



Muistisairauksien yhteiskunnalliset vaikutukset

Rud Pedersen Public Affairs Oy:n tuottama raportti
Muistiliitto ry:n ja Biogen Oy:n toimeksiannosta

Syyskuu 2021

Sisällysluettelo

Tiivistelmä	3
Johdanto	4
1. Alzheimerin tautia sairastavan hoito- ja palvelupolku läheisen ja sairastavan näkökulmasta	6
2. Miten muistisairaahan hoito- ja palvelupolku toimii Suomessa?	8
3. Muistisairauksien varhainen diagnosointi on tärkeää	12
4. Muistisairauksiin liittyvää osaamista tarvitaan kaikissa iäkkäiden palveluissa	14
5. Läheisten ja omaishoitajien tukeminen on myös taloudellisesti kannattavaa	16
6. Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn tulisi panostaa kaikissa ikävaiheissa	18
7. Muistisairauksien yhteiskunnallinen merkitys	20
8. Poliittikkasuositukset	22
Lähteet	24



Tiivistelmä

Muistisairaudet ovat kansansairauksia ja ne aiheuttavat mittavia kustannuksia Suomessa. Arviolta 193 000 ihmistä sairastaa muistisairautta Suomessa ja noin 200 000 ihmisellä kognitiivinen toiminta eli tiedonkäsittely on lievästi heikentynyt. Noin 14 500 henkilöä sairastuu muistisairauteen vuosittain, ja tulevaisuudessa muistisairaiden määrä kasvaa Suomessa entisestään väestön ikääntyessä. Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus ja se on etenevien muistioireiden ja demention synnä ainakin 70 prosentissa tapauksista. Muistisairauksia todetaan eniten ikääntyvillä, mutta niitä esiintyy myös työikäisillä.

Muistisairauksien hoidossa ensisijaista on yksilöllinen hoito- ja palvelupolku, joka ei toteudu tällä hetkellä kaikkialla Suomessa. Myös muistisairauksien varhaiseen diagnosointiin liittyy haasteita. Diagnoosien viivästyminen taas hidastaa hoitoon pääsyä ja lisää niin taloudellisia kuin inhimillisiäkin kustannuksia. Muistisairaille tulisi varmistaa oikea-aikainen hoito ja kuntoutus, jotta myös muistisairaiden ympärivuorokautisen hoidon tarvetta olisi mahdollista viivästyttää. Muistisairaudet vaikuttavat myös sairastuneen läheisten elämään, ja heidän jaksamistaan tulisi tukea entistä enemmän yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Jotta Suomessa voidaan mahdollistaa muistisairaiden laadukas ja yhtenäinen hoito samalla halliten kustannusten nousua, Suomeen tulee tehdä kansallinen muistisairauksien hoito- ja palvelupolku. Lisäksi muistisairauksien varhaiseen diagnosointiin tulisi panostaa. Ammattilaisten osaamista muistisairauksista on lisättävä erityisesti perusterveydenhuollossa sekä työterveyshuollossa ja sosiaalihuollon puolella. Koulutettuja muistihoitajia ja koordinaattoreita tarvitaan myös yhä enemmän. Lisäksi on tärkeää parantaa yleistä tietoisuutta muistisairauksista.

Muistisairaudet aiheuttavat merkittävän haasteen Suomen kansanterveydelle ja kansantaloudelle, minkä vuoksi toimenpiteitä tulee kohdistaa yhteiskunnan kulujen hallinnan lisäksi myös niiden ehkäisyyn. Muistisairauksia ja kustannusten kasvua on mahdollista vähentää tietoisuutta lisäämällä ja elintapaohjauksen avulla. Ennaltaehkäisyyn tulisi panostaa kaikissa ikävaiheissa.

Johdanto


Suomessa on arviolta 193 000 muistisairaasta henkilöä, joista 100 000 sairastaa lievää ja 93 000 vähintään keskivaikeaa muistisairautta. Lisäksi noin 200 000 ihmisellä kognitiivinen toiminta eli tiedonkäsittely on lievästi heikentynyt. Vuosittain noin 14 500 henkilöä sairastuu muistisairauteen, mutta osa muistisairauksista jää myös diagnosoimatta. Ikä lisää sairastumisen riskiä, mutta muistisairauksia esiintyy myös työikäisillä. Keskeisimpiä muistioireisiin yhdistettäviä riskitekijöitä ovat esimerkiksi kohonnut verenpaine, veren suurentunut kolesterolipitoisuus, tupakointi, ylipaino ja vähäinen fyysinen aktiivisuus. Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus, ja se on etenevien muistioireiden ja dementian syynä ainakin 70 prosentissa tapauksista. Alzheimerin taudin lisäksi muita yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat verisuoniperäinen muistisairaus, Lewyn kappale -tauti, otsaohimolohkorappeumasta aiheutuva muistisairaus ja Parkinsonin tauti. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2021.)

Muistisairauksiin liittyvien käytösoireiden osalta lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia, mutta muistisairauksien hoidossa käytetään usein lääkettä. Avohoidossa muistisairaajat henkilöt tarvitsevat paljon terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluita, ja sairauden loppuvaiheessa ympäri-

vuorokautinen hoito vaatii paljon resursseja sekä erityisosaamista. Muistisairaudet aiheuttavat merkittävän haasteen Suomen kansanterveydelle ja kansantaloudelle, sillä muistisairaiden määrä ja palvelutarve kasvaa entisestään tulevaisuudessa. (Emt.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030 tuo esille, että Suomessa yli 64-vuotiaan väestön määrän kasvu on sekä voimavara että haaste koko yhteiskunnalle ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmälle. Säännöllisten tukien ja palvelujen tarve alkaa kasvaa vasta 75 vuoden jälkeen, jolloin niiden piirissä on yksi neljästä ja heistäkin tehostetussa palveluasumisessa vain noin 7,5 prosenttia. Pitkäaikaishoidossa olevista vanhuksista kuitenkin kolme neljästä sairastaa muistisairautta ja vielä useammalla on kognitiivisen toimintakyvyn häiriöitä, ja ikäihmisten määrän lisääntyessä myös muistisairaiden määrä kasvaa. Ikäohjelmassa todetaan, että iäkkäiden tulisi olla toimintakykyisiä nykyistä pidempään palvelujärjestelmän kestävyuden vuoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a.)

Muistisairauksien lisääntymiseen on kiinnitetty huomiota myös kansainvälisesti, ja esimerkiksi Maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut



globaalin toimintasuunnitelman muistisairauksi-
en selättämiseen vuosille 2017–2025. Arvioiden
mukaan vuosittain lähes 9,9 miljoonalle ihmi-
selle kehitty muistisairaus. Maailmanlaajuisesti
muistisairaudet jäävät usein diagnosoimatta tai ne
viivästyvät, ja hoitopolut ovat monesti hajanaisia
tai puutteellisia. (World Health Organization 2017.)
Muistisairaudet aiheuttavat lisäkustannuksia niin
yhteiskunnalle kuin perheille ja yksilöillekin, ja ne
vaikuttavat myös talouden tuottavuuteen heiken-
tävästi. Taloudellisten vaikutusten lisäksi muisti-
sairauksista koituu merkittäviä inhimillisiä kustan-
nuksia. WHO:n globaalin toimintasuunnitelman
keskeisenä tavoitteena on, että ympäri maailman
muistisairaajat henkilöt, omaishoitajat ja perheen-
jäsenet saisivat tarvitsemansa hoidon ja tuen.
Toimintasuunnitelmassa mainitaan kansallinen
päätoimintakeskus sekä sosiaali- ja terveydenhuolto-
järjestelmät, joiden tulisi mahdollistaa muistisaira-
uksien laadukas ja yhtenäinen hoitopolku. (World
Health Organization 2017.)

Tämän raportin tarkoituksena on parantaa
ymmärrystä muistisairauksien aiheuttamasta
yhteiskunnallisesta taakasta ja tarvittavista toi-
menpiteistä sen hallitsemiseksi. Raporttiin on
kerätty tietoa muistisairauksien kuten Alzheimerin
taudin hoitoon, diagnosointiin ja ennaltaehkäisyyn

liittyvistä haasteista ja kehityskohteista Suomessa.
Lisäksi raportin alussa on kuvattu Alzheimerin
tautia sairastavan hoito- ja palvelupolku läheisen
ja sairastavan näkökulmasta. Suomessa ei ole
olemassa yhtenäistä hoito- ja palvelupolun mallia
ja käytännössä sairastuneen hoito- ja palvelu-
prosessi vaihtelee jonkin verran alueittain. Tässä
raportissa esitettävä malli on yksi hahmotelma
polun etenemisestä ja sitä on tarpeen kansallisesti
tarkentaa.

Raportissa on käytetty hyväksi julkisista lähteistä
saatavia tietoja. Lisäksi haastattelujen kautta on
selvitetty Alzheimerin tautia sairastavien läheisten
ja eri sidosryhmien (potilasjärjestö, asiantuntijat,
päättäjät ja virkamiehet) näkemyksiä. Läheishaas-
tattelut on toteuttanut NHG Finland Oy ja sidos-
ryhmähaastattelut on toteuttanut Rud Pedersen
Public Affairs. Haastateltavien pienen määrän
(läheishaastattelut 5 kpl, sidosryhmähaastattelut
10 kpl) takia henkilöitä ei yksilöidä raportissa.
Raportti on Biogenin ja Muistiliiton tilaama, ja sen
on kirjoittanut Rud Pedersen Public Affairs.

1

Alzheimerin tautia sairastavan hoito- ja palvelupolku läheisen ja sairastavan näkökulmasta

Läheisen ja sairastavan henkilön näkökulmasta Alzheimerin tautia sairastavan hoito- ja palvelupolku alkaa huolen heräämisestä omasta tai läheisen muistista ja muuttuneesta toimintakyvystä. Alkuvaiheessa tukea on mahdollista saada asiakasohjausyksiköistä, jotka tarjoavat ikääntyville neuvontaa sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä. Alkuvaiheeseen kuuluu myös tiedon etsiminen Alzheimerin taudin oireisiin ja ajanvaraukseen liittyen, missä Muistiluotsit ja muistiyhdistykset toimivat apuna. (Läheishaastattelut.) Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselle tehdyn ajanvarauksen jälkeen asiakas tapaa

avoterveydenhuollon ammattilaisten kanssa ja hänelle tehdään perusselvitykset, joista huolehtii lääkäri ja muistihoitaja. Tämän jälkeen työikäiset ohjataan neurologian poliklinikalle ja ikäihmiset ohjataan geriatrian poliklinikalle, missä huolehditaan tarpeellisista lisätutkimuksista, kuten esimerkiksi pään kuvantamisesta tai muista tarkentavista selvityksistä. (Emt.)

Alzheimerin taudin diagnoosin jälkeen keskustelua käydään erilaisista hoito- ja kuntoutusvaihtoehdoista sekä omaishoidon mahdollisuudesta. Diagnoosin saamisen jälkeen asiakas aloittaa

Kuva 1. Alzheimerin tautia sairastavan hoito- ja palvelupolku läheisen ja sairastavan näkökulmasta





myös lääkityksen tarvittaessa ja hänet ohjataan yhdistys- ja vertaistoimintaan. Hoito- ja palvelupolun seuraavassa vaiheessa tehdään arvio Alzheimerin tautia sairastavan toimintakyvystä ja laaditaan yksilöllinen palvelusuunnitelma. Keskustelua käydään muistikoordinaattorin kanssa eri palveluista, tukimuodoista ja kuntoutuksesta, esimerkiksi edunvalvontavaltuutuksesta ja työssä jaksamisesta, yhdessä Alzheimerin tautia sairastavan ja läheisen kesken. (Emt.)

Tukipalvelujen, kuten päivätoiminnan ja kuntoutuksen, tarkoituksena on ylläpitää Alzheimerin

tautia sairastavan toimintakykyä ja tukea mielekästä sekä aktiivista arkea. 3–6 kuukauden jälkeen palvelusuunnitelmaa päivitetään tapaamisessa avoterveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Tämän jälkeen kontrollikäynnit ovat kerran vuodessa, ja tarkoituksena on pitää palvelusuunnitelma ajan tasalla yksilölliset tarpeet huomioiden. Alzheimerin taudin kehittymistä seurataan myös kotona tai muussa asuinympäristössä yhdessä eri ammattilaisten kanssa. Hoito- ja palvelupolun loppupäässä on palliatiivinen hoito ja saattohoito. Tässä vaiheessa läheisten tukeminen ja yksinasuvien huomioiminen korostuvat. (Läheishaastattelut.)

Muistiluotsi

Muistiluotsit ovat Muistiliiton jäsenyhdistysten ylläpitämiä maakunnallisia asiantuntija- ja tukikeskuksia, jotka tarjoavat tukea, neuvontaa sekä erilaisia ryhmä- ja vertaistoimintaa muistisairaille ja heidän läheisilleen.

Muistihoitaja

Muistihoitaja on etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyt terveydenhuollon henkilö, joka toimii lääkärin työparina muistisairauksien tunnistamisessa, taudinmäärittämisessä, hoidossa, ohjannassa ja seurannassa.

Muistikoordinaattori

Muistikoordinaattori on etenevien muistisairauksien hoitoon perehtynyt terveydenhuollon tai sosiaali-alan ammattihenkilö, jonka vastuulla on muistisairaahan hoidon koordinointi, ongelmien ennakointi ja ratkaiseminen yhdessä perheen kanssa kotona asumisen eri vaiheissa.

2

Miten muistisairaahan hoito- ja palvelupolku toimii Suomessa?

Muistisairaahan hoidon keskeisimpänä tavoitteena on elämänlaadun turvaaminen sairauden kaikissa vaiheissa, ja saumaton yksilöllinen hoito- ja palvelupolku on ensisijaista muistisairaiden sekä heidän omaistensa kannalta (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2021). Muistiliiton vuoden 2020 Muistibarometrissa kartoitettiin muistisairaiden henkilöiden palveluiden tilaa Suomessa valtakunnallisesti kyselytutkimuksen avulla, mihin ovat vastanneet Manner-Suomen kuntien, kuntayhtymien ja yhteistoiminta-alueiden ikääntyneiden palveluista vastaavat tahot. Muistibarometrin mukaan Suomessa muistisairaille ja heidän läheisilleen tarjottavissa palveluissa on tapahtunut kehitystä viimeisten vuosien aikana. Esimerkiksi muistihoitajien ja koordinaattorien määrä Suomessa on kasvanut ja ammattihenkilöstön osaaminen on lisääntynyt. Lisäksi palvelujen saatavuus alueiden sisällä on parantunut. Muistibarometrissä tuodaan kuitenkin esille, että kyselytutkimuksen positiiviset tulokset muistisairaahan palvelupolun yhtenäisyydestä eivät vastaa asiakkaiden näemyksiä. (Tommola & al. 2021.)

NHG:n toteuttamista läheishaastatteluista ilmeni, että oikealle hoito- ja palvelupolulle pää-

“Ei käyty läpi mitä hoitopolku tulee sisältämään kokonaisuudessaan.”

-Läheinen

seminen diagnoosin jälkeen ei ole selkeää ja yhdenvertaista. Paikallista hoito- ja palvelupolkua ei aina ole kuvattu, ja palveluiden saantiin vaikuttavat diagnosoinnista vastannut tahon sekä paikkakuntakohtaiset erot eri palveluiden tarjonnassa.

Sote-ammattilaisten järjestelmät eivät myöskään keskustele keskenään, ja palveluiden saannissa on erilaisia lain perusteita, joiden tulkinnassa on alueellista vaihtelua. Lisäksi ammattilaisten nimikkeet ja tehtäväkuvat sekä palvelukeskusten nimet eivät ole yhdenmukaiset valtakunnallisesti, mikä hämmentää muistisairaita ja heidän läheisiään. (Läheishaastattelut.)

Myös sidosryhmähaastatteluissa tunnistettiin alueelliset erot, ja kaikki haastateltavat näkivät, että muistisairaahan hoito- ja palvelupolkua tulisi edelleen kehittää Suomessa. Tiedetyt alueet ovat jo kehittäneet hoito- ja palvelupolkua sekä perustaneet muistiklinikoita, mutta toisilla alueilla on pulaa erityisesti resursseista ja osaamisesta. Sidosryhmähaastatteluissa tuotiin esille myös lääkäri- ja hoitajapula sekä lääkäreiden vaihtuvuus perusterveydenhuollossa. (Sidosryhmähaastattelut.)



Alzheimerin tautia sairastavien läheisten mukaan diagnoosin jälkeisessä ohjauksessa ja neuvonnassa on puutteita eri palveluiden ja oikeuksien näkökulmasta. Esimerkiksi muut tukipalvelut, edunvalvonta-asiat, toisen puolesta asiointi, läheisen jaksaminen ja tulevaisuuden suunnittelu ovat aiheita, joihin muistisairaat henkilöt ja heidän läheisensä kaipaavat tukea. Tietoa on saatavilla eri lähteistä, mutta se on hajautunutta ja sen etsiminen jää usein läheisen ja muistisairaana oman aktiivisuuden varaan. Muistihoitaja ja muistikoordinaattori ovat tärkeitä tukipilareita neuvonnassa, mutta kaikilla ei ole pääsyä näiden ammattilaisten palvelun piiriin. Lisäksi ammattilaisilla ei välttämättä ole kokonaiskuvaa paikkakunnalla tarjotuista palveluista tai kolmannen sektorin tarjoamasta tuesta eikä muistisairaita ja heidän läheisiään osata aina ohjata alueellisiin muistiyhdistyksiin. Muistisairaat henkilöt ja heidän läheisensä voivat saada myös hoidon alussa niin paljon uutta tietoa, jota he eivät välttämättä ehdi sisäistämään. (Läheishaastattelut.)

Muistisairaalla on oikeus hoito- ja palvelusuunnitelmaan, joka pitää sisällään myös kun-

”Tietyillä alueilla on ollut henkilöistä lähtevää kiinnostusta pystyttää muistiklinikoita ja kehittää hoitoketjuja.”
-Asiantuntija

toutussuunnitelman. Kuntoutuksen pitäisi olla oikea-aikaista, toimintakykyä ylläpitävää ja sairauden etenemistä hidastavaa. Oikein räätälöitynä kuntoutus huomioi yksilöllisen tarpeen, perhelanteen sekä asuinympäristön. Kuntoutussuunni-

telma on tehtävä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa yhdessä muistisairaana ja läheisten kanssa, sillä muistisairaalla ja läheisillä on keskeinen rooli kuntoutumisen onnistumisessa. Läheishaastatteluista ilmeni, että kuntoutus mielletään usein kuitenkin vain kuntosaliharjoitteluksi, vaikka tosiasiasa siihen sisältyvät myös kaikki arjen pienet teot, joita henkilö suorittaa omaan tahtiin ja omat voimavaransa huomioiden. Muistisairaiden kuntoutuksen tulisi kohdentua laajemmin paitsi fyysiseen, mutta myös psyykkiseen, sosiaaliseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn. (Emt.)

Läheishaastattelujen mukaan työikäisten Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden osalta työssä jatkamiseen ja perheelle tarjottavaan tukeen ei anneta riittävää ohjausta. Yleisenä ongelmana on, että kohderyhmää ja sen tarpeita ei tunnisteta, eikä sairauden aiheuttamaa laaja-alaista toiminnan vajetta huomioida, mikä voi johtaa

diagnosoimattomuuteen. Taustalla voi olla myös vääriä diagnooseja, jonka takia muistisairausdiagnoosi viivästyy. Työikäisille ja heidän läheisilleen ei ole tarjolla tarpeeksi heitä tukevia palveluita, ja työikäisten muistisairauksien osalta muistihoitajan ja -koordinaattorin palvelut puuttuvat. (Läheishaastattelut.)

Muistiliiton vuoden 2020 Muisti- barometrin mukaan monilla alueilla erityisesti työikäisten palveluissa olisi parantamisen varaa, ja ammattihenkilöstön osaamista työikäisten muistisairaiden yksilöllisistä erityistarpeista tulisi kehittää. Lisäksi työikäisten muistiperheissä alaikäiset lapset tulisi huomioida paremmin palveluiden järjestämisessä. (Tommola & al. 2021.) Sidosryhmähaastatteluissa nähtiin myös, että työikäisten muistisairauksien diagnosointia ja hoitoa tulisi kehittää Suomessa ja työterveyshuollon roolia pidettiin merkittävänä (Sidosryhmähaastattelut).

Lääketieteellinen Aikakauskirja

Duodecim on julkaissut Muistipotilaan hoitoketjun, mutta varsinaista kansallista muistisairaanhoidon palvelupolkua ei Suomessa ole käytössä. Asiantuntijat näkevät, että Käypä hoito

-suositus ei riitä ohjeeksi, ja katsovat, että kansallista ohjausta myös tarvitaan. Asiaa on jo ryhdytty edistämään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella, jossa on käynnistymässä uusi sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama Muistisairauksien varhaisen toteamisen kansallinen palvelupolkumalli

-hanke. Hankkeessa kerätään tietoa eri alueiden hoito- ja palvelupolun malleista sekä tehdään ehdotus kansallisesta mallista, sen toimeenpanosta ja seurannasta. Mallin kehittäminen kytketään myös osaksi Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus-ohjelmaa. (Emt.)

Sidosryhmähaastatteluissa

päätäjät ja virkamiehet näkivät myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen mahdollisuutena yhdenmukaistaa palveluja ja lisätä hyvinvointialueella asuvien yhdenvertaisuutta, mikä näkyy myös muistisairauksien hoidossa. Lisäksi haastateltavat korostivat järjestöjen kanssa tehtävää yhteistyötä muistisairaanhoidon ja palvelupolun kehittämisessä sekä voimavarojen hyödyntämisestä tehokkaasti eri toimijoiden kesken. (Emt.)

”Muistikoordinaattori sanoi, että mun kannattaisi hakea omaishoidon tukea, mutta muistihoitaja sanoi, ettei ole mitään mahdollisuuksia saada sitä. En ole sitten hakenut sitä.”

-Läheinen

"Soteen liittyy suuria mahdollisuuksia, jos hyvinvointialueilla saadaan kuntien ja järjestöjen yhteistyö toimimaan."

-Päättäjä

"Ongelma on, että ei ole olemassa tietoa alueellisista toimivista malleista ja niiden vaikutuksista ja miten esimerkiksi palveluiden yhdenvertaisuus toteutuu."

-Asiantuntija

3

Muistisairauksien varhainen diagnosointi on tärkeää

Muisti on monimutkainen älyllinen toiminto ja se perustuu aivojen hermoverkkojen laaja-alaiseen yhteistoimintaan. Alzheimerin taudissa ensimmäiset aivomuutokset tapahtuvat muistitoimintojen kannalta keskeisillä alueilla, minkä vuoksi taudin varhaisimmat kliiniset oireet ilmenevät oppimis- ja muistivaikeuksina. Taudin edetessä tiedonkäsittely heikentyy ja käytösoireet lisääntyvät ja vaikeutuvat. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2021.)

Muistisairauden selvittämisessä keskeisimpänä ovat lääkärin tekemä kliininen haastattelu ja tutkimus, muistikyselyt ja -testit sekä laboratoriotutkimukset ja aivojen kuvantaminen. Alzheimerin tauti voidaan diagnosoida jo ennen laajempaa arkiselviytymiseen vaikuttavaa tiedonkäsittelyn heikentymää. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2021.) Perusterveydenhuollon sekä työssä käyvien osalta työterveyshuollon tehtävänä on tunnistaa muistioireet ja ohjata muistisairaantuneet henkilöt tarvittaviin tutkimuksiin

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

Läheishaastattelujen mukaan osa ammattilaisista hyödyntää diagnosointivaiheessa Mini-Mental testiä (MMSE), jonka perusteella henkilö ohjataan jatkotutkimuksiin. Testistä on kuitenkin mahdollista saada hyvät pisteet, vaikka muut Alzheimerin tautiin viittaavat oireet olisivat selkeitä. Diagnosointivaiheessa testin käyttö ja ainoastaan siihen luottaminen voi siten estää muihin tutkimuksiin pääsyn, minkä seurauksena diagnosointi ja hoidon aloitus voivat viivästyä. Läheishaastatteluissa painotettiin, että arjen havaintojen, läheisten kertomuksien ja haastattelujen pitäisi olla varhaisen vaiheen diagnosoinnissa merkittävämmässä roolissa. Tulisi myös luoda toimintamalli jatkotoimenpiteille, jos läheisellä on huoli, mutta testit eivät tue diagnosoimista. (Läheishaastattelut.)

”Käytiin muistihoitajalla ja tehtiin MMSE-testi ja sai pisteinä 29/30. Testin tekijä ei keskustellut minun kanssa mitään ja se jäi vaivaamaan. Vuoden päästä menttiin uudestaan ja edelleen hyvät pisteet testistä. Lääkäri kuitenkin laittoi lähetteen onneksi geriatriin.”

-Läheinen

Läheishaastattelujen mukaan muistisairauksiin liittyvät ennakkoluulot ja tiedonpuute nostavat kynnystä hakeutua hoitoon, mikä vaikeuttaa muistisairauksien varhaista diagnosointia. Muistisairauksiin liittyy yhä stigmaa, ja yleisesti luullaan, että muistisairaus vaikuttaa sairasta-



vien fyysiseen toimintakykyyn, mikä estäisi heitä elämästä itsenäistä elämää. Lisäksi Alzheimerin tautia sairastavien kohdalla helposti oletetaan, että tautia sairastavat käyttäytyisivät aggressiivisesti. Muistisairauksia voidaan pitää myös ikääntymiseen kuuluvana. (Emt.)

Stigma johtuu tietämättömyydestä taudin luonteesta ja sitä sairastavista ihmisistä. Mielikuvat vaikuttavat myös ammattilaisten suhtautumiseen muistisairauksia kohtaan. Stigman aiheuttamasta häpeästä johtuen hoitoon hakeutumisen kynnyks kasvaa ja hoitoon pääsy hidastuu. (Emt.) Sidosryhmähaastattelussa korostettiin myös tietoisuuden lisäämistä muistisairauksista, jotta ihmiset hakeutuisivat ajoissa tutkimuksiin ja ymmärtäisivät, että muistisairauksia pystytään hoitamaan ja muistisairaahan henkilön toimintakykyä ylläpitämään (Sidosryhmähaastattelut).

Läheishaastattelujen mukaan haasteita liittyy myös perusterveydenhuollon lääkäreiden näkemyksiin siitä, ettei diagnoosin saamisella olisi kiirettä eikä täsmällisiä tutkimuksia tai kuntoutusta katsota aina tarpeellisiksi (Läheishaastattelut).

”Muistisairauksiin liittyvät asenteet estävät edelleen hoitoon hakeutumista.”

-Päättäjä

Lisäksi muistisairaahan oireita ei aina osata tunnistaa, ja erityisesti työikäisillä oireet saattavat sekoittaa esimerkiksi uupumus- tai masennusoireisiin. Vaikka diagnoosien tekeminen Suomessa on nopeutunut ja sitä kehitetään jatkuvasti, tulee muistisairauksien varhaiseen diagnosointiin kiinnittää erityistä huomiota. Asiantuntijan ja päättäjän haastatteluissa nousi esille myös muistisairauksien seulonta, jota voitaisiin toteuttaa esimerkiksi ikäihmisten neuvolassa ja työterveyshuollon määrääkaistarkastuksissa. (Sidosryhmähaastattelut.)

Jotta palvelutarpeiden ja kustannusten kasvuun voidaan vaikuttaa, tulisi muistioireet tunnistaa mahdollisimman varhain sekä varmistaa oikea-aikainen hoito, kuntoutus sekä muu tuki muistisairaille. Diagnosoimaton muistisairas onkin yhteiskunnalle kaikkein kallein potilas, sillä diagnosoimaton sairaus johtaa helposti hallitsemattomaan sosiaali- ja terveystalouden käyttöön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

4

Muistisairauksiin liittyvää osaamista tarvitaan kaikissa iäkkäiden palveluissa

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi vuosille 2020–2023, jossa korostetaan muistisairausten varhaiseen tunnistamiseen, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää osaamista, jota tulisi olla käytettävissä kaikissa iäkkäiden palveluissa. Osaamiseen liittyviä haasteita on nähty olevan erityisesti asiakkaiden palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnissa, tiedon hyödyntämisessä asiakassuunnitelmissa, hoidon toteutuksessa ja seurannassa. Lisäksi henkilöstöä tulisi kouluttaa iäkkäiden toimintakykyä ylläpitävästä ja kuntouttavasta toiminnasta. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2020b.)

Myös sidosryhmähaastatteluissa kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että sote-alan ammattilaisten osaamista muistisairauksista tulisi kehittää. Osa haastateltavista näki, että koulutuspolkuja pitäisi uudistaa, jotta kaikilla alan ammattilaisilla olisi perusvalmiudet muistisairauksista, ja lisäksi täydennyskoulutusta tulisi yhdenmukaistaa. Myös erikoistumiskoulutus katsottiin

tärkeäksi, ja haastatteluissa mainittiin, että muistihoidtajien koulutustausta vaihtelee tällä hetkellä ja sairaanhoitajilta voi puuttua muistihoidajan erikoistumiskoulutus (30 opintopistettä). Koulutuksen ohella kokemuksen kertyminen on tärkeää,

ja koska kohtaamiset muistisairaahan henkilön kanssa voivat olla haastavia, erilaisiin tilanteisiin ja muistisairaahan henkilön kohtaamiseen liittyvän osaamisen kerrittäminen voi olla mielekästä myös työntekijän kannalta. (Sidosryhmähaastattelut.)

”Muistisairaita voi kohdata kaikkialla muualla paitsi todennäköisesti lapsivuode- tai synnytysosastolla. Tiedonpuutetta on valtavasti ja täydennyskoulutukselle olisi suuri tarve.”
-Päätäjä



5

Läheisten ja omaishoitajien tukeminen on myös taloudellisesti kannattavaa

Muistisairauksista on tullut yleisin omaishoidon syy, ja omaishoitoa on pyritty kehittämään Suomessa jo usean vuosikymmenen ajan. Yhtenä tavoitteena on ollut kustannusten kasvun hillitseminen korvaamalla kalliimpia hoitomuotoja omaishoidolla. Lisäksi omaishoidolla on haluttu mahdollistaa turvallinen kotona asuminen pidempään. (Noro 2019.)

Omaishoitajat ovat useimmiten eläkeikäisiä naisia, mutta sukupuolijakauma tasoittuu sen mukaan, mitä vanhemmista omaishoitajista on kyse. Tyypillisesti muistisairaana henkilön omaishoitajana toimii puoliso. Omaishoitajien jaksaminen on iso keskeinen kysymys, ja muistisairauksiin liittyvien erityispiirteiden huomioiminen omaishoidon tukipalveluissa on entistäkin tärkeämpää tulevaisuudessa muistisairauksien lisääntyessä. Muistisairaana hoito on hyvin sitovaa, ja se vaatii sopeutumista kaikilta perheenjäseniltä ja läheisiltä. (Emt.)

Lainsäädäntö mahdollistaa omaishoidon yksilöllisen ja monipuolisen tukemisen omaishoidon tuella ja muilla sosiaalihuollon palveluilla. Omaishoidon tukeen voidaan sisällyttää hoitopalkkion lisäksi monipuolisia palveluja hoidettavan ja omaishoitajan yksilöllisen tarpeen mukaan.

Sidosryhmähaastatteluissa virkamiehet toivat kuitenkin esille, että omaishoidon tuen myöntämisperusteissa, hoitopalkkioissa ja etenkin tukeen sisällytettävien palvelujen määrässä sekä valikoimassa on huomattavia kuntien välisiä eroja. (Sidosryhmähaastattelut.)

Sidosryhmähaastatteluissa kaikki haastateltavat katsoivat, että omaishoitajia tulisi Suomessa tukea enemmän. Useamman mielestä erityisesti omaishoitajien vapaiden järjestäminen on hoidettu huonosti, ja koronaepidemia on vaikeuttanut tilannetta entisestään. Omaishoitajien vapaiden järjestämistä tulisi parantaa, jotta useampi omaishoitaja olisi valmis viemään hoidettavan vuorohoitoon vapaiden ajaksi. Päättäjät näkivät perhehoidon yhtenä hyvänä vaihtoehtona omaishoitajien vapaiden järjestämisessä laitoshoidon sijaan. Muistisairas voisi esimerkiksi olla omaishoitajan vapaan ajan perhehoitokodissa tai kiertävä perhehoitaja voisi tulla myös hoidettavan kotiin. (Emt.)

Väestön ikääntyminen tarkoittaa kasvavia hoivavelvoitteita myös työikäisille, mikä asettaa paineita omaishoidon sekä ansiotyön paremmalle yhteensovittamiselle. Suomessa on jo olemassa

”Tuettu omaishoitaja jaksaa paremmin kuin yksin jätetty.”
-Päättäjät



paljon erilaisia keinoja edistää kaiken ikäisten omaishoidon ja ansiotyön yhteensovittamista, ja keskeisimmäksi kysymykseksi nousee asenteiden muuttaminen ja tiedottaminen. On tärkeää, että ihmiset kotona, työpaikoilla, kunnissa ja työvoimahallinnossakin ymmärtäisivät omaishoidon tarpeita ja tietoa olisi saatavilla omaishoidon ja ansiotyön yhdistämisestä. (Kalliomaa-Puha 2019.)

Nykyistä parempi ansiotyön ja omaishoidon yhteensovittaminen edellyttäisi myös toimenpiteitä kuten työelämässä jo olemassa olevien joustojen ottamista käyttöön, palkattomien poissaolojen korvaamista ja ansiotyössä käyvien omaishoitajien työttömyysturvasta huolehtimista. Lisäksi tarvitaan kunnallisia palveluja, jotka ottavat paremmin huomioon omaishoitoperheiden tarpeet. Joustavat palvelut ovat tärkeitä, sillä omaishoidossa voi tapahtua yllättäviä tilanteita. Hoitajien vapaat ja kotiin tuodut palvelut lisäävät myös omaishoitajien mahdollisuuksia käydä ansiotyössä ja samalla ne edistävät omaishoitajien hyvinvointia. (Kalliomaa-Puha 2019.) Sidosryhmähaastattelussa päättäjä toi esille tuetun hoivavapaan yhtenä ratkaisuna, minkä avulla läheiset ja erityisesti työssäkäyvät voisivat tarpeen mukaan tarjota muistisairaalle henkilölle hoivaa lyhytaikaisesti (Sidosryhmähaastattelut).

"Työssäkäyvällä pitää olla mahdollisuus jäädä hoitamaan sairastunutta läheistään tuetusti, kun kyseessä on lyhytaikainen hoivan tarve."
-Päättäjä

Muistisairaus vaikuttaa sairastuneen ja läheisen elämään kokonaisvaltaisesti. Läheisten jaksamiseen on kiinnitettävä huomiota, sillä heidän uupumisensa voi johtaa muistisairaahan henkilön siirtymiseen pitkäaikaishoitoon ennen aikojaan. (Läheishaastattelut.) Sidosryhmähaastattelussa useat toivat esille potilasjärjestöjen tärkeän roolin muun muassa vertaistuen mahdollistamisessa, mutta korostivat myös, että läheisten ja omaisten tukeminen ei saa jäädä pelkätään järjestöjen varaan (Sidosryhmähaastattelut).

6

Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn tulisi panostaa kaikissa ikävaiheissa

Muistisairauksien ilmaantuvuutta on mahdollista vähentää, ja Suomessa on hyvät valmiudet ehkäistä ja hoitaa muistisairauksia. Puuttamalla esimerkiksi Alzheimerin taudin riskitekijöihin voidaan sairauden puhkeamista siirtää jopa viidellä vuodella. Oireiden etenemistä pystytään myös hidastamaan ja muistisairaahan henkilön toimintakykyä ylläpitämään ja sitä kautta vähentämään ympärivuorokautisen hoidon tarvetta, mistä suurin osa kustannuksista aiheutuu. Oikea-aikaisesti aloitetun lääkehoidon on myös todettu myöhentävän ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Arvioiden mukaan jopa kolmannes muistisairauksista voisi olla ehkäistävissä hallitsemalla riskitekijöitä, ja niihin vaikuttamalla olisi todennäköisesti mahdollista siirtää muistisairauden kliinistä alkua myöhemmäksi. Suomessa vuosina 2009–2014 toteutettu maailman ensimmäinen laaja interventiotutkimus monimuotoisen elintapaohjelman vaikutuksista vanhusten muisti- ja ajattelutoimintojen ylläpitämisessä osoitti terveellisten elintapamuutosten omaksumisen hyödyt. Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER) -tutkimuksesta selvisi, että liikunta- ja muistiharjoittelun, ravitsemusohjauksen sekä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden hallinnan avulla voidaan pienentää muistihäiriöiden riskiä 30 prosentilla.

”Ennaltaehkäisyyn tulisi panostaa enemmän kaikissa ikävaiheissa.”
-Päättäjä

Tavoitteena on, että Suomessa FINGER-toimintamalli tulisi laajasti käyttöön perusterveydenhuollossa. (Kivipelto & al. 2019.)

Sidosryhmähaastatteluissa kaikki haastateltavat näkivät, että muistisairauksien ennaltaehkäisyyn tulisi panostaa enemmän. Vaikka tietoa muistisairauksien riskitekijöistä on saatavilla, keinot ennaltaehkäistä muistisairauksia ovat heikot eikä FINGER-toimintamallin toimeenpanolle ole määritelty kansallista yhtenäistä käytäntöä. Ennaltaehkäisy nähtiin myös resurssi- ja osaamiskysymyksenä. Asia

on myös tiedostettu, ja Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa tullaan kehittämään elintapaohjausta ja toimeenpanemaan FINGER-toimintamallia. Useimmat haastateltavista näkivätkin, että tulevilla hyvinvointialueilla sekä Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksilla on merkittävä rooli muistisairauksien ennaltaehkäisyssä. (Sidosryhmähaastattelut.)

Potilasjärjestön edustajan, päättäjien ja asiantuntijoiden mukaan panostuksia kuitenkin tarvitaan eri elämänvaiheissa, ja ennaltaehkäisyyn tulisi kiinnittää huomiota myös muun muassa jo äitiysneuvolassa, varhaiskasvatuksessa, kouluissa sekä työterveyshuollossa ja ikäihmisten neuvolassa. Sidosryhmähaastatteluissa nostettiin esille,



että aivoterveystä tulisi puhua enemmän, ja elintapojen ohjaus nähtiin keskeisenä. Riittävän unen, liikunnan sekä terveellisen ravinnon lisäksi tulisi muistuttaa myös palautumisen tärkeydestä. Lisäksi kunnissa tulisi huomioida terveyttä edistävä ympäristö aivoterveysten edistämiseksi ja muistisairauksien ennaltaehkäisyssä sekä pohtia, miten järjestöjen kanssa voisi tehdä myös yhteistyötä. (Emt.)

Mobiiliteknologia tarjoaa

yhden keinon ikääntyneiden fyysisen aktiivisuuden ja toimintakyvyn edistämiseen. Esimerkiksi tekstiviestien välityksellä on mahdollista tarjota sisältöjä missä ja milloin vain ikäihmisten käyttöön. Maailman terveysjärjestö WHO ja YK:n alainen Kansainvälinen televiestintäliitto ITU käynnistivät vuonna 2018 aloitteen Be He@lthy, Be Mobile, jonka tarkoituksena on edesauttaa mobiilin terveysteknologian laajentamista kansallisiin terveydenhuoltojärjestelmiin terveellisen ikääntymisen tueksi. Aloitteessa on esitelty mHealth for Aging ("mobiiliterveys ikääntymiseen") -ohjelma, jonka keskeisenä tavoitteena on auttaa ikääntyviä ihmisiä ylläpitämään toimintakykyään ja elämään mahdollisimman itsenäisesti ja terveellisesti. Ikäihmisille suunnatut

viestit pohjautuvat näyttöön perustuvaan käyttäytymisen muutostekniikkaan, ja ohjelman avulla on mahdollista tukea muun muassa ikääntyvien psyykkistä hyvinvointia ja ehkäistä kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemistä, ja siten myös vähentää riskiä sairastua muistisairauksiin. (World Health Organization & International Telecommunications Union 2018.)

"Jotta muistisairaat voisivat jatkaa mahdollisimman omatoimista ja täysipainoista elämää, heidän tuekseen on etsittävä myös uusia keinoja esimerkiksi hyödyntämällä digitaalisia mahdollisuuksia."
-Päättäjät

Sidosryhmähaastatteluissa

kaikki haastateltavat suhtautuivat teknologisiin innovaatioihin mahdollisuutena edistää terveellisiä elintapoja ja aivoterveystä. Haastatteluissa tuotiin toisaalta esille myös laitteista johtuva ärsyketulva ja aivojen liikakuormitus, minkä vuoksi teknologisten laitteiden kohtuukäyttöön olisi kiinnitettävä huomiota. Yksi haastateltavista päättäjistä toivoi enemmän teknologisiin innovaatioihin liittyvää eettistä keskustelua, ja tietosuojakysymykset nousivat esille useampien vastauksissa. Pääsääntöisesti haastateltavat kuitenkin näkivät,

että teknologisia innovaatioita tarvitaan, ja muistisairaiden kohdalla teknologia ja apuvälineet voivat parhaimmillaan lisätä turvallisuutta, tukea toimintakykyä sekä tuoda arkeen iloa ja yhteisöllisyyttä. (Sidosryhmähaastattelut.)

7

Muistisairauksien yhteiskunnallinen merkitys

Muistisairaudet aiheuttavat merkittäviä kustannuksia Suomessa erityisesti ympärivuorokautisen hoidon piirissä. Kuntaliiton vuonna 2019 julkaisemassa tutkimuksessa läkkäiden muistisairaiden sosiaali- ja terveystalouden käyttö ja kustannukset vertailtiin 75 vuotta täyttäneiden muistisairaiden palveluiden kustannuksia suurissa kaupungeissa ja kuvattiin siirtymisiä hoitotasolta toiselle. Aineisto koostui yli 206 000 muistisairaasta henkilöstä ja seurantajakso kesti kaksi vuotta (2012–2014). Seurantajakson aikana havaittiin merkittäviä eroja kaupunkien välillä siinä, miten suuri osa tutkimusryhmän muistisairaista siirtyi säännöllisen kotihoidon, omaishoidon tai ympärivuorokautisen hoidon piiriin. Esimerkiksi Kuopiossa ympärivuorokautiseen hoitoon päätyi vain noin 20 prosenttia muistisairaista, mutta Kouvolassa, Porissa, Helsingissä ja Espoossa ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyi yli 40 prosenttia potilaista. Tutkimuksessa tarkasteltiin muistisairaiden kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia kokonaisuutena, ja keskimääräiset muistisairaahan hoidon kustannukset olivat noin 30 000 euroa vuodessa. Ympärivuorokautisessa hoidossa vuorokausikustannukset olivat keskimäärin 158 euroa ja muissa hoitomuodoissa keskimääräinen kustannus oli alle puolet siitä, keskimäärin 67 euroa. (Linna & al. 2019.)

”Kyse on ensi sijassa inhimillisyydestä, mutta ikääntyvässä maassa kysymys on myös taloudellinen.”
-Potilasjärjestön edustaja

Suomalaisessa valtakunnallisessa rekisteritutkimuksessa selvitettiin Alzheimerin tautia sairastavien potilaiden asumistilamuutoksia. Tutkimukseen osallistui yhteensä 7454 potilasta, joilla oli diagnosoitu Alzheimerin tauti vuonna 2012 ja jotka asuivat kotona ilman apua tai olivat kotihoidon piirissä. Tutkimukseen osallistuvista 66 prosenttia oli naisia ja 60 prosenttia naimattomia. 16 prosenttia tutkimukseen osallistuvista kuoli seurantajakson aikana. Tutkimustulokset osoittivat, että Alzheimerin taudin diagnoosin saamisen jälkeen kotona asuvien määrä väheni ja kahden vuoden kuluessa diagnoosista 30 prosenttia potilaista oli siirretty ympärivuorokautisen hoidon piiriin. Siirtymistä vähensi merkittävästi lääkehoidon varhainen aloittaminen tarkoittaen lääkehoidon aloitusta kolmen kuukauden kuluessa diagnoosista. Myös yksin asuminen katsottiin yhdeksi keskeiseksi riskitekijäksi ympärivuorokautiseen hoidon piiriin siirtymiselle. (Halminen & al. 2021.) Muistisairaahan hoito- ja palvelupolun alkupäähän tulisivin panostaa erityisesti ja kiinnittää huomiota yksin asuviin muistisairaisiin.

Sidosryhmähaastatteluissa useampi haastateltava näki, että muistisairauksien osalta Suomessa on edelleen asetettava kunnianhimoisempia tavoitteita ja ymmärrettävä paremmin myös niiden kansantaloudellinen merkitys. Kansallisen ikäohjelman 2030 keskeisenä tavoitteena on parantaa



iäkkään väestön ja riskiryhmien toimintakykyä sekä varmistaa iäkkäiden palvelujen yhdenvertaisuus ja taloudellinen kestävyys, mutta osa haastateltavista koki, että ohjelma käsittelee muistisairauksia liian ohuesti eikä se huomioi työikäisiä muistisairaita. Osa haastateltavista olisi toivonut Kansalliselle muistiohjelmalle jatkokautta ja osa taas koki, että tällaiset ohjelmat näkyvät käytännön toimenpiteissä heikosti. Asiantuntijoiden mukaan kaikkia Kansallisen muistiohjelman tavoitteita ei saavutettu, sillä työ jäi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen jalkoihin. Haastateltavista kaikki näkivät yleisesti, että tarvitsemme yhä toimia muistisairauksien ennaltaehkäisyyn, hoitoon, kuntoutukseen sekä sairastuneiden arjen ja oikeuksien tukemiseen. (Sidoryhmähaastattelut.)

Suomessa muistisairauksien hoito on kuitenkin kehittynyt jatkuvasti, ja myös asuinalueiden ikäystävällisyys ja muistiystävällisyys on tullut yhä tärkeämmäksi kehittämiskohteeksi Suomessa. Ikäystävällisyydellä tarkoitetaan kognitiiviselta toimintakyvyltään heikentyneiden ja muistisairaiden ikäihmisten huomioimista erityisesti liikkumisen ympäristöissä ja erilaisissa ikäihmisten palveluissa. Suomessa kaupungit ja eri asuinalueet ovat kehittäneet erilaisia käytännön ratkaisuja fyysisen

”Kansallinen muistiohjelma on meillä toiminut muistipolitiikan tukijalkana, jolla erityisesti kuntapäätäjät on tuettu pitkäjänteiseen ja kokonaisvaltaiseen politiikkaan.”
-Päättjä

ja sosiaalisen ympäristön sekä asuntojen muistiystävällisyyden parantamiseen. Esimerkiksi Tesomalla Käräjätörmän yhteisökylässä on kehitetty elinkaariasumisen ratkaisuja, joissa muistisairaille asukkaille pyritään luomaan turvalliset liikkumisen olosuhteet siten, ettei ympäristöä tarvitse rajata.

Tarkoituksena on, että yhteisökylässä muistisairaat henkilöt asuvat yhdessä muiden kanssa samassa rakennuksessa, mikä on uudenlainen asumismuoto muistisairaille. (Rajaniemi & Rappe 2020.)

Muistisairaudet koskettavat

laajasti suomalaisia ja ne ovat kansansairauksia, jotka aiheuttavat mittavia kustannuksia. Kehittämistyötä on jatkettava, sillä muistisairaiden henkilöiden määrä kasvaa nopeasti. Kun vuonna 2010 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairasti noin 95 000, vuonna 2020 määrä oli arviolta 130 000 henkilöä

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7). Muistisairauksia on myös mahdollista vähentää, ja toimenpiteitä on tehtävä erityisesti muistisairauksien ennaltaehkäisemiseksi ja osaamisen parantamiseksi. Lisäksi muistisairauksien varhaista diagnosointia tulee yhä edistää, jotta diagnoosien viivästyminen ei hidastaisi hoitoon pääsyä ja lisäisi inhimillisiä ja taloudellisia kustannuksia.

8

Politiikkasuositukset

Muistisairaiden henkilöiden määrä ja palvelutarve kasvavat tulevaisuudessa, ja muistisairaudet tulevat aiheuttamaan merkittävän haasteen suomalaiselle sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle. Haaste on sekä taloudellinen että palvelujen prosesseihin liittyvä: sairastuneiden määrän lisääntyessä myös yhteiskunnan kulut kasvavat erityisesti, jos hoito- ja palvelupolut eivät toimi ja sairastuneet eivät saa tarvitsemaansa tukea ja hoitoa oikea-aikaisesti. Hyvällä hoito- ja palvelupolulla on mahdollista edistää muistisairaiden toimintakykyä ja elämänlaatua, ja näin ollen viivästyttää esimerkiksi ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä.

Jotta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä pystyy vastaamaan haasteeseen, tulee ikääntyneen väestön toimintakyvyn säilymistä tukea voimakkaammin. Ennaltaehkäisyllä ja varhaisella diagnosoinnilla voimme vaikuttaa muistisairauksien ilmaantuvuuteen ja sairauden vaikeusasteeseen ja näin ollen myös kulujen kasvuvauhtiin. Ennaltaehkäisevä työ tulee aloittaa viimeistään työikäisten kohdalla.

Muistisairauksien hoidon parantamisella voidaan yrittää hallita yhteiskunnan kuluja, kun taas varhaisella diagnosoinnilla ja ennaltaehkäisyllä voidaan pyrkiä ehkäisemään yhteiskunnan kulujen syntymistä. Tarvitsemme toimenpiteitä molempien kokonaisuuksien osalta.

Muistisairauksien hoito = yhteiskunnan kulujen hallinta

- » **Suomeen tulee tehdä kansallinen muistisairauksien hoito- ja palvelupolku,** jota tulee noudattaa kaikkialla maassa. Varmistamalla oikea-aikainen hoito ja kuntoutus sairastuneiden henkilöiden siirtymistä ympärivuorokautiseen hoitoon voidaan viivästyttää.
- » **Läheisten ja omaisten jaksamista tulee tukea** yksilöllisten tarpeiden mukaan kehittämällä omaishoidon sääntelyä joustavammaksi.
- » **Tulevilla hyvinvointialueilla kehittämistyötä** muistisairauksien osalta tulee suunnitella ja toteuttaa yhteistyössä omaishoitajien sekä järjestöjen kanssa, ja kehittämistyön tulee perustua tutkimusnäyttöön.
- » **Muistihoitajien ja koordinaattorien koulutusta on lisättävä** ja koulutukselle on asetettava laatukriteerit. Lisäksi ammattilaisten rooleja ja nimikkeitä on yhdenmukaistettava.

Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja diagnosointi = yhteiskunnan kulujen ehkäisy

- » **Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn tulee panostaa** kaikissa ikävaiheissa tuomalla esille aivoterveysten merkitys ihmisen terveydelle.
- » **Tietoisuutta muistisairauksista kuten Alzheimerin taudista tulee lisätä** jakamalla tietoa eri toimijoille siitä, mitä palveluita ja tukea muistisairauksiin voi saada, myös kolmannen sektorin palvelut huomioiden.
- » **Muistisairauksien varhaiseen diagnosointiin** on panostettava eli siihen vaiheeseen, kun taudin etenemistä voidaan vielä hidastaa. Muistisairauksien seulontaa tulee toteuttaa työterveyshuollossa ja ikäihmisten neuvolassa.
- » **Perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa** ammattilaisten osaamista muistisairauksista on lisättävä.

Halminen, Olli, Vesikansa, Aino, Mehtälä, Juha, Hörhammer, Iiris, Mikkola, Teija, Virta, Lauri J, Ylisaukko-Oja, Tero & Linna, Miika (2021) Early Start of Anti-Dementia Medication Delays Transition to 24-Hour Care in Alzheimer's Disease Patients: A Finnish Nationwide Cohort Study. *J Alzheimers Dis.* 2021;81(3):1103–1115. DOI: 10.3233/JAD-201502. PMID: 33843673.

Kalliomaa-Puha, Laura (2019) Omaishoidon ja ansiotyön yhteensovittaminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:60. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kivipelto, Miia & al. (2019) FINGER-elintapaohjelma – toimintamalli kognitiivisen toimintakyvyn tukemiseen. *Lääkärilehti* 4/2019 VSK 73.

Haettu 27.4.2021 osoitteesta: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137672/SLL42019-183.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Linna, Miika, Silander, Katariina, Hörhammer, Iiris, Koivuranta, Päivi, Mikkola, Teija, Virta, Lauri & Mikkola, Hennamari (2019) Iäkkäiden muistisairaiden sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö ja kustannukset. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 11. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021 (viitattu 26.4.2021).

Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi
Noro, Anja (2019) Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015–2018. Päätelmät ja suositukset jatkotoimenpiteiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 61/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Rajaniemi, Jere & Rappe, Erja (2020) Ikäystävällisyyden edistäminen asuinalueilla ja taajamissa. Ympäristöministeriön julkaisu 2020:2. Helsinki: Ympäristöministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2020a) Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030. Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. Ikäohjelman valmisteluryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2020:31. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2020b) Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena

ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2012) Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tommola, Satu, Teiska, Minna, Tamminen, Anna, Alastalo, Hanna, Hammar, Teija & Viljamaa, Seija (2021) Muistibarometri 2020. Muistiliitto.

World Health Organization & International Telecommunications Union (2018) Be He@lthy, Be Mobile. A handbook on how to implement mAgeing.

World Health Organization (2017) Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia, 2017–2025.

Haastattelut:

Sidosryhmähaastattelut (2021) Rud Pedersen Public Affairs.

Läheishaastattelut (2021) NHG Finland Oy.

Biogen-128250 09/2021