

# Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoittoon siirtymistä jouduttavat tekijät

## SUSANNA LEHTIRANTA

TtM  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos

## HELENA LEINO-KILPI

THT, professori, ylihoitaja (sivutoimi)  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

## JAANA KOSKENNIEMI

TtM, projektitutkija  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos

## LAURA JARTTI

LT, dosentti, geriatrian erikoislääkäri  
Turun yliopisto  
Turun kaupunginsairaala

## MAIJA HUPLI

THT, lehtori  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos

## MINNA STOLT

TtT, yliopisto-opettaja  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos

## RIITTA SUHONEN

TtT, professori  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos

## TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida muistisairaahan henkilön (muistipotilaan) kotoa laitoshoittoon siirtymistä jouduttavia tekijöitä potilaiden läheisten arvioimana. Laitoshoittoon siirtymistä jouduttavia tekijöitä on tarkasteltu kahdesta näkökulmasta eli ennakoivat riskitekijät ennen laitoshoittoon siirtymistä ja todelliset laitoshoittoon siirtymiseen vaikuttaneet syyt. Aineisto on koottu haastatteleamalla koti- (n = 182) ja ympärivuorokautisessa (n = 122) laitoshoidossa olevien ikääntyneiden muistipotilaiden läheisiä (N = 304) kolmessa suomalaisessa kaupungissa 2010–2011. Aineiston analyysissä hyödynnettiin deduktiivista ja induktiivista sisällönanalyysia.

Tulosten perusteella muistipotilaan laitoshoittoon siirtymistä jouduttavat tekijät ovat yhteydessä muistipotilaaseen itseensä, läheiseen sekä palvelujärjestelmään ja ympäristöön. Riskitekijöissä ja todellisissa laitoshoittoon siirtymisissä

## ABSTRACT

### Expediting factors of transition to institutional care of people with memory disorders

*Susanna Lehtiranta, MNSc  
Helena Leino-Kilpi, PhD, professor and Nurse Director (part time),  
Jaana Koskenniemi, MNSc, project researcher  
Laura Jartti, MD, Docent, geriatrist  
Maija Hupli, PhD, lecturer  
Minna Stolt, PhD, university teacher  
Riitta Subonen, PhD, professor*

The aim of this study was to analyze the expediting factors of transition to institutional care of PwMD from the point of view of significant others. Expediting factors of transition to institutional care of people with memory disorders (PwMD) have been analyzed from two perspectives: estimated risks of institutionalization (before institutionalisation) and actual reasons (retrospective) for transition to institutional care. The data has been collected by interviews of significant others (n = 304) of those PwMD taken care for in professional home care (n = 182) and

on yhtenevyyksiä. Yleisimpinä riskitekijöinä läheiset pitivät muistipotilaan harhailua sekä läheisen oman terveydentilan ja muistipotilaan liikuntakyvyn heikkenemistä. Yleisimmät todelliset syyt laitoshoitoon siirtymiselle olivat muistipotilaan harhailu, voinnin huononeminen ja kaatumiset. Todelliset syyt olivat tavallisimmin äkillisiä ja liittyivät ensisijaisesti muistipotilaaseen itseensä.

Tuloksia voidaan hyödyntää muistipotilaan tilanteen arvioinnissa, tarkoituksenmukaisen hoitopaikan suunnittelussa sekä muistipotilaiden ja heidän läheistensä ohjauksen ja palveluiden kehittämisessä.

Avainsanat: Muistihäiriö, muistisairas henkilö, ympärivuorokautinen laitoshoido, kotihoito, laitokseen siirtyminen, riskitekijä, läheinen

institutional long-term care (n = 122) in three cities in 2010–2011 in Finland. Data were analysed by using both deductive and inductive content analysis.

Expediting factors of transition to institutional care of PwMD were connected to PwMD themselves, their significant others or healthcare and social service system and environment. Estimated risks and actual reasons were partly similar. The most often mentioned estimated risks were wandering of PwMD, worsening health state of the significant others or worsening physical ability of the PwMD. The most common actual reasons for transition to institution were wandering; worsening general condition; and falls of PwMD. Actual reasons for transition to institution were more often sudden and were connected to PwMD than to their significant others. The results enable professionals to assess the comprehensive situation of the PwMDs, planning of appropriate care and developing counseling and service for PwMD and their significant others.

Key words: Memory disorder, patient with memory disorder, institutional care, professional home care, transition to institution, risk factor, significant other

### **Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?**

- Muistisairaus on keskeinen henkilön ympärivuorokautiseen laitoshoitoon siirtymisen syy
- Muistipotilaan siirtymistä laitoshoitoon jouduttavat tekijät ovat moninaisia ja ne johtuvat muistipotilaista itsestään, läheisestä sekä palvelujärjestelmästä ja ympäristöstä.

### **Mitä uutta käsikirjoitus tuo?**

- Muistipotilaiden läheisten kuvaamat laitoshoidoa jouduttavat tekijät ovat usein äkillisiä ja muistipotilaan ja hänen läheistensä yksilöllisestä kokonaistilanteesta johtuvia.
- Laitoshoitoon siirtymistä ennakoivia tekijöitä on mahdollista tunnistaa ja nämä riskitekijät ovat muistipotilaiden läheisten havaittavissa.

### **Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja/tai johtamiselle?**

- Tutkimustulokset lisäävät ymmärrystä muistipotilaan laitoshoitoon siirtymistä jouduttavista tekijöistä, ja tätä tietoa voidaan hyödyntää esimerkiksi kuntien kotihoitoyksiköissä
- Muistisairaiden henkilöiden ja heidän läheistensä kotona selviämisen tukeminen vaatii järjestelmällisiä toimia ennaltaehkäisyyn, varhaisen toteamisen, terveysongelmien arvioinnin osalta sekä palvelujärjestelmän, erityisesti avo- ja neuvontapalveluiden ja kotiin tarjottavien palveluiden toimintaedellytysten varmistamista ja kehittämistä.

## Johdanto

Väestön eliniän kasvu on osaltaan merkittävä onnistuneesta terveydenhoidosta, tavoitteellisesta terveyspolitiikasta sekä tiedon ja osaamisen kehittymisestä. Ikärakenteen muutoksen johdosta muistisairaudet kuitenkin lisääntyvät lähitulevaisuudessa (OECD 2011). Suomessa sairastuu vuosittain 13 000 henkilöä (Käypä hoito 2010, STM 2013), ja kasvu tuo uudenlaisia vaatimuksia sosiaali- ja terveydenhuollolle.

Muistisairausta on yksi ikääntyneiden ympärivuorokautiseen laitoshoidon (jatkossa laitoshoido) siirtymisen keskeisiä syitä (Eloniemi-Sulkava 2002, Andel ym. 2007, Luppa ym. 2008, Gaugler ym. 2010). Esimerkiksi Suomessa kaikista muistisairautta sairastavista potilaista (jatkossa muistipotilas) 40–50 % on laitoshoidossa (Eloniemi-Sulkava 2002) ja yli kolmella neljästä laitoshoidossa olevista on muistisairaus (STM 2012). Muistipotilaat itse toivovat voivansa asua kotona mahdollisimman pitkään, ja sitä tukevat myös keskeiset strategiset ja terveyspoliittiset asiakirjat (STM 2012, STM 2013). Muistipotilaiden laitoshoidopainotteisuus on taloudellinen kysymys yhteiskunnalle. On laskettu ympärivuorokautisen laitoshoidon kustannusten henkilöä kohti olleen keskimäärin 27 000 euroa vuodessa enemmän kuin kotihoidossa. (STM 2012.) Muistisairauksien varhainen tunnistaminen, hoito ja kuntoutus ovat keinoja parantaa potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua sekä hillitä kustannusten kasvua.

Muistipotilaista suurin osa joutuu jossain vaiheessa hakeutumaan laitoshoidon. Laitoshoidon siirtymistä jouduttavat tekijät voidaan jakaa ennakoitaviin riskitekijöihin (jatkossa riskitekijät) ja siirtymiseen vaikuttaneisiin todellisiin syihin (jatkossa todelliset syyt). Erottelemalla nämä kaksi tekijäryhmää voidaan erityisesti tehostaa laitoshoidon siirtymisen ennakoitavia ja jopa myöhentää laitoshoidon siirtymistä (STM 2012). Tutkimuksia ikääntyneiden henkilöiden laitoshoidon siirtymisestä on jonkin verran ja niissä myös muistipotilaat ovat mukana (Luppa ym. 2010). Tutkimusta erityisesti muistisairauksia sairastavien henki-

löiden laitoshoidon siirtymisestä on huomattavasti vähemmän (Andel ym. 2007, Gaugler ym. 2010) ja niistä vain muutama sisältää läheisten näkemyksiä (Chan ym. 2003, Argimon ym. 2005, Gwendolen ym. 2006). Muistipotilaan läheinen on kuitenkin usein se henkilö, jonka avustamana ja tukenaan kotona asuminen on mahdollista (Gwendolen ym. 2006).

## Laitoshoidon siirtymistä jouduttavat tekijät

Aikaisemmissa tutkimuksissa jako riskitekijöihin sekä todellisiin syihin ei ole selvä, mutta laitoshoidon siirtymistä jouduttavat tekijät voidaan jakaa kolmeen pääryhmään: 1) ikääntyneistä itsestään, 2) heidän läheisistään sekä 3) palvelujärjestelmästä ja ympäristöstä lähtöisin olevat tekijät.

### *Muistipotilaista itsestään lähtöisin olevat tekijät*

Muistipotilailla laitoshoidon siirtymistä jouduttavat ikä (Nikander 2003, Luppa ym. 2008, Gaugler ym. 2010) ja sukupuoli (McCallum ym. 2007, Luppa ym. 2008, Gaugler ym. 2010). Näyttäisi siltä, että naisukupuoli lisää riskiä laitoshoidon siirtymiseen (Chan ym. 2003, McCallum ym. 2007), mutta tutkimuskirjallisuus tuo esiin myös päinvastaisia tuloksia (Luppa ym. 2009). Laitoshoidon siirtymistä jouduttaviksi tekijöiksi on kuvattu myös yksin asuminen (Luppa ym. 2009, Wattmo ym. 2010) ja pitkäaikaiset sairaudet (Aditya ym. 2003, Fjellton ym. 2009, Einiö 2010, Wattmo ym. 2010).

Kansainvälisesti tarkasteltuna Alzheimerin tauti on merkittävä laitoshoidon siirtymistä jouduttava tekijä (Gaugler ym. 2010). Muistipotilas siirtyy laitoshoidon aikaisemmin kuin muut ikääntyneet (Andel ym. 2007), yleensä 5–6 vuoden kuluttua sairastumisesta (Luppa ym. 2010, Wattmo ym. 2010). Suomessa muistisairaus, Parkinsonin tauti ja mielenterveysongelmat ovat tavallisia laitoshoidon siirtymistä jouduttavia tekijöitä (Einiö 2010). Myös muistihäiriön yhteydessä ilmenevä masennus ja käytösoi-

reet jouduttavat laitoshoitoon siirtymistä (Chan ym. 2003, Gwendolen ym. 2006, McCallum ym. 2007, Miller ym. 2011).

Muistipotilailla, joilla esiintyy harhailua ja eksymistä, on lisääntynyt riski kaatumisille, laitoshoitoon siirtymiselle ja menehtymiselle (Algase 1998, McShane ym. 1998). Muistipotilailla on esimerkiksi seitsenkertainen riski kaatumisen jälkeisiin lonkkamurtumiin muihin ikääntyneisiin verrattuna (Harboun ym. 2008) ja potilaista kotiutuu sairaalajakson jälkeen vain puolet (Raivio 2007). Lisäksi heikentynyt fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky (Chan ym. 2003, Wattmo ym. 2010, Miller ym. 2011), vaikeudet päivittäisissä toiminnoissa (Andel ym. 2007) ja inkontinenssi (Andel ym. 2007, Gaugler ym. 2010, Temple ym. 2010) jouduttavat laitoshoitoon siirtymistä. Tulokset eivät esimerkiksi inkontinenssin osalta ole kuitenkaan yhdenmukaisia (Luppa ym. 2010).

#### *Läheisestä lähtöisin olevat tekijät*

Muistipotilaan laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat myös läheisistä lähtöisin olevat tekijät (Eloniemi-Sulkava 2002, Gaugler ym. 2010). Tällaisia tekijöitä ovat läheisen fyysinen ja psyykinen terveydentila (Argimon ym. 2005), jaksaminen (Laatikainen 2009, Gaugler ym. 2010, Miller ym. 2011), koettu taakka (Luppa ym. 2008, Gaugler ym. 2010, Miller ym. 2011) tai masennus (Gaugler ym. 2010). Myös läheisten omien tukipalveluiden riittämätön määrä (Gaugler ym. 2010) tai koettu heikentynyt elämänlaatu (Luppa ym. 2008) näyttävät jouduttavan laitoshoitoon siirtymistä, samoin kuin muistipotilaan hoitoon tiiviisti osallistuvan läheisen puute (Luppa ym. 2010, Temple ym. 2010) ja puolison kuolema (Einiö 2010). Läheisen iällä, koulutuksella, sukupuolella tai työssä käynnillä ei näyttäisi kuitenkaan olevan yhteyttä muistipotilaan laitoshoitoon siirtymiselle (Gaugler ym. 2010).

#### *Palvelujärjestelmään ja ympäristöön liittyvät tekijät*

Palvelujärjestelmään ja ympäristöön (Chan ym. 2003, Suhonen ym. 2008, Temp-

le ym. 2010, Wattmo ym. 2010) liittyviä laitoshoitoon siirtymistä jouduttavia tekijöitä on tunnistettu laajasti. Tällaisia tekijöitä ovat ainakin vähäisiksi (Wattmo ym. 2010, Miller ym. 2011) tai riittämättömiksi koetut palvelut (Chan ym. 2003, Suhonen ym. 2008, Temple ym. 2010, Wattmo ym. 2010), kotihoidon sisältö tai puutteet ammattilaisten osaamisessa esimerkiksi muistipotilaan tilanteen kokonaisvaltaisessa arvioinnissa (Fjellun ym. 2009). Riittämättömät sosiaali- ja terveydenhuollon avohoidon palvelut näyttävät jouduttavan muistipotilaan laitoshoitoon siirtymistä (Chan ym. 2003, Suhonen ym. 2008). Vastaavasti muistipotilaille ja läheisille tarjottu yksilöllisesti räätälöity apu ja tuki (Eloniemi-Sulkava 2002), saadun kotihoidon määrä (Wattmo ym. 2010), sisältö (McCallum ym. 2007, Temple ym. 2010) ja mahdollisuus lyhytaikaiseen laitoshoittoon (Wattmo ym. 2010) näyttäisivät myöhentävän laitoshoitoon siirtymistä. Sosioekonomisilla tekijöillä ei näyttäisi olevan vaikutusta muistipotilaan laitoshoitoon siirtymiseen (McCallum ym. 2007), mutta sen sijaan yhteiskunnallisella ja asennepäris-töllä vaikutus saattaisi olla (STM 2012). Eri-tyisesti kirjallisuudessa mainitaan kulttuuri-tekijöiden merkitys (Aditya ym. 2003, Miller ym. 2011). Ammattihenkilöiden näkemys on keskeinen arvioitaessa muistipotilaan laitoshoitoon siirtymisen tarvetta, vaikka näiden näkemykset saattavat poiketa läheisten näkemyksistä (Gwendolen ym. 2006).

Tämä tutkimus toteutettiin laajassa, monitieteisessä kansainvälisessä kahdeksan maan RightTimePlaceCare-hankkeessa (RTPC-FP7-Health-F3-2010-242153), jonka kokonaistavoitteena on löytää kansainväli-siä hyviä käytänteitä muistipotilaiden tar-koituksenmukaisen hoitopaikan valinnan edistämiseksi ja muistipotilaan elämänlaadun ja hoidon kehittämiseksi. Hankkeessa on laadittu kansainvälinen palvelujen ver-tailua helpottava kehys, koottu seuranta-aineisto kotihoidossa ja hiljattain laitoshoi-toon siirtyneiden potilaiden läheisiltä ja potilailta itseltään (Verbeek ym. 2012) sekä määritelty hoidon kustannuksia. Tässä ar-tikkelissa raportoimme hankkeen suomalai-sia tuloksia.

## Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida muistipotilaan kotoa laitoshoidon siirtymistä jouduttavia tekijöitä (ennakoivia riskitekijöitä ja laitoshoidon siirtymiseen johtaneita todellisia syitä) muistipotilaiden läheisten arvioimana. Tutkimuksessa vastaan seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Mitkä ovat ennakoivia riskitekijöitä muistipotilaan laitoshoidon siirtymiselle?
- 2) Mitkä ovat todellisia muistipotilaan laitoshoidon johtaneita syitä?

## Menetelmät

Aineisto kerättiin syyskuun 2010 ja joulukuun 2011 välillä haastattelemalla kolmessa eri kaupungissa kotihoidossa (n = 182) ja laitoshoidossa (n = 122) olevien muistipotilaiden läheisiä. Kotihoidossa kohderyhmään kuuluivat ne henkilöt, joiden 1) huolehtima muistipotilas oli yli 65-vuotias säännöllisen kotihoidon piirissä oleva, 2) muistipotilaan S-MMSE-mittarin (Standardized Mini Mental State Examination) tuottama pistemäärä oli 24 tai alle, 3) muistipotilaalla oli lääkärin arvioima todennäköinen muistisairaus, 4) muistipotilas asui kotona läheisen tukemana, läheinen kävi tapaamassa muistipotilasta vähintään kaksi kertaa kuukaudessa ja 5) muistipotilaalla oli ammattihenkilön (muistisairaanhoidtaja) arvioima riski joutua laitoshoidon seuraavan 6 kuukauden aikana (Verbeek ym. 2012).

Suurimman kaupungin muistihoitaja tarkasteli sukunimen aakkosten mukaisissa ryhmissä (alku-, keski- ja loppuosa) kunnallisen kotihoidon piirissä olleiden potilaiden asiakirjoja valiten niistä joka kymmenennen. Tarkastelluksi tuli 1710 potilaan asiakirjat, joista tutkimuskriteerit täyttäviä oli 250. Potilaiden läheisistä 142 (60 %) lupautui haastateltavaksi. Kahdessa muussa pienemmässä kaupungissa rekrytointiprosessi oli samankaltainen tuottaen 40 haastateltavaa lisää.

Laitoshoidossa kohderyhmään kuuluivat ne henkilöt, joiden 1) huolehtima muistipotilas oli yli 65-vuotias ympärivuorokautisessa hoidossa oleva, 2) muistipotilaan S-MMSE-mittarin tuottama pistemäärä oli 24 tai alle, 3) muistipotilaalla oli lääkärin arvioima todennäköinen muistisairaus (diagnosoitu) ja 4) muistipotilas oli ollut laitoksessa vähintään yhden kuukauden ja enintään kolme kuukautta. Kummassakin ryhmässä poissulkukriteerinä oli potilaan psykiatrinen sairaus. (Verbeek ym. 2012.) Laitoshoidon osalta sosiaalityöntekijät/laitoksen johtajat rekrytoivat läheisiä tutkimukseen (informaatio tutkimuksesta ja alustava lupa tutkimukseen osallistumiseksi) ja informoivat projektitutkijaa kerran kuukaudessa uusista laitoshoidon tulleista kriteerit täyttävistä ja vapaaehtoisista tutkimuspotilaista ja heidän läheisistään.

### *Aineistonkeruumenetelmä ja aineiston keruu*

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä oli avoimia ja strukturoituja kysymyksiä sisältänyt haastattelu, jossa käytettiin hankkeen standardoitua lomaketta. Taustamuuttujina kysyttiin läheisen ikää, sukupuolta, sukulaisuussuhdetta potilaaseen, siviilisäätystä, asumismuotoa ja työssä käyntiä. Kotihoitopotilaiden läheisiltä kysyttiin laitoshoidon siirtymistä ennakoivia riskitekijöitä kysymyksellä: ”Minkälaisessa tilanteessa läheisenne siirtyminen pysyvästi laitoshoidon olisi mielestänne tarpeellinen?” Laitoshoitopotilaiden läheisiltä kysyttiin niitä todellisia tekijöitä, jotka olivat aiheuttaneet laitoshoidon siirtymisen seuraavasti: ”Mitkä olivat läheisenne laitoshoidon siirtymisen pääasialliset syyt?”

Muistipotilaiden läheisten annettua alustavan suostumuksensa tutkimukseen ja yhteydenottoon haastattelijat sopivat haastatteluaajan ja -paikan sekä varmistivat tietoisien suostumuksen. Kotihoitopotilaiden läheisten haastattelupaikka oli useimmiten muistipotilaan tai hänen läheisensä koti, laitoshoidossa haastattelut suoritettiin useimmiten hoitolaitoksessa tai läheisen kotona. Haastattelut kestivät 1–3 tuntia. Haastatteli-

joina toimivat terveysalan ammatillisen koulutuksen omaavat henkilöt (yhteensä 15), jotka koulutettiin hankkeessa saman haastatteluprotokollan mukaisesti.

### *Aineiston analysointi*

Tutkimusaineiston analyysissa kuvataan laitoshoitoon siirtymistä jouduttavia tekijöitä sekä niiden ilmenemistiheyttä läheisten vastauksissa. Analyysissa hyödynnettiin deduktiivista ja induktiivista sisällönanalyysia sekä sisältöyksiköiden kvantifioimista. Avointen kysymysten tuottama sisältö jaettiin ensin ilmisällön perusteella deduktiivisesti kolmeen pääluokkaan aikaisemman tutkimustiedon perusteella: a) muistipotilaasta itsestään, b) läheisestä ja c) palvelujärjestelmästä ja ympäristöstä johtuvat tekijät. Tämän jälkeen jokaisessa pääluokassa tehtiin induktiivinen sisällönanalyysi (Vaismoradi ym. 2013) niin ikään ilmisällön perusteella. Tässä vaiheessa tunnistettiin yhteensä 53 muistipotilaan laitoshoitoon siirtymistä jouduttavaa tekijää. Tekijät koottiin laajemmiksi sisältöluokiksi yhdistämällä ja abstrahoimalla samansisältöiset tekijät. Analyysi tehtiin erikseen laitoshoitoon siirtymistä ennakoiville riskitekijöille ja todellisille syille ja lopuksi laskettiin tekijöiden esiintymisfrekvenssit ja prosentit.

### *Tutkimuksen eettisyys*

Tutkimuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2012). RTPC-projektin eettinen ennakoarviointi tehtiin sairaanhoitopiirin eettisessä toimikunnassa (ETMK:71/180/2010), ja tutkimusluvut saatiin tutkimuskaupunkien sosiaali- ja terveystalvelujohtajilta. Osallistujia informoitiin tutkimuksesta suullisesti ja kirjallisesti, tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, osallistuvilla oli oikeus keskeyttää tutkimus halutessaan ja osallistujien anonymiteetin säilyminen tutkimustuloksista raportoitaa taattiin. Tutkimukseen osallistuneet antoivat kirjallisen tietoisuuden suostumuksen. Erityistä huomiota kiinnitettiin haastattelun rasittavuuteen ja huolellisten muistiinpanojen tekemiseen haastattelun nauhoittamisen lisäksi.

## **Tulokset**

### *Tutkimuksen tiedonantajat*

Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden läheisten (N=304) keski-ikä oli 63 vuotta (vaihteluväli 29–87). Kotihoidossa olevien muistipotilaiden läheiset (n=182, 65 vuotta, 29–87) olivat keskimääräisesti hieman vanhempia kuin laitoshoidossa olevien muistipotilaiden läheiset (n=122, 60 vuotta, 34–84). Vastaajista 105 oli miehiä ja naisia oli 199. (Taulukko 1.)

Vastaajista suurin osa oli avio- tai avoliitossa ja yli puolet oli muistipotilaan lapsia. Kotihoidossa oli selkeästi enemmän avio- puolisoita kuin laitoshoidossa, ja kaikissa ryhmissä oli selvästi enemmän muistipotilaan aviovaimoja kuin miehiä. Kotihoidossa olevien muistipotilaiden kanssa samassa taloudessa asui 46 % haastatelluista läheisistä. Koko aineistosta työssä kävi 39 % haastatelluista, mutta osuus oli laitoshoitoryhmään kuuluvien osalta selvästi (48 %) kotihoitoryhmään kuuluvien läheisten ryhmää suurempi (33 %).

### *Muistipotilaan laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat tekijät*

Kotihoidossa olevan muistipotilaan laitoshoitoon siirtymisen keskeiset ennakoit riskitekijät johtuivat pääosin muistipotilaasta (Taulukko 2) ja ne jakautuivat neljään pääluokkaan: muistipotilaan liikkumisen ongelmat (32 %), muistipotilaan pärjäämättömyys kotona (28 %), muistipotilaan harhailu ja eksyminen (22 %) ja rajoitukset päivittäisissä toiminnoissa (17 %). Muistipotilaan liikkumisen kannalta riskitekijöinä ovat erityisesti yleinen liikuntakyvyyn heikkeneminen ja jalkojen kantamattomuus ja sitä kautta vuodepotilaaksi joutuminen. Pärjäämättömyys kotona liittyy luonnollisesti osaltaan liikkumiseen, mutta lisäksi riskinä mainittiin potilaan yleiskunnon lasku ja muistisairaouden eteneminen. Rajoitukset päivittäisissä toiminnoissa liittyivät puolestaan ongelmiin syömisessä, hygieniassa tai kyvyssä yleensä huolehtia itsestään.



Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden läheisten taustatekijät

Taustatekijä	Koko aineisto N = 304	Kotihoito n = 182	Laitoshiito n = 122
<b>Ikä</b> (keskiarvo, vaihteluväli, vuosina)	63 (29–87)	65 (29–87)	60 (34–84)
<b>Muuttuja</b>	%	%	%
<b>Sukupuoli</b>			
Mies	35	39	29
Nainen	65	61	71
<b>Sukulaisuussuhde</b>			
Aviomies	12	16	7
Vaimo	16	21	7
Lapsi	60	54	69
Ystävä	1	1	1
Muu	11	8	16
<b>Siviilisääty</b>			
Naimisissa/ avoliitossa	80	79	80
Ei ole koskaan ollut naimisissa	8	10	6
Eronnut/ asumuserossa	10	9	12
Leski	2	2	2
<b>Samassa taloudessa asuminen</b>			
Kyllä	28	46	0
Ei	72	54	100
<b>Työssäkäynti haastatteluhetkellä</b>			
Kyllä	39	33	48
Ei	61	67	52

Läheiseen itseensä liittyviä riskitekijöitä nimettiin huomattavasti vähemmän (Taulukko 2); näitä olivat läheisen oman terveydentilan heikkeneminen ja jaksaminen. Läheisen terveydentilan ajateltiin kuitenkin olevan toiseksi yleisin riskitekijä muistipotilaan laitoshiitoon siirtymiselle eivätkä läheiset tuoneet esille yhtään palvelujärjestelmään tai ympäristöön liittyvää ennakoivaa riskitekijää.

Laitoshiitoon siirtyneiden muistipotilaiden läheiset kuvasivat todellisia laitoshiitoon siirtymiseen vaikuttaneita syitä riskitekijöitä laajemmin, myös nämä tekijät johtuivat pääosin muistipotilaasta (Taulukko 2) ja ne jakautuivat viiteen pääluokkaan: muistipotilaan liikkumisen ongelmat (49 %), rajoitukset päivittäisissä toiminnoissa (43 %), muistipotilaan pärjäämättömyys kotona (32 %), harhailu ja eksyminen (29 %) sekä

rajoitukset psyykkisessä toimintakyvyssä (21 %). Liikkumisen ongelmissa tulee esille erityisesti kaatumiset ja jossain määrin myös murtumat. Päivittäisten toimintojen rajoitukset, yleinen pärjäämättömyys kotona, harhailu ja eksyminen ovat varsin samankaltaisia jo mainittujen riskitekijöiden kanssa. Psyykkisen toimintakyvyn rajoituksia ei lainkaan nimetty riskitekijöinä, mutta todellisissa laitokseen siirtymisissä niihin sisältyvät turvattomuuden tunne, harhat ja epäilyt sekä yleinen psyykkisen tilan heikkeneminen.

Läheiseen itseensä liittyviä todellisia syitä (Taulukko 2) oli niinkään selvästi vähemmän ja niihin sisältyi läheisen oman terveydentilan heikentyminen tai jaksaminen. Todellisissa syissä ilmenee myös palvelujärjestelmään ja ympäristöön liittyviä tekijöitä, joskin niukasti ja sisällöllisesti mainitaan ainoastaan riittämätön kotiapu.

Tarkasteltaessa laitoshoitoon siirtymistä ennakoivia riskitekijöitä ja todellisia syitä yhdessä huomataan keskeisiksi tekijöiksi muistipotilaan liikkumiseen liittyvät tekijät, harjailu ja eksyminen, rajoitukset päivittäisissä toiminnoissa sekä yleinen pärjäämättömyys. Huomioitavaa kuitenkin on, että kaatumiset ja näiden seurauksena aiheutuneet murtumat olivat yleisiä todellisia syitä laitoshoitoon siirtymiselle, mutta riskitekijäksi läheiset eivät näitä nimenneet. Läheiseen liittyviä tekijöitä kuvattiin riskitekijöiksi laitoshoitoon siirtymiselle, mutta ne eivät osoittautuneet useinkaan todellisiksi syiksi siirtymiselle. Palvelujärjestelmän osalta ko-

tihoidon riittävyttä ei kuvattu riskitekijänä, mutta se nimettiin yhdeksi todelliseksi syyksi laitoshoitoon siirtymiseen, joskin harvoin.

## Pohdinta

Tutkimuksessa tunnistettiin muistipotilaiden laitoshoitoon siirtymistä jouduttavia tekijöitä. Läheiset kuvasivat keskeiseksi riskitekijäksi muistipotilaaseen liittyviä tekijöitä, kuten harjailu ja eksyminen, jotka myös käytännössä osoittautuivat todellisiksi syiksi. Harjailua ja eksymistä laitoshoitoon siir-

Taulukko 2. Riskitekijät ja syyt muistisairaana laitoshoitoon siirtymiselle (riskitekijöiden esiintymisjärjestyksessä)

Tekijä	Riskitekijät läheisen kuvaamana (n = 180)	Todellinen syy läheisen kuvaamana (n = 122)
	f (%)	f (%)
<b>Muistisairaaseen liittyvät</b>		
<b>1) Liikkumisen ongelmat ja niiden seuraukset</b>	57 (32)	60 (49)
Muistipotilaan liikuntakyvyn heikkeneminen	29 (16)	12 (10)
Muistipotilaan vuodepotilaaksi joutuminen / jalkojen kantamattomuus	28 (16)	9 (7)
Muistipotilaan kaatumiset		31 (25)
Muistipotilaan murtumat		8 (7)
<b>2) Pärjäämättömyys, rajoitukset fyysisessä toimintakyvyssä</b>	50 (28)	39 (32)
Muistipotilaan yleistilan lasku	22 (12)	32 (26)
Muistisairaus ja sen eteneminen	17 (9)	7 (6)
Muistipotilas ei pärjää kotona	11 (6)	
<b>3) Muistipotilaan barbailu/eksyminen</b>	39 (22)	35 (29)
<b>4) Rajoitukset päivittäisissä toiminnoissa</b>	31 (17)	53 (43)
Muistipotilaan ongelmat syömisessä	11 (7)	17 (14)
Muistipotilaan ongelmat hygieniassa	10 (6)	22 (18)
Muistipotilas ei huolehdi itsestään	10 (6)	14 (11)
<b>5) Rajoitukset psyykkisessä toimintakyvyssä</b>	0	25 (21)
Muistipotilaan turvattomuus		10 (8)
Muistipotilaan harhat ja epäilyt		8 (7)
Muistipotilaan yleinen psyykinen terveydentila		7 (6)
<b>Läheiseen liittyvät</b>		
1) Läheisen terveydentilan heikentyminen	37 (21)	7 (6)
2) Läheisen jaksaminen	21 (12)	13 (11)
3) Läheinen ei osaa nimetä tai ei missään tilanteessa	10 (6)	
<b>Palvelujärjestelmään ja yhteiskuntaan liittyvät</b>		
1) Kotiapu ei ollut riittävää		13 (11)



tymistä jouduttavana tekijänä on aikaisemmin kuvattu vain muutamissa tutkimuksissa (Algase 1998, McShane ym. 1998), mutta tämän tutkimuksen tulosten mukaan tekijä näyttäisi olevan melko yleinen. Toisaalta liikkumiseen liittyvät ongelmat ja niiden seuraukset kuvattiin erittäin usein sekä ennakoitavaksi riskitekijäksi että todelliseksi syyksi laitoshoitoon siirtymiselle (Chan ym. 2003, Miller ym. 2011). Yleisimmät syyt laitoshoitoon siirtymiselle liittyivät muistisairaana itsestä huolehtimiseen (Andel ym. 2007, Gaugler ym. 2010, Temple ym. 2010), mikä luonnollisesti hankaloittaa myös päivittäisistä toiminnoista selviytymistä kotona eli monet esille tulleista tekijöistä kietoutuivat toisiinsa edellyttäen muistipotilaan tilanteen kokonaisvaltaista arviointia, erityisesti hänen omasta näkökulmastaan.

Muistipotilaiden läheiset kuvasivat myös itseensä liittyviä riskitekijöitä, jotka liittyivät jaksamiseen tai pelkoon siitä, että he eivät kykenisi hoitamaan muistipotilasta. Nämä arvioidut riskitekijät eivät kuitenkaan osoittautuneet merkittäviksi syiksi, toisin kuin aikaisemmat tulokset antavat olettaa (Luppa ym. 2008, Laatikainen 2009, Gaugler ym. 2010, Miller ym. 2011). Tässä tutkimuksessa laitoshoidtoa jouduttavia palvelujärjestelmään tai ympäristöön liittyviä tekijöitä kuvattiin vain harvoin, mikä myös poikkeaa aikaisemmista tuloksista (Eloniemi-Sulkava 2002, Chan ym. 2003, Suhonen ym. 2008, Temple ym. 2010, Wattmo ym. 2010). Tulosten perusteella voidaan olettaa muistipotilaan laitoshoitoon siirtymisen todellisten syiden olevan usein äkillisiä ja osin ennalta arvaamattomia. Palvelujärjestelmässä olisi-kin tärkeää tarkastella esimerkiksi kotiin tarjottavia palveluja ja niiden joustavuutta toimia luonteeltaan äkillisissä tilanteissa oikea-aikaisesti.

Tulosten perusteella voidaan tarkastella muistipotilaan kotona selviämisen tukemiseen liittyviä kohteita, toimintoja ja palveluja. Liikkumisen ongelmia ja niiden seurauksia voidaan ehkäistä hyvän fyysisen kunnon ja toimintakyvyn ylläpitämisellä ja harjoittamisella, mitä tulisikin toteuttaa monipuolisen ohjauksen ja kuntoutuksen, myös omaehtoisen, avulla (Käypä hoito

2010, STM 2012). Esimerkiksi kotisairaanhoidon henkilöstön tulisi osata arvioida ja seurata fyysistä toimintakykyä ja sen muutoksia (STM 2012, Page & Hope 2013) sekä ohjata muistipotilaita ylläpitämään omaa toimintakykyään. Kansallinen ohjeistus Ikääntyneiden kaatumisen ehkäisystä (Pajala 2012) voitaisiin toimeenpanna kunnissa ja näin ennaltaehkäistä paitsi ikääntyneiden elämänlaadun ja toimintakyvyn heikentymistä, turvata kotona selviytymistä ja vähentää kuolleisuutta. Harhailua ja eksymistä voitaisiin mahdollisesti vähentää kotiin asennettavilla teknologisilla tietoa välittävillä apuvälineillä (Wagner ym. 2012), ympäristön turvallisuutta lisäämällä (Demiris ym. 2004) tai muistipotilaan tunnistamia kulkua helpottavia havainnollistavia tunnisteita käyttämällä (Chiu ym. 2004). On olemassa kotiin sijoitettavia turvallisuutta, liikkeen ja painon siirtymisen havaitsevia seurantajärjestelmiä, joita kotona käytetään kuitenkin vielä erittäin vähän, niiden käyttöön suhtaudutaan varauksellisesti (Marquardt ym. 2011), käytössä arvelaan olevan eettisiä ongelmia (Olsson ym. 2012) tai niitä ei osata käyttää (Zwijnsen ym. 2012). Laitoshoidosta ja kodista muistipotilaan hoidon ympäristönä olevaa tutkimustietoa (Fleming & Purandare 2010) tulisi hyödyntää nykyistä enemmän. Muistipotilaan laitoshoitoon siirtymistä voidaan myöhentää tukemalla ja ohjaamalla läheisiä (Mittelman ym. 2006).

Tulosten perusteella muistipotilaiden laitokseen siirtymistä jouduttavat tekijät ovat moniulotteisia ja osin myös varsin yksinkertaisia. Esimerkiksi suuri osa suomalaisista muistipotilaista asuu yksin, mikä jo pelkästään on laitoshoidtoa jouduttava tekijä (ks. Luppa ym. 2009, Wattmo ym. 2010). Kotona asumisen tukemiseen tarvitaankin yksilöllisten tilanteiden ja kokemusten arviointia ja mahdollisten kotona asumista estävien tekijöiden tunnistamista. Laaja-alainen ennakoiva riskinarviointi ja tunnistaminen mahdollistavat pitkäjänteisen hoitopaikan ja hoidon suunnittelun. Toisaalta ennakoivien riskitekijöiden lisäksi tiedossa on laitokseen siirtymistä jouduttavia todellisia syitä. On muun muassa todettu puutteita hoitavan henkilöstön arviointi- ja päätöksentekotai-

dossa sekä tiimityöskentelykyvyssä (Page & Hope 2013). Tarvitaan myös välineitä tarkoituksenmukaisen hoitopaikan arvioimiseksi. Koti- ja laitoshoidossa tarvitaankin hoidon ja kuntoutuksen yhteydessä tapahtuvaa kokonaisvaltaista arviointia (Käypä hoito 2010). Tämä puolestaan edellyttää monipuolisia, luotettavia instrumentteja ja arviointimenetelmiä muistipotilaan terveysongelmien ja kotona selviämisen esteiden arviointiin. Muistipotilaiden hoito saattaa kuitenkin olla pirstaleista (Suomen Muisti-asiantuntijat 2011) eikä muistipotilaan tilannetta välttämättä arvioida kokonaisuutena. Oleellista on myös havaita laitoshoitoon siirtymistä ennakoivien riskien ja todellisten syiden liittyvän pääosin muistipotilaaseen ja muistisairauden mukanaan tuomiin muutoksiin ja seurauksiin. Tämä merkitsee, että osaa riskeistä tai syistä ei voida poistaa, vaan kyse on hyvän elämänlaadun takaisesta sairauden eri etenemisvaiheista.

Tutkimuksessa on rajoituksia, jotka liittyvät aineistoon, sen keräämiseen ja analyysiin. Tutkimukseen osallistui yhteensä 304 muistipotilaan nimeämää läheistä kolmessa eteläsuomalaisessa kaupungissa. Jokainen läheinen tunsi muistipotilaan tilanteen hyvin ja valtaosa heistä esimerkiksi kotihoiton osalta (noin 60 %) osallistui tutkimukseen. Tulosta voidaan pitää hyvänä, koska kaikkiaan muistipotilaiden kotihoito on läheisille varsin vaativaa ja kyseisen ryhmän tarkoituksenmukaiseen tutkimuskäyttöön on kiinnitettävä erityistä huomiota: muistipotilaiden läheisillä on oikeus tulla tutkituksi, mutta tutkimuksen ei tule rasittaa heitä entisestään.

Tutkimuksessa pyrittiin määrittämään laitoshoidon jouduttavia tekijöitä ja kvantifioimalla vastaukset frekvensseinä ja prosentteina. On huomattava, että haastateltavat tuottivat eri määrän tekijöitä vastauksissaan. Monet tekijät liittyivät toisiinsa ja muodostivat todennäköisesti yksilöllisiä tekijöiden klustereita. Jatkossa tulisikin laitoshoidon jouduttavia tekijöitä analysoida suhteessa toisiinsa ja potilaan yksilölliseen tilanteeseen.

Aineisto kerättiin haastattelemalla, mitä voidaan pitää tarkoituksenmukaisena tällä

vastaajaryhmällä. Haastattelut nauhoitettiin ja haastatellijat kirjassivat vastaukset lomakkeisiin. Kirjalliset merkinnät ovat osittain riippuvaisia haastattelijoiden kirjauksista ja vaikuttivat esimerkiksi siihen, miten lyhyesti ilmaus kirjattiin. Laitoshoitoon siirtymisen todellisia syitä tarkasteltaessa on myös huomioitava se, että läheisellä saattoi olla vaikeuksia eritellä siirtymiseen johtaneita syitä 1–3 kuukautta tapahtuman jälkeen.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää ennakoitaessa muistipotilaiden laitoshoitoon siirtymistä ja tuettaessa muistipotilaan kotona selviämistä, mikä on myös terveyspoliittisesti tarkasteltuna tavoiteltavaa (STM 2012, 2013). Tässä tutkimuksessa tunnistettiin laitoshoitoon siirtymistä jouduttavia tekijöitä, joista osa oli tiedossa aikaisemman tutkimuksen perusteella, osa uusia. Keskeinen johtopäätös on, että laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat tekijät havaitaan usein jo hyvissä ajoin esimerkiksi läheisten toimesta. Kiinnittämällä huomio näihin tekijöihin voidaan pyrkiä myöhentämään laitoshoitoon siirtymistä esimerkiksi yksilöllisillä palveluilla. Tämä edellyttää läheisten näkemysten huomiointia, kiinteää yhteistyötä ammattilaisten ja läheisten välillä sekä läheisten ohjausta asioiden tarkkailuun. Laitoshoitoon siirtymisen viivästyttäminen säästää kustannuksia, mutta se vaatii järjestelmällisiä toimia niin ennaltaehkäisyyn, varhaisen toteamisen kuin kotona asumisenkin tukemiseksi (STM 2012). Tässä roolissa ovat läheisten ja omahoitajien tukeminen, muistikoordinaattoritoiminta, päiväkeskukset, säännöllisesti toistuvat lyhytaikaiset kuntoutusjaksot sekä kotihoiton osaamisen vahvistaminen.

## VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: HLK, SL, RS, aineistonkeruu: JK, SL, MH, HLK, aineiston analysointi: SL, RS, JK, käsikirjoituksen kirjoittaminen: RS, SL, HLK, MS, MH, JK, käsikirjoituksen kommentointi: HLK, MS, LJ

## LÄHTEET

- Aditya BS, Sharma JC, Allen SC & Vassallo M. 2003. Predictors of a nursing home placement from a non-acute geriatric hospital. *Clinical Rehabilitation* 17 (1), 108–113.
- Algate DL. 1998. Wandering in dementia. *Annual Review of Nursing Research* 17, 185–217.
- Andel R, Hyer K & Slack A. 2007. Risk factors for nursing home placement in older adults with and without dementia. *Journal of Aging and Health* 19 (2), 213–228.
- Argimon J, Limon E, Vila J & Cabezas C. 2005. Health-related quality-of-life of care-givers as a predictor of nursing-home placement of patients with dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 19 (1), 41–44.
- Chan DC, Kasper J, Black B & Rabins P. 2003. Presence of behavioral and psychological symptoms predicts nursing home placement in community-dwelling elders with cognitive impairment in univariate but not multivariate analysis. *The Journals of Gerontology, Series A* 58 (6), 548–554.
- Chiu YC, Algate D, Whall A, Liang J, Liu HC, Lin KN & Wang PN. 2004. Getting lost: Directed attention and executive functions in early Alzheimer's disease patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 17 (3), 174–180.
- Demiris G, Rantz M, Aud M, Marek K, Tyrer H, Skubic M & Hussam A. 2004. Older adults' attitudes towards and perceptions of "smart home" technologies: A pilot study. *Medical Informatics and the Internet Medicine* 29 (2), 87–94.
- Einiö EK. 2010. *Determinants of institutional care at older ages in Finland*. Finnish yearbook of population research XLV 2010. The Population Research Institute, Helsinki.
- Eloniemi-Sulkava U. 2002. *Supporting community care of demented patients*. Department of Public Health and General Practice. University of Kuopio, Kuopio.
- Fjelltnun A-M, Henriksen N, Nordberg A, Gilje F & Normann H. 2009. Carer's and nurse's appraisals of needs of nursing home placement for frail older in Norway. *Journal of Clinical Nursing* 18 (22), 3079–3088.
- Fleming R & Purandare N. 2010. Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics* 22 (7), 1084–1096.
- Gaugler JE, Yu F, Krichbaum K & Wyman JF. 2010. Predictors on nursing home admission for persons with dementia. *Medical Care* 47 (2), 191–198.
- Gwendolen T, Buhr MD, Kuchibhatla M & Clipp E. 2006. Caregivers' reasons for nursing home placement: Clues for improving discussions with families prior to the transition. *Gerontologist* 46 (1), 52–61.
- Harboun M, Dorenlot P, Cohen N, Steinhagen-Thiessen E & Ankri J. 2008. Impact of hip fracture, heart failure and weight loss on the risk of institutionalization of community-dwelling patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23 (12), 1245–52.
- Käypä hoito. 2010. *Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito*. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044#s1/13.8.2013>.
- Laatikainen T. 2009. *Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa*. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 66/2009. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.
- Luppa M, Luck T, Brähler E, König H-H & Riedell-Heller S. 2008. Prediction of institutionalisation in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 26 (1), 65–78.
- Luppa M, Luck T, Weyerer S, König H-H & Riedell-Heller S. 2009. Gender differences in predictors of nursing home placement in the elderly: A systematic review. *International Psychogeriatrics* 21 (6), 1015–1025.
- Luppa M, Luck T, Weyerer S, König H-H, Brähler E & Rieder-Heller SG. 2010. Prediction of institutionalization in the elderly: A systematic review. *Age and Ageing* 39 (1), 31–38.
- Marquardt G, Johnston D, Black BS, Morrison A, Rosenblatt A, Lyketsos CG & Samus QM. 2011. A descriptive study of home modifications for people with dementia and barriers to implementation. *Journal of Housing for the Elderly* 25 (3), 258–273.
- McCallum J, Simons L, Simons J & Friendlander Y. 2007. Delaying dementia and nursing home placement. The Dubbo study of elderly Australians over a 14-year follow-up. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1114, 121–129.
- McShane R, Gedline K, Keene J, Fairburn C, Jackoby R & Hope T. 1998. Getting lost in the dementia: A longitudinal study of behavioural symptom. *International Psychogeriatrics* 10 (3), 253–260.
- Miller E, Schneider L & Rosenheck R. 2011. Predictors of nursing home admission among Alzheimer's disease patients with psychosis and/or agitation. *International Psychogeriatrics* 23 (1), 44–53.
- Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ & Roth DL. 2006. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology* 67 (9), 1592–1599.
- Nikander P. 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 40 (4), 279–290.
- OECD. 2011. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en/13.8.2013](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en/13.8.2013).
- Olsson A, Engström M, Skovdahl K & Lampic C. 2012. My, your and our needs for safety and security: relatives' reflections on using information and communication technology in dementia care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26 (1), 104–112.
- 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 (6), 549–556.
- Pajala S. 2012. *Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy*. Opas 16, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/923b49af-ca1a-4c44-a14c-505319cac74e.pdf?sequence=1/> 13.8.2013.
- Raivio M. 2007. *Pitfalls in the Treatment of Persons with Dementia*. Department of Medicine. Clinics of General Internal Medicine and Geriatrics. Helsinki University Central Hospital, Helsinki.
- STM. 2012. *Kansallinen muistiohjelma 2012–2020*. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. STM raportteja ja muistioita 10/2012. STM, Helsinki. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf) / 13.8.2013.
- STM. 2013. *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. STM, Helsinki. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf) / 13.8.2013.
- Suhonen J, Alhainen K, Eloniemi-Sulkava U, Juhela P, Juva K, Löppönen M, Makkonen M, Mäkelä M, Pirttilä T, Pitkälä K, Remes A, Sulkava R, Viramo P & Erkinjuntti T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suomen Lääkärilehti* 63 (10), 9–22.
- Suomen Muistiasiantuntijat. 2011. *Muistisairaana ihmisen kotona asumisen tukeminen*. Opas toimeenpanijoille. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/tiedostot/nddttudK.pdf> 13.8.2013.
- Temple A, Andel R & Dobbs D. 2010. Setting of care modifies risk on nursing home placement for older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25 (3), 275–281.
- TENK 2012. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauksen käsitteleminen*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Vaismoradi M, Turunen H & Bondas T. 2013. Content analysis and thematic analysis. Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences* 15 (3), 398–405.
- Verbeek H, Meyer G, Leino-Kilpi H, Zabalequi A, Hallberg IR, Saks K, Soto M, Challis D, Sauerland D, Hamers JP & RightTimePlace Consortium. 2012. A European study investigating patterns of transition from home care towards institutional dementia care: the protocol of a RightTimePlaceCare study. *BMC Public Health* 23 (12), 68, doi:10.1186/1471-2458-12-68.
- Wagner F, Basran J & Dal Bello-Haas V. 2012. A review of monitoring technology for use with older adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 35 (1), 28–234.
- Wattmo C, Wallin Å, Londos E & Minthon L. 2010. Risk factors for nursing home placement in Alzheimer's disease: A longitudinal study of cognition, ADL, service utilization, and cholinesterase inhibitor treatment. *Gerontologist* 51 (1), 17–27.
- Zwijnen SA, Depla MF, Niemeijer AR, Francke AL & Hertogh CM. 2012. Surveillance technology: an alternative to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia. *International Journal of Nursing Studies* 49 (2), 212–219.

*Susanna Lehtiranta, TtM, Hoitotieteen laitos, 20014 Turun yliopisto, susanna.lehtiranta@soteakseli.fi*

*Helena Leino-Kilpi, THT, professori, yliopettaja (sivutoimi Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri), Hoitotieteen laitos, 20014 Turun yliopisto helena.leino-kilpi@utu.fi*

*Jaana Koskeniemi, TtM, projektitutkija, Hoitotieteen laitos, 20014 Turun yliopisto, jakako@utu.fi*

*Laura Jartti, LT, dosentti, geriatrisen erikoislääkäri, Turun kaupunginsairaala, Kunnallissairaalan tie 20, 20700 Turku, laura.jartti@turku.fi*

*Maija Hupli, THT, lehtori, Hoitotieteen laitos, 20014 Turun yliopisto, mahu@utu.fi*

*Minna Stolt, TtT, yliopisto-opettaja, Hoitotieteen laitos, 20014 Turun yliopisto, minna.stolt@utu.fi*

*Riitta Subonen, TtT, professori, Hoitotieteen laitos, 20014 Turun yliopisto, riisub@utu.fi*