

Tiina Talaslahti ja Esa Jämsen

Nykytilanteen parantamiseksi tarvitaan paitsi resursseja myös osaamista ja yhteistyöverkostoja

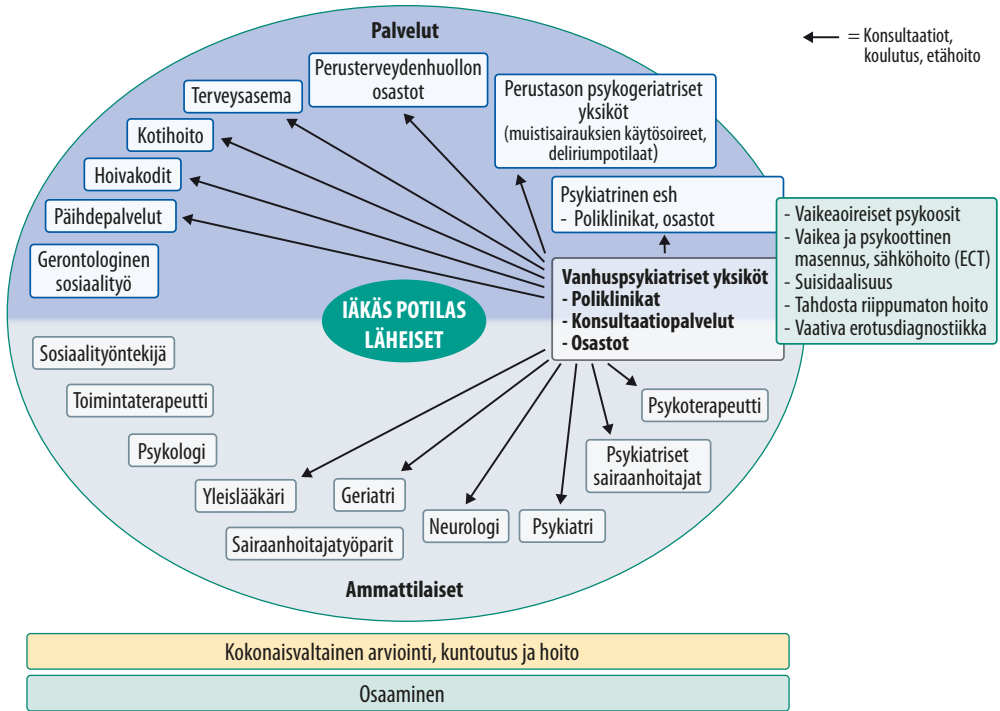
Vanhuspsykiatrinen potilas hyötyy monialaisesta osaamisesta

Vanhenevan väestön lisääntyvä hoidon ja hoivan tarve on toistuva aihe niin julkisessa keskustelussa kuin lääketieteen ammattilehdissäkin. Ikääntyneiden mielenterveys, päihdeongelmat ja psykiatrisen hoidon järjestäminen ovat kuitenkin jääneet vähälle huomiolle, vaikka psykiatriset sairaudet ovat yleisiä myös vanhimmissa ikäryhmissä joko yksinään tai muihin sairauksiin kytkeytyneinä ja vakava huoli aiheesta on esitetty jo vuosikymmen sitten (1–3). Sittemmin vanhuspsykiatriset palvelut ovat maassamme silti enemmän kaivattuneet kuin kehittyneet, mikä on johtanut todennäköiseen alidiagnostiikkaan ja -hoitoon, lääkepainotteiseen hoitoon sekä alueelliseen eriarvoisuuteen (4).

COVID-19-pandemia lisäsi ikääntyneiden yksinäisyyttä ja mielialaoireita sekä vaikeutti muistisairaiden käyttöoireita (5,6). Eläkeikäisten päihteidenkäyttö on yleistynyt (7). Tästä kehityksestä ja psykiatristen sairauksien puutteellisesta hoidosta seuraavia uhkia ovat paitsi inhimillinen kärsimys potilaille ja heidän läheisilleen myös toimintakyvyn heikentyminen ja avun tarpeen suureneminen. Iäkkäiden miesten itsemurhat ovat lisääntyneet, ja on havaittu viitteitä siitä, että mielenterveysongelmia ei terveydenhuoltokontakteista huolimatta tunnisteta ajoissa (8). Psykiatrista sairauksista aiheutuvaa taakkaa voidaan ikääntyneidenkin osalta vähentää sopivalla psyykenlääkehoidolla yhdistettynä psykososiaaliseen hoitoon. Samalla muiden pitkäaikaissairauksien hoitotulokset ja potilaan elämänlaatu paranevat sekä avuntarve ja hoitavan tahon kuormitus vähenevät.

Iäkkäiden psykiatrisiin sairauksiin liittyy erityispiirteitä, jotka on tärkeää tunnistaa, jotta potilaat osataan ohjata oikeanlaisen avun piiriin. Monimuotoiset somaattiset oireet saattavat hallita oirekuvaa, jolloin psyykkistä huonovointisuutta ei välttämättä tunnisteta (2,9). Toisaalta iäkkäiden psykoosipotilaiden somaattiseen terveydentilaan tulisi kiinnittää enemmän huomiota heidän ylikuolleisuutensa vuoksi (10). Harhaluuloisuushäiriö ja muistisairauksiin liittyvät neuropsykiatriset oireet ovat tiloja, joita tavataan etenkin iäkkäällä väestöllä. Psykiatrisia oireita voivat selittää myös elimelliset sairaudet tai erilaiset sosiaaliset syyt. Ympäristöön ja kohtaamiseen liittyvät tekijät korostuvat hoidettaessa muistisairaita potilaita (11). Lääkehoitoa vaikeuttavat vanhuspotilaita koskevan tutkimustiedon rajallisuus, monilääkitys ja ikääntyneiden herkkyys läikehaitoille. Haasteista huolimatta varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen merkitys korostuu iäkkäillä, sillä psyykkisen oireilun myötä heidän toimintakykynsä heikentyy nopeammin kuin nuorempien (12).

Vanhuspsykiatrisen potilaan menestyksellinen hoito onnistuu harvoin yksittäiseltä taholta. Siksi iäkkään potilaan ympärille tarvitaan turvaverkko ja yhteistyöosaamista (KUVA). Hoidon ja kuntoutuksen tulee perustua potilaan kokonaistilanteen riittävän laaja-alaiseen arviointiin. Myös läheiset on syytä huomioida. Hyvän lääketieteellisen hoidon rinnalle tarvitaan muun muassa gerontologista sosiaalityötä, kodin tukipalveluita, päivätoimintaa sekä elämänlaatua ja osallisuutta tukevia kolmannen sekto-



KUVA. Iäkkäille potilaille suunnatut palvelut ja eri alojen ammattilaiset muodostavat potilaan ja hänen läheistensä ympärille tukiverkon. Hoidon suunnittelua ohjaavat kokonaisvaltainen arviointi ja yhteistyö eri tahojen kanssa, ja onnistuminen edellyttää riittävää osaamista. Iäkkäitä potilaita hoidetaan ensisijaisesti avopalveluissa. Vanhuspsykiatrian keskeinen tehtävä on osaamisen vieminen lähelle potilasta sekä hoidon tukeminen konsultaation ja etäkontaktien siellä, missä potilas on. Pieni osa potilaista tarvitsee vanhuspsykiatrista sairaalahoitoa. esh = erikoissairaanhoito

rin palveluita. Diagnosointi ja hoito olisi hyvä toteuttaa avopalveluna, sillä sairaalahoitoon liittyy toimintakyvyn heikentymisen riski (13). Oireiden saaminen hallintaan sairaalahoidossa ei riitä, vaan potilaan tulee pystyä jatkamaan elämäänsä omassa kodissaan tai hoitopaikassaan kotiutumisen jälkeen. Vaikeimmin sairaiden pääsy vanhuspsykiatriseen sairaalahoitoon on kuitenkin turvattava.

Hyvinvointialueilla olisi nyt hyvä tilaisuus parantaa iäkkään väestön psykiatristen sairauksien hoitoa luomalla uusia, erikoissalarajat ja organisaation raja-aidat ylittäviä palvelukokonaisuuksia. Vaikka suuri osa hoidosta tapahtuu menestyksellisesti perustasolla, sinne tulee tarjota riittävä vanhuspsykiatrinen tuki esimerkiksi konsultaation (KUVA). Liikkuvat palvelut auttavat viemään erityisosaamista lähelle potilasta, mikä mahdollistaa paitsi psykiatrisen hoidon myös tuen ja ohjauksen hoitavalle

taholle. Digitaaliset palvelut mahdollistavat tavanomaisten konsultaatioiden laajentamisen moniammatilliseksi yhteistyöksi sekä uudentyyppiset palvelut, kuten nettiterapiat. Potilaskohtaisten konsultaatioiden sijaan on syytä pyrkiä rakentamaan monialaisia yhteistyöverkostoja, jotka auttaisivat hoidon kehittämisesä, rajallisten (vanhus)psykiatristen resurssien kohdentamisessa ja palveluiden saatavuuden parantamisessa (12,14,15). Keinotekoisista ikärajoista pitäisi päästä eroon, ja palveluiden järjestämisen tulisi perustua tarpeeseen. Psyko-terapiat on osoitettu vaikuttaviksi myös iäkkäiden hoidossa. Niiden saatavuutta tulisi parantaa nykyisestä (16).

Viime kädessä kyse on osaamisesta sekä psykiatrisen oireilun tunnistamisesta ja tunnustamisesta. Vanhuspsykiatrinen osaaminen koskee kaikkia ikääntyneitä hoitavia lääkäreitä vähintään psykiatristen oireilun havaitsemisen ja oi-

kealle taholle hoitoon ohjaamisen muodossa. Vanhuspsykiatrian opetusta niin eri ammattiryhmien peruskoulutuksessa kuin täydennyskoulutuksessakin tulisi siksi lisätä. Toivomme, että tämä teemanumero osaltaan auttaa näihin

tavoitteisiin pääsemisessä, antaa työkaluja sekä herättää kiinnostuksen iäkkäiden mielenterveyden häiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon omassa potilastyössä. ■



TIINA TALASLAHTI, LT, psykiatrian erikoislääkäri, vanhuspsykiatrian lisäkoulutus
Yliilääkäri, HUS Psykiatria, keskitetyt palvelut, geropsykiatria
Vanhuspsykiatrian kliininen opettaja, Helsingin yliopisto



ESA JÄMSEN, LT, geriatrian professori
Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta (Clinicum) ja HUS, geriatrian linja

SIDONNAISUUDET

Tiina Talaslahti: Luottamustoimet (Suomen Psykogeriatrien yhdistys ry, hallituksen puheenjohtaja; Suomen Psykiatriyhdistys ry, koulutustoimikunnan jäsen; Gerontologia-lehti, toimituskunnan jäsen), hankkeet (GeroMetro, ikäihmisten palvelujen kehittämisverkosto, ohjausryhmän jäsen 2022 asti), muut sidonnaisuudet (Kustannus Oy Duodecim, tekijänpalkkioita)

Esa Jämsen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Apollonia, Duodecim, Filha, Fioca, Lääkäriliitto, Novartis, Nutricia, Orion, Pihlajalinna, Professio), luottamustoimet (Suomen Geriatri ry, puheenjohtaja; Suomen akuuttigeriatrian yhdistys ry, varapuheenjohtaja; Fimea, Lääke 75+ -tietokannan asiantuntijaryhmän jäsen; Lonkkamurtuman Käypä hoito -suositusten kokoava kirjoittaja)

KIRJALLISUUTTA

1. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, ym. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry* 2014;71:573–81.
2. Leppävuori A. Depressio ja somaattinen sairaus. *Duodecim* 2023;139:1367–76.
3. Leinonen E, Alanan HM. Psykiatrista hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. *Duodecim* 2011;127:371–2.
4. Alanan HM, Lönnroos E, Talaslahti T, ym. Vääriä säästöpäätöksiä vanhuspsykiatriassa. *Suom Lääkäril* 2020;75:602–3.
5. Kestilä L, Kapiainen S, Mesiäisaho M, ym. Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Raportti 4/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022. www.julkari.fi/handle/10024/144268.
6. Prommas P, Lwin KS, Chen YC, ym. The impact of social isolation from COVID-19-related public health measures on cognitive function and mental health among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2023;85:101839.
7. Tigerstedt C, Mäkelä P, Karlsson T, ym. Change and continuity in Finnish drinking in the 21st century. *Nordisk Alkohol Nark* 2020;37:609–18.
8. Partonen T, Kiviruu O, Grainger M, ym. Itsemurhakuolemat Suomessa vuosina 2016–2021. Tutkimuksesta tiiviisti 47/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022.
9. Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, ym. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2012;200:275–81.
10. Talaslahti T, Alanan HM, Hakko H, ym. Mortality and causes of death in older patients with schizophrenia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27:1131–7.
11. Hölttä E, Pitkälä K. Muistisairauden neuropsykiatristen oireiden hoito. *Suom Lääkäril* 2019;74:242–7.
12. Reynolds CF 3rd, Jeste DV, Sachdev PS, ym. Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry* 2022;21:336–63.
13. Jämsen E, Kerminen H, Strandberg T, ym. Kun tauti paranee, mutta potilas ei – sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. *Suom Lääkäril* 2015;70:977–83.
14. Vormaa H, Rotko T, Larivaara M ym. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020;6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162053>
15. National guidelines for behavioral health crisis care: best practice toolkit. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). Rockville: SAMSHA 2020. www.samhsa.gov/sites/default/files/national-guidelines-for-behavioral-health-crisis-care-02242020.pdf.
16. Laukkala T, Suominen I, Granö N, ym. Psykoterapian ohjaaminen ja psykoterapian tuloksellisuuden seuranta. *Duodecim* 2020;136:2047–54.