
Muistisairauksien ennaltaehkäisyn ja varhaisen toteamisen edistäminen Pirkanmaalla (MEVA)

1.1.2011–31.12.2014
Loppuraportti

Pirkanmaan Muistiyhdistys ry



SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ	4
1. HANKKEEN TAUSTA JA TARVE.....	6
1.1 TUTKIMUSTIETO.....	6
1.2 MUISTISAIRAIDEN MÄÄRÄ KASVAA	7
1.3 KANSALLINEN MUISTIOHJELMA - VAHVA PERUSTE HANKKEELLE	8
2. HANKKEEN TAVOITTEET JA TOIMINTAMUODOT	10
2.1 TAVOITTEET	10
2.2 TOIMINTAMUODOT	10
3. TUOTOKSET JA TULOKSET	12
3.1 MUISTISAIRAUDEN RISKIN ARVIOINTI	12
3.1.1 Malli muistiriskitestin käytöstä	12
3.1.2 Riskinarviointitulokset	12
3.2 KOHONNEEN RISKIN HENKILÖIDEN OHJAUS	15
3.2.1 Yksilö- ja ryhmäohjausmallit	15
3.3 TAVOITEMALLI MUISTISAIRAUKSIEN ENNALTAEHKÄISYN JOHTAMISESTA.....	19
3.4 MUISTIHÄIRIÖASIAKKAIDEN TUNNISTAMINEN JA HOITO	19
3.4.1 Osaamisen tukeminen	19
3.4.2 Muistihäiriöisen asiakkaan hoitopolku.....	20
3.5 VÄESTÖN TIEDOTTAMINEN	20
3.5.1 Yleisötilaisuudet, luennot ja muut tilaisuudet	20
3.5.2 Yleisötilaisuuksien tulokset ja arviointi	21
3.6 TÄYDENNYSKOULUTUS MUISTISAIRAUKSIEN ENNALTAEHKÄISYSTÄ JA VARHAISESTA TOTEAMISESTA SEKÄ TERVEYDEN EDISTÄMISEN JOHTAMISESTA	22
3.7 HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN PALVELUVERKKO.....	23
3.8 YHTEISTYÖ TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOKSEN KANSSA	24
3.9 OPPILAITOSYHTEISTYÖ.....	24
3.9.1 Muistisairauden riskin arviointi ja elintapaohjaus.....	24
3.9.2 Opinnäytetyöt.....	25
4. HANKKEEN KESKEISET VAIKUTUKSET.....	26
4.1 MEVA-HANKE KANSALLISEN MUISTIOHJELMAN TIEDONVÄLITYSKANAVANA	26
4.1.1 Kysely perusturvajohdolle ja perusturvalautakunnille	26

4.1.2	MEVA- hanke aivoterveyspilotina Muistiliiton hankkeessa.....	26
4.2	HANKKEEN OMA ARVIOINTI.....	26
4.3	KEHITTÄMISKUMPPANIEEN JOHDON PALAUTE HANKKEELLE	27
4.4	TÄYDENNETTY IKIHYVÄ-RYHMÄMALLI ON LUPAAVA KÄYTÄNTÖ	27
5.	HANKKEEN SUURIMMAT ONGELMAT JA HAASTEET	29
5.1	RISKITESTIIN LIITTYVÄT HAASTEET	29
5.2	KOHDEVÄESTÖN TAVOITTAMINEN	29
5.3	MUIDEN KANSANTAUTIEN RISKITESTIT	30
5.4	ELINTAPOHJAUKSEEN LIITTYVÄT HAASTEET	30
6.	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	31
6.1	MEVA-HANKKEEN ANTI PIRKANMAAN MUISTIYHDISTYKSELLE	31
6.2	MITÄ JÄI KESKEN?.....	31
6.3	KEHITETTÄVÄÄ JATKOSSA	32
	LIITTEET	35

TIIVISTELMÄ

Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja varhaisen toteamisen edistäminen Pirkanmaalla eli MEVA-hanke nosti vuosina 2011–2014 muistisairauksien ennaltaehkäisy näkökulman perusterveydenhuollon toiminnassa tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisy rinnalle. Hanke kehitti mallin perusterveydenhuollon toimintaan aivoterveiden edistämiseen, ja THL:n TEAvisarin mukaan yhteiset käytännöt muistisairauden riskin tunnistamisesta olivat Pirkanmaalla vuonna 2014 keskimääräistä yleisempiä. Hankkeen ansiosta terveydenhuollon ammattilaisten sekä alueen väestön tieto muistisairauksien ennaltaehkäisystä lisääntyi. Muistisairauksien riskitesti tuli suurelle osalle ammattilaisista sekä monelle kansalaiselle tutuksi.

Hanke hyödynsi olemassa olevia ryhmänohjausmalleja ja sisällytti Päijät-Hämeessä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn kehitettyyn Ikihyvä-malliin kaksi muistitapaamista, jotka keskittyvät stressin ja kuormittuneisuuden vähentämiseen ja positiivisen aktiivisuuden lisäämiseen. Täydennetty malli leviää myös laajemmalle alueelle Ikihyvä-päivityskoulutusten kautta. Hanke on integroinut näin eri kansantautien riskissä olevien henkilöiden ohjausta yhteneväksi käytännöksi. Tätä on myös perusterveydenhuollon henkilökunta toivonut.

Hankekauden aikana kehittämiskumppanit arvioivat muistisairauden riskin noin kahdelta tuhannelta kansalaiselta, joista noin 15 % oli kohonneen riskin henkilöitä. Väestölle hanke järjesti yleisötilaisuuksia muistisairauksien ennaltaehkäisystä sekä varhaisesta hoitoon hakeutumisesta ja tavoitti noin 3000 kuulijaa.

Hanke toteutettiin yhteistyössä Tampereen sekä ympäryskuntien (Kangasala, Lempäälä, Nokia, Pirkkala ja Ylöjärvi) kuntien perusterveydenhuollon ja työterveysasemien (Työterveyshuolto Viisari, Tullinkulman Työterveys ja Kangasalan työterveyshuolto) sekä Hämeenmaan Sydänpiirin ja Tampereen Diabetesyhdistyksen kanssa. Hankkeen kohdeväestönä olivat keski-ikäiset ja sitä vanhemmat henkilöt ja kohderymänä terveydenhuollon ammattilaiset, joita hanke tuki muistisairauden riskin arvioinnissa ja kohonneen riskin henkilöiden ohjauksessa. Hanke järjesti ammattilaisille koulutusta muun muassa muistisairauden riski- ja suojatekijöistä, motivoivasta ohjauksesta sekä muistisairauksien varhaisesta toteamisesta. Hanke tuki omalta osaltaan perusterveydenhuollon johtoa yhteisen, kirjatun käytännön sopimisessa, seurannassa ja arvioinnissa.

Kehittämiskumppanit esittivät toistuvasti kritiikkiä muistisairauden riskitestin käyttöä kohtaan siksi, että testillä arvioidaan osittain samoja riskitekijöitä kuin muidenkin kansantautien riskitesteillä (FINRISKI ja diabetesriskitesti). Kansalaiset ottivat kuitenkin asian hyvin vastaan. THL julkaisee vuonna 2015 kansantautien yhteisen riskitestin.

Hankkeen aloitteesta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö käynnisti Terveiden ja hyvinvoinnin edistämisen palveluverkon laatimisen. Lähtökohtana oli kehittää kansantautien ehkäisemisen hoitoketju, mutta kehittämiseen valittiin laajempi näkökulma. Palveluketjun tavoitteena on muun muassa nostaa esiin kuormituksesta palautumisen merkitys hyvinvoinnille.

Hankkeen kokemuksen mukaan päihdehuollon toimijoiden kanssa on tarpeen kehittää yhteistyötä, sillä muistin säilyminen toimivana on varteenotettava motivaatiotekijä päihteiden käytön vähentämiselle. Hanke osallistui pilottina Muistiliiton kansallisen muistiohjelman järjestötoimintaan toteuttamiseen päihdetyön osalta toimintatapojen ja materiaalin kehittämiseksi.

Syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten aivoterveysten edistämiseksi tarvitaan lisää yhteistyötä työllisyyspalveluiden ja työttömien yhdistysten kanssa ja jatkossa tulee kiinnittää enemmän huomiota myös työssäkäyvien muistin huoltoon, sillä tietoyhteiskunta ja aktiivinen elämäntapa kuormittavat usein liikaa aivoja ja pitkäkestoinen stressi on yksi riskitekijä aivoterveydelle. Finger-tutkimustulosten perusteella olisi ajankohtaista kehittää edelleen ryhmätoimintaa niin, että ryhmässä olisi myös muistiharjoituksia. MEVA-hankkeessa heräsi ajatus oman Muista Pääasia -tyyppisen ryhmämallin kehittämisestä Muistiyhdistyksen omaan toimintaan ja paikallisosastojen käyttöön. Vapaaehtoisten apua voidaan mahdollisesti hyödyntää ryhmätoimintojen käynnistämisessä.

Tampereella 21.1.2015

MEVA-työryhmä

Sirpa Kotisaari, Teija Siipola, Anne Ketola, Mari Lemmetty ja Marjukka Niemenmaa

1. HANKKEEN TAUSTA JA TARVE

1.1 Tutkimustieto

MEVA-hankkeen taustalla oli tieteelliseen tutkimukseen perustuva tieto mahdollisuudesta ehkäistä dementoivia muistisairauksia tai ainakin siirtää sairauden puhkeamista. Käytettävissä oli myös CAIDE-tutkimuksen perusteella kehitetty mittari (liite 1), jolla voidaan arvioida riskiä sairastua muistisairauteen seuraavan kahdenkymmenen vuoden aikana ja löytää kohonneen riskin omaavat henkilöt. (Kivipelto ym 2006.)

Ehkäisevät toimet tulee aloittaa riittävän varhaisessa vaiheessa, viimeistään keski-ikässä, sillä muistisairaudet kehittyvät hitaasti ja oireeton vaihe kestää useita vuosia, jopa vuosikymmeniä (Kivipelto 2002). Ennaltaehkäisy edellyttää siten elinikäistä perspektiiviä. Muistisairauksien ilmaantumiseen vaikuttavat iän lisäksi perimä ja elintavat. Ikään ja geneettisiin riskitekijöihin ei pystytä vaikuttamaan, mutta elintapatekijöihin sen sijaan pystytään. Pieni osa muistisairauksista on perinnöllisiä.

Useat pitkän seuranta-ajan väestöpohjaiset tutkimukset ovat viitanneet siihen, että kohonnut verenpaine, kolesteroli, verensokeri sekä ylipaino ovat kaikki itsenäisiä ja merkittäviä riskitekijöitä dementian kehittymiselle. Lisäksi tutkimusten mukaan muiden elintapaan liittyvien riskitekijöiden kuten vähäisen liikunnan, kovien ravintorasvojen, runsaan alkoholin käytön ja tupakoinnin vaikutukset ovat korostuneet. Perinnöllisten tekijöiden ja elintapatekijöiden lisäksi myös muut sairaudet voivat vaikuttaa muistisairauksien kehittymiseen, kuten sepelvaltimotauti, eteisvärinä ja sydämen vajaatoiminta sekä keuhkosairauksista keuhkoastma- ja astma (Rusanen ym. 2014). Diabetes ja lievemmat sokeriaineenvaihdunnan häiriöt liittyvät lisääntyneeseen kognitiivisen heikentymisen vaaraan Caide-tutkimuksen mukaan.

Hankekauden aikana tieteellinen tieto ennaltaehkäisystä on vahvistunut. Suomen Akatemian rahoittama, kognitiivisen heikentymisen ehkäisy tutkimus suomalaisessa ikääntyvässä väestössä (FINGER) selvittää edelleen riskitekijöiden vaikutusta dementoivan sairauden synnystä. Kesällä 2014 (Ngandu ym. 2014) julkaistuja kahden vuoden seurannan tuloksia pidetään merkittävänä läpimurtona. Tutkimuksen mukaan monipuolinen elintapaohjaus, muistiharjoittelu sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden hallinta voivat pienentää muistihäiriöiden riskiä ja parantaa iäkkäiden henkilöiden muisti- ja ajattelutoimintoja. THL:n mukaan muistihäiriöiden ehkäisyllä olisi suuri vaikutus yksilölle mutta myös koko kansanterveydelle (<http://www.thl.fi/fi/-/merkittava-lapimurto-muistihairioiden-ehkaisyssa>). Tulokset julkaistaan tarkemmin tieteellisessä julkaisussa vuonna 2015.

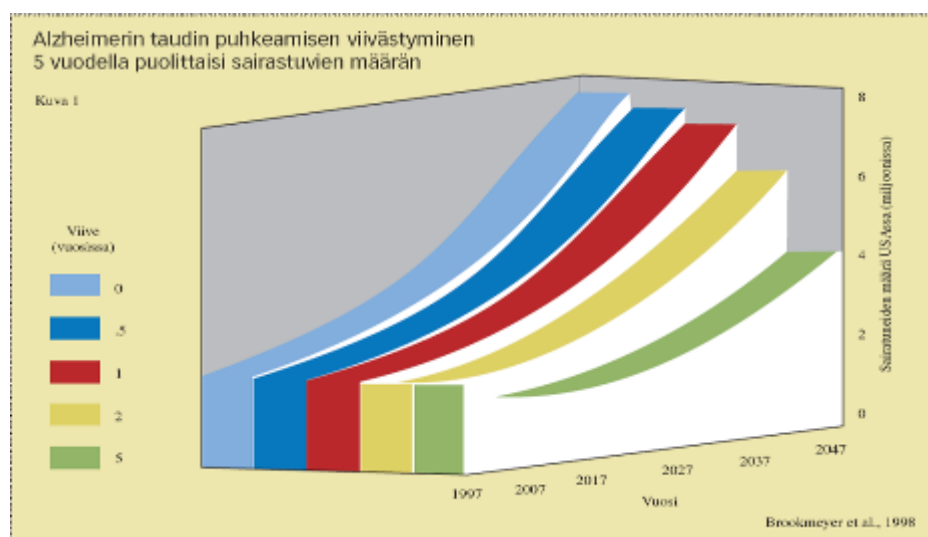
Työikäisten muistioireet kaksinkertaistavat riskin sairastua muistisairauteen myöhemmällä iällä. Muistioireiden takana voi olla useita tekijöitä, joista masennus on yksi merkittävimmistä. TyöOptimi-kyselyllä voidaan tunnistaa ja seurata työssäkäyvän muistioireita ja keskittymisvaikeuksia. TyöOptimi-indeksi on yhteydessä työkykyyn ennustaen sekä käyntejä työterveyshuollossa että sairauspoissaoloja merkitsevästi 1–2 vuotta eteenpäin. (Ahveninen ym., 2014.)

Toinen hankkeen taustalla ollut lähtökohta oli tieto siitä, että merkittävä osa muistisairauksista jää diagnosoimatta

(<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=5357B0CF47E3456D10021487EC91EFE6?id=hoi50044>). Suomalaisen tutkimuksen mukaan (Löppönen ym. 2003) vain alle puolet keskivaikean vaiheen dementiasairauksista oli diagnostisoitu yli 65-vuotiailla.

Tutkimus muistisairauksien erikoispoliklinikalle ohjatuista muistihäiriöisistä potilaista nostaa esiin palveluiden kehittämisen tarpeen, sillä vain pienellä osalla potilaista oli tutkimuksen mukaan etenevä muistisairaus. Muistihäiriöiden selvittelyyn tarvitaan yhteistyökäytäntöjen ja välineiden, esimerkiksi kyselylomakkeiden, kehittämistä. (Remes ym. 2012.)

Kuvasta 1 nähdään Alzheimerin taudin viivästyksen vaikutus sairastuvien määrään. Jos Alzheimerin tautia pystytään viivästyttämään esimerkiksi viidellä vuodella, saadaan sairastuneiden määrä puolittumaan sukupolven aikana.



Kuva 1. Sairastumisen viivästyksen vaikutus muistisairaiden määrään

Myös varhaisen taudin määrittelyn alueelta on hankekauden aikana tullut uutta tutkimustietoa. Lisää perusteita muistisairauksien varhaiseen toteamiseen toi Itä-Suomen yliopiston ALSOVA-tutkimushanke, jonka mukaan varhainen toteaminen edesauttoi kotona selviytymistä pidempään ja paransi elämänlaatua. (Hallikainen ym. 2013.)

1.2 Muistisairaiden määrä kasvaa

Hankkeen taustalla oli tieto muistisairauksien lisääntymisestä. Muistisairaiden ihmisten määrän ennustettiin nelinkertaistuvan vuoteen 2050 mennessä. Parantavaa hoitoa ei ole. Etenevät muistisairaudet on merkittävä ikääntyneiden toimintakykyä heikentävä sairaus ja yleisin ikääntyvien kotona selviytymistä vaikeuttava tekijä. Dementoivat sairaudet yleistyvät jyrkästi iän karttuessa. Tutkimustiedon (Sulkava ja Viramo, 2006) mukaan keskivaikeasta tai vaikeasta dementiasta kärsii kaikista: 65–74 vuotiaista noin 4 %, 75–84 vuotiaista runsaat 10 % ja 85 vuotta täyttäneistä 35 %. Koska elinikä on pidentynyt, yhä useammat tulevat sairastuneiksi.

tumaan muistisairauteen. Vaikeasti dementoituneet henkilöt tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa ja valvontaa niin kotona, tehostetussa palveluasumisessa kuin laitoshoidossakin. Tätä aiheuttaa yhteiskunnalle väestörakenteen muuttuessa suunnattomia menoeriä puhumatta-
kaan inhimillisistä kärsimyksistä.

Hankekauden aikana samoja ennusteita on edelleen painotettu muun muassa STM:n kansallisessa muistiohjelmassa (<http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1800855>). Pirkanmaalla muistisairaiden määrän arvio tulevina vuosina näkyy taulukossa 1. Siitä nähdään, että Tampereella ja ympäristökunnissa muistisairaiden suhteellinen lisäys on huima. Tämä edellyttää toimia ja luo vahvan perustelun ennaltaehkäisyyille.

Kunta	2013	2030	Lisäys-%
Pirkkala	357	785	120
Ylöjärvi	679	1308	93
Kangasala	771	1463	90
Lempäälä	451	801	78
Nokia	820	1417	73
Tampere	5926	9640	63
Vesilahti	112	180	61
Pälkäne	267	429	61
Juupajoki	83	133	60
Valkeakoski	713	1103	55
Parkano	271	418	54
Hämeenkyrö	338	511	51
Akaa	525	783	49
Huittinen	407	601	48
Ikaalinen	298	437	47
Kihniö	92	133	44
Sastamala	994	1392	40
Mänttä-Vilppula	494	679	38
Urjala	228	309	36
Orivesi	384	516	34
Virrat	349	469	34
Ruovesi	241	319	33
Punkalaidun	162	204	26
Yhteensä	14962	24030	61

Taulukko 1. Ennuste muistisairaiden määrästä Pirkanmaalla vuosina 2013 ja 2030

1.3 Kansallinen muistiohjelma - vahva peruste hankkeelle

Hankkeen toisena vuotena valmistunut STM:n kansallinen muistiohjelma edesauttoi hankkeen toteuttamista ja vähensi muutosvastarintaa ja hankkeen kyseenalaistamista. Muistiohjelmaan on koottu toimenpiteitä, joiden avulla varaudutaan muistisairaiden määrän kasvuun, ehkäistään muistisairauksia sekä kehitetään hoito- ja palvelujärjestelmää. Tavoitteena on rakentaa muistiystävällinen Suomi, jossa aivoterveysten edistäminen ja muistioireiden var-

hainen tunnistaminen on otettu vakavasti, ja jossa muistisairaat elävät arvokasta elämää ja saavat asianmukaisen hoidon, huolenpidon ja kuntoutusta.

Kansallinen muistiohjelma rakentuu neljän kivijalan varaan:

1. Aivoterveysten edistäminen
2. Oikeat asenteet aivoterveysten, muistisairauksien hoitoon ja kuntoutukseen
3. Hyvän elämänlaadun varmistaminen muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen oikea-aikaisen tuen, hoidon, kuntoutuksen ja palvelujen turvin
4. Kattavan tutkimustiedon ja osaamisen vahvistaminen.

Vaikuttaminen palvelutarpeiden kasvuun edellyttää muistiohjelman mukaan toimia aivoterveysten edistämiseksi, muistisairauksien ennaltaehkäisemiseksi, muistioireiden tunnistamiseksi mahdollisimman varhain ja oikea-aikaisen hoidon, kuntoutuksen ja muun tuen turvaamista. Tavoitteena on, että vuoteen 2020 mennessä työelämässä tunnistetaan uupumisen ja kuormittuneisuuden ongelmat ajoissa ja niihin puututaan ennakoiden. Erityistä huomiota tulee ohjelman mukaan kiinnittää ns. haavoittuvien asiakasryhmien, kuten mielenterveyskuntoutujien, yksinäisten ja syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten tarpeisiin. Esimerkiksi työttömiksi joutuneiden kohdalla alisuoriutuminen ja sosiaalisten kontaktien mahdollinen vähäisyys lisäävät riskiä muistisairauteen myöhemmällä iällä. Työttömät ovat siten yksi erityisryhmä muistisairauksien ehkäisyssä. Toisaalta ylikuormitus aiheuttaa työuupumusta ja on riski aivoterveystelle. Myös MEVA-hankkeessa on todettu, että nämä ryhmät tarvitsevat erityistä huomiota. Näiden havaintojen perusteella suunniteltiin MEVA- jatkohanketta.

Pirkanmaan Muistiyhdistys on mukana Muistiliiton kansallisessa muistiohjelmatoiminnassa pilottina. Muistiliitto edistää kansallisen muistiohjelman järjestöllistä toimeenpanoa ja siihen sisältyy aivoterveysten edistämisen pilotointia yhdessä kolmen jäsenyhdistyksen kanssa. Pilotoinnin kohdeväestönä MEVA-hankkeen alueella ovat päihdeongelmaiset ja kohderyhmänä päihdetyötä tekevät ammattilaiset.

2. HANKKEEN TAVOITTEET JA TOIMINTAMUODOT

2.1 Tavoitteet

Projektin päätavoitteena oli, että kuntalaiset saavat perusterveydenhuollossa ja työterveys-huollon palveluissa tietoa ja tukea, miten voivat omassa elämässään toimia muistisairauksien ennaltaehkäisemiseksi ja että kansalaiset pääsevät mahdollisimman varhain tutkimusten ja hoidon piiriin epäiltäessä muistisairautta. Tämä edellyttää pysyviä rakenteita palvelujärjes-telmään aivoterveysten edistämiseksi ja muistisairauksien varhaiseksi toteutukseksi. Tavoit-teena pitemmällä tähtäimellä on etenevien muistisairauksien väheneminen, samalla riskiteki-jöihin läheisesti liittyvien muiden sairauksien kuten sydän- ja verisuonisairauksien ilmaantu-vuus vähenee.

Hankkeen tavoitteena oli tukea ammatilaisia ennaltaehkäisymallin toteuttamisessa; kohon-neen riskin henkilöiden tunnistamisessa sekä elintapamuutosten ohjaamisessa. Tavoitteena oli, että projektin alusta alkaen yhteensä 2000 ihmisen sairastumisriski on arvioitu ja että heistä 1000:lle on tarjottu ohjausta riskin vähentämiseksi.

Tavoitteena oli lisäksi väestön tiedon lisääntyminen muistisairauksien ennaltaehkäisystä, ensioireista ja hoitoon hakeutumisesta. Tiedon lisääntyminen hälventää sairauteen liittyvää kielteistä leimaa. Tavoitteen toteutukseksi sovittiin yleisötilaisuuksien järjestämisestä kai-kissa alueen kunnissa hankekauden aikana. Tavoitteena oli, että tiedotuskampanjaan osallis-tuu 1900 kuntalaista. Tavoitteena oli myös tiedon lisääntyminen terveydenhuollon ammatti-laisten keskuudessa niin, että muistisairaudet osattaisiin tunnistaa mahdollisimman varhai-nessa vaiheessa.

Tavoitteena oli luoda uudenlaisia yhteistyömalleja sydän-, diabetes- ja muistiyhdistysten välille, koska sydän- ja verisuonitaudeilla, tyypin 2 diabeteksella ja muistisairauksilla on samoja riskitekijöitä.

2.2 Toimintamuodot

Hankkeessa hyödynnettiin muistisairauden riskitestistä kohonneen riskin henkilöiden löytämi-seksi. Tarkoituksena oli, että perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon tarkastuksissa ja muussa vastaanottotyössä tunnistetaan muistisairauden riskitestin avulla henkilöitä, joilla sairastumisriski on kohonnut ja heitä tuetaan riskin pienentämisessä. Testissä yhdeksän pis-tettä tai enemmän saavilla henkilöillä on kohonnut riski sairastua muistisairauteen myö-hemmällä iällä. Menetelminä riskin vähentämiseksi suositeltiin ensisijaisesti ryhmäohjausta ja toissijaisena vaihtoehtona yksilöohjausta, koska lähtöolettamuksena on, että ryhmäohjaus on kustannuksiltaan edullisempi ja tuloksiltaan vaikuttavampi. Hanketyöntekijöiden tehtä-vänä oli kouluttaa ja perehdyttää ammatillaiset asiaan ja tukea heitä toimintakäytännön to-teuttamisessa.

Kohonneen riskin henkilöiden ohjaukseen tarjottiin Miina Sillanpää-säätiössä kehitettyä Muista Pääasia -ryhmämallia sekä riskitestauskäytännön ja siihen liittyvän ohjauksen sisällyttämistä jo olemassa oleviin ryhmämalleihin kuten Tulppa- ja Ikihyväryhmät sekä painonhallintaryhmät. Hankkeen aikana huomattiin tarve kehittää Ikihyvä-ryhmämallin sisältöä aivoterveyden edistämisen osalta.

MEVA-hankkeessa terveyden edistäminen nähtiin koko organisaation tehtävänä ja hanke korosti johtamista uuden toimintakäytännön toteutumisessa ja vakiintumisessa. Toiminnan toteutumiseksi tarvitaan sitoutumista strategiatasolla, johtamista, tarveanalyysia, voimavaroja ja osaamista sekä yhteisiä käytäntöjä (Ståhl & Rimpelä 2010, 133–151).

Keinona väestön tietoisuuden lisäämiseksi olivat yleisötilaisuudet, lehtiartikkelit, haastattelut sekä messuille ja ammattilaisten tilaisuuksiin osallistuminen. Kansantautien (sydän- ja verisuonitaudit ja tyypin 2 diabetes) ennaltaehkäisyssä on paljon yhteistä ja siksi hankkeessa pyrittiin kehittämään yhteisiä toimintamuotoja paikallisten sydän- ja diabetesyhdistysten kanssa.

Hankkeen kehittämiskumppaneina olivat Tampereen, Kangasalan, Lempäälän, Nokian kaupungin, Pirkkalan ja Ylöjärven terveyskeskukset sekä alueella toimivat työterveyshuollon kunnalliset liikelaitokset Tullinkulman Työterveys, Työterveyspalvelu Viisari ja Kangasalan työterveys. Työterveyshuolto Viisarin toimipisteet sijaitsevat Ylöjärvellä, Lempäälässä, Nokialla, Pirkkalassa ja Vesilahdella. Tullinkulman työterveys toimii Tampereella ja vastaa mm. Tampereen kaupungin työterveyspalveluista. Näiden tahojen kanssa tehtiin kumpanuussopimus. Hankkeen toiminta-alueena oli yleisötiedotuksen osalta Pirkanmaan maakunta sekä Huittinen Satakunnassa.

Hankkeessa hyödynnettiin Varsinais-Suomen Muistiyhdistyksen *Aivoterveys ja muisti* -hankkeen kehittämää lomaketta Muistioirekysely työikäiselle (liite 3a, 3b, 3c). Muistioirekysely otettiin käyttöön, jotta voidaan helpommin erottaa muistihäiriöiden syy. Kouvolan seudun Muisti ry:n *Voimavaralähtöiset terveyskeskustelut* -hankkeen työntekijöiden kanssa käytiin vertaiskeskusteluja.

MEVA-hankkeella oli sekä ohjausryhmä että kehitysryhmä. Liitteissä 4 ja 5 ovat ohjaus- ja kehitysryhmien jäsenet ja tehtävät. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimi geriatrian professori Jaakko Valvanne. Ohjausryhmän kokouksia oli hankkeen aikana kaksitoista ja kehitysryhmän kokouksia kuusitoista. Osallistumisaktiivisuus oli hyvä.

Hankkeessa oli kolme kokopäiväistä työntekijää: hankekoordinaattorina toimi terveydenhoitaja, TtM Sirpa Kotisaari, projektityöntekijöinä sairaanhoitaja, TtM Mari Lemmetty (vuonna 2013 fysioterapeutti, TtM Heta Periviita) sekä fysioterapeutti Jussi Viljanen (2012–2013) ja fysioterapeutti Anne Ketola (2013–2014). Lisäksi Muistiyhdistyksen toiminnanjohtaja Teija Siipola ja toimistosihiteeri Marjukka Niemenmaa toimivat osa-aikaisesti hanketyöryhmässä.

3. TUOTOKSET JA TULOKSET

3.1 Muistisairauden riskin arviointi

3.1.1 Malli muistiriskitestin käytöstä

Kehittämiskumppaneina olevien terveyskeskusten ja työterveyshuollon yksiköiden kanssa sovittiin toimintakäytännöstä muistisairauden riskin arvioimiseksi riskitestin avulla sekä kohonneen riskin henkilöiden ohjauksen järjestämiseksi: perusterveydenhuollon toimijat arvioivat muistisairauden riskiä sovitulla vastaanottokäynneillä (kuten verenpaine- ja kolesteroliasiakkaat) ja ohjaavat kohonneen riskin henkilöitä motivoivan, voimavaralähtöisen ohjauksen keinoin ryhmissä ja yksilövastaanotolla. Liitteinä 6-13 ovat sovitut mallit.

3.1.2 Riskinarviointitulokset

Kehittämiskumppanit arvioivat hankkeen aikana muistisairauden riskiä noin kahdelta tuhannelta kuntalaiselta ja näistä noin 15 % oli kohonneen riskin henkilöitä. Hankkeen tavoitteeksi asetetut kaksituhatta muistisairauden riskin arviointia täyttyi. Sähköistä seurantatietoa saatiin kolmelta kehittämiskumppanilta (Kangasala, Nokia ja Pirkkala). Muut keräsivät riskitestilomakkeita seurantaan varten ja lomakkeet laskettiin hankkeessa. Ennen hanketta ei ollut tietoa riskihenkilöiden määrästä väestössä ja hankkeen tavoitteeksi asetettiin testatuista 50 % henkilön ohjaaminen elintapaohjaukseen. Ohjattavien henkilöiden määrä osoittautui tätä paljon pienemmäksi. Taulukossa 2 ovat hankkeen aikana kehittämiskumppanien tekemät, kirjatut muistisairauden riskitestaukset. Mukaan on laskettu myös teemaviikkojen testaukset, joissa hanke oli mukana. Näiden lisäksi esimerkiksi Lempäälän terveyskeskuksen vastaanotoilla tehtiin arvion mukaan yhtä suuri määrä riskitestejä, jotka jäivät kirjaamatta. Lempäälän yleisötilaisuuksissa tehtiin arvion mukaan noin 200 testiä.

Vuonna 2012 kehittämiskumppanit tekivät joko muistiviikolla tai muuna ajankohtana riskitestauksen teemaviikon. (Työterveyspalvelu Viisarissa teemaviikko oli syksyllä 2011 ja Tullinkulman Työterveydessä syksyllä 2013.) Hanketyöntekijä lähetti ohjeen teemaviikosta kehittämiskumppanien johdolle tai hoitohenkilökunnalle (ylilääkäri, hoitotyön johtaja tai terveydenhoitaja), joka ohjeisti henkilökuntansa. Muistiriskitesti ohjattiin tehtäväksi kaikille keski-ikäisille asiakkaille teemaviikon aikana. Kohonneen riskin henkilöille oli tarkoitus järjestää ryhmäohjausta tai yksilöohjausta, mutta yhtään ryhmää ei perustettu.

Kehittämiskumppanit	Vuosi 2011		Vuosi 2012		Vuosi 2013		Vuosi 2014	
	kpl	joista kohonneen riskin hlöitä (12 %)	kpl	joista kohonneen riskin hlöitä (17%)	kpl	joista kohonneen riskin hlöitä (15%)	kpl	joista kohonneen riskin hlöitä
Kangasala			125	31	74	14	49	
Lempäälä			24	7	13	4	10	4
Nokia			109	11	35	11	60	0
Pirkkala			39	10	23	12		
Tampere			224	25	76	19	23	1
Ylöjärvi			86	17	24	8	7	2
Kangasala, tth			40	4			35	
Tullinkulman Työterveys					286	26	50	5
Työterveyspalvelu Viisari	351	43			58	2		
Hämeenmaan Sydämpiiri								
Tampereen Diabetesyhdistys			14	5				
Muistiyhdistys					107	8	241	36
Yhteensä	351	43	661	110	696	104	475	48

Taulukko 2. Kehittämiskumppanien tekemät riskitestikirjaukset¹

Hanke pyysi työntekijöiden arvioita ja palautetta toimintakäytännöstä. Kuvassa 2 on lueteltu arviointitiedon perusteena olevat kyselyt ja tilanteet. Vuonna 2012 tehdyssä sähköisessä kyselyssä terveydenhuollon ammattilaiset antoivat muistiriskitestille kouluarvosanan, joiden keskiarvo oli 7 (asteikolla 4-10).

¹Hanke käynnistyi keväällä 2011 ja kehittämiskumppanit Työterveyspalvelu Viisaria lukuun ottamatta aloittivat riskitestauksen vuonna 2012. Hämeenmaan Sydämpiirin ja Tampereen Diabetesyhdistyksen järjestämissä väestötutkimuksissa on tehty riskitestauksia, mutta näistä ei ole tarkkoja lukuja saatavilla. 2014 tietoja ei ole saatavilla.



Kuva 2. Arviointitieto perustuu kyselyihin ja keskusteluihin

Seuraavassa kaksi ammattilaisen arviota:

”Riskitesti on hyvä väline niille potilaille, joilla on riskitekijöitä sairastua esimerkiksi tyypin 2 diabetekseen. Näille ei yleensä ko. tauti ole tarpeeksi paha, mutta muistisairaus jo sellainen on. Samat asiat vaikuttavat kuitenkin molempiin.”(lääkäri)

”Todella hyvä puheeksi ottoväline, selvästi herätti miettimään. Henkilökuntavajeen vuoksi oli vaikeaa tarpeeksi paneutua asiaan täysipainoisesti”(hoitaja)

Vuoden 2013 aikana käytiin kaksi väliarviointikeskustelua jokaisen kehittämiskumppanin (terveyskeskukset ja työterveyshuollon yksiköt) kanssa. Keskustelussa olivat mukana johdon, esimiestason sekä työntekijöiden edustajat. Vuoden alussa käydyissä keskusteluissa hanke esitti luonnoksen toimintakäytännöksi muistisairauden riskin arvioimiseksi ja sovitettiin, että käytäntöä kokeillaan ja vuoden lopussa kokoonnutaan arvioimaan käytäntöä ja sopimaan jatkosta. Toisessa väliarviointikeskustelussa vuoden 2013 lopussa malleihin tehtiin pieniä muutoksia. Liitteinä 6-13 ovat kumppaneiden kanssa sovitut mallit. Riskitestausta sujuu kehittämiskumppanien kokemuksen mukaan luontevasti ajokorttitarkastuksessa, monisairaana asiakkaan valmistellulla vastaanotolla ja terveystarkastuksissa.

Syksyllä 2013 tehdyssä sähköisessä kyselyssä terveydenhuollon ammattilaiset antoivat muistiritestille kouluarvosanan, joiden keskiarvo oli 7,7 (asteikolla 4-10).

- Lääkäreistä 37 % oli käyttänyt ja jatkossa 63 % aikoi käyttää testiä.
- Sairaanhoitajista/terveydenhoitajista 84 % oli käyttänyt ja 90 % aikoi käyttää jatkossa riskitestiä.
- Kyselyyn vastanneista 83 % piti lomaketta hyvänä työvälineenä aivoterveystieteen edistämiseksi.

Muistiriskitestiä sovittuna käytäntönä arvioitiin vastauksissa seuraavasti:

”Arkipäivän työssä asia on hoidossa, mutta jotta ehtisin erikseen täytellä lomakkeita, vaatisi lisäaikaa.”(lääkäri)

”Testien paljous on haasteena asiakastyössä, asiakasta ei voi hukuttaa testeihin.”(terveydenhoitaja)

”Olen ymmärtänyt, että on muistiriskitestin käyttö sovittu vakituiseksi käytännöksi.”(terveydenhoitaja)

Vastauksissa oli myös arvioita muistiriskitestistä työkaluna sekä asiakkaiden näkemyksiä:

”Testeillä on hyvä perustella asioita asiakkaille.”(työterveyshoitaja)

”Hyvä työkalu, helppo, nopea, selkeä. Asiakkaat tyytyväisiä testiin.”(terveydenhoitaja)

”Hyvä tie päästä keskustelemaan muistiin ja yleensäkin terveyden ylläpitämiseen liittyvistä asioista, myös niiden kanssa joilla jo oireita mutta kieltävät asian.”(sairaanhoitaja)

”Asiakkaat ovat positiivisesti yllättyneitä kun huomioidaan myös muisti.”(terveydenhoitaja)

Työskentelyn ja näkökulman muuttamista laajemmin sekä palautetta hankkeelle kuvasi eräs terveydenhoitaja seuraavasti:

”Projektinne on tukenut niin työntekijäkäynneillä kuin hyvällä materiaalilla ennaltaehkäisevän työn tekemistä. Tämä työ on verisuoniterveysnäkökulmainen ja teidän ansiostanne olen osannut laajentaa työmenetelmiäni koskemaan muistitoimintoja tarkemmin ja toivottavasti myös niin, että yhä useampi asiakas saa yksilöllisempää ja oikein mitoitettua, motivoivaa terveysneuvontaa.” (terveydenhoitaja)

Monista positiivisista palautteista huolimatta tehtyjen muistiriskitestien määrä oli hankkeen viimeisenä vuotena pieni ja hanke sai vain vähän tietoa kohonneen riskin henkilöiden määrästä. Näyttää siltä, että testejä on tehty vähemmän ja kirjauksia on jäänyt tekemättä. Myös muiden testien (esim. diabetesriskitesti) seurantatieto usein puuttuu perusterveydenhuollossa, sillä sähköiset tietojärjestelmät eivät tue seurantaa.

3.2 Kohonneen riskin henkilöiden ohjaus

3.2.1 Yksilö- ja ryhmäohjausmallit

Hankkeen aikana kohonneen riskin henkilöiden ohjaus toteutettiin yksilö- ja/tai ryhmäohjausmenetelmänä. Suurimman osan kohonneen riskin henkilöiden ohjauksesta kehittämisskumppanit toteuttivat yksilöohjauksena. Yksilöohjaus on työn auttamismenetelmä, jossa työntekijä vuorovaikutuksen avulla tukee asiakkaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itseenäisyyttä. Ohjaus on suunnitelmallista ja muutokseen tähtäävää työtä, jossa tarvitaan erilaista osaamista. Ohjaajan tulee kyetä asettamaan yhdessä ohjattavan kanssa tavoitteita ja tarjoamaan käytännön työkaluja tavoitteiden saavuttamiseksi. (Eloranta – Virkki 2011.)

Hanke suositteli ryhmäohjausta, koska ryhmäohjauksella voidaan saavuttaa hyviä tuloksia jo melko vähäisillä resursseilla (Laatikainen ym. 2007, Absetz ym. 2007) ja koska ryhmässä ohjattavat saavat vertaistukea tavoitteiden asettamiseen sekä niihin sitoutumiseen ja pyrkimiseen (Absetz ym. 2008,12). Hankkeessa käytettiin Muista Pääasia- sekä Ikihyvä-

ryhmämalleja. Näiden mallien keskeinen ero on, että Muista Pääasia -mallissa ohjaajana voi toimia kuka tahansa muistiasioista kiinnostunut henkilö kun taas Ikihyvä-ryhmäohjaajan tulee olla terveyden- tai sosiaalihuollon ammattihenkilö ja käynyt Ikihyvä-ryhmäohjauskoulutuksen. Lisäksi Ikihyvä-mallissa osallistujat ovat aktiivisessa roolissa; asettavat itselleen tavoitteita ja valitsevat keinoja, miten päästä niihin.

3.2.1.1 Lyhennetty Muista Pääasia -ryhmämalli

Hankkeessa käytettiin yhtenä ryhmäohjausmallina Muista Pääasia- ryhmävalmennusmallia. Näiden ryhmien tavoitteena on lisätä tietoutta muistin toiminnasta ja sen tukemisesta, opettaa tunnistamaan oman muistin vahvuuksia ja heikkouksia sekä lisäksi tunnistaa aivoterveysten riskit ja löytää keinoja ylläpitää ja vahvistaa omaa aivoterveysttä sekä luoda ja vahvistaa edellytyksiä muistihäiriöiden ja muistisairauksien oireiden tunnistamiseksi. Ryhmäpalautteiden, hanketyöntekijöiden sekä kehittämiskumppanien esittämien toivomusten perusteella ryhmämallia lyhennettiin kahden ensimmäisen ryhmän jälkeen kymmenestä kokoontumiskerrasta kuuteen.²

Hankekaudella pidettiin seitsemän Muista Pääasia -ryhmää (taulukko 3), joihin osallistui kohonneen riskin henkilöitä sekä muistisairauden perinnöllisyydestä huolestuneita henkilöitä. Tampereella pidettiin syksyllä 2014 yksi Muista Pääasia- ryhmä omana toimintana, kaupungin terveydenhoitajien ohjaamana.

Ensimmäisessä Muista Pääasia -ryhmässä tapaamisia oli kymmenen, neljässä seuraavassa ryhmässä tapaamiskertoja oli viisi sekä yksi ”muistitreffi”-tapaaminen seuraavalla kaudella. Ryhmän ohjauksista vastasivat MEVA- hankkeen projektityöntekijä ja kaupungin terveydenhoitaja, sairaanhoitaja tai päihdeyksikön ohjaaja. TAMK:n opiskelijat vastasivat kahden ryhmän ohjauksesta. Hankeaikana elintapaohjausryhmä toteutettiin ensimmäistä kertaa sosi-aali- ja terveyspalvelujen yhteistoimintona. Hanketyöntekijöiden mentoroimana työntekijät ja opiskelijat saivat tarpeellista kokemusta ryhmäohjauksesta.

² Miina Sillanpää säatiö toteutti vuosina 2008–2011 hankkeen ”Muista Pääasia-ikäntyvän ihmisen kognitiivisen toimintakyvyn ylläpitäminen”, ja kehitti siinä helposti käytettävissä olevan kurssimuotoisen valmennusmallin, jonka avulla voidaan tukea väestöä aivojen terveyden ja erityisesti kognitiivisen toimintakyvyn ylläpitämisessä. Mallin vaikuttavuutta on selvitetty tieteellisellä tutkimuksella. Hankkeen lopputuloksena on valmistunut Muista Pääasia- ohjaajan opas, joka sisältää valmiin kurssiohjelman koulutusaineistoineen. Mallin kehittämisen lähtökohtana on ollut lisääntyvä tieto jatkuvasta oppimisesta elämänkaaren eri vaiheissa ja aivoille ominainen kyky mukautua, muuttua ja sopeutua. Työtapana mallissa käytetään ryhmä- ja yksilötyöskentelyä vuorovaikuttaisesti, informoivasti ja motivoivasti.

(http://www.miinasillanpaa.fi/fin/tutkimus_ja_kehittamistoiminta/paattyneet_hankkeet/muista_paaasia)

Organisaatio	Ohjaus	Ajankohta	Koko	Kerrat
Muistiyhdistys	MEVA+ 2 terveydenhoitajaopiskelijaa	Syksy 2012	9	11
Lempäälä	MEVA+ terveydenhoitaja	Syksy 2012	8	10
Muistiyhdistys	MEVA+ terveydenhoitaja	Kevät 2013	7	5
Nokia	MEVA+ päihdetyöntekijä	Kevät 2013	6	5+1
Tullinkulman Työterveyshuolto	MEVA+ 2 terveydenhoitajaopiskelijaa	Syksy 2013	6	5+1
Tampere	MEVA+ terveydenhoitaja	Kevät 2014	6	5+1
Tampere, omana toimintana	2 terveydenhoitajaa	Syksy 2014	7	8
Tampere	MEVA+ terveydenhoitaja	Syksy 2014	6	5

Taulukko 3. Hankkeessa vuosina 2012–2014 toteutuneet Muista Pääasia -ryhmät

Hankkeen Muista Pääasia – ja Ikihyväryhmistä pyydettiin kirjalliset palautteet osallistujilta. Palautteet molemmista ryhmistä olivat hyviä. Muista Pääasia -ryhmäläisiltä kerättyjen palautteiden mukaan ryhmän parasta antia oli vertaistuki, kotitehtävät, ohjaajilta saatu tieto. Tapaamisten jälkeen ryhmäläiset pysähtyivät miettimään, miten omien aivojen toimintaa voisi pitää mahdollisimman hyvänä omilla valinnoillaan. Yhden palautteen mukaan parasta hyötyä toi koko paketti. Ryhmäläisten mukaan he jäivät kaipaamaan yhteisiä hetkiä, hyvää porukkaa ja tietoa ryhmän jatkumisesta säännöllisenä. Myös ohjaajat saivat paljon positiivista palautetta, mm. ohjaajat osasivat asiansa, antoivat tilaa tiedon lisäksi keskustelulle, mutta palauttivat taas hyvin asiaan. Monissa palautteissa nousi esille jatkoryhmän tarve. Ryhmistä saatujen kaikkien palautteiden keskiarvo oli 8.9, asteikolla 4-10.

Ohjaajat olivat tyytyväisiä Muista Pääasia -ryhmämallin materiaalipakettiin; on ollut helppo aloittaa ryhmä. Mallissa ohjaajan rooli helposti korostuu ja kokoontumisista tulee luento- maisia. Ensimmäisten ryhmien jälkeen ohjaajat totesivat, että kokoontumisista kannattaa tiivistää kymmenestä kuuteen. Tosin ryhmäläisten palautteissa osa osallistujista piti kymmentä kertaa hyvänä.

3.2.1.2 Laajennettu Ikihyvä-ryhmämalli

Toinen hankkeessa käytetty ryhmäohjausmalli oli Ikihyvä-elintaparyhmäohjaus, joka on alun pitäen tarkoitettu korkeassa tyypin 2 diabeteksen riskissä oleville henkilöille, mutta sopii myös ylipainon, veren rasva-arvojen ja kohonneen verenpaineen elintapahoitoon ja sitä voidaan hyödyntää laajasti omahoidon tukemisessa. Ohjaus on tavoitteellisen toiminnan periaatteisiin pohjautuva asiakkaan vastuunottoa tukeva terveysneuvonnan työtapa. Ikihyvä-ohjausmalli on systemaattinen ja sen vaikuttavuus perustuu näyttöön. (Absetz ym. 2009, 1418–1420, Renner ym. 2012 306–315.) Ohjaus tapahtuu noin 12 hengen ryhmissä. Yhteen ohjausjaksoon sisältyy kuusi kahden tunnin mittaista istuntoa, joista viisi ensimmäistä pidetään kahden viikon välein. Viidennen ja kuudennen istunnon välinen aika on noin kaksi kuukautta.³

³ Elintapaohjausta on kehitetty Päijät-Hämeen Ikihyvä-hankkeessa vuosina 2002–2012. Hankkeen toteutuksesta on vastannut Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia yhteistyössä Terveyden ja hyvin-

Ikihyvä-ryhmämallin sisällössä painottuvat ruokavalioon ja liikuntaan liittyvät asiat. MEVA-hankkeessa tehtiin aloite mallin täydentämiseksi, koska myös kuormittumiseen ja palautumiseen liittyvät asiat ovat tärkeitä aivoterveydelle. Yhteistyössä dosentti Pilvikki Abstezin kanssa kehitettiin Ikihyvä-ryhmäohjausmalliin kaksi aivoterveysteen liittyvää osiota. Nämä kaksi muistitapaamista keskittyvät stressin ja kuormittuneisuuden vähentämiseen ja positiivisen aktiivisuuden lisäämiseen. Ryhmien sisällöt koostuivat keskusteluista, motivaatiota edistävästä harjoituksista ja tehtävistä. Ensimmäisellä kerralla tunnistetaan oman arjen hyvinvointiin ja aivoterveysteen vaikuttavia positiivisia ja negatiivisia tekijöitä, jaetaan niihin liittyviä kokemuksia sekä pohditaan oman toiminnan vaikutuksia muihin ja itseen. Toisella kerralla pohditaan keinoja, joilla arjen hyvinvointiin voi vaikuttaa ja suunnitellaan hyvinvointia lisääviä kokeiluja. Muistitapaamisten tarkoituksena on antaa välineitä siihen, miten voi vaikuttaa omaan sekä toisten hyvinvointiin.

Hankkeen työntekijä toteutti kaksi Ikihyvä-mallin mukaista muistiaiheista pilottiryhmää (Tampere, Nokia) yhdessä kehittämiskumppanien kanssa. Lisäksi Kangasalan ja Pirkkalan Ikihyvä-ryhmäohjaajat pilotoivat uusia osioita omissa ryhmissään. Ikihyvä-koulutettuja hoitajia on hankealueella seuraavasti: Tampereella (12), Nokialla (1), Ylöjärvellä (7), Pirkkalassa (2) ja Kangasalla (2), yhteensä (24). Ryhmiä pidettiin Tampereen, Pirkkalan ja Kangasalan terveyskeskuksissa. MEVA-hanke tarjosi kehittämiskumppaneiden koulutetuille Ikihyvä-ohjaajille täydennyskoulutuksen uusista, kehitetyistä aivoterveysosioista eli muistitapaamisista. Koulutuksen tavoitteena oli kannustaa ohjaajia uusien ryhmien aloittamisessa sekä helpottaa ryhmien ohjaamista. Ikihyvä-ryhmiä aloitettiin Tampereella (2), Kangasalla (1) ja Pirkkalassa (1). Ylöjärvellä ryhmä aloitetaan vuoden 2015 alussa.

Ikihyvä-ryhmäohjaajien mielestä mallin täydentäminen muistitapaamisilla oli oleellinen asia, sillä ohjaus kuormittumisesta palautumiseen ja unettomuuden lääkkeettömään hoitoon on jäänyt tähän asti liian vähälle. Pilottiryhmiä ohjanneet työntekijät pitivät muistitapaamisista hyvinä ja olivat innostuneita asiasta. Hankkeen järjestämä täydennyskoulutus tehosti Ikihyväryhmätoimintaa ja esimerkiksi Tampereella ryhmätoiminta käynnistyi hiljaiselon jälkeen uudelleen.

Ikihyvä-pilottien jälkeen saaduissa palautteissa kuvattiin ryhmäohjausmallia erittäin mielenkiintoiseksi ja hyväksi kokonaisuudeksi. Tehtävät saivat heidät ajattelemaan ja ryhmäläisten vertaistuki nousi arvoonsa, kun he saivat jakaa kokemuksiaan ja ajatuksiaan. Ryhmissä syntyi hyvä luottamus, keskustelu oli runsasta ja avointa ja sieltä nousi esiin kipeitäkin kokemuksia.

voinnin laitoksen, Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksen, Lahden ammattikorkeakoulun sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän ja alueen kuntien kanssa. Hyvien kokemusten pohjalta toimintaa juurrutetaan osaksi valtimotautien ennaltaehkäisyyn hoito-ohjelmia sairaanhoitopiireissä. Vuoden 2013 loppuun mennessä koulutettuja Ikihyvä-ryhmän ohjaajia on yli 500 ja ryhmiä on pidetty yli 400 kpl. Mallia on sovellettu myös kansainvälisesti mm. Australiassa ja Intiassa. (<http://blogs.helsinki.fi/ikihyva-paijat-/kirjasto-2/>) Suomessa Ikihyväryhmäohjausmalli toimii Päijät-Hämeessä, Pirkanmaalla, Etelä-Pohjanmaalla, Pietarsaari-Mustasaari –alueella ja Lapissa. Ryhmäohjaajakoulutuksen järjestäminen ja kehittäminen jatkuu Päijät-Hämeen perusterveydenhuollon yksikön toimesta. Päijät-Hämeen Hyve-yksikkö koordinoi valtakunnallisesti Ikihyvän ryhmäohjaus-materiaaleja sekä järjestää koulutusta ryhmäohjaajille.

3.2.1.3 Muistiluento avokuntoutuksessa

Tullinkulman työterveydessä on käytössä avokuntoutusmalli, jolla tuetaan työkyvyn ylläpitämistä. Malliin kuuluu kahdeksan päivän mittaista tapaamista sekä yksi seurantapäivä kuuden kuukauden kuluttua kuntoutuksesta. Päivien ohjelmassa vaihtelevat sekä tietopuoliset että toiminnalliset teemat. MEVA-hanke tuotti avokuntoutuskurssille muistiaiheisen, ennaltaehkäisy painotteisen luennon, jonka toteuttivat aluksi projektityöntekijät ja joka siirtyi ensimmäisen hankevuoden jälkeen työterveyshuollon omaksi toiminnaksi.

3.3 Tavoitemalli muistisairauksien ennaltaehkäisyn johtamisesta

Jotta toimintakäytännöstä tulee pysyvä, se edellyttää johdon sitoutumista ja että käytännöstä on yhdessä sovittu ja käytännön toteutumista seurataan ja arvioidaan. Nokian kaupungin perusturva kehitti muistiriskin tunnistamiselle ja kohonneen riskin henkilöiden ohjaamiselle johtamismallin ja tämä loi hyvät edellytykset toimintakäytännön juurtumiselle. MEVA-hankkeen kanssa luotujen muistisairauden riskin tunnistamiskriteereiden (ks. liite 8) lisäksi johtamismallissa on sovittu toimintakäytännöt kirjaamiseen, seurantaan sekä ryhmäohjaukseen. Malliin sisältyy myös yhteistyö ryhmän kokoamisessa Työterveyspalvelu Viisarin Nokian toimipisteen kanssa. Ryhmäohjauksen vastuhenkilö (hoitotyön johtaja) huolehtii ryhmätoiminnan resursointiin sekä ryhmätoiminnan käynnistämiseen ja jatkamiseen liittyvistä asioista sekä tekee päätökset näistä. Hän sopii ryhmätoiminnan arviointimenetelmistä ja käsittelee palautteet ryhmäohjaajien kanssa sekä tekee yhteistyötä työterveyshuollon kanssa. Kangasalla ja Pirkkalassa lisättiin malliin muistiriskitestin käytöstä ohjeet, miten asia kirjaan potilastietojärjestelmään.

3.4 Muistihäiriöasiakkaiden tunnistaminen ja hoito

3.4.1 Osaamisen tukeminen

Hanketyöntekijät haastattelivat syksyllä 2013 kuutta terveyskeskusten työntekijää (kolme lääkäriä, kolme terveydenhoitajaa), jotka toivoivat muistisairauden tunnistamisen tueksi koulutusta viimeisimmistä tutkimustuloksista ja selkeitä ohjeita niiden perusteella käytännön työhön. Lääkärit kertoivat, että muistiongelmat ovat esillä jokapäiväisessä asiakastyössä ja että aiheesta käydään usein keskustelua työpalaverissa; ”*jokainen lääkäri temppuilee muistisairauksien kanssa joka päivä.*” Hoitajat kuvasivat, että tarvitaan yhteistyötä ja yhteistä arviota asiakkaan muistiongelmosta. Syksyllä 2014 terveydenhuollon ammattilaiset arvioivat muistioireiden puheeksi oton ja hoitoon ohjauksen lisääntyneen. Lääkäreille suunnatusta seminaarista (30 lääkäriä, 15 hoitajaa) lokakuussa 2014 hanke sai hyvää palautetta ja arvostuksen 4,2 (asteikolla 1-5). Muistioirekyselyn (liite 3a, 3b, 3c) kehittämiskumppanit ottivat mielellään vastaan, mutta hankeaikana ei ehditty vielä saada paljoa arvioita lomakkeen soveltuvuudesta käytännön työhön.

Hoitajilta vaaditaan uskallusta ja taitoja ottaa muistiasiat keskusteluun. Monesti on vaikea todentaa muistin heikentymää, kun testit näyttävät sujuvan, mutta taustalla kuitenkin kova huoli, etteivät kaikki asiat ole kunnossa. Yhden hoitajan sanoilla: ”*Ihmiset eivät ole kiinnostuneet riskeistä, vaan tämän hetken tilanteestaan.*”

3.4.2 Muistihäiriöisen asiakkaan hoitopolku

Hoitopolku kuvaa terveyskeskuksen ammattilaisten työnjakoa ja tehtäviä asiakkaan hoitamisen eri vaiheissa. Hoitopolun tavoitteena on tarjota asiakkaalle asiantuntevaa hoitoa, vähentää kustannuksia, varmistaa sujuvan ja tehokkaan tiedonsiirtymisen kaikkiin asiakasta hoitaviin yksiköihin. Hoitopolun tavoitteena on myös mahdollistaa asiakkaalle hyvät itsehoitomahdollisuudet. Hoitopolut ovat julkisia ja niiden on oltava helposti kaikkien ammattilaisten saatavissa ja arvioitavissa. (Aalto ym. 2006.)

Hankkeen aikana kartoitettiin, missä kehittämiskumppanien organisaatioissa on olemassa muistihäiriöisen asiakkaan hoitopolut. Ylöjärven, Nokian, Pirkkalan, Lempäälän, Kangasalan organisaatioista löytyi kaikista yli 65 -vuotiaiden muistihäiriöisten asiakkaiden hoitopolut. Ainoastaan Lempäälän kunta oli tehnyt hoitopolun alle 65 -vuotiaille muistihäiriöasiakkaille. Muun muassa Tampereella, Tullinkulman työterveydessä ja Työterveyspalvelu Viisarissa muistihäiriöisen asiakkaan hoitopolku oli suullisesti sovittu.

Niiltä kehittämiskumppaneilta, joilta puuttui hoitopolku alle 65 -vuotiaille muistihäiriöasiakkaille, tarjottiin mahdollisuus laatia yhdessä hanketyöntekijöiden kanssa hoitopolku. Yhteistyöhön tarttuivat Pirkkalan kunnan ja Ylöjärven kaupungin terveysasemien työntekijät. Heidän kanssaan laadittiin hoitopolut alle 65 -vuotiaille muistioireasiakkaille (liitteet 14 ja 15).

3.5 Väestön tiedottaminen

3.5.1 Yleisötilaisuudet, luennot ja muut tilaisuudet

Yleisötilaisuuksien tavoitteena oli lisätä väestön tietoisuutta muistisairauksien ennaltaehkäisystä ja varhaisesta toteamisesta. ”Mitä tehdä, kun muisti pätkee”- yleisötilaisuuksien luentojen aiheina oli, voiko muistisairauksia ehkäistä ja miten tunnistaa alkava muistisairaus. Tilaisuuksissa tarjottiin väestölle mahdollisuutta kartoittaa oma sairastumisriski muistisairauksiin riskitestillä ja pohtia, miten omaa sairastumisriskiä voi pienentää. Väestön tiedottamisesta vastasivat vaihdellen Pirkanmaan Muistiyhdistyksen puheenjohtaja, neurologi Maire Santala, hanketyöntekijät, alueen omat muistihoitajat ja eri lääketieteen edustajat (mm. geriatri tai yleislääketieteen erikoislääkäri).

Yleisötilaisuuksien lisäksi hanketyöntekijät pitivät Pidä huolta muististasi – luentoja (taulukko 4). Luentojen sisältö keskittyi muistin huoltoon, muistisairauksien riskien pienentämiseen ja milloin on syytä hakeutua hoitoon. Tavoitteena oli tiedottaa väestöä aivoterveystieteen edistämiseksi ja motivoida kuulijoita elintapamuutokseen.

Väestöä tiedotettiin myös ennaltaehkäisystä ja varhaisesta toteamisesta kehittämiskumppanien internet- sivuilla, messuilla, tapahtumissa ja Yle Tampereen radion kolmessa haastattelussa. Väestön tiedottamiseen osallistuivat myös eri Pirkanmaan alueen paikallislehdet (liite 16). Muisti- ja aivoviikoilla hanke järjesti Tampereen Diabetesyhdistyksen tiloissa teemailtoja ja kyselytunteja. Hanke tuotti myös materiaalia tiedottamisen tueksi (esim. liite 17).

Kehittämiskumppanit	Yleisötilaisuudet Mitä tehdä, kun muisti päätii? Osallistujia:	Pidä huolta muistista - luentoja. Osallistujia:	Onko internet- sivuilla muisti- sairauksi-en riskitesti?	Onko internetsi- vuilla tietoa ennal- taehkäisystä ja muistisairauksien ensioireista?
Kangasala	40		Kyllä	Kyllä
Lempäälä	68		Kyllä	
Nokia	332		Kyllä	Kyllä
Pirkkala	133		Kyllä	Kyllä
Tampere	116		Kyllä	Kyllä
Ylöjärvi	64	20		
Tullinkulman Työterveys		8		
Työterveyspalvelu Viisari				
Hämeenmaan Sydämpiiri	374	81		
Tampereen Diabetesyhdistys	820	86		
Muut yhdistykset	86	1516		
Muu Pirkanmaa				
Punkalaidun	50			
Kihniö	74			
Parkano	280			
Orivesi	135			
Akaa	64			
Huittinen	80			
Virrat	80			
Ruovesi	18			
Mänttä -Vilppula	93			
Yhteensä	2907	1711		

Taulukko 4. Väestön tiedottaminen vuosina 2011–2014

3.5.2 Yleisötilaisuuksien tulokset ja arviointi

Muistiyhdistys järjesti hankekaudella yksin tai yhdessä muiden kehittämiskumppanien kanssa (Tampereen Diabetesyhdistys ja Hämeenmaan Sydämpiiri) yhteensä 28 avointa yleisötilaisuutta väestölle Pirkanmaan alueella (taulukko 4). Kohdeväestö eli keski-ikäiset ja sitä vanhemmat ihmiset olivat kiinnostuneita muistin ja aivoterveysten ylläpitämisestä. Tätä todistaa se, että hankkeessa järjestetyt yleisötilaisuudet ja Pidä huolta muististasi – luennot olivat erittäin suosittuja. ”Mitä tehdä, kun muisti päätii” – yleisötilaisuuksiin osallistui yhteensä 2983 kansalaista ja kaikkiin tilaisuuksiin (esimerkiksi Tampereella) ei voitu ottaa tilan tai turvallisuusmääräyksiä takia enempää kuulijoita sisälle. Hanke ylitti väestön tiedon lisäämiselle asetetun tavoitteen, sillä väestötilaisuuksiin osallistui kaksinkertainen määrä tavoitettua enemmän ja lehtiartikkelien levikin perusteella laskien hanke tavoitti koko maakunnan nelinkertaisesti.

Hanke ehdotti THL:lle, että se selvittäisi vuosittain tehtävällä *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys* -kyselyllä (AVTK) väestön tietoisuutta muistisairauksien ennaltaehkäisystä. Hanke ehdotti lisättäväksi tiedonkeruulomakkeeseen seuraavaa kysymys-

tä: Oletko tietoinen, miten voit ennaltaehkäistä dementoivaa muistisairautta (kuten esimerkiksi Alzheimerin tautia)?” Tätä kysymystä ei kuitenkaan vielä ollut mukana THL:n tiedonkeruussa vuonna 2013.

3.6 Täydennyskoulutus muistisairauksien ennaltaehkäisystä ja varhaisesta toteamisesta sekä terveyden edistämisen johtamisesta

Kehittämiskumppanien ammattilaisten täydennyskoulutuksen tavoitteena on ollut lisätä ammattilaisten tietoisuutta ja osaamista aivoterveystietä ja muistisairauksien varhaisesta toteamisesta. Koulutusten tarkoituksena on ollut myös tukea kehittämiskumppanien toimintaa ja toiminnan kehittämistä. Koulutuksen suunnittelun ja toteutuksen tavoitteena on ollut, että kaikille kehittämiskumppaneille tarjotaan sisällöltään ja laadultaan samanlaista koulutusta. Koulutusten kohderyhmänä ovat olleet kehittämiskumppanien työntekijät. (taulukko 5)

Kehittämiskumppanit	Koulutus: Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen. Osallistujia:	Koulutus: Motivoinniva, voimaannuttava ohjaus perusta ja työvälineitä. Osallistujia:	Koulutukset: Muistiseminaari lääkäreille ja hoitajille. Aivoterveystietä edistäminen päihdetyössä. Ikihyvä koulutus. Osallistujia:	Ammattilaisten konsultaatiot: Osastopäivät/riskitestiviikkojen infot/Lähtötilanne ja väliarviointit. Tapaamiskertoja yhteensä:	Ammattilaisten tiedottaminen. TH-päivät/Sh-päivät/Kuopio Alzheimer Symposium. Posterit:
Kangasala	64	26	3	13	
Lempäälä	33	25	9	22	
Nokia	87	24	5	18	
Pirkkala	27	16	5	19	
Tampere	53	50	37	36	
Ylöjärvi	75	62	6	26	
Tullinkulman Työterveys	24	3		8	
Työterveyspalvelu Viisari	40	16		8	
Hämeenmaan Sydänpiiri	1			2	
Tampereen Diabetesyhdistys	1	1	1	4	
Muut koulutukset	9				
Yhteensä	414	223	65	156	1530

Taulukko 5. Ammattilaisten tiedottaminen, täydennyskoulutus ja konsultaatiot vuosina 2011–2014

Ammattilaisten täydennyskoulutuksen sisällön suunnittelun lähtökohtana on ollut kehittämiskumppanien ammatillisten valmiuksien ja ydinosaamisen kartoittaminen osaamiskyselyllä keuhällä 2012. Osaamiskyselyn tulosten perusteella ammatillaiset arvioivat, että koulutus-

tarvetta on. Muistisairauksien ennaltaehkäisy arvioitiin vahvemmaksi osaamisalueeksi kuin muistisairauksien varhainen toteaminen. Osaamiskyselyn perusteella ammattilaisten osamista tuli vahvistaa motivoivan haastattelun että riskitekijöiden ja muistioireiden puheeksi oton aihealueilla. Koulutuksien sisällön suunnitteluun vaikuttivat osaamiskyselyn tulosten lisäksi kehittämiskumppanien toivomukset, kuten aikataulu, toimintatavat ja toiminnan kehittämisen linjat.

Kaikissa MEVA- hankkeen järjestämissä koulutuksissa vuosina 2011- 2014 esiteltiin myös Pirkanmaan Muistiyhdistyksen toimintaa ja tehtäviä sekä Meva-hankkeen kehittämistilannetta. Lisäksi koulutuksissa tiedotettiin Kansallisesta Muistiohjelmasta ja sen vaikutuksista yhteistyötahojen toimintaan. Ammattilaisille kerrottiin myös muistisairauksien esiintyvyydestä ja määrän ennusteesta sekä kerrattiin muistiin liittyviä keskeisiä käsitteitä, muistin toimintaa sekä muistin huoltoa.

Varhaisen tunnistamisen osa-alueelta koulutuksissa on keskitytty muistioireiden syyryhmiin, mitkä muistimuutokset liittyvät normaaliin ikääntymiseen ja mitkä ovat muistisairauksien ensioireita. Kehittämiskumppanien kanssa on myös keskusteltu ja pohdittu, miten asiakasta ohjataan talon sisällä, jos ilmenee epäily muistisairaudesta. Keskeisenä aihealueena kaikissa koulutuksissa on ollut muistisairauksien riskitesti (liite 1) ja hankkeen viimeisenä vuonna Varsinais-Suomen Muistiyhdistyksen kehittämä Muistioirekysely työikäisille (liite 3a, 3b, 3c). Koulutuksissa myös panostettiin motivoivan, voimaannuttavan ohjauksen perusteisiin ja työvälineisiin. Tämä koulutus antoi uusia ideoita ja näkökulmia ryhmien ohjaukseen ja vahvisti erilaisten työkalujen käyttöä ohjauksessa; ennen kaikkea koulutus vahvisti käsitystä, että asiakas on huomioitava voimavarana. Kehittämiskumppanien johdolle järjestettiin koulutusta terveyden edistämisen johtamisesta.

Kehittämiskumppanien koulutuksista vastasivat Meva-hankkeen työntekijät, kehittämiskumppaneista muun muassa neurologi Maire Santala, geriatri Taina Hellsten ja ulkopuoliset asiantuntijat, kuten dosentti, PsT, Pilvikki Absetz. Koulutuksissa on käytetty opetusmenetelmänä pääasiassa luentoa ja learning cafe – menetelmää. Koulutuksista tiedotettiin koulutettavia pääasiassa sähköpostin ja kehittämiskumppanien ja ohjausryhmän tapaamisissa.

Lähes jokaisesta järjestetystä koulutuksesta kerättiin palautetta kuulijoilta arviointilomakkeella. Palautteen avulla selvitettiin muun muassa, ovatko koulutuksen tavoitteet toteutuneet, millaiseksi oppijat kokivat opetustilanteen ja jaetun opetusmateriaalin. Koulutuksista saatu kirjallinen ja suullinen palaute on ollut pääasiassa hyvää. Palautteen kerääminen on ollut tärkeää, koska sen avulla on ollut mahdollista kehittää hankkeen toimintaa ja koulutuksia. Koulutusten osallistujamäärät olivat hyviä, mutta valitettavasti kaikki halukkaat eivät pystyneet osallistumaan koulutuksiin. Esteenä oli vaikeus saada sijainen tilalle, työn paljous ja organisaatioiden linjaukset (koulutukseen osallistuu yksi työntekijä, joka tiedottaa koulutuksen sisällöstä muille työntekijöille). Hanke osallistui myös muutamiin ammattilaisten tapahtumiin kuten terveydenhoitajapäivät ja kansainvälinen Alzheimer-symposium kesällä 2012 (liite 18).

3.7 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palveluverkko

Sydän- ja verisuonitautien riskitekijät ovat riskitekijöitä myös muistisairauteen. MEVA-hankkeen ohjausryhmässä nostettiin esiin tarve eri valtimotautien ennaltaehkäisyn yhteisille

käytännöille. Hankkeen aloitteesta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) perusterveydenhuollon yksikkö (Pete) kutsui koolle työryhmän hoitoketjun laatimiseksi ja MEVA-hankkeen koordinaattorin työryhmän puheenjohtajaksi. Perusterveydenhuollon yksikön linjauksena on tehdä hoitoketjujen sijaan palveluverkkokuvauksia, ja siksi kansantautien ennaltaehkäisyyn hoitoketjun sijaan tehtäväksi tuli laatia terveyden edistämisen palveluverkko. Palveluverkko kattaa terveydenhuollon lisäksi myös kunnan muut hallinnonalat.

Työryhmässä hoitoketjun nimi määriteltiin Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palveluverkoksi. Tarkoitus on tuottaa mahdollisimman konkreettinen työväline käytännön terveyden edistämistyötä tekeville. Aiemmin luodut alueelliset ja paikalliset terveyden edistämisen rakenteet kuten kuntien hyvinvointiryhmät ja hyvinvointikertomukset ovat työn tukena. Yhtenä palveluverkon tavoitteena on nostaa esiin kuormituksesta palautumisen merkitys terveydelle ja hyvinvoinnille.

3.8 Yhteistyö Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) TEAviisari-verkkopalvelu (<http://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/johtaminen/tyokaluja/teaviisari>) kuvaa kunnan toimintaa kuntalaisten terveyden edistämisessä. TEAviisari tukee kuntien ja alueiden terveydenedistämistoiminnan suunnittelua ja johtamista. MEVA-hankkeen ehdotuksesta TEAviisariin liitettiin kysymys muistisairauden ennaltaehkäisyyn toimintakäytännöstä. Vuoden 2012 ja 2014 perusterveydenhuollon johdolle osoitetussa tiedonkeruussa THL kysyi: *Onko terveystieteissä kirjattu käytäntö toiminnasta kohonneen muistisairauksien riskin tunnistamisessa?*

THL sai tiedonkeruussa vastaukset vuonna 2012 kaikilta Suomen terveystieteiltä ja vuonna 2014 vastausprosentti oli 99. Pirkanmaalla yhteiset käytännöt kohonneen muistisairauden riskistä olivat vuonna 2014 selvästi keskimääräistä yleisempiä. THL:n ja MEVA-hankkeen yhteistyön tuloksena kirjoitettiin julkaisu asiasta. (liite 19a ja 19b)

3.9 Oppilaitosyhteistyö

3.9.1 Muistisairauden riskin arviointi ja elintapaohjaus

Muistisairauden riskin arvioinnin teematapahtumissa oli mukana Tampereen ammattikorkeakoulun (TAMK) opiskelijoita. Tavoitimme monia satoja tamperelaisia eri toimipisteissä ja yhteistyö tiivistyi sekä ammattilaisten että opiskelijoiden kesken yhteisissä tapahtumissa. Syksyllä 2012 kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa ohjasi Muista pääasia -ryhmän projektityöntekijöiden tukemana. Ryhmä koottiin lehti-ilmoituksen perusteella ilmoittautuneista henkilöistä. Heillä ei ollut kohonnuttu riskiä riskimittarin mukaan vain ainoastaan huoli sairastumisesta, koska lähiomaisella oli tai oli ollut muistisairaus.

Muistiviikolla 2013 järjestettiin yhteistyötempaus TAMK:n, Pirkanmaan Muistiyhdistyksen ja Tullinkulman Työterveys ry:n kanssa. Kuusi terveydenhoitajaopiskelijaa jalkautui tekemään muistiriskitestejä työterveyshuollon toimipisteisiin. Viikon aikana opiskelijat tekivät yli sata riskitestiä, joista kahdeksan asiakkaan riskipisteet olivat yli yhdeksän pistettä. Tullinkulman työntekijät tekivät yhteensä 195 kpl riskitestiä, ja 21 asiakkaalla oli kohonnuttu riski. Näistä kohonneen riskin asiakkaista koottiin Muista Pääasia -ryhmä, jonka tavoitteena oli

tarjota elintapaohjausta muistisairauksien ennaltaehkäisyyn. Ryhmään osallistui kuusi asiakasta ja ryhmänohjauksesta vastasi kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa.

Vuoden 2014 aivoviikolla tehtiin hankeyhteistyötä TAMK:n kolmen opiskelijan, Pirkanmaan Muistiyhdistyksen ja Tampereen kaupungin kanssa. Muistiriskitestejä tehtiin viikon aikana 250 kpl, joista 17 asiakkaalla oli kohonnut riski. Heille tarjottiin mahdollisuutta osallistua Muista Pääasia-ryhmäohjaukseen. Ryhmiä perustettiin kaksi, toinen keväällä 2014 (ohjaajina projektityöntekijä ja Tampereen kaupungin terveydenhoitaja) ja toinen (Tampereen kaupungin omana toimintana) syksyllä 2014. Muistiviikolla 2014 riskitestausta tehtiin eri toimipisteissä eri puolilla kaupunkia neljän opiskelijan ja Pirkanmaan Muistiyhdistyksen työntekijöiden kanssa. Riskitestejä tehtiin viikon aikana 317 kpl. Kohonneen riskin asiakkaat ohjattiin Tampereella alkaviin Ikihyvä-elintapaohjausryhmiin.

TAMK:n riskitestaustapahtumiin osallistuneet opiskelijat osallistuivat aktiivisesti teema- viikkojen toteuttamiseen. He kiittivät mahdollisuudesta olla mukana ja ”päästä tekemään oikeita töitä”.

”Muistiviikon aikana opin konkreettisesti, mitä tapahtuman järjestäminen pitää sisällään ja kuinka siihen valmistaudutaan. Mielestäni muistiviikon tapahtumiin oli helppo tulla, koska Pirkanmaan Muistiyhdistys koulututti meitä, tapahtumat oli selkeästi suunniteltu sekä materiaalit hankittu valmiiksi. Sain muistiviikon aikana tietoa Pirkanmaan muistiyhdistyksen toiminnasta, siitä mitä muistiriskitestausta oikein on sekä niistä ennaltaehkäisevistä tekijöistä, joilla voi vaikuttaa muistisairauden syntymiseen.”

”Hanketyöskentely oli mielenkiintoinen projekti. Teoreettisen osuuden tekeminen etukäteen auttoi tutustumaan muistisairauksien riskitekijöiden taustoihin ja asiakasohjaustilanteissa koin, että tietoni olivat riittäviä niin muistisairauksien ehkäisemisestä kuin muistisairauksista.”

”Hankeopinnot antoivat minulle paljon työvälineitä kohdata muistisairas potilas/asiakas eri toimintaympäristöissä ja opettivat terveyden edistämisestä puhumista asiakkaille ja potilaille muissakin ympäristöissä kuin sairaalan vastaanotolla.”

3.9.2 Opinnäytetyöt

TAMK:n ylemmän AMK-tutkinnon terveyden edistämisen suuntautumisvaihtoehdon 23 opiskelijaa tekivät kehittämistyönsä MEVA-hankkeen muistiriskitestauksesta. Kehittämistyöt tehtiin viiden opiskelijan ryhmissä, ja töiden tuloksena saatiin vahvistusta sille, että muistiriskitestin käyttäminen arjen työssä on helppoa ja sen avulla elintapaohjaus on luontevaa. Kehittämistyöt esiteltiin oppilaitoksen työelämäseminaarissa keväällä 2013. Lisäksi kolme heistä teki opinnäytetyön MEVA-hankkeen ehdottamasta aiheesta. (liite 20)

Kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa teki muistisairauksien ennaltaehkäisyyn keskittyvän opinnäytetyön. Lopputyö oli toiminnallinen opinnäytetyö työikäisten unettomuudesta ja ennaltaehkäisyä sekä lääkkeettömistä hoitokeinoista. Opiskelijoiden saivat opinnäytetyönsä valmiiksi syksyllä 2014 ja keväällä he luennoivat unettomuuden hoidosta terveydenhuollon ammattilaisille Tullinkulman työterveyshuollossa.

4. HANKKEEN KESKEISET VAIKUTUKSET

4.1 MEVA-hanke kansallisen muistiohjelman tiedonvälityskanavana

4.1.1 Kysely perusturvajohdolle ja perusturvalautakunnille

Hanke selvitti keväällä 2014 Pirkanmaan kuntien perusturvajohdon näkemyksiä muistisairauksien ehkäisyn ja hoidon tilasta kuntakohtaisesti. Vastausprosentti oli 27 ja vastaajista suurin osa oli luottamushenkilöitä. Vastauksia saatiin viidestätoista Pirkanmaan 22 kunnasta. Vain viidesosa vastaajista arvioi, että aivoterveyden edistäminen on hyvin huomioitu kunnassa. Hanke järjesti kuntien perusturvan luottamus- ja virkahenkilöille Muistifoorumin, missä muun muassa kerrottiin kooste vastauksista. Seuraavassa on yksi vastaus kysymykseen, mikä on tärkein kehitettävä asia kunnassanne:

”Panostaminen kansansairauksien ennaltaehkäisyyn ja ikäihmisten toimintakyvyn ja terveyden ylläpitoon.”

Hyvin oli myös tiedostettu aivoterveyden riskejä väestötasolla:

”Olen erittäin huolestunut suomalaisten runsaan alkoholin käytön vaikutuksista aivoterveyteen. Pelkään, että alkoholin käytöstä johtuvat muistisairaudet lisääntyvät myös nuoremmissa (alle 50v.) ikäluokissa. Onko missään varauduttu alkoholidementian lisääntymiseen? Pitäisi tehostaa valistusta alkoholin käytön vaaroista aivoterveydelle.”

4.1.2 MEVA- hanke aivoterveyspilottina Muistiliiton hankkeessa

Hanke oli mukana aivoterveyspilottina Muistiliiton *Kansallisen muistiohjelman järjestöllinen toimeenpano* -hankkeessa, jonka tavoitteena on kehittää yhdistyskentän käyttöön aivoterveyden edistämisen malleja työikäisille riskiryhmille. Hanke järjesti lokakuussa 2014 työpajan päihde- ja muistityötä tekeville ammattilaisille. Työpajan palaute oli 4 (asteikolla 1-5). Enemmistö osallistujista vastasi kehittävänsä toimintatapojaan opitun perusteella. Pilottityöskentely jatkuu vielä alkuvuonna 2015. Tavoitteena on kehittää päihdetyötä tekeville ammattilaisille työkalu aivoterveyden edistämisestä.

4.2 Hankkeen oma arviointi

Saatujen palautteiden mukaan hanke onnistui nostamaan muistisairauksien ehkäisyn diabeteksen, sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyn rinnalle. Hanke on muuttanut työntekijöiden asenteita ja näkemystä. Tämä tulee jatkossa näkymään myös asiakkaiden palveluissa. Terveydenhuollon ammattilaisten tieto muistisairauksien ehkäisymahdollisuudesta ja varhaisen diagnoosin tärkeydestä on lisääntynyt. Hanke on korostanut kuormittumisesta palautumisen sekä levon merkitystä aivoterveydelle ravintoa ja liikuntaa unohtamatta. Eräs terveyskeskuksen terveydenhoitaja kuvasi, että *”tää on ollut niin tätä diabetesjyrää, että vasta MEVA-hankkeen myötä oon alkanu kiinnittää huomiota asiakkaiden stressi- ja uniongelmiin.”*

Hankkeen työ jäi hankekaudella kesken. Muistisairauden riskin arviointi systemaattisena käytäntönä perusterveydenhuollossa ei täysin toteutunut. Testejä tehtiin kuitenkin kaiken kaikkiaan runsaasti paitsi vastaanotoilla niin myös tapahtumissa ja tilaisuuksissa. Tämän sekä tiedon lisääntymisen ennaltaehkäisystä voi odottaa näkyvän väestötasolla pieninä muutoksina asiakkaiden elintavoissa ja pitemmällä aikavälillä sairastuneiden määrän vähentymisenä. Hanke nosti aivoterveystieteen edistämisen yhteisenä, sovittuna käytäntönä esiin myös laajemmin koko Suomessa. THL:n TEAviisarin myötä hanke sai tukea ja perusteluja muistisairauksien ennaltaehkäisytöille kunnissa. (liite 19a ja 19b).

Hanke tuotti tietoa kohonneen muistisairauden riskin henkilöiden määrästä väestössä tulevaa kehittämistyötä varten sekä vahvisti aiempaa tietoa, että toimintakäytännön seurantamahdollisuuksissa on puutteita perusterveydenhuollossa. Hanke kehitti elintapaohjaukseen uuden ryhmämallin, joka on levinnyt Pirkanmaata laajemmalle alueelle. Lisäksi hanke lisäsi luottamushenkilöiden kautta tietoisuutta kansallisesta muistiohjelmasta.

4.3 Kehittämiskumppanien johdon palaute hankkeelle

Kesällä 2014 kehittämiskumppanien johdolle ja esimiehille tehdyssä sähköisessä kyselyssä vastaajat korostivat kansantautien yhteisen riskitestin tarvetta, terveydenhuollon ammattilaisten koulutusta sekä ohjausmateriaalia ja väestön tiedon lisäämistä, myös hankkeen jälkeen.

”Hanke on tärkeä ja tarpeellinen.”

”Hyvä, että testaaminen pyritään saamaan osaksi työtapaa ja että preventio yhdistetään aivo- ja sydänsairauksien preventioon.”

”Hanke vaikuttaa asiantuntevalta, hyvin johdetulta ja koordinoitulta toiminnalta sekä toimijat sitoutuneita ja motivoituneita.”

”Tukea on saanut aina, kun on tarvinnut.”

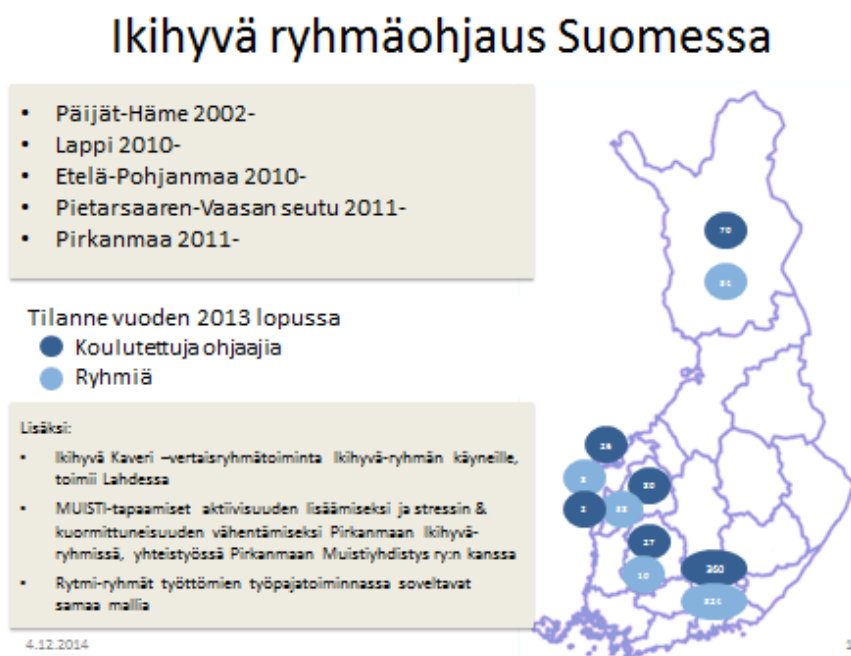
Ohjausryhmän mukaan hankkeen keskeinen tulos oli huomion kiinnittäminen aivoterveystieteen ja muistiriskitestin tekeminen tunnetuksi. Kehitysryhmän jäsenet kuvasivat tiedon muistisairauksien ennaltaehkäisymahdollisuudesta sekä taidon motivoivasta ohjauksesta lisääntyneen. Muistioireet otetaan aktiivisemmin puheeksi ja ohjataan hoitoon ja ”yhteistyön siemeniä on viritelty myös kotihoidon asiakkaiden suhteen”. Ammattilaisten tietoisuus muistisairauden riski- ja suojatekijöistä on lisääntynyt ja ymmärretään, että valtimoterveystieteen huolehtiminen on myös aivoterveystieteen kannalta oleellista. Hoitajat kuvasivat myös asiakkaiden tiedon lisääntymistä.

4.4 Täydennetty Ikihyvä-ryhmämalli on lupaava käytäntö

Täydennetty Ikihyvä-ryhmämallia voidaan pitää lupaavana käytäntönä, koska malli tuo entistä laajemmän mahdollisuuden vaikuttaa terveyteen ja hyvinvointiin sekä eri kansansairauksien (tyyppin 2 diabetes, sydän- ja verisuonitaudit, muistisairaudet) ehkäisyyn. Malli on kuvattu sivuilla 17–19. Muistitapaamisten sisältö tukee myös muiden kansantautien ehkäi-

syä. Tähän asti Ikihyvä-ryhmiin on valittu henkilöitä, joilla on korkea riski tyypin 2 diabetekseen. Nyt malli sopii myös kohonneen muistisairauden riskin henkilöille ja vuonna 2015 ryhmään ohjautuminen voi tulla entistä sujuvammaksi, kun THL julkaisee kansantautien yhteisen, sähköisen riskitestin.

Koska ohjausmallin osaavia ryhmänohjaajia on jo yli 500 (ks. kuva 3), muistitapaamisilla täydennetty malli leviää helposti käytäntöön Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyön koordinoiman koulutuksen kautta. Päijät-Hämeessä tullaan järjestämään Ikihyvä-muistiosioiden täydennyskoulutus maaliskuussa 2015. Muistimateriaalit ovat kaikkien ohjaajien saatavilla Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyön Hyve-kotisivuilla. Ryhmänohjaajat saavat tarvittavat salasanat materiaalisivuille koulutuksessa. Kaikille avoimet sivut tästä aiheesta ovat: <http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=32572&vy=1400&ryhma=921>



Kuva 3. Ikihyvä-ryhmäohjaus Suomessa

5. HANKKEEN SUURIMMAT ONGELMAT JA HAASTEET

5.1 Riskitestiin liittyvät haasteet

Muistisairauden arvioinnin riskitesti korostaa kohonneen verenpaineen, kohonneen kolesterolin, ylipainon ja vähäisen liikunnan merkitystä muistisairauden riskitekijöinä. Tutkimuksessa todettu päihteiden käyttö aivoterveysten riskitekijänä mittarista puuttuu. Hankkeen alussa erityisesti perusterveydenhuollon lääkärit kiinnittivät huomiota asiaan ja heidän mielestään tämä vähentää mittarin käyttökelpoisuutta.

Tietoyhteiskunta ja aktiivinen elämäntapa kuormittaa usein liikaa aivoja ja pitkäkestoinen stressi on yksi riskitekijä aivoterveydelle. Yhden kehittämiskumppanin mukaan *”muistisairauksien ennaltaehkäisyyn merkitys kasvaa, kun psykososiaaliset riskit ja kuormitus lisääntyvät työelämässä.”* Myöskään kuormitusta riskimittarissa ei arvioida riskitekijänä. Näiden asioiden painottaminen jää testiä tekevän ammattilaisen vastuulle, mitä koulutuksissa ja tapaamisissa on korostettu. Riskitestilomakkeeseen on myös liitetty asiaa valaisevat ohjeet *Muistista voi pitää huolta seuraavilla keinoilla* (liite 2).

Kehittämiskumppanit kritisoivat muistiriskitestiä siitä, ettei se seulo riskihenkilöitä. Hankkeen aikana tehdyistä, noin kahdesta tuhannesta testin tehneestä noin 15 %:lla oli kohonnut sairastumisriski.

5.2 Kohdeväestön tavoittaminen

Työterveyshuolto olisi avainasemassa tavoittamaan uupumisriskissä olevat henkilöt. Hanke pyrki saamaan työterveyshuollon käyttöön TyöOptimi-kyselyn (kuvattu sivulla 6), jonka kehittäminen käynnistyi Muistiliiton työikäishankkeesta Terveystalon toimesta. Terveystalo ei ainakaan tässä vaiheessa myöntänyt kyselyn käyttöoikeuksia hankkeelle.

Myös kansallinen muistiohjelma painottaa työterveyshuoltoa yhtenä tärkeänä toimijana aivoterveysten edistämisessä. Hankkeen saaman palautteen mukaan *”työterveyshuollossa on jo niin paljon lomakkeita, joita asiakas täyttää, ettei voi enää lisätä”*. Työterveyshuollon toimijat valitsivat toimintakäytännöksi muistiriskitestin tekemisen vastaanottotilanteessa työntekijän harkinnan mukaan. Eräs työterveyshoitaja arvioi kuitenkin, että *”testi unohtui ja jäi tekemättä, kun ei ollut pakko tehdä”*.

Hankkeen aikana käytiin toistuvaa keskustelua siitä, että terveyskeskuksessa ei tavoiteta työikäisiä ja että muistisairauksien ennaltaehkäisy kuuluisi työterveyshuoltoon, koska työikäiset tavoitetaan siellä. Työterveyshuollon yksiköissä tuotiin kuitenkin esiin, ettei muistiriskitestin systemaattinen käyttö työterveyshuollon vastaanotoilla onnistu. Kehittämiskumppanit toivat usein esiin sitä, että asiakkaiden pitäisi itse tehdä testi ja sitten tarvittaessa hakeutua vastaanotolle, jos riski on kohonnut.⁴

⁴ Sähköisen muistiriskitestin voi tehdä: www.pirkanmaanmuistiyhdistys.fi

Muistisairaudet on totuttu liittämään ikäihmisiin, ja ikä lisääkin huomattavasti riskiä muistisairauteen. Koko hankkeen ajan törmättiin siihen, että myös ennaltaehkäisy liitettiin ikäihmisiin. Hankkeella on ollut tarve lisätä tietoa elinkaarinäkökulmasta muistisairauden ennaltaehkäisyssä sekä väestön että ammattilaisten keskuudessa. Usein ovat myös muistitesti (joka on muistisairauden diagnosoinnissa apuväline) ja muistiriskitesti (joka arvioi henkilön sairastumisriskiä 20 vuoden kuluttua) käsitteinä sekoittuneet ja on ajateltu, että muistiriskitesti kuvaisi henkilön sen hetkistä muistin toimintaa. Lisäksi tuli esiin monia käsityksiä siitä, että jos riskitestissä saa korkeat pisteet, pitääkö tämän vuoksi tehdä muistitesti.

5.3 Muiden kansantautien riskitestit

Kehittämiskumppanit kritisoivat muistiriskitestiä, koska siinä on osittain samoja riskitekijöitä kuin muissa testeissä (FINRISKI ja diabetesriskitesti). Monien mielestä he tekevät jo nykyisellään muistisairauksien ennaltaehkäisytyötä samalla kun ohjaavat tyypin 2 diabeteksen tai sydän- ja verisuonitautien ehkäisyä. ”Meillä on jo diabetesriskitesti” ”Me tehdään jo tätä, muistiriskitestillä ei ole lisäarvoa.” Kansantaudeilla on yhteisiä riskitekijöitä, mutta eri asiat puhuttelevat asiakkaita ja esim. lähiomaisten muistisairaus voi herättää motivaation elämäntapojen muuttamiselle. Hankkeen kokemuksen mukaan ihmiset ovat kiinnostuneet pitämään muististaan huolta ja monia ihmisiä muistisairauden ennaltaehkäisymahdollisuus motivoi tekemään tarpeellisia elintapamuutoksia.

5.4 Elintapaohjaukseen liittyvät haasteet

Hankkeen kokemuksen mukaan elintapaohjauksen järjestämiselle ryhmäohjauksena on perusterveydenhuollossa useita esteitä ja ohjaus tuntuu usein jäävän yksin ryhmänohjaajan vastuulle. Kaikki työntekijät eivät halua ohjata iltaisin ryhmiä, jolloin työssäkäyvät ihmiset pääsevät ryhmiin. Ongelmana koetaan ryhmien organisoinnin puute: asiakasta ei laiteta jonoon, vaikka se tietoteknisesti olisi mahdollista. Paperit jäävät yhden hoitajan vastuulle, pöytälaatikkoon. Kokemuksen mukaan ryhmäohjaukselle on löytynyt ihan hyvin aikaa, vaikka aluksi oli käsitys, ettei millään voi irrottaa aikaa siihen.

Tampereella kaikki ryhmätoiminnot merkitään Terveystutkaan, jonka avulla asiakkaita voidaan ohjata erilaisiin elintaparyhmiin tai asiakas itse voi valita ryhmän mieltymystensä mukaan (www.tampere.fi/terveystutka). Kun asiakkaalle annetaan mahdollisuus ilmoittautua itse ryhmiin, se voi helpottaa ja madaltaa kynnystä aloittaa ryhmätoiminta. Asiakkaita ohjautuu Ikihyvä-ryhmiin hoitajien vastaanotoilta enenevässä määrin. Myös asiakkaat ovat kiinnostuneita ryhmistä. Kaikki eivät kuitenkaan halua tai voi osallistua ryhmään, jolloin he saavat yksilöohjausta. Ammattilaisilla olisi kiinnostusta pienryhmäohjaukseen, nettiohjaukseen sekä yksilö- ja ryhmäohjaukseen. Yksi esimies oli teemaviikon jälkeen huolissaan siitä, että ”miten muistiryhmät ja muistiasiat juurtuvat, jos hankkeen tuki loppuu”. Haasteena on, miten kaikki resurssit saataisiin hyödynnettyä.

6. YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 MEVA-hankkeen anti Pirkanmaan Muistiyhdistykselle

MEVA-hankkeen aikana Pirkanmaan Muistiyhdistyksen jäsenmäärä on kasvanut noin 30 % ja vuonna 2014 jäsenmäärä nousi yli tuhannen. Yhdistyksen tunnettuutta ovat lisänneet myös hankkeen ohjausryhmän monet asiantuntijajäsenet (THL, Työterveyslaitos, Tampereen yliopisto, Tampereen ammattikorkeakoulu, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Perusterveydenhuollon yksikkö, Terveiden edistämisen alueellinen neuvottelukunta Pirkanmaalla, Diabetesliitto). Myös yhdistyksen rooli muistisairauksien ennaltaehkäisyssä, varhaisen toteamisen sekä hoidon asiantuntijana on lisääntynyt Pirkanmaalla sekä laajemmin valtakunnallisesti.

6.2 Mitä jäi kesken?

Väestötasolla muistisairauksien ennaltaehkäisy koetaan tärkeänä ja kansalaiset ovat ottaneet asian hyvin vastaan. Terveidenhuollossa asenteet ovat muuttuneet myönteisempään suuntaan ja aivoterveiden edistäminen nähdään tärkeämpänä kuin hankkeen alussa. Tästä huolimatta sovittu toimintamalli muistisairauden riskin arvioinnista ja kohonneen riskin henkilöiden ohjauksesta ei ole vielä juurtunut ja sitä täytyy edelleen vahvistaa, sekä tukea terveydenhuollon ammattilaisia ennaltaehkäisytyössä. Terveiden edistämisen johtaminen vaatii edelleen kehittämistä sekä huolellista tilannearviota tulevan sosiaali- ja terveyspalveluiden rakennemuutoksen tullessa voimaan.

Ryhmänohjauksen systemaattinen toteutuminen vaatii kehittämistä perusterveydenhuollossa. Tämä edellyttää yhteistä, moniammatillista näkemystä sekä yhteistyötä; ryhmämallin tulee olla kaikille tuttu ja tiedossa, ketä ja miten ryhmään valitaan, milloin ryhmä pidetään ja miten asiakkaan voi laittaa jonoon ryhmää odottamaan. Tampereella Ikihyvä-ryhmänohjauksen saa Terveystutkan "omahoidon palveluvalikkoon" ja sitä kautta ammattilaiset voivat ohjata ja kannustaa ihmisiä menemään ryhmäohjaukseen.

Hoitopolkujen soveltuvuutta arkiseen työhön ei hankekaudella ehditty arvioida. Hoitopolkujen aktiivinen seuranta, juurtuminen arjen työhön ja arviointi jäävät jatkossa kehittämiskumppanien tehtäväksi. Vastuu hoitopolkujen viemisestä ja tallentamisesta tietojärjestelmiin jää kehittämiskumppaneille.

Terveiden ja hyvinvoinnin palveluverkon kehittäminen jäi kesken ja jatkuu vuonna 2015. Pirkanmaan Muistiyhdistyksen päihdetyön pilotointi Muistiliiton kansallisen muistiohjelman järjestöllinen toteuttaminen -hankkeessa jatkuu vielä materiaalin kehittämisen osalta tammi-kuussa 2015.

Muut kehittämishankkeet kuten Kaste-ohjelman Potku-hanke (Potilas kuljettajan paikalle) ja sydänpotilaan palveluverkkoa kehittänyt Kurkiaura-hanke olivat sisällöltään lähellä MEVA-

hanketta, mutta samalla kilpailivat kehittämiskumppanien resursseista. Myös AvoHilmo, E-resepti, E-arkisto ja erilaiset terveyskeskusten rakennusprojektit ovat vaikeuttaneet kehittämiskumppaneiden paneutumista hankkeelle.

Kehittämiskumppanien kanssa jäi kesken, kuka perehdyttää uusia työntekijöitä tai sijaisia muistiasioissa, varsinkin ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa tunnistamisessa. Hyvät perehdytyskäytännöt motivoivat työntekijää, lisäävät hänen jaksamistaan ja mahdollistavat uusien työtehtävien ja käytäntöjen nopean sisäistämisen. Tietyissä organisaatioissa muistiasioiden perehdytyksestä vastasi muistihoitaja ja geriatri. Joissakin organisaatioissa oli käytäntö, että perehdytyskansio keskittyy organisaation tuntemiseen, yksiköiden toiminnan kuvaukseen ja toimintamalleihin. Työntekijöiden ammatillista osaamista täydensi yhteinen ”intrasivusto”, PSHP:n hoitoketjut ja terveysportti. ”Intrasivustolle” oli tallennettu keskeiset lomakkeet (myös riskitestilomake), hoito-ohjeet ja käytäntömallit.

6.3 Kehitettävää jatkossa

Kansallisen muistiohjelman mukaan erityistä huomiota tulisi kiinnittää syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten aivoterveysteen. Hankkeen kokemuksen mukaan terveyskeskusten terveys-tarkastuksiin tulee vain pieni osa työttömistä ja siksi tarvitaan lisää yhteistyötä työllisyyspalveluiden ja työttömien yhdistysten kanssa.

Päihteet ovat riskitekijä aivoterveydelle ja myös päihdehuollon toimijoiden kanssa on tarpeen kehittää yhteistyötä, sillä muistin säilyminen toimivana on varteenotettava perustelu päihteiden käytön vähentämiselle.

Täydennetystä Ikihyvä-mallista on pilottikokemuksia. Ryhmämallin vaikuttavuuden arviointitutkimukselle tulisi löytää yhteistyötaho, joka käynnistäisi tutkimuksen ja tarvittavan yhteistyön oppilaitosten kanssa. Vaikuttavuutta voisi mitata kuormituksen, unen laadun ja arkivireyden perusteella. Tällä hetkellä vaikuttavuutta mitataan kahden tunnin glukoosirasitusvastuksella.

Finger-tutkimustulosten perusteella olisi ajankohtaista kehittää edelleen ryhmätoimintaa niin, että ryhmässä olisi myös muistiharjoituksia. MEVA-hankkeessa on herännyt ajatus oman Muista Pääasia -tyyppisen ryhmämallin kehittämisestä Muistiyhdistyksen omaan toimintaan ja paikallisosastojen käyttöön. Vapaaehtoisten apua voidaan mahdollisesti hyödyntää ryhmätoimintojen käynnistämisessä.

Tampereen Diabetesyhdistyksen kanssa yhdessä järjestetyt teemaillat ja kyselytunnit todettiin hyväksi toimintamalliksi myös jatkossa. Hanke piti yhteistyötä oppilaitosten kanssa tärkeänä, sillä koulutuksella on mahdollista paitsi lisätä tietoa aivoterveysteen, myös luoda myönteisiä asenteita opiskelijoille aivoterveysteen edistämiseen, muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen.

LÄHTEET

Aalto, P., Brander, P., Ketola, E., Mäkinen, R., Mäntyranta, T., Nuutinen, M., Kaila, M., Komulainen, J., Kortekangas, P., Tulonen-Tapio, J & Voipio-Pulkki, L-M. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi. Helsinki: Duodecim. Verkkodokumentti. http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=33cbec71-60ab-11de-8d93-a34ece74/hoitoketjuopas_2006.pdf. Luettu 4.12.2014

Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M. & Uutela, A. Type 2 diabetes prevention in the “real world”. One-year results of the GOAL implementation trial. *Diabetes care*. 2007; 30(10): 2465–2470.

Absetz, P., Valve, R., Jallinoja, P., Päätaalo, P. & Hankonen, N. Ikihyvän elintapaneuvonta-tutkimus tyypin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi. Julkaisussa Absetz, P., & Patja, K. (toim.). Ennaltaehkäisyn kehittäminen Päijät-Hämeen terveydenhuollossa: Interventiot osana Ikihyvä Päijät-Häme – tutkimus- ja kehittämishanketta. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyön julkaisuja. 2008; 68:9–29.

Absetz, P., Oldenburg, B., Hankonen, N., Valve, R., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Talja, M. & Uutela, A. Type 2 diabetes prevention in the real world: Three-year results of the GOAL Implementation Trial. *Diabetes Care*. 2009; 32: 1418-1420.

Ahveninen H., Rintala J., Ollikainen J., Suhonen J., Arola H. 2014. Työoptimi-kysely auttaa tunnistamaan työssäkäyvän kognitiivisia ja muistioireita, *Suomen Lääkärilehti* 4/2014, vsk 69, 207–214

Eloranta, Tuija – Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi

Hallikainen I, Hänninen T, Fraunberg M, Hongisto K, Välimäki T, Hiltunen A, Karppi P, Sivenius J, Soininen H, Koivisto AM. Progression of Alzheimer's disease during a three-year follow-up using the CERAD-NB total score: Kuopio ALSOVA study. *Int Psychogeriatr*. 2013 16:1-1

Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Helsinki 2012.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf

Kivipelto, M. 2002. Vascular risk factors in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. Kuopion yliopisto. Väistös (luettu 11.12.2014. http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-754-1/)

Kivipelto M., Ngandu T., Laatikainen T., Winblad B., Soininen H., Tuomilehto J. 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.

Laatikainen, T., Dunbar, JA., Chapman, A., Kilkinen, A., Vartiainen, E., Heistaro, S., et al. Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health set-

ting: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project. BMC Public Health. 2007; 7:249–256.

Löppönen M, Räihä I, Isoaho R, ym. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care --a more active approach is needed. Age and ageing 2003;32(6):606-12

Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=5357B0CF47E3456D10021487EC91EFE6?id=hoi50044>

Ngandu T, Lehtisalo J, Levälahti E, Laatikainen T, Lindström J, Peltonen M, Solomon A, Ahtiluoto S, Antikainen R, Hänninen T, Jula A, Mangialasche F, Paajanen T, Pajala S, Rauramaa R, Strandberg T, Tuomilehto J, Soininen H, Kivipelto M. 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.

Remes A.M., Turunen J., Ala-Mursula L. 2012. Työikäisten muistipulmat vaativat kohdennettua selvittelyä, *Suomen Lääkärilehti* 37/2012 vsk 67, 2535–2540

Renner, B., Hankonen, N., ; Ghisletta, P. & Absetz, P. Dynamic psychological and behavioral changes in the adoption and maintenance of exercise. Health Psychology. 2012; 31(3): 306-315. Verkkojulkaisu: <http://dx.doi.org/10.1037/a0025302>

Rusanen M., Ngandu T., Kivipelto M. 2014. Elintapojen sekä sydän- ja keuhkosairauksien yhteys muistisairauksiin. *Suomen Lääkärilehti* 42/2014 vsk 69, 2707-2712

Sulkava ja Viramo, 2006. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/tuemme.php?udpview=eme>. Luettu 2.12.2014

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

LIITTEET

Liite 1

MUISTISAIRAUDEN RISKIN ARVIOINTI

Soveltaen Kivipelto ym., Lancet Neurology, 2006;9:35–41

Testillä arvioidaan riskiä sairastua muistisairauteen seuraavan 20 vuoden aikana.

Ympyröi jokaisesta kohdasta vastaava numero ja laske pisteet yhteen.

Ikä	
• alle 47 vuotta	0
• 47–53 vuotta	3
• yli 53 vuotta	4
Koulutus (Kaikki kouluvuodet yhteensä)	
• yli 10 vuotta	0
• 7-9 vuotta	2
• 0-6 vuotta	3
Onko vanhemmillasi tai sisaruksillasi todettu muistisairaus?	
• Ei	0
• Kyllä	1
Systolinen eli yläverenpaine	
• 140 mmHg tai alle	0
• yli 140 mmHg	2
Painoindeksi (Paino jaettuna pituuden neliöllä)	
• 30 kg/m ² tai alle	0
• yli 30 kg/m ²	2
Kokonaiskolesteroli	
• 6,5 mmol/l tai alle	0
• yli 6,5 mmol/l	2
Liikunta (Vähintään puoli tuntia vähintään viidesti viikossa)	
• Aktiivinen	0
• Ei-aktiivinen	1
Yhteensä:	

Riskipisteitä yhteensä	Riski sairastua 20 vuoden kuluessa	Riski %
0-5	hyvin pieni	1,0
6-7	pieni	1,9
8-9	hieman lisääntynyt	4,2
10-11	jonkin verran lisääntynyt	7,4
12-15	selvästi lisääntynyt	16,4

Liite 2

Muistista voi pitää huolta seuraavilla keinoilla

- **ylös, ulos ja lenkille** - säännöllinen sykettä nostava liikunta vähentää muistisairauden riskiä
- **kypärä päähän** - kallovammat altistavat muistisairauksille
- **liika viina pois** - humalahakuinen alkoholinkäyttö altistaa muistihäiriöille sekä sekoittaa unirytmiiä
- **tupakka pois** - tupakointi lisää etenevän muistisairaouden riskiä
- **marjoista, hedelmistä ja kasviksista vitamiineja ja suojaa soluille**
- **suosi rypsiöljyä ja rypsiöljypohjaisia margariineja** - saat riittävästi välttämättömiä rasvahappoja
- **kalaa kaksi kertaa viikossa** - kalarasvat pienentävät sekä sydän- ja verisuoni- että muistisairauksien riskiä
- **ateriarytmi ja energiansaanti tasapainoon** - edesautat painonhallintaa ja jaksamista
- **pidä yllä ystävyyssuhteitasi** - sosiaalinen kanssakäyminen aktivoi muistin toimintaa sekä edistää aivojen terveyttä auttamalla hallitsemaan stressiä ja ehkäisemällä masentuneisuutta
- **huolehdi palautumisesta ja nuku tarpeeksi** - hyvä ja riittävä uni on aivojen toiminnan edellytys sekä oppimisen että muistin kannalta, jatkuva unenpuute voi aiheuttaa muistihäiriöitä.
- **vältä liikaa huolehtimista** - pitkäaikainen stressi aiheuttaa muistihäiriöitä
- **aktivoi aivojasi** - mitä enemmän aivojaan elinaikanaan käyttää, sitä vastustuskykyisemmät ne ovat muistisairauksien aiheuttamille muutoksille

Voimme itse vaikuttaa valtaosaan sairauksien vaaratekijöistä sillä vain murto-osa muistisairauksista on perinnöllisiä!



**Pirkanmaan
Muistiyhdistys ry**
Muistiliiton jäsen



Kalevantie 1, 33100 TAMPERE
puh. (03) 223 2344
www.pirkanmaanmuistiyhdistys.fi
MEVA -hanke (2011 - 2014), Muistisairauksien
ennaltaehkäisyn ja varhaisen toteamisen edistäminen
Pirkanmaalla

Liite 3a

MUISTIOIREKYSELY TYÖIKÄISELLE -LOMAKE

Muistioirekysely työikäiselle -lomake on kehitetty Aivoterveys ja muisti työikäisillä -projektissa työvälineeksi mm. työterveyshuoltojen ja aikuisneuvoloiden vastaanottotyötä tekeville.

Lomaketta voidaan käyttää haastattelun tukena, kun halutaan selvittää, onko asiakkaalla muistiin, keskittymiseen tai uuden oppimiseen liittyviä ongelmia. Tavoitteena on, että lomakkeen avulla muistiasioiden puheeksi ottaminen työikäisillä helpottuu. Näin mahdolliset ongelmat tunnistetaan ja niihin pystytään puuttumaan mahdollisimman varhain.

Lomakkeen ensimmäinen sivu kartoittaa miten oireet ovat alkaneet sekä miten ne vaikuttavat arkeen. Työikäisillä etenevät muistisairaudet ovat onneksi harvinaisia, mutta niiden varhainen tunnistaminen on hyvin tärkeää.

Lomakkeen toisella sivulla kartoitetaan muita tekijöitä, jotka myös voivat aiheuttaa erilaisia kognitiivisia häiriöitä. Toinen sivu toimiikin eräänlaisena muistilistana siitä, mitä kaikkia tekijöitä tulee tutkia, kun selvitetään työikäisen muistihäiriötä.

Mikäli näiden laajojenkaan selvitysten jälkeen ei häiriöille löydy selitystä, tulee viivyttämättä tehdä lähete neurologille tarkempaa arviointia varten. Tällöin kaikki lomakkeelle kerätyt tiedot sekä muut tehdyt taustaselvitykset (kuvaus kliinisestä statuksesta, laboratoriokokeiden tulokset, kuvaukset työtehtävistä ja -oloista jne.) tulee kirjata lähetteelle, jotta prosessi etenee mahdollisimman nopeasti.

Liite
3b

MUISTIOIREKYSELY TYÖIKÄISELLE

päivämäärä: _____

Nimi: _____

Onko sinulla muistioireita? ☐ ei ☐ kylläEntä keskittymisvaikeuksia? ☐ ei ☐ kylläOnko uudenoppiminen vaikeutunut? ☐ ei ☐ kylläMiten oireet alkoivat? ☐ äkillisesti – milloin: _____☐ vähitellen☐ oireet vaihtelevat, miten? (esim. eri päivinä? työtehtävien mukaan?)
_____Liittyykö oireiden alkamiseen tai pahenemiseen kuormittavia tapahtumia työssä tai kotona? Jos kyllä, minkälaisia? _____
_____Onko työssäsi tapahtunut muutoksia esim. työn vaatimuksissa tai työajoissa? Minkälaisia ja miten ne ovat mahdollisesti vaikuttaneet työn sujumiseen? _____

_____Miten muistin, keskittymisen tai uuden oppimisen ongelmat näkyvät arjessa? Kerro muutama konkreettinen esimerkki, minkälaiset asiat eivät onnistu tai vaativat aiempaa enemmän ponnistelua?

(Haastattelijalle huomioitavaksi: Erilaisia muistisairauksien alkuoireita voivat olla mm. luonteen ja käyttäytymisen muuttuminen, piittaamattomuus itsestä ja muista, impulsiivisuus, tapahtumamuistin heikkeneminen, uusien asioiden nopea unohtaminen, tarkkaavuuden ja vireyden vaihtelu, näköhahmotuksen vaikeudet, näköharha, tiedonkäsittelyn heikentyminen ja hidastuminen)

Onko oireissa eroa työ- ja vapaapäivinä?

☐ ei☐ kyllä, minkälaisia eroja? _____

Liite

3c

Muistihäiriöiden syiden selvittämiseksi ja hoitamiseksi sekä mahdollisia jatkotutkimuksia ja -lähetteitä varten tulee selvittää myös seuraavat tekijät:

Mitä muita sairauksia henkilöllä on ja ovatko ne hoitotasapainossa? Esim. diabetes, verenpainetauti, hyperkolesterolemia, kilpirauhasen toimintahäiriö. _____

Onko henkilö mahdollisesti saanut joskus pään vammoja? Kysy myös tilanteista, joissa päätä ei ole tutkittu, mutta on esim. kaatunut ja lyönyt päänsä tai ollut kolarin jälkeen hetken tajuttomana.

Selvitä onko henkilöllä työn tai muun elämän vuoksi **kiirettä, stressiä tai uupumusta**. Entä onko **kipuja**?

Tee tarvittaessa jokin **mieliala-/masennuskysely** (esim. DEPS).

Selvitä onko henkilöllä **unihäiriöitä** esim. Työterveyslaitoksen Uni ja vireys -kyselyllä.

Selvitä **alkoholin** käyttöä esim. Auditilla. Muista selvittää myös mahdollinen **huumeiden käyttö**.

Kartoita **KAIKKI** henkilöllä **käytössä olevat lääkkeet** (resepti- ja itsehoitolääkkeet, luontaisvalmisteet).

Listaa nimi, vahvuus ja annostus:

Jos selkeää syytä muistihäiriöille ei löydy, tulee viipymättä tehdä lähete neurologille. Lähetteeseen tulee kirjata kaikki tehdyt laboratorio- ja muut tutkimukset tuloksineen sekä haastatellen saadut tiedot.

Liite 4

MEVA -HANKKEEN OHJAUSRYHMÄ

Pirkanmaan Muistiyhdistyksen ja hankkeeseen osallistuvien organisaatioiden tekemissä sopimuksissa on nimetty kunkin tahon edustaja ohjausryhmään. Ohjausryhmässä olivat seuraavat henkilöt:

Auranen Tuula, palveluohjaaja, Akaa/Muistiyhdistyksen hallituksen vpj
Harala Ulla, toiminnanjohtaja, Hämeenmaan Sydämpiiri
Hellsten Taina, geriatri, vanhustyön apulaisylilääkäri Lempäälä
Helminen Seija, muistisairaana omainen, Nokian kaupunki (2013 alkaen)
Hovilehto-Aunela Liisa, geriatri, Pirkkala
Jaakonmäki Anne, yhteyspäällikkö, Tullinkulman Työterveys
Jokinen Mauri, ylilääkäri, Nokia
Järvensivu Sirkka, hoitotyön johtaja, Kangasala
Koski Sari, projektipäällikkö, Yksi elämä -hanke, Suomen Diabetesliitto
Lahti Teija, ylilääkäri, Ylöjärvi
Lipponen Varpu, yliopetteja, TAMK
Ojala Birgitta, vastuualuepäällikkö, Tullinkulman Työterveys (2013 alkaen)
Paajanen Teemu, johtava psykologi, Työterveyslaitos
Pietilä Ilkka, tutkijatohtori, Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö (Lindfors Pirjo 2012)
Saaristo Vesa, asiantuntija, THL
Saksala Antero, Terveystieteiden edistämisen alueellisen neuvottelukunnan puheenjohtaja
Salunen Riitta, asiantuntijahoitaja PSHP, yleislääketieteen vastuualue
Santala Maire, hallituksen puheenjohtaja, Pirkanmaan Muistiyhdistys
Stenius-Kaukonen Marjatta, hallituksen puheenjohtaja, Tampereen Diabetesyhdistys
Torkkeli Sari, apulaisylilääkäri, Tampere
Valvanne Jaakko, professori, Tampereen yliopisto, pj
Visakorpi Miisa, toimitusjohtaja, Työterveyspalvelu Viisari
Vuori Mika, suunnittelupäällikkö, Tampere

Toimiva ohjausryhmätyöskentely tukee projektin tavoitteiden saavuttamista sekä tulosten arviointia ja hyödyntämistä. Ohjausryhmän tehtävänä oli valvoa projektin edistymistä sekä antaa ideoita ja tukea suunnitteluun ja toteutukseen, auttaa verkottumisessa ja toimia tiedonvälittäjänä eri tahojen välillä. Parhaimmillaan ohjausryhmä edistää merkittävästi projektin toteutusta, tavoitteiden toteutumista, verkottumista ja tulosten hyödyntämistä. Oikeudellinen vastuu projektin toteutuksesta ja toiminnasta oli Pirkanmaan Muistiyhdistys ry:llä, jolle rahoitus on myönnetty.

Pyrkimyksenä oli saada ohjausryhmään mahdollisimman laaja-alainen asiantuntemus, osaaminen ja verkosto. Toivottavaa oli, että ohjausryhmän jokaiselle jäsenelle projektin onnistuminen oli tärkeää ja että kukin jäsen oli kiinnostunut hyödyntämään ja levittämään sen tuloksia ja tuotoksia. Yhdistyksestä ohjausryhmätyöskentelyyn osallistui projektihenkilöstön lisäksi hallituksen puheenjohtaja ja varapuheenjohtaja. Ohjausryhmän kokoonpanoa arvioitiin ja täydennettiin hankkeen edetessä. Ohjausryhmään kutsuttiin vierailevia asiantuntijoita keskustelemaan projektin aikana esille nousseista aihealueista.

Liite 5

MEVA -HANKKEEN KEHITYSRYHMÄ

Kehitysryhmä muodostettiin hankkeeseen mukaan lähteneiden terveyskeskusten/-asemien sekä työterveysasemien paikallisista vastuu-/yhdyshenkilöistä sekä muiden yhdistysten edustajista. Kehitysryhmässä olivat seuraavat henkilöt:

Elomaa Hannele, terveydenhoitaja, Kangasala
Kaarniaho Jenni, terveydenhoitaja, Pirkkala
Kankaanpää Satu, diabeteshoitaja, Nokia (Laiho-Murtoo Maija 2012–2013)
Ketola Anne, hanketyöntekijä, Pirkanmaan Muistiyhdistys ry (Viljanen Jussi 2012–2013)
Kotisaari Sirpa, hankekoordinaattori, Pirkanmaan Muistiyhdistys ry
Kuusela Katariina, muistihoitaja, Lempäälä
Lemmetty Mari, hanketyöntekijä, Pirkanmaan Muistiyhdistys ry (Periviita Heta 2013)
Minkkinen Marjukka, muistihoitaja, Pirkkala (Kuusinen Taru 2012–2013)
Niemelä Jaana, terveystyöntekijä, Hämeenmaan Sydänpiiri
Nyberg-Kork Aila, vastaava sosiaalityöntekijä, Nokia
Nykänen Pia, toiminnanjohtaja, Tampereen Diabetesyhdistys
Raimi Kirsi, työterveyshoitaja, Tullinkulman Työterveys (2013 alkaen)
Raittinen Tiina, vastaava terveydenhoitaja, Ylöjärvi, terveystietokioski (Mäkilaine Sari 2012–2013, Ursinus Laura 2013–2014)
Salminen Anneli, osastonhoitaja, Tampere
Siipola Teija, toiminnanjohtaja, Pirkanmaan Muistiyhdistys ry
Sillanpää Minna, työterveyshoitaja, Työterveyspalvelu Viisari
Tiitto Tuulikki, osastonhoitaja, työterveyshuolto, Kangasala (2013 alkaen)
Virtanen Arja, työterveyshoitaja, Tullinkulman Työterveys (2012–2013)

Kehitysryhmän jäsenet toivat oman asiantuntijuutensa hankkeeseen. Kehitysryhmän jäsenet edustivat vahvaa sisällöllistä, paikallista terveydenhuollon tuntemusta. Kehitysryhmän jäsen toimi omassa organisaatiossaan työntekijöiden tukena aivoterveystieteen edistämiseen ja muistisairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvässä työssä. Kehitysryhmän jäsenen tehtävänä oli välittää tietoa hankkeesta, hyvistä käytännöistä ja toimivista malleista. Kehitysryhmä toimi innovaattorina tuntien terveydenhuollon arjen rajoitteet. Uuden toimintamallin tai työtavan testaaminen ja juurruttaminen onnistuu parhaiten tiiviissä yhteistyössä muiden toteuttajatahojen kanssa.

Kehitysryhmän kokoonpanoa täydennettiin hankekauden aikana ja vierailevia asiantuntijoita kutsuttiin keskustelemaan projektin aikana esille nousseista aihealueista.

Liite 6

Muistisairauden riskitestilomakkeen käyttö Kangasalan sosiaali- ja terveyskeskuksen palveluissa

asiakkaille vastaanottotilanteessa

Lääkärit, sairaanhoitajat, aikuisneuvonnan terveydenhoitajat ja Potku-hankkeen työntekijät

- henkilöt, joilla on kohonnut verenpaine tai kohonnut kolesteroli (todettaessa sekä myöhemmin hoitomyönteisyyden tukena)
- ylipainoiset tai vähän liikkuvat henkilöt
- diabetesta sairastavat (vuositarkastuksen yhteydessä)
- sydän- ja verisuonisairauksia sairastavat (vuositarkastuksen yhteydessä)
- pitkäaikaissairauksien vuositarkastukseen tulevat
- henkilöt, joilla on suvussa muistisairautta (geriatri ja muistihoitaja)
- päihteiden riskikäyttäjät
- työttömien terveystarkastukseen tulevat

Diabeteshoitaja

- korkean diabetes- ja sydäntautiriskin henkilöt
- diabetesta sairastavat
- sydän- ja verisuonisairauksia sairastavat
- määräaikaistarkastuksessa käyvät

Fysioterapeutit ja jalkaterapeutit

- ylipainoiset
- vähän liikkuvat

Mielenterveys ja päihde- ja palvelut

- erilaisista riippuvuuksista kärsivät
- harkinnan mukaan ali- tai ylikuormittuneet, esim. työttömät ja työuupuneet

Riskitestissä 0-7 pistettä saaneita kannustetaan jatkamaan aivoterveydelle edullisia elämäntapoja. Testissä 8-9 pistettä saaneita ohjataan vastaanottotilanteessa, mitä he voivat tehdä sairastumisriskin pienentämiseksi. Kohonneen riskin henkilöille (yli 9 pistettä riskitestissä) tarjotaan tarjolla olevaa ryhmäohjausta tai yksilökäyntiä. Tulos merkitään sairauskertomusjärjestelmään ja silloin lomake voidaan antaa asiakkaalle.



Liite 7

Muistisairauden riskitestilomakkeen käyttö Lempäälän kunnan sosiaali- ja terveystalveissa

Tehdään seuraavissa tilanteissa asiakkaille vastaanottotilanteessa. Testi ja pisteet kirjataan Pegasokseen. Riskitestissä 0-7 pistettä saaneita kannustetaan jatkamaan aivoterveydelle edullisia elämäntapoja. Testissä 8-9 pistettä saaneita ohjataan vastaanottotilanteessa, mitä he voivat tehdä sairastumisriskin pienentämiseksi. Kohonneen riskin henkilöille (yli 9 pistettä riskitestissä) tarjotaan lisäksi ryhmäohjausta. Tehdyt testit kerätään ja toimitetaan yhdyshenkilölle (Katariina Kuusela).

Lääkäri- sairaanhoitaja -terveydenhoitaja väestövastualueella

- henkilöt, joilla on kohonnut verenpaine (todettaessa sekä myöhemmin hoitomyönteisyyden tukena)
- henkilöt, joilla on kohonnut kolesteroli (todettaessa sekä myöhemmin hoitomyönteisyyden tukena)
- ylipainoiset henkilöt
- vähän liikkuvat
- diabetesta sairastavat(vuositarkastuksen yhteydessä)
- sydän- ja verisuonisairauksia sairastavat (vuositarkastuksen yhteydessä)
- henkilöt, joilla on suvussa muistisairautta (geriatri ja muistihoitaja)
- päihteiden riskikäyttäjät

Terveydenhoitaja(t)

- työttömien terveystarkastukset
- 40-vuotistarkastukset

Kuntoutuspalvelut (fysioterapeutit)

- ylipainoiset
- vähän liikkuvat

Mielenterveyspalvelut

- harkinnan mukaan ali- tai ylikuormittuneet
- päihderiippuvaiset

Päihdesairaanhoitaja

- päihderiippuvaiset





Liite 8

Muistisairauden riskitestilomakkeen käyttö Nokian kaupungin palveluissa**Terveystieteiden vastaanotto (aikuisten terveysneuvonta)**

- työttömien terveystarkastusten yhteydessä

Lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotto

- henkilöt, joilla on kohonnut verenpaine (systolinen >140 mmHg, todettaessa sekä myöhemmin hoitomyönteisyyden tukena)
- henkilöt, joilla on kohonnut kolesterolit (kokonaiskolesterolit > 6,5, todettaessa sekä myöhemmin hoitomyönteisyyden tukena)
- ylipainoiset henkilöt, BMI > 30
- yhden kerran viikossa (tai vähemmän) liikuntaa harrastavat
- diabetesta sairastavat (vuositarkastuksen yhteydessä)
- sydän- ja verisuonisairauksia sairastavat (vuositarkastuksen yhteydessä)
- henkilöt, joilla on suvussa muistisairautta (geriatri ja muistihoitaja)
- päihteiden riskikäyttäjät

Diabeteshoitaja

- korkean diabetes- ja sydäntautiriskin henkilöt
- diabetesta sairastavat
- sydän- ja verisuonisairauksia sairastavat
- määräämääntarkastuksessa käyvät

Fysioterapeutit

- ylipainoiset henkilöt, BMI > 30
- yhden kerran viikossa (tai vähemmän) liikuntaa harrastavat

Päihde- ja mielenterveyspalvelut

- erilaisista riippuvuuksista kärsivät
- harkinnan mukaan ali- tai ylikuormittuneet, esim. työttömät ja työuupuneet

Riskitestiä käytetään edellä mainituissa tilanteissa sekä harkinnan mukaan muulloinkin. Testissä 0-7 pistettä saaneita kannustetaan jatkamaan aivoterveydelle edullisia elämäntapoja. Testissä 8-9 pistettä saaneita ohjataan vastaanottotilanteessa, mitä he voivat tehdä sairastumisriskin pienentämiseksi. Kohonneen riskin henkilöille (yli 9 pistettä riskitestissä) tarjotaan ensisijaisesti ryhmäohjausta ja selvitetään asiakkaan halukkuus osallistua seuraavaan toteutuvaan ryhmään. Riskitesti kirjataan Efficapotilastietojärjestelmään erillisen ohjeen mukaan.

Työllisyys- ja kuntoutuspalvelut

- työttömät työnhakijat, joita ei tavoiteta terveystarkastuksessa (harkinnan mukaan)

Riskitestissä 9 pistettä saanut ohjataan sairaanhoitajan vastaanotolle riskitestilomakkeen kanssa. Kaikki täytetyt lomakkeet kerätään toimipaikkakohtaisesti.

Huom! Normaalin vastaanottotoiminnan ohella vuosittain Muistiviikolla 38 ja Aivoviikolla 11 muistiriskitestiä tehdään tehostetusti kaikissa toimipisteissä!

Liite 9

MUISTISAIRAUKSIEN RISKITESTIN KÄYTTÖ POLILLA:

- **Työttömien terveystarkastuksen yhteydessä.** Lähetetään n. 40–65-vuotiaille etukäteen kotiin ja käydään läpi terveystarkastuksessa. **Pistemäärä merkitään Mediatriin Muisti riskipisteet - otsikolla (Kts ohje alla)**
- **ITE pisteessä jaossa** -> ohje palauttaa omahoitajalle/ ajanvarausvastaanottoon nimellä varustettuna. Lisätietoja ja ohjausta kehoitetaan kysymään omahoitajalta (myös IKIHYVÄ ryhmäohjaus), jos yli 9 pistettä. Pisteiden kirjaus lomakkeista Mediatriin.
- **Valmistelulle vastaanotolle tulijat.** Lähetetään etukäteen 40–65 v. ikäryhmään kuuluvalla ja käydään läpi valmistellulla vastaanotolla. Pisteiden kirjaus Mediatriin.
- **Henkilöille, jotka kiinnostuneita omista riskeistään** ja mahdollisuuksista vaikuttaa omiin riskitekijöihin, esim. muistisairaana läheinen, terveystarkastukseen hakeutuva jne. Pisteiden kirjaus Mediatriin.
- **Elintapaohjauksessa** voidaan kiinnittää entistä enemmän huomiota siihen, että valtimosairauksien riskien ohjauksessa painotetaan asiakkaalle, että samalla suojaat itseäsi muistisairaudelta. Unen ja kaiken kaikkiaan aivojen aktivointi ja toisaalta palautuminen voisivat olla tehostetusti esillä ohjauksessa muiden elintapojen ohella.

Tilastotiedot saadaan otsikkokirjauksen kautta Mediatriista, joten kirjauksen jälkeen lomakkeen voi antaa asiakkaalle.

Riskitestissä 0-7 pistettä saaneita kannustetaan jatkamaan aivoterveydelle edullisia elämäntapoja. Testissä 8-9 pistettä saaneita ohjataan vastaanottotilanteessa, mitä he voivat tehdä sairastumisriskin pienentämiseksi. Kohonneen riskin henkilöille (yli 9 pistettä riskitestissä) tarjotaan ensisijaisesti ryhmäohjausta.



Liite 10

Muistisairauden riskitestilomakkeen käyttö Tampereen sosiaali- ja terveystalouksissa

Lääkärit

- lääkäri kommentoi valmistellulla vastaanotolla tehtyä riskitestiä
- valtimotautipotilaiden määräaikaikäskäynnillä

Aikuisneuvonnan terveydenhoitajat, vastaanottojen sairaanhoitajat ja Terveystalouden terveydenhoitaja

- henkilöt, joilla on kohonnut verenpaine (todettaessa sekä myöhemmin hoitomyönteisyyden tukena)
- henkilöt, joilla on kohonnut kolesterolipitoisuus (todettaessa sekä myöhemmin hoitomyönteisyyden tukena)
- ylipainoiset henkilöt
- vähän liikkuvat
- korkean diabetes- ja sydäntautiriskin henkilöt
- henkilöt, joilla on suvussa muistisairautta (geriatri ja muistihoitaja)
- päihteiden riskikäyttäjät, erilaisista riippuvuuksista kärsivät

Aikuisten terveystarkastuksia tekevät terveydenhoitajat

- työttömien terveystarkastukset
- muut terveystarkastukset

Dehko-hoitajat

- ensimmäisen käynnin yhteydessä

Diabetesvastaanotto

- määräaikaistarkastuksen yhteydessä

Fysioterapeutit ja ravitsemusterapeutit

- yksilökäyntien yhteydessä

Mielenterveystyöpari (depressiohoitajat ja psykologit sekä jalkautuvat päihdetyöntekijät)

- harkinnan mukaan ali- tai ylikuormittuneet, esim. työttömät ja työuupuneet

Riskitestin pisteen kirjataan Pegasokseen. Riskitestissä 0-7 pistettä saaneita kannustetaan jatkamaan aivoterveydelle edullisia elämäntapoja. Testissä 8-9 pistettä saaneita ohjataan vastaanottotilanteessa, mitä he voivat tehdä sairastumisriskin pienentämiseksi. Kohonneen riskin henkilöille (yli 9 pistettä riskitestissä) tarjotaan ensisijaisesti ryhmäohjausta. Kaikki täytetyt lomakkeet kerätään toimipaikkakohtaisesti ja postitetaan os. MEVA-hanke, Pirkanmaan Muistiyhdistys, Kalevantie 1, 33100 Tampere. Laita toimipaikkasi leima lomakkeeseen ennen lähettämistä.



Liite 11

Muistisairauden riskitestilomakkeen käyttö Ylöjärven sosiaali- ja terveystalouksissa

Tehdään seuraavissa tilanteissa asiakkaille vastaanottotilanteessa. Testi ja pisteet kirjataan. Riskitestissä 0-7 pistettä saaneita kannustetaan jatkamaan aivoterveydelle edullisia elämäntapoja. Testissä 8-9 pistettä saaneita ohjataan vastaanottotilanteessa, mitä he voivat tehdä sairastumisriskin pienentämiseksi. Kohonneen riskin henkilöille (yli 9 pistettä riskitestissä) tarjotaan ensisijaisesti Ikihyvä- ryhmänohjausta. Kaikki täytetyt lomakkeet kerätään toimipaikkakohtaisesti.

Lääkäri- sairaanhoitaja -työpari ja Terveyskioskin terveydenhoitajat

- henkilöt, joilla on kohonnut verenpaine (todettaessa sekä myöhemmin hoitomyönteisyyden tukena)
- henkilöt, joilla on kohonnut kolesteroli (todettaessa sekä myöhemmin hoitomyönteisyyden tukena)
- ylipainoiset henkilöt
- vähän liikkuvat
- diabetesta sairastavat (vuositarkastuksen yhteydessä)
- sydän- ja verisuonisairauksia sairastavat (vuositarkastuksen yhteydessä)
- päihteiden riskikäyttäjät
- henkilöt, joilla on suvussa muistisairautta (geriatri ja muistihoitaja)
- työttömien terveystarkastukset
- harkinnan mukaan ali- ja ylikuormittuneet
- ajokorttitarkastuksen yhteydessä



Liite 12

Muistisairauden riskitestilomakkeen käyttö

Tullinkulman Työterveyden palveluissa

40–65 -vuotiaille asiakkaille vastaanottotilanteessa

Kutsuttaessa terveystarkastukseen annetaan mahdollisuus asiakkaan valita muistiriskitestin täyttäminen

Lääkärit ja työterveyshoitajat käyttävät harkinnan mukaan seuraavissa tilanteissa

- työhöntulotarkastukset
- määräaikaistarkastukset
- henkilöt, joilla on kohonnut verenpaine (todettaessa sekä myöhemmin hoitomyönteisyyden tukena)
- henkilöt, joilla on kohonnut kolesterolit (todettaessa sekä myöhemmin hoitomyönteisyyden tukena)
- ylipainoiset henkilöt
- vähän liikkuvat
- korkean diabetes- ja sydäntautiriskin henkilöt
- diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien määräaikaistarkastukset
- henkilöt, joilla on suvussa muistisairautta
- päihteiden riskikäyttäjät, erilaisista riippuvuuksista kärsivät

Fysioterapeutit käyttävät

- harkinnan mukaan erilaisten ryhmien yhteydessä

Psykologit

- harkinnan mukaan ali- tai ylikuormittuneet, esim. työuupuneet

Avokuntoutuskurssin ohjaajat

- *Pidä huolta muistista* -osio sisältyy kurssiin

Riskitestissä 0-7 pistettä saaneita kannustetaan jatkamaan aivoterveydelle edullisia elämäntapoja. Testissä 8-9 pistettä saaneita ohjataan vastaanottotilanteessa, mitä he voivat tehdä sairastumisriskin pienentämiseksi. Kohonneen riskin henkilöille (yli 9 pistettä riskitestissä) tarjotaan ensisijaisesti ryhmäohjausta. Kaikki täytetyt lomakkeet kerätään toimipaikkakohtaisesti.



Liite 13

Muistisairauden riskitestilomakkeen käyttö Työterveyspalvelu Viisarissa

40–65 -vuotiaille asiakkaille vastaanottotilanteessa

Lääkärit ja työterveyshoitajat käyttävät harkinnan mukaan seuraavissa tilanteissa

- työhöntulotarkastukset
- määräaikaistarkastukset
- henkilöt, joilla on kohonnut verenpaine (todettaessa sekä myöhemmin hoitomyönteisyyden tukena)
- henkilöt, joilla on kohonnut kolesterolit (todettaessa sekä myöhemmin hoitomyönteisyyden tukena)
- ylipainoiset henkilöt
- vähän liikkuvat
- korkean diabetes- ja sydäntautiriskin henkilöt
- diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien määräaikaistarkastukset
- henkilöt, joilla on suvussa muistisairautta
- päihteiden riskikäyttäjät, erilaisista riippuvuuksista kärsivät

Fysioterapeutit käyttävät

- harkinnan mukaan erilaisten ryhmien yhteydessä

Psykologit

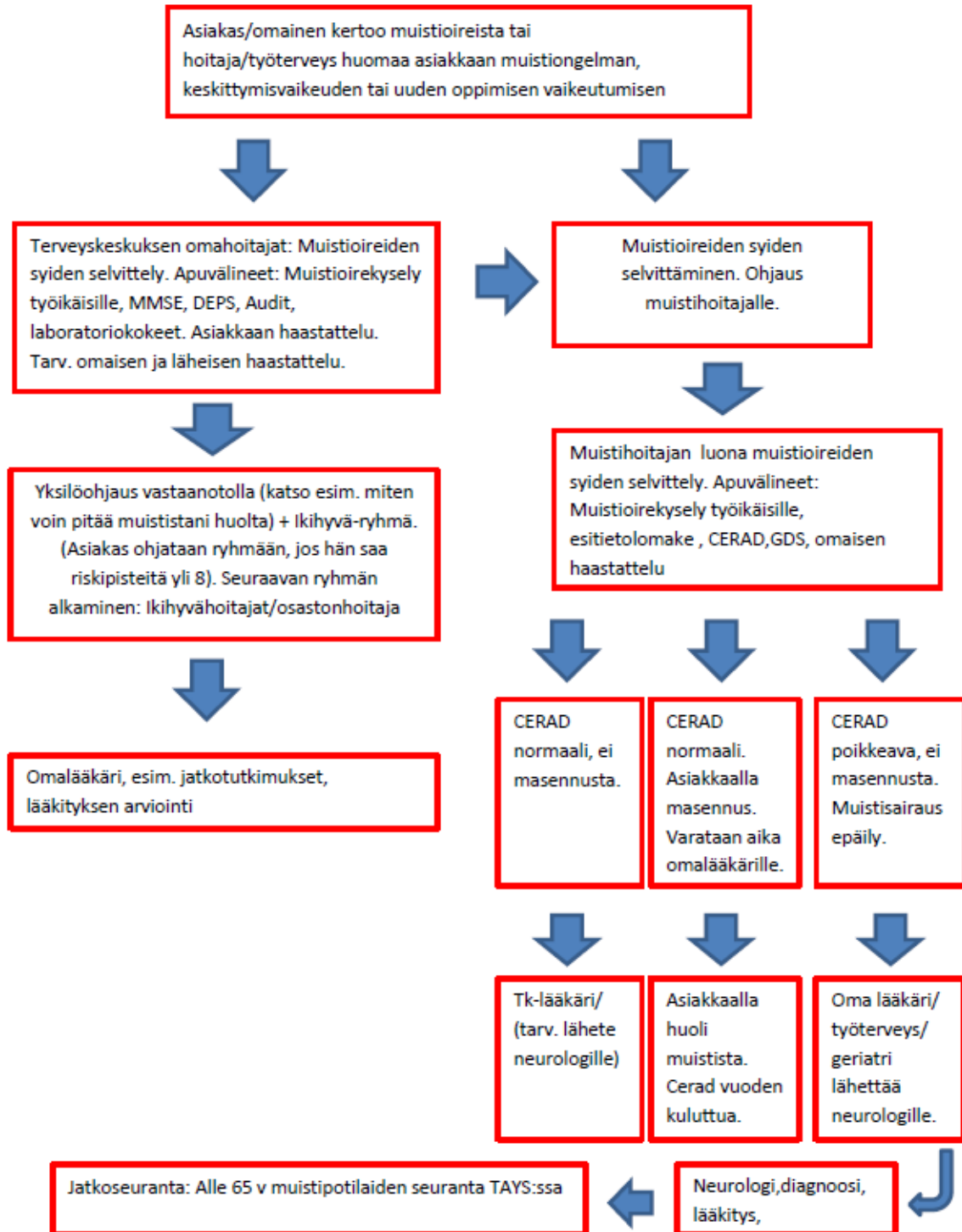
- harkinnan mukaan ali- tai ylikuormittuneet, esim. työuupuneet

Riskitestissä 0-7 pistettä saaneita kannustetaan jatkamaan aivoterveydelle edullisia elämäntapoja. Testissä 8-9 pistettä saaneita ohjataan vastaanottotilanteessa, mitä he voivat tehdä sairastumisriskin pienentämiseksi. Kohonneen riskin henkilöille (yli 9 pistettä riskitestissä) tarjotaan ensisijaisesti ryhmäohjausta. Kaikki täytetyt lomakkeet kerätään toimipaikkakohtaisesti.



Liite 14

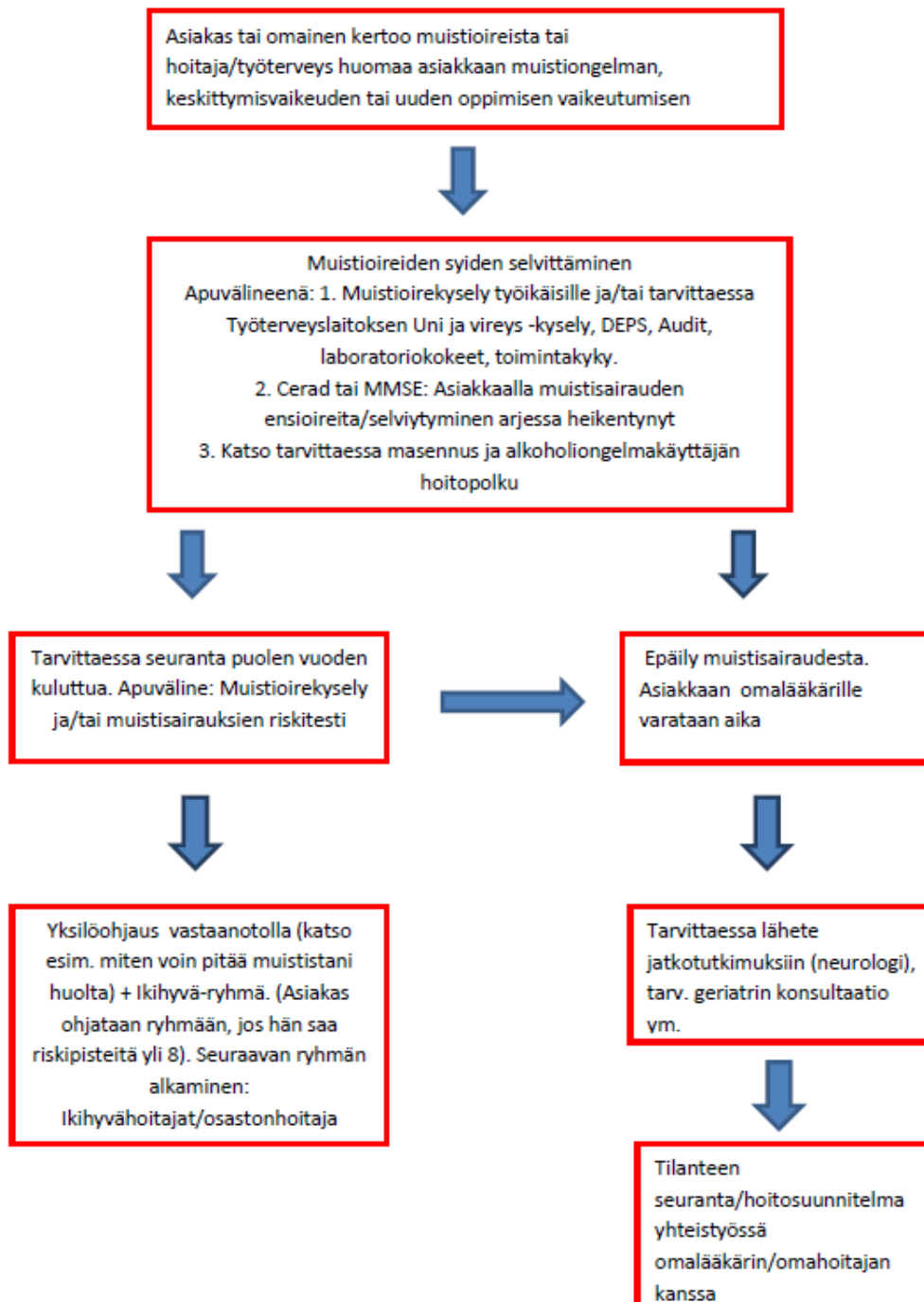
PIRKKALAN HOITOPOLKU ALLE 65-VUOTIAALLE MUISTIOIREASIAKKAALLE



Liite 15



YLÖJÄRVEN HOITOPOLKU ALLE 65-VUOTIAALLE MUISTIOIREASIAKKAALLE



Lähde: Rissa, E., Kullman, H., Rönneikkö, J., Lahti, T & Meva – hanke. Pirkanmaan Muistiyhdistys ry. 2014.

Liite 16

Väestön tiedottaminen median kautta

Lehdet	Artikkelien lukumäärä	Levikki/kuulijat
Pirkanmaan Pääasiat lehti	15	15 361
Trendi	3	12 000
Yle Tampere radio	3	526 000
Kangasalan Sanomat	3	23 157
Oriveden Sanomat	2	10 510
Nokian Uutiset	2	16 314
Pirkkalainen	2	28 000
Aivoitus	1	4000
Pirkanmaan Puhallus	1	1800
Mieli ja keho liikkeelle – valtimoterveyttä edistämään! Terveysliikuntautiset.	1	300
Viva	1	40 000
Pirkanmaan Sanomat	1	7 235
Sydän-Hämeen lehti	1	5 549
Lempäälän-Vesilahden Sanomat	1	7 371
Tamperelainen	2	264 000
Ylä-Satakunnan Sanomalehti	1	7 000
Kodin Pellervo	1	132 000
Yle Uutiset.Terveys.	1	1000
Punkalaitumen sanomat	1	3 555
Aamulehti	1	262 000
Aamulehti. Ikä & terveys	1	262 000
Oma Plus -lehti	1	400 000
<u>Yhteensä</u>	46	2 029 152

Liite 17

Huolehdi itsestäsi - investoi tulevaisuuteen

Muistisairauden riskitesti motivoi elämäntapamuutoksiin

TAUSTA

Valtaosa ihmisistä ikääntyy ilman mainittavia muistiongelmia. Suomessa joka viides työikäinen ja joka kolmas yli 65-vuotias kertoo itsellensä olevan muistioireita. Suomessa on noin 150 000 muistisairasta ja muistisairaiden määrän ennustetaan kasvavan merkittävästi tulevina vuosikymmeninä. Vuonna 2020 arvioidaan olevan noin 200 000 muistisairasta. Sairastumisriskiä voi pienentää terveillä elämäntavoilla ja aivoterveysten ylläpidolla.

MIKÄ ON RISKITESTI?

Riskitestin avulla voidaan arvioida myöhäsiän muistisairauden todennäköisyyttä ja omaa tarvetta elämäntapamuutoksiin. Testi kuvaa keski-ikäisen sairastumisriskiä 20 vuoden kuluttua ja kertoo millä elämäntapamuutoksilla riskiä voi pienentää.

RISKITEKIJÄT JOIHIN EI VOI VAIKUTTA

Muistisairauden riskitekijöistä ainoastaan ikään ja perinnöllisiin tekijöihin emme voi vaikuttaa. Vain hyvin pieni osa muistisairauksista on periytyviä.

TEKIJÄT JOIHIN VOI VAIKUTTA

Aivojen hyvinvointiin kannattaa panostaa koko elämän ajan. Lapsesta asti kannattaa suojata päätä kolhuilta. Aktiivinen liikunta, terveellinen ruokavalio, korkea koulutus tai muu henkinen ja sosiaalinen aktiivisuus suojaavat muistisairauksilta. Matalaa koulutustasoa voi kompensoida läpi elämän jatkuvalla aktiivisuudella. Aivoja voi aktivoida risitanatehtäviä ratkomalla, lukemalla tai aloittamalla uusi harrastus. Painoindeksiin voi vaikuttaa syömällä vähemmän kuin kuluttaa. Vähäinen alkoholin käyttö ja tupakoimattomuus auttavat muistisairauksien riskin pienentämisessä. Aivojen hyvinvoinnin kannalta on myös tärkeää, että ihminen palautuu kuormitusilanteista, koska mm. masennus voi altistaa muistisairauksille. Huolehtimalla diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien hyvästä hoidosta voi pienentää sairastumisriskiään.



MEVA -hankkeen (Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja varhaisen toteamisen edistäminen Pirkanmaalla) tavoitteena on luoda pysyvä toimintakäytäntö terveydenhuollon ja työterveyshuollon yksiköihin muistisairauksien ennaltaehkäisemiseksi. Muistisairauksien riskitestin avulla esitään henkilöitä, joilla on kohonnut sairastumisriski, ja heitä kannustetaan omaehtoiseen elämäntapamuutokseen yksilö- ja ryhmäohjauksen avulla. RAY:n rahoittamaa hanketta hallinnoi Pirkanmaan Muistiyhdistys ry. Lisätietoja: Sirpa Kotisaari, Tölli (sirpa.kotisaari@saunalahti.fi), Mari Lemmetty, Tölli, Jussi Viljanen, ft.

ETURINTAMASSA MUISTISAIRAUKSIA VASTAAN



Pirkanmaan Muistiyhdistys ry

PIRKANMAAN MUISTIIYHDISTYS RY
www.pirkanmaanmuistiyhdistys.fi



Liite 18

BRAIN HEALTH PROMOTION CAPACITY BUILDING

Memory disorder risk screening as a primary health care practice

Scope and goals

MEVA project (2011-2014) aims at making brain health promotion a permanent process in primary health care. The goal is that the primary health care will determine, implement and monitor the appropriate practices; the primary health care management should take a leading role in implementing this. Other goal in the project is to increase public awareness of brain health.

Methods

Primary health care employees are trained to identify people at increased risk of memory disorders with the help of the memory disorder risk score. Together, these employees and the project personnel will develop practices for lifestyle counselling (both individual and group-counselling). The project also includes lectures for the public.

Lifestyle counselling is customer-driven. Different people need different counselling: some need specific guidance and a lot of support, while others just need some help to find good sources of information. The segmentation of clients helps to allocate and focus the resources in an effective way. Customer-orientation is audited using the qualitative BIKVA-assessment¹.

According to the theory of Health Promotion Capacity Building, health promotion requires

- 1) the commitment of the management and decision makers
- 2) active leadership
- 3) population health monitoring and analysis of required actions
- 4) resources and know how
- 5) common practices
- 6) public participation and partnership in the planning and evaluation of health promotion services
- 7) detailed programmes in municipality level for health monitoring, assessment of the results and communication of goals and results

This Health Promotion Capacity Building theory is used as the framework for this project².

¹ <http://www.sosiaaliporatti.fi/File/8579b014-b4a9-4ddd-8f14-1a40136f2b2f/bikva.pdf>

² THL, TEAvisari Web Service <http://www.thl.fi/fi/web/tutkimus/tyokalut/teavisari>

What works already:

- People are well motivated to maintain good memory health.
- Memory disorder prevention offers a new and effective motivational tool to health promotion in general.
- Health promotion is one of the principal duties of the primary health care by law
- The project will provide resources to support frontline work as the municipalities start to implement the National Memory Programme.

What are the challenges:

- On all levels of health care, more commitment and the realization of the importance of preventive work is needed.
- At the moment, multiprofessional cooperation is not as effective as it should.
- Reaching out to certain sections of the population is problematic - the marginalized and those, who are not interested in health promotion on their own.
- To raise stress and insomnia to the same level in importance in health counselling as dietary and physical exercise guidance

Cooperation

Memory disorder risk factors are mostly the same as risk factors for cardiovascular disease and type 2 diabetes. This is taken into account by cooperating with heart and diabetes associations.

Primary health care management has an important role in the municipalities in facilitating and promoting the health promotion horizontally in other local government sectors and among private sector.

Further information:

MEVA-project, Pirkanmaan Muistiyhdistys ry (member of Alzheimer society of Finland), sirpa.kotisaari@saunalahti.fi, mari.lemmetty@saunalahti.fi, jussi.s.viljanen@saunalahti.fi



AT THE FOREFRONT TO FIGHT DEMENTIA



NOKIANKAUPUNKI



Pirkanmaan Sydänselä ry



Pirkanmaan
Muistiyhdistys ry
Muistijärjestö

PIRKANMAAN MUISTIYHDISTYS RY
www.pirkanmaanmuistiyhdistys.fi



Liite 19a

TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

TUTKIMUKSESTA TIIVIISTI 29 • JOULUKUU 2014

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

Päälöydökset

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

Kirjoittajat:

Sirpa KotisaariHankekoordinaattori,
Pirkanmaan Muistiyhdistys ry**Vesa Saaristo**

Asiantuntija, THL

Anne KetolaProjektityöntekijä,
Pirkanmaan Muistiyhdistys ry**Mari Lemmetty**Projektityöntekijä,
Pirkanmaan Muistiyhdistys ry**Teija Siipola**Toiminnanjohtaja,
Pirkanmaan Muistiyhdistys ry

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 kolesterolia 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-tutkimushankkeesta (Ngandu ym. 2014). Ryhmäohjauksena toteutettu elintapaohjaus vaatii tehokasta johtamista, moniammatillista yhteistyötä ja työntekijän valmiutta ohjata ryhmiä. Terveystieteen edistäminen on koko organisaation tehtävä eikä toiminta saa olla yksittäisten työntekijöiden varassa. Tämä edellyttää sitoutumista strategiatasolla, johtamisella, tarveanalyysillä, 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 Ikähyvä-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 keskustelua toimintakäytännön sujumisesta. Terveystieteenhuollon ammattilaisia tuettiin muistisairauden riskin arvioinnissa ja kohonneen riskin henkilöiden ohjauksessa. Ammattilaisille järjestettiin koulutusta muun muassa muistisairauden riski- ja suojatekijöistä sekä motivoivasta ohjauksesta.

TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

THL – Tutkimuksesta tiiviisti 29/2014

Liite 19b

Kotisaari S, Saaristo V, Ketola A, Lemmetty M, Siipola T

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

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 Sydänpiiri ja Tampereen Diabetesyhdistys.

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

Tiedot on julkaistu terveyskeskustohtaisesti TEAvisari-verkkopalvelussa (<http://www.thl.fi/teaviisari>).

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(9):9345–60.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. STM raportteja ja muis-tioita 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 g. 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

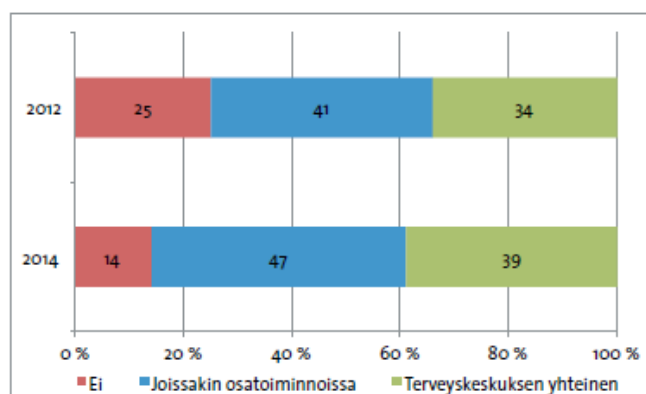


TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

THL – Tutkimuksesta tiiviisti 29/2014

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.

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 määritellä toimintakäytännöt testin toteuttamisesta ja kohonneen riskin henkilöiden ohjaamisesta 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, joulukuuta 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Liite 20

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteen ylempi AMK/ Terveystieteen edistämisen koulutusohjelma

Työelämän kehittämisprojekti

Huhtikuu 2013

Pohjanaho, Nina; Tuohenmaa, Pia; Vettenterä, Elina & Virtanen, Taru: Muistisairauksien riskin arviointi Hämeenkyrön kotihoidon henkilöstölle

Mäntysaari, Outi & Salmela, Johanna: Työikäisen muisti ja muistisairauksien ennaltaehkäisy Koskiklinikan työterveyspalveluissa

Aziza, Päivi & Laitinen, Henna & Lepistö, Marianne & Liljegren, Katja & Mäkinen, Jarna & Siuko, Susanna: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kahden aikuispsykiatrian osaston henkilökunnan muistisairauden kartoitus muistiriskitestin avulla

Maria, Forsberg & Eila, Järvinen & Katri, Nevalainen & Jaana; Niskakoski & Jenni, Syväoja: Työikäisten muistisairausriskin kartoittaminen riskitestin avulla Tampereen yliopistollisen sairaalan neurologian ja neurokirurgian osastoilla

Sari Emenalo, Veera Korpela, Saija Mäkinen, Kaija Nuutinen & Milla Nyberg: Valkeakosken terveyskeskussairaalan henkilökunnan muistisairauksien riskikartoitus

Opinnäytetyöt:

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteen ylempi AMK/ Terveystieteen edistämisen koulutusohjelma

Vettenterä, Elina & Järvinen, Eila : Terveystieteen ammattihenkilöiden muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen liittyvä osaaminen: MEVA-hankkeen osaamiskyselyn raportti 4/2014

Siuko, Susanna .Tuttuakin tutumpaa, mutta miten oikeasti hoidetaan? Verenpaineasiakkaan lääkkeettömät hoitokäytännöt terveyskeskuksessa. 6/2014.

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma/ Terveystieteenhoitotyö

Jenni Hietala & Tanja Jämsä-Väyrynen: Työikäisen uni ja unettomuuden lääkkeetön hoito Luento terveydenhoitajille. 8/2014.

Pirkanmaan Muistiyhdistys ry

Kalevantie 1, 33100 Tampere
puh. 03 223 2344
muistiyhdistys@saunalahti.fi
www.pirkanmaanmuistiyhdistys.fi

