



# Muistisairauksien riskin tunnistaminen ja ennaltaehkäisy vaativat yhteisiä kirjattuja käytäntöjä ja vahvaa johtamista

## Päälöydökset

- Yhteiset käytännöt muistisairauksien kohonneen riskin tunnistamisessa yleistyivät seuranta-ajanjaksoilla
- Kansantaudeille tarvitaan yhteinen riskitesti.
- Riskitestin käytöstä ja kirjaamisesta tulee olla yhteinen kirjattu käytäntö ja käyttöä tulee aktiivisesti seurata.

## JOHDANTO

Muistisairaudet ovat merkittävä kansanterveyshaaste. Muistisairaiden ihmisten määrä kasvaa väestön ikääntyessä, mutta muistisairaudet eivät kosketa vain iäkkäitä henkilöitä. Muistisairauksien ilmaantuvuutta voidaan vähentää ehkäisemällä tunnettuja vaaratekijöitä, kuten ylipaino, korkea kolesteroli ja korkea verenpaine. Sosiaali- ja terveysministeriön vuosille 2012–2020 antaman Kansallisen muistiohjelman yhtenä keskeisenä tavoitteena on, että aivojen terveyden edistäminen sisällytetään kuntien strategioihin, joiden toimeenpano konkretisoituu toimintasuunnitelmissa ja talousarvioissa, ja joiden terveysvaikutuksia arvioidaan järjestelmällisesti (STM 2012:10).

Muistisairauksien riskin tunnistaminen ja ennaltaehkäisy vaativat koko organisaation sitoutumista asiaan ja yhteistä näkemystä toteutuksesta. Rohkaisevia tuloksia elintapaohjauksen vaikutuksesta muistihäiriöiden ennaltaehkäisyssä on saatu mm. THL:n koordinoimassa FINGER-tutkimushankkeessa (Ngandu ym. 2014). Ryhmäohjauksena toteutettu elintapaohjaus vaatii tehokasta johtamista, moniammatillista yhteistyötä ja työntekijän valmiutta ohjata ryhmiä. Terveyden edistäminen on koko organisaation tehtävä eikä toiminta saa olla yksittäisten työntekijöiden varassa. Tämä edellyttää sitoutumista strategiatasolla, johtamista, tarveanalyysia, voimavaroja ja osaamista sekä yhteisiä käytäntöjä (Stahl & Rimpelä 2010).

Muistisairauksien ennaltaehkäisyn ja varhaisen toteamisen edistäminen Pirkanmaalla -hankkeessa (MEVA) on vuosina 2011–2014 pyritty luomaan pysyviä toimintakäytäntöjä muistisairauksien ennaltaehkäisemiseksi kehittämiskumppaneina toimineisiin perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yksiköihin. Toiminnan pohjana hyödynnettiin Päijät-Hämeessä kehitettyä Ikihyvä-mallia (Absetz ym. 2009), jota täydennettiin kahdella muistitapaamisella.

Riskitestin (Kivipelto ym. 2006) avulla pyrittiin löytämään henkilöitä, joilla on kohonnut sairastumisriski, ja tarvittaessa ohjattiin heitä elintapamuutoksiin. Johdolle järjestettiin koulutusta terveyden edistämisen johtamisesta ja heidän kanssaan käytiin keskusteluja toimintakäytännön sujumisesta. Terveydenhuollon ammattilaisia tuettiin muistisairauden riskin arvioinnissa ja kohonneen riskin henkilöiden ohjauksessa. Ammattilaisille järjestettiin koulutusta muun muassa muistisairauden riski- ja suojatekijöistä sekä motivoivasta ohjauksesta.

Kirjoittajat:

### Sirpa Kotisaari

Hankekoordinaattori,  
Pirkanmaan Muistiyhdistys ry

### Vesa Saaristo

Asiantuntija, THL

### Anne Ketola

Projektityöntekijä,  
Pirkanmaan Muistiyhdistys ry

### Mari Lemmetty

Projektityöntekijä,  
Pirkanmaan Muistiyhdistys ry

### Teija Siipola

Toiminnanjohtaja,  
Pirkanmaan Muistiyhdistys ry



## Näin tutkimus tehtiin

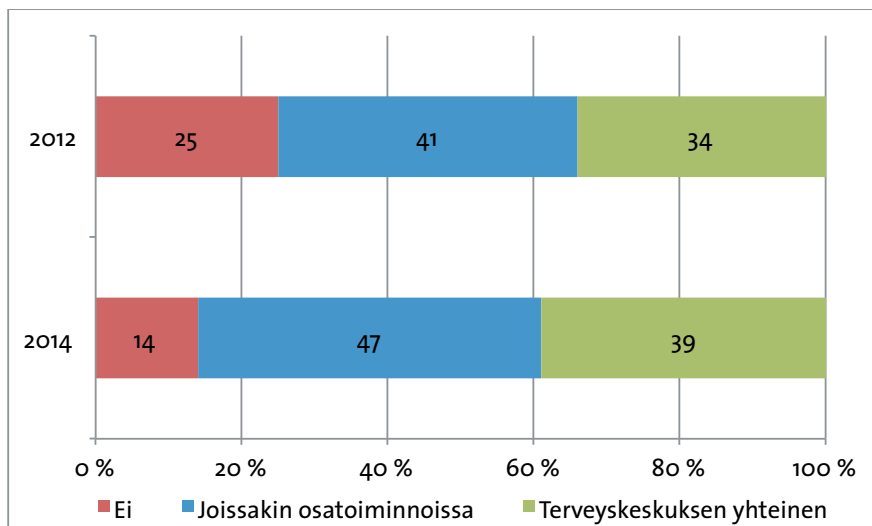
MEVA-hankkeen kehittämiskumppaneina olivat Tampereen, Kangasalan, Lempäälän, Nokian kaupungin, Pirkkalan ja Ylöjärven terveyskeskukset sekä alueella toimivat työterveyshuollon toimijat Tullinkulman Työterveys, Työterveyspalvelu Viisari ja Kangasalan työterveys sekä Hämeenmaan Sydänpää ja Tampereen Diabetesyhdistys.

Tiedot terveyskeskusten käytännöistä kerättiin osana Terveystiedon edistämistä perusterveydenhuollossa -tiedonkeruuta vuosina 2012 ja 2014. Vuonna 2012 kaikki Suomen terveyskeskukset (N=158) toimittivat tietonsa, vuonna 2014 99 % (N=156).

Tiedot on julkaistu terveyskeskuskohtaisesti TEA Viisari-verkkopalvelussa (<http://www.thl.fi/teaviisari>).

## TULOKSET

Terveyskeskusten käytäntöjä muistisairauksien kohonneen riskin tunnistamisessa kartoitettiin koko maan tasolla vuosina 2012 ja 2014. Vuonna 2014 39 prosenttia terveyskeskuksista ilmoitti, että terveyskeskuksessa oli koko terveyskeskusta koskeva ja lähes puolet (47 %) joitakin terveyskeskuksen toimintoja koskeva yhteinen kirjattu käytäntö. Kaksi vuotta aiemmin vastaavat prosenttiosuudet olivat 34 ja 41. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Kirjattu käytäntö kohonneen muistisairauksien riskin tunnistamisesta. Terveyskeskusten jakauma vuosina 2012 ja 2014.

## KIRJALLISUUTTA

Absetz P ym. 2009. Type 2 diabetes prevention in the real world: Three-year results of the GOAL lifestyle implementation trial. *Diabetes Care* 32(8), 1418–20.

Kivipelto M ym. 2006. Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle aged people: a longitudinal, population-based study. *Lancet Neurol* 5(9):735–41.

Ngandu ym. 2014. Recruitment and baseline characteristics of participants in the Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER) - a randomized controlled lifestyle trial. *Int J Environ Res Public Health* 10;11(9):9345–60.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelmalla 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. STM raportteja ja muistiohjelmaa 2012:10. Helsinki.

Ståhl T & Rimpelä M. 2010. Väestön terveyden edistämisen kunnan tehtävänä. Teoksessa Ståhl T & Rimpelä A. (toim.): Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena, s. 133–151. THL Teema 9. Helsinki.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
Pl 30 (Mannerheimintie 166)  
00271 Helsinki  
Puhelin: 029 524 6000

ISBN (painettu) 978-952-302-390-1  
ISBN (verkko) 978-952-302-391-8  
ISSN (verkko) 2323-5179

[www.thl.fi/teaviisari](http://www.thl.fi/teaviisari)



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Pirkanmaalla yhteiset käytännöt olivat selvästi keskimääräistä yleisempiä. Vuonna 2014 koko terveyskeskuksen yhteisen käytännön ilmoitti 67 prosenttia ja joitakin terveyskeskuksen toimintoja koskevan käytännön 27 prosenttia terveyskeskuksista. Vuonna 2012 vastaavat osuudet olivat 56 ja 38 prosenttia.

MEVA-hankkeen kehittämiskumppanit arvioivat hankkeen aikana muistisairauden riskiä noin kahdelta tuhannelta kuntalaiselta ja näistä noin 15 % oli kohonneen riskin henkilöitä. Suurin osa kohonneen riskin henkilöiden ohjauksesta tehtiin yksilöohjauksena, vaikka hankkeessa suositeltiin ensisijaisesti ryhmäohjausta. Hankkeen viimeisenä vuotena riskitestikirjauksia oli vähemmän kuin alkuvuosina, mikä voi johtua siitä, että riskitestejä on tehty vähemmän tai että tehtyjä testejä ei ole kirjattu.

## YHTEENVETO

Kehittämiskumppanit esittivät toistuvasti kritiikkiä muistisairauden riskitestin käyttöä kohtaan siksi, että testillä arvioidaan osittain samoja riskitekijöitä kuin muidenkin kansantautien riskitesteillä (FINRISKI ja diabetes). Vuonna 2015 THL julkaiseekin kansantautien yhteisen riskitestin. Hankkeessa saatujen kokemusten mukaan silloin perusterveydenhuollossa tulee määrittellä toimintakäytännöt testin toteuttamisesta ja kohonneen riskin henkilöiden ohjauksesta sekä toteuttamisen seurannasta.

Tämän julkaisun viite: Kotisaari S, Saaristo V, Ketola A, Lemmetty M & Siipola T. Muistisairauksien riskin tunnistaminen ja ennaltaehkäisy vaativat yhteisiä kirjattuja käytäntöjä ja vahvaa johtamista. Tutkimuksesta tiiviisti 29, joulukuu 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.