

Skitsofreniapotilaskin vanhenee

Tärkein tieto

- Iäkkäiden skitsofreniapotilaiden hoidon tarvetta on pidetty Alzheimer-potilaisiin verrattavana, mutta skitsofreniavanhusten hoidon järjestäminen on jäänyt muisti-häiriöpotilaiden palvelutarpeiden katveeseen.
- Skitsofrenian kulku on heterogeeninen, ja sen vaikutusta elämäntapaan muokkaavat potilaan persoonallisuus ja elämäntilanteet.
- Suurten ikäluokkien vanhetessa iäkkäiden skitsofreniaoireisten henkilöiden lukumäärä kasvaa nopeasti ja voi kaksinkertaistua vuosiin 2025–30 mennessä.
- Tulevien skitsofreniaa sairastavien vanhusten elämäntapa ja palvelutarpeet ovat erilaisia kuin nykyisten iäkkäiden skitsofreniapotilaiden. Palvelujärjestelmän tulisi jo nyt huomata panostaa skitsofreniavanhusten hoitoon ja elämäntapaan. Tietoa ja hoidollista osaamista tarvitaan tulevaisuudessa erityisesti avohoidossa.
- Käypä hoito -suositusten kaltaista tukea tulisi saada myös iäkkäiden skitsofreniapotilaiden hoitoon.

Iäkkäitä skitsofreniapotilaita koskeva tutkimustieto on edelleen varsin niukkaa. Vuonna 2000 todettiin, että vain noin 1 % skitsofreniakirjallisuudesta käsittelee ikääntymistä (1). Julkaistuissa tutkimuksissa iäkkäiden (older patients with schizophrenia, late-life schizophrenia) potilaiden keski-ikä on usein noin 60 vuotta.

Skitsofrenian esiintyvyys vanhusväestössä

Skitsofrenia on yksi vakavimmista psykiatrisista sairauksista. Maailman väestöstä yhden prosentin arvioidaan sairastavan skitsofreniaa (2). Iäkkäiden henkilöiden vakavia mielen-

terveydenhäiriöitä, kuten psykooseja, on totuttu pitämään harvinaisina. Skitsofrenian esiintyvyydeksi yli 65-vuotiailla henkilöillä on arvioitu vain 0,1–0,6 % (3), mutta toisissa epidemiologisissa tutkimuksissa skitsofrenian esiintyvyys ikääntyneiden keskuudessa on ollut sama kuin nuoremmilla, 1 % (4). Tuoreessa suomalaisessa Terveys 2000 -tutkimuksessa skitsofrenian elinikäinen esiintyvyys oli yli 65-vuotiailla henkilöillä 0,92 % (5). Ruotsissa tehdyssä väestötutkimuksessa yli 95-vuotiaista ei-dementoituneista henkilöistä 2,4 %:lla täyttyivät skitsofreniakriteerit (DSM IIIR), mutta psykoosioireiden yhden vuoden prevalenssi oli huomattavasti korkeampi (7,4 %) ja paranoidisen ajattelun prevalenssikin 10,4 % (6).

Myöhään alkanutta skitsofreniaa (late-onset schizophrenia ja very-late-onset schizophrenia) sairastaa maailman vanhusväestöstä arvion mukaan ainakin 0,1 % ja noin viidesosa kaikista ikääntyvistä skitsofreniapotilaista (7,8).

Skitsofrenian ennuste

Tiedetään, että lähes kaikki mielenterveyden häiriöt lisäävät riskiä eliniän lyhentymiseen (9). Skitsofreniapotilaiden kuolleisuus on todettu 2–4-kertaiseksi normaali-ikäiseen väestöön verrattuna (10). Koska skitsofreniapotilaiden ylikuolleisuuden arvioidaan pikemminkin laskevan kuin kasvavan, saavuttaa yhä suurempi osa skitsofreniaa sairastavista henkilöistä vanhuuden (11,12).

Skitsofrenia on pitkäaikainen sairaus, jonka ennusteelle on tyypillistä huomattava vaihtelu eri yksilöiden välillä sekä sairauden oireissa että sairauden kulussa. Ikääntyvien skitsofreniapotilaiden elämäntilanteesta ja sitä ennustavista tekijöistä on edelleen hyvin vähän tutkimustietoa. Oirekuvan ja toimintakyvyn muutoksia tarkasteltaessa olisi otettava huomioon myös mahdollinen kohorttiefekti sekä oletus, että vaikeimmin sairastavat eivät ehkä ole eläneet vanhuuteen asti (13).

Mitä oirekuvalle tapahtuu skitsofreniapotilaan ikääntyessä?

Skitsofrenian keskeiset oireet jaetaan sisältönsä osalta positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisilla oireilla tarkoitetaan harha-ajatuksina (varsinkin eriskummalliset) tai aistiharhoina (erityisesti kuuloharhat) ilmeneviä psyykkisten toimintojen häiriintymistä ja negatiivisilla oireilla normaalien ajatusten, tunteiden tai käyttäytymisen heikentymistä tai puuttumista. Negatiivisiin oireisiin sisältyvät anhedonia eli kyvyttömyys tuntea nautintoa, tahdottomuus, epäsosiaalisuus, puheen köyhtyminen ja tunteiden latistuminen (14). On ajateltu, että positiiviset oireet vähenevät tai vaimentuvat etenkin niillä, joilla sairauden kulku on ollut vaihteleva, mutta pitkittäistutkimuksissa ei ole kuitenkaan osoitettu psykoosioireiden vähenemistä iän myötä (15,16). Negatiivisten oireiden on esitetty sekä lisääntyvän että vähenevän iän myötä. Vanhusten negatiivisten oireiden arviointi on sekoitavien tekijöiden vuoksi haastavaa, sillä masennus, pitkä-

aikainen psykoosilääkehoito ja laitostuminen voivat vaikuttaa näkyvään oirekuvaan (1,13). Samanaikaisen depression tunnistamista pidetään tärkeänä. Vastikään julkaistussa tutkimuksessa 32 %:lla iäkkäistä skitsofreniapotilaista oli kliininen depressio, mutta kyseisessä ”Older adults with schizophrenia” -tutkimusryhmässä potilaiden keski-ikä oli noin 60 vuotta (17).

Tutkimusten perusteella on vain vähän tietoa siitä, kuinka hyvin psykoosioireita tunnistetaan avoterveydenhuollossa. Skitsofreniaa sairastavien vanhainkotipotilaiden ajatushäiriöt ja hallusinaatiot jäivät hoitohenkilökunnalta havaitsematta, kun potilaan oireita mitattiin on/ei-asteikolla (18). Harhaluulojen sisältöön ei aina osata kiinnittää huomiota. Dementiaa harhaluulot ovat useimmiten yksinkertaisia ja tyypiltään varastamis- tai mustasukkaisuusharhaluuloja. Skitsofreniassa harhaluulot ovat usein monimutkaisia, ja niiden sisällössä on usein outoja piirteitä, kuten esimerkiksi koettu sisäelinten varastaminen tai epärealistinen kokemus julkisuuden henkilön liittymisestä potilaan elämään.

Kognition heikentyminen

Negatiivisista oireista erotetaan nykyisin kognitiiviset oireet (14), joiden esiintyvyys ja vaikeus lisääntyvät iän mukana (16). Jopa kahdella kolmesta laitoshoidossa olevasta vanhuksikäisestä skitsofreniapotilaasta todetaan kognitiivista heikentymistä (19). Kuitenkin useissa tutkimuksissa on Alzheimerin taudin esiintyvyydeksi raportoitu 2–9 %, joka on sama tai jopa alhaisempi kuin väestössä yleensä (19,20,21). Kognitiivisen tason madaltuminen jo ennen vanhuusikää voi olla riskitekijä edelleen jatkuvalle heikkenemiselle. Negatiiviset oireet näyttäisivät liittyvän sekä kognitiiviseen heikentymiseen että sosiaalisen ja päivittäisen toimintakyvyn heikentymiseen (22).

Yli 50-vuotiaita Alzheimerin tautia sairastavia ja terveitä verrokkeja sekä 20–80-vuotiaita skitsofreniaa sairastavia henkilöitä seurattiin kuuden vuoden ajan käyttäen kognitiivisen tilan arvioinnissa Mini-Mental State Examination (MMSE) ja Clinical Dementia Rating (CDR) -testejä. Tutkimus osoitti, että skitsofreniaa sairastavien henkilöiden kognitiivinen ja toiminnallinen status pysyi melko vakaana, mutta heikkeni selvästi yli 65-vuotiailla. Nuoremmilla vaikeaoireista skitsofreniaa sairastavilla ei voitu osoittaa vastaavanlaista kognitiivisen suorituskyvyn heikentymistä seuranta-aikana (23). Toisessa seuranta-tutkimuksessa havaittiin, että ne iäkkäät skitsofreniapotilaat, joilla seurannan alkaessa oli subkortikaalisytyypistä kognition heikentymistä ja vaikeita negatiivisia oireita, olivat alttiita edelleen heikkenemään, kun taas niillä, joilla heikentyminen oli alun perin kortikaalisesti painottunut, ei ollut kognition edelleen heikentymisen lisääntynyttä riskiä (24).

Kognitiivisten oireiden ja kognition heikentymisen havaitseminen on vaativaa ja erotusdiagnoosittikka varsinaisiin dementoiviin sairauksiin haastavaa. Psykoottisten vanhusien laitoshoidon päätyminen ennustavat parhaiten vakavasti heikentynyt toimintakyky ja läheisten tai perheen antaman tuen puuttuminen. Myös kognitiivisen suorituskyvyn heikentymisellä, käyttäytymisongelmilla ja psykiatrisilla oireilla on merkitystä (25).

Taulukko I.

Skitsofreniavanhuksia hoidettaessa huomioon otettavaa.

- On tärkeää yrittää saada aikaan luottamuksellinen, potilasta arvostava ja ymmärtämään pyrkivä kontakti. Iäkkään skitsofreniapotilaan elämä on usein hyvin pienin ja tarkoin askelin kulkemista.
- Kun potilaan valittama oire tai naapurien valittama haitta on mahdollinen, tarkista tilanne. Joskus naapurit ovat valittaneet henkilöstä, joka on ollut sairaalassa silloin, kun hänen kerrottiin metelöineen kotonaan.
- Oiresieto: ei-haitallisiin erikoisuuksiin ei kannata kiinnittää liikaa huomiota. Jos itsensä muuten hoitava henkilö elelee rauhallisesti kotonaan vähäpukuisena tai alasti matemaattisia yhtälöitä ratkoen, tarkista, että huoneistossa tarkenee, henkilö saa asianmukaisesti ruokaa eikä asiasta aiheudu turhaa hämminkiä naapureille (sälekaihtimet). Vaaraa aiheuttavaa käyttäytymistä (esimerkiksi varmaton tai oireisiin liittyvä tulenkäsittely) ei voida sietää.
- Lääkehoidossa kunnioita tarpeen mukaan potilaan tottumuksia. Lääkitystä muutettaessa on joskus hyvä huolehtia siitä, että uusi lääke otetaan samaan aikaan kuin entinen, vaikka se ei lääkevalmisteen kannalta olisi välttämätöntä: jos 5 on potilaalle pyhä luku ja lääkityksen pitää olla ”5”, koeta organisoida lääkemäärät siten, että rakennat viiden tabletin yhdistelmän. Näin toteutat (usein sanahelinäksi jäävää) yksilöllistä hoitoa. Psykoosioireita ei kumarreta, mutta potilaalle tärkeitä asioita on hyvä kuunnella. Manipulointi on eri asia.
- Arvioi lääkehoidon toimivuutta ja haittavaikutuksia. Hyvin toimivaan psykoosilääkehoitoon ei kannata puuttua pelkän lääkehoidon modernisoinnin näkökulmasta. Haittavaikutukset ja toimimattomuus ovat syy tarkistaa lääkehoitoa.
- Kuuntele potilaasi viestiä: vakoojien ampumasta luodista valittavan henkilön pakarasta voi löytyä hoitoa vaativa abskeksi.
- Vältä käyttämästä puheessa monimutkaisia tai moniselitteisiä ilmaisuja keskustellessasi skitsofreniaoireisten henkilöiden kanssa. Niistä tuskin muuttakaan potilaasi hyötyvät.
- Huolehdi somaattisten sairauksien hoidosta niin hyvin kuin mahdollista; hoidossa ei suinkaan aina tavoiteta optimaalisia ratkaisuja. Jaksa hoitaa äläkä luovu toivosta.
- Huomaa, että käytössä olevat vanhuksikäisten hoitoisuusarviointiluokitukset (RAVA, LTC -RAI) kiinnittävät vain vähän huomiota potilaasi psyykkisestä oirehtimisesta aiheutuvaan hoidon tarpeeseen.

Perinteisten ja uusien skitsofrenialääkkeiden käytöstä huolimatta havaitaan edelleen skitsofreniapotilaiden kognitiivisten toimintojen heikentymistä, mikä on johtanut muistisairauksien hoidossa käytettyjen lääkkeiden vaikutusten tutkimiseen skitsofreniassa. Donepetsiiliä, rivastigmiinia ja galantamiinia koskevia tutkimuksia on julkaistu, mutta niistä saadut tulokset ovat jossain määrin ristiriitaisia muun muassa kognition eri osa-alueilla havaittujen löydösten osalta (esim. 26).

Somaattisen sairastamisen haasteet

Somaattisten sairauksien tunnistamista saattaa vaikeuttaa se, etteivät potilaat kerro oireistaan. Tähän voi osasyynä olla kohonnut kivunsietokyky. Vajeet kognitiivisessa toiminnassa huonontavat potilaan kykyä tunnistaa ja ymmärtää oireitaan, ja somaattisten sairauksien hoito-ohjeiden seuraaminen on usein puutteellista (1,10). Iäkkäiden skitsofreniapotilaiden somaattista sairastamista on tutkittu melko vähän, mutta eräiden havaintojen mukaan skitsofreniapotilaiden kuolleisuus muun muassa sydän- ja verisuonisairauksiin on muuta väestöä suurempi (27). Vanhojen skitsofreniaoireisten henkilöiden vakavat sydän-verisuonisairaudet tunnistetaan, mutta lievemmat voivat jäädä huomaamatta (10). Skitsofreniapotilaiden tunnistettuja sairauksia tulisi hoitaa yhtä hyvin kuin muidenkin sairauksia.

On todettu, että tyyppin 2 diabeteksen riski kasvaa etenkin psykoosilääkkeitä käyttävillä iäkkäillä skitsofreniapotilailla (28). Normaali väestönkin diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän hoito on hankalaa. Lääkehoidon, esimerkiksi verenpaine- ja diabetekshoidon, toteuttaminen jää usein puutteelliseksi, ja skitsofreniapotilaiden elämäntapamuutosten (liikunnan lisääminen, laihduttaminen, tupakoinnin lopettaminen) toteuttaminen on vaativaa. Somaattisen sairauden olemassaolon kieltäminen ("Tämä on väärinkäsitys. Ei ole mitään kyhmyä, näkemiin") voi olla potilaan tapa yrittää tulla toimeen ylivoimaiselta tuntuvien rasitteiden kanssa. Usein tarvitaan moniammatillista työotetta, jotta voidaan asettaa realistiset tavoitteet hoidolle ja hakea keinoja terveyden edistämiseen. Skitsofreniaa sairastavien henkilöiden saatavilla ja käytettävissä tulisi olla samoja terveyden edistämiskeinoja kuin muullakin väestöllä.

Jeste ym. (10) havaitsivat, että iäkkäillä skitsofreniapotilailla oli vähemmän somaattisia sairauksia kuin muilla samanikäisillä. Onkin esitetty, että kaikkein iäkkäimmät skitsofreniapotilaat muodostaisivat jonkinlaisen selviytyjäryhmän (10,27).

Iäkkäiden skitsofreniapotilaiden alkoholin käyttöä on pidetty vähäisenä. Vanhustyöväestön päihteidenkäyttötavat näyttävät olevan muuttumassa ja on varauduttava siihen, että myös ikääntyneiden psykoosipotilaiden päihteidenkäyttö yleisty. Skitsofreniapotilaat tupakoivat huomattavasti yleisemmin kuin muu väestö, ja tupakoinnin vähentäminen ja tupakasta vieroitus ovat suuria hoidollisia haasteita (27).

Psykiatrisen lääkehoito

Psykiatrisen lääkehoidon ajantasaisuudesta ja asianmukaisuudesta huolehtiminen ja sen sovittaminen muuhun lääke-

hoitoon vaatii perehtyneisyyttä. Psykoosilääkkeitä pidetään skitsofrenian hoidon kulmakivenä ja olettamuksena on se, että suurin osa skitsofreniaa sairastavista vanhuksista tarvitsee psykoosilääkkeitä lähes koko elinaikansa. On arvioitu, että noin 90 % ikääntyneistä skitsofreniapotilaista käyttää psykoosilääkitystä (29). Ikääntyvät skitsofreniapotilaat ovat sensitiivisempiä psykoosilääkkeiden haittavaikutuksille kuin nuoremmat potilaat, ja lääkkeiden yhteisvaikutukset ovat ongelma (30). Psykoosilääkityksessä tulisi pyrkiä pienimpään tehokkaaseen annokseen ja haittavaikutusten minimoimiseen (31). Toisen polven psykoosilääkkeitä pidetään ikääntyvän skitsofreniapotilaan ykkösvaihtoehtona vähäisemmän haittavaikutusprofiilin vuoksi (32). Kliinikon lääkevalintojen tueksi on kuitenkin vain vähän tutkittua tietoa saatavilla (33).

Ongelmia syntyy tilanteissa, joissa potilaan psykiatriset oireet vaativat psykoosilääkitystä, mutta lääkityksen jatkaminen johtaa hankaliin haittavaikutuksiin kuten tardiiviin dyskinesiaan tai metaboliseen oireyhtymään. Toisaalta psykoosilääkkeen lopettaminen saattaa aiheuttaa skitsofrenian relapsin, ja potilas päätyy sairaalahoitoon. Osa ikääntyneistä skitsofreniapotilaista ei enää hyödy psykoosilääkityksestä. Vanhainkodeissa asuvista vanhusikäisistä skitsofreniapotilaista joka viides on ilman psykoosilääkitystä (34). Lääkkeettömyyden taustalla voi olla potilaan dementoituminen (35).

Avohoidon merkityksen ja volyymin lisääntymisestä tulee lääkehoidon asianmukainen toteutuminen yhä tärkeämmäksi. Lääkehoidon käyttö on sairautta koskevan oivalluskyvyn

Potilasesimerkki

Potilasesimerkki 1.

75-vuotias paranoidista skitsofreniaa sairastava henkilö toimitettiin sairaalaan M1-lähetteellä, koska hän oli käynyt avohoidon työntekijän kimppuun kotikäynnillä. Potilas oli lopettanut tarpeettomina pitämänsä lääkkeiden käytön. Sairaalassa potilas jupisi kovaa itseksensä ja äkäisen äänekkäästi kieltäytyi kaikesta lääkkehoidosta. Tilanteessa päädyttiin tahdosta riippumattomaan lääkkeeseen, jota potilas vastusti sanallisesti, mutta suostui kuitenkin sanomaan, kummalle puolelle pistetään. Ensimmäisiä injektioita potilas kutsui myrkytysinjektioiksi, mutta sitten injektiot alkoivat olla suvaitsevia. Hoidon edetessä yksinäinen jupina ja kiukkuinen äkinäisyys vähenivät. Kotiutus oli jo lähellä silloin, kun potilas totesi potilastoverille, että hän saa lähdevettä pistoksena ja se parantaa näköä. Lääkehoito oli muuttunut potilasta palvelevaksi ja voimaannuttavaksi apuvälineeksi arjessa selviytymiseen.

Potilasesimerkki 2.

Potilas oli paranoidista skitsofreniaa sairastava 80-vuotias nainen, jolla oli hoitoresistenttejä toimintaa ohjaavia kuulohallusinaatioita ja harhaluuloja. Potilas oli ollut 20 kertaa sairaalahoitossa. Klotsapiini aloitettiin sairaalahoitoa aikana, mutta sen käytöstä jouduttiin luopumaan, koska potilas oli vakuuttunut siitä, että häntä myrkytettiin verinäytteiden oton yhteydessä. Oireilu jatkui, vaikka lääkkehoidon annos oli 800 mg ketiapiinia vuorokaudessa. Potilaalle aloitettiin kognitiivis- ja behavioraalinen terapia, jossa fokuksena olivat myrkytysharhaluulot. Potilas sai tietoa verikokeista ja kuulohallusinaatioihin. Psykiatrisen hoitaja tapasi potilasta terapiatapaamisten välillä ja tuki kognitiivisten mallien toteuttamista ja kotitehtävien tekemistä. Klotsapiini ja kognitiivinen terapia -yhdistelmähoito sai aikaan positiivisten psykoosioireiden täydellisen häviämisen ja huomattavan elämänlaadun kohenemisen.

lisäksi yhteydessä lääkkeestä saatavaan koettuun hyötyyn, lääkkeen haittavaikutuksiin, potilaan saamaan tukeen ja terapeuttiseen hoitosuhteeseen. Potilaan ja omaisten asenteet lääkeshoidon käyttöön eivät myöskään ole merkityksellisiä. Kiinnittämällä niihin aktiivisesti myönteistä huomiota voidaan tukea lääkeshoidon asianmukaista käyttöä (36). Lääkeshoidon toteutumista vaikeaoireisessa skitsofreniassa kuvataan potilasesimerkissä 1.

Psykososiaalisen hoidon mahdollisuudet

Iäkkäiden skitsofreniapotilaiden ei-lääkkeellisestä hoidosta on vähitellen kertymässä tutkimustietoa. Kokemusta on saatu muun muassa kognitiivis-behavioraalista työtavoista, mutta on huomattava, että näissäkin sovelluksissa iäkkäät osallistujat useimmiten ovat olleet noin 60-vuotiaita.

Patterson ym. (37) tutkivat 40–78-vuotiaiden pitkäaikaista psykoosia sairastaneiden henkilöiden toiminnallisten taitojen harjoittamista satunnaistetussa ja kontrolloidussa tutkimuksessa, johon 24 viikon aikana kuului viikoittainen kahden tunnin mittainen ryhmäharjoittelu ja kotitehtäviä. Osallistujien arkielämän hallintataidot ja sosiaaliset taidot kohe- nivat, mutta yhtenä tavoitteena ollut lääkeshoidosta huolehti- minen ei kohentunut. Pinninti ym. (38) kuvaavat kognitiivis- behavioraalisen terapian soveltamista iäkkään skitsofreniaa sairastavan naisen hoidossa (potilasesimerkki 2).

Skitsofreniavanhuksen palvelutarve

Viime vuosisadan lopussa toteutetun psykiatristen sairaala- paikkojen alasajon yhteydessä monet skitsofreniaa koko aikuisikänsä sairastaneet henkilöt siirtyivät erilaisiin palvelu- taloihin ja hoivakoteihin. Suomessa kuten monissa muissa- kin maissa ikääntyneet sairaalapotilaat, joista englanninkie- lisessä kirjallisuudessa on käytetty nimitystä ”valmistuneet” (”graduates”) (39) siirtyivät mielisairaaloista vanhainkotei- hin, hoitokoteihin tai niiden psykogeriatrisiin yksiköihin. Vanhainkoteista onkin tullut vuosien varrella yhä useam- min ikääntyneiden skitsofreniapotilaiden koteja. Suomessa vuonna 2003 pitkäaikaisessa laitoshoidossa (vanhainkodit ja terveyskeskusten vuodeosastot) skitsofreniaa sairastavien vanhusten osuus oli noin 4 % (40).

On arvioitu, että 85 % ikääntyneistä skitsofreniapotilaista elää hoitolaitosten ulkopuolella (1). Avohoidon tehtävä on maksimoida potilaan kyky itsenäiseen toimintaan ja asumi- seen. Skitsofreniapotilaan hoidon perustana on moniamma- tillisen työryhmän tekemään tutkimukseen perustuva yksilö- linen hoitosuunnitelma, joka tulisi tarkistaa säännöllisin väli- ajojin (31). Vaikka suomalainen Käypä hoito -suositus ei mai- nitse vanhuksia, on vastaavaa hoitoseurantaa vaadittu iäkkäille skitsofreniapotilaille muun muassa englantilaisessa katsauk- sessa, jonka mukaan näiden henkilöiden terveydentilan ja so- siaalisen elämäntilanteen muutokset on otettava huomioon ja psykiatrista seurantaa tarvitaan myös vakaina aikoina (41). Myös iäkkäiden psykoosipotilaiden elämänlaadun ja hoidon tason kysymykset tulevat entistä selvemmin näkyviin. Jos poti- laan arvostelukyky on heikentynyt, edellyttää hoidon laadun seuranta ulkopuolista arviointia (41). Yhteistyömalleja tulee

kehittää psykiatrian poliklinikoiden ja vanhuspsykiatrian yksi- köiden kanssa. Myös yli 60-vuotiaiden henkilöiden intensiivis- tä työryhmäpohjaista avohoitotoimintaa (assertive community treatment) on hiljattain kuvattu (42).

Tulevaisuuden iäkkäiden skitsofreniaoireisten henkilöi- den elämänhistoria, kokemustausta ja odotukset palvelujen sisällöstä tulevat poikkeamaan aikaisemmasta. Vuosikym- menten laitoselämätausta käy harvinaiseksi. Osa on omak- sunut osin taloudellisten tai sosiokulttuuristen vaikutusten kautta mielenterveyspotilaan tai -kuntoutujan roolin, mikä takaa paikan tutussa ja ymmärtävässä yhteisössä, mutta mi- hin voi liittyä myös ”muun maailman menettämistä” (43). Yksilöllisen vapauden ja toisaalta potilaan ja hänen läheis- tensä turvallisuuden ja hyvinvoinnin varmistaminen edellyt- tää usein sekä ammatillisen että persoonallisen luottamuk- sen syntymistä työntekijöiden ja potilaan välille (44).

Tarvittavan psykiatrisen hoidon ja muun hoivan ja tuen tarjoamisen parasta mahdollista mallia ei ole voitu esittää. Palvelujen käyttäjien omat arvostukset ja suunnitelmat asu- mismuodosta voivat poiketa kliinisestä arviosta. Kun tarvi- taan laitoshoidoa, tavoitteena on asukkaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun kannalta optimaalinen asuinympäristö, missä on mahdollista vaikuttaa omaan arkeen. Somaattisen sairastamisen ja raihnauden vuoksi tarvittava tuki on saata- villa, ja tarjolla on samanaikaisesti riittävä struktuuri ja yhteisöllisyyden antama suoja (45).

Iäkkäiden skitsofreniapotilaiden tarvitseman psykiatrisen hoidon ja seurannan vastuutus ei ole yksinkertaista. Hoito- vastuussa tulisi olla sen hoitoyksikön, jolla on kyseisen tar- vittavan hoidon paras osaaminen (46). Asianmukaisen hoi- don ja tuen käytännön toteuttamiseksi tarvitaan usein moni- ammatillista yhteistyötä, jossa perusterveydenhuolto ja van- huspalvelut ovat psykiatrian tärkeitä yhteistyökumppaneita. Hoidolliset ratkaisut saattavat olla monimutkaisia ja edellyt- tävät uskallusta luovaan ja aidosti yksilölliseen työtapaan, johon on myös toimintaorganisaation tuki (taulukko 1). Osa potilaista tarvitsee pitkään jatkuvaa psykiatrista hoitoa ja seu- rantaa. Sekä perusterveydenhuollossa että psykiatrian piiris- sä tulee lisätä valmiuksia iäkkäiden skitsofreniapotilaiden hyvän hoidon toteuttamiseen. Iäkkäillä skitsofreniapotilailla pitää olla mahdollisuus saada psykiatrian tai vanhuspsykiat- rian palveluja joustavasti, ja heitä hoitavien saatavilla tulee olla tarvittavat konsultaatio- ja työnohjauspalvelut.

Kirjallisuutta

- 1 Cohen CI, Cohen GD, Blank K ym. Schizophrenia and older adults. An Overview: Directions for research and Policy. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8:19–28.
- 2 Schultz SK, Andreasen NC. Schizophrenia. *Lancet* 1999;353:1425–30.
- 3 Copeland JR, Dewey ME, Scott A ym. Schizophrenia and delusional disorder in older age: community prevalence, incidence, comorbidity, and outcome. *Schizophr Bull* 1998;24:153–61.
- 4 Gurland BJ, Cross PS. Epidemiology of psychopathology in old age. Some implications for clinical services. *Psychiatr Clin North Am* 1982;5:11–26.
- 5 Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI ym. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:19–28.
- 6 Östling S, Börjesson-Hanson A, Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a population based sample of 95-year olds. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:999–1004.
- 7 Arunpongpaal S, Ahmed I, Aqeel N, Paholpak S. Antipsychotic drug treatment for elderly people with late-onset schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD004162. DOI: 10.1002/14651858.CD004162.
- 8 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.
- 9 Hannerz H, Borga P, Borritz M. Life expectancies for individuals with psychiatric diagnoses. *Public Health* 2001;115:328–37.

- 10 Jeste DV, Gladsjo JA, Lindamer LA, Lacro JP. Medical comorbidity in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996;22:413–30.
- 11 Salokangas RK, Honkonen T, Stengård E, Koivisto AM. Mortality in chronic schizophrenia during decreasing number of psychiatric beds in Finland. *Schizophr Research* 2002;54:265–75.
- 12 Heilä H, Haukka J, Suvisaari J, Lönnqvist J. Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. *Psychol Med* 2005;35:725–32.
- 13 Jeste DV, Twamley EW, Eyster Z, Golshan S, Patterson TL, Palmer BW. Aging and outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:336–43.
- 14 Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT, Madler SR. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophr Bull* 2006;32:214–9.
- 15 Putnam KM, Harvey PD, Parrella M ym. Symptom stability in geriatric chronic schizophrenic inpatients: a one-year follow-up study. *Biol Psychiatry* 1996;39:92–9.
- 16 Harvey PD, Bertisch H, Friedman JI ym. The course of functional decline in geriatric patients with schizophrenia: cognitive-functional and clinical symptoms as determinants of change. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003;11:610–9.
- 17 Diwan S, Cohen C, Bankole A, Vahia I, Kehn M. Depression in older adults with schizophrenia spectrum disorders: prevalence and associated factors. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:991–8.
- 18 Bowie C, Fallon C, Harvey P. Convergence of clinical staff ratings and research ratings to assess patients with schizophrenia in nursing homes. *Psychiatr Services* 2006;57:838–43.
- 19 Dwork AJ, Susser ES, Keip J ym. Senile degeneration and cognitive impairment in chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998;155:1536–43.
- 20 Murphy GM Jr, Lim KO, Wieneke M ym. No neuropathologic evidence for an increased frequency of Alzheimer's disease among elderly schizophrenics. *Biol Psychiatry* 1998;43:205–9.
- 21 Purohit DP, Perl DP, Haroutunian V, Powchik P, Davidson M, Davis KL. Alzheimer disease and related neurodegenerative diseases in elderly patients with schizophrenia: a postmortem neuropathologic study of 100 cases. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:205–11.
- 22 Hasset A. Defining psychotic disorders in an aging population. Kirjassa: Hasset A, Ames D, Chiu E. *Psychosis in the elderly*. Trowbridge: Taylor & Francis 2005:97–112.
- 23 Friedman JI, Harvey PD, Coleman T. Six-year follow-up Study of cognitive and functional status across the lifespan in schizophrenia: A comparison with Alzheimer's disease and normal aging. *Am J Psychiatry* 2001;158:1441–48.
- 24 Bowie C, Reichenberger A, Rieckmann N, Parrella M, White L, Harvey PD. Stability and functional correlates of memory-based classification in older schizophrenia patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12:376–86.
- 25 Bartels SJ, Mueser KT, Miles KM. A Comparative study of elderly patients with schizophrenia and bipolar disorder in nursing homes and the community. *Schizophr Research* 1997;27:181–90.
- 26 Buchanan RW, Conley RR, Dickinson D ym. Galantamine for the treatment of cognitive impairments in people with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2008;165:82–9.
- 27 Schoos R, Cohen CI. Medical comorbidity in older persons with schizophrenia. Kirjassa: Cohen CI, toim. *Schizophrenia into later life. Treatment, research and policy*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc 2003:113–38.
- 28 Suvisaari JM, Saarni SI, Perälä J ym. Metabolic syndrome among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1045–55.
- 29 Meeks S, Murrell SA. Mental illness in late life: socioeconomic conditions, psychiatric symptoms, and adjustment of long-term sufferers. *Psychol Aging* 1997;12:296–308.
- 30 Jeste DV, Caligiuri MP, Paulsen JS ym. Risk of tardive dyskinesia in older patients. A prospective longitudinal study of 266 outpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:756–65.
- 31 Salokangas RK, Honkonen T, Jyväsjärvi S ym. Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. *Duodecim* 2001;117:2640–57.
- 32 Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP. Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients. *J Clin Psychiatry* 2004;65:5–99;discussion 100–2; quiz 103–4.
- 33 Marriot RG, Waddingham N, Waddingham S. Antipsychotic medication for elderly people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art No.: CD005580. DOI:10.1002/14651858.CD005580.
- 34 Snowden J, Day S, Baker W. Why and how antipsychotic drugs are used in 40 Sydney nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:1146–52.
- 35 Alanen HM, Finne-Soveri H, Noro A, Leinonen E. Factors associated with non-use of antipsychotics among older residents with schizophrenia in long-term institutional care. *Int J Geriatr Psychiatry*. Painossa.
- 36 Kikkert M, Schene A, Koeter M ym. Medication adherence in schizophrenia: exploring patient's, carers' and professionals' views. *Schizophr Bull* 2006;32:786–94.
- 37 Patterson TL, Mausbach B, McKibbin C, Goldman S, Bucardo J. Functional adaptation skills training (FAST): A randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophr Research* 2006;86:291–9.
- 38 Pinninti, NR, Datto CJ. Cognitive behavior therapy and clozapine synergy in an older adult with schizophrenia? *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:717–8.
- 39 Campbell P, Anath H. Graduates. Kirjassa: Jacoby R, Oppenheimer C, toim. *Psychiatry in the elderly*. Avon: Oxford University Press 2002:762–98.
- 40 Alanen HM, Finne-Soveri H, Noro A, Leinonen E. Use of antipsychotic medications among elderly residents in long-term institutional care: a three-year follow-up. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:288–95.
- 41 McNulty SV, Duncan L, Semple M, Jackson GA, Pelosi AJ. Care needs of elderly people with schizophrenia. Assessment of an epidemiologically defined cohort in Scotland. *Br J Psychiatry* 2003;182:241–7.
- 42 Levin S, Miya K. Assertive community treatment for older adults. *Psychiatr Services* 2008;59:112–3.
- 43 Cohen CI. Social vicissitudes of schizophrenia in later life. Kirjassa: Cohen CI, toim. *Schizophrenia into later life. Treatment, research and policy*. Washington DC: American Publishing Press 2003:155–74.
- 44 Kelleher R, Gibson L, Carter A, Waterhouse C. A Multidisciplinary approach to community-based long-term care for older people with early – or late-onset schizophrenia. Kirjassa: Hasset A, Ames D, Chiu E. *Psychosis in the elderly*. Trowbridge: Taylor & Francis 2005:97–112.
- 45 Depla MF, de Graaf R, van Bussbach JT, Heeren TJ. Community integration of elderly mentally ill persons in psychiatric hospitals and two types of residences. *Psychiatr Services* 2003;54:730–5.
- 46 Hampson, M, Bullock R, Garner J, Kosky N, Benbow S, Boardman J. The Interface between General and Community psychiatry and Old Age Psychiatry Services: A report from a Working group www.rcpsych.ac.uk/college/faculties/oldage 2004.

English summary

People with schizophrenia get old, too

The number of elderly persons with schizophrenia is rapidly increasing and is expected to double during the next 15-20 years. Little is known about the longitudinal course of the cognitive and functional impairments. Schizophrenia appears to be quite stable over the years but studies available on symptom consistency show somewhat controversial results about the course of positive and negative symptoms. The majority of elderly people with schizophrenia live in the community and the remainder in nursing homes. Due to deinstitutionalization, elderly people with schizophrenia now have spent considerably less time in mental hospitals than earlier generations. More attention must be paid to comorbid cognitive and physical illnesses as elderly people with schizophrenia may receive inadequate health care. Training and clinical supervision of staff working with elderly people with schizophrenia and their families is needed. Health and social authorities need to collaborate and show a keen interest in providing treatment. Clinical guidelines on treatment should be made available and assertive treatment of persons with schizophrenia should be provided at all ages. Focusing on recovery, now common practice in psychiatry, does not exclude people with late-life schizophrenia. Quality of life issues should receive the same emphasis as in other patient groups.

Tuula Saarela
M.D., Ph.D.
Director of Psychiatric Services
City of Helsinki Health Centre
Email: tuula.saarela@hel.fi

Hanna-Mari Alanen

Tuula Saarela
LT, johtajapsykiatri
Helsingin terveystieteiden keskus

Hanna-Mari Alanen
LT, ylilääkäri
Tampereen kaupunki
Hatanpään puistosairaala, psykogeriatrinen