

Anna Gusarova

Hoitotyön osaaminen muistisairaiden hoidossa

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö

Kevät 2014

Tekijä(t) Otsikko	Anna Gusarova Hoitotyön osaaminen muistisairaiden hoidossa
Sivumäärä Aika	32 sivua + 2 liitettä 12.4.2014
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja(t)	yliopettaja Leena Rekola
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata hoitotyön osaamista muistisairaiden hoidossa. Tavoitteena oli koota tutkittua tietoa hoitajien osaamisesta muistisairaiden hoidossa, kiinnittää huomiota mahdollisiin kehittämistarpeisiin ja edistää yhteisten osaamistavoitteiden määrittämistä muistisairaiden hoidossa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin osana Kliinisen osaamisen vahvistaminen hoitotyössä -projektia. Projektin tavoitteena oli vahvistaa sairaanhoitajaopiskelijoiden ja sairaanhoitajien näyttöön perustuvaa kliinistä osaamista, tuottaa uutta tietoa ja osaamista työelämään sekä kehittää asiakaslähtöisiä ja turvallisuutta edistäviä toimintakäytänteitä ja -malleja työelämään. Kirjallisuuskatsauksen aineisto kerättiin tieteellisistä artikkeleista (n = 13). Aineistoa analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä hyödyntäen.</p> <p>Analyysin perusteella muodostui 13 hoitotyön kompetenssia muistisairaiden hoidossa, jotka olivat: 1) Tieto muistisairauksista ja muistisairaana ihmisen erikoistarpeiden ymmärtäminen, 2) Viestintä- ja vuorovaikutus muistisairaana kanssa, 3) Käyttösoireiden ymmärtäminen ja hallinta, 4) Yhteistyö omaisten kanssa, 5) Kuntouttavan hoidon osaaminen, 6) Dementiaistävällisen ympäristön edistäminen, 7) Eettisen ja asiakaslähtöisen hoidon osaaminen, 8) Kliininen osaaminen, 9) Palliativisen hoidon osaaminen, 10) Itsensä kehittämisen osaaminen, 11) Kehittämisen- ja vaikuttamisosaaminen, 12) Ohjaus- ja opetusosaaminen ja 13) Terveyden edistämisen osaaminen.</p> <p>Useammassa tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitajien osaamista muistisairaiden hoidossa pitää parantaa. Hoitajilla oli taipumus käyttää todellisuuslähtöistä lähestymistapaa muistisairaiden hoidossa. Koulutus, työkokemus, työhön tyytyväisyys ja asiakaslähtöinen lähestymistapa korreloivat positiivisesti osaamisen kanssa.</p> <p>Työn tuloksia voidaan hyödyntää työelämässä dementia- ja muistisairautien henkilökunnan perehdytyksessä, kehityskeskusteluissa sekä koulutustarpeiden kartoituksessa. Tässä työssä luotu kompetenssien viitekehys muistisairaiden hoidossa voi toimia pohjana koulutuksen suunnittelulle.</p>	
Avainsanat	hoitotyön osaaminen, kirjallisuuskatsaus, muistisairaudet

Author(s) Title	Anna Gusarova Nursing competencies in dementia care
Number of Pages Date	32 pages + 2 appendices 12.4.2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Leena Rekola, principal lecturer
<p>The purpose of this study was to review nursing competencies in dementia care. The aim of the study was to collect data of nursing competencies in dementia care as well as attract attention to possible development areas and foster coherent definition of competencies required in dementia care.</p> <p>The study was carried out as a part of the project <i>Clinical nursing skills development</i>. The aim of the project was to strengthen the evidence-based clinical skills of nursing students and nurses, to bring knowledge and new skills to working life as well as develop patient-centered and safety-oriented standards and norms of behavior at work. Data for the analysis was collected from scientific articles (n = 13). The research was based on content analysis method.</p> <p>The analysis generated 13 nursing competencies in dementia care: 1) Knowledge of dementia and understanding the special needs of individuals with dementia 2) Interaction with individuals with dementia, 3) Understanding the behaviors of individuals with dementia, 4) Collaboration with families, 5) Rehabilitation therapy skills 6) Promoting dementia-friendly environment, 7) Ethical and person-centered care, 8) Clinical skills, 9) Palliative care expertise, 10) Dementia worker personal development and self care, 11) Promoting best practice, 12) Instruction and teaching skills and 13) Health promotion</p> <p>A number of studies have revealed that nursing competencies in dementia care need to be improved. Nurses had a tendency to treat dementia using reality-oriented approach. Education, work experience, job satisfaction and person-oriented approach were positively correlated with competencies.</p> <p>The findings of the study can be used for orientation and training of staff in dementia care homes as well as for educational needs survey. The framework for competences in dementia care defined in this study can serve as a basis for education planning.</p>	
Keywords	Dementia care, literature review, nursing competence

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat	2
2.1	Näyttöön perustuva toiminta muistisairaiden hoidossa	2
2.2	Hoitotyön kompetenssit	3
2.3	Muistisairaudet	3
2.4	Muistisairaiden hoito	4
2.4.1	Muistisairaiden hoito dementiayksikössä	6
3	Työn tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	9
4	Opinnäytetyön toteuttaminen	10
4.1	Kirjallisuuskatsaus	10
4.2	Aineiston valintakriteerit	10
4.3	Aineistonhaku	11
4.4	Aineiston analyysi	12
5	Tulokset	12
5.1	Hoitotyön kompetenssit muistisairaiden hoidossa	13
5.2	Hoitajien osaaminen muistisairaiden hoidossa	18
5.3	Hoitajien osaamiseen muistisairaiden hoidossa vaikuttavat tekijät	24
6	Pohdinta	26
6.1	Tulosten tarkastelua	26
6.2	Tutkimuksen eettisyys	28
6.3	Tutkimuksen luotettavuus	29
6.4	Jatkotutkimusehdotuksia	29
	Lähteet	30
	Liitteet	
	Liite 1. Liitteen nimi	
	Liite 2. Liitteen nimi	

1 Johdanto

Maailmassa on tällä hetkellä arviolta noin 35,6 miljoonaa muistisairasta ihmistä. Vuosittain tulee ilmi noin 7,7 miljoonaa uutta muistisairaustapausta, mikä tarkoittaa yhtä uutta tapausta joka neljäs sekunti. Muistisairaita on paljon ikääntyvässä teollisuusmaissa, mutta myös väkirikkaissa kehittyvässä maissa, joissa ikärakenne on nuorempi. (Virta 2012: 22.)

Muistisairaiden hoidon kehittäminen on ajankohtainen aihe, koska muistisairaiden ihmisten määrä lisääntyy väestön ikääntyessä. Sairastuneiden määrän odotetaan kaksinkertaistuvan 20 vuodessa. Vuonna 2030 muistisairaita on noin 65,7 miljoonaa ja vuonna 2050 noin 115,4 miljoonaa. Määrän kasvu tulee olemaan erityisen runsasta niissä kehittyvässä maissa, joissa väestön ikääntyminen on vasta edessä. (Virta 2012: 22.)

Suomessa yli 120 000 ihmistä sairastaa muistisairautta, heistä 85 000:llä on vähintään keskivaikeassa vaiheessa oleva muistisairaus. Vuosittain sairastuu 13 000 ihmistä. Suomessa on 7 000 – 10 000 työikäistä muistisairasta. Muistisairauksien hoidon kokonaiskustannukset yhteiskunnallisesti ovat lähes miljardi euroa, mikä tarkoittaa 10 000 euroa sairastunutta kohti. (Muistiliitto 2013.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata hoitotyön osaamista muistisairaiden potilaiden hoidossa. Tavoitteena on koota tutkittua tietoa hoitajien osaamisesta muistisairaiden hoidossa, kiinnittää huomiota mahdollisiin kehittämistarpeisiin ja edistää yhtenäisten osaamistavoitteiden määrittämistä muistisairaiden hoidossa. Keskityn työssäni sellaiseen hoitotyön osaamiseen, jota tarvitaan dementiayksiköissä ja sairaaloissa. Toivon, että opinnäytetyöni tuloksia voitaisiin hyödyntää dementia kotien henkilökunnan perehdytyksessä, kehityskeskusteluissa sekä koulutustarpeiden kartoituksessa. Tavoitteenani on myös kehittää omaa osaamistani muistisairaiden ihmisten hoidossa sekä tutkimusmenetelmien käytössä. Kiinnostuin aiheesta, koska se on ajankohtainen ja itselläni on paljon työkokemusta muistisairaiden potilaiden parissa.

Opinnäytetyö toteutetaan osana Kliinisen osaamisen vahvistaminen hoitotyössä -projektia. Projektin tavoitteena on vahvistaa sairaanhoitajaopiskelijoiden ja sairaanhoitajien näyttöön perustuvaa kliinistä osaamista, tuottaa uutta tietoa ja osaamista työelä-

mään sekä kehittää asiakaslähtöisiä ja turvallisuutta edistäviä toimintakäytänteitä ja -malleja työelämään.

2 Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

2.1 Näyttöön perustuva toiminta muistisairaiden hoidossa

Hoitotyössä tavoitteena on, että hoitokäytännöt perustuvat parhaaseen ajan tasalla olevaan tietoon. Hoitotyöntekijän eettiseen vastuuseen kuuluu, että potilaalle annetaan parasta mahdollista hoitoa, joka perustuu näyttöön eikä sattumanvaraisuuteen. Näyttöön perustuva hoitotyö voidaan määritellä toiminnaksi, jossa yhdistyvät tieteellinen tutkimusnäyttö, hoitotyöntekijän hyväksi havaittu toimintanäyttö, potilaan omaan tietoon ja kokemukseen perustuva näyttö sekä käytettävissä oleviin resursseihin pohjautuva toiminta. (Sarajärvi – Mattila – Rekola 2011.)

Näyttöön perustuvassa hoitotyön päätöksenteossa etsitään vastausta kliiniseen ongelmaan tutkimustiedon pohjalta saadusta näytöstä ja hoitotyöntekijän oman koulutuksen ja kokemuksen kautta hankitun tiedon näytöstä. Asiakas on oman elämänsä ja sairautensa asiantuntija. Hänen osuutensa on tärkeä näyttöön perustuvassa päätöksenteossa. (Sarajärvi ym. 2011: 76.)

Muistisairaiden ihmisten määrän kasvaessa on tärkeä varmistaa, että muistisairaiden parissa työskentelevällä henkilökunnalla on riittävä osaaminen muistisairaiden hoidossa ja että hoitoalan koulutus antaa valmistuville hoitajille riittävät valmiudet vastata muistisairaiden tarpeisiin. Kansallisen muistiohjelman 2012–2020 mukaan muistisairaiden parissa työskenteleville tulisi määritellä valtakunnallisesti yhtenäiset osaamistavoitteet (Kansallinen muistiohjelma 2012: 126-127). Työni tavoitteena on koota tutkittua tietoa hoitajien osaamisesta muistisairaiden hoidossa, kiinnittää huomiota mahdollisiin kehittämistarpeisiin ja edistää yhtenäisten osaamistavoitteiden määrittämistä.

2.2 Hoitotyön kompetenssit

Hildenin mukaan *kompetenssi* tai *pätevyys* tarkoittaa kykyä suoriutua tehtävästä hyvin sekä ihmisen itsensä että muiden arvioimana. Kompetenssia voidaan kuvata kätenä, jossa peukalo kuvaa taitoja, etusormi tietoja, keskisormi kokemusta, nimetön ihmissuhdeverkkoja ja pikkurilli arvoja ja asenteita. Lisäksi kämmen kuvaa motivaatiota, energiaa ja henkilökohtaisia ominaisuuksia. (Hilden 2002: 33 - 34.)

Suomen sairaanhoitajaliiton gerontologisen hoitotyön asiantuntijaverkosto on laatinut gerontologisen hoitotyön kompetenssit kansainvälisen kirjallisuuden pohjalta. Niiden mukaan gerontologisen hoitotyön kompetenssit ovat eettinen osaaminen, viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen, päätöksenteko-osaaminen, yhteistyöosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, ohjaus- ja valmennusosaaminen, kliininen osaaminen, geriatrinen osaaminen sekä kehittämis- ja vaikuttamisosaaminen. (Tarhonen 2013: 12 - 13.)

2.3 Muistisairaudet

Yleisimmät dementiaoireita aiheuttavat etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti (noin 60 – 70 %), sydän- ja verisuoniperäinen aivoverenkierron häiriö (noin 15 – 20 %), Lewyn kappale -tauti ja otsalohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Myös Parkinsonin tauti voidaan laskea eteneviin muistisairauksiin sen aiheuttamien tiedonkäsittelyvaikeuksien vuoksi. Iäkkäillä ihmisillä verenkiertohäiriöiden ja Alzheimerin taudin yhdistelmä on myös varsin yleinen dementiaoireiden aiheuttaja. (Muistiliitto 2013.)

Dementia on oireyhtymä, jossa useampi kuin yksi kognitiivinen toiminto heikentyy aikaisempaan suoritustasoon nähden siinä määrin, että se heikentää itsenäistä selviytymistä jokapäiväisissä toimissa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa. Muistihäiriön lisäksi dementiaoireyhtymän keskeisiä piirteitä ovat kielellinen häiriö (afasia), liikesarjojen suorittamisen vaikeus, vaikka motoriikka on kunnossa (apraksia) ja nähdyn esineen tunnistamisen vaikeus tai nähdyn merkityksen käsittämisen vaikeus (agnosia). Dementiasta kärsivän kyky suunnitella päivittäisiä toimintoja, jäsentää kokonaisuuksia ja ymmärtää vertauskuvallisia ilmauksia on heikentynyt. (Hallikainen 2014: 46; Terveyskirjasto 2013.)

Etenkin vaikeampaan dementiaan liittyy usein erilaisia käytösoireita. Käytösoireilla tarkoitetaan muistisairauden aiheuttamia haitallisia muutoksia käyttäytymisessä tai tunne-elämässä. Näitä oireita ovat muun muassa aggressio, ahdistuneisuus, apatia, depressio, harha-aistimukset, harhaluulot, itsensä vahingoittaminen, kuljeskelu, poikkeava motorinen käytös ja karkailu, tarkoitukseton pukeutuminen ja riisuutuminen, tavaroiden keräily ja kätkeminen ja ärtyneisyys. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010.)

2.4 Muistisairaiden hoito

Teollisuusmaissa muistisairaiden asuminen laitoksissa on yleistä. Vähintään 30 prosenttia sairastuneista on laitosasumisen piirissä. (Virta 2012: 22.) Suomessa noin 120 000 muistisairaasta 60 %:n arvioidaan asuvan kotona (Voutilainen 2009: 219.) Tulevaisuudessa ympärivuorokautista hoivaa tarvitsevien muistipotilaiden siirtyminen perinteisestä laitoshoidosta kodinomaiseen hoiva-asumiseen on toivottavaa. Hyvä ja laadukas muistisairaahan hoiva-asuminen edellyttää kodinomaisuudesta huolimatta ammattitaitoista muistisairauksiin perehtynyttä hoitohenkilökuntaa. (Erkinjuntti – Rinne – Soininen 2010.)

Kehittyvissä maissa on harvinaista, että muistisairas ihminen asuu hoitolaitoksessa. Noin 89 prosentin sairastuneista arvioidaan asuvan kotonaan. Yksinasuminen on harvinaista. Monet asuvat monisukupolvisissa talouksissa, joissa voi olla pieniä lapsia. Suurperhe voi olla voimavara. Vanhuksia hoidetaan yleensä kotona, koska hoitopaikkoja on liian vähän ja ne ovat monille liian kalliita. Myös perinteinen näkemys, jonka mukaan lapsen velvollisuus on hoitaa ikääntyviä vanhempia, on voimissaan. (Virta 2012: 22 - 23.)

Joissakin maissa muistisairaus nähdään usein normaalina ikääntymiseen kuuluvana asiana. Joskus muistisairaiden oireiden luullaan johtuvan mielenterveyden häiriöstä. WHO:n kansainvälisen kyselytutkimuksen mukaan erityisesti kehittyvissä maissa puuttuu ymmärrys siitä, että muistisairaudet ovat sairauksia muiden joukossa eivätkä vain ikääntymisen seurausta. Tämä vaikeuttaa muistisairauksien ehkäisyä, diagnosointia ja hoitoa. (Virta 2012: 23.)

Muistisairaahan ihmisen hoito on kokonaisuus, jossa tarvitaan psykososiaalisia, hoidollisia ja lääketieteellisiä keinoja (Voutilainen 2009: 237). Muistipotilaan hoidon tavoitteena on elämänlaadun turvaaminen sairauden kaikissa vaiheissa. Hoito sisältää potilaan elämäntavan ja taustan vaalimisen, arvokkuuden ja sosiaalisen verkoston ylläpitämisen sekä autonomian turvaamisen. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010).

Käypä hoito -suosituksen mukaan jokaiselle muistipotilaalle laaditaan diagnoosin jälkeen oma yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jota tarkistetaan säännöllisesti 6 - 12 kuukauden välein sairauden edetessä. Hoitosuunnitelmaan kuuluvat kokonaistilanteen seuranta ja arviointi, lääkehoidon tarkistus, oheissairauksien hoito, muistisairauksien vaaratekijöiden hoito, käytösoireiden hoito, ajoterveyden ja -turvallisuuden arvio, liikunnallisen, sosiaalisen ja psyykkisen kuntoutuksen arvio, muistiapuvälinearvio, ravitsemustilan arvio, sosiaalityöskä päivitys, edunvalvonta, hoitotahto, ohjaus ja neuvonta sekä omaisten kuuleminen ja tukeminen. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010.)

Tutkimusten mukaan ihmiset haluavat asua mahdollisimman pitkään kotonaan ja läheisessä ympäristössä (Lukkaroinen 2002: 22). Sitä paitsi ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisen viivästyminen säästää kustannuksia. Vuonna 2010 ympärivuorokautisen hoidon keskimääräiset kustannukset yhtä henkilöä kohti olivat 46 000 euroa vuodessa. Kotihoidon vastaavat kustannukset olivat 19 000 euroa. (Kansallinen muistiohjelma 2012:117.)

Mahdollisuuksia jatkaa kotona asumista voidaan tukea monin eri keinoin. Näitä ovat kuntouttavat, selviytymistä ja omatoimisuutta tukevat toimenpiteet (sopeutumisvalmennus, fysio- ja toimintaterapia ja merkityksellinen tekeminen, esimerkiksi päivätoiminta), asianmukainen lääketieteellinen hoito, oikea-aikaiset tukitoimet (kotiapu, kotisairaanhoido, turvapuhelin, ateriapalvelu, kodin turvalaitteet ja apuvälineet), etuuksien varmistaminen ja taloudelliset tukitoimet, omaisten oikeuksista tiedottaminen ja perheiden tukeminen sekä muistiapuvälineiden käyttö. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010).

2.4.1 Muistisairaiden hoito dementiayksikössä

Muistipotilaan sairauden loppuvaiheen hoito toteutuu useimmiten pitkäaikaishoidossa, vaikka omaishoito on sitä ennen saattanut kestää useita vuosia (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010.) Dementiayksikön toiminnan tarkoituksena on luoda sellainen ympäristö, joka antaa muistisairautta sairastavalle henkilölle mahdollisuuden säilyttää ihmisarvonsa sekä kokea turvallisuutta ja onnistumisen tunteita. (Suomen muistiasiantuntijat 2013.)

Dementiayksiköiden onnistunut toiminta edellyttää moniammatillista ja työhönsä sitoutunutta hoitotiimiä, jolla on hyvä tietotaito ja erityisosaamista muistisairaiden hoidossa (Erkinjuntti ym. 2010: 52; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010). Dementiayksikössä ymmärretään muistisairaiden ihmisten erityistarpeita. Henkilökunnan asiantuntijuus ja hyvä, toimiva yhteisö luovat perustan laadukkaalle hoidolle. (Suomen muistiasiantuntijat 2013.)

Ilmapiiri on muistisairaalle ihmiselle elämänlaadun kannalta erittäin tärkeä asia. Muistisairas vaistoa herkästi hoitoyhteisön ilmapiirin ja tämä vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä. Muistisairaana ihmisen maailma tuntuu turvalliselta ja hyvältä paikalta elää, kun hoitoyhteisön ilmapiiri on aidosti positiivinen, ihmisen kapasiteettiin uskova, luontevasti positiivista palautetta antava sekä kannustava. (Suomen muistiasiantuntijat 2013.)

Ammatillisessa hoitotyössä hoitaja toimii muistisairaana ihmisen asianajajana, kuntouttajana, virikkeen antajana, kumppanina ja läheisenä ihmisenä. Dementiayksikössä työskentelevän hoitajan tärkeitä ominaisuuksia ovat muun muassa positiivinen elämänsenene, iloisuus ja huumorintaju, hyvä sekavuuden sietokyky, hyvä erilaisuuden sietokyky ja rohkeus. (Suomen muistiasiantuntijat 2013.)

Henkilökunnan täytyy saada jatkuvaa koulutusta muistisairauksista ja muistisairaiden ihmisten hoidosta, sillä koulutus auttaa ymmärtämään muistisairasta ihmistä ja jaksamaan työssä paremmin (Suomen muistiasiantuntijat 2013). Kansallisen muistiohjelman 2012–2020 mukaan osaamisen tavoitteena vuoteen 2020 on, että ammattihenkilöstöllä on riittävä osaaminen muistisairaana identiteettiä ja elämänlaatua tukevaan hoitoon ja palveluun aina ihmisen elämän loppuun asti (Kansallinen muistiohjelma 2012: 126-127). Englannissa vuonna 2009 julkaistun kansallisen dementiastrategian tavoitteena

on, että muistisairaita hoitava ammattihenkilöstö on asiantunteva ja tehokas. Kaikilla terveydenhuollon työntekijöillä, jotka osallistuvat muistisairaiden hoitoon, tulee olla riittävä osaaminen hoidon korkean laadun takaamiseksi. (Living well with dementia: A national Dementia Strategy. Accessible Summary 2009: 21; Living well with dementia in a care home: A guide to implementing the National Dementia Strategy 2009: 9.)

Muistiliiton julkaisema ”Hyvän hoidon kriteeristö” on työkirja dementiayksikön hoitotyön itsearviointiin ja kehittämiseen. Hyvän hoidon kokonaisuus koostuu viidestä osasta: toiminta-ajatus ja arvot, kuntoutumista edistävä hoitotyö, läheiset osana hyvää hoitoa, henkilöstö ja työhyvinvointi sekä kuntoutumista edistävä hoitoympäristö. (Muistiliitto, 2009.)

Dementiayksikön arvojen määrittelyssä ovat apuna vuonna 1994 Alzheimer’s Disease International -järjestön julkaissut Dementoituvien ihmisten inhimilliset oikeudet. Dementoituvien ihmisten inhimillisiin oikeuksiin kuuluvat oikeus tulla kohdelluksi aikuisena ja tuntee, että hänet otetaan vakavasti; oikeus hoitoon, jota toteuttaa dementoituneen ihmiseen perehtynyt henkilökunta; oikeus olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänsä ja totumuksensa; oikeus kosketukseen: halauksiin, hellyyteen ja toisen ihmisen läheisyyteen. (Muistiliitto, 2009: 5.)

Dementoituvien ihmisten inhimillisiin oikeuksiin kuuluu myös oikeus säilyttää toimintakykynsä suunnitelmallisen ja yksilöllisen avun turvin niin pitkään kuin mahdollista (Muistiliitto, 2009: 5.). Kuntoutumista edistävä toiminta on korkealaatuisen hoidon tunnuspiirre myös ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Mielekäs tekeminen ja erilaiset säännölliset toiminnot ovat kuntoutumista edistävän hoidon perusta. (Kansallinen muistiohjelma 2012 :123.)

Läheisten huomiointi ympärivuorokautisessa hoidossa on tärkeää. He voivat välittää henkilökunnalle tietoa siitä, miten potilaan yksilöllisyys voitaisiin parhaiten huomioida (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010). Muistisairaahan hyvän hoidon kannalta on tärkeää, että hoitohenkilökunnalla on mahdollisimman paljon tietoa ja ymmärrystä hoidettavan persoonasta ja elämästä. Tuntemalla ihmisen historiaa pystytään paremmin vastaamaan hänen tarpeisiinsa ja järjestämään juuri hänelle mielekästä toimintaa. Myös käytösoireita on helpompi ymmärtää, kun niitä pohditaan läheisten kanssa muistisairaahan elämänsä historiaan peilaten. (Muistiliitto, 2009: 16.)

Dementiaan liittyy usein erilaisia käytösoireita, jotka tuovat omat haasteensa dementoituneiden ihmisten hoitoon. Tutkimusten mukaan dementoituneen käytösoireita voi provosoida muun muassa kylmyys ja lähikontakti hoitajan kanssa, jotka yhdistyvät esimerkiksi kylpytilanteissa. Myös valtataistelut, muistisairaaseen kohdistuvat ylimitoitettut vaatimukset, kriittisyys, toistuva muistuttaminen, aggressiivinen lähestyminen, keskeisistä perustarpeista huolehtimisen laiminlyönti sekä kivut ja muut epämukavuutta aiheuttavat tuntemukset, joita dementoitunut ei osaa tuoda julki, provosoivat käytösoireita. (Vallejo Medina – Vehviläinen – Haukka – Pyykkö – Kivelä 2005: 282.)

Aikaisemmin käytösoiretta on pidetty outona ja normeista poikkeavana käyttäytymisenä, mutta nykyään käytösoire ymmärretään muistisairaahan ihmisen kykyjään vastaavana normaalina reaktiona ja toimintatapana. Tarvelähtöisen ajattelun mukaan muistisairaahan ihmisen ymmärretään pyrkivän saavuttamaan tai ylläpitämään elämänlaatuaan erilaisilla keinoilla. Ymmärrys avaa keinoja potilaan tukemiseen ja hoitotyön keinojen löytämiseen hankalissa tilanteissa. (Voutilainen 2009: 233-243.)

Tutkimusten mukaan muistipotilaat saavat usein turhaan antipsykootteja ja rauhoittavia lääkkeitä oireisiinsa huolimatta niiden haittavaikutuksista. Kokonaisvaltaisessa lähestymistavassa pyritään löytämään käytösoireen syntyyn vaikuttavia tekijöitä ja sen mukaan suuntaamaan räätälöidyt hoitokeinot. (Voutilainen 2009: 237). Dementoituvan ihmisen inhimillisiin oikeuksiin kuuluu oikeus olla ilman rauhoittavaa lääkitystä aina, kun se vain on mahdollista (Muistiliitto 2009: 5).

Pitkälle edennyttä muistisairautta sairastava ihminen ei pysty aina arvioimaan kokeamaansa kipua eikä kertomaan siitä. Sen takia hoitohenkilökunnan tulisi osata tunnistaa kivun ilmeneminen. Toisen havainnointiin perustuvassa kivun arvioinnissa tarkkaillaan olemusta, ilmeitä ja eleitä sekä seurataan käyttäytymisen muutoksia, jotka voivat viitata kipuun: sekavuutta, kiihtyneisyyttä, aggressiota, ääntelyä, vetäytymistä, vastustelua. Huomioidaan myös autonomisen hermoston muutokset: hikoilu, sydämen tiheälyöntisyys. Seurattavista asioista sovitaan ja ne kirjataan. (Hallikainen ym. 2014: 238 – 239.)

Muistisairaahan kivun arvioinnissa voi käyttää PAINAD-mittaria (Pain Assessment in Advanced Dementia). Mittarissa on viisi olemukseen ja käytökseen liittyvää arviota: hengitys, negatiivinen ääntely, ilmeet, elekieli ja lohduttamisen tarve. Pistemäärä 0 tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 vaikeata kipua. (Hallikainen – Mönkäre – Nukari – Forder 2014: 239.)

Dementiayksikkö on yleensä muistisairaahan ihmisen viimeinen koti, joten palliatiivisen hoidon osaaminen on tärkeä osa hoitajan ammattitaitoa. Palliatiivisesta lähestymistavasta muistisairaahan ihmisen hoidossa on olemassa Joanna Briggs Instituutin julkaisema tutkimusnäyttöön perustuva hoitosuositus, joka on käännetty suomen kielelle. Suosituksen mukaan elämän loppuvaiheessa muistisairaahan hoidon tulee olla yksilöllistä ja perustua muistisairaiden ja heille tärkeiden läheisten toiveisiin. (Palliatiivinen lähestymistapa pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavan ihmisen hoidossa. JBI-suositus. 2011.)

3 Työn tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata hoitotyön osaamista muistisairaiden potilaiden hoidossa. Työni tavoitteena on koota tutkittua tietoa hoitajien osaamisesta muistisairaiden hoidossa, kiinnittää huomiota mahdollisiin kehittämistarpeisiin ja edistää yhtenäisten osaamistavoitteiden määrittämistä muistisairaiden hoidossa. Tavoitteenani on myös kehittää omaa osaamistani muistisairaiden hoidossa ja tutkimusmenetelmien käytössä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä ovat hoitotyön kompetenssit muistisairaiden hoidossa kirjallisuuden perusteella?
2. Minkälaista hoitajien osaaminen muistisairaiden hoidossa on kirjallisuuden perusteella?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat hoitajien osaamiseen muistisairaiden hoidossa kirjallisuuden perusteella?

Keskityn työssäni hoitotyön osaamiseen, jota tarvitaan dementiayksiköissä ja sairaaloissa.

4 Opinnäytetyön toteuttaminen

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksena noudattaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyönä liittyy näyttöön perustuvan toiminnan edistämiseen (Mattila – Rekola – Vuorijärvi 2010). Näyttöön perustuva päätöksenteko on tärkeä ulottuvuus systemaattisen kirjallisuuskatsauksen käytössä (Salminen 2011:10).

Kääriäisen ja Lahtisen mukaan (2006: 37) systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa identifioidaan ja kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä syntetisoidaan tuloksia rajatusta ilmiöstä. Systemaattisuuden avulla pyritään lisäämään tutkimuksen tieteellistä uskottavuutta (Salminen 2011: 10).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus rakentuu tutkimussuunnitelmasta, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta ja laadun arvioinnista sekä tulosten esittämisestä. Tutkimussuunnitelmassa määritetään tutkimuskysymykset, menetelmät alkuperäistutkimusten keräämiseksi sekä sisäänottokriteerit, joilla alkuperäistutkimukset valitaan. Lisäksi määritellään valittujen alkuperäistutkimusten laatukriteerit sekä menetelmät näiden synteeseille. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 37 – 39.)

Tutkimukset valitaan kriteereiden mukaan lukemalla ensin otsikko ja sen jälkeen tiivistelmä. Jos artikkeli sopii aineistoon, luetaan koko artikkeli. Tämän jälkeen tehdään päätös artikkelin sisällyttämisestä aineistoon. (Mattila ym. 2010.)

4.2 Aineiston valintakriteerit

Kirjallisuuskatsaus rajattiin tutkimuksiin, jotka käsittelevät hoitajien osaamista tai hoitotyön kompetensseja muistisairaiden hoidossa dementiayksikössä, sairaalassa tai yleisellä tasolla. Kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle jätettiin tutkimukset, jotka koskevat

muistisairaahan ihmisen hoitoa kotona tai omaishoitoa. Haku rajattiin vuosille 2004 - 2014. Kieleksi rajattiin suomi ja englantia. Aineiston valintakriteerit kuvataan taulukossa 1.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen artikkeleiden sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Tutkimusten sisäänottokriteerit	Tutkimusten poissulkukriteerit
Tutkimus käsittelee hoitotyön osaamista, hoitajien osaamista tai hoitotyön kompetensseja	Lääketieteellinen artikkeli
Tutkimus käsittelee muistisairaahan ihmisen hoitoa dementiayksikössä, sairaalassa tai yleisellä tasolla	Tutkimus käsittelee muistisairaahan ihmisen hoitoa kotona tai omaishoitoa
Englannin- tai suomenkielinen artikkeli	Opinnäytetyö tai pro gradu
Julkaisu vuosi 2004 – 2014	
Tutkimus tai artikkeli on saatavana kokotekstinä	
Tieteellinen artikkeli, väitöskirja	

4.3 Aineistonhaku

Aineistonkeruu tehtiin seuraavista tietokannoista: CINAHL, MEDIC, PubMed ja Cochrane. Hakusanoina käytettiin (***muistisaira**** OR ***dement****) & ***hoitotyö*** ja (***muistisaira**** OR ***dement****) & ***osaami**** suomen kielellä sekä (***dementia*** OR ***memory disorders***) & (***professional competence*** OR ***clinical competence***) & ***nursing*** ja ***dementia*** AND (***knowledge*** OR ***skills***) AND ***nursing*** englannin kielellä. Aineistonkeruussa tehtiin myös manuaalinen haku Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyö-lehdistä. Haku rajattiin vuosille 2004 – 2014. Hakuja tehtiin yhteistyönä informaattikon kanssa. Tutkimusten sisällyttämisestä aineistoon päätettiin edellä esitettyjen valintakriteereiden perusteella. Aineistonhaku aloitettiin keväällä 2013. Lopullinen aineistonhaku tehtiin maaliskuussa 2014. Aineistonhaun tulokset kuvataan liitteessä 1.

4.4 Aineiston analyysi

Aineistoa analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä hyödyntäen. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet ovat aineiston pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Ennen analyysin aloittamista määritellään analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla esimerkiksi sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108-110; Janhonen – Nikkonen 2003: 25).

Pelkistämässä aineistosta karsitaan tutkimustehtävälle epäolennainen tieto pois. Pelkistäminen voi olla informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä. Klusteroinnissa alkuperäisilmaukset käydään läpi, ja etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Abstrahoinnissa edetään alkuperäisinformaation kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 109 – 111.)

Aloitin sisällönanalyysin tutustumalla valittuihin tutkimusartikkeleihin. Sen jälkeen luin artikkelit tarkemmin ja alleviivasin kaikki ilmaukset, jotka vastasivat työni tutkimuskysymyksiin. Käänsin englanninkieliset ilmaukset suomen kielelle ja kirjoitin pelkistetyt ilmaukset ylös. Analyysiyksikkönä oli ajatuskokonaisuus. Pelkistämistä ohjasivat tutkimuskysymykset. Sisällöllisesti samaa tarkoittavat ilmaukset ryhmiteltiin samaan alaluokkaan. Alaluokista muodostuivat yläluokat. Yhdistävinä luokkina toimivat tutkimuskysymykset. Ryhmittelyn tulokset on esitetty taulukoissa 2, 3 ja 4.

5 Tulokset

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 13 artikkelia (liite 2). Kaikki artikkelit olivat englanninkielisiä. Neljä artikkelia oli Englannista, kolme Australiasta, kolme Ruotsista, kaksi Yhdysvalloista ja yksi Taiwanista. Kolmessa artikkelissa oli luotu kirjallisuuden perusteella kompetenssien viitekehys muistisairaiden hoidossa. Yhdessä englantilaisessa tutkimuksessa oli kehitetty mittari dementiayksikön henkilökunnan osaamisen arviointiin. Yksi amerikkalainen tutkimus keskittyi hoitohenkilökunnan tietoon ja asenteisiin iäkkäi-

den ja muistisairaiden seksuaalisuutta kohtaan hoitokodeissa. Yksi ruotsalaisista tutkimuksista keskittyi lähihoitajien (certified nursing assistants) kivun arvioinnin osaamiseen muistisairaiden hoitokodissa.

5.1 Hoitotyön kompetenssit muistisairaiden hoidossa

Artikkeleiden analyysin perusteella muodostui 13 hoitotyön kompetenssia muistisairaiden hoidossa, jotka olivat: 1) Tieto muistisairauksista ja muistisairaahan ihmisen erikoistarpeiden ymmärtäminen, 2) Viestintä- ja vuorovaikutus muistisairaahan kanssa, 3) Käyttösuojien ymmärtäminen ja hallinta, 4) Yhteistyö omaisten kanssa, 5) Kuntouttavan hoidon osaaminen, 6) Dementiaystävällisen ympäristön edistäminen, 7) Eettisen ja asiakaslähtöisen hoidon osaaminen, 8) Kliininen osaaminen, 9) Palliativisen hoidon osaaminen, 10) Itsensä kehittämisen osaaminen, 11) Kehittämisen- ja vaikuttamisosaaminen, 12) Ohjaus- ja opetusosaaminen ja 13) Terveystietämisen osaaminen (Williams – Hyer – Kelly – Leger-Krall – Tappen 2005; Tsaroucha – Benbow – Kingston – Le Mesurier 2013; Traynor – Inoue – Crookes 2011). Aineiston ryhmittely on esitetty taulukossa 2.

Tieto muistisairauksista ja muistisairaahan ihmisen erikoistarpeiden ymmärtäminen sisältää tiedon muistisairauksien riskitekijöistä, muistisairauksien vaiheista ja oireista sekä muistisairauden diagnoosin vaikutuksesta ihmiseen ja hänen omaisiinsa (Williams ym. 2005; Tsaroucha ym. 2013; Traynor ym. 2011). Hoitajan tulee osata tunnistaa normaaliin vanhenemiseen liittyvien kognitiivisten muutosten, dementian ja deliriumin eroja. Hoitaja tietää, että myös muut tilat, esimerkiksi polyfarmasia tai masennus, voivat aiheuttaa dementian kaltaisia oireita. (Williams ym. 2005; Tsaroucha ym. 2013.)

Viestintä- ja vuorovaikutus muistisairaahan kanssa käsittää kyvyn käyttää tehokkaita viestinnän menetelmiä ja tunnistaa tekijät, jotka vaikuttavat vuorovaikutukseen muistisairaahan kanssa (Williams ym. 2005; Tsaroucha ym. 2013; Traynor ym. 2011). Tavoitteena on, että hoitaja osaa mukauttaa viestintänsä muistisairaahan kognitiivisiin tai emotionaaliin tarpeisiin ja osaa selittää muistisairaahan viestintätaitoissa tapahtuvia muutoksia muistisairauden edetessä. Suositus on välttää viestinnässä konfrontaatiota ja kiistämistä, lähestyä ihmistä rauhallisesti ja kiireettömästi, käyttää helppoja lauseita ja välttää kielteisiä lauseita, rakentaa helppoja valintatilanteita, tulkita ihmisen nonverbaalisia viestejä sekä käyttää kosketusta ja katsekontaktia. (Williams ym. 2005.)

Käyttösoireiden ymmärtäminen ja hallinta käsittää tiedon siitä, että käyttösoireet johtuvat muistisairaahan ihmisen tunteista ja täyttämättömistä tarpeista. Hoitajalla on kyky tunnistaa muistisairaahan tarpeita ja vastata niihin positiivisesti ja tarkoituksenmukaisesti. (Tsaroucha ym. 2013; Williams ym. 2005.)

Yhteistyöhön omaisten kanssa sisältyy omaisten erikoistarpeiden ymmärtäminen, omaisten ohjaus ja tuki sekä omaisten mukaan ottaminen muistisairaahan hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen (Williams ym. 2005; Tsaroucha ym. 2013; Traynor ym. 2011). Hoitaja osaa keskustella omaisten kanssa heidän toiveistaan, tarpeistaan ja huolistaan. Hän auttaa omaisia ymmärtämään sairauden vaikutuksen ihmiseen ja löytämään sopivia lähestymistapoja vuorovaikutuksessa muistisairaahan kanssa. Omaisten antaman tiedon perusteella muistisairaahan ihmisen elämänfilosofia ja arvot sisällytetään yksilölliseen hoitosuunnitelmaan. (Williams ym. 2005; Tsaroucha ym. 2013.)

Kuntouttavan hoidon osaamiseen sisältyy muistisairaahan ihmisen omatoimisuuden edistäminen jokapäiväisissä toiminnoissa, voimavaralähtöisen lähestymistavan käyttö ja muistisairaahan ihmisen ja hänen omaistensa elämän rikastaminen. Hoitaja tukee muistisairasta osallistumaan toimintoihin, jotka ovat hänelle sopivia ja merkityksellisiä. Muistisairaahan ihmisen jäljellä olevia kykyjä yritetään ylläpitää ja vahvistaa. Hoitajalla on kyky tukea ja voimaannuttaa muistisairasta ihmistä tekemään itsenäisiä päätöksiä toimintakykynsä sallimissa rajoissa. (Williams ym. 2005; Tsaroucha ym. 2013.)

Dementiaystävällisen ympäristön edistämiseksi tarkoitetaan sellaisen ympäristön rakentamista, jossa muistisairaahan ihmisen on hyvä elää. Hoitaja pyrkii kodinomaisen ja viihtyisän ympäristön luomiseen, ylläpitää muistisairaahan turvallisuutta ja seuraa virikkeiden määrän sopivuutta. Hän osaa antaa muistisairaalle mahdollisuuden olla hyödyksi. Yksinäisyyttä pyritään vähentämään erilaisilla ryhmätoiminnoilla. Myös fyysisen ympäristön tulee olla sopiva muistisairaalle ihmiselle. Kiinnitetään huomiota muun muassa valaistukseen, käytetään helppoja värejä ja malleja ja pyritään vähentämään taustamelua. (Williams ym. 2005; Traynor ym. 2011.)

Eettisen ja asiakaslähtöisen hoidon periaatteena on, että tuen ja hoidon tarve lähtee muistisairaahan ihmisen ja hänen omaistensa tarpeista. Muistisairas ihminen ja hänen läheisensä otetaan mukaan hoitosuunnitelman tekoon. Tavoitteena on, että hoitaja ymmärtää iän, sukupuolen, rodun, kulttuurin, vammaisuuden, hengellisyuden ja seksu-

aalisuuden moninaisuutta. Hoitaja osaa tunnistaa eettisiä ongelmia, jotka tulevat esiin muistisairaiden hoidossa ja keskustelee eettisten ongelmien ratkaisemisesta. Hoitaja kunnioittaa muistisairaana ihmisarvoa. (Williams ym. 2005; Tsaroucha ym. 2013; Traynor ym. 2011.)

Kliiniseen osaamiseen sisältyy fysiologisten muutosten havaitseminen, jokapäiväisissä toiminnoissa avustaminen ja lääkehoidon osaaminen. Tavoitteena on, että hoitaja tunnistaa fyysisen epämukavuuden, kivun, väsymyksen, nestehukan ja nälän aiheuttamia muutoksia ja käytösoireita. Jokapäiväisissä toiminnoissa avustaminen sisältää muun muassa hygieniasta, ravitsemuksesta, aktiviteeteistä ja levosta huolehtimisen. Lääkehoidon osaaminen sisältää tiedon muistisairaiden hoidossa käytettävistä lääkkeistä, niiden sivu- ja haittavaikutuksista. (Williams ym. 2005; Traynor ym. 2011.)

Palliativisen hoidon osaaminen on tärkeä osa dementiakodin hoitajan ammattitaitoa. Hoitajan tulee ymmärtää elämän loppuun liittyviä asioita ja tuntea palliativisen hoidon periaatteita. (Tsaroucha ym. 2013; Williams ym. 2005.)

Itsensä kehittämiseen sisältyy hoitajan halu käyttää mahdollisuuksia ammattitaitonsa kehittämiseen; kyky tunnistaa omia tunteita, uskomuksia ja asenteita, jotka voivat vaikuttaa vuorovaikutukseen muistisairaana ja hänen omaistensa kanssa; kyky tunnistaa omia tapojaan selvitä surusta ja menetyksestä sekä tapoja ehkäistä stressiä ja uupumusta ja kyky pyytää apua tarvittaessa. Hoitajan täytyy myös osata edistää omaa turvallisuuttaan vaarallisia potilaita hoitaessaan. (Tsaroucha ym. 2013.)

Kehittämisen- ja vaikuttamisosaamiseen liittyy parhaiden käytäntöjen edistäminen muistisairaiden hoidossa. Hoitajan tulee olla tietoinen ajankohtaisista suosituksista ja strategioista muistisairaiden hoidossa. Hoitaja osaa toimia yhteistyössä eri ammattien ja organisaatioiden edustajien kanssa. Hänellä on kyky ajatella kriittisesti sekä reflektoida ja kehittää omaa toimintaansa. (Tsaroucha ym. 2013.)

Ohjaus- ja opetusosaamiseen sisältyy henkilöstön ohjaus ja muistisairaana ihmisen ohjaus (Williams ym. 2005). *Terveystieteen edistämisen osaaminen* sisältää tiedon ennaltaehkäisevistä strategioista iäkkäiden ja muistisairaiden hoidossa (Tsaroucha ym. 2013; Traynor ym. 2011).

Taulukko 2. Hoitotyön kompetenssit muistisairaiden hoidossa

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Tieto muistisairauksista	Tieto muistisairauksista	Tieto muistisairauksista ja muistisairaahan ihmisen erikoistarpeiden ymmärtäminen	Hoitotyön kompetenssit muistisairaiden hoidossa
Muistisairauksien ymmärtäminen			
Muistisairauksien tunnistaminen			
Tieto dementiaasta ja dementiaan liittyvistä kysymyksistä	Muistisairaahan ihmisen erikoistarpeiden ymmärtäminen		
Muistisairaahan ihmisen erikoistarpeiden ymmärtäminen			
Muistisairaiden haavoittuvuuden ymmärtäminen	Viestintä muistisairaahan kanssa	Viestintä- ja vuorovaikutus muistisairaahan kanssa	
Viestinnän mukauttaminen muistisairaahan kognitiivisiin/emotionaalisiin tarpeisiin			
Tehokas viestintä			
Vuorovaikutus muistisairaahan kanssa	Vuorovaikutus muistisairaahan kanssa	Käyttöoireiden ymmärtäminen ja hallinta	
Käyttöoireiden tunnistaminen ja hallinta	Käyttöoireiden ymmärtäminen ja hallinta		
Käyttöoireiden ymmärtäminen		Omaisten ohjaus ja tuki	Yhteistyö omaisten kanssa
Muistisairaahan ihmisen omaisten ja ystävien erikoistarpeiden ymmärtäminen			
Omaisten tarpeisiin vastaaminen			
Vuorovaikutus omaisten kanssa	Vuorovaikutus omaisten kanssa	Kuntouttavan hoidon osaaminen	
Muistisairaahan ihmisen oma-toimisuuden edistäminen jokapäiväisissä toiminnoissa	Kuntouttava hoito		
Voimavaralähtöisen lähesty-			

mistavan käyttö			
Muistisairaahan ihmisen ja hänen omaisten elämän rikastaminen			
Muistisairaahan elämänlaadun edistäminen			
Optimaalisen ympäristön edistäminen	Dementiaystävällisen ympäristön edistäminen	Dementiaystävällisen ympäristön edistäminen	
Positiivisen ympäristön edistäminen			
Eettisten ongelmien tunnistaminen	Eettinen ja asiakaslähtöinen hoito	Eettinen ja asiakaslähtöinen hoito	
Eettinen ja asiakaslähtöinen hoito			
Asiakaslähtöinen hoito			
Fyysisen epämukavuuden, kivun, väsymyksen, nestehukan, nälän tunnistaminen	Fysiologisten muutosten havaitseminen	Kliininen osaaminen	
Avustaminen jokapäiväisissä toiminnoissa	Avustaminen jokapäiväisissä toiminnoissa		
Tieto muistisairaiden lääkähoidosta	Lääkehoidon osaaminen		
Elämän loppuun liittyvien asioiden ymmärtäminen	Palliativisen hoidon osaaminen	Palliativisen hoidon osaaminen	
Palliativisen hoidon periaatteiden tunteminen			
Itsensä kehittäminen ja itsehoito	Itsensä kehittäminen	Itsensä kehittämisen osaaminen	
Parhaiden käytäntöjen edistäminen muistisairaiden hoidossa	Parhaiden käytäntöjen edistäminen	Kehittämisen ja vaikuttamisosaaminen	
Hoitoavustajien opettaminen ja ohjaus	Henkilöstön ohjaus	Ohjaus- ja opetusosaaminen	
Muistisairaahan sanallinen ohjaus	Muistisairaahan ihmisen ohjaus		
Ennaltaehkäisevä työ ja terveyden edistäminen	Ennaltaehkäisevä työ ja terveyden edistäminen	Terveyden edistämisen osaaminen	
Tieto preventiivisistä strategioista			

oista iäkkäiden ja muistisairaiden hoidossa			
---	--	--	--

5.2 Hoitajien osaaminen muistisairaiden hoidossa

Hoitajien osaaminen muistisairaiden hoidossa yritettiin ryhmitellä edellä esitettyjen hoitotyön kompetenssien mukaan. Analyysin perusteella muodostui myös kaksi uutta yläluokkaa, jotka olivat *Kivun arvioinnin osaaminen* ja *Osaaminen ja asenteet muistisairaiden seksuaalisuutta kohtaan*. Aineiston ryhmittely on esitetty taulukossa 3.

Tiedoissa muistisairauksista ja muistisairaahan ihmisen erikoistarpeiden ymmärtämisessä hoitajien osaamisessa oli useita puutteita. Taiwanissa opetussairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan (Pei-Chao – Mei-Hui – Li-Chan 2012) suurimmalla osalla hoitajista oli vaikeuksia tunnistaa dementian ja deliriumin eroja. Monilla oli virheellinen käsitys siitä, että MMSE:n (Mini-mental state examination) tuloksen perusteella voidaan diagnosoida muistisairaus. Siitä huolimatta useammalla hoitajalla oli tutkimuksen mukaan täsmällinen tieto muistisairauksista ja ymmärrys muistisairaiden ihmisten tarpeista.

Australiassa tehdyssä tutkimuksessa (Jones – Moyle – Stockwell-Smith 2013) todettiin, että kolmen dementiayksikön hoitohenkilökunnan tieto muistisairauksista oli keskinkertainen. Staff Knowledge of Dementia -testin (SKDT) keskiarvo oli 20,6 (tulos vaihteli 11:n ja 27:n välillä, maksimaaliset mahdolliset pisteet 33). SKDT on testi, joka sisältää 33 oikein/väärin väittämää ja jonka avulla voidaan mitata tietoa muistisairauksista kolmella alueella: (i) muistisairauksien etiologia ja patologia, (ii) muistisairauksien oireet ja (iii) muistisairauksien hoito ja muistisairaahan ihmisen hoito.

Toisessa australialaisessa tutkimuksessa (Smyth – Fielding – Beattie – Gardner – Moyle – Franklin – MacAndrew 2013) oli tutkittu terveydenhuollon ammattilaisten tietoa Alzheimerin taudista. Tutkimuksessa käytettiin 30-kohtaista online-kyselyä Alzheimer's Disease Knowledge Scale (ADKS). Testin keskiarvo oli 23,6 (maksimi pisteet 30). Hoitajilla keskiarvo oli 23,90. Eniten puutteita oli tiedoissa Alzheimerin taudin riskitekijöistä ja taudin kulusta.

Englannissa tehdyn tutkimuksen (Hughes – Bagley – Reilly – Burns – Challis 2008) tavoitteena oli arvioida muistisairaiden parissa työskentelevien hoitajien osaamista. Osallistujista 84 % oli perushoitajia tai hoitoavustajia ja loput seniorihenkilöstöä. Tuloksesta ilmeni, että suurin osa hoitajista tunnisti dementian oireita, mutta noin joka kymmenes vastanneista piti päänsärkyä ja nivelkipua dementian oireina. Vain 54 % vastanneista tiesi, että dementia ei kuulu normaaliin vanhenemiseen.

Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan (Furåker - Nilsson 2009) hoitajilla oli puutteita teoriatiedoissa muistisairauksista ja osaaminen perustui henkilökohtaiseen kokemukseen ja ”tavallisiin rutiineihin”.

Sairaanhoitajien koulutustarpeita olivat deliriumin parempi ymmärtäminen, masennus ja dementia, suoniperäisen dementian riskitekijät ja iäkkäiden lääkehoito (Page – Hope 2013; Josefsson ym. 2008).

Viestintä- ja vuorovaikutus muistisairaankanssa on tärkeä osaamisalue muistisairaiden hoidossa. Suurin osa sairaanhoitajista piti dementian psykososiaalisen puolen ymmärtämistä tärkeänä koulutus- ja kehittämisaiheena. Tehokas vuorovaikutus muistisairaankanssa oli erittäin toivottu koulutusaihe. Sitä suositteli 97 % tutkimukseen osallistujista. (Page – Hope 2013.)

Käyttöoireiden ymmärtämisessä ja hallinnassa hoitohenkilökunnalla oli korkein varmuus jatkuvien kyselyjen ja vaeltelun hallinnassa. Heikompi varmuus oli tilanteissa, joissa asukas oli kiihtynyt tai vihainen. (Hughes ym. 2008.) Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan (Furåker – Nilsson 2009) muistisairaiden parissa työskentelevillä lähihoitajilla (certified nurse assistants) oli liian vähän tietoa käyttöoireiden syistä. Toivottuja koulutusaiheita olivat muistisairaankanssa ihmisen tarpeiden arviointi ja lääkehoito käyttöoireiden hallinnassa (Page – Hope 2013).

Yhteistyö omaisten kanssa on merkittävä osaamisalue muistisairaiden hoidossa. Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan (Josefsson ym. 2008: 431) osa vastanneista sairaanhoitajista koki, että heillä oli puutteita omaisten kohtaamisen osaamisessa. *Kuntouttavan hoidon osaamisen* toivottuja koulutusaiheita olivat muistisairaankanssa voimaannuttaminen ja hyvä elämä muistisairaankanssa (Page – Hope 2013). *Dementiaystävällisen ympäristön edistämisen* toivottu koulutusaihe oli dementiaystävällisen ympäristön rakentaminen (Page – Hope 2013).

Eettisen ja asiakaslähtöisen hoidon osaaminen korostuu haavoittuvien potilaiden – joita muistisairaat ovat – hoidossa. Englantilaisen tutkimuksen mukaan (Page – Hope 2013), johon osallistui 39 seniorihenkilöstöön kuuluvaa sairaanhoitajaa, sairaanhoitajien heikoin osaamisalue oli dementia oikeus- ja eettiset kysymykset. Toivottuja koulutusaiheita olivat dementia ja ihmisoikeudet, eettisten ongelmien havaitseminen sekä erilaiset kulttuurit ja uskonnot. (Page – Hope 2013; Josefsson ym. 2008: 432.)

Tutkimuksen mukaan (Pei-Chao ym. 2012) hoitajat käyttivät enemmän todellisuuslähtöistä (reality-oriented approach) kuin asiakaslähtöistä lähestymistapaa (person-centered approach) muistisairaiden hoidossa. Myös ruotsalaisessa tutkimuksessa (Furåker - Nilsson 2009) on kuvattu sitä, että hoitajat muistuttivat kiihtyneelle asukkaalle siitä, miten asiat todellisuudessa olivat. Tätä voi kutsua todellisuuslähtöiseksi lähestymistavaksi. Työkokemus vaikutti merkittävästi hoitajan lähestymistapaan muistisairaiden hoidossa. Vanhemmat ja pitkän työkokemuksen omaavat hoitajat käyttivät vähemmän todellisuuslähtöistä lähestymistapaa kuin nuoremmat. (Pei-Chao ym. 2012.) Toivottu koulutusaihe oli hoitosuhteen rakentaminen asiakaslähtöistä lähestymistapaa käyttäen (Page – Hope 2013).

Kivun arvioinnin osaaminen perustui enemmän hoitajien omiin subjektiivisiin kokemuksiin kivusta kuin lääketieteelliseen osaamiseen. Hoitajien haastatteluista ilmeni, että he pitivät ihmisen kasvoja selkeänä kivun mittarina, esimerkiksi otsan rypistämistä ja surullisia silmiä pidettiin mahdollisen kivun merkinä. Myös katkonainen uni voi hoitajien kokemusten mukaan viitata kipuongelmaan. Lisäksi hoitajat kuvasivat, että delirium ja masennus muistisairailta voivat johtua kivusta. (Karlsson ym. 2013.)

Hoitajien kivun arvioinnin perustana oli muistisairaahan ihmisen tunteminen ja lähellä oleminen. Hoitajat käyttivät kivun arvioinnissa asukkaan käyttäytymisen muutosten havainnointia. Jos hoitajat huomasivat asukkaan käyttäytymisessä jotain poikkeavaa, mikä voi viitata kipuun, he pohtivat tilannetta moniammatillisessa tiimissä ja omaisten kanssa. Yhdessä pohtiminen antoi tukea hoitajien omille havainnoille ja syvensi hoitajien kivun arvioinnin osaamista. (Karlsson ym. 2013.)

Itsensä kehittämisen osaaminen on tärkeä hoitajan osaamisvaatimus. Tutkimusten mukaan pääsääntöisesti hoitajat ymmärsivät koulutuksen tärkeyttä muistisairaiden hoidossa (Jones ym. 2013, Page – Hope 2013.) Kuitenkin ruotsalaisessa tutkimuksessa

(Furåker – Nilsson 2009) tuli esille, että hoitajat eivät olleet kiinnostuneita osaamisen kehittämisestä. Useammassa tutkimuksessa todettiin, että hoitohenkilökunnan tieto muistisairauksista pitää parantaa (Jones ym. 2013; Smyth ym. 2013; Di Napoli – Breland – Allen 2013; Furåker – Nilsson 2009; Hughes ym. 2008; Josefsson ym. 2008; Page – Hope 2013). Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan (Josefsson ym. 2008) suurimmalla osalla hoitajista oli mahdollisuus osaamisen kehittämiseen.

Osaaminen ja asenteet muistisairaiden seksuaalisuutta kohtaan oli amerikkalaisen tutkimuksen (Di Napoli ym. 2013) aiheena. Hoitohenkilökunnan asenne iäkkäiden ja muistisairaiden seksuaalisuutta kohtaan oli neutraali, mutta asenne keskenään samaa sukupuolta olevien iäkkäiden seksuaalisuutta kohtaan oli negatiivisempi. Henkilökunnan tieto seksuaalisuudesta oli kohtalainen. Testin keskiarvo oli 6,03 (tulos vaihteli 1:n ja 12:n välillä, maksimaaliset mahdolliset pisteet 12). Tieto seksuaalisuudesta mitattiin ASKAS mittarin avulla (Aging Sexual Knowledge And Attitudes Scales), jossa käytettiin 12 kysymystä 35:stä. (Di Napoli ym. 2013.)

Hoitohenkilökunta toivoi enemmän ohjeita ja lisää koulutusta iäkkäiden ja muistisairaiden seksuaalisuuden kohtaamisessa. Muun muusassa tasapainon löytäminen asukkaan turvallisuuden ja autonomian välillä seksuaalisuuden ilmaisussa oli tarpeellinen koulutusaihe. (Di Napoli ym. 2013.)

Taulukko 3. Hoitajien osaaminen muistisairaiden hoidossa

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Vaikeus tunnistaa dementian ja deliriumin eroja	Tieto muistisairauksista	Tieto muistisairauksista ja muistisairaahan ihmisen erikoistarpeiden ymmärtäminen	Hoitajien osaaminen muistisairaiden hoidossa
Virheellinen käsitys, että MMSE:n perusteella voidaan diagnosoida muistisairaus			
Puutteita tiedossa Alzheimerin taudin riskitekijöistä ja taudinkulusta			
Päänsärkyä ja nivelkipua pidettiin dementian oireina			

Puutteita tiedoissa siitä, että dementia ei kuulu normaaliin vanhenemiseen			
Suurin osa tunnistaa demen-tian oireita			
Toivottu koulutus: deliriumin parempi ymmärtäminen, suoniperäisen demen-tian riskitekijät			
Useammalla hoitajalla täsmäl-linen tieto muistisairauksista ja ymmärrys muistisairaiden tarpeista	Muistisaira-an ihmisen erikoistarpeiden ym-märtäminen		
Toivottu koulutus: tehokas vuorovaikutus muistisaira-an kanssa	Vuorovaikutus muisti-saira-an kanssa	Viestintä- ja vuorovaiku-tus muistisaira-an kans-sa	
Korkein varmuus jatkuvien kyselyjen ja vaeltelun hallin-nassa	Varmuus käytösoirei-den hallinnassa	Käytösoireiden ymmär-täminen ja hallinta	
Heikompi varmuus, jos asu-kas kiihtynyt tai vihainen			
Toivottu koulutus: muistisai-raan tarpeiden arviointi	Koulutuksen tarve		
Vähän tietoa käytösoireiden syistä			
Toivottu koulutus: lääkkeet käytösoireiden hallinnassa			
Puutteita osaamisessa: tiedon antaminen omaisille	Vuorovaikutus omais-ten kanssa	Yhteistyö omaisten kanssa	
Toivottu koulutus: Muistisai-raan voimaannuttaminen	Koulutuksen tarve kuntouttavassa hoi-dossa	Kuntouttavan hoidon osaaminen	
Toivottu koulutus: Hyvä elämä muistisairauden kanssa			

Toivottu koulutus: dementiaystävällisen ympäristön rakentaminen	Dementiaystävällisen ympäristön edistäminen	Dementiaystävällisen ympäristön edistäminen	
Puutteita oikeus- ja eettisessä osaamisessa	Puutteita osaamisessa	Eettinen ja asiakaslähtöinen hoito	
Todellisuuslähtöinen lähestymistapa (reality-oriented approach) enemmän käytössä kuin asiakaslähtöinen lähestymistapa (person-centered approach)	Lähestymistapa muistisairaiden hoidossa		
Kokemuksen ja iän vaikutus lähestymistapaan			
Toivottu koulutus: Dementia ja ihmisoikeudet	Koulutuksen tarve		
Toivottu koulutus: Eettisten ongelmien havaitseminen			
Toivottu koulutus: Erilaiset kulttuurit ja uskonnot			
Kivun arviointi perustuu enemmän hoitajien omiin subjektiivisiin kokemuksiin kivusta kuin lääketieteelliseen osaamiseen	Kivun arviointi	Kivun arvioinnin osaaminen	
Otsan rypistäminen ja kasvojen ilmeet kivun merkinä			
Katkonainen uni kivun merkinä			
Käyttäytymisen muutosten havainnointi			
Arviointi perustui muistisairaahan ihmisen tuntemiseen ja lähellä olemiseen			
Masennus tai delirium kivun merkinä			

Havaintojen pohtiminen yhdessä moniammatillisessa tiimissä			
Hoitajat ymmärtävät koulutuksen tärkeyden muistisairaiden hoidossa	Itsensä kehittäminen	Itsensä kehittämisen osaaminen	
Ei ole kiinnostusta osaamisen kehittämiseen			
Lisäkoulutuksen tarve			
Suurimmalla osalla oli mahdollisuus osaamisen kehittämiseen			
Neutraali asenne iäkkäiden ja muistisairaiden seksuaalisuutta kohtaan	Asenteet	Osaaminen ja asenteet muistisairaiden seksuaalisuutta kohtaan	
Negatiivisempi asenne samaa sukupuolta olevien iäkkäiden seksuaalisuutta kohtaan			
Kohtalainen tieto seksuaalisuudesta	Tieto		
Koulutustarve: seksuaalisuuden kohtaaminen	Koulutuksen tarve		

5.3 Hoitajien osaamiseen muistisairaiden hoidossa vaikuttavat tekijät

Analyysin perusteella muodostui kaksi yläluokkaa, jotka olivat *koulutuksen vaikutus osaamiseen* ja *työn vaikutus osaamiseen*. Yhdistävänä luokkana toimii tutkimuskysymys. Aineiston ryhmittely on esitetty taulukossa 4.

Tutkimusten mukaan koulutus parantaa osaamista. Osallistuminen koulutukseen, virallinen tutkinto ja seniorihenkilöstöön kuuluminen korreloivat positiivisesti osaamisen kanssa (Schepers ym. 2012; Hughes ym. 2008; Pei-Chao Lin ym. 2012; Smyth ym. 2013). Australialaisessa tutkimuksessa (Jones ym. 2013) oli todettu maahanmuuttajien huonompi osaaminen. Maahanmuuttajat, jotka olivat asuneet Australiassa alle 5 vuotta, saivat huomattavasti alhaisemmat pisteet asianmukaisen hoidon lähestymistapojen

ymmärrystä koskevista kysymyksistä verrattuna kantaväestöön ja niihin, jotka olivat asuneet maassa yli 5 vuotta.

Tutkimusten mukaan työkokemus, asiakaslähtöinen lähestymistapa ja tyytyväisyys työhön korreloivat positiivisesti osaamisen kanssa. (Scheppers ym. 2012; Hughes ym. 2008; Pei-Chao ym. 2012; Smyth ym. 2013).

Taulukko 4. Hoitajien osaamiseen muistisairaiden hoidossa vaikuttavat tekijät

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Osallistuminen koulutukseen parantaa osaamista	Koulutus parantaa osaamista	Koulutuksen vaikutus osaamiseen	Mitkä tekijät vaikuttavat osaamiseen muistisairaiden hoidossa?
Virallinen tutkinto korreloi positiivisesti osaamisen kanssa			
Seniorihenkilöstöön kuuluminen korreloi positiivisesti osaamisen kanssa			
Maahanmuuttajien huonempi osaaminen (Australia)	Maahanmuuton vaikutus osaamiseen	Työn vaikutus osaamiseen	
Tyytyväisyys työhön korreloi positiivisesti osaamisen kanssa	Työhön tyytyväisyyden vaikutus osaamiseen		
Työkokemus korreloi positiivisesti osaamisen kanssa	Työkokemuksen vaikutus osaamiseen		
Potilaslähtöinen lähestymistapa korreloi positiivisesti osaamisen kanssa	Hoidon lähestymistavan vaikutus osaamiseen		

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelua

Kansallisen muistiohjelman 2012–2020 mukaan muistisairaiden parissa työskenteleville tulisi määritellä valtakunnallisesti yhtenäiset osaamistavoitteet (Kansallinen muistiohjelma 2012: 126-127). Tässä työssä on pyritty kuvaamaan hoitajien osaamista muistisairaiden hoidossa ja luomaan kompetenssien viitekehys muistisairaiden hoitotyössä. Williamsin ym. (2005) mukaan opetussuunnitelma, joka perustuu kompetenssien viitekehukseen, todennäköisemmin parantaa hoidon tuloksia.

Vaikka muistisairaiden hoitotyötä on tutkittu viime aikana paljon, en ole löytänyt suomenkielisiä tutkimuksia, jotka käsittelisivät muistisairaiden hoitotyötä hoitajien osaamisen näkökulmasta. Mutta joitakin tutkimuksia saattoi jäädä pois kirjallisuuskatsauksesta tutkijan kokemattomuudesta johtuen. Kaikki katsaukseen valitut artikkelit (n = 13) olivat englanninkielisiä. Neljä artikkelia oli Englannista, kolme Australiasta, kolme Ruotsista, kaksi Yhdysvalloista ja yksi Taiwanista. (Liite 2)

Aihetta ilmeisesti tutkitaan tällä hetkellä hyvin paljon, koska melkein puolet katsaukseen valituista tutkimuksista (n = 6) julkaistiin viime vuonna (vuonna 2013). Syy tähän lienee muistisairaiden määrän kasvun ennuste ja Englannissa vuonna 2009 julkaistu kansallinen dementiastrategia. Dementiastrategian mukaan muistisairaiden parissa työskentelevällä henkilökunnalla pitää olla riittävä osaaminen hoidon korkean laadun takaamiseksi. (Living well with dementia: A national Dementia Strategy. Accessible Summary 2009: 21.)

Kirjallisuuskatsauksesta odotetusti ilmeni, että koulutus ja työkokemus parantavat hoitajien osaamista muistisairaiden hoidossa. Tutkimuksissa todettiin myös työhön tyytyväisyyden ja asiakaslähtöisen lähestymistavan muistisairaiden hoidossa korreloivan positiivisesti osaamisen kanssa (Schepers ym. 2012; Hughes ym. 2008; Pei-Chao ym. 2012).

Tutkimuksista ilmeni, että hoitajilla on taipumus käyttää todellisuuslähtöistä lähestymistapaa muistisairaiden hoidossa (Pei-Chao ym. 2012; Furåker - Nilsson 2009). Tutkijat ehdottavat, että koulutuksessa annettaisiin tietoa erilaisista lähestymistavoista, erityi-

sesti asiakaslähtöisen lähestymistavan käytöstä muistisairaiden hoidossa. (Pei-Chao ym. 2012.)

Pei-Chao ym. (2012) toteavat, että asiakaslähtöinen lähestymistapa on monissa tilanteissa sopivampi ja palkitsevampi kuin todellisuuslähtöinen lähestymistapa, erityisesti syvästi dementoituneiden hoidossa. Todellisuuslähtöinen lähestymistapa syvästi dementoituneen hoidossa saattaa korostaa ihmisen sairautta ja kyvyttömyyttä. (Pei-Chao ym. 2012.)

Muistisairaita hoitaessani olen itse usein miettinyt, kannattaako aina palauttaa todellisuuteen ihminen, joka viihtyy hyvin omissa maailmoissaan. Siihen ei ole mielestäni yksiselitteistä vastausta. Tässä nousee esiin hoitotyön klassinen eettinen ongelma. Toisaalta hoitajan pitää olla rehellinen potilaalle, mutta toisaalta hänen pitää edistää potilaan parasta. Lisäksi todellisuus on suhteellinen käsite. Jokaisella meillä on oma todellisuutemme. Muistisairaana ihmisen oma todellisuutensa on hänelle ainoa oikea. Mielestäni on tärkeää, että muistisairaiden parissa työskentelevillä hoitajilla olisi tietoa erilaisista lähestymistavoista muistisairaiden hoidossa.

TunteVa-toimintamalli on Tampereen Kaupunkilähetys ry:n rekisteröimä toimintamalli, joka tarjoaa uuden näkökulman muistisairaiden kohtaamiseen. TunteVa-toimintamallin periaatteiden mukaan muistisairaana ihmisen omaa todellisuutta tulee arvostaa. ”Ihmisen oma kokemus ja näkemys elämästä ovat merkityksellisiä juuri tapahtumahetkellään. Häntä ei väkisin palauteta nykyhetkeen, vaan hänet kohdataan mielikuvien tasolla hänen omassa todellisuudessaan sekä kehollisesti että sanallisesti.” (Pohjavirta 2013: 23.)

Useammassa tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitajien osaamista muistisairaiden hoidossa pitää parantaa ja kehittää (Jones ym. 2013; Smyth ym. 2013; Di Napoli ym. 2013; Furåker – Nilsson 2009; Hughes ym. 2008; Josefsson ym. 2008; Page – Hope 2013). Tutkimuksen mukaan (Jones ym. 2013) hoitajat ymmärsivät koulutuksen tärkeyttä muistisairaiden hoidossa, mutta epäilivät sitä, ovatko koulutuksen sisällöt relevantteja välitöntä hoitotyötä tekevän hoitajan kannalta. Koulutussisältöihin ja -menetelmiin pitää kiinnittää huomiota.

Työni tuloksia voidaan hyödyntää työelämässä dementia kotien henkilökunnan perehdytyksessä, kehityskeskusteluissa sekä koulutustarpeiden kartoituksessa. Tässä työ-

sä luotu kompetenssien viitekehys muistisairaiden hoidossa voi toimia pohjana koulutuksen suunnittelulle.

Tutkijat (Tsaroucha ym. 2013) kiinnittävät huomiota hoitajien itsehoidon osaamiseen, joka on heidän mielestään ollut usein unohdettu hoitotyön kompetenssi. Muistisairaiden hoitotyö voi olla hyvin kuormittavaa, joten hoitajan stressinhallintakeinot ja kyky pyytää apua tarvittaessa ovat tärkeä osa hoitajan osaamista. Koulutuksen on todettu vähentävän henkilökunnan stressiä ja ehkäisevän työuupumusta (Tsaroucha ym. 2013).

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkijan tulee noudattaa tutkimustyössä rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkija kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä ja antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tässä opinnäytetyössä olen pyrkinyt raportoimaan rehellisesti ja tarkasti kaikkia tutkimuksen vaiheita sekä kunnioittamaan muiden tutkijoiden työtä ja viittaamaan heidän julkaisuihinsa asianmukaisesti.

Tutkija joutuu pohtimaan monenlaisia eettisiä kysymyksiä tutkimuksen eri vaiheissa. Esimerkiksi jo tutkimusaiheen ja menetelmän valinta ovat eettisiä ratkaisuja. Yksi näkökulma on resurssien rajallisuus. Tutkija joutuu pohtimaan ja perustelemaan itselleen ja muille, miksi resurssit tulee kohdistua juuri tämän asian tutkimiseen. (Jyväskylän yliopisto 2014.) Mielestäni muistisairaiden ihmisten määrän kasvaessa on tärkeää varmistaa, että hoitohenkilökunnalla on korkeatasoista osaamista muistisairaiden hoidossa. Sen takia tutkimusaiheeni valinta on mielestäni eettisesti perusteltua.

Tutkimukseni on sopusoinnussa hoitotyön eettisten periaatteiden kanssa, koska tämän kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään edistämään potilaan parasta.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää se, että tein kirjallisuuskatsauksen yksin. Tuomen ja Sarajärven (2009: 136) mukaan tiedonantajan kertomus suodattuu tutkijan oman kehyksen läpi. Tutkijan ominaisuudet, esimerkiksi ikä, uskonto, poliittinen asenne tms. väistämättä vaikuttavat siihen, mitä tutkija kuulee ja havainnoi. Vaikka olen mielestäni pyrkinyt puolueettomuuteen tässä tutkimuksessa, asenteeni ja ennakkoluuloni saattoivat alitajuisesti vaikuttaa tekemääni tulkintoihin ja valintoihin. Myös tutkijan kokemattomuus vaikuttaa negatiivisesti luotettavuuteen.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tässä opinnäytetyössä pyrittiin tarkkaan raportointiin tutkimuksen kaikissa vaiheissa ja tiedonhaussa käytettiin informaation apua.

6.4 Jatkotutkimusehdotuksia

Hoitoalan koulutus ja käytännöt saattavat vaihdella eri maissa. Tämän takia tulokset eivät ole suoraan siirrettävissä Suomeen. Koska Suomessa ei ole paljon tutkittu hoitajien osaamista muistisairaiden hoidossa, ehdotan hoitajien osaamisen tutkimusta muistisairaiden hoidossa suomalaisissa hoitokodeissa ja sairaaloissa.

Yhdessä kirjallisuuskatsaukseni valitussa tutkimuksessa (Schepers ym. 2012) kehitettiin mittari dementiayksikön henkilökunnan osaamisen arviointiin (Sense of Competence in Dementia Care Staff). Mittari sisältää 17 kysymystä. Jatkotutkimukseksi ehdottaisin määrällistä tutkimusta kyseistä mittaria käyttäen.

Lähteet

Di Napoli, Elizabeth – Breland, Gloria Lauren – Allen, Rebecca 2013. Staff Knowledge and Perceptions of Sexuality and Dementia of Older Adults in Nursing Homes. *Journal of Aging and Health* 25 (7). 1087 – 1105.

Erkinjuntti, Timo – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka 2010. Muistisairaudet. Duodecim.

Furåker, C. – Nilsson, A. 2009. The competence of certified nurse assistants caring for persons with dementia diseases in residential facilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16. 146 – 152.

Hallikainen, Merja - Mönkäre, Riitta - Nukari, Toini - Forder, Marjo 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Duodecim.

Hilden, Raija 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tammi. Tampere.

Hughes, Jane – Bagley, Heather – Reilly, Siohan – Burns, Alistair – Challis, David 2008. Care staff working with people with dementia: Training, knowledge and confidence. *Dementia* 7 (2). 227 – 238.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.

Jones, Cindy – Moyle, Wendy – Stockwell-Smith, Gillian 2013. Caring for older people with dementia: An exploratory study of staff knowledge and perception of training in three Australian dementia care facilities. *Australian Journal of Ageing* 32 (1). 52 – 55.

Josefsson, Karin – Sonde, Lars – Wahlin, Tarja-Brita Robins 2008. Competence development of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 45 (3). 428 – 441.

Jyväskylän yliopisto 2014. Tutkimuksen eettiset suuntaviivat. Verkkodokumentti. <<https://www.jyu.fi/edu/tutkimus/tutkimusetiikkaa>>. Luettu 1.4.2014.

Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020, 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Gerontologia 2/2012.

Karlsson, Christina – Sidenvall, Birgitta – Bergh, Ingrid – Ernsth-Bravell, Marie 2013. Certified nursing assistants' perceptions of pain in people with dementia: a hermeneutic enquiry in dementia care practice. *Journal of Clinical Nursing* 22. 1880 – 1889.

Kääriäinen, Maria - Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 8 (1). 37 - 45.

Living well with dementia: A National Strategy. Accessible Summary. 2009. Department of Health. UK.

Living well with dementia in a care home. A guide to implementing the National Dementia Strategy. 2009. Department of Health. UK.

Lukkaroinen, Riitta 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu.

Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena – Vuorijärvi, Aino 2010. Kirjallisuuskatsaus ammatikorkeakoulun opinnäytetyönä. Helsinki: Metropolia, Ammattikorkeakoulu.

Muistiliitto. 2013. Verkkodokumentti.
<http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistisairaudet/>. Luettu 18.2.2013.

Muistiliitto. 2009. Hyvän hoidon kriteeristö – työkirja dementiayksikön hoitotyön itsearviointiin ja kehittämiseen. Muistiliitto. Alzheimer Centralförbundet : Helsinki.

Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2010. Verkkodokumentti.
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044?hakusana=muistisairaudet>>. Luettu 18.2.2013.

Page, S. – Hope, K. 2013: Towards new ways of working in dementia: perceptions of specialist dementia care nurses about their own level of knowledge, competence and unmet educational needs. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20. 549 – 556.

Palliativinen lähestymistapa pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavan ihmisen hoidossa. JBI-suositus. 2011. Verkkodokumentti.
<http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-5.pdf>. Luettu 13.3.2014.

Pei-Chao, Lin – Mei-Hui, Hsieh – Li-Chan, Lin 2012. Hospital Nurse Knowledge of and Approach to Dementia Care. *The Journal of Nursing Research* 20 (3). 197 – 207.

Pohjavirta, Hillervo 2013. Onko tänään eilen. TunteVa –opas muistisairaita hoitaville. Tampereen kaupunkilähetys ry. Tampere.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja.

Sarajärvi, Anneli – Mattila, Lea-Riitta – Rekola Leena 2011. Näyttöön perustuva hoitotyö. WSOY. Helsinki.

Schepers, Astrid Kristine – Orrell, Martin – Shanahan, Niamh – Spector, Aimee 2012: Sense of Competence in Dementia Care Staff (SCIDS) scale: development, reliability, and validity. *International Psychogeriatric* 24 (7). 1153 – 1162.

Smyth, Wendy – Fielding, Elain – Beattie, Elizabeth – Gardner, Anne – Moyle, Wendy – Franklin, Sonia Hines – MacAndrew, Margaret 2013. A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff. *BMC Geriatrics* 13 (2). 1 – 8.

Suomen muistiasiantuntijat. 2013. Verkkodokumentti.
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/page.php?page_id=32>. Luettu 18.2.2013

Tarhonen, Tuula 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Terveyskirjasto. 2013. Dementia. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358>. Luettu 18.2.2013.

Traynor, Victoria – Inoue, Kumiyo – Crookes, Patrick 2011. Literature review: understanding nursing competence in dementia care. *Journal of Clinical Nursing* 20. 1948 – 1960.

Tsaroucha, Anna – Benbow, Susan Mary – Kingston, Paul – Le Mesurier, Nick 2013. Dementia skills for all: A core competency framework for the workforce in the United Kingdom. *Dementia* 12 (1). 29 – 44.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.

Tutkimuseettisen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 1.4.2014.

Vallejo Medina, Aila – Vehviläinen, Sirpa – Haukka, Ulla-Maija – Pyykkö, Virpi – Kivelä, Sirkka-Liisa 2005. Vanhustenhoito. WSOY. Helsinki

Virta, Mirva 2012. WHO ja Alzheimer's Disease International muistuttavat: Muistisairaudet yleistyvät kaikkialla maailmassa. Memo 4/2012.

Voutilainen, Päivi - Tiikkainen, Pirjo 2009. Gerontologinen hoitotyö. WSOY. Helsinki.

Williams, Christine – Hyer, Kathryn – Kelly, Annette – Leger-Krall, Sue – Tappen, Ruth M. 2005. Development of Nurse Competencies to Improve Dementia Care. *Geriatric Nursing* 26 (2). 98 – 105.

Taulukko 5. Aineiston haku.

Tietokanta	Hakusanat	Tulos	Otsikon perusteella valittu	Tiivistelmän perusteella valittu	Koko tekstin perusteella valittu
Medic	(<i>muistisaira*</i> OR <i>dement*</i>)& <i>hoitotyö</i>	73	4	0	0
Medic	(<i>muistisaira*</i> OR <i>dement*</i>)& <i>osaami*</i>	3	0	0	0
CINAHL	(<i>dementia</i> OR <i>memory disorders</i>) & (<i>professional competence</i> OR <i>clinical competence</i>) & <i>nursing</i>	47	13	8	8
CINAHL	<i>dementia</i> AND (<i>knowledge</i> OR <i>skills</i>) AND <i>nursing</i>	375	4 ⁾	3	3
PubMed	(<i>dementia</i> OR <i>memory disorders</i>) & (<i>professional competence</i> OR <i>clinical competence</i>) & <i>nursing</i>	120	3 ⁾	2	2
Cochrane	(<i>dementia</i>	16	0 ⁾	0	0

	OR <i>memory disorders</i>) & <i>competence & nursing</i>				
Hoitotiede	Manuaalinen haku	0	0	0	0
Tutkiva hoitotyö	Manuaalinen haku	0	0	0	0
Yhteensä			24	13	13

*) Hakutuloksen artikkelit, jotka valittiin aineistoon edellisessä vaiheessa, eivät sisälly tähän lukuun.

Taulukko 6. Analysoitavien tutkimusten kuvaus

Tekijä, vuosi, artikkelin nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Keskeiset tulokset
Di Napoli, Elizabeth – Breland, Gloria Lauren – Allen, Rebecca 2013: Staff Knowledge and Perceptions of Sexuality and Dementia of Older Adults in Nursing Homes. Yhdysvallat	Tutkia hoitokotien henkilökunnan tietoa ja asenteita iäkkäiden ja muistisairaiden seksuaalisuutta kohtaan	100 hoitajaa kolmesta hoitokodista Alabamassa, iältään 20 – 67 vuotta (keski-ikä 38,53), joista naisia oli 93 %.	a) Kyselylomake, jossa 79 kysymystä (Sexuality in Older Adults Questionnaire) Aineisto analysoitiin SPSS 19.0 -ohjelman avulla. b) Kohderyhmän keskustelut	Osallistujilla oli neutraali asenne iäkkäiden ja muistisairaiden seksuaalisuutta kohtaan, mutta negatiivisempi asenne samaa sukupuolta olevien iäkkäiden seksuaalisuutta kohtaan. Henkilökunnan tieto seksuaalisuudesta oli kohtalainen. Keskusteluissa tuli esille, että hoitajat tarvitsevat lisää ohjeita ja koulutusta iäkkäiden ja muistisairaiden seksuaalisuuden kohtaamisessa.
Furåker, C. – Nilsson, A. 2009: The competence of certified nurse assistants caring for persons with dementia diseases in residential facilities. Ruotsi	Kuvata lähihoitajien osaamista muistisairaiden hoidossa hoitokodeissa	22 lähihoitajaa (certified nurse assistant) neljästä hoitokodista Ruotsissa, iältään 25 – 64 vuotta.	Laadullinen tutkimus 22 päiväkirjaa ja 12 haastattelua Aineisto analysoitiin sisälönanalyysin avulla.	Osaaminen perustui henkilökohtaiseen kokemukseen ja ”tavallisiin rutiineihin”. Pääsääntöisesti hoitajat eivät olleet kiinnostuneita osaamisen kehittämistä. Hoitajilla oli puutteita teoretiedoissa muistisairauksista ja he tiesivät liian vähän käytösoireiden syistä.

Tekijä, vuosi, artikkelin nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Keskeiset tulokset
Hughes, Jane – Bagley, Heather – Reilly, Siohan – Burns, Alistair – Challis, David 2008: Care staff working with people with dementia: Training, knowledge and confidence. UK	Tutkia hoitajien osaamista (tieto ja varmuus) muistisairaiden hoidossa	254 hoitajaa 30:sta hoitokodista Englannissa 84 % oli lähihoitajia tai hoitoavustajia ja loput seniorihenkilöstö.	Kyselylomake Aineisto analysoitiin SPSS 10.1 -ohjelman avulla tilastollisin menetelmin	Hoitajien tieto dementiaasta oli kohtalainen, mutta varmuus hoitotilanteissa oli heikompi. Koulutus vaikuttaa positiivisesti hoitajien osaamiseen.
Jones, Cindy – Moyle, Wendy – Stockwell-Smith, Gillian 2013: Caring for older people with dementia: An exploratory study of staff knowledge and perception of training in three Australian dementia care facilities. Australia	Tutkia hoitajien tietoa muistisairauksista ja selvittää hoitajien käsityksiä koulutuksen tärkeydestä ja koulutusmahdollisuuksista muistisairaiden hoidossa	35 hoitajaa kolmesta hoitokodista Australiassa, 24 naista ja 11 miestä, ikä 20 – 59 vuotta. Osallistujista 37,1 % oli syntynyt Australiassa.	a) Kyselylomake Staff Knowledge of Dementia Test (SKTD), jossa 33 oikein/väärin väittämää b) Puolistrukturoitu haastattelu	SKTD testin keski-arvo oli 21 (maksimaaliset mahdolliset pisteet 33). Tulokseen vaikuttivat osallistujan etninen syntyperä ja Australiassa oleskelun pituus. Osallistujat ymmärsivät koulutuksen tärkeyttä muistisairaiden hoidossa, erityisesti käytösoireiden hallinnassa, mutta epäilivät sitä, ovatko koulutuksen sisällöt relevantteja välitöntä hoitotyötä tekevän hoitajan kannalta.

Tekijä, vuosi, artikkelin nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Keskeiset tulokset
Josefsson, Karin – Sonde, Lars – Wahlin, Tarja-Brita Robins 2008: Competence development of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. Ruotsi	Kuvata sairaanhoitajien käsityksiä osaamisen kehittämisen kunnallisessa vanhustenhoidossa Ruotsissa.	213 sairaanhoitajaa 60:stä hoitokodista Ruotsissa. 95 sairaanhoitajaa (44,6 %) työskenteli muistisairaiden hoitokodeissa ja 118 (55,4 %) yleisgeriatrisissa hoitokodeissa	Aineisto oli kerätty yhden vuoden aikana (2003 – 2004). Osallistujat saivat kyselylomakkeen suljetussa kirjekuoressa. Aineisto analysoitiin SPSS 12.0 ohjelman avulla.	Keskimäärin sairaanhoitajilla joko ei ollut puutteita osaamisessa tai oli erittäin paljon puutteita. Toivottuja koulutusaiheita olivat ympäristöasiat, hygienia, iäkkäiden lääkehoito, erilaiset uskonnot ja kulttuurit, psykiatria, opiskelijoiden ohjaus ja paloturvallisuus.
Karlsson, Christina – Sidenvall, Birgitta – Bergh, Ingrid – Ernsth-Bravell, Marie 2013: Certified nursing assistants' perceptions of pain in people with dementia: a hermeneutic enquiry in dementia care practice. Ruotsi	Tutkia lähihoitajien käsityksiä kivusta muistisairaiden hoitotyössä.	12 lähihoitajaa kahdesta muistisairaiden hoitokodista Ruotsista Kaikki olivat naisia, iältään 26 – 62 vuotta	Laadullinen tutkimus Haastattelut vuonna 2010 (lokakuu – joulukuu) Hermeneuttinen tekstin analyysi	Kivun arviointi perustui enemmän hoitajien omiin subjektiivisiin kokemuksiin kivusta kuin lääketieteelliseen osaamiseen. Hoitajien kivun arvioinnin perustana oli muistisairaana ihmisen tunteminen ja lähellä oleminen. Jos hoitajat huomasivat asukkaan käyttäytymisessä jotain poikkeavaa, mitä voi viitata kipuun, he pohtivat tilannetta moniammatillisessa tiimissä ja omaisten kanssa. Yhdessä pohtiminen antoi tukea hoitajien omille havainnoille ja syvensi hoitajien kivun arvioinnin osaamista.

Tekijä, vuosi, artikkelin nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Keskeiset tulokset
Page, S. – Hope, K. 2013: Towards new ways of working in dementia: perceptions of specialist dementia care nurses about their own level of knowledge, competence and unmet educational needs. UK	Tutkia sairaanhoitajien osaamista muistisairaiden hoidossa ja selvittää koulutustarpeita.	39 sairaanhoitajaa (seniorihenkilöstö), jotka työskentelevät muistisairaiden hoidossa ympäri UK	Online-kysely, jossa oli kuusi näkökulmaa muistisairaiden hoitoon: biomedikaalinen; psykososiaalinen; arviointi muistisairaiden hoidossa; interventiot; oikeus- ja eettiset kysymykset sekä kansallisesta dementiastrategiasta nousevat kysymykset Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Sairanhoitajien heikoin osaamisalue oli dementian oikeus- ja eettiset kysymykset. Toivottuja koulutusaiheita olivat muun muassa dementia ja ihmisoikeudet, eettisten ongelmien havaitseminen, deliriumin parempi ymmärtäminen, lääkehoito käytösoireiden hallinnassa, masennus ja dementia, tehokas vuorovaikutus muistisairaalla kanssa, dementia-työntekijöiden ympäristön rakentaminen.
Pei-Chao, Lin – Mei-Hui, Hsieh – Li-Chan, Lin 2012: Hospital Nurse Knowledge of and Approach to Dementia Care. Taiwan	Arvioida sairaanhoitajien osaamista ja lähestymistapaa muistisairaiden hoidossa	124 sairaanhoitajaa ope- tussairaalaissa Taiwanissa	Osaamisen arvioinnissa 16-kohtainen kyselylomake, lähestymistavan arvioinnissa 13-kohtainen kyselylomake. Aineisto analysoitiin SPSS 11.5 ohjelman avulla tilastollisin menetelmin.	Suurimmalla osalla hoitajista oli vaikeuksia tunnistaa dementian ja deliriumin eroja. Siitä huolimatta useammalla hoitajalla oli täsmällinen tieto muistisairauksista ja ymmärrys muistisairaiden ihmisten tarpeista. Hoitajat käyttivät enemmän todellisuuslähtöistä (reality-oriented approach) kuin asiakaslähtöistä lähestymistapaa (person-centered approach) muistisairaiden hoidossa.

Tekijä, vuosi, artikkelin nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Keskeiset tulokset
Schepers, Astrid Kristine – Orrell, Martin – Shanahan, Niamh – Spector, Aimee 2012: Sense of Competence in Dementia Care Staff (SCIDS) scale: development, reliability, and validity. UK	Kehittää <i>Tunne osaamisesta</i> -mittari dementiayksikön henkilökunnan osaamisen arviointiin	Pilottitutkimus: 37 osallistujaa (31 välitöntä hoitotyötä tekevää hoitajaa ja 6 muuta terveydenhuollon ammattilaista). Aineisto kerättiin muistisairaiden hoitokodissa, koulutusorganisaatiossa ja dementiakokouksessa Lontoossa.	Mittarin kehittämiseen osallistuivat hoitohenkilökunta ja asiantuntijat. Kehittämisen vaiheita olivat kirjallisuuskatsaus, kohderyhmät, asiantuntijoiden palaute, pilottitutkimus, asiantuntijoiden arviointi, kysymysten analyysi ja kyselyn kielen yksinkertaistaminen.	Kehitetty <i>Tunne osaamisesta</i> -mittari dementiayksikön henkilökunnan osaamisen arviointiin. Mittari sisältää 17 kysymystä. Mittari korreloi positiivisesti työkokemuksen, työhön tyytyväisyyden ja asiakaslähtöisen lähestymistavan kanssa.
Smyth, Wendy – Fielding, Elaine – Beattie, Elizabeth – Gardner, Anne – Moyle, Wendy – Franklin, Sonia Hines – MacAndrew, Margaret 2013: A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff. Australia	Arvioida terveydenhuollon henkilöstön tietoa muistisairauksista	360 henkilöä terveydenhuollon henkilöstöstä Australiasta, joista 46,2% hoitajat, 10,3% lääkärit ja loput muiden ammattien edustajia	30-kohtainen online-kysely Alzheimer's Disease Knowledge Scale (ADKS) Aineisto analysoitiin SPSS Statistics 19-ohjelman avulla tilastollisin menetelmin.	Testin keskiarvo oli 23,6 (maksimaaliset pisteet 30). Hoitajilla keskiarvo oli 23,90 ja lääkäreillä 26,08. Eniten puutteita oli tiedoissa Alzheimerin taudin riskitekijöistä ja taudin kulusta. Dementiakoulutukseen osallistuminen parantaa henkilökunnan tietoa.

Tekijä, vuosi, artikkelin nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Keskeiset tulokset
Traynor, Victoria – Inoue, Kumiyo – Crookes, Patrick 2011: Literature review: understanding nursing competence in dementia care. Australia	Märitellä hoitotyön kompetenssit muistisairaiden hoidossa	59 julkaisua 86 % harmaasta kirjallisuudesta 14 % akateemisista tietokannoista	Kirjallisuuskatsaus	Analyysin perusteella muodostui 10 kompetenssia: i) Dementian ymmärtäminen; ii) Dementian tunnistaminen; iii) Tehokas vuorovaikutus; iv) Avustaminen jokapäiväisissä toiminnoissa; v) Positiivisen ympäristön edistäminen; vi) Eettinen ja asiakaslähtöinen hoito; vii) Terapeuttinen työ (Interventiot); viii) Omaisten tarpeisiin vastaaminen; ix) Preventiivinen työ ja terveyden edistäminen ja x) Erikoisryhmien tarpeet
Tsaroucha, Anna – Benbow, Susan Mary – Kingston, Paul – Le Mesurier, Nick 2013: Dementia skills for all: A core competency framework for the workforce in the United Kingdom. UK	Kompetenssien viitekehysten kehittäminen muistisairaiden hoidossa	18 tavoitteiden kannalta relevanttia kompetenssien viitekehystä	Kirjallisuuskatsaus ja asiantuntijoiden palautteet	Kehitetty kahdeksan ydinkompetenssia muistisairaiden hoidossa ja 87 osaamistavoitetta (tieto, taito, asenteet).

Tekijä, vuosi, artikkelin nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Keskeiset tulokset
Williams, Christine – Hyer, Kathryn – Kelly, Annette – Leger-Krall, Sue – Tappen, Ruth M. 2005: Development of Nurse Competencies to Improve Dementia Care. Yhdysvallat	Kompetenssirungon kehittäminen muistisairaiden hoidossa ja koulutuksen kehittäminen kompetenssien perusteella	Floridan osavaltion demensiahoidon asiantuntijaryhmä	Kirjallisuuskatsaus ja kehitystyö	Kehitetty kompetenssirunko muistisairaiden hoidossa. Kompetenssit ja koulutusmateriaalit ovat saatavilla geriatrisen online-yliopiston nettisivuilla (www.GeriU.org)