

*Suomen Alzheimer-tutkimusseuran kokoama asiantuntijatyöryhmä:  
Jaana Suhonen, Kari Alhainen, Ulla Eloniemi-Sulkava, Pirjo Juhela, Kati Juva,  
Minna Löppönen, Markku Makkonen, Matti Mäkelä, Tuula Pirttilä,  
Kaisu Pitkälä, Anne Remes, Raimo Sulkava, Petteri Viramo, Timo Erkinjuntti*

## Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa

- ▶ Väestön ikääntymisen myötä ilmaantuvat sairaudet lisäävät tulevana vuosikymmeninä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetta.
- ▶ Kustannuksiltaan merkittävin sairausryhmä on dementiaan johtavat muistisairaudet. Etenevien muistisairauksien huomattavat taloudelliset kustannukset johtuvat potilaiden suuresta määrästä ja dementian loppuvaiheen laitoshoidosta. Muistipotilaat tarvitsevat myös paljon räätälöityjä terveys- ja sosiaalipalveluita.
- ▶ Pienikin hoitokäytännön muutos voi vähentää merkittävästi hoidon kustannuksia ja parantaa muistipotilaan elämänlaatua.
- ▶ Tehtävien keskittäminen osaaville muistiyksiköille vähentää resurssien tarvetta muissa terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköissä.
- ▶ Hoidon onnistumisen edellytys on saumaton, yksilöllinen muistipotilaan hoitoketju, joka mahdollistaa suunnitelmallisen seurannan ja oikea-aikaisten, sairastuneen ja läheisen selviytymistä tukevien toimenpiteiden toteutumisen. Muistikoordinaattori mahdollistaa hoitoketjun toiminnan onnistumisen avohoidossa.
- ▶ Suomen Alzheimer-tutkimusseura kutsui koolle suomalaisia asiantuntijoita laatimaan suositusta muistipotilaiden hyvän hoidon tärkeimmistä sisällöistä, joiden toteutuminen tulee varmistaa alueellisten hoitoketjujen avulla. Suositus on tarkoitettu kaikille muistisairaiden kanssa työskenteleville ja suomalaisille päättäjille.
- ▶ Suosituksessa kuvataan muistipotilaan hoitopolku etenevänä prosessina taudin tunnistamisesta taudin vaikeaan vaiheeseen. Suositus muodostuu keskeisistä, hyvää hoitoa kuvaavista väittämistä, joista syntyy muistipotilaan katkeamaton hoitoketju.

Väestötutkimusten mukaan Suomessa arvioidaan olevan 85 000 keskivaikeasti tai vaikeasti dementoitunutta ja 35 000 lievästi dementoitunutta henkilöä (1). Dementian esiintyvyys on ollut 65–69-vuotiaiden keskuudessa eri tutkimusten mukaan 0,8–1,5 % ja lisääntynyt yli 85-vuotiaiden joukossa 35 %:iin (2,3,4). Vuosittain yli 13 000 suomalaista sairastuu johonkin dementoivaan sairauteen (1). Vuoden 2005 lopussa runsaat 25 400 henkilöä sai peruskorvausta Alzheimer-lääkkeistä (5). Tämä viittaa siihen, että suuri osa Alzheimerin tautia sairastavista ei ole läpikäynyt riittäviä diagnostisia tutkimuksia, jotka liittyvät muistisairauteen. Erityisesti vanhimmissa ikäryhmissä diagnostiikka jää puutteelliseksi (6).

Suomessa muistisairauksien hoitoon kuluu 6 % kaikista terveys- ja sosiaalimennoista, jotka vuonna 2004 olivat 51,8 miljardia euroa. Yhden dementiapotilaan välittömien kustannusten on arvioitu vuosittain olevan noin 24 000 euroa Suomessa, ja kokonaiskustannukset dementian hoidosta nousevat valtakunnallisesti yli 3 miljardiin euroon vuodessa. Valtaosa (85 %) kustannuksista liittyy laitoshoidon, ja vain noin 1 % kustannuksista aiheutuu diagnoosin selvittämisestä (2). Hoitokäytännöt vaikuttavat huomattavasti kustannuksiin. Jos 5 % nykyisin laitoshoidossa olevista muistipotilaita voitaisiin hoitaa avohoidossa, olisi laskennallinen säästö 66 miljoonaa euroa vuodessa (2). Avohoidon optimoinnilla voitaisiin vähentää laitospaikkoja, mutta miten saavuttaa tarvittava osaaminen muistipotilaan hyvän hoidon järjestämiseksi (7)?

Diagnostiikkaa on tehostettu Suomessa viime vuosina ja muistipoliklinikoita perustettu (8). Palveluketjut kuitenkin katkeavat helposti. Tuki muistipotilaille ja heidän perheilleen keskeytyy usein diagnostisten tutkimusten ja lääkkeen aloitusvaiheen jälkeen (9,10). Kuntien palvelujärjestelmät ovat usein joustamatto-

mia, monimutkaisia ja ammattilaiset vaikeasti saavutettavissa, varsinkin kriisitilanteissa (11). Perheet kokevat usein ongelmalliseksi ammattilaisten vaihtuvuuden ja asiantuntemuksen puutteen (12). He kokevat myös, että heidän tarpeensa ja toiveensa otetaan heikosti huomioon (10). Muistipotilaan kotihoitoa tukevat ja vaikuttaviksi osoitetut hoito-, kuntoutus- ja tukimuodot ovat edelleen maassamme puutteellisesti toteutettuja (12). Laitohoito on niukasti resurssoitu Suomessa, ja kuntoutuksen mahdollisuudet laitoksissa ovat vähäiset (13).

Muistipotilaiden ja heidän perheidensä hyvinvointia voidaan tukea ja kotona asumista jatkaa aiempaa pidempään lääkkeettömin ja lääkehoidon keinoin. Hyvä, asiantunteva hoito, joka on räätälöity potilaiden ja heidän perheidensä tarpeiden mukaan, kannattaa, ja se palkitsee sekä hoidettavan että ammattilaisen. Hoidon onnistumisen edellytys on rakenteeltaan selkeä ja saumaton muistipotilaan hoitoketju, joka mahdollistaa sairastuneen ja hänen omaisensa selviytymistä tukevien toimenpiteiden toteutumisen. Toimivassa hoitoketjussa on nimetty muistipotilaiden ja omaisten tietämä yhteistyötaho, joka ottaa kokonaisvastuun hoidon jatkuvuudesta.

Suomen Alzheimer-tutkimusseura kutsui koolle suomalaisia asiantuntijoita laatimaan suositusta muistipotilaiden hyvän hoidon tärkeimmistä sisällöistä, joiden toteutuminen tulee varmistaa alueellisten hoitoketjujen avulla. Tässä suosituksessa kuvataan muistipotilaan hoitopolku etenevänä prosessina taudin tunnistamisesta taudin vaikeaan vaiheeseen. Suositus muodostuu väittämistä, joista rakentuu muistipotilaan katkeamaton hoitoketju.

#### Määritelmiä suosituksessa

- › Muistipoliklinikalla tarkoitetaan muistisairauksien diagnostiikkaan ja hoitoon perehtynyttä moniammatillista terveydenhuollon työryhmää.
- › Muistihoitajalla tarkoitetaan etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyttä terveydenhuollon henkilöä. Muistihoitaja toimii lääkärin työparina muistisairauksien tunnistamisessa, taudinmäärityksessä, hoidossa, ohjannassa ja seurannassa.
- › Muistikoordinaattorilla tarkoitetaan etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyttä terveydenhuollon tai sosiaalialan ammattihenkilöä, jonka vastuulla on muistipotilaan hoidon koordinointi, ongelmien ennakointi ja ratkaiseminen yhdessä perheen kanssa kotona asumisen eri vaiheissa. Koordinaattorin työparina on lääkäri.

## Hyvän hoidon sisällöt – tavoitteena hoidon jatkuvuus ja hyvä elämänlaatu

### Ehkäisy on kaikkien tehtävä

**Väite 1. Muistisairauksien kehittymiseen voidaan vaikuttaa. Muistisairauksien vaaratekijät tulee tunnistaa ja hoitaa. Muistisairauksien vaaratekijöiden hoito kuuluu kaikille.**

Laajoissa väestötutkimuksissa on tunnistettu useita muistisairauksien vaara- ja suojatekijöitä. Keskeisiin vaara- ja suojatekijöihin liittyy tärkeä primaari- ja sekundaariehkäisyyn mahdollisuus. Alzheimerin taudin (AT) vaaratekijöitä, joihin emme voi vaikuttaa, ovat korkea ikä, sairauden esiintyminen lähisuvussa, ApoE e4 -alleelin kantajuus ja harvinaiset geenivirheet.

Muistisairauksien tyypilliset vaaratekijät ovat paljolti samoja kuin valtimotaudeissa (14,15). Varmoja AT:n riskiä lisääviä tekijöitä ovat oireelliset ja oireettomat aivoverenkiertosairauksien merkit kuten TIA, aivohalvaus, hiljaiset aivoinfarktit, laajat yhteen sulautuvat valkean aivoaineen muutokset aivokuvauksessa sekä korkea verenpaine, korkea kolesteroli ja ylipaino. Vaaraa lisäävät myös glukoosiaineenvaihdunnan häiriöt, virheellinen ruokavalio ja eräät sydänsairaudet.

Vaikka ikääntyvien toimintakyky näyttää kohortilta paranevan, ovat keski-ikässä yleistyvä diabetes ja lihavuus mahdollinen vaaratekijä dementiaan ilmaantuvuuden lisääntymiselle nykyisten keski-ikäisten kohorttien tullessa etenevien muistisairauksien riski-ikään.

Muistisairauksien ehkäisy on keski-ikäisen valtimotautiriskitekijöiden hyvää hoitoa (16). On myös olemassa viitettä siitä, että systolisen verenpaineen hyvä hoito vielä varhaisessa vanhuusiässä (< 80 vuotta) vähentää dementiaan ilmaantuvuuden riskiä (17).

Väestöpohjaisten seurantatutkimusten mukaan aktiivinen liikunta suojaa kognitiiviselta heikkenemiseltä (18). Myös korkea koulutus ja henkinen aktiivisuus suojaavat kognition heikkenemiseltä. Kognitiivinen harjoittelu parantaa henkisiä toimintoja osa-alueilla, joilla harjoittelua on tehty. Harjoittelun vaikutus ei kuitenkaan siirry yhdeltä kognitiivisen toiminnan alueelta toiselle, mutta harjoittelun vaikutus säilyy jopa viisi vuotta harjoittelusta (19,20,21). Myös sosiaalisesti aktiivisella ja vertaistukeen perustuvalla ryhmätoiminnalla voidaan parantaa ikääntyneiden kognitiota (22).

Yleinen henkinen, liikunnallinen ja sosiaalinen aktiivisuus, eli monialaisesti kuntouttava elämäntapa ja terveellinen ruokavalio, auttavat muistisairauksien riskin minimoimisessa. Aivoterveystä huolehtimisen tulisi alkaa viimeistään keski-ikässä. Tässä työ- ja avoterveydenhuollolla on keskeinen tehtävä, kuten myös yleisellä valitukseella ja potilasjärjestöjen aktiivisuudella. Muistisairauksien vaaratekijöiden tunnistaminen ja hoito kuuluvat kaikille.

## Muistioire tulee tunnistaa mahdollisimman varhain

**Väite 2. Muistioire, dementia ja niihin liittyvät hälytysmerkit tulee tunnistaa. Muistioireen havaitsemisen tulee johtaa Käypä hoito -suosituksen mukaisiin jatkoselvittelyihin.**

Oireileva muistisairaus on syytä tunnistaa jo varhaisessa vaiheessa (taulukko 1). Potilaalle ja hänen omaisilleen kerrotaan, millä tavoin muistioireen selvittelyt tulevat tapahtumaan. Muistioireiden havaitsemisen tulee johtaa Alzheimerin taudin diagnostiikkaa ja lääkehoitoa koskevan Käypä hoito -suosituksen mukaisiin jatkoselvittelyihin (23). Muistioire ei ole diagnoosi eikä oikeuta potilaan leimaamiseen; oireelle voi olla muitakin syitä kuin etenevä muistisairaus. Pelkän muistioireen perusteella ei voida arvioida muistihäiriön ennustetta. Tutkimusnäyttö väestöön kohdistetuista muistisairauksien seulontatutkimusten hyödyistä on vielä ristiriitaista (24,25). Asiantuntijatyöryhmä ei toistaiseksi suosittelut muistioireiden yleistä väestötasosta seulontaa. Kohdennettuja muistiseulontoja voi suunnata muistisairauksien riskissä oleviin potilasryhmiin kuten esimerkiksi kotisairaanhoidon potilaisiin. Avohoitolääkäri tekee muistioireen perusselvitykset, ja jatkoselvittelyt tapahtuvat muistipoliklinikalla.

## Kuinka päästään diagnoosiin ja mitä sen jälkeen?

**Väite 3. Muistioireiden syy tulee selvittää Käypä hoito -suosituksen mukaisesti.**

Alzheimerin taudin diagnostiikkaa ja lääkehoitoa koskevassa Käypä hoito -suosituksessa todetaan, että potilaan ilmaisemien muistioireiden syy tulee selvittää (23). Kliininen haastattelu ja tutkimus ovat diagnostiikan kulmakiviä. Muistisairaudet ovat oirekuvaltaan moniulotteisia sairauksia, ja perusselvitysten yhteydessä tulee kartoittaa sairauksiin liittyvät muutokset henkisessä suorituskyvyssä, psyykkisessä tilassa, käyttäytymisessä sekä arkielvytyksessä käyttäen hyväksi havaittuja arviointiteikkoja (taulukko 2) (23). Kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa perinteinen MMSE-tutkimus ei ole riittävän herkkä tunnistamaan sairauksien varhaisvaiheen muutoksia. Ensivaiheen arviointimenetelmäksi soveltuu paremmin kognitiivinen tehtäväsarja CERAD, jonka voi tehdä esimerkiksi koulutettu muistihoitaja (26). CERAD:in eri tehtävien suomalaiset normiarvot on äskettäin julkaistu Suomen Lääkärilehdessä (27). Laboratoriotutkimuksilla selvitetään sekä etiologisia että tilaa pahentavia tekijöitä. Aivojen kuvantaminen tulee tehdä kaikille, joilla epäillään etenevää muistisairautta (23).

Perustutkimusten avulla pystytään toteamaan yleisimmät hoidettavissa olevat ja sekundaariset muistihäiriöiden syyt sekä löytämään ne potilaat, jotka edellyttävät erikoistutkimuksia (taulukko 3). Etenevien muistioireiden taustalla on yleensä laaja-alainen muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymistä (dementiaa) aiheuttava etenevä muistisairaus. Jos haittaavien muistioireiden syy jää

epäselväksi, potilasta seurataan, kunnes diagnoosi varmentuu.

## Muistipotilaan diagnostiikka ja hoidon organisointi kannattaa keskittää muistipoliklinikalle

**Väite 4. Muistisairauden diagnostiikka ja hoidon organisointi tulee järjestää lähipalveluna keskitetyksi asiaan perehtyneellä, moniammatillisella muistipoliklinikalla. Ongelmatilanteissa perusterveydenhuollon muistipoliklinikka voi konsultoida muistisairauksiin perehtynyttä erikoislääkärinä esimerkiksi erikoisairaanhoidon muistipoliklinikalta. Alueellisissa hoitoketjuissa sovitaan työn- ja vastuunjaosta muistipotilaan perus- ja jatkoselvitysten sekä jatkohoidon osalta.**

Hyvän hoidon toteutumisen perusedellytys on jatkuvuus. Potilaan ja hänen läheisensä tulee olla tietoinen, mikä on hoidosta vastaava taho ja kehen otetaan yhteyttä ongelmien ilmaantuessa. Alueellisissa hoitosuosituksissa sovitaan perus- ja jatkoselvityksiä sekä jatkohoitoa koskevasta työn- ja vastuunjaosta. Tämä tulee myös kirjata alueelliseen muistipotilaan hoitoketjuun. Hoitoketjun eri toimijoiden välisellä sujuvalla tiedonkululla voidaan

### Taulukko 1.

Milloin epäillä muistisairautta?

Potilas tai omaiset ilmaisevat huolensa potilaan lähimuistista, vaikka sosiaalinen toimintakyky olisikin säilynyt  
 Muistioire häiritsee töitä tai arkiaskareita  
 Sovittujen tapaamisten unohtelu, epätarkoituksenmukainen terveyspalvelujen käyttö, vaikeus noudattaa hoito-ohjeita  
 Vaikeus löytää sanoja tai epäasianmukaiset sanat  
 Päätty- ja ongelmanratkaisukykyyn heikentyminen  
 Käsitteellisen ajattelun heikkeneminen, esim. taloudellisten asioiden hoitamisen vaikeus  
 Esineiden katoaminen ja niiden käyttötavan ja -tarkoituksen ymmärtämisen vaikeutuminen  
 Mielialamuutokset, ahdistuneisuus ja apaattisuus yhdessä lähimuistin heikkenemisen kanssa  
 Persoonallisuuden muuttuminen, sekavuus, epäluuloisuus tai pelokkuus  
 Aloitekyvyn heikkeneminen ja vetäytyminen voivat edeltää muistioiretta

### Taulukko 2.

Kansalliset muistitutkimuksen välineet muistipoliklinikalla (23).

Muistikyselyt  
 Muistitestit: CERAD ja MMSE  
 Arkitoimet: Päivittäistä toimintakykyä mittaavat testit: esim. ADL, IADL, ADCS-ADL  
 Tasoarvio: CDR, GDS-Fast  
 Käyttösoireet: NPI  
 Depressiotestit: esim. BASDEC, BECK, GDS, Cornell  
 Kliininen tutkimus  
 Laboratoriotutkimukset  
 Aivojen kuvantaminen

ehkäistä hoitoketjun katkeaminen sen solmukohtissa. Kuviossa 1 on esitetty muistipotilaan hoitoketju Alzheimerin taudissa.

Julkisessa terveydenhuollossa muistipotilaan selvitykset on tehty pääasiassa neurologian tai geriatrian poliklinikoilla erikoissairaanhoidossa. Tutkimukset voidaan kuitenkin myös järjestää perusterveydenhuollossa, jos sieltä löytyy tarvittava osaaminen (8). Asiantuntijatyöryhmän suosituksena on se, että muistipotilaan perusselvitykset tehdään terveyskeskuksessa, ja diagnostiset jatkoselvitykset järjestetään lähipalveluna keskitetyksi asiaan perehtyneellä, moniammatillisella terveyden-

huollon muistipoliklinikalla tai vastaavan palvelutuottajan toimesta.

Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan muistipoliklinikan palvelut voidaan järjestää paikallisesti, mikäli väestöpohja on vähintään 20 000 (8). Toimiva paikallinen muistipoliklinikka vaatii riittävää henkilöstö-, tutkimus- ja tilaresurssointia. Muistipoliklinikan työryhmään kuuluu ainakin muistipotilaan tutkimukseen ja hoitoon perehtynyt lääkäri, muistihoitaja ja muistikoordinaattori sekä sosiaalityöntekijä. Muistipoliklinikan ja siellä toimivan moniammatillisen työryhmän tehtäviä on koottu taulukkoon 4. Ammatillista tietotaidon kehittymistä

**Taulukko 3.**

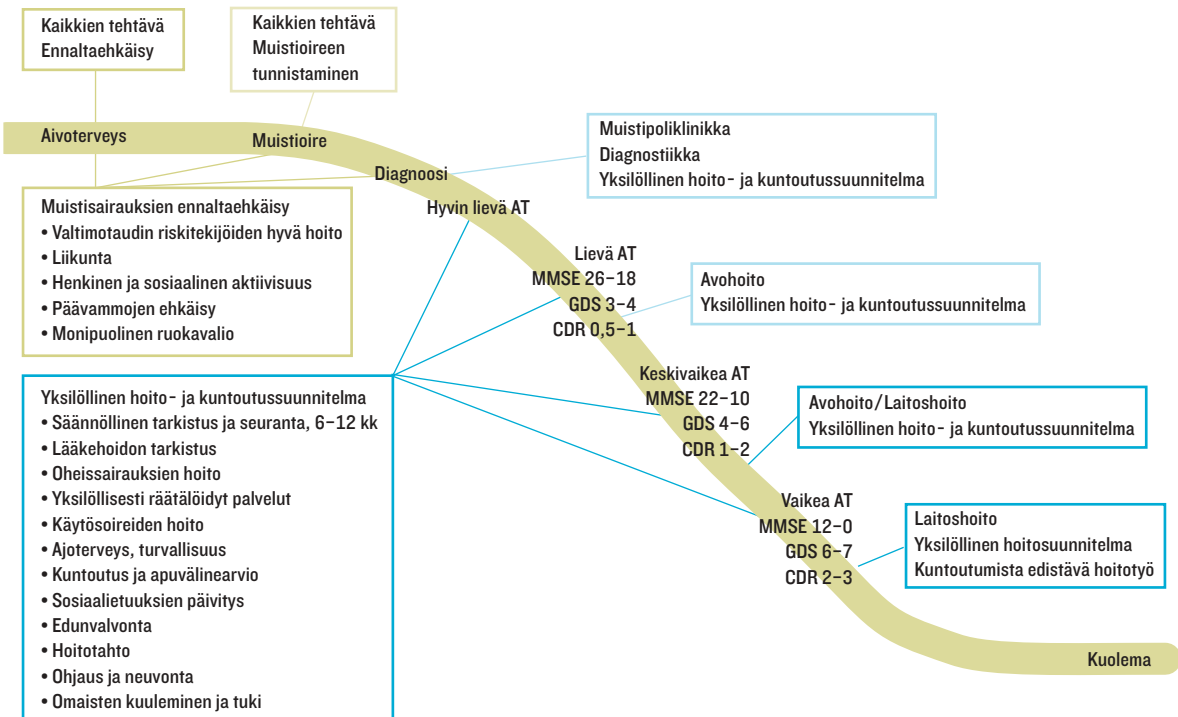
Muistipotilaan erityistutkimuksia erikoissairaanhoidossa.

Tavallisia erityistason tutkimuksia	Laajan neuropsykologisen tutkimuksen aiheita	Selkäydinnesteen merkkianalyysi (Ab42, tau)
Laaja neuropsykologinen tutkimus	Työkäiset	Lieväoireiset
Aivojen laaja magneettikuva	Lieväoireiset	Aivoverenkiertosaireus ja mahdollinen AT
Mahdolliset muut kuvantamisen tutkimukset (verisuonitutkimus, SPECT, PET)	Korkeasti koulutetut ja harjaantuneet	Depressio ja mahdollinen AT
Selkäydinnesteen merkkianalyysi	Depression erotusdiagnostiikka	Harhaluuloisuus ja paranoia ja mahdollinen AT
Psykiatrin tutkimus	Neuropsykologiset erityishäiriöt	NPH ja mahdollinen AT
Aivobiopsia ja neuropatologinen tutkimus	Työkykyarvio	Epätavallinen taudinkuva
	Epätavalliset piirteet taudinkuvassa	
	Ongelmalliset oikeustoimikelpoisuuden ja ajokyvyn arviot	

AT = Alzheimerin tauti, NPH = normaaliapaineinen hydrokefalia, Ab42 = amyloidi-beta 42.

**Kuvio 1.**

Muistipotilaan hoitoketjun erivaiheet. Esimerkinä Alzheimerin tauti.



vahvistaisi muistisairauksien erityispätevyyteen johtava koulutusohjelma.

Arvioidaan, että tarvitaan yksi muistikoordinaattori 10 000 asukkaan väestöpohjassa, jossa yli 65-vuotiaita on noin 15 % (28). Muistikoordinaattorin vastuulla olevan optimaalisen potilasryhmän koko on kerrallaan noin 50–60 perhettä. Pienillä paikkakunnilla muistikoordinaattorin ja muistihoitajan tehtävät (taulukko 4) voivat kuulua samalle henkilölle. Työryhmän jäsenillä tulee olla asianmukainen koulutus ja kokemus muistipotilaan tutkimuksesta ja hoidosta. Lääkärin tulee tuntea tärkeimpien muistisairauksien sairaudenkuva, osata tulkita muistipotilaan selvityksessä käytettyjen arviointimenetelmien tulokset ja suunnitella tarvittavat jatkotoimenpiteet. Muistipoliklinikan käytettävissä tulee olla Alzheimerin taudin diagnostiikkaa ja lääkehoitoa koskevan Käypä hoito -suosituksen mukaiset diagnostiset selvitysmahdollisuudet (taulukko 2) (23).

Riippumatta siitä, missä terveydenhuollon yksikössä diagnostiikka ja varhainen hoito- ja kuntoutussuunnitelma on tehty, tulee tiedon kulku varmistaa jatkohoidon osalta potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Muistikoordinaattori varmistaa, että yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma konkretisoituu potilaalle ja hänen perheelleen paikallistasolla. Alueellisen terveyden- ja sosiaalihuollon tulee järjestää muistipotilaan jatkohoito ja säännöllinen seuranta (6–12 kuukauden välein), mieluiten paikallisella muistipoliklinikalla, joko omana toimintana tai muulla tavoin. Jos tämä ei ole mahdollista, tulisi muistipoliklinikan huolehtia ainakin haasteellisten dementiaipotilaiden jatkohoidosta.

Oman terveyskeskuksen vahvuuksia muistipotilaan

hoidossa ovat paikallistuntemus, perhenäkökulma ja kokonaisvaltainen hoito-ote (29). Paikallinen muistipoliklinikka toimii konsultaatiokeskuksena alueen omalääkäreille, hoitohenkilökunnalle, omaishoitajille ja dementiahoitoyksiköille. Perusterveydenhuollossa vanhustyön osaamista on ennestään erityisesti kotihoidon, vuodeosastojen ja vanhainkotien lääkäreillä. Heidän erityisosaamistaan tulee hyödyntää muistipotilaiden hoidon kehittämisessä yhdessä paikallisen muistipoliklinikan kanssa.

Muistisairauksien diagnostiset erityisongelmat ja potilaiden vaikeiden käytösoireiden hoito kannattaa kuitenkin keskittää erikoissairaanhoidon muistipoliklinikalle, jolla on riittävän suuri väestöpohja. Konsultaation tarve riippuu kliinisestä diagnostisesta ja hoidollisesta tarpeesta, eikä sen saatavuutta tule rajoittaa ikäperustein. Taulukossa 5 on eritelty tilanteita, joissa tavallisesti tarvitaan muistisairauksiin perehtyneen neurologin, geriatriin, psykiatriin tai vanhuspsykiatriin konsultaatiota. Erikoissairaanhoidon tai muun erityistason muistipoliklinikan tehtävänä on diagnostiikan ja konsultaatioiden lisäksi toimia jatkuva koulutusta ja ohjausta järjestävänä tahona alueellisille perusterveydenhuollon muistipoliklinikoille. Erikoissairaanhoidon käyttämiä muistipotilaan erityistutkimuksia on kuvattu taulukossa 3.

Muistipotilaan hoitoketjuprosessin toimintaa tulee arvioida säännöllisesti. Palveluketjun toimivuutta voidaan mitata muun muassa toimintavarmuuden ja palvelukyvyn mittareilla, tuotetun lääke- ja hoitotieteellisen palvelun laadun ja vaikuttavuuden mittareilla sekä erityisesti potilaan ja omaisen kokeman laadun reaaliaikaisilla palvelumittareilla, kuten asiakaspalautteilla ja asiakastytytäisyyskyselyillä.

#### Taulukko 4.

Paikallisen muistipoliklinikan ja sen työryhmän tehtävät.

Muistioireisten potilaiden diagnostinen selvittely  
Yksilöllisten hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmien teko  
Muistipotilaiden hoidon säännöllinen seuranta  
Omaisten tukeminen  
Käytösoireiden ennakointi, tunnistaminen ja hoito  
Konsultaatiokeskuksena toimiminen alueen potilaille, omaisille sekä ammattilaisille  
Muistipotilaiden hoidon alueellinen kehittäminen yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa

Lääkärin tehtäviä	Muistihoitajan tehtäviä	Muistikoordinaattorin tehtäviä
Diagnostiset selvittelyt Diagnoosin kertominen ja neuvonta Kohdennettu muistisairauden lääkehoito Tarvittavat lääkäriinlausunnot Lähetteet (kuntoutus, apuvälineet, kotisairaanhoido, jaksohoito) Preventiiviset toimet Oheissairauksien tunnistaminen ja hoito Kokonaislääkityksen arvio Käytösoireiden lääkkeellinen hoito Konsultaatiot ammattilaisille	Toimintakyvyn arviointi erilaisten haastattelumittareiden avulla mm. älyllinen toimintakyky, päivittäiset toiminnot, mieliala, muistisairauden aste Tukipalvelujen kartoitus Toimia lääkärin työparina muistisairauksien tunnistamisessa, hoidossa ja seurannassa Potilaan ja omaisen ohjaus ja neuvonta sekä tiedon jakaminen Ensitetokurssien järjestämisvastuu Dementiahoitotyön koulutus Konsultaatiot ammattilaisille	Diagnoosin jälkeinen säännöllinen tilanteen seuranta ja yhteistyö potilaiden ja perheiden kanssa Kokonaisvastuu kotona asumisen tukemisesta sairauden eri vaiheissa Palveluiden kartoittaminen ja räätälöityjen tukitoimien koordinointi Ongelmatilanteiden ennakointi, tunnistaminen ja ratkaisujen koordinointi Dementiahoitotyön koulutus Konsultaatiot ammattilaisille

## Muistisairauden diagnoosi tulee selvittää sairastuneelle ja läheisille

**Väite 5. Muistisairauden diagnoosi selitetään sekä sairastuneelle että läheisille. Diagnoosin tehneen toimijan vastuuna on järjestää jokaiselle sairastuneelle ja hänen läheiselleen varhaisvaiheen ohjaus, neuvonta ja ensitieto.**

Lääkärit kokevat dementoivasta sairaudesta kertomisen vaikeaksi. Tällä on vaikutusta myös siihen, kuinka lääkärit tunnistavat muistisairauksien oireita ja pyrkivät selvittämään niiden syitä. Tämän taustalla on usein tietämättömyys realistisista nykyhoidon mahdollisuuksista muistisairauksien hoidossa. Potilaslain mukaan kaikilla potilailla on oikeus saada selvitys terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista ja muista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hoidosta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, www.finlex.fi). Vain diagnoosi ja asianmukainen tieto sairaudesta antavat sairastuneelle ja hänen läheiselleen mahdollisuuden jäsentää nykyisyyttä, suunnitella tulevaisuutta sairauden kanssa ja osallistua päätöksentekoon hoitoratkaisuissa.

Diagnoosista kertominen on henkilökohtainen tapahetuma, ja ihmisten valmius käsitellä vaikeita asioita vaihtelee. Muistisairauden diagnoosi kerrotaan sekä potilaalle itselleen että läheiselle ymmärrettävällä tavalla, tarvittaessa keskustellen erikseen sairastuneen ja läheisen kanssa. Etenkin muistisairauden varhaisessa vaiheessa on tärkeää selvittää, että hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksia on paljon, vaikka kysymyksessä onkin etenevä aivosairaus. Ensimmäisellä kerralla on tärkeä kertoa sairauden nimi, oireiden aivoperäinen syntyminen, realistiset hoitomahdollisuudet ja sairauden ennuste. Kirjallista selkokielistä informaatiota tulee olla tarjolla. Muistihoitoja kertaa tärkeimmät asiat ja toimii tukihenkilönä diagnoosin saamiseen liittyvässä kriisissä (9).

Diagnostiikkaa tekevien tahojen tulee tarjota ensitietokursseja sairastuneille ja heidän läheisilleen. Tiedollinen tuki auttaa ymmärtämään ja kohtaamaan sairauteen liittyvät tarpeet, järjestämään jokapäiväinen elämä niin, että se tukee toimintakyvyn säilymistä, ehkäisee käytösoireita ja edesauttaa läheisen jaksamista. Diagnostivaiheessa tavoitteena on se, että potilas jäsentää epätietoisuuden aiheuttaman kaoottisuuden elämänhallinnan tunteeksi ja kyvyksi elää vaikean sairauden kanssa.

### Taulukko 5.

Erityistason konsultaatiota tarvitaan tavallisesti seuraavissa tilanteissa.

Lievä oireisto, erityisesti korkeammin koulutetuilla  
Epätavalliset piirteet taudinkuvassa  
Muistisairauden syyn jäädessä perustasolla epäselväksi  
Arvio työkyvystä  
Tarvittaessa apuna ajokykyarviossa  
Tarvittaessa apuna oikeustoimikelpoisuuden arviossa  
Vaikeahoitoiset käytösoireet  
Muut ongelmatilanteet ja perustason lääkärin toteama konsultaation tarve

## Diagnoosin jälkeen laaditaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma

**Väite 6. Muistipotilaan ja läheisen kanssa tulee laatia realistinen ja ennakoiva hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Hyvän hoidon tärkeimmät elementit ovat asianmukainen lääketieteellinen hoito, soveltuva kuntoutus, tarvittavat tukitoimenpiteet sekä säännöllinen ja suunnitelmallinen seuranta ja tuki.**

Diagnoosin jälkeen jokaiselle potilaalle laaditaan yhdessä hänen ja hänen läheisensä kanssa yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma sekä selvitetään etuisuuksien tarve. Suunnitelmaa tarkistetaan säännöllisesti 6–12 kuukauden välein vastuuhoidopaikassa. Kun potilas siirtyy hoitoyksiköstä toiseen, uudessa yksikössä tulee tarkistaa hoito- ja kuntoutussuunnitelman asianmukaisuus.

Hoidon tärkeimmät tavoitteet ovat muutosten ennakointi ja riskien hallinta, elämänlaadun ylläpito ja kotona vietetyn ajan jatkaminen. Muutosten ennakointi ja riskien hallinta auttavat selviytymään uusissa tilanteissa taudin edetessä. Realistinen ennuste, joka tunnistaa myös poikkeamat taudin kulussa, on lähtökohta. Tulevaisuuden suunnittelussa on tärkeää varautua kriisitilanteisiin; oman tahdon ilmaiseminen esimerkiksi testamentin tai hoitotahdon muodossa sekä tukiverkoston järjestäminen. Hyvään elämänlaatuun liittyy oman elämäntavan ja taustan vaaliminen, sosiaalisen arvokkuuden ja verkoston ylläpitäminen sekä autonomian turvaaminen. Kotona vietettyä aikaa voidaan pidentää lääketieteellisen hoidon, kuntoutuksen sekä arkisen, taloudellisen ja psykososiaalisen tuen avulla. Hoidosta vastuussa olevan tulisi varmistaa, että kaikki mahdollisuudet hyödynnetään potilaan ja perheen yksilölliset toiveet ja tarpeet huomioon ottaen.

Kuntoutus on vähän hyödynnetty toimintamuoto muistisairaiden hoidossa. Kuntoutuksen tavoitteet ja keinot vaihtelevat sairauden eri vaiheissa. Varsinaisen kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuus on epäselvä, mutta virikkeellisestä toiminnasta (kognitiivinen stimulaatio) näyttää olevan hyötyä vielä keskivaikeassakin dementiaassa (30). Se parantaa henkistä suorituskykyä, mielialaa, vähentää käytösoireita ja parantaa elämänlaatua. Aktiivinen liikunta sen muodosta riippumatta näyttää parantavan henkistä suorituskykyä, kommunikaatio-kykyä, mielialaa ja toimintakykyä dementian kaikissa vaiheissa, jopa vaikeassa Alzheimerin taudissa (31,32, 33,34). Toimintaterapeuttinen ohjaus parantaa arkiselviytymistä ja vähentää käytösoireita (35). Alzheimerin tautia sairastavalla potilaalla on taipumus laihtua taudin edetessä. Tämä johtaa lihaskatoon, liikuntakyvyn heikkenemiseen ja tulehdusalttiuteen. Sen vuoksi ravitsemaan ruokaan tulee kiinnittää kuntoutussuunnitelmassa erityistä huomiota kaikissa taudin vaiheissa (36).

Paras tulos kotihoidon tukemisessa saavutetaan yhdistämällä erilaisia hoito-, kuntoutus- ja tukimuotoja (37,38,39,40). Hoidon ja seurannan tulee olla suunnitel-

mallista, ennakoivaa ja jatkuvaa. Ennakoivan toiminnan tärkeä tavoite on tunnistaa kriisitilanteet ja erityisesti laitoshoitoon joutumisen vaaratekijät (taulukko 6). Sairauden lievässä vaiheessa potilas tarvitsee sosiaalistavaa toimintaa. Tämän tyyppisen toiminnan järjestäminen on haasteellinen tehtävä, ja sen toteuttaminen edellyttää laaja-alaista omais- ja potilasjärjestöjen ja julkisen sektorin välistä yhteistyötä.

### Muistikoordinaattori varmistaa muistipotilaan avohoidon toteutumisen

**Väite 7. Muistipotilaan avohoidon seurannassa yksilöllisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman toteutuminen vaatii muistisairauksien hoidon erityisosaamisen lisäksi palveluiden hyvää tuntemusta sekä yhteistyötä potilaiden ja heidän perheidensä kanssa. Hoidon säännöllinen seuranta kannattaa keskittää muistisairauksiin perehtyneelle muistikoordinaattorille, jonka työparina on muistisairauksiin perehtynyt terveyskeskuslääkäri, kotihoidon tai muistipoliklinikan lääkäri.**

Diagnostiikkavaiheen jälkeen etenevää muistisairautta sairastava useimmiten siirtyy muistipoliklinikan hoidosta perusterveydenhuollon seurantaan, joka konsultoi tarvittaessa muistipoliklinikkaa. Siirtymisen tulee tapahtua hoidon jatkuvuutta korostaen. Muistisairauksien hoito vaatii erityisosaamista ja tiimityötä. Muistipotilaan hoidon seurannassa yksilöllisen kuntoutus- ja palvelusuunnitelman toteutuminen edellyttää hyvää palveluiden tuntemusta. Avohoidon säännöllinen seuranta ja palveluiden räättälöinti kannattaa keskittää muistisairauksiin perehtyneelle muistikoordinaattorille, joka toimii yhteistyössä potilaiden ja heidän perheidensä kanssa ja jonka työparina on muistisairauksiin perehtynyt terveyskeskuslääkäri, muistipoliklinikan lääkäri tai kotihoidon lääkäri. Muistikoordinaattori on verkostoitunut alueen muistihoitajien kanssa. Suomalaisessa Alzheimer-potilaiden puoliso-omaishoitajille tehdyssä valtakunnallisessa kyselyssä vain kaksi viidestä arvioi puolisonsa hoidon seurannan hyvin järjestetyksi (8,9). Jotta hoitoketju edistäisi paremmin potilaan ja hänen omaisensa nykytilaa ja tulevaisuutta, yhteistyötä tulee parantaa merkittävästi eri tahojen välillä (8,9).

Muistikoordinaattorin toiminnan vaikuttavuudesta on vahva tieteellinen näyttö (9,12,34,38,39,41). Näissä kaikissa satunnaistetuissa, kontrolloiduissa tutkimuksissa dementiaa sairastavan kotona asumista on voitu jatkaa muistikoordinaattorin avulla. Useimmissa tutkimuksissa koordinaattorin työparina on ollut muistisairauksiin perehtynyt lääkäri, usein geriatri.

Ajatuksena on ollut, että muistikoordinaattori toimii muistisairaiden ja heidän perheidensä tukena ja räättälöi erilaisia tukimuotoja perheiden tarpeiden, toiveiden ja muuttuvien tilanteiden mukaan. Joissakin tutkimuksissa on ollut myös vertaisryhmätoimintaa omaishoitajille. Suomalaisessa satunnaistetussa, kontrolloidussa tutkimuksessa monitekijäinen, koordinaattori-lääkäri-työpariin sekä vertaisryhmiin pohjautuva interventio viivästytti laitoshoidon, paransi palveluiden kohdennettavuutta ja säästi sosiaali- ja terveystalouden kustannuksia (12). Koordinaattorilla oli 63 perhettä tuettavaan. Heistä kerrallaan noin 15–20 tarvitsi runsaasti tukea ja apua, muut olivat taudin rauhallisessa vaiheessa. Koko ryhmän tuotama laskennallinen säästö kahden vuoden aikana oli 500 000 euroa. Ideana oli se, että kaikilla perheillä oli tieto henkilöstä, joka kantaa heidän kanssaan vastuuta ja johon voi ottaa yhteyttä. Koordinaattorilla oli hyvin itsenäinen työ ja oma budjetti, joka mahdollisti joustavien palveluiden järjestämisen perheille kriisitilanteissakin. Keskeisenä toimintaperiaatteena oli toteuttaa perheiden tarpeita, mikä merkitsi muun muassa isoa panostusta kotifysioterapiaan, siivouspalveluihin ja kotimiestoimintaan. Näistä huolimatta puolet tutkimuksen säästöistä tuli avohoidon palveluista verrattuna vertailuperheisiin (12).

Suomessa muistikoordinaattorin toimintamalli kannattaisi toteuttaa keskikokoisissakin kunnissa, sillä jo 10 000 asukkaan kunnassa, jossa yli 65-vuotiaita on noin 15 %, on riittävä määrä avohoidossa olevia muistisairaita yhden kokopäiväisen muistikoordinaattorin vastuulle. Tuettavat muistipotilaat ovat eri vaiheissa sairautta. Muistikoordinaattori pitää heihin säännöllisesti yhteyttä, jotta hän tulee tutuksi jo taudin alkuvaiheessa (taulukko 4). Keskeistä on koko perheen ja normaalin elämän tukeminen, tulkkina toimiminen muistisairaiden, heidän perheidensä ja palvelujärjestelmän välissä, tarpeiden ja

### Taulukko 6.

Muistipotilaan laitoshoidon ennakkoivia riskitekijöitä.

Hoidettavaan liittyvät tekijät	Omaishoitajaan liittyvät tekijät	Psykososiaaliset tekijät	Hoito- ja palvelujärjestelmään liittyvät tekijät
Dementiaalilääkkeen käyttämättömyys	Omaishoitaja ei ole puoliso	Parisuhteen huono laatu	Riittämättömät palvelut
Yksin asuminen	Kuormittuneisuuden kokemukset	Perheen negatiiviset tunnesuhteet	Tuet eivät vastaa perheiden tarpeisiin
Käyttöoireet	Koettu hoidon sitovuus	Perheenjäsenen huonot keskinäiset välit	Epäonnistunut lyhytaikainen hoito (potilaan kunnan romahtaminen hoitojakson aikana)
Dementian vaikeusaste	Oman terveydentilan ongelmat		Järjestelmän toimintatavat (byrokraattisuus ja joustamattomuus)
Päivittäisen toimintakyvyn vaikeudet			
Kävelyvaikeus			

toiveiden kuuleminen ja ihmisten arjen asiantuntijuuden todesta ottaminen (12). Fysioterapiaa (42,43,44), toimintaterapeutin ohjausta (45), kuntouttavia lyhytaikaisia hoitoja (ympäri vuorokautiset hoitokäytöt ja päivätoiminta) ja sosiaalityöntekijän osaamista kannattaa käyttää hyväksi perhettä tuettaessa ja palveluita räätälöitäessä.

### **Etenevän muistisairauden oireenmukainen lääkehoito vaatii seuranta**

**Väite 8. Alzheimerin taudin ja Parkinsonin taudin demencian oireenmukainen lääkehoito on tärkeä osa muistipotilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Lääkehoito toteutumista ja vastetta tulee seurata säännöllisesti.**

Oirelääkitys on osa AT:n ja Parkinsonin tautiin liittyvän demencian (PTD) kokonaisvaltaista hoitoa. Muissakin dementoivissa sairauksissa (vaskulaariset demenciat ja Lewyn kappale -tauti) oireenmukaisen lääkityksen tehosta on tutkimusnäyttöä (46,47), mutta nämä tilat eivät ole lääkkeiden hyväksytyjä käyttöaiheita eikä niillä ole Kela-korvattavuutta. Lääkehoidon realistisista tavoitteista on tärkeä keskustella potilaan ja läheisen kanssa ennen hoidon aloitusta (48).

Ensisijaiseksi lääkkeeksi AT:n hoitoon suositetaan asetyyliholiiniesteraasin estäjää (23). Kohtalaisen vaikeassa tai vaikeassa AT:ssa hoito voidaan aloittaa myös memantiinilla. Memantiinia käytetään usein AT:n vaikeamman vaiheen lisälääkkeenä. PTD:n hoitoon suositellaan käytettäväksi rivastigmiiniä (49). Lääkehoidon aloittamisen jälkeen ensimmäinen seurantakäynti sovitetaan 2–3 kuukauden päähän lääkityksen siedettävyyden ja annoksen sopivuuden tarkistamista varten. Hoitovastetta ei tällöin voida vielä arvioida. Seuraava seurantakäynti suositellaan tehtäväksi puolen vuoden hoidon jälkeen, jolloin arvioidaan lääkityksen siedettävyys ja teho sekä erityisesti tilan mahdollinen vakiintuminen. Hoitovastetta arvioidaan 6–12 kuukauden välein, ellei mitään erityisiä ongelmia ilmaannu. Lääkehoidon ensisijaisena tavoitteena on potilaan kognitiivisen suorituskyvyn ja omatoimisuuden ylläpito, tilan vakiinnuttaminen ja käytösoireiden lievittäminen. Lääkehoitoa jatketaan niin kauan kuin siitä on hyötyä (23). Alzheimerin taudin lääkkeiden käyttöajat jäävät Suomessa usein lyhyiksi. Kun lääkkeiden teho on osoitettu AT:n demencian kaikissa vaiheissa, on optimaalinen hoitoaika lähellä 10 vuotta. Esimerkiksi Kanadassa näitä lääkkeitä käytetään pidempään kuin Suomessa (50).

### **Käytösoireiden ennakointi ja hoito vaativat osaamista**

**Väite 9. Kaikkien muistipotilaita kohtaavien ammattihenkilöiden tulee tuntea muistisairauksien käytösoireet.**

Muistipotilaan käytösoireilla tarkoitetaan niitä psyykkisen tilaan tai käyttäytymiseen liittyviä oireita, jotka eivät suoraan liity henkisten kykyjen heikkenemiseen. Käy-

tösoireita ovat muun muassa masentuneisuus, ahdistus ja levottomuus, uni-valverytmin häiriöt, sopimaton käytös sekä psykoottiset oireet: paranoidisuus, harhaluuloisuus ja hallusinaatiot. Käytösoireiden esiintyminen on yleisintä keskivaikeassa dementiassa, mutta niitä voi ilmetä kaikissa sairauden vaiheissa (40). Käytösoireet ovat tärkein dementiapotilaiden pitkäaikaishoidon tarvetta aiheuttava tekijä (51,52).

Monesti käytösoireita voidaan ehkäistä ja hoitaa asiantuntevalla suhtautumisella ja muistisairauden hyvällä hoidolla. Alzheimer-lääkkeet vähentävät selvästi käytösoireiden esiintyvyyttä ja lievittävät niiden vaikeusastetta (23). Tarvittaessa voidaan käyttää myös varsinaisia psyykenlääkkeitä. Näiden kanssa on kuitenkin syytä olla varovainen, koska muistipotilaat ovat herkkiä lääkkeiden sivuvaikutuksille (23). Myös lääkkeettömät hoidot lievittävät käytösoireita (53,54). Asiantuntevan lääkehoidon järjestäminen ja sopivien lääkkeettömien hoitojen kehittäminen edellyttävät sekä muistisairauksien, käytösoireiden että lääkehoidon hyvää tuntemusta.

Koska käytösoireita esiintyy herkästi tilanteissa, joissa muistisairas on myös somaattisesti sairas tai oudossa ympäristössä, kuten sairaalassa, on tärkeää, että kaikki muistisairaiden kanssa tekemisissä olevat yksiköt ja ammattilaiset osaavat tunnistaa käytösoireet ja hoitaa niitä asianmukaisesti tai järjestää asianmukaiset konsultatiot. Tärkeää on pyrkiä välttämään sellaisia toimenpiteitä tai lääkityksiä, jotka voivat lisätä muistipotilaan käytösoireita.

Haasteellisten käytösoireiden hoito kuuluu muistipotilikoille tai vanhuspsykiatrian yksiköihin, joissa tulee olla tietämystä myös käytösoireiden ennakoimisesta ja kykyä ja resursseja reagoida kriisitilanteisiin.

Laitoshoidossa tarvitaan erityisosaamista käytösoireisen potilaan kohtaamisesta. Tällöin sekä hoitohenkilökunnan koulutus että asenteet ovat tärkeitä. Kaikkien dementiapotilaita hoitavien yksiköiden tulee hallita käytösoireiden lääkkeetön hoito, ja kaikissa yksiköissä pitää kyetä hoitamaan myös käytösoireisia potilaita.

### **Muistipotilaan somaattisten sairauksien kokonaisvaltainen hoito kannattaa**

**Väite 10. Muistipotilaat ovat usein monisairaita vanhoja ihmisiä. Kognitiivisen ja yleisen toimintakyvyn turvaamiseksi kokonaisvaltainen, hyvä somaattinen hoito kannattaa.**

Useimmat muistipotilaat ovat iäkkäitä ja monisairaita vanhoja ihmisiä. Väestöpohjaisten tutkimusten mukaan suomalaisilla yli 65-vuotiailla muistipotilailla oli keskimäärin 5–8 diagnosoitua oheissairautta (29,55,56). Tämän lisäksi muistisairailta on suurempi todennäköisyys jäädä diagnostisten tutkimusten ulkopuolelle: 66 %:lla dementoituneista ja 45 %:lla vastaavanikäisistä ei-dementoituneista suomalaisista oli yksi tai useampi tunnistamaton somaattinen sairaus ja monilla myös sopimaton lääkitys, kuten antikolinergisia ja sedatiivisia

lääkkeitä (57). Hoitoa vailla olivat erityisesti kohonnutta kolesterolia, raudanpuutosanemiaa, sepelvaltimotautia, verenpainetautia ja aivohalvausta sairastavat muistipotilaat. Oheissairauksien hoitamatta jättäminen ei ole hyväksyttävää myöskään muistipotilailla.

Suuren oheissairastavuuden ja erityisesti akuutteihin sairastamistilanteisiin liittyvien sekavuustilojen on havaittu nopeuttavan AT:ia sairastavien potilaiden kognitiivisten taitojen heikkenemistä (58,59,60). Myös monet yksittäiset oheissairaudet voivat toimia kognitiota pahentavina toissijaisina tekijöinä muistioireisilla potilailla (23). Nämä kuuluukin seuloa ja hoitaa systemaattisesti. Muistipotilaat kärsivät usein masennuksesta, joka on monesti merkittävä syy toimintakyvyn laskuun. Masennuksen tunnistaminen ja tehokas hoito tutkitusti kannattaa (61). Aivohalvaus voi pahimmassa tapauksessa romahduttaa muistisairaana jäljellä olevan toimintakyvyn (62). Aivohalvauksen sekundaaripreventiossa on muistisairailla potilailla puutteita (56,63,64,65).

Kaatumiset ja niiden seurauksena syntyvät vakavat loukkaantumiset, erityisesti lonkkamurtumat, ovat merkittävä laitoshoitoon joutumisen riskitekijä muistisairailla. AT:ia sairastavilla on seitsenkertainen riski saada lonkkamurtuma (66). Kaatumisten ja murtumien monitekijäinen ehkäisy, esimerkiksi kalkki-D-vitamiinihoidolla, lonkkasuojaimien käytöllä ja liikuntaa lisäämällä, onkin perusteltua erityisesti muistipotilailla. Muistipotilaat hyötyvät myös lonkkamurtuman jälkeisestä kuntoutuksesta. Kahden, kolmen viikon pituinen tehostettu geriatrinen kuntoutus on tuloksetta erityisesti keskivaikeaa dementiaa sairastavilla potilailla. Näin he toipuvat nopeammin, sairaalahoitajaksot ovat lyhyempiä ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumista voidaan ehkäistä merkittävästi (67).

Muistisairaiden potilaiden kipu on usein alihoidettua (68). Kivun hoitamattomuus voi johtaa muistisairailla rauhoittavien lääkkeiden ylikäyttöön siihen liittyvine riskeineen (25). Kivun asianmukainen hoito lievittää muistipotilaan kärsimystä, parantaa toimintakykyä ja helpottaa hoidettavuutta (69).

Monisairailla muistipotilailla on useimmiten käytössä monia samanaikaisia lääkkeitä. Lääkehoidon kokonaisuudesta vastaaminen on haastava tehtävä (48). Ongelmallisia ja paljon käytettyjä lääkeryhmiä ovat rauhoittavat lääkkeet, antipsykootit ja vahvasti antikolinergiset lääkkeet (29,70,71).

### **Edunvalvonta, hoitotahto ja ajo-oikeuden arviointi ovat osa ennakoivaa hoitoa**

**Väite II. Kaikkien hoitavien tahojen tulee kiinnittää huomiota sairastuneen edunvalvonnan tarpeeseen ja pyrkiä turvaamaan sairastuneen toiveet hänen tulevan hoitonsa suhteen (hoitotahto).**

Etenevät muistisairaudet heikentävät edetessään ihmisen kykyä päätöksentekoon ja rationaaliseen ajatteluun.

Kykyjen heiketessä yhteiskunta pyrkii suojelemaan ihmistä hänen tosiasiallisten etujensa vastaiselta toiminnalta. Toisaalta korostetaan myös itsemääräämisoikeutta ja autonomiaa. Tavoitteena on se, että henkilö voi ja saa päättää niistä itseään ja omaisuuttaan koskevista asioista, joiden merkityksen ja seuraukset hän ymmärtää (72).

Etenevien muistisairauksien alkuvaiheessa joudutaan usein ottamaan kantaa myös ajokykyyn. Lääkärillä on ilmoitusvelvollisuus poliisiviranomaisille henkilöstä, joka ei enää täytä ajoterveyden kriteerejä. Pelkkä muistihäiriö tai Alzheimerin taudin diagnoosi eivät sinänsä riitä ajoluvan epäämiseen, mutta selvät tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeudet ovat jo este autolla ajolle (73). Ajoterveyden arvioinnissa voidaan käyttää apuna myös ajokoetta, ajonäytettä tai neuropsykologista tutkimusta.

Yleensä raha-asioiden hoito ja muu asiointi hoituvat valtakirjalla tai muuten sovitusti ilman virallista edunvalvontaa. Mikäli kuitenkin sairastuneen taloudelliset edut ovat vaarassa, eikä asiaa voida hoitaa toisin, tarvitaan edunvalvontaa. Yleensä tämän tarve on selkein keskivaikeassa dementiaassa ja erityisesti tilanteessa, jossa sairastunut pyrkii itse hoitamaan asioitaan aktiivisesti, mutta ei hallitse enää niitä riittävästi. Lääkäreiden ja muiden hoitoon osallistuvien tulee varmistaa, että sairastuneen asioita hoidetaan hänen etujensa mukaisesti ja käynnistää tarvittaessa edunvalvontaprosessi (74). Myös jo tehtyjä taloudellisia toimia voidaan oikeusteitse purkaa, mikäli toisen sopijaosapuolen voidaan todeta olleen kyvytön ymmärtämään oikeustoimen merkitystä tai häntä on painostettu tai johdateltu. Testamenttia kohtaan voidaan esittää moitekanne vasta henkilön kuoleman jälkeen (75).

Oireiden edetessä joudutaan ottamaan kantaa myös hoitotoimiin, hoitopaikan valintaan ja mahdolliseen hoidosta kieltäytymiseen. Mikäli henkilö on itse kyvytön ymmärtämään asian merkitystä, kuullaan omaisia sen selvittämiseksi, miten henkilö olisi terveenä halunnut itseään hoidettavan. Lääkärin tulee toimia potilaan edun ja hänen oletetun tahtonsa mukaisesti (72). Hoidon linjauksia ja arviointeja helpottaa, mikäli sairastunut on terveenä ollessa ilmaissut hoitotahtonsa. Alzheimer-keskusliitto on julkaissut hoitotahtolomakkeen, jossa henkilö voi ottaa kantaa yleiseen hoivaan, tutkimuksiin osallistumiseen sekä loppuvaiheen hoidon kysymyksiin ([www.alzheimer.fi](http://www.alzheimer.fi)). Lääkärin tulee noudattaa potilaansa hoitotahtoa. Uuden lakiuudistuksen mukaan henkilö voi terveenä ollessaan tehdä edunvalvontavaltuutuksen jollekin toiselle henkilölle ([www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070648](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070648)). Valtuutus astuu voimaan sitten, kun sairastunut ei itse kykene päättämään asioistaan. Dementiapotilaat ovat erityisen alttiita hyväksikäytölle ja jopa fyysiselle kaltoinkohtelulle läheisten ja hoitohenkilökunnan taholta. Tämän tunnistaminen ja asiaan puuttuminen on suuri haaste sosiaali- ja terveydenhuollolle (76).

## Muistisairauksia on myös työikäisillä

### Väite 12. Työikäisten muistipotilaiden erityistarpeet tulee ottaa huomioon.

Työikäisten muistisairauksien kirjo on osin erilainen kuin vanhempien potilaiden. Erityisesti otsalohkoja vaurioittavia sairauksia esiintyy enemmän. Lisäksi alle 65 vuoden iässä alkava etenevä muistisairaus on keskimääräistä useammin perinnöllinen. Sairastuminen työssä aiheuttaa iäkkäämpiin verrattuna yleensä vakavampia sosiaalisia ja psyykkisiä kerrannaisvaikutuksia sekä sairastuneelle itselleen että hänen perheelleen. Puoliso on usein töissä eikä suinkaan orientoitunut omaishoitajan rooliin. Kotona voi myös olla alaikäisiä lapsia tukea tarvitsemassa. Suhteellisen nuorille dementiapotilaille tarvitaan omia hoitopaikkoja, joissa heidän ikänsä ja siihen liittyvät kulttuuriset ja sosiaaliset tekijät voidaan ottaa huomioon. Päivärytmin, kalustuksen, vaatetuksen ja musiikin tulee olla sellaisia, että ne tuntuvat nuoremastakin pitkäaikaispotilaasta kodikkailta. Seksuaalisuuden huomioon ottaminen myös laitoshoidossa on tässä potilasryhmässä erityisen tärkeää (77).

## Dementiapotilaiden ympärivuorokautinen hoito vaatii erityisosaamista

### Väite 13. Suurimmalla osalla ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa olevista vanhoista ihmisistä on dementia. Niissä toimiva henkilökunta tarvitsee aina muistisairauksien hoidon asiantuntemusta. Henkilökuntamäärä ja tilat tulee mitoittaa asianmukaisesti.

Pitkäaikaishoitopaikoissa asuvista ihmisistä 80–85 %:lla on dementia, yleensä etenevästä muistisairaudesta johdun (78,79). Tutkimusten mukaan tavallisimmat kotona asumisen päättymistä ennakoivat tekijät ovat sairastuneen käyttöoireet ja yksin asuminen, omaishoitajan kuormittuneisuus ja muut omaishoitosuhteeseen liittyvät tekijät sekä hoito- ja palvelujärjestelmän puutteellinen toiminta (taulukko 6).

### Taulukko 7.

Muistipotilaan hyvän ympärivuorokautisen hoidon osatekijöitä.

Riittävä henkilökunta, jolla hyvät tiedot dementiaasta ja osaaminen  
Lääkäri moniammatillisen työryhmän jäsenenä  
Geriatrinen osaaminen  
Toimintaperiaatteina normaalius, turvallisuus, aikuinen kanssakäyminen ja toimintaan osallistumisen mahdollisuus  
Henkilökunnan hyvät vuorovaikutustaidot  
Käyttöoireisten potilaiden taitava hoitaminen  
Fyysisestä kunnosta huolehtiminen ja mahdollisuus fysioterapiaan  
Omaiset yhteistyökumppaneita  
Rajoitteiden käytön minimointi  
Mielekkäät aktiviteetit ja virikkeet  
Fyysinen ympäristö sallii yksityisyyden ja osallistumisen

Tarkka etiologinen diagnoosi on hoidon perusta myös pitkäaikaishoidossa. Geriatrinen osaaminen on hoidon kulmakivi, joka mahdollistaa potilaiden optimaalisen toimintakyvyn ja vähentää käyttöoireiden esiintymisen riskiä (7,23,80). Jokapäiväisessä kanssakäymisessä potilaan rooli on kuitenkin syytä painaa taka-alalle, kun on kyseessä muistisairas henkilö. Arkielämän tärkeitä piirteitä ovat normaalius, aikuinen kanssakäyminen ja toimintaan osallistumisen mahdollisuus sairauden kaikissa vaiheissa muistisairaana näkökulmasta (81,82). Huumorintaju, kyky tuntea ja nauttia nykyhetkestä sekä myös seksuaalisuus säilyvät muistisairauden edetessä. Niiden antamia mahdollisuuksia kannattaa hyödyntää hoidossa. Henkilökunnan osaamisen kehittämisen haasteita on erityisesti vuorovaikutustaidoissa.

Muistipotilaiden huomattava osuus laitospotilaista merkitsee sitä, että muistisairauksien hoidon erityisosaamista tarvitaan laitoshoidon kaikilla tasoilla, ei vain dementiayksiköissä. Muistipotilaan hyvän laitoshoidon osatekijöitä on koottu taulukkoon 7. Siirtyminen sairausorientaatiosta ihmisorientaatioon korostaa dementoituneen käyttäytymisen mielekkyyttä hänen omasta näkökulmastaan. Hyvä hoito taudin loppuvaiheisiin asti vaatii kykyä eläytyä muistisairaana ihmisen kokemuksiin ja ymmärtää tämän tarpeita (83). Tärkeä kehittämisen haaste on myös ymmärtää etenevää muistisairautta sairastavan ihmisen käyttäytymistä kognitiivisten muutosten näkökulmasta.

Muistisairauden ja muiden somaattisten vaivojen ohella erilaiset toimintakäytännöt, asenteet ja väärinlaiset vuorovaikutuksen tavat voivat heikentää muistisairaana ihmisen suoriutumista (81). Hoitotiimiltä vaaditaan taitoa ennakoita ja ehkäistä käyttöoireita. Käyttöoireisen dementiapotilaan hoidossa tarvitaan usein moniammatillisen tiimin yhteistyötä.

Psykososiaaliset keinot ovat ensisijaisia autettaessa käyttöoireisia potilaita. Mahdollinen lääkehoito tulee lääkkeettömän hoidon lisäksi. Psykenlääkityksen jatkamisen tarve on syytä arvioida vähintään kolmen kuukauden välein (23). Rajoitteita, kuten fyysisistä tai kemiallista sitomista, ei yleensä pidä käyttää, koska ne lisäävät esimerkiksi potilaan kuoleman riskiä (82). Jos rajoitteiden käyttöön on turvaututtava, tähän tulee olla lääkärin lupa ja potilaan pitää olla henkilökunnan jatkuvan valvonnan alaisena.

Passivoiva hoito voi heikentää dementoituneen kävelykkyä ja muuta toimintakykyä nopeasti. Pitkälle dementoituneidenkin liikunnallisesta kuntoutuksesta tulee pitää huolta, koska sillä on vaikutusta fyysisen toimintakyvyn (45), käyttöoireiden lievittymiseen (42) ja jopa kognitiivisen toimintakyvyn säilymiseen (43).

Dementiapotilaan hoidossa omainen on merkittävä yhteistyökumppani. Hän voi auttaa ammatillisia ymmärtämään käyttäytymisen taustatekijöitä ja löytämään psykososiaalisen hoidon keinoja. Muistisairas ihminen ei ole hoitopaikan omaisuutta. Erityisesti puolisoiden kohdalla omaista ei pidä nähdä ulkopuoliseksi vieraili-

jaksi. Pariskunnilla on tässä erityisessä elämäntilanteessa kaksi kotia, joissa yhteiselämä jatkuu. Hoitopaikassa he tarvitsevat mahdollisuuden kahdenkeskiseen elämään sekä kanssaihminen hienotunteisuutta voidakseen saada myönteisiä kokemuksia parisuhteen jatkuvuudesta ja normaaliudesta (11).

Laitoshoitoon joutuvien työikäisten muistipotilaiden erityispiirteet tulee ottaa huomioon hoitopaikan valinnassa. Esimerkiksi ryhmäasumisessa sukupolvien välinen kiuluu haittaa usein viihtymistä. Terminaalihoito olisi pyrittävä järjestämään siinä paikassa, missä potilas on pitkäaikaishoidossa. Tarvittaessa kotisairaaloiminta voi toimia apuna järjestelyissä.

Ympäri vuorokautinen lyhytaikaishoito tulee järjestää muistipotilaille tarkoitetuissa yksiköissä, joissa on muistisairauksiin perehtyneet hoitohenkilökunta ja riittävä resurssointi. Hoitokäsit eivät saa olla säilyttäviä ja potilaiden tilaa heikentäviä vaan kuntouttavia ja selviytymistä tukevia. Erikoistuneen dementiayksikön toimintaan kuuluu vastuun kantaminen kotihoidon jatkumisesta, yhteistyö omaisten kanssa, omaisen tuen tarpeiden tunnistaminen ja taito hoitaa kotona asumista uhkaavia riskitekijöitä kuten käytösoireita ja kävelykyvyn heikkenemistä (28).

### **Yksityissektori ja kolmas sektori tuottavat myös muistipotilaan tarvitsemia palveluja**

**Väite 14. Kunnallisen palveluntuotannon lisäksi voidaan muistipotilaiden hoidossa hyödyntää myös yksityissektorin ja kolmannen sektorin palveluita yhteistyössä julkisen sektorin kanssa.**

Osa potilaista hakeutuu alkuvaiheen diagnostisiin tutkimuksiin tai jatkoselvittelyihin yksityislääkärille tai yksityiselle muistipotilaklinikalle. Myös näiden potilaiden tulee päästä kunnallisten palveluiden, kuten muistikoordinaattorijärjestelmän, piiriin. Yksityislääkäreillä on vastuu potilaiden ohjaamisesta ja tietojen välittämisestä julkiseen terveydenhuoltoon. Vastuu jatko seurannasta ja -hoidosta on julkisella terveydenhuollolla. Osa muistipotilaiden hoitoketjusta, kuten diagnostiikka ja hoivapalvelut, voidaan järjestää ostopalveluna. Valvontavastuu säilyy tällöinkin julkisella sektorilla. Tiedon kulun eri yksiköiden välillä tulisi olla itsestään selvää.

Myös kolmannen sektorin merkitys muistipotilaiden hoitoketjussa on merkittävä. Erityisesti omais- ja potilasyhdistykset ovat tärkeä osa sairastuneiden ja omaisten tukemista. Ne järjestävät myös erilaisia palveluita (muistineuvonta, päivätoiminta, tukiryhmät), joista suurin osa saa julkista kuntien tai Raha-automaattiyhdistyksen rahoitusta. Ehkä suurin merkitys omais- ja potilasyhdistyksillä on kuitenkin vertaistuen antamisessa omaisille ja sairastuneille. Omais- ja potilasyhdistykseen ohjaaminen ja tiedon antaminen niiden toiminnasta on olennainen osa diagnoosin jälkeistä kuntoutusta ja hoitoa. Toistaiseksi nämä yhdistykset ovat toimineet lähinnä omaisten yhdistyksinä, mutta jatkossa on tarvetta myös muistisairaiden omalle järjestäytymiselle.

### **Lopuksi**

Etenevät muistisairaudet ovat merkittävä kansallinen haaste. Seuraavien kymmenen vuoden aikana muistisairauksista johtuvat kustannukset Suomessa nousevat nykyhoidolla ennusteiden mukaan 24 % (2). Kustannussäästöjä saadaan aikaan, jos muistisairauden diagnoosi tehdään mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Yhteiskunnalle halvin muistipotilas on diagnosoitu ja seurannassa oleva potilas, kallein on diagnosoimaton dementiaipotilas (84). Diagnostiikan osuus kokonaiskustannuksista on vain murto-osa, 1 %. Myös terveystaloustieteelliset analyysit korostavat varhaista diagnostiikkaa ja hoidon aloittamisen tärkeyttä, sillä diagnosoimaton ja hoitamaton, etenevä muistisairaus lisää myös muiden samanaikaisten sairauksien hoidon kustannuksia.

Asianmukaisella, kokonaisvaltaisella muistipotilaan hoidolla voidaan siirtää laitoshoidon tarvetta. Hoidon onnistuminen edellyttää saumatonta hoitoketjua niin erikoissairaanhoitoon ja perusterveydenhuollon välillä kuin perusterveydenhuollon sisälläkin sekä säännöllisesti tarkistettavaa muistipotilaan yksilöllistä hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa. Toimivalla muistipotilaan hoitoketjulla voidaan myös parantaa muistisairauksien hoidon kustannusvaikuttavuutta. Tältä osin muistisairauksien alueellinen hoito Suomessa kaipaa selvästi tehostamista. Tehtävien keskittäminen osaaville paikallisille muistiyksiköille vähentää resurssien tarvetta muissa terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköissä.

Kotona asuvia muistipotilaita kannattaa tukea nykyistä tehokkaammin. Kohdennetulla lääkehoidolla yhdistettynä lääkkeettömiin hoitoihin, tukitoimiin ja kuntoutukseen voidaan vähentää kustannuksia, koska tällä tavoin kotihoitoa voidaan jatkaa. Samalla myös muistisairaan elämänlaatu paranee. Hoidon saumattomuus on mahdollista muistikoordinaattorin avulla. Tällöin palveluiden käyttö ja kustannukset vähenevät. Jokaisessa terveyskeskuksessa tulisikin olla koulutettuja ja muistihoitajia sekä nimetty muistikoordinaattori.

Muistisairauksien hoidossa lähivuosien trendeinä tulevat olemaan muistisairauksien ennalta ehkäisy ja avohoito. Tässä työssä otetaan huomioon keski-ikä valtimotauririskitekijät, diagnostiikan hajauttaminen ammattitaitoisin perusterveydenhuollon yksiköihin ja dementiaalääkkeiden varhaisempi aloittaminen. Kiinnitetään huomiota myös pidempään kotona asumiseen ja kotiin tarjottavan avun sekä omaishoitajien taloudellisen tuen lisäämiseen, tietotekniikan hyödyntämiseen ja muistikoordinaattorijärjestelmän luomiseen avoterveydenhuoltoon. Myös kuntoutuksen ja kuntouttavien lyhytaikaishoitajien kehittäminen on tärkeää. Keskeistä on myös se, että pitkäaikaipotilaat siirtyvät perinteisestä laitoshoidosta kodinomaiseen hoiva-asumiseen.

Tässä suosituksessa on kuvattu muistipotilaan hoitoketjuun liittyviä vaikuttavaksi osoitettuja hoitoja ja kuntoutuskäytäntöjä, jotka ylläpitävät muistipotilaan

toimintakykyä, edesauttavat kotona selviämistä ja vaikutavat potilaan ja hänen omaisen elämänlaatuun. Näitä hyviä hoitokäytäntöjä suositellaan liitettäväksi osaksi alueelliseen muistipotilaan hoito- ja palveluketjuun. Muistipotilaan hoitoketjun toimintatapojen jatkuvalla kehittämisellä voidaan vastata etenevien muistisairauksien aiheuttamaan tulevaisuuden haasteeseen.

*Kiitokset: Työryhmä kiittää kaikkia niitä terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisia, joilta olemme saaneet arvokasta palautetta tämän käsikirjoituksen tekovaiheessa.*

### Kirjallisuutta

- Viramo P, Sulkava R. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Kirjassa: Erkinjuntti T, Alhainen K, Rinne J, Soininen H, toim. Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna 2006, s. 23–39.
- Sulkava R. Muistisairauksien taloudelliset vaikutukset. Erikoislääkäri 2006;16:217–20.
- Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, Copeland JR, Dartigues JF, Jagger C, Martinez-Lage J, Soininen H, Hofman A. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology 2000;54:S4–9.
- Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, Jorm A, Mathers C, Menezes PR, Rimmer E, Sczufca M. Alzheimer's Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005;366:2112–7.
- Virta L, Viramo P. Alzheimer-lääkityksen aloitavien määrän kasvu pysähtyi. Suom Lääkäril 2006;61:5336–8.
- Löppönen M, Raiha I, Isoaho R, Vahlberg T, Kivela SL. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care – a more active approach is needed. Age Ageing 2003;32:606–12.
- Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, Fultz BA, Hui SL, Counsell SR, Hendrie HC. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. JAMA 2006;295:2148–57.
- Lupsakko T, Karppi P, Rissanen A, Sulkava R. Perusterveydenhuollon muistipotilainhoito – ketä varten, miten toimii? Suom Lääkäril 2005;60:811–5.
- Laakkonen ML, Eloniemi-Sulkava U, Pitkälä K. Dementiadiagnoosin kertominen potilaalle ja hänen omaiselleen. Suom Lääkäril 2007;62:1135–40.
- Raivio M, Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen ML, Pietilä M, Pitkälä K. Suomalaisen omaishoitajien kokemuksiä palveluista – valtakunnallinen kyselytutkimus Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden puolisolle. Kirjassa: Eloniemi-Sulkava U, ym. Omaishoito yhteistyönä. Dementiaerheiden tukimallin vaikuttavuus. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi 2006, s. 57–67.
- Saarenheimo M, Pietilä M. Omaishoito ja palvelujärjestelmä. Kirjassa: Eloniemi-Sulkava U, ym. Omaishoito yhteistyönä. Dementiaerheiden tukimallin vaikuttavuus. Saarijärvi: Vanhustyön keskusliitto 2006, s. 68–80.
- Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen ML, Pietilä M, Savikko N, Pitkälä K. Omaishoito yhteistyönä. Dementiaerheiden tukimallin vaikuttavuus. Saarijärvi: Vanhustyön keskusliitto 2006.
- Pitkälä K, Eloniemi-Sulkava U, Huusko T, Laakkonen ML, Pietilä M, Raivio M, Routasalo P, Saarenheimo M, Savikko N, Strandberg T, Tilvis R. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? Suom Lääkäril 2007;62:3851–6.
- Logroscino G, Kang JH, Grodstein F. Prospective study of type 2 diabetes and cognitive decline in women aged 70–81 years. BMJ 2004;328:548.
- Kivipelto M, Ngandu T, Fratiglioni L, Viitanen M, Kareholt I, Winblad B, Helkala EL, Tuomilehto J, Soininen H, Nissinen A. Obesity and vascular risk factors at midlife and the risk of dementia and Alzheimer disease. Arch Neurol 2005;62:1556–60.
- Pirttilä T, Strandberg T, Vanhanen H, Erkinjuntti T. Voidaanko muistin heikentymistä ehkäistä? Suom Lääkäril 2004;59:1133–38.
- Hanon O, Forette F. Prevention of dementia: lessons from SYST-EUR and PROGRESS. J Neurol Sci 2004;226:71–4.
- Lautenschlager NT, Almeida OP. Physical activity and cognition in old age. Curr Opin Psychiatry 2006;19:190–3.
- Neely AS, Bäckman L. Long-term maintenance of gains from memory training in older adults: two 3 1/2-year follow-up studies. J Gerontol 1993;48:P233–7.
- Ball K, Berch DB, Helmers KF, Jobe JB, Leveck MD, Marsiske M, Morris JN, Rebok GW, Smith DM, Tennstedt SL, Unverzagt FW, Willis SL. Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Study Group. Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. JAMA 2002;288:2271–81.
- Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M, Ball K, Elias J, Koepke KM, Morris JN, Rebok GW, Unverzagt FW, Stoddard AM, Wright E. ACTIVE Study Group. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. JAMA 2006;296:2805–14.
- Pitkälä K, Routasalo P, Kautiainen H, Savikko N, Tilvis R. Ikääntyneiden yksinäisyyden psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Saarijärvi: Vanhustyön keskusliitto 2005.
- Pirttilä T, Aejmelaeus R, Alhainen K, Erkinjuntti T, Koponen H, Puurunen M, Raivio M, Rosenvall A, Suhonen J, Vataja R. Käypä hoito -suositus. Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkitys. Duodecim 2006;122:1532–44.
- Solomon PR, Murphy CA. Should we screen for Alzheimer's disease? A review of the evidence for and against screening Alzheimer's disease in primary care practice. Geriatrics 2005;60:26–31.
- Ashford JW, Atwood CS, Blass JP, Bowen RL, Finch CE, Iqbal K, Joseph JA, Perry G. What is aging? What is its role in Alzheimer's disease? What can we do about it? J Alzheimers Dis 2005;7:247–53. Discussion 255–62.
- Hänninen T, Pulliainen V, Salo J, Hokkanen L, Erkinjuntti T, Koivisto K, Viramo P, Soininen H, ja Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä. Kognitiiviset testit muistihäiriöiden ja alkavan dementian varhaisdiagnostiikassa: CERAD-tehtäväsarja. Suom Lääkäril 1999;54:1967–75.
- Pulliainen V, Hänninen T, Hokkanen L, Tervo S, Vanhanen M, Pirttilä T, Soininen H. Muistihäiriöiden seulonta – suomalaiset normit CERAD-tehtäväsarjalle. Suom Lääkäril 2007;62:1235–41.
- Eloniemi-Sulkava U. Dementoituneiden kotona asumista edistävä tukijärjestelmä. Dementiauutiset 2006;1:6–8.
- Löppönen M. Elderly patients with dementia in primary health care. A study of diagnostic work-up, co-morbidity and medication use. Thesis. University of Turku, Finland 2006.
- Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2003;183:248–54.
- Eggermont L, Swaab D, Luiten P, Scherder E. Exercise, cognition and Alzheimer's disease: more is not necessarily better. Neurosci Biobehav Rev 2006;30:562–75.
- Friedman R, Tappen RM. The effect of planned walking on communication in Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc 1991;39:650–4.
- Teri L, Logsdon RG, McCurry SM. Nonpharmacologic treatment of behavioral disturbance in dementia. Med Clin North Am 2002;86:641–56.
- Stevens J, Killeen M. A randomized controlled trial testing the impact of exercise on cognitive symptoms and disability of residents with dementia. Contemp Nurse 2006;21:32–40.
- Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, Winter L. Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005;60:368–74.
- Suominen M. Nutrition and nutritional care of elderly people in Finnish nursing homes and hospitals. Väitöskirja. Helsingin Yliopisto 2007.
- Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. JAMA 1996;276:1725–31.
- Brodaty H, Gresham M. Effect of a training programme to reduce stress in carers of patients with dementia. BMJ 1989;299:1375–9.
- Eloniemi-Sulkava U, Notkola I-L, Hentinen M, Kivela S-L, Sivenius J, Sulkava R. Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers. A randomized trial. J Am Geriatr Soc 2001;49:1282–7.
- Vataja R, Alhainen K, Huusko T, Kivela S-L, Koivisto K, Koponen H, Leppävuori A, Saarela T, Sulkava R, Viramo P, Erkinjuntti T. Dementiapotilaiden käytösoireet. Suom Lääkäril 2001;56:169–75.
- Vuori U, Eloniemi-Sulkava U. Yksin asuvan dementiapotilaan kotihoidon tukeminen. Suomen dementiahoitoyhdistys ry. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen, julkaisu no 7. Kuopion liikekirjapaino 2002.
- Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, Buchner DM, Barlow WE, Kukull WA, LaCroix AZ, McCormick W, Larson EB. Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. JAMA 2003;290:2015–22.
- Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil 2004;85:1694–704.
- Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, Reynish E, Thomas D, Andrieu S, Riviere D, Vellas B. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc 2007;55:158–65.
- Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Rikkert MG. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ 2006;333:1196.
- Kavirajan H, Schneider LS. Efficacy and adverse effects of cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet Neurol 2007;6:782–92.
- McKeith I, Del Ser T, Spano P, Emre M, Wesnes K, Anand R, Cicin-Sain A, Ferrara R, Spiegel R. Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled international study. Lancet 2000;356:2031–6.
- Kivela SL, Riihala I. Lääkäiden lääkitys. Kapseli 35. Lääkelaitos ja Kela 2007.
- Emre M, Aarsland D, Albanese A, Byrne EJ, Deuschl G, De Deyn PP, Durif F, Kulisevsky J, van Laar T, Lees A, Poewe W, Robillard A, Rosa MM, Wolters E, Quarg P, Tekin S, Lane R. Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. N Engl J Med 2004;351:2509–18.
- Herrman N, Gill SS, Bell CM, Anderson GM, Bronskill SE ym. A Population-based study of cholinesterase inhibitor use for dementia. J Am Geriatr Soc 2007;55:1517–23.
- Gilley DW, Bienias JL, Wilson RS, Bennett DA, Beck TL, Evans DA. Influence of behavioral symptoms on rates of institutionalization for persons with Alzheimer's disease. Psychol Med 2004;34:1129–35.
- de Vugt ME, Stevens F, Aalten P, Lousberg R, Jaspers N, Verhey FR. A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia. Int Psychogeriatr 2005;17:577–89.
- Saarela T, Huusko T, Kivela S-L, Alhainen K, Koivisto K, Koponen H, Leppävuori A, Sulkava R, Vataja R, Viramo P, Erkinjuntti T. Dementiapotilaiden käytösoireiden lääkkeetön hoito. Suom Lääkäril 2001;56:2777–83.
- Leinonen E, Santala M. Dementiapotilaan hankalien käytösoireiden hoitomahdollisuudet. Suom Lääkäril 2002;57:3363–6.
- Viramo P. Dementia – perusterveydenhuollon ja omaisten näkökulma. Thesis. Oulu, University of Oulu, 1994.

- 56 Löppönen M, Riihämä I, Isoaho R, Vahlberg T, Puolijoki H, Kivelä S-L. Dementia associates with undermedication of cardiovascular diseases in the elderly. A population-based study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;22:132–41.
- 57 Löppönen MK, Isoaho RE, Riihämä IJ, Vahlberg TJ, Loikas SM, Takala TI, Puolijoki H, Irjala KM, Kivelä S-L. Undiagnosed diseases in patients with dementia – A potential target group for intervention. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;18:321–9.
- 58 Bäckman L, Jones S, Small BJ, Aguero-Torres H, Fratiglioni L. Rate of cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease: the role of comorbidity. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003;58:228–36.
- 59 Boksay I, Boksay E, Reisberg B, Torossian C, Krishnamurthy M. Alzheimer's disease and medical disease conditions: a prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:2235–6.
- 60 Rahkonen T, Luukkainen-Markkula R, Paanila S, Sivenius J, Sulkava R. Delirium episode as a sign of undetected dementia among community dwelling elderly subjects: a 2 year follow up study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;69:519–21.
- 61 Potter GG, Steffens DC. Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. *Neurologist* 2007;13:105–17.
- 62 Appellos P, Nydevik I, Viitanen M. Poor outcome after first-ever stroke: predictors for death, dependency, and recurrent stroke within the first year. *Stroke* 2003;34:122–6.
- 63 Rockwood K, Eby E, Hachinski V, Hogan D. Presence and treatment of vascular risk factors in patients with vascular cognitive impairment. *Arch Neurol* 1997;54:33–9.
- 64 Moroney JT, Tseng CL, Paik MC, Mohr JP, Desmond DW. Treatment for the secondary prevention of stroke in older patients: the influence of dementia status. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:824–9.
- 65 Landi F, Cesari M, Onder G, Zamboni V, Lattanzio F, Russo A, Barillaro C, Bernabei R. Antithrombotic drugs in secondary stroke prevention among a community dwelling older population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74:1100–4.
- 66 Buchner DM, Larson EB. Falls and fractures in patients with the Alzheimer's type of dementia. *JAMA* 1987;257:1492–5.
- 67 Huusko T. Hip fractures in central Finland and geriatric rehabilitation after hip fracture operation. Thesis. Kuopio, University of Kuopio 2001.
- 68 Mäntyselkä P, Hartikainen S, Louhivuori-Laaka K, Sulkava R. Effect of dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people: a population-based study. *Age Ageing* 2004;33:496–9.
- 69 Buffum MD, Hutt E, Chang VT, Craine MH, Snow AL. Cognitive impairment and pain management: Review of issues and challenge. *J Rehabil Res Dev* 2007;44:315–30.
- 70 Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Koponen H, Hakko H, Viilo K, Haape M, Kivelä SL, Isoaho R. Sedative drug use in the home-dwelling elderly. *Ann Pharmacother* 2004;38:2017–22.
- 71 Hartikainen S, Rahkonen T, Kautiainen H, Sulkava R. Use of psychotropics among home-dwelling nondemented and demented elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:1135–41.
- 72 Pirttilä T, Juva K, Hietanen M, Erkinjuntti T, Mäki-Petäjä-Leinonen A, Koponen H. Alzheimerin tauti ja oikeudellinen toimintakyky. *Suom Lääkäril* 2005;60:4517–21.
- 73 Juntunen J. Neurologiset häiriöt ja ajokyky. *Duodecim* 2005;121:2169–78.
- 74 Juva K, Erkinjuntti T, Hietanen M, Koponen H, Luoma S-L, Mäki-Petäjä-Leinonen A, Pirttilä T. Alzheimerin tauti ja edunvalvonta. *Suom Lääkäril* 2005;60:4645–9.
- 75 Mäki-Petäjä-Leinonen A, Juva K, Pirttilä T. Dementoituvan ihmisen oikeudellinen toimintakyky ja sen lääketieteellinen arviointi. *Lakimies* 2006;6:942–70.
- 76 Isola A, Backman K. Vaiennettu ääni - vanhusten kaltoinkohtelun olemus. Kirjassa: Kankare H, Lintula H, toim. Vanhusten äänen kuuleminen. Tampere: Tammi 2004.
- 77 Juva K. Työikäisen dementia. *Duodecim* 2004;120:171–6.
- 78 Laurila JV, Pitkälä KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Detection and documentation of dementia and delirium in acute geriatric wards. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:31–5.
- 79 Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P, toim. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki: Stakes, M205. 2005.
- 80 Potter GG, Steffens DC. Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. *Neurologist* 2007;13:105–17.
- 81 Eloniemi U, Tervala J, Sulkava R. Special Care Units (SCUs) are efficient in respite care of demented patients. *Res Pract Alzheimer Dis* 1998;1:223–32.
- 82 Topo P, Sormunen S, Saarikalle K, Räikkönen O, Eloniemi-Sulkava U. Kohtaamia dementiahoiton arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakes, tutkimuksia 162 (painossa).
- 83 Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. *Gerontologist* 1992;36:762–6.
- 84 Hill JW, Futterman R, Duttgupta S, Mastey V, Lloyd JR, Fillit H. Alzheimer's disease and related dementias increase costs of comorbidities in managed Medicare. *Neurology* 2002;58:62–70.

*Jaana Suhonen*  
ylilääkäri, neurologian dosentti  
Jokilaakson sairaala

*Kari Alhainen*  
neurologian ylilääkäri  
Muistikeskus

*Ulla Eloniemi-Sulkava*  
FT, vanhempi tutkija  
Vanhustyön keskusliitto ry

*Pirjo Juhela*  
apulaisylilääkäri  
HYKS, vanhuspsykiatria  
Peijaksen sairaala

*Kati Juva*  
IT, neurologian erikoislääkäri  
HUS, psykiatrian klinikka

*Minna Löppönen*  
IT, terveyskeskuslääkäri  
Härkätien terveyskeskus

*Markku Makkonen*  
yleislääketieteen erikoislääkäri  
Hankasalmen terveyskeskus

*Matti Mäkelä*  
ylilääkäri  
Vantaan sosiaali- ja terveysvirasto, vanhusten ja vammaisten palvelut

*Tuula Pirttilä*  
neurologian professori  
Kuopion yliopisto

*Kaisu Pitkälä*  
yleislääketieteen ja avoterveydenhuollon professori  
Helsingin yliopisto, yleislääketieteen osasto  
HYKS, yleislääketieteen vastuuyksikkö

*Anne Remes*  
neurologian dosentti, apulaisopettaja  
Oulun yliopisto, neurologian poliklinikka

*Raimo Sulkava*  
geriatrian professori  
Kuopion yliopisto

*Petteri Viramo*  
geriatrian ylilääkäri  
Oulun Diakonissalaitos

*Timo Erkinjuntti*  
professori, ylilääkäri, neurologian ja yleislääketieteen erikoislääkäri  
Helsingin yliopisto, neurotieteiden osasto  
HYKS, neurologian klinikka

## English summary

## The panel of experts:

## Finnish recommendations for best practices in the treatment of progressive memory disorders

Older people with dementia place a heavy economic burden on the social and health care system. There are approximately 85 000 patients with moderate or severe dementia in Finland. At the moment, 6% of all social and healthcare costs are attributable to patients with dementia and their care. The costs of dementia were over 3000 million euros in the year 2005, with estimated annual average costs of 24 000 € per patient. Most of the costs (85%) are related to long-term institutional care and only 1% involves expenditure related to the diagnosis of dementia. In the coming decades, the number of patients with dementia and the costs associated with these disorders will increase significantly. It is clear that comprehensive assessment and care planning are beneficial. Even a minor change in the efficacy of treatment or care can significantly decrease costs and improve the patient's quality of life.

It is cost-effective to centralize the diagnostics and care to memory clinics. A well-functioning, competent and effective memory clinic decreases the need for resources in other health care units. These memory clinics may also be located in primary health care centres, but the staff of the units must be well-trained and the number of patients in the clinic must be sufficient to provide adequate experience and expertise. It is also important to create a continuous chain of care for patients with memory problems. This chain of care guarantees personal care of patients and support for their caregivers at the appropriate time. These services for patients with dementia are arranged by a special care coordinator.

This article presents practical recommendations for early diagnosis, treatment, and care management of dementia. The experts working on these recommendations were enlisted by the Finnish Alzheimer's Disease Research Society. The recommendations describe best practices in the prevention, diagnosis, treatment and care of patients with memory problems and dementia. The recommendations are based on statements of best practice in dementia, and they represent a continuous chain of care starting with patients experiencing memory problems and continuing to the treatment of severe dementia.

### Jaana Suhonen

Docent, M.D., Ph.D., Neurologist, Head Physician  
Jokilaakso Hospital  
E-mail: jaana.suhonen@jamsanth.fi

Kari Alhainen, Ulla Eloniemi-Sulkava, Pirjo Juhela, Kati Juva,  
Minna Löppönen, Markku Makkonen, Matti Mäkelä,  
Tuula Pirttilä, Kaisu Pitkälä, Anne Remes, Raimo Sulkava,  
Petteri Viramo, Timo Erkinjuntti

## Lääkärilehti

**Julkaisija**  
Suomen Lääkäriliitto –  
Finlands Läkarförbund  
(09) 393 091

**Toimitus**  
PL 49, 00501 Helsinki  
Mäkelänkatu 2, 00500 Helsinki  
Puh. (09) 393 091, fax (09) 393 0795  
etunimi.sukunimi@fimnet.fi

**Vastaava päätoimittaja, va**  
Päivi Hietanen, (09) 393 0829

**Päätoimittajan sihteeri**  
Helena Jukarainen

**Toimitusassistentti**  
Matilda Bergström

**Toimituspäällikkö**  
Esa Ilmolahti, (09) 393 0748

**Toimitussihteeri**  
Heli Mikkola, (09) 393 0754

**Toimittajat**  
Marianne Jansson, Ulla Järvi, Maira Palosuo,  
Suvi Sariola, Ulla Toikkanen,  
Miia Soinen (verkkotoimittaja)

**Taitto**  
Pia Gröhn  
Tuula Kakko

**Avoimet työpaikat**  
Silja Manninen  
Suvi Haapaniemi

**Resepti-ilmoitukset**  
Ilmoitussihteeri Riitta Ripatti  
(09) 393 0714  
Myyntipäällikkö Jarno Heikkilä  
(09) 393 0792, 040-770 1604

**Talousjohtaja**  
Pentti Alhola

**Toimitusneuvosto**  
Olli Meretoja (pj), Jaakko Halonen,  
Esko Hussi, Vesa Ilvesmäki, Ilkka Kantola,  
Auli Malinen, Päivi Metsäniemi, Kirsti Pakkala,  
Eero Pesonen, Paavo Rasilainen,  
Juha-Jaakko Sinikumpu, Päivi Hietanen,  
Heikki Päive, Pentti Alhola, Esa Ilmolahti, siht.

**Tieteellinen toimituskunta**  
Pertti Aarnio, Marja Aira, Outi Elonheimo,  
Johan Eriksson, Martti Färkkilä,  
Reidar Grennan, Juha Halavaara,  
Pekka Hannonen, Liisa Hiltunen, Jukka Hintikka,  
Ritva Hurskainen, Esa Hämaläinen, Päivi Härkki,  
Esa Jantunen, Leena Koulu, Markku Kupari,  
Eila Laukkanen, Liisa Lehtonen, Jyri Lommi,  
Mauri Marttunen, Merja Metsä-Heikkilä,  
Päivi Miettinen, Helena Pihko,  
Juha Rinne, Risto Roine, Heikki Saha,  
Kajja Seppä, Timo Strandberg pj.,  
Markku Timonen, Minna Valkonen-Korhonen,  
Ville Valttonen, Jorma Viikari, Matti Välimäki

**Osoitteenmuutokset**  
Marja-Liisa Pönni  
marja-liisa.ponni@fimnet.fi tai  
www.laakariliitto.fi/palautemuutos.html

ISSN 0039-5560

**Painopaikka: PunaMusta**

**Kannen kuva: Plugi**

Lehden aineiston osittainkin lainaaminen  
ilman julkaisijan lupaa on kielletty.