

Muistisairauksien hoito vs. ennaltaehkäisy

Lotta Pellilä^{1, 2*}

¹ The Alzheimer Society of Finland, Suomenselän Muisti ry, Finland

² JAMK University of Applied Sciences, Finland

SHORT COMMUNICATION

1 Johdanto

Aivot ovat ihmisen keskusyksikkö. Tärkein pääoma mitä meillä on. Hyvinvointimme rakentuu muisti- ja tiedonkäsittelytaitoihin, lapsuudesta vanhuuteen. Kognitiiviset taidot ovat välttämättömiä taitoja, joita tarvitsemme läpi elämän, koulussa, töissä ja elääksemme itsenäistä elämää. Aivoterveystestit on huolehdittava elämän kaikissa vaiheissa, jotta voitaisiin turvata työkyky, arjessa selviytyminen ja varmista, että muistisairauksiin sairastuminen tapahtuisi mahdollisimman myöhäisessä iässä, ja mahdollisimman moni säästyisi sairaudelta. (STM, 2012,9)

Vuonna 2015 arvioitiin maailmassa olevan noin 50 miljoonaa muistisairautta sairastavaa ihmistä (World Alzheimer Report 2018). Sairastuneiden lukumäärän arvioidaan tuplaantuvan joka 20. vuosi. Jos muistisairauksien kehittymisen linjaus jatkuu ennallaan, on vuonna 2050 arviolta noin 115 miljoonaa sairastunutta. (Erkinjuntti, 2017,16)

Ikääntyvien määrä on voimakkaassa nousussa, niin Suomessa kuin maailmallakin. Mikäli muistisairaiden määrä kasvaa samaa tahtia kuin väestö ikääntyy, olemme merkittävän yhteiskunnallisen ja kansantaloudellisen ongelman edessä. (FINGER-tutkimus, 2015) Etenevä muistisairaus on kansantauti, jolla on merkittävä kansanterveydellinen sekä kansantaloudellinen merkitys. Dementia on suurin tekijä pysyvään ympärivuorokautiseen hoitoon päätymisessä. Myöskin lievemmat muistioireet ja –sairaudet aiheuttavat erilaisia oireita. Huolta, ahdistusta sekä työ- että toimintakyvttömyyttä. (Lääkäriliitto, 2016)

Suomessa arvioidaan olevan tällä hetkellä 190 000 muistisairasta henkilöä, ja on laskettu, että muistisairauteen sairastuu Suomessa noin 14 500 henkilöä vuodessa. Suurin osa sairastuneista on yli 80-vuotiaita, mutta myös työikäisiä (35-60 vuotiaita) sairastuu. Ympäri- ja vuorokautisissa hoidossa olevista vanhuksista kolmella neljästä on muistisairaus. (Thl, 2019)

2 Muistisairauden hinta

Merkittävät kustannukset muistisairauksien hoidossa, johtuvat sairastuneiden suuresta määrästä sekä ympärivuorokautisen hoidon tarpeesta. Arvioidaan, että puolet sairastuneista on vailla diagnoosia, ja vain neljänneksellä Alzheimer -potilaista on asianmukainen lääkehoito sairauteen. Muistisairauksien varhaisella diagnoosilla, hoidolla ja kuntoutuksella voidaan parantaa sairastuneiden toimintakykyä ja elämänlaatua sekä hillitää kokonaiskustannusten kasvua. Muistisairauksien ilmaantuvuutta voidaan vähentää ja siksi investointi aivojen terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn kannattaa. (STM, 2012,7)

Vuonna 2010 ympärivuorokautisen hoidon keskimääräiset kustannukset yhtä henkilöä kohden olivat 46 000 euroa vuodessa. Kotihoidossa

vastaavat kustannukset olivat vain noin 19 000 euroa. Siirtyminen ympärivuorokautiseen hoitoon mahdollisimman myöhäisessä vaiheessa säästää kustannuksia, mutta vaatii suunniteltuja toimia sekä ennaltaehkäisyä, varhaisen toteamisen kuin kotona asumisen tukemiseksi. (STM, 2012,7)

Muistisairauksien suorat kustannukset yhteiskunnalle ovat Suomessa vuosittain lähes miljardi euroa. Kustannukset muodostuvat suorista terveydenhuollollisista (esimerkiksi lääke- ja sairaalakustannukset) ja suorista ei-terveydenhuollollisista (esimerkiksi omaishoitajan palkkatulot) kustannuksista. Yhden muistipotilaan suorista kustannuksista syntyy lähes 10 000 euroa vuodessa. Suurin osa kustannuksista (arviolta 700 milj. euroa/vuosi) on ei-lääketieteellisiä kustannuksia. (Martikainen, J. & Viramo, P. 2015, 44)

Muistisairauden aste vaikuttaa kokonaiskustannuksiin ja niiden jakautumiseen. Vuosikustannukset vaihtelevat 4 600-33 000 euron välillä, vaikeusasteen mukaan. Lievän ja keskivaikean muistisairauden kustannukset jäävät pääsääntöisesti (75%) potilaan itsensä sekä omaisten maksettavaksi. Vaikeassa vaiheessa olevan potilaan kustannuksista vain kolmasosa jää omaisille maksettavaksi, koska ympärivuorokautisen hoidon kustannukset yleistyvät tässä vaiheessa sairautta. (Martikainen, J. & Viramo, P. 2015,44)

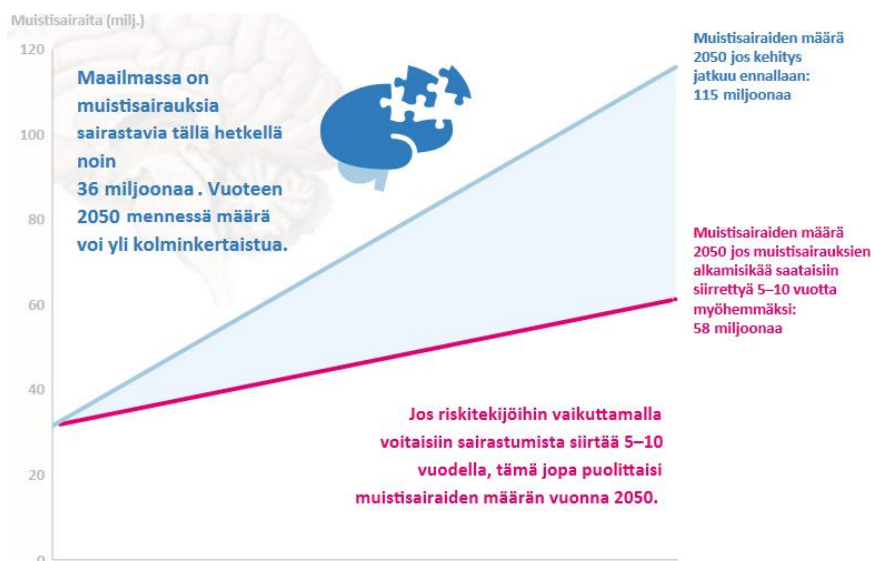
Suurin osa muistisairaan hoidon kustannuksista aiheutuukin ympärivuorokautisen hoidon tarpeesta. Ympäri- ja vuorokautinen hoito maksaa vuosittain noin 24 500-27 200 euroa, vaikeusaste huomioiden. Muistisairauden aiheuttamia suuria terveystaloudellisia kustannuksia voidaan pienentää pyrkimällä lykkäämään muistisairauden vaikean vaiheen puhkeamista, jolloin ympärivuorokautisen hoidon tarpeen alkaminen siirtyy. Varhaisella diagnostiikalla ja tehokkaalla hoidolla voidaan vaikuttaa ympärivuorokautisen hoidon lykkäämiseen ja samalla taudin ennusteen parantamiseen. Muistisairauksien hoito on sitä tehokkaampaa mitä aiemmin se aloitetaan. Asianmukaiseen muistisairauden hoitoon kuuluu lääkehoito, sairauteen vaikuttaminen elämäntapojen muuttamalla sekä lääkkeettömät hoitomuodot esimerkiksi sopeutumisvalmennukset, kuntoutus ja tukitoiminta. (Martikainen, J. & Viramo, P. 2015,45)

Suomessa tehdyssä vaikuttavuustutkimuksessa muistisairaan ja hänen omaisensa aiheuttamat kustannukset sosiaali- ja terveydenhuollolle olivat noin 23 000 euroa vuodessa (vertailuryhmä). Toinen ryhmä, jolle palvelut suunniteltiin yksilölliset tarpeet monipuolisesti huomioiden, ja jolla oli palvelukokonaisuutta koordinoiva yhteyshenkilö, kustannukset olivat noin 15 000 euroa. (STM, 2012,7)

Neurologian professori Timo Erkinjuntti esittää luentosarjassaan kuvaajan (kuvan 1.), jossa kuvataan muistisairaiden esiintyvyyden kehitystä.

* Corresponding author e-mail address: K9444@student.jamk.fi





Kuva 1.

Tämän hetkisten arvioiden mukaan maailmassa on vuonna 2050 muistisairauteen sairastuneita henkilöitä 115 miljoonaa. Mikäli muistisairauksien ennaltaehkäisyllä lykättäisiin sairastumista 5 tai jopa 10 vuotta, puolittaisi toimenpiteet muistisairaiden määrän vuoteen 2050 mennessä. (Erkinjuntti, T. 2017,16) Tämä puolestaan tarkoittaisi mittavia säästöjä kansan- ja maailmantaloudelle.

Muistiongelmainen potilas vailla muistisairausdiagnoosia on kansantaloudellisesti mitattuna kaikkein kallein, jää suuri osa sairauksista vaille oikeaa diagnoosia. Tämä puolestaan johtaa runsaaseen sosiaali- ja terveyspalvelun käyttöön. Inhimilliset ja taloudellisesti kannattavat toimintamuodot tulee aloittaa ajoissa ja ennakoitua tulevaa sairastuneiden määrää. Jo pienellä, tutkittuun tietoon perustuvilla elintapamuutoksilla ja toimintatapojen muutoksilla vähennetään kustannusten kasvua. (STM, 2012,12)

Eliniän kasvu on suurin syy muistisairauksien lisääntymiseen. Tämä johtuu siitä, että korkea ikä on tärkein yksittäinen muistisairauteen riskitekijä. Tällä hetkellä ei ole olemassa ennaltaehkäisevää eikä parantavaa lääkettä muistisairauteen. Viimeisten vuosikymmenten aikana on tutkittu tietoa ennaltaehkäisyn toimivuudesta lisääntynyt huomattavasti. On tehty laajoja väestötutkimuksia, joiden avulla on toteutettu elintapojen vaikuttavan muistisairauteen kehittymisen riskiin. Suomessa on jo 1970-luvulla aloitettu tutkimuksia, joissa samoja ihmisiä on seurattu vuosikymmenien ajan. Nämä tutkimukset ovat osoittaneet, että liikunnallisesti, sosiaalisesti ja kognitiivisesti aktiiviset ihmiset sairastuvat muistisairauksiin vähemmän kuin henkilöt, joiden elämäntapa ei ole aktiivinen. (Ngandu, T. & Kivipelto, M. 2018,24)

Havainnoivat väestötutkimukset eivät kuitenkaan kerro vielä sitä, voidaanko muistisairauksia todella ennaltaehkäistä terveellisten elintapojen avulla. Tämän selvittämiseen tarvitaan niin sanottuja satunnaistettuja, kontrolloituja kokeita. Muistihäiriöiden ennaltaehkäisyyn liittyvä ensimmäinen satunnaistettu kontrolloitu koe oli FINGER-tutkimus (Finnish Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability). (Kulmala, J., Ngandu, T., Lehtisalo, J. & Kivipelto, M. 2019,183)

FINGER- tutkimuksessa oli tarkoitus selvittää, voidaanko monimuotoisen elintapaohjelman avulla ehkäistä ikääntyvien muistihäiriöitä ja mahdollisesti jopa ehkäistä muistisairauteen sairastumista tai siirtää sen alkua eteenpäin. Tutkimuksessa haluttiin testata elintapaohjelmaa, jossa vähennettiin samanaikaisesti monia riskitekijöitä. Tutkimus kohdennettiin henkilöihin, joilla oli elintapojen vuoksi korkeat pisteet

riskikartoituksessa. Tutkimukseen sisältyi neljä osa-aluetta. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden liikunta-aktiivisuutta lisättiin sekä kuntosalit- että itsenäisen kestävyysharjoittelun kautta. Tutkittaville annettiin ruokavalio ohjausta ravitsemusterapeutin yksilö- että ryhmäohjauksessa. Aivojen käyttöä harjoitettiin tietokonepohjaisella muisti- ja ajatteluohjelmistolla. Tutkittavat kävivät säännöllisesti saamassa ohjausta sydän- ja verisuositusten riskitekijöihin. Ohjauksesta vastasivat terveydenhuollon ammattilaiset. Sosiaalista aktiivisuutta tuettiin siten, että kaikkiin osa-alueisiin kuului ryhmäohjausta. (Kulmala, J., Ngandu, T., Lehtisalo, J. & Kivipelto, M. 2019,183)

3 Läpimurto Suomesta

Ensimmäiset tulokset FINGER-tutkimuksesta saatiin v. 2015. Ne julkaistiin Lancetissa, joka on arvostettu lääketieteellinen tiedelehti. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kahden vuoden aikana kaikkien tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden muisti- ja ajattelutoiminnot olivat parantuneet. Kuitenkin parannus ryhmässä, joka oli saanut elintapaohjausta, oli huomattavasti suurempaa noin 30%. Erot syntyivät toiminnanohjauksessa, tiedonkäsittelyn nopeudessa sekä vaativissa muistitehtävissä. Lisäksi FINGER-interventio osoittautui tehokkaaksi elämänlaadun säilymisen kannalta sekä se ehkäisi myös muiden kroonisten sairauksien puhkeamista. Tutkimuksen positiiviset tulokset herättivät myös muita maita pohtimaan elintapaohjauksen merkittävyyttä. Perustettuun World Wide Fingers – verkostoon on liittynyt toistakymmentä maata toteuttamaan Suomen mallin mukaista tutkimusta. (Kulmala, J. & ym. 2019)

4 Käyttöönoton kautta vaikuttavuutta, taloudellisuutta ja inhimillisyyttä

FINGER- tutkimus osoitti ensimmäisenä maailmassa, että tehokkaalla elintapaohjauksella saadaan positiivisia vaikutuksia iäkkäiden riskiryhmäläisten muisti- ja ajattelutoimintoihin. Monimuotoinen ohjelma voi vähentää muistisairauteen riskiä jopa 30 prosenttia. Ohjelman pääosat ennaltaehkäisyssä ovat käytännöllinen ravitsemusneuvonta, nousujohteinen kuntoharjoittelu, muistin harjoittaminen sekä sydän- ja verisuonisairauteen riskitekijöiden hallinta. (Kulmala, J. & ym. 2019, 183)

Tutkittavilta saatu palaute on ollut myös positiivista. Tutkimukseen osallistettiin aktiivisesti, erilaiset ryhmätapaamiset koettiin mieluisina ja ne motivoivat jatkamaan. Elintapaohjaus koettiin hyödylliseksi ja tutkittavat ovat pystyneet jatkamaan terveellisiä elämäntapoja tutkimuksen jälkeenkin. Tutkimuksen osa-alueita ei koettu raskaina, jonka vuoksi voidaan ajatella, että tehokkuudestaan ja intensiivisyydestään huolimatta ohjelmassa oli miellyttävää pysyä mukana. Tutkimuksesta saadut tulokset kiinnostavat monia terveydenhuollon toimijoita ja THL on luonutkin tutkimuksen pohjalta toimintamallin, jota voidaan käyttää ikääntyvien terveydenedistämistyössä. (Kulmala, J. & ym. 2019.)

Elintapojen muuttaminen vie aikaa ja vaatii asiantuntevaa ohjausta. Ohjausta olisi annettava yksilöllisesti, tunnistaen esteitä ja mahdollisuuksia ja varmistaen, että ohjattava ymmärtää asioiden yhteyksiä. Ryhmätoiminta elintapaohjelmassa tukee sosiaalista kanssakäymistä ja motivoi ohjauksessa pysymistä. (Kulmala, J. & ym. 2019)

Muistisairauksien riskitekijöihin puuttuminen ja niiden vähentäminen voi arvioiden mukaan ehkäistä jopa kolmanneksen muistisairauksista. Myös sairauden lykkääminen muutamallakin vuodelle, vähentää sairastuneiden määrää. Muistihäiriöiden ennaltaehkäisyn toimenpiteet ovat hyvin pitkälle samat, joita käytetään jo sekä diabeteksen että sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä. Siksi olisi taloudellista ja helppoa lisätä aivoterveystyön edistäminen jo olemassa oleviin resursseihin. (Kulmala, J. & ym. 2019)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (STM) on kansallisessa muistiohjelmassaan (2012-2020) linjannut, että perusterveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa muistioireiset henkilöt ja ohjata heidät tarvittaviin jatkotoimenpiteisiin. Tässä hyvänä apuna olisi Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemä FINGER-toimintamalli ja sen käyttöönotto perusterveydenhuoltoon. Mikäli halutaan vaikuttaa palveluiden ja yhteiskunnallisten kustannusten kasvuun, on muistisairaudet tunnistettava mahdollisimman aikaisin, sairastuneille saatava oikea-aikainen hoito, kuntoutus, tuki sekä sairauden seuranta. Palveluohjaus ja hoidon koordinointi antavat tähän tarvittavat työkalut. (STM, 2012,12)

Lääketieteellinen tutkimustyö muistisairauksien ympärillä on kiivasta. Emme kuitenkaan voi jäädä odottamaan lääkehoidon mahdollisesti tuomaa ratkaisua kasvavaan muistisairaus ongelmaan, vaan meidän on tarjottava niihin keinoin, jotka tutkimustulosten valossa ovat tehokkaita sairauden ehkäisyssä. Elintapaohjauksella ja muistisairauksien riskien minimoimisella voimme ennaltaehkäistä huomattavasti sairastuneiden määrää. FINGER- toimintamalli tulisi jalkauttaa maamme perusterveydenhuollon käytäntöihin sekä liittämään sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen, jotta keinot muisti- ja ajattelutoimintojen tukemiseksi saataisiin jokaisen ikääntyvän ihmisen käyttöön. (Kulmala, J. & ym. 2019)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus kehottaa sosiaali- ja terveysalan kunnallisia toimijoita yhteistyöhön kolmannen sektorin kanssa laatimassaan kansallisessa muistiohjelmassa. Toimijoiden tulisi turvata tuki sairastuneelle sekä hänen omaiselleen hoito- ja palveluketjun jokaisessa vaiheessa; diagnoosin varmistuttua antamalla ensitietoa, sairauteen sopeutumisvalmennusta ja pystyttävä antamaan riittävä tieto kuntoutus-, tuki-, etu- ja lääkekorvaus yms. asioihin. Tutkitun tiedon käyttö sairauden edetessä ja kustannusvaikuttavien toimenpiteiden käyttö läpi hoitopolun on suotavaa. Eri järjestöt tarjoavat tietoa, ohjausta, tukea ja neuvontaa sekä omaisille että sairastuneille. (STM,2012,14)

Kunnallisen ja kolmannen sektorin toimijoiden välistä yhteistä työtä olisikin syytä syventää FINGER-toimintamallin käyttöön otossa sekä aivoterveystyön edistämisen nimissä. Mallin osa-alueet eivät voi yksin

jäädä kunnallisten sosiaali- ja terveyspalveluiden toimijoiden vastuulle, vaan toimintoja (elintapaohjausta) tulisi jakaa molemmille osapuolille. Toiminnan tulisi olla suunnitelmallista ja koordinoitua, jotta ohjaus olisi jatkuvaa ja että, siihen sitouduttaisiin, jotta saataisiin myös vaikuttavuutta aikaiseksi.

FINGER-toimintamallissa on valmis suunnitelma aikatauluineen, jolla tavoitteita saavutetaan. Ohjelmassa onnistumista tukee ryhmätoiminta, joka kannustaa sosiaaliseen aktiivisuuteen, ihmisten motivointi, selkeät, käytännölliset ohjeet sekä hyödyistä kertominen erilaisilla riskeillä pelottelun sijaan. Tärkeää on sopia tavoitteista, tuesta ja niiden toteutumisen seurannasta yhteisesti. (Kulmala, J. & ym.2019, 185)

Aivojen terveyden edistäminen onnistuu koko yhteiskunnalta; sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi merkittäviä toimenpiteitä voidaan tehdä asumis-, kulttuuri-, liikenne-, sekä sivistyspalveluissa. Yhdyskuntasuunnittelussa, järjestöissä sekä elinkeinoelämässä. (STM,2012,9) Tulisikin luoda aivoterveydelle oma sydänmerkki. Tätä logoa voitaisiin käyttää kaikessa toiminnassa, joka lisää aivoterveystyötä. Tällaisen merkin avulla nostaisimme aivoterveystyön edistämisen uudelle tasolle. Ihmisten tietoisuuteen saataisiin asioita, jotka ovat hyväksi aivoille ja sitä kautta koko terveydelle.

Aivoterveystyön vaaliminen ja muistisairauksien ennaltaehkäisy on kansantaloudellinen vaihtoehto ikääntyvälle Suomelle. Se on kannattava sijoitus tulevaisuuteen ja haastaa kaikki toimijat vahvistamaan osaamistaan ja toimimaan yhteistyössä tukeakseen kansalaisia tekemään aivojen terveyttä lisääviä valintoja. (STM,2012,9)

Lähteet

- Erkinjuntti, T. 2017. Muistisairaudet. Hus, luentosarja. <https://neurobasket.fi/wp-content/uploads/19a.-Muisti.pdf>. (viitattu 11.11.2019)
- Kulmala, J. Ngandu, T. Lehtisalo, J. & Kivipelto, M. 2019. FINGER-toimintamalli osaksi ikääntyvien terveydenedistämistyötä. *Ikänyt*1/2019. <https://www.karelia.fi/ikany/2019/02/11/finger-toimintamalli/> (viitattu 14.11.2019)
- Kulmala, J. Ngandu, T. Lehtisalo, J. & Kivipelto, M. 2019. FINGER-elintapaohjelma – toimintamalli kognitiivisen toimintakyvyn tukemiseen. *Lääkärilehti* 4/2019 VSK 73.
- Kurikka, M. 2015. Muistisairauksien erotusdiagnoosiikka KYS:in muistipoliklinikalla. Opinnäytetyötutkimus. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta. Lääketieteen laitos, neurologia. Kuopio.
- Martikainen, J. Viramo, P. Muistisairaudet ja terveystalous. Kirjassa: Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., Soininen, H., toim. Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim 2015, s. 44-55.
- Ngandu T. & Kivipelto M. 2018. Monimuotoiset elintapainterventit muistisairausedidemiaan ehkäisyssä. *Duodecim* 134(24)
- Lääkäriliitto. 2016. Muistisairaudet. <https://www.laakariliitto.fi/palvelut/koulutukset/erityispatevyydet/muistisairaudet/> (viitattu 11.11.2019)
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. KANSALLINEN MUISTIOHJELMA 2012–2020 Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus raportteja ja muistioita 2012:10
- THL. 2019. Muistisairauksien yleisyys. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>. (viitattu 11.11.2019)
- World alzheimer report. 2018. <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2018> (viitattu 11.11.2019)