

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Merja Perttilahti

MUISTIN JÄLJILLÄ – OLENKO UNOHTANUT VAI ENKÖ MUISTA?
Opaslehtinen työterveyshoitajille ja heidän asiakkailleen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2014



OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijä
Merja Perttilahti

Nimeke
Muistin jäljillä – olenko unohtanut vai enkö muista?
– Opaslehtinen työterveyshoitajille ja heidän asiakkailleen
Toimeksiantaja
Joensuun Työterveys kunnallinen liikelaitos

Tiivistelmä
Eteneviä muistisairauksia on perinteisesti pidetty ikääntyvien ihmisten sairauksina, mutta muistisairaudet koskettavat myös työkäisiä ihmisiä. Kansallisessa muistiohjelmassa esitetyn arvion mukaan Suomessa on tällä hetkellä noin 5 000–7 000 työkäistä eli alle 65 -vuotiasta muistisairasta. Kansallisen muistiohjelman tavoitteena on hillitä muistisairauksien aiheuttamaa palvelutarpeen kasvua muun muassa muistisairauksien ennalta ehkäisyllä ja varhaisella tunnistamisella.

Työkäisten muistihäiriöiden ja muistioireiden taustalla vaikuttavat monenlaiset syyt. Haasteena onkin erottaa työelämän kuormittavuuden tai elintapojen aiheuttamat muistihäiriöt etenevään muistisairauteen liittyvistä muistioireista. Työterveyshoitajan rooli asiakkaan muistihäiriöiden syyn selvittämisessä on tärkeä. Työterveyshoitajan tulisikin aktiivisesti kysyä muistiin ja muihin kognitiivisiin toimintoihin liittyvistä seikoista työntekijän terveystarkastuksen tai työkykyarvion yhteydessä.

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on kuvata työkäisen muistiin ja aivoterveysteen vaikuttavia tekijöitä sekä tuoda esille muistisairauksien varhaiseen toteamiseen liittyviä ongelmia. Opinnäytetyön tuotoksena syntyneen opaslehtisen tehtävä on toimia työterveyshoitajan ja asiakkaan välisen keskustelun tukena. Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheena sekä kehittämiskohteena voisi olla uusimpiin tutkimustuloksiin pohjautuvan muistisairauksien ennalta ehkäisyyn keskittyvän materiaalin tuottaminen työterveyshuollon käyttöön.

Kieli
suomi

Sivuja 49
Liitteet 3
Liitesivumäärä 10

Asiasanat
työkäinen, muistihäiriö, muistisairaus, varhainen diagnoosi



THESIS
May 2014
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Author
Merja Perttilahti

Title
On the Track of Memory – Have I Forgotten or Can't I Remember?
A Leaflet to Occupational Health Nurses and Their Clients
Commissioned by
Health Care of Joensuu, Occupational Health Care Department of the Municipal
Business

Abstract
By tradition, progressive memory diseases have been thought to be diseases of elderly people. However, memory disorders concern work-aged people as well. In the National Memory Programme it has been estimated that there are 5 000-7 000 under 65-year old work-aged people with memory disorders. The main objective of the National Memory Programme is to restrain the growth of need for services by prevention of diseases and by an early diagnosis.

There are various reasons that cause memory loss or memory disorders of work-aged people. The challenge is how to separate whether memory disorders are caused by work stress or way of life or by progressive memory loss. The role of an occupational-healthcare nurse is important when reasons for memory disorders are researched. Problems with memory and other cognitive functions should be asked about in the physical examination and when assessment of work ability is done by the occupational-healthcare nurse.

The output of this practice-based thesis is a leaflet that gives information about work-aged people's memory and the health of their brain as well as problems with early recognition of memory disease. The purpose of the leaflet is to support face-to-face patient counselling. As a further study, it would be useful to produce prevention material of memory disorders to occupational health care. There are a lot of new research results available for that purpose.

Language
Finnish

Pages 49
Appendices 3
Pages of Appendices 10

Keywords
work-aged, memory disorder, memory disease, early diagnosis

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Työikäisten muistihäiriöt ja muistisairaudet.....	7
2.1	Muistamisen ja unohtamisen moninaisuus	7
2.2	Muistihäiriö, muistioire vai muistisairaus	8
2.3	Työikäisten muistisairaudet	9
2.4	Työikäisten muistioireiden vallitsevuus ja monimuotoisuus	12
2.5	Parannettavissa ja hoidettavissa olevat muistihäiriöt.....	14
2.6	Varhaisen diagnoosin tavoite ja merkitys.....	16
2.7	Varhaisen diagnoosin haasteellisuus.....	17
3	Työterveyshuolto ja muistiasiakas	18
3.1	Muistin kuormittuminen ja työelämä.....	18
3.2	Muistiasiakas ja työterveyshuollon rooli.....	20
3.3	Muistiasiakkaan hoitopolku työterveyshuollosta jatkotutkimuksiin	23
3.4	Testisarjat varhaisen tunnistamisen apuvälineenä	25
3.5	Työikäisten aivoterveysten ylläpitäminen	27
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät.....	28
5	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat.....	28
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	28
5.2	Lähtötilanteen kartoitus.....	29
5.3	Opaslehtisen toteutus	31
5.4	Opaslehtisen arviointi	36
6	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	37
7	Pohdinta.....	43
	Lähteet.....	46

Liitteet

Liite 1 Toimeksiantosopimus

Liite 2 Kevään 2014 aikataulu

Liite 3 Opaslehtinen

1 Johdanto

Suomessa sairastuu vuosittain yli 13 000 ihmistä johonkin dementoivaan sairauteen. Muistisairaudet koskettavat myös työikäisiä ihmisiä: tällä hetkellä Suomessa arvioidaan olevan 5 000–7 000 työikäistä muistisairasta. Muistisairauksia sairastavat käyttävät runsaasti sosiaali- ja terveyspalveluja. Kansallisen muistiohjelman tavoitteena on vaikuttaa palvelutarpeen kasvuun aivoterveyttä edistämällä, muistisairauksien ennalta ehkäisyllä, muistioireiden varhaisella tunnistamisella sekä oikea-aikaisella hoidolla ja kuntoutuksella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 2.)

Opinnäytetyöni käsittelee työikäisten muistihäiriöitä, muistioireita sekä etenevien muistisairauksien varhaiseen toteamiseen vaikuttavia seikkoja. Valitsin tämän aiheen, koska muistisairauksien ennalta ehkäisy ja varhainen toteaminen vaativat tulevaisuudessa yhä suurempaa huomiota terveydenhuoltojärjestelmältä. Tutkimusten mukaan muistisairauden varhainen toteaminen ja hoidon nopea aloittaminen vähentävät sairaudesta aiheutuvia mieliala- ja käytöshäiriöitä sekä auttavat potilasta selviytymään arkipäivän askareista pitempään. Vuosikymmeniä käytössä olleet muisti- ja oppimistestit ovat osoittautuneet melko rajallisiksi muistihäiriöiden ja muistioireiden laadun ja määrän selvittämisessä etenkin työikäisillä. Näin ollen maailmalla tehdään jatkuvasti varhaiseen toteamiseen liittyvää tutkimustyötä. (Juva 2010, 583; Erkinjuntti & Viramo 2010, 50–51; Aavaluoma, Haarala, Kinnarinen, Nurhonen & Soisalo 2013, 29–32.)

Usein muistisairaudet ajatellaan pelkästään ikääntyvien sairauksiksi. Opinnäytetyössäni keskityn kuitenkin nimenomaan jo työikäisenä puhkeaviin sairauksiin ja oireyhtymiin. Osa muistisairauksista voi puhjeta jo 45–65 vuoden iässä, joten ennalta ehkäisevä työ ja varhainen toteaminen tulisi sisältyä työterveyshuollon ja työikäisen väestön terveyspalveluihin. Muistisairauden ensimmäiset oireet voidaan herkästi tulkita työuupumuksen tai masennuksen aiheuttamiksi oireiksi. Työterveyshuollon henkilöstön voi olla vaikea ottaa puheeksi muistisairauteen liittyviä kysymyksiä työelämässä mukana olevan henkilön kanssa, koska muisti-

sairaudet liitetään helposti lähinnä ikääntyvien ihmisten sairauksiksi. (Juva 2010, 583–584; Viramo 2006, 37–40; Siitonen 2013a.)

Haluan työssäni painottaa muistisairauden varhaiseen toteamiseen liittyvää problematiikkaa, sillä aina muistihäiriön syy ei ole alkava muistisairaus. Toisaalta taas alkavan muistisairauden mahdollisimman varhainen havaitseminen ja hoidon nopea aloittaminen parantavat taudin ennustetta ja potilaan elämänlaatua. Koska muistihäiriön tai muistioireen taustalla ei välttämättä aina ole alkava muistisairaus, käytän työssäni joissakin yhteyksissä muistiongelmia kohdanneesta henkilöstä nimitystä muistiasiakas.

Tilastokeskuksen määritelmän mukaan työikäiseen väestöön lasketaan kaikki 15 - 74-vuotiaat henkilöt (Tilastokeskus 2013). Opinnäytetyötäni ja sen rajausta ajatellen ikäjakauma on liian laaja. Näin ollen opinnäytetyössäni työikäisen yläikärajaksi olen asettanut 65 vuotta, joka on Kansaneläkelaitoksen vanhuuseläkkeen ikäraja terveellä, työssäkäyvällä henkilöllä (Kansaneläkelaitos 2013).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata työikäisen muistiin ja aivoterveysteen vaikuttavia tekijöitä sekä tuoda esille muistisairauksien varhaiseen toteamiseen liittyviä ongelmia. Opinnäytetyöni tehtävä on tuottaa työterveyshoitajille ja heidän asiakkailleen muistiongelmia käsittelevä opaslehtinen keskustelun tueksi ja asiakastapaamisen yhteiseksi työvälineeksi.

Opinnäytetyöni teoreettisessa osassa tarkastelen etenkin työikäisillä esiintyviä parannettavissa olevia muistihäiriöitä, muistioireita sekä eteneviä muistisairauksia ja niiden oireita. Työelämän kuormittavuus sekä aivoterveysten ylläpitäminen linkittyvät läheisesti työikäisten muistiongelmiin, minkä vuoksi olen halunnut tuoda myös näitä asioita esille. Opaslehtiseen olen koonnut aiheeseen liittyviä keskeisiä asioita mahdollisimman tiiviissä ja selkeässä muodossa.

2 Työkäisten muistihäiriöt ja muistisairaudet

2.1 Muistamisen ja unohtamisen moninaisuus

Erkinjuntti, Alhainen, Rinne ja Huovinen (2006, 13) määrittelevät muistin seuraavasti:

”Muisti on erilaisista osatoiminnoista koostuva kyky tallettaa mieleen uusia asioita, säilyttää ne mielessä ja tarvittaessa palauttaa ne tilanteen vaatimalla tavalla mieleen.”

Muistin toiminta jakautuu kolmeen vaiheeseen: mieleen painamiseen, muistissa säilyttämiseen ja mieleen palauttamiseen. Muistin keston ja kapasiteetin perusteella muisti voidaan jaotella rakenteellisesti aistimuistiin, työmuistiin ja säilömuistiin. Aistimuisti on lyhytkestoinen, kapasiteetiltaan laaja, koko ajan ympäristöstä informaatiota vastaanottava muistin osa. Työmuisti vastaanottaa, säilyttää ja käsittelee aisti-informaatiota. Häiriöille herkkä työmuisti osallistuu sekä mieleen painamiseen että palauttamiseen. Säilömuisti eli pitkäkestoinen muisti on opittujen asioiden ja kokemusten varasto, jonka kapasiteetti on lähes rajaton. Säilömuisti on muistijärjestelmän luotettavin osa. (Härmä & Dunderfelt-Lövegren 2011, 24, 28–30, 37.)

Useiden muistisairauksien yhteydessä puhutaan lähimuistista. Lähimuisti on osa säilömuistin toimintaa, joka kuvaa tapahtumamuistiin lähimenneisyydessä tallennettuja sisältöjä. Lähimuisti-termi viittaa yleensä edellisen tunnin, viikon tai kuukauden aikana muistiin tallennettuihin asioihin. (Härmä & Dunderfelt-Lövegren 2011, 31.)

Ongelmat työmuistin toiminnassa aiheuttavat mieleen painamisen ja palauttamisen vaikeuksia, jotka heijastuvat työ- ja arkielämän kaikille osa-alueille. Stressi, jännitys tai suuret elämänmuutokset kuormittavat työmuistia. Työmuistin toimintaan vaikuttavat myös kipu, väsymys ja voimakkaat tunnetilat. Häiriöt toiminnassa liittyvät tarkkaavaisuuden heikkenemiseen, joka johtaa työmuistin kuormittumiseen ja sitä kautta mieleen painamisen ja palautumisen heikkeneemiseen. (Härmä & Dunderfelt-Lövegren 2011, 37.)

Muistin syntymistä varten hermosolujen täytyy kasvattaa ulokkeita ja rakentaa monimutkaisia verkostoja. Hermosoluverkostoja ja niihin muodostuvia pysyviä reittejä sanotaan muistijäljiksi. Näissä muistijäljissä ihminen säilyttää elämänsä aikana kertyneet tiedot ja taidot. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2009, 11.)

Unohtaminen on tärkeä osa muistin toimintaa. Unohtaminen tapahtuu, kun muistijälki ajan mittaan haalenee olemattomiin eikä ole enää mieleen palautettavissa. Unohtamista aiheuttaa myös jatkuva uuden muistiaineksen kasaantuminen vanhan aineksen päälle. Esimerkiksi henkilöiden nimien muistaminen alkaa tuottaa ongelmia jo 40 ikävuoden jälkeen. (Erkinjuntti ym. 2009, 21–22.) Iän myötä muistista tulee häiriöalttiimpi, mutta normaali ikääntyminen ei aiheuta niin suurta muistitoimintojen heikentymistä, että arkisista askareista tai normaaleista työtehtävistä suoriutuminen vaikeutuu (Uusitalo 2013, 38).

2.2 Muistihäiriö, muistioire vai muistisairaus

Muistisairauksia on useita, oirekuvaltaan hieman toisistaan poikkeavia muotoja. Muistisairaus heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn osa-alueita, kuten kielellistä toimintaa, näköaistiin perustuvaa hahmottamista sekä toimintojen ohjausta. Etenevä muistisairaus johtaa dementia-asteiseen muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiseen. Muistioireella tarkoitetaan episodisen eli tapahtumamuistin sekä semanttisen eli asiamuistin heikentymistä. Muistioireet voivat aiheutua aivojen otsa- tai ohimolohkon toiminnan muutoksista, jotka johtavat mieleen painamisen, muistissa säilyttämisen ja mieleen palauttamisen vaikeutumiseen. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 18–19.) Muistihäiriössä on kysymys mistä tahansa muistin toimintaan liittyvästä häiriöstä. Ongelma voi liittyä mieleen painamiseen, mielessä säilyttämiseen tai mieleen palauttamiseen. Häiriö voi ilmetä näissä kaikissa muistin osa-alueiden toiminnoissa tai pelkästään yhdellä osa-alueella. (Juva 2011, 110.)

Kansankielessä yleisesti käytössä oleva käsite dementia on oiretermi eikä suinkaan erillinen sairaus. Dementiassa useampi kuin yksi kognitiivinen eli tiedonkäsittelyyn liittyvä toiminto heikentyy niin paljon, että henkilön itsenäinen selviy-

tyminen jokapäiväisissä toimissa vaikeutuu oleellisesti. Kognitiivisia toimintoja ovat esimerkiksi tarkkaavaisuus, toiminnanohjaus, kielelliset toiminnot, orientatio eli suuntautuminen ja muistitoiminnot. Kognition heikentymisen aiheuttaa elimellinen syy, joka voi olla etenevä sairaus (Alzheimerin tauti), aivovamman pysyvä jälkitila tai hoidolla parannettavissa oleva sairaus, kuten kilpirauhasen vajaatoiminta. (Erkinjuntti ym. 2010, 17.) Pelkkä muistihäiriö ei siis ole dementiaa, vaan dementialla tarkoitetaan laaja-alaista muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymistä, jonka taustalla oleva syy, yleensä sairaus, on selvitettävä (Juva 2011, 110).

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus, jota sairastaa tällä hetkellä Suomessa yli 70 000 ihmistä (Alzheimerinfo 2013a). Alzheimerin tauti on vaiheittain etenevä sairaus, jossa tiettyjen aivoalueiden vauriot aiheuttavat oireita. Tauti alkaa tyypillisesti muistioireella. Muisti onkin koko sairauden ajan vaikeimmin heikentynyt kognition eli tiedonkäsittelyn osa-alue. Omatoimisuuden heikentyminen sekä vaikeudet tiedonkäsittelyssä liittyvät muistin heikentymiseen. (Erkinjuntti ym. 2010, 16–17.)

Aivoverenkierron häiriöihin liittyy suuri riski tiedonkäsittelyn heikkenemisestä ja muistisairaudesta. Aivoverenkierron häiriöissä muistisairauksien alatyypit ovat pienten suonien tauti (subkortikaalinen tauti), suurten suonien tauti (kortikaalinen tauti) ja kognitiivisesti kriittisellä alueella oleva infarkti eli hapenpuutteesta johtuva kuolio (strategic infarct). Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat myös Alzheimerin taudin oireiden varhaisempaa ilmaantumista. (Erkinjuntti ym. 2010, 16.)

2.3 Työikäisten muistisairaudet

Muistihäiriöitä potevan henkilön tullessa vastaanotolle on tärkeää ottaa hänen oireensa vakavasti. Häiriöt muistin toiminnassa ovat varsin tavallisia työn psyykkisen kuormittavuuden lisääntyessä, mutta niiden aiheuttajana saattaa olla myös etenevä aivosairaus. Muistihäiriön voi aiheuttaa ohimenevä ja parannettavissa oleva syy, kuten masennus. Joskus oireen taustalla voi olla de-

generatiivinen eli rappeuttava aivosairaus, joka voi johtaa dementoitumiseen. (Viramo 2006, 37–40.)

Lievä kognitiivinen heikentyminen voi ennakoida myöhemmin puhkeavaa Alzheimerin tautia. Lievä kognitiivinen heikentyminen eli MCI (mild cognitive impairment) ilmenee muistioireena tai jonkin muun tiedonkäsittelyn osa-alueen oireena. Henkilö selviytyy kuitenkin jokapäiväisistä toimista vielä hyvin, eivätkä dementian tai muun muistisairauden diagnostiset kriteerit täyty. Lievästä kognitiivisesta heikentymisestä kärsivien henkilöiden ohjaaminen erilaisiin jatkotutkimuksiin on tärkeää. Ensin on luonnollisesti kuitenkin tehtävä poissulkeutkimuksia, kuten depressioseula ja laboratoriokokeet. Ongelmana on, kuinka ohjata tarkempiin jatkotutkimuksiin oikeat henkilöt, sillä muistiongelman taustalla ei suinkaan aina ole Alzheimerin tauti, vaan kysymyksessä voi olla jokin muu muistisairaus. (Seppälä, Herukka & Remes 2013, 2004–2009.) Etenevään muistisairauteen viittaava piirre on muistihäiriön liittyminen viiveen jälkeiseen mieleen palauttamiseen eli asioita unohtuu tauon jälkeen (Juva 2011, 111).

Sairauden tai vamman aiheuttamalla afasialla tarkoitetaan vaikeutta käsitellä, tuottaa tai ymmärtää puhuttua tai kirjoitettua kieltä. Etenevä sujumaton afasia alkaa nuoremmalla iällä kuin Alzheimerin tauti. Tauti on yleisempi naisilla, ja noin puolet potilaista sairastuu alle 65-vuotiaana. Taudin alku on hiipivä ja eteneminen vähittäistä. Ominaispiirteitä ovat työläs puheentuotto, fonologiset eli ääntämiseen liittyvät ongelmat, kieliopilliset virheet, lyhyet ja rakenteeltaan yksinkertaiset lauseet, sanojen löytämis- ja nimeämisvaikeudet sekä luku- ja kirjoittamisvaikeudet. Arkikielen puheen ymmärtäminen ja muut kognition osa-alueet säilyvät muuttumattomina. Aivojen magneettikuvauksessa on nähtävissä atrofiaa eli surkastumista vasemmassa otsalohkossa ja ohimolohkon etuosissa. (Erkinjuntti ym. 2010, 17.) Magneetti- eli MRI-tutkimus antaa tarkkoja anatomisia kuvia aivoista. Tutkimus on turvallinen, kivuton ja tapahtuu ilman röntgensäteitä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2013.)

Aivojen otsaohimolohkorappeutumisiin kuuluva frontotemporaalinen dementia puhkeaa yleensä 45 - 65-vuotiaana. Tämän miehillä yleisemmän frontotemporaalisen dementian osuus työikäisten muistisairauksista on noin 10 %. Hiipivän

alun ja vaiheittaisen etenemisen lisäksi taudin ominaispiirteisiin kuuluvat käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutokset, kuten arvostelukyvyyttömyys, estottomuus sekä tahdittomuus. Tyypillisiä ovat myös vaikeudet suunnitelmallisuudessa, tarkkaavaisuudessa ja keskittymiskyvyssä. Sairauden alkuvaiheessa muisti yleensä säilyy, kun taas sosiaaliset taidot, puheen tuottaminen sekä päättelykyky ja ongelmaratkaisutaidot heikkenevät. Magneettikuvauksessa atrofia on nähtävissä etuotsalohkossa. (Erkinjuntti ym. 2010, 17–18.) Frontotemporaaliseen dementiaan liittyy läheisesti sairautentunnon puuttuminen, mikä voi hidastaa hoitoon hakeutumista. Myöhemmin sairauden edetessä potilaalle voi tulla ekstrapyramidaalioireita, eli hermostoperäisiä tahdottomia liikkeitä, tai hidasliikkeisyyttä ja kävelyvaikeuksia. (Viramo 2006, 37–40.)

Otsaohimolohkorappeutumisiin lukeutuu myös semanttinen dementia, jota sairastavista noin 75 % on alle 65-vuotiaita. Semanttinen dementia alkaa yleensä 50 - 70 vuoden iässä, ja tauti on yleisempi miehillä. Nimeämis- ja ymmärtämishäiriöt sekä sujuva ja vaivaton, mutta sisällöllisesti tyhjä puheentuotto kuuluvat taudin ominaispiirteisiin. Tapahtumamuisti säilyy yleensä hyvin, mutta esineiden ja kasvojen tunnistaminen tuottaa hankaluuksia. Semanttista dementiaa sairastavalla atrofia paikallistuu ohimolohkon keskimmäisen ja alimman aivopoimun alueelle. (Erkinjuntti ym. 2010, 19–20.)

Perinnölliset muistisairaudet alkavat tyypillisesti jo työikäisenä. Perinnöllisiä, vallitsevasti tai peittyvästi periytyviä muistisairauksia on useita. Vallitsevasti periytyvä Huntingtonin tauti lienee näistä tunnetuin. Tauti alkaa 30 - 50 vuoden iässä yleensä motorisilla oireilla, joita voivat olla esimerkiksi tasapainovaikeudet, nykivät pakkoliikkeet ja ongelmat liikkeiden hienosäädössä. Kognitiiviset oireet, kuten toiminnanohjaukseen ja päättelykykyyn liittyvät vaikeudet, ilmenevät myöhemmin. Huntingtonin tautia on todettu noin 60 suvussa Suomessa. Muualla Euroopassa ja Yhdysvalloissa tauti on yleisempi. (Juva 2011, 148–150.)

Peittyvästi periytyvä Hakolan tauti on Suomessa harvinaisempi. Taudin aiheuttamat oireet, kuten muistin ja päättelykyvyn heikentyminen sekä luonteen muutokset, tulevat esiin yleensä 40. ikävuoden jälkeen. Käytösoireet hallitsevat tau-

dinkuvaa. Neuropsykiatristen oireiden lisäksi Hakolan tautiin liittyy niveloireita. (Juva 2011, 150.)

CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarct and Leucoencephalopathy) on perinnöllinen, vaskulaarinen eli aivoverenkiertohäiriön aiheuttama aivosairaus. Toistuvia aivoinfarkteja ja aivojen valkean aineen vaurioita aiheuttavan taudin kantajia on Suomessa yli 40 eri suvussa erityisesti Keski-Pohjanmaan, Kuopion ja Varsinais-Suomen alueella. Halvausoireiden lisäksi esiintyvät oireet, kuten mielialamuutokset, yleinen hidastuminen sekä muistin ja tiedonkäsittelyn heikentyminen, tulevat esiin 40 - 50 vuoden iässä. CADASIL:n oireistoon kuuluu myös jo nuoruudessa alkava vaikea aurallinen migreeni. (Juva 2011, 143.)

2.4 Työikäisten muistioireiden vallitsevuus ja monimuotoisuus

Työikäisiä eli alle 65-vuotiaita muistisairautta potevia henkilöitä on tällä hetkellä Suomessa noin 7 000 - 10 000. Heistä noin puolet sairastaa Alzheimerin tautia. (Alzheimerinfo 2013b.) Ikääntyneisiin verrattuna perinnöllisten muistisairauksien ja otsa-ohimolohkotautien osuus on työikäisillä suurempi. Esimerkiksi Alzheimerin taudin perinnölliset muodot voivat alkaa jo 40 - 50 vuoden iässä. Nuorin maailmalla raportoitu Alzheimer-potilas sairastui 28-vuotiaana. (Juva 2011, 120–122.)

Alle 30-vuotiaana puhkeava muistisairaus on hyvin harvinainen. Hyvin nuorella iällä alkaneen muistisairauden taustalla on yleensä geneettinen tai aineenvaihdunnallinen syy. Varhain puhjenneisiin muistisairauksiin liittyy usein kognitiivisten toimintojen heikkenemisen lisäksi psykiatrisia ongelmia, mikä hankaloittaa muistisairauden tunnistamista. Monet työikäisten aivoja rappeuttavista sairauksista vaikeuttavat muita tiedonkäsittelyyn liittyviä toimintoja jo ennen muistin heikkenemistä, mikä myös osaltaan vaikeuttaa oikean diagnoosin löytymistä. (Kuikka, Akila, Pulliainen & Salo 2011, 77–78.)

Muistisairautta potevalla aktiivisen työmuistin tiedonkäsittely muuttuu kapealaiseksi ja hitaaksi. Väsymys ja alavireisyys aiheuttavat vastaavanlaisen reaktiivista

tion. Muistisairauteen liittyy käytöskontrollin väheneminen ja erilaisten taitojen unohtaminen. Väsymys, alavireisyys ja erilaiset stressitekijät eivät aiheuta tämänkaltaisia muutoksia. (Kuikka ym. 2011, 78.)

Remeksen, Turusen ja Ala-Mursulan tutkimus analysoi yhden vuoden aikana Oulun yliopistollisen sairaalan neurologian muistipoliklinikalle lähetettyjen työsäkävien tai heihin rinnastettavien potilaiden lähetteitä. Tarkoituksena oli selvittää muistipoliklinikalle lähettämisen perusteita. Neurologian muistipoliklinikalle saapui 1.7.2010–30.6.2011 kaikkiaan 189 lähetettä, joista 98 koski alle 66-vuotiaita työkäisiä tai heihin rinnastettavia potilaita. Suurimmalla osalla heistä muistipoliklinikalle lähettämisen syynä olivat muistivaikeudet (82 %:lla potilasta) tai muut kognitiiviset ja toimintakykyyn liittyvät ongelmat (6 %:lla potilaista). Osalle potilaista lähettämisen syyksi oli kirjattu masennus, uupumus ja univaikeudet sekä persoonan muuttuminen. (Remes, Turunen & Ala-Mursula 2012, 2535–2537.)

Tutkimuksessa selvitettiin myös muistioireiden taustalla vaikuttaneita syitä. Etevä muistisairaus tai vahva epäily siitä todettiin 23 %:lla tutkituista. Psykiatrisen sairauden aiheuttama muistioire todettiin 15 %:lla potilaista. Yhtä suurella joukolla (15 %) muistioireen taustalla oli jokin muu pitkäaikaissairaus. Työuupumus todettiin muistioireen aiheuttajaksi 14 %:lla potilaista. Elimellinen alkoholisairaus tai uniongelmat aiheuttivat muistioireen 11 %:lle tutkimukseen osallistuneista. (Remes ym. 2012, 2537,2540.)

Viime vuonna Pohjois-Karjalan keskussairaalan muistipoliklinikalle hakeutui muistiongelmien vuoksi joulukuun 2013 alkuun mennessä noin 70 työkäistä henkilöä. Suurin osa heistä oli 1950-luvulla syntyneitä. 1960-luvulla syntyneiden lisäksi joukossa oli muutama jopa 1970-luvulla syntynyt. Muistipoliklinikalle saapuneet henkilöt olivat saaneet lähetteen työterveyshuollosta, perusterveydenhuollosta tai yksityislääkärin vastaanotolta. (Nykyri 2013.)

2.5 Parannettavissa ja hoidettavissa olevat muistihäiriöt

Työikäisillä häiriöt muistin toiminnassa eivät suinkaan aina ole merkki etenevästä muistisairaudesta, vaan useimmiten oireilu johtuu jostakin muusta syystä. Parannettavissa sekä hoidettavissa olevien muistihäiriöiden ja etenevien muistisairauksien mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja erottaminen toisistaan on tärkeää. Hoidettavissa olevia muistihäiriöitä aiheuttavia sairauksia ovat aineenvaihduntasairaudet, kuten kilpirauhasen vajaatoiminta, sekä puutostilat, kuten B12-vitamiinin puutos. Joidenkin sairauksien ja vammojen pysyvät jälkitilat aiheuttavat muistisairauksien kaltaisia tiloja. Näitä ovat esimerkiksi aivojen lukinkalvon alaisen verenvuodon ja bakteerimeningiitin eli bakteerin aiheuttaman aivokalvontulehduksen jälkitilat. (Juva 2011, 110.) Ohimenevän muistihäiriön taustalla taas voi olla aivoverenkiertohäiriö, epilepsia tai lievä aivovamma, jolloin sairauden tai vamman hyvä hoito voi palauttaa muistin ennalleen (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 48).

Muistihäiriön syynä voi olla jokin yleissairaus, psyykkinen häiriö tai aineenvaihdunnan häiriö. Muistihäiriöitä saattavat aiheuttaa masennus, maksan tai munuaisen vajaatoiminta, häiriöt kilpirauhasen toiminnassa, veren matala natrium- tai glukoosipitoisuus sekä B12-vitamiinin, foolihapon tai B1-vitamiinin puutos. Myös keskushermoston tulehdustaudit, kuten borreliosis eli Lymen tauti, sekä aivokasvaimet voivat olla muistihäiriön aiheuttajia. Muistitoiminnot edellyttävät hyvää aivoverenkiertoa, joten kroonisten keuhkosairauksien, alhaisen verenpaineen ja vaikean anemian hoito on tärkeää. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 48–49.) Käytännössä kuitenkin esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminta ja B12-vitamiinin puutos aiheuttavat harvoin dementiaan johtavia muistihäiriöitä, sillä kilpirauhasarvoja ja vitamiinipitoisuuksia tutkitaan laboratoriokokein melko usein (Juva 2011, 119).

Neurologisista sairauksista muun muassa Parkinsonin tauti ja MS-tauti vaikuttavat kognitiivisiin toimintoihin. Parkinsonin tauti puhkeaa yleensä vanhemmalla iällä, ja oireet ilmenevät alkuvaiheessa liikehäiriöinä, kuten jäykkyytenä, jähmeytenä ja lepovapinana. Myöhemmässä vaiheessa tauti alkaa vaikuttaa myös kognitiivisiin toimintoihin ja johtaa yleensä dementiatasoiseen oireistoon. Oireis-

ton kehittyminen kestää kuitenkin yleensä vuosia, joten Parkinsonin tauti on harvoin työikäisten muistioireiden taustalla. (Juva 2011, 137–138.)

MS-tauti alkaa Parkinsonin taudin tapaan yleensä liikunta- ja tasapainovaikeuksilla. Näkö- ja tuntohäiriöt ovat myös yleisiä. Jo sairauden alkuvaiheessa esiin tulevat muistiin ja tiedonkäsittelyyn liittyvät ongelmat voivat johtaa demen-tiatasoiseen oirekuvaan, mutta yleensä tämä pystytään estämään sairauden hyvällä hoidolla ja neuropsykologisella kuntoutuksella. (Juva 2011, 150.) MS-tauti on nuorten aikuisten neurologinen sairaus, joka diagnosoidaan tavallisimmin 20 - 40-vuotiaana (MS-liitto 2014).

Muistin toimintaan voivat vaikuttaa myös monet psyykkiset tekijät. Masennus ja ahdistus aiheuttavat keskittymiskyvyttömyyttä ja heikentävät sitä kautta muistin toimintaa. Vakava masennus on yksi muistisairauksien riskitekijä. Työikäisillä muistisairauden oireet voidaan tulkita virheellisesti myös työuupumukseksi. Koska alkava muistisairaus voi aiheuttaa henkilölle tunteen muistin tai keskittymis- ja organisointikyvyn heikkenemisestä, tila voi johtaa masennukseen, joka puolestaan lisää oireita. Tämän vuoksi neurologiset ja neuropsykologiset tutkimukset ovat tarpeellisia työuupumuksesta kärsiville. (Juva 2011, 114–115.)

Useat lääkeaineet ja alkoholi vaikuttavat muistin toimintaan. Lääkeaineista etenkin keskushermostoon vaikuttavat aineet heikentävät muistia ja muita tiedonkäsittelyn osa-alueita. Ahdistusta lievittävät bentsodiatsepiinit ovat muistiin, tarkkaavaisuuteen ja keskittymiskykyyn voimakkaimmin vaikuttava lääkeaineryhmä. Tiedonkäsittelyyn ja muistiin vaikuttavia lääkeaineryhmiä ovat myös neuroleptit eli psykoosilääkkeet, voimakkaat kipulääkkeet sekä epilepsian ja Parkinsonin taudin hoidossa käytettävät lääkkeet. Masennuslääkkeiden ei sen sijaan ole huomattu vaikuttavan muistitoimintoihin negatiivisesti. (Juva 2011, 115–116.)

Alkoholin käyttö heikentää kognitiivisia toimintoja joko äkillisesti ja hetkellisesti tai jopa pysyvästi, jos käyttö on runsasta ja jatkuu kauan. Runsas juominen heikentää REM-unen määrää ja vaikeuttaa sitä kautta mieleen painamista. Runsas alkoholin käyttö lisää aivoverenkierron häiriöiden riskiä ja aiheuttaa aina muu-

toksia aivoissa. Kohtuukäyttäjilläkin mieleen painaminen, keskittyminen ja tarkkaavaisuus ovat heikentyneet alkoholin käytön jälkeen. (Härmä, Hänninen & Suhonen 2011, 92–93.)

2.6 Varhaisen diagnoosin tavoite ja merkitys

Varhaisen diagnoosin tavoitteena on tunnistaa sekä hoitaa parannettavissa ja hoidettavissa olevat muistihäiriöt ajoissa (Erkinjuntti & Viramo 2010, 52). Tämä tavoite korostuu etenkin työikäisten muistiongelmien selvittelyssä. Muistisairauden etenemisen hidastaminen sekä lievän vaiheen keston pidentäminen, oikein kohdennettu lääkehoito ja mahdollisten oheissairauksien hyvä hoitotasapaino ovat hoidon ja kuntoutuksen tavoitteita diagnoosin varmistumisen jälkeen (Erkinjuntti & Viramo 2010, 52).

Muistisairauksien varhainen diagnoosi, hoito ja kuntoutus parantavat sairastuneen toimintakykyä ja elämänlaatua. Riittävän ajoissa tehty diagnoosi ja nopeasti aloitettu hoito hillitsevät yhteiskunnalle koituvien hoitokustannusten kasvua. Esimerkiksi Alzheimerin taudin riskitekijöihin puuttumalla voidaan sairauden puhkeamista siirtää jopa viidellä vuodella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7.)

Niin inhimillisestä kuin kansantaloudellisestakin näkökulmasta varhaisen diagnoosin merkitys on huomattava. Erkinjuntti ja Viramo (2010, 50–51) arvioivat, että yhden Alzheimerin tautia sairastavan potilaan ylimääräiset kustannukset elinaikana ovat 170 000–200 000 euroa. Kustannukset ovat yhtä suuret jokaista hoitamatta jäänyttä, mutta parannettavissa tai hoidettavissa olevaa muistipotilasta kohden. Kansallisen muistiohjelman (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7) mukaan Suomessa on huomattava määrä etenevää muistisairautta sairastavia ilman diagnoosia. On arvioitu, että Alzheimerin tautia sairastavista vain neljäsosalla on asianmukainen lääkitys.

Muistihäiriöiden tunnistaminen ja oireita potevien asiakkaiden ohjaaminen tutkimuksiin ja hoitoon on perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon tehtävä. Riittävän ajoissa aloitettu lääkehoito hidastaa muistisairauden etenemistä niin,

että ympärivuorokautisen hoidon tarve siirtyy myöhäisempään ajankohtaan. Kuntouttava hoitotyö ja toimintakyvyn ylläpitäminen ovat tärkeä osa laadukasta hoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 12–13.)

2.7 Varhaisen diagnoosin haasteellisuus

Työelämä vaatii työntekijältä jatkuvaa uusien asioiden oppettelua. Uusien asioiden oppimisen vaikeutuminen voi olla ensimmäinen merkki alkavasta muistisairaudesta. Työntekijä itse huolestuu yleensä ensin, ja vasta myöhemmin läheiset huomaavat jotakin olevan vialla. Tässä vaiheessa muistihäiriö voi olla jo pitkälle edennyt, ja asianosainen alkaa peitellä ja vähätellä oireitaan. Toisinaan muun muassa Alzheimerin taudin oireet ilmestyvät niin huomaamatta, ettei työntekijä itsekään tunnista oireitaan. Työstä selviytymisen vaikeutuminen aiheuttaa uupumusta ja masennusta, mikä puolestaan heikentää toimintakykyä entisestään. Oikea diagnoosi voi viivästyä paljonkin, jos uupumuksen taustalla vaikuttavaa muistihäiriötä ei tunnisteta. Diagnoosin viivästymisen riski on suuri myös työsuhteissa alkavissa sairauksissa. Otsalohko-oireista kärsivillä potilailla ei yleensä ole sairaudentuntoa, ja oikeaan diagnoosiin päädytään joskus vasta pitkien psykiatrian puolella tehtyjen tutkimusten jälkeen. (Juva 2010, 584–585.)

Satunnaista unohtelua tapahtuu jokaiselle: täysin terveistä aikuisista 60 % unohtaa joskus esineiden nimiä, 49 % unohtaa asian, josta on kertonut toiselle ja 34 % unohtaa sovitun tapaamisen. Haastavinta onkin erottaa, mikä oire viittaa normaaliin, kenties ikääntymiseen liittyvään satunnaiseen unohtamiseen ja mikä oire voi olla merkki alkavasta muistisairaudesta. Oleellista on huomata, että esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastava henkilö voi unohtaa hyvinkin perusteellisesti kaikki mieleen painetut asiat. Lisäksi henkilö ei yleensä itse tiedosta unohteluaan, vaan ensimmäiset havainnot ongelmista tekee joku läheinen. (Erkinjuntti ym. 2009, 23–24, 27.)

Muistihäiriöt vaativat tarkempia tutkimuksia, jos unohtelua tapahtuu päivittäin niin runsaasti, että se alkaa vaikeuttaa työtehtävien hoitamista ja arkisista askareista selviytymistä. Toinen hälyttävä merkki on uusien asioiden oppimisessa ilmenevä kohtuuton hankaluus, tai vaikeudet suoriutua tehtävistä, jotka aikai-

semmin sujuivat moitteettomasti. (Erkinjuntti ym. 2009, 32.) Epävarmuus ja asioiden jatkuva tarkistaminen siinä määrin, että se alkaa haitata työntekoa ja kuormittaa työntekijää, voi olla merkki etenevästä muistisairaudesta (Uusitalo 2013, 50).

Riski sairastua etenevään muistisairauteen voidaan kartoittaa muistisairauden riskimittarilla jo keski-iässä. Ikä, koulutusaika, sukupuoli, systolinen verenpaine, painoindeksi, kokonaiskolesteroliarvo ja liikunnan määrä antavat riskipisteet, joiden avulla voidaan arvioida sairastumisriskiä seuraavan 20 vuoden aikana. (Käypä hoito 2010a.)

Alzheimerin taudin toteamiseksi on olemassa uusia ja tarkkoja tutkimusmenetelmiä. Selkäydinnesteen merkkiainetutkimuksessa esille tulevat beta-amyloidi -proteiinin sekä tau-proteiinin määrän muutokset voi olla merkki myöhemmin puhkeavasta Alzheimerin taudista. Beta-amyloidin määrän muutokset voivat näkyä merkkiainetutkimuksessa jopa yli 20 vuotta ennen taudin kliinisiä oireita. (Bateman ym. 2012, 803.)

3 Työterveyshuolto ja muistiasiakas

3.1 Muistin kuormittuminen ja työelämä

Härmä ja Dunderfelt-Lövegren (2011, 36) ovat listanneet huomattavan määrän muistia ja muita kognitiivisia toimintoja haittaavia tekijöitä. Näitä ovat esimerkiksi kiputilat, ikä, aistipuutokset, sairaudet, masennus ja muut mielialaongelmat, lääkitys, tupakka, alkoholi ja muut nautintoaineet, motivaation puute, voimakkaita tunnetilat, sosiaalisen vuorovaikutuksen puute, oppimisvaikeudet, epäergonominen työympäristö, kuormittavat elämäntilanteet, tietotulva, jännitys, häiritsevä ympäristö, stressi, virheellinen ravitsemus, kiire, uupumus, väsymys ja uniongelmat sekä vähäinen liikunta.

Työelämässä muistia kuormittavat tietotulva, tiedonhallinnan pakko, vaatimukset nopeudesta sekä usein toistuvat tietojärjestelmien uusimiset ja työtehtävien

muutokset. Usean asian samanaikainen hallitseminen, asiasta toiseen siirtymisen ja työn keskeytyminen syystä tai toisesta häiritsevät tarkkaavaisuutta ja sitä kautta kuormittavat työmuistia. Joissakin työtehtävissä työntekijä joutuu samanaikaisesti käyttämään useita tiedonkäsittelyn osa-alueita: havaitsemista, tarkkaavaisuutta, työmuistia, ajattelua ja oppimista. Työntekijän on lisäksi ehkä kyettävä ohjaamaan, priorisoimaan ja aikatauluttamaan omaa toimintaansa samalla, kun hän yrittää välttää ympäristön häiriötekijöitä ja keskittyä olennaiseen. Tilanteessa työskentely vaatii jatkuvaa ponnistelua ja johtaa työmuistin kuormittumiseen. (Härmä ym. 2011, 55–57.)

Ihmisen aivoissa olevat eräänlaiset sisäiset suodattimet osallistuvat turhien ja epäolennaisten ärsykkeiden karsimiseen. Väsyneenä ja stressaantuneena tämä toiminta voi kuitenkin heikentyä. Muistin liiallista kuormittumista voidaan kuitenkin ehkäistä monella pienellä ja yksinkertaisella keinolla. (Härmä ym. 2011, 58.)

Työntekijän mahdollisuus vaikuttaa työn sisältöön, ärsyketulvaan ja aikatauluun suojaa muistia liialliselta kuormittumiselta. Organisoitukyky ja hyvä keskittyminen sekä erilaisten mieleen painamiseen liittyvien tapojen opettelu ja niiden käyttäminen auttavat työtehtävien hoitamisessa haitallista kuormittumista vähentäen. Esimiehen ja työyhteisön tuki sekä sopivien apuvälineiden käyttö haastavissa tilanteissa on tärkeää. Toisaalta pienetkin asiat, kuten riittävä valaistus ja tarvittavat lepotauot, ovat hyviä kognitiivisen kuormituksen vähentäjiä. Työntekijä voi itse suojata muistiaan kuormittumiselta huolehtimalla yleisestä terveydentilastaan ja noudattamalla terveellisiä elintapoja. (Härmä ym. 2011, 58–59.)

Kognitiivinen ergonomia on ihmisen tiedonkäsittelyn ja psyykkisen kuormituksen tarkastelua suhteessa työmenetelmiin, -ympäristöön ja -välineisiin. Kognitiivisen ergonomian mukainen työympäristö huomioi työntekijän tavan ja kyvyn käsitellä tietoa. (Härmä ym. 2011, 58.) Työterveyslaitoksen määritelmän mukaan kognitiiviseen ergonomiaan liitetään kysymykset ihmisen ja tietotekniikan vuorovaikutuksesta, tiedon visuaalisesta käytettävyydestä sekä ihmisen kognitiivisesta kuormittumisesta. Kognitiivisella ergonomialla tavoitellaan toiminnan tehokkuutta, sujuvuutta ja turvallisuutta sekä työhyvinvointia. (Työterveyslaitos 2013.)

Työympäristö tulisi mahdollisuuksien mukaan muokata työskentelyrauhaa tukevaksi. Ilmoitus uudesta sähköpostista keskeyttää työn, kuten myös työtovereiden kommentit ja kysymykset. Jos työn tekeminen vaatii rauhaa ja hiljaisuutta, tulisi edellä luetellun kaltaiset häiriötekijät minimoida. Näyttöpäätetyöskentelyä helpottaa kirjasinkoon suurentaminen tai kirjasimen ja taustan kontrastin eron syventäminen. Uusien laitteiden ja ohjelmistojen toimintojen opetteluun tulee varata riittävästi aikaa. (Härmä ym. 2011, 63–64.)

3.2 Muistiasiakas ja työterveyshuollon rooli

Työterveyshuoltolaissa 1383/2001 säädetään työnantajan velvollisuudesta työterveyshuollon järjestämiseen sekä työterveyshuollon sisällöstä ja toteuttamisesta. Työterveyshuoltolain 1383/2001 4. pykälän mukaan

”työnantajan on kustannuksellaan järjestettävä työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi.”

Lain painopistealueita ovat työstä ja työolosuhteista johtuvien terveyshaittojen ehkäisy, työntekijän työkyvyn ja terveyden edistäminen sekä työterveyshuollon toimenpiteiden suuntaaminen siten, että ne tukevat työntekijän työelämään osallistumista entistä kauemmin. Työterveyshuoltolain mukaan työterveyshuolto on järjestettävä kaikille työntekijöille työsuhteen kestosta tai muodosta riippumatta. Työnantajalla tulee olla työterveyshuoltoa koskeva kirjallinen sopimus ja toimintasuunnitelma. Työnantaja voi valita, järjestääkö hän palvelut yksin vai yhdessä toisen yrityksen kanssa. Lisäksi työnantaja voi itse päättää, sisällyttääkö hän työterveyspalveluihin myös sairaanhoitopalvelut tai muita terveyspalveluja. Työterveyshuoltoa koskevia säädöksiä on kirjattu myös työturvallisuuslakiin, sairausvakuutuslakiin ja kansanterveyslakiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 10–11, 29.)

Työterveyshuollolla tarkoitetaan

”työnantajan järjestettäväksi säädettyä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toimintaa, jolla edistetään työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyttä

ja turvallisuutta, työyhteisön toimintaa sekä työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 19).

Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti työterveyshuoltoon tulee sisältyä muun muassa työpaikkaselvitykset, terveystarkastukset, toimenpideehdotukset, työssä selviytymisen seuranta ja kuntoutukseen ohjaaminen. Työterveyshuollon ammattihenkilö on esimerkiksi laillistettu terveydenhoitaja, jolla on terveydenhoitajan pätevyys sekä ammattikorkeakoulussa suoritettua työterveyshuollon erikoistumisopinnot. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 21,46.)

Vuonna 2010 työterveyshuollon palvelujen piirissä oli noin 1,9 miljoonaa henkilöä eli 91 % kaikista palkansaajista. Vuosina 1997–2009 työterveyshuollon palvelujen kattavuus on säilynyt jokseenkin ennallaan. Kattavuus on kuitenkin puutteellinen etenkin pienten työpaikkojen ja yrittäjien osalta. Lääkärikeskukset ovat kasvattaneet henkilöasiakasmääräänsä, ja kunnallisen työterveyshuollon järjestämistapa on vaihtunut terveyskeskuksilta kunnallisille liikelaitoksille ja osakeyhtiöille. (Räsänen & Sauni 2013, 159, 166.)

Opinnäytetyöni toimeksiantaja, Joensuun Työterveys kunnallinen liikelaitos, muodostettiin yhdistämällä Joensuun, Pyhäselän, Kontiolahden ja Enon kunnalliset työterveysyksiköt Joensuun kaupungin liikelaitokseksi. Liikelaitos aloitti toimintansa vuonna 2007, ja vuonna 2008 Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä liittyi liikelaitokseen. Toimipisteitä liikelaitoksella on jokaisessa yhteistyökunnassa. Joensuun Työterveyden toiminnan tavoitteena on tuottaa ja kehittää asiakkailleen työterveyspalveluja, jotka ovat laadukkaita ja hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisia. (Joensuun Työterveys 2014a.)

Joensuun Työterveyden palveluja käyttää 700 yritystä, jotka työllistävät 15 000 henkilöä. Liikelaitoksen yli 40 työntekijää käsittävään henkilöstöön kuuluu työterveyslääkäreitä ja -hoitajia, työfysioterapeutteja, työpsykologeja sekä työterveyssihteereitä. (Joensuun Työterveys 2014b.)

Joensuun Työterveys kunnallisen liikelaitoksen vastaavan työterveyshoitajan mukaan asiakkaiden muistihäiriöt tulevat esille joko rutiinitarkastuksissa, tai asiakas ottaa itse yhteyttä työterveyshuoltoon ongelmatilanteessa. Työntekijöille

säännöllisesti tehtävissä terveystarkastuksissa muistiongelmien nousu esiin joskus sattumalta, kun asiakas itse kertoo kokonaisvaltaisesti itsestään ja työkyvystään. Toisinaan muistiongelmien tulevat puheeksi jonkin muun työkykyongelman kautta. Asiakas voi tulla työkykyarvioon esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien tai masennuksen vuoksi. Tällöin työkykyä arvioitaessa myös muistihäiriöt saattavat tulla ilmi. Joskus asiakas ottaa itse yhteyttä työterveyshoitajaan huomattessaan, etteivät työtehtävät suju enää niin kuin ennen. Usein ongelmat ovat tässä vaiheessa jo melko suuria, sillä muistihäiriöiden vähättely ja peittely on yleistä. (Siitonen 2013a.)

Muistisairauksien oireiden moninaisuus on haasteellista. Työterveyshoitajan vastaanotolle tulevan henkilön erikoinen käytös tai muuttunut persoonallisuus voi olla merkki psyykkisestä sairaudesta tai alkavan muistisairaudesta ensioire. Apaattisuus sekä henkilön muuttuminen hiljaiseksi ja vetäytyväksi voi olla joko masennuksen tai alkavan muistisairaudesta aiheuttamaa. Yleensä masentunut itse tiedostaa muistivaikeuksien lisääntyneen, kun taas alkavasta muistisairaudesta kärsivä henkilö pyrkii peittelemään muistiongelmiaan. Ongelmat toiminnanohjauksessa ja suunnitelmallisuudessa, sekä käden taitojen ja kätevyys- ja näköhäviöiden voivat olla alkavan muistisairaudesta oireita. Työtehtävät, joista on aikaisemmin suoriutunut hyvin, saattavat tuottaa hankaluuksia. Usein työtoverit ja perheenjäsenet alkavat kiinnittää asiaan huomiota. (Siitonen 2013a; Nykyri 2013.)

Työterveyshoitajan mukaan muistiongelmien määrä on viime vuosina lisääntynyt. Syynä tähän on muun muassa työelämän kuormittavuus. Aina muistiongelmien eivät luonnollisestikaan ole merkki alkavasta muistisairaudesta. Joku voi olla hajamielinen läpi elämänsä ja selvitä työssään ongelmitta, kunnes jokin kuormittava vaihe yksityis- tai työelämässä kärjistää tilannetta. Työterveyshuollon näkökulmasta haastavinta onkin tunnistaa ja erottaa toisistaan lievät, parannettavissa olevat muistihäiriöt ja alkava etenevä muistisairaus. Koska työikäisten muistihäiriöt näyttävät lisääntyvän koko ajan, työterveyshoitajan tulisi kysyä muistamiseen ja esimerkiksi uusien asioiden oppimiseen liittyvistä vaikeuksista yhtä rutiininomaisesti kuin ravitsemuksesta ja päihteiden käytöstä. (Siitonen 2013a.)

Kaikilla sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla niin perus- ja erikoissairaanhoidossa kuin työterveyshuollossakin on suuri vastuu ja rooli muistisairauksien ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa toteamisessa. Työikäisten muistiongelmien huomioiminen, niistä tiedusteleminen ja oireiden laadun kartoittaminen korostuvat luonnollisesti työterveyshoitajan työssä. Muistin toimintaan liittyvien kysymysten esittäminen tulee olla osa terveystarkastuskyselyä. Myös ennalta ehkäisevä ohjaus ja neuvonta muistihäiriöiden välttämiseksi ovat tärkeä osa työkykyä tukevaa toimintaa. Keski-ikässä aloitetun elintapaohjauksen avulla on mahdollista siirtää tai vähentää ikääntymisen mukanaan tuomia muistiongelmia. (Uusitalo 2013, 37, 49–50).

Salon muistiyhdistyksen Työikäisten Muisti -hanke keskittyi työikäisten muistihäiriöiden ennaltaehkäisyyn, työikäisten muistisairaiden hoito- ja palveluketjun vahvistamiseen sekä työjärjestelyjen tukemiseen. Hankkeessa korostettiin työterveyshuollon roolia muistisairauksien varhaisessa tunnistamisessa ja hoitoon ohjauksessa. Tavoitteena oli muun muassa työterveyshuollon henkilöstön osaamisen vahvistaminen muistisairauksiin liittyvissä kysymyksissä. Myös työikäisten omaa tietämystä muistisairauksista ja aivoterveystyöstä pyrittiin vahvistamaan. (Lindholm 2011, 4, 24.)

Hankkeen tuloksena työterveyshoitajien valmius muistiasiakkaan kohtaamiseen parani. Työterveyshoitajat ottivat muistiin liittyvät asiat herkemmin puheeksi ja heillä oli aikaisempaa enemmän tietoa muistiin, muistihäiriöihin ja aivoterveystyön vaikuttavista seikoista. Muistihäiriöitä kohdanneiden työntekijöiden hoitopolku selkiytyi. Myös ennalta ehkäisevä työ lisääntyi, sillä aivoterveystyötä ylläpitävät seikat otettiin hankkeen jälkeen aktiivisemmin esille. (Lindholm 2011, 12–15.)

3.3 Muistiasiakkaan hoitopolku työterveyshuollosta jatkotutkimuksiin

Vastaanotolle saapuvan potilaan muistihäiriöiden syy on selvitettävä. Käypä hoito -suositusten mukaan keskeisiä tutkimuksia ovat muistikyselyt ja -testit, lääkärin tekemä haastattelu, laboratoriotutkimukset ja aivojen kuvantamistutkimukset. Tutkimukset jaetaan perus- ja lisäselvityksiin. Perusselvitysten tavoitteena

on erottaa etenevää muistisairautta sairastavien joukosta potilaat, joiden muistihäiriöiden taustalla on jokin parannettavissa oleva syy, kuten masennus tai kilpirauhasen vajaatoiminta. (Käypä hoito 2010a.)

Lisätutkimuksiin, joita on tarpeen tehdä etenkin työikäisille, sisältyvät muun muassa laaja neurologinen tutkimus, selkäydinnesteen merkkiainetutkimukset, geneettiset tutkimukset sekä aivojen toiminnalliset kuvantamistutkimukset. Suosituksen mukaan työikäiset tulisi aina ohjata neurologian muistipoliklinikalle. (Käypä hoito 2010a.)

Työterveyshuollossa asiakkaan tilanteen alkukartoitukseen sisältyvät työterveyshoitajan ja työterveyslääkärin vastaanotto. Työntekijän kokonaistilanteen arviointi pohjautuu erilaisiin tutkimuksiin, joissa selvitetään muun muassa työkykyindeksi eli työntekijän oma käsitys työkyvystään. BBI-15-testin avulla kartoitetaan työuupumustaso. Masennustesti tehdään epäiltäessä masennusta asiakkaan muistihäiriöiden aiheuttajaksi. Tarvittaessa konsultoidaan työpsykologia, joka tekee muistitestin. (Siitonen 2014.) Joensuun Työterveydessä työpsykologi käyttää WMS-III eli Wechsler Memory Scale-3rd ed. -testiä, jota psykologit käyttävät työkykyarvioinneissa ja keskushermostovaurioiden yhteydessä esiintyvien muistihäiriöiden diagnosoinnissa (Holopainen 2013).

Muistiasiakkaan jatkotutkimukset tehdään Pohjois-Karjalan keskussairaalan neurologian klinikan muistipoliklinikalla. Muistipoliklinikalla asiakkaan tilannetta kartoitetaan laboratoriokokeilla, muistitesteillä sekä pään kuvantamistutkimuksilla. Tarvittaessa potilas ohjataan muistipoliklinikan lääkärin, neurologian erikoislääkärin tai neuropsykologin vastaanotolle. Muistipotilaan hoitopolku pohjautuu Käypä hoito-suositukseen. (Nykyri 2013.)

Neuropsykologinen tutkimus on tarpeellinen etenkin työikäisten, lievistä oireista kärsivien sekä korkeasti koulutettujen henkilöiden tilan kartoittamisessa, erotusdiagnostiikassa sekä työkyvyn arvioinnissa. Neuropsykologisessa tutkimuksessa kartoitetaan laajasti henkilön kognitiivista toimintakykyä haastattelemalla, havainnoimalla sekä erilaisilla laadullisilla tutkimusmenetelmillä. Muisti on vain yksi kognitiivisen suorituskyvyn osa-alue. Neuropsykologisen tutkimuksen avul-

la voidaan kartoittaa, onko kysymyksessä pelkästään muistin vaikeus sekä mi-
hin muistin osa-alueeseen vaikeus liittyy. Neuropsykologisessa tutkimuksessa
arvioidaan myös käyttäytymiseen ja tunne-elämään liittyviä seikkoja. Käypä hoi-
to -suosituksessa neuropsykologinen tutkimus luokitellaan niin sanotusti usein
tarvittavaksi lisätutkimukseksi. (Jokinen, Hänninen, Ylikoski, Karrasch, Pulliai-
nen, Hokkanen, Poutiainen, Erkinjuntti & Hietanen 2012, 1816.)

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä on laatinut
muistipotilaan hoitoketjun, jota sovelletaan myös työikäisiin. Hoitoketjussa mää-
ritellään, mitä tutkimuksia työterveyshuollossa tai perusterveydenhuollossa teh-
dään ennen erikoissairaanhoidon piirissä tapahtuvia tutkimuksia. Hoitoketjussa
on muun muassa kuvattu tarkasti, mitä sisältyy työterveyshuollossa tehtyyn hy-
vään läheteeseen. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kun-
tayhtymä 2014.)

Tutkimusten jälkeen työterveyshuollon tehtävä on yhdessä työntekijän ja työn-
antajan kanssa selvittää muistiasiakkaan mahdollisuuksia jatkaa työssä. Kysy-
mykseen voivat tulla työnkuvan muuttaminen tai muut järjestelyt, joiden avulla
työntekijä voi jatkaa työssään. On kuitenkin huomattava, että työterveyshuollon
henkilöstöä koskee vaitiolovelvollisuus. Näin ollen työterveyshuollon henkilöstö
ei ole yhteydessä työnantajaan ilman työntekijän lupaa. (Siitonen 2013a.)

3.4 Testisarjat varhaisen tunnistamisen apuvälineenä

Muistihäiriöiden ja muiden kognitiivisten oireiden kartoitusta varten on olemassa
useita erilaisia testisarjoja ja kyselyitä. Toimintakyvyn mittaamiseen liittyvät me-
netelmät ovat helposti terveydenhuollon ammattilaisen saatavilla. Muun muassa
Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen TOIMIA-tietokannasta löytyy linkkejä fyysi-
sen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn mittareihin. (Kuikka ym. 2011,
88.)

CERAD (Consortium to establish a registry for Alzheimer's disease) -
tehtäväsarja mittaa laajasti kognitiivisten toimintojen osa-alueita. Tehtäväsarja
huomioi keskeiset muistisairauksien alkuvaiheissa heikentyvät kognition osa-

alueet. Väestötutkimuksen mukaan koulutus, sukupuoli ja ikä vaikuttavat testituloksiin melko vähän. (Hänninen & Pulliainen 2010, 362–363.)

MMSE- eli Mini-mental state examination -asteikkoa käytetään laajasti Suomessa muistihäiriöiden ensivaiheen tutkimuksessa. MMSE:n tehtävien avulla arvioidaan muun muassa orientaatiota, hahmottamista, keskittymiskykyä, muistia sekä kielellisiä toimintoja. MMSE:n avulla ei voida kuitenkaan luotettavasti havaita lievää muistisairautta, etenkin jos kysymyksessä on korkeasti koulutettu henkilö. (Hänninen & Pulliainen 2010, 361.)

Edellä mainituista yleisesti käytössä olevista testistöistä CERAD-neuropsykologinen tehtäväsarja soveltuu melko hyvin yli 55-vuotiaille potilaille. Tätä nuoremmat potilaat tulisi ohjata laajoihin neurologisiin ja neuropsykologisiin jatkotutkimuksiin. MMSE-testi on melko rajallinen työikäisten potilaiden muistihäiriöiden syiden tunnistamisessa. (Viramo 2006, 37–40.)

Työterveyslaitoksen Työssä muistaminen -kysymyssarjassa henkilöä pyydetään arvioimaan kokemiansa ongelmien laajuutta muistamisessa, oppimisessa, keskittymiskyvyssä ja työhön liittyvässä päätöksenteossa. Kyselyn avulla potilas voi kuvata täsmällisesti omia muistihäiriöitään. Samalla hän kenties huomaa muistihäiriöidensä esiintymisen liittyvän haastavaan elämäntilanteeseen tai työn kuormittavuuteen. (Kuikka ym. 2011, 104.)

Varsinais-Suomen Muistiyhdistyksen koordinoimassa, vuonna 2012 alkaneessa Aivoterveys ja muisti työikäisillä -hankkeessa on kehitetty Muistioirekysely työikäiselle -lomake. Lomake on tarkoitettu haastattelun tueksi työterveyshuoltoon ja aikuisneuvoloihin selvittäessä työikäisen kognitiivisiin toimintoihin liittyviä ongelmia. Lomakkeen tarkoitus on helpottaa työikäisten muistihäiriöiden puheeksi ottamista. Lomakkeen ensimmäisellä sivulla tiedustellaan, kuinka oireet ovat alkaneet ja missä määrin ne vaikuttavat työntekijän arkeen. Lomakkeen toisella sivulla tarkastelun kohteena ovat erilaiset muistihäiriöitä aiheuttavat tekijät. (Varsinais-Suomen Muistiyhdistys 2014.)

3.5 Työikäisten aivoterveysten ylläpitäminen

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden edistämisen prosessiksi, ”joka antaa ihmisille mahdollisuuden kontrolloida ja parantaa terveyttään” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 9). Terveys on olennainen osa yksilön hyvinvointia. Hyvinvoiva yksilö jaksaa työelämässä kauemmin. Työterveyshuollon toimesta tehtävät säännölliset tarkastukset sekä epäkohtien varhainen havaitseminen ja niihin puuttuminen edistävät tehokkaasti työntekijän terveyttä. Työssäkävien, työterveyshuollon piirissä olevien henkilöiden on todettu olevan keskimääräistä terveempiä työelämän ulkopuolella oleviin verrattuna. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 14.)

Aivojen terveydestä huolehtiminen, aivoterveys, on tärkeä terveyden edistämisen osa-alue. Aivoterveyttä edistävät aivojen monipuolinen käyttö, fyysinen aktiivisuus, sosiaaliset suhteet, terveellinen ravitsemus, sydän- ja verisuoniterveydestä huolehtiminen sekä päihteiden ja tupakan välttäminen. Aivoterveysteen myönteisesti vaikuttavia asioita ovat myös elinikäisen oppimisen mahdollistaminen ja työn kuormittavuuden kohtuullistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 9.)

Aivoterveyttä pidetään yllä samoilla terveellisillä elintavoilla kuin muitakin terveyden osa-alueita. Terveelliset ruokailutottumukset, säännöllinen liikunta, kohtuullinen päihteiden käyttö, aivojen monipuolinen haastaminen, riittävä lepo ja stressin välttäminen edistävät aivojen hyvinvointia. Terveellisten elintapojen laiminlyönti aiheuttaa usein vaurioita aivojen eri osien yhteistoimintaa vaativissa toiminnoissa. (Muistiliitto 2013.)

Opiskelu, uusien asioiden opettelu, sanaristikoiden täyttäminen ja musiikin kuunteleminen aktivoivat ja haastavat aivoja ja näin ollen lisäävät aivoterveyttä. Sosiaalinen kanssakäyminen, osallistuminen yhdistys- tai kansalaistoimintaan sekä yhteydenpito ystäviin ja läheisiin virkistää aivoja. Sydän- ja verisuoniterveydestä huolehtiminen parantaa aivojen toimintakykyä, sillä aivot tarvitsevat riittävästi verta ja happea toimiakseen moitteettomasti. Terveellinen ja ravitsemussuosittelun mukainen ravinto edistää aivojen hyvinvointia monella tavoin. Liikunnan säännöllinen harrastaminen on tärkeää aivoterveysten kannalta, kuten

myös päihteiden välttäminen ja riittävä määrä hyvälaatuista unta. (Erkinjuntti, Hietanen, Kivipelto, Strandberg & Huovinen 2009, 124, 138–140, 147–149, 158–161, 184–185, 210–211.)

Viime vuosina on julkaistu tutkimuksia, joiden mukaan keski-iässä noudatetuilla terveellisillä elintavoilla voidaan ehkäistä vanhemmalla iällä alkavaa muistisairautta. Tänä vuonna julkaistun Marjo Eskelisen neljään alkuperäistutkimukseen perustuvan väitöskirjan mukaan keski-iässä noudatettu terveellinen ravitsemus voi parantaa aivojen terveyttä myöhemmällä iällä (Eskelinen 2014, 86).

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata työikäisen muistiin ja aivoterveysteen vaikuttavia tekijöitä sekä tuoda esille muistisairauksien varhaiseen toteamiseen liittyviä ongelmia. Opinnäytetyön tehtävä on tuottaa työterveyshoitajille ja heidän asiakkailleen muistiongelmia käsittelevä opaslehtinen keskustelun tueksi ja asiakastapaamisen yhteiseksi työvälineeksi.

5 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoite on käytännön toiminnan opastaminen ja ohjeistaminen sekä toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus sekä toteutuksen raportointi. Kohderyhmä ja ala vaikuttavat siihen, mikä on opinnäytetyön tuotos ja toteutus-tapa. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla ohjeistus, opastus tai tapahtuman järjestäminen. Kohderyhmä määrittää tarkoituksenmukaisen toteuttamistavan, joka voi olla opas, kansio, kotisivut tai tapahtuma. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Halusin tehdä toiminnallisen opinnäytetyön, koska pidän käytännönläheisestä toiminnasta. Muistisairaudet ja niihin liittyvä problematiikka kiinnostavat, sillä olen ollut paljon tekemisissä muistihäiriöitä potevien ihmisten kanssa niin työ- kuin yksityiselämässä. Aiheen rajaaminen sairauksien varhaiseen toteamiseen sekä työikäiseen väestöön tuntui sopivalta, sillä tiedotusvälineissä käydään tällä hetkellä vilkasta keskustelua sekä työelämän kuormittavuudesta että eläkeiän nostamisesta. Molemmat seikat mahdollisesti lisäävät työikäisillä esiintyviä muistihäiriöitä tulevana vuosina.

5.2 Lähtötilanteen kartoitus

Lähtötilanteen kartoittamisen yhteydessä on selvitettävä, millaisia muita vastaavanlaisia ideoita löytyy. Työn tavoitteena on oltava uuden luominen. Kohderyhmän tarkka määrittely ja rajaaminen sekä kohderyhmän tarpeiden kartoittaminen täsmentävät lopullisen idean ja tavoitteen. Lähtötilanteen kartoittamiseen sisältyy aiheeseen liittyviin tutkimuksiin ja lähdekirjallisuuteen paneutuminen. Myös omat taidot ja kyvyt vaikuttavat idean toteuttamiskelpoisuuteen. (Vilka & Airaksinen 2003, 27.)

Opinnäytetyöhöni tarvitsin toimeksiantajan. Olin 16.9.2013 alustavasti yhteydessä Joensuun Työterveyden vastaavaan työterveyshoitajaan ja tiedustelin, olisiko heillä tarvetta saada työikäisten muistihäiriöitä käsittelevää ohjausmateriaalia esimerkiksi opaslehtisen muotoon koottuna, ja voisiko Joensuun Työterveys olla toimeksiantajani. Työterveyshoitajan vastauksen mukaan tarvetta ohjausmateriaalille ja opaslehtiselle oli. (Siitonen 2013b). Työterveyshoitaja koki, että heidän työtänsä auttaisi opaslehtinen, jossa kerrottaisiin, millaiset muistihäiriöt ovat normaaleja ja kenties työn kuormittavuudesta johtuvia, sekä millaiset muistihäiriöt mahdollisesti enteilevät muistisairautta ja vaativat näin lisäselvityä. Myös yleistä tietoa esimerkiksi muistin kuormittumisesta työssä kaivattiin. Tulevan opaslehtisen sisällöstä sekä työterveyshoitajan roolista työikäisten muistihäiriöiden tunnistajana keskustelimme tarkemmin 26.11.2013. Samassa yhteydessä allekirjoitimme toimeksiantosopimuksen (liite 1).

Erilaisia opaslehtisiä ja ohjekirjasia on hyvin paljon niin painetussa kuin sähköisessäkin muodossa. Työni haasteena olikin, kuinka löytää jokin uusi ja kohdeyhmän kiinnostuksen herättävä tapa jakaa tietoa. Haasteena koin myös, kuinka luon opaslehtisestä positiivisen ja muistiasiakkaalle toivoa antavan tietopaketin. Kulttuurissamme on tapana vitsailla muistin pettämisestä ja dementian yllättämisestä. Asia voi kuitenkin olla hyvin arka muistihäiriöitä kohdanneelle henkilölle. Hienotunteisuus, oikean tiedon jakaminen ja toivon ylläpitäminen ovat tärkeitä asioita muistihäiriöistä keskusteltaessa. Asiallisen tiedon jakaminen on ensisijaista, sillä muistihäiriöihin liittyy vielä paljon ennakkoluuloja ja häpeän tunteita. Tämä puolestaan johtaa oireiden peittelyyn, joka taas viivästyttää diagnoosia ja hoidon aloittamista.

Joensuun Työterveyden vastaavan työterveyshoitajan ja työpsykologin kanssa käymieni keskustelujen tuloksena syntyi ajatus luoda opaslehtinen, joka toimii käytännön ohjaustyön apuvälineenä. Opaslehtisen käyttö keskustelun tukena auttaa työterveyshoitajaa ottamaan puheeksi muistiongelmien liittyvät, ehkä ikäviäkin asiat. Työterveyshoitaja saa työvälineen, jonka avulla ohjata keskustelua oikeaan suuntaan. Toisaalta taas työntekijällä on mahdollisuus ottaa opaslehtinen mukaansa, ja myöhemmin pohtia lisää asiantiedon perusteella oman muistinsa tai kognitiivisten oireidensa tilaa.

Pohjois-Karjalan keskussairaalan muistipoliklinikan sairaanhoitajaa haastattelin joulukuussa 2013. Haastattelun teemana oli, kuinka paljon työikäisiä muistiasiakkaita ohjautuu muistipoliklinikalle ja millaisia jatkotutkimuksia muistipoliklinikalla tehdään.

Olisi ollut mielenkiintoista saada 1-2 haastattelua omaisilta, joiden läheiset ovat sairastuneet muistisairauteen työikäisinä. Näin heidän kokemuksiaan muistisairauteen oireista, diagnoosista ja hoidon aloittamisesta olisi voinut peilata tutkimustuloksiin. Tästä ajatuksesta luovuin aikaresurssien vähyyden vuoksi.

5.3 Opaslehtisen toteutus

Opinnäytetyöni tuotos on siis opaslehtinen, jota voidaan käyttää tiedonlähteenä ja keskustelun pohjana työterveyshuollossa. Opaslehtiseen ei voinut kerätä liikaa tietoa, vaan tekstiosuudessa oli keskityttävä ydinasioihin, joiden pohjalta työterveyshoitaja ja asiakas voivat käsitellä asiaa. Oppaan alustavan sisällysluettelon laatiminen jo lähtötilanteessa helpottaa asioiden jäsentelyä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 32). Opaslehtisen sivumäärän rajasin kahdeksaan ja tein alustavan suunnitelman, mitä asioita opaslehtisessä käsitellen. Varsinaista sisällysluetteloa en kuitenkaan laatinut, enkä liittänyt sitä opaslehtiseenkaan rajoitetun sivumäärän vuoksi.

Opaslehtisen suunnittelun yhteydessä on otettava huomioon kohderyhmä ja sen tarpeet, oppaan sisältö, jakelu sekä ulkoasu, kuten värit, kuvat, typografia, otsikot ja teksti. Toteutustavan valinnassa ratkaisee, mikä muoto palvelee kohderyhmää parhaiten ja millaisia mielikuvia tuotoksella halutaan kohderyhmässä herättää. Huomioon on otettava myös työn laajuus ja mahdolliset kustannukset. Tärkeimpiä seikkoja tuotoksessa ovat kuitenkin uusi muoto, tuotoksen käytettävyys kohderyhmässä ja käyttöympäristössä, asiasisältö sekä selkeys ja johdonmukaisuus. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 32–34, 51–53.)

Opaslehtisen visuaalisen hahmottelun aloitin jo syyskuussa 2013, kun aiheeni varmistui ja tarkentui. Tarkastelin muun muassa terveyskeskusten itsehoitopisteitä ja siellä tarjolla olevaa materiaalia. Opaslehtisiä ja muuta kirjallista materiaalia eri aiheista oli todella paljon tarjolla. Haasteena olikin, kuinka luoda houkutteleva, puhutteleva ja asiallista tietoa tarjoava opas.

Oman tuotokseni tarkoitus on toimia työterveyshoitajan ja muistiasiakkaan keskustelujen tukimateriaalina, jonka asiakas ottaa mukaansa keskustelun päätteeksi. Toimeksiantajani kanssa sovimme, että toimitan heille opaslehtisen sähköisessä muodossa esimerkiksi pdf-tiedostona, joten Joensuun Työterveys voi tulostaa valmiita opaslehtisiä tarpeen mukaan. Sähköinen muoto helpottaa myös tietojen päivittämistä esimerkiksi muuttuvien yhteystietojen osalta.

Oppaan sivun kooksi valitsin A5 ja kokonaissivumääräksi kahdeksan. Kansilehden sekä takasivun yhteys- ja lähdetietojen jälkeen varsinaiselle ohjausmateriaalille jäi tilaa kuusi sivua. Opaslehtisen visuaalisen ilmeen elävöittämiseksi mukana täytyi olla myös kuvamateriaalia ja grafiikkaa. Näin ollen varsinaiselle tekstiosuudelle jäi tilaa melko vähän. Oppaan luettavuuden ja kiinnostavuuden vuoksi en kuitenkaan halunnut kasvattaa sivumäärää suuremmaksi. Koko opaslehtisen laadin Word-tekstinkäsittelyohjelmalla.

Opaslehtisessä esille otettavien asioiden tulee olla keskeisiä työikäisten muistihäiriöistä puhuttaessa. Oikean tiedon saaminen, ohjaus ja neuvonta kannustavat potilasta osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon. Neuvonta ja ohjaus ovat osa kokonaisuhoitoa, joka edistää potilaan itsehoitovalmiuksia sekä vähentää potilaan kokemaa ahdistusta ja pelkoa. Parhaimmillaan onnistunut ja oikein ajoitettu ohjaus lyhentää hoitoaikoja ja vähentää potilaan terveyspalvelujen käytön tarvetta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24.)

Tärkeimmät teemat oppaassa ovat varhaiseen tunnistamiseen liittyvät seikat: mistä erilaiset muistioireet ja muistihäiriöt voivat aiheutua, sekä millaiset häiriöt vaativat lisäselvittelyä ja jatkotutkimuksia. Lisäksi halusin tuoda esille aivoterveysteen ja muistiongelmien ennalta ehkäisyyn liittyviä seikkoja. Tärkeäksi koin myös kuvata lyhyesti muistihäiriötä potevan henkilön jatkotutkimuksia ja hoitopolkua.

Asioiden esittämisjärjestyksen opaslehtisessä pyrin rakentamaan ohjaustilannetta tukevaksi. Ensimmäisellä sivulla kansilehden jälkeen kerron positiivisten esimerkkien kautta unohtamisesta, muistamisesta sekä muistiin vaikuttavista seikoista. Tämän jälkeen oppaan sivulla 3 selvennän asiaan liittyviä käsitteitä, sillä yleisessä keskustelussa muistihäiriö-, muistioire-, muistisairaus- ja dementia-käsitteitä käytetään sekaisin, ja joskus jopa väärissä yhteyksissä. Kyseisille sivuille tuli paljon tekstiosuutta, mutta halusin kuitenkin tuoda kaikki nämä asiat esille. Koin tärkeäksi, että ennen vaikeampia asioita tuodaan esille muistihäiriöiden tilannekohtainen luonnollisuus ja mahdollinen ohimenevyys.

Sivulla 4 tuon esille seikkoja, jotka voivat aiheuttaa muistihäiriöitä, mutta jotka ovat parannettavissa ja hoidettavissa olevia tekijöitä. Sivulla 5 kuvaan muistissa ja muissa kognitiivisissa toiminnoissa ilmeneviä ongelmia, jotka vaativat lisäselvittelyä. Näitä aihealueita käsitellessäni olen pitäytynyt luettelomaisissa listoissa. Kysymys on kuitenkin jo sellaisista tilanteista, joissa työntekijä tarvitsee apua, ja keskustelu työterveyshoitajan kanssa selventää asioita. Oppaassa olevien listojen avulla työntekijä ja työterveyshoitaja voivat kartoittaa työntekijän ongelmien laatua ja määrää.

Sivulle 6 laadin kuvion, jossa on lyhyesti ja mahdollisimman selkeästi kuvattu asiakkaan mahdollinen hoitopolku työterveyshuollosta jatkotutkimuksiin. Näin työntekijälle muodostuu kokonaiskuva hoitopolusta, jonka alkupäässä hän on työterveyshuollossa asioidessaan.

Viimeiselle sivulle halusin saada terveyttä edistävän näkökulman. Näin työterveyshuolto voi käyttää opasta myös niissä tilanteissa, kun varsinaista ongelmaa ei vielä ole. Ennalta ehkäisevä työ on tärkeä osa työterveyshuoltoa. Työntekijän kannustaminen aivoterveyttä tukeviin elintapoihin parantaa ja ylläpitää hänen työkykyään.

Takasivulle Joensuun Työterveyden yhteystietojen jälkeen lisäsin viittauksen opinnäytetyöstäni, johon opaslehtinen pohjautuu. Näin lukijalla on mahdollisuus hakea lisätietoa asiasta muun muassa opinnäytetyöni lähdeluettelon pohjalta. Opinnäytetyöni lähdeluettelosta valitsin kaksi tärkeintä lähdettä vielä erikseen mainittuna. Toinen on www-sivusto ja toinen työikäisten muistisairauksista kattavasti kertova kirja.

Opaslehtisen on oltava ulkoasultaan ja luettavuudeltaan selkeä. Muistihäiriöistä tai muista kognitiivisten toimintojen osa-alueiden ongelmista kärsiviä henkilöitä ei voi kuormittaa liian vaikeatajuisella tai sekavalla opaslehtisellä. Tämän vuoksi oppaassa käytettävän kielen tulee olla selkeää. Halusin myös rajoittaa lehtisessä käytettävien värien määrää. Päävärisävyt ovat valkea, musta ja vihreä. Päädyin vihreäsävyisiin kuviin, sillä vihreä väri viittaa luontoon ja on luonteeltaan

rauhoittava (Ks. Loiri & Juholin 1998, 111). Tekstin väri on musta joko valkealla tai vihreällä taustalla.

Luettavuuden kannalta otsikko ja väliotsikot ovat tärkeitä. Pääotsikon tulee herättää lukijan mielenkiinto, kun taas väliotsikoiden tehtävä on jakaa teksti sopiviin osakokonaisuuksiin. Otsikoiden tulee olla selkeitä ja ohjata lukijaa eteenpäin. (Torkkola ym. 2002, 39–40.) Opaslehtisen pääotsikko, eräänlainen sana-leikki, muotoutui jokseenkin intuitiivisesti opinnäytetyöprosessin aikana. Sivulla 2 ja 3 en käyttänyt varsinaisia otsikoita lähinnä tilanpuutteen vuoksi, vaan päädyin käyttämään vahvennettua kirjaintyyppiä kappaleiden alussa ja selvennettävien käsitteiden nimissä. Sivun 4 otsikolla halusin tuoda esille positiivisen näkökulman, eli kuinka suurin osa muistihäiriöistä on kuitenkin hoidettavissa ja ohimeneviä. Sivun 5 kysymysmuodossa olevalla otsikolla halusin johdattaa lukijan pohtimaan omien muistiongelmiensa laatua ja määrää.

Kuvan tehtävä on luoda tunnelmaa. Loirin ja Juholinin (1998, 54) mukaan kuva voi täydentää julkaisun visuaalisuutta, jolloin kuvan ei välttämättä tarvitse liittyä itse tekstin sisältöön. Torkkola ym. (2002, 40) katsovat, että kuvien tehtävä on muun muassa lisätä tekstin luettavuutta, ymmärrettävyyttä ja kiinnostavuutta tekstin asiaa täydentämällä ja tukemalla. Torkkola ym. (2002, 40–41) kyseenalaistavat pelkkien niin sanottujen kuvituskuvien eli tekstiin liittymättömien kuvien käytön. Päädyin kuitenkin ratkaisuun, että opaslehtiseen valitsemani kuvat eivät liity tekstiin, vaan niiden tehtävä on lisätä opaslehtisen visuaalisuutta. Koin, että valitsemani neutraalit luontokuvat ovat parempi vaihtoehto kuin ehkä keinotekoiset kuvat muistilappupinoista tai täysistä kalentereista. Kuvat ovat vihreäsävyisiä, joko omia tai tyttäreni ottamia luontokuvia, jotka toimivat opaslehtisen ilmeen ja ulkoasun elävöittäjinä. Valitsemissani seitsemässä kuvassa yhdistyvät teemana luonto, rauhallisuus ja levollisuus, vihreä väri sekä vesipisarat. Kuvien valintaperusteena oli niiden luoma rauhallinen ja seesteinen tunnelma.

Koska olemme tyttäreni kanssa molemmat harrastaneet valokuvausta jo useiden vuosien ajan, tuntui luonnolliselta valita kuvat omista otoksista. Näin ollen myös kuvien käyttöön liittyvät tekijänoikeuskysymykset olivat selkeät. Tyttäreni

Piia Perttilahti antoi luvan käyttää opaslehtisessä myös hänen ottamiaan kuvia omieni lisäksi.

Typografialla on ennen tarkoitettu pelkästään kirjaintyypejä ja niiden suunnittelua. Nykyisin typografia käsitetään laajemmin eli paino- tai digitaalisen työn ulkoasuna ja sen suunnitteluna. (Juselius 2013.) Kirjaintyyppien valinta on typografian keskeinen osa. Maltillisuus ja vain muutamassa kirjaintyyppissä pysytteleminen takaa parhaimman lopputuloksen. Tuhansista tarjolla olevista kirjaintyypeistä voi valinnan tehdä joko vaistonvaraisesti tai harkiten. (Loiri & Juholin 1998, 34.)

Kirjaintyyppien valinnassa kannattaa kiinnittää huomiota sen luettavuuteen. Kirjaintyyppien eri merkkien erottuvuus toisistaan helpottaa tekstin lukemista. On huomattava, että kirjaintyyppien ilme voi herättää lukijassa erilaisia mielikuvia. Lisäksi on huomioitava kirjaintyyppien toimivuus erikokoisena esimerkiksi otsikoissa ja leipätekstissä. Liian useaa erilaista kirjaintyyppiä ei suositella käytettäväksi samaan aikaan yhdessä teoksessa. Suurelle joukolle erilaisia ihmisiä varten tehdyssä työssä kannattaa pitäytyä yleisissä suosituksissa neutraalin lopputuloksen aikaansaamiseksi. (Lammi 2008, 38–40.)

Oman opaslehtiseni kirjaintyyppien valitsin kokeilun ja lähdekirjallisuuden suositusten kautta. Valinnassa ratkaisevat tekijät olivat selkeys ja kirjaintyyppien visuaalinen soveltuvuus kokonaisuuteen. Kirjaintyyppiksi valitsin Calibrin, joka Lammien (2008, 39) mukaan on sopiva paperitulosteisiin. Kirjaintyyppien väriksi valitsin mustan. Kirjaintyyppien pistekoko on leipätekstissä 14 ja väliotsikoissa 16. Kaaviossa pistekoko vaihtelee 10,5–14:n välillä. Kansilehden pääotsikon kirjaintyyppi on DejaVu Sans ja pistekoko 22. Pääotsikon kirjaintyyppien valitsin kokeilemalla erilaisia vaihtoehtoja. Mielestäni DejaVu Sans oli selkeä, mutta kuitenkin sopivasti tavallisuudesta poikkeava visuaalisen ilmeen luoja.

Huolellinen taitto eli tekstin ja kuvien asettelu houkuttelee lukemaan ja parantaa ymmärrettävyyttä. Taiton tulisi olla ilmava, eli kuvien ja tekstin oheen tulee jäädä riittävästi tilaa. Asettelumallin avulla opaslehtisen otsikot, tekstit ja kuvat ase-

tellaan paikoilleen. Tämän jälkeen keskitytään kirjaintyyppien, -koon, rivivälien, palstojen sekä marginaalien valintaan. (Torkkola ym. 2002, 53, 55).

Kuvien ja tekstin sommitteluun tuli varata jo aikataulua laatiessa riittävästi aikaa. Ensin mietin valmiiksi lyhyet ja tiiviit tekstiosuudet edellä mainituista tärkeimmistä aiheista. Tämän jälkeen asettelin pohjamalliin kuvat, joita jouduin jonkin verran muokkaamaan ja rajaamaan. Kuvien asettelun jälkeen sovitin tekstin sivuille, ja valitsin sopivan fontin eli kirjaintyyppin. Kokeilin useita erilaisia kirjaintyypejä löytääkseni sopivan mallin ja kirjainkoon. Kuvien ja tekstin keskinäinen yhteensopivuus piti hakea erilaisia sommitteluvaihtoehtoja kokeilemalla. Koevedoksia tein useamman kappaleen, ja annoin niitä arvioitaviksi toisille. Kun opaslehtisen lopullinen muoto alkoi hahmottua, toimitin sen arvioitavaksi Joensuun Työterveyteen helmikuussa 2014. Saamani palautteen pohjalta laadin toisen koevedoksen, jonka toimitin toimeksiantajalle arvioitavaksi 1.4.2014.

5.4 Opaslehtisen arviointi

Valmiin opaslehtisen parhaita arvioijia ovat Joensuun Työterveyden työterveyshoitajat. Ensimmäiseen koevedokseen liittyvässä palautteessa toimeksiantaja toivoi sivulla 7 olevaan kaavioon tarkennuksia. Lisäsin kaavioon lähtötilanteen sekä tarpeen, eli työntekijän itsensä tai työnantajan huolen työntekijän työkyvyssä tapahtuneista muutoksista. Lisäksi tarkensin työterveyshuollon piirissä tehtävien tutkimusten kuvailua. Opinnäytetyöni ohjaajalta saamani palautteen perusteella pienensin kuvien kokoa ja valitsin isomman kirjainkoon. Luettavuuden helpottamiseksi vaihdoin tekstin kaksipalstaiseksi. Toimeksiantajan toiveesta lisäsin takasivulle Joensuun Työterveyden logon.

Toiseen koevedokseen tein toimeksiantajan pyynnöstä muutamia pieniä asia-tarkennuksia muun muassa puhelinnumeron osalta. Kolmannen koevedoksen lähetin toimeksiantajalle 16.4.2014. Saamani palautteen perusteella tarkensin sivun 6 hoitopolkua kuvaavaa kaaviota, ja poistin muutamia pieniä yksityiskohtia tekstiosuudesta. Toimeksiantaja oli tyytyväinen kuviin ja otsikkoon. Varsinaiseen asiasisältöön hoitopolkua lukuun ottamatta toimeksiantajalla ei ollut muutosehdotuksia.

Alkuperäinen toiveeni oli, että saisin palautetta opaslehtisen toimivuudesta varsinaisessa asiakastilanteessa. Asiakkailta saatu palaute olisi ollut tärkeää koko opinnäytetyöprosessin ja sen tuotoksen luotettavuuden kannalta. Valitettavasti asiakaspalautetta opaslehtisestä ei ollut mahdollista saada.

6 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä periaatteita (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6). Toiminnallista opinnäytetyötäni varten en tarvinnut keskeisiin periaatteisiin kuuluvaa tutkimuslupaa, mutta muut hyvää tieteellistä käytäntöä ohjaavat tekijät koskivat myös omaa työtäni. Näiden ohjeiden noudattaminen takasi, että luotettavuus ja eettisyys toteutuivat opinnäytetyössäni koko prosessin ajan, ja lopputuotos oli uskottava ja hyödynnettävissä oleva.

Rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus, avoimuus sekä vastuullinen tiedeviestintä on otettava huomioon lähdeaineiston hankinnassa, valinnassa ja hyödyntämisessä. Viittaukset lähteisiin tulee olla totuudenmukaisia. Tuotoksessa annettavan informaation tulee perustua luotettavaan ja näyttöön perustuvaan tutkimustietoon. Lopullisen tuotoksen kriittinen arviointi on osa opinnäytetyöprosessin luotettavuutta ja eettisyyttä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6.)

Näyttöön perustuva tutkimustieto antaa pohjan näyttöön perustuvalla toiminnalla. Näyttöön perustuvan toiminnan tavoite on turvata potilaalle tai asiakkaalle annettavan hoidon mahdollisimman hyvä laatu ja vaikuttavuus. Tämä toteutuu silloin, kun toiminta pohjautuu mahdollisimman uuteen saatavilla olevaan tietoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 53.) Hoitotyön tutkimussäätiön mukaan uusi eli paras ajantasainen tieto on luotettavaa tutkimustietoa tai muuta luotettavaksi arvioitua tietoa. Muu luotettavaksi arvioitu tieto voi olla esimerkiksi asiantuntijoiden konsensus eli yhteisymmärrys ja yksimielisyys asiasta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013.) Tästä esimerkkinä ovat käypä hoito -suositukset, joista hain itsekkin aiheeseen liittyvää tietoa. Käypä hoito -suositukset ovat Suo-

malaisen Lääkäriseura Duodecimin ja erikoislääkäriyhdistysten yhdessä laatimia riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia hoitosuosituksia (Käypä hoito 2010b).

Näytön aste kuvaa tutkimustiedon luotettavuutta ja vahvuutta. Näytön vahvuutta kuvataan luokituksilla, jotka on laadittu näytön asteen arvioimiseksi. Tutkimus voidaan luokitella tutkimusnäytön perusteella vahvaan, kohtalaiseen, niukkaan tai heikkoon näytön asteeseen. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 12–14.) Opinnäytetyöni tietoperustaan hain tutkimuksia, joissa on vahva tutkimusnäyttö, ja joita näin ollen voidaan hyödyntää käytännön ohjeita laadittaessa.

Opinnäytetyöni tietoperustaan tarvittavan informaation valinnassa pyrin kriittisyyteen ja monipuolisuuteen. Muistisairauksiin liittyvää materiaalia oli runsaasti tarjolla, joten yksi luotettavuuden lähtökohta oli mahdollisimman tuoreen tutkimustiedon käyttäminen. Lisäksi oli huomioitava, minkä tasoiseen näyttöön uusi tutkimustieto pohjautui. Muistisairauksiin liittyvää tutkimustietoa etsiessäni huomasin, että viimeaikaisimmat tutkimukset aiheesta liittyivät esimerkiksi Alzheimerin taudin diagnostiikkaan sairauden hyvinkin varhaisessa vaiheessa, jo ennen kliinisten oireiden esiintymistä (Seppälä ym. 2013, 2003–2010).

Kaikissa työni vaiheissa noudatin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Lähdeaineiston valinta ja luotettavat lähteet sekä aineiston ja tutkimustiedon tarkoituksenmukainen ja muuntelematon käyttö ovat opinnäytetyöni luotettavuuden perusta. Tuotokseen eli opaslehtiseen valitsin suuresta aineistomäärästä vain oleellisen ja tarkoitukseen sopivimman tiedon. Näyttöön perustuvan tutkimustieto auttaa opaslehtisen käyttäjää parhaalla mahdollisella tavalla. Jokin opaslehtisessä esille tuleva asia voi olla muistiasiakkaalle yksi päätöksentekoon vaikuttava seikka. Tämän vuoksi tiedon oli oltava laadultaan ammatillista, ja tiedon esittämistavan täytyi olla asiallinen. Opaslehtisen lukijalle tuli syntyä lukukokemuksen aikana tunne, että hän voi luottaa tiedon oikeellisuuteen.

Uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus ovat luotettavuuden arvioinnin kriteereitä kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 160). Näitä kriteerejä sovelsin oman toiminnallisen opinnäytetyöni luotettavuuden arvioinnissa. Kylmä ja Juvakka ovat

maininneet teoksessaan (2007, 127) laadullisen tutkimuksen kriteereiksi lähes samat eli uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden.

Uskottavuus voidaan nähdä tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutena. Uskottavuutta vahvistaa keskustelu tutkimustuloksista tutkimukseen osallistujien kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Opinnäytetyössäni en tehnyt varsinaista tutkimusta, vaan hyödynsin jo valmiina olevaa tutkimustietoa. Keskustelu toimeksiantajan kanssa opaslehtisen sisällöstä ja rakenteesta loi tuotoksesta uskottavan ja käytännön työelämää palvelevan. Tavoitteeni oli toimittaa toimeksiantajalle opaslehtisen ensimmäinen versio arvioitavaksi helmikuussa 2014. Tavoite myös toteutui. Näin he pystyivät vaikuttamaan opaslehtisen sisältöön niin, että lehtinen palvelee käytännön työelämää parhaalla mahdollisella tavalla.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan oman ajattelun, havaintojen ja toimintojen kyseenalaistamista. (Sarajärvi ym. 2011, 21–22). Omien toimintatapojen uudelleenarviointi ja sitä kautta tapahtuva hoitotyön kehittyminen tulisi olla luonteva osa jokapäiväistä hoitotyötä. Saamani palautteen perusteella minulla olisi ollut mahdollisuus päätellä, oliko opinnäytetyöni tuotos muokannut tai luonut uusia toimintamalleja muistiasiakkaiden kohtaamiseen ja heidän ongelmiansa käsitteelyyn. Valitettavasti en kuitenkaan saanut toimeksiantajaltani palautetta, jossa olisi tullut esille, onko opaslehtinen tuonut mukanaan uusia toimintamalleja. Refleksiivisyyteen liittyy myös itsearviointi (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 165). Näin ollen jouduin myös itse pohtimaan, kuinka työelämässä hyödynnän ja sovellan opinnäytetyöprosessin aikana saamaani tietoa muistihäiriöistä ja muistisairauksista. Lisäksi on huomattava, että koska tein opinnäytetyötäni yksin, aineiston valintaan ja hyödyntämiseen sekä opaslehtisen suunnitteluun ja toteuttamiseen liittyvä työparin tuoma kritiikki jäi pois. Toisaalta pitkään jatkunut työskentely aiheen parissa on tuonut syvällisyyttä aiheen käsittelyyn.

Opinnäytetyöni tuotoksen siirrettävyys on yksi luotettavuuden mittari. Siirrettävyyden avulla arvioidaan, kuinka tuotos soveltuu eri yhteyksiin, tuoko se mukanaan uutta tietoa ja mikä sen käytännön merkitys on (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 165). Siirrettävyyden todentaminen edellyttää koko prosessin tarkkaa kuvausta aiheen valinnasta, rajauksesta ja tiedonhankinnasta

lähtien (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 160). Opaslehtisen tein käytettäväksi työterveyshuollossa. Muistipoliklinikan sairaanhoitajan tai Demen-tiayhdistyksen toimijoiden arviot opaslehtisestä olisivat kertoneet, olisiko lehti-nen työterveyshuollon lisäksi ollut hyödynnettävissä erilaisissa toimintaympäris-töissä, ja kenties ikääntyneidenkin muistiasiakkaiden keskuudessa. Palautteen pyytäminen ulkopuolisilta asiantuntijoilta toimeksiantajan lisäksi ei kuitenkaan ollut mahdollista aikataulun rajallisuuden vuoksi.

Siirrettävyyden todentamiseksi olen kuvannut opinnäytetyöraportissani tarkasti opaslehtisen synnyn eri vaiheet. Tiedonhankinnassa käytin paljon niin sanottua manuaalista tiedonhakua, eli tutustuin lähdeteosten, tutkimusten, opinnäytetöi-den ja muiden julkaisujen lähdeluetteloihin, ja etsin sieltä käyttökelpoisia lähteitä. Jonkin verran käytin myös kirjaston tietokantoja. Hakusanoina käytin muun muassa käsitteitä työkäinen, muistihäiriö, muistisairaus ja varhainen diagnoosi sekä vastaavia englanninkielisiä sanoja. Aineistoa oli erittäin paljon saatavilla, ja paljon hyvää tutkimustietoa täytyi rajata pois. Aikaisemmin tehtyjä toiminnallisia opinnäytetöitä en lähdeluetteloja lukuun ottamatta juurikaan lukenut. Tein tämän ratkaisun siksi, että halusin tehdä omasta opinnäytetyöstäni ja opaslehtisestä yksilöllisen ja niin sanotusti itseni näköisen. Mielestäni toisten teoksiin liikaa tu-keutuminen ohjaa alitajuisesti omaa tekemistä pois yksilöllisyydestä.

Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin tarkkaa kuvausta. Raportissa tulisi ilmetä, kuinka tutkija on päätenyt esittämiinsä tuloksiin ja johtopäätöksiin. (Kyl-mä & Juvakka 2007, 129.) Omassa opinnäytetyössäni tämä tarkoittaa, että olen kuvannut opaslehtisen tekemiseen liittyvät vaiheet tarkasti ja perustellut teke-mäni valinnat. Vahvistettavuuden toteutumiseksi olen kuvaillut työn kaikkia vai-heita aineiston hankinnasta lähtien sekä tallentanut kaikki asiaan liittyvät yhtey-denotot.

Valmiin opaslehtisen arviointi on osa tuotoksen luotettavuutta. Joensuun Työ-terveyden työterveyshoitajilta saamani palaute kertoi opaslehtisen luotettavuudesta. Sain toimeksiantajalta palautetta opaslehtisen ulkoasuun, visuaalisuuteen ja asiasisältöön liittyvistä seikoista. Valitettavasti en saanut arviota valmiin opaslehtisen toimivuudesta käytännön ohjaustilanteessa.

Tutkimuksen tekijän vastuulla on hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Tutkijan on tunnettava ja noudatettava tiedonhankintaan ja julkistamiseen liittyviä tutkimuseettisiä periaatteita. Myös opiskelijoiden on huomioitava ja paneuduttava tutkimukseen liittyviin eettisiin kysymyksiin. Ensimmäinen eettinen ratkaisu on jo tutkimusaiheen valinta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23–25.)

Tutkimustyö ja siitä raportointi on toteutettava siten, ettei tutkija plagioi toisten tekstiä eli esitä omanaan jonkun toisen tekstiä tai muuta tuotosta. Raportoinnin on oltava huolellista, ja myös tutkimuksen mahdolliset puutteet on tuotava esille. Tutkimuksen eettisyyteen liittyvät myös aineistonhankintaan liittyvät seikat. (Hirsjärvi ym. 2009, 26–27.)

Syksyllä 2013 Joensuun Työterveyden vastaavan työterveyshoitajan kanssa käymieni keskustelujen aikana ilmeni, että muistihäiriöihin liittyvää ohjausmateriaalia tarvitaan. Näin ollen eettisyys toteutui toimeksiantajan valinnassa, sillä Joensuun Työterveydellä oli tarve saada muistihäiriöihin liittyvä opaslehtinen, ja Joensuun Työterveys suostui toimeksiantajakseni vapaaehtoisesti. Opinnäytetyön tekijänä olen toiminut eettisesti, sillä olen vastuullisesti vienyt opinnäytetyöprosessin päätökseen aikataulun mukaisesti.

Toimeksiantosopimuksessa sovimme selkeät roolit. Opiskelijana ja opinnäytetyön tekijänä sitouduin tuottamaan opaslehtisen työikäisten muistisairauksista sähköisessä muodossa. Toimeksiantajan tehtäväksi jäi sähköisen tiedoston muuntaminen painettuun muotoon. Toimeksiantajalle jäi lisäksi oikeus päivittää opaslehtistä. Opaslehtisen tekijänoikeudet muun muassa valokuvien osalta jäivät opiskelijalle.

Opinnäytetyön aihe oli oikeutettu ja merkityksellinen. Muun muassa työelämän kuormittavuus lisää muistihäiriöitä, eikä niiden merkitystä tulisi vähätellä. Työntekijällä on oikeus saada apua ja hoitoa ajoissa jo senkin vuoksi, että joskus muistihäiriön taustalla voi olla etenevä muistisairaus, jonka ennustetta parantaa varhaisessa vaiheessa aloitettu tarkoituksenmukainen hoito ja kuntoutus.

Opinnäytetyössäni ei käsitellä potilastietoja tai muita tietosuojaan liittyviä asioita. Mikäli käytössäni olisi ollut sellaista tietoa, olisin käsitellyt aineistoa niin, että asianosaisten henkilöllisyys ei olisi tullut ilmi ilman heidän lupaansa, eivätkä henkilöt olisi olleet tunnistettavissa missään vaiheessa. Opinnäytetyön valmistuttua olisin hävittänyt henkilötietoja tai tunnistamista helpottavia tietoja käsittelevän aineiston asianmukaisella tavalla. (Ks. Kuula 2006, 64.)

Opinnäytetyössäni en ole plagioinut kenenkään tekstiä. Viittaukset ja lähdemerkinnät olen tehnyt asianmukaisella tavalla opinnäytetyöohjeiden mukaisesti. Tietoperustaan sisältyvät kolme suoraa lainausta olen myös merkinnyt asiaan kuuluvalla tavalla.

Terveysten edistämiseen liittyvä valistustyö ei saa olla kohderyhmää syylistävää. Syyllisyys lisää ahdistusta ja kenties verottaa ihmisen hyvinvointia. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE on torjunut terveellisiin elintapoihin liittyvän syylistävän tiedottamisen. (Hausen 2006, 15.) Opaslehtiseen liittämäni aivoterveyttä koskevan osion olen pyrkinyt laatimaan siten, ettei lukijalle synny tunnetta syyllisyydestä. Jokainen voi omilla toimillaan vaikuttaa aivojensa hyvinvointiin, mutta asiaan liittyvän valistuksen tulee olla käskyjen ja kieltojen sijaan positiivista ja kannustavaa ohjausta.

Opinnäytetyösuunnitelman laatimisen aloitin syyskuussa 2013, ja suunnitelma valmistui tammikuun 2014 alkupuolella. Opinnäytetyöni sain valmiiksi toukokuun 2014 puoliväliin mennessä, niin että viimeistelyyn ja seminaariin valmistautumiseen jäi riittävästi aikaa. Asetin päämääräksi, että koko opinnäytetyön kaikkine siihen sisältyvine seikkoineen tuli olla valmis toukokuun lopussa 2014, ja näin myös tapahtui. Työni valmistuminen aikataulun mukaisesti on tärkeä osa opinnäytetyöni luotettavuutta. Liitteessä 2 on opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa laatimani aikataulu opinnäytetyöprosessin etenemisestä keväällä 2014.

7 Pohdinta

Syyskuussa 2013 opinnäytetyöni aihe tarkentui työikäisten muistisairauksiin liittyväksi. Aihe on osoittautunut hyvinkin ajankohtaiseksi. En tiedä, olenko alitajuisesti vasta nyt opinnäytetyöprosessini aikana kiinnittänyt asiaan huomiota, mutta koen, että tiedotusvälineissä aihe on ollut runsaasti esillä kuluneen talven aikana. Työikäisten muistihäiriöt on nostettu esille lähinnä työelämän kuormittavuuden näkökulmasta. On tärkeää, että asiasta on ryhdytty puhumaan avoimesti ja kiertelemättä. Näin monet muistiongelmia potevat saavat kokemuksen, ettei asiaa tarvitse peitellä tai häpeillä. Salailun tarvetta vähentää tietoisuus, että mahdollinen etenevä muistisairaus on neurologinen sairaus, johon on saatavilla asianmukaista hoitoa.

Lisääntynyt julkinen keskustelu tuo ehkä vielä enemmän muistihäiriöistä kärsiviä henkilöitä niin työterveyshuollon kuin perusterveydenhuollonkin vastaanotolle. Heidän ongelmiansa huolellinen kartoittaminen, ja tarvittaviin jatkotutkimuksiin lähettäminen vaativat niin perusterveydenhuollolta kuin työterveyshuollolta selkeitä toimintatapoja ja yhtenäisiä, suosituksiin pohjautuvia hoitopolkuja. Työikäisten muistiongelmien poikkeavat jonkin verran ikääntyneiden vastaavista. Näin ollen kaikissa terveydenhuollon yksiköissä olisi hyvä olla selkeä toimintamalli, kuinka työikäisten muistihäiriöiden syitä ryhdytään selvittämään. Työikäisten muistisairaudet näyttävät nopeasti etenevinä, sillä usein oireisto pysyy kauan piilossa. Kuten mikä tahansa sairaus, myös etenevä muistisairaus vaikuttaa työntekijän elämään kokonaisvaltaisesti.

Opinnäytetyöprosessini tuotos eli opaslehtinen työterveyshoitajille ja heidän asiakkailleen toimii lähtötilanteessa hyvänä tukena muistihäiriöiden laatua ja määrää kartoitettaessa. Työterveyshoitajan rooli varhaisten muistihäiriöiden havainnoijana ja tutkimuksiin ohjaajana on merkittävä. Jo pelkkä muistihäiriöiden puheeksi ottaminen voi olla liikkeelle sysäävä seikka asiakkaan näkökulmasta. Muistihäiriöitä potevalle voi olla hyvinkin helpottava tieto, että suurin osa häiriöistä johtuu muusta syystä kuin etenevästä muistisairaudesta. Toisaalta on

hyvin tärkeää hoidon nopean aloittamisen ja kuntoutuksen kannalta löytää ne henkilöt, joiden oireiden taustalla on etenevä muistisairaus.

Varsinaiseen opaslehtiseen ei voinut sisällyttää muistihäiriöihin ja muistisaira-
uksiin liittyvää tietoa kuin pintapuolisesti. Opaslehtistä laatiessani yksi tavoite oli
herättää lukijan kiinnostus niin, että hän lähtisi hakemaan asiasta lisätietoa.
Opaslehtistä hieman muokkaamalla olisi kenties mahdollisuus luoda niin perus-
terveydenhuoltoon, työterveyshuoltoon kuin potilasjärjestöillekin käytännön työ-
väline, joka antaisi ensikäden tietoa muistiongelmia kohdanneelle ja hänen lä-
heisilleen.

Valitsemani aihe osoittautui hyvin laajaksi, ja aineistoa oli paljon saatavilla.
Olen joutunut rajaamaan joitakin asioita selkeästi pois, koska muuten teo-
riaosuus olisi kasvanut liian laajaksi. Esimerkiksi erilaiset hoitokäytänteet diag-
noosin jälkeen sekä kuntoutuksen osuuden olen joutunut jättämään kokonaan
käsittelemättä. Siitä huolimatta tietoperustan osuus kasvoi laajaksi. Joitakin tär-
keitä asioita, kuten kognitiivisia toimintoja mittaavia testejä, jouduin käsittele-
mään hyvin pintapuolisesti enkä siitä syystä lisännyt testimalleja liitteeksi.

Näkökulma, jolla käsittelin aihetta, muuttui hieman opinnäytetyöprosessin aika-
na. Lähtötilanteessa ajatukseni oli keskittyä pelkästään työikäisten eteneviin
muistisairauksiin. Melko pian lähdemateriaaliin tutustumisen jälkeen tuli ilmi,
että työikäisten muistihäiriöt ovat kuitenkin pääosin työelämän kuormittavuudes-
ta ja elintavoista aiheutuvia. Tämän vuoksi lisäsin tietoperustaan myös aivoter-
veyttä käsittelevän osan. Perusongelma, eli kuinka erottaa etenevien muistisai-
rauksien aiheuttamat muistihäiriöt parannettavissa ja hoidettavissa olevista
muistihäiriöistä, on laaja ja haastava. Opinnäytetyössäni olen pyrkinyt tuomaan
esille asiaan liittyvää problematiikkaa.

Opinnäytetyöprosessin olen kokenut haastavana, mutta antoisana. Koen kehiti-
tyneeni prosessin aikana ammatillisesti monella tavoin. Raportin ja opaslehtisen
laatiminen ovat kehittäneet tiedonhankintaan, sen käsittelyyn ja analysointiin
sekä hyödyntämiseen liittyviä taitojani. Tietämykseni muistihäiriöistä, muis-
tioireista ja etenevistä muistisairauksista on kasvanut, ja kiinnostukseni neuro-

logisia sairauksia kohtaan on lisääntynyt entisestään. Lisäksi terveyden edistämisen näkökulma muistihäiriöiden ennalta ehkäisyssä on avautunut minulle aivan uudella tavalla.

Yksin toteutetussa opinnäytetyöprosessissa on omat haasteensa ja etunsa. Työmäärä oli melko suuri, eikä rinnalla ollut paria, jonka kanssa keskustella opinnäytetyöhön liittyvistä kysymyksistä. Suuri etu oli kuitenkin, että sain itsenäisesti päättää opinnäytetyön etenemisen aikataulusta.

Jatkotutkimuksena olisi tarpeellista kartoittaa, kuinka paljon ja millaisia muistia ja kognitiivisia toimintoja mittaavia testisarjoja työterveyshuollon toimijat käyttävät, ja kuinka he kokevat niiden soveltuvan työikäisille. Tutkimuksen kohteena voisi olla myös, poikkeavatko perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon käytännöt työikäisten muistiasiakkaiden perustutkimuksissa ja jatkotutkimuksiin ohjaamisessa. Tärkeä kehittämiskohde olisi mielestäni työikäisille suunnatun muistihäiriöiden ennalta ehkäisyyn liittyvän materiaalin kehittäminen. Näkökulma materiaalissa voisi olla joko elintapaohjaukseen liittyvä tai työelämän kognitiiviseen kuormitukseen painottuva. Myös työikäisen muistisairaana läheisten huomioiminen olisi tärkeää. Muistisairauteen sairastuminen työikäisenä on kuitenkin hyvin erilainen asia kohdattavaksi kaikille osapuolille verrattuna ikäänntyneenä sairastumiseen. Mielenkiintoinen näkökulma olisi tarkastella työikäisten muistisairauksien esiintyvyyttä Euroopan alueella tai jopa maailmanlaajuisesti. Myös sukupuolten väliset erot työikäisten muistisairauksien esiintyvyydessä olisivat mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe.

Lähteet

- Aavaluoma, S., Haarala, M., Kinnarinen, A., Nurhonen, P. & Soisalo, R. 2013. Alzheimerin taudin tunnistaminen varhaisvaiheessa. *PSYK.FI. Psykososiaalisen hyvinvoinnin asiantuntijalehti* (2), 29–32.
- Alzheimerinfo. 2013a. Alzheimerin tauti. Yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Oy H. Lundbeck Ab. <http://www.alzheimerinfo.fi/alzheimerin-tauti/alzheimerin-tauti-yleisin-dementiaa-aiheuttava-muistisairaus>. 29.9.2013.
- Alzheimerinfo. 2013b. Alzheimerin tauti. Työikäisten Alzheimer erilainen harvinaisuus. Oy H. Lundbeck Ab. <http://www.alzheimerinfo.fi/ajankohtaista/tyoeikaeisten-alzheimer-erilainen-harvinaisuus>. 29.9.2013.
- Bateman, R.J., Xiong, C., Benzinger, T.L.S., Fagan, A.M., Goate, A., Fox, N.C., Marcus, D.S., Cairns, N.J., Xie, X., Blazey, T.M., Holtzman, D.M., Santacruz, A., Buckles, V., Oliver, A., Moulder, K., Aisen, P.S., Ghetti, B., Klunk, W.E., McDade, E., Martins, R.N., Masters, C.L., Mayeux, R., Ringman, J.M., Rossor, M.N., Schofield, P.R., Sperling, R.A., Salloway, S. & Morris, J.C. 2012. Clinical and Biomarker Changes in Dominantly Inherited Alzheimer's Disease. *The New England Journal of Medicine* 369 (9), 795 – 804.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2009. Muistatko? Muisti ja sen sairaudet. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Hietanen, M., Kivipelto, M., Strandberg, T. & Huovinen, M. 2009. Pidä aivosi kunnossa. Helsinki: WSOY.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2003. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: WSOY.
- Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 16 – 20.
- Erkinjuntti, T., & Viramo, P. 2010. Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 50–55.
- Eskelinen, M. 2014. The Effects of Midlife Diet on Late-Life Cognition. An Epidemiological Approach. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Number 220. University of Eastern Finland, Kuopio. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1394-4/urn_isbn_978-952-61-1394-4.pdf. 5.5.2014.
- Hausen, H. 2006. Terveysten edistämiseen liittyvät eettiset kysymykset. Teoksessa Eettisyyttä terveydenhuoltoon II. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2002–2006, 15–16. ETENE-julkaisuja 17. Helsinki. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17145&name=DLFE-527.pdf. 12.5.2014.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2013. Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>. 9.12.2013.

- Holopainen, T. 2013. Työpsykologi. Joensuun Työterveys kunnallinen liikelaitos. Haastattelu 3.12.2013.
- Hänninen, T. & Pulliainen, V. 2010. Kognitiivinen seulonta. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 356–365.
- Härmä, H. & Dunderfelt-Lövegren, E. 2011. Työikäisen muisti. Teoksessa Härmä, H. & Granö, S. (toim.) Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOY, 16 – 51.
- Härmä, H., Hänninen, R. & Suhonen, J. 2011. Muisti kuormittuu ja kaipaa huolta. Teoksessa Härmä, H. & Granö, S. (toim.) Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOY, 52 – 107.
- Joensuun Työterveys. 2014a. Joensuun Työterveys, kunnallinen liikelaitos. <http://www.joensuunttyoterveys.fi/joensuun+tyoterveys/>. 4.5.2014.
- Joensuun Työterveys. 2014b. Joensuun Työterveys. Tule mukaan tulevaisuuden työterveyshuoltoon. <http://www.esitteemme.fi/joensuunttyoterveys/WebView/#/2/>. 4.5.2014.
- Jokinen, H., Hänninen, T., Ylikoski, R., Karrasch, M., Pulliainen, V., Hokkanen, L., Poutiainen, E., Erkinjuntti, T. & Hietanen, M. 2012. Etenevien muistisairauksien varhainen tunnistaminen – neuropsykologinen näkökulma. Suomen Lääkärilehti 67 (23), 1816 – 1822.
- Juselius, U. 2013. Typografia. <http://www.phpoint.fi/ulrikaj/www/typo.htm>. 18.12.2013.
- Juva, K. 2010. Etenevä muistisairaus työikäisellä. Teoksessa Erkinjuntti T., Rinne J. & Soininen H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 583 – 589.
- Juva, K. 2011. Työikäisten muistihäiriöt ja muistisairaudet. Teoksessa Härmä, H. & Granö, S. (toim.) Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOY, 108–155.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen–Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kansaneläkelaitos. 2013. Henkilöasiakkaat. Kenelle kansaneläkettä? <http://www.kela.fi/kenelle-kansanelaketta>. 23.11.2013.
- Kuikka, P., Akila, R., Pulliainen, V. & Salo, J. 2011. Miksi muisti pätkee? Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä, J., & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Käypä hoito. 2010a. Etusivu. Suositukset. Muistisairaudet. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044>. 9.12.2013.
- Käypä hoito. 2010b. Käypä hoito–suositus. Muistisairaudet. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50044.pdf>. 23.1.2014.
- Lammi, O. 2008. Kortit, kirjat & lehdet. Tee julkaisuja Wordilla. Jyväskylä: WSOYpro/Docendo.
- Lindholm, M. 2011. Työikäisten Muisti –projekti 2009-2011. Työikäisten muistihäiriöt ja –sairaudet. Muistihäiriöiden ja –sairauksien tunnistaminen ja huomioiminen työelämässä. Loppuraportti. Salon Muistiyhdistys ry. http://www.alzsallo.fi/_images/Loppuraportti_tyoikaisten_muisti.pdf. 5.5.2014.

- Loiri, P. & Juholin, E. 1998. Huom! Visuaalisen viestinnän käsikirja. Helsinki: Inforviestintä Oy
- MS-liitto. 2014. Tietoa. MS-tauti. Sairastuminen ja ensioireet. <http://www.ms-liitto.fi/tietoa/ms-tauti/sairastuminen-ja-ensioireet>. 4.5.2014.
- Muistiliitto. 2013. Muisti ja muistisairaudet. Aivoterveys. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/aivoterveys/>. 2.11.2013.
- Nykyri, E. 2013. Sairaanhoidaja. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Muistipoliklinikka. Haastattelu 4.12.2013.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2013. Sairaalapalvelut. Röntgen. Tutkimukset. Magneettitutkimus. <http://www.pkssk.fi/magneettitutkimus>. 10.12.2013.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2014. Muistipotilaan hoitoketju. Terveysportti. Lääkärin tietokannat. http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99577&p_haku=muistipotilaan%20hoitoketju. 9.5.2014.
- Remes, A.M., Turunen, J. & Ala-Mursula, L. 2012. Työikäisten muistipulmat vaativat kohdennettua selvittelyä. Muistipoliklinikan lähetekäytännöt arviointitutkimuksen kohteena. Suomen Lääkärilehti 67 (37), 2535–2540.
- Räsänen, K. & Sauni, R. 2013. Teoksessa Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uuksulainen, S., Viluksela, M. & Virtanen, S. (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Helsinki: Työterveyslaitos, 159 – 166. http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/Tyo_ja_Terveys_2012.pdf. 23.1.2014.
- Sarajärvi, A., Mattila, L.-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOY.
- Siitonen, T. 2013a. Vastaava työterveyshoitaja. Joensuun Työterveys kunnallinen liikelaitos. Haastattelu 26.11.2013.
- Siitonen, T. 2013b. Muistisairauksien varhainen toteaminen. Email Merja.H.Perttilahti@edu.karelia.fi. 16.9.2013.
- Siitonen, T. 2014. Muistin jäljillä. Email Merja.H.Perttilahti@edu.karelia.fi. 25.2.2014.
- Seppälä, T., Herukka, S.-K. & Remes, A.M. 2013. Alzheimerin taudin varhaisdiagnoosi. Duodecim 129 (19), 2003 – 2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Työterveyshuoltolaki. Opas työterveyshuoltolain soveltajille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3830.pdf. 3.1.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. ETENE-julkaisuja 19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-526.pdf. 3.1.2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministe-

- riö.http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf. 9.12.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf. 9.12.2013.
- Tilastokeskus. 2013. Tietoa tilastoista. Käsitteet ja määritelmät.
http://www.stat.fi/meta/kas/tyoikain_vaesto.html. 23.11.2013.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut. 23.11.2013.
- Työterveyshuoltolaki 1383/2001.
- Työterveyslaitos. 2013. Kognitiivinen ergonomia.
http://www.ttl.fi/ergonomia/kognitiivinen_ergonomia/sivut/default.aspx. 31.10.2013.
- Uusitalo, T. 2013. Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen. Teoksessa Virjonen, K. (toim.) Muistin ongelmat. Toimiva palvelukonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: PS-kustannus, 37–56.
- Varsinais-Suomen Muistiyhdistys. 2014. Kehittämishankkeet. Aivoterveys ja muisti työikäisillä 2012–2014.
<http://www.muistiturku.fi/aivoterveys31891.html>. 5.5.2014.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Viramo, P. 2006. Työikäisen muistivaikeuden syy on selvitettävä. Työterveyslääkäri 24 (3), 37–40.



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Joensuun Työterveys
Toimeksiantajan edustaja:	Tarja Siitonen
Osoite:	Penttilänkatu 7-9, 80220 Joensuu
Puhelinnumero:	050 430 0376
Sähköposti:	tarja.siitonen@jns.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1101359 Merja Perttilähti
Puhelinnumero:	050 543 0334
Sähköposti:	merja.h.perttilahti@edu.karelia.fi

Toimeksiantajan sitoumukset	
Toimeksiantaja muuntaa tiedoston paperiseen muotoon. Toimeksiantajalla on muutosoikeudet.	

Opiskelijan sitoumukset	
Opiskelija sitoutuu tuottamaan opaslehtisen työikäisten muistisairauksista sähköisessä muodossa (esim. pdf). Opiskelijalla on tuotokseen tekijänoikeudet.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Riitta Muhonen

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
26.11.2013	<i>Merja Perttilähti</i> Merja Perttilähti
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys
27.11.2013	<i>Tarja Siitonen, Merja Siitonen</i> Joensuun Työterveys Penttilänkatu 7-9 80220 JOENSUU Puh. (013) 267 4360 Fax (013) 267 4350

Aikataulu opinnäytetyön etenemisestä keväällä 2014**Tammikuu**

- vko 3 tutkimustiedon lisääminen tietoperustaan
opaslehtisestä karkea tulostettu versio
- vko 4 opinnäytetyösuunnitelman esittäminen/hyväksyttäminen
suunnitelman muuttaminen raportin pohjaksi (otsikointi ym.)
- vko 5 opaslehtinen word-tiedostona raportin liitteeksi
raportin kirjoitus

Helmikuu

- vko 6 pediatrian tenttiin valmistautuminen
- vko 7 opaslehtisen ensimmäinen versio alustavaan arvioon Joensuun
Työterveyteen, raportin kirjoitus, pienryhmäohjaus
- vko 8 palaute Joensuun Työterveydeltä
seuraavan viikon kahteen tenttiin valmistautumista
- vko 9 tentteihin valmistautumista

Maaliskuu

- vko 10 Työterveyden palautteen kirjaaminen raporttiin,
muutokset opaslehtiseen
- vko 11 tekemättä jääneet tehtävät, jos/kun aikataulu pettää, pienryhmäohjaus
- vko 12 työharjoittelua
- vko 13 työharjoittelua

Huhtikuu

- vko 14 opaslehtisen toinen versio Työterveyteen
- vko 15 opaslehtisen hiomista, harjoittelutehtäviä
- vko 16 pienryhmäohjaus, opaslehtisen kolmas versio Työterveyteen
- vko 17 palaute Työterveydestä

Toukokuu

- vko 18 muita opiskelutehtäviä
- vko 19 viimeinen pienryhmäohjaus, seminaariin ilmoittautuminen
- vko 20 opaslehtisen ja raportin viimeistelyä, raportti äidinkielen opettajalle
luettavaksi
- vko 21 varaviikko, jos/ kun aikataulu pettää
- vko 22 seminaari, korjaukset

Kesäkuu

- vko 23-24 opinnäytetyön viimeistely, urkundiin ja tarkastukseen,
kesäkuun yleisenä tenttipäivänä kypsyysnäytteeseen



**MUISTIN JÄLJILLÄ -
olenko unohtanut vai enkö muista?**

Kaikki unohtavat joskus asioita. Täysin terveistä aikuisista

- 60 % unohtaa joskus esineiden nimiä
- 49 % unohtaa asian, josta on kertonut toiselle
- 34 % unohtaa sovitun tapaamisen

Tunnuslukujen, salasanojen tai nimien unohtaminen silloin tällöin on tavallista ja vaaratonta, joskin toki kiusallista.

Muistaminen ja unohtaminen kulkevat käsi kädessä. Unohtaminen on tärkeä osa muistin kokonaisuutta. Unohtamista tapahtuu kahdella eri tavalla:

- ajan kuluessa muistijäljet haalistuvat ja lopulta katoavat mieleen palautumisen ulottumattomiin.

- mieleen painetun muistiaineksen päälle kasaantuu jatkuvasti uutta muistiaineesta, jolloin vanhan aineksen mieleen palautuminen vaikeutuu.

Esimerkiksi henkilöiden nimien muistaminen alkaa hankaloitua jo 40 ikävuoden jälkeen.

Väsymys, stressi, kiire ja monien asioiden tekeminen samanaikaisesti aiheuttavat muistilipsahduksia ja hajamielisyyttä. Toiset ovat luonnostaan hajamielisempiä kuin toiset, toiset taas muistavat vaikeuksista suuren määrän asioita, numerosarjoja tai vuosilukuja joka tilanteessa. Muistamattomuus ja unohtelu ovat harmittomia, kun pienen mietinnän jälkeen asiat palaavat mieleen ja kadonneet tavarat löytyvät.



Tässä opaslehtisessä on tietoa muistiin, muistamiseen, unohtamiseen sekä aivojen hyvinvointiin vaikuttavista seikoista. Opaslehtisessä kerrotaan, millaiset muistiin liittyvät häiriöt vaativat jatkoselvittelyä ja kuinka tutkimukset etenevät. Opaslehtisen loppuosassa on vinkkejä, kuinka pitää yllä aivojen hyvinvointia eli aivoterveyttä. Lisätietoa saat työterveyshoitajalta tai -lääkäriltä.

Muistihäiriöksi sanotaan mitä tahansa muistin toiminnassa tapahtuvaa häiriötä. Mikä tahansa muistitoiminto – mieleen painaminen, mielessä pitäminen tai mieleen palauttaminen – voi häiriintyä joko yksinään tai ongelmia voi olla kaikissa toiminnoissa. Esimerkiksi masennus vaikeuttaa mieleen painamista, kun taas Parkinsonin tautia potevalle mieleen palauttaminen tuottaa vaikeuksia.

Muistioireella tarkoitetaan tapahtumamuistin sekä asiamuistin heikentymistä. Yleensä aivojen otsa- ja

ohimolohkojen toiminnan muutoksissa tapahtuvat häiriöt johtavat mieleen painamisen, muistissa säilyttämisen ja mieleen palauttamisen vaikeutumiseen.

Muistia ja muita tiedonkäsittelyn osa-alueita heikentäviä **muistisairauksia** on useita, oirekuvaltaan hieman toisistaan poikkeavia muotoja. Sairauden aiheuttamien oireiden luonne määräytyy sen mukaan, millä aivojen alueella muistisairaus aiheuttaa häiriöitä. Muistisairaudet ovat yleensä vaiheittain eteneviä ja voivat johtaa dementia-asteiseen muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiseen.

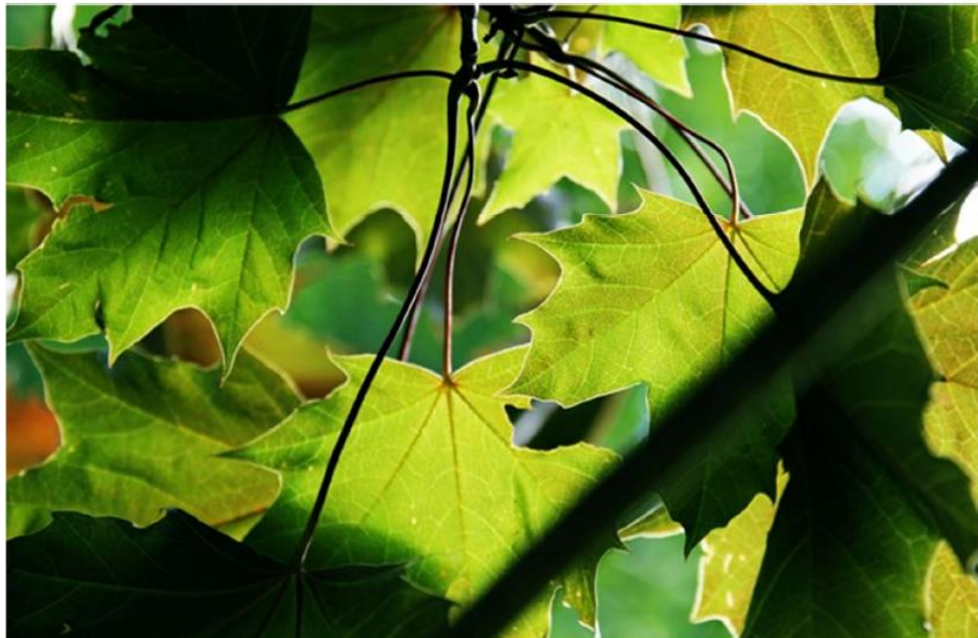
Dementia ei ole itsenäinen sairaus vaan oireyhtymä, jonka aiheuttaa aivoja vaurioittava sairaus. Dementia heikentää muistitoimintoja ja siihen liittyy yleensä lisäksi kielellinen, havaintotoiminnan, tahdonalaisten liikkeiden tai toiminnan ohjaamisen häiriö.



Häiriöt muistin toiminnassa eivät suinkaan aina ole merkki muistisairaudesta!

Muistin toimintaa hankaloittavia tekijöitä ovat

- aineenvaihduntasairaus, esim. kilpirauhasen vajaatoiminta
 - B12-vitamiinin puutos
 - joidenkin sairauksien tai vammojen jälkitilat (aivoverenkiertohäiriöiden jäänneoireet tai aivokalvotulehduksen jälkitilat)
 - krooniset kiputilat
- diabetekseen liittyvät toistuvat hypoglykemat eli matalat verensokeripitoisuudet
 - psyykkiset tilat, kuten masennus ja ahdistus
 - työuupumus
 - kiire ja stressi
 - lääkkeitä ja alkoholi
 - univelka, uniapnea
 - työelämän muutokset: jatkuva uusien asioiden opettelu ja työn sisällön muutokset, päivätyöstä poikkeavat työajat, keskeytykset työssä.



Syytä huoleen vai normaalia unohtelua?

Lisätutkimukset ovat tarpeen, jos

- unohtelua tapahtuu päivittäin siinä määrin, että se alkaa vaikeuttaa työtehtävien hoitamista ja arkisista askareista selviytymistä.
- uusien asioiden oppiminen tuottaa kohtuuttomia hankaluuksia.
- aikaisemmin moitteettomasti sujuneet työtehtävät alkavat tuntua vaikeilta.
- joutuu tarkastamaan toistuvasti, onko jokin asia tullut tehdyksi.
- unohtelua tapahtuu kotona ja arkisissa, tutuissa ja rutiinimaisissa asioissa.
- aloitekyky heikkenee.
- sanat katoavat, lauseet jäävät kesken, asioiden ja esineiden nimeäminen vaikeutuu.
- unohtelu jatkuu muistilapuista ja muistivinkeistä huolimatta.
- työkaverit ja läheiset alkavat huomautella muistista.



Muistiasiakkaan hoitopolku työterveyshuollosta jatkotutkimuksiin

Asiakas itse tai työnantaja huolestuu työntekijän työkyvystä tai siinä tapahtuneista muutoksista

Työkyvyn arvio työterveyshuollossa: terveystarkastus työterveyshoitajan vastaanotolla - lääkärintarkastus - kokonaistilanteen arviointi; työkykyindeksi, BBI-15, muistitesti, mahd. masennustesti - työpsykologin konsultaatio tarvittaessa

Neurologian poliklinikka, muistipoliklinikka, muistihoitajan ja lääkärin vastaanotto: haastattelu, muistitestit, kognitiiviset testit, masennustesti, toimintakyvyn kartoitus, läheiskysely, verenpaine, mahdollisesti kuvantamistutkimukset

Jos tulokset **normaalit**, ei jatkotutkimuksia

Jos tuloksissa **poikkeavuuksia:** laboratoriotutkimukset, lääkärin arvio jatkotutkimuksista

Jos tulokset **lievästi poikkeavat**, uusintakäynti 6-12 kk kuluttua

Jatkotutkimukset: pään kuvantaminen (MRI/CT), neuropsykologinen tutkimus, selkäydinnestetutkimus, neurologin vastaanotto

Palaute tutkimuksista saapuu työterveyshuoltoon, koska työterveyshuolto pyytäneet konsultaatiota erikoissairanhoidolta.

Virkistä aivojasi – tee asioita, joista pidät.

Aivot tarvitsevat työtä ja aktivointia – uusien asioiden opettelu ja totutuista tavoista poikkeaminen tuovat aivoille terveellutta vaihtelua.

Pidä hyvää huolta sosiaalisista suhteistasi – pidä yhteyttä ystäviisi, hanki uusi harrastus tai elvytä vanha, osallistu ja mene mukaan toimintaan.

Sydänterveys on olennainen osa aivoterveystta – korjaa elintapojasi, jos verenpaineesi, verensokerisi, kolesteroliarvosoi tai vaa’an lukemat näyttävät päivä päivältä suurempia lukuja.

Rentoudu ja lepää – joko luonnossa liikkuen, sohvalla maaten, hyvää kirjaa lukien tai musiikkia kuunnellen. Parhaan tuloksen saat käyttämällä kaikkia näitä keinoja vuorotellen.

Lopeta tupakointi ja käytä alkoholia vain kohtuullisesti.

Syö hyvin ja säännöllisesti – arkena terveellisiä ja monipuolisia kasvisvoittoisia aterioita, viikonloppuisin ja juhlahetkinä jotain erityisen herkullista.

Liiku – vaihtelevasti, monipuolisesti ja säännöllisesti. Välillä hikoillen, välillä rauhallisemmin, joko sisällä tai ulkona, yksin tai yhdessä.

Älä väheksy unen merkitystä – aivot palautuvat päivän suorituksista ja valmistautuvat seuraavaan päivään unen aikana.

Aivoterveys ja muistiongelmien ennaltaehkäisy



Joensuun Työterveys
Penttilänkatu 7 – 9
80220 Joensuu
puh. 013-267 3460



Tämä opaslehtinen on osa työikäisten muistihäiriöitä ja muistisairauksia käsittelevää toiminnallista opinnäytetyötä. Lisätietoa ja lähdetiedot löytyvät opinnäytetyöstä Muistin jäljillä – olenko unohtanut vai enkö muista? – opaslehtinen työterveyshoitajille ja heidän asiakkailleen. Opinnäytetyön on tehnyt keväällä 2014 Joensuun Työterveyden toimeksiannosta Karelia-ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelija Merja Perttilahti.

Joensuun Työterveydellä on käyttö- ja muokkausoikeudet opaslehtisen tietoihin. Opaslehtisen valokuvien tekijänoikeudet ovat Merja ja Piia Perttilahdella.

Tietoa aiheesta löytyy lisäksi Muistiliiton www-sivuilta (www.muistiliitto.fi) sekä teoksesta Työikäisen muisti ja muistisairaudet (toim. Heidi Härmä ja Sirpa Granö, WSOY 2010).

