nuorten vaaraan (WHO World Health Survey Consortium 2000). Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien ikääntyneiden lukumäärä kaksinkertaistuu seuraavien 20 vuoden aikana. Oman potilasryhmänsä muodostavat noin 70 vuoden iässä ensi kertaa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuvat. Heidän lukumääränsä ei ole kovin suuri, mutta tämän potilasryhmän diagnostiikka ja hoito vaatii perehtyneisyyttä, koska osalle näistä potilaista kehittyä etenevä muistisairaus (Schouws ym. 2009).

Skitsofreniapotilaan elinikä on ollut 15–20 vuotta keskimääräistä lyhyempi. Kuitenkin nykyään myös nuorena skitsofreniaan sairastuneet elävät entistä vanhemmiksi kuten muukin väestö. Nykyisin skitsofrenian esiintyvyys on yli 65-vuotiailla noin 1 % eli sama kuin muusakin väestössä (Perälä ym. 2007). Aiemmistä käsityksistä poiketen skitsofreniaan voi sairastua vielä myöhäisessä keski-iässä, ja 3 % vanhuksiin skitsofreniaa potevista onkin sairastunut yli 60-vuotiaana (Howard ym. 2000). Iäkkään skitsofreniapotilaan oirekuvaa leimaavat toimintakyvyn ja kognition heikkeneminen sekä ns. negatiiviset oireet. Näiden potilaiden avun ja hoidon tarve on suuri, mutta heidän hoitajiensa ammattitaito on puutteellista paitsi

perusterveydenhuollossa ja vanhushoitoissa myös monissa psykiatrisissa yksiköissä. Ikääntyneitä skitsofreniapotilaita on arvioitu olevan vuonna 2030 noin 15 000. Haasteellinen potilasryhmä vanhushoitoissa ovat myös harhaluuloisuushäiriöiset. Heidän osuutensa vanhemmissa ikäryhmissä lienee noin 0,5 % eli puolet skitsofreniapotilaiden määrästä (Perälä ym. 2007). Suuri osa paranoidisista vanhuksista kärsii muistisairaudesta (jota ei ehkä vielä ole diagnosoitu), mutta väestön vanheneminen lisää vääjäämättä myös primaaria harhaluuloisuushäiriötä sairastavien määrää.

Suomessa on jopa 120 000 henkilöä, joiden kognitiivinen toimintakyky on lievästi heikentynyt. Joka kolmas yli 65-vuotias ilmoittaa muistioireista (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito: Käypä hoito -suositus 2010). Vaikka muistisairauksien ikäryhmittäinen ilmaantuvuus pysynee samana, uusien demen-tiataapausten määrä kaksinkertaistuu viidessä vuodessa ikävuosien 65–90 välillä (Corrada ym. 2009). Miltei kaikilla demen-tiapotilailla esiintyy jossain sairautensa vaiheessa psykiatrista oirehdintaa. Tavallisimpia ovat masennus, apatia, levottomuus ja psykoosioireet, kuten aistiharhat ja harhaluulot. Muistisairauden edetessä saattaa myös persoonallisuus muuttua. Muistisairauksiin liittyvien sekundaaristen psykiatristen oireiden hoito työllistää varmasti tulevaisuudessa nykyistä enemmän myös psykiatrasta hoitoa.

Vanhusten akuutit mielenterveyden häiriöt vaativat monesti nopeaa etiologista selvittelyä ja hoidon aloitusta. Korkeatasoisia, erikoistuneita hoitopaikkoja, joissa pystytään asianmukaiseen diagnostiikkaan sekä hoitomahdollisuuksien ja -muotojen arviointiin ja hoidon aloitukseen, on vain muutamissa

suurimmissa keskuksissa. Psykiatrasta hoi- to- ja palvelujärjestelmää ei ole suunniteltu eikä se ole varautunut vanhusväestön osuu- den lisääntymisen aiheuttamaan palveluiden tarpeen muutokseen. Mielenterveystoimistot tuottavat nykyään pääasiassa keski-ikäisten ja nuorten aikuisten palveluja, ja osa niistä kieltäytyy – mahdollisesti mielenterveyslain vastaisesti – hoitamasta yli 65-vuotiaita. Vanhuspsykiatrisia poliklinikoita on maassamme vain muutamia. Perusterveydenhuollon kyky ja kapasiteetti hoitaa näitä potilaita on myös rajallinen, eikä suurimmassa osassa kunnista ole konsultaatiopalveluita. Ikääntyneiden potilaiden psykiatristen sairaalapaikkojen käyttö vaihtelee runsaasti alueittain. Dementiaan vedoten eräät psykiatriset sairaalat ovat tiettävästi kieltäytyneet psykoottisesti oireilevien potilaiden hoidosta. Tästä syystä vanhuspotilaat ovat hyvin eriarvoisessa asemassa asuinpaikan mukaan.

Vuonna 1998 annetulla asetuksella lope- tettiin aiempi vanhuspsykiatrian koulutus- ohjelma (silloin psykiatrian suppea erikoisala geriatria). Psykogeriatrian erikoislääkäriskoulu- tuksen lopettaminen on osoittautunut tervey- denhuollon toimivuuden kannalta epätydyt- täväksi ratkaisuksi. Vanhusten määrän lisää- tymisen vuoksi on selvää, että maassamme tarvitaan vanhuspsykiatrian erikoisala. Psy- kiatrian erikoislääkäriskoulutus ei anna riittäviä valmiuksia vanhuksille tyypillisten mielenter- veyden häiriöiden diagnosointiin ja hoitoon, vaikka se on hyvä pohja jatko-opinnoille. Vanhuspsykiatrian erikoislääkäriskoulutus on ehdotettu toteutettavaksi joko psykiatrian eri- koislääkäriskoulutuksen jälkeisenä jatkoulu- tuksena (Leinonen 2008) tai ns. suorana kuuden vuoden erikoisalakoulutuksena ilman edeltäviä yleispsykiatrian opintoja. Myös eri- laisia ”välimalleja” on esitetty (Salokangas ym. 2008). Terveydenhuollon nykyiset ja etenkin tulevaisuuden tarpeet puoltavat selkeästi van- huspsykiatrian erikoislääkäriskoulutuksen pi- kaista käynnistämistä. Koulutuksen rakenne ja järjestelyt ovat ratkaistavissa. Eräillä paik- kakunnilla yliopistoilla ja yliopistosairaaloilla on edellytykset aloittaa vanhuspsykiatrian eri- koislääkäriskoulutus pikaisesti.

Myös Mieli 2009 -työryhmän raportti pai- nottaa vanhuspsykiatrian osaamisen vahvis- tamista perus- ja täydennyskoulutuksella. Ikääntyville tarkoitettujen erikoispalveluiden kehittäminen, konsultaatiot, palveluiden ”jal- kauttaminen” ja vanhusten mielenterveyden häiriöiden varhainen tunnistaminen ja teho- kas hoito kuuluvat työryhmän ehdotuksiin. Ajoissa toteutetulla asiantuntevalla tutkimuk- sella ja hoidolla pystytään parantamaan myös psykiatrisen vanhuspotilaan toimintakykyä ja välttämään ennenaikainen laitoshoido. ■



ESA LEINONEN, professori, ylilääkäri
Tampereen yliopisto
ja TAYS, psykiatria
33380 Pitkänieniemi



HANNA-MARI ALANEN, LT, ylilääkäri
TAYS, neuro- ja vanhuspsykiatria
33380 Pitkänieniemi

SIDONNAISUUDET
Ks. s. 381

KIRJALLISUUTTA

- Corrada MM, Brookmeyer R, Paganini-Hill A, Berlau D, Kawas CH. Dementia incidence continues to increase with age in the oldest old: the 90+ study. *Ann Neurol* 2009;67:114–21.
- Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry* 2000;157:172–8.
- Leinonen E. Laaja yleiskoulutus on psykiatristen alojen erikoistumisen perusta. *Suom Lääkäril* 2008;63:4296–7.
- Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito [verkko- versio]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrian Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2010 [päivitetty 13.8.2010]. www.kaypahoito.fi.
- Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, ym. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:19–28.
- Salokangas RKR, Hietala J, Korkeila J, ym. Psykiatrian erikoisalojen koulutus syytä uudistaa. *Suom Lääkäril* 2008;63: 4078.
- Schouws SN, Comijs HC, Stek ML, ym. Cognitive impairment in early and late bipolar disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17:508–15.
- WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581–90.