

**Merja Hallikainen**

LT, neurologian erikoislääkäri, muistisairauksien erityispätevyys, kliininen tutkimusjohtaja

Itä-Suomen yliopisto, lääketieteen laitos, Aivotutkimusyksikkö

**Tiia Ngandu**

LT, dosentti, tutkimuspäällikkö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

**Anne Remes**

neurologian professori, ylilääkäri

Oulun yliopisto ja Oys

# Muistisairauksien ehkäisy ja varhainen hoito

- Elintavoilla ja lääkehoidolla voidaan vaikuttaa osaan muistisairauksien riskitekijöistä ja sairauksilta suojaavista tekijöistä.
- Sairastumisen todennäköisyyttä voidaan pienentää vaikuttamalla riskitekijöihin.
- Eteneviin muistisairauksiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta varhainen diagnostiikka, tuki ja hoito ovat tärkeitä toimintakyvyn säilyttämiseksi.
- Diagnoosin jälkeen tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. Sen lähtökohtana on muistisairaana potilaan arvojen, elämäntavan ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Suunnitelmaa päivitetään säännöllisesti.

**KIRJALLISUUTTA**

- 1 Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste (verkojulkaisu). IS-SN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus (viitattu 19.8.2021). <http://www.stat.fi/til/vaenn/index.html>.
- 2 Livingston G, Huntley J, Sommerlad A ym. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 2020;396:413–46.
- 3 Strandberg TE, Benetos A, Petrovic M. Incident dementia in trials of antihypertensive treatments. *J Nutr Health Aging* 2019;23:914–5.
- 4 Melkas S, Rantanen K, Strandberg T, Erkinjuntti T, Jokinen H. Voidaan aivojen valkean aineen muutoksia ehkäistä? *Duodecim* 2020;136:1291–9.
- 5 Williamson JD, Pajewski NM, Auchus AP ym. Effect of intensive vs standard blood pressure control on probable dementia: A randomized clinical trial. *JAMA* 2019;321:553–61.
- 6 Olmastroni O, Molari M, Noemi De Beni N ym. Statin use and risk of dementia or Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Eur J Prev Cardiol* 2021, epub, doi:10.1093/eurjpc/zwab208
- 7 Peters R, Xu Y, Antikainen R ym. Evaluation of high cholesterol and risk of dementia and cognitive decline in older adults using individual patient meta-analysis. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2021;50:318–25.

**MUISTISAIRAUKSIIN** sairastuneista 70 % on yli 75-vuotiaita. Tämä ikäryhmä kasvaa erityisen nopeasti Suomessa: 75 vuotta täyttäneitä oli v. 2020 noin 550 000, v. 2030 heitä on 790 000 ja v. 2050 jo 920 000, vaikka väestön kokonaismäärä ei tällä aikavälillä juuri muutu (1). Ehkäisevillä tai taudin alkua viivästyttävillä toiminna voidaan vaikuttaa muistisairauksia sairastavien määrään ja siten hoidon tarpeeseen tulevaisuudessa.

Toimintakyvyn ja elämänlaadun säilymisen kulmakiviä ovat varhainen diagnoosi ja hyvä hoito. Varhaisdiagnoosi edellyttää perehtyneisyyttä muistisairauksiin ja erityisosaamista. Varhainen lääkehoito, ohjaus, tuki ja neuvonta tukevat sekä toimintakykyä että varautumista tulevaan oikeudellisiin keinoin ja mahdollisuutta osallistua omaa hoitoa koskeviin päätöksiin.

**Riskitekijät ja ehkäisy**

Havainnoivissa tutkimuksissa on tutkittu paljon muistisairauksien riskitekijöitä. Niissä ei kuitenkaan yleensä ole selvitetty tarkemmin muistisairauden tyyppiä. Iäkkäillä on usein muistisairauden taustalla muutoksia, jotka liittyvät sekä Alzheimerin tautiin (AT) että aivoverenkiertosairauteen.

Korkea ikä ja sukurasite ovat keskeisiä riskitekijöitä, joita ei voida muokata. Ennaltaehkäisyyn kannalta kiinnostavimpia ovat riskitekijät, joihin voidaan vaikuttaa yhteiskunnallisilla tai yksilöön kohdistuvilla toimilla. Tuoreen arvion mukaan 12 keskeistä muokattavissa olevaa riskitekijää selittää 40 % muistisairauksien ilmaantuvuudesta (2). Nämä riskitekijät ovat vähäinen koulutus, korkea verenpaine,

huonokuuloisuus, tupakointi, lihavuus, masennus, vähäinen liikunta, diabetes, vähäiset sosiaaliset kontaktit, liiallinen alkoholin kulutus, pään vammat ja ilman saasteet.

*Muistisairauslääkkeiden käytössä pyritään suurimpaan siedettyyn annokseen.*

Epäterveellinen ruokavalio, dyslipidemia, stressi ja univaikeudet ovat muita keskeisiä tekijöitä, jotka on useissa tutkimuksissa yhdistetty suurentuneeseen muistisairauden riskiin. Myös infektiot on yhdistetty riskiin. Riskitekijöiden vaikutus näiden sairauksien kehittymiseen voi olla erilainen elämän eri vaiheissa. Vaikutusmekanismeja on ehdotettu useita, esimerkiksi verisuonimuutokset, inflammaatio ja oksidatiivinen stressi, eikä niitä kaikilta osin tunneta tarkasti.

Riskitekijöitä selvittäviä tutkimuksia on paljon. Vähemmän on sen sijaan tutkimuksia, joissa on selvitetty ennaltaehkäisevien toimien vaikutusta muistitoimintoihin ja muistisairauksien ilmaantumiseen.

Vahvin näyttö lääkehoidosta on verenpaineen hyvän hoidon vaikutuksesta muistisairauksien ilmaantumiseen (3) ja aivojen valkean aineen muutoksiin (4). Sprint-Mind-tutkimuksessa havaittiin, että kohonneen verenpaineen tehostettu hoito oli kognitiivisen heikentymän



## TAULUKKO 1.

### WHO:n suositukset kognition heikentymisen ja muistisairauksien riskin vähentämiseksi (13)

Muokattu alkuperäisestä dokumentista.

Suositus	Suosituksen vahvuus
Liikuntaa suositellaan henkilöille, joilla on normaali kognitio	Vahva
Liikuntaa voidaan suositella henkilöille, joilla on lievä kognitiivinen heikentyminen (MCI)	Ehdollinen
Tupakoinnin lopettamista tukevia interventioita suositellaan kaikille	Vahva
Väliamerentyypistä ruokavaliota voidaan suositella henkilöille, joilla on normaali kognitio tai MCI	Ehdollinen
Lisäravinteita (B- ja E-vitamiinivalmisteet, monitydyttymättömät rasvahappovalmisteet ja monivitamiinivalmisteet) ei suositella	Vahva
Haitallista alkoholin käyttöä vähentäviä interventioita tulisi tarjota aikuisille, joilla on normaali kognitio tai MCI	Ehdollinen
Kognitiivista harjoittelua voidaan tarjota ikääntyneille, joilla on normaali kognitio tai MCI	Ehdollinen
Sosiaalisen aktiivisuuden osalta näyttö on riittämätöntä	
Interventioita keski-ään ylipainon ja lihavuuden vähentämiseksi voidaan tarjota	Ehdollinen
Verenpaineen hoitoa voidaan tarjota	Ehdollinen
Diabeteksen hoitoa voidaan tarjota diabetesta sairastaville aikuisille	Ehdollinen
Dyslipidemian hoitoa keski-ässä voidaan tarjota	Ehdollinen
Masennuslääkityksen käytöstä ei ole riittävä näyttöä	
Kuulolaitteiden käytöstä ei ole riittävä näyttöä	

8 Kivipelto M, Mangialasche F, Ngandu T. Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol* 2018;14:653–66.

9 Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A ym. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015;385:2255–63.

10 Kivipelto M, Kulmala J, Lehtisalo J ym. FINGER-toimintamalli: Ikääntyneiden kognitiivisen toimintakyvyn tukeminen monimuotoisella elintapaohjelmalla. *Suom Lääkäril* 2019;74:183–6.

11 Andrieu S, Guyonnet S, Coley N ym. Effect of long-term omega 3 polyunsaturated fatty acid supplementation with or without multidomain intervention on cognitive function in elderly adults with memory complaints (MAPT): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2017;16:377–89.

12 Moll van Charante EP, Richard E, Eurelings LS ym. Effectiveness of a 6-year multidomain vascular care intervention to prevent dementia (preDIVA): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2016;388:797–805.

ehkäisyssä tehokkaampi tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Muistisairauden ehkäisyssä se ei kuitenkaan ollut merkittävästi tehokkaampi (5). Eteisvärinän antikoagulaatiohoidosta saatava hyöty muistisairauden ehkäisyssä. Seurantatutkimuksissa statiinihoito on näyttänyt suojaavan muistisairauksilta (6), mutta hyötyä ei ole osoitettu iäkkäille tehdyissä tutkimuksissa (7).

Elintapainterventioista on saatu alustavaa näyttöä, jonka mukaan terveellinen ruokavalio, liikuntaharjoittelu ja kognitiivinen harjoittelu ovat yhteydessä parempaan kognitiiviseen toimintaan (8). Viime vuosina on tutkittu erityisesti monitahoisia elintapainterventioita, joissa pyritään vaikuttamaan useaan riskitekijään samanaikaisesti.

Ensimmäinen laaja monitahoinen elintapainterventiotutkimus oli suomalainen Finger-tutkimus (9). Siinä toteutettiin kaksi vuotta kestänyt interventio ikääntyville henkilöille, joilla oli suurentunut muistisairauden riski. Interventio havaittiin vaikuttavan edullisesti tutkittavien kognitiiviseen toimintaan. Interventioon kuului ravitsemusohjausta, liikuntaharjoittelua, kognitiivista harjoittelua ja vaskulaaristen riskitekijöiden tehostettu seuranta (10).

Ranskalainen elintapaintervention ja omega-3-lisän vaikutusta selvittänyt MAPT-tutki-

mus ei sen sijaan havainnut pääanalyseissään merkittävää eroa kognitiivisessa toiminnassa eri interventioryhmien ja verrokkiryhmän välillä (11). Lisäanalyseissä elintapainterventio osoittautui kuitenkin hyödylliseksi tutkittaville, joilla oli suurentunut muistisairauden riski.

Vaskulaarisia riskitekijöitä koskeva tehostettu ohjaus ei vaikuttanut merkittävästi muistisairauksien ilmaantuvuuteen hollantilaisessa PreDiva-tutkimuksessa (12). Interventio osoittautui kuitenkin tehokkaaksi niillä tutkittavilla, joilla oli kohonnut verenpaine tutkimuksen alussa ja jotka sitoutuivat interventio-ohjelmaan.

Maailman terveysjärjestö (WHO) julkaisi v. 2019 suosituksensa muistisairauksien riskin vähentämiseksi (taulukko 1) (13). Suositus perustuu laajaan kirjallisuuskatsaukseen, joka pohjautui pääasiassa interventiotutkimuksiin ja joidenkin riskitekijöiden osalta havainnoiviin tutkimuksiin.

Tutkimusnäyttö liikunnan, välimerellisen ruokavalion, lisäravinteiden sekä osin verenpaineen ja diabeteksen hoidon vaikutuksesta riskiin katsottiin kohtuulliseksi. Muista arvioituista tekijöistä näyttö on vielä vähäistä tai puuttuu.

Suosituksessa on mainittu muistisairauksien riskitekijöitä, joiden vaikutuksesta kognition heikentymiseen tai muistisairauden kehittymiseen on vain vähäistä näyttöä, mutta jotka ovat muuten tärkeitä fyysiselle terveydelle ja kokonaishyvinvoinnille. Lisätutkimusta tarvitaan etenkin monitahoisista interventioista ja kehittyvistä maista.

### Lääkkeettömät hoidot ja varhainen tuki

Esimerkiksi liikunta, ravitsemus, hyvä yöuni, harrastusten jatkaminen ja arjen askareet ovat lääkkeettömän hoidon keinoja. Niillä on läkehoidon ohella suuri merkitys sairastuneen ja hänen perheensä elämänlaatuun, ja niillä voidaan lykätä varhaisen muistisairauden etene- mistä dementiaoireiseksi sairaudeksi (14).

Tieto, neuvonta ja tuki antavat mahdollisuuden ymmärtää oireita, sopeutua sairauteen ja parantaa kotona selviytymistä. Erikoisilta tun- tuvien tilanteiden ja selittämättömiltä vaikut- tavien muutosten syy selviää. Apua ja ohjausta tarvitsee koko perhe. Muistisairauteen liittyviin huoliin ja kysymyksiin on kyettävä vastaamaan. Vuorovaikutustaito on olennainen osa terveydenhuoltohenkilöstön ammatillisuutta (15,16).

Muistisairausdiagnoosin saaneille tulee tehdä palvelutarpeen arviointi. Siinä kiinnitetään huomiota sekä nykyisiin että ennakoitavissa

- 13 World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines; 2019. <https://www.who.int/publications/item/risk-reduction-of-cognitive-decline-and-dementia>
- 14 Rosenvall A, Sääksvuori L, Finne-Soveri H, Linnosmaa I, Malmivaara A. Potential cost savings for selected non-pharmacological treatment strategies for patients with Alzheimer's disease in Finland. *J Rehabil Med* 2020;52(9):jrm00106
- 15 Eloniemi-Sulkava U, Rahkonen T, Erkinjuntti T ym. Moniammatilliset tietotaidot ovat muistisairauksien hyvän hoidon edellytys. *Suom Lääkäril* 2010;65:3144–6.
- 16 Bauer M, Fetherstonhaugh D, Haesler E, Beattie E, Hill KD, Paulos CJ. The impact of nurse and care staff education on the functional ability and quality of life of people living with dementia in aged care. A systematic review. *Nurse Education Today* 2018;67:27–45.
- 17 Vanhuspalvelulaki 980/2012.
- 18 Pirttilä T, Heimonen S, Granö S. Kuntoutuksella keskeinen rooli dementoivaa sairautta sairastavan hoidossa. *Gerontologia* 2007;21:320–8.
- 19 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Edunvalvontavaltuutus ja hoitotaho. Verko-osoitteessa <http://www.thl.fi/>
- 20 Cummings J, Passmore P, McGuinness B ym. Souvenaid in the management of mild cognitive impairment: an expert consensus opinion. *Alzheimers Res Ther* 2019;11:73.
- 21 Soinen H, Solomon A, Visser PJ ym. 36-month LipiDiDiet multinutrient clinical trial in prodromal Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement* 2021;17:29–40.
- 22 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Societas Gerontologica Fennica, Suomen geriatr -yhdistyksen, Suomen neurologisen yhdistyksen, Suomen psykiatrisen yhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus 27.8.2020. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- 23 Mendez MF, Shapira JS, McMurtray A, Licht E. Preliminary findings: behavioral worsening on donepezil in patients with frontotemporal dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:84–7.
- 24 Birks JS, Flicker L 2018: Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease; Cochrane Systematic Review. 2018 Jun 18;6(6):CD001190. doi: 10.1002/14651858.CD001190.pub3.

oleviin myöhempisiin tarpeisiin (17). Arvioinnin perusteella tehdään yhdessä muistisairaana ja läheisen kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma. Sitä päivitetään vähintään vuosittain palvelujen oikea-aikaisuuden turvaamiseksi.

Muistineuvojat ja -koordinaattorit toimivat yhteyshenkilöinä muistisairaana, hänen läheisensä, sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä yhteistyötahojen välillä. Kunnat, kuntayhtymät tai tulevat sote-alueet yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa turvaavat asianmukaisen tuen hoito- ja palveluketjun eri vaiheissa: Kun sairaus on varmistunut, turvataan ensitieto, tuetaan sopeutumista tilanteeseen ja tarjotaan riittävä tieto kuntoutusmahdollisuuksista (julkinen terveydenhuolto, Kela).

Vertaistuelleen on sairastuneelle suuri merkitys erityisesti sairauden varhaisessa ja lievässä vaiheessa (18). Varhaisvaiheessa tulisi suunnitella tulevaisuuden ratkaisuja ja valmisteluja. Edunvalvontavaltuutus, hoitotahdon laatiminen ja ajoterveyden arviointi ovat osa ennakoivaa hoitoa (19).

Ravitsemuksen lähtökohtana on ravintosuosituksen mukainen tasapainoinen ravitsemus. Varhaisen ja lievän AT:n hoitoon on apteekkeissa myytävä ravintovalmiste (sisältää omega-3-rasvahappoja, uridiinimonofosfaattia, koliinia, C-, E-, B12- ja B6-vitamiineja, foolihappoa, fosfolipidejä ja seleeniä), joka tutkimusten mukaan jarruttaa oireiden ja aivomuutosten etenemistä aina kolmeen vuoteen asti. Se on hyvin siedetty ja sitä nautitaan 125 ml vrk:ssa säännöllisesti vasteen saamiseksi (20,21).

## Lääkehoito

Toimintakykyä säilyttävät muistisairauslääkkeet ovat olleet käytössä noin 20 vuotta. Kliinisen kokemuksen mukaan hoitovaste on sitä parempi ja pitkäkestoisempi, mitä aiemmin hoito aloitetaan. AT:n varhaisessa ja lievässä vaiheessa (CDR-luokka on 0,5 tai 1 ja GDS/FAST-luokka 3 tai 4) asetyylikoliiniesteraasin (AKE)-estäjillä on osoitettu olevan tehoa. Jos ne eivät sovi tai niille on vasta-aiheita, voidaan tässä vaiheessa käyttää memantiinia. Kaikkien lääkkeiden käytössä pyritään aina suurimpaan siedettyyn annokseen (22).

Lääkehoidon periaatteet ovat samanlaiset kaikissa AT:n muodoissa ja sekatyypisessä taudissa, kun potilaalla on AT:n lisäksi piirteitä Lewyn kappale -taudista tai verisuoniperäisestä kognition heikentymästä. Lewyn kappale -taudissa ja Parkinsonin taudin muistisairaudessa AKE-lääkkeiden teho tulee usein esiin nopeammin ja jo pienemmällä annoksilla. Otsa-ohimolohkorappeumatauteja sairastaville

ei tule käyttää AKE-lääkkeitä eikä memantiinia (23).

Lääkehoidon tehon arviointi edellyttää potilaan toimintakyvyn (ADCS-ADL-haastattelu), sairauden vaikeusasteen (CDR-haastattelu) ja neuropsykiatristen oireiden (NPI-, GDS-mittari) systemaattista arviointia omaista tai läheistä haastatellen (24). Tyypillinen hoitovaste on oireiden etenemisen hidastuminen. Se näkyy potilaan tilan ja arjessa selviytymisen paranemisena tai vakiintumisena sekä mielialan kohenemisena (24–30).

Neuropsykiatriset oireet voivat olla muistisairauden ensimmäisiä oireita. AT:ssa ne ovat usein varastamis- ja mustasukkaisuusharhaluuloisuutta. Oireet heikentävät potilaan elämänlaatua, lisäävät laitoshoitoon joutumisen riskiä ja vaikuttavat omaisen jaksamiseen (31). Tärkeintä on selvittää oireita altistavia ja laukaisevia tekijöitä sekä puuttua niihin. Ensimmäisiä ovat myös hoitavan henkilön hyvät vuorovaikutustaidot.

Vahvin tutkimusnäyttö on omaishoitajiin kohdennetuista ohjaavista ja koulutuksellisista interventioista (32–35). Liikunnalla saattaa olla vaikutusta mielialaan, apatiaan, agitaatioon ja uneen (36). Muistisairauslääkkeet ovat ensisijaisia neuropsykiatristen oireiden lääkehoidossa (37–39). AKE-estäjiin reagoivat oireista parhaiten apatia, agitaatio, hypokondria, hallusinaatiot ja estottomuus. Joskus tarvitaan ajoittaista masennus- tai psykoosilääkitystä tai unta parantavia lääkehoitoja. Lääkityksen muutokset tehdään suunnitellusti, muutos kerrallaan. Jos toivottua vastetta ei saavuteta, lääkitys lopetetaan asteittain ja kokeillaan toista lääkettä.

## Lopuksi

Muistipotilaiden määrään voidaan epidemiologisen tiedon perusteella vaikuttaa pyrkimällä vähentämään muistisairauksien ilmaantuvuutta. Tämä edellyttää yhteiskunnan panostusta muistisairauksien ehkäisyyn, jossa korostuvat sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden hallinta, terveellinen ravitsemus sekä fyysinen ja kognitiivinen harjoittelu (8,40). Elintapojen ja ravitsemuksen muutokset vaativat säännöllistä tukea ja kannustusta. Tulisiko toimintatapa muuttua ja suunnatakin yhteiskunnan varoja yksilöllisempään elintapaneuvontaan ja tukeen?

Toimintakyvyn ja elämänlaadun säilymisen kannalta muistipotilaille ovat tärkeitä varhainen diagnoosi ja hyvä hoidon kokonaisuus. Muistisairauksien diagnostiikka, hoidon arviointi ja seuranta edellyttävät erityisosaamista

- 25 Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus 2017. Näytönastekatsaukset AKE-lääkkeistä ja memantiinista. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- 26 Loy C, Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. Cochrane Systematic Review, 2006.
- 27 Birks JS, Chong LY, Evans JG. Rivastigmine for Alzheimer's disease. Cochrane Systematic Review, 2015.
- 28 McShane R, Sastre AA, Minakaran N. Memantine for dementia. Cochrane Systematic Review, 2006.
- 29 Epperly T, Dunay MA, Boice JL. Alzheimer Disease: Pharmacologic and nonpharmacologic therapies for cognitive and functional symptoms. Am Fam Physician 2017;95:771-8.
- 30 Laver L, Dyer S, Whitehead C, Clemson L, Crotty M. Interventions to delay functional decline in people with dementia: a systematic review of systematic reviews. BMJ Open 2016.
- 31 Karttunen K, Karppi P, Hiltunen A ym. Alosva study group. Neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients with very mild and mild Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry 2011;26:473-82
- 32 Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG. Old age task force of the World Federation of Biological Psychiatry. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. Am J Psychiatry 2005;162:1996-2021.
- 33 Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. Am J Psychiatry 2012;169:946-53.
- 34 Moniz-Cook ED, Swift K, James I, Malouf R, De Vugt M, Verhey F. Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. Cochrane Database Syst Rev 2012;15:CD006929.
- 35 Gitlin LN. Good news for dementia care: caregiver interventions reduce behavioral symptoms in people with dementia and family distress. Am J Psychiatry 2012;169:894-7.
- 36 Öhman H. Effect of exercise on cognition, physical functioning, falls rate and neuropsychiatric symptoms in people with dementia. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2018. <http://urn.fi/URN:IS-BN:978-951-51-4383-9>
- 37 Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev 2006;25:CD005593.

ja kokemusta. Ohjaus ja neuvonta tukevat muistisairaana ihmisen valmiuksia oikeudelliseen ennakointiin ja mahdollisuuteen osallistua omaa hoitoa koskeviin päätöksiin.

Lääkehoidolla voidaan lievittää kognitiivisia ja neuropsykiatrisia oireita sekä parantaa tai ylläpitää toimintakykyä. Se on vain osa potilaan kokonaisvaltaista, yksilöllisesti räätälöityä hoitoa, johon kuuluvat hyvä ravitsemus, säännöllinen liikunta sekä henkinen ja sosiaalinen aktiivisuus. Ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma takaa oikea-aikaisten ja oikein suunnattujen toimenpiteiden toteutumisen. Erialaisten tukitoimien avulla ihminen voi elää muistisairaudesta huolimatta hyvää ja toimintakykyistä arkea. ●

- 38 Thelertis C, Siarkos K, Katirtzoglou E, Politis A. Pharmacological and nonpharmacological treatment for apathy in Alzheimer disease: A systematic review across modalities. J Geriatr Psychiatry Neurol 2017;30:26-49.
- 39 Kishi T, Matsunaga S, Oya K, Nomura I, Ikuta T, Iwata N. Memantine for Alzheimer's disease: an updated systematic review and meta-analysis. J Alzheimers Dis 2017;60:401-25.
- 40 Rosenberg A, Ngandu T, Rusanen M ym. Multidomain lifestyle intervention benefits a large elderly population at risk for cognitive decline and dementia regardless of baseline characteristics: The Finger trial. Alzheimers Dement 2018;14:263-70.

#### SIDONNAISUUDET

Merja Hallikainen: Luentopalkkiot (Suomen Lääkäriliitto, Nutricia), tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim), muut yhteydet (Suomen Alzheimer-tutkimusseuran hallituksen jäsen, Pohjois-Savon Muisti ry:n ja Muistiliiton hallituksen jäsen, Kelan asiantuntijalääkäri).  
Tiia Ngandu, Anne Remes: Ei sidonnaisuuksia.

## Suomen Lääkäriliiton Turun paikallisosaston kevään 2022 jäsentilaisuus

### Aika ja paikka:

keskiviikko 27.4.2022 klo 17.30, Turku,  
panimoravintola Koulu Bellman-Sali  
Eerikinkatu 18, 20100 Turku

### Aiheena Somehäirintä – mitä jokaisen lääkärin tulee tietää aiheesta

Tilaisuudessa esitetään ”Lääkäri vainon kohteena somessa” -video (30 min), jossa somessa aktiivisesti toimivan kollega Anni Saukkola kertoo omakohtaisista kokemuksistaan. Tärkeää tietoa ja käytännön vinkkejä juuri sinulle, toimitpa itse aktiivisesti somessa (joko henkilökohtaisella profiililla ja/tai ammattilaisena) tai et. Videon jälkeen keskustelu, jota moderoi yleislääketieteen erikoislääkäri, koulutusylläjäkäri Tiina Vuorio, jolla paljon kokemusta someaktiivisten nuorten hoidosta.

Alustuksen jälkeen tarjotaan maittava buffet-illallinen n. klo 18.30 alkaen. Huom! Ruoka on laktoositonta ja lämmin kasvisvaihtoehto on tarjolla, joten näistä rajoitteista ei tarvitse erikseen ilmoittaa!

Ilmoittautumiset mahdollisine ruoka-aineallergioineen **18.4.2022 mennessä** sähköpostitse [pirjo.inki@fimnet.fi](mailto:pirjo.inki@fimnet.fi)

Tilaisuus järjestetään hybridimuodossa, eli osallistuminen myös Teams:in välityksellä on mahdollista. Ruokatarjoilujen oikean määrän takaamiseksi, muistathan ilmoittaa samalla, jos haluat osallistua vain Teams:in välityksellä. Linkki lähetetään Teams:iin ilmoittautuneille edellisenä päivänä.

### Tervetuloa jäsentilaisuuteen:

Pirjo Inki  
Paikallisosaston johtokunnan pj



LÄÄKÄRILIITTO  
LÄKARFÖRBUNDET