

# ARVIOINTI –JA KUNTOUTUSYKSIKÖIDEN ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA KOTIUTUMISTILANTEESTA

Mia Rosenström

Pro gradu –tutkielma

Gerontologia ja kansanterveys

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Kevät 2013

## TIIVISTELMÄ

---

Arviointi- ja kuntoutusyksiköiden asiakkaiden kokemuksia kotiutumistilanteesta

Mia Rosenström

Pro gradu –tutkielma

Gerontologia ja kansanterveystiede

Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos

Kevät 2013, sivut 46

---

Sairaalahoitosta voi olla ikääntyneelle henkilölle monenlaisia seurauksia. Näitä ovat esimerkiksi sosiaalisen tuen ja kognition heikkeneminen. Akuutin sairauden vuoksi sairaalahoitossa olleet vanhuspotilaat hyötyvät aktiivisesta kuntoutuksesta. Aktiivisen kuntoutuksen ansioista toimintakyky palautuu nopeammin ja laitoshoitoon siirtymisen riski vähenee. Panostamalla ikääntyneiden kotiutumistilanteisiin, vähennetään sekä käyntejä sairaalapäivystyksessä että akuuttisairaanhoidon tarvetta ja ehkäistään paluuta sairaalahoitoon.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää arviointi- ja kuntoutusyksiköstä kotiutuneiden asiakkaiden kokemuksia heidän kotiutumisestaan hoitajaksolta. Tutkimusaineistona tässä tutkimuksessa on käytetty neljän kotiutuneen asiakkaan haastatteluja. Haastateltavat olivat iältään 84-95 –vuotiaita ja heidän kotiutumisestaan oli kulunut yhdestä viikosta kuuteen viikkoa. Haastateltavat olivat valikoituneet kolmesta vanhustenkeskuksesta. Tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastatteluja.

Haastateltavien kokemuksellisuuden esille tuomiseksi aineiston analysoinnissa käytettiin fenomenologis-hermeneuttista lähestymistapaa, jonka tarkoituksena oli tulkita haastateltavien kokemuksia kotiutumisestaan. Perttulan laajentaman Giorgin aineiston analysointimenetelmän avulla pyrittiin löytämään haastateltavien antamia merkityksiä kokemukselleen kuntoutusjaksolta kotiutumisesta. Tutkimusaineistoa jäsentäviksi keskeisiksi sisältöalueiksi muodostui kuusi osa-aluetta: osastolla vietetty aika, kotiutumistilanne, kotona selviytyminen, aiempi toimintakyky, pelko toimintakyvyn menetyksestä ja muilta saatu apu. Analyysin tulokseksi, yleiseksi kotiutumisen kokemuksesta kuvaavaksi merkitysverkostoksi muodostui: kuntoutusjakson merkitys, kotiutumistilanteen kokeminen, aiemman ja nykyisen toimintakyvyn kokeminen sekä muilta saadun tuen merkitys.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että arviointi- ja kuntoutusyksiköiden asiakkaiden kokemukset omasta kotiutumistilanteestaan vaihtelivat. Osa kotiutuneista koki kotiutumisen onnistuneen hyvin ja osa olisi toivonut enemmän hoitohenkilökunnan ja läheisten tukea kotiutumiseen. Asiakkaiden saama ja toivottu apu eivät aina kohdanneet ja heillä oli ristiriitaisia kokemuksia selviytymisestään kotona. Ikääntyneiden toivomuksia ja kokemuksia pitäisi kuunnella enemmän kotiutustilanteen sujuvuuden ja hoidon laadun takaamiseksi.

Avainsanat: vanhusasiakas, kotiutuminen, kokemus, fenomenologis-hermeneuttinen tutkimus, teemahaastattelu

## ABSTRACT

---

Elderly clients` experiences of their transition to home from evaluation and rehabilitation units

Mia Rosenström

Master`s thesis

Gerontology and Public Health

University of Jyväskylä, Faculty of Sport Sciences, Department of Health Sciences

Spring 2013, 46 p.

---

There can be many consequences from hospital care to elderly people. These may include for example lack of social support and decline of cognition. Older patients benefit from active rehabilitation, because the ability to function recover more rapidly and the risk of institutionalization decreases. By carefully planning and implementing people`s transitions to home, it is possible to decrease further visits to emergency rooms, need of acute care and prevent return to hospital. The purpose of this study was to investigate what kind of experiences clients from evaluation and rehabilitation units have about their transition to home.

Data were collected by interviewing four 84- to 95-year-old clients who had returned home recently from an evaluation and rehabilitation unit. The interviews were transcribed and analyzed by using phenomenological analyzing method. The purpose of using this analyzing method was to find meanings for interviewees` experiences of their transition to home from evaluation and rehabilitation unit.

Interviewees described their experiences in six different sections: period in evaluation and rehabilitation unit, transition to home, manage at home, previous ability to function, fear of losing ability to function and help from the others. To conclude, for general experience of transition to home became: meaning of rehabilitation period, experience of transition to home, experience of previous and present ability to function and meaning of help from the others.

According to the research, experiences from transition to home of the clients from evaluation and rehabilitation unit change. Some of them were successful, but in some transitions clients wanted more help from nursing personnel and relatives. It is important to listen to the wishes and experiences of elderly clients to assure better transition to home and better quality of care.

Keywords: elderly client, experience, phenomenological analyzing method, interview

# SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN SAIRAALAHOITO JA SEN SEURAUKSET .....</b>	<b>4</b>
2.1 Sairaalahoidon tarve vanhuudessa .....	4
2.2 Sairaalahoidon seuraukset ja kotiinkuntoutus .....	5
<b>3 KOTIUTUMINEN KUNTOUTUSJAKSON JÄLKEEN .....</b>	<b>6</b>
3.1 Kotiutuminen ja pyöröovi-ilmio .....	6
3.2 Ikääntyneiden omat käsitykset terveydentilastaan sekä selviytymisestään kotona kuntoutusjakson jälkeen .....	10
<b>4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....</b>	<b>11</b>
<b>5 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT .....</b>	<b>12</b>
5.1 Teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä .....	12
5.2 Fenomenologis-hermeneuttinen metodi aineiston analyysissä .....	14
5.3 Tutkimuksen valmistelu .....	15
5.4 Haastateltavien valinta, haastattelujen toteutus sekä aineiston litterointi .....	17
5.5 Aineiston analysointimenetelmä .....	18
<b>6 AINEISTON ANALYYSI .....</b>	<b>20</b>
6.1 Yksilökohtaisen merkitysverkoston analyysi .....	21
6.2 Yleisen merkitysverkoston analyysi .....	23

<b>7 TULOKSET</b> .....	<b>28</b>
7.1 Kotiutumista kuvaavat sisältöalueet .....	29
7.2 Yksilökohtainen merkitysverkosto .....	31
7.3 Yleinen merkitysverkosto .....	35
<b>8 POHDINTA</b> .....	<b>38</b>

## **LÄHTEET**

## **LIITTEET**

Liite 1 Tutkimuslupa

Liite 2 Informaatiokirje haastateltaville

Liite 3 Tutkimussuostumuslomake

## 1 JOHDANTO

Ikääntyneiden henkilöiden määrä suhteessa muuhun väestöön kasvaa vielä usean vuoden ajan. Vuonna 2005 yli 65-vuotiaita Suomessa oli 16% väestöstä, kun vuonna 2020 ennustetaan määrän olevan jo noin 23% . Suurten ikäluokkien tullessa eläkeikään vuoden 2010 jälkeen, väestöllisen huoltosuhteen (työikäisten osuus suhteessa lapsiin ja eläkeläisiin) ennustetaan Suomessa kasvavan jyrkemmin kuin monessa muussa Euroopan maassa (Koskinen ym. 2008). Valtakunnallisten ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan tavoitteena on, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä asuu vuonna 2012 91% kotona itsenäisesti tai kattavien palvelujen turvin (STM 2012). Vuonna 2011 89,6% yli 75 vuotiaista asui kotona (Ympäristöministeriö 2013).

Kuten muihinkin ikäryhmiin kuuluvat henkilöt, myös ikääntyneet henkilöt tarvitsevat sairaalahoitoa silloin tällöin akuutissa terveydentilan muutostilanteessa. Kuntien on huolehdittava siitä, että sen asukkaille on tarjolla riittävästi sairaalapalveluita. Erikoissairaanhoidon tarkoittaa erikoissairaaloissa annettavaa tutkimusta ja hoitoa kuten kirurgisia toimenpiteitä, ja sitä on järjestetty koko Suomen alueella sairaanhoitopiireittäin. Pitkäaikaishoitoa annetaan esimerkiksi terveyskeskussairaalassa henkilöille, joille ei voida tarjota ympärivuorokautista hoitoa kotona tai palveluasumisessa (STM 2012). Pitkäaikaishoidosta puhutaan myös laitoshoidon, jota tarjotaan terveyskeskussairaaloiden lisäksi vanhainkodeissa. Kunnissa on vähennetty laitoshoidon ja lisätty tehostettua palveluasumista, osittain muuttamalla laitospaikkoja palveluasumiseksi (Ympäristöministeriö 2013).

63% terveyskeskuksen vuodeosastolla hoidettavista potilaista on yli 75 –vuotiaita. Pitkäaikainen vuodeosastohoito on vähentynyt varsinkin yli 75 –vuotiaiden naisten keskuudessa: vuonna 2001 hoitopäivien määrä oli 4,3 miljoonaa, kun vuonna 2010 se oli enää 3,3 miljoonaa. Kaiken kaikkiaan hoitopäivien määrä on laskenut 24:n prosenttiin 2000-luvulla naisten keskuudessa (Rautiainen ym. 2012).

Sairaalahoidolla on todettu olevan monenlaisia seurauksia ikääntyneelle henkilölle (mm. Tullmann ym. 2000, Barnes ym. 2012). Näitä ovat esimerkiksi kognition heikkeneminen ja hoitoon liittyvät komplikaatiot. Siksi onkin tärkeää kuunnella ikääntyneen henkilön toivomuksia ja kokemuksia kotiuttamistilanteessa, kotiutustilanteen sujuvuuden ja hoidon laadun takaamiseksi (mm. LeClerc ym. 2002, Söderback 2008). Ikääntyneet ihmiset haluavat olla aktiivisesti mukana kotiutustilannetta suunniteltaessa ja toteutettaessa (Popejoy 2011), mutta kokevat etteivät saa riittävästi informaatiota eivätkä tule kuulluksi kotiutumistilanteessa (Hartwig ym. 2008). Panostamalla ikääntyneiden ihmisten kotiutumistilanteisiin, vähennetään käyntejä sairaalapäivystyksessä, akuuttisairaanhoidon tarvetta ja ehkäistään paluuta sairaalahoitoon (Dedhia ym. 2009). Tarvitaan enemmän tietoa vanhusten kotiutumiseen liittyvistä kokemuksista, jotta kotiin annettavat palvelut osataan kohdentaa oikein ja hoidon jatkuvuus voidaan turvata (Tepponen 2003).

Akuutin sairauden vuoksi sairaalahoitossa olleet vanhuspotilaat hyötyvät aktiivisesta kuntoutuksesta. Aktiivisen kuntoutuksen ansioista toimintakyky palautuu nopeammin ja laitoshoittoon siirtymisen riski vähenee (Helsingin kaupunki 2007). Yli 75 –vuotiaat ovat keskimäärin 5 päivää pidempään (30 päivää) vuodeosastohoidossa kuin alle 75 –vuotiaat (25 päivää) (Rautiainen ym. 2012). Lyhyemmät ja tehostuneet hoitajakset erikoissairaanhoidon puolella ovat lisänneet iäkkäiden terveystieteiden vuodeosastohoidon hoitopäivien määrää (Mäkelä ym. 2007). Akuutin sairauden jälkeisen kotiutumisen seurauksena voi olla paluu sairaalaan, jos kotiuttaminen on toteutettu liian nopeasti ilman kuntoutumista. Sairaalan hoitajakson uusiutumisen riskiä eli pyöröovi-ilmiötä (revolving door phenomenon) on mahdollista ehkäistä esimerkiksi sosiaalista tukea lisäämällä (Claver ym. 2010, Watkins ym. 2012).

Krooniset kansantaudit kuten sydän- ja verisuonisairaudet heikentävät toimintakykyä ja aiheuttavat ennen aikaista kuolleisuutta. Aiemmin kroonisesti sairaita ikääntyneitä hoidettiin lähes poikkeuksetta pitkäaikaisen laitoshoidon puolella. Palvelurakennemuutoksen myötä ikääntyneiden laitoshoitopaikkoja on vähennetty ja palveluasumista lisätty (THL 2013). Kroonisesti sairaiden ikääntyneiden hoidon on tutkitusti todettu olevan kustannuksiltaan kannattavampaa kotioloissa (DeJonge ym. 2009).

Yli 75-vuotiaiden kotihoidon tarve on lisääntynyt viime vuosina: vuonna 2008 yli 75 – vuotiaista 11% käytti kotihoidon palveluita, kun vuonna 2011 vastaava luku oli yli 12%. Vuodesta 2010 vuoteen 2011 kotihoidon asiakkaiden määrä oli noussut 5,1%: lla. Kotihoidon henkilökunnan mielestä 82%:lle asiakkaista kotihoito on oikea hoitomuoto (Tossavainen ym. 2011).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää arviointi- ja kuntoutusyksiköstä takaisin kotiin palanneiden asiakkaiden kokemuksia heidän kotiin paluustaan. Tutkimusaineistona tässä tutkimuksessa käytettiin teemahaastatteluilla kerättyä materiaalia, joita analysoitiin fenomenologis-hermeneuttista menetelmää käyttäen. Aineiston analyysissa käytettiin Perttulan (1995a) Giorgin laadullisen aineiston analysointimenetelmästä laajentamaa analysointitapaa, jonka avulla on pyritty tuomaan esille haastateltavien antamia merkityksiä kotiutumisasihmille.



## 2 IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN SAIRAALAHOITO JA SEN SEURAUKSET

### 2.1 Sairaalahoidon tarve vanhuudessa

Vuonna 2011 1,73 miljoonaa potilasta tarvitsi somaattista erikoissairaanhoidoa ja samana vuonna yli 650 000 potilasta oli vuodeosastohoidossa. Yli 75 –vuotiaita vuodeosastohoidossa olevia potilaita oli vuonna 2001 106 000, kun se oli vuoteen 2011 mennessä noussut 124 000 (Rautiainen ym. 2012). Kunnat voivat järjestää lyhytaikaista tai pitkäaikaista laitoshoidoa sosiaali- ja terveyshuollon palveluna. Ikääntyneille tarjottavalla lyhytaikaisella laitoshoidolla on tarkoitus ehkäistä pysyvään laitoshoitoon joutumista ja tukea kotona asumista ja selviytymistä. Pitkäaikaista laitoshoidoa tarjotaan ikääntyneille, joille ei voida järjestää ympärivuorokautista hoitoa kotona. Pitkäaikaista laitoshoidoa tarjoavat vanhainkodit, terveyskeskuksen vuodeosastot, hoito- ja hoivakodit. Ikääntyneen laitoshoidosta päätetään yleensä kunnissa työryhmässä, johon kuuluu edustajia eri ammattiryhmistä niin kotihoidon kuin laitoshoidon puolelta (STM 2013).

Sairaalahoidon tarpeeseen liittyy toimintakyvyn heikkenemistä juuri ennen sairaalaan joutumista (Isaia ym. 2010), myös kuolemanläheisyyden ja naimattomuuden on todettu lisäävän sairaalahoidon tarvetta iäkkäänä (Martikainen ym. 2012). Lyhytaikaista sairaalahoidoa tarvitaan yleensä akuutin terveydentilassa tapahtuneen muutoksen vuoksi. Erikoissairaanhoidoa tarjoavissa yksiköissä on systemaattisesti lyhennetty ja tehostettu hoitajaksoja, josta on iäkkäiden potilaiden kohdalla seurannut jatkohoidosairaalassa vietetyn hoitajakson pidentyminen. Erikoissairaanhoidon tehostaminen ei ole kuitenkaan vaikuttanut siis hoitajakson kotiuttamistehon kasvuun. Kotiutumiseen tähtäävän hoidon hoitopäivien määrä on kasvanut ja pitkäaikaishoitoon joutumisen vaara on lisääntynyt (Mäkelä ym. 2007). Seitsemän vuoden seuranta-tutkimuksessa todettiin, että sairaalassa vietettyjen hoitopäivien määrä lisääntyy lähestyttäessä kuolemaa (Martikainen ym. 2012).

Ikääntyneiden laitoshoidon tarvetta pyritään arvioimaan väestöennusteiden sekä terveyden ja toimintakyvyn kehittymisen perusteella. Heikentyneen terveyden vuoksi tarvittavan laitoshoidon määrään vaikuttavat monet tekijät, kuten väestön ikärakenne ja elinolot. Laitoshoidon käyttö riippuu paitsi palvelujen saatavuudesta myös hoitoon hakeutumisesta (Laukkanen & Parkatti 2003). Kotiin järjestettävät moniammatilliset palvelut ja hoito vähentävät akuutin sairaalahoidon tarvetta ja mahdollistavat asumisen kotona elämän loppuun asti (Rosenberg 2012). Kotona asuvat ikääntyneet joutuvat useammin sairaalahoitoon kuin hoitokodissa asuvat (Bardsley ym. 2012). Dementiaa sairastavilla on kaksinkertainen riski joutua hoitoon verrattuna muihin ikääntyneisiin ja mitä iäkkäämpi ihminen on, sen todennäköisemmin hän on hoitokodissa hoidossa. Sekä sairaalahoidon että laitoshoidon tarve on suurempi, mitä iäkkäämmiksi eletään (Martikainen ym. 2012).

## 2.2 Sairalahoidon seuraukset ja kotiinkuntoutus

Sairalahoidosta voi olla ikääntyneelle hyvin erilaisia seurauksia verrattuna nuorempiin ihmisiin. Ikääntyneiden erityistarpeisiin suunniteltu akuuttihoito, jonka moniammatillinen tiimi hoitaa, vähentää hoitokustannuksia (Barnes ym. 2012). Hoitoon liittyvien komplikaatioiden riski on suuri ikääntyneiden akuuttihoitossa. Lisäksi univaikeuksien ja sensorisen deprivatiion (= minimaaliset aistiärsykkeet) on todettu lisääntyvän sekä sosiaalisen tuen vähentyvän sairaalahoidon aikana (Tullmann ym. 2000). Myös kognitio heikkenee sairaalahoidon aikana (Chen ym. 2011). Ali- ja virheravitsemusriski kasvaa sairaalahoidon aikana (Vanderwee ym. 2011) ja kuivumisen vaara vähäisen nesteensaannin vuoksi lisääntyy (Godfrey ym. 2011). Sairalahoidon tarve lisää sosiaalipalvelujen tarvetta ja käyttöä (Bardsley ym. 2012). Tapaturmilla ja lyhentyneellä eliniällä on yhteys geriatrisista traumaista selviytyneillä. On todettu, että eliniän lyhenemiseen on suurempi merkitys muilla tekijöillä kuin itse vammalla (Criddle 2009).

Sairaalan hoitajakson jälkeen osa ikääntyneistä ei palaa suoraan kotiin, vaan menee jatkokuntoutukseen kuntoutusosastolle. Kotiinkuntoutusyksiköiden toiminta perustuu laitoshoitotyyppiseen ns. intermediate-care hoitoon. Asiakas viettää hoidossa tietyn ajan ennen kotiutumistaan ja hänellä on kuntoutusosastolla mahdollisuus moniammatillisen hoitotiimin antamaan palveluun ja hoitoon (Sarvimäki & Muurinen 2006). Moniammatillisen hoitotiimin kuntoutusjaksoilla antaman kuntoutuksen on todettu parantavan fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä sekä parantavan mielialaa, liikuntakykyä ja ravitsemustilaa (Lee ym. 2011).

Kuntoutusosastolla järjestetyssä ryhmätoiminnassa kotiutujalla on mahdollisuus sopeutua ajatukseen kotiutumisesta. Toimintaterapiana järjestetty ryhmätoiminta tukee kotiutumisprosessia (Nilsson & Nygård 2003). Kuntoutusjakso koetaan pääsääntöisesti positiivisena asiana ja kotiinkuntoutusjakson jälkeen asiakkaat kokevat sekä fyysisen että psyykkisen toimintakykynsä hyväksi. Fyysinen ja psyykinen toimintakyky paranee myös tilastollisesti merkitsevästi. Kotiinkuntoutustoiminta parantaa asiakkaiden mahdollisuuksia selviytyä kotiutumisen jälkeen. Omaiset suhtautuvat varauksellisemmin kotiutujan selviytymiseen kotona kuntoutusjakson jälkeen kuin kotiutujat itse (Sarvimäki & Muurinen 2006). Kuntoutuksen tulos riippuu kuntoutujan yksilöllisistä ominaisuuksista ja kuntoutumisedellytyksistä, ei siitä missä ympäristössä kuntoutus tapahtuu (Helsingin kaupunki 2007).

### **3 KOTIUTUMINEN KUNTOUTUSJAKSON JÄLKEEN**

#### **3.1 Kotiutuminen ja pyöröovi-ilmio**

Uuteen tilanteeseen sopeutuminen kotiutumistilanteessa riippuu yksilöllisistä ominaisuuksista. Kotiutumisen alkuvaiheessa koetaan häkeltymistä, johon liittyy paljon negatiivisuuden tunteita (Wilson 1997). Kotiutumisprosessista selviytymistä on kuvattu mm. potilaan näkökulmasta (LeClerc ym. 2002, Koponen 2003, Rajaniemi & Sarvimäki 2005, Söderback 2008), läheisten näkökulmasta (Byrne ym. 2011, Madeiros ym. 2011) ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta (Tingvoll ym. 2010).

Ikääntyneet haluavat olla aktiivisessa roolissa, kun tehdään päätös kotiutumisesta. He kokevat kuitenkin epämukavaksi ilmaista mielipiteitään hoitoon liittyen, kun asioista on mukana neuvottelemassa omaisia ja hoitohenkilökuntaa. Ikääntyneiden omien mielipiteiden esille tuleminen päätöksentekotilanteessa näin ollen vaikeutuu (Popejoy 2011). Kotiutujat kokevat myös, ettei heille anneta riittävästi informaatiota eikä kysyä kuinka he selviytyvät kotiutumisen jälkeisestä tilanteesta. Kotiutujan oma osallistuminen kotiutuksen suunnitteluun ei pelkästään lisää tyytyväisyyttä kotiutusprosessiin vaan myös toteutuneeseen sairaalahoitojaksoon (Hartwig ym. 2008).

Kuulluksi tuleminen koetaan tärkeäksi, vaikkei itse konkreettiseen päätöksentekoon ikääntyneellä olisikaan resursseja osallistua (Efrainsson 2006, Ekdahl 2010, Udh & Frederiksen 2011). Valmius lähteä kotiin kasvaa, jos ikääntynyt kokee tulleensa ymmärretyksi ja hänen mielipiteensä otetaan huomioon. Ikääntyneet kokevat tulleensa arvostetuksi ja he kokevat, että heihin suhtaudutaan vakavasti, kun he saavat osallistua hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon (Udh & Frederiksen 2011).

Hoitoketjujen puutteellinen toiminta vaikeuttaa yhteistyötä, jolloin ikääntyneiden moninaiset terveydenhuollolliset tarpeet jää huomioimatta ja hoitamatta (Tingvoll ym. 2010). Ikääntyneen hoitoon liittyvissä kliinisissä tiedoissa ja lääkemääräyksissä saattaa olla virheitä, jotka aiheuttavat hoitovirheen mahdollisuuden (Brown ym. 2006). Ahonen ym. (2006) mukaan onnistuneen kotiutuksen tunnusmerkkejä ovat mm. hyvissä ajoin aloitettu kotiutuksen suunnittelu, moniammatillinen yhteistyö eri hoitotahojen välillä hoidon jatkuvuuden ja onnistuneen kotiutumisen turvaamiseksi sekä jatkokuntoutuksen ja hoidon tarpeen selvittäminen jo ennen kotiutumista. Erityisesti on huomioitava tilanteet, joissa kotiutuja itse tai hänen omaisensa ovat huolissaan kotona selviytymisestä tai kotiutuja on ollut pitkään laitoshoidossa, poissa kotoa (Ahonen ym. 2006).

Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää selkeän informaation jakaminen myös kotiutumisen jälkeen kotona hoitoa antaville (Cortes ym. 2004, Byrne ym. 2011, Medeiros ym. 2011). Ikääntyneet ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa hoitoon, mutta puutteita koettiin olevan mm. kotihoidon jatkuvuudessa ja kuntoutuspalveluiden puutteessa (Söderback 2008).

Hyvällä kotiuttamisen etukäteissuunnittelulla on merkitystä onnistuneelle kotiutumiselle. Ikääntyneet ovat silloin tyytyväisiä kotiutukseen ja kokevat hyvällä etukäteissuunnittelulla olevan positiivisia vaikutuksia heidän elämänlaatuunsa. Panostamalla ikääntyneiden kotiutumistilanteisiin, vähennetään käyntejä sairaalapäivystyksessä, akuuttisairaanhoidon tarvetta ja ehkäistään paluuta sairaalahoitoon (Dedhia ym. 2009). Hoitovastuun siirtyessä hoitotaholta toiselle, informaation tärkeys hoitovastuun ottavalle korostuu, koska hoidon suunnittelu perustuu lähettävän hoitoyksikön antamalle informaatiolle (Cortes ym. 2004). Mahdollisimman nopeasti kotiutumisen jälkeen kotiin järjestetyt palvelut vähentävät takaisin sairaalaan joutumisen todennäköisyyttä ja takaavat turvallisemman kotona olemisen (Watkins ym. 2012).

Ikään ihmisen selviytymistä kotiutumisprosessissa voidaan jäsentää ja arvioida esimerkiksi siihen tarkoitukseen luotujen mittareiden ja teorioiden avulla. Kotiuttamissuunnitelman apuna voidaan käyttää esimerkiksi geriatria selvitystä (Dedhia ym. 2009). Viisivaiheinen kotiuttamissuunnitelma aloitetaan tulotilanteen geriatrisella selvityksellä, kun ikääntynyt saapuu hoitoyksikköön. Seuraavaksi ollaan jatkohoitopaikkaan eli kotihoitoon yhteydessä ja järjestetään moniammatillinen palaveri mahdollisten kotiutumisesteiden selvittämiseksi. Ikääntyneen lääkitys käydään tarkkaan läpi yhteistyössä lääkärin ja apteekin kanssa ja viimeisenä vaiheena järjestetään kotiuttamispalaveri juuri ennen kotiutumista (Dedhia ym. 2009). Hyvin tehdyllä kotiutussuunnitelmalla sekä hoidettavan ja hoitohenkilökunnan välisellä vuorovaikutuksella ja yhteistyöllä on merkitystä kotiutujan turvallisuuden tunteen kokemukseen (Udh & Frederiksen 2011).

Kotiutumisen onnistumista voidaan mitata esimerkiksi mittaamalla kotiutujan ja hänestä huolehtivan tyytyväisyyttä kotiutumiseen. Grimmer ja Moss (2001) ovat kehittäneet PREPARED –mittarin, jolla voidaan arvioida kotiutumisen laatua neljällä osa-alueella. Osa-alueet, joihin mittarin kysymykset liittyvät ovat: palveluihin ja apuvälineisiin liittyvän tiedon saanti, lääkityksestä selviytyminen, kotiutumisen jälkeiseen elämään valmistautuminen ja kotiutumisolosuhteiden hallinta. Mittaustulosten perusteella on mahdollista saada palautetta kotiuttamistoimenpiteistä ja toimintaa on mahdollisuus kehittää palautteen perusteella (Grimmer & Moss 2001).

Sosiaaliset suhteet (perhe- ja sukulaissuhteet, ystävien seura ja tuki) ja avun saaminen ilmentävät sosiaalisten verkostojen merkitystä kotiutumisessa (Rajaniemi & Sarvimäki 2005, Udh & Frederiksen 2011). Myös Koposen (2003) tutkimuksessa yhteistyö hoidettavan ja hoitajien (myös perheenjäsenten) välillä nimettiin merkittäväksi tekijäksi kotiutumisprosessissa. Ikään-tyneen ja perheenjäsenten välistä osuutta hoitopaikasta kotiin siirtymävaiheesta selviytymisestä kuvataan kuudella kategoriolla: selviytymistä vaativat muutokset, iäkkään toimiminen muutostilanteissa, iäkkään autonomia, hänen kokema selviytyminen, hänen tietonsa muutostilanteessa ja perheen keskinäinen huolenpito muutostilanteessa. Hoitohenkilökunnan sekä hoidettavan ja hänen perheensä välistä yhteistyötä kuvataan neljällä kategoriolla: selviytymisessä auttaminen, selviytymisen ja hoitotoiminnan yhteensovittaminen, avun saaminen selviytymisessä ja avun puuttuminen siirtymävaiheessa (Koponen 2003).

Sairaalasta kotiutuvat saattavat kuitenkin kokea, että kotiuttamisessa keskitytään fysiologisten ja lääketieteellisten tarpeiden selvittämiseen, enemmän kuin sairaudesta selviytymiseen ja paranemisprosessiin (LeClerc ym. 2002). Hoitohenkilökunnan on mahdollisuus hoitotyön keinoin avustaa hoitoyksiköstä kotiin siirtyvää kotiutumisessa. Hoitoyksikössä on hyvä sopia kotiuttamistilanteisiin sopiva toimintamalli. Henkilökunnalla on mahdollisuus tunnistaa mm. alkureaktioon liittyviä tunnetiloja tai sopeutumattomuuteen liittyvää käyttäytymistä sovitun toimintamallin avulla, jolloin asukkaalle voidaan tarjota hänen tarvitsemaansa apua. Toimintamallin avulla henkilökunnalla on myös mahdollisuus kehittää interventiokeinoja, joilla voi tukea ikääntynyttä asiakasta siirtymisvaiheessa (Brandburg 2007). Informaation puutteellinen siirtyminen hoitotahojen välillä lisää sairaalaan uudelleen joutumisen riskiä (Cortes ym. 2004).

Onnistuneen kotiutuksen tavoitteena on myös, että kotiutunut henkilö selviytyy kotona eikä hänen tarvitse palata sairaalahoitoon. Sairaalan hoitajakson uusiutumiskäsitteitä kutsutaan pyörö-ovi-ilmiöksi (revolving door phenomenon). Sairaalan päivystyksessä käyntien toistuvuus eli hoitajaksojen määrä potilasta kohti on merkittävä ikäihmisten kohdalla. Pääkaupunkiseudun kunnissa toteutetussa tutkimuksessa ilmeni, että hoitajakson uusiutumiskäsitteissä on alueellisia eroja. Sairaalan päivystyksestä kotiutuneista ikäihmisistä kaksi kolmesta päätyy takaisin erikoissairaanhoidon vuoden sisällä (Mäkelä ym. 2007).

Sosiaalisella tuella on merkitystä päätöksenteossa, kun arvioidaan sairaalahoidon tarvetta akuutissa sairastumistilanteessa. Olemassa olevalla sosiaalisella verkostolla on päivystyskäyn-  
tejä vähentävä vaikutus, jos ikääntyneellä on tarve käydä usein päivystysvastaanotolla (Claver  
ym. 2010).

Sairaalaan paluun ehkäisemiseksi ja elämänlaadun parantamiseksi on myös kehitetty toimin-  
tamalleja kuten siirtymiseen liittyvän hoidon malli. Sairaalaan kotiin nimisessä hoitotyön  
mallissa keskitytään tukemaan asiakkaan psykososiaalisia voimavaroja siirtymistilanteessa ja  
mallin avulla on pystytty vähentämään sairaalaan paluun riskiä. Perheenjäsenet ja hoitohenki-  
lökunta voivat edistää iäkkään ihmisen selviytymistä sairaalasta kotiin siirtymisvaiheessa.  
Mallin avulla voidaan selvittää myös potilaan, perheenjäsenten ja hoidonantajien välisen yh-  
teistyön merkitystä kotiutumisen selviytymisen edistämiseksi (mm. Watkins ym. 2012).

### 3.2 Ikääntyneiden omat käsitykset terveydentilastaan sekä selviytymisestäään kotona kuntou- tusjakson jälkeen

Terveys määritellään yleisimmin sairauden puuttumisena ja hyvänä toimintakyknä. Pitkäai-  
kaissairauksien lukumäärä sekä päivittäisistä toiminnoista selviytyminen ovat myös tärkeitä  
itse arvioidun terveyden määrittäjiä. Iäkkäät ihmiset liittävät hyvän terveydentilan määritel-  
mään myös kyvyn säilyttää sosiaalisia suhteita sekä kyvyn pystyä auttamaan muita. Kokemus  
omasta terveydestä antaa tärkeää tietoa ihmisen elämänlaadusta (Leinonen 2008). Tutkittaessa  
itsearvioitua terveyttä, toimintakykyä sekä palveluiden tarvetta ja käyttöä, on saatu uutta tie-  
toa hyvinolon ja itsensä hoitamisen näkökulmasta. Psykkinen toimintakyky ja sosiaaliset  
suhteet ovat tutkimuksen mukaan voimavaroja päivittäiselle selviytymiselle (Rissanen 1999).

Ikääntyneiden arjessa selviytymistä on selvitetty muun muassa kotiin kuntoutumisyksiköistä  
kotiutuneiden asiakkaiden keskuudessa kuntoutumisjakson jälkeen kotona. Arjen sujumista  
helpottavat ja vaikeuttavat asiat sekä saatu ja tarvittava apu ovat olleet tutkimusten kiinnostus-  
ten kohteena (Tepponen 2003, Rajaniemi & Sarvimäki 2005). Sosiaaliset verkostot nimettiin  
tärkeäksi tekijäksi arjessa selviytymiselle (Rajaniemi & Sarvimäki 2005).

Kotihoidon asiakkaat kuvaavat päivittäistä selviytymistä ja avun tarvetta sekä palveluiden käyttöä Tepposen (2003) tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuneet kokivat avuttomuutta ja toimeettomuutta, jos avun saanti oli riittämätöntä. Ympäristön tuki nimetään tutkimuksessa yhdeksi tekijäksi itsenäiselle selviytymiselle kotona. Fyysisen ympäristön toimivuus on myös merkittävä tekijä itsenäiselle selviytymiselle (Tepponen 2003).

#### **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaalasta arviointi- ja kuntoutusyksikköön tulleiden ja takaisin kotiin palanneiden asiakkaiden kokemuksia kotiin paluusta. Kokemuksia kartoitettiin temahaastattelun avulla.

Tutkimuskysymys oli: Miten kotiutujat kokevat arviointi- ja kuntoutusosastolta kotiutumisen ja kotona selviytymisen?

Tarkentaviksi kysymyksiksi muodostettiin kaksi kysymystä:

- Miten läheiset ja hoitohenkilökunta voivat avustaa ja tukea kotiutumisessa ja kotona selviytymisessä?
- Miten haastateltavat kuvaavat kotiutumistaan ja toimintakykyään?



## 5 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

### 5.1 Teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä

Haastattelu eroaa spontaanista keskustelusta siinä, että haastattelun avulla pyritään tiettyyn päämäärään. Haastattelussa keskustelijoiden roolit on myös tarkemmin määritelty, kuin spontanissa keskustelussa: haastattelijalla on tiedon kerääjän rooli ja haastateltavalla tiedon antajan rooli. Tilanteen muodollisuutta korostaa myös haastattelun tallennus nauhoittamalla ja haastattelijan tekemien muistiinpanojen avulla (Ruusuvuori ym. 2009). Tavallisesta keskustelusta se eroaa siinä, että keskustelu käydään tutkijan aloitteesta. Tutkija pyrkii vuorovaikutuksessa selvittämään mitä mieltä haastateltavat ovat hänen tutkimastaan asiasta (Eskola & Vastamäki 2010).

Haastattelututkimuksessa haastateltava ihminen on tutkimustilanteen subjekti ja hänellä on mahdollisuus tuoda esille itseään koskevia asioita vapaasti. Kun halutaan tutkia arkoja tai vaikeita asioita kuten kokemuksia, on haastattelu hyvä menetelmä. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa haastattelun aihe on kaikille sama, mutta kysymykset ja kysymysten muoto vaihtelee, toisin kuin muissa puolistrukturoiduissa ja strukturoiduissa haastatteluissa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47-49). Teemahaastattelussa haastattelun aihepiiri on haastattelijan etukäteen määrittelemä. Haastattelija varmistaa, että teema-alueet käydään läpi haastattelun aikana, mutta käsittelyjärjestys voi muuttua haastattelusta toiseen. Haastattelijalla on teemoista tukilista, muttei valmiita kysymyksiä. Teemahaastattelun etuna on se, että se antaa haastateltavalle mahdollisuuden vastata vapaamuotoisemmin, jolloin kerätty materiaali edustaa vastaajien omaa puhetta (Eskola & Suoranta 2008, 85-88, Eskola & Vastamäki 2010).

Haastattelu ympäristön valinnassa on kuunneltava myös haastateltavan mielipidettä. Kodin ulkopuolinen ympäristö ei automaattisesti ole neutraalimpi haastattelu ympäristö kuin kotiympäristö (Eskola & Suoranta 2008, 40-41). Julkisessa paikassa haastattelu helposti keskeytyy jonkun kolmannen osapuolen toimesta. Haastateltavalle tutussa ympäristössä kuten kotona haastattelulla on mahdollisuus onnistua paremmin. Haastattelija tosin on vieraalla maalla, mutta kutsu haastateltavan kotiin osoittaa luottamusta (Eskola & Vastamäki 2010).

Kvalitatiivisen eli laadullisen aineiston määrä on riittävä, kun uudet tutkimuskohteet eivät tuo enää uutta tietoa tutkimuksen kannalta. Puhutaan aineiston saturaatiosta eli aineiston kylläytymisestä, joka on haasteellinen käsite analysoitaessa puhetta. Saturaatio ei välttämättä toimi aineiston riittävyuden mittarina, jolloin tärkeämpää onkin aineiston mahdollisimman tarkka rajaus ja pienemmän aineiston eheä tulkinta (Eskola & Suoranta 2008, 61-64). Tarkoituksena on, että tietty määrä aineistoa tuo esiin tutkimuksen kannalta oleellisen teoreettisen kuvion. Jos tutkimuksessa pyritään selvittämään tutkittavan asian erityispiirteitä, on tutkimusaineiston oltava suurempi kuin jos kiinnostuksen kohteena on aineiston homogeenisyys eli yhtenäisyys (Tuomi & Sarajärvi 2009, 68-70).

Ikääntyneitä haastateltaessa luottamuksen saavuttaminen vaatii erityistä panostusta haastattelijalta. Ikääntyneillä saattaa olla myös ongelmia aistitoimintojen, muistin tai puheentuottamisen kanssa, jotka voivat tuoda lisähaasteita haastattelutilanteiden toteuttamiseen (Hirsjärvi & Hurme 2001, Lumme-Sandt 2009). Vanhoja ihmisiä haastateltaessa haastateltava on usein kiinnostunut emotionaalisesti merkityksellisistä asioista, jotka saattavat olla ahdistavampia haastattelijalle kuin haastateltavalle, joka kertoo mielellään itselle merkityksellisistä tapahtumista (Lumme-Sandt 2009). Haastatteluaineisto kirjoitetaan haastattelun jälkeen puhtaaksi eli litteroidaan. Sen jälkeen aineiston analysointi riippuu siitä, mihin tarkoitukseen aineistoa aiotaan käyttää. Teemahaastatteluja analysoidaan usein teemoittelemalla litteroitu aineisto (Eskola & Vastamäki 2010).

## 5.2 Fenomenologis-hermeneuttinen metodi aineiston analyysissä

Fenomenologia on tutkimusmenetelmä, jota kuvataan opiksi ilmiöstä (Åstedt-Kurki 2013). Fenomenologialla selvitetään ilmiön olemuksellista merkitysrakennetta. Fenomenologiassa kiinnostuksen kohteena ovat ihmisten kokemukset ja tarkemmin ihmisen kokemuksellinen suhde omaan todellisuuteensa ja elinpiiriin. Kokemus syntyy vuorovaikutuksessa ympäröivän maailman kanssa. Fenomenologisen tutkimuksen kohteena ovat merkitykset, joita ihminen antaa kokemilleen ilmiöille (Laine 2010). Hermeneuttinen fenomenologia on yksi fenomenologian lajeista, jonka tarkoituksena on tulkita tutkittavaa ilmiötä (Åstedt-Kurki 2013). Fenomenologian hermeneuttisella ulottuvuudella tarkoitetaan ymmärtämisen ja tulkinnan teoriaa, jossa etsitään tulkinnalle mahdollisia sääntöjä eli pyritään ymmärtämään ilmiöiden merkityksiä (Tuomi & Sarajärvi 2009). Fenomenologisen ja hermeneuttisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkia millainen ihminen on tutkimuksen kohteena eli ihmiskäsitys. Fenomenologis-hermeneuttisen lähestymistavan ihmiskäsityksessä tutkimuksen kannalta keskeisiä käsitteitä ovat kokemuksen, merkityksen ja yhteisöllisyyden käsitteet (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34-36, Laine 2010).

Yleensä tutkimuksen kohteena ovat ilmiöt, jotka ovat ainakin jollain tasolla tuttuja arkielämästä. Tätä tutkimuskohteen etukäteen tuntemista sanotaan esiyymmärrykseksi. Fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen tarkoituksena on tehdä tunnettua asiaa tiedetyksi ja tiedostetuksi sekä käsitteellistää tutkittava ilmiö eli kokemuksen merkitys (Tuomi & Sarajärvi 2009, Laine 2010). Tutkimuksellista dialogia tutkimusaineiston kanssa kutsutaan hermeneuttiseksi kehäksi. Siinä tutkija käy vuoropuhelua keräämänsä aineiston kanssa, tavoitteenaan ymmärtää toisen ihmisen toiseus avoimella asenteella toista kohtaan. Tutkimuksellisessa dialogissa tutkija käy kehämäisesti dialogia aineiston ja oman tulkintansa välillä, tavoitteenaan oman ymmärryksen korjaantuminen ja syventyminen. Kehän alussa tutkija tekee välittömiä tulkintoja aineistosta (Laine 2010).

Tavoitteena on, että kriittisen ja reflektiivisen asenteen avulla tutkija pääsee irti välittömistä tulkinnoistaan, jolloin aineiston tarkastelu kriittiseltä etäisyydeltä antaa uutta, aiemmin huomaamatonta tietoa. Uuden tiedon ja tulkinnan jälkeen tutkija testaa tulkintaansa jälleen aineiston kanssa. Tavoitteena on, että löydetään todennäköisin ja uskottavin tulkinta tutkittavan kertomasta. Hermeneutiikalla pyritään etsimään ihmisten ilmiöille antamiin merkityksiin mahdollisia sääntöjä, jotka ovat samankaltaisia ja antavat saman merkityksen kaikille samassa yhteisössä eläville ihmisille. Hermeneutiikassa tulkinnan kohteena ovat ihmisten ilmaisut (Laine 2010).

Aineiston analysointivaiheessa tutkittavien kuvaukset jaotellaan merkityskokonaisuuksiksi. Merkityskokonaisuudet löydetään, kun tutkija ymmärtää intuitiivisesti merkitysten välisen yhteyden, omaan kokemukseen perustuvan merkitysten ymmärtämisen myötä. Samankaltaiset merkitykset kuuluvat yhteen ja muodostavat oman kokonaisuuden. Myös tutkimuskysymykset vaikuttavat merkityskokonaisuuksien muodostumiseen. Aiemmin tutkittavien omalla kielellä muodostettu aineisto muokataan tutkimuskysymysten avulla aineistolähtöiseen muotoon tutkittavan kielelle. Koska hermeneutiikassa pyritään ymmärtämään ilmiöiden yksilöllisiä ominaisuuksia, muokattu aineisto ei ole puhdistettu yksiselitteisiksi käsitteiksi. Tulkintaa joudutaan tekemään varsinkin monitulkintaisten haastateltavien ilmaisujen kohdalla. Tällaisissa tilanteissa haastateltavan ilmaisutavan analysointi (esimerkiksi ääninauhan äänensävyistä) ja koko haastattelun kontekstin tulkinta siihen liittyen voi auttaa tulkinnan tekemisessä (Laine 2010).

### 5.3 Tutkimuksen valmistelu

Fenomenologisessa tutkimuksessa haastateltaviksi valitaan henkilöitä, joilla on omakohtaisia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä (Lehtomaa 2009). Kokemukset kotiutumisen olivat tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohde, joten haastateltaviksi valitsin henkilöitä, jotka olivat hiljattain kotiutuneet hoitajaksoilta kotiin. Tutkimuslupa (liite 1) pyydettiin kirjallisesti tutkimuslupahakemus kaavakkeella Helsingin kaupungin sosiaalivirastosta, tutkimusluvan myöntävältä taholta. Informaatio tutkimuksesta lähetettiin kolmen Helsingin alueen vanhustenkeskuksen arviointi- ja kuntoutusosaston osastonhoitajalle.

Liitteenä lopussa on informaatiokirje haastateltavalle sekä suostumuslomake allekirjoitettavaksi ja palautettavaksi tutkijalle (liitteet 2 ja 3).

Kävin etukäteen ennen tutkimuksen aloittamista tutustumassa kaikkiin kolmeen osastoon. Tutustumiskäynnillä kerroin tutkimukseen sopivista haastateltavista. Tutkimukseen sopivia henkilöitä olisivat osastolta kotiin palaavat kuntoutujat, joiden muisti olisi riittävällä tasolla. Riittävä muistin taso mielestäni oli, jos he muistaisivat kotiutumiseen liittyvän tilanteen myös kotiutumisen jälkeen. Arvion tutkimukseen sopivista haastateltavista teki osaston hoitohenkilökunta. Näillä kriteereillä löytyi vähän mahdollisia kotiutujia tutkimusaikana.

Teemahaastattelukysymykset laadittiin etukäteen tutkimuskysymyksistä lähtöisin. Haastattelukysymykset jakautuivat kahden teeman alle. Haastatteluteemat ja haastattelukysymykset olivat:

1. Kokemukset kotiutumisprosessista

- miltä kotiutuminen hoitopaikasta kotiin tuntui
- minkälaista tietoa ja miten kotiutusta suunniteltaessa ja kotiutumistilanteessa saatiin hoitohenkilökunnalta tai muilta kotiutukseen osallistuvilta
- kun kotiutuminen oli tapahtunut, minkälaista tietoa arjessa selviytymisen tueksi tarvitaan

2. Kokemukset omasta toimintakyvystä

- koettiinko toimintakyky hyväksi vai huonoksi hoitajaksolla oloaikana
- onko toimintakyky hyvä vai huono tällä hetkellä kotona kotiutumisen jälkeen
- minkälaisissa päivittäisissä askareissa selviydytään itsenäisesti ja minkälaisissa toiminnoissa saadaan muilta apua

#### 5.4 Haastateltavien valinta, haastattelujen toteutus sekä aineiston litterointi

Osastonhoitajat kartoittivat mahdolliset ehdokkaat haastateltaviksi sekä kysyivät heidän suostumuksensa. He ilmoittivat minulle tutkimusluvan antaneet asiakkaat, jonka jälkeen kävin tapaamassa ehdokkaita osastolla. Liitteinä 2 ja 3 esimerkit tutkimusinformaatiosta ja tutkimussuostumuksesta, jotka olin toimittanut etukäteen osastoille asiakkaille annettavaksi. Suullisesti kerroin vielä tutkimukseen osallistuville tutkimuksen tarkoituksesta ja sovimme siitä, miten otan yhteyttä asiakkaaseen tämän kotiuduttua. Sovimme osastonhoitajien kanssa, että he ilmoittavat minulle haastateltavien kotiutumisajankohdan.

Helsingin kaupungin sosiaalivirastojen kotiinkuntoutusyksiköiden tavoitteena on asiakkaan kuntoutuminen niin, että hänen kotona asumisensa onnistuisi mahdollisimman pitkään. Terveyskeskussairaaloista lähetetään osastoille vanhuksia, joiden kotiutumis- ja kuntoutumisenuste on hyvä. Lisäksi kotihoidosta on mahdollista lähettää kuntoutusosastolle asiakkaita, joilla on pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumisen uhka (Sarvimäki & Muurinen 2006). Sain tutkimussuostumuksen seitsemältä arviointi- ja kuntoutusyksikön asiakkaalta. Haastateltaviksi valikoitui neljä kotiutunutta asiakasta, kolme naista ja yksi mies. Kotiutuneiden ikä vaihteli 84 ja 95 vuoden välillä ja kotiutumisesta oli haastatteluhetkellä kulunut yhdestä viikosta kuuteen viikkoon. Kolme haastatteluun suostunutta ei kuitenkaan voinut antaa haastattelua kotiutumisen viivästymisen ja kunnon heikkenemisen vuoksi.

Kun kotiutuminen oli tapahtunut, otin yhteyttä puhelimitse haastateltaviin. Yhden haastateltavan kohdalla sovin haastattelun osastonhoitajan välityksellä. Haastattelut toteutettiin asiakkaiden kotona, yhtä lukuun ottamatta, joka toteutettiin vanhustenkeskuksen tiloissa asiakkaan toivomuksesta. Haastattelut nauhoitettiin tietokoneelle ja ne kestivät 20 minuutista 42 minuuttiin. Nauhoitettua aineistoa kertyi 2 tuntia 20 minuuttia.

Haastattelutilanteessa minun piti mahdollisimman tarkkaan arvioida aiemmat omat kokemukseni vanhusten haastattelemisesta. Olen aiemmilta koulutuksiltani sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja ja lisäksi olen toiminut esimiestehtävissä useamman vuoden ajan vanhustenhuollon puolella. Olen työni puolesta haastatellut useita vanhuksia hoidon ja palvelutarpeen arviointia varten. Nyt olin kuitenkin erilaisessa roolissa tutkijana haastattelemassa.

Neljännän eli viimeisen haastattelun yhteydessä haastateltava kuvaili kokemuksiaan osittain samalla tavalla kuin aiemmissa haastatteluissa oli tullut esille. Jokainen haastattelu sisälsi kuitenkin yksilöllisiä ja persoonallisia kokemuksia, joten aineiston varsinaisesta saturoinnista ei voida puhua. Muutama lisähaastattelu olisi voinut tuoda esille vielä enemmän ja uusia kokemuksia kotiutumisesta. Pienemmän aineiston eheää tulkintaa voidaan pitää laadullisen aineiston riittävyyden mittarina (Eskola & Suoranta 2008, 61-64).

Fenomenologisessa tutkimusaineiston ensimmäisessä työstövaiheessa kuvataan se mitä aineistossa on sanottu mahdollisimman tarkasti. Tavoitteena on kuvata tutkittavan kertomus kokemastaan mahdollisimman alkuperäisesti, jotta tutkimuksen edetessä tutkijan olisi mahdollista ymmärtää syvemmin ilmaisuja merkitykset tutkittavan omasta näkökulmasta (Laine 2010). Kuuntelin haastatteluaineiston useaan kertaan ja kirjoitin sen sanatarkasti puhtaaksi. Myös kaikki naurahdukset, tauot ja äänenpainon muutokset tallennettiin, koska niillä saattaa olla merkitystä aineiston tulkinassa. Kun aineisto kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin, kirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 61 konekirjoitusliuskaa.

### 5.5 Aineiston analysointimenetelmä

Aineiston analysointimenetelmäksi valitsin Perttulan (1995a) kaksivaiheisen fenomenologisen aineiston analysointimenetelmän, jossa on molemmissa kahdessa päävaiheessa seitsemän osavaihetta. Valitsin Perttulan menetelmän, joka on selkeästi vaiheittain etenevä, koska mielestäni sen avulla oli helppo hahmottaa aluksi sekavaltakin tuntuva aineisto.

Ottaen huomioon litteroidun aineiston laajuuden, joka oli mielestäni laaja ajatellen tutkittavien määrää, Perttulan fenomenologisen aineiston analysointimenetelmän avulla pystyin rakentamaan koko aineistoa koskevan kokonaisuuden, mutta kuitenkin myös erottamaan siitä löytyvät yksilölliset piirteet. Haastateltavina olleet vanhukset kertoivat vuolaasti kokemuksistaan liittyen kotiutumiseen, toimintakykyynsä ja avunsaantiin. Haastatteluaineisto ja siitä tehty litteroitu aineisto sisälsi paljon muutakin kuin vastauksia esittämiini kysymyksiin. Analyysimenetelmän avulla sain ryhmiteltyä aineiston helpommin hallittaviin kokonaisuuksiin.

Perttula on käyttänyt analysointimenetelmänsä pohjana Giorgin (1999) fenomenologisen aineiston analysointiin kehittämää nelivaiheista analysointimenetelmää. Lähtökohtana analyysimenetelmän laajentamiselle oli tarve saada yksityiskohtaisempi ja tarkempi analysointimenetelmä, jonka avulla tutkija pystyy tulkitsemaan tutkittavien ilmiölle antamia merkityksiä (Perttula 1995a). Giorgin alkuperäinen metodi koostuu neljästä vaiheesta: tutkijan perehtyminen aineistoon lukemalla tutkittava aineisto moneen kertaan läpi, aineiston perusteella muodostetaan merkitysyksiköt, aineiston muuntaminen tutkijan kielelle ja aineiston siirtäminen merkitysyksiköihin, jotka kuvaavat tutkittavien kokemuksia tutkittavasta asiasta (Giorgi 1999).

Metodin ensimmäisessä vaiheessa tutkija sulkeistamalla itsensä eli eläytyy tutkittavien kokemuksiin ilman ennakkokäsityksiä avoimella ja refleктоivalla aineiston lukemisella. Toisessa vaiheessa erotetaan merkityksen sisältävät yksiköt, muodostetaan aineistoa ja tutkittavaa ilmiötä kuvaavat sisältöalueet eli pyritään löytämään merkityskokonaisuudet, kolmannessa vaiheessa merkityksen sisältävät yksiköt muunnetaan tutkijan tieteenalan kielelle ja neljännessä vaiheessa muunnetut merkityksen sisältämät yksiköt yhdistetään sisältöalueittain ja laaditaan yksilökohtainen merkitysrakenne. Muunnetut lauseet siis jaetaan sisältöalueittain tutkittava-kohtaisesti ilmaisemaan yksilön antamia merkityksiä ilmiölle (Koivisto 2003).



Giorgi (1999) kehitti aineiston analysointimetodinsa psykologisten ilmiöiden tulkitsemiseen. Perttula (1995a) jatkoi ja laajensi menetelmän kehittämistä teemahaastattelujen analysointiin sopivammaksi. Perttulan Giorgin menetelmästä laajentama menetelmä muodostuu kahdesta päävaiheesta: metodin ensimmäisessä vaiheessa analysoidaan tutkittavien yksilökohtaisia merkitysverkostoja ja toisessa vaiheessa analysoidaan yleistä merkitysverkostoa, jolloin tavoitteena on muodostaa käsitteellisesti yleistä tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Molemmat metodin vaiheet muodostuvat seitsemästä osavaiheesta. Tarkoitus on, että analysoinnissa edetään johdonmukaisesti tässä järjestyksessä (Perttula 1995a, Lukkarinen 2001).

## **6 AINEISTON ANALYYSI**

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa muodostetaan yksilökohtainen merkitysverkosto tutustumalla aluksi aineistoon, jonka jälkeen muodostetaan sisältöalueet. Seuraavaksi erotetaan merkityksen sisältävät yksiköt aineistosta ja muunnetaan yksiköt tutkijan kielelle. Merkityksen sisältävät yksiköt siirretään aiemmin muodostettuihin sisältöalueisiin. Näin muodostuu sisältöalueittain etenevä yksilökohtainen merkitysverkosto, josta sisältöalueista riippumaton merkitysverkosto muodostaa yksilöllisen kertomuksen (Perttula 1995a).

Analyysin toisessa vaiheessa muodostetaan yleinen merkitysverkosto jakamalla ensin sisältöalueista riippumaton yksilökohtainen merkitysverkosto merkitysyksiköihin, joissa yksilöllinen kokemus ei enää ole esillä. Seuraavaksi muodostetaan sisältöalueet yleisistä merkitysyksiköistä ja sijoitetaan yleiselle kielelle muunnetut merkitysyksiköt sisältöalueisiin. Sisältöalueet jaetaan spesifiin sisältöalueisiin ja merkitysyksiköiden välisiä sisällöllisiä yhteyksiä reflektoidaan sisältöalueittain. Sisältöalueen yleinen merkitysverkosto muodostetaan jokaisesta sisältöalueesta, jonka jälkeen merkitysverkostot asennetaan toistensa yhteyteen ja tutkittavan ilmiön yleinen merkitysverkosto muodostetaan (Perttula 1995a).

## 6.1 Yksilökohtaisen merkitysverkoston analyysi

Analyysin ensimmäisen osan ensimmäisessä osavaiheessa tutkija tutustuu litteroituun tutkimusaineistoon lukemalla sen useaan kertaan. Tutkimusaineiston avoimen lukemisen tarkoituksena on tutkijan ennakkokäsitysten sulkeistaminen ja tutkittavien ilmaisujen kokemuksellisen merkittävyyden ymmärtäminen (Perttula 1995a, Lukkarinen 2001). Luin litteroimaani aineistoa ensin muutamaan kertaan alleviivaten mielestäni haastateltavien ilmaisemat merkitykselliset kohdat. Pysin sulkeistamaan oman hoitoalan taustani kuuntelemalla haastatteluja ja lukemalla litteroituja tekstejä mahdollisimman objektiivisesti. Hoitoalan työkokemukseni koostuu kokonaisuudessaan vanhustenhoidon puolelta, joten objektiivisen aineiston käsittelyn koin haasteelliseksi. Sen jälkeen kuuntelin vielä uudemman kerran nauhoitetun aineiston läpi tarkistaen litteroidun tekstin ja varmistaen, että olin huomionnut kaiken oleellisen (äänenpainotukset ym.).

Toisessa vaiheessa muodostetaan tutkittavien yhteiset sisältöalueet (Perttula 1995a, Lukkarinen 2001). Kun olin lukenut litteroimani tekstin useampaan kertaan, muodostin tutkimusaineistoa jäsentäviksi keskeisiksi sisältöalueiksi kuusi osa-aluetta: osastolla vietetty aika, kotiutumistilanne, kotona selviytyminen, aiempi toimintakyky, pelko toimintakyvyn menetyksestä ja muilta saatu apu ja tuki.

Metodin ensimmäisen osan kolmannessa vaiheessa tutkimusaineisto jaetaan merkityksen sisältäviin yksiköihin. Ne voivat muodostua esimerkiksi yhdestä haastattelijan ja haastateltavan puheenvuorosta, joka muodostaa ehjän asia- tai kokemussisällön (Perttula 1995a, Lukkarinen 2001). Muodostin jokaisesta litteroidusta haastattelusta oman analyysirungon tekstinkäsittelyohjelmalla (yhteensä neljä). Kopioin litteroidusta tekstistä haastateltavan ja mahdollisesti myös haastattelijan puheenvuorosta (jos se oleellisesti selkeyttää haastateltavan vastausta) kuudelle eri osa-alueelle liittäen mielestäni merkitykselliset puheenvuorot. Seuraavassa yhden tutkittavan haastattelusta esimerkki kotiutumistilanteeseen liittyvistä merkityksen sisältävästä yksiköstä (H= haastattelija, V= vastaaja).

*H: Mmm kyllä kyllä no tota jos nyt vielä tähän lopuks niinku haluisitteko jotain sanoo siitä siitä niinkun siitä siirtymisestä kun tulitte sieltä osastolta tänne sieltä arviointi ja kuntoutusosastolta tänne tänne kotiin niin niin tota onko jotain semmosta joka on jääny mieleen erityistä V: Ei oo mitään sellasta ristiriitaa jääny että. Kaikki sujuu hyvin että minä kotiuduin ja siinä ku mulle sanottiin et siel on kaikki kunnossa et ei oo mitään puhelimet ja telkkarit ja ne on kaikki siel paikallaan että (H1).*

Neljännessä vaiheessa merkityksen sisältävät yksiköt muunnetaan tutkijan kielelle. Sulkeistamisen merkitys korostuu tässä vaiheessa, koska tutkittavien merkitykset kohtaavat tutkijan kokemusmaailmassa olevat merkitysyhteydet. Tutkijan intuition avulla syntyy ymmärrys ilmiöstä, joka havaitaan. Tutkijan on pyrittävä siihen, että mahdollisimman moni ymmärtää muunnetun tekstin samalla tavalla. Tämän vuoksi teoreettista kieltä tulisi välttää. Tämä analyysin vaihe on tärkeä, koska tutkijan kielelle muunnettujen merkitysten perusteella muodostetaan yksilökohtaiset merkitysverkostot (Perttula 1995a, Lukkarinen 2001). Muunsin puheenvuorot tutkijan kielelle kirjoittamalla ne isoilla kirjaimilla merkityksen sisältävien yksiköiden alapuolelle. Seuraavassa edellisestä esimerkistä muunnettu puheenvuoro:

*H: Mmm kyllä kyllä no tota jos nyt vielä tähän lopuks niinku haluisitteko jotain sanoo siitä siitä niinkun siitä siirtymisestä kun tulitte sieltä osastolta tänne sieltä arviointi ja kuntoutusosastolta tänne tänne kotiin niin niin tota onko jotain semmosta joka on jääny mieleen erityistä V: Ei oo mitään sellasta ristiriitaa jääny että. Kaikki sujuu hyvin että minä kotiuduin ja siinä ku mulle sanottiin et siel on kaikki kunnossa et ei oo mitään puhelimet ja telkkarit ja ne on kaikki siel paikallaan että (H1)*

HÄN KOKEE, ETTÄ KOTIUTUMINEN SUJUI HYVIN, EIKÄ MIELEEN JÄÄNYT EPÄKOHTIA KOTIUTTAMISTILANTEESTA. HOITAJAT KERTOIVAT, ETTÄ UUSI KOTI ON KUNNOSSA JA VALMIINA.

Ensimmäisen osan viidennessä vaiheessa merkityksen sisältämät yksiköt ja niistä tehdyt muunnokset sijoitetaan tutkimusaineistoa jäsentäviin sisältöalueisiin (Perttula 1995a, Lukkarinen 2001).

Toisessa vaiheessa olin usean kuuntelukerran ja litteroidun tekstin lukemisen jälkeen muodostanut aineiston perusteella kuusi sisältöaluetta: osastolla vietetty aika, kotiutumistilanne, kotona selviytyminen, aiempi toimintakyky, pelko toimintakyvyn menetyksestä ja muilta saatu apu ja tuki. Tekstinkäsittelyohjelmaa apuna käyttäen siirsin merkityksen sisältämät yksiköt ja niistä tehdyt muutokset muodostamiini sisältöalueisiin.

Kuudennessa vaiheessa muodostetaan sisältöalueittain etenevä yksilökohtainen merkitysverkosto. Tarkoituksena on yhdistää merkityksen sisältävät yksiköt toistensa yhteyteen ja löytää yksiköiden muunnoksista sekä ainutkertaisia että toistuvia merkitys tihentymiä. Näin muodostuu kertomus, jossa yksi sisältöalue muodostaa yhden kappaleen (Perttula 1995a, Lukkarinen 2001). Muodostin jokaisesta neljästä haastatteluaineistosta oman kertomuksen, joissa kappaleet muodostuivat aiemmin muodostamistani kuudesta sisältöalueesta.

Analyysin ensimmäisen vaiheen viimeisessä osassa muodostetaan sisältöalueista riippumaton merkitysverkosto. Tarkoituksena on liittää yhteen edellisessä vaiheessa muodostetut sisältöalueet ja tarkentaa edellisen vaiheen tuloksia (Perttula 1995a). Koska sisältöalueet muodostavat jo itsessään ajallisesti muodostuneen kokonaisuuden, en nähnyt tarpeelliseksi merkitysverkoston uudelleen muokkaamista. Myöskään Perttula (1995a) ja Lukkarinen (2001) eivät käyttäneet tätä vaihetta tutkimuksissaan, koska sisältöalueet liittyivät jo valmiiksi toistensa yhteyteen.

## 6.2 Yleisen merkitysverkoston analyysi

Analyysin toisen päävaiheen tarkoituksena on muodostaa yleinen merkitysverkosto. Yleinen merkitysverkosto kuvaa käsitteellisesti tutkittavasta ilmiöstä muodostettua yleistä tietoa. Yleisen tiedon on oltava niin kattavaa, että se sisältää kaiken yksilökohtaisen tiedon. Toisen päävaiheen ensimmäisessä osassa siirrytään yksilön koetusta maailmasta kohti yleistä tietoa (Perttula 1995a, Lukkarinen 2001). Tulososiossa on esimerkkinä haastattelu 2:n yleiselle tasolle muutettu haastattelukokonaisuus.

Toisessa vaiheessa kiinnostus kohdentuu merkityssuhteisiin, jotka näkyvät kaikkien tutkittavien koetussa maailmassa. Yleinen tieto saadaan näkyviin merkityssuhteissa muuntamalla ne kielelle, jossa kokemusten yksilöperusteisuus on poistettu. Näin muodostuvat merkityssuhde-ehdotelmat, jotka ovat sovellettavissa yleisellä tasolla yksilötason sijaan. Merkityssuhde-ehdotelmista muodostetaan sisältöalueet (Perttula 1995a, Lukkarinen 2001). Luin ja vertasin merkitysverkostoja, joista yksilökohtainen tieto oli poistettu. Näin löysin kaikkia haastateltavia koskevat yhteiset sisältöalueet. Tässä aineistossa yleisen merkitysyksiköiden sisältöalueiksi muodostuivat: kuntoutusjakson merkitys, kotiutumistilanteen kokeminen, aiemman ja nykyisen toimintakyvyn kokeminen sekä muilta saadun tuen merkitys.

Kolmannessa vaiheessa yleiselle kielelle muunnetut merkitysverkostot sijoitetaan uusille muodostetuille sisältöalueille (Perttula 1995). Seuraavassa aiemmin esimerkkinä olleen haastattelu 2:n sijoittuminen sisältöalueille.

#### 1. Kuntoutusjakson merkitys

*Kuntoutusjaksolle ei olisi haluttu mennä. Kuntoutusjaksolla oltiin sen vuoksi, että tarkkailtiin toimintakykyä. Oletuksena oli, että kuntoutusjakso olisi kestänyt kauemman aikaa. Kuntoutusosastolla oli mukava olla eikä hoidosta ja sen jatkuvuudesta ollut epäselvyyksiä.*

#### 2. Kotiutumistilanteen kokeminen

*Kotiuttaminen tapahtui, koska ei ollut tarvetta enää olla kauempaa aikaa osastolla. Tieto kotiutumisesta saatiin heti, kun siitä oli päätetty. Kotiutumistilanteen avunsaanti oli riittävää ja siitä oli sovittu hyvin. Kotihoidon käynnit oli sovittu ennen kotiutumista. Kotiin oli mukava lähteä ja siellä on mukava olla.*

### 3. Aiemman ja nykyisen toimintakyvyn kokeminen

*Päivätoimintaan osallistumisella koettiin olevan merkitystä kotona selviytymiselle. Kotoa ulospääsyssä on ongelmia huonon toimintakyvyn ja hissien puutteen vuoksi. Ajanvietteenä TV:n katselu ja radion kuuntelu on mieluista. Koti koetaan toimivaksi, mutta selviytymiseen kotona tarvitaan muiden apua. Kotona on paljon mielekästä tekemistä, mutta toimintakyvyn menetystä pelätään. Liikuntamuodoista kävely on aiemmin ollut tärkeää. Aiemmin on vietetty aktiivista elämää ja harrastettu erilaisia asioita ystävien kanssa. Myös kirjojen ja lehtien lukeminen oli aiemmin tärkeää, kun näkö oli vielä riittävän hyvä. Toimintakyky on heikentynyt niin, että kotoa ulos pääseminen ei onnistu ilman muiden apua. On pelko siitä, ettei kotitöiden tekeminen enää onnistu.*

*Koska on aiemmin harrastettu paljon asioita kodin ulkopuolella, ollaan tyytyväinen siitä, että edes kerran viikossa pääsee kotoa pois muualle. Epäonnistuneiden toimenpiteiden vuoksi pelätään mennä toimenpiteeseen, joka parantaisi toimintakykyä.*

### 4. Muilta saadun tuen merkitys

*Sukulaiset ja kotihoidon työntekijät avustavat kotona selviytymisessä. Sukulaisilta saatu apu on tärkeintä, mutta kotihoidosta käydään avustamassa päivittäin. Avunsaanti on riittävää. Muita avunantajia ovat taksinkuljettaja, siivooja, seurakunnan työntekijä ja vapaaehtoistyöntekijä.*

Neljännessä vaiheessa neljälle muodostetulle sisältöalueelle muodostetaan spesifiset sisältöalueet (Perttula 1995a). Seuraavassa edellisestä esimerkistä haastattelu 2:sta, kahden ensimmäisen sisältöalueen jaottelu ja analysointi siitä, onko merkitys tai kokemus ollut hyvä vai huono.

### Kuntoutusjakson merkitys

*Kuntoutusjaksolle ei olisi haluttu mennä. Oletuksena oli, että kuntoutusjakso olisi kestänyt kauemman aikaa (huono). Kuntoutusosastolla oli mukava olla eikä hoidosta ja sen jatkuvuudesta ollut epäselvyyksiä. Kuntoutusjaksolla oltiin sen vuoksi, että tarkkailtiin toimintakykyä (hyvä).*

### Kotiutumistilanteen kokeminen

*Kotiuttaminen tapahtui, koska ei ollut tarvetta enää olla kauempaa aikaa osastolla. Tieto kotiutumisesta saatiin heti, kun siitä oli päätetty. Kotiutumistilanteen avunsaanti oli riittävää ja siitä oli sovittu hyvin. Kotihoidon käynnit oli sovittu ennen kotiutumista. Kotiin oli mukava lähteä ja siellä on mukava olla (hyvä).*

Viidennessä vaiheessa jokaiseen spesifiseen sisältöalueeseen sijoitetut merkityksen sisältävät yksiköt liitetään toisiinsa, jolloin saadaan spesifisesti yleinen merkitysverkosto. Merkitysyksiköiden välisiä sisällöllisiä yhteyksiä reflektoidaan sisältöalueittain (Perttula 1995).

### Kuntoutusjakson huono onnistuminen

*Kuntoutusjaksolle ei olisi haluttu mennä. Oletuksena oli, että kuntoutusjakso olisi kestänyt kauemman aikaa. Huone, jossa oltiin, koettiin epämiellyttävänä.*

Kotiutumistilanteen onnistuminen hyvin

*Tieto kotiutumisesta saatiin riittävän ajoissa. Siirtyminen kotiin koettiin sujuvan hyvin eikä epäkohtia ilmennyt. Kotiin lähdettiin mielellään, koska kotona on hyvä olla.*

Kuudennessa vaiheessa jokaisesta sisältöalueesta muodostetaan sisältöalueen yleinen merkitysverkosto. Seitsemännessä vaiheessa asennetaan merkitysverkostot toistensa yhteyteen ja tutkittavan ilmiön yleisen merkitysverkoston muodostetaan. Toisen päävaiheen seitsemäs vaihe on empiirisen analyysin päätepiste, jossa näkyy yleinen tieto tutkittavasta ilmiöstä (Perttula 1995a, Lukkarinen 2001).

Vertailin yleiseksi tiedoksi muunnettuja yksilökohtaisia merkityksiä keskenään ja muodostin kotiutumisen kokemusta kuvaavan yleisen merkitysverkoston, jossa tulee esille haastateltavien esittämät merkitykset kotiutumisilmiölle. Analyysin tulokseksi, yleisen kotiutumisen kokemusta kuvaavaksi merkitysverkostoksi muodostui: kuntoutusjakson merkitys, kotiutumistilanteen kokeminen, aiemman ja nykyisen toimintakyvyn kokeminen sekä muilta saadun tuen merkitys. Merkitysverkosto on esitetty tuloksissa.



## 7 TULOKSET

Tutkittavina tässä tutkimuksessa olivat neljä arviointi- ja kuntoutusosastoilta kotiutunutta asiakasta. Tutkimukseen osallistuneista kolme oli siirtynyt sairaalahoidosta jatkohoitoon arviointi- ja kuntoutusosastolle, yksi oli mennyt suoraan kotoa osastolle toimintakyvyn arviointiin. Kaikki tutkittavat asuivat yksin. Tutkittavat kuvasivat kokemuksiaan kotiutumisesta neljällä merkitysalueella: kuntoutusjakson merkitys, kotiutumistilanteen kokeminen, aiemman ja nykyisen toimintakyvyn kokeminen sekä muilta saadun tuen merkitys.

Yksilökohtaisesti tutkittavat kuvasivat haastatteluissa kotiutumistaan kuudella eri sisältöalueella: osastolla vietetty aika, kotiutumistilanne, kotona selviytyminen, aiempi toimintakyky, pelko toimintakyvyn menetyksestä ja muilta saatu apu ja tuki. Yksilökohtaisten sisältöalueiden pohjalta muodostettiin kaikkia tutkittavia koskevat yleiset kotiutumista kuvaavat merkitysalueet: aiemman toimintakyvyn merkitys, kuntoutusjakson merkitys, kotiutumistilanteen kokeminen, nykyisen toimintakyvyn kokeminen ja muilta saadun tuen merkitys. Kotiutumista kuvaavat merkitysalueet sijoittuvat ajallisesti ennen kotiutumista ja kotiutumisen jälkeen olevaan ajanjaksoon. Muilta saadun tuen merkitys korostuu kaikilla muilla merkitysalueilla koko kotiutumisprosessin ajan. Kuviossa 1 on kuvattu kotiutumisen kokemuksen merkitysverkosto.

→ Muilta saadun tuen merkitys →



Kuvio 1. Kotiutumisen kokemuksen merkitysverkosto kuvaa kotiutumisen kokemusta.

## 7.1 Kotiutumista kuvaavat sisältöalueet

Tutkittavat kuvasivat kotiutumistaan osastolla vietetyn ajan, kotiutumistilanteen, kotona selviytymisen, aiemman toimintakyvyn, toimintakyvyn menetyksen pelon ja muilta saadun avun ja tuen näkökulmista.

Arviointi- ja kuntoutusosastolla vietettyä aikaa kuvattiin hyvänä hoitona osastolla, vaikka joitakin epäkohtia, kuten huoneen kylmyys, mainittiin. Tarjolla ollut ruoka oli hyvää ja iäkkäille sopivaa. Osastolla vietetty aika koettiin hyvänä myös osastolla olevan sosiaalisen elämän vuoksi. Muiden asukkaiden ja hoitajien läsnäolo loi turvallisuutta ja vähensi yksinäisyyden tunnetta. Osastolla olevien muiden ihmisten läsnäolo koettiin mukavana lähinnä keskusteluseurana. Osa tutkittavista koki osastojakson turhana, koska he kokivat olevansa kuntoutumiseen liian vanhoja.

Kotiutumistilanne saatettiin kokea epävarmana oman heikon toimintakyvyn vuoksi. Kotiutumisen onnistumista jännitettiin vielä kotiinlähtöpäivänäkin. Vaikka ennen kotiutumista järjestetyssä hoitokokouksessa asiakkaalle selvitettiin sinne järjestettävän avun laatu ja määrä sekä kotona asumisen hyödyt, saattoi asiakkaalle jäädä epäselväksi kokouksessa sovitut asiat. Yksi tutkittavista kaipasi kirjattua tietoa sovitusta asioista liittyen arviointi- ja kuntoutusosastolle menemiseen ja sieltä kotiutumiseen. Osa tutkittavista koki kotiutumistilanteen sujuneen hyvin hoitajien ja omaisten tuella, vaikka kotiutumisen suunnittelun vaiheet olivatkin jääneet epäselväksi. Tutkittavat saattoivat kokea, että heille kerrottiin mitä seuraavaksi tapahtuu (hyvin nopeallakin varoitusajalla), mutta he kokivat ettei heidän mielipidettään kysytty.

Tutkittavat kokivat selviytyvänsä kotonaan pääsääntöisesti hyvin. Kotona selviytymisen heikentävinä tekijöinä mainittiin muun muassa ulkopuoliselta ateriapalvelutuottajalta tuleva ruoka, jota ei pystytty syömään sen laadun ja rakenteen vuoksi. Lisäksi epävarmuus ruuan saamisen ajankohdasta aiheutti yhdelle tutkittavista epävarmuuden tunteita omasta selviytymisestäään.

Kyseinen tutkittava olisi halunnut muuttaa asumaan palvelutalotyyppiseen asuntoon, jossa ruokailuajat olisivat säännöllisiä ja ruuan laatu hänelle sopivampaa sekä avun saanti parempaa. Kotona selviytymisessä tukivat paitsi hoitohenkilökunta myös läheiset ja ystävät. Läheisiltä saatu apu oli asioiden hoitoon liittyvää apua kuten kaupassa käyntiä tai keskusteluapua.

Aiempaa toimintakykyä tutkittavat kuvasivat lähinnä aiemmin mielekkäänä koettuina aktiviteetteina, joita ei nykyisellä toimintakyvyllä ollut enää mahdollisuus tehdä. Näitä olivat esimerkiksi lukeminen, ulkoilu, kulttuuriharrastuksiin osallistuminen ja yleensäkin kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistuminen.

Tutkittavat kaipasivat ja muistelivat aiempaa aktiivista elämäänsä, johon heillä ei heidän kokemuksensa mukaan ollut enää mahdollisuutta osallistua. Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen oli saattanut rajoittaa kotoa ulos pääsemistä, varsinkin jos kodista ulospääsystä esteenä olivat portaat eikä hissiä ollut, kuten kahden tutkittavan kohdalla. Myös muistin heikkeneminen rajoitti ulos lähtemistä, koska osa tutkittavista pelkäsi eksymistä.

Pelko toimintakyvyn menetyksestä ilmeni tutkittavien kertomana sekä psyykkisen että fyysisen toimintakyvyn menetyksen pelkona. Psyykkisen toimintakyvyn menetystä kuvattiin elämänhalun menetyksen pelkona ja muistin menetyksen pelkona. Fyysisen toimintakyvyn menetyksen pelkoa kuvattiin kävelykyvyn menetyksen pelkona ja näkökyvyn menetyksen pelkona. Yksi tutkittavista pelkäsi myös uusien sairauksien ilmaantumisesta, joka heikentäisi toimintakykyä lisää.

Muilta saatua apua ja tukea kuvattiin hoitohenkilökunnan ja läheisten antamana apuna. Osa tutkittavista koki, ettei saa tarvitsemaansa apua ajallaan eikä tarpeeksi. Enimmäkseen saatuun apuun ja tukeen oltiin kuitenkin tyytyväisiä.

## 7.2 Yksilökohtainen merkitysverkosto

Yksilökohtaiset merkitysverkostot kuvaavat kunkin haastateltavan henkilökohtaisia kokemuksia kotiutumistilanteesta. Seuraavassa kaikkien neljän tutkittavan yksilökohtaiset merkitysverkostot kertomuksen muodossa.

### Tutkittava 1:

Tutkittavan mielestä osastolla ei tarvinnut olla toimintakykyinen, koska siellä ei tarvinnut kuin kävellä ruokapöytään ja takaisin omaan huoneeseen. Mukavaksi hän koki sen, että osastolta lähdettiin ulos kävelyille yhdessä eikä ulos tarvinnut lähteä yksin. Osastolla oloaikana oli vaikeaa arvioida, millaista kotona selviytyminen tulisi olemaan.

Tutkittavan mielestä hoitajat eivät kertoneet etukäteen juurikaan kotiutumiseen liittyvistä asioista eivätkä avustaneet kotiutumistilanteessa. Hän koki kuitenkin, että kotiutumistilanne sujui hyvin eikä hän kokenut mitään epäkohtia kotiutumisessaan tapahtuneen.

Tutkittavan mielestä kotona selviytymisen ehtona on, että osaa sopeutua uuteen tilanteeseen. Itse hän kokee pärjäävänsä kotona, koska kotona on sopivan paljon aktiviteetteja. Aika kuluu kotona hyvin sen vuoksi. Vaikka tutkittava kokee selviytyvänsä kotona hyvin, yksinolo kotona pitkästyyttää.

Tutkittava on liikkunut aiemmin paljon ulkona, mutta nykyään hän ei halua mennä yksin ulos. Hän kokee, ettei hänen jalkojensa toiminnassa ole vikaa ja hän haluaisi kävellä luonnossa. Tutkittava pelkää, ettei hänen muistinsa toimi riittävän hyvin ulkona liikkuesssa ja toivoisi siksi, että hoitaja tulisi mukaan hänen kanssaan ulos. Hän on aiemmin myös saunonut paljon, muttei tiedä uuden asuintalonsa saunomismahdollisuuksista. Koska tutkittava on menettänyt näkökyvyn toisesta silmästään, hän pelkää näkökyvyn menetystä. Näkökyvyn menetys tarkoittaisi hänelle toisten avun varaan joutumista. Tällä hetkellä hän saa kotihoidosta apua päivittäin.

## Tutkittava 2:

Tutkittavan poika halusi tutkittavan arviointi- ja kuntoutusosastolle tarkkailtavaksi, vaikka tutkittava itse ei olisi sinne halunnut. Hän koki olleensa osastolla siksi, että siellä haluttiin selvittää hänen tämänhetkisen toimintakykynsä tasoa. Tutkittavan omaiset olisivat toivoneet kuntoutusjakson kestävän pidempään kuin puolitoista kuukautta. Tutkittava koki osastolla oloajan mukavana eikä mikään asia jäänyt epäselväksi osastolla.

Tutkittava viihtyy kotonaan ja lähti siksi mielellään takaisin kotiin osastojakson jälkeen. Heti kun kotiuttamispäätös tehtiin, tutkittava sai siitä tiedon. Hän koki saaneensa riittävästi apua kotiutumistilanteen sujumiseksi myös kotona. Tutkittava saa apua kotihoidolta ja tulee mielestään hyvin toimeen hoitajien kanssa.

Tutkittava toivoo, että päivätoiminta jossa hän käy viikoittain, kestäisi aina kerrallaan kauemmin, koska hän jaksaisi olla siellä pidempään. Hän kokee, että päivätoiminnasta on hyötyä hänen kotona selviytymiselleen, koska siellä on tarjolla sosiaalista kanssakäymistä. Tutkittavan mielestä hänen kotinsa ainoa huono puoli on se, ettei hänen kotitalossaan ole hissiä. Tutkittava tulee mielestään muuten hyvin toimeen kotonaan, mutta hissien puute rajoittaa hänen kotoa ulospääsyään. Kotinsa hän kokee tilavaksi ja toimivaksi, mutta tarvitsee muiden apua selviytyäkseen kotona. Tutkittava liikkuu kotonaan rollaattorin avulla. Kotonaan hän saa ajan kulumaan mukavasti kuuntelemalla radiota, katselemalla TV:tä ja kuuntelemalla äänikirjoja.

Tutkittava oli eläkkeelle jäädessään aktiivinen. Liikunta oli hänelle tärkeää, hän on aiemmin voimistellut ja käynyt kävelemässä usein. Aiemmin hän osallistui myös aktiivisesti palvelukeskuksessa järjestettävään toimintaan, hän opiskeli kieliä, kävi teatterissa ja retkillä sekä lainasi kirjoja. Tutkittava ystävystyi palvelukeskuksessa muihin eläkeläisiin, joiden kanssa hän teki matkoja. Aikaisemmin, kun hänellä oli parempi näkö, hän luki paljon kirjoja ja lehtiä.

Tutkittavan mielestä kotona on paljon mielekästä tekemistä, mutta hän pelkää näkökyvyn menetystä, koska silloin esimerkiksi TV:n katselu ei onnistuisi. Hän pelkää toimintakyvyn menetystä, jolloin hän ei pystyisi tekemään mitään kotona. Tutkittava on tyytyväinen, että hän pääsee kerran viikossa osallistumaan päivätoimintaan, koska hän ei pääse enää teatteriin tai muihin aktiviteetteihin. Hänen kaksi viimeisintä leikkaustaan epäonnistui, joten hän ei ole uskaltanut mennä enää lonkkaleikkaukseen. Hän on sitä mieltä, että lonkkaleikkaus olisi parantanut hänen liikkumiskykyään.

Tutkittavan poika ja pojan vaimo käyvät avustamassa häntä kotona. Myös kotihoidosta käydään avustamassa tutkittavaa päivittäin, mutta hän kokee, että pojan vaimo avustaa häntä eniten ja mahdollistaa hänen kotona asumisensa.

Hän kokee, että kotihoidosta saatu apu on riittävä. Tutkittavan luona käyvät ystäväpalvelun kautta ystävä sekä muita tuttavita kyläilemässä. Hän toivoisi, että aiemmin käynyt diakonissa kävisi edelleen hänen luonaan.

Tutkittava 3:

Tutkittavan mielestä arviointi- ja kuntoutusosastolla oli muuten viihtyisää ja hoito oli hyvää, mutta hänen mielestään siellä oli liian kylmä. Tiedustellessaan muilta hoidettavilta oliko heillä kylmä, hän ei saanut kontaktia heihin, koska muut olivat niin muistamattomia. Tutkittavan mielestä myös ruoka oli hyvää ja sitä tarjottiin riittävän usein. Hänen mielestään aamupalan olisi voinut tarjota aiemmin, koska hän on tottunut heräämään niin aikaisin. Ruoka oli koostumukseltaan tutkittavan mielestä juuri vanhuksille sopivaa. Hän koki osastojakson kuntoutusosastolla turhaksi, koska hänen mielestään hän ei vanhana ihmisenä enää kuntoudu. Kuntoutumista tapahtui tutkittavan mielestä mielialan kohentumisessa.

Tutkittava koki kotiutumistilanteen epävarmana, koska koki olevansa avuton. Hän jännitti kotiutumisen onnistumista viimeisenä osastolla olopäivänä koko päivän. Hän valmistautui kotiin lähtöön aamusta alkaen, mutta kotiutuminen tapahtui vasta iltapäivällä. Ennen kotiutumista pidetyssä hoitokokouksessa hänelle kerrottiin, että kotona olisi parempi olla ja apua sinne järjestetään. Tutkittava ei kuitenkaan kuullut kokouksessa juuri mitään ja siksi hänelle jäi epäselväksi mitä kokouksessa sovittiin. Hän sanoi kuitenkin ymmärtävänsä, että kotona olisi parempi asua kuin laitoshoidossa.

Tutkittava on sitä mieltä, että hänelle kotona tarjottu ruoka ei sovi hänelle eikä ole hyvää. Koska ruuan saamisen ajankohta on epävarma, hän hermostuu siitä usein. Koska ruokailun epävarmuus aiheuttaa hermostuneisuutta, hän ei saa kunnolla nukkua. Tutkittava kokee pärjäävänsä huonosti kotona ja haluaisi muuttaa asumaan johonkin, jossa saisi enemmän apua. Aiemmin hän on pystynyt lukemaan paljon lehtiä, mutta nyt se ei ole enää mahdollista.

Tutkittava joutui sairaalahoitoon, koska oli menettänyt kotona elämänhalunsa. Elämänhalu palautui hänen mielestään osastojaksolla. Hän pelkää, että menettää elämänhalunsa uudestaan. Hänellä on jatkuvasti jano, jonka vuoksi hän pelkää, että hänellä on diabetes. Tutkittava kokee, etteivät hoitajat ymmärrä miksi hän on kärsimätön. Hän kokee, ettei saa apua riittävän ajoissa. Hän saa apua sisarenpojalta ja tämän avovaimolta.

Tutkittava 4:

Tutkittava ei kokenut kuntoutusosastolle menemistä vaikeana asiana, vaan hän viihtyi osastolla. Hänen mielestään kotiutuminen sujui ilman ongelmia ja hän koki olleensa virkeä kotiutuessaan. Kotihoidon käynneistä tutkittavan luona oli sovittu ennen kotiutumista. Hänen omaisensa eivät olleet mukana avustamassa kotiutumistilanteessa.

Tutkittava saa apua kotihoidosta päivittäin, mutta kokee selviytyvänsä päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti. Hänen mielestään kotona on hyvä olla. Tutkittavan mielestä aika kului kotona vielä paremmin silloin, kun hän näki vielä lukea. Hän ei voi lukea enää, koska näkökyky on heikentynyt. Nykyisin tutkittava kuuntelee mielellään radiota, katselee TV:tä ja viihtyy sängyssä lepäilemässä.

Tutkittava kokee itsensä muistamattomaksi. Hän on aiemmin kävellyt paljon, mutta ei jaksakaan enää kävellä ulkona ja pelkää mennä yksin ulos. Hän haluaisi siivota kotona, mutta ei pysty tekemään enää kotitöitä. Tytär ja poika käyvät avustamassa tutkittavaa kotona ja kotihoidon työntekijät käyvät avustamassa häntä päivittäin. Hän kokee myös siivoojan avun tärkeänä.

### 7.3 Yleinen merkitysverkosto

Yleinen merkitysverkosto kuvaa kaikkien tutkittavien kotiutumisen kokemukselle antamia merkityksiä. Yleinen merkitysverkosto koostuu merkitysalueista, joilla tutkittavat kuvaavat kotiutumisen kokemustaan. Yleinen merkitysverkosto on kuvattu kuviossa 1. Kuvio kuvaa prosessia, joka alkaa ennen arviointi- ja kuntoutusjaksolle menemistä ja jatkuu tämän hetkiin tilanteeseen kotona. Muilta saadun avun merkitys kulkee mukana koko prosessin ajan.

Seuraavassa tutkittavien merkitysalueittain jaetut kokemukset kotiutumisesta:

#### 1. Aiemman toimintakyvyn merkitys

Aiempia aktiviteetteja ja aiempaa toimintakykyä kaivataan. Ennen toimintakyvyn heikkene-  
mistä käveltiin paljon ulkona. Aikaisemmin mielekkäänä koetut toiminnot muistuttavat mie-  
leen heikentyneen toimintakyvyn. Kodin ulkopuolella liikuttiin aiemmin paljon, mutta toimin-  
takyky koetaan nykyään niin heikoksi tai ulkona liikkumista pelätään oman toimintakyvyn  
heikkenemisen vuoksi. Kotona selviytymisessä tarvitaan muiden apua.



## 2. Kuntoutusjakson merkitys

Kuntoutusjakso koettiin sujuneen hyvin, hoito koettiin hyvänä ja kanssakäyminen muiden asiakkaiden kanssa mielekkäänä. Vaikka kuntoutusosastolle ei olisi haluttu mennä, siellä kuitenkin viihdyttiin. Kuntoutusjakso saatettiin kokea myös turhana, koska koettiin, ettei vanha ihminen enää kuntoudu.

## 3. Kotiutumistilanteen kokeminen

Tietoa kotiutumisen ajankohdasta ja siihen liittyvistä asioista saatiin joko niukasti tai riittävän ajoissa ja riittävästi. Vaikutusmahdollisuudet ja oman mielipiteen sanominen kotiutumistilanteessa koettiin huonona. Kotiin siirtymisen koettiin sujuneen hyvin eikä epäkohtia ilmennyt. Kotiin lähdettiin mielellään, koska kotona viihdyttiin. Kotona olemista myös pelättiin heikentyneen toimintakyvyn ja pärjäämättömyyden vuoksi.

## 4. Nykyisen toimintakyvyn kokeminen

Tutkittavat kokivat nykyisen toimintakykynsä hyväksi yhtä tutkittavaa lukuun ottamatta. Nykyistä toimintakykyä kuvattiin mahdollisuutena osallistua kotitöihin ja itsestä huolehtimiseen. Kaikki tutkittavat kokivat kuitenkin nykyisen toimintakykynsä huonommaksi kuin se oli ollut aiemmin. Kaikki tutkittavat kokivat kuntoutusjaksosta olleen hyötyä toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi.

Muilta saatu apu ja tuki koetaan tärkeänä kotona selviytymisen kannalta. Sen merkitys korostui koko kotiutumisprosessin ajan. Apua saadaan lähes kaikkiin arjen toimintoihin, mutta aina sen ei koettu olevan riittävää eikä tulevan ajallaan. Sukulaisilta ja kotihoidon henkilökunnalta saadaan eniten apua kotona. Sukulaisten antama tuki ja apu koetaan merkityksellisimpänä.

## 8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten kuntoutusjaksolta kotiutuvat henkilöt kokevat arviointi- ja kuntoutusjaksolta kotiutumisen ja kotona selviytymisen. Tutkimuksessa haastateltiin neljää kuntoutusjaksolta kotiutunutta asiakasta heidän kokemuksistaan hoitojaksoilta kotiutumisesta, kotona selviytymisestä ja avun saannista. Perttulan (1995a) fenomenologisen aineiston analysoinnin avulla tulokseksi saatiin kotiutumisen kokemusta kuvaava merkitysverkosto. Yleinen kotiutumisen kokemusta kuvaava merkitysverkosto kuvasi tutkimukseen osallistuneiden kokemuksia heidän kotiutumisestaan arviointi- ja kuntoutusosastolta. Yleisen kuntoutusjaksolta kotiutumisen kokemusta kuvaavaksi merkitysverkostoksi muodostui: kuntoutusjakson merkitys, kotiutumistilanteen kokeminen, aiemman ja nykyisen toimintakyvyn kokeminen sekä muilta saadun tuen merkitys. Yksilölliset merkitysverkostot kuvaavat jokaisen haastateltavan henkilökohtaisia kokemuksia kotiutumisesta. Tutkittavat kokivat kuntoutusjaksosta olleen hyötyä heidän toimintakykynsä ylläpitämiseksi. Varsinkin sosiaalisen tuen merkitys osastolla korostui tutkittavien kertomuksissa. Kotiutumistilanteen kotiutujat kertoivat sujuneen hyvin, vaikka epävarmuutta siitä, oliko kaikki asiat huomioitu ja hoidettu kuitenkin ilmeni. Kotiutumistilanne saattoi näyttäytyä kotiutujille sekavana, koska heillä ei ollut tietoa kaikista kotiutumiseen liittyvistä yksityiskohdista. Osa kotiutujista koki saaneensa riittävästi tukea ja apua muilta, mutta osa olisi toivonut enemmän varsinkin henkistä tukea kotiutumistilanteeseen. Kotiutumisen jälkeisen turvattomuuden tunteen on todettu heikentävän kotiutujan hyvinvointia (Kvaal & Laake 2003).

Wilsonin (1997) mukaan kotiutumisen kokeminen on yksilöllistä ja kotiutumisen alkuvaiheessa voidaan kokea häkeltymistä ja negatiivisia tunteita. Tässä tutkimuksessa häkeltymistä ja negatiivisia tunteita ilmaistiin lähinnä liittyen kotiutujien rooliin toimia objektina kotiutumisprosessissa. Kuten aiemmissa tutkimuksissa (mm. Hartwig ym. 2008, Popejoy 2011, Udh & Frederiksen 2011) on todettu, ikääntyneet haluavat olla aktiivisessa roolissa kotiutumista suunniteltaessa ja toteutettaessa. Hoidon suunnittelu ja päätöksenteko tilanteessa kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen lisäävät valmiutta kotiutua sekä antavat kotiutujalle kokemuksen arvostetuksi tulemisesta (Efrainsson 2006, Udh & Frederiksen 2011).

Myös tässä tutkimuksessa tutkittavat ilmaisivat toiveensa olla aktiivisemmassa roolissa päätöksenteko tilanteessa ja itse kotiutusprosessissa. Kotiutujille jäi kotiutumisesta kokemus, ettei kaikkia siihen liittyviä asioita oltu huomioitu tai että heille ei kerrottu kaikkia tietoja. Popejoyn (2011) tutkimuksessa ikääntyneet ilmaisivat toiveensa saada olla aktiivisessa roolissa kotiutumispäätöstä tehtäessä. Tutkimuksessa ilmeni, että ikääntyneet kokevat epämukavaksi ilmaista mielipidettään, kun hoitoneuvottelussa on mukana omaisia ja hoitohenkilökuntaa. Ikääntyneen mielipide päätöksenteko tilanteessa jää näin ollen helposti kuulematta. Myös tässä tutkimuksessa tuli esille, että asiakkaan mielipide kotiutumistilanteessa saattaa jäädä taka-alalle. Olisikin hyvä pohtia keinoja, miten kotiutujan mielipide tulisi huomioiduksi ja kokemus kuulluksi tulemisesta varmistettaisiin ja mahdollisesti kirjattaisiin kotiutus päätöstä tehtäessä. Vanhusasiakkaat kokevat kuulluksi tulemisen tärkeäksi, vaikka heillä ei olisikaan resursseja itse päätöksentekoon (Efrainsson 2006, Ekdahl 2010).

Aiempien tutkimusten mukaan sosiaaliset suhteet ja avun saanti ilmentävät kotiutujien kokemuksia sosiaalisten suhteiden merkityksestä kotiutumiselle (Rajaniemi & Sarvimäki 2005, Udh & Frederiksen 2011). Kotiutujien mielestä hoidettavan ja hoitajien välisellä yhteistyöllä on suuri merkitys kotiutumisen onnistumiselle (Koponen 2003). Myös tässä tutkimuksessa kaikki tutkittavat ilmaisivat sosiaalisten suhteiden olevan merkityksellisiä kotona selviytymiselle. Sosiaalisten suhteiden koettiin tuovan hoidon jatkuvuuden ja pysyvyyden tunteen sekä luovan turvallisuutta. Sosiaalisten suhteiden puute aiheutti avuttomuuden, pelokkuuden ja ahdistuksen tunteita. Sosiaaliset suhteet merkitsivät myös mahdollisuutta ulos pääsyyn ja vähensivät yksinäisyyden tunnetta.

Sarvimäen ja Muurisen (2006) tutkimuksessa kotiutujat kokivat kuntoutusjakson pääsääntöisesti positiivisena asiana ja asiakkaat kokivat toimintakykynsä hyväksi. Tutkimuksessa todettiin, että fyysinen ja psyykinen toimintakyky paranee merkittävästi ja kotiinkuntoutustoiminta parantaa asiakkaiden mahdollisuuksia selviytyä kotona. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että kolme neljästä haastateltavasta näin kokikin, mutta yksi haastateltavista koki toimintakykynsä erittäin huonoksi kotiutumisen jälkeen. Koska tässä tutkimuksessa kyseessä oli hyvin pieni otos kotiutujia, tulosta ei voida pitää kuin suuntaa antavana.

Aiempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että kotiutujat kokevat, etteivät he pääse osallistumaan tarpeeksi kotiutuksen suunnitteluun, eikä heille anneta riittävästi informaatiota ennen kotiutumista. Osallistumisen kotiutusprosessiin on todettu lisäävän tyytyväisyyttä kotiutumiseen (mm. Hartwig ym. 2008). Tässä tutkimuksessa puolet haastateltavista ilmaisi tyytymättömyytensä informaation saantiin ennen kotiutumistaan, mutta vain toinen heistä koki kotiutumisen epäonnistuneen. Epäonnistuneen kotiutumisen kokeneen kotona selviytyminen oli epävarmaa, eikä kotona selviytymisen jatkosta ollut varmuutta. Hän koki myös, ettei saanut riittävästi apua kotiinsa. Kotiin järjestettävät riittävät moniammatilliset palvelut ja hoito vähentävät akuutin sairaalahoidon tarvetta ja mahdollistavat asumisen kotona (Rosenberg 2012).

Tässä tutkimuksessa fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusmenetelmä sopii hyvin ihmisten kokemusten tulkintaan. Perttulan (1995a) aineiston analysointimenetelmä muodostaa selkeästi etenevän mallin, jota on helppo edetä aineistoa analysoitaessa. Vaarana mielestäni on kuitenkin aineiston köyhtyminen, kun aineistoa muokataan moneen kertaan eri muotoon. Analysointimenetelmää oli suhteellisen helppo käyttää, koska aineisto tässä tutkimuksessa oli pieni (neljä haastattelua), mutta aikaa meni runsaasti niin haastattelujen litterointiin kuin aineiston analysointiin. Neljän haastattelun perusteella ei voida kovin yleistettävää johtopäätöksiä tehdä, mutta aineistosta on kuitenkin tehty yleinen merkitysverkosto kuvaamaan kotiutumisen kokemusta. Todennäköistä olisi, että useampi haastattelu olisi antanut vielä lisää tietoa kotiutujien kokemuksista, jolloin aineiston olisi voinut sanoa olevan riittävä.

Löysin kohdennetusti haastateltavia, joilla oli lähimenneisyydessään kokemus kotiutumisesta, mikä lisää tutkimustuloksen luotettavuutta. Oma kokemukseni haastattelujen jälkeen oli, että kotiutumistilanne saattoi olla varsin kaottinen, eikä haastateltaville välttämättä jäänyt mielikuvaa siitä, missä järjestyksessä asiat etenivät ja kuka oli sanonut mitäkin. Parhaita tiedonantajia kokemuksia tutkittaessa ovat kuitenkin henkilöt, joilla itsellään on kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. Vaikka kaikki haastateltavat olivat kokeneet hiljattain kotiutumisen hoitolaitoksesta ja kaikkien muisti oli hyvä, haastateltavien kohtaamisessa ilmeni muita haasteita, koska he kaikki olivat iäkkäitä. Haasteeksi muodostui kommunikointi haastateltavien kanssa, koska kaikilla oli jotain ongelmia aistitoimintojen (näkö, kuulo) tai kysymysten ymmärtämisen kanssa.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tiettyjen kriteerien avulla. Perttulan (1995b) määrittelemien arviointikriteerien mukaan luotettavuutta voidaan arvioida mm. tutkimusprosessin johdonmukaisuuden, tutkimusprosessin reflektoinnin ja reflektoinnin kuvauksen, tutkimusprosessin aineistolähtöisyyden, tutkimusprosessin kontekstisidonnaisuuden, tavoiteltavan tiedon laadun, tutkimustyön subjektiivisuuden ja tutkijan vastuullisuuden arvioinnilla (Perttula 1995b). Näiden kriteerien perusteella, tämän tutkimuksen vahvuuksiksi voidaan lukea tutkimusprosessiin liittyvät tekijät: tutkimusprosessin johdonmukaisuus, aineistolähtöisyys ja kontekstisidonnaisuus. Tutkimus toteutettiin tutkittaville tutussa ympäristössä ja heille sopivana aikana. Tutkimus perustui aitoihin kokemuksiin aidossa ympäristössä ja tutkimusaineistoa käsiteltiin kvalitatiivisen aineiston analyysimenetelmien mukaan. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että siitä saatiin samankaltaisia tuloksia kuin aiemmista tutkimuksista on saatu (mm. Efrainsson 2006, Udh & Frederiksen 2011, Popejoy 2011). Tutkimusaineisto oli tutkijan itsensä keräämää ja tutkittavina oli aidosti ilmiön kokeneita heidän aidossa ympäristössään, mikä lisää osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. Lehtomaan (2009) mukaan omakohtaisesti ilmiön kokeneet henkilöt ovat fenomenologiseen tutkimukseen sopivia tutkittavia. Haastattelussa on myös tärkeää, että haastateltava itse saa vaikuttaa haastatteluympäristön valintaan (Eskola & Suoranta 2008, 38-41).

Tämän tutkimuksen heikkoudeksi voidaan lukea sen pieni otosmäärä. Suuremmalla otoksella olisi kotiutumisen kokemusta kuvattu todennäköisesti vielä moniulotteisemmin. Lisäksi heikkoutena voidaan pitää sitä, että sopivien tutkittavien saaminen tutkimukseen oli haasteellista. Osa tutkimusajankohtana suunnitelluista kotiutumisista viivästyi kotiutujan heikon toimintakyvyn vuoksi ja osalla kotiutujista muistiongelmat estivät tutkimukseen osallistumisen. Koska tutkimuslupa oli voimassa vain rajallisen ajan, rajasi myös se mahdollisten tutkittavien määrää.

Tutkimuseettiset näkökulmat otettiin tässä tutkimuksessa huomioon takaamalla tutkittavien vapaaehtoinen osallistuminen sekä takaamalla tutkimusaineiston turvallinen säilyttäminen. Tutkittaville informoitiin sekä suullisesti että kirjallisesti tutkimuksen tarkoituksista ja osallistujan roolista. He allekirjoittivat myös kirjallisen tutkimussuostumuksen.

Tutkittavat valitsi hoitohenkilökunta, joten tutkija oli heihin yhteydessä vasta sitten, kun he olivat suostuneet tutkimukseen. Tutkija sai tutkittavien osoitetiedot osastolta, jossa he olivat olleet hoidossa. Haastattelukäynnin jälkeen osoitetiedot hävitettiin. Aineisto nauhoitettiin ja nauhoitukset säilytettiin nimettöminä paikassa, johon vain tutkijalla oli pääsymahdollisuus. Myöskään litteroidussa aineistossa ei ollut henkilötietoja, joten henkilörekisteriä ei syntynyt.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että ainakin osalle arviointi- ja kuntoutusyksiköstä kotiutuneille jää kokemus, etteivät he ole aktiivisessa roolissa heidän omasta kotiutumisestaan päätettäessä. Ikääntyneiden toivomuksia ja kokemuksia pitäisi kuunnella enemmän kotiutustilanteen sujuvuuden ja hoidon laadun takaamiseksi. Kotiutujat eivät kokeneet tulleen kuulluksi kotiutumistilanteessa toivomallaan tavalla. Lisäksi kotiutujat toivoivat enemmän tukea ja apua sekä informaatioita hoitohenkilökunnalta ja läheisiltään ennen kotiutumista, kotiutumistilanteessa ja kotiutumisen jälkeen. Panostamalla onnistuneeseen kotiutumiseen voitaisiin ehkäistä takaisin sairaalaan paluuta sekä laitoshoitoon siirtymistä. Kotiutumisen laatua arvioimalla ja mittaamalla saataisiin tietoa kotiuttamisen kehittämiskohdista, jolloin kotiutumisen laatua voitaisiin parantaa.

Koska kaksi kolmesta sairaalan päivystysosastolta kotiutuneesta ikääntyneestä voi päätyä takaisin sairaalaan vuoden sisällä (Mäkelä ym. 2007), olisi kotiutumistilanteen sujuvuuteen hyvä kiinnittää tarkempaa huomiota. Sosiaalisella verkostolla on todettu olevan sairaalakäyn- tejä vähentävä merkitys (Claver ym. 2010), joten pitäisi selvittää miten läheisten osuutta onnistuneiden kotiutusten aikaansaamiseksi voitaisiin lisätä. Jatkotutkimuksena voisi olla mielenkiintoista tietää, kuinka paljon sosiaalinen verkosto lisää motivaatiota kuntoutumiseen ja kotiin paluuseen sekä vähentää sairaalaan paluun riskiä. Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää, mitkä on ne keinot, joilla pystyttäisiin lisäämään kotiutujan kokemusta siitä, että hän on aktiivisessa roolissa omassa kotiutumisosuudessaan.

## LÄHTEET

- Ahonen S, Käyhty M, Ahvo L. Kotoa laitokseen ja takaisin – onnistuneen kotiutuksen tunnusmerkit. Teoksessa: Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri H (toim.). Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Stakes oppaita 49, Gummerus Kirjapaino. 2002:128-131.
- Arbaje AI, Maron DD, Yu Q, Wendel VI, Tanner E, Boulton C, Eubank KJ, Durso SC. The geriatric floating interdisciplinary transition team. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010;58:364-70.
- Bardsley M, Georghiou T, Chassin L, Lewis G, Steventon A, Dixon J. Overlap of hospital use and social care in older people in England. *Journal of Health Services Research & Policy* 2012;17:133-9.
- Barnes D E, Palmer R M, Kresevic D M, Fortinsky R H, Kowal J, Chren M-M, Landefeld C S. Acute care elders units produced shorter hospital stays at lower cost while maintaining patients' functional status. *Health Affairs* 2012;31:1227-36.
- Brandburg G.L. Making the transition to nursing home life. *Journal of Gerontological Nursing* 2007;6:50-6.
- Brown EL, Raue PJ, Mlodzianowski AE, Meyers BS, Greenberg RL, Bruce ML. Transition to home care: quality of mental health, pharmacy and medical history information. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2006;36: 339-49.
- Burscough S, Smith BK. The rehabilitation experience of an elderly female patient following a fractured neck of femur compounded by clostridium difficile infection. *Journal of Orthopaedic Nursing* 2009;13:19-23.
- Byrne K, Orange JB, Ward-Griffin C. Care transition experiences of spousal caregivers: from a geriatric rehabilitation unit to home. *Qualitative Health Research* 2011;21:1371-87.
- Chen CC-H, Chiu M-J, Chen S-P, Cheng C-M, Huang G-H. Patterns of cognitive change in elderly patients during and 6 months after hospitalization: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies* 2011;48:338-46.
- Claver ML, Levy-Storms L. The Revolving Door: High ER use among older veterans. *Qualitative Health Research* 2010;20:365-74.
- Cortes TA, Wexler S, Fitzpatrick ZZ. The transition of elderly patients between hospitals and nursing homes: improving nurse-to-nurse communication. *Journal of Gerontological Nursing*. 2004;30:10-5,52-3.
- Criddle LM. 5-year survival of geriatric patients following trauma center discharge. *Advanced Emergency Nursing Journal* 2009;31:323-36.
- Dedhia P, Kravet S, Bulger J, Hinson T, Sridharan A, Kolodner K, Wright S, Howell E. A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from hospitals back to their homes. *Journal of American Geriatric Society* 2009;57:1540-6.

DeJonge KE, Taler G, Boling PA. Independence at home: community-based care for older adults with severe chronic illness. *Clinics in Geriatric Medicine* 2009;25:155-69.

Efrainsson E, Sandman P, Rasmussen BH. "They were talking about me" – elderly women's experiences of taking part in a discharge planning conference. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2006;20:68-78.

Ekdahl AW, Andersson L, Friedrichsen M. "They do what they think is the best for me." Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education & Counseling* 2010;80:233-40.

Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 2008.

Eskola J, Vastamäki J. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa: Aaltola J, Valli R (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin I; Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: PS-Kustannus, 2010:26-44.

Giorgi A. Sketch of a Psychological Phenomenological Method. Teoksessa: Giorgi A (toim.). *Phenomenological and Psychological Research*. 8. painos. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1999:8-22.

Godfrey H, Cloete J, Dymond E, Long A. An exploration of the hydration care of older people: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2012;49:1200-11.

Grimmer K, Moss J. The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. *International Journal for Quality in Health Care* 2001;13:109-16.

Hartwig J, Janzen P, Waller H. Discharge planning of elderly patients in need of care. *Pflege* 2008;21:157-62.

Helvik A-S, Engedal K, Björklöf GH, Selbæk G. Factors associated with perceived health in elderly medical inpatients: A particular focus on personal coping resources. *Aging & Mental Health* 2012;16:795-803.

Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu –teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino 2001.

Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013-2017. Valtioneuvoston periaatepäätös 18.4.2013. Ympäristöministeriön julkaisu. [www-dokumentti] [haettu 26.5.2013] [www.ym.fi](http://www.ym.fi)

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut [www-dokumentti] [haettu 2.11.2012]. [www.stm.fi](http://www.stm.fi)

Ikääntyneiden kuntoutus –työryhmän loppuraportti. Helsingin kaupunki 2007.

Isaia G, Bo M, Aimonino N, Isaia GC, Michelis G, Miceli C, Balcet L, Tizzani A, Zancocchi M. Functional decline two weeks before hospitalization in an elderly population. *Aging Clinical & Experimental Research*. 2010;22:352-5.

Koivisto K. Koettu hallitsematon minuuksensa psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Psykiatrian väitöskirja. Oulun yliopisto, 2003.



Koponen L. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 974, 2003.

Koskinen S, Nieminen M, Martelin T, Sihvonen A-P. Väestön määrän ja rakenteen kehitys. Teoksessa: Heikkinen E, Rantanen T (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus OY Duodecim, 2008:28-35.

Kydd A. The patient experience of being a delayed discharge. Journal of nursing management 2008;16:121-6.

Kvaal K, Laake K. Anxiety and well-being in older people after discharge from hospital. Journal of Advanced Nursing. 2003;44:271-7.

Laine T. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa: Aaltonen J, Valli R (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Juva: PS-kustannus, 2010:28-45.

Laitoshoido. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut [www-dokumentti] [luettu 12.1.2013] [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoido](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoido)

Laukkanen P, Parkatti T. Iäkkäiden ihmisten laitoshoidoa ennustavat tekijät ja kotona selviytymisen edistäminen. Teoksessa: Hietanen A, Lyyra T-M (toim.). Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki: Edita Prima Oy, 2003:2.

Lee W, Peng L, Cheng Y, Liu C, Chen L, Yu H. Effectiveness of short-term interdisciplinary intervention on postacute patients in Taiwan. Journal of the American Medical Directors Association. 2011;12:29-32.

LeClerc C M, Wells D L, Craig D, Wilson J L. Falling short of the mark: tales of life after hospital discharge. Clinical Nursing Research 2002;11:242-66.

Lehtomaa M. Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen. Teoksessa: Perttula J, Latomaa T (toim.). Kokemuksen tutkimus: merkitys, tulkinta, ymmärtäminen. 3. painos. Tampere: Lapin yliopistokustannus, 2009:163-194.

Leinonen R. Terveyden kokeminen. Teoksessa: Heikkinen E, Rantanen T (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus OY Duodecim, 2008:223-30.

Lukkarinen H. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmionä: Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa: Janhonen S, Nikkonen M (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 2001:116-64.

Lumme-Sandt K. Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa: Ruusuvoori J, Tiittula L (toim.). 2.painos. Haastattelu –tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Osuuskunta vastapaino, 2009:125-44.

Martikainen P, Murphy M, Metsä-Simola N, Häkkinen U, Moustgaard H. Seven-year hospital and nursing home care use according to age and proximity to death: variations by cause of death and socio-demographic position. Journal of Epidemiology & Community Health 2012; 66:1152-8.

Medeiros F A L, da Nobrega M M L, de Sousa F S, da Silva G S. Discourse of hospital companions on the care for the elderly: a subsidy for guiding after-discharge domestic care. *Revisita Nursing* 2011;14:496-500.

Mäkelä M, Häkkinen U, Juslin B, Koivuranta-Vaara P, Liski A, Lyytikäinen M, Laine J. Saira-alasta kotiin asti. Erikoissairaanhoidosta alkaneet hoitajaksoetjut pääkaupunkiseudun kunnissa. *Stakesin työpapereita 2/2007*. [www-dokumentti] [Haettu 27.12.2012]

Nilsson I, Nygård L. Geriatric rehabilitation: elderly clients`experiences of pre-discharge occupational therapy group programme. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2003; 10:107-17.

Perttula J. Kokemus psykologisena tutkimuskohteena; johdatus fenomenologiseen psykologiaan. Tampere: Tampereen yliopiston jäljennepalvelu, 1995a:119-75.

Perttula J. Kokemuksen tutkimuksen luotettavuudesta. *Kasvatus* 1995b:39-46.

Popejoy L. Participation of elder persons, families and health care teams in hospital discharge destination decisions. *Applied Nursing Research* 2011;24:256-62.

Rajaniemi J, Sarvimäki A. Ikäihmisten kokemuksia kotiinkuntoutuksesta. Ikäinstituutin raportteja 1/2005.

Rautiainen H, Pelanteri S. Terveyskeskusten vuodeosastohoito 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilasto 2/2012 [www-dokumentti] [haettu 27.12.2012]  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/perusterveydenhuolto/terveyskeskusten\\_vuodeosastohoito](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/perusterveydenhuolto/terveyskeskusten_vuodeosastohoito)

Rautiainen H, Pelanteri S, Rasilainen J. Somaattinen erikoissairaanhoido 2011. THL:n tilastoraportti 29/2012 [www-dokumentti] [haettu 27.12.2012]  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/erikoissairaanhoido/somaattinen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/erikoissairaanhoido/somaattinen)

Rissanen L. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65 –vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis, D560 1999.

Rosenberg T. Acute hospital use, nursing home placement, and mortality in a frail community-dwelling cohort managed with primary intergrated interdisciplinary elder care at home. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012;60:1340-6.

Ruusuvuori J, Tiittula L. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa: Ruusuvuori J, Tiittula L (toim.). 2.painos. Haastattelu –tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Osuuskunta vastapaino, 2009:22-56.

Sarvimäki A, Muurinen S.(toim.) Kotiinkuntoutustoiminnan arviointi. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston tutkimuksia. 2006:3.

Söderback I. Hospital discharge among frail elderly people: a pilot study in Sweden. *Occupational Therapy International* 2008;15:18-31.

Tepponen P. Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutuminen pääkaupunkiseudulla. Helsinki: Yliopistopaino. Väitöskirjat 1:2003.

THL. tilastot aiheittain. [www-dokumentti] [haettu 2.6.2013]

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/laitos\\_ja\\_asumispalvelut](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/laitos_ja_asumispalvelut)

Tingvoll W, Säterstrand T, Fredriksen SD. Competence in the chain of interactions- experience from the head of departments regarding discharge for elderly patients from hospital. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies* 2010;30:29-33.

Tossavainen P, Kuronen R. Kotihoidon laskenta 30.11.2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [www-dokumentti] [haettu 27.12.2012]

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon\\_laskenta](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon_laskenta)

Tullmann D F, Dracup K. Creating a healing environment for elders. *Advanced Practice in Acute & Critical Care*. 2000;11:34-50.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 7. painos. Helsinki: Tammi. 2009.

Udh M H, Frederiksen K N. The elderly medical patient between hospital and district nursing. *Sygeplejersken, Danish Journal of Nursing*. 2011;111:50-3.

Vanderwee K, Clays E, Bocquaert I, Verhaeghe S, Lardennois M, Gobert M, Defloor T. Malnutrition and nutritional care practices in hospital wards for older people. *Journal of Advanced Nursing* 2011;67:736-46.

Watkins L, Hall C, Kring D. Hospital to home: a transition program for frail older adults. *Professional Case Management* 2012;17:117-25.

Wilson S A. The transition to nursing home life: a comparison of planned and unplanned admission. *Journal of Advanced Nursing* 1997;26:864-71.

Åstedt-Kurki P. Fenomenologinen tutkimus hoitotieteessä.[www-dokumentti] [haettu 27.3.2013]

## Liite 1

	Helsingin kaupunki <b>Sosiaalivirasto</b>	Helsingfors stad <b>Socialverket</b>	<b>TUTKIMUSLUPA- HAKEMUS</b>	<b>ANSÖKAN OM FORSKNINGS- TILLSTÄND</b>	6												
15 <b>PÄÄTÖS BESLUT</b>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="494 414 550 459"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="494 459 550 504">1</td> <td data-bbox="566 414 925 459">Tutkimuslupa myydä tehtävän esitelmässä muotoon. Forsknings tillstånd beviljas enligt förhandsutgåvan.</td> <td data-bbox="973 414 1382 459"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 481 550 526"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="494 526 550 571">2</td> <td data-bbox="566 481 925 526">Tutkimuslupa myönnetään sennekin esittö. Forsknings tillstånd beviljas på följande villkor.</td> <td data-bbox="973 481 1382 526"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 660 550 705"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="494 705 550 750">3</td> <td data-bbox="566 660 925 750">Lupa liittäjien saatujen saavutettavissa asiakirjoissa ja hankittavissa materiaaleissa. Työ on tehtävä sosiaaliviraston luvalla. Yhteistyö on käynnistettävä soveltuessa laajuudessa. Käytökäytöt yksilöllään erillisinä liitteinä "Käytökäytöt ja vastuuvelvoite".</td> <td data-bbox="973 660 1382 750">Yhteistyö on tehtävä data ja se on esitettävä dokumentteina ja perustustietojen avulla. Jos on mahdollista, niin esitettävä yhteistyö on tehtävä tutkimuksen kehittäjänä ja sosiaaliviraston kanssa. Käytökäytöt ja vastuuvelvoite.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="494 750 550 795"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="494 795 550 840">4</td> <td data-bbox="566 750 925 795">Tutkimuslupahakemus hylätään perustellusti. Ansökan om forsknings tillstånd avslås med följande motiveringar:</td> <td data-bbox="973 750 1382 795"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1	Tutkimuslupa myydä tehtävän esitelmässä muotoon. Forsknings tillstånd beviljas enligt förhandsutgåvan.		<input type="checkbox"/>	2	Tutkimuslupa myönnetään sennekin esittö. Forsknings tillstånd beviljas på följande villkor.		<input type="checkbox"/>	3	Lupa liittäjien saatujen saavutettavissa asiakirjoissa ja hankittavissa materiaaleissa. Työ on tehtävä sosiaaliviraston luvalla. Yhteistyö on käynnistettävä soveltuessa laajuudessa. Käytökäytöt yksilöllään erillisinä liitteinä "Käytökäytöt ja vastuuvelvoite".	Yhteistyö on tehtävä data ja se on esitettävä dokumentteina ja perustustietojen avulla. Jos on mahdollista, niin esitettävä yhteistyö on tehtävä tutkimuksen kehittäjänä ja sosiaaliviraston kanssa. Käytökäytöt ja vastuuvelvoite.	<input type="checkbox"/>	4	Tutkimuslupahakemus hylätään perustellusti. Ansökan om forsknings tillstånd avslås med följande motiveringar:	
<input type="checkbox"/>	1	Tutkimuslupa myydä tehtävän esitelmässä muotoon. Forsknings tillstånd beviljas enligt förhandsutgåvan.															
<input type="checkbox"/>	2	Tutkimuslupa myönnetään sennekin esittö. Forsknings tillstånd beviljas på följande villkor.															
<input type="checkbox"/>	3	Lupa liittäjien saatujen saavutettavissa asiakirjoissa ja hankittavissa materiaaleissa. Työ on tehtävä sosiaaliviraston luvalla. Yhteistyö on käynnistettävä soveltuessa laajuudessa. Käytökäytöt yksilöllään erillisinä liitteinä "Käytökäytöt ja vastuuvelvoite".	Yhteistyö on tehtävä data ja se on esitettävä dokumentteina ja perustustietojen avulla. Jos on mahdollista, niin esitettävä yhteistyö on tehtävä tutkimuksen kehittäjänä ja sosiaaliviraston kanssa. Käytökäytöt ja vastuuvelvoite.														
<input type="checkbox"/>	4	Tutkimuslupahakemus hylätään perustellusti. Ansökan om forsknings tillstånd avslås med följande motiveringar:															
16 <b>PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ GC SLUTS GATTARE</b>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="494 896 654 929">Päätösvaltuutetun alokirjoitus</td> <td data-bbox="654 896 1382 929">Päätösvaltuutetun alokirjoitus, sen selvitys ja virka asema Beslutsgivarens namnteckning, namnteckningshandling och tjänstbeskrivning</td> </tr> </table> <p data-bbox="494 985 638 1030">26.9.2012</p> <p data-bbox="718 985 1382 1030">Anja Reijonen, vanhuspalvelusjohtaja</p>	Päätösvaltuutetun alokirjoitus	Päätösvaltuutetun alokirjoitus, sen selvitys ja virka asema Beslutsgivarens namnteckning, namnteckningshandling och tjänstbeskrivning														
Päätösvaltuutetun alokirjoitus	Päätösvaltuutetun alokirjoitus, sen selvitys ja virka asema Beslutsgivarens namnteckning, namnteckningshandling och tjänstbeskrivning																
17 <b>PÄÄTÖKSEN JAKKELU DISTRIBUTION AV BESLUTET</b>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="494 1064 598 1153"><input checked="" type="checkbox"/> Hakijalle Högskolan skicka</td> <td data-bbox="614 1064 758 1153"><input checked="" type="checkbox"/> Yhteisöhenkilölle Till arbets- personer PL 8590</td> <td data-bbox="774 1064 965 1153"><input checked="" type="checkbox"/> Kehittämispalvelu 1 Till utvecklingsavdelningen PL 8562</td> <td data-bbox="981 1064 1382 1153"><input checked="" type="checkbox"/> Muulle, mikäli on Till andra, om PL 8590</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Hakijalle Högskolan skicka	<input checked="" type="checkbox"/> Yhteisöhenkilölle Till arbets- personer PL 8590	<input checked="" type="checkbox"/> Kehittämispalvelu 1 Till utvecklingsavdelningen PL 8562	<input checked="" type="checkbox"/> Muulle, mikäli on Till andra, om PL 8590												
<input checked="" type="checkbox"/> Hakijalle Högskolan skicka	<input checked="" type="checkbox"/> Yhteisöhenkilölle Till arbets- personer PL 8590	<input checked="" type="checkbox"/> Kehittämispalvelu 1 Till utvecklingsavdelningen PL 8562	<input checked="" type="checkbox"/> Muulle, mikäli on Till andra, om PL 8590														
18 <b>LIITTEET BILAGOR</b>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="494 1153 766 1198">- LIITE 1234567</td> <td data-bbox="782 1153 1382 1198">- LIITE 1234567</td> </tr> </table>	- LIITE 1234567	- LIITE 1234567														
- LIITE 1234567	- LIITE 1234567																

## Liite 2

### Hyvä haastattelututkimukseen osallistuva

Olen Jyväskylän yliopiston gerontologian ja kansanterveystieteen opiskelija ja teen lopputyöni maisteriopintoihin liittyen aiheenani asiakkaan takaisin kotiin siirtyminen arviointi- ja kuntoutusyksiköstä. Asiakkaita haastatteleamalla toivon saavani tietoa heidän odotuksistaan ja kokemuksistaan kotiin siirtymistilanteessa. Tietoja voi hyödyntää esimerkiksi kotiutumistilanteita suunniteltaessa.

Haastattelu kestää noin tunnin. Haastattelu nauhoitetaan tietokoneen välityksellä ja nauhoitettu aineisto säilytetään haastattelijan tietokoneella, johon sivullisilla ei ole pääsy mahdollisuutta. Haastatteluun osallistuvan nimeä eikä muitakaan tietoja mainita missään yhteydessä, joista haastateltavan voisi tunnistaa. Nauhoitettu aineisto hävitetään heti kun se on analysoitu.

Haastateltava voi pyytää haastattelun keskeytystä, jos hän niin haluaa. Jos tutkija käyttää haastatteluaineistoa muuhun tarkoitukseen kuin tähän tutkimukseen, on hän velvollinen pyytämään siihen erikseen luvan haastateltavalta.

Ystävällisin terveisin; Mia Rosenström

Gerontologian ja kansanterveystieteen opiskelija  
Jyväskylän yliopisto

## Liite 3

## TUTKIMUSSUOSTUMUS

Tämä suostumus koskee haastattelututkimusta, jossa selvitetään arviointi- ja kuntoutusyksiköstä kotiutuvan asiakkaan odotuksia ja kokemuksia kotiin siirtymistilanteesta. Haastattelututkimus on osa tutkijan pro gradu –tutkielmaa ja tutkimustuloksista toivotaan olevan hyötyä tulevien kotiuttamistilanteiden suunnitteluun. Haastateltavat tähän tutkimukseen ovat valikoituneet XX vanhustenkeskuksen arviointi- ja kuntoutusyksikön henkilökunnan suosittelemana. Antamiani tietoja saa käyttää tutkimusaineistona siten, että henkilöllisyyteni jää tutkimuksen kaikissa vaiheissa ainoastaan tutkimuksen tekijän tietoon. Tutkijan velvollisuus on suojata tallennettu haastattelumateriaali niin, ettei muilla ulkopuolisilla ole mahdollisuus niitä käyttää. Minulla on oikeus missä tahansa tutkimuksen vaiheessa kieltää antamieni tietojen käyttö sekä keskeyttää haastattelu ilmoittamalla siitä suullisesti tutkijalle. Tutkimusaineisto hävitetään hetimiten analysoinnin jälkeen. Tutkimustulokset raportoidaan ja julkistetaan ilman tunnistettavia henkilö- tai muita tietoja tutkijan pro gradu –tutkielmassa.

Helsingissä

Nimi:

Nimenselvennys: