

'Ei me olla ihmeiden tekijöitä'
Henkilökunnan käsitykset muistisaira-
kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä
ja kotiuttamisprosessista



Lento-Hukkinen, Tuula

'Ei me olla ihmeiden tekijöitä'

Henkilökunnan käsitykset muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä ja kotiuttamisprosessista

Tuula Lento-Hukkinen

'Ei me olla ihmeiden tekijöitä'. Henkilökunnan käsitykset muistisairaana kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä ja kotiuttamisprosessista

Vuosi 2009

Sivumäärä 109

Opinnäytetyö oli kuvaus kotiuttamisprosessin kehittämistyöstä muistisairaiden kuntoutus, arviointi ja sijoitustoimintaan erikoistuneella osastolla. Tarkoitukseni oli kuvata ja analysoida työntekijöiden ongelmallisiksi kokeamia tekijöitä muistisairaiden kotiuttamisprosessista sekä tekijöistä, jotka mahdollistavat muistisairaana kotiuttamisen. Opinnäyte toteutettiin toimintatutkimuksen periaatteiden mukaan.

Tutkimuksen aineistona oli henkilökunnalle tehty kirjallinen kysely ja kotiuttamistyöryhmän nauhoitettu keskustelu. Aineisto analysoitiin ensin laadullisella sisällönanalyysillä. Sen jälkeen kirjoitettiin koko aineistosta yhteinen tarina muistisairaiden kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä. Samaa luokiteltua aineistoa hyväksi käyttäen muodostettiin Goffmanin kehysteoriaan perustuen kolme kehystä selkiyttämään ja kuvaamaan henkilökunnan erilaisia vuorovaikutustilanteita osastolla. Kotiuttamisprosessia kuvasin ja analysoin Checklandin ja Sengen ajatusten pohjalta.

Kotiuttamisen mahdollistavia tekijöitä olivat terveydenhuoltohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät ja erityisesti osaston sekä kotihoidon henkilökunnan ammattitaito, kotiuttamiseen positiivisesti suhtautuva ajattelumalli sekä hyvä yhteistyö eri toimijoiden välillä. Organisatorisista tekijöistä pidettiin tärkeänä osaston sisäistä ja ulkoista viestintää, organisaatiokäytäntöä, jossa kuunnellaan kaikkien tiimin jäsenten mielipidettä ja panostetaan fyysiseen kuntoutukseen ja muistisairaiden aktiiviseen arkeen. Muistisairaana toimintakykyä lähestyttiin elämänlaadun näkökulmasta. Muistisairauden asteella oli merkitystä, mutta tärkeämpänä tekijänä henkilökunta piti muistisairaana psyykkistä toimintakykyä ja voimavaroja. Henkilökunnan mielestä yhteiskunnalliset tekijät mahdollistavat muistisairaana kotiuttamisen. Vastauksissa pohdittiin myös kotiutusten epävirallista vastuuta ja eettisiä kysymyksiä. Henkilökunnan toiminnan kehyksiä muodostui kolme: henkilökunnan ammatillinen kehys, positiivinen asennoituminen kehys ja maallikkokehys.

Kotiuttamisprosessin ongelmia ovat yhteistyön vaikeus ja erimielisyys kotiuttamisesta niin hoitotiimin sisällä kuin omaisten ja kotihoidon kanssa, henkilökunnan ammattitaidon puute, kotiuttamiseen liittyvän tiedonkulun katkeaminen, osaston toimimattomat käytännöt, palvelujärjestelmän huonot resurssit. Kotiuttamisprosessia pidettiin dynaamisena, sen on jatkuttava kotona, sen tuloksellisuutta tulisi jatkuvasti arvioida ja sitä tulee kehittää.

Tutkimuksen tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä muistisairaiden kotiuttamista osastolla. Tutkimuksen tuloksista voidaan käydä keskustelua myös muilla muistisairaiden kuntoutukseen ja kotiuttamiseen erikoistuneilla osastoilla. Muistisairaana perheen kokonaisuutena huomioivia toimintatapoja tulisi kehittää ja niiden vaikutusta tutkia. Myös muistisairaana kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä tarvitaan lisätutkimusta. Kotiuttamisprosessin ongelmia tulisi tutkia myös käytännössä.

Asiasanat: kotiutuminen, kotiutusprosessi, muistisairaudet, toimintakyky, kotiuttamisen mahdollistavat tekijät, kehysanalyysi

Tuula Lento-Hukkinen

'We are not miracle-workers'. Health care workers' perceptions of the discharge planning process and the factors which enable cognitively impaired older adults discharge from hospital to home.

Year 2009 Pages 109

The topic of my final Master's thesis is to describe the developmental process of the discharge planning in the Convalescent ward. The ward is specialized in rehabilitation, assessment of the functional capacity of the cognitively impaired older adults, and to define their future type of living. The aim of the Master's thesis is to describe and analyze the workers perceptions of the factors that enable cognitively impaired older adults discharge from hospital to home and the problems of the discharge process. The principles of the action research were used.

The analyzed data was collected using a questionnaire of seven open ended questions. Also a recorded conversation in the working group meeting was used. After a qualitative content analyze a common narrative of the enabling discharge factors was written. Erving Goffman's Frame Analysis was used to describe and analyze the interplay between the health care workers, relatives and home care providers. The analysis of the discharge process was based on Peter Checkland's and Peter Senge's concepts of systems thinking.

The factors that enable cognitively impaired older adults discharge from hospital can be divided in six categories which are health care workers' and relatives' cognitive factors, organizational factors, functional capacity of the elderly, social factors, ethical considerations, and informal responsibility. The expertise and mental models of the personnel of the ward and home care providers affected the discharge process. Also the relatives should be concurrent with the health care providers about the discharge. A good collaboration between all service providers and relatives is needed. Without proper external and internal communication, it is impossible to develop good discharge practices in the ward. Also physical rehabilitation and the active participation of the elderly in the activities of daily living is vital part of successful discharge. The degree of the cognitive impairment of the elderly can affect his/her ability to live at home. At the same time a good psychological functioning and resources can have a positive effect. The three frames were personnel's professional frame, the positive mental models frame, and the layman frame.

The problems of the discharge process were interlinked to the collaboration problems and disagreement between the personnel of the ward and the family members or the home health care services. The lack of the personnel's competence and the ability to communicate affectively complicated the discharge process. Also the poor operations of the ward and bad resources of the service system affected the discharge process. The discharge process was considered to be dynamic, it should continue at home, and it should be developed continuously.

The findings can be used in the future development of the discharge process in the ward. Also a discussion about the findings could be implemented in other similar convalescent wards. More research is needed about the factors which enable cognitively impaired older adults discharge from hospital to home and the discharge process at the ward. A new ways of action should be developed to encounter cognitively impaired older adults and the care givers' problems.

Key words: discharge from hospital, transitional care, discharge planning process, dementia, cognitive impairment, functional capacity, frame analysis

Sisälllys

1	JOHDANTO	6
1.1	Opinnäytetyön taustaa.....	7
1.2	Muistisairaudet	8
1.3	Kotiuttamisprosessi.....	9
2	AIHEESEEN LIITTYVÄÄ TUTKIMUSTA.....	11
2.1	Tutkimusta Suomesta	11
2.2	Kotiuttamiseen liittyviä tutkimuksia ulkomailla	14
2.3	Ulkomaalaisia tutkimuksia hoitohenkilökunnan käsityksistä kotiuttamisesta	18
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT, AINEISTO JA TUTKIMUKSEN ETENEMINEN	20
3.1	Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa	20
3.2	Laadullinen sisällön analyysi, tyypillinen tarina ja toiminnan kehykset	22
3.3	Systeeminäkökulma toiminnasta	23
3.4	Käytetty aineisto ja sen analyysin eteneminen	24
4	OSASTON JA KOTIUTTAMISPROSESSIN ESITTELY	25
5	TUTKIMUSTEHTÄVÄ	29
6	MUISTISAIRAAAN KOTIUTTAMISEN MAHDOLLISTAVAT TEKIJÄT	29
6.1	Analyysiyksikön valinta ja analyysin alku.....	29
6.2	Henkilökunnalle tehdyn kyselyn analyysi.....	31
6.2.1	Terveydenhuoltohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät.....	33
6.2.2	Organisatoriset tekijät.....	35
6.2.3	Yhteiskunnalliset tekijät	38
6.2.4	Muistisairaahan toimintakyky.....	40
6.2.5	Henkilökunnan eettiset näkemykset	42
6.2.6	Epävirallinen vastuu.....	43
6.3	Kotiuttamista miettineen työryhmän keskustelun analyysi	43
6.3.1	Terveydenhuoltohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät	44
6.3.2	Organisatoriset tekijät.....	46
6.3.3	Muistisairaahan toimintakyky, epävirallinen vastuu ja yhteiskunnalliset tekijät ..	48
6.4	Yhteenveto muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä	50
6.5	Tarina muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä.....	56
6.5.1	Ajattelumallit, yhteistyön merkitys ja henkilökunnan ammattitaito	57
6.5.2	Viestintä ja toiminnan periaatteet	58
6.5.3	Hyvä toimintakyky mahdollistaa kotona asumisen.....	59

6.5.4	Kysymys vastuusta ja etiikasta sekä yhteiskunnasta	60
6.6	Henkilökunnan toiminnan kehukset	61
6.6.1	Henkilökunnan ammatillinen kehys	61
6.6.2	Positiivinen asennoituminen kehys	62
6.6.3	Maallikkokehys	63
7	ONGELMAT KOTIUTTAMISPROSESSISSA	64
7.1	Kotiuttamisprosessin ongelmat kyselyn mukaan	64
7.1.1	Osaston toimintakulttuuri	66
7.1.2	Palvelujärjestelmän toiminta	67
7.1.3	Henkilökunnan ammattitaito	68
7.1.4	Yhteistyön vaikeus	68
7.1.5	Toimijoiden eriävät mielipiteet muistisairaana kotiutumisesta	69
7.2	Kotiuttamisprosessin ongelmat työryhmän keskustelun pohjalta	70
7.2.1	Kotiuttamisprosessiin vaikuttavat kognitiiviset tekijät	71
7.2.2	Osaston organisatoriset tekijät vaikeuttavat kotiuttamisprosessia	73
7.2.3	Kotiuttamisprosessin luonne ja toteutus	74
7.2.4	Osaston ulkopuolelta tulevat haasteet kotiuttamisprosessille	76
7.3	Yhteenveto kotiuttamisprosessin ongelmista	77
7.4	Kuvallinen ilmaus kotiuttamisprosessin ongelmista	81
7.5	Kotiuttamisprosessin ongelmien vyyhti	83
8	POHDINTA	85
8.1	Tutkimuksen eettiset kysymykset	85
8.2	Tutkimuksen luotettavuus ja yleistettävyys	88
8.2.1	Aineistotriangulaatio	89
8.2.2	Saturaatio ja tulosten yleistettävyys	91
8.3	Teoreettisen lähestymistavan ja tutkimusprosessin tarkastelu	93
8.4	Tutkimuksen tulosten tarkastelu	94
8.5	Kehitystyön jatkuminen osastolla ja jatkotutkimusaiheita	99
	Kuva ja taulukko luettelo	106
	Liite 1 Kyselyn esittely	107
	Liite 2 Kysely henkilökunnalle	108
	Liite 3 Eettisen toimikunnan lausunto	109

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni on kuvaus muistisairaiden arviointi- ja kuntoutusosaston kotiuttamisprosessin kehitystyöstä. Tarkoitukseni on kuvata ja analysoida työntekijöiden käsityksiä muistisairaiden kotiuttamisprosessista sekä tekijöistä, jotka mahdollistavat muistisairaahan kotiutumisen. Toteutin tutkimuksen nyt noin kaksi vuotta toimineella muistisairaiden toimintakyvyn arvioimiseen, sijoitustoimintaan ja kuntouttamiseen erikoistuneella osastolla. Muistisairaille ikään-tyville joutuminen sairaalaan voi ratkaisevasti heikentää heidän toimintakykyään, jolloin kotiutuminen vaikeutuu. Kyseessä olevalla muistisairaiden arviointi- ja kuntoutusosastolla luotiin kotiuttamismalli huhtikuussa 2008 selkeyttämään työntekijöiden tehtäviä arvioitaessa asiakkaiden mahdollisuutta palata kotiin akuutin vaiheen jälkeen. Muistisairaiden kuntoutus ja kotona asumisen mahdollistaminen on ajankohtaista Suomen ikärakenteen muutoksen takia. Palvelujärjestelmää on kehitettävä kotona asumista tukevaksi.

Käytän opinnäytetyöni teoreettisena lähtökohtana toimintatutkimusta. Tavoitteeni on se, että tutkimukseni tuloksia käytetään työn yhteiseen kehittämiseen osastolla. Kuten aineistostani käy ilmi, on kotiuttamiseen liittyvien käytäntöjen kehittäminen osastolla työntekijöiden mielestä jatkuva prosessi.

Opinnäytteeni tutkimusosassa käytän aineistona henkilökunnalle tekemääni kyselyä ja nauhoitusta keskustelusta, jossa kotiuttamisprosessia mietittiin osaston työryhmässä. Analysoin kummankin aineiston laadullisella sisällönanalyysillä. Yhdistävien ja pääluokkien muodostamisen jälkeen kävin vielä koko aineiston läpi ja etsin syys-seuraus-suhteita, joihin perustuen kirjoitin yhden yhteisen tarinan muistisairaiden kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä koko aineistosta.

Henkilökunnan vastauksissa muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä oli mielestäni löydettävissä yhtäläisyyksiä, joiden avulla henkilökunta selitti muistisairaahan kuntouttamista ja kotiuttamista. Erving Goffman käyttää kehyksiä jäsentämään ihmisten toimintaa. Opinnäytteeni käytän Goffmanin ajatusta kehyksistä jäsentämään vastaajien ilmaisemia käsityksiä muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä. Löysin aineistosta teemoja, jotka yhdistin kolmeen erilaiseen kehykseen, tapaan tulkita kotiuttamisen mahdollistavia tekijöitä. Ne olivat henkilökunnan ammatillinen kehys, positiivinen asenointuminen kehys ja maallikkokehys.

Henkilökunta kirjoitti hyvin laajasti muistisairaiden kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä. He mainitsivat yhteiskunnallisia tekijöitä, kuten osaston ja kotihoidon huonot resurssit kotiutusta vaikeuttavina tekijöinä. Henkilökunta mietti myös vastuukysymyksiä, kotona asumisen riskejä ja omia eettisiä arvojaan kotiuttaessaan muistisairaita. Aineiston mukaan kotiutus

mahdollistuu, kun henkilökunnalla on hyvä ammattitaito. Yhteistyön merkitys eri toimijoiden ja palveluntarjoajien välillä korostuu kotiutettaessa muistisairaita. Osaston hyvä sisäinen viestintä, kiireettömyys ja muistisairasta aktivoiva toimintatapa mahdollistaa muistisairaana paluun kotiin. Henkilökunnan mielestä muistisairaana hyvä psyykinen toimintakyky kompensoi heikentyneitä fyysistä toimintakykyä. Myönteinen elämänasenne ja yhteistyöhalukkuus auttavat muistisairasta asumaan kotona. Omaisten ja ystävienkin apua tarvitaan. Aineiston mukaan muistisairaudesta asteella, eli MMSE testin arvoilla ei ole ratkaisevaa merkitystä kotiutettaessa muistisairaita.

Itse kotiuttamisprosessia henkilökunta piti monimutkaisena, dynaamisena ja jatkuvaa kehittämistä vaativana systeeminä. Sen tulisi jatkua kotona ja sen tuloksellisuutta tulisi arvioida. Muistisairaiden kotiuttamisen mahdollistavat tekijät ja kotiuttamisprosessiin vaikuttavat tekijät ovat osittain samoja. Henkilökunnan ammattitaidolla, hyvin sujuvalla yhteistyöllä ja viestinnällä on ratkaiseva merkitys myös kotiuttamisprosessille. Ennen kaikkea prosessin tulisi jatkua muistisairaana seuraavassa asuinpaikassa, toivottavasti kotona.

Toista tutkimuskysymystä henkilökunnan käsityksistä kotiuttamisprosessin ongelmista lähestyn Peter Checklandin pehmeän systeemanalyysin (soft systems methodology) ja Peter Sengen teorioiden avulla. Kattavana ajatuksena on se, että ihmisten sosiaaliset toimintarakennelmat ovat dynaamisia, toisiinsa vaikuttavia systeemeitä, joita voi arvioida, analysoida ja parantaa. On muistettava, että pienikin muutos jossain kohtaa rakennelmaa voi olla alku muutoksille muualla systeemissä.

1.1 Opinnäytetyön taustaa

Yli 60-vuotiaiden määrä kasvaa seuraavat 15 - 20 vuotta. Väestön ikärakenteen muutos luo haasteita, joista selviytyäkseen, yhteiskunnan on muutettava palvelurakennettaan. Yhä suurempi osa ikääntyvistä tulee asumaan kotonaan pitempään. Helsingin vanhuspalveluohjelman mukaan kaupungin tulisi panostaa ikääntyvien kotihoidon kehittämiseen. Suunnitelmien mukaan vuonna 2020 yhdeksän kymmenestä 75 vuotta täyttäneestä helsinkiläisestä vanhuksesta asuisi kotona hyvien palveluiden avulla. (Helsingin kaupunki 2006: 3, 7.)

Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa (2008: 29, 30) kirjoitetaan, että palvelujärjestelmää on kehitettävä ja pääpainon on oltava kotona asumista tukevissa ja mahdollistavissa palveluissa. Asiakirjassa on asetettu valtakunnalliseksi tavoitteeksi vuoteen 2012 mennessä, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 91- 92 prosenttia asuu kotona itsenäisesti tai palvelutarpeen arvioinnin jälkeen myönnettyjen sosiaali- ja terveyspalveluiden turvin. Kotona asuvista 13 - 14 prosenttia saa säännöllisesti kotihoidon palveluita. 75 vuotta täyttäneistä 5 - 6 pro-

senttia tulisi kuulua tehostetun palveluasumisen piiriin ja vain 3 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä tulisi olla hoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla. Myös sosiaali- ja terveysministeriön kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (KASTE) vuosille 2008 - 2011 esitetään samanlaisia tavoitteita yli 75 -vuotiaiden laitoshoidosta (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma). Vuonna 2007 tilastojen mukaan kotona asui yli 75 vuotiaista 89.4 prosenttia. Säännöllisen kotihoidon piirissä oli 11.3 prosenttia. Tehostetun palveluasumisen asiakkaita yli 75 vuotiaista oli 4.2 prosenttia ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa oli 6.3 prosenttia yli 75 vuotiaista. (Voutilainen 2009, www-dokumentti.)

Suomessa arvioitiin olevan vuonna 2005 noin 85 000 keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavaa henkilöä ja 35 000 lievää muistisairautta sairastavaa henkilöä. Vuonna 2007 muistisairautta sairastavien määrä oli 34 285 ja ennusteiden mukaan vuonna 2012 heitä on jo 42 757. Suomessa sairastuu vuosittain noin 13 200 henkilöä johonkin dementoivaan sairauteen. Muistisairaiden suhteellinen osuus on 65 - 69-vuotiaiden ryhmässä 2.3 prosenttia ja 85 - 89-vuotiaiden ryhmässä jo 25 prosenttia. (Eloniemi-Sulkava & Pitkälä 2006: 15 - 16; Viramo & Sulkava 2006: 23 - 30; Voutilainen 2009, Muistiskävelyseminaari.)

Suomessa 6 prosenttia kaikista sosiaali- ja terveysmenoista kuluu muistisairauksien hoitoon. On arvioitu, että muistisairaiden yhteenlaskettujen vuosittaisten kustannusten olevan 24 000 euroa yhtä muistisairasta kohti. Kustannuksista suurin osa, eli 85 prosenttia, liittyy laitoshoidon ja esimerkiksi muistisairauden diagnostiikan osuus on vain prosentin verran. On laskettu, että jos 5 prosenttia laitoksissa nyt olevista muistisairaista hoidettaisiin avopuolella, olisi säästö 66 miljoonaa euroa vuodessa. (Suhonen, Alhainen, Eloniemi-Sulkava, Juhela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirttilä, Pitkälä, Remes, Sulkava, Viramo & Erkinjuntti 2008: 9; Viramo & Frey 2006: 45.)

Ikääntyvät pysyvät terveinä ja toimintakykyisinä pitempään ja pystyvät asumaan kotonaan. Oletettavasti ikääntyvät viettävät lyhyemmän ajan laitoshoidossa kuin menneinä vuosikymmeninä. Suomessa muistisairaista noin 40 - 50 prosenttia on pitkäaikaisessa laitoshoidossa (Eloniemi-Sulkava 2002: 15). Uusilla dementiaaläkkeillä voidaan joissakin tapauksissa parantaa ikääntyvän muistisairaahan toimintakykyä niin, että hän kotihoidon tai omaishoidon turvin voisi asua kotona pitempään. (Waldemar, Dubois, Emre, Georges, McKeith, Rossor, Scheltens, Tariska & Winblad 2006: e10 - e14.)

1.2 Muistisairaudet

Muistisairaus vaurioittaa aivoja ja heikentää laajasti ihmisen kognitiivista toimintakykyä ja muistia. Muistisairaudet ilmenevät muistin, päättelykyvyn ja toiminnan ohjauksen ongelmina.

Muistisairauksiin voi liittyä hahmottamisen, tahdonalaisten liikkeiden koordinoinnin häiriö (apraksia) sekä puheen ymmärtämiseen ja tuottamiseen liittyviä häiriötä (afasia). Normaalista aistitoiminnasta huolimatta muistisairaana voi olla vaikea tunnistaa esineitä (agnosia). Muistisairauden diagnostiikka perustuu kliiniseen haastatteluun ja tutkimukseen. Kognitiivista toimintakykyä voidaan arvioida MMSE-testillä (Mini-mental state examination) tai CERAD-testillä, joka tunnistaa muistisairauden varhaisvaiheen muutokset. Aivojen kuvantaminen tulee tehdä kaikille, joilla epäillään olevan etenevä muistisairaus. (Feldman, Jacova, Robillard, Garcia, Chow, Borrie, Schipper, Blair, Kertesz & Chertkow 2008: 828 - 835; Pirttilä 2006: 352; Suho- nen ym. 2008: 11; Sulkava 2001: 72.)

Tavallisin muistisairaus on Alzheimerin tauti, jota sairastaa 65 - 70 prosenttia vaikeaa tai keskivaikeaa muistisairautta sairastavista potilaista. Sen vallitsevuus yli 65-vuotiailla on 4,4 prosenttia. Toiseksi yleisin muistisairaus on vaskulaarinen dementia. Sitä sairastaa 15 - 20 prosenttia kaikista muistisairaista. Yli 65-vuotiaiden sairastavuus vaskulaarisiin muistisairauksiin on 1,6 prosenttia. Lewyn kappale-tauti on kolmanneksi yleisin muistisairaus. Sitä sairastaa 15 prosenttia muistisairaista. Frontotemporaaliset muistisairaudet ovat epäyhtenäinen ryhmä muistisairauksia. Alle 5 prosenttia kaikista muistisairaista potilaista sairastaa jotain fronto-temporaalista degeneraatiota. (Viramo & Sulkava 2006: 27 - 29.)

Etenevät muistisairaudet, kuten Alzheimerin tauti voidaan jaotella karkeasti MMSE pisteiden mukaan eri vaiheisiin. Lievässä vaiheessa MMSE pisteet ovat 26 - 18. Poikkeavaksi suoritukseksi on muodostunut käytännössä 24 pistettä, mutta korkeasti koulutetuilla voidaan rajaa nostaa. On kuitenkin todettava, että Alzheimerin tauti voidaan kuvantamismenetelmillä todeta MMSE pisteiden ollessa 30/30. MMSE pisteet keskivaikeassa vaiheessa ovat 22 - 10 ja vaikeassa vaiheessa 12 - 0. Pistemäärät voivat vaihdella lähteestä riippuen. (Feldman ym. 2008: 828 - 829; Finne-Soveri, Noro, Heimonen & Voutilainen 2008: 230; Suhonen ym. 2008: 12.)

1.3 Kotiuttamisprosessi

Englannin kielessä käytetään kotiuttamisesta termejä discharge planning, discharge process, comprehensive discharge planning ja integrated care pathway. Tällöin tarkoitetaan monitasoista prosessia, jonka tavoitteena on ennakoida asiakkaan tilanteessa tapahtuvia muutoksia ja taata tarvittava hoito ja palvelut pitkällä aikavälillä. Prosessin kuluessa asiakas siirtyy joko hoitopaikasta toiseen tai kotiin. Suomenkielisessä kirjallisuudessa puhutaan asiakkaan kotiuttamisesta tai kotiutumisen laitoksesta kotiin. Kotiuttaminen etenee tietyn, ennalta määrätyn prosessin mukaan. Parhaassa tapauksessa kotiuttamisprosessi alkaa ennen kuin asiakas saapuu osastolle, mutta prosessin mukaisesti toimii on ryhdyttävä viimeistään asiakkaan saa-

puessa osastolle. (Huang & Liang 2005: 1194; Maramba, Richards, Mayers & Larrabee 2004: 123, 124; Walker, Hogstel & Curry 2007: 60; Watts, Gardner & Pierson 2005: 303.)

Lyhyesti määriteltynä kotiutusprosessissa arvioidaan asukkaan toimintakyky, terveydellinen tilanne, psyykkinen hyvinvointi, sosiaalinen tilanne, elämän tilanne, voimavarat ja elinympäristö moniammatillisesti. Tämän perusteella suunnitellaan kotiutus, määritellään hänen tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut ja sosiaalipalvelut yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa asiakkaan omaisten kanssa. Tehtyä suunnitelmaa voidaan muuttaa tarpeen mukaan. Arvioinnin jälkeen toimitaan niin, että havaitut tarpeet tulee täytettyä. Kotiuttamisprosessiin liittyy myös arvio kotiutumisen onnistumisesta. Kotiuttamisprosessi vaatii hyvää yhteistyötä eri toimijoiden välillä terveyden- ja sosiaalihuollossa. Tavoitteena on toimia taloudellisesti ja suunnitelmallisessa kotiuttamisella pyritään siihen, että sairaalassa vietetty aika on mahdollisimman lyhyt. Tavoitteena on myös se, että kuntoutus- ja muut tukitoimet onnistuvat niin, ettei asiakkaan tarvitse palata sairaalaan. Sairaalaan paluun välttäminen on yhteiskuntataloudellisesti edullista, mutta se on myös asiakkaan edun mukaista. (Chaboyer, Foster, Kendall & James 2002: 90; Grönroos & Perälä 2005: 288; Hammer 2008: 25; Huang & Liang 2005: 1194; Maramba ym. 2004: 123, 124; Pöyry & Perälä 2003: 15 - 16; Walker, Hogstel & Curry 2007: 60; Watts, Gardner & Pierson 2005: 303.)

Kotiuttaminen on monimutkainen prosessi ja sen koordinointi voidaan järjestää eri tavoin. Siitä voi vastata omahoitaja tai tehtävään nimetty henkilö kuten kotiutussuunnittelija, yhteyshoitaja tai palveluohjaaja. On tärkeää, että palveluiden yhteensovittaminen on saumatonta, koska väestön ikääntyessä kotiutettavat asiakkaat ovat entistä vanhempia ja heillä on monenlaisia terveydellisiä, sosiaalisia ja toimintakykyyn liittyviä ongelmia, jotka lisäävät laitoshoidon riskiä. Palveluiden hyvä yhteensovittaminen lisää palvelujärjestelmän tehokkuutta. (Perälä & Hammar 2003: 13 - 14; Pieper & Vaarama 2005: 264 - 265; Pöyry & Perälä 2003: 16)

Naylor, Stephens, Bowles ja Bixby (2005: 54) kirjoittavat, että muistisairaus vaikeuttaa potilaan akuutin vaivan hoitamista sairaalassa ja sairaalahoitoon liittyy näiden potilaiden kohdalla muitakin riskejä, jotka vaikeuttavat kotiutumista. Viime vuosina on tutkittu paljon muiden riskiryhmien kotiuttamista, mutta muistisairaiden kotiuttamiseen liittyvään tutkimusta on vähän.

2 AIHEESEEN LIITTYVÄÄ TUTKIMUSTA

2.1 Tutkimusta Suomesta

Laajin kotiuttamista tutkinut projekti Suomessa on ollut Stakesin (nykyisin Terveiden ja hyvinvoinninlaitos) PALKO -malli, jossa kehitettiin palveluja yhteen sovittava kotihoitokäytäntö ja kotiutuminen. Stakesin Palko -kehittämishankkeessa kotiutumista ja kotihoitoa on tarkasteltu laajasti eri näkökulmista. Hankkeissa on kartoitettu mm. hoito- ja kotiutumiskäytäntöjen nykytilaa, verrattu eri kuntien käytäntöjä ja onnistumista asiakkaiden kotiutuksessa perustuen rekistereistä saatuihin tietoihin. Hankkeessa tutkittiin myös kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden mielipiteitä yli 65-vuotiaiden kotiuttamiseen liittyvästä yhteistyöstä terveyskeskuksen vuodeosaston kanssa, millaisia kehittämisehdotuksia ja kehittämistarpeita oli ikääntyvien, yli 65-vuotiaiden kotiutumiseen ja kotihoitoon liittyvässä yhteistyössä. Ongelmat liittyivät kotihoiton mukaan liian myöhäiseen tiedottamiseen ja välitetyn tiedon epäyhtenäisyyteen. Terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnan mielestä liian vähäinen yhteistyö kotihoiton kanssa vaikeutti kotiuttamista. Kotiutusprosessin alkaessa olisi tärkeää, että kaikilla ammattilaisilla olisi yhteinen näkemys kotiutettavan terveydellisestä tilasta ja millaisia palveluja, hoitoa ja kuntoutusta hän vielä tarvitsee kotona. Tutkimuksessa tuli ilmi myös henkilökunnan vähyyks ja vaihtelevat ammatilliset valmiudet toimintaa vaikeuttavana tekijänä kotihoidossa. Myös vuodeosastolla vaikeudet liittyivät henkilökunnan vähyyteen ja jonkin verran myös henkilökunnan ammatillisiin valmiuksiin. (Grönroos & Perälä 2005: 288 - 289; Pöyry & Perälä 2003: 19, 39.)

Palko-hankkeessa tutkijat kehittivät käytännön asiakkaiden kotiutumiseen ja kotihoitoon. Kirjoittajien mukaan hyvä kotiuttaminen alkaa jo, kun asiakas lähtee kotoaan sairaalaan. Kotihoiton tulisi välittää kaikki tarpeellinen tieto asiakkaasta poliklinikalle tai osastolle. Hyvä tiedonvälitys korostuu myös asiakkaan siirtyessä osastolta toiseen hoitopaikkaan tai kotiin. Palko-hankkeeseen kehitettyyn kotiutuskäytäntöön liittyi moniammatillisen tiimin työskentely, arviointikäynti asiakkaan kotiin ja hoitokokoukset. Tutkittuun käytäntöön liittyi myös mahdollisuus kotilomaan tai koekotiutukseen. (Perälä & Hammar 2003: 25 - 28.)

Teija Hammar (2008:58, 62, 71, 72 - 73, 79, 93) tutki väitöskirjassaan Palveluja yhteen sovittavan kotihoito- ja kotiutumiskäytännön (Palko-malli) vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Palko-mallin mukaista toimintaa kehitettiin kunnissa tutkijoiden ja kotihoiton työntekijöiden sekä sairaaloiden vuodeosastojen yhteistyönä toimintatutkimuksen periaatteiden mukaan. Uuden kotiuttamiskäytännön ja kotihoiton vaikuttavuutta arvioitiin satunnaistetun kokeen avulla. Tutkimukseen osallistui 22 kuntaa. Yksitoista kuntaa toteutti Palko-mallia ja loput yksitoista kuntaa toimi vertailukuntina. Haastateltavien lopullinen otoskoko oli poikileikkaustutkimuksessa 721 henkilöä. Seurantatutkimuksessa asiakkaat haastateltiin struktu-

roidulla haastattelulomakkeella kotiutustilanteessa sekä kolmen viikon ja kuuden kuukauden jälkeen kotiutumisesta. Lähtötilanteessa haastateltiin 668 asiakasta. Kolmen viikon kuluttua haastateltavia asiakkaita oli 580 ja kuuden kuukauden jälkeen kotiuttamisesta haastateltavia oli 450 asiakasta. Myös asiakkaiden omahoitajat haastateltiin, jolloin lopullisen asiakas omahoitaja aineiston sisälsivät 686 asiakkaan ja omahoitajan vastausta. Tutkimuksessa käytettiin myös rekisteritietoja Sotka-kuntatiedostosta. Tutkimukseen ei hyväksytty asiakkaita, joilla oli syöpä-, dementia- tai psykiatrinen diagnoosi. Myöskään sellaisia asiakkaita ei hyväksytty tutkimukseen, jotka eivät läpäisseet SPMSQ -dementiatestiä. Tutkimuksen arviointikohteina olivat asiakkaiden toimintakyky, terveyteen liittyvä elämänlaatu, palveluiden käyttö ja käytöstä aiheutuvat kustannukset.

Interventiolla ei ollut vaikutusta asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn. Terveyteen liittyvä elämänlaatu parani hieman interventioryhmässä. Tutkimuksessa mukana olleet asiakkaat käyttivät eniten koti- ja ateriapalvelua. Intervention vaikutukset näkyivät selvimmin palveluiden käytön vähenemisenä ja kustannusten muutoksina. Kotihoidon palvelut ja käynneistä johtuvat kustannukset vähenivät interventioryhmässä, lukuun ottamatta kotipalvelua, lääkäri- ja laboratoriokäyntejä. Tutkimuksessa havaittiin, että intervention avulla pystytään parantamaan työn organisointia ja samalla säästämään kustannuksia. (Hammar 2008: 93 - 98.)

Grönroos ja Perälä (2005: 288) ovat tutkineet kotihoidon henkilöstön käsityksiä hyvistä kotiutuskäytännöistä. Tärkeimpiä onnistuneen kotiutuksen mahdollistavia tekijöitä olivat riittävä tieto asiakkaan sairaudesta ja sen hoidosta, kotiutujan toimintakyvystä ja kognitiivisesta kapasiteetista. Kotihoidon tulisi saada tieto kotiutumisesta ajoissa. Kotihoidon, sosiaalihuollon ja lähettävän sairaalan tulisi toimia hyvässä yhteistyössä koko kotiutusprosessin ajan. Kotihoidossa pidettiin tärkeänä, että he ehtisivät suunnitella asiakkaan kotihoidon hyvin. Grönroos ja Perälä (2005: 289) kirjoittavat, että lisääntyneestä tutkimuksellisesta tiedosta huolimatta kotiutusprosessissa ilmenee ongelmia. Heidän mukaansa tarvitaan tietoa eri ammattiryhmien käsityksistä kotiutuksesta ja sen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä.

Eloniemi-Sulkava (2002: 37, 41, 47) tutki väitöskirjassaan dementiakoordinaattori-intervention vaikutusta muistisairaana ja omaishoitajan kotona asumiseen. Dementiakoordinaattori kantoi vastuun kotona asuvan muistisairaana hoidosta ja palveluista sekä ratkaisi ongelmatilanteita. Tehtävään erikoistunut sairaanhoitaja oli vastuussa myös muistisairaana omaishoitajan hoidosta. Sairaanhoitaja oli helposti tavoitettavissa ja pystyi nopeasti reagoimaan kotona asumista uhkaaviin tekijöihin. Interventioryhmään kuului 53 muistisairasta ja kontrolliryhmään kuului 47 muistisairasta potilasta. Interventio kesti kaksi vuotta ja se siirsi muistisairaana joutumista laitoshoidon. Erityisesti interventio hyödytti vaikeimmin muistisairaita potilaita.

Leena Koponen (2003: 31, 37, 108, 120) on väitöskirjassaan kehittänyt substantiivisen teorian iäkkään potilaan selviytymisestä ja sitä edistävästä yhteistyöstä potilaan, omaisten ja hoidon antajien välillä hänen siirtyessään sairaalasta kotiin tai kotoa sairaalaan. Tietoa voi tutkijan mielestä käyttää hyödyksi tuettaessa ikääntynyttä ja hänen omaisiaan siirtymätilanteissa kodin ja sairaalan välillä sekä kotona. Aineistona tutkijalla oli potilaiden (n=24) 58 haastattelua ja seurantasoitot potilaille (n=20) puolen vuoden kuluttua. Perheenjäsenten (n=14) 25 haastattelua sekä hoidonantajien (n=54) 62 haastattelua. Tutkija muodosti siirtymävaiheesta selviytymistä kuvaavan ja siirtymävaihetta edistävän yhteistyön käsitejärjestelmän. Sitä kuvaavat kuusi kategoriaa: selviytymistä vaativat muutokset, potilaan toimiminen muutostilanteessa, potilaan kokema selviytyminen muutostilanteessa, potilaan autonomia muutostilanteessa, potilaan tietäminen muutostilanteessa ja perheen keskinäinen huolenpitiäminen muutostilanteessa.

Anttila, Huhtala, Pekurinen ja Pitkämä (2000: 42 - 45) tutkivat satunnaistetussa ja kontrolloidussa tutkimuksessa yli 75-vuotiaiden (n=204), yksin asuvien kotiuttamista. Kotiutujia rohkaistiin ottamaan yhteyttä sairaalaan tai vierailemaan poliklinikalla tarvittaessa. He saivat tietoa lääkityksestä, heille varattiin kontrolliaika poliklinikalle, he saivat kotihoidon palveluita ja kotihoitoa oli informoitu ajoissa potilaan kotiutumisaikakohdasta. Interventiossa panostettiin hyvään tiedon kulkuun kotihoidon ja sairaalan välillä. Hoitoa ja kotiutumista suunnitelli moniammatillinen tiimi. Vapaaehtoiset auttoivat kotiutujia 5 - 7 päivän ajan. Yliopistosairaalan tasoisien hoidon kustannukset laskivat vuodessa 52 prosenttia interventioryhmässä per ikääntyvä ja kontrolliryhmässä laskua oli 24 prosenttia. Interventioyöryhmäläiset eivät olleet yhteydessä sairaalaan yhtään aikaisemmin kuin kontrolliryhmäkään. He joutuivat intervallihoidon aikaisemmin kuin kontrolliryhmäläiset.

Kaarina Tantt (2007: 16 - 17) on tutkinut palveluketjujen hallintaa julkisessa terveydenhuollossa. Erityisesti tutkijaa kiinnostivat tekijät, jotka vaikuttavat palveluprosessien jatkuvuuteen ja sujuvuuteen. Lähtökohtana hänellä oli prosessilähtöinen toiminta, asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja osaaminen. Tutkimuksen kohde oli potilas, joka terveyskeskuslääkärin lähettämänä joutuu päivystyksen tai yliopistollisen sairaalan kautta hoidettavaksi kaupungin sairaalan sisätautiosastolle. Sieltä hänet siirretään joko kotiin tai laitoshoidon. Tutkimus toteutettiin tapaustutkimuksena, jossa tutkimuksen kohteena oli palveluketju, johon potilas joutuu. Aineistona olivat valittuun palveluketjuun liittyvät asiakirjat ja eri ammattiryhmien haastattelut (n=30). Yksiköiden sisäisiä palveluprosessin kriittisiä tekijöitä olivat tilaresurssit, osaamisen oikea kohdentaminen, tiedon puute, osaamattomuus, toiminnan organisointi, vastuu, asiakasnäkökulma, asiantuntijoiden välinen yhteistyö ja sovitut toimintakäytännöt. Palveluketjujen rajapintojen kriittisiä tekijöitä olivat tiedonkulku ja viestintä, osaamisen oikea kohdentaminen, yhteistyö, hoidon jatkuvuuden sujuvuus ja asiakasnäkökulma. (Tantt 2007: 113, 11.)

2.2 Kotiuttamiseen liittyviä tutkimuksia ulkomailla

Erilaisia kotiutusmalleja on tutkittu paljon ulkomailla (taulukko 1). Mary D. Naylor ryhmineen on tutkinut kotiutusprosessia Yhdysvalloissa. Kotiutusprosessin tutkiminen Yhdysvalloissa tuli ajankohtaiseksi, kun kotisairaanhoido ei pystynyt tarjoamaan palvelua kaikille. Eli toimintaa piti tehostaa. He tutkivat ikääntyville suunnitellun kokonaisvaltaisen kotiuttamissuunnitelman vaikutusta kotiutumisen onnistumiseen. Mallissa kotiutumista johti ikääntyviin erikoistunut hoitaja. Hän oli vastuussa sellaisten asiakkaiden kotiutuksesta, joilla oli suuri riski joutua pian takaisin sairaalaan. Tutkimuksen mukaan tulokset olivat hyviä. Asiakkaiden joutuminen uudelleen sairaalaan väheni tai kotona olo aika piteni. Hoitokulut myös laskivat. (Naylor, Brooten, Campbell, Maislin, McCauley & Schwartz 2004: 675 - 684; Naylor, Brooten, Campbell, Jacobsen, Mezey, Pauly & Schwartz 1999: 613, 614; Naylor, Brooten, Jones, Lavizzo-Mourey, Mezey & Pauly 1994: 999 - 1006.)

Mary Naylorilla on parhaillaan menossa tutkimushanke, jossa sovelletaan hoitajan johtaman yksilöllisen kotiuttamissuunnitelman vaikutusta muistisairaisiin ja heidän omaishoitajiinsa kotiuttamistilanteissa (Naylor & Kaeting 2008: 68). Tutkimushanke on jatkoa pilottihankkeelle, jossa muistisairaahan kotiuttamista johti ja koordinoi aiheeseen erikoistunut hoitaja. Tutkimuksessa saatiin hyviä tuloksia hoitajan johtamasta ja koordinoimasta kotiuttamisesta. Hoitaja työskenteli muistisairaahan ja hänen perheensä kanssa kuusi viikkoa kotiutumisen jälkeen. Intervention tuloksena MMSE keskiarvo nousi ja muistisairaahan kivunhoito ja fyysinen toimintakyky paranivat. (Naylor, Hirschman, Bowles, Bixby, Konick-McMahan & Stephens 2007: 57 - 78.) Koska Yhdysvaltojen terveydenhuoltojärjestelmä on erilainen kuin Suomessa, ei tutkimustuloksia voi suoraan soveltaa meidän oloihimme.

Muistisairaiden kotiuttamiseen liittyen Naylor tutkijaryhmineen oli haastatellut viittä muistisairasta potilasta ja heidän puolisoaan sairaalassa olon aikana, 48 tuntia, kaksi viikkoa ja kuusi viikkoa kotiutumisen jälkeen. Haastateltujen potilaiden MMSE keskiarvo oli 13.2 ja heidän keski-ikänsä 80.2 vuotta. Haastateltavat muistisairaajat olivat joutuneet sairaalaan sydän- ja verisuonitautien, hengityselinsairauksien, ortopedisten ongelmien tai leikkausten takia. Haastatteluista selvisi, että kaksi ensimmäistä viikkoa ovat kotona selviytymisen kannalta kriittistä aikaa. Silloin sekä muistisairas että puoliso tarvitsevat erityisesti tukea, jotta kotona asuminen onnistuu. Haastateltaessa muistisairaita kahden viikon jälkeen kotiutumisesta, he ilmaisivat huolensa huonontuneen toimintakyvyn ja kotona selviytymiseen liittyvien ongelmien takia. Heitä huolesti myös riippuvuus ulkopuolisesta avusta ja kontrollin puute omista asioista. Ulkopuolisen tuen ja avun tarve jatkui ensimmäisten viikkojen jälkeenkin. Puolisoiden ongelmat liittyivät voimattomuuden tunteeseen ja vaikeuteen hyväksyä puolison huonontunut toimintakyky. Ongelmallista oli myös kotiutumiseen liittyvien käytännön asioiden hoitaminen.

Kuudennella viikolla haastateltaessa puolisoiden huolena oli muistisairauden oireiden ja käytöshäiriöiden hoito. (Naylor, Stephens, Bowles & Bixby 2005: 52 - 61.)

Huang & Ling (2005: 1193 - 1201) sovelsivat sairaanhoitajan johtamaa yksilöllistä kotiuttamissuunnitelmaa lonkkamurtuman jälkeiseen kotiuttamisprosessiin. Interventoryhmä sai kirjallista tietoa miten toimia kotona lonkkamurtuman jälkeen ja miten ehkäistään uusia kaatumisia. Sen lisäksi hoitaja järjesti kotona tarvittavan ulkopuolisen hoidon ja muut palvelut. Hän vieraili kotona ja hänelle voitiin soittaa. Heidän tutkimuksessaan sairaala-aika lyheni ja uudelleen sairaalaan joutuneiden lukumäärä laski. Meta-analysissä kattavan kotiutussuunnitelman (comprehensive discharge plan) ja kotiutumisen jälkeisen tuen on katsottu vähentävän sydämen vajaatoiminnasta kärsivien suhteellista riskiä joutua uudelleen sairaalaan 25 prosenttia, suhteellinen kuolleisuusriski väheni 13 prosenttia, samalla elämänlaatu parani ja terveysmenot laskivat. (Phillips, Wright, Kern, Singa, Shepperd & Rubin 2004: 1358 - 1367.) Kokeneen sairaanhoitajan johtama moniammatillinen tiimi toteutti Sulchin ym. tutkimuksessa ICP:n (Integrated Care Pathway) mukaista kotiuttamistapaa ja pitkäjänteistä hoidon suunnittelua aivohalvauspotilaille. Intervention tavoitteena oli kotiuttamissuunnittelun parantuminen ja lyhentynyt sairaalassa olo aika. Tutkimuksessa ei havaittu eroa verrattaessa IPR:tä tavalliseen kotiutusprosessiin. Tavallisessa kuntoutuksessa asiakkaan toimintakyky parani nopeammin, elämänlaatu oli parempi 4 ja 12 viikon välillä. Tutkijat kehottavatkin varovaisuuteen, kun ryhdytään toteuttamaan liian vähän testattuja johtamistapoja monimutkaisiin terveydenhuollon rakenteisiin. (Sulch, Perez, Melbourn & Kalra, 2000: 1929 - 1934.)

Cochranen systemaattisessa katsauksessa yhdestätoista tutkimuksesta havaittiin, ettei yksilöllisesti suunniteltu kotiutus välttämättä ole tehokkaampi tapa kotiuttaa potilaita kuin sitä verrattiin tavalliseen kotiuttamiseen. Systemaattisessa katsauksessa ei havaittu eroja kuolleisuudessa, sairaalapäivien lukumäärässä, potilaan joutumisessa uudelleen sairaalaan tai terveydenhuoltokuluissa kun verrattiin suunniteltua kotiuttamista (discharge planning) tavalliseen hoitoon ja kotiuttamiseen. Kirjoittajat kuitenkin jatkavat, että pienikin, ei tilastollisesti merkittävä sairaalassa vietetyn ajan lyheneminen voi vaikuttaa myönteisesti tilanteessa, jossa on pula sairaalapaikoista. (Shepperd, Parkes, McClaran & Phillips 2004: 1 - 4.)

Taulukko 1: Ulkomaalaisia tutkimuksia kotiuttamisesta

Tekijä ja menetelmä	Kohderyhmä	Interventio, muuttajat	Tulokset
Huang, T-T. & Ling, S-H., 2005 Satunnaistettu tutkimus Taiwan	n=126 Lonkkamurtuma 65-vuotiaita tai vanhempia	Sairaanhoidajan johtamaa kotiutussuunnitelmaa, kotikäyntejä ja neuvontaa verrattiin tavalliseen kotiuttamiseen. Mitattiin sairaala-ajan pituus, uudelleen sairaalaan joutuneiden lukumäärä, toistuneet kaatumiset ja niistä selviäminen, toimintakyky (ADL)	Sairaala-aika lyheni, uudelleen sairaalaan joutuneiden lukumäärä laski ja toimintakyky oli parempi kuin vertailuryhmässä. Ei vaikutusta kaatumisten lukumäärään.
Shepperd, S., Parkes, J., McClaran, J. & Phillips, C., 2004 Cochrane systemaattinen katsaus, satunnaistetut, kontrolloidut tutkimukset hyväksyttiin	n=5448, 11 tutkimusta 6:ssa tutkimuksessa potilaat olivat joutuneet sairaalaa sairauden takia, 4:ssä tutkimuksessa sairauden tai leikkauksen takia, yhdessä tutkimuksessa oli kyseessä psykiatriset potilaat. Katsaukseen ei hyväksytty tutkimuksia, joissa kotiuttamisprosessi jatkui kotona	Yksilöllisesti suunniteltua kotiutusta verrattiin tavalliseen kotiuttamiseen. Verrattiin sairaalapäivien lukumäärää, uudelleen joutumista sairaalaan, komplikaatioita, kuolleisuutta, hoidon tuloksellisuutta, potilaan ja omaishoitajan tyytyväisyyttä, hintaa, siirtymistä muualle kuin kotiin	Ei eroa kuolleisuudessa, sairaalapäivien lukumäärässä, joutumisessa uudelleen sairaalaan tai terveydenhuoltokuluissa
Phillips, C., O., Wright, S., M., Kern, D., E., Singa, R., M., Shepperd, S. & Rubin, H., R. 2004 Meta-analyysi, satunnaistetut tutkimukset	n=3304, 18 tutkimusta 8:sta maasta keski-ikä = tai > 55 vuotta Sydämen vajaatoiminta	Verrattiin (comprehensive discharge planning) kokonaisvaltaisen kotiuttamissuunnitelman ja kotiuttamisen jälkeisen tuen vaikutusta tavalliseen kotiuttamiskäytäntöön. Mitattiin asiakkaiden joutumista uudelleen sairaalaan, kuolleisuutta, sairaalajakson pituutta, elämänlaatua ja hoidon hintaa	Riski joutua uudelleen sairaalaan pieneni 25 %, kuolleisuus laski 13 %, elämänlaatu parani, hoitokustannukset eivät nousseet
Naylor, M., D., Broton, D., Campbell, R., L., Maislin, G., McCauley, K., M. & Schwartz, J., S., 2004 Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus U.S.A.	n=239 Keski-ikä 76 vuotta Sydämen vajaatoiminta	Kotiuttamiseen erikoistuneen sairaanhoidajan johtama kotiuttaminen ja kotiuttamisen seuranta kotona kolme kuukautta. Mitattiin kotona vietettyä aikaa ennen kuolemaa tai joutumista uudelleen sairaalaan, sairaalahoitojen lukumäärää, itse koettua elämänlaatua, toimintakykyä, hintaa ja tyytyväisyyttä hoitoon	Kotona vietetty aika oli pitempi interventioryhmässä, vähemmän sairaalahoitojaksoja, hinta oli pienempi

<p>Sulch, D., Perez, I., Melbourn, A. & Kalra, L., 2000 Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus Iso-Britannia</p>	<p>n=152 Aivohalvaus</p>	<p>Sairaanhoidajan johtama moniammatillinen tiimi toteutti ICP (Integrated Care Pathway) mukaista kotiuttamistapaa: jokaisen ammattiryhmän tarkka kuntoutumissuunnitelma. Verrattiin tavalliseen kuntoutukseen, jossa tavoitteet asetettiin lyhyelle aikavälille. Mitattiin kuolleisuutta, joutumista laitokseen, sairaalajakson pituutta, toimintakykyä, elämänlaatua</p>	<p>Ei eroa tuloksissa. Tavallisessa kuntoutuksessa asiakkaan toimintakyky parani nopeammin, elämänlaatu oli parempi 4 ja 12 viikon välillä</p>
<p>Naylor, M., D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B., S., Mezey, M., D., Pauly, M., V. & Schwartz, J., S., 1999 Satunnaistettu tutkimus U.S.A.</p>	<p>n=363 Keski-ikä 75 vuotta Joutuneet sairaalaan erilaisten leikkausten tai sairauksien takia</p>	<p>Interventioryhmä kotiutettiin aiheeseen erikoistuneeseen sairaanhoidajan johdolla ikääntyville suunnitellun kokonaisvaltaisen kotiuttamissuunnitelman mukaisesti. Interventioon kuului ainakin kaksi hoitajan tekemää kotikäyntiä 10 päivän kuluessa kotiutumisesta. Mitattiin uudelleen sairaalaan joutuneiden lukumäärää ja ajan pituutta ennen uutta sairaalajaksoa, akuuttien lääkärikäyntien lukumäärää, hintaa, toimintakykyä, masentuneisuutta ja potilastyytyväisyyttä</p>	<p>Interventioryhmäläiset joutuivat harvemmin uudelleen sairaalaan, kotona vietetty aika piteni ja hoitokulut olivat pienemmät</p>
<p>Naylor, M., Brooten, D., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M. & Pauly, M., 1994 Satunnaistettu tutkimus U.S.A.</p>	<p>n= 276 potilasta, n=125 omaista Potilaat vähintään 70 v. Sydän- ja verisuonisairauksia</p>	<p>Tutkittiin ikääntyville suunnitellun kokonaisvaltaisen kotiuttamissuunnitelman vaikutusta sairaalapäivien lukumäärään, sairaalahoitojen väliseen aikaan, uudelleen sairaalaan joutuneiden lukumäärään, hintaan. Kotiutusta johti aiheeseen erikoistunut sairaanhoitaja</p>	<p>6 viikkoa kotiutumisen jälkeen interventio vähensi sairauden pahenemista ja asiakkaan joutumista uudelleen sairaalaan</p>
<p>Naylor, M., Stephens, C., Bowles K., H. & Bixby, B., 2005 Ei satunnaistettu, kokeellinen tutkimus U.S.A.</p>	<p>n=5 muistisairasta, n=5 omaista Potilaiden keski-ikä 80.2 v., kotona asuvia, 3 naista ja 2 miestä, MMSE keskiarvo 13.2, Joutuneet sairaalaan sydän- ja verisuonisairauksien, hengityselinsairauksien, ortopedisten ongelmien, leikkausten</p>	<p>Avoimet haastattelut sairaalassa olon aikana, 48 tuntia, kaksi viikkoa ja kuusi viikkoa kotiutumisen jälkeen</p>	<p>Haastateltujen mielestä kotiutumisen ongelmat liittyivät yhteistyöhön eri ammattiryhmien ja palvelujentuottajien kanssa, muistisairaudesta johduttuihin ongelmiin, kuten käytöshäiriöihin ja psykososiaalisen tuen puutteeseen. Kaksi ensimmäistä viikkoa</p>

	tai endokriinisten ongelmien takia		olivat vaikeimmat
Naylor, M., Hirschman, K., B., Bowles, K., H., Bixby, M., B., Konick-McMahan, JA. & Stephens, C., 2007 Tapaustutkimus U.S.A.	n=10 muistisairas ja omaishoitajaparia Keski-ikä 82.1 vuotta MMSE keskiarvo 18 (13 - 23), omaishoitajat olivat naisia keski-ikä 62 vuotta toimineet omaishoitajina 1 kk - 10.2 v	Aiheeseen erikoitunut sairaanhoitaja johti ja koordinoi muistisairaankotiutumisen sairaalasta. Teki yhteistyötä omaishoitajan ja terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Ajoi muistisairaankotiuttamislanteessa. Interventio jatkui 6 viikkoa kotiutumisen jälkeen	Pilottitutkimuksessa hoitajan koordinoima kotiutus onnistui hyvin. MMSE keskiarvo kohosi 6 viikon jälkeen, kivunhoito ja toimintakyky paranivat intervention aikana.

Kotiutusprosessia on tutkittu maailmalla paljon. Tutkimuksissa on keskitetty lähinnä kotiutukseen vaikeasti kotiutettavien potilasryhmien kohdalla kuten sydämen vajaatoimintaa sairastavat, lonkkamurtumapotilaat tai aivohalvauspotilaat. Viimeaikoina myös muistisairaiden kotiuttamista on tutkittu

2.3 Ulkomaalaisia tutkimuksia hoitohenkilökunnan käsityksistä kotiuttamisesta

Sairaanhoitajien käsityksiä kotiuttamisesta on tutkittu sairaaloiden eri osastoilla (taulukko 2). Tutkimuksissa on tärkeäksi tekijäksi prosessin onnistumiselle noussut hoitotiimin hyvä kommunikaatio. Sitä pidettiin myös sairaanhoitajan keskeisenä tehtävänä kotiuttamisprosessissa. (Rhudy, Holland & Bowles 2008: 7; Watts & Gardner 2005: 276; Atwal 2002: 454.) Moniammatillisen tiimin käsiteltäviksi tuodulla informaatiolla on tärkeä merkitys tehtäessä kotiuttamis päätöstä, mutta sairaanhoitajan oli Anita Atwallin tutkimuksen mukaan joskus vaikea ilmaista moniammatillisessa tiimissä enemmistön mielipiteistä eriäviä kantoja. (Atwal 2002: 454.) Vaikka kommunikaatiota pidetään tärkeänä tekijänä, niin samaan aikaan hoitajat pitivät kirjaamista ja kommunikaatioon osallistumista taakkana ja olisivat mieluiten kommunikoineen suullisesti. Elektronisten potilaskirjausten selkeys on tärkeää, jotta kotiuttamisprosessi onnistuu. (Rhudy ym. 2008: 7 - 8.) Kommunikaation ja kirjausten sisällössä painottui lääketieteelliset ongelmat ja potilaan sosiaalisen tilanteen selvittely ja siitä puhuminen jäi vähemmälle huomiolle. Jos sairaanhoitaja oli varma viestinsä tärkeydestä, hän myös kommunikoi sen menestyksekkäästi. Tärkein sairaanhoitajan kommunikaatiotilanne oli raportointi työvuorojen vaihtuessa. (Atwal 2002: 454.)

Kotiuttamiseen tarvittavaa ammattitaito opitaan kokemuksen kautta työelämässä ja ammattitaidon puute voi viivästyttää kotiutumista ja aiheuttaa lisäkustannuksia. Kokeneetkin ammatillaiset pitivät kotiuttamista vaativana työnä. (Atwal 2002: 454; Watts & Gardner 2005: 181.) Hoitohenkilökunnan henkilökohtaiset ja ammatilliset arvot määrittävät sen, miten vaikeaksi

hän kokee potilaan kotiuttamisen (Rhudy ym. 2008: 7). Kiire ja nopeat kotiutukset vaikeuttavat kotiutumisosastolla (Watts, Pierson & Gardner 2006: 274; Watts & Gardner 2005: 181.) Sairaanhoitajat määrittivät omat asemansa kotiuttamisprosessissa lähinnä sen koordinoijaksi. Kuitenkaan kaikki sairaanhoitajat eivät arvostaneet kotiuttamiseen liittyviä tehtäviä, kuten puheluita, kuljetusten järjestämistä ja palveluiden järjestämistä kotiin, koska niiden koettiin keskeyttävän normaaliin työpäivään kuuluvat hoidolliset ja tärkeämmiksi koe-
tut tehtävät (Rhudy ym. 2008: 6 - 7; Watts & Gardner 2005:179 - 180).

Taulukko 2: Sairaanhoitajien käsityksiä potilaiden kotiuttamisesta

Tekijä ja menetelmä	Kohderyhmä	Tulokset
Rhudy, L., M., Holland, D., E. & Bowles, K., H. 2008 Laadullinen tutkimus, puolistrukturoitu haastattelu U.S.A.	n=14 sairaanhoitajaa, työskentelivät sisätauti-osastoilla tai leikkausosastoilla	Sairaanhoidajan henkilökohtaiset ja ammatilliset arvot määrittävät sen, miten vaikeaksi hän kokee potilaan kotiuttamisen. Sairaanhoitajat kokevat olevansa kotiuttamisen koordinoijia, kotiuttamiseen liittyvien käytännön töiden katsottiin häiritsevän hoidollisia töitä. Hyvä kommunikaatio on tärkeässä asemassa kotiuttamisprosessissa. Tietoa pitää olla heti tarjolla, mutta samaan aikaan sairaanhoitajat pitivät kirjaamista ja kommunikaation osallistumista taakkana. Sairaanhoitajat kommunikoivat mieluiten suullisesti. Moniammatillisia kokouksia pidettiin hyvänä tapana kommunikoida kotiuttamiseen liittyviä asioita
Watts, R., Pierson, J. & Gardner, H. 2006 Kokeellinen survey-tutkimus Australia	n=218 teho-osaston sairaanhoitajaa 53 % vastanneista 25 - 34 v. 40 % vastanneista 35 - 44 v. Työkokemuksen keskiarvo teho-osastolla 9.11 v.	Epäselvyyttä, mitä kotiutusprosessi tarkoitti ja milloin se alkaa. 22 % oli sitä mieltä, ettei sitä tapahdu teho-osastolla. 35 % sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että kotiuttamisprosessin tulisi alkaa ennen kuin potilas saapuu osastolle tai viimeistään saapumishetkellä. Sairaanhoitajat kokivat kotiuttamisen vaikeaksi kiireessä, nopeissa kotiutuksissa ja tilanteissa, joihin liittyi tietämättömyyttä tarjolla olevista resursseista. Puolet vastanneista ei ottanut potilasta mukaan kotiuttamissuunnitteluun
Watts, R. & Gardner, H. 2005 Laadullinen tutkimus Australia	n=12 sairaanhoitajaa työkokemus 12 kk - 19 v.	Kotiuttaminen on suunnittelua ja organisointia. Se on jatkuva ja dynaaminen prosessi. Kotiuttamisprosessin vaiheet olivat epäselviä vastanneille. Sairaanhoidaja koordinoi prosessia. Käytännössä kotiuttamisprosessi ei ala heti, kun potilas saapuu osastolle. Vastaajat pitivät kotiuttamista vähempiarvoisena työtehtävänä kuin hoitotyö Ei systemaattista kommunikaatiokäytäntöä kaikilla osastoilla. Tärkeinä tekijöinä kotiuttamisessa pidettiin kommunikaatiota, potilaan osallistumista päätöksen tekoon. Nopeat, suunnittelemat-

		tomat kotiutukset olivat vaikeimpia. Kotiuttamista vaikeutti sairaanhoitajien kokemat- tomuus ja kykenemättömyys kantaa vastuuta
Atwal, A. 2002 Tapaustutkimus Iso Britannia	n=19 sairaanhoitajan haastattelu, 9 ortopedi- sella osastolla, 6 akuuti- tiosastolla, 4 geriatrisel- la osastolla Yhteistyön havainnointi 21:ssä moniammatillisen tiimin kokouksessa	Työntekijöiden ammattitaito on tärkeä tekijä kotiuttamisprosessissa. Kommunikaation sisällön merkitys korostuu moniammatillisen tiimin kokouksissa. Potilaan sosiaalisesta tilanteesta ja historiasta ei kes- kustella. Eriävien mielipiteiden esittäminen oli vaikeaa. Potilaan sosiaalisen tilanteen selvittäminen on tärkeää heti, jotta kotiuttaminen onnis- tuu. Sosiaalista tilannetta ei tuotu kokouksis- sa esille. Sairaanhoitajan tulisi tuoda kokouk- siin potilaan näkökulma. Kommunikaatio eri ammattiryhmien välillä ei aina toiminut. Sai- raanhoitajien raporteilla työvuorojen vaihtu- essa oli tärkeä merkitys, niissä tärkeä tieto saattoi jäädä viestittämättä

Taulukossa on sekä laadullisia että määrällisiä ulkomaalaisia tutkimuksia, joissa on selvitetty sairaanhoitajien käsityksiä kotiuttamisesta

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT, AINEISTO JA TUTKIMUKSEN ETENEMINEN

3.1 Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa

Opinnäytetyössäni on piirteitä toimintatutkimuksellisesta lähestymistavasta. Toimintatutkimukselle on tunnusomaista toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus niin, että tutkimuksen tuomaa tietoa voidaan käyttää välittömästi hyödyksi toiminnan kehittämisessä (Heikkinen 2001: 170). Toimintatutkimus ei ole varsinaisesti tutkimusmetodi, vaan väljä tutkimusstrateginen lähestymistapa (Tuomi & Sarajärvi 2009: 39). Eskola ja Suoranta kirjoittavat (2000: 126), että toimintatutkimuksella pyritään vaikuttamaan tutkimuskohteeseen, eli käytäntöä muutetaan tutkimuksellisin keinoin. Jean McNiffin (2007) mukaan toimintatutkimus ei ainoastaan ole keino kehittää työtapoja, vaan toimintatutkimuksella tulee myös selvittää miksi ja miten muutoksiin päädyttiin. Toimintatutkimuksessa ei pelkästään kuvailla toimintaa, vaan kriittisesti analysoidaan sitä. Tutkin ja analysoin työyhteisöni kotiuttamiskäytäntöä. Sitä työtä, mitä päivittäin teemme. Tavoitteena on työn kehittäminen, siinä ilmenneiden ongelmien näkyväksi tekeminen ja reflektointi. Valitsin aiheen osastonhoitajan ehdotuksesta ja omasta mielenkiinnostani.

Toimintatutkimuksen yksi periaate on reflektiivinen ajattelu. Eli ihminen asettaa kyseenalaiseksi vanhoja ajattelu- ja toimintatapojaan. Toimintatutkimuksen kulkua kuvataankin usein

spiraalina, jossa toiminnan suunnittelu, itse toiminta, toiminnan havainnointi ja reflektointi edeltävät uutta, parempaa toiminnan suunnitelmaa. (Heikkinen 2001: 175 - 177.) Oman työni kehittämiskohde, kotiutusprosessi on vasta käynnistymisvaiheessa. Opinnäytetyöprosessi kestää luultavasti alle vuoden, jonka aikana olen ehtinyt käydä läpi Carrin ja Kemmisin toimintatutkimuksen syklin mukaisesti toiminnan suunnitelmavaihetta ja toimintaa. Havainnoin toimintaa ja kerään systemaattisesti aineistoa, jota reflektoin. Kuten Kemmis itsekin sanoo, pyrkii spiraalimalli antamaan vain yleiskuvan siitä, miten toiminta ja ajattelu liittyvät yhteen. Käytännössä toimintatutkimuksen vaiheet eivät välttämättä etene puhtaasti spiraalinomaisesti jatkumona. (Heikkinen 2001: 176, 178.)

Toimintatutkimus voi olla luonteeltaan yhteisöllistä, jolloin yhteisön jäsenten tulee sitoutua tutkimukseen. Toiset toimintatutkimuksen tekijät taas korostavat reflektiota. (Eskola & Suoranta 2000: 128; Heikkinen 2001: 179 - 180.) Kemmis ja McTaggart haluavat yhdistää nämä molemmat näkökulmat. Heidän mukaansa toimintatutkimus on yhteisöllistä ja itsereflektoivaa. Osallistujat ovat ryhtyneet siihen parantaakseen oman toimintansa laatua, tuottavuutta, järkiperäisyyttä ja oikeudenmukaisuutta. Tärkeänä he pitävät myös käytännön toiminnan ymmärtämistä. (Taka-Eilola, Erkkilä, Jääskeläinen, Mäkelä & Nissilä 1997: 9.) Stephen Kemmisin (2006: 95 - 96) mielestä toimintatutkimus voi olla teknistä. Siinä tavoitteena on toiminnassa ilmenneiden ongelmien ratkaiseminen. Praktisessa toimintatutkimuksessa taas on toiminnan parantamisen lisäksi tavoitteena toimijoiden ymmärryksen lisääntyminen omasta työstä itsereflektion avulla. Tutkijan kirjoitukset ja pohdinnat omasta kehitymisestä prosessin aikana, voivat lisätä Kemmisin mukaan yleisemminkin ymmärrystä kyseessä olevasta asiasta. Kolmannessa toimintatutkimuksen muodossa Kemmisin mukaan on tärkeää toiminnassa ilmenneiden ongelmien ratkaisun ja itsereflektion lisäksi kriittisen ajattelun lisääntyminen ja ymmärrys kulttuurisista, sosiaalisista ja historiallisista prosesseista, jotka vaikuttavat ajatteluamme kyseessä olevasta asiasta. Tätä toimintatutkimuksen muotoa Kemmis kutsuu kriittiseksi tai emansipatoriseksi tutkimukseksi. Oma tutkimukseni sijoittuu toimintatutkimuksen kentässä itsereflektoivaan ja toiminnan ymmärtämiseen tähtäävään suuntaukseen, jonka tavoitteena lopuksi on toiminnan parantaminen. Samalla toivon myös kriittisen ajatteluni kehittyvän.

Jean McNiff (2007) mielestä on tärkeää, että tutkija aloittaessa toimintatutkimusta selvittää lukijoilleen sen, miten hän ymmärtää todellisuuden ja tietämisen luonteen. Jos ne eivät ole kaikkien tiedossa, voidaan toimintatutkimuksella saadut tulokset ja johtopäätökset helposti kumota. Työni perustuu konstruktivistiseen tieteen filosofiaan. Sen mukaan todellisuus on suhteellista. Jokainen henkilö rakentaa oman todellisuutensa. Tutkija ei ole puolueeton, vaan hän tulkitsee todellisuutta perustuen keräämäänsä aineistoon. (Metsämuuronen 2006: 210.) Ymmärtäminen on mielestäni aina subjektiivista. Ymmärtämiseen vaikuttaa tutkittavan asian, työyhteisön toimintatapojen tuntemus. Näin minun tulkintani työyhteisöni tapahtumista voi olla erilainen kuin täysin ulkopuolisen tutkijan. Tunnen jo työkuultuuriamme ja minulle voi-

daan kertoa ns. sisäpiiritietoa, jota ei ulkopuoliselle tutkijalle kerrottaisi. Vaikka en voisi sitä suoraan käyttää tulkintani lähteenä, vaikuttaa se varmasti jollain tasolla tulkintaani kyseisestä asiasta. Ulkopuolinen tutkija, joka ei tiedä mitään tutkittavasta aiheesta, voi taas lähestyä aihetta uudesta näkökulmasta. Varmaa on, että kumpikin meistä vaikuttaa jollain tavalla tutkittavaan kohteeseen.

3.2 Laadullinen sisällön analyysi, tyypillinen tarina ja toiminnan kehukset

Ensin analysoin kaiken aineistoni laadullisella sisällön analyysillä. Laadullinen sisällön analyysi tieteellisenä metodina kehittää ymmärrystä kommunikaatiosta, sen avulla voidaan järjestää ja kuvailla tutkittavaa ilmiötä tiiviissä muodossa ja analysoida systemaattisesti esimerkiksi päiväkirjoja, puhetta, dialogia tai mitä tahansa muuta kirjallista materiaalia. (Kyngäs & Vanhanen 1999: 4.) Alasuutari (1994: 31 - 35, 43, 68, 71 - 73) kirjoittaa, että aineistoa on tarkasteltava tutkimuskysymyksestä ja teoreettisesta viitekehuksesta käsin. Suppeaakin aineistoa voi analysoida monesta lähtökohdasta. Litteroinnin tai puhtaaksikirjoittamisen jälkeen aineistoa on pelkistettävä, havaintoja on yhdisteltävä teemoittain harvemmaksi havaintojen joukoksi. Pelkistäminen onnistuu, kun muotoillaan tehtävän mukainen sääntö tai havaintojen yhteinen piirre. Mielenkiintoista tutkimusta ei ole suora vastaus kysymykseen muistisairaana kotiutumisen eettisistä ongelmista, vaan tulkinta ja pääseminen havaintojen taakse. Ennen analyysin aloittamista valitaan analyysiyksikkö, joka voi olla esimerkiksi sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Sen jälkeen analyysi voi edetä induktiivisesti eli aineistosta käsin. Deduktiivinen sisällön analyysi perustuu aikaisempaan tietoon, jolloin analyysiä voi ohjata jokin teema, malli tai käsittekartta. (Kyngäs & Vanhanen 1999: 5, 7.)

Lukijaystävällinen tapa esitellä analysoitu aineisto on sen ryhmittely tyypeiksi samankaltaisia tarinoita. Tyypittely voidaan tehdä niin, että valitaan lähtökohdaksi vain yksi vastaus. Voidaan kirjoittaa myös mahdollisimman yleinen tarina, johon valitaan vain sellaisia asioita, jotka esiintyvät suuressa osassa tai kaikissa vastauksissa. Kolmas mahdollisuus on kirjoittaa mahdollisimman laaja tyypitarina. Tällöin tarina kirjoitetaan koko aineiston teemoitetuista vastauksista, jolloin jotkut tarinaan mukaan otetut asiat ovat voineet esiintyä vain yhdessä vastauksessa. Olennaista on se, että tarina on looginen ja mahdollinen. (Eskola & Suoranta 2000: 181 - 182.) Analysoituani kaiken aineiston kirjoitin sen pohjalta laajan, kaikki vastaukset huomioivan tarinan muistisairaana kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä.

Asioiden luonne ja merkitys tuotetaan arkisen toiminnan kautta kirjoittaa Anssi Peräkylä (1990: 15). Peräkylä on tutkinut sairaalakuolemaa ja sen erilaisia merkityksiä. Hän jatkaa kirjassaan, että käsite kuolema voi merkitä eri asiaa riippuen ihmisen asemasta suhteessa

kuolevaan potilaaseen. Lääkärille, joka toteaa kuolinsyyn tai kuolleen omaiselle kuolema merkitsee eri asioita. Peräkylän tutkimuksen teoreettinen lähtökohta oli Harold Garfinkelin etnometodologiassa ja Erving Goffmanin kehittämässä kehysanalyysissä. Goffman jäsentää ihmisten arkisia toimia tiettyinä kokonaisuuksina, joita hän kutsuu kehyksiksi. Ihmiset siirtyvät toimiessaan kehuksesta toiseen. Kehys voi olla joukko sääntöjä, jotka määrittävät tietyn tilanteen juuri tietyn laiseksi. Kun ihminen tulee uuteen tilanteeseen ja ymmärtää, mitä siinä tapahtuu, hän on Goffmanin mukaan kehystänyt sen. Goffman kehitti teoriaansa kuvaamaan ja tulkitsemaan ihmisten välistä kanssakäymistä. Kehykset voidaan tulkita eräänlaisiksi säännöiksi ihmisten väliselle kanssakäymiselle, mutta ne auttavat myös ymmärtämään sitä. Goffmanin kehittämässä kehysanalyysissä on olennaista analysoida kehysten välisiä suhteita, joita hän on teoretisoinut tästä näkökulmasta laajasti. (Alasuutari 1993: 147 - 148, 150; Goffman 1986: 21 - 27; Peräkylä 1990: 15 - 17, 154 - 156, 158 - 159; Silverman 1997: 49 - 51.)

En käytä kehysanalyysiä puheen tai toiminnan yksityiskohtaiseen analysoimiseen. Kehyksen idea antoi minulle mallin jäsentää vastaajien ilmaisemia käsityksiä muistisairaiden kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä. Määritin kehukset kyselyn vastausten ja litteroidun keskustelun luokituksista selkiyttääkseni niitä. (Alasuutari 1993:150.)

3.3 Systeminäkökulma toiminnasta

Lähestyn kotiuttamisprosessia rakennelmana, jossa sen eri osatekijät vaikuttavat toisiinsa. Teoreettisella tasolla lähestymistapani perustuvat Peter Checklandin pehmeään systeemianalyysiin (Soft Systems Methodology) ja Peter Sengen teorioihin systeemiajattelusta. En sovelle kummankaan teoriaa puhtaasti, vaan heidän kirjoituksensa ovat vaikuttaneet ajatteluuni ja tulkintaani kotiuttamisesta systeeminä.

Aloittaessaan oppiva organisaatio-käsitteen muodostamisen, Senge lähti liikkeelle viidestä peruskäsitteestä, joista tärkein on systeemiajattelu (systems thinking). Yksinkertaisesti se Sengen (2006: 68 - 69) mukaan tarkoittaa viitekehystä, jossa asiat nähdään toisiinsa vaikuttavina, alati muuttuvina malleina. Maailmassa, jossa tieto lisääntyy nopeasti, järjestelmät monimutkaistuvat, on ymmärrettävä, miten yksittäiset tekijät vaikuttavat toisiinsa. Ilmiöiden ymmärtämistä auttaa, kun selvitetään, millainen järjestelmä on monimutkaisen ilmiön takana. Systeemiajattelu Sengen (2006: 70 - 71, 73) mukaan on sykli, jossa tapahtumat vaikuttavat toisiinsa. Se on hänen mukaansa nähtävä myös muutosprosessina, ei yksittäisinä tapahtumina. Toisin sanoen Senge tulkitsee systeemit dynaamisiksi prosesseiksi (Flood 2006: 120).

Systeemit voidaan tulkita myös sosiaalisesti rakentuneiksi (Flood 2006: 121 - 122). Peter Checkland ja John Poulter kirjoittavat, että jokainen tilanne, johon ihminen toiminnallaan

vaikuttaa, on väistämättä erilainen. Monimutkaisetkin toimintarakennelmat muodostuvat monista pienistä osista, joissa ihmiset vaikuttavat. Suurempi systeemi voi pitää sisällään pienempiä systeemejä tai kyseinen systeemi voi olla osa suurempaa kokonaisuutta. Kirjoittajien mielestä kaikille toimintarakennelmille on tyypillistä, että siinä toimivat ihmiset haluavat toimia tarkoituksenmukaisesti. Ihmisten erilainen maailmankatsomus vaikuttaa heidän tapansa toimia systeemissä. Koska ihmisillä on erilaiset näkemykset asioista, ei yksi malli kerro koko totuutta tilanteesta. Checklandin ja Poulterin mielestä malleja todellisesta tilanteesta voidaan käyttää työkaluina tutkittaessa systeemiä monipuolisesti. Ne voivat ohjata kysymään oikeita kysymyksiä. Checklandin mielestä pehmeän systeemianalyysin (soft systems methodology) käyttäminen on perusteltua silloin, kun tutkitaan ihmisten luomia toimintarakennelmia esimerkiksi terveydenhuollon organisaatioissa. Pehmeän systeemimetodin pitäisi tehdä näkyväksi monimutkaiset sosiaaliset rakenteet, joissa ihmiset toimivat. Metodista voidaan toteuttaa joustavasti, mikä lisääkin sen käyttökelpoisuutta hyvin erilaisissa tilanteissa. Pehmeä systeemiajattelu metodina hyväksyy ihmisten erilaiset mielipiteen tutkittavasta ilmiöstä ja samalla yrittää yhdistää ne ongelmanratkaisussa. (Checkland & Poulter 2007: 3 - 11, 104; Mukotekwa & Carson 2007: 670 - 671; Por 2008: 337; Tajino & Smith 2005: 448.)

Checklandin kehittämässä pehmeässä systeemianalyysissä ongelma kuvataan piirroksena, jossa näkyvät rakenteet, prosessit ja niiden yhteys ongelmaan. Piirroksessa voi olla sarjakuvan tai pilapiirroksen aineksia (rich picture). Sen on kuvattava mukana olevien henkilöiden tulkintaa ja kokemusta kyseessä olevasta tilanteesta tai ilmiöstä. Ongelman kuvallisen ilmauksen (rich picture) tarkoituksena on tuoda esille epämuodollisesti systeemiin vaikuttavat päätekijät sekä niiden riippuvuussuhde toisistaan. Kuvassa tulevat esille myös tämän hetkiset keskustelun aiheet ja ongelmat. Pehmeällä systeemiajattelulla on yhtymäkohta toimintatutkimukseen. Se on myös syklinen, jatkuvasti etenevä, kehittyvä prosessi, jota reflektoidaan kriittisesti. (Checkland & Poulter 2007: 12 - 13, 24 - 25, 39 - 54, 60 - 63; Flood 2006: 122 - 123; Mukotekwa & Carson 2007: 671; Por 2008: 338 - 341.)

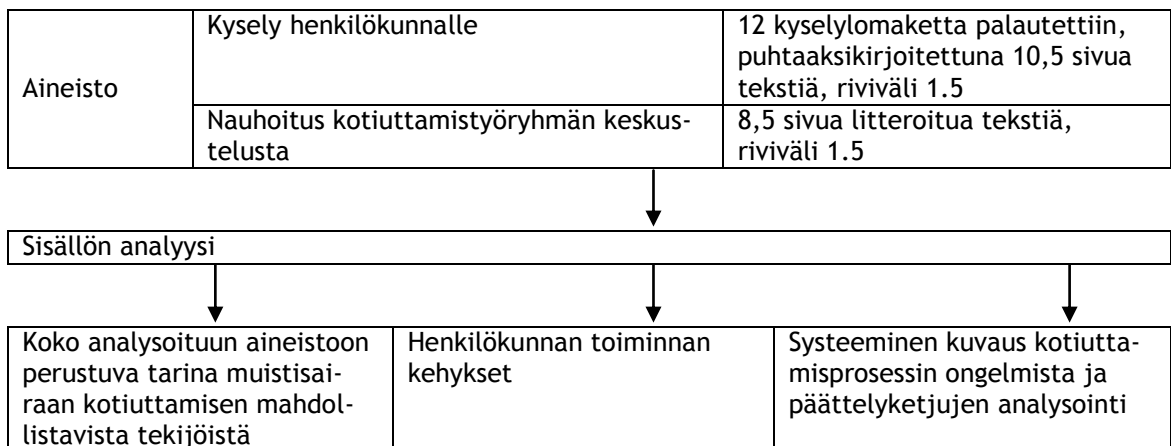
3.4 Käytetty aineisto ja sen analyysin eteneminen

Käytän opinnäytetyössäni aineistona henkilökunnalle tekemääni kirjallista kyselyä ja nauhoitettua keskustelua osaston kotiuttamistyöryhmän kokoontumisesta. Pertti Alasuutari kirjoittaa (1994: 74), että laadullisessa tutkimuksessa voi käyttää monenlaista aineistoa niin, että aiheen monipuolinen tarkastelu olisi mahdollista. Yhtenä aineistovaihtoehtona hän mainitsee tutkimuksen tekijästä riippumattoman aineiston. Englannin kielessä käytetään termiä naturally occurring data. Silverman (2008: 120) taas kysyy miksi tutkija ei käyttäisi luonnollisesti olemassa olevaa aineistoa? Koska tutkija ei ole vaikuttanut luonnolliseen aineistoon, voi se tuoda tutkimusaiheesta esille uusia, tutkijalle odottamattomia asioita.

Syksyllä 2008 osaston kehittämispäivillä kokoontui eri työryhmiä. Yksi työryhmä käsitteli kotiuttamisprosessia. Osastonhoitaja valitsi työryhmään neljä jäsentä osaston henkilökunnasta. Tutkimuksen tekijä oli yksi ryhmän jäsen. Osastonhoitaja oli suunnitellut mitä kysymyksiä työryhmä käsittelisi. Tarkoituksena oli miettiä kotiuttamisprosessin ulkoisia uhkia, sisäisiä uhkia ja mitä mahdollisuuksia kotiuttamisprosessiin liittyisi. Nauhoitin käydyn keskustelun. Olin ryhmässä tutkijan ominaisuudessa. Pyysin kaikilta osallistujilta kirjallisen luvan käydyn keskustelun nauhoittamiseen. En tuonut uusia aiheita keskusteluun, vaan pyrin lähinnä selkeyttämään ja kiteyttämään jo esille tuotuja ajatuksia.

Taulukossa 3 on esitetty aineiston analyysin eteneminen. Ensin analysoin koko aineiston laadullisella sisällön analyysillä. Sen jälkeen kirjoitin tarinan perustuen koko luokiteltuun aineistooni tekijöistä, jotka henkilökunnan mielestä mahdollistavat muistisairaana kotiuttamisen. Samaa luokiteltua aineistoani hyväksi käyttäen muodostin kolme kehystä, jotka selkiyttivät henkilökunnan käsityksiä ja heidän tapansa lähestyä muistisairaana kotiuttamista. Kotiuttamisprosessin ongelmia lähestyin ensin kuvallisesti, ilmaisemalla aineistosta nousseet ongelmat ja analysoimalla joitain esille tulleita päättelyketjuja.

Taulukko 3: Tutkimuksen eteneminen



Taulukossa on yhteenveto opinnäytetyössä käytetystä aineistosta ja sen analyysin etenemisestä

4 OSASTON JA KOTIUTTAMISPROSESSIN ESITTELY

Kehittämistyö tapahtui muistisairaiden toimintakyvyn arviointiin, kuntoutukseen sekä sijoitustoimintaan erikoistuneella osastolla. Osasto sijaitsee kaupungissa, eteläisessä Suomessa ja se perustettiin keväällä 2007. Osastolla on tällä hetkellä 28 arviointipaikkaa akuuttisairaaloista

tuleville muistisairaille ja viisi kriisipaikkaa kotona asuville muistisairaille. Osastolla on aina 33 asukasta ja sen käyttöaste vuonna 2008 oli 105,1 prosentti. Muistisairaita kuntoutujia kutsutaan osastolla asukkaiksi. Viittaan heihin samalla termillä myös tässä työssäni. Osastolle tulevien muistisairaiden tulee olla vähintään 65-vuotiaita. Heillä tulee olla dementiadiagnoosi ja akuutti ongelma, jonka takia ovat joutuneet sairaalaan, tulee olla hoidettu. Kriisiasukkailla ei tarvitse olla dementiadiagnoosia. Asukkaan toimintakyky ei ratkaise pääsyä osastolle, mutta hänellä tulee olla mahdollisuus vielä kuntoutua, kun akuutti vaiva on hoidettu.

Osastolla toimii moniammatillinen tiimi. Siihen kuuluu osastonhoitajan, lääkärin ja sosiaalityöntekijän lisäksi viisi sairaanhoitajaa, kymmenen hoitajaa, kaksi sosiaaliohjaajaa, kaksi fysioterapeuttia, toimintaterapeutti. Lisäksi osastolla on kaksi hoitoapulaista ja ohjaaja työkokeilussa. Osastolla on säännöllisesti hoitaja-, sairaanhoitaja- ja fysioterapeuttiopiskelijoita. Vakituista henkilökuntaa oli osastolla tutkimuksen tekohetkellä kaksikymmentäviisi. Osaston toimintaa osallistui tänä aikana myös vakituksia ja satunnaisia, vain päivän tai kaksi osastolla työskennelleitä sijaisia.

Osaston toimintaperiaatteita ovat kuntouttava työote, aktiivinen arki ja yhteisöllisyys. Kuntoutumassa olevat muistisairaajat asukkaat otetaan mukaan kaikkiin osaston toimintoihin heidän halujensa ja taipumustensa mukaan. Heitä tuetaan ja ohjataan suoriutumaan mahdollisimman itsenäisesti kaikista päivittäisistä toimista. Asukkaiden kuntoutumisen tavoitteet suunnitellaan moniammatillisessa tiimissä yhdessä asukkaan ja omaisten kanssa. Asukkaan asioita hoitaa omahoitaja yhdessä korvaavan hoitajan kanssa.

Vuonna 2008 uusia asukkaita tuli osastolle 109 ja lähti osastolta 72. Vaihtuvuus oli keskimäärin yhdeksän asukasta kuukaudessa. Asukkaiden toimintakyvyn arvioinnissa käytetään apuna RaVa toimintakykymittaria. Vaikka palvelutarpeen arviointi Helsingissä ei perustu yksinomaan RaVa mittariin, on mittarille luotu ohjeelliset raja-arvot. Tehostettuun palveluasumiseen pääsyn alaraja on 2.7, vanhainkotiin alaraja on 3.2 ja sairaalatasoisen hoidon suositeltu alaraja on 3.7. (Koitoahoito-osaston suunnitelma 2004: 16.) Kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa käytetään osastolla apuna MMSE testiä. Kaikkien osastolla olleiden asukkaiden RaVa:n ja MMSE testin keskiarvot heidän tullessa ja lähtiessä osastolta vuosina 2007 ja 2008 on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4: Asukkaiden RaVa ja MMSE arvojen keskiarvot osastolla

	Tullessa 2008	2007	Lähtiessä 2008	2007
RaVa	3.07	3.16	2.82	3.08
MMSE	15.85	16.93	15.62	16.71

Vuonna 2007 asukkaista 24 prosenttia palasi kotiin ja vuonna 2008 kotiin palanneiden määrä oli 43 prosenttia kaikista asukkaista. Taulukossa 5 on esitetty prosentteina asukkaiden siirtyminen osastolta kotiin tai eritasoiseen laitoshoittoon vuosina 2007 ja 2008.

Taulukko 5: Asukkaiden siirtyminen pois osastolta vuosina 2007 ja 2008

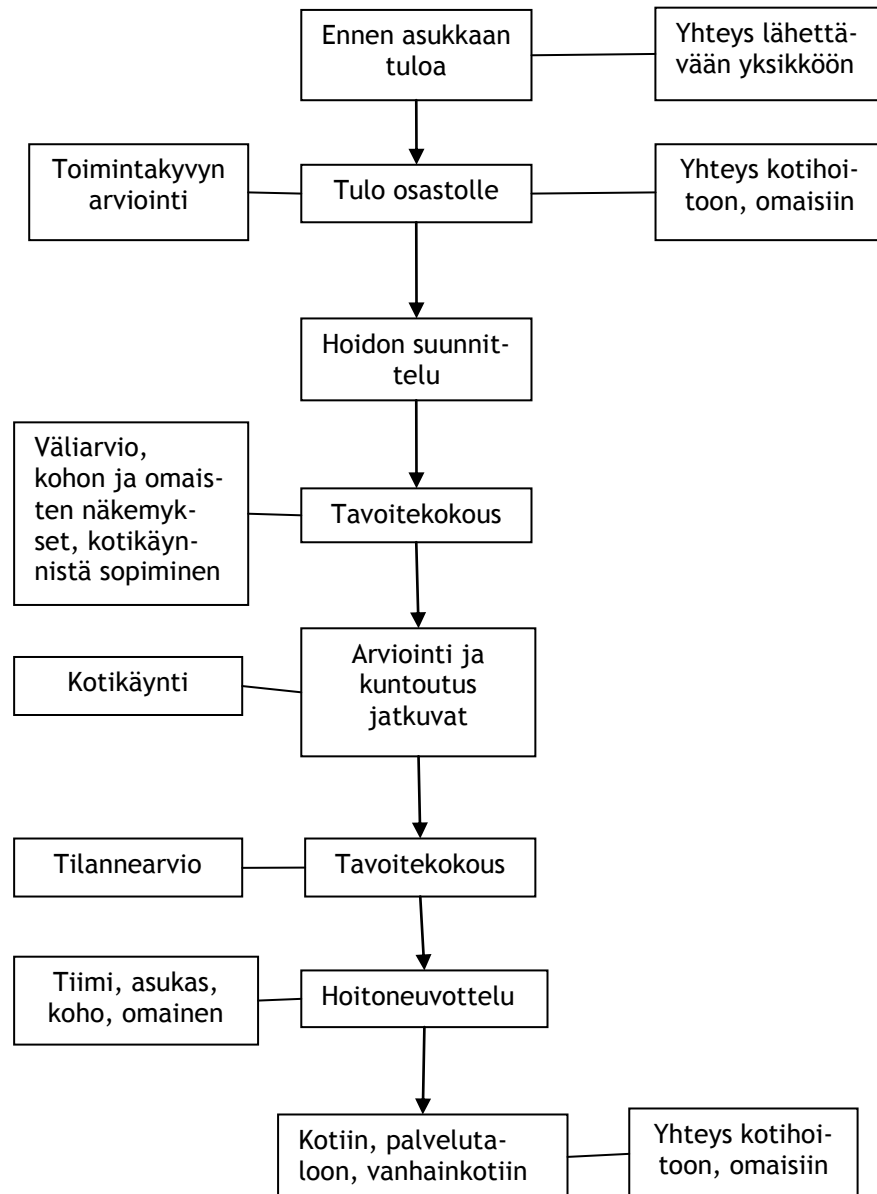
	% 2008	% 2007
Kotiin	43	24
Palvelutaloon	12	28
Vanhainkotiin	16	24
Päivystys/sairaala	28	19.5

Kotiuttaminen osastolla tapahtuu prosessin mukaan, jonka kehittivät osaston työntekijät ja osastonhoitaja yhdessä (kuva 1). Asukkaat tulevat osastolle joko akuuttisairaaloista lääkärin läheteellä, SAS-työparin suosituksesta, tai niin sanotulle kriisipaikalle. Kriisipaikkaa voidaan kysyä osaston sosiaalityöntekijältä tai kriisipaikan tarvitsija voi soittaa suoraan osastolla toimivaan kriisipuhelimeen. Osaston ylilääkäri ja sairaanhoitaja käyvät läpi osastolle tulleet läheteet. Osaston sosiaalityöntekijä tekee sijoituspäätöksen ja paikan vapautuessa omahoitaja soittaa lähettävään yksikköön ja alkaa niin sanottu kotiuttamisprosessi. Lähettävästä yksiköstä tarkistetaan, että tulevan asukkaan saapumiskriteerit täyttyvät.

Asukkaan tultua osastolle alkaa tiedonkeruu ja toimintakyvyn arviointi moniammatillisesti. Samalla ollaan yhteydessä kotihoitoon ja omaisiin, jotta saadaan selville asukkaan toimintakyky ja kotona selviäminen ennen toimintakyvyn romahtamista. Kerätyn tiedon pohjalta tehdään kuntoutussuunnitelma ja eri ammattiryhmät tekevät omat suunnitelmansa. Noin 2 - 4 viikon kuluttua asukkaan tulosta osastolle, hänen asioitaan käsitellään osaston tavoitekokouksessa. Tällöin tiimin pitäisi tietää myös omaisten ja kotihoidon mielipiteet asukkaan kotiutumisesta. Mahdollisesta kotikäynnistä sovitaan tavoitekokouksessa.

Kuntoutus jatkuu osastolla ja asukkaan asioita voidaan käsitellä useassa tavoitekokouksessa, kunnes moniammatillinen tiimi tekee ehdotuksen hoitotasosta. Asukasta voidaan suositella

kotiin, palvelutalon, vanhainkodin somaattiselle tai muistisairaiden osastolle. Kotiin meneville asukkaille pidetään hoitoneuvottelu, johon kutsutaan omaiset ja kotihoito. SAS-työpari tekee lopullisen päätöksen laitostasoisesta hoitopaikasta. Myös näille asukkaille voidaan pitää osastolla hoitoneuvottelu.



Kuva 1: Kaaviokuva osaston kotiuttamisprosessista

5 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyöni on kuvaus muistisairaiden arviointi- ja kuntoutusosaston kotiuttamisprosessin kehitystyöstä. Tarkoitukseni on kuvata ja analysoida työntekijöiden ongelmallisiksi kokemia kotiuttamisprosessin osa-alueita ja työntekijöiden käsityksiä tekijöistä, jotka mahdollistavat muistisairaahan kotiutumisen. Muistisairaiden arviointi- ja kuntoutusosastolle luotiin malli kotiuttamisprosessin etenemisestä huhtikuussa 2008. Malli luotiin selkiyttämään työntekijöiden tehtäviä arvioitaessa asiakkaiden mahdollisuutta palata kotiin akuutin vaiheen jälkeen.

Tutkimustehtävänä on

- kuvata ja analysoida työntekijöiden käsityksiä tekijöistä, jotka mahdollistavat muistisairaahan kotiutumisen.
- kuvata ja analysoida työntekijöiden ongelmallisiksi kokemia tekijöitä kotiuttamisprosessissa.

6 MUISTISAIRAAN KOTIUTTAMISEN MAHDOLLISTAVAT TEKIJÄT

6.1 Analyysiyksikön valinta ja analyysin alku

Henkilökunnalle tekemäni kyselyn kansilehdellä selostin tutkimukseni tarkoituksen ja tähden, että kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kerroin myös saaneeni luvan tutkimuksen tekemiseen eettiseltä toimikunnalta. Henkilökunnalla oli aikaa vastata kyselyyn kaksi viikkoa. Kysely oli saatavilla henkilökunnan yhteisessä kahvihuoneessa. Täytettyään kyselyn, se suljettiin kirjekuoreen ja laitettiin suljettuun laatikkoon. Avasin laatikon ja kyselyt vastausajan umpeuduttua. Informoin henkilökuntaa opinnäytetyöstäni ja siihen liittyvästä kyselystä osaston yhteisillä kehittämispäivillä ja osastokokouksissa. Kysely oli tarkoitettu koko henkilökunnalle, myös sijaisille.

Kyselyssä oli seitsemän avointa kysymystä liittyen osaston muistisairaiden kotiutusprosessiin ja tekijöihin, jotka henkilökunnan mielestä ovat edesauttaneet tai estäneet kotiutusten onnistumista. Kysymykset liittyivät myös tekijöihin, jotka muistisairaahan toimintakyvyssä vahvistavat henkilökunnan mielipidettä suositella häntä kotiin tai estävät kotona asumisen. Myös muita kotiutumisen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä kysyttiin. Viimeisenä vastaajia pyydettiin kirjaamaan, millaisia eettisiä kysymyksiä he joutuvat miettimään, valmistellessaan muistisairaahan kotiuttamista? Tavoitteena kysymyksiä laatiessani oli saada mahdollisimman kattava kuva henkilökunnan mielipiteistä muistisairaahan kotiutumisen mahdollistavista tekijöistä ja osaston kotiutusprosessista. Kahdessa kysymyksessä etsin saman asian vastakkaisia puo-

lia. Pyytäessäni kirjaamaan asiat, jotka muistisairaana fyysisessä, psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä vahvistavat henkilökunnan mielipidettä suositella häntä kotiin asumaan ja toisaalta, milloin henkilökunta ei suosittele muistisairasta kotiin asumaan? Vastauskuoria palautettiin kaksitoista kappaletta. (Liite 2.)

Luettuani vastaukset useaan kertaan läpi, kirjoitin yhteen kunkin yksittäisen kysymyksen kaikki vastaukset sanatarkasti. Kirjoitin tekstin puhtaaksi samassa muodossa kuin vastauksissa, tällöin vastausten luettelonomaisuus merkitsi sitä, että puhtaaksikirjoitetussa muodossa eivät kaikki rivit tulleet täyteen tekstiä. Kirjoitettuna rivivälillä 1.5 tekstiä kertyi kymmenen ja puoli sivua. Yhtään vastausta ei tarvinnut hylätä esimerkiksi epäselvän käsialan takia.

Laadullisessa sisällönanalyysissä voi analyysiyksiköksi valita sanan, lauseen tai ajatuskokonaisuuden (Kyngäs & Vanhanen 1999: 5). Syrjälä, Ahonen, Syrjänen & Saari (1995: 123 - 127, 143) taas kirjoittavat, että tulkintayksikkö tulisi määritellä vasta analyysin käynnistyttyä ja sen ehdoilla. He suosittelevat analyysiyksiköksi ajatuksellista kokonaisuutta. Ne voivat asettua toisiinsa nähden lomittain. Ajatuksellisia yhteyksiä ei pidä katkaista. Ajatuskokonaisuudesta on paljastuttava haastatellun ilmaisun merkitys, jonka ymmärtäminen riippuu asia- ja tilanneyhteydestä. Myös tulkitsijan tausta vaikuttaa siihen, miten hän asian ymmärtää. Valitsin analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuuden. Se saattoi muodostua useammasta kuin yhdestä lauseesta. Joskus virke sisälsi kaksi ajatuskokonaisuutta, kuten:

Jos fyysinen toimintakyky on niin huono että kaatuilu jokapäiväistä -> ei kotiin koska ei myöskään (mahdollisesti) hyödy turvarannekkeista, jos ei osaa pyytää apua. (jos on avunpyynnöt jokapäiväisiä...)

Esimerkin ajatuskokonaisuudet liittyvät muistisairaana huonoon tasapainoon, joka aiheuttaa kaatumisia päivittäin. Toinen ajatuskokonaisuus liittyy muistisairauden asteeseen. Sairauden edetessä välineelliset toiminnot vaikeutuvat ja päättelykyky huononee, jolloin avun pyytäminen esimerkiksi turvarannekkeen avulla ei onnistu tai muistisairas toistaa avunpyynnön myös tilanteissa, joissa se ei ole aiheellista. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006: 137 - 139.)

Puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen luin vastaukset läpi ja aloitin induktiivisen, eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin (Kyngäs & Vanhanen 1999: 5). Ryhmittelin vastaukset aihealueen mukaan samaan taulukkoon. Rinnakkaisiin taulukkoihin sijoitin merkitykseltään täysin vastakkaiset vastaukset. Tässä taulukointivaiheessa käytin vielä tarkkoja vastauksia, koska halusin olla varma, että tulkitsin niiden sisällön oikein. Ryhmittelyssä käytin apuna ensimmäistä tutkimuskysymystä, jossa on tarkoitus selvittää työntekijöiden käsityksiä tekijöistä, jotka mahdollistavat muistisairaana kotiutumisen.

Käytyäni läpi kaikki vastaukset ja jaoteltuani ne analyysiyksikön mukaan, kirjoitin niistä pelkistetyt muodot. Jotkut vastauksista oli kirjoitettu niin, ettei niiden pelkistäminen ollut tarpeellista. Muutaman vastauksen pelkistäminen oli erittäin aiheellista, koska mielestäni pystyin niistä tunnistamaan kirjoittajan. Ne olivat fraaseja, joita kuulin toistettavan myös puheessa.

6.2 Henkilökunnalle tehdyn kyselyn analyysi

Muodostin alaluokat ensimmäisen tutkimuskysymyksen mukaan pelkistetyistä ilmaisuista ja niitä muodostui 93. Alaluokat yhdistin sisällön mukaan yläluokkiin, joita muodostui 53. Yläluokista 30 muodostui vain yhdestä alaluokasta. Esimerkiksi alaluokka 'ei selkeitä perusteluita mielipiteille kotiutumisesta' muodosti yläluokan 'intuitio päätöksenteossa'. Tällä pyrin aineiston tarkkaan käsitteellistämiseen (Kyngäs & Vanhanen 1999: 6). Henkilökunnallahan voi olla monia syitä siihen, etteivät he löydä selkeitä perusteluita mielipiteilleen. Kuitenkin tässä vaiheessa analyysiä yritin vähentää oman tulkintani merkitystä ja valitsin yläluokaksi 'intuitio päätöksenteossa'. Koska päätös täytyy tehdä, ja jos sellaisia perusteluita päätökselle ei ole, jotka voidaan kielellisesti ilmaista, on kyseessä intuitio. 'Kohon myönteinen suhtautuminen kotiutukseen, taas ilmaisi yläluokkaa 'kotisairaanhoidon asenteet'. 'Osaston perustehtävän informointi omaisille heti' muotoutui yläluokaksi 'hyvä ulkoinen viestintä'.

Pääluokkia muodostui 17. Niiden nimeämisessä käytin osittain deduktiivista päättelyä. Eli nimesin osan luokista tutuilla käsitteillä kuten kognitiivinen toimintakyky, fyysinen toimintakyky tai sosiaalinen toimintakyky. Yhdistin ne vielä kuudeksi käsitteeksi, joita olivat terveydenhuoltohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät, organisatoriset tekijät, yhteiskunnalliset tekijät, muistisairaahan toimintakyky, henkilökunnan eettiset näkemykset ja epävirallinen vastuu (taulukko 6).

Taulukko 6: Kyselyn tulokset muistisairaiden kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä

Yläluokka	Pääloukka	Yhdistävä luokka
<p>Yhteinen ajattelumalli Ympäristön asenteet Omaisten asenteet Kotisairaanhoidon asenteet Tiimin asenne kotiutukseen Osaston asenneilmapiiri</p> <p>Yhteistyö kotisairaanhoidon kanssa Yhteistyö omaisten kanssa</p> <p>Henkilökunnan ammattitaito Intuitio päätöksenteossa Henkilökunnan epätietoisuus kotiutumisen mahdollistavista tekijöistä</p>	<p>Toimintaa ohjaavat ajattelumallit</p> <p>Yhteistyö eri toimijoiden välillä</p> <p>Osaston henkilökunnan kognitiiviset tekijät</p>	<p>Terveystenhooltohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät</p>
<p>Hyvä ulkoinen viestintä Hyvä sisäinen viestintä Omaisten virheellinen informointi palveluketjun aikaisemmissa vaiheissa Henkilökunnan motivoiminen, kiinnittäminen</p> <p>Tiimin tapa toimia Osaston toimintaperiaate Osaston toimintatavat Kohon tapa toimia Kotiutusprosessin toimintakäytäntö</p> <p>Omaisten jaksaminen Kotihoidon tukipalvelut Palvelujärjestelmän toimimattomuus</p>	<p>Organisaation viestintäjärjestelmä</p> <p>Organisaation käytännöt</p> <p>Palvelujärjestelmän toimintatapa</p>	<p>Organisatoriset tekijät</p>
<p>Palvelujärjestelmän resurssit Osaston resurssit Muistisairaahan taloudelliset resurssit</p> <p>Huono kuntatalous ei tue eettisesti oikeita päätöksiä Huoli palvelujärjestelmän kyvyttömyydestä vastata tarpeeseen</p>	<p>Taloudelliset tekijät</p> <p>Hyvinvointiyhteiskunnan mureneminen</p>	<p>Yhteiskunnalliset tekijät</p>
<p>Hahmottamisen vaikeudet Muistisairaouden aste Päätelykyky</p> <p>Muistisairaahan sosiaaliset taidot Sosiaaliset verkostot</p> <p>Mieliala ja mielenterveyden häiriöt Käyttöoireet</p>	<p>Kognitiivinen toimintakyky</p> <p>Sosiaalinen toimintakyky</p> <p>Psyykinen toimintakyky</p>	<p>Muistisairaahan toimintakyky</p>

Voimavarat Liikuntakyky Päivittäisistä toiminnoista selviäminen Ei alkoholin liikkäyttöä Hyvä ravitsemustila Lääketieteellinen hoito	Fyysinen toimintakyky	
Henkilökohtainen eettinen näkemys ei toteudu Ammattietiikka Huoli muistisairaana itsemääräämisoikeuden toteutumisesta Asukkaan itsemääräämisoikeus ja alkoholi Omaisten tahtoa ei kuunnella Epätietoisuus kotiutuksen hyödyistä muistisairaalle Huoli/epätietoisuus muistisairaana edun toteutumisesta Huoli oikeudenmukaisuuden toteutumisesta	Henkilökunnan eettiset periaatteet Yksilön etu/Yhteiskunnan etu Hyvän elämän käsite Tasa-arvon periaate	Henkilökunnan eettiset näkemykset
Vastuun kotiutuksista Huoli kotona asumisen riskeistä Tieto muistisairaana riskikäytöksestä	Epävirallinen vastuu kotiutuksesta Kotona asumisen riskit	Epävirallinen vastuu

Taulukossa on esitetty henkilökunnalle tehdyn kyselyn analysoinnin jälkeen muistisairaana kotona asumisen mahdollistavien tekijöiden yhdistävien luokkien muodostuminen pääluokista ja yläluokista

6.2.1 Terveydenhuoltohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät

Kolme pääluokkaa muodosti yhdistävän luokan terveydenhuoltohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät. Ne olivat toimintaa ohjaavat ajattelumallit, yhteistyö eri toimijoiden välillä ja osaston henkilökunnan kognitiiviset tekijät (taulukko 6). Ajattelumallit ovat syvään juurtuneita oletuksia tai yleistyksiä, jotka ohjaavat yksilöiden ja organisaatioidenkin tapaa ajatella ja toimia. Maailma nähdään ajattelumallien läpi, eikä yksikään ajattelumalli ole täydellinen. Kaksi ihmistä, joiden ajatusmallit ovat erilaiset, selittävät saman tapahtuman eri tavalla. He huomioivat eri asioita ajatusmalliansa ohjaamina. Ajattelumallit on tiedostettava, jotta niihin voidaan vaikuttaa. Niitä muuttamalla pystytään Sengen mukaan vaikuttamaan myös käyttäytymiseen ja toimintatapoihin pysyvästi. (Moilanen 2001: 63; Senge 2006: 163 - 164, 172 - 174.)

Kyselyssä kävi ilmi, että muistisairaahan kotiutumiseen myönteisesti asennoituva ajattelumalli oli myös yksi kotiutumisen mahdollistava tekijä. Se voi ilmetä moniammatillisen tiimin yksimielisyytenä yksittäisen muistisairaahan mahdollisuuksistaan asua kotona. Pelkkä tiimin yksimielisyyksään ei kyselyn mukaan aina riitä, vaan kaikkien kotiutumista valmistelevien osapuolien, kotihoidon, omaisten ja hoitotiimin yksimielisyyttä tarvitaan (taulukko 6).

'Osastolla pidetty yhteyttä omaisiin ja kohon, tältä pohjalta on syntynyt yhteinen näkemys asukkaan tulevasta hoitopaikasta'

Myös näkemystä kotona asumisesta yleisesti parempana vaihtoehtona kuin laitoksessa asumista pidettiin tärkeänä ajattelumalleihin vaikuttavana tekijänä. Kyselyyn vastanneet kirjoittivat myös ympäristön, omaisten, kotisairaanhoidon, moniammatillisen tiimin ja koko osaston asenneilmapiiristä (taulukko 6). Jos asenne kotiutumiseen on positiivinen varsinkin omaisilla ja kotihoidolla, on kotiutus helpompaa ja kotiutumisen onnistumisen todennäköisyys kasvaa.

'Kohon asenne ja kannustus vaikuttavat suoraan kotona selviytymiseen. Jos koho on etukäteen sitä mieltä, että kotona asuminen ei onnistu, siirtyy asukas taas helposti päivystyksen kautta laitospaikalle.'

'Myönteisyys ja kannustaminen ovat niin omaisten kuin kotihoidon voimavaroja, jotka luovat onnistumiselle hyvän pohjan.'

Henkilökunta voi vaikuttaa muiden osapuolien asenteisiin ja ajattelumalleihin yhteistyöllä. Yhteistyön onnistuminen on onnistuneen kotiutuksen edellytys (taulukko 6). Yhteistyö on aina yksilöllistä kommunikaatiota, tärkeän informaation välittämistä, mutta myös kuuntelua ja kuulluksi tuleamista. Onnistuakseen kommunikaatio vaatii yksilöllistä tietoa ja taitoa. Yhteistyö lähettävän tahon ja kotihoidon välillä on todettu tärkeäksi kotiutuksen onnistumiseen vaikuttavaksi tekijäksi myös muissa tutkimuksissa. (Hammar 2008: 55; Perälä & Hammar 2003: 11 - 12; Pöyry & Perälä 2003: 46.) Kotiutumisen onnistuminen vaatii hyvää yhteistyötä myös muistisairaahan omaisten kanssa (taulukko 6).

'Sujuva yhteistyö omaisen, kohon, laitoksen kanssa. Omaisiin ollaan yhteydessä koko hoitajakson aikana.'

Kognitiiviset tekijät yhdistävänä luokkana pitää sisällään henkilökunnan ammattitaidon, intuition käytön päätöksenteossa ja toisaalta myös henkilökunnan epätietoisuuden kotiutumisen mahdollistavista tekijöistä (taulukko 6). Henkilökunnan ammattitaidon merkitys tuli kyselyssä selkeästi esille. Kotiutus mahdollistuu, kun muistisairaahan toimintakyky on ensin tarkasti, monipuolisesti ja perusteellisesti arvioitu. Hänen kuntoutuksensa on ollut tavoitteellista. Myös

hyvin suunniteltu kotiutus vaatii henkilökunnalta ammattitaitoa. Kuten vastauksissa kirjoitettiin, muistisairaana kotiutumista edesauttaa:

'vahva ammatillinen työyhteisö, henkilökunnan ammatillisuus ja ammattitaitoinen henkilökunta.'

Dreyfus & Dreyfus (1986: 30 - 34) kirjoittavat, että todellinen asiantuntija ratkaisee ongelman nopeasti ja varmasti. Hän on yhtä tekemisensä kanssa ja löytää oikean tien intuitionsa avulla. Hänen ei tarvitse pysähtyä analyttisesti miettimään. Oikean ratkaisun löydyttyä, hän ei välttämättä osaa selittää, miten se tapahtui. Hän reflektoi kriittisesti intuitiotaan. Analysoidessani kyselyä yhdeksi yläkategoriaksi muodostui intuitio päätöksenteossa. Dreyfus & Dreyfus tutkivat mm. mestarishakinpelaajien tapaa ja taitoa tehdä oikea siirto juuri oikeaan aikaan. Voittoon johtaneen siirron perusteleminen juuri sillä hetkellä voi olla vaikeaa. Tarkoittaako kyselyyn kirjoitettu vastaus,

'Joskus myös henkilökunnan erilainen näkemys ilman selkeää perustelua'

intuitiota vai täydellistä tietämättömyyttä kotiutumisen mahdollistavista tekijöistä? Aineisto ei anna kysymykseen vastausta. Kolikon kummatkin puolet kuitenkin liittyvät kognitioon. Joskus kotiutumista puoltava mielipide voi syntyä vahvasti hetkessä. Tiimin jäsen voi kokea, ettei mikään perustelu ole tarpeeksi hyvä ja hän päättää luottaa vain intuitionsa. Päätöksen oikeellisuutta emme voi arvioida. Tiedämme vain, että intuitio voi olla korkean ammattitaidon ilmentymä.

'Henkilökunnalta saattaa välillä puuttua kyky ajatella asukasta kotona. Täällä lukittujen ovien takana. Ohjatussa ympäristössä asukas on toimintakykyinen. Kotona ei välttämättä ole.'

Kyselyssä esille tullut mielipide ilmaisee hyvin simuloidun tilanteen rajoittuneisuutta. Turvalisessa ympäristössä ja hyvän ohjauksen turvin muistisairaana toimintakykyä voidaan arvioida. Siihen on olemassa luotettavia mittareita, mutta yleistyvätkö uudelleen opitut taidot ja säilykö toimintakyky myös kotona?

6.2.2 Organisatoriset tekijät

Muistisairaana kotiutumisen mahdollistavia organisatorisia tekijöitä kyselyn mukaan olivat organisaation viestintäjärjestelmä, organisaation käytännöt ja palvelujärjestelmän toimintatapa (taulukko 6). Kotiutumista kyselyn mukaan auttaa, kun organisaation ulkoinen ja sisäinen

viestintä on hyvää. Ulkoinen viestintä on tärkeää, koska osaston perustehtävä tulee kertoa heti muistisairaalle ja hänen omaisilleen. Tarkoituksena on arvioida muistisairaahan toimintakykyä ja kuntouttaa häntä tavoitteena kotiutuminen. Hyvä ulkoinen viestintä tarkoittaa kyselyn vastausten mukaan myös muistisairaahan ja omaisten informointia saatavilla olevista sosiaalisista etuuksista.

'Se lähtee jo alkutilanteessa, eli tulovaiheessa selvitetään omaisille ym. että 1. tavoite on kotiin.'

Useassa kyselyn vastauksessa tuli ilmi, ettei tieto kulje tarpeeksi hyvin osastolla. Hyvä sisäinen viestintä tarkoittaa tiedonkulkua niin, että kaikki tiimin jäsenet tietävät, miten kuntoutus ja kotiutusprosessi ovat kunkin asukkaan kohdalla edenneet. Keinoina mainittiin päivittäiset raportit sekä huolellinen, arvioiva, kuvaava kirjaaminen.

'Raportointi päivittäin (missä mennään kenenkin kohdalla ym. -> ei vielä toimittaisiin täysin.'

'Informaatio ei aina tavoita tosia tiimin jäseniä, mitä on tehty tai mitä pitäisi tehdä.'

'Huolellinen, arvioiva, kuvaava ja tiedottava kirjaaminen.'

Muistisairaahan ja hänen omaistensa virheellinen informointi edellisessä hoitopaikassa mahdollisesta pääsystä laitoshoidon on kyselyn mukaan yksi tekijä, joka vaikeuttaa muistisairaahan kotiutumista (taulukko 6). Omaiset saattavat olettaa, että heidän vanhuksessa on jo jonossa vanhainkotiin tai sitten kuntoutusosastoa saatetaan pitää asukkaan pysyvänä paikkana. Hämmästyksensä voi olla suuri, kun selviää, että muistisairas kuntoutuukin vielä kotiin.

'Omaiset saaneet "väärää" infoa aikaisemmin (esim. heille luvattiin vanhainkotipaikkaa).'

'Omaisten käsitys, että osastomme on nyt asukkaan "pysyvä" paikka.'

Yksi tärkeä tehtävä organisaation viestintäjärjestelmällä on työntekijöiden motivoiminen, kiinnittäminen asetettuihin tavoitteisiin. Motivoiminen ei onnistu, jos ei tavoitteita ja niiden takana olevia tekijöitä tiedetä.

'Sitoutuneisuus -> kaikki tietävät tavoitteet ja sitoutuvat niihin.'

'Mielestäni koko henkilökunta on sitoutunut hyvin tähän prosessiin ja arvioi ammatillisesti asukkaan tilannetta.'

Organisaatioiden käytännöt nousivat tärkeäksi muistisairaahan kotiutumisen mahdollistavaksi tekijäksi niin moniammatillisessa tiimissä, osaston toiminnassa kuin kotisairaanhoidossakin (taulukko 6). Vastaajat pitivät tärkeänä sellaista tiimin toimintatapaa, joissa jokaisen tiimin jäsenen mielipidettä kuunnellaan. Moniammatillisen tiimin tulisi pystyä tekemään yhteistyötä ja muistisairaahan toimintakykyä, siihen vaikuttavia tekijöitä, kuntoutumisen tavoitteita sekä mahdollista kotiutumista tulisi käsitellä kiireettömästi ja usein. Tällöin osaston toimintaperiaatteena tulisi olla se, että kotiutuminen etenee luodun prosessin mukaan rauhallisesti. Tärkeänä toimintaperiaatteena pidettiin myös sitä, että muistisairas asukas saa aikaa tehdä ja toimia itse. Häntä autetaan vain tarvittaessa ja päivittäisissä toimissa häntä ohjataan eikä auteta liikaa.

'Ei tehdä asioita sovitusti prosessimallin mukaan (saattaa olla esim. huhu että asukas jo kotiutuu ilman että on käsitelty tavoitekokouksessa, kotikäyntiä tehty tai muut tiimin jäsenet ovat päässeet sanomaan mielipiteitään).'

'Pyrkimys tehdä "nopeita" kotiutuksia, vaikka asiasta on puhuttu henkilöstön kesken.'

Hyvin toimiessaan omahoitajajärjestelmä on se osaston toimintatapa, joka kyselyn mukaan voi ratkaisevasti auttaa muistisairaahan kotiutumista. Omahoitaja tuntee asukkaan ja omaiset. On ollut heihin yhteydessä ja koordinoi muistisairaahan asukkaan kotiutumista. Osaston toimintatavoista mainittiin myös yhteisöllisyys ja aktiivinen arki tekijöinä, jotka edesauttavat kotiutumista, koska vastaajien mielestä ne parantavat muistisairaahan toimintakykyä. Itse kotiutusprosessin toimintakäytännöistä tähdennettiin kokouskäytäntöjen, tavoitekokousten ja hoitoneuvotteluiden tärkeyttä, kotikäyntejä sekä kodinmuutostöitä.

'Omahoitaja / korvaavahoitajajärjestelmä kun toimii -> asiat etenevät ja kun tiedottaminen sujuu -> kotiutusprosessi sujuu.'

'Liian nopea tahti, omahoitaja ei ole hoitamassa asukkaan asioita, voivat jäädä keskeneräisiksi ja jonkun toisen hoidettaviksi.'

'Kotona olosuhteet sellaiset etteivät ole sopivat /asumismuoto ei ole edullinen, esim. hissitön talo

'Asunnonmuutos töilläkään ei saada kotona olevaa asuinympäristöä turvallisiksi (jos esim. asukkaan liikkuminen huonaa eikä asunnonmuutustyöt riitä korjaamaan turvallista ympäristöä).'

Myös kotihoidon toimintatavoilla on merkitystä, sillä kotiutumisen tulee tapahtua yhteistyössä kotihoidon kanssa (Perälä & Pöyry 2003: 46). Ne olivat vastausten mukaan tärkeitä tekijöitä, kun muistisairasta kotiutetaan. Kotihoidolta toivottiin joustavuutta ja ymmärrystä tekijöistä, jotka auttavat muistisairasta pärjäämään kotona. Hoidon tulisi olla kuntouttavaa ja yksilöllis-

tä niin, että muistisairasta ohjataan, hänen puolestaan ei tehdä. Käyntejä kotiin tulisi olla riittävästä ja niiden tulisi olla tarkoituksenmukaisia.

'Kotihoidon joustavuus ja ymmärrys siitä, kuinka asukas pärjäisi parhaiten kotona -> riittävät, tarkoituksenmukaiset käynnit.'

'Kotihoidon kanssa sovittu (mahdollisesti) riittävästä tukitoimista ja he pystyvät toteuttamaan ne antamalla riittävästi aikaa vanhukselle ja heillä kuntouttava ote kotihoidon työssään. Silloin vanhus on omaan elämäänsä pystyvä, kykenevä, VAIKUTTAVA / OSALLISTUVA tekijä.'

Ulla Eloniemi-Sulkava (2008: 50) kirjoittaa Stakesin oppaassa laadukkaista dementia palveluista, että omaishoitajan väsyminen on yksi muistisairaahan kotihoidon päättymisen riskitekijä. Vallitseva palvelujärjestelmä ei välttämättä osaa tukea omaishoitajaperheitä johtuen erilaisesta toimintakulttuurista ja palvelujärjestelmän monimutkaisuudesta. Perheet toivovat, että muistisairas asuisi kotona mahdollisimman pitkään ja perheen totutut toimintakäytännöt säilyisivät, eikä autonomiasta tarvitsisi luopua. (Eloniemi-Sulkava, Saarenheimo, Savikko & Pitkälä 2006: 27 - 31.) Myös kyselyssä henkilökunnalle vastattiin, että omaishoitajan väsyminen voi olla tekijä, joka ei mahdollista muistisairaahan kotiutusta. Kotihoidon tukipalveluita, kuten ruokapalvelua, pidettiin tärkeinä kotiutumisen mahdollistavina tekijöinä. Kyselyssä tuli ilmi, ettei palvelujärjestelmä aina toimi hyvin, koska kuntoutusosastolle tulee paljon niin sanottuja hankalia kotiutettavia, jotka on yritetty kotiuttaa jo akuuttisairaalasta, mutta huonolla menestyksellä.

'Ravitseva ruoka pitää terveyttä yllä eikä tarvitse huolehtia ruuan laittamisesta.'

'Tulevat asukkaat eivät ole meidän päätettävissä eli saamme hankalimmat tapaukset.'

6.2.3 Yhteiskunnalliset tekijät

Yhdistävä luokka yhteiskunnalliset tekijät muodostui kahdesta pääluokasta, joita olivat taloudelliset tekijät ja hyvinvointiyhteiskunnan mureneminen (taulukko 6). Taloudelliset tekijät tulivat korostuneesti esille monissa vastauksissa. Vastauksissa ei unohdettu muistisairaahan omaa taloudellista tilannetta, vaikka korostettiinkin oman osaston ja koko palvelujärjestelmän resurssien puutetta. Kiire osastolla estää kuntouttavan työtteen toteuttamisen. Ei ole aikaa vahvistaa asukkaan omia voimavaroja ja ohjata asukasta päivittäisissä toimissa.

'Ajoittain riittämätön aika vahvistaa asukkaan omia voimavaroja esim. päivittäisten toimien suorittamiseen.'

'Aika, annettava riittävästi aikaa ohjaukseen.'

'Hyvä ohjaaminen asukkaan jokapäiväisissä toiminnoissa (pukeutuminen, ruokailu, peseytyminen).'

Kotiin palaavalle muistisairaalle tulisi olla tarvittaessa heti tarjolla päivätoimintaa ja muita avopalveluita. Vastauksissa kirjoitettiin, että päivätoiminta tuo rytmiä ja turvallisuudentunnetta muistisairaalle elämään ja näin mahdollistaa kotiutumisen. Myös kotisairaanhoidon käynnit rytmittävät päivää ja tuovat turvaa asukkaalle. Vastauksissa pidettiin tärkeänä, että muistisairas saa riittävästi tarvitsemaansa apua ja se on tarjolla heti, kun muistisairas kotiutuu. Muistisairaalle taloudellisen tilanteen tulisi olla kunnossa ja hänellä sekä omaisilla on oltava tietoa sosiaalisista etuuksista.

'Riittävät ja monipuoliset avopalvelut siis realistiset, jotka myös heti saatavana. (esim. ei kuukausien jonotusta päivätoimintaan jne.).'

'Kun on tarjota mielekästä tekemistä päivällä, ei tarvitse olla yksin -> turvatomuudentunne alenee ja asukas uskaltaa olla kotona. Hänellä on jotakin, mitä odottaa seuraavalla kerralla.'

'Tietämys (asukkaalla, omaisella, koholla...) sosiaalisesta tuesta ja oikeudesta.'

Kuntatalous ja eettiset kysymykset eivät aina kohtaa kotiutettaessa muistisairaita vanhuksia, kuten eräässä vastauksessa kirjoitettiin.

'Pakkokotiutuminen vaikka vanhuksen edellytykset eivät riitä eikä omaisten jaksaa

tilastojen / rahan vuoksiko kotiuttamista tehdään vai halutaanko luoda vanhukselle hyvät olosuhteet asua/elää kotona.'

Huoli hyvinvointiyhteiskunnan murenemisestä tuli ilmi vastauksissa. Se ilmenee henkilökunnan kokemana riittämättömyyden tunteena tilanteissa, joihin ei itse voi vaikuttaa, esimerkiksi pitkä jono päivätoimintaan.

'Jos asukas kertoo että ei halua kotiin, koska kokee yksinäisyyttä ja me / kotihoito ei kykene järjestämään päivätoimintaa, vapaaehtoistoimintaa, LAH-jaksoja tms. niin silloin kokee riittämättömyyttä.'

6.2.4 Muistisairaahan toimintakyky

Henkilökunnalle suunnatussa kyselyssä oli kaksi kysymystä, joissa suoraan kysyttiin muistisairaasta johtuvia kotiutumisen mahdollistavia tekijöitä. Vastaaajia pyydettiin kuvaamaan tekijöitä asukkaan toimintakyvyssä, jotka vahvistavat mielipidettä suositella asukasta kotiin. Toisessa kysymyksessä pyydettiin vastaaajia kuvailemaan milloin ei suosittele muistisairasta asumaan kotiin. Toimintakyky on suhteellinen ja dynaaminen käsite ja siihen vaikuttavat myös ympäristön toimintaedellytykset, toimintavaatimukset, yksilöiden kompensatiomekanismit ja ulkopuolinen apu (Heikkinen 1997: 9 - 10). Analysoidessani vastauksia muodostin neljä pääluokkaa yleisesti käytetyistä toimintakyvyn neljästä osa-alueesta, joita ovat kognitiivinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky, psyykkinen toimintakyky ja fyysinen toimintakyky (taulukko 6) (Voutilainen 2006: 24 - 28).

Pääluokka kognitiivinen toimintakyky muodostui yläluokista hahmottamisen vaikeudet, muistisairauden aste ja päättelykyky (taulukko 6). Hahmottamisen vaikeus voi ilmetä esimerkiksi siten, ettei muistisairas löydä ulkoa takaisin kotiinsa, hän ei hahmota ympäristöä tai aikaa. Päättelykykyä tarvitaan silloin, kun muistisairas tunnistaa kodin kotikäynnillä ja osaa toimia siellä. Muistisairauden asteellakin on merkitystä. Kotiutumista eivät vastanneet suositelleet silloin, kun muistisairaus on edennyt pitkälle ja lääkkeet jäävät ottamatta. Vastaaajat pitivät hyvänä, jos asukas ymmärtää omat heikkoutensa ja osaa pyytää apua tarvittaessa.

'Kun asukas on koko ajan lähdössä, milloin etsii kotiaan, milloin lapsiaan, milloin töihin...'

*'Jos ei kertakaikkiaan pysy siellä, "karkaaminen" on toistuvaa samoin eksyily'
'Jos joskus on "seilannut" rappukäytävässä ja avaimet jääneet kotiin ja osaa pyytää apua naapurilta niin sellainen käytös on loogista ja osoittaa kognitiota olevan vielä jäljellä.'*

Muistisairaahan sosiaalinen toimintakyky ilmeni kyselyssä asukkaan kykynä tehdä yhteistyötä varsinkin kotihoidon kanssa ja haluna osallistua päivätoimintaan. Muistisairaahan sosiaalista aktiivisuutta pidettiin hyvänä piirteenä ja samalla yksinäisyyttä tekijänä, joka voi vaikeuttaa kotiutumista. Muistisairaahan sosiaalinen verkosto vaikuttaa kyselyn mukaan siihen, miten kotiutuminen onnistuu. Muistisairaahan yksin asuminen vaikeuttaa kotiutumista. Sen sijaan ystävien ja sosiaalisen verkoston tuki sekä aktiiviset omaiset koettiin kyselyssä vaikuttavan kotiutumisen onnistumiseen positiivisesti.

'Jos asukas on aikaisemmin kieltäytynyt esim. kotihoidon avusta (lääkekielteisyys), kotihoito katsoo ettei kotona asuminen onnistu -> onko järkeä kotiuttaa, jos vaarana samat asiat.'

'Kykenee yhteistyöhön kotihoidon kanssa, luottaa heihin ja kokee itsensä ja olonsa turvalliseksi.'

'Tulee toimeen kotiavun turvin -verkosto kunnossa myös.'

Vastauksissa pidettiin erittäin tärkeänä kotiutumisen mahdollistavana tekijänä asukkaan psyykkistä toimintakykyä. Asukkaan vireys, positiivinen, luottavainen asenne ja tasainen mieliala nähtiin kotiutumisen mahdollistavina tekijöinä. Sen sijaan masentuneisuus, ahdistuneisuus, pelko ja yksinäisyyden tunne eivät edesauta kotona asumista. Kotiutumista ei voi suositella kyselyn mukaan sellaisen muistisairaana kohdalla, joka on syvästi masentunut, itsemurhavaarassa tai on ilmaissut pyrkivänsä vahingoittamaan itseään, jos hänet kotiutetaan. Joissain vastauksissa lähestyttiin toimintakykyä voimavaralähtöisesti. Asia voitiin ilmaista myös niin, että eri toimintakyvyn osa-alueiden tulisi olla tasapainossa. Vähän huonommillakin MMSE pisteillä voi kotiutua, jos asukkaan psyykinen toimintakyky on hyvä.

'Vaikka asukas olisi fyysisesti hyvässä kunnossa en suosittelen häntä kotiin jos psyykinen tilanne ei tue selviytymistä kotona. Esim. pelko, ahdistuneisuus, yksinäisyys ovat tällaisia syitä.'

'Jos on viitteitä itsemurhavaarasta, että asukas vahingoittaa itseään.'

'Jos asukkaan voimavarat eivät vastaa kotona olemiseen vaadittavia tarpeita.'

Kotiutumisen mahdollistava fyysinen toimintakyky ja selviytyminen päivittäisistä toimista ilmaistiin kyselyn perusteella asukkaan hyvänä tasapainona ja kuntona niin, että hän pystyy liikkumaan osastolla ilman kaatumisriskiä itsenäisesti apuvälineen kanssa tai ilman. Asukkaan tulisi myös suoriutua vähintään ohjatusti päivittäisestä pukeutumisesta, peseytymisestä ja ruokailutilanteista sekä tunnistaa tarpeen mennä vessaan. Kyselyn mukaan muistisairaalla ei tulisi olla alkoholiongelmaa.

'Tasapaino vakaa jos esim. avaa oven toisella kädellä ym.'

'Fyysinen: liikkuminen hyvää, vakaata ja jollain lailla selvää, apuvälinein tai ilman.'

'Puutteita toimintakyvyssä ja toiminnanohjauksessa.'

Muistisairaana terveydentilalla on merkitystä kotiutettaessa häntä. Kyselyn vastauksissa kirjoitettiin hyvän ravitsemustilan merkityksestä kotiutumisen mahdollistavana tekijänä. Myös perussairaudet tulisi olla hoidettu hyvin ja lääkityksen tulisi olla kohdallaan.

6.2.5 Henkilökunnan eettiset näkemykset

Viides yhdistävä luokka on henkilökunnan eettiset näkemykset, joka muodostuu henkilökohtaisista eettisistä periaatteista, käsiteparista yksilön etu tai yhteiskunnan etu, hyvän elämän käsite ja tasa-arvon periaatteesta (taulukko 6). Henkilökunta joutuu koko ajan miettimään eettisiä periaatteitaan tehdessään työtään. Kotiutustilanne on ongelmallinen silloin, kun yksittäinen tiimin jäsen joutuu luopumaan henkilökohtaisista eettisistä periaatteistaan, joiden mukaan hän ei olisi kotiutuksen kannalla. Henkilökuntaa painaa myös huoli oman työpanoksen riittämättömyydestä. Onko asukkaan kotiutumista mietitty tarpeeksi monelta kantilta? Kotona asumisen riskitekijöiden ennakointi ja niiden poistaminen voi painaa henkilökunnan mieltä.

'Onko asiaa puitu tarpeeksi monelta kannalta!'

'Olemmeko tehneet kaiken, että elämänlaatu paranee hänen kotiin menneeseen...!'

Henkilökunta joutuu miettimään yksilön ja yhteiskunnan etua silloin, kun muistisairas ilmoittaa, ettei halua kotiin, koska pelkää ja kokee yksinäisyyttä. Kunnioitetaanko muistisairaana itsemääräämisoikeutta? Toisaalta, jos asukas haluaa kotiin ja jos on realistista olettaa, että hän siellä myös pärjää, tulee mielipide huomioida. Tieto muistisairaana liiallisesta alkoholin käytöstä voi olla ristiriidassa itsemääräämisoikeuden kanssa. Henkilökunta voi kokea myös ristiriitaisena ja omia eettisiä periaatteita koettelevina tilanteet, joissa kotiutus tapahtuu vastoin omaisten tahtoa.

'Voin toisaalta suositella fyysisesti heikompikuntoistakin (esim. liikuntarajoitteinen) kotiin, jos hän itse sitä toivoo, jos se on realistista.'

'Halu lähteä kotiin, realistinen toive suhteessa "tilanteeseen".'

Kyselyssä nousi esille hyvän elämän käsite ja sen määrittelyn vaikeus. Epätietoisuus muistisairaana edun toteutumisesta ja kotiutuksen hyödyistä muistisairaalle nousi kyselyssä esille. Onko asukkaan elämä mielekästä kotona? Mielekkyyttä voidaan saada esimerkiksi päivätoiminnasta, liikunnasta, sosiaalisista suhteista omaisiin ja ystäviin. Eettisten kysymysten arvioimisen tekee vaikeaksi tasa-arvon periaate.

'Onko asukkaalle hyvä, että hän pärjää "juuri ja juuri" kotonaan muutaman kuukauden ja joutuu sitten kuitenkin palvelutaloon/vanhainkotiin. Vaikka laitospaikan saanti siirtyy eteenpäin, ei välttämättä palvele asukkaan etua.'

'Toisaalta mieltii onko jossain vielä "huonompikuntoisempia" jonka pitäisi päästä ennemmin vanhainkotiin kuin tämän meidän...'

6.2.6 Epävirallinen vastuu

Viimeiseksi yhdistäväksi luokaksi muodostui epävirallinen vastuu (taulukko 6). Henkilökunta kirjoitti monenlaisesta kokemastaan huolesta liittyen muistisairaankotiutuksiin. Monissa vastauksissa toistui huoli siitä, että asukas lähtee vähissä vaatteissa ulos pakkasella ja eksyy tai joutuu moottoritielle. Huolta vastaajissa herätti muistisairaankotiutuksen turvallisuus kotona ja hyväksikäytön mahdollisuus. Vastauksissa kannettiin huolta myös muistisairaankotiutuksen mielen terveyden säilymisestä kotona ja hänen kokemastaan yksinäisyydestä.

'Lähteekö asukas harhailemaan ja eksyy eikä löydä takaisin kotiin. Varsinkin talvisaikaan tämä korostuu.'

'Tunnenko aitoa iloa siitä, että hänen on parempi olla kotona ja että hän pärjää siellä!'

'Suurin eettinen kysymys koskee turvallisuutta, miten pystyn turvaamaan muistisairaankotiutuksen "turvallisen" kotiinpaluun.'

'Miten pystyn ennaltaehkäisemään ongelmia esim. ettei asukas kaadu kotona, ettei hän karkaa, harhaile, jätä levyä päälle. -> kysymys, miten pitkälle se on minun tehtäväni ennakoita kotona sattuvia tilanteita?'

Epävirallista vastuuta kantaa moni, vaikka

'Loppujen lopuksi vastuu on sos.virastolla ja heidän toimillaan.'

6.3 Kotiuttamista miettineen työryhmän keskustelun analyysi

Litteroin nauhoittamani työryhmän keskustelun sanatarkasti. Samojen keskustelijoiden puheenvuorot merkitsin samalla kirjaimilla. Litteroitua tekstiä kertyi 1,5 rivivälillä kahdeksan ja puoli sivua. Aloitin litteroidun aineiston analyysin lukemalla tekstin läpi useaan kertaan ja samalla merkitsin paperin sivuun kohdat, jotka vastasivat ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni muistisairaankotiutuksen mahdollistavista tekijöistä. Analyysiyksikkönä käytin kuten kyselyäkin analysoidessani ajatuskokonaisuutta. Ensimmäisen tutkimuskysymykseni mukaiset vastaukset kirjoitin taulukkoon pelkistetyssä muodossa niin, että positiiviset ilmaisut ja negatiiviset ilmaisut tulivat eri taulukoihin. Alaluokkia muodostui 26, jotka yhdistin neljääntoista yläluokkaan. Kahdeksan pääluokkaa yhdistin vielä viideksi luokaksi, joita olivat terveydenhuoltohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät, organisatoriset tekijät, yhteiskunnalliset tekijät, muistisairaankotiutuksen toimintakyky ja epävirallinen vastuu (taulukko 7). Eli yhdistäväksi luokiksi muodostuivat samat luokat kuin analysoidessani henkilökunnalle tekemääni kyselyä. Vain luokka henkilökunnan eettiset näkemykset jäi pois. Aloitin sisällön analysoimi-

sen induktiivisesti, mutta analyysin edetessä huomasi luokkien muodostuvan samoista teemoista kuin kyselyn analyysissä, joten saatoin analyysin loppuun deduktiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999: 7 - 9). Sovitin muodostamani pääluokat jo olemassa oleviin yhdistäviin luokkiin.

Taulukko 7: Muistisairaiden kotiuttamisen mahdollistavat tekijät työryhmän mukaan

Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Yhteistyön eri toimijoiden välillä Terveystenhoitohenkilöstön ammattitaito	Terveystenhoitohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät	Terveystenhoitohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät
Toimijoiden ajattelumallit Osaston asenneilmapiiri	Toimintaa ohjaavat ajattelumallit	
Osaston käytännöt Kotihoidon toimintatapa Kotihoidon toimintaperiaatteet Kotiutusprosessin toimintakäytännöt	Organisaation käytännöt	Organisatoriset tekijät
Sisäinen viestintä toimii	Organisaation viestintäjärjestelmä	
Palvelujärjestelmän toimimattomuus	Palvelujärjestelmän toimintatapa	
Muistisairaahan asenne palvelujärjestelmän apuun	Muistisairaahan sosiaalinen toimintakyky	Muistisairaahan toimintakyky
Taloudelliset tekijät Osastolle asetetut tavoitteet	Osaston toiminnan ulkoiset rajoitteet	Yhteiskunnalliset tekijät
Lähimmäisten huoli kotona asuminen riskeistä	Kotona asumisen riskit	Epävirallinen vastuu

Taulukossa on jaoteltu kotiuttamista miettineen työryhmän keskustelun pohjalta muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavat tekijät viiteen yhdistävään luokkaan

6.3.1 Terveystenhoitohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät

Yhdistin pääluokat terveystenhoitohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät ja toimintaa ohjaavat ajattelumallit samaan yhdistävään luokkaan (taulukko 7). Kognitiiviset tekijät sisältävät yhteistyön eri toimijoiden välillä ja terveystenhoitohenkilöstön ammattitaidon. Yhteistyön tärkeys nousi esille keskustelussa, jossa mietittiin muistisairaahan mahdollisuuksia asua kotona. Myös Naylor, Stephens, Bowles & Bixby (2005: 60) totesivat tutkimuksessaan haastateltuaan muistisairaita ja heidän omaishoitajiaan, että kotiuttamisen onnistumisen edellytys on hyvä yhteistyö sairaalan henkilökunnan, muistisairaahan omaishoitajan ja kotihoidon palvelujen tarjoajien välillä.

B: Hyvä yhteistyö myös päivätoiminnan kanssa.

C: Sit hyvä kommunikaatio omaisten kanssa. Keskustelu yhteys omaisiin.

A: mulle tulee johtopäätöksistä mieleen, että meidän täytyy ehdottomasti kehittää yhteistyötä tän vastaanottavan tahon kanssa eli koko kotihoidon kanssa.

Henkilökunnan ammattitaidon merkitys korostui niin henkilökunnalle tehdyssä kyselyssä kuin työryhmän keskustelussakin (taulukko 7). Työryhmä keskusteli pitkään henkilökunnan ammattitaidosta ja sen kehittämisestä. Myös Atwal (2002: 453 - 454) totesi tapaustutkimuksessaan sairaanhoitajien käsityksistä kotiuttamisesta, että henkilökunnan ammattitaito ja työkokemus merkittävästi vaikuttavat potilaiden hoitoon ja heidän kotiuttamiseensa. Hänen tutkimuksessaan hoitajien mielipide oli se, ettei kotiuttamiseen vaadittavia taitoja opita peruskoulutuksessa, vaan käytännön työelämässä valmistumisen jälkeen. Työkokemuksen kautta opitaan taitoja, joita tarvitaan tehtäessä päätöksiä kotiuttamisesta. Myös Wattsin ja Gardnerin (2005: 181) haastattelemat sairaanhoitajat tähdensivät kokemuksen merkitystä, jotta kotiuttamiseen tarvittava ammattitaito kehittyisi.

D: Osaava henkilökunta. Osataan tehdä tota hommaa, vaikka joskus tulee sanomista ravoista ja muista.

A: Jokainen ottaa vastuun omasta osaamisestaan.

B: Kotiuttamisprosessi osana kehityskeskustelua. Mä mietin sellasen henkilökohtaisen osaamisen suunnittelu... käviskö henkilökohtaisen osaamisen käymisen läpi. Toi osaaminen pitää jotenkin käydä läpi, että jokainen ymmärtää sen. Kannustetaan kysymään ja opettelemaan kirjoittamisprosessia käytännössä.

Toimintaa ohjaavat ajattelumallit taas käsittää osaston asenneilmapiirin ja kotiuttamisessa mukana olevien toimijoiden ajattelumallit (taulukko 7). Kaikkien kotiuttamisessa mukana olevien ajattelumallin tulisi olla keskustelun pohjalta myönteinen kotona asumiselle. Kuitenkin heillä voi olla erilaiset näkemykset kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä ja myös siitä, millainen on muistisairaana hyvä elämä kotona.

D: Omaiset haluaa että se lähtis, mutta se ei halua mennä mihinkään. Kotihoito ei suostu hoitaa sitä, jos se ei lähe mihinkään. Nää on niin kuin näitä. Miten kukin näkee sen, milloin sillä vanhuksella on hyvä olo tai...

A: se on just näitä ristiriitoja.

Osaston asenneilmapiiri vaikuttaa muistisairaana kotiuttamiseen. Keskustelussa nousi esille henkilökunnan joustavuus ja asenteet.

C: Ja niin sitten semmonen henkilöstön valmius joustaa. Semmonen niin kuin luova. Kaikki ei meekään niin kuin on suunniteltu. Kommunikaation joustavuus, tai mikä se nyt on ...ollaan puheväleissä, että voidaan sanoa. Mahdollisuus reagoida nopeasti muuttuviin tilanteisiin tarkoittaa sitä, että kun toimintakyky muuttuu, huononee, me pystytään nopeasti reagoimaan siihen.

B: Suurimmalla osalla on se halu kuntouttaa ja se niinku innovaatio siihen.

D: Motivaatio, motivoitunut henkilökunta.

6.3.2 Organisatoriset tekijät

Keskustelijoiden mielestä organisatoriset tekijät vaikuttavat muistisairaahan kotiuttamiseen joko mahdollistaen sen tai vaikeuttaen sitä. Keskustelussa tärkeitä aiheita olivat osaston toimintatapa ja toimintakäytännöt sekä kotiutusprosessin toimintakäytännöt. Myös kotihoidon toimintatapoihin ja toimintaperiaatteisiin otettiin kantaa. Osaston toimintatavoista mainittiin omahoitajuus, korvaavahoitajuus, moniammatillisuus, omat fysioterapeutit, aktiivinen arki, fyysinen kuntoutus ja moniammatillisuus muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavina tekijöinä. Käytännön toimintatavoista mainittiin ulkoilu ja osaston ulkopuolella liikkuminen, koska se kertoo paljon muistisairaahan toimintakyvystä. Kotiuttamisprosessin toimintakäytännöistä mainittiin kodinmuutostyöt. Tosin joskus kodin fyysinen ympäristö voi olla niin turvaton, ettei muistisairaahan kotiuttamista voi edes harkita. Toimintakyvyn mittaamista pidettiin keskustelussa tärkeänä tekijänä, joka mahdollistaa kotiuttamisen. Tosin esitettiin myös epäily, etteivät kaikki käytetyt mittarit vastaa tarvetta. Osastolla ei ole käytössä toimintakykymittareita kaikille toimintakyvyn osa-alueille. Keskustelijat esittivät myös huolensa siitä, ettei mittarien tuloksia osata tulkita tai hyödyntää.

D: Omahoitajuus, korvaavahoitajuus. Ihminen joka tuntee sen tekee mahdollisuuksien mukaan sen. Jos on paikka ottaa sinne yhteyttä, selvittää ...

B: Toi jatkuva fyysinen kuntoutus. Siis fysioterapia jumpat.

A: Meillä on ihan oikeesti omat fyssat.

B: Se on kokonaan se moniammatillinen tiimi. Käydään jossain asukkaiden kanssa, että nähdään miten ne liikkuu vieraassa ympäristössä ja toimii siellä.

A: Ei osaa käyttää mittaristoa oikein. Mäkin syyllystyn tähän.

D: Sä sanoit, ei osaa täyttää testejä. Mä en osaa hyödyntää sitä. Mä en mee lukemaan sitä.

Keskustelijoiden mielestä kotiuttamisprosessin pitäisi ulottua läpi palvelujärjestelmän. Sen tulisi jatkua muistisairaahan kotona. Varsinkin kuntoutuksen merkitystä korostettiin ja toivottiin, että fyysinen kuntoutus jatkuisi kotihoidossa.

B: Kuntoutuksen jatkuminen tai jatkumattomuus kotona, se on hirveen suuri ongelma. Me viedään kotiin ja ollaan hirveästi kuntoutettu, sit ne on sen neljän seinän sisällä. Se on kahdessa viikossa kunto mennyt.

D: Meidän ei ole mahdollista mennä kotiutusprosessia loppuun asti jos niillä siel kotona ei ole mahdollisuuksia.

A: Uhka on se, ettei prosessi välttämättä jatku enää kotona. Kuntoutuminen ei jatku kotona.

D: Mitä varten me arvioidaan ja kuntoutetaan ja sitten kotona plöts?

Organisatorisiin tekijöihin kuului myös organisaation viestintäjärjestelmä. Keskustelussa käsiteltiin lähinnä sisäistä viestintää (taulukko 7). Määrätietoisen ja tavoitteellisen toiminnan edellytys keskustelun perusteella on se, että henkilökunta tietää osaston toiminnan tavoitteet. Keskustelijat pitivät tärkeänä myös sitä, että tieto asukkaasta ja hänen tilanteestaan välittyy osastolla kaikille työntekijöille. Sillä luodaan edellytykset muistisairaana kotiuttamiselle. Hyvän sisäisen kommunikaation on todettu olevan tärkeää tekijä kotiutumisen onnistumiselle useissa tutkimuksissa (Watts & Gardner 2005: 180 - 181; Watts, Pierson & Gardner 2006: 276; Atwal 2002: 454 - 455; Rhudy, Holland & Bowles 2008: 5). Hoitotiimin huono sisäinen kommunikaatio vaikeuttaa kotiuttamissuunnitelman tekoa. Wattsin, Piersonin & Gardnerin (2006: 276) tutkimuksessa epäiltiin, etteivät kaikki hoitajat välitä tärkeää informaatiota potilaista teho-osastolla, koska luulevat, ettei tieto ole tärkeää. Toisin sanoen he eivät uskomiin kykyihinsä arvioida potilaan kuntoutumista.

A: Kaikki tietää päämäärän.

C: Sovitut asiat pitää hoitaa, tiedonkulun katkeaminen.

A: Tiedonkulkuhan on hirveän tärkeä. Sitäkö sinä ajat takaa?

D: Se voi olla mikä vaihe siinä vain. Se, että sulla ei oo tehty ne paperit, kun kotiutuminen tulee. Toinen ei tiedä, että millä keinoilla se saa tulla takas.

B: Sen takia tässä on hirveän tärkeätä, että silloin, kun ihminen tulee, niin siitä on tehty riittävästi tietoa. Koska se ihminen voi lähteä ennen kuin se hoitaja on tullut takasin töihin.

Keskustelijoiden mielestä muistisairaana kotiuttaminen ei voi onnistua, jos osastolle lähetetään kuntoutujia, joilla ei ole realistisia mahdollisuuksia kuntoutua ainakaan kotiin. Osaston toimintatapa ja tavoitteet eivät ole kaikkien lähettävien tahojen tiedossa.

A: Meille on välillä lähetetty sellaisia joilla ei ole minkäänlaisia resursseja kuntoutua.

D: Tai meidän nää keinot ei auta.

B: Asukkaassa ei ole ... asukkaan voimavarat on jo käytetty.

D: Tästä tulee sanomista...

B: ...mutta se on totta.

A: Ei me olla ihmeiden tekijöitä.

6.3.3 Muistisairaahan toimintakyky, epävirallinen vastuu ja yhteiskunnalliset tekijät

Työryhmä keskusteli lähinnä muistisairaahan sosiaalisesta toimintakyvystä ja sen merkityksestä kotona asumisen onnistumiselle (taulukko 7). Jos muistisairas suhtautuu kielteisesti tarjottuun kotihoitoon tai päivätoimintaa, oli työryhmän mielipide, että kotona asuminen vaikeutuu.

A: Ehkä jotenkin tästä asukkaasta oma lähtevä, jonkinlainen ulkoinen uhka.

Jos ei yksinkertaisesti halua sieltä kotoota mihinkään. Sit se vaan haluaa jäädä sinne, eikä ota mitään palveluita vastaan, vaikka niitä tarjotaan.

Kirjallisessa kyselyssä korostui henkilökunnan huoli muistisairaahan turvallisuudesta ja selviämisestä kotona. Keskustelussa nousi esille taas muistisairaahan kotona asumisen mahdollistavana tekijä naapurien huoli muistisairaahan pärjäämisestä kotona. Hekin kantavat vastuuta.

B: Mä tarkoitin sitä, että tota noin, tulee paineita omaisilta ja sitten ympäristöltä, missä se ihminen elää. Siel saattaa olla se ihan niin kuin se naapurusto, jotka kokee kauhulla

D: Kyllä. Ne tavallaan vahtaa.

B: Elli siellä soittaa kaikki yöt ovikelloa. Ja laita se lähimmäiset kärsivät siihen perään.

Yhteiskunnalliset tekijät kiteytyivät keskustelussa taloudellisiin tekijöihin ja osaston toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin, jotka yhdessä rajaavat ja rajoittavat osaston toimintaa (taulukko 7). Keskustelijat puhuivat laajemminkin yhteiskunnan taloudellisesta tilanteesta ja rahan puutteesta terveydenhuollosta ja siitä, miten taloudellinen tilanne näkyy osaston toiminnassa resurssien puutteena ja kiireenä. Muissakin tutkimuksissa maailmalla on kiireen todettu vaikeuttavan hoitohenkilökunnan mielestä kotiuttamiseen liittyvien tehtävien tekemistä (Watts, Pierson & Gardner 2006: 274, 276).

D: ... ovesta tunkee uutta kolme ja meillä on ruokailu, lääkkeet ja muuta ja nää ei voi oikeesti hoitaa asiaa loppuun, niin sen takia me tota... johtopäätös on siis se, että...

C: Pitäis saada lisää rahaa.

A: Työvoimaa pitäis saada lisää.

C: Yhteiskunnassa pitäisi niin kuin laittaa enemmän rahaa.

D: ...johtopäätös on se, että tää ei ole yksinkertainen prosessi. Se vie aikaa ja tota siihen pitää antaa se aika osastolla. Siitä ei tarvii joka kerta tapella monta siel on...

C: Tietysti on tää resurssipuute. Ei saada sijaisia.

A: Eli resurssipula.

Keskustelijoiden mukaan osastolle asetetaan tavoitteita niin palvelujärjestelmän toimivuuteen liittyen kuin laajemminkin yhteiskunnalliseen tilanteeseen liittyen. Keskustelijoiden mukaan ongelmallista on se, että tavoitteet ja tehtävät voivat vaihdella nopeastikin. Vaikka yhteiskunnalliset tekijät eivät suoraan vaikuttaisikaan muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistaviin tekijöihin, ne luovat puitteet ja tavoitteet toiminnalle. Ne vaikuttavat välillisesti.

C: Mun mielestä tavallaan tarve tyydyttää näitä viranomaisia, että saatais se 40 prosenttia. Nää tälläset ulkoiset paineet, jotka kohdistuu. Vaikka ne ei oo paineita, niin kyllä ne kuitenkin vähän niin kuin koetaan. Ulkopuolelta tulevat tavoitteet.

B: Yhteiskunnan vaatimukset, siinä on kaksi puolta, on se virkamiespuoli ja omaisuuspuoli tai se ympäristö, joka siellä on.

C: Viranomaiset ja lähinnä niin kuin tää palvelujärjestelmä.

D: Mä ajattelin sitä, että tällä hetkellä ne paineet tai tavoitteet, mitä tulee yhteiskunnasta, niin nekään ei ole selkeit. Nehän voi niinku muuttuu joka toinen päivä.

B: Ristiriitoja ulkoisten tavoitteiden ja, jos kokee ristiriitaisena sen, että tänään on näin ja huomenna noin.

Ongelmat palvelujärjestelmässä näkyvät myös osaston toiminnassa vaihtuvina tavoitteina ja osaston luonteeseenkin vaikuttavina tehtävien vaihtumisina.

A: Ei ole kuitenkaan yhtenäisiä ohjeita, jotka olis yleisesti hyväksytyjä.

D: Niin, niin... Ja sitten perustetaan tällänen osasto, millasia pitäin olla monta, jonka pitää ensin kuntouttaa ja arvioida ja nyt yht äkkiä pitää mennä kotiin. Nyt tarjotaan kriisipaikkoja.

A: Nopeasti muuttuvat yhteiskunnalliset tavoitteet.

D: Kohta akuutti sairaalat on täynnä, otatte akuutteja ja nyt taas tarvitaan kriisi paikkoja.

6.4 Yhteenveto muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä

Taulukkoon 8 on koottu muistisairaahan kotiuttamisessa mukana olevien omaisten, läheisten, osaston sekä kotihoidon henkilöstön kognitiiviset tekijät, jotka mahdollistavat muistisairaahan kotiuttamisen. Kyselyssä ja työryhmän keskustelussa nousi esille toimintaa ohjaavat ajattelumallit. Muistisairaahan kotiutuminen mahdollistuu, kun kaikki suhtautuvat kotiutumiseen positiivisesti ja ovat siitä yksimielisiä. Molemmissa aineistoissa korostettiin osaston asenneilmapiiriä, jonka tulisi olla kotiuttamiselle positiivinen. Omaisten ja osaston henkilökunnan tulisi kannustaa muistisairasta kotona asumisessa. Henkilökunnan tulisi toimia joustavasti, eikä luovuttaa liian pian pyrkimyksissään kotiuttaa muistisairas. Motivoitunut henkilökunta on muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistava tekijä. Kyselyn vastauksissa korostettiin myös osaston hyvää yhteishenkeä.

Hyvä yhteistyö kaikkien kotiuttamisessa mukana olevien kesken nousi vahvasti esille niin kyselyssä kuin työryhmän keskustelussakin. Kyselyssä kirjoitettiin yhteistyön tärkeydestä kotihoidon ja omaisten kanssa. Myös keskustelussa pidettiin tärkeänä yhteistyötä, mutta sitä tarkennettiin niin, että kommunikaation merkitys korostui. Eli tiedon välittämistä, toisten mielipiteiden kuuntelua, oman mielipiteen esittämistä ja perustelemista pidettiin tärkeänä muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavana tekijänä.

Henkilökunnan ammattitaito mahdollistaa muistisairaahan kotiuttamisen. Kyselyssä painotettiin taitoa arvioida muistisairaahan toimintakykyä, arvioon pohjautuvaa suunnitelmallista kuntoutusta ja hyvin suunniteltua kotiuttamista. Henkilökunnan tulisi perustella mielipiteensä. Epätietoisuus kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä ei mahdollista kotiuttamista. Työryhmän keskustelussa tähdennettiin henkilökunnan ammattitaidon lisäksi kotiuttamisprosessin hyvää hallintaa. Myös kotihoidon ammattitaitoa pidettiin tärkeänä tekijänä. Tämä mielipide on ymmärrettävää, koska työryhmässä toivottiin, että kotiuttamisprosessi jatkuisi kotona.

Taulukko 8: Terveydenhuoltohenkilöstön, omaisten ja läheisten muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavat kognitiiviset tekijät

Terveydenhuoltohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät		
Terveydenhuoltohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät	Toimintaa ohjaavat ajattelumallit	Yhteistyö eri toimijoiden välillä
Osaston ja kotihoidon henkilökunnan hyvä ammattitaito Muistisairaahan toimintakyvyn tarkka arvio osastolla Osastolla tehtävä kuntoutus Osaston toiminnan oltava tavoitteellista	Kaikkien toimijoiden yksimielisyys muistisairaahan kotiutumisesta Kaikki toimijat suhtautuvat kotona asumiseen positiivisesti Yleinen näkemys kotona asumisesta parempana vaihtoehtona	Osaston henkilökunnan hyvä yhteistyö kotihoidon ja omaisten kanssa Hyvä kommunikaatio omaisten kanssa

Mielipiteet on perusteltava Kotiuttamisprosessin hyvä hallinta Tietoisuus kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä	kuin laitos Omaiset ja henkilökunta kan- nustavat muistisairasta kotona asumisessa Osaston hyvä yhteishenki Henkilökunta ei luovuta liian pian Motivoitunut henkilökunta	
---	---	--

Taulukossa on yhteenveto kotiuttamisen mahdollistavista henkilökunnan ja omaisten kognitiivisista tekijöistä perustuen kyselyyn ja työryhmäkeskusteluun

Yhdistävän luokan organisatoriset tekijät pääluokiksi muodostui sekä henkilökunnalle tehdyn kyselyn että työryhmän keskustelun pohjalta organisaation viestintäjärjestelmä, organisaation käytännöt ja palvelujärjestelmän toimintatapa (taulukko 9). Kyselyn vastauksissa kirjoitettiin hyvän ulkoisen ja sisäisen viestinnän merkityksestä. Työryhmä keskittyi keskustelussaan vain sisäiseen viestintään. Kyselyn mukaan osaston perustehtävä, eli muistisairaankuntouttaminen ja kotiuttaminen, tulisi kertoa omaisille heti. Muistisairaalle ja omaisille tulisi kertoa myös kaikista heille kuuluvista sosiaalisista etuuksista. Sisäisellä viestinnällä on merkitystä kotiutettaessa muistisairaita. Tärkeän, osaston toimintaan ja muistisairaiden kotiuttamiseen liittyvän tiedon tulisi olla koko henkilökunnan saatavilla. Henkilökunta oli niin kyselyn kuin keskustelun pohjalta tätä mieltä. Kyselyssä korostettiin erityisesti hyvän, paljon informaatiota sisältävän kirjaamisen merkitystä. Työryhmän keskustelussa taas korostettiin sitä, että henkilökunta tietää osaston toiminnan tavoitteet. Sama asia tuli esille vähän eri näkökulmaa korostaen myös kyselyssä, kun kirjoitettiin henkilökunnan sitoutumisesta asetettuihin tavoitteisiin. Tärkeänä viestintään liittyvänä kotiuttamisen mahdollistavana tekijänä mainittiin myös aikaisemmassa hoitopaikassa tapahtunut omaisten informointi muistisairaankuntoutuksista asua kotona.

Organisaatioiden käytäntöjä pidettiin tärkeinä kotiuttamisen mahdollistavina tekijöinä niin kyselyssä kuin työryhmän keskustelussakin. Kyselyn mukaan moniammatillisen tiimin tulisi toimia niin, että kaikkien mielipidettä kuunnellaan muistisairaankuntoutuksen liittyvissä kysymyksissä, muistisairaankuntoutuksia tulisi käsitellä usein ja kiireettömästi. Hyvin toimiva yhteistyö moniammatillisessa tiimissä on tärkeä muistisairaankuntoutuksen mahdollistava tekijä. Osaston toiminnan periaatteena tulisi kyselyn mukaan olla kotiuttamisprosessin rauhallinen eteneminen, toimitaan kotiuttamisprosessin mukaan ja asukasta ohjataan kaikissa päivittäisissä toimissa. Osaston toimintatavoista pidettiin tärkeänä niin kyselyssä kuin työryhmässäkin hyvin toimivaa omahoitajajärjestelmää ja aktiivista arkea. Kyselyssä mainittiin vielä osaston toimintatavoista yhteisöllisyys ja työryhmän keskustelussa korvaavahoitajuus, moniammatillisuus, fysioterapia ja fyysinen kuntoutus. Työryhmässä pidettiin hyvänä käytäntönä liikkua muuallakin kuin osastolla, koska se antaa tärkeää tietoa muistisairaankuntoutuksista.

Tietenkin myös kotiuttamisprosessin toimintakäytännöt vaikuttavat muistisairaahan kotiuttamisen onnistumiseen. Kaikkien kokouskäytäntöjen tulisi toimia hyvin. Kotikäynti ja kodinmuutostyöt ovat tärkeä osa onnistunutta muistisairaahan kotiuttamista. Sekä kyselyssä että työryhmän keskustelussa pidettiin tärkeänä turvallista ja toimivaa asuntoa sekä turvallista ympäristöä.

Työryhmän keskustelussa tuli esille se, että kotiuttamisprosessin tulisi jatkua kotona. Keskustelijat pitivät tärkeänä myös sitä, että kuntoutus jatkuisi kotona. Kyselyssä taas mainittiin tärkeänä muistisairaahan kotiuttamiseen vaikuttavana tekijänä kotihoidon kuntouttava toimintatapa, jossa muistisairasta ohjataan tekemään itse. Kotihoidon käyntien tulisi olla tarkoituksenmukaisia ja niitä tulisi olla riittävästi.

Molemmissa aineistoissa pidettiin kotiuttamista vaikeuttavana tekijänä sitä, että osastolle valikoituu muistisairaita, joilla ei ole mahdollisuutta kuntoutua kotiin. Kyselyn mukaan yhteiskunnassa tulisi kiinnittää huomiota omaisten jaksamiseen muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavana tekijänä. Myös kotihoidon tukipalveluita, kuten ruokapalvelua, tulisi kehittää kyselyn mukaan.

Taulukko 9: Muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavat organisatoriset tekijät

Organisatoriset tekijät		
Organisaation viestintäjärjestelmä	Organisaation käytännöt	Palvelujärjestelmän toimintatapa
Hyvä ulkoinen viestintä Osaston perustehtävän kertominen omaisille heti Muistisairaalle ja omaisille tietoa sosiaalisista etuuksista Hyvä sisäinen viestintä Paljon informaatiota sisältävä kirjaaminen Hyvä tiedonkulku osastolla Henkilökunnan sitoutuneisuus asetettuihin tavoitteisiin Omaisten informointi muistisairaahan mahdollisuudesta asua kotona aikaisemmassa hoitopaikassa	Moniammatillisessa tiimissä kuunnellaan kaikkien mielipidettä Muistisairaahan asioita käsitellään tiimissä usein ja kiireettömästi Toimitaan kotiuttamisprosessin mukaan Kotiuttamisprosessin rauhallinen eteneminen Asukasta ohjataan päivittäisissä toimissa Omahoitaja-, korvaavahoitajajärjestelmä Aktiivinen arki osastolla Yhteisöllisyys toimintatapana Moniammatillisuus Fysioterapia Fyysinen kuntoutus Kotiutusprosessin kokouskäytäntöjen toimittava hyvin Kotikäynti ja kodinmuutostyöt Turvallinen asunto ja ympäristö Kotihoidon kuntouttava toimintatapa Kotihoidon riittävät ja tarkoituksenmukaiset käynnit	Kuntoutujien valikoituminen osastolle ei aina toimi Kotihoidon tukipalvelut, kuten ruokapalvelu Omaisten jaksamiseen kiinnitettävä huomiota

Taulukko on yhteenveto organisatorisista tekijöistä, jotka mahdollistavat muistisairaahan kotiuttamisen perustuen henkilökunnalle tehtyyn kyselyyn ja työryhmän keskusteluun

Taulukkoon 10 on koottu kaikki aineistosta nousseet muistisairaahan toimintakykyyn liittyvät tekijät, jotka mahdollistavat kotiuttamisen. Työryhmän keskustelussa keskityttiin muistisairaahan sosiaalisen toimintakyvyn merkitykseen kotiutettaessa muistisairasta. Kyselyssä aihetta lähestyttiin laajemmin. Keskustelijoiden mielestä muistisairaahan tulisi suhtautua myönteisesti kotiin tarjottuun apuun. Myös kyselyssä pidettiin tärkeänä sitä, että muistisairas kykenee yhteistyöhön ja hän on sosiaalisesti aktiivinen. Kyselyssä korostettiin sosiaalisten verkostojen merkitystä, jotta kotiuttaminen onnistuisi. Ystävien ja muunkin sosiaalisen verkoston tulisi tukea muistisairaahan kotona asumista ja omaisten tulisi olla aktiivisia. Omaisten alkoholiongelma vaikeuttaa muistisairaahan kotiuttamista.

Muistisairaalla ei tulisi olla taipumusta lähteä harhailemaan, jos hän ei löydä takaisin kotiin. Hänen tulisi tunnistaa kotinsa ja osata toimia siellä. Avun pyytäminen on taito, jota tarvitaan kotona asuttaessa. Nämä kaikki tekijät liittyvät siihen, miten pitkälle muistisairaus on edennyt. Toisaalta kyselyssä tähdennettiin myös sitä, ettei esimerkiksi MMSE testin arvoilla ja virallisella muistisairauden vaikeusasteen määrittelyllä ole välttämättä merkitystä. Jos muistisairaalla on voimavaroja ja hyvä psyykinen toimintakyky, hän voi pärjätä kotona. Hyvällä psyykkisellä toimintakyvyllä muistisairas voi kompensoida heikentyneitä fyysistä toimintakykyä. Hyvään psyykkiseen toimintakykyyn liittyy kyselyn mukaan tasapainoinen mieliala ja se, ettei muistisairaalla ole käytösoireita. Hänen ei myöskään tulisi olla ahdistunut, kokea pelkoa asuessaan kotona tai olla hoitokielteinen.

Muistisairaalla tulisi olla niin hyvä fyysinen kunto ja tasapaino, että hän pystyy liikkumaan itsenäisesti. Hänen tulisi suoriutua vähintäänkin ohjatusti päivittäisistä toimista, pukeutua tarkoituksenmukaisesti ja tunnistaa tarpeensa mennä vessaan. Riittävä ravinnon saanti on tärkeää, jotta kotiuttaminen ja kotona asuminen onnistuisivat kyselyn mukaan. Muistisairaahan perussairaudet tulisi olla hoidettu hyvin ja lääkityksen tulisi olla kohdallaan. Muistisairaahan alkoholiongelma vaikeuttaa kotona asumista kyselyn mukaan.

Taulukko 10: Muistisairaahan toimintakyky mahdollistaa kotiuttamisen

Muistisairaahan toimintakyky			
Kognitiivinen toimintakyky	Sosiaalinen toimintakyky	Psyykinen toimintakyky	Fyysinen toimintakyky
Ei taipumusta lähteä harhailemaan Tunnistaa kodin ja osaa toimia siellä Osaa pyytää apua Muistisairauden aste MMSE arvo ei välttämättä ennusta kotona selviytymistä	Myönteinen suhtautuminen tarjottuun apuun Yhteistyökyky Sosiaalinen aktiivisuus Sosiaalinen verkosto Aktiiviset omaiset	Tasapainoinen mieliala Ei pelkoa tai ahdistusta Ei käytösoireita Ei hoitokielteisyyttä Hyvää psyykinen toimintakyky ja voimavarat auttavat	Hyvä fyysinen kunto Hyvä tasapaino Itsenäinen liikkuminen Ohjattu suoriutuminen päivittäisistä toimista Tarkoituksenmukainen pukeutuminen Tunnistaa tarpeen mennä vessaan

	Omaisilla ei alkoholi-ongelmaa	kotona asumisessa Hyvä psyykinen toimintakyky kompensoi heikentyneitä fyysisistä toimintakykyä	Riittävä ravinnon saanti Perussairaudet hoidettu Lääkitys kohdallaan Ei alkoholi-ongelmaa
--	--------------------------------	---	--

Yhteenveto tekijöistä muistisairaahan toimintakyvyssä, jotka mahdollistavat kotiuttamisen perustuen henkilökunnalle tehdyn kyselyn ja työryhmän keskustelun analyysiin

Sekä kyselyssä että työryhmässä henkilökunta pohti myös laajemmin yhteiskunnallisia kysymyksiä (taulukko 11). Molemmista aineistoissa mainittiin taloudelliset tekijät. Kyselyssä ne tulivat esille laajemmin kuin työryhmän keskustelussa. Kyselyssä työntekijät mainitsivat niin kotihoidon kuin osastonkin resurssit muistisairaahan kotiuttamiseen vaikuttavina tekijöinä. Päivätoiminnan tulisi olla heti saatavilla ja kotihoidolla tulisi olla riittävät resurssit hoitaa muistisairaita kotona. Resurssien puute myös osastolla lisää kiirettä vaikeuttaen kotiuttamisprosessia ja kotiuttamista. Kyselyn mukaan huono kuntatalous ei tue eettisesti oikeita päätöksiä kotiutettaessa muistisairaita. Kyselyssä esitettiin huoli koko palvelujärjestelmän murenemisestä. Työryhmässä oltiin myös sitä mieltä, että osaston huonot resurssit vaikeuttavat muistisairaahan kotiuttamista. Hekin pohtivat laajasti yhteiskunnan taloudellista tilannetta ja vaativat lisää rahaa terveydenhuoltoon.

Kyselyssä pidettiin muistisairaahan kunnossa olevaa taloudellista tilannetta yhtenä tekijänä, joka mahdollistaa kotiuttamisen. Työryhmässä taas keskusteltiin siitä, etteivät yhteiskunnalliset tavoitteet muistisairaiden kotiuttamisesta ole selkeitä tai ne muuttuvat nopeasti. Myös palvelujärjestelmä esittää osaston toiminnalle tavoitteita, jotka saattavat vaihtua nopeasti.

Taulukko 11: Yhteiskunnalliset tekijät mahdollistavat muistisairaahan kotiuttamisen

Yhteiskunnalliset tekijät		
Taloudelliset tekijät	Hyvinvointiyhteiskunnan mureneminen	Osaston toiminnan ulkoiset rajoitteet
Osaston huonot resurssit ja kiire Kotihoidon resurssit Heti saatavilla oleva päivätoiminta Riittävät kotihoidon palvelut	Huono kuntatalous Taloudelliset tekijät eivät tue oikeita ratkaisuja kotiutus- symyksissä	Yhteiskunnalliset tavoitteet eivät ole selkeitä ja muuttuvat nopeasti Palvelujärjestelmän os. toiminnalle esittämät tavoitteet

Yhteiskunnalliset tekijät, jotka voivat mahdollistaa muistisairaahan kotiuttamisen tai vaikeuttaa sitä osaston henkilökunnan mielestä perustuen kyselyn ja työryhmäkeskustelun analyysiin

Vastuukysymyksiä kotiutettaessa muistisairasta pohdittiin sekä kyselyssä että työryhmässä (taulukko 12). Molemmissa aineistoissa nostettiin esille kotona asumisen riskit. Työryhmässä mainittiin muistisairaahan lähimmäisten huoli kotona asumisen riskeistä. Kyselyssä taas nousi esille henkilökunnan huoli muistisairaahan hyvinvoinnista kotona. Tarkemmin pohdittiin säilyykö muistisairaahan mielenterveys kotona. Onko kotona asuminen turvallista? Henkilökunta mainitsi kyselyssä myös huolenaan muistisairaahan yksinäisyyden sekä hyväksikäytön mahdollisuuden. Jos henkilökunnan tiedossa on muistisairaahan aikaisempi alkoholin käyttö, pidettiin sitä kyselyssä kotiuttamisen onnistumisen riskitekijänä.

Taulukko 12: Muistisairaahan kotiuttamisen epävirallinen vastuu

Epävirallinen vastuu	
Kotona asumisen riski	Epävirallinen vastuu
Henkilökunnan huoli muistisairaahan hyvinvoinnista Mielenterveyden säilyminen Turvallisuus kotona Muistisairaahan yksinäisyys Hyväksikäytönmahdollisuus Huoli alkoholinkäytöstä Lähimmäisten huoli kotona asumisen riskeistä	Henkilökunnan epävirallinen vastuu kotiuttamisesta

Henkilökunnalle tehdyssä kyselyssä ja työryhmän keskustelussa tuli esille epäviralliseen vastuuseen liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat muistisairaahan kotiuttamiseen

Kyselyssä henkilökunta joutui miettimään eettisiä periaatteitaan kotiutettaessa muistisairaita (taulukko 13). Henkilökunta esitti huolensa oman työpanoksen riittävydestä. Kotiuttaminen koettiin hankalaksi silloin, kun itse ei ole sen kannalla tai omaiset vastustavat kotiuttamista. Henkilökunta pohtii kyselyn mukaan yhteiskunnan ja yksilön etua. Kuunnellaanko ja kunnioitaanko muistisairaahan omaa toivetta kotiuttamisesta? Henkilökunta ei ollut varma, että lyhyt kotona asuminen aina palvelee muistisairaahan etua ja että muistisairaahan elämä kotona on mielekästä. Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuutta pidettiin tärkeänä tekijänä ja esitettiin huoli sen toteutumisesta. Muistisairaahan alkoholin käyttö tuli esille myös eettisissä kysymyksissä. Mikä on itsemääräämisoikeuden ja liiallisen alkoholin käytön suhde?

Taulukko 13: Henkilökunnan eettiset näkemykset

Henkilökunnan eettiset näkemykset			
Henkilökunnan eettiset periaatteet	Yksilön etu / Yhteiskunnan etu	Hyvän elämän käsite	Tasa-arvon periaate
Henkilökunnan huoli oman työpanoksen riittäväydestä Kotiuttaminen, jos ei itse ole sen kannalla	Muistisairaahan itsemääräämisoikeuden toteuttaminen Itsemääräämisoikeus ja alkoholi Kotiutus vastoin omaisten tahtoa	Epätietoisuus kotiutuksen eduista muistisairaalle Epäily, ettei lyhyt kotona asuminen palvele muistisairaahan etua	Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuus

Henkilökunnalle tehdyssä kyselyssä esille tulleita eettisiä kysymyksiä, joita henkilökunta joutuu miettimään kotiuttaessaan muistisairasta

6.5 Tarina muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä

Päälukien ja yhdistävien luokien muodostamisen jälkeen, kävin koko aineiston vielä kertaalleen läpi esittäen miksi -kysymyksiä. Miten henkilökunta perusteli mielipiteitään? Millaisia syys-seuraus suhteita vastauksista oli löydettävissä (taulukko 14)? Kirjoitin kaikista muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä yhteisen tarinan. Aloitin tarinan kirjoittamisen yhdistävästä luokasta terveydenhuoltohenkilöstön, omaisten, läheisten kognitiiviset tekijät ja jatkoin organisatorisilla sekä muistisairaahan toimintakykyyn liittyvillä tekijöillä. Näihin kolmeen yhdistävään luokkaan oli muodostunut eniten alaluokkia. Kognitiivisiin tekijöihin 21, organisatorisiin tekijöihin 23 ja muistisairaahan toimintakykyyn 25 alaluokkaa. Luokkiin yhteiskunnalliset tekijät ja epävirallinen vastuu oli muodostunut seitsemän alaluokkaa kuhunkin ja henkilökunnan eettiset näkemykset yhdistävään luokkaan kahdeksan alaluokkaa. (Eskola & Suoranta 2000: 181 - 182.) Kuten Yrjö Engeström (1995: 51 - 52) kirjoittaa, ei toimintaa voi analysoida lineaarisesti, syys-seuraussuhteet eivät tapahdu välittömästi tai yksisuuntaisesti. En voi sanoa, että esimerkiksi tiimin yhteinen näkemys muistisairaahan kotiuttamisesta syntyy silloin, kun hänestä on kerätty tietoa pitkältä ajalta, hänen kuntoutumistaan ja tilannettaan on käsitelty usein tavoitekokouksissa. Toimintajärjestelmissä on hyvin vaikea eritellä jonkin yksittäisen tapahtuman välittömiä seurauksia. Engeström (1995: 52) jatkaa, että tapahtumat yhdistyvät toisiinsa toimintajärjestelmän kokonaisuuden kautta. Kirjoittamani tarina ei tarkoita, että muistisairaahan voi kotiuttaa vain silloin, kun kaikkia tarinassa kerrotut asiat toteutuvat. Tarina on kuitenkin mahdollinen.

Tarina on koottu kaikki muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavat tekijät, jotka tutkimuksessa olivat tulleet esille. Myös tekijät, jotka saatettiin mainita vain kerran, ovat mukana

yhteisessä tarinassa. Aluksi poimin vastauksista erityisen huomion kohteeksi aiheita, jotka mainittiin vain kerran tai muutaman kerran. Osaston tiimit toimivat tiiviisti yhdessä ja pohtivat kotiuttamisen mahdollistavia tekijöitä. Katson, että yhdelläkin erilaisella mielipiteellä on merkitystä silloin, kun yritetään löytää kompromissia. Tässä työssäni en kuitenkaan tuo esille sitä, onko mielipide esitetty vain kerran, koska osaston henkilökunnan lukumäärän, vastauksen vähyyden ja tiiviin tiimityöskentelyn takia, voisi paljastua yksittäisen vastauksen esittäjä.

Taulukko 14: Syy- ja seuraussuhteita kyselyssä ja työryhmäkeskustelussa

kerätty tietoa pitkältä ajalta -> yhteinen näkemys
käsitelty usein tavoitekokouksessa -> yhteinen näkemys
puitu useamman kerran -> tiimi on varma, että asukas pärjää kotona yhdessä ratkottu haasteet -> kotiin
omaiset ymmärtävät, että apua tarvitaan -> motivoi asukasta
henkilökunnan epäily: asukkaan luona ei käydä -> asukas masentuu
tuki tärkeä -> vaikuttaa muistisairaana tunteeseen, että onnistuu jos omaiset tukevat -> fyysisesti huonokuntoinen kotiin
jokainen työntekijä ottaa vastuun osaamattomuudestaan -> ammattitaito kehittyy
omaiset saaneet ”väärää” infoa aikaisemmin -> kerrottava, ettei osasto ole pysyvä paikka
informaatio ei aina tavoita toisia tiimin jäseniä -> ei tiedetä mitä on tehty tai mitä pitäisi tehdä -> kotiutus viivästyy
asukkaasta kerätty tietoa ja kirjattu heti -> riittävästi tietoa asukkaasta -> korvaava hoitaja osaa hoitaa kotiutuksen

Taulukossa on esimerkkejä syy-seuraus-suhteista, joita vastauksissa ja litteroidussa keskustelussa oli löydettävissä ja joihin perustuen tarina kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä kirjoitettiin

6.5.1 Ajattelumallit, yhteistyön merkitys ja henkilökunnan ammattitaito

Henkilökunnalla tulee olla yhteinen toimintaa ohjaava ajattelumalli. Se syntyy niin, että asukkaasta on kerätty tietoa pitkän aikaa ja hänen toimintakykyään ja kuntoutumistaan on käsitelty usein tavoitekokouksissa. Kotiuttamisen haasteita on ratkottu yhdessä ja lopulta tiimi on yksimielinen kotiutumisen onnistumisesta. Henkilökunnan positiivien asenne ja joustavuus sovittujen sääntöjen rajoissa auttaa arviointia, kuntoutusta ja on täten kotiuttamisen mahdollistava tekijä. Kotiuttamisen mahdollistaa myös henkilökunnan halu kuntouttaa ja se, että he tietävät päämäärän. Henkilökunnan tulee kannustaa asukasta, jos hän epäroii onnistuvansa kotona asumisessa. Pieniä epäonnistumisia tai toimintakyvyn puutteita ei korosteta. Myös kotisairaanhoidon asenteilla on merkitystä. Jos hekin kannustavat muistisairaasta, luovat kotiutumisen myönteisen ilmapiirin, sitoutuvat muistisairaahan hoitamiseen ja pystyvät tarjoamaan yksilöllistä hoitoa, niin luodaan edellytyksen muistisairaahan kotiuttamisen onnistumiseksi. Ilman kaikkien toimijoiden yhteistyötä kotiuttaminen ei onnistu hyvin. Kotihoito ja

omaiset on kutsuttava hoitoneuvotteluun ja yhteistyön omaisten kanssa on jatkettava koko hoitojakson ajan. Yhteistyön tuloksena syntyy yksimielisyys siitä, että kotiuttaminen on mahdollista. Jos yhteistyö kotihoidon kanssa ei suju, sitä on kehitettävä.

Kotiuttamisen mahdollistava tekijä on myös se, että omaiset suhtautuvat positiivisesti muistisairaaseen kotona asumiseen. He ymmärtävät, että heidänkin apuaan tarvitaan, jotta kotiuttaminen onnistuisi. Ainakin heidän tulisi kannustaa muistisairasta, vierailta hänen luonaan myös kotona, koska se motivoi muistisairasta ja luo turvallisen ilmapiirin, jolloin muistisairaaseen on helpompi uskoa kotona asumisen onnistuvan. Muistisairaaseen mielenterveys pysyy vakaana, kun häntä tuetaan ja hänen luonaan vierailaan. Myös fyysisesti huonompikuntoinen voi selvitä kotona, jos omaiset tukevat muistisairasta ja ovat kotiutumisen kannalla. Ympäristön tulisi muutenkin tukea muistisairasta, koska se rohkaisee asukasta ja luo turvallisuuden tunnetta. Kotiuttaminen mahdollistuu myös silloin, kun eri toimijoilla on samanlainen näkemys muistisairaaseen hyvästä elämästä kotona. Muistisairaaseen ei tarvitse lähteä kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin, jos pärjää ilman niitä.

Muistisairaaseen kotiuttamisen mahdollistava tekijä on henkilökunnan ammattitaito. Se ilmenee siten, että asukkaan tullessa osastolle, hänen perustietonsa kartoitetaan ja toimintakyky arvioidaan kattavasti. Arvioinnin jälkeen suunnitellaan ja toteutetaan tavoitteellinen kuntoutus. Työyhteisön on oltava ammatillisesti vahva. Jos ilmenee osaamattomuutta, on jokaisen otettava vastuu omasta osaamattomuudestaan. Henkilökunnan on hankittava tietoa ja neuvotusta kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä. Kotona selviämisen arvioiminen ei aina onnistu osastolla, turvallisessa ympäristössä. Myös kerättyä tietoa ja esimerkiksi erilaisia muistisairaalle tehtyjä testejä on osattava lukea ja niiden tuloksia hyödyntää. Omat mielipiteet kotiuttamisesta tulisi pyrkiä perustelemaan niin, että muutkin ne ymmärtäisivät.

6.5.2 Viestintä ja toiminnan periaatteet

Sisäisen ja ulkoisen viestinnän on toimittava. Asukkaan tullessa osastolle, on hänelle ja omaisille kerrottava, että osasto ei ole asukkaan pysyvä paikka, vaan ensimmäinen tavoite on kuntouttaa jokainen kotiin. Omaisille on aikaisemmissa hoitopaikoissa jo saatettu kerrottu, ettei muistisairas voi enää asua kotona ja heillä saattaa olla väärää tietoa osaston toiminnasta ja tavoitteista. Kirjaamisen on oltava huolellista, arvioivaa, kuvaavaa ja tiedottavaa. Asukkaan asiat on kirjattava heti, jotta paperit olisivat kunnossa. Asukas voi kotiutua nopeastikin, eikä omahoitaja ole välttämättä silloin töissä hoitamassa asioita. Tiimin ulkopuolinen hoitaja ei muuten tiedä, mitä on tehty ja mitä vielä pitäisi tehdä liittyen kotiutumiseen. Asukkaan asioista on myös raportoitava päivittäin, jotta koko henkilökunta tietää asukkaan kuntoutuksen tavoitteet ja sen hetkisen tilanteen. Tiedonkulun on oltava joustavaa niin, että asukkaan asi-

oista voidaan puhua epävirallisesti työntekijöiden kesken. Se mahdollistaa nopean puuttumisen asukkaan tilassa tapahtuneisiin muutoksiin. Saatuaan tietoa asukkaasta riittävästi, henkilökunta voi sitoutua tavoitteisiin. Omaisilla, kotihoidolla ja muistisairaalla tulisi olla tietoa sosiaalista etuuksista, koska tällöin muistisairaahan taloudellinen tilanne on parempi ja kotona asuminenkin onnistuu.

Osaston toimintaperiaatteena tulee olla kotiuttamisprosessin rauhallinen toteuttaminen, jolloin kaikilla on aikaa perehtyä asukkaan asioihin ja huolehtia omista tehtävistään. Sooloilua ja asioista yksin päättämistä ei tulisi tapahtua. Kun edetään kotiuttamisprosessin mukaan, niin kaikki ammattiryhmät tietävät missä mennään ja mitä seuraavaksi tapahtuu. He pääsevät sanomaan mielipiteensä ja luodaan pohja yksimielisyydelle kotiuttamisesta. Omahoitajajärjestelmäkin toimii paremmin, kun kotiuttaminen tapahtuu rauhallisesti. Kaikkien kokouskäytäntöjen tulee toimia osastolla. Kotikäynnillä suunnitellaan kodinmuutostyöt, jotta asunto olisi mahdollisimman turvallinen muistisairaahan muuttaessa sinne. Lisäksi tulee hankkia kaikki tarvittavat apuvälineet. Muistisairaahan kuntoutumista auttaa fyysinen kuntoutus. Toisaalta kuntoutuksen vähyyks tai suoranainen puuttuminen kotona, vaikeuttaa siellä selviytymistä, koska neljän seinän sisällä kunto laskee nopeasti. Kotiuttamisprosessin tulisikin jatkua kotona.

Kotihoidolla tulee olla ymmärrys siitä, miten muistisairas parhaiten pärjää kotona. Käyntien määrää ja laatua tulisi voida muuttaa joustavasti. Tarvitaan aikaa toteuttaa kuntouttavaa työtä ja ohjata muistisairasta toimimaan itse. Silloin toimintakyky pysyy hyvänä ja kotona asuminen onnistuu pitempään, koska muistisairas vaikuttaa omaan elämäänsä aktiivisesti ja hän kokee olonsa turvalliseksi. Kotiin tuotavat muutkin palvelut, kuten ruokapalvelu ovat tärkeitä tekijöitä kotiutettaessa muistisairasta, koska riittävä ravitsemustaso ylläpitää terveyttä. Päivätoiminta voi olla hyödyllistä muistisairaalle. Se rytmittää päivää ja luo turvallisuuden tunnetta. Jos muistisairas hyötyy päivätoiminnasta, sinne pitäisi päästä mahdollisimman nopeasti. Muistisairaahan omaisten jaksamisesta tulisi huolehtia. Kokonaisuutena palvelujärjestelmän toimintaa tulisi tehostaa niin, että kuntoutusosastolle ohjataan muistisairaita, jotka hyötyvät osaston toimintaperiaatteista.

6.5.3 Hyvä toimintakyky mahdollistaa kotona asumisen

Muistisairasta ei pitäisi kotiuttaa, jos hän ei tunnista kotiaan, eikä ymmärrä, miten siellä toimitaan. MMSE pisteillä ei ole ratkaisevaa merkitystä, jos muistisairas osaa toimia kotona, tutussa ympäristössä. Hän on psyykkisesti tasapainoinen, eikä ole koko ajan lähdössä jonnekin. Hän hahmottaa toimintaympäristön, hänellä on käsitys ajan kulumisesta ja hän on sen verran orientoitunut paikkaan, että tietää missä on. Päivärytmin on oltava tasapainossa. Kotona asuminen mahdollistuu, jos muistisairas osa pyytää tarvittaessa apua esimerkiksi tur-

vapuhelimella. Kotona asuvan muistisairaahan tulisi suhtautua myönteisesti tarjottuun apuun. Hän päästää kotihoidon sisään ja suostuu ottamaan tarvittavat lääkkeet. Muistisairaalla ei tulisi olla taipumusta lähteä harhailemaan, jos ei löydä takaisin kotiin. Hänen tulisi pystyä pukeutumaan tarkoituksenmukaisesti. Hän tunnistaa tarpeen mennä vessaan ja osaa huolehtia hygieniastaan sekä muista päivittäisistä toimista ainakin ohjatusti.

Muistisairaahan tulisi kotona asuessaan ymmärtää säännöllisen ruokailun tärkeys ja pystyä syömään tarjottu ruoka itsenäisesti. Lähtiessään osastolta, hänen ravitsemustilansa tulisi olla hyvä. Perussairaudet tulee olla hyvin hoidettu ja muistisairaahan lääkityksen tulee olla kohdallaan. Vaikka asukkaan voimavarat ja psyykinen toimintakyky ovatkin tärkeämpiä tekijöitä kotiutettaessa muistisairaita kuin pelkkä fyysinen toimintakyky, tulisi kotiutettavan muistisairaahan pystyä liikkumaan itsenäisesti. Liikkumisen apuväline ei estä kotiutumista, jos sen kanssa mahtuu liikkumaan kotona. Tasapainon tulisi olla niin hyvä, ettei ole jatkuvaa pelkoa kaatumisesta.

Muistisairaahan kotiutumisen on mahdollisuus onnistua, kun hänen mielialansa on tasapainoinen ja hän ei vastustaa kotiutumista. Hänen ei tulisi ahdistua tai tuntea pelkoa ja yksinäisyyttä asuessaan kotona. Muistisairaahan sosiaalinen aktiivisuus ja kyky yhteistyöhön ovat tekijöitä, jotka mahdollistavat kotona asumisen ja estävät muistisairaahan masennusta. Ystävät tuovat iloa elämään. Myös omaisten sekä läheisten psyykkistä ja konkreettistakin apua tarvitaan, jotta kotona asuminen onnistuu. Omaisten aktiivinen toimintatapa koko kotiuttamisprosessin ajan auttaa kotiuttamista. Kotiutuminen onnistuu paremmin, jos muistisairas ei asu yksin. Muistisairaalla ja omaisella ei tulisi olla alkoholiongelmia.

6.5.4 Kysymys vastuusta ja etiikasta sekä yhteiskunnasta

Henkilökunnan ammattietikka vaikuttaa kotiuttamisen onnistumiseen ja on muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistava tekijä. He joutuvat miettimään, onko kaikki mahdollinen tehty kotiutumisen onnistumiseksi ja paraneeko muistisairaahan elämän laatu kotona? Millainen elämä on mielekästä? Onko päivätoimintaa, liikuntaa, sosiaalisia suhteita ja ystäviä? Varsinkin silloin, kun tarvittavia palveluita ei ole heti tarjolla, voi henkilökunta kokea riittämättömyyttä. Kotiuttamisen tulisi olla aidosti iloinen tapahtuma myös hoitohenkilökunnalle. Kotiuttaminen on vaikeaa silloin, kun muistisairaahan edellytykset ja voimavarat eivät välttämättä riitä kotona asumiseen ja hän sekä omaiset sitä voimakkaasti vastustavat.

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen muistisairaiden kohdalla on kuin veteen piirretty viiva. Muistisairas saattaa selvitä kotona muutaman kuukauden juuri ja juuri. Toisaalta jossain saat-

taa olla joku toinen, joka tarvitsee vielä enemmän laitospaikkaa. Vaikka viimeinen vastuu onkin sosiaalivirastolla, joutuu henkilökunta miettimään kotiuttaessaan muistisairasta hänen turvallisuuttaan. Onko kaikki mahdollinen tehty, ettei muistisairas kaadu kotona, jätä levyä päälle tai lähde harhailemaan? Miten pitkälle henkilökunta pystyy ennakoimaan kodin riskitekijöitä ja onko kaikki hyväksikäytön mahdollisuudet tutkittu?

Kunnilla tulisi olla riittävästi resursseja, jotta muistisairaiden kotona asuminen mahdollistuu. Päivätoimintaa tulisi tarjota riittävästi. Muistisairas on voinut ilmaista, ettei halua kotiin, koska kokee yksinäisyyttä. Silloin palvelujärjestelmän pitäisi pystyä tarjoamaan päivätoimintaa ja muunlaisia virikkeitä muistisairaana kotona asumisen turvaamiseksi. Myös kotisairaanhoidon palveluita tulisi olla tarjolla riittävästi. Osaston resurssien tulisi olla niin hyvät, ettei ole kiire, koska silloin ei jää aikaa vahvistaa muistisairaana omia voimavaroja ja toimintakykyä. Jotta ohjaaminen lisääntyy ja puolesta tekeminen vähenee, tarvitaan aikaa ja riittävästi resursseja. Osaston toiminnan tavoitteita ei tulisi muuttaa nopeasti. Myös muistisairaana taloudellisen tilanteen tulisi olla kunnossa. Muistisairaiden kotiuttamista ei pitäisi tehdä tilastojen tai rahan takia, vaan tavoitteena on oltava muistisairaana hyvä ja mielekäs elämä.

6.6 Henkilökunnan toiminnan kehukset

Sisällön analyysin jälkeen muodostin aineistosta kolme kehystä jäsentämään vuorovaikutustilanteita, joihin henkilökunta joutuu kuntouttaessaan ja kotiuttaessaan muistisairaita. Kehysten tarkoitus on samalla antaa kuva työkuultuurista, joka osastolla vallitsee ja löytää säännönmukaisuuksia toiminnasta. Sosiaaliset kehukset auttavat Goffmanin mukaan meitä ymmärtämään tekijöitä, jotka muovaavat toimintaamme. Kehystämisen ei kuitenkaan pidä yksinkertaistaa kuvaa toiminnasta, sillä todellisessa vuorovaikutustilanteessa työntekijöillä on useita tapoja käyttää kehysiä. He voivat esimerkiksi käyttää kaikkia kehysissä yhtä aikaa tai vaihtaa niitä nopeasti. Tietystä sosiaalisesta tilanteesta henkilö voi toimia kahden eri kehysten mukaan lomittain. Vaihtoehtoja on monia. (Goffman 1986: 22, 25, 27; Peräkylä 1990: 140.)

6.6.1 Henkilökunnan ammatillinen kehys

Henkilökunnan ammattitaito on yksi henkilökunnan lähestymistapa kotiuttamisen mahdollistaviin tekijöihin. Se ilmeni aineistossa pyrkimyksenä arvioida muistisairaana toimintakykyä laajasti ja perusteellisesti. Tällöin esimerkiksi käytettyjä toimintakykymittareita tulisi käyttää oikein ja niiden tuloksia hyödyntää kuntoutuksessa. Osaston työntekijät arvostavat moniammatillista toimintakyvyn arviointia ja sitä, että asukkaan mahdollisuutta asua kotona on käsi-

telty usein moniammatillisessa tiimissä. Yhteistyö eri ammattiryhmien välillä korostaa ammattillisuutta ja ammattitaitoa. Ammattitaito ilmenee myös hyvin suunniteltuna kotiutuksena, jota ennen on tehty kotikäynti ja tarvittavat kodin muutostyöt. Osastolla tehtävän kuntoutuksen on oltava tavoitteellista ja asukkaan toimintakyvyn paranemiseen pyritään myös ohjalla häntä tekemään itse aktiivisen arjen avulla. Ammattitaitoa korostavassa lähestymistavassa henkilökunnan tulisi kehittää ammattitaitoaan jatkuvasti ottamalla vastuu omasta osaamattomuudestaan. Kotiuttamisprosessin eri vaiheiden hyvä hallinta korostuu ammatillisessa kehityksessä. Kun toimitaan ammatillisesti sovittujen sääntöjen ja tehtäväkuvausten mukaan, muistisairaana kotiutuminen mahdollistuu. Intuition merkitystä ei saa korostaa, vaan mielipiteet on osattava perustella.

Anssi Peräkylä (1990: 23) kirjoittaa, että kuolevan potilaan hoidossa mukana oleva henkilökunta joutuu eri kehyksissä toimimaan erilaisella asenteella. Hän puhuu henkilökunnan jäsenten ja potilaiden identiteettien vaihtelusta, joka on erilainen eri kehysten mukaisessa toiminnassa. Kotiutettaessa muistisairaita ammatillisessa kehyksessä henkilökunta on toimiva ja tietävä subjekti. He toimivat kotiuttamisprosessin mukaan suorittaen siihen liittyviä tehtäviä. He arvioivat asukkaan toimintakykyä, laativat tavoitteet ja toimivat niin, että niihin päästäisiin. Asukkaan identiteettinä tässä kehyksessä on olla toiminnan kohde. Vaikka häntä ohjataan tekemään itse ja niin tapahtuukin, on itsenäisen toiminnan tavoite määritelty ulkopuolelta. Asukkaan itsenäistä toimintaakin arvioidaan jatkuvasti, jopa silloin, kun hän kieltäytyy toiminnasta.

Kuten Peräkylänkin tutkimuksessa on identiteetit esitetty osaston henkilökunnan toiminnan näkökulmasta, mutta hän kirjoittaa, että potilas voi jossain tilanteissa omaksua hoitohenkilökunnan identiteetin. Hän voi olla myös tietävä subjekti silloin, kun keskustelee lääkärin kanssa tilastaan. Samoin muistisairas kuntoutuja voi joissain tilanteissa omaksua tietävän ja toimivan subjektin identiteetin. (Peräkylä 1990: 24.)

6.6.2 Positiivinen asennoituminen kehys

Kotiuttamiseen positiivisesti suhtautuvalla asenteella edesautetaan kotiuttamista. Se ilmenee siten, että hoitotiimi kannustaa muistisairasta kotiin menossa, eikä luovuta liian pian tavoitteesta. Hoitotiimillä on yhtenevä näkemys kotiuttamisen mahdollisuudesta ja kotona asumista pidetään yleisesti parempana vaihtoehtona kyseiselle muistisairaalle kuin laitosasumista. Kotiuttamiseen positiivisesti suhtautuvaa asennetta toivotaan laajemminkin. Varsinkin kotihoiton, omaisten ja muun ympäristön kotiuttamiselle myönteinen asenne koetaan tärkeäksi. Kotiuttamiselle positiivinen asenne ilmenee hyvänä yhteistyönä omaisten ja kotihoiton kanssa. Kotiuttamiseen positiivisesti suhtautuva ajattelumalli ohjaa toimintaa ja mielikuvia. Hen-

kilökunta pitääkin tärkeämpänä muistisairaana voimavaroja ja psyykkistä toimintakykyä kuin fyysistä toimintakykyä mietittäessä hänen mahdollisuuttaan palata kotiin. Positiivista asennetta toivotaan myös kotiutuvalta muistisairaalta.

'Positiivinen asenne auttaa asukasta itseään motivoitumaan kotona olemiseen, hän tietää saavansa tarvittaessa apua, eikä koe olevansa taakaksi muille.'

Jotta positiivista suhtautumista kotiuttamiseen voisi edesauttaa, on kotiuttamisesta ja sen mahdollistavista tekijöistä puhuttava kaikkien toimijoiden kanssa. Kaikkien mielipiteet asiasta on selvitettävä ja kirjattava. Tässä kehyksessä toimiminen voi olla vaikeaa ja se vaatii henkilökunnalta kommunikaatiotaitoja onnistuakseen. Jos yhteisymmärrystä eri toimijoiden välillä ei synny, voi kehyksen mukainen toiminta rasittaa henkilökuntaa. Peräkylä (1990: 22 - 23) määrittää toimijoiden identiteetin siten, että kehys määrittää vuorovaikutuksen osanottajien ominaisuudet, velvollisuudet ja oikeudet. Eri kehyksissä toimiessamme omaksumme erilaisia toiminta- ja ajatusmalleja. Positiiviset asenteet kehyksessä toimiessaan henkilökunta on tietävä ja toimiva subjekti. He tietävät muistisairaana, omaisten ja kotihoidon mielipiteet kotiuttamisesta ja pyrkivät ohjailemaan niitä. Heillä on myös tietoa muistisairaana toimintakyvystä ja mahdollisuudesta asua kotona.

6.6.3 Maallikkokehys

Maallikkokehys tarkoittaa tässä yhteydessä ammatillisen roolin takana olevaa, tuntevaa ja toimivaa ihmistä. Hoitohenkilökunta ei voi tehdä työtään ainoastaan ammatillisesta roolista käsin. Joskus ammatillisesta kehyksestä poistutaan tai sitten ammatillinen ja maallikkokehys toimivat lomittain. Maallikkokehysten käyttö ei vähennä ammatillisuutta, vaan korostaa hoitotyön moninaisuutta ja sen haasteita henkilökunnalle.

Henkilökunta miettii aineiston mukaan esimerkiksi sitä, että ohjaako huono kuntatalous eettisesti oikeita päätöksiä ja pystyykö palvelujärjestelmä vastaamaan kaikkiin uusiin haasteisiin asianmukaisesti. Muistisairaana itsemääräämisoikeuden toteutumisen miettiminen on päivittäistä pohdintaa. Myös omaisten ja puolison jaksamista tulee arvioida. Hyvän elämän käsitteen miettiminen kuuluu maallikkokehykseen. Hyvän elämän käsite vaihtelee, eikä sitä voida typistää muutamaankin virkkeeseen. Hoitohenkilökunta joutuu miettimään yksilöllisesti hyvän elämän käsitettä kotiuttaessaan muistisairasta asukasta. Joskus tulee epäily lyhyen kotona asumisen mielekkyydestä muistisairalle. Palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden takaaminen on vaikeaa ja henkilökunta joutuu sitäkin miettimään.

'Jääkö vanhus kuitenkin heitteille?'

'Lähtekö hän esim. vähissä vaatteissa ulos pakkaseen ja eksyy tai joutuu moottoritielle.'

'Pärjääkö se siellä kotona -> turvallisuus.'

'Asukkaan turvattomuus kotona huolettaa.'

'Onko asukas turvassa?'

Toimiessaan eri kehyksissä henkilökunta antaa itsestään kuvan ammatillisessa roolissa tai yksityisenä persoonana. Henkilökunnan oletetaan toimivan ammatillisen roolin mukaan, mutta samanaikaisesti henkilökunta voi antaa viitteitä omasta persoonastaan, jolloin Goffmanin mukaan henkilö toimii eri kehyksissä samanaikaisesti. Viite toiseen, vaikka maallikkokehykseen voi ilmetä vain eleenä tai ohimenevänä kommenttina. Goffman kuitenkin muistuttaa, ettei voida sanoa persoonan olevan ammatillista roolia paremman, todellisemman tai aidomman. Molemmat roolit ovat sosiaalisesti määrittäneitä. Sekä henkilökunnan että asukkaan identiteetti maallikkokehyksessä on tunteva ja kokeva subjekti. (Goffman 1986: 269 - 270; Peräkylä 1990: 163 - 164.)

Kotiutettaessa muistisairaita toimii henkilökunta lomittain maallikkokehyksessä ja ammatillisessa sekä positiivinen asennoituminen kehyksessä. Joskus ammatillinen kehys on päällimmäisenä tuoden varmuutta toimintaan. Positiivinen asennoituminen kehys voi toimia samaan aikaan kuin ammatillinen kehys. Toisinaan, esimerkiksi keskustelussa omaisten kanssa, positiivinen asennoituminen kehyksen merkitys korostuu. Maallikkokehys on kaiken aikaa läsnä. En halua yksinkertaistaa kehysten mukaista toimintaa. On muistettava, että myös ammatilliseen kehykseen kuuluu eettisten kysymysten tarkastelua.

7 ONGELMAT KOTIUTTAMISPROSESSISSA

7.1 Kotiuttamisprosessin ongelmat kyselyn mukaan

Toisena tutkimustehtävänäni on kuvata ja analysoida työntekijöiden ongelmallisiksi kokemia tekijöitä kotiuttamisprosessissa. Henkilökunnalle tekemässäni kyselyssä kysyttiin vastaajien mielipidettä onnistuneen kotiuttamisprosessin suurimmista esteistä osastolla. Analysoin vain kyseisen kysymyksen vastaukset, koska halusin vähentää oman tulkintani merkitystä. Analysoitavaa tekstiä oli yksi sivu. Pääluokkia muodostui viisi (taulukko 15). Pääluokat osaston toimintakulttuuri ja palvelujärjestelmän toiminta muodostivat yhdistävän luokan organisatoriset tekijät. Pääluokat henkilökunnan ammattitaito, yhteistyön vaikeudet ja toimijoiden eriävät

mielipiteet muistisairaahan kotiutumisesta muodostivat yhdistävän luokan kognitiiviset tekijät (taulukko 16).

Taulukko 15: Osaston kotiuttamisprosessia vaikeuttavat tekijät kyselyn perusteella

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Liian nopeat kotiutukset Osaston toiminta ei ole tavoitteellista Omahoitajajärjestelmä ei toimi Ei toimita kotiutusprosessin mukaan Huono tiedonkulku osastolla Kiire osastolla	Osaston toimintatapa Huono sisäinen viestintä Osaston resurssit	Osaston toimintakulttuuri
Kotona asumista tukevat palvelut eivät ole heti saatavilla Omaisten väärä informointi muistisairaahan mahdollisuudesta asua kotona hoitoketjun aikaisemmassa vaiheessa Kuntoutujien valikoituminen osastolle ei aina toimi	Palvelujärjestelmän resurssit Palvelujärjestelmän toimintatapa	Palvelujärjestelmän toiminta
Henkilökunta luovuttaa vaikeissa kotiutuksissa liian pian Ei selkeitä perusteluita mielipiteille kotiutumisesta Kotona selviytymisen arvioiminen ei onnistu osastolla	Henkilökunnan motivaatio Intuitio päätöksenteossa Henkilökunnan epätietoisuus kotiutumisen mahdollistavista tekijöistä	Henkilökunnan ammattitaito
Yhteistyö kotihoidon kanssa puutteellista Riittämätön yhteistyö omaisten kanssa Moniammatillinen yhteistyö ei toimi Huono tiimin sisäinen yhteistyö	Yhteistyön vaikeus osaston ulkopuolisten toimijoiden kanssa Osaston sisäinen yhteistyö ei toimi	Yhteistyön vaikeus
Kohon kielteinen suhtautuminen muistisairaahan kotiutukseen Hoitotiimin ja omaisten erilainen näkemys muistisairaahan kotiutumisesta Tiimi ei ole yksimielinen kotiutuksesta	Ulkopuolisten toimijoiden kielteinen suhtautuminen kotiutukseen Tiimillä ei yhteistä ajattelumallia	Toimijoiden eriävät mielipiteet muistisairaahan kotiutumisesta

Henkilökunnalle tehdyn kyselyn perusteella kotiuttamisprosessia vaikeuttavat tekijät jakautuivat viiteen pääluokkaan. Taulukossa on kuvattu pääluokkiin kuuluvat ala- ja yläluokat

Taulukko 16: Kotiuttamisprosessia vaikeuttavien tekijöiden yhdistävät luokat

Pääloukka	Yhdistäväluokka
Osaston toimintakulttuuri Palvelujärjestelmän toiminta	Organisatoriset tekijät
Henkilökunnan ammattitaito Yhteistyön vaikeus Toimijoiden eriävät mielipiteet muistisairaahan kotiutumisesta	Kognitiiviset tekijät

Kyselyyn perustuvat viisi pääloukkaa voidaan vielä yhdistää kahteen yhdistävään luokkaan

7.1.1 Osaston toimintakulttuuri

Vastauksissa mainittiin osaston toimintatapaan, huonoon sisäiseen viestintään ja osaston resursseihin liittyviä tekijöitä, jotka vaikeuttaa kotiuttamisprosessia (taulukko 15). Toimintatavoista mainittiin pyrkimyksen liian nopeisiin kotiutuksiin vaikeuttavan prosessia. Nopeat kotiuttamiset voivat käytännössä merkitä sitä, ettei osastolla toimita sovitun kotiuttamisprosessin mukaan. Yhdessä vastauksessa ei tarkemmin selostettu huomioita, ettei osastolla aina toimita tavoitteellisesti. Osaston toimintatapa kuvaava vastaus voi myös liittyä osastolla ainakin ajoittain vallitsevaan kiireeseen. Myöskään omahoitajajärjestelmä ei vastausten mukaan aina toimi. Sitä vaikeuttaa vuorotyö, jolloin omahoitaja on yötyössä tai pitkällä vapailla. Jos omahoitaja ei ole hoitamassa muistisairaahan asioita, ne voivat jäädä jonkun toisen hoidettaviksi tai kokonaan keskeneräisiksi. Pyrkimys nopeisiin kotiutuksiin vaikeuttaa entisestään omahoitajajärjestelmää. Vastausten mukaan osaston asukkaiden kotiutuksen tulisi tapahtua kotiutusprosessin mukaan.

'Pyrkimys tehdä "nopeita" kotiutuksia, vaikka asiasta on puhuttu henkilöstön kesken.'

'Ei tehdä asioita sovitusti prosessimallin mukaan.'

'Omahoitaja ei ole hoitamassa asukkaan asioita, voivat jäädä keskeneräisiksi ja jonkun toisen hoidettaviksi.'

Huono sisäinen viestintä vaikeuttaa kotiutusprosessia osastolla. Tieto ei kulje osastolla. Toiset tiimin jäsenet eivät tiedä mitä on tehty tai mitä pitäisi tehdä seuraavaksi liittyen muistisairaahan kotiuttamisprosessiin. Kiirettä pidettiin kotiuttamisprosessia vaikeuttavana tekijänä myös silloin, kun työntekijöillä ei ole riittävästi aikaa vahvistaa muistisairaahan asukkaan omia voimavaroja ja toimintakykyä.

'Informaatio ei aina tavoita toisia tiimin jäseniä, mitä on tehty tai mitä pitäisi tehdä.'

'Ajoittain riittämätön aika vahvistaa asukkaan omia voimavaroja esim. päivittäisten toimien suorittamiseen.'

Kaikki kyselyssä mainitut osaston toimintatapoihin, kiireeseen tai huonoon sisäiseen viestintään liittyvät kotiuttamisprosessia vaikeuttavat tekijät on mainittu myös muissa tutkimuksissa. Ongelmat kotiuttamisprosessissa mukana olevien henkilöiden välisessä viestinnässä on todettu vaikeuttavan yli 65-vuotiaiden sydämen vajaatoiminnasta kärsivien kotiutumista. (Naylor ym. 2004: 675.) Naylor ja Keating (2008: 65) mainitsevat artikkelissaan huonon kommunikaation vaikeuttavan kotiuttamista myös muiden potilasryhmien kohdalla. Kiire ja työstä johtuvat paineet vaikeuttavat kotiuttamiseen liittyvien tehtävien tekemistä teho-osastolla (Watts, Gardner & Pierson 2005: 274).

7.1.2 Palvelujärjestelmän toiminta

Vastauksissa mainittiin palvelujärjestelmän huonot resurssit kotiuttamisprosessiin vaikuttavina tekijöinä (taulukko 15). Huonona pidettiin sitä, etteivät kotona asumista tukevat palvelut, kuten päivätoiminta, ole heti saatavilla. Muistisairaalle mieleisen toiminnan tulisi jatkua saumattomasti sen jälkeen, kun hän muuttaa kotiin. Osastolla asukas on osallistunut ryhmätoimintaa ja sen toivotaan jatkuvan. Myös tietyt palvelujärjestelmän toimintatavat voivat vastaajien mielestä vaikeuttaa kotiuttamisprosessia. Omaisia on voitu informoida väärin hoitoketjun aikaisemmassa vaiheessa. Omaisille on saatettu kertoa, että muistisairas ei pärjää enää kotona ja hän todennäköisesti saa laitospaikan. Muistisairas voi kuitenkin vielä kuntoutua ja kotiutua. Palvelujärjestelmän ristiriitaiset viestit omaisille eivät edesauta kotiuttamisprosessia. Omaiset voivat jopa luulla, että osasto on muistisairaana pysyvä laitospaikka. Vastauksissa mainittiin myös, ettei kuntoutujien valikoituminen osastolle aina toimi. Muistisairaana kotiuttamista on saatettu jo yrittää edellisessä hoitopaikassa huonolla menestyksellä. Vastauksissa epäiltiin, että osastolle lähetetään hankalasti kotiutettavia muistisairaita.

'Palvelut ei saatavilla heti kun kotiutuu (esim. päivätoiminta, johon joutuu jonottamaan 'Omaiset saaneet "väärää" infoa aikaisemmin (esim. heille luvattiin vanhainkotipaikkaa tms).'

'Tulevat asukkaat eivät ole meidän päätettävissä eli saamme hankalimmat tapaukset.'

7.1.3 Henkilökunnan ammattitaito

Pääluokkaan henkilökunnan ammattitaito valitsin yläluokat, jotka liittyvät henkilökunnan motivaation, intuition käyttöön päätöksiä tehtäessä ja epätietoisuuteen kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä (taulukko 15). Motivaatio tai sen puute ilmeni siten, että henkilökunta luovuttaa vaikeissa kotiutuksissa liian pian. Intuitiota käytettiin ilmeisesti silloin, kun ei pystytty esittämään selkeitä perusteluja kotiuttamisen puolesta tai vastaan. Toisaalta katsotaan, ettei kotiutumisen mahdollistavien tekijöiden arvioiminen välttämättä edes onnistu osastolla.

'Ei halua yrittää voittaa esteitä.'

'Annetaan periksi liian pian.'

'Joskus myös henkilökunnan erilainen näkemys ilman selkeää perustelua.'

'Henkilökunnalta saattaa välillä puuttua kyky ajatella asukasta kotona. Täällä lukittujen ovien takana, ohjatussa ympäristössä asukas on toimintakykyinen.

Kotona ei välttämättä ole.'

Henkilökunnan ammattitaito ja kokemus lisäävät mahdollisuutta, että muistisairaahan kotiuttamisprosessi onnistuu. Atwal (2002: 453 - 454) kirjoittaa, että kotiuttamisessa vaadittavia taitoja ei opita peruskoulutuksessa, vaan vasta työelämässä. Hänen tutkimuksessaan haastattelema sairaanhoitaja kertoi oppineensa kotiuttamiseen vaadittavia taitoja vasta oltuaan mukana vaikeassa kotiuttamistilanteessa, joka päättyi huonosti. Ammattitaidon kehittyminen liittyy myös kommunikaatioon. Jos uskaltaa ilmaista oman eriävän mielipiteensä ja puolustaa sitä, tapahtuu väistämättä myös oppimista.

7.1.4 Yhteistyön vaikeus

Kotiutusprosessi osana palveluiden yhteensovittamista vaatii yhteistyötä onnistuakseen (Hammar 2008: 29). Kun asiakkaat siirtyvät eri sairaaloista ja päivystyksestä osastolle tai osastolta kotisairaanhoidon, korostuu asiantuntijoiden yhteistyön merkitys (Tanttu 2007: 116). Henkilökunnalle tehdyn kyselyn vastauksissa korostui yhteistyön merkitys kotiuttamisprosessissa (taulukko 15). Yhteistyön on toimittava kotihoidon ja omaisten kanssa. Ensimmäisen tutkimuskysymykseni kohdalla muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä, laitoin yhteistyön kotihoidon ja omaisten kanssa pelkistetyn käsitteen kognitiiviset tekijät alle. Itse kotiuttamisprosessin ongelmia kuvatessani, päätin aiheen tärkeydestä johtuen muodostaa yhteistyön vaikeudesta oman pääluokan.

'Puuttuu yhteistyö vastaanottavan tahon kanssa.'

'Riittämätön / puutteellinen / virheellinen yhteydenpito omaisten/kotihoidon välillä.'

Henkilökunnan mielestä yhteistyön vaikeudet myös osaston sisällä heikentävät kotiuttamisprosessia. Kaarina Tantt (2007: 114) on väitöskirjassaan tutkinut palveluketjujen hallintaa julkisessa terveydenhuollossa. Hänen mukaansa sisätautisairaalan vuode- ja kuntoutusosastojen sisäisissä prosesseissa on yksi kriittinen kohta juuri yhteistyön vaikeus eri ammattiryhmien välillä. Koordinoinnin puute aiheuttaa päällekkäisiä toimintoja ja turhaa työtä. Kaikki eivät tiedä mitä hoidosta on sovittu. Tanttun tutkimuksessa koordinaation ja yhteistyön puute tarkoitti esimerkiksi sitä, että päätökset jatkohoitoon siirtymisestä jäivät epäselviksi. Moniammatillinen yhteistyö ei aina toimi muistisairaiden kuntoutusosastollakaan. Se voi ilmetä kyseilyn mukaan esimerkiksi eriävinä mielipiteinä eri ammattiryhmien välillä. Myös tiimin sisäinen yhteistyö voi toimia huonosti. Kaikki tiimin jäsenet eivät pääse kertomaan mielipidettään kotiutuksesta tai omahoitaja ei ole paikalla kertomassa omaa mielipidettään. Sooloilua pidettiin kotiuttamisprosessia vaikeuttavana tekijänä.

'Moniammatillinen yhteistyö ei välttämättä toimi.'

'Eriävät mielipiteet esim. lääkärin ja henkilökunnan välillä.'

'Ei anneta omahoitajan kertoa näkemystään tilanteesta.'

'Ei kuunnella toisia.'

'Sooloilut - joku vaan päättää että nyt mummeli / pappa kotiin ja menee soimaan siitä kuuntelematta toisia.'

7.1.5 Toimijoiden eriävät mielipiteet muistisairaahan kotiutumisesta

Jos kotiuttamisprosessissa mukana olevilla on erilaiset mielipiteet muistisairaahan mahdollisuuksista asua kotona, voi yhteistyö vaikeutua (taulukko 15). Osaston henkilökunnalla ja ulkopuolisilla toimijoilla voi olla erilainen käsitys muistisairaahan kotiutumisesta. Kotihoito voi suhtautua kielteisesti muistisairaahan kotiutumiseen. Kielteinen näkemys voi liittyä myös huonoon kommunikation osaston henkilökunnan ja kotihoidon henkilökunnan välillä. Osaston henkilökunnan on pystyttävä viestittämään ja vakuuttamaan kotihoidon työntekijöille, että muistisairaahan toimintakyky on parantunut ja perustelemaan, miksi hänen olisi parempi asua kotona. Myös henkilökunnan ja omaisten erilainen näkemys vaikeuttaa vastausten mukaan kotiuttamisprosessia. Vastauksissa ei kuitenkaan kirjoitettu siitä, miten toimijoiden erilaiset mielipiteet vaikeuttavat kotiuttamisprosessia. Osaston työntekijöiden erilaisten mielipiteiden ei tarvitse välttämättä merkitä sitä, että kotiuttamisprosessi käytännössä vaikeutuu tai hidastuu. Sen

sijaan moniammatillisen tiimin ja omaisten erilaiset mielipiteet kotiuttamisesta voivat hidastaa tai muuten hankaloittaa prosessia.

'Kotihoidon nihkeä suhtautuminen asukkaiden kotiutukseen.'

'Eriävät mielipiteet esim. lääkärin ja omaisten välillä.'

Myös osaston tiimin jäsenillä voi olla erilainen näkemys muistisairaahan mahdollisuuksista asua kotona, jolloin tiimi ei ole yksimielinen kotiutuksesta. Vastausten perusteella voidaan olettaa, että erimielisyys vaikeuttaa kotiuttamisprosessia. Kyselyn analyysissä esille tullut mielipide tiimin erimielisyydestä muistisairaahan kotiuttamisesta tarkoittaa varmasti sitä, että päätöksen kotiuttamisesta ei tarvitse olla yksimielinen.

'Eriolaiset näkemykset asukkaan selviytymisestä kotona.'

'Erimielisyys pärjäämisessä.'

7.2 Kotiuttamisprosessin ongelmat työryhmän keskustelun pohjalta

Analysoin saman litteroidun nauhan niin, että keskityin toiseen tutkimustehtävääni, eli kuvata ja analysoida työntekijöiden ongelmallisiksi kokemia tekijöitä kotiutusprosessissa. Kuten aikaisemminkin, jaoin aineiston merkitykseltään positiiviset ja negatiiviset pelkistetyt ilmaisut omiin sarakkeisiin ja ryhdyin luokittelemaan pelkistettyjä ilmauksia. Alaluokkia muodostui nyt kolmekymmentä. Ne yhdistin kahdeksaantoista yläluokkaan ja lopulta kymmeneen pääluokkaan. Analysoidessani keskustelua yhdistin pääluokkia vielä niin, että muodostui neljä yhdistävää luokkaa. Ne olivat kotiuttamisprosessiin vaikuttavat kognitiiviset tekijät, organisatoriset tekijät, kotiuttamisprosessin luonne ja toteutus sekä osaston ulkopuoliset haasteet prosessille (taulukko 17).

Taulukko 17: Kotiuttamisprosessin ongelmat työryhmän keskustelun perusteella

Yläluokka	Pääluokka	Yhdistäväluokka
Yhteistyö ulkopuolisten toimijoiden kanssa Yhteistyön ongelmat	Yhteistyö eri toimijoiden välillä	Kotiuttamisprosessiin vaikuttavat kognitiiviset tekijät
Osaston henkilökunnan toimintatapa	Osaston toimintakulttuuri	
Osaston henkilökunnan ammattitaito Kotihoidon henkilökunnan ammattitaito	Henkilökunnan ammattitaito	

Erilaiset ajattelumallit	Toimintaa ohjaavat ajattelumallit	
Henkilökunnan motivoiminen, kiinnittäminen Osaston sisäinen viestintä	Osaston viestintäjärjestelmä	Organisatoriset tekijät
Osaston toimintatavat	Osaston toiminnan rakenteet	
Osaston resurssit Palvelujärjestelmän resurssit	Taloudelliset tekijät	
Kotiuttamisprosessin dynaamisuus Kotiuttamisprosessin rakenne	Kotiuttamisprosessi systeeminä	Kotiuttamisprosessin luonne ja toteutus
Toimintatapa kotiuttamisprosessissa Toimintaperiaatteet kotiuttamisprosessissa osastolla Kotiuttamisprosessin toimintakäytännöt	Kotiuttamisprosessin käytännön toteutus	
Osaston ulkopuolelta tulevat tavoitteet Palvelujärjestelmän toimimattomuus	Osaston ulkopuoliset haasteet prosessille	Osaston ulkopuoliset haasteet prosessille

Kotiuttamisprosessia miettineen työryhmän keskustelun analyysiin pohjalta, kotiuttamisprosessiin vaikuttavat tekijät jakaantuivat neljään yhdistävään luokkaan

7.2.1 Kotiuttamisprosessiin vaikuttavat kognitiiviset tekijät

Kognitiiviset tekijät muodostui pääluokista yhteistyö eri toimijoiden välillä, osaston henkilökunnan toimintakulttuuri, henkilökunnan ammattitaito ja toimintaa ohjaavat ajattelumallit (taulukko 17). Ongelmaksi kotiuttamisprosessissa voi muodostua yhteistyö ulkopuolisten toimijoiden, esimerkiksi kotihoidon henkilökunnan kanssa. Kaarina Tantu (2007: 185) kirjoittaa, että hyvän hoitotuloksen edellytys terveydenhuollossa on asiantuntijoiden työn yhdistäminen tulokselliseksi toimintaprosessiksi. Hän jatkaa, että tehottomuutta ilmenee eri organisaatioiden rajapinnoilla ja sen asiakas huomaa siirtyessään jatkohoitoon toiseen organisaatioon. Ongelmia on asiantuntijoiden yhteistyön sujumisessa ja tiedonkulussa organisaatioiden välillä. Myös muistisairaiden kuntoutusosastolla on havaittu sama yhteistyön vaikeus eri organisaatioiden asiantuntijoiden välillä. Yhteistyön tulisi toimia mahdollisimman hyvin myös muistisairaisten omaisten kanssa.

B: Hyvä yhteistyö myös päivätoiminnan kanssa.

C: Sit hyvä kommunikaatio omaisten kanssa. Keskusteluyhteys omaisiin.

D: Omaiset haluaa että se lähtis, mutta se ei halua mennä mihinkään. Kotihoito ei suostu hoitaa sitä jos se ei lähe mihinkään. Nään on niin kuin näitä.

A: Niin, on toi ristiriitainen.

B: Se on kommunikointivaikeutta.

Henkilökunnan toimintakulttuurilla tarkoitettiin työryhmän keskustelussa henkilökunnan joustavaa tapaa toimia. Parhaimmillaan se edesauttaa kotiuttamisprosessia, mutta jos sovitusta säännöistä ja tehtävistä ei pidetä kiinni, prosessi kärsii ja pahimmassa tapauksessa viivästyy. Tehtävät jäävät toisten suoritettaviksi.

D: Sitten on se, että kun on sovittu pelisäännöistä, vaikka toi joustaminen, mutta sitten ootas mä mietin... niin tota sit kun jossain prosessin osasta ei tiedetäkään... tai joku kohta siinä prakaa, niin se on heikkous.

B: ...jos ketju katkeaa, se loppuprosessi tahtoo sit mennä mönkään. Siitä tulee kaaos. Jos siellä on joku jäänyt välistä siinä prosessissa. Haet sä tämmöstä asiaa?

D: Joo, mutta mä haen enemmän sitä, kun on yhteisesti sovittu tietyt säännöt. Se joustavuus sen rajoissa sitten. Ku sitä levittää liikaa, niin siit ei seuraa mitään. Siitä seuraa kaaos.

Henkilökunnan ammattitaidolla on tärkeä merkitys niin kotiuttamisen mahdollistavana tekijänä kuin luomassa edellytykset onnistuneelle kotiuttamisprosessillekin. Osaston henkilökunnan tulisi osata keskustelun perusteella priorisoida tehtäviään, jotta kotiuttamisprosessi onnistuisi. Kaiken kaikkiaan henkilökunnan osaamattomuus voi vaikeuttaa kotiuttamisprosessia ja keskustelijat tähdensivät koulutusta ja ammattitaidon kehittämisen merkitystä myös kotihoitossa. Keskustelussa epäiltiin, ettei muistisairaana toimintakyvyn arvioinnista kerättyä tietoa osata hyödyntää kuntoutuksessa ja kotiuttamisprosessissa.

B: Ihan selkee osaamattomuus. Mä koen sen ongelmana, että takerrutaan epäolennaisuuksiin.

C: Ei osata priorisoida.

B: Kannustetaan kysymään ja opettelemaan kirjoittamisprosessia käytännössä. Toi osaaminen pitää jotenkin käydä läpi, että jokainen ymmärtää sen.

D: Voi kauheeta. Niin ku sä sanoit, ei osaa täyttää testejä. Mä en osaa hyödyntää sitä. Mä en mee lukemaan sitä.

B: Ei osaa hyödyntää toisten tietoja.

A: Ei osata hyödyntää..

B: ...kirjoitettua tietoa. Mä on sitä mieltä, että se ammattitaidon puute siellä kotihoitossa on ulkoinen uhka.

Kaikkien kotiuttamisessa mukana olevien ihmisten, kuten omaisten, asenteet ja erilaiset näkemykset kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä vaikeuttavat kotiuttamisprosessin onnistumista.

B: Mä tarkoitin sitä, että tota noin tulee paineita omaisilta ja sitten ympäristöltä, missä se ihminen elää.

D: Ja sitten se ristiriidat.

A: Ristiriidat eri tahojen kanssa.

7.2.2 Osaston organisatoriset tekijät vaikeuttavat kotiuttamisprosessia

Organisatoriset tekijät muodostuivat pääluokista osaston viestintäjärjestelmä, osaston toiminnan rakenteet ja taloudelliset tekijät (taulukko 17). Osaston sisäisellä viestintäjärjestelmällä on tärkeä tehtävä motivoitaessa työntekijöitä kotiuttamisprosessiin. Voidaan puhua työntekijöiden sosiaalistumisesta osaston toimintakulttuuriin. He tietävät osaston normit, arvot, tavan toimia ja toiminnan tavoitteet. Työntekijät ovat motivoituneita ja toimivat tavoitteiden mukaisesti. Jokainen työntekijä kuitenkin tulkitsee osaston arvoja ja toiminnan tavoitteita omalla tavallaan samalla vaikuttaen osaston toimintakulttuuriin. (Cheney, Christensen, Zorn Jr. & Ganes 2004: 98.) Tärkeää on myös, ettei varsinaiseen kotiuttamisprosessiin liittyvä tiedonkulku ei katkeaisi.

B: Suurimmalla osalla on se halu kuntouttaa ja se niinku innovaatio siihen

A: Kaikki tietää päämäärän.

B: Kokonaisuudessa meillä on se halu.

D: Motivaatio, motivoitunut henkilökunta. Mä just mietin teidän asukkaan lähtöön viime viikolla, johon minä jouduin sotkeutuu viimeisenä. Jossa ei ollut mitään ideaa, että selostaa toiselle, ettei tiedä, ei tiedä.

C: Sovitut asiat pitää hoitaa, tiedonkulun katkeaminen.

Osaston toiminnan rakenteisiin liittyvistä toimintatavoista keskustelussa mainittiin omahoitajajärjestelmä ja korvaavahoitajajärjestelmä. Moniammatillinen tiimi voi edesauttaa kotiuttamisprosessia. Osaston työkäytännöistä nousi esille se, että prosessi on luotu osastolla. Moniammatillisuus mahdollistaa nopean puuttumisen muistisairaahan toimintakyvyssä tapahtuviin muutoksiin ja muutenkin kuntoutuksen monipuolisuutta pidettiin hyvänä asiana.

D: Omahoitajuus, korvaavahoitajuus. Jos on paikka, ottaa sinne yhteyttä, selvittää.

A: Yksi sisäinen vahvuus on se, että tavallaan kuitenkin ollaan lähdetty luomaan tätä prosessia itse. Me ollaan oltu alusta asti itse mukana tekemässä.

B: Lasketaanko ulkoisiin mahdollisuuksiin, jos käydään jossain asukkaiden kanssa, että me nähdään miten ne liikkuu vieraassa ympäristössä ja toimii siellä. Toi jatkuva fyysinen kuntoutus. Siis fysioterapia jumpat.

A: Meillä on ihan oikeesti omat fyssat.

B: Se on kokonaan se moniammatillinen tiimi.

C: Mahdollisuus reagoida nopeasti muuttuviin tilanteisiin tarkoittaa sitä, että kun toimintakyky muuttuu, huononee, me pystytään nopeasti reagoimaan siihen. Mikä sillä nyt on, kun se ei kävele tänään. Voidaan pähkäillä yhdessä.

Samat taloudelliset tekijät vaikuttavat myös kotiuttamisprosessiin kuin muistisairaana kotiuttamisen mahdollistaviin tekijöihin. Osaston ja koko palvelujärjestelmän resurssit eivät takaa sitä, että kotiuttamisprosessi voitaisiin suorittaa työntekijöiden mukaan parhaalla mahdollisella tavalla. Vakituisten henkilökunnan poissaoloista johtuva kiire ja sijaisten vähyys vaikuttaa keskustelijoiden mielestä prosessin etenemiseen. He peräänkuuluttavat lisää rahaa terveydenhoitoon ja palvelujärjestelmän kehittämiseen.

D: No jos meillä on ovesta tunkee uutta kolme ja meillä on ruokailu, lääkkeet ja muuta ja nää ei voi oikeesti hoitaa asiaa loppuun, niin johtopäätös on siis se, että...

C: Pitäis saada lisää rahaa.

A: Työvoimaa pitäis saada lisää.

C: Yhteiskunnassa pitäisi niin kuin laittaa enemmän rahaa.

7.2.3 Kotiuttamisprosessin luonne ja toteutus

Itse kotiuttamisprosessissa on tekijöitä, jotka vaikuttavat sen onnistumiseen tai epäonnistumiseen. Kotiuttamisprosessi on nähtävä systeeminä, jonka rakenne, dynaamisuus sekä käytännön toteutus osastolla sisältävät ongelmallisia tekijöitä. Kotiuttamisprosessi dynaamisena systeeminä tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, että keskustelijoiden mukaan prosessin tulisi jatkua kotona, sitä pitäisi jatkuvasti kehittää ja sen tuloksellisuutta tulisi arvioida. Kotiuttamisprosessin jatkuminen kotona tukee asiakaslähtöistä palveluketjuajattelua. Toiminnot sekä palvelut suunnitellaan ja toteutetaan asiakkaan, potilaan tarpeista käsin. Asiakkaan ei tulisi huomata häntä hoitavan organisaation vaihdosta. (Tanttu 2007: 127.)

B: Kuntoutuksen jatkuminen tai jatkumattomuus kotona. Se on hirveen suuri ongelma. Me viedään kotiin ja ollaan hirveästi kuntoutettu, sit ne on sen neljän seinän sisällä. Se on kahdessa viikossa kunto mennyt.

D: Meidän ei ole mahdollista mennä kotiutusprosessia loppuun asti. Jos niillä siel kotona ei ole mahdollisuuksia.

C: Kotiutusprosessia pitää kehittää jatkuvasti. Siitä pitää keskustella, muistuttaa, että missä mennään.

A: Kun asukas palaa kotiin, niin ihan oikeasti, kauan he pysyvät kotona ja kuinka ne pärjää?

B: Kotona pärjäämisen seuranta ja yhteistyössä kohon kanssa, ulkoisten yhteistyökumppaneiden kanssa.

Kotiuttamisprosessin rakenne koettiin monimutkaiseksi ja kaikkien siihen kuuluvien tehtävien tekemiseen menee aikaa, jota ei aina tunnu löytyvän. Myös muissa tutkimuksissa on havaittu sama ongelma. Hoitajat kokevat, että kiire ja suuri työmäärä vaikeuttavat kotiuttamiseen liittyvien töiden tekemistä (Rhudy ym. 2008: 6; Watts ym. 2006: 274).

D: Prosessi ei ole yksinkertainen ja se vaatii aikaa. Kotiuttamisprosessia ei tehdä päivässä. Johtopäätös on se, että tää ei ole yksinkertainen prosessi, se vie aikaa ja tota siihen pitää antaa se aika osastolla. Siitä ei tarvii joka kerta tapella monta siel on.

Vaikka henkilökunta kokee, ettei kotiuttamisprosessiin liittyvien tehtävien tekemiseen löydy aina tarpeeksi aikaa, he samalla tähdentävät, että tehtävien tekeminen on organisoitava. Prosessiin kuuluvat tehtävä on suoritettava ajallaan ja aloitettu työ olisi syytä saattaa loppuun. Asukkaat voivat lähteä osastolta nopeastikin ja kirjallisille töille on löydyttävä aikaa osaston päivittäisistä rutineista.

D: Se voi olla mikä vaihe siinä vain. Se, että sulla ei oo tehty ne paperit, kun kotiutuminen tulee. Toinen ei tiedä, että millä keinoilla se saa tulla takas.

B: Sen takia tässä on hirveän tärkeitä, että silloin, kun ihminen tulee, niin siitän on tehty riittävästi tietoa, koska se ihminen voi lähteä ennen kuin se hoitaja on tullut takasin töihin.

C: Silti vaikka osaiskin ja tietäis ihan tarkkaan mitä pitäis tehdä, niin ei kaikki ole yhtä nopeita. Tavallaan tää liittyy siihen, että pitää osata laittaa asiat tärkeysjärjestykseen. Sitten antaa aikaa tehdä tehtävä, mikä on niinku tärkeä ja tehdä se sitten loppuun. Aloitettu työ mahdollisuuksien mukaan pitää tehdä loppuun

Kotiuttamisprosessin toimintaperiaatteena tulisi keskustelijoiden mukaan olla kotiuttamisprosessin huolellinen noudattaminen. Prosessissa on kuvattu tehtävät, jotka jokaisen asukkaan kohdalla on tehtävä. Jos jokin osa prosessista jää tekemättä, ei lopputulos keskustelijoiden mielestä voi olla hyvä.

D: Jotta ulkoiset uhat ja kaikki tämmöset voidaan minimoida, prosessin läpiviemiseen pitää antaa aikaa ja se pitää tehdä huolellisesti ... eli että kotiutusprosessi ei voi tapahtua päivässä. Sitten on se, että kun on sovittu pelisäännöistä, vaikka toi joustaminen, niin sit kun jossain prosessin osasta ei tehdäkään ... tai joku kohta siinä praka, niin se on heikkous. Vahvuus taas on ollut se, että me ollaan oltu loppuun asti siinä, yleensä joku oma vie vielä sen.

B: Jos ketju katkeaa, se loppuprosessi tahtoo sit mennä mönkään. Siitä tulee kaaos. Jos siellä on joku jäänyt välistä siinä prosessissa.

Kotiuttamisprosessin toimintakäytännöissä puhutti ryhmäläisiä muistisairaana toimintakyvyn arvioimiseen käytetyt mittarit. Saadaanko niillä esille jokaisen asukkaan toimintakyvyn heikoudet ja esitettiin epäily, ettei kaikkiin toimintakyvyn osa-alueisiin ole käytössä tarpeeksi hyvää ja tarkkaa mittaria.

D: Oisko se sitten kuitenkin, että mittarit ei vastaa tarkoitustaan. Me ei saada sitä todellista, mikä tän ongelmat oikeesti on, en mä tiedä.

C: Objektivistien mittareiden puuttuminen niin ku... kaikkiin toimintakyvyn osa-alueisiin ei ole toimivia mittareita, jotka kertoisi sen, missä tämä toimintakyvyn ongelma on.

7.2.4 Osaston ulkopuolelta tulevat haasteet kotiuttamisprosessille

Samaan aikaan ulkopuoliset tahot esittävät toiveita osaston toiminnalla. Niitä esittävät viranomaiset, jotka perustelevat tavoitteita yhteiskunnallisilla tekijöillä ja ikärakenteen muutoksella. Myös muistisairaana omaiset ja muut lähimmäiset esittävät omia toiveitaan, jotka voivat olla erilaisia kuin viralliset osaston tavoitteet muistisairaana kuntouttamisesta ja kotiuttamisesta. Ongelmia muodostuu siitä, että työntekijät kokevat keskustelun perusteella toiminnan tavoitteiden vaihtuvan nopeasti. Toiveiden ja tavoitteiden ristipaineessa osastolle vielä lähetetään muistisairaita, joilla ei ole resursseja kuntoutua.

D: Mä ajattelin sitä, että tällä hetkellä ne paineet tai tavoitteet, mitä tulee yhteiskunnasta, niin nekään ei ole selkeet. Nehän voi muuttuu joka toinen päi-

vä. Meidän pitää taata turvallisuus ja silti pitää panna kotiin ja silti meidän pitää tehdä näin.

A: Ei ole kuitenkaan yhtenäisiä ohjeita, jotka olis yleisesti hyväksytyjä.

D: Niin ja sitten perustetaan tällänen osasto, millasia pitäin olla monta, jonka pitää ensin kuntouttaan ja arvioidaan ja nyt yht' äkkiä pitää mennä kotiin. Nyt tarjotaan kriisipaikkoja.

A: Nopeasti muuttuvat yhteiskunnalliset tavoitteet.

D: Vaatimukset.

7.3 Yhteenveto kotiuttamisprosessin ongelmista

Kokosin yhteen sekä henkilökunnalle tehdystä kyselyssä ja työryhmän nauhoitetussa keskustelussa esille tulleet kotiuttamisprosessin ongelmat. Ongelmat yhdistin kotiuttamisprosessiin vaikuttaviin kognitiivisiin ja organisatorisiin tekijöihin sekä kotiuttamisprosessin luonteesta ja toteutuksesta johtuviin ja osaston ulkopuolelta tuleviin haasteisiin.

Molemmissa aineistoissa tuli esille samanlaisia tekijöitä, jotka vaikeuttavat kotiuttamisprosessia osastolla. Koska alkuperäisten ilmausten sisältö poikkesi toisistaan, nimesin pääluokat sisällön analyysissä hieman eri tavalla. Yhteenvedossa olen yhdistänyt sisällöllisesti samat pääluokat (taulukko 18). Kotiuttamisprosessiin vaikuttavat kognitiiviset tekijät liittyivät osaston henkilökunnan motivaatioon ja ammattitaitoon. Aineiston perusteella kotiutusprosessi vaikeutuu, jos vaikeissa kotiutuksissa henkilökunta luovutetaan liian pian. Jotta moniammatillisen tiimin työskentely onnistuisi ja tukisi kotiuttamisprosessia, tulisi henkilökunnan pyrkiä perustelemaan mielipiteensä niin, että kaikki ymmärtäisivät. Muistisairaana kotiutumisen mahdollistavien tekijöiden arvioiminen osastolla on vaikeaa. Aineistossa puhuttiin siitä, että muistisairas voi pärjätä osastolla, turvallisissa oloissa hyvin, mutta se ei välttämättä tarkoita sitä, että hän pärjää myös kotona. Jos osastolla henkilökunta ei osaa priorisoida tehtäviään, vaikeutuu kotiuttamisprosessi. Muistisairaasta kerättyä tietoa ei aina hyödynnetä osastolla asukkaan kuntoutuksessa ja kotiuttamisprosessissa. Kaiken kaikkiaan ammattitaidon puute vaikeuttaa prosessia aineiston mukaan.

Jos yhteistyö kotihoidon ja omaisten kanssa ei toimi tai yhteistyö osaston moniammatillisessa tiimissä ei toimi, vaikeutuu kotiuttamisprosessi. Kun asukkaan asioista päätetään, tulisi omahoitajan olla paikalla ja muutenkin toivottiin, että kaikki asukkaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuneet olisivat paikalla, kun kotiutuksesta päätetään.

Kotiuttamisprosessia vaikeuttaa se, että omaisilla ja muilla muistisairaana läheisillä on erilaiset näkemyksen muistisairaana kotiutuksesta kuin osaston moniammatillisella tiimillä. Kotihoi-

don kielteinen suhtautuminen kotiutukseen vaikeuttaa myös prosessia. Aineistosta kävi ilmi, että osaston moniammatillisen tiimin erimielisyys muistisairaana kotiutuksesta voi vaikeuttaa kotiuttamisprosessia. Osaston toimintakulttuuria pidettiin joustavana, mutta kotiuttamisprosessin onnistumisen kannalta on tärkeää, että sovitusta säännöistä pidetään kiinni ja sovitut tehtävät tehdään ajallaan.

Taulukko 18: Kotiuttamisprosessiin vaikuttavat kognitiiviset tekijät

Kotiuttamisprosessiin vaikuttavat kognitiiviset tekijät			
Henkilökunnan ammattitaito	Yhteistyö eri toimijoiden välillä Yhteistyön vaikeus	Toimintaa ohjaavat ajattelumallit Toimijoiden eriävät mielipiteet	Osaston toimintakulttuuri
Ammattitaidon puute Vaikeissa kotiutuksissa luovutetaan liian pian Ei selkeitä perusteluja kotiutumiselle Kotiutumisen mahdollistavien tekijöiden arvioiminen ei onnistu osastolla Tehtävien priorisointi Muistisairaasta kerättyä tietoa ei hyödynnetä kuntoutuksessa ja kotiutusprosessissa	Yhteistyö ei toimi kotihoidon, omaisten kanssa Yhteistyö ei toimi moniammatillisessa tiimissä Kaikki eivät pääse kertomaan mielipidettään kotiutuksesta Omahoitaja ei ole paikalla	Kotihoidon kielteinen suhtautuminen kotiutukseen Moniammatillisella tiimillä ja omaisilla tai muilla läheisillä eri mielipiteet kotiutuksesta Tiimin sisäinen erimielisyys kotiutuksesta	Sovituista säännöistä ja tehtävistä ei pidetä kiinni Tehtäviä ei tehdä ajallaan

Kotiuttamisprosessiin vaikuttavat aineiston perusteella henkilökunnan ammattitaito, yhteistyö eri toimijoiden välillä, toimintaa ohjaavat ajattelumallit ja osaston toimintakulttuuri

Taulukossa 19 on organisatorisia tekijöitä, jotka aineiston mukaan vaikeuttavat kotiuttamisprosessia. Kyselyn analyysissä huono osaston sisäinen tiedonkulku kuului pääluokkaan osaston toimintakulttuuri. Yhteenvedossa liitin sen osaston viestintäjärjestelmään. Motivoitunut henkilökunta on tärkeä kotiuttamisprosessin onnistumiseen vaikuttava tekijä. Henkilökunnan motivoiminen on tärkeä osaston sisäisen viestinnän tehtävä. Itse kotiuttamisprosessiin liittyvän tiedon on kuljettava hyvin. Omahoitaja ja korvaavahoitajajärjestelmän tulisi toimia, jotta kotiuttamisprosessikin onnistuisi. Henkilökunnan pitkät vapaat ja poissaolot vaikeuttavat prosessia. Tällöin tiedon tekemättömistä töistä tulisi kulkea, jotta korvaavat hoitajat voisivat jatkaa kotiuttamisprosessiin liittyvien tehtävien tekemistä. Moniammatillisen tiimin toiminta auttaa kotiuttamisprosessin onnistumista, koska muistisairaana toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset huomataan ja niihin pystytään vaikuttamaan heti. Kuntoutuksen monipuolisuutta pidettiin tärkeänä tekijänä myös kotiuttamisprosessin onnistumiselle. Pyrkimys liian nopeisiin

kotiutuksiin vaikeuttaa kotiuttamisprosessia. Kotiuttamisprosessi on luotu itse, totesi eräs henkilökunnasta. Jos se ei toimi, niin itse se täytyy korjatakin.

Palvelujärjestelmän ja osaston huonot resurssit vaikeuttavat kotiuttamisprosessia. Henkilökunnan poissaolot ja sijaisten puutteesta johtuva kiire vaikeuttaa muistisairaana asukkaan toimintakyvyn ja voimavarojen vahvistamista. Kotiuttamisprosessia ja muistisairaana kotona asumista vaikeuttaa se, etteivät kotona asumista tukevat palvelut ole heti saatavilla. Omaisten väärä informointi asukkaan mahdollisuudesta asua kotona ja kuntoutujien valikoituminen osastolle vaikuttavat myös kotiuttamisprosessiin. Jos omaisille on jo luvattu, että asukas pääsee laitokseen, on kotiuttamisprosessin läpivieminen vaikeampaa. Jos kuntoutujien valikoituminen osastolle ei toimi, vaikeutuu myös kotiuttamisprosessi.

Taulukko 19: Kotiuttamisprosessia vaikeuttavat organisatoriset tekijät

Organisatoriset tekijät			
Osaston viestintäjärjestelmä	Osaston toiminnan rakenteet/ Osaston toimintakulttuuri	Taloudelliset tekijät	Palvelujärjestelmän toiminta
Henkilökunta ei ole motivoitunut Henkilökunta ei ole tietoinen osaston normeista, arvoista, toimintatavasta, toimintakulttuurista Kotiuttamisprosessiin liittyvä tiedonkulku katkeaa Kaikki tiimin jäsenet eivät tiedä mitä on tehty tai mitä pitäisi tehdä	Omahoitajajärjestelmä, korvaavahoitaja järjestelmä ei toimi Omahoitaja on vapaalla, eikä ole hoitamassa asukkaan asioita, jäävät tekemättä Moniammatillinen tiimi ei toimi niin, että se mahdollistaa nopean puuttumisen toimintakyvyn ongelmiin Kuntoutus ei ole monipuolista Kotiuttamisprosessi on luotu itse Pyrkimys liian nopeisiin kotiutuksiin Ei toimita kotiuttamisprosessin mukaan Ei toimita tavoitteellisesti Kiire osastolla	Huonot resurssit eivät takaa hyvää kotiuttamisprosessia Henkilökunnan poissaolot ja sijainten puute aiheuttaa kiirettä osastolla, jolloin ei ole aikaa vahvistaa asukkaan toimintakykyä	Kotona asumista tukevat palvelut eivät ole heti saatavilla Omaisille annettu väärää informaatiota aikaisemmassa hoitopaikassa Kuntoutujien valikoituminen osastolle ei toimi

Kotiuttamisprosessiin vaikuttavat osaston viestintäjärjestelmä, osaston toimintatavat, terveydenhuoltojärjestelmän huono taloudellinen tilanne ja palvelujärjestelmän toiminnasta johtuvat tekijät

Taulukoon 20 on koottu kaikki kotiuttamisprosessin luonteeseen ja toteutukseen liittyvät tekijät. Aineistosta kävi ilmi, että henkilökunnan mielestä kotiuttamisprosessi koettiin monimutkaiseksi. Toisaalta prosessin onnistumisen kannalta olisi tärkeää, että sitä noudatettaisiin ja kaikki siihen kuuluvat tehtävät tehdään ajallaan, vaikka niiden tekeminen vie paljon aikaa. Kotiuttamisprosessin koetaan dynaamiseksi. Sen tulisi jatkua muistisairaana kotona. Osastolla kotiuttamisprosessia tulisi kehittää jatkuvasti ja sen tuloksellisuutta tulisi seurata. Kotiuttamisprosessin käytännön toteutusta vaikeuttaa se, etteivät käytetyt toimintakykymittarit anna tarpeeksi monipuolista tietoa muistisairaana toimintakyvystä.

Taulukko 20: Kotiuttamisprosessi systeeminä ja sen käytännön toteutus

Kotiuttamisprosessin luonne ja toteutus	
Kotiuttamisprosessi systeeminä	Kotiuttamisprosessin käytännön toteutus
Kotiuttamisprosessi on dynaaminen Prosessin on jatkuttava kotona Prosessia tulisi jatkuvasti kehittää Prosessin tuloksellisuutta on arvioitava Kotiuttamisprosessi on monimutkainen	Siihen kuuluvien tehtävien tekeminen vie aikaa Prosessiin kuuluvat tehtävät on tehtävä ajallaan Kotiuttamisprosessia on noudatettava huolellisesti Käytetyt mittarit eivät anna tarpeeksi monipuolista kuvaa muistisairaana toimintakyvystä

Kotiuttamisprosessin rakenne ja sen toteutus osastolla vaikuttaa jo itsessään koko prosessin onnistumiseen

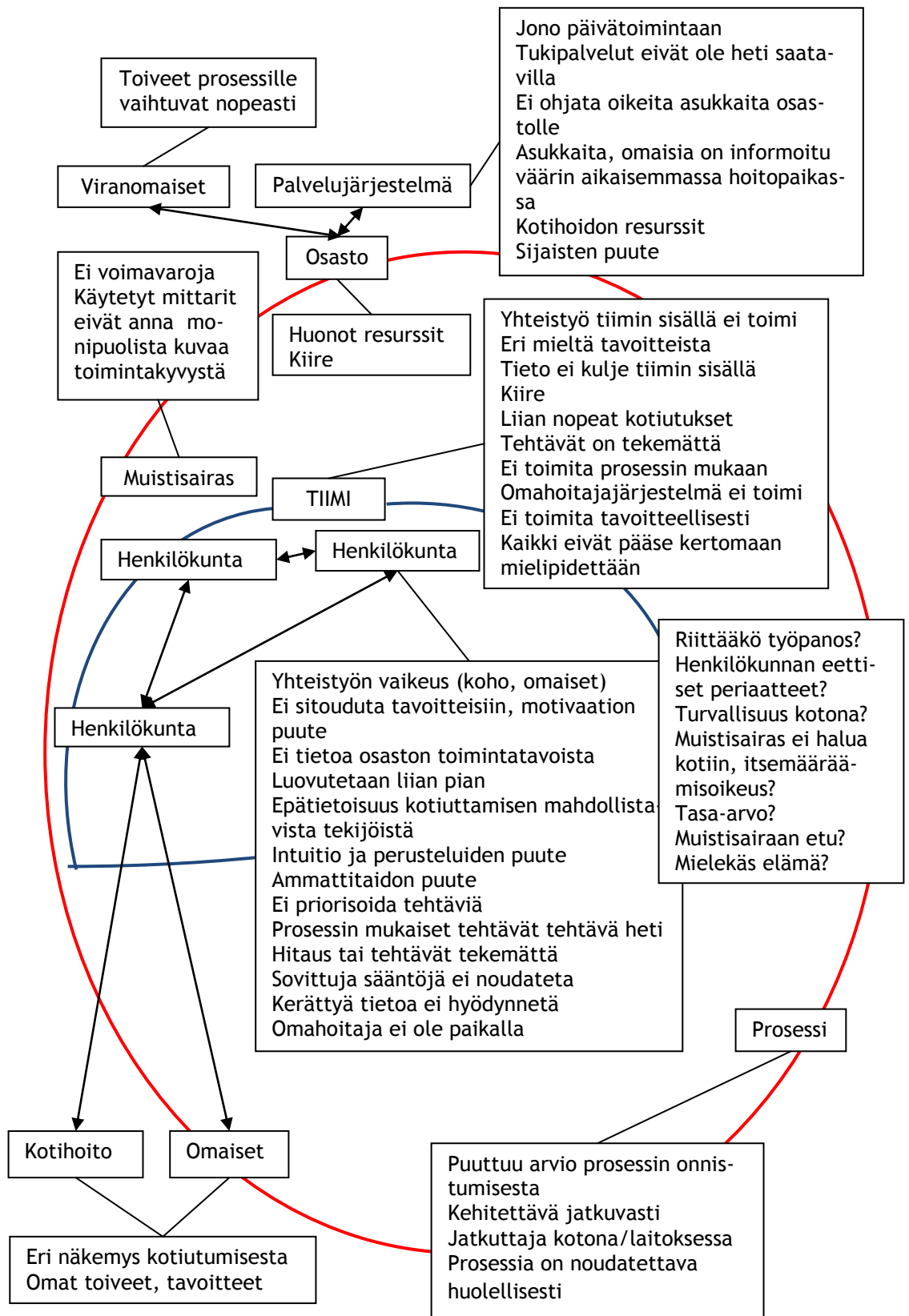
Osaston ulkopuolelta tulevat tavoitteet vaikeuttavat kotiuttamisprosessin toteuttamista osaston henkilökunnan mielestä (taulukko 21). Tietenkin viranomaiset voivat ja heidän täytyykin esittää omia tavoitteitaan toiminnalle, mutta henkilökunta kokee, että tavoitteet muuttuvat liian nopeasti. Toisenlaisia, usein ristiriitaisia tavoitteita kotiuttamisprosessille esittävät myös muistisairaana omaiset ja muut lähimmäiset. Se, missä määrin niitä toteutetaan, ei tullut ilmi tässä tutkimuksessa. Varmaa on, että niillä on vaikutusta kotiuttamisprosessin onnistumiselle. Yhteistyön ja viestintätaitojen merkitys korostuu juuri omaisten kanssa tehtävässä työssä.

Taulukko 21: Kotiuttamisprosessin ulkoiset haasteet

Osaston ulkopuoliset haasteet prosessille
Viranomaisten esittämät toiveet kotiuttamisprosessille Omaisten ja lähimmäisten esittämät tavoitteet kotiuttamisprosessille Viralliset tavoitteet osaston toiminnalle muuttuvat nopeasti Kaikilla osastolle tulevilla muistisairaille ei ole voimavaroja kuntoutua

7.4 Kuvallinen ilmaus kotiuttamisprosessin ongelmista

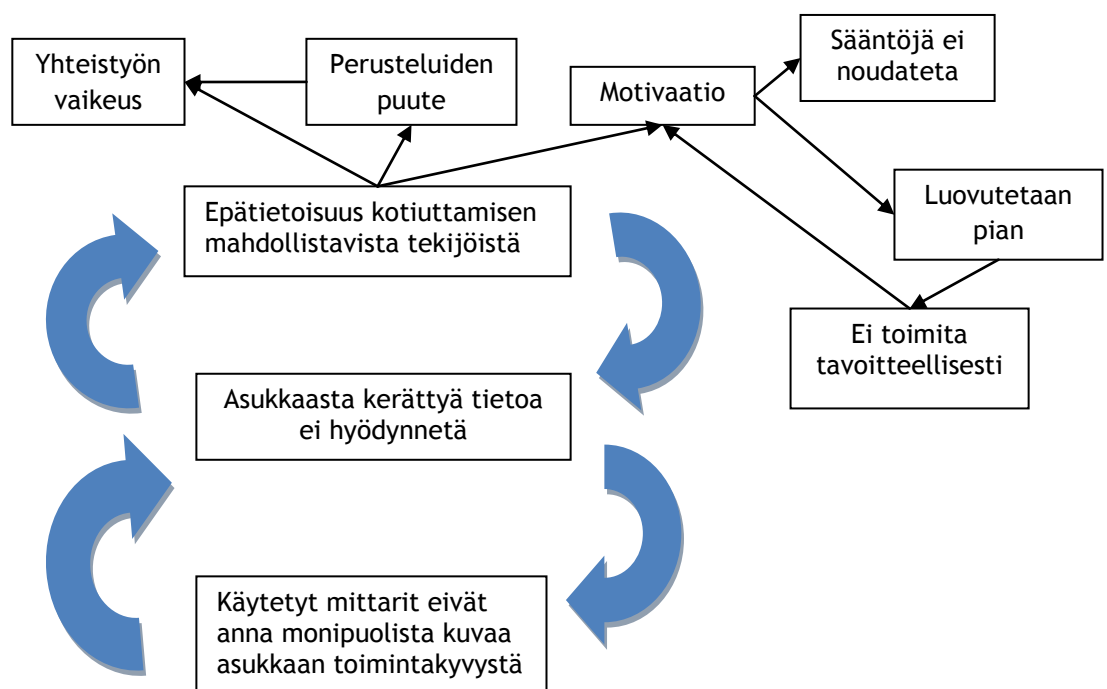
Pehmeässä systeemianalyysissä (soft systems method) piirretään ensin pelkistetty kuva (rich picture) systeemistä, jota halutaan parantaa tai kehittää (kuva 2). Tässä työssäni liitin kuvaan kaikki ne kotiuttamisprosessin ongelmat, jotka olivat nousseet aineistostani. Checkland itse kirjoittaa, että ongelmien kuvallista ilmausta voidaan käyttää selkeyttämään käsityksiä vallitsevasta tilanteesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Samalla kuva voi auttaa uuden hypoteettisen mallin luomista. (Checkland & Poulter 2007: 25, 28, 38, 40.) Checkland ja Poulter (2007: 20 - 22) kirjoittavat, että systeemit, joissa ihmiset ovat sosiaalisessa kanssakäymisessä keskenään, ovat monimutkaisia, alati muuttuvia. Ihmisten toimintaa määrittää heidän maailmankuvansa, joka muuttuu ihmisten toimiessa yhdessä ja vaihtaessaan mielipiteitä. Minunkin kuvani muuttuu ja tulee rikkaammaksi toiminnan kehittyessä. Lisäsin pelkistettyyn kuvaan vielä otteita henkilökunnan kyselyssä ilmaisemista eettisistä pohdinnoista, koska ne vaikuttavat osaltaan toimijoiden maailmankuvaan. Systeemin kuvallista ilmausta voidaan käyttää apuna rakennettaessa hypoteettista mallia systeemistä. Siihen perustuen voidaan tehdä kysymyksiä todellisesta tilanteesta. On kuitenkin muistettava, ettei hypoteettinen malli ole välttämättä kuvaus todellisuudessa parhaiten toimivasta kokonaisuudesta. Tässä työssä en luo hypoteettista mallia. (Checkland & Poulter 2007: 24, 38 - 60.)



Kuva 2: Kotiuttamisprosessin ongelmat koko aineistosta

7.5 Kotiuttamisprosessin ongelmien vyyhti

Analysoin aineistosta nousseita henkilökunnan käsityksiä kotiuttamisprosessin ongelmista muodostamalla niistä päättelyketjuja. Lisäsin päättelyketjuihin myös joitain henkilökunnan käsityksiä muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä, jotka liittyivät myös kotiuttamisprosessiin. Aineistosta nousi esille, ettei muistisairaasta esimerkiksi toimintakykytesteillä kerättyä tietoa lueta tai hyödynnetä kuntoutuksessa, etteivät käytetyt mittarit kerro koko totuutta muistisairaahan toimintakyvystä ja että henkilökunta kokee epätietoisuutta muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä.



Kuva 3: Muistisairaahan toimintakyvyn arvioon liittyvä päättelyketju

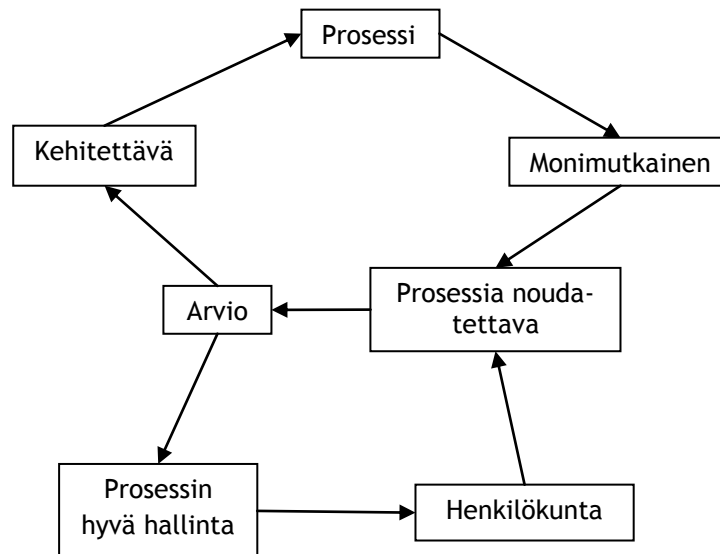
Asukkaasta toimintakykytesteillä kerätyn tiedon hyödyntäminen vaikuttaa sekä epätietoisuuteen kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä että käsitykseen käytetyistä mittareista. Epätietoisuus kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä voi vaikuttaa laajemminkin henkilökunnan toimintatapoihin

Se, ettei muistisairaasta asukkaasta kerättyä tietoa hyödynnetä, voi vaikuttaa laajasti koko prosessiin. Jos asukkaasta toimintakykytesteillä kerättyä tietoa luettaisiin ja sovellettaisiin kuntoutuksessa, voisi henkilökunnan käsitys mittarien antamasta kuvasta muuttua. Mittarit antavatkin monipuolisemman kuvan asukkaan toimintakyvystä. Monipuolisempi kuva toimintakyvystä taas motivoi kerätyn tiedon hyödyntämistä. Kerätyn tiedon hyödyntäminen lisää tie-

toa kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä. Lisääntynyt tieto kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä taas voi parantaa henkilökunnan yhteistyötaitoja, koska he pystyvät perustelevaan mielipiteensä paremmin. Epätietoisuus kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä vaikuttaa tietenkin motivaatioon kuntouttaa muistisairaita. Motivaation puute voi merkitä sitä, ettei yhdessä sovittuja osaston toimintasääntöjä noudateta, ei toimita tavoitteellisesti ja luovutetaan liian pian tavoitteesta kotiuttaa muistisairas (kuva 3).

Päätelyketjun kuvaus ei tarkoita sitä, että asukkaista kerätyn tiedon hyödyntäminen ratkaisisi monia ongelmia osaston kotiuttamisprosessissa. Se voi olla ratkaisu joihinkin kotiuttamisprosessin ongelmiin. Kuva ilmaisee lähinnä sitä, miten monimutkaisesti sosiaaliset systeemit toimivat ja ettei ensimmäisenä mieleen tuleva ratkaisu välttämättä ole paras. Ongelmavyyhtiä pitää keriä taaksepäin. Esitetty päätelyketju ei tarkoita sitä, ettei osastolla tulisi myös kehittää monipuolisempia tapoja arvioida muistisairaana toimintakykyä.

Toinen aineistosta esiin noussut päätelyketju liittyi henkilökunnan kokemukseen kotiuttamisprosessin monimutkaisuudesta. Siihen liittyy monia tehtäviä, kokouksia, yhteydenottoja, suunnitelmien ja lausuntojen kirjoittamista. Prosessiin liittyvien monien tehtävien tekeminen vie aikaa. Jotta kaikki tehtävät tulee tehtyä ja kaikki tiimin jäsenet tietävät, missä vaiheessa kotiuttamisprosessia kunkin asukkaan kohdalla mennään, henkilökunnan mielipide on, että prosessia tulee noudattaa. Prosessin kirjaimellinen noudattaminen lisää henkilökunnan tunnetta prosessin hallittavuudesta ja samalla kaikki tarvittavat tehtävät tulee tehtyä. Aineistosta nousi esille myös tieto siitä, että osastolla ei arvioida kotiuttamisprosessin toteutusta. Kotiuttamisprosessin arvioiminen ja siihen perustuva kehittäminen voi selkeyttää henkilökunnan käsitystä prosessista. Oman työn ja prosessin arvioiminen on yksi keino saada palautetta työstä. Palautteen avulla monimutkaista prosessia voidaan kehittää ja ennen kaikkea henkilökunnan käsitys koko prosessista voi muuttua. Muistisairaiden kotiuttamisen yksi mahdollistava tekijä on se, että henkilökunta hallitsee kotiuttamisprosessin. Oman työn arvioiminen lisää myös ammattitaitoa toteuttaa kotiuttamisprosessia. Taidon lisääntyessä henkilökunta toteuttaa prosessia eri tavalla (kuva 4).



Kuva 4: Kotiuttamisprosessin monimutkaisuuteen liittyvä päättelyketju

Aineiston mukaan kotiuttamisprosessi koettiin monimutkaiseksi ja samalla sen noudattamista pidettiin tärkeänä. Aineiston mukaan osastolla ei arvioida kotiuttamisprosessia

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Seuraamusetiikan mukaan minun tulisi miettiä tutkimukseni tai kehittämistyöni seurauksia. Yksi tutkimusetiikan toiminta-alue on sen yhteiskunnallisen vaikuttavuuden arvioiminen. (Kukula 2006: 23, 25.) Myös Klaus Mäkelän (1997: 159) mielestä tutkijan tulisi varautua perusteellamaan, miksi oma aineisto on analysoimisen arvoinen? Aiheena muistisairaiden toimintakyvyn arvioiminen ja kuntoutus sekä heidän kotona asumisensa mahdollistaminen on tärkeä. Ikääntyville tarkoitettua kunnallista palvelurakennetta kevennetään niin, että kotona asumista ja palveluasumista tulisi suosia. Samalla vanhainkotitasoista asumista vähennetään. Oma aineistoni on analysoimisen arvoinen, koska en ole löytänyt aiheesta tutkimuksia kansainvälisissä tai kotimaisissa julkaisuissa. Oma kehittämistyöni voi lisätä ainakin vähän ymmärrystä aiheesta. Ennen kaikkea toivon, että opinnäytetyöni auttaa oman osaston toiminnan kehittämistä. Kuvaukseni kotiutusprosessin kehitystyöstä osastollamme voi auttaa vastaavien osastojen perustamistyötä muualla. Ainakin se on dokumentti palvelurakenteessa nyt tapahtuvasta muutoksesta ja voi auttaa ymmärtämään muutosta myöhemmin.

Kaiken tutkimuksen tärkein perustelu on ihmisarvon kunnioittaminen (Heikkilä 1997: 173). Opinnäytteeni tavoite on parantaa muistisairaiden kotiutusprosessia omalla osastollani niin, että kotiutus tapahtuisi eettisesti kestävien periaatteiden mukaan muistisairaahan ihmisarvoa kunnioittaen. Työntekijöiden on jatkuvasti pohdittava muistisairaahan ihmisarvoa, koska he eivät välttämättä itse pysty kertomaan mielipidettään tai antamaan palautetta huonosta kohtelusta. Kysymys on kuitenkin laaja ja siinä tulee pohtia eettisiä kysymyksiä laajemminkin kuin vain yhden kotiutettavan kohdalta. Muistisairaiden ihmisten määrä tulee kasvamaan ja heille kaikille tulee tarjota palveluja niin, että heitä kunnioitetaan ja arvostetaan. Yhteiskunnallisella tasolla ei voi unohtaa taloudellisuutta ja toimien vaikuttavuutta. (Sormunen & Topo 2008: 3, 9.)

Valittuani opinnäytetyöni aiheen esittelin tutkimussuunnitelmani Kontulan vanhustenkeskuksen johtajalle ja osastonhoitajalle, jotka puolsivat tutkimustani. Varsinaista tutkimuslupaa hain Helsingin kaupungin sosiaaliviraston eettiseltä toimikunnalta. Eettinen toimikunta puolsi tutkimusluvan myöntämistä, kunhan sekä yksilö- että yhteisötasoisten haastattelujen suostumuslomakkeella todetaan, että henkilö voi kieltäytyä osallistumasta haastatteluun ja että kieltäytyminen ei vaikuta hänen työsuhteeseensa (liite 3.) Pyyntö ilmentää mielestäni tutkittavien ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioitettavaa normia. Tärkeää on myös tutkittavien, tässä tapauksessa osaston henkilökunnan, vahingoittumattomuus ja yksityisyys. (Kuula 2006: 24, 60 - 61.)

Jotta henkilökunta voisi päättää, vastaako heille tekemääni kyselyyn, selostin suullisesti osastokokouksessa tutkimukseni tarkoituksen ja keräämäni materiaalin käyttötarkoituksen (Kuula 2006: 61). Kerroin myös pitäväni tutkimuspäiväkirjaa, johon kirjaan omia mietteitäni ja havaintoja kotiutusprosessista ja muistisairaiden kotiuttamisesta. Annoin saman tiedon myös kirjallisena, jotta sen voi liittää osastokokouksen pöytäkirjaan. Puhuin opinnäytetyöstäni osaston henkilökunnan koulutuspäivässä, jolloin paikalla oli melkein koko vakituinen henkilökunta. Kirjallisen kyselyn kansilehdellä kertasin opinnäytetyöni tarkoituksen (liite 1.) Tähdensin, että vastaaminen kyselyyn on vapaaehtoista, eikä vastaamatta jättäminen vaikuta työsuhteeseen. Pyrin siihen, ettei kyselyyn vastanneiden henkilöllisyys paljastu ja käsittelen tutkimustuloksia luottamuksellisesti ja nimettömästi. Kerroin myös, että vastaukset luen vain minä ja mahdollisesti ohjaava opettajani Laureassa ja että hävitän vastaukset analysoituani ne. Yksityisyyden varmistamiseksi pyysin vastaamaan kyselyyn nimettömästi ja sulkemaan vielä vastauksen kuoreen, jotka avaan kaikki yhtä aikaa vastausajan umpeuduttua. Työryhmän jäseniltä pyysin kirjallisesti luvan keskustelun nauhoittamiseen. Myös nauhoitus tuhotaan analyysin jälkeen.

Kirjoittaessani opinnäytettäni ja varsinkin kuvaillessani opinnäytetyössäni sitä, mihin analyysini perustuu, pyrin siihen, ettei yksittäistä vastaajaa voi edes osaston henkilökunta tunnis-

taa. Olen miettinyt pitääkö osasto, jossa tutkimus tehdään mainita nimeltä opinnäytteessäni. Mielestäni en voi sitä tehdä, koska en kertonut henkilökunnalle siitä ennen tutkimuksen aloittamista. Ehkä jotkut eivät olisi halunneet vastata kyselyyn tai mahdollisesti olisi voinut nousta vastustusta koko opinnäytettäni kohtaan. Joku olisi voinut kokea, että hänen yksityisyyttään loukataan, jos tunnistettavan osaston työntekijöistä kirjoitetaan. Toisaalta osaston nimen käyttäminen lisäisi myös minun paineitani kirjoitusvaiheessa. Tahtomattani saattaisin kirjoittaa liian mairittelevaan sävyyn, onhan kyse omasta työpaikastani. (Kuula 2006: 63 - 64; Mäkinen 2006: 114.)

Tieteellisen tutkimuksen yksi periaate on se, ettei tutkimuksesta koidu haittaa tutkittaville (Kuula 2006: 55, 62). Tarkoitukseni on tietysti, että työni parantaisi kotiutusprosessia osastolamme. Pystyisimme kuntouttamaan ja kotiuttamaan ne muistisairaavat, jotka vielä pystyisivät ainakin lyhyen aikaa asumaan kotona. Tässä vaiheessa en vielä voi sanoa olenko onnistunut tavoitteessani. Toisaalta asiasta puhuminen ja opinnäytteeni tulosten yhteinen käsittely varmasti vie kotiutusprosessia eteenpäin. Muistisairaille on hyötyä opinnäytetyöstäni, koska se lisää ymmärrystä ja keskustelua heidän ongelmistaan.

Teen opinnäytettäni, jotta valmistuisin, mutta ennen kaikkea olen työyhteisöni jäsen ja vastuussa työstäni myös heille, koska opinnäytteeni pitäisi kehittää osaston kotiuttamisprosessia. Minun tulee kunnioittaa tieteen tekemisen eettisiä periaatteita, jotta voin vilpittömästi esittää työni työyhteisössä. Ilkka Niiniluoto (2002: 37) kirjoittaa, että tieteen pitäisi antaa tutkimuskohteesta mahdollisimman objektiivinen kuva. Ei niin, että tutkija tarkkailee kohdettaan ulkopuolisena. Se ei ole mahdollista. Tärkeää on tutkijan ja kohteen välinen vuorovaikutus, sillä siten kohde myös vaikuttaa tutkimustuloksiin. Minulla on paljon enemmän tietoa työyhteisöni työtavoista, ajattelumalleista ja työn periaatteista kuin olisi täysin ulkopuolisella tutkijalla. Tämä tieto on varmasti vaikuttanut siihen, miten olen analysoinut ja luokitellut aineistoani. Olen pyrkinyt vähentämään omien käsitysten merkitystä mahdollisimman tarkalla aiheen käsitteellistämällä varsinkin muodostaessani alaluokkia. Toisaalta minulla on ollut yhteinen kieli tutkittavien kanssa ja olen voinut asiayhteydestä ymmärtää heidän alkuperäisten ilmaisujensa merkityksen (Eskola & Suoranta 2000: 145).

Itse asiassa teen tilaustutkimusta, johon ei kuitenkaan liity rahallista sitoutumista. Työni ei tarvitse täyttää mitään työnantajaltani tulevia vaatimuksia. Olen tehnyt sen vapaasti ja toisaalta vain minä olen siitä vastuussa. Olen vastuussa jokaisesta valinnasta, aineiston keräämisestä ja analyysin kattavuudesta. Tiede on autonomista ja sen pätevyyttä valvoo tiedeyhteisö (Niiniluoto 2002: 37). Omaa työtäni valvoo ohjaajani, muut opettajat ja opiskelutoverit. Toivoin pystyväni tekemään työn nopeammin, koska siitä saatua tietoa voisi silloin heti käyttää hyödyksi työn kehittämiseen. Onneksi en sitoutunut tai lupautunut tekemään työtäni tietystä ajassa. Sekin on eettinen kysymys, miten paljon uhraan opinnäytetyölle aikaa, joka on aina

pois perheeltä. Toivottavasti olen työn kuluessa oppinut taitoja, joita voin hyödyntää myös työssäni. Samalla toivon, että työstäni on hyötyä osaston työn kehittämisessä. Minun tehtäväni ei ole toimintatutkimuksen periaatteiden mukaan johtaa muutosta, vaan jakaa havaintoni ja tutkimukseni tulokset työyhteisön käyttöön. Uskon heidän kykynsä muuttaa toimintaa. Olen muutoksessa tasavertainen toimija. (Kuula 2001: 117, 204 - 205.)

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja yleistettävyyys

Tutkimuksen yksi tärkeimmistä eettisistä periaatteista liittyy tulosten todenperäisyyteen ja luotettavuuteen. Eskola & Suoranta (2000: 208) kirjoittavat, että laadullisessa tutkimuksessa ei analyysivaihetta ja tutkimuksen luotettavuuden arviointia pysty jyrkästi erottamaan toisistaan. Tutkija joutuu jokaisen ratkaisun tehtyään miettimään sen vaikutusta analyysin kattavuuteen ja koko työn luotettavuuteen. Mertonin yksi tieteen institutionaalisista normeista oli järjestelmällinen epäily, mikä on luultavasti koko ajan läsnä tutkijan tehdessä laadullista analyysiä (Kuula 2006: 25 - 26). Eskola & Suoranta (2000: 210, 212) mainitsevat myös, että laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa koko tutkimusprosessi ja sen kuvaus tutkimusraportissa. He puhuvat realistisesta luotettavuusnäkemyksestä. Itse asiassa tutkimuksen kulusta kertovan tekstin asema mielestäni korostuu. Aineisto on voitu analysoida hyvinkin loogisesti ja tarkasti, mutta jos analyysiprosessia ei ole pystytty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti raportissa, ei lukija välttämättä luota tehtyihin ratkaisuihin. Eskola & Suoranta (2000: 213) jatkavat, että realistisessa luotettavuusnäkemyksessä voidaan käyttää sisäisen validiteetin ja ulkoisen validiteetin käsitteitä. Sisäisen validiteetin tarkoittaessa sitä, että käytetyt menetelmälliset ratkaisut, määritellyt käsitteet ja tieteellis-filosofinen lähtökohta ovat sopuinnussa keskenään. Ulkoinen validiteetti taas tarkoittaa, että tehdyt tulkinnat ja johtopäätökset on löydettävissä käytetystä aineistosta. Kirjoittaessani opinnäytettäni olen pyrkinyt luotettavuuteen kuvailemalla ja perustelemalla mahdollisimman tarkasti kaikki opinnäytetyöni vaiheet, menetelmälliset ratkaisut ja käsitteet.

Mäkelän (1997: 161) mukaan lomakekyselyllä saatu tieto ei ole vähemmän aitoa kuin vaikka syvähaastattelulla saatu tieto. Lomakkeille kirjoitetut vastaukset ovat yhtä totta kuin nauhoitetut haastattelut. Hän jatkaa, että lomakkeella esitettyjen kysymysten tulee olla tarkkoja. Pyrin tarkkuuteen, kysymysten käsitteellisten epäselvyyksien löytämiseen ja parantamaan kyselyni luotettavuutta, antamalla muutaman kohdejoukkoon kuuluvan hoitajan ja yhden maallikon vastata kyselyyn. Keskustelin heidän kanssaan kysymysten tulkintavaikeuksista ja muutin kysymyksiä heidän ehdotustensa mukaan.

Yksi aineistokokonaisuus muodostui osastomme muistisairaiden kotiutusta miettineen työryhmän nauhoitetusta keskustelusta. Luotettavuuteen vaikuttaa se, että kotiutusta miettineen

työryhmän jäsenet oli valinnut osastonhoitaja. Ryhmään pääsivät luultavasti ne, joita aihe erityisesti kiinnosti. Toisaalta nauhoitin puhetta, jossa kotiutusta käsitellään laajasti, monesta näkökulmasta. Henkilöt olivat jo valmiiksi miettineet ja pohtineet aihetta. Nauhoitetun keskustelun analysoinnin luotettavuuteen vaikuttaa myös se, miten litteroin nauhat. Tein näkyväksi tauot ja puhujan epäröinnit sekä muutkin äänet, sillä niillä on merkitystä litteroidun tekstin tulkinnassa (Silverman 2005: 222 - 223). Käyttäessäni alkuperäisilmaisuja esimerkkeinä, olen poistanut joitain täytesanoja tiivistääkseni tekstiä.

Jotta lukija voi arvioida luokittelun oikeellisuutta, olen pyrkinyt esittämään riittävästi alkuperäisiä lainauksia niin kyselystä kuin litteroidusta keskustelustakin. Valittujen luokkien on suljettava toisensa pois ja käsitteellisen tason on oltava alaluokissa ja yläluokissa yhdenmukainen. (Mäkelä 1997: 168; Nieminen 1998: 219.) Jos tekemäni tulkinta ei sisällä ristiriitaisuuksia, on se Eskolan & Suorannan (2000: 213 - 214) mukaan silloin reliabeeli. Olen pyrkinyt analyysini toistettavuuteen jakamalla pelkistetyt ilmaukset niin kyselystä kuin litteroidusta keskustelustakin mahdollisimman tarkasti alaluokkiin, jotka yhdistin edelleen yläluokkiin. Tavoitteenani oli, että toinen tutkija voisi tehdä samat tulkinnat aineistostani. (Eskolan & Suorannan 2000: 215 - 216.)

Reliabiliteetin tarkistamiseksi voi käyttää indikaattoreiden vaihtoa, useampaa havainnointikertaa tai useampaa havainnoitsijaa. Tein tutkimukseni yksin, joten en voinut käyttää useampaa havainnoitsijaa. Sen sijaan käytin useampaa havainnointikertaa. Eskola & Suorannan (2000: 213) mukaan se tapahtuu esimerkiksi kysymällä samaa asiaa vähän eri tavalla. Minun kyselyssäni ensimmäinen ja toinen kysymys voivat täyttää tämän vaatimuksen: 1. Kun tarkkailet ja seuraat asukasta osastolla, mitkä asiat asukkaan fyysisessä, psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä vahvistavat mielipidettäsi suositella häntä kotiin? 2. Kuvaile milloin et suosittele muistisairasta asumaan kotiin. (Liite 2) Näiden kysymysten vastauksissa ei ilmennyt ristiriitaisuuksia.

8.2.1 Aineistotriangulaatio

Indikaattoreiden vaihto tarkoittaa, että yritän osoittaa jonkin ilmiön tai mielipiteen yhdenmukaisuuden tutkimuksessani eri tavoin. Mielestäni tämä menetelmä omalla kohdallani lähenee aineistotriangulaatiota, koska yhdistin kirjallisella kyselyllä saatua aineistoa ja nauhoitettua keskustelua. (Eskolan & Suorannan 2000: 69, 213; Tuomi & Sarajärvi 2009: 144.) Kysymyksessä ei mielestäni ole kuitenkaan puhdas aineistotriangulaatio, koska tiedonantajaryhmä, osaston henkilökunta, pysyy samana. Samat henkilöt, jotka osallistuivat työryhmän keskusteluun, ovat voineet vastata myös kyselyyn. Toisaalta työryhmän keskustelun aiheet oli valinnut osastonhoitaja ja ne oli esitetty yleisellä tasolla. Mitä ulkoisia ja sisäisiä mahdollisuuksia sekä

uhkia tai heikkouksia sisältyy kotiuttamisprosessiin? Miten heikkouksia tulisi parantaa? Vaikka olin ryhmän jäsen, yritin säilyttää tutkijan identiteettini ja yritin välttää omien mielipiteiden ilmaisemista. Osallistuin keskusteluun, kun esitettyjä mielipiteitä piti tarkentaa ja selkiyttää.

Analysoidessani työryhmän litteroitua keskustelua, havaitsin, että muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavat tekijät muodostuivat samoiksi: kognitiiviset tekijät, organisatoriset tekijät, muistisairaahan toimintakyky, yhteiskunnalliset tekijät ja epävirallinen vastuu. Kyselyn analyysissä muodostin vielä yhdistävän luokan henkilökunnan eettiset näkemykset. Voin todeta, että kahden eri aineiston käyttäminen vahvasti seuraavia muistisairaahan kotiuttamiseen vaikuttavien tekijöiden merkitystä: yhteistyö eri toimijoiden välillä, toimijoiden ajattelumallit, osaston asenneilmapiiri ja henkilökunnan ammattitaito. Organisatorisista tekijöistä mainittiin molemmissa aineistoissa osaston käytännöt, kotiuttamisprosessin toimintakäytännöt, kotihoidon toimintatapa ja periaatteet, sisäinen viestintä sekä palvelujärjestelmän toimimattomuus. Muistisairaahan toimintakyvyn eri osa-alueista mainittiin molemmissa aineistoissa sosiaalinen toimintakyky ja muistisairaahan kyky yhteistyöhön kotihoidon kanssa. Yhteiskunnallisista tekijöistä nousi kummassakin aineistossa esille taloudelliset tekijät ja erityisesti resurssien puute. Epävirallinen vastuu nousi esille molemmista aineistoista, mutta kyselyssä se tarkentui henkilökunnan kokemaksi huoleksi muistisairaahan pärjäämisestä kotona ja työryhmän keskustelussa puhuttiin naapurien kokemasta huolesta.

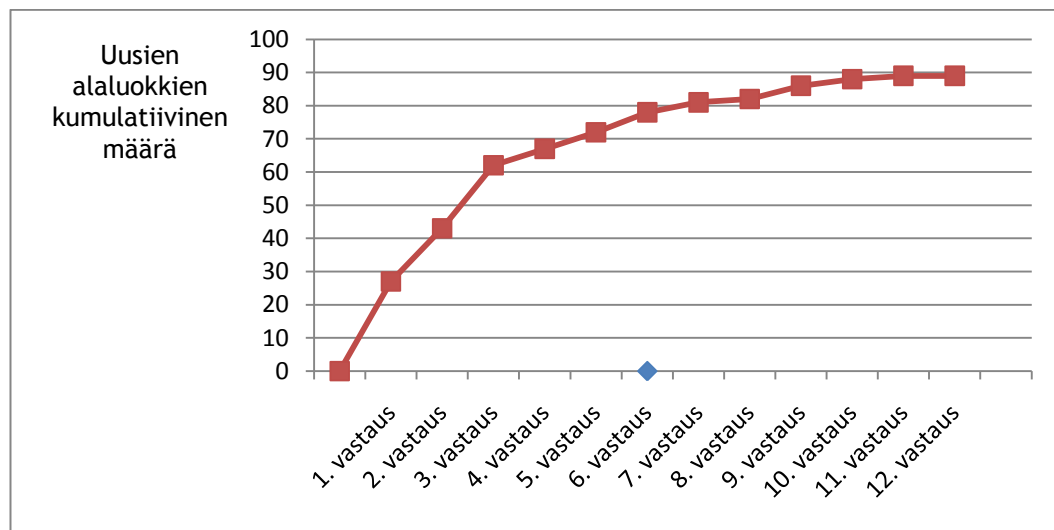
Koska analysoin aineistolähtöisesti, ei toisen tutkimuskysymykseni kohdalla muodostunut eri aineistoista samoja yhdistäviä luokkia. Sisällöllisesti löysin kuitenkin seuraavat teemat, jotka olivat kummassakin aineistossa ja vaikuttavat vastaajien mielestä kotiuttamisprosessiin. Yhteistyötä niin kotihoidon kuin omaistenkin kanssa pidettiin kummassakin aineistossa tärkeänä tekijänä. Kotiuttamisprosessia auttaa hyvä sisäinen viestintä. Työryhmässä korostettiin myös viestinnän merkitystä työntekijöiden motivoimiseksi. Osaston toimintatavoista mainittiin molemmissa aineistoissa omahoitajajärjestelmä, korvaavahoitajajärjestelmä ja moniammatillinen tiimi kotiuttamisprosessia parantavina tekijöinä. Kotiuttamisprosessia tulisi noudattaa huolellisesti ja henkilökunnan ammattitaitoa korostettiin molemmissa aineistoissa, mutta hieman eri näkökulmalta. Palvelujärjestelmän huonot resurssit heikentävät kotiuttamisprosessia molemmissa aineistoissa. Samoin oltiin sitä mieltä, ettei kotiutusprosessi onnistu, jos osastolle lähetetyllä muistisairaalla ei ole voimavaroja kuntoutua kotiin.

8.2.2 Saturaatio ja tulosten yleistettävyyys

Kyselyn sai täyttää jokainen osastolla työskennellyt. Niiden kahden viikon aikana, jolloin kysely oli esillä kahvihuoneessa, osastolla työskenteli 29 henkilöä, joista 25 oli vakituista henkilökuntaa. En pyytänyt vastaajia kirjaamaan henkilökohtaisia tietoja kyselyyn, joten en tiedä kyselyyn vastanneiden taustoja. Tällä menettelyllä halusin varjella vastanneiden yksityisyyttä. Tämä vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen, mutta se ei ole ongelma, koska en pyrkinyt tutkimuksellani yleistämään tuloksia perusjoukkoon, vaan saamaan tietoa oman osastoni työn kehittämiseen. Kyselykaavakkeita palautettiin kaksitoista kappaletta.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistoa on tarpeeksi, kun lisäaineisto ei enää tuo uutta näkökulmaa tutkimuskysymyksen mukaiseen ongelmaan. Tällöin puhutaan aineiston kylläntymisestä eli saturaatioista. (Eskola & Suoranta 2000: 62; Mäkelä 1997: 163.) Kirjallisuudessa mainitaan, että noin viisitoista vastausta riittää aineiston kylläntymiseen. Kun aineisto alkaa toistaa itseään, siitä voidaan perustellusti tehdä yleistyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 87 - 88.)

Tarkistin kyselylomakkeiden vastaukset sattumanvaraisessa järjestyksessä. Laskin ensimmäisen vastauskaavakkeen alkuperäisten ilmauksien sijoittumisen määrittelemiini alaluokkiin. Ensimmäisessä vastauskaavakkeessa olleet alkuperäisilmaukset kuuluivat kahteenkymmeneen seitsemään eri alaluokkaa. Seuraavien vastauskaavakkeiden kohdalla laskin vain uusien alaluokkien määrän. Uusien alaluokkien ilmaantuminen väheni ja viimeisessä vastauskuoressa ei ollut yhtään uutta alaluokkaa. Näin ollen kahdessa toista palautetussa vastauskaavakkeessa alkoi toistua samat asiat ja teemat, jotka mahdollistavat henkilökunnan mielestä muistisairaankotiuttamisen (kuva 5). Tarkistin ensimmäisen tutkimuskysymyksen aineiston kylläntymisen. Aloitin toisen tutkimuskysymyksen aineiston kylläntymisen tarkistamisen ja havaitsin, että se tapahtui jo varhaisemmassa vaiheessa.



Kuva 5: Kyselyn saturaatio

Kaavio esittää miten uusien alaluokkien määrä väheni niin, että viimeisessä, kahdennessatoista kaavakkeessa ei ollut yhtään uutta alaluokkaa. Näin voidaan olettaa, että aineisto kylläntyi

Toisin sanoen aineistoa oli riittävästi vastaamaan tutkimuskysymyksiini. Analysoimastani aineistosta voidaan tehdä johtopäätöksiä, joiden perusteella osaston toimintaa voidaan kehittää. Aineisto ei tue johtopäätösten tekemistä yleisemmin muistisairaiden kotona asumisen mahdollistavista tekijöistä tai hoito-alan henkilöstön käsityksistä muistisairaiden kotiuttamisesta ja kotiuttamisprosessista, koska aineisto oli suppea, eikä kyselyyn tai työryhmäkeskusteluun osallistuneiden taustaa tiedetä. Tutkimuksen merkitys korostuu, koska muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavia tekijöitä ei ole tutkittu paljoa edes kansainvälisesti. Tutkimuksessani tuli esille tiettyjä teemoja, kuten eri toimijoiden välinen yhteistyö, viestinnän merkitys, henkilöstön ammattitaito ja terveydenhuollon huonot resurssit, jotka ovat toistuneet muissakin tutkimuksissa tärkeinä tekijöinä kotiutettaessa erityisryhmiä. Mielestäni myös muista, tässä tutkimuksessa esille nousseista teemoista voidaan keskustella muistisairaita kuntouttavilla ja kotiuttavilla osastoilla. Teoreettisella tasolla tutkimukseni tukee mahdollisuutta käyttää Goffmanin kehysanalyysiä henkilökunnan toiminnan tutkimiseen. Aineistosta oli löydettävissä viitteitä, joiden perusteella kehykset voi rakentaa. (Yin 2003: 10.)

8.3 Teoreettisen lähestymistavan ja tutkimusprosessin tarkastelu

Tein opinnäytettäni toimintatutkimuksellisella lähestymistavalla. Tavoitteena oli kuvata ja analysoida osaston kotiuttamisprosessia ja henkilökunnan käsityksiä muistisairaana kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä. Olen käynyt läpi Carrin ja Kemmisin toimintatutkimuksen syklin mukaisesti toiminnan suunnitelmavaihetta ja toimintaa (Heikkinen 2001: 176, 178). Opinnäytteessäni olen kerännyt aineistoa henkilökunnalle suunnatulla kyselyllä ja nauhoittamalla henkilökunnan työryhmäkeskustelua. Aineiston olen analysoinut ja seuraavana esitän tulokset työyhteisölle, jotta niistä voidaan keskustella ja niiden pohjalta kehittää toimintaa. Suurin vaikeus toimintatutkimuksellisen lähestymistavan käyttämiseen opinnäytteessäni on liittynyt ajan käyttöön. Minusta tuntuu, etten ole pystynyt tekemään tutkimustani niin nopeasti kuin työn kehittäminen olisi vaatinut. Ymmärrän, että vasta opettelen tekemään tutkimusta ja tein opinnäytteeni muun päivätyöni ohella. Onnistuakseen hyvin, toimintatutkijan täytyy toimia muun työyhteisön työrytmin mukaan, valmiina esittämään havaintojaan heti, toimintatutkimuksen syklin edetessä. Uskon kuitenkin, että opinnäytteestäni on hyötyä, kun osaston työtä kehitetään.

Goffmanin kehysanalyysin käyttäminen selkeytti mielestäni aineiston teemoja. Sisällönanalyysin kuluessa havaitsin tiettyjen teemojen toistuvat, kuten henkilökunnan ammattitaito ja kotiutumiselle positiiviset asenteet. Perustuen aineistoon henkilökunnan toimintaa muistisairaiden kuntoutuksessa, toimintakyvyn arvioimisessa sekä kotiuttamisessa voidaan kuvata ja jäsentää kolmella kehyksellä: ammatillinen kehys, positiivinen asennoituminen kehys ja maalikko kehys. Tässä työssä ei tutkittu sitä, miten työntekijät kehyksiä käyttävät erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. (Peräkylä 1990: 139.)

Checklandin kehittämää pehmeää systeemianalyysia (soft systems methodology) voidaan käyttää mielestäni apuna toimintarakennelmien analysoimiseen, keskustelun herättämiseen ja muutosehdotusten tekemiseen. Kotiuttamisprosessi on rakenteeltaan monimutkainen. Siinä toimivilla ihmisillä on oma maailmakuva ja eettiset periaatteet. Epäilen pystyväkö paraskaan systeemianalyysi piirtämään koko kuvaa tästä monimutkaisesta prosessista. Ajattelun ja keskeisten ongelmien esilletuomisen apuna pehmeää systeemianalyysia voidaan käyttää. Kuten kaikki toiminta, niin tämänkin metodin soveltaminen vaatii harjoittelua. Checklandin metodi voi olla apuna laajojen ja monimutkaisten systeemien kuvaamisessa ja erittelemisessä. Ongelmallisimpana koen Checklandin pyrkimyksen yhdistää kaikkien toimijoiden erilaiset maailmakatsomukset. Ne voidaan varmasti esittää, mutta miten ne yhdistetään ratkaisussa? Opinnäytteessäni en soveltanut Checklandin metodologia kokonaan. Työstä olisi tullut liian laaja.

8.4 Tutkimuksen tulosten tarkastelu

En ole tutkinut toimintaa, vaan henkilökunnan käsityksiä kotiuttamisprosessista ja muistisairaiden kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä. Analyysistä ei voi vetää johtopäätöksiä varsinaisesta toiminnasta tai kirjoittaa listaa tekijöistä, jotka yleistäen mahdollistavat muistisairaahan kotiutumisen. Opinnäytteeni on luonteeltaan toimintatutkimuksellinen. Sen tarkoituksena on esittää yksi puoli, henkilökunnan mielipide ilmiöstä. Mielipidettä voidaan käyttää toiminnan kehittämiseen. Pohdintani tutkimusten tuloksista on näin ollen lähinnä itsereflektiota, mutta sekin kuuluu osana toimintatutkimuksen luonteeseen. Tavoitteenani on pohdinnan avulla ymmärtää omaa työtäni paremmin, myös siihen liittyviä kulttuurisia ja sosiaalisia prosesseja. Ymmärtämisen jälkeen tilannetta ja omaa toimintaa voi muuttaa. Omat pohdintani voivat lisätä yleisemminkin ymmärrystä kyseisestä ilmiöstä. Stephen Kemmis puhuu tässä yhteydessä emansipatorisesta toimintatutkimuksesta. (Kemmis 2006: 95 - 96.)

Kyselyn vastauksissa ja työryhmän keskustelussa henkilökunta kuvasi hyvin laajasti tekijöitä, jotka mahdollistavat heidän mielestään muistisairaahan kotiuttamisen. Eräs vastaaja totesi minulle, että kysymykset eivät olleet helppoja ja niitä joutui vähän miettimään. Hyvä niin, sillä vastauksissa aihetta käsiteltiin laajasti. Henkilökunnalle tehdyn kyselyn seitsemästä kysymyksestä kaksi käsiteli kotiuttamisen mahdollistavia tekijöitä, jotka ovat sidoksissa muistisairaahan toimintakykyyn. Kahdessa kysymyksessä pyydettiin pohtimaan laajemmin muistisairaahan kotiuttamista. Itse kotiuttamisprosessiin liittyviä ongelmia ja kotiuttamista helpottavia tekijöitä pyydettiin kirjaamaan kahdessa kysymyksessä. Viimeisessä kysymyksessä pyysin vastaajia miettimään kotiuttamiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. Kysymykset jakautuivat määrällisesti sisällön mukaan tasaisesti, mutta silti omaan, tiimin ja koko osaston toimintaan liittyviä huomioita oli runsaasti. Myös yhteiskunnallisia ja palvelujärjestelmään liittyviä tekijöitä oli mainittu. (Liite 2)

On selvää, että muistisairaahan toimintakykyä pidettiin kotiuttamiseen vaikuttavana tekijänä. Muistisairauden aste vastaajien mielestä vaikuttaa kotona asumiseen. Muistisairaahan kognition pitäisi olla niin hyvä, että hän tunnistaa kodin, osaa pyytää apua, eikä ulos lähtiessään eksyisi. Henkilökunta ei kuitenkaan näe muistisairaahan toimintakykyä pelkästään yksilöitynä neljään toimintakyvyn osa-alueeseen, vaan tarkastelevat ihmistä, jolla on muistisairaus kokonaisuutena. Kognitiolla on merkitystä, mutta vastauksissa ilmaistiin, ettei MMSE pisteillä ei ole ratkaisevaa merkitystä, jos muistisairaahan psyykinen toimintakyky on hyvä ja hänellä on vielä voimaroja jäljellä. Eräässä vastauksessa puhuttiin tasapainosta fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn välillä. Anita Atwal (2002: 450, 454) kirjoittaa, että potilaan lääketieteellisen diagnoosin rinnalla tulisi puhua sosiaalisesta diagnoosista. Tällä hän haluaa tähdentää potilaan sosiaalisen tilanteen arvioimisen ja kirjaamisen merkitystä kotiutustilanteessa. Mary Naylor (2005: 57) on tutkinut muistisairaiden kotiuttamista Yhdysvalloissa ja toteaa, että niin

muistisairas kuin hänen omaisensakin kaipasivat lisää psykososiaalista tukea kotiutuessaan sairaalasta kotiin.

Vastausten mukaan hyvä psyykkinen toimintakyky nousi tärkeään asemaan kotiutettaessa muistisairaita. Muistisairaana tasapainoisen mielialan merkitys korostui myös vastauksissa, joissa arvostettiin muistisairaana henkistä vireyttä, luottamusta omiin kykyihin ja valmiutta hyödyntää jäljellä olevia voimavaroja. Hyvä psyykkinen toimintakyky liittyy tärkeänä osana elämänlaadun käsitteeseen. Psyykkisillä voimavaroilla on merkitystä, kun ihminen sopeutuu elämään sairautensa kanssa. Elämänlaadun määrittäminen on vaikeaa, mutta siihen liittyy psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin lisäksi henkilön oma arvio hyvinvoinnistaan. Muistisairaiden elämänlaatua voidaan lähestyä Lawtonin määritelmän mukaan, jolloin elämänlaatu koostuu neljästä tekijästä: psyykkinen hyvinvointi, ympäristö, käyttäytymisen kompetenssi, johon sisältyy laajasti niin fyysinen toimintakyky kuin sosiaalinen käyttäytyminenkin. Tutkimuksissa on todettu, että muistisairaana hyväksi koettu terveydentila, hyvä fyysinen toimintakyky ja kyky suoriutua päivittäisistä askareista ennustavat hyvää elämänlaatua. Masentuneisuus taas liitetään huonontuneeseen elämänlaatuun. (Luoma 2006: 43 - 44, 52.) Henkilökunnan vastauksissa näkyi taka-alalla elämänlaadun käsite, he korostivat niitä tekijöitä, joista tutkimusten mukaan koostuu hyvä elämänlaatu.

Elämänlaatu korostui myös henkilökunnan pohtiessa ja esittäessään huolensa muistisairaana kotona asumisesta. Monessa vastauksessa toivottiin muistisairaana psyykkisen toimintakyvyn säilyvän hyvänä kotona. Esitettiin huoli, ettei elämä kotona ole mielekäästä ja etteivät omaiset ja ystävät käy katsomassa muistisairasta. Vastuuta siirrettiin omaisten lisäksi kotihoidolle, koska monessa vastauksessa peräänkuulutettiin riittäviä ja laadukkaita tukitoimia kotona asuville muistisairaille. Kotiuttamisprosessin toivottiin jatkuvan kotona kotihoidon henkilökunnan kuntouttavana työotteena, fyysisenä kuntoutuksena ja päivätoimintana.

Sisäisen viestinnän on todettu olevan tärkeä tekijä onnistuneessa kotiuttamisessa. (Rhudy, Holland & Bowles 2008: 7 - 8; Watts & Gardner 2005: 180 - 181; Atwal 2002: 455.) Tässä tutkimuksessa työntekijöiden mielipide oli se, ettei tiimin sisäinen viestintä aina toimi. Ei tiedetä, mitä tehtäviä on tehty ja mitä pitäisi vielä tehdä liittyen muistisairaana kotiuttamiseen ja kotiuttamisprosessin läpiviemiseen. Kaikkea ei voi kirjata asukkaan kansioon elektroniseen tietojärjestelmään. Tärkeä tiedotus tapahtuu sairaaloissa ja hoitolaitoksissa työvuorojen vaihtuessa. Silloin pitäisi välittää tietoa asukkaasta. Jos se henkilö, jolle viesti erityisesti kuuluu, ei ole silloin työvuorossa, jää ainoaksi keinoksi viestittää muistilappu kanslian seinällä. Tällöin korostuu viestittäjän taito lyhyesti tiivistää olennainen tieto ja toisaalta se, löytääkö kyseinen henkilö viestin ajoissa. Miten työntekijä hahmottaa monimutkaisesta ympäristöstä hänelle jätetyn viestin? Mihin hän tullessaan ensin katsoo ja löytääkö hän viestin? Ratkaisuna voisi olla selkeä ilmoitustaulu tai jokaiselle henkilökohtaiset kommunikaattorit. Käytäntö on todelli-

suutta jossain toimintaympäristöissä, mutta ymmärrän, että terveydenhuoltoon liitettyinä henkilökohtaiset kommunikaattorit lähenee utopiaa.

Viestintä tuskin koskaan on täydellistä niin, ettei tärkeää tietoa jää viestimättä. Olisi mielenkiintoista tutkia, miten viestin havaitsee monimutkaisesta ympäristöstä. Mainostajat käyttävät sitä hyödyksi. Ehkä tärkeimpään asemaan nousee kuitenkin kyky kirjata tai sanoa viesti ymmärrettävästi. Henkilökunnan epävirallista ja virallista viestintää tulisi tutkia. Miten paljon esimerkiksi asukkaan kotiutuminen myöhästyy huonon viestinnän takia?

Atwali (2002: 454) kirjoittaa perustuen tutkimuksensa tuloksiin, etteivät hoitajat ota puheeksi asiaa, jota eivät täysin ymmärrä. Jos tämä pitää paikkansa laajemminkin, niin oletan, että ainakin moniammatillisessa kommunikaatiossa. Jokainen ammattiryhmä puhuu omalla ammattikielellään, jonka tarkoitus on tietenkin parantaa kommunikaatiota ja tarkentaa viestintää, mutta käykö moniammatillisessa ryhmässä tapahtuvassa viestinnässä juuri päinvastoin? Goffman kirjoittaa, että keskusteluun liittyy puheen ja sen sisällön lisäksi rituaalinomaisuus. Sanotaan se, mitä tietyssä tilanteessa odotetaan sanottavan. Keskustelu täytyy kehystää myös tilanteeseen liittyväksi rituaaliksi, institutionaaliseksi puheeksi. (Silverman 1997: 130 - 131.)

Varmaa on, että sekä suullista ja kirjallista viestintää tulisi opettaa myös työssä oleville. Ihmisillä on erilaiset taidon ja valmiuden kirjoittaa, eikä kyse ole vain tietokoneen käyttötaidosta vaan ihmisten välisestä kommunikaatiosta. Viestintätaitojen merkitys korostuu, kun hoitoalalle palkataan myös työntekijöitä, joiden äidinkieli ei ole suomi.

Vastauksissa korostettiin muistisairaiden kotiuttamisen mahdollistavana tekijänä työntekijöiden ammattitaitoa. Myös Atwal (2002: 454) ja Watts & Gardner (2005: 181) päätyivät tutkimuksissaan samaan tulokseen. Kotiuttaminen on vaativaa työtä, joka opitaan vasta käytännössä. Oppimisteoreettisesti puhutaan kokemuksen käsitteestä. Työkokemuksen karttuessa pitäisi ammattitaidon kehittyä. Oppimisteoreettisesti ensimmäisten kokemusten jälkeen oppimista tapahtuu nopeasti ja ns. oppimiskäyrä nousee jyrkästi. Kokemuksen lisääntyessä siitä oppiminen hidastuu ja oppimiskäyrän nousu tasoittuu. (Engeström 1995: 75 - 76.) Kokeneella ammattilaisella on muistikuvia aikaisemmista vastaavista tilanteista, joiden pohjalta hän suunnittelee toimintaansa. Hän myös pystyy ennakoimaan tulevaa perustuen aikaisempiin kokemuksiin. Ammattitaidon karttuessa henkilön taidoista tulee osa toiminnan repertuaaria. Dreyfussin ja Dreyfussin omien sanojen mukaan ongelmia ei ratkaista, vaan ammattilainen toimii kuten aina ennenkin. Toiminta on automaattista, intuitiivista. (Dreyfus & Dreyfus 1986: 28, 30 - 32, 34; Engeström 1995: 76.) Donald Schönin mukaan taas ammattilainen oppii ratkomalla ongelmia, joihin hänellä ei ole olemassa standardia ratkaisua. Hän joutuu hahmottamaan ongelman uudelleen ja käyttämään sen ratkaisemiseen jo oppimiaan keinoja. (Engeström 1995: 77.) Kokenut ammattilainen löytää ratkaisun yhdistämällä uudella tavalla aikai-

sempia mielikuvia, oivalluksia, tekoja. Uuden oppimista tapahtuu, kun kokemusta yhdistellään uudella tavalla.

Varmasti ammattilainen pystyy ratkaisemaan yksittäisen, osaston toiminnassa tai asukkaiden hoidossa ilmenneen ongelman perustuen aikaisempaan kokemukseensa. Prosessina muistisairaankotiuttaminen on niin monimutkainen, ettei viimeistä siirtoa tehdä kuin sakkipelissä. Monimutkaiseksi sen tekee vuorovaikutus monien toimijoiden kanssa. Yhteistyön vaikeus ja erilaiset ajattelumallit muistisairaankotona asumisesta vaikeuttavat tämän tutkimuksen mukaan kotiuttamista. Henkilökunnalta vaaditaan laajaa ammattitaitoa ja jatkuvaa omien eettisten arvojen pohtimista. Yhteen palautekytkentään perustuva yksilön oppiminen ei riitä, vaan tarvitaan oppimista, jossa myös organisaation on muututtava ja muutettava toiminnan perusolettamuksiaan. (Engeström 1995: 86.) Argyris (1999: 127 - 128) puhuu kaksinkertaisesta palautekytkennästä (double-loop learning) oppimisessa. Siinä tarvitaan oman toiminnan systemaattista analysointia ja virheistä oppimista, ei virheiden puolustelemista. Yksinkertainen (single-loop) oppiminen on ongelman ratkaisua, missä ei katsota sisäänpäin, tutkita omaa ajattelua ja toimintaa. Argyris kirjoittaa, että motivaatio tai niin sanottu oikea asenne ei riitä yksilön ja sitä kautta organisaation oppimiseen. Argyriksen mielestä ihmisiä tulisi opettaa pohtimaan oman toiminnan takana olevaa päättelyä, koska samalla omaa toimintaa puolustava käyttäytyminen vähenee.

Yksilön oppiminen ja ammattitaito eivät riitä, kun toimitaan tiimissä. Oppimisen tulisi olla yhteisöllistä. Tiimin oppiminen perustuu yhteiseen näkemykseen ja yksilöiden kyvykkyyteen, mutta ne yksin eivät riitä muodostamaan oppivaa tiimiä, työryhmää. Peter Senge käyttää esimerkkinä urheilujoukkuetta tai jazz-yhtyettä, jotka pelaavat tai soittavat hyvin yhteen. Hyvistä yksilöistä ei muodostu välttämättä voittavaa joukkuetta. Yksilöt oppivat, mutta se ei takaa organisaation oppimista. Itse asiassa hyvä oppiva organisaatio on viisaampi kuin siinä toimivien yksilöiden viisaus yhteensä. Ryhmän tulee toimia uutta luovasti ja järjestelmällisesti. Jääkiekkjoukkue saattaa harjoitella kuvioitaan pitkään, mutta voittoisassa pelissä toiminta näyttää spontaanilta. Jokainen pelaaja luottaa toisen olevan juuri oikeassa kulmassa vastaanottamassa kiekkoa. (Senge 2006: 218 - 219.) Tiimin tulisi tukea uusien ja kokemattomampien työntekijöiden oppimista, antamalla heille mahdollisuus monipuoliseen työkokemukseen. Mahdollisista ongelmista ja niiden ratkaisuista on keskusteltava työyhteisössä avoimesti ja työyhteisön sääntöjen sekä koko organisaation toiminnan tulisi olla läpinäkyvää niin, että osanottajat voivat niitä tutkia. Samalla on muistettava, että työyhteisön erilaiset ajattelu- ja toimintatavat voivat olla voimavara, jotka tulisi saada tietoiseen tarkasteluun ja yhteiseen arviointiin. (Engeström 1995: 78, 107 - 108.) Prosessia tulisi henkilökunnan mielestä arvioida. Mielestäni sen tulisi tapahtua laajasti, ei pelkästään seuraamalla kotiutuneiden määrää. Toki tavoitteisiin pääseminen kertoo hyvin tehdystä työstä. Mielestäni arviointia tapahtuu jo. Jo-

kainen työntekijä arvioi omaa ja tiimensä työtä. Aina se ei ole julkista, yhdessä pohtimista, mutta ainakin yksilötasolla se johtaa muutokseen.

Muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä tulisi myös keskustella, koska aineistossa tuli esille ajoittainen henkilökunnan kokemana epätietoisuus niistä. Vastauksista ilmeni, että jotkut kotiuttamistilanteet ovat hyvinkin selkeitä, mutta toisinaan henkilökunta ei ole täysin selvillä kaikista kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä. Aineistossa mainittiin asiasta suoraan, mutta myös todettiin, ettei toimintakyvyn arvioiminen aina onnistu osastolla tai etteivät käytetyt mittarit anna tarpeeksi monipuolista kuvaa muistisairaahan toimintakyvystä.

Tutkimuksessa esille tullut ajatus prosessin jatkumisesta kotona, edellyttää yhteistyön lisäämistä kotihoidon kanssa. Kaarina Tantt (2007: 127 - 129) kirjoittaa väitöskirjassaan, että terveydenhuollossa palveluketjut tulisi organisoida asiakkaan, potilaan tarpeista käsin ja organisaatorajojen tulisi olla asiakkaalle näkymättömiä. Tämä edellyttää kirjoittajan mielestä sitä, että toiminnan toteuttajat tuntevat toistensa toimintaa, vastuut eri palveluntuottajien välillä on selkeästi rajattu ja toimijoiden tulisi olla kiinteässä yhteistyössä keskenään. Palveluketjun jatkuvuutta palvelee myös nopea ja joustava tiedonsiirto.

Työssäni analysoin henkilökunnan käsityksiä kotiuttamisprosessista. Prosessia ei ole olemassa ilman sen toteuttajia, joten se on sosiaalisesti rakentunut. Kotiuttamisprosessi saa merkityksensä työntekijöiden käsityksistä. (Flood 2006: 121.) Prosessi ei ole irrallinen rakennelma. Jos sitä halutaan parantaa, niin täytyy vaikuttaa siihen, miten sitä toteutetaan. Ajatus prosessin dynaamisuudesta täytyy huomioida. Ymmärrän nyt, että prosessin ongelmien korjaaminen vaatii ymmärrystä systeemien toiminnasta. Tarvittava muutos kotiuttamisprosessissa ei aina löydy läheltä. Itsestään selvä ratkaisu ei välttämättä tuota parasta tulosta. On myös hyväksyttävä se tosiasia, että kotiuttamisprosessi on pieni osa suurta kokonaisuutta, johon vaikutetaan poliittisilla ja kansantaloudellisilla päätöksillä.

Kaikkia muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavia tekijöitä ja itse kotiuttamisprosessiin vaikuttavia tekijöitä ei kannata erotella toisistaan. Henkilökunnan ammattitaidolla, motivaatiolla ja ajattelumalleilla on merkitystä, jotta kotiuttamisprosessi onnistuu. Erityisen tärkeää on toimiva sisäinen ja ulkoinen viestintä sekä yhteistyö kaikkien toimijoiden välillä. Rakentamillani henkilökunnan toiminnan kehityksillä ja kuvatessani kotiuttamisprosessin ongelmia olen halunnut korostaa kotiuttamisprosessin monimutkaisuutta ja henkilökunnan työn vaativuutta sekä monitasoisuutta. Kotiuttamista on tutkittu paljon maailmalla, mutta erilaisilla kotiuttamistavoilla ei ole havaittu olevan merkittävään tilastollista vaikutusta. Cochranin systemaattisen katsauksen mukaan mikään kotiuttamistapa ei ole vähentänyt potilaan joutumista uudelleen sairaalaan, lyhentänyt sairaalapäivien lukumäärää tai parantanut terveysvaikutuksia niin, että sillä olisi tilastollista merkitystä. Kirjoittajat kuitenkin toteavat, että muutamankin päi-

vän lyhyempi sairaalassa vietetty aika voi olla ratkaisevaa, kun laitospaikat vähenevät. Tärkeänä kirjoittajat pitivät kommunikaatiota sairaalan ja kotihoidosta vastaavan tahon kanssa. (Shepperd, Parkes, McClaran & Phillips 2004: 6 - 8.) Samaa mieltä olivat osaston työntekijät tässä tutkimuksessa ja erilaisia keinoja on yhteistyötä jo pyritty parantamaan eri palveluntuottajien välillä Helsingin kaupungissa.

Jos urheilujoukkueet pystyvät ihmeisiin, niin miksi ei joukko terveydenhuoltoalan henkilöstöä? Mutta tarvitaanko ihmeitä, riittääkö vain hyvin tehty työ?

8.5 Jatkotutkimusaiheita ja kehitystyön jatkuminen osastolla

Yhteistyötä muistisairaita kotiuttavien osastojen ja kotihoidon välillä tulee kehittää. Palveluketjun tulee toimia saumattomasti. Yhteistyötä parantamalla ja luopumalla tiukasta organisaatiokeskeisyydestä voidaan varmasti parantaa myös muistisairaiden kotiuttamista ja kotona asumista. (Tanttu 2007: 11.) Mielestäni eri organisaatioiden ei tulisi toimia ainoastaan saumattomasti, vaan myös osittain päällekkäin, käytännön yhteistyötä lisäämällä. Yhteistyön lisääminen, uusien toimintatapojen kehittäminen ja niiden vaikutusten tutkiminen on edelleen aiheellista.

Muistisairas ja omaishoitajana toimiva puoliso tulisi nähdä kokonaisuutena. Muistisairaana mahdollisuutta asua kotona tuetaan niin, että autetaan myös puoliso-omaishoitajaa (Eloniemi-Sulkava 2002:64, Naylor & Keating 2008: 70). Dementiakoordinaattori interventiolla on pidennetty muistisairaana kotihoidon kestoja (Eloniemi-Sulkava 2002: 66). Myös muita, koko muistisairaana perheen yhdessä huomioivia toimintatapoja tulisi kehittää ja niiden vaikutuksia tutkia.

Muistisairaana laitoshoidon joutumisen riskitekijöitä ovat käytösoireet, psyykkiset oireet, huono toimintakyky sekä vaikea-asteinen muistisairaus. Omaishoitajan hyvinvointi mahdollistaa tutkimusten mukaan muistisairaana kotona asumisen. (Eloniemi-Sulkava 2002:15, 20). Mitkä muut tekijät mahdollistavat sen, että muistisairas voi asua kotona kotihoidon turvin? Muistisairaana kotona asumisen mahdollistavista tekijöistä tarvitaan lisätutkimuksia.

Opinnäytteen tarkoituksena oli tuoda esille henkilökunnan mielipide kotiuttamisprosessia vaikeuttavista tekijöistä. Niiden ilmenemistä ja merkitystä myös käytännössä tulisi tutkia. Varsinaiseen toimintaan painottuva tutkimus toisi esille sen, miten ongelmat ilmenevät osaston päivittäisessä toiminnassa.

Kotiuttamisprosessin kehittäminen osastolla tämän työn pohjalta etenee niin, että esittelen tutkimukseni tulokset osaston työntekijöille osastotunnilla. Tarvittaessa keskustelua ja työn esittelyä sekä kotiuttamisprosessin kehitystyötä voidaan jatkaa pienemmissä työryhmissä. Esittelen opinnäytteeni tuloksia myös vanhustenkeskuksen johtoryhmässä ja vanhustenkeskuksessa toimivilla muilla kotiuttamista harjoittavilla osastoilla.

Lähteet

- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. 2., uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Anttila, S., K., Huhtala, H., S., Pekurinen, M., J. & Pitkälä, T., K. 2000. Cost-effectiveness of an innovative four-year post-discharge programme for elderly patients. *Scand J Public Health* 28: 41 - 46.
- Argyris, C. 1999. *On Organizational Learning. Second Edition.* Oxford: Blackwell Publishing.
- Atwal, A. 2002. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing* 39(5), 450 - 458.
- Berger, B., M. 1986. Foreword. Teoksessa E. Goffman. *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience.* Boston: Northeastern University Press, xi - xviii.
- Chaboyer, W., Foster, M., Kendall, E. & James, H. 2002. ICU nurses' perceptions of discharge planning: a preliminary study. *Intensive and Critical Care Nursing* 18, 90 - 95.
- Checkland, P. & Poulter, J. 2007. *Learning for Action. Short Definitive Account of Soft Systems Methodology and its use for Practitioners, Teachers and Students.* West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Cheney, G., Christensen, L., T., Zorn Jr. T., E. & Ganes, S. 2004. *Organizational Communication in an Age of Globalization.* Long Grove: Waveland Press.
- Dreyfus, H. & Dreyfus, S. 1986. *Mind over Machine. The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer.* New York: Free Press.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2002. Supporting community care of demented patients. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja D. lääketiede 279. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Palvelut kotona asumista tukemassa. Teoksessa S. Sormunen & P. Topo (toim.) *Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille.* Helsinki: Stakes, 49 - 54.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Pitkälä, K. 2006. Dementia inhimillisenä ja yhteiskunnallisena haasteena. Teoksessa U. Eloniemi-Sulkava, M. Saarenheimo, M-L. Laakkonen, M. Pietilä, N. Savikko & K. Pitkälä (toim.) *Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14.* Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 15-26.
- Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006. Kotona asuminen ja sen tukemisen mahdollisuudet. Teoksessa U. Eloniemi-Sulkava, M. Saarenheimo, M-L. Laakkonen, M. Pietilä, N. Savikko & K. Pitkälä (toim.) *Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14.* Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 27 - 45.
- Engeström, Y. 1995. *Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita.* Helsinki: Hallinnon kehittämiskeskus.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen.* Jyväskylä: Vastapaino.
- Feldman, H., H., Jacova, C., Robillard, A., Garcia, A., Chow, T., Borrie, M., Schipper, H., M., Blair, M., Kertesz, A. & Chertkow, H. 2008. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *CMAJ* 178(7), 825 - 836.
- Finne-Soveri, H., Noro, A., Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2008. Toimintakyvyn kognitiivisen ulottuvuuden arviointi osana tuen ja palveluiden tarpeen arviointia. *Gerontologia* 4, 228 - 237.

Flood, R., L. 2006. The Relationship of 'Systems Thinking' to Action Research. Teoksessa P. Reason & H. Bradbury (toim.) Handbook of Action Research. London: Sage Publications Ltd., 117 - 128.

Goffman, E. 1986. Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience. Boston: Northeastern University Press.

Grönroos, E. & Perälä, M-L. 2005. Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. Scandinavian Journal of Caring Sciences 19, 288-295.

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palveluiden käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki: Stakes.

Heikkilä, M. 1997. Eettisiä ongelmia yhteiskunnallisessa tutkimuksessa. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudemus, 165 - 176.

Heikkinen, E. 1997. Iäkkäiden ihmisten terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa P. Era (toim.) Ikäntyminen ja liikunta. 3. painos. Jyväskylä: Likes, 1 - 16.

Heikkinen, H. 2001. Toimintatutkimus - toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aalto, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 170-185.

Helsingin kaupunki 2006. Helsingin vanhuspalveluohjelma vuosille 2006-2009.

Huang, T-T. & Ling, S-H., 2005. A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling. Journal of Clinical Nursing 14, 1193-1201.

Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008:3. 2. painos. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kemmis, S. 2006. Exploring the Relevance of Critical Theory for Research: Emancipatory Action Research in the Footsteps of Jurgen Habermas. Teoksessa Reason, P. & Bradbury, H. (toim.) Handbook of Action Research. Lontoo: Sage Publications Ltd, 94-105.

Koitohoito-osaston suunnitelma 16.9.2004. Helsingin kaupunki. [[www-dokumentti\]. \[www.hel2.fi/Terveyskeskus/hela/Terveyslautakunta/Esityslistat/liitteet/042860065.doc\]\(http://www.hel2.fi/Terveyskeskus/hela/Terveyslautakunta/Esityslistat/liitteet/042860065.doc\). \(Viitattu 5.4.2009\).](http://www-dokumentti.www.hel2.fi/Terveyskeskus/hela/Terveyslautakunta/Esityslistat/liitteet/042860065.doc)

Kuula, A. 2001. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. 2. painos. Tampere: Vastapaino.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Vastapaino

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11(1), 3 - 12.

Luoma, M-L. 2006. Elämänlaadun arviointi. Teoksessa S. Heimonen & P. Voutilainen (toim.) Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita, 43 - 56.

Maramba, P., J., Richards, S., Mayers, A., L. & Larrabee, J., H. 2004. Discharge Planning Process. Applying a Model for Evidence-based Practice. J Nurs Care Qual 19(2), 123 - 129.

- McNiff, J. 2007. Where the Action is. [www-dokumentti]
www.jeanmcniff.com/where%20the%20action%20is.htm . (Viitattu 4.5.2008).
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. laitos, 2. korjattu painos. Helsinki: International Methelp Ky.
- Moilanen, R. 2001. Oppivan organisaation mahdollisuudet. Helsinki: Tammi.
- Mukotekwa, C. & Carson, E. 2007. Improving the discharge planning process: a systems study. *Journal of Research in Nursing* 12, 667 - 686.
- Mäkelä, K. 1997. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa V., A. Niskanen (toim.) Tieteellisten menetelmien perusteita ihmistieteissä. Helsinki: Helsingin yliopisto. Landen tutkimus- ja koulutuskeskus, 154 - 169.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Naylor, M., D., Brooten, D., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M. & Pauly, M., 1994. Comprehensive Discharge Planning for the Hospitalized Elderly. A Randomized Clinical Trial. *Annals of Internal Medicine* 120(12), 999 - 1006.
- Naylor, M., D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B., S., Mezey, M., D., Pauly, M., V. & Schwartz, J., S., 1999. Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders. A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 281(7), 613 - 620.
- Naylor, M., D., Brooten, D., Campbell, R., L., Maislin, G., McCauley, K., M. & Schwartz, J., S., 2004. Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized, Controlled Trial. *JAGS* 52(5), 675 - 684.
- Naylor, M., D., Hirschman, K., B., Bowles, K., H., Bixby, M., B., Konick-McMahan, JA. & Stephens, C., 2007. Care Coordination for Cognitively Impaired Older Adults and Their Caregivers. *Home health Care Serv. Q.* 26(4), 57 - 78.
- Naylor, M., D. & Kaeting, S., A. 2008. Transitional Care. *Journal of Social Work Education* 44(3), 65 - 73.
- Naylor, M., D., Stephens, C., Bowles, K., H. & Bixby, M., B. 2005. Cognitively Impaired Older Adults: From Hospital to Home. *AJN* 105(2), 52 - 61.
- Niiniluoto, I. 2002. Tieteen tunnuspiirteet. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 30 - 41.
- Peräkylä, A. 1990. Kuoleman monet kasvot. Tampere: Vastapaino.
- Perälä, M-L. & Hammar, T. 2003. PALKOmalli -palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Helsinki: Stakes.
- Phillips, C., O., Wright, S., M., Kern, D., E., Singa, R., M., Shepperd, S. & Rubin, H., R. 2004. Comprehensive Discharge Planning With Postdischarge Support for Older Patients With Congestive Heart Failure. A Meta-analysis. *JAMA* 291(11), 1358-1022.
- Pieper, R. & Vaarama, M. 2005. Issues of integrated care: summary and discussion. Teoksessa M. Vaarama & R. Pieper (toim.) Managing Integrated Care for Older Persons. European Perspectives and Good Practices. Helsinki: Stakes ja European Health Management Association (EHMA), 264 - 278.

- Pirttilä, T. 2006. Kliininen tutkimus. Teoksessa T. Erkinjuntti, K. Alhainen, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 126 - 145.
- Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2006. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa T. Erkinjuntti, K. Alhainen, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 126 - 145.
- Por, J. 2008. The use of soft system methodology (SSM) in a serviced-focussed study on the personal tutor's role. *Nurse Education in Practice* 8, 335-342.
- Pöyry, P. & Perälä, M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saamiskohdissa. Helsinki: Stakes.
- Rhudy, L., M., Holland, D., E. & Bowles, K., H. 2008. Illuminating hospital discharge planning: staff nurse decision making. *Applied Nursing Research*, Elsevier. doi:10.1016/j.apnr.2008.12.003.
- Senge, P. 2006. *The Fifth Discipline. The Art & Practice of The Learning Organisation*. Toinen, uudistettu painos. London: Random House.
- Shepperd, S., Parkes, J., McClaran, J. & Phillips, C., 2004. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1. Art. No.:CD000313.
- Silverman, D. 2005. *Doing Qualitative Research*. 2nd ed. London: Sage Publications.
- Silverman, D. 1997. *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. Kolmas painos. Lontoo: Sage.
- Sormunen, S. & Topo, P. 2008. *Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Oppaita 72*. Helsinki: Stakes.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008 - 2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:6.
- 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. *Lääkärilehti* 63(9), 9 - 21.
- Sulch, D., Perez, I., Melbourn, A. & Kalra, L., 2000. Randomized Controlled Trial of Integrated (Managed) Care Pathway for Stroke Rehabilitation. *Stroke* 31(8), 1929-1934.
- Sulkava, R. 2001. Neurologiset sairaudet. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) *Geriatría*. Helsinki: Duodecim.
- Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjänen, E. & Saari, S. 1995. *Laadullisen tutkimuksen työtapoja*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Tajino, A. & Smith, C. 2005. Exploratory Practice and Soft Systems Methodology. *Language Teaching Research* 9, 4, 448 - 469.
- Taka-Eilola, S., Erkkilä, S., Jääskeläinen, A-K., Mäkelä, M. & Nissilä, K. 1997. Toimintatutkimuksen suunnittelu opettajan työssä. Stephen Kemmisin periaatteiden sovellus kasvatusalalle. Tampere: Tampereen yliopiston opettajankoulutuslaitoksen opetusmoniste.
- Tanttu, K. 2007. *Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta*. Vaasa: Vaasan Yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Viramo, P. & Frey, H. 2006. Dementian terveystaloustieteellinen merkitys. Teoksessa T. Erkinjuntti, K. Alhainen, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 40 - 52.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2006. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa T. Erkinjuntti, K. Alhainen, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 22-39.

Voutilainen, P. 2009. Luento 14.5.2009. Muistikävelyseminaari. Helsinki.

Voutilainen, P. 2009. Ikäihmisten palveluiden tulevaisuus. [www-dokumentti]. www.sosiaalikallega.fi/kehittamisyksikot/seniorijavanhustyon.../voutilainen_ikaantyneiden%20palveluiden%20tulevaisuus.ppt (Viitattu 17.5.2009).

Voutilainen, P. 2006. Toimintakyvyn ja elämänlaadun arviointi. Teoksessa S. Heimonen & P. Voutilainen (toim.) Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita, 21 - 42.

Waldemar, G., Dubois, B., Emre, M., Georges, J., McKeith, I., G., Rossor, M., Scheltens, P., Tariska P. & Winblad B. 2007. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. European Journal of Neurology 14. e1 - e26. doi:10.1111/j.1468-1331.2006.01606.x

Walker, C., Hogstel, M., O. & Curry, L., C. 2007. Hospital Discharge of Older Adults. How Nurses Can Ease The Transition. AJN 107(6), 60 - 70.

Watts, R. & Gardner, H. 2005. Nurses' perceptions of discharge planning. Nursing and Health Sciences 7, 175 - 183.

Watts, R., Gardner, H. & Pierson, J. 2005. Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. Intensive and Critical Care Nursing 21, 302 - 313. doi:10.1016/j.iccn.2005.01.005.

Watts, R., Pierson, J. & Gardner, H. 2006. Critical care nurses' beliefs about the discharge planning process: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 43, 269 - 279.

Yin, R., K 2003. Case Study Research. Design and Methods. Third Edition. Thousand Oaks: Sage Publications.

Kuva ja taulukko luettelo

Kuvat

Kuva 1: Kaaviokuva osaston kotiuttamisprosessista	28
Kuva 2: Kotiuttamisprosessin ongelmat koko aineistosta	82
Kuva 3: Muistisairaahan toimintakyvyn arvioon liittyvä päättelyketju	83
Kuva 4: Kotiuttamisprosessin monimutkaisuuteen liittyvä päättelyketju	85
Kuva 5: Kyselyn saturaatio	92

Taulukot

Taulukko 1: Ulkomaalaisia tutkimuksia kotiuttamisesta	16
Taulukko 2: Sairaanhoidajien käsityksiä potilaiden kotiuttamisesta	19
Taulukko 3: Tutkimuksen eteneminen	25
Taulukko 4: Asukkaiden RaVa ja MMSE arvojen keskiarvot osastolla	27
Taulukko 5: Asukkaiden siirtyminen pois osastolta vuosina 2007 ja 2008	27
Taulukko 6: Kyselyn tulokset muistisairaiden kotiuttamisen mahdollistavista tekijöistä	41
Taulukko 7: Muistisairaiden kotiuttamisen mahdollistavat tekijät työryhmän mukaan	49
Taulukko 8: Terveystenhoitohenkilöstön, omaisten ja läheisten muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavat kognitiiviset tekijät	50
Taulukko 9: Muistisairaahan kotiuttamisen mahdollistavat organisatoriset tekijät	52
Taulukko 10: Muistisairaahan toimintakyky mahdollistaa kotiuttamisen	53
Taulukko 11: Yhteiskunnalliset tekijät mahdollistavat muistisairaahan kotiuttamisen	54
Taulukko 12: Muistisairaahan kotiuttamisen epävirallinen vastuu	55
Taulukko 13: Henkilökunnan eettiset näkemykset	56
Taulukko 14: Syy- ja seuraussuhteita kyselyssä ja työryhmäkeskustelussa	57
Taulukko 15: Osaston kotiuttamisprosessia vaikeuttavat tekijät kyselyn perusteella	65
Taulukko 16: Kotiuttamisprosessia vaikeuttavien tekijöiden yhdistävät luokat	66
Taulukko 17: Kotiuttamisprosessin ongelmat työryhmän keskustelun perusteella	70
Taulukko 18: Kotiuttamisprosessiin vaikuttavat kognitiiviset tekijät	79
Taulukko 19: Kotiuttamisprosessia vaikeuttavat organisatoriset tekijät	80
Taulukko 20: Kotiuttamisprosessi systeeminä ja sen käytännön toteutus	81
Taulukko 21: Kotiuttamisprosessin ulkoiset haasteet	81

Liite 1 Kyselyn esittely

Hei työtoverit

15.10.2008

Opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Terveiden edistämisen koulutusohjelmassa Laureassa. Teen opinnäytetyöni asukkaiden kotiuttamisprosessin kehitystyöstä osastollamme. Tarkoitukseni on kuvata ja analysoida osastomme kotiuttamisprosessimallia ja henkilökunnan käsityksiä tekijöistä, jotka mahdollistavat muistisairaana kotiutumisen.

Yksi aineistokokonaisuus on tämä kysely, johon pyydän sinua vastaamaan. Vastaaminen on vapaaehtoista, eikä vastaamatta jättäminen vaikuta työsuhteeseesi. Kyselyyn vastanneiden henkilöllisyys ei paljastu. Käsittelem tutkimustuloksia luottamuksellisesti ja nimettömästi. Vastaukset luen ja analysoin vain minä sekä mahdollisesti ohjaava opettajani ammattikorkeakoulu Laureassa. Hävitän vastaukset analysoituani ne. Kirjoittaessani opinnäytetyötäni pyrin siihen, ettei kenenkään osaston työntekijän tai asukkaan henkilöllisyys paljastu. Olen saanut luvan tutkimukseni tekemiseen Kontulan vanhustenkeskuksen johtajalta ja sosiaaliviraston eettiseltä toimikunnalta.

Vastaa kyselyyn nimettömänä, sulje se kirjekuoreen ja palauta kahvihuoneessa olevaan laatikkoon perjantaihin 31.10.2008 mennessä. Halutessasi voit jatkaa vastauksia kaavakkeen kääntöpuolelle.

Mikäli sinulla on kysyttävää tästä kyselystä tai opinnäytetyöstäni yleisestikin, vastaan niihin mielelläni.

Kiittäen yhteistyöstä.

Tuula Lento-Hukkinen
fysioterapeutti (amk)

Liite 2 Kysely henkilökunnalle

1. Kun tarkkailet ja seuraat asukasta osastolla, mitkä asiat asukkaan fyysisessä, psyykkisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä vahvistavat mielipidettäsi suositella häntä kotiin?
2. Kuvaile milloin et suosittele muistisairasta asumaan kotiin.
3. Voitko mainita sellaisia kotiutumisen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä, jotka eivät riipu asukkaan toimintakyvystä?
4. Miten yllämainitut tekijät voivat vaikuttaa kotona asumisen onnistumiseen?
5. Uuden asukkaan toimintakyvyn arvioiminen ja tulevasta asumismuodosta päättäminen etenee osastollamme prosessimallin mukaan. Kun asukkaan asioiden käsittely ja muutto kotiin tai laitokseen on mielestäsi edennyt hyvin,
 - a) mitkä asiat kotiuttamisprosessissa ovat auttaneet sitä?
 - b) mitkä asiat osastomme toiminnassa ovat auttaneet sitä?
6. Mitkä ovat mielestäsi onnistuneen kotiuttamisprosessin suurimmat esteet osastollamme?
7. Millaisia eettisiä kysymyksiä joudut miettimään valmistellessasi muistisairaahan kotiuttamista?

Liite 3 Eettisen toimikunnan lausunto

HELSINGIN KAUPUNKI
SOSIALIVIRASTO

PÖYTÄKIRJAN OTE

Eettinen toimikunta

9.6.2008

EETTISEN TOIMIKUNNAN KOKOUS

Aika	Maanantai 9.6.2008
Paikka	Kallion virastotalo, Toinen linja 4 A, 11. krs. h. 1125
Läsnä	Irma Jousela puheenjohtaja Juha Jokinen Marko Timonen Eeva-Liisa Tuominen Pekka Borg sihteeri

4 § Lausunto Tuula Lento-Hukkisen tutkimuslupahakemukseen

Eettinen toimikunta puoltaa tutkimusluvan myöntämistä Tuula Lento-Hukkisen tutkimukseen. Toimikunta kuitenkin edellyttää, että sekä yksilö- että työyhteisötasoisten haastattelujen suostumuslomakkeella todetaan, että henkilö voi kieltäytyä osallistumasta haastatteluun ja että kieltäytyminen ei vaikuta työsuhteeseen.

IRMA JOUSELA

Irma Jousela
puheenjohtajaPekka Borg
sihteeri