

Henkilöstön koulutusinterventioiden vaikutukset muistisairaiden henkilöiden haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyyteen - systemaattinen kirjallisuuskatsaus

PAULA PIIRAINEN

TtM, sh, TtT-opiskelija

Oulun yliopisto

Hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö

HANNA-MARI PESONEN

TtT, yliopettaja

Centria-ammattikorkeakoulu

HELVI KYNGÄS

THT, professori, tutkimusyksikön johtaja, ylihoitaja (sv)

Oulun yliopisto

Hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

SATU ELO

TtT, dosentti, yliopettaja

Lapin ammattikorkeakoulu

Oulun yliopisto

TIIVISTELMÄ

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata haasteellisen käyttäytymisen kohtaamiseen liittyviä henkilöstön koulutusinterventioita ja niiden vaikutuksia haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyyteen muistisairaiden henkilöiden pitkäaikaishoidossa. Tiedonhaku RCT-tutkimuksista tehtiin Cinahl-, Medline- ja Scopus-tietokannoista sekä manuaalisesti vuosilta 2006–2018. Haku tuotti yhteensä 110 viitettä, joista lopulliseen analyysiin valikoitui 13 alkuperäistutkimusta, valinta- ja laadunarviointiprosessin jälkeen. Aineisto analysoitiin kahden tutkimuskysymyksen mukaisesti.

Hoitohenkilökunnan koulutusinterventioilla voidaan vähentää muistisairaiden henkilöiden haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyyttä. Interventioissa korostuivat yksilökeskeisen hoitotyön viitekehys, koulutusten käytännöllisyys sekä valmentava työote. Koulutukset toteutettiin sekä yksilö- että ryhmämuotoisesti, vuorovaikutteista osallistumista hyödyntäen. Tilastollisesti merkitsevät tulokset olivat muistisairaiden henkilöiden haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyyden ja psyykenlääkkeiden käytön väheneminen. Kahdessa tutkimuksessa todettiin myös hoitotyössä

ABSTRACT

The effects of staff training interventions on the occurrence of challenging behaviour in people with dementia: a systematic literature review

Paula Piirainen, MNSc, PhD-student

Hanna-Mari Pesonen, PhD, Principal lecturer

Helvi Kyngäs, PhD, Professor,

Part-time Nursing Chief Officer

Satu Elo, PhD, Adjunct professor;

Principal lecturer

The goal of the systematic literature review was to describe the staff training interventions concerning the encounter of challenging behaviour, and the effects of such interventions on the occurrence of challenging behaviour in people in long-term care who suffer from dementia. Information was obtained from RCT studies using Cinahl, Medline and Scopus databases, and manually for the years 2006–2018. The search resulted in 110 references and, following the selection and quality assessment process, 13 original studies were selected for the final analysis. The material was divided according to two research questions.

Training interventions by care staff can reduce the occurrence of challenging behaviour in people with dementia. The interventions emphasised the framework of individual-oriented care work, training practicality and a preparatory

käytettävien rajoitteiden väheneminen. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että koulutusinterventioilla voidaan vaikuttaa haasteellisten tilanteiden esiintymiseen muistisairaiden hoitotyössä.

Avainsanat: kirjallisuuskatsaus, pitkäaikaishoitotyö, muistisairaus, koulutus, interventio

work approach. The training sessions were completed, both on an individual and a group basis, through interactive participation. Statistically significant results involved a reduction in the occurrence of challenging behaviour in people with dementia and a reduction in the use of antipsychotic drugs. Two studies also indicated a reduction in restraints used in care. As a conclusion, it can be stated that training interventions can influence the occurrence of challenging situations encountered in the care work of people with dementia.

Keywords: review, long-term care, dementia, education, intervention

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Eteneviin muistisairauksiin liittyy hyvin yleisesti haasteellista käyttäytymistä.
- Aikaisempien tutkimustulosten mukaan on viitteitä siitä, että mahdollisimman käytännönläheinen ja ryhmämuotoinen koulutus, jossa tuetaan hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaitoja auttamalla heitä yksilökeskeiseen ajatteluun, lieventää muistisairaiden henkilöiden haasteellista käyttäytymistä.
- Kansallisella tasolla puuttuu tietoa hoitajien toimintatavoista haasteellisissa tilanteissa.

Mitä uutta käsikirjoitus tuo?

- Systemaattisesti koottua tietoa koulutusinterventioista ja niiden vaikutuksesta muistisairaiden henkilöiden haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyyteen.
- Hoitajille kohdennettujen koulutusinterventioiden avulla voidaan vaikuttaa haasteellisten tilanteiden esiintyvyyteen muistisairaiden hoitotyössä.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?

- Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoitohenkilökunnalle suunnattujen koulutusinterventioiden suunnittelussa ja toteutuksessa, perus- ja täydennyskoulutuksen sekä hoitotyön johtamisen kehittämisessä.

Tutkimuksen lähtökohdat

Suomessa on arviolta lähes 200 000 muistisairasta henkilöä (Tuomikoski ym. 2018) ja vuosittain sairastuu 14 500 henkilöä lisää. Pitkäaikaishoidossa olevista henkilöistä kolme neljästä sairastaa muistisairautta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.) Vuoteen 2060 mennessä Suomessa ennustetaan olevan 240 000 keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavaa, kun vastaava luku vuonna 2013 on ollut 93 000 (Viramo & Sulkava 2015). Muistisairauksiin liittyy usein kognitiivisen toimintakyvyn he-

kentymistä, mikä ilmenee esimerkiksi käyttäytymisen muutoksena, kuten levottomuutena, vaelteluna, toisto-oireina, ahdistuneisuutena ja huuteluna (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017).

Muistisairaan muuttuneesta käyttäytymisestä käytetään käsitettä käytösoire (Boustani ym. 2005), käytöshäiriö tai haasteelliseksi koettu käyttäytyminen, joka on vähemmän muistisairasta henkilöä leimaava termi. Tällöin käyttäytymistä ei nähdä sairauden oireena, vaan muistisairaan henkilön keino-na viestittää jotain hoitohenkilökunnalle (Tuomikoski ym. 2018). Hoitajien arvioima-

na jopa 70–80 prosentilla pitkäaikaishoidon asukkaista on vähintään yksi käyttösoire (Numminen ym. 2011). Muistisairaiden määrän lisääntyessä, muistisairaiden henkilöiden hoitotyössä tarvitaan nykyistä enemmän ja ammattitaitoisempaa henkilöstöä toteuttamaan muistisairaiden henkilöiden hoitotyötä ammattimaisesti ja eettisesti oikein (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Haasteelliset tilanteet ovat sekä inhimillisesti että yhteiskunnallisesti merkittävä ilmiö muistisairaiden hoitotyössä, koska niistä kärsivät muistisairas henkilö itse, läheiset sekä hoitohenkilökunta. Haasteelliset tilanteet heikentävät merkittävästi muistisairaiden henkilöiden elämänlaatua. (Eloniemi & Savikko 2011.)

Hoitohenkilökunnan koulutus muistisairaahan henkilön yksilölliseen hoitamiseen on tärkeä lähestymistapa muistisairaiden hoitotyössä (Koponen & Vataja 2015). Josefsson ym. (2018) mukaan hoitajat itse ehdottavat koulutusta muistisairaiden kanssa työskentelyyn, jotta esimerkiksi hoitajien kokemaan väkivaltaan voidaan vaikuttaa. Muistiliiton (2016) mukaan hoitotyön kehittäminen, osaamisen vahvistaminen ja muutosten hallinta lisäävät sekä asiakkaiden että työntekijöiden hyvinvointia. Aikaisempien tutkimusten mukaan (Chenoweth ym. 2009, Deudon ym. 2009) ohjauksellinen, käytännöllinen ja ryhmämuotoinen koulutus, jossa tuetaan hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaitoja keskitetyen ihmiskeskeiseen ajatteluun, lieventää muistisairaiden henkilöiden haasteellista käyttäytymistä. Kansallisella tasolla puuttuu tietoa hoitajien toimintatavoista haasteellisissa tilanteissa muistisairaiden pitkäaikaishoidossa (Saarnio ym. 2011). Koposen ja Vatajan (2015) mukaan lääkkeettömien hoitojen vaikuttavuutta haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyyteen on vaikea arvioida, koska aiheeseen liittyvää korkeatasoista tieteellistä tutkimusta ei ole. Tämän vuoksi tarvitaan interventiotutkimuksia, joilla voidaan arvioida koulutuksen vaikuttavuutta muistisairaiden henkilöiden hoitokäytäntöihin (Saarnio ym.

2011). Tämän katsauksen tulosten perusteella on mahdollista suunnitella ja kehittää henkilöstön koulutusinterventioita muistisairaiden hoitotyöhön.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata muistisairaiden henkilöiden haasteellisen käyttäytymisen kohtaamiseen liittyviä henkilöstön koulutusinterventioita ja niiden vaikutuksia haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyyteen pitkäaikaishoidossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää toiminnan kehittämisessä ja henkilöstön koulutusinterventioiden suunnittelussa.

Tutkimuksessa vastattiin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia haasteellisen käyttäytymisen kohtaamiseen liittyviä koulutusinterventioita on toteutettu muistisairaiden pitkäaikaishoidossa työskenteleville hoitajille?
2. Millaisia vaikutuksia haasteellisen käyttäytymisen kohtaamiseen liittyvillä hoitohenkilökunnan koulutusinterventioilla on muistisairaiden henkilöiden haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyyteen pitkäaikaishoidossa?

Katsauksen toteuttaminen

Aineiston baku ja valintaprosessi

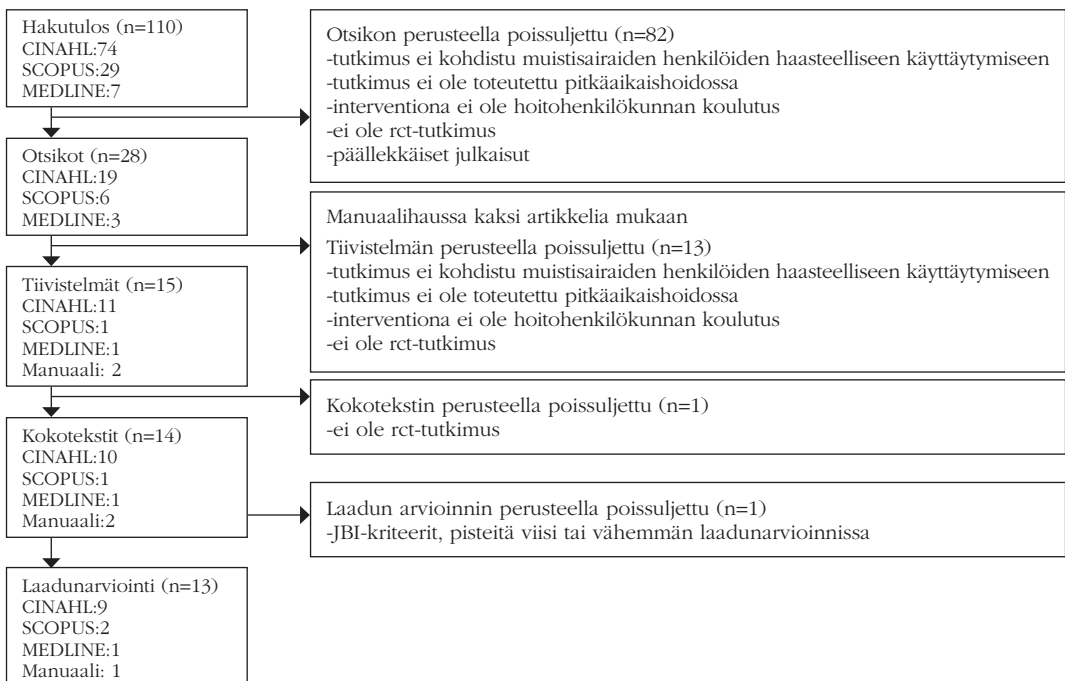
Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku toteutettiin informaation ohjauksessa kolmeen tietokantaan: Cinahl, Medline ja Scopus. Tiedonhakua tehtiin myös manuaalisesti hyödyntämällä alkuperäistutkimusten lähteitä. (Taulukko 1.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on luotettavimpia tapoja yhdistää aikaisempaa tietoa (Kääriäinen & Lahtinen 2006) ja tarkasti rajattu, valikoituja sekä tietynä aikana tehtyjä tutkimuksia (Johansson 2007).

Taulukko 1. Tietokantabakujen hakusanat.

Tietokanta	Hakusanat
CINAHL	(MH "Education+") OR (education or training) (MH "Memory Disorders+") OR (MH "Dementia+") OR (memory dis* or dementia) ((MH "Nursing Homes+") OR (MH "Long Term Care") OR (MH "Residential Care+") OR (nursing home or long term care or residential care or nursing homes) AND rct or randomized controlled trial*
SCOPUS	(education OR training) AND ("memory dis*" OR dementia) AND ("nursing home*" OR "long term care" OR "residential care") AND TITLE (rct OR "randomized controlled trial*") AND PUBYEAR > 2005 AND PUBYEAR < 2017
MEDLINE	Education AND Nursing AND Memory Disorders OR Dementia Nursing Homes OR Long-Term Care OR Residential Facilities, limit 9 to yr="2006 - 2016", limit to randomized controlled trial

Katsaukseen valittiin alkuperäistutkimukset, jotka vastasivat ennalta määriteltyjä valinta- ja poissulkukriteerejä. Valintakriteerit määriteltiin tutkimuskysymysten ja PICOS-formaatin mukaisesti seuraavasti: osallistujat: hoitokodin henkilökunta (population), interventio: henkilöstön koulutus muistisairaahan haasteellisen käyttäytymisen kohtaamiseen, kontrolli: henkilökunta ei ole saanut koulutusta muistisairaahan kohtaamiseen (control), tulokset: muutokset muistisairaahan henkilön haasteellisessa käyttäytymisessä (Outcome), tutkimusmenetelmä: RCT-tutkimukset 2005–2018 (study design).

Poissulkukriteerit olivat: hoitohenkilökunta, joka ei työskentele muistisairaalle tarkoitettussa hoitokodissa (esimerkiksi kotihoito), koulutusinterventiot, jotka eivät liittyneet muistisairaahan haasteellisen käyttäytymisen kohtaamiseen tai kohdistuvat lääkehoitoon, hoitohenkilökunta, jolla ei ole täydennys- tai lisäkoulutusta muistisairaahan kohtaamiseen, tutkimusasetelma on laadullinen ja tutkimuksen julkaisukieli on jokin muu kuin suomi tai englanti. Valintaprosessin tuloksena oli 110 viitettä, joista laadun arviointiin valikoitui 14 alkuperäistutkimusta. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku prosessi.

Taulukko 2. Tulokset koulutusinterventioista.

Tekijät vuosi	Kohderyhmä	Interventio	Muuttajat ja mittarit	Keskeiset tulokset	Laadun-arviointi pisteet
Fossey ym., 2006 Englanti	12 hoitokotia, joissa muistisairaita henkilöitä vaihteleva määrä tutkimuksen aikana.	Kesto: 10 kuukautta Koulutus- ja tuki-interventio hoitajille, sisältäen ympäristön merkityksen, käytännön harjoittelun, yksilökeskeisyyden ja tuen. 6 hoitokotia interventoryhmässä 6 hoitokotia kontrolliryhmässä	Neuroleptilääkityksen käyttö Levottomuusoireet (CMAD)	Tilastollisesti merkitsevästi ($p=0.045$) vähemmän (19,1%) neuroleptilääkityksen käyttöä interventoryhmässä kontrolliryhmään verrattuna, 12 kk:n seurannassa. Ei löydetty merkittäviä eroja agitaatiokäyttäytymisessä, eikä haasteellisessa käyttäytymisessä interventoryhmä vs. kontrolli	7/10
Deudon ym., 2009 Ranska	16 hoitokotia, 306 muistisairasta henkilöä	Kesto: 8 viikkoa 6 hoitokotia interventoryhmässä 10 hoitokotia kontrolliryhmässä 90 min luento muistisairauksista hoitohenkilökunnalle, ja ohjekorttien käyttöä. 2h / vko yhden kuukauden ajan ohjausta hoitohenkilökunnalle, kuinka toimia haasteellisissa tilanteissa, 1 krt / vko ohjausta toisen kuukauden ajan, ohjausta yhteensä 24h.	Neuropsykiatriset oireet (NPI) Levottomuusoireet (CMAD) Agitaatiokäyttäytyminen (OS)	Tilastollisesti merkitsevä CMAL-pisteiden lasku interventoryhmässä lähtötilanteesta vs. 8 vk mittauksessa (-7.8 ; $p < 0.001$) sekä lähtötilanteesta vs. 20 wk mittauksessa (-6.5 ; $p < 0.001$) OS-mittari osoitti saman: perustaso vs. 8 wk (-13.8 pist./vko, $p < 0.001$) perustaso vs. 20 wk (-10.5 pist./vko, $p < 0.001$) Merkittävimmät vaikutukset agitaatioon ja aggressiivisuuteen.	5/10
Chenoweth ym., 2009 Australia	15 hoitokotia 289 muistisairasta henkilöä	Kesto: 4 kuukautta Yksilökeskeisen hoitoyön koulutus (PCC) 2 vrk kahdelle hoitajalle, viidestä hoitokodista. Käytännön harjoituksia, elämänhistorian tuntemus vahvasti taustalla, 98 muistisairasta henkilöä. DCM-havainnointimenetelmän koulutus (Demencia Care Mapping) 2 vrk kahdelle hoitajalle viidestä hoitokodista, 109 muistisairasta henkilöä. Tavanomainen hoitoyö kontrolliryhmänä ilman koulutusinterventiota, 82 muistisairasta henkilöä.	Levottomuusoireet (CMAD) Psykiatriset oireet Elämäntilaisuus (QUALID) Kaatumiset Kustannukset	CMAL-pisteissä tilastollisesti merkitsevät tulokset DCM-ryhmässä ($p=0.04$) ja PCC-ryhmässä ($p=0.01$) kontrolliryhmään verrattuna. Kaatumisia vähemmän DCM-ryhmässä ($p=0.02$) kontrolliryhmään verrattuna, kuitenkin PCC-ryhmässä ($p=0.03$) kaatumisia enemmän kuin kontrolliryhmässä.	7/10
Testad ym., 2010 Norja	Neljä hoitokotia, 145 muistisairasta henkilöä, yhteensä 197 hoitajaa.	Kesto: 6 kuukautta 2 hoitokotia interventoryhmässä 2 hoitokotia kontrolliryhmässä Kahden päivän koulutusseminaari koko hoitohenkilökunnalle ja kuukausittainen ryhmäohjaus Relation-Related Care koulutuksen taustalla, sisältäen haasteellisten tilanteiden altistavat tekijät, toimintamenetelmät haasteellisissa tilanteissa sekä uusien menetelmien vahvistaminen hoitoyössä	Levottomuusoireet (CMAD) Rajoitusten käyttö Psykyelläkkeiden käyttö	Tilastollisesti merkitsevä CMAL-pisteiden lasku interventoryhmässä interventiojakson aikana sekä 6 kk:n ($p=0.017$) että 12 kk:n ($p=0.034$) seurannassa. Kontrolliryhmässä tapahtui CMAL-pisteiden lievää nousua ($p=0.034$) Tilastollisesti merkitsevä rajoitteiden käytön väheneminen interventoryhmässä 6 kk ($p=0.02$) jälkeisen kontrolliryhmään verrattuna. Ei tilastollisesti merkitseviä eroja antiipsykootisten lääkkeiden käytössä.	6/10

Rapp ym. 2013 Saksa	18 hoitokotia, 304 muistisairas- ta henkilöä.	Kesto: 2 x 4 h koulutus 9 hoitokotia interventoryhmässä 9 hoitokotia kontrolliryhmässä Interventoryhmän hoitohenkilökunta sai koulutusta ja tukea pienryhmissä (8henkilöä) käyttösoitteiden alustavista tekijöistä, arvioinnista, lääkkeettömistä hoitomuodoista ja lääkkehoidosta. Lääkärit saivat koulutusta lääkkehoidon toteutta- misesta. Hoitokotien muistisairaat henkilöt saivat aktiivi- teeriterapiaa 2 krt/vko 45 min. Kontrolliryhmä toteutti tavanaomaista hoitoa ilman koulutusinterventioita.	Levottomuusoireet (CMAD) Psykyeläkkeiden käyttö seuranta 10 kkn ajan	7/10 Tilastollisesti merkitsevä ($p=0,009$) agitaation ja häiritsevän käyttäytymisen väheneminen interventoryhmässä kontrolliryhmään verrattu- na, interventoryhmässä vähemmän neurolepti lääkityksen käyttöä kontrolliryhmään verrattuna ($p< 0,05$)
Rokstad ym. 2013 Norja	15 hoitokotia 446 muistisairas- ta henkilöä	Kesto: 10 kuukautta DCM (Dementia Care Mapping): 3 päivän kou- lutus, jossa mukana kustakin hoitokotista kaksi hoitajaa. Koko hoitohenkilökunnalle tiedotus (3 tuntia) ja DVD jokaisen hoitokodin käyttöön. VPM (=PCC, Person Centered Care): 3 päivän koulutus, jossa mukana kustakin hoitokodista neljä hoitajaa. Koko hoitohenkilökunnalle tie- dotus (3 tuntia) ja DVD jokaisen hoitokodin käyttöön. Viisi hoitokotia DCM-koulutusinterventiossa, viisi hoitokotia VPM-koulutusinterventiossa, viisi hoitokotia kontrolliryhmässä ilman koulutusin- terventioita.	Agitaatiokäyttäytyminen (BARS) Neuropsykiatriset oireet (NPI-Q) Depressio (CSDD) Elämänlaatu (QUALID) Mittaukset lähtötaso ja kymmenen kuukauden kuluttua	6/10 Ei tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmissä BARS- mittauksessa. NPI-pisteet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi ($p<0,01$) interventoryhmissä kontrolliryhmään verrattuna. CSDD-pisteet vähenivät tilastollisesti merkitse- västi ($p<0,01$) VPM-ryhmä vs. kontrolliryhmä. DCM-ryhmällä tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,03$) suuremmat pisteet elämälaadusta kontrolliryhmään verrattuna.
Wenborn ym. 2013 Englanti	16 hoitokotia 210 muistisairas- ta henkilöä	Kesto: 16 viikkoa Hoitokotien fyysisen ympäristön arviointi, 5 x 2 h koulutus hoitohenkilökunnalle muistisairaiden henkilöiden mielenkiinnon kohteiden tunnistami- sesta ja aktiivisuuden lisäämisestä, oppimistehtä- vät hoitajille. 8 hoitokotia interventoryhmässä 8 hoitokotia kontrolliryhmässä ilman koulutusin- terventioita.	Elämänlaatu ja itsenäisyys (QOL-AD) Häasteellinen käyttäytyminen (CIBS) Masennusoireet (Cornell Scale for Depression) Ahdistuneisuusoireet (Rating Anxiety in Dementia) Muistisairauden vaikeusaste (Clinical Dementia Rating Scale) Lääkkeiden käyttöä	6/10 Elämänlaatu laski tilastollisesti merkitsevästi ($p<0,001$) interventoryhmässä. Ei vaikutusta muihin muuttujiin.

Gozzalo ym. 2014 Yhdysvallat	Kuusi hoitokotia, 240 muistisairas- ta henkilöä.	Kesto: Kahden päivän koulutus, kustakin, yksi- köstä 3-5 hoitajaa. 3 hoitokotia viivästyssä interventoryhmässä 3 hoitokotia viivästyssä interventoryhmässä Koulutuksessa käytettiin mestari-kisälli mallia, jossa hoitajat koulutettiin toimimaan yksilöllisesti peseytymistilanteissa muistisaraan henkilön kanssa.	Sanallinen ja fyysinen aggressiivisuus (CareRecipient Behavior Assessment)	6/10
McCabe ym., 2015 Australia ja Uusi- Seelanti	16 hoitokotia 187 muistisairas- ta henkilöä 204 hoitajaa	Neljä erilaista koulutusohjelmaa: 1. BPSD (Behavioral and Psychological Sympt- oms of Dementia) protokollan mukainen koulu- tus + ulkopuolinen tuki kolmen kuukauden ajan 2. työpaja BPSD + ulkopuolinen tuki kolmen kuukauden ajan 3. koulutus protokollasta 4. tavanomainen hoitotyö ilman koulutusinter- ventiota	Levottomuusoireet (CMAD) Henkilökunnan sopeutuminen	5/10
Ballard ym. 2016 Iso-Britan- nia	16 hoitokotia	Kesto: 10 päivän koulutus, jossa kustakin hoito- kodista koulutettiin vähintään kaksi hoitajaa. Yksifokseskeisen hoitotyön (PCC=Person Centered Care) koulutus kaikille hoitokodeille. Kahdeksan hoitokotia osallistui psykiatrialääkkeiden tarkistukseen. Kahdeksan hoitokotia osallistui sosiaalisen vuoro- vaikutuksen lisäämiseen. Kahdeksan hoitokotia osallistui fyysiseen harjoitteluun.	Lääkkeiden käyttö Masennus (Cornellin masennus- teikko) Levottomuusoireet (CMAD) Neuropsykiatriset oireet (NPI) Muistisairauden vaikeusaste (CDR)	8/10
Pieper ym. 2016 Alankomaat	12 hoitokotia 21 osastoa 288 muistisairas- ta henkilöä	Kesto: 5 x 3 h koulutus koko hoitohenkilökun- nalle 11 osastoa interventoryhmässä 10 osastoa kontrolloryhmässä Interventoryhmä osallistui laajaan, moniosaiseen ja asettautaiseen koulutukseen. Kontrolliryhmä osallistui peruskoulutukseen.	Levottomuusoireet (CMAD) Neuropsykiatriset oireet (NPI) Masennusoireet (CSDD) Psykiatrialääkkeiden käyttö Muistisairauden vaikeusaste (MDS)	6/10
			Tilastollisesti merkitsevä samallisen aggressiivi- suuden väheneminen interventoryhmässä 17,8% (p=0.008) Samallisen ja fyysisen aggressiivisuuden vähene- minen interventoryhmässä 18,6% (p=0.004) Antipsykoottisen lääkityksen käytön vähenemi- nen interventoryhmässä 30% (p=0.002) Haasteellinen käyttäytyminen väheni kaikissa muissa ryhmissä paitsi ryhmässä 4, joka toteutti tavanomaisia hoitotyötä ilman BPSD-protokollaa ja ulkopuolista tukea Tulokset osoittivat, että strukturoitu protokolla autoi hoitajia tunnistamaan yksilölliset, selittävät tekijät haasteellisen käyttäytymisen taustalla.	
			Psykoosilääkkeiden tarkistus vähensi tilastolli- sesti merkitsevästi (p=0.006) lääkkeiden käyttöä (50%) Mällään interventiolla ei ollut merkittäviä vaiku- tusta agitaatioon tai CMAI-pisteisiin. Fyysinen harjoittelu vähensi tilastollisesti merkit- sevästi (p<0.05) neuropsykiatrisia oireita, mutta masennukseen ei ollut vaikutusta.	
			Tilastollisesti merkitsevät tulokset interventoryh- mässä kontrolliryhmään verrattuna CMAI pisteiden lasku (p=0.02), NPI-NH (p=0.005) CSDD (p<0.001) MDS-DRS (p<0.001) Merkitsevästi vähemmän masennuslääkkeiden käyttöä interventoryhmässä kontrolliryhmään verrattuna. Ei merkitsevää vaikutusta antipsykoottien, anki- solyttien tai sedatiivisten lääkkeiden käyttöön.	

Testad ym., 2016 Norja	24 hoitokotia 274 muistisairas- ta henkilöä	Kesto: 6 kuukautta 12 hoitokotia interventoryhmissä 12 hoitokotia kontrolliryhmissä Kahden päivän seminaari (16h) koko hoitohenkilökunnalle, ryhmäohjausta ja -valmennusta hoitajille, 1h/kk ajan. Sisältönä rajoitteiden ja psyykelääkkeiden käytön vähentäminen.	Rajoitteiden käyttö Levottomuusoireet (CMAI) Neuropsykiatriset oireet (NPI) Psyykelääkkeiden käyttö	Tilastollisesti merkitsevä CMAI-pisteiden lasku sekä interventio- (p=0.015), että kontrolliryhmissä (p=0.008) Rajoittamisen käyttö väheni tilastollisesti merkitsevästi sekä interventio- (p=0.025), että kontrolliryhmissä (p<0.001).	6/10
Ballard ym., 2018 Iso-Britannia	69 hoitokotia 553 muistisairas- ta henkilöä	Kesto: 9 kuukautta 257 muistisairaasta henkilöä interventoryhmissä 296 muistisairaasta henkilöä kontrolliryhmissä ilman koulutusinterventiota WHELD-ohjelma (Well-Being and Health for People with Dementia), joka sisälsi henkilökohtaan koulutusta, sosiaalista vuorovaikutusta ja ohjausta psyykelääkkeiden käyttöön. Yksilökeskeisen hoitotyön koulutukseen osallistui kaksi hoitajaa kustakin hoitokodista, koulutusta 1 pvä/kk neljän kuukauden ajan	Elämänlaatu (QoL) Levottomuusoireet (CMAI) Neuropsykiatriset oireet (NPI-NH) Muistisairauden vaikeusaste (GDR) Täyttämättömät tarpeet (Camberwell Assessment of Need for the Elderly) Psyykelääkkeiden käyttö Masennusoireet (Cornellin masennustesti) Vuorovaikutus (QUIS) Kipu Kustannukset Kuolleisuus	Tilastollisesti merkitsevät tulokset interventoryhmissä kontrolliryhmiään verrattuna, CMAI-pisteiden lasku (p=0.0076), elämänlaatu koheni (p=0.0042), neuropsykiatriset oireet vähenevät (p<0.001)	8/10

Aineiston laadun arviointi

Kaksi tutkijaa arvioi valitut alkuperäis-tutkimukset (n=14) käyttäen Joanna Briggs Instituutin (JBI) kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa kokeelliselle tutkimukselle. Tutkijat suorittivat laadunarvioinnin ensin itsenäisesti, jonka jälkeen mahdollisista eroavaisuuksista keskusteltiin yhdessä. Arviointikriteerien mukaisesti kyllä-vastauksista annettiin yksi piste ja ei- tai epäselvistä vastauksista nolla pistettä, maksimipistemäärän ollessa 10. (JBI 2008.) Tutkimukset saivat 4–8 pistettä ja mukaan otettiin yli viisi pistettä saaneet tutkimukset. Laadun arvioinnin jälkeen jäi 13 tutkimusta. (Taulukko 2.).

Aineiston analysointi

Aluksi tutkimusaineisto luettiin useasti läpi kokonaiskuvan muodostamiseksi. Seuraavaksi aineisto taulukoitiin (Taulukko 2) ja ryhmiteltiin tutkimuskysymysten mukaisesti (CRD 2009). Aineistosta etsittiin vastauksia henkilökunnan koulutusinterventio toteutukseen ja vaikutuksia haasteellisen muistisairaahan käyttäytymiseen.

Tulokset

Interventioiden toteutus

Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneista 13 tutkimuksesta kolme oli tehty Norjassa, kaksi Australiassa, kaksi Englannissa, yksi Ranskassa, Saksassa, Yhdysvalloissa, Iso-Britanniassa, Uudessa-Seelannissa ja Alankomaissa. Tutkimusten kohderyhmänä olivat hoitokotien hoitohenkilöstö sekä hoitokodeissa asuvat muistisairaahenkilöt. Tutkimukseen osallistuneiden muistisairaiden henkilöiden otoskoko vaihteli 145:sta 553 osallistujaan. Koulutusinterventiot hoitohenkilökunnalle toteutettiin eri tavoin: koko henkilökunnalle, osalle henkilökuntaa, ryhmämuotoisena ja yksilöllisesti mestari-kisällimallia käyttäen.

Koulutuksia yhdistävinä tekijöinä olivat yksilökeskeisen hoitotyön viitekehys, käytännöllisyys sekä valmentava työote. Eroja oli koulutuskertojen määrässä ja koulutusinterventioiden pituudessa. Koulutusinterventioiden kesto vaihteli kahden päivän koulutuksesta kymmenen kuukautta kestävään koulutusinterventioon. Myös sisällöllisesti ja menetelmällisesti koulutusinterventiot olivat erilaisia. (Taulukko 2.)

Koulutusinterventioiden sisältö

Koulutuksissa oli yksilökeskeinen hoitotyö viitekehystenä (Fossey ym. 2016, Deudon ym. 2009, Rokstad ym. 2013, Chenoweth ym. 2009, McCabe ym. 2015). Hoitajia kannustettiin tunnistamaan kokonaisvaltaisesti muistisairaahan henkilön perustarpeita ja niiden huomioimista. Koulutuksissa tuettiin henkilökuntaa huomioimaan muistisairaahan henkilön elämänhistoria ja hänelle mieluiset asiat. (Rapp ym. 2013, Chenoweth ym. 2009.)

Koulutukset olivat käytännönläheisiä ja ne alkoivat usein perustiedolla muistisairauksista sekä niihin liittyvistä mahdollisista käytösoireista (Deudon ym. 2009, Testad ym. 2010), jonka jälkeen hoitohenkilökuntaa rohkaistiin löytämään lääkkeettömiä hoitotyön menetelmiä haasteellisiin tilanteisiin. Koulutuksessa hoitajia ohjattiin käyttämään haasteellisessa tilanteessa ohjekortteja (Deudon ym. 2009), lisäksi korostui kommunikatio, erityisesti muistisairaahan peseytymistilanteissa sekä heidän tarpeiden huomioimisessa, että kunnioittamisessa (Gozalon ym. 2014). Fyysisen ympäristön merkitys korostui haasteellisten tilanteiden ennaltaehkäisyssä (Fossey ym. 2006, Wenborn ym. 2013, Gozalo ym. 2014).

Koulutukset toteutuivat käytännönläheisesti videoiden, roolipelien (Gozalo ym. 2014), ryhmä- ja työpajatyöskentelyn (McCabe ym. 2015, Testad ym. 2016) sekä erilaisten käytännön harjoitusten ja oppimistehtävien (Wenborn ym. 2013) kautta kohtaamaan muistisairas henkilö haasteellisis-

sa tilanteissa ja löytämään tilanteisiin vaihtoehtoisia menetelmiä.

Valmentava työote ilmeni koulutusinterventioissa ohjauksena, neuvontana ja kannustavana otteena (Deudon ym. 2009, Testad ym. 2010, Rapp ym. 2013). Koulutukseen osallistuvalla hoitohenkilökunnalle annettiin palautetta ja mahdollistettiin yhteiset ryhmäkeskustelut. Vuorovaikutteista tukea ja ohjausta toteutettiin hoitohenkilökunnalle kuu-kausittain (Testad ym. 2010). Chenoweth ym. (2009) hyödynsivät säännöllistä puhelinohjausta ja käyntejä hoitokodeissa koulutusintervention jälkeen.

Koulutusinterventioiden vaikutukset

Henkilöstön koulutusten vaikutukset liittyivät muistisairaiden henkilöiden haasteellisen käyttäytymisen, psyykenlääkkeiden sekä rajoitteiden käytön vähenemiseen.

Muistisairaana haasteellisen käyttäytymisen mittaamiseen oli myös käytetty NPI (Neuropsychiatric Inventory), OS (Observation Scale), BARS (CareRecipient Behavior Assessment) ja CMAI (Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikko) –mittareita.

Hoitohenkilökunnan koulutusintervention jälkeen muistisairaana neuropsykiatriset oireet, aggressiivisuus ja haasteellisen käyttäytyminen vähenivät hoitokodissa (Chenoweth ym. 2009, Deudon ym. 2009, Testad ym. 2010, Rapp ym. 2013, Testad ym. 2016, Pieper ym. 2016, Ballard ym. 2018), mitattuna CMAI-mittarilla. Aina henkilöstön koulutusinterventiolla ei ollut vaikutusta agitaatiokäyttäytymiseen tai haasteelliseen käyttäytymiseen (Fossey ym. 2006, Rokstad ym. 2013, Wenborn ym. 2013, Ballard ym. 2016). Wenborn ym. (2013) mukaan muistisairaiden elämänlaatu heikkeni koulutusintervention kohteena olevissa yksiköissä.

Koulutusintervention vaikutukset psyykenlääkkeiden käyttöön tutkittiin kahdeksassa tutkimuksessa (Fossey ym. 2006, Testad ym. 2010, Rapp ym. 2013, Wenborn ym. 2013, Gozalo ym. 2014, McCabe ym. 2015,

Testad ym. 2016, Ballard ym. 2016, Pieper ym. 2016). Koulutusinterventiolla pystyttiin vähentämään psyykenlääkkeiden käyttöä. Ainoastaan yhdessä tutkimuksessa (Testad ym. 2010) koulutuksella ei ollut vaikutusta psyykenlääkkeiden käyttöön. Myös muistisairaana rajoitteiden käyttö väheni (Testad ym. 2010, Testad ym. 2016) koulutusintervention myötä.

Pohdinta

Tulosten tarkastelua

Tässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kuvattiin muistisairaiden henkilöiden haasteellisen käyttäytymisen kohtamiseen liittyviä henkilöstön koulutusinterventioita ja niiden vaikutuksia haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyyteen hoitokodeissa. Kirjallisuushaut tuottivat kolmetoista aihetta käsittelevää tutkimusta, joiden mukaan henkilökunnan koulutusinterventioilla voidaan vähentää muistisairaiden henkilöiden haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyyttä. Lisäksi koulutusinterventiota saaneissa hoitokodeissa rajoitteiden ja psyykenlääkkeiden käyttö väheni muistisairaiden hoitotyössä. Myös Elonemi-Sulkava & Savikko (2011) mukaan interventioilla voidaan vaikuttaa psyykenlääkkeiden käyttöön, henkilökunnan osaamiseen sekä yksilökeskeisten toimintamallien edistämiseen. Tuomikoski ym. (2018) mukaan tutkimusnäyttö tukee lääkkeitöiden menetelmien käyttöä haasteellisen tilanteiden vähentämisessä. Vahvin tutkimusnäyttö tukee yksilöllisten tarpeiden huomioivia menetelmiä hoitotyössä, musiikin käytön ohella.

Suoritetut koulutusinterventiot olivat sisällöltään, toteutustavoiltaan ja mitattavien muuttujien osalta erilaisia, joten on vaikeaa arvioida sitä, mitkä tekijät koulutusinterventioissa ovat vaikuttavia. Tällöin on vaikea osoittaa selkeää, yhtenäistä selittävää tekijää haasteellisten tilanteiden vähenemiselle. Luotettavuutta heikentää se, ettei tutki-

muksissa käytettyjä koulutusinterventioita kuvattu kaikissa tutkimusartikkeleissa yksityiskohtaisesti. Tutkimuksissa käytetyt mittarit sekä haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyyden, että muiden mitattavien muuttujien osalta olivat erilaisia, joka osaltaan vaikeuttaa tulosten arviointia. Toisaalta valtaosassa tutkimuksia käytettiin haasteellisen käyttäytymisen esiintyvyyden mittaamiseen Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikkoa. Tulosten vaikuttavuuden arviointia vaikeuttaa se, että muistisairaiden hoitotyössä haasteellisten tilanteiden syntymiseen vaikuttavat useat erilaiset, sillä hetkellä vallitsevat tekijät, kuten muistisairaahan henkilön muut pitkäaikaissairaudet ja lääkehoito.

Kuske ym. (2007) mukaan jatkuvalla koulutuksella, organisaatioon ja ympäristöön liittyvillä muutoksilla on tärkeä merkitys sekä hoitohenkilöstön että muistisairaiden henkilöiden käyttäytymisessä. Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimukset painottivat sitä, että muistisairaiden henkilöiden käyttäytymisen taustalla ovat aina inhimilliset tarpeet ja toiveet, jotka hoitohenkilökunnan tulisi päivittää hoitotyön arjessa huomioida. Lääkkeettömien hoitomenetelmien käyttö tulisi olla ensisijaista haasteellisissa tilanteissa.

Parhaimmillaan koulutusinterventiot lisäävät hoitohenkilöstön tietoja, taitoja ja ohjaavat tarkastelemaan omia asenteita haasteellisia tilanteita kohtaan. Tällöin toimintatavat voivat muuttua ja mahdollisesti tilanteita ei koeta enää niin haasteellisina. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyön arjessa ja täydennyskoulutusta suunniteltaessa. Henkilöstön täydennyskoulutuksessa olisi hyvä tarkastella sitä, kuinka lääkkeettömät hoitomuodot yksilöllisinä hoitokeinoina siirtyvät hoitotyön arkeen ja miten sen toteutumista voisi kehittää. Käytännön esimerkkejä ja harjoituksia sisältävät henkilöstön koulutukset vaikuttavat tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan parhaiten. Palautteen saaminen ja antaminen sekä vuorovaikutus henkilöstön kesken ovat myös keskeisiä osia vaikuttavassa kou-

lutuksessa. Edellä mainitut seikat olisivat hoitotyön laatua nostavia tekijöitä ja erityisesti muistisairaahan henkilön elämänlaatua sekä hyvinvointia parantavaa. Uudenlaisten työtapojen juurruttaminen lisääisi myös hoitohenkilökunnan työhyvinvointia. Utraisen (2009) mukaan hoitajien työhyvinvointia edistäviin tekijöihin kuuluvat mm. ammatillinen kehittyminen, johtaminen ja tiimityö. Vastavuoroisuus työhyvinvoinnin ytimenä näyttäytyy sekä hoitajien suhteessa toisiin hoitajiin, että hoitajien ja potilaiden välisissä suhteissa.

Eettisyys ja luotettavuus

Kirjallisuuskatsaus tehtiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteiden mukaisesti (JBI 2008, CRD 2009). Tutkimusprosessi raportoitiin tieteellisen tutkimuksen hyviä käytäntöjä ja etiikkaa noudattaen. Raportoinnissa noudatettiin avoimuuden ja rehellisyyden periaatetta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tuloksissa raportoitiin myös ei-vaikuttavista koulutusinterventioista, koska pelkästään tilastollisesti merkitsevien tulosten raportointi olisi eettinen epäkohta ja aiheuttaisi julkaisuharhaa.

Luotettavuutta lisää se, että aineistohaku tehtiin informaattikon ohjauksessa. Kattavat hakusanat vahvistivat aineistohaun kattavuutta sekä systemaattisuutta. Valintakriteerit esitettiin muutamalla sattumanvaraisesti valitulla artikkelilla. Hakuprosessi kuvattiin tarkasti, pyrkien lisäämään läpinäkyvyyttä ja elektronisen haun lisäksi käytettiin manuaalista hakua. Kaksi tutkijaa suoritti aineiston valinnan etukäteen valittujen valinta- ja poissulkukriteereiden mukaisesti (Pudas-Tähkä & Axelin 2007). Samoin kaksi henkilöä arvioi tutkimusten laadun. Tutkimusten laadun arvioinnin kannalta haasteellista oli, että koulutusinterventioiden etenemistä ei kuvattu kaikissa tutkimuksissa yksityiskohtaisesti. Julkaisukielen rajaaminen suomen- ja englanninkielisiin voi olla katsauksen luotettavuutta heikentävä tekijä.

Kirjallisuuskatsauksessa olevien tutkimusten luotettavuutta lisäsi se, että tutkimukset olivat satunnaistettuja, kontrolloituja tutkimuksia. Satunnaistaminen tehtiin hoitokotitasolla, koska yksittäisen hoitokodin asukkaan tasolla satunnaistaminen ei olisi tällaisessa tutkimusasetelmassa mahdollista. Tutkimusten luotettavuutta lisäävä tekijä oli se, että niissä käytettiin yleisesti tunnettuja mittareita, joilla mitataan haasteellista käyttäytymistä. Lisäksi tutkimukset olivat laadukkaita JBI-kriteerien mukaisesti arvioituna, eikä niissä havaittu eettisiä ongelmia laadun arvioinnin yhteydessä.

Kirjallisuuskatsauksessa saatiin vastaukset kahteen tutkimuskysymykseen. Koulutusinterventiot toteutettiin tutkimuksissa sisällöllisesti ja menetelmällisesti eri tavoin, mutta yleisellä tasolla tutkimustuloksia voidaan soveltaa mihin tahansa muistisairaiden henkilöiden hoitotyön toimintaympäristöön.

Johtopäätökset

Hoitohenkilökunnalle suunnatuilla koulutusinterventioilla voidaan vähentää haasteellisia tilanteita muistisairaiden henkilöiden hoitotyössä. Koulutusten avulla hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus muuttaa

toimintatapojaan yksilökeskeisemmäksi ja kohdata muistisairas henkilö hänen yksilöllisine tarpeineen ja toiveineen. Ajantasainen hoitotyön osaaminen ja kehittämistyö tuovat hoitohenkilökunnalle varmuutta haasteellisiin tilanteisiin ja lisäävät näin sekä muistisairaiden henkilöiden että hoitajien hyvinvointia. Tutkimusten sisällön ja menetelmien erilaisuudesta johtuen on kuitenkin vaikeaa arvioida, mikä koulutuksessa vaikuttaa. Tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutkimuksia, joilla voidaan arvioida muuttuneiden työtapojen juurtumista käytännön hoitotyöhön sekä johtamisen merkitystä tässä prosessissa.

Kiitokset

Sairaanhoitajien koulutussäätiö ja Oulun yliopiston apuraharahasto.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: PP, HMP, SE, aineistonkeruu: PP, SE, aineiston analysointi: PP, käsikirjoituksen kirjoittaminen: PP, HMP, HK, SE, käsikirjoituksen kommentointi: HMP, SE, HK.

LÄHTEET

Katsauksen alkuperäisjulkaisut merkitty *-merkinnällä

*Ballard C., Orrell M., YongZhong S., Moniz-Cook E., Stafford J., Whittaker R., Woods B., Corbett A., Garrod L., Khan Z., Woodward-Carlton B., Wenborn J. & Fossey J. (2016) Impact of Antipsychotic Review and Nonpharmacological Intervention on Antipsychotic Use, Neuropsychiatric Symptoms, and Mortality in People With Dementia Living in Nursing Homes: A Factorial Cluster-Randomized Controlled Trial by the Well-Being and Health for People With Dementia (WHELD) Program. *The American journal of psychiatry* **173**(3), 252–262.

*Ballard C., Corbett A., Orrell M., Williams G., Moniz-Cook E., Romeo R., Woods B., Garrod L., Testad I., Woodward-Carlton B., Wenborn J., Knapp M. & Fossey J. (2018) Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Med* **15**(2): e1002500.

Boustani M., Zimmerman S., Williams CS., Gruber-Baldini AL., Watson L., Reed PS. & Sloane PD. (2005) Characteristics Associated With Behavioral Symptoms Related to Dementia in Long-Term Care Residents. *Gerontologist* **45**(1), 56–61.

- Centre for Reviews and Dissemination (CRD). (2009) *Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. Centre for Reviews and Dissemination, University of York.
- *Chenoweth L., King M., Jeon YH., Brodaty H., Stein-Parbury J., Norman R., Haas M. & Luscombe G. (2009) Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *The Lancet. Neurology* **8**(4), 317–325.
- *Deudon A., Maubourguet N., Gervais X., Leone E., Brocker P., Carcaillon L., Riff S., Lavallart B. & Robert P. (2009) Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* **24**(12), 1386–1395.
- Eloniemi-Sulkava U. & Savikko N. (2011) Mielenmuutos pitkäaikaishoidossa. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Vanhustyön keskusliitto ry.
- *Fossey J., Ballard C., Juszczak E., James I., Alder N., Jacoby R. & Howard R. (2006) Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *British Medical Journal, Clinical Research Edition* **332**(7544), 756–761.
- *Gozalo P., Prakash S., Qato D., Sloane P. & Mor V. (2014) Effect of the Bathing Without a Battle Training Intervention on Bathing-Associated Physical and Verbal Outcomes in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized Crossover Diffusion Study. *Journal of the American Geriatrics Society* **62**(5), 797–804.
- Johansson K. (2007) Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R. Ääri. *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007.
- Josefsson K., Sinervo T. & Vehko T. (2018) Mikä selittää hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa vanhustenhuollossa? *Tutkimuksesta tiivistä* 9. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Koponen H. & Vataja R. (2015) Käyttösoireiden hoito. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.). *Muistisairaudet*. Duodecim.
- Kuske B., Hanns S., Luck T., Angermeyer MC., Behrens J. & Riedel-Heller SG. (2007) Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics* **19**(5), 818–841.
- Kääriäinen M. & Lahtinen M. (2006) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* **18**(1), 37–45.
- *McCabe MP., Bird M., Davison TE., Mellor D., MacPherson S., Hallford D. & Seedy M. (2015) An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in residential aged-care settings. *Aging & Mental Health* **19**(9), 799–807.
- Muistiliitto. (2016) Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Muistiliiton julkaisusarja 2/2016.
- Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatriit -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 18.6.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Numminen A., Eloniemi-Sulkava U., Topo P. & Valtonen H. (2011) Miten käy iäkkään ihmisen pitkäaikaishoidon arjessa? *Tieteessä tapahtuu* 6, 17–24.
- *Pieper MJ., Francke AL., van der Steen JT., Scherder EJ., Twisk JW., Kovach CR. & Achterberg WP. (2016) Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* **64**(2), 261–269.
- Pudas-Tahkä S-M. & Axelin A. (2007) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson K., Axelin A., Stolt M. & Ääri R. *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007.
- *Rapp M., Mell T., Majic T., Treusch Y., Nordheim J., Niemann-Mirmehdi M., Gutzmann H. & Heinz A. (2013) Agitation in Nursing Home Residents With Dementia (VIDEANT Trial): Effects of a Cluster-Randomized, Controlled, Guideline Implementation Trial. *The Journal of the American Medical Directors Association* **14**(9), 690–695.
- *Rokstad AM., Røsvik J., Kirkevoold Ø., Selbaek G., Salyte Benth J. & Engedal K. (2013) The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial. *Dementia and geriatric cognitive disorders* **36**(5–6), 340–353.
- Saarnio R., Isola A. & Mustonen U. (2011) Dementiaivan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymämuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. *Hoitotiede* **23**(1), 46–56.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2012) Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2019) *Muistisairauksien yleisyys*. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys> 18.6.2019
- *Testad I., Ballard C., Brønneck K. & Aarsland D. (2010) The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: A single-blind, randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry* **71**(1), 80–86.

- *Testad I., Mekki TE., Førland O., Øye C., Tveit EM., Jacobsen F. & Kirkevold Ø. (2016) Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)- training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* **31**(1), 24–32.
- The Joanna Briggs Institute (JBI). 2008. *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2008 edition*. Royal Adelaide Hospital, Australia.
- Tuomikoski A., Parisod H., Oikarainen A., Siltanen H. & Holopainen A. (2018) *Lääkkeettömien menetelmien vaikutukset muistisairautta sairastavan baasteelliseksi koettuun käyttäytymiseen – raportti järjestelmällisten katsausten katsauksesta. Muistiliiton julkaisusarja 1/2018*. Muistiliitto & Hoitotyön tutkimussäätiö.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen*. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf ohje 18.3.2019
- Utriainen K. (2009) *Arvostava vastavuoroisuus ikääntyvien sairaanhoitajien työhyvinvoinnin ytimenä hoitotyössä*. Acta Universitatis Ouluensis D 1014. Oulu University Press.
- Viramo P. & Sulkava R. (2015) Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa: Erkinjuntti T., Remes A., Rinne J. & Soininen H. (toim.) *Muistisairaudet*. Duodecim.
- *Wenborn J., Challis D., Head J., Miranda-Castillo C., Popham C., Thakur R., Illes, Jacqueline O. & Martin O. (2013) Providing activity for people with dementia in care homes: a cluster randomised controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry* **28**(12), 1296–1304.

Paula Piirainen, TtM, sh, TtT-opiskelija, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö, paula.j.piirainen@gmail.com

Hanna-Mari Pesonen, TtT, yliopettaja, Centria-ammattikorkeakoulu, Kokkola, hanna-mari.pesonen@centria.fi

Helvi Kyngäs, THT, professori, tutkimusyksikön johtaja, yliopettaja (sv), PPSHP, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto, helvi.kyngas@oulu.fi

Satu Elo, TtT, yliopettaja, Lapin ammattikorkeakoulu, Kemi, satu.elo@lapinamk.fi